



VŠEOBECNÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA  
ČESKÉ REPUBLIKY



# VÝROČNÍ ZPRÁVA

Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR

**z a r o k 2 0 0 5**



VŠEOBECNÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA  
ČESKÉ REPUBLIKY

# VÝROČNÍ ZPRÁVA

Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR

**z a r o k 2 0 0 5**

---



# O B S A H

<b>1.</b>	Vstupní údaje	5
<b>2.</b>	Charakteristika vývoje v roce 2005	7
<b>3.</b>	Orgány Pojišťovny	11
3.1	Správní rada Pojišťovny	11
3.2	Dozorčí rada Pojišťovny	13
3.3	Rozhodčí orgán Pojišťovny	15
3.4	Společné jednání Správní rady a Dozorčí rady Pojišťovny	16
<b>4.</b>	Činnost Pojišťovny	19
4.1	Organizační struktura	19
4.2	Informační systém	22
4.3	Kontrola a kontrolní systém Pojišťovny	24
4.4	Zdravotní politika	31
4.5	Pohledávky za ZZ po lhůtě splatnosti	48
4.6	Smluvní politika	49
4.7	Zdravotní péče poskytovaná pojištěncům a hrazená nad rámec veřejného zdravotního pojištění	53
<b>5.</b>	Pojištěnci zdravotní pojišťovny a jejich pohyb v roce 2005	57
5.1	Pojištěnci	57
5.2	Pohyb pojištěnců	58
<b>6.</b>	Tvorba a čerpání fondů Pojišťovny	63
6.1	Základní fond zdravotního pojištění	63
6.2	Provozní fond	74
6.3	Fond reprodukce majetku	81
6.4	Sociální fond	86
6.5	Rezervní fond	87
6.6	Fond prevence	89
6.7	Ostatní zdaňovaná činnost	90
6.8	Doplňující údaje	92
<b>7.</b>	Souhrnný přehled vybraných ukazatelů o činnosti Pojišťovny	95
7.1	Stav pohledávek a závazků Pojišťovny	95
7.2	Plnění podmínek splátkových kalendářů úvěrů	95
<b>8.</b>	Plnění podmínek ustanovení § 18 zákona č. 106/1999 Sb., ve znění pozdějších předpisů	99
<b>9.</b>	Závěr	101
<b>10.</b>	Přílohy	103
	• Auditorská zpráva k účetní závěrce a výroční zprávě	
	• Účetní závěrka za rok 2005	
	• Způsob a forma zveřejnění Výroční zprávy 2005	



## Vstupní údaje

### VÝROČNÍ ZPRÁVU ZA ROK 2005 PŘEDKLÁDÁ:

VŠEOBECNÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA ČESKÉ REPUBLIKY se sídlem:

Praha 3, Orlická 4/2020

IČO 41197518

DIČ CZ41197518

STATUTÁRNÍ ORGÁN VŠEOBECNÉ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNY ČR:

Ing. Jiřina MUSÍLKOVÁ, ředitelka VZP ČR

ZŘÍZENÁ:

zákonem ČNR č. 551/1991 Sb.,

o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky,

dnem 1. ledna 1992

BANKOVNÍ SPOJENÍ:

Československá obchodní banka, a. s.

Na Příkopě 14, Praha 1

GE Money Bank, a. s.

BB Centrum, Vyskočilova 1422/1a, Praha 4

Komerční banka, a. s.

Na Příkopě 33, Praha 1

KONTAKTNÍ ÚDAJE:

adresa: Orlická 4/2020, 130 00 Praha 3

telefon: +420 221 751 111

fax: +420 221 754 111

E-mail: info@vzp.cz

URL: www.vzp.cz



## Charakteristika vývoje v roce 2005

Hlavním cílem Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR (dále jen Pojišťovna) v roce 2005 bylo zastavit růst závazků po lhůtě splatnosti vůči zdravotnickým zařízením. Tohoto cíle mělo být dosaženo zejména snížením tempa úbytku pojištěnců, optimalizací struktury portfolia pojištěnců a důsledným vymáháním pohledávek na straně příjmů, nezvyšováním ceny zdravotní péče a optimalizací nákladů diferencovaně v jednotlivých segmentech poskytovatelů zdravotní péče s ohledem na zdroje základního fondu zdravotního pojištění (ZFZP) na straně výdajů.

V roce 2005 začala působit řada vnějších opatření, která ovlivňovala hospodaření Pojišťovny a která byla legislativně upravena v předchozím roce. Od ledna 2005 začal probíhat dvouletý postupný přechod od „starého“ způsobu přerozdělování (na základě počtu pojištěnců, za které je plátcem pojistného stát, ve dvou věkových skupinách do 60 let a nad 60 let věku, používaného od roku 1994 až do konce roku 2004) na nové přerozdělování na základě indexů nákladovosti skupin pojištěnců podle věku a pohlaví. Během roku 2005 částku z přerozdělování tvořilo 65 % podílu vytvořeného „starým způsobem“ a 35 % podílu vytvořeného na základě indexů nákladovosti skupin pojištěnců podle věku a pohlaví. Současně byl zaveden tzv. systém hrazení zvláště nákladné zdravotní péče, který částečně rozloží mezi všechny zdravotní pojišťovny rizika vznikající s pojišťováním klientů s velmi nákladnými diagnózami. Vedle této systémové změny, která začala platit od 1. 1. 2005, byly upraveny i některé dílčí parametry ovlivňující výběr pojistného (zákonná úprava vyměřovacího základu u OSVČ, zvýšení minimální mzdy).

Na základě usnesení vlády č. 871 ze dne 7. 7. 2005 a č. 1080/2005 potvrzeného usnesením PSP ČR č. 1872/2005 postoupila Pojišťovna ve druhé polovině roku 2005 České konsolidační agentuře pohledávky za plátcí pojistného v celkové výši 3,021 mld. Kč. Tyto prostředky byly použity k úhradě závazků vůči poskytovatelům zdravotní péči po lhůtě splatnosti.

V dohodovacím řízení o hodnotách bodu a výši úhrad zdravotní péče hrazené ze zdravotního pojištění pro 1. pololetí 2005 se nepodařilo u převažující části poskytovatelů zdravotní péče (s výjimkou stomatologů, lánzí a mimoústavní laboratorní a radiodiagnostické péče) nalézt dohodu. Z toho důvodu Ministerstvo zdravotnictví vydalo v lednu 2005 vyhlášku č. 50/2005, v níž hodnoty bodu a výši úhrad pro 1. pololetí stanovilo. Ve druhém pololetí sice došlo v rámci dohodovacího řízení k dohodě s větší částí poskytovatelů zdravotní péče, nedošlo však k dohodě s poskytovateli lůžkové péče. Vzhledem k tomu, že nebyla vydána ani vyhláška Ministerstva zdravotnictví, byly ve druhém pololetí 2005 převzaty hodnoty bodu a výše úhrad z prvního pololetí.

V roce 2005 Pojišťovna pokračovala také v redesignu své organizační struktury. S účinností od 1. 1. 2005 byl vydán nový Organizační řád Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky, který reflektuje novou organizační strukturu Pojišťovny, jak byla upravena novelou zákona č. 551/1991 Sb., zákonem č. 438/2004 Sb. Od roku 2005 tedy tvoří organizační strukturu VZP ČR Ústředí, krajské pobočky a územní pracoviště.

Nemalé úsilí věnovala Pojišťovna i v roce 2005 činnostem, které provádí ve prospěch celého systému veřejného zdravotního pojištění. Mezi tyto činnosti patřilo nejenom vedení registrů pojištěnců, hromadných či individuálních plátců pojistného či zdravotnických zařízení, ale i agendy spojené s vedením zvláštního účtu pro přerozdělování pojistného mezi zdravotními pojišťovnami. Zajišťovány byly i náročné činnosti spojené s vedením Kapitačního centra, Informačního centra a Analytické komise dohodovacího řízení, pro které bylo nutno v průběhu roku 2005 soustřeďovat a zpracovávat velké množství dat.

Dlouhodobě prokazovaná a vnímaná spolehlivost Pojišťovny vedla k tomu, že jí bylo i v roce 2005 svěřeno zajišťování agendy Česko-německého fondu budoucnosti, pro který – ve spolupráci s Ministerstvem zahraničních věcí a Koordinační komisí – prováděla výplatu dávek sociální pomoci v objemu cca 102 milionů Kč.



Ode dne 10. 11. 2005 byla Ministerstvem zdravotnictví v Pojišťovně podle § 7a odstavce 1 písmeno b) a § 7a odst. 3 zákona č. 551/1991 Sb. v platném znění zavedena nucená správa.

**Pojišťovna počítala v roce 2005 s poklesem průměrného počtu pojištěnců oproti roku 2004 o cca 90 tis. osob** s tím, že k poněkud rychlejšímu úbytku pojištěnců dojde zřejmě ve skupině osob zaměstnaných a k pomalejšímu úbytku ve skupině osob, za něž hradí pojistné stát. **Ve skutečnosti byl průměrný počet pojištěnců v roce 2005 oproti zdravotně pojistnému plánu o 20 235 osob vyšší**, což dokazuje, že se již úspěšně dařilo snižovat úbytek pojištěnců.

Celkové příjmy základního fondu zdravotního pojištění vzrostly oproti roku 2004 o 7,8 %, tj. o cca 8,4 mld. Kč a dosáhly tak částky 114,5 mld. Kč. Základními příčinami tohoto nárůstu bylo postoupení pohledávek Pojišťovny České konsolidační agentuře v částce převyšující 3 mld. Kč, zvýšení vyměřovacího základu státu z 3 520 Kč v roce 2004 na 3 556 Kč v roce 2005 (zvýšení jen o 1,0 %), změna přerozdělovacího mechanismu, u kterého v roce 2005 probíhalo první přechodné období, a také zákonná úprava vyměřovacího základu u OSVČ (procenta ze zisku i minimálního vyměřovacího základu) a zvýšením minimální mzdy od ledna 2005. Přehled makroekonomických ukazatelů, z nichž vycházel zdravotně pojistný plán Pojišťovny na rok 2005, a skutečné výše těchto ukazatelů za rok 2005 jsou uvedeny v následující tabulce:

**Tabulka č. 1: Makroukazatele**

	ZPP 2005			Skutečnost roku 2005		
	1. pol.	2. pol.	Konec roku	1. pol.	2. pol.	Konec roku
Průměrný počet pojištěnců VZP	6 648 000		6 612 000	6 651 725		6 617 714
Nárůst objemu mezd (dle MFČR/VZP)		106,3			105,2	
Nárůst průměrné mzdy (index MFČR/VZP)		107,0			105,1	
Minimální mzda (MPSV)		7 185			7 185	
Minimální pojistné OBZP, zaměstnanci		970			970	
Průměrná mzda v roce 2003		16 920			16 920	
Minimální pojistné - z 50% PM z roku 2003		1 143			1 143	
Vyměřovací základ státu		3 556			3 556	
Pojistné státu		481			481	
<b>NEZAMĚSTNANOST</b>						
Počet nezaměstnaných ČR (dle MF - MPSV)		529 000	530 000	513 000		510 000
Míra nezaměstnanosti ČR (dle MF - MPSV)		9,8%	9,8%	9,5%		9,5%
Počet nezaměstnaných VZP		334 000	335 000	305 000		306 000
Míra nezaměstnanosti VZP		11,8%	11,8%	10,5%		10,5%
Míra inflace (dle MF)		2,8%			1,9%	

Celkové čerpání základního fondu zdravotního pojištění (po odpočtu tvorby rezervního fondu a odpisu pohledávek) vzrostlo oproti roku 2004 o 4,2 %, tj. o cca 4,7 mld. Kč a činilo celkem 115,9 mld. Kč. Zvýšené čerpání základního fondu bylo způsobeno růstem nákladů na zdravotní péči o 4 %, tj. o 4,3 mld. Kč.

I přes výše uvedené skutečnosti je nutno konstatovat, že výsledkem hospodaření VZP ČR v roce 2005 byl deficit ve výši 1,3 mld. Kč, který se projevil jako meziroční zvýšení závazků po lhůtě splatnosti vůči ZZ k 31. 12. 2005 na stav 10 613 mil. Kč. Tomuto navýšení tedy nezabránily ani mimořádné příjmy z ČKA ve výši 3 021 mil. Kč, které byly využity na úhrady zdravotní péče do konce roku 2005. Důvodem tohoto stavu bylo především meziroční navýšení nákladů na zdravotní péči (výše uznané fakturace od smluvních ZZ), které, tak jako v minulosti, nebylo pokryto alikvotním podílem příjmů po přerozdělování.





## Orgány pojišťovny

V souladu se zákonem č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky, působily v roce 2005 ustavené orgány Pojišťovny, a to Správní rada VZP ČR a Dozorčí rada VZP ČR.

### 3.1 SPRÁVNÍ RADA POJIŠŤOVNY

#### SLOŽENÍ SPRÁVNÍ RADY V ROCE 2005:

##### PŘEDSEDA:

JUDr. Richard SCHWARZ

(zástupce zaměstnavatelů pojištěnců)

##### MÍSTOPŘEDSEDA:

Jiří HOFMAN (do 16. 11. 2005)

(zástupce státu)

##### RADOVÉ:

pro ekonomické otázky:

Ing. Jiří NEKOVÁŘ

(zástupce zaměstnavatelů pojištěnců)

##### ZDRAVOTNÍ RADA:

MUDr. Dalibor STEJSKAL

(zástupce zaměstnavatelů pojištěnců)

##### ČLENOVÉ:

###### zástupci státu:

Ing. Martin BĚLČÍK (od 17. 11. 2005)

MUDr. Rostislav ČEVELA (od 17. 11. 2005)

Richard DOLEJŠ (od 17. 11. 2005)

Ing. Karel DOLEŽAL (do 2. 2. 2005)

Zdeněk FRÜHAUF (od 17. 11. 2005)

Ing. Jarmila FUCHSOVÁ (do 16. 11. 2005)

Ing. Karel GOLDEMUND (od 17. 11. 2005)

Mgr. Michal HAŠEK (od 17. 11. 2005)

Ing. Kateřina HELIKAROVÁ (do 16. 11. 2005)

Mgr. Vladimíra KALFUSOVÁ (do 16. 11. 2005)

JUDr. Radmila KLESLOVÁ (od 15. 12. 2005)

Ing. František KONÍČEK (do 14. 12. 2005)

Ing. Jan KOSTELECKÝ (od 16. 11. 2005)

Ing. Josef LANGER (do 2. 2. 2005)

Ing. Oldřich LEBL (do 16. 11. 2005)

Ing. Ludmila MÜLLEROVÁ (do 16. 11. 2005)

Ing. Karel RADOLF (od 3. 2. do 16. 11. 2005)

Ing. Petr SLÁMA (od 1. 1. do 16. 11. 2005)

MUDr. Michal SOJKA (od 16. 11. 2005)

JUDr. Radovan SUCHÁNEK (od 6. 10. 2005)

MUDr. Dalibor ŠTAMBERA (od 3. 2. do 5. 10. 2005)

###### zástupci pojištěnců:

Jarmila BOHÁČKOVÁ (do 9. 6. 2005)

Jana DVOŘÁKOVÁ

JUDr. Stanislav GROSPÍČ (od 28. 6. 2005)

JUDr. Karel KOS (do 10. 7. 2005)

Doc. Ing. Lubomír MIKŠ, CSc. (do 13. 12. 2005)

Josef MIKUTA (od 28. 6. 2005)

Ing. Miloš PATERA

MUDr. Vladimír PLAČEK (do 28. 2. 2005

a dále od 28. 6. 2005)

RSDr. Ing. Svatomír RECMAN

MUDr. Vladimír ŘÍHA (od 11. 7. 2005)

Ing. Antonín SEĎA

Ing. Monika TURNOVSKÁ

Ing. Jan VRANÝ (do 22. 5. 2005)

###### zástupci zaměstnavatelů pojištěnců:

JUDr. Eva BATUNOVÁ

Ing. František HÝBNER

JUDr. Stanislav KLIMEŠ

Ing. Zdeněk LIŠKA (od 1. 2. 2005)

Ing. Jaroslav MICHAL

Karel PFABIGAN (do 31. 1. 2005)

Ing. Helena PÍSKOVSKÁ

Mgr. Petr PRCHAL

**Jednání Správní rady Pojišťovny** se za řízení předsedy JUDr. Richarda Schwarze konala v roce 2005 celkem 10krát. V následujícím přehledu jsou uvedeny nejdůležitější body a projednané materiály, kterými se Správní rada Pojišťovny na svých jednáních zabývala:

**28. ledna 2005**

Dopady do hospodaření a činnosti VZP ČR v důsledku vydání vyhlášky MZ č. 50/2005 Sb.

Příspěvky na hormonální antikoncepci

Volba místopředsedy Správní rady

**25. února 2005**

Souhrnná zpráva o projektu Elektronický identifikátor, aktualizace Analýzy projektu

Rozbor podmínek zákona o veřejných zakázkách

Zpráva o vývoji a aktuálním počtu smluvních zdravotnických zařízení

**25. března 2005**

Vyhodnocení veřejných zakázek VZP ČR za rok 2004

Informace o dopadech vyhlášky MZ č. 50/2005 Sb. a dalších nových právních předpisů do zdravotně pojistného plánu VZP ČR na rok 2005

Výsledky statistiky náhrady škody a správního řízení za rok 2004

**29. dubna 2005**

Výroční zpráva VZP ČR za rok 2004

Informace o zajištění kroků vedoucích k realizaci projektu Elektronický identifikátor

Zpráva o vývoji nákladů na léčivé přípravky

**27. května 2005**

Nárůst nákladů na zdravotní péči

Koncepce informačního systému VZP ČR na období 2005 – 2008

**24. června 2005**

Základní chronologie a body jednání k problematice zdravotnictví u předsedy vlády, hospodářské dopady Všeobecné dohody o opatřeních v systému poskytování zdravotní péče

Rozdělení hospodářského výsledku za rok 2004

Informace o poskytování součinnosti soudním exekutorům s návrhem opatření

**30. září 2005**

Zdravotně pojistný plán VZP ČR na rok 2006

Návrh na ustavení úseku řízení nákladů na zdravotní péči a jmenování do funkce ředitele úseku

**21. října 2005**

Vyhodnocení programu Klient

Analytický materiál k problematice revizních lékařů, vyhodnocení situace na jednotlivých pracovištích

Přehled předaných návrhů na legislativní úpravy

Analýza fakultních nemocnic

Statistický přehled provedených kontrol plátců pojistného

Informace o jednáních u předsedy vlády, diskuse s 1. náměstkem ministra zdravotnictví

**25. listopadu 2005**

Změna Jednacího řádu VZP ČR

Informace o nucené správě ve VZP ČR

Návrh na odvolání ředitelky VZP ČR Ing. Jiřiny Musílkové (vznesena námítka k návrhu ze strany zástupců zaměstnavatelů pojištěnců, bod programu přerušen do 16. 12. 2005)

**16. prosince 2005**

Pokračování přerušeného bodu programu z jednání 25. 11. 2005 Návrh na odvolání ředitelky VZP ČR Ing. Jiřiny Musílkové

Problematika volby nového ředitele VZP ČR

K výše uvedeným bodům programu Správní rada VZP ČR

- vzala na vědomí žádost ředitelky VZP ČR Ing. Jiřiny Musílkové ze dne 16. prosince 2005 o uvolnění z funkce ředitelky VZP ČR
- navrhla Poslanecké sněmovně Parlamentu ČR v souladu s ustanovením § 14 odst. (1) zákona č. 551/1991 Sb. v platném znění odvolat ředitelku VZP ČR Ing. Jiřinu Musílkovou z funkce
- požádala předsedu Poslanecké sněmovny Parlamentu ČR, aby zařadil do programu nejbližší schůze Poslanecké sněmovny Parlamentu ČR bod „Návrh na odvolání ředitelky VZP ČR z funkce“
- konstatovala, že důvody uvedené v žádosti Ing. Jiřiny Musílkové o uvolnění z funkce ředitelky VZP ČR ze dne 16. prosince 2005 adresované Správní radě VZP ČR jsou vyjádřením jejího osobního stanoviska
- konstatovala, že si je vědoma nezbytnosti obsazení funkce ředitele VZP ČR na základě výběrového řízení
- navrhla Poslanecké sněmovně Parlamentu ČR zvolit do funkce ředitele VZP ČR pana Ing. Josefa Čekala
- konstatovala, že navrhne Poslanecké sněmovně Parlamentu ČR zvolit do funkce ředitele VZP ČR po skončení výběrového řízení vítěze tohoto výběrového řízení
- požádala předsedu Poslanecké sněmovny Parlamentu ČR o zařazení bodu „Volba ředitele VZP ČR“ na nejbližší schůzi Poslanecké sněmovny Parlamentu ČR
- schválila komisi pro výběrové řízení na ředitele VZP ČR ve složení:  
za zástupce zaměstnavatelů pojištěnců Ing. Jiří Nekovář, Ing. Zdeněk Liška, JUDr. Richard Schwarz,  
za zástupce pojištěnců Jana Dvořáková, Ing. Miloš Patera, MUDr. Vladimír Plaček,  
za stát Mgr. Michal Hašek, JUDr. Radmila Kleslová, MUDr. Michal Sojka.

Na jednání Správní rady byly dále předkládány pravidelné měsíční materiály, a to např. Signální zprávy o aktuálním stavu finanční situace a příjmu pojistného, Články z tisku, měsíční plány výběrových řízení, materiály k parametrům kvality zdravotní péče pro jednotlivé lékařské obory a další informativní materiály.

Pro svá rozhodnutí Správní rada využívala, tak jako v letech předchozích, i stanoviska svých odborných komisí, které byly trvale ustaveny z členů Správní rady, a to například komise ekonomická, zdravotní, investiční, pro informatiku, mzdová a další. Nadále ponechala Správní rada pravomoc pro zdravotní komisi a pro komisi pro fond prevence rozhodovat přímo o poskytování finančních prostředků z fondu prevence v rámci schváleného rozpočtu na pilotní zdravotní projekty a projekty s preventivním zaměřením, které byly předkládány externími organizacemi či realizované na základě vlastního podnětu Pojišťovny.

### 3.2 DOZORČÍ RADA POJIŠŤOVNY

**SLOŽENÍ DOZORČÍ RADY POJIŠŤOVNY V ROCE 2005:**

**PŘEDESDA:**

Alena MAŠKOVÁ (do 14. 4. 2005)  
(zástupce zaměstnavatelů pojištěnců)  
Ing. Josef KANTŮREK (od 14. 4. 2005)  
(zástupce pojištěnců za Středočeský kraj)

**MÍSTOPŘEDESDA:**

Ing. Marie BÍLKOVÁ (do 14. 4. 2005)  
(zástupce státu)  
Ing. Petr FIALA (od 14. 4. 2005)  
(zástupce pojištěnců za Ústecký kraj)

**ČLENOVÉ:**

**zástupci státu:**  
Ing. Marie BÍLKOVÁ (od 14. 4. 2005)  
Ing. Marie NIKOLIČOVÁ (od 1. 12. 2005)  
Ing. Květuše SRNOVÁ  
Ing. Sylva STODULKOVÁ (do 30. 11. 2005)

**zástupci pojištěnců:**

Ing. Jiří STRÍTESKÝ  
Ing. Rudolf TOMÍČEK  
Jan VIDÍM

**zástupci zaměstnavatelů pojištěnců:**

Ing. Petr JANŮ  
Alena MAŠKOVÁ (od 14. 4. 2005)  
Ing. Stanislav MORAVEC

**zástupci pojištěnců (za kraje):**

MUDr. František ADAMEC (od 17. 2. 2005),  
Jihomoravský kraj  
Mgr. Dagmar ADAMOVÁ (od 17. 2. 2005),  
Moravskoslezský kraj  
Ester CVEJNOVÁ (od 1. 2. do 2. 6. 2005),  
Zlínský kraj  
Ing. Petr FIALA (od 1. 2. do 14. 4. 2005),  
Ústecký kraj  
Ing. Bronislav FUKSA (od 2. 6. 2005),  
Zlínský kraj  
Ing. Pavel HÁJEK (od 1. 2. 2005),  
kraj Vysočina

MUDr. Zdeněk HEJDUK (od 1. 3. 2005),  
Jihočeský kraj  
Ing. Miluše HUDCOVÁ (od 1. 2. 2005),  
Olomoucký kraj  
Ing. Josef KANTŮREK (od 18. 2. do 14. 4. 2005),  
Středočeský kraj  
Ing. Mgr. Pavel KARPÍŠEK (od 1. 2. 2005),  
Plzeňský kraj  
MUDr. Jaroslav KRUTSKÝ (od 1. 3. 2005),  
Liberecký kraj  
MUDr. Jan LAMI (od 1. 2. 2005),  
Karlovarský kraj  
JUDr. Libor POLÁČEK (od 1. 2. 2005),  
Pardubický kraj  
MUDr. Vladimír POLANECKÝ (od 1. 7. 2005),  
hl. m. Praha  
Ing. Rostislav VŠETEČKA (od 31. 3. 2005),  
Královéhradecký kraj

#### **zástupci zaměstnavatelů pojištěnců – kraje:**

Ing. Pavel FILIPI (od 22. 2. 2005),  
Královéhradecký kraj  
Ing. Vratislav GOJ (od 1. 2. 2005),  
Jihomoravský kraj

Ing. Jaroslav HANÁK (od 1. 2. 2005),  
Olomoucký kraj  
Ing. Pavel CHÝŇAVA (od 1. 2. 2005),  
kraj Vysočina  
Ing. Zdeněk CHRDLA (od 1. 2. 2005),  
hl. m. Praha  
Mgr. René KELLER (od 22. 8. 2005),  
Středočeský kraj  
JUDr. Alena KOZÁKOVÁ (od 1. 2. 2005),  
Pardubický kraj  
Ing. Miroslav KREJČÍ (od 1. 2. 2005),  
Karlovarský kraj  
Ing. Miroslav KUČERA (od 1. 2. 2005),  
Liberecký kraj  
Ing. Miroslav LUKŠÍK, CSc. (od 7. 3. 2005),  
Zlínský kraj  
Milada MARKVARTOVÁ (od 1. 2. 2005),  
Jihočeský kraj  
Ing. Miroslav PALONCY (od 1. 2. 2005),  
Moravskoslezský kraj  
Mgr. Jaroslava RAISOVÁ (od 1. 2. 2005),  
Plzeňský kraj  
PaedDr. Libor SEHNAL (od 1. 2. 2005),  
Ústecký kraj

**Jednání Dozorčí rady** se uskutečnila v roce 2005 celkem 6krát, termíny jednání navazovaly především na zákonné povinnosti orgánů Pojišťovny. Konkrétně se jednání Dozorčí rady v roce 2005 uskutečnila ve dnech 7. března, 14. dubna, 16. června, 29. září, 15. listopadu (mimořádné jednání) a 29. listopadu.

Dozorčí rada na svých zasedáních především řešila a projednala:

- ustavení Dozorčí rady VZP ČR dle novely zákona č. 551/1991 Sb., volba předsedy a místopředsedy Dozorčí rady VZP ČR
- pravidelné informace o současné situaci ve VZP ČR
- zprávy o hospodaření VZP ČR v jednotlivých čtvrtletích roku 2005
- pravidelné informace o jednáních Správní rady VZP ČR (informace předsedy DR)
- plnění úkolů vyplývajících z Jednacího řádu VZP ČR (zákon č. 551/1991 Sb.)
- stanovisko Dozorčí rady k Výroční zprávě VZP ČR za rok 2004
- stanovisko k návrhu Zdravotně pojistného plánu VZP ČR pro rok 2006, stanovisko k návrhu Dodatku k Zdravotně pojistnému plánu VZP ČR na rok 2006
- zprávy o činnosti a úkolech plněných odborem hlavního kontrolora VZP ČR za každé kalendářní čtvrtletí včetně výsledků vnějších kontrol, přijetí a plnění nápravných opatření ze strany vedení VZP
- obsazení členů Dozorčí rady v Rozhodčím orgánu VZP ČR
- rozhodnutí MZ ČR o zavedení nucené správy ve VZP ČR dne 10. 11. 2005 a zahájení kontroly MZ ve VZP ČR.

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

### 3.3 ROZHODČÍ ORGÁN POJIŠŤOVNY

Složení RO v roce 2005:

**PŘESEDKYNĚ:**

Mgr. Běla PLACHÁ  
zástupce MPSV

**MÍSTOPŘESEDKYNĚ:**

JUDr. Hana HYNKOVÁ  
zástupce VZP ČR

**ČLENOVÉ:**

**za SR**

Jana DVOŘÁKOVÁ  
JUDr. Karel KOS (do 11. 7. 2005)  
Ing. Jan VRANÝ (do 16. 12. 2005)  
Ing. Kateřina HELIKAROVÁ  
(od 1. 10. 2005 do 16. 12. 2005)

**za DR**

Ing. Marie BÍLKOVÁ  
Alena MAŠKOVÁ  
Ing. Květuše SRNOVÁ  
(od 1. 1. 2005 do 31. 1. 2005, od 1. 12. 2005 do 31. 12. 2005)  
Ing. Petr JANŮ (od 1. 2. 2005 do 28. 2. 2005)  
Ing. Stanislav MORAVEC  
(od 1. 3. 2005 do 31. 3. 2005)  
Ing. Sylva STODULKOVÁ (od 14. 4. 2005 do 29. 11. 2005)

**za MZ**

Ing. Markéta TALLEROVÁ

**za MF**

Ing. Marie HERANOVÁ

V roce 2005 došlo RO celkem 8 665 nových podání plátců pojistného.

RO se sešel k 37 pracovním jednáním a vydal 9 505 rozhodnutí ve věcech týkajících se

- pokut a přírážek k pojistnému
- pravděpodobné výše pojistného
- sporných případů placení pojistného a penále
- sporných případů vracení přeplatku na pojistném a snížení záloh na pojistné
- odstraňování tvrdostí, které by se vyskytly při vyměřování pokut, penále a přírážek k pojistnému.

Plátcí ve svých podáních ve většině případů nezpochybňují nárok Pojišťovny na vyměřené pohledávky, ale poukazují na nepříznivou finanční situaci. Tyto námítky nemohl RO v rámci odvolacího řízení akceptovat, neboť platná právní úprava ukládá zdravotním pojišťovnám povinnost dlužné pojistné a penále vymáhat. Tyto námítky však byly posuzovány v případě penále, pokut a přírážek k pojistnému z hlediska použití institutu odstranění tvrdostí.

V roce 2005 bylo RO u 4 328 žádostí plátců pojistného s konečnou platností rozhodnuto o aplikaci institutu odstranění tvrdostí ve smyslu ust. § 53a) z. č. 48/1997 Sb. a prominuto bylo celkem 238 333 tis. Kč. Územní pracoviště vydala v roce 2005 celkem 50 489 rozhodnutí a prominuto bylo penále ve výši 177 778 tis. Kč.

Pravomocná rozhodnutí RO ve věcech pojistného, penále, pokut a přírážek k pojistnému, vydaná ve správním řízení, jsou přezkoumatelná soudem dle zákona č. 150/2002 Sb., Soudní řád správní. K přezkoumání rozhodnutí je příslušný Městský soud v Praze. Proti rozhodnutím RO bylo v roce 2005 podáno plátcí pojistného celkem 9 žalob. Městský soud v Praze v tomto období rozhodl s konečnou platností o 9 žalobách, z nichž 8 žalob plátců pojistného bylo zamítnuto, v 1 případě bylo řízení zastaveno.

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

Rok	Počet došlých podání	Počet jednání RO	Počet projed. podání	Rozhodnuté částky v tis. Kč
2003	5 891	36	6 818	249 440
2004	7 171	36	7 571	193 899
2005	8 665	37	9 505	311 542



I **Tabulka č. 3:** Počty rozhodnutí RO vydaných v roce 2005

Podání ve věcech	Rozhodnutí		Částka	
	Počet	Index 2005/2004	Předepsaná v tis. Kč	Výsledná v tis. Kč
penále	8 221	1,25	540 447	273 975
výkazu nedoplatků	107	-	5 873	624
dlužného pojistného	980	1,45	50 933	36 386
pravděpodobné výše pojistného	4	-	74	10
vrácení přeplatku na pojistném	30	1,5	499	131
pokut za nepředložení dokladů ke kontrole	36	0,52	463	178
pokut za nepředložení Přehledů OSVČ a zaměstnavatelů	113	0,58	591	210
pokut za nesplnění oznamovací povinnosti	13	1,44	70	24
pokut za opakované nesplnění oznamovací povinnosti	-	-	-	-
přírůžek k pojistnému	1	1,00	4	4
pokut za nezaslání kopie Záznamu o pracovním úrazu	-	-	-	-
<b>Celkem rok 2005</b>	<b>9 505</b>	<b>1,26</b>	<b>598 954</b>	<b>311 542</b>

### 3.4 SPOLEČNÉ JEDNÁNÍ SPRÁVNÍ RADY A DOZORČÍ RADY POJIŠŤOVNY

#### 3.4.1 SPOLEČNÉ JEDNÁNÍ SPRÁVNÍ RADY A DOZORČÍ RADY POJIŠŤOVNY

V souladu s novelou zákona č. 551/1991 Sb. se uskutečnila tři **společná jednání Správní rady a Dozorčí rady, a to dne 29. dubna 2005, 30. září 2005 a 29. listopadu 2005**, společná jednání řídil předseda Správní rady VZP ČR JUDr. Richard Schwarz.

Na společném jednání dne 29. dubna 2005 byla projednána informace o neprojednání ZPP 2004 v Poslanecké sněmovně s tím, že VZP ČR ani neobdržela z MZ ČR stanovené provizorium na rok 2004. Hlavním bodem programu bylo projednání návrhu Výroční zprávy VZP ČR za rok 2004. Společné jednání vzalo na vědomí stanovisko Dozorčí rady k Výroční zprávě VZP ČR za rok 2004 a závěry ekonomické komise Správní rady VZP ČR.

Na společném jednání dne 30. září 2005 byl projednán návrh Zdravotně pojistného plánu VZP ČR na rok 2006, a to ve třech předložených variantách s upozorněním na neustále se zhoršující bilanci veřejného zdravotního pojištění. Společné jednání doporučilo Správní radě VZP ČR návrh schválit v předloženém znění.

Na společném jednání dne 29. listopadu 2005 byl předložen k projednání návrh dodatku Zdravotně pojistného plánu VZP ČR na rok 2006. Společné jednání bylo seznámeno se stanoviskem Dozorčí rady VZP ČR a závěry společného jednání ekonomické komise Správní rady a Dozorčí rady, společné jednání předložilo návrh dodatku Zdravotně pojistného plánu VZP ČR na rok 2006 Správní radě VZP ČR k závěrečnému posouzení.





## Činnost pojišťovny

### 4.1 ORGANIZAČNÍ STRUKTURA

S účinností od 1. 1. 2005 byl vydán nový Organizační řád Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky, který reflektuje novou organizační strukturu Pojišťovny, jak byla upravena novelou zákona č. 551/1991 Sb., zákonem č. 438/2004 Sb. Nově tedy tvoří organizační strukturu VZP ČR Ústředí, krajské pobočky a územní pracoviště.

V roce 2005 byla průběžně hodnocena efektivita nového organizačního uspořádání a byly připravovány další kroky optimalizující organizační strukturu. Správní rada VZP ČR vyslovila dne 30. 9. 2005 souhlas se zřízením úseku řízení nákladů zdravotní péče, do kterého byly soustředěny ty organizační útvary Ústředí, které se problematikou nákladů zdravotní péče zabývají. V důsledku toho došlo k dílčím organizačním změnám v rámci dotčených úseků Ústředí. Vyvrcholily přípravy sloučení vybraných územních pracovišť a bylo rozhodnuto o realizaci těchto změn ke dni 1. 1. 2006.

#### 4.1.1 ÚSTŘEDÍ

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

#### 4.1.2 ORGANIZAČNÍ SLOŽKY POJIŠŤOVNY

V souladu se zákonem č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky, ve znění pozdějších předpisů, jsou zřízeny jako organizační složky Pojišťovny krajské pobočky pro každý vyšší územní samosprávný celek a územní pracoviště v jednotlivých okresech.

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

Mezi hlavní úkoly organizačních složek Pojišťovny v roce 2005 patřilo i nadále:

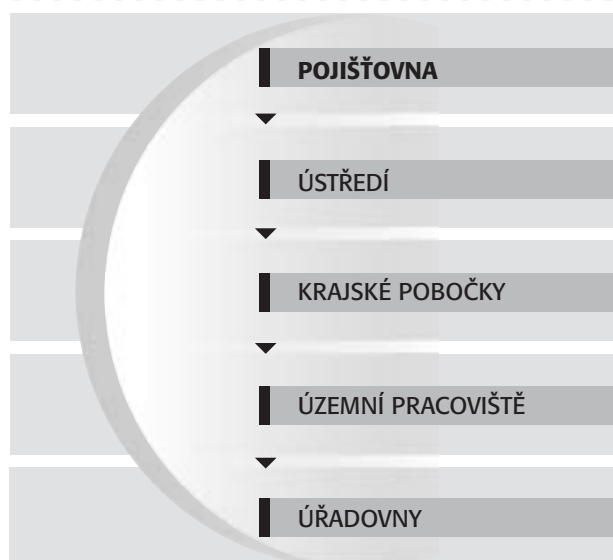
- zajištění maximálního výběru pojistného na všeobecné zdravotní pojištění
- provádění kontrol plátců pojistného
- vymáhání dlužného pojistného a efektivní správa pohledávek Pojišťovny
- úhrada zdravotní péče poskytované klientům smluvními zdravotnickými zařízeními a kontrola oprávněnosti jejího účtování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

Ostatní aktivity:

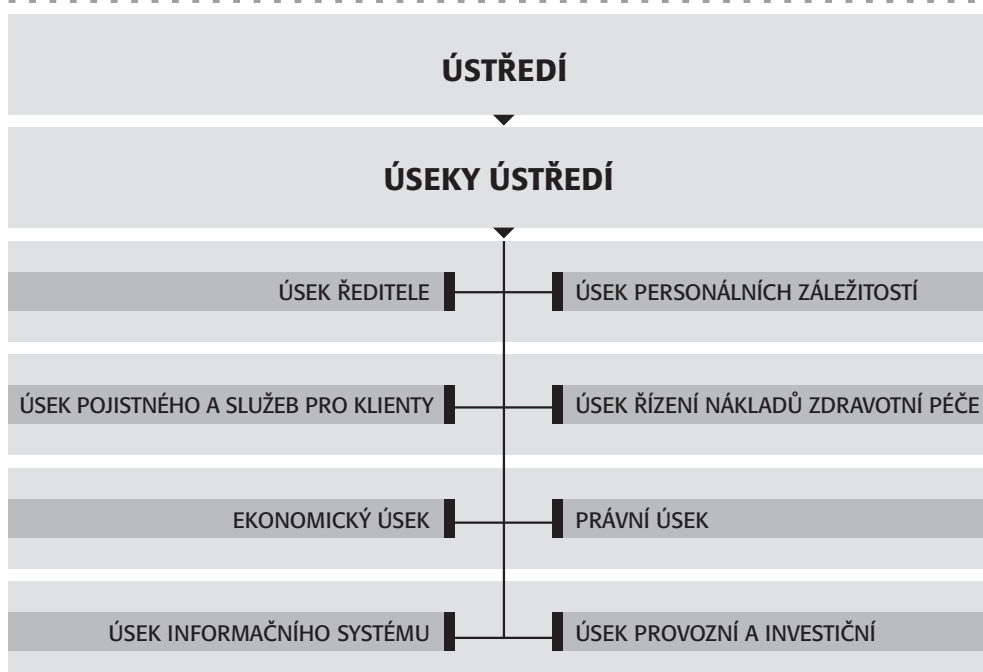
Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky je jediným akcionářem společnosti Pojišťovna VZP, a. s.

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

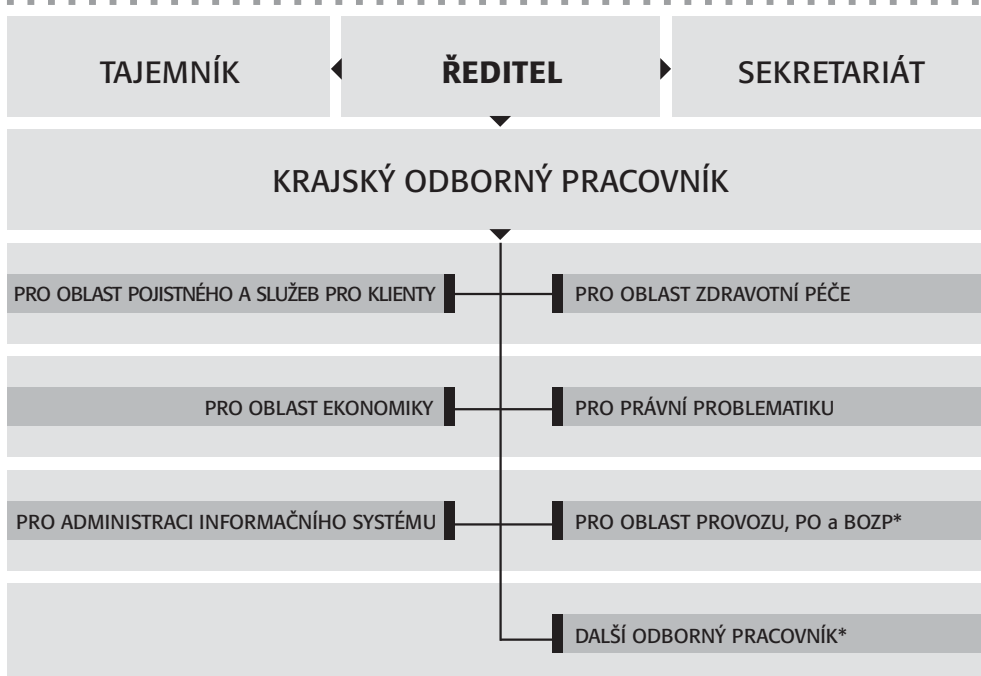
## ORGANIZAČNÍ STRUKTURA POJIŠŤOVNY



## ORGANIZAČNÍ STRUKTURA ÚSTŘEDÍ

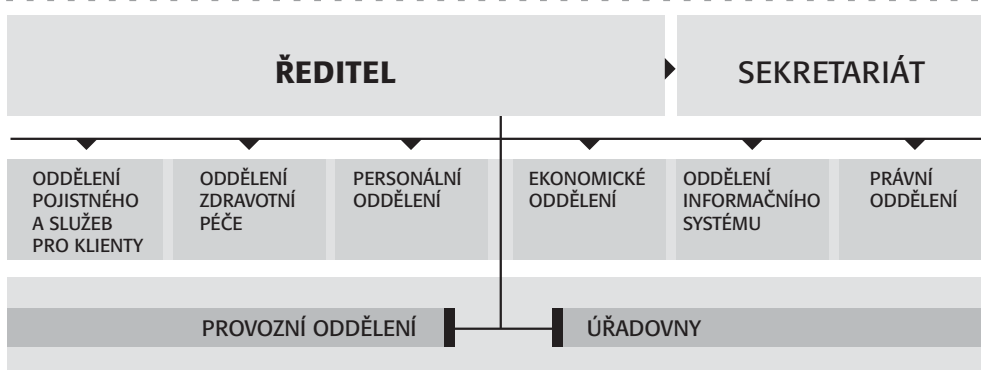


## ORGANIZAČNÍ STRUKTURA KRAJSKÝCH POBOČEK



\*v odůvodněných případech

## ORGANIZAČNÍ STRUKTURA ÚZEMNÍCH PRACOVÍŠŤ



## 4.2 INFORMAČNÍ SYSTÉM

### Koncepce rozvoje informačního systému

V první polovině roku 2005 byla zpracována „Koncepce informačního systému VZP ČR pro roky 2005 až 2008“. Cílem dokumentu je podat ucelený přehled o hlavních směrech předpokládaného rozvoje IS VZP ČR v nejbližších letech. Koncept vychází ze současného stavu IS, stanovuje klíčové požadavky na IS a definuje cílovou architekturu a principy rozvoje pro období následujících čtyř let. Základním principem je zachování kontinuity provozu při dodržení minimálně stávajících provozních parametrů IS.

Klíčové požadavky na IS vycházejí z potřeb odborných útvarů Pojišťovny a nastoupeného trendu v oblasti rozšiřování komunikace s klienty a partnery Pojišťovny.

Rozvoj IS VZP ČR je nutné orientovat na:

- podporu orientace na klienta
- podporu ekonomického řízení
- připravenost systému na možné změny v systému zdravotního pojištění
- podporu operativního rozhodování
- podporu strategického rozhodování
- zajištění bezproblémového každodenního provozu
- zajištění dostupnosti, věrohodnosti a aktuálnosti informací
- jednotnou podporu řízení organizace
- podporu usnadnění a zjednodušení práce uživatele IS
- racionalizaci podpůrných procesů.

Na vlastním zpracování „Koncepce informačního systému VZP ČR pro roky 2005 až 2008“ se podíleli pracovníci IS, specialisté na jednotlivé IT a bylo využito konzultačních služeb firem, které již dlouhodobě spolupracují na rozvoji IS VZP ČR. Dokument byl schválen Správní radou VZP ČR.

Ze schválené koncepce rozvoje vycházela veškerá činnost úseku IS v roce 2005.

### Rozvojové projekty

Základní změnou v přístupu k architektuře IS je přechod na modulární systém, v němž jednotlivé komponenty komunikují mezi sebou prostřednictvím tzv. integrační platformy. Tento přístup umožní nahrazení některých komponent IS standardním balíkovým řešením a ulehčí integraci nově vzniklých komponent. Zavedení modulárního systému odstraní těsnou závislost IS VZP ČR na velkých dodavatelích IT. Budování integrační platformy bylo zahájeno ve druhé polovině roku 2005. Byl zpracován analytický projekt a implementováno vývojové a testovací prostředí integrační platformy.

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

V roce 2005 se rozběhly práce na reorganizaci ÚIS zavedením procesního řízení s použitím metody ITIL. Cílem je zefektivnit poskytování služeb IS ostatním odborným útvarům, zavést osobní zodpovědnost jednotlivých pracovníků, zprůhlednit poskytování služeb IS a v konečném důsledku ušetřit náklady na provoz IS. ITIL (IT Infrastructure Library) je vysoce uznávaný komplexní procesní model řízení IT. Práce probíhají ve spolupráci s firmou Hewlett-Packard na základě komplexního referenčního modelu – IT Service Management (HP ITSM). Byl již předán a akceptován analytický projekt „Implementace ITIL procesů ve společnosti VZP“, který popisuje aplikaci procesů z ITIL Service Support a ITIL Service Delivery. Počátkem roku 2006 bude spuštěn pilotní provoz pracoviště ServiceDesk. Analytické práce pokračují s cílem pokrýt veškeré obecné aktivity řízení IT.

V souvislosti s rozvojem Portálu byly v polovině roku 2005 zahájeny práce na projektu Content Management System. Rozsah požadavků uživatelů již přesahuje možnosti stávajícího redakčního systému. CMS zjednoduší správu obsahu a umožní rozšířenou funkcionalitu portálových prezentací.

