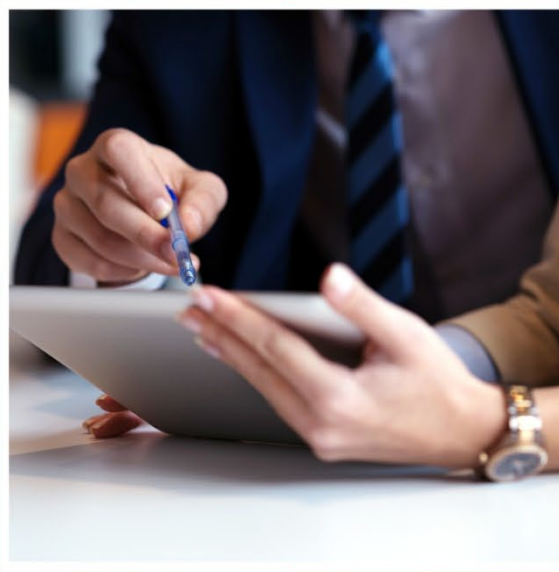


2026 | ZDRAVOTNĚ POJISTNÝ PLÁN



213 zdravotní
RBP pojišťovna

OSTRAVA | LISTOPAD 2025

OBSAH

SEZNAM ZKRATEK POUŽÍVANÝCH VE ZDRAVOTNĚ POJISTNÉM PLÁNU	2
1 ÚVOD	3
2 OBECNÁ ČÁST	8
3 POJIŠTĚNCI	16
4 ZÁKLADNÍ FOND ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ	17
4.1 ZÁMĚRY VÝVOJE HOSPODAŘENÍ ZFZP	17
4.2 TVORBA, PŘÍJMY ZFZP	23
4.3 ČERPÁNÍ, VÝDAJE ZFZP	25
4.3.1 SMLUVNÍ POLITIKA VE VZTAHU K PZS	26
4.3.2 ZDRAVOTNÍ POLITIKA	28
4.3.3 REVIZNÍ A KONTROLNÍ ČINNOST	35
4.3.4 STRUKTURA NÁKLADŮ NA ZDRAVOTNÍ SLUŽBY V ČLENĚNÍ PODLE JEDNOTLIVÝCH SEGMENTŮ	37
5 OSTATNÍ FONDY	47
5.1 ZDRAVOTNÍ SLUŽBY HRAZENÉ Z FONDU PREVENCE	47
5.2 PROVOZNÍ FOND	56
5.3 MAJETEK POJIŠŤOVNY A INVESTICE	61
5.4 SOCIÁLNÍ FOND	64
5.5 REZERVNÍ FOND	66
5.6 FOND OBECNĚ PROSPĚŠNÝCH ČINNOSTÍ	68
5.7 JINÁ ČINNOST	70
6 PŘEHLED ZÁKLADNÍCH EKONOMICKÝCH UKAZATELŮ	72
7 ZÁVĚR	76

SEZNAM ZKRATEK POUŽÍVANÝCH VE ZDRAVOTNĚ POJISTNÉM PLÁNU

ATC	Anatomicko-terapeuticko-chemická klasifikace léčiv
BMI	Index tělesné hmotnosti (body mass index)
CIS	Centrální informační systém
CMP	Cévní mozková příhoda
CT	Počítačová tomografie
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)
LPS	Lékařská pohotovostní služba
MF	Ministerstvo financí
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
MR	Magnetická rezonance
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
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+
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky
VŘ	Výběrové řízení
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

ZÁKLADNÍ PŘEDPOKLADY

Finanční a zdravotní politika RBP, zdravotní pojišťovny byla vždy postavena na dlouhodobě udržitelném hospodaření. Vhodnými nástroji těchto politik v pravidelném hospodářském cyklu RBP udržovala 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 2026 RBP počítá s projekty a výdaji reflektujícími strategický dokument, zejména pak v oblasti investic do centrálního informačního systému, majetku společnosti, rozvoji zdravotních a preventivních programů 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.

OČEKÁVANÁ SKUTEČNOST HOSPODAŘENÍ 2025

Jedním ze základních a výchozích parametrů nového zdravotně pojistného plánu je co nejpřesnější modelování očekávané skutečnosti hospodaření a zůstatků jednotlivých fondů roku stávajícího. Končící rok 2025 byl, úhradovou vyhláškou Ministerstva zdravotnictví ČR (i přes usnesení vlády ČR č. 267 ze dne 24. 4. 2024 ohledně vyrovnaného hospodaření systému veřejného zdravotního pojištění v roce 2025), nastaven jako deficitní, a tudíž i zdravotně pojistný plán RBP odpovídal tomuto nastavení.

Usnesení vlády, které mělo ovlivnit podmínky financování zdravotnictví v roce 2025 včetně dohodovacího řízení a přípravy úhradové vyhlášky, bylo přijato v rámci schvalování Rozpočtové strategie sektoru veřejných institucí ČR na léta 2025–2027 a Konvergenčního programu České republiky. Vláda v něm explicitně uložila ministru zdravotnictví vydat do 31. října 2024 vyhlášku o stanovení hodnot bodu, výše úhrad za hrazené služby a regulačních omezení pro rok 2025 v takovém znění, které umožní vyrovnané hospodaření systému veřejného zdravotního pojištění v roce 2025. Tento úkol však nebyl Ministerstvem zdravotnictví splněn a úhradová vyhláška byla opět stanovena Ministerstvem zdravotnictví jako deficitní s tím, že schodek bude hrazen z fondů zdravotních pojišťoven.

Vedle výše uvedeného byla dále příjmová strana rozpočtu oproti plánu mírně zhoršována nehrazeným pojistným restrukturalizované hutě Liberty a jejího dodavatelského řetězce, naopak pozitivně ovlivňovaly celkové příjmy platby z přerozdělování za státní pojištěnce. Zatímco celkové příjmy se očekávají v souladu s plánem, u výdajů za zdravotní služby dochází k mírnému navýšení v segmentu akutní lůžkové péče, a to zejména z důvodu nastavení úhradové vyhlášky viz výše. Lze konstatovat, že průběžné příjmy a výdaje umožňují RBP řízení salda na konci roku 2025 mírně nižšího oproti částce ve zdravotně pojistném plánu 2025.

ÚHRADOVÁ VYHLÁŠKA 2026, ODPOVĚDNOST ZA DEFICIT

Přestože usnesení vlády č. 267 ze dne 24.4.2024 bylo přijato jako součást schvalování rozpočtové strategie sektoru veřejných institucí ČR na léta 2025–2027 (tato

vychází z právního rámce zákona č. 23/2017 Sb. o pravidlech rozpočtové odpovědnosti), Ministerstvo zdravotnictví se necítí vázáno tímto úkolem ani pro rok 2026.

Zdravotní pojišťovny vstoupily do dohodovacího řízení o úhradách péče v roce 2026 s cenovými návrhy, které umožňovaly vyrovnanou bilanci hospodaření. V rámci dohodovacího řízení se podařilo bohužel dosáhnout jen několika dílčích dohod. RBP je dále společně s dalšími zdravotními pojišťovnami členem poradního orgánu Ministra zdravotnictví – „Rada ředitelů zdravotních pojišťoven“. Na tomto poradním orgánu bylo Ministerstvo zdravotnictví informováno, že rezervy zdravotních pojišťoven jsou téměř vyčerpány a již pro rok 2026 existují rizika finanční nestability vyplývající z opětovně deficitní úhradové vyhlášky. Zástupci Ministerstva zdravotnictví se ve shodě se zdravotními pojišťovnami vyjadřovali o potřebě vyrovnaných rozpočtů zdravotního pojištění, a tedy i úhradové vyhlášky.

Ministerstvo zdravotnictví aktuálně pro rok 2026 však zpracovalo opětovně návrh výrazně deficitní úhradové vyhlášky, přes okolnosti a upozornění uvedená výše, a to s těmito základními parametry:

Příjmy

- makroekonomická predikce MF: 553,2 mld. Kč,
- navýšení odhadu příjmů ze strany MZ: +3 mld. Kč (konzervativní odhad MF),
- dodatečné navýšení odhadu příjmů ze strany MZ: + 4 mld. Kč (údajné efekty zákona o jednotném měsíčním hlášení zaměstnavatelů),
- **se započtením navýšených příjmů se celkové příjmy v roce 2026 odhadují na 560,3 mld. Kč,**
- MF i Svaz zdravotních pojišťoven, jehož členem je RBP, v rámci připomínkového řízení upozornili MZ na to, že navýšené příjmy neodpovídají makroekonomické prognóze MF, tudíž nejsou kryty a nemusí jich být dosaženo.

Náklady a výdaje

- náklady na zdravotní služby: 555,7 mld. Kč,
- ostatní náklady (provoz zdravotních pojišťoven a fond prevence): 20,2 mld. Kč,
- **celkové náklady systému v roce 2026: 575,8 mld. Kč,**
- z cashflow hlediska se očekávají celkové výdaje 572,5 mld. Kč.

Saldo (deficit)

- deficit příjmů a nákladů: 15,5 mld. Kč,
- deficit příjmů a výdajů: 12,2 mld. Kč,
- s ohledem na významná rizika na straně příjmů (odklon od predikce MF až 7 mld. Kč) **by mohl celkový deficit dosahovat hodnoty až 20 mld. Kč.**

K možnostem financování tohoto deficitu Ministerstvo zdravotnictví, mimo jiné, uvádí ve své důvodové zprávě následující:

- zůstatky pojišťoven jsou dostatečné na to, aby jeden poslední rok kryly deficitní financování. Zůstatky na fondech však klesnou na polovinu a nebudou tvořit ani 5 % výdajů běžného období, natož 10 %, které jsou považovány za bezpečnou hranici. Systém je tak extrémně zranitelný vůči ekonomickému příjmovému šoku. U několika pojišťoven lze očekávat zpoždování plateb poskytovatelům.

- je zřejmé, že pro zabránění finančnímu kolapsu systému veřejného zdravotního pojištění a zpoždování plateb pojišťoven bude nutné v roce 2026 provést mimořádné navýšení platby za státní pojištěnce, které systém finančně stabilizuje.

Ministerstvo zdravotnictví tedy při nastavení pravidel úhrad pro rok 2026 zcela vědomě nerespektuje pravidla odpovědného rozpočtování, vyčerpává poslední zůstatky systému veřejného zdravotního pojištění, vyčerpává fondy pojišťoven nad mez, která je pro jejich stabilitu kritická, omezuje tzv. „going concern“ zdravotních pojišťoven, očekává zpoždování plateb poskytovatelům i možný kolaps systému zdravotního pojištění a resortu zdravotnictví. Samo Ministerstvo zdravotnictví tedy očekává, že jím nastavená úhradová politika a výše deficitu pro rok 2026 bude muset být ještě v roce 2026 stabilizovaná mimořádným navýšením platby za státní pojištěnce, aniž by jakkoliv tyto kroky iniciovalo nebo zohlednilo v úhradové vyhlášce či přípravě státního rozpočtu.

Zdravotní pojišťovny a jejich statutární zástupci tak jsou rukojmími této politiky Ministerstva zdravotnictví, která je přiznaně žene do nedobrovolného schodku hospodaření a RBP ani její statuární orgán nemají nástroje (zejména s ohledem na rigidní regulaci oblasti), kterými by mohli tuto situaci zásadně ovlivnit. Konkrétní dopady, schodek a opatření, která navrhuje ke snížení plánovaného schodku, jsou rozebrána dále v tomto ZPP. Současně bude RBP i nadále aktivně vystupovat proti deficitnímu nastavení úhradové vyhlášky.

Pro úplnost - RBP má na jednotlivých fondech celkové disponibilní finanční zůstatky ve výši cca 1,2 mld. Kč a je tak schopna schodek financovat v rámci roku 2026. To ovšem předpokládá naplnění předpokladů zejména v oblasti příjmů, včetně absence příjmových šoků.

Pokud by tento trend deficitů pokračoval i v následujících letech, může to již v letech 2027 nebo 2028 znamenat neschopnost RBP plnit své závazky v rámci systému veřejného zdravotního pojištění.

PŘEDPOKLADY TVORBY ZPP 2026 RBP

Při zpracování zdravotně pojistného plánu pro rok 2026 se RBP řídí v příjmové části makroekonomickou predikcí Ministerstva financí. Ve výdajové oblasti se RBP závazně řídí úhradovou vyhláškou Ministerstva zdravotnictví České republiky.

Vzniklý deficit příjmů a nákladů 2026 (resp. příjmů a výdajů) ve výši 813 mil. Kč (resp. 443,6 mil. Kč) je zachycen na jednotlivých fondech a RBP vyvine maximální úsilí k tomu, aby v roce 2026 nebyly ze strany pojišťovny evidovány polhůtné závazky. Vzniklý deficit bude financovaný kombinací několika faktorů, zejména spotřebováním finanční rezervy zrušeného rezervního fondu, finančními zůstatky na ostatních fondech RBP a v případě potřeby ukončením předsplatňování faktur ambulantním poskytovatelům zdravotní péče. RBP rovněž vyvine maximální úsilí k úsporám v provozní oblasti.

V případě úhradovou vyhláškou deklarovaného posílení příjmů novými příjmy z důvodu jednotného měsíčního hlášení zaměstnavatelů nebo jednorázovým navýšením platby za státní pojištěnce, budou k financování deficitu použity i tyto nové zdroje, ale s těmito příjmy nyní nelze počítat a z dosavadních kroků Ministerstva zdravotnictví je spíše málo pravděpodobné, že k tomuto kroku dojde.

Reálnost dosažení plánovaných hodnot je dále 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,
- 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.

Přes výše uvedené je nutno konstatovat, že vědomé nastavení výrazně deficitní úhradové vyhlášky ze strany Ministerstva zdravotnictví, které opakovaně nerespektuje pravidla odpovědného rozpočtování, vytváří v kalendářním období nekryté dluhy, závazky a rizika, které nedobrovolně nutí RBP ke schodku hospodaření a tím případným negativním následkům v podobě zpožděných plateb, případně jiných negativních důsledků.

