



2025

ZDRAVOTNĚ POJISTNÝ PLÁN

OBSAH

SEZNAM ZKRATEK POUŽÍVANÝCH VE ZDRAVOTNĚ POJISTNÉM PLÁNU	2
1 ÚVOD	3
2 OBECNÁ ČÁST	6
3 POJIŠTĚNCI	13
4 ZÁKLADNÍ FOND ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ	14
4.1 ZÁMĚRY VÝVOJE HOSPODAŘENÍ ZFZP	13
4.2 TVORBA, PŘÍJMY ZFZP	20
4.3 ČERPÁNÍ, VÝDAJE ZFZP	22
4.3.1 SMLUVNÍ POLITIKA VE VZTAHU K PZS	23
4.3.2 ZDRAVOTNÍ POLITIKA	25
4.3.3 REVIZNÍ A KONTROLNÍ ČINNOST	31
4.3.4 STRUKTURA NÁKLADŮ NA ZDRAVOTNÍ SLUŽBY V ČLENĚNÍ PODLE JEDNOTLIVÝCH SEGMENTŮ	33
5 OSTATNÍ FONDY	42
5.1 ZDRAVOTNÍ SLUŽBY HRAZENÉ Z FONDU PREVENCE	42
5.2 PROVOZNÍ FOND	51
5.3 MAJETEK POJIŠŤOVNY A INVESTICE	56
5.4 SOCIÁLNÍ FOND	59
5.5 REZERVNÍ FOND	61
5.6 JINÁ ČINNOST	63
6 PŘEHLED ZÁKLADNÍCH EKONOMICKÝCH UKAZATELŮ	65
7 ZÁVĚR	69

SEZNAM ZKRATEK POUŽÍVANÝCH VE ZDRAVOTNĚ POJISTNÉM PLÁNU

BMI	Index tělesné hmotnosti (body mass index)
CIS	Centrální informační systém
CZ DRG	Klasifikační systém DRG aktuálně používaný v ČR
ČR	Česká republika
DRG	Anglická zkratka pro skupiny diagnóz (Diagnosis Related Group)
EU	Evropská unie
Fprev	Fond prevence
FRM	Fond reprodukce majetku
HPV	Lidský papilomavirus (human papillomavirus)
HW	Hardware (technické vybavení počítače)
IČO	Identifikační číslo osoby
IČZ	Identifikační číslo poskytovatele zdravotních služeb
IS	Informační systém
ISO	Mezinárodní organizace pro normalizaci (international organization for standardization)
MF	Ministerstvo financí
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
MZ	Ministerstvo zdravotnictví
OBZP	Osoby bez zdanitelných příjmů
OSVČ	Osoby samostatně výdělečně činné
P90	Program 90
PF	Provozní fond
PZS	Poskytovatel zdravotních služeb
RBP	RBP, zdravotní pojišťovna
RF	Rezervní fond
SAS ČR	Sdružení ambulantních specialistů ČR, o.s.
SF	Sociální fond
SPC	Souhrn údajů o přípravku
SÚKL	Státní ústav pro kontrolu léčiv
SW	Software (programové vybavení počítače)
SZP ČR	Svaz zdravotních pojišťoven České republiky
TMPP	TelemedPoint+
VZP ČR	Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR
ZFZP	Základní fond zdravotního pojištění
ZP	Zdravotní pojišťovna
ZPP	Zdravotně pojistný plán

1. ÚVOD

ZÁKLADNÍ CHARAKTERISTIKA ZDRAVOTNĚ POJISTNÉHO PLÁNU

Finanční a zdravotní politika RBP, zdravotní pojišťovny je postavena na dlouhodobě udržitelném hospodaření. Vhodnými nástroji těchto politik v pravidelném hospodářském cyklu RBP udržuje své disponibilní zdroje v dostatečné výši a o tuto udržitelnou politiku bude RBP usilovat i nadále. RBP rovněž postupuje v souladu se svým strategickým plánem „RBP 2030“, který v jednotlivých segmentech hospodaření definuje cíle zdravotní pojišťovny v daném období. I pro rok 2025 RBP počítá s projekty a výdaji reflektujícími strategický dokument, zejména pak v oblasti investic do centrálního informačního systému, majetku společnosti, pobočkové sítě a kvality služeb. V roce 2024 RBP získala certifikát systému managementu kvality dle mezinárodní normy ISO 9001, který společnost zavazuje poskytovat kvalitní služby v oblasti veřejného zdravotního pojištění a neustále pracovat na zlepšování svých procesů.

Jedním ze základních a výchozích parametrů nového zdravotně pojistného plánu je co nejpresnější modelování očekávané skutečnosti hospodaření a zůstatků jednotlivých fondů roku stávajícího. Končící rok 2024 byl úhradovou vyhláškou Ministerstva zdravotnictví ČR nastaven jako deficitní, a tudíž i zdravotně pojistný plán RBP odpovídal tomuto nastavení. Příjmová strana rozpočtu byla oproti plánu zhoršována nehraným pojistným krachující hutě Liberty a jejího dodavatelského řetězce a rovněž nižšími úhradami za zvláště nákladné pojištění. Pokud se týká výdajů, pozitivně tuto stranu bilance ovlivňují nižší náklady za zdravotní služby a ukončení předsplatňování zálohových úhrad poskytovatelům zdravotních služeb. Lze proto konstatovat, že průběžné příjmy a výdaje umožňují RBP řízení salda na konci roku 2024 obdobného částce stanovené ve zdravotně pojistném plánu 2024.

Ministerstvo zdravotnictví je aktuálně pro rok 2025 vázáno při přípravě úhradové vyhlášky usnesením vlády č. 267/24 ze dne 24. dubna 2024, které zavazuje ministra zdravotnictví k vydání úhradové vyhlášky v takové podobě, aby umožňovala vyrovnané hospodaření systému veřejného zdravotního pojištění. I přes výše uvedené je ZPP na rok 2025 finančně vyrovnaný, ale účetně deficitní. Výsledné negativní saldo ZFZP RBP částečně pokryje nižším přidělem do provozního fondu.

Očekávaná výše příjmů 2025 odpovídá aktuální makroekonomické prognóze Ministerstva financí, výdaje na zdravotní služby jsou plánovány v souladu s úhradovou vyhláškou Ministerstva zdravotnictví České republiky a Memorandem ze dne 31. 10. 2024. Realizace plánovaných hodnot je podložena jednak výchozím stavem dlouhodobé hospodářské stability pojišťovny a zároveň řadou vnitřních programových opatření.

V příjmové oblasti se jedná zejména o:

- stabilizaci portfolia pojištěnců,
- maximální pozornost oblasti kontroly výběru pojistného včetně uplatnění veškerých právních možností vymáhání dlužného pojistného a penále,
- operativní sledování kázně plátců pojistného prostřednictvím vnitřního informačního systému,
- využívání sankčních pravomocí při porušování zákonem stanovených povinností zaměstnavatelů a pojištěnců při platbách zdravotního pojištění,
- vymáhání náhrad nákladů na zdravotní služby vznikajících pojišťovně v důsledku úrazů a jiného poškození zdraví v souvislosti s protiprávním jednáním třetích osob.

Ve výdajové oblasti se jedná zejména o:

- optimalizaci sítě smluvních poskytovatelů zdravotních služeb respektující potřeby pojištěnců při zachování kvality a dostupnosti zdravotní péče,
- spolupráci s ostatními zdravotními pojišťovnami při stanovení společných metodických postupů,
- důsledné zavádění opatření státní správy k dosažení bilanční rovnováhy systému veřejného zdravotního pojištění,
- využití informačního systému ke kontrole vykazovaných zdravotních výkonů,
- zajištění průběžné informovanosti poskytovatelů zdravotních služeb o činnosti a opatřeních pojišťovny, zejména v oblasti úhrad,
- nastavení smluvních parametrů poskytování zdravotních služeb při respektování jejich místní a časové dostupnosti,
- pokračování v praxi osvědčeného systému periodických jednání se zástupci profesních sdružení poskytovatelů zdravotních služeb a jiných institucí s cílem diskutovat a vysvětlovat koncepční záměry i operativní kroky pojišťovny,
- důsledné dodržování termínů úhrad nákladů poskytnutých zdravotních služeb,
- realizaci nabídky preventivních aktivit zaměřené nejen na poskytování finančních příspěvků, ale umožňující pojištěncům zapojit se aktivně do péče o své zdraví s cílem motivovat je k prevenci závažných onemocnění rezultující v omezení budoucích nákladů,
- důslednou realizaci opatření pro oblast vlastní provozní činnosti s cílem optimalizace režijních nákladů,
- zajištění informovanosti klientů o zdravotních službách vykazovaných jejich poskytovateli.

ZDROJE ČERPÁNÍ PODKLADŮ

Při vlastním zpracování bylo postupováno dle:

- vyhlášky MF a MZ č. 125/2018 Sb., o informacích uváděných ve zdravotně pojistném plánu a výhledu a o způsobu jejich předkládání zdravotními pojišťovnami,
- zákona č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, v platném znění,
- vyhlášky MZ č. 314/2024 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad za hrazené služby a regulačních omezení pro rok 2025,
- zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, v platném znění,
- zákona č. 592/1992 Sb., o pojistném na veřejné zdravotní pojištění, v platném znění,
- vyhlášky MF 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, v platném znění,

- zákona č. 128/2016 Sb., kterým se mění zákon č. 218/2000 Sb., o rozpočtových pravidlech a o změně některých souvisejících zákonů (rozpočtová pravidla), v platném znění,
- zákona č. 586/1992 Sb., o daních z příjmů, v platném znění,
- jiných souvisejících zákonů a vyhlášek ve znění platném pro rok 2025,
- Memoranda MZ ČR, ZP a SAS ČR ze dne 31. 10. 2024,
- dopisu MZ ČR ze dne 1. 11. 2024.

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

- předpokládané finanční podíly jednotlivých segmentů zdravotní péče v návaznosti na strategii smluvní politiky pojišťovny,
- trendy vývoje portfolia pojištěnců z hlediska jeho struktury a pohybu.

2. OBECNÁ ČÁST

Obchodní firma: RBP, zdravotní pojišťovna
Sídlo: Michálkovická 967/108, Slezská Ostrava, 710 00 Ostrava
IČO: 476 73 036
Kód: 213
Statutární orgán: Ing. Antonín Klimša, MBA, výkonný ředitel
Telefon: 596256111
E-mail: rbp@rbp213.cz
Bankovní spojení: Česká národní banka
Používaná zkratka: RBP

RBP byla zřízena v souladu s ustanovením § 3 zák. č. 280/1992 Sb. Rozhodnutím MPSV č.j. 23-901/1993 ze dne 29. 1. 1993. Je zaměstnaneckou zdravotní pojišťovnou s mezioborovou působností a je nositelem veřejného zdravotního pojištění pro všechny pojištěnce, kteří jsou u ní registrováni.

Usnesením vlády ČR č. 427 ze dne 21. 8. 1996 byla schválena žádost Revírní bratrské pokladny a Moravské zdravotní pojišťovny o povolení sloučení těchto pojišťoven. Na jeho základě Ministerstvo zdravotnictví vydalo dne 28. 8. 1996 Rozhodnutí č.j. 19499/1996 k povolení sloučení obou subjektů ke dni 1. 9. 1996 pod společným názvem Revírní bratrská pokladna v Ostravě, zaměstnanecká zdravotní pojišťovna se sídlem na Slezské Ostravě, Michálkovická 108, IČO 47673036. Usnesením Krajského obchodního soudu č.j. 28796/1996 z 25. 9. 1996 byla Moravská zdravotní pojišťovna se sídlem v Kopřivnici vymazána z obchodního rejstříku.

V důsledku změny Statutu RBP schválené Ministerstvem zdravotnictví došlo s účinností od 1. 7. 2003 ke změně obchodního názvu pojišťovny, a to ve znění:
Revírní bratrská pokladna, zdravotní pojišťovna.

S účinností ke dni 1. 1. 2019 byl změněn název na RBP, zdravotní pojišťovna.

Žádost o zřízení RBP v duchu tradice báňského zdravotního pojišťovnictví podaly organizace spojené s hornickou činností, a to:

- Ostravsko-karvinské doly, a.s. Ostrava,
- Českomoravské doly, a.s. Důl ČSM,
- Jihomoravské lignitové doly Hodonín, s.p.,
- Důlní průzkum a bezpečnost, a.s. Paskov,
- Vědecko-výzkumný uhelný ústav, a.s. Ostrava-Radvanice,
- Ferrum, a.s. Frýdlant nad Ostravicí.

Ke dni 1. 9. 1996 došlo ke sloučení s Moravskou zdravotní pojišťovnou, o jejíž zřízení požádaly:

- TATRA, a.s. Kopřivnice,

- Moravskoslezská vagónka, a.s. Studénka,
- MAGNETON, a.s. Kroměříž,
- MASSAG, a.s. Bílovec,
- Siemens, s.r.o. Frenštát.

U převážné většiny uvedených žadatelů o zřízení pojišťovny se v dané době jednalo o významné zaměstnavatelské subjekty. Vytvořené vzorce vzájemných vztahů jsou, zejména u nejvýznamnějších z těchto subjektů, případně jejich právních nástupců, trvale uplatňovány formou kooperace především v oblastech:

- řešení problematiky plateb pojistného,
- aplikace servisu RBP jako součásti sociální politiky zaměstnavatele,
- programů podpory zdraví a zdravotní prevence,
- vytváření příznivých podmínek pro nabídku služeb pojišťovny zaměstnancům a jejich rodinným příslušníkům.

Pokračování takto pojaté spolupráce je jedním ze zásadních záměrů zdravotně pojistného plánu.

EXISTUJÍCÍ (ČI PLÁNOVANÉ) DCEŘINÉ SPOLEČNOSTI A JEJICH ZAMĚŘENÍ, NADAČNÍ FONDY A JINÉ ÚČASTI ZP

RBP nezaložila dceřinou společnost, nadační fond ani není v takovýchto subjektech majetkově účastna a ani v roce 2025 neplánuje rozšíření své činnosti tímto směrem.

SOUČASNÁ ORGANIZAČNÍ STRUKTURA A PŘEDPOKLÁDANÁ ÚPRAVA TÉTO STRUKTURY V ROCE 2024

Organizační strukturu pojišťovny ve smyslu platného statutu tvoří ředitelství a pobočky. Postavení, vnitřní strukturu, činnost a vztahy mezi organizačními složkami pojišťovny upravuje organizační řád.

Celková organizační struktura pro rok 2025 bude členěna do úseku výkonného ředitele, do úseku ředitele pro obchod a správu, do úseku ekonomicko-personální ředitelky, do úseku ředitele pro informační technologie a do úseku ředitele pro zdravotnictví.

ŘEDITELSTVÍ RBP

Ředitelství RBP komplexně zajišťuje a řídí prostřednictvím odborných úseků pojišťovny agendu veřejného zdravotního pojištění. Jeho sídlo je v budově na adrese Michálkovická 967/108, Slezská Ostrava, 710 00 Ostrava.

POBOČKY

Pobočky jednají jménem pojišťovny v rozsahu pravomocí svěřených jim organizačním řádem, zejména zajišťují kontakt s klienty, poskytovateli zdravotních služeb a plátcí pojistného. Pobočky nemají právní subjektivitu. Snaha o zajištění maximální dostupnosti a komplexnosti

poskytovaných služeb v jednotlivých spádových oblastech vedla k vytvoření následujících pobočkových sítí:

- **Pobočková síť Ostravsko**
 - Pobočka Ostrava, Slezská Ostrava, Michálkovická 967/108
 - Pobočka Ostrava-Nová Karolina, Jantarová 3344/4
 - Pobočka Ostrava-Hrabůvka, Horní 1492/55
 - Pobočka Ostrava-Poruba, 17. listopadu 1790/5
- **Pobočková síť Karvinsko**
 - Pobočka Karviná, Masarykovo náměstí 6/5
 - Pobočka Orlová, Masarykova tř. 1500
 - Pobočka Havířov, Svornosti 86/2
 - Pobočka Havířov Podlesí, Hlavní tř. 1161/97
 - Pobočka Český Těšín, ČSA 182/7
 - Pobočka Třinec, Jablunkovská 241
 - Pobočka Bohumín, náměstí T. G. Masaryka 939
- **Pobočková síť FM a Opavsko**
 - Pobočka Frýdek-Místek, U Staré pošty 54
 - Pobočka Frýdlant nad Ostravicí, Elektrárenská 56
 - Pobočka Opava, Ostrožná 208/4
 - Pobočka Bruntál, náměstí Míru 66/5
 - Pobočka Hlučín, Čs. armády 54/6
 - Pobočka Krnov, náměstí Minoritů 86/7
 - Pobočka Vítkov, náměstí J. Zajíce 3
- **Pobočková síť Kopřivnice a Valašsko**
 - Pobočka Kopřivnice, Záhumenní 1353/4b
 - Pobočka Frenštát pod Radhoštěm, Rožnovská 240
 - Pobočka Bílovec, Nová cesta 531/11
 - Pobočka Nový Jičín, Gen. Hlad' 1849/25
 - Pobočka Valašské Meziříčí, Náměstí 88/21
 - Pobočka Hranice, Jiráskova 2188
 - Pobočka Rožnov pod Radhoštěm, Bezručova 211
 - Pobočka Vsetín, Smetanova 2360
- **Pobočková síť jižní a střední Morava**
 - Pobočka Kroměříž, náměstí Míru 3760/11
 - Pobočka Holešov, Sušilova 478/24
 - Pobočka Olomouc, Čajkovského 1367/20
 - Pobočka Přerov, Komenského 724/13
 - Pobočka Hodonín, Masarykovo náměstí 393/8
 - Pobočka Brno, Dominikánské náměstí 656/2
 - Pobočka Kyjov, Jungmannova 1310/10
 - Pobočka Zlín, Zarámí 4077
 - Pobočka Vyškov, Sušilova 28/3
- **Pobočková síť Čechy**
 - Pobočka Praha, Preslova 1269/17
 - Pobočka Most, tř. Budovatelů 1998/116
 - Pobočka Chomutov, Školní 5335
 - Pobočka Ústí nad Labem, Velká Hradební 1510/22

V roce 2025 plánuje RBP pokračovat v dalším rozvoji klientských služeb jako je např. virtuální pobočka nebo síť kontaktních míst pro klienty „partner213“, která je provozována ve spolupráci s lokálními infocentry.

ZPŮSOB ZAJIŠTĚNÍ SLUŽEB ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNY VE VZTAHU K PLÁTCŮM POJISTNÉHO, POSKYTOVATELŮM ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB A POJIŠTĚNCŮM

VZTAH K PLÁTCŮM POJISTNÉHO

RBP bude stejně i v roce 2025 zabezpečovat administrativní, metodický a poradenský servis prostřednictvím vlastní sítě útvarů a pracovišť. Kromě podávání informací k placení pojistného, způsobech provádění plateb a jejich identifikaci a dalších informací z oblasti předpisů o pojistném na veřejné zdravotní pojištění se zaměří na rozšiřování elektronické komunikace s plátcí pojistného a na preventivní opatření vedoucí k minimalizaci nepřesnosti dat v informačním systému.

Kontrolní činnost bude pokračovat ve včasném upozorňování plátců pojistného na vznik pohledávek na pojistném s cílem minimalizovat objem neodvedeného pojistného na veřejné zdravotní pojištění.

Při kontrole plátců ve věci placení pojistného bude hlavní důraz kladen na správnost vypočtené výše pojistného a včasnost samotného odvodu. Odborní pracovníci provádějí kontroly zaměstnavatelů, osob samostatně výdělečně činných a osob bez zdanitelných příjmů. Kontrolují placení záloh na pojistné a zpracovávají přehledy o příjmech a výdajích osob samostatně výdělečně činných. Rozsah pracovišť a elektronických služeb RBP umožňuje všem plátcům pojistného vyřizovat včas a komfortně veškeré záležitosti týkající se odvodů pojistného, plnění oznamovacích povinností a získávání informací o nabídce dalších služeb poskytovaných zdravotní pojišťovnou.

VZTAH K POSKYTOVATELŮM ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB

RBP bude i v roce 2025 pokračovat v rozšiřování sítě smluvních PZS v souladu s potřebami pojištěnců RBP. Předpokládá se, že v roce 2025 bude smluvní síť tvořit více než 16.850 poskytovatelů ve všech segmentech zdravotních služeb.

Nejpočetnější skupinu tvoří kategorie praktických lékařů, zubních lékařů a lékařů ambulantní specializované péče. Z hlediska finanční náročnosti je pak dlouhodobě nejvýznamnějším segmentem lůžková a nově i jednodenní zdravotní péče. Součástí uceleného systému poskytovatelů zdravotních služeb je rovněž lázeňská léčebně rehabilitační péče, služby v ozdravovnách, přepravní služby, zdravotnická záchranná služba, poskytovatelé domácích zdravotních služeb, rehabilitačních služeb, laboratorní a radiodiagnostická pracoviště. Specifickými typy PZS jsou lékárny, výdejny zdravotnických prostředků a oční optiky.

Pojištěncům bude nově garantována základní síť lékařské pohotovostní služby (LPS) a zároveň bude odpovědnost za zajištění a financování těchto služeb přesunuta z krajů na zdravotní pojišťovny. Nemocnice by tak nově měly mít odpovědnost za vytvoření vhodných prostor a jejich věcné a technické vybavení, zatímco zdravotní pojišťovny budou odpovídat za personální zabezpečení. Vznikne tak páteří síť pohotovostí při urgentních příjmech. Pracoviště LPS přitom budou moci vznikat i nad rámec páteří sítě při urgentech, a to v závislosti na potřebě daného regionu. Účinnost nové úpravy LPS se předpokládá k 1. 1. 2026.

Dále vzniknou v roce 2025 centra komplexní péče o děti s dlouhodobým zdravotním problémem. Ty mají poskytnout možnost krátkodobé odlehčovací hospitalizace dítěte, o které je pečováno v domácím prostředí. Délka takové nepřerušené hospitalizace bude trvat maximálně 14 dní a celkem 60 dní za rok s tím, že dva týdny budou hrazeny z veřejného zdravotního pojištění. Tato zařízení také mají provádět hospitalizace za účelem doléčení dítěte po fázi akutní hospitalizace, kdy mají být zaučeni blízcí příbuzní v péči o dítě v domácím prostředí.

RBP bude dbát na to, aby součástí sjednávání nebo rozšiřování všech smluvních ujednání byla úplná pasportizace personálního obsazení a přístrojového vybavení PZS v rozsahu, který vyžaduje platný právní řád. Bude pokračovat v realizaci digitalizace veškeré smluvní agendy s PZS včetně elektronické pasportizace. Potřeba digitalizace také vyplynula ze zákonné povinnosti zveřejňovat smluvní dokumenty. V roce 2025 bude pro PZS nadále rozšiřována elektronická komunikace prostřednictvím Portálu zdravotních pojišťoven a informačního systému datových schránek. V současnosti má RBP sjednanou elektronickou pasportizaci administrovanou přes Portál ZP celkem s 2 800 PZS, z toho se jedná o 380 PZS lůžkové péče. Vzhledem k tomu, že je statistika smluvních PZS vedená na IČZ, převedla RBP statistiku PZS s elektronickou pasportizací v informačním systému RBP z IČO na IČZ. Elektronickou Přílohu č. 2 dle IČZ má RBP sjednanou s 4 106 PZS, z toho s 595 PZS lůžkové péče. RBP tímto způsobem bude odbourávat administrativní bariéry a zvyšovat tak rychlost a kvalitu komunikace. Vzájemná komunikace ve formě elektronicky stanovené pasportizace přinese do spolupráce zvýšení efektivity. Významným faktorem elektronizace jsou finanční úspory jak na straně RBP, tak i na straně PZS.

RBP přistoupila ke skenování papírových spisů poskytovatelů zdravotních služeb, které převádí do elektronické podoby. V elektronizaci papírových spisů bude zdravotní pojišťovna pokračovat i v roce 2025. Při uzavření nových smluvních vztahů již RBP zavádí pouze elektronické spisy. Celkově je v IS RBP zavedeno 10 469 elektronických spisů, z tohoto počtu se jedná o 8 814 elektronických spisů smluvních PZS a 1 655 elektronických spisů nesmluvních PZS. U smluvních poskytovatelů zdravotních služeb je nárůst elektronických spisů o 1 989 elektronických spisů více než v předchozím roce.

Od dubna 2021 RBP převedla žádosti PZS o uzavření či rozšíření smluvních vztahů, které podléhají schválení komise pro smluvní vztahy, z papírové do elektronické formy do IS RBP, kde byla zavedena elektronická Evidence žádostí PZS. Tím je prokazatelně zdokumentován rozhodovací proces o smluvních vztazích s PZS. Takto RBP od 1. 4. 2021 dosud projednala 1 744 žádostí PZS včetně jejich odvolání, přičemž za rok 2023 to bylo 617 žádostí. RBP bude v této praxi pokračovat i v roce 2025.

RBP u žádostí posuzovaných v komisi pro smluvní vztahy zavedla od 1.4.2024 předběžnou řídicí kontrolu před vznikem závazků u PZS lůžkové i nelůžkové péče, kde stanovuje ekonomický dopad PZS při uzavření či rozšíření smlouvy a doplnila měřitelná kritéria včetně rozhodovacího procesu prostřednictvím hlasování komise.

Nově se od 1. 7. 2024 zapisují do evidence v IS RBP žádosti o uzavření smluvního vztahu, které nepodléhají schválení komise pro smluvní vztahy, a jsou zde evidované i jednotlivé stavy vyřízení konkrétní žádosti. Při rozhodování o uzavření nové smlouvy jsou rovněž posuzována měřitelná kritéria mimo poskytovatelů lékařských a zdravotnických prostředků, očních optik, pohřebních služeb a preskripce léčiv, kde musí PZS pro uzavření smluvního vztahu splnit minimálně 5 měřitelných kritérií. V nejbližší době budou převedeny do IS RBP i žádosti PZS o rozšíření smluvního vztahu, které nepodléhají schválení komise pro smluvní vztahy. Při rozhodnutí o rozšíření či změně smlouvy bude při rozhodování postupováno stejně jako při uzavření nové smlouvy mimo komisi.

RBP bude nadále garantovat včasné platby úhrad za poskytované zdravotní služby v rozsahu sjednaných smluvních ujednání. Smluvní poskytovatelé budou o způsobu plateb informováni prostřednictvím pravidelných zúčtovacích zpráv.

RBP je ve smyslu § 46 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, v platném znění, povinna zajistit svým pojištěncům poskytování hrazených zdravotních služeb, a to prostřednictvím sítě zdravotnických zařízení, se kterými uzavřela smlouvu o poskytování a úhradě zdravotních služeb. V zájmu naplnění této povinnosti ve všech oblastech zdravotní péče bude RBP nadále sama iniciovat výběrová řízení na příslušných krajských úřadech a na Magistrátu hlavního města Prahy pro daný obor a území, kde vznikne potřeba zajistit pojištěncům nového poskytovatele a bude poskytovatelům nápomocna při zajištění administrace potřebné ke konání výběrového řízení. Kladné stanovisko z výběrového řízení je nezbytný doklad potřebný k uzavření smlouvy o poskytování a úhradě zdravotních služeb.

RBP od září roku 2023 převedla Evidenci výběrových řízení konaných na příslušných krajských úřadech a na Magistrátu hlavního města Prahy do IS RBP a díky tomu lze lépe zdokumentovat proces výběrových řízení. Od tohoto data dosud evidujeme v IS RBP v evidenci 6 447 výběrových řízení. Současně byly zautomatizovány některé s tím související procesy. Z IS RBP je generován notifikační email, který přechází na oddělení dostupnosti s nabídkou smlouvy po výběrovém řízení, a to zejména u poskytovatelů primární péče v oblastech, kde má RBP nízký počet pojištěnců a není předpoklad, že pojišťovna PZS sami osloví. Další notifikační email odchází na oddělení dostupnosti a je generován v případech, kdy RBP sama vyhlásila výběrové řízení v zájmu zajištění dostupnosti zdravotních služeb a VŘ již proběhlo. Kladné stanovisko z výběrového řízení je uloženo do složky Evidence výběrových řízení a je tudíž možné s PZS uzavřít smluvní vztah.

VZTAH K POJIŠTĚNCŮM

RBP zajišťuje komplexní služby prostřednictvím vlastní pobočkové sítě a odborných útvarů pojišťovny. Pobočková síť je utvářena s cílem zajistit dostupnost služeb pojišťovny nejen stávajícím, ale i potencionálním pojištěncům, plátcům pojistného a PZS. Pro vytvoření příjemného prostředí se pobočky postupně modernizují a jejich síť se zefektivňuje a přizpůsobuje potřebám klientů.