V květnu 2005 Pojišťovna úspěšně dokončila plošnou výměnu průkazů pojištěnce za Evropský průkaz zdravotního pojištění (EHIC). To umožnilo k 31. 12. 2005 ukončit platnost všech typů dříve platných papírových průkazů pojištěnce. Rychlé tempo výměny bylo kladně hodnoceno i orgány EU. Neelektronický (pouhým okem čitelný) průkaz EHIC byl vydáván jako předstupeň cílového elektronického průkazu ve formě čipové procesorové karty, jehož zavedení si vyžádá delší přípravu. Projekt proto koordinoval úsek informačního systému.

Zároveň proběhla přípravná fáze projektu EU Netc@rds, kde jsou identifikační projekty Pojišťovny koordinovány s dalšími státy EU. Cílem projektu Netc@rds je zejména demonstrovat možnost elektronického ověření nároku na čerpání péče pojištěncem v jiné než mateřské zemi EU po předložení průkazu EHIC. I v ČR je možné snadno ověřit platnost nových průkazů prostřednictvím Portálu, nebo pomocí automatického telefonního hlasového systému.

### **Správa informačního systému**

V rámci zvyšování bezpečnosti dat a zajištění co nejvyšší dostupnosti aplikací bylo v roce 2005 zprovozněno on line společné a sjednocené zálohování databází a systémů Ústředí a KP Praha-město.

Dále byl rozpracován projekt clusterového řešení vysoké dostupnosti kritických aplikací Pojišťovny.

V průběhu roku byla průběžně odstraňována úzká místa unixových systémů v celé Pojišťovně, aby bylo možno provozovat grafickou aplikaci s akceptovatelnými odezvami. Pro dlouhodobě plánované clusterové řešení bylo pro Ústředí Pojišťovny pořízeno diskové pole XP 12000, odpovídající požadavkům provozu aplikací s vysokou dostupností. V závěru roku byly na Ústředí a do KP Praha-město dodány odpovídající HP-UX servery pro vybudování plánovaného geografického clusteru.

### **Provoz IS**

V oblasti správy aplikací byly implementovány úlohy pro podporu činností a konsolidaci datové základny v oblasti výběru pojistného a účetnictví. Návazně byly doplněny úlohy pro promlčení přeplatků pojistného a penále a převedení úhrad mezi jednotlivými územními pracovišti, včetně souvisejících účetních zápisů. Byly provedeny další úpravy zpracování v registrační části v návaznosti na legislativní změny a rozvíjena oblast zpracování formulářů EU.

Na Ústředí byla vytvořena nová aplikace výběru pojistného – „Kontrolní registr“, umožňující rozšířenou kontrolu plátců pro Rozhodčí orgán.

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

V oblasti účetnictví byly realizovány změny navazující na úpravy v evidenci výběru pojistného (stěhování plateb, promlčení přeplatků). Byla promítnuta změna ve zpracování plateb poštovními poukázkami ze strany České pošty.

Dále byly realizovány některé nové úlohy a kanály pro komunikaci s dalšími partnery Pojišťovny. Jednalo se například o možnost poskytnutí informací soudním exekutorům prostřednictvím Portálu, úlohy pro dohledání příslušnosti pojištěnců a rozsahu nároků na zdravotní péči pro CMÚ, ověření platnosti plastového průkazu pojištěnce, komunikaci s dodavatelem plastových průkazů apod.

V oblasti provozu IS byl v průběhu roku 2005 na Ústředí připravován projekt „Migrace a konsolidace Ústředí“, který zahrnoval všechny centrální aplikace využívané pracovníky Ústředí a územních pracovišť. Hlavním cílem projektu bylo sjednotit databázové a aplikační prostředí centrálních aplikací a navázat tak na projekt „Migrace 2004“, který probíhal v roce 2004 na územních pracovištích. Po důkladném testování migračních postupů a funkcionality aplikací bylo koncem roku převedeno na nové verze kompletní provozní prostředí centrálních aplikací. V rámci tohoto projektu byla také zahájena tvorba pravidel pro vývoj, nasazení a provozování centrálních aplikací s ohledem na jejich různorodost a rozdílnost dodavatelských skupin. Současně se provádělo sledování chodu aplikací a následná optimalizace nastavení systémových parametrů. V další fázi projektu byla připravována konsolidace hardwarového prostředí s ohledem na budování vysoké dostupnosti systémů Ústředí a plánované clusterové řešení s místně vzdálenou lokalitou. Vzhledem k vytvoření dostatečně stabilního, jednotného provozního a testovacího prostředí pro centrální aplikace na Ústředí mohlo dojít k zahájení převodu některých úloh z územních pracovišť Pojišťovny na Ústředí v podobě samostatných aplikací, které budou využívat uživatelé všech ÚP. Jedná se zejména o úlohy, které pro svou činnost potřebují pracovat s kompletním datovým potenciálem všech ÚP soustředěným v jednom místě.

V roce 2005 byl proces převodu všech aplikací IS do 3vrstvé webové architektury včetně migrace databáze do prostředí Oracle 9i, který v roce 2004 proběhl na územních pracovištích, proveden i na zbývajících aplikacích Ústředí. Dokončení převodu aplikací a migrace databáze na všech úrovních Pojišťovny představuje výchozí krok k další konsolidaci IS a rozvoji směrem k regionálnímu, resp. centralizovanému zpracování.

V oblasti správy registrů bylo realizováno prostřednictvím Portálu zprovoznění obousměrné datové komunikace mezi Centrálním registrem pojištěnců a dalšími zaměstnaneckými zdravotními pojišťovnami, a to Vojenskou ZP ČR a ZP Škoda. Dále byla zprovozněna úloha „Generování adres reprezentantům rodin z CRP“ pro rozesílání tiskovin pojištěncům Pojišťovny a zahájeno prověřování fyzických osob dle CRP z hlediska jejich účasti na veřejném zdravotním pojištění v ČR v rámci státního dozoru, který vykonává MF ČR podle zákona č. 42/1994 Sb., o penzijním připojištění se státním příspěvkem. Průběžně pokračovala příprava zprovoznění tzv. dálkového přístupu do Informačního systému evidence obyvatel, vedeného MV ČR, pro pověřené pracovníky Pojišťovny k ověřování údajů o pojištěncích.

### **Support a rozvoj informačních technologií**

V důsledku vzrůstajících nároků na přenosovou kapacitu WAN sítě bylo přistoupeno ke zvýšení propustnosti na téměř dvojnásobek se současnou změnou technologie z FR na MPLS.



Pro kvalitnější využití kapacity přenosového pásma WAN bylo nasazeno řízení přenosových pásem (QOS) pro jednotlivé systémy využívající síťovou infrastrukturu.

Dále byl vybudován monitoring síťových prvků HP OVO NNM.

Pro úsek právní i pro potřebu ostatních úseků byla vytvořena aplikace „Systém elektronické evidence smluv“. V současné době se ověřuje zkušební provoz.

### Aplikační software

Podobně jako v minulých letech IS zajišťoval úpravy aplikací pro financování zdravotnických zařízení v souladu s vyhláškami pro financování zdravotní péče v roce 2005.

Úprava software pro ambulantní zdravotnická zařízení (AZZ) si jako každoročně vyžádala postupně rozšířit aplikace BRM – bonifikačně regulační mechanismy a MAXU – maximální úhrada. Na základě dohod s praktickými lékaři byly provedeny úpravy aplikace GIP – globální informace praktickým lékařům, na jejímž základě jsou lékaři bonifikováni za dobrou práci (pravidelné provádění preventivních prohlídek apod.) nebo za nízké průměrné náklady na registrované pojištěnce.

Ve financování lůžkových zařízení byly v souladu s platnými předpisy upraveny aplikace tak, aby bylo možné financovat vybraná pracoviště kromě základního způsobu tzv. paušálem na unicitního pojištěnce také výkonově podle skupin diagnóz (DRG). Nově byla zavedena úloha pro sledování objemů zdravotní péče ve zdravotnických zařízeních poskytujících následnou lůžkovou péči (OLÚ, LDN, OL, Hospic) a programová podpora regulace zohledňující péči u nákladných pojištěnců v lůžkové péči.

Vliv EU se projevil prakticky v celém základním informačním systému. Jednotlivé aplikace byly průběžně upravovány tak, aby respektovaly platný stav evropské legislativy. Stávající systém dokáže proto zpracovat na příjmu i výstupu všechny nově platné formuláře EU. Bylo zahájeno testování automatického generování elektronické verze formuláře E125 (vyúčtování péče pojištěnců EU realizované v ČR). Dále byla upravena aplikace „Mezistátní smlouvy“ tak, že dokáže vyhodnotit a vyúčtovat zdravotní péči čerpanou občany dalších zemí mimo EU, které uzavřely s ČR dohodu o vzájemném poskytování zdravotní péče (např. Rumunsko a Turecko).

V softwaru pro Informační centrum zdravotního pojištění (ICZP) byly kromě drobných úprav zpřesněny algoritmy pro výpočet korekčního koeficientu.

Byly zahájeny projektové práce na nových aplikacích, jakými jsou:

„Zástupy PL“ – je nezbytným předpokladem pro zohledňování zastupování PL v regulačních aplikacích v souladu s dodatky smluv,

„Historie IČZ“ – výstupy se uplatní v aplikacích týkajících se financování AZZ, sledování a znalost historie identifikačního čísla zdravotnického zařízení je potřebné i pro interní činnosti Pojišťovny,

„100% přerozdělení“ – rozšířený software umožní zpětnou kontrolu správnosti zařazení nákladných pojištěnců,

„Centrální správa číselníků“ – první etapa zajistí jednoznačný přístup k tvorbě i údržbě číselníků a registrů jejich jednotlivým gestorům a vytvoří jednotné úložiště pro práci s číselníky, další etapa zabezpečí užívání stejných verzí číselníků ve všech aplikacích.

I v roce 2005 byly realizovány desítky drobných úprav, zvyšujících uživatelskou přívětivost, komplexnější využitelnost a také vypovídací hodnotu jednotlivých aplikací. Byl dále implementován parametrický tiskový systém, který je po formální stránce (hlavičky sestav, adresy, podpisy) schopen operativně reagovat na případné organizační změny Pojišťovny.

### 4.3 KONTROLA A KONTROLNÍ SYSTÉM POJIŠŤOVNY

Vnitřní kontrolní systém se v roce 2005 v Pojišťovně řídil podle zákona č. 320/2001 Sb., o finanční kontrole, v platném znění, a jeho prováděcí vyhlášky č. 416/2004 Sb. Vnitřní kontrolní systém obsahuje tři základní segmenty:

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

### 4.3.1 KONTROLY USKUTEČNĚNÉ VNĚJŠÍMI KONTROLNÍMI ORGÁNY

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

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

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

V roce 2005 byla:

- dne 31. 1. 2005 zahájena společná kontrola č. 1/2005 Ministerstva zdravotnictví a Ministerstva financí č.1/2005 a vztahovala se k období roků 2000 až 2004
- dne 15. 11. 2005 zahájena kontrola č. 5/2005 Ministerstva zdravotnictví v součinnosti s Ministerstvem financí.

Dne 8. 11. 2005 byl Pojišťovně předán ke kontrole č. 1/2005 Protokol o výsledku kontroly Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR. Pojišťovna podala k tomuto protokolu 11 námitek, včetně 15 příloh, které byly předány dne 15. 11. 2005 do podatelny Ministerstva zdravotnictví a určeny pro vedoucí kontrolní skupiny. Dne 30. 12. 2005 Pojišťovna obdržela vypořádání námitek. Z 11 námitek bylo uznáno 9, 1 námitka byla uznána částečně a 1 uznána nebyla.

Kontrola č. 5/2005 byla zahájena v listopadu loňského roku po uvalení nucené správy na Pojišťovnu a kontrolní skupina pokračuje ve své činnosti i v roce 2006.

### Úkoly související s uvalením nucené správy na Pojišťovnu

Dne 10. 11. 2005 byla na Pojišťovnu Ministerstvem zdravotnictví uvalena nucená správa. Odbor kontroly byl pověřen předáváním dokumentů dle požadavků nuceného správce.

### 4.3.2 KONTROLY USKUTEČNĚNÉ VNITŘNÍMI KONTROLNÍMI ORGÁNY

V roce 2005 odbor kontroly zajišťoval následující úkoly vnitřní kontroly a provedl:

- 4 tematické kontroly
- 2 cílené kontroly
- 12 komplexních finančních kontrol územních pracovišť Pojišťovny
- prošetřování stížností, podání a podnětů.

Jako každoročně i v roce 2005 byla provedena tematická kontrola dokumentace vybraných veřejných zakázek ukončených v roce 2004. Tato následná kontrola prověřovala dokumentaci celého procesu výběrového řízení, až po uzavření smluvního vztahu.

Smluvních vztahů, jejich plnění, fakturačních postupů a případného uplatňování sankčních postihů se týkala následná kontrola zaměřená na vybrané investiční akce a opravy provedené a ukončené v letech 2004 a 2005.

Další dvě tematické kontroly se týkaly plnění nápravných opatření z kontroly provedené v roce 2004 a kontroly čerpání fondu prevence Ústředí Pojišťovny.

Cílené kontroly se týkaly výdajové části zdravotního fondu za rok 2003 a 2004, včetně uzavřených smluv se SZZ na Územním pracovišti Přerov a Územním pracovišti Prachatice (zde se zaměřením na odb. 201 a 918).

Stejně jako v roce 2004 spočívalo i v roce 2005 hlavní těžiště práce odboru kontroly v provedení 12 komplexních finančních kontrol jednotlivých územních pracovišť.

Každá z těchto kontrol tedy vyžadovala řádnou přípravu spočívající zejména v podrobné analýze rizikových faktorů v jednotlivých oblastech činností daného územního pracoviště. Ta pak byla promítnuta do kontrolních postupů a návazně i do výkonu kontroly.

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

Při vlastních kontrolách byla posuzována nejen činnost výkonná, ale zároveň jsou v kontrolních zprávách konstatovány i dopady činnosti metodické a v roce 2005 i s přihlédnutím ke změnám v organizační struktuře uvnitř Pojišťovny.

Program a kontrolní postup při provádění vnitřních finančních kontrol je upravován podle rizikových faktorů, které odboru kontroly sdělují odborné útvary a vedení Pojišťovny, případně podle nejčastějších kontrolních zjištění. Zaměření těchto kontrol je upraveno tak, aby naplňovalo úkoly uložené zákonem č. 320/2001 Sb., o finanční kontrole (následná a průběžná kontrola) a částečně plnilo i metodickou kontrolu. V roce 2005, zejména při zaměřování kontrolní činnosti, bylo více přihlíženo ke změnám v organizační struktuře Pojišťovny.

Nedostatky zjišťované v organizačních směrnících územních pracovišť (např. jejich neúplnost nebo vzájemná neprovázanost) budou odstraněny při organizačních změnách v rámci propojení činností krajských a územních pracovišť.

Zprávy o výsledku kontrol byly projednávány za účasti ředitelů krajských poboček Pojišťovny. Tím bylo usnadněno přesné definování postupů směřujících k nápravě zjištěných nedostatků a zajištěna prevence jejich vzniku nebo výskytu i v rámci kraje.

Po projednání Zpráv o výsledku kontrol odbor kontroly vypořádá případné námitky kontrolovaného územního pracoviště a pak i nadále sleduje opatření přijatá k nápravě zjištěných nedostatků a jejich komplexnost a reálnost plnění v časovém horizontu. Nápravná opatření realizovaná Příkazem ředitele příslušného územního pracoviště jsou i předmětem dalších kontrol.

#### Prošetřování a evidence stížností, podání a podnětů

Odbor kontroly zachovává jednotný postup při evidenci a archivaci jednotlivých spisů, s cílem zajistit snadnou dostupnost kompetentních informací, a to v krátkém časovém intervalu.

Spisová agenda je v základní části členěna na stížnosti, podání, podněty a ostatní dotazy. V roce 2005 evidoval odbor kontroly celkem 302 spisů. Oproti jiným rokům ve zvýšené míře využívali pojištěnci k řešení svých problémů osobní návštěvu nebo telefonické a e-mailové podání.

**Tabulka č. 4:** Přehled stížností, podání a podnětů evidovaných odborem kontroly v roce 2005

Členění pisatelů	Stížnosti	Podání	Podněty	Ostatní	Celkem
Pojištěnci	72	20	39	33	164
Zdravotnické zařízení	8	5	5	3	21
Zaměstnanec Pojišťovny	1	2	0	1	4
Plátce pojistného	21	11	17	8	57
Ostatní	9	4	12	31	56
<b>Celkem</b>	<b>111</b>	<b>42</b>	<b>73</b>	<b>76</b>	<b>302</b>

**Tabulka č. 5:** Přehled o podílu hlavních kategorií pisatelů stížností, podání a podnětů a ostatních písemností (v %) a o jejich celkovém počtu v roce 2004 a 2005

Členění pisatelů	2004	2005
Pojištěnci	44,6	54,3
Zdravotnické zařízení	8,7	7,0
Zaměstnanec Pojišťovny	2,9	1,3
Plátce pojistného	25,2	18,9
Ostatní	18,6	18,5
<b>Celkový počet spisů</b>	<b>242</b>	<b>302</b>

Jednotlivé podněty (stížnosti klientů Pojišťovny či smluvních partnerů) se svým předmětem vztahovaly převážně k:

- organizačním záležitostem jednotlivých územních pracovišť
- provedené revizi ve zdravotnickém zařízení
- postupu revizního lékaře při schvalování návrhu na lázeňskou péči (komplexní, příspěvkovou, doprovod do lázní)
- postupu ošetřujících lékařů, úhradě léků, nekvalitní zdravotní péči
- nesrovnalostem zjištěným při kontrole Přehledu úhrad vykázané zdravotní péče ze stany klientů Pojišťovny
- problematice vyúčtování plateb veřejného zdravotního pojištění (dlužné pojistné a penále, exekuce).

Vedle pojištěnců se na Pojišťovnu obrací i Policie České republiky ČR se žádostmi o pomoc při řešení různých problémů se vztahem k účtování zdravotní péče, případně směřujících k identifikaci pojištěnce, ale i při objasňování obecné i hospodářské kriminality.

Dále se podle zákona č. 349/1999 Sb., v platném znění, na Pojišťovnu obrací Úřad veřejného ochránce práv a požaduje, často i opakovaně, podrobná písemná stanoviska k podáním občanů, která mu zasílají a jejichž obsah je většinou popsán neúplně nebo tendenčně.

Od roku 2004 se na Pojišťovnu začal obracet i Úřad na ochranu hospodářské soutěže (dále ÚOHS), a to podle zákona č. 40/2004 Sb. I v těchto případech je nesplnění termínu odpovědi pod finanční sankcí.

Koncem roku 2005 (zvláště v prosinci) byl zaznamenán velký nárůst podnětů zaslaných Pojišťovně k přímému vyřízení Ministerstvem zdravotnictví České republiky. Odbor kontroly jich ve výše uvedeném kalendářním měsíci zaevidoval celkem 16, což představuje pětinašobek oproti měsícům minulým.

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

### **Zaměření činnosti vnitřního auditora**

Činnost Odboru interního auditu pokračovala v roce 2005 v dlouhodobém záměru – postihnout svými šetřeními všechny důležité oblasti v činnosti Pojišťovny, především pak oblasti nesoucí v sobě riziko při uskutečňování základních úkolů a cílů organizace. V roce 2005 byly provedeny interní audity se zaměřením:

- Implementace finanční kontroly v Ústředí VZP ČR – 2. fáze
- Zadávání veřejných zakázek v Pojišťovně
- Finanční dopad členství v EU na Pojišťovnu v roce 2004
- Prověření postupu zařazování, příp. vyřazování nových položek při tvorbě nových číselníků ZUM (Zvláště účtovaný materiál) v Pojišťovně.

Stručný výtah z jednotlivých auditů:

### **Implementace finanční kontroly v Ústředí VZP ČR – 2. fáze**

Audit se zabýval prozkoumáním dodržování ustanovení vnitřních předpisů, které definují provádění předběžné řídicí kontroly. Konkrétní náplní tohoto auditu byla finanční fáze předběžné řídicí kontroly v jednotlivých oblastech činností Ústředí VZP ČR tak, jak byly vybrány v rámci práce interního auditu č. 9/04, který se zabýval právní fází předběžné řídicí kontroly. Byly prověřovány interní doklady (splňující náležitosti předběžné řídicí kontroly) pro účely účetní likvidace faktur a fakturace, nebo adekvátní doklady v případě nároku organizace, k jednotlivým vybraným případům, prověřovaným v předešlém auditu.

Audit prověřoval práci v následujících útvech:

ÚSEK INFORMAČNÍHO SYSTÉMU  
 ÚSEK PROVOZNÍ A INVESTIČNÍ  
 ÚSEK POJISTNÉHO A SLUŽEB PRO KLIENTY  
 ÚSEK ZDRAVOTNÍ PÉČE

Nejdůležitější závěry a opatření plynoucí z auditu:

Provedení důkladného seznámení příslušných zodpovědných pracovníků systému finanční kontroly s jejich povinnostmi, především ve smyslu:

- povinností jednotlivých činitelů finanční kontroly, prováděné podle zákona
- kontroly podpisu příkazce operace ze strany správce rozpočtu
- kontroly podpisu příkazce operace ze strany hlavního účetního
- oprávněnosti podepisování příslušných dokladů
- dodržování dané chronologie při provádění finanční kontroly.

### **Zadávání veřejných zakázek v Pojišťovně**

Celkem bylo prověřeno 8 veřejných zakázek (dále jen VZ) zadávaných v roce 2004, jejichž předpokládaná cena plnění přesáhla 2 mil. Kč bez DPH. Všechny tyto VZ se řídily již novým zákonem č. 40/2004 Sb., o veřejných zakázkách, ve znění pozdějších předpisů, který nabyl účinnosti dne 1. 5. 2004.

Jednalo se o tyto VZ:

- nákup tonerů pro Pojišťovnu
- rozvoj informačního systému – projekt Portál VZP (vytvoření implementace nových úloh projektu)
- rekonstrukce objektu Územního pracoviště Brno-venkov
- kompletní projektová a inženýrská činnost budovy Územního pracoviště Jihlava
- rekonstrukce objektu Územního pracoviště Chomutov
- koupě pozemku Krajského pracoviště Hradec Králové
- animovaný seriál SOSáci
- zajištění propagace Pojišťovny v rámci Běhů Terryho Foxe 2005.

Lze konstatovat, že při veřejných zakázkách je postupováno v souladu se zákonem č. 40/2004 Sb., o veřejných zakázkách. Jsou dodržovány postupy jednotlivých zadávacích řízení a jsou vyhotoveny všechny předepsané dokumenty. Je nutno konstatovat existenci velmi dobře sestavených seznamů dokumentů pro archivaci a cca 55 vzorů písemností pro zadávání veřejných zakázek.

Dílčí nedostatky formálního, nebo termínového charakteru je nutno odstranit důslednějším dohledem nad dodržováním zákonných opatření.

Oddělení veřejných zakázek by mělo být nezávislým útvarem a nespadat pod útvar, který sám požaduje zadávání veřejných zakázek.

Ve 3. čtvrtletí 2005 je třeba zahájit přípravu na vypracování vnitřního předpisu, který se bude týkat nového zákona o veřejných zakázkách, jehož účinnost se předpokládá k 1. 1. 2006.

Evidence smluv uzavíraných nad částku 100 000 Kč je převáděna na elektronickou podobu.

#### **Finanční dopad členství v EU na Pojišťovnu v roce 2004**

Práce má sloužit k vytvoření přehledu finanční náročnosti dopadající na Pojišťovnu po vstupu ČR do EU. Byly shrnuty všechny dostupné druhy nákladů, kterých se vstup do EU dotýká. Popsány jsou náklady charakteru organizačně provozního, náklady související se změnami v příjmové části a především náklady související se změnami v úhradách za zdravotní péči.

Zásadním poznatkem plynoucím z předkládaného šetření je zjištění, že problematika úhrady zdravotní péče související se vstupem do EU i další organizační opatření s tím související byly v Pojišťovně jak na úrovni Ústředí, tak i na úrovni územních pracovišť zvládnuty.

Práce jsou prováděny bez celkového personálního navýšení a bez podstatných problémů. Vznikající nesrovnalosti jsou řešeny plynule a přijatá opatření jsou zapracovávána do celého systému.

#### **Prověření postupu zařazování, příp. vyřazování nových položek při tvorbě nových číselníků ZUM (Zvlášť účtovaný materiál) v Pojišťovně.**

V práci byla prověřována organizace procesu tvorby číselníků ZUM v Pojišťovně.

Úvodem je uveden seznam a popis zákonů, které je nutno dodržovat při této činnosti. Dále je zde shrnuta problematika oprávněnosti vydávat tyto číselníky v Pojišťovně. Závěrem této kapitoly je provedena rekapitulace platných zákonů, které se zabývají touto problematikou, a posouzení jejich dodržování.

V další části byl prověřován stav vydávání číselníku ZUM v roce 2005. Při aktualizaci Číselníku ZP k 1. 7. 2005 byl v oblasti zvlášť účtovaného materiálu doplněn pouze minimální sortiment, který nebyl z časových důvodů zařazen do Číselníku ZP k 1. 1. 2005.

V průběhu roku 2005 byla na základě interní metodiky provedena revize číselníku zdravotnických prostředků, který obsahuje také zdravotnické prostředky typu ZUM. Z celkového počtu 398 sporně zařazených ZUMů bylo 153 uznáno jako oprávněně zařazené.

V roce 2005 byl rovněž zahájen proces úpravy přírážek k ceně s cílem sjednotit přírážku za výkony obchodu ze stávajících 15 % na max. 10 %. V případě ZUMů se jedná o přírážku distributorů těchto prostředků.

Hlavní částí práce je prověření náhodně vybraných položek z číselníku. Bylo posouzeno 23 položek zařazených před rokem 2004 a detailně prozkoumáno 11 položek zařazených v roce 2004.

Práce konstatuje, že při zařazování do číselníku, nebo vyjímání položek z číselníku, nedošlo u zkoumaných položek k hrubým nedostatkům. Zjištěné nedostatky byly formálního charakteru.

Popsaná organizace procesu zařazování, případně vyřazování výrobků do, nebo z číselníku, byla shledána jako vyhovující.

Konzultační činnost Odboru interního auditu se realizovala především v souvislosti se zaváděním principů finanční kontroly tak, jak je definovaná v zákoně č. 320/2001 Sb.

### 4.3.3 KONTROLA PLÁTCŮ POJISTNÉHO

**Kontroly placení pojistného byly v roce 2005 prováděny několika způsoby a na různých úrovních, v závislosti na použitých kontrolovaných dokladech a na stanovené metodice kontroly.**

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

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

Stěžejní a samozřejmě také nejdůležitější kontrolní činností Pojišťovny byla kontrola placení pojistného podle § 22 zákona č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, prováděná fyzickou kontrolou dokladů u plátců pojistného. Specializovanými kontrolními pracovníky územních pracovišť Pojišťovny bylo v roce 2005 v rámci kontrolní činnosti provedeno:

- **82 781 kontrol placení pojistného** na veřejné zdravotní pojištění a plnění ostatních povinností plátců pojistného, z toho bylo provedeno:
  - **80 756 kontrol u hromadných plátců pojistného**, jejichž evidenční počet k 31. 12. 2005 činil 217 414
  - **2 025 kontrol přímo u individuálních plátců pojistného (OSVČ)**, jichž bylo k 31. 12. 2005 evidováno 630 920.

### 4.3.4 ODPISY POJISTNÉHO, POKUTY A PENÁLE

V roce 2005 byly prováděny odpisy zcela nedobytných pohledávek za plátci podle § 26c zákona č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, ve znění pozdějších úprav. Odpisy pojistného a penále jsou uvedeny v tabulce č. 6.

■ **Tabulka č. 6:** Odpisy pojistného a penále v roce 2005

Odpisy	Pojistné		Penále		Pokuty a přír.		Celkem
	odpis	proml.	odpis	proml.	odpis	proml.	
v tisících Kč							
Zaměstnavatelé	195 124	8 936	730 722	65 829	3 246	411	
Samoplátci	49 559	21 278					
Celkem odpisy	244 683		730 722		3 246		978 651
Celkem promlčení		30 214		65 829		412	96 455
Celkem odp. a promlč.	274 897		796 551		3 657		1 075 105
Veřejná podpora							199 615
<b>Celkem</b>	<b>274 897</b>		<b>796 551</b>		<b>3 657</b>		

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

#### **4.3.5 VYHODNOCENÍ PLNĚNÍ OZNAMOVACÍ POVINNOSTI ZAMĚSTNAVATELŮ**

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

Povinnost podávat přehledy o příjmech a výdajích (po podání daňového přiznání) měly osoby samostatně výdělečně činné (OSVČ) již od roku 1993. Od roku 1998 mají povinnost předkládat pravidelně měsíčně přehledy o úhrnu vyměřovacích základů, úhrnné výši pojistného a o počtu zaměstnanců pojištěných u příslušné zdravotní pojišťovny i zaměstnavatelé. Zákon současně pamatoval i na situaci, kdy plátce takový přehled neodevzdá, a dal pro tento účel zdravotním pojišťovnám možnost stanovit rozhodnutím ve správním řízení tzv. pravděpodobnou výši pojistného s možností penalizace. Výši pohledávky za plátci, kteří přehled nedodají, je pak možno zjistit i provedením kontroly u takového plátce. Případů, kdy plátci přehledy nepředají nebo předají opožděně, postupně ubývá.

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

Počet provedených kontrol se každoročně zvyšuje. V roce 2005 bylo provedeno celkem 82 781 kontrol, což je ve srovnání s rokem 2004 (76 933 kontrol) o 5 848 kontrol více, a to představuje zvýšení o 7,06 %. Toto zvýšení je důsledkem jak zlepšené organizace kontrolní činnosti, tak i kvalifikovanosti plátců. Lze však říci, že při současném počtu kontrolorů lze jen s velkými obtížemi zajistit kontrolu všech plátců pojistného (zaměstnavatelů i OSVČ) v intervalu do 4 až 5 roků, tak aby nikdy nedošlo k promlčení pohledávky. Důraz je proto stále kladen na kontrolu hromadných plátců, kterých bylo v roce 2005 zkontrolováno o 5 976 více než v roce 2004, což představuje zvýšení o 7,99 %.

Při kontrolách prováděných v roce 2005 byl zjištěn ve 23 305 případech dluh na pojistném a v 33 160 případech bylo vyčísleno penále. Ve stejném období se také zvýšil počet kontrol bez zjištění jakéhokoliv dluhu, což svědčí o tom, že plátci si na placení pojistného zvykají a územní pracoviště se již nezaměřují jen na problematické plátce. Počet případů vyčísleného penále je vyšší než počet dluhů na pojistném z toho důvodu, že penále se počítá nejen za dluh na pojistném, ale i za zpoždění v platbě pojistného – pojistné mohlo být uhrazeno, ale protože bylo uhrazeno po termínu splatnosti, bylo vyčísleno penále. Nejčastější kontrolní zjištění v roce 2005, obdobně jako v předchozích letech, se týkala neplacení pojistného nebo prodlení v platbách pojistného, jejichž příčinou byla platební nekázeň, i když v některých případech způsobená druhotnou platební neschopností. Jen v menším rozsahu se zjištěné nedostatky týkaly chybného stanovení vyměřovacích základů a výpočtu pojistného. Další kontrolami zjištěné nedostatky se týkaly porušení oznamovací povinnosti plátců pojistného a povinnosti zaslání záznamů o pracovních úrazech.

Výsledky kontrol vedly k následnému vymáhání dlužného pojistného, případně penále. Jestliže plátce dlužné pojistné nebo penále neuhradil sám na základě provedené kontroly nebo po obdržení vyúčtování pojistného, vystavovala územní pracoviště ve správním řízení platební výměry, případně mimo správního řízení tzv. výkazy nedoplatků. Pomocí platebních výměrů ve správním řízení ukládala územní pracoviště také pokuty za porušení oznamovací povinnosti, za nepředložení dokladů ke kontrole, za nepředložení ročních přehledů o úhrnu záloh, příjmech a výdajích OSVČ, za nepředložení měsíčních přehledů zaměstnavatelů, nebo za porušení povinnosti zaměstnavatele zasílat Pojišťovně záznam o pracovním úraze. Počet vystavených platebních výměrů na dlužné pojistné, penále a pokuty se každoročně zvyšuje. V roce 2005 vystavila územní pracoviště celkem 157 151 platebních výměrů (dále jen PV), z toho bylo 62 017 PV na dlužné pojistné, 86 893 PV na penále a 8 241 PV na pokuty. Kromě toho v roce 2005 vystavila územní pracoviště celkem 11 108 výkazů nedoplatků (dále jen VN), z toho bylo 8 000 VN na dlužné pojistné a 3 108 VN na penále.

Přehled o částkách dlužného pojistného, penále a pokut, uhrazených v roce 2005, poskytuje tabulka č. 7.

Z tabulky je vidět, že platebními výměry na dlužné pojistné, penále a pokuty (bez přírážek k pojistnému), případně jinými způsoby, bylo předepsáno 6,57 mld. Kč. Uhrazeno bylo 7,742 mld. Kč, z toho přímo plátci 4,720 mld. Kč. Česká konsolidační agentura (ČKA) odkoupila 3,022 mld. Kč dlužných pohledávek. V případě ČKA se jednalo i o dlužné pohledávky předepsané ještě v předchozích letech, proto je úhrada pojistného vyšší než předpis.

**I Tabulka č. 7: Částky dlužného pojistného, penále a pokut, uhrazené v roce 2005**

Platební výměry	2005			
	Předepsáno	Uhrazeno		
		plátcem (v tis. Kč)	ČKA	(v %)
1 Dlužné pojistné	1 935 107	860 562	1 378 933	115,7%
2 Penále, pokuty	4 636 594	872 302	1 642 685	54,2%
3 Celkem (ř. 1 + ř. 2)		1 732 864	3 021 618	
<b>4 Celkem</b>	<b>6 571 701</b>	<b>4 754 482</b>		<b>72,3%</b>

**Přirážky k pojistnému**

Územní pracoviště Pojišťovny využívala v roce 2005 také možnosti vyměření přirážky k pojistnému zaměstnavatelům, u nichž došlo k opakovanému výskytu pracovních úrazů nebo nemocí z povolání ze stejných příčin (podle § 44 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění). Platebními výměry ve správním řízení byly takto v roce 2005 **vyměřeny přirážky** k pojistnému v celkové výši **709 616 Kč**, na přirážkách k pojistnému bylo pak **uhrazeno 917 481,75 Kč**, tedy více, než bylo v daném roce předepsáno. Tento zdánlivý nesoulad je důsledkem toho, že v roce 2005 byly uhrazeny i platební výměry na přirážky, vystavené v předchozím období.

**Návrhy na změny v právních předpisech, týkajících se kontroly plátců pojistného a vymáhání dlužného pojistného**

- Bylo by účelné zavedení takové zákonné úpravy systému vymáhání, která by zohledňovala neefektivnost vymáhání pohledávek nižších než cca 2 000 Kč ve správním řízení, kdy náklady na vymáhání jsou vyšší než vlastní vymáhaná částka. V současnosti je Pojišťovna ze zákona povinna vymáhat částky pojistného přesahující 50 Kč a penále přesahující 100 Kč za rok.
- Bylo by účelné provést zákonnou změnu, která by omezila stále více se objevující případy zneužití systému veřejného zdravotního pojištění osobami bez trvalého pobytu v ČR. Přesný mechanismus, jak k tomu dochází, zde nebudeme uvádět, mohlo by se to stát návodem pro další zájemce o takové jednání. Materiál je v Pojišťovně k dispozici.
- Bylo by účelné zavést tzv. zástupnou platbu, hlavně v návaznosti na pohyb pojištěnců v rámci EU.

**Přetrvávající nedostatky právních předpisů**

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

- **Právní úprava** celé oblasti výběru pojistného je stále **neodůvodnitelně komplikovaná**, což klade značné nároky na pochopení jak pro pojištěnce a plátce pojistného, tak pro pracovníky Pojišťovny. Důsledkem je pak velká složitost a komplikovanost postupů využívaných při sledování a počítačovém zpracování agendy výběru pojistného, i při styku s pojištěncem, případně plátcem pojistného. Zvláště komplikovaná jsou pravidla pro posuzování, které příjmy se zahrnují a které nezahrnují do vyměřovacího základu pro výpočet pojistného zaměstnanců. Zbytečnou složitost by zde bylo možno odstranit například přímou vazbou na daňový základ zaměstnance.
- Obdobným způsobem lze hovořit o **doplatcích pojistného** do minimální výše pojistného u zaměstnanců atd.

**4.4 ZDRAVOTNÍ POLITIKA**

V roce 2005 se neuskutečnil žádný jednací den dohodovacího řízení (dále DŘ) podle ustanovení § 17 odst. 4) zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, v platném znění, k **Seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami** (dále SZV).

Na základě výsledků DŘ k SZV, které byly přijaty v roce 2003 a 2004, vydalo MZ ČR k 1. 1. 2006 novelu Seznamu zdravotních výkonů. Nad rámec dohodnutých změn došlo také k úpravě mzdových indexů lékařů, zubních lékařů a farmaceutů tak, aby byly věcně v souladu se zákonem č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné



způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta. Úprava mzdových indexů nelékařských profesí v souladu se zákonem č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních, nebyla do této novely zahrnuta.

Činnost Pracovní skupiny č. 2 k DŘ k SZV pokračovala i v roce 2005. Převažující náplní jednání dnů byla jednání k problematice chirurgických oborů, kde byly řešeny náplně výkonů, použité materiály, léky či přístrojové vybavení výkonů tak, aby došlo ke zrealizování hodnot ve všech těchto oborech.

Souběžně s problematikou chirurgických oborů pracovní skupina i nadále evidovala připomínky a návrhy ostatních odborných společností, které byly v roce 2005 postupně též projednávány.

Pracovní skupina č. 2 DŘ k SZV se v roce 2005 sešla celkem sedmkrát.

I v roce 2005 byla role pracovníků Pojišťovny v této pracovní skupině nezastupitelná. Řídili všechna jednání a organizačně zajišťovali jejich průběh, soustřeďovali návrhy a připomínky zástupců autorských odborností, připravovali frekvenční analýzy výkonů a modelaci dopadů navrhovaných změn do výdajů za zdravotní péči hrazenou z prostředků veřejného zdravotního pojištění.

Za účasti zástupců Pojišťovny **pokračovala v roce 2005 v činnosti „Komise pro posuzování rozmístění přístrojů vybrané zdravotnické techniky“** MZ ČR (dále jen Komise), která jednala celkem sedmkrát.

V roce 2005 byl vydán nový Statut a Jednací řád Komise, zveřejněný ve Věstníku MZ ČR částka 8 ze srpna 2005.

Ve Statutu byly i aktuálně vyjmenovány přístroje vybrané zdravotnické techniky (dále jen VZT), které jsou Komisí projednávány a hrazeny z prostředků veřejného zdravotního pojištění prostřednictvím výkonů na nich poskytovaných, nebo jde-li o nákup přístrojů s poskytnutím dotace ze státního rozpočtu.

Mezi přístroje VZT patří:

- a) počítačový tomograf,
- b) magnetická rezonance,
- c) angiografický komplet,
- d) terapeutický ozařovač,
- e) RTG simulátor pro radioterapii,
- f) RTG skiaskopicko-skiografický přístroj s velkou rozlišovací schopností,
- g) gamakamera,
- h) PET kamera, včetně hybridních systémů,
- i) lithotryptor (neinvazivní na principu rázové vlny),
- j) hyperbarická komora,
- k) mamografický rtg přístroj,
- l) hemodialyzační lůžka a hemodialyzační monitory,
- m) plánovací 3D systém pro radioterapii,
- n) rtg celotělový dvoufotonový kostní denzitometr,
- o) operační lasery,
- p) systémy pro peroperační navigaci,
- r) přístroje pro chirurgickou robotiku

a další investičně a provozně nákladné přístroje, na kterých se členové Komise dohodnou. Rozhodnutí MZ ČR k jednotlivým žádostem zdravotnických zařízení o souhlas s umístěním, provozem a obměnou VZT jsou pak zveřejňována, s uvedením konkrétních zdravotnických zařízení, ve Věstnících MZ ČR. Detailní informace o množství a rozmístění VZT jsou k dispozici v Ústavu zdravotnických informací a statistiky, se kterým Pojišťovna spolupracovala na metodice sběru dat. Dnem 14. listopadu 2005 zrušil ministr zdravotnictví jednání Komise do odvolání.

**V dohodovacím řízení** mezi zástupci Pojišťovny a ostatních zdravotních pojišťoven a příslušných profesních sdružení poskytovatelů jako zástupců smluvních zdravotnických zařízení **byly projednávány hodnoty bodu a výše úhrad zdravotní péče hrazené ze zdravotního pojištění** (dále DŘ k cenám).

**V 1. pololetí roku 2005 došlo** v rámci DŘ k cenám k dohodě se zástupci poskytovatelů v segmentech:

- stomatologické péče
- lázeňské péče
- mimoústavní laboratorní a radiodiagnostické péče.

Výsledek tohoto DŘ byl vyhlášen Ministerstvem zdravotnictví ve Věstníku MZ ČR částka 12 z prosince 2004, a stal se tak pro zdravotnická zařízení a pro zdravotní pojišťovny závazným.

Výše úhrady zdravotní péče v některých segmentech, kde nebylo dosaženo dohody, byla stanovena ve vyhlášce MZ ČR č. 50/2005 Sb., kterou se stanoví výše úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění včetně regulačních omezení pro 1. pololetí 2005.

Jednalo se o segmenty:

- ústavní péče včetně péče v odborných léčebných ústavech, léčebnách dlouhodobě nemocných a ve zdravotnických zařízeních vykazujících péči na ošetrovatelských lůžkách
- specializované ambulantní zdravotní péče poskytované v ambulantních zdravotnických zařízeních.

V ostatních segmentech:

- praktičtí lékaři pro dospělé, praktičtí lékaři pro děti a dorost
- hemodialyzační péče
- domácí zdravotní péče
- fyzioterapie v ambulantních zdravotnických zařízeních
- zdravotnická záchranná služba, doprava raněných, nemocných a rodiček a lékařská služba první pomoci,

kde rovněž nebylo v DŘ k cenám dosaženo dohody, ani MZ ČR nevyužilo zmocnění ke stanovení výše úhrady včetně regulačních omezení vyhláškou, platil stejný způsob úhrady jako v 2. pololetí roku 2004, v souladu s ustanovením § 17 odst. 7 písmeno a), b) zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění.

**V 2. pololetí roku 2005** došlo v rámci DŘ k cenám k dohodě se zástupci poskytovatelů v segmentech:

- praktičtí lékaři pro dospělé, praktičtí lékaři pro děti a dorost
- ambulantní zdravotnická zařízení poskytující specializovanou ambulantní zdravotní péči
- hemodialyzační péče poskytovaná ambulantními zdravotnickými zařízeními
- zdravotnická záchranná služba, doprava raněných, nemocných a rodiček a lékařská služba první pomoci
- mimoústavní laboratorní a radiodiagnostická péče
- stomatologická péče
- lázeňská péče.

Výsledek tohoto DŘ byl vyhlášen Ministerstvem zdravotnictví ve Věstníku MZ ČR částka 7 z července 2005, a stal se tak pro zdravotnická zařízení a pro zdravotní pojišťovny závazným.

V segmentu

- ústavní péče včetně péče v odborných léčebných ústavech, léčebnách dlouhodobě nemocných a ve zdravotnických zařízeních vykazujících péči na ošetrovatelských lůžkách,

kde nedošlo v DŘ k cenám k dohodě, ani nebyla vydána vyhláška MZ ČR stanovící výši úhrad pro 2. pololetí 2005, byly ve 2. pololetí 2005 zachovány úhrady ve výši stanovené vyhláškou MZ ČR č. 50/2005 Sb. pro 1. pololetí 2005, v souladu s ustanovením § 17 odst. 7 písmeno a), b) zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění.

- domácí zdravotní péče,

kde rovněž nebyla uzavřena dohoda, platil pro 2. pololetí roku 2005 stejný způsob úhrady jako ve 2. pololetí 2003, kdy byla naposledy uzavřena dohoda, v souladu s ustanovením § 17 odst. 7 písmeno a), b) zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění.

- fyzioterapie v ambulantních zdravotnických zařízeních,

kde rovněž nebylo dosaženo dohody, byl způsob úhrady pro 2. pololetí 2005 stejný jako ve 2. pololetí 2003, kdy byla naposledy uzavřena dohoda, v souladu s ustanovením § 17 odst. 7 písmeno a), b) zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění.

## Mechanismy úhrad ambulantním a lůžkovým zdravotnickým zařízením

## I. pololetí 2005

## II. pololetí 2005

## PRAKTIČTÍ LÉKAŘI

## 1) KKVP

33 Kč

nepravidelná péče a výkony nad rámec kapítace  
– 0,95 Kč/bod  
bonifikační systém s regulačními mechanismy

## 2) Výkonová platba

hodnota bodu 0,46 Kč

limit času nositele výkonu 12 hod./kal. den  
regulační mechanismy

## 3) KKVP s dorovnáním – „malé praxe“

dorovnání menšího počtu jednicových registrovaných  
pojištěnců s ohledem na geografické podmínky;  
příznání komisí pro malé praxe  
bonifikační systém s regulačními mechanismy

## 1) KKVP

34 Kč

nepravidelná péče a výkony nad rámec kapítace  
– 0,97 Kč/bod  
bonifikační systém s regulačními mechanismy

## 2) Výkonová platba

hodnota bodu 0,46 Kč

limit času nositele výkonu 12 hod./kal. den  
regulační mechanismy

## 3) KKVP s dorovnáním – „malé praxe“

dorovnání menšího počtu jednicových registrovaných  
pojištěnců s ohledem na geografické podmínky;  
příznání komisí pro malé praxe  
bonifikační systém s regulačními mechanismy

## AMBULANTNÍ SPECIALISTÉ

## Výkonová platba

hodnota bodu 1,04 Kč

limit času nositele výkonu 12 hod./kal. den

předběžná úhrada ve výši 100 % POÚ

celková úhrada do výše tzv. maximální úhrady

MAXU\_ZZ = součet MAXU za všechny odbornosti

nasmlouvané tímto ZZ

$$\text{MAXU\_ODB} = \text{POP\_ODB}_{\text{akt}} * (\text{PB\_ODB}_{\text{ref}} * \text{CB} * \text{lzr}$$

$$+ \text{ZUM\_ODB}_{\text{ref}} * \text{lzc} + \text{ZULP\_ODB}_{\text{ref}} * \text{lzc})$$

kde:

l<sub>zr</sub> = 1,00l<sub>zc</sub> = 1,02

omezení maximální úhradou se nepoužije:

- pokud ZZ v ref. období neexistovalo nebo ošetřilo nevýznamný počet unikátních pojištěnců (méně než 100 na odbornost)
- u ZZ smluvních odborností 901, 903, 927 a u ZZ vykazujících výkony psychoterapeutické péče (ZZ poskytující převážně psychoterapeutickou péči jsou daná seznamem – viz Věstník MZ ČR částka 12/2004)
- časová regulace (dle § 41 zák. č. 48/1997 Sb., ve znění pozdějších předpisů) bude stanovována čtvrtletně a vypořádána po skončení 2. čtvrtletí za obě čtvrtletí současně

## Výkonová platba

hodnota bodu 1,05 Kč

limit času nositele výkonu 12 hod./kal. den

předběžná úhrada ve výši 102 % POÚ

celková úhrada do výše tzv. maximální úhrady

MAXU\_ZZ = součet MAXU za všechny odbornosti

nasmlouvané tímto ZZ

$$\text{MAXU\_ODB} = \text{POP\_ODB}_{\text{akt}} * (\text{PB\_ODB}_{\text{ref}} * \text{CB} * \text{lzr}$$

$$+ \text{ZUM\_ODB}_{\text{ref}} * \text{lzc} + \text{ZULP\_ODB}_{\text{ref}} * \text{lzc})$$

kde:

l<sub>zr</sub> = 1,005l<sub>zc</sub> = 1,028

omezení maximální úhradou se nepoužije:

- pokud ZZ či odbornost v ref. období neexistovalo nebo ošetřilo nevýznamný počet pojištěnců (méně než 100 na PKČ=1,00)
- u ZZ smluvních odborností 901, 903, 927 a u ZZ vykazujících výkony psychoterapeutické péče (ZZ poskytující převážně psychoterapeutickou péči jsou daná seznamem – viz Věstník MZ ČR částka 7/2005)
- časová regulace (dle § 41 zák. č. 48/1997 Sb., ve znění pozdějších předpisů) bude stanovována čtvrtletně a vypořádána po skončení 4. čtvrtletí za obě čtvrtletí současně

**I. pololetí 2005****II. pololetí 2005****AMBULANTNÍ HEMODIALÝZA****Výkonová platba**

hodnota bodu 1,02 Kč  
 limit času nositele výkonu 12 hod./kal. den  
 předběžná úhrada 100 % POÚ  
 režijní náklady výkonů 18521, 18522, 18530, 18550,  
 18560, 18570, 18580 a 18590 – ve výši 4 body/min.

