



**Zdravotně pojistný plán na rok 2008**

## Obsah

1.	Úvod .....	2
2.	Obecná část .....	5
3.	Pojištěnci .....	10
4.	Základní fond zdravotního pojištění .....	12
4.1	Záměry vývoje hospodaření ZFZP v roce 2008 .....	12
4.2	Tvorba, příjmy ZFZP .....	21
4.3	Čerpání, výdaje ZFZP .....	24
4.3.1	Smluvní politika ve vztahu ke zdravotnickým zařízením .....	24
4.3.2	Zdravotní politika .....	30
4.3.3	Revizní a kontrolní činnost .....	36
4.3.4	Struktura nákladů na zdravotní péči v členění dle jednotlivých segmentů .....	39
5.	Ostatní fondy .....	45
5.1	Zdravotní péče hrazená z fondu prevence .....	45
5.2	Provozní fond .....	52
5.3	Majetek pojišťovny a investice .....	58
5.4	Sociální fond .....	62
5.5	Rezervní fond .....	65
5.6	Ostatní zdaňovaná činnost .....	68
5.7	Specifické fondy .....	69
6.	Přehled základních ekonomických ukazatelů .....	70
7.	Závěr .....	74

## 1. Úvod

### Základní charakteristika zdravotně pojistného plánu na rok 2008

Zdravotně pojistný plán byl zpracován dle Metodiky pro tvorbu zdravotně pojistného plánu na rok 2008, předané Ministerstvem zdravotnictví dopisem č.j. MZDR 25665/2007 ze dne 17. srpna 2007 včetně příloh. Při jeho zpracování byly dodrženy všechny ve veřejném zdravotním pojištění platné zákony a vyhlášky.

Zdravotně pojistný plán na rok 2008 (dále jen ZPP 2008) vychází v základní podobě z očekávané skutečnosti roku 2007, která je vždy vyčíslena v každé tabulce tabulkové přílohy plánu. Na tvorbu plánovaných hodnot pro rok 2008 má významný vliv probíhající reforma systému zdravotnictví, kterou doprovázejí zásadní legislativní změny, které jsou pro fungování systému zdravotnictví stěžejní. Tyto změny budou nabývat platnosti postupně v letech 2008 a 2009 a ovlivní hospodaření Zaměstnanecké pojišťovny Škoda (dále jen ZPŠ) jak v oblasti příjmů, tak v oblasti výdajů na zdravotní péči. Jedná se o tyto skutečnosti:

#### v oblasti příjmů

- ▶ Z očekávané skutečnosti a podmínek jejího dosažení za rok 2007 lze odvodit pro ZPŠ vývoj příjmů v roce 2008 u základních skupin plátců pojistného. Předpokládaný vývoj je provázán s informací z materiálu Ministerstva financí „Predikce vývoje makroekonomických indikátorů“, kde se hovoří o predikci vývoje mezd, jako hlavní složky vyměřovacích základů pro pojistné, která předpokládá za rok 2007 navýšení o 9,4 % proti roku 2006 a navýšení pro rok 2008 o 7,4 % oproti roku 2007.
- ▶ Objem prostředků, vstupujících do přerozdělování na jednoho pojištěnce hrazeného státem byl sdělen předběžně dopisem Ministerstva financí ze dne 3. srpna 2007 č. j. 14/67259/2007-144 ve výši 677,-- Kč za osobu a měsíc, která vyplývá z již přijatého Nařízení vlády č. 257/2007. Jedná se o snížení plateb za státem hrazeného pojištěnce na 99,5 %. Prostřednictvím přerozdělování jsou objemy prostředků pro ZPŠ dále výrazně závislé na počtu standardizovaných pojištěnců a objemu nákladné péče. Podkladem pro kvalifikovaný odhad příjmů po přerozdělování jsou počty standardizovaných pojištěnců, propočtené na základě vyhlášky, kterou se stanoví nákladové indexy věkových skupin pojištěnců pro rok 2008.
- ▶ Významným vlivem je zavedení jednotného maximálního ročního vyměřovacího základu pro zaměstnance a pro OSVČ jako stropu pro odvod pojistného. Eventuální úhrady nad stanovený roční limit budou plátcům pojistného vráceny.

## v oblasti nákladů

- › Podkladem pro stanovení plánovaných objemů zdravotní péče v jednotlivých segmentech jsou poznatky z jednání dohodovacích řízení v rámci jednotlivých segmentů péče. Tato jednání o cenách péče skončila ve finále nedohodou, ale naznačila směr, kterým by se měla ZPŠ ubírat při zajištění péče pro své pojištěnce a jak tedy naplánovat prostředky pro předpokládaný úspěšný nákup zdravotní péče u zdravotnických zařízení.
- › Významný vliv na vývoj nákladů na zdravotní péči bude mít zavedení regulačních poplatků a limitu regulačních poplatků a doplatků na léčiva nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely.
- › Cenovým zásahem do nákladů na zdravotní péči je zvýšení dolní hranice sazby daně z přidané hodnoty z 5 % na 9 %. Částečnou kompenzaci tohoto dopadu u léčiv lze předpokládat v zavedení regulačních poplatků, což by mohlo vést k motivaci k přímému nákupu léků pojištěncem, bez vystavení receptu.
- › Obtížně odhadovaným dopadem do nákladů je oblast specializované péče v centrech, zejména nárůst nákladů na biologickou léčbu.
- › Každoročním negativním vlivem pro objem nákladů na zdravotní péči jsou úpravy vyhlášky č. 134/1998 Sb., kterou se vydává Seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, nyní platný od 1. ledna 2008.

## Zdroje čerpání podkladů

Při konstrukci ukazatelů ZPP 2008 se kromě výše uvedených skutečností vycházelo ze zkušeností a dlouhodobého vývoje rozhodujících ukazatelů za poslední srovnatelná období hospodaření ZPŠ, modifikovaných na podmínky roku 2007 a zohledňující předpokládané vlivy v legislativě a možné změny v roce 2008.

ZPP 2008 předpokládá nárůst příjmů před přerozdělováním v roce 2008 o 9,6 %. Na základě propočtu příjmů z přerozdělování z rozhodujících známých údajů lze předpokládat, že přerozdělování bude vzhledem ke struktuře těchto údajů poměrně nižší, a tím sníží procento příjmů ZPŠ po přerozdělování na 6,7 %. Tato výše příjmů je schopna pokrýt veškeré náklady ZPŠ v plánovaném roce.

Očekávané hodnoty v nákladové části ZPP 2008 používají jako základnu dlouhodobý vývoj zdravotní péče dle segmentů v průběhu minulých let, ale především se soustředí na připravované změny v zabezpečování a rozdělování zdravotní péče pomocí diferenciací odměňování poskytovatelů zdravotní péče v jednotlivých segmentech. Predikce nárůstu nákladů na zdravotní péči v ZPP 2008 ve výši 12,4 % představuje maximální možný nárůst zdravotní péče, pokrývající plánovaný nárůst pojištěnců a

možné dopady legislativních změn v plánovaném roce. Tento nárůst však nebude do jednotlivých segmentů rozložen rovnoměrně, bude docházet k výběru dle kvality a ceny.

V návaznosti na výše uvedené skutečnosti, zejména v souvislosti s tím, že jde o vstupní rok reformy zdravotnictví, lze konstatovat, že i v případě, dojde-li k vyššímu nárůstu mezd, a tím k vyššímu nárůstu příjmů, než předpokládá ZPP 2008, nebude v plánovaném roce tento nárůst použit plošně na úhradu zdravotní péče pro všechny segmenty, ale pouze v případě kompenzací mimořádných deficitů k zabezpečení stability měsíčních úhrad zdravotnickým zařízením a řešení mimořádných úhrad léčebné péče.

V případě, že ZPŠ nebude dosahovat plánovaných hodnot v oblasti příjmů po přerozdělování, disponuje dostatečně velkou rezervou pro maximální stabilizaci plateb svým dodavatelům a pro zachování optimální péče pro své klienty.

ZPP 2008 předpokládá vyrovnané hospodaření ZPŠ s minimálním přebytkem hospodaření pro krytí mimořádných událostí prvního roku reformy zdravotnictví.

## 2. Obecná část

### **Sídlo zdravotní pojišťovny, statutární orgán**

#### **Obchodní název**

Zaměstnanecká pojišťovna Škoda

#### **Sídlo**

Husova ulice  
293 01 Mladá Boleslav

telefon: 326 579 002

fax: 326 579 009

e-mail: zpskoda@zpskoda.cz

http: www.zpskoda.cz

kód pojišťovny: 209

IČ: 46354182

#### **Statutární orgán**

Ing. Darina Ulmanová, MBA, ředitelka ZPŠ

#### **Zřizovatel zdravotní pojišťovny a datum vzniku**

Zřizovací listinou č. j. 23 – 23400/92 – 9 vydanou 19. října 1992 Ministerstvem práce a sociálních věcí byla ZPŠ zřízena ke dni 15. října 1992 na základě žádosti podané firmou ŠKODA AUTO, a. s.

#### **Den zápisu do obchodního rejstříku**

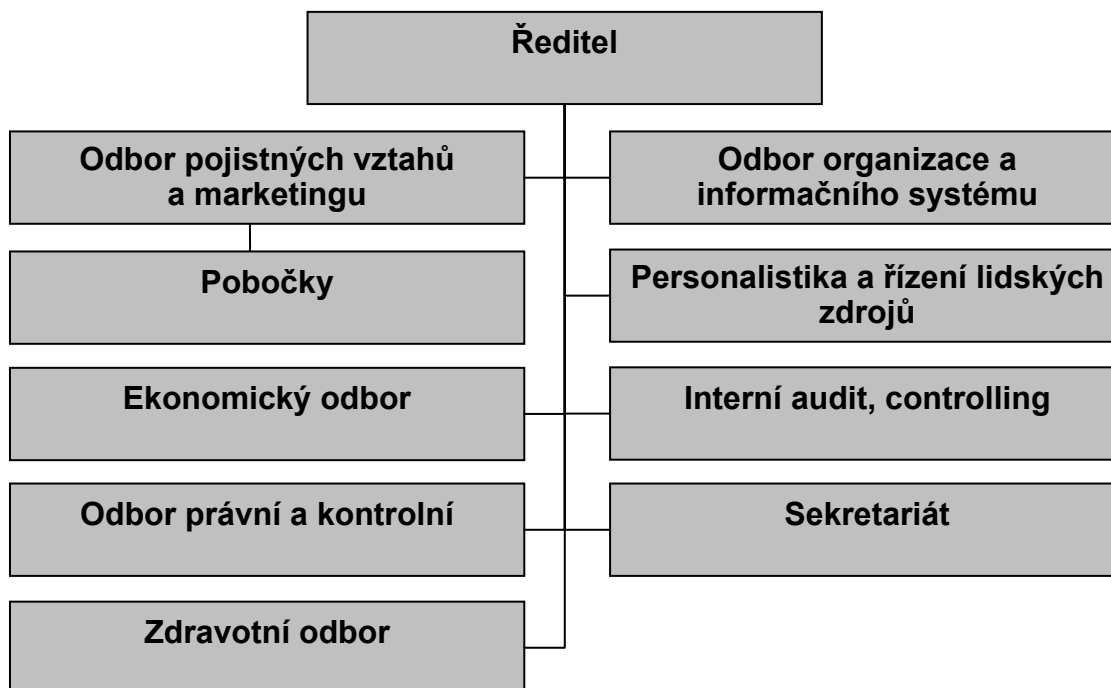
Do obchodního rejstříku vedeného Krajským obchodním soudem v Praze oddíl A, vložka 7541 byla ZPŠ zapsána dne 21. prosince 1992.

#### **Současná organizační struktura a předpokládaná úprava organizační struktury v roce 2008**

Aktuální Organizační řád včetně organizační struktury byl schválen Správní radou ZPŠ dne 11. prosince 2003 s platností od 1. ledna 2004.

V ZPP 2008 ZPŠ nepředpokládá zásadní změny v organizační struktuře.

Obr. č. 1 Organizační struktura ZPŠ



**Existující (nebo plánované založení) dceřiné společnosti a jejich zaměření, nadační fondy a jiné účasti ZP**

Na ZPŠ se nevztahuje.

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

Nosným strategickým cílem ZPŠ bude i v roce 2008 konstruktivní a vstřícný přístup při zajištění služeb zejména pro pojištěnce, smluvní či potencionální smluvní partnery a plátce pojistného na veřejné zdravotní pojištění.

Snahou ZPŠ bude maximalizovat výhodu, plynoucí z její regionální působnosti zejména při individuálních osobních jednáních s klienty.

Důvěra pojištěnců v ZPŠ bude nadále posilována prostřednictvím osobních konzultací revizních lékařů a zaměstnanců poskytujících poradenské služby. Stejně jako v uplynulých letech budou mít pojištěnci v roce ZPŠ přístup k přehledu o proplacené zdravotní péči prostřednictvím tzv. individuálního účtu.

V souvislosti se zavedením regulačních poplatků a doplatků na léčivé přípravky zavede ZPŠ od 1. ledna 2008 systém na jejich monitorování. Systém bude nastaven tak, aby v maximální míře využíval automatizovaného zpracování a minimalizoval nároky na lidské zdroje a přitom umožnil pojištěncům ZPŠ získat speciální formou individuálního účtu tyto informace.

V roce 2008 se ZPŠ cíleně zaměří na pojištěnce s riziky závažných civilizačních onemocnění zejména kardiovaskulárních onemocnění a na prevenci obezity. Snahou ZPŠ bude zvýšit zájem pojištěnců o prevenci a snížení nárůstu negativního fenoménu České republiky v dosažení téměř „světových prvenství“ zejména u obezity.

Další zdokonalení služeb, poskytovaných všem kategoriím klientů ZPŠ umožní v roce 2008 zejména dva faktory, které umožní zefektivnění pracovních procesů. Jednak přestěhování do nových provozních prostor a poskytování servisu „pod jednou střechou“ bude výhodou pro pojištěnce při vyřizování jejich záležitostí komplexně. Dále bude realizováno posílení informačního systému a postupný přechod na digitalizaci dokumentů.

Samozřejmostí bude i v roce 2008 využívání moderních informačních a komunikačních technologií k dosažení spokojenosti klientů.

V roce 2008 bude pokračovat dlouhodobá aktivní spolupráce zejména s největším zdravotnickým zařízením v regionu, s Oblastní nemocnicí, a. s. v Mladé Boleslavi, s Klinikou Dr. Pírka a s ostatními objemově významnými partnery a zejména poskytovateli primární péče v regionech působnosti pro zajištění dostupné a kvalitní zdravotní péče pro pojištěnce ZPŠ. Vztah ZPŠ k jednotlivým zdravotnickým zařízením bude i v roce 2008 budován na principu solidního finančního partnera.

Rovněž k plátcům pojistného na veřejné zdravotní pojištění bude přistupováno na principu partnerství s cílem minimalizace nedovýběru pojistného. I v roce 2008 bude pokračovat úzká spolupráce ZPŠ s „mateřskou“ firmou Škoda Auto při sledování rizikových zdravotních faktorů.

Jako služba nad rámec veřejného zdravotního pojištění bude i v roce 2008 poskytováno pojištěncům ZPŠ pojištění léčebných výloh pro cesty do zahraničí a další produkty komerčního připojištění na základě smlouvy s komerční pojišťovnou.

Stejně jako v uplynulých letech bude i v roce 2008 ZPŠ usilovat o naplnění trendů, které jsou nezbytnou podmínkou rozvoje a perspektivní činnosti úspěšných firem v dnešní době. Strategie založená na adresné komunikaci a vzájemné informovanosti spolu s motivací umožní posílit postavení ZPŠ na trhu veřejného zdravotního pojištění, uspět v konkurenci a být solidním a respektovaným partnerem svým klientům.



## **Záměry rozvoje informačního systému**

V roce 2008 plánuje ZPŠ provést výměnu všech dnes již morálně zastaralých koncových stanic, jejichž výkon je vyčerpán nasazením nových technologií pro digitalizaci a DMS (Document Management System). Zavedení těchto technologií znamená i přechod z platformy Microsoft Exchange a Microsoft Outlook na platformu Lotus Notes, která je pro nasazení DMS v požadovaném rozsahu nezbytná. V této souvislosti bude ZPŠ zvažovat další používání kancelářského prostředí Microsoft Office v rozsahu, jak je používáno doposud.

ZPŠ v roce 2008 bude pro svoji činnost nadále využívat databázového prostředí Informix, se kterým pracují klíčové aplikace AVA a RIS. Ty využívá ZPŠ od počátku své existence a jejich kultivace je smluvně zajištěna tak, aby odpovídaly nejen legislativnímu prostředí, ale i potřebám, které vzejdou přímo od uživatelů. V roce 2008 začne být navíc smluvně zajišťována i kultivace informačního systému AVA směrem k digitalizaci dokumentů.

Primárním úkolem informačního systému ZPŠ v roce 2008 bude zajistit na informační úrovni bezvadné fungování ZPŠ. Tento úkol v dnešní době zajišťuje trojice jedinečných serverů. Pokud dojde k výpadku již jednoho, znamená to výrazné omezení provozu se všemi důsledky. Přestože jsou kritická místa ošetřena servisní smlouvou, může výpadek komplikovat provoz i 24 hodin. V souladu s přijatou strategií hodlá ZPŠ v roce 2008 významně posílit spolehlivost informačního systému vybudováním záložního výpočetního systému. To bude znamenat instalaci záložních serverů, a to jak databázového, aplikačního, tak i doménového. Bude tak zajištěna minimální doba výpadku v případě poruchy některého z primárních serverů. Záložní servery mohou zároveň sloužit ke složitým analýzám a k dalším úlohám, jako je např. testování nových programových produktů, což je obtížně řešitelné za provozu na primárních serverech. Nároky na zvýšenou spolehlivost, dostupnost dat a bezpečnost mimo jiné vyžaduje implementace digitalizace, kdy většina procesů je realizována bezpapírově, pouze elektronickými cestami.

Dalším z úkolů informačního systému ZPŠ bude zajistit bezproblémový chod komunikačních kanálů určených především pro klienty, tj. pro zdravotnická zařízení, zaměstnavatele i pojištěnce. Tím jsou míněny především služby prostřednictvím internetového Portálu zdravotních pojišťoven, díky němuž dochází k úspoře kapacit zaměstnanců ZPŠ a zároveň je možné šetřit čas a prostředky klientů. ZPŠ bude i v roce 2008 věnovat pozornost rozvoji projektů B2B a B2C. Samozřejmostí bude úprava informačního systému tak, aby díky automatizovanému zpracování regulačních poplatků a doplatků do limitu byl systém tohoto sledování maximálně zjednodušen.

Ačkoliv se doposud nedaří dohodnout se s poskytovateli zdravotní péče na objektivnějším úhradovém systému, který by využíval předností klasifikačního systému DRG, ZPŠ hodlá nadále průběžným sledováním kvalitativních a kvantitativních parametrů, které tento systém nabízí, přispět alespoň k diskusi o kvalitě zdravotní péče poskytované těmito zdravotnickými zařízeními.

Připravované zázemí záložní výpočetní kapacity přispěje k rozvoji již vybudovaného systému datového uložení. To umožní analytikům průběžně hodnotit poskytovanou zdravotní péči mimo jiné i z aspektů hodnocení preskripce, indukované péče, apod.

ZPŠ je jedinou zdravotní pojišťovnou, která pomáhá zdravotnickým zařízením v obtížné orientaci v systému regulačních mechanismů. Děje se tak prostřednictvím analýz, které jsou pravidelně 1 x týdně zpracovávány do tiskové sestavy s tabulkami a grafy, a dále jsou distribuovány e-mailem příslušným lékařům. Ti, kteří se chtějí sami problematikou nákladů, ať v preskripci či indukované péči, zabývat detailněji, mají data připravena do excelovské tabulky. Tento reportingový systém je přijímán zdravotnickou veřejností velmi pozitivně, a proto ho ZPŠ hodlá provozovat i v roce 2008.

### 3. Pojištěnci

#### **Záměry vývoje struktury pojištěnců, resp. jejich stabilizace**

ZPŠ zůstane v roce 2008 regionální zdravotní pojišťovnou, zaměřenou převážně na pojištěnce z regionů působnosti firmy Škoda Auto a. s. a jejich dodavatelů, tzn. ve Středočeském a Královehradeckém kraji.

V roce 2008 je očekáván nárůst průměrného počtu pojištěnců o 3,78 % převážně v oblasti působení stávajících poboček.

Pro stabilizaci pojistného kmene jsou vyvíjeny aktivity na několika úrovních. Jedná se o aktivity související se zabezpečením dostupnosti sítě smluvních partnerů v regionech působnosti, vytvářením preventivních zdravotních programů s cílem předcházení vzniku závažných onemocnění, nabídkou preventivních programů hrazených nad rámec veřejného zdravotního pojištění, zvyšováním profesních dovedností zaměstnanců ZPŠ při jednání s pojištěnci, rozšiřováním nabídky vzájemné komunikace včetně elektronické, celoročním průběžným zjišťováním potřeb pojištěnců formou dotazníků a jejich čtvrtletním vyhodnocováním sloužícím k operativnímu provádění změn dle poptávky a legislativních možností.

**Tabulka č. 17 ZPP 2008 - Věková struktura s komentářem**

Věková skupina <sup>2)</sup>	Průměrný počet pojištěnců <sup>1)</sup>			
	Rok 2006 skutečnost	Rok 2007 oček. skuteč.	ZPP 2008	% ZPP 2008/Oček. skut. 2007
0-5	7 014	7 668	8 820	115,0
5-10	6 565	6 682	6 830	102,2
10-15	7 934	7 600	7 650	100,7
15-20	8 520	8 660	8 890	102,7
20-25	8 680	8 685	8 790	101,2
25-30	11 422	10 655	10 760	101,0
30-35	12 026	12 320	12 680	102,9
35-40	8 935	9 300	9 880	106,2
40-45	8 168	8 450	8 920	105,6
45-50	7 752	7 640	7 760	101,6
50-55	9 495	9 410	9 530	101,3
55-60	9 730	9 710	9 910	102,1
60-65	7 262	7 940	8 550	107,7
65-70	4 945	5 220	5 580	106,9
70-75	4 225	4 220	4 310	102,1
75-80	3 531	3 620	3 710	102,5
80-85	2 207	2 320	2 460	106,0
85+	878	980	1 010	103,1
<b>celkem <sup>1)</sup></b>	<b>129 289</b>	<b>131 080</b>	<b>136 040</b>	<b>103,8</b>

**Tabulka č. 17 ZPP 2008 Věková strukt. poj.**

**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., ve znění zákona č. 438/2004 Sb.

V tabulce č. 17 ZPP 2008 - Věková struktura s komentářem je znázorněn předpokládaný nárůst pojištěnců dle věkových skupin, zohledňující jak přesuny mezi jednotlivými kategoriemi (stárnutí populace), tak registraci nových pojištěnců. Porodní boom se dle prognóz očekává i v roce 2008. V této kategorii se jedná o nejvyšší nárůst oproti roku 2007, a to o 15 %.

Dle porovnání s předcházejícími lety je nárůst očekáván také ve věkových skupinách 35 - 40 let, 40 - 45 let, 60 - 65 let, 65 - 70 let.

