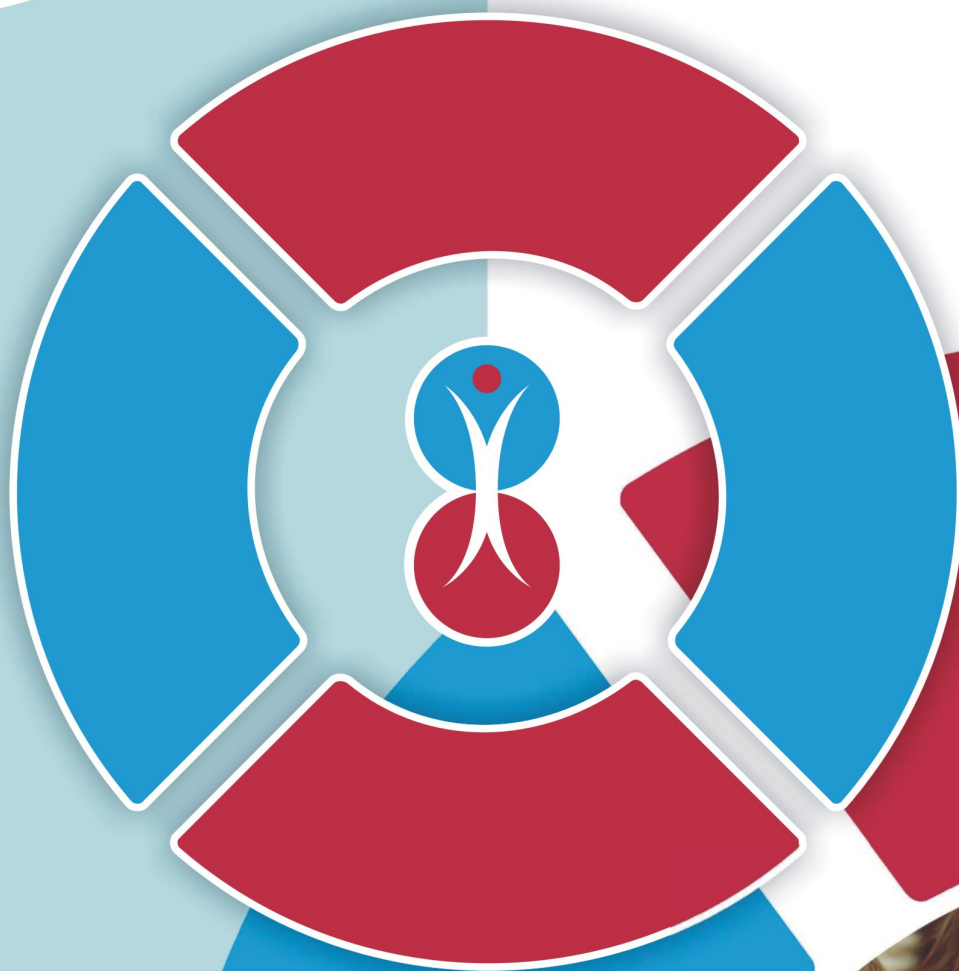




Zdravotní
pojišťovna
AGEL



Zdravotně
pojistný **plán**
na rok **2009**



Seznam zkratk používaných ve zdravotně pojistném plánu

AČMN	- Asociace českých a moravských nemocnic
AN ČR	- Asociace nemocnic České republiky
BÚ	- Běžný účet
CMU	- Centrum mezistátních úhrad
CP	- Cenné papíry
ČLK	- Česká lékařská komora
DLT	- Digital Linear Tape
DR	- Dozorčí rada
DRG	- Platba za diagnostické skupiny (Diagnosis Related Group)
EU	- Evropská unie
Fprev	- Fond prevence
FRM	- Fond reprodukce majetku
LDN	- Léčebna pro dlouhodobě nemocné
LZZ	- Lůžková zdravotnická zařízení
MF	- Ministerstvo financí
MZ	- Ministerstvo zdravotnictví
OLÚ	- Odborné léčebné ústavy
PF	- Provozní fond
PSP ČR	- Poslanecká sněmovna Parlamentu ČR
RF	- Rezervní fond
SAK	- Státní akreditační komise
SF	- Sociální fond
SPL	- Sdružení praktických lékařů

SR	- Správní rada
TISS kódy	- Systém k metodickému určení závažnosti onemocnění
v.z.p.	- Veřejné zdravotní pojištění
VZP ČR	- Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR
ZFZP	- Základní fond zdravotního pojištění
ZP	- Zdravotní pojišťovna
ZPA	- Zdravotní pojišťovna AGEL
ZPP	- Zdravotně pojistný plán
ZZ	- Zdravotnické zařízení

OBSAH

1. Úvod	5
1.1. Základní charakteristika zdravotně pojistného plánu	5
1.2. Zdroje čerpání podkladů	7
2. Obecná část	8
2.1. Sídlo zdravotní pojišťovny, statutární orgán	8
2.2. Současná organizační struktura a její předpokládaná úprava v roce 2009	8
2.3. Plánované založení dceřiné společnosti a její zaměření, nadační fondy a jiné účasti zdravotní pojišťovny	10
2.4. Způsob zajištění služeb zdravotní pojišťovny ve vztahu k plátcům pojistného, poskytovatelům zdravotní péče a pojištěncům	11
2.4.1. Vztah k plátcům pojistného	11
2.4.2. Vztah k poskytovatelům zdravotní péče	11
2.4.3. Vztah k pojištěncům	12
2.5. Záměry rozvoje informačního systému	13
3. Pojištěnci	16
3.1. Záměry vývoje struktury pojištěnců, resp. její stabilizace	16
3.2. Věková struktura pojištěnců	17
4. Základní fond zdravotního pojištění	19
4.1. Záměry vývoje hospodaření ZFZP v roce 2009	19
4.2. Tvorba, příjmy ZFZP	23
Kontrola výběru pojistného, pokut, penále a přírážek k pojistnému ve vztahu k právům a povinnostem vyplyvajícím ze zákona č. 592/1992 Sb., ve znění pozdějších předpisů	24
4.3. Čerpání, výdaje ZFZP	25
4.3.1. Smluvní politika ve vztahu k ZZ	26
Záměry vývoje smluvní politiky	26
Zajištění dostupnosti zdravotní péče v regiónech působnosti	27
Síť smluvních zdravotnických zařízení	28
Předpokládané regulační mechanismy a řešení závazko-pohledávkového vztahu k ZZ	29
4.3.2. Zdravotní politika	30
Hlavní úkoly zdravotní politiky	30
Způsoby a výše úhrad v jednotlivých segmentech	31
Regulační poplatky a doplátky	32
4.3.3. Revizní a kontrolní činnost	32

Záměry směřující k zefektivnění revizní činnosti, limitace a vlastní regulační opatření	32
4.3.4. Struktura nákladů na zdravotní péči v členění dle jednotlivých segmentů	34
Struktura nákladů na zdravotní péči v členění dle jednotlivých segmentů na 1 pojištěnce	36
5. Ostatní fondy	38
5.1. Zdravotní péče hrazená z fondu prevence	38
5.2. Provozní fond	43
Propočet limitu nákladů na vlastní činnost	46
5.3. Majetek pojišťovny a investice	47
5.4. Sociální fond	49
5.5. Rezervní fond	50
5.6. Ostatní zdaňovaná činnost	52
5.7. Specifické fondy	53
6. Přehled základních ekonomických ukazatelů	54
7. Závěr	57

1. Úvod

Povinnost Zdravotní pojišťovny AGEL (dále taky ZPA, zdravotní pojišťovna, pojišťovna) zpracovávat a předkládat návrh zdravotně pojistného plánu vyplývá z ustanovení § 15 zákona č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, v platném znění.

Zdravotně pojistný plán ZPA na rok 2009 je zpracován v souladu s platnými právními předpisy upravujícími oblast veřejného zdravotního pojištění. Strukturování jeho jednotlivých kapitol vychází z metodiky zpracování zdravotně pojistných plánů zdravotních pojišťoven na rok 2009 zadané Ministerstvem zdravotnictví, která obsahuje souhrn základních zdravotně pojistných a ekonomických ukazatelů definovaných pro fondové hospodaření zdravotních pojišťoven.

Zdravotně pojistný plán ZPA je základní vnitřní normou, která vymezuje hlavní cíle a záměry, činnosti a podmínky, způsoby a formy jejich zajištění z věcného, finančního, organizačního a odborného hlediska.

1.1. Základní charakteristika zdravotně pojistného plánu

Zdravotně pojistný plán ZPA na rok 2009 vychází z reálného vývoje nově vzniklé zdravotní pojišťovny, která zahájila svoji činnost k 1.4.2008. V rámci aktuálního legislativního prostředí v systému veřejného zdravotního pojištění v ČR byly posouzeny operativní i dlouhodobější předpoklady dalšího úspěšného rozvoje zdravotní pojišťovny a možnosti obohatit stávající systém o moderní a kreativnější postupy při zajišťování zdravotní péče pro občany ČR.

Zdravotně pojistný plán ZPA na rok 2009 je pokračováním původního záměru ZPA ovlivňovat kvalitu a dostupnost poskytované zdravotní péče využíváním vybudované sítě soukromých a veřejnoprávních zdravotnických zařízení ústavního i ambulantního charakteru. Bez ohledu na právní formu vlastnictví bude ZPA pro své pojištěnce hledat a smluvně garantovat takové praxi ověřené fungující institucionální zázemí, v němž nalezne nejlepší podmínky pro realizaci svých záměrů v oblasti řízení zdravotní péče s prvky pozitivní motivace jak pro pojištěnce, tak pro poskytovatele zdravotní péče.

Rozhodující plánované ukazatele pro rok 2009 vycházejí ze základního zákonného předpokladu, že zdravotní pojišťovna dosáhne do jednoho roku od založení počtu nejméně 50.000 pojištěnců, jejichž portfolio bude reflektovat zákonnou povinnost otevřenosti pojišťovny všem skupinám občanů a tudíž odrážet demografickou strukturu obyvatelstva ČR.

Zdravotně pojistný plán ZPA na rok 2009 respektuje:

- predikci vývoje makroekonomických indikátorů zpracovanou Ministerstvem financí, především vliv inflace a růstu objemu mezd a platů v ČR na příjmovou a výdajovou oblast hospodaření pojišťovny,
- platné zákony a vyhlášky včetně odhadů jejich dopadů na rok 2008 a rok 2009,
- výši platby státu za osoby, za které je plátcem pojistného stát, na rok 2009 ve výši 677 Kč na jednoho pojištěnce měsíčně, v souladu se zákonem č. 261/2007 Sb.,

- existenci stoprocentního přerozdělování pojistného na základě nákladových indexů stanovených dle věkových skupin, pohlaví a průměrných nákladů na standardizovaného pojištěnce,
- skutečnost, že uplatňování sankčních pravomocí při vymáhání dlužného pojistného a penále se všemi jeho efekty pro oblast prevence bude realizovatelné s časovým posunem,
- obvyklé podíly jednotlivých typů zdravotnických zařízení na čerpání z celkového objemu prostředků určených na financování zdravotní péče,
- definici vyrovnaného hospodaření, při němž je dosažen kladný zůstatek bankovního účtu základního fondu, aniž by byl pro úhradu všech splatných závazků základního fondu a přidělu do ostatních fondů použit úvěr.

Zpracování Zdravotně pojistného plánu ZPA na rok 2009 předcházela analýza vývoje nejdůležitějších ukazatelů hospodaření nejen ZPA, ale všech činných zdravotních pojišťoven v roce 2008, která vycházela z dostupných elektronických informací, rozborů a statistik samotných zdravotních pojišťoven a různých odborných společností a institucí. Tento exaktní základ informací, z něž byly odvozeny některé kalkulace a aproximace, byl použit jako nástroj ke kontrole reálnosti plánovaných parametrů hospodaření ZPA v roce 2009.

Při zpracování Zdravotně pojistného plánu byla zvažována rizika pro vývoj příjmové i výdajové oblasti. K nejvýznamnějším patří:

- specifické podmínky regionu působnosti ZPA, který je charakterizován vyšší než průměrnou mírou nezaměstnanosti v ČR,
- nejasný budoucí vývoj legislativy týkající se reformy veřejných financí a systému veřejného zdravotního pojištění,
- odlišný vývoj věkové struktury pojištěnců ZPA oproti plánovaným předpokladům,
- zdravotní stav budovaného portfolia pojištěnců ZPA,
- pomalejší realizace záměrů pojišťovny v oblasti smluvní politiky s nepřímým dopadem na vývoj počtu pojištěnců,
- zhoršení ekonomické situace velkých podniků, kteří jsou největšími plátcí pojistného na veřejné zdravotní pojištění,
- propad dynamiky růstu ekonomiky ČR související se současnou celosvětovou finanční krizí nebo posilováním české měny s dopady do všech oblastí včetně systému veřejného zdravotního pojištění.

1.2. Zdroje čerpání podkladů

Zdravotně pojistný plán Zdravotní pojišťovny AGEL na rok 2009 vychází ze současného právního rámce, který upravuje systém veřejného zdravotního pojištění. Jedná se především o následující zákonné a podzákonné normy:

- zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, ve znění pozdějších předpisů,
- zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů,
- zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, ve znění pozdějších předpisů,
- vyhlášku č. 418/2003 Sb., kterou se stanoví podrobnější vymezení okruhu a výše příjmů a výdajů fondů veřejného zdravotního pojištění zdravotních pojišťoven, ve znění pozdějších předpisů,
- vyhlášku č. 503/2002 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona č. 563/1991 Sb., o účetnictví, ve znění pozdějších předpisů, pro zdravotní pojišťovny,
- vyhlášku MZ č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů,
- vyhlášku MZ č. 644/2004 Sb., o pravidlech hospodaření se zvláštním účtem všeobecného zdravotního pojištění, průměrných nákladech a o jednacím řádu dozorčího orgánu, ve znění pozdějších předpisů.

Při sestavení plánu bylo dále přihlédnuto k:

- metodice zpracování zdravotně pojistných plánů zdravotních pojišťoven na rok 2009,
- predikci vývoje vybraných makroekonomických ukazatelů pro rok 2008 a 2009,
- zákonům upravujícím oblast veřejného zdravotního pojištění ve znění zákona č. 261/2007 Sb., o stabilizaci veřejných rozpočtů,
- statistickým údajům a vývojovým tendencím jiných zdravotních pojišťoven fungujících v systému veřejného zdravotního pojištění.

2. Obecná část

2.1. Sídlo zdravotní pojišťovny, statutární orgán

Obchodní firma:	Zdravotní pojišťovna AGEL
Sídlo:	Ostrava, Vítkovice, Zalužanského 1192/15, PSČ 703 84
Kód:	227
IČ:	278 32 449
Statutární orgán:	Ing. Vladimír Matta, generální ředitel
Telefon:	+420 595 633 643
Fax:	+420 595 633 643
E-mail:	info@zpagel.cz
Bankovní spojení:	Československá obchodní banka, a.s.
Používaná zkratka:	ZPA

Ministerstvo zdravotnictví, jako příslušný správní orgán ve smyslu ustanovení §3 odst. 1 zákona č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, ve znění pozdějších předpisů, rozhodlo na základě žádosti společnosti AGEL Insurance a.s., IČ 268 53 167, v souladu s ustanovením § 68 a násl. zákona 500/2004 Sb., Správní řád, v platném znění, o udělení povolení k provádění veřejného zdravotního pojištění (dopis č.j. MZDR 16611/2007 ze dne 19.12.2007).

Žadatel o udělení povolení k provádění veřejného zdravotního pojištění obdržel oznámení tohoto rozhodnutí dne 28.12.2007. V souladu s § 152 odst. 1 správního řádu nabylo toto rozhodnutí právní moci po uplynutí lhůty 15 dnů stanovené pro případné podání rozkladu, tedy dne 12.1.2008.

Dne 23.1.2008 byla Zdravotní pojišťovna AGEL zapsána do obchodního rejstříku vedeného Krajským soudem v Ostravě, oddíl AXIV, vložka 585.

Zahájení činnosti ZPA a její začlenění do systému veřejného zdravotního pojištění ve všech právních souvislostech a s vazbami na pravidla registrace pojištěnců, jejich verifikaci centrálním registrem, výběr pojistného a systém jeho přerozdělování, smluvní vztahy se zdravotnickými zařízeními a úhradový systém je datováno k 1.4.2008.

2.2. Současná organizační struktura a její předpokládaná úprava v roce 2009

Organizační strukturu Zdravotní pojišťovny AGEL tvoří ředitelství a kontaktní místa. Vnitřní strukturu, činnost a vztahy mezi organizačními složkami zdravotní pojišťovny upravuje statut. Organizační uspořádání je centralistické.

Nejvyšším orgánem je Správní rada ZPA, která má 15 členů a rozhoduje o zásadních otázkách činnosti a dalšího rozvoje pojišťovny.

Dozorčí rada ZPA má 9 členů. Je kontrolním orgánem a dohlíží na dodržování platných právních předpisů a vnitřních norem. Kontroluje plnění zdravotně pojistného plánu, projednává průběžné výsledky hospodaření, výroční zprávu a účetní závěrku.

Volby do Správní a Dozorčí rady ZPA se konaly dne 7. července 2008, zvolení zástupci mají čtyřletý mandát.

Statutárním orgánem ZPA je generální ředitel, který řídí pojišťovnu v souladu s obecně platnými právními předpisy a rozhodnutími Správní rady ZPA, jedná za pojišťovnu a zastupuje ji ve vnějších vztazích.

Organizační strukturu Zdravotní pojišťovny AGEL tvoří pět odborných úseků řízení:

- úsek generálního ředitele
- ekonomický úsek
- zdravotní úsek
- obchodní úsek
- úsek informatiky

Odborné úseky řízení zajišťují zejména:

- realizaci usnesení Správní a Dozorčí rady ZPA a rozhodnutí orgánů státní správy,
- tvorbu vnitřních aktů řízení pojišťovny,
- komunikaci s orgány státní správy, poskytovateli zdravotní péče, plátcí pojistného a pojištěnci,
- tvorbu a údržbu registru pojištěnců a plátců pojistného,
- výběr pojistného, jeho kontrolu a uplatňování sankčních pravomocí pojišťovny,
- uzavírání a obnovování smluvních vztahů s poskytovateli zdravotní a zvláštní sociální péče,
- příjem, zpracování a archivaci dokladů o poskytnutí zdravotní péče včetně provádění kontroly u poskytovatelů zdravotní péče,
- spolupráci s bankovními institucemi a správcem zvláštního účtu přerozdělování pojistného,
- hospodaření s fondy, účtování a financování úhrad za poskytnutou zdravotní péči,
- provoz informačního systému, ochranu dat a zpracování statistických a analytických dat,
- marketingovou, propagační a informační činnost,
- realizaci preventivních programů,
- hospodárné a účelné vynakládání provozních prostředků.

Ve svém regionu působnosti provozuje ZPA v současnosti 11 kontaktních míst – tři v Ostravě, po jednom v Třinci, Karvině, Šumperku, Olomouci, Přerově, Prostějově, Frýdku - Místku a Novém Jičíně.

V roce 2009 plánuje ZPA otevření dalších čtyř kontaktních míst – v Havířově, Opavě, Valašském Meziříčí a Bruntále, případně dalších v místech největší konkurence pojištěnců.

Kontaktní místa jednají jménem pojišťovny v rozsahu pravomocí svěřených jim organizačním řádem. Zabezpečují zejména:

- komplexní, odborný a rychlý informační servis pro klienta v dosahu jeho bydliště nebo pracoviště,
- každodenní kontakt s pojištěnci, jejich registraci a evidenci, provádění změn v údajích, vydávání a výměnu průkazů,
- propagaci ZPA a akvizice pojištěnců,
- seznamování klientů s motivačními programy,
- řešení stížností klientů na rozpory a nesrovnalosti ve vykázané péči,
- informační servis klientům o podmínkách zdravotního pojištění v rámci EU,
- příjem a zpracování pokladních dokladů,
- přijímání a kontrolu ročních přehledů OSVČ,
- příjem hotovostních plateb a proplácení účtů za čerpání motivačních programů,
- přebírání návrhů na lázeňskou péči a péči v ozdravovnách a léčebnách,
- přebírání a prvotní kontrolu dokladů zdravotnických zařízení za poskytnutou zdravotní péči,
- poskytování dalších služeb a činnost v terénu.

ZPA je pro rok 2009 připravena, v závislosti na dynamice svého rozvoje nebo v souvislosti s očekávanou transformací úlohy a postavení zdravotních pojišťoven v systému veřejného zdravotního pojištění, přizpůsobit svůj statut, organizační řád i organizační strukturu novým podmínkám, resp. reformovanému legislativnímu prostředí.

2.3. Plánované založení dceřiné společnosti a její zaměření, nadační fondy a jiné účasti zdravotní pojišťovny

Zdravotní pojišťovna AGEL žádnou z předmětných aktivit v roce 2009 neplánuje.

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

2.4.1. Vztah k plátcům pojistného

Poskytování služeb pro plátce zdravotního pojištění bude realizováno prostřednictvím vlastní sítě útvarů, pracovišť a kontaktních míst, kde plátcí pojistného získají veškeré informace o svých povinnostech vyplývajících z příslušných právních předpisů a o způsobu plnění těchto povinností.

Na ředitelství nebo kontaktním místě ZPA bude plátce moci vyřídit:

- splnění oznamovací povinnosti zaměstnavatele týkající se změny názvu, sídla, čísla bankovního spojení apod.,
- přihlášení se jako plátce pojistného za zaměstnance,
- předání přehledu pojistného a hromadného oznámení zaměstnavatele,
- oznámení o zahájení či ukončení samostatné výdělečné činnosti,
- odevzdání vyúčtování pojistného za uplynulý rok vč. žádosti o vrácení přeplatku při odevzdání přehledu o příjmech, výdajích a zaplacených zálohách na pojistné na veřejné zdravotní pojištění,
- veškeré dotazy týkající se problematiky placení pojistného.

ZPA předpokládá, že předmětné služby administrativního, metodického a poradenského charakteru budou ze strany plátců pojistného stále více žádány prostřednictvím webových stránek a elektronických komunikačních cest. Plátce se zde dozví informace o termínech odvodů, způsobu provádění plateb a jejich identifikaci, bude moci s pojišťovnou komunikovat prostřednictvím elektronické přepážky a elektronické podatelny. Samozřejmým obsahem stránek budou vzorové formuláře.

Jednou z priorit ZPA pro vztah k plátcům pojistného bude provádění bezodkladného potvrzování žádostí o bezdlužnost a individuální princip jednání s plátcí pojistného o způsobu úhrad dlužných částek za pojistné a penále.

ZPA bude na svých internetových stránkách i v jiných informačních materiálech poskytovat průběžně aktualizovaný servis o změnách právních předpisů týkajících se práv a povinností plátců pojistného na veřejné zdravotní pojištění tak, aby zajistila maximální zrychlení a zjednodušení vzájemné komunikace v této oblasti.

2.4.2. Vztah k poskytovatelům zdravotní péče

Zdravotní pojišťovna AGEL bude zajišťovat kontakt s poskytovateli převážně následujícími způsoby:

- standardními smluvními vztahy,
- smluvními dodatky o úhradách a rozsahu zdravotní péče,
- úhradami zdravotní péče,
- schvalování zdravotní péče,
- prostřednictvím výběrových řízení na poskytování zdravotní péče,
- pomocí programů řízené péče,

- aktivní účastí smluvních partnerů na preventivních programech,
- registrací svých klientů u praktických lékařů,
- kontrolní činností ve zdravotnických zařízeních,
- bilaterálními jednání se zájmovými skupinami jako jsou ČLK, SPL, AČMN, AN ČR a další,
- spoluprací s Centrem mezistátních úhrad.

Hlavní cíle smluvní politiky i způsoby úhrad zdravotní péče v roce 2009 jsou popsány v dalších kapitolách. V příštím roce, po základní stabilizaci pojišťovny hlavně z hlediska počtu pojištěnců, začne ZPA pracovat na plánu řízené péče. Podmínkou jeho tvorby je určitý minimální počet klientů v zájmových regionech působnosti. Tento počet je zhruba 100 000 klientů. ZPA bude podporovat spíše programy typu PPO (preferred partner organization) než uzavřený model HMO (health maintenance organization). Na těchto programech bude pojišťovna samozřejmě spolupracovat i s poskytovateli zdravotní péče, kteří nejsou součástí sítě zdravotnických zařízení skupiny AGEL.

V návaznosti na platnou legislativu chce ZPA svým pojištěncům nabídnout různé programy, v nichž bude kladen důraz na oblast prevence a motivaci pojištěnce k racionálnímu chování ve zdravotním systému. K organizaci preventivních programů využije ZPA především specializovaných center skupiny AGEL. Tyto preventivní programy by převážně měly směřovat do onkologické prevence a prevence kardiovaskulárních chorob. Primárním cílem programů řízené péče a prevence není přímá úspora nákladů, ale zvýšená efektivita s eliminací vysokých nákladů na budoucí léčbu následků závažných onemocnění.

