O B s a h

[1. Úvod 3](#_Toc369260764)

[2. Obecná část 5](#_Toc369260765)

[3. Pojištěnci 10](#_Toc369260766)

[4. Základní fond zdravotního pojištění 13](#_Toc369260767)

[4.1 Záměry vývoje hospodaření ZFZP v roce 2014 13](#_Toc369260768)

[4.2 Tvorba, příjmy ZFZP 19](#_Toc369260769)

[4.3 Čerpání, výdaje ZFZP 21](#_Toc369260770)

[4.3.1 Smluvní politika ve vztahu k PZS 22](#_Toc369260771)

[4.3.2 Zdravotní politika 26](#_Toc369260772)

[4.3.3 Revizní a kontrolní činnost 29](#_Toc369260773)

[4.3.4 Struktura nákladů na zdravotní služby](#_Toc369260774)

[v členění podle jednotlivých segmentů 30](#_Toc369260774)

[5. Ostatní fondy 39](#_Toc369260775)

[5.1 Zdravotní služby hrazené z fondu prevence 39](#_Toc369260776)

[5.2 Provozní fond 47](#_Toc369260777)

[5.3 Majetek pojišťovny a investice 52](#_Toc369260778)

[5.4 Sociální fond 55](#_Toc369260779)

[5.5 Rezervní fond 57](#_Toc369260780)

[5.6 Ostatní zdaňovaná činnost 59](#_Toc369260781)

[5.7 Specifické fondy 61](#_Toc369260782)

[6. Přehled základních ekonomických ukazatelů 61](#_Toc369260783)

[7. Závěr 65](#_Toc369260784)

#### Seznam zkratek používaných ve zdravotně pojistném plánu

BÚ Běžný účet

CMÚ Centrum mezistátních úhrad

CP Cenné papíry

ČR Česká republika

DNC Dohodnuté nejvyšší ceny

DRG Anglická zkratka pro skupiny diagnóz (Diagnosis Related Group)

EHP Evropský hospodářský prostor

EP Evropský parlament

ES Evropské společenství

EU Evropská unie

FM Fond majetku

Fprev Fond prevence

FRM Fond reprodukce majetku

HW Hardware (technické vybavení počítače)

IČO Identifikační číslo osoby

iOS mobilní operační systém

IS Informační systém

KZ Konečný zůstatek

LDN Léčebna dlouhodobě nemocných

LSPP Lékařská služba první pomoci

MF Ministerstvo financí

MPSV Ministerstvo práce a sociálních věcí

MZ Ministerstvo zdravotnictví

OBZP Osoby bez zdanitelných příjmů

OLÚ Odborný léčebný ústav

OSL Ošetřovatelská lůžka

OSVČ Osoby samostatně výdělečně činné

OZdČ Ostatní zdaňovaná činnost

P90 Program 90

PF Provozní fond

PZS Poskytovatel zdravotních služeb

RBP Revírní bratrská pokladna, zdravotní pojišťovna

RF Rezervní fond

SF Sociální fond

SW Software (programové vybavení počítače)

SZP ČR Svaz zdravotních pojišťoven České republiky

TBC Tuberkulóza

TRN Transpirační a respirační nemoci

ÚOHS Úřad pro ochranu hospodářské soutěže

VA Výbor pro audit

VoZP ČR Vojenská zdravotní pojišťovna ČR

VZP ČR Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR

ZFZP Základní fond zdravotního pojištění

ZP Zdravotní pojišťovna

ZPP Zdravotně pojistný plán

ZZP Zaměstnanecká zdravotní pojišťovna

ZZS Zdravotnická záchranná služba

# 1. Úvod

#### Základní charakteristika zdravotně pojistného plánu

Zdravotně pojistný plán Revírní bratrské pokladny, zdravotní pojišťovny (dále také „Revírní bratrská pokladna“, „zdravotní pojišťovna“, „pojišťovna“ nebo „RBP“) na rok 2014 koncipuje činnost pojišťovny v předmětném období se záměrem průběžného plnění povinností vyplývajících z platných právních předpisů, důsledného respektování oprávněných nároků všech zúčastněných stran v systému veřejného zdravotního pojištění a v neposlední řadě optimální úrovně servisu zajišťovaného vlastní klientele.

Při tvorbě zdravotně pojistného plánu pojišťovna vycházela z ukazatelů predikovaných Ministerstvem financí zároveň s přihlédnutím k požadavku přispění pojišťovny k dosažení bilanční rovnováhy systému, zejména v segmentu akutní lůžkové péče.

Revírní bratrská pokladna, zdravotní pojišťovna dlouhodobě ve své činnosti velmi pečlivě zvažuje vynakládání finančních prostředků a zachování finanční stability jak na straně příjmové, tak výdajové. K efektivnímu hospodaření s prostředky veřejného zdravotního pojištění přispívá i převážně regionální působnost pojišťovny umožňující nejen osobní kontakt s pojištěnci a jejich zaměstnavateli, ale i úzkou spolupráci s poskytovateli zdravotních služeb a plátci pojistného.

Reálnost dosažení plánovaných hodnot je podložena jednak výchozím stavem dlouhodobé hospodářské stability pojišťovny, jednak řadou vnitřních programových opatření.

**V příjmové oblasti se jedná zejména o:**

* stabilizaci portfolia pojištěnců,
* maximální pozornost oblasti kontroly výběru pojistného včetně uplatnění veškerých právních možností vymáhání dlužného pojistného a penále,
* operativní sledování kázně plátců pojistného prostřednictvím vnitřního informačního systému,
* využívání sankčních pravomocí při porušování zákonem stanovených povinností zaměstnavatelů a pojištěnců,
* vymáhání náhrad škod vznikajících pojišťovně v důsledku úrazů a jiného poškození zdraví v souvislosti s protiprávním jednáním třetích osob,
* uplatňování přirážek k pojistnému při opakovaném výskytu pracovních úrazů a nemocí z povolání ze stejných příčin.

**Ve výdajové oblasti se jedná zejména o:**

* optimalizaci sítě smluvních poskytovatelů zdravotních služeb respektující potřeby pojištěnců při zachování kvality a dostupnosti zdravotní péče,
* spolupráci s ostatními zdravotními pojišťovnami při stanovení společných metodických postupů,
* důsledné zavádění opatření státní správy k dosažení bilanční rovnováhy systému veřejného zdravotního pojištění,
* využití informačního systému ke kontrole vykazovaných zdravotních výkonů,
* zajištění průběžné informovanosti poskytovatelů zdravotních služeb o činnosti a opatřeních pojišťovny, zejména v oblasti úhrad,
* nastavení smluvních parametrů poskytování zdravotních služeb při respektování místní a časové dostupnosti,
* pokračování v praxi osvědčeného systému periodických jednání se zástupci profesních sdružení poskytovatelů zdravotních služeb a jiných institucí s cílem diskutovat a vysvětlovat koncepční záměry i operativní kroky pojišťovny,
* důsledné dodržování termínů úhrad nákladů poskytnutých zdravotních služeb,
* realizaci nabídky preventivních aktivit zaměřené nejen na poskytování finančních příspěvků, ale umožňující pojištěncům zapojit se aktivně do péče o své zdraví s cílem motivovat je k prevenci závažných onemocnění rezultující v omezení budoucích nákladů,
* důslednou realizaci opatření pro oblast vlastní provozní činnosti s cílem minimalizace režijních nákladů,
* zajištění informovanosti klientů o zdravotních službách vykazovaných jejich poskytovateli.

#### Zdroje čerpání podkladů

Při vlastním zpracování bylo postupováno dle:

* metodiky zpracování zdravotně pojistných plánů zdravotních pojišťoven na rok 2014,
* predikce základních makroekonomických indikátorů ČR publikovaných na internetových stránkách Ministerstva financí,
* zákona č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, v platném znění,
* zákona č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, ve znění pozdějších předpisů,
* zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, v platném znění,
* zákona č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky, v platném znění,
* vyhlášky MF č. 418/2003 Sb., kterou se stanoví podrobnější vymezení okruhu a výše příjmů a výdajů fondů veřejného zdravotního pojištění zdravotních pojišťoven, podmínky jejich tvorby, užití, přípustnosti vzájemných převodů finančních prostředků a hospodaření s nimi, limit nákladů na činnost zdravotních pojišťoven krytých ze zdrojů základního fondu včetně postupu propočtu tohoto limitu, ve znění vyhlášky MF č. 302/2012 Sb.,
* vyhlášky MZ č. 644/2004 Sb., o pravidlech hospodaření se zvláštním účtem všeobecného zdravotního pojištění, průměrných nákladech a o jednacím řádu dozorčího orgánu, v platném znění,
* zákonného opatření Senátu ze dne 10. října 2013, kterým se mění zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, ve znění pozdějších předpisů,
* jiných souvisejících zákonů a vyhlášek včetně jejich návrhů ve znění platném pro rok 2014.

Dále RBP vycházela z dostupných statistických dat, kalkulací a analýz respektujících:

* vyhlášku č. 296/2013 Sb., o výši všeobecného vyměřovacího základu za rok 2012, přepočítacího koeficientu pro úpravu všeobecného vyměřovacího základu za rok 2012, redukčních hranic pro stanovení výpočtového základu pro rok 2014 a základní výměry důchodu stanovené pro rok 2014 a o zvýšení důchodů v roce 2014,
* návrh zákona, kterým se mění některé zákony v souvislosti s návrhem zákona o státním rozpočtu České republiky na rok 2014,
* předpokládané finanční podíly jednotlivých segmentů zdravotní péče v návaznosti na strategii smluvní politiky pojišťovny,
* trendy vývoje portfolia pojištěnců z hlediska jeho struktury a pohybu.

# 2. Obecná část

#### Sídlo zdravotní pojišťovny, statutární orgán

Obchodní firma: Revírní bratrská pokladna, zdravotní pojišťovna

Sídlo: Slezská Ostrava, Michálkovická 108

IČO: 47673036

Kód: 213

Statutární orgán: Ing. Lubomír Káňa, ředitel

Telefon: 596256111

E-mail: [kana@rbp-zp.cz](mailto:kana@rbp-zp.cz)

Bankovní spojení: Komerční banka, a.s.

Používaná zkratka: RBP

Revírní bratrská pokladna byla zřízena v souladu s ustanovením § 3 zák. č. 280/1992 Sb. Rozhodnutím MPSV ČR č.j. 23-901/1993 ze dne 29. 1. 1993. Je zaměstnaneckou zdravotní pojišťovnou s mezioborovou působností a je nositelem veřejného zdravotního pojištění pro všechny pojištěnce, kteří jsou u ní registrováni.

Usnesením vlády ČR č. 427 ze dne 21. 8. 1996 byla schválena žádost Revírní bratrské pokladny a Moravské zdravotní pojišťovny o povolení sloučení těchto pojišťoven. Na jeho základě Ministerstvo zdravotnictví vydalo dne 28. 8. 1996 Rozhodnutí č.j. 19499/1996 k povolení sloučení obou subjektů ke dni 1. 9. 1996 pod společným názvem Revírní bratrská pokladna v Ostravě, zaměstnanecká zdravotní pojišťovna se sídlem na Slezské Ostravě, Michálkovická 108, IČO 47673036. Usnesením Krajského obchodního soudu č.j. 28796/1996 z 25. 9. 1996 byla Moravská zdravotní pojišťovna se sídlem v Kopřivnici vymazána z obchodního rejstříku.

V důsledku změny Statutu RBP schválené Ministerstvem zdravotnictví dne 4. 4. 2003 došlo s účinností od 1. 7. 2003 ke změně obchodního názvu pojišťovny, který je na základě usnesení Krajského soudu v Ostravě, č.j. F 20239/2003 /110 ze dne 26. 5. 2003 zapsán v obchodním rejstříku ve znění:

A XIV 554

Revírní bratrská pokladna, zdravotní pojišťovna.

Žádost o zřízení RBP v duchu tradice báňského zdravotního pojišťovnictví podaly organizace spojené s hornickou činností, a to:

* Ostravsko-karvinské doly, a.s. Ostrava,
* Českomoravské doly, a.s. Důl ČSM,
* Jihomoravské lignitové doly Hodonín, s.p.,
* Důlní průzkum a bezpečnost, a.s. Paskov,
* Vědecko-výzkumný uhelný ústav, a.s. Ostrava - Radvanice,
* Ferrum, a.s. Frýdlant nad Ostravicí.

Ke dni 1. 9. 1996 došlo ke sloučení s Moravskou zdravotní pojišťovnou, o jejíž zřízení požádaly:

* TATRA, a.s. Kopřivnice,
* Moravskoslezská vagónka, a.s. Studénka,
* MAGNETON, a.s. Kroměříž,
* MASSAG, a.s. Bílovec,
* Siemens, s.r.o. Frenštát.

U převážné většiny uvedených žadatelů o zřízení pojišťovny se v dané době jednalo o významné zaměstnavatelské subjekty. Vytvořené vzorce vzájemných vztahů jsou, zejména u nejvýznamnějších z těchto subjektů, případně jejich právních nástupců, trvale uplatňovány formou kooperace především v oblastech:

* řešení problematiky plateb pojistného,
* aplikace servisu RBP jako součásti sociální politiky zaměstnavatele,
* programů podpory zdraví zaměstnanců a zdravotní prevence,
* vytváření příznivých podmínek pro nabídku služeb pojišťovny zaměstnancům a jejich rodinným příslušníkům.

Pokračování takto pojaté spolupráce je jedním ze zásadních záměrů zdravotně pojistného plánu.

#### Současná organizační struktura a předpokládaná úprava organizační struktury v roce 2014

Organizační strukturu pojišťovny ve smyslu platného statutu tvoří ředitelství (ústředí) a expozitury. Postavení, vnitřní strukturu, činnost a vztahy mezi organizačními složkami pojišťovny upravuje organizační řád.

Celková organizační struktura je členěna do útvaru ředitele s 32 pracovními místy, do útvaru náměstka pro obchod a správu s 94 pracovními místy, včetně expozitur, do útvaru náměstka pro ekonomiku s 29 pracovními místy, do útvaru náměstka pro zdravotnictví s 22 pracovními místy a do útvaru náměstka pro informatiku s 41 pracovními místy.

#### Ředitelství RBP

Ředitelství RBP komplexně zajišťuje a řídí prostřednictvím svých odborných útvarů agendu veřejného zdravotního pojištění. Jeho sídlo je v budově na Michálkovické ul. č. 108 ve Slezské Ostravě.

