

Informace z kontrolní akce „Hospodaření s prostředky vybíranými na základě zákona na veřejné zdravotní pojištění Oborové zdravotní pojišťovny zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví a Zdravotní pojišťovny METAL-ALIANCE“

Kontrolní akce byla zařazena do plánu kontrolní činnosti Nejvyššího kontrolního úřadu (dále jen „NKÚ“) na rok 2005 pod číslem 05/31. Kontrolní akci řídil a kontrolní závěr vypracoval člen NKÚ JUDr. Jiří Drábek.

Cílem kontroly bylo prověřit příjmy základního fondu zdravotního pojištění a výdaje z tohoto fondu na úhradu zdravotní péče poskytované podle smluv se zdravotnickými zařízeními, prověřit výdaje provozního fondu zdravotních pojišťoven v rámci celkového hospodaření s prostředky vybíranými na základě zákona na veřejné zdravotní pojištění.

Kontrolováno bylo období od roku 2003 do 1. pololetí roku 2005, v případě věcných souvislostí i období předcházející.

Kontrolovanými osobami byly:

Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví,
Zdravotní pojišťovna METAL-ALIANCE.

Skutečnosti zjištěné při kontrole

Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví (dále jen „OZP“) byla zřízena ke dni 29. 10. 1992 rozhodnutím Ministerstva práce a sociálních věcí ČR podle zákona č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, jako právnická osoba, která v právních vztazích vystupuje svým jménem, může nabývat práv a povinností a nese odpovědnost z těchto vztahů vyplývající.

Na základě rozhodnutí Ministerstva zdravotnictví (dále jen „MZ“) se OZP ke dni 1. 1. 2000 sloučila se Stavební zdravotní pojišťovnou.

OZP provádí ve smyslu platných právních předpisů veřejné zdravotní pojištění pro zaregistrované pojištěnce; hospodaří s vlastním majetkem a vykonává právo hospodaření s majetkem jí svěřeným.

A.

Příjmy základního fondu zdravotního pojištění z výběru pojistného na veřejné zdravotní pojištění činily za kontrolované období od roku 2003 až do 30. 6. 2005 celkem **24 981 752 tis. Kč**.

Kontrolu zaměřenou na plnění povinností plátců pojistného vykonávala OZP v kontrolovaném období v souladu s platnými právními normami a interními předpisy, přesto však stav pohledávek za plátcí pojistného, včetně vyměřených pokut a penále, dosáhl k 30. 6. 2005 částky **1 720 801 tis. Kč**.

Finanční objem pohledávek OZP za plátcí pojistného měl v kontrolovaném období vlivem obecně vzrůstající platební nekázně plátců vzestupnou tendenci, a to i přes zintenzivnění péče OZP o pohledávky v roce 2004 a 2005 a provádění odpisů nedobytných pohledávek v maximální míře, stanovené platnou vnitřní normou.

V roce 2004 zprovoznila OZP pro kontrolu plateb plátců pojistného zaměstnavatelů programovou nadstavbu informační základny oborové pojišťovny (dále jen „IZOP“), která měla za úkol zaměřit se na vyhodnocení vývoje stavu pohledávek, zajistit zpřesnění metodiky vymáhání pohledávek a hromadnou (korespondenční) kontrolu plnění oznamovací povinnosti a platební kázně plátců.

Poznámka: Citované právní předpisy jsou aplikovány ve znění účinném pro kontrolované období.

Novou verzí informačního systému zpracovávala OZP od roku 2004 rovněž „Přehledy o příjmech a výdajích“ (dále jen „přehledy“) osob samostatně výdělečně činných (dále jen „OSVČ“).

Vymáhání pohledávek dlužného pojistného včetně příslušenství, tj. penále a pokut, upravil zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, když v § 8 odst. 5 stanovil zdravotním pojišťovnám povinnost vymáhat na plátcích zaplacení pojistného ve stanovené výši a čase, v případě nezaplacení pak včetně vyměřeného penále.