Z průzkumů Českého statistického úřadu vyplývá, že se prodlužuje průměrný věk dožití, což je v souladu se zvyšující se úrovní kvality v poskytování zdravotní péče. Vyšší věk je jedním z faktorů zvyšujícího se podílu pojištěnců ZPŠ hrazených státem z celkového průměrného počtu pojištěnců ZPŠ. Pro rok 2008 je předpokládané procento ve výši 54,4.

## 4. Základní fond zdravotního pojištění

### 4.1 Záměry vývoje hospodaření ZFZP v roce 2008

Základní fond zdravotního pojištění (dále ZFZP) soustřeďuje ve své výnosové a nákladové části A a příjmové a výdajové části B hlavní objem všech prostředků, které se podílí na obratu ZPŠ a dává ucelený přehled o výši tvorby a čerpání ve vztahu k ostatním fondům ZPŠ. Objemy základních výnosů a nákladů, příjmů a výdajů ZPŠ, vyjádřené v roce 2007 očekávanou skutečností a plánovanými hodnotami pro rok 2008, udává tabulka č. 2.

Tvorba a čerpání ZFZP se řídí vyhláškou č. 418/2003 Sb., ve znění pozdějších předpisů, kterou se stanoví podrobnější okruh příjmů a výdajů jednotlivých fondů, tvořených zdravotními pojišťovnami. Účetní doklady jsou zpracovávány dle zákona o účetnictví č. 563/1991 Sb., ve znění pozdějších předpisů, a vyhlášky č. 503/2002 Sb., ve znění pozdějších předpisů, kterou se provádějí některá ustanovení zákona, o účetnictví pro zdravotní pojišťovny.

Základem pro reálné vyjádření výsledků hospodaření ZPŠ v průběhu účetního období je stanovení povinnosti zdravotním pojišťovnám účtovat o pohledávkách a závazcích z veřejného zdravotního pojištění do období, s nímž tyto pohledávky a závazky časově a věcně souvisejí, bez ohledu na to, zda v tomto období bylo předepsané pojistné zapláceno nebo závazky za zdravotní péči uhrazeny. Barometrem porovnání bilance hlavních výnosů a nákladů ZPŠ jako vstupních dat ZFZP z hlediska vyrovnaného hospodaření je kladný konečný zůstatek fondu v účetním vyjádření. V části B je konečný zůstatek vyjádřen konkrétními finančními prostředky na bankovním účtu. Mírné zvýšení tohoto zůstatku mezi obdobími je projevem toho, že příjmy ZPŠ plně pokryjí v roce 2008 její výdaje. Výstižnější než absolutní hodnoty je relativní vyjádření např. ve vztahu k denním úhradám. V roce 2007 by zůstatek běžného účtu pokryl 100 dní průměrných úhrad, v roce 2008 pouze 92 dní úhrad zdravotní péče, ale při 12% nárůstu průměrné denní úhrady. Tato rezerva je v současném systému a kvalitě výběru pojistného dostačující.

**Tabulka č. 2 ZPP 2008 - ZFZP**

<b>A.</b>	<b>Základní fond zdravotního pojištění (ZFZP) Tvorba a čerpání ve sledovaném období</b>	<b>Rok 2007 oček. skut.</b>	<b>Rok 2008 ZPP</b>	<b>% ZPP 08/ oček. skut. 07</b>
		<b>tis. Kč</b>	<b>tis. Kč</b>	
<b>I.</b>	<b>Počáteční zůstatek k 1. 1. ve sledovaném období</b>	<b>455 595</b>	<b>596 374</b>	<b>130,9</b>
<b>II.</b>	<b>Tvorba celkem = zdroje</b>	<b>2 426 800</b>	<b>2 596 490</b>	<b>107,0</b>
1	Pojistné z veřejného zdravotního pojištění podle § 1 odst. 1 písm. a) vyhlášky o fondech	2 298 000	2 525 000	109,9
2	Peněžní prostředky plynoucí z měsíčního vyúčtování výsledků přerozdělování +/- podle § 1 odst. 1 písm. b) vyhlášky o fondech	112 000	53 600	47,9
2.1	Pojistné z veř. zdrav. pojištění po přerozdělování (ř. 1 + ř. 2) podle §§ 20, 21a zák. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, ve znění pozdějších předpisů a podle § 1 odst. 1 písm. a + b) vyhlášky o fondech	2 410 000	2 578 600	107,0
3	Penále, pokuty a přirážky k pojistnému podle § 1 odst. 2 nebo 3 vyhlášky o fondech			
4	Náhrady škod podle § 1 odst. 1 písm. c) vyhlášky o fondech	6 500	5 500	84,6
5	Úroky získané hospodařením se ZFZP podle § 1 odst. 2 nebo 3 vyhlášky o fondech	10 000	12 000	120,0
6	Ostatní pohledávky podle § 1 odst. 1 písm. f) vyhlášky o fondech	100	100	100,0
7	Převody z jiných fondů v souladu s § 1 odst. 1 písm. h) vyhlášky o fondech			
8	Převod zůstatku ZFZP v případě sloučení nebo splynutí zdravotní pojišťovny podle § 1 odst. 1 písm. i) vyhlášky o fondech			
9	Pohledávky za zahraniční pojišťovnou podle § 1 odst. 1 písm. e) vyhlášky o fondech za uhrazenou zdravotní péči zdravotnickým zařízením za cizí pojištěnce <sup>1)</sup> na základě mezinárodních smluv	100	140	140,0
10	Pohledávky za zahraniční pojišťovnou za paušální platbu na cizí pojištěnce podle nařízení Rady EHS 1408/71 a 574/72	100	150	150,0
11	Kladné kursové rozdíly podle § 1 odst. 1 písm. g) vyhlášky o fondech			
12	Dar určený dárce pro ZFZP, nebo pokud nebyl dárce určen účel daru, podle § 1 odst. 1 písm. d) vyhlášky o fondech			
<b>III.</b>	<b>Čerpání celkem = snížení zdrojů:</b>	<b>2 286 021</b>	<b>2 575 472</b>	<b>112,7</b>
1	Závazky za zdravotní péči včetně korekcí a revizí a úhrad jiným zdravotním pojišťovnám podle § 1 odst. 4 písm. a), 4 písm. b) a 4 písm. d) vyhlášky o fondech vč. úhrad souvisejících s limitem regulačních poplatků a doplatků podle § 16b) zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, v platném znění	2 170 000	2 440 000	112,4
	z toho:			
1.1	- závazky za léčení pojištěnců dané zdravotní pojišťovny v cizině podle § 1 odst. 4 písm. b) vyhlášky o fondech <sup>2)</sup>	1647	1704	103,5
2	Úroky z úvěrů podle § 1 odst. 4 písm. e) vyhlášky o fondech			
3	Předpis přidělů do jiných fondů (3.1 +3.2 +3.3 +3.4)	99 821	108 172	108,4
	v tom:			
3.1	- do rezervního fondu podle § 1 odst. 4 písm. i) vyhlášky o fondech	466	858	184,1
3.2	- do provozního fondu podle § 1 odst. 4 písm. h) vyhlášky o fondech <sup>3)</sup>	89 355	95 314	106,7
3.3	- do fondu prevence podle § 1 odst. 4 písm. j) vyhlášky o fondech <sup>4)</sup>	10 000	12 000	120,0
3.4	Mimořádný převod do provozního fondu - pouze Vojenská zdravotní pojišťovna ČR podle § 1 odst. 4 písm. k) vyhlášky o fondech			
4	Odpis pohledávek podle § 1 odst. 5 vyhlášky o fondech	12 000	22 000	183,3
5	Závazky vyplývající z poskytnutí zdravotní péče fakturované tuzemskými zdravotnickými zařízeními za cizí pojištěnce <sup>1)</sup> včetně výsledků revize podle § 1 odst. 4 písm. c) vyhlášky o fondech	200	300	150,0

<b>A.</b>	<b>Základní fond zdravotního pojištění (ZFZP) Tvorba a čerpání ve sledovaném období</b>	<b>Rok 2007 oček. skut.</b>	<b>Rok 2008 ZPP</b>	<b>% ZPP 08/ oček. skut. 07</b>
6	Závazky vůči zahraniční pojišťovně z titulu paušální platby za pojištěnce dané zdravotní pojišťovny podle nařízení Rady EHS 1408/71 a 574/72			
7	Bankovní poplatky za vedení účtu ZFZP a další poplatky podle § 1 odst. 4 písm. f) vyhlášky o fondech	4 000	5 000	125,5
8	Záporné kursové rozdíly podle § 1 odst. 4 písm. g) vyhlášky o fondech			
<b>IV.</b>	<b>Konečný zůstatek k poslednímu dni sledovaného období = I + II - III</b>	<b>596 374</b>	<b>617 392</b>	<b>103,5</b>

<b>B.</b>	<b>Základní fond zdravotního pojištění (ZFZP) Příjmy a výdaje ve sledovaném období podle § 1 odst. 7 vyhlášky o fondech</b>	<b>Rok 2007 oček. skuteč.</b>	<b>Rok 2008 ZPP</b>	<b>% ZPP 08/ oček. skut. 07</b>
<b>I.</b>	<b>Počáteční zůstatek k 1. 1. ve sledovaném období</b>	<b>318 856</b>	<b>508 873</b>	<b>159,6</b>
<b>II.</b>	<b>Příjmy celkem:</b>	<b>2 443 150</b>	<b>2 595 470</b>	<b>106,2</b>
1	Pojistné z veřejného zdravotního pojištění podle § 1 odst. 1 písm. a) vyhlášky o fondech	2 290 000	2 510 000	109,6
2	Peněžní prostředky plynoucí z měsíčního vyúčtování výsledků přerozdělování +/- podle § 1 odst. 1 písm. b) vyhlášky o fondech	112 000	53 600	47,9
2.1	Pojistné z veř. zdrav. pojištění po přerozdělování (ř. 1 + ř. 2) podle §§ 20, 21a zák. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, ve znění pozdějších předpisů a podle § 1 odst. 1 písm. a + b) vyhlášky o fondech	2 402 000	2 563 600	106,7
3	Penále, pokuty a přirážky k pojistnému podle § 1 odst. 2 nebo 3 vyhlášky o fondech			
4	Náhrady škody podle § 1 odst. 1 písm. c) vyhlášky o fondech	6 500	5 500	84,6
5	Úroky získané hospodařením podle § 1 odst. 2 nebo 3 vyhlášky o fondech	10 000	12 000	120,0
6	Ostatní příjmy podle § 1 odst. 1 písm. f) vyhlášky o fondech	250	150	60,0
7	Převody z jiných fondů v souladu s § 1 odst. 1 písm. h) vyhlášky o fondech	24 000	14 000	58,3
8	Příjem zůstatku v případě sloučení nebo splnutí zdravotní pojišťovny podle § 1 odst. 1 písm. i) vyhlášky o fondech			
9	Příjem od zahraniční pojišťovny podle § 1 odst. 1 písm. e) vyhlášky o fondech za uhrazenou zdravotní péči zdravotnickým zařízením za cizí pojištěnce 1) na základě mezinárodních smluv	400	220	55,0
10	Příjem paušální platby na cizí pojištěnce od zahraniční pojišťovny podle nařízení Rady EHS 1408/71 a 574/72			
11	Kladné kursově rozdíly podle § 1 odst. 1 písm. g) vyhlášky o fondech			
12	Dar určený dárce pro ZFZP, nebo pokud nebyl dárce určen účel daru podle § 1 odst. 1 písm. d) vyhlášky o fondech			
13	Příjem úvěru na posílení ZFZP			
14	Příjem návratných finančních výpomocí na posílení ZFZP			
<b>III.</b>	<b>Výdaje celkem:</b>	<b>2 253 133</b>	<b>2 515 783</b>	<b>111,7</b>
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 fondech vč. úhrad souvisejících s limitem regulačních poplatků a doplatků podle § 16b) zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, v platném znění z toho:	2 125 000	2 400 000	112,9
1.1	výdaje za léčení pojištěnců dané zdravotní pojišťovny v cizině podle § 1 odst. 4 písm. b) vyhlášky o fondech 2)	1 000	1 200	120,0
2	Úroky z úvěrů podle § 1 odst. 4 písm. e) vyhlášky o fondech			
3	Příděly do jiných fondů (3.1 + 3.2 + 3.3 + 3.4) v tom:	123 933	110 583	89,2
3.1	- do rezervního fondu podle § 1 odst. 4 písm. i) vyhlášky o fondech 3)	1 596	858	53,8
3.2	- do provozního fondu podle § 1 odst. 4 písm. h) vyhlášky o fondech 4)	112 337	97 725	87,0
3.3	- do fondu prevence podle § 1 odst. 4 písm. j) vyhlášky o fondech	10 000	12 000	120,0
3.4	Mimořádný převod do provozního fondu - pouze Vojenská zdravotní pojišťovna ČR podle § 1 odst. 4 písm. k) 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	200	200	100,0
5	Úhrada paušální platby za pojištěnce dané zdravotní pojišťovny do ciziny podle nařízení Rady EHS 1408/71 a 574/72			
6	Bankovní poplatky za vedení účtu základního fondu a další poplatky podle § 1 odst. 4 písm. f) vyhlášky o fondech	4 000	5 000	125,0



<b>B.</b>	<b>Základní fond zdravotního pojištění (ZFZP) Příjmy a výdaje ve sledovaném období podle § 1 odst. 7 vyhlášky o fondech</b>	<b>Rok 2007 oček. skuteč.</b>	<b>Rok 2008 ZPP</b>	<b>% ZPP 08/ oček. skut. 07</b>
7	Záporné kursové rozdíly podle § 1 odst. 4 písm. g) vyhlášky o fondech			
8	Splátky úvěrů na posílení ZFZP			
9	Splátky návratných finančních výpomocí na posílení ZFZP			
<b>IV.</b>	<b>Konečný zůstatek k poslednímu dni sledovaného období = I + II - III</b>	<b>508 873</b>	<b>588 560</b>	<b>115,7</b>

<b>C.</b>	<b>Specifikace ukazatele B. II 1)</b>	<b>Rok 2007 oček. skuteč.</b>	<b>Rok 2008 ZPP</b>	<b>% ZPP 08/oček. skut. 07</b>
		<b>tis. Kč</b>	<b>tis. Kč</b>	
1	Příjmy z pojistného od zaměstnavatelů	2 167 330	2 384 060	110,0
2	Příjmy z pojistného od osob samostatně výdělečně činných	112 970	116 000	102,7
3	Příjmy z pojistného od ostatních plátců (osob bez zdanitelných příjmů + případné další platby veřejného zdravotního pojištění)	9 700	9 940	102,5
4	Neidentifikovatelné platby od různých typů plátců			
<b>5</b>	<b>Součet řádků C ř. 1 až C ř. 4=B II ř. 1)</b>	<b>2 290 000</b>	<b>2 510 000</b>	<b>109,6</b>

Tabulka č. 2 ZPP 2008 ZFZP

**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., ve znění pozdějších předpisů.
- 3) Propočet 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 přírázky 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.

Pojistné z veřejného zdravotního pojištění na řádku A II. 1 zahrnuje předpisy pohledávek za plátcí pojistného za sledované účetní období, které v průběhu daného účetního období vzniknou pravidelným měsíčním předpisem pojistného u OSVČ a OBZP a evidencí měsíčních hlášení o povinnosti platby pojistného u zaměstnavatelů. Pohledávky jsou téměř plně hrazeny. Nedovýběr pojistného, který činí cca 0,5 % vytváří pohledávky za plátcí pojistného, které jsou trvale důsledně vymáhány.

Příjmy z přerozdělování v roce 2008 vycházejí z přiměřené znalosti pro propočet rozhodujících údajů. Těmito údaji jsou především příjmy z pojistného za celý systém od plátců a od státu, vývoj počtu standardizovaných pojištěnců, vyúčtování zálohy za nákladnou péči poskytnutou v průběhu roku 2006, zúčtovanou v listopadu 2007. Na základě následné konkrétní aplikace těchto údajů za ZPŠ lze predikovat výši příjmů z přerozdělování.

Na řádku A II. 4 jsou uvedeny předpisy náhrad škod při prokázaném zavinění výdajů na léčení třetí osobou. Tento údaj je možné predikovat pouze z časového vývoje.

Největším objemem v části A III. Čerpání celkem – snížení zdrojů jsou věcné dávky zdravotní péče. Podrobný komentář k rozdělení prostředků jednotlivým segmentům zdravotní péče je součástí tabulky č. 12 ZPP 2008 - Náklady dle segmentů. V nákladové položce na ř. 1 části A III. je uveden celkový objem prostředků, který ZPŠ očekává, že použije na úhradu zdravotní péče v roce 2007 a plánuje použít v roce 2008. Celkový objem prostředků v sobě zahrnuje všechny předpokládané změny v roce 2008.

Zákonným snížením ZFZP jsou dále převody jiným fondům (Provozní fond, Fond prevence) na ř. A III. 3 do výše vypočtených předepsaných limitů nebo dle platné legislativy. Postup výpočtu limitů je součástí komentáře příslušných fondů.

Odpis dlužného pojistného (řádek A III. 4) bude ZPŠ v roce 2008 zajišťovat prostřednictvím Komise pro odpis pohledávek.

Zákonem č. 176/2003 Sb., ve znění pozdějších předpisů, byla upravena pravomoc Rozhodčího orgánu, který byl jediným orgánem pro rozhodování o odstranění tvrdostí podle § 53a zákona č. 48/1997 Sb., ve znění pozdějších předpisů. Novela přenesla pravomoc rozhodovat o odstranění tvrdostí při předepsání penále do výše 20 000,-- Kč na zdravotní pojišťovny a nově stanovila některé procesní a materiální podmínky pro rozhodování o odstranění tvrdostí, které se vyskytly při předepsání penále.

K aplikaci ustanovení § 53a citovaného zákona byl v ZPŠ vydán interní předpis, ve kterém byla ze zaměstnanců ZPŠ zřízena Komise pro odstraňování tvrdostí, jako doporučující orgán ředitelky ZPŠ. Doporučující výsledky rozhodování Komise budou i nadále v případě schválení ředitelkou ZPŠ podkladem k odpisu pohledávek. Komise je zárukou toho, že odpis pohledávek probíhá na základě možností a podkladů daných § 26c zákona č. 592/1992 Sb., ve znění pozdějších předpisů.

Konkrétním důvodem bude např.:

- › zastavení dědického řízení pro předlužení,
- › absence movitých věcí,
- › povinný se nevyskytuje v místě bydliště, jeho pobyt není znám,
- › náklady na vymáhání by přesáhly výši pohledávky,
- › pohledávka je vymáhána srážkami ze mzdy, povinný však nepracuje ani není znám jeho pobyt,
- › rozvrhovým usnesením konkurzního řízení byla připsána částka nižší než dlužná,
- › povinný je cizinec, toho času není na území republiky, ukončil pobyt,
- › opuštění republiky,
- › bezvýsledně vymáhané pohledávky u zaměstnavatele, jestliže došlo k výmazu z obchodního rejstříku.

Výše odpisu pohledávek z pojistného a penále může být ovlivněna nepředpokládaným ukončením konkurzů nebo likvidací firem.

Předpoklad objemu závazků vzájemně poskytované zdravotní péče prostřednictvím CMU na ř. A III. 5 a 6 je vzhledem k malému počtu případů a objemu použitých prostředků za hodnocené období pouhým odhadem.

V části B jsou zachyceny všechny operace, probíhající prostřednictvím bankovního účtu ZFZP v období mezi 1. lednem a 31. prosincem sledovaného období ve finančním vyjádření. V tomto případě se jedná o příjmy a výdaje. Dochází tak minimálně k jednoměsíčnímu, v případě úhrad zdravotní péče až dvouměsíčnímu posunu vyjádření účetních operací tokem peněz na běžném účtu na přechodu roku oproti části A. Jsou zde též zachyceny všechny další příjmy a výdaje bez ohledu na to, se kterým časovým obdobím jejich vznik souvisí a jsou-li opravdu příjmem nebo výdajem ZPŠ (např. úhrada pohledávek z minulých období, úhrada závazků ve formě doplatku za minulá období, zálohové úhrady nemocnicím).

Existuje množina možných případů, které ovlivňují tvorbu a čerpání prostředků v části B ZFZP a tím i výši konečného zůstatku běžného účtu. Jeho výše se odvíjí např. od použitých způsobů financování, převodů mezi účty. Konečný zůstatek běžného účtu v části B neodráží reálnou finanční situaci pojišťovny, pokud není hodnocen současně se stavem pohledávek a závazků. Vyjadřuje pouze její okamžitou hrubou platební způsobilost, kterou předpokládá v § 7 zákon č. 280/1992 Sb., ve znění pozdějších předpisů.

Díky různému vyjádření operací (dle předpisu a finančního toku) v jednotlivých plánovaných položkách ZFZP dochází k nesouladu mezi částkami uvedenými např. na řádcích v části A a B - přiděly fondům. Příděl Rezervnímu fondu v části A III. 3.1 je předpis vyrovnání povinného limitu Rezervního fondu k 31. prosinci účetního roku, finanční částka na ř. B III. 3.1 se rovná skutečnému dorovnání peněz, stanovenému zákonem k datu 31. března následujícího roku. Stejně důvody platí i pro rozdíl vyššího přídělu do provozního fondu v části B očekávané skutečnosti 2007 i v ZPP 2008 oproti části A. Rozdíl představuje opět následné vyrovnání předchozího roku vzhledem k tomu, že příděly do Provozního fondu jsou v průběhu roku realizovány zálohovým způsobem.

Vzhledem k časovému i věcnému nesouladu prováděných operací v části A a B ZFZP je přesnějším vyjádřením pro posouzení hospodaření ZPŠ část A, která jednotlivé účetní případy posuzuje dle období, se kterými souvisejí.

Část C tvoří rozpis řádku B II. 1 příjmy pojistného dle jednotlivých kategorií plátců, které specifikuje zákon č. 592/1992 Sb., ve znění pozdějších předpisů svým rozlišením způsobu výpočtu plateb pojistného a dalších podmínek a povinností vůči zdravotní pojišťovně.

Operativním vyjádřením předpokládaného konečného finančního stavu objemu salda hospodaření ZFZP za rok 2007 a 2008 je tabulka č. 2a, složená z příjmové a nákladové části tabulky č. 2 ZFZP.