RBP i její statutární orgán by rádi navrhli a měli vyrovnaný rozpočet, ale Ministerstvo zdravotnictví svými zjevnými a přiznanými kroky toto neumožňuje a RBP ani její statutární orgán nemají nástroje, kterými by mohli tuto situaci zásadně ovlivnit (zejména s ohledem na rigidní regulaci oblasti), kromě nástrojů uvedených výše.

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. 289/2025, kterým se mění zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a další související zákony (zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na veřejné zdravotní pojištění, v platném znění),
- vyhlášky MZ č. 432/2025 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad za hrazené služby a regulačních omezení pro rok 2026,
- vyhlášky č. 421/2025 Sb. o stanovení některých příspěvků z fondu obecně prospěšných činností Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky a resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťoven pro rok 2026
- 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 2026,
- dopisu MZ ČR ze dne 2. 10. 2025.

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 2026 neplánuje rozšíření své činnosti tímto směrem.

SOUČASNÁ ORGANIZAČNÍ STRUKTURA A PŘEDPOKLÁDANÁ ÚPRAVA TÉTO STRUKTURY V ROCE 2026

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 2026 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
- **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 2026 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 2026 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 2026 pokračovat v rozšiřování sítě smluvních PZS v souladu s potřebami pojištěnců RBP. Vzhledem k vysokému úbytku smluv v letošním roce (bylo ukončeno 85 IČZ vězeňské služby v důsledku přechodu pod Zdravotnické zařízení Ministerstva spravedlnosti), bude snahou RBP v roce 2026 udržet kladné saldo smluvních PZS.

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 péče na lůžku. 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.

V souvislosti s novelou zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování dojde od 1. 1. 2026 k významným úpravám organizace pohotovostní služby. Nadále již za organizaci a zajištění pohotovostních služeb nebudou ze zákona odpovědné kraje, ale zdravotní pojišťovny. Dle nové legislativy bude LPS pro dospělé zřizována u nemocnic s urgentními příjmy a LPS pro děti bude zřizována u nemocnic s dětským lůžkovým oddělením. Stomatologická LPS bude řešena formou centrální pohotovostní služby (pracoviště v centru spádových regionů) a to ideálně v počtu alespoň jednoho pracoviště na 200 tis. obyvatel (tj. cca. 63 smluvních pracovišť) s dojezdovou dobou do 60 minut.

V návaznosti na novelu zákona o sociálních a zdravotních službách byly zavedeny sociálně zdravotní služby. Sociálně-zdravotními službami se rozumí vzájemně koordinované poskytování sociální a zdravotní péče osobě, jejíž stav vyžaduje poskytování sociální a zdravotní péče současně. Jedná se o novou formu péče, kdy byl novelizován zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů zákonem č. 38/2025 Sb., ustanovení § 36 odst. 2), ve kterém je umožněno vykazovat zdravotní péči na zdravotní pojišťovny i v jiných druzích služeb: v centrech denních služeb, denních stacionářích, týdenních stacionářích, domovech pro osoby se zdravotním postižením, domovech pro seniory, domovech se zvláštním režimem, centrech duševního zdraví nebo v zařízeních odlehčovacích služeb.

Dále bude RBP v roce 2026 pokračovat v navazování smluvních ujednání s centry 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 2026 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 4 447 IČZ, z toho se jedná o 618 IČZ 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. 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 2026. Při uzavření nových smluvních vztahů již RBP zavádí pouze elektronické spisy. Celkově je v IS RBP zavedeno 12 917 IČZ elektronických spisů, z tohoto počtu se jedná o 11 089 IČZ elektronických spisů smluvních PZS a 1 828 IČZ elektronických spisů nesmluvních PZS. U smluvních poskytovatelů zdravotních služeb je nárůst elektronických spisů o 2 275 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 2 533 žádostí PZS včetně jejich odvolání, přičemž za rok 2024 to bylo 589 žádostí. RBP bude v této praxi pokračovat i v roce 2026.

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.

Od 1. 7. 2024 se zapisují do evidence v IS RBP žádosti o uzavření smluvního vztahu, které nepodléhají schválení komise pro smluvní vztahy a nově od 1. 5. 2025 vznikla elektronická evidence i na žádosti o rozšíření smluvního vztahu o odbornost, rozšíření o nové IČZ a navýšení úvazku, které rovněž nepodléhají schválení komise pro smluvní vztahy, kde jsou evidované i jednotlivé stavy vyřízení konkrétní žádosti.

Při rozhodování o uzavření nové smlouvy, popřípadě rozšíření, jsou rovněž posuzována měřitelná kritéria mimo poskytovatelů lékárenských a zdravotnických prostředků, očních optik, pohřebních služeb a preskripce léčiv, kde musí PZS pro uzavření smluvního vztahu splnit minimálně 5 měřitelných kritérií. Při rozhodnutí o rozšíření či změně smlouvy bude při rozhodování postupováno stejně jako při uzavření nové smlouvy mimo komisi.

Od 1. 1. 2025 dosud uzavřela RBP 221 nových smluv (IČZ), které nepodléhají schválení komise pro smluvní vztahy a rozšířila od 1. 5. 2025 smluvní vztah s poskytovateli u 61 IČZ 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 do 30. 9. 2026 sama iniciovat výběrová řízení na příslušných krajských úradech 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. V souladu s novelou zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění se budou výběrová řízení s účinností od 1. 10. 2026 před uzavřením smlouvy konat pouze pro poskytovatele jednodenní nebo lůžkové péče. V obou případech se jedná o formy zdravotní péče, u nichž je žádoucí, aby síť poskytovatelů byla optimalizována s ohledem na celorepublikové potřeby dostupnosti této péče. Tato výběrová řízení bude organizovat pouze Ministerstvo zdravotnictví ČR způsobem umožňujícím dálkový přístup. Poslední výběrová řízení na krajských úradech proběhnou v září 2026. V souvislosti s ukončením výběrových řízení pro ambulantní složku vzniká povinnost zdravotní pojišťovny vytvářet „zprávu o síti“, která bude obsahovat základní informace o kapacitách sítě ambulantní péče v jednotlivých odbornostech a regionech a v návaznosti na to pak bude zdravotní pojišťovna i definovat preferované oblasti k uzavření smlouvy pro období následujících 12 měsíců. Zdravotní pojišťovna bude mít možnost před uzavřením smlouvy s poskytovateli si vyžádat informace o disciplinárních opatřeních, stížnostech či přestupcích vztahujících se k poskytovateli a jeho lékařům od příslušného krajského úřadu nebo Magistrátu hlavního města Prahy, profesní komory nebo odborné společnosti.

V souvislosti s úpravou veřejného zdravotního pojištění bude v roce 2026 zdravotním pojišťovnám umožněno uzavření smlouvy se zahraničním poskytovatelem, aniž by bylo nezbytné konat výběrové řízení. Jedná se o zcela specifickou situaci, kdy zdravotní pojišťovna s větší smluvní volností uzavírá netypickou smlouvu o poskytování a úhradě přeshraničních hrazených zdravotních služeb, kdy se předpokládá, že v dané oblasti je zhoršená dostupnost hrazené zdravotní péče a zároveň je uzavření takové smlouvy výhodné z hlediska systému veřejného zdravotního pojištění. Zdravotní pojišťovna je pak povinna podle obecných pravidel prokázat, že případné uzavření smlouvy je v souladu s její povinností zajistit dostupnost

hrazené zdravotní péče a zároveň jsou naplněny zásady efektivity, účelnosti a hospodárnosti podle zákona o finanční kontrole.

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 7 910 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 pojišťovnu 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. V roce 2026 je plánováno rozšíření služeb klientům prostřednictvím virtuální komunikace i na vybrané kamenné pobočky.

Pro zkvalitnění služeb klientům zprovoznila RBP na svých pobočkách rezervační systém zajišťující komfortnější návštěvy jednotlivých pracovišť. Do konce října roku 2025 využilo tento rezervační systém více než 700 pojištěnců.

V roce 2025 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 2026 pokračovat v rozvoji svého informačního systému s konsorciem 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 2026 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 2025 vycházejí z údajů o počtu pojištěnců dle řádného měsíčního hlášení ZP pro potřeby přerozdělování.

Na základě uvedených skutečností je počet pojištěnců k 31. 12. 2025 odhadován ve výši 422 000 a očekávaný počet pojištěnců k 31. 12. 2026 ve výši 421 000 pojištěnců. Při odhadu počtu pojištěnců v roce 2026 zahrnuje RBP i saldo příchodů a odchodů pojištěnců v rámci druhého přeregistračního období roku 2025 (příchod pojištěnců k 1. 1. 2026 a odchod pojištěnců k 31. 12. 2025) a rovněž předpokládané saldo příchodů a odchodů v rámci prvního registračního období roku 2026 (příchod pojištěnců k 1. 7. 2026 a odchod pojištěnců k 30. 6. 2026). Zásadním faktorem pro plánovaný počet pojištěnců je stále pokračující významný propad salda narozených a 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, dárcům 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 2025 oček. skut. tis. Kč	Rok 2026 ZPP tis. Kč	(v %) ZPP 2026/ oček. skut. 2025
I.	Počáteční zůstatek k 1. 1. ve sledovaném období	-910 762	-956 406	105,0
II.	Tvorba celkem = zdroje	20 051 500	21 173 500	105,6
1	Pojistné z veřejného zdravotního pojištění podle § 1 odst. 1 písm. a) vyhlášky o fondech včetně dohadných položek	11 908 000	12 600 000	105,8
1.1	z toho: dohadné položky k pojistnému podle § 1 odst. 1 písm. c) vyhlášky o fondech ¹⁾	-3 734	5 632	
2	Peněžní prostředky plynoucí z měsíčního vyúčtování výsledků přerozdělování ± podle § 1 odst. 1 písm. b) vyhlášky o fondech	7 830 000	8 240 000	105,2
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	19 738 000	20 840 000	105,6
4	Penále, pokuty a přírázky k pojistnému podle § 1 odst. 1 písm. p) vyhlášky o fondech, včetně dohadných položek	112 000	118 000	105,4
4.1	z toho: dohadné položky ¹⁾			
5	Náhrady nákladů na hrazené služby podle § 1 odst. 1 písm. d) vyhlášky o fondech	40 000	37 000	92,5
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 splnutí 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	45 000	47 000	104,4
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	Snižené nebo zrušené opravné položky k pojistnému, penále, pokutám a přírůzkům k pojistnému podle § 1 odst. 1 písm. k) vyhlášky o fondech	115 000	130 000	113,0
15	Snižené nebo zrušené ostatní opravné položky podle § 1 odst. 1 písm. l) vyhlášky o fondech	1 500	1 500	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	20 362 126	21 456 500	105,4
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	19 600 000	20 720 000	105,7
1.1	z toho: závazky za léčení pojištěnců dané zdravotní pojišťovny v cizině podle § 1 odst. 3 písm. b) vyhlášky o fondech	55 700	56 300	101,1
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⁾	239 457	-9 800	
2	Úroky z úvěrů podle § 1 odst. 3 písm. f) vyhlášky o fondech			

A.	Základní fond zdravotního pojištění (ZFZP) Tvorba a čerpání ve sledovaném období	Rok 2025 oček. skut. tis. Kč	Rok 2026 ZPP tis. Kč	(v %) ZPP 2026/ oček. skut. 2025
3	Předpis přidělu do jiných fondů	461 126	453 000	98,2
3.1	v tom: do fondu obecně prospěšných činností	—	6 000	
3.2	do rezervního fondu	15 126	—	
3.3	do provozního fondu podle § 1 odst. 3 písm. j) vyhlášky o fondech ²⁾	400 000	400 000	100,0
3.4	do fondu prevence podle § 1 odst. 3 písm. l) vyhlášky o fondech ³⁾	46 000	47 000	102,2
3.5	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	100 000	70 000	70,0
5	Snížení základního fondu o částky penále a přírůžek 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 ⁴⁾	2 000	2 000	100,0
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	36 000	37 000	102,8
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	10 000	11 000	110,0
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	0	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 přírůžkám k pojistnému podle § 1 odst. 3 písm. p) vyhlášky o fondech	150 000	160 000	106,7
14	Tvorba ostatních opravných položek podle § 1 odst. 3 písm. q) neuvedených v § 1 odst. 3 písm. p) vyhlášky o fondech	3 000	3 500	116,7
15	Mimořádné případy externí			
16	Mimořádné převody mezi fondy			
IV.	Konečný zůstatek k poslednímu dni sledovaného období = I + II – III	-1 221 388	-1 239 406	101,5

B.	Základní fond zdravotního pojištění (ZFZP) Příjmy a výdaje ve sledovaném období podle § 1 odst. 7 vyhlášky o fondech	Rok 2025 oček. skut. tis. Kč	Rok 2026 ZPP tis. Kč	(v %) ZPP 2026/ oček. skut. 2025
I.	Počáteční zůstatek k 1. 1. ve sledovaném období	513 114	687 320	134,0
II.	Příjmy celkem	19 338 000	20 408 000	105,5
1	Pojistné z veřejného zdravotního pojištění podle § 1 odst. 1 písm. a) vyhlášky o fondech	11 400 000	12 060 000	105,8
2	Peněžní prostředky plynoucí z měsíčního vyúčtování výsledků přerozdělování ± podle § 1 odst. 1 písm. b) vyhlášky o fondech	7 830 000	8 240 000	105,2
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	19 230 000	20 300 000	105,6
4	Penále, pokuty a přírůžky k pojistnému podle § 1 odst. 1 písm. p) vyhlášky o fondech	46 000	47 000	102,2
5	Náhrady nákladů na hrazené služby podle § 1 odst. 1 písm. d) vyhlášky o fondech	25 000	22 000	88,0
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 splnutí 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	35 000	37 000	105,7
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			
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	19 428 776	20 851 600	107,3
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	18 920 000	20 350 000	107,6
1.1	z toho: výdaje za léčení pojištěnců dané zdravotní pojišťovny v cizině podle § 1 odst. 3 písm. b) vyhlášky o fondech	40 000	42 000	105,0
2	Úroky z úvěrů podle § 1 odst. 3 písm. f) vyhlášky o fondech			
3	Převody do jiných fondů	461 126	453 000	98,2
3.1	v tom: do fondu obecně prospěšných činností	—	6 000	
3.2	do rezervního fondu	15 126	—	
3.3	do provozního fondu podle § 1 odst. 3 písm. j) vyhlášky o fondech ²⁾	400 000	400 000	100,0
3.4	do fondu prevence podle § 1 odst. 3 písm. l) vyhlášky o fondech ³⁾	46 000	47 000	102,2
3.5	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	36 000	37 000	102,8
5	Výdaje za paušální platby za pojištěnce hrazené zahraničním pojišťovnám podle § 1 odst. 3 písm. c) vyhlášky o fondech	150	0	0,0
6	Úplaty za bankovní služby a další úplaty podle § 1 odst. 3 písm. g) vyhlášky o fondech	1 500	1 600	106,7
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	0	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	422 338	243 720	57,7
	ZB IV přináležejí hodnotě rezerv k poslednímu dni sledovaného období			

