

Zdravotně pojistný plán na rok 2009

**Základní zdravotně pojistné a ekonomické ukazatele
o činnosti zdravotní pojišťovny
(HZP a ČNZP od 1.10.2009)**

**Kód a název zdravotní pojišťovny:
205, Hutnická zaměstnanecká pojišťovna
(od 1.10.2009 Česká průmyslová zdravotní pojišťovna)**

Obsah

1	Úvod	
1.1	Základní charakteristika zdravotně pojistného plánu	5
1.2	Zdroje čerpání podkladů	6
2	Obecná část	
2.1	Sídlo, statutární orgán	7
2.2	Současná organizační struktura a její předpokládaná úprava v roce 2009	8
2.3	Existující nebo plánované založení dceřiné společnosti a její zaměření, nadační fondy a jiné účasti	12
2.4	Způsob zajištění služeb Pojišťovny	12
2.4.1	Způsob zajištění služeb Pojišťovny ve vztahu k plátcům pojistného	12
2.4.2	Způsob zajištění služeb Pojišťovny ve vztahu k poskytovatelům zdravotní péče	13
2.4.3	Způsob zajištění služeb Pojišťovny ve vztahu k pojištěncům	16
2.5	Záměry rozvoje informačního systému	17
3	Pojištěnci	
3.1	Záměry vývoje struktury pojištěnců, stabilizace kmene pojištěnců	20
3.2	Věková struktura pojištěnců Pojišťovny (ZPP 2009/17)	20
4	Základní fond zdravotního pojištění	
4.1	Záměry vývoje hospodaření ZFZP v roce 2009 (ZPP 2009/2, ZPP 2009/2a)	22
4.1.1	Náklady na léčení cizinců v České republice (ZPP 2009/14)	30
4.2	Tvorba, příjmy ZFZP	31
4.2.1	Kontrola výběru pojistného, pokut, penále a přírážek ve vztahu k právům a povinnostem vyplývajícím ze zákona č. 592/1992 Sb.	31
4.3	Čerpání, výdaje ZFZP	32
4.3.1	Smluvní politika ve vztahu k zdravotnickým zařízením	32
4.3.1.1	Záměry vývoje smluvní politiky	32
4.3.1.2	Zajištění dostupnosti zdravotní péče v regionech působnosti	34
4.3.1.3	Síť smluvních zdravotnických zařízení (ZPP 2009/15)	35
4.3.1.4	Regulační mechanismy a řešení závazko-pohledávkového vztahu ke zdravotnickým zařízením	36
4.3.2	Zdravotní politika	36
4.3.3	Revizní a kontrolní činnost	38
4.3.4	Struktura nákladů na zdravotní péči v členění dle jednotlivých segmentů	41
4.3.4.1	Struktura nákladů na zdravotní péči v členění dle jednotlivých segmentů (ZPP 2009/12)	41
4.3.4.2	Struktura nákladů na zdravotní péči v členění dle jednotlivých segmentů na jednoho pojištěnce (ZPP 2009/13)	44
5	Ostatní fondy	
5.1	Zdravotní péče hrazená z fondu prevence	46
5.1.1	Preventivní programy (ZPP 2009/16)	46
5.1.2	Tvorba a čerpání fondu prevence (ZPP 2009/7)	48
5.2	Provozní fond	51
5.2.1	Záměry v oblasti zhospodárnění provozu Pojišťovny	51
5.2.2	Provozní fond Pojišťovny (ZPP 2009/3)	52
5.3	Majetek Pojišťovny a investice	57
5.3.1	Investiční záměry Pojišťovny a jejich zdůvodnění	57
5.3.2	Fond reprodukce majetku Pojišťovny (ZPP 2009/4)	58
5.4	Sociální fond	61
5.4.1	Sociální fond Pojišťovny (ZPP 2009/5)	61
5.5	Rezervní fond	63
5.5.1	Rezervní fond Pojišťovny (ZPP 2009/6)	63
5.6	Ostatní zdaňovaná činnost	66
5.6.1	Ostatní zdaňovaná činnost Pojišťovny (ZPP 2009/8)	66
6	Přehled základních ekonomických ukazatelů	
6.1	Základní ekonomické ukazatele (ZPP 2009/1)	68
6.2	Vývoj závazků ve lhůtě a po lhůtě splatnosti vůči zdravotnickým zařízením	71
6.3	Vývoj stavu pohledávek po lhůtě splatnosti za plátci pojistného	72

6.4	Odhad pohledávek za zdravotnickými zařízeními.....	72
6.5	Vývoj ostatních pohledávek ve lhůtě a po lhůtě splatnosti.....	72
7	Závěr	

Zkratky a přehled citovaných zákonů související s textovou částí a tabulkovými přílohami ZPP 2009

Seznam použitých zkratk:

ARO	Anesteziologicko-resuscitační oddělení
BÚ	Běžný účet
CMU	Centrum mezistátních úhrad
CP	Cenné papíry
ČLK	Česká lékařská komora
ČLS JEP	Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně
ČNZP	Česká národní zdravotní pojišťovna
ČPZP	Česká průmyslová zdravotní pojišťovna
ČSK	Česká stomatologická komora
DHM	Dlouhodobý hmotný majetek
DNM	Dlouhodobý nehmotný majetek
DR	Dozorčí rada
DRG	Diagnosis Related Group (Platba za diagnostické skupiny)
EBM	Evidence Based Medicine (Medicina založená na důkazech)
EU	Evropská unie
FIM	Fond investičního majetku
Fprev	Fond prevence
FRM	Fond reprodukce majetku
HZP	Hutnická zaměstnanecká pojišťovna
IS	Informační systém
ISMS	Information Security Management System (Systém řízení bezpečnosti informací)
ISVS	Informační systémy veřejné správy
IT	Informační technologie
JIP	Jednotka intenzivní péče
LDN	Léčebna pro dlouhodobě nemocné
MBS	Microsoft Business Solutions
MF	Ministerstvo financí
MZ	Ministerstvo zdravotnictví
OBZP	Osoby bez zdanitelných příjmů
OD	Ošetřovací den
OLÚ	Odborné léčebné ústavy
OSVČ	Osoby samostatně výdělečně činné
OZdČ	Ostatní zdaňovaná činnost
PF	Provozní fond
RF	Rezervní fond
RO	Rozhodčí orgán
SF	Sociální fond
Skut.	Skutečnost
SR	Správní rada
SZP ČR	Svaz zdravotních pojišťoven ČR
TIS	Transakční informační systém
TRN	Tuberkulóza a respirační nemoci
VoZP ČR	Vojenská zdravotní pojišťovna České republiky
VZP ČR	Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR
v.z.p.	veřejné zdravotní pojištění
ZFZP	Základní fond zdravotního pojištění

ZP	Zdravotní pojišťovny
ZPA	Zdravotní pojišťovna AGEL
ZPP	Zdravotně pojistný plán
ZULP	Zvlášť účtované léčivé přípravky
ZUM	Zvlášť účtovaný materiál
ZZP	Zaměstnanecké zdravotní pojišťovny
ZZ	Zdravotnická zařízení
ZZS	Zdravotnická záchranná služba

Citované zákony:

Zákon č. 592/1992 Sb.	zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, ve znění pozdějších předpisů
Zákon č. 48/1997 Sb.	zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů
Zákon č. 280/1992 Sb.	zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, ve znění pozdějších předpisů
Zákon č. 551/1991 Sb.	zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky, ve znění pozdějších předpisů
Zákon č. 261/2007 Sb.	zákon č. 261/2007 Sb., o stabilizaci veřejných rozpočtů

Citované vyhlášky:

Vyhláška MZ č. 134/1998 Sb.	vyhláška MZ č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů
Vyhláška č. 418/2003 Sb.	vyhláška č. 418/2003 Sb., kterou se stanoví podrobnější vymezení okruhu a výše příjmů a výdajů fondů veřejného zdravotního pojištění zdravotních pojišťoven, podmínky jejich tvorby, užití, přípustnosti vzájemných převodů finančních prostředků a hospodaření s nimi, limit nákladů na činnost zdravotních pojišťoven krytých ze zdrojů základního fondu včetně propočtu tohoto limitu, ve znění pozdějších předpisů
Vyhláška č. 503/2002 Sb.	vyhláška č. 503/2002 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona č. 563/1991 Sb., o účetnictví, ve znění pozdějších předpisů, pro zdravotní pojišťovny, ve znění pozdějších předpisů
Vyhláška č. 644/2004 Sb.	vyhláška č. 644/2004 Sb., o pravidlech hospodaření se zvláštním účtem všeobecného zdravotního pojištění, průměrných nákladech a o jednacím řádu dozorčího orgánu
Vyhláška č. 274/2005 Sb.	vyhláška č. 274/2005 Sb., o způsobu podávání informací o hospodaření zdravotních pojišťoven a jejich rozsahu, ve znění pozdějších předpisů
Vyhláška č. 464/2008 Sb.	vyhláška č. 464/2008 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění a regulačních omezení objemu poskytnuté péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění pro rok 2009.

1 Úvod

V souvislosti s žádostí o sloučení HZP a Zdravotní pojišťovny AGEL (dále ZPA) ke dni 1.7.2009 a České národní zdravotní pojišťovny (ČNZP) od 1.10.2009 je *Zdravotně pojistný plán Hutnické zaměstnanecké pojišťovny na rok 2009* zpracován dle metodiky, která byla zadána Ministerstvem zdravotnictví jako soubor základních zdravotně pojistných a ekonomických ukazatelů o činnosti zdravotní pojišťovny. V souladu s *Metodikou zpracování zdravotně pojistných plánů zdravotních pojišťoven na rok 2009* (dále jen metodika) jsou zohledněny všechny platné právní předpisy upravující oblast veřejného zdravotního pojištění. V předloženém zdravotně pojistném plánu jsou zpracovány výsledky hospodaření HZP za rok 2008, plán na rok 2009 pak zohledňuje očekávanou skutečnost hospodaření ZPA do 30.6.2009 a očekávané výsledky hospodaření ČNZP do 30.9.2009.

Součástí žádosti o sloučení HZP a ČNZP k 1.10.2009 je změna názvu HZP na *Česká průmyslová zdravotní pojišťovna* (dále ČPZP). Dále v textu je pro zjednodušení používán i název Pojišťovna.

1.1 Základní charakteristika zdravotně pojistného plánu

Zdravotně pojistný plán Pojišťovny na rok 2009 je základní vnitřní normou, která vymezuje hlavní cíle činnosti pojišťovny a podmínky a formy jejich věcného, odborného a organizačního zajištění.

Zdravotně pojistný plán Pojišťovny na rok 2009 je zpracován v souladu se zákonem č. 280/1992 Sb., zákonem č. 48/1997 Sb., zákonem č. 592/1992 Sb. a vyhláškami č. 418/2003 Sb., č. 644/2004 Sb. a vyhláškou MZ č. 134/1998 Sb. Dle doporučení Ministerstva zdravotnictví v metodice akceptuje plán úpravu výše uvedených právních předpisů platnou v době jeho zpracování. Číselné údaje jsou zpracovány v tabulkové formě. Tabulky vychází z přílohy k vyhlášce č. 274/2005 Sb. aktualizované vyhláškou č. 313/2008 Sb.

Maximální limit pro přiděl finančních prostředků do provozního fondu je pro rok 2009 plánován v souladu s příslušnými ustanoveními vyhlášky č. 418/2003 Sb.

Zůstatky fondů ZPA očekávané ke dni 30.6.2009 a očekávané zůstatky fondů ČNZP ke dni 30.9.2009 jsou v souladu s příslušnými ustanoveními vyhlášky č. 418/2003 Sb. zpracovány do tvorby a příjmů jednotlivých fondů Pojišťovny.

Základní charakteristiky zdravotně pojistného plánu na rok 2009 vycházejí z povinnosti pojišťovny zajistit pojištěncům u ní registrovaným kvalitní a dostupnou zdravotní péči. V návaznosti na uvedený záměr je pro základní fond zdravotního pojištění zdravotně pojistný plán pro rok 2009 sestaven jako přebytkový s kladným saldem ve výši 1 725 117 tis. Kč mezi příjmy a výdaji při započtení převodu kladného zůstatku ZFZP ZPA ve výši 94 767 tis. Kč a ČNZP ve výši 1 279 510 tis. Kč. Kladné saldo mezi příjmy a výdaji bez zohlednění těchto převáděných zůstatků činí 350 840 tis. Kč. To vše při zohlednění závazků vztahujících se ke smluvním ustanovením se zdravotnickými zařízeními převzatým od ZPA a ČNZP ke dni sloučení, při zachování dlouhodobé platební schopnosti, předpokladu naplnění všech fondů

definovaných příslušnými právními normami a se záměrem udržet vyrovnanou bilanci hospodaření s prostředky veřejného zdravotního pojištění.

Základní filosofie zdravotně pojistného plánu vychází z aktuální situace v systému veřejného zdravotního pojištění a zdravotnictví jako celku a ze současného postavení slučujících se pojišťoven na trhu veřejného zdravotního pojištění. Pojišťovna, vědoma si své povinnosti zajistit poskytování zdravotní péče svým pojištěncům, má záměr v roce 2009 uplatňovat efektivní nákup a organizaci zdravotní péče, cíleně ovlivňovat její dostupnost a kvalitu s důrazem na pozitivní motivace, které jsou uplatňovány v rámci řízení zdravotní péče. V oblasti výdajů budou i nadále prioritou včasné úhrady oprávněných závazků vůči zdravotnickým zařízením a snaha o prosazení optimalizace způsobů úhrad zdravotní péče.

Pojišťovna se bude snažit v rámci současného nastavení systému veřejného zdravotního pojištění udržet i nadále vysokou konkurenceschopnost, rozvíjet svou schopnost inovativního přístupu k tvorbě moderních kontraktů a nabízeným službám a udržet si tak silné postavení v regionech svého působení.

Zdravotně pojistný plán Pojišťovny na rok 2009 je sestaven při respektování následujících skutečností:

- předpokladu inflačního a cenového vývoje v České republice a jeho vlivu na příjmovou a výdajovou část plánu,
- předpokladu vývoje v oblasti mezd a platů zaměstnanců, příjmů od samoplátců, tzn. osob samostatně výdělečně činných a osob bez zdanitelných příjmů,
- odhadu vývoje počtu pojištěnců v daných věkových skupinách a dle pohlaví,
- stanovených nákladových indexů pro jednotlivé věkové skupiny a pohlaví,
- předpokladu dalšího vývoje počtu a struktury poskytovatelů zdravotní péče,
- prognózy podílu jednotlivých typů zdravotnických zařízení na čerpání z celkového objemu prostředků určených na financování zdravotní péče,
- předpokládaných výsledků hospodaření ZPA a ČNZP k termínu sloučení s přihlédnutím k plánu ČNZP na poslední čtvrtletí roku 2009.

Zdravotně pojistný plán Pojišťovny vychází ze základních předpokladů samostatného fungování zúčastněných subjektů do dne jejich sloučení. V souvislosti s přípravou ZPP na rok 2010 proběhne standardizace a unifikace všech procesů sloučených zdravotních pojišťoven tak, aby ZPP Pojišťovny na rok 2010 zobrazil jejich jednotnou podobu.

1.2 Zdroje čerpání podkladů

Zdravotně pojistný plán Pojišťovny na rok 2009 obsahuje údaje odpovídající očekávanému vývoji se všemi riziky uvedenými v závěrečné části plánu. Východiskem pro zpracování zdravotně pojistného plánu je po zpracování očekávané skutečnosti Hutnické zaměstnanecké pojišťovny, Zdravotní pojišťovny Agel ke dni 30.6.2009 a očekávané skutečnosti ČNZP ke dni 30.9.2009, ukazatel průměrného počtu pojištěnců pro rok 2009, který po integrování pojištěnců ZPA a ČNZP bude činit 474 250 pojištěnců (plánovaný počet pojištěnců ke dni 31.12.2009 je 739 000 osob) a předpokládaný vývoj počtu pojištěnců dle pohlaví v jednotlivých věkových skupinách. Pro stanovení a propočty předkládaných ukazatelů bylo použito statistik dlouhodobě sledovaných dat získaných prostřednictvím informačních systémů HZP a ČNZP.

Při sestavení plánu bylo dále přihlédnuto zejména k:

- aktualizované predikci vývoje vybraných makroekonomických ukazatelů pro rok 2009, s přihlédnutím k prohlubující se světové finanční a ekonomické krizi v době zpracování zdravotně pojistného plánu, v jejímž důsledku je předpokládáno snížení vyměřovacích základů pro výběr pojistného,
- čl. LXVII bodu 1. přechodných ustanovení zákona č. 261/2007 Sb., dle kterých je pro rok 2009 státem hrazeno pojistné za osoby, za něž je plátcem pojistného stát, ve výši 677 Kč na jednoho pojištěnce měsíčně, a to do 30.6.2009,
- návrhu opatření v sektoru zdravotnictví pro řešení dopadů finanční a ekonomické krize, v němž je avizována od 1.7.2009 platba státu za pojištěnce, za něž je plátcem pojistného stát, částkou 727 Kč na jednoho pojištěnce,
- minimální mzdě stanovené nařízením vlády č. 567/2006 Sb., kterým byla stanovena minimální mzda s platností od 1.1.2007 na 8 000 Kč, měsíční pojistné osob bez zdanitelných příjmů tak činí 1 080 Kč,
- dohodnutému způsobu a výši úhrad se zástupci jednotlivých profesních sdružení poskytovatelů zdravotní péče a stanovení hodnot bodu, výše úhrad zdravotní péče z veřejného zdravotního pojištění a regulačních omezení objemu poskytnuté zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění pro rok 2009 vyhláškou č. 464/2008 Sb. poté, co nedošlo v rámci dohodovacích řízení k dohodě zdravotních pojišťoven se zástupci některých segmentů hrazené zdravotní péče,
- individuálním smluvním ujednáním slučovaných pojišťoven,
- podkladům předaným ČNZP s očekávaným vývojem ekonomických ukazatelů k datu sloučení,
- predikci příjmů a výdajů, tvorby a čerpání fondů ČNZP pro kmen pojištěnců ČNZP ve 4. čtvrtletí 2009.

2 Obecná část

2.1 Sídlo, statutární orgán

Obchodní firma:	Hutnická zaměstnanecká pojišťovna (od 1.10.2009 Česká průmyslová zdravotní pojišťovna)
Sídlo:	Ostrava-Vítkovice, Jeremenkova 11, PSČ 703 00
Identifikační číslo:	47672234
Statutární orgán:	Ing. Zdeněk Vrožina, MBA, ředitel
Telefon, fax, e-mail:	599 090 100, 599 090 104, posta@HZP.cz

Hutnická zaměstnanecká pojišťovna vznikla dne 1. prosince 1992 zápisem do obchodního rejstříku vedeného Krajským soudem v Ostravě, oddíl AXIV, vložka 545, a to v souladu s § 5 zákona č. 280/1992 Sb. a ve smyslu § 3 téhož zákona je jí uděleno povolení k provádění veřejného zdravotního pojištění.

HZP byla zřízena na základě žádosti největších hutních a hutnicko-strojírenských podniků severomoravského regionu:

- **VÍTKOVICE, a. s.,**
- **NOVÁ HUŤ, a. s.,**

- **TŘINECKÉ ŽELEZÁRNY, a. s.,**
- **Železární a drátovny Bohumín, s. p.,**
- **VÁLCOVNY PLECHU, a. s.,**
- **Hutní montáže Ostrava, a. s.**

Na základě rozhodnutí Ministerstva zdravotnictví České republiky čj. 9632/96 bylo ke dni 1.7.1996 povoleno sloučení ZPP ATLAS - (Zaměstnanecká zdravotní pojišťovna) se sídlem ve Zlíně, nám. T. G. Masaryka 588 s Hutnickou zaměstnaneckou pojišťovnou. ZPP ATLAS byla k 1.7.1996 zrušena bez likvidace s tím, že veškerá práva, povinnosti a závazky přecházejí na právního nástupce Hutnickou zaměstnaneckou pojišťovnu.

Hutnická zaměstnanecká pojišťovna a Zdravotní pojišťovna Agel předložily po vzájemné dohodě a na základě usnesení správních rad obou zdravotních pojišťoven žádost o jejich sloučení ke dni 1.7.2009. V případě kladného stanoviska Ministerstva zdravotnictví ZPA k 1.7.2009 zanikne a veškerá práva, povinnosti, pohledávky a závazky ZPA přejdou na HZP.

Hutnická zaměstnanecká pojišťovna a Česká národní zdravotní pojišťovna předkládají po vzájemné dohodě a na základě rozhodnutí správních rad obou zdravotních pojišťoven žádost o jejich sloučení ke dni 1.10.2009. Součástí žádosti o sloučení je i změna názvu HZP na Českou průmyslovou zdravotní pojišťovnu.

2.2 Současná organizační struktura její předpokládaná úprava v roce 2009

Nejvyšším orgánem je správní rada, která rozhoduje o zásadních otázkách týkajících se činnosti Pojišťovny jako celku.

Dozorčí rada je kontrolním orgánem Pojišťovny, dohlíží na dodržování platných právních předpisů a vnitřních norem Pojišťovny, kontroluje plnění zdravotně pojistného plánu a projednává zprávy o výsledcích hospodaření a účetní závěrku.

Dne 12.11.2008 se uskutečnily volby zástupců do výše uvedených orgánů. V souladu s příslušnými ustanoveními § 10 zákona č. 280/1992 Sb. Správní radu nyní tvoří 15 členů a dozorčí radu 9 členů.

Ředitel je výkonným a statutárním orgánem Pojišťovny. Řídí Pojišťovnu v souladu s obecně platnými právními předpisy a rozhodnutími správní rady, jedná za Pojišťovnu a zastupuje ji ve vnějších vztazích.

Vnitřní členění a činnost útvarů Pojišťovny upravuje *Organizační řád*. Organizační řád byl projednán a schválen správní radou.

Současnou organizační strukturu Pojišťovny tvoří čtyři odborné úseky:

- úsek ředitele,
- finanční úsek,
- úsek Management rizika,
- úsek Marketing/Prodej.

Odborné úseky zajišťují činnosti zejména v oblastech:

- realizace usnesení a rozhodnutí správní rady a orgánů státní správy,
- komunikace a spolupráce s orgány státní správy, zaměstnavateli a bankovními institucemi,
- účasti na jednáních dohodovacích řízení,
- výběru pojistného, tvorby a údržby registrů pojištěnců a plátců pojistného,
- uzavírání a obnovování smluvních vztahů s poskytovateli zdravotní péče,
- příjmu a zpracování dokladů o poskytnuté zdravotní péči, sledování nákladů na tuto zdravotní péči a provádění kontroly u poskytovatelů zdravotní péče,
- hospodaření Pojišťovny, účtování, financování úhrad za poskytovanou zdravotní péči a nakládání s fondy Pojišťovny,
- provozu informačního systému Pojišťovny, ochrany dat a předávání statistických a analytických dat institucím státní správy,
- právních služeb a tvorby vnitřních předpisů,
- personální činnosti,
- interního auditu a vnitřní kontrolní činnosti,
- technického a materiálního zabezpečení Pojišťovny,
- kontroly ve vztahu k plátcům pojistného,
- propagace Pojišťovny, osvětové a informační činnosti,
- zastupování Pojišťovny na jednáních územních orgánů státní správy a zaměstnavatelů,
- jednání se zástupci zdravotnických zařízení, zejména o smluvních a cenových ujednáních,
- činnosti revizních lékařů,
- lázeňské a ozdravenské péče,
- realizace preventivních programů,
- analytických a vzdělávacích činností,
- zprostředkování smluvního pojištění a připojištění,
- přípravy a vedení nových projektů,
- činností souvisejících s členstvím ČR v Evropské unii.

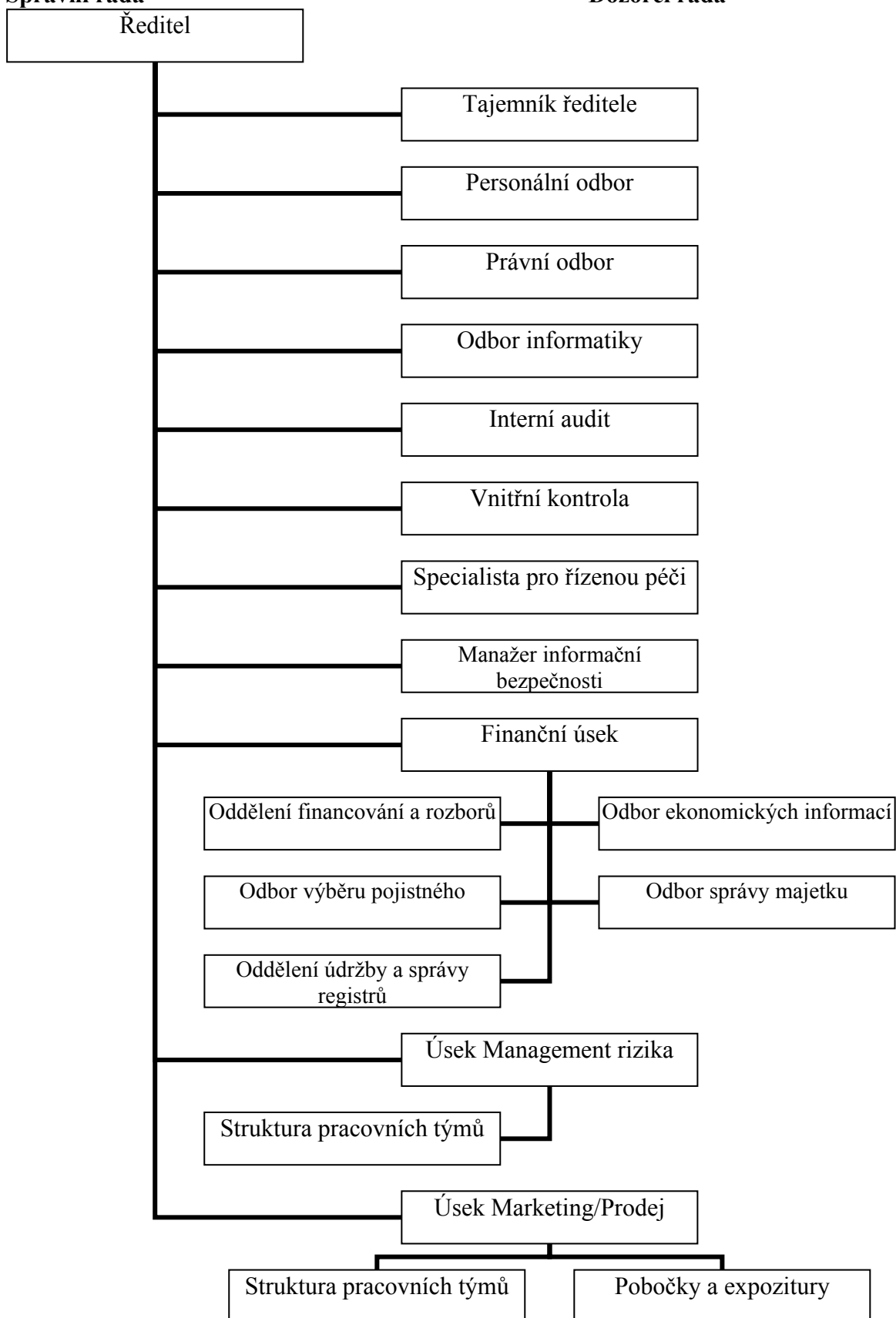
Kontaktní místa - pět poboček a 41 expozitur - jsou součástí úseku Marketing/Prodej, nemají vlastní právní subjektivitu a vykonávají činnost jménem Pojišťovny. Pobočky a expozitury Pojišťovny zabezpečují na svých pracovištích činnosti zejména v oblastech:

- každodenního kontaktu s pojištěnci Pojišťovny (registrace a evidence pojištěnců, provádění změn v údajích o pojištěncích, vydávání a výměna průkazů pojištěnců),
- příjmu a zpracování pokladních dokladů a práce s peněžní hotovostí,
- propagace Pojišťovny a akvizice pojištěnců,
- kontroly placení pojistného a plnění oznamovací povinnosti plátců pojistného a pojištěnců,
- činnosti revizních lékařů Pojišťovny,
- zprostředkování smluvního pojištění a připojištění a poskytování dalších služeb pojištěncům Pojišťovny,
- činností souvisejících s členstvím ČR v Evropské unii.

Organizační struktura Pojišťovny do 30.9.2009

Správní rada

Dozorčí rada



Pojišťovna převezme k 1.7.2009 všechny zaměstnance ZPA beze změn v organizační struktuře. Sloučením HZP a ČNZP k 1.10.2009 dojde ke změně stávající organizační struktury a ke změně názvu Hutnické zaměstnanecké pojišťovny na Českou průmyslovou zdravotní pojišťovnu. ČPZP převezme všechny zaměstnance ČNZP.