#### Expozitury

Expozitury jednají jménem pojišťovny v rozsahu pravomocí svěřených jim organizačním řádem, zejména zajišťují kontakt s klienty, PZS a plátci pojistného. Expozitury nemají právní subjektivitu. Snaha o zajištění maximální dostupnosti a komplexnosti poskytovaných služeb v jednotlivých spádových oblastech vedla k vytvoření následující skladby expozitur a jejich jednatelství:

1. **Expozitura Ostrava, Nádražní 22**

* jednatelství Ostrava - Hrabůvka, Dr. Martínka 7
* jednatelství Ostrava - Poruba, 17. listopadu 1790
* jednatelství Praha, náměstí W. Churchilla 2

1. **Expozitura Karviná, Masarykovo nám. 6**

* jednatelství Bohumín, náměstí T. G. Masaryka 939
* jednatelství Orlová, Rydultowská 1390

1. **Expozitura Havířov, Svornosti 2**

* jednatelství Český Těšín, Komenského sady 1
* jednatelství Chomutov, Školní 5335
* jednatelství Most, Budovatelů 2957
* jednatelství Třinec, Jablunkovská 241

1. **Expozitura Frýdek - Místek, U Staré pošty 54**

* jednatelství Frenštát pod Radhoštěm, Rožnovská 241
* jednatelství Frýdlant nad Ostravicí, Nádražní 417

1. **Expozitura Hodonín, Dolní Valy 3940**

* jednatelství Brno, poliklinika Starý Lískovec, U Pošty 14
* jednatelství Jihlava, Palackého 1222/18
* jednatelství Kyjov, Jungmannova 1310
* jednatelství Veselí nad Moravou, Sokolovská 671
* jednatelství Žďár nad Sázavou, náměstí Republiky 68

1. **Expozitura Opava, Horní náměstí 49**

* jednatelství Bruntál, Dukelská 1501/2
* jednatelství Hlučín, ČSA 6A
* jednatelství Krnov, náměstí Hrdinů 7
* jednatelství Vítkov, náměstí J. Zajíce 1

1. **Expozitura Kopřivnice, Záhumenní 1161**

* jednatelství Bílovec, Bezručova 1
* jednatelství Fulnek, Masarykova 338
* jednatelství Nový Jičín, Štefánikova 826
* jednatelství Odry, Masarykovo náměstí 4
* jednatelství Studénka, náměstí Republiky 698

1. **Expozitura Kroměříž, nám. Míru 3287**

* jednatelství Bystřice pod Hostýnem, 6. května 74
* jednatelství Holešov, Sušilova 478
* jednatelství Kojetín, 6. května 1373
* jednatelství Olomouc, Kosmonautů 8
* jednatelství Přerov, Kratochvílova 43

1. **Expozitura Valašské Meziříčí, Pospíšilova 11**

* jednatelství Hranice na Moravě, 28. října 565
* jednatelství Rožnov pod Radhoštěm, Letenská 1183
* jednatelství Vsetín, Smetanova 1269

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

RBP žádnou z předmětných aktivit dosud nerealizovala a ani v roce 2014 neplánuje rozšíření své činnosti tímto směrem.

#### Způsob zajištění služeb zdravotní pojišťovny ve vztahu k plátcům pojistného, poskytovatelům zdravotních SLUŽEB A POJIŠTĚNCŮM

Vztah k plátcům pojistného

Ve vztahu k plátcům pojistného na veřejné zdravotní pojištění bude Revírní bratrská pokladna, zdravotní pojišťovna v roce 2014 zabezpečovat administrativní, metodický a poradenský servis prostřednictvím vlastní sítě útvarů a pracovišť. Poskytování služeb plátcům pojistného spočívá zejména v podávání informací o termínech odvodů pojistného, způsobech provádění plateb a jejich identifikaci a dalších informací z oblasti předpisů o pojistném na veřejné zdravotní pojištění. Zvláštní pozornost bude věnována výběru pojistného od „zakladatelských“ subjektů.

Kontrolní činnost bude zaměřena zejména na předcházení negativním projevům nekázně plátců s cílem minimalizovat objem neodvedeného pojistného na veřejné zdravotní pojištění. Plnění tohoto úkolu bude výrazně přispívat k upevnění stability hospodářské bilance RBP.

Při kontrole plateb pojistného od plátců je hlavní důraz kladen na správnost vypočtené výše pojistného a včasnost samotného odvodu. Zaměstnanci, kteří provádějí tyto kontroly u plátců, současně vedou agendu osob samostatně výdělečně činných a osob bez zdanitelných příjmů, kontrolují placení záloh na pojistné a zpracovávají přehledy o příjmech a výdajích. Rozsah úřední doby umožňuje všem plátcům pojistného vyřizovat veškeré záležitosti týkající se odvodů pojistného, plnění oznamovacích povinností a získávání informací o nabídce služeb poskytovaných pojišťovnou.

Vztah k poskytovatelům zdravotních služeb

RBP sjednává, aktualizuje a udržuje agendu smluvních vztahů s PZS. V roce 2014 se předpokládá, že bude partnerem vůči **9.771** PZS. V tomto počtu je obsaženo **234** nově sjednaných smluvních vztahů s poskytovateli zdravotních služeb, z toho s **202** ambulantního typu. Z uvedeného přehledu je nejpočetnější skupinou kategorie praktických lékařů, stomatologů a ambulantních specialistů, tj. **7.616** poskytovatelů zdravotních služeb. Z hlediska finanční náročnosti je dlouhodobě nejvýznamnějším segmentem lůžková zdravotní péče. Součástí uceleného systému poskytovatelů zdravotních služeb je rovněž lázeňská léčebně rehabilitační péče, služby v ozdravovnách, přepravní služby, zdravotnická záchranná služba, poskytovatelé domácích zdravotních služeb, rehabilitačních služeb a laboratorní a radiodiagnostická pracoviště. Specifickými typy PZS jsou lékárny a výdejny zdravotnických prostředků. V roce 2014 bude smluvním partnerem RBP **1.499** těchto zařízení.

RBP bude dbát na to, aby součástí sjednávání nebo rozšiřování všech smluvních ujednání byla úplná pasportizace personálního a přístrojového vybavení PZS v rozsahu, který vyžaduje platný právní řád. Bude pokračovat v realizaci elektronické pasportizace smluvních ujednání v jednotlivých segmentech PZS.

V roce 2014 bude pro PZS nadále rozšiřována elektronická komunikace prostřednictvím Portálu zdravotních pojišťoven a vlastních webových stránek.

RBP bude v souladu s tradicí garantovat včasné platby úhrad za poskytované zdravotní služby v rozsahu sjednaných smluvních ujednání. Smluvní poskytovatelé budou o způsobu plateb informováni prostřednictvím pravidelných „zúčtovacích zpráv“.

Vztah k pojištěncům

RBP zajišťuje komplexní služby na ústředí pojišťovny, expoziturách a jednatelstvích prostřednictvím svých zaměstnanců, kteří poskytují pojištěncům (podobně jako plátcům pojistného) administrativní, metodický a poradenský servis.

Vlastní síť pracovišť RBP vyplývá z popisu organizační struktury a je utvářena se záměrem zajistit optimální dostupnost služeb pojišťovny nejen vlastním, ale i potenciálním pojištěncům, plátcům pojistného a PZS. Tato osvědčená strategie bude důsledně uplatňována i v příštím období.

Způsob zajištění služeb pojišťovny je dlouhodobě konstantní. Prioritní je orientace na udržení jejího dobrého jména a image jisté a spolehlivé instituce.

Za účelem poskytování služeb na co nejvyšší úrovni provádí pojišťovna pravidelná školení pracovníků zvláště při každé legislativní změně a současně je neustále zdokonalován informační systém této velice rozsáhlé oblasti tak, aby mohly všechny kategorie pojištěnců získávat potřebné aktuální informace bez časových prodlev.

Nedílnou součástí poskytování informací pojištěncům je i poradenská služba ve všech oblastech veřejného zdravotního pojištění včetně zajištění práv vyplývajících z předpisů EU v oblasti zdravotní péče včetně práv vyplývajících ze směrnic o právech pacientů při přeshraniční péči. RBP bude pokračovat v pravidelné výměně Evropských průkazů zdravotního pojištění, u kterých skončila jejich platnost, a vydávání Evropských průkazů novým pojištěncům.

Mezi další služby, které RBP svým pojištěncům zajišťuje, je např. pomoc při řešení případných sporů s PZS a konzultační služba při rozhodování pojištěnce o formě léčebné terapie a při výběru PZS.

Vzhledem ke stávající legislativě, která možnosti poskytování služeb jednotlivými zdravotními pojišťovnami do značné míry nivelizuje, se stává prostorem jejich konkurenceschopnosti právě celková úroveň nabízeného servisu a dostupnosti.

Pro širší informování veřejnosti hodlá pojišťovna pokračovat v pravidelném vydávání informačních materiálů a ve čtvrtletním vydávání svého Zpravodaje, které jsou distribuovány na významné zaměstnavatelské organizace, PZS a pracoviště zajišťující styk s klienty RBP. Za účelem zvýšení dostupnosti poskytovaných informací a poradenského servisu bude nadále k dispozici Kontaktní centrum pro klienty s infolinkou:

* 800213213, na které jsou bezplatně poskytovány informace stávajícím i potencionálním klientům RBP.

Pro zajištění komplexní nabídky zůstane v provozu nonstop služba pro pojištěnce na telefonní lince:

840111245 se zajištěním lékařské poradenské služby prostřednictvím erudovaných lékařů.

RBP prezentuje rovněž svou činnost na internetové adrese <http://www.rbp-zp.cz/>. Na těchto stránkách se každý zájemce může seznámit se základními údaji o pojišťovně, organizační struktuře, aktuálními informacemi pro pojištěnce, zaměstnavatele a PZS.

Nenahraditelná je nabídka e-aplikací, která umožňuje klientům např. kontrolu platnosti průkazu pojištěnce, ověření příslušnosti pojištěnce ke zdravotní pojišťovně, ověření smluvního vztahu s PZS a zejména on-line pojištění léčebných výloh při cestách do zahraničí.

#### Záměry rozvoje informačního systému

Kromě běžných úprav informačního systému souvisejících s vývojem legislativy a zkvalitňování služeb pojištěncům je pro rok 2014 hlavním záměrem zvýšit dostupnost informačního systému posílením infrastruktury RBP, a to jednak urychlením procesu zálohování a případné obnovy dat, jednak zajištěním provozu jak při několikahodinovém, tak i několikadenním výpadku elektrické energie. Cílem je postupně dosáhnout kontinuity kritických činností organizace i při okolnostech zamezujících využití infrastruktury sídla RBP.

Největší plánovanou investicí je však z dlouhodobého pohledu vytvoření nového IS RBP. Tento proces byl na 4 měsíce přerušen odvoláním neúspěšného uchazeče k ÚOHS, jež znemožňoval začít s vývojem, který bude probíhat ve 3 fázích. Nasazení nového IS tedy bude postupné, s plánovaným dokončením přechodu nejpozději k 30. 6. 2016 (půlroční posun původního termínu nasazení z důvodu prodlevy způsobené odvoláním k ÚOHS).

V neposlední řadě se bude rozvoj týkat prací na vlastním systému pro komunikaci s pojištěnci na mobilních zařízení - Karta zdraví, který je v současné době dostupný na platformě Android - jak pro mobilní telefony, tak pro tablety. Pro rok 2014 se uvažuje jak s rozšířením dostupných funkcionalit pro klienty, tak s rozšířením na další mobilní platformy (např. iOS).

Rozšiřování a úprava e-aplikací dostupných pro pojištěnce, plátce a poskytovatele zdravotních služeb bude probíhat dle aktuálních potřeb a je součástí rozpočtu na tvorbu a úpravy stávajícího IS RBP. Zde se po inovacích vzhledu a funkcionality provedených v roce 2013 předpokládá malý rozsah úprav.

# 3. Pojištěnci

#### Záměry vývoje struktury pojištěnců, stabilizace kmene pojištěnců

Stabilizace portfolia pojištěnců patří mezi základní strategické cíle a priority činnosti pojišťovny. RBP je připravena tento záměr podpořit udržením a dalším rozšířením nabídky tradičních služeb orientovaných na potřeby pracovníků „zakladatelských organizací“ a jejich rodinných příslušníků a další skupiny pojištěnců jako jsou děti, ženy, senioři nebo dárci krve, se zvláštním zaměřením na oblast zdravotní prevence a zlepšené zdravotní péče.

Předpokladem stability stávající struktury pojištěnců je pro RBP zajištění náležitého objemu a kvality zdravotní péče pro své pojištěnce a optimální úrovně hospodaření s prostředky veřejného zdravotního pojištění. V praxi to znamená, že v důsledku odpovědného přístupu k jednotlivým segmentům poskytovatelů zdravotních služeb pojišťovna nepředpokládá ani v roce 2014 žádné závazky po lhůtě splatnosti, což v konečném důsledku zcela objektivně pocítí každý pojištěnec.

Záměr stabilizace by měla podpořit i důsledná aplikace prováděcích nařízení EP a Rady (ES) č. 987/2009, 883/2004, nařízení ES č. 1231/2010 v zajištění nároků pojištěnců RBP na zdravotní péči při pohybu v rámci zemí EU, EHP a Švýcarska.

RBP zajišťuje pro své klienty různorodou nabídku produktů pojištění léčebných výloh při cestách a pobytu v zahraničí, které jsou ve spolupráci s Českou pojišťovnou, a.s. nabízeny pojištěncům RBP za zvýhodněné sazby. To vše s cílem maximální informovanosti a ochrany pojištěnce při případném čerpání zdravotní péče v zahraničí včetně spoluúčasti. Pojištěnec se sám musí rozhodnout, zda využije ustanovení evropských nařízení a mezistátních smluv nebo si sjedná komerční zdravotní pojištění.

Vyrovnaný stav pojištěnců je plánován s ohledem na vliv nové legislativy a vliv konkurenčního prostředí v oblastech působnosti pojišťovny.

RBP si i v blízkém budoucnu hodlá zachovat převážně regionální charakter s postupným rozšiřováním své činnosti zejména na území celé Moravy a Slezska, Ústeckého kraje a kraje Vysočina. Samozřejmostí je otevřenost všem skupinám pojištěnců. Proto bude jejich struktura nadále víceméně odpovídat demografické struktuře obyvatelstva České republiky.

#### Věková struktura pojištěnců

Průměrný počet pojištěnců v roce 2014 je namodelován podle stárnutí kmene pojištěnců a jejich průměrné úmrtnosti.

Průměrná měsíční natalita byla snížena, protože již nelze očekávat tak vysoký počet porodů jako v předchozích letech a je tedy namodelován pozvolný pokles, který se dá očekávat i v následujících letech.

Jako další prvek vstupuje do modelace pravděpodobný pokles počtu cizinců zaměstnaných v ČR z důvodu jejich možného propouštění v regionech hlavní působnosti RBP.



Interní graf



# 4. Základní fond zdravotního pojištění

## 4.1 Záměry vývoje hospodaření ZFZP v roce 2014











Obě tabulky základního fondu zdravotního pojištění transparentně dokumentují bilanci současného i progresivního hospodaření RBP.

Tabulka „typu A“ zachycuje základní fond zdravotního pojištění z hlediska předpisově účtovaných pohledávek a závazků včetně dohadných položek dle jejich věcného a časového zařazení definovaného platnou účetní legislativou, v tabulce „typu B“ jsou popsány finanční toky na účtech základního fondu zdravotního pojištění v bance tak, jak budou probíhat od 1. 1. do 31. 12. sledovaného roku.

Vzhledem k tomu, že operativní řízení zdravotní pojišťovny vychází zejména z aktuálního stavu, resp. analýzy reálných příjmů a výdajů, je další komentář k vybraným položkám zaměřen na údaje v tabulce „typu B“.

Z očekávané skutečnosti hospodaření RBP v roce 2013 je zřejmé, že pojišťovna předpokládá uzavření účetního období roku 2013 se záporným saldem příjmů a výdajů k 31. 12. 2013 a vykázání zůstatku ZFZP ve výši **1.329,3 mil. Kč**. Tento objem představují finanční prostředky deponované na bankovních účtech ZFZP.

Plánovaný vývoj nákladů na zdravotní služby v jednotlivých segmentech odpovídá kvantifikaci vlivů, které vyplývají z analýzy dosavadního i předpokládaného vývoje a odvíjejí se ze současného stavu poznání. V tomto smyslu bude pojišťovna verifikovat své předpoklady s tím, že v rámci prostoru daného platnou právní úpravou a při respektování individuálních smluvních ujednání bude aplikací koncepčních i operativních opatření provádět systémovou regulaci ve vztahu k plánovaným hodnotám.

Mechanismus užití prostředků základního fondu zdravotního pojištění v případě vyšších příjmů než stanoví zdravotně pojistný plán bude vycházet z následujících atributů:

* racionálního rozdělení v rámci všech segmentů zdravotních služeb po vyhodnocení prostoru v příjmové oblasti,
* prioritního řešení požadavků na doplatky za zdravotní péči ve vztahu k objektivizaci dohodnutých smluvních ujednání a regulačních mechanismů,
* odpovídajícího navýšení úhrad při změnách objemu a struktury smluvně poskytovaných zdravotních služeb oproti referenčnímu období,
* objektivního posuzování salda příjmů a výdajů s přihlédnutím k přepočtu na jednoho pojištěnce.