RBP klade důraz na profesionální úroveň zaměstnanců RBP, která je předpokladem pro rychlou, odbornou, vstřícnou a spolehlivou obsluhu klientů. Profesní růst a vzdělávání zaměstnanců je podporováno pořádáním odborných školení. Poskytované služby vzhledem ke stávající právní úpravě se stávají pro konkurenceschopnost právě v celkové úrovni nabízeného servisu a dostupnosti.

Mezi další služby, které RBP svým pojištěncům zajišťuje, je např. pomoc při řešení případných sporů s PZS a konzultační služba při rozhodování pojištěnce o formě léčebné terapie a při výběru PZS. Pro zlepšení těchto služeb je zřízena funkce zdravotního ombudsmana, který usiluje o zajištění bezproblémové komunikace s pojištěnci, poskytovateli zdravotních služeb, případně i s jinými osobami a institucemi.

K informování veřejnosti bude pojišťovna pokračovat v pravidelném vydávání svého Magazínu a ve vydávání informačních materiálů, které jsou distribuovány pojištěncům RBP elektronickou formou.

V předchozím období uvedla RBP do provozu virtuální pobočku navázanou na rezervační systém, která umožňuje klientům sjednání online konzultace s operátorem prostřednictvím videohovorů.

Pro zkvalitnění služeb klientům zprovoznila RBP na svých pobočkách rezervační systém zajišťující komfortnější návštěvy jednotlivých pracovišť. Do konce října roku 2024 využilo tento rezervační systém více než 750 pojištěnců.

V roce 2024 byl vedle běžného způsobu komunikace využíván Chatbot RBP. Jedná se o online pomocníka ke snazší a rychlejší komunikaci s klienty. Chatbot odpoví klientům na nejčastější otázky, dokáže přehrát videa přímo v konverzaci, sdílí dokumenty v PDF a veškerá konverzace je plně zabezpečena.

ZÁMĚRY ROZVOJE INFORMAČNÍHO SYSTÉMU

RBP bude v roce 2025 pokračovat v rozvoji svého informačního systému s novým dodavatelem, jímž se stane konsorcium DXC a Commit. RBP bude pokračovat v digitalizaci procesů, nutných úpravách systému dle právních norem a zaměří se na agregaci dat a jejich předávání povolaným osobám v reálném čase.

3. POJIŠTĚNCI

ZÁMĚRY VÝVOJE STRUKTURY POJIŠTĚNCŮ, STABILIZACE KMENE POJIŠTĚNCŮ

Pro rok 2025 je hlavním cílem RBP zajištění dlouhodobé stability pojistného kmene a zvýšení spokojenosti a loajality pojištěnců tak, aby pojištěnci neměli důvod ke změně zdravotní pojišťovny. Tento cíl bude zajišťován zvýšenou informovaností stávajících pojištěnců o aktivitách RBP, oblastech jejího působení a dostupností zdravotních služeb.

Údaje o počtu pojištěnců pro očekávanou skutečnost roku 2024 vycházejí z údajů o počtu pojištěnců dle řádného měsíčního hlášení ZP pro potřeby přerozdělování.

Na základě uvedených skutečností je počet pojištěnců k 31.12. 2024 odhadován ve výši 423 000 a očekávaný počet pojištěnců k 31. 12. 2025 ve výši 422 000 pojištěnců. Při odhadu počtu pojištěnců v roce 2025 zahrnuje RBP i saldo příchodů a odchodů pojištěnců v rámci druhého přeregistračního období roku 2024 (příchod pojištěnců k 1. 1. 2025 a odchod pojištěnců k 31. 12. 2024) a rovněž předpokládané saldo příchodů a odchodů v rámci prvního registračního období roku 2025 (příchod pojištěnců k 1. 7. 2025 a odchod pojištěnců k 30. 6. 2025). V predikovaném počtu pojištěnců je zohledněn stále se snižující počet nově narozených dětí a vzhledem ke stárnutí pojistného kmene i zvýšený počet zemřelých pojištěnců. Pokles pojištěnců bude zapříčiněn i snížením počtu ukrajinských uprchlíků, kteří nebudou mít zájem o prodloužení dočasné ochrany.

Záměr stabilizace pojistného kmene by měla podpořit racionální a modernizovaná pobočková síť s důrazem na profesionalizaci svých zaměstnanců, kvalitu poskytovaných služeb a dostupnost. Zvyšování kvality služeb a vstřícný odborný přístup všech zaměstnanců zdravotní pojišťovny povede nejen k udržení stávajících, ale také k získání nových pojištěnců. Nabídka preventivních a bonusových programů, která bude tradičně zaměřena na podporu dětem, ženám po porodu, diabetikům, sportovcům, celiakům, dárčům krve a skupině seniorských pojištěnců. Budou však realizovány i programy časově omezené. Pro klienty je připravena i stále se rozšiřující nabídka elektronické komunikace, pomocí které RBP zrychluje a usnadňuje komunikaci mezi zdravotní pojišťovnou a pojištěnci. Předpokladem stability stávající struktury pojištěnců je pro RBP zajištění náležitého objemu a kvality zdravotní péče pro své pojištěnce a optimální úroveň hospodaření s prostředky veřejného zdravotního pojištění.

4. ZÁKLADNÍ FOND ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ

4.1 ZÁMĚRY VÝVOJE HOSPODAŘENÍ ZFZP

ZÁKLADNÍ FOND ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ

A.	Základní fond zdravotního pojištění (ZFZP) Tvorba a čerpání ve sledovaném období	Rok 2024 oček. skut. tis. Kč	Rok 2025 ZPP tis. Kč	(v %) ZPP 2025/ oček. skut. 2024
I.	Počáteční zůstatek k 1. 1. ve sledovaném období	-241 033	-703 775	292,0
II.	Tvorba celkem = zdroje	18 999 000	20 152 000	106,1
1	Pojistné z veřejného zdravotního pojištění podle § 1 odst. 1 písm. a) vyhlášky o fondech včetně dohadných položek	11 250 000	11 990 000	106,6
1.1	z toho: dohadné položky k pojistnému podle § 1 odst. 1 písm. c) vyhlášky o fondech ¹⁾	24 991	7 694	30,8
2	Peněžní prostředky plynoucí z měsíčního vyúčtování výsledků přerozdělování ± podle § 1 odst. 1 písm. b) vyhlášky o fondech	7 293 000	7 700 000	105,6
3	Pojistné z veřejného zdravotního pojištění po přerozdělování (ř. 1 + ř. 2) podle § 21b zákona č. 592/1992 Sb., o pojistném na veřejné zdravotní pojištění, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon č. 592/1992 Sb.“) a podle § 1 odst. 1 písm. a) až c) vyhlášky o fondech	18 543 000	19 690 000	106,2
4	Penále, pokuty a přírázky k pojistnému podle § 1 odst. 1 písm. p) vyhlášky o fondech, včetně dohadných položek	270 000	280 000	103,7
4.1	z toho: dohadné položky ¹⁾			
5	Náhrady nákladů na hrazené služby podle § 1 odst. 1 písm. d) vyhlášky o fondech	45 000	21 000	46,7
6	Úroky získané hospodařením se ZFZP			
7	Ostatní pohledávky podle § 1 odst. 1 písm. g) vyhlášky o fondech			
8	Převody z jiných fondů v souladu s § 1 odst. 1 písm. i) vyhlášky o fondech			
9	Převod zůstatku ZFZP v případě sloučení nebo splynutí zdravotní pojišťovny podle § 1 odst. 1 písm. j) vyhlášky o fondech			
10	Pohledávky za zahraniční pojišťovnou za zdravotní služby poskytnuté v ČR cizím pojištěncům podle § 1 odst. 1 písm. f) vyhlášky o fondech	40 000	45 000	112,5
11	Pohledávky za zahraniční pojišťovnou za paušální platbu na cizí pojištěnce podle § 1 odst. 1 písm. f) vyhlášky o fondech			
12	Kladné kursové rozdíly podle § 1 odst. 1 písm. h) vyhlášky o fondech			
13	Bezúplatné plnění určené dárce pro ZFZP nebo pokud nebyl dárce určen účel bezúplatného plnění podle § 1 odst. 1 písm. e) vyhlášky o fondech			
14	Snížené nebo zrušené opravné položky k pojistnému, penále, pokutám a přírůzkům k pojistnému podle § 1 odst. 1 písm. k) vyhlášky o fondech	100 000	115 000	115,0
15	Snížené nebo zrušené ostatní opravné položky podle § 1 odst. 1 písm. l) vyhlášky o fondech	1 000	1 000	100,0
16	Použité, snížené nebo zrušené rezervy na pravomocně neskončené soudní spory podle § 1 odst. 1 písm. m) vyhlášky o fondech			
17	Použité, snížené nebo zrušené ostatní rezervy neuvedené v § 1 odst. 1 písm. m), vazba na § 1 odst. 1 písm. n) vyhlášky o fondech			
18	Ostatní dohadné položky aktivní vztahující se k základnímu fondu neuvedené v § 1 odst. 1 písm. c), vazba na § 1 odst. 1 písm. o) vyhlášky o fondech			
19	Mimořádné případy externí			
20	Mimořádné převody mezi fondy			
III.	Čerpání celkem = snížení zdrojů	19 461 742	20 151 236	103,5
1	Závazky za zdravotní služby včetně korekcí a revizí a úhrad jiným zdravotním pojišťovnám podle § 1 odst. 3 písm. a), odst. 3 písm. b), odst. 3 písm. d) a odst. 3 písm. e) vyhlášky o fondech včetně dohadných položek	18 550 000	19 350 000	104,3
1.1	z toho: závazky za léčení pojištěnců dané zdravotní pojišťovny v cizině podle § 1 odst. 3 písm. b) vyhlášky o fondech	51 800	54 500	105,2
1.2	dohadné položky k závazkům podle § 1 odst. 3 písm. e) vyhlášky o fondech vztahující se k § 1 odst. 3 písm. a) vyhlášky o fondech ¹⁾	303 332	-38 700	-12,8

A.	Základní fond zdravotního pojištění (ZFZP) Tvorba a čerpání ve sledovaném období	Rok 2024 oček. skut. tis. Kč	Rok 2025 ZPP tis. Kč	(v %) ZPP 2025/ oček. skut. 2024
2	Úroky z úvěrů podle § 1 odst. 3 písm. f) vyhlášky o fondech			
3	Předpis přidělů do jiných fondů	596 542	461 536	77,4
3.1	v tom: do rezervního fondu podle § 1 odst. 3 písm. k) vyhlášky o fondech ²⁾	24 104	15 536	64,5
3.2	do provozního fondu podle § 1 odst. 3 písm. j) vyhlášky o fondech ³⁾	528 438	400 000	75,7
3.3	do fondu prevence podle § 1 odst. 3 písm. l) vyhlášky o fondech ⁴⁾	44 000	46 000	104,5
3.4	Mimořádný převod do provozního fondu – pouze Vojenská zdravotní pojišťovna ČR podle § 1 odst. 3 písm. m) vyhlášky o fondech			
4	Odpis pohledávek podle § 1 odst. 4 vyhlášky o fondech	90 000	70 000	77,8
5	Snížení základního fondu o částky penále a přírážek na základě rozhodnutí o odstranění tvrdosti podle § 53a zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon č. 48/1997 Sb.“) podle § 1 odst. 5 vyhlášky o fondech ⁵⁾	4 000	5 000	125,0
6	Závazky vyplývající z poskytnutí zdravotních služeb vyúčtovaných zdravotní pojišťovně poskytovateli zdravotních služeb za cizí pojištěnce včetně výsledků revize podle § 1 odst. 3 písm. c) vyhlášky o fondech	34 000	36 000	105,9
7	Závazky vůči zahraniční pojišťovně z titulu paušální platby za pojištěnce podle § 1 odst. 3 písm. c) vyhlášky o fondech			
8.	Úplaty za bankovní služby a další úplaty podle § 1 odst. 3 písm. g) vyhlášky o fondech	11 000	11 500	104,5
9	Náklady spojené s vedením osobního účtu pojištěnce v souladu s § 1 odst. 3 písm. h) vyhlášky o fondech			
10	Záporné kursové rozdíly podle § 1 odst. 3 písm. i) vyhlášky o fondech	200	200	100,0
11	Tvorba rezervy na pravomocně neskončené soudní spory podle § 1 odst. 3 písm. n) vyhlášky o fondech			
12	Tvorba ostatních rezerv podle § 1 odst. 3 písm. o) vyhlášky o fondech			
13	Tvorba opravných položek k pojistnému, penále, pokutám a přírážkám k pojistnému podle § 1 odst. 3 písm. p) vyhlášky o fondech	170 000	210 000	123,5
14	Tvorba ostatních opravných položek podle § 1 odst. 3 písm. q) neuvedených v § 1 odst. 3 písm. p) vyhlášky o fondech	6 000	7 000	116,7
15	Mimořádné případy externí			
16	Mimořádné převody mezi fondy			
IV.	Konečný zůstatek k poslednímu dni sledovaného období = I + II – III	-703 775	-703 011	99,9

B.	Základní fond zdravotního pojištění (ZFZP) Příjmy a výdaje ve sledovaném období podle § 1 odst. 7 vyhlášky o fondech	Rok 2024 oček. skut. tis. Kč	Rok 2025 ZPP tis. Kč	(v %) ZPP 2025/ oček. skut. 2024
I.	Počáteční zůstatek k 1. 1. ve sledovaném období	835 513	510 771	61,1
II.	Příjmy celkem	18 257 000	19 334 000	105,9
1	Pojistné z veřejného zdravotního pojištění podle § 1 odst. 1 písm. a) vyhlášky o fondech	10 840 000	11 530 000	106,4
2	Peněžní prostředky plynoucí z měsíčního vyúčtování výsledků přerozdělování ± podle § 1 odst. 1 písm. b) vyhlášky o fondech	7 293 000	7 700 000	105,6
3	Pojistné z veřejného zdravotního pojištění po přerozdělování (ř. 1 + ř. 2) podle § 21b zákona č. 592/1992 Sb. a podle § 1 odst. 1 písm. a) a b) vyhlášky o fondech	18 133 000	19 230 000	106,0
4	Penále, pokuty a přírážky k pojistnému podle § 1 odst. 1 písm. p) vyhlášky o fondech	44 000	46 000	104,5
5	Náhrady nákladů na hrazené služby podle § 1 odst. 1 písm. d) vyhlášky o fondech	45 000	21 000	46,7
6	Úroky získané hospodařením se ZFZP			
7	Ostatní příjmy podle § 1 odst. 1 písm. g) vyhlášky o fondech			
8	Převody z jiných fondů v souladu s § 1 odst. 1 písm. i) vyhlášky o fondech			
9	Příjem zůstatku v případě sloučení nebo splynutí zdravotní pojišťovny podle § 1 odst. 1 písm. j) vyhlášky o fondech			
10	Příjem od zahraniční pojišťovny podle § 1 odst. 1 písm. f) vyhlášky o fondech za uhrazené zdravotní služby poskytovatelem zdravotních služeb za cizí pojištěnce	33 000	35 000	106,1
11	Příjem paušální platby za pojištěnce od zahraniční pojišťovny podle § 1 odst. 1 písm. f) vyhlášky o fondech			
12	Kladné kursové rozdíly podle § 1 odst. 1 písm. h) vyhlášky o fondech			

B.	Základní fond zdravotního pojištění (ZFZP) Příjmy a výdaje ve sledovaném období podle § 1 odst. 7 vyhlášky o fondech	Rok 2024 oček. skut. tis. Kč	Rok 2025 ZPP tis. Kč	(v %) ZPP 2025/ oček. skut. 2024
13	Bezúplatné plnění určené dárce pro ZFZP nebo pokud nebyl dárce určen účel bezúplatného plnění podle § 1 odst. 1 písm. e) vyhlášky o fondech			
14	Příjem úvěru na posílení ZFZP			
15	Příjem návratných finančních výpomocí na posílení ZFZP			
16	Mimořádné případy externí			
17	Mimořádné převody mezi fondy	2 000	2 000	100,0
III.	Výdaje celkem	18 581 742	19 329 236	104,0
1	Výdaje za zdravotní služby včetně korekcí a revizí a úhrad jiným zdravotním pojišťovnám podle § 1 odst. 3 písm. a), odst. 3 písm. b) a odst. 3 písm. d) vyhlášky o fondech	17 940 000	18 820 000	104,9
1.1	z toho: výdaje za léčení pojištěnců dané zdravotní pojišťovny v cizině podle § 1 odst. 3 písm. b) vyhlášky o fondech	35 000	37 000	105,7
2	Úroky z úvěrů podle § 1 odst. 3 písm. f) vyhlášky o fondech			
3	Převody do jiných fondů	596 542	461 536	77,4
3.1	v tom: do rezervního fondu podle § 1 odst. 3 písm. k) vyhlášky o fondech ²⁾	24 104	15 536	64,5
3.2	do provozního fondu podle § 1 odst. 3 písm. j) vyhlášky o fondech ³⁾	528 438	400 000	75,7
3.3	do fondu prevence podle § 1 odst. 3 písm. l) vyhlášky o fondech ⁴⁾	44 000	46 000	104,5
3.4	Mimořádný převod do provozního fondu – pouze Vojenská zdravotní pojišťovna ČR podle § 1 odst. 3 písm. m) vyhlášky o fondech			
4	Výdaje za poskytnuté zdravotní služby fakturované tuzemským poskytovatelem zdravotních služeb zdravotní pojišťovně za cizí pojištěnce včetně výsledků revize podle § 1 odst. 3 písm. c) vyhlášky o fondech	34 000	36 000	105,9
5	Výdaje za paušální platby za pojištěnce hrazené zahraničním pojišťovnám podle § 1 odst. 3 písm. c) vyhlášky o fondech			
6	Úplaty za bankovní služby a další úplaty podle § 1 odst. 3 písm. g) vyhlášky o fondech	1 000	1 500	150,0
7	Výdaje spojené s vedením osobního účtu pojištěnce v souladu s § 1 odst. 3 písm. h) vyhlášky o fondech			
8	Záporné kursové rozdíly podle § 1 odst. 3 písm. i) vyhlášky o fondech	200	200	100,0
9	Splátky úvěrů na posílení ZFZP			
10	Splátky návratných finančních výpomocí na posílení ZFZP			
11	Mimořádné případy externí			
12	Mimořádné převody mezi fondy	10 000	10 000	100,0
IV.	Konečný zůstatek k poslednímu dni sledovaného období = I + II – III	510 771	515 535	100,9
	ZB IV přináležejí hodnotě rezerv k poslednímu dni sledovaného období			

C.	Specifikace ukazatele B II 1	Rok 2024 Oček. skutečnost	Rok 2025 ZPP	(v %) ZPP 2024/ oček. skut. 2023
1	Příjmy z pojistného od zaměstnavatelů	10 113 720	10 733 000	106,1
2	Příjmy z pojistného od osob samostatně výdělečně činných	585 360	647 000	110,5
3	Příjmy z pojistného od ostatních plátců (osob bez zdanitelných příjmů + případné další platby veřejného zdravotního pojištění)	140 920	150 000	106,4
4	Neidentifikovatelné platby od různých typů plátců			
5	Součet řádků C ř. 1 až C ř. 4 = B II ř. 1	10 840 000	11 530 000	106,4

Poznámky:

- 1) V řádcích "z toho" A II 1.1, A II 4.1 nebo A III 1.2 se zobrazuje stav průčítování dohadných položek (–), které byly do daného období převedeny jako součást počátečních zůstatků. V účetní závěrce se pak do položky průměrné hodnoty nově stanovených dohadných položek (+), (–).
- 2) Propočet převodu do RF v oddílu A III v ř. 3.1 se provádí i v případě, že z důvodu nedostatku finančních prostředků nebude vykázán převod v oddílu B III v ř. 3.1.
- 3) Propočet limitu přidělu podle § 7 vyhlášky o fondech je vázán na údaje rozvrhové základny propočtené z oddílu B II ZFZP.
- 4) Pokud zdravotní pojišťovna účtuje úroky, pokuty, penále a přírážky 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) V případě, že zdravotní pojišťovna nevykazuje v příloze č. 7, oddíl A III ř. 6, snížení FP o částky penále a přírážek na základě rozhodnutí o odstranění tvrdosti podle § 53a zákona č. 48/1997 Sb. musí být zmíněná částka vykázána na tomto řádku.
I pokud zaměstnavatecká zdravotní pojišťovna účtuje danou položku tzv. "saldem" na ř. A II 1 ZFZP, vykáže danou hodnotu na ř. A III 5 a o danou hodnotu upraví jednotlivé položky a mezisoučty tak, aby byla zachována hodnota konečného zůstatku na ř. IV – vzniklý rozdíl oproti účetním sestavám zdůvodní.

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

Tabulka „typu A“ zachycuje základní fond zdravotního pojištění z hlediska předpisově účtovaných pohledávek a závazků včetně dohadných položek dle jejich věcného a časového zařazení definovaného platnou účetní legislativou, v tabulce „typu B“ jsou popsány finanční toky na účtech základního fondu zdravotního pojištění v bance tak, jak budou probíhat od 1. 1. do 31. 12. sledovaného roku.

Vzhledem k tomu, že operativní řízení zdravotní pojišťovny vychází zejména z aktuálního stavu, resp. analýzy reálných příjmů a výdajů, je další komentář k vybraným položkám zaměřen na údaje v tabulce „typu B“.

Z očekávané skutečnosti hospodaření RBP v roce 2023 je zřejmé, že pojišťovna předpokládá uzavření účetního období roku 2024 se záporným saldem příjmů a výdajů k 31. 12. 2024 a výkázání zůstatku ZFZP ve výši **511 mil. Kč**.

Plánovaný vývoj nákladů na zdravotní služby v jednotlivých segmentech odpovídá kvantifikaci vlivů, které vyplývají z analýzy dosavadního i předpokládaného vývoje a odvíjejí se ze současného stavu poznání.

Mechanismus užití prostředků základního fondu zdravotního pojištění v případě vyšších příjmů, než stanoví zdravotně pojistný plán, bude vycházet z následujících atributů:

- racionálního rozdělení v rámci všech segmentů zdravotních služeb po vyhodnocení prostoru v příjmové oblasti,
- prioritního řešení požadavků na doplatky za zdravotní péči ve vztahu k objektivizaci dohodnutých smluvních ujednání a regulačních mechanismů,
- odpovídajícího navýšení úhrad při změnách objemu a struktury smluvně poskytovaných zdravotních služeb oproti referenčnímu období.

ZÁKLADNÍ VÝCHOZÍ PARAMETRY OVLIVŇUJÍCÍ ZÁMĚRY VÝVOJE ZFZP V ROCE 2025

- Plánovaný průměrný počet pojištěnců za rok 2025 je předpokládán ve výši 422 500 osob.
- Příjmy RBP z výběru pojistného v kalendářním roce 2025 vycházejí z predikce MF ČR a jejich nárůst je plánován ve výši 6,4 %.
- Platba za státem hrazené kategorie pojištěnců bude po celý rok 2025 ve výši 2.127 Kč na 1 pojištěnce za měsíc.
- RBP každoročně navyšuje úhrady poskytovatelům v návaznosti na zajištění dostupnosti a zvyšování kvality zdravotních služeb.
- Plánovaný nárůst nákladů v souladu s úhradovou vyhláškou pro rok 2025 a Memorandem činí 4,3 %. Náklady ZFZP jsou ovlivněny pokračujícím procesem implementace úhradového a klasifikačního systému CZ-DRG v akutní lůžkové péči, podporou kvalitní a dostupné péče zejména v segmentech primární péče, v následné péči a jednodenní péči, dynamickým růstem objemu centrových léků a plošným navýšením mzdových nákladů.
- Zvýšené náklady s sebou přináší i pokračující optimalizace smluvní sítě v zájmu zajištění dostupnosti zdravotních služeb na území ČR mimo kraje Moravskoslezského a Zlínského, kdy úhradové mechanismy u těchto nových poskytovatelů předpokládají výkonovou úhradu zejména z důvodu ošetřování nízkého počtu pojištěnců pojišťovny.

- K zajištění legislativou definované výše rezervního fondu předpokládá RBP v roce 2025 přesun cca 16 mil. Kč ze základního fondu zdravotního pojištění.
- Pojišťovna nepředpokládá v průběhu roku 2025 žádné závazky vůči poskytovatelům zdravotních služeb po lhůtě splatnosti.
- Příděl do fondu souvisejícího s vlastní činností pojišťovny je plánován v částce 400 mil. Kč, což odpovídá cca 2,07 % z vybraného pojistného po přerozdělování, náhrad nákladů na zdravotní služby, pokut, penále a přírážek k pojistnému. Rozdíl do legislativou povoleného přídělu ve výši 192 mil. Kč bude ponechán v ZFZP
- Nově pořízené investice v roce 2025 jsou plánovány ve výši cca 32,6 mil. Kč.
- Do PF a FRM jsou promítnuty v roce 2024 a 2025 příjmy vyplývající ze smluv se společnostmi Asseco Central Europe, a. s.
- Plánovaný přepočtený počet zaměstnanců k 31. 12. 2025 činí 249 osob a je totožný s průměrným přepočteným počtem zaměstnanců.
- RBP nepředpokládá v roce 2025 využití jakýchkoliv úvěrových prostředků.
- V souladu s platnou legislativou na rok 2025 vytváří RBP dohadné položky a opravné položky.
- Z porovnání počátečního a konečného zůstatku ZFZP vyplývá kladné saldo příjmů a výdajů za období od 1. 1. do 31. 12. 2025 ve výši cca 5 mil. Kč.

