

13/22

Prostředky vybírané na základě zákona ve prospěch České průmyslové zdravotní pojišťovny

Kontrolní akce byla zařazena do plánu kontrolní činnosti Nejvyššího kontrolního úřadu (dále jen „NKÚ“) na rok 2013 pod číslem 13/22. Kontrolní akci řídila a kontrolní závěr vypracovala členka NKÚ JUDr. Eliška Kadaňová.

Cílem kontroly bylo prověřit hospodaření s prostředky vybíranými na základě zákona ve prospěch České průmyslové zdravotní pojišťovny, včetně dopadu procesu sloučení.

Kontrola byla prováděna od června 2013 do dubna 2014.

Kontrolovaným obdobím byly roky 2009 až 2012, v případě věcných souvislostí i období předcházející a období do ukončení kontroly.

Kontrolované osoby:

Ministerstvo zdravotnictví,
Česká průmyslová zdravotní pojišťovna.

Námítky proti kontrolnímu protokolu, které podala Česká průmyslová zdravotní pojišťovna, vypořádal vedoucí skupiny kontrolujících rozhodnutím o námitkách. Odvolání proti rozhodnutí o námitkách bylo vypořádáno usnesením Kolegia NKÚ č. 6/VIII/2014.

Kolegium NKÚ na svém X. zasedání, konaném dne 26. května 2014,

schválilo usnesením č. 12/X/2014

kontrolní závěr v tomto znění:

I. Úvod

Vznik, činnost a zánik resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťoven (dále také „zaměstnanecká pojišťovna“) upravuje zákon č. 280/1992 Sb.¹ Podle tohoto zákona je zaměstnanecká pojišťovna právnickou osobou, v právních vztazích vystupuje svým jménem, může nabývat práv a povinností a nese odpovědnost z těchto vztahů vyplývajících. Zapisuje se do obchodního rejstříku. Zaměstnanecká pojišťovna hospodaří s vlastním majetkem a majetkem jí svěřeným. Nesmí zřizovat a provozovat poskytovatele zdravotních služeb ani podnikat s prostředky plynoucími z veřejného zdravotního pojištění.

Po přijetí výše uvedeného zákona vzniklo přes 20 zaměstnaneckých pojišťoven. Kromě úhrad zdravotních služeb z prostředků veřejného zdravotního pojištění bylo počítáno s různými druhy připojištění a například také s tím, že pojištěncům budou zaměstnanecké pojišťovny hradit péči, na které by se finančně podíleli zaměstnavatelé. Uvažováno bylo o možnosti, že zdravotní pojišťovny budou moci snížit sazbu pojistného pro své pojištěnce. Výrazně byl v té době sledován záměr vytvořit podmínky pro konkurenční prostředí.

O povolení k provádění veřejného zdravotního pojištění rozhoduje Ministerstvo zdravotnictví po vyjádření Ministerstva financí. K 1. lednu 2014 působilo v České republice vedle Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR (dále také „VZP“) šest zaměstnaneckých pojišťoven.

¹ Zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách.

Česká průmyslová zdravotní pojišťovna (dále také „ČPZP“), která vznikla v roce 1992 pod názvem Hutnická zaměstnanecká pojišťovna (dále také „HZP“), je v současné době z hlediska počtu pojištěnců druhou největší zaměstnaneckou pojišťovnou v ČR.

Ministerstvo zdravotnictví (dále také „MZ“) je ústředním orgánem státní správy mimo jiné pro zdravotní pojištění. Zvláštní právní předpisy, zejména zákon č. 280/1992 Sb.¹, specifikují pravomoci a povinnosti MZ ve vztahu k zaměstnaneckým pojišťovnám. Zjistí-li MZ závažné nedostatky v činnosti zaměstnanecké pojišťovny, je oprávněno podle povahy zjištěného nedostatku vyžadovat, aby byla ve stanovené lhůtě zjednána náprava, nebo může na dobu nejvýše jednoho roku rozhodnout o zavedení nucené správy.

Kontroly byly podrobeny činnosti kontrolovaných osob z hlediska souladu s právními předpisy a z hlediska formální a věcné správnosti, a to zejména: výběr pojistného na veřejné zdravotní pojištění včetně vymáhání a odpisu pohledávek, úhrady zdravotních služeb, vedení účetnictví, tvorba a čerpání prostředků soustředěných ve vybraných fondech a postup při slučování zaměstnaneckých pojišťoven.

Pozn.: Právní předpisy uvedené v tomto kontrolním závěru jsou aplikovány ve znění účinném pro kontrolované období.

II. Skutečnosti zjištěné při kontrole

1. Slučování zaměstnaneckých pojišťoven

Právní úprava umožňuje, resp. neomezuje, slučování zdravotních pojišťoven při splnění zákonem stanovených podmínek. Proces slučování a samotné sloučení závisí na posouzení MZ, které je po vyjádření Ministerstva financí (dále také „MF“) oprávněno o sloučení rozhodnout. Se žádostí o povolení předkládá zdravotní pojišťovna také nový návrh zdravotně pojistného plánu.

MZ postupně povolilo sloučení HZP, respektive ČPZP, se třemi dalšími zaměstnaneckými pojišťovnami:

- ke dni 1. 7. 2009 se Zdravotní pojišťovnou AGEL (dále také „ZPA“);
- ke dni 1. 10. 2009 s Českou národní zdravotní pojišťovnou (dále také „ČNZP“); ke stejnému dni došlo ke změně názvu HZP na Českou průmyslovou zdravotní pojišťovnu;
- ke dni 1. 10. 2012 se Zdravotní pojišťovnou METAL-ALIANCE (dále také „ZP M-A“).

ZPA, ČNZP i ZP M-A byly k datu sloučení zrušeny bez likvidace, veškerý majetek, závazky a pohledávky přešly na právního nástupce, tedy na HZP, resp. ČPZP. Zrušované zaměstnanecké pojišťovny sestavily ke dni zrušení mimořádnou účetní závěrku. Záporný vlastní kapitál (–3 855 tis. Kč) vykazala pouze ZPA, která evidovala záporné zůstatky provozního fondu, fondu reprodukce majetku a fondu prevence.

Pokud jde o HZP, resp. ČPZP, právní předpisy neuvádějí výslovně povinnost, aby zdravotní pojišťovna pokračující v činnosti sestavila ke dni předcházejícímu dni sloučení mimořádnou účetní závěrku. Názory posuzujících ministerstev na tuto otázku nebyly při procesu slučování shodné. Nakonec se MZ přiklonilo k názoru, že zdravotní pojišťovna pokračující v činnosti nemusí sestavovat mimořádnou účetní závěrku, a od svého původního požadavku na její sestavení ustoupilo. HZP, resp. ČPZP, v souvislosti se sloučeními mimořádnou účetní závěrku nesestavila.

V případě slučování zdravotních pojišťoven nejsou právní úpravou stanovena kritéria pro posouzení, kdy je takovýto postup z hlediska veřejného zájmu účelný, a kdy nikoliv. Rovněž chybí závazná právní úprava povinnosti sestavit účetní závěrku pro zdravotní pojišťovnu pokračující v činnosti, přitom tato závěrka dokládá stav hospodaření účetní jednotky před sloučením, slouží jako základna pro sestavení zahajovací rozvahy ke dni sloučení a má potřebnou vypovídací schopnost. Ve sledovaných letech, kdy došlo ke sloučení zdravotních pojišťoven, dosahovala výše aktiv HZP, resp. ČPZP, cca 5 mld. Kč.

2. Zdravotně pojistný plán

Návrh zdravotně pojistného plánu (dále také „ZPP“) jsou zaměstnanecké pojišťovny povinny předložit k posouzení MZ a MF. Na návrh vlády ho schvaluje Poslanecká sněmovna Parlamentu ČR. Není-li ZPP schválen, hospodaří zdravotní pojišťovny do jeho schválení v provizoriu, jehož základem je návrh ZPP na příslušný kalendářní rok.

Návrh zdravotně pojistného plánu, který byl schválen správní radou HZP, resp. ČPZP, a který byl řádně předložen, nebyl vůbec pro období let 2006, 2007, 2009 a 2010 Poslaneckou sněmovnou Parlamentu ČR schválen. Pro období let 2008, 2011 a 2012 byl návrh ZPP schválen až v průběhu těchto let. Znamená to, že zdravotní pojišťovna ve zmíněných letech, popřípadě v části těchto let, hospodařila v provizoriu, které odpovídalo návrhu zdravotně pojistného plánu. Ani nově sestavené návrhy zdravotně pojistného plánu předkládané s žádostí o povolení sloučení nebyly schváleny zákonem¹ požadovaným způsobem.