Tabulka č. 2a 2008 Saldo příjmů a nákladů včetně komentáře

<b>B.</b>	<b>Základní fond zdravotního pojištění (ZFZP) Příjmy ve sledovaném období podle § 1 odst. 7 vyhlášky o fondech</b>	<b>Rok 2007 oček. skuteč.</b>	<b>Rok 2008 ZPP</b>	<b>% ZPP 08/ oček. skut. 07</b>
		<b>tis. Kč</b>	<b>tis. Kč</b>	
<b>I.</b>	<b>Příjmy celkem:</b>	<b>2 443 150</b>	<b>2 595 470</b>	<b>106,2</b>
1	Pojistné z veřejného zdravotního pojištění podle § 1 odst. 1 písm. a) vyhlášky o fondech	2 290 000	2 510 000	109,6
2	Peněžní prostředky plynoucí z měsíčního vyúčtování výsledků přerozdělování +/- podle § 1 odst. 1 písm. b) vyhlášky o fondech	112 000	53 600	47,9
2.1	Pojistné z veř. zdrav. pojištění po přerozdělování (ř. 1 + ř. 2) podle §§ 20, 21a zák. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, ve znění pozdějších předpisů a § 1 odst. 1 písm. a + b) vyhlášky o fondech	2 402 000	2 563 600	106,7
3	Penále, pokuty a přirážky k pojistnému podle § 1 odst. 2 nebo 3 vyhlášky o fondech			
4	Náhrady škody podle § 1 odst. 1 písm. c) vyhlášky o fondech	6 500	5 500	84,6
5	Úroky získané hospodařením podle § 1 odst. 2 nebo 3 vyhlášky o fondech	10 000	12 000	120,0
6	Ostatní příjmy podle § 1 odst. 1 písm. f) vyhlášky o fondech	250	150	60,0
7	Převody z jiných fondů v souladu s § 1 odst. 1 písm. h) vyhlášky o fondech	24 000	14 000	58,3
8	Příjem zůstatku v případě sloučení nebo splynutí zdravotní pojišťovny podle § 1 odst. 1 písm. i) vyhlášky o fondech			
9	Příjem od zahraniční pojišťovny podle § 1 odst. 1 písm. e) vyhlášky o fondech za uhrazenou zdravotní péči zdravotnickým zařízením za cizince na základě mezinárodních smluv	400	220	55,0
10	Příjem paušální platby za cizí pojištěnce od zahraniční pojišťovny podle nařízení Rady EHS 1408/71 a 574/72			
11	Kladné kurzové rozdíly podle § 1 odst. 1 písm. g) vyhlášky o fondech			
12	Dar určený dárce pro ZFZP, nebo pokud nebyl dárce určen účel daru podle § 1 odst. 1 písm. d) vyhlášky o fondech			

A.	Základní fond zdravotního pojištění (ZFZP) Čerpání (Náklady) celkem	Rok 2007	Rok 2008	% ZPP 08/
		oček. skuteč.	ZPP	oček. skut. 07
II.	Čerpání celkem :	2 274 021	2 553 472	112,3
1.	Závazky za zdravotní péči včetně korekcí a revizí a úhrad jiným zdravotním pojišťovnám podle § 1 odst. 4 písm. a), 4 písm. b) a 4 písm. d) vyhlášky o fondech vč. úhrad souvisejících s limitem regulačních poplatků a doplatků podle § 16b) zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, v platném znění	2 170 000	2 440 000	112,4
	z toho:			
1.1	závazky za léčení pojištěnců dané zdravotní pojišťovny v cizině podle § 1 odst. 4 písm. b) vyhlášky o fondech	1 000	1 200	120,0
2	Úroky z úvěrů podle § 1 odst. 4 písm. e) vyhlášky o fondech			
3	Předpis přidělů do jiných fondů (3.1 +3.2 +3.3 +3.4)	99 821	108 172	108,4
	v tom:			
3.1	- do rezervního fondu podle § 1 odst. 4 písm. i) vyhlášky o fondech <sup>1)</sup>	466	858	184,1
3.2	- do provozního fondu podle § 1 odst. 4 písm. h) vyhlášky o fondech	89 355	95 314	106,7
3.3	- do fondu prevence podle § 1 odst. 4 písm. j) vyhlášky o fondech	10 000	12 000	120,0
3.4	Mimořádný převod do provozního fondu - pouze Vojenská zdravotní pojišťovna ČR podle §1 odst. 4 písm. k) 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	200	300	150,0
5	Závazky vůči zahraniční pojišťovně z titulu paušální platby za pojištěnce dané zdravotní pojišťovny podle Nařízení Rady EHS 1408/71 a 574/72			
6	Bankovní poplatky za vedení účtu ZFZP a další poplatky podle § 1 odst. 4 písm. f) vyhlášky o fondech	4 000	5 000	125,0
7	Záporné kurzové rozdíly podle § 1 odst. 4 písm. g) vyhlášky o fondech			
III.	Saldo příjmů a nákladů ZFZP <sup>2)</sup> (I. Příjmy celkem - II. Čerpání celkem)	169 129	41 998	24,8

Tabulka č. 2a ZPP 2008 Saldo P-N

**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 na bankovním účtu ZFZP a stavu závazků vůči ZZ případně dalším důvodům tohoto vývoje.

**Tabulka č. 14 ZPP 2008 Náklady na léčení cizinců**

Ř.	Ukazatel	Měrná jednotka	Oč. skut. 2007	ZPP 2008	% ZPP 2008/ oč. skut. 2007
1.	Náklady na léčení cizinců v ČR celkem: <sup>1)</sup>	tis. Kč	200	300	150
2.	Počet ošetřených cizinců <sup>2)</sup>	počet	140	220	157,1
3.	Průměrné náklady na 1 ošetřeného cizince	Kč	1429	1364	95,5

Tabulka č. 14 ZPP 2008 Léčení cizinců

**Poznámky k tabulce:**

- 1) Údaje vychází z oddílu A III ř. 5 tabulky č. 2.
- 2) Vyjádřeno počtem výkazů.

Objemy úhrad na léčení cizinců a azylantů jsou náhodného charakteru a nelze plánovat s vyšší přesností, pouze odhadnout dle vývoje minulých období.

#### 4.2 Tvorba, příjmy ZFZP

Zákon č. 592/1992 Sb., ve znění pozdějších předpisů, specifikuje tři základní kategorie plátců.

- › Zaměstnavatelé.
- › Osoby samostatně výdělečně činné (OSVČ).
- › Osoby bez zdanitelných příjmů (OBZP).

Další kategorií, která je spojena s příjmy pojistného, jsou pojištěnci, za které je plátcem pojistného stát. U některých pojištěnců může dojít k souběhu platby např. státu (důchodce) a platby OSVČ (podnikatel). Technicky za současného stavu povinností předávání informací o plátcích, především ze strany zaměstnavatele, je nereálné určit tento souběh u konkrétního pojištěnce. Příjmy uvedené v části C ZFZP jsou příjmy přímo přiřazené k příslušné kategorii dle aktuálních informací o jednotlivých pojištěncích v registru pojištěnců. Příjmy od pojištěnců, za které je plátcem stát, jsou příjmy zprostředkované, jsou výsledkem celkového procesu přerozdělování pro jednotlivé pojišťovny. Uvedeny jsou na samostatném řádku A II. 2 a B II. 2 tabulky č. 2 ZFZP.

Základním příjmem zdravotní pojišťovny jsou příjmy od plátců pojistného, rozdělených do tří kategorií. Jako základní kontrolní mechanismus pro posouzení platební disciplíny jednotlivých kategorií plátců pojistného jsou postupy stanovení měsíční výše plateb jednotlivých plátců – předpis pojistného.

Příjmy od zaměstnavatelů – výši úhrady určuje objem vyplacených mezd zaměstnancům a na základě měsíčního hlášení zaměstnavatele je evidována výše předpisu pojistného.

Příjmy od osob samostatně výdělečně činných – v průběhu roku probíhají vesměs zálohovým způsobem 1/12 ročního vyúčtování za minulé období.

Příjmy od osob bez zdanitelných příjmů – základem jsou doby pojištění, evidované dle registru pojištěnců. Na základě nich se automaticky měsíčně generuje předpis pojistného pro tyto plátce. Správnost předpisu je závislá na udržení stále reálné databáze registru pojištěnců. To úzce souvisí s povědomím klientů o jejich povinnostech.

Všechny výše uvedené kategorie plátců budou v průběhu roku sledovány, oslovovány ať už z hlediska neplnění základních povinností (hlášení zaměstnavatelů), nebo z hlediska narůstajících dlužných částek. Pokud základními použitými postupy upomínání nebude dosaženo úhrady, bude ZPŠ tyto úhrady právně vymáhat.

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

Kontrola výběru pojistného je významným prvkem v oblasti příjmů pojistného na veřejného zdravotní pojištění, proto ZPŠ soustavně považuje výběr pojistného a jeho kontrolu za jeden ze stěžejních bodů své práce. Organizační a pracovní postupy v rámci této činnosti jsou upraveny interní normou ZPŠ. Touto interní normou bude realizována součinnost v této problematice kooperujících odborných útvarů ZPŠ. Kontrolování v průběhu roku 2008 budou:

#### **Zaměstnavatelé**

Na základě pozitivních zkušeností předchozích let bude i v roce 2008 vlastní kontrolní činnost prováděná přímo u zaměstnavatele či za využití jeho součinnosti v sídle ZPŠ. Výstupem z kontroly bude Protokol o kontrole plateb pojistného. Pokud nezaplatí plátce kontrolou zjištěné částky ve lhůtě dle Protokolu, ověří ZPŠ tuto skutečnost a vystaví v nesporných případech výkazy nedoplatků nebo zahájí správní řízení, a v odůvodněných případech následně vystaví platební výměry.

Nezaplatí-li plátce částky dle vystavených výkazů nedoplatků nebo platebních výměrů budou tato pravomocná a vykonatelná rozhodnutí předávána k právnímu vymáhání.

U plátců, na které bude prohlášen konkurz, kteří vstoupí do likvidace či u nichž nastoupí jiný režim řešení insolvence dle zákona, bude kontrola prováděna nad rámec základního seznamu kontrol ihned po zjištění plátců v konkurzu, v likvidaci, či jinak prokazatelně řízeně řešícího svou insolvenční. Na podkladě vyhotoveného Protokolu bude poté přihlašována pohledávka do konkurzního řízení, bude vyhotovena přihláška

do uspokojení z výtěžku likvidace či v rámci jiného insolvenčního řízení v souladu s postupy dle zákona o insolvenční.

Pro rok 2008 je plánováno provedení 430 fyzických kontrol.

## **OSVČ**

Tito plátcí jsou povinni předkládat v zákonných lhůtách ZPŠ Přehledy o úhrnu záloh a vyúčtování pojistného za příslušný kalendářní rok, tedy v roce 2008 za rok 2007. Kontrolovány budou došlé zálohy, jejich včasnost i případný doplatek pojistného za předchozí kalendářní roky. Penalizace bude prováděna automaticky při zpracování každého přehledu. Plátcům budou předávány, či jim budou zaslány doklady o provedeném zúčtování, na němž budou uvedeny i zálohy na příští období a současně v něm budou uvedeny nedoplatky či přeplatky pojistného a penále za předchozí období. Nezaplatí-li OSVČ pohledávku z ročního vyúčtování v zákonem stanovené lhůtě bude plátcí zaslána doporučeně urgence platby. Pokud ani přes tuto upomínku OSVČ nezaplatí pohledávku, bude zahájeno správní řízení a v jeho rámci bude vystaven platební výměr. U OSVČ, které nesplní svou zákonnou povinnost a nedodají Přehledy o úhrnu záloh a vyúčtování pojistného za rok 2007 ani přes doporučenou urgenci ke splnění této povinnosti, bude dožadována součinnost finančních úřadů a pracovišť České správy sociálního zabezpečení tak, aby mohly být zjištěny údaje rozhodné pro správné určení výše pojistného náhradním způsobem. Předpokládáme, že v roce 2008 bude takto zkontrolováno 9 000 podnikajících fyzických osob.

## **OBZP**

ZPŠ dle své dlouholeté zkušenosti předpokládá, že tato kategorie plátců bude i v roce 2008 na svůj 17% podíl na finančním objemu pohledávek za pojistným a penále velmi rozsáhlá svým počtem neplatičů. Nebylo by reálné z hlediska zpracování při jednotlivých akcích zjišťování stavu dlužníků oslovovat všechny neplatiče. Proto bude i v roce 2008 použito procesu postupné eliminace dlužníků do skupin dle výše a stáří jejich dluhu se snahou o zpracování jednotlivých případů až do posledního stádia možnosti vymáhání. Pokud dojde ke zjištění takových skutečností, kdy systém vymáhání je velmi nákladný a stav pohledávky je v souladu se zákonnými podmínkami stanovenými pro odpis pojistného, je tato pohledávka předmětem posouzení Komise ZPŠ pro odpis pohledávek.

V roce 2008 bude kontrola těchto plátců prováděna v informačním systému a pokud budou zjištěny u plátce nedoplatky na pojistném a penále, bude odeslána doporučeně výzva k úhradě dlužných částek. Vůči nečinným plátcům bude zahájeno správní řízení a následně budou vystaveny platební výměry.



Případy nečinných plátců OSVČ i OBZP, které vyměřené pojistné a penále nezaplatily, budou po kontrole plateb pravidelně předávány k vymáhání, přičemž součástí spisu vždy bude upomínka a platební výměr včetně dokladu o doručení povinnému.

ZPŠ bude postupovat při vymáhání pohledávek dle platných zákonů s využitím všech prostředků, které jí k tomu tyto platné zákony umožňují, a to dle specifika případu. Při vymáhání pohledávek bude ZPŠ postupovat s péčí orgánu spravujícího veřejné prostředky tak, aby nezatížila systém veřejného zdravotní pojištění dalšími náklady. Při soudním vymáhání pohledávek je ZPŠ osvobozena od soudních poplatků a při exekucích je s exekutorem činěna dohoda, že si své náklady vymůže na povinném. Ostatních možností, např. služeb firem zabývajících se vymáháním pohledávek ZPŠ nebude využívat, neboť tyto firmy chtějí za poskytnuté služby podíl na vymožených pohledávkách, což v případě veřejného zdravotní pojištění není možné.

S účinností od 1. ledna 2007 došlo v důsledku novelizace ustanovení § 18 zákona č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, ke snížení o 50 % denní procentní výměry penále na hodnotu 0,05 % dlužné částky za každý kalendářní den prodlení s řádnou úhradou pojistného. V tomto důsledku dojde i v roce 2008 k adekvátnímu ponížení příjmů ZPŠ z tohoto zdroje, který slouží ke krytí preventivních programů ZPŠ.

### **4.3 Čerpání, výdaje ZFZP**

Největší objem nákladů a současně i výdajů ZFZP tvoří náklady na zdravotní péči. Výše těchto nákladů je úzce spojena se strategií smluvní politiky ZPŠ. Pro plánované období roku 2008 je tato strategie postavena na odlišných principech nákupu zdravotní péče než v minulých obdobích a tomu také odpovídá rozložení nákladů na zdravotní péči do jednotlivých segmentů. Náklady ovlivňuje také počet a struktura pojištěnců. Pro udržení finanční bilance příjmů a nákladů pojišťovny je nutné výše uvedené vlivy udržet v souladu se záměry ZPP 2008. Ze ZFZP jsou dále doplňovány ostatní fondy, potřebné k financování dalších činností ZPŠ v rámci platné legislativy.

#### **4.3.1 Smluvní politika ve vztahu ke zdravotnickým zařízením**

Také v roce 2008 bude ZPŠ prostřednictvím smluvní politiky, cíleně zaměřené zejména do oblastí, v nichž mají její pojištěnci své bydliště, zajišťovat poskytování zdravotní péče svým pojištěncům. Jedná se o významnou složku činnosti ZPŠ, která se opírá o ustanovení § 46 odst. 1 zákona č. 48/1997 Sb., ve znění pozdějších předpisů. V průběhu roku 2008 bude ZPŠ smluvně spolupracovat s optimalizovanou sítí svých ambulantních smluvních partnerů, protože její součástí již nejsou ta zdravotnická zařízení, s nimiž byla ZPŠ povinna uzavřít smlouvu v období kontraktní povinnosti a která dlouhodobě do 31. prosince 2006 ZPŠ neúčtovala vůbec žádnou zdravotní péči či účtovala pouze velmi nahodile poskytnutou zdravotní péči. Síť smluvních zdravotnických zařízení bude v roce

2008 dotvářena i formou aktivního oslovování zdravotnických zařízení, zejména ambulantního typu, která působí v regionech se zastoupením pojištěnců ZPŠ, pokud tato zařízení dosud nejsou ve smluvním vztahu se ZPŠ tak, aby byl zajištěn předpoklad dostatečné časové a místní dostupnosti zdravotní péče. ZPŠ předpokládá, že ani v roce 2008 nebude vyřešen problém nedostatku některých zdravotnických kapacit, zejména ambulantních stomatologů, který je příčinou toho, že v některých regionech nejsou ani opakovaně nahrazeny úbytky smluvních zdravotnických zařízení v důsledku úmrtí či odchodů do důchodu stávajících smluvních partnerů.

### **Záměry vývoje smluvní politiky**

Při definování záměrů vývoje a směřování smluvní politiky ZPŠ, v oblasti její činnosti ovlivnitelné, je setrvalým klíčovým faktorem regionální charakter ZPŠ. Protože základním cílem ZPŠ v oblasti smluvní politiky je koexistence vlastní ekonomické stability a spokojeného pojištěnce, bude i nadále jedním z prostředků, jak tohoto cíle dosáhnout, udržování takové sítě smluvních poskytovatelů zdravotní péče, která v reálném čase zabezpečí zdravotní potřeby pojištěnců ZPŠ v potřebném rozsahu i kvalitě, přičemž však budou respektovány předpokládané ekonomické možnosti ZPŠ. S ohledem na pracující Komisi pro síť smluvních zdravotnických zařízení bude i nadále docházet k systematickému přizpůsobování sítě smluvních zdravotnických zařízení ZPŠ potřebám pojištěnců a možnostem ZPŠ.

### **Rozdělení zdravotnických zařízení**

Z hlediska složitosti smluvního procesu, jakož i rozsahu poskytované zdravotní péče, lze smluvní zdravotnická zařízení ZPŠ třídit následovně:

- › lůžková zdravotnická zařízení, tedy nemocnice, odborné léčebné ústavy, odborné dětské léčebny a ozdravovny a léčebny dlouhodobě nemocných,
- › ambulantní zdravotnická zařízení, tedy praktičtí lékaři, praktičtí lékaři pro děti a dorost, ambulantní zubní lékaři, ambulantní specializovaná zdravotnická zařízení, zdravotnická zařízení poskytující domácí zdravotní péči, fyzioterapii, ergoterapii, porodní asistenci, ortoptickou a pleoptickou zdravotní péči a ambulantní diagnostická zařízení,
- › zdravotnická záchranná služba, doprava a LSPP,
- › lékárny, oční optiky a výrobci a prodejci zdravotnických prostředků,
- › lázně.

Při uzavírání smluv s jednotlivými typy zdravotnických zařízení bude vycházet ZPŠ z potřeb svých pojištěnců, mnohaleté zkušenosti v této oblasti a ze Strategie ZPŠ. V roce 2008 je plánován zejména nárůst počtu ambulantních smluvních partnerů ZPŠ oproti předpokladu konce roku 2007, a to z důvodu předpokládané potřeby doplnění sítě smluvních poskytovatelů zdravotní péče v oblastech, v nichž si to vyžádá splnění zákonné povinnosti zajistit poskytování zdravotní péče

prostřednictvím smluvních zdravotnických zařízení. I v roce 2008 bude ZPŠ uzavírat smlouvy s registrujícími zdravotnickými zařízeními, pokud tato zaregistrují alespoň jednoho pojištěnce ZPŠ a s ostatními zdravotnickými zařízeními, pokud jsou z hlediska časové a místní dostupnosti trvale pečující o pojištěnce ZPŠ. Před uzavřením smluvního vztahu vždy bude ZPŠ posuzovat kvalitativní hlediska uchazeče o smluvní vztah, jak po stránce jeho vzdělání a erudice, tak přístrojového vybavení.

### **Zajištění dostupnosti zdravotní péče v regionech působnosti**

K základním úkolům ZPŠ, vyplývajícím pro ni z dikce zákona č. 48/1997 Sb., ve znění pozdějších předpisů, ale i z praktických potřeb pojištěnců, patří zabezpečení teritoriálně i věcně dostupné a kvalitní zdravotní péče pro tyto své pojištěnce.

Ve smyslu tohoto úkolu a taktéž v souladu s dlouhodobými strategickými cíli ZPŠ a v rámci platných legislativních podmínek bude tedy její smluvní politika i nadále zaměřena na uchování a dílčí dotváření takové sítě smluvních poskytovatelů zdravotní péče, jejíž rozsah, dostupnost a kvalita umožní adekvátně pokrýt oprávněné potřeby pojištěnců.

Jak již bylo v předchozím odstavci zmíněno, dostupnost zdravotní péče pro pojištěnce bude zabezpečovat ZPŠ sítí svých smluvních zdravotnických zařízení, která poskytují, v rozsahu daném obecně závaznými právními předpisy, veřejnoprávním rozhodnutím i smlouvou, zdravotní péči pojištěncům ZPŠ pravidelně.

### **Sít' smluvních zdravotnických zařízení**

V tabulce č. 15 je obsažen plánovaný vývoj počtu smluvních zdravotnických zařízení ZPŠ dle jednotlivých kategorií v jejich celkovém počtu pro rok 2008 oproti předpokladu stavu ke konci roku 2007.

Údaje obsažené v tabulce jsou zjevným dokladem skutečnosti, že ZPŠ plánuje v roce 2008 nárůst počtu ambulantních smluvních zdravotnických zařízení oproti stavu na konci roku 2007 v souladu s naplňováním Strategie ZPŠ na následující období, jakož i úplné pokrytí sítě krajských organizací zdravotnické záchranné služby. I nadále se budou její smluvní partneři koncentrovat zejména do severní části Středočeského kraje a do severní a východní části Královohradeckého kraje, kde budou schopni saturovat požadavky běžných zdravotních potřeb jejich pojištěnců. V roce 2008 bude ZPŠ nové smluvní vztahy navazovat jak v případě ukončení činnosti předešlého poskytovatele zdravotní péče jako zachování stávající sítě smluvních poskytovatelů zdravotní péče, tak i pro oprávněné dotvoření sítě v oblastech, kde dosud ze subjektivních příčin sít' dostatečně saturována nebyla a potřeba roku 2008 si vynutí uzavření smluvního vztahu.

Tabulka č. 15 ZPP 2008 Soustava smluvních zdravotnických zařízení

Ř.	Kategorie smluvních zdravotnických zařízení	Rok 2007 Počet ZZ k 31. 12 oč. skut.	Rok 2008 Počet ZZ k 31. 12. ZPP	% nárůstu poklesu na 1 deset. místo
1.	<b>Ambulantní zdravotnická zařízení</b>	<b>3039</b>	<b>3247</b>	<b>106,8</b>
	<b>z toho:</b>			
1.1	Praktický lékař pro dospělé (odbornost 001)	490	540	110,2
1.2	Praktický lékař pro děti a dorost (odbornost 002)	340	370	108,8
1.3	Praktický zubní lékař (odbornost 014 - 015, 019)	627	670	106,9
1.4	Ambulantní specialisté celkem	1030	1100	106,8
1.5	Domácí péče (odbornost 925)	33	35	106,1
1.6	Rehabilitační zdravotnická zařízení (odbornosti 902 a 918)	100	108	108,0
1.7	Zdravotnická zařízení komplementu (odbornosti 222, 801 - 805, 807, 809, 812 - 823)	130	135	103,8
1.8	Ostatní ambulantní pracoviště	289	289	100,0
2.	<b>Lůžková zdravotnická zařízení celkem</b>	<b>233</b>	<b>241</b>	<b>103,4</b>
	<b>z toho:</b>			
2.1	<b>Nemocnice</b>	<b>133</b>	<b>135</b>	<b>101,5</b>
2.2	<b>Odborné léčebné ústavy</b> (kromě léčeben pro dlouhodobě nemocné a zdravotnických zařízení vykazující výhradně kód OD 00005)	<b>47</b>	<b>49</b>	<b>104,3</b>
2.2.1	v tom: psychiatrické	16	16	100,0
2.2.2	rehabilitační	9	10	111,1
2.2.3	tuberkulózně-respirační nemoci	5	5	100,0
2.2.4	ostatní	17	18	105,9
2.3	<b>Léčebny dlouhodobě nemocných celkem</b> (vykazující kód 00024)	<b>38</b>	<b>40</b>	<b>105,3</b>
2.3.1	v tom: samostatná zdravotnická zařízení	21	22	104,8
2.3.2	začleněná v rámci jiného zdravotnického zařízení	17	18	105,9
2.4	<b>Ošetrovatelská lůžka</b> (vykazující kód 00005)	<b>15</b>	<b>17</b>	<b>113,3</b>
2.4.1	v tom: samostatná zdravotnická zařízení	8	9	112,5
2.4.2	začleněná v rámci jiného zdravotnického zařízení	7	8	114,3
3.	<b>Lázně</b>	<b>53</b>	<b>53</b>	<b>100,0</b>
4.	<b>Ozdravovny</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>100,0</b>
5.	<b>Dopravní zdravotní služba</b>	<b>65</b>	<b>70</b>	<b>107,7</b>
6.	<b>Záchranná služba (odbornost 709)</b>	<b>31</b>	<b>35</b>	<b>112,9</b>
7.	<b>Lékárny a výdejny zdravotnických prostředků</b>	<b>770</b>	<b>800</b>	<b>103,9</b>
8.	<b>OSTATNÍ smluvní zdravotnická zařízení</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>100,0</b>

## **Regulační mechanismy a řešení závazko - pohledávkového vztahu ke zdravotnickým zařízením**

Pro rok 2008 předpokládáme uplatnění regulačních mechanismů na objem poskytnuté zdravotní péče hrazené z prostředků veřejného zdravotního pojištění dle platného ustanovení § 17 zákona č. 48/1997 Sb., ve znění pozdějších předpisů. Tyto parametry zdravotní péče včetně stanovení hodnoty bodu a výše úhrad pro rok 2008 pro jednotlivé segmenty stanoví Ministerstvo zdravotnictví vyhláškou.

