Příjmy a výdaje systému veřejného zdravotního pojištění a jejich vliv na finanční výkaznictví zdravotních pojišťoven[#]

Jiřina Bokšová – Monika Randáková***

Cílem příspěvku je posouzení vypovídací schopnosti účetních výkazů zdravotních pojišťoven se zaměřením především na Všeobecnou zdravotní pojišťovnu České republiky (dále též „VZP ČR“). Pro pochopení účetního výkaznictví zdravotních pojišťoven, bylo nutné provést i obecnou analýzu příjmů a výdajů systému veřejného zdravotního pojištění včetně příjmů a výdajů prováděných VZP ČR. Důvod pro vyčlenění VZP ČR od ostatních zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven je dán v první řadě jiným právním rámcem a v současné době i některými odlišnými způsoby hospodaření s prostředky veřejného zdravotního pojištění.

1. Posuzovaná právní úprava

Při studiu dané problematiky bylo nutné prostudovat různé právní normy. Seznam právních norem platných k 31. 12. 2005, které jsou podkladem závěrů tohoto příspěvku, je uveden v seznamu literatury.

Z regulace systému veřejného zdravotního pojištění vyplývá, že výše příjmů do tohoto systému je stanovována na úrovni státu zákonnými normami v podobě zákona o veřejném zdravotním pojištění, zákona o VZP ČR, zákona o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, zákona o cenách apod. a Ministerstvem práce a sociálních věcí ČR v podobě nařízení, kterými se stanoví vyměřovací základ u osob, za které je plátcem na všeobecné zdravotní pojištění stát. Objem výdajů systému veřejného zdravotního pojištění je naopak zcela v kompetenci Ministerstva zdravotnictví ČR ve formě především tzv. „úhradových“ vyhlášek.

Ministerstvo zdravotnictví ČR při vydávání vyhlášek direktivně vstupuje do vztahu zdravotní pojišťovny versus zdravotnické zařízení, a tím nastavuje podíl výdajů na úhradu zdravotní péče, která neodpovídá tempu růstu příjmů zdravotních pojišťoven. Rozbor dopadů vyhlášek Ministerstva zdravotnictví ČR počínaje rokem 2001 ukazuje, že výdaje zdravotních pojišťoven rostou rychleji než zdroje příjmů do systému veřejného zdravotního pojištění.

Zdravotní pojišťovny hospodaří na principu přidělu a užití fondů veřejného zdravotního pojištění. Způsob tvorby a užití těchto fondů (základní fond veřejného zdravotního pojištění, rezervní fond, fond majetku, fond reprodukce majetku, sociální fond) včetně limitů nákladů na provozní činnost zdravotních pojišťoven (provozní fond) stanoví Ministerstvo financí ČR,

[#] Článek je zpracován jako jeden z výstupů výzkumného projektu *Rozvoj účetní a finanční teorie a její aplikace z interdisciplinárního hlediska* registrovaného u MŠMT ČR pod evidenčním číslem MSM6138439903.

^{*} Ing. Jiřina Bokšová, Ph.D. – odborná asistentka; Katedra finančního účetnictví Fakulta financí a účetnictví Vysoká škola ekonomická v Praze, nám. W. Churchilla 4, 130 67 Praha 3; <boksova@vse.cz>.

^{**} Ing. Monika Randáková, Ph.D. – odborná asistentka; Katedra finančního účetnictví Fakulta financí a účetnictví Vysoká škola ekonomická v Praze, nám. W. Churchilla 4, 130 67 Praha 3; <randakm@vse.cz>.

které ale nemá možnost významně ovlivnit skutečnou příjmovou a výdajovou stránku těchto fondů. Stanoví pouze z čeho se fondy tvoří a na co mohou být použity.

Tato současně platná právní regulace nevytváří prostor pro vybilancování příjmů a výdajů zdravotních pojišťoven. V systému chybí v současné době regulátor, který by dohlížel na provázanost příjmů a odpovídajících výdajů zdravotních pojišťoven.

Tím, že příjmy zdravotních pojišťoven vychází ze zákonné úpravy výše pojistného (tím je určena výše příjmů pojišťovny) a rozhodování o cenách zdravotní péče určuje státní správa (tedy nastavuje výdaje pojišťovny), není v reálných možnostech zdravotních pojišťoven zajistit finanční rovnováhu dle zákona.

Z rozboru účetních výkazů Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR vyplývá, že do roku 2000 byla pojišťovna relativně zdravá. Deficit, který se v této době v účetních závěrkách objevoval, nebyl výrazný a nestoupal takovým tempem jako dnes (to dokazovala především schopnost uhrazovat své splatné závazky). Zásadní zlom nastává od roku 2001, kdy vstoupily v platnost vyhlášky Ministerstva zdravotnictví ČR, které bohužel nevycházely z reality příjmů a výdajů. Od tohoto roku se problém zajistit vyrovnané hospodaření Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR neustále prohlubuje.