#### Základní výchozí parametry ovlivňující záměry vývoje ZFZP v roce 2014

* Plánovaný počet pojištěnců k 1. 1. 2014 je předpokládán ve výši **427.900 osob**.
* Plánované příjmy z výběru pojistného v roce 2014 vycházejí z očekávané skutečnosti roku 2013. Základním východiskem propočtu příjmů jsou vedle odhadu dopadu plánovaných opatření známých k datu zpracování ZPP na rok 2014 rovněž vlastní prognózy a zkušenosti z vývoje v předchozích obdobích.
* Procento nárůstu příjmů na 1 pojištěnce je po přerozdělování v pojišťovně plánováno v porovnání s rokem 2013 ve výši +1,75 %, z toho příjmy z pojistného jsou plánovány s ohledem na dosavadní vývoj u jednotlivých kategorií plátců. Navýšení pojistného u OBZP a záloh u OSVČ má pro pojišťovnu nevýznamný dopad, neboť právě u kategorie OBZP je nejmenší úspěšnost ve výběru pojistného.
* Platba za státem hrazené kategorie pojištěnců se předpokládá po celý rok 2014 ve výši **787 Kč na 1 pojištěnce za měsíc**.
* Plánované navýšení celkových nákladů na zdravotní služby v roce 2014 činí v absolutním meziročním porovnání **+ 3,5 %** a v přepočtu na 1 pojištěnce cca **+1,2 %**.
* K zajištění legislativou definované výše rezervního fondu předpokládá RBP v roce 2014 přesun cca **3 mil. Kč** ze základního fondu zdravotního pojištění.
* Pojišťovna nepředpokládá v průběhu roku 2014 **žádné závazky vůči poskytovatelům zdravotních služeb po lhůtě splatnosti**.
* Příděl do fondu souvisejícího s vlastní činností pojišťovny je plánován v souladu s platnou legislativou ve výši **3,40 %** z vybraného pojistného po přerozdělování, náhrad škod, pokut, penále a přirážek k pojistnému a jeho absolutní plánovaná výše pro rok 2014 činí **272 mil. Kč**.
* Nově pořízené investice v roce 2014 jsou plánovány ve výši **33,2 mil. Kč**. Veškeré investiční akce byly projednány a schváleny Správní radou RBP s tím, že zdrojem tvorby potřebných finančních prostředků je kromě odpisů a úroků vytvořených na bankovních účtech FRM rovněž převod z provozního fondu ve výši kladného rozdílu mezi prodejní a zůstatkovou cenou prodaného majetku.
* Plánovaný počet zaměstnanců k 31. 12. 2014 činí **218 osob**, průměrný přepočtený počet v roce 2014 pak **216 osob.** Poměr průměrného počtu pojištěnců na 1 zaměstnance přitom bude činit 1:1.980.
* RBP nepředpokládá v roce 2014 využití jakýchkoliv úvěrových prostředků.
* V souladu s platnou legislativou a metodikou zpracování ZPP na rok 2014 vytváří RBP v oblasti veřejného zdravotního pojištění dohadné položky a opravné položky.
* Rozdíl mezi příjmy a výdaji ZFZP je v roce 2014 plánován ve výši **-160 mil. Kč**, k jeho krytí pojišťovna použije prostředky z minulých let.

#### Saldo příjmů a nákladů





Tabulka zachycuje porovnání příjmů, které pojišťovna předpokládá v období od 1. 1. do 31. 12. 2014 a příslušných nákladů věcně a časově spadajících do tohoto období. Záporné saldo plánované v roce 2013 i v roce 2014 znamená pokrytí nákladů zdravotních služeb a ostatních nákladů zůstatky vytvořenými na bankovních účtech z předcházejících účetních období.

#### Náklady na léčení cizinců

Náklady zachycené v účetnictví předpokládá pojišťovna ve výši **5.150 tis. Kč** a jejich bližší specifikace je uvedena v následující tabulce:



## 4.2 Tvorba, příjmy ZFZP

Celkové příjmy od 1. 1. do 31. 12. 2014 plánuje RBP ve výši **8.038.550 tis. Kč**. Jsou tvořeny především pojistným z veřejného zdravotního pojištění ve výši **5.875.000 tis. Kč** a předpokládanými prostředky z přerozdělování připsanými na účet RBP ve výši **2.090.000 tis. Kč**. Ostatní příjmy jsou z náhrad škod ve výši **19.000 tis. Kč**, z penále, pokut a přirážek k pojistnému ve výši **26.500 tis. Kč** a z úroků vzniklých hospodařením se ZFZP ve výši **24.000 tis. Kč**.

Nepodstatnou příjmovou položkou ZFZP, která je pouhým kvalifikovaným odhadem, je objem **3.700 tis. Kč** očekávaný od zahraničních nositelů zdravotního pojištění a získaný prostřednictvím Centra mezistátních úhrad za zdravotní služby poskytnuté cizincům v ČR a příjem paušální platby za cizí pojištěnce ve výši **350 tis. Kč**.

Z předpisově účtovaného pojistného od zaměstnavatelů a OBZP tvoří dohadná položka v roce 2013 částku 81.100 tis. Kč a v roce 2014 je tvořena ve výši 92.800 tis. Kč. Na řádku A II.1.1 je uvedeno saldo vzniklé porovnáním s dohadnou položkou z roku 2013 stornovanou v roce 2014. Tentýž postup byl uplatněn i v roce 2013.

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

Kontrolní činnost v oblasti výběru pojistného na veřejné zdravotní pojištění má ve struktuře činností RBP své nezastupitelné místo a patří mezi základní priority.

Kontrola plátců pojistného vychází ze zásad řízení kontrolní činnosti v příjmové oblasti pojišťovny. Problematika kontrolní činnosti a výběru pojistného je pravidelně projednávána na poradách vedení RBP i ve Správní a Dozorčí radě RBP.

V roce 2014 bude kontrolní činnost plnit důležitou roli při zjišťování neplatičů zdravotního pojištění s cílem podpořit udržení finanční stability zdravotní pojišťovny, která i nadále bude využívat všech zákonných prostředků k vymáhání pohledávek. Současně bude pozornost věnována i vymáhání penále.

Dále se pojišťovna zaměří na:

* zkvalitnění kontrolní činnosti u plátců pojistného,
* zdokonalování programového vybavení pro provádění tzv. “korespondenční kontroly plátců pojistného“ (přiřazování hromadných plateb k avízům, archivace použitých plateb a avíz, programové vybavení pro vystavování potvrzení apod.),
* vymáhání pohledávek prostřednictvím exekucí vůči neplatičům pojistného na veřejné zdravotní pojištění,
* důslednou aplikaci § 241 zákona č. 40/2009 Sb., v platném znění, (využívat možnost podávat podnět Policii ČR při porušování zákonné povinnosti nehrazením zdravotního pojištění),
* důslednou aplikaci zákona č. 592/1992 Sb., v platném znění, s cílem urychlit možnost vymáhání pohledávek vystavením tzv. výkazu nedoplatků,
* zjišťování úrovně plnění povinností zaměstnavatelů stanovených v § 45 zákona č. 48/1997 Sb., v platném znění, v případech opakovaného zjištění nemocí z povolání nebo pracovních úrazů ze stejných příčin, včetně možností v krajních případech vyměřit přirážku k pojistnému dle § 45 odst. 1 téhož zákona,
* další zdokonalování informačního systému s cílem zefektivnění využívání přehledů o platbách pojistného (možnost přímého výpočtu dlužného pojistného a penále z avíz, tisk dopisů s požadavkem doložení chybějících avíz apod.).

Stav pohledávek po lhůtě splatnosti u plátců pojistného výrazně ovlivňují neuhrazené platby běžného pojistného v případech, kdy plátci zaslali přehled o platbě pojistného, ale platbu neprovedli v termínu.

V roce 2014 bude RBP ke snižování pohledávek využívat metod, které se osvědčily již v minulých letech. Nadále bude preferovat zejména úzké kontakty s velkými plátci pojistného a uzavírání dohod o splátkách dlužného pojistného a penále.

V případech, kdy pohledávka nebude uspokojena při použití těchto prostředků, přistoupí RBP k neprodlenému vymáhání pohledávek soudní cestou a prostřednictvím příslušných exekučních úřadů.

V rámci platné legislativy budou využívány následující postupy:

* prohlášení o majetku dlužníka,
* připojení se do insolvenčního řízení nebo k likvidaci,
* využití exekutorů.

V posledních letech RBP zaznamenává rostoucí počet pohledávek po lhůtě splatnosti i u osob bez zdanitelných příjmů (OBZP), u nichž zákon předepisuje vlastní přímou úhradu pojistného. Neplatící OBZP jsou zjišťovány individuálně při denním kontaktu s pojištěnci, ale především s využitím informačního systému pojišťovny. OBZP jsou zasílány výzvy s vyčíslením dlužného pojistného a s požadavkem na jeho úhradu, popř. s požadavkem doplnění chybějících údajů v registru pojištěnců. V  případech, kdy dlužné pojistné není uhrazeno, je vydán výkaz nedoplatků na dlužné pojistné a penále. V případě, kdy není pohledávka dobrovolně uhrazena, nastupuje shora uvedený proces exekučního vymáhání.

Při důsledné realizaci uvedených postupů lze očekávat pokračující proces zkvalitňování a odstraňování chybovosti v registru pojištěnců RBP, která vzniká především neplněním oznamovacích povinností dle zákona ze strany pojištěnců.

RBP se bude v roce 2014 řídit ve své činnosti zejména zákony č. 48/1997 Sb., v platném znění, a č. 592/1992 Sb., v platném znění. Obě tyto normy se ve svých ustanoveních vztahují ke kontrole výběru pojistného a penále a následnému vymáhání dlužných částek na veřejné zdravotní pojištění.

Nadále bude aplikován specifický způsob výpočtu vyměřovacího základu u zaměstnaných invalidních nebo částečně invalidních osob. Týká se pouze osob zaměstnaných u zaměstnavatele, který zaměstnává více než 50 % osob se zdravotním postižením z celkového průměrného přepočteného počtu svých zaměstnanců.

Pojišťovna bude využívat zpřesnění oznamovací povinnosti zaměstnavatelů, kdy zaměstnavatelé jsou navíc povinni sdělovat i trvalý pobyt svých zaměstnanců.

Pojišťovna bude ve stále větší míře vydávat výkazy nedoplatků ve smyslu ust. § 53 zákona č. 48/1997 Sb., v platném znění, v případě existence dlužného pojistného a penále, a to z důvodu procesně jednoduššího a účinnějšího postupu než v případech vedení správního řízení dle zákona č. 500/2004 Sb., v platném znění.

Evropská nařízení týkající se sociálního zabezpečení umožňují vymáhat případné nedoplatky na pojistném na veřejné zdravotní pojištění, souvisejícím penále a náhradách škody i v jiném členském státu EU a EHP s výjimkou Švýcarska. RBP bude předmětu činnosti Centra mezistátních úhrad k řešení pohledávek za těmito plátci pojistného využívat.

## 4.3 Čerpání, výdaje ZFZP

Výdaje, čili finanční prostředky odepsané z bankovních účtů ZFZP od 1. 1. do 31. 12. 2014, jsou plánovány v celkové výši **8.198.121 tis. Kč**. Největší položku z nich tvoří výdaje na věcné dávky zdravotní péče včetně úhrad souvisejících s limitem regulačních poplatků a doplatků ve výši **7.860.000 tis. Kč**. Bližší komentář k této rozhodující výdajové oblasti je předmětem subkapitoly 4.3.4.

Z předpisově účtovaných nákladů na zdravotní služby tvoří dohadná položka v roce 2013 částku 122.000 tis. Kč a v roce 2014 je tvořena ve výši 134.000 tis. Kč. Součástí dohadných položek je i záloha za očkovací látky. Na řádku A III. 1.2 je uvedeno saldo vzniklé porovnáním s dohadnou položkou z roku 2013 stornovanou v roce 2014. Tentýž postup byl uplatněn i v roce 2013.

Rezervní fond bude v souladu s platnou legislativou doplněn v roce 2014 částkou **2.934** **tis. Kč** ze ZFZP tak, aby společně s úroky na něj připsanými odpovídal zákonem stanovené výši.

Převod finančních prostředků na bankovní účet provozního fondu (resp. na vlastní činnost pojišťovny) je plánován ve výši **272.357 tis. Kč.** Propočet přídělu je podrobně popsán v kapitole 5.2.

Prostřednictvím ZFZP provádí RBP příděl do fondu prevence, jehož objem je plánován ve výši **50.500 tis. Kč.** Tvoří jej příjmy z pokut a penále (24.800 tis. Kč), přirážek k pojistnému (1.700 tis. Kč) a úroků vzniklých hospodařením se ZFZP (24.000 tis. Kč).

Výdaje za poskytnutou zdravotní péči fakturovanou tuzemskými PZS za cizince jsou plánovány ve výši **4.800 tis. Kč**, za paušální platby za pojištěnce RBP do ciziny kalkuluje pojišťovna s částkou **400 tis. Kč**.

Bankovní poplatky a poštovné související se ZFZP jsou plánovány ve výši **6.900 tis. Kč**.Do poštovného hrazeného ze ZFZP hodlá RBP zahrnout výdaje související s komunikací s PZS, pojištěnci a plátci pojistného, včetně doplatků.

V souladu s platnou legislativou plánuje pojišťovna výdaje spojené s vedením osobního účtu pojištěnce ve výši **200 tis. Kč**.

V souladu s vyhláškou č. 503/2002 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona č. 563/1991 Sb., o účetnictví, ve znění pozdějších předpisů, pro zdravotní pojišťovny, vytváří pojišťovna v ZFZP opravné položky k pojistnému, penále, pokutám, přirážkám k pojistnému a k náhradám škod.

RBP nepředpokládá v roce 2014 vznik titulu pro tvorbu rezerv.

### 4.3.1 Smluvní politika ve vztahu k PZS

#### Záměry vývoje smluvní politiky

Prvořadým úkolem smluvní politiky pojišťovny je zajištění kvalitních a dostupných zdravotních služeb pro všechny své klienty. K tomu zdravotní pojišťovna vytváří optimální síť PZS v souladu s potřebami pojištěnců. Při této činnosti a stabilizaci sítě PZS bude pojišťovna nadále úzce spolupracovat s krajskými úřady především Moravskoslezského, Olomouckého, Zlínského a Jihomoravského kraje.

Zdravotní pojišťovna bude i v roce 2014 pokračovat v rozšiřování sítě smluvních PZS v oblasti Mostecké pánve, zejména v okresech Most a Chomutov. Přes územní vzdálenost jsou však patrné mnohé shodné rysy portfolia klientely, především profesní příbuznost obyvatel při těžbě surovin, výrobě elektřiny, zaměstnanost obyvatel v chemickém průmyslu a stavebních odvětvích. Pojišťovna vychází z předpokladu, že její dlouhodobé zkušenosti jsou blízké a prospěšné rovněž obyvatelstvu této průmyslové oblasti. Zdravotní pojišťovna se bude v roce 2014 rovněž věnovat rozšiřování sítě smluvních PZS v Brně a jeho okolí.

RBP bude v roce 2014 dále dotvářet síť smluvních PZS zejména primární ambulantní péče, jejímž účelem je poskytování preventivní, diagnostické a léčebné péče v kraji Vysočina.

V rámci stabilizace a objektivizace sítě smluvních poskytovatelů lůžkové péče bude RBP v roce 2014 dále upravovat rozsah poskytovaných zdravotních služeb s jednotlivými poskytovateli takovým způsobem, aby vyhovoval požadavkům RBP na dostupné a kvalitní služby. Tyto úpravy se promítnou do úhrad za zdravotní služby prováděných nepostradatelnými poskytovateli.