Regulační mechanismy budou navázány na způsoby financování dle jednotlivých segmentů poskytovatelů zdravotní péče. Kromě regulací objemu péče patří do regulované oblasti i objem preskribovaných léčivých přípravků a zdravotnických prostředků, případně i objem indukované zdravotní péče ve vybraných laboratorních odbornostech a v odbornosti 809, vyjma celostátně realizovaných preventivních zdravotních screeningů. Vyhodnocení regulačních mechanismů může probíhat ročně nebo i dle jednotlivých pololetí roku 2008.

Předpokládáme uplatnění vlastních regulací zejména u objemově významných poskytovatelů zdravotní péče dle níže uvedených segmentů:

- › **lůžková zařízení poskytující akutní péči** se statisticky významným počtem ošetřených pojištěnců včetně regulací objemu preskribovaných léčivých přípravků a zdravotnických prostředků. Dalším možným regulačním prvkem bude realizace procesu nakupování zdravotní péče u plánovaných případů, které jsou materiálově či finančně významné. Obtížněji regulovatelná bude specializovaná léčba, která bude směřována do specializovaných center,
- › **ambulantní specializovaná péče** se statisticky významným počtem unicitně ošetřených pojištěnců včetně regulací objemu preskribovaných léčivých přípravků a zdravotnických prostředků, případně objemu indukované zdravotní péče ve vybraných laboratorních odbornostech a v odbornosti 809,
- › **mimoústavní laboratorní a radiodiagnostická péče** se statisticky významným počtem unicitně ošetřených pojištěnců prostřednictvím regulace objemu péče,
- › **u praktických lékařů pro dospělé a praktických lékařů pro děti a dorost** se statisticky významným počtem registrovaných pojištěnců na principu porovnání komplexního hodnocení nákladovosti jimi registrované klientely a dalších smluvně dohodnutých indikátorů.

U objemově menších segmentů poskytovatelů zdravotní péče se předpokládá následující postup:

- › **u LSPP a zdravotnické záchranné služby** nebude objem poskytované zdravotní péče z důvodu specifčnosti a neodkladnosti péče regulován,

- › **u dopravy raněných, nemocných a rodiček** bude moci být přistoupeno k regulacím objemu v důsledku zavedení zcela nového způsobu vykazování dle připravovaného aktualizovaného seznamu zdravotních výkonů platného od 1. ledna 2008,
- › **u rehabilitace** se nepředpokládá regulační omezení objemu péče,
- › **u segmentu stomatologie a lázeňské péče** se nepředpokládá omezení objemu poskytované zdravotní péče, ale regulace bude promítnuta do výše cen,
- › **u segmentu domácí zdravotní péče, zvláštní ambulantní péče** se nepředpokládá regulační omezení objemu péče.

V případě vyhláškou dané určité volnosti zdravotních pojišťoven v oblasti regulačních mechanismů budou tyto případné vlastní regulace vycházet z možností daných vyšší příjmů a předpokládaných výdajů u jednotlivých segmentů poskytovatelů zdravotní péče tak, aby byla zachována vyrovnaná finanční bilance pojišťovny.

Uplatnění a vyhodnocení regulačních mechanismů předpokládáme do 120 dní po ukončení příslušného hodnoceného období. Poskytování průběžných měsíčních záloh předpokládáme u lůžkových zařízení s velkým objemem péče, u ostatních bude prováděna průběžná úhrada vykázané zdravotní péče do výše stanovených regulačních omezení s případným celkovým vyhodnocením zdravotní péče nebo výkonovým způsobem.

Kromě výše uvedených regulačních mechanismů bude ZPŠ v roce 2008 uplatňovat regulace vyplývající z dalších zákonných ustanovení, především z ustanovení § 41 zákona č. 48/1997 Sb., ve znění pozdějších předpisů, dále z cenového výměru Ministerstva financí, vydaného v návaznosti na zákon č. 526/1990 Sb., o cenách, ve znění pozdějších předpisů, vyjma paušálních způsobů úhrad.

V případě, že připravovanou vyhláškou na financování zdravotní péče na rok 2008 budou stanovena i další výše neuvedená regulační opatření, bude ZPŠ oprávněna je pro rok 2008 využít.

### **Řešení závazko - pohledávkového vztahu ke zdravotnickým zařízením**

ZPŠ nabídla svým smluvním partnerům s účinností od 1. ledna 2008 typové smlouvy o poskytování a úhradě zdravotní péče, které respektují vyhlášku, kterou byly vydány rámcové smlouvy, vydanou Ministerstvem zdravotnictví pod č. 618/2006 Sb. Nové smlouvy bude v roce 2008 uzavírat pouze dle typových smluv zpracovaných dle vyhlášky č. 618/2006 Sb. Stanovené lhůty splatnosti budou při vyúčtování zaslaném zaručenou elektronickou cestou do 25 kalendářních dnů, při předání na magnetickém médiu do 30 kalendářních dnů a u vyúčtování zpracovaného v papírové formě do 50 kalendářních dnů. Okamžikem úhrady je ve smyslu vyhlášky č. 618/2006 Sb. okamžik připsání platby na účet zdravotnického zařízení.

Systemy financování zdravotní péče pro rok 2008 budou publikovány vyhláškou Ministerstva zdravotnictví, jako obecně závaznou právní normou. V rámci konečného vyúčtování zálohově hrazeného způsobu financování smluvního období, především u lůžkových zdravotnických zařízení a v důsledku uplatňování výše uvedených regulačních mechanismů u všech dotčených segmentů zdravotní péče, nebo při jiných mimořádných příležitostech, vznikají mezi ZPŠ a zdravotnickým zařízením další závazky nebo pohledávky.

Finanční vyrovnání dalších závazků ZPŠ vůči zdravotnickému zařízení bude v roce 2008 probíhat ihned po zjištění případu, souběžně s písemnou informací o výši a způsobu stanovení úhrady. Závazky z běžného měsíčního vyúčtování budou hrazeny dle rámcové smlouvy ve lhůtě odpovídající způsobu předání vyúčtování.

V případě zjištění oprávněné pohledávky ZPŠ vůči zdravotnickému zařízení za delší než měsíční období, bude postupovat ZPŠ dle výše vypočtené částky pohledávky:

- › Zdravotnické zařízení bude informováno o výši pohledávky a způsobu vypořádání, tzn. že pohledávka mu bude v nejbližším termínu sražena z úhrady, v případě subjektů hospodařících s majetkem ČR bude tento postup dohodnut v příslušném smluvním dodatku o financování a úhradě zdravotní péče.
- › Pokud by částka zdravotnické zařízení výrazně zatížila, bude o vzniklé pohledávce informováno, ale bude mu nabídnut způsob postupného splácení v přiměřených splátkách.

#### **4.3.2 Zdravotní politika**

Základním směrem v oblasti zdravotní politiky je i v roce 2008 profilovat se jako silná regionální zdravotní pojišťovna zabezpečující potřebnou, dostupnou a kvalitní zdravotní péči pro své pojištěnce. Při zajištění zdravotní péče bude důležitým faktorem územní rozložení pojištěnců a jeho případný vývoj. Největší pozornost bude věnována:

- › dostupnosti potřebné zdravotní péče,
- › kvalitě poskytované zdravotní péče,
- › informovanosti pojištěnců,
- › nákladovosti zdravotní péče.

**V oblasti dostupnosti zdravotní péče** bude pozornost věnována:

- › zabezpečení časově a místně dostupné zdravotní péče prostřednictvím sítě smluvních zdravotnických zařízení, s dostatečnou základnou primární péče, nadstavbou ambulantní specializované zdravotní péče zabezpečenou péčí ústavní, jejímž základním pilířem budou nemocnice v regionech působnosti, zastřešenou zdravotnickými zařízeními poskytujícími specializovanou a

- smluvnímu zajištění a směřování specializované péče a biologické léčby do vybraných center,
- vytváření a kultivaci systému řízené péče včetně postupné realizace systému nakupování zdravotní péče, zejména v oblasti plánované hospitalizační péče, včetně možnosti sledování indikátorů kvality,
- zabezpečení včasných smluvně dohodnutých způsobů úhrad vůči smluvním zdravotnickým zařízením a jejich vyhodnocení.

**Kvalita poskytované zdravotní péče** bude sledována prostřednictvím:

- motivačních systémů v oblasti primární péče u praktických lékařů pro děti a dorost a praktických lékařů pro dospělé zahrnujících prvky kvality péče,
- vytváření a realizace systému auditu kvality péče u objemově největšího smluvního partnera, včetně smluvně dohodnutých prvků kvality péče,
- zabezpečení kontroly zdravotní péče z hlediska plnění podmínek personálního a technického zabezpečení,
- porovnáním nákladovosti u jednotlivých typů poskytované zdravotní péče.

**Informovanost pojištěnců** bude realizována prostřednictvím:

- zvýšení uvědomění pojištěnců v péči o své zdraví, prostřednictvím informací o významu absolvování pravidelných preventivních prohlídek s využitím dostupných informačních technologií,
- nabídky zdravotních programů a aktivit hrazených z fondu prevence orientovaných na podporu zdravého životního stylu, zvýšení imunity, včasný záchyt závažných onemocnění, sledování rizikových faktorů a zmírnění následků již existujících onemocnění, na podporu nových léčebných metod apod. se zavedením specifických identifikátorů na jejich sledování,
- spolupráce s odborníky, zaměstnavateli a dalšími institucemi při realizaci zdravotních preventivních aktivit,
- zvyšování informovanosti pojištěnců prostřednictvím poskytování osobních účtů pojištěnce – přehledů o uhrazené zdravotní péči, poplatcích a doplatcích,
- kontroly individuálních účtů pojištěnců v souvislosti se systémem úhrady regulačních poplatků, překročení limitu regulačních poplatků a doplatků a zabezpečením povinností vyplývajících z § 16a a § 16b zákona č. 48/1997 Sb., ve znění platném od 1. ledna 2008.

**Nákladovost zdravotní péče** bude průběžně sledována:

- dle jednotlivých segmentů poskytovatelů zdravotní péče, včetně léků a zdravotnických prostředků,
- při vyhodnocení regulačních mechanismů objemu zdravotní péče, a to i s využitím DRG apod.,



- › u zdravotnických zařízení s výskytem nákladných pojištěnců, jejichž péče v objemu přesáhla 0,5 mil. Kč.

Další pozornost bude věnována nově zaváděným regulačním poplatkům a doplatkům do limitu, a s tím souvisejícími povinnostmi ZPŠ vyplývajícími z ustanovení § 16a a § 16b zákona č. 48/1997 Sb., ve znění platném k 1. lednu 2008.

### **Rozsah hrazené zdravotní péče**

Rozsah hrazené zdravotní péče pro rok 2008 bude vycházet z ustanovení zákona č. 48/1997 Sb., ve znění platném k 1. lednu 2008, navazujících vyhlášek Ministerstva zdravotnictví, a to zejména vyhlášky Ministerstva zdravotnictví č. 134/1998 Sb., výměru Ministerstva financí č. 04/2007, platných číselníků léčiv, zdravotnických prostředků a stomatologických výrobků.

Rozsah zdravotní péče v roce 2008 bude od 1. ledna 2008 upraven aktualizací vyhlášky Ministerstva zdravotnictví č. 134/1998 Sb., kterou se vydává Seznam zdravotních výkonů.

### **Předpokládané způsoby úhrad zdravotní péče v jednotlivých segmentech**

V době zpracování ZPP 2008 bylo ukončeno Dohodovací řízení k cenám zdravotní péče na rok 2008, které skončilo v 8 segmentech poskytovatelů zdravotní péče nedohodou a pouze v segmentu poskytovatelů praktických lékařů a praktických lékařů pro děti a dorost došlo k dohodě, která nebyla na závěrečném jednání odsouhlasena ostatními segmenty. Ministerstvo zdravotnictví dle ustanovení § 17 zákona č. 48/1997 Sb., ve znění pozdějších předpisů stanoví vyhláškou parametry úhrad zdravotní péče na rok 2008 včetně stanovení hodnoty bodu, výše úhrad a regulačního omezení objemu péče pro jednotlivé segmenty.

Pro rok 2008 předpokládáme určitou volnost v možnosti individuálních dohod o úhradě zdravotní péče mezi ZPŠ a jednotlivými zdravotnickými zařízeními.

Navrhované způsoby úhrad v jednotlivých segmentech:

#### **› Segment poskytovatelů ústavní péče**

##### ***Pro zdravotnická zařízení ústavní péče poskytující akutní péči***

Úhrada zdravotní péče u zdravotnických zařízení poskytujících akutní péči, která ošetřila v referenčních obdobích statisticky významný počet pojištěnců, bude probíhat do stanovené paušální či jinak dohodnuté výše objemu péče, případně s možností uplatnění dohodnuté regresní hodnoty bodu a s možností realizace nákupu na předem určené druhy péče a se zapojením DRG. Pro realizaci nákupu zdravotní péče bude

postupováno v následujících krocích, které budou zahájeny již v průběhu 4. čtvrtletí 2007:

- › identifikace okruhů péče, předpokládá se část péče, která je materiálově či jinak péčí nákladnou,
- › analýza vybrané zdravotní péče z hlediska frekvencí, nákladovosti apod. ve zdravotnických zařízeních,
- › výběr zdravotnických zařízení a předání poptávkového dotazníku ohledně plnění počtu, stupně komplikací, dostupnosti, závazku plnění personálních a technických podmínek apod.,
- › vyhodnocení vyplněných podmínek poptávky,
- › smluvní zabezpečení rozsahu a úhrady nakupované zdravotní péče,
- › smluvní zabezpečení a úhrada ostatního rozsahu poskytované zdravotní péče,
- › stanovení kontrolních kritérií plnění a jeho vyhodnocení po uplynutí hodnoceného období.

Zdravotní péče u zdravotnických zařízení poskytujících akutní péči, která ošetřila v referenčních obdobích statisticky nevýznamný počet pojištěnců, bude hrazena výkonově se smluvně stanovenou hodnotou bodu.

### ***Pro zdravotnická zařízení ústavní péče poskytující následnou péči***

Výše úhrady zdravotní péče v odborných léčebných ústavech, léčebnách dlouhodobě nemocných a ve zdravotnických zařízeních vykazujících kód č. 00005 za ošetřovací den podle seznamu zdravotních výkonů se stanoví sazbou za ošetřovací den nebo výkonovým způsobem se stanovenou hodnotou bodu.

- › **Segment poskytovatelů mimoústavní ambulantní specializované péče včetně hemodialyzační péče poskytované ambulantními zdravotnickými zařízeními**

### ***Specializovaná mimoústavní ambulantní péče***

Specializovaná ambulantní zdravotní péče poskytovaná v ambulantních zdravotnických zařízeních se statisticky významným počtem unicitně ošetřených pojištěnců bude hrazena dle vyhlášky Ministerstva zdravotnictví č. 134/1998 Sb., ve znění pozdějších předpisů, úhradou za poskytnuté zdravotní výkony (vč. ZUM a ZULP) s omezením maximální úhradou na základě dohodnutých principů, případně s použitím reálné či degressní hodnoty bodu.

V ambulantních zdravotnických zařízeních poskytujících specializovanou ambulantní zdravotní péči, která neošetřila statisticky významný počet unicitních pojištěnců, bude zdravotní péče hrazena na základě vyhlášky Ministerstva zdravotnictví č. 134/1998 Sb., ve znění pozdějších předpisů, úhradou za poskytnuté zdravotní výkony (vč. ZUM a ZULP) na základě dohodnutých principů.

### ***Hemodialyzační péče poskytovaná ambulantními zdravotnickými zařízeními***

Hemodialyzační péče bude hrazena na základě vyhlášky Ministerstva zdravotnictví č. 134/1998 Sb., ve znění pozdějších předpisů, úhradou za poskytnuté zdravotní výkony (vč. ZUM a ZULP) za dohodnutých podmínek hodnoty bodu a možné úhrady zvýšených režijních nákladů zdravotních výkonů č. 18521, 18522, 18530, 18550, 18560, 18570, 18580 a 18590. Případně bude aplikována agregovaná platba na specifikovaný typ hemodialýzy.

#### **› Segment poskytovatelů praktických lékařů a praktických lékařů pro děti a dorost**

Pro tento segment předpokládáme úhradu kombinovanou kapitačně výkonovou platbou (KKVP) s možností diferenciací ve vztahu k nákladovosti registrované klientely, počtu klientů a sledováním dalších smluvně dohodnutých prvků péče a KKVP s dorovnáním kapitace u lékařů, kteří mají menší počet jednicových registrovaných pojištěnců než je 70 % celostátního průměrného počtu, a to s dorovnáním úhrady podle dohodnutých kritérií. Výkonový způsob úhrady bude možné uplatnit ve zcela výjimečných případech.

#### **› Segment poskytovatelů mimoústavní laboratorní a radiodiagnostické péče**

Úhrada zdravotní péče u zdravotnických zařízení se statisticky významným počtem unicitně ošetřených pojištěnců proběhne paušální sazbou se stanoveným risk koridorem za splnění dohodnutých podmínek, případně výkonovým způsobem s reálnou či degresní hodnotou bodu.

U zdravotnických zařízení, která neošetří statisticky významný počet pojištěnců bude úhrada za provedené výkony probíhat dle vyhlášky č. 134/1998 Sb., ve znění pozdějších předpisů.

Úhrada mamografického screeningu, případně dalších vyhlášených celostátních screeningových programů bude probíhat výkonovým způsobem.

#### **› Segment poskytovatelů zdravotní péče fyzioterapie – nelékařské profese v odbornosti 902**

Úhrada rehabilitační péče proběhne výkonovým způsobem podle vyhlášky Ministerstva zdravotnictví č. 134/1998 Sb., ve znění pozdějších předpisů, za dohodnutých podmínek.

#### **› Segment poskytovatelů ambulantní stomatologické péče**

Bude realizován výkonový způsob úhrady v souladu s výměrem Ministerstva financí č. 04/2007.

› **Segment poskytovatelů domácí zdravotní péče**

Úhrada zdravotní péče bude probíhat výkonovým způsobem podle vyhlášky Ministerstva zdravotnictví č. 134/1998 Sb., ve znění pozdějších předpisů, dle typu provozu zdravotnického zařízení za dohodnutých podmínek hodnoty bodu.

› **Segment poskytovatelů zdravotnické záchranné služby, dopravy raněných, nemocných a rodiček a lékařské služby první pomoci**

***Zdravotnická záchranná služba***

Úhrada proběhne výkonovým způsobem dle vyhlášky Ministerstva zdravotnictví č. 134/1998 Sb., ve znění pozdějších předpisů, s dohodnutou hodnotou bodu u výkonů zdravotnické záchranné služby, včetně dopravních výkonů zdravotnické záchranné služby.

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

Úhrada proběhne výkonovým způsobem na základě vyhlášky Ministerstva zdravotnictví č. 134/1998 Sb., ve znění pozdějších předpisů, s dohodnutou hodnotou bodu.

***Lékařská služba první pomoci***

Úhrada proběhne výkonovým způsobem dle vyhlášky Ministerstva zdravotnictví č. 134/1998 Sb., ve znění pozdějších předpisů, s dohodnutou hodnotou bodu.

Vzhledem k typu poskytované zdravotní péče se jedná o neregulovaný segment z hlediska objemu péče.

› **Segment poskytovatelů lázeňské péče**

Cena lázeňské péče se pro rok 2008 určí smluvním ujednáním jednotlivých poskytovatelů lázeňské zdravotní péče a ZPŠ.

› **Zdravotní péče poskytovaná v souladu s Nařízením Rady (EHS) č. 1408/71**

Výše uvedená zdravotní péče bude hrazena v jednotlivých segmentech ve srovnatelných podmínkách jako péče pro pojištěnce ZPŠ, a to při variantním způsobu financování dle výkonové varianty.

› **Úhrada neodkladné zdravotní péče, není-li uzavřena smlouva mezi zdravotnickým zařízením a ZPŠ**

Úhrada zdravotní péče u nesmluvních zdravotnických zařízení bude probíhat takto:

- a) stomatologická ambulantní péče se hradí podle dohodnutých sazeb platných pro zdravotní péči poskytovanou zubními lékaři,

b) ostatní zdravotní péče se hradí podle seznamu výkonů s dohodnutou hodnotou bodu.

V případě, že připravovaná vyhláška Ministerstva zdravotnictví, která bude publikována v závěru roku 2007, bude obsahovat i další způsoby úhrad než je výše uvedeno, ZPŠ bude oprávněna je využít při dojednávání úhrad na rok 2008.

### **4.3.3 Revizní a kontrolní činnost**

#### **Záměry směřující k zefektivnění revizní činnosti**

V roce 2008 bude hlavní náplní činnosti revizních lékařů kontrola vykázané zdravotní péče, jejího personálního a technického zabezpečení, kontroly ve zdravotnických zařízeních, včetně dodržování ordinačních hodin a kontroly údajů ve zdravotní dokumentaci pojištěnce vzhledem k rozsahu vykázané zdravotní péče a kontrola vzhledem k novým legislativním úpravám souvisejícím s regulačními poplatky. Tato činnost bude realizována prostřednictvím informačního systému ZPŠ a i přímo ve zdravotnických zařízeních.

Zvýšené kontrole bude pravidelně podrobována zdravotní péče u pojištěnců, jejichž náklady na zdravotní péči přesáhly částku ve výši 0,5 mil. Kč, dále nákladnější zdravotnické pomůcky a zdravotnické prostředky, zejména s individuálně stanovenou cenou.

