

Zdravotně pojistný plán

Revírní bratrské pokladny,
zdravotní pojišťovny

na rok 2008



říjen 2007

OBSAH

1.	Úvod	3
2.	Obecná část	6
3.	Pojištěnci	14
4.	Základní fond zdravotního pojištění	16
4.1.	Záměry vývoje hospodaření ZFZP v roce 2008	16
4.2.	Tvorba, příjmy ZFZP	21
4.3.	Čerpání, výdaje ZFZP	24
4.3.1.	Smluvní politika ve vztahu k ZZ	24
4.3.2.	Zdravotní politika	27
4.3.3.	Revizní a kontrolní činnost	29
4.3.4.	Struktura nákladů na zdravotní péči v členění dle jednotlivých segmentů	30
5.	Ostatní fondy	36
5.1.	Zdravotní péče hrazená z fondu prevence	36
5.2.	Provozní fond	44
5.3.	Majetek pojišťovny a investice	48
5.4.	Sociální fond	52
5.5.	Rezervní fond	54
5.6.	Ostatní zdaňovaná činnost	55
5.7.	Specifické fondy	56
6.	Přehled základních ekonomických ukazatelů	57
7.	Závěr	61

Seznam zkratk používaných ve zdravotně pojistném plánu

BÚ	- běžný účet
CIS	- centrální informační systém
CMU	- Centrum mezistátních úhrad
CP	- cenné papíry
ČNR	- Česká národní rada
ČR	- Česká republika
DHNM	- drobný hmotný a nehmotný majetek
DRG	- anglická zkratka pro skupiny diagnóz
EHS	- Evropské hospodářské společenství
EU	- Evropská unie
FM	- fond majetku
Fprev	- fond prevence
FRM	- fond reprodukce majetku
HW	- technické vybavení počítače
IS	- informační systém
ISE	- informační systém expozitur
KORKO	- korekční koeficient
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
OD	- ošetřovací den
OLÚ	- odborný léčebný ústav
OON	- ostatní osobní náklady
OSL	- ošetřovatelské lůžko
OSVČ	- osoby samostatně výdělečně činné
OZdČ	- ostatní zdaňovaná činnost
P 90	- Program 90
PC	- osobní počítač
PF	- provozní fond
RBP	- Revírní bratrská pokladna, zdravotní pojišťovna
REGKO	- regulační koeficient
RF	- rezervní fond
SF	- sociální fond
SR	- správní rada
SÚKL	- Státní ústav kontroly léčiv
SW	- programové vybavení počítače
SZP ČR	- Svaz zdravotních pojišťoven České republiky
VoZP ČR	- Vojenská zdravotní pojišťovna České republiky
VZP ČR	- Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky
ZFZP	- základní fond zdravotního pojištění
ZP	- zdravotní pojišťovna
ZPP	- zdravotně pojistný plán
ZULP	- zvlášť účtovaný léčivý přípravek
ZUM	- zvlášť účtovaný zdravotnický materiál
ZZ	- zdravotnické zařízení
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 2008 koncipuje činnost pojišťovny v předmětném období se záměrem průběžného plnění povinností vyplývajících z platných právních předpisů, důsledného respektování oprávněných zájmů všech zúčastněných stran v systému veřejného zdravotního pojištění a v neposlední řadě optimální úrovně servisu zajišťovaného vlastní klientele.

Z ekonomického hlediska je zpracován jako vyrovnaná soustava příjmů a výdajů pojišťovny. Realnost 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,
- důsledné vymáhání náhrad škod vznikajících pojišťovně v důsledku úrazů a jiného poškození zdraví v souvislosti s protiprávním jednáním třetích osob,
- uplatňování přírážek k pojistnému při opakovaném výskytu pracovních úrazů a nemocí z povolání ze stejných příčin,

v oblasti výdajové o:

- optimalizaci sítě smluvních zdravotnických zařízení respektující potřeby pojištěnců při zachování kvality a dostupnosti zdravotní péče,
- průběžnou analýzu preskripce léčiv s cílem posuzování racionality jejich spotřeby v návaznosti na stanovené diagnózy a příslušné lékařské odbornosti,
- spolupráci s ostatními zdravotními pojišťovnami při stanovení regulačních opatření a 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 zdravotní péče o činnosti a opatřeních pojišťovny, zejména v oblasti úhrad,
- pokračování v praxi osvědčeného systému periodických jednání se zástupci profesních sdružení poskytovatelů zdravotní péče a jiných institucí s cílem diskutovat a vysvětlovat koncepční záměry i operativní kroky pojišťovny,
- důsledné dodržování termínů úhrad nákladů poskytnuté zdravotní péče,
- optimalizaci nákladů na indukovanou zdravotní péči a preskripci léků formou realizace programu řízené zdravotní péče,
- profesionální objektivizaci účelnosti poskytování lázeňské péče a zdravotnických prostředků na základě posuzování odborných komisí zřízených za tímto účelem,
- důslednou realizaci opatření pro oblast vlastní provozní činnosti s cílem minimalizace režijních nákladů.

Zdroje čerpání podkladů

Při vlastním zpracování bylo postupováno dle:

- Metodiky zpracování zdravotně pojistných plánů zdravotních pojišťoven na rok 2008.
- Predikce základních makroekonomických indikátorů ČR publikovaných na internetových stránkách Ministerstva financí.
- Zákona č. 280/1992 Sb., v platném znění.
- Zákona č. 592/1992 Sb., v platném znění.
- Zákona č. 48/1997 Sb., v platném znění.
- Zákona č. 551/1991 Sb., v platném znění.
- Vyhlášky MF č. 418/2003 Sb., ve znění vyhlášky MF č. 519/2005 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.
- Jiných souvisejících zákonů a vyhlášek ve znění platném pro rok 2008.

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

- Nařízení vlády, kterým se, s vazbou na § 3a odst. (2) zákona č. 592/1992 Sb., v platném znění, pro účely důchodového pojištění stanoví výše všeobecného vyměřovacího základu za rok 2006 a výše přepočítacího koeficientu pro úpravu všeobecného vyměřovacího základu za rok 2006 a upravují částky pro stanovení výpočtového základu,
- předpokládané finanční podíly jednotlivých segmentů zdravotní péče v návaznosti na strategii smluvní politiky pojišťovny,
- trendy vývoje portfolia pojištěnců z hlediska jeho struktury a pohybu,
- převážně regionální působnost pojišťovny a její specifické vlivy,
- záměry programu řízené zdravotní péče a programů zdravotní prevence.

2. OBECNÁ ČÁST

Sídlo zdravotní pojišťovny, statutární orgán

Obchodní firma: Revírní bratrská pokladna, zdravotní pojišťovna
Sídlo: Slezská Ostrava, Michálkovická 108
Kód: 213
Statutární orgán: Ing. Lubomír Káňa, ředitel
Telefon: 596256111
Fax: 596256205
E-mail: 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, IČ 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. $\frac{F_{20239/2003}}{A_{XIV\ 554}}$ /110 ze dne 26.5.2003 zapsán v obchodním rejstříku ve znění:

Revírní bratrská pokladna, zdravotní pojišťovna.

Zakladateli RBP se v duchu tradice báňského zdravotního pojišťovnictví staly 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.

Po sloučení s Moravskou zdravotní pojišťovnou k těmto přistoupily zakladatelské subjekty uvedené pojišťovny, kterými byly organizace strojírenského charakteru:

- TATRA, a.s.,
- Moravskoslezská vagónka, a.s. Studénka,

- MAGNETON a.s.,
- Massag, a.s. Bílovec,
- Siemens, s.r.o. Frenštát.

U převážné většiny zakladatelů a jejich právních nástupců se v dané době jednalo, resp. dodnes jedná, o významné zaměstnavatelské subjekty. Tento fakt také determinuje vzájemné vztahy, které jsou založeny na úzké spolupráci projevující se zejména v:

- intenzivní spolupráci při řešení problematiky plateb pojistného,
- chápání činnosti zaměstnanecké zdravotní pojišťovny jako nedílné součásti sociální politiky orientované na prevenci zdravotních rizik,
- jednotě přístupu ke specializovaným zdravotnickým pracovištím ve vztahu k specifickým pracovním podmínkám (např. oddělení chorob z povolání, orgány hygienické služby apod.),
- obapolné snaze o efektivní řešení absence pro nemoc v součinnosti s lékaři závodní primární péče,
- účinnějším systému práce v oblasti přírážek k pojistnému založeném na detailní znalosti poměrů s předpokladem využití těchto finančních prostředků pro zdravotní prevenci,
- aplikaci programu řízené zdravotní péče a programů zdravotní prevence,
- vytváření podmínek pro činnost výkonných míst pojišťovny.

Záměrem zdravotně pojistného plánu je další spolupráce se zakladatelskými subjekty v uvedených, resp. dalších oblastech.

Současná organizační struktura a předpokládaná úprava organizační struktury v roce 2008

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.

Ředitelství RBP

komplexně zajišťuje a řídí prostřednictvím svých odborných útvarů agendu veřejného zdravotního pojištění. Činnost ředitelství se soustřeďuje ve třech místech:

- budova na Michálkovické ul. č. 108 v Slezské Ostravě (sídlo ústředí)
- budova na Záhumenní ul. č. 1161 v Kopřivnici (detašované pracoviště ústředí)
- budova na Masarykově nám. č. 6 v Karviné (detašované pracoviště ústředí)

Expozitory

jednají jménem pojišťovny v rozsahu pravomocí svěřených jim organizačním řádem, zejména zajišťují kontakt s klienty, zdravotnickými zařízeními a plátcí pojistného. Expozitory 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:

- **Expozitura Ostrava, Nádražní 22**
 - jednatelství Ostrava-Hrabůvka, Dr. Martínka 7
 - jednatelství Ostrava-Poruba, 17. listopadu 1790
 - jednatelství Praha, nám. W. Churchilla 2

- **Expozitura Karviná, Masarykovo nám. 6**
 - jednatelství Orlová, Masarykova tř. 1000
 - jednatelství Bohumín, nám. T.G.Masaryka 939

- **Expozitura Havířov, Svornosti 2**
 - jednatelství Český Těšín, Sokola Tůmy 2

- **Expozitura Frýdek-Místek, U Staré pošty 54**
 - jednatelství Frýdlant nad Ostravicí, Nádražní 417
 - jednatelství Třinec, Jablunkovská 241
 - jednatelství Frenštát pod Radhoštěm, Rožnovská 240

- **Expozitura Hodonín, Dolní Valy 3940**
 - jednatelství Kyjov, Masarykovo nám. 34
 - jednatelství Brno, U Pošty 14

- **Expozitura Opava, Horní náměstí 49/130**
 - jednatelství Hlučín, ČSA 6A
 - jednatelství Vítkov, nám. J.Zajíce 1
 - jednatelství Krnov, nám. Hrdinů 7
 - jednatelství Bruntál, Revoluční 18

- **Expozitura Kopřivnice, Záhumenní 1161**
 - jednatelství Studénka, Butovická 365
 - jednatelství Bílovec, Bezručova 1
 - jednatelství Nový Jičín, Úzká 13
 - jednatelství Fulnek, Masarykova 338
 - jednatelství Odry, Masarykovo nám. 4

- **Expozitura Kroměříž, nám.Míru 3287**
 - jednatelství Bystřice pod Hostýnem, ul. 6. května 1071
 - jednatelství Holešov, Sušilova 478
 - jednatelství Kojetín, ul. 6. května 1363
 - jednatelství Přerov, Kratochvílova 43
 - jednatelství Olomouc, Kosmonautů 8

- **Expozitura Valašské Meziříčí, Pospíšilova 11**
 - jednatelství Rožnov pod Radhoštěm, Letenská 1183
 - jednatelství Hranice, 28. října 565
 - jednatelství Vsetín, Smetanova 1269

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

RBP žádnou z předmětných aktivit dosud nerealizovala a ani v roce 2008 neplánuje rozšíření své činnosti tímto směrem.

