

Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky



**NÁVRH
VÝROČNÍ ZPRÁVY
VŠEOBECNÉ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNY
ČESKÉ REPUBLIKY
ZA ROK 2021**

duben 2022

Obsah	strana
1. Vstupní údaje	2
2. Úvodní slovo ředitele Pojišťovny	4
3. Orgány Pojišťovny	7
3.1 Správní rada Pojišťovny	8
3.2 Dozorčí rada Pojišťovny	8
3.3 Rozhodčí orgán Pojišťovny	9
3.4 Výbor pro audit Pojišťovny	10
4. Činnost Pojišťovny	11
4.1 Organizační struktura	12
4.2 Informační systém	13
4.3 Kontrola a kontrolní systém	14
4.4 Zdravotní politika a revizní činnost	20
4.5 Pohledávky za poskytovateli zdravotních služeb po lhůtě splatnosti	42
4.6 Smluvní politika, síť smluvních poskytovatelů zdravotních služeb	43
4.7 Zdravotní služby hrazené nad rámec veřejného zdravotního pojištění	45
5. Tvorba a čerpání fondů Pojišťovny	48
5.1 Základní fond zdravotního pojištění	49
5.2 Provozní fond	55
5.3 Fond reprodukce majetku	56
5.4 Sociální fond	56
5.5 Rezervní fond	57
5.6 Fond prevence	57
5.7 Jiná činnost, než je provozování veřejného zdravotního pojištění	58
5.8 Doplňující údaje	58
6. Souhrnný přehled vybraných údajů o činnosti Pojišťovny	59
6.1 Stav pohledávek a závazků Pojišťovny	60
6.2 Plnění podmínek splátkových kalendářů úvěrů	60
6.3 Pojištěnci Pojišťovny	61
7. Poskytování informací podle zákona č. 106/1999 Sb.	62
8. Závěr	65
9. Přílohy	68
• Usnesení Správní rady Pojišťovny	69
• Usnesení Dozorčí rady Pojišťovny	70
• Zpráva nezávislého auditora k účetní závěrce a Výroční zprávě 2021	71
• Účetní závěrka 2021	76
• Tabulkové přílohy	99
• Způsob a forma zveřejnění Výroční zprávy 2021	113
• Zkratky použité v textu a přílohách	113
• Právní předpisy citované v textu a přílohách	115

1. část

VSTUPNÍ ÚDAJE

Výroční zprávu za rok 2021 předkládá:

VŠEOBECNÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA ČESKÉ REPUBLIKY

se sídlem:

Praha 3, Orlická 4/2020

IČ 41197518

ZŘÍZENÁ:

zákonem ČNR č. 551/1991 Sb.,

**o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky,
dnem 1. ledna 1992**

BANKOVNÍ SPOJENÍ:

Česká národní banka

Na Příkopě 28, Praha 1

MONETA Money Bank, a. s.

BB Centrum, Vyskočilova 1422/1a, Praha 4

KONTAKTNÍ ÚDAJE:

telefon: +420 952 222 222

datová schránka: i48ae3q

e-mail: info@vzp.cz

e-podatelna: podatelna@vzp.cz

URL: www.vzp.cz

2. část

ÚVODNÍ SLOVO ŘEDITELE POJIŠŤOVNY

Vážení klienti, vážení partneři,

máme za sebou další náročný rok poznamenaný pandemií COVID-19. I když jsme přijali řadu operativních opatření už v roce 2020, objevovaly se stále nové výzvy, na něž jsme museli reagovat.

VZP se aktivně zapojovala do zajištění distribuce očkovacích látek v závislosti na tom, jak byly schvalovány Evropskou agenturou pro léčivé přípravky, a podpory činnosti očkovacích center napříč celou republikou i lékařů, kteří se do vakcinačních projektů zapojovali. S nástupem nové, nakažlivější mutace ke konci roku jsme spustili projekt VZP očkuje, jehož prostřednictvím jsme oslovovali firmy s nabídkou zajištění očkování zaměstnanců přímo na pracovištích, a tím přispěli k dosažení požadované větší proočkovanosti obyvatel. Mobilních očkovacích týmů využívali i zástupci měst a obcí k zajištění vakcín pro své občany. Náklady na zdravotní služby nakonec byly oproti původním odhadům i zásluhou vydané kompenzační vyhlášky a většímu počtu provedených testů na COVID-19 vyšší o 4,4 mld. Kč. Rok 2021 jsme ukončili se záporným hospodářským výsledkem ve výši -3,9 mld. Kč, který pokryjeme z rezerv vytvořených v minulých letech.

Příjmy ze zdravotního pojištění se i přes škody, které pandemie na hospodářství napáchala, nepropadly. Naopak celkový příjem základního fondu dosáhl hodnoty o 4,5 % vyšší, než jsme předpokládali ve zdravotně pojistném plánu. K tomuto výsledku určitě přispěla řada kompenzačních opatření přijatých vládou ČR, která zabránila propadu objemu mezd či růstu nezaměstnanosti, a opakované navýšení platby za státní pojištění. I díky tomu se nám nakonec podařilo dosáhnout lepšího výsledku o více než 5 miliard korun oproti predikcím ve zdravotně pojistném plánu, což považujeme za úspěch.

Řada klientů bohužel během pandemie zanedbávala prevenci, což se nám jednoznačně potvrdilo i na analytických datech. Naším cílem je samozřejmě do budoucna tento trend změnit, abychom dokázali některým nemocem předcházet nebo jejich nástup oddálit. Za tímto účelem nabízíme lékařům účast ve speciálních bonifikačních programech a příspěvky bychom chtěli nabídnout i pacientům z řad našich klientů, kteří chodí na pravidelné prohlídky, dodržují léčbu a doporučení lékaře. Edukaci ale nenecháváme jenom na lékařích. VZP nabízí klientům velké množství benefitů zaměřených na prevenci kardiovaskulárních, onkologických či infekčních onemocnění. V době epidemie navíc zavedla příspěvky zaměřené na psychosociální podporu, a to jak pro děti, tak i pro dospělé. Na důležitost prevence upozorňujeme i prostřednictvím naší aktivní účasti na projektech. Jsem rád, že se i v této nelehké době podařilo zorganizovat druhý ročník Blesk ordinace a že VZP v roli generálního partnera mohla být opět při tom.

Na druhou stranu se nám podařilo navýšit počet pacientů, jimž je poskytována zdravotní péče ve vysoce specializovaných centrech. Oproti roku 2020 jejich počet vzrostl o 10,5 %. Náklady v meziročním srovnání však rostly rychleji, a to o 17,1 %. Růst nákladů je dán především vstupem nových léčivých přípravků na trh zejména z oblasti oftalmologie, hemat-onkologie či k léčbě spinální svalové atrofie.

Epidemie COVID-19 zásadně urychlila nástup elektronizace ve zdravotnictví. VZP nabídla klientům na webových stránkách řadu nových elektronických formulářů, jejichž prostřednictvím mohou vyřídit základní administrativu on-line bez nutnosti osobní návštěvy na pobočce. Nové funkcionality byly doplněny i do aplikace Moje VZP, kterou aktuálně využívá téměř 800 tisíc klientů. To ale neznamena, že bychom rezignovali na pobočky, kterých máme více než 190 ve všech koutech republiky. Naopak předpokládáme, že se v brzké době promění do poradenských center. Nové metody si vyzkoušeli i lékaři, kterým jsme umožnili organizačním opatřením poskytovat tzv. distanční péči. Jednalo se o období, kdy osobní návštěva u lékaře byla pro řadu klientů obtížná. K tomuto kroku jsme přistoupili, abychom

zajistili i v této náročné době kvalitní a dostupnou péči všem, kdo ji potřebovali. V následujících letech se však chceme zaměřit na celkový rozvoj elektronizace zdravotnictví.

Na závěr mi dovolu, bych poděkoval všem našim partnerům a zaměstnancům, kteří nám pomáhali zvládat každodenní nástrahy epidemie a zajišťovat bezpečnou a dostupnou zdravotní péči. Věřím, že Vás nezklameme ani v roce 2022, který máme před sebou.



Zdeněk Kabátek

3. část

ORGÁNY POJIŠŤOVNY

V souladu se zákonem č. 551/1991 Sb. působily v roce 2021 ustavené orgány Pojišťovny, a to SR Pojišťovny a DR Pojišťovny.

3.1 SPRÁVNÍ RADA POJIŠŤOVNY

Složení SR Pojišťovny v roce 2021:

předsedkyně: prof. MUDr. Věra ADÁMKOVÁ, CSc.
místopředsedové: MUDr. Jiří BĚHOUNEK
doc. MUDr. Bohuslav SVOBODA, CSc.

členové:
jmenování vládou ČR:

Roman CABÁLEK
Mgr. Lucie KRAUSOVÁ
Ing. Vít ORTMANN
Ing. et Ing. Lenka POLIAKOVÁ
Ing. Helena RÖGNEROVÁ
prof. MUDr. Josef VYMAZAL, DSc.
Mgr. Jan ZAPLETAL
Mgr. Pavlína ŽÍLOVÁ

volení PSP ČR:

prof. MUDr. Věra ADÁMKOVÁ, CSc.
MUDr. Jiří BĚHOUNEK
MUDr. Milan BRÁZDIL
MUDr. Jaroslav DVOŘÁK
MUDr. Kamal FARHAN
MUDr. Miloslav JANULÍK
MUDr. David KASAL
Mgr. Soňa MARKOVÁ
Jaroslav NOVÁK
doc. MUDr. Jiří PÁRAL, Ph.D., MBA
Mgr. Jana PASTUCHOVÁ
MUDr. Tom PHILIPP, Ph.D., MBA
MUDr. Pavel PLZÁK
doc. MUDr. Bohuslav SVOBODA, CSc.
Ing. Pavel VÝCHODSKÝ, Ph.D.
prof. MUDr. Rostislav VYZULA, CSc.
Michal ZÁCHA, DiS.
MUDr. Petr ZIMMERMANN
MUDr. Karel ZITTERBART, Ph.D.
PhDr. Marek ŽENÍŠEK, Ph.D.

V roce 2021 se konalo celkem 11 jednání SR Pojišťovny.

3.2 DOZORČÍ RADA POJIŠŤOVNY

Složení DR Pojišťovny v roce 2021:

předseda: MUDr. Rudolf STUPKA
místopředseda: Mgr. Roman SKLENÁK (do 24. 9. 2021)

členové:

jmenování vládou ČR:

Ing. Jakub HAAS
MUDr. Jan MEČL
Mgr. Jan ZAHÁLKA

volení PSP ČR:

Ing. Petr BENDL
Mgr. Adam JANEK, MHA, MBA
Ing. Pavel JUŘÍČEK, Ph.D.
Ing. arch. Jaroslav KLAŠKA
Zdeněk MARŠÍČEK
MUDr. Jiří MAŠEK
Zdeněk PODAL
Mgr. Roman SKLENÁK (do 24. 9. 2021)
MUDr. Rudolf STUPKA
prof. MUDr. Julius ŠPIČÁK, CSc.
Ing. Roman VÁŇA (od 1. 10. 2021)

V roce 2021 se konalo celkem 6 jednání DR Pojišťovny.

3.3 ROZHODČÍ ORGÁN POJIŠŤOVNY

Na základě § 53 zákona č. 48/1997 Sb. byl ustanoven RO Pojišťovny.

Složení RO Pojišťovny v roce 2021:

předsedkyně:

JUDr. Hana HYNKOVÁ (zástupce Pojišťovny)
(do 30. 6. 2021)
JUDr. Olga MIKLASOVÁ (zástupce Pojišťovny)
(od 1. 7. 2021)

místopředseda:

Ing. Hana SEMÍNOVÁ (zástupce MZ ČR)

členové:

za SR Pojišťovny:

MUDr. Milan BRÁZDIL
MUDr. Tom PHILIPP, Ph.D., MBA
Ing. et. Ing. Lenka POLIAKOVÁ

za DR Pojišťovny:

Ing. Jakub HAAS
MUDr. Jiří MAŠEK
Mgr. Roman SKLENÁK
(do 24. 9. 2021)
Ing. Petr BENDL
(od 16. 11. 2021)

za MF ČR:

Ing. Anita GOLOVKOVÁ

za MPSV ČR:

Ing. Květoslava CIMLEROVÁ

V roce 2021 se konalo celkem 24 jednání RO Pojišťovny.

3.4 VÝBOR PRO AUDIT POJIŠŤOVNY

Na základě zákona č. 93/2009 Sb. byl DR Pojišťovny zřízen VA Pojišťovny.

Složení VA Pojišťovny v roce 2021:

předseda: Ing. Petr JURÁK, MBA, FCCA, CIA

členové:
Ing. Petr JURÁK, MBA, FCCA, CIA
Ing. Luboš MAREK
Ing. Květuše SRNOVÁ (do 30. 4. 2021)
MUDr. Rudolf STUPKA

V roce 2021 se konalo celkem 6 jednání VA Pojišťovny.

4. část

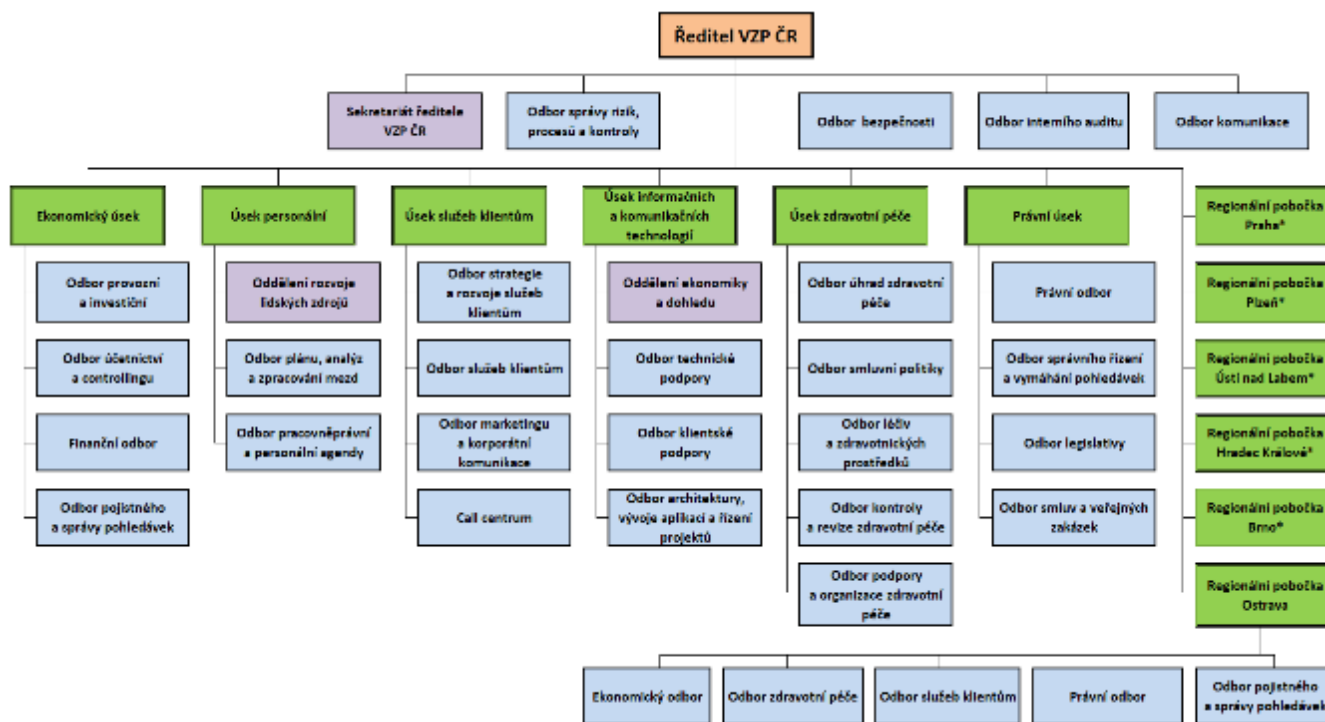
ČINNOST POJIŠŤOVNY

4.1 ORGANIZAČNÍ STRUKTURA

Organizační strukturu Pojišťovny tvoří Ústředí, RP Pojišťovny a klientská pracoviště. V roce 2021 v Pojišťovně došlo ke dvěma organizačním změnám. S účinností od 1. 9. 2021 byla provedena změna v organizační struktuře Ústředí v souvislosti s novým konceptem jednotné strategie komunikace a marketingu Pojišťovny, která spočívala v začlenění agendy korporátní komunikace z Odboru komunikace do Úseku služeb klientům. S účinností od 1. 11. 2021 byla provedena změna vyvolaná novelou zákona č. 48/1997 Sb., kterým jsou s účinností od 1. 1. 2022 podle § 20 tohoto zákona zřízeny revizní komise jako orgány rozhodující ve správním řízení ve věcech vymezených zákonem a změněna působnost RO. Organizační změnu bylo nutné provést s předstihem, aby byla Pojišťovna připravena zajistit činnosti ke dni účinnosti legislativní změny. Organizační změna spočívala v doplnění agendy revizních komisí do činnosti Odboru podpory a organizace zdravotní péče v Úseku zdravotní péče, doplnění či upřesnění činností souvisejících se změnou v rozhodování o návrzích pojištěnců na úhradu zdravotních služeb v dalších útvech Úseku zdravotní péče a Právního odboru a v upřesnění činností souvisejících s agendou RO v Odboru správního řízení a vymáhání pohledávek a Právním odboru.

Uvedené organizační schéma zobrazuje organizační strukturu Pojišťovny v úrovni úseků, odborů a samostatných oddělení (tj. oddělení přímo řízených ředitelem Pojišťovny nebo jeho náměstký). RP Pojišťovny svou organizační strukturou kopírují hlavní činnosti odborných útvarů Ústředí. V organizačním schématu nejsou uvedeny orgány Pojišťovny.

Organizační schéma platné k 31. 12. 2021



* Regionální pobočka má stejné organizační uspořádání do úrovně odborů jako Regionální pobočka Ostrava

Pojišťovna je jediným akcionářem obchodní korporace Pojišťovna VZP a. s., se sídlem Lazarská 1718/3, Praha 1, IČ 271 16 913. PVZP vykonává svoji činnost v souladu s povolením MF č. j. 322/102368/2003 ze dne 1. prosince 2003. Předmětem podnikání PVZP jsou vybrané pojišťovací činnosti podle zákona č. 277/2009 Sb., dále činnosti související s pojišťovací činností a zajišťovací činnost pro neživotní pojištění.

PVZP je největším retailovým prodejcem cestovního pojištění a jedničkou na trhu v oblasti zdravotního pojištění cizinců. Poskytuje pojištění zdravotních rizik (např. nemocenských dávek nebo úrazů). Poskytuje také služby v oblasti pojištění majetku a odpovědnosti občanů i podnikatelů včetně profesní odpovědnosti lékařů, farmaceutů a dalších PZS.

Pojišťovna vlastní 5 % akcií obchodní korporace Společnost pro eHealth databáze, a. s., se sídlem Jihlavská 1558/21, Praha 4, IČ 264 33 109. Předmětem podnikání společnosti je zejména poskytování software, poradenství v oblasti IT, zpracování dat, hostingové a související činnosti a webové portály, dále poradenská a konzultační činnost, zpracování odborných studií a posudků, výzkum a vývoj v oblasti přírodních a technických věd nebo společenských věd a reklamní činnost, marketing a mediální zastoupení.

Pojišťovna je členem Otevřeného svazu zdravotních pojišťoven. Účelem tohoto svazu je zajištění a koordinace účasti Pojišťovny na dohodovacím řízení se zástupci příslušných skupin PZS podle ustanovení § 17 zákona č. 48/1997 Sb.

Pojišťovna je členem Mezinárodní asociace vzájemných pojišťoven (AIM). Účast v této instituci přináší Pojišťovně řadu poznatků v oblasti v.z.p., a to zejména na úrovni EU.

4.2 INFORMAČNÍ SYSTÉM

V návaznosti na schválenou strategii budování nového informačního systému – NIS z roku 2016, došlo na květnovém zasedání SR Pojišťovny k odsouhlasení nové informační koncepce, která je založena na udržitelném principu kooperace pracovníků Pojišťovny a celého dodavatelského řetězce s jasně definovanými pravidly a mantinely vedoucími k získání práv nad celým IS Pojišťovny. V rámci všech etap programu rozvoje IS Pojišťovny **je kladen důraz na obslužnost klienta, a to zejména s ohledem na již platnou legislativu o právu na digitální službu, na bezpečnost IS, na legislativu zákona o kybernetické bezpečnosti, GDPR a v neposlední řadě také na uvolnění IS (eliminace vendor lock-in) a snížení závislosti na stávajícím dodavateli IS Pojišťovny.** Jednotlivé kroky jsou naplánovány tak, aby jejich realizace byla proveditelná a získané kompetence bylo možno v čase a daném personálním obsazení absorbovat a dále kvalitně spravovat, resp. uvolněné komponenty nadále rozvíjet v prostředí zákona č. 134/2016 Sb. formou otevřených výběrových řízení.

V průběhu realizace programu NIS došlo k významným legislativním změnám, a to zejména v oblasti kybernetické bezpečnosti, které nutí Pojišťovnu aktivně reagovat na aktuální situaci. V důsledku tlaku Pojišťovny na zásadní zmírnění tzv. zámku dodavatele (vendor lock-in) došlo ke změnám v obchodní politice primárního dodavatele IS Pojišťovny (DXC Technology) a obě strany dospěly k dohodě o systematickém uvolňování vendor lock-inu, jež bude mít za následek přechod vlastnických práv ze strany dodavatele na Pojišťovnu. V důsledku toho se Pojišťovna stane provozovatelem svého IS. Nová strategie budování NIS byla nazvána „Restart NIS 2020“. Tato aktivita zohlední zásadní změny externího i interního charakteru.

V rámci klíčového technologického projektu a zároveň i základního stavebního kamene programu NIS – **Modernizace integrační platformy**, byly dokončeny přípravné práce pro upgrade služeb v modernizovaném prostředí integrační platformy a byly provedeny všechny tři vlny migrace.

Všechny projektové aktivity související s modernizací a uvolněním byly řádně dokončeny a akceptovány. Aktivity byly zaměřené na monitoring, optimalizaci B2B služeb, homologaci, šifrování, standardy. Následně bude provedena akceptace díla jako celku.

Tím je aktuálně dokončováno faktické i právní odemykání (eliminace vendor lock-in) jedné z nejdůležitějších komponent IS Pojišťovny dalším dodavatelům.

Paralelně s touto klíčovou aktivitou bylo připraveno plně v souladu s principy eGovernmentu v rámci projektu **OSVČ v Paušální dani a pojistném** technické řešení pro ověřování účasti v systému v.z.p. a předávání údajů o nových OSVČ v režimu paušální platby mezi Generálním finančním ředitelstvím, Pojišťovnou jako správcem CRP a jednotlivými ZP. Projekt nadále probíhá i v roce 2022 a pokračuje v něm příprava dalších služeb pro komunikaci o OSVČ v režimu paušálních plateb.

Každoročně byla rovněž zajištěna v rámci projektu **Financování 2021** úprava stávajících funkcionalit aplikací výdajové části v IS Pojišťovny pro potřeby vyúčtování, bonifikací a regulací PZS v souladu s úhradovou vyhláškou na rok 2021 a v souladu s úhradovými dodatky pro PZS tak, aby Pojišťovna mohla efektivně zajistit finanční vypořádání ve smluvních a vyhláskových termínech.

S odkazem na primární záměr Pojišťovny spočívající v maximální podpoře využití moderních trendů v oblasti IT, cloudových služeb, sociálních sítí a využití mobilních zařízení byly naplněny stanovené cíle v rámci rozvoje elektronické komunikační platformy – eVZP, u níž došlo k ukončení vývoje funkcionalit v aplikaci Moje VZP, kde mají klienti Pojišťovny nově k dispozici dostupnou službu **Žádost o nový průkaz pojištěnce a formulář pro podání on-line žádosti o příspěvek z fondu prevence**.

V oblasti datového skladu Pojišťovny – DWH v rámci naplňování strategických cílů rozvoje DWH byly realizovány projekty nezbytné k realizaci postupného přechodu od dodavatelského řešení DWH k řešení založenému na interním vývoji.

Počítá se s realizací projektů souvisejících se zajištěním „Standardu kybernetické bezpečnosti“ a „Aktivity související s rozvojem Telemedicíny“. Pokračuje plnění z uzavřených smluv na „Vytvoření Znalostní báze a redakčního systému“ a nákupy z již uzavřených Rámcových smluv.

Dále v rámci modernizace síťové infrastruktury došlo k inovaci systému preventivní ochrany IPS, což je pro Pojišťovnu nepřímě stanoveno zákonem č. 181/2014 Sb. a zejména vyhláškou č. 82/2018 Sb. Nový systém IPS ve spojení s centralizovaným managementem disponuje možnostmi detekce a potlačení pokročilých a cílených typů útoků a tím splňuje požadavky, které jsou explicitně vyžadované ve specifikacích zákona č. 181/2014 Sb.

4.3 KONTROLA A KONTROLNÍ SYSTÉM

Kontrolní systém Pojišťovny v roce 2021 zahrnoval dva základní segmenty.

První z nich tvoří vnitřní kontrolní systém, který se řídí zákonem č. 320/2001 Sb. a jeho prováděcí vyhláškou č. 416/2004 Sb. Vnitřní kontrolní systém zahrnoval kontroly zajišťované vedoucími zaměstnanci a Oddělením kontroly začleněným do Odboru správy rizik, procesů a kontroly. Dále je součástí vnitřního kontrolního systému samostatný Odbor interního auditu podřízený řediteli Pojišťovny.

Druhý základní segment kontrolního systému je cílen vně Pojišťovny. Je tvořen systémy zajišťujícími kontroly plátců pojistného, prováděné podle zákona č. 592/1992 Sb. a kontrolní a revizní činností PZS podle zákona č. 48/1997 Sb.

Soustavnou kontrolu ve smyslu zákona č. 551/1991 Sb. vykonává DR Pojišťovny. Podle zákona č. 93/2009 Sb. sleduje a posuzuje vybrané činnosti Pojišťovny rovněž VA Pojišťovny.

Kontrolu činnosti Pojišťovny provádí v souladu se zákonem č. 551/1991 Sb. MZ v součinnosti s MF. Dohled nad činností Pojišťovny je rovněž realizován formou schvalovacích procesů, které

provádějí v rámci svých zákonných pravomocí příslušná ministerstva, Vláda ČR, PSP ČR a Senát Parlamentu ČR, dále pak SR Pojišťovny.

4.3.1 KONTROLY PROVEDENÉ VNĚJŠÍMI KONTROLNÍMI ORGÁNY

V roce 2021 byly v Pojišťovně provedeny a ukončeny kontroly:

- MZ a MF č. 18/2019 – „Smluvní politika zdravotních pojišťoven“. Předmětem kontroly bylo ověření nastavení systémů a procesů v oblasti smluvní politiky ZP a účinnost kontrol poskytování hrazených služeb a jejich vyúčtování ZP. Kontrolní skupina mimo jiné konstatovala, že řídicí dokumentace Pojišťovny pro Rozhodovací proces o smluvních vztazích s PZS je na vysoké úrovni a výstupy revizního systému signalizují nadprůměrnou účinnost tohoto systému. Kontrolou byly dále zjištěny dílčí nedostatky, ke kterým Pojišťovna v souladu s ustanovením § 10 odst. 2 zákona č. 255/2012 Sb. předala kontrolnímu orgánu písemnou zprávu o odstranění nebo prevenci nedostatků zjištěných kontrolou.
- MV č. 2021/121 podle zákona č. 99/2019 Sb. Kontrolou byly zjištěny dílčí nedostatky, ke kterým Pojišťovna v souladu s ustanovením § 10 odst. 2 zákona č. 255/2012 Sb. předá kontrolnímu orgánu písemnou zprávu o odstranění nebo prevenci nedostatků zjištěných kontrolou.
- Odborového svazu pracovníků peněžnictví a pojišťovnictví zaměřené na stav BOZP vybraných pracovišť Pojišťovny. Kontrolami nebyly zjištěny žádné nedostatky.
- Hygienické stanice hl. m. Prahy zaměřená na plnění povinností zaměstnavatele stanovených v Mimořádném opatření č. j. MZDR – 15757/2020-47/MIN/KAN. Kontrolou nebyly zjištěny žádné nedostatky.

Dále v roce 2021 v Pojišťovně probíhalo dalších 6 kontrol/řízení, které nebyly k 31. 12. 2021 ukončeny. Jedná se o kontroly/řízení:

- MZ a MF č. 11/2019 – „Jiná činnost, než je provozování veřejného zdravotního pojištění (zdaňovaná činnost)“,
- MZ a MF č. 1/2020 – „Vyřizování stížností na nedostupnost zdravotních služeb“,
- NKÚ č. 20/24 – „Prostředky vybírané na základě zákona ve prospěch Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky“,
- MZ a MF č. 4/2021 – „Akvizice nových pojištěnců/přeregistrace“,
- Státního oblastního archivu v Praze na dodržování povinností na úseku archivnictví a spisové služby,
- ÚOHS ve věci veřejné zakázky „ID č. 2000310 Smlouva o poskytování Integrovaných zdrojů v rámci IS VZP ČR“.

Je předpoklad, že tyto kontroly budou ukončeny v průběhu roku 2022.

Dále ÚOHS zastavil řízení vedené proti Pojišťovně ve věci veřejné zakázky „ID č. 2000291 Zajištění reklamních, kreativních a grafických služeb“.

4.3.2 KONTROLY USKUTEČNĚNÉ VNITŘNÍMI KONTROLNÍMI ORGÁNY A ČINNOST ROZHODČÍHO ORGÁNU

Oddělení kontroly provádí kontroly v rámci celé Pojišťovny, které jsou kontrolami vnitřními, nikoli veřejnosprávními, neboť Ústředí Pojišťovny, RP Pojišťovny a jejich klientská pracoviště jsou součástí Pojišťovny jako jednoho orgánu veřejné správy a nejsou samostatnými orgány veřejné správy. Cílem oddělení kontroly je zejména ověřovat plnění povinností Pojišťovny

při realizaci jejího poslání, hospodaření s vlastním majetkem a majetkem jí svěřeným, které vyplývají z právních a vnitřních předpisů Pojišťovny nebo které jí byly uloženy oprávněným orgánem. Oddělení kontroly se v roce 2021 řídilo Plánem kontrolní činnosti. Celkem bylo provedeno 10 plánovaných kontrol a 1 mimořádná kontrola. Zprávy obsahovaly závěry kontrol včetně stanovení doporučení a podnětů formulovaných v návaznosti na jednotlivá kontrolní zjištění, která byla projednána s vedoucími zaměstnanci kontrolovaných útvarů. Na základě identifikovaných zjištění v rámci provedených kontrol navrhlo oddělení kontroly celkem 18 doporučení, z toho 12 jich bylo splněno. Stav plnění 6 doporučení bude monitorován v následujícím období. Dále bylo v roce 2021 splněno 9 doporučení, které byly uloženy v předcházejícím roce.

Rozhodčí orgán

RO zajišťuje při své rozhodovací činnosti významnou úlohu v oblasti kontrolní činnosti Pojišťovny.