**Výkonová platba**

hodnota bodu 1,02 Kč  
 limit času nositele výkonu 12 hod./kal. den  
 předběžná úhrada 100 % POÚ  
 režijní náklady výkonů 18521, 18522, 18530, 18550,  
 18560, 18570, 18580 a 18590 – ve výši 4 body/min.

**HOME-CARE****1) Výkonová platba – 1. var.**

zdravotní péče 7 dní v týdnu  
 limit času nositele výkonu 8 hod./kal. den  
 hodnota bodu = 1,00 Kč \* IHB  
 IHB = 1,07 pro ZZ, jejichž PKČ je větší nebo rovno 5,00  
 IHB = 0,9 pro ZZ, jejichž PKČ je nižší než 5,00

**1) Výkonová platba – 1. var.**

zdravotní péče 7 dní v týdnu  
 limit času nositele výkonu 8 hod./kal. den  
 hodnota bodu = 1,00 Kč \* IHB  
 IHB = 1,07 pro ZZ, jejichž PKČ je větší nebo rovno 5,00  
 IHB = 0,9 pro ZZ, jejichž PKČ je nižší než 5,00

**2) Výkonová platba – 2. var.**

zdravotní péče méně než 7 dní v týdnu  
 limit času nositele výkonu 8 hod./prac. den  
 hodnota bodu = 1,00 Kč \* IHB  
 IHB = 0,9, neboť ZZ poskytují zdravotní péči méně  
 než 7 dní v týdnu

**2) Výkonová platba – 2. var.**

zdravotní péče méně než 7 dní v týdnu  
 limit času nositele výkonu 8 hod./prac. den  
 hodnota bodu = 1,00 Kč \* IHB  
 IHB = 0,9, neboť ZZ poskytují zdravotní péči méně  
 než 7 dní v týdnu

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

hodnota bodu 0,96 Kč  
 limit času nositele výkonu 10 hod./prac. den  
 režijní náklady výkonů 21217, 21223, 21315, 21317  
 – 3,20 bodů/min.

**Výkonová platba**

hodnota bodu 0,96 Kč  
 limit času nositele výkonu 10 hod./prac. den  
 režijní náklady výkonů 21217, 21223, 21315, 21317  
 – 3,20 bodů/min.

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

předběžná úhrada ve výši součinu 100 % POÚ  
 $PS = 100\% POÚ * K$   
 Úprava paušální sazby:  
 a) počet bodů je 97-103 % RPB, pak  $K = 1$  a výše  
 paušální sazby se nemění  
 b) počet bodů je nižší než 97 % RPB, pak se výše  
 paušální sazby upraví vynásobením koeficientu K, který  
 je roven podílu vykázaného a uznaného počtu bodů  
 v hodnoceném čtvrtletí a RPB  
 c) počet bodů vyšší než 103 % – výše předběžné  
 paušální sazby se upraví koeficientem změny výkonnosti

**1) Paušální sazba**

předběžná úhrada ve výši součinu 100 % POÚ  
 $PS = 100\% POÚ * K$   
 Úprava paušální sazby:  
 a) počet bodů je 97-103 % RPB, pak  $K = 1$  a výše  
 paušální sazby se nemění  
 b) počet bodů je nižší než 97 % RPB, pak se výše  
 paušální sazby upraví vynásobením koeficientu K, který  
 je roven podílu vykázaného a uznaného počtu bodů  
 v hodnoceném čtvrtletí a RPB  
 c) počet bodů vyšší než 103 % – výše předběžné  
 paušální sazby se upraví koeficientem změny výkonnosti

**2) Výkonová platba**

hodnota bodu 0,86 Kč

**2) Výkonová platba**

hodnota bodu 0,86 Kč

**I. pololetí 2005**

**II. pololetí 2005**

**RTG – odbornost 809**

**1) Paušální sazba**

předběžná úhrada ve výši součinu 100 % POÚ

$PS = 100\% POÚ * K$

Úprava paušální sazby:

- a) počet bodů je 97-103 % RPB, pak  $K = 1$  a výše paušální sazby se nemění
- b) počet bodů je nižší než 97 % RPB, pak se výše paušální sazby upraví vynásobením koeficientu  $K$ , který je roven podílu vykázaného a uznaného počtu bodů v hodnoceném čtvrtletí a RPB
- c) počet bodů vyšší než 103 % – výše předběžné paušální sazby se upraví koeficientem změny výkonnosti

**2) Výkonová platba**

**1) Paušální sazba**

předběžná úhrada ve výši součinu 100 % POÚ

$PS = 100\% POÚ * K$

Úprava paušální sazby:

- a) počet bodů je 97-103 % RPB, pak  $K = 1$  a výše paušální sazby se nemění
- b) počet bodů je nižší než 97 % RPB, pak se výše paušální sazby upraví vynásobením koeficientu  $K$ , který je roven podílu vykázaného a uznaného počtu bodů v hodnoceném čtvrtletí a RPB
- c) počet bodů vyšší než 103 % – výše předběžné paušální sazby se upraví koeficientem změny výkonnosti

**2) Výkonová platba**

**STOMATOLOGICKÁ PÉČE**

Úhrada dle sazeb zveřejněných v částce 12/2004 Věstníku MZ ČR

Úhrada dle sazeb zveřejněných v částce 7/2005 Věstníku MZ ČR

**ZDRAVOTNICKÁ ZÁCHRANNÁ SLUŽBA – odbornost 709**

**Výkonová platba**

hodnota bodu 1,02 Kč

**Výkonová platba**

hodnota bodu 1,03 Kč

**DOPRAVA RANĚNÝCH, NEMOCNÝCH A RODIČEK – odbornost 989**

**Výkonová platba**

hodnota bodu 0,91 Kč

převoz pohřební službou – výkonový způsob,

hodnota bodu 0,91 Kč

doprava pacienta soukromým vozidlem – paušální sazba 4 Kč/1km

**Výkonová platba**

hodnota bodu 0,91 Kč

převoz pohřební službou – výkonový způsob,

hodnota bodu 0,91 Kč

doprava pacienta soukromým vozidlem – paušální sazba 4 Kč/1km

Hodnota bodu ve výši 0,91 Kč upravená koeficientem:

- a) ve výši 1,02 pro pracoviště DRNR splňující podmínky: prokazatelný, na vlastním pracovišti fyzicky zajištěný 24hod. provoz, vlastní dispečink v nepřetržitém provozu nebo smlouva s centrálním dispečinkem nebo s dispečinkem ZZS, minimálně 5 plných pracovních úvazků řidičů DRNR v pasportizaci, minimálně 3 sanitní vozy DRNR vybavené dle platných předpisů v pasportizaci
- b) ve výši 0,97 pro ostatní pracoviště DRNR

**I. pololetí 2005****II. pololetí 2005****LÉKAŘSKÁ SLUŽBA PRVNÍ POMOCI – odbornost 003**

Výkonová platba  
hodnota bodu 0,91 Kč

Výkonová platba  
hodnota bodu 0,92 Kč

**LÁZNĚ A OZDRAVOVNY**

Věcně usměrňovaná cena

Věcně usměrňovaná cena

**NEMOCNICE****1) Paušální sazba**

paušální sazba ve výši 103 % celkové úhrady referenčního období, kterým je 1. pololetí 2004, se zohledněním nárůstu objemu vykázané a uznané nákladné zdravotní péče (dle § 2 vyhlášky MZ ČR 50/2005)

**2) Kombinovaný způsob úhrady s 10% podílem DRG**

akutní lůžková péče: 90 % úhrady tvoří paušální složka, 10 % úhrady je realizováno pomocí DRG; přepočít paušální složky na základě počtu UOP v lůžkové péči a dosaženého casemix indexu  
ostatní péče (ambulantní, zdravotní doprava a jiná péče): úhrada je realizována formou paušální sazby na 1 UOP

**3) Jiný způsob úhrady**

Regulovaný výkonový způsob úhrady s hodnotou bodu 0,89 Kč a omezením počtu bodů, resp. objemu ZUMů a ZULů, tento způsob úhrady byl realizován pouze ve výjimečných případech (např. v případě, kdy oproti 1. pololetí 2004 došlo ke sloučení nemocnic, k výrazné restrukturalizaci nemocnice, vzniku nového ZZ vyčleněním z jiné nemocnice, a to výhradně na základě schválení ředitele EÚ Ústředí Pojišťovny).

**1) Paušální sazba**

- a) paušální sazba ve výši paušální sazby stanovené pro 1. pololetí 2005 se zohledněním nárůstu objemu vykázané a uznané nákladné zdravotní péče (dle § 17 odst. 7 písm. a), b) zákona 48/1997 Sb.)  
b) paušální sazba ve výši 105 % celkové úhrady za 2. pololetí 2004 se zohledněním nárůstu objemu vykázané a uznané nákladné zdravotní péče – na základě individuální dohody mezi Pojišťovnou a příslušnou nemocnicí. Dohoda byla možná, jen pokud úhrada dle ad b) byla nižší než úhrada dle ad a).

**2) Kombinovaný způsob úhrady s 10% podílem DRG**

akutní lůžková péče: 90 % úhrady tvoří paušální složka, 10 % úhrady je realizováno pomocí DRG; přepočít paušální složky na základě počtu UOP v lůžkové péči a dosaženého casemix indexu  
ostatní péče (ambulantní, zdravotní doprava a jiná péče): úhrada je realizována formou paušální sazby na 1 UOP

**3) Jiný způsob úhrady**

Regulovaný výkonový způsob úhrady s hodnotou bodu 0,89 Kč a omezením počtu bodů, resp. objemu ZUMů a ZULů, tento způsob úhrady byl realizován pouze ve výjimečných případech (např. v případě, kdy oproti 1. pololetí 2004 došlo ke sloučení nemocnic, k výrazné restrukturalizaci nemocnice, vzniku nového ZZ vyčleněním z jiné nemocnice, a to výhradně na základě schválení ředitele EÚ Ústředí Pojišťovny).

**ODBORNÉ LÉČEBNÉ ÚSTAVY****Paušální platba za ošetřovací den**

PS/OD vychází z celkové výše úhrady náležející zdravotnickému zařízení za ošetřovací den v 1. pololetí 2004, navýšené indexem 1,13 (dle § 3 vyhlášky MZ ČR 50/2005).  
PS/OD je regulována na maximální cenu bodu 1,10 Kč a obsahuje body za OD, body za režii k OD, body za kategorie pacienta a lékový paušál k OD.

**Paušální platba za ošetřovací den**

PS/OD převzaté ve výši PS/OD stanovené pro 1. pololetí 2005 (dle § 17 odst. 7 písm. a), b) zákona 48/1997 Sb.)

## I. pololetí 2005

## II. pololetí 2005

## LÉČEBNÝ DLOUHODOBĚ NEMOCNÝCH

**Paušální platba za ošetřovací den**

PS/OD vychází z celkové výše úhrady náležející zdravotnickému zařízení za ošetřovací den v 1. pololetí 2004, navýšené indexem 1,13 (dle § 3 vyhlášky MZ ČR 50/2005).  
PS/OD je regulována na maximální cenu bodu 1,10 Kč a obsahuje body za OD, body za režii k OD, body za kategorie pacienta a lékový paušál k OD.

**Paušální platba za ošetřovací den**

PS/OD převzaté ve výši PS/OD stanovené pro 1. pololetí 2005 (dle § 17 odst. 7 písm. a), b) zákona 48/1997 Sb.)

## ZDRAVOTNÍ PÉČE POSKYTOVANÁ NA OŠETŘOVATELSKÝCH LŮŽKÁCH

**Paušální platba za ošetřovací den**

PS/OD vychází z celkové výše úhrady náležející zdravotnickému zařízení za ošetřovací den v 1. pololetí 2004, navýšené indexem 1,13 (dle § 3 Vyhlášky MZ ČR 50/2005).  
PS/OD je regulována na maximální cenu bodu 1,10 Kč a obsahuje body za OD, body za režii k OD, body za kategorie pacienta a lékový paušál k OD.

**Paušální platba za ošetřovací den**

PS/OD převzaté ve výši PS/OD stanovené pro 1. pololetí 2005 (dle § 17 odst. 7 písm. a), b) zákona 48/1997 Sb.)

POÚ	porovnávací objem úhrady – je roven úhradě za odpovídající kalendářní čtvrtletí minulého kalendářního roku
RPB	referenční počet bodů
PS	paušální sazba
i	index změny počtu pojištěnců, který je definován jako poměr počtu unicitních čísel pojištěnců v daném pololetí 2005 ku počtu pojištěnců ve stejném pololetí 2004
PUPakt, PUPref	počet unikátních pojištěnců za aktuální či referenční období
OD	ošetřovací den
MAXU_ZZ	maximální úhrada pro zdravotnické zařízení
MAXU_ODB	maximální úhrada za příslušnou odbornost
POP_ODBakt	počet unikátních pojištěnců za odbornost v aktuálním období
PB_ODBref	průměrný počet bodů na jednoho ošetřeného pojištěnce v dané odbornosti za referenční období
l <sub>zr</sub>	index dopadu změn minutové režijní sazby na ceny
l <sub>zc</sub>	index meziročních změn cen
ZUM_ODBref, ZULP_ODBref	průměrná úhrada za zvlášť účtovaný materiál resp. zvlášť účtovaná léčiva na jednoho unikátního pojištěnce v dané odbornosti v referenčním období
IHB	index hodnoty bodu
K	koeficient zohledňující objem poskytnuté péče
UOP	unikátní ošetřený pojištěnec

## Komentář k jednotlivým segmentům zdravotní péče

### Praktičtí lékaři

Zdravotní péče poskytovaná praktickými lékaři pro dospělé a praktickými lékaři pro děti a dorost byla v roce 2005 hrazena převážně formou „kombinované kapitačně výkonové platby“ (dále jen KKVP).

V 1. pololetí roku 2005 činila výše kapitační platby 33 Kč na měsíc na jednoho registrovaného pojištěnce a ve 2. pololetí 2005 34 Kč.

Hodnota bodu za výkony hrazené mimo kapitační platbu a výkony za neregistrované pojištěnce na 1. pololetí roku 2005 činila 0,95 Kč a ve 2. pololetí roku 2005 činila 0,97 Kč.

U PL a PLDD hrazených výkonovým způsobem podle vyhlášky MZ ČR č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, v platném znění, hodnota bodu po celý rok 2005 činila 0,46 Kč do limitu času nositele výkonu 12 hodin na kalendářní den.

V průběhu roku 2005 byly u praktických lékařů používány a sledovány regulační mechanismy:

- regulační mechanismus za předepsané léky a ZP pro registrované pojištěnce se zohledněním věkových skupin
- regulační mechanismus na poměr úhrady za ošetřené neregistrované pojištěnce ku registrovaným pojištěncům.

Pojišťovna pokračovala v roce 2005 v realizaci bonifikačního systému pro praktické lékaře, který je založen jednak na sledování vybraných nákladů na zdravotní péči pro pojištěnce registrované u praktického lékaře a jednak na sledování vybraných ukazatelů indikujících dobrou praxi. Cílem bonifikačního systému je motivovat praktické lékaře k tomu, aby maximálně optimalizovali léčebný proces a péči o pacienta a tak přispěli k hospodárnému využívání finančních prostředků v celém zdravotním systému.

Komise pro přidělování statutu tzv. „malé praxe“ projednávala přiznání doplatku pro ekonomicky nevýhodně umístěné, ale přitom nezbytné praxe – k 31. 12. 2005 byl přiznán doplatek celkem 15 lékařům.

### Ambulantní specialisté

V 1. pololetí 2005 nebylo v segmentu specializované ambulantní zdravotní péče v DŘ k cenám dosaženo dohody a výše úhrad byla stanovena vyhláškou MZ ČR č. 50/2005 Sb. Hodnota bodu pro 1. pololetí roku 2005 byla 1,04 Kč. Tento způsob úhrady si však s ohledem na problematiku formulované znění hlavně regulačních omezení zvolil minimální počet zdravotnických zařízení. Většina zařízení si vybrala možnost „jiného způsobu úhrady“, který byl totožný s úhradou ve 2. pololetí 2004. Pro 2. pololetí roku 2005 byla učiněna dohoda a specializovaná ambulantní zdravotní péče byla hrazena dle Seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, s omezením maximální úhradou. Hodnota bodu ve 2. pololetí roku 2005 byla stanovena ve výši minimálně 1,05 Kč do limitu času nositele výkonu 12 hodin na kalendářní den a s omezením maximální úhradou v návaznosti na počet unikátních pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny ošetřených v hodnoceném pololetí daným zdravotnickým zařízením v dané odbornosti.

Dále byl uplatněn následující regulační mechanismus:

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

Danému ambulantnímu zdravotnickému zařízení byla pak uplatněna menší z uvedených dvou regulačních srážek vypočtených pro toto ZZ do maximální výše 15 % celkové úhrady.

### Laboratoře

Po celý rok 2005 byla zdravotní péče poskytovaná odbornostmi 222, 801-805, 807, 812-822 hrazena dvěma variantami úhrady, a to buď paušální sazbou, nebo úhradou za provedené výkony podle Seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami.

Čtvrtletní paušální sazba byla stanovena ve výši 100 % porovnávacího objemu úhrady za péči poskytnutou a uznanou v referenčním období, kterým se rozumí odpovídající kalendářní čtvrtletí roku 2004.

Výkonová úhrada byla v celém roce 2005 realizována tam, kde v důsledku výrazně kolísavého objemu poskytované zdravotní péče nebylo možno objektivně stanovit paušální sazbu. Hodnota bodu v 1. pololetí i 2. pololetí roku 2005 byla 0,86 Kč.

### RTG – odbornost 809

Po celý rok 2005 byla zdravotní péče poskytovaná odborností 809 hrazena dvěma variantami úhrady, a to buď paušální sazbou, nebo úhradou za provedené výkony podle Seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami. Hodnota bodu v 1. pololetí i 2. pololetí roku 2005 byla 1,04 Kč.



### Hemodialyzační péče

V segmentu ambulantní specializované péče – hemodialyzační péče nebyla pro 1. pololetí 2005 uzavřena dohoda. Pro 1. pololetí 2005 platil stejný způsob úhrady jako ve 2. pololetí 2004, kdy byla naposledy uzavřena dohoda. Ve 2. pololetí 2005 již bylo dohody dosaženo, a to bez navýšení hodnoty bodu. Ta byla po celý rok 2005 ve výši 1,02 Kč.

### Home-care

V segmentu domácí zdravotní péče nebyla uzavřena dohoda a pro celý rok 2005 platil stejný způsob úhrady jako ve 2. pololetí roku 2004, resp. ve 2. pololetí roku 2003, kdy byla naposledy uzavřena dohoda.

V roce 2005 se v segmentu domácí zdravotní péče pokračovalo ve způsobu diferencované platby závislé na stupni dostupnosti této zdravotní péče pro pojištěnce. Zdravotní péče byla hrazena podle Seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami úhradou za poskytnuté zdravotní výkony dle typu provozu zdravotnického zařízení:

- do limitu času nositele výkonu 8 hodin na kalendářní den, byla-li zdravotní péče poskytována 7 dní v týdnu, nebo
- do limitu času nositele výkonu 8 hodin na pracovní den, nebyla-li zdravotní péče poskytována 7 dní v týdnu.

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

Pro zdravotnická zařízení, která poskytovala domácí zdravotní péči pravidelně 7 dní v týdnu a zaměstnávala alespoň 5 kvalifikovaných odborných pracovníků, se hodnota bodu upravovala v obou pololetích roku 2005 indexem 1,07. Pro ostatní zdravotnická zařízení, která tato kritéria nesplňovala, se v celém roce 2005 hodnota bodu upravovala indexem 0,9.

### Fyzioterapie

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

Byl realizován výkonový způsob úhrady do limitu času nositele výkonu 10 hodin na pracovní den. Hodnota bodu pro 1. i 2. pololetí roku 2005 byla 0,96 Kč. V celém roce 2005 bylo u 4 vodoléčebných výkonů možné na smluvním základě navýšit úhradu režijních nákladů na 3,20 bodů za jednu minutu času výkonu.

### Stomatologická péče

Tento segment byl nadále financován dle položek „Úhrady standardní stomatologické péče“. V návaznosti na zrušení výkonu „Stomatologické ošetření lékařem s Osvědčením ČSK“ byly do systému úhrad zařazeny dva nové kódy na podporu preventivní péče pro lékaře vlastníci osvědčení ČSK a zároveň byly následně zrušeny výkony kolektivní preventivní péče. V průběhu roku 2005 pokračoval rutinní provoz a povinné používání Centrálního stomatologického registru v rámci celé Pojišťovny (dále jen CSR). CSR je datovým potenciálem shromažďujícím údaje o provedené stomatologické péči, vykázané na pojištěnce, a o nákladech na tuto poskytnutou péči. Hlavní funkcí CSR je podpora činnosti revizních lékařů, umožňuje jim získat komplexní údaje o poskytnuté péči.

### Zdravotnická záchraná služba

Zdravotnická zařízení provozující zdravotnickou záchranou službu byla v roce 2005 financována pouze systémem výkonové úhrady.

Hodnota bodu dle vyhlášky MZ ČR č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, v platném znění, činila v 1. pololetí 2005 1,02 Kč a ve 2. pololetí 2005 1,03 Kč.

### Doprava raněných, nemocných a rodiček

Doprava raněných, nemocných a rodiček byla v roce 2005 financována výkonově a hodnota bodu dle vyhlášky MZ ČR č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, v platném znění, činila v 1. pololetí roku 2005 0,91 Kč.

V návaznosti na výsledek DŘ k cenám v tomto segmentu došlo ve 2. pololetí roku 2005 k rozdělení zdravotnických zařízení DRNR a sjednání hodnoty bodu ve výši 0,91 Kč s tím, že tato hodnota bude upravena indexem

a) ve výši 1,02 pro pracoviště DRNR splňující tyto podmínky:

- prokazatelný, na vlastním pracovišti fyzicky zajištěný 24hod. provoz
- vlastní dispečink v nepřetržitém provozu nebo smlouva s centrálním dispečinkem nebo s dispečinkem ZZS
- minimálně 5 plných pracovních úvazků řidičů DRNR v pasportizaci
- minimálně 3 sanitní vozy DRNR vybavené dle platných předpisů v pasportizaci

b) ve výši 0,97 pro ostatní pracoviště DRNR.

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

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

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

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

### **Lékařská služba první pomoci**

Zdravotnická zařízení provozující LSPP byla hrazena dle vyhlášky MZ ČR č. 134/1998 Sb., v platném znění, v obou pololetích výkonovým způsobem. Pro 1. pololetí 2005 činila hodnota bodu 0,91 Kč a pro 2. pololetí 2005 0,92 Kč.

### **Lůžková zdravotnická zařízení poskytující akutní lůžkovou péči**

Pro 1. pololetí 2005 nedospělo dohodovací řízení k dohodě. Výše úhrad včetně regulačních omezení byla stanovena vyhláškou MZ ČR č. 50/2005 Sb. ze dne 25. ledna 2005.

Pro 2. pololetí 2005 nebylo v dohodovacím řízení dosaženo dohody. Vzhledem k tomu, že MZ ČR následně nevyužilo zmocnění ke stanovení úhrad včetně regulačních omezení, postupovalo se v případě nemocnic pro 2. pololetí 2005 v souladu se zákonem č. 48/1997 Sb., § 17 odst. 7a) a 7b) v platném znění. Dle těchto ustanovení zůstávají v platnosti výše úhrad včetně regulačních omezení stanovené pro 1. pololetí 2005.

Úhrada byla realizována paušální sazbou, která se pro 1. pololetí 2005 stanovila ve výši 103 % celkové úhrady referenčního období, kterým je 1. pololetí 2004. Pro 2. pololetí 2005 pak výše paušální sazby byla rovna její výši pro 1. pololetí 2005.

Pojišťovna na základě doporučení MZ ČR nabídla nemocnicím paušální sazbu, jejíž výše vycházela ze 105 % celkové úhrady 2. pololetí 2004, a to v těch případech, kdy takto vypočtená paušální sazba byla nižší než paušální sazba převzatá z 1. pololetí 2005. Většina přímo řízených nemocnic a několik malých a středních nemocnic se na takto spočtené paušální sazbě s Pojišťovnou dohodla.

Podmínkou pro úhradu paušální sazby v plné výši bylo poskytnutí 90 % objemu zdravotní péče ve srovnání s 1. pololetím 2004 vyjádřené počtem bodů za vykázané zdravotní a dopravní výkony a kategorii pacienta. V případě nemocnic, které se pro 2. pololetí 2005 dohodly na paušální sazbě vycházející z 2. pololetí 2004, pak podmínkou plné úhrady bylo poskytnutí 85 % objemu zdravotní péče ve srovnání s 2. pololetím 2004.

Pokud došlo v daném pololetí k nárůstu objemu vykázané a uznané nákladné zdravotní péče oproti 1. pololetí 2004, byla o tento nárůst paušální sazba navýšena. V případě nemocnic, které se pro 2. pololetí 2005 dohodly na paušální sazbě vycházející z 2. pololetí 2004, se zohledňoval nárůst nákladné péče oproti 2. pololetí 2004. Nákladnou zdravotní péčí se pro tyto účely rozuměl souhrn nákladů na zdravotní péči poskytnutou všem nákladným pojištěncům, nákladný pojištěnec byl definován jako pojištěnec Pojišťovny ošetřený či vyšetřený daným zdravotnickým zařízením, u kterého úhrada zdravotní péče oceněná výkonovým způsobem s hodnotou bodu 0,89 Kč přesáhla částku 300 000 Kč.

Pokud Pojišťovna v roce 2005 nasmlouvala se zdravotnickým zařízením nové zdravotní výkony, byla paušální úhrada navýšena o objem péče, tvořený vykázaním těchto nových výkonů.

Kromě paušální úhrady nabízela Pojišťovna možnost hradit poskytnutou zdravotní péči kombinovaným způsobem úhrady s 10% podílem DRG. Při tomto způsobu úhrady byla akutní lůžková péče hrazena z 90 % paušálním způsobem a 10 % úhrady bylo realizováno prostřednictvím DRG; paušální složka úhrady byla po vyhodnocení poskytnutého objemu zdravotní péče zohledněna na základě počtu hospitalizovaných unikátních ošetřených pojištěnců (dále UOP) a dosaženého casemix indexu.

Ostatní složky úhrady (ambulantní, zdravotní doprava, péče vyžádaná jiným zdravotnickým zařízením) byly hrazeny formou paušální sazby na 1 UOP na základě skutečného ošetřeného počtu unikátních pojištěnců.

Tento způsob úhrady si pro 1. pololetí 2005 vybralo 19 nemocnic, z toho žádná fakultní nemocnice, pro 2. pololetí 2005 pak 15 nemocnic a opět žádná fakultní nemocnice.

Ve výjimečných případech (např. v případě, kdy oproti 1. pololetí 2004 došlo ke sloučení nemocnic, k výrazné restrukturalizaci nemocnice, ke vzniku nového ZZ vyčleněním z jiné nemocnice, a to výhradně na základě schválení ředitele EÚ Ústředí Pojišťovny) byla úhrada realizována regulovaným výkonovým způsobem s hodnotou bodu 0,89 Kč.

Vyhláška MZ ČR č. 50/2005 Sb. neobsahovala žádné regulační mechanismy na objem předepsaných léčiv a ZP, Pojišťovna je však s většinou zdravotnických zařízení sjednala, byť za cenu méně přísných parametrů, než byly používány v ujednání v předchozích letech.

### **Léčebny dlouhodobě nemocných (LDN)**

V 1. pololetí 2005 byla úhrada realizována paušální sazbou za ošetrovací den (dále jen PS/OD) tak, že se celková výše úhrady náležející zdravotnickému zařízení za ošetrovací den (bodová hodnota příslušného ošetrovacího dne dle Seznamu výkonů, hodnota režie přiřazené k bodové hodnotě příslušného ošetrovacího dne, bodové ohodnocení kategorie pacienta a paušální částka, kterou se hradí léčivé přípravky podle § 17 odst. 12 zákona č. 48/1997 Sb.) v 1. pololetí 2004 navýší indexem 1,13.

V souladu s ustanoveními platného znění zákona č. 526/1990 Sb., o cenách, resp. výměru MF ČR 01/2005, kterým se vydává seznam zboží s regulovanými cenami, byla PS/OD regulována na maximální cenu bodu 1,10 Kč.

Pro 2. pololetí 2005 nebylo v dohodovacím řízení dosaženo dohody. Vzhledem k tomu, že MZ ČR následně nevyužilo zmocnění ke stanovení úhrad včetně regulačních omezení, postupovalo se v případě LDN pro 2. pololetí 2005 v souladu se zákonem č. 48/1997 Sb., § 17 odst. 7a) a 7b) v platném znění. Dle těchto ustanovení zůstávají v platnosti výše úhrad včetně regulačních omezení stanovené pro 1. pololetí 2005. Úhrada ve 2. pololetí 2005 tak probíhala prostřednictvím PS/OD stanovené pro 1. pololetí 2005, ve výši regulované na maximální cenu bodu 1,10 Kč.

V roce 2005 Pojišťovna kontrolovala personální zabezpečení ve vazbě na objem poskytované zdravotní péče v těchto zdravotnických zařízeních v souladu s vyhláškou 134/1997 Sb. v platném znění s tím, že výsledky těchto kontrol pak budou promítnuty do konečné výše úhrady.

### **Odborné léčebné ústavy (OLÚ)**

V 1. pololetí 2005 byla úhrada realizována paušální sazbou za ošetřovací den (dále jen PS/OD) tak, že se celková výše úhrady náležející zdravotnickému zařízení za ošetřovací den (bodová hodnota příslušného ošetřovacího dne dle Seznamu výkonů, hodnota režie přiřazené k bodové hodnotě příslušného ošetřovacího dne, bodové ohodnocení kategorie pacienta a paušální částka, kterou se hradí léčivé přípravky podle § 17 odst. 12 zákona č. 48/1997 Sb.) v 1. pololetí 2004 navýší indexem 1,13.

V souladu s ustanoveními platného znění zákona č. 526/1990 Sb., o cenách, resp. výměru MF ČR 01/2005, kterým se vydává seznam zboží s regulovanými cenami, byla PS/OD regulována na maximální cenu bodu 1,10 Kč.

Pro 2. pololetí 2005 nebylo v dohodovacím řízení dosaženo dohody. Vzhledem k tomu, že MZ ČR následně nevyužilo zmocnění ke stanovení úhrad včetně regulačních omezení, postupovalo se v případě OLÚ pro 2. pololetí 2005 v souladu se zákonem č. 48/1997 Sb., § 17 odst. 7a) a 7b) v platném znění. Dle těchto ustanovení zůstávají v platnosti výše úhrad včetně regulačních omezení stanovené pro 1. pololetí 2005. Úhrada ve 2. pololetí 2005 tak probíhala prostřednictvím PS/OD stanovené pro 1. pololetí 2005, ve výši regulované na maximální cenu bodu 1,10 Kč.

V roce 2005 Pojišťovna kontrolovala personální zabezpečení ve vazbě na objem poskytované zdravotní péče v těchto zdravotnických zařízeních v souladu s vyhláškou 134/1997 Sb. v platném znění s tím, že výsledky těchto kontrol pak budou promítnuty do konečné výše úhrady.

### **Zdravotní péče poskytovaná na ošetřovatelských lůžkách**

V 1. pololetí 2005 byla úhrada realizována paušální sazbou za ošetřovací den (dále jen PS/OD) tak, že se celková výše úhrady náležející zdravotnickému zařízení za ošetřovací den (bodová hodnota příslušného ošetřovacího dne dle Seznamu výkonů, hodnota režie přiřazené k bodové hodnotě příslušného ošetřovacího dne, bodové ohodnocení kategorie pacienta a paušální částka, kterou se hradí léčivé přípravky podle § 17 odst. 12 zákona č. 48/1997 Sb.) v 1. pololetí 2004 navýší indexem 1,13.

V souladu s ustanoveními platného znění zák. č. 526/1990 Sb. o cenách, resp. výměru MF ČR 01/2005, kterým se vydává seznam zboží s regulovanými cenami, byla PS/OD regulována na maximální cenu bodu 1,10 Kč.

Pro 2. pololetí 2005 nebylo v dohodovacím řízení dosaženo dohody. Vzhledem k tomu, že MZ ČR následně nevyužilo zmocnění ke stanovení úhrad včetně regulačních omezení, postupovalo se pro 2. pololetí 2005 v souladu se zákonem č. 48/1997 Sb., § 17 odst. 7a) a 7b) v platném znění. Dle těchto ustanovení zůstávají v platnosti výše úhrad včetně regulačních omezení stanovené pro 1. pololetí 2005. Úhrada ve 2. pololetí 2005 tak probíhala prostřednictvím PS/OD stanovené pro 1. pololetí 2005, ve výši regulované na maximální cenu bodu 1,10 Kč.

V roce 2005 Pojišťovna kontrolovala personální zabezpečení ve vazbě na objem poskytované zdravotní péče v těchto zdravotnických zařízeních v souladu s vyhláškou 134/1997 Sb. v platném znění s tím, že výsledky těchto kontrol pak budou promítnuty do konečné výše úhrady.

### **Lázeňská zdravotní péče**

Lázeňská zdravotní péče byla v roce 2005 poskytována podle vyhlášky č. 58/1997 Sb., kterou se stanoví indikační seznam pro lázeňskou péči o dospělé, děti a dorost. Úhrada této zdravotní péče byla v lázeňských zařízeních prováděna v souladu s platným Věstníkem MZ ČR a s platným Věstníkem MF ČR, vydanými podle zákona č. 526/1990 Sb., o cenách, a s uplatněním regulace formou věcně usměrňované ceny.

V roce 2005 se vynaložilo na lázeňskou zdravotní péči 1 918 465 tis. Kč a v roce 2004 2 029 736 tis. Kč. Důvodem nižších nákladů v roce 2005 jsou nižší počty odléčených pojištěnců. Cena ošetřovacího dne se u lázeňské péče skládá z ceny za ubytování, stravování a léčení za indikaci a z ceny za přírodní léčivý zdroj. Výše ceny jednotlivých složek, kromě ceny za

přírodní léčivý zdroj, je od roku 2001 standardizována a v 1. pololetí 2005 zůstala na základě dohody mezi poskytovateli (smluvní lázeňská zařízení) a Pojišťovnou stejná jako v roce 2004. Od 1. 7. 2005 došlo k navýšení ceny stravování u dětí od 11 let věku a dorostu o 15 Kč na ošetřovací den. Náklady na 1 odléčeného pojištěnce u lázeňské zdravotní péče činily 22 200 Kč v roce 2005 a 21 900 Kč v roce 2004. U komplexní lázeňské péče činily náklady na 1 odléčeného pojištěnce 24 200 Kč v roce 2005 a 23 900 Kč v roce 2004. Zvýšení v roce 2005 vzniklo delší dobou léčení dětských pacientů a navýšením ceny stravování dětí a dorostu. Náklady na 1 odléčeného pojištěnce jsou u příspěvkové lázeňské péče v obou letech stejné a činí 8 800 Kč.

Celkem bylo v roce 2005 v lázních odléčeno 86 523 pacientů. Komplexní lázeňskou péči absolvovalo 66 892 dospělých pacientů a 7 998 dětí a dorostu. Příspěvková lázeňská péče byla poskytnuta 11 564 dospělým pacientům a 69 dětem a dorostu. Nejvíce dospělých pacientů bylo odléčeno na indikační skupiny VII – nemoci pohybového ústrojí a II – nemoci oběhového ústrojí. Děti a dorostu bylo nejvíce odléčeno na indikační skupinu XXV – netuberkulózní nemoci dýchacího ústrojí.

Celkový počet odléčených se v roce 2005 snížil oproti roku 2004 o 5 807 pacientů. Klesající počet pacientů u komplexní lázeňské péče ovlivňuje menší zájem mladší populace o lázeňské léčení, ale také zodpovědný přístup revizních lékařů při schvalování návrhů. Pokles pacientů léčených v rámci příspěvkové lázeňské péče lze dát do souvislosti s dalším růstem cen za ubytování a stravování v lázních, neboť vyšší věkové skupiny pacientů tyto zvýšené náklady finančně zatěžují. Příčinou nižšího počtu dětských a dorostových pacientů je stále menší zájem o lázeňské léčení během školního roku.

K 31. 12. 2005 poskytovalo lázeňskou zdravotní péči našim pojištěncům celkem 44 smluvních lázeňských organizací.

### Ozdravenská zdravotní péče

V roce 2005 byla ozdravenská zdravotní péče poskytována podle zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, v platném znění. Úhrada byla v témže roce prováděna dle platného Věstníku MZ ČR a platného Věstníku MF ČR, vydaných podle zákona č. 526/1990 Sb., o cenách, a s uplatněním regulace formou věcně usměrňované ceny.

Na ozdravenskou zdravotní péči se v roce 2005 vynaložilo celkem 42 437 tis. Kč a v dětských ozdravovnách bylo odléčeno 4 205 dětí od 3 do 15 let. Oproti roku 2004 došlo ke snížení o 983 dětí. Důvodem jsou jak ekonomické možnosti rodičů (vybavení dětí na 21 dní, doprava do dětské ozdravovny a zpět), ale také malý zájem o léčení během školního roku. Náklady na 1 odléčeného pojištěnce jsou u ozdravenské zdravotní péče v roce 2004 i v roce 2005 stejné a činí 10 100 Kč. K 31. 12. 2005 našim pojištěncům poskytovalo ozdravenskou zdravotní péči 6 smluvních partnerů v 10 dětských ozdravovnách.

Přehled o počtu odléčených pacientů v rámci komplexní a příspěvkové lázeňské péče (dospělí, děti a dorost), kteří absolvovali léčení na základě schváleného Návrhu na lázeňskou péči, a přehled o vynaložených nákladech na lázeňskou zdravotní péči dle hlavních indikačních skupin a typů lázeňské péče je uveden v tabulce č. 21.

### Realizace výběrových řízení na lůžkovou péči

V roce 2005 se konala celkem čtyřikrát výběrová řízení na základě § 46 a § 47 zákona č. 48/1997 Sb. v platném znění.

V případě lůžek následné péče zaujímali delegovaní zástupci Pojišťovny v jednání výběrové komise na MZ ČR negativní stanovisko, a to z následujících důvodů:

Lůžka následné péče, lůžka ošetřovatelská, v léčebnách dlouhodobě nemocných a v odborných léčebných ústavech mají sloužit především k doléčení pacientů z akutních lůžek a umožnění jejich propuštění do péče ambulantní, včetně domácí zdravotní péče. Kontroly oprávněnosti hospitalizací na lůžkách následné péče opakovaně prokázaly, že cca 20 % (v některých zařízeních však až 50 %) pacientů splňuje pouze kritéria sociální, nikoli zdravotní hospitalizace. Pacienti jsou hospitalizováni z důvodů neřešené sociální situace, přičemž potřebná zdravotní péče by jim mohla být poskytována ambulantně.

Pojišťovna je toho názoru, že v ČR není třeba zřizovat další lůžka pro následnou péči (ať vznikem zcela nových kapacit, nebo restrukturalizací lůžek akutních). Přestože dle platné legislativy není stanovisko vyhledávané pro pojišťovny závazné, ale pouze doporučující, přistoupila Pojišťovna (mnohdy pod silným tlakem lobbistických iniciativ, ať už poslaneckých či z krajských samospráv) k uzavření smluvních vztahů s těmi zdravotnickými zařízeními, která získala doporučení MZ ČR k uzavření smluvních vztahů (hospic v Mostě, Krušnohorská poliklinika s.r.o.).

### Léčivé přípravky a zdravotnické prostředky

Výdaje za léčiva v roce 2005 ovlivňovaly následující skutečnosti:

- negativní vliv vyhlášky MZ ČR o úhradách zdravotní péče, která vyjímá z regulací léky a zdravotnické prostředky s limitem „X“ a „Z“, dále vyjímá z paušálních úhrad v lůžkových zařízeních některé nákladné léčivé přípravky a zdravotnické prostředky hrazené formou ZÚM
- změna cenové úrovně k 1. 7. 2005 výměrem MF ČR
- neakceptování závěrů Katerizační komise až její následné rozpuštění

- již po několik let přímé zásahy MZ ČR do úhradové vyhlášky, jejichž dopady se kumulují
- absence účelné farmakoterapie.

I přes všechny tyto vlivy Pojišťovna intenzivně spolupracovala na přípravě lékové vyhlášky cestou svého zástupce v Kategorizační komisi.

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

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

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

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

Také v roce 2005 vedla Pojišťovna s výrobcí a dodavateli léčiv jednání o tzv. dohodnutých nejvyšších cenách (DNC). Sjednáním DNC Pojišťovna významně spoří nejen u léčivých preparátů předepisovaných na recept, ale také ovlivňuje cenovou úroveň léků nakupovaných nemocnicemi i léků volně prodejných. DNC se podařilo uzavřít u 1 917 léčivých přípravků (21 %), které však představují 51 % nákladů Pojišťovny na recepty a ZULP. DNC hrají i významnou roli v doplatecích pro pacienty, neboť většinou garantují plnou úhradu nebo minimální doplatek. Současně umožňují lékařům podat pacientovi validní informaci o doplatku.

V roce 2005 pokračovalo Ústředí Pojišťovny v zajišťování centrálních nákupů vybraných nákladných léčiv pro léčbu některých druhů závažných onemocnění. Tato léčba je soustředěna ve vybraných odborných centrech, převážně umístěných ve fakultních a dalších velkých nemocnicích. Náklady na tyto nákupy v roce 2005 činily 1 467 mil. Kč. Díky realizaci nákupů tímto způsobem činila úspora cca 400 mil. Kč.

Erythropoetinem bylo léčeno cca 3 650 pacientů na hemodialyzačních střediscích, cca 300 dětí s fenylketonurií a 70 dětí s dědičnými metabolickými chorobami bylo léčeno dietetiky a dalšími preparáty.

Léčba deficitu růstu růstovými hormony byla zajištěna pro cca 550 dětských pacientů a pokračovala i léčba dospělých pacientů po operacích hypofýzy (cca 240 klientů). Dále Pojišťovna hradí léčbu předčasné puberty u cca 90 dětských pojištěnců.

Velmi nákladné je léčení již 16 pacientů s Gaucherovou chorobou a 5 pacientů s Fabryho chorobou, kde náklady na jednoho pacienta představují průměrně částku 4-5 mil. Kč (u jednoho z těchto pacientů uhradila Pojišťovna léčbu dokonce v částce 13,5 mil. Kč, a to již čtvrtým rokem).

Byl rozšířen počet pacientů léčených interferony (Betaferon, Avonex, Rebif 22 a Rebif 44), Copaxonem i intravenózními imunoglobuliny pro diagnózu roztroušená skleróza mozkomíšní (RS). Koncem roku jich bylo již 1 980. Převážná část z léčených pacientů je díky léčbě těmito drahými léky schopna normální pracovní činnosti a nebo studia, neboť v tomto souboru jsou i děti studující střední školu. Malá skupina pacientů s RS je v úplném nebo částečném invalidním důchodu.

Již čtvrtým rokem byl centrální nákup léčiv rozšířen o biologickou léčbu revmatoidní artritidy (RA) u dospělých, ale i dětských pacientů lékem Remicade, Humira a Enbrel. Byla zahájena biologická léčba u 40 pacientů s Bechtěrevovou nemocí.

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

Významnou činností Pojišťovny byla i v roce 2005 tvorba Číselníků VZP ČR:

- hromadně vyráběných léčivých přípravků a potravin pro zvláštní lékařské účely (LEKY)
- individuálně vyráběných léčivých přípravků (IVLP)
- zdravotnických prostředků (PZT)
- stomatologických výrobků (STOMAG).

Číselníky přinášejí základní informace pro zdravotnická zařízení, distributory a zprostředkované i pro pojištěnce o sortimentu, úhradách a cenách léčiv a zdravotnických prostředků na českém trhu. Na jejich základě probíhá vyúčtování léčiv a ZP.

Pojišťovna se trvale snaží podávat prostřednictvím číselníků informace komplexní a včasné. Závislost Pojišťovny na dodání podkladů pro zpracování od jiných subjektů vedla i v roce 2005 zejména u Číselníku LEKY k opožděnému vydávání v tištěné formě. Veškeré informace uvedené v Číselnících jsou předávány smluvním partnerům, pro všechny uživatele Internetu jsou přístupné na webových stránkách Pojišťovny <http://www.vzp.cz>.

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

V roce 2005 byly uzavřeny dodatky ke smlouvám s registry dárců kostní dřeně, které umožnily pokračování hrazení nákladů spojených s vyhledáváním vhodného dárce v zahraničí a dodáním křetvorných buněk od zahraničních nepřibuzných dárců. Pro období roku 2005 zůstalo v evidenci 53 pacientů z let 2003 až 2004 a bylo evidováno 136 nových pacientů. Celkový počet pacientů, pro které bylo zahájeno vyhledávání nepřibuzného dárce v zahraničí, tak dosáhl čísla 189.

Úspěšně se podařilo v průběhu roku 2005 nalézt vhodného dárce a dodat štěp křetvorných buněk pro 62 pacientů. Předpokládané náklady pro rok 2005 byly vyčerpány, avšak nebyly překročeny.

### Zdravotnické prostředky

Také v roce 2005 pokračovaly ve své činnosti komise pro přidělování elektrických vozíků a myoelektrických protéz, kochleárních implantátů a sluchadel, komise pro implantaci neuromodulačních systémů léčby bolesti. Práce v komisích je zaměřená na odborné posouzení oprávněnosti vynakládání finančních prostředků na ZP.