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

Vztah k plátcům pojistného

Ve vztahu k plátcům pojistného na veřejné zdravotní pojištění bude Revírní bratrská pokladna, zdravotní pojišťovna i v roce 2008 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.

Kontrolní činnost bude zaměřena zejména na předcházení negativním projevům nekázně plátců s cílem minimalizace nedovýběru pojistného na zdravotní pojištění. Plnění tohoto úkolu bude výrazně přispívat k relativně stabilní hospodářské bilanci RBP.

Při kontrole plateb pojistného od plátců je hlavní důraz kladen na správnost vypočteného pojistného a včasnost samotného odvodu. Zaměstnanci, kteří provádějí tyto kontroly u plátců, současně vedou agendu osob samostatně výdělečně činných, 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 zdravotní péče

RBP sjednává, aktualizuje a udržuje agendu smluvních vztahů s poskytovateli zdravotní péče. V roce 2008 se předpokládá, že bude partnerem vůči cca **7.200** zdravotnickým zařízením. Z uvedeného počtu je nejpočetnější skupinou kategorie praktických lékařů, stomatologů a ambulantních specialistů (cca 5.070 ZZ). Z hlediska finanční náročnosti je nejvýznamnějším segmentem ústavní péče (nemocnice, OLÚ, LDN a OSL). Součástí uceleného systému zdravotní péče jsou rovněž lázně, ozdravovny, dopravní zdravotní a záchranné služby, poskytovatelé domácí péče, fyzioterapie a laboratorní a radiodiagnostické

péče. Specifickou součástí mezi poskytovateli zdravotní péče jsou lékárny a výdejny zdravotnických prostředků (1.068 ZZ).

Zdravotní pojišťovna upravuje smluvní vztahy se všemi poskytovateli zdravotní péče tak, aby od 1.1.2008 byly v souladu s vyhláškou MZ č. 618/2006 Sb., kterou se vydávají rámcové smlouvy.

RBP bude dbát na to, aby součástí sjednávání všech smluvních ujednání byla úplná pasportizace personálního a přístrojového vybavení zdravotnických zařízení v rozsahu, který vyžaduje platný právní řád.

V roce 2008 bude pro poskytovatele zdravotní péče nadále rozšiřována elektronická komunikace prostřednictvím Portálu zdravotních pojišťoven a vlastních webových stránek.

RBP bude v souladu s tradicí garantovat včasné platby úhrad za poskytovanou zdravotní péči v rozsahu sjednaných smluvních ujednání. Smluvní zdravotnická zařízení budou o způsobu plateb informována 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 poskytovatelům zdravotní péče. Tato osvědčená strategie bude důsledně uplatňována i v příštím období. K podávání základních informací pojištěncům jsou rovněž využívána kontaktní místa na zakladatelských organizacích.

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. RBP bude po celý rok pokračovat v postupném vydávání Evropského průkazu zdravotního pojištění.

Mezi další služby, které RBP svým pojištěncům zajišťuje, je např. pomoc při řešení případných sporů se zdravotnickými zařízeními a konzultační služba při rozhodování pojištěnce o formě léčebné terapie a při výběru zdravotnického zařízení.

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 informace bez časových prodlev.

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

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 dostupnost.

Pro širší informování veřejnosti hodlá pojišťovna pokračovat v pravidelném vydávání informačních materiálů a ve čtvrtletním vydávání svého Zpravodaje, které jsou distribuovány

na zakladatelské subjekty, zdravotnická zařízení a pracoviště zajišťující styk s klienty RBP. Za účelem zvýšení dostupnosti poskytovaných informací a poradenského servisu je provozována infolinka 800 176 945, na které jsou bezplatně poskytovány informace stávajícím i potenciálním klientům RBP.

RBP svou činnost prezentuje rovněž 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 zdravotnická zařízení, o službách v oblasti prevence a zlepšené zdravotní péče apod.

Záměry rozvoje informačního systému

Informační systém (IS) RBP je navržen jako důsledně centrální informační systém (CIS), úzce spolupracující s informačním systémem expozitur (ISE), a jako důsledně centrální bude provozován i nadále.

Záměrem rozvoje informačního systému v roce 2008 je jeho příprava na transformační záměry zdravotního systému, a to především na zajištění nakupování zdravotnických služeb na základě smluv se zdravotnickými zařízeními. V připravovaných nových podmínkách musí informační systém umožnit zpracovat a vyhodnotit poptávku pojistného kmene po zdravotních službách a tyto služby pak kontrahovat v odpovídající struktuře a objemu u zdravotnických zařízení. Hodnotícím faktorem při sjednávání péče pro pojištěnce bude cena poskytované služby při zajištění definovaného standardu kvality. Efektivní kontraktační činnost vyžaduje nové nástroje pro klasifikaci zdravotních služeb a rovněž i odpovídající nástroje pro sjednávání úhrady. Právě kvalita informačního systému zásadním způsobem ovlivní schopnost zajišťovat služby pojištěncům, tj. přijímat, porovnávat a vyhodnocovat cenové nabídky, kontrahovat konkrétní rozsahy zdravotní péče a objemy služeb u jednotlivých zdravotnických zařízení, používat různé způsoby úhrady adekvátní objemu a struktuře sjednaných služeb a v neposlední řadě kontrolovat kvalitu poskytnutých služeb.

Stávající centrální informační systém se základním HW vybavením inovovaným v roce 2004 a s realizovaným SW uživatelským programovým vybavením bude sice ještě v roce 2008 vyhovovat prvním potřebám reformních změn, ale v dalším období již nebude schopen operativně zajistit veškeré požadavky kladené na rozvoj informační infrastruktury zdravotní pojišťovny v novém prostředí. Z tohoto pohledu je nutno stávající informační systém inovovat již v průběhu roku 2008, a to tak, aby už v závěru roku byl plně funkční a připravený řešit kromě běžných rutinních úloh i nová zadání, vyplývající z uskutečňovaných reformních kroků zdravotního pojištění a nového postavení a role, kterou zdravotní pojišťovna v transformovaném systému bude mít. Inovace informačních technologií centrálního informačního systému je plánována na začátek druhé poloviny roku 2008, přičemž úpravy aplikačního programového vybavení budou probíhat v průběhu celého roku.

Navrhované řešení inovace centrálního informačního systému odpovídá současnému vývoji informačních technologií a průběžně se zvyšujícím požadavkům kladeným na informační systém z hlediska zajištění dostatečného

- zpracování informací,

- bezpečnosti a ochrany informací,
- rozvoje komunikace s klienty,
- zálohování a zajištění operativní archivace a uložení dat

a zároveň umožňuje dále rozšiřovat systém o nová řešení a tak průběžně zajišťovat zpracování informací dle probíhajících transformačních pochodů.

Centrální informační systém (CIS)

Připravované inovační řešení je navrženo tak, aby s využitím nových technologií byl centrální informační systém zároveň transformován do nového prostředí s efektivnějším zpracováním a lepší možností využití zpracovávaných informací.

Z hlediska technického řešení vychází inovace ze stávající funkce systému postaveného na platformě Oracle, kdy bude CIS převeden do tzv. třívrstvé architektury (klient, databázový server, aplikační server). Předpokládá se využití aplikačního serveru firmy Oracle, který poskytuje dostatečné integrované prostředí pro vývoj, distribuci, provozování a správu aplikací. Spolu s databázovým serverem a databází Oracle vytváří spolehlivou a bezpečnou základnu pro provozování jednotlivých aplikací, a to i v prostředí internetu, intranetu, portálů a přenosových aplikací. Klient pracující na PC pak s informačním systémem komunikuje prostřednictvím běžného webového prohlížeče. Tímto řešením dojde k minimalizaci nákladů na budoucí upgrade a další rozšiřování informačního systému spolu se zajištěním bezpečnosti jeho provozu.

Jako podpora realizovaných řešení je plánováno rozšíření a vytvoření bezpečného úložiště dat pro informace získané elektronicky, resp. převedené do elektronické podoby z písemných dokladů. V rámci tohoto řešení se předpokládá i využití stávajícího centrálního počítače IBM.

Souběžně s rozvojem informační infrastruktury bude v roce 2008 řešeno i zajištění odpovídající úrovně zabezpečení dat a ostatních informačních aktiv informačního systému RBP vůči okolnímu prostředí, což představuje např. úpravy a změny centralizovaného antispamového řešení, řízení bezpečných přístupů k informacím a další řešení, která vyplynou z probíhající analýzy rizik zpracování informací na RBP.

Inovace SW vybavení představuje nejenom zajištění licenční podpory SW produktů a přechod jednotlivých aplikací na kvalitativně vyšší úroveň zpracování, ale zároveň předpokládá průběžné zajištění řešení nových úloh, např. zpracování doplateků a poplatků pojištěnců, v souvislosti s probíhajícími legislativními změnami.

Informační systém expozitur (ISE)

Tento systém byl inovován v předchozích dvou letech a v současném stavu je připraven dále rozvíjet a řešit nové úkoly, které jsou kladeny na expozitury a jednání při zajišťování služeb klientům. Rozvoj tohoto systému bude probíhat na úrovni SW úprav nebo tvorby nových agend pro komunikaci s klienty, které vyplynou z centrálního řešení, případně se může jednat o drobnější doplnění technickým vybavením.

Komunikace s ostatními subjekty

Potřeba zlepšení komunikace s klienty a rozšíření vzájemné výměny informací znamená poskytnout jim co nejvíce potřebných informací nebo tyto informace od nich získat, zpracovat a zajistit zpětný tok zpracovaných informací ke klientovi. Toto vše vyžaduje vyčlenit potřebná data ke komunikaci s klienty, tato data jim předat, přijmout zpět jejich odpovědi a reakce, tj. data dále zpracovávat, zobrazovat, upravovat a přenášet, to vše při zlepšení komfortu obsluhy z obou stran. Požadavek na zajištění kvalitních komunikačních služeb je základem pro úspěšnou činnost většiny obdobných obchodních společností

a ve svém důsledku to představuje významné investice do odpovídajících komunikačních technologií zpracovávajících stále větší objemy dat.

Pro zajištění dostatečné podpory pro komunikaci RBP s klienty je navrhováno vybudování samostatného webového portálu RBP se zabezpečením dat formou jejich průběžného ukládání do on-line připojeného záložního serveru, který zajišťuje vysokou míru zabezpečení a dostupnosti dat při neočekávaných výpadcích HW.

Záměrem řešení je spolehlivě a operativně zpřístupnit klientům (pojištěncům, zdravotnickým zařízením, plátcům zdravotního pojištění,...) takové webové aplikace, které umožní uspokojení jejich potřeb spojených s poskytováním a úhradou zdravotní péče v systému zdravotního pojištění.

Součástí rozvoje komunikačních možností pro jednání s klienty je i rozšiřování zabezpečeného způsobu komunikace řešené prostřednictvím Portálu ZP, na jehož řešení se podílí společně šest zdravotních pojišťoven.

3. POJIŠTĚNCI

Záměry vývoje struktury pojištěnců, resp. její stabilizace

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 i pro další skupiny pojištěnců jako jsou děti, ženy 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 úroveň hospodaření s prostředky veřejného zdravotního pojištění. V praxi to znamená, že v důsledku odpovědného přístupu k jednotlivým segmentům poskytovatelů zdravotní péče pojišťovna nepředpokládá ani v roce 2008 žádné závazky po lhůtě splatnosti, což v konečném důsledku zcela objektivně pocítí každý pojištěnec.