RBP bude i nadále spolupracovat s ostatními zdravotními pojišťovnami, s orgány místních samospráv a odbornými lékařskými společnostmi.

V roce 2014 bude RBP i nadále zabezpečovat zajištění sítě smluvních PZS v oblastech ČR s minimálním počtem svých pojištěnců v souladu s nařízením vlády č. 307/2012 Sb., o místní a časové dostupnosti zdravotních služeb.

Stabilizaci a kultivaci sítě PZS pojišťovna chápe jako otevřený a dlouhodobý proces. Při uzavírání a rozšiřování smluvních vztahů v roce 2014 bude dbát na:

* zvyšování bezpečí pacienta,
* kvalitu poskytovaných zdravotních služeb,
* dostupnost poskytovaných zdravotních služeb.

S tím úzce souvisí i kontrola pasportizace jednotlivých PZS. Při těchto kontrolách bude nadále kladen důraz na odpovídající personální a přístrojové vybavení smluvních poskytovatelů zdravotních služeb. Důležitým měřítkem posuzování kvality poskytovaných zdravotních služeb jsou samotné výsledky léčebné činnosti, počty komplikací, reoperací apod. RBP bude v roce 2014 pokračovat v realizaci a sjednávání elektronické pasportizace smluvních ujednání cestou portálové aplikace.

Pro stabilizaci a další vývoj smluvních vztahů budou v roce 2014 určující tato kritéria:

* výsledky výběrových řízení. RBP je oprávněna uzavřít smlouvu o poskytování a úhradě zdravotních služeb s uchazečem pouze tehdy, bylo-li uzavření takové smlouvy ve výběrovém řízení doporučeno,
* před uzavřením nového smluvního vztahu bude prověřena pasportizace příslušného poskytovatele zdravotních služeb ve vztahu k jeho personální úrovni a přístrojovému vybavení,
* smluvní ujednání o úhradách zdravotních služeb budou respektovat výsledky dohodovacích řízení, platnou legislativu a závazné pokyny MZ a MF.

Pojišťovna bude i nadále aplikovat nařízení EUo poskytování a úhradě zdravotních služeb a podílet se na zajišťování činnosti CMÚ.

#### Zajištění dostupnosti zdravotních služeb hrazených z veřejného zdravotního pojištění v regionech působnosti

Současná síť smluvních PZS vyhovuje potřebám RBP jak z hlediska dostupnosti, tak i struktury poskytované péče. Pro klienty mimo hlavní zájmové regiony RBP jsou zdravotní služby smluvně zajištěny téměř ve všech nemocnicích ČR a v místech soustředění poskytovaných zdravotních služeb.

Uzavírání nových smluvních vztahů s ambulantními PZS bude probíhat v souladu s nařízením vlády č. 307/2012 Sb., o místní a časové dostupnosti zdravotních služeb, a zároveň bude respektovat nezbytnou potřebu zajištění dostupné odborné péče pro klienty pojišťovny v regionech, kde taková potřeba vznikne, např. v důsledku četnějších přesunů pojištěnců ke studiu ve vzdálenějších univerzitních městech a při migraci občanů související s vývojem trhu práce.

Vývoj ve sjednávání nových smluv v průběhu roku 2014 bude ovlivněn pokračujícími aktivitami pojišťovny v průmyslových oblastech Mostu, Chomutova a v kraji Vysočina. Zdravotní pojišťovna se v průběhu roku 2014 dále zaměří na dokončení rozšíření sítě smluvních poskytovatelů primárních a ambulantních specializovaných zdravotních služeb v Brně a okolí. RBP bude uzavírat nové smluvní vztahy v závislosti na potřebě zajistit dostupné a kvalitní zdravotní služby v souladu s nařízením vlády č. 307/2012 Sb. Dynamický nárůst počtu zamýšlených smluvních ujednání v segmentech primárních ambulantních zdravotních služeb zohledňuje záměr zdravotní pojišťovny rozšířit svoji stávající regionální působnost vybudováním sítě nových smluvních PZS v kraji Vysočina i s ohledem na zajištění místní dostupnosti zdravotních služeb. V souvislosti se záměrem RBP rozšířit stávající síť PZS zejména v ambulantní péči je plánován pro rok 2014 v oboru všeobecného praktického lékařství a praktického lékařství pro děti a dorost nárůst o 1,9 a 2,4 %, v segmentu specializovaných ambulantních služeb o 3,1 % a v segmentu stomatologických služeb o 2,7 %. V důsledku zajištění dostupnosti zdravotních služeb pro pojištěnce se předpokládá růstový vývoj počtu smluvních PZS v segmentech léčebně rehabilitačních služeb a diagnostických zdravotních služeb s nárůstem o 5,6 a 7,4 %.

Zajištění dostupnosti zdravotních služeb bude v roce 2014 ovlivněno nařízením vlády č. 307/2012 Sb., o místní a časové dostupnosti zdravotních služeb. Stanovené dojezdové doby vyjadřující místní dostupnost a lhůty vyjadřující dostupnost časovou determinují povinnost zdravotní pojišťovny zajistit takovou síť PZS, která svým pojištěncům umožní definovanou dosažitelnost plánovaných hrazených zdravotních služeb.

Pojišťovna bude i nadále podporovat rozšiřování sítě poskytovatelů ambulantních služeb včetně poskytování jednodenní péče v zařízeních specializovaných ambulantních služeb. Tento druh péče umožňuje pacientům doléčení v přirozeném domácím prostředí.

Rozsah sítě PZS, která plně pokryje kvalitní a dostupné zdravotní služby, bude pojišťovna posuzovat ve vztahu k optimální výši účelně vynaložených finančních prostředků z veřejného zdravotního pojištění.

Základním prvkem, který upravuje vzájemné vztahy se smluvními PZS, jsou smlouvy o poskytování a úhradě zdravotních služeb. Nedílnou součástí těchto smluv jsou cenová a platební ujednání. Dodržování dohodnutých lhůt splatnosti vůči smluvním PZS považuje pojišťovna za svou dlouhodobou a neměnnou prioritu. RBP bude usilovat o to, aby tato zásada byla dodržena i v roce 2014 a v následujících obdobích.

V opodstatněných případech bude pojišťovna posuzovat v reklamačním řízení požadavky na úpravy výše stanovených úhrad, případně doplatků souvisejících s vývojově významnými změnami objemu nebo struktury poskytovaných zdravotních služeb.

#### Síť smluvních PZS

Tvorbu účelné sítě poskytovatelů zdravotních služeb a uplatňování racionální smluvní politiky považuje pojišťovna za významný prvek zajištění dostupnosti zdravotních služeb v žádoucí struktuře.

Počet a strukturu smluv s poskytovateli zdravotních služeb charakterizuje následující tabulka:

#### Soustava smluvních PZS





Revírní bratrská pokladna, zdravotní pojišťovna je institucí s výrazným regionálním charakterem. V šesti okresech Moravskoslezského kraje tvoří klientela RBP 26,3 % z celkového počtu obyvatel. Ve vztahu k celkovému portfoliu pojištěnců RBP tvoří pojištěnci RBP z Moravskoslezského kraje 77 procentní podíl.

Mimo Moravskoslezský kraj má RBP významné zastoupení v okresech Kroměříž, kde klientela RBP činí 28,2 % z celkového počtu obyvatel, Vsetín s 19,5 % a Hodonín s 12,3 % klientely z celkového počtu obyvatel. V ostatních okresech a regionech České republiky je zastoupení RBP statisticky málo významné (3 a méně % ve vztahu k příslušnému počtu obyvatel regionu).

#### Regulační mechanismy a řešení závazko-pohledávkového vztahu k PZS

Uplatňování regulačních mechanismů v souvislosti s čerpáním nákladů na zdravotní služby pro rok 2014 je pokládáno za významnou podmínku hospodárného vynakládání finančních prostředků z veřejného zdravotního pojištění.

Účinnost zachycování chybného vykazování poskytovaných zdravotních služeb souvisí s kvalitou informačního systému pojišťovny. Aplikovaný systém RBP dokáže v tzv. prerevizi (systémová aplikace kontroly platných pravidel pro vykazování výkonů, pasportizace výkonů atd.) zachytit předem nesprávně vykazované dávky, které tvoří 1%z jejich celkového objemu. Nálezy RBP jsou ze strany poskytovatelů zdravotních služeb přijímány převážně jako oprávněné.

Tento kontrolní systém je neustále zkvalitňován a doplňován s ohledem na aktuální úpravy metodiky pro vykazování výkonů v rámci smluvních ujednání. Přínosem v této oblasti je i postupné rozšiřování elektronické komunikace prostřednictvím Portálu ZP.

### 4.3.2 Zdravotní politika

#### Hlavní úkoly zdravotní politiky

Pojišťovna bude zajišťovat úhrady zdravotních služeb podle platné právní úpravy veřejného zdravotního pojištění, a to v souladu s dikcí zákona č. 48/1997 Sb., v platném znění.

Nadále se počítá s výjimečným uplatněním úhrady zdravotních služeb jinak pojišťovnou nehrazené, je-li její poskytnutí z hlediska zdravotního stavu pojištěnce jedinou možností zachování nebo podstatného zlepšení životních funkcí.

Výše a rozsah úhrad zdravotních služeb se bude řídit platnými právními předpisy.

Celkové finanční objemy úhrad pro rok 2014 jsou uvedeny v tabulce č. 12 a v přepočtu na jednoho pojištěnce v tabulce č. 13. Komentář k finančnímu objemu úhrad je uveden v kapitole 4.3.4 tohoto zdravotně pojistného plánu.

RBP bude v roce 2014 nadále cíleně přistupovat k nákupu zdravotních služeb v rozhodujících regionálních nemocnicích. Při nákupu zdravotních služeb se pojišťovna zaměří zejména na předem plánované zdravotní služby. Důležitými parametry pro nákup zdravotních služeb u  příslušných poskytovatelů lůžkové péče budou kvalita poskytovaných zdravotních služeb, jejich nákladovost a bezpečí pacienta.

Pojišťovna se bude i nadále zaměřovat na plánování rozsahu zdravotních služeb poskytovaných ve specializovaných centrech včetně konkretizace spektra a nákladovosti léčivých přípravků. Od specializovaných center bude RBP požadovat zpětnou informaci o účelnosti poskytovaných zdravotních služeb. K naplnění záměrů v této oblasti bude pojišťovna nadále rozšiřovat spolupráci s odbornými lékařskými společnostmi.

V roce 2014 bude pojišťovna nadále v součinnosti se Státním ústavem pro kontrolu léčiv aktivním účastníkem řízení o stanovení cen, maximálních cen a úhrad z veřejného zdravotního pojištění pro léčivé přípravky a potraviny pro zvláštní lékařské účely.

RBP se bude nadále i v roce 2014 podílet na uzavírání smluv s výrobci léčivých přípravků o dohodnutých nejvyšších cenách (DNC) za účelem dosažení efektivnější alokace prostředků veřejného zdravotního pojištění a snížení dopadu do rozpočtu zdravotní pojišťovny v zájmu udržení stability rozpočtu veřejného zdravotního pojištění.

Pozornost bude rovněž věnována paliativní péči poskytované pojištěncům v terminálním stavu v jejich vlastním sociálním prostředí, případně v hospicích. S ohledem na přirozené stárnutí obyvatelstva se pojišťovna zaměří na úroveň poskytovaných zdravotních služeb v zařízeních následné lůžkové péče pro seniory a rovněž domácí zdravotní služby v zájmu optimálního využití efektu léčby ve vlastním sociálním prostředí.

#### Předpokládané způsoby a výše úhrad zdravotních služeb v jednotlivých segmentech

V souladu s dosavadní praxí bude úhrada zdravotních služeb **v oboru všeobecné praktické lékařství a praktické lékařství pro děti a dorost** hrazena kombinovaným kapitačně výkonovým způsobem. U malých praxí, které nedosahují průměrného počtu registrovaných pojištěnců, bude v odůvodněných případech uplatňováno dorovnání kapitace.

V segmentu **specializovaných ambulantních služeb** bude uplatněn výkonový způsob úhrady podle Seznamu zdravotních výkonů pro jednotlivé odbornosti do vypočteného objemu s degresí úhrady nad vypočtený objem. V roce 2014 lze rovněž předpokládat realizaci úhrad formou individuálně smluvně sjednané složky za plánované ambulantní operační výkony.

V segmentu **gynekologických služeb** bude rovněž uplatněn výkonový způsob úhrady podle Seznamu zdravotních výkonů s uplatněním parametru nákladovosti na jednoho pacienta včetně systému bonifikací pro jednotlivé poskytovatele zdravotních služeb. V tomto segmentu lze v roce 2014 rovněž předpokládat úhrady formou individuálně smluvně sjednané složky za preventivní zdravotní služby, za plánované ambulantní operační výkony a za péči o těhotné pojištěnky.

V segmentech **diagnostické zdravotní služby, rehabilitační služby a domácí zdravotní služby** bude realizován výkonový způsob úhrady podle Seznamu zdravotních výkonůdo vypočteného objemu s uplatněním degresní úhrady nad vypočtený objem poskytované péče.

V případě **zdravotnické záchranné služby** a **přepravy** bude úhrada prováděna výkonovým způsobem podle Seznamu zdravotních výkonů, v segmentu přepravní zdravotní služby do vypočteného objemu s degresí úhrady nad tento vypočtený objem.

V segmentu **stomatologické služby** budou úhrady realizovány v souladu s vyhláškou o rámcových smlouvách, resp. dalšími platnými právními přepisy a individuálními smluvními ujednáními.

**Akutní lůžková péče** bude hrazena výkonovým způsobem úhrady, úhradou s využitím systému DRG v kombinaci s cíleně prováděným nákupem zdravotních služeb a individuálním stanovením úhrad léčivých přípravků pro specializovaná centra v rozhodujících regionálních nemocnicích nebo paušálním způsobem úhrady s možností individuálního nákupu zdravotní péče. Navýšení úhrady v tomto segmentu je vůči referenčnímu období roku 2012 plánováno v hodnotě 111,1 % v celkovém objemu a v přepočtu na 1 pojištěnce v hodnotě 108,1 %.

**V následné lůžkové péči** (OLÚ, LDN, OSL a v zařízeních hospicového typu) bude pojišťovna uplatňovat úhrady zdravotních služeb výkonovým způsobem podle Seznamu zdravotních výkonů nebo formou paušální úhrady za jeden den hospitalizace, přičemž není vyloučena možnost dohodnout i jiný způsob úhrady.

**Zvláštní ambulantní služba** poskytovaná podle zákona č. 48/1997 Sb., v platném znění, bude hrazena výkonovým způsobem podle Seznamu zdravotních výkonů.

**Lázeňská léčebně rehabilitační péče** bude nadále hrazena podle konkrétních smluvních ujednání s jednotlivými poskytovateli této péče za lázeňské procedury a pobytové dny.

Jednotlivé způsoby úhrad ve všech segmentech zdravotních služeb budou sjednány na období celého roku 2014.

Ve všech segmentech poskytovatelů zdravotních služeb budou uplatněny v souladu s platnými právními předpisy regulační mechanismy.

#### Regulační poplatky a doplatky za léčivé přípravky a potraviny pro zvláštní lékařské účely

Revírní bratrská pokladna, zdravotní pojišťovna bude v roce 2014 postupovat při aplikaci vlivu regulačních poplatků a doplatků za léčiva v souladu se zákonem č. 48/1997 Sb., v platném znění.

Predikce jejich vývoje a s tím spojených finančních dopadů pro pojišťovnu je uvedena v následující tabulce:



V návaznosti na rozhodnutí Ústavního soudu se předpokládá legislativní změna regulačního poplatku za pobyt v nemocnici v roce 2014 ze 100 Kč na 60 Kč a s určitým dalším omezením pro jeho uplatnění v roce 2014.