Meziroční nárůst nákladů na zdravotnické prostředky předepisované na poukaz ovlivnily z největší části zdravotnické prostředky pro inkontinenci, a to zejména v sortimentu absorpčních pomůcek. Vzhledem k tomu, že se jedná o déle trvající problém, bude zpracován záměr zprůhlednění vynaložených nákladů a navržení regulačních prvků.

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

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

#### 4.4.1 REVIZNÍ ČINNOST – KONTROLY POSKYTOVATELŮ ZDRAVOTNÍ PÉČE

Revizní činnost jako odbornou medicínskou kontrolu, regulaci (schvalování, povolování a potvrzování) a posuzování zajišťovalo na územních pracovištích a KP pro hl. m. Prahu ke konci roku 2005 celkem 768 revizních pracovníků, tj. revizních lékařů a dalších odborných pracovníků ve zdravotnictví způsobilých k revizní činnosti (dále odborný revizní pracovník).

Z toho bylo:

193 revizních lékařů s úvazkem 0,8–1,00

99 revizních lékařů specialistů s úvazkem do 0,79

280 revizních lékařů specialistů na dohodu o pracovní činnosti

33 revizních lékařů specialistů na dohodu o provedení práce

21 revizních pracovníků specialistů VŠ, SŠ s úvazkem i na dohodu

118 asistentů revizního lékaře

24 farmaceutů.

V roce 2005 došlo k dalšímu snížení celkového počtu revizních pracovníků, a to o 26 oproti roku 2004.

V rámci metodického dohledu nad úrovní revizní činnosti územních pracovišť a KP pro hl. m. Prahu provedli pracovníci odboru revize zdravotní péče (dále ORZP) Ústředí Pojišťovny v průběhu roku 2005 celkem 27 kontrolních návštěv, z toho 5 rozšířených kontrolních návštěv spojených s prověřením dodržování povinného používání nástrojů informačního systému (dále IS) pro kontrolu vykázané zdravotní péče za spoluúčasti tzv. odborníka z praxe, kterými jsou vybraní pracovníci z územních pracovišť. Výstupem kontrol jsou na místě vyhotovené zápisy, následně uložené na Ústředí Pojišťovny. Obsahují

konkrétní popis zjištěných nedostatků, včetně termínů určených k jejich odstranění. Ředitelům příslušných územních pracovišť a krajských poboček jsou v rámci kontroly navrhována nápravná opatření.

Územní pracoviště a KP pro hl. m. Prahu pravidelně předávaly ORZP Ústředí Pojišťovny statistické čtvrtletní přehledy o činnosti revizních lékařů a odborných pracovníků.

Sumarizace revizních činností na územních pracovištích a KP pro hl. m. Prahu za rok 2005 je shrnuta v tabulce č. 8, regulační část revizní činnosti – schvalování, povolování a potvrzování v roce 2005 v tabulce č. 9, expertní část revizní činnosti – posuzovací činnost v roce 2005 v tabulce č. 10 a kontrolní část revizní činnosti – revize a kontroly v roce 2005 v tabulce č. 11. Celkový efekt revizí (tj. kontrol spojených se šetřením ve zdravotnickém zařízení) provedených revizními pracovníky územních pracovišť a KP pro hl. m. Prahu za rok 2005 (vyplývající ze souhrnu čtvrtletních přehledů, které zpracovaly územní pracoviště a KP pro hl. m. Prahu a zaslaly na ORZP Ústředí Pojišťovny v roce 2005) je následující:

- suma bodových hodnot odmítnutých nebo změněných zdravotních výkonů činila 171 181 921 bodů<sup>1</sup>
- hodnota dalších odmítnutých účtovaných položek (ZUM, ZULP, stomatologické výkony, preskripce) činila 29 703 548 Kč.

Celkový efekt kontrol (tj. kontrol správnosti vykázané zdravotní péče, provedených z údajů v informačním systému) provedených revizními pracovníky územních pracovišť a KP pro hl. m. Prahu za rok 2005 (vyplývající ze souhrnu čtvrtletních přehledů, které zpracovaly územní pracoviště a KP pro hl. m. Prahu a zaslaly na ORZP Ústředí Pojišťovny v roce 2005) je následující:

- suma bodových hodnot odmítnutých nebo změněných zdravotních výkonů činila celkem 666 891 350 bodů<sup>1</sup>
- hodnota dalších odmítnutých účtovaných položek (ZUM, ZULP, stomatologické výkony, preskripce) činila 328 276 730 Kč.

■ **Tabulka č. 8:** Souhrnný přehled o revizní činnosti ÚP a KP pro hl. m. Prahu VZP ČR v roce 2005

Položka	I. Q	II. Q	III. Q	IV. Q	Celkem
Počet uzavřených revizí a kontrol celkem	7 101	11 000	8 134	8 853	35 088
Schvalování léků, ZP a výkonů	74 504	74 264	60 036	64 405	273 209
Povolování výjimek *	4 044	1 738	1 747	1 428	8 957
Potvrzování lázeňské péče	24 450	37 083	20 731	9 973	92 237
Potvrzování ozdravné péče	2 161	1 707	284	386	4 538
Potvrzování péče v dětských léčebnách	1 275	999	301	410	2 985
Počet provedených posouzení	55 988	62 171	50 148	57 014	225 321
<b>Celkem</b>	<b>169 523</b>	<b>188 962</b>	<b>141 381</b>	<b>142 469</b>	<b>642 335</b>

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

■ **Tabulka č. 9:** Regulační část revizní činnosti ÚP a KP pro hl. m. Prahu VZP ČR (schvalování, povolování a potvrzování) v roce 2005

Vyjádření	Z počtu	v %	Neschváleno	v %
k vázaným položkám („Z“, „X“)	273 209	71,53	11 558	4,23
z toho: léčiva	143 984	37,70	5 935	4,12
ZP	116 490	30,50	4 841	4,16
výkony	12 735	3,33	782	6,14
k žádostem o povolení plné úhrady *	8 957	2,35	616	6,88
z toho: léčiva	7 417	1,94	458	6,18
ZP	949	0,25	77	8,11
výkony	591	0,15	81	13,71
k lázeňským návrhům	92 237	24,15	2 432	2,64
z toho: komplexní láz. péče	78 409	20,53	1 970	2,51
příspěvková láz. péče	13 828	3,62	462	3,34
k návrhům do dětských OLÚ	2 985	0,78	62	2,08
k návrhům do ozdraven	4 538	1,19	116	2,56
<b>Celkem</b>	<b>381 926</b>	<b>100,00</b>	<b>14 784</b>	<b>3,87</b>

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

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

**Tabulka č. 10:** Expertní část revizní činnosti ÚP a KP pro hl. m. Prahu VZP ČR (posuzovací činnost) v roce 2005

Posuzovací činnost	I. Q	II. Q	III. Q	IV. Q	Celkem
Soubory výkonů do přílohy č. 2 smlouvy	3 026	2 910	2 216	1 916	10 068
Škody způsobené třetí osobou	7 363	6 884	6 376	6 541	27 164
Individuální účty pojištěnců	1 735	3 118	2 199	3 383	10 435
Smluvní pojištění (smluv a vyúčtování)	19 214	21 617	17 120	19 097	77 048
Nutná a neodkladná péče v cizině	418	469	564	682	2 133
Věcné, technické a personální zajištění	918	1 025	708	689	3 340
Námítky SZZ k regulacím	278	132	359	181	950
Možský koník	4 688	821	79	0	5 588
Doklady vyúčt. zdrav. péče v rámci EU	7 851	12 091	8 204	10 362	38 508
Ostatní posouzení	10 497	13 104	12 323	14 163	50 087
<b>Počet posouzení celkem</b>	<b>55 988</b>	<b>62 171</b>	<b>50 148</b>	<b>57 014</b>	<b>225 321</b>

**Tabulka č. 11:** Kontrolní část revizní činnosti ÚP a KP pro hl. m. Prahu VZP ČR (revize a kontroly) v roce 2005

	I. Q	II. Q	III. Q	IV. Q	Celkem
Počet revizí plánovaných	1 237	1 283	940	1 187	4 647
Počet revizí cílených	637	711	550	696	2 594
<b>celkem</b>	<b>1 874</b>	<b>1 994</b>	<b>1 490</b>	<b>1 883</b>	<b>7 241</b>
<b>Počet kontrol</b>	<b>5 227</b>	<b>9 006</b>	<b>6 644</b>	<b>6 970</b>	<b>27 847</b>
<b>Počet revizí a kontrol celkem</b>	<b>7 101</b>	<b>11 000</b>	<b>8 134</b>	<b>8 853</b>	<b>35 088</b>
<b>Námítky proti RZ a KZ</b>					
uznané částečně	89	172	112	93	466
uznané plně	155	256	146	198	755
neuznané	136	200	160	174	670
<b>Celkový počet podaných námitek</b>	<b>380</b>	<b>628</b>	<b>418</b>	<b>465</b>	<b>1 891</b>

Z nástrojů informačního systému byl pro potřeby kontroly výdajové složky veřejného zdravotního pojištění v roce 2005 revizními pracovníky, stejně jako v minulých letech, využíván zejména programový modul informačního systému Pojišťovny „Deník revizního lékaře“ (dále DRL), který umožňuje přesnou evidenci a kontrolu schválených položek (léčiv, zdravotnických prostředků, výkonů zdravotní péče) a vydaných povolení k úhradám.

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

Jejich základní funkční mechanismy jsou převzaty do vývoje nového programového modulu CRKVC pro kontrolu výdajové složky, který zefektivní a urychlí požadované procesy.

Revizní skupiny ORZP Ústředí provedly v roce 2005 samostatně celkem 13 revizí. Ve všech případech se jednalo o plánované revize interních (6 revizí) a chirurgických (7 revizí) oborů nemocnic vesměs okresního typu. Předmětem plánovaných revizí ústředních revizních skupin (ve složení 1 revizní lékař a 1 až 2 asistentky revizního lékaře) je vybraná vykázaná péče za určité období (nejčastěji čtvrtletí až pololetí) na standardním lůžkovém oddělení, ambulanci a JIP, a to jak péče vlastní, tak péče indukovaná. Všechny revize správnosti a oprávněnosti vykázané zdravotní péče byly spojené se šetřením ve zdravotnickém zařízení, kdy vyúčtovaná zdravotní péče byla konfrontována s faktickými záznamy ve zdravotnické dokumentaci našich pojištěnců. Celkem byla na základě revizí provedených revizními pracovníky Ústředí jako nesprávně a/nebo neoprávněně vykázaná a uhrazená zdravotní péče odmítnuta úhrada ve výši 8 071 826 bodů a 992 523,60 Kč s tím, že jedna revize není dosud uzavřená a chybí proto její ekonomické vyčíslení v korunách a bodech. Průměrně bylo na základě 1 uzavřené a ekonomicky vyčíslené revize, provedené revizními pracovníky Ústředí, odečteno 672 652 bodů a 82 710 Kč.

Z revizí smluvních zdravotnických zařízení provedených v roce 2005 vyplynulo, že:

- lékaři lůžkových zdravotnických zařízení i poskytovatelé ambulantních služeb předepisovali léčivé přípravky na recept nebo ZP na poukaz u hospitalizovaných pacientů, přestože úhrada těchto léčivých přípravků během hospitalizace je zajištěna platbou lékového paušálu a ze zákona je její předepisování v době hospitalizace nepřipustné;



- u hospitalizovaných pacientů byly vykazovány zdravotní výkony agregované do výkonů ošetrovacího dne (na standardních lůžkách: nestatimová laboratorní biochemická vyšetření, UZ vyšetření, EKG, vizita vykázaná jako cílené vyšetření, v den přijetí k hospitalizaci nemocnice vykazuje veškerá provedená biochemická vyšetření v rámci ambulance, apod., na lůžkách JIP: výkony aplikace krve či krevních derivátů, i.v. injekce, EKG, enterální výživa, apod.), což je podle platné vyhlášky MZ ČR, kterou se vydává Seznam zdravotních výkonů, nepřipustné;
- vykázané kategorie pacientů neodpovídaly záznamům o zdravotním stavu ve zdravotnické dokumentaci a kritériím pro jejich vykázaní, která jsou daná Seznamem zdravotních výkonů;
- lékaři vykazovali zdravotní výkony, jejichž obsah dle zápisu v dokumentaci nebyl celý naplněn, ve zdravotnické dokumentaci pojištěnců, mnohdy obtížně čitelné, byly nedostatečné a tak neprůkazné záznamy o poskytnuté zdravotní péči, nebo tyto záznamy úplně chyběly;
- záznamy ve zdravotnické dokumentaci jsou v rozporu se zákonem č. 20/1966 Sb., v platném znění, resp. zákonem č. 260/2001 Sb., konkrétně § 67b, odstavcem (7) nepřipustně vedeny výhradně v elektronické podobě bez toho, že by poskytovatelé doložili, že jsou držiteli zaručeného elektronického podpisu vydaného certifikační autoritou dle zákona č. 227/2000 Sb., v platném znění;
- lékaři lůžkových zdravotnických zařízení přijímali pacienty k ústavní léčbě v rozporu s ustanoveními zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, v platném znění, a č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, v platném znění (ze záznamů ve zdravotnické dokumentaci nevyplývaly zdravotní důvody k přijetí do ústavní péče a proč nemohla být zdravotní péče poskytnuta ambulantně);
- lékaři pracovišť následné lůžkové péče přijímali pacienty k hospitalizaci, třebaže zdravotní důvody indikující jejich přijetí nebyly v záznamech ve zdravotnické dokumentaci nalezeny a často se v těchto případech jednalo o přijetí pacientů do zdravotnického zařízení ze sociálních důvodů, které bylo a je neoprávněně vykazováno k úhradě z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Jen zcela výjimečně při tom zdravotnická zařízení žádají o statut sociálních hospitalizací dle zákona č. 100/1998 Sb., o sociálním zabezpečení. Stejně tak, pokud v průběhu hospitalizace pominou důvody k ústavní péči, zůstávají pacienti ze sociálních důvodů na lůžku, ale není žádáno o přiznání statutu sociální hospitalizace, a tak je jejich pobyt hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění;
- návrhy na lázeňskou léčbu v řadě případů neobsahovaly vždy všechny předepsané údaje, navrhuje lékaři nerespektovali platnou, smluvně závaznou Metodiku pro pořizování a předávání dokladů Pojišťovny a Indikační seznam lázeňské péče a nebrali zřetel na kontraindikace lázeňské léčby, což ztěžovalo posuzování a potvrzování návrhů revizními lékaři;
- u výkonů zdravotní péče, pokud jsou provedeny ve frekvenci vyšší než 1x, stanoví Seznam zdravotních výkonů, že mohou být vykázané pouze tolikrát, kolikrát byl naplněn celý čas stanovený k jejich provedení, a proto čas zahájení a ukončení musí být uveden ve zdravotnické dokumentaci. Tyto časy v dokumentaci velmi často chyběly a proto byly výkony uznávány k úhradě pouze v počtu 1x;
- u příkazů ke zdravotnímu transportu je velmi často porušována smluvně závazná Metodika Pojišťovny pro pořizování a předávání dokladů, příkazy jsou vyplňovány neúplně, chybí záznam o jejich vystavení ve zdravotnické dokumentaci, jako důvod k vystavení je uváděno např. „propuštění“, „ad vyšetření“, což samo o sobě není zdravotní indikací k transportu.

#### 4.5 POHLEDÁVKY ZA ZZ PO LHŮTĚ SPLATNOSTI

Pojišťovna evidovala k 31. 12. 2005 **pohledávky za ZZ po lhůtě splatnosti ve výši 330 mil. Kč.** Jedná se o pohledávky z uplatnění cenových regulací ve smyslu zákona č. 526/1990 Sb., o cenách. Zpětným přepočtem úhrad poskytnutých za zdravotní péči v letech 2001 a 2002 bylo zjištěno, že řada zdravotnických zařízení, zejména zařízení zdravotnické záchranné služby, získávala vyšší hodnotu bodu, než byla stanovena Cenovým výměrem Ministerstva financí. Tento přepočet byl proveden v roce 2003 a zůstatek pohledávek z těchto regulací k 31. 12. 2005 činil 207 mil. Kč. V roce 2005 byl proveden přepočet úhrad poskytnutých za zdravotní péči v roce 2003 a z tohoto přepočtu zůstávají k 31. 12. 2005 pohledávky ve výši 123 mil. Kč. Z celkové výše pohledávek 330 mil. Kč je 294 mil. Kč za zařízeními zdravotnické záchranné služby.

V průběhu roku 2005 pokračovaly soudní spory zahájené, resp. rozšířené v minulých letech mezi VZP ČR a zdravotnickými záchrannými službami (ZZS) o uplatnění cenových regulací. Nejvyšší soud ČR v několika dovolacích řízeních, vyvolaných podáním dovolání ze strany VZP ČR, rozhodl zcela identicky, a to ve prospěch právního názoru zastávaného po celou dobu VZP ČR. Jedná se o spory vedené s Územním střediskem zdravotnické záchranné služby Ústeckého kraje, nyní ZZS Ústeckého kraje (spis. zn. 32 Odo 1166/2005), se Zdravotnickou záchrannou službou Asociace Samaritánů České republiky, Praha-západ (spis. zn. 32 Odo 1299/2005), se Zdravotnickou záchrannou službou Asociace Samaritánů České republiky, Kralupy nad Vltavou (spis. zn. 32 Odo 1301/2005) a s Územním střediskem zdravotnické záchranné služby Zlínského kraje (spis. zn. 32 Odo 1385/2005).

Ve všech citovaných rozhodnutích v předmětných sporech Nejvyšší soud ČR zrušil stávající pravomocná rozhodnutí ve věci a v odůvodnění svého rozhodnutí vyslovil svůj názor zcela jednoznačně, v tom smyslu, že byla-li v rozhodném období cena zdravotní péče hrazená zdravotním pojištěním regulovanou cenou ve smyslu § 3 odst. 1 zákona č. 526/1990 Sb., o cenách, stanovenou v Seznamu zboží s regulovanými cenami, vydaném Výměrem Ministerstva financí publikovaným v Cenovém věstníku Ministerstva financí (§ 10 zákona č. 265/1991 Sb., o působnosti orgánů České republiky v oblasti cen), pak cena zdravotní péče hrazená zdravotním pojištěním byla v souladu s § 5 odst. 1 zákona č. 526/1990 Sb., o cenách, úředně stanovenou cenou, tj. cenou určeného druhu zboží danou cenovými orgány (§ 2 odst. 2 zákona č. 265/1991 Sb.), v daném případě cenou maximální. Přitom maximální cena je cena, kterou není přípustné podle § 5 odst. 2 zákona č. 526/1990 Sb. překročit a platí pro všechny prodávající a kupující určeného druhu zboží (§ 5 odst. 5 zákona č. 526/1990 Sb.). Došlo-li tedy v dané věci, byť zákonem povoleným způsobem úhrady za poskytnutou zdravotní péči, k překročení stanovené maximální ceny za poskytování zdravotní péče, byla porušena cenová regulace, a tím došlo k právnímu úkonu, jímž byl porušen zákon č. 526/1990 Sb., o cenách.

Slabinou těchto rozhodnutí byla pouze skutečnost, že Nejvyšší soud ČR hodnotil otázku neplatnosti sjednaného paušálního způsobu úhrady v důsledku rozporu s předpisy cenové regulace pouze z hlediska režimu obchodního zákoníku, kterému byl ale podřízen smluvní vztah o poskytování a úhradě zdravotní péče mezi VZP ČR a ZZS pouze v prvním pololetí roku 2001. V dalších obdobích pak v důsledku uzavření nových smluv dle vyhl. 457/2000 Sb., o rámcových smlouvách, byl režim smluvních vztahů podřízen zákonu č. 48/1997 Sb. a subsidiárně režimu občanského zákoníku. Na tuto skutečnost však Nejvyšší soud ČR v uvedených rozhodnutích nijak nerefletoval. Z pohledu VZP ČR však nešlo o slabinu nijak zásadní, neboť různý režim obou soukromoprávních kodexů znamenal z hlediska neplatnosti cenových ujednání při střízlivé aplikaci pouze teoretický rozdíl.

Nejvyšší soud ČR vrátil tedy na základě shora uvedeného předmětné spory zpět soudům prvního stupně k dalšímu řízení s tím, že je jeho právní názor pro tyto soudy závazný.

#### 4.6 SMLUVNÍ POLITIKA

Situace zhoršující se finanční nerovnováhy příjmové a výdajové stránky, způsobená zejména úhradovými vyhláškami, které nerespektovaly aktuální stav příjmů a výdajů veřejného zdravotního pojištění, neumožňovala Pojišťovně v roce 2005 navazovat nové smluvní vztahy. Výjimkou z tohoto přístupu k novým smlouvám nebo rozšiřování smluv se stávajícími poskytovateli byly pouze:

- případy skutečné nedostupnosti potřebné zdravotní péče, zejména primární, nebo
- případy restrukturalizace poskytovatelů vedoucí ke změně spektra a formy péče za podmínky nezvýšení plateb od Pojišťovny.

V rámci poradního orgánu vedení Pojišťovny – Komise pro posuzování změn rozsahu sítě smluvních partnerů – byly v roce 2005 projednávány všechny takové žádosti zdravotnických zařízení, jejichž nasmlouváním by vznikl závazek hradit poskytnutou zdravotní péči v částce vyšší než 2 miliony Kč ročně. Posuzovány byly rovněž všechny žádosti o obměnu či o nové smluvní ujednání v oblasti diagnostické a terapeutické péče pomocí vybrané zdravotnické techniky.

Komise projednala do ukončení své činnosti (listopad 2005) celkem více než 250 žádostí, doporučila vedení Pojišťovny pouze naléhavé obměny ve vybavení zdravotnických zařízení vybranou zdravotnickou technikou v těch případech, kde by hrozilo omezení dostupnosti zdravotní péče pro klienty Pojišťovny.

Ve sledovaném období došlo k řadě změn smluvních vztahů, které však neznamenaly rozšiřování počtu smluvních zdravotnických zařízení.

Změnami se řešily např. následující případy:

výpadek dostupnosti zdravotní péče v případě úmrtí smluvního lékaře, odchodu smluvního lékaře do důchodu, zrušení registrace stávajícího smluvního lékaře, či z důvodu ukončení činnosti smluvního ZZ na vlastní žádost, nutnost uzavřít nový smluvní vztah (se stávajícím smluvním partnerem) při změně právní formy, při změně zřizovatele, při převodu činnosti fyzické osoby na právnickou a naopak.

#### Komentář k tabulce „Soustava smluvních ZZ“ k 31. 12. 2005

##### Ambulantní zdravotnická zařízení

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

**Nemocnice**

Zařazena lůžková zařízení akutní péče, mající odbornost .H. (standardní lůžková péče), .I. (intenzivní a resuscitační lůžková péče), .F. (standardní lůžková péče ve fakultních a dřívějších krajských nemocnicích), .T. (intenzivní a resuscitační lůžková péče ve fakultních a dřívějších krajských nemocnicích) a mající alespoň jeden z těchto základních oborů: 1\_1 interní lékařství, 3\_1 pediatrie, 5\_1 chirurgie, 6\_3 gynekologie a porodnictví.

**Ostatní lůžková zařízení**

Do této skupiny jsou zařazena smluvní lůžková zařízení, mající některou z odborností .H. (standardní lůžková péče), .I. (intenzivní a resuscitační lůžková péče), .F. (standardní lůžková péče ve fakultních a dřívějších krajských nemocnicích), .T. (intenzivní a resuscitační lůžková péče ve fakultních a dřívějších krajských nemocnicích), která nemají alespoň jeden ze základních oborů 1\_1 interní lékařství, 3\_1 pediatrie, 5\_1 chirurgie, 6\_3 gynekologie a porodnictví. Dále jsou zde zařízení, která mají jak péči OLÚ, tak LDN a ošetrovatelskou péči. Tato zařízení jsou kromě kategorie OSTATNÍ LZ uvedena i v kategoriích ZAČLENĚNÁ ZAŘÍZENÍ (podle smluvní odbornosti).

**OLÚ**

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

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

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

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

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

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

**LDN péče**

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

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

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

**Ošetrovatelská lůžka (00005)**

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

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

Začleněná – jedná se o ZZ, mající pracoviště 9H9 nebo 9F9 (pracoviště ústavní péče na ošetrovatelském lůžku) a další pracoviště lůžkové péče.

**Lékárny a výdejny zdravotnických prostředků**

■ Do této skupiny jsou zahrnuty lékárny, výdejny léčiv a ZP a oční optici. Nejsou zde zahrnuty některé výdejny ZP, které nelze oddělit od výrobců a distributorů.

■ Nejsou zde uvedeny nemocniční lékárny.

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

### Změny, úpravy a rozšíření smluvních vztahů

Jsou popsány konkrétní změny a úpravy u těch segmentů (v případě lůžkových ZZ u těch řádek) v tabulce „Soustava smluvních ZZ“, kde došlo ke zvýšení počtu ZZ v porovnání s rokem 2004.

#### V kategorii OLÚ (ostatní jen s OLÚ péčí – ř. 2.2.4)

1 ZZ bylo přeřazeno z kategorie začleněných OLÚ do kategorie OLÚ ostatní (IČO 00195201 IČZ 69034000 LDN Hostinné a IČZ 69034002 Léčebna zrakových vad Dvůr Kr. n. L. – nejedná se o nový smluvní vztah)

#### V kategorii LDN začleněná v rámci jiného ZZ (ř. 2.3.2)

– přechod IČO 61852287, IČZ 29004000 RHG spol. s.r.o. Roztoky z kategorie LDN samostatná – nejedná se o nový smluvní vztah

#### V kategorii Ošetrovatelská lůžka samostatná (ř. 2.4.1)

- nový smluvní vztah od 1. 4. 2005 Krušnohorská poliklinika, s.r.o., IČO 25030302, IČZ 57622000 (realizace výběrového řízení MZ ČR z 2. 12. 2004 – stanovisko vyhlášovatele doporučující)
- nový smluvní vztah od 1. 10. 2005 s IČO 25419561 IČZ 57623000 Hospic v Mostě (realizace výběrového řízení MZ ČR z 20. 6. 2005 – stanovisko vyhlášovatele doporučující)

#### V kategorii Ošetrovatelská lůžka začleněná v rámci jiného ZZ (ř. 2.4.2)

- nově uvedeno IČO 61852287 IČZ 25211000 LDN Mělník, kde se změnil typ péče na ošetrovatelská lůžka – nejedná se o nový smluvní vztah

#### V kategorii Ostatní lůžková zařízení (ř. 2.5)

- IČO 26940281 IČZ 7959100 PATEB s.r.o., zahájila činnost v průběhu roku 2005 – na základě výběrového řízení MZ ČR ze 6. 1. 2005 nastal přesun konkrétního druhu péče z příslušné nemocnice pod samostatné IČO, v nemocnici se o něj snížilo spektrum poskytované péče
- přechod IČO 61852287 IČZ 25211000 LDN Mělník a IČZ 29004000 RHG spol. s.r.o. Roztoky z kategorie LDN samostatná (změnou typu péče) – není nový smluvní vztah

#### V kategorii Dopravní zdravotní služba (ř. 5) – DRNR

se zvýšil absolutní počet těchto smluvních subjektů (definovaných IČP) o pět. Ve všech případech předcházelo výběrové řízení, které skončilo doporučením k nasmlouvání daného zdravotnického zařízení.

Ve dvou případech byla důvodem vzniku nového smluvního vztahu transformace lůžkového zdravotnického zařízení a oddělení zařízení DRNR. Dvakrát byla uzavřena nová smlouva se zařízením DRNR, které se oddělilo od transformované krajské záchranné služby. V těchto čtyřech případech se nejednalo o nový smluvní vztah ve smyslu rozšíření kapacity. Zcela nové zařízení vzniklo v pohraničním okrese, ve kterém nebyla zajištěna dostatečná dostupnost této péče.

#### V kategorii Lékárny a výdejny zdravotnických prostředků (ř. 7)

byl nový smluvní vztah uzavřen s 69 lékárnami či výdejny. Pro úhradu léčiv a ZP nemá uzavření smluvního vztahu žádný vliv, Pojišťovna hradí stejným způsobem jak smluvním, tak nesmluvním lékárnám a výdejnám. Smluvní vztah však umožňuje Pojišťovně provádět v těchto zařízeních kontrolní činnost.

Tabulka č. 12: Soustava smluvních zdravotnických zařízení (ZZ)

Kategorie smluvních zdravotnických zařízení	Počet ZZ		% nárůstu (poklesu)
	skutečnost k 31. 12. 2004	skutečnost k 31. 12. 2005	
<b>1. Ambulantní zdravotnická zařízení *)</b>	34 256	34 106	-0,4
z toho:			
1.1 Praktický lékař pro dospělé (odb. 001)	5 516	5 507	-0,2
1.2 Praktický lékař pro děti a dorost (odb. 002)	2 406	2 386	-0,8
1.3 Praktický zubní lékař (odb. 014, 015, 019)	6 407	6 383	-0,4
1.4 Ambulantní specialisté celkem	15 870	15 822	-0,3
1.5 Home-care (odb. 925)	551	540	-2,0
1.6 Rehabilitační ZZ (odb. 902, 918)	1 495	1 481	-0,9
1.7 ZZ komplementu (odb. 222, 801-805, 807, 809, 812-823)	1 986	1 963	-1,2
1.8 Ostatní ambulantní specialisté	25	24	-4,0
<b>2. Lůžková ZZ celkem (bez začleněných ZZ) **)</b>	284	274	-3,5
z toho:			
2.1 Nemocnice ***)	164	153	-6,7
2.2. OLÚ (kromě LDN a ZZ vykaz. výhradně kód OD 00005)	53	53	0,0
2.2.1 v tom: psychiatrické	15	14	-6,7
2.2.2 rehabilitační	7	7	0,0
2.2.3 TRN	4	4	0,0
2.2.4 ostatní jen s OLÚ péčí	13	14	7,7
2.2.5 začleněná OLÚ v rámci jiného ZZ	14	14	0,0
2.3. LDN celkem (vykazující kód 00024)	126	124	-1,6
2.3.1 v tom: samostatná ZZ	45	42	-6,7
2.3.2 začleněná v rámci jiného ZZ	81	82	1,2
2.4. Ošetrovatelská lůžka (vykazující kód 00005)	66	67	1,5
2.4.1 v tom: samostatná ZZ	17	19	11,8
2.4.2 začleněná v rámci jiného ZZ	49	48	-2,0
2.5 Ostatní lůžková zařízení ****)	19	21	10,5
<b>3. Lázně **)</b>	49	44	-10,2
<b>4. Ozdravny **)</b>	7	6	-14,3
<b>5. Dopravní zdravotní služba *)</b>	568	573	0,9
<b>6. Záchraná služba (odb. 709) *)</b>	182	182	0,0
<b>7. Lékárny a výdejny zdravotnických prostředků **)</b>	2 194	2 263	3,1
<b>8. Ostatní smluvní ZZ</b>			

\*) smluvní ZZ jsou definována IČP

\*\*) smluvní ZZ jsou definována IČO

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

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

## 4.7 ZDRAVOTNÍ PÉČE POSKYTOVANÁ POJIŠTĚNCŮM A HRAZENÁ NAD RÁMEC VEŘEJNÉHO ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ

### 4.7.1 ČERPANÁ Z FONDU PREVENCE

Náklady na preventivní zdravotní péči čerpané z fondu prevence jsou vyčísleny v tabulce č. 13 (odkazy na účelové položky této tabulky jsou uvedeny u jednotlivých vybraných projektů). V roce 2005 byly realizovány projekty, které jsou vesměs pokračováním projektů z předchozích let.

V roce 2005 Pojišťovna ze svého fondu prevence podpořila mj. následující projekty:

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

- úhradu vyšetření na stanovení C reaktivního proteinu vybraným praktickým lékařům pro děti a dorost – umožňuje cílenou antibiotickou terapii (výkon od 1. 1. 2006 zařazen do úhrad jako nový výkon Seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami)
- příspěvek na úhradu fixních ortodontických aparátů pojištěncům Pojišťovny v určeném věkovém rozmezí
- úhradu vymezeného počtu kusů staplerů v rámci provedených operací hemeroidů metodou dle Longa, realizováno v nemocnici Na Homolce, Praha 5 a v Nemocnici Na Františku, Praha 1 (výkon od 1. 1. 2006 zařazen do úhrad jako nový výkon Seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami)
- pilotní projekt „Léčba inkontinence stolice fyzioterapií typu biofeedback“, realizováno v IKEM Praha

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

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

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

- příspěvek na očkování proti klíšťové encefalitidě
- podporu dárců krve – bezplatné poskytnutí cestovního zdravotního pojištění
- příspěvek na preventivní vyšetření v rámci prevence kolorektálního karcinomu
- individuální podporu zdravotně postiženým sportovcům
- prevenci úrazovosti dětské populace – metodické pomůcky a informační materiály, preventivní balíčky pro cca 100 škol, výukové plakáty, letáčky pro rodiče v rámci projektu Mise „Dětství bez úrazů“, pokračování TV seriálu o jednotlivých typech úrazů a možnosti jejich předcházení (prac. název Kouzlo nezranitelnosti III – zimní úrazy), televizní dokument o dětských úrazech „Nepřítel dětí III“, metodické a informační materiály pro semináře a pro školitele v rámci projektu „Rodina a škola bez úrazů“
- protidrogovou prevenci – 300 komponovaných pořadů „Řekni drogám ne“, výroba a distribuce 1 miliónu kusů publikace „Vyber si zdraví“, výroba výchovných filmů, televizních pořadů a videokazet, včetně jejich distribuce v rámci projektu „Řekni drogám ne“
- regionální preventivní programy – vlastní projekty územních pracovišť
- příspěvek na antikoncepci – Pojišťovna v oblasti úhrady nákladů na zdravotní péči nad rámec veřejného zdravotního pojištění v roce 2004 poskytovala svým pojištěnkám finanční příspěvek na antikoncepci z prostředků provozního fondu. Od 1. 1. 2005 již nebylo možno tento postup aplikovat z toho důvodu, že vyhláška č. 418/2003 Sb., ve znění vyhlášky č. 656/2004 Sb., toto nepovoluje. Byla provedena taková rozpočtová opatření, která umožnila poskytování tohoto příspěvku v rámci finančního limitu stanoveného pro tvorbu fondu prevence vyhláškou MF tak, aby Pojišťovna měla vyrovnanou nabídku benefitů, které ostatní zdravotní pojišťovny poskytovaly svým klientkám již řadu let.
- podpora prevence kardiovaskulárních onemocnění – Pojišťovna poprvé zrealizovala podporu kognitivně behaviorální terapie obezity aplikované v kurzech snižování nadváhy ve spolupráci s členkou Národní rady proti obezitě při MZ.

**Tabulka č. 13:** Náklady na preventivní zdravotní péči čerpané z fondu prevence

Účelová položka	Počet účastníků v roce 2005	Rok 2004 skutečnost tis. Kč	Rok 2005 ZPP tis. Kč	Rok 2005 skutečnost tis. Kč	% 2005/2004 skutečnost	% 2005/2005 skut./plán
<b>1. Náklady na zdravotní programy</b>		18 490	37 000	21 567	1,17	0,58
Stanovení C reaktivního proteinu		2 533		3 018	1,19	
Analgezie v hospicové péči			1 000			
Fixní ortodontické aparátky		14 122	26 000	15 554	1,10	0,60
Longova metoda - staplery		1 519		2 600	1,71	
Nové pilotní projekty		316	10 000	395	1,25	0,04
<b>2. Náklady na ozdravné pobyty</b>		190 290	195 000	168 321	0,88	0,86
z toho : Mořský koník	5 401	142 270	140 000	116 468	0,82	0,83
ostatní ozdravné pobyty	2 778	48 020	55 000	51 853	1,08	0,94
<b>3. Ostatní činnosti</b>		130 315	104 800	172 907	1,33	1,65
očkování klíšťová encefalitida, dárce krve, kolor. karcinom		16 071	17 000	15 607	0,97	0,92
podpora zdravotně postižených sportovců		1 000	1 000	1 000	1,00	1,00
prevence úrazovosti dětské populace		7 230	7 000	8 830	1,22	1,26
protidrogová prevence		31 311	34 800	31 000	0,99	0,89
regionální preventivní programy		25 703	25 000	12 518	0,49	0,50
ostatní programy		49 000	20 000			
antikoncepce				103 764		
stop obezité				188		
<b>4. Náklady na preventivní zdravotní péči celkem</b>		<b>339 095</b>	<b>336 800</b>	<b>362 795</b>	<b>1,07</b>	<b>1,08</b>

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

VZ 2005 – prevent. péče – 16







POJISTOVNA PRO CELÝ ŽIVOT



\*Tento podnik je maplovaný.  
If placed inside the envelope please do not  
if found, please return the card to:  
VZP ČR, Odbor úhrad  
190-01 Praha 9, Česká republika  
Zvířetnická 1, 150 00 Praha 5  
www.vzp.cz, tel. (1-800) 221 732 221  
Informace: v3@vzp.cz  
www.vzp.cz, tel. 844 711 777

5.

## Pojištěnci zdravotní pojišťovny a jejich pohyb v roce 2005

### 5.1 POJIŠTĚNCI

V souladu s vymezením daným platným zněním zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, byly v roce 2005 účastníky všeobecného zdravotního pojištění:

- osoby, které měly na území České republiky trvalý pobyt (bez ohledu na státní občanství)
- cizinci s přiznaným statutem „azylant“
- osoby, které na území ČR neměly trvalý pobyt, ale byly zaměstnány u zaměstnavatele se sídlem na území České republiky, pokud byly z tohoto vztahu účastny nemocenského pojištění podle předpisů o nemocenském pojištění
- od 1. 5. 2004, po vstupu ČR do EU, se stali účastníky všeobecného zdravotního pojištění v ČR i rodinní příslušníci pojištěnců ze zemí EU, vykonávajících v ČR výdělečnou činnost.

**Z celkového počtu 10 292 662 osob (z čehož bylo 10 079 041 občanů České republiky a 213 621 cizích státních příslušníků), které byly ke dni 31. prosince 2005 účastníky veřejného zdravotního pojištění v České republice, bylo u Pojišťovny pojištěno celkem**

**6 617 714 osob, což je 64,3 % ze všech účastníků.**

Z uvedeného počtu pojištěnců Pojišťovny k 31. 12. 2005 bylo

- 6 432 088 osob občany České republiky a 185 626 osob cizími státními příslušníky
- 3 266 678 mužů a 3 351 036 žen.

Počty pojištěnců i jejich věková skladba se v průběhu roku 2005 měnily, **v průměru bylo u Pojišťovny v roce 2005 pojištěno:**

- 6 651 725 pojištěnců, to je 64,6 % ze všech pojištěnců veřejného zdravotního pojištění,

z toho bylo v průměru:

- 3 282 254 mužů, to je 65,0 % ze všech mužů pojištěných v celém systému veřejného zdravotního pojištění
- 3 369 471 žen, to je 64,2 % ze všech žen pojištěných v celém systému veřejného zdravotního pojištění.

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

- **ve věku do 20 let** 1 295 820 osob, to je 59,3 % ze všech pojištěnců uvedeného věku v celém systému veřejného zdravotního pojištění, z toho 677 980 mužů, to je 59,6 % ze všech mužů uvedeného věku, a 627 840 žen, což je 59,0 % ze všech žen uvedeného věku;
- **ve věku od 20 let do 60 let** 4 514 782 osob, to je 63,7 % ze všech pojištěnců uvedeného věku, z toho 2 313 352 mužů (65,1 % ze všech mužů v daném věku) a 2 201 430 žen (62,2 % ze všech žen v daném věku);
- **ve věku nad 60 let** 841 123 osob, to je 81,9 % ze všech pojištěnců tohoto věku, z toho 300 922 mužů (79,7 % ze všech mužů daného věku) a 540 201 žen (83,2 % ze všech žen tohoto věku).

Přehled o celkových a průměrných počtech pojištěnců a pojištěneců, za které je plátcem pojistného stát, a jejich porovnání se ZPP 2005 obsahuje oddíl I. Pojištěnci tabulky VZ 2005-ZUK-1 Přehled základních ukazatelů o činnosti Pojišťovny v roce 2005. Tato tabulka je součástí kapitoly 7. Souhrnný přehled vybraných ukazatelů o činnosti Pojišťovny.

## 5.2 POHYB POJIŠTĚNCŮ

Evidenční počet všech osob v České republice, které byly pojištěnci systému veřejného zdravotního pojištění, se mezi 31. prosincem 2004, kdy bylo evidováno 10 314 314 osob, a 31. prosincem 2005, kdy bylo evidováno **10 292 662 osob**, snížil o 21 652 osob. V tomto období **počet pojištěnců Pojišťovny klesl** z 6 680 790 osob na 6 617 714, takže v rozmezí jednoho kalendářního roku došlo ke snížení evidenčního počtu pojištěnců Pojišťovny o **63 071 osob**, tj. o 0,95 %.

Celkový počet pojištěnců se ve srovnání s rokem 2004 v roce 2005:

- výrazněji snížil (o více jak o 3 %) u 4 územních pracovišť (Kutná Hora, Žďár nad Sázavou, Bruntál, Karviná)
- mírně snížil (o 1 až 3 %) u 23 ÚP
- prakticky nezměnil u 40 ÚP
- zvýšil u 10 ÚP (Plzeň-jih, Most, Jihlava, Litoměřice, Louny, Liberec, Jablonec nad Nisou, Praha-západ, Praha-východ, Brno-venkov, Mladá Boleslav).

Vnitřní pohyb pojištěnců, vyjádřený absolutními počty osob náležejících k hlavním věkovým skupinám pojištěnců, v roce 2005 naznačil jisté zpomalení snižování počtu nově narozených dětí, nicméně celkové stárnutí obyvatelstva České republiky pokračuje.

K pohybu pojištěnců docházelo také mezi jejich jednotlivými kategoriemi. Stejně jako v roce 2004 se snížil počet osob samostatně výdělečně činných, naopak vzrostl počet osob bez zdanitelných příjmů. Snížil se také celkový počet osob, za které byl plátcem pojistného stát.

Údaje uvedené v tabulkách o pohybu pojištěnců („Přehled o pojištěncích, kteří se přehlásili od ostatních zdravotních pojišťoven k Pojišťovně“ a „Přehled o pojištěncích, kteří se přehlásili od Pojišťovny k ostatním zdravotním pojišťovnám“) umožňují vytvoření představy o počtech pojištěnců, kteří k Pojišťovně v jednotlivých čtvrtletích roku 2005 „přišli“ (během roku přišlo 30 011 pojištěnců) a kteří od ní „odešli“ (během roku 56 643 pojištěnců). V roce 2005 přišlo od zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven o 11 045 (o 58,2 %) více pojištěnců než v roce 2004, naopak k zaměstnaneckým pojišťovnám jich odešlo o 63 819 (o 53,0 %) méně než v roce 2004.

Ke skupinám osob, které k Pojišťovně v roce 2005 přicházely bez přechodu od jiných zdravotních pojišťoven (tj. které dosud nebyly pojištěny), patřili opět např. novorozenci nebo cizinci (pokud splnili podmínky účasti ve zdravotním pojištění např. přijetím zaměstnání u zaměstnavatele se sídlem na území ČR, ve kterém byli nemocensky pojištěni). K osobám, které od Pojišťovny odcházely bez přechodu k jiným zdravotním pojišťovnám (tj. které nadále nejsou pojištěny), pak patřily např. osoby, které odešly do ciziny (nepřetržitě nejméně na dobu půl roku), zemřely, nebo se jednalo o nezaopatřené rodinné příslušníky českých občanů vykonávajících výdělečnou činnost (zaměstnání, samostatnou výdělečnou činnost) v některé zemi EU. Na základě změny ve slovenské legislativě přešlo během listopadu a prosince 2005 do slovenského zdravotního pojištění několik tisíc osob pobírajících důchod z ČR, které ale trvale bydlí na Slovensku.

### Tabulky:

**Věková struktura pojištěnců v roce 2005** – stav k 31. 12. 2005 je uveden v tabulce č. 14 a v grafu č. 1.

**Přehled o pojištěncích, kteří se přehlásili od ostatních zdravotních pojišťoven k Pojišťovně** – v členění podle jednotlivých čtvrtletí roku 2005 a věkových skupin je uveden v tabulce č. 15a a v grafu č. 2.

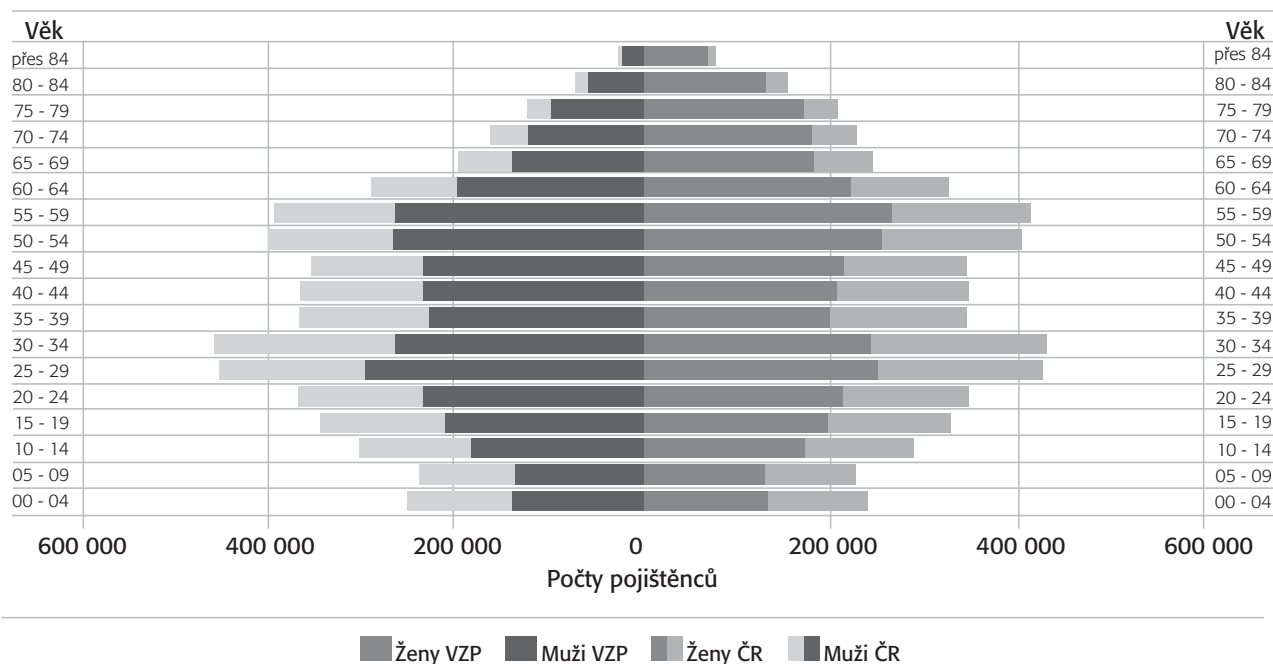
**Přehled o pojištěncích, kteří se přehlásili od Pojišťovny k ostatním zdravotním pojišťovnám** – v členění podle jednotlivých čtvrtletí roku 2005 a věkových skupin je uveden v tabulce č. 15b a v grafu č. 2.