Záměr stabilizace by měla podpořit i důsledná aplikace Nařízení Rady EHS č. 1408/71 a 574/72 v zajištění nároků pojištěnců RBP na zdravotní péči při pohybu v rámci zemí EU a aplikace ostatních mezistátních smluv o sociálním zabezpečení a o poskytování a úhradě zdravotní péče.

RBP rovněž zajišťuje svým pojištěncům různorodou nabídku produktů pojištění léčebných výloh při cestách a pobytu v zahraničí včetně možnosti on-line sjednání pojistných smluv, které jsou klientům ve spolupráci s ČSOB Pojišťovnou, a.s. nabízeny za zvýhodněné sazby. To vše s cílem maximální informovanosti a ochrany pojištěnce při případném čerpání zdravotní péče v zahraničí včetně spoluúčasti pojištěnce při čerpání této péče. Pojištěnec se sám musí rozhodnout, zda využije ustanovení evropských nařízení a mezistátních smluv nebo si sjedná komerční zdravotní pojištění.

Nižší než v minulých letech obvyklý nárůst počtu pojištěnců je plánován s ohledem k očekávání vstupu nových prvků do konkurenčního prostředí v oblasti hlavní působnosti pojišťovny.

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

Věková struktura pojištěnců

VĚKOVÁ SKUPINA ²⁾	PRŮMĚRNÝ POČET POJIŠTĚNČŮ ¹⁾			
	ROK 2006 skutečnost	ROK 2007 oček. skuteč.	ZPP 2008	% ZPP 2008/oček. skut. 2007
0-5	21 731	22 275	22 376	100,4
5-10	21 077	21 463	21 818	101,7
10-15	26 638	25 327	23 908	94,4
15-20	32 002	31 527	31 038	98,4
20-25	31 630	32 059	32 599	101,7
25-30	29 793	29 803	29 876	100,2
30-35	28 446	29 257	29 592	101,1
35-40	27 496	27 368	27 678	101,1
40-45	29 065	29 584	29 610	100,1
45-50	25 233	25 596	25 701	100,4
50-55	24 212	24 564	24 940	101,5
55-60	21 745	22 518	22 765	101,1
60-65	15 844	17 060	18 042	105,8
65-70	9 945	11 027	11 965	108,5
70-75	5 753	6 042	6 465	107,0
75-80	3 981	4 284	4 469	104,3
80-85	2 221	2 330	2 490	106,9
85+	772	937	1 018	108,6
CELKEM ¹⁾	357 584	363 021	366 350	100,9

Poznámky k tabulce:

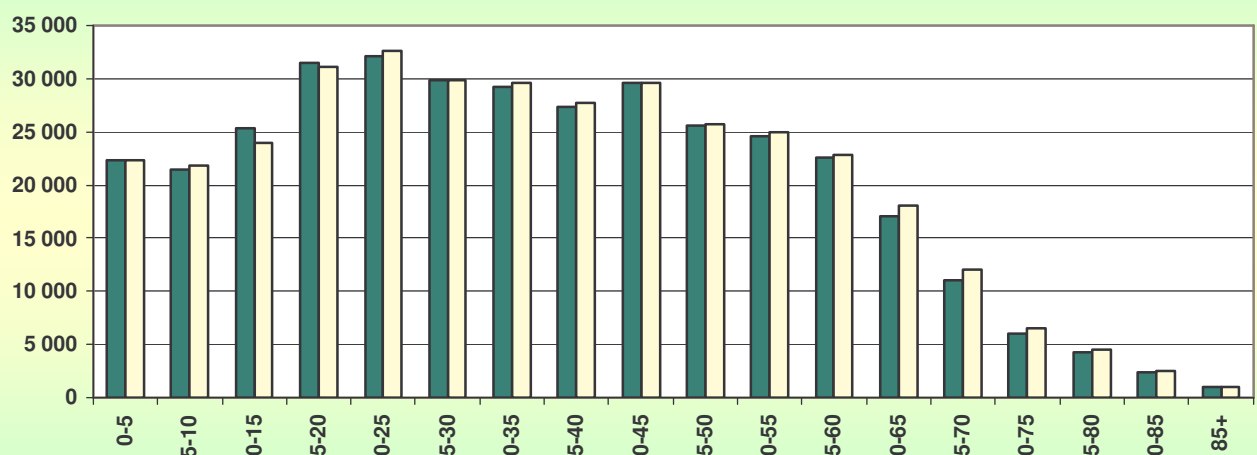
1) Údaje o průměrných počtech pojištěnců celkem v kalendářním roce podle tabulky č.1, řádek 2.

2) Pro zařazení pojištěnců do věkových skupin zdravotní pojišťovny postupují v souladu se zákonem č. 592/1992 Sb., ve znění zákona č. 438/2004 Sb.

Tabulka č. 17 ZPP 2008 Věk. strukt. poj.

Změny stavů pojištěnců v jednotlivých věkových skupinách v roce 2008 vůči předchozímu období jsou dány především stárnutím portfolia pojištěnců a jen velice málo jsou ovlivněny jejich příchody a odchody. Vývoj stavů jednotlivých věkových skupin portfolia je tak determinován hlavně přesuny ze skupin nižšího věku mezi pojištěnce starší, což ovlivňuje procentuální porovnání stavů v důsledku přechodu z méně početných skupin do skupin dříve početnějších (např. ze skupiny 5-10 do skupiny 10-15) a obráceně v případě opačného procesu (např. ze skupiny 55-60 do skupiny 60-65).

VĚKOVÁ STRUKTURA POJIŠTĚNČŮ



4. ZÁKLADNÍ FOND ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ

4.1. ZÁMĚRY VÝVOJE HOSPODAŘENÍ ZFZP V ROCE 2008

A.	ZÁKLADNÍ FOND ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ (ZFZP) Tvorba a čerpání ve sledovaném období	ROK 2007 oček. skut. tis. Kč	ROK 2008 ZPP tis. Kč	% ZPP 08/oč.sk.07
I.	Počáteční zůstatek k 1.1. ve sledovaném období	1 407 514	1 644 438	116,8
II.	Tvorba celkem = zdroje	5 665 300	5 888 480	103,9
1	Pojistné z veřejného zdr. pojištění podle § 1 odst. 1a) vyhlášky o fondech	4 214 000	4 400 000	104,4
2	Peněžní prostředky plynoucí z měsíčního vyúčt. výsledků přerozdělování +/- dle §1 odst.1 písm.b) vyhl. o fondech	1 365 000	1 399 000	102,5
2.1	Pojistné z v.z.p. po přerozdělování (ř.1 + ř.2) podle §§ 20, 21a) zák. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, ve znění pozd. předpisů a podle § 1 odst. 1 písm. a + b) vyhl.o fondech	5 579 000	5 799 000	103,9
3	Penále, pokuty a přirážky k pojistnému podle § 1 odst. 2 nebo 3 vyhlášky o fondech	36 000	35 000	97,2
4	Náhrady škod podle § 1 odst. 1c) vyhlášky o fondech	20 000	20 000	100,0
5	Úroky získané hospodařením se ZFZP podle § 1 odst. 2) nebo 3) vyhlášky o fondech	28 000	30 000	107,1
6	Ostatní pohledávky podle § 1 odst. 1f) vyhlášky o fondech			
7	Převody z jiných fondů v souladu s § 1 odst. 1 h) vyhlášky o fondech			
8	Převod zůstatku ZFZP v případě sloučení nebo splnutí ZP podle § 1 odst. 1i) vyhl. o fondech			
9	Pohledávky za zahraniční pojišťovnou podle § 1 odst. 1e) vyhlášky o fondech za uhrazenou zdravotní péči zdravot. zařízeními za cizí pojištěnce ¹⁾ na základě mezinárodních smluv	1 800	3 480	193,3
10	Pohledávky za zahraniční pojišťovnou za paušální platbu na cizí pojištěnce podle Nařízení Rady EHS 1408/71 a 574/72	500	1 000	200,0
11	Kladné kurzové rozdíly podle § 1 odst. 1g) vyhlášky o fondech	0	0	
12	Dar určený dárcem pro ZFZP, nebo pokud nebyl dárcem určen účel daru, dle § 1 odst.1 písm.d) vyhl. o fondech			
III.	Čerpání celkem = snížení zdrojů	5 428 376	5 888 480	108,5
1	Závazky za zdravotní péči vč. korekcí a revizí a úhrad jiným ZP podle § 1 odst. 4a), 4b) a 4d) vyhlášky o fondech vč. úhrad souvisejících s limitem regulačních poplatků a doplatků podle § 16b) zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, v platném znění	5 106 000	5 544 000	108,6
1.1	z toho: - závazky za léčení pojištěnců dané ZP v cizině dle § 1 odst. 4b) vyhlášky o fondech ²⁾	8 000	9 000	112,5
2	Úroky z úvěrů podle § 1 odst. 4 písm. e) vyhlášky o fondech			
3	Předpis přidělů do jiných fondů (3.1.+3.2.+3.3.+3.4.)	263 676	273 976	103,9
3.1	v tom: - do rezervního fondu dle § 1 odst. 4 písm. i) vyhlášky o fondech	3 500	3 000	85,7
3.2	- do provozního fondu dle § 1 odst. 4 písm. h) vyhlášky o fondech ³⁾	205 876	213 976	103,9
3.3	- do fondu prevence dle § 1 odst. 4 písm. j) vyhlášky o fondech ⁴⁾	54 300	57 000	105,0
3.4	Mimořádný převod do PF u VoZP ČR dle § 1 odst. 4 písm. k) vyhlášky o fondech			
4	Odpis pohledávek dle § 1 odst. 5 vyhlášky o fondech	50 000	57 000	114,0
5	Závazky vyplývající z poskytnutí zdravotní péče fakturované tuzemským ZZ za cizí pojištěnce, včetně výsledků revize podle § 1 odst. 4c) vyhlášky o fondech	2 800	6 000	214,3
6	Závazky vůči zahraniční pojišťovně z titulu paušální platby za pojištěnce dané zdravotní pojišťovny podle Nařízení Rady EHS 1408/71 a 574/72	200	504	252,0
7	Bankovní poplatky za vedení účtu ZFZP a další poplat.podle § 1 odst. 4 písm. f) vyhlášky o fondech ⁵⁾	5 700	7 000	122,8
8	Záporné kurzové rozdíly podle § 1 odst. 4g) vyhlášky o fondech	0	0	
IV.	Konečný zůstatek k poslední sled.období = I + II - III	1 644 438	1 644 438	100,0