Ustanovení § 16 odst. 2 zákona č. 592/1992 Sb. dalo zdravotním pojišťovnám právo vymáhat dlužné pojistné, které se promlčuje ve lhůtě pěti let od nabytí právní moci vykonatelného platebního výměru.

Podle ustanovení § 53 odst. 1 zákona č. 48/1997 Sb. se platební výměr, kterým rozhodují zdravotní pojišťovny, stává po 15 dnech od svého doručení vykonatelný a je titulem pro zahájení správního řízení a pro soudní výkon rozhodnutí.

OZP v kontrolovaném období v oblasti příjmů

- **vymáhala dlužné pojistné, s důrazem na eliminaci promlčení pohledávek a na splacení hodnotově nejvyšších dluhů. Interval mezi zjištěným dluhem na pojistném a zahájením správního řízení, který platná legislativa nevynechává, stanovila OZP tak, aby nedošlo k promlčení pohledávky;**
- **ze 160 kontrolovaných plátců pojistného – zaměstnavatelů, u kterých evidovala dluh na pojistném nad 50 000 Kč, u jednoho plátce nerozhodla o dlužném pojistném podle zákona č. 592/1992 Sb.;**
- **ze 154 kontrolovaných plátců pojistného – OSVČ, u kterých evidovala dluh na pojistném nad 10 000 Kč, u 21 dlužníků o dlužném pojistném nerozhodla. Z důvodu, že uvedený počet plátců (OSVČ) nepředkládal přehledy podle § 24 odst. 2 zákona č. 592/1992 Sb., nemohla zdravotní pojišťovna dlužnou částku pojistného vyčíslit;**
- **odepsala nedobytné pohledávky v částce 116 362 tis. Kč v souladu s ustanovením § 26c zákona č. 592/1992 Sb.;**
- **v roce 2003 odepsala u jednoho plátce pohledávku v celkové výši 368 817 Kč, když nerozhodla o dlužném pojistném platebními výměry a pohledávku přihlásila do konkurzu po termínu;**
- **na základě usnesení vlády ze dne 19. listopadu 2003 č. 1184 odkoupila Česká konsolidační agentura pohledávky OZP za plátci pojistného po lhůtě splatnosti v celkové částce 46 452 tis. Kč. Získané finanční prostředky OZP použila výhradně na úhradu závazků vůči poskytovatelům zdravotní péče;**
- **do inventarizace pohledávek za roky 2003 a 2004 nesprávně zahrнула pohledávky za plátci pojistného v případě, když zaúčtovala předpis platby pojistného v jednom případě duplicitně; příslušnou opravu provedla OZP v průběhu kontroly NKÚ.**

B.

Výdaje ze základního fondu zdravotního pojištění vynaložené OZP za zdravotní péči registrovaných pojištěnců představovaly v roce 2003 částku 7 583 415 tis. Kč a v roce 2004 částku 8 483 069 tis. Kč.

Za účelem finančního zajištění věcného plnění poskytované zdravotní péče vznikla pro zdravotní pojišťovny ve smyslu ustanovení § 17 zákona č. 48/1997 Sb. zákonná povinnost uzavřít smlouvy s vybranými zdravotnickými zařízeními na poskytování oprávněných druhů zdravotní péče. V kontrolovaném období smluvní vztahy v souladu s platnými legislativními normami a s výsledky dohodovacích řízení zpřesňovala formou dodatků. OZP uzavřela pro rok 2003 smlouvy s 27 437 poskytovateli zdravotní péče, pro rok 2004 smlouvy s 27 176 a k 30. 6. 2005 uzavřela smlouvy s 27 097 poskytovateli zdravotní péče.

Skupina kontrolujících NKÚ vybrala vzorek 51 poskytovatelů zdravotní péče ze segmentů praktický lékař, ambulantní specialista a komplement pro kontrolu smluv a kontrolu vyúčtování úhrad zdravotní péče za časové období 2. pololetí 2004 a 1. pololetí 2005.

Pro zvolené časové období v odbornosti praktický lékař nedošlo ve věci hodnoty bodu a výši úhrad zdravotní péče v dohodovacím řízení k dohodě mezi zástupci VZP, ostatních zdravotních pojišťoven a příslušných profesních sdružení poskytovatelů zdravotní péče.