Programy řízené péče i preventivní programy bude ZPA konzultovat se zástupci poskytovatelů, zvláště pak se SPL a se sdruženími zastupujícími ambulantní specialisty. Pojišťovně záleží na korektních vztazích se všemi segmenty poskytovatelů, protože jejich prostřednictvím budou spokojeni i naši klienti.

2.4.3. Vztah k pojištěncům

Po prvním roce fungování, v němž ZPA zaměřila veškeré své aktivity především na dosažení cílového počtu 50 000 pojištěnců, je rok 2009 nejen pokračováním nastartovaného trendu, ale především rokem stabilizace, zajištění komplexních služeb a kvalitní a dostupné zdravotní péče pro pojištěnce ZPA.

Vztah k pojištěncům bude realizován přes kontaktní místa ZPA, která budou detašovanými pracovišti pojišťovny. Jejich sídla budou respektovat dosažitelnost, frekvenci kontaktů a potřeby pojištěnců ZPA.

Podpůrné zázemí pro styk s klienty a vyřízení základních náležitostí pojištěnců budou podobně jako při rozjezdu ZPA tvořit i v roce 2009 vyčleněná pracoviště ve zdravotnických zařízeních spadajících do holdingu AGEL a taky ve vybraných průmyslových podnicích s největší koncentrací pojištěnců ZPA. Jedná se o nepřímou personální, administrativní a finanční podporu ze strany těchto spřátelených subjektů, které mají zájem na dalším úspěšném rozvoji ZPA.

Při komunikaci s pojištěnci sází ZPA do budoucna na nejmodernější formy elektronického informačního servisu. Prostřednictvím internetových stránek budou pro pojištěnce připraveny veškeré aktuální informace o stavu a vývoji klíčových právních předpisů v ČR i zemích EU, o nabídce

motivačních programů, o smluvní síti zdravotnických zařízení, jejich kvalitě a dostupnosti, o oznamovacích povinnostech pojištěnce, o možnostech, pravidlech a způsobu vyřízení nejrůznějších formalit apod.

Kmenové i potenciální nové pojištěnce však bude ZPA informovat prostřednictvím fyzických i elektronických komunikačních kanálů nejen o administrativních záležitostech. Motivovat klienty k lepší a zodpovědnější péči o vlastní zdraví chce pojišťovna rovněž nenásilnou populárně naučnou formou a taky tím, že pojištěncům zpřístupní on-line komunikaci s vybranými špičkovými odborníky ze všech medicínských oborů. ZPA se při tom bude opět opírat o nepřímou, tentokrát vysoce erudovanou zdravotně osvětovou podporu ze strany renomovaných zdravotnických zařízení skupiny AGEL.

ZPA má ambici neustále zkvalitňovat servis pro své klienty. Již v roce 2008 vybudovala call-centrum, které umožní potenciálním zájemcům o pojištění u ZPA i stávajícím klientům informovat se o záležitostech týkajících se pojišťovny, motivačních programech, novinkách v nabídce zdravotní pojišťovny i smluvních vztazích.

Především však na této bezplatné lince zajišťuje tým zkušených operátorek objednávkový systém na vyšetření u lékařů specialistů různých oborů. ZPA tímto naplňuje jeden ze svých strategických cílů, kterým je eliminace často duplicitních a drahých vyšetření zkrácením a zrychlením přístupu pojištěnce k neoptimálnější léčbě jeho zdravotních problémů.

2.5. Záměry rozvoje informačního systému

Současný stav

Centrální informační systém je postaven jako tříúrovňový s využitím databázového serveru a aplikačního serveru firmy ORACLE. Oba servery jsou vybaveny v současnosti nejnovějšími produkčními releasy. Centrální informační systém ZPA je provozován na operačním systému LINUX společnosti Red Hat a hardware značky Dell. Prezentační vrstva (GUI) je vyvinuta v jazyce Java. Zálohování dat je zabezpečeno pomocí DLT páskové jednotky ULTRIUM 3 s kapacitou 800GB (komprimované). Centrální informační systém ZPA je vůči výpadkům proudu chráněn UPS firmy APC.

Záložní informační systém je softwarově řešen shodně jako centrální informační systém, rozdíl je v parametrech použitého HW. Aplikační i databázový server běží na společném zařízení.

WEB server je provozován na klasickém PC firmy Dell pod operačním systémem LINUX – CENTOS.

Informační systém ZPA je provozován na následujících technických prostředcích:

- DELL PowerEdge 2900 - aplikační a databázový server
- DELL PowerEdge SC 1430 - záložní servery
- DELL OptiPlex 755 MT - PC web server

Jednotlivé subsystemy jsou dostupné všem zaměstnancům ZPA v reálném čase a zajišťují tak přístup k jednotným a relevantním informacím. Pro případy výpadku a testování vývoje aplikace ZPA slouží

paralelní provoz záložních serverů. Další server je využíván pro provoz portálu a intranetu. Servery a pracovní stanice jsou v rámci lokálních sítí propojeny datovou sítí ethernet. Kontaktní místa jsou propojena s centrální sítí pomocí VPN realizované prostřednictvím technologie ADSL. V současnosti je v síti zapojeno 5 serverů, 44 osobních počítačů a 11 síťových tiskáren. K poskytování informací o ZPA je využíván internet na www.zpagel.cz.

Centrální informační systém ZPA je vytvářen a budován v souladu s platnými právními předpisy nejen České republiky, ale i Evropské unie tak, aby zajišťoval a podporoval všechny činnosti pojišťovny. Vlastní informační systém Zdravotní pojišťovny AGEL je centralizovaný v jedné aplikaci. Základní části informačního systému jsou:

- registry zdravotní pojišťovny,
- správa číselníků,
- příjmový subsystém,
- výdajový subsystém,
- finanční subsystém.

Základní **registry ZPA** jsou budovány s cílem vedení evidence a rozvoje jednotné platformy s členěním dle rolí jednotlivých partnerů na:

- registr pojištěnců,
- registr plátců pojistného,
- registr zdravotnických zařízení.

Správa číselníků slouží k vlastní parametrizaci a nastavení chování celého informačního systému.

Činnost **příjmového subsystému** je zaměřena na evidenci a kontrolu účtování plateb pojistného. K jeho základním segmentům patří:

- nekryté pojištění - seznam pojištěnců, u kterých není evidován plátců pojistného,
- osoby samostatně výdělečně činné,
- pojištěnci neplatící pojistné,
- výpočet dlužného pojistného a penále u jednotlivých kategorií plátců,
- kontrola a vyhodnocení přehledů o platbě pojistného na zdravotní pojištění zaměstnavatele.

Funkcionalita příjmového subsystému je zaměřena na vytváření automatizovaných podpůrných kontrolních funkcí poskytujících přehledy o příjmech a pohledávkách jednotlivých plátců pojistného. V roce 2009 bude rozvíjena zejména elektronická komunikace s pojištěnci a plátců pojistného.

Rozvoj **výdajového subsystému** je zaměřen na zpracování, kontrolu a úhradu předložených dokladů zdravotní péče jednotlivými poskytovateli. K dalším budovaným oblastem patří zejména komunikace se státní správou, zdravotními pojišťovnami a Centrem mezistátních úhrad.

Funkcionalita výdajového subsystému je zaměřena na elektronickou komunikaci s poskytovateli zdravotní péče.

Finanční subsystém zajišťuje účtování úhrad zdravotnickým zařízením, účtování přijatých plateb veřejného zdravotního pojištění, účtování o tvorbě a čerpání fondů zdravotní pojišťovny a elektronickou komunikaci s bankovními institucemi.

Subsystém dále obsahuje standardní účetnictví, pokladny, operace s bankovními institucemi, fakturaci a zpracování platebních příkazů.

Výhled na rok 2009

Informační systém bude udržován a rozvíjen tak, aby plně pokrýval informační potřeby zdravotní pojišťovny, a to v souladu s platnou legislativou ČR a EU. Bude schopen absorbovat požadavky na úpravy, případně nová řešení jednotlivých subsystémů v důsledku legislativních změn, potřeby dodatečných a zpřesňujících evidencí, kontrolních mechanismů, úprav rozhraní s externími institucemi apod. Parametrické řešení informačního systému ZPA umožňuje operativně řešit změny chování systému a tím omezit zásahy dodavatelské firmy na minimum.

Systém bude dlouhodobě vyvíjen tak, aby bylo možno dosáhnout rychlejší a bezpečnější komunikace s pojištěnci, zdravotnickými zařízeními, plátcí pojistného, státními institucemi apod. Pro zvýšení informovanosti pojištěnců, zaměstnavatelů a zdravotnických zařízení byl vytvořen vlastní portál zdravotní pojišťovny, který bude řešit i nové aplikace.

Kapacitní i výkonové parametry stávajících serverů centrálního informačního systému jsou dostatečné a v roce 2009 se nepředpokládá dosažení hraničních limitů. Otevřenou otázkou zůstává výkonová kapacita web serveru, která je odvislá od připravenosti a ochoty pojištěnců, zdravotnických zařízení, organizací a státních institucí využívat moderní elektronické prostředky pro komunikaci se zdravotní pojišťovnou.

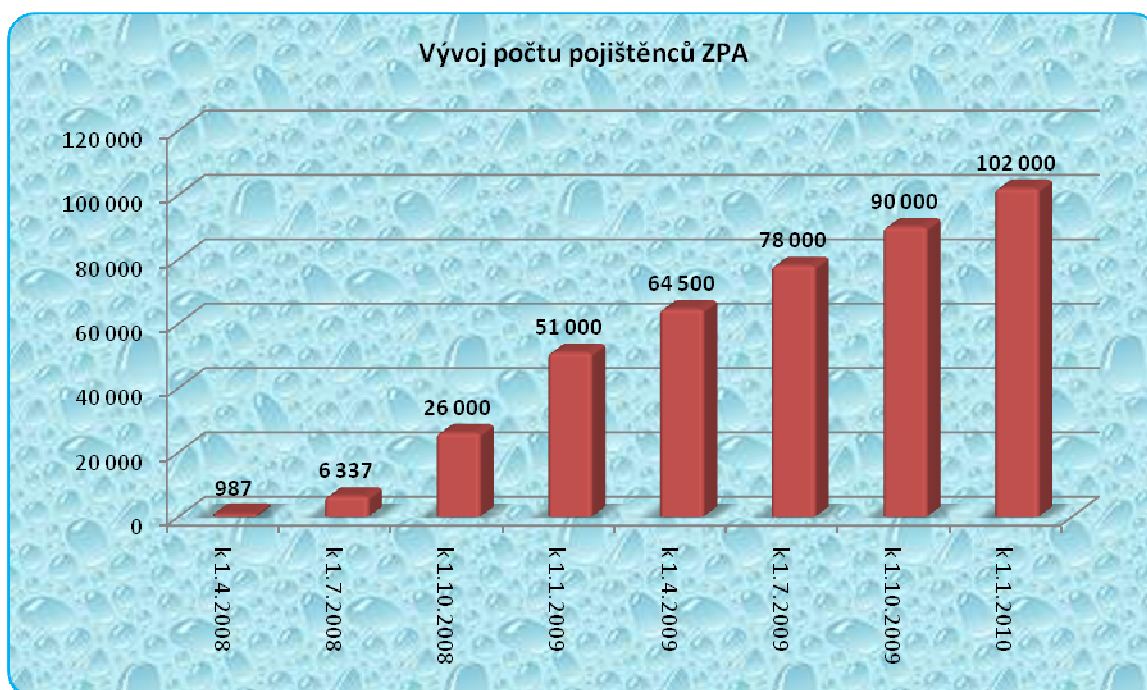
Další rozvoj centrálního informačního systému bude směřován zejména k posílení kontrolní činnosti v oblasti zpracování vykazované zdravotní péče a výběru pojistného, budování manažerského systému s cílem optimalizace a posílení rozhodovacích procesů managementu, využívání rychlé a přesné statistiky a grafů s možností výstupů do externích programů a k on-line komunikaci s kontaktními místy.

3. Pojištěnci

3.1. Záměry vývoje struktury pojištěnců, resp. její stabilizace

Zdravotně pojistný plán na rok 2009 vychází z reálného předpokladu, že Zdravotní pojišťovna AGEL úspěšně naplní dikci § 4 odst. 2 bodu f) zákona č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, ve znění pozdějších předpisů, tedy dosáhne nejméně 50.000 pojištěnců do jednoho roku od svého založení.

Akviziční politika ZPA je ve zdravotně pojistném plánu na rok 2009 nastavena tak, aby bylo udrženo tempo růstu počtu pojištěnců z prvního roku činnosti a k počátku dalšího účetního období bylo dosaženo stejného meziročního nárůstu + 51.000 pojištěnců.



Standardní akviziční iniciativa pojišťovny bude vycházet ze stávající nabídky motivačních preventivních i nadstandardních programů, která se osvědčila v prvním roce činnosti ZPA. Profesionálním přístupem a prostřednictvím různých informačních a komunikačních kanálů bude ZPA respektovat požadavky stávajících i potenciálních pojištěnců s vědomím, že má v souladu s platnou legislativou zdrojově pokrytou jak nabídku preventivních, tak i nadstandardních motivačních programů.

Stěžejním nadčasovým prostředkem k naplnění akvizičních záměrů však zůstává inovativní přístup k zajišťování zdravotní péče pro své budoucí pojištěnce spočívající především v úzkém kvalitativně vyšším kontaktu lékaře s pacientem, který je již dnes pozitivně vnímán a tedy ověřen každodenní praxí u vybraných zdravotnických zařízení skupiny AGEL. Od této principiálně odlišné marketingové filosofie doprovázené individuální cílenou podporou aktivního a zdravého způsobu života, kterou zajišťují odborní lékaři jednotlivých oborů, očekává ZPA pokračující výrazný zájem nově registrovaných pojištěnců o tento styl spolupráce.

Zdravotní pojišťovna AGEL dokáže ve spolupráci se zdravotnickými zařízeními skupiny AGEL potencionálně oslovit cca 1 mil. obyvatel spádových oblastí, v nichž tato zařízení poskytují (často jako jediná nejbližší dostupná) základní i specializovanou zdravotní péči. Akviziční potenciál včetně specializovaných center pro náročnou léčbu je však daleko vyšší a pokrývá oblast, ve které žijí cca 2 milióny obyvatel ČR.

Podstatou takto řízeného procesu poskytování zdravotní péče je nejen uhradit náklady na léčbu pojištěnců, ale také aktivně vstupovat do léčebných a preventivních postupů tak, aby léčba byla poskytována kvalitně, efektivně a bez zbytečných čekacích dob.

Aplikací detailních znalostí a specifík při poskytování zdravotní péče je ZPA připravena ve spolupráci se špičkovými odborníky hodnotit a tudíž taky preferovat ve své smluvní politice kvalitu poskytované péče a její ekonomické ukazatele. Cílem je dosáhnout maximálního zdravotního přínosu pro jednotlivé pojištěnce. Individuálně řízená zdravotní péče je dlouhodobým strategickým záměrem ZPA, jehož ambicí je odstranit zbytečně a neefektivně vynakládané prostředky z veřejného zdravotního pojištění a eliminovat omezení přístupu pojištěnců ke zdravotní péči.

3.2. Věková struktura pojištěnců

Vzhledem ke skutečnosti, že pojišťovna bude i v roce 2009 bezezbytku respektovat svoji zákonnou povinnost otevřenosti všem věkovým skupinám obyvatelstva ČR, lze předpokládat, že jednotlivé kategorie nebo věkové skupiny pojištěnců nebudou co do počtu ani nároků na zdravotní péči výrazněji odlišné od zdravotních pojišťoven působících v obdobném regionu, resp. ani od demografické struktury pojištěnců VZP.

Stanovení prognózy vývoje věkové struktury je pro ZPA velmi obtížné, jelikož na rozdíl od dlouhodobě činných zdravotních pojišťoven nedisponuje časovou řadou dokládající přirozené stárnutí obyvatelstva či jiné demografické pohyby v jeho struktuře. Za základ předjímaného vývoje je proto brán nejen aktuální stav portfolia pojištěnců ZPA, ale zejména obecně známý trend platný pro celou ČR.

Věková struktura pojištěnců ZPA

Věková skupina 2)	Průměrný počet pojištěnců 1)			
	Rok 2007 skutečnost	Rok 2008 oč.skut.	Rok 2009 ZPP	ZPP 09/oč. skut. 2008 %
0-5		603	5 117	848,59
5-10		513	4 352	848,34
10-15		524	4 451	849,43
15-20		642	5 462	850,78
20-25		629	5 358	851,83
25-30		617	5 252	851,22
30-35		709	6 031	850,63
35-40		633	5 387	851,03
40-45		600	5 110	851,67
45-50		530	4 515	851,89
50-55		562	4 784	851,25

Věková skupina 2)	Průměrný počet pojištěnců 1)			ZPP 09/oč. skut. 2008 %
	Rok 2007 skutečnost	Rok 2008 oč.skut.	Rok 2009 ZPP	
55-60		534	4 551	852,25
60-65		418	3 551	849,52
65-70		293	2 488	849,15
70-75		196	1 666	850,00
75-80		165	1 397	846,67
80-85		106	900	849,06
85-90		60	503	838,33
90-95		0	0	
95+		0	0	
celkem		8 334	70 875	850,43

ZPP 2009 Věk. strukt. poj. - 17

Poznámky k tabulce:

- 1) Údaje o průměrných počtech pojištěnců celkem v kalendářním roce podle tabulky č.1, řádek 2.
- 2) Pro zařazení pojištěnců do věkových skupin zdravotní pojišťovny postupují v souladu se zákonem č. 592/1992 Sb., ve znění zákona č. 438/2004 Sb.

4. Základní fond zdravotního pojištění

4.1. Záměry vývoje hospodaření ZFZP v roce 2009

Zdravotní pojišťovna AGEL bude v roce 2009 vytvářet a spravovat v souladu s § 16 odst. 1 a 4 zákona č. 280/1992 Sb., ve znění pozdějších předpisů, a v návaznosti na ustanovení vyhlášky č. 418/2003 Sb., ve znění pozdějších předpisů, pro oblast zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění:

- základní fond zdravotního pojištění,
- rezervní fond,
- fond prevence,

a pro oblast nákladů na vlastní činnost:

- provozní fond,
- fond reprodukce majetku,
- sociální fond.

Tabulky „A“ zachycují u každého z fondů jejich tvorbu a čerpání, tedy výnosy a náklady dle jejich věcného a časového zařazení definovaného zákonem o účetnictví č. 563/1991 Sb., ve znění pozdějších předpisů, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o účetnictví pro zdravotní pojišťovny.

Tabulky „B“ vyjadřují finanční toky, tedy příjmy a výdaje na bankovních účtech jednotlivých fondů tak, jak budou probíhat od 1.1. do 31.12. sledovaného roku.

Zatímco účetní hledisko s průčtovanými předpisy pohledávek a závazků v tabulkách „A“ je důležitým nástrojem zachycení věrného a úplného obrazu hospodaření pojišťovny, má finanční bilance příjmů a výdajů v tabulkách „B“ nezastupitelný význam při operačním řízení aktuálních finančních toků, neboť poskytuje okamžitý přehled o zůstatku finančních prostředků na bankovních účtech jednotlivých fondů.

Základní fond zdravotního pojištění je ve své podstatě odrazem celého „obratu“ zdravotní pojišťovny, jelikož jsou z něj realizovány prakticky veškeré přídělky do ostatních fondů. Výjimku tvoří účelové dary do Fondu prevence od zdravotnických zařízení skupiny AGEL a kontokorentní úvěr k částečnému krytí výdajů na vlastní činnost ZPA poskytnutý Československou obchodní bankou, a.s., jehož čerpaná výše je zachycena v příjmech provozního fondu (viz kapitola 5.2. tohoto zdravotně pojistného plánu).

Základní fond zdravotního pojištění

A. Základní fond zdravotního pojištění (ZFZP)		Rok 2008	Rok 2009	ZPP 09/oč.
Tvorba a čerpání ve sledovaném období		oč.skut.	ZPP	skut. 2008
		tis.Kč	tis.Kč	%
I.	Počáteční zůstatek k 1. 1. ve sledovaném období	0	2 426	
II.	Tvorba celkem = zdroje	144 868	1 307 838	902,78
1	Pojistné z veřejného zdravotního pojištění podle § 1 odst.1 písm. a) vyhlášky o fondech včetně dohadných položek	110 788	974 103	879,25
1.1	z toho: dohadné položky k pojistnému podle § 1 odst. 1 písm. c) vyhlášky o fondech	800	9 200	1 150,00
2	Peněžní prostředky plynoucí z měsíčního vyúčtování výsledků přerozdělování +/- podle § 1 odst. 1 písm. b) vyhlášky o fondech	33 313	326 397	979,79
2.1	Pojistné z veř. zdrav. pojištění po přerozdělování (ř. 1 + ř. 2) podle §§ 20, 21a zák. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, ve znění pozdějších předpisů a podle § 1 odst. 1 písm. a + b + c) vyhlášky o fondech	144 101	1 300 500	902,49
3	Penále, pokuty a přírázky k pojistnému podle § 1 odst. 2 nebo 3 vyhlášky o fondech, včetně dohadných položek	200	2 017	1 008,50
3.1	z toho: dohadné položky	0	200	
4	Náhrady škod podle § 1 odst. 1 písm. d) vyhlášky o fondech	0	2 124	
5	Úroky získané hospodařením se ZFZP podle § 1 odst. 2 nebo 3 vyhlášky o fondech	304	1 181	388,49
6	Ostatní pohledávky podle § 1 odst. 1 písm. g) vyhlášky o fondech			
7	Převody z jiných fondů v souladu s § 1 odst. 1 písm. i) vyhlášky o fondech	263	948	360,46
8	Převod zůstatku ZFZP v případě sloučení nebo splnutí zdr. pojišťovny podle § 1 odst.1 písm. j) vyhlášky o fondech			
9	Pohledávky za zahraniční pojišťovnou podle § 1 odst. 1 písm. f) vyhlášky o fondech za uhrazenou zdravotní péči zdravotnickým zařízením za cizí pojištěnce na základě mezinárodních smluv	0	708	
10	Pohledávky za zahraniční pojišťovnou za paušální platbu na cizí pojištěnce podle nařízení Rady EHS 1408/71 a 574/72	0	360	
11	Kladné kursové rozdíly podle § 1 odst. 1 písm. h) vyhlášky o fondech			
12	Dar určený dárce pro ZFZP, nebo pokud nebyl dárce určen účel daru, podle § 1 odst. 1 písm. e) vyhlášky o fondech			
III.	Čerpání celkem = snížení zdrojů:	142 442	1 287 557	903,92
1	Závazky za zdravotní péči včetně korekcí a revizí a úhrad jiným zdravotním pojišťovnám podle § 1 odst. 4 písm. a), odst. 4 písm. b), odst. 4 písm. d) a odst. 4 písm. e) vyhlášky o fondech včetně dohadných položek	136 315	1 234 773	905,82
	z toho:			
1.1	závazky za léčení pojištěnců dané zdravotní pojišťovny v cizině podle § 1 odst. 4 písm. b) vyhlášky o fondech ²⁾	195	1 842	944,62
1.2	dohadné položky k závazkům dle § 1 odst. 4 písm. e) vztahující se k § 1 odst. 4 písm. a) vyhlášky o fondech			
2	Úroky z úvěrů podle § 1 odst. 4 písm. f) vyhlášky o fondech			
3	Předpis přidělů do jiných fondů (3.1+3.2+3.3 +3.4)	4 878	47 972	983,44
3.1	v tom: - do rezervního fondu podle § 1 odst. 4 písm. j) vyhlášky o fondech	0	0	
3.2	- do provozního fondu podle § 1 odst. 4 písm. i) vyhlášky o fondech ³⁾	4 374	45 141	1 032,03
3.3	- do fondu prevence podle § 1 odst. 4 písm. k) vyhlášky o fondech ⁴⁾	504	2 831	561,71
3.4	Mimořádný převod do PF - pouze Vojenská zdravotní pojišťovna ČR podle § 1 odst. 4 písm. l) vyhlášky o fondech			
4	Odpis pohledávek podle § 1 odst. 5 vyhlášky o fondech			
5	Snížení základního fondu o částku penále, pokut a přírážek na základě rozhodnutí o odstranění tvrdosti podle § 53a zákona č. 48/1997 Sb., ve znění pozdějších předpisů, podle § 1 odst. 6 vyhlášky o fondech			
6	Závazky vyplývající z poskytnutí zdravotní péče fakturované tuzemskými zdravotnickými zařízeními za cizí pojištěnce včetně výsledků revize podle § 1 odst. 4 písm. c) vyhlášky o fondech s výjimkou plateb vykázaných paušálem na ř. 7	121	852	704,13
7	Závazky vůči zahraniční pojišťovně z titulu paušální platby za pojištěnce dané zdravotní pojišťovny podle nařízení Rady EHS 1408/71 a 574/72	0	420	
8	Bankovní poplatky za vedení účtu ZFZP a další poplatky podle § 1 odst. 4 písm. g) vyhlášky o fondech	1 128	3 540	313,83
9	Záporné kursové rozdíly podle § 1 odst. 4 písm. h) vyhlášky o fondech			
10	Rezervy na pravomocně neskončené soudní spory podle § 1 odst. 4 písm. m) vyhlášky o fondech			
IV.	Konečný zůstatek k poslednímu dni sledovaného období = I + II - III	2 426	22 707	935,99