3. Zabezpečování veřejného zdravotního pojištění

Zdravotní pojišťovny jsou v rámci veřejného zdravotního pojištění povinny zajišťovat **výběr pojistného** na veřejné zdravotní pojištění (dále také „pojistné“) a **úhradu zdravotních služeb** z prostředků veřejného zdravotního pojištění za podmínek stanovených příslušnými zákony^{1,2,3}, zejména zákonem č. 48/1997 Sb.²

Tabulka č. 1 – Vybrané základní ukazatele ČPZP

	2009	2010	2011	2012
Průměrný počet pojištěnců	468 422	714 142	722 700	845 745
Předpisy pojistného (v tis. Kč)	6 484 592	10 145 778	10 393 441	12 623 760
Uhrazené pojistné (v tis. Kč)	6 230 538	9 818 465	10 243 053	12 262 928
Prostředky z přerozdělování pojistného (v tis. Kč)	2 115 913	3 292 951	3 310 392	4 039 067
Pohledávky za plátcí po lhůtě splatnosti k 31. 12. (v tis. Kč)	1 697 265	858 331	797 937	1 572 976

Zdroj: výroční zprávy ČPZP za roky 2009 až 2012.

K 31. prosinci 2012 dosáhl počet pojištěnců ČPZP 1 171 395. V roce 2012 došlo k jeho nárůstu v důsledku sloučení ČPZP se ZP M-A.

3.1 Výběr pojistného

Stěžejním příjmem každé zdravotní pojišťovny jsou platby pojistného, které zdravotním pojišťovnám hradí pojištěnci, zaměstnavatelé a stát. Zákonem č. 438/2004 Sb.⁴ bylo rozhodnuto o maximální možné míře přerozdělování, tj. o přerozdělování veškerého vybraného pojistného prostřednictvím zvláštního účtu veřejného zdravotního pojištění spravovaného VZP.

ČPZP v kontrolovaném období odepsala pohledávky za plátcí pojistného v celkové výši 302 890 tis. Kč, z toho pojistné činilo 136 843 tis. Kč a penále činilo 166 047 tis. Kč.

V souvislosti s výběrem pojistného jsou zdravotní pojišťovny oprávněny provádět kontrolu plateb pojistného. V devíti ze 108 případů vybraných ke kontrole provedla ČPZP kontrolu za období delší než pět let. Z uvedených devíti případů byly do ukončení kontroly NKÚ označeny za bezvýsledně vymáhané pohledávky v částce 1 442 974 Kč a byly odepsány.

Nezaplatí-li plátce pojistného pojistné ve stanovené výši a včas, je příslušná zdravotní pojišťovna povinna dle zákona² vymáhat na dlužníkovi zaplacení dlužné částky včetně penále. Zdravotní pojišťovny rozhodují

² Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů.

³ Zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na veřejné zdravotní pojištění.

⁴ Zákon č. 438/2004 Sb., kterým se mění zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky, ve znění pozdějších předpisů, zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, ve znění pozdějších předpisů, zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, ve znění pozdějších předpisů, a zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

ve věcech placení pojistného a penále platebními výměry, dlužné pojistné a penále lze předepsat k úhradě též výkazem nedoplatků. Vykonalné platební výměry i výkazy nedoplatků jsou titulem pro soudní nebo správní výkon rozhodnutí. ČPZP ve sledovaném období z důvodu menší administrativní náročnosti využívala k předepsání dlužného pojistného pouze formu výkazu nedoplatků.

V rámci kontroly postupu při vymáhání pohledávek bylo zjištěno na vzorku 121 případů, u nichž celková neuhrazená výše pohledávek dosáhla 89 168 495,95 Kč, že ČPZP ve třech případech nepodala včas přihlášky pohledávek ve výši 927 758 Kč do dědického řízení, což vedlo k jejich odpisu.

Jestliže zaměstnavatel nebo osoba samostatně výdělečně činná (dále také „OSVČ“) nesplní povinnost podat přehled o platbách pojistného, respektive o svých příjmech a výdajích, a tato povinnost není splněna ani v pojišťovnou určené lhůtě, je zdravotní pojišťovna oprávněna dle zákona³ stanovit rozhodnutím pravděpodobnou výši pojistného, byl-li plátcе ve výzvě na tento následek upozorněn.

Na vzorku vybraných rozhodnutí o pravděpodobné výši pojistného, kterými bylo zaměstnavatelům stanoveno pojistné a penále ve výši celkem 3 420 134 Kč, nebyl v postupu ČPZP shledán nedostatek. Postup, který neměl zákonnou oporu, byl v rámci kontroly zjištěn u předepisování pojistného u OSVČ, které nepodaly přehled a jejichž hlavním zdrojem příjmů bylo podnikání. ČPZP v těchto případech vycházela pouze z minimálního vyměřovacího základu, nikoli z pravděpodobné výše pojistného, a v důsledku toho vedla v evidenci pohledávek za OSVČ nesprávně nižší částky.

3.2 Úhrady zdravotních služeb

Zdravotní pojišťovny jsou povinny zajistit poskytování hrazených zdravotních služeb svým pojištěncům, včetně jejich místní a časové dostupnosti, a to prostřednictvím smluvních poskytovatelů zdravotních služeb (dále také „poskytovatel ZS“), kteří tvoří síť smluvních poskytovatelů ZS. Zákon² ukládá zdravotním pojišťovnám povinnost vést seznam smluvních poskytovatelů ZS a zveřejnit ho způsobem umožňujícím dálkový přístup, současně ukládá povinnost vést u jednotlivých poskytovatelů ZS přehled zdravotnických pracovníků.

ČPZP požadovaným způsobem zveřejnila seznam smluvních poskytovatelů ZS, avšak nevedla přehled zdravotnických pracovníků poskytujících hrazené služby u jednotlivých smluvních poskytovatelů ZS, jak také stanoví zákon².

Tabulka č. 2 – Počet smluvních poskytovatelů zdravotních služeb ČPZP

SPZS k 31. 12.	2009	2010	2011	2012	2013*
Počet SPZS celkem	24 870	25 017	24 849	25 609	25 721
– z toho: ambulantní poskytovatelé ZS	21 467	21 641	21 518	22 119	22 057
• poskytovatelé lůžkových ZS	276	275	277	277	276
– z toho: nemocnice	156	155	157	154	153
• OLÚ	50	59	58	60	59
• poskytovatelé LLRS	51	49	49	55	53
• ozdravovny	17	10	3	4	4
• ZZS, doprava	310	304	269	265	258
• lékárny a výdejny ZPr	2 749	2 738	2 733	2 889	2 861

Zdroj: výroční zprávy ČPZP za roky 2009 až 2012, dokumentace ČPZP.

* Písemná informace ČPZP k údajům za rok 2013 ze dne 10. 1. 2014, předložená smluvní dokumentace pro rok 2013.

Zkratky: SPZS = smluvní poskytovatel zdravotních služeb, ZS = zdravotní služby, OLÚ = odborné léčebné ústavy, LLRS = lázeňské léčebné rehabilitační služby, ZZS = zdravotnická záchranná služba, ZPr = zdravotnické prostředky.

Vztahy mezi zdravotními pojišťovkami a poskytovateli ZS se řídí písemnými smlouvami uzavřenými podle rámcových smluv a právních předpisů upravujících veřejné zdravotní pojištění a poskytování zdravotních služeb. V rámci procesu slučování zůstaly smluvní vztahy zachovány. HZP, resp. ČPZP poskytovatele zdravotních služeb písemně informovala o termínech sloučení, o platnosti smluv a stanovila nové předběžné měsíční zálohy, které uhradila ve sjednané výši. Následně byly uzavírány s poskytovateli ZS nové smlouvy a cenová ujednání⁵.

Zdravotní služby hrazené ze zdravotního pojištění blíže specifikuje zákon č. 48/1997 Sb.² Formy a výše úhrad zdravotních služeb hrazených z veřejného zdravotního pojištění se řídily úhradovými vyhláškami⁶ vydanými MZ pro dané období.

Z celkového počtu poskytovatelů ZS v jednotlivých segmentech uvedených v tabulce č. 2 byla kontrolována smluvní dokumentace týkající se 71 poskytovatelů ZS; z toho se jednalo o 18 lůžkových poskytovatelů ZS, 26 odborných léčebných ústavů, 21 poskytovatelů lázeňských léčebně rehabilitačních služeb a šest dodavatelů tzv. cirkulujících zdravotnických prostředků.

ČPZP se v kontrolovaném období s poskytovateli ZS dohodla na jiném, individuálním způsobu úhrady a jiném referenčním období, než stanovily příslušné úhradové vyhlášky⁶. Zákon⁷ takový postup umožňuje. Tímto způsobem ČPZP postupovala i v roce 2010, kdy však nesplnila zákonem⁷ stanovenou podmínku dodržení zdravotně pojistného plánu pro uvedený rok. Kromě roku 2010 ČPZP zdravotně pojistný plán nepřekročila.