MZ stanovilo závazným opatřením publikovaným ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví v částce 13/2003 kapitačně výkonovou sazbu na částku minimálně 33 Kč/měsíc, na základě kterého generální ředitel OZP vydal rozhodnutí GŘ č. 25/2004 a pro 2. pololetí 2004 stanovil kapitačně výkonovou sazbu pro úhradu zdravotní péče poskytované praktickými lékaři na částku 34 Kč/měsíc, pro 1. pololetí roku 2005 rozhodnutím GŘ č. 2/2005 rovněž částku 34 Kč. Dodržení stanovených sazeb bylo kontrolou NKÚ ověřeno v zúčtovacích zprávách a doba splatnosti úhrad vyúčtované zdravotní péče byla ověřena v IZOP; **nedostatky nebyly zjištěny.**

Kontrolou NKÚ bylo v oblasti výdajů za poskytnutou zdravotní péči zjištěno, že OZP

- **do centrálního informačního systému programově nenastavila prodloužení lhůty splatnosti dohodnuté ve smlouvě o 6 pracovních dnů vyplývající z čl. I bod 7 dodatku KAP (kapitačně výkonové platby) ke smlouvám PL (praktický lékař); dvěma poskytovatelům tak zaplatila za zdravotní péči o 3 až 7 dní po lhůtě splatnosti;**
- **u vybraného vzorku 51 poskytovatelů zdravotní péče uplatňovala v kontrolovaném období regulační opatření plynoucí z legislativy. V souladu s ustanovením § 17 odst. 14 zákona č. 48/1997 Sb. uplatňovala omezení úhrady zdravotní péče ve 2. pololetí roku 2004 ve 14 případech a v 1. pololetí roku 2005 v 17 případech, kdy vlastní kontrolou zjistila, že poskytovatelé překročili dohodnuté průměrné náklady na zdravotní péči nebo dohodnutý objem zdravotní péče;**
- **zajišťovala prostřednictvím softwaru informačního systému kontrolu „vyúčtování zdravotní péče“ od smluvních poskytovatelů s cílem účelného vynakládání finančních prostředků a eliminace chybných vyúčtování, která následně posoudili revizní lékaři OZP (nepříslušnost pojištěnce k OZP, duplicity výkonů, vyúčtování výkonů ve smluvně nesjednaných odbornostech, nedodržení frekvenčních omezení a nepřijatelné kombinace výkonů, nedodržování smluvních cen a další). Důvodně neuhrazené výkony uvedla v zúčtovacích zprávách předkládaných smluvním partnerům;**
- **neměla ke dni 31. 12. 2003 a ke dni 31. 12. 2004 závazky po lhůtě splatnosti vůči poskytovatelům zdravotní péče.**

C.

Výdaje z provozního fondu

OZP převedla v souladu s vyhláškou MF č. 227/1998 Sb. a vyhláškou MF č. 418/2003 Sb. ze základního fondu zdravotního pojištění do provozního fondu v roce 2003 částku 299 123 tis. Kč, v roce 2004 částku 339 375 tis. Kč.

OZP v roce 2004 nesprávně uhradila z prostředků provozního fondu částku 125 tis. Kč za stavební úpravy provedené v pobočce Olomouc, které měly charakter technického zhodnocení a nikoliv oprav ve smyslu odstraňování částečného fyzického opotřebení majetku užívaného OZP.

D.

Dopady způsobené nestabilitou systému úhrad na objem finančních prostředků vynakládaných ze zdravotního pojištění

Na kontrolním vzorku poskytovatelů zdravotní péče kontrola NKÚ prověřila úhradu poskytnuté zdravotní péče za 2. pololetí 2004 a 1. pololetí 2005, kdy nedošlo ve všech odbornostech smluvně zajišťované zdravotní péče k úspěšnému zakončení dohodovacích řízení a k včasnému vydání úhradových vyhlášek MZ.