Pro srovnání byla provedena i analýza ostatních pojišťoven, zda se obdobný dopad vyhlášek od roku 2001 dá vysledovat i v jejich účetních výkazech. Můžeme říci, že ostatní pojišťovny na našem trhu díky řadě vlivů (lepší struktura pojistných kmenů, zajišťovací fond apod.) byly schopny si do roku 2000 vytvářet jakousi rezervu ve výši cca 1,5 měsíce platební schopnosti. To je hlavním důvodem toho, proč nebyl dopad vyhlášek na ostatní zdravotní pojišťovny vidět hned po roce 2001. V současné době je dopad nerespektování vyrovnaného hospodaření při nastavení objemu příjmů a výdajů vidět i v jejich účetních výkazech. Závěrem můžeme říci, že chyba nevyrovnaného hospodaření je ve špatně nastaveném systému veřejného zdravotního pojištění.

2. Rozbor příjmů veřejného zdravotního pojištění

Vývoj příjmů do systému veřejného zdravotního pojištění je ovlivněn makroekonomickými aspekty (hrubý domácí produkt, nezaměstnanost, minimální mzda apod.). Objem předepsaných příjmů vychází ze zákonné výše pojistného, a tedy nemůže být ze strany zdravotních pojišťoven ovlivněn.

Celkové příjmy do systému zdravotního pojištění jsou součtem příjmů z výběru pojistného

1. za „nestátní“ pojištěnce, tj. zaměstnavatele, osoby samostatně výdělečně činné (dále též „OSVČ“) a osoby bez zdanitelných příjmů (dále též „OBZP“);
2. za „státní“ pojištěnce (příjem ze státního rozpočtu za osoby, za něž je plátcem pojistného stát).

Z hlediska podílu jednotlivých skupin plátců na příjmech veřejného zdravotního pojištění vzniká značná disproporce v příspěvku do systému mezi tzv. „nestátními“ (zaměstnavatelé, OSVČ, OBZP) a „státními“ pojištěnci.

Celkové příjmy zdravotních pojišťoven včetně příjmů od České konsolidační agentury za rok 2004 dosáhly výše 154.870 mil. Kč. V porovnání s rokem 2003 činí nárůst 11.118 mil. Kč, což představuje meziroční růst o 7,7 %.

V roce 2004 dosáhla hodnota celkového průměrného příjmu na jednoho pojištěnce výše 15.018 Kč, což představuje oproti stejnému roku 2003 nárůst o 1.083 Kč, tj. o 7,7 %.

Zatímco příjmy z vybraného pojistného na jednoho „nestátního“ pojištěnce v roce 2004 činily 27.180 Kč (nárůst oproti roku 2003 o 2.560 Kč, tj. o 10,4 %), příjmy ze státního rozpočtu na jednoho „státního“ pojištěnce dosáhly hodnoty pouze 5.712 Kč (nárůst oproti roku 2003 o 106 Kč, tj. o 1,9 %).

Dopad disproporce ve vývoji zdrojů základního fondu veřejného zdravotního pojištění za „státní“ a „nestátní“ pojištěnce má za následek to, že za „státní“ pojištěnce, kteří představují 56,4 % všech pojištěnců přichází do systému veřejného zdravotního pojištění jen 21,1 % zdrojů, přičemž se převážně jedná o pojištěnce, kteří jsou vzhledem k převažujícím věkovým skupinám v této kategorii pojištěnců výrazně náročnější na čerpání finančních prostředků.

Z provedené analýzy rozboru příjmů systému veřejného zdravotního pojištění vyplývá, že pokud budeme chtít zajistit neměnnou zdravotní péči u „státních“ pojištěnců, u kterých výdaje přesahují celkový průměrný příjem, mělo by dojít k dorovnání příjmů u „státních“ pojištěnců alespoň na celostátní průměr. Systém solidarity by měl být zachován. Vzhledem k tomu, že ve státním rozpočtu zřejmě nejsou dostatečné zdroje na plošné zvýšení úhrady za státní pojištěnce, postupně dochází k režimu přerozdělení od režimu pod / nad 60 let k režimu v rozdělení do 18 věkových skupin v kombinaci samostatně dle pohlaví. Nově nastavený systém přerozdělování se v současné době jeví jako nejvíce vhodný, ale byl nastolen až v roce 2005, tzn. že bude působit kladně na tempo růstu příjmů zdravotních pojišťoven až od tohoto okamžiku a neodstraňuje již v minulosti vytvořený deficit příjmů za „státní“ pojištěnce.

Správným nastavením plateb za „státní“ pojištěnce dochází k odstranění jednoho ze systémových důvodů vzniku deficitu ve veřejném zdravotním pojištění.