**Vývoj počtu pojištěnců Pojišťovny v roce 2005 v členění dle územních pracovišť** – je uveden v tabulce č. 16.

I Tabulka č. 14: Věková struktura pojištěnců Pojišťovny v roce 2005

Věková skupina	Muži			Ženy			Občané ČR		
	Celkem	z toho VZP		Celkem	Z toho VZP		Celkem	z toho VZP	
		počet	%		počet	%		počet	%
0 - 4 roky	245 785	137 433	55,92	232 601	129 923	55,86	478 386	267 356	55,89
5 - 9 let	233 284	134 107	57,49	220 618	126 619	57,39	453 902	260 726	57,44
10 - 14 let	296 607	179 092	60,38	281 079	168 682	60,01	577 686	347 774	60,20
15 - 19 let	335 578	206 685	61,59	320 188	193 255	60,36	655 766	399 940	60,99
20 - 24 let	359 001	228 585	63,67	339 089	207 248	61,12	698 090	435 833	62,43
25 - 29 let	441 881	290 603	65,76	414 855	243 803	58,77	856 736	534 406	62,38
30 - 34 let	446 612	258 154	57,80	420 230	236 565	56,29	866 842	494 719	57,07
35 - 39 let	357 968	223 825	62,53	337 235	194 918	57,80	695 203	418 743	60,23
40 - 44 let	356 751	229 061	64,21	338 854	202 499	59,76	695 605	431 560	62,04
45 - 49 let	346 083	228 596	66,05	336 399	208 355	61,94	682 482	436 951	64,02
50 - 54 let	390 081	260 654	66,82	393 238	247 205	62,86	783 319	507 859	64,83
55 - 59 let	384 170	258 296	67,23	403 491	259 876	64,41	787 661	518 172	65,79
60 - 64 let	282 060	193 989	68,78	318 196	216 682	68,10	600 256	410 671	68,42
65 - 69 let	193 508	137 787	71,20	239 357	177 215	74,04	432 865	315 002	72,77
70 - 74 let	158 826	121 559	76,54	222 542	176 663	79,38	381 368	298 222	78,20
75 - 79 let	121 279	96 735	79,76	202 764	166 817	82,27	324 043	263 552	81,33
80 - 84 let	70 889	58 170	82,06	149 786	128 332	85,68	220 675	186 502	84,51
přes 84 let	27 327	23 347	85,44	74 450	66 379	89,16	101 777	89 726	88,16
Celkem	5 047 690	3 266 678	64,72	5 244 972	3 351 036	63,89	10 292 662	6 617 714	64,30

I Graf č. 1: Věková struktura pojištěnců v roce 2005



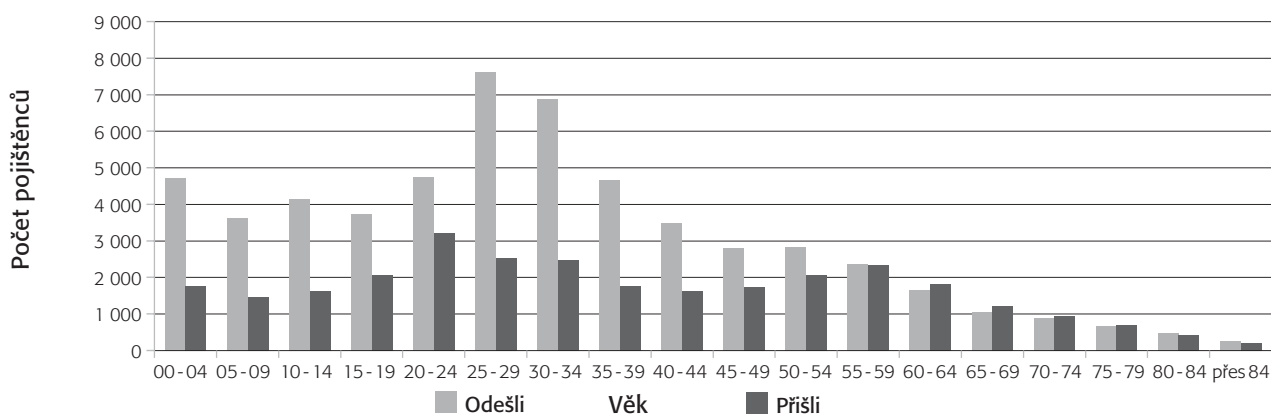
| **Tabulka č. 15a:** Přehled o pojištěncích, kteří se přehlásili od ostatních zdravotních pojišťoven k Pojišťovně

Věková skupina	I/05	II/05	III/05	IV/05	r. 2005
0 - 4 roky	513	470	427	367	1 777
5 - 9 let	426	437	356	253	1 472
10 - 14 let	503	503	364	266	1 636
15 - 19 let	743	522	464	334	2 063
20 - 24 let	1 636	671	499	421	3 227
25 - 29 let	757	742	606	441	2 546
30 - 34 let	700	748	608	407	2 463
35 - 39 let	491	587	400	290	1 768
40 - 44 let	486	513	376	257	1 632
45 - 49 let	522	548	410	251	1 731
50 - 54 let	669	636	474	287	2 066
55 - 59 let	766	678	532	358	2 334
60 - 64 let	582	501	450	299	1 832
65 - 69 let	363	346	326	188	1 223
70 - 74 let	299	216	240	176	931
75 - 79 let	200	172	171	144	687
80 - 84 let	119	99	103	97	418
přes 84 let	44	56	55	50	205
<b>Celkem</b>	<b>9 819</b>	<b>8 445</b>	<b>6 861</b>	<b>4 886</b>	<b>30 011</b>

| **Tabulka č. 15b:** Přehled o pojištěncích, kteří se přehlásili od Pojišťovny k ostatním zdravotním pojišťovnám

Věková skupina	I/05	II/05	III/05	IV/05	r. 2005
0 - 4 roky	1 112	1 167	1 119	1 317	4 715
5 - 9 let	861	915	805	1 033	3 614
10 - 14 let	1 085	1 042	886	1 142	4 155
15 - 19 let	983	915	818	1 011	3 727
20 - 24 let	1 173	1 208	1 059	1 324	4 764
25 - 29 let	2 036	1 947	1 673	1 967	7 623
30 - 34 let	1 706	1 763	1 578	1 838	6 885
35 - 39 let	1 282	1 154	1 025	1 190	4 651
40 - 44 let	983	845	716	944	3 488
45 - 49 let	773	656	573	802	2 804
50 - 54 let	810	657	530	825	2 822
55 - 59 let	679	523	458	720	2 380
60 - 64 let	436	348	362	520	1 666
65 - 69 let	275	217	223	338	1 053
70 - 74 let	222	165	180	316	883
75 - 79 let	170	145	140	223	678
80 - 84 let	114	119	89	164	486
přes 84 let	63	65	46	75	249
<b>Celkem</b>	<b>14 763</b>	<b>13 851</b>	<b>12 280</b>	<b>15 749</b>	<b>56 643</b>

I Graf č. 2: Věková struktura příšlých a odešlých pojištěnců



I Tabulka č. 16: Vývoj počtu pojištěnců Pojišťovny v roce 2005 v členění dle okresů ČR

Okres	Počet pojištěnců VZP		Index 05/04	Okres	Počet pojištěnců VZP		Index 05/04
	stav k 31. 12. 2004	stav k 31. 12. 2005			stav k 31. 12. 2004	stav k 31. 12. 2005	
1 Praha-město	773 787	759 730	0,98	40 Teplice	100 389	99 000	0,99
2 Benešov	66 535	66 045	0,99	41 Ústí nad Labem	53 523	53 005	0,99
3 Beroun	41 022	40 666	0,99	42 Havlíčkův Brod	65 782	65 723	1,00
4 Kladno	81 736	80 318	0,98	43 Hradec Králové	96 338	95 326	0,99
5 Kolín	79 344	79 289	1,00	44 Chrudim	83 784	83 294	0,99
6 Kutná Hora	41 818	38 996	0,93	45 Jičín	59 450	59 102	0,99
7 Mělník	72 468	71 987	0,99	46 Náchod	87 024	86 673	1,00
8 Mladá Boleslav	28 376	29 941	1,06	47 Pardubice	125 377	124 619	0,99
9 Nymburk	63 171	62 839	0,99	48 Rychnov n. Kněžnou	54 601	53 995	0,99
10 Praha-východ	67 557	68 302	1,01	49 Semily	62 191	61 969	1,00
11 Praha-západ	63 851	64 416	1,01	50 Svitavy	88 881	88 352	0,99
12 Příbram	85 734	84 843	0,99	51 Trutnov	63 479	62 670	0,99
13 Rakovník	39 543	39 024	0,99	52 Ústí nad Orlicí	86 821	85 825	0,99
14 České Budějovice	114 098	113 624	1,00	53 Blansko	79 503	79 180	1,00
15 Český Krumlov	42 654	42 486	1,00	54 Brno-město	237 447	236 626	1,00
16 Jindřichův Hradec	69 669	69 232	0,99	55 Brno-venkov	110 108	115 285	1,05
17 Pelhřimov	60 591	60 341	1,00	56 Břeclav	86 730	85 408	0,98
18 Písek	53 695	52 848	0,98	57 Hodonín	88 674	86 641	0,98
19 Prachatice	35 614	35 248	0,99	58 Jihlava	95 436	95 601	1,00
20 Strakonice	50 538	50 215	0,99	59 Kroměříž	58 733	58 165	0,99
21 Tábor	59 469	58 525	0,98	60 Prostějov	53 122	51 948	0,98
22 Domažlice	47 692	47 503	1,00	61 Třebíč	92 836	91 913	0,99
23 Cheb	63 917	63 800	1,00	62 Uherské Hradiště	96 689	95 711	0,99
24 Karlovy Vary	95 096	93 734	0,99	63 Vyškov	57 157	56 491	0,99
25 Klatovy	62 597	62 035	0,99	64 Zlín	164 303	163 315	0,99
26 Plzeň-město	93 403	92 262	0,99	65 Znojmo	71 897	71 452	0,99
27 Plzeň-jih	47 985	48 000	1,00	66 Žďár nad Sázavou	88 593	83 232	0,94
28 Plzeň-sever	47 425	47 186	0,99	67 Bruntál	58 792	56 292	0,96
29 Rokycany	29 839	29 488	0,99	68 Frýdek-Místek	94 901	94 019	0,99
30 Sokolov	64 843	64 496	0,99	69 Karviná	113 128	109 238	0,97
31 Tachov	37 636	37 479	1,00	70 Nový Jičín	87 674	85 673	0,98
32 Česká Lípa	77 973	77 497	0,99	71 Olomouc	77 821	76 757	0,99
33 Děčín	95 814	95 327	0,99	72 Opava	98 277	95 808	0,97
34 Chomutov	100 435	100 205	1,00	73 Ostrava	106 382	104 581	0,98
35 Jablonec n. Nisou	72 761	73 346	1,01	74 Přerov	96 507	95 653	0,99
36 Liberec	125 292	126 136	1,01	75 Šumperk	85 323	82 920	0,97
37 Litoměřice	89 615	90 006	1,00	76 Vsetín	109 389	108 699	0,99
38 Louny	71 140	71 534	1,01	77 Jeseník	26 417	25 869	0,98
39 Most	102 578	102 735	1,00	78 Česká republika	6 680 790	6 617 714	0,99



Výroční zpráva VZP ČR za rok 2005





## Tvorba a čerpání fondů pojišťovny

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

Hospodaření Pojišťovny bylo v roce 2005 sledováno prostřednictvím účetně oddělených fondů Pojišťovny, kterými (v souladu s platným zněním zákona č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně ČR) jsou

- 6.1 Základní fond zdravotního pojištění (tabulka č. 17 a doplňkové tabulky)
- 6.2 Provozní fond (tabulka č. 24)
- 6.3 Fond reprodukce majetku (tabulka č. 28)
- 6.4 Sociální fond (tabulka č. 33)
- 6.5 Rezervní fond (tabulka č. 34)
- 6.6 Fond prevence (tabulka č. 35)
- 6.7 Fond ostatních zdaňovaných činností (tabulka č. 36)

Každý z uvedených fondů byl sledován ze dvou metodických pohledů, a to

- z pohledu tvorby a čerpání, který zobrazuje hospodářské operace v jejich časové souslednosti (tzn. s přiřazením do toho období, v němž věcně vznikly) formou účetního předpisu (tzn. že zachycuje a do výsledku zahrnuje vzniklé nároky na příjmová a výdajová plnění bez ohledu na to, zda v příslušném hospodářském roce došlo i k jejich finančnímu plnění), a to včetně pohybů mezi jednotlivými fondy Pojišťovny (vždy část A příslušné tabulky)
- z finančního pohledu, který zobrazuje skutečný pohyb finančních prostředků na běžných účtech a v pokladnách (vždy část B příslušné tabulky).

### 6.1 ZÁKLADNÍ FOND ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ

Základní fond zdravotního pojištění (zkráceně ZFZP) zobrazuje hospodaření stěžejní činnosti Pojišťovny a jeho výsledek je rozhodující pro hodnocení výsledků hospodaření Pojišťovny, neboť prostřednictvím tohoto fondu je zachyceno hospodaření veřejného zdravotního pojištění.

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

Příjmy i výdaje jsou závislé na počtu pojištěnců a jejich skladbě. **Pojišťovna počítala v roce 2005 s poklesem průměrného počtu pojištěnců oproti roku 2004 o cca 90 tis. osob** s tím, že k poněkud rychlejšímu úbytku pojištěnců dojde zřejmě ve skupině osob zaměstnaných a k pomalejšímu úbytku ve skupině osob, za něž hradí pojistné stát. **Ve skutečnosti byl průměrný počet pojištěnců v roce 2005 oproti zdravotně pojistnému plánu o 20 235 osob vyšší**, což dokazuje, že se již úspěšně dařilo snižovat úbytek pojištěnců. Zlepšení trendu se projevovalo po celý rok, s výjimkou čtvrtého čtvrtletí, kdy po vyhlášení nucené správy nad Pojišťovnou došlo k znatelnému zvýšení úbytků pojištěnců ve srovnání s předchozími třemi čtvrtletími (úbytky: I. čtvrtletí 15 tis., II. čtvrtletí 10,6 tis., III. čtvrtletí 6,7 tis., IV. čtvrtletí 25,2 tis.). Průměrný počet dominantních plátců, to je zaměstnanců pojištěných u Pojišťovny, byl v roce 2005 dokonce vyšší, než předpokládal ZPP na rok 2005. **Ve srovnání s rokem 2004 byl průměrný počet pojištěnců v roce 2005 nižší o cca 71 tisíc osob** (1,1 % z celkového počtu pojištěnců). Na poklesu se ale již zaměstnanci nepodílejí, jejich počet v průběhu roku 2005 dokonce mírně vzrostl. Osoby, za které je plátcem pojistného stát, tvořily 68,5 % z úbytků, ve skladbě pojištěnců



Pojišťovny mají zastoupení cca 58,1 %, v čemž se nepotvrdil předpoklad. Bohužel stále je možno konstatovat, že mezi úbytky zaujímají významnější místo úbytky mladších (a tedy poměrně zdravějších) pojištěnců oproti úbytkům pojištěnců vyšších věkových kategorií (majících výrazně vyšší nároky na čerpání zdravotní péče).

V dalším textu budeme uvádět jen hodnoty **skutečně vybraného pojistného, bez** částek dluhů odkoupených ČKA.

V roce 2005 **bylo vybráno od zaměstnavatelů pojistné v celkové výši 68,125 mld. Kč**, což je **o 3,860 mld. více než v roce 2004**, a to představuje meziroční nárůst o 6,0 %. Vybrané pojistné v přepočtu na jednoho zaměstnaného pojištěnce dosáhlo v roce 2005 částky 26 489 Kč, což představuje meziroční nárůst o 1 315 Kč. To pak znamená, při meziročním nárůstu počtu zaměstnaných pojištěnců o 0,7 %, nárůst pojistného na jednoho takového pojištěnce o 5,2 %. Tato hodnota odpovídá indexu nárůstu průměrných mezd, jaký byl pro rok 2005 deklarován na internetových stránkách MF ČR.

**Celková částka vybraného pojistného od samoplátců (OSVČ a OBZP) dosáhla** v roce 2005 hodnoty **8,074 mld. Kč** a to znamená meziroční **nárůst o 0,440 mld. Kč**, to je o **5,8 %**. Při poklesu počtu samoplátců o 3,3 % to v přepočtu na jednoho samoplátce znamená nárůst o 912 Kč, v procentech pak nárůst o 9,4 %. Toto zvýšení je způsobeno hlavně zákonnou úpravou vyměřovacího základu u OSVČ (procenta ze zisku i minimálního vyměřovacího základu) a zvýšením minimální mzdy od ledna 2005.

Podíl, který obdržela Pojišťovna z přerozdělení, dosáhl v roce 2005 částky **33,492 mld. Kč** a byl ve srovnání s rokem 2004 vyšší o 1,435 mld. Kč, což představuje zvýšení o 4,5 %. Toto zvýšení příjmů od státu a z přerozdělování je důsledkem jak zvýšení vyměřovacího základu státu z 3 520 Kč v roce 2004 na 3 556 Kč v roce 2005 (zvýšení jen o 1,0 %), tak změny přerozdělovacího mechanismu, u kterého v roce 2005 probíhalo první přechodné období. Při poklesu počtu státních pojištěnců o 48 902 osob (o 1,2 %) to pak představuje u jednoho státního pojištěnce roční nárůst o 474 Kč (o 5,8 %). Roční příjem na jednoho státního pojištěnce dosáhl v roce 2005 částky 8 654 Kč.

I Tabulka č. 17: Základní fond zdravotního pojištění

A. Základní fond zdravotního pojištění (ZFZP) Tvorba a čerpání ve sledovaném období	Rok 2005 ZPP tis. Kč	Rok 2005 skutečnost tis. Kč	% 2005 skut./ ZPP 2005
I. Počáteční zůstatek k 1. 1. ve sledovaném období	9 271 946	9 338 764	1,01
II. Tvorba celkem = zdroje:	119 820 350	116 881 182	0,98
1 Pojistné z veřejného zdravotního pojištění podle § 1 odst.1 písm. a) vyhlášky o fondech	78 831 000	77 958 695	0,99
2 Peněžní prostředky plynoucí z měsíčního vyúčtování výsledků přerozdělování +/- podle § 1 odst. 1 písm. b) vyhlášky o fondech	35 683 000	33 492 370	0,94
3 Penále, pokuty a přírážky k pojistnému podle § 1 odst. 2 nebo 3 vyhlášky o fondech	4 653 000	4 637 304	1,00
4 Náhrady škod podle § 1 odst. 1 písm. c) vyhlášky o fondech	497 000	307 276	0,62
5 Úroky získané hospodařením se ZFZP podle § 1 odst. 2 nebo 3 vyhlášky o fondech	5 350	2 551	0,48
6 Ostatní pohledávky podle § 1 odst. 1 písm. g) vyhlášky o fondech		576	
7 Převody z jiných fondů v souladu s § 1 odst. 1 písm. i) vyhlášky o fondech	1 000	307 695	307,70
8 Převod zůstatku ZFZP v případě sloučení nebo splynutí zdravotní pojišťovny podle § 1 odst.1 písm. j) vyhlášky o fondech			
9 Pohledávky za zahraniční pojišťovnou podle § 1 odst. 1 písm. e) vyhlášky o fondech za uhrazenou zdravotní péči zdravotnickým zařízením za cizince na základě mezinárodních smluv	150 000	174 714	1,16
10 Kladné kurzové rozdíly podle § 1 odst. 1 písm. h) vyhlášky o fondech		1	
11 Dar určený dárce pro ZFZP, nebo pokud nebyl dárce určen účel daru, podle § 1 odst. 1 písm. d) vyhlášky o fondech			
III. Čerpání celkem = snížení zdrojů:	115 537 291	117 190 576	1,01
1 Závazky za zdravotní péči včetně korekcí a revizí a úhrad jiným zdravotním pojišťovnám podle § 1 odst. 4 písm. a), 4 písm. b) a 4 písm. e) vyhlášky o fondech z toho:	108 612 000	111 327 032	1,02
1.1 závazky za léčení pojištěnců dané zdravotní pojišťovnou v cizině podle § 1 odst. 4 písm. b) vyhlášky o fondech	170 000	42 476	0,25
2 Úroky z úvěrů podle § 1 odst. 4 písm. f) vyhlášky o fondech			
3 Předpis přidělů do jiných fondů (3.1 +3.2 +3.3 +3.4) v tom:	4 287 291	4 278 677	1,00
3.1 - do rezervního fondu podle § 1 odst. 4 písm. j) vyhlášky o fondech	54 545	52 494	0,96
3.2 - do provozního fondu podle § 1 odst. 4 písm. i) vyhlášky o fondech	3 894 970	3 891 238	1,00
3.3 - do fondu prevence podle § 1 odst. 4 písm. k) vyhlášky o fondech	337 776	334 945	0,99
3.4 Mimořádný převod do provozního fondu - pouze Vojenská zdravotní pojišťovna ČR podle § 1 odst. 4 písm. l) vyhlášky o fondech			
4 Předpis příspěvku do zajišťovacího fondu podle § 1 odst. 6 vyhl. o fondech			
5 Odpis pohledávek podle § 1 odst. 5 vyhlášky o fondech	2 383 000	1 272 268	0,53
6 Závazky vyplývající z poskytnutí zdravotní péče fakturované tuzemskými zdravotnickými zařízeními za cizince, včetně výsledků revize podle § 1 odst. 4 písm. c) vyhlášky o fondech	150 000	174 808	1,17
7 Bankovní poplatky za vedení účtu ZFZP a další poplatky podle § 1 odst. 4 písm. g) vyhlášky o fondech	105 000	137 785	1,31
8 Záporné kurzové rozdíly podle § 1 odst. 4 písm. h) vyhlášky o fondech		6	
IV. Konečný zůstatek k poslednímu dni sledovaného období = I + II - III	13 555 005	9 029 370	0,67

<b>B. Základní fond zdravotního pojištění (ZFZP)</b>	<b>Rok 2005 ZPP tis. Kč</b>	<b>Rok 2005 skutečnost tis. Kč</b>	<b>% 2005 skut./ ZPP 2005</b>
<b>Příjmy a výdaje ve sledovaném období</b>			
<b>I. Počáteční zůstatek k 1. 1. ve sledovaném období</b>	100 000	66 959	0,67
<b>II. Příjmy celkem:</b>	<b>114 248 350</b>	<b>114 497 477</b>	<b>1,00</b>
1 Pojistné z veřejného zdravotního pojištění podle § 1 odst. 1 písm. a) vyhlášky o fondech	76 909 000	77 578 380	1,01
2 Peněžní prostředky plynoucí z měsíčního vyúčtování výsledků přerozdělování +/- podle § 1 odst. 1 písm. b) vyhlášky o fondech	35 683 000	34 069 962	0,95
3 Penále, pokuty a přírážky k pojistnému podle § 1 odst. 2 nebo 3 vyhlášky o fondech	1 140 000	2 515 904	2,21
4 Náhrady škody podle § 1 odst. 1 písm. c) vyhlášky o fondech	490 000	283 929	0,58
5 Úroky získané hospodařením podle § 1 odst. 2 nebo 3 vyhlášky o fondech	5 350	2 551	0,48
6 Ostatní příjmy podle § 1 odst. 1 písm. g) vyhlášky o fondech		465	
7 Převody z jiných fondů v souladu s § 1 odst. 1 písm. i) vyhlášky o fondech	1 000	1 000	1,00
8 Příjem zůstatku v případě sloučení nebo splynutí zdravotní pojišťovny podle § 1 odst. 1 písm. j) vyhlášky o fondech			
9 Příjem od zahraniční pojišťovny podle § 1 odst. 1 písm. e) vyhlášky o fondech za uhrazenou zdravotní péči zdravotnickým zařízením za cizince na základě mezinárodních smluv	20 000	45 285	2,26
10 Kladné kurzové rozdíly podle § 1 odst. 1 písm. h) vyhlášky o fondech		1	
11 Dar určený dárce pro ZFZP, nebo pokud nebyl dárce určen účel daru podle § 1 odst. 1 písm. d) vyhlášky o fondech			
12 Příjem půjček na posílení ZFZP			
13 Příjem úvěrů na posílení ZFZP			
14 Příjem návratných finančních výpomocí na posílení ZFZP			
<b>III. Výdaje celkem:</b>	<b>114 248 350</b>	<b>114 508 369</b>	<b>1,00</b>
1 Výdaje za zdravotní péči včetně korekcí a revizí a úhrad jiným zdravotním pojišťovnám podle § 1 odst. 4 písm. a), 4 písm. b) a 4 písm. e) vyhlášky o fondech	109 785 574	110 306 708	1,00
z toho:			
1.1 výdaje za léčení pojištěnců dané zdravotní pojišťovny v cizině podle § 1 odst. 4 písm. b) vyhlášky o fondech	170 000	33 703	0,20
2 Úroky z úvěrů podle § 1 odst. 4 písm. f) vyhlášky o fondech			
3 Příděly do jiných fondů (3.1 + 3.2 + 3.3 + 3.4)	4 207 776	3 891 675	0,92
v tom:			
3.1 - do rezervního fondu podle § 1 odst. 4 písm. j) vyhlášky o fondech			
3.2 - do provozního fondu podle § 1 odst. 4 písm. i) vyhlášky o fondech	3 870 000	3 582 368	0,93
3.3 - do fondu prevence podle § 1 odst. 4 písm. k) vyhlášky o fondech	337 776	309 307	0,92
3.4 Mimořádný převod do provozního fondu - pouze Vojenská zdravotní pojišťovna ČR podle § 1 odst. 4 písm. l) vyhlášky o fondech			
4 Příspěvek do zajišťovacího fondu podle § 1 odst. 6 vyhlášky o fondech			
5 Výdaje za poskytnutou zdravotní péči fakturovanou tuzemským zdravotnickým zařízením za cizince, včetně výsledků revize podle § 1 odst. 4 písm. c) vyhlášky o fondech	150 000	151 437	1,01
6 Bankovní poplatky za vedení účtu základního fondu a další poplatky podle § 1 odst. 4 písm. g) vyhlášky o fondech	105 000	156 068	1,49
7 Záporné kurzové rozdíly podle § 1 odst. 4 písm. h) vyhlášky o fondech		6	
8 Splátky půjček na posílení ZFZP			
9 Splátky úvěrů na posílení ZFZP			
10 Splátky návratných finančních výpomocí na posílení ZFZP interní		2 475	
<b>IV. Konečný zůstatek k poslednímu dni sledovaného období = I + II - III</b>	<b>100 000</b>	<b>56 067</b>	<b>0,56</b>

<b>C. Specifikace ukazatele B II 1)</b>	<b>Rok 2005 ZPP tis. Kč</b>	<b>Rok 2005 skutečnost tis. Kč</b>	<b>% 2005 skut./ ZPP 2005</b>
1 Příjmy z pojistného od zaměstnavatelů	68 655 000	69 517 320	1,01
2 Příjmy z pojistného od osob samostatně výdělečně činných	7 057 000	6 866 417	0,97
3 Příjmy z pojistného od ostatních plátců (osob bez zdanitelných příjmů + případné další platby)	1 197 000	1 211 720	1,01
4 Neidentifikovatelné platby od různých typů plátců		-17 077	
<b>5 Součet řádků C ř. 1 až C ř. 4</b>	<b>76 909 000</b>	<b>77 578 380</b>	<b>1,01</b>

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

VZ 2005–ZFZP-2

## Komentář k jednotlivým řádkům tabulky o tvorbě a čerpání ZFZP:

### Tabulka ZFZP, část A – Tvorba a čerpání

- řádek I. – kumulovaný zůstatek ZFZP, vzniklý jako rozdíl mezi tvorbou, tj. nároky fondu, a jeho čerpáním, tj. jeho závazky
- řádek II. – součet řádků 1 až 11
- řádek II. 1, 2 – nároky ZFZP vůči plátcům pojistného (řádek 1) a vůči zvláštnímu účtu pro přerozdělení (řádek 2) za období leden až prosinec 2005
- řádek II. 3 a 4 – nároky ZFZP vzniklé z titulu předepsaného penále, pokut, přírážek z pojistného a náhrad škod
- řádek II. 5 – výše přijatých úroků z běžných účtů ZFZP
- řádek II. 6 – ostatní pohledávky (výnosy z dříve odepsaných pohledávek, exekucí)
- řádek II. 7 – převody z jiných fondů
  - z provozního fondu ve výši 305,3 mil. Kč (částka je úsporou provozního fondu z roku 2005)
  - 2,4 mil. Kč ze zdanitelných činností (sleva na dani, odpuštěné penále)
- řádek II. 9 – částka nárokovaná u zahraničních zdravotních pojišťoven za uhrazenou zdravotní péči tuzemským zdravotnickým zařízením za cizince vyplývající z aplikace mezinárodních smluv o sociálním zabezpečení (CMÚ)
- řádek II. 10 – kladné kursové rozdíly
- řádek III. – součet řádků III. 1 až III. 8
- řádek III. 1 – předepsaný nárok (fakturace) poskytovatelů zdravotní péče za zdravotní péči poskytnutou v příslušném roce
- řádek III. 1.1 – fakturace za péči poskytnutou pojištěncům Pojišťovny v cizině
- řádek III. 3 – přiděly do jiných fondů – součet řádků 3.1 a, 3.2, 3.3
- řádek III. 3.1 – předpis nároku rezervního fondu vůči ZFZP za rok 2005
- řádek III. 3.2 – předpis nároku provozního fondu vůči ZFZP za rok 2005
- řádek III. 3.3 – předpis nároku fondu prevence vůči ZFZP za rok 2005
- řádek III. 5 – odpis pohledávek za plátců pojistného vzniklých z titulu pojistného na veřejné zdravotní pojištění, pokut, penále, přírážek k pojistnému, pohledávek za zdravotnickými zařízeními z neoprávněné fakturace a ostatních pohledávek v případech, kdy splňují podmínky pro odpis
- řádek III. 6 – nárok tuzemských poskytovatelů zdravotní péče za ošetření cizinců podle mezinárodních smluv o sociálním zabezpečení (CMÚ)
- řádek III. 7 – bankovní poplatky a další poplatky (náklady na veřejné datové sítě, poštovní, poplatky za poštovní poukázky)
- řádek III. 8 – záporné kursové rozdíly
- řádek IV – zůstatek ZFZP k 31. 12. 2005, metodicky stejný jako řádek I., s promítnutím obrátů vzniklých za rok 2005

### Tabulka ZFZP, část B – Příjmy a výdaje

- řádek I. – zůstatek běžných účtů ZFZP, peněz na cestě a zůstatek hotovosti v pokladnách
- řádek II. 1 – příjmy pojistného na příjmové účty ZFZP připsané na běžné účty Pojišťovny od 1. 1. 2005 do 31. 12. 2005
- řádek II. 2 – příjmy ze zvláštního účtu pro přerozdělení připsané na běžné účty Pojišťovny od 1. 1. 2005 do 31. 12. 2005
- řádek II. 3 – příjmy z titulu pokut, penále a přírážek k pojistnému připsané na běžné účty Pojišťovny od 1. 1. 2005 do 31. 12. 2005
- řádek II. 4 – příjmy z náhrady škody připsané na běžné účty Pojišťovny od 1. 1. 2005 do 31. 12. 2005
- řádek II. 5 – přijaté úroky ze zůstatků na účtech ZFZP
- řádek II. 6 – ostatní příjmy – příjmy z odepsaných pohledávek, exekucí
- řádek II. 7 – převod ze zdanitelných činností (viz řádek II. 7 části A – tvorba)

- řádek II. 9 – příjem úhrad od zahraničních zdravotních pojišťoven za zdravotní péči poskytnutou jejich pojištěncům a uhrazenou Pojišťovnou poskytovatelům na území České republiky na základě mezinárodních smluv o sociálním zabezpečení (CMÚ)
- řádek II. 10 – kladné kursově rozdíly
- řádek III. – součet řádků III. 1 až III. 10
- řádek III. 1 – výdaje z běžných účtů na úhradu nároků (fakturace) zdravotnických zařízení za poskytnutou zdravotní péči
- řádek III. 1.1 – výdaje z běžných účtů na úhradu fakturace za poskytnutou zdravotní péči za léčení našich pojištěnců v cizině
- řádek III. 3 – výdaje z běžných účtů ZFZP na úhradu nároků příslušných fondů Pojišťovny
- řádek III. 5 – výdaje z běžných účtů ZFZP na úhradu závazků vůči tuzemským zdravotnickým zařízením za péči poskytnutou cizincům na základě mezinárodních smluv o sociálním zabezpečení (CMÚ)
- řádek III. 6 – výdaje za vedení bankovního účtu ZFZP, poštovné, poštovní poukázky
- řádek III. 7 – záporné kursově rozdíly
- řádek III. „Interní“ – saldo interních převodů mezi jednotlivými fondy
- řádek IV – zůstatek finančních prostředků na běžných účtech ZFZP, peněz na cestě a hotovosti v pokladnách k 31. 12. 2005

#### Tabulka ZFZP, část C – Specifikace ukazatele B II 1)

- řádek 1 – příjmy z pojistného od zaměstnavatelů dle účetní skutečnosti sledovaného období
- řádek 2, 3 – příjmy pojistného od osob samostatně výdělečně činných a příjmy z pojistného od ostatních plátců – rozdělení příjmů pojistného na OSVČ a OBZP je teoretickým propočtem dle průměrných počtů pojištěnců v těchto kategoriích, minimální výše pojistného a průměrného % nedovýběru pojistného
- řádek 4 – neidentifikovatelné platby od různých typů plátců – záporný údaj dán změnou stavu neidentifikovaných plateb v průběhu sledovaného období, tj. rozdílem mezi platbami zařazenými do neidentifikovaných plateb a platbami, u kterých se podařilo určit plátce

#### ■ Tabulka č. 18: Doplnující tabulka k údajům zahrnutým v ZFZP oddílu B

Údaje o skutečném průběhu postoupení vybraných pohledávek zdravotních pojišťoven na ČKA podle usnesení PSP ČR č. 1872/2005

1	Příjem prostředků za postoupení pohledávek za plátcí pojistného na ČKA odsouhlasené usnesením vlády č. 871 dne 7. 7. 2005, č. 1080/2005 a potvrzené usnesením PSP ČR č. 1872/2005	tis. Kč	3 021 618
	z toho (tj. z ř. 1):		
1.a	za postoupené pohledávky za pojistným	tis. Kč	1 378 933
1.b	za postoupené pohledávky za příslušenstvím	tis. Kč	1 642 685
1.b.1	z ř. 1 b: ponecháno k využití na ZFZP	tis. Kč	1 642 685
1.b.2	součást bankovního účtu Fprev	tis. Kč	
1.b.2.1	z ř. 1. b.2.: nepoužito v příslušném roce	tis. Kč	

Tabulka navazuje na údaje BÚ ZFZP a Fprev a zůstatky jejich BÚ.

řádek 1 = součet 1 a) + 1 b)

Tabulka vychází z toho, že veškeré toky finančních prostředků byly mezi ZP a ČKA uzavřeny k 31. 12. 2005.

Pokud by např. některá ZP neobdržela k 31. 12. 2005 veškeré finanční prostředky (a nebyly ani uvedeny jako peníze na cestě), uvede v komentáři pod tabulkou, kolik finančních prostředků obdržela až po 1. 1. 2006, tj. o kolik finančních prostředků jsou příjmy ZFZP, nebo Fprev a zůstatky BÚ těchto fondů v roce 2005 nižší.

#### Poznámka:

v roce 2006 - vráceno (částečné odstoupení od postupní smlouvy) celkem	tis. Kč	2 961
z toho: za pohledávky za pojistným	tis. Kč	1 819
za pohledávky za příslušenstvím	tis. Kč	1 142

#### Celkem příjem prostředků za postoupení pohledávek ČKA podle usnesení

PSP ČR č. 1872/2005 - stav ke dni 31. 3. 2006	tis. Kč	3 018 657
z toho: za postoupené pohledávky za pojistným	tis. Kč	1 377 114
za postoupené pohledávky za příslušenstvím	tis. Kč	1 641 543

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

Ukazatel	Rok 2004 skutečnost tis. Kč	Rok 2005 ZPP tis. Kč	Rok 2005 skutečnost tis. Kč	% 05/04 skuteč.	% 05/05 skut./plán
I. Náklady na zdravotní péči celkem čerpané z oddílu A základního fondu zdravotního pojištění (součet ř. 1 - 10)	107 048 720	108 612 000	111 327 032	1,04	1,02
v tom:					
1. na ambulantní péči celkem (zdravotnická zařízení nevykazující žádný kód ošetřovacího dne, zahrnují se náklady na zvlášť účtované léčivé přípravky, zvlášť účtovaný materiál, s výjimkou nákladů na léky, na recepty a zdravotnické prostředky vydané na poukazy)	23 012 287	23 688 000	23 813 046	1,03	1,01
z toho:					
1.1 na stomatologickou péči (odbornosti 014 - 015, 019)	5 457 405	5 585 000	5 424 764	0,99	0,97
1.2 na péči praktických lékařů (odbornosti 001, 002)	4 891 565	4 950 000	4 912 579	1,00	0,99
1.3 na gynekologickou péči (odbornosti 603, 604)					
1.4 na rehabilitační péči (odbornost 902 a 918)	932 221	952 000	955 910	1,03	1,00
1.5 na diagnostickou zdravotní péči (odbornosti 222, 801 - 805, 807, 809, 812 - 823)	3 823 989	4 059 000	4 140 079	1,08	1,02
1.6 na domácí zdravotní péči (odbornost 925)	663 230	717 000	707 104	1,07	0,99
1.7 na specializovanou ambulantní péči (odbornosti neuvedené v ř. 1.1 - 1.6 a neuvedené v řádku 2)	7 243 877	7 425 000	7 672 610	1,06	1,03
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 LZZ s výjimkou nákladů na léky, na recepty a zdravotnických prostředků vydaných na poukazy)	51 740 190	50 715 000	54 340 766	1,05	1,07
v tom:					
2.1 nemocnice	45 238 929	44 035 000	47 518 987	1,05	1,08
2.2 odborné léčebné ústavy (odborné léčebné ústavy s výjimkou zdravotnických zařízení uvedených v řádku 2.3 a 2.4)	3 331 032	3 450 000	3 427 432	1,03	0,99
2.3 léčebny dlouhodobě nemocných (samostatná zdravotnická zařízení vykazující kód ošetřovacího dne 00024)	2 674 443	2 705 000	2 788 386	1,04	1,03
2.4 ošetřovatelská lůžka (samostatná zdravotnická zařízení vykazující kód ošetřovacího dne 00005)	495 786	525 000	605 961	1,22	1,15
3. Náklady na lázeňskou péči	2 033 112	2 040 000	1 928 093	0,95	0,95
4. Náklady na péči v ozdravných	52 676	48 000	42 340	0,80	0,88
5. Náklady na dopravu (zahrnuje dopravní zdravotní službu včetně individuální dopravy, nezahrnuje se doprava z ř. 2 a z ř. 1)	992 075	1 007 000	978 097	0,99	0,97
6. Náklady na zdravotnickou záchrannou službu (odbornost 709, zdravotnická zařízení nevykazující žádný kód ošetřovacího dne)	666 996	735 000	622 625	0,93	0,85
7. Náklady na léky vydané na recepty celkem:	24 070 559	25 479 000	24 737 355	1,03	0,97
v tom:					
7.1 předepsané v ambulantních zdravotnických zařízeních (samostatná ambulantní zdravotnická zařízení)	16 039 537	16 816 000	16 303 165	1,02	0,97
7.1.1 z toho: u praktických lékařů					
7.1.2 u specializované ambulantní péče					
7.2 předepsané v lůžkových zdravotnických zařízeních	8 031 022	8 663 000	8 434 190	1,05	0,97
8. Náklady na zdravotnické prostředky vydané na poukazy celkem	3 126 038	3 330 000	3 316 204	1,06	1,00
v tom:					
8.1 předepsané v ambulantních zdravotnických zařízeních (samostatná ambulantní zdravotnická zařízení)	2 288 814	2 220 000	2 428 697	1,06	1,09
8.2 předepsané v lůžkových zdravotnických zařízeních	837 224	1 110 000	887 507	1,06	0,80
9. Náklady na léčení v zahraničí <sup>3)</sup>	21 168	170 000	42 476	2,01	0,25
10. Ostatní náklady na zdravotní péči (které nelze zařadit do předchozích bodů)	1 333 619	1 400 000	1 506 030	1,13	1,08
II. Náklady na zlepšení zdravotní péče čerpané z jiných fondů <sup>4)</sup>	387 344	382 800	409 868	1,06	1,07
III. Náklady na zdravotní péči celkem (součet ř. I. + ř. II.)	107 436 064	108 994 800	111 736 900	1,04	1,03

VZ 2005 z.n. dle seg.-12

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

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

Ukazatel	Rok 2004 skutečnost tis. Kč	Rok 2005 ZPP tis. Kč	Rok 2005 skutečnost tis. Kč	% 05/04 skuteč.	% 05/05 skut./plán
I. Náklady na zdravotní péči celkem čerpané z oddílu A základního fondu zdravotního pojištění (součet ř.1 - 10)	15 909	16 363	16 737	1,05	1,02
v tom:					
1. na ambulantní péči celkem (zdravotnická zařízení nevykazující žádný kód ošetrovacího dne, zahrnují se náklady na zvlášť účtované léčivé přípravky, zvlášť účtovaný materiál, s výjimkou nákladů na léky, na recepty a zdravotnické prostředky vydané na poukazy)	3 421	3 569	3 580	1,05	1,00
z toho:					
1.1 na stomatologickou péči (odbornosti 014 - 015, 019)	811	841	816	1,01	0,97
1.2 na péči praktických lékařů (odbornosti 001, 002)	727	746	739	1,02	0,99
1.3 na gynekologickou péči (odbornosti 603, 604)					
1.4 na rehabilitační péči (odbornost 902 a 918)	139	143	144	1,03	1,00
1.5 na diagnostickou zdravotní péči (odbornosti 222, 801 - 805, 807, 809, 812 - 823)	568	612	622	1,10	1,02
1.6 na domácí zdravotní péči (odbornost 925)	99	108	106	1,07	0,98
1.7 na specializovanou ambulantní péči (odbornosti neuvedené v ř. 1.1 - 1.6 a neuvedené v řádku 2)	1 077	1 119	1 153	1,07	1,03
2. na ústavní péči celkem (zdravotnická zařízení vykazující kód ošetrovacího 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 LZS s výjimkou nákladů na léky, na recepty a zdravotnických prostředků vydaných na poukazy)	7 689	7 640	8 169	1,06	1,07
v tom:					
2.1 nemocnice	6 723	6 634	7 144	1,06	1,08
2.2 odborné léčebné ústavy (odborné léčebné ústavy s výjimkou zdravotnických zařízení uvedených v řádku 2.3 a 2.4)	495	520	515	1,04	0,99
2.3 léčebny dlouhodobě nemocných (samostatná zdravotnická zařízení vykazující kód ošetrovacího dne 00024)	397	408	419	1,06	1,03
2.4 ošetrovatelská lůžka (samostatná zdravotnická zařízení vykazující kód ošetrovacího dne 00005)	74	79	91	1,23	1,15
3. Náklady na lázeňskou péči	302	307	290	0,96	0,94
4. Náklady na péči v ozdravných	8	7	6	0,80	0,88
5. Náklady na dopravu (zahrnuje dopravní zdravotní službu včetně individuální dopravy, nezahrnuje se doprava z ř. 2 a z ř. 1)	147	152	147	1,00	0,97
6. Náklady na zdravotnickou záchrannou službu (odbornost 709, zdravotnická zařízení nevykazující žádný kód ošetrovacího dne)	99	111	94	0,95	0,85
7. Náklady na léky vydané na recepty celkem:	3 577	3 839	3 719	1,04	0,97
v tom:					
7.1 předepsané v ambulantních zdravotnických zařízeních (samostatná ambulantní zdravotnická zařízení)	2 384	2 533	2 451	1,03	0,97
7.1.1 z toho: u praktických lékařů					
7.1.2 u specializované ambulantní péče					
7.2 předepsané v lůžkových zdravotnických zařízeních	1 193	1 305	1 268	1,06	0,97
8. Náklady na zdravotnické prostředky vydané na poukazy celkem	465	502	499	1,07	0,99
v tom:					
8.1 předepsané v ambulantních zdravotnických zařízeních (samostatná ambulantní zdravotnická zařízení)	340	334	365	1,07	1,09
8.2 předepsané v lůžkových zdravotnických zařízeních	125	167	133	1,07	0,80
9. Náklady na léčení v zahraničí	3	26	6	2,13	0,25
10. Ostatní náklady na zdravotní péči (které nelze zařadit do předchozích bodů)	198	211	226	1,14	1,07
II. Náklady na zlepšení zdravotní péče čerpané z jiných fondů	58	58	62	1,06	1,07
III. Náklady na zdravotní péči celkem (součet ř. I. + ř. II.)	15 967	16 421	16 798	1,05	1,02

VZ 2005 - z.n. dle seg. na 1 poj.-13

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

### 6.1.1 STRUKTURA NÁKLADŮ NA ZDRAVOTNÍ PÉČI V ČLENĚNÍ DLE JEDNOTLIVÝCH SEGMENTŮ

Náklady na zdravotní péči se v průběhu roku 2005 vyvíjely takto:

#### Praktičtí lékaři

V segmentu praktických lékařů došlo k mírnému poklesu skutečných nákladů za rok 2005 oproti předpokladu ZPP 2005. Pokles je způsoben zejména snížením počtu pojištěnců Pojišťovny, a tím následně i snížením jednicových pojištěnců. V tomto segmentu byla v 1. pololetí roku 2005 zachována vzhledem k nedohodě v cenových jednáních stejná hodnota kapitačního paušálu (33 Kč) jako v předchozích dvou letech. K navýšení hodnoty kapitačního paušálu na 34 Kč a hodnoty bodu u KKVP o 0,02 Kč došlo až od 2. pololetí 2005.

#### Stomatologie

V segmentu stomatologické péče došlo k poklesu oproti plánovanému předpokladu. Od 1. 1. 2005 došlo ke zrušení kódu 00918 „Stomatologické ošetření lékařem s osvědčením ČSK“, který byl do „Úhrady standardní stomatologické péče“ zařazen od 2. pololetí 2002. Uvolněné prostředky byly převedeny do podpory preventivní péče. V průběhu roku 2005 pokračovalo povinné používání Centrálního stomatologického registru, jehož hlavní funkcí je podpora revizní činnosti.

#### Ambulantní specialisté

V tomto segmentu došlo k mírnému nárůstu nákladů oproti ZPP. Nadále se zde projevuje změna ve způsobu výpočtu maximální úhrady (platná od 1. 1. 2003), kdy se vychází z průměrného počtu vykázaných bodů, nikoliv z průměrné úhrady. V segmentu došlo také k mírnému zvýšení počtu ošetřených pacientů a pokračuje přesun části péče z lůžkových zařízení do ambulantního segmentu.