OZP v té souvislosti vznikly provozní vícenáklady spojené s tvorbou, administrativou a distribucí vyvolaných cenových dodatků k uzavřeným smlouvám pro jedno úhradové období v částce cca 1 200 tis. Kč až 1 500 tis. Kč; navíc si změny v úhradách za poskytnutou zdravotní péči vyžádaly komplexní úpravy softwaru, vyjádřené finanční částkou nejméně 855 tis. Kč na 1 úhradové pololetní období.

V důsledku složitého systému financování zdravotní péče byl základní fond zdravotního pojištění a provozní fond OZP za kontrolované období zkrácen o vícenáklady vyvolané administrativním zabezpečováním úhrad v částce cca 7 000 tis. Kč.

Zdravotní pojišťovna METAL-ALIANCE (dále jen „ZP M-A“) byla zřízena ke dni 1. 6. 1993 rozhodnutím Ministerstva práce a sociálních věcí podle zákona č. 280/1992 Sb. jako právnická osoba, která v právních vztazích vystupuje svým jménem, může nabývat práv a povinností a nese odpovědnost z těchto vztahů vyplývající.

ZP M-A provádí ve smyslu platných právních předpisů veřejné zdravotní pojištění pro pojištěnce, kteří jsou u ní zaregistrováni; hospodaří s vlastním majetkem a vykonává právo hospodaření s majetkem jí svěřeným.

Základními organizačními složkami ZP M-A jsou ředitelství ZP M-A se sídlem v Kladně, divize Čechy, divize Morava a regionální pracoviště. Divize ani regionální pracoviště nemají vlastní právní subjektivitu a vykonávají činnosti jménem pojišťovny.

A.

Příjmy základního fondu zdravotního pojištění z výběru pojistného na veřejné zdravotní pojištění činily za kontrolované období od roku 2003 až do 30. 6. 2005 celkem 8 283 433 tis. Kč.

Kontrolu zaměřenou na plnění povinností plátců pojistného vykonávala ZP M-A v kontrolovaném období v souladu s platnými právními normami a interními předpisy, přesto však stav pohledávek za plátcí pojistného včetně vyměřených pokut a penále dosáhl k 30. 6. 2005 částky **990 479 tis. Kč.**

Finanční objem pohledávek ZP M-A za plátcí pojistného měl v kontrolovaném období vzestupnou tendenci vlivem obecně vzrůstající platební nekázně plátců, a to i přes zintenzivnění péče ZP M-A o pohledávky.

Kontrola zaměřená na plnění povinností plátců pojistného zejména na řádné placení pojistného byla v kontrolovaném období v ZP M-A vykonávána v souladu s metodickým pokynem GR č. 7/2002.

Kontroly plátců pojistného – zaměstnavatelů byly zaměřeny na plnění oznamovacích povinností a platební kázeň. Kontrolně-správní oddělení ZP M-A měsíčně zahajovalo správní řízení u všech plátců, u kterých nebyl uhrazen dluh, a v případech, kdy do 60 dnů od zahájení správního řízení nebyla pohledávka uhrazena, vystavila ZP M-A platební výměry.

Kontroly plateb plátců pojistného – OSVČ probíhaly po předložení přehledů podle ustanovení § 24 odst. 2 zákona č. 592/1992 Sb. V případech dluhu vyššího než 5 000 Kč zahajovala ZP M-A s dlužníky správní řízení.

Vymáhání pohledávek dlužného pojistného včetně příslušenství, tj. penále a pokut, upravil zákon č. 48/1997 Sb., když v § v 8 odst. 5 stanovil zdravotním pojišťovnám povinnost vymáhat na plátcích zaplacení pojistného ve stanovené výši a čase, v případě nezaplacení pak včetně vyměřeného penále.

Ustanovení § 16 odst. 2 zákona č. 592/1992 Sb. dalo zdravotním pojišťovnám právo vymáhat dlužné pojistné, které se promlčuje ve lhůtě pěti let od právní moci vykonatelného platebního výměru.