Nad rámec těchto individuálních cenových ujednání ČPZP dále uzavírala s některými poskytovateli ZS další dohody o navýšení objemu a úhrad zdravotních služeb. Kontrolou příslušné dokumentace bylo například zjištěno, že v letech 2009 až 2013 se šesti poskytovateli ZS (z 18 kontrolovaných případů) sjednala individuální úhrady a navýšení úhrad ve výši 184 877 tis. Kč, z toho s jedním poskytovatelem ZS uzavřela např. v roce 2011 dohody o navýšení úhrady za specializované zdravotní výkony ve výši 50 mil. Kč.

Obdobně ČPZP v letech 2010 až 2013 individuálně dohodla cenu za lázeňskou léčebně rehabilitační péči (dále také „lázeňská péče“) s poskytovateli lázeňských léčebně rehabilitačních služeb (dále také „poskytovatel lázeňských služeb“) a péči v rehabilitačních ústavech. Minimální úhrada za lázeňskou péči (komplexní 850 Kč/osobu/den, příspěvková 250 Kč/osobu/den) stanovená úhradovou vyhláškou⁶ byla ČPZP dodržena; maximální úhrada vyhláškou stanovena nebyla.

V cenových ujednáních uzavřených ČPZP s 21 poskytovateli lázeňských služeb bylo u 12 z nich zjištěno u shodných indikací rozpětí od 142 do 423 Kč za léčení na osobu a den.

Indikační seznam nspecifikuje skupiny pro přímé překlady (z akutního lůžka k poskytovateli lázeňských služeb). ČPZP se třemi poskytovateli lázeňských služeb individuálně sjednala přímé překlady k šesti indikacím, čímž se navýšila cena za léčení na osobu a den v rozpětí od 61 do 426 Kč.

Z předložené dokumentace bylo zjištěno, že u rehabilitačních ústavů došlo u 13 z 26 kontrolovaných případů k navýšení paušální sazby, a to až o 264,47 Kč/osobu/den.

NKÚ spatřuje značná rizika v možnosti zdravotních pojišťoven uzavírat v rámci veřejného zdravotního pojištění jakákoli cenová ujednání bez stanovení určitých hranic či omezení nebo zvláštních podmínek. Tento postup, který platné právní předpisy připouštějí, nemá žádná transparentní pravidla a umožňuje subjektivní a nerovný přístup zdravotních pojišťoven vůči poskytovatelům zdravotních služeb.

5 Cenové ujednání je samostatný dokument obsahující dohodu o ceně pro daný rok.

6 Vyhláška č. 464/2008 Sb., č. 471/2009 Sb., č. 396/2010 Sb. a č. 425/2011 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění a regulačních omezení objemu poskytnuté zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění.

7 Viz § 17 odst. 5, resp. 6 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů.

Seznam zdravotních výkonů

Na základě zákonného zmocnění vydává MZ seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami (dále také „Seznam“) formou vyhlášky⁸. Kontrolou bylo zjištěno, že ČPZP opakovaně, tj. v roce 2011, 2012 i 2013, smluvně dohodla s jedním z poskytovatelů ZS úhradu zdravotních výkonů v Seznamu neuvedených, a tedy i bez stanovených bodových hodnot. Ve výjimečných případech může sice zdravotní pojišťovna hradit zdravotní služby jinak zdravotní pojišťovnou nehrazené, avšak pouze v případě, je-li jejich poskytnutí jedinou možností z hlediska zdravotního stavu pojištěnce.

Seznam zdravotních výkonů byl v uvedených letech doplňován, nikoli však o zjištěné zdravotní výkony. Návrhy na zařazení zdravotních výkonů do Seznamu mohou podávat i zdravotní pojišťovny. ČPZP tento návrh nepodala.

Ze základního fondu hradila ČPZP opakovaně také zdravotní výkony, které z hlediska požadavků na ně kladených nebyly doposud MZ uznány a doplněny do seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami.

Náklady na zdravotní služby

Přehled nákladů na zdravotní služby dle jednotlivých segmentů a jejich meziroční vývoj v kontrolovaném období jsou uvedeny v tabulce č. 3.

Tabulka č. 3 – Náklady na zdravotní služby ve vybraných segmentech (v tis. Kč)

	2009	2010	Meziroční změna 2009–2010 (v %)	2011	Meziroční změna 2010–2011 (v %)	2012	Meziroční změna 2011–2012 (v %)
Náklady SPZS celkem:	8 482 462	13 341 945	57,29	13 675 716	2,50	16 118 858	17,86
z toho:							
– ambulantní poskytovatelé ZS	2 485 292	3 964 772	59,53	4 222 085	6,49	4 881 600	15,62
• z toho: praktičtí lékaři	564 188	945 650	67,61	953 911	0,87	1 666 760	74,73
– poskytovatelé lůžkových ZS	3 987 993	6 458 056	61,94	6 447 849	-0,16	7 564 720	17,32
– poskytovatelé LLRS	138 222	200 183	44,83	207 881	3,85	186 926	-10,08
– záchranná ZS a doprava	96 044	179 266	86,65	191 163	6,64	230 741	20,70
– lékárny a výdejny ZPr	1 649 779	2 417 440	46,53	2 469 797	2,17	3 009 660	21,86
– ostatní	125 132	122 228	-2,32	136 941	12,04	245 211	79,06

Zdroj: výroční zprávy za roky 2009 až 2012, doklady předané ČPZP poskytovateli ZS za roky 2009 až 2012.

Zkratky: SPZS = smluvní poskytovatel zdravotních služeb, ZS = zdravotní služby, LLRS = lázeňské léčebně rehabilitační služby, ZPr = zdravotnické prostředky, praktičtí lékaři = praktičtí lékaři pro dospělé a praktičtí lékaři pro děti a dorost.

Náklady na léčivé přípravky (léky)

Přehled nákladů na léky vydané na recepty je uveden v tabulce č. 4. Tato tabulka nezahrnuje náklady na léčivé přípravky poskytnuté pojištěncům v rámci hospitalizace, které jsou součástí výkonů zahrnutých do „ošetřovacího dne“.

Tabulka č. 4 – Náklady na léčivé přípravky (v tis. Kč)

	2009	2010	2011	2012
Náklady na zdravotní služby celkem	8 482 462	13 341 945	13 675 716	16 118 858
– z toho: náklady na léčivé přípravky vydané na recepty	1 413 111	2 127 831	2 398 386	2 573 630
v % z celkových nákladů	16,66	15,95	17,54	15,97
– z toho: centrové léky	146 696	304 428	397 299	557 072
v % z celkových nákladů	10,38	14,31	16,56	21,65

Zdroj: účetní záznamy ČPZP, výroční zprávy ČPZP za roky 2009 až 2012.

Významné procento z celkových nákladů na léky tvoří náklady na tzv. centrové léky⁹, které ČPZP sledovala odděleně. Tyto léky jsou hrazeny na základě samostatných zvláštních smluv uzavřených s poskytovateli ZS. Např. v roce 2012 měla ČPZP uzavřenu zvláštní smlouvu celkem s 59 poskytovateli ZS. Smluvní síť specializovaných pracovišť se zvláštní smlouvou nezahrnovala všechna pracoviště se statutem centra pro léčbu centrovými léky.

Náklady na zdravotnické prostředky

Do hrazených zdravotních služeb je zahrnuto i poskytování zdravotnických prostředků (dále také „ZPr“). Mezi ZPr patří prostředky implantované, prostředky zapůjčené pojištěncům, tzv. cirkulované (např. vozík mechanický, elektrický, polohovací lůžko) a prostředky kompenzační. ZPr poskytnuté pojištěncům v rámci hospitalizace jsou součástí výkonů zahrnutých do „ošetřovacího dne“.

ČPZP uhradila na základě smluv se 609 dodavateli zdravotnických prostředků v letech 2009 až 2012 za zdravotnické prostředky vydané na poukaz celkem 840 509 tis. Kč, tj. 1,63 % z celkových nákladů na zdravotní služby; z toho náklady na cirkulované (opakovaně zapůjčované) ZPr činily 93 171 tis. Kč.

Výběr dodavatelů ZPr nepodléhá režimu zákona č. 137/2006 Sb.¹⁰ Kontrolou smluvní dokumentace týkající se šesti dodavatelů ZPr bylo zjištěno, že ČPZP sjednala velmi obecná ustanovení smluv; smlouvy například neobsahovaly podrobněji vymezený předmět dodávky, ceník jednotlivých ZPr, ani podmínky provádění oprav a repasí ZPr a jejich přednostní vydávání z důvodů úspory nákladů.