B.	ZÁKLADNÍ FOND ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ (ZFZP) Příjmy a výdaje ve sledovaném období podle § 1 odst. 7 vyhlášky o fondech	ROK 2007 oček. skut. tis. Kč	ROK 2008 ZPP tis. Kč	% ZPP 08/oč.sk.07
I.	Počáteční zůstatek k 1.1. ve sledovaném období	871 280	1 105 910	126,9
II.	Příjmy celkem	5 608 000	5 830 221	104,0
1	Pojistné z veřejného zdr. pojištění podle § 1 odst. 1a) vyhlášky o fondech	4 169 000	4 353 800	104,4
2	Peněžní prostředky plynoucí z měsíčního vyúčtování výsledků přerozdělování +/- dle § 1 odst. 1b)	1 365 000	1 399 000	102,5
2.1	Pojistné z v.z.p. po přerozdělování (ř.1 + ř.2) podle §§ 20, 21a) zák. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, ve znění pozd. předpisů a podle § 1 odst. 1 písm. a + b) vyhl.o fondech	5 534 000	5 752 800	104,0
3	Penále, pokuty a přírůžky k pojistnému dle § 1 odst. 2 nebo 3 vyhlášky o fondech	26 300	27 000	102,7
4	Náhrady škod dle § 1 odst. 1c) vyhlášky o fondech	19 000	19 000	100,0
5	Úroky získané hospodařením se ZFZP podle § 1 odst. 2) nebo 3) vyhlášky o fondech	28 000	30 000	107,1
6	Ostatní příjmy podle § 1 odst. 1f) vyhlášky o fondech			
7	Převody z jiných fondů v souladu s § 1 odst. 1 písm. h) vyhlášky o fondech			
8	Příjem zůstatku ZFZP v případě sloučení nebo splnutí ZP podle § 1 odst.1 písm. i) vyhlášky o fondech			
9	Příjem od zahraniční pojišťovny podle § 1 odst. 1e) vyhl.o fondech za uhrazenou zdravotní péči ZZ za cizí pojištěnce ¹⁾ na základě mezinárodních smluv	600	1 021	170,2
10	Příjem paušální platby na cizí pojištěnce podle Nařízení Rady EHS 1408/71 a 574/72	100	400	400,0
11	Kladné kurzové rozdíly podle § 1 odst. 1 písm. g) vyhlášky o fondech	0	0	
12	Dar určený dárcem pro ZFZP, nebo pokud nebyl dárcem určen účel daru dle § 1 odst.1 písm.d)			
13	Příjem úvěru na posílení ZFZP			
14	Příjem návratných finančních výpomocí na posílení ZFZP			
III.	Výdaje celkem	5 373 370	5 830 221	108,5
1	Výdaje za zdravotní péči vč. korekcí, revizí a úhrad jiným ZP dle §1 odst.4a),4b),4d) vyhl. o fondech vč. úhrad souvisejících s limitem regulačních poplatků a doplatků podle § 16b zákona č. 48/1997 Sb., o veř. zdravot. pojištění, v platném znění	5 101 000	5 544 000	108,7
1.1.	z toho: - výdaje za léčení pojištěnců dané ZP v cizině dle § 1 odst. 4b) vyhlášky o fondech ²⁾	5 000	7 000	140,0
2	Úroky z úvěrů podle § 1 odst. 4e) vyhlášky o fondech			
3	Příděly do jiných fondů (3.1.+3.2.+3.3.+3.4.)	264 166	273 976	103,7
3.1.	v tom: - do rezervního fondu dle § 1 odst. 4 písm. i) vyhlášky o fondech	3 496	3 000	85,8
3.2.	- do provozního fondu dle § 1 odst. 4 písm. h) vyhlášky o fondech ³⁾	206 370	213 976	103,7
3.3.	- do fondu prevence dle § 1 odst. 4 písm. j) vyhlášky o fondech ⁴⁾	54 300	57 000	105,0
3.4.	Mimořádný převod do PF u VoZP dle § 1 odst. 4 písm. k) vyhlášky o fondech			
4	Výdaje za poskytnutou zdravotní péči fakturovanou tuzemským ZZ za cizí pojištěnce, včetně výsledků revize podle § 1 odst. 4 písm. c) vyhlášky o fondech	2 304	4 741	205,8
5	Úhrada paušální platby za pojištěnce dané zdravotní pojišťovny do ciziny podle Nařízení Rady EHS 1408/71 a 574/72	200	504	252,0
6	Bankovní poplatky za vedení účtu ZFZP a další poplatky dle § 1 odst. 4 písm. f) vyhlášky o fondech ⁵⁾	5 700	7 000	122,8
7	Záporné kurzové rozdíly podle § 1 odst. 4 písm. g) vyhlášky o fondech	0	0	
8	Splátky úvěrů na posílení ZFZP			
9	Splátky návratných finančních výpomocí na posílení ZFZP			
IV.	Konečný zůstatek k posl.dni sled.období = I + II - III	1 105 910	1 105 910	100,0
C.	SPECIFIKACE UKAZATELE B II/1	ROK 2007 oček. skut. tis. Kč	ROK 2008 ZPP tis. Kč	% ZPP 08/oč.sk.07
1	Příjmy z pojistného od zaměstnavatelů	3 914 700	4 092 500	104,5

2	Příjmy z pojistného od OSVČ	216 300	222 050	102,7
3	Příjmy z pojistného od ostatních plátců (OBZP+případné další platby)	38 000	39 250	103,3
4	Ostatní - neidentifikovatelné platby od různých typů plátců			
5	Součet řádků C ř. 1 až C ř. 4	4 169 000	4 353 800	104,4

Poznámky k tabulce:

- 1) "Cizí pojištěnec" ve smyslu § 1 odst. 1 písm. e) a § 1 odst. 4 písm. c) vyhlášky o fondech.
- 2) Řádky 1.1 v oddílech A III a B III obsahují výdaje na zdravotní péči za pojištěnce podle § 14 zákona č. 48/1997 Sb., ve znění pozdějších předpisů.
- 3) Propočet limitu přídelu podle § 7 vyhlášky je vázán na údaje rozvrhové základny propočtené z oddílu B II ZFZP.
- 4) Pokud zdravotní pojišťovna účtuje úroky, pokuty, penále a přirážky do ZFZP a následně provádí převod ze ZFZP do fondu prevence, bude k tomuto účelu využitelná podíl A III ř. 3.3 i) a) i) oddíl B III ř. 8.3.
- 5) Zdravotní pojišťovny zahrnují zejména výdaje na poštovní a bankovní poplatky související s mluvenými regulačními poplatky a doplatky podle § 16b zák. č. 48/1997 Sb. v platném znění.

Tabulka č. 2 ZPP 2008 ZFZP

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

Tabulka „typu A“ zachycuje základní fond z hlediska předpisově účtovaných pohledávek a závazků dle jejich věcného a časového zařazení definovaného platnou účetní legislativou, v tabulce „typu B“ jsou popsány finanční toky na účtech základního fondu 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 2007 je zřejmé, že zdravotní pojišťovna předpokládá uzavření účetního období roku 2007 s kladným saldem příjmů a výdajů k 31.12.2007 ve výši **234,6 mil. Kč** a vykázání zůstatku ZFZP ve výši **1.105,9 mil. Kč**. Tento objem, který je zároveň plánovaným počátečním zůstatkem k 1.1.2008, představují finanční prostředky deponované na bankovních účtech ZFZP.

Z porovnání počátečního a konečného zůstatku základního fondu zdravotního pojištění, resp. z propočtení salda příjmů a výdajů za období od 1.1. do 31.12.2008 vyplývá, že pojišťovna plánuje hospodaření s příjmy a výdaji základního fondu zdravotního pojištění jako **vyrovnané**.

Plánovaný vývoj nákladů na zdravotní péči v jednotlivých segmentech, resp. úhrad dle § 16b zákona č. 48/1997 Sb., v platném znění, 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:

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

Základní výchozí parametry ovlivňující záměry vývoje ZFZP v r. 2008

- Plánovaný počet pojištěnců k 31.12.2008 je předpokládán o 2.000 vyšší než očekávaná skutečnost roku 2007, tedy **367.000 osob**, což představuje nárůst **0,5 %**. V ročním průměru to znamená nárůst z 363.021 na 366.350 pojištěnců, což je **+0,9 %**.
- Plánované příjmy z výběru pojistného v roce 2008 vycházejí z očekávané skutečnosti roku 2007. Základním východiskem propočtu příjmů je doporučená makroekonomická predikce MF pro ukazatel růstu mezd a platů ve výši **+7,4 %**. Vlivem stanovení maximální výše vyměřovacího základu pro odvod pojistného u OSVČ a zaměstnanců a snížení částky platby státu za osobu, za níž je plátcem pojistného stát, s vazbou k mírnému zvýšení počtu státem hrazených osob a podmínkám regionu působnosti pojišťovny se u příjmů po přerozdělování předpokládá absolutní meziroční navýšení ve výši cca **+4 %**.
- Dle informace MF bude stát u státem hrazených kategorií pojištěnců po celý rok 2008 hradit **677 Kč na 1 pojištěnce za měsíc**.
- Plánované navýšení celkových nákladů na zdravotní péči v roce 2008 činí v absolutním meziročním porovnání **+8,6 %**, relativně v přepočtu na 1 pojištěnce pak **+7,6 %**. Uvedený nárůst je mírně vyšší než plánovaný nárůst příjmů po přerozdělování především z následujících důvodů:
 - úhrada ZP související s rozsudkem Nejvyššího soudu ČR ve věci limitace paušálních úhrad maximální cenou bodu,
 - očekávání vyššího nárůstu cen zdravotní péče, než by odpovídalo nárůstu příjmů, vycházející z předpokladů chování ostatních ZP a tendencí projevujících se v průběhu dohodovacího řízení o cenách péče (např. v segmentu praktických lékařů),
 - očekávané nové konkurenční prvky v regionu hlavní působnosti pojišťovny. K posílení postavení pojišťovny v tomto smyslu byl proto využit prostor přesahující v porovnání příjmů a výdajů hodnotu vyrovnané bilance.
- Bilance příjmů a výdajů základního fondu zdravotního pojištění je po zapracování všech vlivů na příjmovou a výdajovou oblast plánována jako **vyrovnaná**.
- K zajištění legislativou definované výše rezervního fondu předpokládá RBP v roce 2008 přesun **3,0 mil. Kč** ze základního fondu zdravotního pojištění.
- Pojišťovna nepředpokládá v průběhu roku 2008 **žádné závazky vůči zdravotnickým zařízením po lhůtě splatnosti**.
- Příděl do fondů souvisejících s vlastní činností pojišťovny je plánován ve výši **3,69 %** z vybraného pojistného po přerozdělování, náhrad škod, pokut, penále a přírážek k pojistnému a jeho absolutní plánovaná výše pro rok 2008 činí **214,0 mil. Kč**.
- Nově pořízené investice v roce 2008 jsou plánovány ve výši **43,2 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 **40,0 mil. Kč**.

- Plánovaný počet zaměstnanců k 31.12.2008 činí **198 osob**, průměrný přepočtený počet v roce 2008 pak **197 osob**, což znamená zajištění meziročního růstu produktivity práce vyjádřené poměrem k počtu pojištěnců.
- RBP nepředpokládá v roce 2008 využití jakýchkoliv úvěrových prostředků.
- Výše uvedené skutečnosti, jakož i parametry předkládaného zdravotně pojištného plánu na rok 2008, dokladují naplnění předpokladů pro záměr pojišťovny pokračovat v realizaci programů preventivní zdravotní péče ve smyslu § 19 zákona ČNR č. 280/1992 Sb., v platném znění. Čerpání fondu prevence plánuje RBP ve výši **60,5 mil. Kč**, což odpovídá reálným možnostem pojišťovny.