Ještě větší disproporce mezi státními a nestátními pojištěnci je vidět na příkladu VZP ČR. Z celkového počtu pojištěnců evidovaných v systému zdravotního pojištění evidovala v roce 2004 VZP ČR 64,77 % pojištěných. Z celkového počtu „státních“ pojištěnců, kteří tvoří 56,4 % všech pojištěnců, evidovala v tomto roce VZP ČR 58,0 %. Tato situace vede výrazně k nižšímu stavu vývoje příjmů v porovnání s ostatními zdravotními pojišťovnami na trhu.

Tab. 1: Vývoj pojištěnců VZP ČR

	2004	2003	2002	2001	2000
Pojištěnci VZP ČR celkem	6.680.790	6.801.230	6.956.348	7.177.318	7.360.606
% podíl pojištěnců VZP ČR na trhu všech pojištěnců	64,77	65,96	67,44	69,50	71,14
– z toho počet státních pojištěnců VZP ČR	3.871.772	3.920.363	4.018.404	4.148.287	4.262.556
– z toho počet nestátních pojištěnců VZP ČR	2.809.018	2.880.867	2.937.944	3.029.031	3.098.050

Zdroj: VZP ČR (2001-2005) a vlastní výpočty

Obr. 1: Rozložení pojistného dle počtu plátců pojistného ve VZP ČR

Zdroj: VZP ČR (2001-2005) a vlastní výpočty

Obr. 2: Rozložení objemu pojistného dle plátců pojistného ve VZP ČR

Zdroj: VZP ČR (2001-2005) a vlastní výpočty

V kategorii „nestátních“ pojištěnců je třeba vyřešit tři základní okruhy problémů:

- rozšířit, zjednodušit, sjednotit způsob placení pojistného ze všech zdanitelných příjmů,
- zajistit provázanost mezi platbou pojistného a nárokem na čerpání věcných dávek zdravotní péče,
- zajistit zdravotním pojišťovnám právo provádět tzv. právní výkon rozhodnutí, který umožní zlepšení a zrychlení výběru pojistného.

První okruh problémů je plně v kompetenci zákonodárců. V rámci systému solidarity by nemělo docházet k zakotvování velkého počtu výjimek při placení pojistného do systému veřejného zdravotního pojištění. Jedná se zejména o různé vyměřovací základy u nestátních pojištěnců (zaměstnavatel, zaměstnanec, OSVČ, OBZP), o vyjmutí některých příjmů ze systému zdravotního pojištění (příjmy z pronájmů, podíly na zisku apod.).

Druhý okruh problémů souvisí s oznamovací povinností plátců pojistného, kdy jsou informace o vyměřovacích základech, výši pojistného a počtu zaměstnanců uváděny v souladu se zákonem pouze v kumulované výši. Změna tohoto bodu v právní úpravě nemusí výrazně ovlivnit příjmovou stránku zdravotních pojišťoven, ale přispěje k větší přehlednosti toku příjmů a výdajů za jednotlivého pojištěnce. V současné době je na každé pojišťovně, jakým způsobem kontroluje platební morálku jednotlivých plátců, zda jsou tato kontrolní opatření efektivní z hlediska získání maximálních příjmů. Není možné při současném objemu plátců a pojištěnců provést kontrolu všech subjektů. Kumulovaná evidence za jednotlivé plátce může vést k uvedení nepravdivých údajů, které lze při současném stavu legislativy odhalit pouze při místním šetření. V souvislosti s tímto problémem se nabízí otázka, proč není využito zkušeností ze systému sociálního zabezpečení a jeho provázanosti na finanční úřady.

Poslední okruh problémů, kterým je zavedení institutu exekuce do pravomoci zdravotních pojišťoven, byl uzákoněn až v průběhu roku 2005. Zdravotní pojišťovny do této doby nemohly urychlit proces vymáhání dlužného pojistného.

Další problémovou oblastí na straně příjmů systému zdravotního pojištění je řešení otázky nevybraného předepsaného pojistného. Tento problém byl v průběhu let 2001 – 2004 řešen tzv. oddlužením zdravotních pojišťoven Českou konsolidační agenturou (poprvé v roce 2001). V této souvislosti je nutno upozornit na nepřesnost pojmu oddlužení. Ve skutečnosti se jedná o úhradu neboli o postoupení nedobytných pohledávek za podniky v konkurzu, likvidaci, podniky, které již byly vymazány z obchodního rejstříku apod. na ČKA. To znamená, že zdravotní pojišťovny místo toho, aby vybraly pojistné od problematických plátců, dostaly tyto prostředky od státu. Tím mohlo dojít k tomu, že získané prostředky byly použity na úhradu splatných starých závazků vůči zdravotnickým zařízením. Za tohoto předpokladu lze říci, že se jedná skutečně o oddlužení neboli o okamžité snížení závazků po splatnosti. V případě, že se zvýší příjmy o určité procento (úhrada od ČKA) není možné o stejné procento navýšit náklady (k čemuž došlo vydáním vyhlášek MZ ČR), neboť dochází naopak k většímu zadlužování zdravotních pojišťoven vzhledem k nastaveným parametrům ve vyhláše. Ve skutečnosti se jedná pouze o úhradu splatných pohledávek za pojistné, které již byly v minulosti použity na výdaje za zdravotní péči zdravotním zařízením a představují z hlediska bilance závazky po splatnosti.