Tabulka č. 5 – Náklady na zapůjčené cirkulované ZPr vydané na poukazy

Rok	Náklady na ZPr vydané na poukazy celkem (v Kč)	Zapůjčené ZPr k 31. 12.		Z toho nově zapůjčené v období od 1. 1. do 31. 12.	
		Celková pořizovací cena ZPr (v Kč)	Počet (ks)	Pořizovací cena (v Kč)	Počet (ks)
2009	17 708 800	33 688 008,96	2 449	14 387 626,26	863
2010	22 046 496	55 971 735,35	3 991	19 862 127,58	1 249
2011	21 323 799	76 635 493,77	5 422	17 306 759,24	1 109
2012	32 091 469	106 312 661,60	7 476	24 758 721,95	1 511

Zdroj: údaje předané ČPZP, sdělení ČPZP ze dne 12. 2. 2014.

Zákon² požaduje, aby zdravotní pojišťovny vedly evidenci zapůjčených zdravotnických prostředků. ČPZP vede samostatný seznam zapůjčených ZPr. V účetnictví ČPZP účtuje pouze o nákladech na jejich pořízení. Náležitosti zákonem² požadované evidence ani její vztah k evidenci v účetnictví u ZPr, které mají charakter dlouhodobého majetku, právní předpisy blíže nespecifikují.

K 31. prosinci 2012 ČPZP evidovala celkem 7 476 zapůjčených ZPr v pořizovací ceně 106,31 mil. Kč. Kontrolou bylo zjištěno, že v 899 případech (zůstatková cena 7 434 149 Kč) z 1 063 prověřených případů ČPZP neprovedla vůči dodavatelům všechny kroky potřebné k navrácení zapůjčených ZPr.

⁹ Centrové léky jsou vysoce inovativní léčivé přípravky stanovené zákonem č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, a vyhláškou č. 63/2007 Sb., o úhradách léčiv a potravin pro zvláštní lékařské účely.

¹⁰ Zákon č. 137/2006 Sb., o veřejných zakázkách.

Za kompenzační ZPr (berle, hole, chodítka), které nepodléhají cirkulaci, uhradila ČPZP od roku 2009 téměř 39 545 tis. Kč. Tyto zdravotnické prostředky byly v číselnících VZP uvedeny jako nevratné, přičemž doba jejich použitelnosti (24 až 36 měsíců) by umožňovala zavést jejich cirkulaci, tj. opětovné zapůjčování. Např. za berle, které jsou vedeny jako nevratné ZPr, hradila ČPZP ročně kolem 8 milionů Kč.

3.3 Centrum mezistátních úhrad

Centrum mezistátních úhrad (dále také „CMÚ“) reprezentuje zdravotní pojišťovny ČR ve vztahu ke státům EU a dalším. CMÚ vzniklo v roce 2001 jako styčný orgán MZ pro oblast zdravotních služeb a od 1. 5. 2004 vykonává funkci styčného orgánu nejen na základě zmocnění daného příslušnými mezinárodními smlouvami, ale i na základě předpisů EU.

ČPZP uhradila za zdravotní služby poskytnuté pojištěncům v zahraničí v letech 2009 až 2012 **celkem 77 887 tis. Kč** a za léčbu cizinců v ČR celkem **67 454 tis. Kč**. Tyto částky nepředstavují pouze náklady za nutné a neodkladné léčení, ale zahrnují i náklady za zdravotní péči vyžádanou pojištěncem.

V porovnání s dřívějšími kontrolami provedenými NKÚ u zdravotních pojišťoven¹¹ lze pozorovat od roku 2010 určité zlepšení v úhradách od CMÚ. Objem pohledávek ČPZP za CMÚ přesto k 31. 12. 2012 činil 35 039 tis. Kč. Nejstarší pohledávky jsou z roku 2005.

3.4 Náklady na zdravotní služby vynaložené v důsledku protiprávního jednání

Zdravotní pojišťovna má dle zákona² právo na náhradu nákladů vynaložených na hrazené služby (regresy), které musely být vynaloženy v důsledku zaviněného protiprávního jednání třetí osoby.

ČPZP ve sledovaném období obdržela oznámení o protiprávním jednání a zranění pojištěnce od poskytovatelů zdravotních služeb, Policie ČR a z portálu zdravotních pojišťoven u hlášení dopravních nehod.

Tabulka č. 6 – Počet případů náhrad škod (zaevidované případy v průběhu roku)

Rok	2008	2009	2010	2011	2012
Počet oznámení o zranění	2 589	3 335	2 583	4 437	4 384
Počet případů zaevidovaných	983	946	1 531	1 683	1 850
Počet případů vyčíslených	1 360	1 077	1 599	1 595	1 871
Částka vyčíslených případů (v Kč)	24 749 817,00	44 437 505,92	45 285 398,43	50 504 728,00	41 738 304,00
Účetní přírůstek pohledávek (v Kč)	20 508 817,48	33 463 851,77	32 233 230,02	25 336 240,09	212 940 456,38
Úhrada pohledávek (v Kč)	17 021 369,68	16 248 114,50	28 727 149,78	27 609 276,70	211 308 733,72

Zdroj: sdělení ČPZP ze dne 10. 9. 2013, z 18. 9. 2013 a z 4. 2. 2014.

Pozn.: Údaje v roce 2009 a v roce 2012 obsahují rovněž údaje za slučované pojišťovny.

Tabulka č. 6 uvádí počty oznámení o zranění, které HZP, respektive ČPZP, obdržela od poskytovatelů ZS a Policie ČR. Dále jsou uvedeny počty případů, které ČPZP na základě přijatých oznámení v daném roce zaevidovala, a počty případů, u kterých již byly revizním lékařem vyčísleny náklady na léčbu pojištěnce, avšak o kterých ČPZP ještě neúčtovala. V posledních dvou řádcích tabulky jsou uvedeny údaje z účetnictví ČPZP. Jedná se o obraty účtu 315 – *Pohledávky z náhrad škod*, které zachycují předepsanou výši pohledávek z titulu náhrad škod a přijaté úhrady.

ČPZP o předpisech pohledávek z titulu náhrady škody ve zjištěných případech neúčtovala v účetním období, s nímž časově a věcně souvisely.

11 Kontrolní akce č. 08/36 – *Prostředky vybírané na základě zákona Vojenskou zdravotní pojišťovnou České republiky* a č. 09/29 – *Prostředky vybírané na základě zákona ve prospěch Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky*.

4. Fondy ČPZP

Druhy, tvorbu, čerpání a správu fondů ČPZP upravuje zákon č. 280/1992 Sb.¹ a prováděcí vyhláška k tomuto zákonu č. 418/2003 Sb.¹² ČPZP spravovala sedm fondů, z toho v rámci této kontrolní akce byla prověřena tvorba a čerpání čtyř fondů.

Tabulka č. 7 – Tvorba a čerpání kontrolovaných fondů ČPZP (v tis. Kč)

Fond ČPZP		2009	2010	2011	2012
Základní fond	Tvorba	10 595 615	13 556 742	14 134 156	18 521 455
	Čerpání	8 714 464	14 691 921	14 725 604	18 452 457
Provozní fond	Tvorba	206 897	426 476	505 001	641 924
	Čerpání	346 845	484 529	461 916	579 216
	Zůstatek k 31. 12.	214 800	156 747	199 832	262 540
Fond prevence	Tvorba	574 522	177 862	332 964	539 816
	Čerpání	149 557	459 463	265 592	289 577
Rezervní fond	Tvorba	129 242	16 104	17 160	134 066
	Čerpání	50 003	2	3	3
	Výše fondu k 31. 12.	158 148	174 250	191 407	325 470

Zdroj: výroční zprávy a obrátové předvahy ČPZP za roky 2009 až 2012.

ČPZP kromě fondů uvedených v tabulce č. 7 vedla fond majetku, sociální fond a fond reprodukce majetku. Nárůst částek tvorby a čerpání fondů ČPZP odpovídal jednotlivým sloučením zdravotních pojišťoven.

Převody zůstatků fondů zrušených zdravotních pojišťoven

HZP, resp. ČPZP, při převodu zůstatků fondů zrušených zdravotních pojišťoven postupovala v souladu s vyhláškou¹² a převedla zůstatky základního fondu, rezervního fondu, provozního fondu, sociálního fondu a fondu reprodukce majetku zrušované zdravotní pojišťovny na příslušný vlastní fond. Stejně tak převedla finanční prostředky na bankovních účtech náležejících k těmto fondům. U fondu prevence, jehož převod v případě sloučení není upraven vyhláškou¹², postupovala HZP, resp. ČPZP, analogicky.