Rozhodovací činnost RO lze rozdělit do dvou oblastí, a to na oblast pojistného na v.z.p. a na oblast zdravotní péče poskytované v zahraničí. V oblasti pojistného rozhodoval RO v roce 2021 o odvoláních plátců pojistného proti rozhodnutím RP Pojišťovny ve věcech pojistného, penále, pokut a o odstranění tvrdosti při uložení pokuty a o předepsání penále, jehož výše přesáhla 20 tis. Kč. V oblasti zdravotní péče poskytované v zahraničí rozhodoval RO v roce 2021 o odvoláních pojištěnců proti rozhodnutí ve věcech udělení předchozího souhlasu dle § 14b zákona č. 48/1997 Sb., vydání povolení podle koordinačních nařízení, náhrady nákladů podle § 14 odst. 2 až 4 zákona č. 48/1997 Sb.

RO se v roce 2021 sešel k 24 jednáním a projednal v rámci odvolacího správního řízení a řízení o odstranění tvrdosti celkem 3 656 odvolání a žádostí ve věci pojistného, 55 odvolání pojištěnců ve věci refundací částek vynaložených na zdravotní péči čerpanou v zahraničí a 3 odvolání ve věci vydání povolení čerpání zdravotní péče v zahraničí podle koordinačních nařízení.

Institut odstranění tvrdosti ve smyslu ustanovení § 53a zákona č. 48/1997 Sb. byl RO aplikován u 3 251 případů a prominuto bylo penále ve výši 73 656 tis. Kč.

RP Pojišťovny, které rozhodují o prominutí penále do 20 tis. Kč, vydaly v roce 2021 celkem 20 776 rozhodnutí a prominuto bylo penále ve výši 51 016 tis. Kč. Rozhodování Pojišťovny o odstranění tvrdosti se řídí jednotnou metodikou.

Rozhodnutí RO jsou konečná a jsou přezkoumatelná soudem v rámci správního soudnictví. V roce 2021 byla rozhodnutí RO napadena 3 správními žalobami. V roce 2021 byla 1 správní žaloba a 2 kasační stížnosti soudem zamítnuty. Předmětem soudních sporů byla výše dlužného pojistného a penále, oprava evidence o pohledávkách, jeden spor se týkal refundace zdravotních služeb čerpaných v zahraničí. V roce 2021 nebylo vydáno žádné soudní rozhodnutí, které by bylo podkladem pro úpravu vnitřní metodiky v oblasti vymáhání pojistného na v.z.p.

4.3.3 ZAMĚŘENÍ ČINNOSTI VNITŘNÍHO AUDITORA

Součástí vnitřního kontrolního systému Pojišťovny je organizačně oddělený a funkčně nezávislý Odbor interního auditu, který je podřízen přímo řediteli Pojišťovny. Jeho úlohou je poskytovat objektivní ujišťovací a poradenskou činnost zaměřenou na přidávání hodnoty, napomáhat zdokonalování procesů Pojišťovny a zvyšování účinnosti systému řízení rizik, řídicích a kontrolních procesů a řízení a správy Pojišťovny.

Činnost interního auditu se v roce 2021 řídila ročním plánem interních auditů, který vycházel ze Střednědobého plánu interního auditu Pojišťovny na období 2021–2025, vypracovaného na základě analýzy rizik jednotlivých oblastí činnosti Pojišťovny.

Roční plán interního auditu na rok 2021 byl splněn. Bylo realizováno celkem 13 plánovaných auditů. V průběhu roku 2021 nebyly vyžádány žádné další mimořádné audity.

Realizované audity byly zaměřeny zejména na oblast výběru pojistného (předpis pojistného a správa pohledávek, včetně daňových exekucí), jednotné smluvní politiky (bonifikace PZS a uzavírání úhradových dodatků v segmentu stomatologie), úhrad zdravotních služeb (včetně oprávněnosti navýšení předběžných měsíčních úhrad), oblast provozu (zadávání veřejných zakázek, vedení spisové služby, zajištění platebního styku, tvorba rezerv na soudní spory), bezpečnosti a řízení rizik a aktiv Pojišťovny (včetně zajištění kybernetické bezpečnosti) a dodržování souladu s platnou legislativou.

Dále bylo předmětem auditů ověřování přiměřenosti a účinnosti vnitřního kontrolního systému a ověřování hospodárnosti, efektivnosti a účelnosti prováděných operací a činností. V rámci jednotlivých auditních šetření byla rovněž prověřována validita informací o činnosti a výsledcích Pojišťovny pro řízení Pojišťovny včetně informací předkládaných SR Pojišťovny, DR Pojišťovny a VA Pojišťovny.

Na základě identifikovaných zjištění v rámci provedených plánovaných auditů bylo stanoveno celkem 24 doporučení k odstranění zjištěných nedostatků, k nimž byla přijata nápravná opatření. Auditní zprávy byly předkládány řediteli Pojišťovny, VA Pojišťovny a DR Pojišťovny. Tyto zprávy obsahovaly závěry auditů, včetně stanovení doporučení formulovaných v návaznosti na jednotlivá zjištění, která byla projednána s manažery auditovaných útvarů.

Součástí činnosti interního auditu byl čtvrtletní monitoring plnění nápravných opatření a doporučení vyplývajících ze závěrů provedených auditů, který byl předkládán vedení Pojišťovny, VA a DR Pojišťovny.

Interní audit v roce 2021 rovněž poskytoval v rámci Pojišťovny konzultační a poradenské služby.

Činnost interního auditu byla prováděna v souladu s Mezinárodním rámcem profesní praxe interního auditu.

4.3.4 KONTROLY PLÁTCŮ POJISTNÉHO

Kontroly plátců jsou nezbytnou součástí procesu výběru pojistného, jenž je svým přínosem v podobě zajištění finančních prostředků na plynulou a dostupnou zdravotní péči pro všechny pojištěnce nepostradatelným článkem ve fungování Pojišťovny.

Kontrolní činnost je prováděna jak formou pravidelných kontrol dle stanovených plánů, tak také formou mimořádných kontrol. Kontroly zaměstnavatelů jsou realizovány fyzickou kontrolou dokladů a kontrolou vyúčtováním pojistného na základě údajů získaných z IS Pojišťovny. Kontroly individuálních plátců jsou v naprosté většině případů prováděny formou vyúčtování pojistného.

V rámci kontrolní činnosti bylo provedeno celkem 157 052 kontrol placení pojistného a plnění ostatních povinností plátců pojistného, z toho bylo provedeno 76 236 kontrol u zaměstnavatelů a 80 816 kontrol individuálních plátců pojistného. Při těchto kontrolách byl zjištěn v 80 078 případech dluh na pojistném a v 107 758 případech bylo vyčísleno penále.

Pokud nebyl dluh na pojistném nebo penále ve stanovené lhůtě uhrazen, Pojišťovna jej plátcí předepsala VN, případně s plátcem zahájila správní řízení a dluh následně vyměřila PV. Ve správním řízení byly také uloženy pokuty dle § 26 zákona č. 592/1992 Sb. a podle § 44 zákona č. 48/1997 Sb.

V roce 2021 bylo vydáno celkem 73 428 VN, které obsahovaly 56 343 položek na dlužné pojistné a 73 115 položek na dlužné penále. Ve správním řízení bylo vystaveno celkem 9 949 PV na dlužné pojistné, 11 174 PV na penále a 63 PV na pokuty. V následujících tabulkách jsou uvedeny částky vyměřeného, resp. předepsaného dlužného pojistného, penále a pokut a úhrad na tituly PV a VN, které jsou úhradami v daném roce, bez rozlišení období vystavení titulů.

Částky dlužného pojistného, penále a pokut, vyměřené a uhrazené na PV v roce 2021 (v tis. Kč)

PV	2021	
	Vyměřeno	Uhrazeno
Dlužné pojistné	577 583	284 912
Penále, pokuty	700 881	233 172
Celkem	1 278 464	518 084

interní tabulka

Částky dlužného pojistného a penále, předepsané a uhrazené na VN v roce 2021 (v tis. Kč)

VN	2021	
	Předepsáno	Uhrazeno
Dlužné pojistné	2 129 118	1 481 577
Penále	1 949 849	516 217
Celkem	4 078 967	1 997 794

interní tabulka

4.3.5 ODPISY DLUŽNÉHO POJISTNÉHO

Odpisy pojistného, penále, pokut a přírážek k pojistnému jsou prováděny v souladu s ustanovením § 26c zákona č. 592/1992 Sb. a vnitřním předpisem, který obecně upravuje problematiku odpisu všech pohledávek Pojišťovny. Jejich výše je dlouhodobě významným ukazatelem.

Odpisy pojistného, penále, pokut a přírážek k pojistnému v roce 2021 (v tis. Kč)

Odpisy	Pojistné		Penále		Pokuty a přirážky		Celkem
	odpis	promlčení	odpis	promlčení	odpis	promlčení	
Zaměstnavatelé	131 738	13 309	1 985 965	67 498	451	144	
Samoplátcí	766 030	6 060					
Celkem odpisy	897 768		1 985 965		451		2 884 184
Celkem promlčení		19 369		67 498		144	87 011
Celkem odpisy a promlčení	917 137		2 053 463		595		2 971 195
Veřejná podpora							122 317
Celkem odpisy a promlčení včetně veřejné podpory							3 093 512

interní tabulka

V roce 2021 bylo hlavním důvodem provádění odpisů především bezvýsledné vymáhání dle § 26c zákona č. 592/1992 Sb. Následovaly odpisy z důvodu zániku plátce bez právního nástupce a odpisy pohledávek po uplynutí promlčecí doby po předchozím posouzení pohledávky jako bezvýsledně vymáhané. Nejvyšší částky byly v roce 2021 odepsány z titulu zániku plátce bez právního nástupce, následovaly odpisy pohledávek po uplynutí promlčecí doby po předchozím posouzení pohledávky jako bezvýsledně vymáhané.

Pojišťovna podle legislativy EU sledovala a vykazovala výši poskytnuté veřejné podpory, tzv. podpory de minimis, při rozhodování o prominutí penále. V tomto procesu bylo u jednotlivých plátců průběžně kontrolováno dodržení povolených limitů veřejné podpory.

Stav odepsaných položek za plátcí pojistného, evidovaný na podrozvahových účtech k 31. 12. 2021, dosáhl výše 20 261,9 mil. Kč.

Ukazatel „Odpis pohledávek podle § 1 odst. 5 vyhlášky o fondech“ ve výši 3 004,7 mil. Kč, vykázaný na ř. A.III.4 v Příloze č. 2 ZFZP, uvádí odpisy pohledávek včetně odpisů pohledávek z náhrad škod a neoprávněné fakturace PZS.

4.3.6 VYHODNOCENÍ PLNĚNÍ OZNAMOVACÍ POVINNOSTI ZAMĚSTNAVATELŮ

Počet případů nedodaných přehledů v řádném termínu ze strany zaměstnavatelů byl v roce 2021 na téměř shodné úrovni jako v předchozích letech, tj. na úrovni do 1 % povinného počtu. V případě, že jsou u plátce i přes provedené úkony evidovány chybějící přehledy, je stanovena pravděpodobná výše pojistného na základě § 25a zákona č. 592/1992 Sb.

4.3.7 TVORBA OPRAVNÝCH POLOŽEK S PŘÍSLUŠNOSTÍ K JEDNOTLIVÝM FONDŮM

Pojišťovna v roce 2021 tvořila opravné položky proti ZFZP k pohledávkám v oblasti v.z.p. Tyto položky jsou podle § 21 odst. 2 vyhlášky č. 503/2002 Sb. vytvářeny ve výši minimálně 5 % za každých 90 dnů po splatnosti pohledávky. V letech 2016–2019 byl na základě analýzy návratnosti pro tvorbu opravných položek k pohledávkám používán koeficient ve výši 9,5 %. V roce 2020 byl na základě nové analýzy tento koeficient zvýšen na 10 %. V roce 2021 byl použit koeficient ve stejné výši. Celková výše opravných položek k pohledávkám k 31. 12. 2021 činila 24 981,4 mil. Kč (Příloha č. 1 Přehled údajů o činnosti zdravotní pojišťovny, ř. 28) a z této částky byly oprávký k pohledávkám za plátcí pojistného 24 510,7 mil. Kč, tj. 98,1 %.

Dále byly k 31. 12. 2021 vytvořeny opravné položky k pozemkům ve výši 28,3 mil. Kč a ke stavbám ve výši 206,1 mil. Kč. Opravné položky k nemovitému majetku Pojišťovna tvořila proti fondu majetku.

4.4 ZDRAVOTNÍ POLITIKA A REVIZNÍ ČINNOST

4.4.1 ZDRAVOTNÍ POLITIKA

Pojišťovna svou činností zajišťovala naplnění základních cílů zdravotní politiky, které byly nastaveny v ZPP 2021. Stanovené cíle zdravotní politiky navazovaly i na minulá období. Hospodárnou činností se podařilo zajistit zejména:

- zabezpečení dostupných, kvalitních a bezpečných zdravotních služeb pojištěncům prostřednictvím sítě smluvních PZS,
- maximální racionalitu při čerpání nákladů na zdravotní služby,
- sledování a hodnocení kvality poskytovaných zdravotních služeb (Program kvality péče AKORD, bonifikační program VZP PLUS, dialyzační péče),
- zajištění efektivity při poskytování zdravotních služeb – posilování jednodenní péče v nemocnicích,
- podporu generační obměny zejména u poskytovatelů primární péče,
- centralizaci nákladné zdravotní péče a léčby specifickými léčivými přípravky na specializovaná pracoviště (centra se Zvláštní smlouvou) a centralizaci vysoce specializované péče se snahou zajistit racionální, bezpečnou a účelnou farmakoterapii a léčbu,
- podporu prevence vybraných nádorových onemocnění – pokračování v adresném zvaní na screeningové programy.

Zdravotní politika Pojišťovny byla závislá na objemu disponibilních finančních prostředků vyčleněných na úhradu nákladů na zdravotní služby. Plán nákladů na zdravotní služby v roce 2021 byl dodržen.

V následujícím komentáři jsou uvedeny základní mechanismy úhrad v jednotlivých segmentech zdravotních služeb, základní informace k revizní činnosti a základní informace ke smluvní politice, které měly vliv na čerpání nákladů na zdravotní služby.

Mechanismy úhrad používané v jednotlivých segmentech zdravotních služeb v roce 2021 včetně uplatněných regulačních mechanismů

Úhrada zdravotních služeb byla v roce 2021 realizována v souladu s vyhláškou MZ č. 428/2020 Sb. (dále jen „úhradová vyhláška“). V souvislosti s epidemií onemocnění COVID-19 způsobenou novým koronavirem označovaným jako SARS-CoV-2, jejíž šíření pokračovalo na území ČR i v průběhu roku 2021, byly zákonem č. 160/2021 Sb. (dále jen „zákon o kompenzacích“), a následně vyhláškou č. 242/2021 Sb. (dále jen „kompenzační vyhláška“) stanoveny kompenzace zohledňující náklady a výpadky v poskytování hrazených služeb vzniklé v důsledku epidemie v roce 2021.

U poskytovatele s předběžnou měsíční úhradou se stanovila celková výše úhrady ve dvou etapách:

- a) podle zákona č. 48/1997 Sb. a
- b) podle zákona o kompenzacích,

přičemž uplatněn byl výpočet, ze kterého vyplýval vyšší finanční nárok.

V naprosté většině segmentů zdravotních služeb došlo v roce 2021 k uzavření dohod v rámci Dohodovacího řízení o hodnotách bodu, výši úhrad zdravotních služeb hrazených z veřejného zdravotního pojištění a regulačních omezeních. Obsah těchto dohod byl v plném rozsahu převeden do výše uvedené úhradové vyhlášky. Referenčním obdobím byl stanoven rok 2019.

Stomatologická péče

Pojišťovna měla k 31. 12. 2021 uzavřen smluvní vztah s 8 059 stomatologickými pracovišti. V segmentu stomatologie podporovala vznik nových praxí a jejich generační obměnu.

Úhrada byla prováděna výkonově dle úhrad a příslušných regulačních omezení uvedených v úhradové vyhlášce. Úhrada stomatologických výrobků plně hrazených z v.z.p. byla ve výši maximálních cen stanovených Cenovým rozhodnutím MZ ČR, kterým se stanoví maximální ceny zdravotní péče zubních lékařů hrazené z v.z.p., a v souladu s Přílohou č. 4 zákona č. 48/1997 Sb., dle níž byly hrazeny i stomatologické výrobky částečně hrazené z v.z.p.

V roce 2021 došlo k nárůstu úhrady u výkonů ošetření stálého zubu plastickou výplní, ošetření dočasného zubu plastickou výplní, extrakce stálého zubu nebo dočasného moláru s neresorbovanými kořeny, komplexní léčby chronických onemocnění parodontu v rámci pravidelné parodontologické péče, komplexního vyšetření a návrhu léčby onemocnění ústní sliznice v rámci pravidelné specializované péče a chirurgie tvrdých tkání dutiny ústní velkého rozsahu. Zároveň došlo k plošnému navýšení úhrady všech ortodontických výkonů o 3 %. V rámci zachování dostupnosti stomatochirurgické péče byl nadále nasmlouván vybraným poskytovatelům, splňujícím dohodnutá kritéria, kód 00968 – stomatochirurgické vyšetření a ošetření neregistrovaného pojištěnce praktickým zubním lékařem – stomatochirurgem.

V roce 2021 pokračoval program VZP PLUS – STOMATOLOGIE, určený pro všechny praktické zubní lékaře. Jeho cílem bylo zlepšit dostupnost hrazených služeb a proregistrovanost pojištěnců Pojišťovny u praktických zubních lékařů a zároveň zajistit nahlášení registrací do KC. Program byl nadále realizován prostřednictvím třech bonifikačních plateb, a to platby za nově registrované pojištěnce, platby za hlášení do KC a platby za péči o registrované pojištěnce. Pro rok 2021 byla hrazena bonifikace za nově registrovaného pojištěnce ve výši 500 Kč a měsíční paušální platba ve výši 1 000 Kč za hlášení do KC. Bonifikační platba za péči o registrované pojištěnce činila 40, resp. 60 Kč za každého pojištěnce registrovaného u daného poskytovatele do 31. 12. 2020, na kterého byl v předchozích dvou letech vykázán některý z kódů vykazovaných v rámci tzv. pravidelné péče. Do programu se zapojilo 85 % všech pracovišť odbornosti 014, kteří se do programu mohli zapojit (tedy s výjimkou pracovišť v odbornosti 014, která disponují osvědčením pro poskytování specializovaných stomatologických služeb v oblasti parodontologie a stomatochirurgie).

Péče praktických lékařů

Pojišťovna měla k 31. 12. 2021 uzavřen smluvní vztah s 5 203 pracovišti v odbornosti VPL a s 1 949 pracovišti v odbornosti PLDD. V tomto segmentu byl aktivně podporován vznik nových praxí a jejich generační obměna.

Zdravotní služby poskytované v segmentu VPL a PLDD byly hrazeny převážně formou kombinované kapitačně výkonové platby. Výše základní kapitační sazby závisela na rozložení a délce ordinační doby a možnosti objednat se na pevně stanovenou dobu, tj. na zajištění dostupnosti. Hodnota základní kapitační sazby činila u VPL 56 Kč, 50 Kč nebo 48 Kč na měsíc na jednoho přepočteného pojištěnce a u PLDD 56 Kč, resp. 50 Kč. Maximální požadovanou dostupnost splnilo 76 % VPL a splnilo nárok na kapitační sazbu ve výši 56 Kč. U PLDD splnilo tyto podmínky 62 % lékařů. VPL byli navíc motivováni k péči o své registrované pojištěnce. Pokud VPL provedl v roce 2021 preventivní prohlídky u alespoň 30 % svých registrovaných pojištěnců ve věku od 40 do 80 let, byla mu zpětně navýšena kapitační sazba o 0,50 Kč.

V roce 2021 byl ke každému klinickému vyšetření v ordinaci VPL nebo PLDD vykazován výkon epizody péče 01543, jehož úhrada byla stanovena ve výši 65 Kč.

Stejně jako v předchozích letech byla v roce 2021 podporována výkonová složka úhrady, kdy byla navýšena úhrada za výkony, které nejsou hrazeny v kapitační platbě. Pro VPL i PLDD byly stanoveny dvě hodnoty bodu, a to pro tzv. podporované výkony a pro ostatní výkony. U VPL byly podpořeny výkony vstupního komplexního vyšetření, opakovaného komplexního vyšetření (preventivní prohlídka), výkony očkování, výkony kolorektálního screeningu, výkony převzetí pacienta po onkologické léčbě do péče VPL, výkony péče o diabetika a prediabetika a také výkony péče o pacienta v režimu DUPV. U PLDD byly podpořeny výkony vstupního komplexního vyšetření, opakovaného komplexního vyšetření (preventivní prohlídka), výkony očkování a výkony související s edukací očkování (očkování provedeno/odmítnuto), výkony péče o nákladného novorozence a záchyt a sledování obézního pojištěnce a také výkony péče o pacienta v režimu DUPV. Pro výše uvedené podporované výkony byla stanovena hodnota bodu ve výši 1,18 Kč. Pro ostatní zdravotní výkony, které nebyly zahrnuty do kapitační platby a za zdravotní výkony za neregistrované pojištěnce byla stanovena hodnota bodu ve výši 1,16 Kč jak pro VPL, tak PLDD. Základní hodnota bodu pro podporované i ostatní výkony byla dále navýšena za splnění kvalitativních parametrů, a to splnění podmínky dostupnosti, kdy byla hodnota bodu navýšena o 0,05 Kč, pokud poskytovatel poskytoval hrazené služby v rozsahu a rozložení 30 ordinčních hodin, 5 pracovních dnů týdně, přičemž alespoň jeden den v týdnu měl ordinární hodiny prodlouženy do 18 hodin a umožňoval pojištěncům objednat se alespoň 2 dny v týdnu na pevně stanovenou dobu, a při splnění podmínky celoživotního vzdělávání, kde byla hodnota bodu navýšena o 0,04 Kč, pokud nejméně 50 % lékařů poskytovatele bylo držiteli platného dokladu o celoživotním vzdělávání lékařů, přičemž splnění podmínky celoživotního vzdělávání se promítlo i do navýšení kapitační sazby o 0,60 Kč. Pro výkony dopravy v návštěvní službě byla hodnota bodu v roce 2021 stanovena pro odbornost VPL a PLDD ve výši 1 Kč. Hodnota bodu za výkony poskytnuté zahraničním pojištěncům byla stanovena ve výši 1,27 Kč.

Kromě výše uvedených pravidelných kapitačních plateb a úhrad za výkony byla podporována účast VPL a PLDD na lékařské pohotovostní službě. Jednorázovou bonifikaci získali poskytovatelé, kteří doložili, že se prostřednictvím svých lékařů v roce 2021 účastnili alespoň 10 služeb na lékařské pohotovostní službě podle § 110 zákona č. 372/2011 Sb. V rámci podpory činnosti PLDD byla částka u této odbornosti navýšena o dalších 5 000 Kč nad rámec úhradové vyhlášky.

Pojišťovna i v roce 2021 nadále podporovala všechny poskytovatele v segmentu praktických lékařů, kteří se aktivně podílejí na zajištění generační výměny prostřednictvím vzdělávání nových lékařů ve vzdělávacím oboru. V rámci této podpory byla VPL a PLDD na základě doložení Akreditačního rozhodnutí MZ ČR navýšena hodnota základní kapitační sazby o 1 Kč. Po dobu fyzické přítomnosti školenice v ordinaci byla navíc základní kapitační sazba navýšena o další 3 Kč u VPL, resp. o 8 Kč v případě PLDD.

V rámci kompenzace mimořádných odměn v souvislosti se zohledněním dopadů epidemie onemocnění COVID-19 byla v roce 2021 udělena mimořádná odměna až ve výši 70 245 Kč každému poskytovateli v odbornosti VPL a PLDD s udělenou Akreditací MZ ČR k uskutečňování vzdělávání nových lékařů, který měl na svém pracovišti alespoň v jednom měsíci v období od 1. 1. 2021 do 30. 6. 2021 školenice.

Podpořeni byli také poskytovatelé, kteří poskytují služby v nedostupných oblastech a registrují menší počty pojištěnců (tzv. „Malé praxe“). K datu 31. 12. 2021 evidovala pojišťovna v rámci tzv. Malé praxe 1 poskytovatele odbornosti VPL a 7 poskytovatelů odbornosti PLDD, kterým byla dorovnána kapitační platba.

Pro rok 2021 byly stejně jako v předchozích letech v tomto segmentu stanoveny regulační mechanismy za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky (s výjimkou pomůcek pro inkontinentní) a za vyžádanou péči (vyjmenované odbornosti, výkony kvantitativního

stanovení C-reaktivního proteinu z plné krve a kvantitativního stanovení INR z kapilární krve). Samostatný regulační mechanismus byl stanoven na předepsané pomůcky pro inkontinentní a na vyžádanou péči v odbornosti 902 (fyzioterapie). Stejně jako v předchozích letech nebyly regulační mechanismy uplatněny, neboť nebyly pro jejich uplatnění naplněny všechny parametry.

- **Program kvality péče AKORD – sledování vybraných indikátorů kvality**

Nad rámec základní úhrady mohli poskytovatelé v segmentu praktických lékařů získat další finanční ohodnocení v rámci bonifikačního Programu kvality péče AKORD, prostřednictvím něhož je dlouhodobě sledována kvalita poskytovaných hrazených služeb. Při splnění vstupních podmínek, mezi něž byla zařazena kritéria poskytování preventivních prohlídek v předchozích letech, elektronická komunikace, vedení zdravotní dokumentace v elektronické podobě a další, a zároveň v závislosti na zajištění dostupnosti (délka a rozložení ordinační doby) získal poskytovatel navýšení hodnoty kapitační sazby (2–3 Kč u VPL a 3–6 Kč u PLDD). V případě splnění předem definovaných podmínek (tzv. indikátorů dobré praxe) mohl získat další motivační bonifikaci. Mezi indikátory dobré praxe bylo zařazeno například kritérium dispenzarizace pojištěnců s chronickým onemocněním diabetes mellitus, screeningu kolorektálního karcinomu, očkování proti chřipce a proti onemocnění COVID-19, dodržování metodiky pravidelného očkování či racionální preskripce.

Kromě toho bylo dalším indikátorem i sledování komplexních nákladů na registrované pojištěnce. Toto kritérium je využíváno také při výpočtu a následném uplatnění regulačních mechanismů dle základního úhradového dodatku pro dané období. Porovnáním komplexních nákladů proti krajskému průměru i proti vlastnímu referenčnímu období Pojišťovna zohlednila mezikrajové rozdíly i odlišnou strukturu registrovaných pojištěnců, zejména z pohledu jejich nákladovosti.

Do Programu kvality péče AKORD se za těchto podmínek zapojilo přibližně 48 % pracovišť VPL a 48 % pracovišť PLDD.

- **Bonifikační program VZP PLUS**

V roce 2021 nadále pokračovala realizace bonifikačního programu VZP PLUS, který se skládal z několika modulů a do kterého se mohli zapojit i VPL a PLDD. VPL se mohli zapojit do konkrétních programů DOSTUPNOST, DIABETES a HYPERTENZE a PLDD se mohli zapojit do konkrétních programů DOSTUPNOST, OBEZITA a AUTISMUS.

Program VZP PLUS – DOSTUPNOST byl zaměřen na zvýšení časové dostupnosti VPL a PLDD a podporu nových registrací do péče praktických lékařů. Bonifikace v tomto programu byla realizována prostřednictvím třech plateb, a to navýšením kapitační sazby s ohledem na rozšíření ordinační doby nad rámec úhradové vyhlášky, paušální měsíční bonifikace za každé zapojené pracoviště a nakonec platby za každého nově registrovaného pojištěnce na pracovištích zapojeného poskytovatele. Do programu se zapojilo 9 % pracovišť odbornosti VPL a 19 % pracovišť odbornosti PLDD.

Programy VZP PLUS DIBETES, HYPERTENZE a OBEZITA byly zaměřené na zlepšení organizace a hodnocení kvality péče o pacienty s vybraným chronickým onemocněním nebo významným rizikovým faktorem (obezita). V rámci těchto programů byly hodnoceny kvalitativní indikátory odpovídající doporučeným standardům (např. sledování hladiny glykovaného hemoglobinu, sledování hladiny sérových lipidů, provádění preventivních výkonů). Každé sledované kvalitativní kritérium mělo svoji váhu podle míry splnění kritéria. Splnění kritérií bylo škálováno, tj. buď bylo splněno kompletně (splněn podíl pojištěnců s nejpriznivějšími hodnotami), částečně (splněny uspokojivé hodnoty), anebo nesplněno.

Na základě splnění jednotlivých kritérií byla poskytovateli vyplacena bonifikace až do výše 500 Kč na jednoho zařazeného pojištěnce. Do programu VZP PLUS DIABETES se zapojilo 32 % pracovišť odbornosti VPL, do programu VZP PLUS HYPERTENZE se zapojilo 37 % pracovišť odbornosti VPL a do programu VZP PLUS OBEZITA téměř 17 % poskytovatelů v odbornosti PLDD.

Program VZP PLUS – AUTISMUS byl zaměřen na řešení péče o pojištěnce s poruchou autistického spektra po dni dosažení 19. roku věku a zohledňoval náročnost péče o tuto skupinu pojištěnců. V roce 2021 do něj bylo zapojeno 31 poskytovatelů odbornosti PLDD.

Gynekologická péče

Pojišťovna měla k 31. 12. 2021 uzavřen smluvní vztah s 1 960 ambulantními pracovišti v odbornosti gynekologie a porodnictví a dětská gynekologie. V tomto segmentu podporovala generační obměnu.

Ambulantní služby v odbornosti gynekologie a porodnictví a dětské gynekologie byly hrazeny výkonovým způsobem s hodnotou bodu ve výši 1,07 Kč, s omezením maximální úhradou, která vycházela z průměrné úhrady na jednoho ošetřeného pojištěnce v referenčním období.

Hodnota bodu byla dále navýšena o 0,01 Kč za každou splněnou podmínku čtyř vybraných ukazatelů kvality, a to:

- u poskytovatelů, kteří doložili, že alespoň 50 % lékařů je držitelem diplomu celoživotního vzdělávání lékařů,
- u poskytovatelů, kteří alespoň u jednoho pracoviště poskytovali hrazené služby v rozsahu alespoň 30 ordinačních hodin rozložených do 5 pracovních dnů v týdnu a zároveň měli alespoň jeden den v týdnu ordinační dobu prodlouženou do 18 hodin a zároveň jeden den v týdnu měli začátek ordinační doby od 7 hodin,
- u poskytovatelů, kteří doložili rozhodnutí MZ o udělení akreditace k uskutečňování vzdělávacího programu v oboru gynekologie a porodnictví (podpora generační obměny),
- a u poskytovatelů, kteří doložili, že jsou držitelem certifikátu ISO 9001.

V roce 2021 pokračovala úhrada hrazených služeb poskytovaných těhotným pojištěnkám prostřednictvím zavedených tří agregovaných plateb pro jednotlivé trimestry těhotenství. V každé agregované platbě byly zahrnuty veškeré hrazené služby, jejichž obsah vycházel z doporučených postupů odborné společnosti. Agregované platby byly uhrazeny poskytovateli, který registroval danou těhotnou pojištěnku.