V roce 2014 se předpokládají další úpravy cen léčiv a změny spektra. Při znalosti těchto predikovaných změn se předpokládá obdobný vývoj úhrad nadlimitních částek pojištěncům jako v roce 2013.

#### Regulační omezení objemu poskytnutých zdravotních služeb hrazených z veřejného zdravotního pojištění dle zákona č. 48/1997 Sb., v platném znění

K regulování a omezování objemu úhrad za poskytované zdravotní služby přistoupí Revírní bratrská pokladna výhradně v rámci legislativních pravidel vycházejících ze zákona č. 48/1997 Sb., v platném znění, z legislativních norem, vyhlášek Ministerstva zdravotnictví a závazné soudní judikatury.

Každému takovému rozhodnutí pojišťovny bude předcházet objektivizace aktuálních dat a důsledné analytické vyhodnocení příslušného opatření.

Pojišťovna bude dbát zejména na:

* zakotvení regulačních mechanismů preskripce léčiv, zdravotnických prostředků a indukovaných zdravotních služeb u ambulantních poskytovatelů zdravotních služeb a preskripce léčiv a zdravotnických prostředků u poskytovatelů lůžkové péče do smluvních ujednání v rozsahu závazných opatření vyplývajících z příslušných prováděcích předpisů,
* cílevědomou smluvní politiku vycházející z výsledků výběrových řízení a ze zajištění dostupných a kvalitních zdravotních služeb pro pojištěnce RBP,
* zajištění sítě poskytovatelů zdravotních služeb, která umožní pojištěncům RBP definovanou dosažitelnost péče v souladu s nařízením vlády č. 307/2012 Sb.,
* spolupráci se „zakladatelskými“ subjekty a lékaři poskytovateli v oboru všeobecného praktického lékařství v oblasti prevence zdravotních rizik.

### 4.3.3 Revizní a kontrolní činnost

Revizní činnost budou zajišťovat především tým revizních lékařů a další odborní pracovníci pojišťovny.

RBP bude uplatňovat následující kontrolní opatření:

* posuzování vykázaných výkonů v souladu s oprávněním poskytovatele zdravotních služeb pro poskytování zdravotních služeb v rámci schválené pasportizace, která je součástí smluvního ujednání,
* čtvrtletní plánování a vyhodnocování revizní činnosti se zaměřením na fyzické revize poskytovatelů zdravotních služeb, kteří vykazují neúměrně vysokou úroveň nákladnosti nebo nesrovnalosti v účtování zdravotních služeb, resp. vykazují výrazný nárůst indukované péče,
* posuzování úhrady při poskytnutí neodkladné péče u nesmluvních poskytovatelů zdravotních služeb ve smyslu § 17 odst. 1 zákona č. 48/1997 Sb., v platném znění,
* vymezení konkrétních zdravotních indikací pro přijetí na lůžka následné péče s cílem specifikovat úhradu zdravotních služeb při hospitalizaci, která není nutná ze zdravotních důvodů,
* průběžné posuzování nesprávné nebo neúčelné preskripce léčiv a zdravotnických prostředků v návaznosti na stanovené diagnózy,
* posuzování úrovně a kvality zdravotních služeb u poskytovatelů zdravotních služeb revizními lékaři pojišťovny s využitím doporučených standardů zdravotních služeb a vyvozováním závěrů ze smluvních vztahů,
* využívání individuálních účtů klientů k ověřování rozsahu poskytnutých zdravotních služeb tam, kde je podezření z neuskutečněných, avšak vykázaných zdravotních výkonů,
* využívání programu administrace personálního a technického vybavení k posuzování pasportizace poskytovatelů zdravotních služeb,
* odborné posuzování žádanek o schválení úhrady z hlediska jejich medicínské přiměřenosti,
* kontrola oprávněnosti indikací přepravy sanitním vozidlem bez doprovodu nebo s doprovodem v návaznosti na zdravotní stav pacienta uvedený v dokumentaci indikujícího lékaře,
* kontrola ujetých kilometrů vykázaných pojišťovně v souladu s SW Kilometrovníkem,
* komisionální posuzování návrhů lázeňské léčebné rehabilitační péče a zdravotnických prostředků s cílem objektivizovat jejich poskytování,
* využívání repase nákladnějších zdravotnických prostředků evidovaných pojišťovnou pro účely jejich dalšího použití,
* posuzování požadavků klientů RBP na zdravotní služby poskytované v zahraničí, které nelze zabezpečit v ČR.

### 4.3.4 Struktura nákladů na zdravotní služby v členění podle jednotlivých segmentů

Tabulky č. 12 a 13 ZPP vyjadřují celkové nákladové položky podle segmentů zdravotních služeb v roce 2014 a také náklady v přepočtu na 1 pojištěnce. Uvedené hodnoty vyjadřují zároveň základní dohodovací prostor RBP pro jednání s poskytovateli zdravotních služeb o úhradách a jejich promítnutí do smluvní praxe.

V souladu s metodikou pro zpracování zdravotně pojistných plánů zdravotních pojišťoven na rok 2014 vytvořila RBP v roce 2013 a 2014 u některých segmentů v nákladech na zdravotní služby dohadné položky, tj. provedla odhad vyčíslení výše doplatků poskytovatelům zdravotních služeb. V roce 2013 činí celková výše dohadné položky včetně dohadné položky za očkovací látky 122.000 tis. Kč, v roce 2014 částku **134.000 tis. Kč**. V jednotlivých položkách se jedná o následující členění:



#### Struktura nákladů na zdravotní služby podle jednotlivých segmentů





#### Struktura nákladů na zdravotní služby podle jednotlivých segmentů v přepočtu na 1 pojištěnce





Z uvedených hodnot vyplývá, že meziroční index nárůstu objemu plánovaných úhrad za poskytnuté zdravotní služby hrazené ze ZFZP činí v průměru **103,5 %**. V přepočtu na jednoho pojištěnce činí tento index **101,2 %**.

V jednotlivých segmentech zdravotních služeb se pro rok 2014 plánuje vývoj popsaný v následujícím komentáři s tím, že pojišťovna bude důsledně dbát na vyváženost příjmů a výdajů na zdravotní služby.

Dynamika jednotlivých výdajových objemů se bude odvíjet z následujících předpokladů:

* z očekávaných legislativních úprav systému veřejného zdravotního pojištění,
* z obecné regulace způsobu a výše úhrad zdravotních služeb, ze stanovených cen, případně limitací,
* z podmínek pro nákup zdravotních služeb,
* z míry možného ovlivňování nákladů jednotlivých segmentů zdravotních služeb regulačními opatřeními pojišťovny,
* ze systémové aplikace pojišťovnou přijatých pravidel pro kontrolu poskytování úhrad zdravotních služeb.

Tyto předpoklady budou limitovat možnosti ovlivňování výdajů podle **tempa růstu příjmů** z veřejného zdravotního pojištění.

#### Plánovaný vývoj v jednotlivých segmentech zdravotních služeb

Péče praktických lékařů

Hmotná zainteresovanost lékařů prvního kontaktu na efektivním vynakládání finančních prostředků se promítá na jedné straně do nárůstu úhrad na úrovni ambulantní péče jako celku, na druhé straně by měla přinést efekty v oblasti indukované péče, preskripce léčiv a zdravotnických prostředků. Predikce nákladů v tomto segmentu na rok 2014 odráží mimo jiné i úsilí o stabilizaci portfolia klientely a sítě smluvních poskytovatelů zdravotních služeb v průmyslové oblasti Mostecka, Chomutovska, Teplicka, předpoklad dalšího nárůstu klientely v Brně a okolí a v kraji Vysočina.

Zvyšování kvality poskytovaných zdravotních služeb praktickými lékaři, zejména její preventivní složky, považuje pojišťovna nadále za klíčovou oblast pro potenciální úspory systému jako celku.

V tomto smyslu budou dále rozvíjeny programy podpory zdraví a řízení nákladů na zdravotní služby.

V ocenění činností sjednaných v rámci Programu 90 se v roce 2014 zohledňuje vyšší náročnost péče o klienty v ekologicky zatížených regionech ČR. Jde o dopady znečištěného ovzduší v těchto regionech na zdraví populace s cílem včas odhalit nežádoucí změny v lidském organismu.

Zvláštní pozornost je věnována rovněž motivaci praktických lékařů k výchově dostatečného počtu poskytovatelů této odbornosti pro další období.

Z uvedených důvodů se dynamika nárůstu úhrad plánuje s ohledem na skutečnost, že se jedná o prorůstový segment zdravotních služeb.

Stomatologická péče

Meziroční dynamika úhrad se předpokládá mírně pod úrovní ostatních segmentů ambulantní péče. Objem úhrad je výsledkem snahy o zajištění odpovídajícího spektra preventivní i léčebné péče pojištěncům RBP.

Ostatní ambulantní péče

Meziroční dynamika úhrad se předpokládá na úrovni dynamiky nákladů na celkovou ambulantní péči. Predikovaný nárůst úhrady pro gynekologickou péči je důsledkem relativně rychle se rozvíjejícího specifického oboru lékařské péče. V segmentu ambulantní specializované péče se dlouhodobě projevují investice zejména soukromých poskytovatelů zdravotnických služeb do nové a moderní výkonné přístrojové a diagnostické techniky, se kterou souvisí zvyšování erudice lékařů a ostatního personálu, nové výkony, činnost center specializované péče včetně poskytovaných specializovaných léčivých přípravků a v neposlední řadě i zvýšená kvalita a komplexnost péče o klienty pojišťovny.

V ambulantní péči jsou dlouhodobě uplatňovány regulační nástroje, které by měly garantovat optimální výši úhrad. Regulace preskripce, indukované péče a limitace celkových nákladů se v praxi jeví jako stabilizující nástroj řízení úhrad za poskytované zdravotní služby. Pojišťovna bude nadále věnovat pozornost optimalizaci nákladů na indukovanou péči ze strany ambulantních specialistů, zejména pro segmenty rehabilitace, přepravy a komplementu, kde trend nárůstu nákladů je dlouhodobý, a preskripci léčivých přípravků uvedených poskytovatelů zdravotních služeb.

Lůžková péče

Dynamika nárůstu úhrad v segmentu lůžkové péče reflektuje předpokládanou tendenci nárůstu nákladů v tomto segmentu. RBP respektuje segment lůžkové péče jako podílově největšího poskytovatele zdravotních služeb z hlediska finanční náročnosti.

Plánovaný vývoj se týká především nemocnic. Obecně lze konstatovat, že realizace úhrad prostřednictvím klasifikačního systému DRG odráží úroveň přístupu jednotlivých poskytovatelů lůžkové péče k poskytování zdravotních služeb. Hlavními ambicemi systému plateb za diagnózu jsou vyšší efektivita, možné úspory finančních prostředků z veřejného zdravotního pojištění a lepší sledování kvality zdravotních služeb. Pojišťovna bude rovněž v roce 2014 vycházet ze zkušeností z nákupu zdravotních služeb. Pozitivní poznatky budou uplatněny a případně rozšířeny o nové výkony u dalších smluvních poskytovatelů zdravotních služeb. Praxe si nadále vyžaduje průběžně hodnotit strukturu nákladů poskytovatelů zdravotních služeb ve vztahu k poskytování léčiv ve specializovaných centrech, preskripci léčivých přípravků, spotřebu zdravotnického materiálu a využívání komplementárních služeb.

Současně bude probíhat postupné přizpůsobování pojišťovny změnám ve struktuře a způsobu úhrad v závislosti na kvalitě poskytovaných služeb a v návaznosti na finanční nákladovost rozhodujících nemocnic. Pojišťovna bude při stanovování úhrad přihlížet k objektivní struktuře lůžkového fondu a podílu jednotlivých poskytovatelů zdravotních služeb na možných objektivních změnách lůžkového fondu.

Pozornost pojišťovny bude zaměřena zejména na:

* centralizaci a specializaci poskytovatelů akutní lůžkové péče,
* využívání systému DRG pro objektivizaci nákladů a pro růst kvality zdravotních služeb,
* smluvní rozšíření nákupu zdravotních služeb,
* efektivní poskytování a úhradu léčivých přípravků předepisovaných specializovanými centry podle zvláštní smlouvy,
* zdravotní výkony jednodenní péče.

V roce 2014 bude pojišťovna pokračovat v úhradách ošetřovatelské a rehabilitační péče poskytovatelům sociálních služeb a lůžkové péče osobám, které jsou v nich umístěné z jiných než zdravotních důvodů.

I v segmentu lůžkové péče se projevuje nárůst úhrad v důsledku pořizování nové vysoce nákladné přístrojové a diagnostické techniky, zejména v odbornosti radiodiagnostiky.

Lázeňská a ozdravenská péče

V očekávaném vývoji se vedle vlivů vyplývajících z cenových ujednání promítají vlivy změn struktury portfolia pojištěnců i záměr poskytovat uvedený druh léčebné péče v rozsahu, který sleduje opodstatněné potřeby klientely pojišťovny. V důsledku novelizace tzv. Indikačního seznamu lze v roce 2014 předpokládat po výrazném poklesu nákladů na lázeňskou léčebně rehabilitační péči v roce 2013 postupný nárůst objemu nákladů na tuto péči. Z tohoto důvodu jsou náklady na lázeňskou péči plánovány nad úrovní ostatních segmentů, náklady na ozdravenskou péči jsou plánovány na úrovni odpovídající očekávanému vývoji.

Přeprava, zdravotnická záchranná služba a LSPP

Dynamika růstu nákladů v segmentu přepravní zdravotní služby se předpokládá pod úrovní celkových nákladů na zdravotní služby. ZZS poskytuje akutní zdravotní služby. RBP si je vědoma jedinečnosti této poskytované služby v rámci své působnosti v průmyslových aglomeracích a této skutečnosti bude podřizovat i systém úhrad za poskytované zdravotní služby.

Náklady na recepty

Očekávaný vývoj vychází především z predikce cenových a daňových vlivů a současně i z regulačních opatření. RBP bude v roce 2014 pokračovat v souladu s právní úpravou a smluvními ujednáními v uplatňování regulačních opatření preskripce léčiv s vědomím, že vliv na tuto oblast má pouze nepřímý.

Do uvedeného vývoje se do značné míry promítnou náklady na léčivé přípravky a potraviny pro zvláštní lékařské účely ve skupinách určených převážně pro léčbu ve specializovaných centrech, rozšiřování spektra jednotlivých skupin léčiv a inovativní léčivé přípravky.

Zdravotnické prostředky vydávané na poukazy

Očekávaný vývoj vychází především z predikce cenových, daňových a regulačních vlivů a rostoucích požadavků klientely na úhradu nákladnějších zdravotnických prostředků. Přesto má RBP ambici respektovat nejen prvotní vybavení pojištěnců zdravotnickými prostředky, ale i obměnu prostředků a přístrojů, kterým končí doba životnosti. Vývoj nákladů na zdravotnické prostředky je predikován nad úrovní celkových nákladů pojišťovny na zdravotní služby.

V této oblasti se nejvíce projevuje urychlování inovačního, vývojového a výrobního cyklu s následným navyšováním cen zdravotnických prostředků.

Náklady na očkovací látky

V souladu se zákonem č. 48/1997 Sb., v platném znění, budou v roce 2014 hrazeny výdaje na očkovací látky pro:

* pravidelná očkování podle antigenního složení stanoveného Ministerstvem zdravotnictví podle zákona o ochraně veřejného zdraví

a proti:

* vzteklině,
* tetanu při poraněních a nehojících se ranách,
* tuberkulóze u pojištěnců, kteří splňují indikace k očkování stanovené právním předpisem upravujícím očkování proti infekčním nemocem,
* chřipce u pojištěnce nad 65 let věku a u pojištěnců dalších specifikovaných kategorií,
* pneumokokovým infekcím,
* lidskému papilomaviru pro dívky od 13. do 14. roku věku.