Pro období od 1.10.2009 bude *Organizační řád ČPZP* upraven v souladu se vznikem divizního uspořádání organizační struktury ČPZP. Organizační strukturu ČPZP budou tvořit:

Ředitelství ČPZP
Divize Čechy
Divize Morava

Ředitelství ČPZP bude zajišťovat zejména:

- realizace usnesení a rozhodnutí Správní rady ČPZP a orgánů státní správy,
- jednotnou smluvní politiku ve vztahu k poskytovatelům zdravotní péče,
- metodické řízení zpracování a kontroly vykázané zdravotní péče a revizní činnosti,
- vedení jednotného účetnictví a metodické řízení činností souvisejících s účetnictvím,
- nakládání s fondy a hospodaření ČPZP,
- metodické řízení kontroly pojistného a vymáhání dlužného pojistného a penále,
- financování a výkaznictví,
- provoz IS ČPZP,
- právní službu a tvorbu vnitřních předpisů,
- personální činnost,
- interní audit a vnitřní kontrolní činnost,
- správu majetku a technické a materiální zabezpečení činnosti ČPZP,
- marketing a propagaci ČPZP,
- metodické řízení osvětové a informační činnosti,
- definování preventivních programů,
- analytickou a vzdělávací činnost,
- přípravu a vedení nových projektů,
- metodické řízení obsluhy klientů,
- správu registrů ČPZP.

Divize Čechy a Morava budou zajišťovat činnosti ve vztahu k pojištěncům, plátcům pojistného a poskytovatelům zdravotní péče. Do 31.12.2009 bude jejich činnost částečně zohledňovat činnost sloučených zdravotních pojišťoven a také skutečnost, že ČNZP bude muset provést mimořádnou účetní závěrku. Ve své činnosti budou metodicky řízeny příslušnými odbornými úseky Ředitelství ČPZP.

Divize ČPZP budou zajišťovat zejména:

- uzavírání smluvních vztahů s poskytovateli zdravotní péče,
- příjem, zpracování a kontrolu vykázané zdravotní péče,
- činnost revizních lékařů,
- kontrolu placení pojistného,
- kontrolu oznamovací povinnosti plátců pojistného a pojištěnců,
- údržbu registrů ČPZP,
- realizaci preventivních programů,

- správu a údržbu majetku ČPZP,
- zprostředkování smluvního pojištění a připojištění,
- obsluhu pojištěnců (registraci a evidenci pojištěnců, provádění změn v údajích o pojištěncích, vydávání a výměnu průkazů pojištěnců),
- příjem a zpracování pokladních dokladů,
- propagaci a akvizici pojištěnců.

Optimalizovaná organizační struktura ČPZP, která bude vytvořena na základě sjednocení vnitřních procesů sloučených zdravotních pojišťoven, bude výchozí organizační strukturou zdravotně pojistného plánu ČPZP na rok 2010. Výsledkem transformace organizační struktury by měla být optimálně výkonnostně i ekonomicky činná zdravotní pojišťovna ve všech oblastech jejího působení.

2.3 Existující nebo plánované založení dceřiné společnosti a její zaměření, nadační fondy a jiné účasti

HZP v souladu s usnesením Správní rady HZP ze dne 25. listopadu 1998 zřídila *Nadační fond prevence zdraví* (Nadační fond). Nadační fond byl dne 7. prosince 1998 zapsán do rejstříku nadací a nadačních fondů vedeného Krajským obchodním soudem v Ostravě v oddílu A, vložce číslo 64. Informace o zřízení a jmění Nadačního fondu je součástí *Výroční zprávy HZP za rok 1998*. Nadační fond byl zřízen za účelem financování zlepšené zdravotní péče nad rámec zdravotní péče hrazené z prostředků veřejného zdravotního pojištění formou preventivních zdravotních programů a příspěvků. Kromě vkladu při zřízení Nadačního fondu pojišťovna žádnými dalšími finančními prostředky tomuto fondu nepřispěla.

2.4 Způsob zajištění služeb Pojišťovny

2.4.1 Zajištění služeb Pojišťovny ve vztahu k plátcům pojistného

Dostupnost informací pro plátce zdravotního pojištění bude zajištěna zejména prostřednictvím sítě kontaktních míst a jejich zaměstnanců. Plátcí pojistného zde získají informace o nabízených službách Pojišťovny, povinnostech vyplývajících z příslušných právních předpisů i o způsobu plnění těchto povinností. Operativně mohou plátcí pojistného využívat služeb informačního centra. V návaznosti na sloučení HZP a ČNZP se rozšíří komunikační možnosti jak pro pojištěnce, tak pro smluvní zdravotnická zařízení i plátce pojistného především využíváním systému elektronické komunikace, který je založen na sofistikovaných nástrojích e-přepážky HZP a systému eČNZP®. Tyto systémy umožní klientům aktivně získávat jak komplexní aktuální informace o systému veřejného zdravotního pojištění a o všech službách, tak i cílené informace vztahující se k jednotlivým klientům.

Informace pro plátce pojistného budou rovněž v roce 2009 dostupné na internetových stránkách Pojišťovny. Samozřejmým obsahem stránek budou vzorové formuláře, které budou moci plátcí pojistného využít při plnění zákonných povinností. Pojišťovna předpokládá, že služby administrativního a poradenského charakteru budou stále více žádány právě prostřednictvím elektronických komunikačních cest, které hodlá neustále rozšiřovat a zdokonalovat.

Od 1.10.2009 umožní Pojišťovna plátcům pojistného prostřednictvím svých divizí Čechy a Morava realizovat v síti kontaktních míst zejména následující činnosti:

- přihlásit se jako plátcе pojistného za zaměstnance, předávat přehledy pojistného a hromadná oznámení zaměstnavatele,
- splnit oznamovací povinnost zaměstnavatele o změnách názvu, sídla, čísla účtu,
- obdržet potvrzení o neexistenci pohledávek po lhůtě splatnosti vyžadovaném ve zvýšené míře plátcі pojistného z důvodu účasti ve výběrových řízeních, žádostech o dotaci apod.,
- dodržet zákonné povinnosti osob samostatně výdělečně činných jako jsou oznámení o zahájení a ukončení samostatné výdělečné činnosti, odevzdání vyúčtování pojistného za uplynulý rok apod.,
- žádat o vrácení přeplatku v souvislosti s odevzdáním přehledu o příjmech, výdajích a zálohách na pojistné,
- konzultovat nejasnosti při aplikaci zákonných ustanovení týkajících se placení pojistného, na tuto činnost navazuje i spolupráce s odbornými zaměstnanci významných plátců v oblasti jednotné metodiky výběru pojistného.

Pojišťovna bude i nadále poskytovat pojištěncům veškeré informace o povinnostech vyplývajících jim z platných právních předpisů. Osoby samostatně výdělečně činné a osoby bez zdanitelných příjmů budou informovány o změněné výši minimálního pojistného v souvislosti s legislativními změnami.

V rámci svobodného pohybu pracovních sil v EU se okruh plátců zdravotního pojištění rozšířil i o zahraniční plátcе. Pojišťovna bude k těmto plátcům přistupovat stejně jako k českým plátcům.

Kromě kontaktních míst Pojišťovny budou zabezpečovat styk s plátcі pojistného i útvary odboru výběru pojistného, které vedle provádění kontrol odvodů plateb pojistného, vydávání výkazů nedoplatků a platebních výměrů na dlužné pojistné a penále budou plnit také funkci metodického a informačního centra v oblasti placení pojistného.

2.4.2 Způsob zajištění služeb Pojišťovny ve vztahu k poskytovatelům zdravotní péče

Pojišťovna bude v roce 2009 nadále zajišťovat kontakt se zdravotnickými zařízeními prostřednictvím:

- smluv uzavřených s poskytovateli zdravotní péče,
- cenových ujednání ke smlouvám s poskytovateli zdravotní péče,
- úhrad za poskytnutou zdravotní péči,
- informací o podmínkách potřebných pro uzavření smluvního vztahu,
- participace praktických lékařů pro dospělé provádějících závodní preventivní péči na realizaci programů a projektů Pojišťovny,
- informační podpory praktických lékařů pro dospělé a pro děti a dorost v rámci programů řízené péče,
- registrace pojištěnců u lékařů primární péče,
- kontrolní činnosti,
- informačního, konzultačního a poradenského servisu Pojišťovny,
- informačního systému Pojišťovny,

- spolupráce s ČLK, ČSK, ČLS JEP, orgány státní správy a sdruženími poskytovatelů zdravotní péče,
- spolupráce s CMU při realizaci úhrad za ošetření cizinců v rámci EU,
- vzdělávací činnosti.

Smluvní vztahy se zdravotnickými zařízeními

Pojišťovna bude univerzálním právním nástupcem Zdravotní pojišťovny AGEL na základě sloučení ke dni 1.7.2009. Jako univerzální právní nástupce zaniklé ZPA vstoupí Pojišťovna do všech právních vztahů, jimiž byla ZPA vázána, a bude jimi od účinnosti sloučení vázána v plném rozsahu sama.

Pojišťovna bude univerzálním právním nástupcem ČNZP na základě jejich sloučení ke dni 1.10.2009. Jako univerzální právní nástupce ČNZP vstoupí do všech právních vztahů, jimiž byla ČNZP vázána, a bude jimi od účinnosti sloučení vázána v plném rozsahu sama.

Cenová ujednání ke smlouvám s poskytovateli zdravotní péče

Dohodovací řízení o hodnotách bodu a výši úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění pro rok 2009 skončilo v některých segmentech zdravotní péče nedohodou. Ministerstvo zdravotnictví stanovilo podle § 16 odst. 6 zákona č. 48/1997 Sb. hodnoty bodu a výši úhrad zdravotní péče vyhláškou č. 464/2008 Sb.

Na základě uvedeného právního předpisu byly připraveny individuální kontrakty s cílem realizovat způsob úhrady zdravotní péče v roce 2009 odpovídající typu zdravotnického zařízení a objemu vykázané zdravotní péče poskytované příslušným pojištěncům. Pojišťovna jako univerzální právní nástupce ZPA a ČNZP tyto kontrakty převezme a zavazuje se k plnění zdravotnickým zařízením způsobem zohledňujícím a integrujícím potřeby pojištěnců.

Úhrady za poskytnutou zdravotní péči

Pojišťovna uhradí zdravotní péči poskytnutou pojištěncům s cílem zachovat a zlepšit jejich zdravotní stav. Jedná se o léčebnou péči ambulantní a ústavní včetně diagnostické péče, rehabilitace a péče o chronicky nemocné, o pohotovostní a záchrannou službu, preventivní, dispenzární, lázeňskou péči a péči v odborných dětských léčebnách a ozdravovnách, domácí péči, posudkovou činnost, poskytování léčivých přípravků, zdravotnických prostředků a stomatologických výrobků. Pojišťovna uhradí péči poskytnutou v souvislosti s mimotělním oplodněním v souladu s podmínkami stanovenými zákonem. Pojišťovna uhradí akutní a neodkladnou zdravotní péči poskytnutou ve státech EU a v zemích, se kterými Česká republika uzavřela mezistátní smlouvy o sociálním zabezpečení. Úhrady budou realizovány v souladu se zněním těchto smluv.

Pojišťovna bude od data sloučení se ZPA hradit zdravotní péči čerpanou z veřejného zdravotního pojištění poskytnutou pojištěncům zaniklé ZPA stejně jako zdravotní péči poskytnutou stávajícím pojištěncům HZP. Od 1.10.2009 bude Pojišťovna hradit zdravotní péči čerpanou z veřejného zdravotního pojištění v souladu s právy a závazky vyplývajícími ze smluv uzavřených mezi zdravotnickými zařízeními a sloučenými pojišťovnami.

Informace o podmínkách potřebných k uzavření smluvního vztahu

Pojišťovna bude informovat žádající zdravotnická zařízení o podmínkách, za kterých uzavře smluvní vztah o poskytování a úhradě zdravotní péče.

Účast praktických lékařů pro dospělé provádějících závodní preventivní péči v preventivních programech a projektech Pojišťovny

Pojišťovna bude pokračovat v realizaci preventivních programů a projektů s cílem snížit incidenci kardiovaskulárních a onkologických onemocnění, což ve svém důsledku sníží náklady vynaložené na léčbu těchto onemocnění u pojištěnců Pojišťovny. V oblasti primární zdravotní péče se jedná zejména o spolupráci s praktickými lékaři pro dospělé prostřednictvím programů řízené zdravotní péče. Současně bude Pojišťovna nabízet praktickým lékařům aktivní účast při realizaci řešení projektů podpory zdraví na pracovištích vybraných organizací regionu. Jedná se zejména o projekty zaměřené na prevenci civilizačních onemocnění *Jak si udržet zdraví aneb jaké jsou naše šance v boji s rakovinou, Jak můžeme zabránit rakovině prsu u žen a Poradny pro odvykání kouření.*

Informační podpora praktických lékařů pro dospělé a praktických lékařů pro děti a dorost v rámci diferencované kombinované kapitačně výkonové platby

Praktický lékař zapojený do programu diferencované kombinované kapitačně výkonové platby bude motivován k optimalizaci nákladů poskytované zdravotní péče indikované ambulantními specialisty a k optimalizaci nákladů na předepsané léčivé přípravky. Pojišťovna bude klást důraz na úzkou spolupráci s praktickými lékaři. Pojišťovna bude informovat praktické lékaře o nákladnosti zdravotní péče poskytnuté jejich pacientům ve vybraných segmentech zdravotní péče. V rámci projektu *Sdružení nezávislých lékařských praxí* bude Pojišťovna i nadále praktickým lékařům prostřednictvím administrátora zajišťovat podrobnou informační a datovou podporu s cílem zabezpečení kvalifikovaných rozhodnutí vedoucích k účelnému poskytování zdravotní péče. Pojišťovna hodlá uplatňovat tento program u svých smluvních praktických lékařů v dlouhodobém časovém horizontu. Od data sloučení s ČNZP bude Pojišťovna smluvním praktickým lékařům nabízet i projekt *Systém integrované péče (SIP)* tak, jak je uvedeno dále.

Programy řízené péče

Cílem programů řízené péče je komplexní a účinná kontrola nákladů na zdravotní péči. Jejich principem je finanční motivace ve prospěch těch zdravotnických zařízení zapojených do programů, která náklady opravdu účinně kontrolují. Programy jsou projektovány nejen pro praktické lékaře, ale i pro další zdravotnická zařízení.

V uplynulých letech Pojišťovna iniciovala pro praktické lékaře v rámci programů řízené péče vznik sdružení nezávislých lékařských praxí (SNLP) v Třinci, Ostravě, Frýdku-Místku a Bohumíně. Základem projektu SNLP je moderní způsob kontraktu mezi zdravotní pojišťovnou a skupinou praktických lékařů, na jehož základě skupina lékařů přebírá kontrolu nad významnou částí prostředků zdravotního pojištění těch pojištěnců, kteří jsou u nich registrováni. Po sloučení se ZPA a ČNZP zahrne tento kmen pojištěnců také jejich bývalé pojištěnce. Praktičtí lékaři získávají systematicky podrobné a cílené informace porovnávající strukturu nákladů čerpané zdravotní péče za registrované pojištěnce. Na základě získaných informací mohou činit kvalifikovaná rozhodnutí vedoucí k účelnému poskytování zdravotní

péče. Činnost sdružení se již osvědčila a Pojišťovna hodlá i v následujících letech řízenou péči v rámci regionu touto formou dále rozvíjet a podporovat.

V roce 2008 ČNZP ve spolupráci se *Sdružením praktických lékařů pro děti a dorost* a se *Sdružením praktických lékařů* zahájila projekt *Systém integrované péče*. Cílem projektu je zajistit co možná nejkvalitnější péči o pojištěnce prostřednictvím dalších informací pro lékaře primární péče o poskytnuté zdravotní péči jejich registrovaným pojištěncům. S tím souvisí i rozčlenění sítě poskytovatelů zdravotní péče na síť doporučených a základních pracovišť se zveřejněním tohoto členění. Vedle zvýšení kvality poskytované péče je předpokládaným sekundárním cílem projektu efektivnější vynakládání finančních prostředků, dosud mnohdy zbytně čerpaných na duplicitně prováděná laboratorní či jiná indikovaná vyšetření. Pojišťovna předpokládá, že bude v realizaci tohoto projektu po sloučení s ČNZP pokračovat.

Další formou programů řízené péče je plán řízené zdravotní péče *Medipartner* (dále Plán) v Ostravě, který je završením snahy Pojišťovny o vytvoření podmínek ke společné motivaci a ekonomicky odpovědnému výběru zdravotní péče ze strany všech zúčastněných pojištěnců, poskytovatelů zdravotní péče a pojišťovny. Tento program je založen na spolupráci Pojišťovny se smluvními partnery Plánu a nabízí prospěch z účelného využívání prostředků zdravotního pojištění všem zúčastněným subjektům. Jako jeden z prvních programů zahrnuje ve svých principech i aktivní motivaci v chování pojištěnců při čerpání zdravotní péče. Rostoucí zájem o účast v Plánu ze strany pojištěnců Pojišťovny svědčí o tom, že se jedná o atraktivní a moderní nabídku služeb. Pojišťovna bude v realizaci Plánu pokračovat a bude organizovat obdobné programy v dalších místech regionu.

2.4.3 Způsob zajištění služeb ve vztahu k pojištěncům

Povinností zdravotní pojišťovny vůči svým klientům je zajištění kvalitní a dostupné zdravotní péče čerpané ve smluvních zdravotnických zařízeních. Jedním ze stěžejních strategických cílů Pojišťovny v roce 2009 bude sledování a vyhodnocování úrovně služeb sítě smluvních poskytovatelů zdravotní péče. Kvalita poskytované zdravotní péče bude rovněž klíčovým kritériem pro hodnocení vzájemného vztahu Pojišťovny a poskytovatelů zdravotní péče. Smluvní síť nabízející kvalitní zdravotní péči v rámci úhrad veřejného zdravotního pojištění hraje významnou roli i při akviziční činnosti Pojišťovny.

Důležitým měřítkem úspěšnosti pojišťovny je počet registrovaných pojištěnců. Pojišťovna bude pokračovat v realizaci několika nových projektů, u nichž předpokládá, že přispějí ke stabilizaci stávajícího kmene pojištěnců a zároveň osloví potenciální pojištěnce. Půjde o novou nabídku preventivních programů, aktualizaci služeb řízené péče *Medipartner*, rozšíření projektu garance dostupnosti zdravotní péče s objednávkovým systémem, redesign elektronické virtuální pojišťovny e-přepážka a v souvislosti se sloučením s ČNZP ke dni 1.10.2009 rozšíření nabízených služeb pro pojištěnce prostřednictvím Portálu ZP a systému eČNZP®.

Základním stavebním kamenem úrovně poskytovaných služeb a bezchybnosti obsluhy klientů Pojišťovny budou zaměstnanci kontaktních míst. Pojišťovna bude v roce 2009 pokračovat v systému kontinuálního hodnocení a školení zaměstnanců kontaktních míst tak, aby byla zajištěna kvalita obsluhy klientů na jednotlivých pobočkách a expoziturách. K tomu by měla přispět i modernizace interiérů pracovišť jednotlivých kontaktních míst. V souvislosti se začleněním kontaktních míst zřízených ČNZP do sítě kontaktních míst Pojišťovny bude

cíleně optimalizována síť poboček a expozitur s cílem zajistit efektivní a dostupnou obsluhu klientů.

Ke dni 1.10.2009 obdrží všichni pojištěnci Pojišťovny informační zásilku, která bude obsahovat osobní dopis s veškerými informacemi o Pojišťovně, nový průkaz pojištěnce a propagační materiály s novou nabídkou produktů a služeb.

Vzhledem ke konkurenci na trhu zdravotního pojištění bude rozhodující pro naplnění strategických cílů podpora akviziční činnosti Pojišťovny v podobě dostatečné míry informovanosti kmenových i potencialních pojištěnců. K důležitým informačním nástrojům patří různé komunikační kanály, propagační a informační tiskoviny či validní informace dostupné na internetových stránkách Pojišťovny. Významnou roli bude sehrávat *Informační centrum*, které bude zajišťovat informační servis prostřednictvím operátorů, e-podatelný, internetových stránek a distribuce informačních materiálů. V návaznosti na sloučení HZP a ČNZP se rozšíří komunikační možnosti jak pro pojištěnce, tak pro smluvní zdravotnická zařízení i plátce pojistného především využíváním systému elektronické komunikace, který je založen na sofistikovaných nástrojích e-přepážky HZP a systému eČNZP®. Tyto systémy umožní klientům aktivně získávat jak komplexní aktuální informace o systému veřejného zdravotního pojištění a o všech službách poskytovaných Pojišťovnou, tak i cílené informace vztahující se k jednotlivým klientům.

2.5 Záměry rozvoje informačního systému

Rozvoj informačního systému vychází z platných právních předpisů, zejména zákona č. 48/1997 Sb., a z požadavků managementu a odborných útvarů Pojišťovny. Výkonný a robustní IS podporuje provoz Pojišťovny a umožňuje zabezpečenou přímou komunikaci přes internet s klienty a dalšími partnery, tj. zdravotními pojišťovnami, státní správou, zdravotnickými zařízeními a pojištěnci. V souvislosti se sloučením se ZPA převezme Pojišťovna informační systém ZPA, činnost pojišťovny však bude podporována stávajícím IS Pojišťovny a IS ZPA bude postupně utlučen. Data z IS ZPA budou v souladu se zpracovaným harmonogramem převáděna do IS Pojišťovny tak, aby byla schopna bezproblémově zajistit žádoucí procesy i nad kmenem pojištěnců a partnerů ZPA. Do tohoto harmonogramu budou aktivně zapojeni i dodavatelé jednotlivých subsystémů IS Pojišťovny.

Informační systém sestává z několika navazujících a spolupracujících lokálních subsystémů. V roce 2007 byl do rutinního provozu uveden nový transakční IS na platformě MBS Navision pro řešení úloh finančního útvaru a příjmové části. Cílem implementace bylo zlepšení technologické úrovně IS a především dosažení vyšší provázanosti procesů příjmového subsystému s finančním subsystémem.

Příjmový subsystém zajišťuje udržování registru partnerů, který slučuje všechny subjekty, s nimiž Pojišťovna komunikuje. Jedná se především o partnery v roli pojištěnce a plátce pojistného a dále o agendy související s plněním povinností definovaných zákonem č. 48/1997 Sb. Součástí příjmového subsystému jsou rovněž agendy související s kontrolou plátců pojistného dle ustanovení definovaných zákonem č. 592/1992 Sb. včetně funkcí podporujících vymáhání pohledávek za plátcí pojistného. V roce 2009 budou zahájeny práce na zabezpečení elektronické komunikace s přístupovým místem v ČR, které bude součástí evropské architektury pro výměnu standardizovaných zpráv v oblasti dávek v nemoci a mateřství.

Finanční subsystém navazuje na zpracování příjmové a výdajové části. Po implementaci TIS jsou do něj převáděny faktury zdravotnických zařízení vytvořené ve výdajové části. Ve finančním subsystému jsou tyto faktury zúčtovány podle zásad platných pro zdravotní pojišťovny, následně jsou vytvořeny bankovní příkazy, kterými jsou faktury uhrazeny. Předpisy související s výběrem pojistného jsou vytvářeny automaticky bez nutnosti jejich přenosu do finančního subsystému. Při dalším zpracování jsou přiřazovány k odpovídajícím platbám a následně zúčtovány. Komunikace Pojišťovny s bankovními institucemi a Českou poštou je realizována prostřednictvím internetu a e-mailu. V rámci finančního subsystému jsou zúčtovány výsledky revizí provedených ve zdravotnických zařízeních a penále vyměřené plátcům zdravotního pojištění. Ve finančním subsystému jsou zpracovány faktury týkající se provozu Pojišťovny, evidence majetku, měsíční a roční účetní závěrky a další informace o finančních tocích v Pojišťovně. Součástí finančního subsystému je elektronický oběh dokladů umožňující účetní doklad opatřit elektronickým průvodním listem, elektronicky jej podepsat a vést evidenci o akceptaci a likvidaci dokladu v Pojišťovně.

Výdajový subsystém zajišťuje správu registru zdravotnických zařízení, zpracování dokladů, kontrolu vykázané zdravotní péče a uplatnění regulačních omezení. Subsystém je členěn na příjem a kontrolu dokladů, oblast uplatnění regulačních omezení, fakturaci dávek a účet pojištěnce. Subsystém byl rozšířen o elektronickou komunikaci Pojišťovny s jednotlivými poskytovateli zdravotní péče prostřednictvím internetu. Pro zajištění dalšího rozvoje IS je v době zpracování zdravotně pojistného plánu prováděna analýza hlavních procesů Pojišťovny pro přepracování výdajového subsystému. V jednotlivých etapách je prováděna podrobná procesní analýza, analýza a návrh datového modelu a zpracování základního konceptu informačního systému pro podporu obchodního modelu Pojišťovny, který bude orientován na nově nabízené produkty a služby Pojišťovny. Zpracovaná analýza bude podkladem pro zajištění redesignu IS v následujících letech. Přenos dat z IS ZPA však bude realizován do stávající výdajové části.

Účet pojištěnce je součástí výdajového subsystému a bude i nadále umožňovat pojištěncům Pojišťovny získávat podrobné informace o vykázané zdravotní péči jednotlivými zdravotnickými zařízeními, o nákladech na léčivé přípravky a zdravotnické prostředky. Účet pojištěnce bude zároveň umožňovat provádění kontrolních a statistických šetření zaměřených na pojištěnce a revizi poskytnuté zdravotní péče.

Statistický subsystém, jehož základem jsou databáze agregovaných dat na platformě PROGRESS a databáze OLAP objektů na platformě ORACLE, byl rozšířen o relační databázi ORACLE obsahující detailní data příjmového a výdajového subsystému. Přístup k datům v relační databázi je zajištěn prostřednictvím nástroje ORACLE Discoverer, přístup k datům databáze OLAP objektů zajišťuje aplikace ISIS. Návaznost agregovaných dat v OLAP objektech na data relační databáze zajišťuje funkce drill to detail, která zobrazí data relační databáze odpovídající vybranému celku z OLAP objektu. Databáze statistického subsystému obsahují datové zdroje pro sledování příjmových a nákladových charakteristik poskytované zdravotní péče. Analýzy prováděné v rámci tohoto subsystému jsou určeny pro interní potřebu Pojišťovny a pro státní správu.

Elektronická přepážka nabízí možnost vyřízení povinných hlášení a různých žádostí z pohodlí domova nebo kanceláře po 24 hodin 7 dnů v týdnu pro stále se zvyšující počet klientů (pojištěnců, zdravotnických zařízení a plátců zdravotního pojištění). Komunikace pomocí e-přepážky je zabezpečena proti zneužití dat elektronickým podpisem a šifrováním. Rozvoj elektronické komunikace bude probíhat i v následujícím období.

Elektronická podatelna je provozována na e-mailové adrese posta@HZP.cz. E-podatelna je místem pro centrální příjem a prvotní manipulaci s elektronickými písemnostmi, doručuje tyto písemnosti příslušným útvarům nebo zaměstnancům Pojišťovny a rozšiřuje tak činnost stávající podatelny. Odesílatel zprávy je informován o registraci svého podání a průběhu jeho vyřizování. E-podatelna je atestována na shodu s požadavky ISVS pro provoz elektronických podatelen ve vztahu k používání zaručeného elektronického podpisu, verze 016/01.01.

Informační technologie

Jednotlivé části informačního systému jsou provozovány na výpočetní technice různých výrobců a zahrnují několik HW platform, operačních i databázových systémů a v souvislosti se sloučením HZP a ZPA nebude nutná jejich zásadní úprava nebo rozšíření nad rámec plánu zpracovaného před jejich sloučením.

Nový transakční IS MBS Navision je provozován na počítačích IBM v prostředí MS Windows s databázovým systémem MS SQL. Stávající výdajová část je provozována v prostředí HP-UX na serverech Hewlett-Packard v databázovém systému Progress. Internetové aplikace jako e-přepážka, e-podatelna, elektronická pošta a intranet jsou provozovány v prostředí Linux s databází MySQL.

V kancelářských aplikacích budou nadále uplatněny produkty Microsoft jako MS Word, MS Excel a MS Outlook. Koncová pracoviště využívají nadále PC i notebooky více výrobců. Pobočky a expozitury budou propojeny s centrálním systémem virtuální privátní sítí na bázi internetu. Celý výpočetní systém Pojišťovny zahrnuje 10 serverů, 270 osobních počítačů a 4 vysokorychlostní tiskárny.

Informační bezpečnost

Systém řízení informační bezpečnosti rozvíjí Pojišťovna od roku 2003. Postupně byl ustanoven bezpečnostní management, vytvořeny příslušné dokumenty a nastaveny procesy PDCA (Plan-Do-Check-Act). V roce 2008 proběhla analýza rizik a implementace ISMS dle ČSN ISO/IEC 27001. Pro rok 2009 je naplánován interní audit bezpečnosti a příprava na certifikační audit.

Informační systém ČNZP

IS ČNZP je koncipován jako jednotné centralizované prostředí, které zajišťuje funkcionality pro provoz všech pracovišť ČNZP. Hlavní části IS jsou vyvíjeny a udržovány interně, řešitelem je programátorský tým v rámci útvaru informatiky. Dodavatelsky jsou řešeny některé komponenty, které jsou integrovány do prostředí IS.