Dále byla v roce 2021 i v segmentu ambulantních gynekologických služeb podporována preventivní péče. Pokud poskytovatel provedl v roce 2021 preventivní prohlídku alespoň u 50 % svých registrovaných pojištěnkyň k 31. 12. 2021, navýšila se mu úhrada za výkon 63021 – komplexní vyšetření koeficientem 1,45 a za výkon 63050 – preventivní prohlídka koeficientem 1,20.

Celková výše úhrady za výše uvedené hrazené služby (výkonová úhrada, péče o těhotné) byla i v roce 2021 limitována maximální úhradou. I do výpočtu maximální úhrady byly zahrnuty kvalitativní parametry související s péčí o těhotné, které byly stanoveny na základě odborných doporučení v souvislosti s doporučenými postupy, jako např. podíl těhotných, které byly indikovány na specializované ultrazvukové vyšetření nebo na genetické vyšetření.

Stejně jako v ostatních odbornostech primární péče byla v roce 2021 i u ambulantních gynekologů zavedena úhrada za každou epizodu péče nebo kontakt u pacientek od 18 let věku v souvislosti s klinickým vyšetřením. Ke každému klinickému vyšetření v ordinaci ambulantního gynekologa byl v této souvislosti vykazován výkon 01543, jehož úhrada byla stanovena ve výši 56 Kč.

Služby asistované reprodukce (smluvní odbornost 613) byly hrazeny výkonově prostřednictvím balíčkových výkonů, které zahrnovaly veškerou péči v souvislosti s asistovanou reprodukcí, včetně případů, kdy byly při umělém oplodnění použity darované oocyty nebo spermie.

Pro rok 2021 byly stejně jako v předchozích letech v tomto segmentu stanoveny regulační mechanismy za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky a za vyžádanou péči. Regulační mechanismy nebyly uplatněny, neboť nebyly pro jejich uplatnění naplněny všechny parametry.

- **Bonifikační program VZP PLUS**

V roce 2021 pokračovala Pojišťovna, stejně jako v ostatních segmentech primární péče, v realizaci bonifikačního programu VZP PLUS – GYNEKOLOGIE pro poskytovatele ambulantní péči v oboru gynekologie a porodnictví (odbornost 603). Do programu se v roce 2021 mohl zapojit všichni ambulantní poskytovatelé v oboru gynekologie a porodnictví, kteří splňovali vstupní podmínky programu, a to především podmínku rozsahu a rozložení ordinačních hodin na pracovištích poskytovatele. Cílem programu bylo zlepšit dostupnost hrazených gynekologických služeb, zvýšit proregistrovanost pojištěnkyň Pojišťovny u ambulantních poskytovatelů gynekologických služeb a zároveň podpořit poskytovatele pečující o svůj kmen registrovaných pojištěnkyň z pohledu preventivní péče a v neposlední řadě podpořit poskytovatele, kteří poskytují vybrané specializované a konziliární gynekologické služby (kolposkopická expertíza, ultrazvuková expertíza v těhotenství, urogynekologické služby).

Program byl realizován prostřednictvím třech bonifikačních plateb, a to platby za nově registrované pojištěnkyně, platby za každou registrovanou pojištěnku za poskytování preventivní péče, tj. za splnění podílu registrovaných pojištěnek, u kterých bylo provedeno mamografické vyšetření a vyšetření karcinomu děložního hrdla, a platby poskytovatelům, kteří provedli stanovené počty specializovaných a konziliárních hrazených služeb. Do programu VZP PLUS GYNEKOLOGIE se zapojilo v roce 2021 téměř 38 % poskytovatelů odbornosti 603.

Rehabilitační péče

Pojišťovna měla k 31. 12. 2021 uzavřen smluvní vztah s 1 523 pracovišti v odbornosti fyzioterapeut a ergoterapeut.

Ambulantní hrazené služby v segmentu rehabilitační péče byly hrazeny výkonovou úhradou dle úhradové vyhlášky se základní hodnotou bodu ve výši 1 Kč za přepravu a 0,81 Kč za zdravotní výkony. Hodnota bodu za zdravotní výkony byla oproti roku 2020 snížena z důvodu navýšení počtu bodů za zdravotní výkony v SZV na základě navýšení osobních nákladů nositelů výkonů. Celková výše úhrady byla limitována částkou, vycházející z průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce ošetřeného v referenčním období (rok 2019), počtu unikátních pojištěnců ošetřených v aktuálním období a koeficientu navýšení celkové výše úhrady 1,05. Za splnění určených podmínek bylo možné navýšení uvedeného koeficientu až o 0,15 a navýšení základní hodnoty bodu za zdravotní výkony o 0,07 Kč. Cílem tohoto navýšení úhrady byla především podpora vybraných diagnóz, u kterých je předpoklad vyšší náročnosti poskytovaných rehabilitačních služeb. Limitace celkovou výší úhrady zohledňovala také mimořádně nákladné pojištěnce v určených diagnózách. Dále byla vyčleněna skupina diagnóz (např. C50 – zhoubný novotvar prsu, R62 – nedostatek předpokládaného normálního fyziologického vývoje), u kterých byly zdravotní služby, poskytnuté pojištěncům s těmito diagnózami, hrazeny nad rámec limitace celkovou výší úhrady.

V rámci uplatnění kompenzací stanovených kompenzační vyhláškou došlo k zohlednění ošetřených unikátních pojištěnců v referenčním období.

Diagnostická zdravotní péče

Pojišťovna měla k 31. 12. 2021 uzavřen smluvní vztah s 1 707 pracovišti v segmentu diagnostické péče.

Poskytnuté zdravotní výkony v **segmentu laboratorní diagnostické péče** byly hrazeny výkonově, přičemž celková výše úhrady byla limitována částkou vycházející z průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce ošetřeného v referenčním období a počtu unikátních pojištěnců ošetřených v aktuálním období.

V případě, že v referenčním období poklesla u poskytovatele laboratorních služeb skutečná hodnota bodu pod hranici minimální hodnoty bodu, která byla u odbornosti 816 – laboratoř lékařské genetiky stanovena ve výši 67 % hodnoty bodu v referenčním období a u ostatních laboratorních odborností ve výši 90 % hodnoty bodu dané odbornosti v referenčním období, byla poskytovateli v závislosti na poměru mezi skutečnou a minimální hodnotou bodu přepočtena hodnota průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce ošetřeného v referenčním období.

Pro hrazené služby poskytované v laboratorních odbornostech 222, 801, 807, 812 až 815, 817, 819, 822 a 823 byla stanovena hodnota bodu ve výši 0,72 Kč, pro hrazené služby poskytované v laboratorních odbornostech 802 a 818 byla stanovena hodnota bodu ve výši 0,85 Kč, a to pro poskytovatele, který pro hodnocené období prokázal, že je držitelem osvědčení o akreditaci ISO ČSN 15189 nebo osvědčení o auditu NASKL II, respektive NASKL R3. V případě, že poskytovatel neprokázal, že byl v hodnoceném období držitelem výše uvedených osvědčení, byla hodnota bodu stanovena ve výši 0,40 Kč.

Pro hrazené služby poskytované v laboratorní odbornosti 816 – laboratoř lékařské genetiky – byla stanovena hodnota bodu ve výši 0,80 Kč a u části vyjmenovaných metod molekulární genetiky pak byla stanovena úhrada hodnotou stanovenou přímo v Kč.

Pro vyjmenované metody prediktivní diagnostiky byly vytvořeny nové výkony Pojišťovny, které byly hrazeny s hodnotou bodu ve výši 0,80 Kč.

Pro výkony podle kapitol 819 a 999 SZV byla stanovena hodnota bodu ve výši 1,10 Kč a pro výkon 81733 byla stanovena hodnota bodu ve výši 1,14 Kč, přičemž úhrada za tyto výkony nevstoupila do výpočtu celkové výše úhrady.

Poskytnuté zdravotní výkony v **segmentu radiodiagnostiky** byly hrazeny výkonově s výslednou hodnotou bodu, která byla součtem variabilní složky úhrady a fixní složky úhrady. Zatímco fixní složka úhrady byla pro daný typ péče dána konstantní hodnotou vyjádřenou v korunách, tak variabilní složka úhrady byla závislá na poměru počtu bodů na unikátního ošetřeného pojištěnce v referenčním období a počtu bodů na unikátního ošetřeného pojištěnce v aktuálním období a dále na základní hodnotě bodu vyjádřené pro daný typ péče v korunách.

Pro hrazené služby v odbornosti 809 (radiodiagnostika) byla stanovena základní hodnota bodu ve výši 1,31 Kč, respektive ve výši 1,19 Kč, a to v závislosti na tom, zda poskytovatel v referenčním období vykázal nebo nevykázal některý z výkonů 89111, 89119, 89123, 89127 a 89131, s výjimkou vybraných výkonů magnetické rezonance, pro které byla stanovena hodnota bodu ve výši 0,58 Kč, respektive 0,55 Kč, a to v závislosti na tom, zda byl poskytovatel zapojen do systému elektronického zpracování, archivace a distribuce obrazových dat, a s výjimkou výkonů počítačové tomografie, pro které byla stanovena hodnota bodu ve výši 0,59 Kč, respektive 0,57 Kč, a to v závislosti na tom, zda byl poskytovatel zapojen do systému elektronického zpracování, archivace a distribuce obrazových dat, a s výjimkou výkonu 89 312 – denzitometrie dvoufotonová, pro který byla stanovena hodnota bodu ve výši 1,00 Kč.

Hodnota bodu výkonů odbornosti 809, včetně výkonů magnetické rezonance a počítačové tomografie, se navýšila o 0,02 Kč v případě, že poskytovatel splnil alespoň na jednom pracovišti podmínky dostupnosti.

Pro výkony 89111, 89119, 89123, 89127 a 89131 byla stanovena hodnota bodu ve výši 1,31 Kč, přičemž úhrada za tyto výkony nevstupovala do výpočtu celkové výše úhrady.

Poskytnuté výkony mamografického screeningu a screeningu karcinomu děložního hrdla byly hrazeny výkonově s hodnotou bodu pro mamografický screening ve výši 1,11 Kč a pro screening karcinomu děložního hrdla ve výši 1,10 Kč.

U segmentu laboratorí byla v rámci kompenzací pro výkony 82301 – detekce nukleové kyseliny SARS-COV-2 pomocí metody PCR – výsledek pozitivní a 82302 – detekce nukleové kyseliny SARS-COV-2 pomocí metody – výsledek negativní vykázané u pacientů s diagnózou U07.1 nebo U69.75 podle mezinárodní klasifikace nemocí, stanovena do 30. 6. 2021 hodnota bodu ve výši 0,85 Kč. Pro výkony 82301, 82302 a 82304 podle SZV vykázané u pacientů s diagnózou U07.1 nebo U69.75 podle mezinárodní klasifikace nemocí, byla od 1. 7. 2021 stanovena hodnota bodu ve výši 1,00 Kč. Úhrada za tyto výkony nevstoupila do výpočtu celkové výše úhrady, a zároveň za každý výkon 09115, vykázaný u pacientů s diagnózou U07.1 nebo U69.75 podle mezinárodní klasifikace nemocí, se navýšila úhrada o 100 Kč.

V rámci uplatnění bonifikací stanovených v organizačních opatřeních Pojišťovny vydávaných pro řešení situace šíření onemocnění COVID-19 se laboratoři, která v hodnoceném období provozovala odběrové centrum pro testování COVID-19, kterým se rozumí vyčlenění místa a zaměstnanců výhradně za účelem odběru biologického materiálu k testování na onemocnění COVID-19, za každý kalendářní den provozu tohoto centra, v němž vykazala a byl jí uznán u pacientů s diagnózou U07.1 nebo U69.75 podle mezinárodní klasifikace nemocí alespoň jeden výkon 09115, respektive výkon 09950, navyšuje úhrada o $K \times 8\,000$ Kč, pokud jde o odběrové centrum zřízené mimo vnitřní prostory, a $K \times 3\,000$ Kč v ostatních případech, kde K nabývá hodnoty od 0 do 1 odpovídající poměru počtu pojištěnců dané ZP v daném kraji, v němž bylo provozováno odběrové centrum.

Domácí zdravotní péče

Pojišťovna měla k 31. 12. 2021 uzavřen smluvní vztah s 468 pracovišti v odbornosti sestra domácí zdravotní péče.

Hrazené služby poskytované odborností domácí péče (odbornost 925) a hrazené služby poskytované na samostatných pracovištích porodních asistentek (odbornost 921) a nutričních terapeutů (odbornost 916) byly hrazeny výkonově dle úhradové vyhlášky se základní hodnotou bodu 1 Kč za přepravu a s hodnotou bodu 1,06 Kč pro odbornost 925, a 0,95 Kč pro odbornosti 916 a 921 za zdravotní výkony. Hodnota bodu byla oproti roku 2020 snížena z důvodu navýšení počtu bodů za jednotlivé výkony v SZV na základě navýšení osobních nákladů nositelů výkonů. Celková výše úhrady byla limitována částkou vycházející z průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce ošetřeného v referenčním období (rok 2019), počtu unikátních pojištěnců ošetřených v aktuálním období a koeficientu navýšení 1,19. Při splnění určitých podmínek bylo možné výše uvedený koeficient navýšit až o 0,21 a navýšit i základní hodnotu bodu za zdravotní výkony pro odbornost 925 o 0,04 Kč. V rámci úhrady hrazených služeb byla zohledněna péče o mimořádně nákladné pojištěnce. Zdravotní služby za pojištěnce v terminálním stavu a pojištěnce na umělé plicní ventilaci byly hrazeny výkonově, bez omezení.

Odbornost sestra pro péči v psychiatrii (odbornost 914) byla hrazena výkonově bez omezení celkovou výší úhrady s hodnotou bodu 1 Kč za přepravu a hodnotou bodu 1,06 Kč za zdravotní

výkony. Stejně jako u ostatních odborností byla hodnota bodu za zdravotní výkony snížena oproti roku 2020 a to z důvodu navýšení počtu bodů za tyto výkony v SZV.

V rámci uplatnění kompenzací stanovených kompenzační vyhláškou došlo k zohlednění ošetřených unikátních pojištěnců v referenčním období. Dále byla navýšena úhrada za výkony ošetrovacích návštěv odbornosti 925 při ošetrování pojištěnců s diagnózou U07.1 (COVID-19, virus laboratorně prokázán).

Domácí specializovaná paliativní péče o pacienta v terminálním stavu

Pojišťovna hradila v roce 2021 domácí specializovanou paliativní péči o pacienta v terminálním stavu (odbornost 926) výkony, které jsou uvedeny v SZV. Jedná se o výkony: 80090 – agregovaný výkon domácí paliativní péče – klinicky nestabilní pacient nebo 80091 – agregovaný výkon domácí paliativní péče – klinicky nestabilní pacient se závažnými symptomy (dále jen „agregované výkony“). V agregovaných výkonech byla zahrnuta platba za veškeré poskytnuté hrazené zdravotní služby. Celková úhrada za hrazené služby vycházela z průměrné doby ošetrování jednoho pojištěnce. Hodnota bodu určená pro odbornost 926 byla stanovena ve výši 1,03 Kč. Stanovená hodnota bodu byla oproti roku 2020 snížena z důvodu navýšení počtu bodů za agregované výkony v SZV na základě navýšení osobních nákladů nositelů výkonů.

V rámci uplatnění kompenzací stanovených kompenzační vyhláškou byla navýšena úhrada za agregované výkony při ošetrování pacientů s diagnózou U07.1 (COVID-19, virus laboratorně prokázán).

Specializovaná ambulantní péče

Pojišťovna měla k 31. 12. 2021 uzavřen smluvní vztah s 14 714 pracovišti ambulantní specializované péče.

Většina poskytovatelů specializované ambulantní zdravotní péče byla hrazena podle úhradové vyhlášky pro rok 2021 s hodnotou bodu ve výši 1,05 Kč (s výjimkou denzitometrie dvoufotonové, která byla hrazena ve výši 1,06 Kč) s omezením maximální úhradou, která vycházela z průměrné úhrady na jednoho ošetřeného pojištěnce v referenčním období. Hodnota bodu byla dále navýšena až o 0,10 Kč a koeficient navýšení úhrady až o 0,12 (tj. o 12 %) těm poskytovatelům, kteří splnili všechny ze tří kvalitativních parametrů, tj. splnili podmínky celoživotního vzdělávání (nejméně 50 % lékařů či nelékařských pracovníků poskytovatele bylo držiteli diplomu celoživotního vzdělávání), splnili rozsah a rozložení ordinační doby (alespoň 50 % pracovišť poskytuje hrazené služby alespoň 30 hodin/5 pracovních dnů v týdnu; operační obory 24 hodin/4 dny v týdnu, a rozložení ordinační doby tak, že alespoň dva dny v týdnu měli prodlouženy ordinační hodiny do 18 hodin nebo alespoň dva dny v týdnu měli začátek ordinační doby od 7 hodin nebo alespoň jeden den v týdnu začátek ordinační doby od 7 hodin a zároveň jeden den v týdnu ordinační hodiny prodlouženy do 18 hodin) a současně ošetřili alespoň 5 % nových pojištěnců (u operačních oborů alespoň 10 % nových pojištěnců) a pro objednávání pojištěnců k vyšetření využíval objednávkový systém. Pro odbornost 903 byla možnost navýšit koeficient navýšení úhrady o dalších 0,10 Kč v případě, že podíl počtu ošetřených unikátních pojištěnců s některou z vybraných hlavních diagnóz (diagnózy složitější na logopedickou péči, např. pacienti po cévní mozkové příhodě) překročil 10 % z celkového počtu ošetřených unikátních pojištěnců.

Některé skupiny poskytovatelů a vybraných zdravotních výkonů byly hrazeny výkonově bez omezení maximální úhradou, jako např. dialyzační péče, která byla v roce 2021 hrazena výkonovou úhradou dle úhradové vyhlášky s hodnotou bodu 0,95 Kč s výjimkou výkonů 18530 a 18550, kde byla stanovena hodnota bodu ve výši 0,79 Kč. Kromě toho byla u poskytovatelů

realizována bonifikace za kvalitu, resp. za výsledky poskytované dialyzační péče. Tato bonifikace byla složena ze dvou částí, a to navýšení hodnoty bodu o 0,02 Kč za odesílání dat o výsledcích dialyzační péče do Registru dialyzovaných pacientů České nefrologické společnosti a navýšení hodnoty bodu o 0,05 Kč za splnění vybraných kvalitativních kritérií (např. počet transplantovaných pacientů a pacientů zařazených na čekací listině k transplantaci ledviny, počet pacientů se stanovenou hodnotou Hb, P či KtV), která byla vypočtena z odeslaných dat do Registru dialyzovaných pacientů.

Výkonově byli dále hrazeni poskytovatelé v odbornostech 305, 306, 308 nebo 309 s hodnotou bodu ve výši 1,04 Kč, poskytovatelé v odbornostech 905 a 927 s hodnotou bodu ve výši 1,01 Kč a dále poskytovatelé v odbornostech 901 a 931 a poskytovatelé v odbornostech 305, 306, 308 nebo 309 vykazující výkony odbornosti psychoterapie společně s OD denního stacionáře s hodnotou bodu 1,08 Kč. Výkonově byly hrazeny i vybrané zdravotní služby v odbornosti radioterapie a radiační onkologie s hodnotou bodu 0,73 Kč, dále výkony související se screeningem karcinomu kolorekta v odbornosti 105 s hodnotou bodu ve výši 1,13 Kč a výkony screeningu poskytované v odbornostech 701, 702 nebo 704 s hodnotou bodu ve výši 1,01 Kč. Poskytovatelům hrazeným výkonově mohla být hodnota bodu dále navýšena stejným způsobem jako poskytovatelům s omezením maximální úhradou, také až o 0,10 Kč za splnění jednotlivých kritérií kvality.

V rámci reformy psychiatrické péče se Pojišťovna podílela na realizaci pilotního projektu „Podpora vzniku center duševního zdraví“ a poskytovatelům v odbornosti 350 – Centra duševního zdraví, kteří již byli hrazeni z v.z.p., hradila služby s hodnotou bodu 1,22 Kč. V rámci podpory reformy psychiatrické péče hradila Pojišťovna i poskytnuté zdravotní služby v odbornosti adiktologie (odbornost 919) s vyšší hodnotou bodu, než stanovila úhradová vyhláška, tj. s hodnotou bodu ve výši 1,18 Kč bez možnosti dalšího navýšení hodnoty bodu.

Výkonově byla hrazena i protonová terapie, přičemž výkony dle SZV byly hrazeny s hodnotou bodu 1,06 Kč. Kromě toho mohl poskytovatel protonové terapie provádět i protonovou radioterapii karcinomu prostaty v hypofrakcionovaném režimu hrazenou prostřednictvím agregované platby ve výši 260 000 Kč za jeden případ.

V roce 2021 byla ke každému klinickému vyšetření uhrazena částka ve výši 35 Kč (tj. úhrada za vykázaný výkon 09543 dle SZV a výkon VZP 09615 pro vykazování klinického kontaktu u pojištěnců ve věku od 6 do 18 let věku).

Pro rok 2021 byly stejně jako v předchozích letech v tomto segmentu stanoveny regulační mechanismy za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky a za vyžádanou péči. Regulační mechanismy nebyly uplatněny, neboť nebyly pro jejich uplatnění naplněny všechny parametry.

V rámci uplatnění kompenzací stanovených kompenzační vyhláškou došlo ke změně při stanovení celkové výše úhrady, kdy byl v rámci výpočtu celkové výše úhrady zohledněn i počet základních unikátních pojištěnců ošetřených v dané odbornosti v referenčním období. Další kompenzací byl výpočet mimořádných odměn pro školence/rezidenty poskytovatele. Při výpočtu regulačních mechanismů došlo ke změně hranice průměrné úhrady na jednoho unikátního ošetřeného pojištěnce a to na 130 %. Do vyžádané péče se dle kompenzační vyhlášky nezahrnovaly výkony 82301, 82302 a 82304 podle SZV.

• Operace katarakty

Operace katarakty byly hrazeny formou agregovaných plateb. V roce 2021 byly stejně jako v roce 2020 po dohodě s odbornými společnostmi a zástupci poskytovatelů nabídnuty poskytovatelům tři agregované platby, které vycházely z kategorizace toho, jaká nitrooční čočka

byla použita při výkonu operace katarakty. Pro operace katarakty s použitím hydrofilní nebo tvrdé čočky byla stanovena úhrada ve výši 10 153 Kč, pro operace katarakty s použitím hydrofobní čočky ve výši 11 508 Kč, přičemž tato úhrada byla od 1. 7. 2021 navýšena na částku 13 004 Kč a pro operace katarakty s použitím torické čočky ve výši 14 665 Kč.

- **Bonifikační program VZP PLUS**

I v roce 2021 pokračovala realizace bonifikačního programu VZP PLUS, který se skládal z několika modulů a do kterého se mohli zapojit i ambulantní specialisté. Konkrétně se mohli zapojit do modulů DIABETES (internisté, diabetologové) a HYPERTENZE (internisté, kardiologové). Nově byl spuštěn bonifikační program VZP PLUS – DERMATOLOGIE (ambulantní dermatologové).

Programy VZP PLUS – DIBETES a HYPERTENZE byly programy zaměřené na zlepšení organizace a hodnocení kvality péče o pacienty s vybraným chronickým onemocněním nebo významným rizikovým faktorem (obezita). V rámci těchto programů byly hodnoceny kvalitativní indikátory odpovídající doporučeným standardům (např. sledování hladiny glykovaného hemoglobinu, sledování hladiny sérových lipidů, provádění preventivních výkonů). Každé sledované kvalitativní kritérium mělo svoji váhu podle míry splnění kritéria. Splnění kritérií bylo škálováno, tj. buď bylo splněno kompletně (splněn podíl pojištěnců s nejpriznivějšími hodnotami), částečně (splněny uspokojivé hodnoty), anebo nesplněno. Na základě splnění jednotlivých kritérií byla poskytovateli vyplacena bonifikace až do výše 500 Kč na jednoho zařazeného pojištěnce. V rámci programu VZP PLUS – DIABETES bylo v roce 2021 zapojeno 21 % pracovišť odbornosti 101 a celkem 67 % pracovišť odbornosti 103. Programu VZP PLUS – HYPERTENZE se zúčastnilo v roce 2021 z celkového počtu pracovišť více než 37 % pracovišť odbornosti 101 a téměř 50 % pracovišť odbornosti 107.

Nově spuštěný program VZP PLUS – DERMATOLOGIE byl zaměřen na zlepšení organizace a kvality péče v rámci včasného zachytu onkologických onemocnění kůže prostřednictvím preventivního vyšetření optické dermatoskopie. Na základě podílu provedených preventivních vyšetření optické dermatoskopie u chronické části pacientů a ostatních pacientů byla poskytovateli vyplacena bonifikace až do výše 150 Kč za každý provedený výkon optické dermatoskopie. Do programu VZP PLUS – DERMATOLOGIE se z celkového počtu pracovišť odbornosti 404 spojilo 31 % z nich.

Zdravotní péče poskytovatelů zdravotních služeb poskytovaná osobám umístěným u nich z jiných než zdravotních důvodů

Poskytovatelé akutních, následných a dlouhodobých lůžkových zdravotních služeb poskytují také zvláštní ambulantní péči dle § 22 odst. c) zákona č. 48/1997 Sb., která je poskytována klientům, u nichž již pominuly zdravotní důvody k hospitalizaci, ale vzhledem k omezené soběstačnosti u nich není možný návrat do jejich přirozeného sociálního prostředí.

Zvláštní ambulantní péče byla v roce 2021 hrazena v souladu s úhradovou vyhláškou, tj. výkonově podle SZV s hodnotou bodu 1,16 Kč s tím, že pokud podíl počtu ošetřených a Pojišťovnou uznaných unikátních pojištěnců v hodnoceném období s některou z diagnóz C00 – C97, E10.3 – E10.7, E11.3 – E11.7, F00 – F99, G09 – G99 nebo I60 – I69 na celkovém počtu ošetřených a Pojišťovnou uznaných unikátních pojištěnců v hodnoceném období překročí 25 %, navyšuje se hodnota bodu o 0,02 bodu.

Celková výše roční úhrady nepřekročí částku spočtenou jako součet částky za kompenzace za zvýšené náklady při péči o pojištěnce, kterému byla v daném měsíci potvrzena diagnóza U07.1 (COVID-19, virus laboratorně prokázán), jejíž výše činí 10 Kč za každý výkon 06613 vykázaný na daného pojištěnce a větší z částek spočtených jako hodnota součinu průměrné

měsíční úhrady za unikátní pojištěnce v referenčním období a počtu měsíců, v nichž byly poskytovány zdravotní služby v dané odbornosti v hodnoceném období dále násobeného indexem 1,14 a koeficientu navýšení 1,02, pokud podíl počtu ošetřených a Pojišťovnou uznaných unikátních pojištěnců v hodnoceném období s některou z diagnóz C00 – C97, E10.3 – E10.7, E11.3 – E11.7, F00 – F99, G09 – G99 nebo I60 – I69 na celkovém počtu ošetřených a uznaných unikátních pojištěnců v hodnoceném období překročí 25 %, a hodnoty 1,00 v ostatních případech nebo spočtené jako hodnota součinu počet uznaných bodů za hodnocené období oceněných 0,86 Kč s přičtením korunových položek za hodnocené období.

Kompenzační vyhláška nezměnila výši úhrady zvláštní ambulantní péče poskytované dle § 22 odst. c) zákona č. 48/1997 Sb.

Ošetrovatelská a rehabilitační péče v pobytových zařízeních sociálních služeb (PZSS)

Poskytnuté zdravotní výkony v segmentu ošetrovatelské a rehabilitační péče v PZSS byly hrazeny výkonově s hodnotou bodu ve výši 1,16 Kč, přičemž celková výše úhrady byla limitována větší z částek, kdy první částka vycházela z průměrné měsíční úhrady na jednoho unikátního pojištěnce ošetřeného v referenčním období a počtu unikátních pojištěnců ošetřených v aktuálním období, a druhá z částek vycházela z počtu vykázaných bodů za zdravotní výkony ohodnocených minimální hodnotou bodu ve výši 0,86 Kč.

V případě, že podíl počtu ošetřených unikátních pojištěnců v hodnoceném období s některou z diagnóz C00 – C97, E10.3 – E10.7, E11.3 – E11.7, F00 – F99, G09 – G99 nebo I60 – I69 podle mezinárodní klasifikace nemocí na celkovém počtu ošetřených unikátních pojištěnců v hodnoceném období překročil 25 %, navýšila se hodnota bodu o 0,02 Kč.

Pokud PZSS vykázalo v roce 2021 nový výkon 06648 – bonifikační výkon za práci zdravotní sestry v nepřetržitém nebo v třísměnném pracovním režimu, byla mu, v závislosti na vykazování výkonů 06645 – bonifikační výkon za práci zdravotní sestry v době od 22:00 do 06:00 hodin, respektive výkonu 06649 – bonifikační výkon za práci sestry v době pracovního volna nebo pracovního klidu v referenčním období, přepočtena hodnota průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce ošetřeného v referenčním období.

Nemocnice

Pojišťovna měla k 31. 12. 2021 uzavřen smluvní vztah se 119 poskytovateli akutní lůžkové péče, kteří poskytovali zdravotní služby minimálně v jednom ze základních oborů.

V rámci akutní lůžkové péče probíhala úhrada zdravotních služeb dle úhradové vyhlášky a dle kompenzační vyhlášky, přičemž úhrada akutní lůžkové péče byla realizována dle Klasifikace CZ-DRG. Úhrada za hrazené služby byla rozdělena do skupin A až H v návaznosti na stupeň heterogenity či homogenity.

Tak jako v předchozích letech byl zachován shodný mechanismus úhrad, tj. úhrada zdravotních služeb probíhala dle úhradové i kompenzační vyhlášky kombinovaným způsobem úhrady:

- a) individuálně smluvně sjednanou složkou úhrady, kterou bylo možné sjednat pouze na základě vzájemné dohody a úhradou za léčivé přípravky vázané na centra se Zvláštní smlouvou;
- b) paušální úhradou, kde úhrada byla stanovena průměrně jako 118 % celkové výše úhrady za zdravotní služby poskytnuté v roce 2019. V případě, že nemocnice nedosáhla 95 % produkce roku 2019, byla úhrada poměrně snížena (o procento nenaplnění). Naopak při růstu produkce nad 100 % vůči referenčnímu období roku 2019 byla úhrada poměrně navýšena;
- c) úhradou vyčleněnou z paušální úhrady, tj. úhradou stanovenou výpočtem z technicky nastavené základní sazby CZ-DRG, přičemž zahrnovala úhradu za vysoce homogenní

hrazené služby s vyšší mírou sblížování sazeb a nižšími risk-koridory a středně homogenní hrazené služby s nižší mírou sblížování sazeb a vyššími risk-koridory, klasifikované do bází, které byly v roce 2019 hrazeny formou případového paušálu nebo úhradou vyčleněnou z úhrady formou případového paušálu;

- d) úhradou formou případového paušálu podle CZ-DRG, tj. úhradou za vyjmenované zdravotní služby (zhoubné novotvary ženských pohlavních orgánů, transplantace srdce, plic a jater), které byly hrazeny výkonovým mechanismem ocenění s technicky nastavenou základní sazbou CZ-DRG. Rovněž akutní psychiatrická péče byla hrazena výkonovým mechanismem ocenění s technicky nastavenou základní sazbou CZ-DRG, přičemž úhrada byla poskytovateli navýšena, pokud plnil transformační plán a kritéria poskytování akutní psychiatrické péče.