Predikce nárůstu nákladů na očkovací látky pro pravidelná očkování je mírně pod úrovní celkových nákladů. Vzhledem ke krátkosti období úhrady z veřejného zdravotního pojištění nejsou prozatím k dispozici verifikované údaje.

Léčení v zahraničí

Tato oblast zahrnuje jednak úhrady nutných a neodkladných zdravotních služeb poskytovaných v cizině, jednak náklady na léčení v zahraničí hrazené na základě uzavřených mezinárodních smluv. Jde o rámcový kvalifikovaný odhad, protože se jedná zpravidla o individuální případy řešené podle akutní potřeby, přičemž prozatím nejsou k dispozici časové řady relevantních statistických dat.

V souvislosti s liberalizací přeshraniční péče v EU lze i nadále očekávat stoupající nárůst nákladů za poskytované zdravotní služby. Pojišťovna je povinna uhradit prostřednictvím CMÚ zdravotní služby poskytnuté pojištěncům v jiném členském státě EU, a to zpravidla v cenách platných v místě poskytnutí těchto služeb.

Regulace nákladů na zdravotní služby

Pojišťovna bude v jednotlivých segmentech zdravotních služeb uplatňovat regulační opatření, stanovená platnými právními předpisy a sjednaná v individuálních ujednáních, rovněž v závislosti na kvalitě poskytovaných zdravotních služeb a jejich dostupnosti.

# 5. Ostatní fondy

## 5.1 Zdravotní služby hrazené z fondu prevence



Plánované náklady na zdravotní péči hrazenou z **fondu prevence** na rok 2014 respektují ustanovení § 16 odst. 4 písm. b) zákona č. 280/1992 Sb., v platném znění.

Koncepce těchto aktivit je determinována především charakterem pojišťovny působící převážně ve vysoce ekologicky zatíženém regionu a potřebou prevence rizik spojených se zaměstnáním klientely v „zakladatelských“ subjektech, především v hornictví.

#### Preventivní programy

Rekondiční péče rizikových skupin

Rekondiční péče je cílená, specificky organizovaná léčebná rehabilitační péče zaměřená na intenzivní regeneraci fyziologického fondu specifického okruhu pojištěnců, zejména:

* postižených závažnými úrazy,
* po závažných onemocněních souvisejících s výkonem práce,
* vystavených působení rizikových faktorů pracovního prostředí zapříčiňujících nemoci z povolání a jiná poškození zdraví (jedná se např. o stálá pracoviště v podzemí, v koksochemické výrobě, v těžkých strojírenských provozech jako jsou kovárny, lisovny apod.),
* pracovníků s vysokou psychosomatickou zátěží.

Výběr účastníků a rozsah poskytované zdravotní péče podléhají indikaci lékaře závodní preventivní péče, příp. odborného lékaře a kontrole revizního lékaře pojišťovny.

Na úhradě rekondiční péče (ambulantní i pobytové) se podílí zaměstnavatelská organizace pojištěnce RBP.

Potřebu realizace této formy prevence zvýrazňuje skutečnost, že moravskoslezský region vykazuje nejvyšší podíl počtu hlášených nemocí z povolání v celé ČR, přičemž nejvyšší výskyt je právě v hornictví.

Prevence vitaminózní fortifikací

Program spočívá v podávání a úhradě vitaminových preparátů (doplňků stravy) vybraným pracovníkům rizikových pracovišť a těhotným ženám, všem pojištěncům RBP od 3 let věku v příspěvku na nákup vitamínů v lékárnách.

Prevence u dárců krve a kostní dřeně

Prevence u dárců krve je cílená, specificky organizovaná péče, zaměřená na regeneraci fyziologického fondu bezpříspěvkových dárců krve formou, která přispěje k jejich lepší kondici nebo ke zlepšení zdravotního stavu buď úhradou vitamínových přípravků do výše 500,-, 1.000,-, 1.500,- nebo 3.000,- Kč za kalendářní rok, podle množství odběrů nebo příspěvkem na vybrané aktivity (očkování a ošetření nehrazené z veřejného zdravotního pojištění, apod.). Současně dárci obdrží po odběru krve nebo plazmy na náklady RBP vitamínový preparát.

U dárců kostní dřeně je prevence zaměřena na období po odběru, obdobně jako u dárců krve příspěvkem na stejné aktivity do výše 3.000 Kč.

Ortodontická prevence u dětí a dorostu

Ortoanomálie u dětí a mládeže do 18 let jsou velmi rozšířené. Anomálie dentální, čelistní a mezičelistní způsobují poruchy při přijímání potravy, zhoršují vývoj řeči, zvyšují riziko vzniku zubního kazu a parodontologických chorob. Pro tyto choroby je typické, že jejich převážnou většinu lze odstranit pouze u dětí a dorostu. Cílem této prevence je včasná ortodontická léčba, která zlepší stav ortofaciální soustavy a předchází snížení její výkonnosti v dospělosti. Proto pojišťovna hodlá nadále přispívat zejména na úhradu materiálu fixních a snímatelných aparátků. RBP rovněž bude přispívat na nákup léčiv na fluoridaci zubů u mladších dětí a na ošetření chrupu dentální hygienistkou u starších dětí a dospělých.

Podpora preventivního očkování nehrazeného ze zdravotního pojištění

Cílem této prevence je zvýšit celkovou odolnost organizmu pojištěnců před nebezpečnými onemocněními. Pojišťovna bude přispívat klientům na všechna preventivní očkování, která jsou nehrazená ze zdravotního pojištění, a to do celkové stanovené výše, dle jejich vlastního výběru a v souladu s platnými SPC očkovacích látek. Využívání jednotlivý typů očkování bude nadále sledováno.

Pojišťovna se bude podílet na podpoře:

* **prevence klíšťové encefalitidy a hepatitidy**

Onemocnění klíšťovou encefalitidou a hepatitidou typu A a B může způsobit těžké poškození zdraví jedinců. Rizika infekce virové encefalitidy a hepatitidy A i B mohou mít pro jednotlivce trvalé následky.

* **prevence proti meningokokové infekci**

Meningokoková infekce je invazivní typ nákazy, kterou vyvolává několik typů bakterií – meningokoků. Jedná se o vážné onemocnění s velmi rychlým průběhem. Očkování se provádí proti meningokoku typu A a C a je určeno především dětem a mladistvým.

* **prevence proti planým neštovicím a pásovému oparu (Varicellazoster virus)**

Vysoká nakažlivost Varicellazoster viru každoročně způsobí enormní výskyt planých neštovic, které převažují u dětí do 10 let. Rekurentní infekce vede ke vzniku pásového oparu. Často může dojít ke vzniku sekundární bakteriální infekce, které mohou vést ke vzniku růže, otravě krve, zánětlivému onemocnění ledvin a vzácně až kožní gangréně. K závažným komplikacím patří zápal plic a zánět mozkových blan. Tomuto onemocnění lze účinně zabránit preventivním očkováním.

* **prevence proti spalničkám, zarděnkám a příušnicím**

Jedná se o purifikovanou očkovací látku, účinnou proti spalničkám, zarděnkám a příušnicím, u které je popisován snížený výskyt nežádoucích účinků, zvlášť ceněný u dětí s recidivujícími infekcemi dýchacích cest a celkově oslabených dětí se sníženou imunitou. Zároveň je uváděna vyšší účinnost v tvorbě protilátek.

* **prevence proti pneumokokové infekci**

Pneumokoková infekce postihuje nejčastěji děti ve věku od 2 měsíců do 5 let, ale i starší děti do 17 let. Nebezpečná je i u starších osob nad 50 let. Způsobuje zejména zánět mozkových blan, zápal plic, celkovou infekci organizmu nebo zánět středního ucha. Právě u starších osob napadení touto infekcí jim může přivodit trvalé následky nebo dokonce smrt.

* **prevence proti chřipce**

Podpora očkování proti chřipce těm skupinám pojištěnců, kteří nesplňují podmínky dle platné legislativy, neboť v ČR se proti chřipce očkuje jen cca 5 % obyvatel, zatímco ve vyspělých zemích je proočkovanou násobně vyšší. Přitom očkování proti chřipce snižuje u zdravých dospělých riziko nákazy až o 90 %.

* **prevence proti černému kašli, záškrtu a tetanu**

V současné době dochází celosvětově k nárůstu počtu hlášených případů černého kašle, výjimkou není ani ČR. Očkování chrání děti i dospělé před infekčními onemocněními, a to černým kašlem, záškrtem a tetanem. V dospělosti slouží k očkování kombinované vakcíny proti černému kašli, tetanu a záškrtu.

* **prevence proti rotavirům a TBC**

Očkování proti rotavirům chrání proti těžkému průběhu průjmových onemocnění a hospitalizaci z důvodu rotavirové infekce, která je nejčastější příčinou hospitalizací malých dětí s infekčními průjmy.

Plošné očkování proti TBC bylo v ČR během roku 2010 legislativně nahrazeno očkováním selektivním, a to u rizikových novorozenců.

* **prevence pro cestovatele (proti břišnímu tyfu, choleře, vzteklině a žluté zimnici)**

Očkování pro cestovatele je důležité pro ochranu před infekčními onemocněními při návštěvách a pobytu v rizikových oblastech. Náklady na očkování jsou podstatně nižší než náklady na léčení případných infekcí.

Onkologické preventivní programy

Základem programu je preventivní péče orientovaná na včasný záchyt zhoubných nádorových onemocnění. V rámci programu pojišťovna motivuje své klienty k absolvování preventivních screeningových vyšetření, která jsou hrazena z veřejného zdravotního pojištění. Pojišťovna však rovněž poskytuje z fondu prevence příspěvek na úhradu vybraných preventivních prohlídek klientům, kteří s ohledem na svůj věk ještě nemají, dle platné legislativy, nárok na jejich úhradu.

S ohledem na stále rostoucí výskyt onkologických nemocí bude RBP nadále uskutečňovat tyto onkologické preventivní programy: mamografický screening, screening karcinomu čípku hrdla děložního, screening karcinomu tlustého střeva, preventivní vyšetření prostaty a očkování proti lidskému papilomaviru u dívek a žen (prevence proti rakovině děložního čípku) a chlapců (prevence proti genitálním bradavicím). V rámci těchto programů přispívá RBP na preventivní očkování proti lidskému papilomaviru.

Léčebné pobyty dětí

Preventivní péče formou léčebných pobytů spočívá v účasti dětí ohrožených nepříznivým životním prostředím na organizovaných pobytech v přímořském nebo horském prostředí. Zdravotními indikacemi jsou diagnózy následujících chronických onemocnění:

* recidivující katary horních cest dýchacích s oslabenou odolností,
* alergické rýmy prokázané odborným vyšetřením,
* bronchitis recidivans,
* sinobronchitis,
* dermorespirační syndrom,
* chronické a recidivující ekzémy včetně atopického,
* chronické dermatózy.

V rámci tohoto programu hodlá pojišťovna vyhledávat děti prostřednictvím praktických lékařů pro děti a dorost s oslabenou imunitou pro ozdravné pobyty v dětských léčebnách a ozdravovnách, které jsou hrazeny v rámci ZFZP.

Výběr účastníků léčebných pobytů se provádí na základě indikace odborného lékaře pro děti a dorost ve věkové kategorii 8 – 14 let. Na úhradě léčebných pobytů se podílí podle schválených zásad rodiče dětí – pojištěnců RBP.

Klimatická léčba ve svém důsledku vede nejen ke zlepšení zdravotního stavu, ale i k ekonomickému efektu, úsporám drahých léků (snížení dávky, případně vysazení léků vůbec), menšímu množství nákladné hospitalizace a hlavně minimalizaci intenzívní, případně resuscitační péče.

Pojišťovna bude rovněž přispívat dětem na tuzemské ozdravné pobyty organizované zařízeními předškolní a školní výchovy.

Ostatní preventivní programy

V ostatních preventivních programech se bude pojišťovna podílet na:

* částečné úhradě kurzů psychoprofylaxe, tj. přípravy žen k porodu a kurzů plavání kojenců jako metody účinného posilování imunitního systému dětí,
* podpoře formou příspěvku na epidurální analgezii při porodu,
* příspěvku na provedení ultrazvukového vyšetření v 1. trimestru,
* podpoře přítomnosti otce u porodu,
* podpoře organizovaných kurzů plavání u dětí předškolní výchovy a dětí na prvním stupni základních škol a na podpoře finančním příspěvkem z ceny permanentky na pravidelné plavání,
* podpoře absolvování odborných kursů proti obezitě,
* prevenci osteoporózy a negativních menopauzálních stavů u žen,
* úhradě příspěvku pojištěncům s diagnózou celiakie na nákup potravin,
* prevenci vyšetření pigmentových změn kůže u pojištěnců od 7 let,
* prevenci kardiovaskulárních a nádorových onemocnění,
* podpoře genetických vyšetření,
* podpoře digitálního vyšetření zrakového nervu,
* laserové oční terapii,
* příspěvku na kontaktní čočky u pojištěnců nad 15 let,
* příspěvku na nákup fixačních a čistících prostředků pro celkové zubní náhrady,
* zvýšené informovanosti a osvětě o zdravotní prevenci,
* podpoře dodržování frekvence preventivních prohlídek u praktického lékaře, u stomatologa a gynekologa,
* distribuci výukového DVD pojištěncům při dovršení 50 let věku s cílem zvýšit obecnou povědomost a úroveň znalostí rizikové skupiny ohrožené vznikem rakoviny tlustého střeva a konečníku,
* distribuci výukového DVD „První pomoc dětem“, rodičům dětí ve věku do 7 let,
* podpoře formou příspěvku na produkty v oblasti telemedicíny, zaměřené na boj s civilizačními chorobami – vysokým krevním tlakem, cukrovkou a obezitou.

Program 90

V roce 2014 bude pokračovat realizace Programu 90, jehož realizace byla zahájena již v roce 2002. Cílem P90 je soustavnou a komplexní zdravotně preventivní péčí a vybranými nástroji podpory zdraví přispívat k dlouhému a plnohodnotnému životu pojištěnců. P90 je uskutečňován prostřednictvím intenzivní spolupráce s praktickými lékaři v oblasti zdravotní prevence, motivace pojištěnce ke zdravému životnímu stylu a zdravotní osvěty. Pojišťovna v rámci P90 podporuje zejména realizaci řádných preventivních prohlídek, a to jak u praktických lékařů, tak v oblasti stomatologické a gynekologické péče. Od roku 2012 účastníci programu mohou čerpat motivační bonusový příspěvek Zdraví 90 zaměřený na podporu zdraví, který je poskytován klientům na základě splnění kritérií souvisejících s jejich aktivní účastí na zdravotní prevenci a se zdravým životním stylem.

Program Zdravý podnik

Cílem programu je vedle pozitivního ovlivnění zdravotního stavu pojištěnců také pozitivní ovlivnění vzájemných vztahů klíčových subjektů na trhu zdravotního pojištění (zaměstnavatele, zaměstnance a zdravotní pojišťovny). Cíle programu jsou přitom naplňovány zejména podporou zájmu pojištěnců o aktivity zdravého životního stylu a o zdravotní prevenci. Realizace programu bude v doposud aplikované struktuře pokračovat i v roce 2014, a to především ve spolupráci se „zakladatelskými“ subjekty.

Program řízené zdravotní péče

V roce 2014 bude pojišťovna pokračovat v realizaci projektu řízené zdravotní péče, jehož aplikace byla zahájena již v roce 1999. Cílem projektu je nalezení optima kvality a objemu poskytované zdravotní péče.

Nosným prvkem programu je praktický lékař, který je průvodcem pojištěnce systémem poskytování zdravotní péče a je motivován k optimalizaci této péče z dlouhodobého hlediska.