V případě navýšení příjmů o určité procento by bylo možné zvýšit náklady o stejné procento jen za předpokladu neexistujícího deficitu minulých let a stejné základny u obou veličin. Není stejné navýšení 3 % z příjmů a 3 % z výdajů u různých základen.

3. Rozbor výdajů ze systému veřejného zdravotního pojištění

Vyrovnaná bilance zdravotní pojišťovny je základním předpokladem jejího hospodaření. Pokud budeme hovořit pouze o základním fondu veřejného pojištění, lze obecně konstatovat, že vyrovnanost znamená: suma skutečných příjmů + suma reálných (vymožitelných) pohledávek se musí rovnat sumě skutečných výdajů + sumě závazků. Toto tvrzení by mělo být odrazem nastavení výdajů za zdravotní péči vůči zdravotnickým zařízením. Není možné, aby zdravotní pojišťovna se nechovala hospodárně a rozdělovala zdravotnickým zařízením více než činí objem jejich skutečných příjmů. Tato hospodárnost by se měla projevat v rámci dohodovacího řízení a je kompromisem požadavků zdravotnických zařízení a možnostmi zdravotních pojišťoven. Ani zdravotnické zařízení, ani zdravotní pojišťovna nemůže být brána za podnikatelský subjekt ve všech důsledcích.

Celý systém výdajů veřejného zdravotního pojištění je rozdělen do několika segmentů, kterými jsou: praktičtí lékaři, stomatologie, ambulantní specialisté, domácí péče, fyzioterapie, komplement (laboratoře, zobrazovací diagnostika), zdravotnická záchranná péče, lůžková zdravotnická zařízení – akutní péče, lůžková zdravotnická zařízení – následná péče, doprava raněných, nemocných a rodiček, lázeňská péče, ozdravenská péče a léčivé přípravky a zdravotnické prostředky. Téměř 50 % výdajů ze systému veřejného zdravotního pojištění tvoří výdaje zdravotních pojišťoven na lůžková zdravotnická zařízení s akutní péčí a dalších téměř 24 % celkových výdajů připadá na výdaje za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky.

Systém uhrazování zdravotní péče je nastaven pro jednotlivé segmenty v oblasti zdravotní péče samostatně tzn. co segment to dohodovací řízení. V tomto okamžiku může pojišťovna svým aktivním přístupem částečně ovlivnit výdajovou stránku. Nesmí však docházet k takovým situacím, při kterých se pojišťovna podaří uzavřít dohodu s určitou skupinou zdravotnických zařízení a Ministerstvo zdravotnictví ČR takovou dohodu nepodpoří (dohodovací řízení musí být ze zákona odsouhlaseno MZ ČR). Problematika výdajů ze systému veřejného zdravotního pojištění je velice složitá a pro laickou veřejnost v mnoha případech nesrozumitelná.

4. Rozbor financování Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR

Zdravotní pojišťovny podle zákona jsou povinny sestavit vyrovnaný rozpočet za kalendářní rok a hospodařit v jeho mezích.

Hospodaření Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR je založeno na fondovém vykazování. Nejvýznamnějším fondem zdravotní pojišťovny je základní fond zdravotního pojištění. Způsob tvorby fondu je dán vyhláškou 418/2003 Sb., kdy zdroje jsou předepisovány na základě oznámení jednotlivých plátců. Tento předpis pohledávek za plátcí pojistného neodpovídá však skutečnému výběru pojistného. Existuje určitá skupina plátců, která je v prodlení s platbou z důvodu druhotné platební neschopnosti nebo již dokonce v prvotní platební neschopnosti (konkurz, likvidace apod.), která nezaplatí vůbec nebo až při rozvrhovém usnesení poměrnou část předpisu.

Z hlediska čerpání tohoto fondu hovoříme o dvou základních skupinách výdajů. V první řadě se jedná o výdaje zdravotnickým zařízením za poskytnutou zdravotní péči, v druhé řadě jde o čerpání z hlediska přidělů do jiných fondů, kterým je provozní fond, rezervní fond a fond prevence.

Základní fond zdravotního pojištění je založen na tvorbě a čerpání finančních prostředků, ale pro posouzení finanční situace pojišťovny je vhodnější porovnávat skutečně vybrané příjmy se skutečně vzniklými náklady, tzn. že na straně příjmů abstrahujeme od nevybraného pojistného, které v bilanci představuje objem neuhrazených pohledávek na rozdíl od nákladů, kdy kalkulujeme se všemi vzniklými závazky (fakturace ze strany zdravotních zařízení) po odpočtu přidělů ze základního fondu do ostatních fondů pojišťovny. VZP ČR na rozdíl od zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven zahrnuje do tvorby tohoto fondu předpisy pokut a penále, které vzhledem k objemu výrazně nadhodnocují tvorbu fondu.