Za případy hospitalizací, u kterých bylo indikováno a provedeno testování na onemocnění COVID-19, byla navýšena úhrada za výkony 82301 a 82302 o 1 113 Kč. Dále byla bonifikována úhrada za hospitalizační případy s diagnózou U07.1 za OD resuscitační a intenzivní péče ve výši 59 064 Kč za jeden OD, pokud byl vykázán výkon 55227 (implantace ECMO) nebo některý z DRG markerů 90901 – 90907. Pokud u hospitalizačního případu s diagnózou U07.1 nebyl vykázán výkon 55227 (implantace ECMO) nebo některý z DRG markerů 90901 – 90907, byly OD resuscitační a intenzivní péče bonifikovány ve výši 39 967 Kč za jeden OD.

Celková úhrada jednotlivých složek úhrady byla snížena o objem extramurální péče za rok 2021. Výkony 82301 u případů hospitalizací s diagnózou U07.1 a první poskytnutý výkon 82302 u případů hospitalizací s diagnózou U69.75 nebyly zahrnuty do extramurální péče.

U pacientů s extrémní obezitou stanovila Pojišťovna v roce 2021 nad rámec vyhlášky bonifikaci 200 Kč, resp. 300 Kč za každý OD, za který poskytovatel splňuje technické vybavení pro péči o tyto pacienty.

Kompenzační vyhláška redukovala poměrné snížení, pokud produkce nedosáhla 95 % produkce roku 2019. V případě nenaplnění produkční podmínky byla úhrada snížena o odmocninu z nenaplnění. Oproti úhradové vyhlášce tedy regulaci zmírnila.

Za případy hospitalizací, u kterých bylo indikováno a provedeno testování na onemocnění COVID-19 byla navýšena úhrada za výkony 82301 a 82304 s diagnózou U07.1 a výkon 82302 s diagnózou U69.75 o 1 113 Kč, pokud se jednalo o případ hospitalizace, který byl vykázán do 30. 6. 2021, a o 614 Kč, pokud se jednalo o případ hospitalizace vykazaný od 1. 7. 2021.

Kompenzační vyhláškou byly dále upraveny podmínky bonifikace za hospitalizační případy s diagnózou U07.1, tj. navýšení úhrady za OD s diagnózou COVID-19 se vztahuje pouze k období infekčnosti pacienta, které má začátek definovaný pozitivním testem na onemocnění COVID-19 a trvá nejvýše dvacet dnů. Dále byly bonifikovány standardní OD s diagnózou U07.1 částkou 1 000 Kč za jeden OD.

Kompenzační vyhláškou byla doplněna podmínka pro redukci v akutní psychiatrické péči. Casemix se doplnil o podmínku mediánu délky hospitalizace. Kritéria poskytování akutní psychiatrické péče zůstala zachována.

- e) ambulantní složkou úhrady, která byla stanovena maximem ze tří hodnot, přičemž každá hodnota byla násobena nárůstem 118 % oproti roku 2019. Hrazena byla výkonovým způsobem. Rovněž v roce 2021 byla úhrada bonifikována, pokud pracoviště poskytují po celý rok nepřetržitou péči v oblasti komplementu, a to alespoň 16 hodin 7 dní v týdnu;
- f) specifickými úhradovými mechanismy nad rámec úhradové vyhlášky, ve kterých Pojišťovna nabídla možnost úhrady vybraných druhů péče, např. Leksellova gama nože, CyberKnife, tomoterapie aj.;

g) cílenými úhradovými a bonifikačními mechanismy zaměřenými na kvalitu poskytovaných zdravotních služeb (např. dialyzační péče, centra provázení, vzácná onemocnění);

Nad rámec celkové úhrady, na základě úhradové vyhlášky, byly hrazeny výkony 09563 – výkon pohotovostní ústavní služby, 88101 – provedení pitvy na soudně lékařském pracovišti, výkony doprovodu 00031, 00032, výkon 78890 – signální výkon indikace odběru orgánů a orgánů od zemřelého dárce, výkon 09564 – převzetí pacienta od zdravotnické záchranné služby u poskytovatele akutní lůžkové péče, výkony screeningu (mamograf, děl. hrdlo, novorozenecký laboratorní, kolorekta), výkony 82301 a 82302, výkon 09115 vykázaný spolu s diagnózou U07.1 nebo U69.75, vybrané léčivé přípravky (hemofilie, plazma, kryoprotein, Veklury) a hrazené služby v psychiatrii, sexuologii a návykových nemocí, úhrada položky na elektronickém receptu.

Hrazené služby poskytnuté těhotným pojištěnkám byly poskytovateli uhrazeny výkonově, přičemž od 1. 7. 2021 byla poskytovatelům nabídnuta možnost úhrady zaevidování těhotné ženy k porodu a následné předporodní ambulantní péče v porodnici. Při splnění sjednaných podmínek byla poskytovateli uhrazena balíčková úhrada ve výši 1 894 Kč.

Úhrada poskytovateli za péči na urgentním příjmu byla hrazena dle SZV. Poskytovateli, který zajišťoval urgentní příjem a zároveň zajišťoval s urgentním příjmem i přidružený provoz lékařské pohotovostní služby, se zvýšila úhrada o $K \times 2\,700\,000$ Kč, kde K nabývá hodnoty od 0 do 1 odpovídající poměru počtu pojištěnců dané ZP v daném okrese, kde je poskytován urgentní příjem, podle bodu 1 přílohy č. 9 úhradové vyhlášky.

Poskytovateli, který zajišťoval paliativní tým, byla úhrada realizována dle stanovených podmínek na personální zabezpečení.

Za každý výkon 09115 vykázaný u pacientů s diagnózou U07.1 nebo U69.75 se poskytovateli navýšila úhrada o 100 Kč, s výjimkou výkonů provedených ve vlastním sociálním prostředí pojištěnce, za které se poskytovateli navýšila úhrada o 300 Kč.

Poskytovateli, který v hodnoceném období provozoval odběrové centrum pro testování COVID-19, kterým se rozumí vyčlenění místa a zaměstnanců výhradně za účelem odběru biologického materiálu k testování na onemocnění COVID-19, se za každý kalendářní den provozu tohoto centra v měsíci, v němž byl vykázan a uznán u pacientů s diagnózou U07.1 nebo U69.75 podle mezinárodní klasifikace nemocí alespoň jeden výkon 09115 nebo výkon 09950, navyšuje úhrada o $K \times 8\,000$ Kč, pokud jde o odběrové centrum zřízené mimo vnitřní prostory, a $K \times 3\,000$ Kč v ostatních případech, kde K nabývá hodnoty od 0 do 1 odpovídající poměru počtu pojištěnců dané ZP v daném kraji, v němž je provozováno odběrové centrum.

V roce 2021 byly hrazené služby poskytnuté zahraničním pojištěncům uhrazeny a vyúčtovány ve stejném ročním termínu jako hrazené služby poskytnuté českým pojištěncům, tzn. v rámci společné předběžné měsíční úhrady.

Regulační mechanismy byly za rok 2021 uplatněny v souladu s úhradovou vyhláškou, resp. s kompenzační vyhláškou.

Významným nákladem v roce 2021 byla úhrada za bonifikaci OD za péči o pacienty s onemocněním COVID-19, testování proti onemocnění COVID-19, jak metodou PCR, tak i antigenního testování a dále nákladů spojených s očkováním proti onemocnění COVID-19.

Používání úhradového mechanismu pomocí paušální úhrady (IR-DRG) a dle úhradového tarifu (CZ-DRG)

V roce 2021 byly zdravotní služby poskytnuté během hospitalizací hrazeny podle Klasifikace CZ-DRG u všech nemocnic.

Úhrada za hrazené služby byla rozdělena do skupin A až H v návaznosti na stupeň heterogenity či homogenity.

- **Struktura a objem individuálně smluvně sjednané úhrady (tzv. „balíčků“)**

Operace katarakty byly hrazeny formou agregovaných plateb. Rovněž v roce 2021 byly nabídnuty tři agregované platby, které vycházely z kategorizace toho, jaká nitrooční čočka byla použita při výkonu operace katarakty. Pro operaci katarakty s použitím hydrofilní nebo tvrdé čočky byla stanovena úhrada ve výši 10 153 Kč, pro operace katarakty s použitím hydrofobní čočky ve výši 11 508 Kč pro období od 1. 1. 2021 do 30. 6. 2021 a 13 004 Kč pro období od 1. 7. 2021 do 31. 12. 2021. Pro operace katarakty s použitím torické čočky ve výši 14 665 Kč.

Formou balíčkové úhrady byla hrazena jednodenní péče na lůžku a péče poskytovaná na zákrokových sálkách.

- **Centra se Zvláštní smlouvou**

Pojišťovna měla k 31. 12. 2021 uzavřen smluvní vztah s 115 PZS (z toho 58 LPZS a 57 APZS), kteří poskytují tzv. centrovou péči.

Úhrada léčivých přípravků poskytovaných v centrech se Zvláštní smlouvou byla v roce 2021 realizována v návaznosti na úhradovou vyhlášku. Do maximální úhrady se zahrnují veškeré léčivé přípravky dle úhradové vyhlášky a případně léčivé přípravky schválené revizním lékařem Pojišťovny. S jednotlivými pracovišti byl sjednán roční limit s možností přesunů finančních prostředků mezi nasmlouvanými diagnostickými skupinami dle aktuální potřeby daného pracoviště v průběhu roku 2021.

Výše nákladů pro rok 2021 vycházela z nákladů roku 2019 (referenční období). Současně byly zohledněny i nově zařazené diagnostické skupiny či léčivé přípravky, které vstoupily do centrové péče v průběhu roku 2019 a dále i v průběhu let 2020 a 2021.

- **Využívání indikátorů kvality, zhodnocení kvality a dodržování klinických standardů pro mechanismy úhrad a jejich regulaci v ambulantní i lůžkové péči**

V roce 2021 nadále pokračovalo soustředění specializovaných zdravotních služeb do vybraných pracovišť v zájmu zajištění co nejvyšší kvality lékařské péče.

Specializovaná péče, např. implantace mechanických srdečních podpor a ECMO, katetrizační implantace aortální chlopně, katetrizační korekce mitrální regurgitace, byla nasmlouvána pouze vybraným poskytovatelům, kteří splňovali mimo jiné podmínky dané doporučeními odborných společností, a u kterých klade Pojišťovna důraz i na sledování základního indikátoru, jímž je počet provedených výkonů za rok.

V zájmu zajištění kvality je trvalým trendem centralizace specializované zdravotní péče do vybraných pracovišť.

Odborné léčebné ústavy, léčebny dlouhodobě nemocných a ošetrovatelská lůžka

Pojišťovna měla k 31. 12. 2021 uzavřen smluvní vztah s 281 poskytovateli (IČ) následně a dlouhodobě lůžkové péče.

V roce 2021 byla úhrada za lůžkové zdravotní služby realizována v souladu s úhradovou vyhláškou, tj. režimem PSOD. Pro OLÚ všech typů (psychiatrické, rehabilitační, pneumologické a ftizeologické, včetně dětských), LDN a na ošetrovatelských lůžkách vykazujících OD 00005 byla výše PSOD stanovena jako PSOD roku 2020 (vč. navýšení na zvýšení příplatku zdravotnickým pracovníkům vykonávajícím nelékařské zdravotnické povolání bez odborného dohledu střídavě ve třísměnném nebo nepřetržitém provozu) navýšené pro kategorii pacienta 1 a 2 o 8 %, pro kategorii pacienta 3, 4 a 5 o 9 %.

Dále úhradová vyhláška definovala navýšení PSOD o 0,3 % za každé splnění kritérium ze tří definovaných pro personální zabezpečení a dvou pro technické vybavení vázané na daný typ OD.

Pro poskytovatele následné psychiatrické péče byla PSOD stanovena shodným způsobem jako pro ostatní poskytovatele následné lůžkové péče s tím, že PSOD do 120. dne hospitalizace pro kategorii pacienta 1, 2, 3 a 4 byla navýšena o 12 % a od 121. dne hospitalizace pouze o 8 %. Pro kategorii pacienta 5 je navýšení PSOD pro všechny dny hospitalizace 9 %. Takto definovaná výše úhrady se vztahuje pouze na ty poskytovatele psychiatrické péče, kteří splnili plán restrukturalizace lůžek v rámci reformy psychiatrické péče schválený MZ. Poskytovatelům, kteří schválený plán restrukturalizace nepředložili nebo nesplnili, byla PSOD navýšena stejně, jako u ostatních poskytovatelů následné lůžkové péče, tj. pro kategorii pacienta 1 a 2 o 8 %, pro kategorii pacienta 3, 4 a 5 o 9 %.

U pacientů s extrémní obezitou stanovila Pojišťovna v roce 2021 nad rámec vyhlášky bonifikaci 100 Kč a 200 Kč za každý OD, za který poskytovatel splňuje technické vybavení pro tyto pacienty.

Úhrada pro OD následné intenzivní rehabilitační péče byla v souladu s vyhláškou realizována výkonovým způsobem, kdy výkony OD 00033 a OD 00035 byly oceněny hodnotou bodu ve výši 1,00 Kč.

Kompenzační vyhláška dále navýšila hodnoty OD v období od 1. 1. do 31. 5. 2021 o 1 000 Kč, pro každý OD poskytnutý u daného pojištěnce do 20 dnů od prvního výkonu pozitivního testu COVID-19 provedeného během posledních 180 dnů. Pojišťovna uhradila poskytovatelům toto navýšení od prvního pozitivního testu na COVID-19 provedeného pomocí testu PCR.

Kompenzační vyhláška zároveň stanovila poskytnutí měsíční zálohy na kompenzaci.

Pro úhradu ambulantní péče nabídla Pojišťovna poskytovatelům následné péče stejný mechanismus (vč. regulačních omezení) jako ve smluvních ambulantních zařízeních poskytujících ambulantní specializovanou péči.

Následná intenzivní péče a dlouhodobá intenzivní ošetrovatelská péče

Úhrada následné intenzivní a dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské lůžkové péče byla v roce 2021 realizována v souladu s úhradovou vyhláškou výkonovým způsobem, kdy výkony podle SZV byly oceněny hodnotou bodu ve výši 1,22 Kč pro OD 00015, 1,20 Kč pro OD 00017 a 1,19 Kč pro OD 00020.

Kompenzační vyhláška navýšila úhradu OD dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče o kompenzaci 39 967 Kč za každý OD hospitalizace pacienta s diagnózou U07.1 podle mezinárodní klasifikace nemocí pro každý OD poskytnutý u daného pojištěnce do 20 dnů od prvního výkonu pozitivního testu COVID-19 provedeného během posledních 180 dnů. Pojišťovna uhradila poskytovatelům toto navýšení od prvního pozitivního testu na COVID-19 provedeného pomocí testu PCR.

Lůžka hospicového typu

Pojišťovna měla k 31. 12. 2021 uzavřen smluvní vztah s 23 poskytovateli lůžkové péče hospicového typu.

Úhrada této zvláštní lůžkové péče byla v roce 2021 realizována v souladu s úhradovou vyhláškou režimem PSOD. Výše PSOD a výše kompenzace byla stanovena stejným způsobem jako výše popsaná následná a dlouhodobá lůžková péče.

Lázeňská léčebně rehabilitační a ozdravenská péče

Pojišťovna měla k 31. 12. 2021 uzavřen smluvní vztah s 43 poskytovateli lázeňské léčebně rehabilitační péče a 1 zařízením ozdravenské péče.

Úhrada lázeňské léčebně rehabilitační péče pro dospělé a děti a dorost byla realizována v souladu s úhradovou vyhláškou, a to úhradou za jeden den pobytu, ve výši 107,7 % smluvně sjednané úhrady za jeden den pobytu na rok 2019.

Úhrada ozdravenské péče byla také realizována v souladu s úhradovou vyhláškou, a to úhradou za jeden den pobytu ve výši 980 Kč.

Pojišťovna, ve snaze zohlednit dopady epidemie onemocnění COVID-19, vyplatila do konce května 2021 poskytovatelům lázeňské léčebně rehabilitační péče, kteří o to požádali, tři zálohové stabilizační platby, každou ve výši 1/3 úhrady vyplacené poskytovateli za poskytovatelem vykázané a Pojišťovnou uznané hrazené služby poskytnuté v období duben až červen 2019 násobené koeficientem 0,4.

Kompenzační vyhláška následně stanovila poskytnutí měsíční zálohy na kompenzaci.

Zdravotnická dopravní služba

Pojišťovna měla k 31. 12. 2021 uzavřen smluvní vztah se 778 pracovišti zdravotnické dopravní služby.

Přeprava pacientů byla hrazena výkonovým mechanismem dle úhradové vyhlášky, s hodnotou bodu pro poskytovatele v nepřetržitém provozu 1,13 Kč a pro poskytovatele, kteří neposkytují nepřetržitý provoz s hodnotou bodu 0,92 Kč. Stejně jako v roce 2021 byl hrazen i výkon zohledňující manipulaci s imobilním pacientem s nadměrnou tělesnou hmotností nad 140 kg při transportu sanitním vozidlem vsedě nebo vleže, a to s hodnotou bodu 1,02 Kč. Nad rámec úhradové vyhlášky Pojišťovna navýšila úhradu za přepravu pacientů s potvrzeným onemocněním COVID-19.

Zdravotnická záchranná služba

Pojišťovna měla k 31. 12. 2021 uzavřen smluvní vztah s 321 výjezdovými základnami ZZS.

Hrazené služby poskytované ZZS byly hrazeny výkonově dle SZV. Hodnota bodu byla stanovena ve výši 1,23 Kč za zdravotní výkony, s výjimkou úhrady aplikace medicínálního kyslíku s hodnotou bodu ve výši 1 Kč. Hodnota bodu za zdravotní výkony nebyla oproti roku 2020 navýšena z důvodu navýšení počtu bodů za tyto výkony v SZV. Pro výkony přepravy byla určena hodnota bodu ve výši 1,13 Kč.

Přeprava pacientů neodkladné péče

Přeprava pacientů neodkladné péče byla hrazena dle úhradové vyhlášky výkonově dle SZV s hodnotou bodu ve výši 1,21 Kč za zdravotní výkony. Výjimkou byla úhrada aplikace medicínálního kyslíku s hodnotou bodu ve výši 1 Kč. Oproti roku 2020 nebyla hodnota bodu

za zdravotní výkony navýšena z důvodu navýšení počtu bodů za tyto výkony v SZV. Pro výkony přepravy byla stanovena hodnota bodu ve výši 1,13 Kč.

U ZZS i přepravy pacientů neodkladné péče Pojišťovna nad rámec úhradové vyhlášky nelimitovala v roce 2021 úhradu za aplikaci medicínálního kyslíku a navýšila úhradu za přepravu pacientů s potvrzeným onemocněním COVID-19.

Lékařská pohotovostní služba

Poskytovatelé zdravotních služeb provozující lékařskou pohotovostní službu byli hrazeni výkonovým způsobem s hodnotou bodu ve výši 1,00 Kč pro zdravotní výkony i výkony přepravy.

Léky vydané na recepty

Pojišťovna v roce 2021 aktivně vystupovala jako účastník ve správních řízeních o stanovení a změně maximálních cen a výše a podmínek úhrady, vedených SÚKL, s cílem zajistit lepší dostupnost již etablovaných léčiv a současně zpřístupnit nové léčivé přípravky a pojištěnců Pojišťovny. Systematicky monitorovala cenové hladiny v případě receptových a zvláště účtovaných léčivých přípravků.

S ohledem na kontinuální vyhledávání cenových referencí a současně aktivním vyjednáváním s držiteli rozhodnutí o registraci o uzavření Smluv o dohodnutých nejvyšších cenách výrobce a Smluv o úhradě. Pojišťovna podala v roce 2021 na SÚKL celkem 10 žádostí o zahájení zkrácené revize výše úhrad léčivých přípravků. Dopady výše uvedených činností generují potenciální úspory ve výši cca 736 mil. Kč. Současně se Pojišťovně podařilo výrazně snížit úhradový ekvivalent v jednotlivých skupinách léků. Ve snaze o racionalizaci preskripce bylo v roce 2021 na Pozitivním listu VZP ČR zařazeno celkem 32 léčivých přípravků, celkem 107 variant (kódů), ve 26 lékových skupinách.

Pojišťovna dále intenzivně jedná s držiteli rozhodnutí o registraci s cílem zajištění limitace nákladů na léčbu léčivými přípravky a uzavření smluvní ujednání typu sdílení rizik. V roce 2021 bylo mezi smluvními stranami uzavřeno celkem 390 Smluv o sdílení rizik.

Zdravotnické prostředky vydané na poukazy

V roce 2021 se Pojišťovna podílela na připomínkovém řízení v rámci novelizace zákona č. 48/1997 Sb. i v úsecích s vazbou na problematiku zdravotnických prostředků. Jednalo se zejména o rozšíření kompetencí všeobecných sester v oblasti předepisování zdravotnických prostředků na poukaz a o legislativní ukotvení přechodného ustanovení v oblasti změn úhrad domácí umělé plicní ventilace. Pojišťovna byla i nadále stálým členem Komise pro kategorizaci a úhradovou regulaci zdravotnických prostředků při MZ ČR. V této souvislosti byla vedena jednání se zástupci odborných společností ČLS JEP k problematice inovativních i již hrazených zdravotnických prostředků. Pokračoval proces kontroly správnosti kategorizačního zařazení a stanovení úhrad jednotlivých zdravotnických prostředků. I nadále byl vydáván Úhradový katalog VZP-ZP s každoměsíční frekvencí včetně Metodiky. V rámci pracovní skupiny vedené Státním ústavem pro kontrolu léčiv se Pojišťovna podílela na přípravě projektu ePoukaz. I nadále pokračoval proces uzavírání Dohod o nejvyšší ceně zdravotnických prostředků u Nekategorizovaných zdravotnických prostředků. Pojišťovna podala několik návrhů na vytvoření skupiny zaměnitelných zdravotnických prostředků. Jednalo se např. zdravotnické prostředky pro pacienty s poruchou sluchu či s poruchou mobility. Zároveň byl na základě provedení revize úhradové skupiny podán návrh na vyřazení zdravotnických prostředků, které nesplňují zákonem stanovené parametry pro jejich úhradu. V roce 2021 Pojišťovna aktualizovala v souvislosti se změnou legislativy a končící platností všechny smluvní vzory.

Regulační poplatky a doplatky na léky

Přílohač. 15: Přehled regulačních poplatků (viz tabulkové přílohy)

Celkový počet pojištěnců, kteří v roce 2021 překročili zákonný limit doplatků na léčiva nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely, byl více než 534 tis. osob, tj. o 35,6 tis. osob více než v roce 2020. Částka, o kterou byl překročen zákonný limit, činila 599,4 mil. Kč, tzn. meziroční nárůst o 48,0 mil. Kč.

PZS nárokovali od pojištěnců Pojišťovny za rok 2021 za započitatelné doplatky za léky a potraviny pro zvláštní lékařské účely 1 850,5 mil. Kč.

4.4.2 REVIZNÍ ČINNOST

Revizní činnost je daná zákonem č. 48/1997 Sb. a zahrnuje jednak kontrolu využívání a poskytování hrazených služeb, kontrolu správnosti vyúčtování vlastní péče případně odůvodněnosti péče indukované, ale zahrnuje také regulační činnost, tj. posuzování nároku pojištěnců Pojišťovny na úhradu vybraných zdravotních služeb jako jsou některé zdravotnické prostředky a léčiva, lázeňská léčebně rehabilitační péče apod. Pojišťovna také využívá zdravotnické kvalifikace revizních pracovníků v posuzovací činnosti např. v oblasti smluvní a úhradové politiky, pro tvorbu stanovisek pro veškeré léčivé přípravky ať nehrazené tak hrazené, zdravotnické prostředky, centrovou péči, dále pro přípravu podkladů pro smírčí jednání, pro povolování přeshraniční péče či k vyčíslení náhrad škod. Agenda OKRZP zasahuje napříč celou Pojišťovnou – připravuje odpovědi pro Informační centrum, řeší dotazy Call centra, připravuje podklady pro tiskové oddělení, spolupracuje na jiné nepřebírné agendě, u které je potřeba znát názor lékaře či zdravotníka.

Problémy spojené s pandemickými omezeními byly řešeny maximálním využíváním home office, distančně vedených pracovních porad a tím se zabezpečilo nepřetržité zajištění všech agend OKRZP.

Revizní činnost byla v roce 2021 v Pojišťovně zajištěna celkem šesti OKRZP RP Pojišťovny a jedním OKRZP Ústředí Pojišťovny. Personální zajištění nejlépe vystihuje následující tabulka, kde DPČ a DPP jsou počty lékařů v různých odbornostech a lékařských praxích spolupracujících na vyžádání tvorbou medicínských stanovisek pro potřeby nejen revizního systému, ale spolupracují s Odborem smluvní politiky, Odborem úhrad zdravotní péče, Odborem léčiv a zdravotnických prostředků a s Odborem podpory a organizace zdravotní péče.

Přehled revizních zaměstnanců k 31. 12. 2021

Název pozice	Fyzický počet	Přepočtený počet
Ředitel/ka odboru Ústředí, RP	1	1,0
Vedoucí, ředitel/ka oddělení Ústředí, RP	12	11,4
Vedoucí referátu	19	18,3
Revizní zaměstnanec - specialista/specialistka	12	11,4
Vrchní revizní lékař/lékařka	3	2,6
Revizní lékař/lékařka	92	68,3
Farmaceut/farmaceutka	1	1,0
Revizní technik/technička	10	10,0
Asistent/asistentka revizního lékaře/lékařky	89	87,1
Odborník/odbornice pro kontrolu dopravy	9	9,0
Odborník/á revizní zaměstnanec/zaměstnankyně	60	58,4
DPČ - revizní činnost	108	41,2
DPP - expertní revizní činnosti	58	12,7
Celkový součet	474	332,4

interní tabulka

Poznámka:

Přepočtený počet u zaměstnanců na DPČ a DPP - jedná se o přibližný přepočet na úvazek dle týdenního harmonogramu (př. týdenní harmonogram 10 hod. = úvazek 0,25).

Realizace kontrol PZS v roce 2021 byla stejně jako v roce 2020 zásadně poznamenána probíhající pandemií COVID-19, kdy z epidemiologických důvodů bylo nutno zásadně omezit fyzické revize ve zdravotnických zařízeních. V prvním a částečně i druhém pololetí se omezily kontroly z IS tak, aby se snížila administrativní zátěž poskytovatelů, kteří řešili dominantně problémy s nákazou. Revize tak byly z velké části realizovány na základě vyžádané zdravotnické dokumentace, což omezuje rozsah kontroly nejen co do počtu revidovaných případů, ale také nelze realizovat kontroly technického vybavení a personálu, což je standardní součást revizí. Dále nebylo možno realizovat např. šetření s pojištěnci, což je rutinní součást revizí např. v LDN. Probíhající pandemie také poznamenala vzdělávání revizních zaměstnanců ať už vnitřní vzdělávací akce, či akce externí.

V segmentu akutní lůžkové péče pokračovala revizní činnost již v novém systému CZ-DRG a byla zaměřena na správnost kódování diagnóz a vykazování řady nových markerů. Standardně byla kontrolována i oprávněnost úhrady hospitalizační péče z v.z.p. a odůvodněnost krátkodobých hospitalizací. V roce 2021 byla revizní činnost výrazně omezena probíhající třetí a čtvrtou vlnou pandemie COVID-19.

Distančně i šetřením ve zdravotnických zařízeních byly provedeny revize u 48 PZS akutní lůžkové péče a revidováno bylo celkem 2 726 hospitalizační případů. Revizí bylo dotčeno 46 % případů, což je o něco vyšší procento chybovosti v porovnání s rokem 2020 (40 %) či 2019 (39 %). To svědčí o funkčnosti nově vytvořených SW nástrojů OKRZP pro výběr hospitalizačních případů při přechodu na CZ-DRG i zvládnutí nových metodik kódování revizními pracovníky. V rámci standardních revizí DRG jsme některé revize zaměřili na správnost vykazování kardiointervenčních výkonů, jejichž revize byly pro vyšší složitost i chybovost náročné na zpracování i na odbornost při odmítání nesprávně vykázané péče. Celkový dopad revizí DRG bude možné ekonomicky vyčíslit až po uzavření ročních vyúčtování s poskytovateli akutní lůžkové péče.

Prostřednictvím IS pokračovaly i plošné kontroly dodržování indikačního omezení při preskripci NOAC po implantaci kyčelních či kolenních kloubů.

V segmentu následné péče a nelékařských profesí (domácí zdravotní péče, fyzioterapie, sestra v pobytových zařízeních sociálních služeb) pokračovala kontrolní činnost s důrazem na segment fyzioterapie a kontroly se zaměřením na bonifikované intervence v nočních hodinách v PZSS, které jsou stále v naprosté většině vykazovány neoprávněně. Bylo plánováno několik workshopů pro pracovníky jak Pojišťovny, tak hlavně pro pracovníky PZSS, které musely být zrušeny z důvodu zhoršující se epidemiologické situace.

V nelékařských odbornostech (925, 902, 913) a lůžkových zařízeních následné péče byly zpracovávány kontrolní zprávy z vygenerovaných dat z IS.

V následné péči jsme se více zaměřili na skryté sociální hospitalizace ve vazbě na klienty po prodělaném onemocnění COVID-19 (dlouhodobé hospitalizace).

V září 2021 byl ukončen pilotní projekt poskytování rehabilitační péče – odbornost 902 v PZSS. Z pohledu plátce nepřinesl pilotní projekt očekávané výstupy a na základě klinických studií byl nadále doporučen, standardní postup indikované včasné rehabilitace na následném rehabilitačním lůžku OLÚ nebo intenzivní rehabilitační ošetřovatelství poskytované v PZSS.

V centrech se Zvláštní smlouvou probíhaly systematické revize a kontroly, jejichž cílem je trvalá kultivace vykazování a racionalizace nákladů na tuto nákladnou péči, zejména v nových indikacích. Primárně cílené revize byly zaměřeny na včasnou kontrolu plnění úhradových podmínek ze strany Center oční péče, a to jednak s ohledem na nárůst počtu smluvních poskytovatelů v této diagnostické skupině a dále pak s ohledem na progresivní růst úhrad léčivých přípravků pro intravitreální aplikace.

Nemalá pozornost byla věnována oprávněnosti a správnosti úhrady léčivých přípravků a výkonů stacionáře v komplexních onkologických centrech. Stranou nezůstala ani revize nákladné péče v diagnostické skupině Crohnova choroba a větší počet šetření proběhl na pracovištích Center pro diagnózu těžká psoriáza. S odbornou společností byla projednávána indikační kritéria úhrad v diagnostické skupině hypolipidemik. Obligatorní součástí šetření se stala kontrola vyúčtovaných cen léčivých přípravků na základě dodacích listů či faktur s cílem ověřit, zda jsou účtovány ceny v souladu s platnou Metodikou a Číselníky. Nemalý podíl kontrol představoval v roce 2021 objem úhrad podmíněných plněním risk-sharingových smluv.