B. Základní fond zdravotního pojištění (ZFZP)		Rok 2008 oč.skut. tis.Kč	Rok 2009 ZPP tis.Kč	ZPP 09/oč. skut. 2008 %
Příjmy a výdaje ve sledovaném období podle § 1 odst. 7 vyhlášky o fondech				
I.	Počáteční zůstatek k 1. 1. ve sledovaném období	0	12 550	
II.	Příjmy celkem:	118 455	1 219 681	1 029,66
1	Pojistné z veřejného zdravotního pojištění podle § 1 odst. 1 písm. a) vyhlášky o fondech	83 444	887 111	1 063,12
2	Peněžní prostředky plynoucí z měsíčního vyúčtování výsledků přerozdělování +/- podle § 1 odst. 1 písm. b) vyhlášky o fondech	34 324	326 397	950,93
2.1	Pojistné z veř. zdrav. pojištění po přerozdělování (ř. 1 + ř. 2) podle §§ 20, 21a zák. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, ve znění pozdějších předpisů a podle § 1 odst. 1 písm. a + b) vyhlášky o fondech	117 768	1 213 508	1 030,42
3	Penále, pokuty a přirážky k pojistnému podle § 1 odst. 2 nebo 3 vyhlášky o fondech	120	1 650	1 375,00
4	Náhrady škody podle § 1 odst. 1 písm. d) vyhlášky o fondech	0	1 593	
5	Úroky získané hospodařením podle § 1 odst. 2 nebo 3 vyhlášky o fondech	304	1 181	388,49
6	Ostatní příjmy podle § 1 odst. 1 písm. g) vyhlášky o fondech			
7	Převody z jiných fondů v souladu s § 1 odst. 1 písm. i) vyhlášky o fondech	263	948	360,46
8	Příjem zůstatku v případě sloučení nebo splnutí zdravotní pojišťovny podle § 1 odst. 1 písm. j) vyhlášky o fondech			
9	Příjem od zahraniční pojišťovny podle § 1 odst. 1 písm. f) vyhlášky o fondech za uhrazenou zdravotní péči zdravotnickým zařízením za cizí pojištěnce 1) na základě mezinárodních smluv	0	531	
10	Příjem paušální platby na cizí pojištěnce od zahraniční pojišťovny podle nařízení Rady EHS 1408/71 a 574/72	0	270	
11	Kladné kursové rozdíly podle § 1 odst. 1 písm. h) vyhlášky o fondech			
12	Dar určený dárce pro ZFZP, nebo pokud nebyl dárce určen účel daru dle § 1 odst. 1 písm. e) vyhlášky o fondech			
13	Příjem úvěru na posílení ZFZP			
14	Příjem návratných finančních výpomocí na posílení ZFZP			
III.	Výdaje celkem:	105 905	1 183 343	1 117,36
1	Výdaje za zdravotní péči včetně korekcí a revizí a úhrad jiným zdravotním pojišťovnám podle § 1 odst. 4 písm. a), odst. 4 písm. b) a odst. 4 písm. d) vyhlášky o fondech	99 999	1 130 559	1 130,57
1.1	z toho: výdaje za léčení pojištěnců dané zdravotní pojišťovnou v cizině podle § 1 odst. 4 písm. b) vyhl. o fondech ²⁾	143	1 699	1 188,11
2	Úroky z úvěrů podle § 1 odst. 4 písm. f) vyhlášky o fondech			
3	Příděly do jiných fondů (3.1 + 3.2 + 3.3 + 3.4)	4 878	47 972	983,44
3.1	v tom: - do rezervního fondu podle § 1 odst. 4 písm. j) vyhlášky o fondech	0	0	
3.2	- do provozního fondu podle § 1 odst. 4 písm. i) vyhlášky o fondech ³⁾	4 374	45 141	1 032,03
3.3	- do fondu prevence podle § 1 odst. 4 písm. k) vyhlášky o fondech ⁴⁾	504	2 831	561,71
3.4	Mimořádný převod do PF- pouze Vojenská zdravotní pojišťovna ČR podle § 1 odst. 4 písm. l) vyhlášky o fondech			
4	Výdaje za poskytnutou zdravotní péči fakturovanou tuzemským zdravotnickým zařízením za cizí pojištěnce, 1) včetně výsledků revize podle § 1 odst. 4 písm. c) vyhlášky o fondech - s výjimkou plateb vykázaných paušálem na ř. 5	101	852	843,56
5	Úhrada paušální platby za pojištěnce dané zdravotní pojišťovnou do ciziny podle nařízení Rady EHS 1408/71 a 574/72	0	420	
6	Bankovní poplatky za vedení účtu základního fondu a další poplatky podle § 1 odst. 4 písm. g) vyhlášky o fondech	927	3 540	381,88
7	Záporné kursové rozdíly podle § 1 odst. 4 písm. h) vyhlášky o fondech			
8	Splátky úvěrů na posílení ZFZP			
9	Splátky návratných finančních výpomocí na posílení ZFZP			
10	Převod peněžní hotovosti na zvláštní bankovní účet rezervy v případě tvorby rezervy podle § 1 odst. 4) písm. m) vyhlášky o fondech			
IV.	Konečný zůstatek k poslednímu dni sledovaného období = I + II - III	12 550	48 888	389,55
Zvl. účet	Finanční hotovost na zvláštním bankovním účtu rezervy na krytí rezervy podle § 1 odst. 7 vyhlášky o fondech			

C. Specifikace ukazatele B II 1)				
1	Příjmy z pojistného od zaměstnavatelů	80 694	852 611	1 056,60
2	Příjmy z pojistného od osob samostatně výdělečně činných	2 500	31 000	1 240,00
3	Příjmy z pojistného od ostatních plátců (osob bez zdanitelných příjmů + případně další platby v. z. p.)	250	3 500	1 400,00
4	Neidentifikovatelné platby od různých typů plátců			
5	Součet řádků C ř. 1 až C ř. 4=B II ř. 1)	83 444	887 111	1 063,12

ZPP 2009 ZFZP - 2

Poznámky k tabulce:

- 1) "Cizí pojištěnec" ve smyslu § 1 odst. 1 písm. e) a § 1 odst. 4 písm. c) vyhlášky o fondech
- 2) Řádky 1.1 v oddílech A III a B III obsahují výdaje na zdravotní péči za pojištěnce podle § 14 zákona č. 48/1997 Sb., ve znění pozdějších předpisů.
- 3) Propočet limitu přídělu podle § 7 vyhlášky je vázán na údaje rozhravé základny propočtené z oddílu B II ZFZP.
- 4) Pokud zdravotní pojišťovna účtuje úroky, pokuty, penále a přirážky do ZFZP a následně provádí převod ze ZFZP do fondu prevence, bude k tomuto účelu využívat jak oddíl A III ř.3.3, tak i oddíl B III ř.3.3.
- 5) Při sestavení ZPP 2009 i oček. skuteč. r. 2008 MF doporučuje poplatky za vedení zvl. účtu rezerv a úroky získané hospodařením s tímto účtem vykazovat v souhrnu s ostatními hodnotami poplatku a úroků na ZFZP. Hodnota peněžních prostředků na zvl. bankovním účtu by měla odpovídat hodnotě vytvořených rezerv k danému datu (pro očekávanou skutečnost k 31. 12. 2008, pro ZPP 2009 k 31. 12. 2009).

Saldo příjmů a nákladů

B. Základní fond zdravotního pojištění (ZFZP)		Rok 2008	Rok 2009	ZPP 09/oč.
Příjmy ve sledovaném období podle § 1 odst. 7 vyhlášky o fondech		oč.skut.	ZPP	skut. 2008
		tis.Kč	tis.Kč	%
I. Příjmy celkem:		118 455	1 219 681	1 029,66
1	Pojistné z veřejného zdravotního pojištění podle § 1 odst. 1 písm. a) vyhlášky o fondech	83 444	887 111	1 063,12
2	Peněžní prostředky plynoucí z měsíčního vyúčtování výsledků přerozdělování +/- podle § 1 odst. 1 písm. b) vyhlášky o fondech	34 324	326 397	950,93
2.1	Pojistné z veř. zdrav. pojištění po přerozdělování (ř. 1 + ř. 2) podle §§ 20, 21a zák. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, ve znění pozdějších předpisů a § 1 odst. 1 písm. a + b) vyhlášky o fondech	117 768	1 213 508	1 030,42
3	Penále, pokuty a přírázky k pojistnému podle § 1 odst. 2 nebo 3 vyhlášky o fondech	120	1 650	1 375,00
4	Náhrady škody podle § 1 odst. 1 písm. d) vyhlášky o fondech	0	1 593	
5	Úroky získané hospodařením podle § 1 odst. 2 nebo 3 vyhlášky o fondech	304	1 181	388,49
6	Ostatní příjmy podle § 1 odst. 1 písm. g) vyhlášky o fondech			
7	Převody z jiných fondů v souladu s § 1 odst. 1 písm. i) vyhlášky o fondech	263	948	360,46
8	Příjem zůstatku v případě sloučení nebo splnutí zdravotní pojišťovny podle § 1 odst. 1 písm. j) vyhl. o fondech			
9	Příjem od zahraniční pojišťovny podle § 1 odst. 1 písm. f) vyhlášky o fondech za uhrazenou zdravotní péči zdravotnickým zařízením za cizince na základě mezinárodních smluv	0	531	
10	Příjem paušální platby za cizí pojištěnce od zahraniční pojišťovny dle Nařízení Rady EHS 1408/71 a 574/72	0	270	
11	Kladné kurzové rozdíly podle § 1 odst. 1 písm. h) vyhlášky o fondech			
12	Dar určený dárce pro ZFZP, nebo pokud nebyl dárce určen účel daru dle § 1 odst. 1 písm. e) vyhl. o fondech			
A. Základní fond zdravotního pojištění (ZFZP)				
II. Čerpání (Náklady) celkem :		142 442	1 287 557	903,92
1.	Závazky za zdravotní péči včetně korekcí a revizí a úhrad jiným zdravotním pojišťovnám podle § 1 odst. 4 písm. a), 4 písm. b) a 4 písm. d) vyhlášky o fondech včetně dohadných položek	136 315	1 234 773	905,82
1.1	z toho: závazky za léčení pojištěnců dané zdravotní pojišťovny v cizině dle § 1 odst. 4 písm. b) vyhl. o fondech	195	1 842	944,62
1.2	dohadné položky k závazkům dle § 1 odst. 4 písm. e) vztahující se k § 1 odst. 4 písm. a)			
2	Úroky z úvěrů podle § 1 odst. 4 písm. f) vyhlášky o fondech			
3	Předpis přidělu do jiných fondů (3.1 + 3.2 + 3.3 + 3.4)	4 878	47 972	983,44
3.1	v tom: - do rezervního fondu podle § 1 odst. 4 písm. j) vyhlášky o fondech ¹⁾			
3.2	- do provozního fondu podle § 1 odst. 4 písm. i) vyhlášky o fondech	4 374	45 141	1 032,03
3.3	- do fondu prevence podle § 1 odst. 4 písm. k) vyhlášky o fondech	504	2 831	561,71
3.4	Mimořádný převod do PF - pouze Vojenská zdravotní pojišťovna ČR dle § 1 odst. 4 písm. l) vyhl. o fondech			
4	Závazky vyplývající z poskytnutí zdravotní péče fakturované tuzemskými zdravotnickými zařízeními za cizince včetně výsledků revize podle § 1 odst. 4 písm. c) vyhlášky o fondech s výjimkou plateb vykázaných paušálem na ř. 5	121	852	704,13
5	Závazky vůči zahraniční pojišťovně z titulu paušální platby za pojištěnce dané zdravotní pojišťovny podle Nařízení Rady EHS 1408/71 a 574/72	0	420	
6	Bankovní poplatky za vedení účtu ZFZP a další poplatky podle § 1 odst. 4 písm. g) vyhlášky o fondech	1 128	3 540	313,83
7	Záporné kurzové rozdíly podle § 1 odst. 4 písm. h) vyhlášky o fondech			
8	Rezervy na pravomocně neskončené soudní spory podle § 1 odst. 4 písm. m) vyhlášky o fondech			
III. Saldo příjmů a nákladů ZFZP (I. Příjmy celkem - II. Čerpání celkem)		-23 987	-67 876	282,97

ZPP 2009 Saldo P - N - 2a

Poznámky k tabulce:

A - údaje vycházející z účetnictví

B - údaje bankovního účtu

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

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

Tabulka v daném roce ukazuje, zda byly v období od 1.1. do 31.12. vytvořeny skutečné finanční zdroje na pokrytí všech závazků známých v době účetní závěrky věcně a časově spadajících do sledovaného účetního období. Časový nesoulad je cca jeden a půl měsíce – stav na účtech je k 31.12. a účetní závěrka v polovině února.

Pro ZPA jako novou dynamicky se rozvíjející pojišťovnu znamená meziroční porovnání s jednoměsíčním posunem výraznější rozdíl ve srovnání s relativně stabilními příjmy a náklady stávajících zdravotních pojišťoven. Záporné saldo tohoto porovnání však v žádném případě neznamená platební neschopnost ZPA dostát svým závazkům vůči zdravotnickým zařízením ve lhůtě splatnosti.

4.2. Tvorba, příjmy ZFZP

Z očekávané skutečnosti hospodaření ZPA v rozjezdovém roce 2008 vyplývá, že pojišťovna vykáže kladný účetní zůstatek ZFZP k 31.12.2008 ve výši **2,4 mil.Kč**, což je zároveň plánovaný počáteční zůstatek pro rok 2009.

Předpis plateb pojistného z veřejného zdravotního pojištění od zaměstnavatelů a samoplátců před přerozdělením pro rok 2009 je plánován ve výši **974,1 mil.Kč**. Oproti plánovanému objemu skutečně vybraného pojistného (**887,1 mil.Kč**) je vyšší o **87,0 mil.Kč**. Jedná se o částku vyjadřující prosincové pohledávky za pojistným, které pojišťovna fyzicky obdrží až v lednu roku 2010, ale účtovat o nich bude jako o výnosu roku 2009. V podstatě jde o pohledávku za plátcí pojistného ve lhůtě splatnosti, která je zachycena v tabulce „Přehled základních ukazatelů o činnosti zdravotní pojišťovny“ v kapitole 6. tohoto zdravotně pojistného plánu.

Roční objem těchto příjmů pojišťovny je propočten v návaznosti na progresivní proces registrace pojištěnců a vychází z předpokládaného příjmu v Kč/1 pojištěnce. Tento je odvozen nejen z očekávaných výsledků ZPA v roce 2008, ale i z časové řady dostupných statistických údajů ostatních činných zdravotních pojišťoven, zejména těch, které působí ve srovnatelném regionu. Při jeho propočtu bylo dále přihlédnuto k:

- predikci základních makroekonomických indikátorů zveřejněné na internetových stránkách Ministerstva financí,
- plánovanému počtu pojištěnců v příslušných kategoriích plátců,
- průběžnému vývoji plateb pojistného v systému veřejného zdravotního pojištění v roce 2008,
- existenci maximálního vyměřovacího základu pro vybrané skupiny plátců dle zákona č. 261/2007 Sb.

Peněžní prostředky plynoucí z vyúčtování výsledků přerozdělování ve výši **326,4 mil.Kč** jsou kvalifikovaným odhadem vycházejícím především z celkového předpokládaného objemu pojistného na veřejné zdravotní pojištění určeného k 100% přerozdělení v roce 2009, resp. z kalkulace předpokládaných měsíčních částek po přerozdělení na jednoho standardizovaného pojištěnce.

Při propočtu příjmů plynoucích z předpokládaných výsledků přerozdělování pojistného na veřejné zdravotní pojištění bylo přihlédnuto k:

- nákladovým indexům pro přerozdělování pojistného pro rok 2009,
- platbám státu za pojištěnce, za které je plátcem pojistného stát, které jsou pro rok 2009 stanoveny na 677 Kč/1 pojištěnce/měsíc,
- celkovému počtu plátců pojistného,
- počtu pojištěnců, za které je plátcem pojistného stát,
- plánovanému počtu pojištěnců ZPA, jejich věkové struktuře a pohlaví,
- skutečnosti, že podobně jako v roce 2008 nemá ZPA v souladu s platnými právními předpisy ZPA nárok na měsíční zálohové platby za hrazenou nákladnou péči ani v roce 2009.

Celkový objem skutečně vybraného pojistného včetně prostředků z přerozdělení plánuje ZPA pro rok 2009 ve výši **1.213,5 mil.Kč**.

Další příjmové položky (penále, pokuty, přirážky k pojistnému, náhrady škod, příjmy z CMU nebo úroky získané hospodařením se ZFZP) jsou svým objemem z pohledu celkové bilance ZFZP méně podstatné.

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

Zákonné povinnosti zaměstnavatelů a pojištěnců týkající se plateb pojistného na veřejné zdravotní pojištění upravují zákony č. 592/1992 Sb. a č. 48/1997 Sb.

ZPA se na správu předmětné agendy jako jednu ze svých hlavních činností připravuje po celý první rok své činnosti zejména vybavením svého informačního systému s tím, že v roce 2009 plánuje rovněž personální posílení útvaru zabývajícího se kontrolou placení pojistného.

Do informačního systému ZPA byly implementovány mechanismy, které umožní vyúčtování při dosažení maximálního vyměřovacího základu a evidenci vratek pojistného nad tento základ.

V případě zjištění dlužných částek bude všem kategoriím plátců zasílána písemná výzva k úhradě dlužného pojistného a souvisejícího penále. Pokud nebude plátce na toto upozornění reflektovat, využije ZPA především § 53 zákona č. 48/1997 Sb. a předepíše dlužné částky výkazem nedoplatků. Cílem je maximální zrychlení prováděných kontrol a dosažení žádoucí nápravy u plátců, kteří pojistné neodvádějí nebo tak činí s prodlením.

Přehledy o platbách, které plátcí zasílají, budou nejen základem kontrolní činnosti, ale budou sloužit rovněž k vedení evidence pohledávek za dlužným pojistným. Při nesouladu se skutečnou platbou bude u takového plátce provedena operativní kontrola.

Písemné výzvy k nápravě budou periodicky zasílány těm neukázněným plátcům, kteří přehledy nezašlou vůbec. Budou upozorněni, že v případě neposkytnutí scházejících přehledů jim bude ve správním řízení stanovena pravděpodobná výše pojistného a následně vyměřeno dlužné pojistné včetně penále.

Osoby samostatně výdělečně činné jsou povinny předkládat své přehledy o výši příjmů a výdajů, vyměřovacím základu a zálohách na pojistné do osmi dnů od podání daňového přiznání. ZPA bude rovněž tuto kategorii plátců pečlivě kontrolovat a v případě pozdního placení záloh nebo neuhrazení nedoplatku vyměřovat penále v souladu s § 18 zákona č. 592/1992 Sb.

Kontrola osob bez zdanitelných příjmů, u nichž zákon předepisuje vlastní přímou úhradu, bude probíhat především prostřednictvím informačního systému ZPA. Režim upozornění a výzev k zaplacení, jakož i následné uplatnění sankcí, bude podobný jako u výše zmíněných kategorií. Hlavním nástrojem vymožení dluhů bude i zde výkaz nedoplatků.

ZPA předpokládá, že v souladu s platnou legislativou bude postupně využívat celé škály možných postupů – návrhu na výkon rozhodnutí přikázáním pohledávky z účtu dlužníka, návrhu na prodej jeho movitých a nemovitých věcí nebo cenných papírů, postižení obchodního podílu, prohlášení o majetku dlužníka, připojení se k vyhlášenému konkurzu nebo likvidaci, využití služeb exekutorů.

Cílem kontroly plateb pojistného a uplatňování sankčních pravomocí nebude prioritně trestat za porušení platební morálky, ale těmto jevům předcházet. Za klíčové považuje ZPA dohodnout se, nabídnout vstřícné řešení formou splátkového kalendáře, působit preventivně, prostě dostat co nejrychleji své pohledávky na účet v bance s cílem zajistit vyrovnanou bilanci svých příjmů a výdajů.

Vzhledem ke krátké době své činnosti neplánuje ZPA v roce 2009 vyměření přírážek k pojistnému těm zaměstnavatelům, u nichž došlo k opakovanému výskytu pracovních úrazů nebo nemocí z povolání. Aplikaci ustanovení § 45 zákona č. 48/1997 Sb. pojišťovna předpokládá až v následujících letech.

4.3. Čerpání, výdaje ZFZP

Při propočtu plánovaného objemu věcných dávek poskytnuté zdravotní péče vycházela ZPA z podobných principů jako u příjmů z pojistného. Základem jsou nejen odhady nákladů v Kč/1 pojištěnce, které vycházejí z prvního roku činnosti ZPA, ale i objemy, které budou v roce 2009 hradit srovnatelné zdravotní pojišťovny po promítnutí očekávaných objektivních i subjektivních vstupů nebo na základě výstupů z dohodovacích řízení.

Tyto aproximace byly provedeny zvláště u všech nejvýznamnějších segmentů poskytovatelů zdravotní péče a teprve z nich vyšel součet plánovaných celkových nákladů (**1.234,8 mil.Kč**), resp. výdajů (**1.130,6 mil.Kč**) za poskytnutou zdravotní péči. Rozdíl účetní a finanční hodnoty ve výši **104,2 mil.Kč** je podobně jako v příjmové oblasti odrazem časového posunu jednoho měsíce a je zachycen v tabulce „Přehled základních ukazatelů o činnosti zdravotní pojišťovny“ jako závazek vůči zdravotnickým zařízením ve lhůtě splatnosti. Bližší specifikace nákladů v jednotlivých segmentech je předmětem tabulek č. 12 a 13 ZPP 2009 uvedených v kapitole 4.3.4 tohoto zdravotně pojistného plánu.

Příděl do Rezervního fondu ZPA neplánuje. V tomto fondu jsou od doby udělení povolení k provádění veřejného zdravotního pojištění deponovány finanční prostředky ve výši kauce složené žadatelem o licenci. Předmětných 50,0 mil.Kč zde hodlá ZPA ponechat přesto, že platná legislativa ukládá zdravotním pojišťovnám povinnost vytvářet Rezervní fond ve výši 1,5 % průměrných ročních výdajů základního fondu zdravotního pojištění až za bezprostředně předcházející tři kalendářní roky.

Platné znění § 7 vyhlášky č. 418/2003 Sb., ve znění pozdějších předpisů, umožní zdravotní pojišťovně provádět příděly finančních prostředků do provozního fondu v maximální výši **3,71 %** z tzv. rozvrhové základny, tedy příjmů z plateb pojistného po přerozdělování, příjmů z pokut a penále vyměřených a uložených za neplnění zákonných povinností a pozdní odvody pojistného, příjmů z přírážek k pojistnému za opakovaný výskyt pracovních úrazů nebo nemocí z povolání a příjmů z náhrad škod. V roce 2009 se konkrétně jedná o částku **45,1 mil.Kč**. Tento objem nepokrývá bezzbytku provozní potřeby ZPA v roce 2009, proto bude pojišťovna i v tomto období čerpat kontokorentní úvěr poskytnutý ČSOB, a.s. (viz kapitola 5.2. Provozní fond).

Příděl do fondu prevence v celkové výši **2,8 mil.Kč** odpovídá možnostem definovaným platnou legislativou a bude tvořen předpokládanými příjmy z vyměřeného penále a pokut (1,6 mil.Kč) a úroky získanými hospodařením se ZFZP (1,2 mil.Kč).

Náklady na léčení cizinců v roce 2009 ve výši **0,8 mil.Kč** jsou stanoveny kvalifikovaným odhadem vycházejícím především z porovnání dosavadního vývoje u ostatních zdravotních pojišťoven a zachyceny v následující tabulce.

Vývoj nákladů na léčení cizinců v ČR

Ř.	Ukazatel	m. j.	Rok 2008 oč.skut. tis.Kč	Rok 2009 ZPP tis.Kč	ZPP 09/oč. skut. 2008 %
1.	Náklady na léčení cizinců v ČR celkem: ¹⁾	tis. Kč	121	852	704,13
2.	Počet ošetřených cizinců ²⁾	počet	25	170	680,00
3.	Průměrné náklady na 1 ošetřeného cizince	Kč	4 840	5 012	103,55

ZPP 2009 Léčení cizinců - 14

Poznámky k tabulce:

- 1) Údaje vychází z oddílu A III ř. 6 tabulky č. 2.
- 2) Vyjádřeno počtem výkazů

V souladu s § 1 odst. 4 f) výše zmíněné fondové vyhlášky může zdravotní pojišťovna zahrnout do výdajů ZFZP rovněž bankovní poplatky za vedení účtů základního fondu, poplatky za poštovní služby a poplatky za použití veřejných datových sítí při úhradách zdravotní péče, výběru pojistného, pokut a penále. Tento objem je plánován ve výši **3,5 mil.Kč** a zahrnuje poštovní poplatky související s povinností zdravotních pojišťoven uhradit pojištěncům částky převyšující limit regulačních poplatků a doplčků na léčiva nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely.