Interně vyvíjené technologie

Jádrem systému je databázový server IBM Informix provozovaný na operačním systému Linux, který obsahuje všechna data spravovaná systémem. Pro tvorbu aplikací jsou použity vývojové nástroje a platformy:

- Borland Delphi - modulární client/server systém pracujícím s daty ČNZP
- Java, SOAP, Linux – aplikační server
- PHP, JavaScript, CSS - webové aplikace, Portál ČNZP
- Informix 4GL - dávková zpracování hlavních agend produkčního systému

- Informix SPL – procedury databázového serveru
- Lotus Notes - groupware aplikace
- Enterprise Architect - CASE

Externí technologie

K externě dodávaným technologiím, které využívá ČNZP patří:

- SAS BI Server
- SAS Enterprise Miner
- MySQL
- MS NET

Po schválení požadavku na sloučení zdravotních pojišťoven HZP a ČNZP správními radami obou pojišťoven bude zpracován projekt na posouzení a integraci informačních systémů ČNZP a HZP. V rámci projektu bude zpracována analýza, na jejímž základě bude učiněno rozhodnutí o podobě jednotného informačního systému Pojišťovny.

3 Pojištěnci

3.1 Záměry vývoje struktury pojištěnců, stabilizace kmene pojištěnců

Akviziční politika bude v roce 2009 orientována na upevnění pozice Pojišťovny v oblastech jejího hlavního působení. Cílem bude především udržení a posílení loajality stávajících pojištěnců, zejména pak pojištěnců, kteří se stanou pojištěnci Pojišťovny jejím sloučením s ČNZP. Pojišťovna bude prostřednictvím marketingové činnosti zdůrazňovat otevřenost vůči všem věkovým skupinám se záměrem stabilizovat kmen sloučených pojišťoven. Očekávaný počet pojištěnců ke konci roku 2009 je 739 tis., tzn. nárůst přibližně o 376 tis. pojištěnců oproti stejnému období roku 2008, z toho 305 tis. pojištěnců sloučením s ČNZP. Za tohoto předpokladu bude možné splnit cíle stanovené ve *Zdravotně pojistném plánu Pojišťovny na rok 2009*.

K dosažení plánovaného počtu pojištěnců může přispět mimo jiné nabídka preventivních programů podporujících prevenci závažných onemocnění, nabídka bonusů při zapojení se do plánů řízené péče a projekty s vazbou na základní fond zdravotní péče.

3.2 Věková struktura pojištěnců Pojišťovny

Průměrné počty pojištěnců ve věkových skupinách v tabulce ZPP 2009/17 tvoří pro rok 2009 součty očekávaných průměrných počtů pojištěnců HZP, ZPA a ČNZP a navazují na údaje tabulky ZPP 2009/1 ř. 2.

Skladba pojištěnců Pojišťovny se v jednotlivých věkových kategoriích liší. Na základě dlouhodobého vývoje lze předpokládat, že v roce 2009 budou nejpočetněji zastoupeny skupiny pojištěnců ve věku 30 až 35 let a 35 až 40 let.

Prognóza vývoje věkové struktury pojištěnců Pojišťovny pro rok 2009 se odvíjí od přirozeného stárnutí pojistného kmene, dále je zohledněn předpokládaný počet nově přichozích či naopak odchozích a zemřelých pojištěnců.

Nárůst oproti roku 2008 je předpokládán zejména u skupin pojištěnců ve věku 20 až 30 let, 45 až 55 let a ve skupinách pojištěnců starších 85 let.

Ve srovnání s věkovou strukturou obyvatel České republiky bude nižší zastoupení pojištěnců Pojišťovny ve skupinách osob ve věku od 55 do 65 let a nad 75 let. Naopak vyšší podíl zastoupení pojištěnců Pojišťovny ve srovnání s věkovou strukturou obyvatel České republiky bude zřejmý ve skupinách osob ve věku 5 až 20 let a 35 až 40 let.

Věková struktura pojištěnců Pojišťovny

Věková skupina ²⁾	Průměrný počet pojištěnců ¹⁾			Procento <u>ZPP 2009</u> Oč. skut. 2008
	Rok 2007 Skutečnost	Rok 2008 Skutečnost	Rok 2009 ZPP	
0 - 5	20 376	21 279	28 766	135,2
5 - 10	22 801	22 823	29 571	129,6
10 - 15	25 540	24 670	31 762	128,7
15 - 20	27 685	28 948	35 913	124,1
20 - 25	22 068	23 136	32 478	140,4
25 - 30	24 633	23 736	33 560	141,4
30 - 35	32 787	33 493	42 159	125,9
35 - 40	27 235	29 898	38 096	127,4
40 - 45	24 794	25 879	34 170	132,0
45 - 50	20 477	21 056	29 917	142,1
50 - 55	22 740	22 505	30 227	134,3
55 - 60	23 335	23 149	30 055	129,8
60 - 65	19 183	20 164	26 175	129,8
65 - 70	14 709	15 604	19 673	126,1
70 - 75	9 534	9 794	13 266	135,5
75 - 80	7 340	7 440	9 315	125,2
80 - 85	4 345	4 378	5 838	133,3
85 - 90	1 547	1 834	2 749	149,9
90 - 95	297	277	434	156,7
95 +	79	84	126	150,0
Celkem¹⁾	351 505	360 147	474 250	131,7

ZPP 2009/17

Poznámky k tabulce:

- 1) Údaje o průměrných počtech pojištěnců celkem v kalendářním roce podle tabulky č. 1, řádek 2.
- 2) Pro zařazení pojištěnců do věkových skupin zdravotní pojišťovny postupují v souladu se zákonem č. 592/1992 Sb.

4 Základní fond zdravotního pojištění

Pojišťovna bude v roce 2009 vytvářet a spravovat v souladu s § 16 odst. 1 a 4 zákona č. 280/1992 Sb. pro oblast zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění:

- Základní fond zdravotního pojištění,
- Rezervní fond,
- Fond prevence,

pro oblast sledování nákladů na vlastní činnost souvisejících s veřejným zdravotním pojištěním:

- Provozní fond,
- Fond reprodukce majetku,
- Fond majetku,
- Sociální fond.

Zdroje a čerpání jednotlivých fondů jsou pro rok 2009 plánovány v návaznosti na ustanovení vyhlášky č. 418/2003 Sb., resp. ustanovení § 16 odst. 4 písm. b) zákona č. 280/1992 Sb., která upravují tvorbu a čerpání fondu prevence.

U fondů tvořených z veřejného zdravotního pojištění budou analyzovány tyto vazby:

- zdroje a čerpání fondů (tabulky A),
- příjmy a výdaje na bankovních účtech jednotlivých fondů (tabulky B).

Počáteční zůstatky fondů veřejného zdravotního pojištění byly ke dni 1.1.2009 tvořeny z konečných zůstatků fondů, které vytváří a spravuje Pojišťovna.

Počáteční zůstatky na bankovních účtech jednotlivých fondů tvořil skutečný objem finančních prostředků Pojišťovny ke dni 1.1.2009.

4.1 Záměry vývoje hospodaření ZFZP v roce 2009

Základní fond zdravotního pojištění je z důvodu vyšší vypovídací schopnosti interně rozdělen na dílčí fondy dle typu poskytované zdravotní péče. Zdravotně pojistný plán na rok 2009 je zpracován s předpokladem, že zdroje plynoucí do základního fondu zdravotního pojištění budou po zúčtování přidělů do ostatních fondů měsíčně rozdělovány do jednotlivých dílčích fondů:

- | | |
|---|---------|
| • Fond hospitalizačních zdravotnických zařízení ve výši | 51,04 % |
| • Fond ambulantních zdravotnických zařízení ve výši | 34,03 % |
| • Fond stomatologických zdravotnických zařízení ve výši | 7,97 % |
| • Fond ostatní zdravotní péče ve výši | 5,46 % |
| • Fond rezervy zdravotní péče ve výši | 1,50 % |

V souvislosti s možnými změnami ve způsobu financování zdravotní péče může dojít ke změnám ve výši přidělů do jednotlivých fondů, eventuálně ke změně struktury dílčích fondů základního fondu zdravotního pojištění. Veškeré tyto změny budou podléhat schválení

Správní radou Pojišťovny. Účetní operace, které nebudou přímo souviset se zdroji a čerpáním dílčích fondů, budou evidovány na samostatném analytickém účtu.

Základní fond zdravotního pojištění Pojišťovny

A	ZFZP - tvorba a čerpání	Rok 2008 Skutečnost tis. Kč	Rok 2009 ZPP tis. Kč	Procento ZPP 2009 Oč. sk. 2008
I.	Počáteční zůstatek k 1. 1. ve sledovaném období	2 083 780	2 890 035	138,7
II.	Tvorba celkem	6 650 043	10 930 462	164,4
1	Pojistné z veřejného zdravotního pojištění podle § 1 odst. 1 písm. a) vyhlášky o fondech včetně dohadných položek	4 998 148	6 664 680	133,3
	z toho:			
1.1	dohadné položky k pojistnému podle § 1 odst. 1 písm. c) vyhlášky o fondech	- 8 281	- 28 339	342,2
2	Peněžní prostředky plynoucí z měsíčního vyúčtování výsledků přerozdělování +/- podle § 1 odst. 1 písm. b) vyhlášky o fondech	1 628 995	2 224 280	136,5
2.1	Pojistné z v. z. p. po přerozdělování (ř. 1 + ř. 2) podle §§ 20, 21a zákona č. 592/1992 Sb. a podle § 1 odst. 1 písm. a + b + c) vyhlášky o fondech	6 627 143	8 888 960	134,1
3	Penále, pokuty a přírázky k pojistnému podle § 1 odst. 2 nebo 3 vyhlášky o fondech včetně dohadných položek	13		
3.1	z toho: dohadné položky			
4	Náhrady škod podle § 1 odst. 1 písm. D) vyhlášky o fondech	20 509	17 300	84,4
5	Úroky získané hospodařením se ZFZP podle § 1 odst. 2 nebo 3 vyhlášky o fondech			
6	Ostatní pohledávky podle § 1 odst. 1 písm. g) vyhlášky o fondech			
7	Převody z jiných fondů v souladu s § 1 odst. 1 písm. i) vyhlášky o fondech			
8	Převod zůstatku ZFZP v případě sloučení nebo splynutí zdravotní pojišťovny podle § 1 odst.1 písm. j) vyhlášky o fondech: ZPA ČNZP		59 632 1 958 620	
9	Pohledávky za zahraniční pojišťovnou podle § 1 odst. 1 písm. f) vyhlášky o fondech za uhrazenou zdravotní péči zdravotnickým zařízením za cizí pojištěnce ¹⁾ na základě mezinárodních smluv	2 138	5 300	247,9
10	Pohledávky za zahraniční pojišťovnou za paušální platbu na cizí pojištěnce podle nařízení Rady EHS 1408/71 a 574/72		650	
11	Kladné kurzové rozdíly podle § 1 odst. 1 písm. h) vyhlášky o fondech			
12	Dar určený dárce pro ZFZP, nebo pokud nebyl dárce určen účel daru, podle § 1 odst. 1 písm. e) vyhlášky o fondech			
	Příděl z VH za rok 2007	240		
III.	Čerpání celkem	5 843 788	8 454 095	144,7
1	Závazky za zdravotní péči včetně korekcí a revizí a úhrad jiným zdravotním pojišťovnám podle § 1 odst. 4 písm. a), odst. 4 písm. b), odst. 4 písm. d) a odst. 4 písm. e) vyhlášky o fondech včetně dohadných položek	5 577 359	8 099 170	145,2
	z toho:			
1.1	závazky za léčení pojištěnců Pojišťovny v cizině podle § 1 odst. 4 písm. b) vyhlášky o fondech ²⁾	6 123	6 410	104,7

1.2	dohadné položky k závazkům podle § 1 odst. 4 písm. e) vyhlášky o fondech vztahující se k § 1 odst. 4 písm. a) vyhlášky o fondech	4 200	- 1 200	- 28,6
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)	241 923	306 135	126,5
	v tom:			
3.1	- do rezervního fondu podle § 1 odst. 4 písm. j) vyhlášky o fondech	1 734	4 220	243,4
3.2	- do provozního fondu podle § 1 odst. 4 písm. i) vyhlášky o fondech ³⁾	240 189	301 915	125,7
3.3	- do fondu prevence podle § 1 odst. 4 písm. k) vyhlášky o fondech ⁴⁾			
3.4	- mimořádný převod do provozního fondu - pouze VoZP ČR podle § 1 odst. 4 písm. l) vyhlášky o fondech			
4	Odpis pohledávek podle § 1 odst. 5 vyhlášky o fondech	15 134	29 000	191,6
5	Snížení základního fondu o částky penále, pokut a přírážek na základě rozhodnutí o odstranění tvrdosti podle § 53a zákona č. 48/1997 Sb., podle § 1 odst. 6 vyhlášky o fondech			
6	Závazky vyplývající z poskytnutí zdravotní péče fakturované tuzemskými zdravotnickými zařízeními za cizí pojištěnce ¹⁾ včetně výsledků revize podle § 1 odst. 4 písm. c) vyhlášky o fondech s výjimkou plateb vykázaných paušálem na ř. 7	2 330	5 360	230,0
7	Závazky vůči zahraniční pojišťovně z titulu paušální platby za pojištěnce dané zdravotní pojišťovny podle nařízení Rady EHS 1408/71 a 574/72	854	430	50,4
8	Bankovní poplatky za vedení účtu ZFZP a další poplatky podle § 1 odst. 4 písm. g) vyhlášky o fondech	6 188	14 000	226,2
9	Záporné kurzové rozdíly podle § 1 odst. 4 písm. h) vyhlášky o fondech			
10	Rezervy na pravomocně neskončené soudní spory podle § 1 odst. 4 písm. m) vyhlášky o fondech			
IV.	Konečný zůstatek k poslednímu dni sledovaného období = I + II - III	2 890 035	5 366 402	185,7

B	ZFZP - příjmy a výdaje	Rok 2008 Skutečnost	Rok 2009 ZPP	Procento ZPP 2009 Oč. sk. 2008
		tis. Kč	tis. Kč	
I.	Počáteční zůstatek k 1. 1. ve sledovaném období	1 519 038	2 188 150	144,0
II.	Příjmy celkem	6 559 740	10 120 897	154,3
1	Pojistné z veřejného zdravotního pojištění podle § 1 odst. 1 písm. a) vyhlášky o fondech	4 840 435	6 504 490	134,4
2	Peněžní prostředky plynoucí z měsíčního vyúčtování výsledků přerozdělování +/- podle § 1 odst. 1 písm. b) vyhlášky o fondech	1 629 441	2 224 280	136,5
2.1	Pojistné z v. z. p. po přerozdělování (ř. 1 + ř. 2) podle §§ 20, 21a zák. č. 592/1992 Sb. a podle § 1 odst. 1 písm. a + b) vyhlášky o fondech	6 469 876	8 728 770	134,9
3	Penále, pokuty a přírážky k pojistnému podle § 1 odst. 2 nebo 3 vyhlášky o fondech	28		
4	Náhrady škod podle § 1 odst. 1 písm. D) vyhlášky o fondech	17 021	14 300	84,0
5	Úroky získané hospodařením se ZFZP podle § 1 odst. 2 nebo 3 vyhlášky o fondech			
6	Ostatní příjmy podle § 1 odst. 1 písm. G) vyhlášky o fondech			
7	Převody z jiných fondů v souladu s § 1 odst. 1 písm. i) vyhlášky o fondech			

8	Příjem zůstatku v případě sloučení nebo splynutí zdravotní pojišťovny podle § 1 odst. 1 písm. j) vyhlášky o fondech: ZPA ČNZP		94 767 1 279 510	
9	Příjem od zahraniční pojišťovny podle § 1 odst. 1 písm. f) vyhlášky o fondech za uhrazenou zdravotní péči zdravotnickým zařízením za cizí pojištěnce ¹⁾ na základě mezinárodních smluv	2 505	3 100	123,8
10	Příjem paušální platby na cizí pojištěnce od zahraniční pojišťovny podle nařízení Rady EHS 1408/71 a 574/72	9	450	5 000,0
11	Kladné kurzové rozdíly podle § 1 odst. 1 písm. h) vyhlášky o fondech			
12	Dar určený dárce pro ZFZP, nebo pokud nebyl dárce určen účel daru, podle § 1 odst. 1 písm. e) vyhlášky o fondech			
13	Příjem úvěru na posílení ZFZP			
14	Příjem návratných finančních výpomocí na posílení ZFZP			
	Převod finančních prostředků z jiných fondů a zdaňované činnosti	70 061		
	Příděl z VH za rok 2007	240		
III.	Výdaje celkem	5 896 701	8 395 830	142,4
1	Výdaje za zdravotní péči včetně korekcí a revizí a úhrad jiným zdravotním pojišťovnám podle § 1 odst. 4 písm. a), odst. 4 písm. b) a odst. 4 písm. d) vyhlášky o fondech	5 548 466	8 070 370	145,5
	z toho:			
1.1	výdaje za léčení pojištěnců dané zdravotní pojišťovny v cizině podle § 1 odst. 4 písm. b) vyhlášky o fondech ²⁾	5 710	6 400	112,1
2	Úroky z úvěrů podle § 1 odst. 4 písm. F) vyhlášky o fondech			
3	Příděly do jiných fondů (3.1 + 3.2 + 3.3 + 3.4)	267 370	305 670	114,3
	v tom:			
3.1	- do rezervního fondu podle § 1 odst. 4 písm. j) vyhlášky o fondech ³⁾	1 734	4 220	243,4
3.2	- do provozního fondu podle § 1 odst. 4 písm. i) vyhlášky o fondech ⁴⁾	265 636	301 450	113,5
3.3	- do fondu prevence podle § 1 odst. 4 písm. i) vyhlášky o fondech			
3.4	- mimořádný převod do provozního fondu - pouze VoZP ČR podle § 1 odst. 4 písm. l) vyhlášky o fondech			
4	Výdaje za poskytnutou zdravotní péči fakturovanou tuzemským zdravotnickým zařízením za cizí pojištěnce ¹⁾ včetně výsledků revize podle § 1 odst. 4 písm. c) vyhlášky o fondech s výjimkou plateb vykázaných paušálem na ř. 5	2 040	5 360	262,7
5	Úhrada paušální platby za pojištěnce Pojišťovny do ciziny podle nařízení Rady EHS 1408/71 a 574/72	854	430	50,4
6	Bankovní poplatky za vedení účtu základního fondu a další poplatky podle § 1 odst. 4 písm. g) vyhlášky o fondech	6 188	14 000	226,2
7	Záporné kurzové rozdíly podle § 1 odst. 4 písm. h) vyhlášky o fondech			
8	Splátky úvěrů na posílení ZFZP			
9	Splátky návratných finančních výpomocí na posílení ZFZP			
10	Převod peněžní hotovosti na zvláštní účet rezervy v případě tvorby rezervy podle § 1 odst. 4 písm. m) vyhlášky o fondech ⁵⁾			
	Převod finančních prostředků do jiných fondů a zdaňované činnosti	71 783		
IV.	Konečný zůstatek k poslednímu dni sledovaného období = I + II - III	2 182 077	3 913 217	179,3
	Vnitřní zúčtování	6 073		
	Zůstatek BÚ ke konci sledovaného období = IV + vnitřní zúčtování	2 188 150	3 913 217	178,8

Zvláštní účet	Finanční hotovost na zvláštním bankovním účtu rezervy na krytí rezervy podle § 1 odst. 7 vyhlášky o fondech	0	0	0,0
----------------------	---	---	---	-----

C	Specifikace ukazatele B II/1	Rok 2008 skutečnost tis. Kč	Rok 2009 ZPP tis. Kč	Procento ZPP 2009 Oč. sk. 2008
1	Příjmy z pojistného od zaměstnavatelů	4 530 386	6 013 600	132,7
2	Příjmy z pojistného od OSVČ	277 039	434 190	156,7
3	Příjmy z pojistného od ostatních plátců (OBZP + případné další platby)	33 010	56 700	171,8
4	Neidentifikovatelné platby od různých typů plátců			
5	Součet řádků C ř. 1 až C ř. 4 = B II. ř. 1	4 840 435	6 504 490	134,4

ZPP 2009/2

Poznámky k tabulce:

- 1) Cizí pojištěnec ve smyslu §1 odst. 1 písm. e) a § 1 odst. 4 písm. c) vyhlášky o fondech.
- 2) Řádky 1.1 v oddílech A III a B III obsahují výdaje na zdravotní péči za pojištěnce podle § 14 zákona č. 48/1997 Sb.
- 3) Propočít limitu přidělu podle § 7 vyhlášky je vázán na údaje rozvrhové základny propočtené z oddílu B II ZFZP.
- 4) Pokud zdravotní pojišťovna účtuje úroky, pokuty, penále a přírážky do ZFZP a následně provádí převod ze ZFZP do fondu prevence, bude k tomuto účelu využívat jak oddíl A III ř. 3.3, tak i oddíl B III ř. 3.3.
- 5) Při sestavení ZPP 2009 i očekávané skutečnosti r. 2008 MF doporučuje poplatky za vedení zvláštního účtu rezerv a úroky získané hospodařením s tímto účtem vykazovat v souhrnu s ostatními hodnotami poplatku a úroků na ZFZP. Hodnota peněžních prostředků na zvláštním bankovním účtu by měla odpovídat hodnotě vytvořených rezerv k danému datu (pro očekávanou skutečnost k 31. 12. 2008, pro ZPP 2009 k 31. 12. 2009).

Plánovaná tvorba základního fondu zdravotního pojištění na rok 2009 zahrnuje:

- Předpis plateb pojistného z veřejného zdravotního pojištění od zaměstnavatelů a samoplátců, při jehož propočtu bylo přihlédnuto k:
 - plánovanému počtu pojištěnců v kategoriích plátců pojistného zaměstnavatel a samoplátce,
 - vybraným makroekonomickým ukazatelům publikovaným na stránkách Ministerstva financí na internetu s přihlédnutím k možným ekonomickým důsledkům v době zpracování zdravotně pojistného plánu probíhající světové finanční krize,
 - očekávanému růstu objemu mezd a platů uvedenému v materiálu *Opatření v sektoru zdravotnictví pro řešení dopadů finanční a ekonomické krize* předloženému Ministerstvem zdravotnictví a Ministerstvem financí vládě ČR v březnu 2009,
 - platbám pojistného v systému veřejného zdravotního pojištění v roce 2008,
 - maximálnímu vyměřovacímu základu pro pojistné zaměstnanců a OSVČ dle zákona č. 592/1992 Sb.

Plánovaný nárůst výnosů z plateb pojistného činí po zahrnutí výnosů z pojistného od plátců ZPA od 1.7.2009 a ČNZP od 1.10.2009 u kategorie plátce pojistného-zaměstnavatel v průměru na jednoho pojištěnce 0,8 % a u kategorie samoplátce činí v průměru na jednoho pojištěnce 4,5 % oproti skutečnosti roku 2008.

- Příjmy plynoucí z předpokládaných výsledků přerozdělování pojistného, při jejichž propočtu bylo přihlédnuto k:
 - plánovanému počtu a věkové struktuře pojištěnců Pojišťovny,

- celkovému počtu plátců pojistného,
 - plánovanému výběru pojistného v kategoriích plátců pojistného Pojišťovny zaměstnanec, OSVČ a OBZP s předpokládaným nárůstem 34,4 % oproti skutečnosti roku 2008, který je však způsoben převzetím přibližně 21 000 pojištěnců ZPA, 180 000 pojištěnců ČNZP a plánovaným nárůstem 5 200 pojištěnců Pojišťovny zařazených v těchto kategoriích plátců,
 - plánovanému nárůstu vyměřovacích základů v rámci ČR o 1,7 % oproti skutečnosti roku 2008,
 - maximálnímu vyměřovacímu základu pro pojistné zaměstnanců a OSVČ dle zákona č. 592/1992 Sb.,
 - nákladovým indexům pro přerozdělování pojistného na veřejné zdravotní pojištění pro rok 2009 a procentním podílům pro výpočet měsíčních zálohových plateb úhrady nákladné zdravotní péče stanovených pro rok 2009,
 - platbám od státu za pojištěnce, za které je plátcem pojistného stát, kdy platba na jednoho státem hrazeného pojištěnce je předpokládána ve výši 677 Kč do 30.6.2009 a 727 Kč od 1.7.2009, viz kapitola 1.2 *Zdroje čerpání podkladů*.
- Výnosy z náhrad škod.
 - Předpis pohledávek za CMU.
 - Předpis pohledávek za paušální platby na cizí pojištěnce - důchodce EU.

V souladu s příslušnými ustanoveními vyhlášky č. 418/2003 Sb. je základní fond zdravotního pojištění tvořen také převodem zůstatku tohoto fondu ZPA ke dni 30.6.2009 ve výši 59 632 tis. Kč a zůstatku tohoto fondu ČNZP ke dni 30.9.2009 ve výši 1 958 620 tis. Kč, který zahrnuje dohadnou položku aktivní ve výši 513 580 tis. Kč. Zdroje základního fondu zahrnují předpokládanou výši předpisů pojistného za pojištěnce ZPA od 1.7.2009 a ČNZP od 1.10.2009.

Při tvorbě zdravotně pojistného plánu na rok 2009 v souvislosti s plánovaným sloučením se ZPA a následně s ČNZP byl přehodnocen předpoklad nárůstu vyměřovacích základů oproti skutečnosti roku 2008 ze 7,5 % na 1,7 %. K této skutečnosti přistoupila Pojišťovna na základě vývoje makroekonomické situace v důsledku světové finanční a ekonomické krize, která se projevuje i v České republice.

Příjmy na bankovních účtech základního fondu zdravotního pojištění jsou očekávanou skutečnou výší příjmů, která byla stanovena na základě dlouhodobých zkušeností v oblasti plnění platebního režimu plátců pojistného.

Součástí plánovaných příjmů základního fondu zdravotního pojištění jsou předpokládané zůstatky tohoto fondu na bankovních účtech ZPA ke dni 30.6.2009 ve výši 94 767 tis. Kč a ČNZP ke dni 30.9.2009 ve výši 1 279 510 tis. Kč. Příjmy základního fondu zdravotního pojištění zahrnují předpokládanou výši příjmů z pojistného za pojištěnce ZPA od 1.7.2009 a za pojištěnce ČNZP od 1.10.2009.

Zdroje základního fondu zdravotního pojištění budou čerpány v souladu se zněním vyhlášky č. 418/2003 Sb. zejména na úhrady nákladů za zdravotní péči hrazenou z veřejného zdravotního pojištění a převody přidělů do provozního fondu a rezervního fondu.

Čerpáním základního fondu zdravotního pojištění dle ZPP Pojišťovny na rok 2009 a výdaji na bankovních účtech základního fondu zdravotního pojištění budou:

- Věcné dávky zdravotní péče včetně korekcí, provedených kontrol a úhrad souvisejících s limitem regulačních poplatků a doplatků, jejichž výše vyplývá z analýzy vývoje nákladů na zdravotní péči a stanovení očekávaného nárůstu těchto nákladů v roce 2009 s tím, že na Pojišťovnu přecházejí veškeré závazky sloučených pojišťoven vůči zdravotnickým zařízením vyplývající ze smluvních ujednání. Plánovaná výše nákladů na zdravotní péči hrazenou z veřejného zdravotního pojištění v jednotlivých segmentech je obsahem kapitoly 4.3.4.1 *Struktura nákladů na zdravotní péči v členění dle jednotlivých segmentů*.
- Bankovní poplatky a poštovné související se základním fondem zdravotního pojištění, v nichž pro rok 2009 jsou zohledněny poštovní poplatky související s povinností zdravotních pojišťoven uhradit pojištěncům částky převyšující limit regulačních poplatků a doplatků na léčiva nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely.
- Příděl finančních prostředků do provozního fondu. Vyhláška č. 418/2003 Sb. umožňuje Pojišťovně dle § 7 provádět v návaznosti na průměrný počet pojištěnců příděly finančních prostředků do provozního fondu v maximální výši 3,69 % příjmů z plateb pojistného po přerozdělování, příjmů z náhrad škod, příjmů z pokut a penále vyměřených a uložených za neplnění zákonných povinností a pozdní odvody pojistného a přírážek k pojistnému za opakovaný výskyt pracovních úrazů nebo nemocí z povolání ze stejných příčin. Pojišťovna předpokládá v souvislosti s navrhovanými vládními opatřeními na zmírnění důsledků finanční a ekonomické krize snížení procentního limitu pro příděl do provozního fondu o 0,25 %, plánuje proto skutečně prováděné příděly do provozního fondu nižší, než je maximální limit stanovený vyhláškou.
- Příděl do rezervního fondu k doplnění fondu do výše 1,5 % průměrných ročních výdajů základního fondu zdravotního pojištění za bezprostředně předcházející tři kalendářní roky, viz kapitola 5.5 *Rezervní fond*.
- Odpis dlužného pojistného a penále. Jedná se o nedobytné pohledávky, viz kapitola 6.3 *Vývoj stavu pohledávek po lhůtě splatnosti za plátcí pojistného*.

Stav aktivních dohadných položek na řádku 1.1 oddílu A II. ve skutečnosti roku 2008 vyjadřuje saldo mezi výší dohadných položek k pohledávkám za plátcí pojistného vytvořených k 31.12.2007 a rozpuštěných v roce 2008 a výší dohadných položek vytvořených k 31.12.2008. Obdobný postup je aplikován v plánu na rok 2009.