V oboru stomatologie byly prováděny kontroly z IS zaměřené především na správnost vykazování stomatologických výkonů a výrobků. Tyto kontroly jsou prováděny dlouhodobě, plošně a pravidelně, a to jednak prostřednictvím automatických kontrol z IS Pojišťovny (tj. kontroly vykazovaného počtu, frekvence a kombinace vykázaných výkonů, výrobků apod.), ale také prostřednictvím specificky zaměřených individuálně nastavených kontrol. Na základě výsledků těchto kontrol byly prováděny cílené revize PZS, a to šetřením nebo kontrolou vyžádané zdravotnické dokumentace.

Byla provedena kontrola vykazování poskytovatelů zařazených do sítě stomatochirurgických pracovišť. Zjištění z kontrolní činnosti jsou pak podnětem pro provedení cílených revizí u vybraných poskytovatelů. Kontinuálně probíhala činnost metodická, konzultační a posuzovací. Velmi důležitou činností v uplynulém roce byla spolupráce při finalizaci Přílohy č. 4 zákona č. 48/1998 Sb., a následně pak také intenzivní činnost směřující k jejímu zavedení do praxe (Číselník stomatologických výrobků, aktualizace číselníků automatických kontrol apod.).

V segmentu laboratorních provozů byla realizována šetření na pracovištích laboratorních odborností 801 – klinická biochemie, 802 – mikrobiologická laboratoř, 813 – laboratoř klinické alergologie a imunologie a odbornosti 816 – laboratoř lékařské genetiky. Kontrola správnosti vykázané laboratorní péče byla posuzována z dokumentace doložené laboratorním pracovištěm (žádanky, výsledkové listy atd.) a byla porovnávána s daty o vykázané péči z IS Pojišťovny. Některé revize byly s ohledem na epidemiologickou situaci prováděny distančně z vyžádané zdravotnické dokumentace bez šetření na daném pracovišti. V průběhu celého roku byly dále realizovány kontroly z dat IS jednak prostřednictvím automatických kontrol, jednak prostřednictvím specificky zaměřených individuálně nastavených kontrol tak, aby byla vykázaná laboratorní péče uhrazena v souladu s podmínkami stanovenými platnou legislativou (tj. kontroly vykazovaného počtu, frekvence a kombinace vykázaných výkonů, stratifikace odbornosti 816, vykazování v souladu s mimořádnými nařízeními MZ apod.). Součástí činnosti byla i činnost metodická a konzultační.

V segmentu zobrazovacích metod byla v roce 2021 revizní činnost limitována epidemiologickou situací, přesto byla nadále realizována, a to jak fyzickým šetřením u poskytovatelů, tak formou kontroly z vyžádané dokumentace. Realizována byla u poskytovatelů odbornosti 809 – radiologie a zobrazovací metody, 810 – magnetická rezonance a počítačová tomografie a pracoviště odbornosti 102 – angiologie s kontrolou ultrazvukových výkonů. Revizní činnost byla zaměřena na pracoviště poskytovatelů, kteří vykazovali výkony kostní denzitometrie s nadprůměrným objemem a na poskytovatele s vysokým počtem výkonů počítačové tomografie a magnetické rezonance a jejich kombinací. Kontrolována byla i správnost vykazovaného množství kontrastních látek. Revize jsou zaměřeny na poskytovatele srovnatelného charakteru se stejným spektrem nasmlouvaných výkonů, ale s velmi rozdílným způsobem vykazování u stejných diagnostických skupin. Kontinuálně probíhaly analýzy a kontroly z IS Pojišťovny zaměřené především na duplicitně vyúčtované výkony, výkony vykázané nad povolenou frekvenci, množství vykázaného zvláště účtovaného léčivého

přípravku. Trvalou součástí činnosti je i činnost metodická, odborné konzultace a vyjádření k přístrojovému vybavení na stávajících i nových pracovištích.

V segmentu zdravotnické přepravy byly ze strany odborníků pro kontrolu dopravy v roce 2021 realizovány standardní kontrolní činnosti zaměřené na kultivaci kvality vykazování zejména u poskytovatelů ZZS, přepravy pacientů neodkladné péče a zdravotnické dopravní služby. Z důvodu pandemie COVID-19 byly kontroly realizovány z větší části z IS Pojišťovny. U přepravy pacientů neodkladné péče pokračovaly kontroly oprávněnosti indikace přepravy v tomto režimu. Dále pokračovaly kontroly přepravy v kódu 60/61 (přeprava transfuzních přípravků, speciálních léčivých přípravků, tkání, buněk a orgánů k transplantaci, přeprava lékaře nebo jiného zdravotnického pracovníka ke specializovanému a nezbytnému výkonu). Během roku pokračovaly v rámci celé ČR kontroly oprávněnosti a správnosti vykazování kódu 69 (Manipulace s imobilním pacientem s nadměrnou tělesnou hmotností nad 140 kg při transportu sanitním vozidlem vsedě nebo vleže) a dále kódu 80 pro přepravu infekčních pacientů zvláště v souvislosti s diagnózou U07.1 a bonifikačních kódů přepravy, nasmlouvaných z důvodu zvýšených nákladů přepravců (zajištění ochranných obleků, dezinfekce vozidel apod.)

Pracovníci OKRZP se aktivně podíleli na zajištění a stanovení podmínek přepravy v souvislosti s pandemií COVID-19. Byly provedeny kontroly smluv s poskytovateli zdravotnické dopravní služby v souvislosti s implementací nového Kilometrovníku a nově nasmlouvaných kódů přepravy. Vybraní pracovníci se aktivně podíleli na připomínkách k návrhům kalkulací přepravních výkonů v návštěvní službě a ke sjednocení vykazování přepravy zdravotnických pracovníků v Centrech duševního zdraví.

Oblast povolování léčivých přípravků podle § 16 zákona č. 48/1997 Sb. je částečně centralizovaná, kdy na specializovaném útvaru Ústředí Pojišťovny jsou posuzovány případy vybraných nákladnějších léčivých přípravků nebo léčiv. Tato agenda se stala v posledních letech mimořádně komplikovanou a vyžaduje nejen rozsáhlé medicínské znalosti s nutností trvale sledovat aktuální vývoj vědeckého poznání, ale také nutnost sledovat stav práva a rozvíjející judikatury. Za tímto účelem se prohloubila spolupráce s Právním odborem Ústředí Pojišťovny, což vede ke zkvalitnění rozhodovací praxe. Mimo jiné na podzim roku 2021 vyšla novela zákona č. 48/1997, která do povolovací činnosti zavádí druhostupňový orgán – revizní komisi – a značné úsilí tak bylo v závěru roku nutno věnovat implementaci tohoto orgánu do rozhodování revizních lékařů.

V oblasti zdravotnických prostředků se OKRZP aktivně podílelo na realizaci uplatnění nároků pojištěnců na úhradu zdravotnických prostředků, a to tak, aby byla zajištěna zákonem definovaná dostupnost zdravotnického prostředku a současně byly naplněny zákonem definované podmínky pro úhradu. K zajištění věcné správnosti a jednotnosti posuzování se nadále uplatňuje centralizované posuzování vybraných zdravotnických prostředků. Uvedené nabude na důležitosti v roce 2022 s novelou zákona č. 48/1997 Sb., která mimo jiné specifikuje posuzování ZP před poskytnutím zdravotních služeb – naplnění nároku pojištěnce na jejich poskytnutí jako hrazených.

Ve spolupráci s ostatními útvary Pojišťovny se OKRZP podílelo na změnách, které vyplývají z novel zákonů a jejich aplikaci do metodik, vnitřních norem, posuzování, IS tak, aby zdravotní služby, konkrétně zdravotnické prostředky, byly při naplnění zákonem stanovených podmínek klientům bezodkladně poskytnuty a poskytovatelům uhrazeny. Bylo nutno reagovat i na změny, které se připravují – explicitně na elektronizaci poukazu a komunikaci mezi pojišťovnami po přeregistraci klienta.

V oddělení analytické podpory se v roce 2021 podařilo nadále zpřesňovat kontrolně revizní činnost úpravou stávajících kontrol IS Pojišťovny i vývojem nových kontrolních mechanismů.

Bylo možné kontrolovat vzniklé situace a nepatříčnosti ve vyúčtované péči a zpracovávat odmítnutí pomocí aplikace RKAC (Revize-kontrola nad archivní cache) formou kontrolních zpráv.

Využitím úzké spolupráce s garanty řídicích číselníků KVC (kontrola výdajové části – automatické kontroly) bylo umožněno operativně rychle odrážet požadavky aktuálního stavu i v rámci pandemických opatření tak, aby bylo využito v maximální možné míře odmítání dokladů v prvotní fázi zpracování pomocí aplikací CVON.

Žádanky, druh dokladu 21, pořízené v období od 1. 1. 2020 do 31. 12. 2021, s platností od roku 2021

Skupina kódu	Počet schválených	Počet neschválených
1 - hromadně vyráběné léčivé prostředky	13 115	1 265
2 - individuálně vyráběné léčivé prostředky, radiofarmaka, krevní deriváty	210	1
3 - zdravotnické prostředky	77 577	1 742
4 - stomatologie	156	6
98 - zdravotní výkony	64	1
99 - dopravní výkony	16 977	277

interní tabulka

Souhrnný přehled regulační činnosti v roce 2021

Položka	Počet
Schvalování/povolování úhrady léků, zdravotnických prostředků a výkonů	114 017
Potvrzování lázeňské léčebně rehabilitační péče	50 888
Potvrzování ozdravenské péče	914
Potvrzování péče v dětských léčebnách	2 358
Potvrzování OLÚ pro dospělé	16 654
Celkem	184 831

interní tabulka

Kontrolní a revizní činnost v letech 2020 a 2021

Položka	m. j.	2020	2021
Počet zpráv	kus	35 696	35 510
Počet odečtených bodů	tis.	536 708	674 646
Odečtené korunové položky	tis. Kč	561 870	566 749

interní tabulka

4.5 POHLEDÁVKY ZA POSKYTOVATELI ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB PO LHŮTĚ SPLATNOSTI

Pojišťovna evidovala k 31. 12. 2021 pohledávky za PZS po lhůtě splatnosti ve výši 81,3 mil. Kč. Jednalo se především o pohledávky z vyúčtování zdravotních služeb, které Pojišťovna řešila zápočty a splátkovými kalendáři pro PZS.

K těmto pohledávkám byly vytvořeny opravné položky ve výši 54,1 mil. Kč. Čistá výše pohledávek za PZS po lhůtě splatnosti činila 27,2 mil. Kč (Příloha č. 1 Přehled údajů o činnosti zdravotní pojišťovny, ř. 24.4).

4.6 SMLUVNÍ POLITIKA, SÍŤ SMLUVNÍCH POSKYTOVATELŮ ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB

Příloha č. 14: Soustava smluvních poskytovatelů zdravotních služeb (viz tabulkové přílohy)

V rámci smluvní politiky Pojišťovna i v roce 2021 zajišťovala odpovídající dostupnost hrazených služeb a kultivovala síť smluvních poskytovatelů s cílem zajistit bezpečné a kvalitní zdravotní služby. Prioritou bylo doplnění sítě v oblastech s potencionálně zhoršenou dostupností.

Pojišťovna v průběhu roku 2021 nasmlouvala síť pracovišť urgentního příjmu u LPZS v rámci celé ČR. U vybraných poskytovatelů byly dále podpořeny konziliární týmy paliativní péče v nemocnicích v návaznosti na ukončený pilotní program.

V souladu s reformou psychiatrické péče se Pojišťovna soustředila na podporu a zavádění nových služeb v péči o duševně nemocné. V průběhu roku 2021 se Pojišťovna podílela též na přípravě státem a zdravotními pojišťovnami garantované sítě center krizové péče, včetně nastavení podmínek pro nasmlouvání této nové zdravotní služby.

V souladu s mezinárodním trendem, poptávkou pacientů i zdravotnických pracovníků a s ohledem na vyšší náklady zdravotních služeb v lůžkovém režimu oproti zdravotním službám poskytovaným ve vlastním sociálním prostředí Pojišťovna posilovala roli zdravotních služeb v domácím prostředí, a to nejen v odbornosti domácí péče, ale též v odbornosti domácí paliativní péče o pacienta v terminálním stavu. Na základě nově nastavených smluvních podmínek Pojišťovna také posilovala síť pracovišť odbornosti paliativní medicína, kdy jako jednu z podmínek nasmlouvání této odbornosti stanovila zajištění návštěvní služby ve vlastním sociálním prostředí pacientů.

V rámci svých bonifikačních programů Pojišťovna v roce 2021 pokračovala v rozvoji programu kvality péče AKORD pro všeobecné praktické lékaře a praktické lékaře pro děti a dorost, jehož účelem je motivovat praktické lékaře k maximalizaci přínosu léčebného procesu a procesu péče o pojištěnce při hospodárném využívání vynakládaných finančních prostředků. Dále Pojišťovna nabízela svým smluvním partnerům v oboru všeobecné praktické lékařství, praktické lékařství pro děti a dorost, praktické zubní lékařství a ambulantním poskytovatelům v odbornosti vnitřní lékařství, kardiologie, diabetologie, gynekologie a porodnictví a dermatovenerologie možnost účasti v bonifikačních programech VZP PLUS (VZP PLUS – DIABETES, VZP PLUS – HYPERTENZE, VZP PLUS – OBEZITA, VZP PLUS – STOMATOLOGIE, VZP PLUS – AUTISMUS, VZP PLUS – DOSTUPNOST, VZP PLUS – GYNEKOLOGIE, VZP PLUS – DERMATOLOGIE). Pojišťovna současně bonifikovala poskytovatele lékárenské péče v nedostupných oblastech a poskytovatele v oboru všeobecné praktické lékařství, praktické lékařství pro děti a dorost, ambulantních gynekologických služeb a ambulantních specializovaných služeb za doložení diplomu celoživotního vzdělávání.

V souvislosti s probíhající epidemií onemocnění COVID-19 Pojišťovna nadále průběžně připravovala organizační opatření, která byla zveřejňována na internetových stránkách Pojišťovny. V průběhu roku 2021 se pozornost zaměřila zejména na očkování proti onemocnění COVID-19 a s ohledem na tuto skutečnost byla nasmlouvána dostatečná síť očkovacích míst, včetně jejich bonifikace. Nadále byla kultivována síť odběrových center/míst a oprávněných laboratoří realizujících vyšetření onemocnění COVID-19.

Pojišťovna v souladu se zákonem č. 48/1997 Sb. zveřejňovala Smlouvy o poskytování a úhradě hrazených služeb, včetně změn a dodatků, z nichž vyplývá výše úhrady Pojišťovny PZS nebo rozsah poskytovaných hrazených služeb. Stejně tak zveřejňovala smlouvy podle zákona

č. 340/2015 Sb. Zveřejňováním smluv a dodatků dochází ke zvýšení transparentnosti vynakládání veřejných prostředků v oblasti v.z.p.

4.6.1 MÍSTNÍ A ČASOVÁ DOSTUPNOST HRAZENÝCH SLUŽEB DLE § 40 ZÁKONA č. 48/1997 Sb. – ZPŮSOB ZAJIŠTĚNÍ SÍTĚ

Pojišťovna v roce 2021 disponovala nejširší sítí smluvních poskytovatelů a s její pomocí plnila Nařízení vlády č. 307/2012 Sb. v maximální možné míře.

Prioritou Pojišťovny bylo nejen zajistit odpovídající místní a časovou dostupnost zdravotních služeb, ale zajistit i nejvyšší možnou kvalitu za současného dodržení zdravotně pojistného plánu. Pojišťovna v rámci procesu rozhodování o smluvních vztazích nadále průběžně monitorovala objednávací doby, věkovou strukturu zdravotnických pracovníků a vyhodnocovala produkční ukazatele v jednotlivých zdravotních službách.

Pojišťovna pokračovala ve vyhodnocování kritérií pro tzv. zónaci oblastí se zhoršenou dostupností zdravotních služeb. Do zónace vstupují kritéria týkající se místní dostupnosti zdravotních služeb, demografického složení lékařů, reálného čerpání péče pojištěnci či informace o opakovaných podnětech pojištěnců ze strany RP Pojišťovny či informace od odborných společností. V konkrétních lokalitách s potenciálně ohroženým zhoršením dostupnosti zdravotních služeb (např. plánované ukončení poskytování zdravotních služeb z důvodu odchodu do důchodu, vysoký průměrný věk zdravotnických pracovníků) bylo ze strany Pojišťovny iniciováno vyhlášení výběrového řízení na místně příslušných krajských úradech.

V případě primární péče jsou na základě výsledků zónace identifikovány oblasti, ve kterých Pojišťovna uvítá uzavření smlouvy s novým PZS. Seznam těchto oblastí je pravidelně publikován na veřejném webu Pojišťovny a je tak dostupný případným zájemcům ze strany poskytovatelů.

Je třeba konstatovat, že Pojišťovna vnímá jako problematické zajištění stomatologické péče, a to zejména v příhraničních oblastech, kde se ani přes opakovaně Pojišťovnou iniciovaná výběrová řízení nedaří péči zajistit ke spokojenosti všech pojištěnců.

Pojištěnci Pojišťovny mohou podat podnět k místní a časové dostupnosti hrazených služeb prostřednictvím všech standardních vstupních komunikačních kanálů Pojišťovny. Řešení těchto podnětů pojištěnců probíhá formou dvouinstančního řízení. Za řešení podnětů pojištěnců v první instanci odpovídá Úsek služeb klientům, za řešení podnětů pojištěnců ve druhé instanci je odpovědný územně příslušný Odbor zdravotní péče RP Pojišťovny.

Přehled podnětů na místní a časovou dostupnost hrazených služeb podaných pojištěnci Pojišťovny v roce 2021

Podnět/stížnost v oblasti (odbornost)	Instance		Podnět/stížnost v oblasti (odbornost)	Instance	
	Úsek služeb klientům	Úsek zdravotní péče		Úsek služeb klientům	Úsek zdravotní péče
014-klinická stomatologie	13 845	6 644	1H1-akutní LP vnitřního lékařství - interny - typ H		2
001-všeobecné praktické lékařství	5 026	522	1H3-akutní LP diabetologie - typ H	2	
002-praktické lékařství pro děti a dorost	1 250	214	1H4-akutní LP endokrinologie - typ H	1	1
603-gynekologie a porodnictví	615	23	1H9-akutní LP revmatologie - typ H	1	1
705-ofthalmologie	544	64	1T7-intenzivní LP kardiologie - typ T	2	
901-klinická psychologie	381	25	1U9-dlouhodobá LP revmatologie - typ U		2
305-psychiatrie	361	40	2U9-dlouhodobá LP neurologie - typ U	2	
404-dermatovenerologie	210	11	308-návykové nemoci		2
107-kardiologie	153	14	504-cévní chirurgie	1	1
015-ortodoncie	144	17	505-kardiokirurgie	1	1
306-dětská a dorostová psychiatrie	139	18	7H1-akutní LP otorinolaryngologie - typ H	2	
209-neurologie	132	19	806-mamografický screening	1	1
706-urologie	118	4	989-zdravotnická dopravní služba	1	1
109-revmatologie	63	45	106-geriatrie		1
103-diabetologie	73	9	108-nefrolgie	1	
902-fyzioterapeut	69	12	1F1-akutní LP vnitřního lékařství - interny - typ F	1	
104-endokrinologie	53	23	1F4-akutní LP endokrinologie - typ F	1	
606-ortopedie	31	13	1F5-akutní LP gastroenterologie - typ F		1
207-alergologie a klinická imunologie	40	1	1H5-akutní LP gastroenterologie - typ H	1	
1F7-akutní LP kardiologie - typ F	35	2	1T3-intenzivní LP diabetologie - typ T	1	
101-vnitřní lékařství - interna	17	5	202-hematologie	1	
903-klinická logopedie	17	3	206-klinická farmakologie	1	
105-gastroenterologie	10	5	208-lékařská genetika	1	
701-otorinolaryngologie	12	3	222-transfúzní lékařství	1	
1F3-akutní LP diabetologie - typ F	13	1	2F7-akutní LP alergologie a klinické imunologie - typ F	1	
205-pneumologie a fteologie	9	5	2H5-akutní LP pneumologie a fteologie - typ H		1
201-rehabilitační a fyzikální medicína	11	2	2H7-akutní LP alergologie a klinické imunologie - typ H	1	
2F9-akutní LP neurologie - typ F	10	2	302-dětská kardiologie		1
102-angiologie	4	5	350-centrum duševního zdraví	1	
1H7-akutní LP kardiologie - typ H	9		4F9-akutní LP dětské neurologie - typ F		1
925-domácí péče	7	2	503-úrazová chirurgie (traumatologie)	1	
019-stomatologická pohotovostní služba	7	1	5F1-akutní LP chirurgie - typ F	1	
2H9-akutní LP neurologie - typ H	7		5H1-akutní LP chirurgie - typ H	1	
501-chirurgie	6	1	605-orální a maxilofaciální chirurgie	1	
916-nutriční terapeut	5	2	607-ortopedická protetika	1	
921-porodní asistentka	3	4	697-algeziologie - léčba bolesti		1
409-dětská neurologie	3	3	6T6-intenzivní LP ortopedie - typ T	1	
1F9-akutní LP revmatologie - typ F	3	2	7D8-následná intenzivní péče (NIP)		1
402-klinická onkologie	4	1	7F1-akutní LP otorinolaryngologie - typ F	1	
2I9-intenzivní LP neurologie - typ I	4		809-radiologie a zobrazovací metody	1	
2T9-intenzivní LP neurologie - typ T		4	810-magnetická rezonance a počítačová tomografie	1	
309-sexuologie	2	2	905-zrakový terapeut		1
1I3-intenzivní LP diabetologie - typ I	2	1	917-ergoterapeut		1
1I7-intenzivní LP kardiologie - typ I	2	1	919-adiktologie		1
405-dětská dermatologie	3		9U7-následná lůžková péče		1
601-plastická chirurgie	1	2	9U9-lůžková hospicová péče		1
110-klinická osteologie	1	1	Celkem	23 489	7 802

interní tabulka

4.7 ZDRAVOTNÍ SLUŽBY HRAZENÉ NAD RÁMEC VEŘEJNÉHO ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ

Zdravotní služby čerpané z fondu prevence

Příloha č. 13: Náklady na preventivní zdravotní péči čerpané z fondu prevence (viz tabulkové přílohy)

Návrh plánu pro poskytování finančních příspěvků z Fprev Pojišťovny pojištěncům pro rok 2021 vycházel ze zkušeností a čerpání příspěvků v minulých letech. Klientské programy byly realizovány s ohledem na medicínský přínos v rámci primordiální, primární, sekundární a terciární prevence. Nabídka příspěvků byla definována jako kompenzace finančních nákladů, které pojištěnec Pojišťovny vynaložil v souvislosti s absolvováním aktivit prevence nad rámec hrazené zdravotní péče.

Pojišťovna nabídla svým pojištěncům preventivní klientské programy jako ucelenou konkurenceschopnou nabídku co do rozsahu a kvality. Cílem této nabídky je pro Pojišťovnu dlouhodobě a stabilně nabízet preventivní programy hrazené z Fprev, které mají preventivní charakter, zásah do všech věkových kategorií a celoroční udržitelnost. Příspěvky jsou jedním z nástrojů, kterými Pojišťovna podporuje stabilizaci pojistného kmene.

S ohledem na vývoj epidemické situace a řadu nutných omezení a mezinárodních opatření, která souvisela s prevencí onemocnění COVID-19, bylo v roce 2021 upuštěno od pořádání programu Mořský koník určeného pro děti s diagnózami chronických onemocnění (např. psoriáza, bronchiální astma, chronická obstruktivní plicní nemoc, alergické onemocnění horních cest dýchacích aj.).

Rozpočet Fprev na preventivní zdravotní péči dle ZPP 2021 byl schválen ve výši 710,2 mil. Kč. V souvislosti s podporou provádění samoodběrových testů zaměstnanců a OSVČ na přítomnost antigenu viru SARS-CoV-2 byl rozpočet navýšen na celkovou výši 1 130,2 mil. Kč. Z tohoto rozpočtu bylo čerpáno 945,9 mil. Kč, tj. 83,7 %.

Pojišťovna v roce 2021 realizovala následující zdravotní programy:

Prevence infekčních onemocnění – očkování

Cílem programu byla podpora primární prevence, tedy předcházení vzniku infekčních onemocnění preventabilních očkováním a zamezení vzniku možných komplikací či úmrtí, motivace pojištěnců k zodpovědnosti za vlastní zdraví a zvýšení proočkovanosti v populaci. Dalším cílem je snížení nákladů na léčbu infekčních onemocnění preventabilních očkováním a jejich komplikací.

Prevence kardiovaskulárních onemocnění

Cílem programu byla prevence kardiovaskulárních onemocnění, která vznikají mimo jiné důsledkem ovlivnitelných faktorů, jako je obezita, kouření, nízká fyzická aktivita a psychosociální faktory, a zlepšení zdravotního stavu pojištěnce, zejména jeho motivace ke zdravému životnímu stylu. Dalším cílem projektu odvykání kouření byla léčba závislosti, podpora zdravého životního stylu a eliminace rizika plicních, nádorových a dalších onemocnění.

Prevence onkologických onemocnění

Hlavním cílem projektu byla sekundární prevence, a to včasný záchyt onemocnění a s tím související včasné zahájení léčby. Dále Pojišťovna pokračovala v poskytování příspěvků ke zlepšení stavu pojištěnce při návratu do aktivního života po podstoupení léčby, motivaci pojištěnců k péči o vlastní zdraví a tím k předcházení následných nákladů na léčbu a souvisejících komplikací.

Prevence diabetes mellitus

Cílem programu bylo motivovat pojištěnce k péči o vlastní zdraví dodržováním režimových opatření, vytvoření a zlepšení návyků prospěšných zdraví, snížení rizika vzniku komplikací způsobených diabetem a tím prodloužení života nemocných při zachování jeho kvality, zapojení pojištěnce do pravidelné kontroly svého zdravotního stavu a tím předcházení následným nákladům na další léčbu.

Duševní zdraví

Hlavním cílem projektu byla prevence a odvrácení chronifikace obtíží v oblasti duševního zdraví, motivace pojištěnců k zodpovědnosti za vlastní zdraví a zvýšení dostupnosti služeb psychosociální podpory.

Dietní programy

Hlavním cílem projektu byla podpora sekundární prevence včetně motivace pojištěnců k péči o vlastní zdraví (důsledné dodržování dietních a režimových opatření) a posílení zodpovědnosti za vlastní zdraví u pojištěnců, u nichž byla diagnostikována celiakie, a také u pojištěnců, u nichž bylo diagnostikováno dědičné metabolické onemocnění a stanovena nízkobílkovinná dieta.

Zdravé stárnutí

Hlavním cílem programu byla podpora duševního a fyzického zdraví pojištěnců ve věkové kategorii 65+ a motivace pojištěnců k péči o vlastní zdraví.

Ostatní činnosti

Ostatní programy byly určeny na prevenci pro specifické skupiny pojištěnců. Zejména byly zaměřeny na maminky, kde cílem bylo zajištění dispenzarizační péče v těhotenství nad rámec hrazených zdravotních služeb a dále podpora duševní a fyzické pohody nastávající maminky v těhotenství a do 12 měsíců po porodu, podpora pro novorozence, kde hlavním cílem byla podpora předčasně narozených dětí s porodní váhou do 1500 g, a bezpříspěvkové dárce, kde hlavní cílem programu byla podpora bezplatného dárce krve, krevní plazmy, kostní dřeně, krevních destiček a orgánů. Pojišťovna ve snaze podpořit tuto cílovou skupinu nabízí motivační příspěvky na provedené a pojištěncem uhrazené preventivní zdravotní služby či zdravotní pomůcky.

Příspěvek na podporu provádění samoodběrových testů na COVID-19 laickou osobou

Hlavním cílem příspěvku byla podpora testování zaměstnanců a OSVČ na stanovení přítomnosti antigenu viru SARS-CoV-2 prováděného laickou osobou. Příspěvek vznikl v návaznosti na povinné testování nařízené vládou ČR a financování probíhalo v souladu s § 7, odst. 3 zákona č. 551/1991 Sb.

5. část

TVORBA A ČERPÁNÍ FONDŮ POJIŠŤOVNY

Hospodaření Pojišťovny je sledováno v souladu se zákonem č. 551/1991 Sb. prostřednictvím účetně oddělených fondů a činností.

Jde o následující fondy a činnosti:

- 5.1 Základní fond zdravotního pojištění
- 5.2 Provozní fond
- 5.3 Fond reprodukce majetku
- 5.4 Sociální fond
- 5.5 Rezervní fond
- 5.6 Fond prevence
- 5.7 Jiná činnost, než je provozování veřejného zdravotního pojištění

Každý z uvedených fondů je sledován ze dvou metodických pohledů, a to:

- pohledem hospodářské operace v časové a věcné souslednosti,
- pohledem skutečného pohybu finančních prostředků.

5.1 ZÁKLADNÍ FOND ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ

Příloha č. 2: Základní fond zdravotního pojištění (viz tabulkové přílohy)

ZFZP zobrazuje hospodaření Pojišťovny s finančními prostředky systému v.z.p., které slouží k zabezpečení úhrad zdravotních služeb.

Hlavním cílem Pojišťovny pro rok 2021 bylo, s ohledem na probíhající pandemii COVID-19 spojenou s vysokou mírou nejistoty, **zachování ekonomické i celkové stability Pojišťovny**. Zejména se jednalo o dodržení úhrad PZS dle platné úhradové vyhlášky, zabezpečení úhrad PZS v termínech splatnosti a zabezpečení hladkého provozu Pojišťovny. Tento cíl se mohl zdát téměř samozřejmý a málo ambiciózní, ale období pandemické situace způsobilo značnou nepředvídatelnost, a to jak na straně příjmové, tak na straně nákladové. I přes počáteční zpomalení české ekonomiky se nakonec dostavil růst, který se promítnul do překročení plánu příjmů z pojistného. Také náklady na zdravotní služby převýšily plánovanou hodnotu, avšak oproti příjmům v nižší míře. Schodek příjmů a nákladů ZFZP tak byl o více než polovinu nižší, než předpokládal ZPP 2021.

Hospodaření ZFZP skončilo k 31. 12. 2021 záporným saldem příjmů a nákladů ve výši – 3 943,3 mil. Kč. Oproti plánu jde o lepší výsledek o 5 767,9 mil. Kč. Pojišťovna v roce 2021 zabezpečila úhrady PZS ve stanovených termínech a neevidovala závazky vůči PZS po lhůtě splatnosti.