V souvislosti s nákupem zdravotní péče budou kontrolována a sledována kritéria jako je časová dostupnost péče v oblasti čekacích dob, ekonomická kritéria, doby hospitalizace, návaznost rehabilitace a další indikátory kvality péče.

Ve spolupráci s lékaři v regionech působnosti bude kultivován systém řízené péče.

V souvislosti s realizací nových rámcových smluv bude provedena aktualizace přílohy č. 2 u lůžkových zdravotnických zařízení v revizním systému, která umožní efektivnější revizi povolených zdravotních výkonů.

Dále bude ve spolupráci s firmou INFOPHARM sledován vývoj lékových interakcí u registrované klientely praktických lékařů v regionech zájmu. Další odborná spolupráce bude probíhat s nadací „Pro Vaše srdce“ v oblasti prevence kardiovaskulárních onemocnění.

V oblasti preventivních prohlídek u lékařů primární péče se zaměříme na možnost upozorňovat pojištěnce na jejich nezbytnost a význam v souvislosti s prevencí a včasným záchytem onemocnění prsů, děložního čípku, tlustého střeva, konečníku a dalších závažných onemocnění.

Pravidelně budou sledovány trendy ve vývoji nákladů zdravotní péče, dle jednotlivých segmentů poskytovatelů, ve významných lůžkových zařízeních a centrech určených pro poskytování nákladných léčivých přípravků.

Pro možnost přímé kontroly budou na základě žádosti poskytovány osobní účty pojištěnce o uhrazené zdravotní péči.

### **Vlastní regulační opatření zdravotní pojišťovny**

Uplatnění vlastních regulačních opatření v oblasti objemu zdravotní péče předpokládáme na základě smluvní volnosti, která by měla být součástí připravované vyhlášky na financování zdravotní péče pro rok 2008. Mezi regulované segmenty poskytovatelů budou zahrnuty ty segmenty, jejichž objem má významné místo v oblasti nákladů na zdravotní péči a konkrétní zdravotnická zařízení, která ošetřují statisticky významný počet pojištěnců. Regulace se bude týkat jak objemu, tak i preskripce léků a zdravotnických prostředků, případně indukované zdravotní péče.

Regulace bude navazovat na sjednané způsoby úhrad, a to jak smluvně dohodnutým maximálním objemem péče, průměrnou úhradou za unitně ošetřeného pojištěnce, individuální hodnotou bodu, případně degresní hodnotou bodu, či využitím systému DRG.

U významných lůžkových zařízeních poskytujících akutní péči bude sledována nákladovost péče prostřednictvím DRG, případně část péče bude touto metodou financována. Mezi další vlastní regulační opatření bude patřit realizace procesu nákupu zdravotní péče. Pro tuto oblast bude vybrán okruh možných druhů plánované zdravotní péče, kde by prvek nakupování fungoval jako regulační prvek. Současně u takto nakupované zdravotní péče budeme vyžadovat sledování konkrétních prvků kvality péče jako je frekvence, doba hospitalizace, objednávací doba, nákladovost péče apod.

U největšího smluvního partnera v oblasti lůžkové péče předpokládáme realizaci tzv. auditu prostřednictvím hodnocení kritérií kvality péče jako je sledování dostupnosti péče prostřednictvím objednávacích dob k ambulantním vyšetřením, objednávacích dob k plánovanému přijetí a to dle jednotlivých oddělení. Kromě dalších bude sledováno předávání zpráv ošetřujícím lékařům a záchyt revizních lékařů jako další významný prvek vykazování péče.

Nezanedbatelnou součástí bude kontrola podmínek plnění personálního a technického zabezpečení zdravotnických zařízení.

Současně předpokládáme kultivaci systému bonifikací pro praktické lékaře, doplněnou o další dohodnuté parametry péče, sledování frekvence preventivních podmínek, začátku a konce pracovních neschopností apod.

V neposlední řadě budeme sledovat trendy vývoje nákladovosti zdravotní péče a jeho rozložení v rámci celého systému, a to jak dle jednotlivých segmentů poskytovatelů, tak až na jednotlivá zdravotnická zařízení.

Důležitým regulačním prvkem bude sledování nákladných pojištěnců, jejichž náklady za sledované období přesáhnou částku 0,5 mil. Kč.

Aktualizován bude v informačním systému modul „prerevize“ pro revizní lékaře v souvislosti s novelizací zdravotních výkonů od 1. ledna 2008. Realizace obměny rámcových smluv, speciálně přílohy č. 2, bude využita k optimalizaci nasmlouvaného rozsahu zdravotní péče.

#### 4.3.4 Struktura nákladů na zdravotní péči v členění dle jednotlivých segmentů

Tabulka č. 12 ZPP 2008 – Náklady podle segmentů

Ř.	Ukazatel	m. j.	Oček. skuteč. 2007	ZPP 2008	% ZPP 2008/ oček. skut. 2007
I.	<b>Náklady na zdravotní péči celkem čerpané z oddílu A základního fondu zdravotního pojištění <sup>1)</sup> (součet ř.1 - 11)</b>	tis. Kč	<b>2 170 000</b>	<b>2 440 000</b>	<b>112,4</b>
	z toho:				
1.	<b>na ambulantní péči celkem</b> (zdravotnická zařízení nevykazující žádný kód ošetrovacího dne, zahrnují se náklady na zvlášť účtované léčivé přípravky, zvlášť účtovaný materiál, s výjimkou nákladů na léky na recepty a zdravotnické prostředky vydané na poukazy)	tis. Kč	<b>454 954</b>	<b>525 470</b>	<b>115,5</b>
	z toho:				
1.1	<b>na stomatologickou péči</b> (odbornosti 014 - 015, 019)	tis.Kč	112 455	127 602	113,5
1.2	<b>na péči praktických lékařů</b> (odbornosti 001, 002)	tis. Kč	124 459	154 578	124,2
1.3	<b>na gynekologickou péči</b> (odbornosti 603, 604) platí i pro VZP ČR	tis. Kč	29 086	32 712	112,5
1.4	<b>na rehabilitační péči</b> (odbornost 902 a 918)	tis. Kč	24 501	27 006	110,2
1.5	<b>na diagnostickou zdravotní péči</b> (odbornosti 222, 801 - 805, 807, 809, 812 - 823)	tis. Kč	45 013	48 778	108,4
1.6	<b>na domácí zdravotní péči</b> (odbornost 925)	tis.Kč	8 160	8 899	109,1
1.7	<b>na specializovanou ambulantní péči</b> (odbornosti neuvedené v ř. 1.1 - 1.6 a neuvedené v řádku 2)	tis. Kč	108 850	122 435	112,5
1.8	<b>na zdravotní péči ve zdravotnických zařízeních poskytnutou osobám umístěným v nich z jiných než zdravotních důvodů</b> (§ 22 písm. c) zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů (dále jen zákon č. 48/1997 Sb.))	tis. Kč	100	250	250,0
1.9	<b>na zdravotní péči poskytnutou v zařízeních sociálních služeb</b> (§ 22 písm d) zákona č. 48/1997 Sb., ve znění zákona č. 109/2006 Sb.)	tis. Kč	180	360	200,0
1.10	<b>na ošetrovatelskou a rehabilitační péči poskytnutou v zařízeních sociálních služeb</b> (§ 22 písm. e) zákona č. 48/1997 Sb., ve znění zákona č. 109/2006 Sb.)	tis. Kč	2 150	2 850	132,6
2.	<b>na ústavní péči celkem</b> (zdravotnická zařízení vykazující kód ošetrovacího dne, zahrnují se náklady na zvlášť účtované léčivé přípravky, zvlášť účtovaný materiál, paušál na léky i případně nasmlouvanou péči ambulantní, stomatologickou a dopravu provozovanou v rámci lůžkového zdravotnického zařízení s výjimkou nákladů na léky na recepty a zdravotnických prostředků vydaných na poukazy)	tis. Kč	<b>1 160 598</b>	<b>1 308 131</b>	<b>112,7</b>



Ř.	Ukazatel	m. j.	Oček. skuteč. 2007	ZPP 2008	% ZPP 2008/ oček. skut. 2007
	v tom:				
2.1	<b>nemocnice</b>	tis. Kč	1 058 969	1 196 634	113,0
2.2	<b>odborné léčebné ústavy</b> (odborné léčebné ústav s výjimkou zdravotnických zařízení uvedených v řádku 2.3 a 2.4)	tis. Kč	42 404	46 521	109,7
2.3	<b>léčebny dlouhodobě nemocných</b> (samostatná zdravotnická zařízení vykazující kód ošetřovacího dne 00024)	tis. Kč	43 416	47 632	109,7
2.4	<b>ošetřovatelská lůžka</b> (samostatná zdravotnická zařízení vykazující kód ošetřovacího dne 00005)	tis. Kč	15 809	17 344	109,7
3.	<b>na lázeňskou péči</b>	tis. Kč	<b>32 520</b>	<b>36 014</b>	<b>110,7</b>
4.	<b>na péči v ozdravovnách</b>	tis. Kč	<b>410</b>	<b>454</b>	<b>110,7</b>
5.	<b>na dopravu</b> (zahrnuje dopravní zdravotní s službu včetně individuální dopravy, nezahrnuje se oprava z ř. 2)	tis. Kč	<b>13 958</b>	<b>15 957</b>	<b>114,3</b>
6.	<b>na zdravotnickou záchrannou službu</b> (odbornost 709, zdravotnická zařízení nevykazující žádný kód ošetřovacího dne)	tis. Kč	<b>14 305</b>	<b>17 526</b>	<b>122,5</b>
7.	<b>na léky vydané na recepty celkem:</b>	tis. Kč	<b>434 382</b>	<b>432 561</b>	<b>99,6</b>
	z toho:				
7.1	<b>předepsané v ambulantních zdravotnických zařízeních</b> (samostatná ambulantní zdravotnická zařízení)	tis. Kč	267 579	266 711	99,7
7.1.1	u praktických lékařů	tis. Kč	176 789	176 463	99,8
7.1.2	u specializované ambulantní péče	tis. Kč	90 790	90 248	99,4
7.2	<b>předepsané v lůžkových zdravotnických zařízeních</b>	tis. Kč	166 803	165 850	99,4
8.	<b>na zdravotnické prostředky vydané na poukazy celkem</b>	tis. Kč	<b>55 726</b>	<b>60 311</b>	<b>108,2</b>
8.1	<b>předepsané v ambulantních zdravotnických zařízeních</b> (samostatná ambulantní zdravotnická zařízení)	tis. Kč	27 434	30 279	110,4
8.2	<b>předepsané v lůžkových zdravotnických zařízeních</b>	tis. Kč	28 292	30 032	106,2
9.	<b>na léčení v zahraničí</b> <sup>2)</sup>	tis. Kč	<b>1 647</b>	<b>1 704</b>	<b>103,5</b>
10.	<b>Finanční prostředky (vratky) podle § 16b zák. č. 48/1997 Sb.</b> <sup>4)</sup>	tis. Kč		<b>40 000</b>	
11.	<b>Ostatní náklady na zdravotní péči</b> (které nelze zařadit do předchozích bodů - do vysvětlivek uvést, co zahrnují)	tis. Kč	<b>1 500</b>	<b>1 872</b>	<b>124,8</b>
II.	<b>Náklady na zlepšení zdravotní péče čerpané z jiných fondů</b> <sup>3)</sup>	tis. Kč	<b>14 500</b>	<b>23 000</b>	<b>158,6</b>
III.	<b>Náklady na zdravotní péči celkem (součet ř. I. + ř. II.)</b>	tis. Kč	<b>2 184 500</b>	<b>2 463 000</b>	<b>112,7</b>

Tabulka č. 12 ZPP 2008

**Poznámky k tabulce:**

- 1) Údaj vychází z oddílu A III ř. 1 základního fondu zdravotního pojištění.
- 2) Zdravotní pojišťovny vykazují náklady na léčení v zahraničí podle § 1 odst. 4 písm. b) vyhlášky o fondech. Údaj vychází z oddílu A III ř. 1.1 tabulky č. 2.
- 3) Údaj vychází z oddílu A III ř. 1 tabulky č. 7 mínus údaje oddílu A II ř. 4 tab. č. 7 plus oddíl A III ř. 5 tab. č. 7+ oddíl A III ř. 1 tabulky č. 9 a 10.
- 4) Zdravotní pojišťovny vykazují objem fin. prostředků nad limit stanovený v § 16b zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, v platném znění.

Tabulka č. 13 ZPP 2008 – Náklady podle segmentů na 1 pojištěnce

Ř.	Ukazatel	m. j.	Oček. skuteč. 2007	ZPP 2008	% ZPP 2008/ oček. skut. 2007
I.	<b>Náklady na zdravotní péči celkem čerpané z oddílu A základního fondu zdravotního pojištění <sup>1)</sup> (součet ř.1 - 11)</b>	Kč	<b>16 554</b>	<b>17 936</b>	<b>108,3</b>
	z toho:				
1.	<b>na ambulantní péči celkem</b> (zdravotnická zařízení nevykazující žádný kód ošetrovacího dne, zahrnují se náklady na zvlášť účtované léčivé přípravky, zvlášť účtovaný materiál, s výjimkou nákladů na léky na recepty a zdravotnické prostředky vydané na poukazy)	Kč	<b>3 469</b>	<b>3 863</b>	<b>111,3</b>
	z toho:		0	0	
1.1	<b>na stomatologickou péči</b> (odbornosti 014 - 015, 019)	Kč	858	938	109,3
1.2	<b>na péči praktických lékařů</b> (odbornosti 001, 002)	Kč	949	1 136	119,7
1.3	<b>na gynekologickou péči</b> (odbornosti 603, 604) platí i pro VZP ČR	Kč	222	240	108,1
1.4	<b>na rehabilitační péči</b> (odbornost 902 a 918)	Kč	187	199	106,4
1.5	<b>na diagnostickou zdravotní péči</b> (odbornosti 222, 801 - 805, 807, 809, 812 - 823)	Kč	343	359	104,7
1.6	<b>na domácí zdravotní péči</b> (odbornost 925)	Kč	62	65	104,8
1.7	<b>na specializovanou ambulantní péči</b> (odbornosti neuvedené v ř. 1.1 - 1.6 a neuvedené v řádku 2)	Kč	830	900	108,4
1.8	<b>na zdravotní péči ve zdravotnických zařízeních poskytnutou osobám umístěným v nich z jiných než zdravotních důvodů</b> (§ 22 písm. c) zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů (dále jen zákon č. 48/1997 Sb.)	Kč	1	2	200,0
1.9	<b>na zdravotní péči poskytnutou v zařízeních sociálních služeb</b> (§ 22 písm. d) zákona č. 48/1997 Sb., ve znění zákona č. 109/2006 Sb.)	Kč	1	3	300,0
1.10	<b>na ošetrovatelskou a rehabilitační péči poskytnutou v zařízeních sociálních služeb</b> (§ 22 písm. e) zákona č. 48/1997 Sb., ve znění zákona č. 109/2006 Sb.)	Kč	16	21	131,3
2.	<b>na ústavní péči celkem</b> (zdravotnická zařízení vykazující kód ošetrovacího dne, zahrnují se náklady na zvlášť účtované léčivé přípravky, zvlášť účtovaný materiál, paušál na léky i případně nasmlouvanou péči ambulantní, stomatologickou a dopravu provozovanou v rámci lůžkového zdravotnického zařízení s výjimkou nákladů na léky na recepty a zdravotnických prostředků vydaných na poukazy)	Kč	<b>8 854</b>	<b>9 615</b>	<b>108,6</b>

Ř.	Ukazatel	m. j.	Oček. skuteč. 2007	ZPP 2008	% ZPP 2008/ oček. skut. 2007
	z toho:				
2.1	nemocnice	Kč	8 079	8 796	108,9
2.2	odborné léčebné ústavy (odborné léčebné ústav s výjimkou zdravotnických zařízení uvedených v řádku 2.3 a 2.4)	Kč	323	342	105,9
2.3	léčebny dlouhodobě nemocných (samostatná zdravotnická zařízení vykazující kód ošetřovacího dne 00024)	Kč	331	350	105,7
2.4	ošetřovatelská lůžka (samostatná zdravotnická zařízení vykazující kód ošetřovacího dne 00005)	Kč	121	127	105,0
3.	na lázeňskou péči	Kč	248	265	106,9
4.	na péči v ozdravovnách	Kč	3	3	100,0
5.	na dopravu (zahrnuje dopravní zdravotní službu včetně individuální dopravy, nezahrnuje se doprava z ř. 2)	Kč	107	117	109,3
6.	na zdravotnickou záchrannou službu (odbornost 709, zdravotnická zařízení nevykazující žádný kód ošetřovacího dne)	Kč	109	129	118,3
7.	na léky vydané na recepty celkem:	Kč	3 315	3 179	95,9
	z toho:				
7.1	předepsané v ambulantních zdravotnických zařízeních (samostatná ambulantní zdravotnická zařízení)	Kč	2 042	1 960	96,0
7.1.1	u praktických lékařů	Kč	1 349	1 297	96,1
7.1.2	u specializované ambulantní péče	Kč	693	663	95,7
7.2	předepsané v lůžkových zdravotnických zařízeních	Kč	1 273	1 219	95,8
8.	na zdravotnické prostředky vydané na poukazy celkem	Kč	425	444	104,5
8.1	předepsané v ambulantních zdravotnických zařízeních (samostatná ambulantní zdravotnická zařízení)	Kč	209	223	106,7
8.2	předepsané v lůžkových zdravotnických zařízeních	Kč	216	221	102,3
9.	na léčení v zahraničí	Kč	13	13	100,0
10.	Finanční prostředky (vratky) podle § 16b zák. č. 48/1997 Sb.	Kč		294	
11.	Ostatní náklady na zdravotní péči (které nelze zařadit do předchozích bodů - do vysvětlivek uvést, co zahrnují)	Kč	11	14	127,3
II.	Náklady na zlepšení zdravotní péče čerpané z jiných fondů	Kč	111	169	152,3
III.	Náklady na zdravotní péči celkem (součet ř. I. + ř. II.)	Kč	16 665	18 105	108,6

Tabulka č. 13 ZPP 2008

Poznámky k tabulce:

- 1) Vazba na tabulku č. 12 s použitím průměrného počtu pojištěnců, tabulka č. 1 Přehled základních ukazatelů ř. 2.

V tabulce č. 12 ZPP 2008 jsou vyčísleny celkové předpokládané náklady podle jednotlivých druhů zdravotní péče pro rok 2008, v přepočtu na jednoho pojištěnce jsou uvedeny v tabulce č. 13 ZPP 2008.

Při plánování celkového objemu nákladů jsme vycházeli z očekávané skutečnosti roku 2007, odhadu příjmů finančních prostředků, předpokládaného vývoje počtu pojištěnců a výsledků dohodovacího řízení o cenách zdravotní péče na rok 2008. Dalšími ovlivňujícími parametry jsou ustanovení zákona č. 48/1997 Sb., ve znění platném od 1. 1. 2008, týkající se úhrad pojištěncům při překročení limitu regulačních poplatků a doplatků, nový systém cenotvorby léčivých přípravků a potravin pro zvláštní lékařské účely a dopad připravované aktualizace vyhlášky Ministerstva zdravotnictví č. 134/1998 Sb., kterou se vydává Seznam zdravotních výkonů. Aktualizace předpokládá zavedení nových zdravotních výkonů, úpravu bodového ohodnocení režie u jednotlivých odborností a i zvýšení frekvenčních omezení u některých výkonů.

Podle výše uvedených skutečností předpokládáme celkové čerpání nákladů na zdravotní péči pro rok 2008 ve výši 2 440 000 tis. Kč. Ve vztahu k očekávané skutečnosti roku 2007 se jedná o celkový nárůst nákladů ve výši 12,4 %. V rámci tohoto nárůstu předpokládáme nárůst pojištěnců ve výši 3,8 %, předpokládané výdaje spojené s překročením regulačních poplatků ve výši 1,7 % a realizace nového seznamu výkonů v rozsahu cca 1,5 %. U většiny druhů zdravotní péče předpokládáme celkové navýšení nákladů minimálně o 10 % oproti očekávané skutečnosti roku 2007.

Vyšší čerpání předpokládáme v části péče u praktických lékařů. Vycházíme tak z dohody, která byla učiněna mezi zástupci zdravotních pojišťoven a poskytovateli a přestože nebyla na závěrečném jednání ostatními zástupci poskytovatelů odsouhlasena, předpokládáme, že principy financování zůstanou s možností diferenciací výše kombinované kapitačně výkonové platby (KKVP). Abychom mohli zachovat a kultivovat motivační systém zahrnující vyšší roli praktických lékařů, nárůst pojištěnců, navýšení bodového ohodnocení v oblasti režie a zavedení nových výkonů od ledna 2008 pro vykazování začátku a konce pracovních neschopností, předpokládáme čerpání vyšší.

Vyšší čerpání zdravotní péče předpokládáme i na sociálním lůžku a ve zvláštní ambulantní péči, která se dosud rozvíjí a řada lůžkových zařízení začíná tuto péči v roce 2007 oprávněně vykazovat. Její podíl je v rámci celkové péče zatím minoritní.

Rovněž v oblasti záchranné zdravotní služby bodovým navýšením cen za ujetý kilometr předpokládáme vyšší čerpání, které bylo zmodelováno dle návrhu nového seznamu výkonů.

Obdobně nižší čerpání nákladů než 10 % očekáváme v oblasti komplementární péče a domácí ošetrovatelské péče podle předpokládaného vývoje nákladů v roce 2007.

Nižší čerpání péče oproti očekávané skutečnosti v roce 2007 předpokládáme u nákladů na léčivé přípravky. Mezi důvody tohoto odhadu patří, že v důsledku zavedení

regulačních poplatků a doplatků do limitu za lék předepsaný na recept dojde k nižšímu čerpání léků, dále léky, jejichž hodnota bude nižší než výše ceny regulačního poplatku, nebude pojištěnec požadovat předepsat na recept. Nelze však nyní predikovat přesně důsledek zavedení nové DPH a nové cenotvorby léků.

U významných poskytovatelů zdravotní péče předpokládáme určitou regulaci objemu zdravotní péče a jejich preskripce, případně regulaci indukované zdravotní péče. Předpokládáme použití vlastních regulačních mechanismů, případně využití mechanismů, které by měly být součástí připravované vyhlášky Ministerstva zdravotnictví. Tato regulace by se měla dotknout minimálně lůžkových zařízení poskytujících akutní péči, ambulantních zařízení poskytujících specializovanou a diagnostickou zdravotní péči. U objemově významných lůžkových zařízení předpokládáme realizaci nákupu péče.

Zcela novou položkou nákladů na zdravotní péči v roce 2008 je úhrada vyplývající z novely zákona č. 48/1997 Sb., ve znění platném od 1. ledna 2008, týkající se úhrady pro pojištěnce ZPŠ při překročení limitu regulačních poplatků a doplatků. Tato částka ve výši 40 000 tis. Kč je zahrnuta v řádku 10. Tabulky č. 12 ZPP 2008. Předpokládaný objem uvedených nákladů je výsledkem modelace systému veřejného zdravotního pojištění.