Program Senior

Záměrem programu je ověření možnosti širší aplikace zlepšené péče o seniory. Dílčím cílem projektu je rovněž racionalizace a zpřehlednění výdajů na zdravotní péči monitorované skupiny a motivace cílové skupiny osob k aktivnímu přístupu v péči o své zdraví. Pro začlenění do programu jsou vybírána zařízení dlouhodobé péče o seniory (domovy důchodců), která pečují o skupinu osob s vysokým podílem pojištěnců Revírní bratrské pokladny, zdravotní pojišťovny. Hlavními prostředky realizace projektu jsou intenzifikace základní zdravotní péče zajištěná zejména formou pravidelné lékařské kontroly s vyšší četností vyšetření a podpora zdravého životního stylu seniorů.







Zdroje fondu prevence pro rok 2014 jsou plánovány ve výši 52.597 tis. Kč s tím, že jednotlivé příjmové položky fondu tvoří:



Kladný zůstatek fondu prevence bude převeden do následujícího účetního období.

## 5.2 Provozní fond

#### Záměry v oblasti zhospodárnění provozu zdravotní pojišťovny

Zásadním společným jmenovatelem opatření k dosažení úspor bylo, je a i do budoucna bude důsledné dodržování platných interních aktů řízení a provádění jejich pravidelné aktualizace a kontroly.

RBP se v oblasti zhospodárnění vlastního provozu zaměřuje zejména na:

* racionální řízení čerpání objemu mzdových a jiných osobních nákladů při zachování objektivních a opodstatněných platových i sociálních aspektů (např. citlivé projednávání odchodů do důchodů a návratů z mateřských dovolených) s cílem neohrožení dosažené kvality poskytovaných služeb klientům pojišťovny,
* spotřebu všech energií s pravidelnou kontrolou čerpání,
* využití stavu optimální vybavenosti pojišťovny zejména v oblasti spotřeby materiálu a investic tak, aby tyto položky byly čerpány v nejnutnější míře nezbytné pro běžnou operativní potřebu,
* hospodárné využívání nájemních prostor pro expozitury a jednatelství RBP,
* racionalizaci spotřeby telekomunikačních služeb,
* optimalizaci spotřeby pohonných hmot a nákladů na cestovné s pravidelným dozorem nad jejich hospodárným využíváním,
* optimální využití práva RBP hospodařit s vlastním majetkem, např. formou pronájmů volných prostor, resp. prodejem jeho postradatelných částí,
* optimální úroveň rozvoje a údržby informačního systému pojišťovny,
* přiměřené vynakládání prostředků na reklamu a inzerci,
* přísná úsporná pravidla při uzavírání smluv v oblasti externě zajišťovaných služeb nemateriální povahy apod.

Čerpáním, resp. výdaji provozního fondu budou v roce 2014 úhrady provozních položek souvisejících s veřejným zdravotním pojištěním, převod do fondu reprodukce majetku ve výši zúčtovaných odpisů veškerého dlouhodobého majetku **(19.500 tis. Kč)**, dále převod do sociálního fondu **(2.112 tis. Kč)** odpovídající 2 % z objemu mezd a náhrad mezd a předpokládaný příděl do fondu reprodukce majetku **(500 tis. Kč)** ve výši kladného rozdílu mezi prodejní a zůstatkovou cenou.

Očekávané finanční příspěvky na činnost Centra mezistátních úhrad, Národního referenčního centra, činnost Centrálního registru pojištěnců a Kapitačního centra zajišťovanou VZP ČR a na činnost SZP ČR jsou zakalkulovány do provozních nákladů pojišťovny.

Podobně lze konstatovat, že do jednotlivých nákladových položek v provozu RBP dokázala zahrnout i pokrytí veškerých známých či předpokládaných zdražení vybraných služeb či některých komodit.

RBP v souladu s vnitřními akty řízení netvoří v provozním fondu dohadné položky, opravné položky ani rezervy.











Tabulka Doplňující informace k oddílu B je pro Revírní bratrskou pokladnu, zdravotní pojišťovnu bezpředmětná.



Interní graf

#### Ostatní provozní náklady

V ostatních provozních nákladech uvedených na řádku 1.16. v části A.III. tabulky PF pod názvem „ostatní závazky“ v celkové výši 89.630 tis. Kč jsou zahrnuty veškeré plánované materiální náklady, náklady na služby nemateriální povahy a jiné finanční náklady. Jedná se především o náklady na spotřebu materiálu (5.900 tis. Kč), spotřebu pohonných hmot a energií (4.850 tis. Kč), opravy a udržování (2.550 tis. Kč), výkony spojů (3.250 tis. Kč), nájemné (5.100 tis. Kč), práce v oblasti výpočetní techniky (12.700 tis. Kč), reklamu, inzerci a vzdělávání (30.500 tis. Kč), ostatní služby nemateriální povahy (24.000 tis. Kč), daně a pojištění (780 tis. Kč).

#### Propočet max. limitu nákladů na vlastní činnost

Roční limit nákladů na činnost zdravotní pojišťovny krytý ze zdrojů základního fondu zdravotního pojištění se stanoví z prostředků získaných z pojistného na veřejné zdravotní pojištění po přerozdělování, z výnosu penále, pokut, přirážek k pojistnému a náhrad škod. Výše limitu finančních prostředků tvořících zdroje provozního fondu, sociálního fondu a fondu reprodukce majetku je propočtena podle následujícího vzorce:

**L = (PC : 100) x koef.,**

kde:

**L** představuje limit nákladů na činnost zdravotní pojišťovny z prostředků veřejného zdravotního pojištění v Kč,

**PC** představují příjmy v Kč za kalendářní rok z veřejného zdravotního pojištění po přerozdělování, z výnosu penále, pokut, přirážek k pojistnému a náhrad škod,

**koef.** představuje koeficient v procentech, zaokrouhlený na dvě desetinná místa a vypočtený podle vzorce

**koef. = - 0,3/P x p + 3,41 + 0,3/P x 100**

kde:

**P** představuje hodnotu 10.410 vyjadřující jednu tisícinu průměrného počtu pojištěnců systému veřejného zdravotního pojištění zahrnutou do propočtu limitu,

**p** představuje jednu tisícinu průměrného počtu pojištěnců propočteného z měsíčních údajů pro přerozdělování za hodnocené období, zaokrouhlenou směrem nahoru na celé číslo.

Pro rok 2014 **L** činí **272.357 tis. Kč,** což představuje **3,40 %** z rozvrhové základny, která činí **8.010.500 tis. Kč**. Limit je propočten v souladu s vyhláškou č. 418/2003 Sb., ve znění pozdějších předpisů.

Kladný zůstatek provozního fondu bude v souladu s platnou legislativou převeden do následujícího účetního období.

## 5.3 Majetek pojišťovny a investice

#### Investiční záměry pojišťovny a jejich zdůvodnění

Celková hodnota dlouhodobého majetku k poslednímu dni roku 2014 je plánována ve výši **271.334 tis. Kč**. K nárůstu hodnoty majetku pojišťovny o **13.750 tis. Kč** dojde v průběhu roku 2014 jeho navýšením o cenu nově pořízeného majetku ve výši **33.250** **tis. Kč** a jeho snížením o hodnotu odpisů (nebo vyřazení) hmotného a nehmotného majetku o **19.500** **tis. Kč** (viz řádek 3 Přehledu základních ukazatelů o činnosti zdravotní pojišťovny).

Žádný nemovitý či movitý majetek pojišťovny neplánuje RBP v roce 2014 zastavit vůči bance jako ručení za poskytnuté úvěrové prostředky.



Konkrétně se jedná o následující investiční akce, popř. technické zhodnocení majetku:

**ad A) Stavební investice:**

* Komplexní stavební a technologická rekonstrukce plynové kotelny včetně výměny kotlů v budově ředitelství RBP, stavební povolení, stavební dozor, revize a kolaudace. Předpokládané investiční náklady v roce 2014 lze očekávat ve výši **cca 2.900 tis. Kč**.
* Další postupné zavádění klimatizačních jednotek na expozitury a jednatelství RBP. Předpokládané investiční náklady lze očekávat ve výši **cca 200 tis. Kč**.
* Komplexní stavební a interiérová rekonstrukce denní místnosti budovy B na zařízení Odra na Ostravici. Předpokládané investiční náklady lze očekávat ve výši **cca 1.800 tis. Kč**.

Stavební rekonstrukce části venkovního oplocení zařízení Odra na Ostravici. Předpokládané investiční náklady lze očekávat ve výši **cca 150 tis. Kč**.

**ad B) Provozní investice:**

* Racionální obměna postupně odepsaného vozového parku se předpokládá ve výši **cca 2.400 tis. Kč**.
* Do kuchyně zařízení Odra na Ostravici se plánuje pořízení nového konvektomatu v ceně **cca** **350 tis. Kč**.
* Na zařízení Odra na Ostravici inovace nové technologie bezdrátového připojení k Internetu v ceně **cca** **200 tis. Kč**.

**ad C) Investice HW a SW:**

* **Zahájení tvorby nového IS RBP**

Vytvoření nového informačního systému bude probíhat ve 3 fázích, kde v roce 2014 je plánováno zaplatit **13.450 tis. Kč** (přesun 7.000 tis. Kč z roku 2013). Pokud vybraný uchazeč nesplní do konce roku 2014 podmínky pro předání první části díla, bude tato platba přesunuta do následného účetního období.

* **Tvorba a úpravy stávajícího IS RBP**

Vzhledem k délce obměny IS (3 roky) je potřeba ještě v existujícím systému dokončit elektronizaci oběhu agend a promítat do něj průběžně změny v systému veřejného zdravotního pojištění. Odhadovaná výše investice je **4.200 tis. Kč**.

* **Rozšíření řešení a úpravy vlivem legislativních změn**

Rezerva k pokrytí možných legislativních změn je naplánována na **1.000 tis. Kč**.

* **Rozšíření řešení komunikace s klienty**

Na rozvoj Portálu ZP (zejména vylepšení funkcionality elektronické Přílohy 2 a zvýšení komfortu uživatelů) je plánováno **500 tis. Kč**. Na rozšíření funkčnosti vlastních webových kanálů pro komunikaci s klienty (zejména přes mobilní zařízení) je plánováno **700 tis. Kč**.

* **Podpora budování Access Pointu CMÚ**

Vzhledem k probíhajícímu projektu implementace Access Pointu na CMÚ (systém pro elektronické přeúčtování nákladů mezi členskými zeměmi EU), je potřeba provést odpovídající změny v IS RBP. Odhadovaná výše investice **500 tis. Kč**.

* **Rozšíření a obnova HW a SW vybavení**

Plánovaná obnova HW v sídle RBP, posílení serverových zdrojů a rozšíření licencí k sjednocení prostředí. Odhadovaná výše investice **1.600 tis. Kč**.

* **Rozšíření zálohování a zvýšení dostupnosti služeb**

Implementace řešení umožňující urychlení procesu zálohování a případné obnovy dat, dále zajištěním provozu jak při několikahodinovém, tak i několikadenním výpadku elektrické energie. Cílem je postupně dosáhnout kontinuity kritických činností organizace i při okolnostech zamezujících využití sídla RBP. Odhadovaná výše investice je **2.300 tis. Kč**.

* **Zvýšení bezpečnosti koncových stanic a sítě RBP**

Dle aktuální potřeby zvýšit bezpečnost koncových stanic a sítě RBP. Odhadovaná výše investice je **1.000 tis. Kč**.

Zdrojem investic v roce 2014 bude příděl finančních prostředků z provozního fondu ve výši účetních odpisů veškerého investičního majetku, tedy **19.500 tis. Kč** a předpokládané úroky ve výši **100 tis. Kč**.

Kladný zůstatek fondu reprodukce majetku bude převeden do následujícího účetního období.







## 5.4 Sociální fond









Tabulka Doplňující informace k oddílu B je pro Revírní bratrskou pokladnu, zdravotní pojišťovnu bezpředmětná.

Hlavním zdrojem sociálního fondu RBP pro rok 2014 budou příděly z provozního fondu ve výši 2 % z ročního objemu nákladů zúčtovaných na mzdy a náhrady mezd. Plánovaný objem takto propočtených prostředků, které budou využity ve prospěch zaměstnanců pojišťovny k zabezpečení jejich kulturních, sociálních, sportovních a jiných potřeb, činí **2.112 tis. Kč**. Dalším zdrojem bude příděl ze zisku ve výši **981 tis. Kč**.

Prostředky ze sociálního fondu budou čerpány dle plánovaného rozpočtu a dle následujících základních zásad:

* finanční prostředky sociálního fondu budou vedeny na samostatném bankovním účtu,
* výdaje ze sociálního fondu budou uskutečňovány jen do výše volných finančních prostředků,
* operativně lze přesouvat finance mezi jednotlivými položkami,
* podrobnější pravidla hospodaření s prostředky sociálního fondu jsou předmětem vnitřní směrnice pojišťovny.

Vlastní čerpání finančních prostředků ze sociálního fondu v daném účetním období se předpokládá ve výši **3.312 tis. Kč**. Konkrétní specifikace věcných dávek sociálního fondu pro rok 2014 je následující:

* příspěvek zaměstnavatele na penzijní připojištění 1.046 tis. Kč
* příspěvek na stravování nad rámec platné legislativy 350 tis. Kč
* příspěvek na kulturní a sportovní vyžití 1.601 tis. Kč
* příspěvek na rekreaci 150 tis. Kč
* jubilejní odměny 150 tis. Kč

**CELKEM** **3.297 tis. Kč**



Interní graf

Kladný zůstatek sociálního fondu bude převeden do následujícího účetního období.

## 5.5 Rezervní fond









Tabulka Doplňující informace k oddílu B je pro Revírní bratrskou pokladnu, zdravotní pojišťovnu bezpředmětná.



Rezervní fond má RBP vytvořen v zákonem stanovené výši. Jeho objem bude k 31. 12. 2014 činit **120.000 tis. Kč** a bude tvořen výhradně finančními prostředky deponovanými na bankovních účtech RBP.

V roce 2014 plánuje RBP posílení rezervního fondu na úkor základního fondu zdravotního pojištění ve výši **2.934 tis. Kč**.

Platnou legislativou stanovený objem výše rezervního fondu bude na samostatném bankovním účtu zajištěn nejpozději do 31. března v následujícím účetním období.

RBP nevlastní žádné cenné papíry, tudíž se nezabývá ani problematikou jejich přeceňování. Kladný zůstatek rezervního fondu bude převeden do následujícího účetního období.

## 5.6 Ostatní zdaňovaná činnost





Tabulky Doplňující informace o cenných papírech a Doplňující informace o stavech a pohybu peněžních toků na BÚ jsou pro Revírní bratrskou pokladnu, zdravotní pojišťovnu bezpředmětné.

Výnosy ze zdaňované činnosti, která přímo nesouvisí s veřejným zdravotním pojištěním, vyplývají z práva zdravotní pojišťovny účelně hospodařit s vlastním majetkem a z ostatních zdaňovaných činností provozovaných v souladu s platnou legislativou a Statutem RBP.

Výnosy ze zdaňované činnosti budou tvořeny zejména:

* pronájmem postradatelných prostor, popř. jejich vybavení ve vlastnictví RBP,
* pronájmem souvisejícím s využíváním nemovitosti Odra na Ostravici,
* prodejem postradatelného majetku, který byl pořízen z prostředků zdaňované činnosti,

provizemi z prodeje produktů pojištění léčebných výloh při cestách a pobytu v zahraničí.

Náklady na zdaňovanou činnost budou vedeny účetně i finančně odděleně od nákladů souvisejících s veřejným zdravotním pojištěním.