#### Domácí péče

V tomto segmentu došlo po několika předchozích letech, kdy každoročně docházelo k výraznému nárůstu nákladů, k jeho stabilizaci. Došlo k nižšímu nárůstu skutečných nákladů oproti plánu. Poslední dohoda v rámci cenových jednání byla v roce 2003. V tomto segmentu je většina péče indikována praktickými lékaři, u kterých je nadále realizován bonifikační systém, který je založen na sledování vybraných nákladů na zdravotní péči pro pojištěnce Pojišťovny registrované u praktického lékaře. Mezi vybrané položky jsou zařazeny i náklady na domácí péči.

#### Fyzioterapie

Základní způsob financování je ustálen. V roce 2004 a 2005 nedošlo k navýšení hodnoty bodu. Také zde se jedná o segment, kde je veškerá zdravotní péče indikována. U praktických lékařů jsou tyto náklady sledovány v rámci bonifikačního systému.

#### Komplement

Nárůst nákladů v tomto segmentu prakticky odpovídá ZPP 2005. Jedná se po několika předchozích letech o nejmenší nárůst nákladů. V roce 2005 bylo v obou pololetích dosaženo dohody v rámci cenových jednání. V předchozích obdobích byla prolongována dohoda z roku 2003.

#### Zdravotnická záchranná péče

Výrazný pokles nákladů v tomto segmentu je do značné míry zkreslený započítáním regulací dle zdravotně pojistného plánu za rok 2003 na maximální hodnotu bodu.

#### Lůžková zdravotnická zařízení – akutní péče

Na nárůstu nákladů ve výši 5 % se podílí hlavně 4 vlivy, a to:

1. vyhláška MZ ČR 50/05 Sb. stanovila pro 1. pololetí 2005 realizovat úhradu ve výši 103 % celkové úhrady referenčního období, kterým je 1. pololetí 2004. Toto navýšení prezentovalo za 1. pololetí 2005 nárůst ve výši cca 700 mil. Kč.
2. Pojišťovna byla dle příslušné vyhlášky povinna navýšit paušální úhradu v případě, že došlo k nárůstu nákladné péče. K tomuto zohlednění došlo za 1. pololetí 2005 u 62 nemocnic, z toho 8 přímo řízených MZ ČR, v celkové výši cca 270 mil. Kč (vyjádřeno v procentech pak 1,6 %). Nákladná péče poskytnutá ve 2. pololetí 2005 bude s ohledem na termín předkládání dávek předmětem nákladů až v roce 2006.
3. pro 2. pololetí 2005 nebylo v dohodovacím řízení dosaženo dohody, a protože ani MZ ČR nevyužilo zmocnění ke stanovení úhrad včetně regulačních omezení, musela Pojišťovna v souladu se zákonem č. 48/1997 Sb., § 17 odst. 7a) a 7b) v platném znění, hradit zdravotní péči paušální úhradou ve výši stanovené pro 1. pololetí 2005 ve většině zdravotnických zařízení. To způsobilo pro 2. pololetí 2005 nárůst úhrady ve srovnání s 2. pololetím 2004 o cca 1,9 mld. Kč



(meziroční nárůst cca 10 %). Vzhledem k tomu, že část nemocnic pak přistoupila na změnu ve výpočtu konečné částky paušální sazby, došlo ke snížení tohoto nárůstu o cca 0,5 mld. Kč.

4. vliv časového posunu tím, že v roce 2005 se realizovalo vyúčtování za 2. pololetí 2004 při vypořádávání poskytnutých záloh na toto období.

#### **Lůžková zdravotnická zařízení – následná péče**

Nárůst nákladů v odborných léčebných ústavech a v léčebnách dlouhodobě nemocných je dán tím, že Pojišťovna u těchto ZZ uplatnila při vyúčtování 1. pololetí 2005 nárok na finanční prostředky za neoprávněně vykázanou zdravotní péči z titulu nenaplnění předepsaného personálního vybavení (daného platným Seznamem zdravotních výkonů) v plném rozsahu. I při nárůstu paušální sazby na 1 ošetřovací den (na základě vyhlášky MZ ČR 50/05 Sb.) o cca 10 % úhrada realizovaná na základě počtu vykázaných uznaných ošetřovacích dní vyrostla jen o 3 %, resp. 4 %. Pojišťovna přitom s ohledem na to, že ke kontrole předepsaného personálního vybavení přistoupila v roce 2005 poprvé, akceptovala 25% překročení počtu ošetřovacích dní nad limit personálního vybavení, neboli Pojišťovna uhradila až o 25 % vykázaných ošetřovacích dní více, než odpovídalo konkrétnímu personálnímu vybavení v daném zdravotnickém zařízení. Pokud ZZ neplnilo předepsané personální vybavení, byla záloha na 2. pololetí 2005 (k jejímu zúčtování dojde až v průběhu roku 2006) poskytnuta ve výši odpovídající stávajícímu personálnímu obsazení.

U zdravotní péče poskytované na ošetřovatelských lůžkách je nárůst nákladů dán třemi faktory. Prvním je skutečnost, že většina zdravotnických zařízení, která mají ošetřovatelská lůžka nasmlouvána, předepsané personální vybavení splňují, a tudíž téměř každý vykázaný ošetřovací den za 1. pololetí 2005 byl uhrazen paušální sazbou vyšší o cca 10 % ve srovnání s 1. pololetím 2004. Protože ZZ předepsané personální vybavení splňují, byla i záloha na 2. pololetí 2005 (k jejímu zúčtování dojde až v průběhu roku 2006) poskytnuta ve výši 110 % ve srovnání s 2. pololetím 2004. Dalším faktorem podílejícím se na meziročním nárůstu úhrad je pak nárůst počtu ošetřovacích lůžek, ať z titulu vzniku nového zdravotnického zařízení nebo z titulu přesmlouvání lůžka typu LDN na lůžko ošetřovatelské.

#### **Doprava raněných, nemocných a rodiček**

V tomto segmentu došlo k poklesu nákladů oproti předpokladu v ZPP 2005. Jedním z důvodů poklesu je omezení indikací ze strany lékařů, hlavně praktických lékařů (tyto náklady jsou sledovány v rámci bonifikačního systému).

#### **Lázeňská péče**

V tomto segmentu došlo k poklesu nákladů oproti předpokladu v ZPP 2005. Tento pokles je způsoben snížením počtu odléčených pacientů Pojišťovny, stejný trend mají i náklady na jednoho pojištěnce.

#### **Ozdravenská péče**

V tomto segmentu došlo k celkovému poklesu nákladů oproti roku 2004 o 20 % a nedosáhly objemu předpokladu v ZPP 2005. Zároveň došlo k poklesu hodnoty úhrady na jednoho pojištěnce oproti ZPP 2005. Hodnoty ekonomických ukazatelů potvrdily očekávané snížení počtu odléčených pojištěnců Pojišťovny.

Vynaložené náklady na poskytnutou zdravotní péči jsou uvedeny v tabulce č. 19: Náklady na zdravotní péči členěné dle jednotlivých segmentů.

**Tabulka č. 21:** Náklady lázeňské péče dle hlavních indikačních skupin onemocnění a typů lázeňské péče (komplexní, příspěvková) v roce 2005

Indikační skupina	Počet pacientů 2005	Počet pac. v % 2005	Počet pacientů 2004	Index 05/04	Náklady v tis. Kč 2005	Podíl nákl. v % 2005	Náklady v tis. Kč 2004	Index 05/04
<b>Komplexní lázeňská péče – dospělí pacienti</b>								
VII Nemoci pohybového ústrojí	30 668	45,85%	32 383	0,95	709 221	46,32%	739 159	0,96
II Nemoci oběhového ústrojí	11 894	17,78%	13 075	0,91	274 845	17,95%	297 630	0,92
VI Nemoci nervové	9 484	14,18%	10 084	0,94	229 942	15,02%	245 173	0,94
V Netuberkulózní nemoci dýchacího ústrojí	4 799	7,17%	5 211	0,92	123 899	8,09%	133 737	0,93
IV Nemoci z poruch vým. látkové a žláz s vn. secr.	2 347	3,51%	2 468	0,95	30 824	2,01%	32 822	0,94
XI Nemoci ženské	1 730	2,59%	2 098	0,82	40 332	2,63%	48 733	0,83
III Nemoci trávicího ústrojí	1 675	2,50%	1 799	0,93	30 581	2,00%	32 608	0,94
I Nemoci onkologické	1 626	2,43%	1 681	0,97	32 867	2,15%	34 027	0,97
IX Duševní poruchy	1 003	1,50%	1 003	1,00	21 246	1,39%	20 838	1,02
X Nemoci kožní	956	1,43%	1 052	0,91	24 057	1,57%	25 227	0,95
VIII Nemoci močového ústrojí	710	1,06%	782	0,91	13 328	0,87%	14 550	0,92
<b>Celkem</b>	<b>66 892</b>	<b>100,00%</b>	<b>71 636</b>	<b>0,93</b>	<b>1 531 142</b>	<b>100,00%</b>	<b>1 624 504</b>	<b>0,94</b>

<b>Příspěvková lázeňská péče – dospělí pacienti</b>								
VII Nemoci pohybového ústrojí	8 355	72,25%	8 902	0,94	71 885	71,18%	76 996	0,93
II Nemoci oběhového ústrojí	987	8,54%	972	1,02	9 861	9,76%	9 750	1,01
VI Nemoci nervové	727	6,29%	659	1,10	6 639	6,57%	6 040	1,10
V Netuberkulózní nemoci dýchacího ústrojí	516	4,46%	518	1,00	4 269	4,23%	4 233	1,01
III Nemoci trávicího ústrojí	374	3,23%	465	0,80	2 933	2,90%	3 628	0,81
IV Nemoci z poruch vým. látkové a žláz s vn. secr.	148	1,28%	145	1,02	1 159	1,15%	1 138	1,02
I Nemoci onkologické	141	1,22%	126	1,12	1 333	1,32%	1 179	1,13
IX Duševní poruchy	96	0,83%	100	0,96	658	0,65%	675	0,97
XI Nemoci ženské	96	0,83%	104	0,92	1 072	1,06%	1 181	0,91
VIII Nemoci močového ústrojí	69	0,60%	78	0,88	580	0,57%	634	0,91
X Nemoci kožní	55	0,48%	57	0,96	606	0,60%	623	0,97
<b>Celkem</b>	<b>11 564</b>	<b>100,00%</b>	<b>12 126</b>	<b>0,95</b>	<b>100 995</b>	<b>100,00%</b>	<b>106 077</b>	<b>0,95</b>

<b>Komplexní lázeňská péče – děti a dorost</b>								
XXV Netuberkulózní nemoci dýchacího ústrojí	2 810	35,13%	2 907	0,97	100 303	35,18%	102 753	0,98
XXVI Nemoci nervové	1 361	17,02%	1 493	0,91	63 597	22,31%	67 465	0,94
XXIV Nemoci z poruch vým. látkové a žláz s vn. secr.	1 096	13,70%	1 102	0,99	33 974	11,92%	33 534	1,01
XXXI Nemoci gynekologické	1 024	12,80%	1 118	0,92	26 819	9,41%	29 431	0,91
XXVII Nemoci pohybového ústrojí	901	11,27%	970	0,93	34 400	12,07%	36 286	0,95
XXX Nemoci kožní	289	3,61%	299	0,97	10 686	3,75%	10 450	1,02
XXVIII Nemoci ledvín a cest močových	271	3,39%	330	0,82	8 408	2,95%	10 129	0,83
XXIII Nemoci trávicího ústrojí	156	1,95%	178	0,88	4 043	1,42%	4 492	0,90
XXII Nemoci oběhového ústrojí	79	0,99%	104	0,76	2 286	0,80%	3 008	0,76
XXI Nemoci onkologické	10	0,13%	13	0,77	542	0,19%	655	0,83
XXIX Nemoci duševní	1	0,01%	4	0,25	34	0,01%	107	0,32
<b>Celkem</b>	<b>7 998</b>	<b>100,00%</b>	<b>8 518</b>	<b>0,94</b>	<b>285 092</b>	<b>100,00%</b>	<b>298 310</b>	<b>0,96</b>

<b>Příspěvková lázeňská péče – děti a dorost</b>								
XXVI Nemoci nervové	36	52,17%	22	1,64	688	55,66%	410	1,68
XXVII Nemoci pohybového ústrojí	27	39,13%	21	1,29	495	40,05%	372	1,33
XXV Netuberkulózní nemoci dýchacího ústrojí	4	5,80%	6	0,67	36	2,91%	55	0,65
XXII Nemoci oběhového ústrojí	1	1,45%	0		9	0,73%	0	
XXX Nemoci kožní	1	1,45%	1	1,00	8	0,65%	8	1,00
<b>Celkem</b>	<b>69</b>	<b>100,00%</b>	<b>50</b>	<b>1,38</b>	<b>1 236</b>	<b>100,00%</b>	<b>845</b>	<b>1,46</b>
<b>Úhrnem</b>	<b>86 523</b>		<b>92 330</b>	<b>0,94</b>	<b>1 918 465</b>		<b>2 029 736</b>	<b>0,95</b>

**6.1.2 PRŮMĚRNÉ NÁKLADY NA ZDRAVOTNÍ PÉČI V ČLENĚNÍ DLE JEDNOTLIVÝCH SEGMENTŮ NA JEDNOHO POJIŠTĚNCE**  
Náklady na zdravotní péči vyjádřené na 1 pojištěnce rostly vyšším tempem než náklady vyjádřené v absolutní částce. To je způsobeno snižováním počtu pojištěnců Pojišťovny. Příčiny nárůstu jsou popsány v předcházející podkapitole.

**6.1.3 NÁKLADY NA LÉČENÍ CIZINCŮ V ČR NA ZÁKLADĚ UZAVŘENÝCH MEZINÁRODNÍCH SMLUV, KTERÉ ZÚČTOVÁVÁ ZP PROSTŘEDNICTVÍM CMÚ**

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

Ukazatel	Měrná jednotka	Rok 2004 skutečnost	Rok 2005 skutečnost	% 2005/2004 skutečnost
1. Náklady na léčení cizinců v ČR celkem	tis. Kč	78 121	174 808	2,24
2. Počet ošetřených cizinců	počet	17 595	31 969	1,82
3. Průměrné náklady na 1 ošetřeného cizince	Kč	4 440	5 468	1,23

VZ 2005 léč. ciz. - 14

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

Volný pohyb osob umožněný vstupem České republiky do Evropské unie znamenal významný nárůst počtu pojištěnců ze zemí Evropské unie ošetřených v České republice a tím i zvýšení nákladů, které byly zdravotnickým zařízením za tyto pojištěnce uhrazeny. Tyto náklady jsou následně přeučtovávány zahraničním kompetentním institucím. Celý proces přeučtování včetně úhrady trvá v průměru 1 až 2 roky. Na Pojišťovnu byly dle statistických ukazatelů Centra mezistátních úhrad přeučtovávány náklady za cca 77 % pojištěnců Evropské unie ošetřených v České republice, což ve finančním objemu činí 78,5 % celkových nákladů. O zbytek se podělilo zbývajících 8 zdravotních pojišťoven u nás působících.

## 6.2 PROVOZNÍ FOND

Plán roku 2005 byl tvořen v září 2004. Do roku 2005 vstoupila Pojišťovna za existence nového zákona upravujícího její činnost a zároveň za platnosti novelizovaných zákonů o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění a o veřejném zdravotním pojištění. Mezi nejdůležitější změny patří nová organizační struktura respektující krajské uspořádání a nová úprava přerozdělovacího mechanismu s úpravou nákladné péče. Jde o změny natolik významného charakteru, že lze rok 2005 považovat za zlomový.

Tvorba a nakládání s provozním fondem (dále jen fond) se při zpracování ZPP 2005 řídily vyhláškou MF č. 418/2003 Sb. Příděl do fondu podle uvedeného dokumentu představoval v ZPP 2005 částku 3 895 mil. Kč. Tento limit byl propočten z plánovaných příjmů Pojišťovny v roce 2005, tzn. z přijatého veřejného zdravotního pojištění po přerozdělení, z pokut, penále, přírážek k pojistnému a náhrad škod, tj. z částky 114 222 mil. Kč násobené koeficientem 0,0341.

Dosažená skutečnost roku 2005 umožňovala Pojišťovně, podle vyhlášky MF č. 418/2003 Sb.<sup>2</sup>, ve znění vyhlášky č. 656/2004 Sb., převést do fondu v roce 2005 3 891,2 mil. Kč. Limit je propočten ze skutečných příjmů Pojišťovny v roce 2005, tj. z částky 114 448,2 mil. Kč násobené koeficientem 0,034, tzn. Pojišťovna mohla na pokrytí svých provozních potřeb využít maximálně 3,4 % z přijatého veřejného zdravotního pojištění po přerozdělení, z pokut, penále, přírážek k pojistnému a náhrad škod.

**Tvorba fondu celkem**, tj. předpis přídělu ze ZFZP + dodatečné zdroje vztahující se k fondu (viz tabulka fondu, část A.II., řádek 4, 6, 7, 9, 10 a 11) představuje výši 3 946,1 mil. Kč. V roce 2005 došlo u dodatečných zdrojů oproti ZPP 2005 k neplánovanému výnosu z prodeje majetku ve výši 6,9 mil. Kč. Oproti původním předpokladům se zvýšily výnosy z veřejného zdravotního pojištění, a to jednak pohledávky za vedení centrálního registru pojištěnců, informačního centra zdravotního pojištění a kapitačního centra, storna penalizačních faktur, náhrady škod a ostatních služeb celkem o 25,7 % a pohledávky za vynaložené prostředky spojené s tvorbou a distribucí metodik, tiskopisů a číselníků vydávaných pro zajištění jednotných postupů zúčtování zdravotní péče, léčiv, zdravotních pomůcek a dalších potřeb celkem o 89,0 %.

<sup>2</sup> Vyhláška Ministerstva financí ČR č. 418/2003 Sb. v platném znění, kterou se stanoví podrobnější vymezení okruhu a výše příjmů a výdajů fondů veřejného zdravotního pojištění zdravotních pojišťoven, podmínky jejich tvorby, užití, přípustnosti vzájemných převodů finančních prostředků a hospodaření s nimi, limit nákladů na činnost zdravotních pojišťoven krytých ze zdrojů základního fondu včetně postupu propočtu tohoto limitu.

**Čerpání** fondu, v porovnání s dosaženou skutečností roku 2004, představuje nárůst o 4,9 %. Čerpání mzdových prostředků vč. ostatních osobních nákladů roku 2005 tvoří proti plánu pokles o 0,43 %, proti skutečnosti roku 2004 dochází v těchto položkách v roce 2005 k nárůstu celkem o 6,03 %. Odměny SR, DR a rozhodčímu orgánu byly čerpány oproti plánu ve výši 86,0 %, ve srovnání se skutečností roku 2004 pouze ve výši 43,3 %. U položky úhrad za služby Centra mezistátních úhrad došlo oproti ZPP 2005 k nižšímu čerpání o 40,7 % a o 15,9 % proti skutečnosti roku 2004. K překročení plánovaného objemu došlo pouze u položky pokuty a penále od smluvních zdravotnických zařízení o 68,2 %. Ve srovnání se skutečností roku 2004 došlo u této položky k navýšení o 130 %. Zde se projevila skutečnost, že reálnou výši penalizace od smluvních zdravotnických zařízení za pozdní úhradu poskytnuté zdravotní péče nelze předem ani kvalifikovaně odhadnout. U podílu odpisů hmotného a nehmotného majetku vztaheného k fondu naopak došlo proti plánu k poklesu o 8,1 % a k meziročnímu poklesu proti roku 2004 o 15,7 % (vysoké čerpání v této nákladové položce v roce 2004 bylo způsobeno vstupem zůstatkové ceny prodaných automobilů jednorázově do odpisů, v souvislosti s přechodem na outsourcing vozového parku). Ostatní závazky představují část čerpání fondu s velmi širokou škálou různorodých nákladových položek (viz tabulka č. 27).

Vzhledem k tomu, že ke konci roku 2005 došlo k pozdržení některých plánovaných akcí, např. realizace obnovy PC, představuje pokles čerpání v této položce proti ZPP 2005 18,1 %, meziroční nárůst čerpání oproti roku 2004 činí 2,7 %. V roce 2005 došlo také k neplánovanému čerpání fondu formou kladného rozdílu mezi prodejní a zůstatkovou cenou prodaného majetku ve výši 3,2 mil. Kč.

K úhradě provozních nákladů a investičních výdajů Pojišťovna v roce 2005 nevyužila celkově vytvořené zdroje. Na běžné provozní náklady a investiční výdaje Pojišťovna skutečně vynaložila pouze 3 640,8 mil. Kč. Na nedočerpání běžných provozních prostředků ve výši 305,3 mil. Kč se podílí úsporné nakládání s prostředky fondu jak na Ústředí, tak na územních pracovištích, ale i nerealizování některých plánovaných akcí.

**Tabulka č. 23:** Dosažená průměrná mzda - přepočít na průměrnou měsíční hodnotu v Kč na jednoho zaměstnance (vypočteno z oddílu A III.PF, ř. 1.1 mzdy bez OON)

<b>Celková průměrná mzda</b>	<b>22 639</b>
<b>z toho: vrcholný management</b>	<b>123 115</b>
<b>střední management</b>	<b>69 405</b>

I Tabulka č. 24: Provozní fond

<b>A. Provozní fond (PF)</b>	<b>Rok 2005 ZPP tis. Kč</b>	<b>Rok 2005 skutečnost tis. Kč</b>	<b>% 2005 skut./ ZPP 2005</b>
<b>Tvorba a čerpání ve sledovaném období</b>			
<b>I. Počáteční zůstatek k 1. 1. ve sledovaném období</b>	0	0	
<b>II. Tvorba celkem = zdroje:</b>	3 925 075	3 946 053	1,01
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	3 894 970	3 891 238	1,00
2 Předpis přidělu z fondu reprodukce majetku ve výši schválené Správní radou podle § 3 odst. 2 písm. c) vyhlášky o fondech			
3 Předpis převodu prostředků PF v případě sloučení nebo splynutí zdravotní pojišťovny podle § 3 odst. 2 písm. g) vyhlášky o fondech			
4 Pohledávka z prodeje dlouhodobého hmotného a nehmotného majetku podle § 3 odst. 2 písm. h) vyhlášky o fondech		6 908	
5 Předpis mimořádného přidělu Vojenské zdravotní pojišťovny ČR převodem ze základního fondu zdravotního pojištění			
6 Předpis úroků vztahujících se k PF podle § 3 odst. 2 písm. d) vyhlášky o fondech	105	268	2,55
7 Předpis smluvních pokut z porušení smluvního vztahu ke zdravotnickým zařízením podle § 3 odst. 2 písm. i) vyhlášky o fondech		437	
8 Kladné rozdíly z ocenění cenných papírů pořízených z PF na reálnou hodnotu podle § 3 odst. 2 písm. f) vyhlášky o fondech			
9 Kladné kurzové rozdíly související s PF podle § 3 odst. 2 písm. e) vyhlášky o fondech		1	
10 Ostatní pohledávky vztahující se k PF podle § 3 odst. 2 písm. j) vyhlášky o fondech	15 000	18 853	1,26
11 Pohledávky Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR podle § 3 odst. 3 vyhlášky o fondech	15 000	28 348	1,89
12 Předpis daru určeného výlučně pro PF podle § 3 odst. 2 písm. b) vyhlášky o fondech			
13 Zisk z prodeje cenných papírů PF podle § 2 odst. 1 písm. c) vyhlášky o fondech			
14 Zisk z držby cenných papírů z PF podle § 2 odst. 1 písm. c) vyhlášky o fondech			
<b>III. Čerpání celkem = snížení zdrojů:</b>	3 925 075	3 946 053	1,01
1 Členění závazků zdravotní pojišťovny v oblasti provozní činnosti - podle § 3 vyhlášky o fondech	3 738 303	3 450 921	0,92
1.1 v tom: mzdy bez ostatních osobních nákladů	1 341 147	1 335 534	1,00
1.2 ostatní osobní náklady	15 930	15 699	0,99
1.3 pojistné za zaměstnance na zdravotní pojištění	120 703	125 034	1,04
1.4 pojistné za zaměstnance na sociální zabezpečení	348 698	351 468	1,01
1.5 odměny členům správní, dozorčí rady a rozhodčímu orgánu	4 000	3 440	0,86
1.6 úroky			
1.7 podíl úhrad za služby Centra mezistátních úhrad	7 072	4 190	0,59
1.8 podíl úhrad zaměstnanecké zdravotní pojišťovny za služby Informačního centra			
1.9 podíl úhrad zaměstnanecké zdravotní pojišťovny za vedení centrálního registru			
1.10 záporné kurzové rozdíly související s PF		48	
1.11 úhrady poplatků	1 800	699	0,39
1.12 závazky k úhradě pokut a penále podle § 3 odst. 4 písm. i) vyhlášky o fondech	20 000	33 631	1,68
1.13 úhrada zdravotní péče z rozhodnutí likvidátora zaměstnanecké zdravotní pojišťovny podle § 3 odst. 4 písm. j) vyhlášky o fondech			
1.14 prostředky vynaložené zaměstnaneckou zdravotní pojišťovnou na nákup metodik od VZP ČR podle § 3 odst. 3) vyhlášky o fondech			
1.15 podíl odpisů hmotného a nehmotného majetku vztahovaný k PF	428 279	393 754	0,92
1.16 ostatní závazky	1 450 674	1 187 424	0,82
2 Předpis zákonné výše přidělu do sociálního fondu podle § 3 odst. 4 písm. b) a podle § 4 odst. 2 písm. a) vyhlášky o fondech	26 772	26 711	1,00
3 Předpis přidělu do základního fondu zdravotního pojištění podle § 3 odst. 4 písm. c) a podle § 2 odst. 5 vyhlášky o fondech		305 266	
4 Předpis přidělu do fondu reprodukce majetku podle § 3 odst. 4 písm. d) vyhlášky o fondech	160 000	160 000	1,00
5 Předpis přidělu do základního fondu zdravotního pojištění podle rozhodnutí Správní rady podle § 3 odst. 4 písm. e) vyhlášky o fondech			
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		3 155	
7 Záporné rozdíly z ocenění cenných papírů pořízených z prostředků PF na reálnou hodnotu podle § 3 odst. 4 písm. g) vyhlášky o fondech			
8 Ztráty z prodeje cenných papírů pořízených z prostředků PF podle § 2 odst. 2 písm. c) vyhlášky o fondech			
<b>IV. Konečný zůstatek k poslednímu dni sledovaného období = I + II - III</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	

<b>B. Provozní fond (PF)</b>	<b>Rok 2005 ZPP tis. Kč</b>	<b>Rok 2005 skutečnost tis. Kč</b>	<b>% 2005 skut./ ZPP 2005</b>
<b>Příjmy a výdaje ve sledovaném období</b>			
<b>I. Počáteční zůstatek k 1. 1. ve sledovaném období</b>	500	18 585	37,17
<b>II. Příjmy celkem:</b>	<b>3 983 105</b>	<b>3 798 872</b>	<b>0,95</b>
1 Příděl podle § 1 odst. 4 písm. i) vyhlášky o fondech ze ZFZP, stanovený podle § 7 odst. 1 a 2 vyhlášky o fondech	3 870 000	3 582 368	0,93
2 Příděl z fondu reprodukce majetku ve výši schválené Správní radou podle § 3 odst. 2 písm. c) vyhlášky o fondech			
3 Převod prostředků PF v případě sloučení nebo splynutí zdravotní pojišťovny podle § 3 odst. 2 písm. g) vyhlášky o fondech			
4 Příjmy z prodeje dlouhodobého hmotného a nehmotného majetku podle § 3 odst. 2 písm. h) vyhlášky o fondech		25 383	
5 Mimořádný příděl Vojenské zdravotní pojišťovny ČR převodem ze ZFZP			
6 Příjem úroků vztahujících se k PF podle § 3 odst. 2 písm. d) vyhlášky o fondech	105	268	2,55
7 Příjem smluvních pokut z porušení smluvního vztahu ke zdravotnickým zařízením podle § 3 odst. 2 písm. i) vyhlášky o fondech		245	
8 Kladné rozdíly z ocenění cenných papírů pořízených z PF na reálnou hodnotu podle § 3 odst. 2 písm. f) vyhlášky o fondech			
9 Kladné kurzové rozdíly související s PF podle § 3 odst. 2 písm. e) vyhlášky o fondech		1	
10 Ostatní příjmy vztahující se k PF podle § 3 odst. 2 písm. j) vyhlášky o fondech	15 000	28 369	1,89
11 Příjmy Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR podle § 3 odst. 3 vyhlášky o fondech	15 000	28 330	1,89
12 Příjem daru určeného výlučně pro PF podle § 3 odst. 2 písm. b) vyhlášky o fondech			
13 Příjem zálohy včetně konečného zúčtování na úhradu podílu části režijních výdajů a ostatní zdaňované činnosti	83 000	69 671	0,84
14 Zisk z prodeje cenných papírů podle § 2 odst. 1 písm. c) vyhlášky o fondech			
15 Zisk z držby cenných papírů podle § 2 odst. 1 písm. c) vyhlášky o fondech			
16 Prodej cenných papírů oceněný účetní hodnotou prodaných cenných papírů interní		64 237	
<b>III. Výdaje celkem:</b>	<b>3 983 105</b>	<b>3 795 538</b>	<b>0,95</b>
1 Členění výdajů v rámci provozní činnosti podle § 3 vyhlášky o fondech	3 192 414	3 067 993	0,96
1.1 v tom: mzdy bez ostatních osobních nákladů	1 273 126	1 329 900	1,04
1.2 ostatní osobní náklady	15 930	18 883	1,19
1.3 pojistné za zaměstnance na zdravotní pojištění	114 581	122 031	1,07
1.4 pojistné za zaměstnance na sociální zabezpečení	331 013	353 121	1,07
1.5 odměny členům správní, dozorčí rady a rozhodčímu orgánu	3 950	3 600	0,91
1.6 úroky			
1.7 podíl úhrad za služby Centra mezistátních úhrad	7 072	4 190	0,59
1.8 podíl úhrad zaměstnanecké zdravotní pojišťovny za služby Informačního centra			
1.9 podíl úhrad zaměstnanecké zdravotní pojišťovny za vedení centrálního registru			
1.10 záporné kurzové rozdíly související s PF		48	
1.11 úhrady poplatků	1 800	691	0,38
1.12 úhrady pokut a penále podle § 3 odst. 4 písm. i) vyhlášky o fondech	20 000	19 445	0,97
1.13 úhrada zdravotní péče z rozhodnutí likvidátora zaměstnanecké zdravotní pojišťovny podle § 3 odst. 4 písm. j) vyhlášky o fondech			
1.14 prostředky vynaložené zaměstnaneckou zdravotní pojišťovnou na nákup metodik od VZP ČR podle § 3 odst. 3) vyhlášky o fondech			
1.15 úhrady prostředků vynaložených VZP ČR podle § 3 odst. 5 vyhlášky o fondech			
1.16 ostatní výdaje	1 424 942	1 216 084	0,85
2 Příděl do sociálního fondu podle § 4 odst. 2 písm. a) vyhlášky o fondech	26 772	27 845	1,04
3 Příděl do základního fondu zdravotního pojištění podle § 2 odst. 5 vyhlášky o fondech			
4 Příděl do fondu reprodukce majetku podle § 3 odst. 4 písm. d) vyhlášky o fondech	171 214	129 446	0,76
5 Příděl do základního fondu zdravotního pojištění podle rozhodnutí SR podle § 3 odst. 4 písm. e) vyhlášky o fondech			
6 Příděl do fondu reprodukce majetku ve výši kladného rozdílu mezi prodejní a zůstatkovou cenou podle § 3 odst. 4 písm. l) vyhlášky o fondech		32 419	
7 Příděl do fondu reprodukce majetku ve výši celkových odpisů včetně zůstatkové hodnoty podle § 6 odst. 2 písm. a) vyhlášky o fondech	509 705	468 164	0,92
8 Zúčtování zálohy Vojenskou zdravotní pojišťovnou ČR na vedení specifických fondů			
9 Zúčtování zálohy na podíl režijních výdajů související s ostatní zdaňovanou činností	83 000	69 671	0,84
10 Ztráty z prodeje cenných papírů pořízených z prostředků PF podle § 2 odst. 2 písm. c) vyhlášky o fondech			
11 Nákup cenných papírů z finančních prostředků PF			
<b>IV. Konečný zůstatek k poslednímu dni sledovaného období = I + II - III</b>	<b>500</b>	<b>21 919</b>	<b>43,84</b>

C Doplňující informace k oddílu B	tis. Kč	tis. Kč	tis. Kč
1 Stav cenných papírů k 1. 1. ve sledovaném období			
2 Stav cenných papírů k 31. 12. sledovaného období			

VZ 2005-PF-3

Poznámka:

- Postup vyplnění tabulky odpovídá postupům uvedeným v poznámce k dané příloze vyhlášky č. 274/2005 Sb.
- Na základě požadavku MF ČR, jehož cílem je sjednotit postup sestavení výkazů za všechny zdravotní pojišťovny, byla oproti předchozím letům změněna metodika vykazování následujících řádků výkazu PF, oddíl B III. výdaje ve sloupci rok 2005 skutečnost:
  - 1.1 mzdy bez ostatních osobních nákladů, 1.2 ostatní osobní náklady, 1.3 pojistné za zaměstnance na zdravotní pojištění, 1.4 pojistné za zaměstnance na sociální zabezpečení, 1.5 odměny členům správní rady, dozorčí rady a rozhodčího orgánu, 1.16 ostatní výdaje

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

■ **Tabulka č. 25:** Náklady na vedení CRP, ICZP, KC

Nákladová položka	v tis. Kč
Mzdy	4 391
Pojistné na zdravotní pojištění	395
Pojistné na sociální zabezpečení	1 142
Odpisy	1 732
Ostatní náklady	6 831
<b>Celkem</b>	<b>14 491</b>

Poznámka: jedná se o podíl ZP na nákladech na vedení center přefakturovaný v roce 2005.

■ **Tabulka č. 26:** Náklady na tvorbu a distribuci číselníků, tiskopisů

Nákladová položka	v tis. Kč
Mzdy	17 149
Pojistné na zdravotní pojištění	1 544
Pojistné na sociální zabezpečení	4 459
Odpisy	6 765
Ostatní náklady	42 866
<b>Celkem</b>	<b>72 783</b>

Poznámka: jedná se o celkové náklady na tvorbu a distribuci číselníků a tiskopisů (metodiky nebyly vydávány) v roce 2005, přičemž jsou prodávány převážně SZZ (tiskopisy a číselníky v papírové formě), číselníky na magnetických médiích jsou poskytovány zdarma.

### Komentář k přehledu o provozním fondu

#### Část A. II. – Tvorba celkem = zdroje

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

#### Část A. III. – Čerpání celkem = snížení zdrojů

- řádek 1.12 zahrnuje předpis pokut a penále za pozdní úhradu faktur předkládaných smluvními zdravotnickými zařízeními za poskytnutou zdravotní péči
- náplň řádku „ostatní závazky“ je podrobně rozepsána v příložené tabulce
- řádek 4 obsahuje předpis přidělu do FRM na základě rozhodnutí Správní rady Pojišťovny
- řádek 6 vykazuje výši kladného rozdílu mezi prodejní a zůstatkovou cenou prodaného dlouhodobého hmotného majetku

#### Část B. II. – Příjmy celkem

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

#### Část B. III. – Výdaje celkem

- v řádku 1.12 jsou uvedeny zaplacené smluvní pokuty a penále (úroky z prodlení) za pozdní úhradu faktur předložených zdravotnickými zařízeními za poskytování zdravotní péče
- v řádku ostatní výdaje jsou zahrnuty např.: nákupy standardního provozního materiálu (formuláře k výběru pojistného, k vyúčtování zdravotní péče, pro návrhové činnosti lékařů a podávání povinných hlášení atp., magnetické nosiče dat,

xerografický a tabulační papír a tonery do kopírovacích strojů, kancelářské potřeby a hmotný majetek), dále pak výdaje na spotřebu energií, pohonných hmot, výdaje na nájemné, na udržování a opravy vlastních a pronajatých provozních prostor, na opravy a údržbu technických zařízení, výdaje na provozní zabezpečení Základního informačního systému a rovněž výdaje na výkony spojů, cestovné, propagaci, dodavatelský úklid, ostrahu objektů, inzerci, poradenské služby, audit, výdaje na odbornou průpravu pracovníků Pojišťovny. V ostatních výdajích jsou rovněž zahrnuté výdaje vynaložené v rámci projektu zaměřeného na zastavení odlivu pojištěnců Pojišťovny.

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

■ **Tabulka č. 27: Podrobné rozklíčování ostatních závazků**

Název položky	Skutečnost 2005 (v tis. Kč)
1 příspěvek na stravování	33 445,6
2 zákonné pojištění dle zákona č. 125/93 Sb.	3 552,3
3 ostatní sociální náklady	557,9
4 náklady na provoz - budovy vlastní	75 698,8
5 náklady na provoz - budovy pronajaté	78 292,9
6 reprezentace	2 170,6
7 propagace a reklama	48 835,5
8 náklady soudních řízení	3 177,6
9 náklady exekučních řízení	1 214,9
10 daně a poplatky	2 380,1
11 pojištění	3 587,5
12 ostatní pokuty a penále	2 436,5
13 jiné ostatní náklady	1 777,7
14 opravy a udržování (mimo budov)	207 147,0
15 poštovné	3 657,6
16 telekomunikační poplatky - pevná síť	29 571,3
17 telekomunikační poplatky - mobilní síť	12 036,8
18 pořizování dat	1 202,9
19 cestovné	8 040,9
20 evidovaný majetek	44 895,8
21 technické zhodnocení do 40 tis. Kč	1 718,9
22 Zpravodaj	1 096,4
23 časopis Pohoda	111 100,5
24 ČTK, komunikační program, monitoring médií, PR aktivity	17 140,1
25 výměna plastových karet	46 937,6
26 outsourcing vozidel a kopírek	37 895,5
27 účetní audit, poradenství, konzultace, překlady, tlumočení	3 788,2
28 Národní referenční centrum	1 104,5
29 IZIP	160 650,0
30 vzdělávání, členství, symposia, odborná literatura	7 867,3
31 administrativně právní služby	1 696,5
32 formuláře Výdajová část a Příjmová část	17 263,9
33 pohonné hmoty	7 964,5
34 spotřeba energie - budovy vlastní	38 597,8
35 spotřeba energie - budovy pronajaté	7 567,5
36 materiállové položky	58 667,6
37 odpis pohledávek	151,0
38 manka a škody, inventurní rozdíly	37,7
39 závodní stravování	8 539,5
40 ostatní služby	33 634,7
41 Akce Klient - ústřední aktivity	13 111,0
42 Akce Klient - předporodní aktivity	3 296,6
43 Akce Klient - porodní aktivity	97,3
44 Akce Klient - poporodní aktivity	15 313,1
45 Akce Klient - zdraví s VZP ČR	590,0
46 Akce Klient - sport s VZP ČR	15 198,6
47 Akce Klient - IMAGE akce (sport., kult., společ., vzděl.)	12 717,6
<b>Celkem</b>	<b>1 187 424,2</b>



**Komentář k některým položkám ostatních závazků**

**řádek č. 3** (Ostatní sociální náklady) – pitný režim

**řádek č. 4** (Náklady na provoz – budovy vlastní) – opravy a udržování, ostraha, malování, instalátérské práce, revize spotřeby elektřiny, komínů, plynu, rozbor vody, revize výtahů, zpracování požárního řádu, úklid, odvoz odpadků, úklid sněhu, poplatky za manipulaci s vodou, stočné, srážková voda, daň z nemovitosti

**řádek č. 5** (Náklady na provoz – budovy pronajaté) – opravy a udržování, úklid, odpad, sklady a nebytové prostory Karlovy Vary, nájemné Luhačovice, ostatní náklady

**řádek č. 7** (Propagace a reklama) – informační letáky, odborné publikace, tisková inzerce, reklama, imageové akce, grafické návrhy a tisk Výroční zprávy za rok 2004 a Ročenky roku 2003, veletrhy, propagační tisky a předměty, marketingové šetření atd.

**řádek č. 10** (Daně a poplatky) – odvod do státního rozpočtu podle zákona č. 495/2005 Sb., o zaměstnanosti (§ 81 – povinnost zaměstnávat osoby se zdravotním postižením, odst. 2, písm. c), daň z převodu nemovitostí, místní poplatky za užívání parkovacích míst, náklady na ověřování listin, nákup kolků; pouze na územních pracovištích také náklady konkurzu a náklady na vyrovnání pohledávek za dlužníky dle zákona o konkurzu a vyrovnání v platném znění

**řádek č. 11** (Pojištění) – pojištění: živelní, pro případ odcizení, vandalismu, elektroniky a vícenákladů, přerušení provozu živelnou událostí, skel a odpovědnosti za škodu

**řádek č. 12** (Ostatní pokuty a penále) – výměry pokut, penále od finančních úřadů, sociální zabezpečení, zdravotní pojištění, rozhodnutí soudu, smluvní pokuty

**řádek č. 13** (Jiné ostatní náklady) – náhrady škod jiným subjektům, bolestné a ušlý výdělek při pracovních úrazech, nárok na odstupné, cenový rozdíl u pořízení materiálů

**řádek č. 31** (Administrativně právní služby) – právní služby, právní stanoviska, právní pomoc, registrační poplatky, technický zápis

**řádek č. 36** (Materiálové položky) – kancelářský materiál, cartridge, tonery do tiskáren, magnetická média, xerografický papír, materiál do kopírovacích strojů, ostatní materiálové položky, časopisy, literatura

**řádek č. 40** (Ostatní služby) – školení, stěhování, kontrola dokladů, pořízení dat, aktualizace databáze, kurz UIS, certifikáty, technická podpora, úprava portálu, docházkový systém, ostraha, poskytování telekomunikačních služeb, parkovné, závodní preventivní péče, veletrhy, jednorázové nájemné – sály, daňové a jiné poradenství, audit, posudky, překlady, poplatky za CCS karty, výroba klíčů, inzeráty, expediční služby atd.

**řádek č. 41** (Akce Klient – ústřední aktivity) – Dny zdraví, stomatologické sety, vitamíny pro dárce krve, veletrhy, internetové koutky, medicínská linka, inzerce, Klub pevného zdraví

**řádek č. 42** (Akce Klient – předporodní aktivity) – vitamíny pro těhotné, těhotenské plavání, cvičení a aquaerobik, příspěvek na kurzy psychoprolaxe, gymnastické míče pro těhotné (Ber), kurzy přípravy pro osoby přítomné u porodu

**řádek č. 43** (Akce Klient – porodní aktivity) – nadstandardní pokoj, příspěvky na kurzy „otec u porodu“

**řádek č. 44** (Akce Klient – poporodní aktivity) – dárek při narození, 1. narozeniny, vitamíny pro kojící matky, poporodní cvičení, rehabilitace, odstranění inkont., plavání rodičů s kojenci, monitoring dechu dítěte (baby-sitting)

**řádek č. 45** (Akce Klient – zdraví s VZP ČR) – měření těl. hodnot: cholesterol, krevní tlak, tělesný tuk, glykémie, poradna dietní sestry, poradna na odvykání kouření

**řádek č. 46** (Akce Klient – sport s VZP ČR) – plavání dětí, dospělých, rodičů s dětmi, bruslení, cvičení, aerobik, fitcentra, turistika – příspěvek na zápisné, věcné ceny, individuální kurz v poradně výživy

**řádek č. 47** (Akce Klient – IMAGE akce) – sport s VZP ČR, zdravotně preventivní programy, kulturní a společenské akce, vzdělávání, sponzoring.

Pojišťovna vykonávala i v roce 2005 činnosti podléhající dani z příjmů právnických osob (dále jen zdaňovaná činnost). Rozhodující činností byly pronájem nebytových prostor a zprostředkovatelská činnost dle zákona č. 38/2004 Sb., o pojišťovacích zprostředkovatelích a likvidátorech pojistných událostí. V souladu s § 3 odst. 11 vyhlášky č. 418/2003 Sb., v platném znění, Pojišťovna zajišťovala oddělené sledování a účtování veškerých nákladů na tuto činnost a výnosů z této činnosti. Pokud byl v průběhu běžného roku hrazen z finančních prostředků provozního fondu podíl nákladů souvisejících se zdaňovanou činností včetně podílu odpisů dlouhodobého majetku, byly převáděny na bankovní účet provozního fondu zálohy z finančních prostředků zdaňované činnosti. Pojišťovna zdaňované činnosti financovala výhradně z prostředků plynoucích z těchto zdaňovaných činností, nepodnikala s prostředky plynoucími z veřejného zdravotního pojištění v souladu s ustanovením § 7 odst. 6 zákona č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky, v platném znění. Obdobně se postupuje i u jiných činností, např. při zajištění agendy Česko-německého fondu budoucnosti.

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

### 6.3 FOND REPRODUKCE MAJETKU

Finanční prostředky fondu reprodukce majetku (FRM) jsou využívány na pořízení hmotného a nehmotného majetku Pojišťovny. Prioritu má výstavba a zabezpečení Základního informačního systému Pojišťovny. Hlavní těžiště těchto investic bylo zaměřeno na nákup prostředků pro konsolidaci Základního informačního systému, která povede ke zkvalitnění komunikace. V oblasti stavebních investic bylo hlavním záměrem dokončení rozestavěných investičních akcí a nákup pozemku pro výstavbu budovy Krajské pobočky v Hradci Králové.

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

V posledním čtvrtletí roku 2005 bylo v důsledku uvalení nucené správy na Pojišťovnu zastaveno zahajování nových investičních akcí, a to u všech skupin (investice do informačního systému, stavební a ostatní investice).