SALDO PŘÍJMŮ A NÁKLADŮ

D.	Příjmy ve sledovaném období	Rok 2024 oček. skut. tis. Kč	Rok 2025 ZPP tis. Kč	(v %) ZPP 2025/ oček. skut. 2024
I.	Příjmy celkem	18 257 000	19 334 000	105,9
1	Pojistné z veřejného zdravotního pojištění podle § 1 odst. 1 písm. a) vyhlášky o fondech	10 840 000	11 530 000	106,4
2	Peněžní prostředky plynoucí z měsíčního vyúčtování výsledků přerozdělování ± podle § 1 odst. 1 písm. b) vyhlášky o fondech	7 293 000	7 700 000	105,6
3	Pojistné z veřejného zdravotního pojištění po přerozdělování (ř. 1 + ř. 2) podle § 21b zákona č. 592/1992 Sb. a § 1 odst. 1 písm. a) a b) vyhlášky o fondech	18 133 000	19 230 000	106,0
4	Penále, pokuty a přírážky k pojistnému podle § 1 odst. 1 písm. p) vyhlášky o fondech	44 000	46 000	104,5
5	Náhrady nákladů na hrazené služby podle § 1 odst. 1 písm. d) vyhlášky o fondech	45 000	21 000	46,7
6	Úroky získané hospodařením se ZFZP			
7	Ostatní příjmy podle § 1 odst. 1 písm. g) vyhlášky o fondech			
8	Převody z jiných fondů v souladu s § 1 odst. 1 písm. i) vyhlášky o fondech			
9	Příjem od zahraniční pojišťovny podle § 1 odst. 1 písm. f) vyhlášky o fondech za uhrazené zdravotní služby poskytovatelem zdravotních služeb za cizí pojištěnce			
10	Příjem paušální platby za pojištěnce od zahraniční pojišťovny podle § 1 odst. 1 písm. f) vyhlášky o fondech	33 000	35 000	106,1
11	Kladné kurzové rozdíly podle § 1 odst. 1 písm. h) vyhlášky o fondech			
12	Bezúplatné plnění určené dárce pro ZFZP nebo pokud nebyl dárce určen účel bezúplatného plnění podle § 1 odst. 1 písm. e) vyhlášky o fondech			
13	Mimořádné případy externí			
14	Mimořádné převody mezi fondy	2 000	2 000	100,0
E.	Čerpání ve sledovaném období	Rok 2024 oček. skut. tis. Kč	Rok 2025 ZPP tis. Kč	(v %) ZPP 2025/ oček. skut. 2024
II.	Čerpání celkem	19 191 742	19 859 236	103,5
1	Závazky za zdravotní služby včetně korekcí a revizí a úhrad jiným zdravotním pojišťovnám podle § 1 odst. 3 písm. a), odst. 3 písm. b), odst. 3 písm. d) a odst. 3 písm. e) vyhlášky o fondech	18 550 000	19 350 000	104,3
1.1	z toho: závazky za léčení pojištěnců dané zdravotní pojišťovny v cizině podle § 1 odst. 3 písm. b) vyhlášky o fondech	51 800	54 500	105,2

E.	Čerpání ve sledovaném období	Rok 2024 oček. skut. tis. Kč	Rok 2025 ZPP tis. Kč	(v %) ZPP 2025/ oček. skut. 2024
1.2	dohadné položky k závazkům podle § 1 odst. 3 písm. e) vyhlášky o fondech vztahující se k § 1 odst. 3 písm. a) vyhlášky o fondech	303 332	-38 700	-12,8
2	Úroky z úvěrů podle § 1 odst. 3 písm. f) vyhlášky o fondech			
3	Předpis přidělů do jiných fondů	596 542	461 536	77,4
3.1	v tom: do rezervního fondu podle § 1 odst. 3 písm. k) vyhlášky o fondech ¹⁾	24 104	15 536	64,5
3.2	do provozního fondu podle § 1 odst. 3 písm. j) vyhlášky o fondech	528 438	400 000	75,7
3.3	do fondu prevence podle § 1 odst. 3 písm. l) vyhlášky o fondech	44 000	46 000	104,5
3.4	Mimořádný převod do provozního fondu – pouze Vojenská zdravotní pojišťovna ČR podle §1 odst. 3 písm. m) vyhlášky o fondech			
4	Závazky vyplývající z poskytnutí zdravotních služeb vyúčtovaných zdravotní pojišťovně poskytovateli zdravotních služeb za cizí pojištěnce včetně výsledků revize podle § 1 odst. 3 písm. c) vyhlášky o fondech	34 000	36 000	105,9
5	Závazky vůči zahraniční pojišťovně z titulu paušální platby za pojištěnce podle § 1 odst. 3 písm. c) vyhlášky o fondech			
6	Úplaty za bankovní služby a další úplaty podle § 1 odst. 3 písm. g) vyhlášky o fondech	11 000	11 500	104,5
7	Náklady spojené s vedením osobního účtu pojištěnce v souladu s § 1 odst. 3 písm. h) vyhlášky o fondech			
8	Záporné kurzové rozdíly podle § 1 odst. 3 písm. i) vyhlášky o fondech	200	200	100,0
9	Tvorba rezervy na pravomocně neskončené soudní spory podle § 1 odst. 3 písm. n) vyhlášky o fondech			
10	Tvorba ostatních rezerv podle § 1 odst. 3 písm. o) vyhlášky o fondech			
11	Mimořádné případy externí			
12	Mimořádné převody mezi fondy			
	Saldo příjmů a nákladů celkem = D I celkem – E II celkem ²⁾	-934 742	-525 236	56,2

Poznámky:

- 1) Zdravotní pojišťovna vykazuje v případě, že je rezervní fond naplňován i finančně.
- 2) Zdravotní pojišťovna doplní komentář k dosaženému saldu příjmů a nákladů ZFZP ve vztahu k zůstatku finančních prostředků na bankovním účtu ZFZP a stavu závazků vůči poskytovatelům zdravotních služeb, případně dalším důvodům tohoto vývoje.

Tabulka zachycuje porovnání příjmů, které pojišťovna předpokládá v období od 1. 1. do 31. 12. a příslušných nákladů věcně a časově spadajících do tohoto období.

NÁKLADY NA LÉČENÍ CIZINCŮ

Náklady zachycené v účetnictví předpokládá pojišťovna ve výši **36.000 tis. Kč**. Jejich bližší specifikace je uvedena v tabulce:

ř.	Ukazatel	m. j.	Rok 2024 oček. skut.	Rok 2024 ZPP	(v %) ZPP 2025/Oček. skut. 2024
1	Náklady na léčení zahraničních pojištěnců v České republice celkem včetně paušální platby ¹⁾	tis. Kč	34 000	36 000	105,9
2	Počet ošetřených zahraničních pojištěnců ²⁾	osoby	4 300	4 500	104,7
3	Průměrné náklady na 1 ošetřeného zahraničního pojištěnce	Kč	7 907	8 000	101,2

Poznámky:

- 1) Údaj vychází z oddílu A III (ř. 6 + ř. 7) přílohy č. 2.
- 2) Vyjádřeno počtem výkazů.

4.2 TVORBA, PŘÍJMY ZFZP

Celkové příjmy od 1. 1. do 31. 12. 2025 plánuje RBP ve výši **19.334.000 tis. Kč**. Jsou tvořeny především pojistným z veřejného zdravotního pojištění ve výši **11.530.000 tis. Kč** a předpokládanými prostředky z přerozdělování připsanými na účet RBP ve výši **7.700.000 tis. Kč**. Ostatní příjmy jsou z penále ve výši **46.000 tis. Kč** a z náhrad nákladů na zdravotní služby ve výši **21.000 tis. Kč**.

Příjmovou položkou ZFZP, která je pouhým kvalifikovaným odhadem, je objem **35.000 tis. Kč** očekávaný od zahraničních nositelů zdravotního pojištění a získaný za zdravotní služby poskytnuté cizincům v ČR.

Z předpisově účtovaného pojistného od zaměstnavatelů tvoří dohadná položka v roce 2024 částku 95.166 tis. Kč a v roce 2025 je tvořena ve výši 102.860 tis. Kč. Na řádku A II.1.1 je uvedeno saldo vzniklé porovnáním s dohadnou položkou z roku 2024 stornovanou v roce 2025. Tentýž postup byl uplatněn i v roce 2024.

KONTROLA VÝBĚRU POJISTNÉHO, POKUT, PENÁLE A PŘÍRÁŽEK K POJISTNÉMU VE VZTAHU K PRÁVŮM A POVINNOSTEM VYPLÝVAJÍCÍM ZE ZÁKONA Č. 592/1992 SB., VE ZNĚNÍ POZDĚJŠÍCH PŘEDPISŮ

Kontrolní činnost v oblasti výběru pojistného na veřejné zdravotní pojištění má v činnosti RBP své nezastupitelné místo a patří mezi základní priority. Kontrolní činnost nezahrnuje pouze vyměření dlužného pojistného, ale celou řadu kontrolních činností vedoucích ke zkvalitnění vstupních dat a kategorií pojištěnců.

Kontrola plátců pojistného z hlediska platební morálky bude vycházet ze zásad řízení kontrolní činnosti v příjmové oblasti pojišťovny a bude pravidelně projednávána na poradách vedení zdravotní pojišťovny i ve Správní a Dozorčí radě RBP.

Pro pohodlné plnění zákonných ohlašovacích a platebních povinností bude činnost zaměřena na stálé zdokonalování komunikačních kanálů pro plátce s možností kontrolovat stav úhrad, přihlášení pojištěnců, podání přehledu OSVČ apod.

V oblasti kontroly zaměstnavatelů, osob samostatně výdělečně činných a osob bez zdanitelných příjmů i nadále bude pozornost zaměřena na provádění řady preventivních opatření, které povedou k co největší eliminaci vzniku a trvání pohledávky.

K těmto opatřením náleží:

- měsíčně zasílána upozornění zaměstnavatelům, že nebyla za daný měsíc přijata platba na pojistném s požadavkem na její úhradu pojistného,
- zasílání písemností plátcům pojistného o celkovém evidovaném nedoplatku na pojistném spolu s přehledem provedených úhrad a přihlášených pojištěnců. Plátce tak může včas reagovat na případné nesrovnalosti v přihlášených pojištěncích, obdrží informaci o nezaslaných přehledech zaměstnavatele včetně nezaslání opravných přehledů. V častých případech takto zaměstnavatel zjišťuje nesprávné zasílání pojistného nepříslušné zdravotní pojišťovně. Plátcům se tímto eliminují rizika vzniku penále,
- u osob samostatně výdělečně činných budou počátkem roku zasílány písemnosti s přehledem o zaplacených zálohách za předchozí kalendářní rok,

- na podporu jejich zákonných povinností mají plátcí možnost si na webu my213 ověřit přehled uhrazených plateb,
- v polovině roku budou osoby samostatně výdělečně činné s povinností hradit zálohy na pojistném informovány písemně o nedoplatku na zálohách,
- po zúčtování přehledu OSVČ o příjmech a výdajích zašle odborný útvar každé osobě samostatně výdělečně činné vyúčtování přehledu,
- v případě, že plátce nepředloží přehled OSVČ bude těmto OSVČ zaslána výzva k předložení přehledu,
- pojištěnci, kteří neplní svoji oznamovací povinnost, budou upozorněni na nesplnění povinnosti a doplnění chybějících kategorií, při důsledné realizaci uvedených postupů lze očekávat pokračující proces zkvalitňování a odstraňování chybovosti v registru pojištěnců,
- pojištěnci kategorie OBZP budou ve stanoveném intervalu upozorněni na neplacení měsíční výše pojistného,
- stejně jako zaměstnavatelé budou upozorňováni OBZP na výši celkového nedoplatku na pojistném,
- plátcí, kteří mají uzavřené splátkové kalendáře, budou před termínem splátky upozorněni na její splatnost,
- zdravotní pojišťovna se i nadále zaměří v roce 2025 na skupinu OBZP – rodinných příslušníků zahraničních pracovníků ve věci nedoplatků na pojistném a prověření doby zákonného pojištění,
- důsledný požadavek na dodržování povinností Centrálního registru pojištěnců dle § 27 zákona č. 592/1992 Sb., v platném znění, vůči zdravotní pojišťovně ve věci hlášení údajů o pojištěnci, za kterého je plátcem pojistného stát.

V roce 2025 bude opětovně kontrolní činnost plnit důležitou roli při zjišťování neplatičů zdravotního pojištění s cílem podpořit udržení finanční stability zdravotní pojišťovny, která i nadále bude využívat všech zákonných prostředků k vymáhání pohledávek zaměstnavatelů, osob samostatně výdělečně činných a osob bez zdanitelných příjmů. Současně bude pozornost věnována i vymáhání penále u všech skupin plátců.

Dále se pojišťovna zaměří na:

- zkvalitnění kontrolní činnosti u plátců pojistného,
- zdokonalování programového vybavení pro provádění tzv. "korespondenční kontroly plátců pojistného" (zkvalitnění vstupních dat, párování plateb a kontroly kategorií),
- vymáhání pohledávek prostřednictvím exekucí a daňových exekucí vůči neplatičům pojistného na veřejné zdravotní pojištění,
- aplikaci § 241 zákona č. 40/2009 Sb., v platném znění, (využívat možnost podávat podnět Policii ČR při porušování zákonné povinnosti nehrazením zdravotního pojištění, případně se připojovat k těmto probíhajícím řízením),
- důslednou aplikaci zákona č. 592/1992 Sb., v platném znění, s cílem urychlit možnost vymáhání pohledávek vystavením tzv. výkazu nedoplatků a v případech, kdy plátce nesplní svoji povinnost a nepředloží přehled za zaměstnavatele nebo OSVČ bude zahajováno správní řízení na pravděpodobnou výši pojistného a udělena pokuta,
- zjišťování úrovně plnění povinností zaměstnavatelů stanovených v § 45 zákona č. 48/1997 Sb., v platném znění, v případech opakovaného zjištění nemoci z povolání

nebo pracovních úrazů ze stejných příčin, včetně možností v krajních případech vyměřit přírůstek k pojistnému dle § 45 odst. 1 téhož zákona,

- další zdokonalování informačního systému s cílem zefektivnění využívání přehledů o platbách pojistného (tisk dopisů s požadavkem doložení chybějících avíz, upozorňování na nesoulad údajů na přehledu s údaji v registru apod.).

Stav pohledávek po lhůtě splatnosti u plátců pojistného výrazně ovlivňují neuhrazené platby běžného pojistného v případech, kdy plátcí zaslali přehled o platbě pojistného, ale platbu neprovedli v termínu.

V roce 2025 bude RBP ke snižování pohledávek využívat metod, které se osvědčily již v minulých letech. Nadále bude preferovat zejména úzké kontakty s velkými plátcí pojistného a uzavírání dohod o splátkách dlužného pojistného a penále a vyhodnocovat jejich efektivnost a eliminovat uzavírání splátkových kalendářů s plátcí, kteří se snaží o zdržování efektivního vymožení pohledávky.

V případech, kdy pohledávka nebude uspokojena po vyměření vykonatelným titulem ani po zaslání oznámení o vykonatelnosti, přistoupí RBP k neprodlenému vymáhání pohledávek prostřednictvím příslušných exekučních úřadů nebo daňovou exekucí.

V rámci platné legislativy budou využívány následující postupy:

- připojení se do insolvenčního řízení, k likvidaci a dědickému řízení,
- využití exekutorů,
- daňová exekuce.

RBP se bude v roce 2025 ve své činnosti řídit zejména zákony č. 48/1997 Sb., v platném znění, a č. 592/1992 Sb., v platném znění. Obě tyto normy se ve svých ustanoveních vztahují ke kontrole výběru pojistného a penále a následnému vymáhání dlužných částek na veřejné zdravotní pojištění.

Nadále bude aplikován specifický způsob výpočtu vyměřovacího základu u zaměstnaných invalidních nebo částečně invalidních osob. Týká se pouze osob zaměstnaných u zaměstnavatele, který zaměstnává více než 50 % osob se zdravotním postižením z celkového průměrného přepočteného počtu svých zaměstnanců.

Do informačního systému budou zakomponovány všechny legislativní změny, zejména v oblasti zavedení paušální daně u osob samostatně výdělečně činných.

Zdravotní pojišťovna bude ve stále větší míře vydávat výkazy nedoplatků ve smyslu ustanovení § 53 zákona č. 48/1997 Sb., v platném znění, v případě existence dlužného pojistného a penále, a to z důvodu procesně jednoduššího a účinnějšího postupu než v případech vedení správního řízení dle zákona č. 500/2004 Sb., v platném znění.

4.3 ČERPÁNÍ, VÝDAJE ZFZP

Výdaje čili finanční prostředky odepsané z bankovních účtů ZFZP od 1. 1. do 31. 12. 2025, jsou plánovány v celkové výši **19.329.236 tis. Kč**. Největší položku z nich tvoří výdaje na věcné dávky zdravotní péče ve výši **18.820.000 tis. Kč**. Bližší komentář k této rozhodující výdajové oblasti je předmětem subkapitoly 4.3.4.

Z předpisově účtovaných nákladů na zdravotní služby tvoří v roce 2024 dohadná položka pasivní částku 1.449.500 tis. Kč a dohadná položka aktivní částku 88.200 tis. Kč, v roce 2025 je vytvořena dohadná položka pasivní ve výši 1.360.000 tis. Kč a dohadná položka aktivní v částce 37.400 tis. Kč. Součástí dohadných položek je i záloha za očkovací látky. Na řádku A III. 1.2 je uvedeno saldo vzniklé porovnáním s dohadnou položkou z roku 2024 stornovanou v roce 2025. Tentýž postup byl uplatněn i v roce 2024.

Rezervní fond bude v souladu s platnou legislativou doplněn v roce 2025 částkou **15.536 tis. Kč** ze ZFZP tak, aby odpovídal zákonem stanovené výši.

Převod finančních prostředků na bankovní účet provozního fondu (resp. na vlastní činnost pojišťovny) je plánován ve výši **400.000 tis. Kč**. Propočet přidělu je podrobně popsán v kapitole 5.2.

Prostřednictvím ZFZP provádí RBP přiděl do fondu prevence, jehož objem je plánován ve výši **46.000 tis. Kč**. Tvoří jej příjmy z pokut a penále. RBP v roce 2025 neplánuje realizovat přiděl ve výši 5 promile z pojistného po přerozdělování za rok 2024 a navrhuje ponechat jej na posílení ZFZP.

Výdaje za poskytnutou zdravotní péči fakturovanou tuzemskými PZS za cizince jsou plánovány ve výši **36.000 tis. Kč**.

Poštovné je v roce 2025 plánováno ve výši **11.500 tis. Kč**, přičemž jeho úhrada během roku probíhá z prostředků provozního fondu a následně je realizován finanční převod mezi fondy. Do poštovního hodlá RBP zahrnout výdaje související s komunikací s PZS, pojištěnci a plátcí pojistného.

V souladu s vyhláškou č. 503/2002 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona č. 563/1991 Sb., o účetnictví, v platném znění, pro zdravotní pojišťovny, vytváří RBP v ZFZP opravné položky k pojistnému, penále, pokutám, přírůstkům k pojistnému a k náhradám nákladů na zdravotní služby.

4.3.1 SMLUVNÍ POLITIKA VE VZTAHU K PZS

ZÁMĚRY VÝVOJE SMLUVNÍ POLITIKY

Prvořadým úkolem smluvní politiky pojišťovny je zajištění kvalitních a dostupných zdravotních služeb pro všechny své klienty. K tomu zdravotní pojišťovna racionalizuje síť PZS v souladu s potřebami pojištěnců.

RBP v minulých letech dokončila intenzivní proces rozšiřování sítě smluvních PZS v Ústeckém kraji, na území Hlavního města Prahy, ve Středočeském kraji, v Jihomoravském kraji, v Olomouckém kraji zejména v oblasti Jeseníku a Šumperku, ve Zlínském kraji, a to v okrese Zlín a v Libereckém kraji konkrétně v okrese Liberec.

K vytvoření co nejširší sítě smluvních poskytovatelů využila RBP osobní návštěvy zaměstnanců zdravotní pojišťovny u PZS. Tento způsob v praxi vede k podstatně vyšší úspěšnosti při uzavírání smluv než při pouhém korespondenčním kontaktu. RBP se snaží PZS administraci spojenou s uzavřením smlouvy o poskytování zdravotních služeb co nejvíce zjednodušovat, a proto sama navrhuje výběrové řízení na příslušném krajském úřadu či Magistrátu hlavního města Prahy, aby získala doklad o kladném stanovisku z výběrového řízení, který je nezbytný dle zákona o veřejném zdravotním pojištění k navázání smluvního

vztahu. V této praxi bude pokračovat i v roce 2025 na základě individuálních požadavků prostřednictvím pobočkových sítí z útvaru ředitele pro obchod a správu.

V roce 2025 bude RBP i nadále zabezpečovat zajištění sítě smluvních PZS v oblastech ČR s minimálním počtem svých pojištěnců v souladu s nařízením vlády č. 307/2012 Sb., o místní a časové dostupnosti zdravotních služeb.

V případě nedostatečného smluvního pokrytí péče ve vybraných lokalitách přistupuje RBP sama k oslovení nesmluvních poskytovatelů s nabídkou na uzavření smluvního vztahu.

Stabilizaci a kultivaci sítě PZS pojišťovna chápe jako otevřený a dlouhodobý proces. Při uzavírání a rozšiřování smluvních vztahů v roce 2025 bude dbát na kvalitu a dostupnost zdravotních služeb.

S tím úzce souvisí i kontrola pasportizace (Příloha č. 2 Smlouvy) jednotlivých PZS. Při těchto kontrolách bude i nadále kladen důraz na odpovídající personální a přístrojové vybavení smluvních poskytovatelů zdravotních služeb. Důležitým měřítkem posuzování kvality poskytovaných zdravotních služeb jsou samotné výsledky léčebné činnosti, počty komplikací, reoperací apod. RBP bude i v roce 2025 pokračovat v realizaci a sjednávání elektronické pasportizace smluvních ujednání cestou portálové aplikace. V této souvislosti RBP v rámci zkvalitňování služeb pro své smluvní PZS pomáhá poskytovatelům zpřístupnit práva k administraci Přílohy č. 2 na Portále ZP a zavést Přílohu č. 2 včetně navazujících digitalizovaných dokumentů potřebných k nasmlouvání výkonů.

ZAJIŠTĚNÍ DOSTUPNOSTI ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB HRAZENÝCH ZE ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ V REGIONECH PŮSOBNOSTI ZP

V současné době vyhovuje síť smluvních PZS potřebám RBP jak z hlediska dostupnosti zdravotních služeb, tak i struktury poskytované péče.

Uzavírání nových smluvních vztahů s PZS bude probíhat v souladu s nařízením vlády o místní a časové dostupnosti zdravotních služeb a zároveň bude respektovat nezbytnou potřebu zajištění dostupné odborné péče pro klienty pojišťovny v regionech, kde taková potřeba vznikne, např. v důsledku čtenějších přesunů pojištěnců ke studiu ve vzdálenějších univerzitních městech a při migraci občanů související s vývojem trhu práce.

RBP se dlouhodobě jako ostatní zdravotní pojišťovny potýká se zajištěním zdravotních služeb v oblasti primární péče, a to zejména v oboru zubního lékařství, kdy za odcházející zubní lékaře není plnohodnotná náhrada. To platí především pro menší a méně atraktivní lokality. V této souvislosti RBP realizuje projekt Zvýšení dostupnosti stomatologických služeb pro pojištěnce RBP. Pojišťovna navyšuje úhradu za registraci nových klientů z řad pojištěnců RBP předaných zdravotní pojišťovnou zubnímu lékaři podle vzájemně dohodnutých pravidel se stomatology, kteří podali žádost o uzavření, případně rozšíření vzájemné smlouvy o poskytování a úhradě zdravotních služeb, mají volné kapacity pro příjem nových pojištěnců a projevíli na základě oslovení RBP zájem na tomto projektu spolupracovat. Díky tomuto projektu, který vznikl v červenci roku 2020, se RBP daří každoročně zajišťovat zubní péči svým pojištěncům. Do září roku 2024 se RBP podařilo zajistit péči přibližně 3 049 pojištěncům. Zdravotní pojišťovna hodlá v tomto projektu pokračovat i v roce 2025.

V RBP je vybudován komplexní systém organizačních, administrativních a technických opatření k bezproblémovému zajišťování místní a časové dostupnosti. Primárním zdrojem informací o potřebě zajistit dostupnost péče jsou individuální požadavky klientů, příp. podněty samotných poskytovatelů zdravotních služeb, kteří s předstihem avizují svůj záměr přestat

poskytovat zdravotní péči. Pro zajištění rychlého vyřízení je nutné, aby byl požadavek podán na příslušném formuláři a obsahoval náležitosti v něm uvedené.

Stejně jako v roce 2024, i v roce 2025 bude RBP realizovat proklientsky orientované projekty na zajišťování časové dostupnosti.

RBP bude i v roce 2025 spolupracovat s odbornými společnostmi a jednotlivými profesními komorami na plánování sítě s ohledem na vývoj počtu PZS v jednotlivých oblastech. Cílem této činnosti bude eliminace rizika nedostupnosti péče v souvislosti s postupným odchodem většího počtu poskytovatelů do důchodu.

Pojišťovna bude i nadále podporovat rozšiřování sítě poskytovatelů ambulantních služeb včetně poskytování jednodenní péče v zařízeních specializovaných ambulantních služeb a u poskytovatelů akutní lůžkové péče po splnění požadavků na personální obsazení a technické vybavení. Tento druh péče umožňuje pacientům doléčení v přirozeném domácím prostředí.

REGULAČNÍ MECHANISMY A ŘEŠENÍ ZÁVAZKO-POHLEDÁVKOVÉHO VZTAHU K PZS

Uplatňování regulačních mechanismů v souvislosti s čerpáním nákladů na zdravotní služby pro rok 2025 je významnou podmínkou hospodárného vynakládání finančních prostředků z veřejného zdravotního pojištění.

Účinnost zachycování chybného vykazování poskytovaných zdravotních služeb souvisí s kvalitou informačního systému pojišťovny. Informační systém RBP dokáže v tzv. prerevizí (systémová aplikace kontroly platných pravidel pro vykazování výkonů, pasportizace výkonů atd.) předem zachytit nesprávně vykazované dávky, které tvoří cca 1,12 % z jejich celkového objemu. Nálezy RBP jsou ze strany poskytovatelů zdravotních služeb přijímány převážně jako oprávněné.

Tento kontrolní systém je neustále zkvalitňován a doplňován s ohledem na aktuální úpravy metodiky pro vykazování výkonů v rámci smluvních ujednání a výsledky prerevizní a revizní činnosti RBP. Přínosem v této oblasti je i postupné rozšiřování elektronické komunikace prostřednictvím Portálu ZP.

4.3.2 ZDRAVOTNÍ POLITIKA

HLAVNÍ ÚKOLY ZDRAVOTNÍ POLITIKY

Pojišťovna bude zajišťovat úhrady zdravotních služeb podle platné právní úpravy veřejného zdravotního pojištění, a to v souladu se zákonem č. 48/1997 Sb., v platném znění, dalšími zákony a právními ustanoveními týkajícími se úhrady zdravotních služeb. S ohledem na výsledek jednání s PZS pak bude základem pro konkrétní úhradu buď cenové ujednání uzavřené formou dodatku ke smlouvě nebo úhrady dle úhradové vyhlášky. Nadále se počítá s výjimečným uplatněním úhrady zdravotních služeb jinak pojišťovnou nehrazené, je-li její poskytnutí jedinou možností z hlediska zdravotního stavu pojištěnce.

Celkové finanční objemy úhrad pro rok 2025 jsou uvedeny v tabulce č. 11. Komentář k finančnímu objemu úhrad je uveden v kapitole 4.3.4 tohoto zdravotně pojistného plánu. RBP zamýšlí i v roce 2025 realizovat vybrané plánované operační výkony v rozhodujících regionálních nemocnicích formou nákupu zdravotních služeb, rozvíjet a rozšiřovat spektrum zdravotních výkonů poskytovaných v rámci jednodenní péče. K rozhodujícím aspektům

vedoucím ke smluvnímu zakotvení a následnému provedení těchto zdravotních služeb u příslušných poskytovatelů lůžkové péče bude patřit jejich kvalita a dostupnost, nákladovost a bezpečí pacienta.

Pojišťovna se bude i nadále zaměřovat na plánování rozsahu zdravotních služeb poskytovaných ve specializovaných centrech včetně konkretizace spektra a nákladovosti léčivých přípravků.

V roce 2025 bude pojišťovna nadále v součinnosti se Státním ústavem pro kontrolu léčiv (dále také SÚKL) aktivním účastníkem ve správních řízeních o stanovení maximálních cen a výše a podmínek úhrady z veřejného zdravotního pojištění pro léčivé přípravky a potraviny pro zvláštní lékařské účely.

RBP se bude nadále i v roce 2025 podílet s držiteli rozhodnutí o registraci léčivých přípravků nebo zástupci držitele na uzavírání smluv o dohodnutých nejvyšších cenách léčivých přípravků a smluv o limitaci a kompenzaci nákladů spojených s hrazením léčivých přípravků. V zájmu zabezpečení kvalitní a dostupné zdravotní péče a ve veřejném zájmu budou s držiteli dále zajištěny smlouvy o dohodnutých cenách léčivých přípravků za účelem dosažení efektivnější alokace prostředků veřejného zdravotního pojištění a snížení dopadu do rozpočtu zdravotní pojišťovny v zájmu udržení stability rozpočtu veřejného zdravotního pojištění.

Pozornost bude rovněž věnována paliativní péči poskytované pojištěncům v terminálním stavu v jejich vlastním sociálním prostředí, případně v hospicích. S ohledem na přirozené stárnutí obyvatelstva se pojišťovna zaměří na úroveň poskytovaných zdravotních služeb v zařízeních následné lůžkové péče pro seniory, ambulantní ošetrovatelské a rehabilitační péče poskytnuté v zařízeních sociálních služeb a rovněž domácí zdravotní služby v zájmu optimálního využití efektu léčby ve vlastním sociálním prostředí.

Záměrem pojišťovny v roce 2025 je pokračování v přípravě a uskutečňování programů, které kladou důraz na zkvalitnění a prodloužení života pojištěnců a prevenci civilizačních chorob v úzké spolupráci s poskytovateli zdravotních služeb. Pokračování a návrhy nových programů budou nastaveny tak, aby reflektovaly rozpočtové možnosti, resp. výrazně nepřevýšily dedikované výdaje.

PROGRAM 90+

V roce 2025 bude RBP pokračovat v realizaci Programu 90+ (dále P90+), který byl zahájen v roce 2024. Cílem P90+ je přispívat soustavnou a komplexní zdravotně preventivní péčí a vybranými nástroji podpory zdraví k dlouhému a plnohodnotnému životu pojištěnců. P90+ bude i nadále uskutečňován prostřednictvím intenzivní spolupráce s praktickými lékaři v oblasti zdravotní prevence, motivace pojištěnce ke zdravému životnímu stylu a zdravotní osvěty. Součástí P90+ je podpora realizace řádných preventivních prohlídek. Účastníci P90+ budou moci čerpat motivační bonusový příspěvek Bonus 90+ zaměřený na podporu zdraví, který bude poskytován klientům mj. na základě splnění kritérií souvisejících s jejich aktivní účastí na zdravotní prevenci a se zdravým životním stylem. V rámci programu budou pojištěncům zasílána upozornění na možnost podstoupení preventivního vyšetření v situaci, kdy na toto vyšetření budou mít, dle platné legislativy, nárok, a to převážně elektronickou formou.