Saldo příjmů a nákladů

B.	ZÁKLADNÍ FOND ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ (ZFZP) Příjmy ve sledovaném období podle § 1 odst. 7 vyhlášky o fondech	ROK 2007 oček. skut. tis. Kč	ROK 2008 ZPP tis. Kč	% ZPP 08/oč.sk.07
I.	Příjmy celkem	5 608 000	5 830 221	104,0
1	Pojistné z veřejného zdravotního pojištění podle § 1 odst. 1 písm. a) vyhlášky o fondech	4 169 000	4 353 800	104,4
2	Peněžní prostř. plynoucí z měsíčního vyúčtování výsledků přerozdělování +/- podle § 1 odst. 1 písm. b) vyhl. o fondech	1 365 000	1 399 000	102,5
2.1	Pojistné z veř. zdrav. pojištění po přerozdělování (ř. 1 + ř. 2) podle §§ 20, 21a zák. 592/1992 Sb., o pojištěním na všeobecné zdravotní pojištění, ve znění pozdějších předpisů a § 1 odst. 1 písm. a + b) vyhlášky o fondech	5 534 000	5 752 800	104,0
3	Penále, pokuty a přírázky k pojistnému podle § 1 odst. 2 nebo 3 vyhlášky o fondech	26 300	27 000	102,7
4	Náhrady škody podle § 1 odst. 1 písm. c) vyhlášky o fondech	19 000	19 000	100,0
5	Úroky získané hospodařením podle § 1 odst. 2 nebo 3 vyhlášky o fondech	28 000	30 000	107,1
6	Ostatní příjmy podle § 1 odst. 1 písm. f) vyhlášky o fondech			
7	Převody z jiných fondů v souladu s § 1 odst. 1 písm. h) vyhlášky o fondech			
8	Příjem zůstatku v případě sloučení nebo splynutí zdravotní pojišťovny podle § 1 odst. 1 písm. i) vyhlášky o fondech			
9	Příjem od zahraniční pojišťovny podle § 1 odst. 1 písm. e) vyhlášky o fondech za uhrazenou zdravotní péči zdravotnickým zařízením za cizince na základě mezinárodních smluv	600	1 021	170,2
10	Příjem paušální platby za cizí pojištěnce od zahraniční pojišťovny podle Nařízení Rady EHS 1408/71 a 574/72	100	400	400,0
11	Kladné kurzové rozdíly podle § 1 odst. 1 písm. g) vyhlášky o fondech	0	0	
12	Dar určený dárce pro ZFZP, nebo pokud nebyl dárce určen účel daru podle § 1 odst. 1 písm. d) vyhlášky o fondech			

A.	ZÁKLADNÍ FOND ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ (ZFZP)	ROK 2007 oček. skut. tis. Kč	ROK 2008 ZPP tis. Kč	% ZPP 08/oč.sk.07
II.	Čerpání (náklady) celkem:	5 378 376	5 831 480	108,4
1	Závazky za zdravotní péči včetně korekcí a revizí a úhrad jiným zdravotním pojišťovnám podle § 1 odst. 4 písm. a), 4 písm. b) a 4 písm. d) vyhlášky o fondech vč. úhrad souvisejících s limitem regulačních poplatků a doplatků podle § 16b) zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, v platném znění z toho:	5 106 000	5 544 000	108,6
1.1	- závazky za léčení pojištěnců dané zdravotní pojišťovny v cizině podle § 1 odst. 4 písm. b) vyhlášky o fondech	8 000	9 000	112,5
2	Úroky z úvěrů podle § 1 odst. 4 písm. e) vyhlášky o fondech			
3	Předpis přidělů do jiných fondů (3.1 +3.2 +3.3 +3.4.)	263 676	273 976	103,9
	v tom:			
3.1	- do rezervního fondu podle § 1 odst. 4 písm. i) vyhlášky o fondech ¹⁾	3 500	3 000	85,7
3.2	- do provozního fondu podle § 1 odst. 4 písm. h) vyhlášky o fondech	205 876	213 976	103,9
3.3	- do fondu prevence podle § 1 odst. 4 písm. j) vyhlášky o fondech	54 300	57 000	105,0
3.4	Mimořádný převod do PF - pouze Vojenská zdravotní pojišťovna ČR podle §1 odst. 4 písm. k) vyhlášky o fondech			
4	Závazky vyplývající z poskytnutí zdravotní péče fakturované tuzemskými zdravotnickými zařízeními za cizince včetně výsledků revize	2 800	6 000	214,3
5	Závazky vůči zahraniční pojišťovně z titulu paušální platby za pojištěnce dané zdravotní pojišťovny podle Nařízení Rady EHS 1408/71 a 574/72	200	504	252,0

6	Bankovní poplatky za vedení účtu ZFZP a další poplatky podle § 1 odst. 4 písm. f) vyhlášky o fondch ³⁾	5 700	7 000	122,8
7	Záporné kurzové rozdíly podle § 1 odst. 4 písm. g) vyhlášky o fondch	0	0	
III.	Saldo příjmů a nákladů ZFZP ²⁾ (I. Příjmy celkem - II. Čerpání celkem)	229 624	- 1 259	

Poznámky k tabulce:
A – údaje vycházející z účetnictví

B – údaje bankovního účtu

1) ZP vykazují v případě, že je rezervní fond naplňován i finančně.

2) Tabulka bude doplněna komentářem k dosaženému saldu příjmů a nákladů ZFZP ve vztahu k zůstatku finančních prostředků na bankovním účtu ZFZP a stavu závazků vůči ZZ případně dalším důvodům tohoto vývoje.

3) Zdravotní pojišťovny zahrnou i čerpání, resp. výdaje na poštovní a bankovní poplatky související s limitem regulačních poplatků a dopltek podle § 16b zák. č. 48/1997 Sb., v platném znění.

Tabulka č. 2a ZPP 2008 Saldo P-N

Tabulka zachycuje porovnání příjmů, které pojišťovna předpokládá v období od 1.1. do 31.12.2008 a nákladů s výjimkou odpisů pohledávek, které jsou předpisově účtovány z hlediska věcného a časového zařazení. Při vyrovnaném hospodaření, které pojišťovna plánuje v roce 2008, představuje záporné saldo příjmů a nákladů předpisově účtovaný závazek splatný v roce 2008 z prostředků vytvořených a rezervovaných v minulých účetních obdobích.

Náklady na léčení cizinců

Kvalifikovaný odhad výdajů za péči poskytnutou tuzemskými zdravotnickými zařízeními cizincům tvoří nadále marginální část plánovaných výdajů RBP (**cca 4.800 tis. Kč**). Náklady zachycené v účetnictví předpokládá pojišťovna ve výši **6.000 tis. Kč** a jejich bližší specifikace je uvedena v následující tabulce:

Ř.	UKAZATEL	Měrná jednotka	2007 oč. skut.	2008 ZPP	% ZPP 2008/ oč. skut. 2007
1	Náklady na léčení cizinců v ČR celkem ¹⁾	tis. Kč	2 800	6 000	214,3
2	Počet ošetřených cizinců ²⁾	počet	600	800	133,3
3	Průměrné náklady na 1 ošetřeného cizince	Kč	4 667	7 500	160,7

Poznámky k tabulce:

1) Údaje vychází z oddílu A III ř. 5 tabulky č. 2.

2) Vyjádřeno počtem výkazů.

Tabulka č. 14 ZPP 2008 Léčení cizinců

4.2. TVORBA A PŘÍJMY ZFZP

Celkové příjmy od 1.1. do 31.12.2008 plánuje RBP ve výši **5.830.221 tis. Kč**. Jsou tvořeny pojistným z veřejného zdravotního pojištění ve výši **4.353.800 tis. Kč**, předpokládanými prostředky z přerozdělování připsanými na účet RBP ve výši **1.399.000 tis. Kč**, příjmy z náhrad škod ve výši **19.000 tis. Kč**, příjmy z penále, pokut a přirážek k pojistnému ve výši **27.000 tis. Kč** a příjmy z úroků vzniklých hospodařením se ZFZP ve výši **30.000 tis. Kč**.

Nepodstatnou příjmovou položkou ZFZP, která je pouhým kvalifikovaným odhadem, je objem **1.021 tis. Kč** očekávaný od zahraničních nositelů zdravotního pojištění a získaný prostřednictvím Centra mezistátních úhrad za zdravotní péči poskytnutou cizincům v ČR a příjem paušální platby na cizí pojištěnce ve výši **400 tis. Kč**.

Kontrola výběru pojistného, pokut, penále a přírážek 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 z „Cílů a zásad řízení kontrolní činnosti v příjmové oblasti pojišťovny“. Na tento materiál schválený správní radou navazují další vnitřní akty řízení. Problematika kontrolní činnosti a výběru pojistného je pravidelně projednávána na poradách vedení RBP i ve Správní a Dozorčí radě RBP.

V roce 2008 bude kontrolní činnost plnit důležitou roli při zjišťování neplatičů zdravotního pojištění s cílem podpořit udržení finanční stability zdravotní pojišťovny a i nadále bude využívat všech zákonných prostředků k vymáhání pohledávek. Současně bude pozornost věnována i vymáhání penále, které se významnou měrou podílí na tvorbě fondu prevence.

Kontrolní činnost v roce 2008 bude zaměřena zejména na realizaci dopadů legislativních změn účinných od 1.1. 2008:

- připravenost informačního systému na možnost vyúčtování pojistného při dosažení maximálního vyměřovacího základu,
- vedení evidence vratek pojistného nad dosažený maximální vyměřovací základ,
- zapracování přeplatků vyměřovacího základu nad maximální vyměřovací základ při souběhu činností OSVČ a zaměstnance do přehledu OSVČ.

Dále se pojišťovna zaměří na:

- zkvalitnění kontrolní činnosti u plátců pojistného,
- zdokonalování programového vybavení pro provádění tzv. “korespondenční kontroly plátců pojistného“ (přirazování 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 § 147 trestního zákona č. 140/1961 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 nemoci z povolání nebo pracovních úrazů ze stejných příčin, včetně možností v krajních případech vyměřit přírážku 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 (zaměstnavatelů a OSVČ) výrazně ovlivňují neuhrazené platby běžného pojistného v případech, kdy plátcí zaslali přehled o platbě pojistného (pracovně tzv. „avízo“), ale platbu neprovedli v termínu.

V roce 2008 bude RBP ke snižování pohledávek využívat metod, které se osvědčily již v minulých letech. Nadále bude preferovat zejména úzké kontakty s velkými plátcí 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 orgánů.

V rámci platné legislativy budou využívány následující postupy:

- návrh na výkon rozhodnutí přikázáním pohledávky z účtu dlužníka,
- návrh na prodej movitých a nemovitých věcí dlužníka,
- návrh na prodej cenných papírů dlužníka,
- postižení obchodního podílu a prodej podniku,
- prohlášení o majetku dlužníka,
- připojení se k vyhlášenému konkursu nebo likvidaci,
- využití exekutorů,
- vedení správních výkonů rozhodnutí.

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 zahajováno správní řízení dle zákona č. 500/2004 Sb., v platném znění (Správní řád), a na dlužné pojistné a penále jsou vydávány platební výměry. 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 chybivosti v registru pojištěnců RBP, která vzniká především neplněním oznamovacích povinností dle zákona ze strany pojištěnců.

RBP se bude v roce 2008 řídit ve své činnosti zejména zákony č. 48/1997 Sb. a 592/1992 Sb., v platném znění. Obě tyto normy se ve svých změnách 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.

V souvislosti s vydáním správního řádu jako zákona č. 500/2004 Sb. jsou kladeny vyšší formální nároky na vedené správní řízení. Z tohoto důvodu je žádoucí 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.

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 Evropského hospodářského prostoru s výjimkou Švýcarska. RBP bude předmětu činnosti Centra mezistátních úhrad k řešení pohledávek za těmito plátcí pojistného využívat.