Výše zdrojů základního fondu zdravotního pojištění nevytváří žádný prostor pro odstranění závazků po lhůtě splatnosti.

Tab. 2: Přehled vývoje skutečného vybraného pojistného se skutečně vytvořenými náklady

	2000	2001	2002	2003	2004
příjem pojistného v mld. Kč	83,8	92,5	92,0	97,5	102,0
čerpání na zdravotní péči v mld. Kč	83,8	89,4	97,2	100,0	107,0

Zdroj: VZP ČR (2001-2005)

Obr. 3: Přehled vývoje skutečného vybraného pojistného se skutečně vytvořenými náklady

Zdroj: VZP ČR (2001-2005)

Nejvýznamnějším zdrojem **rezervního fondu** je přiděl z pojistného uskutečněný převodem ze základního fondu zdravotního pojištění. Už ze samotného názvu tohoto fondu vyplývá, že slouží jako rezerva ke krytí mimořádných, neočekávaných výdajů v rámci systému zdravotního pojištění (epidemie). Tento rezervní fond stejně jako ostatní fondy zdravotních pojišťoven má svůj vlastní peněžní okruh. Tvorbě tohoto fondu by měla v souladu s legislativou odpovídat i výše peněžních prostředků (abstrahujeme od cenných papírů) uložených na zvláštním bankovním účtu. Převod peněžních prostředků z bankovního účtu základního fondu na bankovní účet rezervního fondu by se měl provést až po všech zákonných převezech včetně uhrazení všech splatných závazků vůči zdravotnickým zařízením. VZP ČR vykazuje ke konci roku 2004 rezervní fond ve výši 1 466 mil. Kč. Stav peněžních prostředků na zvláštním účtu rezervního fondu však činí pouze 6 tis. Kč. Rozdíl ve výši cca 1,47 mld. Kč tvoří vnitřní dluh VZP ČR. Tyto finanční prostředky byly použity na úhrady závazků po lhůtě splatnosti. Pokud by došlo ke krytí fondu v peněžní výši, byly by závazky vůči zdravotnickým zařízením o tuto částku vyšší. Toto je další důkaz disproporce mezi nastavenými příjmy a výdaji VZP ČR.

Objem přidělu prostředků do **provozního fondu** je stanoven zákonou úpravou, která představuje maximální možnou výši. Takto navržená výše přidělu prochází schvalovacím procesem uvnitř pojišťovny (Správní rada). Z analýzy vyplývá, že tento fond nikdy nebyl naplněn v maximální možné míře ze zákona. Z této skutečnosti lze jednoznačně vyvozovat snahu o co nejchopodárnější vynakládání prostředků na správu pojistného kmene. Zároveň

v porovnání s jinými evropskými pojišťovnami můžeme konstatovat, že provozní výdaje VZP ČR ve vztahu na jednoho pojištěnce se řadí mezi nejnižší v Evropě.

Na straně čerpání provozního fondu se objevuje položka úhrady pokut a penále podle § 3 odst. 4 písm. j vyhlášky. Tato položka má vztah k penalizaci ze strany zdravotních zařízení ve většině případů za zpožděné úhrady závazků VZP ČR. Tato položka zkracuje zdroje na provozní činnost pojišťovny, které by mohly být použity např. na revizní činnost. Tento negativní dopad do provozního fondu by byl oprávněný v případě, že by opožděné platby zdravotním zařízením byly skutečně způsobeny špatným hospodařením VZP ČR. Na základě aktivní činnosti VZP ČR je skutečná výše uhrazených penalizací výrazně nižší než jak by tomu mohlo být v závislosti na objemu neuhrazených závazků po lhůtě splatnosti.

Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR je zákonodárci postavena do role správce veřejného fondu zdravotního pojištění se všemi důsledky neefektivního hospodaření bez manévrovacího prostoru ovlivňovat jak příjmovou tak výdajovou stránku systému veřejného zdravotního pojištění. Za případný deficit ve financování zdravotní péče nese paradoxně plnou odpovědnost.

5. Analýza pohledávek a závazků Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR

Analýza pohledávek a závazků byla provedena na základě údajů uvedených v účetních závěrkách za roky 2000 – 2004, které byly ověřeny auditorem „bez výhrad“.

Vykázaný výsledek hospodaření ve výkazu zisku a ztrát není odrazem celkového hospodaření zdravotních pojišťoven, ale pouze jednou její částí, která není výsledkem hlavní činnosti, ale pouze doplňkové činnosti zdravotních pojišťoven. Výsledek hlavní činnosti zdravotních pojišťoven není při současné metodice účetního výkaznictví z účetních výkazů na první pohled patrný. Tento stav v účetním výkaznictví je zapříčiněn tím, že v jednom okruhu zachycujeme tvorbu a čerpání základního fondu pojišťoven (předpis pojistného versus fakturace zdravotnických zařízení) a v druhém okruhu příjmy a výdaje z bankovních účtů (skutečně vybrané pojistné a skutečně uhrazené závazky zdravotnickým zařízením).