C.	Specifikace ukazatele B II 1	Rok 2025 Oček. skutečnost tis. Kč	Rok 2026 ZPP tis. Kč	(v %) ZPP 2026/ Oček. skut. 2025
1	Příjmy z pojistného od zaměstnavatelů	10 714 400	11 290 000	105,4
2	Příjmy z pojistného od osob samostatně výdělečně činných	590 000	660 000	111,9
3	Příjmy z pojistného od ostatních plátců (osob bez zdanitelných příjmů + případné další platby veřejného zdravotního pojištění)	95 600	110 000	115,1
4	Neidentifikovatelné platby od různých typů plátců			
5	Součet řádků C ř. 1 až C ř. 4 = B II ř. 1	11 400 000	12 060 000	105,8

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
- 2) Propočet limitu přidělu podle § 7 vyhlášky o fondech je vázán na údaje rozvrhové základny propočtené z oddílu B II ZFZP.
- 3) Pokud zdravotní pojišťovna účtuje úroky, pokuty, penále a přirážky do ZFZP a následně provádí převod ze ZFZP do fondu prevence, bude k tomuto účelu využívat jak oddíl A III ř. 3.4, tak i oddíl B III ř. 3.4.
- 4) V případě, že zdravotní pojišťovna nevykazuje v příloze č. 7, oddílu A III ř. 6, snížení FP o částky penále a přirážek na základě rozhodnutí o odstranění tvrdosti podle § 53a zákona č. 48/1997 Sb. musí být zmíněná částka vykázána na tomto řádku.
I pokud zaměstnanecká 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

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 2025 je zřejmé, že pojišťovna předpokládá uzavření účetního období roku 2025 se záporným saldem příjmů a výdajů k 31. 12. 2025 a vykázání zůstatku ZFZP ve výši **422 mil. Kč**. Počáteční zůstatek ZFZP v roce 2026 je navýšen o zůstatek RF k 31. 12. 2025.

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 2026

- Plánovaný průměrný počet pojištěnců za rok 2026 je předpokládán ve výši 421 500 osob.
- Příjmy RBP z výběru pojistného v kalendářním roce 2026 vycházejí z predikce MF ČR a jejich nárůst je plánován ve výši 5,8 %.
- Platba za státem hrazené kategorie pojištěnců bude po celý rok 2026 ve výši 2.188 Kč na 1 pojištěnce za měsíc.
- Plánovaný nárůst nákladů v souladu s úhradovou vyhláškou pro rok 2026 činí 5,7 %. 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, dlouhodobé, domácí, sociálně-zdravotní a jednodenní péči, trvalým růstem objemu centrových léků a navýšením mzdových nákladů v nemocnicích.
- 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 15 mil. Kč ze základního fondu zdravotního pojištění. Prostředky RF budou k 1. 1. 2026 součástí počátečního zůstatku ZFZP.
- RBP v roce 2026 vytvoří nový Fond obecně prospěšných činností a dle vyhlášky č. 421/2025 bude přispívat na financování činností, které pro systém veřejného zdravotního pojištění vykonávají Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky (ÚZIS) a poskytovatelé, nejde-li o poskytování hrazených služeb. RBP alokuje rovněž prostředky na podporu specializačního vzdělávání lékařů a jiných

zdravotnických pracovníků za účelem zajištění dostupnosti hrazené zdravotní péče ve všech odbornostech a na celém území České republiky.

- Pojišťovna nepředpokládá v průběhu roku 2026 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 necelým 2 % z vybraného pojistného po přerozdělování, náhrad nákladů na zdravotní služby, pokut, penále a přírážek k pojistnému. Rozdíl do legislativou povoleného přídělu ve výši 225 mil. Kč bude ponechán v ZFZP.
- Nově pořízené investice v roce 2026 jsou plánovány ve výši cca 30,1 mil. Kč.
- Do PF a FRM jsou promítnuty v roce 2025 a 2026 příjmy vyplývající ze smluv se společnostmi Asseco Central Europe, a. s.
- Plánovaný přepočtený počet zaměstnanců k 31. 12. 2026 činí 250 osob a je totožný s průměrným přepočteným počtem zaměstnanců.
- RBP nepředpokládá v roce 2026 využití jakýchkoliv úvěrových prostředků.
- V souladu s platnou legislativou na rok 2026 vytváří RBP dohadné položky a opravné položky.
- Z porovnání počátečního a konečného zůstatku ZFZP vyplývá s použitím prostředků rezervního fondu záporné saldo příjmů a výdajů za období od 1. 1. do 31. 12. 2026 ve výši cca 444 mil. Kč.

SALDO PŘÍJMŮ A NÁKLADŮ

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.

D.	Příjmy ve sledovaném období	Rok 2025 oček. skut. tis. Kč	Rok 2026 ZPP tis. Kč	(v %) ZPP 2026/ oček. skut. 2025
I.	Příjmy celkem	19 338 000	20 408 000	105,5
1	Pojistné z veřejného zdravotního pojištění podle § 1 odst. 1 písm. a) vyhlášky o fondech	11 400 000	12 060 000	105,8
2	Peněžní prostředky plynoucí z měsíčního vyúčtování výsledků přerozdělování ± podle § 1 odst. 1 písm. b) vyhlášky o fondech	7 830 000	8 240 000	105,2
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	19 230 000	20 300 000	105,6
4	Penále, pokuty a přírážky k pojistnému podle § 1 odst. 1 písm. p) vyhlášky o fondech	46 000	47 000	102,2
5	Náhrady nákladů na hrazené služby podle § 1 odst. 1 písm. d) vyhlášky o fondech	25 000	22 000	88,0
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	35 000	37 000	105,7
10	Příjem paušální platby za pojištěnce od zahraniční pojišťovny podle § 1 odst. 1 písm. f) vyhlášky o fondech			
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 2025 oček. skut. tis. Kč	Rok 2026 ZPP tis. Kč	(v %) ZPP 2026/ oček. skut. 2025
II.	Čerpání celkem	20 107 126	21 221 000	105,5
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	19 600 000	20 720 000	105,7
1.1	z toho: závazky za léčení pojištěnců dané zdravotní pojišťovny v cizině podle § 1 odst. 3 písm. b) vyhlášky o fondech	55 700	56 300	101,1
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	239 457	-9 800	
2	Úroky z úvěrů podle § 1 odst. 3 písm. f) vyhlášky o fondech			
3	Předpis přidělu do jiných fondů	461 126	453 000	98,2
3.1	v tom: do fondu obecně prospěšných činností	—	6 000	
3.2	do rezervního fondu	15 126	—	
3.3	do provozního fondu podle § 1 odst. 3 písm. j) vyhlášky o fondech	400 000	400 000	100,0
3.4	do fondu prevence podle § 1 odst. 3 písm. l) vyhlášky o fondech	46 000	47 000	102,2
3.5	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	36 000	37 000	102,8
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	10 000	11 000	110,0
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			
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 ¹⁾	-769 126	-813 000	

Poznámky:

- 1) 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.

RBP bude v průběhu roku 2026 krýt své závazky příjmy z pojistného, z přerozdělování, z finančních prostředků, které budou na úkor přidělu do provozního fondu ponechány v ZFZP na úhradu poskytnuté zdravotní péče PZS a ze zůstatku na ZFZP.

NÁKLADY NA LÉČENÍ CIZINCŮ

Náklady zachycené v účetnictví předpokládá pojišťovna ve výši **37.000 tis. Kč**. Jejich bližší specifikace je uvedena v tabulce:

ř.	Ukazatel	m. j.	Rok 2025 oček. skut.	Rok 2026 ZPP	(v %) ZPP 2026/ oček. skut. 2025
1	Náklady na léčení zahraničních pojištěnců v České republice celkem včetně paušální platby ¹⁾	tis. Kč	36 000	37 000	102,8
2	Počet ošetřených zahraničních pojištěnců ²⁾	osoby	3 700	3 800	102,7
3	Průměrné náklady na 1 ošetřeného zahraničního pojištěnce	Kč	9 730	9 737	100,1

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. 2026 plánuje RBP ve výši **20.408.000 tis. Kč**. Jsou tvořeny především pojistným z veřejného zdravotního pojištění ve výši **12.060.000 tis. Kč** a předpokládanými prostředky z přerozdělování připsanými na účet RBP ve výši **8.240.000 tis. Kč**. Ostatní příjmy jsou z penále ve výši **47.000 tis. Kč** a z náhrad nákladů na zdravotní služby ve výši **22.000 tis. Kč**.

Příjmovou položkou ZFZP, která je pouhým kvalifikovaným odhadem, je objem **37.000 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 2025 částku 93.166 tis. Kč a v roce 2026 je tvořena ve výši 98.798 tis. Kč. Na řádku A II.1.1 je uvedeno saldo vzniklé porovnáním s dohadnou položkou z roku 2025 stornovanou v roce 2026. Tentýž postup byl uplatněn i v roce 2025.

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 souvislosti s novelou zákona o veřejném zdravotním pojištění budou plátci povinni zasílat hromadná hlášení zaměstnavatele, přehledy o platbě zaměstnavatele a přehledy OSVČ v elektronické podobě.

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 nepřislušné 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 s tím, že bude přihlíženo k efektivitě obesílání plátců této kategorie,
- 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 2026 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 zahájováno 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 2026 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 2026 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. 2026, jsou plánovány v celkové výši **20.851.600 tis. Kč**. Největší položku z nich tvoří výdaje na věcné dávky zdravotní péče ve výši **20.350.000 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 2025 dohadná položka pasivní částku 1.847.440 tis. Kč a dohadná položka aktivní částku 87.800 tis. Kč, v roce 2026 je vytvořena dohadná položka pasivní ve výši 1.837.600 tis. Kč a dohadná položka aktivní v částce 82.800 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 2025 stornovanou v roce 2026. Tentýž postup byl uplatněn i v roce 2025.

RBP plánuje v roce 2026 převést do Fondu obecně prospěšných činností částku **6 mil. Kč**.

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 **47.000 tis. Kč**. Tvoří jej příjmy z pokut, penále a přírážek k pojistnému

Výdaje za poskytnutou zdravotní péči fakturovanou tuzemskými PZS za cizince jsou plánovány ve výši **37.000 tis. Kč**.

Poštovné je v roce 2026 plánováno ve výši **11.000 tis. Kč**, přičemž jeho úhrada během roku probíhá z prostředků provozního fondu a následně je realizován finanční převod mezi fondy. Do poštovného 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, přírážkám 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 a nyní se zaměřuje na stabilizaci a kultivaci sítě PZS, který pojišťovna chápe jako otevřený a dlouhodobý proces. Při uzavírání a rozšiřování smluvních vztahů v roce 2026 pojišťovna bere v úvahu kromě kritérií dostupnosti zdravotnického zařízení, počtu ošetřených pojištěnců, rozsahu a úrovně poskytované péče a komplexnosti služeb také jeho hospodárnost, resp. finanční náročnost. RBP dlouhodobě preferuje smluvní vztahy uzavírané na celý úvazek. Vždy je důsledně prověřován možný konflikt zájmů, pokud je lékař žádající o uzavření smlouvy zároveň zaměstnancem, nejčastěji některého lůžkového zdravotnického zařízení.

V roce 2026 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.

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 2026 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 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 bonifikační částkou ve výši 2.000 Kč v případě převzetí 1 – 49 pojištěnců a 3.000 Kč v případě převzetí 50 a více pojištěnců v kalendářním roce. Tato bonifikace je přiznána 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. V roce 2025 se prozatím RBP podařilo zajistit péči přibližně 2 013 pojištěncům. Zdravotní pojišťovna hodlá v tomto projektu pokračovat i v roce 2026.

Kromě problémů se zajištěním zubního lékaře se v RBP množí požadavky na zajištění péče v oboru všeobecné praktické lékařství, praktické lékařství pro děti a dorost a pediatrie, psychiatrie, dětská psychiatrie, psychologie (zejména pro děti) a proto RBP realizuje od roku 2025 Projekt cílené zajištění dostupnosti péče v uvedených oborech. Poskytovatelům zapojeným do tohoto projektu vyplácí RBP jednorázovou bonifikační částku ve výši 3.000 Kč. K dnešnímu dni se do tohoto projektu zapojilo 15 všeobecných praktických lékařů, 3 praktičtí lékaři pro děti a dorost a pediatrie a 1 dětský psychiatr. Nedostatek praktických lékařů jak pro dospělé, tak pro děti, psychiatrů i dětských psychiatrů je zapříčiněn jejich absolutním nedostatkem a postupným stárnutím lékařů.

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 2025, i v roce 2026 bude RBP realizovat proklientsky orientované projekty na zajišťování časové dostupnosti.