Finanční zůstatek základního fondu zdravotního pojištění ZPA činí **48,9 mil.Kč**, což představuje 4 % z celkových plánovaných příjmů. Jedná se o objem, který je operativní 15 denní rezervou určenou k eliminaci potenciální anomálních výkyvů v příjmové nebo výdajové oblasti ZFZP. Zdravotní pojišťovna AGEL tímto naplňuje jeden z atributů svého hospodaření, který si při svém vzniku předsevzala, a sice nevytvářet zbytečné přebytky finančních prostředků patřících v konečném důsledku poskytovatelům zdravotní péče a pojištěncům.

4.3.1. Smluvní politika ve vztahu ke zdravotnickým zařízením

Záměry vývoje smluvní politiky

Pro zajištění dostupnosti zdravotní péče bude v roce 2009 smluvní politika zaměřena především na dotváření sítě smluvních zdravotnických zařízení v zájmových regionech působnosti pojišťovny. Při tomto procesu bude ZPA spolupracovat s příslušnými krajskými úřady, především Moravskoslezského, Olomouckého a Zlínského kraje, orgány státní správy a odbornými lékařskými společnostmi. Při jednáních komisí pro výběrové řízení na uzavření smlouvy pojišťovna přihlíží zejména k odbornosti žadatele, k etickému přístupu k pacientům, k přístupu zdravotnického zařízení v oblasti zvyšování bezpečnosti pacienta a kvality péče, ke stížnostem na poskytování zdravotní péče, rozšíření ordinační doby v odpoledních hodinách apod.

Při uzavírání smlouvy o poskytování a úhradě zdravotní péče bude pojišťovna přihlížet především k:

- odborné erudici lékařského a zdravotnického personálu,
- výsledkům výběrového řízení,
- splnění podmínek pro poskytování zdravotní péče v daném oboru v souladu s právními předpisy pro činnost zdravotnického zařízení,
- prověrce pasportizace příslušného zdravotnického zařízení z hlediska personálního a technického vybavení,
- vyhodnocování poptávky po službách zdravotní péče, její dostupnosti a četnosti vzhledem ke kumulaci pojištěnců ZPA,
- celostátním směrným číslem vycházejícím z materiálů MZ, ale i podkladů odborných společností.

ZPA chce ve vztahu k zdravotnickým zařízením vytvořit novu dimenzi spolupráce spočívající v:

- vytvoření úzké vazby mezi nemocnicemi, poliklinikami skupiny AGEL a dalšími vybranými zdravotnickými zařízeními mimo skupinu AGEL s cílem dosáhnout společně se ZPA lepších zdravotních výsledků v efektivnější struktuře poskytovatelů zdravotní péče pro účastníky veřejného zdravotního pojištění,
- akcentování významu spolupráce pojišťovny s ambulantním segmentem poskytovatelů zdravotní péče, především praktickými lékaři,
- nasmlouvání delší ordinační doby a funkčního objednávkového systému při využití moderních komunikačních kanálů se zdravotnickými zařízeními i pojištěnci.

Zajištění dostupnosti zdravotní péče v regionech působnosti

Povinností zdravotní pojišťovny je zajistit svým pojištěncům kvalitní zdravotní péči hrazenou z prostředků veřejného zdravotního pojištění. K tomuto účelu slouží především síť smluvních zdravotnických zařízení. Determinujícím pravidlem smluvní politiky ZPA je její regionální charakter.

Tvorba sítě smluvních zdravotnických zařízení je otevřený proces a její kultivace a optimalizace bude trvat několik let. Pojišťovna obeslala návrhem smlouvy všechna zdravotnická zařízení v Moravskoslezském, Olomouckém a Zlínském kraji dle databáze ÚZIS.

V roce 2009 je předpokládáno uzavření smlouvy s cca 85 % zdravotnických zařízení, která mají registraci. Rozsah sítě bude pojišťovna posuzovat vzhledem k optimální výši finančních prostředků účelně vynaložených z veřejného zdravotního pojištění.

K povinnostem pojišťovny patří rovněž zajistit realizaci práva Evropské Unie, případně mezinárodních smluv o sociálním zabezpečení uzavřených Českou republikou, při poskytování zdravotní péče cizincům. ZPA bude v praxi aplikovat veškerá nařízení EU o poskytování a úhradě zdravotní péče a podílet se na činnosti Centra mezistátních úhrad.

Sít smluvních zdravotnických zařízení

Soustava smluvních zdravotnických zařízení

Ř.	Kategorie smluvních zdravotnických zařízení	Počet ZZ oček. skut. k 31. 12.2008	Počet ZZ ZPP 2009	% nárůstu, poklesu
1.	Ambulantní zdravotnická zařízení	3 103	4 341	139,9
	z toho:			
1.1	Praktický lékař pro dospělé (odbornost 001)	700	978	139,7
1.2	Praktický lékař pro děti a dorost (odbornost 002)	297	425	143,1
1.3	Praktický zubní lékař (odbornost 014 - 015, 019)	609	1 165	191,3
1.4	Ambulantní specialisté celkem	1 097	1 275	116,2
1.5	Domácí péče (odbornost 925)	54	81	150,0
1.6	Rehabilitační zdravotnická zařízení (odbornosti 902)	107	132	123,4
1.7	Zdravotnická zařízení komplementu (odbornosti 222, 801 - 805, 807, 809, 812 - 823)	81	81	100,0
1.8	Ostatní ambulantní pracoviště	158	204	129,1
2.	Lůžková zdravotnická zařízení celkem	0	123	
	z toho:			
2.1	Nemocnice *	0	60	
2.2	Odborné léčebné ústavy (kromě LDN a ZZ vykazující výhradně kód OD 00005) *	0	15	
2.2.1	v tom: psychiatrické *	0	5	
2.2.2	rehabilitační *	0	4	
2.2.3	Tuberkolózně-respirační nemoci *	0	3	
2.2.4	ostatní *	0	3	
2.3	Léčebny dlouhodobě nemocných celkem (vykazující kód 00024) *	0	27	
2.3.1	v tom: samostatná zdravotnická zařízení *	0	7	
2.3.2	začleněné v rámci jiného zdravotnického zařízení *	0	20	
2.4	Ošetrovatelská lůžka (vykazující kód 00005) *	0	21	
2.4.1	v tom: samostatná zdravotnická zařízení *	0	6	
2.4.2	začleněná v rámci jiného zdravotnického zařízení *	0	15	
3.	Lázně	33	38	115,2
4.	Ozdravovny **	7	7	100,0
5.	Dopravní zdravotní služba	28	45	160,7
6.	Záchranná služba (odbornost 709) **	4	10	250,0
7.	Lékárny a výdejny zdravotnických prostředků	522	673	128,9
8.	OSTATNÍ smluvní zdravotnická zařízení	3	8	266,7

ZPP 2009 Soustava smluvních ZZ - 15

Poznámky k tabulce:

* zdravotnická zařízení hrazená na základě veřejného příslibu

** zdravotnická zařízení vybraná dle IČ

Počet ZZ na rok 2009 odpovídá počtu oslovených ZZ s návrhem o uzavření smlouvného vztahu na základě informací z UZIS, s 85% pokrytím smluvní sítě v roce 2009

Zajištění dostupnosti sítě zdravotnických zařízení patří od zahájení činnosti ZPA k jejím prioritám. Zpočátku se pojišťovna potýkala u řady poskytovatelů zdravotní péče s určitou nedůvěrou, kterou se postupně podařilo eliminovat především opakovanými jednáními se zástupci jednotlivých segmentů poskytovatelů. V současné době již existuje reálný předpoklad, že v průběhu 1. pololetí 2009 bude síť smluvních ZZ zcela pokryta.

Specifická situace přetrvává v segmentu stomatologie, kde lékaři využívají své konkurenční výhody a nedostatku zubních lékařů. Jejich neochota uzavírat nové smlouvy je dlouhodobějším jevem v českém zdravotnictví a nová ZPA jej významně pociťuje. Jejich cílem je přímá úhrada stomatologické péče v ordinacích. Přes všechna tato úskalí však ZPA předpokládá, že základní síť zubních lékařů bude vytvořena. Opakovaně probíhají jednání se zástupci stomatologické komory s cílem přesvědčit co nejvíce lékařů k uzavření smluvního vztahu.

Pro segment lůžkových zdravotnických zařízení vydala ZPA na rok 2008 veřejný příslib a neuzavřela žádnou smlouvu. Pojišťovna iniciovala konání výběrového řízení na poskytování lůžkové zdravotní péče ve třech krajích – Moravskoslezském, Olomouckém a Zlínském. V roce 2009 bude ZPA v zájmových regionech své působnosti uzavírat nové smlouvy prakticky se všemi nemocnicemi. S poskytovateli následné lůžkové péče budou sjednány nové smlouvy na základě potřeby a pravidelného poskytování zdravotní péče klientům ZPA.

Mimo zájmové regiony budou uzavírány smlouvy tak, aby ve významných městech v ČR byla vytvořena základní síť poskytovatelů zdravotní péče pro potřeby klientů pojišťovny. Převážně se bude jednat o nemocnice a polikliniky. Současně budou uzavírány smlouvy se specializovanými pracovišti s celostátní působností, s fakultními nemocnicemi a územními středisky zdravotnické záchranné služby ve všech krajích ČR.

Předpokládané regulační mechanismy a řešení závazko-pohledávkového vztahu k zdravotnickým zařízením

ZPA dosud hradí zdravotnickým zařízením poskytnutou zdravotní péči dle uzavřených smluvních ujednání, resp. dle deklarovaného veřejného příslibu. Výše úhrad, hodnota bodu a regulační mechanismy se vážou ke způsobům úhrad v jednotlivých segmentech poskytované péče.

V roce 2009 bude u většiny segmentů poskytovatelů zdravotní péče úhrada prováděna výkonovým způsobem podle Seznamu výkonů, mimo jiné i s ohledem na stálý dynamický nárůst pojištěnců ZPA. Z regulačních mechanismů bude uplatňována především zákonná regulace časem. Běžné regulační mechanismy, které uplatňují ostatní dlouhodobě činné zdravotní pojišťovny, není ZPA objektivně schopna použít, jelikož u jednotlivých ZZ nemůže analyzovat výchozí historické údaje a srovnatelná referenční období.

Ve vzdálenějším časovém horizontu bude ZPA při realizaci regulačních mechanismů vycházet ze znění platných právních předpisů a podmínek úhrady specifikovaných ve smluvních ujednáních s poskytovateli zdravotní péče. Do budoucna je předpokládáno využití časové regulace, objemové regulace, sledování nadužívání poskytovaných léčivých přípravků a indukované péče, to vše zejména v porovnání s dosahovanou průměrnou nákladovostí daného segmentu, resp. typu léčby. ZPA bude posuzovat rovněž strukturu poskytnuté péče s cílem vyloučení nadbytečných nákladů, odůvodněnost a délku hospitalizací u jednotlivých diagnóz, personální a přístrojové vybavení ve vztahu ke kvalitě zdravotní péče pro pojištěnce. Samozřejmě je počítáno i se systémem DRG, který je v nemocnicích postupně zaváděn.

Kontrola úhrady při validaci poskytnuté zdravotní péče souvisí s aplikací schválené metodiky, pravidel pro vykazování výkonů a pasportizací jednotlivých zdravotnických zařízení. Systém kontrol ZPA bude neustále doplňován s ohledem na aktuální stav smluvních ujednání a platné metodiky.

Vzhledem ke způsobům úhrad bez použití zálohových plateb nepředpokládá ZPA vznik závazků či pohledávek po lhůtě splatnosti. Prioritou v závazko-pohledávkové oblasti bude vybudování dlouhodobých korektních vztahů ZPA s poskytovateli zdravotní péče na základě transparentní a včasné informovanosti partnerů, respektování odvolacích lhůt a dodržování termínů splatnosti faktur.

4.3.2. Zdravotní politika

Hlavní úkoly zdravotní politiky

Cílem zdravotní politiky pojišťovny je neustálé zlepšování kvality hrazené zdravotní péče v rámci zachování, případně zlepšování zdravotního stavu klientů ZPA.

Předpokladem pro účinné ovlivňování způsobů léčby, jejich nákladů, kvality a výsledků je akcent na kontrolu přístupu ke specializované péči prostřednictvím praktických lékařů.

Kontrolovaný nákup zdravotní péče pro pojištěnce ZPA by ve smyslu výše uvedených priorit měl zahrnovat prvky individuálního, exkluzivního i selektivního přístupu, který umožní cílené směřování klientů za žádoucími efekty nákladově i procesně neoptimálnější cestou a v co nejkratším čase.

Paralelně s uvedeným prvotním stupněm individuální řízené zdravotní péče předpokládá ZPA fungování vysoce efektivního modelu špičkově vybavených specializovaných pracovišť s vynikajícími odborníky, kteří mají bohaté zkušenosti, praxi, jsou schopni řešit velmi komplikované stavy a přitom jsou provázáni se specializovanou ambulantní péčí. K nesporným výhodám tohoto systému patří, že:

- pacient je léčen v místě bydliště a na běžné kontroly nemusí dojíždět,
- ambulance jsou pod trvalým metodickým vedením specializovaného pracoviště, takže mají vysokou odbornost a kvalitu péče, resp. používají léčebné postupy řízené specializovaným centrem,
- v případě významného zhoršení stavu je pacient směřován přímo do specializované nemocnice bez jakýchkoliv spádových mezistupňů,
- systém je objektivně levnější pro zdravotní pojišťovnu, jelikož nedochází ke zbytečným duplicitním a neúčelným hospitalizacím.

Způsoby a výše úhrad v jednotlivých segmentech

Způsoby a výše úhrad v jednotlivých segmentech poskytovatelů, včetně regulačních omezení zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění, se řídí §17 zákona č.48/1997, ve znění pozdějších předpisů. Celkovou výši úhrady ve všech segmentech nejvíce ovlivní procentuální nárůst pojištěnců. ZPA předpokládá v roce 2009 následující způsoby úhrad pro jednotlivé segmenty poskytovatelů zdravotní péče:

Praktičtí lékaři pro dospělé, praktičtí lékaři pro děti a dorost – kombinovaná kapitačně výkonová platba nebo diferencovaná kombinovaná kapitačně výkonová platba navazující na individuální řízenou zdravotní péči nebo platba dle hodnoty bodu v souladu s vyhláškou MZ č. 134/1998 Sb., ve znění pozdějších předpisů.

Stomatologové – platba dle sazeb uvedených v Cenovém rozhodnutí MZ nebo výkonový způsob úhrady podle vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb., ve znění pozdějších předpisů.

Ambulantní specialisté - výkonový způsob úhrady podle vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb., ve znění pozdějších předpisů, s možností omezení úhrady v závislosti na stanovené průměrné úhradě s uplatněním regulačních mechanismů na preskripci léků a vyžádané péče.

Domácí péče, rehabilitace - výkonový způsob úhrady podle vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb., ve znění pozdějších předpisů, s možností omezení úhrady bodovým průměrem.

Zdravotní péče komplementu - platba paušální sazbou s limitací objemu nebo výkonový způsob úhrady podle vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb., ve znění pozdějších předpisů.

Zdravotnická doprava - výkonový způsob úhrady podle vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb., ve znění pozdějších předpisů.

Zdravotnická záchranná služba - výkonový způsob úhrady podle vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb., ve znění pozdějších předpisů.

Zdravotnická zařízení akutní lůžkové péče - výkonový způsob úhrady podle vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb., ve znění pozdějších předpisů, s preautorizací plánovaných neakutních výkonů, aby se eliminovalo účelové chování některých poskytovatelů s cílem řešit své „waiting“ listy jiných zdravotních pojišťoven na úkor ZPA, jiný individuálně dohodnutý způsob úhrady. Finanční zvýhodnění LZZ, která úspěšně projdou akreditací dle SAK.

OLÚ, LDN, OSL, hospicová péče - výkonový způsob úhrady podle vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb., ve znění pozdějších předpisů, paušální úhrada za ošetrovací den.

Lázeňská péče – úhrada dle individuálního smluvního ujednání s konkrétním poskytovatelem za ubytování, léčení a stravování.

Platby za zdravotní péči poskytnutou v zahraničí a za zdravotní péči poskytnutou cizincům v ČR bude ZPA realizovat prostřednictvím Centra mezistátních úhrad v rámci zavedených pravidel. Proplatit lze rovněž položky vyplývající z předložených účtů, a to v souladu s předpisy a cenami platnými v ČR.

Regulační poplatky a doplátky

Ukazatel	Měr. jed.	Rok 2008	Rok 2009
Počet pojištěnců, kterým budou vráceny finanční prostředky nad limit 5.000 Kč	počet	10	450
Celková částka, o kterou překračuje součet započitatelných regulačních poplatků a doplátků za léčivé přípravky nebo potraviny pro lékařské účely limit 5.000 Kč	tis.Kč	8	690
Celková částka vybraná od pojištěnců za regulační poplatky	tis.Kč	2 452	26 820
Celková částka vybraná od pojištěnců za započitatelné doplátky za léčiva nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely	tis.Kč	694	7 587

IT/1/2009

4.3.3. Revizní a kontrolní činnost

Záměry směřující k zefektivnění revizní činnosti, limitace a vlastní regulační opatření

Základním právním podkladem k realizaci kontrolní a revizní činnosti vůči poskytovatelům zdravotní péče budou v roce 2009 ustanovení § 42 zákona č. 48/1997 Sb., s cílem ji jako odbornou a specializovanou činnost rozvíjet a realizovat v souladu s obecně závaznými právními předpisy upravujícími veřejné zdravotní pojištění a vnitřními předpisy ZPA.

Po provedeném příjmu a evidenci dávek dokladů, bude následovat odborná kontrola, revize, analýza nákladů, kvality a účelnosti poskytované zdravotní péče.

Dávky dokladů předávané zdravotnickými zařízeními budou procházet kontrolou informačního systému, odbornými zaměstnanci zdravotní pojišťovny a revizním lékařem tak, aby vykázaná zdravotní péče mohla být revidována prostřednictvím kontrolních mechanismů upravených podle Seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami dle vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb., ve znění pozdějších předpisů, včetně legislativních pravidel zavedených ke sledování účelné preskripce, hospodaření s léčivými přípravky a zdravotnickými prostředky.

Na základě výsledků kontrol budou zdravotnickým zařízením vráceny k opravě doklady, jejichž administrování plátců péče se bude vymykat zavedeným zvyklostem a z pohledu vykazované péče budou obsahovat např. kódy výkonů mimo schválené pasportizace zdravotnického zařízení, kódy výkonů vykázané v nedovolené frekvenci, v nedovolených kombinacích, popř. duplicitně předložené doklady.

V souvislosti s tvorbou smluvní sítě poskytovatelů zdravotní péče a uzavíráním smluvních vztahů bude pozornost soustředěna na kontrolu pasportizace výkonů u zdravotnických zařízení ambulantní i ústavní péče. U praktických lékařů pro dospělé, praktických lékařů pro děti a dorost se ZPA zaměří na kontrolu provádění sekundární prevence, zejména preventivních prohlídek včetně sledování kvality realizace preventivních screeningových programů (např. screeningu prevence karcinomu ženského prsu, čípku děložního, tlustého střeva, konečníku apod.).

Kontroly pasportizace výkonů budou zároveň pravidelnou součástí kontrolních návštěv ve zdravotnických zařízeních. V rámci zachování a rozšiřování dostupnosti zdravotní péče v ordinálních hodinách se v rámci platných pravidel budou kontrolovat povolené frekvence vykázaných výkonů, povolený typ poskytnuté péče, nepovolené souběhy kódů výkonů, dodržování cen, omezení

preskripce léčivých přípravků, zdravotnických prostředků, cen a vykazované četnosti u položek předem schválených revizním lékařem.

Vykázaná péče bude srovnávána se záznamy v dokumentaci zdravotnických zařízení, posuzován bude rozsah poskytnuté péče, hodnocena bude zejména její kvalita, účelnost a objem indukované péče, to vše s pravidelným hodnocením a srovnáváním vývoje nákladů v časovém horizontu.

Kontrola splnění podmínek stanovených k provádění a vykazování některých zdravotnických činností, např. intenzivní péče vyššího stupně bude součástí pasportizace zdravotnických zařízení zahrnující personální a přístrojové vybavení.

Při způsobu úhrady platbou za diagnózu, popř. paušální sazbou v ústavních zdravotnických zařízeních budou revizní lékaři schvalovat zdravotnické prostředky, hromadně vyráběné léčivé přípravky, individuálně připravované léčivé přípravky, výrobky transfuzních stanic a radiofarmaka, jejichž úhrada je podmíněna předchozím schválením revizním lékařem pojišťovny a jež jsou označeny přiřazenými symboly.

V rámci kontrolní činnosti bude rovněž posuzován rozsah poskytované zdravotní péče při pobytu v zahraničí, zejména ve státech EU a zemích Evropského hospodářského prostoru.

V souladu s dikcí zákona č. 261/2007 Sb., o stabilizaci veřejných rozpočtů, a se změnou §§ 16a a 16b zákona 48/2007 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, se revizní lékař ve spolupráci s informatikou bude metodicky podílet na realizaci kontroly problematiky regulačních poplatků.

V souladu s koncepcí oboru revizního lékařství ZPA v roce 2009 předpokládá posílení stávajícího odborného personálního zázemí o další revizní lékaře, resp. o odborné zaměstnance způsobilé ke kontrole a revizní činnosti. Cílem je provádět kontrolní a revizní činnost ve zdravotnických zařízeních podle předem stanovených plánů kontrolních návštěv zaměřených především na kvalitu poskytované zdravotní péče ve srovnatelných zdravotnických zařízeních. Zaměřena bude na důvody překračování průměrných nákladů, posuzování nákladné péče, možnosti v rámci posuzovaných úhrad odlišit péči zdravotní od sociální poskytované např. v ústavech sociální péče apod. Sledována bude rovněž oprávněnost vykázaných zdravotních výkonů a preskripce léčiv. Do plánů kontrol budou zařazeny také revize, které vyplynou z nových předpisů o způsobech úhrad, z aktuálních analýz úhrad, popř. z nálezů zjištěných u jiného zdravotnického zařízení či z podnětů pojištěnců.

Předmětem sledování ve vykazované poskytnuté zdravotní péči bude např.:

- průkazné vedení zdravotní dokumentace pacientů v souvislosti s vykazovanou zdravotní péčí, včetně preventivních prohlídek,
- neoprávněné vykazování ošetrovacích dnů,
- nepovolené kombinování kódů výkonů,
- překračování povolených frekvencí,
- nedodržení časových frekvencí ve vykazování klinických vyšetření,
- neoprávněné vykazování klinických vyšetření,
- vykazování výkonů kategorie „Q“ s klinickým vyšetřením,
- vykazování agregovaných výkonů,
- chybné vykazování TISS kódů na ARO,
- neoprávněné vykazování kódu výkonů ve vybraných klinických oborech a diagnostickém komplementu,

- diskrepance ve vykazování ZÚM a ZÚLP,
- evidence a cirkulace zdravotnických prostředků,
- účelnost preskripce zdravotnických prostředků a léků, včetně jejich interakcí.

V souvislosti s indikací lázeňské péče budou posuzovány návrhy na lázeňskou péči ve smyslu díkce Vyhlášky MZ č. 58/1997 Sb., kterou se stanoví indikační seznam pro lázeňskou péči o dospělé, děti a dorost, zda lázeňská péče byla revizním lékařem pojištěnci zamítnuta nebo převedena z komplexní péče na péči příspěvkovou.

Ve výše uvedených souvislostech se předpokládá, že objem zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění bude ovlivňován nejen nárůstem počtu registrovaných pojištěnců, ale také podílem výše ekonomické nákladovosti závislé na stupni nemocnosti kmene a podílu zastoupení pojištěnců s nákladnou péčí.

Cílem uvedených opatření v roce 2009 bude uplatňování jednotné zdravotní politiky ZP AGEL ve vztahu k poskytovatelům zdravotní péče i pojištěncům.