## 5. Ostatní fondy

### 5.1 Zdravotní péče hrazená z fondu prevence

Tabulka č. 16 ZPP 2008 – Náklady na preventivní péči

Řádek	Účelová položka	Počet účastníků <sup>1)</sup>	Rok 2007 oček. skuteč. v Kč	Rok 2008 ZPP
<b>1.</b>	<b>Náklady na zdravotní programy<sup>2)</sup></b>	<b>43 050</b>	<b>10 120 000</b>	<b>18 250 000</b>
	očkovaní proti klíšťové encefalitidě	7 500	1 300 000	1 500 000
	očkovaní proti chřipce	13 000	900 000	1 100 000
	očkovaní proti hepatitidě B, A+B	700	600 000	700 000
	očkovaní proti meningokoku typu C	800	200 000	240 000
	ostatní očkovaní	1 000	800 000	500 000
	očkovaní proti HPV infekcím	100	30 000	200 000
	očkovaní proti pneumokokovým nákazám	1 000	30 000	800 000
	prevence karcinomu prsů	1 500	900 000	1 000 000
	prevence kolorektálního karcinomu	300	20 000	30 000
	prevence karcinomu prostaty	3 000	200 000	300 000
	prevence onemocnění štítné žlázy	2 000	100 000	100 000
	podpora gynekologických prohlídek		1 100 000	
	motivace k preventivním prohlídkám	10 000	3 925 000	4 250 000
	podpora prev. prohlídky sportovců a studentů do zahr.	150	15 000	30 000
	prevence kardiovaskulárních rizik	2 000		2 000 000
	podpora zdravého živ. stylu			5 500 000
<b>2.</b>	<b>Náklady na ozdravné pobyty<sup>2)</sup></b>	<b>193</b>	<b>250 000</b>	<b>315 000</b>
	příspěvek na ozdravný pobyt dětí s onkol. a neurol.onem.	30	30 000	45 000
	příspěvek na ozdravný pobyt dětí s dýchacími a kožními potížemi	160	170 000	240 000
	ozdravný pobyt pro aktivní dárce kostní dřeně	3	50 000	30 000
<b>3.</b>	<b>Ostatní činnosti<sup>2)</sup></b>	<b>3 180</b>	<b>4 130 000</b>	<b>4 435 000</b>
	odstranění vad chrupu	450	400 000	450 000
	podpora jednorázových akcí pro děti		600 000	800 000
	příspěvek na paruku po onkologické léčbě u žen	80	200 000	200 000
	podpora moderních léčebných metod	950	900 000	685 000
	konzultace on line	200	30 000	50 000
	program zlepšené péče o matku a dítě	1500	2 000 000	2 250 000
<b>4.</b>	<b>Náklady na preventivní zdravotní péči celkem<sup>3)</sup></b>	<b>46 423</b>	<b>14 500 000</b>	<b>23 000 000</b>

Tabulka č. 16 ZPP 2008 Náklady na prev. péči

**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.

Cílem aktivit na rok 2008 uvedených v tabulce č. 16 je poskytnout pojištěncům takovou nabídku, která jim umožní zapojit se aktivně do péče o své zdraví, zvýší zájem o očkování a tím posílí jejich imunitu a zdůrazní význam účasti na pravidelných preventivních prohlídkách, které mohou včas odhalit závažná onemocnění. ZPŠ bude podporovat i nové léčebné metody, které jsou pro pojištěnce šetrnější.

Uvedené aktivity jsou postaveny nad rámec zdravotní péče hrazené z prostředků veřejného zdravotního pojištění. V případě, že by některá z uvedených preventivních aktivit byla v průběhu roku zařazena mezi péči hrazenou, bude zdravotní program ukončen. Aktivity jsou rozděleny do následujících oblastí:

### › Zdravotní programy s preventivním účinkem

Aktivity zahrnuté do této části jsou z pohledu plánovaných nákladů nejrozsáhlejší a dělí se do tří částí.

První část zahrnuje finanční příspěvky na očkovací látky nehrazené z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Nově pro rok 2008 byla zařazena možnost příspěvku pro pojištěnce i na očkování, která jsou doporučována při cestách do zahraničí a možnost očkování látkou PREVENAR nad rámec očkování dané vyhláškou.

Druhá část je zaměřena především na včasný záchyt závažných onemocnění. Pro rok 2008 je připraven nový program záchytu kardiovaskulárních rizik cíleně zaměřený na pojištěnce ve věkové skupině 40 – 60 let a program na podporu zdravého životního stylu.

Třetí část je určena pojištěncům na zvýšení a podporu motivace k absolvování preventivních prohlídek u lékařů primární péče. Nezanedbatelnou součástí je i podpora prohlídek sportovců organizovaných ve sportovních klubech nebo sdruženích a příspěvek na prohlídky související se studijním pobytem dětí a mládeže v zahraničí.

Nově je do této části zařazena podpora zdravého životního stylu se zvláštním zřetelem na prevenci a řešení obezity ve vazbě na zpracovávaný projekt pro získání finančních prostředků z fondů EU.

### › Podpora ozdravných pobytů

Podpora bude realizována formou finančních příspěvků na letní ozdravné pobyty pro děti do 19 let s neurologickým, onkologickým, případně dalším závažným onemocněním zabezpečované lékařským dohledem, u kterých nemůže být indikována lázeňská léčba. Dále pro děti ve věku od 4 do 15 let na letní přímořské, případně vysokohorské pobyty, které se týkají zejména dětí s chronickým onemocněním dýchacích cest a kůže, které budou zabezpečeny přes cestovní kancelář nebo cestovní agenturu, a které odpovídají stanoveným indikacím lázeňské péče. Finanční příspěvky budou poskytovány až po absolvování pobytu, na základě splnění stanovených podmínek.

## › Ostatní zdravotní programy

Zahrnují aktivity s finančním příspěvkem určené zejména na zmírnění následků a projevů již existujících onemocnění s prokazatelným efektem, jako je ortodontická léčba, zmírnění následku aktivní onkologické léčby u žen.

Dále podporují edukaci pojištěnců prostřednictvím konzultace ON LINE, přispívají ke zlepšené péči o matku a novorozence a podporují akce pro děti a mládež, propagující zdravý způsob života, prevenci proti obezitě, kouření, drogám apod. Mezi tyto programy patří podpora nových léčebných metod, které zvyšují efekt léčby a snižují zátěž pro pacienta.

Nově jsou zařazeny dvě metody týkající se specifické operace varixů a operace horního měkkého patra u pojištěnců s existujícím syndromem spánkové apnoe. Dále je poskytován finanční příspěvek na plastickou sádku, která zvyšuje mobilitu pacienta.

Oproti očekávané skutečnosti v oblasti nákladů na prevenci v roce 2007 počítáme v roce 2008 s navýšením nákladů v oblasti nejdůležitější, a to v oblasti prvé – programy s preventivním účinkem.

Podrobné členění jednotlivých preventivních aktivit s odůvodněním, předpokládanými náklady a účastí pojištěnců je předkládáno k rozhodnutí Dozorčí a Správní radě ZPŠ.



Tabulka č. 7 ZPP 2008 - Fond prevence

A.	Fond Prevence (Fprev) Tvorba a čerpání ve sledovaném období	Rok 2007 oček. skuteč.	Rok 2008 ZPP	% ZPP 08/ oček. skut. 07
		tis. Kč	tis. Kč	
<b>I.</b>	<b>Počáteční zůstatek k 1. 1. ve sledovaném období</b>	<b>118 395</b>	<b>126 150</b>	<b>106,6</b>
<b>II.</b>	<b>Tvorba celkem = zdroje</b>	<b>30 780</b>	<b>32 800</b>	<b>106,6</b>
1	Zdroje podle zákona č. 551/1991 Sb. a č. 280/1992 Sb., ve znění pozdějších předpisů	30 000	32 000	106,7
1.1	V tom: příděl ze zisku po zdanění			
1.2	podíl podle § 19 odst. 1 zákona č. 280 /1992 Sb., ve znění pozdějších předpisů <sup>1)</sup>	30 000	32 000	106,7
1.3	podíl podle § 6 odst. 7 zákona č. 551/1991 Sb., ve znění pozdějších předpisů			
2	Úroky vytvořené na bankovním účtu Fprev	780	800	102,6
3	Ostatní (např. dary)			
4	Zúčtování s pojištěnci s vazbou na vyúčtování preventivních programů			
<b>III.</b>	<b>Čerpání celkem = snížení zdrojů:</b>	<b>23 025</b>	<b>38 030</b>	<b>165,2</b>
1	Preventivní programy	14 500	23 000	158,6
2	Úroky z úvěrů na posílení Fprev			
3	Ostatní (bankovní poplatky)	25	30	120,0
4	Odpis penále, přírážek a pokut k pojistnému, které byly zdrojem Fprev	8 500	15 000	176,5
5	Zúčtování s pojištěnci s vazbou na vyúčtování preventivních programů			
<b>IV.</b>	<b>Konečný zůstatek k poslednímu dni sledovaného období = I + II - III</b>	<b>126 150</b>	<b>120 920</b>	<b>95,9</b>

<b>B.</b>	<b>Fond prevence (Fprev) Příjmy a výdaje ve sledovaném období</b>	<b>Rok 2007 oček. skuteč.</b>	<b>Rok 2008 ZPP</b>	<b>% ZPP 08/ oček. skut. 07</b>
<b>I.</b>	<b>Počáteční zůstatek k 1.1. ve sledovaném období</b>	<b>42 425</b>	<b>35 180</b>	<b>82,9</b>
<b>II.</b>	<b>Příjmy celkem:</b>	<b>18 780</b>	<b>20 800</b>	<b>110,8</b>
1	Příjmy finančních prostředků na základě zákona č. 551/1991 Sb. a zák. č. 280/1992 Sb., ve znění pozdějších předpisů	18 000	20 000	111,1
1.1	v tom: příděl ze zisku po zdanění			
1.2	podíl podle § 19 odst. 1 zákona č. 280/1992 Sb., ve znění pozdějších předpisů <sup>1)</sup>	18 000	20 000	111,1
1.3	podíl podle § 6 odst. 7 zákona č. 551/1991 Sb., ve znění pozdějších předpisů			
2	Úroky vytvořené na bankovním účtu Fprev	780	800	102,6
3	Ostatní (dary)			
4	Příjem úvěru na posílení Fprev			
5	Zúčtování s pojišťenci s vazbou na vyúčtování preventivních programů			
<b>III.</b>	<b>Výdaje celkem:</b>	<b>26 025</b>	<b>20 030</b>	<b>77,0</b>
1	Výdaje na preventivní programy	26 000	20 000	76,9
2	Úroky z úvěrů			
3	Ostatní (bankovní poplatky)	25	30	120,0
4	Splátky úvěru			
5	Zúčtování s pojišťenci s vazbou na vyúčtování prev. programů			
<b>IV.</b>	<b>Konečný zůstatek k poslednímu dni sledovaného období = I + II - III</b>	<b>35 180</b>	<b>35 950</b>	<b>102,2</b>

<b>C. Doplnující údaje k oddílu A a B</b>		<b>Vazba na Fprev sl.1</b>	<b>Informativně sl. 2</b>	<b>Skladba ř. A II 1<sup>3)</sup> sl. 3=1+2</b>
			převod <sup>3)</sup>	celkem
	<b>Struktura přidělu do Fprev za tu část přidělu, která není prováděna převodem ze ZFZP</b>		ze ZFZP	
<b>I.</b>	<b>K odd. A/ II = součet položek 1 až 4</b>	20 000	10 000	30 000
1	Předpisy úhrad pokut a penále	20 000		
2	Předpisy úhrad přírážek k pojistnému			
3	Předpisy pokut zdravotnickým zařízením			
4	Předpisy úroků ZFZP (pokud je zdravotní pojišťovna účtuje přímo na Fprev)			
		sl.1	sl. 2 převod <sup>3)</sup>	<b>Skladba ř. B II 1<sup>3)</sup> sl. 3=1+2</b>
<b>II.</b>	<b>K odd. B/ II = součet položek 1 až 4</b>	8 000	10 000	18 000
1	Příjmy z pokut a penále	8 000		
2	Příjmy z přírážek k pojistnému			
3	Příjmy z pokut zdravotnickým zařízením			
4	Příjmy z úroků ZFZP (pokud je zdravotní pojišťovna účtuje přímo na Fprev)			

<b>D. Doplnující údaje k oddílu A a B</b>		<b>vazba na Fprev sl.1</b>	<b>Informativně sl. 2</b>	<b>Skladba ř. A II 1<sup>3)</sup> sl. 3=1+2</b>
			převod <sup>3)</sup>	celkem
	<b>Struktura přidělu do Fprev za tu část přidělu, která není prováděna převodem ze ZFZP</b>		ze ZFZP	
<b>I.</b>	<b>K odd. A/ II = součet položek 1 až 4</b>	20 000	12 000	32 000
1	Předpisy úhrad pokut a penále	20 000		
2	Předpisy úhrad přírážek k pojistnému			
3	Předpisy pokut zdravotnickým zařízením			
4	Předpisy úroků ZFZP (pokud je zdravotní pojišťovna účtuje přímo na Fprev)			
		sl.1	sl. 2 převod <sup>3)</sup>	<b>Skladba ř. B II 1<sup>3)</sup> sl. 3=1+2</b>
<b>II.</b>	<b>K odd. B/ II = součet položek 1 až 4</b>	8 000	12 000	20 000
1	Příjmy z pokut a penále	8 000		
2	Příjmy z přírážek k pojistnému			
3	Příjmy z pokut zdravotnickým zařízením			
4	Příjmy z úroků ZFZP (pokud je zdravotní pojišťovna účtuje přímo na Fprev)			

Tabulka č. 7 ZPP 2008 Fprev

**Poznámka k vyplnění tabulky zobrazující skladbu tvorby Fprev.:**

- 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 oddílu C sl. 1 i sl. 2. Hodnota údaje v oddílu C I a C II ve sl. 3 má odpovídat u všech ZP údají 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. Takto postupuje při vyplnění této tabulky i VZP ČR.
- 3) K 31. 12. doplní zaměstnanecké zdravotní pojišťovny tuto tabulku přílohou s vyhodnocením hospodaření podle § 1 odst. 3 vyhlášky o fondech.

Tvorba Fondu prevence je upravena v § 16 odst. 4 zákona č. 280/1992 Sb., ve znění pozdějších předpisů, který dává ZPŠ možnost vytvářet Fond prevence k financování preventivních programů nad rámec preventivní péče, hrazené ze ZFZP. Fond je vytvářen ze zákonem stanovených zdrojů (§ 19 odst. 1 zákona č. 280/1992 Sb., ve znění pozdějších předpisů), tj. úroky z termínovaných vkladů, z použití volných prostředků ZFZP, pokutami a penále. ZPŠ je oprávněna prostředky použít jako zdroj Fondu prevence pouze za předpokladu vyrovnaného hospodaření a naplnění Rezervního fondu.

Podmínka úhrady závazků a naplňování fondů je ze strany ZPŠ plněna a zbývající volné finanční prostředky ZFZP tvoří významný zdroj pro tvorbu Fondu prevence formou úroků z termínovaných vkladů. Výsledky kontrolní činnosti při výběru pojistného - pokuty a penále, jako další přísun prostředků do fondu, nemají velký finanční efekt (viz rozdíl mezi konečným zůstatkem fondu v části A k části B) a snížením procentní výměry denní sazby penále se tento zdroj bude i v roce 2008 snižovat.

Obsah položky čerpání Fondu prevence je podrobněji rozepsán v tabulce č. 16 a komentáři k jednotlivým oblastem zdravotních programů.

Součástí ZPP 2008 je tvorba a čerpání Fondu prevence, což je zmíněno v tabulce č. 16 ZPP 2008 Náklady na preventivní péči. Plánované čerpání nákladů na preventivní zdravotní programy a aktivity pro rok 2008 předpokládáme ve výši 23 000 tis. Kč. Tato tabulka obsahuje konkrétní preventivní aktivity, které respektují ustanovení § 16 zákona č. 280/1992 Sb., ve znění pozdějších předpisů.

Největší část nákladů ve výši téměř 80 % zahrnuje oblast, která je z hlediska prevence nejvýznamnější. Jedná se především o aktivity zaměřené na včasný záchyt závažných onemocnění, posílení imunity podporou očkování a na podporu zdravého životního stylu včetně informovanosti pojištěnců o nezbytnosti účastnit se preventivních prohlídek v oblasti primární péče.

Další oblast v rozsahu necelých 19 % celkových nákladů na prevenci tvoří aktivity na zmírnění již existujících onemocnění a na podporu nových pro pojištěnce šetrnějších léčebných metod.

Minoritní část ve výši 1 % celkových nákladů na prevenci jsou příspěvky na ozdravné pobyty dětí, které trpí vybranými chronickými a jinými závažnými onemocněními, kde je ozdravný pobyt chápán jako podpůrná doplňková léčba.

## 5.2 Provozní fond

**Provozní fond** je tvořen přidělem ze ZFZP ve výši propočteného limitu provozních nákladů v závislosti na výši skutečných příjmů z veřejného zdravotního pojištění po přerozdělování a náhrad škod. Základna a limit jsou uvedeny v tabulce základních ukazatelů č. 1 ZPP 2008-Zuk. Limit přidělu ze ZFZP je pro ZPŠ závazný.

### Záměry v oblasti zhospodárnění provozu zdravotní pojišťovny

ZPŠ od počátku své činnosti dbala na maximální hospodárnost se svěřenými finančními prostředky. Výdaje Provozního fondu jsou podrobně kontinuálně analyzovány tak, aby čerpání dané předmětem činnosti ZPŠ bylo efektivní. V rámci organizace pracovních postupů jsou operativně přijímány změny, které za podpory informačních technologií vedou k racionalizaci práce při plnění dalších nových úkolů, vyplývajících ze vstupu do Evropské unie a z nových činností, které v roce 2008 vyplynou z platnosti významných legislativních změn.

Plán čerpání provozních nákladů pro rok 2008 (89 000 tis. Kč) nedosahuje výše možného čerpání vypočteného objemu limitu 3,71 % ze základny, tj. 95 314 tis. Kč.

ZPŠ bude dál pokračovat ve své činnosti s co největším důrazem na optimalizaci a racionalizaci provozních nákladů. Úspory však nelze provádět na úkor kvality zajišťovaných pracovních procesů.

Tabulka č. 3 ZPP 2008 Provozní fond

A.	Provozní fond (PF) Tvorba a čerpání ve sledovaném období	Rok 2007	Rok 2008	% ZPP 08/ oček.
		oček. skuteč.	ZPP	skut. 07
		tis. Kč	tis. Kč	
I.	Počáteční zůstatek k 1. 1. ve sledovaném období	54 201	66 286	122,3
II.	Tvorba celkem = zdroje	91 405	96 644	105,7
1	Předpis přidělu podle § 1 odst. 4 písm. h) vyhlášky o fondech ze základního fondu zdravotního pojištění, stanovený podle § 7 odst. 1 a 2 vyhlášky o fondech	89 355	95 314	106,7
2	Předpis přidělu z fondu reprodukce majetku ve výši schválené Správní radou podle § 3 odst. 2 písm. c) vyhlášky o fondech			
3	Předpis převodu prostředků PF v případě sloučení nebo splynutí zdravotní pojišťovny podle § 3 odst. 2 písm. g) vyhlášky o fondech			
4	Pohledávka z prodeje dlouhodobého hmotného a nehmotného majetku podle § 3 odst. 2 písm. h) vyhlášky o fondech	1 100	380	34,5
5	Předpis mimořádného přidělu Vojenské zdravotní pojišťovny ČR převodem ze základního fondu zdravotního pojištění			
6	Předpis úroků vztahujících se k PF podle § 3 odst. 2 písm. d) vyhlášky o fondech	800	750	93,8
7	Předpis smluvních pokut z porušení smluvního vztahu ke zdravotnickým zařízením podle § 3 odst. 2 písm. i) vyhlášky o fondech			
8	Kladné rozdíly z ocenění cenných papírů pořízených z PF na reálnou hodnotu podle § 3 odst. 2 písm. f) vyhlášky o fondech			
9	Kladné kurzové rozdíly související s PF podle § 3 odst. 2 písm. e) vyhlášky o fondech			
10	Ostatní pohledávky vztahující se k PF podle § 3 odst. 2 písm. j) vyhlášky o fondech	150	200	133,3
11	Pohledávky Všeobecné zdravotní pojišťovny 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 cenných papírů PF podle § 3 odst. 7 vyhlášky o fondech			
14	Zisk z držby cenných papírů z PF podle § 3 odst. 7 vyhlášky o fondech			
III.	Čerpání celkem = snížení zdrojů:	79 320	101 977	128,6
1	Členění závazků zdravotní pojišťovny v oblasti provozní činnosti - podle § 3 vyhlášky o fondech	78 000	89 000	114,1
1.1	v tom: mzdy bez ostatních osobních nákladů	32 840	38 050	115,9
1.2	ostatní osobní náklady	800	800	100,0
1.3	pojistné za zaměstnance na zdravotní pojištění	3 120	3 800	121,8
1.4	pojistné za zaměstnance na sociální zabezpečení	8 930	10 280	115,1
1.5	odměny členům správní, dozorčí rady a rozhodčímu orgánu			
1.6	úroky			
1.7	podíl úhrad za služby Centra mezistátních úhrad	85	140	164,7
1.8	podíl úhrad zaměstnanecké zdravotní pojišťovny za služby Informačního centra	100	100	100,0
1.9	podíl úhrad zaměstnanecké zdravotní pojišťovny za vedení centrálního registru	450	500	111,1

<b>A. Provozní fond (PF) Tvorba a čerpání ve sledovaném období</b>		<b>Rok 2007 oček. skuteč.</b>	<b>Rok 2008 ZPP</b>	<b>% ZPP 08/ oček. skut. 07</b>
		<b>tis. Kč</b>	<b>tis. Kč</b>	
1.10	záporné kurzové rozdíly související s PF			
1.11	úhrady poplatků	35	45	128,6
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	8	10	125,0
1.15	podíl odpisů hmotného a nehmotného majetku vztažený k PF	6 000	7 000	116,7
1.16	ostatní závazky celkem	25 632	28 275	110,3
1.16.1	z toho : náklady za služby související s rozvojem informační infrastruktury systému	350	400	114,3
2	Předpis zákonné výše přidělu do sociálního fondu podle § 3 odst. 4 písm. b) a podle § 4 odst. 2 písm. a) vyhlášky o fondech	670	777	116,0
3	Předpis přidělu do rezervního fondu zdravotního pojištění podle § 3 odst. 4 písm. c) a podle § 2 odst. 5 vyhlášky o fondech			
4	Předpis přidělu do fondu reprodukce majetku podle § 3 odst. 4 písm. d) vyhlášky o fondech		12 000	
5	Předpis přidělu do základního fondu zdravotního pojištění podle rozhodnutí správní rady podle § 3 odst. 4 písm. e) vyhlášky o fondech			
6	Předpis přidělu do fondu reprodukce majetku ve výši kladného rozdílu mezi prodejní a zůstatkovou cenou podle § 3 odst. 4 písm. k) vyhlášky o fondech	650	200	30,8
7	Záporné rozdíly z ocenění cenných papírů pořízených z prostředků PF na reálnou hodnotu podle § 3 odst. 4 písm. g) vyhlášky o fondech			
8	Ztráty z prodeje cenných papírů pořízených z prostředků PF podle § 3 odst. 7 vyhlášky o fondech			
<b>IV.</b>	<b>Konečný zůstatek k poslednímu dni sledovaného období = I + II - III</b>	<b>66 286</b>	<b>60 953</b>	<b>92,0</b>