RBP bude i v roce 2026 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 2026 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 1,18 % 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 2026 jsou uvedeny v tabulce č. 11. Komentář k finančnímu objemu úhrad je uveden v kapitole 4.3.4 tohoto zdravotně pojistného plánu. RBP v roce 2026 po dohodě s poskytovateli zdravotních služeb připouští možnost realizovat vybrané plánované operační výkony v rozhodujících regionálních nemocnicích formou nákupu zdravotních služeb a hodlá stabilizovat 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 2026 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 2026 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 2026 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 2026 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 DOSTUPNOST

RBP bude i v roce 2026 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 2026.

V roce 2026 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 2026 projekt cíleného zajišťování zdravotních služeb v ostatních lékařských odbornostech ambulantní péče. Pojišťovna takto od roku 2025 reaguje na dílčí lokální obtíže s dostupností zdravotních služeb a potřebu uspokojení žádostí pojištěnců o její zajištění.

V roce 2026 plánuje pojišťovna pokračovat také v pilotním projektu Pacientská cesta v ortopedii a neurologii, který byl spuštěn v průběhu roku 2025. Tento projekt si klade za cíl zajistit nejen včasnou diagnostiku, ale i navazující péči – konkrétně zajistit, aby pacienti po indikaci zobrazovacího vyšetření (MR nebo CT) co nejdříve absolvovali i odborné vyšetření u neurologa či ortopeda. Mělo by tím dojít k minimalizaci prodlevy od zjištění zdravotního problému k jeho řešení. Projekt je realizován ve spolupráci s Nemocnicí Karviná – Ráj, přičemž v rámci nastaveného režimu spolupráce je diagnostická i následná péče realizována do 14 dnů. Řešení zdravotního stavu tak je zahájeno nejpozději do 28 dnů, což je zpravidla o několik týdnů až měsíců dříve, než je běžné.

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, a kteří zajišťují specializační vzdělávání lékařů. Podporu vzdělávání mladých lékařů bude RBP realizovat rovněž v roce 2026.

DALŠÍ PROJEKTY A PROGRAMY

V roce 2026 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. Podpora bude zajištěna rovněž prostřednictvím specifických příspěvků z fondu prevence.

Také v roce 2026 bude RBP podporovat moderní technologie a inovace v medicíně. Projekt Virtuální realita v rehabilitaci, který byl zahájen již v roce 2024, bude v roce 2026 zaměřen na podporu rehabilitační péče u pacientů po CMP, a to především na rychlou obnovu sebeobslužných a kognitivních funkcí těchto osob. RBP na projektu spolupracuje zejména s poskytovateli zdravotních služeb, kteří zajišťují v Moravskoslezském kraji vysoce specializovanou cerebrovaskulární péči.

RBP bude v roce 2026 pokračovat i v zajišťování služeb nastavených v rámci projektu Distanční péče o pacienty se srdečním selháním, jehož cílem je snížení mortality pacientů se srdečním selháním a snížení počtu rehospitalizací u těchto pacientů. K realizaci projektu se RBP rozhodla ve vazbě na zjištění potenciálního problému v nastavení organizace péče o fragilní pacienty se srdečním selháním, u nichž nedostatečná nebo nesprávně načasovaná péče může vést ke zhoršení zdravotního stavu, potřebě opakovaných hospitalizací a zvýšené mortalitě. Na projektu RBP spolupracuje s Fakultní nemocnicí Ostrava.

V roce 2026 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).

Program Efektivní praktik, který pojišťovna realizuje již od konce roku 2024, je zaměřený na podporu zdraví pojištěnců a řízení nákladů na zdravotní služby. Program je odpovědí na demografický vývoj, zejména stárnutí populace, a vychází z potřeby zajistit dlouhodobou finanční stabilitu systému veřejného zdravotního pojištění. V rámci programu RBP motivuje poskytovatele zdravotních služeb k vyšší aktivitě v rámci screeningu, disease managementu chronických nemocí a řízení zdravotní péče. Pojištěnci jsou motivováni k větší odpovědnosti, pokud se týká jejich vlastního zdraví a čerpání zdravotních služeb.

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 2026. Dlouhodobým cílem, který RBP s tímto programem spojuje, je snížení počtu osteoporotických zlomenin v následujících letech.

V roce 2026 bude RBP nově realizovat program zaměřený na prevenci vzniku a rozvoje chronických respiračních onemocnění. Program reaguje na zvýšenou potřebu řešit uvedenou problematiku i s ohledem na profesní a environmentální zátěž v regionech, ve kterých má RBP největší zastoupení svých pojištěnců. Ambicí projektu je snížení výskytu a závažnosti chronických respiračních onemocnění jako je CHOPN, astma a rakovina plic. RBP bude podporovat včasný záchyt těchto klinických stavů a u CHOPN a astmatu též klást důraz na optimální léčbu. Nedílnou součástí programu bude i primární prevence ve smyslu podpory odvykání kouření.

Pojišťovna si od realizace projektu slibuje zpomalení růstu incidence uvedených onemocnění, zlepšení prognózy a kvality života pojištěnců a současně také omezení tempa růstu nákladů na zdravotní služby, a to zejména díky snížení či stabilizaci prevalence těchto nemocí a snížení počtu exacerbací a následných hospitalizací u již rozvinutých stavů.

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 lékařské péče, podporu kvality péče v gynekologii a podporu péče o klienty umístěné v sociálních službách.

V průběhu roku 2026 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 2026 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 vyhláškových úhrad.

Dohodovací řízení k úhradám na rok 2026 probíhalo v období 1. pololetí 2025 a v zákonem stanoveném termínu jeho účastníci dospěli k dohodě z celkového počtu 15 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 specializovaných ambulantních 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,
12. skupina poskytovatelů jednodenní péče.

Návrhy zdravotních pojišťoven sdružených ve SZP ČR kalkulovaly pro dohodovací řízení 2026 ve všech segmentech zdravotních služeb z důvodu dlouhodobého deficitního hospodaření a s ohledem na predikovaný objem mandatorních výdajů s meziročním poklesem úhrad na úrovni cca 96 % roku 2025.

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.

Cílem navrhované úhradové vyhlášky je stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2026, které respektuje dohody uzavřené v dohodovacím řízení a zákonný požadavek dostupnosti, kvality a finanční stability zdravotnictví. Prioritami při její tvorbě bylo:

- limitace mandatorních nárůstů úhrad,
- realizace legislativních změn v oblasti úhrad (např. stomatologie, pohotovosti),
- snížení objemu péče s nízkou přidanou hodnotou,
- podpořit kvalitní a dostupnou péči u poskytovatelů zdravotní péče, zejména primární péče (včetně prevence), následnou péči a jednodenní péči.

S odhlédnutím od možných individuálních dohod zdravotních pojišťoven a poskytovatelů zdravotních služeb ministerstvo zdravotnictví konstatuje, že návrh úhradové vyhlášky na rok 2026 je koncipován pro systém veřejného zdravotního pojištění jako deficitní.

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 aplikována výkonová úhrada péče. Pojišťovna bude i nadále poskytovat úhradu za týmové praxe, které by měly zajistit vyšší efektivitu a dostupnost péče, zastupitelnost lékařů prodloužením ordinačních dob a sdílení přístrojové techniky.

V roce 2026 bude nově zavedena úhrada za podpůrnou psychoterapii u praktických lékařů pro děti a dorost, která by měla formou pilotního projektu zohlednit mimořádně časově náročnou péči pojištěncům s duševním onemocněním do 19 let.

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 2026 lze i nadále předpokládat realizaci úhrad formou individuálně smluvně sjednané složky za plánované ambulantní operační výkony.

V segmentu **gynekologických služeb** bude na rozdíl od předchozích období uplatněn zcela nový úhradový mechanismus – měsíční agregovaná úhrada za péči o registrovanou pojištěnku. Tato úhrada zahrnuje veškerou preventivní a léčebnou péči a může být dále navýšena za účast na celoživotním vzdělávání lékařů, 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 2026 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. Úhrada vybraných výkonů specializovaných a konziliárních služeb je stanovena v korunách a je hrazena bez limitace. Pro vybrané zákroky je stanovena balíčková úhrada v korunách zahrnující kompletní péči spojenou s výkonem.

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), v subsegmentu laboratoří jsou nově navržena přísnější regulační opatření v podobě zavedení degresivní funkce nadprodukce se zachováním funkce minimální hodnoty bodu.

V segmentu **domácí péče** bude uplatněn výkonový způsob úhrady podle seznamu zdravotních výkonů s uplatněním parametru nákladovosti na jednoho pacienta včetně zohlednění mimořádně nákladných pojištěnců, v odbornosti 926 bude zachován dosavadní

způsob výkonové úhrady v závislosti na počtu ošetřených unikátních pojištěnců a počtu vykázaných bodů.

V segmentu **léčebně rehabilitační péče** bude i nadále 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 včetně jednodenní péče 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 na základě dohody mezi pojišťovnou a poskytovatelem hradit výkonově pouze vybrané vysoce specializované operace a zdravotní služby poskytované zahraničním pojištěncům. U poskytovatelů s malým nebo kolísajícím objemem zdravotních služeb a u zdravotních služeb bude akutní lůžková péče prioritně hrazena výkonovým způsobem.

Následná lůžková péče bude v roce 2026 hrazena paušální sazbou za jeden den hospitalizace s možností navýšení úhrady při splnění stanovených kvalitativních kritérií. 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. Následná intenzivní péče, dlouhodobě intenzivní ošetrovatelská péče, následná ventilační péče a následná komplexní intenzivní léčebně rehabilitační péče bude hrazena podle seznamu zdravotních výkonů.

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 2026 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 2026 bonifikaci **lékárenské péče** nad rámec úhradové vyhlášky v oblastech se zhoršenou dostupností.

Dohodovacího řízení k úhradám pro rok 2026 byl účasten nově zřízený 15. segment zdravotních služeb, a to skupina poskytovatelů **jednodenní péče**. Meziroční nárůst úhrad v tomto segmentu koresponduje s navýšením úhrady specializované ambulantní péče.

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 2026 postupovat při aplikaci vlivu regulačních poplatků a doplatků za léčiva v souladu se zákonem č. 48/1997 Sb., v platném znění.

Od 1. 1. 2025 došlo ke změně zákona 48/1997 Sb., na základě které přešlo „hlídání“ limitu započitatelných doplatků do online režimu v rámci systému eRecept (SUKL). Ten zajišťuje přímo v lékárně, že v případě překročení doplatku na konkrétním vydávaném léčivém přípravku již nebude „nadlimitní“ částku hradit pojištěnec, ale tuto úhradu provede následně zdravotní pojišťovna lékárně v rámci vykázaných zdravotních služeb.

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 2026 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 2026 znovu i s přímým využitím tohoto nástroje,
- revizní lékaři a další odborní pracovníci se budou nadále zaměřovat ve stále větší míře na prerevizní činnost a budou pokračovat v systematickém doplňování a celkové kultivaci nastavení systému prerevizí v IS RBP,
- 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 v roce 2026 v extenzivním rozsahu zaměřena na objektivitu, správnost a odchylky ve vykazování a kódování podle pravidel pro Klasifikaci hospitalizovaných pacientů CZ-DRG u jednotlivých poskytovatelů zdravotních služeb,
- 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 letech 2024 a 2025,
- 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,
- budou prováděny revize se zaměřením na dodržování ordinačních hodin jednotlivých PZS, na dodržování nasmlouvaných podmínek personálního zabezpečení a technického a přístrojového vybavení,
- 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 zdravotní pojišťovny budou pokračovat v kontrole zdravotního transportu sanitními vozy, systematické exaktní kontrole a revizích 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 2026. 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 2026 vytvořila RBP pro období roku 2025 a 2026 u některých segmentů dohadné položky. V roce 2025 činí celková výše salda dohadné položky včetně dohadné položky za očkovací látky 1.759.600 tis. Kč, v roce 2026 je predikována částka 1.754.800 tis. Kč. V jednotlivých položkách se jedná o následující členění:

Segment	2025 v tis. Kč	2026 v tis. Kč
Ambulantní péče	259 400	282 000
Lůžková péče	1 473 500	1 445 900
Ostatní péče+očkovací látky	26 700	26 900