Stav pasivních dohadných položek na řádku 1.2 oddílu A III. ve skutečnosti roku 2008 vyjadřuje saldo mezi výší dohadných položek k závazkům vůči zdravotnickým zařízením z titulu uplatnění regulačních omezení vytvořených k 31.12.2007 a rozpuštěných v roce 2008 a výší dohadných položek vytvořených k 31.12.2008. Obdobný postup je aplikován v plánu na rok 2009.

Bilance příjmů a nákladů ZFZP

B.	Základní fond zdravotního pojištění (ZFZP) Příjmy ve sledovaném období podle § 1 odst. 7 vyhlášky o fondech	Rok 2008 Skutečnost tis. Kč	Rok 2009 ZPP tis. Kč	Procento ZPP 2009 Oč. sk. 2008
I.	Příjmy celkem	6 489 439	10 120 897	156,0
1	Pojistné z v. z. p. podle § 1 odst. 1 písm. a) vyhlášky o fondech	4 840 435	6 504 490	134,4
2	Peněžní prostředky plynoucí z měsíčního vyúčtování výsledků přerozdělování +/- podle § 1 odst. 1 písm. b) vyhlášky o fondech	1 629 441	2 224 280	136,5
2.1	Pojistné z v. z. p. po přerozdělování (ř. 1 + ř. 2) podle §§ 20, 21 a zák. č. 592/1992 Sb. a § 1 odst. 1 písm. a + b) vyhlášky o fondech	6 469 876	8 728 770	134,9
3	Penále, pokuty a přírázky k pojistnému podle § 1 odst. 2 nebo 3 vyhlášky o fondech	28		
4	Náhrady škod podle § 1 odst. 1 písm. D) vyhlášky o fondech	17 021	14 300	84,0
5	Úroky získané hospodařením podle § 1 odst. 2 nebo 3 vyhlášky o fondech			
6	Ostatní příjmy podle § 1 odst. 1 písm. G) vyhlášky o fondech			
7	Převody z jiných fondů v souladu s § 1 odst. 1 písm. i) vyhlášky o fondech			
8	Příjem zůstatku v případě sloučení nebo splynutí zdravotní pojišťovny podle § 1 odst. 1 písm. j) vyhlášky o fondech: ZPA ČNZP		94 767 1 279 510	
9	Příjem od zahraniční pojišťovny podle § 1 odst. 1 písm. f) vyhlášky o fondech za uhrazenou zdravotní péči zdravotnickým zařízením za cizince na základě mezinárodních smluv	2 505	3 100	123,8
10	Příjem paušální platby za cizí pojištěnce od zahraniční pojišťovny podle nařízení Rady EHS 1408/71 a 574/72	9	450	5 000,0
11	Kladné kurzové rozdíly podle § 1 odst. 1 písm. h) vyhlášky o fondech			
12	Dar určený dárcem pro ZFZP, nebo pokud nebyl dárcem určen účel daru, podle § 1 odst. 1 písm. e) vyhlášky o fondech			
A.	Základní fond zdravotního pojištění (ZFZP)			
II.	Čerpání (Náklady) celkem	5 828 654	8 425 095	144,5
1	Závazky za zdravotní péči včetně korekcí a revizí a úhrad jiným zdravotním pojišťovnám podle § 1 odst. 4 písm. a), odst. 4 písm. b), odst. 4 písm. d) a odst. 4 písm. e) vyhlášky o fondech včetně dohadných položek	5 577 359	8 099 170	145,2
	z toho:			
1.1	závazky za léčení pojištěnců Pojišťovny v cizině podle § 1 odst. 4 písm. b) vyhlášky o fondech	6 123	6 410	104,7
1.2	dohadné položky k závazkům podle § 1 odst. 4 písm. e) vyhlášky o fondech vztahující se k § 1 odst. 4 písm. a) vyhlášky o fondech	4 200	- 1 200	- 28,6
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)	241 923	306 135	126,5
	V tom:			
3.1	- do rezervního fondu podle § 1 odst. 4 písm. j) vyhlášky o fondech ¹⁾	1 734	4 220	243,4
3.2	- do provozního fondu podle § 1 odst. 4 písm. i) vyhlášky o fondech	240 189	301 915	125,7
3.3	- do fondu prevence podle § 1 odst. 4 písm. k) vyhlášky o fondech			
3.4	- mimořádný převod do provozního fondu – pouze VoZP ČR podle § 1 odst. 4 písm. l) vyhlášky o fondech			

4	Závazky vyplývající z poskytnutí zdravotní péče fakturované tuzemskými zdravotnickými zařízeními za cizince včetně výsledků revize podle § 1 odst. 4 písm. c) vyhlášky o fondech s výjimkou plateb vykázanych paušálem na ř. 5	2 330	5 360	230,0
5	Závazky vůči zahraniční pojišťovně z titulu paušální platby za pojištěnce dané zdravotní pojišťovny podle Nařízení Rady EHS 1408/71 a 574/72	854	430	50,4
6	Bankovní poplatky za vedení účtu ZFZP a další poplatky podle § 1 odst. 4 písm. g) vyhlášky o fondech	6 188	14 000	226,2
7	Záporné kurzové rozdíly podle § 1 odst. 4 písm. h) vyhlášky o fondech			
8	Rezervy na pravomocně neskončené soudní spory podle § 1 odst. 4 písm. m) vyhlášky o fondech			
III.	Saldo příjmů a nákladů ZFZP²⁾ (I. Příjmy celkem – II. Čerpání celkem)	660 785	1 695 802	256,6

ZPP 2009/2a

Poznámky k tabulce:

A - údaje vycházející z účetnictví, B - údaje bankovního účtu

1. ZP vykazují v případě, že je rezervní fond naplňován i finančně.
2. Tabulka bude doplněna komentářem k dosaženému saldu příjmů a nákladů ZFZP ve vztahu k zůstatku finančních prostředků.

Tabulka ZPP 2009/2a je bilancí očekávaných příjmů a nákladů (závazků) ZFZP. Výše kladného salda příjmů a nákladů (závazků) vyjadřuje předpoklad, že Pojišťovna bude schopna pokrýt své závazky v roce 2009 bez potřeby čerpat ze zůstatků finančních prostředků minulých let, viz nárůst konečných zůstatků v tabulce ZPP 2009/2 oddíl B.

4.1.1 Náklady na léčení cizinců v České republice

Vývoj nákladů na léčení cizinců v České republice

Ř.	Ukazatel	Měrná jednotka	Rok 2008 Skutečnost	Rok 2009 ZPP	Procento <u>ZPP 2009</u> Oč. Sk. 2008
1.	Náklady na léčení cizinců v ČR celkem ¹⁾	tis. Kč	2 330	5 360	230,0
2.	Počet ošetřených cizinců ²⁾	počet	2 124	4 880	229,8
3.	Průměrné náklady na 1 ošetřeného cizince	Kč	1 097	1 098	100,1

ZPP 2009/14

Poznámky k tabulce:

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

Náklady na léčení cizinců zahrnují úhradu zdravotní péče realizovanou prostřednictvím Centra mezistátních úhrad, viz řádek 6 tabulky ZPP 2009/2, oddíl A III.

4.2 Tvorba, příjmy ZFZP

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

Jednou z hlavních činností Pojišťovny, které ovlivňují výši příjmů v oblasti veřejného zdravotního pojištění, je výběr pojistného na veřejné zdravotní pojištění a kontrola správnosti stanovení výše pojistného, odvedených plateb a dodržování dalších zákonných povinností zaměstnavatelů i pojištěnců, které jsou specifikovány v zákonech č. 48/1997 Sb. a č. 592/1992 Sb.

V souvislosti se sloučením ČNZP a HZP budou návazně konsolidovány registry plátců pojistného s navazujícími informacemi o výši plateb, pohledávek a závazků.

HZP a ČNZP začnou neprodleně po schválení sloučení obou zdravotních pojišťoven v rámci integrace obou informačních systémů připravovat harmonogram činností k převodu pohledávek za plátcí pojistného tak, aby bylo možné sjednotit metodiku výběru pojistného a řešení pohledávek za plátcí pojistného nad celým registrem Pojišťovny. HZP i ČNZP mají za sebou více než patnáctiletou historii působení v oblasti veřejného zdravotního pojištění a tato skutečnost s sebou přináší významné množství informací o plátcích pojistného a značný objem dat v registrech obou pojišťoven.

Kontroly placení pojistného u všech kategorií plátců budou prováděny na základě zjištění dlužného pojistného z údajů vedených v informačním systému Pojišťovny. V případě zjištění nezaplacených dlužných částek bude plátcí zaslána výzva k úhradě dlužného pojistného a penále. Neuhradí-li plátce dlužné částky, budou v souladu s § 53 zákona č. 48/1997 Sb. předepsány dlužné částky výkazem nedoplatků. Výkazy nedoplatků budou sloužit jako podklad pro výkon soudního rozhodnutí. Důraz bude kladen na urychlené provedení kontroly u plátců, kteří neodvádějí pojistné za zaměstnance, případně hradí pojistné s prodlžením a u organizací v likvidaci nebo společností, na jejichž majetek je prohlášen konkurz.

Zaměstnavatelé zasílají zdravotní pojišťovně přehled o platbách pojistného, který obsahuje součet vyměřovacích základů zaměstnanců, celkovou výši pojistného a počet zaměstnanců, za něž je pojistné odváděno. Přehledy o platbách pojistného slouží mimo jiné k vedení evidence pohledávek za dlužným pojistným. Na základě údajů získaných porovnáním celkové výše oznámeného pojistného se skutečnou výší úhrady bude neprodleně provedena kontrola u problematického plátce. Nezašle-li zaměstnavatel přehled o platbách, vyzve jej Pojišťovna ke splnění povinnosti s upozorněním, že v případě nepředložení chybějících přehledů mu bude ve správním řízení stanovena rozhodnutím pravděpodobná výše pojistného a následně bude vyčísleno dlužné pojistné a penále.

Kontroly placení pojistného u osob samostatně výdělečně činných budou probíhat na základě přehledů o výši příjmů a výdajů, vyměřovacího základu a záloh na pojistné, které jsou tyto osoby povinny odevzdat do jednoho měsíce po podání daňového přiznání. Doplatek pojistného je však splatný do osmi dnů po podání daňového přiznání za uplynulý kalendářní rok. Za pozdní placení záloh na pojistné, případně neuhrazení nedoplatku pojistného, bude vyměřováno penále dle § 18 zákona č. 592/1992 Sb.

Obdobným způsobem budou kontrolovány platby pojistného osob bez zdanitelných příjmů. Pojišťovna bude soustavně ověřovat placení pojistného osob bez zdanitelných příjmů

a vyzývat je k úhradě dlužného pojistného a penále. V případě, že pojistné nebo penále nebude uhrazeno, dojde k vyměření dlužných částek výkazem nedoplatků. Při jednání s pojištěnci budou zaměstnanci Pojišťovny vedeni snahou dosáhnout dohody o úhradě dlužných částek s cílem zabezpečit, aby k úhradě došlo dobrovolně a bez prodlení, případně na základě dohodnutého splátkového kalendáře.

V souladu s ustanoveními § 45 zákona č. 48/1997 Sb. vyměří Pojišťovna přírážky k pojistnému zaměstnavatelům, u nichž došlo v uplynulém kalendářním roce k opakovanému výskytu pracovních úrazů ze stejných příčin a v důsledku toho i ke zvýšení nákladů na vynaloženou zdravotní péči.

4.3 Čerpání, výdaje ZFZP

4.3.1 Smluvní politika ve vztahu k zdravotnickým zařízením

4.3.1.1 Záměry vývoje smluvní politiky

V souladu se zákonem č. 48/1997 Sb. budou výběrová řízení na ambulantní zdravotní péči vyhlašována krajskými úřady. Výběrová řízení na poskytování ústavní a lázeňské zdravotní péče bude vyhlašováno Ministerstvem zdravotnictví.

Před uzavřením smlouvy se zdravotnickým zařízením o poskytování a úhradě zdravotní péče dle zákona č. 48/1997 Sb. bude Pojišťovna vyžadovat:

- doklad o absolvování výběrového řízení v případě nově vznikajících zdravotnických zařízení; v případě zdravotnického zařízení žádajícího o rozšíření smluvně sjednaného rozsahu poskytované zdravotní péče posoudí Pojišťovna nezbytnost takového rozšíření s ohledem na zkvalitnění zdravotní péče poskytované pojištěncům Pojišťovna a na ekonomické možnosti Pojišťovny,
- splnění formálních podmínek pro poskytování zdravotní péče daných právními předpisy pro činnost zdravotnických zařízení,
- splnění předepsané erudice pro rozsah výkonu praxe v žadatelově odbornosti,
- atesty zdravotnické techniky v souladu s platnými předpisy, které použití těchto přístrojů upravují,
- prokázání nezbytnosti poskytování zdravotní péče v žadatelově odbornosti v případě souběhu smluvních vztahů, tj. smluvního vztahu s pojišťovnou a současně zaměstnaneckého poměru se zdravotnickým zařízením.

Pojišťovna se bude i nadále aktivně zúčastňovat výběrových řízení na poskytování ústavní a ambulantní zdravotní péče a bude spolupracovat s Ministerstvem zdravotnictví a krajskými úřady na optimalizaci sítě zdravotnických zařízení. Při navazování smluvních vztahů o poskytování a úhradě zdravotní péče se zdravotnickými zařízeními bude Pojišťovna zpravidla vycházet z výsledků výběrového řízení s ohledem na potřebu zajištění dostupnosti zdravotní péče pro své pojištěnce.

Pojišťovna bude i v roce 2009 aplikovat nařízení EU o poskytování a úhradě zdravotní péče a spolupracovat při zajišťování činnosti CMU.

Pojišťovna bude při tvorbě smluvní sítě zdravotnických zařízení spolupracovat s Ministerstvem zdravotnictví, Českou lékařskou komorou, odbornými společnostmi sdruženými v České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně a dalšími odbornými společnostmi.

Pojišťovna bude usilovat o rozvíjení moderních metod řízení zdravotní péče s cílem zlepšit, regulovat a racionalizovat poskytovanou zdravotní péči. Řízená péče svým systémem poskytování a financování zdravotní péče obsahuje nástroje a předpoklady pro aktivní řízení a kontrolu nákladů zdravotní péče, řízení a kontrolu kvality zdravotní péče a řízení přístupu ke službám zdravotní péče. Základními předpoklady pro účinné řízení nákladů, kvality a přístupu jsou:

- selektivní kontrahování poskytovatelů zdravotní péče směřující k vytvoření sítě poskytovatelských kapacit, do které budou převážně směřováni pojištěnci pro poskytnutí zdravotní péče,
- sdílení finančního rizika poskytovateli zdravotní péče (uzavření kontraktu, který vytváří silnou ekonomickou pobídku ke kontrole nákladů),
- kontrola přístupu ke specializované péči prostřednictvím poskytovatelů primární péče.

Smyslem je dosažení podstatně vyšší efektivity při poskytování zdravotní péče na principech EBM, která vede k významným úsporám v nákladech při srovnatelném výsledku preventivní, diagnostické i terapeutické péče pro pojištěnce.

V roce 2009 bude Pojišťovna pokračovat v programech řízené péče pro praktické lékaře. Mimo již fungující sdružení nezávislých lékařských praxí v Ostravě, Třinci a Frýdku-Místku bude iniciovat vznik obdobných sdružení a nových systémů řízené zdravotní péče i v dalších regionech.

Při výběru smluvních zdravotnických zařízení bude Pojišťovna vycházet z potřeby zabezpečit pro všechny své pojištěnce kvalitní zdravotní péči. Při uzavírání smluvních vztahů se zdravotnickými zařízeními v jednotlivých regionech své působnosti se bude Pojišťovna řídit stávajícím zabezpečením zdravotní péče, potřebou její dostupnosti a poptávkou po službách zdravotní péče s přihlédnutím k zastoupení pojištěnců Pojišťovny v daném regionu. Pojišťovna bude v souladu s optimalizací smluvní sítě zveřejňovat a doporučovat seznamy preferovaných poskytovatelů.

Pojišťovna očekává v roce 2009 snahy o vyčleňování ambulantní péče z ústavních zdravotnických zařízení. Spolu s novými trendy v medicíně, kdy stále větší část zdravotní péče je směřována do ambulantní sféry, dojde v síti lůžkových zdravotnických zařízení k restrukturalizaci, což ovlivní smlouvy mezi těmito lůžkovými zdravotnickými zařízeními a Pojišťovnou.

Pojišťovna podpoří smluvní politikou funkční návaznost jednotlivých oborů ústavní péče na finančně méně náročnou domácí péči dle dostupnosti v daném regionu. Pojišťovna bude účelně řídit rostoucí tlak na inovace diagnostických a léčebných technologií.

Pojišťovna nebude chtít pokračovat ve smluvních vztazích v případě souběhů praxí, krátkých úvazků lékařů a bude vyvíjet tlak na akreditaci a certifikaci zdravotnických zařízení tak, aby bylo v konečném důsledku dosaženo zvýšení kvality poskytované zdravotní péče. Důležitými kritérii při posuzování kvality poskytované zdravotní péče budou výsledky porovnatelných léčebných činností, jako reoperace nebo komplikace v průběhu léčby apod.

V souvislosti s rostoucím tlakem na snižování průměrné ošetrovací doby pacienta na akutním lůžku se do budoucna očekává rozvoj ambulantní sítě specialistů. Budou podporovány zejména ambulantní praxe, které budou schopny provádět diagnostickou a léčebnou činnost, zavádět nové diagnostické a léčebné metody s použitím moderních technologií v plném úvazku lékařského místa.

4.3.1.2 Zajištění dostupnosti zdravotní péče v regionech působnosti

Zákon č. 48/1997 Sb. ukládá zdravotní pojišťovně povinnost zajistit svým pojištěncům zdravotní péči hrazenou z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Tuto povinnost zabezpečí Pojišťovna prostřednictvím sítě smluvních zdravotnických zařízení. Poskytnutou nutnou a neodkladnou zdravotní péči uhradí Pojišťovna i zdravotnickému zařízení, s nímž nemá uzavřen smluvní vztah. Pro své pojištěnce bude mít Pojišťovna zdravotní péči smluvně zajištěnou téměř ve všech nemocnicích a poliklinikách v ČR.

V návaznosti na sloučení HZP a ČNZP dojde k výraznému rozšíření stávající regionální sítě Pojišťovny na celoplošnou smluvní síť. Při zajišťování dostupnosti zdravotní péče v jednotlivých krajích zohlední Pojišťovna demografické a geografické zvláštnosti regionů.

Základnu smluvní sítě v každém regionu tvoří široce dostupná primární síť praktických lékařů, praktických lékařů pro děti a dorost, registrujících stomatologů a gynekologů. Nad touto základnou je vytvořena síť specializovaných zařízení ambulantní péče, do které patří ambulance specialistů v jednotlivých oborech, zařízení laboratorních a zobrazovacích vyšetřovacích metod. Dopravní zdravotní služba, domácí ošetrovatelská péče a rehabilitace je smluvně zajištěna s ohledem na specifické potřeby zdravotního stavu pojištěnců v každém konkrétním regionu. Lůžková zdravotnická zařízení v jednotlivých regionech zajišťují péči o klienty v akutních stavech, odkladné výkony, které v ambulantním procesu nelze zajistit a následnou lůžkovou péči. Superspecializovaná péče je poskytována nadregionálně, na výběru pracovišť spolupracuje Pojišťovna s odbornými společnostmi. Přednemocniční neodkladná péče je průřezově zajišťována smluvní sítí územních pracovišť záchranné služby v každém kraji. Pojišťovna bude mít smlouvy se všemi poskytovateli územní záchranné služby v ČR a je připravena reagovat v návaznosti na připravované legislativní normy ve svých individuálních smlouvách ihned na rozšíření počtu stanovišť záchranné služby.

Pojišťovna definuje rozsah zdravotní péče, k níž bude garantovat dostupnost a minimální čekací lhůty na její zajištění ve vybraných smluvních zdravotnických zařízeních. Tato zdravotnická zařízení budou vybrána na základě dlouhodobého sledování elementárních parametrů kvality. Současně budou mít dostatečnou kapacitu pro poskytnutí Pojišťovnou garantované zdravotní péče. Síť vybraných zdravotnických zařízení bude vytvořena tak, aby teritoriálně pokrývala typy zdravotní péče, jejichž dostupnost bude Pojišťovna garantovat.

Nárok na garantovanou dostupnost zdravotní péče bude mít každý pojištěnec Pojišťovny, který splní zákonem stanovené podmínky. Pojišťovna mu zajistí poskytnutí indikované zdravotní péče ve vybrané síti zdravotnických zařízení za předpokladu jejího čerpání v Pojišťovnou doporučeném zdravotnickém zařízení.

4.3.1.3 Sít' smluvních zdravotnických zařízení

Pojišťovna zlepšit dostupnost kvalitní zdravotní péče zejména v regionech, v nichž plánuje získat významnější podíl pojištěnců. Půjde o doplnění počtu smluvních zdravotnických zařízení především v segmentech stomatologů, praktických lékařů, domácí péče a částečně ambulantních specialistů.

Soustava smluvních zdravotnických zařízení

Ř.	Kategorie smluvních zdravotnických zařízení	Rok 2008 Počet ZZ k 31.12. Skutečnost	Rok 2009 Počet ZZ k 31.12. ZPP	Procento ZPP 2009 Skut. 2008
1.	Ambulantní zdravotnická zařízení			
		8 193	21 332	260,4
	z toho:			
1.1	praktický lékař pro dospělé (odb. 001)	1 753	4 250	242,4
1.2	praktický lékař pro děti a dorost (odb. 002)	790	1 930	244,3
1.3	praktický zubní lékař (odb. 014, 015, 019)	2 041	5 240	256,7
1.4	ambulantní specialisté celkem	2 318	7 400	319,2
1.5	domácí péče (odb. 925)	115	340	295,7
1.6	rehabilitační ZZ (odb. 902)	293	950	324,2
1.7	ZZ komplementu (odb. 222, 801 - 805, 807, 809, 812 - 823)	347	680	196,0
1.8	ostatní ambulantní pracoviště	536	542	101,1
2.	Lůžková zdravotnická zařízení celkem	162	409	252,5
	z toho:			
2.1	Nemocnice	121	170	140,5
2.2	odborné léčebné ústavy (kromě LDN a ZZ vykazujících výhradně kód OD 00005)	22	50	227,3
2.2.1	v tom: psychiatrické	10	19	190,0
2.2.2	Rehabilitační	4	9	225,0
2.2.3	TRN	7	9	128,6
2.2.4	Ostatní	1	13	1 300,0
2.3	léčebny dlouhodobě nemocných celkem (vykazující kód 00024)	72	140	194,4
2.3.1	v tom: samostatná ZZ	8	38	475,0
2.3.2	začleněné v rámci jiného ZZ	64	102	159,4
2.4	ošetřovatelská lůžka (vykazující kód 00005)	37	49	132,4
2.4.1	v tom: samostatná ZZ	11	11	100,0
2.4.2	začleněná v rámci jiného ZZ	26	38	146,2
3.	Lázně	43	43	100,0
4.	Ozdravovny	7	7	100,0
5.	Dopravní zdravotní služba	86	258	300,0
6.	Záchranná služba (odb. 709)	32	38	118,8
7.	Lékárny a výdejny zdravotnických prostředků	919	3 200	348,2
8.	Ostatní smluvní ZZ *	77	77	100,0

ZPP 2009/15

Poznámka:

Zákon č.108/2006 Sb., zařízení sociálních služeb

Na základě výběrových řízení realizovaných v roce 2007 ve spolupráci s Ministerstvem zdravotnictví Pojišťovna začala s restrukturalizací smluvní sítě poskytovatelů akutní

i následné lůžkové zdravotní péče. V roce 2009 Pojišťovna pokračuje v restrukturalizaci s cílem zlepšit kvalitu a dostupnost zdravotní péče pro klienty Pojišťovny a zároveň zvýšit efektivitu výdajů na zdravotní péči.

V souvislosti se sloučením se Zdravotní pojišťovnou AGEL není předpokládán až na výjimky nárůst počtu smluvních zdravotnických zařízení, jelikož region působnosti obou zdravotních pojišťoven je téměř totožný. Naopak sloučením HZP a ČNZP ke dni 1.10.2009 dojde k významnému nárůstu počtu smluvních zdravotnických zařízení a bude tak pokryto celé území ČR z pohledu zabezpečení dostupnosti zdravotní péče pro pojištěnce Pojišťovny.

4.3.1.4 Regulační mechanismy a řešení závazko-pohledávkového vztahu ke zdravotnickým zařízením

Pojišťovna bude při realizaci regulačních omezení vycházet z platných právních předpisů. Jednotlivá regulační omezení budou specifikována ve smluvních ujednáních pro příslušné hodnocené období.

Vyhodnocení regulačních omezení

Jednotlivá regulační omezení budou pravidelně vyhodnocována. O výsledcích vyhodnocení Pojišťovna písemně informuje zdravotnická zařízení. Případné připomínky zdravotnických zařízení k regulačním omezením budou projednány. Oprávněné připomínky Pojišťovna zohlední.

Pojišťovna dohodne se zdravotnickými zařízeními uplatnění regulačních omezení způsobem, který zohlední převzetí kmene pojištěnců zdravotních pojišťoven AGEL a ČNZP. Závazky vůči zdravotnickým zařízením budou řešeny přímou úhradou zdravotnickému zařízení, případně započtením pohledávek za ním. Pohledávky budou započteny s úhradou za zdravotní péči následujícího období. Po dohodě se zdravotnickým zařízením může být realizován splátkový kalendář. K vyrovnání pohledávek a závazků z titulu uplatnění regulačních omezení dojde v okamžiku jejich úhrady, případně zápočtu. V souladu s příslušnými ustanoveními vyhlášky č. 418/2003 Sb. vyjadřuje Pojišťovna předpokládané výsledky realizace regulačních omezení formou dohadných položek k závazkům. Výše dohadných položek uvedená v ZPP Pojišťovny je ovlivněna zohledněním plánovaných dohadných položek ČNZP k 31.12.2009. Dohadné položky ovlivňují bilanci základního fondu zdravotního pojištění příslušného účetního období.

4.3.2 Zdravotní politika

Zdravotní politika je zaměřena na dosažení efektivity výdajů na zdravotní péči. Vychází ze zajištění dostupné sítě smluvních zdravotnických zařízení. Způsobem jednání při cenových jednáních a na výběrových řízeních na ambulantní i lůžkovou péči se Pojišťovna snaží dosáhnout maximální efektivity vynakládání finančních prostředků z veřejného zdravotního pojištění. Pojišťovna bude uplatňovat dohodnutá regulační omezení při zachování citlivého přístupu ke smluvním zdravotnickým zařízením tak, aby jejich dopady nebyly přenášeny na její pojištěnce zejména v oblasti dostupnosti zdravotní péče. Cílem všech těchto opatření je udržet trvale vyrovnanou platební bilanci.

Pojišťovna podpoří systémová opatření Ministerstva zdravotnictví, mezi která se řadí zavedení regulačních poplatků a doplatků za léčivé přípravky a potraviny pro zvláštní lékařské účely. V roce 2008 překročilo 324 pojištěnců Pojišťovny limit 5 000 Kč a těmto pojištěncům byla uhrazena částka ve výši 438 tis. Kč. Celková částka vybraná zdravotnickými zařízeními od pojištěnců Pojišťovny v roce 2008 na regulačních poplatcích činila 187 063 tis. Kč a na započitatelných doplácích 38 130 tis. Kč. V souvislosti se změnou právní úpravy limitů v oblasti regulačních poplatků a doplatků za léčivé přípravky a potraviny pro zvláštní lékařské účely i s ohledem na sloučení se ZPA a ČNZP očekává Pojišťovna v roce 2009 překročení limitu u 3 300 pojištěnců s finančním plněním ve výši 4 500 tis. Kč. Celková částka vybraná zdravotnickými zařízeními od pojištěnců Pojišťovny v roce 2009 na regulačních poplatcích je očekávána ve výši 350 000 tis. Kč a na započitatelných doplácích ve výši 70 000 tis. Kč.

Pojišťovna bude vlastní lékovou politiku prosazovat především prostřednictvím smluvních regulačních opatření, kontrolou opodstatněnosti preskripce léčivých přípravků, jejich dávkování a dodržování indikačních a preskripčních omezení. Pojišťovna hodlá v roce 2009 nadále aktivně působit na optimalizaci spotřeby léčivých přípravků spoluprací s lékaři a větší informovaností pojištěnců o spotřebě léčivých přípravků. Pojišťovna bude vyhodnocovat závažné lékové interakce a kontraindikace současně předepsaných léčivých přípravků a o zjištěných bude informovat registrující praktické lékaře. Záměrem bude dosáhnout preskripce splňující farmakoekonomická kritéria.