**Tabulka č. 28:** Fond reprodukce majetku

<b>A. Fond reprodukce majetku (FRM)</b>	<b>Rok 2005 ZPP tis. Kč</b>	<b>Rok 2005 skutečnost tis. Kč</b>	<b>% 2005 skut./ ZPP 2005</b>
<b>Tvorba a čerpání ve sledovaném období</b>			
<b>I. Počáteční zůstatek k 1. 1. ve sledovaném období</b>	<b>430 349</b>	<b>691 670</b>	<b>1,61</b>
<b>II. Tvorba celkem = zdroje:</b>	<b>606 439</b>	<b>570 275</b>	<b>0,94</b>
1 Předpis FRM přidělem z provozního fondu ve výši odpisů podle § 6 odst. 2 písm. a) vyhlášky o fondech	446 429	407 093	0,91
2 Předpis přidělu z provozního fondu ve výši schválené Správní radou podle § 6 odst. 2 písm. b) vyhlášky o fondech	160 000	160 000	1,00
3 Úroky z běžného účtu FRM podle § 6 odst. 2 písm. f) vyhlášky o fondech	10	27	2,70
4 Dar určený dárce na posílení FRM podle § 6 odst. 2 písm. d) vyhlášky o fondech			
5 Příděl ze zisku po zdanění podle § 6 odst. 2 písm. e) vyhlášky o fondech			
6 Zůstatek z FRM sloučené, nebo splynuté zdravotní pojišťovny podle § 6 odst. 2 písm. g) vyhlášky o fondech			
7 Účelová dotace ze státního rozpočtu podle § 6 odst. 2 písm. h) vyhlášky o fondech			
8 Převod z provozního fondu - kladný rozdíl mezi prodejní a zůstatkovou cenou prodaného dlouhodobého hmotného a nehmotného majetku podle § 6 odst. 2 písm. c) vyhlášky o fondech		3 155	
9 Kladné kurzové rozdíly vztahující se k FRM podle § 6 odst. 2 písm. i) vyhlášky o fondech			
<b>III. Čerpání celkem = snížení zdrojů:</b>	<b>658 476</b>	<b>604 260</b>	<b>0,92</b>
1 Pořízení dlouhodobého hmotného a nehmotného majetku včetně záloh podle § 6 odst. 3 písm. a) vyhlášky o fondech	654 000	599 791	0,92
2 Splátky úroků z úvěrů podle § 6 odst. 3 písm. b) vyhlášky o fondech	4 456	4 456	1,00
3 Bankovní a poštovní poplatky podle § 6 odst. 3 písm. d) vyhlášky o fondech	20	13	0,65
4 Příděl do provozního fondu se souhlasem Správní rady podle § 6 odst. 3 písm. c) vyhlášky o fondech			
5 Záporné kurzové rozdíly podle § 6 odst. 3 písm. e) vyhlášky o fondech			
6 Závazky k úhradě zdravotní péče z rozhodnutí likvidátora podle § 6 odst. 3 písm. f) vyhlášky o fondech			
<b>IV. Konečný zůstatek k poslednímu dni sledovaného období = I + II - III</b>	<b>378 312</b>	<b>657 685</b>	<b>1,74</b>

<b>B. Fond reprodukce majetku (FRM)</b>	<b>Rok 2005 ZPP tis. Kč</b>	<b>Rok 2005 skutečnost tis. Kč</b>	<b>% 2005 skut./ ZPP 2005</b>
<b>Příjmy a výdaje ve sledovaném období</b>			
<b>I. Počáteční zůstatek k 1. 1. ve sledovaném období</b>	500	3 118	6,24
<b>II. Příjmy celkem:</b>	<b>680 929</b>	<b>630 477</b>	<b>0,93</b>
1 Příděl z běžného účtu provozního fondu ve výši odpisů podle § 6 odst. 2 písm. a) vyhlášky o fondech	509 705	468 164	0,92
2 Příděl z běžného účtu provozního fondu ve výši schválené Správní radou podle § 6 odst. 2 písm. b) vyhlášky o fondech	171 214	129 446	0,76
3 Úroky z běžného účtu FRM podle § 6 odst. 2 písm. f) vyhlášky o fondech	10	27	2,70
4 Dar určený dárce na posílení FRM podle § 6 odst. 2 písm. d) vyhlášky o fondech			
5 Příděl ze zisku po zdanění podle § 6 odst. 2 písm. e) vyhlášky o fondech			
6 Převod zůstatku běžného účtu FRM v případě sloučení nebo splynutí zdravotní pojišťovny podle § 6 odst. 2 písm. g) vyhlášky o fondech			
7 Účelová dotace ze státního rozpočtu podle § 6 odst. 2 písm. h) vyhlášky o fondech			
8 Převod z běžného účtu provozního fondu - kladný rozdíl mezi prodejní a zůstatkovou cenou prodaného dlouhodobého hmotného a nehmotného majetku podle § 6 odst. 2 písm. c) (podle § 3 odst. 4 písm. k) vyhlášky o fondech)		32 419	
9 Kladné kurzové rozdíly vztahující se k FRM podle § 6 odst. 2 písm. i) vyhlášky o fondech			
10 Příjem úvěrů na posílení FRM			
Ostatní		421	
<b>III. Výdaje celkem:</b>	<b>680 929</b>	<b>627 134</b>	<b>0,92</b>
1 Pořízení dlouhodobého hmotného a nehmotného majetku včetně záloh podle § 6 odst. 3 písm. a) vyhlášky o fondech	654 000	599 791	0,92
2 Splátky úroků z úvěrů podle § 6 odst. 3 písm. b) vyhlášky o fondech	4 456	4 456	1,00
3 Úhrady bankovních a poštovních poplatků podle § 6 odst. 3 písm. d) vyhlášky o fondech	20	13	0,65
4 Příděl na běžný účet PF se souhlasem Správní rady podle § 6 odst. 3 písm. c) vyhlášky o fondech			
5 Záporné kurzové rozdíly podle § 6 odst. 3 písm. e) vyhlášky o fondech			
6 Úhrada zdravotní péče z rozhodnutí likvidátora podle § 6 odst. 3 písm. f) vyhlášky o fondech			
7 Splátky úvěrů vztahujících se k tomuto fondu (s vazbou na § 6 odst. 3 písm. b) vyhlášky o fondech)	22 453	22 453	1,00
Ostatní		421	
<b>IV. Konečný zůstatek k poslednímu dni sledovaného období = I + II - III</b>	<b>500</b>	<b>6 461</b>	<b>12,92</b>

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

VZ 2005-FRM-4

**Tabulka č. 29:** Čerpání investičních akcí v roce 2005  
A) Stavební investice

Položka	Skutečnost 2005 (v tis. Kč)
1 Flora	21 017
2 Chrudim	0
3 Opava	969
4 Brno-město	821
5 Ústí nad Labem	2 261
6 Louny	273
7 Břeclav	0
8 Jeseník	196
9 Znojmo	3 492
10 Děčín	0
11 Jindřichův Hradec	0
12 Kladno	0
13 Náchod	0
14 Plzeň-jih	55
15 Plzeň-město	6
16 Rakovník	0
17 Prostějov	31
18 Sokolov	223
19 Pelhřimov	759
20 Uherské Hradiště	0
21 Blansko	103
22 Bruntál	1 204
23 Brno-venkov	15 602
24 Český Krumlov	3 927
25 Hodonín	858
26 Hradec Králové	11 014
27 Chomutov	15 382
28 Jablonec nad Nisou	165
29 Jičín	0
30 Jihlava	822
31 Karlovy Vary	3 011
32 Karviná	0
33 Kroměříž	24
34 Liberec	176
35 Mladá Boleslav	73
36 Nový Jičín	194
37 Písek	0
38 Plzeň-sever	0
39 Prachatice	0
součet	82 658

Položka	Skutečnost 2005 (v tis. Kč)
40 Rychnov nad Kněžnou	83
41 Příbram	1 143
42 Rokycany	401
43 Strakonice	1 152
44 Trutnov	993
45 Vyškov	227
46 Zlín	71 406
47 Česká Lípa	0
48 Domažlice	24 391
49 Frýdek-Místek	0
50 Šumperk	5 811
51 Svitavy	23 552
52 Litoměřice	2 334
53 Teplice	4 301
54 Ostrava	40
55 Praha-východ	0
56 České Budějovice	1 702
57 Havlíčkův Brod	38
58 Cheb	6
59 Kolín	1 326
60 Nymburk	0
61 Píseň	745
62 Třebíč	142
63 Vsetín	0
64 Nové Město n. M.	0
65 Klatovy	0
66 Olomouc	0
67 Most	194
68 Kutná Hora	816
69 Pardubice	8 889
70 Tachov	10 340
71 Praha-město	484
72 Benešov	64
73 Ústí nad Orlicí	36
74 Semily	79
75 Praha-západ	2 806
76 Mělník	674
77 Beroun	488
78 Tábor	573
součet	165 236
<b>Stavební investice celkem</b>	<b>247 894</b>

**Tabulka č. 30:** Čerpání investičních akcí v roce 2005  
B) Ostatní investice

Položka	Skutečnost 2005 (v tis. Kč)
1 Klimatizace pro servery	0
2 Zabezpečovací technika	24 964
3 Datové rozvody	20 659
4 Osobní automobily (obnova 20 ks)	-21
5 Frankovací stroje (náhrada)	143
6 Kopírovací stroje (obnova a dovybavení)	1 899
7 Skartovací stroje (obnova)	627
8 Trezory	259
9 Ústředny	8 104
10 Audiovizuální program	7 546

Položka	Skutečnost 2005 (v tis. Kč)
11 Zobrazovací technika	68
12 Jednotný vizuální styl	234
13 Grafické návrhy - licence	219
14 SW - Autocont (veřejné zakázky)	2 750
15 SW - ASP (pasportizace budov)	623
16 Koloběh faktur ÚPI VZP ČR	106
17 Sněhové frézy	50
18 Obálkovací systémy	1 670
19 Zametací kartáč	125
20 FIN - servis	428
<b>Ostatní investice celkem</b>	<b>70 453</b>

**Tabulka č. 31:** Rozpis investičních akcí v roce 2005  
C) HW + SW

Položka	Skutečnost 2005 (v tis. Kč)
1 HW pro portál (unixové servery a přísl.)	3 528
2 HW a SW pro ÚS aplikace	53 129
3 HW a SW pro ÚP a KP+B38 aplikace+B38	6 563
4 Periferie a komponenty HP-UX serverů	10 089
5 Zvyšování dostupnosti a kvality provozu	7 468
6 PC, NB a komponenty	2 732
7 Periferie a komponenty	3 024
8 NT servery a komponenty	2 237
9 Licence Microsoft	51 505
10 Ostatní SW	7 650
11 Zvyšování dostupnosti a kvality provozu (rozv. projekty)	1 071
12 Oracle licence	0
13 Oracle Application Server - programy	4 471
14 Z předcházejícího roku	564

Položka	Skutečnost 2005 (v tis. Kč)
15 HW a SW pro síť (switche, routery, firewally, licence SW)	12 509
16 Management OV (licence SW, moduly)	13 039
17 IP telefonie	9 095
18 Projekt bezpečnosti IS	0
19 Zvyšování dostupnosti a kvality provozu	1 352
20 Z předcházejícího roku	679
21 Income 2005	12 903
22 Outcome 2005	53 217
23 MIS 2005	1 514
24 Aplikace pro Portál VZP	15 924
25 Komunikační platforma	1 516
26 Finanční řízení	721
27 Aplikace pro ZP (CRP, ICZP, KC)	2 261
28 Aplikace pro KP VZP	2 683
<b>HW + SW celkem</b>	<b>281 444</b>

**Tabulka č. 32:** Rozpis investičních akcí v roce 2005  
D) A + B + C

Skupina	Skutečnost 2005 (v tis. Kč)
A) STAVEBNÍ INVESTICE	247 894
B) OSTATNÍ INVESTICE	70 453
C) HW + SW	281 444
<b>INVESTIČNÍ AKCE CELKEM</b>	<b>599 791</b>

### Komentář k přehledu o tvorbě a čerpání fondu reprodukce majetku

Tvorba FRM v roce 2005 dosáhla výše 570,3 mil. Kč (viz tabulka č. 28, sloupec „Rok 2005 skutečnost“, část A.II. Tvorba celkem = zdroje), což představuje 94 % plánu na rok 2005.

Skutečné čerpání fondu na pořízení dlouhodobého hmotného a nehmotného majetku, splátek úroků z úvěrů, bankovních a poštovních poplatků dosáhlo výše 604,3 mil. Kč. Z této částky pořízení dlouhodobého hmotného a nehmotného majetku představuje 599,8 mil. Kč (viz tabulka č. 28, sloupec „Rok 2005 skutečnost“, část A.III., řádek 1). Tato výše vykazuje 92 % ročního plánu 2005 (654 mil. Kč). Na nečerpání investičních prostředků v plné výši se podílelo především uvalení nucené správy.

Celkové příjmy fondu v roce 2005 byly doplněny ze zůstatku fondu z minulých let a činily 630,5 mil. Kč (viz tabulka č. 28, sloupec „Rok 2005 skutečnost“, část B.II. Příjmy celkem). Vzhledem k tomu, že prioritou používání disponibilních finančních prostředků Pojišťovny je stejně jako v předcházejících letech včasná úhrada závazků za poskytnutou zdravotní péči, nepřevádí Pojišťovna finanční prostředky na bankovní účet FRM podle plánu, ale podle skutečné potřeby. Toto je i důvodem, proč se příjmy a výdaje fondu (část tabulky B.) liší od tvorby a čerpání fondu (část tabulky A.).

Výdaje fondu v roce 2005 byly realizovány ve výši 627,1 mil. Kč (viz tabulka č. 28, sloupec „Rok 2005 skutečnost“, část B.III. Výdaje celkem). Finanční prostředky Pojišťovna vynaložila na pořízení dlouhodobého hmotného a nehmotného majetku ve výši 599,8 mil. Kč, dále pak na splátky bankovních úvěrů a úroků z úvěrů.

V případě investic do informačního systému byly realizovány investiční akce ve výši 281,4 mil. Kč (ZPP 2005 351 mil. Kč). Největší investici do informačního systému představuje údržba a rozvoj aplikací v souladu s potřebami konsolidace IS. Programové vybavení je nutno trvale doplňovat a rozvíjet současně se změnami v legislativě, změnami dohod s poskytovateli zdravotní péče i se změnami potřeb jednotlivých odborných útvarů Pojišťovny.

Nízké čerpání investic do informačního systému oproti ZPP 2005 (80,2 %) bylo způsobeno především zastavením některých akcí v důsledku nucené správy. Nebyla realizována např. akce „Systém pro optickou archivaci“, „Návrh a implementace konsolidace NT serverové infrastruktury“. Podrobnější komentář je uveden v kapitole 4.2 – Informační systém.

V oblasti stavebních investic bylo do ZPP 2005 zahrnuto 259 mil. Kč. Z rozestavěných objektů byla dle plánu dokončena rekonstrukce budovy KP Zlín, ÚP Brno-venkov, ÚP Domažlice, ÚP Chomutov a dále byla dokončena výstavba nového objektu pro ÚP Svitavy. Z investičních prostředků byl zakoupen pozemek pro výstavbu KP Hradec Králové. Celkově byly stavební investice čerpány ve výši cca 247,9 mil. Kč (tato skutečnost představuje 95,7 % plánu).

Pořízení ostatních investic dosáhlo celkem výše cca 70,5 mil. Kč. Pro zajištění ostrahy, ochrany a bezpečnosti objektů Pojišťovny byla pořízena zabezpečovací technika v celkové výši 25 mil. Kč. Další investice směřovaly na výměnu nefunkčních a z hlediska Pojišťovny technicky zastaralých telefonních ústředěn (8,1 mil. Kč) a k zajištění ochrany dat a bezpečného provozu datových sítí (20,7 mil. Kč). Na obnovu a pořízení technických zařízení investičního charakteru, na obměnu frankovacích strojů, obálkových systémů a na ostatní drobné investice bylo vynaloženo 9 mil. Kč. Na podporu výroby a vysílání televizních seriálů se zdravotně-vzdělávací tematikou určených dětem a dospělým, s cílem populární formou prezentovat veřejnosti význam prevence a ochrany zdraví, bylo vynaloženo 7,7 mil. Kč.

### Zabezpečení činnosti zdravotní pojišťovny hmotným a nehmotným majetkem

K zabezpečení činnosti Pojišťovny byl v průběhu roku 2005 zakoupen pozemek pro výstavbu budovy Krajské pobočky Královéhradeckého kraje a Územního pracoviště v Hradci Králové.

V průběhu roku 2005 byly započaty rekonstrukce objektů pro územní pracoviště:

Chomutov  
Pardubice  
Brno-venkov

V roce 2005 byly uvedeny do provozu objekty pro územní pracoviště a krajské pobočky:

Zlín  
Domažlice  
Chomutov  
Svitavy  
Brno-venkov

Přehled územních (krajských) pracovišť Pojišťovny sídlících k 31. 12. 2005 ve vlastních objektech, které byly získány koupí, vlastní výstavbou, nebo převodem na základě § 12 zákona č. 290/2002 Sb.:

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

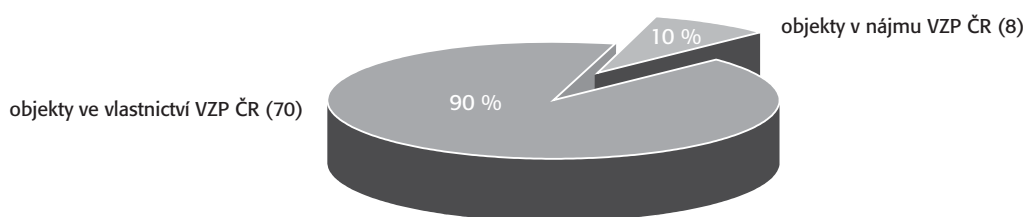
K 31. 12. 2005 sídlila v pronajatých objektech územní (krajská) pracoviště Pojišťovny:

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

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

Tímto postupem je zabezpečována dlouhodobá strategie Pojišťovny – činnost pojišťovny provozovat ve vlastních objektech.

■ **GRAF Č. 3:** Struktura vlastnictví objektů krajských poboček a územních pracovišť VZP ČR k 31. 12. 2005



## 6.4 SOCIÁLNÍ FOND

V roce 2005 byl sociální fond, v souladu s vyhláškou č. 418/2003 ve znění pozdějších předpisů, tvořen přidělem z objemu nákladů zúčtovaných na mzdy a náhrady mzdy, bez ostatních osobních nákladů, zúčtovaných s provozním fondem ve výši 2 % a přidělem z hospodářského výsledku po zdanění roku 2004 z činností podléhajících dani z příjmů právnických osob. Dalšími zdroji fondu byly tržby od zaměstnanců z rekreace v rekreačním středisku Pojišťovny, splátky půjček zaměstnanců a přijaté bankovní úroky.

V roce 2005 byl sociální fond čerpán podle ustanovení Kolektivní smlouvy, jejích dodatků a souvisejících vnitropodnikových směrnic, a to na:

regeneraci a péči o zdraví (sportovní aktivity, lázeňská péče), očkování proti chřipce, multivitamíny v době virových epidemií, rekreaci rodin, dětskou rekreaci v dětských táborech. Sociální půjčky a výpomoci byly poskytovány samoživitelkám při obtížných životních situacích a ostatním zaměstnancům při dlouhodobé nemoci. K ocenění pracovních a životních jubileí poskytuje zaměstnavatel též ze sociálního fondu peněžní nebo nepeněžní dar. Plošně vyplácený příspěvek ze sociálního fondu je poskytován na stravování. Dále byly poskytovány příspěvky na penzijní připojištění pro všechny zaměstnance, kteří mají uzavřenou smlouvu s penzijním fondem a požádají o příspěvek, a životní pojištění nebo zdravotní připojištění pro všechny zaměstnance, kteří mají uzavřenou smlouvu, nebo si ji uzavřou u životní pojišťovny dle vlastního výběru a požádají o příspěvek.

Vyšší čerpání sociálního fondu v roce 2005 oproti ZPP 2005 bylo způsobeno realizací nových aktivit až v průběhu roku 2005.

■ **Tabulka č. 33:** Sociální fond

<b>A. Sociální fond (SF)</b>	<b>Rok 2005 ZPP tis. Kč</b>	<b>Rok 2005 skutečnost tis. Kč</b>	<b>% 2005 skut./ ZPP 2005</b>
<b>Tvorba a čerpání ve sledovaném období</b>			
<b>I. Počáteční zůstatek k 1. 1. ve sledovaném období</b>	33 566	29 514	0,88
<b>II. Tvorba celkem = zdroje:</b>	26 972	35 009	1,30
1 Předpis přidělu z provozního fondu podle § 4 odst. 2 písm. a) vyhlášky o fondech	26 772	26 711	1,00
2 Úroky z běžného účtu SF podle § 4 odst. 2 písm. e) vyhlášky o fondech	100	174	1,74
3 Předpis ostatních příjmů podle § 4 odst. 2 písm. d) vyhlášky o fondech		144	
4 Předpis přidělu ze zisku po zdanění ze zdaňované činnosti podle § 4 odst. 2 písm. b) vyhlášky o fondech		7 848	
5 Převod zůstatku SF, v případě sloučení nebo splnutí zdravotní pojišťovny, podle § 4 odst. 2 písm. h) vyhlášky o fondech			
6 Splátky z půjček zaměstnancům podle § 4 odst. 2 písm. c) vyhlášky o fondech	100	132	1,32
7 Kladné kurzové rozdíly související se SF podle § 4 odst. 2 písm. f) vyhlášky o fondech			
8 Dary určené dárce do SF podle § 4 odst. 2 písm. g) vyhlášky o fondech			
<b>III. Čerpání celkem = snížení zdrojů:</b>	39 950	47 976	1,20
1 Předpisy snížení zdrojů podle § 4 odst. 3 vyhlášky o fondech (1.1 + 1.2)	39 600	47 831	1,21
1.1 v tom: půjčky	100	109	1,09
1.2 ostatní čerpání	39 500	47 722	1,21
2 Bankovní (poštovní) poplatky	350	145	0,41
3 Záporné kurzové rozdíly			
<b>IV. Konečný zůstatek k poslednímu dni sledovaného období = I + II - III</b>	20 588	16 547	0,80

<b>B. Sociální fond (SF)</b>	<b>Rok 2005 ZPP tis. Kč</b>	<b>Rok 2005 skutečnost tis. Kč</b>	<b>% 2005 skut./ ZPP 2005</b>
<b>Příjmy a výdaje ve sledovaném období</b>			
<b>I. Počáteční zůstatek k 1.1. ve sledovaném období</b>	<b>34 371</b>	<b>31 675</b>	<b>0,92</b>
<b>II. Příjmy celkem:</b>	<b>26 972</b>	<b>30 736</b>	<b>1,14</b>
1 Příděl z běžného účtu PF podle § 4 odst. 2 písm. a) vyhlášky o fondech	26 772	27 845	1,04
2 Úroky z běžného účtu SF podle § 4 odst. 2 písm. e) vyhlášky o fondech	100	174	1,74
3 Ostatních příjmů podle § 4 odst. 2 písm. d) vyhlášky o fondech		139	
4 Přídělu ze zisku po zdanění ze zdaňované činnosti podle § 4 odst. 2 písm. b) vyhlášky o fondech			
5 Převod zůstatku běžného účtu SF, v případě sloučení nebo splynutí zdravotní pojišťovny, podle § 4 odst. 2 písm. h) vyhlášky o fondech			
6 Splátky z půjček zaměstnancům podle § 4 odst. 2 písm. c) vyhlášky o fondech	100	132	1,32
7 Kladné kurzové rozdíly související se SF podle § 4 odst. 2 písm. f) vyhlášky o fondech			
8 Dary určené dárcem do SF podle § 4 odst. 2 písm. g) vyhlášky o fondech interní		2 446	
<b>III. Výdaje celkem:</b>	<b>38 350</b>	<b>47 389</b>	<b>1,24</b>
1 Výdaje podle § 4 odst. 3 vyhlášky o fondech (1.1 + 1.2)	38 000	47 244	1,24
1.1 v tom: půjčky	100	109	1,09
1.2 ostatní výdaje	37 900	47 135	1,24
2 Bankovní (poštovní) poplatky	350	145	0,41
3 Záporné kurzové rozdíly související se SF			
<b>IV. Konečný zůstatek k poslednímu dni sledovaného období = I + II - III</b>	<b>22 993</b>	<b>15 022</b>	<b>0,65</b>
<b>C Doplnující informace k oddílu B</b>			
1 Stav půjček zaměstnancům k 1. 1. sledovaného období	155	126	0,81
2 Stav půjček zaměstnancům k 31. 12. sledovaného období	155	103	0,66

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

VZ 2005-SF-5

## 6.5 REZERVNÍ FOND

Dle zákona č. 438/2004 Sb., kterým se mění zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky, ve znění pozdějších předpisů, činí výše rezervního fondu 1,5 % průměrných ročních výdajů základního fondu zdravotního pojištění Pojišťovny za bezprostředně předcházející tři kalendářní roky. Výše limitu rezervního fondu za rok 2005 spočtená dle zákona č. 438/2004 Sb. činí 1 518 976 tis. Kč.

Vzhledem k tomu, že Pojišťovna eviduje k 31. 12. 2005 závazky po lhůtě splatnosti vůči zdravotnickým zařízením, rezervní fond do zákonem stanovené výše nebyl naplněn. Tento postup byl plně v souladu s § 2 odst. 5 vyhlášky č. 418/2003 Sb. Případný převod finančních prostředků z bankovního účtu základního fondu na bankovní účet rezervního fondu by znamenal výrazné zhoršení platební pozice Pojišťovny.



I Tabulka č. 34: Rezervní fond

<b>A. Rezervní fond (RF)</b>		<b>Rok 2005 ZPP</b>	<b>Rok 2005 skutečnost</b>	<b>% 2005 skut./ ZPP 2005</b>
<b>Tvorba a čerpání ve sledovaném období</b>		<b>tis. Kč</b>	<b>tis. Kč</b>	
<b>I.</b>	<b>Počáteční zůstatek k 1. 1. ve sledovaném období</b>	1 466 482	1 466 488	1,00
<b>II.</b>	<b>Tvorba celkem = zdroje:</b>	54 545	52 494	0,96
1	Převod ze základního fondu zdravotního pojištění podle § 2 odst. 1 písm. b) vyhlášky o fondech	54 545	52 494	0,96
2	Úroky z běžného účtu RF podle § 2 odst. 1 písm. e) vyhlášky o fondech			
3	Dary určené dárce do RF podle § 2 odst. 1 písm. f) vyhlášky o fondech			
4	Zisk z prodeje cenných papírů podle § 2 odst. 1 písm. c) vyhlášky o fondech			
5	Zisk z držby cenných papírů podle § 2 odst. 1 písm. c) vyhlášky o fondech			
6	Převod zůstatku RF v případě sloučení nebo splnutí zdravotní pojišťovny podle § 2 odst. 1 písm. g) vyhlášky o fondech			
7	Kauce žadatele podle § 2 odst. 1 písm. a) vyhlášky o fondech			
8	Kladné rozdíly z ocenění cenných papírů pořízených z prostředků RF na reálnou hodnotu podle § 2 odst. 1 písm. d) vyhlášky o fondech			
<b>III.</b>	<b>Čerpání celkem = snížení zdrojů:</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	
1	Příděl z RF do základního fondu zdravotního pojištění podle § 2 odst. 2 písm. a) vyhlášky o fondech			
2	Poplatky za vedení běžného účtu RF a poplatky za poštovní služby související s RF podle § 2 odst. 2 písm. b) vyhlášky o fondech			
3	Ztráty z prodeje cenných papírů pořízených z prostředků RF podle § 2 odst. 2 písm. c) vyhlášky o fondech			
4	Závazky k úhradě zdravotní péče z rozhodnutí likvidátora podle § 2 odst. 2 písm. e) vyhlášky o fondech			
5	Záporné hodnoty z ocenění cenných papírů pořízených z prostředků RF podle § 2 odst. 2 písm. d) vyhlášky o fondech			
<b>IV.</b>	<b>Konečný zůstatek k poslednímu dni sledovaného období = I + II - III</b>	<b>1 521 027</b>	<b>1 518 982</b>	<b>1,00</b>
<b>B. Rezervní fond (RF)</b>				
<b>Příjmy a výdaje ve sledovaném období</b>				
<b>I.</b>	<b>Počáteční zůstatek k 1. 1. ve sledovaném období</b>	<b>6</b>	<b>6</b>	<b>1,00</b>
<b>II.</b>	<b>Příjmy celkem:</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	
1	Převod z běžného účtu základního fondu zdravotního pojištění podle § 2 odst. 1 písm. b) vyhlášky o fondech			
2	Úroky z běžného účtu RF podle § 2 odst. 1 písm. e) vyhlášky o fondech			
3	Dary určené dárce do RF podle § 2 odst. 1 písm. f) vyhlášky o fondech			
4	Zisk z prodeje cenných papírů podle § 2 odst. 1 písm. c) vyhlášky o fondech			
5	Zisk z držby cenných papírů podle § 2 odst. 1 písm. c) vyhlášky o fondech			
6	Převod zůstatku běžného účtu RF v případě sloučení nebo splnutí zdravotní pojišťovny podle § 2 odst. 1 písm. g) vyhlášky o fondech			
7	Kauce žadatele podle § 2 odst. 1 písm. a) vyhlášky o fondech			
8	Kladné rozdíly z ocenění cenných papírů pořízených z prostředků RF na reálnou hodnotu podle § 2 odst. 1 písm. d) vyhlášky o fondech			
9	Prodej cenných papírů oceněný účetní hodnotou prodaných cenných papírů			
<b>III.</b>	<b>Výdaje celkem:</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	
1	Příděl z běžného účtu RF na běžný účet základního fondu zdravotního pojištění podle § 2 odst. 2 písm. a) vyhlášky o fondech			
2	Poplatky za vedení běžného účtu RF a poplatky za poštovní služby související s RF podle § 2 odst. 2 písm. b) vyhlášky o fondech			
3	Ztráty z prodeje cenných papírů pořízených z prostředků RF podle § 2 odst. 2 písm. c) vyhlášky o fondech			
4	Závazky k úhradě zdravotní péče z rozhodnutí likvidátora podle § 2 odst. 2 písm. e) vyhlášky o fondech			
5	Záporné hodnoty z ocenění cenných papírů pořízených z prostředků RF podle § 2 odst. 2 písm. d) vyhlášky o fondech			
6	Nákup cenných papírů z finančních prostředků RF			
<b>IV.</b>	<b>Konečný zůstatek k poslednímu dni vykazovaného období = I + II - III</b>	<b>6</b>	<b>6</b>	<b>1,00</b>
<b>C. Doplnující informace k oddílu B</b>				
1	Stav cenných papírů k 1. 1. sledovaného období			
2	Stav cenných papírů k 31. 12. sledovaného období			

I **Doplňující tabulka:** Propočet limitu RF

Rok	Propočtová základna pro výpočet limitu přidělu do RF	tis. Kč
2002		96 387 503
2003		101 295 228
2004		106 112 538
	Průměrné roční výdaje ZFZP za bezprostředně předcházející uzavřené 3 kalendářní roky	101 265 090
	Výpočet limitu = 1,5 % z propočetných průměrných výdajů ZFZP	1 518 976

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

VZ 2005-RF-6

## 6.6 FOND PREVENCE

Fond prevence Pojišťovny byl zřízen v souladu s ustanovením § 7 odst. 2 písm. b) zákona č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky. Využití finančních prostředků fondu prevence je zaměřeno na podporu a realizaci zdravotních opatření a programů, které zlepšují zdravotní péči o pojištěnce Pojišťovny a spolupůsobí proti vzniku jejich onemocnění nebo proti zhoršování jejich zdravotního stavu. O čerpání fondu prevence rozhodovali dle schválených pravidel v roce 2005 komise SR pro fond prevence, zdravotní komise SR a ředitel Pojišťovny.

Náklady na preventivní zdravotní péči čerpané z fondu prevence v roce 2005 a komentáře k jednotlivým projektům jsou obsahem kapitoly 4.7.1.

I **Tabulka č. 35:** Fond prevence

A. Fond prevence (Fprev)	Rok 2005 ZPP tis. Kč	Rok 2005 skutečnost tis. Kč	% 2005 skut./ ZPP 2005
<b>Tvorba a čerpání ve sledovaném období</b>			
<b>I. Počáteční zůstatek k 1. 1. ve sledovaném období</b>	2 045	37 835	18,50
<b>II. Tvorba celkem = zdroje:</b>	<b>383 886</b>	<b>407 285</b>	<b>1,06</b>
1 Zdroje podle zákona č. 551/1991 Sb., a č. 280/1992 Sb., ve znění pozdějších předpisů	337 776	359 733	1,07
1.1 V tom: přiděl ze zisku po zdanění		24 788	
1.2 podíl podle § 19 odst. 1 zákona č. 280 /1992 Sb., ve znění pozdějších předpisů			
1.3 podíl podle § 6 odst. 7 zákona č. 551/1991 Sb., ve znění pozdějších předpisů	337 776	334 945	0,99
2 Úroky vytvořené na bankovním účtu Fprev	110	147	1,34
3 Ostatní (např. dary)		332	
4 Zúčtování s pojištěnci s vazbou na vyúčtování preventivních programů	46 000	47 073	1,02
<b>III. Čerpání celkem = snížení zdrojů:</b>	<b>383 700</b>	<b>411 069</b>	<b>1,07</b>
1 Preventivní programy	382 800	409 868	1,07
2 Úroky z úvěrů na posílení Fprev			
3 Ostatní (bankovní poplatky)	900	1 201	1,33
4 Odpis penále, přírážek a pokut k pojistnému, které byly zdrojem Fprev			
5 Zúčtování s pojištěnci s vazbou na vyúčtování preventivních programů			
<b>IV. Konečný zůstatek k poslednímu dni sledovaného období = I + II - III</b>	<b>2 231</b>	<b>34 051</b>	<b>15,26</b>

<b>B. Fond prevence (Fprev)</b>	<b>Rok 2005 ZPP tis. Kč</b>	<b>Rok 2005 skutečnost tis. Kč</b>	<b>% 2005 skut./ ZPP 2005</b>
<b>Příjmy a výdaje ve sledovaném období</b>			
<b>I. Počáteční zůstatek k 1.1. ve sledovaném období</b>	8 589	39 371	4,58
<b>II. Příjmy celkem:</b>	<b>383 886</b>	<b>382 146</b>	<b>1,00</b>
1 Příjmy finančních prostředků na základě zákona č. 551/1991 Sb. a zák. č. 280/1992 Sb., ve znění pozdějších předpisů	337 776	334 095	0,99
1.1 v tom: přiděl ze zisku po zdanění		24 788	
1.2 podíl podle § 19 odst. 1 zákona č. 280/1992 Sb., ve znění pozdějších předpisů			
1.3 podíl podle § 6 odst. 7 zákona č. 551/1991 Sb., ve znění pozdějších předpisů	337 776	309 307	0,92
2 Úroky vytvořené na bankovním účtu Fprev	110	147	1,34
3 Ostatní (dary)		366	
4 Příjem úvěru na posílení Fprev			
5 Zúčtování s pojišťenci s vazbou na vyúčtování preventivních programů	46 000	47 538	1,03
<b>III. Výdaje celkem:</b>	<b>383 700</b>	<b>411 333</b>	<b>1,07</b>
1 Výdaje na preventivní programy	382 800	394 293	1,03
2 Úroky z úvěrů			
3 Ostatní (bankovní poplatky)	900	1 201	1,33
4 Splátky úvěru			
5 Zúčtování s pojišťenci s vazbou na vyúčtování preventivních programů Interní		3 315	
		12 524	
<b>IV. Konečný zůstatek k poslednímu dni sledovaného období = I + II - III</b>	<b>8 775</b>	<b>10 184</b>	<b>1,16</b>

<b>C. Doplnující údaje k oddílu A a B</b>	<b>Vazba na Fprev</b>	<b>Informativně</b>	<b>Skladba řádku A II 1.3</b>
	<b>sl. 1 tis. Kč</b>	<b>sl. 2 převod</b>	<b>sl. 3 = 1+2 celkem</b>
<b>Struktura přidělu do Fprev za tu část přidělu, která není prováděna převodem ze ZFZP</b>		ze ZFZP	
<b>I. K odd. A/ II = součet položek 1 až 4</b>		<b>334 945</b>	<b>334 945</b>
1 Předpisy úhrad z pokut a penále			
2 Předpisy úhrad z přírážek k pojistnému			
3 Předpisy pokut zdravotnickým zařízením			
4 Předpisy úroků ZFZP (pokud je zdrav. poj. účtuje přímo na Fprev)			
			<b>Skladba řádku B II</b>
			<b>Celkem</b>
			<b>sl. 3 = 1+2</b>
<b>II. K odd. B/ II = součet položek 1 až 4</b>		<b>309 307</b>	<b>309 307</b>
1 Příjmy z pokut a penále			
2 Příjmy z přírážek k pojistnému			
3 Příjmy z pokut zdravotnickým zařízením			
4 Příjmy z úroků ZFZP (pokud je zdrav. poj. účtuje přímo na Fprev)			

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

VZ 2005-Fprev-7

## 6.7 OSTATNÍ ZDAŇOVANÁ ČINNOST

Ostatní zdaňované činnosti, které Pojišťovna provádí zejména v souvislosti s hospodárným využíváním svého majetku, nebo v souvislosti se svojí hlavní činností, jsou služby podléhající dani z příjmu právnických osob (dle zákona č. 586/1992 Sb., o daních z příjmů, ve znění pozdějších předpisů). Ostatní zdaňované činnosti v roce 2005 tvořil pronájem bytových a nebytových prostor (hospodářský výsledek 5 302 tis. Kč), komerční prodej metodik a číselníků nesmluvním partnerům (hospodářský výsledek 244 tis. Kč), penzijní připojištění (hospodářský výsledek 23 tis. Kč), zprostředkovatelská činnost (hospodářský výsledek 2 023 tis. Kč) a ostatní.

Pojišťovna převedla ke dni 1. května 2004 celý soubor činností, které vykonávala vlastním jménem při provozování pojišťovací činnosti, na dceřinou společnost – Pojišťovnu VZP, a. s., kterou založila s odkazem na ukončenou platnost ustanovení § 54 odst. 3 až 5 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, kdy Pojišťovna pozbyla právní oporu k pojišťovací činnosti. Proto v roce 2005 Pojišťovna vystupuje již jen jako zprostředkovatel, nikoliv jako pojistitel smluvních produktů.

Pojišťovna je jediným akcionářem obchodní společnosti Pojišťovna VZP, a. s., která byla zapsána do obchodního rejstříku dne 16. 1. 2004. Pojišťovna VZP, a. s., se zabývá smluvním pojištěním pro zahraniční klientelu a cestovním pojištěním pro pojištěnce veřejného zdravotního pojištění. Na základě uzavřené smlouvy mezi Pojišťovnou a Pojišťovnou VZP, a. s., je prováděna spolupráce zejména při uzavírání smluv pro výše uvedené druhy pojištění. Zprostředkovatelská činnost pro dceřinou společnost Pojišťovna VZP, a. s., je sjednána v souladu s § 23 odst. 7 zákona č. 586/1992 Sb., o daních z příjmů, v platném znění, v ceně, která by byla sjednána mezi nezávislými osobami v běžných obchodních vztazích za stejných nebo obdobných podmínek. Výrok o stanovení ceny mezi spojenými osobami VZP ČR a Pojišťovnou VZP, a. s., jako ceny obvyklé je obsažen ve znaleckém posudku č. 83/2005 znalce jmenovaného rozhodnutím Krajského soudu v Ostravě ze dne 22. 4. 1986, č.j. Spr.2616/86. Přepočtený počet zaměstnanců zabývajících se těmito činnostmi činil cca 83 osob. Uvedené činnosti sleduje Pojišťovna ve svém účetním systému odděleně dle jednotlivých činností a v souladu s postupem stanoveným vyhláškou MF č. 418/2003 Sb. v platném znění, kterou se stanoví podrobnější vymezení okruhu a výše příjmů a výdajů fondu veřejného zdravotního pojištění zdravotních pojišťoven.

V roce 2005 Pojišťovna realizovala výnosy ze zdaňované činnosti (viz tabulka č. 36, část A.I., řádek 1) o cca 18,3 mil. Kč nižší, než plánovala ve ZPP 2005.

Náklady na zdaňovanou činnost Pojišťovny (viz tabulka č. 36, část A.II., řádek 1) tvoří mzdy, ostatní osobní náklady, zákonné pojistné na zdravotní a sociální pojištění, odpisy dlouhodobého majetku a ostatní provozní náklady. Proti plánu uvedenému ve ZPP 2005 byly náklady nižší o cca 12,6 mil. Kč.

V účetním období roku 2005 vznikla účetní ztráta z činností podléhajících dani z příjmů právnických osob před zdaněním v celkové výši 1 604 015 Kč. Ztráta nebyla způsobena nehospodárnou činností, ale obsahuje i účetní opravy smluvního pojištění a připojištění provozovaného Pojišťovnou do 30. 4. 2004. Opravy vyplynuly z

- provedené kontroly daně z příjmů právnických osob za roky 2000, 2001 a 2002 a
- skutečností týkajících se období roku 2003 a roku 2004 (do 30. 4. 2004), o kterých se Pojišťovna dozvěděla v účetním období roku 2005.

Daň z příjmů právnických osob (viz tabulka č. 36, část A.IV.) obsahuje daň z příjmů právnických osob za zdaňovací období r. 2005 ve výši 1 087 320 Kč. Rozdíl ve výši -420 340 Kč činí snížení daňové povinnosti minulých zdaňovacích období z rozdílů vyplývajících zejména z účetních oprav smluvního pojištění a připojištění provozovaného Pojišťovnou do 30. 4. 2004, o kterých se Pojišťovna dozvěděla v účetním období roku 2005.

#### I Tabulka č. 36: Ostatní zdaňovaná činnost

<b>A. Ostatní zdaňovaná činnost ve sledovaném období (OZdČ)</b>	<b>Rok 2005 ZPP tis. Kč</b>	<b>Rok 2005 skutečnost tis. Kč</b>	<b>% 2005 skut./ ZPP 2005</b>
<b>I. Výnosy celkem:</b>	<b>87 161</b>	<b>68 900</b>	<b>0,79</b>
1 Výnosy ze zdaňované činnosti	87 098	67 786	0,78
2 Úroky	63	1 114	17,68
3 Výnosy z prodeje finančních investic			
4 Zvýšení hodnoty cenných papírů vlivem reálného ocenění			
<b>II. Náklady celkem:</b>	<b>83 051</b>	<b>70 504</b>	<b>0,85</b>
1 Provozní náklady související s OZdČ zdravotní pojišťovny	83 051	70 504	0,85
1.1 - mzdy bez ostatních osobních nákladů	31 163	26 902	0,86
1.2 - ostatní osobní náklady	160	27	0,17
1.3 - pojistné na zdravotní pojištění	2 805	2 438	0,87
1.4 - pojistné na sociální zabezpečení	8 102	6 986	0,86
1.5 - odpisy hmotného a nehmotného majetku - podíl vztahující se k této činnosti	18 150	12 976	0,71
1.6 - úroky			
1.7 - pokuty a penále		556	
1.8 - finanční náklady spojené s prodejem finančních investic			
1.9 - ostatní provozní náklady	22 671	20 619	0,91
2 Snížení hodnoty cenných papírů vlivem reálného ocenění			
<b>III. Hospodářský výsledek = I. - II.</b>	<b>4 110</b>	<b>-1 604</b>	<b>-0,39</b>
<b>IV. Daň z příjmů</b>		<b>667</b>	
<b>V. Zisk z OZdČ po zdanění = III. - IV.</b>		<b>-2 271</b>	

<b>B Doplnující informace o cenných papírech pořízených z finančních zdrojů OZdČ</b>			
1	Stav cenných papírů k 1. 1. sledovaného období	60 000	60 000 1,00
2	Stav cenných papírů k 31. 12. sledovaného období	100 000	100 000 1,00
<b>Z toho cenné papíry vztahující se k dceřiné společnosti provozující komerční pojištění</b>			
z 1	Stav cenných papírů k 1. 1. sledovaného období	60 000	60 000 1,00
z 2	Stav cenných papírů k 31. 12. sledovaného období	100 000	100 000 1,00

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

VZ 2005-OZdČ-8

## 6.8 DOPLŇUJÍCÍ ÚDAJE

Také v roce 2005 Pojišťovna zajišťovala **agendu Česko-německého fondu budoucnosti**, pro který prováděla – v úzké spolupráci s Ministerstvem zahraničních věcí a Koordinační komisí – výplatu dávek sociální pomoci. Celková vyplacená částka činila cca 102 mil. Kč. Náklady Pojišťovny spojené s realizací sociální pomoci jsou plně refundovány.

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

Pojišťovna nadále prováděla činnosti, které jí ukládají platné právní předpisy a které ji odlišují od ostatních zdravotních pojišťoven. Mezi tyto činnosti patřilo nejenom vedení registrů pojištěnců, hromadných či individuálních plátců pojistného či zdravotnických zařízení, ale i náročné činnosti spojené s vedením Kapitačního centra, Informačního centra a Analytické komise dohodovacího řízení.





## Souhrnný přehled vybraných ukazatelů o činnosti Pojišťovny

Počet pojištěnců na konci roku 2005 činil 6 617 714 osob a byl tak o 7 714 osob vyšší, než předpokládal Zdravotně pojistný plán pro rok 2005. Tento počet pojištěnců však znamená oproti roku 2004 pokles o 63 tis. osob. Z celkového počtu pojištěnců činil podíl pojištěnců, za které je plátcem pojistného stát, 57,7 % (část A, I. – řádek 1, 2).

Pojišťovna pořídila v roce 2005 hmotný a nehmotný dlouhodobý majetek za 628,8 mil. Kč (část A, II. – řádek 4). Finanční investice ve výši 100 mil. Kč představují akcie dceřiné společnosti PVZP, a. s., rovněž v případě finančních investic pořízených ve sledovaném období v částce 40 mil. Kč se jedná o 400 vydaných zaknihovaných akcií PVZP, a. s., v nominální hodnotě 100 tis. Kč (část A, II. – řádek 5, 6).

Přepočtený počet zaměstnanců Pojišťovny k 31. prosinci 2005 činil 4 891 osob a roční přepočtený počet činil 4 916 osob (část A, II. – řádek 17 a 18).

Maximální možný limit nákladů na činnost Pojišťovny v roce 2005 činil podle vyhlášky Ministerstva financí celkem 3 891,2 mil. Kč. V této výši byl proveden i skutečný příděl do provozního fondu Pojišťovny (část A, II. – řádek 21, 22).

### 7.1 STAV POHLEDÁVEK A ZÁVAZKŮ POJIŠŤOVNY

K 31. 12. 2005 evidovala Pojišťovna celkové pohledávky ve výši 33 709 mil. Kč, tzn. že oproti stavu k 31. 12. 2004 vzrostly o 1 272 mil. Kč (4 %) – viz část A, III, ř. 24. Pohledávky za plátcí pojistného činily 31 538 mil. Kč, z toho pohledávky ve lhůtě splatnosti 7 664 mil. Kč a pohledávky po lhůtě splatnosti 23 874 mil. Kč. Pohledávky za zdravotnickými zařízeními dosáhly celkové výše 1 431 mil. Kč. Z toho pohledávky po splatnosti činí 330 mil. Kč (jedná se o pohledávky z uplatnění regulace na maximální hodnotu bodu – viz komentář v kapitole 4.5) a pohledávky ve splatnosti 1 101 mil. Kč. Tak vysoké pohledávky (meziroční nárůst 453 mil. Kč) jsou způsobeny pohledávkami vzniklými z vyúčtování ZZ následné hospitalizační péče za 1. pololetí 2005 ve výši cca 319 mil. Kč, které bylo uplatněno v závěru roku 2005. Ostatní pohledávky po lhůtě splatnosti ve výši cca 84 mil. Kč tvoří pohledávky za zaměstnaneckými zdravotními pojišťovnami z přerozdělení. Ostatní pohledávky ve lhůtě splatnosti činí 656 mil. Kč (meziroční pokles o cca 497 mil. Kč) a jsou tvořeny pohledávkami z náhrad škod (272 mil. Kč), z plnění mezinárodních smluv (211 mil. Kč) a pohledávkami ostatních fondů Pojišťovny.