Tabulka č. 8 – Převody zůstatků fondů zrušených zdravotních pojišťoven (v Kč)

Převody zůstatků		Sloučení HZP se ZPA k 1. 7. 2009	Sloučení HZP s ČNZP k 1. 10. 2009	Sloučení ČPZP se ZP M-A k 1. 10. 2012
Základní fond	zůstatek fondu	37 608 123,99	1 855 779 799,23	1 609 806 445,75
	peněžní prostředky na BÚ	67 275 466,15	1 320 569 333,83	1 403 691 955,25
Rezervní fond	zůstatek fondu	50 021 144,18	70 917 380,28	108 416 959,84
	peněžní prostředky na BÚ	50 021 144,18	70 917 380,28	108 416 959,84
Provozní fond	zůstatek fondu	-92 611 887,39	1 019 225,24	36 079 982,02
	peněžní prostředky na BÚ	0	8 824 158,08	64 807 359,94
Fond prevence	zůstatek fondu	-201 638,06	394 377 299,52	281 791 477,11
	peněžní prostředky na BÚ	5 394,54	126 583 164,42	56 213 757,77
Fond reprodukce majetku	zůstatek fondu	-14 533 635,61	2 052,46	7 263 061,82
	peněžní prostředky na BÚ	151 908,06	2 592 492,46	7 247 492,70

Zdroj: účetní záznamy ČPZP.

Zkratka: BÚ = bankovní účet.

¹² Vyhláška č. 418/2003 Sb., kterou se stanoví podrobnější vymezení okruhu a výše příjmů a výdajů fondů veřejného zdravotního pojištění zdravotních pojišťoven, podmínky jejich tvorby, užití, přípustnosti vzájemných převodů finančních prostředků a hospodaření s nimi, limit nákladů na činnost zdravotních pojišťoven krytých ze zdrojů základního fondu včetně postupu propočtu tohoto limitu.

Na základě sloučení HZP se ZPA byly na nástupnickou HZP převedeny záporné zůstatky tří fondů ZPA (čerpání těchto fondů převýšilo jejich zdroje). Jednalo se o záporné zůstatky provozního fondu ve výši -92 611 887,39 Kč, fondu prevence v částce -201 638,06 Kč a fondu reprodukce majetku ve výši -14 533 635,61 Kč. Zdroji krytí záporného zůstatku provozního fondu ZPA byl kontokorentní úvěr a půjčka v celkové výši 79 888 765,14 Kč. Záporný zůstatek fondu reprodukce majetku ZPA byl způsoben neuhrazeným závazkem ZPA za nákup licence k informačnímu systému a hardware ve výši 14 685 543,67 Kč – tento závazek vznikl v době příprav sloučení HZP se ZPA. Úhradu všech uvedených závazků provedla po sloučení HZP. Informace o převodu záporných zůstatků provozního fondu a fondu reprodukce majetku ZPA na HZP byla uvedena v žádosti o povolení sloučení podané na MZ.

4.1 Základní fond

Zdrojem základního fondu jsou především platby pojistného na veřejné zdravotní pojištění. Tvorba základního fondu se v letech 2009 až 2012 pohybovala v rozmezí 11 mld. Kč až 19 mld. Kč. Tomu odpovídalo čerpání základního fondu, které se pohybovalo v rozmezí od 9 mld. Kč v roce 2009 do 18 mld. Kč v roce 2012.

V rámci provedené kontroly bylo ověřeno splnění povinnosti stanovené zákonem č. 298/2011 Sb.¹³ převést k 1. 1. 2012 na zvláštní účet veřejného zdravotního pojištění ze základního fondu částku ve výši jedné třetiny částky, kterou evidovala příslušná zdravotní pojišťovna na tomto účtu k 31. prosinci 2010 (dále také „mimořádný odvod“). Smyslem tohoto odvodu bylo dle uvedeného zákona zajištění kvality a dostupnosti zdravotních služeb, fungování systému zdravotnictví a jeho stability v rámci finančních možností systému veřejného zdravotního pojištění. ČPZP v této souvislosti převedla na zvláštní účet veřejného zdravotního pojištění ze svého základního fondu částku ve výši 1 131 051 765 Kč. Dle zákona¹³ byly tyto finanční prostředky součástí prvního přerozdělování pojistného v roce 2012. Výsledným dopadem mimořádného odvodu bylo snížení finančních prostředků základního fondu ČPZP o 747 605 500 Kč. Mimořádný odvod se promítl do celkového přerozdělování pojistného a očekávala se od něj stabilizace finanční bilance systému veřejného zdravotního pojištění po přechodnou dobu.

Čerpání základního fondu

Základní fond slouží dle zákona¹ k úhradě poskytnutých hrazených služeb, k přidělení do vyjmenovaných fondů a dalším platbám v rozsahu stanoveném vyhláškou č. 418/2003 Sb.¹². Tato vyhláška umožnila s účinností od 14. 9. 2012 čerpat prostředky základního fondu na náklady spojené s osobním účtem pojištěnce – jeho vedením, dálkovým přístupem a poskytováním informací pojištěnci.

NKÚ zdůrazňuje, že základní fond by měl kromě přidělů do příslušných fondů sloužit k úhradě poskytnutých hrazených služeb, avšak v případě výše uvedených nákladů souvisejících s osobním účtem pojištěnce se o takové náklady nejedná.

V letech 2009 až 2013 čerpala ČPZP prostředky základního fondu na různé svým charakterem odlišné projekty. Kontrolovány byly dva aktuální projekty, a to projekt *Systém integrované péče* (dále také „SIP“), který nesouvisel s osobním účtem pojištěnce, a projekt *Karta života*, který se týkal osobních účtů pojištěnců.

Projekt *Systém integrované péče*

Systém integrované péče zavedly v roce 2008 zkušebně tři zdravotní pojišťovny, mezi nimi od listopadu 2008 i ČNZP. Po sloučení s ČNZP pokračovala v programu SIP i ČPZP. Cílem bylo zapojit do projektu, který měl vést ke zvýšení kvality péče a zefektivnění vynakládání finančních prostředků, sedm tisíc praktických lékařů. ČPZP vyčíslila náklady hrazené ze základního fondu praktickým lékařům, které souvisely s projektem SIP, za období let 2009 až 2013 v částce 92 233 687,29 Kč.

¹³ Zákon č. 298/2011 Sb., kterým se mění zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a další související zákony.

Tabulka č. 9 – Projekt SIP – náklady v Kč, počet registrovaných SPL a pojištěnců

	2009	2010	2011	2012
Počet SPL celkem	6 132	6 171	6 169	6 223
– z toho počet SPL v SIP	101	110	263	276
Počet pojištěnců celkem	721 831	716 996	727 847	1 171 395
– z toho registrovaných v SIP	28 582	39 187	130 548	136 355
Náklady ze ZF pro SPL v SIP	3 920 728	6 529 673	26 948 858	27 798 286

Zdroj: interní doklady ČPZP.

Zkratky: SPL = smluvní praktický lékař pro dospělé a smluvní praktický lékař pro děti a dorost, ZF = základní fond.

K 31. 12. 2009 bylo do projektu SIP zaregistrováno 1,6 % z celkového počtu praktických lékařů a 4,4 % k 31. 12. 2012. Podíl pojištěnců zapojených do projektu SIP k celkovému počtu pojištěnců ČPZP činil 3,9 % v roce 2009 a 11,6 % v roce 2012.

V rámci kontroly bylo zjištěno, že ČPZP použila v rozporu se zákonem^{1,2} finanční prostředky základního fondu ve výši 36 309 967,49 Kč za administrativní úkony (např. verifikace údajů u pacientů registrovaných v SIP, hodnocení spolupracujících poskytovatelů ZS), nikoliv za hrazené zdravotní služby či za náklady spojené s osobním účtem pojištěnce. Ke dni 31. 12. 2013 rozhodnutím účetní jednotky ze dne 4. 2. 2014 ČPZP přeúčtovala výše uvedenou částku ze základního fondu do nákladů provozního fondu.

Dále ČPZP smluvním praktickým lékařům registrovaným v SIP z prostředků základního fondu navýšila kapitační platby, a to nejen za pojištěnce registrované v SIP, ale i za všechny další pojištěnce v jejich evidenci. Navýšení základní sazby kapitační platby se týkalo používání rychlostestů a zdravotních úkonů do základní kapitační platby již zahrnutých. Za tyto úkony ČPZP v letech 2009 až 2013 uhradila praktickým lékařům registrovaným v SIP více než 56 mil. Kč.