PROJEKTY ZAMĚŘENÉ NA ČASOVOU A MÍSTNÍ DOSTUPNOST

RBP bude i v roce 2025 pokračovat v projektech zaměřených na zlepšení časové a místní dostupnosti zdravotních služeb. Jedním z nejvýznamnějších projektů v této oblasti je projekt Magnet 213, zaměřený na dostupnost včasného vyšetření na magnetické rezonanci. Součástí

projektu je i servis pojišťovny, kdy veškerou administrativu spojenou se zajištěním termínu na sebe přebírá RBP.

Primární péči praktického lékaře v lokalitách s nižším zasmluvněním RBP již dlouhodobě podporuje plošným bonifikačním mechanismem. V této praxi bude pojišťovna pokračovat rovněž v roce 2025.

V roce 2025 bude RBP podporovat také dostupnost stomatologických služeb. Předpokládá se další rozšiřování okruhu zubních lékařů zapojených do projektu „Zvýšení dostupnosti stomatologických služeb pro klienty RBP“, který již od roku 2020 přispívá k uspokojování požadavků pojištěnců bez registrujícího stomatologa.

Obdobou projektu na podporu dostupnosti stomatologie bude v roce 2025 projekt cíleného zajišťování zdravotních služeb v ostatních lékařských odbornostech ambulantní péče. Pojišťovna chce takto reagovat na dílčí lokální obtíže s dostupností zdravotních služeb a potřebu uspokojení žádostí pojištěnců o její zajištění.

V souvislosti s vysokým podílem poskytovatelů zdravotních služeb vyššího věku a potenciálním rizikem nedostatku lékařů v následujícím desetiletí RBP bonifikuje poskytovatele, kteří jsou držiteli akreditace k uskutečňování vzdělávacího programu v oboru všeobecného praktického lékařství a praktického lékařství pro děti a dorost a poskytovatele, kteří zajišťují specializační vzdělávání lékařů. Podporu vzdělávání mladých lékařů bude RBP realizovat rovněž v roce 2025.

DALŠÍ PROJEKTY A PROGRAMY

V roce 2025 bude RBP pokračovat v realizaci programu PreDIA, který je zaměřený na prevenci diabetu a jeho komplikací. Záměrem RBP je snížit riziko vzniku diabetu 2. typu u osob s prediabetem, a to mj. podporou včasného zachytu onemocnění a podporou zdravého životního stylu. V rámci programu bude RBP hradit vyšetření lačné glykémie již od 35 let věku. V užším rozsahu chce RBP využít senzory pro monitoring glykémie a přispívat na nutriční terapii a doporučenou medikaci. Od aplikace senzorů a návazného doporučení lékaře si RBP slibuje, že by pojištěncům mohly pomoci s optimalizací denního režimu takovým způsobem, aby došlo ke snížení rizika protrahovaných hyperglykemií a rozvoji diabetu mellitu II. typu, případně stabilizaci stavu v případě dekompenzovaného diabetu.

V roce 2025 bude RBP pokračovat rovněž v realizaci projektu TeleMedPoint Plus, který je zaměřený na zvýšení dostupnosti zdravotních služeb v lokalitách Moravskoslezského kraje se zhoršenou dostupností zdravotních služeb. Projekt TMPP úzce navazuje na iniciativu Moravskoslezského kraje, který ve vybraných obcích kraje zřizuje kontaktní místa – telemedpointy – zajišťující distanční monitoring fyziologických funkcí. Účastníci projektu TMPP mají možnost si na stanovišti telemedpointu nechat měřit fyziologické funkce nebo je mohou, na základě doporučení lékaře, měřit v domácím prostředí, přičemž výsledky těchto měření jsou následně pomocí telemedicínských technologií dostupné ošetřujícímu lékaři. Lékař pak může takto získané údaje využít pro diagnostické účely a rozhodování o další léčbě. V rámci projektu bude podporována distanční péče a aktivita jak na straně poskytovatelů zdravotních služeb (formou úhrad distanční péče), tak na straně pojištěnců (formou příspěvků na telemedicínské služby).

RBP plánuje vyhodnotit realizaci programu Virtuální realita v rehabilitaci, který byl zahájen v roce 2024 do roku 2025. Od tohoto kroku si pojišťovna slibuje větší počet zapojených pojištěnců, který umožní objektivnější hodnocení výstupů projektu. Ambicí projektu je zlepšení efektivity rehabilitační péče u pacientů s vybranými diagnózami a ověření možností využití virtuální reality pro tyto účely.

Ve vazbě na konsenzus odborných společností o medicínském významu a zájem poskytovatelů zdravotních služeb, přistoupila RBP k realizaci zdravotního programu zaměřeného na včasný záchyt osteoporózy, který v roce 2023 zahájila Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky. RBP bude v programu pokračovat i v roce 2025. Dlouhodobým cílem, který RBP s tímto programem spojuje, je snížení počtu osteoporotických zlomenin v následujících letech.

Předpokládá se též realizace dalších bonifikačních programů zahájených v předchozích letech, které většinou navazují na společnou dohodu odborných společností a zdravotních pojišťoven, a které RBP realizuje na základě takto dohodnutých podmínek. Jedná se o podporu dostupnosti lékárenské péče, podporu kvality péče v gynekologii a podporu péče o klienty umístěné v sociálních službách.

V průběhu roku 2025 bude RBP reagovat tvorbou dalších projektů a programů nebo modifikací těch stávajících na aktuální situaci ve zdravotnictví, vývoj zdravotního stavu populace, trend v úhradách zdravotních služeb a další celospolečenské, lokální nebo vnitropodnikové potřeby. Případné další projekty a programy by mohly být primárně cíleny na dostupnost zdravotních služeb, disease management, řízenou zdravotní péči, podporu zdravotní prevence nebo telemedicínu.

PŘEDPOKLÁDANÉ ZPŮSOBY A VÝŠE ÚHRAD ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB V JEDNOTLIVÝCH SEGMENTECH

RBP předpokládá v roce 2025 úhrady vycházející z platné úhradové vyhlášky. Návrh úhradové vyhlášky v jednotlivých segmentech respektuje způsoby úhrad dohodnutých v rámci dohodovacího řízení o cenách. RBP dále nepředpokládá, s ohledem na parametry úhradové vyhlášky, další úhradové zohlednění, které by se odchylovalo od limitních vyhláskových úhrad.

Dohodovací řízení k úhradám na rok 2025 probíhalo v období 1. pololetí 2024 a v zákonem stanoveném termínu jeho účastníci dospěli k dohodě z celkového počtu 14 segmentů zdravotní péče v těchto 3 segmentech:

1. skupina poskytovatelů ambulantních gynekologických služeb,
2. skupina poskytovatelů ambulantních stomatologických služeb,
3. skupina poskytovatelů lékárenské a klinicko-farmaceutické péče.

Dohoda nebyla uzavřena ve zbývajících segmentech poskytovatelů:

1. skupina poskytovatelů akutní lůžkové péče,
2. skupina poskytovatelů následné lůžkové péče,
3. skupina poskytovatelů lázeňské léčebně rehabilitační péče a zdravotní péče v ozdravovnách,
4. skupina poskytovatelů v odbornostech všeobecné praktické lékařství a praktické lékařství pro děti a dorost,
5. skupina poskytovatelů ambulantních laboratorních služeb,
6. skupina poskytovatelů radiodiagnostických služeb a poskytovatelů ambulantních laboratorních služeb,
7. skupina poskytovatelů fyzioterapie a dalších nelékařských profesí,
8. skupina poskytovatelů domácí zdravotní péče,
9. skupina poskytovatelů ambulantní hemodialyzační péče,

10. skupina poskytovatelů zdravotnické záchranné služby a přepravy pacientů neodkladné péče,
11. skupina poskytovatelů zdravotnické dopravní služby.

Návrhy zdravotních pojišťoven sdružených ve SZP ČR kalkulovaly pro dohodovací řízení 2025 ve všech segmentech zdravotních služeb i s ohledem na predikovaný objem mandatorních výdajů s nulovým meziročním nárůstem.

Z dohodovacího řízení vzešly i v segmentech bez dohody návrhy na úhradu od poskytovatelů a zdravotních pojišťoven, které ministerstvo analyzovalo a ve vhodných případech využilo při tvorbě vyhlášky.

MZ ČR bylo při přípravě úhradové vyhlášky pro rok 2025 vázáno usnesením vlády č. 267/24 ze dne 24. dubna 2024, které zavazuje mistra zdravotnictví k vydání úhradové vyhlášky v takové podobě, aby umožňovala vyrovnané hospodaření systému veřejného zdravotního pojištění. Naplnění tohoto vládního úkolu posuzovalo ministerstvo vůči předpokládaným příjmům s přihlédnutím k makroekonomické produkci Ministerstva financí.

S odhlédnutím od možných individuálních dohod zdravotních pojišťoven a poskytovatelů zdravotních služeb ministerstvo zdravotnictví konstatuje, že úhradová vyhláška na rok 2025 je koncipována jako finančně vyvážaná.

Úhrada zdravotních služeb **v oboru všeobecné praktické lékařství a praktické lékařství pro děti a dorost** bude probíhat kombinovaným kapitačně výkonovým způsobem a zároveň bude pojišťovna bonifikovat celoživotní vzdělávání lékařů, podporovat zvýšené četnosti provedených preventivních prohlídek, realizace školení v případě udělení akreditace a zapojení do realizace vzdělávacího programu Rezident. V oblastech s podstatně omezenou možností zajistit poskytování zdravotních služeb si pojišťovna s poskytovatelem dohodne navýšení celkové výše úhrady. U malých praxí, které nedosahují průměrného počtu registrovaných pojištěnců, bude v odůvodněných případech uplatňováno dorovnání kapítace, případně výkonová úhrada péče. Nově bude pojišťovna poskytovat úhradu za týmové praxe, které by měly zajistit vyšší efektivitu a dostupnost péče, zastupitelnost lékařů prodloužením ordinačních dob a sdílení přístrojové techniky.

V segmentu **specializovaných ambulantních služeb** bude uplatněn výkonový způsob úhrady podle seznamu zdravotních výkonů s uplatněním parametru nákladovosti na jednoho pacienta včetně zohlednění mimořádně nákladných pojištěnců, účasti na celoživotním vzdělávání, rozložení počtu a struktury ordinačních hodin a využívání objednávkového systému umožňujícího přednostní vyšetření či ošetření pojištěnců, u nichž to vyžaduje jejich zdravotní stav. V roce 2025 lze i nadále předpokládat realizaci úhrad formou individuálně smluvně sjednané složky za plánované ambulantní operační výkony. Náklady v tomto segmentu budou navýšeny nad rámec úhradové vyhlášky o bonifikační úhradu v souvislosti s uzavřeným Memorandem ze dne 31.10.2024 mezi MZ ČR, SAS ČR a zdravotními pojišťovnami za účelem udržení a zlepšování dostupnosti zdravotní péče.

V segmentu **gynekologických služeb** bude rovněž uplatněn výkonový způsob úhrady podle seznamu zdravotních výkonů s uplatněním parametru nákladovosti na jednoho pacienta včetně zohlednění za účast na celoživotním vzdělávání, za rozšířenou dostupnost v ordinačních hodinách, za akreditaci k uskutečňování vzdělávacího programu, doložení certifikátu ISO 9001 a realizaci preventivních prohlídek. V tomto segmentu lze v roce 2025 rovněž předpokládat úhrady formou individuálně smluvně sjednané složky za plánované ambulantní operační výkony a za péči o těhotné pojištěnky.

Úhrada služeb asistované reprodukce bude hrazena formou balíčků za stanovené ceny.

V segmentu **stomatologických služeb** budou úhrady realizovány v souladu s úhradovou vyhláškou s tím, že RBP bude bonifikovat PZS nabízející přijímání nových pacientů v oblastech s omezenou dostupností této péče.

V segmentu **diagnostické péče** bude výsledná úhrada stanovena úhradou za poskytnuté výkony s výslednou hodnotou bodu (v subsegmentu radiodiagnostických služeb) a výkonovým způsobem se stanovením maximální úhrady.

V segmentech **léčebně rehabilitační péče a domácí péče** bude úhrada hrazených služeb realizována podle seznamu výkonů s uplatněním parametru nákladovosti na jednoho pojištěnce se zohledněním mimořádně nákladných pojištěnců.

V segmentu **hemodialyzační péče** bude uplatněna úhrada za poskytnuté výkony se stanovenými hodnotami bodu s možností jejich navýšení prostřednictvím hodnocení kvality, které je založeno na reportování a vyhodnocení dat dialyzovaných pacientů. Úhrada hrazených služeb za včasné zařazování pojištěnců na čekací listinu k transplantaci ledviny bude stanovena formou balíčkových cen.

Pro **skupinu poskytovatelů sociálních služeb poskytujících zdravotní péči** není v úhradové vyhlášce stanoven způsob a výše úhrady. Na základě zkušeností z předchozích období lze předpokládat, že na základě vzájemné dohody mezi RBP a poskytovateli bude tento segment hrazen výkonovým způsobem s uplatněním parametru měsíční nákladovosti na jednoho pojištěnce se stanovením maximální úhrady.

Akutní lůžková péče bude v souladu s úhradovou vyhláškou hrazena zejména formou úhrady s využitím klasifikačního systému CZ-DRG (tj. paušální úhrada, úhrada vyčleněná z paušální úhrady, úhrada formou případového paušálu dle CZ-DRG), úhradou za hrazené služby jednodenní péče, za ambulantní péči a úhradou za léčivé přípravky a potraviny pro zvláštní lékařské účely označené symbolem „S“ dle úhradové vyhlášky v kombinaci s možností realizace nákupu vybraných zdravotních služeb dle dohody mezi pojišťovnou a poskytovatelem a ve vybraných případech i individuálním stanovením úhrad léčivých přípravků pro specializovaná centra. Nad rámec úhradové vyhlášky plánuje RBP hradit výkonově pouze vybrané vysoce specializované operace na základě dohody mezi pojišťovnou a poskytovatelem. U poskytovatelů s malým nebo kolísajícím objemem zdravotních služeb a u zdravotních služeb poskytovaných zahraničním pojištěncům bude akutní lůžková péče prioritně hrazena výkonovým způsobem.

Následná lůžková péče bude v roce 2025 hrazena paušální sazbou za jeden den hospitalizace s možností navýšení úhrady při splnění stanovených kvalitativních kritérií s výjimkou následné intenzivní péče, dlouhodobě intenzivní ošetrovatelská péče, následné ventilační péče a následné komplexní intenzivní léčebně rehabilitační péče, které budou hrazeny podle seznamu zdravotních výkonů. Z důvodu pokračující podpory rozvoje a transformace psychiatrické péče bude úhrada OD 00021, OD 00026 dále navýšena těm PZS, kteří budou plnit podmínky transformačního plánu v rámci reformy psychiatrické péče a standardů kvality a bezpečí v souladu se zákonem o zdravotních službách.

Segmenty **zdravotnické dopravní služby a zdravotnické záchranné služby** budou stejně jako v minulých obdobích hrazeny výkonovým způsobem podle seznamu výkonů.

Hrazené zdravotní služby v roce 2025 v segmentu **lázeňské léčebně rehabilitační péče** a na služby v **ozdravovnách** budou realizovány prostřednictvím úhrady za jeden den pobytu podle smluvního ujednání s jednotlivými poskytovateli těchto služeb.

RBP zvažuje i v roce 2025 bonifikaci **lékárenské péče** nad rámec úhradové vyhlášky v oblastech se zhoršenou dostupností.

Ve všech segmentech poskytovatelů zdravotních služeb je RBP připravena posoudit v celkových úhradách specifika konkrétních PZS, která mohou způsobovat znevýhodnění, pokud by byla striktně aplikována pouze úhradová vyhláška.

REGULAČNÍ POPLATKY A DOPLATKY ZA LÉČIVÉ PŘÍPRAVKY A POTRAVINY PRO ZVLÁŠTNÍ LÉKAŘSKÉ ÚČELY

RBP bude v roce 2025 postupovat při aplikaci vlivu regulačních poplatků a doplatků za léčiva v souladu se zákonem č. 48/1997 Sb., v platném znění.

V legislativním procesu je v současnosti změna zákona 48/1997 Sb., na základě, které by mělo přejít „hlídání“ limitu započitatelných doplatků do online režimu v rámci systému eRecept (SUKL). Ten by měl zajistit, že v případě překročení doplatku na konkrétním vydávaném léčivém přípravku přímo v lékárně již nebude „nadlimitní“ částku hradit pojištěnec, ale tuto úhradu provede následně zdravotní pojišťovna lékárně v rámci vykázaných zdravotních služeb. Tato novelizace však není k dnešnímu dni finálně schválena.

REGULAČNÍ OMEZENÍ OBJEMU POSKYTNUTÝCH ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB HRAZENÝCH Z VEŘEJNÉHO ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ DLE ZÁKONA Č. 48/1997 SB., V PLATNÉM ZNĚNÍ

K regulování a omezování objemu úhrad za poskytované zdravotní služby přistoupí RBP výhradně v rámci legislativních pravidel vycházejících ze zákona č. 48/1997 Sb., v platném znění, z vyhlášek Ministerstva zdravotnictví a soudní judikatury.

Každému takovému rozhodnutí pojišťovny bude předcházet objektivizace aktuálních dat a důsledné analytické vyhodnocení příslušného opatření.

Pojišťovna bude dbát zejména na:

- zakotvení regulačních mechanismů preskripce léčiv, zdravotnických prostředků a indukovaných zdravotních služeb u ambulantních poskytovatelů zdravotních služeb a preskripce léčiv a zdravotnických prostředků u poskytovatelů lůžkové péče do smluvních ujednání v rozsahu závazných opatření vyplývajících z příslušných prováděcích předpisů,
- cílevědomou smluvní politiku vycházející z výsledků výběrových řízení a ze zajištění dostupných a kvalitních zdravotních služeb pro pojištěnce RBP,
- zajištění sítě poskytovatelů zdravotních služeb v souladu s nařízením vlády č. 307/2012 Sb.

4.3.3 REVIZNÍ A KONTROLNÍ ČINNOST

RBP bude v roce 2025 pokračovat v budování, posilování, optimalizaci a stabilizaci týmu kmenových revizních lékařů, revizních pracovníků i spolupracujících externích specialistů, kteří se společně podílí na kontrole vykázané zdravotní péče.

Ve snaze zvýšit efektivitu vynakládaných veřejných financí bude RBP v nezmenšené míře uplatňovat následující kontrolní opatření:

- posuzování vykázaných výkonů bude prováděno v souladu s oprávněním poskytovatele zdravotních služeb pro poskytování zdravotních služeb v rámci schválené pasportizace, která je součástí smluvního ujednání,
- čtvrtletní plánování revizní činnosti bude zacíleno ještě konkrétněji. Fyzické revize se budou ve větší míře zaměřovat na poskytovatele zdravotních služeb, kteří vykazují neúměrně vysokou úroveň nákladnosti nebo nesrovnalosti v účtování zdravotních služeb, resp. vykazují výrazný nárůst indukované péče,
- skupina revizních pracovníků a lékařů bude provádět cílené revize nejen na základě zkušeností s využíváním dříve prováděných analýz Fraud Detection zaměřených na vyhledávání neobvyklých jevů ve vykazovaných zdravotních službách, ale v roce 2025 znovu i s přímým využitím tohoto nástroje,
- revizní lékaři a další odborní pracovníci se budou nadále zaměřovat ve stále větší míře na prerevizní činnost,
- opakující se nálezy z fyzických revizí budou automatizovány a zařazeny již do prerevizí,
- revizní lékaři budou na základě zkušeností z revizní i prerevizní činnosti efektivněji napomáhat v rámci komisionálního rozhodování o nasmlouvání nové péče v rámci komise pro smluvní vztahy,
- úhrada při poskytnutí neodkladné péče u nesmluvních poskytovatelů zdravotních služeb bude individuálně posuzována ve smyslu § 17 odst. 1 zákona č. 48/1997 Sb., v platném znění,
- při rozhodování o úhradě přímo vynaložených nákladů u smluvních i nesmluvních poskytovatelů zdravotních služeb budou revizní pracovníci dodržovat závazný postup, jakým způsobem uvedené žádosti prošetří, posoudí je a rozhodnou o nich. Tento postup definuje Metodický pokyn 69/2024,
- kontrolní činnost bude ve větším rozsahu zaměřena na objektivitu zařazování hospitalizačních případů do DRG skupin,
- pracovníci pojišťovny budou nadále posuzovat konkrétní zdravotní indikace pro přijetí na lůžka následné péče s cílem specifikovat úhradu zdravotních služeb při hospitalizaci, která není nutná ze zdravotních důvodů,
- nadále bude posuzována nesprávná nebo neúčelná preskripce léčivých přípravků a zdravotnických prostředků v návaznosti na stanovené diagnózy,
- bude kontrolováno dodržování preskripčních omezení vytipovaných léčivých přípravků, ve stejné oblasti bude precizováno nastavování automatických kontrol a prerevizí v IS RBP, které již bylo v zásadě realizováno v průběhu roku 2024,
- budou pokračovat kontroly předepisování zdravotnických prostředků z hlediska stanovených limitů úhrad a nepovolených souběhů předepisovaných vybraných kompenzačních pomůcek,
- revizní lékaři pojišťovny se při své činnosti zaměří na posuzování úrovně a kvality zdravotních služeb u poskytovatelů zdravotních služeb s využitím doporučených standardů zdravotních služeb a závěrů ze smluvních vztahů,
- nadále bude využíváno individuálních účtů klientů k ověřování rozsahu poskytnutých zdravotních služeb tam, kde je podezření z neuskutečněných, avšak vykázaných zdravotních výkonů,
- při posuzování pasportizace poskytovatelů zdravotních služeb bude využíván program administrace personálního a technického vybavení,

- i nadále bude RBP v nezmenšené míře dbát na odborné posuzování žádank, dodržování termínů pro jejich zpracování v souladu s vnitřním aktem řízení RBP, o schválení úhrady z hlediska jejich medicínské přiměřenosti,
- při kontrole indikací přeprav pacientů bude posuzována jejich oprávněnost v návaznosti na zdravotní stav pacientů uvedený v dokumentaci indikujícího lékaře, bude pokračováno v edukaci odesílajících lékařů ve smyslu oprávněnosti indikace,
- nadále bude rutinně využíván systém evidence a zpracování dopravy osobním vozidlem zavedený od 1. 1. 2023 tak, že tato agenda je v maximální míře centralizovaná, automatizovaná, transparentní a zpětně analyzovatelná,
- pracovníci pojišťovny se zaměří na kontrolu zdravotního transportu sanitními vozy, rutinní exaktní kontrolu ujetých kilometrů vykázaných pojišťovně,
- bude využívána repase nákladnějších zdravotnických prostředků evidovaných pojišťovnou pro účely jejich dalšího použití,
- budou i nadále důkladně posuzovány požadavky klientů RBP na zdravotní služby poskytované v zahraničí, které nelze zabezpečit v ČR.

4.3.4 STRUKTURA NÁKLADŮ NA ZDRAVOTNÍ SLUŽBY V ČLENĚNÍ PODLE JEDNOTLIVÝCH SEGMENTŮ

Tabulka č. 11 ZPP vyjadřuje celkové nákladové položky podle segmentů zdravotních služeb v roce 2025. Uvedené hodnoty zároveň vymezují základní dohodovací prostor RBP pro jednání s poskytovateli zdravotních služeb o úhradách a jejich promítnutí do smluvní praxe.

Pro účely ZPP 2025 vytvořila RBP pro období roku 2024 a 2025 u některých segmentů dohadné položky. V roce 2024 činí celková výše dohadné položky včetně dohadné položky za očkovací látky 1.361.300 tis. Kč, v roce 2025 je predikována částka 1.322.600 tis. Kč. V jednotlivých položkách se jedná o následující členění:

Segment	2023 v tis. Kč	2024 v tis. Kč
Ambulantní péče	320 700	322 900
Lůžková péče	1 012 100	967 000
Ostatní péče+očkovací látky	28 500	32 700

STRUKTURA NÁKLADŮ NA ZDRAVOTNÍ SLUŽBY PODLE JEDNOTLIVÝCH SEGMENTŮ

ř.	Ukazatel	Rok 2024 oček. skut. tis. Kč	Rok 2025 ZPP tis. Kč	(v %) ZPP 2025/ oček. skut. 2024
I.	Náklady na zdravotní služby celkem čerpané z oddílu A (příloha č. 2, oddíl A III., ř. 1) ZFPZ včetně dohadných položek zúčtované v daném období (součet ř. 1–11)	18 550 000	19 350 000	104,3
	v tom:			
1	na ambulantní péči celkem (poskyvatelé zdravotních služeb 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)	5 629 400	5 870 100	104,3
1.1	v tom: skupina poskytovatelů ambulantních stomatologických služeb (odbornosti 014–015 a 019)	786 200	811 400	103,2
1.2	skupina praktických lékařů a praktických lékařů pro děti a dorost (odbornosti 001–002)	1 078 900	1 115 900	103,4
1.2.1	v tom: poskyvatelé v oboru všeobecné praktické lékařství (odbornost 001)	710 900	735 800	103,5
1.2.2	poskyvatelé v oboru praktické lékařství pro děti a dorost (odbornost 002)	368 000	380 100	103,3

ř.	Ukazatel	Rok 2024 oček. skut. tis. Kč	Rok 2025 ZPP tis. Kč	(v %) ZPP 2025/ oček. skut. 2024
1.3	skupina poskytovatelů ambulantních gynekologických služeb (odbornosti 603–604 a 613)	318 200	330 000	103,7
1.4	skupina poskytovatelů fyzioterapie – nelékařských profesí (odbornosti 902 a 917)	331 400	349 700	105,5
1.5	skupina poskytovatelů mimolůžkových laboratorních a radiodiagnostických služeb (odbornosti 222, 801–807, 809–810 a 812–823)	733 500	768 100	104,7
1.5.1	z toho: poskytovatelé laboratorních služeb (odbornosti 222, 801–805 a 812–822)	601 800	631 900	105,0
1.5.2	poskytovatelé radiodiagnostických služeb (odbornosti 806 a 809–810)	131 700	136 200	103,4
1.6	skupina poskytovatelů domácích zdravotních služeb (odbornosti 911, 914, 916, 921 a 925–926)	127 800	134 100	104,9
1.7	skupina poskytovatelů mimolůžkových ambulantních specializovaných služeb, vysokoškolsky vzdělaných pracovníků ve zdravotnictví (zejména klinických psychologů a klinických loqopedů) a ortoptistů	1 989 700	2 084 400	104,8
1.7.1	z toho: léčivé přípravky hrazené pouze poskytovateli zdravotních služeb poskytujícím péči na specializovaných pracovištích (viz § 15 zákona č. 48/1997 Sb. a vyhlášku č. 376/2011 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o veřejném zdravotním pojištění (dále jen „vyhláška č. 376/2011 Sb.“))	233 000	258 200	110,8
1.8	skupina poskytovatelů ambulantní hemodialyzační péče (odbornost 128)	63 800	65 400	102,5
1.9	skupina poskytovatelů sociálních služeb poskytujících zdravotní péči (odbornost 913; § 22 písm. e) zákona č. 48/1997 Sb.)	199 900	211 100	105,6
2	na lůžkovou zdravotní péči celkem (poskytovatelé zdravotních služeb vykazující kód ošetřovacího dne, zahrnují se náklady na zvlášť účtované léčivé přípravky, zvlášť účtovaný materiál, paušál na léky i případně nasmlouvané služby ambulantní, stomatologickou a přepravu provozovanou v rámci lůžkového PZS s výjimkou nákladů na léky na recepty a zdravotnických prostředků vydaných na poukazy)	9 978 100	10 400 600	104,2
2.1	v tom: skupina poskytovatelů akutní lůžkové péče a dalších zdravotních služeb poskytovaných v nemocnicích	8 830 000	9 129 700	103,4
2.1.1	v tom: ambulantní péče (doklady 01, 01s, 03, 03s, 06 bez vazby na hospitalizační doklad 02 "Metodiky pro pořizování a předávání dokladů")	2 965 500	3 015 900	101,7
2.1.2	akutní lůžková péče (doklady 02, 02s, 03, 03s a 06 s vazbou na doklad 02 "Metodiky pro pořizování a předávání dokladů")	4 861 700	4 960 000	102,0
2.1.3	ostatní (LPS, přeprava atd., tj. zbývající služby neuvedené v ř. 2.1.1–2.1.2)	46 300	46 600	100,6
2.1.4	léčivé přípravky hrazené pouze poskytovateli zdravotních služeb poskytujícím péči na specializovaných pracovištích (viz § 15 zákona č. 48/1997 Sb. a vyhlášku č. 376/2011 Sb.)	956 500	1 107 200	115,8
2.2	skupina poskytovatelů následné a dlouhodobé lůžkové péče	1 148 100	1 270 900	110,7
2.2.1	v tom: samostatní poskytovatelé následné lůžkové péče OD 00021, OD 00022, OD 00023, OD 00025, OD 00026, OD 00027, OD 00028 (OLÚ s výjimkou PZS uvedených v ř. 2.2.2), OD 00029	608 100	679 900	111,8
2.2.2	samostatní poskytovatelé následné a dlouhodobé lůžkové péče vykazující kód ošetřovacího dne 00005 (ošetřovatelská lůžka), 00024 (léčebny dlouhodobě nemocných)	413 700	462 500	111,8
2.2.3	lůžka následné intenzivní péče (OD 00015, 00017, 00020, 00033, 00035)	112 800	113 500	100,6
2.2.4	lůžka ve speciálních lůžkových zařízeních hospicového typu (OD 00030)	13 500	15 000	111,1
3	skupina poskytovatelů lázeňské léčebně rehabilitační péče a zdravotní péče v ozdravovnách	204 000	210 500	103,2
3.1	v tom: komplexní lázeňská léčebně rehabilitační péče	201 200	207 600	103,2
3.2	příspěvková lázeňská léčebně rehabilitační péče	1 600	1 700	106,3
3.3	služby v ozdravovnách	1 200	1 200	100,0
4	skupina poskytovatelů zdravotnické dopravní služby (zahrnuje zdravotnickou dopravní službu vč. individuální přepravy, nezahrnuje se přeprava z ř. 2)	72 500	74 800	103,2
5	skupina poskytovatelů zdravotnické záchranné služby a přepravy pacientů neodkladné péče a lékařské pohotovostní služby, výjma stomatologické (odbornosti 709 a 799, PZS nevykazující žádný kód ošetřovacího dne)	224 900	235 000	104,5
6	na léky vydané na recepty celkem:	1 775 400	1 916 800	108,0
6.1	v tom: předepsané u poskytovatelů ambulantní péče (samostatní ambulantní PZS)	1 260 800	1 380 100	109,5
6.2	předepsané u poskytovatelů lůžkové péče	514 600	536 700	104,3
7	na zdravotnické prostředky vydané na poukazy celkem	468 100	494 100	105,6
7.1	v tom: předepsané u poskytovatelů ambulantní péče (samostatní ambulantní PZS)	265 500	280 400	105,6
7.2	předepsané u poskytovatelů lůžkové péče	202 600	213 700	105,5
8	na léčení v zahraničí podle §1 odst. 3 písm. b) vyhlášky o fondech ¹⁾	51 800	54 500	105,2
9	finanční prostředky (vrátky) podle § 16b zákona č. 48/1997 Sb.	54 500	0	
10	náklady na očkovací látky podle zákona č. 48/1997 Sb.	91 000	93 300	102,5
11	ostatní náklady na zdravotní služby (které nelze zařadit do předchozích bodů – uvést, co zahrnují)	300	300	100,0
II.	Náklady na zlepšení zdravotních služeb čerpané z jiných fondů ²⁾	117 835	140 000	118,8
III.	Náklady na zdravotní služby celkem (součet ř. I. + ř. II.)	18 667 835	19 490 000	104,4

Poznámky:

1) Údaj vychází z oddílu A III ř. 1.1 přílohy č. 2.