STRUKTURA NÁKLADŮ NA ZDRAVOTNÍ SLUŽBY PODLE JEDNOTLIVÝCH SEGMENTŮ

ř.	Ukazatel	Rok 2025 oček. skut. tis. Kč	Rok 2026 ZPP tis. Kč	(v %) ZPP 2026/ oček. skut. 2025
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)	19 600 000	20 720 000	105,7
	v tom:			
1	na ambulantní péči celkem (poskytovatelé zdravotních služeb nevkládají 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)	5 808 200	6 326 100	108,9
1.1	v tom: skupina poskytovatelů ambulantních stomatologických služeb (odbornosti 014–015 a 019)	802 700	1 012 200	126,1
1.2	skupina praktických lékařů a praktických lékařů pro děti a dorost (odbornosti 001–002)	1 194 300	1 274 400	106,7
1.2.1	v tom: poskytovatelé v oboru všeobecné praktické lékařství (odbornost 001)	784 000	843 700	107,6
1.2.2	poskytovatelé v oboru praktické lékařství pro děti a dorost (odbornost 002)	410 300	430 700	105,0
1.3	skupina poskytovatelů ambulantních gynekologických služeb (odbornosti 603–604 a 613)	291 700	305 800	104,8
1.4	skupina poskytovatelů fyzioterapie – nelékařských profesí (odbornosti 902 a 917)	293 900	302 300	102,9
1.5	skupina poskytovatelů mimolůžkových laboratorních a radiodiagnostických služeb (odbornosti 222, 801–807, 809–810 a 812–823)	789 000	785 400	99,5
1.5.1	z toho: poskytovatelé laboratorních služeb (odbornosti 222, 801–805 a 812–822)	640 300	637 600	99,6
1.5.2	poskytovatelé radiodiagnostických služeb (odbornosti 806 a 809–810)	148 700	147 800	99,4
1.6	skupina poskytovatelů domácích zdravotních služeb (odbornosti 911, 914, 916, 921 a 925–926)	148 100	165 200	111,5
1.7	skupina poskytovatelů mimolůžkových ambulantních specializovaných služeb, vysokoškolsky vzdělaných pracovníků ve zdravotnictví (zejména klinických psychologů a klinických logopedů) a ortoptistů	1 926 900	2 095 100	108,7
1.7.1	z toho: léčivé přípravky hrazené pouze poskytovatelům 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.“))	259 400	281 700	108,6
1.8	skupina poskytovatelů ambulantní hemodialyzační péče (odbornost 128)	55 200	55 900	101,3
1.9	skupina poskytovatelů sociálních služeb poskytujících zdravotní péči (odbornost 913; § 22 písm. e) zákona č. 48/1997 Sb.)	306 400	329 800	107,6
2	na lůžkovou zdravotní péči celkem (poskytovatelé zdravotních služeb vykazují kód ošetřovacího dne, zahrnují se náklady na zvlášť účtované léčivé přípravky, zvlášť účtovaný materiál, paušál na léky i případně nasmílované služby ambulantní, stomatologickou a přepravu provozovanou v rámci lůžkového PZS s výjimkou nákladů na léky na recepty a zdravotnických prostředků vydaných na poukazy)	10 656 700	11 088 200	104,0
2.1	v tom: skupina poskytovatelů akutní lůžkové péče a dalších zdravotních služeb poskytovaných v nemocnicích	9 489 200	9 819 500	103,5
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")	3 309 200	3 416 600	103,2
2.1.2	akutní lůžková péče (doklady 02, 02s, 03, 03s a 06 s vazbou na doklad 02 "Metodiky pro pořizování a předávání dokladů")	5 163 700	5 310 600	102,8
2.1.3	ostatní (LPS, přeprava atd., tj. zbývající služby neuvedené v ř. 2.1.1–2.1.2)	34 000	36 200	106,5
2.1.4	léčivé přípravky hrazené pouze poskytovatelům zdravotních služeb poskytujícím péči na specializovaných pracovištích (viz § 15 zákona č. 48/1997 Sb. a vyhlášku č. 376/2011 Sb.)	982 300	1 056 100	107,5
2.2	skupina poskytovatelů následné a dlouhodobé lůžkové péče	1 167 500	1 268 700	108,7
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	551 600	599 800	108,7
2.2.2	samostatní poskytovatelé následné a dlouhodobé lůžkové péče vykazující kód ošetřovacího dne 00005 (ošetřovatelská lůžka), 00024 (léčebny dlouhodobě nemocných)	483 600	529 800	109,6
2.2.3	lůžka následné intenzivní péče (OD 00015, 00017, 00020, 00033, 00035)	117 200	122 600	104,6
2.2.4	lůžka ve speciálních lůžkových zařízeních hospicového typu (OD 00030)	15 100	16 500	109,3
3	skupina poskytovatelů lázeňské léčebně rehabilitační péče a zdravotní péče v ozdravovnách	200 900	204 200	101,6
3.1	v tom: komplexní lázeňská léčebně rehabilitační péče	198 300	201 400	101,6
3.2	příspěvková lázeňská léčebně rehabilitační péče	1 100	1 200	109,1
3.3	služby v ozdravovnách	1 500	1 600	106,7

ř.	Ukazatel	Rok 2025 oček. skut. tis. Kč	Rok 2026 ZPP tis. Kč	(v %) ZPP 2026/ oček. skut. 2025
4	skupina poskytovatelů jednodenní péče	36 900	39 800	107,9
5	skupina poskytovatelů zdravotnické dopravní služby (zahrnuje zdravotnickou dopravní službu vč. individuální přepravy, nezahrnuje se přeprava z ř. 2)	66 700	69 800	104,6
6	skupina poskytovatelů zdravotnické záchranné služby a přepravy pacientů neodkladné péče a lékařské pohotovostní služby, výjma stomatologické (odbornosti 709 a 799, PZS nevyskyzující žádný kód ošetřovacího dne)	234 700	251 700	107,2
7	na léky vydané na recepty celkem:	1 841 800	1 926 300	104,6
7.1	v tom: předepsané u poskytovatelů ambulantní péče (samostatní ambulantní PZS)	1 306 200	1 375 800	105,3
7.2	předepsané u poskytovatelů lůžkové péče	535 600	550 500	102,8
8	na zdravotnické prostředky vydané na poukazy celkem	512 700	556 500	108,5
8.1	v tom: předepsané u poskytovatelů ambulantní péče (samostatní ambulantní PZS)	291 700	322 500	110,6
8.2	předepsané u poskytovatelů lůžkové péče	221 000	234 000	105,9
9	na léčení v zahraničí podle §1 odst. 3 písm. b) vyhlášky o fondech ¹⁾	55 700	56 300	101,1
10	finanční prostředky (vratky) podle § 16b zákona č. 48/1997 Sb.	78 600	80 200	102,0
11	náklady na očkovací látky podle zákona č. 48/1997 Sb.	107 100	120 900	112,9
12	ostatní náklady na zdravotní služby (které nelze zařadit do předchozích bodů – uvést, co zahrnují)	0	0	
II.	Náklady na zlepšení zdravotních služeb čerpané z jiných fondů ²⁾	135 000	150 000	111,1
III.	Náklady na zdravotní služby celkem (součet ř. I. + ř. II.)	19 735 000	20 870 000	105,8

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 minus 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 2026 úhradu za inkontinenční pomůcky předepsané poskytovateli specializované ambulantní péče v celkové výši 15.325 tis. Kč, poskytovateli v oboru všeobecné praktické lékařství a praktické lékařství pro děti a dorost v celkové výši 98.673 tis. Kč.

Z uvedených hodnot vyplývá, že meziroční index nárůstu objemu plánovaných úhrad za poskytnuté zdravotní služby hrazené ze ZFZP činí v průměru 105,7 %.

V jednotlivých segmentech zdravotních služeb se pro rok 2026 plánuje vývoj popsany 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 2026 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 2026 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 2026 plánuje s ohledem na skutečnost, že se jedná o primární prorůstový segment zdravotních služeb.

STOMATOLOGICKÁ PÉČE

Meziroční dynamika úhrad se předpokládá vysoce nad úroveň průměrného nárůstu nákladů ambulantní péče. Převážná část tohoto nárůstu padá na vrub navýšení úhrady stomatologických výrobků v důsledku novely zákona o veřejném zdravotním pojištění, respektive odhadem navýšení počtu hrazených zubních výplní.

Objem úhrad současně 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 pokles nákladů v segmentu diagnostické péče zejména v subsegmentu laboratoře reflektuje vyhláškou stanovené snížení procenta neuhrazené produkce za současného snížení hodnoty bodu, minimální hodnoty bodu a přísnější regulace navýšování objemu péče.

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. Oprávněnost aplikace nového způsobu úhrady tomuto segmentu od roku 2026 ve formě agregované platby lze vyhodnotit až po ukončení hodnoceného období.

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 a segmentu hemodialyzační péče je naplánován tak, aby tempo růstu úhrady v těchto segmentech v roce 2026 odpovídalo předpokládanému růstu produkce.

Domácí péče patří mezi segmenty, kterým MZ ČR stanovilo pro rok 2026 prioritu z důvodu podpory zdravotní péče ve vlastním sociálním prostředí. Predikované meziroční navýšení úhrad odráží očekávaný přirozený růst segmentu v souladu s dlouhodobým trendem.

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 2026 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 rostoucího 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 2026. Nárůst úhrad je spojený s pokračujícím nástupem genové a buněčné terapie, se zahrnutím změn ve struktuře a zejména způsobu úhrad včetně úhrady nadprodukce u léčiv ve specializovaných centrech, pokračující centralizací vysoce specializované péče, zohledněním transformačních změn, úhradových a bonifikačních mechanismů v nemocničních ambulancích, podporou provádění krátkodobých hospitalizací a jednodenní péče, výkonové složky urgentních příjmů a změnou v úhradě lékařské pohotovostní služby v závislosti na novelizaci zákona o zdravotních službách. Na nárůstu úhrad se rovněž podílejí residuální složky úhrady bez přímé vazby na akutní lůžkovou či ambulantní péči. 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 2026 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 2026 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 2026 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 kromě vlivů vyplývajících z cenových ujednání promítají také změny ve struktuře portfolia pojištěnců a snaha poskytovat tento druh léčebné péče v rozsahu

odpovídajícím oprávněným potřebám klientů pojišťovny. Náklady na lázeňskou a ozdravenskou péči jsou plánovány obdobně jako u většiny ostatních segmentů a zohledňují jak požadavky klientů, tak 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 2026 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 A ZULP

Očekávaný vývoj nákladů na recepty v roce 2026 vychází především z predikce vstupu nových léčivých přípravků do systému veřejného zdravotního pojištění, včetně dopadů cenových a daňových změn, revizí úhrad léčiv, zrušení regulačních poplatků a souvisejících kompenzací poskytovatelům lékárenské péče. V důsledku novely zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění přešla od roku 2025 agenda monitoringu limitu započitatelných doplatků za léčivé přípravky z pojišťoven na lékárny. Tento legislativní krok se promítne do roku 2026 navýšením objemu úhrad v segmentu lékárenské péče v důsledku zvýšeného objemu fakturace vůči zdravotním pojišťovnám.

RBP, zdravotní pojišťovna, bude v roce 2026 i nadále postupovat v souladu s platnou právní úpravou a smluvními ujednáními při uplatňování regulačních opatření v oblasti preskripce léčivých přípravků s vědomím, že její přímý vliv na tuto oblast je omezený. Kontrolní a revizní činnost však zůstává významným nástrojem pro zachování efektivity vynakládání prostředků veřejného zdravotního pojištění.

Do celkového vývoje nákladů se bude nadále významně promítat i úhrada léčivých přípravků a potravin pro zvláštní lékařské účely určených převážně pro léčbu ve specializovaných centrech, rozšiřování spektra jednotlivých ATC skupin a úhrady inovativních specializovaných léčiv s vysokou finanční náročností.

Dalším faktorem ovlivňujícím výši nákladů bylo navýšení signálního výkonu lékáren na 32 Kč za vydanou položku, úhrada za digitalizaci výdeje listinného receptu ve výši 16 Kč, zavedení distribučního poplatku ve výši 1,50 Kč za každé distribuované balení léčivého přípravku a úpravy cenového předpisu Ministerstva zdravotnictví ČR.

Na základě jednání o cenovém předpisu dojde pravděpodobně od 1. 1. 2026 ke zvýšení maximální obchodní přírážky na technologický materiál o 25 % a k navýšení taxy laborum o 3,8 %. Tento krok povede k nárůstu nákladů v segmentu lékáren.

RBP bude zároveň pokračovat v rozvoji analytických a revizních nástrojů pro sledování preskripce, s cílem identifikovat potenciální úspory a zvýšit hospodárnost využívání léčiv hrazených z veřejného zdravotního pojištění.

ZDRAVOTNICKÉ PROSTŘEDKY VYDÁVANÉ NA POUKAZY

Předpokládaný vývoj vychází především z predikce cenových, daňových a regulačních vlivů a rostoucích požadavků klientely 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 2026 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, dýchacích cest, ledvin nebo diabetem), u pojištěnců umístěných ve zdravotnických zařízeních poskytovatele dlouhodobé lůžkové péče, v domovech pro seniory, v domovech pro osoby se zdravotním postižením nebo v domovech se zvláštním režimem,
- proti pneumokokovým infekcím, pokud byly všechny dávky očkovací látky aplikovány do 7. měsíce věku pojištěnce; hrazenou službou je též přeočkování provedené do 15. 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 12. měsíce věku nebo od dovršení 14. do dovršení 16. roku věku, a skupiny A, C, W, Y, je-li očkování provedeno jednou dávkou od dovršení 1. do dovršení 2. roku věku nebo od dovršení 14. do dovršení 16. 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 látku 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 látku pro očkování proti lidskému papilomaviru, je-li očkování zahájeno od dovršení 11. do dovršení 15. 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 látku pro očkování pojištěnců nad 65 let věku proti chřipce; hrazené očkovací látky schvaluje Ministerstvo zdravotnictví a zveřejňuje je formou sdělení ve Sbírce zákonů.

V roce 2026 se předpokládá zachování stávajícího systému úhrad očkovacích látek z veřejného zdravotního pojištění podle přechodných ustanovení zákona č. 289/2025 Sb., do doby rozhodnutí Státního ústavu pro kontrolu léčiv o nových výších úhrad a podmínkách pro vybrané vakcíny. Nadále budou hrazena všechna pravidelná i zvláštní očkování stanovená zákonem, včetně vakcinace proti chřipce, pneumokokovým infekcím, HPV, klíšťové encefalitidě a onemocnění COVID-19.

Na základě doporučení Evropské agentury pro léčivé přípravky (EMA) a Světové zdravotnické organizace (WHO) došlo ke změně složení vakcín proti chřipce – čtyřvalentní vakcíny byly nahrazeny trivalentními v důsledku ukončení cirkulace linie viru B/Yamagata, která byla v posledních letech celosvětově eliminována. Tato úprava zároveň umožnila sjednocení objemu dávky na 0,5 ml pro všechny věkové skupiny.

U vakcín proti onemocnění COVID-19 byla doporučena aktualizace antigenního složení tak, aby odpovídalo aktuálně cirkulujícím variantám viru. Systém úhrad nepovinných očkování zůstává beze změny a výdaje na vakcíny by měly zůstat pod úrovní růstu celkových nákladů systému veřejného zdravotního pojištění.