Projekt Karta života

Na základě smlouvy o spolupráci uzavřené mezi Zdravotní pojišťovnou ministerstva vnitra České republiky a ČPZP mohou od roku 2012 pojištěnci ČPZP využívat elektronickou službu *Karta života*, která obsahuje soubor důležitých informací o zdraví pojištěnce a zároveň nabízí osobní účet pojištěnce (přehled celkové vykázané péče na pojištěnce) a přehled poplatků u lékaře. Do projektu *Karta života* bylo v roce 2012 zapojeno pouze 0,65 % z celkového počtu smluvních praktických lékařů. ČPZP od roku 2012 do 30. 9. 2013 uhradila ze základního fondu smluvním praktickým lékařům registrovaným v projektu *Karta života* celkem 51 000 Kč.

4.2 Rezervní fond

Rezervní fond slouží ke krytí schodků základního fondu a ke krytí hrazených služeb v případě výskytu hromadných onemocnění a přírodních katastrof. Výše rezervního fondu podle zákona¹ činí 1,5 % průměrných ročních výdajů základního fondu za bezprostředně předcházející tři kalendářní roky.

Výše rezervního fondu ČPZP se v období let 2009 až 2012 pohybovala v rozmezí 158 148 tis. Kč k 31. prosinci 2009 až 325 470 tis. Kč k 31. prosinci 2012. ČPZP neudržovala v letech 2009 až 2011 rezervní fond v zákonem¹ stanovené výši, nicméně se nejednalo o významné odchylky; nejvyšší z nich v roce 2009 dosáhla 0,4 % výše tohoto fondu.

4.3 Provozní fond

Provozní fond slouží k úhradě nákladů na činnost zdravotní pojišťovny. Zdrojem provozního fondu jsou především příděly ze základního fondu maximálně do výše ročního limitu nákladů na činnost zdravotní pojišťovny stanoveného dle vyhlášky č. 418/2003 Sb.¹² Příděly do provozního fondu se ve sledovaném období meziročně zvyšovaly; za rok 2009 činily 289 172 tis. Kč a za rok 2012 dosáhly 601 827 tis. Kč.

Za systémové opatření k posílení prostředků základního fondu nelze považovat uzavření dohody¹⁴ mezi zdravotními pojišťovnami a MZ, na jejímž základě došlo ke snížení procenta (resp. koeficientu) ročního maximálního limitu nákladů na činnost za rok 2009 o 0,25 procentního bodu a za rok 2010 o 0,50 procentního bodu. ČPZP snížila roční limit nákladů na činnost v souladu s touto dohodou o 21 015 384 Kč za rok 2009 a o 65 824 283 Kč za rok 2010 a tyto finanční prostředky nepřevedla ze základního fondu do provozního fondu. Snížení zdrojů provozního fondu bylo upraveno vyhláškou¹² až pro rok 2013.

Čerpání provozního fondu v letech slučování zdravotních pojišťoven dosáhlo 346 845 tis. Kč v roce 2009 a 579 216 tis. Kč v roce 2012. Tabulka č. 10 obsahuje přehled čerpání provozního fondu za období, která nebyla poznamenána procesem slučování, a jedná se proto o porovnatelné údaje.

Tabulka č. 10 – Přehled čerpání významných položek provozního fondu ČPZP

Druh nákladů	2010		2011	
	v Kč	v % z celkového čerpání PF	v Kč	v % z celkového čerpání PF
Čerpání provozního fondu celkem*	479 306 653,22	-	457 125 795,35	-
Spotřeba energií	6 568 259,49	1,37	6 681 342,31	1,46
Telefonní poplatky	6 115 466,21	1,28	4 439 364,34	0,97
Reklama, inzerce, reklamní plochy	16 447 361,47	3,43	24 739 389,00	5,41
Nájemné nebytových prostor	20 499 585,22	4,28	20 112 091,56	4,40
Update SW	20 461 122,73	4,27	11 289 719,72	2,47
Ostatní služby	46 896 694,36	9,78	41 519 699,48	9,08
Odpisy	45 610 225,18	9,52	39 515 433,35	8,64
Mzdové prostředky	204 842 098,17	42,74	207 210 300,46	45,33
Zdravotní pojištění	17 753 902,00	3,70	17 959 272,18	3,93
Sociální pojištění	48 720 288,00	10,16	48 928 516,50	10,70
Ostatní osobní čerpání (stravné, zákonné pojištění úrazové)	5 237 952,26	1,09	5 103 396,67	1,12

Zdroj: obrátové předvahy ČPZP za období 1. 1. 2010 až 31. 12. 2010 a 1. 1. 2011 až 31. 12. 2011.

* Čerpání provozního fondu celkem nezahrnuje přiděl do sociálního fondu a přiděl do fondu reprodukce majetku ve výši kladného rozdílu mezi prodejní a zůstatkovou cenou prodaného dlouhodobého majetku.

Zkratky: PF = provozní fond, SW = software.

Nejvyšší podíl na čerpání finančních prostředků provozního fondu měly mzdové náklady a související náklady na sociální a zdravotní pojištění. V roce 2010 tyto náklady představovaly 57 % a v roce 2011 se jednalo o 60 % celkových provozních nákladů ČPZP. Průměrná hrubá měsíční mzda zaměstnanců ČPZP v letech 2009 až 2012 byla na úrovni 1,3 až 1,5násobku průměrné hrubé měsíční mzdy v národním hospodářství (ČR).

Poměrně vysoký podíl na provozních nákladech ČPZP měly náklady spojené s náborem nových pojištěnců a reklamou. ČPZP v letech 2009 až 2012 čerpala provozní fond na náklady spojené s náborem nových pojištěnců v celkové výši 61 675 290 Kč. Např. v roce 2011 se jednalo o celkovou částku 20 617 800 Kč, která představovala 4,5 % z celkových provozních nákladů ČPZP. Průměrné náklady na nábor jednoho nového pojištěnce činily ve sledovaných letech 852 Kč. K obdobnému účelu sloužily také náklady na reklamu. Celkové náklady na nábor nových pojištěnců a na reklamu dosáhly v roce 2012 výše 10,5 % z celkových provozních nákladů – blíže viz tabulka č. 11.

¹⁴ Dohoda mezi zdravotními pojišťovnami a Ministerstvem zdravotnictví ČR ze dne 7. 5. 2009, ve které se zdravotní pojišťovny a MZ dohodly na postupu omezení tvorby provozního fondu a fondu prevence v letech 2009 a 2010 v zájmu posílení základního fondu v podmínkách hospodářské krize.

Tabulka č. 11 – Náklady na reklamu a náборы nových pojištěnců (v tis. Kč)

	2009	2010	2011	2012
Náklady na reklamu	21 954	16 447	24 739	38 785
Náklady na náборы nových pojištěnců	540	19 362	20 618	21 156
Celkové náklady na reklamu a náборы nových pojištěnců	22 494	35 809	45 357	59 941
Celkové provozní náklady	343 447	479 307	457 126	573 636
Podíl nákladů na reklamu a náборы nových pojištěnců na celkových provozních nákladech (v %)	6,6 %	7,5 %	9,9 %	10,5 %

Zdroj: účetní záznamy ČPZP, výroční zprávy ČPZP za roky 2009 až 2012.

Vývoj provozních nákladů v souvislosti se sloučením zdravotních pojišťoven

V tabulce č. 12 jsou uvedeny provozní náklady sloučených zdravotních pojišťoven (HZP, resp. ČPZP, ZPA a ČNZP) za roky 2008 a 2009 a dále vývoj provozních nákladů ČPZP v letech 2010 až 2012.

Tabulka č. 12 – Vývoj provozních nákladů (v tis. Kč)

Ukazatel	2008*	2009**	2010	2011	2012
Provozní náklady***	549 632	546 838	466 738	439 345	572 874
Meziroční pokles, resp. nárůst provozních nákladů		-2 794	-80 100	-27 393	133 529

Zdroj: výroční zprávy ČPZP za roky 2009 až 2012, zpráva nezávislého auditora o ověření účetní závěrky ZPA k 30. 6. 2009, zpráva nezávislého auditora o ověření účetní závěrky ČNZP k 30. 9. 2009.

* Provozní náklady za rok 2008 zahrnují provozní náklady tří sloučených zdravotních pojišťoven: HZP, ZPA a ČNZP.

** Provozní náklady za rok 2009 zahrnují provozní náklady HZP, resp. ČPZP, za rok 2009, provozní náklady ZPA za období 1. 1. až 30. 6. 2009 a provozní náklady ČNZP za období 1. 1. až 30. 9. 2009.