Již v roce 2004 Pojišťovna zahájila projekt *Lékové knížky* s cílem zvýšit informovanost pacienta i lékaře o preskripci léčivých přípravků, zlepšit koordinaci léčby mezi praktickým lékařem a ambulantním specialistou, předcházet nežádoucím účinkům léčivých přípravků a v neposlední řadě snížit náklady na léčivé přípravky v důsledku racionalizace jejich preskripce. V roce 2005 byl projekt podstatně rozšířen o další zdravotnická zařízení s cílem zvýšit přínosy projektu na širší skupinu pojištěnců a lékařů. Přínosem projektu je zejména snížení počtu předepsaných léčivých přípravků a s tím související pokles v nákladech na léčbu, zejména u polypragmatických pacientů. Pojišťovna bude v projektu pokračovat i v roce 2009 a bude aktivně vyhledávat vhodné regiony za účelem dalšího rozšíření projektu.

Pojišťovna rozšíří rozsah a objem individuálně nakupované lůžkové i ambulantní zdravotní péče s cílem optimalizovat dostupnost a zprůhlednit způsob financování zdravotní péče a hradit jen skutečně poskytnutou zdravotní péči v určitém standardu kvality.

Při uzavírání smluvních vztahů v roce 2009 bude Pojišťovna respektovat ustanovení vyhlášky č. 618/2006 Sb., kterou se vydávají rámcové smlouvy. Smlouvy o poskytování a úhradě zdravotní péče budou obnovovány a uzavírány se zdravotnickými zařízeními tak, aby Pojišťovna plnila ustanovení § 46 odst. 1 zákona č. 48/1997 Sb. Smluvně bude zdravotní péče zajišťována v segmentech poskytujících:

- zdravotní péči praktických lékařů pro dospělé a praktických lékařů pro děti a dorost,
- specializovanou ambulantní péči a péči ženských lékařů s výjimkou zdravotnických zařízení poskytujících fyzioterapii, ergoterapii a klinickou logopedii,
- ambulantní péči zubních lékařů,
- zdravotní péči v nemocnicích, odborných léčebných ústavech, odborných dětských léčebnách a ozdravovnách a léčebnách dlouhodobě nemocných,
- ambulantní diagnostickou péči,
- domácí zdravotní péči, fyzioterapii, ergoterapii a klinickou logopedii,

- zdravotnickou záchrannou službu a dopravu,
- lékařskou péči,
- lázeňskou péči.

Zdravotní péči poskytovanou zdravotnickými zařízeními v jednotlivých segmentech bude Pojišťovna hradit zejména dle individuálního ujednání mezi konkrétním zdravotnickým zařízením a Pojišťovnou. Může se jednat o:

- úhradu výkonovým způsobem se smluvně sjednanou hodnotou bodu,
- úhradu výkonovým způsobem do limitu maximální úhrady ve výši smluvně sjednaného procentuálního navýšení celkové úhrady,
- nakupování péče formou balíčků s předem dohodnutou jednotkovou cenou a objemem,
- paušální úhradu s dohodnutým navýšením oproti referenčnímu období,
- modifikovanou kombinovanou kapitačně výkonovou platbu či kombinovanou platbu za diagnózu.

V případě, že mezi Pojišťovnou a zdravotnickým zařízením nedojde k individuální smluvní dohodě o způsobu úhrady, výši úhrady a regulačních omezeních, bude zdravotní péče poskytovaná v roce 2009 hrazena podle vyhlášky č. 464/2008 Sb. V případě neuzavření smluvního vztahu mezi zdravotnickým zařízením a Pojišťovnou bude tomuto zdravotnickému zařízení hrazena pouze jím poskytnutá nutná a neodkladná zdravotní péče dle vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb.

Pojišťovna bude při konečném vyúčtování zdravotní péče za rok 2009 přihlížet ke způsobům smluvně dohodnutých úhrad HZP a ČNZP před 30.9.2009.

4.3.3 Revizní a kontrolní činnost

Kontrolní a revizní činnost včetně vlastních regulačních opatření zaměří Pojišťovna v roce 2009 na segmenty zdravotní péče, které mají rozhodující vliv na vyváženost finančních zdrojů a výši nákladů zdravotní pojišťovny, a na ty, u nichž se předpokládá vzrůst podílu na výši nákladů zdravotní pojišťovny. Důraz bude kladen tradičně na kontrolu zdravotní péče poskytované v lůžkových zdravotnických zařízeních, na kontrolu v zařízeních ambulantních specialistů a komplementu i na kontrolu preskripce léčivých přípravků a prostředků zdravotnické techniky.

Pojišťovna bude nadále upravovat výdajový subsystém informačního systému na základě změn právních předpisů upravujících způsob úhrad zdravotní péče a na základě regulací vybraných segmentů zdravotní péče.

Informační systém umožňující kontroly povolených frekvencí vykazovaných kódů výkonů a nepovolených souběhů kódů výkonů bude upraven při změně pravidel uvedených v platném *Seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami*.

Pojišťovna nepředpokládá, s výjimkou změn souvisejících s navýšením mzdových indexů, v roce 2009 zásadní změny v bodových hodnotách výkonů, které jsou uvedeny v platném *Seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami*. Zaměří tedy svou kontrolu jako doposud na povolené frekvence vykázaných výkonů, povolený typ poskytnuté zdravotní péče, nepovolené kombinace kódů výkonů a dodržování zákonem stanovených úhrad zdravotních výkonů. Na základě analýz vykazované zdravotní péče se revizní činnost Pojišťovny mimo

jiné zaměří na zdravotnická zařízení vykazující vysoké náklady na jednoho pojištěnce ve výkonech a v preskripci, na zdravotnická zařízení vykazující např. skokový nárůst objemu zdravotní péče, vysoké procento komplikovaných diagnóz či negativní vývoj průměrné ošetrovací doby na standardních lůžkách nebo na lůžkách JIP a ARO.

Snahou revizních lékařů bude zabránit neopodstatněné preskripci léčivých přípravků a zdravotnických prostředků. Cílem Pojišťovny je dosáhnout takového stavu, kdy pojištěnec dostane léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v takovém množství a kvalitě, která bude v provedení nejméně ekonomicky náročným odpovídat potřebám jeho zdravotního stavu.

Kontrola oprávněnosti a správnosti účtování poskytnuté nákladné zdravotní péče pro potřeby přerozdělování pojistného na veřejné zdravotní pojištění bude realizována podle § 21a, odst. 11 zákona č. 592/1992 Sb. a příslušných ustanovení vyhlášky č. 644/2004 Sb.

Pojišťovna předpokládá, že na objem zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění bude mít vliv restrukturalizace ústavních zdravotnických zařízení s redukcí počtu akutních lůžek. Pojišťovna bude připravena se podílet na vzniku pravidel pro tvorbu sítě zdravotnických zařízení jak v lůžkové, tak v ambulantní části.

Pojišťovna bude klást zvýšený důraz na úpravy smluvní pasportizace výkonů pro všechny typy zdravotnických zařízení. Podle příslušných ustanovení zákona č. 48/1997 Sb. bude Pojišťovna uplatňovat při úhradách zdravotnickým zařízením časovou regulaci na základě koeficientů vypočítaných Informačním centrem zdravotního pojištění.

Pojišťovna se bude podílet na přípravě, zpracování a zavedení celostátně uznávaných diagnostických a terapeutických standardů včetně screeningových programů onkologické prevence. Zavádění je postupné a bude zahrnovat stále větší rozsah diagnostické a terapeutické péče. Pojišťovna předpokládá, že standardy budou zohledňovat ekonomické možnosti státu a veřejného zdravotního pojištění při poskytování zdravotní péče.

V oblasti kontroly mezistátních úhrad poskytnuté zdravotní péče se Pojišťovna zaměří především na posouzení, zda poskytnutá péče odpovídala typu sjednaného pojištění a statutu pojištěnce, zvláště v případech lékařsky nutné a neodkladné zdravotní péče.

Pojišťovna bude provádět kontrolní a revizní činnost ve zdravotnických zařízeních s cílem zachovat či zvýšit kvalitu hrazené zdravotní péče. Právním podkladem pro tuto činnost budou ustanovení § 42 zákona č. 48/1997 Sb. a další podzákoné normy. Poskytnutá zdravotní péče bude kontrolována podle platného *Seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami* a v souladu s platnými číselníky léčivých přípravků a zdravotnických prostředků. Cílem kontrolních návštěv ve zdravotnických zařízeních bude zejména posouzení účelnosti a kvality poskytnuté zdravotní péče, posouzení účelné farmakoterapie a porovnání vykazovaných kódů zdravotních výkonů se zdravotnickou dokumentací pojištěnců s využitím informací z účtu pojištěnce.

V oblasti lékové politiky bude Pojišťovna podporovat realizaci takového kontrolního systému, jehož konečným výstupem v návaznosti na systém úhrady bude zamezení neúčelné a nadměrné spotřeby léčivých přípravků. Je to především zaměření se na kontrolu nadměrné preskripce léčivých přípravků a jejich interakcí. U zdravotnických prostředků se jedná o problematiku evidence, repasování a cirkulace. K jejímu řešení i nadále přispěje velmi

dobrá vzájemně koordinovaná spolupráce všech zainteresovaných zaměstnanců se zdravotnickými zařízeními a firmami zabývajícími se touto činností.

Při kontrole se revizní lékaři budou podílet i nadále na vypracování odborných posudků, které slouží jako podklady právnímu útvaru k uplatňování nároků na náhradu škody, která Pojišťovně vznikne vynaložením nákladů na léčení poškození zdraví způsobených protiprávním jednáním třetích osob, dle ustanovení §55 odst. 1 zákona č. 48/1997 Sb.

Jednotný postup Pojišťovny při provádění kontrolní činnosti ve zdravotnických zařízeních bude upraven vnitřními předpisy. Vnitřní předpisy rovněž upraví způsoby vyhodnocení kvality poskytované zdravotní péče ve srovnatelných zdravotnických zařízeních. Na základě průběžného hodnocení budou zpracovány čtvrtletní plány kontrolních návštěv zdravotnických zařízení. Budou kontrolovány důvody překračování průměrných nákladů na zdravotní výkony a na preskripci léčivých přípravků a prostředků zdravotnické techniky. Revize se nově zaměří na úhrady regulačních poplatků v ambulantních a v lůžkových zdravotnických zařízeních, na nedostatečný výběr regulačních poplatků i na jejich neoprávněné vybírání.

Podmínkou úspěšné realizace kontrolní a revizní činnosti bude v roce 2009 další zefektivňování práce revizních lékařů a odborných zaměstnanců ve zdravotnictví zabývajících se revizní činností především v odbornostech poskytující vysoce nákladnou zdravotní péči. Erudice revizních lékařů bude nadále zvyšována jejich účastí na odborných seminářích, školeních a vzdělávacích akcích odborných společností a ČLK. Cílem výše uvedených opatření v roce 2009 bude jednotné uplatňování zdravotní politiky Pojišťovny ve vztahu k poskytovatelům zdravotní péče i pojištěncům.

V návaznosti na sloučení HZP a ČNZP bude Pojišťovna od 1.10.2009 v rámci kontrolní činnosti implementovat a využívat vybrané nástroje a procesy Integrovaného revizního a kontrolního systému (IRKS), který byl v ČNZP po technické stránce zaváděn, nastavován a ověřován v letech 2007 - 2008.

4.3.4 Struktura nákladů na zdravotní péči v členění podle jednotlivých segmentů

4.3.4.1 Struktura nákladů na zdravotní péči v členění dle jednotlivých segmentů

Náklady na zdravotní péči dle jednotlivých segmentů

A.	Název ukazatele	Měrná jednotka	Rok 2008 Skutečnost	Rok 2009 ZPP	Procento ZPP 2009 Skut. 2008
I.	Náklady na zdravotní péči celkem čerpané z oddílu A ZFZP¹⁾ (součet ř. 1 - ř. 12)	tis. Kč	5 577 359	8 099 170	145,2
1.	z toho: Na ambulantní péči celkem (ZZ nevykazující žádný kód OD, zahrnuty náklady na ZULP, ZUM, s výjimkou nákladů na léky na recepty a zdravotnické prostředky vydané na poukazy)	tis. Kč	1 605 150	2 302 754	143,5
1.1	z toho: na stomatologickou péči (odb. 014, 015, 019)	tis. Kč	340 965	478 531	140,3
1.2	na péči praktických lékařů (odb. 001, 002)	tis. Kč	366 782	565 934	154,3
1.3	na gynekologickou péči (odb. 603, 604)	tis. Kč	103 726	148 904	143,6
1.4	na rehabilitační péči (odbornost 902)	tis. Kč	78 697	107 175	136,2
1.5	na diagnostickou zdravotní péči (odbornosti 222, 801 - 805, 807, 809, 812 - 823)	tis. Kč	232 478	317 947	136,8
1.6	na domácí zdravotní péči (odbornost 925)	tis. Kč	23 210	31 480	135,6
1.7	na specializovanou ambulantní péči (odbornosti neuvedené v ř. 1.1 - 1.6 a neuvedené v ř. 2)	tis. Kč	450 674	640 910	142,2
1.8	na zdravotní péči v ZZ poskytnutou osobám umístěným v nich z jiných než zdravotních důvodů (§ 22 písm. c) zákona č. 48/1997 Sb.)	tis. Kč	2	140	7 000,0
1.9	na zdravotní péči poskytnutou v zařízeních sociálních služeb (§ 22 písm. d) zákona č. 48/1997 Sb., ve znění zákona č. 109/2006 Sb.)	tis. Kč	0	0	0,00
1.10	na ošetrovatelskou a rehabilitační péči poskytnutou zařízeních sociálních služeb (§ 22 písm. e) zákona č. 48/1997 Sb., ve znění zákona č. 109/2006 Sb.)	tis. Kč	8 616	11 733	136,2
2.	Na ústavní péči celkem (ZZ vykazující kód OD, zahrnuty náklady na ZULP, ZUM, paušál na léky i příp. nasmlouvanou péči ambulantní, stomatologickou a dopravu provozovanou v rámci lůžkového ZZ s výjimkou nákladů na léky na recepty a zdravotnické prostředky vydané na poukazy)	tis. Kč	2 641 601	3 876 056	146,7
2.1	v tom: nemocnice	tis. Kč	2 423 977	3 572 117	147,4
2.2	odborné léčebné ústavy (OLÚ s výjimkou ZZ uvedených v ř. 2.3 a 2.4)	tis. Kč	143 277	201 060	140,3
2.3	léčebny dlouhodobě nemocných (samostatná ZZ vykazující kód OD 00024)	tis. Kč	54 026	73 546	136,1
2.4	ošetrovatelská lůžka (samostatná ZZ vykazující kód OD 00005)	tis. Kč	20 321	29 333	144,3
3.	Na lázeňskou péči	tis. Kč	107 221	149 863	139,8
4.	Na péči v ozdravovnách	tis. Kč	704	949	134,8
5.	Na dopravu (zahrnují dopravní zdravotní službu včetně individuální dopravy, nezahrnují dopravu z ř. 2)	tis. Kč	28 451	39 353	138,3

6.	Na zdravotnickou záchrannou službu (odb. 709, ZZ nevykazující žádný kód OD)	tis. Kč	35 088	67 636	192,8
7.	Na léky vydané na recepty celkem	tis. Kč	977 401	1 354 665	138,6
7.1	v tom: předepsané v ambulantních ZZ (samostatná ambulantní ZZ)	tis. Kč	639 496	886 213	138,6
7.1.1	z toho: u praktických lékařů	tis. Kč	293 796	398 381	135,6
7.1.2	u specializované ambulantní péče	tis. Kč	345 700	487 832	141,1
7.2	předepsané v lůžkových ZZ	tis. Kč	337 905	468 452	138,6
8.	Na zdravotnické prostředky vydané na poukazy celkem	tis. Kč	174 742	266 790	152,7
8.1	v tom : předepsané v ambulantních ZZ (samostatná ambulantní ZZ)	tis. Kč	102 244	156 791	153,3
8.2	předepsané v lůžkových ZZ	tis. Kč	72 498	109 999	151,7
9.	Na léčení v zahraničí ²⁾	tis. Kč	6 123	6 410	104,7
10.	Finanční prostředky (vratky) podle § 16b zákona č. 48/1997 Sb. ⁴⁾	tis. Kč	438	4 500	1 027,4
11.	Náklady na očkovací látky ⁵⁾	tis. Kč		29 474	
12.	Ostatní náklady na zdravotní péči (nezařazené do předchozích bodů)	tis. Kč	440	720	163,6
II.	Náklady na zlepšení zdravotní péče čerpané z jiných fondů ³⁾	tis. Kč	259 955	147 050	56,6
III.	Náklady na zdravotní péči celkem ⁶⁾ (součet ř. I + ř. II)	tis. Kč	5 837 314	8 246 220	141,3

ZPP 2009/12

Poznámky k tabulce:

- 1) Údaj vychází z oddílu A III ř. 1 základního fondu zdravotního pojištění, tj. včetně dohadných položek.
 - 2) Zdravotní pojišťovny vykazují náklady na léčení v zahraničí podle § 1 odst. 4 písm. b) vyhlášky o fondech. Údaj vychází z oddílu A III ř. 1.1 tabulky č. 2.
 - 3) Údaj vychází z oddílu A III ř. 1 tabulky č. 7 minus údaje oddílu A II ř. 4 tabulky č. 7 plus oddíl A III ř. 5 tab. č. 7 plus oddílu A III ř. 1 tabulky č. 9 a 10.
 - 4) ZP vykazují objem finančních prostředků nad limit stanovený v § 16b zákona č. 48/1997 Sb.
 - 5) ZP vykazují náklady na očkovací látky aplikované v rámci povinného očkování dle zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví.
- Položka *Ostatní náklady na zdravotní péči* zahrnuje náklady odborností 901, 903, 910 a 931.
- 6) Údaje o skutečných nákladech za zdravotní péči nezahrnují skutečnou výši nákladů za zdravotní péči poskytnou pojištěncům ZPA a ČNZP z období před sloučením.

Očekávaný nárůst objemu nákladů na zdravotní péči v roce 2009 odpovídá předpokládaným makroekonomickým odhadům navýšení disponibilních zdrojů z veřejného zdravotního pojištění a nárůstu počtu pojištěnců. Výše a způsob úhrady zdravotní péče jsou dány vyhláškou č. 464/2008 Sb. vydanou Ministerstvem zdravotnictví pro rok 2009 a individuální smluvní politikou, která naplňuje strategii Pojišťovny v oblasti zvyšování kvality a dostupnosti zdravotní péče pro pojištěnce.

Plánovaný objem úhrad zohledňuje navýšení spotřeby zdravotní péče v souvislosti s převzetím 63 tis. pojištěnců ZPA a s dalším rozšířením pojistného kmene o 305 tis. pojištěnců ČNZP. Protože ZPA získala převážnou část svých pojištěnců až k datu 1.10.2008, resp. k 1.1. 2009, nebylo možné při stanovení předpokládané výše nákladů za tyto pojištěnce v roce 2009 vycházet z referenčních hodnot o čerpání zdravotní péče. Předpokládaný objem nákladů na zdravotní péči byl proto stanoven na základě dat o pojištěncích Pojišťovny s přihlédnutím ke struktuře pojistného kmene ZPA. Předpoklad nákladů souvisejících s čerpáním zdravotní péče pojištěnci ČNZP byl stanoven na základě očekávaných nákladů ČNZP ve 4. čtvrtletí 2009.

Pojišťovna předpokládá, že přestože dojde v roce 2009 k významnému rozšíření sítě z hlediska počtu smluvních zdravotnických zařízení, struktura nákladů smluvních zařízení akutní i následné lůžkové péče, primární péče, ambulantní specializované péče včetně segmentů indukované péče zůstane zachována. Snaha Pojišťovny bude přenést část nákladů z akutní lůžkové zdravotní péče do následné péče, případně dále až do systému sociální péče.

Pro primární zdravotní péči praktických lékařů pro dospělé, praktických lékařů pro děti a dorost a gynekologů považuje Pojišťovna stávající síť zdravotnických zařízení v regionu severní Moravy a Slezska i budoucí rozšířenou síť v rámci celého území ČR za dostatečnou a předpokládá progresivní růst objemu nákladů s ohledem na preferenci primární zdravotní péče a preventivní programy.

Pojišťovna bude rozšiřovat síť smluvních zdravotnických zařízení ambulantních specialistů pouze ve vybraných specializacích s cílem zlepšit dostupnost zdravotní péče pro své pojištěnce. Úhrady budou stabilizovány prostřednictvím regulačních omezení zveřejněných ve vyhlášce Ministerstva zdravotnictví nebo v individuálně sjednaných dohodách s poskytovateli zdravotní péče.

Segment ústavní péče dosahuje vysokého podílu na výdajích z prostředků veřejného zdravotního pojištění a Pojišťovna i nadále předpokládá proporcionální růst nákladů ve všech subsegmentech s tím, že budou pokračovat dosavadní trendy v počtech ošetřovaných pojištěnců. Plánované procento nárůstu výdajů odráží také zvyšování fixních nákladů ve všech zařízeních akutní i následné lůžkové péče v důsledku investic do nových technologií, rostoucí četnosti úhrady mimořádně nákladné péče hrazené nad rámec paušálních úhrad, dlouhodobě rostoucího trendu spotřeby léčivých přípravků indikovaných na specializovaných pracovištích - centrech se zvláštní smlouvou se zdravotními pojišťovnami a také z důvodu krytí zvýšených režii pro vybrané chirurgické výkony.

Pojišťovna předpokládá v roce 2009 další rozvoj projektu garance dostupnosti zdravotní péče. V rámci projektu je Pojišťovna připravena v definovaných segmentech zdravotní péče garantovat svým pojištěncům, kteří splní stanovené podmínky, minimální čekací lhůty. Pojišťovna plánuje na úhradu zdravotní péče vykázané v souvislosti s tímto projektem náklady ve výši 150 000 tis. Kč.

Náklady na lázeňskou péči a péči v dětských ozdravovnách ovlivní Pojišťovna prostřednictvím smluvních platebních ujednání pro jednotlivá pololetí a důsledným dodržováním platného indikačního seznamu při schvalování návrhů. V tomto segmentu Pojišťovna neočekává zásadní zvýšení počtu léčených pojištěnců.

Pro zdravotnickou dopravu předpokládá Pojišťovna proporcionální nárůst nákladů. U zdravotnické záchranné služby Pojišťovna plánuje v souvislosti s připravovanými legislativními změnami (zákon o zdravotnické záchranné službě) velmi výrazné navýšení nákladů oproti skutečnosti roku 2008.

Pojišťovna předpokládá nižší růst nákladů na léky a zdravotnické prostředky, než je obecné tempo růstu nákladů na zdravotní péči s ohledem na změny cenové hladiny léčiv a plošně uplatňovaná regulační opatření a zároveň nepředpokládá v roce 2009 výrazný nárůst nákladů na léčení svých pojištěnců v zahraničí s realizací úhrady prostřednictvím Centra mezistátních úhrad.

K hodnotě v řádku 10 dospěla Pojišťovna prostřednictvím analýzy dat roku 2008, na jejichž základě byly odhadnuty frekvence návštěv v ambulantních zdravotnických zařízeních, průměrné doby hospitalizace a předpokládané doplátky za léčivé přípravky předepsané na recepty a zdravotnické prostředky předepsané na poukazy v roce 2008, a porovnáním těchto hodnot s počty pojištěnců s vysokými ročními náklady na zdravotní péči.

4.3.4.2 Náklady na zdravotní péči dle jednotlivých segmentů v přepočtu na jednoho pojištěnce

Náklady na zdravotní péči dle jednotlivých segmentů v přepočtu na jednoho pojištěnce

A.	Název ukazatele	Měrná jednotka	Rok 2008 Skutečnost	Rok 2009 ZPP	Procento ZPP 2009 Skut. 2008
I.	Náklady na zdravotní péči celkem čerpané z oddílu A ZFZP¹⁾ (součet ř. 1 - ř. 12)	Kč	15 486	17 078	110,3
1.	z toho: Na ambulantní péči celkem (ZZ nevykazující žádný kód OD, zahrnuty náklady na ZULP, ZUM, s výjimkou nákladů na léky na recepty a zdravotnické prostředky vydané na poukazy)	Kč	4 457	4 856	109,0
1.1	z toho: na stomatologickou péči (odb. 014, 015, 019)	Kč	947	1 009	106,5
1.2	na péči praktických lékařů (odb. 001, 002)	Kč	1 018	1 193	117,2
1.3	na gynekologickou péči (odb. 603, 604)	Kč	288	314	109,0
1.4	na rehabilitační péči (odbornost 902)	Kč	219	226	103,2
1.5	na diagnostickou zdravotní péči (odbornosti 222, 801 - 805, 807, 809, 812 - 823)	Kč	646	671	103,9
1.6	na domácí zdravotní péči (odbornost 925)	Kč	64	66	103,1
1.7	na specializovanou ambulantní péči (odb. neuvedené v ř. 1.1 - 1.6 a neuvedené v ř. 2)	Kč	1 251	1 352	108,1
1.8	na zdravotní péči v ZZ poskytnutou osobám umístěným v nich z jiných než zdravotních důvodů (§ 22 písm. c) zákona č. 48/1997 Sb.)	Kč	0	0	0,0
1.9	na zdravotní péči poskytnutou v zařízeních sociálních služeb (§ 22 písm. d) zákona č. 48/1997 Sb., ve znění zákona č. 109/2006 Sb.)	Kč	0	0	0,0
1.10	na ošetrovatelskou a rehabilitační péči poskytnutou zařízeních sociálních služeb (§ 22 písm. e) zákona č. 48/1997 Sb., ve znění zákona č. 109/2006 Sb.)	Kč	24	25	104,2
2.	Na ústavní péči celkem (ZZ vykazující kód OD, zahrnuty náklady na ZULP, ZUM, paušál na léky i případně nasmlouvanou péči ambulantní, stomatologickou a dopravu provozovanou v rámci lůžkového ZZ s výjimkou nákladů na léky na recepty a zdravotnické prostředky vydané na poukazy)	Kč	7 335	8 173	111,4
2.1	v tom: nemocnice	Kč	6 731	7 532	111,9
2.2	odborné léčebné ústavy (OLÚ s výjimkou ZZ uvedených v ř. 2.3 a 2.4)	Kč	398	424	106,5
2.3	léčebny dlouhodobě nemocných (samostatná ZZ vykazující kód OD 00024)	Kč	150	155	103,3

2.4	ošetřovatelská lůžka (samostatná ZZ vykazující kód OD 00005)	Kč	56	62	110,7
3.	Na lázeňskou péči	Kč	298	316	106,0
4.	Na péči v ozdravovnách	Kč	2	2	100,0
5.	Na dopravu (zahrnují dopravní zdravotní službu včetně individuální dopravy, nezahrnují dopravu z ř. 2)	Kč	79	83	105,1
6.	Na zdravotnickou záchrannou službu (odb. 709, ZZ nevykazující žádný kód OD)	Kč	97	143	147,4
7.	Na léky vydané na recepty celkem	Kč	2 714	2 856	105,2
	v tom:				
7.1	předepsané v ambulantních ZZ (samostatná ambulantní ZZ)	Kč	1 776	1 868	105,2
7.1.1	z toho: u praktických lékařů	Kč	816	840	102,9
7.1.2	u specializované ambulantní péče	Kč	960	1 028	107,1
7.2	předepsané v lůžkových ZZ	Kč	938	988	105,3
8.	Na zdravotnické prostředky vydané na poukazy celkem	Kč	485	562	115,9
	v tom :				
8.1	předepsané v ambulantních ZZ (samostatná ambulantní ZZ)	Kč	284	330	116,2
8.2	předepsané v lůžkových ZZ	Kč	201	232	115,4
9.	Na léčení v zahraničí	Kč	17	14	82,4
10.	Finanční prostředky (vratky) podle § 16b zákona č. 48/1997 Sb.	Kč	1	10	1 000,0
11.	Náklady na očkovací látky	Kč	0	62	0,0
12.	Ostatní náklady na zdravotní péči (nezařazené do předchozích bodů)	Kč	1	1	100,0
II.	Náklady na zlepšení zdravotní péče čerpané z jiných fondů	Kč	722	310	42,9
III.	Náklady na zdravotní péči celkem²⁾ (součet ř. I + ř. II)	Kč	16 208	17 388	107,3

ZPP 2009/13

Poznámky k tabulce:

- 1) Vazba na tabulku č. 12 s použitím průměrného počtu pojištěnců, tabulka č. 1 Přehled základních ukazatelů, ř. 2.
- 2) Údaje o skutečných nákladech za zdravotní péči na 1 pojištěnce nezahrnují skutečnou výši nákladů za zdravotní péči poskytnou pojištěncům ZPA a ČNZP z období před sloučením.

5 Ostatní fondy

5.1 Zdravotní péče hrazená z fondu prevence

5.1.1 Preventivní programy

Pojišťovna realizovala v roce 2008 čerpání fondu prevence na preventivní programy v téměř trojnásobné výši oproti částce plánované ve zdravotně pojistném plánu na rok 2008. Tato skutečnost byla důsledkem vyostření konkurenčního boje mezi zdravotními pojišťovnami, zvýšené medializace problematiky týkající se preventivních programů nabízených zdravotními pojišťovnami a podstatného navýšení počtu nově registrovaných pojištěnců.