4.3. ČERPÁNÍ, VÝDAJE ZFZP

Výdaje, čili finanční prostředky odepsané z bankovních účtů základního fondu zdravotního pojištění od 1.1. do 31.12.2008, jsou plánovány v celkové výši **5.830.221 tis. Kč**. Největší položku z nich tvoří výdaje na věcné dávky zdravotní péče včetně úhrad souvisejících s limitem regulačních poplatků a doplatků ve výši **5.544.000 tis. Kč**. Bližší komentář k této rozhodující výdajové oblasti je předmětem subkapitoly 4.3.3.

Rezervní fond bude v souladu s platnou legislativou doplněn v roce 2008 částkou **3.000 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 **213.976 tis. Kč**. Propoččet přídělu je podrobně popsán v kapitole 6.

Prostřednictvím ZFZP provádí RBP příděl do fondu prevence, jehož objem je plánován ve výši **57.000 tis. Kč**. Tvoří jej příjmy z pokut (20 tis. Kč), penále (24.300 tis. Kč), přírážek k pojistnému (2.680 tis. Kč) a úroků vzniklých hospodařením se ZFZP (30.000 tis. Kč).

Bankovní poplatky a poštovné související se ZFZP jsou plánovány ve výši **7.000 tis. Kč**. Do poštovního hrazeného ze ZFZP hodlá RBP zahrnout výdaje související s komunikací s poskytovateli zdravotní péče, pojištěnci a plátcí pojistného, včetně doplatků.

Výdaje za poskytnutou zdravotní péči fakturovanou tuzemským ZZ za cizince jsou plánovány ve výši **4.741 tis. Kč**, za paušální platby za pojištěnce RBP do ciziny kalkuluje pojišťovna s částkou **504 tis. Kč**.

4.3.1. Smluvní politika ve vztahu k ZZ

Záměry vývoje smluvní politiky

Prvořadým úkolem smluvní politiky pojišťovny je zajištění kvalitní a dostupné zdravotní péče pro všechny své klienty. K tomu zdravotní pojišťovna spoluprotváří optimální síť

zdravotnických zařízení. Při této činnosti a stabilizaci sítě zdravotnických zařízení bude pojišťovna nadále úzce spolupracovat s krajskými úřady především Moravskoslezského, Olomouckého, Zlínského a Jihomoravského kraje, dále s ostatními zdravotními pojišťovnami, orgány místní samosprávy a odbornými lékařskými společnostmi.

Stabilizaci a kultivaci sítě zdravotnických zařízení pojišťovna chápe jako otevřený a dlouhodobý proces.

V souladu s připravovanými legislativními změnami v roce 2008 se zdravotní pojišťovna zaměří při uzavírání a rozšiřování smluvních vztahů na zvyšování bezpečí pacienta a na kvalitu poskytované zdravotní péče.

S tím úzce souvisí i kontrola pasportizace jednotlivých zdravotnických zařízení. Při těchto kontrolách bude nadále kladen důraz na odpovídající personální a přístrojové vybavení smluvních zdravotnických zařízení. Důležitým měřítkem posuzování kvality poskytované zdravotní péče jsou samotné výsledky léčebné činnosti, počty komplikací, reoperací apod.

Pro stabilizaci a další vývoj smluvních vztahů budou v roce 2008 určující tato kritéria:

- výsledky výběrových řízení v regionech s početnou klientelou RBP s tím, že mimo tyto oblasti budou výsledky výběrových řízení posuzovány s ohledem na aktuální potřebu a dostupnost zdravotní péče,
- před uzavřením nového smluvního vztahu bude prověřena pasportizace příslušného zdravotnického zařízení ve vztahu k úrovni personálního a technického vybavení zdravotnického zařízení,
- zdravotní pojišťovna nebude podle připravované právní úpravy vyžadovat konání výběrových řízení pro zdravotnická zařízení
 - lékařské péče,
 - vězeňské služby ČR a
 - záchranné služby,
- smluvní ujednání o úhradách zdravotní péče bude respektovat výsledky dohodovacích řízení, platnou legislativu a závazné pokyny MZ a MF.

Pojišťovna bude i nadále aplikovat Nařízení EU o poskytování a úhradě zdravotní péče a podílet se na zajišťování činnosti Centra mezistátních úhrad.

Zajištění dostupnosti zdravotní péče v regionech působnosti

Současná síť smluvních zdravotnických zařízení odpovídá potřebám RBP jak z hlediska dostupnosti, tak i struktury poskytované péče. Pro klienty mimo hlavní zájmové regiony RBP je zdravotní péče smluvně zajištěna téměř ve všech nemocnicích ČR a ve významných poliklinikách.

Uzavření nových smluvních vztahů s ambulantními zdravotnickými zařízeními 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.

Sjednávání nových smluv v průběhu roku 2008 může oboustranně ovlivnit četnost, strukturu odborností a územní lokalizaci smluvních zdravotnických zařízení. Zdravotní pojišťovna bude uzavírat nové smluvní vztahy v závislosti na potřebě zajištění dostupné a kvalitní zdravotní péče. V segmentech praktických lékařů pro dospělé, praktických lékařů pro děti a dorost a praktických zubních lékařů je plánován pro rok 2008 nárůst o 1,0 až 1,7 %. V segmentu ambulantních specialistů se předpokládá nárůst smluvních zdravotnických zařízení o 2,5 %.

V ostatních ambulantních zařízeních (domácí péče, rehabilitace a komplement) nepředpokládá pojišťovna výrazné změny v počtech poskytovatelů zdravotní péče.

S ohledem na přirozené stárnutí obyvatelstva, které se promítá do portfolia zdravotní pojišťovny, se v r. 2008 předpokládá navýšení počtu ústavních zařízení následné péče pro seniory.

Rozsah sítě zdravotnických zařízení, která plně pokryje kvalitní a dostupnou péči, bude zdravotní pojišťovna posuzovat ve vztahu k optimální výši účelně vynaložených finančních prostředků z veřejného zdravotního pojištění.

Základním prvkem, který upravuje vzájemné vztahy se smluvními zdravotnickými zařízeními, jsou smlouvy o poskytování a úhradě zdravotní péče. Nedílnou součástí těchto smluv jsou cenová a platební ujednání. Dodržování dohodnutých lhůt splatnosti vůči smluvním zdravotnickým zařízením považuje pojišťovna za svou dlouhodobou základní prioritu. Tato zásada bude platit i v roce 2008 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 poskytované zdravotní péče.

Sít' smluvních zdravotnických zařízení

Tvorbu účelné sítě zdravotnických zařízení a uplatňování racionální smluvní politiky považuje pojišťovna za významný prvek zajištění dostupnosti zdravotní péče v žádoucí struktuře.

Počet a strukturu smluv s poskytovateli zdravotní péče charakterizuje následující tabulka:

Ř.	KATEGORIE SMLUVNÍCH ZDRAVOTNICKÝCH ZAŘÍZENÍ	ROK 2007 Počet ZZ k 31.12. oček. skut.	ROK 2008 Počet ZZ k 31.12. ZPP	% nárůstu, poklesu
1	Ambulantní zdravotnická zařízení	5 474	5 570	101,8
	z toho:			
1.1	Praktický lékař pro dospělé (odbornost 001)	1 212	1 230	101,5
1.2	Praktický lékař pro děti a dorost (odbornost 002)	624	630	101,0
1.3	Praktický zubní lékař (odbornost 014 - 015, 019)	1 420	1 444	101,7
1.4	Ambulantní specialisté celkem	1 723	1 766	102,5
1.5	Domácí péče (odbornost 925)	79	80	101,3
1.6	Rehabilitační zdravotnická zařízení (odbornosti 902 a 918)	101	102	101,0
1.7	Zdravotnická zařízení komplementu (odb.222, 801 - 805, 807, 809, 812 - 823)	127	127	100,0
1.8	Ostatní ambulantní pracoviště	188	191	101,6
2	Lůžková zdravotnická zařízení celkem	214	219	102,3
	z toho:			
2.1	Nemocnice	115	116	100,9

2.2	Odborné léčebné ústavy (kromě LDN a ZZ vykazující výhr. kód OD 00005)	20	20	100,0
2.2.1	v tom: psychiatrické	9	9	100,0
2.2.2	rehabilitační	4	4	100,0
2.2.3	tuberkulózně-respirační nemoci	6	6	100,0
2.2.4	ostatní	1	1	100,0
2.3	Léčebny dlouhodobě nemocných celkem (vykazující kód 00024)	56	58	103,6
2.3.1	v tom: samostatná zdravotnická zařízení	14	16	114,3
2.3.2	začleněné v rámci jiného zdravotnického zařízení	42	42	100,0
2.4	Ošetrovatelská lůžka (vykazující kód 00005)	23	25	108,7
2.4.1	v tom: samostatná zdravotnická zařízení	10	11	110,0
2.4.2	začleněná v rámci jiného zdravotnického zařízení	13	14	107,7
3	Lázně	46	44	95,7
4	Ozdravovny	6	6	100,0
5	Dopravní zdravotní služba	68	69	101,5
6	Záchranná služba (odbornost 709)	16	16	100,0
7	Lékárny a výdejny zdravotnických prostředků	1 052	1 068	101,5
8	OSTATNÍ smluvní zdravotnická zařízení	172	172	100,0

Tabulka č. 15 ZPP 2008 Soustava smluvních ZZ

Revírní bratrská pokladna, zdravotní pojišťovna je institucí s výrazným regionálním charakterem. V šesti okresech Moravskoslezského kraje tvoří klientela RBP 23 % z celkového počtu obyvatel. Ve vztahu k celkovému počtu pojištěnců RBP tvoří pojištěnci Moravskoslezského kraje téměř 81% podíl.

Mimo Moravskoslezský kraj má RBP významné zastoupení v okresech Kroměříž, kde klientela RBP činí 22,5 % z celkového počtu obyvatel, Vsetín s 13 % a Hodonín s 9,6 % 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 ke zdravotnickým zařízením

Regulační opatření uplatňovaná při čerpání nákladů na zdravotní péči jsou pro rok 2008 považována za důležitou podmínku hospodárného vynakládání finančních prostředků z veřejného zdravotního pojištění.

Účinnost zachycování chybného vykazování zdravotní péče souvisí s kvalitou informačního systému zdravotní 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 4 % z jejich celkového objemu. Nálezy RBP jsou ze strany poskytovatelů zdravotní péče přijímány vesměs jako oprávněné.

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

4.3.2. Zdravotní politika

Hlavní úkoly zdravotní politiky

Pojišťovna bude zajišťovat úhrady zdravotní péče podle současné právní úpravy veřejného zdravotního pojištění, a to v souladu se zněním §§ 13 až 16 zákona č. 48/1997 Sb., v platném znění.

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

Výše a rozsah úhrad zdravotní péče se bude řídit právními předpisy podle nové právní úpravy platné od 1.1.2008 (mj. Seznam zdravotních výkonů).

Celkové finanční objemy úhrad na rok 2008 jsou uvedené 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 2008 cíleně přistupovat k nákupu zdravotní péče v rozhodujících regionálních nemocnicích. Při nákupu zdravotní péče se pojišťovna zaměří na předem plánovanou zdravotní péči. Parametry pro nákup zdravotní péče v příslušných

nemocničních zařízeních budou kvalita poskytované péče, bezpečí pacienta a její nákladovost.

V roce 2008 bude zdravotní pojišťovna v součinnosti s Ústavem (SÚKL) nově účastníkem řízení o stanovení cen, maximálních cen a úhrad z veřejného zdravotního pojištění pro léčivé přípravky a potraviny pro zvláštní lékařské účely.

Pozornost bude rovněž věnována paliativní péči poskytované pojištěncům v terminálním stavu v jejich vlastním sociálním prostředí.