Příjmy pojistného po přerozdělování byly ovlivněny především:

- růstem průměrné hrubé měsíční mzdy, která za první tři čtvrtletí roku 2021 dosáhla hodnoty 37 047 Kč, což v meziročním srovnání činí přírůstek 2 362 Kč, tj. meziročně o 6,8 %. Reálná mzda se zvýšila o 3,6 % (zdroj ČSÚ),
- nízkým průměrným podílem nezaměstnaných osob vůči obyvatelstvu ve věku 15-64 let ve výši 3,8 % (zdroj MPSV),
- valorizací platby státu za státní pojištěnce od 1. 1. 2021 o 200 Kč na 1 767 Kč,
- růstem minimální mzdy o 600 Kč na 15 200 Kč.

Vyšší růst nákladů/výdajů byl ovlivněn především:

- výrazným nárůstem nákladů spojených s pandemií,
- růstem platů zdravotníků daným kompenzační vyhláškou,

- vícenáklady na očkovací látky,
- růstem úhrad za zdravotní služby dle úhradové vyhlášky a dohod uzavřených s PZS pro rok 2021,
- kompenzační vyhláškou vztahující se k nákladům roku 2020, kdy výdaje byly realizovány až v roce 2021,
- investováním do zdravotních služeb formou cílených bonifikačních úhradových mechanismů majících za cíl zlepšit jejich dostupnost a kvalitu se zohledněním vykázaných zdravotních služeb,
- zvýšením úhrad na moderní terapie, léčivé přípravky hrazené PZS specializovaných pracovišť a léčbu vzácných onemocnění.

RF byl finančně naplněn do výše 2 915,4 mil. Kč, a to převodem z úspor PF do ZFZP a následně do RF ve výši 217,8 mil. Kč (rozdíl oproti plánovaným 224,9 mil. Kč vyplývá z rozdílu skutečné a plánované výše propočtové základny). PF byl finančně naplněn dle platných předpisů ve výši maximálního limitu rozvrhové základny (2,91 %). Převod finančních prostředků ze ZFZP do Fprev byl v roce 2021 navýšen oproti základnímu limitu (tj. 0,3 % z příjmů pojistného po přerozdělování) v souladu s mimořádnými opatřeními MZ, o finanční prostředky k zabezpečení nákladů na testování zaměstnanců a OSVČ, kteří byli pojištěnci Pojišťovny, na přítomnost antigenu viru SARS-CoV-2.

Tvorba a čerpání ZFZP

Počáteční zůstatek ZFZP k 1. 1. 2021 činil 9 569,4 mil. Kč.

Tvorba ZFZP v roce 2021 činila 248 463,8 mil. Kč a ve srovnání se ZPP byla o 4,9 % vyšší, meziročně se zvýšila o 14,1 %. Předpis výběru pojistného činil 153 209,1 mil. Kč a ve srovnání s plánem byl vyšší o 6,9 %. Příjmy z přerozdělování činily 88 220,1 mil. Kč a byly v souladu s plánem, meziročně se pak zvýšily o 24,7 %. Meziroční nárůst je ovlivněn především zvýšením sazby za státní pojištěnce v červnu roku 2020 o 500 Kč a v lednu 2021 o dalších 200 Kč na 1 767 Kč. Dalšími významnými položkami tvorby ZFZP byly penále, pokuty a přírážky k pojistnému ve výši 3 375,5 mil. Kč s přeplněním plánu o 6,8 %.

Čerpání ZFZP v roce 2021 dosáhlo výše 251 545,7 mil. Kč, což je o 2,4 % více než plánovaná hodnota. Nejvýznamněji se na čerpání podílely závazky za zdravotní služby, které činily 236 889,1 mil. Kč a ve srovnání s plánem byly o 1,9 % vyšší, meziročně pak o 9,7 %. Vyšší náklady vycházely především z úhrad vyvolaných pandemií, dále z dohod uzavřených s PZS a z úhrad stanovených úhradovou vyhláškou. Významný podíl na čerpání dále tvořily předpisy přidělu do jiných fondů, které dosáhly celkem 8 337,9 mil. Kč, z toho 217,8 mil. Kč do RF, 6 971,7 mil. Kč do PF a 1 148,3 mil. Kč do Fprev. Příděl do Fprev byl o 433,4 mil. Kč vyšší, což bylo zapříčiněno především úhradou antigenního testování hrazeného z Fprev. Závazky vyplývající z poskytnutí zdravotních služeb zahraničním pojištěncům včetně paušálních plateb činily 760,1 mil. Kč a meziročně se snížily o 36,1 %.

Rezerva ZFZP na soudní spory stanovená k 31. 12. 2021 činila 28,5 mil. Kč.

Konečný zůstatek ZFZP k 31. 12. 2021 dosáhl 6 487,5 mil. Kč.

Příjmy a výdaje ZFZP

Počáteční zůstatek BÚ ZFZP byl k 1. 1. 2021 ve výši 21 491,9 mil. Kč.

Celkové příjmy ZFZP dosáhly výše 242 139,1 mil. Kč s meziročním růstem o 13,2 %. Oproti plánu byly celkové příjmy o 4,5 % vyšší. Příjmy z pojistného na v.z.p. činily 150 093,8 mil. Kč a oproti plánu se zvýšily o 6,9 %. Meziročně příjmy z pojistného vzrostly o 7,2 %, v absolutní hodnotě o 10 143,5 mil. Kč. Dle klasifikace ekonomických činností nejvíce rostly příjmy

od zaměstnavatelů v kategoriích zdravotní a sociální péče (především vlivem vyplacených odměn zdravotníkům), zpracovatelský průmysl, velkoobchod a maloobchod a vzdělávání. U OSVČ se v roce 2021 projevil dopad vyúčtování z odpuštění odvodů za pojistné na v.z.p. z roku 2020.

Výdaje ZFZP v roce 2021 činily 251 838,6 mil. Kč, přičemž meziročně vzrostly o 18,6 %, resp. o 39 429,9 mil. Kč. Nejvyšší položku představovaly výdaje za zdravotní služby, které dosáhly 242 605,3 mil. Kč s meziročním růstem o 18,9 %, resp. o 38 597,4 mil. Kč. Uvedený nárůst je způsoben časovým posunem mezi zaúčtováním nákladů daných kompenzační vyhláškou upravující formu úhrady PZS či kompenzací určenou na platy zdravotnickým pracovníkům v roce 2020 a jejich skutečnému finančnímu plnění v roce 2021. Výdaje za léčení pojištěnců v cizině korespondovaly s plánem a dosáhly 810,3 mil. Kč. Naopak výdaje za poskytnuté zdravotní služby fakturované tuzemskými poskytovateli za zahraniční pojištěnce včetně paušálních plateb byly ve srovnání se ZPP 2021 o 33 % nižší a dosáhly 773,6 mil. Kč.

K 31. 12. 2021 činil konečný zůstatek BÚ ZFZP 11 792,3 mil. Kč.

5.1.1 STRUKTURA NÁKLADŮ NA ZDRAVOTNÍ SLUŽBY V ČLENĚNÍ DLE JEDNOTLIVÝCH SEGMENTŮ

Příloha č. 11: Struktura nákladů na zdravotní služby dle segmentů (viz tabulkové přílohy)

Plán nákladů na zdravotní služby pro rok 2021 vycházel z úhradové vyhlášky, z dohod uzavřených s PZS, z kompenzační vyhlášky a z disponibilních prostředků Pojišťovny pro rok 2021. Celkový plán nákladů na zdravotní služby pro rok 2021 byl ve výši 232 514,0 mil. Kč. Z důvodu nadále probíhající pandemie COVID-19 a s tím související Kompenzační vyhlášky I a II bylo schváleno rozpočtové opatření na navýšení ZPP 2021. Celkové čerpání nákladů na zdravotní služby bylo ve výši 236 889,1 mil. Kč.

Ve srovnání se ZPP 2021 bylo čerpání nákladů vyšší o 4 375, 1 mil. Kč, tj. o 1,9 % a oproti roku 2020 bylo čerpání nákladů vyšší o 20 901,6 mil. Kč, tj. o 9,7 %. Vyšší čerpání nákladů oproti stejnému období roku 2020 je způsobeno zejména mechanismy úhrady stanovenými úhradovou vyhláškou, navýšením nákladů u léčivých přípravků hrazených PZS poskytujícím péči na specializovaných pracovištích (centrová péče) a uplatněním kompenzací stanovených kompenzačními vyhláškami.

Čerpání nákladů na zdravotní péči podle jednotlivých segmentů

Náklady na ambulantní péči

Náklady u ambulantních segmentů za rok 2021 byly ve výši 60 389,5 mil. Kč. Čerpání nákladů bylo vyšší o 8,2 % oproti ZPP 2021 a o 6,0 % vyšší oproti roku 2020. Vyšší čerpání nákladů oproti roku 2020 je způsobeno zejména stanovenou předběžnou měsíční úhradou, která odrážela produkci a vyúčtování roku 2019, který je referenčním obdobím, vysokým počtem provedených antigenních a PCR testů.

• Stomatologická péče

Čerpání nákladů ve výši 7 524, 8 mil. Kč bylo nižší o 6,0 % oproti ZPP 2021 a o 1,0 % nižší proti roku 2020. Nižší čerpání nákladů u zubního lékařství oproti ZPP 2021 a stejnému období roku 2020 je způsobeno zejména pandemií COVID-19 a dále nižším počtem preventivních prohlídek a nižším počtem ošetření zubního kazu.

- **Péče praktických lékařů**

Čerpání nákladů ve výši 14 460,4 mil. Kč bylo o 22,8 % vyšší oproti ZPP 2021 a vyšší o 20,6 % oproti roku 2020. Vyšší čerpání nákladů oproti stejnému období roku 2020 a ZPP 2021 je způsobeno zejména nárůstem ošetřených pojištěnců, zavedením očkování proti onemocnění COVID-19 a antigenním testováním na onemocnění COVID-19.

- **Gynekologická péče**

Čerpání nákladů ve výši 2 677,1 mil. Kč bylo nižší o 5,1 % oproti ZPP 2021 a o 8,5 % nižší oproti roku 2020. Nižší čerpání oproti stejnému období roku 2020 a ZPP 2021 je způsobeno nižším počtem výkonů souvisejících s péčí o těhotnou pojištěnku a nižším počtem cílených a kontrolních vyšetření.

- **Léčebně rehabilitační péče**

Čerpání nákladů ve výši 1 801,6 mil. Kč bylo o 4,2 % nižší oproti ZPP 2021 a o 2,3 % nižší oproti roku 2020. Nižší čerpání nákladů oproti stejnému období roku 2020 je způsobeno zaúčtováním kompenzačních nákladů na platy zdravotnických pracovníků do roku 2020. Nižší čerpání nákladů oproti ZPP 2021 je způsobeno nižším počtem ošetřených pojištěnců, než bylo předpokládáno.

- **Diagnostická zdravotní péče**

Čerpání nákladů ve výši 9 716,5 mil. Kč bylo o 15,1 % vyšší oproti ZPP 2021 a o 7,6 % vyšší oproti roku 2020. Vyšší čerpání nákladů oproti roku 2020 a ZPP 2021 je způsobeno zejména testováním na onemocnění COVID-19.

- **Domácí péče**

Čerpání nákladů ve výši 2 296,9 mil. Kč bylo o 8,6 % vyšší oproti ZPP 2021 a o 5,8 % vyšší oproti roku 2020. Vyšší čerpání oproti stejnému období roku 2020 a ZPP 2021 je způsobeno vyšším počtem vykázaných a Pojišťovnou uznaných zdravotních výkonů a vyšším počtem ošetřených pojištěnců.

- **Specializovaná ambulantní péče**

Čerpání nákladů ve výši 18 701,2 mil. Kč bylo srovnatelné se ZPP 2021 a o 2,4 % nižší oproti roku 2020. Nižší čerpání nákladů oproti stejnému období roku 2020 je způsobeno zaúčtováním kompenzačních nákladů na platy zdravotnických pracovníků do roku 2020. Nižší čerpání nákladů oproti ZPP 2021 je způsobeno nižším počtem ošetřených pojištěnců, než bylo předpokládáno.

- **Zdravotní péče poskytovatelů zdravotních služeb poskytnutá osobám umístěným u nich z jiných než zdravotních důvodů**

Čerpání nákladů ve výši 36,8 mil. Kč bylo o 38,7 % nižší oproti ZPP 2021 a o 27,7 % nižší oproti roku 2020. Nižší čerpání nákladů oproti stejnému období roku 2020 a ZPP 2021 je způsobeno pandemií COVID-19.

- **Ošetrovatelská a rehabilitační péče poskytnutá v zařízeních sociálních služeb**

Čerpání nákladů ve výši 3 174,3 mil. Kč bylo o 47,2 % vyšší oproti ZPP 2021 a o 44,8 % vyšší oproti roku 2020. Vyšší čerpání nákladů oproti roku 2020 a ZPP 2021 je způsobeno vyšším počtem ošetřených pojištěnců, vyšším počtem vykázaných a Pojišťovnou uznaných zdravotních výkonů a změnou způsobu výpočtu úhrady oproti roku 2020.

Náklady na lůžkovou zdravotní péči

Celkové náklady na lůžkovou zdravotní péči byly v roce 2021 čerpány ve výši 137 566,2 mil. Kč, což bylo o 1,2 % více než v ZPP 2021 a o 12,0 % více než v roce 2020.

• Nemocnice

Čerpání nákladů ve výši 127 330,5 mil. Kč bylo o 1,9 % vyšší oproti ZPP 2021 a o 13,5 % vyšší oproti roku 2020. Vyšší čerpání nákladů oproti roku 2020 a ZPP 2021 bylo dáno parametry danými úhradovou vyhláškou, dopadem kompenzačních vyhlášek a testováním na onemocnění COVID-19.

Předběžná měsíční úhrada nákladů v nemocnicích představovala cca 91,1 % z celkové úhrady nákladů v nemocnicích. Zbývající úhrada je daná výkonově hrazenými službami a předpokládaným vyúčtováním předběžné měsíční úhrady, které bude realizováno v 1. pololetí 2022.

• Lůžka následné péče (OLU, LDN, OL a hospic)

Čerpání nákladů u lůžek následné péče ve výši 10 235,7 mil. Kč bylo o 6,8 % nižší oproti ZPP 2021 a o 3,8 % nižší oproti roku 2020. Nižší čerpání nákladů u lůžek následné péče oproti stejnému období roku 2020 je způsobeno zaúčtováním kompenzačních nákladů na platy zdravotnických pracovníků do roku 2020. Nižší čerpání nákladů oproti ZPP 2021 je způsobeno nižším počtem ošetřených pojištěnců, než bylo předpokládáno.

Lázeňská léčebně rehabilitační péče

Čerpání nákladů ve výši 1 895,7 mil. Kč bylo nižší o 12,6 % oproti ZPP 2021 a vyšší o 6,8 % oproti roku 2020. Vyšší čerpání nákladů na lázeňskou léčebně rehabilitační péči oproti stejnému období roku 2020 je způsobeno vyšším počtem odléčených pojištěnců. Nižší čerpání nákladů oproti ZPP 2021 je způsobeno nižším počtem ošetřených pojištěnců, než bylo předpokládáno.

Náklady lázeňské léčebně rehabilitační péče

Ukazatel	m. j.	Rok 2020 Skutečnost	Rok 2021 ZPP	Rok 2021 Skutečnost	% 2021/2020	% 2021/2021 ZPP
Lázeňská péče celkem	tis. Kč	1 775 493	2 168 000	1 895 686	106,8	87,4
z toho: komplexní péče	tis. Kč	1 746 109	2 130 000	1 866 087	106,9	87,6
příspěvková péče	tis. Kč	29 384	38 000	29 599	100,7	77,9
Počet odléčených pojištěnců ¹⁾	osob	42 721	x	76 692	179,5	x
z toho: v komplexní péči	osob	40 619	x	72 791	179,2	x
v příspěvkové péči	osob	2 102	x	3 901	185,6	x
Průměrné náklady na 1 pojištěnce	Kč	41 560	x	24 718	59,5	x
z toho: v komplexní péči	Kč	42 987	x	25 636	59,6	x
v příspěvkové péči	Kč	13 979	x	7 588	54,3	x

interní tabulka

Poznámka:

1) Počet odléčených pojištěnců není součástí ZPP 2021.

Ozdravenská péče

Čerpání nákladů v segmentu ozdravenská péče ve výši 15,7 mil. Kč bylo nižší o 17,6 % oproti ZPP 2021 a nižší o 19,4 % oproti roku 2020. Nižší čerpání nákladů oproti ZPP 2021 a roku 2020 bylo dáno nižšími náklady za léčení.

Přepravní služba

Čerpání nákladů u segmentu přepravy ve výši 1 287,7 mil. Kč bylo nižší o 6,5 % oproti ZPP 2021 a nižší o 8,5 % oproti roku 2020. Nižší čerpání nákladů oproti stejnému období roku 2020 je způsobeno zaúčtováním kompenzačních nákladů na platy zdravotnických pracovníků do roku 2020. Důvodem nižšího čerpání nákladů oproti ZPP 2021 je nižší počet ujetých kilometrů.

Zdravotnická záchranná služba

Čerpání nákladů u segmentu ZZS ve výši 2 787,9 mil. Kč bylo vyšší o 24,1 % oproti ZPP 2021 a vyšší o 22,2 % oproti roku 2020. Důvodem vyššího čerpání nákladů oproti ZPP 2021 je vyšší počet ošetřených pojištěnců. Vyšší čerpání nákladů oproti roku 2020 odpovídá nastaveným parametrům daných úhradovou vyhláškou a dopadu kompenzačních vyhlášek.

Léky vydané na recepty

Čerpání nákladů na léky vydané na recepty ve výši 22 590,9 mil. Kč bylo nižší o 9,9 % oproti ZPP 2021 a o 1,8 % nižší oproti roku 2020. Nižší čerpání nákladů oproti stejnému období roku 2020 je způsobeno zaúčtováním kompenzačních nákladů na platy zdravotnických pracovníků do roku 2020. Nižší čerpání nákladů oproti ZPP 2021 je způsobeno nižším počtem vydaných balení léčivých přípravků, než bylo předpokládáno.

Zdravotnické prostředky vydané na poukazy

Čerpání nákladů na zdravotnické prostředky vydané na poukazy ve výši 5 632,8 mil. Kč bylo o 8,5 % nižší oproti ZPP 2021, ale o 5,0 % vyšší oproti roku 2020. Vyšší čerpání nákladů oproti stejnému období roku 2020 je způsobeno vyšším počtem ošetřených pojištěnců. Nižší čerpání oproti ZPP 2021 je způsobeno stále trvajícím pandemií COVID-19.

Náklady na léčení v zahraničí

Čerpání nákladů na léčení v zahraničí ve výši 687,0 mil. Kč bylo nižší o 14,8 % oproti ZPP 2021 a o 4,4 % nižší oproti roku 2020. Náklady na léčení v zahraničí závisí na pravidelnosti v předkládání vyúčtování zdravotních služeb prostřednictvím zahraničních styčných míst.

Finanční prostředky (vratky) podle § 16b zákona č. 48/1997 Sb.

Čerpání nákladů u finančních prostředků (vratek) ve výši 588,2 mil. Kč bylo o 6,9 % vyšší oproti ZPP 2021 a o 9,7 % vyšší oproti roku 2020. Vyšší čerpání nákladů bylo způsobeno zejména nárůstem počtu pojištěnců s přeplatky nad zákonný limit.

Náklady na očkovací látky

Čerpání nákladů na očkovací látky ve výši 3 401,1 mil. Kč bylo o 49,2 % vyšší oproti ZPP 2021 a o 377,0 % vyšší oproti roku 2020. Vyšší čerpání oproti ZPP 2021 a stejnému období roku 2020 je způsobeno zavedením očkování proti onemocnění COVID-19 v roce 2021.

Ostatní náklady na zdravotní služby

Čerpání ostatních nákladů ve výši 46,5 mil. Kč bylo o 10,6 % vyšší oproti ZPP 2021, ale o 76,4 % nižší oproti roku 2020. Čerpání ostatních nákladů je dáno zejména činností spojenými s vyhledáváním vhodných dárců v zahraničí za účelem odběru krevních buněk, za jejich odběr včetně dodání pro příjemce. Nižší čerpání oproti stejnému období roku 2020 bylo způsobeno tím, že v roce 2020 byly do ostatních nákladů navíc zahrnuty náklady spojené s POC antigenními testy.

5.1.2 NÁKLADY NA LÉČENÍ ZAHRANIČNÍCH POJIŠTĚNCŮ V ČR

Příloha č. 12: Vývoj nákladů na léčení zahraničních pojištěnců v České republice
(viz tabulkové přílohy)

Pojišťovna vydala za léčení zahraničních pojištěnců 760,1 mil. Kč. Počet ošetřených zahraničních pojištěnců činil 191 970 případů (vyjádřeno počtem formulářů, které byly odeslány prostřednictvím Kanceláře zdravotního pojištění k úhradě zahraničním kompetentním institucím). Náklady na jednoho ošetřeného zahraničního pojištěnce byly ve výši 3 959 Kč. Celkové náklady byly na úrovni 63,1 % ZPP 2021, počet ošetřených cizinců byl 6,7 % nad plánovanou hodnotou.

5.2 PROVOZNÍ FOND

Příloha č. 3: Provozní fond (viz tabulkové přílohy)

PF slouží k soustředování zdrojů a k úhradě nákladů na vlastní činnost Pojišťovny. Součástí jsou i předpisy přidělu do ostatních fondů. Hlavním zdrojem PF je předpis finančních prostředků ze ZFZP dle vyhlášky č. 418/2003 Sb.

Počáteční zůstatek fondu byl ve výši 9 162,7 mil. Kč.

Celková tvorba PF v roce 2021 dosáhla hodnoty 7 108,3 mil. Kč, tj. o 280,8 mil. Kč více oproti ZPP 2021. Předpis přidělu ze ZFZP byl ve výši 6 971,7 mil. Kč a činil 2,91 % z dosažené rozvrhové základny 239 578,3 mil. Kč, která je dána pojistným na v.z.p. po přerozdělení včetně penále, pokut a přírůžek k pojistnému a náhrad nákladů na hrazené služby. Další zdroje fondu dosáhly hodnoty 136,6 mil. Kč. Jednalo se o aktivaci dlouhodobého nehmotného majetku vytvořeného vlastní činností, úhrady nákladů exekučního řízení, úhrady ZZP za vedení CRP a KC a za číselníky. Pohledávka z prodeje dlouhodobého hmotného a nehmotného majetku je v minimální výši z důvodu nerealizovaného prodeje budov.

Celkové čerpání PF bylo v roce 2021 ve výši 4 726,2 mil. Kč a v porovnání se ZPP 2021 bylo nižší o 69,5 mil. Kč. Největší položku tvoří mzdové náklady včetně příslušenství a ostatních osobních nákladů. Odpisy hmotného a nehmotného majetku se oproti plánu snížily z důvodu nižšího objemu nově zařazených investic.

Ostatní závazky byly oproti ZPP 2021 nižší o 119,6 mil. Kč, tj. o 11,3 %. Na čerpání v oblasti ostatních závazků měla i v roce 2021 vliv pandemie COVID-19. V důsledku toho bylo nižší čerpání na opravy a údržbu, na nákupy kancelářských potřeb a materiálu pro výpočetní techniku, cestovné, školení, propagaci, nájmu z důvodu tzv. nájemních prázdnin. V průběhu roku nebyly realizovány některé veřejné zakázky a docházelo i k posunu realizace z důvodu opakovaného vyhlašování zapříčiněného velkým růstem cen služeb a jednotlivých komodit.

V řádku Ostatní dohadné položky pasivní se jedná o dohadnou položku ke mzdám ve výši 121 mil. Kč a zbytek tvoří dohadná položka k vyúčtování nákladů na energie.

Převod finančních prostředků z PF přes ZFZP do RF na tvorbu zákonných rezerv byl realizován ve výši 217,8 mil. Kč. RF je plněn úsporami z provozní činnosti od roku 2016, tím umožňuje ZFZP využít disponibilní prostředky k úhradám nákladů na zdravotní služby.

V celkových nákladech a výdajích PF jsou zahrnuty i náklady na vedení agend společných pro systém v.z.p. Úplné vlastní náklady jsou fakturované ZZP na základě uzavřených smluv a jsou vztaženy k počtu pojištěnců jednotlivých ZZP.

Součástí úplných vlastních nákladů fakturovaných ZZP je režijní přírážka, která vyjadřuje procento režijních nákladů provozu v.z.p. vztažených k přímým mzdám. Režijní přírážka je stanovena z údajů čerpání PF obsažených ve ZPP na příslušný kalendářní rok a má vždy platnost jeden rok. Pro rok 2021 činila 138 %.

K 31. 12. 2021 vykázal PF v části A fondu zůstatek ve výši 11 544,9 mil. Kč, tj. nárůst oproti počátečnímu stavu o 2 382,1 mil. Kč.

Konečný zůstatek v části B fondu k 31. 12. 2021 byl ve výši 11 968,4 mil. Kč. Rozdílná výše zůstatku části A a B je z důvodu časového posunu mezi vznikem závazku nebo pohledávky a úhradou.

5.3 FOND REPRODUKCE MAJETKU

Příloha č. 4: Fond reprodukce majetku (viz tabulkové přílohy)

FRM slouží k soustředování prostředků na pořízení dlouhodobého hmotného a nehmotného majetku. Fond je tvořen předpisem přidělu z PF ve výši odpisů pořízeného hmotného a nehmotného majetku.

Počáteční zůstatek FRM činil 2 521,8 mil. Kč. Celková tvorba fondu se oproti plánu snížila o 17 % a dosáhla výše 296,3 mil. Kč. Celkové čerpání fondu bylo ve výši 490,3 mil. Kč, tj. 86,7% plnění plánu. Oproti roku 2020 se čerpání zvýšilo o 12,8 %.

Největší část investic byla zaměřena do IT ve výši 464,5 mil. Kč, z toho:

- do vývoje aplikací (205,3 mil. Kč), zejména:
 - na zajištění úprav IS Pojišťovny pro OSVČ v režimu paušálních plateb,
 - na podporu aplikačního SW,
 - na modernizaci integrační platformy IPF,
- do datových sítí (145,2 mil. Kč), zejména:
 - na SW řízenou přístupovou vrstvou sítě,
- do datových center (101,3 mil. Kč), zejména:
 - na obnovu zařízení vyvažování zátěže s funkcionalitou,
- do drobné výpočetní techniky (12,7 mil. Kč), zejména:
 - na nákup Webex Meetings videokonferenčních zařízení a příslušenství.

Stavební investice dosáhly výše 17,6 mil. Kč a byly zaměřeny zejména:

- na rekonstrukci klientských hal v Domažlicích a Kolíně,
- na rekonstrukci výtahů v budovách v Mostě, v Teplicích a v budově Ústředí v Praze,
- na rekonstrukci výměníku tepla v Sokolově.

Ostatní investice dosáhly výše 8,2 mil. Kč a byly zaměřeny zejména:

- na obnovu a rozvoj požárního systému objektů Pojišťovny,
- na obnovu a rozvoj kamerového systému objektů Pojišťovny.

Výsledkem hospodaření FRM k 31. 12. 2021 v části A byl zůstatek 2 327,9 mil. Kč. V části B byl zůstatek 2 317,3 mil. Kč.

5.4 SOCIÁLNÍ FOND

Příloha č. 5: Sociální fond (viz tabulkové přílohy)

Hospodaření SF probíhalo v roce 2021 v souladu s ustanovením § 4 vyhlášky č. 418/2003 Sb. a Kolektivní smlouvou.

Zdroje SF byly tvořeny přidělem z PF ve výši 2 % z ročního objemu nákladů zaúčtovaných na mzdy a náhrady mezd. Jejich výše činila 45,8 mil. Kč.

Celkový objem vyčerpaných finančních prostředků ze SF činil 48,3 mil. Kč. Čerpání prostředků bylo využito ve prospěch všech zaměstnanců Pojišťovny, a to zejména ve formě příspěvku na penzijní připojištění, resp. na doplňkové penzijní spoření a životní pojištění (63 %) a příspěvku na stravování (36,7 %). Mezi položky financované z prostředků SF patřily také příspěvky na očkování proti žloutence a na sportovní aktivity.

Zůstatek fondu dosažený ke konci účetního období byl převeden do následujícího účetního období.

5.5 REZERVNÍ FOND

Příloha č. 6: Rezervní fond (viz tabulkové přílohy)

RF představuje ve fondovém hospodaření Pojišťovny pojistku pro nestandardní situace ve zdravotnictví či společnosti, a z toho plynoucí nepředvídané ekonomické změny. Je určen pro pokrytí schodku ZFZP a k úhradě poskytnutých a hrazených služeb v případech výskytu rozsáhlých plošně se vyskytujících onemocnění a přírodních katastrof.

RF je tvořen povinnými přiděly ze ZFZP a Pojišťovna je povinna jej udržovat v zákonem stanovené výši. V souladu se zákonem č. 551/1991 Sb. činí jeho minimální výše 1,5 % průměrných ročních výdajů ZFZP za bezprostředně předcházející tři kalendářní roky.

Počáteční zůstatek RF k 1. 1. 2021 činil 2 697,6 mil. Kč. V průběhu roku 2021 byl RF účetně i finančně naplněn do výše 2 915,4 mil. Kč. Předpis přidělu do RF byl realizován ve výši 217,8 mil. Kč, a to z úspor PF. Převod proběhl z PF do ZFZP a následně do RF podle příslušných ustanovení vyhlášky č. 418/2003 Sb. Celkem již bylo z úspor PF do RF od roku 2016 převedeno 1 556,0 mil. Kč.

5.6 FOND PREVENCE

Příloha č. 7: Fond prevence (viz tabulkové přílohy)

Fprev slouží k financování preventivních programů nad rámec zdravotních služeb hrazených z v.z.p. Primárně má pojištěnce motivovat k aktivní starosti o jejich zdraví, účasti na preventivních prohlídkách a zlepšování jejich fyzické i psychické kondice. Proto je Fprev také důležitým nástrojem pro retenci pojistného kmene a akvizici nových pojištěnců.

Pojišťovna vytváří Fprev v souladu se zákonem č. 551/1991 Sb. Celková výše převodu finančních prostředků ze ZFZP do Fprev za kalendářní rok je stanovena na 0,3 % celkového objemu příjmů pojistného po přerozdělování. V roce 2021 byl z důvodu pandemie COVID-19 navýšený převod do Fprev k zabezpečení financování nákladů na testování zaměstnanců a OSVČ, kteří byli pojištěnci Pojišťovny, na přítomnost antigenu viru SARS-CoV-2.

Celková tvorba Fprev v roce 2021 dosáhla 1 148,3 mil. Kč, z toho na testování zaměstnanců a OSVČ bylo převedeno 433,4 mil. Kč.

Celkové čerpání Fprev v roce 2021 bylo ve výši 946,1 mil. Kč a oproti plánu se zvýšilo z důvodu mimořádných opatření MZ k testování zaměstnanců a OSVČ o 31,3 %. Náklady vynaložené na preventivní programy byly ve výši 512,5 mil. Kč a náklady na testy byly ve výši 433,4 mil. Kč.

Konečný zůstatek Fprev v části A fondu k 31. 12. 2021 byl ve výši 710,1 mil. Kč a konečný zůstatek v části B fondu k 31. 12. 2021 činil 717,9 mil. Kč.