V rámci zdravotní péče hrazené z fondu prevence se Pojišťovna v roce 2009 zaměří na programy určené k prevenci vzniku závažných onemocnění. Náplň preventivních programů bude v souladu s příslušnými ustanoveními zákona č. 280/1992 Sb. zaměřena na níže uvedené stěžejní oblasti:

- rehabilitačně rekondiční preventivní programy,
- preventivní programy podporující zdravý způsob života,
- preventivní programy proti vzniku závažných onemocnění,
- preventivní programy pro dárce krve, plasmy a kostní dřeně.

Náklady na preventivní zdravotní péči čerpanou z fondu prevence

Ř.	Účelová položka	Počet účastníků ¹⁾	Rok 2008 skutečnost tis. Kč	Rok 2009 ZPP tis. Kč	Procento ZPP 2009 Skut. 2008
1.	Náklady na zdravotní programy²⁾		255 524	139 590	54,6
	Rehabilitačně rekondiční preventivní programy		8 883	13 427	151,2
	Preventivní programy podporující zdravý způsob života		203 171	46 968	23,1
	Preventivní programy proti vzniku závažných onemocnění		41 193	74 616	181,1
	Programy pro dárce krve, plasmy a kostní dřeně		2 277	4 579	201,1
2.	Náklady na ozdravné pobyty²⁾	162	1 696	1 960	115,6
	Vysokohorské ozdravné pobyty	162	1 696	1 960	115,6
3.	Ostatní činnosti²⁾		2 735	5 500	201,1
	Preventivní programy dodatečně schválené SR				
	Motivační program plánu řízené péče		2 735	5 500	201,1
4.	Náklady na preventivní zdravotní péči celkem³⁾		259 955	147 050	56,6

ZPP 2009/16

Poznámky k tabulce:

- 1) Zdravotní pojišťovna vykazuje pouze u ozdravných pobytů k 31. 12. sledovaného období.
- 2) Zdravotní pojišťovna uvede jmenovitě jednotlivé druhy programů nebo činností.
- 3) Vazba na údaje tabulky č. 7 oddíl A III ř. 1 minus údaje oddílu A II ř. 4 plus oddíl A III ř. 5

Rehabilitačně rekondiční programy přispívají ke zlepšování zdravotního stavu pojištěnců, kteří trpí chronickými onemocněními nebo chorobami spojenými s oslabenou imunitou vlivem narušeného životního prostředí nebo rizikového pracovního prostředí. Podstatná část

pojištěnců Pojišťovny žije v průmyslem zatíženém životním prostředí, které negativně ovlivňuje jejich zdravotní stav.

Preventivní programy podporující zdravý způsob života motivují pojištěnce ke zlepšení jejich zdravotního stavu a zároveň zvyšují kvalitu jejich života prostřednictvím relaxačních aktivit. Tyto aktivity přispívají ke snižování rizika onemocnění civilizačními chorobami, ke zlepšení zdravotního stavu a také k vytváření pozitivního vztahu ke zdravému způsobu života.

Přínos preventivních programů proti vzniku závažných onemocnění spočívá v předcházení závažným onemocněním, která v případě jejich neléčení výrazně snižují kvalitu života pojištěnců a zvyšují náklady na zdravotní péči.

Bezpríspevkové dárcovství krve, plasmy a kostní dřeně patří ke společensky prospěšné činnosti. Pojišťovna tyto aktivity podporuje vybranými preventivními programy.

Motivační program plánu řízené péče obsahuje nabídku produktů a služeb, které klienti mají nárok čerpat dle podmínek předem stanovených pro plán *Medipartner*. Zpravidla je tento motivační program vyhlášen na období jednoho roku. Podmínky čerpání motivačního programu plánu *Medipartner* v sobě zahrnují povinnost Pojišťovny zabezpečit pro klienty Plánu rozsah vyhlášeného motivačního programu. Ten bude i v roce 2009 zaměřen na aktivity týkající se především zdravého způsobu života klientů Plánu.

Ke dni 11.5.2009 byla změněna struktura preventivních programů Pojišťovny. Nabídka programů byla rozšířena o nové preventivní programy proti vzniku závažných onemocnění, byly vyřazeny některé programy na podporu zdravého životního stylu a u části preventivních programů byly upraveny limity čerpání příspěvků.

Po datu 1.10.2009 budou mít všichni pojištěnci Pojišťovny nárok na čerpání programů, které budou vycházet z úpravy provedené v květnu 2009. Pojišťovna zvažuje k tomuto datu rozšíření nabídky preventivních programů o programy z nabídky ČNZP. Nabídka nových preventivních programů bude specifikována ve zdravotně pojistném plánu Pojišťovny na rok 2010.

Objem finančních prostředků fondu prevence určených na realizaci preventivních programů včetně náplně jednotlivých preventivních programů bude schvalovat Správní rada Pojišťovny. Skladba preventivních programů na rok 2009 se bude vyvíjet v závislosti na aktuálních potřebách pojištěnců, případných legislativních změnách v oblasti čerpání fondu prevence a bude v souladu se záměry vývoje struktury pojištěnců. V této souvislosti může vedení Pojišťovny v průběhu roku 2009 předložit správní radě ke schválení návrh čerpání fondu prevence nad rámec rozpočtu schváleného ve zdravotně pojistném plánu. Ředitel Pojišťovny může schválit převod finanční částky mezi jednotlivými kategoriemi zdravotních programů. Čerpání fondu prevence však nepřesáhne objem finančních prostředků, které tvoří fond v souladu s příslušnými právními předpisy.

V případě, že některé očkovací vakcíny budou v průběhu roku 2009 zařazeny na seznam vakcín hrazených z prostředků veřejného zdravotního pojištění, Pojišťovna na ně přestane svým pojištěncům poskytovat finanční příspěvek z fondu prevence.

5.1.2 Tvorba a čerpání fondu prevence

Fond prevence Pojišťovny

A	Fond prevence - tvorba a čerpání	Rok 2008 Skutečnost tis. Kč	Rok 2009 ZPP tis. Kč	Procento ZPP 2009 Skut. 2008
I.	Počáteční zůstatek k 1. 1. ve sledovaném období	464 747	336 751	72,5
II.	Tvorba celkem	157 922	528 261	334,5
1	Zdroje podle zákona č. 551/1991 Sb. a č. 280/1992 Sb.	152 547	139 080	91,2
1.1	v tom: příděl ze zisku po zdanění			
1.2	podíl podle § 19 odst. 1 zákona č. 280/1992 Sb. ¹⁾	152 547	139 080	91,2
1.3	podíl podle § 6 odst. 7 zákona č. 551/1991 Sb.			
2	Úroky vytvořené na BÚ Fprev	5 316	3 200	60,2
3	Ostatní (náhrady škod - úroky z prodlení)	59	50	84,7
4	Zúčtování s pojištěnci s vazbou na vyúčtování preventivních programů			
	Převod zůstatku Fprev v případě sloučení nebo splynutí ZP: ZPA ČNZP		21 385 910	
III.	Čerpání celkem	285 918	183 935	64,3
1	Preventivní programy	259 955	147 050	56,6
2	Úroky z úvěrů na posílení Fprev			
3	Ostatní (bankovní poplatky)	239	385	161,1
4	Odpis penále, přírážek a pokut k pojistnému, které byly zdrojem Fprev	18 599	31 000	166,7
5	Zúčtování s pojištěnci s vazbou na vyúčtování preventivních programů			
6	Snížení fondu o částky penále, pokut a přírážek na základě rozhodnutí o odstranění tvrdosti podle § 53a zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění ve znění pozdějších předpisů	7 125	5 500	77,2
IV.	Konečný zůstatek k poslednímu dni sledovaného období = I + II - III	336 751	681 077	202,2

B	Fond prevence - příjmy a výdaje	Rok 2008 Skutečnost tis. Kč	Rok 2009 ZPP tis. Kč	Procento ZPP 2009 Skut. 2008
I.	Počáteční zůstatek k 1. 1. ve sledovaném období	203 672	41 217	20,2
II.	Příjmy celkem	161 275	217 086	134,6
1	Příjmy finančních prostředků na základě zákona č. 551/1991 Sb. a zákona č. 280/1992 Sb.	87 878	106 730	121,5
1.1	v tom: příděl ze zisku po zdanění			
1.2	podíl podle § 19 odst. 1 zákona č. 280/1992 Sb. ¹⁾	87 878	106 730	121,5
1.3	podíl podle § 6 odst. 7 zákona č. 551/1991 Sb.			
2	Úroky vytvořené na BÚ Fprev	5 316	3 200	60,2
3	Ostatní (náhrady škod - úroky z prodlení)	59	50	84,7
4	Příjem úvěru na posílení Fprev			

5	Zúčtování s pojištěnci s vazbou na vyúčtování preventivních programů			
	Převod finančních prostředků z jiných fondů a zdaňované činnosti	68 022		
	Příjem zůstatku Fprev v případě sloučení nebo splynutí ZP: ZPA ČNZP		6 107 100	
III.	Výdaje celkem	318 793	147 435	46,2
1	Výdaje na preventivní programy	254 910	147 050	57,7
2	Úroky z úvěrů			
3	Ostatní (bankovní poplatky)	239	385	161,1
4	Splátky úvěru			
5	Zúčtování s pojištěnci s vazbou na vyúčtování preventivních programů			
	Převod finančních prostředků do jiných fondů a zdaňované činnosti	63 644		
IV.	Konečný zůstatek k poslednímu dni sledovaného období = I + II – III	46 154	110 868	240,2
	Vnitřní zúčtování	- 4 937		
	Zůstatek BÚ ke konci sledovaného období = IV + vnitřní zúčtování	41 217	110 868	269,0

C	Struktura přidělu do fondu prevence za tu část přidělu, která není prováděna převodem ze ZFZP ZPP 2009			
				Skladba řádku AII 1.2 ²⁾
		sl. 1 tis. Kč	sl. 2 ²⁾ tis. Kč	sl. 3 = 1 + 2 tis. Kč
I.	K oddílu A II. /1.2 = součet položek 1 až 4	139 080	0	139 080
1	Předpisy úhrad z pokut a penále včetně dohadných položek	65 380		65 380
2	Předpisy úhrad z přírážek k pojistnému	500		500
3	Předpisy pokut ZZ			
4	Předpisy úroků ZFZP	73 200		73 200
			skladba řádku BII 1.2 ²⁾	
	sl. 1 tis. Kč	sl. 2 ²⁾ tis. Kč	sl. 3 = 1 + 2 tis. Kč	
	sl. 1 tis. Kč	sl. 2 ²⁾ tis. Kč	sl. 3 = 1 + 2 tis. Kč	
II.	K oddílu B II. /1.2 = součet položek 1 až 4	106 730	0	106 730
1	Příjmy z pokut a penále	33 030		33 030
2	Příjmy z přírážek k pojistnému	500		500
3	Příjmy z pokut ZZ			
4	Příjmy z úroků ZFZP	73 200		73 200

C	Struktura přidělu do fondu prevence za tu část přidělu, která není prováděna převodem ze ZFZP Skutečnost 2008			
				skladba řádku AII 1.2 ²⁾
	sl. 1	sl. 2 ²⁾	sl. 3 = 1 + 2	
	tis. Kč	tis. Kč	tis. Kč	
I.	K oddílu A II. /1.2 = součet položek 1 až 4	152 547	0	152 547
1	Předpisy úhrad z pokut a penále včetně dohadných položek	86 705		86 705
2	Předpisy úhrad z přírážek k pojistnému	230		230
3	Předpisy pokut ZZ			
4	Předpisy úroků ZFZP	65 612		65 612
				skladba řádku BII 1.2 ²⁾
	sl. 1	sl. 2 ²⁾	sl. 3 = 1 + 2	
	tis. Kč	tis. Kč	tis. Kč	
II.	K oddílu B II. /1.2 = součet položek 1 až 4	87 878	0	87 878
1	Příjmy z pokut a penále	22 022		22 022
2	Příjmy z přírážek k pojistnému	244		244
3	Příjmy z pokut ZZ			
4	Příjmy z úroků ZFZP	65 612		65 612

ZPP 2009/7

Poznámky k tabulce:

- 1) Pokud zaměstnanecká zdravotní pojišťovna provádí přiděl v oddílu A II na ř. 1. 2 a v oddílu B II na ř. 1. 2 oběma povolenými postupy současně (tj. převodem ze ZFZP a současně i přímo na Fprev) vyplní v oč. skut. roku 2008 v oddílu C (a v ZPP 2009 obdobně v odd. D) sl. 1 i sl. 2. Hodnota údaje v oddílu C I a C II ve sl. 3 má odpovídat u všech ZP údajů v oddílu A II ř. 1.2 případně oddílu B II ř. 1.2 tabulky Fprev.
- 2) Pokud zaměstnanecká zdravotní pojišťovna provádí tvorbu Fprev pouze převodem ze základního fondu zdravotního pojištění (ZFZP) uvede tento údaj v oddílu C I nebo C II ve sl. 2 - převod ze ZFZP v hodnotě, která je uvedena na ZFZP v oddílu A III ř. 3. 3, případně i v oddílu B III ř. 3. 3; v takovém případě nevyplňují řádek A III 6". Takto postupuje při vyplnění této tabulky i VZP ČR.

Ustanovení § 16 odst. 4 písm. b) zákona č. 280/1992 Sb. dovoluje zaměstnaneckým zdravotním pojišťovnám za podmínky naplnění rezervního fondu a při vyrovnaném hospodaření pojišťovny použít finanční prostředky vytvářené využíváním základního fondu zdravotního pojištění a příjmy plynoucí z přírážek k pojistnému, pokut a penále z prodloužení účtovaných pojišťovnou v oblasti veřejného zdravotního pojištění jako zdroj fondu prevence.

Vzhledem k výsledkům hospodaření za rok 2008, dle kterých sloučené pojišťovny podmínky uvedené v § 1 odst. 3 vyhlášky č. 418/2003 Sb. splnily, je pro rok 2009 tvorba fondu prevence plánována.

Zdroje fondu prevence budou čerpány k úhradám zdravotní péče poskytované pojištěncům Pojišťovny nad rámec zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění. Náklady na jednotlivé preventivní programy budou vázány na skutečnou výši příjmů fondu.

Z důvodu plánované omezené výše finančních prostředků ve fondu prevence v průběhu roku 2009 přehodnotila Pojišťovna podmínky pro poskytování příspěvků na zdravotní péči hrazenou nad rámec veřejného zdravotního pojištění tak, aby příspěvek na vyhlášené preventivní programy mohla uhradit všem svým pojištěncům.

V případě nutnosti navýšení zdrojů fondu prevence v průběhu roku 2009 zvaží Pojišťovna v souladu s příslušnými ustanoveními vyhlášky č. 418/2003 Sb. použití nerozděleného zisku

z minulých let ze zdaňované činnosti Pojišťovny, který ke dni 31.12.2008 činí 25 818 tis. Kč, případně zdaněných výnosových úroků z vkladů finančních prostředků Pojišťovny získaných prodejem cenných papírů, jejichž výše představuje částku 22 403 tis. Kč.

5.2 Provozní fond

5.2.1 Záměry v oblasti zhospodárnění provozu Pojišťovny

Pojišťovna usiluje o hospodárné, účelné a efektivní hospodaření se všemi svěřenými finančními prostředky, tedy i s finančními prostředky, které v souladu s příslušnými ustanoveními vyhlášky č. 418/2003 Sb. převádí do provozního fondu. Za efektivní hospodaření považuje Pojišťovna takové účelné vynakládání finančních prostředků, které zvyšuje úroveň poskytovaných služeb pro pojištěnce a poskytovatele zdravotní péče nebo zkvalitňuje podmínky pro zaměstnance, což se zpětně projeví v úrovni poskytovaných služeb.

Ve snaze dostat záměrům stanoveným ve zdravotně pojistném plánu v oblasti zhospodárnění provozu sleduje Pojišťovna již řadu let čerpání nákladů provozní režie podle nákladových středisek.

I po sloučení s ČNZP bude pro jednotlivá nákladová střediska Pojišťovny sestaven rozpočet čerpání provozního fondu v návaznosti na objem finančních prostředků plánovaných pro potřeby zajištění provozu Pojišťovny ve zdravotně pojistném plánu a v návaznosti na výsledky skutečně dosažené v předcházejícím kalendářním roce. Plnění rozpočtu nákladových středisek bude měsíčně analyzováno a hodnoceno a výsledky měsíčních rozborů plnění rozpočtu provozní režie budou jedním z kritérií osobního hodnocení vedoucích zaměstnanců Pojišťovny.

V souvislosti se sloučením v roce 2009 plánuje Pojišťovna čerpání provozního fondu v objemu vyšším než jsou plánované příděly ze základního fondu zdravotního pojištění a úroky připsané na bankovní účty provozního fondu. Předpokládá proto využití rezervy finančních prostředků vytvořené v provozním fondu Pojišťovny v minulých letech. Je to zejména v důsledku převodu záporného zůstatku provozního fondu ZPA ve výši 85 376 tis. Kč. ZPA čerpala v roce 2008 na úhradu nákladů provozní činnosti kontokorentní úvěr, který zůstává k termínu sloučení pojišťoven nesplacen a Pojišťovna jej plánuje splatit ve výši 49 648 tis. Kč. Dále v průběhu roku 2009 byla ZPA poskytnuta návratná finanční výpomoc od společnosti AGEL, a. s., ve výši 31 000 tis. Kč, která bude splacena v druhé polovině roku 2009. Plánované čerpání provozního fondu pokryje při vysoce hospodárném provozu Pojišťovny zvýšené nároky na její provoz v souvislosti se zajištěním technické a provozní podpory slučovacího procesu tří zdravotních pojišťoven při zajištění úkolů, které si Pojišťovna stanovila v oblasti zvýšení komfortu služeb poskytovaných svým klientům. Dále zajistí plnění povinností, které plní zdravotní pojišťovny při zajišťování zdravotní péče v rámci Evropské unie a v neposlední řadě plnění úkolů stanovených v souvislosti se strategií činnosti Pojišťovny stanovenou pro rok 2009 a roky následující.

Schválení zákona o stabilizaci veřejných rozpočtů, jehož součástí jsou novely zákonů upravujících systém veřejného zdravotního pojištění, otevřelo cestu k zásadním změnám ve vztazích mezi zdravotnickými zařízeními, zdravotními pojišťovnami a pacienty. Uplatnění prvních reformních kroků a dalších předpokládaných v roce 2009 v praxi zvyšuje náklady Pojišťovny spojené s realizací nových úkolů. Konkrétně lze zmínit např. nárůst administrativy spojené se zavedením regulačních poplatků a kontrolou jejich vybírání poskytovateli

zdravotní péče, činnosti spojené s přípravou individualizace smluvních vztahů se zdravotnickými zařízeními, tzv. nakupování zdravotní péče, či avizovaný povinný přechod na elektronickou výměnu dat při provádění evropské agendy v rámci systému zdravotního pojištění.

Vyhláška č. 418/2003 Sb. svými ustanoveními umožňuje řízení a kontrolu čerpání výdajů na činnost pojišťovny vůči přidělnům do provozního fondu, resp. do fondu reprodukce investičního majetku a do sociálního fondu, prováděným v závislosti na průměrném počtu pojištěnců propočteném z měsíčních údajů pro přerozdělování vždy za jednotlivé hodnocené období. V tom Pojišťovna spatřuje záruku splnění plánované výše čerpání provozních nákladů a nástroj pro optimalizaci nákladů na provoz Pojišťovny.

5.2.2 Provozní fond Pojišťovny

Provozní fond bude v roce 2009 tvořen:

- převodem zůstatku provozního fondu HZP ke dni 31.12.2008 ve výši 354 748 tis. Kč, převodem záporného zůstatku provozního fondu ZPA k 30.6.2009 ve výši 85 376 tis. Kč a převodem zůstatku provozního fondu ČNZP ke dni 30.9.2009 ve výši 9 850 tis. Kč.,
- přidělem finančních prostředků do provozního fondu. Vyhláška č. 418/2003 Sb. umožňuje Pojišťovně dle § 7 provádět v návaznosti na průměrný počet pojištěnců přiděly finančních prostředků do provozního fondu v maximální výši 3,69 % příjmů z plateb pojistného po přerozdělování, příjmů z náhrad škod, příjmů z pokut a penále vyměřených a uložených za neplnění zákonných povinností a pozdní odvody pojistného a přírážek k pojistnému za opakovaný výskyt pracovních úrazů nebo nemocí z povolání ze stejných příčin. Pojišťovna předpokládá v souvislosti s navrhovanými vládními opatřeními na zmírnění důsledků finanční a ekonomické krize snížení procentního limitu pro přiděl do provozního fondu o 0,25 %, plánuje proto skutečně prováděné přiděly do provozního fondu nižší než je maximální limit stanovený vyhláškou,
- úroky z bankovních účtů provozního fondu,
- ostatních pohledávek souvisejících s provozním fondem.

Tvorba fondu bude ovlivněna převodem záporného zůstatku provozního fondu ZPA, o jehož předpokládanou výši 85 376 tis. Kč bude tvorba snížena.

Provozní fond Pojišťovny

A	Provozní fond - tvorba a čerpání	Rok 2008 Skutečnost tis. Kč	Rok 2009 ZPP tis. Kč	Procento ZPP 2009 Skut. 2008
I.	Počáteční zůstatek k 1. 1. ve sledovaném období	313 839	354 748	113,0
II.	Tvorba celkem	253 380	237 509	93,7
1	Předpis přidělu podle § 1 odst. 4 písm. i) vyhlášky o fondech ze ZFZP stanovený podle § 7 odst. 1 a 2 vyhlášky o fondech	240 189	301 915	125,7
2	Předpis přidělu z FRM ve výši schválené správní radou podle § 3 odst. 2 písm. c) vyhlášky o fondech			
3	Předpis převodu prostředků PF v případě sloučení nebo splynutí ZP podle § 3 odst. 2 písm. g) vyhlášky o fondech: ZPA ČNZP		-85 376 9 850	
4	Pohledávka z prodeje DHM a DNM podle § 3 odst. 2 písm. h) vyhlášky o fondech	1 075	500	46,5
5	Předpis mimořádného přidělu VoZP ČR převodem ze základního fondu zdravotního pojištění			
6	Předpis úroků vztahujících se k PF podle § 3 odst. 2 písm. d) vyhlášky o fondech	11 434	9 880	86,4
7	Předpis smluvních pokut z porušení smluvního vztahu k ZZ podle § 3 odst. 2 písm. i) vyhlášky o fondech			
8	Kladné rozdíly z ocenění c. p. pořízených z PF na reálnou hodnotu podle § 3 odst. 2 písm. f) vyhlášky o fondech			
9	Kladné kurzové rozdíly související s PF podle § 3 odst. 2 písm. e) vyhlášky o fondech			
10	Ostatní pohledávky vztahující se k PF podle § 3 odst. 2 písm. j) vyhlášky o fondech	682	740	108,5
11	Pohledávky VZP ČR podle § 3 odst. 3 vyhlášky o fondech			
12	Předpis daru určeného výlučně pro PF podle § 3 odst. 2 písm. b) vyhlášky o fondech			
13	Zisk z prodeje c. p. PF podle § 3 odst. 7 vyhlášky o fondech			
14	Zisk z držby c. p. PF podle § 3 odst. 7 vyhlášky o fondech			
III.	Čerpání celkem	212 471	413 203	194,5
1	Členění závazků zdravotní pojišťovny v oblasti provozní činnosti - podle § 3 vyhlášky o fondech	210 005	410 418	195,4
1.1	v tom: mzdy bez ostatních osobních nákladů	79 220	134 645	170,0
1.2	ostatní osobní náklady	3 209	9 070	282,6
1.3	pojistné za zaměstnance na zdravotní pojištění ⁵⁾	7 216	12 560	174,1
1.4	pojistné za zaměstnance na sociální zabezpečení	20 217	34 465	170,5
1.5	odměny členům SR, DR a RO	2 420	2 190	90,5
1.6	Úroky			
1.7	podíl úhrad za služby Centra mezistátních úhrad	297	1 130	380,5
1.8	podíl úhrad zaměstnanecké zdravotní pojišťovny za služby Informačního centra	220	320	145,5
1.9	podíl úhrad zaměstnanecké zdravotní pojišťovny za vedení Centrálního registru	916	1 290	140,8
1.10	záporné kurzové rozdíly související s PF	3		
1.11	úhrady poplatků	50	160	320,0
1.12	závazky k úhradě pokut a penále podle § 3 odst. 4 písm. i) vyhlášky o fondech			

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	4	18	450,0
1.15	podíl odpisů hmotného a nehmotného majetku vztahený k PF	21 276	31 870	149,8
1.16	ostatní závazky celkem	74 957	182 700	243,7
1.16.1	z toho : náklady za služby související s rozvojem informační infrastruktury systému ⁴⁾	714	1 200	168,1
2	Předpis zákonné výše přidělu do SF podle § 3 odst. 4 písm. b) a podle § 4 odst. 2 písm. a) vyhlášky o fondech	1 585	2 685	169,4
3	Předpis přidělu do RF podle § 3 odst. 4 písm. c) a podle § 2 odst. 5 vyhlášky o fondech			
4	Předpis přidělu do FRM podle § 3 odst. 4 písm. d) vyhlášky o fondech			
5	Předpis přidělu do ZFZP podle rozhodnutí správní rady podle § 3 odst. 4 písm. e) vyhlášky o fondech			
6	Předpis přidělu do FRM ve výši kladného rozdílu mezi prodejní a zůstatkovou cenou podle § 3 odst. 4 písm. k) vyhlášky o fondech	881	100	11,4
7	Záporné rozdíly z ocenění c. p. pořízených z prostředků PF na reálnou hodnotu podle § 3 odst. 4 písm. g) vyhlášky o fondech			
8	Ztráty z prodeje cenných papírů pořízených z prostředků PF podle § 3 odst. 7 vyhlášky o fondech			
IV.	Konečný zůstatek k poslednímu dni sledovaného období = I + II – III	354 748	179 054	50,5

B	Provozní fond - příjmy a výdaje	Rok 2008 Skutečnost tis. Kč	Rok 2009 ZPP tis. Kč	Procento ZPP 2009 Skut. 2008
I.	Počáteční zůstatek k 1. 1. ve sledovaném období	290 991	352 178	121,0
II.	Příjmy celkem	283 512	332 020	117,1
1	Příděl podle § 1 odst. 4 písm. i) vyhlášky o fondech ze ZFZP, stanovený podle § 7 odst. 1 a 2 vyhlášky o fondech	265 636	301 450	113,5
2	Příděl z FRM 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: ZPA ČNZP		0 19 450	
4	Příjmy z prodeje DHM a DNM podle § 3 odst. 2 písm. h) vyhlášky o fondech	1 075	500	46,5
5	Mimořádný příděl VoZP ČR převodem ze ZFZP			
6	Příjem úroků vztahujících se k PF podle § 3 odst. 2 písm. d) vyhlášky o fondech	11 434	9 880	86,4
7	Příjem smluvních pokut z porušení smluvního vztahu k ZZ podle § 3 odst. 2 písm. i) vyhlášky o fondech			
8	Kladné kurzové rozdíly související s PF podle § 3 odst. 2 písm. e) vyhlášky o fondech			
9	Ostatní příjmy vztahující se k PF podle § 3 odst. 2 písm. j) vyhlášky o fondech	682	740	108,5

10	Příjmy VZP ČR podle § 3 odst. 3 vyhlášky o fondech ¹⁾			
11	Příjem daru určeného výlučně pro PF podle § 3 odst. 2 písm. b) vyhlášky o fondech			
12	Příjem zálohy včetně konečného zúčtování na úhradu podílu části režijních výdajů a ostatní zdaňované činnosti ²⁾			
13	Zisk z prodeje cenných papírů podle § 3 odst. 7 vyhlášky o fondech			
14	Zisk z držby c. p. podle § 3 odst. 7 vyhlášky o fondech			
15	Prodej c. p. oceněný účetní hodnotou prodaných c. p.			
	Převod finančních prostředků z jiných fondů a zdaňované činnosti	4 685		
III.	Výdaje celkem	221 308	493 231	222,9
1	Členění výdajů v rámci provozní činnosti - podle § 3 vyhlášky o fondech	190 691	378 188	198,3
1.1	v tom: mzdy bez ostatních osobních nákladů	78 651	130 330	165,7
1.2	ostatní osobní náklady	3 209	9 070	282,6
1.3	pojistné za zaměstnance na zdravotní pojištění ⁵⁾	7 114	12 150	170,8
1.4	pojistné za zaměstnance na sociální zabezpečení	20 009	33 420	167,0
1.5	odměny členům SR, DR a RO	2 420	2 600	107,4
1.6	Úroky			
1.7	podíl úhrad za služby Centra mezistátních úhrad	297	1 130	380,5
1.8	podíl úhrad zaměstnanecké zdravotní pojišťovny za služby Informačního centra	220	320	145,5
1.9	podíl úhrad zaměstnanecké zdravotní pojišťovny za vedení Centrálního registru	916	1 290	140,8
1.10	záporné kurzové rozdíly související s PF	3		
1.11	úhrady poplatků	50	160	320,0
1.12	úhrady pokut a penále podle § 3 odst. 4 písm. i) vyhlášky o fondech			
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	4	18	450,0
1.15	úhrady prostředků vynaložených VZP ČR podle § 3 odst. 5 vyhlášky o fondech ²⁾			
1.16	ostatní výdaje celkem	77 798	187 700	241,3
1.16.1	z toho: výdaje za služby související s rozvojem informační infrastruktury systému ⁴⁾	714	1 200	168,1
2	Příděl do SF podle § 4 odst. 2 písm. A) vyhlášky o fondech	1 449	2 665	183,9
3	Příděl do RF podle § 2 odst. 5 vyhlášky o fondech			
4	Příděl do FRM podle § 3 odst. 4 písm. d) vyhlášky o fondech			
5	Příděl do ZFZP podle rozhodnutí SR podle § 3 odst. 4 písm. e) vyhlášky o fondech			
6	Příděl do FRM ve výši kladného rozdílu mezi prodejní a zůstatkovou cenou podle § 3 odst. 4 písm. l) vyhlášky o fondech	881	100	11,4
7	Příděl do FRM ve výši celkových odpisů včetně zůstatkové hodnoty podle § 6 odst. 2 písm. a) vyhlášky o fondech	23 474	31 630	134,7
8	Zúčtování zálohy VoZP ČR na vedení specifických fondů ²⁾			
9	Zúčtování zálohy na podíl režijních výdajů související s ostatní zdaňovanou činností ²⁾			
10	Ztráty z prodeje cenných papírů pořízených z prostředků PF podle § 3 odst. 7 vyhlášky o fondech			
11	Nákup cenných papírů z finančních prostředků PF podle § 3 odst. 7 vyhlášky o fondech			

	Převod finančních prostředků do jiných fondů a zdaňované činnosti	4 813		
	Úhrada kontokorentu ZP Agel		49 648	
	Úhrada návratné finanční výpomoci AGEL, a. s.		31 000	
IV.	Konečný zůstatek k poslednímu dni sledovaného období = I + II - III	353 195	190 967	54,1
	Vnitřní zúčtování	- 1 017		
	Zůstatek BÚ ke konci sledovaného období = IV + vnitřní zúčtování	352 178	190 967	54,2

	Doplňující informace k oddílu B	tis. Kč	tis. Kč	
1	Stav cenných papírů k 1. 1. ve sledovaném období ³⁾	0	0	0,0
2	Stav cenných papírů k poslednímu dni sledovaného období	0	0	0,0

ZPP 2009/3

Poznámky k tabulce:

- 1) V oddílu B III ř. 1.15 jsou uvedeny výdaje VZP ČR vynaložené na prodané metodiky jiným účastníkům působícím v systému veřejného zdravotního pojištění. (Ocenění úplnými vlastními náklady bez zisku.)
- 2) Finanční zálohy (poskytované mezi oddělenými bankovními účty) na podíl společných výdajů vztahující se k ostatní zdaňované činnosti (případně u VoZP ČR za specifické fondy), jsou zachyceny pouze v oddílu B, tj. na bankovním účtu v souladu s Českými účetními standardy pro zdravotní pojišťovny.
- 3) Součet počátečního zůstatku oddílu B s počátečním zůstatkem stavu cenných papírů k 1. 1. by měl být roven počátečnímu zůstatku oddílu A. Tato vazba platí i pro konečné zůstatky. Případně rozdíly nutno komentovat v příloze tabulky.
- 4) V oddílu A i B jsou řádky 1.16.1 určeny pro jednotné vykázání nákladů a výdajů souvisejících s rozvojem informační infrastruktury.
- 5) V oddílu A III, B III ř. 1.3 zdravotní pojišťovny zahrnou i náklady související s platbou zdravotního pojištění členů SR, DR a RO.