Existuje velké množství plátců, kteří jsou v prodlení s úhradou pojistného již několik let, ale jejich dluh vůči zdravotním pojišťovnám nelze odepsat dle § 26 c zákona 592/1992 Sb., neboť se nejedná o společnosti, jež byly vymazány z obchodního rejstříku nebo o společnosti, u kterých lze jednoznačně prokázat, že dluh je vymáhán bezvýsledně. Stav těchto pohledávek výrazně zkresluje objem celkových pohledávek po lhůtě splatnosti.

Další skupina plátců, kteří jsou výrazně v prodlení s úhradou pojistného, jsou podniky nacházející se v konkurzním řízení. Tyto úpadce musíme rozdělit na 2 podskupiny. První podskupinu představují dlužníci, u kterých lze použít mechanismus oddlužení České konsolidační agentury, druhá podskupina nemůže být tímto způsobem oddlužena, protože nevyhovuje pravidlům oddlužení, která jsou striktně upravena legislativou.

Z této skupiny úpadců tedy zůstává určitá část pohledávek, která opět zkresluje celkový objem pohledávek po lhůtě splatnosti.

V souladu s platnou legislativou má pojišťovna právo při nesplnění některých povinností plátce vyměřit pokutu či penále. Toto vyměření příslušenství je součástí tvorby zdroje základního fondu u VZP ČR. V tomto okamžiku se opět naskytá otázka, proč uvažuje

zákonodárce při nastavování výdajů u VZP ČR s určitým objemem příslušenství k pojištění (čím později plátce pojistného zaplatí, tím více můžeme rozdělit zdravotnickým zařízením)?

Z provedeného rozboru dále vyplývá, že pohledávky po splatnosti vykazují vyměřené pokuty a penále dlužníkům ve výši více jak 50 %. Pokud se zdravotní pojišťovně nepodaří vymoci dlužné pojistné (po splatnosti 2 a více let), je nepravděpodobné, že se jí podaří vybrat penále, které je ze zákona příliš vysoké. I toto penále zvyšuje paradoxně zdroj krytí základního fondu a na výdajové straně fondu se s ním počítá.

Tab. 3: Struktura pohledávek a závazků do splatnosti: skutečnost v mld. Kč

		2004	2003	2002	2001	2000
P	Plátcí do splatnosti	8,3	6,7	6,8	6,0	5,8
	ZZ do splatnosti	0,6	0,7	1,2	1,1	0,6
	Ostatní do splatnosti	1,2	1,3	1,0	1,0	0,9
	Celkem do splatnosti	10,1	8,7	9,0	8,1	7,3
Z	ZZ do splatnosti	11,1	10,0	10,7	9,0	7,7
	Ostatní do splatnosti	1,3	2,9	1,1	1,0	1,0
	Celkem do splatnosti	12,4	12,9	12,8	10,0	8,7
Rozdíl P – Z		-2,3	-4,2	-3,8	-1,9	-1,4

Vysvětlivky: P = pohledávka, Z = závazek, ZZ = zdravotnická zařízení.

Zdroj: VZP ČR (2001-2005) a vlastní výpočty

Obr. 4: Vývoj pohledávek a závazků v ZF dle splatnosti (v mld. Kč)

Zdroj: VZP ČR (2001-2005)

Tab. 4: Struktura pohledávek a závazků po splatnosti: skutečnost v mld. Kč

		2004	2003	2002	2001	2000
P	Plátcí po splatnosti	22,0	21,2	17,7	13,2	13,3
	ZZ po splatnosti	0,3	0,2	0	0	0
	Ostatní po splatnosti	0	0	0	0	0
	Celkem po splatnosti	22,3	21,4	17,7	13,2	13,3
Z	ZZ po splatnosti	9,2	5,5	2,5	0	4,0
	Ostatní po splatnosti	0	0	0	0	0
	Celkem po splatnosti	9,2	5,5	2,5	0	4,0
Rozdíl P – Z		13,1	15,9	5,2	13,2	9,3

Vysvětlivky: P = pohledávka, Z = závazek, ZZ = zdravotnická zařízení.