5.7 JINÁ ČINNOST, NEŽ JE PROVOZOVÁNÍ VEŘEJNÉHO ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ

Příloha č. 8: Jiná činnost, než je provozování veřejného zdravotního pojištění (viz tabulkové přílohy)

Pojišťovna jako poplatník daně z příjmů právnických osob provozovala i v roce 2021 dani podléhající činnosti související s hlavní činností Pojišťovny.

Jednalo se o nájmy prostor sloužících k podnikání v souvislosti s hospodárným využíváním majetku Pojišťovny, provádění zprostředkovatelské činnosti na základě registrace Pojišťovny jako vázaného zástupce pro 100 % dceřinou společnost PVZP a prodej číselníků komerčním odběratelům.

Pojišťovna, jako jediný akcionář společnosti PVZP, a. s., rozhodla dne 14. 12. 2021, současně s uzavřením Smlouvy o upsání akcií, v působnosti valné hromady o zvýšení základního kapitálu společnosti peněžitým vkladem o částku 7 920 tis. Kč. Zvýšení základního kapitálu společnosti bylo provedeno upsáním nových akcií, kdy jediným akcionářem společnosti bylo nově upsáno 24 kusů kmenových akcií v zaknihované podobě znějících na jméno o jmenovité hodnotě 330 tis. Kč každé akcie. Základní kapitál společnosti PVZP, a. s., se tak zvýšil na 337 920 tis. Kč.

Vzhledem ke skutečnosti, že do 31. 12. 2021 byl proveden pouze zápis zvýšení základního kapitálu společnosti PVZP, a. s., do obchodního rejstříku, který předchází vydání upsaných a splacených akcií Pojišťovnou a akcie tak nebyly uloženy v centrálním depozitáři cenných papírů, bude o nich účtováno až v roce 2022.

Náklady a výnosy z jiné činnosti nejsou veřejnými prostředky a jsou účtovány odděleně od hlavní činnosti Pojišťovny.

Za rok 2021 bylo dosaženo kladného hospodářského výsledku po zdanění ve výši 3,9 mil. Kč, tj. 123,1 % plánované hodnoty.

5.8 DOPLŇUJÍCÍ ÚDAJE

Přerozdělování

Dle zákona č. 592/1992 Sb. Pojišťovna spravuje zvláštní účet v.z.p. (dále jen „zvláštní účet“), který slouží k přerozdělování pojistného a dalších příjmů zvláštního účtu (dále jen „přerozdělování“). V roce 2021 bylo předmětem přerozdělování pojistné vybrané všemi ZP, platby MF za pojištěnce, za něž je plátcem pojistného stát, a platby FÚ za poplatníky v paušálním režimu. FÚ převáděly na zvláštní účet pojistné a zálohy na pojistné vybrané od OSVČ v paušálním režimu v souvislosti se zavedením tzv. paušální daně od 1. 1. 2021 na základě zákona č. 586/1992 Sb.

V systému v.z.p. se přerozděluje 100 % vybraného pojistného. ZP hlásí v souladu se zákonem č. 592/1992 Sb. správci zvláštního účtu údaje o vybraném pojistném, počtech pojištěnců ve farmaceuticko-nákladových a věkových skupinách a pojištěncích, za které je plátcem pojistného stát. Na základě těchto údajů, indexů a nákladných hrazených služeb provádí správce zvláštního účtu výpočet, oznámení a přerozdělování mezi ZP. Na dodržování pravidel přerozdělování a hospodaření se zvláštním účtem dohlíží Dozorčí orgán, který je složen ze zástupců ZP, MF, MZ a MPSV.

6. část

SOUHRNNÝ PŘEHLED VYBRANÝCH ÚDAJŮ O ČINNOSTI POJIŠŤOVNY

6.1 STAV POHLEDÁVEK A ZÁVAZKŮ POJIŠŤOVNY

Příloha č. 1: Přehled údajů o činnosti zdravotní pojišťovny (viz tabulkové přílohy)

Celkový objem závazků včetně dohadných položek pasivních k 31. 12. 2021 činil 31 700,0 mil. Kč. Oproti roku 2020 došlo k poklesu o 6 151,2 mil. Kč, tj. o 16,3 %, oproti ZPP 2021 byly závazky vyšší o 25,3 %.

Na pokles závazků v roce 2021 má vliv především pokles závazků vůči PZS ve lhůtě splatnosti, které celkově dosáhly 30 758,3 mil. Kč, což představuje pokles oproti roku 2020 o 4 430,2 mil. Kč, tj. o 12,6 %. Plán pro rok 2021 byl však nižší a byl překročen o 23,5 %. Meziroční pokles závazků vůči PZS ve lhůtě splatnosti je dán vysokou základnou loňského roku zapříčiněnou navýšením úhrad se zahrnutím dohadných položek pasivních k vyúčtování zdravotních služeb až po finančním vypořádání roku 2020.

Pokles oproti roku 2020 zaznamenaly i ostatní závazky ve lhůtě splatnosti ve výši 941,8 mil. Kč, které poklesly o 1 721,0 mil. Kč, tj. o 64,6 %. Oproti ZPP 2021 byly tyto závazky vyšší o 141,5 %.

Pojišťovna k 31. 12. 2021 evidovala nulové závazky vůči PZS po lhůtě splatnosti v souladu s cílem ZPP 2021.

Celkové pohledávky dosáhly výše 26 007,8 mil. Kč. Jedná se o hodnotu pohledávek včetně dohadných položek aktivních a po odečtení opravných položek k pohledávkám, které byly vytvořeny ve výši 24 981,4 mil. Kč. Meziročně došlo ke zvýšení celkových pohledávek o 428,7 mil. Kč, tj. o 1,7 %. Dále došlo k meziročnímu poklesu jak u dohadných položek aktivních o 16,8 %, tak u dohadných položek pasivních o 40,2 %, nicméně u obou položek došlo k navýšení oproti plánu. U dohadných položek pasivních je to o 58,7 % a u dohadných položek aktivních o 483,3 %. U dohadných položek aktivních je rozdíl oproti plánu způsoben zejména změnou metodiky zálohování nemocnic za péči poskytnutou zahraničním pojištěncům a zvýšenými zálohami na očkování proti onemocnění COVID-19.

Z celkových pohledávek činily pohledávky za plátcí pojistného 20 478,2 mil. Kč (78,7 %), za PZS 4 221,0 mil. Kč (16,2 %) a ostatní pohledávky 1 308,6 mil. Kč (5,0 %).

Pohledávky ve lhůtě splatnosti dosáhly hodnoty 18 391,7 mil. Kč, což představuje 70,7 % objemu celkových pohledávek. Z toho 71,1 % tvoří pohledávky za plátcí pojistného, 22,8 % pohledávky za PZS a 6,1 % ostatní pohledávky. Pohledávky ve lhůtě splatnosti meziročně vzrostly o 16,1 %.

Pohledávky po lhůtě splatnosti činily 7 616,0 mil. Kč. Z toho 97,1 % tvoří pohledávky za plátcí pojistného, 0,4 % pohledávky za PZS a 2,5 % ostatní pohledávky. Pohledávky po lhůtě splatnosti meziročně klesly o 21,8 %.

6.2 PLNĚNÍ PODMÍNEK SPLÁTKOVÝCH KALENDÁŘŮ ÚVĚŘŮ

Pojišťovna v roce 2021 neevidovala žádné úvěry, půjčky a návratné finanční výpomoci.

6.3 POJIŠTĚNCI POJIŠŤOVNY

6.3.1 POJIŠTĚNCI

Ke dni 31. 12. 2021 bylo u Pojišťovny evidováno celkem

5 914 857 osob,

z uvedeného počtu bylo **2 968 731 mužů a 2 946 126 žen.**

Nejvýraznější rozdíly v počtu pojištěnců mezi muži a ženami evidujeme v kategorii nad 85 a více let, kde je mezi pojištěnci 106 682 žen a 44 083 mužů. Naopak nejmenší rozdíly v počtu pojištěnců zaznamenáváme mezi muži a ženami v kategorii 60–64 let, kdy mužů v této kategorii je jen o 4 651 více než žen.

6.3.2 POHYB POJIŠTĚNCŮ

Podle zákona č. 48/1997 Sb. má pojištěnec právo na výběr, tzn. změnu ZP. Pojišťovna proto pečlivě sleduje pohyb pojištěnců (odchody a příchody), aby byla schopná pružně reagovat na případné negativní dopady této bilance.

V porovnání s předcházejícím rokem došlo k poklesu počtu pojištěnců o 21 371 osob.

Výsledné počty pojištěnců za příslušný rok zahrnují jak nově příchozí osoby od konkurenčních ZP, tak i novorozence a cizince, kteří splnili zákonem dané podmínky pro účast v českém systému v.z.p. Dále jsou počty pojištěnců ovlivňovány odchodem pojištěnců, který vzniká i z jiných důvodů, než je přechod k některé z konkurenčních ZP. Mezi ně například patří ukončením pojištění na základě úmrtí, ukončením evidence nezaopatřeného rodinného příslušníka českých občanů (včetně jich samotných) vykonávajících zaměstnání či samostatnou výdělečnou činnost v některé zemi EU nebo v případě dlouhodobého pobytu v cizině překračujícího šest po sobě jdoucích kalendářních měsíců.

Novelou zákona č. 48/1997 Sb. došlo k vzniku nové subkategorie pojištěnců pro děti cizinců narozené matce s dlouhodobým pobytem na území ČR. Novela je účinná od 2. 8. 2021 a v roce 2021 jsme zaznamenali 481 těchto pojištěnců.

Ke dni 31. 12. 2021 evidovala pojišťovna celkem 66 586 osob zdržujících se dlouhodobě v cizině. Tyto osoby po dobu pobytu v cizině neplatí pojistné a zároveň nemají nárok na úhradu nákladů za umožněnou zdravotní péči, ani na úhradu léčiv.

7. část

POSKYTOVÁNÍ INFORMACÍ PODLE ZÁKONA č. 106/1999 Sb.

V roce 2021 pokračoval trend nárůstu počtu žádostí o poskytnutí informací podle zákona č. 106/1999 Sb. Pojišťovně bylo v roce 2021 podáno celkem 313 žádostí o informace.

Současně bylo v uvedeném období ze strany žadatelů podáno jen 6 stížností v režimu zákona č. 106/1999 Sb. Jednalo se o tyto stížnosti:

- 5 stížností podaných ve smyslu § 16a odst. 1 písm. b) zákona č. 106/1999 Sb., ze kterých byla:
 - 1 stížnost vyhodnocena jako opožděná a tedy nepřipustná, neboť ji žadatel podal po lhůtě k podání stížnosti,
 - 1 stížnost vyřízena rozhodnutím nadřízeného orgánu tak, že tento přikázal Pojišťovně žádost o informace vyřídit,
 - 1 stížnost vyřízena autoremedurou poskytnutím informací žadateli,
 - 2 stížnosti, ve kterých stěžovatelé uváděli, že žádost nebyla vyřízena v zákonem stanovené lhůtě. Pojišťovna v zákonné lhůtě žádosti včas vyřídila a podání odeslala, žadateli však nebylo ke dni podání stížnosti doručeno, resp. jím převzato. O tomto byli žadatelé informováni,
- 1 stížnost podaná ve smyslu § 16a odst. 1 písm. d) zákona č. 106/1999 Sb., která byla vyřízena rozhodnutím nadřízeného orgánu tak, že výše úhrady za vyhledání informací byla snížena.

Počty podaných žádostí ve smyslu § 18 odst. 1 zákona č. 106/1999 Sb.

Titul	
Počet podaných žádostí o informace	313
Počet vydaných rozhodnutí o odmítnutí žádosti ¹⁾	86
Počet podaných odvolání proti rozhodnutí ²⁾	10
Počet stížností podaných podle § 16a zákona č. 106/1999 Sb. ²⁾	6
Náklady dle § 18 odst. 1 písm. c) zákona č. 106/1999 Sb.	0 Kč

interní tabulka

Poznámky:

1) Včetně rozhodnutí o částečném odmítnutí žádosti.

2) Zahrnuje odvolání a stížnosti doručené v roce 2021.

Do procesu vyřizování žádostí o poskytnutí informací podle zákona č. 106/1999 Sb. vstupuje již druhým rokem, od 1. 1. 2020, ÚOOÚ. Úřad rozhoduje jako nadřízený orgán v řízení o odvolání proti rozhodnutí Pojišťovny a v řízení o stížnosti.

V roce 2021 byly ukončeny tyto soudní spory související s poskytováním informací dle uvedeného zákona:

V rámci soudního sporu vedeného u Městského soudu v Praze se žalobce domáhal zrušení rozhodnutí ředitele Pojišťovny ze dne 15. 5. 2019, č. j. VZP-19-01970166-D1A5, a rozhodnutí Pojišťovny ze dne 12. 4. 2019, č. j. VZP-19-01428188-D1A5, kterými bylo odmítnuto poskytnutí informací o počtu vykázaných výkonů (kód 39115, 39113, 9135, 9137, 9139, 93129, 93133, 93177, 93191, 93149, 93137, 76461) a jejich kombinací v letech 2016 a 2017. Městský soud v Praze vydal dne 20. 10. 2021 rozsudek č. j. 6 A 94/2019-61, jímž zrušil obě rozhodnutí Pojišťovny a věc vrátil žalované (v tomto případě odvolacímu orgánu, jímž je ÚOOÚ) k dalšímu řízení. Současně byla žalobci přiznána ze strany žalovaného (ÚOOÚ) náhrada nákladů řízení ve výši 13 200 Kč.

V rámci soudního sporu vedeného u Městského soudu v Praze se žalobce domáhal zrušení rozhodnutí ředitele Pojišťovny ze dne 25. 4. 2019 č. j. VZP-19-01561443-D1A5, a rozhodnutí Pojišťovny ze dne 27. 2. 2019 č. j. VZP-19-00876230-D1A5, kterými bylo odmítnuto

poskytnutí informací o průměrné úhradě za výkony podle seznamu výkonů, včetně průměrné úhrady za zvlášť účtované léčivé přípravky, celkovém počtu bodů za zdravotní výkony a výsledné výši úhrady v Kč za roky 2016 a 2017 pro vybrané odbornosti. Městský soud v Praze vydal dne 23. 11. 2021 rozsudek č. j. 3 A 113/2019-92, jímž zrušil obě rozhodnutí Pojišťovny a věc vrátil žalované (v tomto případě odvolacímu orgánu, jímž je ÚOOÚ) k dalšímu řízení. Současně byla žalobci přiznána ze strany žalovaného (ÚOOÚ) náhrada nákladů řízení ve výši 15 342 Kč.

V rámci soudního sporu vedeného u Městského soudu v Praze se žalobce domáhal zrušení rozhodnutí ředitele Pojišťovny ze dne 25. 4. 2019 č. j. VZP-19-01601980-D1A5, a rozhodnutí Pojišťovny ze dne 7. 3. 2019 č. j. VZP-19-01025129-D1A5, kterými bylo odmítnuto poskytnutí informací o spotřebách vybraných léčivých přípravků za období 1. 1. 2009 až 31. 12. 2017. Městský soud v Praze vydal dne 23. 11. 2021 rozsudek č. j. 3 A 112/2019-101, jímž zrušil obě rozhodnutí Pojišťovny a věc vrátil žalované (v tomto případě odvolacímu orgánu, jímž je ÚOOÚ) k dalšímu řízení. Současně byla žalobci přiznána ze strany žalovaného (ÚOOÚ) náhrada nákladů řízení ve výši 15 342 Kč.

V rámci soudního sporu vedeného u Městského soudu v Praze se žalobce domáhal zrušení rozhodnutí ředitele Pojišťovny ze dne 30. 1. 2019, č. j. VZP-18-04452511-Z721, a rozhodnutí Pojišťovny ze dne 19. 11. 2018, č. j. VZP-18-04091447-Z721, kterými bylo odmítnuto poskytnutí informací o léčbě pacientů s atriální fibrilací v rámci primární a sekundární prevence cévní mozkové příhody a systémové embolie. Městský soud v Praze vydal dne 10. 3. 2021 rozsudek č. j. 9 A 43/2019-119, jímž zrušil obě rozhodnutí Pojišťovny a věc vrátil žalované (v tomto případě odvolacímu orgánu, jímž je ÚOOÚ) k dalšímu řízení. Současně byla žalobci přiznána ze strany žalovaného (ÚOOÚ) náhrada nákladů řízení ve výši 15 342 Kč.

V rámci soudního sporu vedeného u Městského soudu v Praze se žalobce domáhal zrušení rozhodnutí ředitele Pojišťovny ze dne 22. 10. 2018 č. j. VZP-18-03505912-Z721, a rozhodnutí Pojišťovny ze dne 6. 9. 2018 č. j. VZP-18-03197596-Z721, kterými bylo odmítnuto poskytnutí informací vedených ve smlouvách uzavřených mezi PZS a Pojišťovnou v souladu s navrhovanou vyhláškou o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2019. Městský soud v Praze vydal dne 16. 2. 2021 rozsudek č. j. 15 A 72/2018-77, jímž zrušil obě rozhodnutí Pojišťovny a věc vrátil žalované (v tomto případě odvolacímu orgánu, ÚOOÚ) k dalšímu řízení. Současně byla žalobci přiznána ze strany žalovaného (ÚOOÚ) náhrada nákladů řízení ve výši 19 456 Kč.

V rámci soudního sporu vedeného u Městského soudu v Praze se žalobce domáhal zrušení rozhodnutí ředitele Pojišťovny ze dne 21. 8. 2018 č. j. VZP-18-03013841-Z721, a rozhodnutí Pojišťovny ze dne 30. 7. 2018 č. j. VZP-18-02602033-Z721, kterými bylo odmítnuto poskytnutí informací o pojištencích, vykázaných výkonech, vykázaných bodech a úhradě z prostředků v.z.p. pro vybrané odbornosti na úrovni ČR v letech 2015, 2016 a 2017. Městský soud v Praze vydal dne 23. 11. 2021 rozsudek č. j. 3 A 221/2018-104, jímž zrušil obě rozhodnutí Pojišťovny a věc vrátil žalované (v tomto případě odvolacímu orgánu, ÚOOÚ) k dalšímu řízení. Současně byla žalobci přiznána ze strany žalovaného (ÚOOÚ) náhrada nákladů řízení ve výši 15 342 Kč.

V rámci soudního sporu vedeného u Městského soudu v Praze se žalobce domáhal zrušení rozhodnutí ÚOOÚ ze dne 9. 4. 2021, č. j. UOOU-04557/20-46, a ze dne 9. 4. 2021 č. j. UOOU-02753/20-38, kterými bylo odmítnuto poskytnutí informací v podobě závěrečných ročních vyúčtování u specifikovaných PSZ za období let 2014–2018 a dále za rok 2019. Městský soud v Praze vydal dne 10. 11. 2021 rozsudek č. j. 18 A 40/2021-169, jímž zrušil obě rozhodnutí a věc vrátil žalované (v tomto případě odvolacímu orgánu, jímž je ÚOOÚ) k dalšímu řízení. Současně byla žalobci přiznána ze strany žalovaného (ÚOOÚ) náhrada nákladů řízení ve výši 6 000 Kč.

8. část

ZÁVĚR

Rok 2021 byl ve znamení pokračující pandemie onemocnění COVID-19. To samozřejmě mělo dopad na fungování a hospodaření Pojišťovny. I přes nutnost omezit osobní kontakty byl zabezpečen plynulý provoz pobočkové sítě, služby klientům a platební styk. Navzdory značným problémům vyvolaným epidemiologickými opatřeními zejména v oblasti automobilového průmyslu, cestovního ruchu a v pohostinství si česká ekonomika celkem nevedla špatně. Podle předběžných výsledků růst HDP překonal 3 %, nezaměstnanost od 2. čtvrtletí 2021 klesala a růst mezd překonal 6 %. Negativním důsledkem dopadů koronavirové krize, vládních podpor ekonomiky a politiky nízkých úrokových sazeb centrálních bank je vysoký růst cen a inflace v globálním měřítku.

Stejně tak si lépe, než predikoval ZPP 2021, vedla v hospodaření Pojišťovna. Nepotvrdily se původní obavy z nárůstu nezaměstnanosti a anemického růstu mezd. Státní podpora podnikům zasaženým pandemickou krizí i občanům v podobě zrušení superhrubé mzdy znamenala zvýšení poptávky po zboží a službách. Odvody pojistného tak výrazně překonaly plánovanou výši o 9 693,8 mil. Kč a meziročně pojistné vzrostlo o 7,2 %.

Náklady na zdravotní služby dosáhly výše 236 889,1 mil. Kč a meziročně vzrostly o 9,7 %, resp. o 20 901,6 mil. Kč. Plánovaná výše nákladů ale byla překročena pouze o 4 375,1 mil. Kč. Vyšší růst byl zaznamenán v roce 2021 v úhradách PZS, kdy výdaje na zdravotní služby meziročně vzrostly o 18,9 %, resp. o 38 597,4 mil. Kč. Tento nesoulad mezi růstem nákladů a výdajů na zdravotní služby byl způsoben zaúčtováním části nákladů za rok 2020 v dohadné položce, přičemž jejich finanční plnění bylo provedeno až v roce 2021, protože druhá kompenzační vyhláška pro rok 2020 byla vydaná až v roce 2021 (vyhláška č. 172/2021 Sb.). Nejvíce vzrostly náklady u segmentů lůžkové péče, které dosáhly celkové výše 137 566,2 mil. Kč, tj. meziroční nárůst o 12,0 %, absolutně o 14 768,0 mil. Kč. Náklady na lůžkovou péči tvořily 58,1 % z celkových nákladů na zdravotní služby. Náklady na segmenty ambulantní péče ve výši 60 389,6 mil. Kč vzrostly o 6,0 %, resp. o 3 415,1 mil. Kč. Naproti tomu náklady na léky vydané na recepty dosáhly výše 22 590,9 mil. Kč a meziročně klesly o 1,8 %, absolutně o 420,3 mil. Kč.

Hospodaření ZFZP dosáhlo v roce 2021 záporného salda příjmů a nákladů ve výši -3 943,3 mil. Kč, přičemž ZPP 2021 počítal se schodkem ve výši -9 711,2 mil. Kč. To je o 5 767,9 mil. Kč lepší výsledek oproti plánu.

Pojistné po přerozdělování dosáhlo výše 238 313,9 mil. Kč a bylo o 11 263,1 mil. Kč nižší oproti součtu výdajů na zdravotní služby ve výši 242 605,3 mil. Kč a maximálního limitu nákladů na činnost Pojišťovny ve výši 6 971,7 mil. Kč. Stav finančních prostředků ZFZP na začátku hodnoceného roku činil 21 491,9 mil. Kč a k 31. 12. 2021 se snížil o 9 699,6 mil. Kč na hodnotu 11 792,3 mil. Kč.

Finanční převody mezi fondy byly uskutečněny v souladu s vyhláškou MF č. 418/2003 Sb. RF byl finančně naplněn do minimální výše 2 915,4 mil. Kč, a to převodem z úspor PF do ZFZP a následně do RF ve výši 217,8 mil. Kč. PF byl naplněn v maximálním limitu 2,91 % z rozvrhové základny, tj. ve výši 6 971,7 mil. Kč. Do Fprev bylo převedeno v návaznosti na objem příjmů ZFZP z pojistného po přerozdělování 714,9 mil. Kč a dalších 433,4 mil. Kč na úhradu antigenního testování. Celkem bylo do Fprev převedeno 1 148,3 mil. Kč.

Závazky vůči PZS ve lhůtě splatnosti k 31. 12. 2021 Pojišťovna evidovala ve výši 30 758,3 mil. Kč, což představuje meziroční pokles o 12,6 %, resp. o 4 430,2 mil. Kč. Průměrný denní výdaj za zdravotní služby činil 664,7 mil. Kč. Pokud vyjádříme závazky vůči PZS ve dnech, představují 46,3 průměrných denních výdajů, tj. ve srovnání s rokem 2020 (63,0) o 16,7 dne méně. V roce 2021 nebyly evidovány žádné závazky po lhůtě splatnosti.

Pohledávky za plátcí pojistného po lhůtě splatnosti dosáhly celkové výše 7 398,1 mil. Kč s meziročním poklesem o 22,2 %, tedy o 2 115,0 mil. Kč. Pokles těchto pohledávek je srovnáván oproti vysoké základně roku 2020, kdy naopak došlo k výraznému nárůstu o 26,8 % v důsledku zhoršené ekonomické situace plátců pojistného a vládních opatření. Pohledávky po lhůtě splatnosti za PZS dosáhly výše 27,2 mil. Kč a ve srovnání s rokem 2020 klesly o 63,2 %, tj. o 46,8 mil. Kč.

Rok 2021 byl pro Pojišťovnu náročný z pohledu finančního, organizačního i provozního. Finančně situaci Pojišťovna ustála díky rezervám z minulých let, lepšímu vývoji ekonomiky a zvýšením plateb za státní pojištěnce. Důležitým faktorem byla i vysoká efektivita výběru pojistného a pokračující úspory v provozních nákladech. Úhrady PZS prováděla Pojišťovna v termínech splatnosti a dle dohodnutých cen, nad plán byly uhrazeny zejména náklady na testování a očkování. Ekonomickým rizikem pro další období je pokračující trend schodkového hospodaření, který není dlouhodobě udržitelný.

Další informace vyplývající z § 21 odst. 2 zákona č. 563/1991 Sb.

Pojišťovna uvádí, že:

- se v následujícím roce řídí předloženým návrhem ZPP. Vedení Pojišťovny sleduje makroekonomické ukazatele i dění ve společnosti a je připraveno přijmout opatření zohledňující aktuální vývoj.
- nevykonává aktivity v oblasti výzkumu a vývoje,
- z hlediska své podstaty, tedy ZP zřízené zákonem č. 551/1991 Sb., nemůže nabývat vlastní akcie nebo vlastní podíly, a tudíž je nenabývá,
- provozuje činnosti, jež nenarušují významně životní prostředí a ani se na ni v tomto ohledu nevztahují specifické právní předpisy, které by byla povinna dodržovat. V oblasti pracovně právních vztahů se Pojišťovna řídí právními předpisy platnými v ČR.
- nemá žádnou organizační složku v zahraničí.

9. část

PŘÍLOHY



USNESENÍ SPRÁVNÍ RADY VZP ČR K NÁVRHU VÝROČNÍ ZPRÁVY VZP ČR ZA ROK 2021

Správní rada VZP ČR na svém jednání dne 25. dubna 2022 projednala předložený návrh Výroční zprávy VZP ČR za rok 2021, včetně účetní závěrky VZP ČR za rok 2021 a přijala následující usnesení:

Správní rada VZP ČR schvaluje návrh Výroční zprávy VZP ČR za rok 2021 v předloženém znění.

V Praze dne 25. dubna 2022

**MUDr. Tom PHILIPP, Ph.D., MBA
předseda Správní rady VZP ČR**



USNESENÍ DOZORČÍ RADY VZP ČR K NÁVRHU VÝROČNÍ ZPRÁVY VZP ČR ZA ROK 2021

Dozorčí rada VZP ČR na svém jednání dne 12. dubna 2022 projednala předložený návrh Výroční zprávy VZP ČR za rok 2021, včetně účetní závěrky VZP ČR za rok 2021, dále projednala připomínky členů Dozorčí rady VZP ČR a přijala následující usnesení:

Dozorčí rada VZP ČR doporučuje Správní radě VZP ČR návrh Výroční zprávy VZP ČR za rok 2021 po zapracování připomínek schválit.

V Praze dne 12. dubna 2022

Mgr. Pavel JANDA
předseda Dozorčí rady VZP ČR

ZPRÁVA NEZÁVISLÉHO AUDITORA

Správní radě a dozorčí radě Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky

Zpráva o auditu účetní závěrky

Výrok auditora

Provedli jsme audit přiložené účetní závěrky společnosti Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky (dále také „Společnost“) sestavené na základě českých účetních předpisů, která se skládá z rozvahy k 31. prosinci 2021, výkazu zisku a ztráty, přehledu o změnách vlastního kapitálu a přehledu o peněžních tocích za rok končící 31. prosince 2021 a přílohy této účetní závěrky, která obsahuje popis použitých podstatných účetních metod a další vysvětlující informace. Údaje o Společnosti jsou uvedeny v bodě A.3.1 přílohy této účetní závěrky.

Podle našeho názoru přiložená účetní závěrka podává věrný a poctivý obraz aktiv a pasiv Společnosti Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky k 31. prosinci 2021 a nákladů a výnosů a výsledku jejího hospodaření a peněžních toků za rok končící 31. prosince 2021 v souladu s českými účetními předpisy.

Základ pro výrok

Audit jsme provedli v souladu se zákonem o auditorech, nařízením Evropského parlamentu a Rady (EU) č. 537/2014 a standardy Komory auditorů České republiky pro audit, kterými jsou mezinárodní standardy pro audit (ISA) případně doplněné a upravené souvisejícími aplikačními doložkami. Naše odpovědnost stanovená těmito předpisy je podrobněji popsána v oddílu Odpovědnost auditora za audit účetní závěrky. V souladu se zákonem o auditorech a Etickým kodexem přijatým Komorou auditorů České republiky jsme na Společnosti nezávislí a splnili jsme i další etické povinnosti vyplývající z uvedených předpisů. Domníváme se, že důkazní informace, které jsme shromáždili, poskytují dostatečný a vhodný základ pro vyjádření našeho výroku.

Hlavní záležitosti auditu

Hlavní záležitosti auditu jsou záležitosti, které byly podle našeho odborného úsudku při auditu účetní závěrky za běžné období nejvýznamnější. Těmito záležitostmi jsme se zabývali v kontextu auditu účetní závěrky jako celku a v souvislosti s utvářením názoru na tuto závěrku. Samostatný výrok k těmto záležitostem nevyjadřujeme. U jednotlivých hlavních záležitostí auditu popisovaných níže uvádíme, jakým způsobem jsme je v rámci auditu řešili.

Splnili jsme povinnosti popsané v naší zprávě v oddílu Odpovědnost auditora za audit účetní závěrky, včetně povinností souvisejících s těmito záležitostmi. V rámci auditu jsme tudíž provedli rovněž postupy, jejichž cílem je reagovat na naše vyhodnocení rizik významné (materiální) nesprávnosti účetní závěrky. Výsledky námi provedených auditorských postupů, včetně postupů zaměřujících se na níže uvedené záležitosti, jsou základem pro vyjádření našeho výroku k přiložené účetní závěrce.

Rozeznání výdajů na zdravotní služby a tvorba dohadné položky

Úhrady zdravotních služeb tvoří významnou část úbytku základního fondu Společnosti. Klíčový vliv na tento fond má odhad celkové výše poskytnutých služeb v daném roce, který je na konci roku tvořen dohadnou položkou na úhrady zdravotních služeb.

V rámci prováděných auditových postupů jsme zhodnotili nastavení procesu schvalování a účtování úhrad zdravotních služeb a procesu stanovení dohadné položky na konci roku, včetně nastavení vnitřních kontrol. U procesu schvalování a účtování úhrad zdravotních služeb jsme rovněž otestovali provozní účinnost vnitřních kontrol.