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

A.	Příspěvky poskytované z fondu prevence ¹⁾ členěné podle § 18a odst. 1 zákona č. 280/1992 Sb.	Rok 2025 oček. skut. tis. Kč	Rok 2026 ZPP tis. Kč	(v %) ZPP 2026/ oček. skut. 2025
I.	Náklady na příspěvky poskytované z fondu prevence celkem ²⁾		150 000	
1	Zdravotní služby, které nejsou hrazeny z veřejného zdravotního pojištění [písm. a)]	—	64 610	
1.1.	Preventivní očkování		14 320	
1.2.	Periodické prohlídky registrovaných sportovců		450	
1.3.	Onkologické preventivní programy		3 200	
1.4.	Diagnostická vyšetření nebo ošetření		7 580	
1.5.	Duševní pohoda, psychohygiena		2 970	
1.6.	Dentální péče a ortodontie		23 500	
1.7.	Geny213		1 000	
1.8.	Podpora těhotenství a porodu		2 410	
1.9.	Lázně pro redukci nadváhy		180	
1.10.	Program 90+, Efektivní praktik		6 000	
1.11.	TeleMedPoint, preDIA, CHOPN		3 000	
2	Zaplacení rozdílů úhrady a ceny částečně hrazené zdravotní služby [písm. b)]	—	410	
2.1.	Odlehčená sádra		40	
2.2.	Refundace plateb - stomatologie, ambulantní specialisté		20	
2.3.	Příspěvky na stomatologii - zubní náhrada, implantát		350	
3	Služby nabízené v souvislosti s hrazenými zdravotními službami [písm. c)]	—	0	
	nenabízíme		0	
4	Služby a výrobky, které nejsou zdravotními službami, zdravotnickými prostředky nebo léčivými přípravky [písm. d)]	—	12 217	
4.1.	Příspěvky pro diabetiky, celiaky a pacienty s nízkobílkovinnou dietou		3 620	
4.2.	Příspěvek pro děti do 1 roku		1 880	
4.3.	Příspěvek na brýle		1 000	
4.4.	Léčba obezity		760	
4.5.	Podpora onkologických pacientů		725	
4.6.	Stop kouření		202	
4.7.	Prevence poruch duševního zdraví		30	
4.8.	Program 90+, Efektivní praktik		3 000	
4.9.	TeleMedPoint, preDIA, CHOPN		1 000	
5	Rekondiční aktivity vedoucí ke zlepšení nebo udržení zdravotního stavu pojištěnce [písm. e)]	—	46 370	
5.1.	Léčebné a ozdravné pobyty		18 260	
5.2.	Podpora plaveckých aktivit pojištěnců		5 300	
5.3.	Podpora pohybových a regeneračních aktivit pojištěnců		17 810	
5.4.	Rekondiční pobyty		4 000	
5.5.	Program 90+, Efektivní praktik		1 000	

A.	Příspěvky poskytované z fondu prevence ¹⁾ členěné podle § 18a odst. 1 zákona č. 280/1992 Sb.	Rok 2025 oček. skut. tis. Kč	Rok 2026 ZPP tis. Kč	(v %) ZPP 2026/ oček. skut. 2025
6	Úhrada nákladů pojištěnce na programy řízené péče [písm. f)]	—	0	
	nenabízíme		0	
7	Ostatní	—	26 393	
7.1.	Zdravý podnik		2 093	
7.2.	Příspěvky na vitamíny a léčiva podporující zdraví		19 380	
7.3.	Podpora v období mateřství a rodičovství		3 920	
7.4.	Péče o zubní náhrady		1 000	

B.	Příspěvky poskytované z fondu prevence ¹⁾ členěné podle § 18a odst. 2 zákona č. 280/1992 Sb.	Rok 2025 oček. skut. tis. Kč	Rok 2026 ZPP tis. Kč	(v %) ZPP 2026/ oček. skut. 2025
I.	Náklady na příspěvky poskytované z fondu prevence celkem ²⁾		150 000	
1	v tom: základní částka [písm. a)]	—	112 620	
2	motivační odměna [písm. b)]	—	37 380	
2.1	v tom: absolvování preventivních prohlídek [písm. b) bod 1]	—	29 380	
2.2	účast na nepovinném očkování [písm. b) bod 2]	—	2 500	
2.3	naplňování cílů pro zlepšení či udržení zdravotního stavu [písm. b) bod 3]	—	3 500	
2.4	čerpání hrazených zdravotních služeb s preventivním charakterem [písm. b) bod 4]	—	2 000	
2.5	ostatní	—	0	

Poznámky:

- 1) Zdravotní pojišťovna uvede jmenovitě jednotlivé druhy programů nebo činností.
- 2) 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 2026 s cílem pravidelného monitoringu zdravotního stavu, edukace a osvěty zaměstnanců.

V rámci zdravotních eventů ve firmách budou doplněny a inovovány služby se zaměřením na prevenci diabetes mellitus a poradny pro muže s edukací samovyšetření varlat.

Nabídka programu Zdravý podnik zahrnuje monitoring zdraví zaměstnanců zaměřený na prevenci kardiovaskulárních, onkologických 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, workshopy pro zdravý životní styl.

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 vitaminových přípravků, na vybrané aktivity (očkování a vyšetření nehraněné 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 ceněný 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 průjmem, 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 zapříčiní 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 důvodu budeme přispívat na očkování dívkám a chlapcům ve věku od 9 do 11 let a dále pak od dovršení 15 let, a ženám do 30 let.

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 2026 pokračovat v adresném zvaní pojištěnců, ohrožených některým z onemocnění, jež jsou předmětem tohoto screeningu. Tuto činnost bude RBP realizovat na vlastní náklady. V roce 2026 lze očekávat opět obelání 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, fenyلكetonurie) 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.

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 2026 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.

V roce 2026 budou lázeňské pobyty rozšířeny i pro osoby s chronickými respiračními nemocemi – astma, chronická obstrukční plicní nemoc .

BONUS 90+

Bonusový příspěvek pro pojištěnce Bonus 90+ je nadstavbou Programu 90+ a je zaměřený na podporu aktivit pojištěnců ve vztahu k 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 2026 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,
- příspěvku 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,
- příspěvku na podiatrické ošetření a nákup senzoru pro okamžitou monitoraci glykémie u diabetiků v rámci projektu preDIA213,
- příspěvku v případě diagnózy těhotenské cukrovky na nákup glukometru a diagnostických proužků do glukometru,
- podpoře aktivit proti obezitě,
- podpoře 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,
- příspěvku na nákup diabetické obuvi u seniorů,

- příspěvku na nákup kloubní výživy u seniorů,
- prevenci poruch duševního zdraví seniorů,
- příspěvku 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.

V roce 2026 bude RBP při posuzování nároku pojištěnců na příspěvek u vybraných položek zohledňovat, zda pojištěnec absolvoval preventivní prohlídku u svého praktického lékaře a nebude poskytovat příspěvky pojištěncům, u kterých eviduje nedoplatky zdravotního pojištění.

FOND PREVENCE

A.	Fond prevence (Fprev) Tvorba a čerpání ve sledovaném období	Rok 2025 oček. skut. tis. Kč	Rok 2026 ZPP tis. Kč	(v %) ZPP 2026/ oček. skut. 2025
I.	Počáteční zůstatek k 1. 1. ve sledovaném období	157 525	118 565	75,3
II.	Tvorba celkem = zdroje	96 100	92 100	95,8
1	Zdroje podle § 18b zákona č. 280/1992 Sb.	96 000	92 000	95,8
1.1	v tom: převod ze ZFZP – prostředky pocházející z pojistného na veřejné zdravotní pojištění			
1.2	prostředky z činností prováděných nad rámec veřejného zdravotního pojištění			
1.3	prostředky plynoucí z pokut, přírážek k pojistnému a penále	46 000	47 000	102,2
1.4	převod z PF	50 000	45 000	90,0
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	135 060	150 080	111,1
1	Příspěvky z Fprev podle § 18a odst. 1 zákona č. 280/1992 Sb.	135 000	150 000	111,1
2	Úroky z úvěrů na posílení Fprev			
3	Ostatní (úplaty za bankovní a jiné služby)	60	80	133,3
4	Odpis penále, přírážek a pokut k pojistnému, které byly zdrojem Fprev			
5	Zúčtování s pojištěnci s vazbou na vyúčtování preventivních programů			
6	Snížení fondu o částky penále a přírážek 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	118 565	60 585	51,1

B.	Fond prevence (Fprev) Příjmy a výdaje ve sledovaném období	Rok 2025 oček. skut. tis. Kč	Rok 2026 ZPP tis. Kč	(v %) ZPP 2026/ oček. skut. 2025
I.	Počáteční zůstatek k 1. 1. ve sledovaném období	144 999	106 039	73,1
II.	Příjmy celkem	96 100	92 100	95,8
1	Příjmy finančních prostředků podle § 18b zákona č. 280/1992 Sb.	96 000	92 000	95,8
1.1	v tom: převod ze ZFZP – prostředky pocházející z pojistného na veřejné zdravotní pojištění			
1.2	prostředky z činností prováděných nad rámec veřejného zdravotního pojištění			
1.3	prostředky plynoucí z pokut, přírážek k pojistnému a penále	46 000	47 000	102,2
1.4	převod z PF	50 000	45 000	90,0
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	135 060	150 080	111,1
1	Příspěvky z Fprev podle § 18a odst. 1 zákona č. 280/1992 Sb.	135 000	150 000	111,1
2	Úroky z úvěrů			
3	Ostatní (úplaty za bankovní a jiné služby)	60	80	133,3
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	106 039	48 059	45,3
	ZB IV přináležejí hodnotě rezerv k poslednímu dni sledovaného období			

Zdroje fondu prevence pro rok 2026 jsou plánovány ve výši 92.100 tis. Kč s tím, že jednotlivé příjmové položky fondu tvoří:

Ukazatel	Objem v tis. Kč
Příjmy z výběru pojistného po přerozdělování ve výši 3%	0
Příjmy z pokut a z přírážek k pojistnému	1 000
Příjmy z penále	46 000
Příjmy z provozního fondu	45 000
Úroky z prodlení vyměřené soudem	100
Příjmy fondu prevence celkem	92 100

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 2026 úhrady provozních položek souvisejících s veřejným zdravotním pojištěním, převod do fondu reprodukce majetku ve výši zúčtovaných odpisů veškerého dlouhodobého majetku (**37.000 tis. Kč**), převod do sociálního fondu (**4.290 tis. Kč**) odpovídající 2 % z objemu mezd a náhrad mezd, převod do fondu prevence (**45.000 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 2025 oček. skut. tis. Kč	Rok 2026 ZPP tis. Kč	(v %) ZPP 2026/ oček. skut. 2025
I.	Počáteční zůstatek k 1. 1. ve sledovaném období	358 130	246 040	68,7
II.	Tvorba celkem = zdroje	402 500	402 500	100,0
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	400 000	400 000	100,0
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, snížené nebo zrušené ostatní rezervy podle § 3 odst. 2 písm. j) vyhlášky o fondech			
13	Snížené nebo zrušené 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	514 590	509 340	99,0
1	Závazky zdravotní pojišťovny vyplývající ze zajištění provozní činnosti podle § 3 vyhlášky o fondech	460 000	459 550	99,9
1.1	v tom: mzdy bez ostatních osobních nákladů (včetně náhrad mezd)	204 500	214 500	104,9
1.2	ostatní osobní náklady	13 000	13 000	100,0
1.3	pojistné za zaměstnance na zdravotní pojištění ¹⁾	20 100	20 700	103,0
1.4	pojistné za zaměstnance na sociální zabezpečení a příspěvek na státní politiku zaměstnanosti ¹⁾	55 000	57 000	103,6
1.5	odměny členům správní, dozorčí rady a rozhodčímu orgánu	7 174	7 300	101,8
1.6	úroky			
1.7	podíl úhrad za služby Kanceláře zdravotního pojištění	1 684	1 790	106,3
1.8	podíl úhrad zaměstnanecké zdravotní pojišťovny za vedení centrálního registru pojištěnců	3 000	3 000	100,0
1.9	záporné kurzové rozdíly související s PF	5	5	100,0
1.10	úplaty za bankovní a jiné služby	705	710	100,7
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	400	100,0
1.14	podíl odpisů hmotného a nehmotného majetku vztahovaný k PF	36 800	36 900	100,3
1.15	ostatní závazky	117 632	104 245	88,6
1.15.1	v tom: spotřeba energie	6 000	6 000	100,0
1.15.2	opravy a udržování	5 628	4 900	87,1
1.15.3	nájemné	9 500	9 900	104,2
1.15.4	náklady na informační technologie	25 000	23 400	93,6
1.15.5	propagace	32 000	25 000	78,1
1.15.6	spotřebované nákupy	8 056	5 720	71,0

A.	Provozní fond (PF) Tvorba a čerpání ve sledovaném období	Rok 2025 oček. skut. tis. Kč	Rok 2026 ZPP tis. Kč	(v %) ZPP 2026/ oček. skut. 2025
1.15.7	ostatní služby	29 463	27 350	92,8
1.15.8	ostatní provozní náklady	1 985	1 975	99,5
2	Předpis zákonné výše přidělu do sociálního fondu podle § 3 odst. 4 písm. b) a podle § 4 odst. 2 písm. a) vyhlášky o fondech	4 090	4 290	104,9
3	Předpis přidělu do fondu obecně prospěšných činností			
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 fondech			
6	Předpis přidělu do fondu reprodukce majetku ve výši kladného rozdílu mezi prodejní a zůstatkovou cenou podle § 3 odst. 4 písm. k) vyhlášky o fondech	500	500	100,0
7	Předpis přidělu do fondu prevence podle § 3 odst. 6 vyhlášky o fondech	50 000	45 000	90,0
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	Prostředky vynaložené na zvýšení základního kapitálu pojišťovny, ve které má majetkovou účast			
12	Mimořádné případy externí			
13	Mimořádné převody mezi fondy			
IV.	Konečný zůstatek k poslednímu dni sledovaného období = I + II – III	246 040	139 200	56,6

B.	Provozní fond (PF) Příjmy a výdaje ve sledovaném období podle § 3 vyhlášky o fondech	Rok 2025 oček. skut. tis. Kč	Rok 2026 ZPP tis. Kč	(v %) ZPP 2026/ oček. skut. 2025
I.	Počáteční zůstatek k 1. 1. ve sledovaném období	337 548	240 766	71,3
II.	Příjmy celkem	417 102	422 125	101,2
1	Převod podle § 1 odst. 3 písm. j) vyhlášky o fondech ze ZFZP, stanovený podle § 7 odst. 1 a 2 vyhlášky o fondech	400 000	400 000	100,0
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	9 625	209,1
14	Mimořádné převody mezi fondy	10 000	10 000	100,0
III.	Výdaje celkem	513 884	508 595	99,0
1	Výdaje vyplývající ze zajištění provozní činnosti podle § 3 vyhlášky o fondech	420 394	419 805	99,9
1.1	v tom: mzdy (včetně náhrad mezd, ostatních osobních nákladů a odměn členům správní, dozorčí rady a rozhodčího orgánu)	223 700	233 800	104,5
1.2	pojistné za zaměstnance na zdravotní pojištění ¹⁾	19 700	20 400	103,6
1.3	pojistné za zaměstnance na sociální zabezpečení a příspěvek na státní politiku zaměstnanosti ¹⁾	54 600	56 100	102,7
1.4	úroky			