Podle ustanovení § 53 odst. 1 zákona č. 48/1997 Sb. se platební výměr, kterým rozhodují zdravotní pojišťovny, stává po 15 dnech od svého doručení vykonatelný a je titulem pro zahájení správního řízení a pro soudní výkon rozhodnutí.

ZP M-A v kontrolovaném období v oblasti příjmů

- vymáhala dlužné pojistné na veřejné zdravotní pojištění včetně příslušenství (tj. penále a pokut) průběžně, s důrazem na splacení hodnotově nejvyšších dluhů. Interval mezi zjištěným dluhem na pojistném a zahájením správního řízení, který platná legislativa nevynezuje, stanovila ZP M-A tak, aby nedocházelo k promlčení pohledávky;
- ze vzorku 119 plátců pojistného – zaměstnavatelů, u kterých ZP M-A evidovala ke dni 30. 6. 2005 dluh na pojistném nad 50 000 Kč, nepřihlásila ve smyslu § 20 odst. 1 zákona č. 328/1991 Sb., o konkurzu a vyrovnání, ve znění pozdějších předpisů, v jednom případě pohledávku ve výši 70 619 Kč do konkurzního řízení;
- ze vzorku 106 kontrolovaných plátců pojistného – OSVČ, u kterých ZP M-A evidovala dluh na pojistném nad 10 000 Kč, nerozhodla podle zákona č. 592/1992 Sb. za období 1996 – 2000 v případě jednoho plátce o dlužném penále. Z důvodu, že plátce nepředkládal ZP M-A podle § 24 odst. 2 citovaného zákona přehledy, nemohla ZP M-A dlužnou částku pojistného ani vyčíslit;
- v souladu s ustanovením § 26c zákona č. 592/1992 Sb. odepsala v kontrolovaném období nedobytné pohledávky v částce 60 384 tis. Kč;
- vybrala platbami v hotovosti pojistné v celkové výši 98 963 tis. Kč, a nepostupovala tak podle ustanovení § 17 zákona č. 592/1992 Sb., který výběr pojistného v hotovosti vylučoval. Novelou citovaného zákona účinnou od 8. 3. 2006 byl způsob placení pojistného v hotovosti umožněn;
- na základě usnesení vlády č. 1184 ze dne 19. listopadu 2003 odkoupila Česká konsolidační agentura pohledávky ZP M-A za plátci pojistného po lhůtě splatnosti včetně pokut a penále v celkové částce 102 910 tis. Kč. Prostředky za odkoupené pokuty a penále k pojistnému ve výši 34 924 tis. Kč převedla do fondu prevence; do doby ukončení kontroly NKÚ prostředky nepoužila. MZ provedlo v roce 2004 kontrolu použití prostředků z odkupu pohledávek

se závěrem, že ZP M-A postupovala v souladu s podmínkami danými usnesením vlády č. 1184.

B.

Výdaje ze základního fondu zdravotního pojištění vynaložené ZP M-A za zdravotní péči registrovaných pojištěnců představovaly v roce 2003 částku 3 426 845 tis. Kč a v roce 2004 částku 3 789 408 tis. Kč. Za účelem finančního zajištění věcného plnění poskytované zdravotní péče vznikla pro zdravotní pojišťovny ve smyslu ustanovení § 17 zákona č. 48/1997 Sb. zákonná povinnost uzavřít smlouvy s vybranými zdravotnickými zařízeními na poskytování oprávněných druhů zdravotní péče.

ZP M-A uzavřela pro rok 2003 smlouvy s 8 012 poskytovateli zdravotní péče, pro rok 2004 smlouvy s 8 683 a k 30. 6. 2005 uzavřela smlouvy s 8 936 poskytovateli zdravotní péče. V kontrolovaném období smluvní vztahy v souladu s platnými legislativními normami a s výsledky dohodovacích řízení zpřesňovala formou příloh (dodatků).

Kontrolní skupina NKÚ vybrala vzorek 31 poskytovatele zdravotní péče ze segmentů praktický lékař, ambulantní specialista a komplement, u kterých provedla kontrolu smluv a kontrolu vyúčtování úhrad zdravotní péče za časové období 2. pololetí 2004 a 1. pololetí 2005.