B.	Provozní fond (PF) Příjmy a výdaje ve sledovaném období podle § 3 vyhlášky o fondech	Rok 2007	Rok 2008	% ZPP 08/ oček. skut. 07
		oček. skuteč.	ZPP	
		tis. Kč	tis. Kč	
I.	Počáteční zůstatek k 1. 1. ve sledovaném období	18 850	61 817	327,9
II.	<b>Příjmy celkem:</b>	<b>121 837</b>	<b>99 155</b>	<b>81,4</b>
1	Příděl podle § 1 odst. 4 písm. h) vyhlášky o fondech ze ZFZP, stanovený podle § 7 odst. 1 a 2 vyhlášky o fondech	112 337	97 725	87,0
2	Příděl z fondu reprodukce majetku ve výši schválené Správní radou podle § 3 odst. 2 písm. c) vyhlášky o fondech			
3	Převod prostředků PF v případě sloučení nebo splynutí zdravotní pojišťovny podle § 3 odst. 2 písm. g) vyhlášky o fondech			
4	Příjmy z prodeje dlouhodobého hmotného a nehmotného majetku podle § 3 odst. 2 písm. h) vyhlášky o fondech	1 100	380	34,5
5	Mimořádný příděl Vojenské zdravotní pojišťovny ČR převodem ze ZFZP			
6	Příjem úroků vztahujících se k PF podle § 3 odst. 2 písm. d) vyhlášky o fondech	800	750	93,8
7	Příjem smluvních pokut z porušení smluvního vztahu ke zdravotnickým zařízením podle § 3 odst. 2 písm. i) vyhlášky o fondech			
8	Kladné kursově 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	7 600	300	3,9
10	Příjmy Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR podle § 3 odst. 3 vyhlášky o fondech <sup>1)</sup>			
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 <sup>2)</sup>			
13	Zisk z prodeje cenných papírů podle § 3 odst. 7 vyhlášky o fondech			
14	Zisk z držby cenných papírů podle § 3 odst. 7 vyhlášky o fondech			
15	Prodej cenných papírů oceněný účetní hodnotou prodaných cenných papírů			
III.	<b>Výdaje celkem:</b>	<b>78 870</b>	<b>100 977</b>	<b>128,0</b>
1	Členění výdajů v rámci provozní činnosti podle na § 3 vyhlášky o fondech	71 550	81 000	113,2
1.1	v tom: mzdy bez ostatních osobních nákladů	32 440	37 800	116,5
1.2	ostatní osobní náklady	800	800	100,0
1.3	pojistné za zaměstnance na zdravotní pojištění	3 081	3 760	122,0
1.4	pojistné za zaměstnance na sociální zabezpečení	8 758	10 200	116,5
1.5	odměny členům správní, dozorčí rady a rozhodčímu orgánu			
1.6	úroky			
1.7	podíl úhrad za služby Centra mezistátních úhrad	85	140	164,7
1.8	podíl úhrad zaměstnanecké zdravotní pojišťovny za služby Informačního centra	100	100	100,0
1.9	podíl úhrad zaměstnanecké zdravotní pojišťovny za vedení centrálního registru	450	500	111,1
1.10	záporné kurzové rozdíly související s PF			



B.	Provozní fond (PF) Příjmy a výdaje ve sledovaném období podle § 3 vyhlášky o fondech	Rok 2007 oček.	Rok 2008	% ZPP 08/
		skuteč.	ZPP	oček. skut. 07
		tis. Kč	tis. Kč	
1.11	úhrady poplatků	35	45	128,6
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	8	10	125,0
1.15	úhrady prostředků vynaložených VZP ČR podle § 3 odst. 5 vyhlášky o fondech <sup>1)</sup>			
1.16	ostatní výdaje celkem	25 793	27 645	107,2
1.16.1	z toho: výdaje za služby související s rozvojem informační infrastruktury systému	350	400	114,3
2	Příděl do sociálního fondu podle § 4 odst. 2 písm. a) vyhlášky o fondech	670	777	116,0
3	Příděl do rezervního fondu zdravotního pojištění podle § 2 odst. 5 vyhlášky o fondech			
4	Příděl do fondu reprodukce majetku podle § 3 odst. 4 písm. d) vyhlášky o fondech		12 000	
5	Příděl do základního fondu zdravotního pojištění podle rozhodnutí SR podle § 3 odst. 4 písm. e) vyhlášky o fondech			
6	Příděl do fondu reprodukce majetku ve výši kladného rozdílu mezi prodejní a zůstatkovou cenou podle § 3 odst. 4 písm. l) vyhlášky o fondech	650	200	30,8
7	Příděl do fondu reprodukce majetku ve výši celkových odpisů včetně zůstatkové hodnoty podle § 6 odst. 2 písm. a) vyhlášky o fondech	6 000	7 000	116,7
8	Zúčtování zálohy Vojenskou zdravotní pojišťovnou ČR na vedení specifických fondů <sup>2)</sup>			
9	Zúčtování zálohy na podíl režijních výdajů související s ostatní zdaňovanou činností <sup>2)</sup>			
10	Ztráty z prodeje cenných papírů pořízených z prostředků PF podle § 3 odst. 7 vyhlášky o fondech			
11	Nákup cenných papírů z finančních prostředků PF podle § 3 odst. 7 vyhlášky o fondech			
IV.	<b>Konečný zůstatek k poslednímu dni sledovaného období = I + II - III</b>	<b>61 817</b>	<b>59 995</b>	<b>97,1</b>

C.	Doplňující informace k oddílu B - podle ustanovení § 3 odst. 7 vyhlášky o fondech	Rok 2007	Rok 2008	%
		oček. skuteč.	ZPP	ZPP 08/ oček. skut. 07
		tis. Kč	tis. Kč	
1	Stav cenných papírů k 1. 1. ve sledovaném období <sup>3)</sup>			
2	Stav cenných papírů k poslednímu dni sledovaného období			

Tabulka č. 3 ZPP 2008 PF

**Poznámky k tabulce:**

- 1) V oddílu B III ř. 1.15 jsou uvedeny výdaje VZP ČR vynaložené např. 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. Případné rozdíly nutno komentovat v příloze tabulky.

Podrobný přehled o položkách tvorby a čerpání dává tabulka Provozního fondu, která obsahuje hlavní položky tvorby fondu a jeho čerpání. Propočet procenta limitu možného přidělu finančních prostředků je v souladu s propočtovým vzorcem dle vyhlášky č. 418/2003 Sb., ve znění pozdějších předpisů. Samotný objem se stanoví vypočteným procentem ze skutečných příjmů ZFZP, části B včetně přerozdělování a náhrad škod.

Dalším příjmem Provozního fondu jsou úroky z termínovaného vkladu. Možným příjmem Provozního fondu jsou výnosy z prodeje nepotřebného majetku (nevýkonné výpočetní techniky, nábytku apod.) Na ř. 9 v ostatních příjmech je zahrnuto kromě běžných úhrad např. od komerčních pojišťoven v roce 2007 jednorázové splacení dlouhodobé finanční pohledávky – podíl tichého společníka ve výši 7 200 tis. Kč.

Náklady Provozního fondu vycházejí z předpokládaných potřeb ZPŠ pro zachování dosavadního bezproblémového chodu. Navýšení oproti minulému období je v oblasti mzdových nákladů v souvislosti se zvýšením a v některých oblastech zkvalitněním počtu a struktury zaměstnanců, v oblasti služeb a nákladů spojených s výpočetní technikou. Jednorázové zvýšení provozních prostředků v plánovaném období představuje prostředky, spojené s nákupem nábytku pro zařízení přístavby budovy. Podrobnější pohled na strukturu provozních nákladů je v tabulce na ř. A III. 1 a B III. 1.

Mimořádný převod prostředků do Fondu reprodukce majetku ve výši 12 000 tis. Kč v čerpání Provozního fondu na ř. A III. 4 a B III. 4 je spojen se záměrem ZPŠ provést rekonstrukci původní budovy ZPŠ pro další případné využití. Dalším čerpáním jsou převody Sociálnímu fondu a Fondu reprodukce dle platné legislativy.

I u Provozního fondu se v části B projevuje časový posun finančního toku do období od 1. ledna do 31. prosince a tedy rozdíl mezi předpisem a skutečnými převody finančních prostředků. Např. v příjmové části na ř. B II. 1 jsou zachyceny skutečné příjmy do

Provozního fondu ve výši zálohové částky pro rok 2007 a doplnění limitu za rok 2006 apod.

Náklady na zprostředkování smluvního připojištění výloh do zahraničí pro pojišťovnu Vitalitas pojišťovna a. s. jsou pro svůj minimální objem kalkulovány z provozních nákladů za celé období a vyrovnány jsou v rámci roční účetní závěrky. Pro jejich zanedbatelnou a tedy nevidovatelnou výši v rámci provozních výdajů (0,2 %) nejsou samostatně vedeny na výnosových a nákladových účtech.

### **5.3 Majetek pojišťovny a investice**

Majetek ZPŠ v zůstatkových cenách k poslednímu dni plánovaného období je vyjádřen v tabulce č. 1 ZPP 2008 - Zuk na řádce 3 a vyjadřuje konečné stavy objemu majetku v roce 2007 a 2008.

Účetní vyjádření objemu majetku v zůstatkových cenách je prostřednictvím Fondu reprodukce majetku, který zachycuje veškerý pohyb v oblasti nákupu investic a jejich úbytky opotřebením vyjádřené odpisy.

Tabulka č. 4 ZPP 2008 Fond reprodukce majetku

<b>A.</b>	<b>Fond reprodukce majetku (FRM) Tvorba a čerpání ve sledovaném období</b>	<b>Rok 2007 oček. skuteč.</b>	<b>Rok 2008 ZPP</b>	<b>% ZPP 08/ oček. skut. 07</b>
		<b>tis. Kč</b>	<b>tis. Kč</b>	
<b>I.</b>	<b>Počáteční zůstatek k 1. 1. ve sledovaném období</b>	<b>59 704</b>	<b>17 048</b>	<b>28,6</b>
<b>II.</b>	<b>Tvorba celkem = zdroje</b>	<b>7 850</b>	<b>19 440</b>	<b>247,6</b>
1	Předpis FRM přidělem z provozního fondu ve výši odpisů podle § 6 odst. 2 písm. a) vyhlášky o fondech	6 000	7 000	116,7
2	Předpis přidělu z provozního fondu ve výši schválené Správní radou podle § 6 odst. 2 písm. b) vyhlášky o fondech		12 000	
3	Úroky z běžného účtu FRM podle § 6 odst. 2 písm. f) vyhlášky o fondech	1 200	240	20,0
4	Dar určený dárce na posílení FRM podle § 6 odst. 2 písm. d) vyhlášky o fondech			-
5	Příděl ze zisku po zdanění podle § 6 odst. 2 písm. e) vyhlášky o fondech			-
6	Zůstatek z FRM sloučené, nebo splynuté zdravotní pojišťovny podle § 6 odst. 2 písm. g) vyhlášky o fondech			-
7	Účelová dotace ze státního rozpočtu podle § 6 odst. 2 písm. h) vyhlášky o fondech			-
8	Převod z provozního fondu - kladný rozdíl mezi prodejní a zůstatkovou cenou prodaného dlouhodobého hmotného a nehmotného majetku podle § 6 odst. 2 písm. c) vyhlášky o fondech	650	200	30,8
9	Kladné kurzové rozdíly vztahující se k FRM podle § 6 odst. 2 písm. i) vyhlášky o fondech			
<b>III.</b>	<b>Čerpání celkem = snížení zdrojů:</b>	<b>50 506</b>	<b>25 830</b>	<b>51,1</b>
1	Pořízení dlouhodobého hmotného a nehmotného majetku včetně záloh podle § 6 odst. 3 písm. a) vyhlášky o fondech	50 500	25 820	51,1
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	6	10	166,7
4	Příděl do provozního fondu se souhlasem Správní rady podle § 6 odst. 3 písm. c) vyhlášky o fondech			
5	Záporné kurzové rozdíly podle § 6 odst. 3 písm. e) vyhlášky o fondech			
6	Závazky k úhradě zdravotní péče z rozhodnutí likvidátora podle § 6 odst. 3 písm. f) vyhlášky o fondech			
<b>IV.</b>	<b>Konečný zůstatek k poslednímu dni sledovaného období = I + II - III</b>	<b>17 048</b>	<b>10 658</b>	<b>62,5</b>

<b>B.</b>	<b>Fond reprodukce majetku (FRM) Příjmy a výdaje ve sledovaném období podle § 6 odst. 4 vyhlášky o fondech</b>	<b>Rok 2007 oček. skuteč.</b>	<b>Rok 2008 ZPP</b>	<b>% ZPP 08/ oček. skut. 07</b>
		<b>tis. Kč</b>	<b>tis. Kč</b>	
<b>I.</b>	<b>Počáteční zůstatek k 1. 1. ve sledovaném období</b>	<b>59 925</b>	<b>17 269</b>	<b>28,8</b>
<b>II.</b>	<b>Příjmy celkem:</b>	<b>7 850</b>	<b>19 440</b>	<b>247,6</b>
1	Příděl z běžného účtu provozního fondu ve výši odpisů podle § 6 odst. 2 písm. a) vyhlášky o fondech	6 000	7 000	116,7
2	Příděl z běžného účtu provozního fondu ve výši schválené Správní radou podle § 6 odst. 2 písm. b) vyhlášky o fondech		12 000	
3	Úroky z běžného účtu FRM podle § 6 odst. 2 písm. f) vyhlášky o fondech	1 200	240	20,0
4	Dar určený dárce na posílení FRM podle § 6 odst. 2 písm. d) vyhlášky o fondech			
5	Příděl ze zisku po zdanění podle § 6 odst. 2 písm. e) vyhlášky o fondech			
6	Převod zůstatku běžného účtu FRM v případě sloučení nebo splnutí zdravotní pojišťovny podle § 6 odst. 2 písm. g) vyhlášky o fondech			
7	Účelová dotace ze státního rozpočtu podle § 6 odst. 2 písm. h) vyhlášky o fondech			
8	Převod z běžného účtu provozního fondu - kladný rozdíl mezi prodejní a zůstatkovou cenou prodaného dlouhodobého hmotného a nehmotného majetku podle § 6 odst. 2 písm. c) (podle § 3 odst. 4 písm. k) vyhlášky o fondech)	650	200	30,8
9	Kladné kurzové rozdíly vztahující se k FRM podle § 6 odst. 2 písm. i) vyhlášky o fondech			
10	Příjem úvěrů na posílení FRM			
<b>III.</b>	<b>Výdaje celkem:</b>	<b>50 506</b>	<b>25 830</b>	<b>51,1</b>
1	Pořízení dlouhodobého hmotného a nehmotného majetku včetně záloh podle § 6 odst. 3 písm. a) vyhlášky o fondech	50 500	25 820	51,1
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	6	10	166,7
4	Příděl na běžný účet PF se souhlasem správní rady podle § 6 odst. 3 písm. c) vyhlášky o fondech			
5	Záporné kurzové rozdíly podle § 6 odst. 3 písm. e) vyhlášky o fondech			
6	Úhrada zdravotní péče z rozhodnutí likvidátora podle § 6 odst. 3 písm. f) vyhlášky o fondech			
7	Splátky úvěrů vztahujících se k tomuto fondu (s vazbou na § 6 odst. 3 písm. b) vyhlášky o fondech) <sup>1)</sup>			
<b>IV.</b>	<b>Konečný zůstatek k poslednímu dni sledovaného období = I + II - III</b>	<b>17 269</b>	<b>10 879</b>	<b>63,0</b>

Tabulka č. 4 ZPP 2008 FRM

**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.

**Fond reprodukce majetku** slouží jako zdroj pro financování hmotného majetku. Zdrojem prostředků fondu je příděl z Provozního fondu ve výši odpisů, zůstatkové ceny prodaného majetku, kladného rozdílu mezi prodejní a zůstatkovou cenou majetku. Na řádku A II. 2 a B II. 2 jsou vyjádřeny předpisem přídělu Fondu reprodukce majetku nad rámec běžných přídělů. Mimořádný příděl, plánovaný v roce 2008, podléhá schválení Dozorčí rady a Správní rady ZPŠ.

V očekávané skutečnosti čerpání roku 2007 předpokládáme realizaci především těchto záměrů:

- › dokončení přístavby budovy pro centralizaci ZPŠ,
- › částečná výměna vozového parku,
- › realizace projektu digitalizace dokladů (SW + HW),
- › instalace digitální ústředny,
- › doplnění audiovizuální techniky

v celkové hodnotě cca 50 500 tis. Kč.

Plánovaný objem prostředků pro nákup majetku v roce 2008 obsahuje:

- › rekonstrukce stávající budovy ZPŠ,
- › dokončení procesu zavedení digitalizace,
- › obnova koncových stanic,
- › vybudování záložního výpočetního střediska,
- › posílení datového úložiště

v celkové hodnotě 25 820 tis. Kč.

Vzhledem k dostatečnému objemu prostředků na běžném účtu Fondu reprodukce majetku a běžném účtu Provozního fondu ZPŠ nepředpokládá žádné úvěrové zatížení.

## 5.4 Sociální fond

Tabulka č. 5 ZPP 2008 Sociální fond

A.	Sociální fond - SF Tvorba a čerpání ve sledovaném období	Rok 2007	Rok 2008 ZPP	% ZPP 08/ oček. skut. 07
		oček. skuteč.		
		tis. Kč	tis. Kč	
I.	Počáteční zůstatek k 1. 1. ve sledovaném období	1 003	608	60,6
II.	Tvorba celkem = zdroje	731	806	110,3
1	Předpis přídělu z provozního fondu podle § 4 odst. 2 písm. a) vyhlášky o fondech	670	777	116,0
2	Úroky z běžného účtu SF podle § 4 odst. 2 písm. e) vyhlášky o fondech	24	15	62,5
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 splnutí zdravotní pojišťovny, podle § 4 odst. 2 písm. h) vyhlášky o fondech			
6	Splátky z půjček zaměstnancům podle § 4 odst. 2 písm. c) vyhlášky o fondech	37	14	37,8
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			
III.	Čerpání celkem = snížení zdrojů podle § 4 odst. 3 písm. a)	1 126	1 010	89,7
1	Předpisy snížení zdrojů podle § 4 odst. 3 vyhlášky o fondech (1.1 + 1.2)	1 116	1 000	89,6
1.1	v tom: půjčky	30	80	266,7
1.2	ostatní čerpání	1 086	920	84,7
2	Bankovní (poštovní) poplatky	10	10	100,0
3	Záporné kurzové rozdíly			
IV.	Konečný zůstatek k poslednímu dni sledovaného období = I + II - III	608	404	66,4

<b>B. Sociální fond (SF) Příjmy a výdaje ve sledovaném období v souladu s § 4 odst. 4 vyhlášky o fondech</b>		Rok 2007 oček. skuteč.	Rok 2008 ZPP	% ZPP 08/ oček. skut. 07
		tis. Kč	tis. Kč	
<b>I.</b>	<b>Počáteční zůstatek k 1.1. ve sledovaném období</b>	<b>853</b>	<b>495</b>	<b>58,0</b>
<b>II.</b>	<b>Příjmy celkem:</b>	<b>768</b>	<b>806</b>	<b>104,9</b>
1	Příděl z běžného účtu PF podle § 4 odst. 2 písm. a) vyhlášky o fondech	670	777	116,0
2	Úroky z běžného účtu SF podle § 4 odst. 2 písm. e) vyhlášky o fondech	24	15	62,5
3	Ostatních příjmů podle § 4 odst. 2 písm. d) vyhlášky o fondech	37		
4	Přídělu ze zisku po zdanění ze zdaňované činnosti podle § 4 odst. 2 písm. b) vyhlášky o fondech			
5	Převod zůstatku běžného účtu SF, v případě sloučení nebo splynutí zdravotní pojišťovny, podle § 4 odst. 2 písm. h) vyhlášky o fondech			
6	Splátky z půjček zaměstnancům podle § 4 odst. 2 písm. c) vyhlášky o fondech	37	14	37,8
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			
<b>III.</b>	<b>Výdaje celkem: podle § 4 odst. 3 písm. a) vyhlášky o fondech</b>	<b>1 126</b>	<b>1 010</b>	<b>89,7</b>
1	Výdaje podle § 4 odst. 3 vyhlášky o fondech (1.1 + 1.2)	1 116	1 000	89,6
1.1	v tom: půjčky	30	80	266,7
1.2	ostatní výdaje	1 086	920	84,7
2	Bankovní (poštovní) poplatky	10	10	100,0
3	Záporné kurzové rozdíly související se SF			
<b>IV.</b>	<b>Konečný zůstatek k poslednímu dni sledovaného období = I + II - III</b>	<b>495</b>	<b>291</b>	<b>58,8</b>

<b>C. Doplnující informace k oddílu B</b>		tis. Kč	tis. Kč	%
1	Stav půjček zaměstnancům k 1. 1. ve sledovaném období	51	44	86,3
2	Stav půjček zaměstnancům k poslednímu dni sledovaného období	44	110	250,0

Tabulka č. 5 ZPP 2008 SF

Sociální fond je fondem využívaným ve prospěch zaměstnanců ZPŠ k zabezpečení kulturních, sociálních a dalších potřeb. Sociální fond je naplňován v souladu s ustanovením vyhlášky č. 418/2003 Sb., ve znění pozdějších předpisů, přidělem z Provozního fondu ve výši 2 % z ročního objemu nákladů, zúčtovaných na mzdy a náhrady mezd.

Čerpání fondu se řídí interní směrnicí o hospodaření se Sociálním fondem, která stanoví jednotlivé oblasti užití v souladu s platnou legislativou a kolektivním ujednáním. Část objemu plánovaných výdajů ročního rozpočtu Sociálního fondu představuje úhrada pro OS KOVO ŠKODA AUTO, a. s. na základě ujednání mezi ZPŠ a OS KOVO



ŠKODA AUTO, a. s. , která vychází z Kolektivní smlouvy pro zaměstnance ZPŠ. Tento příspěvek je kalkulován každoročně k úhradě pracovních výročí, odměn při odchodu do důchodu, výpomocí a podpor, příspěvků na rekreaci atd. Je tvořen dohodnutou částkou za každého zaměstnance v pracovním poměru k 1. lednu běžného roku.

Dalšími výdaji jsou příspěvky na rekondiční pobyty zaměstnanců dle doporučení lékaře v oblasti pracovní medicíny, dále příspěvky na kulturní a sportovní vyžití zaměstnanců a na důchodové připojištění. Je počítáno s možností poskytnutí návratné sociální výpomoci dle stavu konečného zůstatku prostředků fondu.