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

Ř.	Ukazatel	m. j.	Rok 2008 oč.skut. tis.Kč	Rok 2009 ZPP tis.Kč	ZPP 09/oč. skut. 2008 %
I.	Náklady na zdravotní péči celkem čerpané z oddílu A základního fondu zdravotního pojištění ¹⁾ (součet ř.1 - 11) z toho:	tis. Kč	136 315	1 234 773	905,82
1.	na ambulantní péči celkem (zdravotnická zařízení nevykazující žádný kód ošetřovacího dne, zahrnují se náklady na zvlášť účtované léčivé přípravky, zvlášť účtovaný materiál, s výjimkou nákladů na léky na recepty a zdravotnické prostředky vydané na poukazy)	tis. Kč	43 660	362 887	831,17
	z toho:				
1.1	na stomatologickou péči (odbornosti 014 - 015, 019)	tis. Kč	8 083	75 381	932,59
1.2	na péči praktických lékařů (odbornosti 001, 002)	tis. Kč	15 178	96 808	637,82
1.3	na gynekologickou péči (odbornosti 603, 604)	tis. Kč	2 408	22 470	933,14
1.4	na rehabilitační péči (odbornost 902)	tis. Kč	1 776	16 716	941,22
1.5	na diagnostickou zdravotní péči (odbornosti 222, 801 - 805, 807, 809, 812 - 823)	tis. Kč	5 307	49 533	933,35
1.6	na domácí zdravotní péči (odbornost 925)	tis. Kč	452	4 296	950,44
1.7	na specializovanou ambulantní péči (odbor. neuvedené v ř. 1.1 - 1.6 a neuvedené v řádku 2)	tis. Kč	10 342	96 456	932,66
1.8	na zdravotní péči ve zdravotnických zařízeních poskytnutou osobám umístěným v nich z jiných než zdravotních důvodů (§ 22 písm. c) zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů (dále jen zákon č. 48/1997 Sb.))	tis. Kč	9	153	1 700,00
1.9	na zdravotní péči poskytnutou v zařízeních sociálních služeb (§ 22 písm d) zákona č. 48/1997 Sb., ve znění zákona č. 109/2006 Sb.)	tis. Kč	0	78	
1.10	na ošetřovatelskou a rehabilitační péči poskytnutou v zařízeních sociálních služeb (§ 22 písm. e) zákona č. 48/1997 Sb., ve znění zákona č. 109/2006 Sb.)	tis. Kč	105	996	948,57
2.	na ústavní péči celkem (zdravotnická zařízení vykazující kód ošetřovacího dne, zahrnují se náklady na zvlášť účtované léčivé přípravky, zvlášť účtovaný materiál, paušál na léky i případně nasmlouvanou péči ambulantní, stomatologickou a dopravu provozovanou v rámci lůžkového zdravotnického zařízení s výjimkou nákladů na léky na recepty a zdravotnických prostředků vydaných na poukazy)	tis. Kč	60 294	563 877	935,21
	v tom:				
2.1	nemocnice	tis. Kč	56 128	524 460	934,40
2.2	odborné léčebné ústavy (odborné léčebné ústav s výjimkou zdravotnických zařízení uvedených v řádku 2.3 a 2.4)	tis. Kč	2 693	25 461	945,45
2.3	léčebny dlouhodobě nemocných (samostatná zdravotnická zařízení vykazující kód ošetřovacího dne 00024)	tis.Kč	1 173	11 121	948,08
2.4	ošetřovatelská lůžka (samostatná zdravotnická zařízení vykazující kód OD 00005)	tis. Kč	300	2 835	945,00

Ř.	Ukazatel	m. j.	Rok 2008 tis.Kč	Rok 2009 tis.Kč	ZPP 09/oč. %
3.	na lázeňskou péči	tis. Kč	2 477	22 851	922,53
4.	na péči v ozdravovnách	tis. Kč	132	1 251	947,73
5.	na dopravu (zahrnuje dopravní zdravotní službu včetně individuální dopravy, nezahrnuje se doprava z ř. 2)	tis. Kč	775	7 284	939,87
6.	na zdravotnickou záchrannou službu (odbornost 709, zdravotnická zařízení nevykazující žádný kód ošetřovacího dne)	tis. Kč	793	7 407	934,05
7.	na léky vydané na recepty celkem:	tis. Kč	24 242	226 533	934,46
	z toho:				
7.1	předepsané v ambulantních zdravotnických zařízeních (samostatná ambulantní ZZ)	tis. Kč	16 771	156 672	934,18
7.1.1	u praktických lékařů	tis.Kč	7 882	73 620	934,03
7.1.2	u specializované ambulantní péče	tis.Kč	8 889	83 052	934,32
7.2	předepsané v lůžkových zdravotnických zařízeních	tis. Kč	7 471	69 861	935,10
8.	na zdravotnické prostředky vydané na poukazy celkem	tis. Kč	3 739	35 151	940,12
8.1	předepsané v ambulantních zdravotnických zařízeních (samostatná ambulantní ZZ)	tis. Kč	2 073	19 485	939,94
8.2	předepsané v lůžkových zdravotnických zařízeních	tis. Kč	1 666	15 666	940,34
9.	na léčení v zahraničí ²⁾	tis. Kč	195	1 842	944,62
10.	finanční prostředky (vratky) podle § 16b zák. č. 48/1997 Sb. ⁴⁾	tis. Kč	8	690	8 625,00
11.	náklady na očkovací látky ⁵⁾	tis.Kč		5 000	
12.	ostatní náklady na zdravotní péči (které nelze zařadit do předchozích bodů - do vysvětlivek uvést, co zahrnují)	tis. Kč			
II.	Náklady na zlepšení zdravotní péče čerpané z jiných fondů ³⁾	tis.Kč	7 290	24 189	331,81
III.	Náklady na zdravotní péči celkem (součet ř. I. + ř. II.)	tis.Kč	143 605	1 258 962	876,68

ZPP 2009 Nákl. na zdrav. péči- struktura - 12

Poznámky k tabulce:

- 1) Údaj vychází z oddílu A III ř. 1 základního fondu zdravotního pojištění, tj. včetně dohadných položek.
- 2) Zdravotní pojišťovny vykazují náklady na léčení v zahraničí podle § 1 odst. 4 písm. b) vyhlášky o fondech. Údaj vychází z oddílu A III ř. 1.1 tabulky č. 2.
- 3) Údaj vychází z oddílu A III ř. 1 tabulky č. 7 mínus údaje oddílu A II ř. 4 tab. č. 7 plus oddíl A III ř. 5 tab. č. 7+ oddílu A III ř. 1 tabulky č. 9 a 10.
- 4) Zdravotní pojišťovny vykazují objem fin. prostředků nad limit stanovený v § 16b zák. č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, v platném znění.
- 5) ZP vykazují náklady na očkovací látky aplikované v rámci povinného očkování dle zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví.

Struktura nákladů na zdravotní péči dle jednotlivých segmentů na 1 pojištěnce

Ř.	Ukazatel	m. j.	Rok 2008 oč.skut.	Rok 2009 ZPP	ZPP 09/oč. skut. 2008 %
I.	Náklady na zdravotní péči celkem čerpané z oddílu A základního fondu zdravotního pojištění ¹⁾ (součet ř.1 - 11) z toho:	Kč	16 356	17 422	106,52
1.	na ambulantní péči celkem (zdravotnická zařízení nevykazující žádný kód ošetřovacího dne, zahrnují se náklady na zvlášť účtované léčivé přípravky, zvlášť účtovaný materiál, s výjimkou nákladů na léky na recepty a zdravotnické prostředky vydané na poukazy)	Kč	5 239	5 120	97,73
	z toho:				
1.1	na stomatologickou péči (odbornosti 014 - 015, 019)	Kč	970	1 064	109,69
1.2	na péči praktických lékařů (odbornosti 001, 002)	Kč	1 821	1 366	75,01
1.3	na gynekologickou péči (odbornosti 603, 604)	Kč	289	317	109,69
1.4	na rehabilitační péči (odbornost 902)	Kč	213	236	110,80
1.5	na diagnostickou zdravotní péči (odbornosti 222, 801 - 805, 807, 809, 812 - 823)	Kč	637	699	109,73
1.6	na domácí zdravotní péči (odbornost 925)	Kč	54	61	112,96
1.7	na specializovanou ambulantní péči (odbor. neuvedené v ř. 1.1 - 1.6 a neuvedené v řádku 2)	Kč	1 241	1 361	109,67
1.8	na zdravotní péči ve zdravotnických zařízeních poskytnutou osobám umístěným v nich z jiných než zdravotních důvodů (§ 22 písm. c) zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů (dále jen zákon č. 48/1997 Sb.))	Kč	1	2	200,00
1.9	na zdravotní péči poskytnutou v zařízeních sociálních služeb (§ 22 písm d) zákona č. 48/1997 Sb., ve znění zákona č. 109/2006 Sb.)	Kč	0	1	
1.10	na ošetřovatelskou a rehabilitační péči poskytnutou v zařízeních sociálních služeb (§ 22 písm. e) zákona č. 48/1997 Sb., ve znění zákona č. 109/2006 Sb.)	Kč	13	14	107,69
2.	na ústavní péči celkem (zdravotnická zařízení vykazující kód ošetřovacího dne, zahrnují se náklady na zvlášť účtované léčivé přípravky, zvlášť účtovaný materiál, paušál na léky i případně nasmlouvanou péči ambulantní, stomatologickou a dopravu provozovanou v rámci lůžkového zdravotnického zařízení s výjimkou nákladů na léky na recepty a zdravotnických prostředků vydaných na poukazy)	Kč	7 235	7 956	109,97
	v tom:				
2.1	nemocnice	Kč	6 735	7 400	109,87
2.2	odborné léčebné ústavy (odborné léčebné ústav s výjimkou zdravotnických zařízení uvedených v řádku 2.3 a 2.4)	Kč	323	359	111,15
2.3	léčebny dlouhodobě nemocných (samostatná zdravotnická zařízení vykazující kód ošetřovacího dne 00024)	Kč	141	157	111,35
2.4	ošetřovatelská lůžka (samostatná zdravotnická zařízení vykazující kód OD 00005)	Kč	36	40	111,11
3.	na lázeňskou péči	Kč	297	322	108,42
4.	na péči v ozdravovnách	Kč	16	18	112,50
5.	na dopravu (zahrnuje dopravní zdravotní službu včetně individuální dopravy, nezahrnuje se doprava z ř. 2)	Kč	93	103	110,75
6.	na zdravotnickou záchranou službu (odbornost 709, zdravotnická zařízení nevykazující žádný kód ošetřovacího dne)	Kč	95	105	110,53
7.	na léky vydané na recepty celkem:	Kč	2 909	3 196	109,87
	z toho:	Kč			
7.1	předepsané v ambulantních zdravotnických zařízeních (samostatná ambulantní ZZ)	Kč	2 012	2 211	109,89
7.1.1	u praktických lékařů	Kč	946	1 039	109,83
7.1.2	u specializované ambulantní péče	Kč	1 067	1 172	109,84
7.2	předepsané v lůžkových zdravotnických zařízeních	Kč	896	986	110,04
8.	na zdravotnické prostředky vydané na poukazy celkem	Kč	449	496	110,47
8.1	předepsané v ambulantních zdravotnických zařízeních (samostatná ambulantní ZZ)	Kč	249	275	110,44
8.2	předepsané v lůžkových zdravotnických zařízeních	Kč	200	221	110,50
9.	na léčení v zahraničí	Kč	23	26	113,04
10.	finanční prostředky (vratky) podle § 16b zák. č. 48/1997 Sb.	Kč	1	10	1 000,00
11.	náklady na očkovací látky	Kč		71	
12.	ostatní náklady na zdravotní péči (které nelze zařadit do předchozích bodů - do vysvětlivek uvést, co zahrnují)	Kč			
II.	Náklady na zlepšení zdravotní péče čerpané z jiných fondů	Kč	875	341	38,97
III.	Náklady na zdravotní péči celkem (součet ř. I. + ř. II.)	Kč	17 231	17 763	103,09

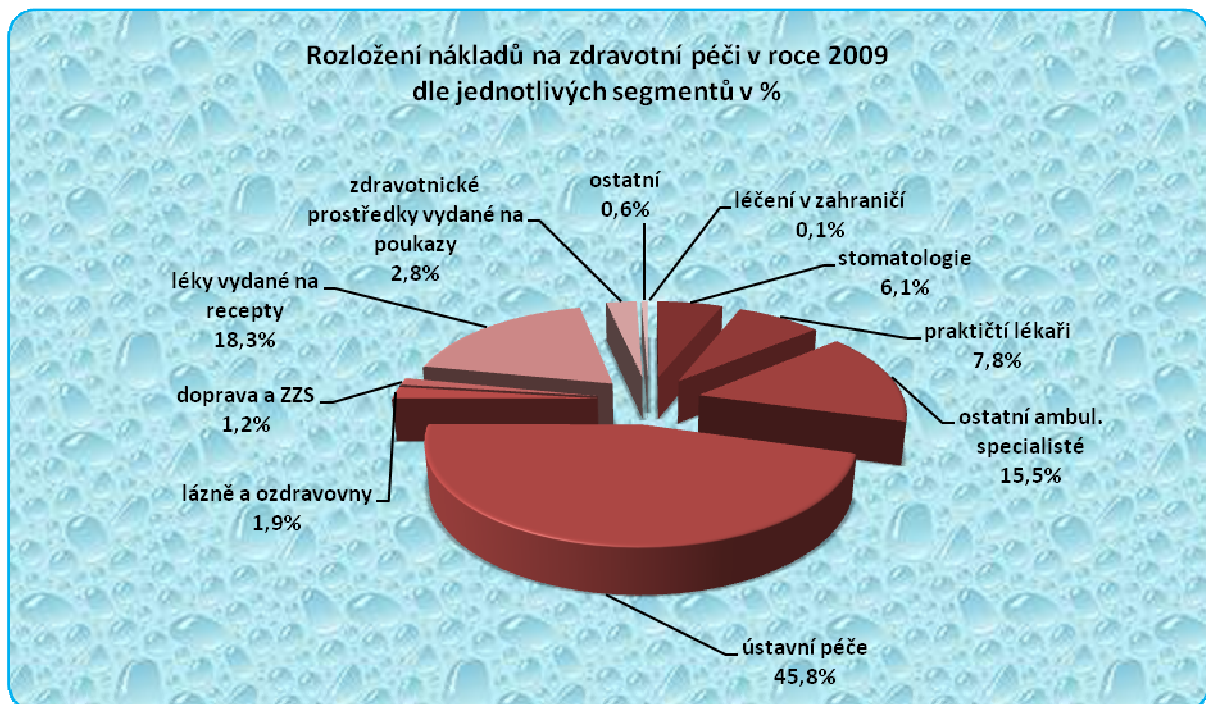
ZPP 2009 Nákl. na zdrav. péči- struktura na 1 poj. - 13

Poznámky k tabulce:

- 1) Vazba na tabulku č. 12 s použitím průměrného počtu pojištěnců, tabulka č. 1 Přehled základních ukazatelů, ř. 2.

Komentovat nebo zdůvodňovat plánovaný nárůst nebo pokles nákladů u jednotlivých druhů zdravotní péče by bylo v případě ZPA zavádějící vzhledem ke skutečnosti, že zahájila svoji činnost teprve k 1.4.2008 a při dynamice nábory pojištěnců a neúplnosti účetního období roku 2008 by veškerá srovnání absolutních i relativních ukazatelů neměla relevantní vypovídací schopnost.

Zdroj podkladů a způsob sestavení plánovaných hodnot pro jednotlivých segmenty je popsán v kapitole 4.3. tohoto zdravotně pojistného plánu.



5. Ostatní fondy

5.1. Zdravotní péče hrazená z fondu prevence

Dle ustanovení § 16 odst. 4 písm. b) zákona č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, ve znění pozdějších předpisů, může zdravotní pojišťovna vytvářet, za podmínky naplnění rezervního fondu a při vyrovnaném hospodaření, fond prevence.

Definice vyrovnaného hospodaření vyplývá z § 1 odst. 3 vyhlášky č. 418/2003 Sb., ve znění pozdějších předpisů, kdy je vyžadováno dosažení kladného zůstatku Základního fondu zdravotního pojištění, aniž by byl pro příděl do Rezervního fondu, úhradu všech splatných závazků základního fondu zdravotního pojištění a příděly do ostatních fondů dle této vyhlášky použit úvěr. Vzhledem ke skutečnosti, že návrh Zdravotně pojistného plánu ZPA na rok 2009 tyto atributy naplňuje, bude pojišťovna fond prevence v roce 2009 vytvářet a spravovat.

Jeho zdrojem dle § 19 odst. 1 zmíněného zákona budou finanční prostředky vytvářené využíváním základního fondu zdravotního pojištění (úroky) a příjmy plynoucí z penále, pokut a přírážek k pojistnému, které pojišťovna získá uplatněním svých sankčních pravomocí v oblasti veřejného zdravotního pojištění.

V případě ZPA se v roce 2009 bude jednat o objem **2,8 mil.Kč**, který však objektivně nemůže pokrýt záměry v oblasti prevence bez dalších zdrojů. Zejména zdravotnická zařízení skupiny AGEL jsou připravena v roce 2009 tuto nevybilancovanou oblast podpořit formou účelových darů v celkové výši **21,4 mil.Kč**. Užití tohoto daru bude respektovat účel fondu prevence stanovený v § 16 odst. 4 písm. b) zákona č. 280/1992 Sb., ve znění pozdějších předpisů. Bližší specifikaci jeho užití vystihuje tabulka č. 16 ZPP 2009 Náklady na preventivní péči a k ní připojený komentář k jednotlivým nákladovým položkám.

Dle § 16 zákona č. 208/1992 Sb., ve znění pozdějších předpisů, lze z fondu prevence hradit zdravotní péči nad rámec zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění, u níž je prokazatelný preventivní, diagnostický nebo léčebný efekt, a která je poskytována pojištěncům v souvislosti s jejich existujícím nebo hrozícím onemocněním. Prostředky fondu prevence lze využít k realizaci preventivních zdravotnických programů sloužících k odhalování závažných onemocnění, na podporu rehabilitačně rekondičních aktivit a na projekty podporující zvýšení kvality zdravotní péče, zdravý způsob života a zdraví pojištěnců.

Zejména na podporu zdravého a aktivního způsobu života plánuje ZPA uhradit největší část z plánovaných **24,2 mil.Kč** určených na preventivní programy.

Konkrétní náplň preventivních programů zachycuje následující tabulka:

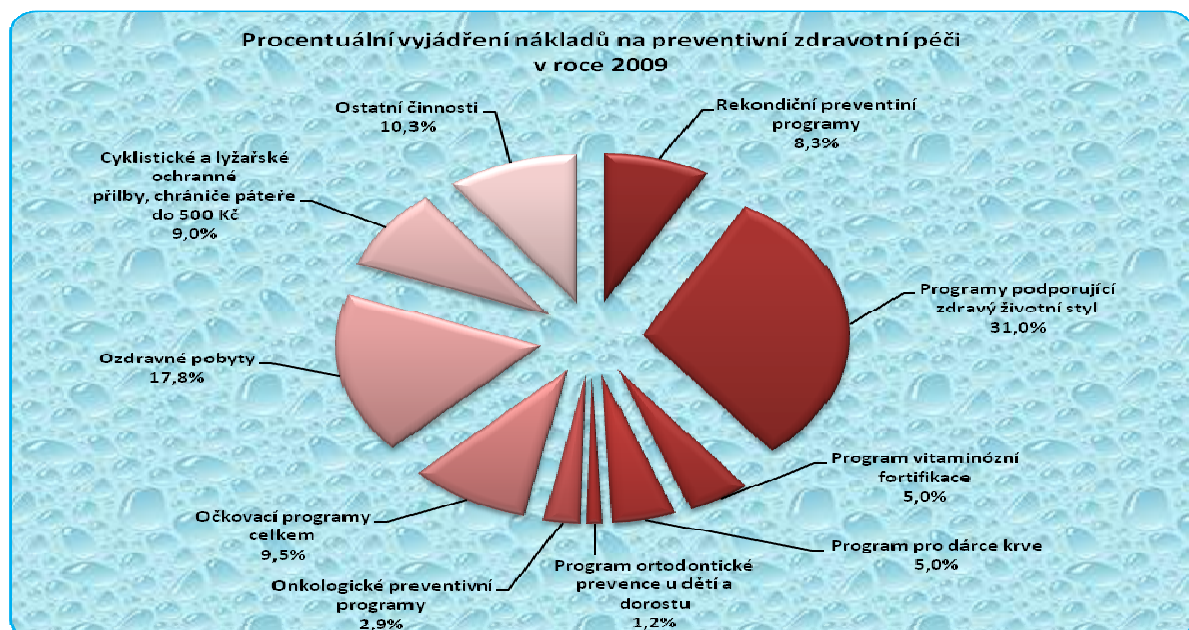
Náklady na preventivní zdravotní péči čerpané z fondu prevence

Řádek	Účelová položka	Počet účastníků 1)	Rok 2008 oč.skut. tis.Kč	Rok 2009 ZPP tis.Kč	ZPP 09/oč. skut. 2008 %
1.	Náklady na zdravotní programy 2)		5 640	15 200	269,50
1.1.	Rekondiční preventivní programy		200	2 000	1 000,00
1.2.	Programy podporující zdravý životní styl		3 840	7 500	195,31
1.3.	Program vitaminózní fortifikace		300	1 200	400,00
1.4.	Program pro dárce krve		50	1 200	2 400,00
1.5.	Program ortodontické prevence u dětí a dorostu		100	300	300,00
1.6.	Onkologické preventivní programy		100	700	700,00
1.7.	Očkovací programy celkem		1 050	2 300	219,05
	v tom: preventivní očkování - encefalitida		270	600	222,22
	preventivní očkování - hepatitida		230	500	217,39
	preventivní očkování - Prevenar		70	150	214,29
	preventivní očkování - Priorix (spalničky, zarděnky, příušnice)		90	200	222,22
	preventivní očkování - Varilix (plané neštovice)		70	150	214,29
	preventivní očkování - meningokové onemocnění		90	200	222,22
	preventivní očkování - chřipka		230	500	217,39
2.	Náklady na ozdravné pobyty 2)	1 200	700	4 300	614,29
2.1.	Léčebné pobyty přímořské	80	0	1 600	
2.2.	Léčebné pobyty horské	120	0	1 200	
2.3.	Podpora aktivit škol v přírodě	1 000	700	1 500	214,29
3.	Ostatní činnosti 2)		950	4 689	493,58
3.1.	Cyklistické a lyžařské ochranné přilby, chrániče páteře do 500 Kč		600	2 200	366,67
3.2.	Podpora odvykání kouření		150	500	333,33
3.3.	Příprava těhotných k porodu		0	300	
3.4.	Preparáty na menopauzu a osteoporózu do 40 let		150	800	533,33
3.5.	Léčba prostaty od 40 let		50	500	1 000,00
3.6.	Preventivní programy schválené SR ZPA v průběhu roku		0	389	
4.	Náklady na preventivní zdravotní péči celkem 3)		7 290	24 189	331,81

ZPP 2009 Náklady na prevent. péči - 16

Poznámky k tabulce:

- 1) Zdravotní pojišťovna vykazuje pouze u ozdravných pobytů k 31. 12. sledovaného období.
- 2) Zdravotní pojišťovna uvede jmenovitě jednotlivé druhy programů nebo činností.
- 3) Vazba na údaje tabulky č. 7 oddíl A III ř. 1 minus údaje oddílu A II ř. 4 plus oddíl A III ř. 5.



Rekondiční preventivní programy jsou cíleny na pojištěnce s chronickými onemocněními, po úrazech, vystavené působení špatného životního nebo pracovního prostředí, pracovníky s vysokou psychosomatickou zátěží a dárce krve. Výběr účastníků bude pod přímým dohledem odborného lékaře i revizního lékaře zdravotní pojišťovny.

Programy podporující zdravý životní styl znamenají snahu pojišťovny podpořit pojištěnce v jejich pohybových a sportovních aktivitách. Nezdravé návyky jako jsou kouření, nevhodná strava, nedostatek pohybu či spánku přispívají ke vzniku civilizačních chorob, jejichž následná léčba je velmi nákladná.

Programy vitaminózní fortifikace představují preventivní oblast s velmi plošným charakterem, jelikož budou cíleny na významný počet pojištěnců žijících v ekologicky zatíženém regionu působnosti pojišťovny.

Program pro dárce krve je cílenou prevencí, která bude zaměřena na regeneraci fyziologického fondu bezpříspěvkových dárců krve (případně plazmy a kostní dřeně) formou příspěvku na vitamíny nebo specifické léky. Jedná se o celospolečensky mimořádně prospěšnou činnost, která má svoji medicínskou i lidskou dimenzi.

V současnosti se ZPA stále častěji setkává s naléhavými výzvami zdravotnických zařízení, která nabádají své stávající dárce krve, aby se dostavili na transfúzní službu k odběru, jelikož hrozí akutní nedostatek krve. Zdravotní pojišťovna AGEL se proto rozhodla v roce 2009 zásadním způsobem podpořit dobrovolné dárcovství krve rozšířenou nabídkou právě pro tuto nenahraditelnou skupinu lidí, která si nezištně uvědomuje cenu lidského života. Jedná se o odběr vitamínových přípravků po každém odběru, čerpání finančních příspěvků na nákup vitamínů dle vlastního výběru v lékárně, na nákup v oční optice, na laserovou oční operaci a v neposlední řadě na úhradu stomatologických a protetických prací.