2) Údaj vychází z oddílu A III ř. 1 přílohy č. 7 mínus údaje oddílu A II ř. 4 přílohy č. 7 plus údaje oddílu A III ř. 5 přílohy č. 7 plus údaje oddílu A III ř. 1 přílohy č. 9 a 10.

RBP předpokládá v roce 2025 úhradu za inkontinenční pomůcky předepsané poskytovateli specializované ambulantní péče v celkové výši 13.747 tis. Kč, poskytovateli v oboru všeobecné praktické lékařství a praktické lékařství pro děti a dorost v celkové výši 94.966 tis. Kč.

Z uvedených hodnot vyplývá, že meziroční index nárůstu objemu plánovaných úhrad za poskytnuté zdravotní služby hrazené ze ZFZP činí v průměru 104,3 %.

V jednotlivých segmentech zdravotních služeb se pro rok 2025 plánuje vývoj popsáný v následujícím komentáři.

Dynamika jednotlivých výdajových objemů se bude odvíjet z následujících předpokladů:

- stávajících a možných dílčích legislativních úprav systému veřejného zdravotního pojištění,
- obecné regulace způsobu a výše úhrad zdravotních služeb, ze stanovených cen, případně limitací,
- podmínek pro možný nákup zdravotních služeb,
- míry možného ovlivňování nákladů jednotlivých segmentů zdravotních služeb regulačními opatřeními pojišťovny,
- systémové aplikace pojišťovnou přijatých pravidel pro kontrolu poskytování úhrad zdravotních služeb.

Tyto předpoklady budou limitovat možnosti ovlivňování výdajů podle tempa růstu příjmů z veřejného zdravotního pojištění.

PLÁNOVANÝ VÝVOJ V JEDNOTLIVÝCH SEGMENTECH ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB

Predikovaný objem nákladů pro rok 2025 v segmentu praktických lékařů, stomatologické péče, gynekologické péče, specializované ambulantní péče a nemocničních ambulancí zahrnuje náklady na epizodu péče, respektive za výkony v souvislosti s klinickým vyšetřením.

PÉČE PRAKTICKÝCH LÉKAŘŮ

Hmotná zainteresovanost lékařů prvního kontaktu na efektivním vynakládání finančních prostředků se promítá na jedné straně do nárůstu úhrad na úrovni ambulantní péče jako celku se současným žádoucím navýšením prováděných preventivních prohlídek, na druhé straně by měla přinést efekty v oblasti indukované péče, preskripce léčiv a zdravotnických prostředků. I nadále bude zachován princip úhrady prostřednictvím kapitační platby s možností jejího navýšení v případě celoživotního vzdělávání, realizace školení a splnění stanovených podmínek v rámci preventivních prohlídek. Nově zavedené týmové praxe by měly přinést vyšší efektivitu a dostupnost zdravotní péče, přičemž oprávněnost a správnost tohoto kroku bude posouzena v následujících letech.

Predikce nákladů v tomto segmentu na rok 2025 odráží mimo jiné i úsilí o stabilizaci portfolia klientely a sítě smluvních poskytovatelů zdravotních služeb.

Zvyšování kvality poskytovaných zdravotních služeb praktickými lékaři, zejména její preventivní složky, považuje pojišťovna nadále za klíčovou oblast pro potenciální úspory systému jako celku.

Zvláštní pozornost je věnována rovněž motivaci praktických lékařů k výchově dostatečného počtu poskytovatelů této odbornosti pro další období.

Z uvedených důvodů se nárůst úhrad v roce 2025 plánuje s ohledem na skutečnost, že se jedná o primární prorůstový segment zdravotních služeb.

STOMATOLOGICKÁ PÉČE

Meziroční dynamika úhrad se předpokládá mírně pod úrovní průměrného nárůstu nákladů ambulantní péče. Objem úhrad reflektuje výraznou podporu péče o děti a zejména každoroční preventivní prohlídky, které představují klíčový pilíř udržitelnosti hrazené stomatologické péče. Současně je výsledkem snahy o zajištění žádoucího počtu smluvních poskytovatelů a odpovídajícího spektra preventivní i léčebné péče pojištěncům RBP i prostřednictvím realizace projektu Zvýšení dostupnosti stomatologických služeb pro klienty RBP.

OSTATNÍ AMBULANTNÍ PÉČE

Plánovaný meziroční nárůst nákladů v segmentu diagnostické péče se opírá o zkušenosti období let 2021 až 2023, respektive 2024 a to v souvislosti s počtem testování nemoci COVID-19 a současně vynaložených finančních prostředků. S ohledem na stupeň promoření populace, počet naočkováných pojištěnců a vývoj úhrad spojeného s epidemií COVID-19 se lze domnívat, že náklady v tomto segmentu již nebudou dosahovat úrovně předchozích let. Předpoklad nákladů ostatních segmentů ambulantní péče osciluje kolem úrovně predikovaných nákladů na celkovou ambulantní péči.

Předpokládaný nárůst úhrady pro gynekologickou péči je důsledkem relativně rychle se rozvíjejícího specifického oboru lékařské péče včetně růstu specializovaných operačních zákroků v režimu jednodenní péče.

V segmentu ambulantní specializované péče se dlouhodobě projevují investice zejména soukromých poskytovatelů zdravotnických služeb do nové a moderní léčebné a diagnostické přístrojové techniky, se kterou souvisí zvyšování erudice lékařů a ostatního personálu, nové výkony, činnost center specializované péče včetně poskytovaných specializovaných léčivých přípravků a v neposlední řadě i zvýšená kvalita a komplexnost péče o klienty pojišťovny. Náklady i v tomto segmentu ovlivňuje zvýšený počet operačních výkonů v režimu jednodenní péče na lůžku.

Meziroční nárůst nákladů v segmentech léčebně rehabilitační péče, domácí péče a nově vytvořeném segmentu hemodialyzační péče je naplánován tak, aby tempo růstu úhrady v těchto segmentech v roce 2025 odpovídalo předpokládanému růstu produkce.

Předpokládaný meziroční nárůst úhrady za péči v pobytových zařízeních sociálních služeb reflektuje skutečnost, že v důsledku rozhodnutí Ústavního soudu není tomuto segmentu v úhradové vyhlášce stanoven mechanismus výpočtu úhrady a tato bude realizována prostřednictvím vzájemné dohody mezi poskytovateli a zdravotní pojišťovnou.

V ambulantní péči jsou dlouhodobě uplatňovány regulační nástroje, které by měly garantovat optimální výši úhrad. Regulace preskripce, indukované péče a limitace celkových nákladů se v praxi jeví jako stabilizující nástroj řízení úhrad za poskytované zdravotní služby. Pojišťovna bude nadále věnovat pozornost optimalizaci nákladů na indukovanou péči ze strany ambulantních specialistů, zejména pro segmenty rehabilitace, přepravy a komplementu jakož i preskripci léčivých přípravků poskytovatelů zdravotních služeb. Plánovaný objem nákladů tohoto segmentu pro rok 2025 odráží zvýšenou úhradu pro poskytovatele zdravotních služeb

s neuplatňovanými regulačními mechanismy z důvodu regionálního charakteru zdravotní pojišťovny, kteří jsou hrazeni výkonovým způsobem podle seznamu zdravotních výkonů, a rostoucí počet ošetřených unikátních pojištěnců.

LŮŽKOVÁ PÉČE

Úhrady v segmentu lůžkové péče reflektují předpokládanou tendenci nárůstu nákladů v tomto segmentu vycházející z úhradové vyhlášky pro rok 2025, nárůst úhrad spojený s nastupujícími genovými technologiemi a zahrnutí změn ve struktuře a způsobu úhrad u léčiv ve specializovaných centrech, podporu koncentrace specializovaných zdravotních služeb do center vysoce specializované péče, zohlednění transformačních změn a tvorbu nových služeb v oblasti duševního zdraví, rozšíření screeningových vyšetření, podporu výkonu urgentních příjmů a bonifikační mechanismy u ambulantní péče. RBP respektuje segment lůžkové péče jako podílově největšího poskytovatele zdravotních služeb z hlediska finanční náročnosti.

Plánovaný vývoj se týká především nemocnic. Obecně lze konstatovat, že pokračující proces implementace úhradového a klasifikačního systému CZ-DRG do akutní lůžkové péče odráží úroveň přístupu jednotlivých poskytovatelů lůžkové péče k poskytování zdravotních služeb. Hlavními ambicemi systému plateb za diagnózu jsou vyšší efektivita, možné úspory finančních prostředků z veřejného zdravotního pojištění, podpora přesunu a koncentrace specializovaných zdravotních služeb do center vysoce specializované péče a lepší sledování kvality zdravotních služeb. Pojišťovna bude rovněž v roce 2025 pokračovat v rozvíjení a rozšiřování spektra zdravotních výkonů poskytovaných v rámci jednodenní péče. RBP bude nadále průběžně hodnotit strukturu nákladů poskytovatelů zdravotních služeb ve vztahu k poskytování léčiv ve specializovaných centrech, preskripci léčivých přípravků, spotřebu zdravotnického materiálu a využívání komplementárních služeb.

Současně bude probíhat postupné přizpůsobování pojišťovny změnám ve struktuře a způsobu úhrad v závislosti na kvalitě poskytovaných služeb a v návaznosti na finanční nákladovost rozhodujících nemocnic. Pojišťovna bude při stanovování úhrad přihlížet k objektivní struktuře lůžkového fondu a podílu jednotlivých poskytovatelů zdravotních služeb na jeho možných změnách.

Pozornost pojišťovny bude zaměřena zejména na:

- centralizaci a specializaci poskytovatelů akutní lůžkové péče,
- využívání systému DRG pro objektivizaci nákladů a pro růst kvality zdravotních služeb,
- efektivní poskytování a úhradu léčivých přípravků předepisovaných specializovanými centry podle zvláštní smlouvy,
- zdravotní výkony jednodenní péče,
- naplňování podmínek bonifikačních mechanismů u ambulantních zdravotních služeb.

Navržený objem nákladů pro rok 2025 zohledňuje rovněž pořizování nové moderní přístrojové zdravotnické techniky do nemocničních zařízení, která v součinnosti s kvalifikovaným personálem, jehož zvýšené osobní náklady budou kompenzovány nárůstem úhrady, garantuje zvýšení kvality a komfortu poskytovaných zdravotních služeb.

Predikovaný nárůst úhrad v následné péči je zapříčiněn pokračujícím trendem přesunu části poskytovaných zdravotních služeb z akutní péče, stárnutím populace doprovázeným vyšší četností přidružených chronických onemocnění a podporou rozvoje a transformace psychiatrické péče. Predikce nákladů, která převyšuje úroveň celkových nákladů na zdravotní

služby, reflektuje obecnou potřebu tohoto segmentu, akcentuje potřebnost péče v kamenných hospicích a nově zavádí úhradu za péči na sociálně zdravotním pomezí.

V roce 2025 bude pojišťovna pokračovat v úhradách ošetrovatelské a rehabilitační péče poskytovatelům sociálních služeb a lůžkové péče poskytnuté osobám, které jsou v nich umístěné z jiných než zdravotních důvodů.

I v segmentu lůžkové péče se projevuje vliv nárůstu úhrad v důsledku pořizování moderní, vysoce výkonné a nákladné léčebné a diagnostické techniky v odbornosti radiodiagnostiky a dalších medicínských oborech.

LÁZEŇSKÁ A OZDRAVENSKÁ PÉČE

V očekávaném vývoji se vedle vlivů plynoucích z cenových ujednání odrážejí také změny ve struktuře portfolia pojištěnců a snaha poskytovat tento druh léčebné péče v rozsahu odpovídajícím oprávněným potřebám klientům pojišťovny. Náklady na lázeňskou a ozdravenskou péči jsou plánovány na úrovni většiny ostatních segmentů a zohledňují požadavky klientů i předpokládaný vývoj.

PŘEPRAVA, ZDRAVOTNICKÁ ZÁCHRANNÁ SLUŽBA

Růst nákladů v segmentu zdravotnické dopravní služby se předpokládá mírně pod úrovní celkových nákladů na zdravotní služby. RBP si je vědoma jedinečnosti této poskytované služby v rámci své působnosti v průmyslových aglomeracích a této skutečnosti bude podřizovat i systém úhrad za poskytované zdravotní služby.

I v roce 2025 budou náklady v segmentu zdravotnické záchranné služby navýšeny v důsledku narovnání vzniklého nepoměru financování z prostředků krajských rozpočtů a systému veřejného zdravotního pojištění. Toto navýšení bude opět realizováno prostřednictvím úhrady za epizodu péče, která zahrnuje příjem tísňového volání operátorem a následný výjezd k pacientovi. Celkové predikované náklady v tomto segmentu zahrnují i úhrady za sekundární převozy prováděné poskytovateli pro přepravu pacientů neodkladné péče.

NÁKLADY NA RECEPTY

Očekávaný vývoj vychází především z predikce vstupu nových léčiv do systému veřejného zdravotního pojištění včetně cenových a daňových vlivů, revize úhrad léčiv, dopadu zrušených regulačních poplatků a zvýšených nákladů na jejich kompenzace. V důsledku navrhované změny zákona 48/1997 Sb. přejde od roku 2025 agenda monitoringu limitu započitatelných doplatků za léčivé přípravky na lékárny, v důsledku čehož dojde k navýšení objemu úhrad v tomto segmentu z důvodu navýšeného objemu fakturace zdravotním pojišťovnám.

RBP bude v roce 2025 pokračovat v souladu s právní úpravou a smluvními ujednáními v uplatňování regulačních opatření preskripce léčiv s vědomím, že vliv na tuto oblast má pouze nepřímý.

Do uvedeného vývoje se do značné míry promítnou i náklady na léčivé přípravky a potraviny pro zvláštní lékařské účely ve skupinách určených převážně pro léčbu ve specializovaných centrech, rozšiřování spektra jednotlivých skupin léčiv a inovativní specializované léčivé přípravky.

Náklady za recepty budou dále ovlivněny zvýšením signálního výkonu na 32 Kč za položku, digitalizace výdeje na listinný recept ve výši 16 Kč, zavedeným distribučním poplatkem ve výši 1,50 Kč za jednotlivé balení distribuované do lékárny a změnou cenového předpisu.

ZDRAVOTNICKÉ PROSTŘEDKY VYDÁVANÉ NA POUKAZY

Předpokládaný vývoj vychází především z predikce cenových, daňových a regulačních vlivů a rostoucích požadavků klientů na úhradu nákladnějších zdravotnických prostředků. Přesto má RBP ambici respektovat nejen prvotní vybavení pojištěnců zdravotnickými prostředky, ale i obměnu prostředků a přístrojů, kterým končí doba životnosti. Vývoj nákladů na zdravotnické prostředky je nad úrovní celkových nákladů pojišťovny na zdravotní služby.

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

NÁKLADY NA OČKOVACÍ LÁTKY

V souladu se zákonem č. 48/1997 Sb., v platném znění, budou v roce 2025 hrazeny výdaje na očkovací látky pro:

- pravidelná očkování podle antigenního složení očkovacích látek stanoveného Ministerstvem zdravotnictví podle zákona o ochraně veřejného zdraví a dále budou hrazeny léčivé přípravky obsahující očkovací látky v provedení nejméně ekonomicky náročném
- proti vzteklině,
- proti tetanu při poraněních a nehojících se ranách,
- proti tuberkulóze u pojištěnců, kteří splňují indikace k očkování stanovené právním předpisem upravujícím očkování proti infekčním nemocem, včetně tuberkulinového testu prováděného v případech, kdy je třeba očkovat dítě starší 6 týdnů; očkování se v takovém případě provádí jen tehdy, je-li tuberkulinový test negativní,
- proti chřipce u zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků ve zdravotnictví, u pojištěnců, kteří trpí závažným chronickým farmakologicky řešeným onemocněním srdce a cév, nebo dýchacích cest, nebo ledvin nebo diabetem a u pojištěnců umístěných ve zdravotnických zařízeních poskytovatele dlouhodobé lůžkové péče nebo v domovech pro seniory, anebo v domovech pro osoby se zdravotním postižením nebo v domovech se zvláštním režimem,
- proti pneumokokovým infekcím, pokud byly všechny dávky očkovací látky aplikovány do sedmého měsíce věku pojištěnce; hrazenou službou je též přeočkování provedené do patnáctého měsíce věku pojištěnce; hrazenou službou je dále i očkování provedené po uplynutí lhůt stanovených v tomto ustanovení, pokud došlo k odložení aplikace jedné nebo více dávek očkovacích látek z důvodu zdravotního stavu pojištěnce,
- proti invazivním meningokokovým infekcím, pneumokokovým infekcím, invazivnímu onemocnění vyvolanému původcem *Haemophilus influenzae* typ b a proti chřipce, a to u pojištěnců s porušenou nebo zaniklou funkcí sleziny (hyposplenismus nebo asplenie) nebo pojištěnců s indikovanou nebo provedenou splenektomií, pojištěnců s provedenou autologní nebo allogenní transplantací kmenových hemopoetických buněk, pojištěnců se závažnými primárními nebo sekundárními imunodeficity, které vyžadují dispenzarizaci na specializovaném pracovišti, nebo u pojištěnců po prodělané invazivní meningokokové nebo invazivní pneumokokové infekci,

- proti invazivním meningokokovým infekcím způsobeným meningokokem skupiny B, je-li očkování zahájeno do dovršení dvanáctého měsíce věku nebo od dovršení čtrnáctého do dovršení šestnáctého roku věku, a skupiny A, C, W, Y, je-li očkování provedeno jednou dávkou od dovršení prvního do dovršení druhého roku věku nebo od dovršení čtrnáctého do dovršení šestnáctého roku věku pojištěnce; hrazenou službou je dále i očkování provedené po uplynutí lhůt stanovených v tomto ustanovení, pokud došlo k odložení aplikace jedné nebo více dávek očkovacích látek z důvodu zdravotního stavu pojištěnce,
- proti klíšťové encefalitidě u pojištěnců nad 50 let věku,
- očkování a úhrada léčivých přípravků obsahujících očkovací látky pro očkování pojištěnců nad 65 let věku proti pneumokokovým infekcím; hrazené očkovací látky schvaluje Ministerstvo zdravotnictví na základě doporučení Národní imunizační komise a zveřejňuje je formou sdělení ve Sbírce zákonů,
- očkování a úhrada léčivých přípravků obsahujících očkovací látku proti onemocnění COVID-19 vyvolanému původcem SARS CoV-2, je-li očkování prováděno léčivým přípravkem obsahujícím očkovací látku pořízeným na základě rozhodnutí Komise C(2020) 4192 ze dne 18. června 2020 o schválení dohody s členskými státy o pořízení očkovacích látek proti COVID-19 jménem členských států a souvisejících postupech; zdravotní pojišťovna zajistí provedení tohoto očkování ve lhůtách stanovených pro jednotlivé skupiny pojištěnců; skupiny pojištěnců a lhůty pro očkování jednotlivých skupin pojištěnců stanoví vláda nařízením,
- očkování a úhrada léčivých přípravků obsahujících očkovací látky pro očkování proti lidskému papilomaviru, je-li očkování zahájeno od dovršení jedenáctého do dovršení patnáctého roku věku pojištěnce; hrazenou službou je dále i očkování provedené po uplynutí lhůty stanovené v tomto ustanovení, pokud došlo k odložení aplikace jedné nebo více dávek očkovacích látek z důvodu zdravotního stavu pojištěnce; hrazené očkovací látky schvaluje Ministerstvo zdravotnictví a zveřejňuje je formou sdělení ve Sbírce zákonů,
- očkování a úhrada léčivých přípravků obsahujících očkovací látky pro očkování pojištěnců nad 65 let věku proti chřipce; hrazené očkovací látky schvaluje Ministerstvo zdravotnictví a zveřejňuje je formou sdělení ve Sbírce zákonů.

Predikce nárůstu nákladů na očkovací látky pro pravidelná očkování je pod úrovní celkových nákladů. Vzhledem ke znalostem úhrad za poskytnuté očkovací látky z veřejného zdravotního pojištění v uplynulých obdobích lze tyto náklady v důsledku jejich stabilizace plánovat s ohledem na jejich očekávaný vývoj. Od 1. 7. 2025 se očekává změna v systému stanovení úhrad u nepovinných vakcín, přičemž úprava bude inspirována úhradovou regulací orphanů. Hlavním cílem této změny je zvýšení proočkovanosti populace.

LÉČENÍ V ZAHRANIČÍ

Tato oblast zahrnuje náklady na zdravotní služby poskytnuté pojištěncům RBP v zahraničí zahraničními poskytovateli na základě přímo použitelných nařízení EU nebo příslušných mezinárodních smluv a také dle příslušných ustanovení zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, v platném znění. Jde o kvalifikovaný odhad, který vychází z údajů o léčení pojištěnců v zahraničí v minulých letech.

V těchto nákladech jsou zahrnuty náklady na plánované zdravotní služby v zahraničí provedené se souhlasem pojišťovny, část nákladů na zdravotní péči poskytnutou pojištěncům RBP v zahraničí tvoří refundace nákladů vynaložených na zdravotní péči pojištěnci RBP.

REGULACE NÁKLADŮ NA ZDRAVOTNÍ SLUŽBY

Pojišťovna bude v jednotlivých segmentech zdravotních služeb uplatňovat regulační opatření, stanovená platnými právními předpisy a sjednaná v individuálních ujednáních, rovněž v závislosti na kvalitě poskytovaných zdravotních služeb a jejich dostupnosti.

5. OSTATNÍ FONDY

Z důvodu nevýznamných rozdílů jsou u vybraných fondů plánovány stejné hodnoty v tabulce A i B.

5.1 ZDRAVOTNÍ SLUŽBY HRAZENÉ Z FONDU PREVENCE

PREVENTIVNÍ PROGRAMY A PROJEKTY

ř.	Účelová položka	Počet účastníků ¹⁾	Rok 2024 Oček. skut. v tis. Kč	Rok 2025 ZPP v tis. Kč	(v %) ZPP 2025/ Oček. skut. 2024
1	Náklady na zdravotní programy²⁾	46 610	38 430	43 444	113,0
1.1	Zdravý podnik	1 250	6 000	7 650	127,5
1.2	Vitaminózní fortifikace	7 400	2 900	2 940	101,4
1.3	Prevence u dárců krve a kostní dřeně	6 100	6 000	7 570	126,2
1.4	Ortodontická prevence u dětí a dorostu	2 000	1 800	1 800	100,0
1.5	Onkologické preventivní programy (mamografický screening, screening karcinomu čípku hrdla děložního a screening karcinomu tlustého stěva, vyšetření prostaty u mužů)	6 200	3 000	3 100	103,3
1.6	Preventivní očkování proti HPV	100	400	400	100,0
1.7	Preventivní očkování - pneumokok	650	600	600	100,0
1.8	Preventivní očkování - encefalitida	6 020	6 000	6 004	100,1
1.9	Preventivní očkování - hepatitida	1 400	1 300	1 400	107,7
1.10	Preventivní očkování - chřipka	590	180	200	111,1
1.11	Preventivní očkování - meningokokové onemocnění	500	500	500	100,0
1.12	Preventivní očkování - plané neštovice, spalničky, zarděnky, příušnice	500	500	500	100,0
1.13	preventivní očkování - rotavir	1 100	1 100	1 100	100,0
1.14	Preventivní očkování - černý kašel, záškrť, tetanus	2 800	2 700	2 930	108,5
1.15	Preventivní očkování - TBC	50	50	50	100,0
1.16	Preventivní očkování ostatní	850	800	800	100,0
1.17	Příspěvek pojištěncům s diagnózou celiakie na nákup potravin	2 100	2 100	2 400	114,3
1.18	Program Zdraví 90, Bonus 90+	7 000	2 500	3 500	140,0
2	Náklady na ozdravné pobyty²⁾	11 791	17 050	17 680	103,7
2.1	Přímořské a vysokohorské léčebné pobyty	38	300	350	116,7
2.2	Příspěvek na školky a školy v přírodě	2 700	2 300	2 700	117,4
2.3	Příspěvek na léčebné pobyty pro seniory	35	300	350	116,7
2.4	Příspěvek na léčebné pobyty pro pojištěnce s BMI nad 30	18	150	180	120,0
2.5	Příspěvek na letní prázdninový pobyt	9 000	14 000	14 100	100,7
3	Ostatní činnosti²⁾	121 142	62 355	78 876	126,5
3.1	Prevence osteoporózy a negativních menopauzálních stavů	2 050	1 000	1 000	100,0
3.2	Prevence nádorového zbytnění prostaty	1 650	800	800	100,0
3.3	Příprava ženy k porodu (psychohygiena a těhotenský tělocvik, epidurální analgezie, těhotenské vitamíny)	3 000	2 300	2 820	122,6
3.4	Žena po porodu a Cvičení žen po porodu	2 400	1 400	2 250	160,7
3.5	Periodické prohlídky sportovců, členské příspěvky	5 060	2 400	2 530	105,4
3.6	Léčení obezity	22	10	11	110,0
3.7	Nákup mléčné výživy	700	400	410	102,5
3.8	Pohybové aktivity pro diabetiky, diagnostické proužky atd.	160	130	155	119,2
3.9	Pohybové aktivity pro uživatele my213	13 000	6 500	6 900	106,2
3.10	Diagnostické vyšetření nebo ošetření pro uživatele my213	3 600	2 500	2 550	102,0
3.11	Příspěvek brýlové obruby dětí pro uživatele my213	720	500	500	100,0

ř.	Účelová položka	Počet účastníků ¹⁾	Rok 2024 Oček. skut. v tis. Kč	Rok 2025 ZPP v tis. Kč	(v %) ZPP 2025/ Oček. skut. 2024
3.12	Nákup permanentky na plavání nad 60 let	1 800	900	900	100,0
3.13	Plavání pojištěnců v bazénech	20 000	3 000	3 000	100,0
3.14	Kurz plavání do dokončení školní docházky	3 000	1 500	1 500	100,0
3.15	Příspěvky na stomatologii a úhrada zubních náhrad, fluoridace zubů, dentální hygienu	22 000	21 000	22 000	104,8
3.16	Nákup kloubní výživy nad 60 let	3 200	1 600	1 600	100,0
3.17	Příspěvek na ošetření rázovou vlnou	1 200	600	600	100,0
3.18	Projekty	1 450	1 300	1 400	107,7
3.19	Měsíční akce	3 200	0	6 000	
3.20	Duševní pohoda	980	2 500	3 350	134,0
3.21	Horizont213	150	0	1 000	
3.22	preDia	150	200	3 000	1 500,0
3.23	TeleMedPoint	50	200	100	50,0
3.24	Efektivní praktik	1 000	0	1 000	
3.25	VR v rehabilitaci	200	615	700	113,8
3.26	Ostatní (Sportovec,213, potrav.intolerance)	200	0	500	
3.27	Moje Geny	200	1 000	1 300	130,0
3.28	Ostatní	30 000	10 000	11 000	110,0
4	Náklady na preventivní zdravotní péči celkem³⁾	179 543	117 835	140 000	118,8

Poznámky:

- 1) Zdravotní pojišťovna vykazuje k 31. prosinci kalendářního roku.
- 2) Zdravotní pojišťovna uvede jmenovitě jednotlivé druhy programů nebo činností.
- 3) Vazba na údaje přílohy č. 7 oddíl A III ř. 1 mínus údaje oddílu A II ř. 4 plus oddíl A III ř. 5.