Čerpání provozního fondu v roce 2009 zohledňuje očekávané navýšení související s počátečními náklady na vytvoření Pojišťovny.

Navýšení v položce nákladů na mzdy v roce 2009 je ovlivněno plánovaným převzetím 47 zaměstnanců ZPA k 1.7.2009 a 217 zaměstnanců ČNZP k 1.10.2009. Dále vychází z výsledku kolektivního vyjednávání, dopočtu mezd za neobsazená a nově plánovaná místa, výplaty náhrad mezd v nemoci a v neposlední řadě z nutnosti podpory personální politiky v souvislosti se sloučením HZP se ZPA a ČNZP.

Navýšení OON očekává Pojišťovna zejména v odměnách zaměstnancům pracujícím v rámci dohod konaných mimo pracovní poměr, a to především v souvislosti se snahou pojišťovny zajistit plánovaný nárůst počtu pojištěnců. Částka 2 000 tis. Kč je plánována na výplatu odstupného pro zaměstnance, kteří případně nebudou mít zájem o pracovní zařazení v rámci organizační struktury Pojišťovny.

V položce zdravotního a sociálního pojištění je započten odvod zdravotního a sociálního pojištění ve výši 34 % z výplat náhrad mezd v nemoci.

Při tvorbě zdravotně pojistného plánu bylo přihlédnuto k návrhům rozpočtů pro rok 2009 na pokrytí činností CMU a Národního referenčního centra předloženým řediteli uvedených institucí, viz řádky 1.7 a 1.16.1 oddíl A III.

Navýšení ostatních nákladů, viz ř. 1.16 oddíl A III, je spojeno zejména s předpokládanými náklady na úpravu IS k zajištění převodu dat a zajištění provozu jednotného IS ve výši 18 000 tis. Kč, nákladů na reklamní kampaň pro Pojišťovnu ve výši 25 000 tis. Kč, nákladů

na přejmenování Pojišťovny ve výši 22 000 tis. Kč, které zahrnují výměnu průkazů, označení kontaktních míst, výměnu formulářů, informační materiály apod. a nákladů souvisejících s avizovaným nárůstem cen energií a nájmu.

Tvorba a čerpání provozního fondu je pro rok 2009 v souvislosti se sloučením se ZPA a ČNZP stanovena s předpokladem použití volných zdrojů tvořících počáteční zůstatek provozního fondu Pojišťovny ke dni 1.1.2009.

5.3 Majetek Pojišťovny a investice

5.3.1 Investiční záměry Pojišťovny a jejich zdůvodnění

Majetek pojišťoven

Majetek Hutnické zaměstnanecké pojišťovny je evidován v souladu s vyhláškou č. 503/2002 Sb. v návaznosti na příslušná ustanovení vyhlášky č. 500/2002 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona č. 563/1991 Sb., o účetnictví, ve znění pozdějších předpisů, pro podnikatele a vnitřními předpisy.

Ke dni 31.12.2008 jsou vyčísleny hodnoty majetku v jednotlivých skupinách:

- | | |
|---|----------------|
| • Dlouhodobý nehmotný majetek | 22 388 tis. Kč |
| • Dlouhodobý hmotný majetek | 74 249 tis. Kč |
| • Drobný hmotný a nehmotný majetek | 2 337 tis. Kč |
| • Finanční investice - ostatní majetkové účasti | 0 tis. Kč |

Majetek Zdravotní pojišťovny Agel k 31.12.2008 je vyčíslen ve výši 344 tis. Kč.

Majetek České národní zdravotní pojišťovny je vyčíslen k 31.12.2008 v těchto skupinách:

- | | |
|---|---------------|
| • Dlouhodobý nehmotný majetek | 9 738 tis. Kč |
| • Dlouhodobý hmotný majetek | 9 952 tis. Kč |
| • Drobný hmotný a nehmotný majetek | 0 tis. Kč |
| • Finanční investice - ostatní majetkové účasti | 0 tis. Kč |

Investiční záměry Pojišťovny a jejich zdůvodnění

Pojišťovna plánuje v roce 2009 čerpat pro své investiční záměry finanční prostředky fondu reprodukce majetku ve výši 89 300 tis. Kč. Pojišťovna využije prostředky fondu pro obnovu svého majetku třech základních skupin:

- informačního systému,
- nemovitého majetku,
- ostatního majetku.

Obnova informačních systémů Pojišťovny představuje v roce 2009 postupný rozvoj stávajícího řešení transakčního informačního systému společnosti PIKE Electronic, spol. s r.o., i nově implementovaného TIS MBS Navision včetně povýšení základního a systémového SW. Souběžně jsou rozvíjeny ostatní informační systémy, především intranet

a e-přepážka. Část investičních prostředků bude využita pro modernizaci vlastních komunikačních struktur a užívané výpočetní techniky. Sloučení se ZPA a následně s ČNZP si vyžádá navýšení původně plánovaných investic do IS. Celkové náklady na integraci IS slučovaných zdravotních pojišťoven byly vyčísleny na 50 000 tis. Kč.

Pojišťovna v roce 2009 dokončila dodávku a montáž centrální klimatizace ve svých objektech včetně potřebných provozních zkoušek. Finanční prostředky určené pro obnovu nemovitého majetku budou dále využity k vyřešení provozních nedostatků, odstranění drobných poruch stavebních konstrukcí objektů Pojišťovny a k modernizaci již užívaných interiérů. V souvislosti se sloučením se ZPA a převzetím jejich zaměstnanců zvaží Pojišťovna v případě potřeby pořízení další nemovitosti nad rámec plánovaného čerpání FRM uvedeného ve zdravotně pojistném plánu.

Efektivně vynaložené prostředky fondu reprodukce majetku představují snížení nákladů na opravy a udržování majetku obměnou zastaralé techniky. Současně tak budou plněny požadavky pracovní hygieny, bezpečnosti a ochrany zdraví při práci a požární ochrany vyplývající z platných právních předpisů.

5.3.2 Fond reprodukce majetku Pojišťovny

Fond reprodukce majetku je vytvářen a spravován v souladu s ustanovením § 6 vyhlášky č. 418/2003 Sb. k financování pořízení majetku investičního charakteru. Ve *Zdravotně pojistném plánu Pojišťovny jsou zdroje na rok 2009* tvořeny:

- převodem zůstatku fondu HZP k 31.12.2008 ve výši 297 545 tis. Kč,
- převodem přidělu finančních prostředků ve výši odpisů hmotného a nehmotného majetku z provozního fondu,
- úroky z bankovních účtů fondu reprodukce majetku,
- převodem záporného zůstatku fondu reprodukce majetku ZPA k 30.6.2009 ve výši mínus 15 161 tis. Kč a převodem zůstatku fondu reprodukce majetku ČNZP k 30.9.2009 ve výši 2 210 tis. Kč.

Fond reprodukce majetku Pojišťovny

A	FRM - tvorba a čerpání	Rok 2008 Skutečnost tis. Kč	Rok 2009 ZPP tis. Kč	Procento <u>ZPP 2009</u> Skut. 2008
I.	Počáteční zůstatek k 1. 1. ve sledovaném období	295 921	297 545	100,5
II.	Tvorba celkem	32 294	29 369	90,9
1	Předpis FRM přidělem z provozního fondu ve výši odpisů podle § 6 odst. 2 písm. a) vyhlášky o fondech	21 411	32 040	149,6
2	Předpis přidělu z PF ve výši schválené správní radou podle § 6 odst. 2 písm. b) vyhlášky o fondech			
3	Úroky z BÚ FRM podle § 6 odst. 2 písm. f) vyhlášky o fondech	11 590	10 180	87,8
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: ZPA ČNZP		- 15 161 2 210	
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 DHM a DNM podle § 6 odst. 2 písm. c) vyhlášky o fondech	881	100	11,4
9	Kladné kurzové rozdíly vztahující se k FRM podle § 6 odst. 2 písm. i) vyhlášky o fondech			
	Zůstatková ena vyřazeného majetku – manka a škody	24		
	Zdanění výnosových úroků z prodeje CP ve FRM	- 1 612		
III.	Čerpání celkem	30 670	89 316	291,2
1	Pořízení dlouhodobého hmotného a nehmotného majetku včetně záloh podle § 6 odst. 3 písm. a) vyhlášky o fondech	30 663	89 300	291,2
2	Splátky úroků z úvěrů podle § 6 odst. 3 písm. b) vyhlášky o fondech			
3	Bankovní a poštovní poplatky podle § 6 odst. 3 písm. d) vyhlášky o fondech	7	16	228,6
4	Příděl do provozního fondu se souhlasem správní rady podle § 6 odst. 3 písm. c) vyhlášky o fondech			
5	Záporné kurzové rozdíly podle § 6 odst. 3 písm. e) vyhlášky o fondech			
6	Závazky k úhradě zdravotní péče z rozhodnutí likvidátora podle § 6 odst. 3 písm. f) vyhlášky o fondech			
IV.	Konečný zůstatek k poslednímu dni sledovaného období = I + II – III	297 545	237 598	79,9

B	FRM - příjmy a výdaje	Rok 2008 Skutečnost tis. Kč	Rok 2009 ZPP tis. Kč	Procento ZPP 2009 Skut. 2008
I.	Počáteční zůstatek k 1. 1. ve sledovaném období	296 865	296 545	99,9
II.	Příjmy celkem	34 333	42 609	124,1
1	Příděl z BÚ PF ve výši odpisů podle § 6 odst. 2 písm. a) vyhlášky o fondech	23 474	31 630	134,7
2	Příděl z BÚ PF ve výši schválené správní radou podle § 6 odst. 2 písm. b) vyhlášky o fondech			
3	Úroky z běžného účtu FRM podle § 6 odst. 2 písm. f) vyhlášky o fondech	11 590	10 180	87,8
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 BÚ FRM v případě sloučení nebo splynutí zdravotní pojišťovny podle § 6 odst. 2 písm. g) vyhlášky o fondech: ZPA ČNZP		139 560	
7	Účelová dotace ze státního rozpočtu podle § 6 odst. 2 písm. h) vyhlášky o fondech			
8	Převod z BÚ PF - kladný rozdíl mezi prodejní a zůstatkovou cenou prodaného DHM a DNM podle § 6 odst. 2 písm. c) (podle § 3 odst. 4 písm. k) vyhlášky o fondech)	881	100	11,4
9	Kladné kurzové rozdíly vztahující se k FRM podle § 6 odst. 2 písm. i) vyhlášky o fondech			

10	Příjem úvěrů na posílení FRM			
	Zdanění výnosových úroků z prodeje Cp ve FRM	- 1 612		
III.	Výdaje celkem	36 066	104 716	290,3
1	Pořízení dlouhodobého hmotného a nehmotného majetku včetně záloh podle § 6 odst. 3 písm. a) vyhlášky o fondech	32 133	104 700	325,8
2	Splátky úroků z úvěrů podle § 6 odst. 3 písm. b) vyhlášky o fondech			
3	Úhrady bankovních a poštovních poplatků podle § 6 odst. 3 písm. d) vyhlášky o fondech	7	16	228,6
4	Příděl na BÚ PF se souhlasem správní rady podle § 6 odst. 3 písm. c) vyhlášky o fondech			
5	Záporné kurzové rozdíly podle § 6 odst. 3 písm. e) vyhlášky o fondech			
6	Úhrada zdravotní péče z rozhodnutí likvidátora podle § 6 odst. 3 písm. f) vyhlášky o fondech			
7	Splátky úvěrů vztahujících se k tomuto fondu (s vazbou na § 6 odst. 3 písm. b) vyhlášky o fondech) ¹⁾			
	Převod finančních prostředků do jiných fondů a zdaňované činnosti	3 926		
IV.	Konečný zůstatek k poslednímu dni sledovaného období = I + II - III	295 132	234 438	79,4
	Vnitřní zúčtování	1 413		
	Zůstatek BÚ ke konci sledovaného období = IV + vnitřní zúčtování	296 545	234 438	79,1

ZPP 2009/4

Poznámky k tabulce:

- 1) Za účelem sledování výše splátek na uzavřený splátkový kalendář zašle ZP po uzavření smlouvy o poskytnutí úvěru informaci o uzavřeném splátkovém kalendáři. V rámci komentáře k FRM podá ZP informaci o opatřeních přijatých, v případě porušení tohoto splátkového kalendáře.

Ve fondu reprodukce majetku jsou dočasně umístěny finanční prostředky, které Pojišťovna získala prodejem cenných papírů včetně úroků z jejich vkladů. Jedná se o finanční prostředky, které nepocházejí z veřejného zdravotního pojištění a Pojišťovna je v souladu s předpisy o účtování ve zdravotních pojišťovnách eviduje ve fondu reprodukce majetku. Celková výše těchto finančních prostředků k 31.12.2008 činila 231 306 tis. Kč. Výnos z úroků před zdaněním činil 8 513 tis. Kč v roce 2008.

Záporný zůstatek fondu reprodukce majetku ZPA zahrnuje IS pořízený v předpokládané výši 15 400 tis. Kč v období před sloučením obou zdravotních pojišťoven. Pojišťovna předpokládá jeho úhradu v průběhu roku 2009.

Pro pokrytí zvýšené potřeby výdajů na pořízení majetku investičního charakteru v souvislosti se sloučením se HZP, ZPA a ČNZP budou použity zdroje tvořící počáteční zůstatek fondu k 1.1.2009, případně finanční prostředky převedené z provozního fondu po schválení Správní radou Pojišťovny.

5.4 Sociální fond

5.4.1 Sociální fond Pojišťovny

Zdroje sociálního fondu jsou určeny k financování sociálních potřeb zaměstnanců Pojišťovny, kteří jsou v hlavním pracovním poměru. Tvorba a čerpání sociálního fondu se ve ZPP Pojišťovny na rok 2009 řídí ustanoveními § 4 vyhlášky č. 418/2003 Sb. Tvorba sociálního fondu bude v roce 2009 ovlivněna převodem zůstatku sociálního fondu ZPA ke dni 30.6.2009 a převodem zůstatku sociálního fondu ČNZP ke dni 30.9.2009.

Sociální fond Pojišťovny

A	Sociální fond - tvorba a čerpání	Rok 2008 Skutečnost	Rok 2009 ZPP	Procento ZPP 2009 Skut. 2008
		tis. Kč	tis. Kč	
I.	Počáteční zůstatek k 1. 1. ve sledovaném období	1 074	878	81,8
II.	Tvorba celkem	1 610	5 274	327,6
1	Předpis přídělu z PF podle § 4 odst. 2 písm. a) vyhlášky o fondech	1 585	2 685	169,4
2	Úroky z BÚ SF podle § 4 odst. 2 písm. e) vyhlášky o fondech	25	32	128,0
3	Předpis ostatních příjmů podle § 4 odst. 2 písm. d) vyhlášky o fondech			
4	Předpis přídělu ze zisku po zdanění ze zdaňované činnosti podle § 4 odst. 2 písm. b) vyhlášky o fondech			
5	Převod zůstatku SF v případě sloučení nebo splynutí zdravotní pojišťovny podle § 4 odst. 2 písm. h) vyhlášky o fondech: ZPA ČNZP		627 1 930	
6	Splátky z půjček zaměstnancům podle § 4 odst. 2 písm. c) vyhlášky o fondech			
7	Kladné kurzové rozdíly související se SF podle § 4 odst. 2 písm. f) vyhlášky o fondech			
8	Dary určené dárce do SF podle § 4 odst. 2 písm. g) vyhlášky o fondech			
III.	Čerpání celkem	1 806	2 763	153,0
1	Předpisy snížení zdrojů podle § 4 odst. 3 vyhlášky o fondech (1.1 + 1.2)	1 802	2 745	152,3
1.1	v tom: půjčky			
1.2	ostatní čerpání	1 802	2 745	152,3
2	Bankovní (poštovní) poplatky	4	18	450,0
3	Záporné kurzové rozdíly			
IV.	Konečný zůstatek k poslednímu dni sledovaného období = I + II - III	878	3 389	386,0

B	Sociální fond - příjmy a výdaje	Rok 2008 skutečnost tis. Kč	Rok 2009 ZPP tis. Kč	Procento ZPP 2009 Skut. 2008
I.	Počáteční zůstatek k 1. 1. ve sledovaném období	1 142	749	65,6
II.	Příjmy celkem	1 501	5 693	379,3
1	Příděl z BÚ PF podle § 4 odst. 2 písm. A) vyhlášky o fondech	1 449	2 665	183,9
2	Úroky z BÚ SF podle § 4 odst. 2 písm. e) vyhlášky o fondech	25	32	128,0
3	Ostatní příjmy podle § 4 odst. 2 písm. D) vyhlášky o fondech			
4	Příděl ze zisku po zdanění ze zdaňované činnosti podle § 4 odst. 2 písm. b) vyhlášky o fondech			
5	Převod zůstatku BÚ SF v případě sloučení nebo splnutí zdravotní pojišťovny podle § 4 odst. 2 písm. h) vyhlášky o fondech: ZPA ČNZP		626 2 370	
6	Splátky z půjček zaměstnancům podle § 4 odst. 2 písm. c) vyhlášky o fondech			
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			
	Převod finančních prostředků z jiných fondů a zdaňované činnosti	27		
III.	Výdaje celkem	2 026	2 763	136,4
1	Výdaje podle § 4 odst. 3 vyhlášky o fondech (1.1 + 1.2)	1 801	2 745	152,4
1.1	V tom: půjčky			
1.2	ostatní výdaje	1 801	2 745	152,4
2	Bankovní (poštovní) poplatky	4	18	450,0
3	Záporné kurzové rozdíly související se SF			
	Převod finančních prostředků do jiných fondů a zdaňované činnosti	221		
IV.	Konečný zůstatek k poslednímu dni sledovaného období = I + II - III	617	3 679	596,3
	Vnitřní zúčtování	132		
	Zůstatek BÚ ke konci sledovaného období = IV + vnitřní zúčtování	749	3 679	491,2

C	Doplňující informace k oddílu B	tis. Kč	tis. Kč	
1	Stav půjček k 1. 1. ve sledovaném období	0	0	0,0
2	Stav půjček zaměstnancům k poslednímu dni sledovaného období	0	0	0,0

ZPP 2009/5

Výše příspěvků pro jednotlivé účely a zásady jejich čerpání jsou stanoveny *Kolektivní smlouvou HZP na rok 2009*. Kolektivní smlouva a nároky z ní plynoucí se budou vztahovat na zaměstnance převzaté ze ZPA a ČNZP. Návrh rozpočtu sociálního fondu Pojišťovny na rok 2009 zahrnuje:

- pracovní a životní jubilea, odchody do důchodu
- odměny dárcům krve
- sociální výpomoc
- dětská rekreace

- příspěvek na stravování
- léčebně preventivní péče
- kulturní akce
- poplatky, poštovné

Nevyčerpané prostředky sociálního fondu budou převedeny do následujícího účetního období.

5.5 Rezervní fond

5.5.1 Rezervní fond Pojišťovny

Rezervní fond Pojišťovny

A	Rezervní fond - tvorba a čerpání	Rok 2008 Skutečnost tis. Kč	Rok 2009 ZPP tis. Kč	Procento <u>ZPP 2009</u> Skut. 2008
I.	Počáteční zůstatek k 1. 1. ve sledovaném období	74 683	78 909	105,7
II.	Tvorba celkem	4 228	128 585	3 041,3
1	Převod ze ZFZP podle § 2 odst. 1 písm. b) vyhlášky o fondech	1 734	4 220	243,4
2	Úroky z BÚ RF podle § 2 odst. 1 písm. e) vyhlášky o fondech	2 494	3 465	138,9
3	Dary určené dárce do RF podle § 2 odst. 1 písm. f) vyhlášky o fondech			
4	Zisk z prodeje cenných papírů podle § 2 odst. 1 písm. c) vyhlášky o fondech			
5	Zisk z držby cenných papírů podle § 2 odst. 1 písm. c) vyhlášky o fondech			
6	Převod zůstatku RF v případě sloučení nebo splynutí zdravotní pojišťovny podle § 2 odst. 1 písm. g) vyhlášky o fondech: ZPA ČNZP		50 000 70 900	
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			
III.	Čerpání celkem	2	10	500,0
1	Příděl z RF do ZFZP podle § 2 odst. 2 písm. a) vyhlášky o fondech			
2	Poplatky za vedení BÚ RF a poplatky za poštovní služby související s RF podle § 2 odst. 2 písm. b) vyhlášky o fondech	2	10	500,0
3	Ztráty z prodeje cenných papírů pořízených z prostředků RF podle § 2 odst. 2 písm. c) vyhlášky o fondech			
4	Závazky k úhradě zdravotní péče z rozhodnutí likvidátora podle § 2 odst. 2 písm. e) vyhlášky o fondech			
5	Záporné hodnoty z ocenění cenných papírů pořízených z prostředků RF podle § 2 odst. 2 písm. d) vyhlášky o fondech			
IV.	Konečný zůstatek k poslednímu dni sledovaného období = I + II – III	78 909	207 484	262,9

B	Rezervní fond – příjmy a výdaje	Rok 2008 Skutečnost	Rok 2009 ZPP	Procento ZPP 2009 Skut. 2008
		tis. Kč	tis. Kč	
I.	Počáteční zůstatek k 1. 1. ve sledovaném období¹⁾	74 683	78 909	105,7
II.	Příjmy celkem	4 228	128 585	3 041,3
1	Převod z BÚ ZFZP podle § 2 odst. 1 písm. b) vyhlášky o fondech	1 734	4 220	243,4
2	Úroky z BÚ RF podle § 2 odst. 1 písm. e) vyhlášky o fondech	2 494	3 465	138,9
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 c. p. podle § 2 odst. 1 písm. c) vyhlášky o fondech			
6	Převod zůstatku BÚ RF v případě sloučení nebo splnutí zdravotní pojišťovny podle § 2 odst. 1 písm. g) vyhlášky o fondech: ZPA ČNZP		50 000 70 900	
7	Kauce žadatele podle § 2 odst. 1 písm. a) vyhlášky o fondech			
8	Prodej c. p. oceněný účetní hodnotou prodaných c. p. ²⁾			
III.	Výdaje celkem	2	10	500,0
1	Příděl z BÚ RF na BÚ ZFZP podle § 2 odst. 2 písm. a) vyhlášky o fondech			
2	Poplatky za vedení BÚ RF a poplatky za poštovní služby související s RF podle § 2 odst. 2 písm. b) vyhlášky o fondech	2	10	500,0
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	Nákup cenných papírů z finančních prostředků RF			
IV.	Konečný zůstatek k poslednímu dni sledovaného období = I + II - III¹⁾	78 909	207 484	262,9

C	Doplňující informace k oddílu B	tis. Kč	tis. Kč	
1	Stav cenných papírů k 1. 1. ve sledovaném období	0	0	0,0
2	Stav cenných papírů k poslednímu dni sledovaného období	0	0	0,0

D	Doplňující tabulka - propočít limitu rezervního fondu³⁾	Rok 2008 Skutečnost	Rok 2009 ZPP
Rok	Propočítová základna - výdaje ZFZP v tis. Kč	tis. Kč⁴⁾	tis. Kč
2005		4 967 835	
2006		5 329 591	10 080 607
2007		5 484 431	10 303 850
2008			11 112 405
	Průměrné výdaje ZFZP za roky 2005, 2006, 2007	5 260 619	
	1,5 % z průměrných výdajů	78 909	X
	Průměrné výdaje ZFZP za roky 2006, 2007, 2008		10 498 954
	1,5 % z průměrných výdajů	x	157 484

ZPP 2009/6

Poznámky k tabulce:

- 1) Údaj oddílu B.I. a B IV. vyjadřuje pouze stav finančních prostředků bez finančních investic, které jsou součástí RF, v souladu s § 7 odst. 1 písm. b) zákona č. 551/1991 Sb. a § 18 zákona č. 280/1992 Sb. Bližší podmínky hospodaření jsou uvedeny v § 2 odst. 3 vyhlášky o fondech. Pokud ZP nevykáže, že $A. I. = B. I. + C. 1$, případně $A. IV. = B. IV. + C. 2$ bude rozdíly komentovat v příloze tabulky.
- 2) Při prodeji cenných papírů se ziskem bude celková prodejní cena vyjádřena součtem řádků B. II. 8 + B. II. 4. Při prodeji cenných papírů se ztrátou bude prodejní cena tvořena rozdílem ř. B. II.8 - B. III. 3.
- 3) Tabulku propočtu RF vyplňuje VZP ČR podle § 7 odst. 1 písm. b) zákona č. 551/1991 Sb. a ostatní zaměstnanecké zdravotní pojišťovny podle § 18 odst. 1 zákona č. 280/1992 Sb. Zdravotní pojišťovny se řídí při propočtu výše přídělů do RF zákonnou formulací, takže se jedná o průměrné výdaje ZFZP bez jakéhokoliv omezení.

V souladu s ustanovením § 18 zákona č.280/1992 Sb. Pojišťovna bude vytvářet a spravovat rezervní fond ve výši 1,5 % průměrných ročních výdajů základního fondu zdravotního pojištění za bezprostředně předcházející tři kalendářní roky.

Zdroje rezervního fondu Pojišťovny tvoří zůstatek rezervního fondu HZP ke dni 31.12.2008 ve výši 78 909 tis. Kč a převod zůstatku rezervního fondu ČNZP ke dni 30.9.2009 ve výši 70 900 tis. Kč

Vzhledem k průměrné výši ročních výdajů základních fondů sloučených zdravotních pojišťoven a výši plánovaných úroků z běžných účtů rezervního fondu budou zdroje rezervního fondu Pojišťovny doplněny ze základního fondu zdravotního pojištění o 4 220 tis. Kč.