Nabídka pro dárce krve bude v roce 2009 jednou z těch, na které bude klást ZPA mimořádný důraz. Konkrétně jsou pro tuto skupinu pojištěnců připraveny následující bonusy:

- bezpříspěvkovým dárcům krve u každého odběru balíček s vitamíny v hodnotě cca 100,- Kč,
- příspěvek 500,- Kč nad 10 odběrů – bronzová Jánského plaketa,
- příspěvek 1.600,- Kč nad 40 odběrů – zlatá Jánského plaketa,
- příspěvek na tuzemský ozdravný pobyt, na nákup vitamínů v lékárně, na nákup v oční optice, prodejně zdravotnických potřeb, na laserovou oční operaci, na úhradu plateb u stomatologa apod.

Příspěvky budou poskytovány klientům, u nichž byl poslední odběr realizován po 1.1.2006, tj. maximálně 3 roky zpětně.

Program ortodontické prevence u dětí a dorostu bude řešit anomální dentální, čelistní a mezičelistní stavy mladých lidí do 18 let věku. Předmětná poškození způsobují poruchy při přijímání potravy, negativně ovlivňují vývoj řeči, napomáhají vzniku zubního kazu nebo paradontologických potíží. K včasnému předcházení budoucí snížené výkonnosti ortofaciální soustavy chce ZPA přispět zejména úhradou fixních nebo sňímatelných zubních aparátů.

Preventivní programy proti vzniku život ohrožujících onemocnění budou svojí náplní zaměřeny na oblast onkologických onemocnění. Jejich cílem nebude jen včasný záchyt zhoubných nádorových onemocnění formou preventivních screeningových vyšetření s cílem předejít budoucím vysokým nákladům na léčbu, ale i předcházení neléčených stavů, které snižují kvalitu života postiženého jedince.

Léčebné pobyty hodlá ZPA organizovat pro postižené děti jak v přímořském, tak vysokohorském prostředí. Zdravotními indikacemi budou především:

- katary horních cest dýchacích,
- alergické příznaky všeho druhu,
- dermatologické problémy,
- chronické ekzémy,
- bronchitické problémy.

Podpora aktivit škol v přírodě velmi úzce souvisí s výše uvedeným komentářem k programům podporujícím zdravý životní styl. ZPA považuje včasné podchycení jakýchkoliv pohybových aktivit v mladém věku za jednu z priorit celé preventivní filozofie.

Ostatní preventivní programy stejně jako výše upřesněné záměry schvaluje Správní rada ZPA s tím, že jejich skladba může být modifikována v závislosti na aktuálních potřebách pojištěnců, legislativních změnách, vývoji struktury pojištěnců nebo konkurenčním prostředí a nabídce ostatních zdravotních pojišťoven. ZPA bude tuto oblast řídit s předpokladem, že bude mít možnost v průběhu roku předkládat návrhy přesunu nákladů mezi vyjmenovanými preventivními programy, resp. návrhy na rozšíření čerpání fondu prevence nad rámec rozpočtu, pokud budou k dispozici adekvátní zdroje.

Případný kladný zůstatek fondu prevence bude převeden do následujícího účetního období.

Fond prevence

A. Fond prevence (Fprev) Tvorba a čerpání ve sledovaném období	Rok 2008 oč.skut. tis.Kč	Rok 2009 ZPP tis.Kč	ZPP 09/oč. skut. 2008 %
I. Počáteční zůstatek k 1. 1. ve sledovaném období	0	226	
II. Tvorba celkem = zdroje	7 526	24 242	322,11
1 Zdroje podle zákona č. 551/1991 Sb. a č. 280/1992 Sb., ve znění pozdějších předpisů	504	2 831	561,71
1.1 V tom: příděl ze zisku po zdanění	0	0	
1.2 podíl podle § 19 odst. 1 zákona č. 280 /1992 Sb., ve znění pozdějších předpisů ¹⁾	504	2 831	561,71
1.3 podíl podle § 6 odst. 7 zákona č. 551/1991 Sb., ve znění pozdějších předpisů			
2 Úroky vytvořené na bankovním účtu Fprev	22	11	50,00
3 Ostatní (např. dary)	7 000	21 400	305,71
4 Zúčtování s pojištěnci s vazbou na vyúčtování preventivních programů			
III. Čerpání celkem = snížení zdrojů:	7 300	24 367	333,79
1 Preventivní programy	7 290	24 189	331,81
2 Úroky z úvěrů na posílení Fprev			
3 Ostatní (bankovní poplatky)	10	12	120,00
4 Odpis penále, přírážek a pokut k pojistnému, které byly zdrojem Fprev			
5 Zúčtování s pojištěnci s vazbou na vyúčtování preventivních programů			
6 Snížení fondu o částky penále, pokut a přírážek na základě rozhodnutí o odstranění tvrdosti podle § 53a zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů	0	166	
IV. Konečný zůstatek k poslednímu dni sledovaného období = I + II - III	226	101	44,69

B. Fond prevence (Fprev)		Rok 2008	Rok 2009	ZPP 09/oč.
Příjmy a výdaje ve sledovaném období		oč.skut.	ZPP	skut. 2008
		tis.Kč	tis.Kč	%
I.	Počáteční zůstatek k 1.1. ve sledovaném období	0	179	
II.	Příjmy celkem:	7 475	24 242	324,31
1	Příjmy finančních prostředků na základě zákona č. 551/1991 Sb. a zák. č. 280/1992 Sb., ve znění pozd. předpisů	454	2 831	623,57
1.1	v tom: příděl ze zisku po zdanění	0	0	
1.2	podíl podle § 19 odst. 1 zákona č. 280/1992 Sb., ve znění pozdějších předpisů ¹⁾	454	2 831	623,57
1.3	podíl podle § 6 odst. 7 zákona č. 551/1991 Sb., ve znění pozdějších předpisů			
2	Úroky vytvořené na bankovním účtu Fprev	21	11	52,38
3	Ostatní (dary)	7 000	21 400	305,71
4	Příjem úvěru na posílení Fprev			
5	Zúčtování s pojištěnci s vazbou na vyúčtování preventivních programů			
III.	Výdaje celkem:	7 296	24 201	331,70
1	Výdaje na preventivní programy	7 286	24 189	331,99
2	Úroky z úvěrů			
3	Ostatní (bankovní poplatky)	10	12	120,00
4	Splátky úvěru			
5	Zúčtování s pojištěnci s vazbou na vyúčtování preventivních programů			
IV.	Konečný zůstatek k poslednímu dni sledovaného období = I + II - III	179	220	122,91

oč.skut. 2008		vazba na Fprev	informativ.	skladba ř. A
C Doplnující údaje k oddílu A a B		sl.1	sl. 2	sl. 3=1+2
		tis.Kč	převod ze ZFZP	celkem
Struktura přidělu do Fprev za tu část přidělu, která není prováděna převodem ze ZFZP				
I.	K odd. A/ II = součet položek 1 až 4	0	504	504
1	Předpisy úhrad pokut a penále včetně dohadných položek ⁴⁾	0		
2	Předpisy úhrad přírážek k pojistnému	0		
3	Předpisy pokut zdravotnickým zařízením	0		
4	Předpisy úroků ZFZP (pokud je zdravotní pojišťovna účtuje přímo na Fprev)	0		
				skladba ř. B II 1
II.	K odd. B/ II = součet položek 1 až 4	0	454	454
1	Příjmy z pokut a penále	0		
2	Příjmy z přírážek k pojistnému	0		
3	Příjmy z pokut zdravotnickým zařízením	0		
4	Příjmy z úroků ZFZP (pokud je zdravotní pojišťovna účtuje přímo na Fprev)	0		

ZPP 2009		vazba na Fprev	informativ.	skladba ř. A
C Doplnující údaje k oddílu A a B		sl.1	sl. 2	sl. 3=1+2
		tis.Kč	převod ze ZFZP	celkem
Struktura přidělu do Fprev za tu část přidělu, která není prováděna převodem ze ZFZP				
I.	K odd. A/ II = součet položek 1 až 4	0	2 831	2 831
1	Předpisy úhrad pokut a penále včetně dohadných položek ⁴⁾	0		
2	Předpisy úhrad přírážek k pojistnému	0		
3	Předpisy pokut zdravotnickým zařízením	0		
4	Předpisy úroků ZFZP (pokud je zdravotní pojišťovna účtuje přímo na Fprev)	0		
				skladba ř. B II 1
II.	K odd. B/ II = součet položek 1 až 4	0	2 831	2 831
1	Příjmy z pokut a penále	0		
2	Příjmy z přírážek k pojistnému	0		
3	Příjmy z pokut zdravotnickým zařízením	0		
4	Příjmy z úroků ZFZP (pokud je zdravotní pojišťovna účtuje přímo na Fprev)	0		

ZPP 2009 Fprev - 7

Poznámka k vyplnění tabulky zobrazující skladbu tvorby Fprev.:

- 1) Pokud zaměstnanecká zdravotní pojišťovna provádí přiděl v oddílu A II na ř. 1. 2 a v oddílu B II na ř. 1. 2 oběma povolenými postupy současně (tj. převodem ze ZFZP a současně i přímo na Fprev) vyplní v oček. skut. r. 2008 v oddílu C (a v ZPP 2009 obdobně v odd. D) sl. 1 i sl. 2. Hodnota údaje v oddílu C i a C II ve sl. 3 má odpovídat u všech ZP údaj v oddílu A II ř. 1.2 případně oddílu B II ř. 1.2 tabulky Fprev.
- 2) Pokud zaměstnanecká zdravotní pojišťovna provádí tvorbu Fprev pouze převodem ze základního fondu zdravotního pojištění (ZFZP) uvede tento údaj v oddílu C i nebo C II ve sl. 2 - převod ze ZFZP v hodnotě, která je uvedena na ZFZP v oddílu A III ř. 3. 3, případně i v oddílu B III ř. 3. 3; v takovém případě nevyplňují řádek A III 6". Takto postupuje při vyplnění této tabulky i VZP ČR.
- 3) K 31. 12. doplní zaměstnanecká zdravotní pojišťovna tuto tabulku přílohou s vyhodnocením hospodaření podle § 1 odst. 3 vyhlášky o fondech.
- 4) Výše dohadných položek zahrnutých v této položce bude uvedena v komentáři pod touto přílohou.

5.2. Provozní fond

Zdravotní pojišťovna AGEL od počátku své činnosti usiluje o účelné, hospodárné a efektivní hospodaření se svěřenými finančními prostředky. Motivace všech zaměstnanců bude i v roce 2009 podřízena základnímu cíli, kterým je vysoká úroveň služeb pro pojištěnce a poskytovatele zdravotní péče, tedy maximální míra jejich spokojenosti zajišťovaná při co nenižších nákladech s tím spojených.

Pojišťovna bude v roce 2009 vytvářet a spravovat provozní fond za účelem úhrad nákladů spojených s provozní činností v souladu s § 16 odst. 1 zákona č. 280/1992 Sb., ve znění pozdějších předpisů. Zdroje a čerpání provozního fondu jsou plánovány ve smyslu příslušných ustanovení vyhlášky č. 418/2003 Sb., ve znění pozdějších předpisů.

ZPA ve svém zdravotně pojistném plánu na rok 2009 předpokládá přiděl do provozního fondu ve výši maximálního možného limitu definovaného ustanoveními § 7 vyhlášky č 418/2003 Sb., ve znění pozdějších předpisů,. Tento roční přiděl bude v návaznosti na plánovaný průměrný počet 70.875 pojištěnců činit **3,71 %** z prostředků získaných z pojistného na veřejné zdravotní pojištění po přerozdělení, příjmů z penále, pokut, přírážek k pojistnému a náhrad škod, což v absolutním vyjádření představuje objem **45,1 mil.Kč**. ZPA předpokládá realizaci tohoto přidělu ze ZFZP v pravidelné měsíční frekvenci v závislosti na skutečných příjmech a průměrném počtu pojištěnců.

Vzhledem ke skutečnosti, že uvedený objem nepokryje provozní potřeby pojišťovny, plánuje ZPA podobně jako v roce 2008 využití kontokorentního úvěru poskytnutého Československou obchodní bankou, a.s. Z poskytnutého kontokorentního limitu použije ZPA v roce 2009 na svoji vlastní činnost objem **77,3 mil.Kč**. Bližší informace k podmínkám poskytnutí kontokorentního úvěru jsou uvedeny v kapitole 6. tohoto zdravotně pojistného plánu.

Přehled o čerpání provozního fondu ve výši **123,7 mil.Kč**, resp. o jeho skutečných výdajích ve výši **122,5 mil.Kč**, poskytují příslušné oddíly tabulek A a B provozního fondu. Rovněž zde podobně jako u základního fondu zdravotního pojištění se projevuje časový posun, tedy rozdíl mezi předpisově účtovanými provozními závazky a skutečnými provozními výdaji v období od 1.1. do 31.12. sledovaného roku.

Mzdové náklady a související odvody na sociální a zdravotní pojištění jsou propočteny na průměrný přepočtený počet 57 kmenových zaměstnanců.

V ostatních provozních nákladech uvedených na řádku 1.16. v oddíle A.III. s celkovým objemem **59,3 mil.Kč** jsou zahrnuty veškeré zbývající materiální náklady, služby nemateriální povahy a finanční náklady, pro které není místo na explicitně definovaných řádcích tabulky provozního fondu. K nejvýznamnějším plánovaným nákladovým položkám patří:

- spotřeba materiálu (5,4 mil.Kč),
- spotřeba energie a pohonných hmot (1,3 mil.Kč),
- výkony spojů (1,6 mil.Kč),
- nájemné (3,6 mil.Kč),
- audit a právní služba (1,2 mil.Kč),
- reklama a inzerce (8,0 mil.Kč),
- akvizice pojištěnců (26,5 mil.Kč),
- leasing (1,2 mil.Kč),

- outsourcingové služby IS (4,6 mil.Kč),
- ostatní (5,9 mil.Kč).

Přiděly do fondu reprodukce majetku a sociálního fondu jsou komentovány v příslušných kapitolách 5.3. a 5.4. tohoto zdravotně pojistného plánu.

Vzhledem k přijatému bankovnímu úvěru je plánován nulový zůstatek finančních prostředků na bankovních účtech provozního fondu k 31.12.2009. Pojišťovna bude využívat cizí úvěrové zdroje pro vlastní činnost v průběhu celého roku pouze do výše skutečných potřeb.

Provozní fond

A. Provozní fond (PF) Tvorba a čerpání ve sledovaném období	Rok 2008 oč.skut.	Rok 2009 ZPP	ZPP 09/oč. skut. 2008
	tis.Kč	tis.Kč	%
I. Počáteční zůstatek k 1. 1. ve sledovaném období	0	-78 262	
II. Tvorba celkem = zdroje	5 376	45 141	839,74
1 Předpis přidělu podle § 1 odst. 4 písm. i) vyhlášky o fondech ze základního fondu zdravotního pojištění, stanovený podle § 7 odst. 1 a 2 vyhlášky o fondech	4 374	45 141	1 032,12
2 Předpis přidělu z fondu reprodukce majetku ve výši schválené Správní radou dle § 3 odst. 2 písm. c) vyhl. o fondech			
3 Předpis převodu prostředků PF v případě sloučení nebo splnutí zdravotní pojišťovny podle § 3 odst. 2 písm. g) vyhlášky o fondech			
4 Pohledávka z prodeje dlouhodobého hmotného a nehmotného majetku podle § 3 odst. 2 písm. h) vyhl. o fondech			
5 Předpis mimořádného přidělu VoZP ČR převodem ze základního fondu zdravotního pojištění			
6 Předpis úroků vztahujících se k PF podle § 3 odst. 2 písm. d) vyhlášky o fondech	1	0	
7 Předpis smluvních pokut z porušení smluvního vztahu ke zdravotnickým zařízením podle § 3 odst. 2 písm. i) vyhlášky o fondech			
8 Kladné rozdíly z ocenění cenných papírů pořízených z PF na reálnou hodnotu dle § 3 odst. 2 písm. f) vyhl. o fondech			
9 Kladné kurzové rozdíly související s PF podle § 3 odst. 2 písm. e) vyhlášky o fondech			
10 Ostatní pohledávky vztahující se k PF podle § 3 odst. 2 písm. j) vyhlášky o fondech			
11 Pohledávky Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR podle § 3 odst. 3 vyhlášky o fondech			
12 Předpis daru určeného výlučně pro PF podle § 3 odst. 2 písm. b) vyhlášky o fondech			
13 Zisk z prodeje cenných papírů PF podle § 3 odst. 7 vyhlášky o fondech			
14 Zisk z držby cenných papírů z PF podle § 3 odst. 7 vyhlášky o fondech			
<i>Předpis jiných provozních výnosů</i>	1 001		
III. Čerpání celkem = snížení zdrojů:	83 638	123 726	147,93
1 Členění závazků zdravotní pojišťovny v oblasti provozní činnosti - podle § 3 vyhlášky o fondech v tom:	82 821	121 934	147,23
1.1 mzdy bez ostatních osobních nákladů	17 351	39 598	228,22
1.2 ostatní osobní náklady	741	1 800	242,91
1.3 pojistné za zaměstnance na zdravotní pojištění ⁵¹	1 700	3 672	216,00
1.4 pojistné za zaměstnance na sociální zabezpečení	4 700	10 607	225,68
1.5 odměny členům správní, dozorčí rady a rozhodčímu orgánu	286	1 086	379,72
1.6 úroky	1 256	5 294	421,50
1.7 podíl úhrad za služby Centra mezistátních úhrad	29	76	262,07
1.8 podíl úhrad zaměstnanecké zdravotní pojišťovny za služby Informačního centra	8	45	562,50
1.9 podíl úhrad zaměstnanecké zdravotní pojišťovny za vedení centrálního registru	20	192	960,00
1.10 záporné kurzové rozdíly související s PF	0	0	
1.11 úhrady poplatků	17	24	141,18
1.12 závazky k úhradě pokut a penále podle § 3 odst. 4 písm. i) vyhlášky o fondech	0	0	
1.13 úhrada zdravotní péče z rozhodnutí likvidátora zaměstnanecké zdravotní pojišťovny podle § 3 odst. 4 písm. j) vyhlášky o fondech	0	0	
1.14 prostředky vynaložené zaměstnaneckou zdravotní pojišťovnou na nákup metodik od VZP ČR podle § 3 dst. 3) vyhlášky o fondech	7	12	171,43
1.15 podíl odpisů hmotného a nehmotného majetku vztahovaný k PF	104	240	230,77
1.16 ostatní závazky	56 602	59 288	104,75
1.16.1 z toho: za služby související s rozvojem informační infrastruktury systému	3 900	4 600	117,95
2 Předpis zákonné výše přidělu do sociálního fondu dle § 3 odst. 4 písm. b) a dle § 4 odst. 2 písm. a) vyhl. o fondech	317	792	249,84
3 Předpis přidělu do rezervního fondu zdravotního pojištění dle § 3 odst. 4 písm. c) a dle § 2 odst. 5 vyhl. o fondech			
4 Předpis přidělu do fondu reprodukce majetku podle § 3 odst. 4 písm. d) vyhlášky o fondech	500	1 000	200,00
5 Předpis přidělu do základního fondu zdravotního pojištění podle rozhodnutí správní rady podle § 3 odst. 4 písm. e) vyhlášky o fondech			
6 Předpis přidělu do fondu reprodukce majetku ve výši kladného rozdílu mezi prodejní a zůstatkovou cenou podle § 3 odst. 4 písm. k) vyhlášky o fondech			
7 Záporné rozdíly z ocenění CP pořízených z prostředků PF na reálnou hodnotu dle § 3 odst. 4 písm. g) vyhl. o fondech			
8 Ztráty z prodeje cenných papírů pořízených z prostředků PF podle § 3 odst. 7 vyhlášky o fondech			
IV. Konečný zůstatek k poslednímu dni sledovaného období = I + II - III	-78 262	-156 847	200,41

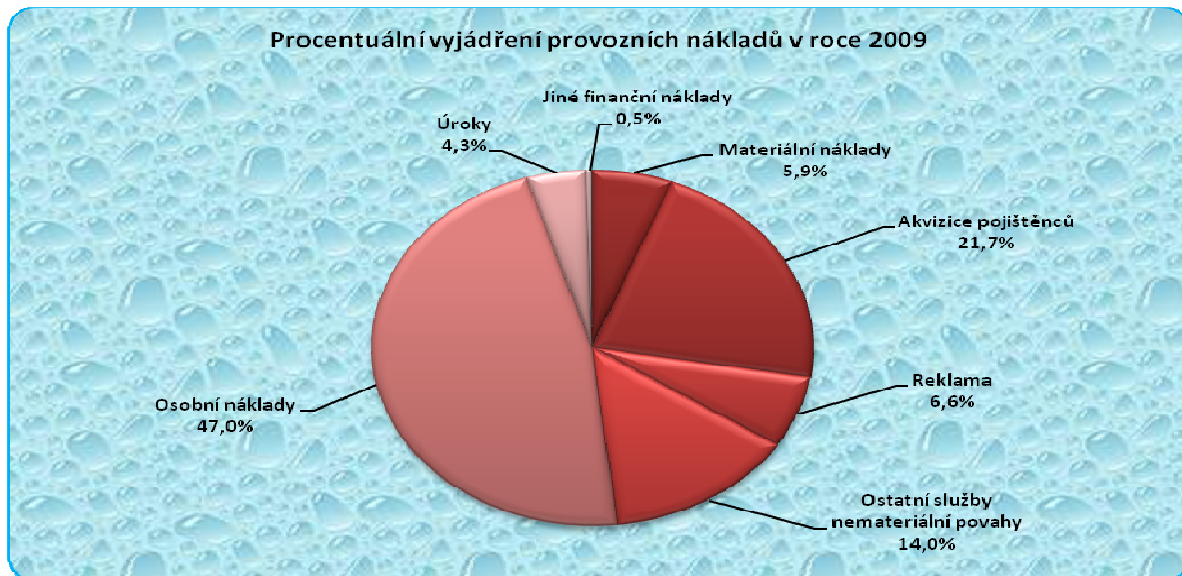
B. Provozní fond (PF)		Rok 2008	Rok 2009	ZPP 09/oč.
Příjmy a výdaje ve sledovaném období podle § 3 vyhlášky o fondech		oč.skut.	ZPP	skut. 2008
		tis.Kč	tis.Kč	%
I.	Počáteční zůstatek k 1. 1. ve sledovaném období	0	0	
II.	Příjmy celkem:	79 306	122 466	154,42
1	Příděl podle § 1 odst. 4 písm. i) vyhlášky o fondech ze ZFZP, stanovený podle § 7 odst. 1 a 2 vyhlášky o fondech	4 374	45 141	1 032,03
2	Příděl z fondu reprodukce majetku ve výši schválené Správní radou podle § 3 odst. 2 písm. c) vyhlášky o fondech			
3	Převod prostředků PF v případě sloučení nebo splnutí zdravotní pojišťovny dle § 3 odst. 2 písm. g) vyhl. o fondech			
4	Příjmy z prodeje dlouhodobého hmotného a nehmotného majetku podle § 3 odst. 2 písm. h) vyhlášky o fondech			
5	Mimořádný příděl Vojenské zdravotní pojišťovny ČR převodem ze ZFZP			
6	Příjem úroků vztahujících se k PF podle § 3 odst. 2 písm. d) vyhlášky o fondech	1	0	
7	Příjem smluvních pokut z porušení smluvního vztahu ke zdravotnickým zařízením podle § 3 odst. 2 písm. i) vyhlášky o fondech			
8	Kladné kurzové rozdíly související s PF podle § 3 odst. 2 písm. e) vyhlášky o fondech			
9	Ostatní příjmy vztahující se k PF podle § 3 odst. 2 písm. j) vyhlášky o fondech			
10	Příjmy Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR podle § 3 odst. 3 vyhlášky o fondech ¹⁾			
11	Příjem daru určeného výlučně pro PF podle § 3 odst. 2 písm. b) vyhlášky o fondech			
12	Příjem zálohy včetně konečného zúčtování na úhradu podílu části režijních výdajů a ostatní zdaňované činnosti ²⁾			
13	Zisk z prodeje cenných papírů podle § 3 odst. 7 vyhlášky o fondech			
14	Zisk z držby cenných papírů podle § 3 odst. 7 vyhlášky o fondech			
15	Prodej cenných papírů oceněný účetní hodnotou prodaných cenných papírů			
	<i>Jiné provozní příjmy</i>	701		
	<i>Přijaté bankovní úvěry</i>	74 230	77 325	104,17
III.	Výdaje celkem:	79 306	122 466	154,42
1	Členění výdajů v rámci provozní činnosti podle na § 3 vyhlášky o fondech	78 385	120 434	153,64
	v tom:			
1.1	mzdy bez ostatních osobních nákladů	15 601	38 833	248,91
1.2	ostatní osobní náklady	641	1 750	273,01
1.3	pojistné za zaměstnance na zdravotní pojištění ³⁾	1 453	3 600	247,76
1.4	pojistné za zaměstnance na sociální zabezpečení	4 198	10 398	247,69
1.5	odměny členům správní, dozorčí rady a rozhodčímu orgánu	286	1 086	379,72
1.6	úroky	1 256	5 294	421,50
1.7	podíl úhrad za služby Centra mezistátních úhrad	29	76	262,07
1.8	podíl úhrad zaměstnanecké zdravotní pojišťovny za služby Informačního centra	8	45	562,50
1.9	podíl úhrad zaměstnanecké zdravotní pojišťovny za vedení centrálního registru	20	192	960,00
1.10	záporné kurzové rozdíly související s PF			
1.11	úhrady poplatků	16	24	150,00
1.12	úhrady pokut a penále podle § 3 odst. 4 písm. i) vyhlášky o fondech			
1.13	úhrada zdravotní péče z rozhodnutí likvidátora zaměstnanecké zdravotní pojišťovny podle § 3 odst. 4 písm. vyhlášky o fondech			
1.14	prostředky vynaložené zaměstnaneckou zdravotní pojišťovnou na nákup metodik od VZP ČR podle § 3 dst. 3) vyhlášky o fondech	7	12	171,43
1.15	úhrady prostředků vynaložených VZP ČR podle § 3 odst. 5 vyhlášky o fondech ²⁾			
1.16	ostatní výdaje	54 870	59 124	107,75
1.16.1	z toho: za služby související s rozvojem informační infrastruktury systému	2 700	4 600	170,37
2	Příděl do sociálního fondu podle § 4 odst. 2 písm. a) vyhlášky o fondech	317	792	249,84
3	Příděl do rezervního fondu zdravotního pojištění podle § 2 odst. 5 vyhlášky o fondech			
4	Příděl do fondu reprodukce majetku podle § 3 odst. 4 písm. d) vyhlášky o fondech	500	1 000	200,00
5	Příděl do základního fondu zdravotního pojištění podle rozhodnutí SR podle § 3 odst. 4 písm. e) vyhl. o fondech			
6	Příděl do fondu reprodukce majetku ve výši kladného rozdílu mezi prodejní a zůstatkovou cenou podle § 3 odst. 4 písm. l) vyhlášky o fondech			
7	Příděl do fondu reprodukce majetku ve výši celkových odpisů včetně zůstatkové hodnoty podle § 6 odst. 2 písm. a)	104	240	230,77
8	Zúčtování zálohy Vojenskou zdravotní pojišťovnou ČR na vedení specifických fondů ²⁾			
9	Zúčtování zálohy na podíl režijních výdajů související s ostatní zdaňovanou činností ²⁾			
10	Ztráty z prodeje cenných papírů pořízených z prostředků PF podle § 3 odst. 7 vyhlášky o fondech			
11	Nákup cenných papírů z finančních prostředků PF podle § 3 odst. 7 vyhlášky o fondech			
IV.	Konečný zůstatek k poslednímu dni sledovaného období = I + II - III	0	0	