Celkové závazky Pojišťovny vzrostly ve srovnání s rokem 2004 o 971 mil. Kč a dosáhly celkové výše 22 585 mil. Kč. Závazky vůči poskytovatelům zdravotní péče činily 21 885 mil. Kč, z toho závazky vůči ZZ ve lhůtě splatnosti činily 11 271 mil. Kč (meziroční nárůst 206 mil. Kč) a závazky vůči ZZ po lhůtě splatnosti činily 10 613 mil. Kč, což znamená nárůst o 1 320 mil. Kč oproti stavu k 31. 12. 2004. Tento nárůst je způsoben nepříznivým vývojem nákladů na věcné dávky zdravotní péče (viz komentář v kapitole 6.1), který kladl velký tlak na výdajovou stranu bilance fondu, a tak i přes nárůst příjmů dochází k nárůstu závazků po lhůtě splatnosti. Ostatní závazky ve lhůtě splatnosti (nejsou zde zahrnuty závazky z přijatých úvěrů) pak činily 701 mil. Kč a skládají se ze závazků z přerozdělení pojistného (84 mil. Kč), z plnění mezinárodních smluv o zdravotní péči (72 mil. Kč) a závazků ostatních fondů Pojišťovny.

### 7.2 PLNĚNÍ PODMÍNEK SPLÁTKOVÝCH KALENDÁŘŮ ÚVĚŘŮ

V průběhu roku 2005 Pojišťovna řádně splácela úvěry přijaté pro fond reprodukce majetku (roční splátky činily 22,5 mil. Kč). Zůstatek přijatých úvěrů koncem roku činil 82,7 mil. Kč (část A, II. – řádek 8, 9).



I Tabulka č. 37: Přehled základních ukazatelů o činnosti zdravotní pojišťovny v roce 2005

Ukazatel	Měr. jedn.	Rok 2005 ZPP	Rok 2005 skutečnost	% 2005 skut./ ZPP 2005
<b>I. Pojištěnci</b>				
1 Počet pojištěnců celkem k poslednímu dni sledovaného období	osob	6 610 000	6 617 714	1,00
1.1 z toho: státem hrazení	osob	3 897 000	3 816 909	0,98
2 Průměrný počet pojištěnců za sledované období	osob	6 637 667	6 651 725	1,00
2.1 z toho: státem hrazení	osob	3 903 000	3 870 061	0,99
v tom: do 60 let	osob	2 403 667	2 349 204	0,98
nad 60 let	osob	1 499 333	1 520 857	1,01
<b>II. Ostatní ukazatele</b>				
3 Stav dlouhodobého majetku včetně poskytovaných záloh pořízený k poslednímu dni sledovaného období	tis. Kč	4 146 717	4 114 390	0,99
4 Stav dlouhodobého majetku včetně poskytovaných záloh pořízený za sledované období	tis. Kč	654 000	628 785	0,96
4.1 v tom: majetek na vlastní činnost	tis. Kč	654 000	628 785	0,96
4.2 ostatní majetek	tis. Kč			
5 Stav finančních investic k poslednímu dni sledovaného období	tis. Kč	140 000	100 000	0,71
5.1 z toho: vázáno v dceřiné společnosti		100 000	100 000	1,00
6 Finanční investice pořízené za sledované období	tis. Kč	40 000	40 000	1,00
6.1 z toho: vázáno v dceřiné společnosti		40 000	40 000	1,00
7 Přijaté bankovní úvěry celkem (tj. bez údajů na řádcích 10 a 13)	tis. Kč			
7.1 v tom: dlouhodobé	tis. Kč			
7.2 krátkodobé	tis. Kč			
8 Splátky bankovních úvěrů krátkodobých i dlouhodobých celkem	tis. Kč	22 453	22 453	1,00
9 Nesplacený zůstatek bankovních úvěrů k poslednímu dni sledovaného období celkem	tis. Kč	82 737	82 736	1,00
10 Přijaté bezúročné půjčky ve sledovaném období	tis. Kč			
11 Splácení bezúročných půjček ve sledovaném období	tis. Kč			
12 Nesplacený zůstatek bezúročných půjček k poslednímu dni sledovaného období	tis. Kč			
13 Přijaté návratné finanční výpomoci ze státního rozpočtu ve sledovaném období	tis. Kč			
14 Splácení návratné finanční výpomoci ze státního rozpočtu ve sledovaném období	tis. Kč			
15 Nesplacený zůstatek návratné finanční výpomoci ze státního rozpočtu k poslednímu dni sledovaného období	tis. Kč			
16 Přijaté finanční dary a nenávratné dotace	tis. Kč			
17 Přepočtený počet zaměstnanců k poslednímu dni sledovaného období	osob	5 200	4 891	0,94
18 Průměrný přepočtený počet zaměstnanců	osob	4 970	4 916	0,99
19 Výpočet limitu nákladů na činnost podle vyhlášky č. 418/2003 Sb., kterou se stanoví podrobnější vymezení okruhu a výše příjmů a výdajů fondů veřejného zdravotního pojištění zdravotních pojišťoven, podmínky jejich tvorby, užití, přípustnosti vzájemných převodů finančních prostředků a hospodaření s nimi, limit nákladů na činnost zdravotních pojišťoven krytých ze zdrojů ZF, včetně postupů propočtu tohoto limitu, ve znění vyhlášky č. 656/2004 Sb. (dále jen „Vyhláška o fondech“)	%	3,41	3,40	1,00
20 Rozvrhová základna pro propočet přídelu do provozního fondu	tis. Kč	114 222 000	114 448 175	1,00
21 Maximální limit nákladů na činnost propočtený z dosažené rozvrhové základny	tis. Kč	3 894 970	3 891 238	1,00
22 Skutečný přídel ze ZFZP do provozního fondu	tis. Kč	3 894 970	3 891 238	1,00
<b>III. Závazky a pohledávky</b>				
23 Závazky celkem k poslednímu dni sledovaného období	tis. Kč	20 984 000	22 585 106	1,08
23.1 v tom: závazky vůči zdravotnickým zařízením ve lhůtě splatnosti	tis. Kč	12 320 000	11 271 491	0,91
23.2 závazky vůči zdravotnickým zařízením po lhůtě splatnosti	tis. Kč	7 289 000	10 613 010	1,46
23.3 ostatní závazky ve lhůtě splatnosti	tis. Kč	1 375 000	700 605	0,51
23.4 ostatní závazky po lhůtě splatnosti	tis. Kč			
24 Pohledávky celkem k poslednímu dni sledovaného období	tis. Kč	38 072 732	33 708 575	0,89
24.1 v tom: pohledávky za plátcí pojistného ve lhůtě splatnosti	tis. Kč	7 652 000	7 663 563	1,00
24.2 pohledávky za plátcí pojistného po lhůtě splatnosti	tis. Kč	28 415 000	23 874 030	0,84
24.3 pohledávky za zdravotnickými zařízeními ve lhůtě splatnosti	tis. Kč	663 000	1 100 972	1,66
24.4 pohledávky za zdravotnickými zařízeními po lhůtě splatnosti	tis. Kč	300 000	330 162	1,10
24.5 ostatní pohledávky ve lhůtě splatnosti	tis. Kč	959 000	656 116	0,68
24.6 ostatní pohledávky po lhůtě splatnosti	tis. Kč	83 732	83 732	1,00

Doplňující údaje k řádkům 1, 2, 5 a 6.				
k 1.1 z toho pojištěnci ze zemí Evropské unie	osob		5 227	
k 2.1 z toho pojištěnci ze zemí Evropské unie	osob		9 010	
k 5 z toho ve Fondu majetku (FM)	tis.Kč			
k 6 z toho ve Fondu majetku (FM)	tis.Kč			

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

VZ 2005-Zuk-1



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

Pojišťovna se od roku 2000 zabývá agendou o poskytování informací podle zákona č. 106/1999 Sb., o svobodném přístupu k informacím. Při soudním výkladu pojmu „veřejná instituce hospodařící s veřejnými prostředky“ bylo určeno, že Pojišťovna naplňuje definiční znaky tohoto pojmu a je tedy subjektem s tzv. úplnou informační povinností. V roce 2005 obdržela Pojišťovna 304 žádostí, které vyřídila ve stanovené lhůtě. Žádná žádost nebyla odmítnuta.

### Opis podstatných částí rozsudku Městského soudu v Praze

Městský soud v Praze rozhodl rozsudkem ze dne 18. 10. 2005 ve věci žalobce Ing. J. K. proti žalované VZP ČR o žalobě proti zamítavému rozhodnutí žalované tak, že žaloba se zamítá.

„Podle ustanovení § 10 zákona informace o majetkových poměrech osoby, která není povinným subjektem, získané na základě zákonů o daních, poplatcích, penzijním nebo zdravotním pojištění, a nebo sociálním zabezpečení povinný subjekt podle tohoto zákona neposkytne.“

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

„...podle ustanovení rámcových smluv, ve smyslu vyhlášky č. 457/2000 Sb. jsou uzavírány individuální smlouvy VZP ČR se zdravotnickými zařízeními, jde tedy o speciální smlouvu s výraznými veřejnoprávními prvky a podle těchto rámcových smluv se vztahy upravené ve smlouvě nesmí odchýlit od ustanovení rámcové smlouvy podle citované vyhlášky, pokud to rámcová smlouva sama neumožňuje. Podle článku 12 odst. 1 rámcových smluv zajistí smluvní strany trvale přístupné a jasné informace o existenci smluvního vztahu a právech vyplývajících z něho pro pojištěnce. Z tohoto ustanovení vyplývá, že zdravotní pojišťovna je povinna informovat pouze o samotné existenci smluvního vztahu, rozsahu nasmlouvané poskytované zdravotní péče a podobně. Jiné informace o smluvním vztahu, tedy způsob a výši úhrady za poskytnutou zdravotní péči není VZP ČR oprávněna poskytovat, neboť je vázána rámcovými smlouvami a zákonem uloženou povinností zachovávat mlčenlivost podle ustanovení § 24a zákona č. 551/1991 Sb.“

„K další námitce žalobce, že poskytnutí informací, které požaduje, lze dovodit z ustanovení § 9 odst. 2 zákona, je třeba uvést, že z tohoto ustanovení vyplývá, že při poskytování informace, která se týká používání prostředků státního rozpočtu, rozpočtu územního celku nebo fondu zřízeného zákonem a nebo nakládání s majetkem těchto subjektů se nepovažuje poskytnutí informace o rozsahu a příjemci těchto prostředků za porušení obchodního tajemství. ... VZP ČR hospodaří sice s prostředky, které jsou veřejnými prostředky, ale jejich podřazení pod prostředky vyjmenované v tomto citovaném ustanovení možné není, neboť nejde ani o prostředky státního rozpočtu, ani územního celku, ani o prostředky fondu, který by byl zřízen zákonem. Z citované poznámky pod čarou vyplývá, že v daném případě se jedná o prostředky fondu jako instituce zřízené samotným zákonem (Státní fond životního prostředí ČR), a proto sem nelze zařadit prostředky VZP ČR rozdělené do jednotlivých fondů pro účely hospodaření a účetnictví, přestože jsou zřízené podle příslušných ustanovení zákona.“

S ohledem na shora uvedené skutečnosti nelze z ustanovení § 9 odst. 2 zákona dovodit, že poskytnutí informací podle bodu 2 žádosti žalobce, které se týká používání prostředků veřejných, se nepovažuje za porušení obchodního tajemství, proto žalované nelze uložit povinnost poskytnout tyto informace žalobci na základě tohoto citovaného ustanovení.“





## Závěr

### Vyhodnocení roku dle Metodiky MZ

Metodika zpracování a předkládání výročních zpráv činných zdravotních pojišťoven za rok 2005 vydaná Ministerstvem zdravotnictví ve spolupráci s Ministerstvem financí stanoví kritéria, která má každá zdravotní pojišťovna v závěrech své výroční zprávy za rok 2005 zhodnotit. V následujících bodech je uveden výsledek hospodaření dle stanovených kritérií.

- 9.1** Výše příjmů Pojišťovny z pojistného po přerozdělování (výkaz ZFZP B II ř. 1 + 2) dosáhla 111,65 mld. Kč, naproti tomu věcné dávky zdravotní péče v roce 2005 (výkaz ZFZP A III. ř. 1) činily 111,33 mld. Kč. Výběr pojistného po přerozdělení o 0,32 mld. Kč převýšil náklady na zdravotní péči.
- 9.2** Stav závazků vůči ZZ k 31. 12. 2005 ve lhůtě splatnosti vzrostl ve srovnání se stavem k 31. 12. 2004 o 0,2 mld. Kč, stav závazků po lhůtě splatnosti vůči ZZ za stejné období vzrostl o 1,3 mld. Kč.
  - 9.2.1** Průměrný denní výdaj za zdravotní péči v roce 2005 byl 302 mil. Kč
  - 9.2.2** Závazky ve lhůtě splatnosti vůči ZZ v porovnání s průměrným denním výdajem představují 37,3 dne.
  - 9.2.3** Závazky po lhůtě splatnosti vůči ZZ v porovnání s průměrným denním výdajem představují 35,1 dne.
- Pozn. Výpočet v předcházejících dvou bodech nevypovídá o reálných dobách splatnosti, je počítán z průměrného denního výdaje, nikoliv nákladu, a neuvažuje vyúčtování prováděné vždy v závěru pololetí (resp. čtvrtletí), vyúčtování vrací zpět do účetního období skutečnosti, které nastaly v následujícím období.
- 9.3** Pojišťovna nečerpala pro potřeby základního fondu zdravotního pojištění v roce 2005 úvěr ani jinou návratnou výpomoc a ani neevidovala zůstatek úvěru z minulých let.
- 9.4** Pojišťovna eviduje pohledávky za ZZ po lhůtě splatnosti.
- 9.5** Rezervní fond Pojišťovny se v roce 2005 nepodařilo naplnit. Finanční naplnění rezervního fondu (stažením finančních prostředků z oběhu a jejich depozicí) by mělo za následek prohloubení finanční nerovnováhy základního fondu zdravotního pojištění a prodloužení objemu i lhůty splatnosti pohledávek zdravotnických zařízení.
- 9.6** Fondy, které Pojišťovna podle platného znění zákona č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně ČR, vede a spravuje, byly v průběhu roku 2005 průběžně naplňovány podle plánu příjmů a výdajů, nikoliv však pravidelnými kalendářními přiděly, nýbrž přiděly realizovanými až v době vzniku finanční potřeby fondu. Přiděly do fondů byly tvořeny předpisem vzájemných pohledávek jednotlivých fondů v souladu s platným zněním citovaného zákona a vyhlášky Ministerstva financí č. 418/2003 Sb. v platném znění. V souladu se zvolenou metodikou účtování vykazuje základní fond zdravotního pojištění vysoký kladný zůstatek, který je však kryt pohledávkami, nikoliv finanční hotovostí.
- 9.7** Na běžných účtech základního fondu zdravotního pojištění byl na konci roku 2005 zůstatek ve výši 56 mil. Kč, což je o 10,9 mil. Kč méně než stav zůstatku v předchozím roce. Minimální zůstatek běžných účtů je umožněn efektivním systémem řízení finančních toků Pojišťovny.
- 9.8** Pohledávky po lhůtě splatnosti za plátcí pojistného meziročně vzrostly o 1 846 mil. Kč a k 31. 12. 2005 dosáhly celkové částky 23 874 mil. Kč, z čehož pohledávky z titulu uplatněných sankcí činily 11 874 mil. Kč (meziroční nárůst o 1 122 mil. Kč) a pohledávky z titulu pojistného na veřejné zdravotní pojištění pak 12 000 mil. Kč. Výše pohledávek je ovlivněna odkupem pohledávek ČKA. Nárůst pohledávek z uplatněných sankcí je i přes odprodej pohledávek způsoben, kromě působení vyššího počtu zaměstnanců na úseku kontroly pojistného a tudíž vyššího počtu provedených kontrol, působením změny zákona, která od poloviny roku 2002 umožnila dlužníkům hradit nejprve dlužné pojistné a teprve potom dlužné penále, což mělo za následek nižší úhradu platebních výměrů na penále.
- 9.9** Pohledávky po lhůtě splatnosti za smluvními zdravotnickými zařízeními evidovala Pojišťovna na konci roku ve výši 330 mil. Kč. Jedná se o pohledávky z uplatnění cenové regulace stanové zákonem č. 526/1990 Sb., o cenách. Meziroční nárůst ve výši 83 mil. Kč byl způsoben uplatněním této regulace za období 2003 v roce 2005. Blíže komentář v kapitole 4.5.
- 9.10** Závazky Pojišťovny po lhůtě splatnosti vůči ZZ vztahující se k základnímu fondu zdravotního pojištění se oproti roku 2004 zvýšily o 1,3 mld. Kč, a to i přes mimořádné zdroje od ČKA.



10.





**Praha, spol. s r. o.**

auditorské, daňové a poradenské služby  
člen Pannell Kerr Forster International



## ZPRÁVA NEZÁVISLÉHO AUDITORA

*pro Všeobecnou zdravotní pojišťovnu ČR*

Ověřili jsme přiloženou účetní závěrku Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR, se sídlem v Praze 3, Orlická 4/2020, IČ: 41197518, identifikované v této účetní závěrce, sestavenou k 31. prosinci 2005. Za sestavení účetní závěrky je odpovědný statutární orgán Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR. Naši úlohou je vydat na základě provedeného auditu výrok k této účetní závěrce.

Audit jsme provedli v souladu se zákonem o auditorech a Mezinárodními auditorskými standardy a souvisejícími aplikačními doložkami Komory auditorů České republiky. Tyto standardy požadují, aby auditor naplánoval a provedl audit tak, aby získal přiměřenou jistotu, že účetní závěrka neobsahuje významné nesprávnosti. Audit zahrnuje výběrovým způsobem provedené ověření úplnosti a průkaznosti částek a informací uvedených v účetní závěrce. Audit též zahrnuje posouzení použitých účetních metod a významných odhadů provedených vedením VZP ČR a dále zhodnocení vypovídací schopnosti účetní závěrky. Jsme přesvědčeni, že provedený audit poskytuje přiměřený podklad pro vydání výroku auditora.

Podle našeho názoru **účetní závěrka ve všech významných ohledech podává věrný a poctivý obraz aktiv, pasiv a finanční situace Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR k 31. 12. 2005 a nákladů, výnosů a výsledku hospodaření zdaňované činnosti za rok 2005 v souladu s účetními předpisy platnými v České republice.**

Ověřili jsme též soulad výroční zprávy s výše uvedenou účetní závěrkou. Za správnost výroční zprávy je zodpovědné vedení Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR. Naším úkolem je vydat na základě provedeného ověření stanovisko o souladu výroční zprávy s účetní závěrkou.

Podle našeho názoru jsou informace uvedené ve výroční zprávě ve všech významných ohledech v souladu s výše uvedenou účetní závěrkou.

V Praze, dne 7. dubna 2006

Ing. Petr Šrámek  
auditor - osvědčení KAČR č. 1163



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



## ROZVAHA

### k 31. 12. 2005

(v tis Kč)

Výkaz Úč ZP 1-01

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

Čís. ř.	IKF	Rok	Měsíc	IČ
01	850098	2005	112	41197518

a	Číslo řádku	Minulé období	Hrubá výše	Úprava	Čistá výše
	b	1	2	3	4
<b>AKTIVA</b>					
A. Dlouhodobý nehmotný majetek	1	339 209	1 519 112	1 181 575	337 537
B. Finanční umístění (investice)	2				0
C. Dlouhodobý hmotný majetek	3	3 553 489	5 397 969	1 621 115	3 776 854
I. Pozemky a stavby (nemovitosti)	4	3 045 345	3 935 955	676 642	3 259 313
II. Věci movité, v tom:	5	215 158	1 190 288	944 473	245 815
1. odepisované	6	214 356	1 189 431	944 473	244 958
2. neodepisované	7	802	857		857
III. Náklady na pořízení DHM a poskytnuté zálohy	8	292 986	271 726		271 726
D. Dlouhodobý finanční majetek	9	60 000	100 000		100 000
I. Podíly	10	60 000	100 000		100 000
1. Podíly v ovládaných osobách	11	60 000	100 000		100 000
2. Dluhopisy vydané ovládanými osobami a půjčky těmto osobám	12				0
3. Podíly s podstatným vlivem	13				0
4. Dluhopisy vydané osobami, ve kterých má ÚJ podst. vliv a půjčky	14				0
II. Jiný dlouhodobý finanční majetek	15	0	0		0
1. Akcie a ostatní cenné papíry s proměnlivým výnosem, ost. podíly	16				0
2. Dluhové cenné papíry	17				0
3. Depozita u finančních institucí	18				0
4. Ostatní dlouhodobý finanční majetek	19				0
E. Dlužníci	20	32 436 811	33 708 575		33 708 575
I. Pohledávky z veřejného zdravotního pojištění, v tom:	21	32 289 183	33 634 788		33 634 788
1. za plátcí pojistného	22	30 305 850	31 537 593		31 537 593
2. za poskytovateli zdravotní péče	23	894 574	1 431 134		1 431 134
3. z přerozdělení pojistného	24	661 324	83 732		83 732
4. z náhrad škod veř. zdrav. pojištění	25	247 034	272 085		272 085
5. z přeplatků do zajišťovacího fondu	26				0
6. z plnění mezinárodních smluv o zdravotní péči	27	81 271	210 700		210 700
7. ostatní pohledávky, z toho:	28	99 130	99 544		99 544
a) pohledávky zvláštního účtu přerozdělení	29	83 732	83 732		83 732
II. Ostatní pohledávky, z toho:	30	147 628	73 787		73 787
1. Pohledávky Fondu budoucnosti	31				0
2. Pohledávky z operací přímého pojištění, v tom:	32	0	0		0
a) pohledávky za pojistníky	33				0
b) pohledávky za zprostředkovateli	34				0
3. Pohledávky z operací zajištění	35				0
F. Ostatní aktiva	36	940 296	203 091		203 091
I. Zásoby	37	3 500	4 984		4 984
II. Hotovost na účtech u fin. institucí a hotovost v pokladně, z toho:	38	889 265	193 628		193 628
1. Pokladna a jiné pokladní hodnoty	39	9 057	9 756		9 756
2. Peníze na cestě	40	14 003	-11		-11
3. Šeky	41				0
4. Zvláštní bankovní účty, v tom:	42	141 550	104 838		104 838
a) základního fondu	43	51 330	53 900		53 900
b) rezervního fondu	44	6	6		6
c) provozního fondu	45	16 663	21 030		21 030
d) sociálního fondu	46	31 618	14 973		14 973
e) fondu reprodukce investičního majetku	47	3 119	6 461		6 461
f) fondu prevence	48	38 814	8 468		8 468
g) fondu pro úhradu preventivní péče	49				0
h) fondu pro zprostředkování úhrady zdravotní péče	50				0
i) Fondu pro úhradu záv. prev. péče z prostředků zaměstnavatele	51				0
5. Ostatní bankovní účty, z toho:	52	724 655	79 045		79 045
a) zvláštní účet přerozdělení	53	628 353	60 342		60 342
b) účet Fondu budoucnosti	54	9 028	3 993		3 993
III. Jiná aktiva	55	47 531	4 479		4 479
G. Přechodné účty aktiv	56	3 714	19		19
I. Ostatní přechodné účty aktiv, z toho:	57	3 714	19		19
1. Dohadné položky aktivní	58	3 714	19		19
<b>AKTIVA CELKEM</b>	<b>59</b>	<b>37 333 519</b>	<b>40 928 766</b>	<b>2 802 690</b>	<b>38 126 076</b>

a	Číslo řádku	Minulé období	Hrubá výše	Úprava	Čistá výše
PASIVA	b	1	2	3	4
A. Vlastní jmění	60	15 613 898			15 457 852
I. Základní kapitál	61				
II. Rezervní fond na nové ocenění	62				
III. Ostatní kapitálové fondy, z toho:	63	4 615 298			4 752 059
1. provozní fond	64				
2. sociální fond	65	29 514			16 547
3. fond investičního majetku	66	3 846 646			4 039 345
4. fond reprodukce investičního majetku	67	691 670			657 685
5. fond prevence	68	37 835			34 051
6. fond pro úhradu preventivní péče	69				
7. fond pro zprostředkování úhrady zdravotní péče	70				
8. fond pro úhradu záv. prev. péče z prostředků zaměstnavatele	71				
9. jiné, v tom:	72	9 633			4 431
a) fond přerozdělení	73	604			439
b) Fond budoucnosti	74	9 029			3 992
IV. Ostatní fondy ze zisku, z toho:	75	77 111			0
1. fond smluvního zdravotního pojištění	76	77 111			
V. Fondy veřejného zdravotního pojištění, v tom:	77	10 805 253			10 548 353
1. základní fond	78	9 338 764			9 029 370
2. rezervní fond	79	1 466 489			1 518 983
VI. Nerozdělený zisk min. úč. období nebo neuhrazená ztráta min. úč. období	80	82 600			59 711
VII. Zisk nebo ztráta běžného účetního období	81	33 636			-2 271
VIII. Kapitálové krytí – podíly v ovládaných osobách	82				100 000
B. Rezervy na ostatní rizika a ztráty	83	0	0	0	0
1. Zákonné rezervy	84				0
2. Technické rezervy, z toho:	85	0	0	0	0
a) rezerva na nezasloužené pojistné	86				0
b) rezerva na pojistná plnění	87				0
c) vyrovnávací rezerva	88				0
C. Věřitelé	89	21 719 133			22 667 843
I. Závazky z veřejného zdravotního pojištění, v tom:	90	21 208 934			22 158 805
1. za plátcí pojistného	91				
2. k poskytovatelům zdravotní péče	92	20 450 790			21 990 875
3. z přerozdělení pojistného	93	711 481			83 732
4. k zajišťovacímu fondu	94				
5. z plnění mezinárodních smluv o zdravotní péči	95	37 357			71 653
6. ostatní závazky	96	9 306			12 545
II. Výpůjčky zaručené dluhopisem, z toho:	97				
a) směnitelné (konvertibilní) výpůjčky	98				
III. Závazky vůči finančním institucím	99	105 189			82 736
IV. Ostatní závazky, z toho:	100	405 010			426 302
a) daňové závazky	101	20 445			21 785
b) závazky ze sociálního zabezpečení a veřejného zdravotního pojištění	102	60 302			63 947
c) závazky zvláštního účtu přerozdělení	103				
d) závazky Fondu budoucnosti	104				
e) závazky z operací přímého pojištění	105	0			0
ea) pojistníci	106				
eb) zprostředkovatelé	107				
f) závazky při operacích zajištění	108				
g) interní převody	109				
D. Ostatní pasiva	110				
E. Přechodné účty pasiv	111	488			381
I. Výdaje příštích období a výnosy příštích období	112	83			352
II. Ostatní přechodné účty pasiv, z toho:	113	405			29
a) dohadné položky pasivní, v tom:	114	405			29
PASIVA CELKEM	115	37 333 519	0	0	38 126 076

<p>Všeobecná ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA ČESKÉ REPUBLIKY</p> <p>Ústředí</p>	<p>Orlická 4/2015 130 00 Praha 6 příslušná územní jednotka</p>	<p>Odpovídající za údaje:</p> <p><i>Jan Matys</i></p> <p>Telefon: 221752500</p>
--	--	---

## VÝKAZ ZISKŮ A ZTRÁT

### k 31. 12. 2005


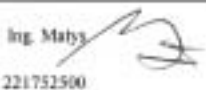
(v tis Kč)

Výkaz Úč ZP 2 - 01

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

Čís. ř.	IKF	Rok	Měsíc	IČ
01	851098	2005	12	41197518

Legenda	Číslo řádku	Minulé období	Základna	Mezisoučet	Výsledek
a	b	1	2	3	4
<b>I. Technický účet k neživotnímu pojištění</b>	x				
1. Zasloužené pojistné, očištěné od zajištění	1				
a) předepsané hrubé pojistné	2			x	x
b) pojistné postoupené zajišťovatelům	3			0	x
c) změna stavu hrubé výše rezervy na nezasloužené pojistné (+/-)	4			x	x
d) změna stavu rezervy na nezasl. pojistné-podíl zajišťovatelů	5	111 285		0	0
2. Převedené výnosy z finančního umístění z netechnického účtu	6		x	x	
3. Ostatní technické výnosy, očištěné od zajištění	7		x	x	
4. Náklady na pojistná plnění, očištěné od zajištění:	8				
a) náklady na pojistná plnění:	9				
aa) hrubá výše	10			x	x
ab) podíl zajišťovatelů	11			0	x
b) změna stavu rezervy na pojistná plnění:	12				
ba) hrubá výše	13			x	x
bb) podíl zajišťovatelů (-)	14	50 161		0	0
5. Změna stavu ostatních technických rezerv - očištěná od zajištění (+/-)	15		x	x	
6. Prémie a slevy, očištěné od zajištění	16		x	x	
7. Čistá výše provozních nákladů	17				
a) pořizovací náklady na pojistné smlouvy	18		x		x
b) změna stavu časově rozlišených pořizovacích nákladů (+/-)	19		x		x
c) správní režie	20		x		x
d) provize od zajišťovatelů a podíly na ziscích (-)	21	44 157	x		0
8. Ostatní technické náklady, očištěné od zajištění	22		x	x	
9. Změna stavu vyrovnávací rezervy (+/-)	23	1 185	x	x	
10. Mezisoučet, zůstatek Technického účtu k neživ. pojištění	24	15 782	x	x	0
<b>II. Netechnický účet</b>	x				
1. Výsledek technického účtu k neživotnímu pojištění	25	15 782	x	x	0
2. Výnosy z finančního umístění	26				
a) výnosy z podílů se zvláštním uvedením těch, které pocházejí z ovládaných osob	27		x		x
b) výnosy z ost.fin. umístění, se zvlášť. uved. těch, které poch. z ovládaných osob, v tom:	28				
ba) výnosy z pozemků a staveb	29			x	x
bb) výnosy z ostatních investic	30			0	x
c) změny hodnoty finančního umístění	31		x		x
d) výnosy z realizace finančního umístění	32	58 143			0
3. Převedené výnosy z finančního umístění na tech. účet k živ.poj.	33				
4. Náklady na finanční umístění	34				
a) náklady na správu finančního umístění, včetně úroků	35		x		x
b) změny hodnoty finančního umístění	36		x		x
c) náklady spojené s realizací finančního umístění	37	53 994	x		0
5. Převod výnosů z finančního umístění na technický účet k neživ. pojištění	38		x	x	
6. Ostatní výnosy	39	302 652			77 633
7. Ostatní náklady	40	275 569			68 548
8. Daň z příjmů z běžné činnosti	41	13 264	x	x	667
9. Zisk nebo ztráta z běžné činnosti po zdanění	42	33 750	x	x	8 418
10. Mimořádné náklady	43	115	x	x	1 943
11. Mimořádné výnosy	44	1	x	x	-8 734
12. Mimořádný zisk nebo ztráta	45	-114	x	x	-10 677
13. Daň z příjmů z mimořádné činnosti	46				
14. Ostatní daně neuvedené v předcházejících položkách	47				12
15. Zisk nebo ztráta za účetní období	48	33 636	x	x	-2 271
Kontrolní číslo	999	1 009 362	0	0	135 539

Odesláno dne: 31.12.2005  Ústředí	Všeobecná zdravotní pojišťovna Ústředí Orlická 4/2020 Praha 3 účetní jednotky	Odpovídající za údaje:  Ing. Matys Telefon: 221752500
---	---	---

**PŘÍLOHA K ÚČETNÍ ZÁVĚRCE ZA ROK 2005****Informace o Pojišťovně:**

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

**b) předmět činnosti:**

Pojišťovna provádí:

1. veřejné zdravotní pojištění – stanoveno v § 2, odst. 1 zákona č. 551/1991 Sb. v pl. z.
2. další činnosti – realizované na základě živnostenského listu:
  - 2.1. zprostředkovatelská činnost v oblasti obchodu a služeb – dle živnostenského listu ev. č. 310002-94496-01 vydaného Úřadem městské části Praha 3 dne 18. 9. 2003. Vznik oprávnění provozovat živnost 13. 9. 1995.
  - 2.2. poradenská činnost v oblasti obchodu a služeb – dle živnostenského listu ev. č. 310004-2099-01 vydaného Úřadem městské části Praha 3 dne 18. 9. 2003. Vznik oprávnění provozovat živnost 14. 9. 1998.
  - 2.3. pronájmy bytových a nebytových prostor včetně poskytování služeb jiných než základních – dle živnostenského listu ev. č. 310002-0094496 vydaného Obvodním úřadem městské části Praha 2 dne 6. 3. 1996 a dle živnostenského listu ev. č. 310002-943396-01 vydaného Úřadem městské části Praha 3 dne 18. 9. 2003. Vznik oprávnění provozovat živnost 13. 9. 1995.
  - 2.4. ubytovací služby – dle živnostenského listu ev. č. 310002-0274896 vydaného Obvodním úřadem městské části Praha 2 dne 22. 7. 1996 a dle živnostenského listu ev. č. 310002-274896-01 vydaného Úřadem městské části Praha 3 dne 18. 9. 2003. Vznik oprávnění provozovat živnost 22. 7. 1996.
  - 2.5. koupě zboží za účelem jeho dalšího prodeje – dle živnostenského listu ev. č. 310002-0094296 vydaného Obvodním úřadem městské části Praha 2 dne 6. 3. 1996 a dle živnostenského listu ev. č. 310002-94296-01 vydaného Úřadem městské části Praha 3 dne 18. 9. 2003. Vznik oprávnění provozovat živnost 13. 9. 1995.
3. zprostředkovatelskou činnost a likvidaci pojistných událostí – dle ustanovení § 12, odst. 7 zákona č. 38/2004 Sb., o pojišťovacích zprostředkovatelích a samostatných likvidátorech pojistných událostí, zveřejněno MF ČR v seznamu nově registrovaných pojišťovacích zprostředkovatelů a samostatných likvidátorů pojistných událostí č.j.: 32/71 966/2005-325 pod registračními čísly 019419PA a 019420SLPU

**c) statutární orgány:**

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

■ ředitelka Pojišťovny: Ing. Jiřina MUSÍLKOVÁ

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

**Obchodní firma, v níž má Pojišťovna podíl na základním kapitálu****a) obchodní jméno a sídlo:**

Pojišťovna VZP, akciová společnost  
Jankovcova 1566/2b, Praha 7  
IČO 27116913

**b) předmět podnikání:**

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

**c) statutární orgány:**

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

**d) Jediným akcionářem společnosti je Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR.****e) Základní kapitál: 100 mil. Kč splaceno: 100 %**

Akcie: 1 000 ks akcií na jméno ve jmenovité hodnotě 100 000 Kč vydané v zaknihované podobě.

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

Účetnictví Pojišťovny v roce 2005 bylo vedeno v souladu s níže uvedenými předpisy:

- zákonem č. 563/1991 Sb., o účetnictví, ve znění pozdějších předpisů, vyhláškou č. 503/2002 Sb. ve znění vyhlášky č. 475/2003 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona č. 563/1991 Sb., o účetnictví, ve znění pozdějších předpisů, pro zdravotní pojišťovny, v usneseních, která nebyla upravena vyhláškou č. 503/2002 Sb. v platném znění
- českými účetními standardy pro zdravotní pojišťovny
- vyhláškou č. 418/2003 Sb. v platném znění, kterou se stanoví podrobnější vymezení okruhu a výše příjmů a výdajů fondů veřejného zdravotního pojištění zdravotních pojišťoven, podmínky jejich tvorby, užití, přípustnosti vzájemných převodů finančních prostředků a hospodaření s nimi, limit nákladů na činnost zdravotních pojišťoven krytých ze zdrojů základního fondu včetně postupu propočtu tohoto limitu.

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

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

- a) hmotný majetek kromě zásob pořizovacími cenami
- b) zásoby pořizovacími cenami
- c) peněžní prostředky a ceniny jejich jmenovitými hodnotami
- d) cenné papíry (v oblasti komerčního pojištění a připojištění) byly oceňovány reálnou hodnotou k datu účetní závěrky. K 31. 12. 2005 Pojišťovna nemá ve svém majetku cenné papíry určené k obchodování.
- e) pohledávky a závazky při vzniku jmenovitou hodnotou
- f) nehmotný majetek kromě pohledávek pořizovacími cenami,

přičemž pořizovací cenou se rozumí cena, za kterou byl majetek pořízen, a náklady s jeho pořízením související.

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

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

Ocenění reálnou hodnotou se nepoužívá pro ocenění provozních budov a pozemků

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

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

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

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

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

**Závazky se splatností nad 5 let****Hypoteční úvěr na rekonstrukci objektu Flora**

(Smlouva o poskytnutí hypotečního úvěru ze dne 30. 7. 1999 reg. číslo: 8900/013624-01/99/01-001/00/R)

Úvěr byl poskytnut ČMHB, a. s., za účelem rekonstrukce objektu Flora ve výši 120 mil. Kč. Úvěr byl čerpán v letech 1999 a 2000 a má být splacen v roce 2010. K 31. 12. 2005 činil nesplacený zůstatek jistiny úvěru 61 842 159,46 Kč. Úvěr je zajištěn zřízením zástavního práva k nemovitostem ve prospěch peněžního ústavu.

Porovnání stavů jednotlivých zvláštních bankovních účtů k fondům se stavy příslušných fondů s vysvětlením případných rozdílů je uvedeno v příloze k Příloze k účetní závěrce za rok 2005.

Stavy a změny stavů fondů veřejného zdravotního pojištění a jednotlivých kapitálových fondů veřejného zdravotního pojištění s doložením jejich tvorby a čerpání v rozsahu vyžadovaném MZ ČR jsou uvedeny v kapitole č. 6 Výroční zprávy za rok 2005.

## Příloha k Příloze k účetní závěrce za rok 2005

<b>Výkaz ZFZP</b>	
Stav fondu k 31. 12. 2005	9 029 370 tis.
Stav fin. prostředků k 31. 12. 2005	56 067 tis.
rozdíl	8 973 303 tis.
z toho: saldo pohledávek a závazků	8 973 303 tis.
<b>Pohledávky k 31. 12. 2005</b>	
- za plátci pojistného	31 537 593 tis.
- za smluvními zdrav. zařízeními	1 430 942 tis.
- z přerozdělení	83 732 tis.
- z náhrad škod	272 086 tis.
- ostatní	226 512 tis.
- interní	334 850 tis.
<b>Celkem</b>	<b>33 885 715 tis.</b>
<b>Závazky k 31. 12. 2005</b>	
- vůči smluvním zdrav. zařízením	21 074 341 tis.
- ostatní	894 358 tis.
- interní	2 943 713 tis.
<b>Celkem</b>	<b>24 912 412 tis.</b>

<b>Výkaz FRM</b>	
Stav fondu k 31. 12. 2005	657 685 tis.
Stav fin. prostředků k 31. 12. 2005	6 461 tis.
Rozdíl	651 224 tis.
z toho: saldo pohledávek a závazků	733 960 tis.
zůstatek nesplaceného úvěru	82 736 tis.
<b>Pohledávky k 31. 12. 2005</b>	
- interní	733 960 tis.
<b>Celkem</b>	<b>733 960 tis.</b>
<b>Závazky k 31. 12. 2005</b>	
- investiční úvěr	82 736 tis.
<b>Celkem</b>	<b>82 736 tis.</b>

<b>Výkaz Sociální fond</b>	
Stav fondu k 31. 12. 2005	16 547 tis.
Stav fin. prostředků k 31. 12. 2005	15 022 tis.
rozdíl	1 525 tis.
z toho: saldo pohledávek a závazků	1 525 tis.
<b>Pohledávky k 31. 12. 2005</b>	
- externí	10 tis.
- za zaměstnanci	24 tis.
- interní	9 911 tis.
<b>Celkem</b>	<b>9 945 tis.</b>
<b>Závazky k 31. 12. 2005</b>	
- externí (faktury)	2 170 tis.
- vůči zaměstnancům	3 tis.
- interní	6 247 tis.
<b>Celkem</b>	<b>8 420 tis.</b>

<b>Výkaz Rezervní fond</b>	
Stav fondu k 31. 12. 2005	1 518 982 tis.
Stav fin. prostředků k 31. 12. 2005	6 tis.
rozdíl	1 518 976 tis.
z toho: saldo pohledávek a závazků	1 518 976 tis.
<b>Pohledávky k 31. 12. 2005</b>	
- interní	1 518 976 tis.
<b>Celkem</b>	<b>1 518 976 tis.</b>
<b>Závazky k 31. 12. 2005</b>	
<b>Celkem</b>	<b>0 tis.</b>

<b>Výkaz Fond prevence</b>	
Stav fondu k 31. 12. 2005	34 051 tis.
Stav fin. prostředků k 31. 12. 2005	10 184 tis.
rozdíl	23 867 tis.
z toho: saldo pohledávek a závazků	23 867 tis.
<b>Pohledávky k 31. 12. 2005</b>	
- externí	542 tis.
- interní	28 638 tis.
<b>Celkem</b>	<b>29 180 tis.</b>
<b>Závazky k 31. 12. 2005</b>	
- externí	5 167 tis.
- interní	146 tis.
<b>Celkem</b>	<b>5 313 tis.</b>

<b>Výkaz Provozní fond</b>	
Stav fondu k 31. 12. 2005	0 tis.
Stav fin. prostředků k 31. 12. 2005	21 919 tis.
rozdíl	- 21 919 tis.
z toho: saldo pohledávek a závazků	-30 079 tis.
stav zásob a cenin k 31.12. 2005	8 160 tis.
<b>Pohledávky k 31. 12. 2005</b>	
- odběr. faktury	17 594 tis.
- provoz. zálohy	3 619 tis.
- za zaměstnance	384 tis.
- ostatní	46 333 tis.
- interní	1 400 009 tis.
<b>Celkem</b>	<b>1 467 939 tis.</b>
<b>Závazky k 31. 12. 2005</b>	
- pokuty, penále	106 373 tis.
- dodav. faktury	110 061 tis.
- přijaté provoz. zálohy	0 tis.
- vůči zaměstnancům	103 049 tis.
- vůči org. zdr. poj. a soc. zab.	63 947 tis.
- ostatní	47 573 tis.
- interní	1 067 015 tis.
<b>Celkem</b>	<b>1 498 018 tis.</b>

---

## ZPŮSOB A FORMA ZVEŘEJNĚNÍ VÝROČNÍ ZPRÁVY 2005

---

Výroční zpráva je k dispozici k nahlédnutí v sídle Pojišťovny, v oddělení informací a asistence, na všech krajských pobočkách a územních pracovištích. Ve formátu pdf je výroční zpráva zveřejněna na internetu na adrese [www.vzp.cz](http://www.vzp.cz).



## Zkratky a přehled citovaných zákonů související s textovou částí a tabulkovými přílohami VZ 2005

AČMN	Asociace českých a moravských nemocnic	MZ	Ministerstvo zdravotnictví
ARO	Anesteziologicko-resuscitační oddělení	NKÚ	Nejvyšší kontrolní úřad
AZZ	Ambulantní zdravotnické zařízení	OBZP	Osoby bez zdanitelných příjmů
BÚ	Běžný účet	oč. skut.	Očekávaná skutečnost
BRM	Bonifikačně regulační mechanismy	OD	Ošetrovací den
CDS	Centrální datový sklad	OCHRIP	Oddělení chronické resuscitační intenzivní péče
CMÚ	Centrum mezistátních úhrad	OL	Ošetrovatelská lůžka
CP	Cenné papíry	OLÚ	Odborné léčebné ústavy
CRP	Centrální registr pojištěnců	ORZP	Odbor revize zdravotní péče
CSR	Centrální stomatologický registr	OSVČ	Osoby samostatně výdělečně činné
ČLK	Česká lékařská komora	OZdČ	Ostatní zdaňovaná činnost
ČLS	Česká lékařská společnost	PB_ODBref	Průměrný počet bodů na jednoho ošetřeného pojištěnce v dané odbornosti za referenční období
ČNB	Česká národní banka	PČR	Policie České republiky
ČNZP	Česká národní zdravotní pojišťovna	PF	Provozní fond
ČSK	Česká stomatologická komora	PKČ	Poměrné kapacitní číslo
DPH	Daň z přidané hodnoty	PL	Praktický lékař
DR	Dozorčí rada	PLDD	Praktický lékař pro děti a dorost
DRG	Platba za diagnostické skupiny (Diagnosis Related Group)	POP_ODBakt	Počet unikátních pojištěnců za odbornost v aktuálním období
DRNR	Doprava raněných, nemocných a rodiček	POÚ	Porovnávací objem úhrady
DŘ	Dohodovací řízení	PS	Paušální sazba
EHIC	Evropský průkaz zdravotního pojištění	PSP ČR	Poslanecká sněmovna Parlamentu ČR
EU	Evropská unie	PUPakt	Počet unikátních pojištěnců za aktuální období
FM	Fond majetku	PUPref	Počet unikátních pojištěnců za referenční období
FRM	Fond reprodukce majetku	PV	Platební výměr
Fprev	Fond prevence	PVZP	Pojišťovna VZP, a. s. - dceřiná společnost VZP ČR
GIP	Globální informace praktickým lékařům	RF	Rezervní fond
HVLP	Hromadně vyráběné léčivé přípravky	RO	Rozhodčí orgán
HW	Hardware	RPB	Referenční počet bodů
i	Index změny počtu pojištěnců	SF	Sociální fond
ICZP	Informační centrum zdravotního pojištění	SR	Správní rada
IČP	Identifikační číslo pracoviště	SW	Software
IČZ	Identifikační číslo zdravotnického zařízení	SZÚ	Státní závěrečný účet
IDVPZ	Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví	SZV	Seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami
IHB	Index hodnoty bodu	SZZ	Smluvní zdravotnické zařízení
IKEM	Institut klinické a experimentální medicíny	UOP	Unikátní ošetřený pojištěnec
IPVZ	Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví	ÚP VZP ČR	Územní pracoviště VZP ČR
IS	Informační systém Pojišťovny	VZ	Veřejná zakázka
IT	Informační technologie	v. z. p.	Veřejné zdravotní pojištění
IVLP	Individuálně vyráběné léčivé přípravky	VZ 2005	Výroční zpráva 2005
Izc	Index meziročních změn cen	VZP ČR	Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR
IZIP	Internetový přístup ke zdravotním informacím pacienta	VZT	Vybraná zdravotnická technika
Izr	Index dopadu změn minutové režijní sazby na ceny	ZFZP	Základní fond zdravotního pojištění
JIP	Jednotka intenzivní péče	ZP	Zdravotní pojišťovny
K	Koeficient zohledňující objem poskytnuté péče	ZPP 2005	Zdravotně pojistný plán na rok 2005
KC	Kapitační centrum	ZULP	Zvlášť účtovaný léčivý přípravek
KKVP	Kombinovaná kapitačně výkonová platba	ZULP_ODBref	Průměrná úhrada za zvlášť účtovaná léčiva na jednoho unikátního pojištěnce v dané odbornosti v referenčním období
KP VZP ČR	Krajská pojišťovna VZP ČR	ZUM	Zvlášť účtovaný zdravotnický materiál
LDN	Léčebna pro dlouhodobě nemocné	ZUM_ODBref	Průměrná úhrada za zvlášť účtovaný materiál na jednoho unikátního pojištěnce v dané odbornosti v referenčním období
LSPP	Lékařská služba první pomoci	ZZ	Zdravotnická zařízení
LZZ	Lůžkové zdravotnické zařízení	ZZP	Zaměstnanecké zdravotní pojišťovny
MAXU	Maximální úhrada	ZZS	Záchranná zdravotní služba
MAXU_ODB	Maximální úhrada za příslušnou odbornost		
MAXU_ZZ	Maximální úhrada pro zdravotnické zařízení		
MF	Ministerstvo financí		
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí		
MV	Ministerstvo vnitra		