Propočet plánovaného limitu rezervního fondu Pojišťovny za rok 2009 vychází z průměrných výdajů základních fondů HZP a ČNZP za bezprostředně předcházející tři kalendářní roky. Propočet skutečné výše rezervního fondu k 31.12.2009 bude proveden v souladu s ustanovením § 2 odst. 6 vyhlášky 418/2003 Sb., s přihlédnutím ke skutečně převzatému počtu pojištěnců ČNZP k 1.10.2009.

Sloučením se ZPA přechází ke dni 1.7.2009 na Pojišťovnu také částka ve výši 50 000 tis. Kč, již zakladatel ZPA složil ve formě kauce současně s podáním žádosti o povolení k provádění veřejného zdravotního pojištění. Zdravotně pojistný plán předpokládá doplnění rezervního fondu v zákonné výši bez ohledu na skutečnost, že na bankovním účtu rezervního fondu Pojišťovny bude uložena částka 50 000 tis. Kč. Na základě rozhodnutí Správní rady budou zdroje, které převyšují zákonnou výši rezervního fondu Pojišťovny pro rok 2009 ve výši 157 484 tis. Kč převedeny do základního fondu zdravotního pojištění.

Rezervní fond slouží ke krytí schodků základního fondu zdravotního pojištění a ke krytí úhrad zdravotní péče v případech výskytů hromadných onemocnění a přírodních katastrof.

5.6 Ostatní zdaňovaná činnost

5.6.1 Ostatní zdaňovaná činnost Pojišťovny

Ostatní zdaňovaná činnost Pojišťovny

A	Ostatní zdaňovaná činnost ¹⁾	Rok 2008 Skutečnost tis. Kč	Rok 2009 ZPP tis. Kč	Procento ZPP 2009 Skut. 2008
I.	Výnosy celkem	6 374	3 003	47,1
1	Výnosy ze zdaňované činnosti	5 175	1 970	38,1
2	Úroky	1 199	1 033	86,2
3	Výnosy z prodeje finančních investic			
4	Zvýšení hodnoty cenných papírů vlivem reálného ocenění			
II.	Náklady celkem²⁾	1 269	1 309	103,2
1	Provozní náklady související s Ozdč	1 269	1 309	103,2
1.1	- mzdy bez ostatních osobních nákladů	116	95	81,9
1.2	- ostatní osobní náklady			
1.3	- pojistné na zdravotní pojištění	10	9	90,0
1.4	- pojistné na sociální zabezpečení	30	24	80,0
1.5	- odpisy hmotného a nehmotného majetku - podíl vztahující se k této činnosti	159	170	106,9
1.6	- úroky			
1.7	- pokuty a penále			
1.8	- finanční náklady spojené s prodejem finančních investic			
1.9	- ostatní provozní náklady	954	1 011	106,0
2	Snížení hodnoty cenných papírů vlivem reálného ocenění			
III.	Výsledek hospodaření = I. – II.	5 105	1 694	33,2
IV.	Daň z příjmů	328	237	72,3
V.	Zisk z ostatní zdaňované činnosti po zdanění = III. – IV.	4 777	1 457	30,5

B	Doplňující informace o cenných papírech ³⁾			
1	Stav cenných papírů k 1. 1. sledovaného období	0	0	0,0
2	Stav cenných papírů k 31. 12. sledovaného období	0	0	0,0
	Z toho cenné papíry vztahující se k dceřině společnosti provozující komerční pojištění			
z 1	Stav cenných papírů k 1. 1. sledovaného období	0	0	0,0
z 2	Stav cenných papírů k 31. 12. sledovaného období	0	0	0,0

ZPP 2009/8

Poznámky k tabulce:

- 1) Tabulka zahrnuje náklady a výnosy související s veškerou ostatní zdaňovanou činností provozovanou zdravotní pojišťovnou v souladu se Statutem zdravotní pojišťovny (nebo v případě VZP ČR schválenou Ministerstvem zdravotnictví).
- 2) Náklady na ostatní zdaňovanou činnost vyjadřují nejpozději k 31.12. daného roku celkové náklady na tuto činnost, včetně podílu nákladů hrazených v průběhu roku prvotně (zálohově) z PF. Na tento podíl nákladů je nutno v průběhu roku poskytovat zálohy na bankovní účet provozního fondu, pokud není prováděno přímé rozúčtování společných provozních nákladů již v průběhu roku (vazba na § 3 vyhlášky o fondech).
- 3) Cenné papíry - patří sem podíl CP vztahující se k této činnosti včetně podílu v dceřiných společnostech. V oddíle II. pod bodem 1.8 je nutno uvádět pouze účetní hodnotu prodávaných finančních investic tak, aby bylo možno po odečtení této hodnoty od oddílu I. ř. 3 stanovit realizovaný zisk nebo ztrátu z uskutečněného prodeje.

Hlavními aktivitami v oblasti zdaňované činnosti v roce 2009 budou:

- pronájem nebytových prostor v Ostravě-Vítkovicích,
- zprostředkování pojištění na léčebné výlohy při cestách do zahraničí.

Výnosy ze zdaňované činnosti budou tvořeny zejména provizemi za zprostředkování pojištění léčebných výloh při cestách do zahraničí a příjmy z pronájmu nebytových prostor v sídle Pojišťovny.

Výše výnosů v roce 2008 je ovlivněna rozpuštěním daňově neúčinné opravné položky vytvořené k závazkům Nemocnice Atlas, a. s.

Plánovaná výše úroků sestává převážně z úroků z vkladů na bankovních účtech pro zdaňovanou činnost a dále ze smluvních úroků vyplývajících z ustanovení o splátkovém kalendáři ke smlouvě o uznání závazků po lhůtě splatnosti Nemocnicí Atlas, a. s., z titulu neuhrazeného nájemného a služeb s ním spojených v minulém období. Závazky byly v souladu se splátkovým kalendářem uhrazeny v únoru roku 2009.

Plánovaná výše nákladů v roce 2009 představuje náklady vzniklé v souvislosti s údržbou pronajímané části provozní budovy a v souvislosti se zprostředkováním pojištění léčebných výloh při cestách do zahraničí. Nepřímé náklady, které budou dodavateli fakturovány, budou při věcném uznání jednotlivých faktur klíčovány a přiřazovány jednak do oblasti provozní režie na činnost Pojišťovny, jednak do oblasti zdaňované činnosti v souladu s ustanoveními vnitřního předpisu. Odpisy vyjadřují poměrnou část celkových odpisů vztahující se k pronajímané ploše nemovitostí ve vlastnictví Pojišťovny.

Daň z příjmů zohledňuje v očekávané skutečnosti roku 2008 i v plánu na rok 2009 zdanění výnosových úroků z vkladů finančních prostředků získaných Pojišťovnou z prodeje cenných papírů a evidovaných ve fondu reprodukce majetku, které Pojišťovna obdržela bezúplatným převodem na základě privatizačního projektu. Takto získané finanční prostředky tudíž neplynuly z veřejného zdravotního pojištění.

Očekávaný výsledek hospodaření ČNZP k 30.9.2009 ve výši cca 5 tis. Kč se promítne v pasivech rozvahy na ř. 78.

6 Přehled základních ekonomických ukazatelů**6.1 Základní ekonomické ukazatele****Přehled základních ukazatelů o činnosti Pojišťovny**

Ř	Název ukazatele	Měrná jednotka	Rok 2008 Skutečnost	Rok 2009 ZPP	Procento ZPP 2009 Skut. 2008
	ODDÍL A				
	I. Pojištěnci				
1	Počet pojištěnců celkem k poslednímu dni sledovaného období ¹⁾	osob	362 615	739 000	203,8
1.1	z toho: státem hrazení	osob	213 054	444 990	208,9
2	Průměrný počet pojištěnců za sledované období ²⁾	osob	360 147	474 250	131,7
2.1	z toho: státem hrazení	osob	212 373	282 570	133,1
	II. Ostatní ukazatele				
3	Stav dlouhodobého majetku včetně poskytovaných záloh pořízený k poslednímu dni sledovaného období	tis.Kč	105 865	199 319	188,3
4	Stav dlouhodobého majetku včetně poskytovaných záloh pořízený za sledované období	tis.Kč	30 663	89 300	291,2
4.1	v tom: majetek na vlastní činnost	tis.Kč	30 663	89 300	291,2
4.2	ostatní majetek	tis.Kč			
5	Stav finančních investic k poslednímu dni sledovaného období	tis.Kč			
5.1	z toho vázáno v dceřiné společnosti	tis.Kč			
6	Finanční investice pořízené za sledované období	tis.Kč			
6.1	z toho: vázáno v dceřiné společnosti	tis.Kč			
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		80 648	
9	Nesplacený zůstatek bankovních úvěrů k poslednímu dni sledovaného období celkem	tis.Kč			
10	Přijaté návratné finanční výpomoci ze státního rozpočtu ve sledovaném období	tis.Kč			
11	Splácení návratné finanční výpomoci ze státního rozpočtu ve sledovaném období	tis.Kč			
12	Nesplacený zůstatek návratné finanční výpomoci ze státního rozpočtu k poslednímu dni sledovaného období	tis.Kč			
13	Přijaté finanční dary a nenávratné dotace	tis.Kč			
14	Přepočtený počet zaměstnanců k poslednímu dni sledovaného období ³⁾	osob	242	509	210,3
15	Průměrný přepočtený počet zaměstnanců ³⁾	osob	235	504	214,5
16	Výpočet limitu nákladů na činnost podle vyhlášky č. 418/2003 Sb. ⁴⁾	%	3,69	3,69	100,0
17	Rozvrhová základna pro propočtení přídelů do provozního fondu	tis. Kč	6 509 191	8 776 600	134,8
18	Maximální limit nákladů na činnost propočtený z dosažené rozvrhové základny	tis. Kč	240 189	323 857	134,8
19	Skutečný příděl ze ZFZP do provozního fondu	tis. Kč	240 189	301 915	125,7

III. Závazky a pohledávky					
20	Závazky celkem k poslednímu dni sledovaného období ⁵⁾	tis.Kč	522 131	970 317	185,8
20.1	v tom: závazky vůči zdravotnickým zařízením ve lhůtě splatnosti	tis.Kč	500 215	921 952	184,3
20.2	závazky vůči zdravotnickým zařízením po lhůtě splatnosti	tis.Kč	0	0	0,0
20.3	ostatní závazky ve lhůtě splatnosti	tis.Kč	21 916	48 365	220,7
20.4	ostatní závazky po lhůtě splatnosti	tis.Kč	0	0	0,0
21	Pohledávky celkem k poslednímu dni sledovaného období	tis.Kč	1 527 801	2 608 182	170,7
21.1	v tom: pohledávky za plátcí pojistného ve lhůtě splatnosti	tis.Kč	455 599	879 530	193,0
21.2	pohledávky za plátcí pojistného po lhůtě splatnosti	tis.Kč	820 907	1 433 087	174,6
21.3	pohledávky za zdravotnickými zařízeními ve lhůtě splatnosti	tis.Kč	233 069	233 169	100,0
21.4	pohledávky za zdravotnickými zařízeními po lhůtě splatnosti	tis.Kč	0	0	0,0
21.5	ostatní pohledávky ve lhůtě splatnosti	tis.Kč	7 323	27 323	373,1
21.6	ostatní pohledávky po lhůtě splatnosti	tis.Kč	10 903	35 073	321,7
22	Dohadné položky pasivní	tis.Kč	86 230	85 000	98,6
23	Dohadné položky aktivní	tis.Kč	78 339	563 580	719,4

Doplňující údaje k řádkům 1, 2, 5 a 6					
k ř. 1.1	z toho pojištěnců ze zemí Evropské unie ⁶⁾	osob	342	375	109,6
k ř. 2.1	z toho pojištěnců ze zemí Evropské unie ⁶⁾	osob	270	362	134,1
k ř. 5	z toho ve Fondu majetku	tis.Kč			
k ř. 6	z toho ve Fondu majetku	tis.Kč			

ZPP 2009/1

Poznámky k tabulce:

- Počet pojištěnců = stav pojištěnců k 31.12. včetně opravného hlášení. Do počtu pojištěnců se nezahrnují osoby, které se odhlásily ze zdravotního pojištění podle § 8 odst. 4 zákona č. 48/1997 Sb., ve znění zákona č. 176/2002 Sb.
- Průměrný počet pojištěnců k 31.12. zdravotní pojišťovny se propočte jako součet údajů z 1. až 12. přerozdělování včetně poslední známého opravného hlášení do přerozdělování děleno dvanácti. Výsledná hodnota se zaokrouhlí na celé číslo.
- Zdravotní pojišťovna daný údaj zaokrouhlí na celá čísla.
- Limit stanovený v procentech se zaokrouhlí na 2 desetinná místa, v souladu s § 7 vyhlášky o fondech.
- Závazky celkem neobsahují závazky vykázané na ř. 9 a ř. 12.
- Jedná se o osoby, které se staly "osobami, za které platí pojistné stát" na základě vyhlášených mezinárodních smluv o sociálním pojištění, s nimiž vyslovil souhlas Parlament a dále na základě závazných předpisů Evropských společenství, tj. nařízení Rady EHS 1408/71 a nařízení Rady EHS 574/72.

I. Pojištěnci

Pro rok 2009 je v souvislosti se sloučením HZP se ZPA a ČNZP plánován průměrný počet 474 250 pojištěnců. Celkový počet pojištěnců ke dni 31.12.2009 je plánován na 739 000 osob a je tvořen 371 000 pojištěnci HZP, 63 000 pojištěnci převzatými ke dni 1.7.2009 ze ZPA a 305 000 pojištěnci převzatými ke dni 1.10.2009 z ČNZP.

II. Ostatní ukazatele

Řádek 3 a řádek 4 - údaje o stavu a pořízení investičního majetku vycházejí z účetní evidence - účtová třída 1 a 2, z očekávaného objemu pořízeného majetku a očekávané výše zúčtovaných odpisů. Údaje zahrnují předpokládaný stav majetku ZPA k 30.6.2009 ve výši 15 654 tis. Kč, z toho majetek pořízený ZPA v období prvního až šestého měsíce roku 2009 v částce 15 400 tis. Kč se vztahuje k pořízení IS ZPA. Předpokládaný stav majetku ČNZP

k 30.9.2009 je ve výši 20 540 tis. Kč, majetek pořízený do devátého měsíce roku 2009 činí 7 494 tis. Kč.

Řádek 8 - Pojišťovna předpokládá, že po sloučení se ZPA splatí kontokorentní úvěr ve výši 49 648 tis. Kč a finanční výpomoc poskytnutou ZPA společností AGEL, a. s., ve výši 31 000 tis. Kč, jejichž čerpání ZPA využívala k pokrytí závazků z provozní činnosti.

Řádek 14 a řádek 15 - nárůst plánovaného počtu zaměstnanců v roce 2009 souvisí zejména s předpokládaným převzetím 47 zaměstnanců ZPA a 217 zaměstnanců ČNZP.

Řádek 16 až řádek 19 - maximální výše limitu přidělu na činnost Pojišťovny pro rok 2009 je stanovena dle § 7 vyhlášky č. 418/2003 Sb. ve výši 3,69 % z plateb pojistného po přerozdělování, příjmů z náhrad škod, příjmů z pokut a penále vyměřených a uložených za neplnění zákonných povinností a pozdní odvody pojistného a přírážek k pojistnému za opakovaný výskyt pracovních úrazů nebo nemocí z povolání ze stejných příčin. V souladu s realizací předpokládaných opatření vlády ČR v sektoru zdravotnictví pro řešení dopadů finanční a ekonomické krize plánuje Pojišťovna nižší než maximální možný příděl ze základního fondu zdravotního pojištění do provozního fondu omezený zákonnou procentní výší sníženou o 0,25 %.

V případě zvýšené potřeby čerpání finančních prostředků v souvislosti s provozní činností budou použity dosud vytvořené zdroje.

Příjmy z pokut, penále a přírážek k pojistnému vyměřených do 31.12.1998 jsou příjmem základního fondu zdravotního pojištění. Příjmy z pokut, penále a přírážek k pojistnému vyměřených od 1.1.1999 jsou příjmem fondu prevence. Základnu pro výpočet limitu provozních nákladů tvoří součet příjmů uvedených v tabulce ZPP 2009/2, oddíl B II. ř. 2.1, 3, 4 a příjmů z tabulky ZPP 2009/7 doplňující informace k oddílu B II. ř. 1.2, ř. 1, 2.

III. Závazky a pohledávky

Řádek 20.1 - závazky vůči zdravotnickým zařízením zahrnují závazky za zdravotní péči vykázanou za období dvanáctého měsíce kalendářního roku, které jsou Pojišťovnou zpracovány a propláceny dle splatnosti v prvním měsíci následujícího kalendářního roku.

Řádek 20.3 - ostatní závazky ve lhůtě splatnosti tvoří běžné závazky z oblasti provozní režie a zdaňované činnosti.

Řádek 21 - pohledávky za plátcí pojistného ve lhůtě splatnosti představují předpis pojistného za dvanáctý měsíc kalendářního roku, které je pro Pojišťovnu příjmem v prvním měsíci následujícího kalendářního roku.

Pohledávky za plátcí pojistného po lhůtě splatnosti tvoří pohledávky z dlužného pojistného, vyměřeného penále a přírážek k pojistnému.

Pohledávky za zdravotnickými zařízeními ve lhůtě splatnosti tvoří zejména zálohové platby na úhradu zdravotní péče, dále pohledávky z revizí a uplatněných regulací.

Ostatní pohledávky ve lhůtě splatnosti jsou zejména pohledávky z oblasti provozní režie a zdaňované činnosti.

Ostatní pohledávky po lhůtě splatnosti jsou dlužné pohledávky za náhradami škod.

Řádek 22 - dohadné položky pasivní zahrnují konečné zůstatky dohadných položek k závazkům vůči zdravotnickým zařízením, které byly vytvořeny na základě předběžných vyhodnocení smluvních ujednání o regulačních omezeních za příslušná referenční období u jednotlivých segmentů zdravotní péče.

Očekávanou výši dohadné položky pasivní 85 000 tis. Kč tvoří dohadné položky plánované Pojišťovnou ve výši 35 000 tis. Kč a dohadné položky plánované ČNZP ve výši 50 000 tis. Kč.

Řádek 23 - dohadné položky aktivní tvoří konečné zůstatky dohadných položek k pojistnému, které byly tvořeny z údajů o plátcích pojistného, kteří nezaslali přehledy o platbách pojistného a kterým byla vypočtena pravděpodobná výše pojistného.

Očekávanou výši dohadné položky aktivní 563 580 tis. Kč tvoří dohadné položky plánované Pojišťovnou ve výši 46 000 tis. Kč, dohadné položky plánované ZPA ve výši 4 000 tis. Kč a dohadné položky plánované ČNZP ve výši 513 580 tis. Kč. ČNZP dohadné položky ve výši 513 580 tis. Kč zaúčtuje před účetní uzávěrkou ke dni 30.9.2009.

Doplňující informace k řádku 1.1 a 2.1 - z toho pojištěnci ze zemí Evropské unie, viz poznámka č. 6 k tabulce.

6.2 Vývoj závazků ve lhůtě a po lhůtě splatnosti vůči zdravotnickým zařízením

Pojišťovna realizuje úhrady poskytovatelům zdravotní péče v souladu s právními předpisy upravujícími způsoby a výši úhrad zdravotní péče. Součástí úhrad je v určených termínech také vypořádání regulačních omezení zakotvených ve smlouvách s poskytovateli zdravotní péče. Závazky vzniklé pojišťovně z titulu uplatnění regulačních omezení vztahujících se k výkonům zdravotnických zařízení jak roku 2008, tak roku 2009 ovlivňují bilanci základního fondu zdravotního pojištění ve skutečnosti roku 2008 i v plánu na rok 2009 ve formě dohadných položek, které pojišťovna vytváří v souladu s ustanoveními vyhlášky č. 418/2003 Sb.

V důsledku uplatňování variantního způsobu úhrad zdravotní péče nejen v jednotlivých segmentech, ale i jednotlivým zdravotnickým zařízením téhož segmentu a mnohdy pozdního předkládání vyúčtování zdravotní péče zdravotnickými zařízeními eviduje Pojišťovna závazky vůči zdravotnickým zařízením, které se stávají nákladem běžného roku, přestože se výkonově vztahují k roku předešlému. Objem takto vzniklých nákladů představuje z pohledu účetnictví nevýznamné částky, které pojišťovna nezahrnuje do bilance příslušného roku.

Pojišťovna hospodáří v dlouhodobém horizontu bez závazků po lhůtě splatnosti. Tento trend zůstal zachován také v průběhu roku 2008. Ekonomická situace zdravotních pojišťoven ZPA a ČNZP vytváří předpoklady pro úhradu závazků Pojišťovny ve lhůtách splatnosti i po 1.10.2009.

6.3 Vývoj stavu pohledávek po lhůtě splatnosti za plátcí pojistného

Hlavním důvodem, na základě kterého Pojišťovna přistupuje k odepsání nedobytných pohledávek, je bezvýsledný výkon rozhodnutí (soudní výkon rozhodnutí, správní výkon rozhodnutí, případně prostřednictvím soukromých exekutorů). Dále se jedná o případy, kdy pohledávky byly přihlášeny v konkurzním řízení a konkurzy byly později zrušeny pro nedostatek majetku postačujícího k úhradě konkurzního řízení nebo v případech ukončení konkurzu, kdy pohledávka Pojišťovny není z výtěžku uspokojena v plné výši.

Pojišťovna takto odepíše v roce 2009 pohledávky po lhůtě splatnosti celkem ve výši 60 000 tis. Kč, z toho 29 000 tis. Kč bude činit dlužné pojistné a 31 000 tis. Kč penále související s vymáháním veřejného zdravotního pojištění.

Pojišťovna vytvoří v souladu s příslušnými ustanoveními vyhlášky č. 418/2003 Sb. v rámci závěrečných účetních operací dohadné položky k předpokládanému objemu pohledávek za plátcí pojistného, kteří za období leden až listopad nezaslali přehled o platbách pojistného a kterým bude k datu 31.12. vyměřena pravděpodobná výše pojistného. Pro rok 2008 Pojišťovna vytvořila na objem takto vyměřeného pojistného dohadnou položku ve výši 49 112 tis. Kč, pro rok 2009 předpokládá vytvoření dohadné položky ve výši 50 000 tis. Kč a převzetí dohadné položky ve výši 513 580 tis. Kč, kterou ČNZP zaúčtuje před účetní závěrkou ke dni 30.9.2009.

6.4 Odhad pohledávek za zdravotnickými zařízeními

V objemu pohledávek za zdravotnickými zařízeními ve lhůtě splatnosti ve výši 233 069 tis. Kč v roce 2008 a ve výši 233 169 tis. Kč pro rok 2009 jsou obsaženy zejména zálohové platby na úhrady zdravotní péče a pohledávky z revizí vykázané zdravotní péče. Jedná se o skutečně poskytnuté zálohy na fakturovanou zdravotní péči a je předpoklad, že budou zúčtovány formou započtení v termínu vyúčtování poskytnuté zdravotní péče za měsíc prosinec, tj. v lednu následujícího roku. Na tyto zálohy Pojišťovna v souladu se zásadami danými účetními předpisy netvoří dohadné položky. Pohledávky z revizí zdravotní péče nejsou předmětem tvorby dohadných položek z důvodu jejich započítávání se závazky v rámci měsíčních úhrad zdravotní péče a z důvodu nevýznamné výše těchto pohledávek, která podstatným způsobem neovlivňuje objem nákladů na zdravotní péči. Pojišťovna neeviduje žádné pohledávky za zdravotnickými zařízeními po lhůtě splatnosti.

6.5 Vývoj ostatních pohledávek ve lhůtě a po lhůtě splatnosti

Výše ostatních pohledávek po lhůtě splatnosti tvoří pohledávky za náhradami škod a stav těchto pohledávek k 31.12.2009 je očekáván ve výši 35 073 tis. Kč.

Ostatní pohledávky ve lhůtě splatnosti z provozní činnosti se týkají běžné provozní a zdaňované činnosti. Pojišťovna dále eviduje pohledávku za Ing. Žaludkem ve výši 4 000 tis. Kč z titulu vymáhání úhrady ručitelského závazku za ZPP ATLAS, která je vymáhána právní cestou.

Pojišťovna nadále eviduje mezi ostatními pohledávkami z veřejného zdravotního pojištění ve lhůtě splatnosti pohledávku za Union bankou, a. s. „v likvidaci“, ve výši 1 504 tis. Kč,

která byla Pojišťovnou uplatněna v konkurzním řízení. Z výše uvedeného vyplývá, že termín úhrady této pohledávky nelze odhadnout.

7 Závěr

Při sestavování zdravotně pojistného plánu Pojišťovna připouští i možná rizika, mezi která patří zejména:

- Složitost projektu propojení tří zdravotních pojišťoven, z nichž HZP a ČNZP mají za sebou více než patnáctiletou historii.
- Nutnost vytvoření jednotného informačního systému Pojišťovny ve velmi krátkém čase.
- Analýza smluvní politiky a úhrad zdravotnickým zařízením a její sladění před sloučením s ČNZP.
- Negativní přijetí projektu pojištěnci a jejich odchod k jiným zdravotním pojišťovnám.

Rizika v oblasti výběru a přerozdělování pojistného

- Růst příjmů z pojistného v systému veřejného zdravotního pojištění nedosáhne 1,7 %.
- Pojišťovně se nepodaří dosáhnout předpokládaného nárůstu počtu pojištěnců a může být po sloučení se ZPA a ČNZP ohrožena odlivem části pojištěnců.
- Plán příjmů z pojistného na veřejné zdravotní pojištění pro rok 2009 byl sestaven se zohledněním všech právních předpisů upravujících činnost zdravotních pojišťoven do doby zpracování zdravotně pojistného plánu, v rámci dalších reformních kroků v oblastech zdravotnictví a sociálních věcí však mohou být v průběhu roku 2009 přijata další opatření, která ovlivní výši předpokládaných příjmů z veřejného zdravotního pojištění.

Rizika v oblasti nákladů na zdravotní péči

- Neřešený rozpor mezi vysokou úrovní a současně vysokou nákladovostí poskytované zdravotní péče a její úhradou převážně z veřejných zdrojů.
- Nepříznivý demografický vývoj v České republice spojený se stoupajícími náklady na zdravotní péči.
- Stále koncepčně neřešená optimalizace sítě zdravotnických zařízení s důsledkem neúčelných indikací a čerpání zdravotní péče.
- Nedostatečná úprava legislativních norem umožňujících zdravotním pojišťovnám hradit pouze účelný a indikovaný pohyb pojištěnce ve zdravotnickém systému.
- Nárůst objemu úhrad za ošetření pojištěnců Pojišťovny v zemích EU z důvodu vyšších nákladů na zdravotní péči v zahraničí.
- Možné zvýšení nákladů na léky vlivem liberalizace lékové politiky.

Základní cíle a směry dlouhodobého rozvoje HZP

Strategie rozvoje Pojišťovny v roce 2009 bude vycházet z podmínek zostřené konkurenčního soupeření zdravotních pojišťoven na trhu veřejného zdravotního pojištění. Hlavním strategickým cílem Pojišťovny bude produktově orientovaný klientský přístup vůči rozhodujícím subjektům na trhu - pojištěncům a poskytovatelům zdravotní péče.

Vedle nabídky produktů z řady preventivních programů půjde především o vývoj a realizaci prodeje produktu s přímou vazbou na základní fond zdravotního pojištění. Jádrem produktu bude orientace na řízenou péči, nové formy nákupu zdravotní péče pro pojištěnce ve vybrané síti poskytovatelů za podmínek zaručujících kvalitu a efektivitu poskytnuté zdravotní péče. Součástí nabízeného produktu bude i nová organizace poskytování zdravotní péče zvyšující její dostupnost a zkrácení maximálních čekacích lhůt na vyšetření, případně na operační zákroky. Vývoj a realizace prodeje produktu bude základním stavebním prvkem strategie produktově orientovaného přístupu. Pojišťovna naváže na aktivní podíl sloučených zdravotních pojišťoven na činnostech CMU, NRC, Portálu ZP a SZP ČR.

Nedílnou součástí strategie dlouhodobého rozvoje Pojišťovny bude orientace na splnění cílů v oblasti:

- služeb pojištěncům (přípravy nových produktů, elektronizace komunikačních kanálů, restrukturalizace sítě kontaktních míst, zvýšení kvality obslužných činností),
- akviziční strategie (segmentace trhu, cíle a prostředků akvizice),
- smluvní politiky a úrovně komunikace s poskytovateli zdravotní péče.

Základním předpokladem naplnění strategie produktově orientovaného přístupu bude, mimo jiné, orientace na efektivní nákup a organizaci poskytování zdravotní péče, identifikace specifických potřeb a preferencí klientů, segmentace trhu, vývoj produktů s ohledem na kompenzaci rizika zdravotního stavu různých skupin pojištěnců. Součástí obslužných činností Pojišťovny bude schopnost efektivně administrovat prodej jejích produktů.

Základní premisou realizace strategických záměrů bude, podobně jako v minulých letech, udržení celkově vyrovnané bilance hospodaření Pojišťovny. Definice strategických cílů Pojišťovny v roce 2009 vytváří předpoklady pro posílení její pozice v prostředí zvýšeného konkurenčního soupeření, úspěšnou reprezentaci a obhajobu zájmů pojištěnců.