*** Provozní náklady byly stanoveny ve výši odpovídající závazkům v oblasti provozní činnosti.

Z údajů uvedených v tabulce č. 12 vyplývá, že v oblasti provozních nákladů ČPZP v letech 2010 a 2011 došlo po sloučení zdravotních pojišťoven k deklarovanému snížení těchto nákladů v porovnání se souhrnnými provozními náklady slučovaných zdravotních pojišťoven hospodařících jednotlivě v letech 2008 a 2009.

Tabulka č. 13 – Vývoj provozních nákladů na jednoho pojištěnce a zaměstnance

Ukazatel	jednotka	2009*	2010	2011	2012
Provozní náklady na jednoho pojištěnce	v Kč	751	654	608	677
Provozní náklady na jednoho zaměstnance	v tis. Kč	1 098	970	951	1 189

Zdroj: výroční zprávy ČPZP za roky 2009 až 2012, tabulka „Vybrané ukazatele hospodaření ZPA, ČNZP a ČPZP v letech 2009–2012“ zpracovaná ČPZP.

* Výpočet provozních nákladů na jednoho pojištěnce, resp. na jednoho zaměstnance, vycházel z celkových provozních nákladů sloučených zdravotních pojišťoven (HZP, resp. ČPZP, ZPA a ČNZP) za rok 2009 uvedených v tabulce č. 12 a z průměrného počtu pojištěnců, resp. zaměstnanců, sloučených zdravotních pojišťoven v tomto roce.

Z údajů uvedených v tabulce č. 13 vyplývá, že provozní náklady ČPZP na jednoho pojištěnce za roky 2010, 2011 i 2012 byly po sloučení HZP se ZPA a s ČNZP nižší v porovnání s provozními náklady na jednoho pojištěnce za rok 2009 zjištěnými souhrnně za uvedené tři zdravotní pojišťovny hospodařící jednotlivě. Provozní náklady ČPZP přepočtené na jednoho zaměstnance vykazovaly klesající trend v roce 2010 a 2011.

Zvýšení provozních nákladů v roce 2012 bylo způsobeno jak vlastním sloučením ČPZP se ZP M-A, kdy od 1. 10. 2012 se provozní náklady týkaly obou těchto zdravotních pojišťoven, tak vznikem dalších souvisejících provozních nákladů (např. nákladů na nové průkazy pojištěnců, na korespondenci s pojištěnci a poskytovateli ZS či nákladů v oblasti informačních technologií).

4.4 Fond prevence

Z fondu prevence lze nad rámec hrazených služeb hradit zdravotní služby, u nichž je prokazatelný preventivní, diagnostický nebo léčebný efekt a které jsou poskytovány pojištěncům v souvislosti s jejich existujícím nebo hrozícím onemocněním.

Zdroji fondu prevence byly dle zákona¹ především předpisy penále, pokut a přírážek k pojistnému a finanční prostředky vytvářené využíváním základního fondu (úroky z bankovních účtů). Tvorba fondu prevence v kontrolovaném období byla od 178 mil. Kč v roce 2010 do 575 mil. Kč za rok 2009.

ČPZP byla v letech 2009 a 2010 při tvorbě fondu prevence vázána obdobně jako u provozního fondu dohodou¹⁴ uzavřenou s MZ, ve které byly uvedeny podmínky pro stanovení maximální výše tvorby fondu prevence. ČPZP v souladu s touto dohodou převedla finanční prostředky přesahující částku maximální výše tvorby fondu prevence do základního fondu. Jednalo se o převod finančních prostředků fondu prevence ve výši **30 342 895 Kč** za rok 2009 a **68 609 114 Kč** za rok 2010.

5. Účetnictví

ČPZP byla v kontrolovaném období povinna při vedení účetnictví postupovat podle zákona č. 563/1991 Sb.¹⁵ a vyhlášky č. 503/2002 Sb.¹⁶. Postupy účtování a účetní metody byly dále upraveny v českých účetních standardech pro zdravotní pojišťovny¹⁷.

Zdravotní pojišťovny mají jakožto účetní jednotky povinnost účtovat o skutečnostech, které jsou předmětem účetnictví, do období, s nimiž tyto skutečnosti časově a věcně souvisejí. Dále mají povinnost zjišťovat inventarizací skutečný stav veškerého majetku a závazků a ověřovat, zda zjištěný skutečný stav odpovídá stavu majetku a závazků v účetnictví.

Zákon č. 563/1991 Sb.¹⁵ nedodržela ČPZP v těchto zjištěných případech:

- Neúčtovala o odpisech pohledávek vedených na účtu 311 – *Pohledávky za plátcí pojistného* minimálně ve výši 68 456 131,92 Kč do účetních období, s nimiž tyto účetní případy časově a věcně souvisely. Při dokladové inventuře výše uvedeného účtu nezjistila ČPZP skutečný stav těchto pohledávek.
- Neúčtovala o předpisech pohledávek z titulu náhrady nákladů na hrazené služby vynaložených v důsledku zaviněného protiprávního jednání třetí osoby vůči pojištěnci v celkové výši minimálně 9 134 238,33 Kč v účetních obdobích, s nimiž tyto účetní případy časově a věcně souvisely.

6. Kontrolní činnost v oblasti vykázaných zdravotních služeb

Zdravotní pojišťovny kontrolují využívání a poskytování hrazených služeb a jejich vyúčtování prostřednictvím informačních dat a revizních lékařů. V letech 2009 až 2013 k prvotní (tzv. prerevizí) a následné kontrole vykázaných zdravotních služeb ČPZP využívala především informační systém výdajové části. Fyzické kontroly u poskytovatelů ZS tvořily nepatrný podíl na celkovém počtu provedených kontrol, přestože některé nedostatky ve vykazování zdravotních výkonů nelze zjistit jinak než ověřením u poskytovatele ZS. U poskytovatelů lázeňské léčebně rehabilitační péče a dodavatelů zdravotnických prostředků začala ČPZP provádět fyzické kontroly až v roce 2013.

¹⁵ Zákon č. 563/1991 Sb., o účetnictví.

¹⁶ Vyhláška č. 503/2002 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona č. 563/1991 Sb., o účetnictví, ve znění pozdějších předpisů, pro zdravotní pojišťovny.

¹⁷ České účetní standardy pro účetní jednotky, které účtují podle vyhlášky č. 503/2002 Sb., ve znění pozdějších předpisů, (dále jen „České účetní standardy pro zdravotní pojišťovny“) – oznámení č. FZ05/2004 (zrušeno 10. 12. 2009) a oznámení č. 281/93 878/2009 (pro účetní období započatá 1. 1. 2010 a později) zveřejněná ve *Finančním zpravodaji*.

Tabulka č. 14 – Provedené kontroly

Rok	Provedené kontroly (následné)			Finanční vyhodnocení kontrol (v Kč)			
	Počet kontrol celkem	– z toho: fyzické kontroly na místě (%)		– z toho: kontroly v IS	Částka k vrácení	– z toho: z fyzické kontroly	– z toho: z kontroly v IS
2009	293	52	17,75 %	241	2 535 702,80	958 665,87	1 577 036,93
2010	1 328	72	5,42 %	1 256	27 466 716,36	6 398 379,20	21 068 337,16
2011	4 880	128	2,62 %	4 752	93 444 934,85	9 664 939,13	83 779 995,72
2012	2 468	88	3,57 %	2 380	72 798 640,53	4 373 211,35	68 425 429,18

Zdroj: souhrnné tabulky revizních činností za I. až IV. čtvrtletí let 2009 až 2012.

Zkratka: IS = informační systém.

Dle sdělení ČPZP nedostatky zjištěné její kontrolní činností spočívaly např. v nedostatečně průkazně vedené zdravotní dokumentaci, duplicitách ve vykazování zdravotních výkonů nebo v chybném vykazování ošetrovacích dnů.

7. Vykazování údajů o hospodaření

Zaměstnanecká pojišťovna je povinna dle zákona č. 280/1992 Sb.¹ vždy do 60 dnů po skončení kalendářního čtvrtletí podat MZ a MF **zprávu o svém hospodaření**. Způsob podávání těchto informací a jejich rozsah stanovilo MZ prováděcími právními předpisy¹⁸.

Kontrolou bylo zjištěno, že ČPZP ve zprávách o hospodaření za roky 2009 až 2012 vykazovala v tabulkách týkajících se příjmů a výdajů jednotlivých fondů údaje, které neodpovídaly skutečnosti ve vazbě na samostatné bankovní účty fondů. Tyto rozdíly vycházely z nesprávné metody, kterou ČPZP používala pro vykazování těchto údajů. ČPZP v případě přidělů do fondů nebo převodů finančních prostředků mezi fondy zahrnuje do příjmů a výdajů také částky vnitřního zúčtování pohledávek a závazků mezi fondy, přestože se nejednalo o skutečné příjmy a výdaje příslušných fondů. Tímto postupem ČPZP došlo ke zkreslení vykazovaných údajů a nedodržení požadavků stanovených vyhláškami¹⁸.