PROGRAM ZDRAVÝ PODNIK

Program je zaměřen na podporu zdraví, zdravého životního stylu a snížení nemocnosti zaměstnanců zakladatelských organizací a spolupracujících podniků s vysokým podílem pojištěnců RBP pohybujících se v prostředí se zvýšenými riziky v oblasti hluku, prašnosti a psychosomatické zátěže.

Program podporuje rozšíření kooperace klíčových subjektů na trhu zdravotního pojištění – zaměstnavatelů, zaměstnanců a zdravotní pojišťovny.

Realizace programu bude probíhat také v roce 2025 s cílem pravidelného monitoringu a průběžné inovace poskytovaných služeb v rámci zdravotních eventů v partnerských firmách.

Nabídka programu Zdravý podnik zahrnuje monitoring zdraví zaměstnanců zaměřený na prevenci kardiovaskulárních a civilizačních onemocnění. Ve spolupráci s partnery projektu jsou nabízena měření zraku, cévního věku a krevního tlaku, nutriční poradna s měřením tělesného složení, vyšetření znamének, poradna pro ženy s edukací vyšetření prsou, podologická poradna, nácvik první pomoci, konzultace s fyzioterapeutem a psychologická intervence.

REKONDIČNÍ PÉČE RIZIKOVÝCH SKUPIN

Podle míry výskytu faktorů, které mohou ovlivnit zdraví zaměstnanců, a jejich rizikovosti pro zdraví se práce zařazují do čtyř kategorií. Kritéria, faktory a limity pro zařazení prací do kategorií stanoví prováděcí právní předpis (vyhláška č. 423/2003 Sb.). RBP poskytuje rekondiční služby pojištěncům v rámci projektu Zdravý podnik, kteří pracují v prostředí se

zvýšeným rizikem vzniku nemocí z povolání a pracovních úrazů, tedy dle zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví ve třetí a čtvrté kategorii.

PREVENCE FORTIFIKACÍ

Program spočívá v úhradě vitaminových preparátů (doplňků stravy) a doplňků stravy obsahujících magnézium a jejich podávání vybraným pracovníkům rizikových pracovišť, v úhradě vitaminových preparátů (doplňků stravy) u těhotných žen a pojištěncům ve všech věkových kategoriích v příspěvku na nákup těchto preparátů v lékárnách.

PREVENCE U DÁRCŮ KRVE A KOSTNÍ DŘENĚ

Prevence u dárců krve je cílená, specificky organizovaná péče, zaměřená na regeneraci fyziologického fondu bezpříspěvkových dárců krve formou, která přispěje k jejich lepší kondici nebo ke zlepšení zdravotního stavu. RBP bude i nadále přispívat do výše 500, 1.000, 1.500, 2.000, 2.500, 3.000 nebo 3.500 Kč za kalendářní rok, podle množství odběrů (2, 10, 40, 80, 120 nebo 160) na úhradu vitamínových přípravků, na vybrané aktivity (očkování a vyšetření nehrazené z veřejného zdravotního pojištění) a na ozdravné pobyty.

Prvodárcům poskytujeme příspěvek ve výši 1.213 Kč za první odběr krve nebo krevní plazmy.

U dárců kostní dřeně je prevence zaměřena na období po odběru. Příspěvek na stejné aktivity jako u dárců krve je navýšen na 3.000 Kč.

ORTODONTICKÁ PREVENCE

Ortoanomálie u dětí a mládeže do 18 let jsou velmi rozšířené. Pro tyto choroby je typické, že jejich převážnou většinu lze odstranit pouze u dětí a dorostu. Cílem této prevence je včasná ortodontická léčba, která zlepší stav ortofaciální soustavy a předchází snížení její výkonnosti v dospělosti. Proto pojišťovna hodlá nadále přispívat zejména na úhradu materiálu fixních a snímatelných aparátů.

PODPORA PREVENTIVNÍHO OČKOVÁNÍ NEHRAZENÉHO ZE ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ

Podpora proočkovanosti populace a zvýšení celkové odolnosti organismu pojištěnců vůči infekčním onemocněním je jeden z hlavních cílů RBP. Pojišťovna bude přispívat svým klientům na preventivní očkování, která nejsou hrazena ze zdravotního pojištění, a to do celkové stanovené výše, dle jejich vlastního výběru a v souladu s platnými SPC očkovacích látek. Využívání jednotlivých typů očkování bude nadále sledováno.

Pojišťovna se tak bude podílet na podpoře:

- **Prevence klíšťové encefalitidy a hepatitidy**
Onemocnění klíšťovou encefalitidou a hepatitidou typu A a B může způsobit těžké poškození zdraví jedinců. Rizika infekce virové encefalitidy a hepatitidy A i B mohou mít pro jednotlivce trvalé následky.
- **Prevence proti meningokokové infekci**
Meningokoková infekce je invazivní typ nákazy, kterou vyvolává několik typů bakterií – meningokoků. Jedná se o vážné onemocnění s velmi rychlým průběhem. Očkování se provádí proti meningokoku typu B a A, C, W135, Y (konjugovaná vakcína).

- Prevence proti planým neštovicím (Varicellazoster virus)**
Vysoká nakažlivost Varicellazoster viru každoročně způsobí enormní výskyt planých neštovic, které převažují u dětí do 10 let. Často může dojít ke vzniku sekundární bakteriální infekce, které mohou vést ke vzniku růže, otravě krve, zánětlivému onemocnění ledvin a vzácně až kožní gangréně. K závažným komplikacím patří zápal plic a zánět mozkových blan. Při výrazném oslabení imunity se může virus reaktivovat a objevit se jako pásový opar. Tomuto onemocnění lze účinně zabránit preventivním očkováním.
- Prevence proti spalničkám, zarděnkám a příušnicím**
Jedná se o purifikovanou očkovací látku, účinnou proti spalničkám, zarděnkám a příušnicím, u které je popisován snížený výskyt nežádoucích účinků, zvláště u dětí s recidivujícími infekcemi dýchacích cest a celkově oslabených dětí se sníženou imunitou. Zároveň je uváděna vyšší účinnost v tvorbě protilátek.
- Prevence proti pneumokokové infekci**
Pneumokoková infekce postihuje nejčastěji děti ve věku od 2 měsíců do 5 let, ale i starší děti do 17 let. Nebezpečná je také u starších osob nad 50 let. Způsobuje zejména zánět mozkových blan, zápal plic, celkovou infekci organismu nebo zánět středního ucha. Právě u starších osob napadení touto infekcí jim může přivodit trvalé následky nebo dokonce smrt.
- Prevence proti pásovému oparu**
Pásový opar je bolestivé onemocnění virového původu, s výrazným rizikem výskytu u pojištěnců nad 50 let po psychické i fyzické zátěži, při snížené obranyschopnosti nebo stresu. Může být zkomplikovaná postherpetickou neuralgií.
- Prevence proti rotaviru**
Rotavirus je malý, kolu podobný virus, který se vyskytuje všude kolem nás. Přenáší se přímým kontaktem z nemocného člověka na zdravého (i podáním rukou), nebo přes kontaminované předměty (hračky). Rotavirové gastroenteritidy se projevují silným průjemem, opakovaným zvracením, bolestí břicha a horečkou, bývají jednou z nejčastějších příčin hospitalizace malých dětí do 2 let.
- Prevence proti černému kašli, záškrtu a tetanu**
Černý (dávivý) kašel postihuje především kojence a malé děti. Je způsoben bakterií Bordetella pertussis a je charakterizován intenzivními záchvaty kašle, může vyvrcholit zápal plic, poškozením mozku i smrtí. Záškrt je akutní bakteriální onemocnění, které může infikovat tělo přes hrdlo nebo kůži z člověka na člověka respiračními sekrety nebo kapénkami ve vzduchu. Může vést k dýchacím problémům, paralýze, srdečnímu selhání, dokonce i smrti. Tetanus (lockjaw) je akutní, někdy fatální, onemocnění centrálního nervového systému, způsobené bakteriemi Clostridium tetani, které do těla vstupují obvykle přes otevřené rány. Tetanus způsobuje bolestivé křeče a ztrátu koordinace svalových pohybů, obvykle po celém těle. Nebezpečné je ochabnutí dýchacích svalů, které mohou vyústit v udušení.
- Prevence chřipky**
Chřipka je vysoce nakažlivé horečnaté onemocnění dýchacích cest, přenášené kapénkovou infekcí, způsobené nejčastěji chřipkovými viry A a B. Vyskytuje se každoročně v zimních měsících a v době pandemie postihne dokonce 40–50 % populace. Patří k závažným onemocněním, které každoročně způsobí úmrtí tisíců lidí na celém světě. Jednoduchým opatřením na snížení uvedených rizik je očkování, na které budeme přispívat i těm skupinám pojištěnců, kteří nesplňují podmínky dle platné legislativy.
- Prevence HPV**
Očkování proti HPV je nejúčinnější formou prevence HPV asociovaných onemocnění, jako jsou např. nádory děložního čípku, rakoviny vulvy a vaginy, rakoviny genitální

bradavice. Z tohoto důvodů budeme přispívat na očkování dívkám a ženám od 9 do 30 let a chlapcům od 9 do 18 let, a to i na doplatky při použití dražších očkovacích látek v případě hrazeného očkování u pojištěnců ve věku 11 do 15 let až do výše 4.000 Kč.

U dětí do 18 let a pojištěnců nad 60 let umožní RBP převod finančního příspěvku od kteréhokoliv pojištěnce RBP (pojištěnec + max. 9 osob) na očkování nehrazené ze zdravotního pojištění. Celkově lze tedy tímto způsobem zvýšit příspěvek na očkování až na 10.000 Kč.

ONKOLOGICKÉ PREVENTIVNÍ PROGRAMY

Základem onkologické prevence je péče orientovaná na včasný záchyt zhoubných nádorových onemocnění. V rámci programu pojišťovna motivuje své klienty k absolvování preventivních screeningových vyšetření, která jsou hrazena z veřejného zdravotního pojištění. Z fondu prevence bude také poskytnut příspěvek na úhradu vybraných preventivních vyšetření klientům, kteří s ohledem na svůj věk ještě nemají, dle platné legislativy, nárok na jejich úhradu z veřejného zdravotního pojištění.

Na základě dlouhodobého závazku založeného smlouvou o realizaci společného projektu MZ ČR a zdravotních pojišťoven s názvem Systém podpory prevence vybraných nádorových onemocnění v ČR – Screeningové programy, bude RBP i v roce 2025 pokračovat v adresném zvaní pojištěnců, ohrožených některým z onemocnění, jež jsou předmětem tohoto screeningu. Tuto činnost bude RBP realizovat na vlastní náklady. V roce 2025 lze očekávat opět obeslání do 30 tis. pojištěnců.

RBP bude nadále uskutečňovat tyto onkologické preventivní programy: mamografický screening, screening karcinomu čípku hrdla děložního, screening karcinomu tlustého střeva, preventivní vyšetření prostaty, pigmentových změn kůže, mamografické nebo ultrasonické vyšetření prsů ženám do 44 let a očkování proti HPV u dívek a žen (prevence proti rakovině děložního čípku) a chlapců (prevence proti genitálním bradavicím).

DUŠEVNÍ POHODA

Program je zařazen pro zvýšení dostupnosti psychosociální podpory u vybraných klinických psychologů a psychoterapeutů. Do programu je dále zařazena psychosomatická léčba. Příspěvek je zařazen pro zlepšení duševního zdraví a má přispět k vyšší dostupnosti odborné péče. Je připraven pro pojištěnce starší 7 let.

PSYCHOHYGIENA

Jedná se o pilotní projekt zaměřený na poskytování okamžité online psychologické podpory prostřednictvím kvalifikovaných psychologů a psychoterapeutů. Cílem programu je zajistit klientům přístup k odborné pomoci nejpozději do 24 hodin od vznesení požadavku.

MOJE GENY

Cílem programu je odhalení dědičných nemocí (cystická fibróza, spinální muskulární atrofie, vrozená hluchota, fenylketonurie) před plánovaným těhotenstvím. Jedná se o test, který nabízí vyšetření nejčastějších mutací v pěti genech. Provádí se nejprve u ženy, v případě pozitivního výsledku také u muže.

PROJEKT HORIZONT 213 – IMPULS PRO ZDRAVÍ

RBP v roce 2021 RBP ukončila realizaci projektu Horizont II, Šance pro srdce. Projekt, i přes značné komplikace, které ho v důsledku pandemie COVID-19 provázely, splnil očekávání, která na něj byla kladena. V projektu došlo u zapojených osob ke zlepšení sledovaných parametrů, zejména pak tlaku krve. V návaznosti na tyto výstupy RBP uvažuje o modifikaci projektu do podoby, která by do systému telemonitoringu umožnila zapojení širšímu okruhu pojištěnců i poskytovatelů zdravotních služeb. Navazující projekt by mohl být zahájen v průběhu roku 2025.

PŘÍSPĚVKY NA LÉČEBNÉ POBYTY DĚTÍ

Preventivní péče formou léčebných pobytů spočívá v účasti dětí na pobytech v přímořském, horském nebo lázeňském prostředí s příspěvkem až 10 000 na pobyt dětí ve věku 6–15 let s opakujícím se onemocněním horních cest dýchacích, alergiemi a dermatózami.

Poskytnutí příspěvku je realizováno po schválení revizním lékařem a absolvování pobytu v jeho minimálním rozsahu.

Klimatická léčba ve svém důsledku vede nejen ke zlepšení zdravotního stavu, ale i k ekonomickému efektu, úsporám drahých léků (snížení dávky, případně vysazení léků vůbec), menšímu množství nákladné hospitalizace, a hlavně minimalizaci intenzivní péče.

Pojišťovna bude rovněž přispívat dětem v mateřských a základních školách na tuzemské ozdravné pobyty, které tato školská zařízení organizují.

PŘÍSPĚVKY NA LÁZEŇSKÉ POBYTY PRO POJIŠTĚNCE OD 60 LET

V roce 2024 budou i nadále probíhat pobyty pro pojištěnce starší 60 let, kteří trpí nemocemi pohybového nebo nervového aparátu, nicméně jejich zdravotní stav neodpovídá podmínkám, které stanoví zákon pro schválení úhrady lázeňské léčebně rehabilitační péče. Poskytnutí příspěvku je realizováno po schválení revizním lékařem a po absolvování pobytu. Volba výběru lázeňského zařízení, které se specializuje na léčbu schválené diagnózy, je čistě na pojištěnci.

PŘÍSPĚVKY NA LÁZEŇSKÉ POBYTY

I v následujícím kalendářním roce zůstane zachován příspěvek na lázeňské pobyty pro chronicky nemocné pojištěnce od 19 let věku s BMI nad 30 s přidruženými diagnózami, kterými jsou diabetes mellitus I. nebo II. typu či hypertenze. Minimální délka tohoto pobytu je 10 dnů a maximální výše příspěvku na pobyt činí 10.000 Kč. Poskytnutí příspěvku je realizováno po schválení revizním lékařem a nejdříve po ukončení pobytu.

BONUS 90+

Bonusový příspěvek pro pojištěnce Bonus 90+ je nadstavbou Programu 90+ a je zaměřený na podporu aktivit pojištěnců ve vztahu ke péči o vlastní zdraví nebo ve vztahu k RBP, které pojišťovna vnímá jako důležité. RBP tak bude cíleněji podporovat například zdravý životní styl pojištěnců nebo absolvování preventivních vyšetření.

DALŠÍ PROJEKTY

V průběhu roku 2025 bude RBP zvažovat tvorbu dalších projektů s ohledem na aktuální situaci, rozvoj technologií a legislativní podporu preventivních programů a telemedicíny. Zvažované projekty jsou zacílené do oblasti telemedicíny a inovativních technologií, prevence civilizačních rizik, zejména pak obezity, podpory zdravého životního stylu, podpory preventivní péče a očkování a zdravotní osvěty.

OSTATNÍ PREVENTIVNÍ PROGRAMY

V ostatních preventivních programech se bude pojišťovna podílet na:

- částečné úhradě kurzů psychoprofylaxe, tj. přípravy žen k porodu a kurzů plavání kojenců jako metody účinného posilování imunitního systému dětí,
- podpoře formou příspěvku na epidurální analgezii při porodu,
- příspěvku na provedení ultrazvukového vyšetření plodu v I. trimestru,
- příspěvku na provedení screeningu Downova syndromu,
- příspěvku na nákup pomůcek ke kojení zakoupených v lékárně, nákup hygienických vložek s obsahem nanostříbra,
- příspěvku cvičení pro ženy do 6 měsíců po porodu,
- nově příspěvek na účast otce u porodu,
- příspěvku na sportovní prohlídky registrovaných sportovců a úhradu jejich členských příspěvků,
- podpoře zdravého pohybu diabetiků příspěvkem na nákup permanentek na plavání a pohybové aktivity,
- příspěvek na podiatrické ošetření a nákup senzoru pro okamžitou monitoraci glykémie u diabetiků v rámci projektu preDIA213,
- příspěvek v případě diagnózy těhotenské cukrovky na nákup glukometru a diagnostických proužků do glukometru,
- podpoře aktivit proti obezitě,
- podpora odvykání kouření ve formě nákupu volně prodejných léčivých a podpůrných přípravků, zakoupených v lékárně: náplastí, pastilek, ústního spreje, žvýkaček apod.,
- úhradě příspěvku pojištěncům s diagnózou celiakie na nákup potravin, úhradě příspěvku pojištěncům na nákup potravin pro nízkobílkovinnou dietu,
- příspěvku na paruky a epitézy pro onkologicky nemocné pojištěnce,
- příspěvek na paruky pro klienty s diagnózou Alopecie,
- prevenci osteoporózy a negativních menopauzálních stavů u žen,
- prevenci kardiovaskulárních a nádorových onemocnění,
- podpoře genetických vyšetření,
- příspěvku na dentální hygienu,
- příspěvku na nákup fixačních a čistících prostředků pro celkové zubní náhrady,
- příspěvku na úhradu zubní náhrady u seniorů,
- příspěvek na nákup diabetické obuvi u seniorů,

- příspěvek na nákup kloubní výživy u seniorů,
- prevenci poruch duševního zdraví seniorů,
- příspěvek na odlehčenou sádku.

Zvláštní důraz klade pojišťovna na elektronickou komunikaci s pojištěnci, proto i nadále bude podporovat uživatele elektronických osobních účtů „my213“, kteří mohou čerpat příspěvky na:

- podporu zdravého pohybu pojištěnců příspěvkem na nákup permanentek na plavání a pohybové aktivity,
- úhradu diagnostického vyšetření podporujícího zdraví nehrazeného ze zdravotního pojištění,
- u žen a mužů ve věku 19-59 let na dentální hygienu,
- vitamíny,
- u dětí na brýlové obruby zakoupené v optice.

FOND PREVENCE

A.	Fond prevence (Fprev) Tvorba a čerpání ve sledovaném období	Rok 2024 oček. skut. tis. Kč	Rok 2025 ZPP tis. Kč	(v %) ZPP 2025/ oček. skut. 2024
I.	Počáteční zůstatek k 1. 1. ve sledovaném období	143 709	159 924	111,3
II.	Tvorba celkem = zdroje	134 100	96 100	71,7
1	Zdroje podle zákona č. 551/1991 Sb. a zákona č. 280/1992 Sb.	134 000	96 000	71,6
1.1	v tom: příděl ze zisku po zdanění			
1.2	podíl podle § 7 odst. 2 zákona č. 551/1991 Sb. a § 19 odst. 1 zákona č. 280/1992 Sb.	134 000	96 000	71,6
1.2.1	v tom: převod ze ZFZP – prostředky pocházející z pojistného na veřejné zdravotní pojištění			
1.2.2	prostředky pocházející z pokut, přírůžek k pojistnému a penále	44 000	46 000	104,5
1.2.3	převod z PF	90 000	50 000	55,6
2	Úroky vytvořené na bankovním účtu Fprev			
3	Ostatní (bezúplatná plnění)	100	100	100,0
4	Zúčtování s pojištěnci s vazbou na vyúčtování preventivních programů			
5	Zrušení opravných položek			
6	Mimořádné případy externí			
7	Mimořádné převody mezi fondy			
III.	Čerpání celkem = snížení zdrojů	117 885	140 060	118,8
1	Preventivní programy	117 835	140 000	118,8
2	Úroky z úvěrů na posílení Fprev			
3	Ostatní (úplaty za bankovní a jiné služby)	50	60	120,0
4	Odpis penále, přírůžek a pokut k pojistnému, které byly zdrojem Fprev			
5	Zúčtování s pojištěnci s vazbou na vyúčtování preventivních programů			
6	Snížení fondu o částky penále a přírůžek na základě rozhodnutí o odstranění tvrdosti podle § 53a zákona č. 48/1997 Sb.			
7	Tvorba opravných položek			
8	Mimořádné případy externí			
9	Mimořádné převody mezi fondy			
IV.	Konečný zůstatek k poslednímu dni sledovaného období = I + II – III	159 924	115 964	72,5

B.	Fond prevence (Fprev) Příjmy a výdaje ve sledovaném období	Rok 2024 oček. skut. tis. Kč	Rok 2025 ZPP tis. Kč	(v %) ZPP 2025/ oček. skut. 2024
I.	Počáteční zůstatek k 1. 1. ve sledovaném období	129 827	146 042	112,5
II.	Příjmy celkem	134 100	96 100	71,7
1	Příjmy finančních prostředků na základě zákona č. 551/1991 Sb. a zákona č. 280/1992 Sb.	134 000	96 000	71,6
1.1	v tom: příděl ze zisku po zdanění			
1.2	podíl podle § 7 odst. 2 zákona č. 551/1991 Sb. a § 19 odst. 1 zákona č. 280/1992 Sb.	134 000	96 000	71,6
1.2.1	v tom: převod ze ZFZP – prostředky pocházející z pojistného na veřejné zdravotní pojištění			
1.2.2	prostředky pocházející z pokut, přírážek k pojistnému a penále	44 000	46 000	104,5
1.2.3	převod z PF	90 000	50 000	55,6
2	Úroky vytvořené na bankovním účtu Fprev			
3	Ostatní (bezúplatná plnění)	100	100	100,0
4	Příjem úvěru na posílení Fprev			
5	Zúčtování s pojištěnci s vazbou na vyúčtování preventivních programů			
6	Mimořádné případy externí			
7	Mimořádné převody mezi fondy			
III.	Výdaje celkem	117 885	140 060	118,8
1	Výdaje na preventivní programy	117 835	140 000	118,8
2	Úroky z úvěrů			
3	Ostatní (úplaty za bankovní a jiné služby)	50	60	120,0
4	Splátky úvěru			
5	Zúčtování s pojištěnci s vazbou na vyúčtování preventivních programů			
6	Mimořádné případy externí			
7	Mimořádné převody mezi fondy			
IV.	Konečný zůstatek k poslednímu dni sledovaného období = I + II – III	146 042	102 082	69,9
	ZB IV přináležejí hodnotě rezerv k poslednímu dni sledovaného období			

Zdroje fondu prevence pro rok 2025 jsou plánovány ve výši 96.100 tis. Kč s tím, že jednotlivé příjmové položky fondu tvoří:

Ukazatel	Objem v tis. Kč
Příjmy z provozního fondu	50 000
Příjmy z penále	45 950
Úroky z prodlení vyměřené soudem	100
Příjmy z pokut	50
Příjmy fondu prevence celkem	96 100

Kladný zůstatek fondu prevence bude převeden do následujícího účetního období.

5.2 PROVOZNÍ FOND

ZÁMĚRY V OBLASTI ZHOSPODÁRNĚNÍ PROVOZU ZP

Zásadním společným jmenovatelem opatření k dosažení úspor bylo, je, a i do budoucna bude důsledné dodržování platných interních aktů řízení a provádění jejich pravidelné aktualizace a kontroly.

RBP se v oblasti zhospodárnění vlastního provozu zaměřuje zejména na:

- racionální řízení čerpání objemu mzdových a jiných osobních nákladů při zohledňování objektivních a opodstatněných platových i sociálních aspektů (např. citlivé projednávání odchodů do důchodů a návratů z rodičovských dovolených) s cílem neohrožení dosažené kvality poskytovaných služeb klientům pojišťovny,
- spotřebu všech energií s pravidelnou kontrolou čerpání,
- využití stavu optimální vybavenosti pojišťovny zejména v oblasti spotřeby materiálu a investic tak, aby tyto položky byly čerpány v nejnutnější míře nezbytné pro běžnou operativní potřebu,
- hospodárné využívání nájemních prostor pro pobočky RBP,
- racionalizaci spotřeby telekomunikačních služeb,
- optimalizaci spotřeby pohonných hmot a nákladů na cestovné s pravidelným dozorem nad jejich hospodárným využíváním,
- optimální využití práva RBP hospodařit s vlastním majetkem, např. formou pronájmů volných prostor, resp. prodejem jeho postradatelných částí,
- optimální úroveň rozvoje a údržby informačního systému pojišťovny,
- přiměřené vynakládání prostředků na reklamu a inzerci,
- přísná úsporná pravidla při uzavírání smluv v oblasti externě zajišťovaných služeb nemateriální povahy apod.,

Čerpáním, resp. výdaji provozního fondu budou v roce 2025 úhrady provozních položek souvisejících s veřejným zdravotním pojištěním, převod do fondu reprodukce majetku ve výši zúčtovaných odpisů veškerého dlouhodobého majetku (**33.900 tis. Kč**), převod do sociálního fondu (**4.090 tis. Kč**) odpovídající 2 % z objemu mezd a náhrad mezd, převod do fondu prevence (**50.000 tis. Kč**) a předpokládaný příděl do fondu reprodukce majetku (**500 tis. Kč**) ve výši kladného rozdílu mezi prodejní a zůstatkovou cenou.