Předpokládané způsoby a výše úhrad zdravotní péče v jednotlivých segmentech

V souladu s dosavadní praxí budou úhrady **praktických lékařů pro dospělé i praktických lékařů pro děti a dorost** hrazeny kombinovaným kapitačně výkonovým způsobem, u malých praxí (které nedosahují průměrného počtu registrovaných pojištěnců), s dorovnáním kapitace.

V segmentu **ambulantních specialistů** bude uplatněn dosavadní výkonový způsob úhrady s uplatněním parametru nákladovosti na jednoho pacienta, v segmentu **komplementu** výkonově nebo paušální sazbou, v segmentech **rehabilitace, domácí péče a zdravotní dopravy** výkonově.

V segmentu **stomatologie** budou úhrady realizovány v souladu s vyhláškou o rámcových smlouvách a individuálními smluvními ujednáními v rámci platných právních předpisů.

Akutní lůžková péče bude hrazena výkonovým způsobem úhrady, paušální úhradou nebo paušální úhradou v kombinaci s cíleně prováděným nákupem zdravotní péče v rozhodujících regionálních nemocnicích s využitím systému DRG.

V **OLÚ, LDN, OSL** a v **zařízeních hospicového typu** bude pojišťovna uplatňovat úhrady zdravotní péče výkonovým způsobem nebo formou paušálních plateb, přičemž není vyloučena možnost dohodnout jiný způsob úhrady.

Zvláštní ambulantní péče poskytovaná podle § 22 písm. c) a e) zákona 48/1997 Sb., v platném znění, bude hrazena výkonovým způsobem.

Lázeňská péče bude nadále hrazena podle konkrétního smluvního ujednání s jednotlivými poskytovateli této péče za lázeňské procedury a pobytové dny.

Způsoby úhrad ve všech segmentech zdravotní péče budou sjednány na období celého roku 2008.

U všech segmentů poskytovatelů zdravotní péče budou uplatněny v souladu s platnými právními předpisy regulační mechanismy.

Regulační omezení objemu poskytnuté zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění dle zákona č. 48/1997 Sb., ve znění zákona č. 117/2006 Sb.

K regulování a omezování objemu úhrad za poskytovanou zdravotní péči přistoupí Revírní bratrská pokladna 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 indukované zdravotní péče u ambulantních ZZ a preskripce léčiv a zdravotnických prostředků u zařízení ústavní péče do smluvních ujednání v rozsahu závazných opatření vyplývajících z příslušných prováděcích předpisů,
- promítání časové limitace výkonů stanovené § 41 zák. č. 48/1997 Sb., v platném znění, do systému úhrad zdravotní péče (tj. uplatňování tzv. KORKO a REGKO),
- cílevědomou smluvní politiku vycházející z výsledků výběrových řízení a ze zajištění dostupné zdravotní péče pro pojištěnce RBP,
- spolupráci se zakladatelskými subjekty a lékaři závodní primární péče jakož i s praktickými lékaři v oblasti prevence zdravotních rizik ve vztahu ke specifickým pracovním podmínkám.

Závazky vyplývající pro zdravotní pojišťovnu z právních předpisů považuje RBP za samozřejmý princip svého vztahu ke smluvním partnerům, kterým není nutno jakoukoliv formu regulací zdůrazňovat. Zároveň se jedná o oblast s absolutní prioritou kontroly samosprávných orgánů pojišťovny. Ty dlouhodobě dbají na plnění základního cíle zdravotní

pojišťovny - hospodařit tak, aby RBP nevykazovala v souladu s tradicí žádné závazky po lhůtě splatnosti vůči poskytovatelům zdravotní péče.

4.3.3. Revizní a kontrolní činnost

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

RBP bude uplatňovat následující kontrolní opatření:

- posuzování vykázaných výkonů v souladu s oprávněním zdravotnického zařízení pro poskytování zdravotní péče v rámci schválené pasportizace, která je součástí smluvního ujednání,
- čtvrtletní plánování a vyhodnocování revizní činnosti se zaměřením na fyzické revize zdravotnických zařízení, která vykazují neúměrně vysokou úroveň nákladnosti nebo nesrovnalosti v účtování zdravotní péče, resp. vykazují výrazný nárůst indukované péče,
- posuzování úhrady při poskytnutí nutné a neodkladné zdravotní péče u nesmluvních zdravotnických zařízení ve smyslu § 17 odst. 1 zák. č. 48/1997 Sb., v platném znění,
- vymezení konkrétních zdravotních indikací pro přijetí na lůžka následné zdravotní péče s cílem specifikovat úhradu zdravotní péče při hospitalizaci, která není nutná ze zdravotních důvodů,
- průběžné posuzování nesprávné nebo neúčelné preskripce léčiv v návaznosti na stanovené diagnózy,
- posuzování úrovně a kvality zdravotní péče ve zdravotnických zařízeních revizními lékaři pojišťovny s vyvozováním závěrů ze smluvních vztahů,
- využívání individuálních účtů klientů k ověřování rozsahu poskytnuté zdravotní péče tam, kde je podezření z neuskutečněných, avšak vykázaných zdravotních výkonů,
- odborné posuzování žádank o zvýšenou úhradu z hlediska jejich medicínské přiměřenosti,
- komisionální posuzování návrhů lázeňské léčebné 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 péči poskytovanou v zahraničí, kterou nelze zabezpečit v ČR.

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

Tabulky č. 12 a 13 ZPP 2008 vyjadřují v základních ukazatelích celkové nákladové položky podle segmentů zdravotní péče a také náklady v přepočtu na 1 pojištěnce. Uvedený přehled vyjadřuje zároveň základní dohodovací prostor RBP pro jednání s poskytovateli zdravotní péče o úhradách a jejich promítnutí do smluvní praxe.

Struktura nákladů na zdravotní péči podle jednotlivých segmentů

Ř.	UKAZATEL	Měr. jed.	ROK 2007 oček. skut.	ROK 2008 ZPP	% ZPP 08/oč.sk.07
I.	Náklady na ZP celkem čerpané z odd. A ZFZP ¹⁾ (součet ř.1-11)	tis. Kč	5 106 000	5 544 000	108,6
1	na ambulantní péči celkem (ZZ nevykazující žádný kód OD, zahrnují se náklady na ZULP, ZUM, nezahrnují se náklady na léky na recepty a zdravotnické prostředky na poukazy) z toho:	tis. Kč	1 473 700	1 623 600	110,2
1.1	na stomatologickou péči (odb. 014,015, 019)	tis. Kč	320 000	358 000	111,9
1.2	na péči praktických lékařů (odb. 001, 002)	tis. Kč	316 000	355 000	112,3
1.3	na gynekologickou péči (odbornost 603, 604) platí i pro VZP ČR	tis. Kč	105 000	114 000	108,6
1.4	na rehabilitační péči (odbornost 902 a 918)	tis. Kč	67 000	72 000	107,5
1.5	na diagnostickou ZP (odb.222,801-805,807,809,812-823)	tis. Kč	236 000	253 500	107,4
1.6	na domácí zdravotní péči (odb.925)	tis. Kč	16 500	18 300	110,9
1.7	náklady na spec. ambulantní péči (odb.neuvedené v ř.1.1.-1.6.) neuvedené v ř.2	tis. Kč	409 000	442 300	108,1
1.8	na zdravotní péči ve zdravotnických zařízeních poskytnutou osobám umístěným v nich z jiných než zdravotních důvodů (§ 22 písm. c) zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů (dále jen zákon č. 48/1997 Sb.))	tis. Kč	200	500	250,0
1.9	na zdravotní péči poskytnutou v zařízeních sociálních služeb (§ 22 písm. d) zákona č. 48/1997 Sb., ve znění zákona č. 109/2006 Sb.)	tis. Kč	0	0	0,0
1.10	na ošetřovatelskou a rehabilitační péči poskytnutou v zařízeních sociálních služeb (§ 22 písm. e) zákona č. 48/1997 Sb., ve znění zákona č. 109/2006 Sb.)	tis. Kč	4 000	10 000	250,0
2	na ústavní péči celkem (ZZ vykazující kód OD, zahrnují se náklady na ZULP, ZUM, paušál na léky i příp. nasmlovanou péči ambulantní, stomatologickou a dopravu provozovanou v rámci lůžkového ZZ s výjimkou nákladů na léky na recepty a zdravotnické prostředky na poukazy) v tom:	tis. Kč	2 322 000	2 470 300	106,4
2.1	nemocnice	tis. Kč	2 173 000	2 304 300	106,0
2.2	odborné léčebné ústavy (OLÚ s výj. ZZ uved. v ř.2.3. a 2.4.)	tis. Kč	101 000	112 000	110,9
2.3	LDN (samost. ZZ vykazující kód OD 00024)	tis. Kč	43 000	48 000	111,6
2.4	ošetřovatelská lůžka (samost. ZZ vykazující kód OD 00005)	tis. Kč	5 000	6 000	120,0
3	Náklady na lůžkovou péči	tis. Kč	87 000	92 500	106,3
4	Náklady na péči v ozdravovnách	tis. Kč	8 500	9 400	110,6
5	Náklady na dopravu (zahrnuje dopravní zdravotní službu vč. individuální dopravy, nezahrnuje se doprava z ř.2)	tis. Kč	40 300	44 600	110,7
6	Náklady na zdravotnickou záchranou službu (odb.709, ZZ nevykazující žádný kód OD)	tis. Kč	31 500	37 600	119,4

7	Náklady na léky vydané na recepty celkem z toho:	tis. Kč	1 002 000	1 043 000	104,1
7.1	předepsané v ambulantních ZZ (samost. ambulantní ZZ)	tis. Kč	719 000	737 000	102,5
7.1.1	z toho: - u praktických lékařů	tis. Kč	311 000	317 000	101,9
7.1.2	- u specializované ambulantní péče	tis. Kč	408 000	420 000	102,9
7.2	předepsané v lůžkových ZZ	tis. Kč	283 000	306 000	108,1
8	Náklady na zdravotnické prostředky vydané na poukazy celkem z toho:	tis. Kč	133 000	144 000	108,3
8.1	předepsané v ambulantních ZZ (samost. ambulantní ZZ)	tis. Kč	73 000	78 000	106,9
8.2	předepsané v lůžkových ZZ	tis. Kč	60 000	66 000	110,0
9	Náklady na léčení v zahraničí ²⁾	tis. Kč	8 000	9 000	112,5
10	Finanční prostředky (vratky) podle § 16b zák. č. 48/1997 Sb. ⁴⁾	tis. Kč	0	70 000	
11	Ostatní náklady na zdravotní péči (které nelze zařadit do předchozích bodů)	tis. Kč	0	0	
II.	Náklady na zlepšení zdravotní péče čerpané z jiných fondů ³⁾	tis. Kč	42 196	60 500	143,4
III.	Náklady na zdravotní péči celkem (součet ř.I. + ř.II.)	tis. Kč	5 148 196	5 604 500	108,9

Poznámky k tabulce:

1) Údaj vychází z oddílu A III ř. 1 základního fondu zdravotního pojištění.

2) Zdravotní pojišťovny vykazují náklady na léčení v zahraničí podle § 1 odst. 4 písm. b) vyhlášky o fondech. Údaj vychází z oddílu A III ř. 1.1 tabulky č. 2.

3) Údaj vychází z oddílu A III ř. 1 tabulky č. 7 minus údaje oddílu A II ř. 4 tab. č. 7 plus oddíl A III ř. 5 tab. č. 7+ oddílu A III ř. 1 tabulky č. 9 a 10.

4) Zdravotní pojišťovny vykazují objem fin. prostředků nad limit stanovený v § 16b zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, v platném znění.