Pro časové období 2. pololetí 2004 v odbornosti praktický lékař a komplement nedošlo ve věci hodnoty bodu a výši úhrad zdravotní péče v dohodovacím řízení k dohodě mezi zástupci VZP, ostatních zdravotních pojišťoven a příslušných profesních sdružení poskytovatelů zdravotní péče.

MZ stanovilo závazným opatřením kapitačně výkonovou sazbu na částku minimálně 33 Kč/měsíc; v návaznosti na zveřejněné opatření MZ stanovil generální ředitel ZP M-A na období 2. pololetí 2004 pro úhradu zdravotní péče poskytované praktickými lékaři kapitačně výkonovou sazbu na částku 33 Kč/měsíc a pro úhradu výkonů v odbornosti komplement potvrdil úhradu čtvrtletní paušální sazbou nebo úhradu za provedené výkony podle vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb.

Pro časové období 1. pololetí 2005 k dohodě o úhradách nedošlo v odbornosti praktický lékař a ambulantní specialista. Generální ředitel ZP M-A na období 1. pololetí 2005 pro úhradu zdravotní péče poskytované praktickými lékaři stanovil kapitačně výkonovou sazbu na částku 33 Kč/měsíc, v odbornosti ambulantní specialista potvrdil postup úhrad podle ustanovení § 17 odst. 7 zákona č. 48/1997 Sb., to znamená, že do doby, než dohodovací řízení sjednalo nové výše úhrad, zůstal v platnosti časově předcházející platný způsob úhrady; pro úhradu výkonů v odbornosti komplement potvrdil generální ředitel směrnicí úhradu čtvrtletní paušální sazbou nebo úhradu za provedené výkony podle vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb.

Dne 25. 1. 2005 vydalo MZ vyhlášku č. 50/2005 Sb., kterou se stanoví výše úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění včetně regulačních omezení pro 1. pololetí 2005, která vyvolala zákonnou povinnost vystavit dodatky ke smlouvám pro uvedené pololetí a postoupit je k podpisu příslušným smluvním partnerům.

Kontrolou NKÚ v oblasti výdajů ZP M-A za poskytnutou zdravotní péči bylo zjištěno zejména, že

- **u vybraného vzorku 31 poskytovatelů zdravotní péče uplatňovala ve 2. pololetí 2004 a v 1. pololetí 2005 regulační opatření plynoucí ze zákona a vyhlášek MZ ve 12 případech. Vlastní regulační opatření ve smyslu ustanovení § 17 odst. 14 zákona č. 48/1997 Sb., tzn. omezení úhrady zdravotní péče v případech překročení dohodnutých průměrných nákladů na zdravotní péči na jednoho ošetřeného pojištěnce nebo dohodnutý objem zdravotní péče, ZP M-A u vybraného vzorku poskytovatelů neuplatnila;**

- prostřednictvím softwaru informačního systému prováděla kontrolu „vyúčtování zdravotní péče“ od smluvních poskytovatelů s cílem účelného vynakládání finančních prostředků a eliminace chybných vyúčtování, která následně posoudili revizní lékaři (nepříslušnost pojištěnce k ZP M-A, duplicity výkonů, vyúčtování výkonů ve smluvně nesjednaných odbornostech, nedodržení frekvenčních omezení a nepřípustné kombinace výkonů, nedodržování smluvních cen a další). Finanční ekvivalenty uznané zdravotní péče se stanoveným termínem splatnosti převzalo účetnictví ZP M-A;
- ke dni 31. 12. 2003 a ke dni 31. 12. 2004 neměla závazky po lhůtě splatnosti vůči poskytovatelům zdravotní péče.

C.

Výdaje z provozního fondu

ZP M-A převedla v souladu s vyhláškou MF č. 227/1998 Sb. a vyhláškou MF č. 418/2003 Sb. ze základního fondu zdravotního pojištění do provozního fondu v roce 2003 částku 141 000 tis. Kč, v roce 2004 částku 151 000 tis. Kč.