Obdobně jako ve zprávách o hospodaření vykazovala ČPZP výše uvedené údaje týkající se fondů ve výročních zprávách za roky 2009 až 2012.

III. Shrnutí a vyhodnocení

Česká průmyslová zdravotní pojišťovna (ČPZP) vznikla v roce 1992 pod názvem Hutnická zaměstnanecká pojišťovna. Po sloučení se třemi dalšími pojišťovnami je v současné době druhou největší zaměstnaneckou pojišťovnou v ČR. Ke konci roku 2012 dosáhl počet pojištěnců ČPZP 1 171 395. Objem vybraného pojistného (včetně přerozdělení) v roce 2012 činil více než 16,6 miliardy Kč a náklady vynaložené na zdravotní služby v daném roce překročily 16 miliard Kč.

Slučování zdravotních pojišťoven

Pro slučování zdravotních pojišťoven nejsou stanovena kritéria k posouzení, zda a kdy je takový postup z hlediska veřejného zdravotního pojištění účelný, a kdy nikoli. Právní předpisy obsahují pouze obecné požadavky, jejichž splnění posuzuje MZ a MF v rámci rozhodování o povolení žádosti o sloučení.

Kontrolou postupu při slučování zdravotních pojišťoven v roce 2009 a v roce 2012 nebyla zjištěna závažná pochybení. Úhrada zdravotních služeb v průběhu slučování byla zajištěna. Zrušované zdravotní pojišťovny sestavily ke dni zrušení mimořádnou účetní závěrku. Pro zdravotní pojišťovnu pokračující v činnosti taková povinnost právními předpisy stanovena nebyla, což NKÚ považuje za nedostatek,

¹⁸ Vyhláška č. 274/2005 Sb., o způsobu podávání informací o hospodaření zdravotních pojišťoven a jejich rozsahu, (účinná od 15. 7. 2005, zrušená ke dni 1. 1. 2011) a vyhláška č. 362/2010 Sb., o způsobu podávání informací o hospodaření zdravotních pojišťoven a jejich rozsahu, (účinná od 1. 1. 2011).



a to jak z hlediska interních potřeb pojišťovny, tak z hlediska potřeb externích uživatelů. HZP, později přejmenovaná na ČPZP, mimořádnou účetní závěrku v souvislosti se slučováním nesestavovala.

Z hlediska provozních nákladů bylo kontrolou údajů za roky 2010 a 2011 ověřeno, že sloučení zdravotních pojišťoven přispělo k deklarovanému snížení provozních nákladů.

Hospodaření s prostředky vybíranými na veřejné zdravotní pojištění

Zdravotní pojišťovny v rámci zabezpečování veřejného zdravotního pojištění zajišťují pomocí svěřených významných pravomocí především výběr pojistného a na druhé straně úhradu zdravotních služeb.

Základní dokument, tj. zdravotně pojistný plán, předložený HZP (později ČPZP) nebyl Poslaneckou sněmovnou Parlamentu ČR ve sledovaném období, resp. od roku 2006, schválen před 1. lednem roku, na který byl sestavován a určen.

Kontrolou hospodaření s prostředky vybranými HZP (později ČPZP) na veřejné zdravotní pojištění bylo zjištěno:

- U činností ČPZP spojených s výběrem pojistného byly zjištěny obdobné přístupy jako u dříve kontrolovaných¹¹ zdravotních pojišťoven, např. kontrola plateb pojistného byla prováděna za poměrně dlouhé časové období, což dle NKÚ snižuje úspěšnost vymáhání dluhů z titulu pojistného. ČPZP při výběru a vymáhání pojistného nevyužívala zcela instituty a oprávnění dané zdravotní pojišťovně zákonem³.
- Při kontrole úhrad vybraných zdravotních služeb bylo zjištěno, že ČPZP se dohodla s poskytovateli zdravotních služeb na jiném způsobu úhrady a na jiném referenčním období, než stanovila úhradová vyhláška⁶ MZ; takový postup právní předpisy sice umožňují, ale zároveň přináší určitá rizika. Ve srovnání s dříve provedenými kontrolami nebyl takový rozsah jiného způsobu úhrady zdravotních služeb, než stanovily úhradové vyhlášky, NKÚ zjištěn.
- Nad rámec již individuálně sjednaných cenových ujednání ČPZP dohodla s některými poskytovateli ZS další navýšení úhrad.
- Kontrolou bylo dále zjištěno, že ČPZP opakovaně smluvně dohodla úhradu zdravotních výkonů neuvedených ve vyhlášce MZ, kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami. Zákon takový postup umožňuje zcela výjimečně, přitom bylo zjištěno, že ČPZP opakovaně, a to v letech 2011, 2012 a 2013, uhradila dva typy zdravotních výkonů v seznamu zdravotních výkonů neuvedených.
- S dodavateli zdravotnických prostředků uzavírala ČPZP velmi obecná ujednání. Ve smlouvách nebyl například podrobněji vymezen předmět dodávky, smlouvy neobsahovaly ceník jednotlivých zdravotnických prostředků a nebyly ani sjednány podrobnější podmínky týkající se oprav a repasí.

Tvorba a čerpání fondů

Čtyři ze sedmi fondů ČPZP prověřil NKÚ z hlediska jejich tvorby a čerpání. Pokud jde o tvorbu kontrolovaných fondů, nebyly zjištěny závažné nedostatky. Z hlediska čerpání fondů spatřuje NKÚ nejzávažnější problém v čerpání prostředků základního fondu na různé projekty, které nemají dostatečnou zákonnou oporu. Jedním z realizovaných projektů ČPZP byl projekt *Systém integrované péče*, v jehož rámci ČPZP mimo jiné navýšila praktickým lékařům celkem o téměř 36,5 mil. Kč kapitační platby za administrativní úkony, nikoliv za hrazené zdravotní služby definované zákonem. Tuto částku ČPZP v průběhu kontroly přeúčtovala ze základního fondu do nákladů provozního fondu.

Výše finančních prostředků ve fondech zdravotních pojišťoven byla v kontrolovaném období ovlivněna opatřeními, jejichž smyslem měla být stabilizace systému veřejného zdravotního pojištění po přechodnou dobu. Na základě zákonem¹³ stanovené povinnosti ČPZP mimořádně odvedla k 1. 1. 2012 jednu třetinu prostředků základního fondu na zvláštní účet veřejného zdravotního pojištění, v důsledku čehož došlo ke snížení prostředků v jejím základním fondu o 747 605 500 Kč. Tento mimořádný odvod prostředků

základního fondu byl nesystémovým opatřením a zasáhl do hospodaření zdravotních pojišťoven. Dalším dočasným opatřením bylo uzavření dohody¹⁴ mezi Ministerstvem zdravotnictví a zdravotními pojišťovnami, na jejímž základě došlo v letech 2009 a 2010 ke snížení zdrojů provozního fondu a fondu prevence v zájmu posílení prostředků základního fondu. Snížení zdrojů provozního fondu bylo upraveno vyhláškou¹² až pro rok 2013.

Novela vyhlášky č. 418/2003 Sb. účinná od 14. 9. 2012 umožnila zdravotním pojišťovnám hradit ze základního fondu náklady spojené s tzv. osobními účty pojištěnců.

Příloha č. 1**Seznam zkratk**

BÚ	bankovní účet
CMÚ	Centrum mezistátních úhrad
ČNZP	Česká národní zdravotní pojišťovna
ČPZP	Česká průmyslová zdravotní pojišťovna
ČR	Česká republika
EU	Evropská unie
HZP	Hutnická zaměstnanecká pojišťovna
IS	informační systém
LLRS	lázeňské léčebně rehabilitační služby
MF	Ministerstvo financí ČR
MZ	Ministerstvo zdravotnictví ČR
NKÚ	Nejvyšší kontrolní úřad
OLÚ	odborné léčebné ústavy
OSVČ	osoba samostatně výdělečně činná
PF	provozní fond
poskytovatel ZS	poskytovatel zdravotních služeb
SIP	projekt <i>Systém integrované péče</i>
SPL	smluvní praktický lékař pro dospělé a smluvní praktický lékař pro děti a dorost
SPZS	smluvní poskytovatel zdravotních služeb
SW	software
VZP	Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR
ZF	základní fond
ZPA	Zdravotní pojišťovna AGEL
ZP M-A	Zdravotní pojišťovna METAL–ALIANCE
ZPP	zdravotně pojistný plán
ZPr	zdravotnický prostředek
ZS	zdravotní služby
ZZS	zdravotnická záchranná služba