Očekávané finanční příspěvky na činnost Kanceláře zdravotního pojištění, činnost Centrálního registru pojištěnců a Kapitačního centra zajišťovanou VZP ČR a na činnost SZP ČR jsou zakalkulovány do provozních nákladů pojišťovny.

Dále lze konstatovat, že do jednotlivých nákladových položek v provozu dokázala RBP zahrnout i pokrytí veškerých známých či předpokládaných zdražení vybraných služeb či některých komodit včetně personálního a materiálního zabezpečení vybraných činností pojišťovny. Položka odměny členům správní, dozorčí rady a rozhodčímu orgánu je navýšena o odměny externím členům revizních komisí.

RBP v souladu s vnitřními akty řízení netvoří v provozním fondu dohadné položky.

PROVOZNÍ FOND

A.	Provozní fond (PF) Tvorba a čerpání ve sledovaném období	Rok 2024 oček. skut. tis. Kč	Rok 2025 ZPP tis. Kč	(v %) ZPP 2025/ oček. skut. 2024
I.	Počáteční zůstatek k 1. 1. ve sledovaném období	245 602	251 031	102,2
II.	Tvorba celkem = zdroje	530 938	402 500	75,8
1	Předpis přidělu podle § 1 odst. 3 písm. j) vyhlášky o fondech ze základního fondu zdravotního pojištění, stanovený podle § 7 odst. 1 a 2 vyhlášky o fondech	528 438	400 000	75,7
2	Předpis přidělu z fondu reprodukce majetku ve výši schválené správní radou podle § 3 odst. 2 písm. c) vyhlášky o fondech			
3	Předpis převodu prostředků PF v případě sloučení nebo splynutí zdravotní pojišťovny podle § 3 odst. 2 písm. f) vyhlášky o fondech			
4	Pohledávka z prodeje dlouhodobého hmotného a nehmotného majetku podle § 3 odst. 2 písm. g) vyhlášky o fondech	500	500	100,0
5	Předpis mimořádného přidělu Vojenské zdravotní pojišťovny ČR převodem ze základního fondu zdravotního pojištění			
6	Předpis úroků vztahujících se k PF			
7	Předpis smluvních pokut z porušení smluvního vztahu k poskytovateli zdravotních služeb podle § 3 odst. 2 písm. h) vyhlášky o fondech			
8	Kladné kurzové rozdíly související s PF podle § 3 odst. 2 písm. d) vyhlášky o fondech			
9	Ostatní pohledávky vztahující se k PF podle § 3 odst. 2 písm. i) vyhlášky o fondech	2 000	2 000	100,0
10	Pohledávky Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR podle § 3 odst. 3 vyhlášky o fondech			
11	Předpis bezúplatného plnění určeného výlučně pro PF podle § 3 odst. 2 písm. b) vyhlášky o fondech			
12	Použití, snížení nebo zrušení ostatní rezervy podle § 3 odst. 2 písm. j) vyhlášky o fondech			
13	Snížení nebo zrušení ostatní opravné položky podle § 3 odst. 2 písm. k) vyhlášky o fondech			
14	Ostatní dohadné položky aktivní podle § 3 odst. 2 písm. l) vyhlášky o fondech			
15	Mimořádné případy externí			
16	Mimořádné převody mezi fondy			
III.	Čerpání celkem = snížení zdrojů	525 509	524 084	99,7
1	Závazky zdravotní pojišťovny vyplývající ze zajištění provozní činnosti podle § 3 vyhlášky o fondech	431 149	469 494	108,9
1.1	v tom: mzdy bez ostatních osobních nákladů (včetně náhrad mezd)	193 000	204 500	106,0
1.2	ostatní osobní náklady	12 000	13 000	108,3
1.3	pojistné za zaměstnance na zdravotní pojištění ¹⁾	19 000	20 000	105,3
1.4	pojistné za zaměstnance na sociální zabezpečení a příspěvek na státní politiku zaměstnanosti ¹⁾	51 500	55 000	106,8
1.5	odměny členům správní, dozorčí rady a rozhodčímu orgánu	6 500	7 000	107,7
1.6	úroky			
1.7	podíl úhrad za služby Kanceláře zdravotního pojištění	1 549	1 684	108,7
1.8	podíl úhrad zaměstnanecké zdravotní pojišťovny za vedení centrálního registru pojištěnců	2 900	3 000	103,4
1.9	záporné kurzové rozdíly související s PF	3	5	166,7
1.10	úplaty za bankovní a jiné služby	2 150	680	31,6
1.11	závazky k úhradě pokut a penále podle § 3 odst. 4 písm. i) vyhlášky o fondech			
1.12	úhrada zdravotních služeb z rozhodnutí likvidátora zaměstnanecké zdravotní pojišťovny podle § 3 odst. 4 písm. j) vyhlášky o fondech			
1.13	prostředky vynaložené zaměstnaneckou zdravotní pojišťovnou na nákup metodik od Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR podle § 3 odst. 3 vyhlášky o fondech	400	500	125,0
1.14	podíl odpisů hmotného a nehmotného majetku vztahovaný k PF	31 900	33 900	106,3
1.15	ostatní závazky	110 247	130 225	118,1
1.15.1	v tom: spotřeba energie	5 500	7 000	127,3
1.15.2	opravy a udržování	5 622	3 900	69,4
1.15.3	nájemné	8 000	9 500	118,8
1.15.4	náklady na informační technologie	27 107	30 063	110,9
1.15.5	propagace	33 000	33 000	100,0

A.	Provozní fond (PF) Tvorba a čerpání ve sledovaném období	Rok 2024 oček. skut. tis. Kč	Rok 2025 ZPP tis. Kč	(v %) ZPP 2025/ oček. skut. 2024
1.15.6	spotřebované nákupy	6 257	8 720	139,4
1.15.7	ostatní služby	22 870	36 078	157,8
1.15.8	ostatní provozní náklady	1 891	1 964	103,9
2	Předpis zákonné výše přidělu do sociálního fondu podle § 3 odst. 4 písm. b) a podle § 4 odst. 2 písm. a) vyhlášky o fondech	3 860	4 090	106,0
3	Předpis přidělu do rezervního fondu zdravotního pojištění podle § 3 odst. 4 písm. c) a podle § 2 odst. 5 vyhlášky o fondech			
4	Předpis přidělu do fondu reprodukce majetku podle § 3 odst. 4 písm. d) vyhlášky o fondech			
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 zůstatkovou cenou podle § 3 odst. 4 písm. k) vyhlášky o fondech	500	500	100,0
7	Předpis přidělu do fondu prevence podle § 3 odst. 6 vyhlášky o fondech	90 000	50 000	55,6
8	Tvorba ostatních rezerv podle § 3 odst. 4 písm. l) vyhlášky o fondech			
9	Tvorba ostatních opravných položek podle § 3 odst. 4 písm. m) vyhlášky o fondech			
10	Ostatní dohadné položky pasivní podle § 3 odst. 4 písm. n) vyhlášky o fondech			
11	Mimořádné případy externí			
12	Mimořádné převody mezi fondy			
IV.	Konečný zůstatek k poslednímu dni sledovaného období = I + II – III	251 031	129 447	51,6

B.	Provozní fond (PF) Příjmy a výdaje ve sledovaném období podle § 3 vyhlášky o fondech	Rok 2024 oček. skut. tis. Kč	Rok 2025 ZPP tis. Kč	(v %) ZPP 2025/ oček. skut. 2024
I.	Počáteční zůstatek k 1. 1. ve sledovaném období	347 662	358 738	103,2
II.	Příjmy celkem	540 938	417 102	77,1
1	Převod podle § 1 odst. 3 písm. j) vyhlášky o fondech ze ZFZP, stanovený podle § 7 odst. 1 a 2 vyhlášky o fondech	528 438	400 000	75,7
2	Převod 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 podle § 3 odst. 2 písm. f) vyhlášky o fondech			
4	Příjmy z prodeje dlouhodobého hmotného a nehmotného majetku podle § 3 odst. 2 písm. g) vyhlášky o fondech	500	500	100,0
5	Mimořádný převod Vojenské zdravotní pojišťovny ČR převodem ze ZFZP			
6	Příjem úroků vztahujících se k PF			
7	Příjem smluvních pokut z porušení smluvního vztahu k poskytovatelům zdravotních služeb podle § 3 odst. 2 písm. h) vyhlášky o fondech			
8	Kladné kursové rozdíly související s PF podle § 3 odst. 2 písm. d) vyhlášky o fondech			
9	Ostatní příjmy vztahující se k PF podle § 3 odst. 2 písm. i) vyhlášky o fondech	2 000	2 000	100,0
10	Příjmy Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR podle § 3 odst. 3 vyhlášky o fondech			
11	Příjem bezúplatného plnění určeného výlučně pro PF podle § 3 odst. 2 písm. b) vyhlášky o fondech			
12	Příjem zálohy včetně konečného zúčtování na úhradu podílů částí režijních výdajů a jiné činnosti, než je provozování veřejného zdravotního pojištění podle § 3 odst. 11 vyhlášky o fondech ²⁾			
13	Mimořádné případy externí		4 602	
14	Mimořádné převody mezi fondy	10 000	10 000	100,0
III.	Výdaje celkem	529 862	522 859	98,7
1	Výdaje vyplývající ze zajištění provozní činnosti podle § 3 vyhlášky o fondech	401 502	432 269	107,7
1.1	v tom: mzdy (včetně náhrad mezd, ostatních osobních nákladů a odměn členům správní, dozorčí rady a rozhodčího orgánu)	210 000	222 000	105,7
1.2	pojistné za zaměstnance na zdravotní pojištění ¹⁾	18 900	19 900	105,3
1.3	pojistné za zaměstnance na sociální zabezpečení a příspěvek na státní politiku zaměstnanosti ¹⁾	51 000	55 000	107,8

B.	Provozní fond (PF) Příjmy a výdaje ve sledovaném období podle § 3 vyhlášky o fondech	Rok 2024 oček. skut. tis. Kč	Rok 2025 ZPP tis. Kč	(v %) ZPP 2025/ oček. skut. 2024
1.4	úroky			
1.5	podíl úhrad za služby Kanceláře zdravotního pojištění	1 549	1 684	108,7
1.6	podíl úhrad zaměstnanecké zdravotní pojišťovny za vedení centrálního registru pojištěnců	2 900	3 000	103,4
1.7	záporné kurzové rozdíly související s PF	3	5	166,7
1.8	úplaty za bankovní a jiné služby	2 150	680	31,6
1.9	úhrady pokut a penále podle § 3 odst. 4 písm. i) vyhlášky o fondech			
1.10	úhrada zdravotních služeb z rozhodnutí likvidátora zaměstnanecké zdravotní pojišťovny podle § 3 odst. 4 písm. j) vyhlášky o fondech			
1.11	ostatní výdaje	115 000	130 000	113,0
2	Převod do sociálního fondu podle § 4 odst. 2 písm. a) vyhlášky o fondech	3 860	4 090	106,0
3	Převod do rezervního fondu zdravotního pojištění podle § 2 odst. 5 vyhlášky o fondech			
4	Převod do fondu reprodukce majetku podle § 3 odst. 4 písm. d) vyhlášky o fondech			
5	Převod do základního fondu zdravotního pojištění podle rozhodnutí správní rady podle § 3 odst. 4 písm. e) vyhlášky o fondech			
6	Převod do fondu reprodukce majetku ve výši kladného rozdílu mezi prodejní a zůstatkovou cenou podle § 3 odst. 4 písm. k) vyhlášky o fondech	500	500	100,0
7	Převod do fondu reprodukce majetku ve výši celkových odpisů včetně zůstatkové hodnoty podle § 6 odst. 2 písm. a) vyhlášky o fondech	32 000	34 000	106,3
8	Převod do fondu prevence podle § 3 odst. 6 vyhlášky o fondech	90 000	50 000	55,6
9	Zúčtování zálohy Vojenskou zdravotní pojišťovnou ČR na vedení specifických fondů podle §3 odst. 11 vyhlášky o fondech ²⁾			
10	Zúčtování zálohy na podíl režijních výdajů souvisejících s jinou činností podle § 3 odst. 11 vyhlášky o fondech ²⁾			
11	Splátky zápůjček od žadatele vztahující se k tomuto fondu			
12	Mimořádné případy externí			
13	Mimořádné převody mezi fondy	2 000	2 000	100,0
IV.	Konečný zůstatek k poslednímu dni sledovaného období = I + II – III	358 738	252 981	70,5
	Z B IV přínaleží hodnotě rezerv k poslednímu dni sledovaného období			

Poznámky:

- 1) V řádcích A III 1.3 a B III 1.2 (resp. A III 1.4 a B III 1.3) zdravotní pojišťovna zahrne i náklady související s platbou zdravotního pojištění (resp. soc. pojištění) členů správní rady, dozorčí rady a rozhodčího orgánu.
- 2) Finanční zálohy (poskytované mezi odděleními bankovními účty) na podíl společných výdajů vztahujících se k jiné činnosti (případně u Vojenské zdravotní pojišťovny ČR i za specifické fondy), jsou zachyceny pouze v oddílu B, tj. na bankovním účtu v souladu s Českými účetními standardy pro zdravotní pojišťovny.

PROPOČET MAX. LIMITU NÁKLADŮ NA VLASTNÍ ČINNOST

Roční limit nákladů na činnost zdravotní pojišťovny krytý ze zdrojů základního fondu zdravotního pojištění se stanoví z prostředků získaných z pojistného na veřejné zdravotní pojištění po přerozdělování, z výnosu penále, pokut, přírážek k pojistnému a náhrad nákladů na zdravotní služby. Výše limitu finančních prostředků tvořících zdroje provozního fondu, sociálního fondu a fondu reprodukce majetku je propočtena podle následujícího vzorce:

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

kde:

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

$$\text{koef.} = - 0,3/P \times p + 3,08 + 0,3/P \times 100,$$

kde:

- P** představuje hodnotu 10.410 vyjadřující jednu tisícinu průměrného počtu pojištěnců systému veřejného zdravotního pojištění zahrnutou do propočtu limitu,
- p** představuje jednu tisícinu průměrného počtu pojištěnců propočteného z měsíčních údajů pro přerozdělování za hodnocené období, zaokrouhlenou směrem nahoru na celé číslo.

Pro rok 2025 L činí **592.418 tis. Kč**, což představuje **3,07 %** z rozvrhové základny, která činí **19.297.000 tis. Kč**. Limit je propočten v souladu s vyhláškou č. 418/2003 Sb. RBP plánuje nevyužít celý limit na pokrytí nákladů na vlastní činnost a uspořené prostředky budou v případě potřeby použity k posílení ZFZP. RBP se v zájmu posílení ZFZP rozhodla přidělit do provozního fondu částku ve výši 400.000 tis. Kč, což představuje cca 2,07 % z rozvrhové základny. Pokud by v průběhu roku 2025 došlo oproti ZPP k navýšení příjmů, vrátí se RBP k vyššímu přidělu ze ZFZP.

Kladný zůstatek provozního fondu bude v souladu s platnou legislativou převeden do následujícího účetního období.

5.3 FOND REPRODUKCE MAJETKU

Celková hodnota dlouhodobého majetku k poslednímu dni roku 2025 je plánována ve výši **107.579 tis. Kč**. Ke snížení hodnoty majetku pojišťovny o **1.350 tis. Kč** dojde v průběhu roku 2025 jeho navýšením o cenu nově pořízeného majetku ve výši **32.650 tis. Kč** a jeho snížením o hodnotu odpisů (nebo vyřazení) hmotného a nehmotného majetku o **34.000 tis. Kč** (viz řádek 3 Přehledu základních ukazatelů o činnosti zdravotní pojišťovny).

Žádný nemovitý či movitý majetek pojišťovny neplánuje RBP v roce 2025 zastavit vůči bance jako ručení za poskytnuté úvěrové prostředky.

Druh investice	ZPP 2025 (v tis. Kč)
Provozní investice	14 100
Investice HW + SW	18 550
Investice celkem	32 650

Konkrétně se jedná o následující investiční akce, popř. technické zhodnocení majetku:

Provozní investice:

- Rekonstrukce klimatizačního systému v budově A. Předmětem zakázky bude realizace rekonstrukce stávajícího systému klimatizace v objektu administrativní budovy A na ředitelství RBP. Současný klimatizační systém v budově A je zastaralý a jeho větší část je mimo provoz. Provoz klimatizace je potřeba obnovit z důvodu přehřívání kanceláří v letním období a k zvýšení komfortu v jejich užívání a zabezpečení hygienických norem na pracovišti. V roce 2023 byl zpracován projekt na realizaci rekonstrukce klimatizačního systému v budově A. Předpokládané investiční náklady pro rok 2025 lze očekávat do výše cca **9.800 tis. Kč**.
- Racionální obměna postupně odepsaného vozového parku. V rámci racionální obměny vozového parku budou pořízeny dvě vozidla nižší střední třídy a jedno vozidlo užitkové. Předpokládané investiční náklady pro rok 2025 lze očekávat do výše cca **2.200 tis. Kč**.
- Rekonstrukce nebo zřízení vybrané pobočky RBP. Předpokládané investiční náklady pro rok 2025 lze očekávat do výše cca **2.000 tis. Kč**.
- Měřicí přístroje pro eventy RBP. Pořízení zařízení k využití v rámci promo akcí (např. projekt Zdravý podnik RBP). Předpokládané investiční náklady pro rok 2025 lze očekávat do výše cca **100 tis. Kč**.

Investice HW a SW:

- **Tvorba a úpravy informačního systému RBP**

Odhadovaná výše investice je **8.600 tis. Kč** a zahrnuje:

- rozvoj informačního systému (například každoroční úpravy IS související s legislativními změnami či přechodem na nové kalendářní období v návaznosti na novou úhradovou vyhlášku) v předpokládané částce **8.600 tis. Kč**.

- **Rozšíření možností elektronické komunikace**

Odhadovaná výše investice je **5.550 tis. Kč** a zahrnuje zejména:

- rozvoj elektronických služeb my213 pro klienty RBP (například přidávání nových online služeb, napojování na další externí systémy či zvyšování bezpečnostních standardů), ve výši **4.000 tis. Kč**,

- rozvoj webových služeb (například webu či intranetu RBP) či rozvoj přístupového místa systému mezistátních úhrad za **550 tis. Kč**,
- vývoj Portálu zdravotních pojišťoven ve výši **500 tis. Kč**,
- Modernizace virtuální pobočky. Předpokládané investiční náklady pro rok 2024 lze očekávat do výše cca **500 tis. Kč**.
- Rozšíření a obnova HW a SW vybavení, bezpečnost, zálohování a dostupnost**
Odhadovaná výše investice je **4.400 tis. Kč** a zahrnuje zejména:
 - obnovu Storage Area Network (SAN) infrastruktury za **2.400 tis. Kč**,
 - obnovu serverové infrastruktury, ve výši **2.000 tis. Kč**.

Zdrojem investic v roce 2025 bude přiděl finančních prostředků z provozního fondu ve výši účetních odpisů veškerého investičního majetku, tedy 34.000 tis. Kč a kladný rozdíl mezi zůstatkovou a prodejní cenou prodaného dlouhodobého hmotného a nehmotného majetku v plánované výši 500 tis. Kč.

FOND REPRODUKCE MAJETKU

A.	Fond reprodukce majetku (FRM) Tvorba a čerpání ve sledovaném období	Rok 2024 oček. skut. tis. Kč	Rok 2025 ZPP tis. Kč	(v %) ZPP 2025/ oček. skut. 2024
I.	Počáteční zůstatek k 1. 1. ve sledovaném období	167 824	154 918	92,3
II.	Tvorba celkem = zdroje	32 500	34 500	106,2
1	Předpis FRM přidělem z provozního fondu ve výši odpisů podle § 6 odst. 2 písm. a) vyhlášky o fondech	32 000	34 000	106,3
2	Předpis přidělu z provozního fondu ve výši schválené správní radou podle § 6 odst. 2 písm. b) vyhlášky o fondech			
3	Úroky z běžného účtu FRM			
4	Bezúplatné plnění určené 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. f) vyhlášky o fondech			
7	Účelová dotace ze státního rozpočtu podle § 6 odst. 2 písm. g) 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	500	500	100,0
9	Kladné kurzové rozdíly vztahující se k FRM podle § 6 odst. 2 písm. h) vyhlášky o fondech			
10	Mimořádné případy externí			
11	Mimořádné převody mezi fondy			
III.	Čerpání celkem = snížení zdrojů	45 406	32 650	71,9
1	Pořízení dlouhodobého hmotného a nehmotného majetku včetně záloh podle § 6 odst. 3 písm. a) vyhlášky o fondech	45 406	32 650	71,9
1.1	v tom: pozemky, budovy, stavby	4 220	0	0,0
1.2	dopravní prostředky	841	2 200	261,6
1.3	informační technologie	34 300	18 550	54,1
1.4	ostatní	6 045	11 900	196,9
2	Splátky úroků z úvěrů podle § 6 odst. 3 písm. b) vyhlášky o fondech			
3	Úplaty za bankovní služby a další úplaty podle § 6 odst. 3 písm. d) vyhlášky o fondech			
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 zdravotních služeb z rozhodnutí likvidátora podle § 6 odst. 3 písm. f) vyhlášky o fondech			
7	Mimořádné případy externí			
8	Mimořádné převody mezi fondy			
IV.	Konečný zůstatek k poslednímu dni sledovaného období = I + II – III	154 918	156 768	101,2

B.	Fond reprodukce majetku (FRM) Příjmy a výdaje ve sledovaném období podle § 6 odst. 4 vyhlášky o fondech	Rok 2024 oček. skut. tis. Kč	Rok 2025 ZPP tis. Kč	(v %) ZPP 2025/ oček. skut. 2024
I.	Počáteční zůstatek k 1. 1. ve sledovaném období	134 211	150 169	111,9
II.	Příjmy celkem	42 125	39 523	93,8
1	Převod z běžného účtu provozního fondu ve výši odpisů podle § 6 odst. 2 písm. a) vyhlášky o fondech	32 000	34 000	106,3
2	Převod z běžného účtu provozního fondu ve výši schválené správní radou podle § 6 odst. 2 písm. b) vyhlášky o fondech			
3	Úroky z běžného účtu FRM			
4	Bezúplatné plnění určené dárce na posílení FRM podle § 6 odst. 2 písm. d) vyhlášky o fondech			
5	Převod ze zisku po zdanění podle § 6 odst. 2 písm. e) vyhlášky o fondech			
6	Převod zůstatku běžného účtu FRM v případě sloučení nebo splnutí zdravotní pojišťovny podle § 6 odst. 2 písm. f) vyhlášky o fondech			
7	Účelová dotace ze státního rozpočtu podle § 6 odst. 2 písm. g) 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)	500	500	100,0
9	Kladné kurzové rozdíly vztahující se k FRM podle § 6 odst. 2 písm. h) vyhlášky o fondech			
10	Příjem úvěrů na posílení FRM			
11	Mimořádné případy externí	9 625	5 023	52,2
12	Mimořádné převody mezi fondy			
III.	Výdaje celkem	26 167	32 650	124,8
1	Pořízení dlouhodobého hmotného a nehmotného majetku včetně záloh podle § 6 odst. 3 písm. a) vyhlášky o fondech	26 167	32 650	124,8
2	Splátky úroků z úvěrů podle § 6 odst. 3 písm. b) vyhlášky o fondech			
3	Úplaty za bankovní služby a další úplaty podle § 6 odst. 3 písm. d) vyhlášky o fondech			
4	Převod 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 zdravotních služeb z rozhodnutí likvidátora podle § 6 odst. 3 písm. f) vyhlášky o fondech			
7	Splátky úvěrů vztahujících se k tomuto fondu (s vazbou na § 6 odst. 3 písm. b) vyhlášky o fondech)			
8	Splátky zápůjček od žadatele vztahující se k tomuto fondu			
9	Mimořádné případy externí			
10	Mimořádné převody mezi fondy			
IV.	Konečný zůstatek k poslednímu dni sledovaného období = I + II – III	150 169	157 042	104,6

5.4 SOCIÁLNÍ FOND

Hlavním zdrojem sociálního fondu RBP pro rok 2024 budou příděly z provozního fondu ve výši 2 % z ročního objemu nákladů zúčtovaných na mzdy a náhrady mezd. Plánovaný objem takto propočtených prostředků, které budou využity ve prospěch zaměstnanců pojišťovny k zabezpečení jejich kulturních, sociálních, sportovních a jiných potřeb, činí **4.090 tis. Kč**.

Prostředky ze sociálního fondu budou čerpány dle plánovaného rozpočtu a dle následujících základních zásad:

- finanční prostředky sociálního fondu budou vedeny na samostatném bankovním účtu,
- výdaje ze sociálního fondu budou uskutečňovány jen do výše volných finančních prostředků,
- operativně lze přesouvat finance mezi jednotlivými položkami.

Podrobnější pravidla hospodaření s prostředky sociálního fondu jsou předmětem vnitřní směrnice pojišťovny.

Vlastní čerpání finančních prostředků ze sociálního fondu v daném účetním období se předpokládá ve výši **3.900 tis. Kč**. Konkrétní specifikace věcných dávek sociálního fondu pro rok 2025 je následující:

• příspěvek zaměstnavatele na penzijní připojištění	1.800 tis. Kč
• cafeteria	1.050 tis. Kč
• příspěvek na stravování nad rámec platné legislativy	400 tis. Kč
• jubilejní odměny	200 tis. Kč
• příspěvek na dětskou rekreaci	80 tis. Kč
• ostatní	370 tis. Kč
CELKEM	3.900 tis. Kč

Kladný zůstatek sociálního fondu bude převeden do následujícího účetního období.

SOCIÁLNÍ FOND

A.	Sociální fond (SF) Tvorba a čerpání ve sledovaném období	Rok 2024 oček. skut. tis. Kč	Rok 2025 ZPP tis. Kč	(v %) ZPP 2025/ oček. skut. 2024
I.	Počáteční zůstatek k 1. 1. ve sledovaném období	860	920	107,0
II.	Tvorba celkem = zdroje	3 860	4 090	106,0
1	Předpis přídělu z provozního fondu podle § 4 odst. 2 písm. a) vyhlášky o fondech	3 860	4 090	106,0
2	Úroky z běžného účtu SF			
3	Předpis ostatních příjmů podle § 4 odst. 2 písm. d) vyhlášky o fondech			
4	Předpis přídělu ze zisku po zdanění z jiné činnosti podle § 4 odst. 2 písm. b) vyhlášky o fondech			
5	Převod zůstatku SF, v případě sloučení nebo splynutí zdravotní pojišťovny, podle § 4 odst. 2 písm. g) vyhlášky o fondech			
6	Splátky ze záůjček zaměstnancům podle § 4 odst. 2 písm. c) vyhlášky o fondech			
7	Kladné kurzové rozdíly související se SF podle § 4 odst. 2 písm. e) vyhlášky o fondech			
8	Bezúplatná plnění určená dárce do SF podle § 4 odst. 2 písm. f) vyhlášky o fondech			
9	Použité, snížené nebo zrušené ostatní rezervy podle § 4 odst. 2 písm. i) vyhlášky o fondech			

A.	Sociální fond (SF) Tvorba a čerpání ve sledovaném období	Rok 2024 oček. skut. tis. Kč	Rok 2025 ZPP tis. Kč	(v %) ZPP 2025/ oček. skut. 2024
10	Snížené nebo zrušené ostatní opravné položky podle § 4 odst. 2 písm. j) vyhlášky o fondech			
11	Dohadné položky aktivní podle § 4 odst. 2 písm. k) vyhlášky o fondech			
12	Mimořádné případy externí			
13	Mimořádné převody mezi fondy			
III.	Čerpání celkem = snížení zdrojů podle § 4 odst. 3 vyhlášky o fondech	3 800	3 900	102,6
1	Předpisy snížení zdrojů podle § 4 odst. 3 vyhlášky o fondech	3 800	3 900	102,6
1.1	v tom: zápůjčky			
1.2	ostatní čerpání	3 800	3 900	102,6
2	Úplaty za bankovní a jiné služby			
3	Záporné kurzové rozdíly			
4	Tvorba ostatních rezerv podle § 4 odst. 4 písm. f) vyhlášky o fondech			
5	Tvorba ostatních opravných položek podle § 4 odst. 4 písm. g) vyhlášky o fondech			
6	Dohadné položky pasivní podle § 4 odst. 4 písm. h) vyhlášky o fondech			
7	Mimořádné případy externí			
8	Mimořádné převody mezi fondy			
IV.	Konečný zůstatek k poslednímu dni sledovaného období = I + II – III	920	1 110	120,7

B.	Sociální fond (SF) Příjmy a výdaje ve sledovaném období v souladu s § 4 odst. 4 vyhlášky o fondech	Rok 2024 oček. skut. tis. Kč	Rok 2025 ZPP tis. Kč	(v %) ZPP 2025/ oček. skut. 2024
I.	Počáteční zůstatek k 1. 1. ve sledovaném období	931	991	106,4
II.	Příjmy celkem	3 860	4 090	106,0
1	Převod z běžného účtu PF podle § 4 odst. 2 písm. a) vyhlášky o fondech	3 860	4 090	106,0
2	Úroky z běžného účtu SF			
3	Ostatní příjmy podle § 4 odst. 2 písm. d) vyhlášky o fondech			
4	Převod ze zisku po zdanění z jiné činnosti podle § 4 odst. 2 písm. b) vyhlášky o fondech			
5	Převod zůstatku běžného účtu SF, v případě sloučení nebo splnutí zdravotní pojišťovny, podle § 4 odst. 2 písm. g) vyhlášky o fondech			
6	Splátky ze zápujček zaměstnancům podle § 4 odst. 2 písm. c) vyhlášky o fondech			
7	Kladné kurzové rozdíly související se SF podle § 4 odst. 2 písm. e) vyhlášky o fondech			
8	Bezúplatná plnění určená dárce do SF podle § 4 odst. 2 písm. f) vyhlášky o fondech			
9	Mimořádné případy externí			
10	Mimořádné převody mezi fondy			
III.	Výdaje celkem podle § 4 odst. 3 vyhlášky o fondech	3 800	3 900	102,6
1	Výdaje podle § 4 odst. 3 vyhlášky o fondech	3 800	3 900	102,6
2	Úplaty za bankovní a jiné služby			
3	Záporné kurzové rozdíly související se SF			
4	Mimořádné případy externí			
5	Mimořádné převody mezi fondy			
IV.	Konečný zůstatek k poslednímu dni sledovaného období = I + II – III	991	1 181	119,2
	ZB IV přináší hodnotě rezerv k poslednímu dni sledovaného období			

5.5 REZERVNÍ FOND

Rezervní fond má RBP vytvořen v zákonem stanovené výši. Jeho objem bude k 31. 12. 2025 činit **265.392 tis. Kč** a bude tvořen výhradně finančními prostředky deponovanými na bankovních účtech RBP.