B.	Provozní fond (PF) Příjmy a výdaje ve sledovaném období podle § 3 vyhlášky o fondech	Rok 2025 oček. skut. tis. Kč	Rok 2026 ZPP tis. Kč	(v %) ZPP 2026/ oček. skut. 2025
1.5	podíl úhrad za služby Kanceláře zdravotního pojištění	1 684	1 790	106,3
1.6	podíl úhrad zaměstnanecké zdravotní pojišťovny za vedení centrálního registru pojištěnců	3 000	3 000	100,0
1.7	záporné kurzové rozdíly související s PF	5	5	100,0
1.8	úplaty za bankovní a jiné služby	705	710	100,7
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	117 000	104 000	88,9
2	Převod do sociálního fondu podle § 4 odst. 2 písm. a) vyhlášky o fondech	4 090	4 290	104,9
3	Převod do fondu obecně prospěšných činností			
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	36 900	37 000	100,3
8	Převod do fondu prevence podle § 3 odst. 6 vyhlášky o fondech	50 000	45 000	90,0
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	Prostředky vynaložené na zvýšení základního kapitálu pojišťovny, ve které má majetkovou účast			
13	Mimořádné případy externí			
14	Mimořádné převody mezi fondy	2 000	2 000	100,0
IV.	Konečný zůstatek k poslednímu dni sledovaného období = I + II – III	240 766	154 296	64,1
	ZB IV přináší hodnota 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 oddělenými bankovními účty) na podíl společných výdajů vztahující 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

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 2026 **L** činí **625.328 tis. Kč**, což představuje **3,07 %** z rozvrhové základny, která činí **20.369.000 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 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 % z rozvrhové základny. Pokud by v průběhu roku 2026 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 2026 je plánována ve výši **182.975 tis. Kč**. Ke snížení hodnoty majetku pojišťovny o **6.889 tis. Kč** dojde v průběhu roku 2026 jeho navýšením o cenu nově pořízeného majetku ve výši **30.111 tis. Kč** a jeho snížením o hodnotu odpisů (nebo vyřazení) hmotného a nehmotného majetku o **37.000 tis. Kč** (viz řádek 3 Přehledu základních ukazatelů o činnosti zdravotní pojišťovny).

Žádný nemovitý či movitý majetek pojišťovny neplánuje RBP v roce 2026 zastavit vůči bance jako ručení za poskytnuté úvěrové prostředky.

Druh investice	ZPP 2026 (v tis. Kč)
Provozní investice	750
Investice HW + SW	29 361
Investice celkem	30 111

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

Provozní investice:

- Rekonstrukce kontaktního centra RBP. Jedná se o modernizaci pracoviště kontaktního centra umístěného na ředitelství RBP. Předpokládané investiční náklady pro rok 2026 lze očekávat do výše cca **500 tis. Kč**.
- Měřicí přístroje pro propagační akce RBP. Pořízení zařízení pro využití při promo a eventových aktivitách RBP. Zařízení budou sloužit k realizaci zdravotně-preventivních měření během veřejných akcí a kampaní. Předpokládané investiční náklady pro rok 2026 lze očekávat do výše cca **100 tis. Kč**.
- Stany pro propagační akce RBP. Pořízení stanů určených pro využití při promo a eventových aktivitách RBP. Tyto stany budou sloužit k reprezentaci společnosti na venkovních akcích a veřejných prezentacích. Předpokládané investiční náklady pro rok 2026 lze očekávat do výše cca **150 tis. Kč**.

Investice HW a SW:

- **Tvorba a úpravy informačního systému RBP**

Odhadovaná výše investice je **14.861 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), modernizaci účetního modulu, modernizaci práce se spisy apod. v předpokládané částce **14.861 tis. Kč**.

- **Rozšíření možností elektronické komunikace**

Odhadovaná výše investice je **7.300 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**,
- vývoj Portálu zdravotních pojišťoven ve výši **800 tis. Kč**,
- napojení software třetích stran, respektive jejich modulů na CIS RBP ve výši **2.500 tis. Kč**.

• **Rozšíření a obnova HW a SW vybavení, bezpečnost, zálohování a dostupnost**

Odhadovaná výše investice je **7.200 tis. Kč** a zahrnuje:

- moderní řešení záložního zdroje napájení serveroven v souladu s nejmodernějšími požadavky na dostupnost dat ve výši **7.200 tis. Kč**.

Zdrojem investic v roce 2026 bude přiděl finančních prostředků z provozního fondu ve výši účetních odpisů veškerého investičního majetku, tedy 37.000 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 2025 oček. skut. tis. Kč	Rok 2026 ZPP tis. Kč	(v %) ZPP 2026/ oček. skut. 2025
I.	Počáteční zůstatek k 1. 1. ve sledovaném období	158 814	168 662	106,2
II.	Tvorba celkem = zdroje	37 400	37 500	100,3
1	Předpis FRM přidělem z provozního fondu ve výši odpisů podle § 6 odst. 2 písm. a) vyhlášky o fondech	36 900	37 000	100,3
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	27 552	30 111	109,3
1	Pořízení dlouhodobého hmotného a nehmotného majetku včetně záloh podle § 6 odst. 3 písm. a) vyhlášky o fondech	27 552	30 111	109,3
1.1	v tom: pozemky, budovy, stavby	5 958	500	8,4
1.2	dopravní prostředky	2 200	0	0,0
1.3	informační technologie	16 769	29 361	175,1
1.4	ostatní	2 625	250	9,5
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	168 662	176 051	104,4

B.	Fond reprodukce majetku (FRM) Příjmy a výdaje ve sledovaném období podle § 6 odst. 4 vyhlášky o fondech	Rok 2025 oček. skut. tis. Kč	Rok 2026 ZPP tis. Kč	(v %) ZPP 2026/ oček. skut. 2025
I.	Počáteční zůstatek k 1. 1. ve sledovaném období	163 713	178 584	109,1
II.	Příjmy celkem	42 423	37 500	88,4
1	Převod z běžného účtu provozního fondu ve výši odpisů podle § 6 odst. 2 písm. a) vyhlášky o fondech	36 900	37 000	100,3
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 prodávajícího 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	5 023		
12	Mimořádné převody mezi fondy			
III.	Výdaje celkem	27 552	30 111	109,3
1	Pořízení dlouhodobého hmotného a nehmotného majetku včetně záloh podle § 6 odst. 3 písm. a) vyhlášky o fondech	27 552	30 111	109,3
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	178 584	185 973	104,1

5.4 SOCIÁLNÍ FOND

Hlavním zdrojem sociálního fondu RBP pro rok 2026 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 **4.290 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 **4.300 tis. Kč**. Konkrétní specifikace věcných dávek sociálního fondu pro rok 2026 je následující:

• příspěvek zaměstnavatele na penzijní připojištění	1.800 tis. Kč
• cafeteria	1.200 tis. Kč
• příspěvek na stravování nad rámec platné legislativy	600 tis. Kč
• jubilejní odměny	200 tis. Kč
• příspěvek na dětskou rekreaci	80 tis. Kč
• ostatní	420 tis. Kč
CELKEM	4.300 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 2025 oček. skut. tis. Kč	Rok 2026 ZPP tis. Kč	(v %) ZPP 2026/ oček. skut. 2025
I.	Počáteční zůstatek k 1. 1. ve sledovaném období	1 194	1 384	115,9
II.	Tvorba celkem = zdroje	4 090	4 290	104,9
1	Předpis přídělu z provozního fondu podle § 4 odst. 2 písm. a) vyhlášky o fondech	4 090	4 290	104,9
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 2025 oček. skut. tis. Kč	Rok 2026 ZPP tis. Kč	(v %) ZPP 2026/ oček. skut. 2025
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	3 900	4 300	110,3
1	Předpisy snížení zdrojů podle § 4 odst. 3 vyhlášky o fondech	3 900	4 300	110,3
1.1	v tom: zápůjčky			
1.2	ostatní čerpání	3 900	4 300	110,3
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	1 384	1 374	99,3

B.	Sociální fond (SF) Příjmy a výdaje ve sledovaném období v souladu s § 4 odst. 4 vyhlášky o fondech	Rok 2025 oček. skut. tis. Kč	Rok 2026 ZPP tis. Kč	(v %) ZPP 2026/ oček. skut. 2025
I.	Počáteční zůstatek k 1. 1. ve sledovaném období	1 453	1 643	113,1
II.	Příjmy celkem	4 090	4 290	104,9
1	Převod z běžného účtu PF podle § 4 odst. 2 písm. a) vyhlášky o fondech	4 090	4 290	104,9
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	3 900	4 300	110,3
1	Výdaje podle § 4 odst. 3 vyhlášky o fondech	3 900	4 300	110,3
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	1 643	1 633	99,4
	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 **264.982 tis. Kč** a bude tvořen výhradně finančními prostředky deponovanými na bankovních účtech RBP. V roce 2026 budou prostředky rezervního fondu součástí ZFZP.

REZERVNÍ FOND

A.	Rezervní fond (RF) Tvorba a čerpání ve sledovaném období	Rok 2025 oček. skut. tis. Kč	Rok 2026 ZPP tis. Kč	(v %) ZPP 2026/ oček. skut. 2025
I.	Počáteční zůstatek k 1. 1. ve sledovaném období	249 856	—	
II.	Tvorba celkem = zdroje	15 126	—	
1	Předpis přidělu ze základního fondu zdravotního pojištění podle § 2 odst. 1 písm. b) vyhlášky o fondech	15 126	—	
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 splynutí 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	—	
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	264 982	—	

B.	Rezervní fond (RF) Příjmy a výdaje ve sledovaném období podle § 2 odst. 3 vyhlášky o fondech	Rok 2025 oček. skut. tis. Kč	Rok 2026 ZPP tis. Kč	(v %) ZPP 2026/ oček. skut. 2025
I.	Počáteční zůstatek k 1. 1. ve sledovaném období ¹⁾	249 856	—	
II.	Příjmy celkem	15 126	—	
1	Převod z běžného účtu základního fondu zdravotního pojištění podle § 2 odst. 1 písm. b) vyhlášky o fondech	15 126	—	
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 splynutí 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.	Výdaje celkem	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⁾	264 982	—	

C.	Doplňující tabulka: Propočet limitu RF ²⁾	Rok 2025 oček. skut. tis. Kč	Rok 2026 ZPP tis. Kč	(v %) ZPP 2026/ oček. skut. 2025
	Propočtová základna pro výpočet limitu přidělu do RF			
1	Výdaje ZFZP za rok 2022	16 585 990		
2	Výdaje ZFZP za rok 2023	17 910 751	_____	
3	Výdaje ZFZP za rok 2024	18 499 643	_____	
4	Výdaje ZFZP za rok 2025	19 428 776	_____	
5	Průměrné roční výdaje ZFZP za bezprostředně předcházející uzavřené 3 kalendářní roky	17 665 461	_____	
6	Výpočet limitu = 1,5 % z propočtených průměrných výdajů ZFZP	264 982	_____	

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 (dále jen „zákon č. 551/1991 Sb.“) a ostatní zdravotní pojišťovny podle § 18 odst. 1 zákona č. 280/1992 Sb. ve znění účinném k 31. prosinci 2025

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 FOND OBECNĚ PROSPĚŠNÝCH ČINNOSTÍ

Novela zákona č. 280/1992 Sb. (provedená zákonem č. 289/2025) zavádí od 1.1.2026 povinnost zdravotních pojišťoven vytvářet nový fond obecně prospěšných činností (§ 18). Fond je určen k financování aktivit, které přesahují rámec běžného zdravotního pojištění – zejména podpora ÚZIS, patientských organizací, stipendií, vzdělávacích a preventivních programů.

Zdrojem fondu obecně prospěšných činností je pro každý kalendářní rok nejvýše 0,5 % pojistného na veřejné zdravotní pojištění po přerozdělení vybraného podle zákona o pojistném na veřejné zdravotní pojištění za bezprostředně předcházející kalendářní rok. Zaměstnanecká pojišťovna může jako zdroj fondu obecně prospěšných činností využít nespotřebované prostředky provozního fondu.

Finanční prostředky fondu obecně prospěšných činností využívá zaměstnanecká pojišťovna k úhradě činností a služeb, které souvisí s rozvojem a zvyšováním kvality a dostupnosti hrazených služeb a systému veřejného zdravotního pojištění, zejména na:

- podporu specializačního vzdělávání lékařů a jiných zdravotnických pracovníků za účelem zajištění dostupnosti hrazené zdravotní péče ve všech odbornostech a na celém území České republiky,
- podporu činnosti patientských organizací zapsaných v seznamu podle zákona o zdravotních službách, přičemž úhrnná výše příspěvku poskytovaného patientským organizacím nepřekročí 5 % z celkových zdrojů fondu obecně prospěšných činností zaměstnanecké pojišťovny,
- financování činností, které pro systém veřejného zdravotního pojištění vykonávají Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky (ÚZIS) a poskytovatelé, nejde-li o poskytování hrazených služeb. Ministerstvo zdravotnictví může stanovit vyhláškou bližší podmínky pro poskytnutí, způsob určení výše a účel tohoto příspěvku.