C Doplnující informace k oddílu B - podle ustanovení § 3 odst. 7 vyhlášky o fondech				
1	Stav cenných papírů k 1. 1. ve sledovaném období ³⁾			
2	Stav cenných papírů k poslednímu dni sledovaného období			

ZPP 2009 PF - 3

Poznámky k tabulce:

- 1) V oddílu B III ř. 1.15 jsou uvedeny výdaje VZP ČR vynaložené na prodané metodiky jiným účastníkům působícím v systému veřejného zdravotního pojištění. (Ocenění úplnými vlastními náklady bez zisku).
- 2) Finanční zálohy (poskytované mezi odděleními bankovními účty) na podíl společných výdajů vztahující se k ostatní zdaňované činnosti (případně u VoZP ČR za specifické fondy), jsou zachyceny pouze v oddílu B, tj. na bankovním účtu v souladu s Českými účetními standardy pro zdravotní pojišťovny.
- 3) Součet počátečního zůstatku oddílu B s počátečním zůstatkem stavu cenných papírů k 1. 1. by měl být roven počátečnímu zůstatku oddílu A. Tato vazba platí i pro konečné zůstatky. Případné rozdíly nutno komentovat v příloze tabulky.
- 4) V oddílu A i B jsou řádky 1.16.1 určeny pro jednotné vykazování nákladů a výdajů souvisejících s rozvojem informační infrastruktury.
- 5) V oddílu A III, B III ř. 1.3 zdravotní pojišťovny zahrnují i náklady související s platbou zdravotního pojištění členů SR, DR a RO.



Propočet limitu nákladů na vlastní činnost

V souladu s § 7 vyhlášky č. 418/2003 Sb., ve znění pozdějších předpisů, se roční limit nákladů na činnost zdravotní pojišťovny krytý ze zdrojů základního fondu zdravotního pojištění stanoví z prostředků získaných z pojistného na veřejné zdravotní pojištění po přerozdělení, výnosu penále, pokut, přírážek k pojistnému a náhrad škod.

Výše limitu finančních prostředků tvořící součet přidělů do provozního fondu, do sociálního fondu a do fondu reprodukce majetku se propočte podle vzorce:

$$L = (PC : 100) * \text{koef.},$$

kde:

- L** představuje limit nákladů na činnost zdravotní pojišťovny propočtený z prostředků veřejného zdravotního pojištění v Kč,
- PC** představují příjmy v Kč za kalendářní rok z veřejného zdravotního pojištění po přerozdělení, z výnosu penále, pokut, přírážek k pojistnému a náhrad škod,
- koef.** představuje koeficient v procentech, zaokrouhlený na dvě desetinná místa a vypočtený podle vzorce

$$\text{koef.} = -0,58/P * p + 3,71 + 0,58/P * 50,$$

kde:

- P** představuje hodnotu 10.310 vyjadřující jednu tisícinu průměrného počtu pojištěnců systému veřejného zdravotního pojištění zahrnutou do propočtu limitu,
- p** představuje jednu tisícinu průměrného počtu pojištěnců ZPA, propočteného z měsíčních údajů pro přerozdělování za hodnocené období včetně opravných hlášení, zaokrouhlenou směrem nahoru na celé číslo.

Po dosazení příslušných hodnot do uvedených vzorců vychází pro ZPA v roce 2009 přiděl do provozního fondu ve výši **45.141 tis.Kč**, který odpovídá **3,71 %** z plánované tzv. rozvrhové základny (PC) **1.216.751 tis.Kč**.

5.3. Majetek pojišťovny a investice

Veškerý majetek, který bude pojišťovna pořizovat a spravovat bude evidován v souladu s vyhláškou č. 503/2002 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona č. 563/1991 Sb., o účetnictví, ve znění pozdějších předpisů, pro zdravotní pojišťovny.

Jako každá začínající organizace má i ZPA v prvních letech své činnosti velmi omezené možnosti k vytvoření vlastních zdrojů pro pořízení investic a neobejde se bez posílení fondu reprodukce majetku z provozního fondu. Tento přiděl nad rámec odpisů podléhá v souladu s § 6 odst. 2 bod b) vyhlášky č. 418/2003 Sb., ve znění pozdějších předpisů, schválení Správní radou ZPA. V roce 2008 se jedná o objem **0,5 mil.Kč**, v roce 2009 o částku **1,0 mil.Kč**.

Průběžně nabíhající odpisy nově pořízeného majetku jsou plánovány ve výši **0,2 mil.Kč**, což je objem, který není schopen pokrýt ani nejzákladnější provozní investice týkající se kancelářské techniky, např. multifunkční kopírovací stroje a tiskárny, frankovací stroje, skartovací stroje apod.

Žádné stavební investice ZPA v roce 2009 neplánuje, svoji činnost bude nadále vykonávat v pronajatých prostorech jak pro ředitelství, tak pro kontaktní místa.

Na bázi dlouhodobé outsourcingové smlouvy se společností AGEL Insurance a.s., žadatelem o povolení k provádění veřejného zdravotního pojištění, má ZPA zajištěn provoz a rozvoj svého informačního systému. Investicí v této oblasti by mohl být v budoucnu odkup kompletního informačního systému včetně licencí do vlastnictví ZPA. Ve Zdravotně pojistném plánu ZPA na rok 2009 tato varianta promítnuta není, nelze však vyloučit, že o její realizaci může v průběhu roku rozhodnout Správní rada ZPA. Předpokládaným zdrojem potřebných finančních prostředků by byl kontokorentní úvěr sloužící ke krytí provozních výdajů.

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

Fond reprodukce majetku

A. Fond reprodukce majetku (FRM)		Rok 2008	Rok 2009	ZPP 09/oč.
Tvorba a čerpání ve sledovaném období		oč.skut.	ZPP	skut. 2008
		tis.Kč	tis.Kč	%
I.	Počáteční zůstatek k 1. 1. ve sledovaném období	0	99	
II.	Tvorba celkem = zdroje	604	1 261	208,77
1	Předpis FRM přidělem z provozního fondu ve výši odpisů podle § 6 odst. 2 písm. a) vyhlášky o fondech	104	240	230,77
2	Předpis přidělu z provozního fondu ve výši schválené Správní radou podle § 6 odst. 2 písm. b) vyhlášky o fondech	500	1 000	200,00
3	Úroky z běžného účtu FRM podle § 6 odst. 2 písm. f) vyhlášky o fondech	0	21	
4	Dar určený dárce na posílení FRM podle § 6 odst. 2 písm. d) vyhlášky o fondech			
5	Příděl ze zisku po zdanění podle § 6 odst. 2 písm. e) vyhlášky o fondech			
6	Zůstatek z FRM sloučené, nebo splynuté zdravotní pojišťovny podle § 6 odst. 2 písm. g) vyhlášky o fondech			
7	Účelová dotace ze státního rozpočtu podle § 6 odst. 2 písm. h) vyhlášky o fondech			
8	Převod z provozního fondu - kladný rozdíl mezi prodejní a zůstatkovou cenou prodaného dlouhodobého hmotného a nehmotného majetku podle § 6 odst. 2 písm. c) vyhlášky o fondech			
9	Kladné kurzové rozdíly vztahující se k FRM podle § 6 odst. 2 písm. i) vyhlášky o fondech			
III.	Čerpání celkem = snížení zdrojů:	505	1 212	240,00
1	Pořízení dlouhodobého hmotného a nehmotného majetku včetně záloh podle § 6 odst. 3 písm. a) vyhlášky o fondech	500	1 200	240,00
2	Splátky úroků z úvěrů podle § 6 odst. 3 písm. b) vyhlášky o fondech			
3	Bankovní a poštovní poplatky podle § 6 odst. 3 písm. d) vyhlášky o fondech	5	12	240,00
4	Příděl do provozního fondu se souhlasem Správní rady podle § 6 odst. 3 písm. c) vyhlášky o fondech			
5	Záporné kurzové rozdíly podle § 6 odst. 3 písm. e) vyhlášky o fondech			
6	Závazky k úhradě zdravotní péče z rozhodnutí likvidátora podle § 6 odst. 3 písm. f) vyhlášky o fondech			
IV.	Konečný zůstatek k poslednímu dni sledovaného období = I + II - III	99	148	149,49

B. Fond reprodukce majetku (FRM)		Rok 2008	Rok 2009	ZPP 09/oč.
Příjmy a výdaje ve sledovaném období podle § 6 odst. 4 vyhlášky o fondech		oč.skut.	ZPP	skut. 2008
		tis.Kč	tis.Kč	%
I.	Počáteční zůstatek k 1. 1. ve sledovaném období	0	99	
II.	Příjmy celkem:	604	1 261	208,77
1	Příděl z běžného účtu provozního fondu ve výši odpisů podle § 6 odst. 2 písm. a) vyhlášky o fondech	104	240	230,77
2	Příděl z běžného účtu provozního fondu ve výši schválené Správní radou podle § 6 odst. 2 písm. b) vyhlášky o fondech	500	1 000	200,00
3	Úroky z běžného účtu FRM podle § 6 odst. 2 písm. f) vyhlášky o fondech	0	21	
4	Dar určený dárce na posílení FRM podle § 6 odst. 2 písm. d) vyhlášky o fondech			
5	Příděl ze zisku po zdanění podle § 6 odst. 2 písm. e) vyhlášky o fondech			
6	Převod zůstatku běžného účtu FRM v případě sloučení nebo splynutí zdravotní pojišťovny podle § 6 odst. 2 písm. g) vyhlášky o fondech			
7	Účelová dotace ze státního rozpočtu podle § 6 odst. 2 písm. h) vyhlášky o fondech			
8	Převod z běžného účtu provozního fondu - kladný rozdíl mezi prodejní a zůstatkovou cenou prodaného dlouhodobého hmotného a nehmotného majetku podle § 6 odst. 2 písm. c) (podle § 3 odst. 4 písm. k) vyhlášky o fondech			
9	Kladné kurzové rozdíly vztahující se k FRM podle § 6 odst. 2 písm. i) vyhlášky o fondech			
10	Příjem úvěrů na posílení FRM			
III.	Výdaje celkem:	505	1 212	240,00
1	Pořízení dlouhodobého hmotného a nehmotného majetku včetně záloh podle § 6 odst. 3 písm. a) vyhlášky o fondech	500	1 200	240,00
2	Splátky úroků z úvěrů podle § 6 odst. 3 písm. b) vyhlášky o fondech			
3	Úhrady bankovních a poštovních poplatků podle § 6 odst. 3 písm. d) vyhlášky o fondech	5	12	240,00
4	Příděl na běžný účet PF se souhlasem správní rady podle § 6 odst. 3 písm. c) vyhlášky o fondech			
5	Záporné kurzové rozdíly podle § 6 odst. 3 písm. e) vyhlášky o fondech			
6	Úhrada zdravotní péče z rozhodnutí likvidátora podle § 6 odst. 3 písm. f) vyhlášky o fondech			
7	Splátky úvěrů vztahující se k tomuto fondu (s vazbou na § 6 odst. 3 písm. b) vyhlášky o fondech) ¹⁾			
IV.	Konečný zůstatek k poslednímu dni sledovaného období = I + II - III	99	148	149,49

ZPP 2009 FRM - 4

Poznámky k tabulce:

- 1) Za účelem sledování výše splátek na uzavřený splátkový kalendář zašle ZP po uzavření smlouvy o poskytnutí úvěru informaci o uzavřeném splátkovém kalendáři.
V rámci komentáře k FRM podá ZP informaci o opatřeních přijatých, v případě porušení tohoto splátkového kalendáře.

5.4. Sociální fond

Tvorba a čerpání sociálního fondu se v roce 2008 i ve Zdravotně pojistném plánu ZPA na rok 2009 řídí ustanoveními § 4 vyhlášky č. 418/2003 Sb., ve znění pozdějších předpisů.

Hlavním zdrojem sociálního fondu jsou příděly ve výši 2 % z ročního objemu nákladů zúčtovaných na mzdy a náhrady mezd. Absolutně se jedná v roce 2008 o objem **0,3 mil.Kč**, v roce 2009 pak o **0,8 mil.Kč**.

Čerpání z tohoto fondu zahájí ZPA až v roce 2009. Finanční prostředky budou použity především na příspěvek zaměstnavatele na penzijní připojištění, jejich malá část pak rovněž na zabezpečení jejich kulturních a sportovních potřeb.

Nevyčerpané prostředky sociálního fondu budou převedeny do dalšího účetního období.

Sociální fond

A.	Sociální fond (SF) Tvorba a čerpání ve sledovaném období	Rok 2008 oč.skut. tis.Kč	Rok 2009 ZPP tis.Kč	ZPP 09/oč. skut. 2008 %
I.	Počáteční zůstatek k 1. 1. ve sledovaném období	0	316	
II.	Tvorba celkem = zdroje	320	804	251,25
1	Předpis přídělu z provozního fondu podle § 4 odst. 2 písm. a) vyhlášky o fondech	317	792	249,84
2	Úroky z běžného účtu SF podle § 4 odst. 2 písm. e) vyhlášky o fondech	3	12	400,00
3	Předpis ostatních příjmů podle § 4 odst. 2 písm. d) vyhlášky o fondech			
4	Předpis přídělu ze zisku po zdanění ze zdaňované činnosti podle § 4 odst. 2 písm. b) vyhl. o fondech			
5	Převod zůstatku SF, v případě sloučení nebo splynutí zdravotní pojišťovny, podle § 4 odst. 2 písm. h) vyhlášky o fondech			
6	Splátky z půjček zaměstnancům podle § 4 odst. 2 písm. c) vyhlášky o fondech			
7	Kladné kurzové rozdíly související se SF podle § 4 odst. 2 písm. f) vyhlášky o fondech			
8	Dary určené dárce do SF podle § 4 odst. 2 písm. g) vyhlášky o fondech			
III.	Čerpání celkem = snížení zdrojů podle § 4 odst. 3 písm. a)	4	480	12 000,00
1	Předpisy snížení zdrojů podle § 4 odst. 3 vyhlášky o fondech (1.1 + 1.2)	0	468	
1.1	v tom: půjčky			
1.2	ostatní čerpání	0	468	
2	Bankovní (poštovní) poplatky	4	12	300,00
3	Záporné kurzové rozdíly			
IV.	Konečný zůstatek k poslednímu dni sledovaného období = I + II - III	316	640	202,53

B.	Sociální fond (SF)	Rok 2008 oč.skut.	Rok 2009 ZPP	ZPP 09/oč. skut. 2008
	Příjmy a výdaje ve sledovaném období v souladu s § 4 odst. 4 vyhl. o fondech	tis.Kč	tis.Kč	%
I.	Počáteční zůstatek k 1.1. ve sledovaném období	0	316	
II.	Příjmy celkem:	320	804	251,25
1	Příděl z běžného účtu PF podle § 4 odst. 2 písm. a) vyhlášky o fondech	317	792	249,84
2	Úroky z běžného účtu SF podle § 4 odst. 2 písm. e) vyhlášky o fondech	3	12	400,00
3	Ostatní příjmy podle § 4 odst. 2 písm. d) vyhlášky o fondech			
4	Příděl ze zisku po zdanění ze zdaňované činnosti podle § 4 odst. 2 písm. b) vyhlášky o fondech			
5	Převod zůstatku běžného účtu SF, v případě sloučení nebo splynutí zdravotní pojišťovny, podle § 4 odst. 2 písm. h) vyhlášky o fondech			
6	Splátky z půjček zaměstnancům podle § 4 odst. 2 písm. c) vyhlášky o fondech			
7	Kladné kurzové rozdíly související se SF podle § 4 odst. 2 písm. f) vyhlášky o fondech			
8	Dary určené dárce do SF podle § 4 odst. 2 písm. g) vyhlášky o fondech			
III.	Výdaje celkem: podle § 4 odst. 3 písm. a) vyhlášky o fondech	4	480	12 000,00
1	Výdaje podle § 4 odst. 3 vyhlášky o fondech (1.1 + 1.2)	0	468	
1.1	v tom: půjčky			
1.2	ostatní výdaje	0	468	
2	Bankovní (poštovní) poplatky	4	12	300,00
3	Záporné kurzové rozdíly související se SF			
IV.	Konečný zůstatek k poslednímu dni sledovaného období = I + II - III	316	640	202,53
C	Doplňující informace k oddílu B			
1	Stav půjček zaměstnancům k 1. 1. ve sledovaném období			
2	Stav půjček zaměstnancům k poslednímu dni sledovaného období			

ZPP 2009 SF - 5

5.5. Rezervní fond

V souladu s ustanovením § 18 zákona č. 280/1992 Sb., ve znění pozdějších předpisů, je zdravotní pojišťovna povinna naplnit rezervní fond do tří let ode dne získání povolení k provádění všeobecného zdravotního pojištění. Poprvé by tedy měla ZPA vyčíslit objem 1,5 % průměrných ročních výdajů základního fondu zdravotního pojištění za bezprostředně předcházející tři kalendářní roky v roce 2011.

Přes výše uvedené skutečnosti plánuje ZPA v roce 2009 spravování rezervního fondu, jelikož v souladu s ustanovením § 4a) zákona č. 280/1992 Sb., ve znění pozdějších předpisů, byla do tohoto fondu převedena kauce žadatele o povolení k provádění všeobecného zdravotního pojištění ve výši **50,0 mil.Kč.**

Je zřejmé, že současné právní předpisy pro oblast veřejného zdravotního pojištění by měly doznat takové úpravy, aby byl tento rozpor explicitně vyřešen. Na absenci jednoznačného právního výkladu totiž po ZPA brzy narazí noví žadatelé o povolení k provádění veřejného zdravotního pojištění, pokud jim bude licence udělena.

Rezervní fond

A. Rezervní fond (RF) Tvorba a čerpání ve sledovaném období		Rok 2008 oč.skut. tis.Kč	Rok 2009 ZPP tis.Kč	ZPP 09/oč. skut. 2008 %
I.	Počáteční zůstatek k 1. 1. ve sledovaném období	0	50 022	
II.	Tvorba celkem = zdroje	50 296	938	1,86
1	Převod ze základního fondu zdravotního pojištění podle § 2 odst. 1 písm. b) vyhlášky o fondech			
2	Úroky z běžného účtu RF podle § 2 odst. 1 písm. e) vyhlášky o fondech	296	938	316,89
3	Dary určené dárce do RF podle § 2 odst. 1 písm. f) vyhlášky o fondech			
4	Zisk z prodeje cenných papírů podle § 2 odst. 1 písm. c) vyhlášky o fondech			
5	Zisk z držby cenných papírů podle § 2 odst. 1 písm. c) vyhlášky o fondech			
6	Převod zůstatku RF v případě sloučení nebo splnutí zdr. poj. dle § 2 odst.1 písm. g) vyhlášky o fondech			
7	Kauce žadatele podle § 2 odst. 1 písm. a) vyhlášky o fondech	50 000		
8	Kladné rozdíly z ocenění cenných papírů pořízených z prostředků RF na reálnou hodnotu podle § 2 odst.1 písm. d) vyhlášky o			
III.	Čerpání celkem = snížení zdrojů:	274	960	350,36
1	Příděl z RF do základního fondu zdravotního pojištění podle § 2 odst. 2 písm. a) vyhlášky o fondech	263	948	360,46
2	Poplatky za vedení BÚ RF a poplatky za poštovní služby souvis. s RF podle § 2 odst. 2 písm. b) vyhl. o fondech	11	12	109,09
3	Ztráty z prodeje cenných papírů pořízených z prostředků RF podle § 2 odst. 2 písm. c) vyhlášky o fondech			
4	Závazky k úhradě zdravotní péče z rozhodnutí likvidátora podle § 2 odst. 2 písm. e) vyhlášky o fondech			
5	Záporné hodnoty z ocenění cenných papírů pořízených z prostředků RF dle § 2 odst. 2 písm. d) vyhl. o fondech			
IV.	Konečný zůstatek k poslednímu dni sledovaného období = I + II - III	50 022	50 000	99,96

B. Rezervní fond (RF) Příjmy a výdaje ve sledovaném období podle § 2 odst. 3 vyhlášky o fondech		Rok 2008 oč.skut. tis.Kč	Rok 2009 ZPP tis.Kč	ZPP 09/oč. skut. 2008 %
I.	Počáteční zůstatek k 1. 1. ve sledovaném období ¹⁾	0	50 022	
II.	Příjmy celkem:	50 296	938	1,86
1	Převod z běžného účtu základního fondu zdravotního pojištění podle § 2 odst. 1 písm. b) vyhlášky o fondech			
2	Úroky z běžného účtu RF podle § 2 odst. 1 písm. e) vyhlášky o fondech	296	938	316,89
3	Dary určené dárce do RF podle § 2 odst. 1 písm. f) vyhlášky o fondech			
4	Zisk z prodeje cenných papírů podle § 2 odst. 1 písm. c) vyhlášky o fondech			
5	Zisk z držby cenných papírů podle § 2 odst. 1 písm. c) vyhlášky o fondech			
6	Převod zůstatku BÚ RF v příp. sloučení nebo splnutí zdravotní poj. dle § 2 odst.1 písm. g) vyhl. o fondech			
7	Kauce žadatele podle § 2 odst. 1 písm. a) vyhlášky o fondech	50 000		
8	Prodej cenných papírů oceněný účetní hodnotou prodaných cenných papírů ²⁾			
III.	Výdaje celkem:	274	960	350,36
1	Příděl z běžného účtu RF na běžný účet ZFZP podle § 2 odst. 2 písm. a) vyhlášky o fondech	263	948	360,46
2	Poplatky za vedení BÚ RF a poplatky za poštovní služby souvis. s RF podle § 2 odst.2 písm. b) vyhl. o fondech	11	12	109,09
3	Ztráty z prodeje cenných papírů pořízených z prostředků RF podle § 2 odst. 2 písm. c) vyhlášky o fondech			
4	Závazky k úhradě zdravotní péče z rozhodnutí likvidátora podle § 2 odst. 2 písm. e) vyhlášky o fondech			
5	Nákup cenných papírů z finančních prostředků RF			
IV.	Konečný zůstatek k poslednímu dni vykazovaného období = I + II - III ¹⁾	50 022	50 000	99,96

C Doplnující informace k oddílu B				
1	Stav cenných papírů k 1. 1. sledovaného období			
2	Stav cenných papírů k 31. 12. sledovaného období			

Doplnující tabulka: Propočet limitu RF ³⁾

Rok	Propočtová základna pro výpočet limitu přidělu do RF			
	Průměrné roční výdaje ZFZP za bezprostředně předch. uzavřené 3 kalendářní roky 2005, 2006, 2007 - 1,5 % z průměru		x	
	Průměrné roční výdaje ZFZP za bezprostředně předch. uzavřené 3 kalendářní roky 2006, 2007, 2008 - 1,5 % z průměru	x		

ZPP 2009 RF - 6

Poznámky k tabulce:

- Údaj oddílu B.I. a B.IV. vyjadřuje pouze stav finančních prostředků bez finančních investic, které jsou součástí RF, v souladu s § 7 odst. 1 písm. b) zákona č. 551/1991 Sb., ve znění pozdějších předpisů a § 18 zákona č. 280/1992 Sb., ve znění pozdějších předpisů. Bližší podmínky hospodaření jsou uvedeny v § 2 odst. 3 vyhlášky o fondech. Pokud ZP nevykáže, že A. I. = B. I. + C. 1, případně A. IV. = B. IV. + C. 2 bude rozdíly komentovat v příloze tabulky.
- Při prodeji cenných papírů se ziskem bude celková prodejní cena vyjádřena součtem řádků B. II. 8 + B. II. 4. Při prodeji cenných papírů se ztrátou bude prodejní cena tvořena rozdílem ř. B. II. 8 - B. III. 3.
- Tabulku propočtu RF vyplňuje VZP ČR podle § 7 odst. 1 písm. b) zákona č. 551/1991 Sb., ve znění pozdějších předpisů, a ostatní zaměstnanecké zdravotní pojišťovny podle § 18 odst. 1 zákona č. 280/1992 Sb., ve znění pozdějších předpisů.