V roce 2025 plánuje RBP posílení rezervního fondu na úkor základního fondu zdravotního pojištění ve výši **15.536 tis. Kč**.

Kladný zůstatek rezervního fondu bude převeden do následujícího účetního období.

REZERVNÍ FOND

A.	Rezervní fond (RF) Tvorba a čerpání ve sledovaném období	Rok 2024 oček. skut. tis. Kč	Rok 2025 ZPP tis. Kč	(v %) ZPP 2025/ oček. skut. 2024
I.	Počáteční zůstatek k 1. 1. ve sledovaném období	225 752	249 856	110,7
II.	Tvorba celkem = zdroje	24 104	15 536	64,5
1	Předpis přidělu ze základního fondu zdravotního pojištění podle § 2 odst. 1 písm. b) vyhlášky o fondech	24 104	15 536	64,5
2	Úroky z běžného účtu RF			
3	Bezúplatná plnění určená dárce do RF podle § 2 odst. 1 písm. e) vyhlášky o fondech			
4	Převod zůstatku RF v případě sloučení nebo splnutí zdravotní pojišťovny podle § 2 odst. 1 písm. f) vyhlášky o fondech			
5	Kauce žadatele podle § 2 odst. 1 písm. a) vyhlášky o fondech			
6	Mimořádné případy externí			
7	Mimořádné převody mezi fondy			
III.	Čerpání celkem = snížení zdrojů	0	0	
1	Příděl z RF do základního fondu zdravotního pojištění podle § 2 odst. 2 písm. a) vyhlášky o fondech			
2	Úplaty za bankovní služby a další úplaty podle § 2 odst. 2 písm. b) vyhlášky o fondech			
3	Závazky k úhradě zdravotních služeb z rozhodnutí likvidátora podle § 2 odst. 2 písm. e) vyhlášky o fondech			
4	Mimořádné případy externí			
5	Mimořádné převody mezi fondy			
IV.	Konečný zůstatek k poslednímu dni sledovaného období = I + II – III	249 856	265 392	106,2

B.	Rezervní fond (RF) Příjmy a výdaje ve sledovaném období podle § 2 odst. 3 vyhlášky o fondech	Rok 2024 oček. skut. tis. Kč	Rok 2025 ZPP tis. Kč	(v %) ZPP 2025/ oček. skut. 2024
I.	Počáteční zůstatek k 1. 1. ve sledovaném období ¹⁾	225 752	249 856	110,7
II.	Příjmy celkem	24 104	15 536	64,5
1	Převod z běžného účtu základního fondu zdravotního pojištění podle § 2 odst. 1 písm. b) vyhlášky o fondech	24 104	15 536	64,5
2	Úroky z běžného účtu RF			
3	Bezúplatná plnění určená dárce do RF podle § 2 odst. 1 písm. e) vyhlášky o fondech			
4	Převod zůstatku běžného účtu RF v případě sloučení nebo splnutí zdravotní pojišťovny podle § 2 odst. 1 písm. f) vyhlášky o fondech			
5	Kauce žadatele podle § 2 odst. 1 písm. a) vyhlášky o fondech			
6	Mimořádné případy externí			
7	Mimořádné převody mezi fondy			

B.	Rezervní fond (RF) Příjmy a výdaje ve sledovaném období podle § 2 odst. 3 vyhlášky o fondech	Rok 2024 oček. skut. tis. Kč	Rok 2025 ZPP tis. Kč	(v %) ZPP 2025/ oček. skut. 2024
III.	Výdaje celkem	0	0	
1	Převod z běžného účtu RF na běžný účet základního fondu zdravotního pojištění podle § 2 odst. 2 písm. a) vyhlášky o fondech			
2	Úplaty za bankovní služby a další úplaty podle § 2 odst. 2 písm. b) vyhlášky o fondech			
3	Závazky k úhradě zdravotních služeb z rozhodnutí likvidátora podle § 2 odst. 2 písm. e) vyhlášky o fondech			
4	Mimořádné případy externí			
5	Mimořádné převody mezi fondy			
IV.	Konečný zůstatek k poslednímu dni vykazovaného období = I + II – III ¹⁾	249 856	265 392	106,2

C.	Doplňující tabulka: Propočet limitu RF ²⁾	Rok 2024 Oček. skutečnost	Rok 2025 ZPP	(v %) ZPP 2025/ Oček. skut. 2024
	Propočtová základna pro výpočet limitu přidělu do RF			
1	Výdaje ZFZP za rok 2021	15 474 400		
2	Výdaje ZFZP za rok 2022	16 585 990	16 585 990	100,0
3	Výdaje ZFZP za rok 2023	17 910 751	17 910 751	100,0
4	Výdaje ZFZP za rok 2024		18 581 742	
5	Průměrné roční výdaje ZFZP za bezprostředně předcházející uzavřené 3 kalendářní roky	16 657 047	17 692 828	106,2
6	Výpočet limitu = 1,5 % z propočtených průměrných výdajů ZFZP	249 856	265 392	106,2

Poznámky:

- 1) Pokud zdravotní pojišťovna nevykáže, že A I = B I, případně A IV = B IV, tyto rozdíly zdůvodní.
- 2) Tabulku propočtu RF vyplňuje Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR podle § 7 odst. 1 písm. b) zákona č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon č. 551/1991 Sb.“) a ostatní zdravotní pojišťovny podle § 18 odst. 1 zákona č. 280/1992 Sb.
Hodnocení dodržení limitu se provádí k 31. prosinci sledovaného období.
Sloučená zdravotní pojišťovna zohlední při propočtu limitu RF § 2 odst. 6 vyhlášky o fondech.
Tvorba v oddílu A odpovídá vždy propočtu povinného přidělu v doplňující tabulce, a to i v případě, že převod finančních prostředků v oddílu B není možno provést v povinné výši, nebo došlo k čerpání finančních prostředků z bankovního účtu RF.
Kladný rozdíl zůstatků mezi oddílem A a oddílem B vykazuje tzv. vnitřní dluh bankovního účtu RF. Tento rozdíl zdravotní pojišťovna zdůvodní.

5.6 JINÁ ČINNOST

Výnosy ze zdaňované činnosti, která přímo nesouvisí s veřejným zdravotním pojištěním, vyplývají z práva zdravotní pojišťovny účelně hospodařit s vlastním majetkem a z ostatních zdaňovaných činností provozovaných v souladu s platnou legislativou a Statutem RBP.

Výnosy ze zdaňované činnosti budou tvořeny zejména:

- pronájmem postradatelných prostor, popř. jejich vybavení ve vlastnictví RBP,
- provizemi z prodeje produktů pojištění léčebných výloh při cestách a pobytu v zahraničí.

Náklady na zdaňovanou činnost budou vedeny účetně i finančně odděleně od nákladů souvisejících s veřejným zdravotním pojištěním.

JINÁ ČINNOST

A.	Jiná činnost	Rok 2024 Oček. skutečnost tis. Kč	Rok 2025 ZPP tis. Kč	(v %) ZPP 2025/ Oček. skut. 2024
I.	Výnosy celkem	2 056	2 100	102,1
1	Výnosy z jiné činnosti	2 056	2 100	102,1
2	Úroky			
3	Výnosy z prodeje finančních investic			
4	Zvýšení hodnoty cenných papírů vlivem reálného ocenění			
5	Mimořádné případy externí			
6	Mimořádné převody mezi fondy			
II.	Náklady celkem ¹⁾	1 678	1 713	102,1
1	Provozní náklady související s jinou činností	1 678	1 713	102,1
1.1	v tom: mzdy bez ostatních osobních nákladů	900	920	102,2
1.2	ostatní osobní náklady			
1.3	pojistné na zdravotní pojištění	77	78	101,3
1.4	pojistné na sociální zabezpečení	213	215	100,9
1.5	odpisy hmotného a nehmotného majetku – podíl vztahující se k této činnosti	100	100	100,0
1.6	úroky			
1.7	pokuty a penále			
1.8	finanční náklady spojené s prodejem finančních investic ²⁾			
1.9	ostatní provozní náklady	388	400	103,1
2	Snížení hodnoty cenných papírů vlivem reálného ocenění			
3	Mimořádné případy externí			
4	Mimořádné převody mezi fondy			
III.	Výsledek hospodaření = I – II	378	387	102,4
IV.	Daň z příjmů			
V.	Zisk z jiné činnosti po zdanění = III – IV	378	387	102,4

B.	Doplňující informace o cenných papírech pořízených z finančních zdrojů jiné činnosti	Rok 2024 Oček. skutečnost tis. Kč	Rok 2025 ZPP tis. Kč	(v %) ZPP 2025/ Oček. skut. 2024
1	Stav cenných papírů k 1. 1. sledovaného období			
2	Stav cenných papírů k poslednímu dni sledovaného období			
	Z toho cenné papíry vztahující se k dceřiné společnosti provozující komerční pojištění			
z 1	Stav cenných papírů k 1. 1. sledovaného období			
z 2	Stav cenných papírů k poslednímu dni sledovaného období			

Poznámky:

- 1) Náklady na jinou činnost vyjadřují nejpozději k 31. prosinci daného roku celkové náklady na tuto činnost včetně podílu nákladů hrazených v průběhu roku prvotně (zálohově) z PF.
- 2) V oddílu A II ř. 1.8 je nutno uvádět pouze účetní hodnotu prodávaných finančních investic tak, aby bylo možno po odečtení této hodnoty od položky oddílu A I ř. 3 propočítat realizovaný výnos nebo ztrátu z uskutečněného prodeje.

6. PŘEHLED ZÁKLADNÍCH EKONOMICKÝCH UKAZATELŮ

ř.	Ukazatel	m. j.	Rok 2024 Oček. skutečnost	Rok 2025 ZPP	(v %) ZPP 2025/ Oček. skut. 2024
I. Pojištěnci					
1	Počet pojištěnců celkem k poslednímu dni sledovaného období	osoby	423 000	422 000	99,8
1.1	z toho: státem hrazení	osoby	247 650	247 400	99,9
2	Průměrný počet pojištěnců za sledované období	osoby	423 500	422 500	99,8
2.1	z toho: státem hrazení	osoby	247 950	247 600	99,9
II. Ostatní ukazatele					
3	Stav dlouhodobého majetku včetně poskytovaných záloh pořízený k poslednímu dni sledovaného období	tis. Kč	108 929	107 579	98,8
4	Stav dlouhodobého majetku včetně poskytovaných záloh pořízený za sledované období	tis. Kč	45 406	32 650	71,9
4.1	v tom: majetek na vlastní činnost	tis. Kč	45 406	32 650	71,9
4.2	ostatní majetek	tis. Kč			
5	Stav finančních investic k poslednímu dni sledovaného období (krátkodobé i dlouhodobé)	tis. Kč			
5.1	z toho: vázáno v dceřině společnosti	tis. Kč			
6	Finanční investice pořízené za sledované období (saldo nákup – prodej)	tis. Kč			
6.1	z toho: vázáno v dceřině společnosti	tis. Kč			
7	Přijaté bankovní úvěry celkem (tj. bez údajů na řádcích 10 a 13) za sledované období	tis. Kč			
7.1	v tom: dlouhodobé	tis. Kč			
7.2	krátkodobé	tis. Kč			
8	Splátky bankovních úvěrů krátkodobých i dlouhodobých za sledované období	tis. Kč			
9	Nesplacený zůstatek bankovních úvěrů k poslednímu dni sledovaného období celkem	tis. Kč			
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 poslednímu dni sledovaného období celkem	tis. Kč			
13	Přijaté zápůjčky, např. od žadatele o povolení podle § 3 zákona č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon č. 280/1992 Sb.“) ve sledovaném období	tis. Kč			
14	Splátky zápůjček ve sledovaném období	tis. Kč			
15	Nesplacený zůstatek zápůjček k poslednímu dni sledovaného období celkem	tis. Kč			
16	Přijatá bezúplatná plnění a nenávratné dotace ve sledovaném období	tis. Kč			
17	Přepočtený počet zaměstnanců k poslednímu dni sledovaného období (zaokrouhlí se na celá čísla)	osoby	246	249	101,2
18	Průměrný přepočtený počet zaměstnanců (zaokrouhlí se na celá čísla)	osoby	246	249	101,2
19	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“) (zaokrouhlí se na 2 desetinná místa)	%	3,07	3,07	100,0
20	Rozvrhová základna pro propočet přidělu do provozního fondu podle § 7 vyhlášky o fondech	tis. Kč	18 222 000	19 297 000	105,9
21	Maximální limit nákladů na činnost propočtený z dosažené rozvrhové základny podle § 7 vyhlášky o fondech	tis. Kč	559 415	592 418	105,9
22	Skutečný přiděl ze základního fondu zdravotního pojištění do provozního fondu ve sledovaném období	tis. Kč	528 438	400 000	75,7
III. Závazky a pohledávky					
23	Závazky celkem k poslednímu dni sledovaného období (neobsahují nesplacené zůstatky bankovních úvěrů, návratných finančních výpomocí ze státního rozpočtu a zápůjček uvedených na ř. 9, 12 a 15)	tis. Kč	3 881 933	4 416 933	113,8
23.1	v tom: závazky vůči poskytovatelům zdravotních služeb ve lhůtě splatnosti ¹⁾	tis. Kč	3 791 933	4 321 933	114,0
23.2	závazky vůči poskytovatelům zdravotních služeb po lhůtě splatnosti	tis. Kč			
23.3	ostatní závazky ve lhůtě splatnosti	tis. Kč	90 000	95 000	105,6
23.4	ostatní závazky po lhůtě splatnosti	tis. Kč			

ř.	Ukazatel	m. j.	Rok 2024 Oček. skutečnost	Rok 2025 ZPP	(v %) ZPP 2025/ Oček. skut. 2024
24	Pohledávky celkem k poslednímu dni sledovaného období	tis. Kč	2 490 000	2 650 000	106,4
24.1	v tom: pohledávky za plátcí pojistného ve lhůtě splatnosti	tis. Kč	970 000	1 020 000	105,2
24.2	pohledávky za plátcí pojistného po lhůtě splatnosti ²⁾	tis. Kč	1 300 000	1 400 000	107,7
24.3	pohledávky za poskytovateli zdravotních služeb ve lhůtě splatnosti ³⁾	tis. Kč	150 000	155 000	103,3
24.4	pohledávky za poskytovateli zdravotních služeb po lhůtě splatnosti	tis. Kč			
24.5	ostatní pohledávky ve lhůtě splatnosti	tis. Kč	70 000	75 000	107,1
24.6	ostatní pohledávky po lhůtě splatnosti	tis. Kč			
25	Dohadné položky pasivní celkem – stav k poslednímu dni sledovaného období	tis. Kč	1 449 500	1 360 000	93,8
26	Dohadné položky aktivní celkem – stav k poslednímu dni sledovaného období	tis. Kč	183 366	140 260	76,5
27	Rezervy celkem – stav k poslednímu dni sledovaného období	tis. Kč			
28	Opravné položky celkem – stav k poslednímu dni sledovaného období	tis. Kč	2 624 813	2 725 813	103,8

Doplňující údaje k řádkům 1 a 2					
k 1.1	z toho: pojištěnci ze zemí Evropské unie	osob	364	345	94,8
k 2.1	z toho: pojištěnci ze zemí Evropské unie	osob	367	352	95,9

Poznámky:

- 1) V řádku 23.1 budou zahrnuty dohadné položky pasivní (zejména vyúčtování zdravotních služeb za příslušný rok).
- 2) V řádku 24.2 budou zahrnuty dohadné položky aktivní za plátcí pojistného. Vykazovaná částka bude zároveň snížena o opravné položky.
- 3) V řádku 24.3 budou zahrnuty dohadné položky aktivní za poskytovateli zdravotních služeb (zejména vyúčtování zdravotních služeb za příslušný rok).

RBP si pro rok 2025 klade splnitelné cíle na základě reálného posouzení vlastních aktivit.

Počet pojištěnců k 31. 12. 2025 předpokládá pojišťovna celkem 422 000.

Předpokládaný stav majetku je ovlivněn jeho navýšením o pořízené investice vč. poskytnutých záloh, resp. jeho snížením o odpisy a vyřazení odepsaného nebo nepotřebného majetku.

RBP, zdravotní pojišťovna nepředpokládá v roce 2025 čerpání jakýchkoliv úvěrů, bezúročných půjček ani návratných či nenávratných výpomocí ze státního rozpočtu.

Plánované stavy zaměstnanců odpovídají aktuálním požadavkům na zkvalitňování všech činností pojišťovny a zajištění profesionálního přístupu ke klientovi, což je základním předpokladem pro další rozvoj pojišťovny.

RBP, zdravotní pojišťovna dlouhodobě zabezpečuje včasnou úhradu poskytnutých zdravotních služeb ve smyslu svých smluvních ujednání, a proto závazky po lhůtě splatnosti vůči PZS nepředpokládá. Za účelem zachování tohoto optimálního stavu přijala řadu opatření, jejichž realizace měla příznivý dopad na výdajovou oblast. Jednou z prioritních činností pojišťovny je oblast kontroly vykázané zdravotní péče, která představuje prostřednictvím informačního systému vyloučení chybných dokladů ještě před zpracováním výsledného účtu a posléze následnou zpětnou kontrolu již vykázané a uhrazené péče.

V případě, že z důvodu výjimečných nedostatků technické povahy, eventuálně probíhajícího řešení zjištěných revizních nálezů, dojde u některých poskytovatelů zdravotních služeb ke zpoždění plateb, je každý jednotlivý případ řešen individuálně (např. zálohovou platbou). Na základě dlouhodobých zkušeností je zřejmé, že takovéto skutečnosti nehodnotí smluvní partneři jako své pohledávky vůči pojišťovně po lhůtě splatnosti. Vzájemnou komunikaci považuje RBP za nezbytný předpoklad pro zajištění dobré spolupráce mezi pojišťovnou a poskytovatelem zdravotních služeb s vazbou až na pojištěnce.

Závazky vůči PZS ve lhůtě splatnosti jsou standardní veličinou, jejíž objem je plánován ve vazbě na počet a strukturu pojištěnců a objem vykázané, resp. pojišťovnou uznané zdravotní péče jim poskytnuté.

ODHAD DOPLATKŮ PRO PZS ZAHRNUTÝCH DO STAVU ZÁVAZKŮ K 31. 12. 2024 A K 31. 12. 2025, KTERÉ JSOU VYKAZOVÁNY JAKO SOUČÁST DOHADNÝCH POLOŽEK PASIVNÍCH

RBP předpokládá v roce 2024 vytvoření dohadné položky pasivní ve výši 1.449.500 tis. Kč a v roce 2025 ve výši 1.360.000 tis. Kč. Takto vytvořené dohadné položky představují doplatky poskytovatelům zdravotních služeb včetně nákladů na očkovací látky, které jsou vyrovnány v zákonném termínu.

VÝVOJ STAVU POHLEDÁVEK PO LHŮTĚ SPLATNOSTI ZA PLÁTCI POJISTNÉHO

Přehled o vývoji pohledávek po lhůtě splatnosti a jejich vztah k příjmům z progresivního hlediska poskytuje následující tabulka:

Ukazatel	Měr. jedn.	
Očekávané příjmy z pojistného před přerozdělováním za období 1993 - 2025	tis. Kč	166 751 663
Očekávaný celkový objem pohledávek po lhůtě splatnosti k 31. 12. 2025 v hrubé výši (včetně dohadné položky)	tis. Kč	4 026 345
Procentuální vyjádření z období 1993 - 2025	%	2,41%

ODHAD DOHADNÝCH POLOŽEK AKTIVNÍCH VZTAHUJÍCÍCH SE K PLATBĚ POJISTNÉHO

V oblasti pojistného na veřejné zdravotní pojištění od zaměstnavatelů plánuje RBP vytvořit dohadnou položku aktivní v roce 2024 ve výši 95.166 tis. Kč a v roce 2025 ve výši 102.860 tis. Kč. Takto vytvořené dohadné položky představují pojistné od plátců, jehož přesná výše není známa v době zpracování účetní závěrky, ale vztahuje se k předmětnému období.

ODHAD DOHADNÝCH POLOŽEK AKTIVNÍCH VZTAHUJÍCÍCH SE K PZS

RBP plánuje vytvořit dohadnou položku aktivní za PZS, v roce 2024 ve výši 88.200 tis. Kč a v roce 2025 ve výši 37.400 tis. Kč. Takto vytvořené dohadné položky představují krácení úhrad PZS, vztahující se k předmětnému období.

ODHAD POHLEDÁVEK ZA POSKYTOVATELI ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB

Pohledávky za poskytovateli zdravotních služeb ve lhůtě splatnosti spolu s pohledávkami z ostatního obchodního styku představují v porovnání s objemem pohledávek za plátců pojistného nepodstatnou část.

K pohledávkám za poskytovateli zdravotních služeb ve lhůtě splatnosti patří kromě dohadné položky za PZS a zálohy za očkovací látky rovněž pohledávky z titulu revizí. Všechny tyto pohledávky jsou vymáhány v souladu s platnou právní úpravou a vnitřními akty řízení RBP. Tyto pohledávky nijak významně neovlivňují hospodaření pojišťovny.

VÝVOJ OSTATNÍCH POHLEDÁVEK

Ostatní pohledávky ve lhůtě splatnosti jsou evidovány v provozní a zdaňované činnosti, v oblasti sociálního fondu a preventivní zdravotní péče. V této skupině pohledávek ve lhůtě splatnosti jsou rovněž pohledávky za zdravotní služby poskytnuté cizincům.

OPRAVNÉ POLOŽKY

RBP v souladu s platnou legislativou a vnitřními akty řízení plánuje v ZFZP stav opravných položek k 31. 12. 2024 ve výši 2.525.345 tis. Kč a k 31. 12. 2025 ve výši 2.626.345 tis. Kč.

Opravná položka k nemovitostem je vytvořena ve výši 99.468 tis. Kč.

7. ZÁVĚR

SUBJEKTIVNÍ I OBJEKTIVNÍ RIZIKA OVLIVŇUJÍCÍ PŘEDPOKLADY SPLNĚNÍ ZÁMĚRŮ ZDRAVOTNĚ POJISTNÉHO PLÁNU

ZPP na rok 2025 byl zpracován v říjnu 2024 na základě předpokladů, známých nebo predikovaných v době zpracování ZPP. I přes tuto skutečnost nelze vyloučit vznik možných odchylek ve výdajových a příjmových položkách jednotlivých fondů, a to zejména s ohledem na aktuální makroekonomickou situaci v České republice i Moravskoslezském kraji. Jedná se zejména o následující nejistoty:

- na příjmové straně nedosažení predikovaného růstu objemu pojistného, např.
 - vlivy pokračující restrukturalizace hutě Liberty a dodavatelského řetězce
 - vlivy povodní
- na výdajové straně vyšší náklady související se zvýšenou produkcí poskytovatelů zdravotních služeb a vstup nových léčiv na český trh
- neplánované nové závazky vzniklé před rokem 2025 u segmentů k dofinancování péče

RBP bude ve své činnosti nadále respektovat význam pluralitního systému veřejného zdravotního pojištění pro občana-pojištěnce a citlivě reagovat na vývoj jeho potřeb se záměrem co nejlépe obstát ve srovnání s nabídkou a úrovní služeb vůči ostatním pojišťovnám.

Koncepce zdravotní politiky se soustředí na postupnou optimalizaci sítě smluvních poskytovatelů zdravotních služeb a využívání všech regulačních nástrojů k racionalizaci nákladů zdravotních služeb. Systémově bude zdravotní politika v rámci programu řízené péče zaměřena také na realizaci preventivních programů zdravotní péče u rizikových skupin obyvatelstva s případnou finanční spoluúčástí zaměstnavatelů v té části, kterou nelze hradit ze základního fondu zdravotního pojištění. Od těchto programů, jak dokládají i dosavadní zkušenosti, lze očekávat snížení nemocnosti a tím i pozitivní dopady v příjmové a výdajové oblasti.

STANOVISKO DOZORČÍ RADY
K ZDRAVOTNĚ POJISTNÉMU PLÁNU RBP NA ROK 2025

Dozorčí rada RBP, zdravotní pojišťovny projednala návrh Zdravotně pojistného plánu RBP, zdravotní pojišťovny na rok 2025.

Dozorčí rada bere na vědomí, že ZPP na rok 2025 byl zpracován v říjnu 2024 na základě předpokladů, známých nebo predikovaných v době zpracování ZPP. I přes tuto skutečnost nelze vyloučit vznik možných odchylek ve výdajových a příjmových položkách jednotlivých fondů. Dozorčí rada si je vědoma toho, že RBP při zpracování ZPP postupovala v souladu s makroekonomickou predikcí MF, úhradovou vyhláškou MZ a Memorandem ze dne 31.10.2024.

Dozorčí rada RBP doporučuje Správní radě RBP návrh Zdravotně pojistného plánu RBP, zdravotní pojišťovny na rok 2025 schválit.

V Ostravě dne 14. 11. 2024



Ing. Radim Tabásek
předseda DR RBP

STANOVISKO SPRÁVNÍ RADY
K ZDRAVOTNĚ POJISTNÉMU PLÁNU RBP NA ROK 2025

Správní rada RBP se seznámila se stanoviskem Dozorčí rady RBP k návrhu Zdravotně pojistného plánu RBP na rok 2025.

Správní rada konstatuje, že Zdravotně pojistný plán RBP na rok 2025 je zpracován v souladu s pokynem Ministerstva zdravotnictví. Očekávaná výše příjmů 2025 odpovídá aktuální makroekonomické prognóze Ministerstva financí ČR, výdaje na zdravotní služby jsou plánovány v souladu s úhradovou vyhláškou Ministerstva zdravotnictví ČR a Memorandem ze dne 31.10. 2024.

Správní rada RBP, zdravotní pojišťovny schválila svým usnesením ze dne 14. 11. 2024 návrh Zdravotně pojistného plánu RBP, zdravotní pojišťovny na rok 2025.

V Ostravě dne 14. 11. 2024



Ing. Petr Hanzlík
předseda SR RBP