Plánovaný kladný hospodářský výsledek roku 2013 ve výši **1.503 tis. Kč** bude po schválení Správní radou RBP převeden do sociálního fondu ve výši 981 tis. Kč a do fondu prevence ve výši 522 tis. Kč.

## 5.7 Specifické fondy

Kapitola je pro Revírní bratrskou pokladnu, zdravotní pojišťovnu bezpředmětná.

# 6. Přehled základních ekonomických ukazatelů





Stavy pojištěnců považuje pojišťovna za stabilizované včetně jejich základní struktury. RBP si pro rok 2014 klade splnitelné cíle na základě reálného posouzení vlastních aktivit.

Předpokládaný stav majetku je ovlivněn jeho navýšením o pořízené investice vč. poskytnutých záloh, resp. jeho snížením o odpisy a vyřazení odepsaného nebo nepotřebného majetku.

Revírní bratrská pokladna, zdravotní pojišťovna nepředpokládá v roce 2014 čerpání jakýchkoliv úvěrů, bezúročných půjček ani návratných či nenávratných výpomocí ze státního rozpočtu.

Plánované stavy zaměstnanců odpovídají aktuálním požadavkům na zkvalitňování všech činností pojišťovny a zajištění profesionálního přístupu ke klientovi, což je základním předpokladem pro další rozvoj pojišťovny především v období zvyšujícího se vlivu konkurenčního prostředí.

#### Vývoj závazků ve lhůtě a po lhůtě splatnosti vůči PZS

Revírní bratrská pokladna, zdravotní pojišťovna dlouhodobě zabezpečuje včasnou úhradu poskytnutých zdravotních služeb ve smyslu svých smluvních ujednání, a proto závazky po lhůtě splatnosti vůči PZS nepředpokládá. Za účelem dosažení tohoto optimálního stavu přijala řadu opatření, jejichž realizace měla příznivý dopad na výdajovou oblast. Jednou z prioritních činností pojišťovny je oblast kontroly vykázané zdravotní péče, která představuje prostřednictvím informačního systému vyloučení chybných dokladů ještě před zpracováním výsledného účtu a posléze následnou zpětnou kontrolu již vykázané a uhrazené péče.

V případě, že z důvodu výjimečných nedostatků technické povahy, eventuálně probíhajícího řešení zjištěných revizních nálezů, dojde u některých poskytovatelů zdravotních služeb ke zpoždění plateb, je každý jednotlivý případ řešen individuálně (např. zálohovou platbou). Na základě dlouhodobých zkušeností je zřejmé, že takovéto skutečnosti nehodnotí smluvní partneři jako své pohledávky vůči pojišťovně po lhůtě splatnosti. Vzájemnou komunikaci považuje RBP za nezbytný předpoklad pro zajištění dobré spolupráce mezi pojišťovnou a poskytovatelem zdravotních služeb s vazbou až na pojištěnce.

Závazky vůči PZS ve lhůtě splatnosti jsou standardní veličinou, jejíž objem je plánován ve vazbě na počet a strukturu pojištěnců a objem vykázané, resp. pojišťovnou uznané zdravotní péče jim poskytnuté.

#### Odhad doplatků pro PZS nezahrnutých do stavu závazků k 31. 12. 2013 a k 31. 12. 2014, které jsou vykazovány jako součást dohadných položek pasivních

RBP předpokládá v roce 2013 vytvoření dohadné položky pasivní ve výši 122.000 tis. Kč a v roce 2014 ve výši 134.000 tis. Kč. Takto vytvořené dohadné položky představují doplatky poskytovatelům zdravotních služeb včetně nákladů na očkovací látky, které jsou vyrovnány v zákonném termínu, ale jejichž přesná výše není známa v době zpracování účetní závěrky.

#### Vývoj stavu pohledávek po lhůtě splatnosti za plátci pojistného

Předpokládaný vývoj objemu pohledávek je zachycen v následující tabulce (v tis. Kč):



Přehled o vývoji pohledávek po lhůtě splatnosti a jejich vztah k příjmům z progresivního hlediska poskytuje následující tabulka:



#### Odhad dohadných položek aktivních vztahujících se k platbě pojistného

V oblasti pojistného z veřejného zdravotního pojištění od zaměstnavatelů a OBZP plánuje RBP vytvořit dohadnou položku aktivní v roce 2013 ve výši 81.100 tis. Kč a v roce 2014 ve výši 92.800 tis. Kč. Takto vytvořené dohadné položky představují pojistné od plátců, jehož přesná výše není známa v době zpracování účetní závěrky, ale vztahuje se k předmětnému období.

#### Odhad pohledávek za poskytovateli zdravotních služeb

Pohledávky za poskytovateli zdravotních služeb ve lhůtě splatnosti spolu s pohledávkami z ostatního obchodního styku představují v porovnání s objemem pohledávek za plátci pojistného nepodstatnou část.

K pohledávkám za poskytovateli zdravotních služeb ve lhůtě splatnosti patří pohledávky z titulu revizí. Všechny tyto pohledávky jsou vymáhány v souladu s platnou právní úpravou a vnitřními akty řízení RBP. Tyto pohledávky nijak významně neovlivňují hospodaření pojišťovny, a proto na ně není tvořena dohadná položka.

#### Vývoj ostatních pohledávek

Ostatní pohledávky ve lhůtě splatnosti jsou evidovány v provozní a zdaňované činnosti, v oblasti sociálního fondu a preventivní zdravotní péče. V této skupině pohledávek ve lhůtě splatnosti jsou rovněž pohledávky vymáhané přes Centrum mezistátních úhrad za zdravotní služby poskytnuté cizincům.

#### Opravné položky

RBP v souladu s platnou legislativou a vnitřními akty řízení plánuje v ZFZP stav opravných položek k 31. 12. 2013 ve výši 261.843 tis. Kč a k 31. 12. 2014 ve výši 286.443 tis. Kč.

# 7. Závěr

#### Subjektivní i objektivní rizika ovlivňující předpoklady splnění záměrů zdravotně pojistného plánu

Zdravotně pojistný plán Revírní bratrské pokladny, zdravotní pojišťovny obsahuje reálné údaje v očekávaném vývoji, které jsou podloženy analýzami současného stavu i kvalifikovanými prognózami rozhodujících ukazatelů.

Přestože vychází z racionálních předpokladů, nelze, a to zvláště v období ekonomické krize, zcela vyloučit vliv rizikových faktorů, které by mohly proces plnění předkládaných záměrů negativně ovlivnit. Patří mezi ně zejména:

* nižší než očekávaný vývoj růstu objemu pojistného v ČR,
* nedovýběr pojistného v důsledku nekázně, resp. platební neschopnosti plátců zdravotního pojištění,
* nevymahatelnost pohledávek i při uplatnění všech právních nástrojů,
* vliv cenotvorby a úhrad léčivých přípravků,
* vliv legislativního stanovení cen zdravotních služeb.

Podstatnou část možných důsledků těchto rizik je RBP připravena eliminovat prostřednictvím programových i operativních opatření, mj. těch, která jsou shrnuta v úvodu a rozvedena v jednotlivých částech tohoto zdravotně pojistného plánu, a finančními rezervami základního fondu zdravotního pojištění.

#### Předpokládané základní cíle a směry dlouhodobého rozvoje

Základní vizí založení Revírní bratrské pokladny, zdravotní pojišťovny bylo zajištění veřejného zdravotního pojištění pro zaměstnance organizací, které požádaly o zřízení pojišťovny, jejich rodinné příslušníky, resp. obyvatele šíře pojatého regionu působnosti těchto organizací, a to s ohledem na specifika jejich potřeb zdravotní péče a zdravotních rizik.

Převážně regionální působnost pojišťovny rezultující v nezanedbatelnou koncentraci klientely by vůči orgánům příslušných vyšších územně správních celků měla vést k odpovídajícímu posilování pozice RBP jakožto významného partnera při řešení problematiky systému zdravotního pojištění.

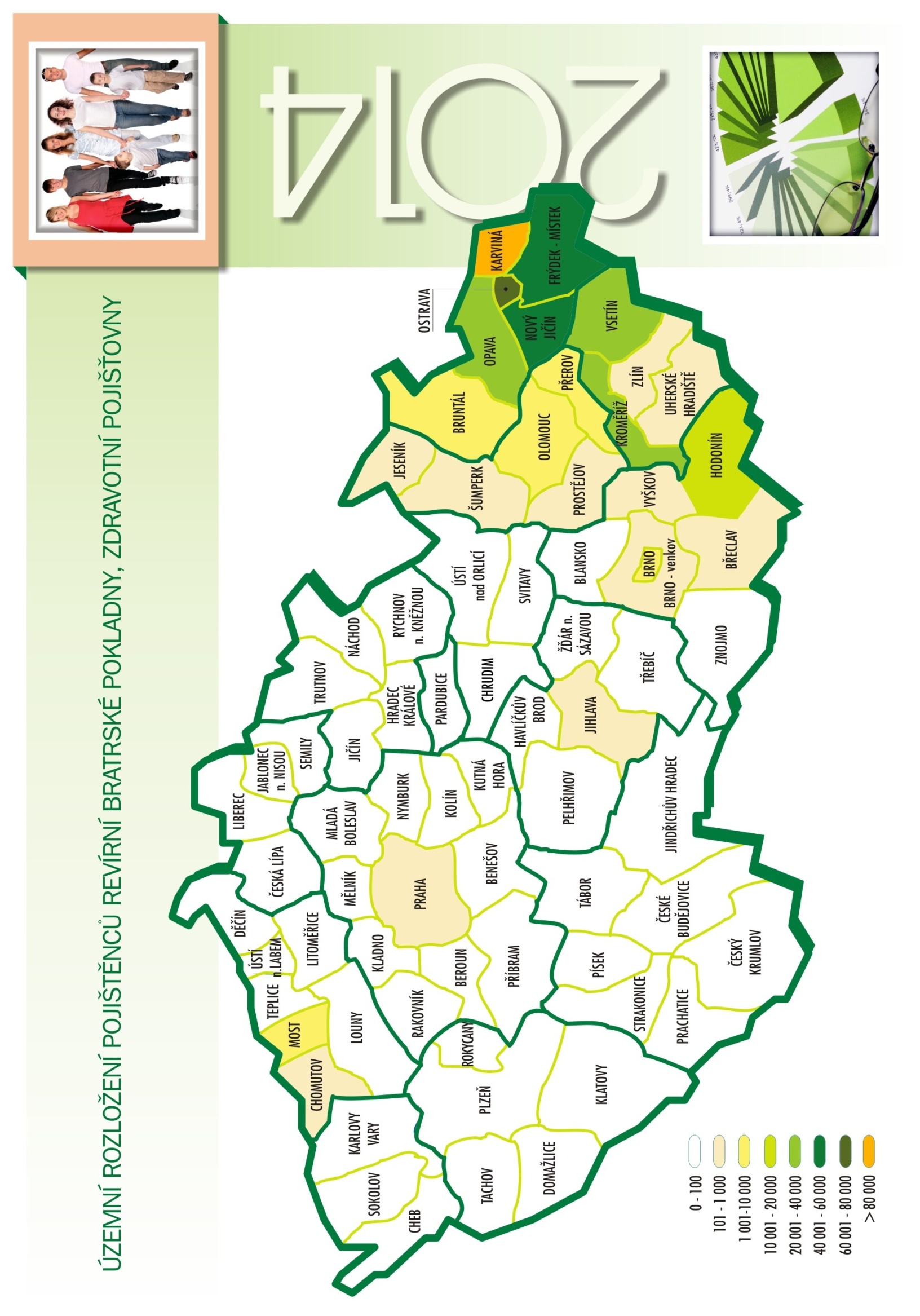
Uvedená filozofie zůstává i pro příští období základem strategie činnosti a rozvoje pojišťovny, a to zejména proto, že je, přes vliv konkurenčního prostředí, cílovými skupinami pojištěnců příznivě reflektována.

RBP bude ve své činnosti nadále respektovat význam pluralitního systému veřejného zdravotního pojištění pro občana - pojištěnce a citlivě reagovat na vývoj jeho potřeb se záměrem co nejlépe obstát ve srovnání s nabídkou a úrovní služeb vůči ostatním pojišťovnám. V příštím období hodlá dále rozvíjet kontakty s partnerskými zdravotními pojišťovnami geograficky i historicky nejbližších zemí EU, a to zejména v zájmu nezbytné kompatibility systémů jednotlivých členských států. Uvedený trend je již v současné době naplňován činnostmi pojišťovny souvisejícími s realizací komunitárních předpisů vymezujících oblast poskytování a úhrady zdravotní péče. V tomto smyslu bude pojišťovna v optimální míře podporovat činnost Centra mezistátních úhrad.

Koncepce zdravotní politiky se soustředí na postupnou optimalizaci sítě smluvních poskytovatelů zdravotních služeb a využívání všech regulačních nástrojů k racionalizaci nákladů zdravotních služeb. Systémově bude zdravotní politika v rámci programu řízené péče zaměřena také na realizaci preventivních programů zdravotní péče u rizikových skupin obyvatelstva s případnou finanční spoluúčastí zaměstnavatelů v té části, kterou nelze hradit ze základního fondu zdravotního pojištění. Od těchto programů, jak dokládají i dosavadní zkušenosti, lze očekávat snížení nemocnosti a tím i pozitivní dopady v příjmové a výdajové oblasti.

Uvedené rozvojové záměry budou promítány do procesu zkvalitňování informačního systému zejména v oblasti softwarových aplikací, jakými jsou systémy prerevizí zdravotních výkonů, agendy přehledů o platbách pojistného apod.

Rozhodujícím trendem ekonomické oblasti je úsilí o sladění dynamiky příjmů a výdajů pojišťovny tak, aby byly vytvářeny podmínky pro její hospodářskou stabilitu.

****

**Stanovisko Správní rady**

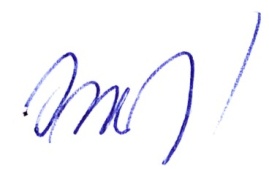
**k Zdravotně pojistnému plánu** **RBP na rok 2014**

Správní rada Revírní bratrské pokladny, zdravotní pojišťovny **schválila** svým usnesením ze dne 22. 11. 2013 návrh Zdravotně pojistného plánu Revírní bratrské pokladny, zdravotní pojišťovny na rok 2014. V této souvislosti Správní rada RBP konstatuje, že:

* Zdravotně pojistný plán RBP je zpracován v rozsahu stanoveném platnými právními předpisy a v souladu s metodikou zpracování zdravotně pojistných plánů zdravotních pojišťoven na rok 2014.
* Záměry v oblasti zajišťování servisu pro vlastní klientelu s důrazem na kvalitu poskytovaných služeb pojištěncům a ve vazbě na strukturu portfolia pojištěnců odpovídají dlouhodobým cílům RBP a jejich naplnění je reálné zejména s přihlédnutím k regionální působnosti pojišťovny.
* Plánované příjmy po přerozdělení reálně odrážejí makroekonomickou predikci a další odhady MF pro rok 2014 známé k datu 22. 11. 2013, zejména možný dopad vývoje finanční krize a vlivů předpokládaných legislativních změn.
* Plánovaná bilance příjmů a výdajů základního fondu zdravotního pojištění je stanovena adekvátně platnému právnímu prostředí, zůstatku z minulých let a záměrům ve výdajové oblasti.
* Předpokládaný objem rezervního fondu odpovídá limitu stanovenému platným zněním zákona č. 280/1992 Sb.

Správní rada Revírní bratrské pokladny, zdravotní pojišťovny považuje předložený návrh Zdravotně pojistného plánu Revírní bratrské pokladny, zdravotní pojišťovny na rok 2014 za reálný ve všech jeho souvislostech a odpovídající dlouhodobým korektním vztahům s poskytovateli zdravotních služeb a potřebám pojištěnců.

V Ostravě dne 22. 11. 2013



Ing. Jarmila Ivánková

předsedkyně SR RBP