FINANČNÍ ÚHRADY A PLÁNOVANÉ VÝDAJE RBP

RBP bude v souladu s platnou legislativou a příslušnou vyhláškou Ministerstva zdravotnictví hradit povinný příspěvek z fondu obecně prospěšných činností na činnosti Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS), které jsou vykonávány ve prospěch systému veřejného zdravotního pojištění. Součástí tohoto financování je rovněž příspěvek určený nemocnicím zařazeným do referenční sítě CZ-DRG, pokud tato povinnost vyplývá z platných právních předpisů. RBP bude alokovat prostředky určené na rozvoj specializačního vzdělávání lékařů a jiných zdravotnických pracovníků za účelem zajištění dostupnosti hrazené zdravotní péče ve všech odbornostech a na celém území České republiky za předpokladu, že se na tom shodnou všechny ZP.

RBP vzhledem k očekávané deficitní úhradové vyhlášce pro rok 2026 nepředpokládá poskytování příspěvků na podporu patientským organizacím. RBP je připravena v budoucích obdobích hradit uvedené příspěvky, avšak pouze za předpokladu, že dojde k růstu hospodaření zdravotní pojišťovny a nebude se jednat o deficitní hospodaření. Zároveň bude RBP postupovat v souladu s platnými právními předpisy – tedy hradit tyto přípravy pouze v případě, že tato povinnost bude vyplývat z příslušné legislativy.

FOND OBECNĚ PROSPĚŠNÝCH ČINNOSTÍ

A.	Fond obecně prospěšných činností (FOPČ) Tvorba a čerpání ve sledovaném období	Rok 2025 oček. skut. tis. Kč	Rok 2026 ZPP tis. Kč	(v %) ZPP 2026/ oček. skut. 2025
I.	Počáteční zůstatek k 1. 1. ve sledovaném období	—		
II.	Tvorba celkem = zdroje	—	6 000	
1	Předpis přidělu ze základního fondu zdravotního pojištění podle § 18 odst. 1 zákona č. 280/1992 Sb.	—	6 000	
2	Převod z provozního fondu podle § 18 odst. 1 zákona č. 280/1992 Sb.	—		
3	Mimořádné případy externí	—		
4	Mimořádné převody mezi fondy	—		
III.	Čerpání celkem = snížení zdrojů	—	5 900	
1	Podpora specializačního vzdělávání podle § 18 odst. 2 písm. a) zákona č. 280/1992 Sb.	—	600	
2	Podpora patientských organizací podle § 18 odst. 2 písm. b) zákona č. 280/1992 Sb.	—		
3	Financování Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR podle § 18 odst. 2 písm. c) zákona č. 280/1992 Sb.	—	1 200	
4	Financování poskytovatelů zdravotních služeb podle § 18 odst. 2 písm. c) zákona č. 280/1992 Sb.	—	4 100	
5	Ostatní čerpání	—		
6	Mimořádné případy externí	—		
7	Mimořádné převody mezi fondy	—		
IV.	Konečný zůstatek k poslednímu dni sledovaného období = I + II – III	—	100	

B.	Fond obecně prospěšných činností (FOPČ) Příjmy a výdaje ve sledovaném období	Rok 2025 oček. skut. tis. Kč	Rok 2026 ZPP tis. Kč	(v %) ZPP 2026/ oček. skut. 2025
I.	Počáteční zůstatek k 1. 1. ve sledovaném období	—		
II.	Příjmy celkem	—	6 000	
1	Převod z běžného účtu základního fondu zdravotního pojištění podle § 18 odst. 1 zákona č. 280/1992 Sb.	—	6 000	
2	Převod z provozního fondu podle § 18 odst. 1 zákona č. 280/1992 Sb.	—		
3	Mimořádné případy externí	—		
4	Mimořádné převody mezi fondy	—		
III.	Výdaje celkem	—	5 900	
1	Výdaje podle § 18 odst. 2 zákona č. 280/1992 Sb.	—	5 900	
2	Mimořádné případy externí	—		
3	Mimořádné převody mezi fondy	—		
IV.	Konečný zůstatek k poslednímu dni vykazovaného období = I + II – III	—	100	

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 2025 Oček. skutečnost tis. Kč	Rok 2026 ZPP tis. Kč	(v %) ZPP 2026/ Oček. skut. 2025
I.	Výnosy celkem	2 000	2 000	100,0
1	Výnosy z jiné činnosti	2 000	2 000	100,0
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⁾	1 313	1 410	107,4
1	Provozní náklady související s jinou činností	1 313	1 410	107,4
1.1	v tom: mzdy bez ostatních osobních nákladů	920	1 000	108,7
1.2	ostatní osobní náklady			
1.3	pojistné na zdravotní pojištění	78	85	109,0
1.4	pojistné na sociální zabezpečení	215	225	104,7
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			
2	Snížení hodnoty cenných papírů vlivem reálného ocenění			
3	Mimořádné případy externí			
4	Mimořádné převody mezi fondy			
III.	Výsledek hospodaření = I – II	687	590	85,9
IV.	Daň z příjmů	0	0	
V.	Zisk z jiné činnosti po zdanění = III – IV	687	590	85,9

B.	Doplňující informace o cenných papírech pořízených z finančních zdrojů jiné činnosti	Rok 2025 Oček. skutečnost tis. Kč	Rok 2026 ZPP tis. Kč	(v %) ZPP 2026/ Oček. skut. 2025
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)
- 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 2025 Oček. skutečnost	Rok 2026 ZPP	(v %) ZPP 2026/ Oček. skut. 2025
I. Pojištěnci					
1	Počet pojištěnců celkem k poslednímu dni sledovaného období	osoby	422 000	421 000	99,8
1.1	z toho: státem hrazení	osoby	247 400	246 800	99,8
2	Průměrný počet pojištěnců za sledované období	osoby	422 500	421 500	99,8
2.1	z toho: státem hrazení	osoby	247 600	247 000	99,8
II. Ostatní ukazatele					
3	Stav dlouhodobého majetku včetně poskytovaných záloh pořízený k poslednímu dni sledovaného období	tis. Kč	189 864	182 975	96,4
4	Stav dlouhodobého majetku včetně poskytovaných záloh pořízený za sledované období	tis. Kč	27 552	30 111	109,3
4.1	v tom: majetek na vlastní činnost	tis. Kč	27 552	30 111	109,3
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	249	250	100,4
18	Průměrný přepočtený počet zaměstnanců (zaokrouhlí se na celá čísla)	osoby	249	250	100,4
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 přídelu do provozního fondu podle § 7 vyhlášky o fondech	tis. Kč	19 301 000	20 369 000	105,5
21	Maximální limit nákladů na činnost propočtený z dosažené rozvrhové základny podle § 7 vyhlášky o fondech	tis. Kč	592 541	625 328	105,5
22	Skutečný přídel ze základního fondu zdravotního pojištění do provozního fondu ve sledovaném období	tis. Kč	400 000	400 000	100,0
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	4 813 074	5 186 074	107,7
23.1	v tom: závazky vůči poskytovatelům zdravotních služeb ve lhůtě splatnosti ¹⁾	tis. Kč	4 718 074	5 088 074	107,8
23.2	závazky vůči poskytovatelům zdravotních služeb po lhůtě splatnosti	tis. Kč			
23.3	ostatní závazky ve lhůtě splatnosti	tis. Kč	95 000	98 000	103,2
23.4	ostatní závazky po lhůtě splatnosti	tis. Kč			

ř.	Ukazatel	m. j.	Rok 2025 Oček. skutečnost	Rok 2026 ZPP	(v %) ZPP 2026/ Oček. skut. 2025
24	Pohledávky celkem k poslednímu dni sledovaného období	tis. Kč	2 895 000	2 997 000	103,5
24.1	v tom: pohledávky za plátcí pojistného ve lhůtě splatnosti	tis. Kč	1 100 000	1 140 000	103,6
24.2	pohledávky za plátcí pojistného po lhůtě splatnosti ²⁾	tis. Kč	1 600 000	1 650 000	103,1
24.3	pohledávky za poskytovateli zdravotních služeb ve lhůtě splatnosti ³⁾	tis. Kč	120 000	130 000	108,3
24.4	pohledávky za poskytovateli zdravotních služeb po lhůtě splatnosti	tis. Kč			
24.5	ostatní pohledávky ve lhůtě splatnosti	tis. Kč	75 000	77 000	102,7
24.6	ostatní pohledávky po lhůtě splatnosti	tis. Kč			
25	Dohadné položky pasivní celkem – stav k poslednímu dni sledovaného období	tis. Kč	1 847 400	1 837 600	99,5
26	Dohadné položky aktivní celkem – stav k poslednímu dni sledovaného období	tis. Kč	180 966	181 598	100,3
27	Rezervy celkem – stav k poslednímu dni sledovaného období	tis. Kč			
28	Opravné položky celkem – stav k poslednímu dni sledovaného období	tis. Kč	2 459 551	2 489 551	101,2

Doplňující údaje k řádkům 1 a 2					
k 1.1	z toho: pojištěnci ze zemí Evropské unie	osob	335	315	94,0
k 2.1	z toho: pojištěnci ze zemí Evropské unie	osob	342	323	94,4

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 2026 klade splnitelné cíle na základě reálného posouzení vlastních aktivit.

Počet pojištěnců k 31. 12. 2026 předpokládá pojišťovna celkem 420 500.

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 2026 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. 2025 A K 31. 12. 2026, KTERÉ JSOU VYKAZOVÁNY JAKO SOUČÁST DOHADNÝCH POLOŽEK PASIVNÍCH

RBP předpokládá v roce 2025 vytvoření dohadné položky pasivní ve výši 1.847.400 tis. Kč a v roce 2026 ve výši 1.837.600 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 - 2026	tis. Kč	178 644 532
Očekávaný celkový objem pohledávek po lhůtě splatnosti k 31. 12. 2026 v hrubé výši (včetně dohadné položky)	tis. Kč	4 233 434
Procentuální vyjádření z období 1993 - 2026	%	2,37%

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 2025 ve výši 93.166 tis. Kč a v roce 2026 ve výši 98.798 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 2025 ve výši 87.800 tis. Kč a v roce 2026 ve výši 82.800 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 plátcí 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. 2025 ve výši 2.454.636 tis. Kč a k 31. 12. 2026 ve výši 2.484.636 tis. Kč. Opravná položka k nemovitostem je vytvořena ve výši 4.915 tis. Kč.

7. ZÁVĚR

SUBJEKTIVNÍ I OBJEKTIVNÍ RIZIKA OVLIVŇUJÍCÍ PŘEDPOKLADY SPLNĚNÍ ZÁMĚRŮ ZDRAVOTNĚ POJISTNÉHO PLÁNU

ZPP na rok 2026 byl zpracováván v 10-11/2025 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 těžkého průmyslu v MS kraji
 - vlivy migrace obyvatel
- 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 2026 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 spoluúčastí 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.

Závěrem znovu konstatujeme, že vědomé nastavení výrazně deficitní úhradové vyhlášky ze strany Ministerstva zdravotnictví, které opakovaně nerespektuje pravidla odpovědného rozpočtování, vytváří v kalendářním období nekryté dluhy, závazky a rizika, které nedobrovolně nutí RBP ke schodku hospodaření a tím případným negativním následkům v podobě zpožděných plateb, případně jiných negativních důsledků. RBP i její statutární orgán by rádi navrhli a měli vyrovnaný rozpočet, ale Ministerstvo zdravotnictví svými zjevnými a přiznanými kroky toto neumožňuje a RBP ani její statutární orgán nemají nástroje, kterými by mohli tuto situaci zásadně ovlivnit.

STANOVISKO DOZORČÍ RADY
K ZDRAVOTNĚ POJISTNÉMU PLÁNU RBP NA ROK 2026

Dozorčí rada RBP, zdravotní pojišťovny projednala návrh Zdravotně pojistného plánu RBP, zdravotní pojišťovny na rok 2026 (ZPP).

Dozorčí rada bere na vědomí, že ZPP na rok 2026 byl zpracován v říjnu 2025 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 na straně příjmů v souladu s makroekonomickou predikcí MF a na straně výdajů s úhradovou vyhláškou MZ. RBP vzala při přípravě ZPP v úvahu deficitní nastavení úhradové vyhlášky MZ a rozpor mezi predikcemi příjmů MZ a MF, které způsobují předpokládaný schodek hospodaření RBP zachycený v ZPP. Tento schodek je vyvolán externími vlivy mimo sféru vlivu RBP a Dozorčí rady a Dozorčí radě tak nezbyvá než jej přijmout, přestože by preferovala minimálně vyrovnané hospodaření.

Dozorčí rada RBP doporučuje Správní radě RBP návrh Zdravotně pojistného plánu RBP, zdravotní pojišťovny na rok 2026 schválit.

V Ostravě dne 20. 11. 2025



Ing. Roman Sikora
předseda DR RBP


STANOVISKO SPRÁVNÍ RADY
K ZDRAVOTNĚ POJISTNÉMU PLÁNU RBP NA ROK 2026

Správní rada RBP se seznámila se stanoviskem Dozorčí rady RBP k návrhu Zdravotně pojistného plánu RBP na rok 2026 (ZPP).

Správní rada konstatuje, že Zdravotně pojistný plán RBP na rok 2026 je zpracován v souladu s pokynem Ministerstva zdravotnictví. Očekávaná výše příjmů 2026 odpovídá aktuální makroekonomické prognóze Ministerstva financí ČR, výdaje na zdravotní služby jsou plánovány v souladu s úhradovou vyhláškou Ministerstva zdravotnictví ČR. RBP vzala při přípravě ZPP v úvahu deficitní nastavení úhradové vyhlášky MZ a rozpor mezi predikcemi příjmů MZ a MF, které způsobují předpokládaný schodek hospodaření RBP zachycený v ZPP. Tento schodek je vyvolán extemími vlivy mimo sféru vlivu RBP a Správní rady a Správní radě tak nezbývá, než jej přijmout, přestože by preferovala minimálně vyrovnané hospodaření.

Správní rada RBP, zdravotní pojišťovny proto schválila svým usnesením ze dne 20. 11. 2025 návrh Zdravotně pojistného plánu RBP, zdravotní pojišťovny na rok 2026.

V Ostravě dne 20. 11. 2025



Ing. Petr Hanzlík
předseda SR RBP