## 5.5 Rezervní fond

Tabulka č. 6 ZPP 2008 Rezervní fond

A.	Rezervní fond (RF) Tvorba a čerpání ve sledovaném období	Rok 2007	Rok 2008	% ZPP
		oček. skuteč.	ZPP	08/ oček. skut. 07
		tis. Kč	tis. Kč	
I.	Počáteční zůstatek k 1. 1. ve sledovaném období	28 536	29 702	104,1
II.	Tvorba celkem = zdroje	1 166	1 608	137,9
1	Převod ze základního fondu zdravotního pojištění podle § 2 odst. 1 písm. b) vyhlášky o fondech	466	858	184,1
2	Úroky z běžného účtu RF podle § 2 odst. 1 písm. e) vyhlášky o fondech	700	750	107,1
3	Dary určené dárce do RF podle § 2 odst. 1 písm. f) vyhlášky o fondech			
4	Zisk z prodeje cenných papírů podle § 2 odst. 1 písm. c) vyhlášky o fondech			
5	Zisk z držby cenných papírů podle § 2 odst. 1 písm. c) vyhlášky o fondech			
6	Převod zůstatku RF v případě sloučení nebo splynutí zdravotní pojišťovny podle § 2 odst. 1 písm. g) vyhlášky o fondech			
7	Kauce žadatele podle § 2 odst. 1 písm. a) vyhlášky o fondech			
8	Kladné rozdíly z ocenění cenných papírů pořízených z prostředků RF na reálnou hodnotu podle § 2 odst. 1 písm. d) vyhlášky o fondech			
III.	Čerpání celkem = snížení zdrojů:	0	0	0,0
1	Příděl z RF do základního fondu zdravotního pojištění podle § 2 odst. 2 písm. a) vyhlášky o fondech			
2	Poplatky za vedení běžného účtu RF a poplatky za poštovní služby související s RF podle § 2 odst. 2 písm. b) vyhlášky o fondech			
3	Ztráty z prodeje cenných papírů pořízených z prostředků RF podle § 2 odst. 2 písm. c) vyhlášky o fondech			
4	Závazky k úhradě zdravotní péče z rozhodnutí likvidátora podle § 2 odst. 2 písm. e) vyhlášky o fondech			
5	Záporné hodnoty z ocenění cenných papírů pořízených z prostředků RF podle § 2 odst. 2 písm. d) vyhlášky o fondech			
IV.	Konečný zůstatek k poslednímu dni sledovaného období = I + II - III	29 702	31 310	105,4

<b>Rezervní fond (RF)</b>		<b>Rok 2007</b>	<b>Rok 2008</b>	<b>% ZPP 08/</b>
<b>B. Příjmy a výdaje ve sledovaném období podle § 2 odst. 3 vyhlášky o fondech</b>		<b>oček. skuteč.</b>	<b>ZPP</b>	<b>oček. skut. 07</b>
		<b>tis. Kč</b>	<b>tis. Kč</b>	
<b>I.</b>	<b>Počáteční zůstatek k 1. 1. ve sledovaném období <sup>1)</sup></b>	<b>27 406</b>	<b>29 702</b>	<b>108,4</b>
<b>II.</b>	<b>Příjmy celkem:</b>	<b>2 296</b>	<b>1 608</b>	<b>70,0</b>
1	Převod z běžného účtu základního fondu zdravotního pojištění podle § 2 odst. 1 písm. b) vyhlášky o fondech	1596	858	53,8
2	Úroky z běžného účtu RF podle § 2 odst. 1 písm. e) vyhlášky o fondech	700	750	107,1
3	Dary určené dárcem do RF podle § 2 odst. 1 písm. f) vyhlášky o fondech			
4	Zisk z prodeje cenných papírů podle § 2 odst. 1 písm. c) vyhlášky o fondech			
5	Zisk z držby cenných papírů podle § 2 odst. 1 písm. c) vyhlášky o fondech			
6	Převod zůstatku běžného účtu RF v případě sloučení nebo splynutí zdravotní pojišťovny podle § 2 odst. 1 písm. g) vyhlášky o fondech			
7	Kauce žadatele podle § 2 odst. 1 písm. a) vyhlášky o fondech			
8	Prodej cenných papírů oceněný účetní hodnotou prodaných cenných papírů <sup>2)</sup>			
<b>III.</b>	<b>Výdaje celkem:</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
1	Příděl z běžného účtu RF na běžný účet základního fondu zdravotního pojištění podle § 2 odst. 2 písm. a) vyhlášky o fondech			
2	Poplatky za vedení běžného účtu RF a poplatky za poštovní služby související s RF podle § 2 odst. 2 písm. b) vyhlášky o fondech			
3	Ztráty z prodeje cenných papírů pořízených z prostředků RF podle § 2 odst. 2 písm. c) vyhlášky o fondech			
4	Závazky k úhradě zdravotní péče z rozhodnutí likvidátora podle § 2 odst. 2 písm. e) vyhlášky o fondech			
5	Nákup cenných papírů z finančních prostředků RF			
<b>IV.</b>	<b>Konečný zůstatek k poslednímu dni vykazovaného období = I + II - III <sup>1)</sup></b>	<b>29 702</b>	<b>31 310</b>	<b>105,4</b>

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

Doplňující tabulka: Propočet limitu RF <sup>3)</sup>

Rok	Propočtová základna pro výpočet limitu přidělu do RF			
2004		1 915 742		
2005		2 035 793	2 035 793	
2006		1 988 826	1 988 826	
2007			2 237 337	
	Průměrné roční výdaje ZFZP za bezprostředně předcházející uzavřené 3 kalendářní roky 2004, 2005 2006 - 1,5 % z průměru	29 702	x	
	Průměrné roční výdaje ZFZP za bezprostředně předcházející 3 kalendářní roky 2005, 2006 2007 - 1,5 % z průměru	x		31 310

Tabulka č. 6 ZPP 2008 RF

**Poznámka 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., ve znění pozdějších předpisů a § 18 zákona č. 280/1992 Sb., ve znění pozdějších předpisů. 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., ve znění pozdějších předpisů, a ostatní zaměstnanecké zdravotní pojišťovny podle § 18 odst. 1 zákona č. 280/1992 Sb., ve znění pozdějších předpisů.  
Údaje za předcházející 3 kalendářní roky převezme zdravotní pojišťovna ze schválených výročních zpráv. Tyto údaje budou zahrnovat výdaje za zdravotní péči z odd. B III/1, uskutečněný převod do provozního fondu z odd. z odd. B III ř. 3.2 (u VoZP ČR i odd. B III ř. 3.4 a u všech ZPP i uhrazený příspěvek do Zajišťovacího fondu z odd. B III ř. 4 v letech 2004 a 2005.

Výše přidělu do Rezervního fondu je stanovena zákonem č. 280/1992 Sb., ve znění pozdějších předpisů, ve výši **1,5 %** průměrných výdajů ZFZP na úhradu zdravotní péče a přidělu do Provozního fondu za bezprostředně předcházející tři kalendářní roky.

Limity konečných zůstatků jsou propočteny v doplňující tabulce, která je součástí tabulky č. 6. V jednotlivých letech jsou limity upřesněny v rámci účetní závěrky příslušného roku a do 31. března následujícího roku je vyrovnán finanční stav běžného účtu Rezervního fondu. Výše skutečného přidělu finančních prostředků do fondu v rámci limitu je závislá na ostatních příjmech fondu, kterými jsou hlavně úroky z termínovaných vkladů, které jsou ponechávány ve prospěch naplnění Rezervního fondu.

Vzhledem k zatím vyrovnanému hospodaření ZPŠ není žádný předpoklad čerpání Rezervního fondu v roce 2007 ani 2008. Nákup finančních investic není plánován, vzhledem k úzkému okruhu možností použití 30 % podílu. Úrokový výnos z finančních investic není pro ZPŠ osvobozen od daní, což snižuje efekt finančních investic.

## 5.6 Ostatní zdaňovaná činnost

Tabulka č. 8 ZPP 2008 OZdČ

A.	Ostatní zdaňovaná činnost ve sledovaném období <sup>1)</sup> (OZdČ)	Rok 2007 oček. skuteč.	Rok 2008 ZPP	% ZPP 08/ oček. skut. 07
		tis. Kč	tis. Kč	
<b>I.</b>	<b>Výnosy celkem</b>	<b>320</b>	<b>350</b>	<b>109,4</b>
1	Výnosy ze zdaňované činnosti	300	320	106,7
2	Úroky	20	30	150,0
3	Výnosy z prodeje finančních investic			
4	Zvýšení hodnoty cenných papírů vlivem reálného ocenění			
<b>II.</b>	<b>Náklady celkem <sup>2)</sup></b>	<b>220</b>	<b>235</b>	<b>106,8</b>
1	Provozní náklady související s OZdČ zdravotní pojišťovny	220	235	106,8
1.1	- mzdy bez ostatních osobních nákladů	80	90	112,5
1.2	- ostatní osobní náklady			
1.3	- pojistné na zdravotní pojištění	7	8	114,3
1.4	- pojistné na sociální zabezpečení	21	23	109,5
1.5	- odpisy hmotného a nehmotného majetku - podíl vztahující se k této činnosti			
1.6	- úroky			
1.7	- pokuty a penále			
1.8	- finanční náklady spojené s prodejem finančních investic			
1.9	- ostatní provozní náklady	112	114	101,8
2	Snížení hodnoty cenných papírů vlivem reálného ocenění			
<b>III.</b>	<b>Hospodářský výsledek = I - II</b>	<b>100</b>	<b>115</b>	<b>115,0</b>
<b>IV.</b>	<b>Daň z příjmů</b>			
<b>V.</b>	<b>Zisk z OZdČ po zdanění = III - IV.</b>	<b>100</b>	<b>115</b>	<b>115,0</b>

Tabulka č. 8 ZPP 2008 OzdČ

### Poznámky k tabulce:

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

ZPŠ neprovádí žádnou přímou podnikatelskou činnost, jejíž náklady by bylo reálné vést na samostatných nákladových účtech účtové třídy 5. Její podnikatelská činnost spočívá v oblasti zprostředkování pojištění léčebných výloh při cestách do zahraničí ve spolupráci s komerční pojišťovnou formou provize. Náklady spojené s touto činností nelze vzhledem k jejich nepatrnosti kvantifikovat přímou eliminací z jednotlivých provozně nákladových faktur. Tyto náklady jsou kalkulovány dle postupů, schválených

auditorem v rámci roční účetní závěrky z nákladových položek, které se na této činnosti podílejí.

Hospodářský výsledek ze zdaňované činnosti je zdrojem Sociálního fondu dle ustanovení § 4 odst. 2 písm. b) vyhlášky č. 418/2003 Sb.

## **5.7 Specifické fondy**

Na ZPŠ se nevztahuje.

## 6. Přehled základních ekonomických ukazatelů

### 6.1. Tabulka č. 1 ZPP 2008 Základní ukazatele

Ř. číslo	Ukazatel	Měr. jedn.	Rok 2007 Očekávaná skutečnost	Rok 2008 ZPP	% ZPP 2008/Oček. skut. 2007
<b>I. Pojištěnci</b>					
1	Počet pojištěnců celkem k poslednímu dni sledovaného období <sup>1)</sup>	osob	131 360	136 430	103,9
1.1	z toho: státem hrazení	osob	71 758	74 220	103,4
2	Průměrný počet pojištěnců za sledované období <sup>2)</sup>	osob	131 080	136 040	103,8
2.1	z toho: státem hrazení	osob	71 281	74 010	103,8
<b>II. Ostatní ukazatele</b>					
3	Stav dlouhodobého majetku včetně poskytovaných záloh pořízený k poslednímu dni sledovaného období	tis. Kč	101 770	120 600	118,5
4	Stav dlouhodobého majetku, včetně poskytovaných záloh pořízený za sledované období	tis.Kč	50 500	25 820	51,1
4.1	v tom: majetek na vlastní činnost	tis.Kč	50 500	25 820	51,1
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				
6	Finanční investice pořízené za sledované období	tis.Kč			
6.1	z toho: vázáno v dceřiné společnosti				
7	Přijaté bankovní úvěry celkem ( tj. bez údajů na řádcích 10 a 13)	tis.Kč			
7.1	v tom: dlouhodobé	tis.Kč			
7.2	krátkodobé	tis.Kč			
8	Splátky bankovních úvěrů krátkodobých i dlouhodobých celkem	tis.Kč			
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 <sup>3)</sup>	osob	87	94	108,0
15	Průměrný přepočtený počet zaměstnanců <sup>3)</sup>	osob	86	93	108,1
16	Výpočet limitu nákladů na činnost podle vyhlášky č. 418/2003 Sb., kterou se stanoví podrobnější vymezení okruhu a výše příjmů a výdajů fondů veřejného zdravotního pojištění zdravotních pojišťoven, podmínky jejich tvorby, užití, přípustnosti vzájemných převodů finančních prostředků a hospodaření s nimi, limit nákladů na činnost zdravotních pojišťoven krytých ze zdrojů základního fondu včetně postupu propočtu tohoto limitu, ve znění pozdějších předpisů (dále jen vyhláška o fondech) <sup>4)</sup>	%	3,71	3,71	100,0
17	Rozvrhová základna pro propočet přídelu do provozního fondu	tis. Kč	2 408 500	2 569 100	106,7
18	Maximální limit nákladů na činnost propočtený z dosažené rozvrhové základny	tis. Kč	89 355	95 314	106,7
19	Skutečný přídel ze ZFZP do provozního fondu	tis. Kč	89 355	95 314	106,7

Ř. číslo	Ukazatel	Měr. jedn.	Rok 2007 Očekávaná skutečnost	Rok 2008 ZPP	% ZPP 2008/Oček. skut. 2007
	<b>III. Závazky a pohledávky</b>				
20	Závazky celkem k poslednímu dni sledovaného období <sup>5)</sup>	tis.Kč	225 000	235 000	104,4
20.1	v tom: závazky vůči zdravotnickým zařízením ve lhůtě splatnosti	tis.Kč	220 000	230 000	104,5
20.2	závazky vůči zdravotnickým zařízením po lhůtě splatnosti	tis.Kč			
20.3	ostatní závazky ve lhůtě splatnosti	tis.Kč	5 000	5 000	100,0
20.4	ostatní závazky po lhůtě splatnosti	tis.Kč			
21	Pohledávky celkem k poslednímu dni sledovaného období	tis.Kč	457 000	461 500	101,0
21.1	v tom: pohledávky za plátcí pojistného ve lhůtě splatnosti	tis.Kč	170 000	185 000	108,8
21.2	pohledávky za plátcí pojistného po lhůtě splatnosti	tis.Kč	280 000	270 000	96,4
21.3	pohledávky za zdravotnickými zařízeními ve lhůtě splatnosti	tis.Kč	1 000	1 000	100,0
21.4	pohledávky za zdravotnickými zařízeními po lhůtě splatnosti	tis.Kč			
21.5	ostatní pohledávky ve lhůtě splatnosti	tis.Kč	3 000	2 500	83,3
21.6	ostatní pohledávky po lhůtě splatnosti	tis.Kč	3 000	3 000	100,0
	Doplňující údaje k řádkům 1, 2, 5 a 6.				
k 1.1	z toho pojištěnci ze zemí Evropské unie <sup>6)</sup>	osob	135	148	109,6
k 2.1	z toho pojištěnci ze zemí Evropské unie <sup>6)</sup>	osob	130	142	109,2
k 5	z toho ve Fondu majetku (FM)	tis.Kč			
k 6	z toho ve Fondu majetku (FM)	tis.Kč			

Tabulka č. 1 ZPP 2008 Zuk

**Poznámky k tabulce:**

- Počet pojištěnců=stav pojištěnců k 31. 12., včetně opravného hlášení.
- Průměrný počet pojištěnců k 31. 12. zdravotní pojišťovny se propočte jako součet údajů z 1. až 12. přerozdělování , včetně posledně známého opravného hlášení do přerozdělování, děleno dvanácti. Výsledná hodnota se zaokrouhlí na celé číslo.
- Zdravotní pojišťovna daný údaj zaokrouhlí na celá čísla.
- Limit stanovený v procentech se zaokrouhlí na 2 desetinná místa, v souladu s § 7 vyhlášky o fondech.
- Závazky celkem neobsahují závazky vykázané na ř. 9 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.

Tabulka přehledu základních ukazatelů o činnosti zdravotní pojišťovny ZPP 2008 Zuk obsahuje doplňující informace pro hodnocení pojišťovny, které hospodaření významně ovlivňují a nelze bez nich objektivně hodnotit činnost zdravotní pojišťovny.

Nárůst počtu pojištěnců 3,8 % v roce 2008 předpokládá trvalý rovnoměrný nárůst, jako v minulém období s celkovým nárůstem o 4 960 osob.

Stav investičního majetku v zůstatkových cenách bude výrazně zvýšen vzhledem k přístavbě budovy ZPŠ a dalším významným investičním akcím (viz kap. 5.3 majetek ZPŠ) a jejich zařazení do majetku v roce 2008.



V rámci jednotlivých fondů ZPŠ nevlastní a ani nepředpokládá realizaci žádných finančních investic vzhledem k nestabilitě a nevyhodnosti zdanění jejich výnosů.

Na řádku č. 19 jsou uvedeny procentuální limity pro výpočet nákladů na činnost ZPŠ, krytých ze zdrojů ZFZP. Vzorec pro výpočet tohoto limitu je stanoven vyhláškou Ministerstva financí č. 418/2003 Sb., o fondech, ve znění pozdějších předpisů. Limit činí pro ZPŠ jako zdravotní pojišťovnu s malým počtem pojištěnců pro rok 2007 i 2008 3,71 % rozvrhové základny. Rozvrhová základna uvedená na ř. 20 vychází z části B II. tabulky ZFZP, ř. 1, 2, 4, to znamená ze skutečných příjmů z veřejného zdravotního pojištění po přerozdělování, včetně náhrad škod. Příklad do Provozního fondu je plánován v plné výši povoleného limitu.

### **Vývoj závazků ve lhůtě a po lhůtě splatnosti vůči zdravotnickým zařízením**

Vzhledem k vyrovnanému hospodaření nepředpokládá ZPŠ žádné výkyvy v úhradách závazků vůči poskytovatelům zdravotní péče a předpokládá pouze závazky ve lhůtě splatnosti. Výše závazků ve lhůtě splatnosti se odvíjí od výše vyúčtované péče v jednotlivých měsících a se stoupajícími náklady na zdravotní péči stoupají i měsíční závazky ve lhůtě. Jejich výše k 31. prosinci každého roku závisí na časovém sledu vyúčtování zdravotnických zařízení v konci roku a na to navazujícího procesu úhrad dle smluvních ujednání ze strany zdravotní pojišťovny.

Objem ostatních závazků ve lhůtě splatnosti tvoří průběžně, každý měsíc v roce závazky z přerozdělování, měsíční závazky vůči zaměstnancům (mzdy), vůči státu (daně, odvody) a běžné stále se opakující měsíční závazky z provozních faktur.

### **Vývoj stavu pohledávek po lhůtě splatnosti za plátcí pojistného**

Pohledávky po lhůtě splatnosti uvedené v tabulce "Přehled základních ekonomických ukazatelů" jsou pohledávkami, které vznikly v ZPŠ za celou dobu její působnosti od roku 1993.

Pohledávky ve lhůtě splatnosti za plátcí pojistného souvisí s výší předpisu pojistného v jednotlivých obdobích hodnocení a kontrolní činností. Objem pohledávek ve lhůtě splatnosti činí průběžně měsíčně cca 38 % celkového objemu pohledávek. Objem ve výši cca 20 % jsou pohledávky po lhůtě splatnosti v časovém limitu do 1 roku. Výrazný blok pohledávek po lhůtě splatnosti cca (36 %) je v období od 1 do 5 let. Ostatní pohledávky (cca 6 %) jsou nad limit 5 let s maximálním stářím do 8 let. Tento stav podporuje reálnou možnost vymáhání pohledávek.

K meziročnímu nárůstu pohledávek již nedochází v oblasti plateb pojistného vlivem špatné platební disciplíny současných rozhodujících plátců pojistného. Struktura pohledávek se mění. Významným aspektem tvorby dalších pohledávek je zintenzivnění kontrolní činnosti v posledních dvou letech, podpořené legislativními změnami, které

dovolují efektivnější a důraznější způsob kontroly, spojený v konečném důsledku se sankčním postihem – penále. K nárůstu dochází především v oblasti penalizace.

Platební disciplína a dodržování legislativních povinností je různá u jednotlivých kategorií. U kategorie zaměstnavatelů (95 % výběru pojistného) díky měsíčním kontrolám a intenzivní komunikaci se platební morálka velmi zlepšila. Maximálního efektu je dosaženo využitím zákonné možnosti předpisu pravděpodobné výše pojistného. Pohledávky za pojistným za touto kategorií klesají, v oblasti penále je nárůst ve vztahu k objemu velmi nízký. Vzhledem k pomalým postupům soudů a správců konkurzních podstat je evidence ZPŠ zatížena pohledávkami po lhůtě splatnosti u takových plátců v konkurzu, vyrovnání či v likvidaci, kde je evidentní absence majetku, ale není dosažitelný doklad pro využití zákonné možnosti odpisu pohledávky.

### **Odhad pohledávek za zdravotnickými zařízeními**

Pohledávky za zdravotnickými zařízeními jsou běžné pohledávky z neoprávněných vyúčtování. Pro co nejuvěrnější zobrazení skutečného stavu hospodaření, zkvalitnění vypovídací schopnosti účetní závěrky lze v případě např. zálohových plateb lůžkových zařízení a jiných nárazových vyúčtování použít přechodných účtu aktiv nebo pasiv.

Očekávaná skutečnost roku 2007 ani ZPP 2008 nejsou dohadnými položkami zatíženy.

### **Vývoj ostatních pohledávek ve lhůtě a po lhůtě splatnosti**

Ostatní pohledávky představují běžné pohledávky z provozní činnosti, pohledávky z přerozdělování, poskytnuté provozní zálohy apod. Po lhůtě splatnosti jsou to náhrady škod dle splátkových kalendářů.

## 7. Závěr

ZPŠ by v roce 2008 ráda využila příležitostí, které jí skýtá probíhající reforma zdravotnictví.

Základním předpokladem pro využití nabízených příležitostí je ekonomická stabilita. Hlavním cílem je vždy spokojený pojištěnec, přičemž právě nově připravované legislativní prostředí by mohlo umožnit ZPŠ dále zkvalitnit služby, které musí a chce svým pojištěncům poskytovat. Lze předpokládat, že například cílený nákup kvalitní péče a s tím související efektivnější vynakládání prostředků by mohl být jedním z prostředků k naplnění tohoto hlavního a základního cíle ZPŠ.

Jedním z dalších prostředků, které má ZPŠ, stejně jako každá jiná progresivní firma, k dispozici pro svou činnost, jsou moderní informační a komunikační technologie. Předpokládáme, že projekt digitalizace, započatý v roce 2007, povede v roce 2008 k další progresi při využívání moderních komunikačních a informačních technologií v ZPŠ a umožní tak další zefektivnění pracovních procesů a tím i naplnění některých nových činností v souvislosti se změnami legislativy.

Z tabulky ZFZP vyplývá, že hospodaření ZPŠ je plánováno jako vyrovnané při dodržení veškerých závazků vůči smluvním zdravotnickým zařízením za efektivně poskytnutou zdravotní péči pojištěncům. Predikce objemu zdravotní péče v jednotlivých segmentech je nastavena tak, aby došlo k naplnění minimálně srovnatelného objemu zdravotní péče jako v období roku 2007. V případě výraznějšího nárůstu příjmů, než předpokládá ZPP 2008, budou tyto prostředky použity pouze k řešení úhrad za mimořádné finančně nákladné zdravotní výkony.

Detailní predikce dalšího vývoje je vzhledem k stále ještě probíhajícímu legislativnímu procesu velmi obtížná. Ze záměrů ZPP 2008 vyplývá, že ZPŠ je připravena na změny reagovat a dostát své pověsti zdravotní pojišťovny, která dává velký důraz na kvalitní péči o své pojištěnce a kterou lze považovat za solidního obchodního partnera.