5.6. Ostatní zdaňovaná činnost

Výnosy ze zdaňované činnosti v roce 2008 i 2009 budou tvořeny provizemi, které vyplývají ze Smlouvy o spolupráci při propagaci zdravého životního stylu uzavřené mezi Zdravotní pojišťovnou AGEL a společností AGEL a.s.

Smluvní strany se dohodly na spolupráci ve formě propagace zdravého životního stylu, zdravotní osvěty a propagace v oblasti prevence nemocí zejména mezi pojištěnci ZPA. Vzhledem k tomu, že pojišťovna disponuje komunikačními kanály, kterými nedisponuje společnost AGEL a.s., je pro tuto společnost výhodnější naplňovat svůj cíl činnosti prostřednictvím pojišťovny. ZPA naproti tomu v rámci této spolupráce získává výhodu pro své pojištěnce.

Veškeré náklady na zdaňovanou činnost vede ZPA účetně i finančně odděleně od nákladů souvisejících s veřejným zdravotním pojištěním. Naložení s případným ziskem z této činnosti je v kompetenci Správní rady ZPA.

Zdaňovaná činnost

A.	Ostatní zdaňovaná činnost (OZdČ) 1)	Rok 2008 oč.skut. tis.Kč	Rok 2009 ZPP tis.Kč	ZPP 09/oč. skut. 2008 %
I.	Výnosy celkem	350	1 015	290,00
1	Výnosy ze zdaňované činnosti	350	1 015	290,00
2	Úroky	0	0	
3	Výnosy z prodeje finančních investic			
4	Zvýšení hodnoty cenných papírů vlivem reálného ocenění			
II.	Náklady celkem ²⁾	350	1 015	290,00
1	Provozní náklady související s OZdČ zdravotní pojišťovny	350	1 015	290,00
1.1	- mzdy bez ostatních osobních nákladů	174	395	227,01
1.2	- ostatní osobní náklady	0	0	
1.3	- pojistné na zdravotní pojištění	16	35	218,75
1.4	- pojistné na sociální zabezpečení	44	103	234,09
1.5	- odpisy hmotného a nehmotného majetku - podíl vztahující se k této činnosti	0	0	
1.6	- úroky	0	0	
1.7	- pokuty a penále	0	0	
1.8	- finanční náklady spojené s prodejem finančních investic	0	0	
1.9	- ostatní provozní náklady	116	482	415,52
2	Snížení hodnoty cenných papírů vlivem reálného ocenění	0	0	
III.	Hospodářský výsledek = I - II	0	0	
IV.	Daň z příjmů	0	0	
V.	Zisk z OZdČ po zdanění = III - IV.	0	0	
B	Doplňující informace o cenných papírech (CP) pořízených z finančních zdrojů OZdČ 3)			
1	Stav cenných papírů k 1. 1. sledovaného období			
2	Stav cenných papírů k 31. 12. sledovaného období			
	Z toho CP vztahující se k dceřiné společnosti provozující komerční pojištění			
z 1	Stav cenných papírů k 1. 1. sledovaného období			
z 2	Stav cenných papírů k 31. 12. sledovaného období			

ZPP 2009 OZdČ - 8

Poznámky k tabulce:

- 1) Tabulka zahrnuje náklady a výnosy souvis. s veškerou ostatní zdaňovanou činností provozovanou zdravotní pojišťovnou v souladu se Statutem zdravotní pojišťovny (nebo v případě VZP ČR schválenou Ministerstvem zdravotnictví).
- 2) Náklady na ostatní zdaňovanou činnost vyjadřují nejpozději k 31. 12. daného roku celkové náklady na tuto činnost, včetně podílu nákladů hrazených v průběhu roku prvotně (zálohově) z PF.
Na tento podíl nákladů je nutno v průběhu roku poskytovat zálohy na bankovní účet provozního fondu, pokud není prováděno přímé rozúčtování společných provozních nákladů již v průběhu roku (vazba na § 3 vyhlášky o fondech).
- 3) Cenné papíry (CP) - patří sem podíl CP vztahující se k této činnosti, vč. podílu v dceřiných společnostech.
V oddíle II pod bodem 1.8 je nutno uvádět pouze účetní hodnotu prodávaných finančních investic tak, aby bylo možno po odečtení této hodnoty od oddílu I. ř. 3, stanovit realizovaný zisk nebo ztrátu z uskutečněního prodeje.

5.7. Specifické fondy

Kapitola je pro ZPA bezpředmětná, jelikož tyto fondy ZPA nevytváří a tudíž ani nespravuje.

6. Přehled základních ekonomických ukazatelů

č.ř.	Ukazatel	měr. jed.	Rok 2008 oč.skut.	Rok 2009 ZPP	% ZPP 2009/oč. skut. 2008
I. Pojištěnci					
1	Počet pojištěnců celkem k poslednímu dni sledovaného období ¹⁾	osob	26 000	90 000	346,15
1.1	z toho: státem hrazení	osob	14 100	52 526	372,52
2	Průměrný počet pojištěnců za sledované období ²⁾	osob	8 334	70 875	850,43
2.1	z toho: státem hrazení	osob	4 426	41 363	934,55
II. Ostatní ukazatele					
3	Stav dlouhodobého majetku včetně poskytovaných záloh pořízený k poslednímu dni sled. období	tis. Kč	396	1 356	342,42
4	Stav dlouhodobého majetku, včetně poskytovaných záloh pořízený za sledované období	tis.Kč	500	1 200	240,00
4.1	v tom: majetek na vlastní činnost	tis.Kč	500	1 200	240,00
4.2	ostatní majetek	tis.Kč			
5	Stav finančních investic k poslednímu dni sledovaného období	tis.Kč			
5.1	z toho vázáno v dceřiné společnosti	tis.Kč			
6	Finanční investice pořízené za sledované období	tis.Kč			
6.1	z toho: vázáno v dceřiné společnosti	tis.Kč			
7	Přijaté bankovní úvěry celkem (tj. bez údajů na řádcích 10 a 13)	tis.Kč	74 230	77 325	104,17
7.1	v tom: dlouhodobé	tis.Kč			
7.2	krátkodobé	tis.Kč	74 230	77 325	104,17
8	Splátky bankovních úvěrů krátkodobých i dlouhodobých celkem	tis.Kč	0	0	
9	Nesplacený zůstatek bankovních úvěrů k poslednímu dni sledovaného období celkem	tis.Kč	74 230	151 555	204,17
10	Přijaté návratné finanční výpomoci ze státního rozpočtu ve sledovaném období	tis.Kč			
11	Splácení návratné finanční výpomoci ze státního rozpočtu ve sledovaném období	tis.Kč			
12	Nesplacený zůstatek návratné finanční výpomoci ze státního rozpočtu k posl. sledovaného obd.	tis.Kč			
13	Přijaté finanční dary a nenávratné dotace	tis.Kč	57 000	21 400	37,54
14	Přepočtený počet zaměstnanců k poslednímu dni sledovaného období ³⁾	osob	41	63	153,66
15	Průměrný přepočtený počet zaměstnanců ³⁾	osob	31	57	183,87
16	Výpočet limitu nákladů na činnost podle vyhlášky č. 418/2003 Sb., kterou se stanoví podrobnější vymezení okruhu a výše příjmů a výdajů fondů veřejného zdravotního pojištění zdravotních pojišťoven, podmínky jejich tvorby, užití, přípustnosti vzájemných převodů finančních prostředků a hospodaření s nimi, limit nákladů na činnost zdravotních pojišťoven krytých ze zdrojů základního fondu včetně postupu propočtu tohoto limitu, ve znění pozdějších předpisů (dále jen vyhláška o fondech) ⁴⁾	%	3,71	3,71	
17	Rozvrhová základna pro propočet přidělu do provozního fondu	tis. Kč	117 888	1 216 751	1 032,12
18	Maximální limit nákladů na činnost propočtený z dosažené rozvrhové základny	tis. Kč	4 374	45 141	1 032,12
19	Skutečný příděl ze ZFP do provozního fondu	tis. Kč	4 374	45 141	1 032,12
III. Závazky a pohledávky					
20	Závazky celkem k poslednímu dni sledovaného období ⁵⁾	tis.Kč	40 752	105 714	259,41
20.1	v tom: závazky vůči zdravotnickým zařízením ve lhůtě splatnosti	tis.Kč	36 316	104 214	286,96
20.2	závazky vůči zdravotnickým zařízením po lhůtě splatnosti	tis.Kč			
20.3	ostatní závazky ve lhůtě splatnosti	tis.Kč	4 436	1 500	33,81
20.4	ostatní závazky po lhůtě splatnosti	tis.Kč			
21	Pohledávky celkem k poslednímu dni sledovaného období	tis.Kč	29 824	112 457	377,07
21.1	v tom: pohledávky za plátcí pojistného ve lhůtě splatnosti	tis.Kč	27 344	86 992	318,14
21.2	pohledávky za plátcí pojistného po lhůtě splatnosti	tis.Kč	2 400	24 300	1 012,50
21.3	pohledávky za zdravotnickými zařízeními ve lhůtě splatnosti	tis.Kč			
21.4	pohledávky za zdravotnickými zařízeními po lhůtě splatnosti	tis.Kč			
21.5	ostatní pohledávky ve lhůtě splatnosti	tis.Kč	80	1 165	1 456,25
21.6	ostatní pohledávky po lhůtě splatnosti	tis.Kč			
22	Dohadné položky pasivní	tis.Kč			
23	Dohadné položky aktivní	tis.Kč	800	9 200	1 150,00
Doplňující údaje k řádkům 1, 2, 5 a 6.					
k 1.1	z toho pojištěnci ze zemí Evropské unie ⁶⁾	osob	50	450	900,00
k 2.1	z toho pojištěnci ze zemí Evropské unie ⁶⁾	osob	20	250	1 250,00
k 5	z toho ve Fondu majetku (FM)	tis.Kč			
k 6	z toho ve Fondu majetku (FM)	tis.Kč			

ZPP 2009 Zuk - 1

Poznámky k tabulce:

- Počet pojištěnců=stav pojištěnců k 31. 12., včetně opravného hlášení.
Do počtu pojištěnců se nezahrnují osoby, které se odhlásily ze zdravotního pojištění podle § 8 odst. 4 zákona č. 48/1997 Sb., ve znění zákona č. 176/2002 Sb.
- Průměrný počet pojištěnců k 31. 12. zdravotní pojišťovny se propočte jako součet údajů z 1. až 12. přerozdělování, včetně posledně známého opravného hlášení do přerozdělování, děleno dvanácti. Výsledná hodnota se zaokrouhlí na celé číslo.
- Zdravotní pojišťovna daný údaj zaokrouhlí na celá čísla.
- Limit stanovený v procentech se zaokrouhlí na 2 desetinná místa, v souladu s § 7 vyhlášky o fondech.
- Závazky celkem neobsahují závazky vykázané na ř. 9 a ř. 12.
- Jedná se o osoby, které se staly "osobami", za které platí pojistné stát" na základě vyhlášených mezinárodních smluv o sociálním pojištění s nimiž vyslovil souhlas Parlament a dále na základě závazných předpisů Evropských společenství, tj. nařízení Rady EHS 1408/71 a nařízení Rady EHS 574/72.

Pojištěnci

Současná dynamika růstu počtu pojištěnců ZPA představuje nepochybný předpoklad, že pojišťovna naplní dikci § 4 odst. 2 písm. f) zákona č. 280/1992, ve znění pozdějších předpisů, tedy závazek, že dosáhne do jednoho roku od založení počtu **50.000 pojištěnců**. Na tomto základě je postaven plán na rok 2009.

Průměrná plánovaná roční hodnota **70.875 pojištěnců** celkem odráží časový průběh nových akvizic, který je graficky znázorněn v kapitole 3. tohoto zdravotně pojistného plánu.

Ostatní ukazatele

Stav dlouhodobého majetku na konci roku 2008 je očekáván ve výši **0,4 mil.Kč**. Jeho plánovaná hodnota k 31.12.2009 činí **1,4 mil.Kč** a odráží cenu nově pořízených investic (1,2 mil.Kč), která bude v průběhu roku snížena o odpisy (0,2 mil.Kč) vyplývající ze stanoveného odpisového plánu.

Za účelem financování provozních potřeb uzavřela dne 27.3.2008 Zdravotní pojišťovna AGEL s Československou obchodní bankou, a.s. Smlouvu o úvěru a Smlouvu o zřízení zástavního práva. Banka na jejich základě poskytuje pojišťovně peněžní prostředky formou kontokorentního úvěru do výše úvěrového limitu. Nesplacený zůstatek předmětného úvěru k 31.12.2008 je očekáván ve výši **74,2 mil.Kč**, k 31.12.2009 je plánován ve výši **151,6 mil.Kč**. Kontokorentní úvěr je zajištěn skutečností, že veškeré finanční prostředky na bankovních účtech jednotlivých fondů ZPA jsou vedeny pouze v ČSOB, a.s. Tento typ úvěru je bankou specifikován jako krátkodobý a jeho průběžné splácení bude předmětem až následujících účetních období.

Na řádku č. 13 je v očekávané skutečnosti roku 2008 uveden celkový objem kauce (50,0 mil.Kč) a účelově poskytnutých finančních darů od zdravotnických zařízení skupiny AGEL do fondu prevence (7,0 mil.Kč), tedy celkem **57,0 mil.Kč**. Plán roku 2009 předpokládá pouze účelové dary od ZZ skupiny AGEL do fondu prevence v celkovém objemu **21,4 mil.Kč**.

Očekávané a plánované stavy zaměstnanců v letech 2008 a 2009 odpovídají počátečním potřebám nové instituce a reflektují požadavky na zajištění základní kvality poskytovaných služeb.

Na řádcích 16 až 19 jsou promítnuty veškeré náležitosti, které se týkají maximálního možného přídělu na vlastní činnost pojišťovny ze základního fondu zdravotního pojištění a jsou v souladu s § 7 vyhlášky č. 418/2003 Sb., ve znění pozdějších předpisů. Pro ZPA to konkrétně znamená, že z tzv. rozvrhové základny předpokládané ve výši **1.216,8 mil.Kč** je oprávněna v roce 2009 přidělit do provozního fondu **3,71 %**, tedy **45,1 mil.Kč**.

Závazky a pohledávky

Očekávané, resp. plánované závazky vůči zdravotnickým zařízením ve lhůtě splatnosti ve výši **36,3 mil.Kč**, resp. **104,2 mil.Kč** zahrnují závazky za zdravotní péči vykázanou za období dvanáctého měsíce sledovaného kalendářního roku, které budou pojišťovnou propláceny v obvyklé lhůtě splatnosti v prvním měsíci následujícího kalendářního roku.

K očekávaným závazkům ve lhůtě splatnosti v roce 2008 je žádoucí uvést následující poznámku. Z materiálů zpracovávaných Ministerstvem zdravotnictví (po vyjádření Ministerstva financí) pro vládu je obecně známo, že objem závazků zdravotních pojišťoven ve lhůtě splatnosti bývá přepočítáván na počet dnů, během nichž jsou schopny uhradit průměrné denní výdaje na zdravotní péči. V případě ZPA s dynamickým nárůstem počtu pojištěnců a potažmo i příjmů z pojistného a výdajů na zdravotní péči však tento algoritmus zcela ztrácí vypovídací schopnost a rovněž průměrné denní výdaje počítané z ročních hodnot jsou při zahájení činnosti ZPA od 1.4.2008 irelevantní.

Závazky vůči zdravotnickým zařízením po lhůtě splatnosti Zdravotní pojišťovna AGEL nepředpokládá.

Ostatní závazky ve lhůtě splatnosti tvoří běžné závazky z oblasti provozní režie.

Očekávané, resp. plánované pohledávky za plátcí pojistného ve lhůtě splatnosti ve výši **27,3 mil.Kč**, resp. **87,0 mil.Kč** představují pohledávky z výběru pojistného za dvanáctý měsíc sledovaného kalendářního roku, které budou pro pojišťovnu příjmem až v lednu roku následujícího.

Očekávané, resp. plánované pohledávky za plátcí pojistného po lhůtě splatnosti ve výši **2,4 mil.Kč**, resp. **24,3 mil.Kč** tvoří pohledávky za dlužným pojistným a vyměřeným penále. Kvalifikovaný odhad tohoto objemu vychází z předpokladu, že se bude jednat o částku odpovídající cca 2 % z celoročního proučtovaného pojistného na veřejné zdravotní pojištění před přerozdělením, což lze považovat za obvyklý celostátně vykazovaný podíl.

Ostatní objemově méně významné pohledávky spadají do provozní oblasti pojišťovny.

Dohadné položky pasivní Zdravotní pojišťovna AGEL letos neočekává a ani pro rok 2009 neplánuje, což souvisí zejména s výkonovým způsobem úhrad a minimálním prostorem pro aplikaci regulačních opatření. Dohadné položky aktivní jsou pouze odhadem, v němž ZPA předpokládá, že cca 1 % veškerých předepsaných plateb pojistného bude vyčísleno na základě stanovení pravděpodobné výše pojistného.

7. Závěr

Zdravotní pojišťovna AGEL vstoupila do systému veřejného zdravotního pojištění ČR s vědomím, že o podobný krok se v uplynulých patnácti letech žádný subjekt nepokusil.

V duchu evropských zkušeností a prvorepublikových tradic byl na počátku devadesátých let zrušen Ústav národního zdraví a s ním postupně i Krajské a Okresní ústavy národního zdraví s cílem ustanovit systém solidárního zdravotního pojištění. Politické klima nahrávalo procesu zvyšování efektivity zdravotní péče prostřednictvím privatizace zejména v ambulantní péči, lékárenství a technické obsluze.

V letech 1990 – 1993 byly v ČR vytvořeny základy nového systému zdravotní péče, které změnily způsob financování zdravotnictví. Právní rámec definoval systém povinného a solidárního všeobecného zdravotního pojištění, který umožnil vznik Všeobecné zdravotní pojišťovny a následně, při snaze o vytvoření konkurenčního prostředí a nepřipuštění jednoho monopolu, dalších 26 zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven.

Další vývoj však ukázal, že pojišťovny vznikly za nestabilních poměrů na českém finančním trhu, v nedostatečně připravené legislativě a bez adekvátních zkušeností zakladatelů a řídicích pracovníků pojišťoven. Na jejich fungování se všechny tyto vlivy začaly projevovat tak, že neustály svoji ekonomickou situaci a mnohé z nich byly nuceny ukončit svoji činnost. I v dalších letech zažila ČR řadu nesystémových improvizčních zásahů státu do systému veřejného zdravotního pojištění, které vedly střídavě od nadprodukce výkonů při honbě za body k neřízenému omezování činnosti a rozvoje zdravotnických zařízení formou paušálů, limitů a různých regulací.

Zdravotní pojišťovna AGEL při sestavování tohoto zdravotně pojistného plánu důkladně zvažila možná rizika jeho naplnění a dospěla k přesvědčení, že má, s podporou finančně silného, erudovaného a zkušenostmi z praxe ověřeného zázemí, potenciál nabídnout inovativní přístupy při zajišťování zdravotní péče pro své stávající i budoucí pojištěnce.

Pojišťovna se s plnou zodpovědností hlásí ke své povinnosti smluvně zajistit kvalitní a dostupnou zdravotní péči pro své pojištěnce, je připravena je správně motivovat a nakoupit takovou péči, která přeměruje pacienty i finance pojišťovny ke kvalitním a efektivním poskytovatelům. ZPA má při úzkém propojení s mateřskou sítí zdravotnických zařízení skupiny AGEL jedinečnou možnost adresně oslovit a ovlivňovat chování pojištěnce i poskytovatele zdravotní péče tak, aby mohl o svých potřebách spolurozhodovat a účinně se podílet na procesu preventivní péče nebo vlastní léčby.

V této souvislosti ZPA předpokládá, že její výhodou oproti současným činným zdravotním pojišťovnám by se měla stát výraznější role agenta, který pro pojištěnce zajišťuje péči podle kvality a ceny s větší znalostí úrovně služeb v konkrétním ZZ. Dojde tak k větší možnosti ovlivnit alokaci finančních zdrojů dle zcela jiných zásad, než jsou přetrvávající historicky nastavené rozsahy poskytovaných služeb, často ne zcela potřebných a adekvátně kvalitních.

ZPA bude usilovat o zrychlení informačních toků mezi pojišťovnou a ZZ. Více prostoru tak vznikne oběma stranám na hledání racionálnějších metod řízení a inovativních způsobů poskytování zdravotní péče namísto současného licitování o cenách, limitování, hledání způsobu nesystémových regulací, lobování apod. Vzájemný dozor nad finanční bilancí v konečném důsledku vyústí k správně nastaveným motivacím a pozitivně je pocítí především pojištěnec.

Vedle role agenta, poradce, poskytovatele informací či nakupovatele kvalitní zdravotní péče spoléhá ZPA na svoji budoucí schopnost zajistit pojištěnci cílenou a racionální návaznost zdravotní péče. Jedná se o komplexní řešení komunikace mezi lékaři první linie, ambulantními specialisty a lůžkovým zdravotnickým zařízením tak, aby klient bez zbytečných duplicitních vyšetření a časových prodlev byl nasměrován na správné a připravené pracoviště lékaře, kde mu bude poskytnuta odpovídající kvalitní a rychlá zdravotní péče. Optimální návaznost zdravotních služeb je problém, který je v českém systému veřejného zdravotního pojištění řešitelný právě výše popsanou filozofií budoucího fungování Zdravotní pojišťovny AGEL.

Předpoklady dlouhodobého rozvoje

Zdravotní pojišťovna AGEL má ambice dosáhnout v relativně krátké době od svého vzniku konkurenceschopnosti mezi stávajícími zdravotními pojišťovnami jako instituce, která se do povědomí pojištěnců, plátců pojistného a poskytovatelů zdravotní péče dostane jako dynamický, kreativní a seriózní partner, který dokáže pružně a kvalitně zajistit služby vyplývající z předmětu její činnosti.

Pojišťovna bude do budoucna podporovat takové koncepční kroky a procesy, které budou směřovat k vyšší efektivitě systému veřejného zdravotního pojištění, k transformaci úlohy státu od výkonného administrátora k metodickému regulátorovi a dohlížiteli na funkčnost systému, k dalšímu postupnému zvýraznění vlivu soukromých subjektů na financování zdravotnictví.

Zdravotní pojišťovna AGEL si uvědomuje nezbytnost úzké spolupráce všech subjektů v systému veřejného zdravotního pojištění a bude připravena participovat na všech změnách, úpravách a vývoji legislativy ve zdravotní oblasti i oblastech souvisejících.

Pokud budou existovat racionální důvody zefektivnění vztahů mezi zdravotními pojišťovnami a poskytovateli zdravotní péče včetně vůle tuto oblast řešit, nebude se ZPA bránit ani integračním procesům v systému veřejného zdravotního pojištění bez ohledu na budoucí právní formu zdravotních pojišťoven.