Tabulka č. 12 ZPP 2008

Struktura nákladů na zdravotní péči podle jednotlivých segmentů v přepočtu na 1 pojištěnce

Z uvedených hodnot vyplývá, že meziroční index nárůstu objemu plánovaných úhrad za poskytnutou zdravotní péči hrazenou ze ZFZP činí **108,6 %**. V přepočtu na 1 pojištěnce

Ř.	UKAZATEL	měř. jed.	ROK 2007 oček. skut.	ROK 2008 ZPP	% ZPP 08/oč.sk.07
I.	Náklady na ZP celkem čerpané z oddílu A ZFZP ¹⁾ (součet ř.1-11) v tom:	Kč	14 065	15 133	107,6
1	na ambulantní péči celkem (ZZ nevykazující žádný kód OD, zahrnují se náklady na ZULP, ZUM, nezahrnují se náklady na léky na recepty a zdravotnické prostředky na poukazy) z toho:	Kč	4 060	4 432	109,2
1.1	na stomatologickou péči (odb. 014,015, 019)	Kč	881	977	110,9
1.2	na péči praktických lékařů (odb. 001, 002)	Kč	870	969	111,4
1.3	na gynekologickou péči (odbornost 603, 604) platí i pro VZP ČR	Kč	289	311	107,6
1.4	na rehabilitační péči (odbornost 902 a 918)	Kč	185	197	106,5
1.5	na diagnostickou ZP (odb.222,801-805,807,809,812-823)	Kč	650	692	106,5
1.6	na domácí zdravotní péči (odb.925)	Kč	45	50	111,1
1.7	náklady na spec. ambulantní péči (odb.neuvedené v ř.1.1.-1.6.) neuvedené v ř.2	Kč	1 127	1 207	107,1
1.8	na zdravotní péči ve zdravotnických zařízeních poskytnutou osobám umístěným v nich z jiných než zdravotních důvodů (§ 22 písm. c) zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů (dále jen zákon č. 48/1997 Sb.)	Kč	1	1	100,0
1.9	na zdravotní péči poskytnutou v zařízeních sociálních služeb (§ 22 písm. d) zákona č. 48/1997 Sb., ve znění zákona č. 109/2006 Sb.)	Kč	0	0	
1.10.	na ošetrovatelskou a rehabilitační péči poskytnutou v zařízeních sociálních služeb (§ 22 písm. e) zákona č. 48/1997 Sb., ve znění zákona č. 109/2006 Sb.)	Kč	11	27	245,5
2	na ústavní péči celkem (ZZ vykazující kód OD, zahrnují se náklady na ZULP, ZUM, paušál na léky i příp. nasmlouvanou péči ambulantní, stomatologickou a dopravu provozovanou v rámci lůžkového ZZ s výjimkou nákladů na léky na recepty a zdravotnické prostředky na poukazy) z toho:	Kč	6 396	6 743	105,4
2.1	nemocnice	Kč	5 986	6 290	105,1
2.2	odborné léčebné ústavy (OLÚ s výj. ZZ uved. v ř.2.3. a 2.4.)	Kč	278	306	110,1
2.3	LDN (samost. ZZ vykazující kód OD 00024)	Kč	118	131	111,0
2.4	ošetrovatelská lůžka (samost. ZZ vykazující kód OD 00005)	Kč	14	16	114,3
3	Náklady na lůžkovou péči	Kč	240	252	105,0
4	Náklady na péči v ozdravovnách	Kč	23	26	113,0
5	Náklady na dopravu (zahrnuje dopravní zdravotní službu vč. individuální dopravy, nezahrnuje se doprava z ř.2)	Kč	111	122	109,9
6	Náklady na zdravotnickou záchrannou službu (odb.709, ZZ nevykazující žádný kód OD)	Kč	87	103	118,4
7	Náklady na léky vydané na recepty celkem z toho:	Kč	2 760	2 847	103,2
7.1	předepsané v ambulantních ZZ (samost. ambulantní ZZ)	Kč	1 981	2 012	101,6
7.1.1	z toho: - u praktických lékařů	Kč	857	865	100,9
7.1.2	- u specializované ambulantní péče	Kč	1 124	1 146	102,0
7.2	předepsané v lůžkových ZZ	Kč	780	835	107,1
8	Náklady na zdravotnické prostředky vydané na poukazy celkem z toho:	Kč	366	393	107,4
8.1	předepsané v ambulantních ZZ (samost. ambulantní ZZ)	Kč	201	213	106,0
8.2	předepsané v lůžkových ZZ	Kč	165	180	109,1
9	Náklady na léčení v zahraničí (nutná a neodkladná péče)	Kč	22	25	113,6
10	Náklady na zdravotnické prostředky (vratky) podle § 16b zák. č. 48/1997 Sb.	Kč	0	0	0
11	Ostatní náklady na zdravotní péči (které nelze zařadit do předchozích bodů)	Kč	0	0	0
II.	Náklady na zlepšení zdravotní péče čerpané z jiných fondů	Kč	116	165	142,2
III.	Náklady na zdravotní péči celkem (součet ř.I. + ř.II.)	Kč	14 182	15 298	107,9

činí tento index **107,6 %**.

Pojišťovna bude důsledně dbát na vyváženost příjmů a výdajů na zdravotní péči.

Dynamika jednotlivých výdajových objemů se bude odvíjet z následujících předpokladů:

- z očekávané nové legislativní úpravy systému veřejného zdravotního pojištění a z novelizovaného Seznamu zdravotních výkonů,
- z obecné regulace způsobu a výše úhrad zdravotní péče, ze stanovených cen, případně limitací,
- z podmínek pro nákup zdravotní péče,
- z míry možného ovlivňování nákladů jednotlivých segmentů zdravotní péče regulačními opatřeními pojišťovny,
- ze systémové aplikace pojišťovnou přijatých pravidel pro kontrolu poskytování úhrad zdravotní péče

tak, aby tyto předpoklady dávaly možnost ovlivňovat výdaje podle tempa růstu příjmů z veřejného zdravotního pojištění.

Plánovaný vývoj v jednotlivých segmentech zdravotní péče

Péče praktických lékařů

Hmotná zainteresovanost lékařů prvního kontaktu na efektivním vynakládání finančních prostředků se promítá na jedné straně do významně vyšší progresse úhrad, na druhé straně by měla přinést efekty v oblasti indukované péče, preskripce léčiv a zdravotnických prostředků.

Zvyšování kvality poskytované zdravotní péče praktickými lékaři, zejména její preventivní složky, považuje pojišťovna nadále za klíčovou oblast pro potenciální úspory systému jako celku.

Z uvedených důvodů se dynamika nárůstu úhrad plánuje jako nadprůměrná i s ohledem, že se jedná o prorůstový segment zdravotní péče.

Stomatologická péče

Meziroční dynamika úhrad se rovněž předpokládá vyšší než dynamika průměrných celkových nákladů. Pojišťovna očekává, že zvýšené úhrady přispějí ke zvýšení motivace stomatologů k zajištění dostupnosti stomatologické zdravotní péče. Zvýšený objem úhrad je výsledkem snahy o stabilizaci vývoje situace v segmentu a k zajištění odpovídajícího spektra preventivní i léčebné péče pojištěncům RBP.

Ostatní ambulantní péče

Meziroční dynamika úhrad se předpokládá odpovídající dynamice nákladů na celkovou zdravotní péči. V segmentu ambulantní specializované péče se dlouhodobě projevují investice zejména soukromých zdravotnických zařízení do nové výkonné přístrojové a

diagnostické techniky, se kterou souvisí zvyšování erudice lékařů, nové výkony, zvýšené úhrady i vlivem novely Seznamu zdravotních výkonů a v neposlední řadě i zvýšená kvalita péče o klienty pojišťovny.

V ambulantní péči jsou dlouhodobě uplatňovány regulační nástroje, které by měly garantovat optimální výši úhrad. KORKO a REGKO, regulace preskripce, indukované péče a limitace celkových nákladů se v praxi jeví jako postupně stabilizující nástroj řízení úhrad za poskytovanou zdravotní péči. Zdravotní pojišťovna bude i nadále věnovat pozornost optimalizaci nákladů indukované péče ze strany ambulantních specialistů, zejména pro segmenty rehabilitace a komplementu, kde trend dynamického nárůstu nákladů je dlouhodobý a limitace časem v segmentu rehabilitace nesehrává zásadní regulační roli.

Ústavní péče

V tomto segmentu je plánován nárůst úhrad reflektující tendenci srovnání s průměry nárůstů úhrad v ostatních segmentech z hlediska delšího časového horizontu. RBP respektuje tento segment jako podílově největšího poskytovatele zdravotní péče z hlediska finanční náročnosti.

Plánovaný vývoj se týká především nemocnic. Obecně lze konstatovat, že stávající systém úhrad nedostatečně reflektuje optimální přístup jednotlivých lůžkových ZZ k poskytování zdravotní péče z hlediska její kvantity a především kvality. Praxe si vyžaduje průběžně hodnotit strukturu nákladů zdravotnických zařízení, zejména ve vztahu k léčivým přípravkům, zdravotnickému materiálu a komplementárním službám.

Současně se předpokládá změna ve struktuře a způsobu úhrad v závislosti na kvalitě poskytované péče v návaznosti na finanční nákladovost v rozhodujících zejména regionálních nemocnicích.

V roce 2008 bude pojišťovna pokračovat v úhradách zdravotní péče, tj. ošetrovatelské a rehabilitační, v zařízeních sociálních služeb a ve zdravotnických zařízeních ústavní péče osobám, které jsou v nich umístěny z jiných než zdravotních důvodů.

I v tomto segmentu se projevuje růst 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. Náklady na lázeňskou a ozdravenskou péči jsou plánovány přibližně na úrovni celkového průměru růstu nákladů RBP na zdravotní péči.

Doprava a zdravotnická záchranná služba

Programovaná dynamika růstu nákladů v této oblasti vychází ze zhodnocení vlivu změn v reorganizaci stanovišť LSPP v příslušných regionech, z úprav v rozsahu a struktuře typu smluvních a cenových ujednání.

Ve zdravotnické záchranné službě (ZZS) je plánován výrazný nárůst úhrad s ohledem na připravované legislativní změny účinné od 1.1.2008.

Náklady na recepty

Očekávaný vývoj vychází především z predikce cenových a daňových vlivů a současně i z regulačních opatření. RBP bude v roce 2008 pokračovat v souladu s právní úpravou a smluvními ujednáními v uplatňování regulačních opatření preskripce léčiv s vědomím, že vliv na tuto oblast má pouze nepříímý.

Zároveň lze očekávat dopad vlivu regulačních poplatků hrazených pojištěnci a zavedení limitace jejich maximální výše.

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 ovlivní rovněž regulační poplatky hrazené pojištěnci a zavedení limitace jejich výše.

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

Léčení v zahraničí

Tato oblast zahrnuje jednak úhrady nutné a neodkladné péče poskytované 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 nejsou k dispozici časové řady statistických relevantních dat.

V souvislosti s členstvím ČR v EU lze meziročně očekávat výraznější nárůst nákladů za poskytovanou zdravotní péči. Pojišťovna je povinna uhradit prostřednictvím CMU péči poskytnutou pojištěncům v jiném členském státě EU, a to zpravidla v cenách platných v místě poskytnutí této péče.

Regulace nákladů zdravotní péče

Pojišťovna bude v jednotlivých segmentech zdravotní péče uplatňovat regulační opatření stanovená platnými právními předpisy a sjednaná v individuálních ujednáních v přímé závislosti na kvalitě poskytované zdravotní péče.