Zdroj: VZP ČR (2001-2005) a vlastní výpočty

Obr. 5: Vývoj pohledávek a závazků v ZF dle splatnosti v mld. Kč

Zdroj: VZP ČR (2001-2005)

Obr. 6: Struktura pohledávek po splatnosti za plátcí pojistného (v procentech dle vystavených platebních výměrů)

Zdroj: VZP ČR (2001-2005)

Z Tab. 4 v roce 2004 vyplývá kladný rozdíl mezi pohledávkami a závazky po splatnosti ve výši 13,1 mld. Kč. Na první pohled by se mohlo zdát, že při 100 % výběru dlužného pojistného lze uhradit 100 % závazků zdravotním zařízením, a tudíž by zdravotní pojišťovna mohla tuto částku použít na úhradu rozdílu pohledávek a závazků do splatnosti (–2,3 mld. Kč viz Tab. 3) a ještě by jí něco zbylo. Tato situace by nastala za předpokladu, že veškeré neuhrazené pojistné je nerizikové a reálně vymožitelné, což z výše uvedené analýzy nevyplývá. K 31. 12 2004 činí objem rizikových pohledávek se splatností 2 a více let včetně příslušenství více jak 50 % z celkového stavu pohledávek po splatnosti.

Pokud přijmeme hypotetický názor, že pohledávky po lhůtě splatnosti 2 a více let jsou nedobytné a jejich finanční přínos je nula, pak by bylo třeba k okamžikovému stavu vyrovnaní bilance VZP ČR finančních prostředků od státu (Česká konsolidační agentura) ve výši cca 10 mld. Kč. VZP ČR se nemůže chovat jako podnikatelský subjekt, kterému pokud dlužník opakovaně nezaplatí, odstoupí od smluvního vztahu, ale musí naopak vyvinout maximální úsilí k výběru pojistného. Efektivnější a rychlejší způsob vymáhání dluhů byl pro zdravotní pojišťovny nastolen až v průběhu roku 2005.

Pro dokreslení nepříznivého stavu pohledávek po splatnosti je třeba zdůraznit, že dlužníky na pojistném nejsou pouze soukromé podnikatelské subjekty, ale i podniky se státní účastí.

Další skutečnost, která ovlivňuje vybilancovanost základního fondu zdravotního pojištění je tempo růstu příjmů a výdajů, jak již bylo popsáno výše.

Z analýzy kritických pohledávek vyplývá, že vykázaný stav pohledávek po splatnosti je nadhodnocen a při současné metodice účtování zdravotních pojišťoven neexistuje nástroj pro jejich zrealnění (snížení fondu zdravotního pojištění formou opravných položek).

Opravná položka je nástroj pro promítnutí rizika neuhrazení určité části pohledávek do účetních výkazů. Vzhledem k tomu, že zdravotní pojišťovny mají zákaz dle zákona tvořit opravné položky k rizikovým pohledávkám po lhůtě splatnosti, dochází k mylnému pohledu na výši pohledávek v účetních výkazech. Díky této právní úpravě v metodice vykazování

zdravotních pojišťoven lze usuzovat na to, že se zákonodárce domnívá, že nemůže nastat situace, kdy předpis pojistného nebude vybrán ve 100 % výši.

Kdyby současná legislativa tuto možnost povolovala, bylo by na první pohled patrné, že základní fond zdravotního pojištění by se dostal do červených čísel. Tvorba fondu by byla menší než jeho čerpání, tzn. byl by záporný. Přestože se tedy vizuálně zdá, že je fond zdravotního pojištění vyrovnaný, je deficitní. Tato situace nedostatku peněžních prostředků z výběru pojistného má za následek opoždění plateb vůči zdravotním zařízením a při nevyrovnaném tempu růstu příjmů a výdajů se doba úhrad neustále prodlužuje.

Vykazovaný stav závazků do i po lhůtě splatnosti je z pohledu Všeobecné zdravotní pojišťovny uznáný a garantovaný pro zdravotní zařízení. V současné době neexistuje maximálně efektivní a reálný způsob kontroly výkonů těchto zdravotnických zařízení, který by případně odhalil nadhodnocení předkládaných výkonů – závazků.

Následující Obr. 7 a Obr. 8 ukazují na celkovou situaci ve vývoji pohledávek a závazků včetně různých temp jejich růstu, ale bohužel nezohledňují výše popsané problémy na straně pohledávek, neboť data jsou převzata z účetních závěrek sestavených v souladu s legislativou.

Obr. 7: Vývoj pohledávek a závazků v ZF dle splatnosti v mld. Kč

Zdroj: VZP ČR (2001-2005)

Obr. 8: Vývoj pohledávek a závazků v ZF dle splatnosti v mld. Kč

Zdroj: VZP ČR (2001-2005)

Závěr

Aby došlo ke skutečnému vyrovnání příjmů a výdajů v systému veřejného zdravotního pojištění (i v hospodaření jednotlivých zdravotních pojišťoven) je nutné v dohledné době učinit následující opatření:

- Jednorázově oddlužit zdravotní pojišťovny od rizikových pohledávek.
- Tempo růstu výdajů ve všech segmentech by mělo být na nižší úrovni než tempo růstu příjmů.
- Po předem stanovené období by se mělo zajistit zmrazení úhrad nákladů na léky a zdravotnické prostředky.
- Provést kategorizaci úhrad zdravotnických prostředků.
- Posílit příjmovou stránku zdravotních pojišťoven z hlediska „státních“ pojištěnců.
- Ministerstvo zdravotnictví ČR by nemělo direktivně vstupovat do dohodovacího řízení zdravotních pojišťoven a zdravotních zařízení po předem stanovenou dobu. Tím bude přenesena odpovědnost také na zdravotní pojišťovny.
- Zajistit dohled nad vybilancovaností příjmů a výdajů veřejného zdravotního pojištění z makroekonomického hlediska.
- Snaha o racionální decentralizaci pravomocí na krajské pobočky a územní pracoviště VZP ČR včetně přenesení větší odpovědnosti za správu pojistného kmene (využití znalosti regionu a plátců při výběru pojistného, efektivnější způsob kontroly poskytované zdravotní péče). Vzhledem k objemu příjmů a výdajů se centralizace veřejného zdravotního pojištění do jednoho subjektu nejeví jako optimální.
- Sjednocení legislativy – VZP ČR kontra rezortní, oborové, podnikové a další zdravotní pojišťovny (zákon č. 551/1991 Sb., zákon č. 280/1992 Sb.).
- Současná metodika účetního výkaznictví zdravotních pojišťoven neumožňuje určit bez podrobné přílohy k jednotlivým položkám (hlavně pohledávky a závazky) efekt (výsledek) hospodaření v rámci hlavní činnosti, kterou je poskytování veřejné zdravotní péče.

- Při zachování fondového hospodaření umožnit používání opravných položek k rizikovým pohledávkám jako nástroje zrealnění hospodaření v rámci základního fondu veřejného zdravotního pojištění.
- Sjednotit legislativu v rámci jednotlivých pojišťoven při tvorbě základního fondu formou penále, přírážek k pojistnému a pokut. Penále a pokuty by bylo vhodnější neposuzovat jako zdroj základního fondu, a tím nezkrusovat výši pohledávek za plátcí pojistného. Necht' pokuty a penále jsou zdrojem základního fondu, ale až v okamžiku jejich skutečného výběru (tzn. neúčtovat o předpisu tohoto příslušenství a příslušnou evidenci vést pouze na podrozvahových účtech).

Literatura

- [1] VZP ČR (2001-2005): *Výroční zprávy VZP ČR 2000-2004*. Praha, VZP ČR, 2001-2005.

Přehled právních předpisů týkajících se tématu

- [1] České účetní standardy pro zdravotní pojišťovny.
- [2] Nařízení vlády č. 445/2004 Sb., kterým se stanoví vyměřovací základ pro rok 2005 u osoby, za kterou je plátcem za všeobecné zdravotní pojištění stát.
- [3] Vyhláška MF ČR č. 503/2002 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona č. 563/1991 Sb., o účetnictví, ve znění pozdějších předpisů, pro účetní jednotky, které jsou zdravotními pojišťovnami.
- [4] Vyhláška MF ČR 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, jak vyplývá ze změn provedených vyhláškou č. 656/2004 Sb.
- [5] Vyhláška MZ ČR č. 50/2005 Sb., kterou se stanoví výše úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění včetně regulačních omezení pro 1. pololetí 2005.
- [6] Zákon č. 563/1991 Sb., o účetnictví (poslední změna č. 179/2005 Sb.).
- [7] Zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky (poslední změna č. 438/2004 Sb.).
- [8] Zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách (poslední změna č. 438/2004 Sb.).
- [9] Zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění (poslední změna č. 123/2005 Sb. a s přihlédnutím k nařízení vlády č. 445/2004 Sb.).
- [10] Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů (poslední změna č. 253/2005 Sb.).

Příjmy a výdaje systému veřejného zdravotního pojištění a jejich vliv na finanční výkaznictví zdravotních pojišťoven

Jiřina Bokšová – Monika Randáková

ABSTRAKT

Cílem příspěvku je posouzení vypovídací schopnosti účetních výkazů zdravotních pojišťoven se zaměřením především na Všeobecnou zdravotní pojišťovnu České republiky. Pro pochopení účetního výkaznictví zdravotních pojišťoven je v příspěvku provedena i obecná analýza příjmů a výdajů systému veřejného zdravotního pojištění včetně příjmů a výdajů prováděných Všeobecnou zdravotní pojišťovnou České republiky.

Klíčová slova: Veřejné zdravotní pojištění; Fondové hospodaření zdravotních pojišťoven; Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky.

Receipts and expenditures of health insurance public system and their exercise influence on financial statements of health insurances

ABSTRACT

The aim of this article is to assess financial statements of health insurance companies with the aim at the General health insurance company of the Czech Republic primarily. To accomplish this aim general analysis of receipts and expenditures of health insurance public system including receipts and expenditures carried out General health insurance company of the Czech Republic.

Key words: Public health insurance; Fund management of health insurance companies; General Health Insurance Company of the Czech Republic.

JEL classification: M41