ZP M-A v roce 2003 a 2004 nesprávně uhradila z prostředků provozního fondu částku 611 tis. Kč za projektové práce a inženýrskou činnost při rekonstrukci domu čp. 263 v Olomouci. Náklady nebyly vedeny jako součást ocenění dlouhodobého hmotného majetku a hodnota majetku nebyla v uvedených letech zahrnuta do aktiv. Opravu provedla ZP M-A v průběhu kontroly NKÚ.

D.

Dopady způsobené nestabilitou systému úhrad na objem finančních prostředků vynakládaných ze zdravotního pojištění

Na kontrolním vzorku 31 smluv kontrola NKÚ prověřila úhradu poskytnuté zdravotní péče ZP M-A za 2. pololetí 2004 a 1. pololetí 2005, kdy **nedošlo ve všech odbornostech k úspěšnému zakončení dohodovacích řízení a k vydání úhradových vyhlášek MZ** (časový limit platná legislativa nevymezila), které v kontrolovaném období direktivně ovlivnily nakládání s prostředky vybranými ze zákona na zdravotní pojištění, a to bez přihlídnutí k plnění zákonných povinností zdravotní pojišťovny hradit řádně a včas poskytnutou zdravotní péči. V důsledku složitého systému financování zdravotní péče byl základní fond zdravotního pojištění a provozní fond ZP M-A za kontrolované období zkrácen o vícenáklady vyvolané administrativním zabezpečením úhrad v částce cca 3 025 tis. Kč.

Shrnutí a vyhodnocení

V kontrolovaných zdravotních pojišťovnách OZP a ZP M-A

- v oblasti výběru pojistného na veřejné zdravotní pojištění bylo úsilí o naplnění zákona č. 48/1997 Sb. dokladováno realizací přesných pracovních postupů stanovených vnitřními normami jak při výběru plateb pojistného, tak i při průběžné péči o vzniklé pohledávky za plátcí. Ve výsledku mělo dojít k omezení nárůstu absolutní výše pohledávek za plátcí pojistného, včetně vymožení již vzniklých pohledávek v maximální míře za minimální čas. Žádoucího efektu nebylo zcela dosaženo, pohledávky v obou zdravotních pojišťovnách v kontrolovaném období zaznamenaly vzrůstající tendenci;

- kontrola NKÚ zaznamenala v oblasti úhrad poskytnuté, zkontrolované a k úhradě uznané zdravotní péče problémy při sjednávání způsobu a výše úhrad s jednotlivými smluvními poskytovateli zdravotní péče. Stav byl přímo odvislý od výsledků dohodovacích řízení a postupů vyžadovaných MZ od zdravotních pojišťoven podle úhradových vyhlášek, vydávaných vždy na příslušné pololetí. S těmi platné znění zákona č. 48/1997 Sb. počítalo v případech, kdy např. MZ shledalo, že výsledek dohodovacích řízení nebyl v souladu s právními předpisy nebo veřejným zájmem a prostřednictvím vyhlášek stanovilo hodnoty bodu, výši úhrad a regulační omezení zdravotní péče. Povinnost a odpovědnost za realizaci vyhlášek připadla zdravotním pojišťovnám, přičemž náklady vyvolané zabezpečením úhrad, tj. tvorba, administrativa a distribuce opakovaně zpracovávaných cenových dodatků ke smlouvám včetně komplexní úpravy softwaru, dosáhly v kontrolovaném období od roku 2003 až do 1. pololetí roku 2005 v obou zdravotních pojišťovnách částky 10 025 tis. Kč. Pro rok 2006 vydalo MZ s účinností od 1. 1. 2006 vyhlášku č. 550/2005 Sb., novelizovanou k 1. 4. 2006, čímž problémy s úhradou za poskytnutou zdravotní péči přeneslo i do roku 2006;
- řádné hospodaření s prostředky vybranými na základě zákona na veřejné zdravotní pojištění bylo doloženo u obou zdravotních pojišťoven nulovým stavem závazků po lhůtě splatnosti vůči smluvním poskytovatelům zdravotní péče ke dni 31. 12. 2003 a ke dni 31. 12. 2004.