Tvorba této dohadné položky je založena na komplexním výpočtu, zahrnujícím aplikaci pravidel úhradové vyhlášky a kompenzační vyhlášky a odborného úsudku ohledně objemu poskytnutých, ale dosud nevykázaných, zdravotních služeb, včetně posouzení dopadu pandemie COVID-19. Výpočet dohadné položky vyžaduje rovněž zohlednění aktuálně vykázaných nákladů od poskytovatelů zdravotních služeb a výše jim vyplacených záloh.

Vzhledem k významnosti dohadné položky pro finanční výkazy, komplexitě jejího stanovení a významnému úsilí, které je této oblasti v rámci auditu věnováno, jsme tuto oblast vyhodnotili jako jednu z hlavních záležitostí auditu.

Posoudili jsme výsledky zpětného testování dohadných položek tvořených za minulý účetní období tak, že jsme porovnali loňský odhad na skutečně provedené úhrady. Dále jsme zhodnotili, zda výsledky zpětného testování byly zohledněny ve stanovení dohadné položky pro letošní rok a zda výše vytvořené dohadné položky odpovídá vývoji skutečných úhrad po datu účetní závěrky. Rovněž jsme zhodnotili, zda byly při stanovení dohadné položky zohledněny změny obsažené v kompenzační vyhlášce a zda byly zohledněny dopady pandemie COVID-19.

Na vzorku jsme otestovali matematickou správnost výpočtu dohadné položky, zkontrolovali jsme správnost vstupních dat sesouhlasením na zdrojová data, posoudili jsme přiměřenost použitých předpokladů a také soulad výpočtu s platnou úhradovou a platnou kompenzační vyhláškou.

Dále jsme zhodnotili přiměřenost údajů, které se týkají dohadných položek na úhrady zdravotních služeb, zveřejněných v bodech E.1.5. Dlužníci a E.1.7. Závazky přílohy této účetní závěrky v souladu s českými účetními předpisy.

Opravná položka k pohledávkám

Jak je uvedeno v bodě E.1.5. Dlužníci přílohy této účetní závěrky, významnou část pohledávek Společnosti tvoří pohledávky po splatnosti. K těmto pohledávkám tvoří Společnost opravnou položku ve významné výši. Výpočet této opravné položky vyžaduje velkou míru úsudku ze strany vedení ohledně pravděpodobnosti a výše splacení těchto pohledávek, včetně posouzení dopadu pandemie COVID-19, a vyžaduje významné úsilí ze strany auditu.

Proto jsme tuto oblast vyhodnotili jako jednu z hlavních záležitostí auditu.

V rámci prováděných auditových postupů jsme posoudili nastavení procesu výpočtu opravných položek, včetně nastavení vnitřních kontrol.

Posoudili jsme úplnost dat ohledně nesplacených pohledávek, které byly zahrnuty do výpočtu opravné položky. V rámci našeho testování jsme rovněž na vzorku zhodnotili správnost věkové struktury pohledávek, na nichž výpočet opravné položky proběhl, a zkontrolovali jsme matematickou správnost výpočtu opravné položky.

Posoudili jsme výsledky zpětného testování koeficientů pro výpočet opravné položky, které Společnost provedla. Zároveň jsme posoudili, zda tyto použité koeficienty odpovídají vývoji vymáhání pohledávek po datu účetní závěrky, včetně posouzení dopadu pandemie COVID-19.

Dále jsme zhodnotili přiměřenost údajů, které se týkají opravných položek k pohledávkám, zveřejněných v bodech A.3.2.5 Pohledávky a E.1.5. Dlužníci přílohy této účetní závěrky v souladu s českými účetními předpisy.

Kontrolní prostředí v oblasti IT

Významná část klíčových procesů Společnosti, především v oblasti vykazování úhrad zdravotních služeb, je závislá na informačních systémech Společnosti. Důležitou součástí těchto procesů a kontrol je fungování procesu správy přístupových práv do informačních systémů a změnového řízení. Testování této oblasti představovalo významné úsilí v rámci našeho auditu. Vzhledem k této skutečnosti a také ke komplexitě IT prostředí Společnosti jsme tuto oblast vyhodnotili jako jednu z hlavních záležitostí auditu.

Testování kontrolního prostředí v oblasti IT jsme provedli ve spolupráci s našimi specialisty na oblast IT.

Otestovali jsme nastavení IT prostředí Společnosti a provozní účinnost kontrol nad přístupovými právy, změnovým řízením a řízením IT operací.

Součástí našich auditových postupů bylo posouzení, zda mají do vybraných informačních systémů přístup pouze oprávnění uživatelé, a zda je správa jednotlivých uživatelských účtů prováděna oprávněnými osobami. V rámci řízení IT operací jsme testovali nastavení zálohování, IT infrastruktury a správy úloh. Rovněž jsme testovali provozní účinnost kontrol, které se týkají změn prováděných v nastavení informačních systémů, především zda tyto změny byly řádně schváleny a implementovány. Dále jsme otestovali provozní účinnost vybraných aplikačních kontrol, které byly součástí vybraných významných procesů, na které se náš audit zaměřil, a to především v oblasti úhrad zdravotních služeb.

Ostatní informace

Ostatními informacemi jsou v souladu s § 2 písm. b) zákona o auditorech informace uvedené ve výroční zprávě mimo účetní závěrku a naši zprávu auditora. Za ostatní informace odpovídá ředitel Společnosti.

Náš výrok k účetní závěrce se k ostatním informacím nevztahuje. Přesto je však součástí našich povinností souvisejících s auditem účetní závěrky seznámení se s ostatními informacemi a posouzení, zda ostatní informace nejsou ve významném (materiálním) nesouladu s účetní závěrkou či našimi znalostmi o účetní jednotce získanými během auditu účetní závěrky nebo zda se jinak tyto informace nejeví jako významně (materiálně) nesprávné. Také posuzujeme, zda ostatní informace byly ve všech významných (materiálních) ohledech vypracovány v souladu s příslušnými právními předpisy. Tímto posouzením se rozumí, zda ostatní informace splňují požadavky právních předpisů na formální náležitosti a postup vypracování ostatních informací v kontextu významnosti (materiality), tj. zda případné nedodržení uvedených požadavků by bylo způsobilé ovlivnit úsudek činěný na základě ostatních informací.

Na základě provedených postupů, do míry, již dokážeme posoudit, uvádíme, že:

- ostatní informace, které popisují skutečnosti, jež jsou též předmětem zobrazení v účetní závěrce, jsou ve všech významných (materiálních) ohledech v souladu s účetní závěrkou a
- ostatní informace byly vypracovány v souladu s právními předpisy.

Dále jsme povinni uvést, zda na základě poznatků a povědomí o Společnosti, k nimž jsme dospěli při provádění auditu, ostatní informace neobsahují významné (materiální) věcné nesprávnosti. V rámci uvedených postupů jsme v obdržených ostatních informacích žádné významné (materiální) věcné nesprávnosti nezjistili.

Odpovědnost ředitele a dozorčí rady Společnosti za účetní závěrku

Ředitel Společnosti odpovídá za sestavení účetní závěrky podávající věrný a poctivý obraz v souladu s českými účetními předpisy, a za takový vnitřní kontrolní systém, který považuje za nezbytný pro sestavení účetní závěrky tak, aby neobsahovala významné (materiální) nesprávnosti způsobené podvodem nebo chybou.

Při sestavování účetní závěrky je ředitel Společnosti povinen posoudit, zda je Společnost schopna pokračovat v trvání podniku, a pokud je to relevantní, popsat v příloze účetní závěrky záležitosti týkající se trvání podniku a použít předpokladu trvání podniku při sestavení účetní závěrky, s výjimkou případů, kdy ředitel plánuje zrušení Společnosti nebo ukončení její činnosti, resp. kdy nemá jinou reálnou možnost než tak učinit.

Za dohled nad procesem účetního výkaznictví ve Společnosti odpovídá dozorčí rada Společnosti.

Odpovědnost auditora za audit účetní závěrky

Naším cílem je získat přiměřenou jistotu, že účetní závěrka jako celek neobsahuje významnou (materiální) nesprávnost způsobenou podvodem nebo chybou a vydat zprávu auditora obsahující náš výrok. Přiměřená míra jistoty je velká míra jistoty, nicméně není zárukou, že audit provedený v souladu s výše uvedenými předpisy ve všech případech v účetní závěrce odhalí případnou existující významnou (materiální) nesprávnost. Nesprávnosti mohou vznikat v důsledku podvodů nebo chyb a považují se za významné (materiální), pokud lze reálně předpokládat, že by jednotlivě nebo v souhrnu mohly ovlivnit ekonomická rozhodnutí, která uživatelé účetní závěrky na jejím základě přijmou.

Při provádění auditu v souladu s výše uvedenými předpisy je naší povinností uplatňovat během celého auditu odborný úsudek a zachovávat profesní skepticismus. Dále je naší povinností:

- Identifikovat a vyhodnotit rizika významné (materiální) nesprávnosti účetní závěrky způsobené podvodem nebo chybou, navrhnout a provést auditorské postupy reagující na tato rizika a získat dostatečné a vhodné důkazní informace, abychom na jejich základě mohli vyjádřit výrok. Riziko, že neodhalíme významnou (materiální) nesprávnost, k níž došlo v důsledku podvodu, je větší než riziko neodhalení významné (materiální) nesprávnosti způsobené chybou, protože součástí podvodu mohou být tajné dohody, falšování, úmyslné opomenutí, nepravdivá prohlášení nebo obcházení vnitřních kontrol.
- Seznámit se s vnitřním kontrolním systémem Společnosti relevantním pro audit v takovém rozsahu, abychom mohli navrhnout auditorské postupy vhodné s ohledem na dané okolnosti, nikoli abychom mohli vyjádřit názor na účinnost jejího vnitřního kontrolního systému.
- Posoudit vhodnost použitých účetních pravidel, přiměřenost provedených účetních odhadů a informace, které v této souvislosti ředitel Společnosti uvedl v příloze účetní závěrky.
- Posoudit vhodnost použití předpokladu trvání podniku při sestavení účetní závěrky ředitelem, a zda s ohledem na shromážděné důkazní informace existuje významná (materiální) nejistota vyplývající z událostí nebo podmínek, které mohou významně zpochybnit schopnost Společnosti pokračovat v trvání podniku. Jestliže dojdeme k závěru, že taková významná (materiální) nejistota existuje, je naší povinností upozornit v naší zprávě na informace uvedené v této souvislosti v příloze účetní závěrky, a pokud tyto informace nejsou dostatečné, vyjádřit modifikovaný výrok. Naše závěry týkající se schopnosti Společnosti pokračovat v trvání podniku vycházejí z důkazních informací, které jsme získali do data naší zprávy. Nicméně budoucí události nebo podmínky mohou vést k tomu, že Společnost ztratí schopnost pokračovat v trvání podniku.
- Vyhodnotit celkovou prezentaci, členění a obsah účetní závěrky, včetně přílohy, a dále to, zda účetní závěrka zobrazuje podkladové transakce a události způsobem, který vede k věrnému zobrazení.

Naší povinností je informovat ředitele, dozorčí radu a výbor pro audit mimo jiné o plánovaném rozsahu a načasování auditu a o významných zjištěních, která jsme v jeho průběhu učinili, včetně zjištěných významných nedostatků ve vnitřním kontrolním systému.

Naší povinností je rovněž poskytnout výboru pro audit prohlášení o tom, že jsme splnili příslušné etické požadavky týkající se nezávislosti, a informovat je o veškerých vztazích a dalších záležitostech, u nichž se lze reálně domnívat, že by mohly mít vliv na naši nezávislost, a o případných opatřeních přijatých k odstranění hrozeb nebo jiných souvisejících opatření.

Dále je naší povinností vybrat na základě záležitostí, o nichž jsme informovali ředitele, dozorčí radu a výbor pro audit, ty, které jsou z hlediska auditu účetní závěrky za běžný rok nejvýznamnější, a které tudíž představují hlavní záležitosti auditu, a tyto záležitosti popsat v naší zprávě. Tato povinnost neplatí, když právní předpisy zakazují zveřejnění takové záležitosti nebo jestliže ve zcela výjimečném případě usoudíme, že bychom o dané záležitosti neměli v naší zprávě informovat, protože lze reálně očekávat, že možné negativní dopady zveřejnění převáží nad přínosem z hlediska veřejného zájmu.

Zpráva o jiných požadavcích stanovených právními předpisy

V souladu s článkem 10, odst. 2 nařízení Evropského parlamentu a Rady (EU) č. 537/2014 uvádíme v naší zprávě nezávislého auditora následující informace vyžadované nad rámec mezinárodních standardů pro audit:

Určení auditora a délka provádění auditu

Auditorem Společnosti nás dne 19. července 2018 na základě veřejného výběrového řízení jmenoval ředitel Společnosti. Auditorem Společnosti jsme nepřetržitě 3 roky.

Soulad s dodatečnou zprávou pro výbor pro audit

Potvrzujeme, že náš výrok k účetní závěrce uvedený v této zprávě je v souladu s naší dodatečnou zprávou pro výbor pro audit Společnosti, kterou jsme dne 25. dubna 2022 vyhotovili dle článku 11 nařízení Evropského parlamentu a Rady (EU) č. 537/2014.

Poskytování neauditorských služeb

Prohlašujeme, že jsme Společnosti neposkytli žádné služby uvedené v čl. 5 odst. 1 nařízení Evropského parlamentu a Rady (EU) č. 537/2014. Zároveň jsme Společnosti ani jí ovládaným obchodním společností neposkytli žádné jiné neauditorské služby, které by nebyly uvedeny v příloze účetní závěrky Společnosti.

Statutární auditor odpovědný za zakázku

Lenka Bízová je statutárním auditorem odpovědným za audit účetní závěrky Společnosti k 31. prosinci 2021, na jehož základě byla zpracována tato zpráva nezávislého auditora.

Ernst & Young Audit, s.r.o.
evidenční č. 401



Lenka Bízová, statutární auditor
evidenční č. 2331



Tomáš Němec
prokurista

25. dubna 2022
Praha, Česká republika

Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky

Účetní závěrka
za rok končící 31. prosince 2021

Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky

Sídlo: Orlická 4/2020, 130 00 Praha 3

Identifikační číslo: 411 97 518

Předmět činnosti: veřejné zdravotní pojištění

Rozvahový den: 31. prosince 2021

Datum sestavení účetní závěrky: 25. 4. 2022

Rozvaha

k 31. prosinci 2021

				31. 12. 2021	31. 12. 2020
(tis. Kč)	Bod	Hrubá výše	Úprava	Čistá výše	Mínulé období
AKTIVA					
A. Dlouhodobý nehmotný majetek	E.1.1.	2 658 783	2 060 164	598 619	413 500
I. Dlouhodobý nehmotný majetek		2 423 929	2 060 164	363 765	160 905
II. Nedokončený dlouhodobý nehmotný majetek		234 854	0	234 854	252 595
III. Poskytnuté zálohy na pořízení nehmotného majetku		0	0	0	0
B. Investice		0	0	0	0
C. Dlouhodobý hmotný majetek	E.1.2.	5 398 178	2 930 139	2 468 039	2 401 530
I. Pozemky a stavby		3 872 208	1 814 311	2 057 897	2 051 067
1. Pozemky		274 538	28 307	246 231	240 436
2. Stavby		3 597 670	1 786 004	1 811 666	1 810 631
II. Movitý majetek		1 423 742	1 115 828	307 914	308 401
1. Movitý majetek – odepisovaný		1 422 993	1 115 828	307 165	307 652
2. Movitý majetek – neodepisovaný		749	0	749	749
III. Nedokončený dlouhodobý hmotný majetek		102 225	0	102 225	42 062
IV. Poskytnuté zálohy na pořízení hmotného majetku		3	0	3	0
D. Dlouhodobý finanční majetek		104 920	0	104 920	104 920
I. Podíly v podnikatelských seskupeních	E.1.3.	104 800	0	104 800	104 800
1. Podíly v ovládaných osobách		104 800	0	104 800	104 800
2. Dluhopisy vydané ovládanými osobami a zápůjčky nebo úvěry poskytnuté těmto osobám		0	0	0	0
3. Podíly s podstatným vlivem		0	0	0	0
4. Dluhopisy vydané osobami, ve kterých má účetní jednotka podstatný vliv, a zápůjčky nebo úvěry poskytnuté těmto osobám		0	0	0	0
II. Jiný dlouhodobý finanční majetek	E.1.4.	120	0	120	120
1. Akcie a ostatní cenné papíry s proměnlivým výnosem, ostatní podíly		120	0	120	120
2. Dluhové cenné papíry		0	0	0	0
3. Depozita u finančních institucí		0	0	0	0
4. Ostatní dlouhodobý finanční majetek		0	0	0	0
E. Dlužníci	E.1.5.	50 989 201	24 981 436	26 007 765	25 579 056
I. Pohledávky z veřejného zdravotního pojištění		50 936 180	24 981 436	25 954 744	25 538 547
1. Pohledávky za plátcí pojistného		44 444 811	24 510 652	19 934 159	18 830 502
2. Pohledávky za poskytovateli zdravotních služeb		682 186	54 059	628 127	274 380
3. Pohledávky z přerozdělení pojistného		0	0	0	0
4. Pohledávky z náhrad škod veřejného zdravotního pojištění		468 310	378 976	89 334	97 764
5. Pohledávky z přeplatků do zajišťovacího fondu		0	0	0	0
6. Pohledávky z plnění mezinárodních smluv o zdravotní péči		1 084 039	25 465	1 058 574	1 223 045
7. Dohadné položky aktivní		4 171 691	0	4 171 691	5 016 889
8. Ostatní pohledávky		85 143	12 284	72 859	95 967
II. Ostatní pohledávky		53 021	0	53 021	40 509
1. Krátkodobé		48 276	0	48 276	33 517
Z toho: pohledávky za dceřinou společností		9 815	0	9 815	1 317
2. Dlouhodobé		4 745	0	4 745	6 992
F. Ostatní aktiva		29 911 393	0	29 911 393	36 820 266
I. Zásoby		0	0	0	0
II. Hotovost na účtech u finančních institucí a hotovost v pokladně	E.1.6.	29 911 141	0	29 911 141	36 819 895
1. Zvláštní bankovní účty		29 898 296	0	29 898 296	36 807 544
1.1. Základního fondu		11 780 866	0	11 780 866	21 480 578
1.2. Rezervního fondu		2 915 383	0	2 915 383	2 697 606
1.3. Provozního fondu		11 968 325	0	11 968 325	9 531 860
1.4. Sociálního fondu		32 355	0	32 355	33 959
1.5. Fondu reprodukce majetku		2 317 288	0	2 317 288	2 518 174
1.6. Fondu prevence		717 904	0	717 904	536 158
1.7. Fondu pro úhradu preventivní péče		0	0	0	0
1.8. Fondu pro zprostředkování úhrady zdravotní péče		0	0	0	0
1.9. Fondu pro úhradu závodní preventivní péče z prostředků zaměstnavatele		0	0	0	0
1.10. Ostatní bankovní účty		166 175	0	166 175	9 209
2. Pokladna a jiné pokladní hodnoty		12 845	0	12 845	12 351
III. Jiná aktiva		252	0	252	371
G. Časové rozlišení		0	0	0	0
I. Náklady příštích období		0	0	0	0
II. Příjmy příštích období		0	0	0	0
AKTIVA CELKEM		89 062 475	29 971 739	59 090 736	65 319 272

Rozvaha

k 31. prosinci 2021

(tis. Kč)		Bod	31. 12. 2021	31. 12. 2020
			Čistá výše	Čistá výše
PASIVA				
A.	Vlastní kapitál	E.4.1.	27 361 686	27 416 073
I.	Základní jmění		0	0
II.	Oceňovací rozdíly		9 855	0
III.	Ostatní kapitálové fondy		17 832 050	15 035 954
1.	Provozní fond		11 544 857	9 162 712
2.	Sociální fond		33 972	36 519
3.	Fond majetku		3 056 329	2 807 070
4.	Fond reprodukce majetku		2 327 870	2 521 777
5.	Fond prevence		710 110	507 876
6.	Fond pro úhradu preventivní péče		0	0
7.	Fond pro zprostředkování úhrady zdravotní péče		0	0
8.	Fond pro úhradu závodní preventivní péče z prostředků zaměstnavatele		0	0
9.	Jiné		158 912	0
IV.	Ostatní fondy ze zisku		112 840	104 920
1.	Zdroj podílů v ovládaných osobách		112 720	104 800
2.	Jiné ostatní fondy ze zisku		120	120
V.	Fondy veřejného zdravotního pojištění		9 402 838	12 267 042
1.	Základní fond		6 487 455	9 569 436
2.	Rezervní fond		2 915 383	2 697 606
VI.	Výsledek hospodaření minulých let		237	5 282
VII.	Výsledek hospodaření běžného účetního období		3 866	2 875
B.	Rezervy	E.1.8.	28 540	51 459
C.	Věřitelé	E.1.7.	31 700 027	37 851 272
I.	Závazky z veřejného zdravotního pojištění		31 283 785	37 373 938
1.	Závazky za plátcí pojistného		0	0
2.	Závazky k poskytovatelům zdravotních služeb		19 539 461	17 897 899
3.	Závazky z přerozdělení pojistného		0	0
4.	Závazky k zajišťovacímu fondu		0	0
5.	Závazky z plnění mezinárodních smluv o zdravotní péči		436 618	578 370
6.	Dohadné položky pasivní		11 301 268	18 891 913
7.	Ostatní závazky		6 438	5 756
II.	Závazky z dluhových cenných papírů, z toho:		0	0
1.	Směnitelné (konvertibilní) dluhopisy		0	0
III.	Závazky vůči finančním institucím		0	0
IV.	Ostatní závazky		416 242	477 334
1.	Dluhy daňové		25 223	37 974
2.	Dluhy ze sociálního zabezpečení a zdravotního pojištění		100 317	101 478
3.	Ostatní závazky		290 702	337 882
	Z toho: závazky vůči dceřiné společnosti		5 003	1 271
D.	Ostatní pasiva		0	0
E.	Časové rozlišení		483	468
I.	Výdaje příštích období		0	0
II.	Výnosy příštích období		483	468
PASIVA CELKEM			59 090 736	65 319 272

Výkaz zisku a ztráty

za rok končící 31. prosince 2021

(tis. Kč)		2021			2020		
Č. pol.	Bod	Základna	Mezisoučet	Výsledek	Základna	Mezisoučet	Výsledek
NETECHNICKÝ ÚČET							
1.	Výnosy z investic:						
	a) výnosy z podílů ovládané osoby						
2.	Ostatní výnosy			26 974			23 536
3.	Ostatní náklady			-22 845			-20 556
4.	Daň z příjmů	E.2.		-263			-105
5.	Výsledek hospodaření po zdanění			3 866			2 875
6.	Výsledek hospodaření za účetní období			3 866			2 875

Přehled o peněžních tocích

za rok končící 31. prosince 2021

(tis. Kč)		2021	2020
Č. pol.	Název položky		
P.	Stav peněžních prostředků k počátku účetního období	36 819 895	33 595 203
I.	Peněžní prostředky fondů		
I.P.	Stav peněžních prostředků k počátku účetního období	36 809 630	33 584 314
I.A.	Příjmy (včetně převodů mezi fondy)	379 181 454	319 278 295
I.B.	Výdaje (včetně převodů mezi fondy)	386 088 509	316 052 979
I.F.	Změna stavu finančních prostředků	-6 907 055	3 225 316
I.R.	Stav peněžních prostředků k rozvahovému dni	29 902 575	36 809 630
II.	Peněžní prostředky na zdaňovanou činnost		
II.P.	Stav peněžních prostředků k počátku účetního období	10 265	10 889
II.A.	Příjmy	286 345	209 828
II.B.	Výdaje	288 044	210 452
II.F.	Změna stavu finančních prostředků	-1 699	-624
II.R.	Stav peněžních prostředků k rozvahovému dni	8 566	10 265
F.	Celková změna stavu peněžních prostředků	-6 908 754	3 224 692
R.	Stav peněžních prostředků k rozvahovému dni	29 911 141	36 819 895

Přehled o změnách vlastního kapitálu

za rok končící 31. prosince 2021

(tis. Kč)		2020			2021
Č. pol.	Název položky	Minulé období	Zvýšení stavu	Snížení stavu	Běžné období
A.	Vlastní kapitál	27 416 073	386 323 093	386 377 480	27 361 686
A.I.	Základní jmění	0	0	0	0
A.II.	Oceňovací rozdíly	0	9 855	0	9 855
A.III.	Ostatní kapitálové fondy	15 035 954	137 619 920	134 823 824	17 832 050
A.IV.	Ostatní fondy ze zisku	104 920	7 920	0	112 840
A.V.	Fondy veřejného zdravotního pojištění	12 267 042	248 681 532	251 545 736	9 402 838
A.VI. a A.VII.	Výsledek hospodaření	8 157	3 866	7 920	4 103

(tis. Kč)		2019			2020
Číslo pol.	Název položky	Minulé období	Zvýšení stavu	Snížení stavu	Běžné období
A.	Vlastní kapitál	35 359 618	323 636 384	331 579 929	27 416 073
A.I.	Základní jmění	0	0	0	0
A.II.	Oceňovací rozdíly	467	0	467	0
A.III.	Ostatní kapitálové fondy	13 295 051	105 725 494	103 984 591	15 035 954
A.IV.	Ostatní fondy ze zisku	104 920	0	0	104 920
A.V.	Fondy veřejného zdravotního pojištění	21 953 898	217 908 015	227 594 871	12 267 042
A.VI. a A.VII.	Výsledek hospodaření	5 282	2 875	0	8 157

A. Informace podle zákona č. 563/1991 Sb., o účetnictví, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon“)

A.1. Informace podle § 7 odst. 3 zákona

Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky (dále jen „Pojišťovna“) nemá k rozvahovému dni informace o žádné skutečnosti, která by ji omezovala nebo jí zabraňovala pokračovat v činnosti, a to i v dohledné budoucnosti.

A.2. Informace podle § 7 odst. 4 zákona

Pojišťovna v účetním období končícím 31. prosince 2021 nezměnila uspořádání a označování položek svých primárních výkazů a jejich obsahové vymezení.

A.3. Informace podle § 7 odst. 5 zákona

A.3.1. Všeobecné informace

Pojišťovna byla zřízena zákonem č. 551/1991 Sb. (dále jen „Zákon o VZP ČR“) s účinností od 1. ledna 1992.

Statutárním orgánem Pojišťovny je ředitel. Ředitele Pojišťovny jmenuje a odvolává Správní rada Pojišťovny. Dalšími orgány Pojišťovny jsou Správní rada a Dozorčí rada.

Správní radu tvoří deset členů jmenovaných vládou a dvacet členů volených Poslaneckou sněmovnou Parlamentu podle principu poměrného zastoupení politických stran v Poslanecké sněmovně Parlamentu.

Dozorčí radu tvoří tři členové jmenovaní vládou a deset členů volených Poslaneckou sněmovnou Parlamentu podle principu poměrného zastoupení politických stran v Poslanecké sněmovně Parlamentu.

V roce 2009 byl na základě zákona č. 93/2009 Sb. zřízen Dozorčí radou VZP ČR Výbor pro audit VZP ČR. Výbor tvořili k 31. 12. 2021 tři členové.

Organizační strukturu Pojišťovny tvoří Ústředí, regionální pobočky a klientská pracoviště. Regionální pobočky a klientská pracoviště jsou organizačními složkami Pojišťovny, které jednájí a vykonávají činnost jménem Pojišťovny.

V roce 2015 byl Správní radou schválen Organizační řád VZP ČR účinný od 1. ledna 2016. V roce 2021 došlo ke dvěma organizačním změnám. S účinností od 1. 9. 2021 byla provedena změna v organizační struktuře Ústředí v souvislosti s novým konceptem jednotné strategie komunikace a marketingu Pojišťovny, která spočívala v začlenění agendy korporátní komunikace z Odboru komunikace do Úseku služeb klientům. S účinností od 1. 11. 2021 byla provedena změna vyvolaná novelou zákona č. 48/1997 Sb., kterým jsou s účinností od 1. 1. 2022 podle § 20 tohoto zákona zřízeny revizní komise jako orgány rozhodující ve správním řízení ve věcech vymezených zákonem a změněna působnost Rozhodčího orgánu. Organizační změna spočívala v doplnění agendy revizních komisí do činnosti Odboru podpory a organizace zdravotní péče v Úseku zdravotní péče, doplnění či upřesnění činností souvisejících se změnou v rozhodování o návrzích pojištěnců na úhradu zdravotních služeb v dalších útvech Úseku zdravotní péče a Právního odboru a v upřesnění činností souvisejících s agendou Rozhodčího orgánu v Odboru správního řízení a vymáhání pohledávek a Právním odboru.

V souladu se Zákonem o VZP ČR je hlavním posláním Pojišťovny provádění veřejného zdravotního pojištění a dále preventivní činnost v oblasti veřejného zdravotního pojištění. Vedle této hlavní aktivity realizuje na základě živnostenských oprávnění další činnosti:

- zprostředkování obchodu a služeb,
- realitní činnost, správa a údržba nemovitostí,
- velkoobchod a maloobchod,
- zpracování dat, služby databank, správa sítí,
- poskytování software, poradenství v oblasti informačních technologií, zpracování dat, hostingové a související činnosti a webové portály,
- ubytovací služby.

A.3.2. Účetní postupy

A.3.2.1. Základní zásady vedení účetnictví

Účetní závěrka je sestavena na principu historických pořizovacích cen. U nemovitostí určených k prodeji je používána reálná hodnota. Účetnictví je vedeno v souladu se zákonem, jeho prováděcí vyhláškou č. 503/2002 Sb., vydanou Ministerstvem financí České republiky pro zdravotní pojišťovny, a českými účetními standardy pro zdravotní pojišťovny.

Při obsahovém vymezení fondového hospodaření se Pojišťovna řídí vyhláškou č. 418/2003 Sb.

V souladu s výše uvedenými účetními předpisy jsou transakce v oblasti veřejného zdravotního pojištění vykazovány v příslušných fondech veřejného zdravotního pojištění a fondech vlastního kapitálu a do výkazu zisku a ztráty se vykazují pouze transakce související se zdaňovanou činností.

Částky v účetní závěrce a v příloze jsou zaokrouhleny na tisíce korun českých (tis. Kč), není-li uvedeno jinak. Pojišťovna není obchodní společností, a proto v souladu se zákonem nepřipravuje konsolidovanou účetní závěrku.

Ekonomické prostředí

Rok 2021 byl poznamenán probíhající pandemií nového typu koronaviru způsobujícího onemocnění COVID-19. Situace si vyžádala zavedení přísných epidemiologických opatření se značným dopadem do fungování mnoha odvětví hospodářství. To mělo dopad na výši a průběh odvodů pojistného z veřejného zdravotního pojištění. K narušení finančních toků nedošlo pouze na straně příjmů, ale i financování zdravotních služeb si vyžádalo velké zásahy do výše a způsobu úhrad poskytovatelům zdravotních služeb.

Makroekonomické prostředí ovlivňující především příjmovou stranu zaznamenalo v období pandemie značné výkyvy. Pojišťovna shromažďovala, zpracovávala a porovnávala predikce vývoje makroekonomických ukazatelů v krátkodobém a střednědobém horizontu publikované MF ČR, MPSV ČR a ČNB a současně sestavovala vlastní predikce makroekonomických ukazatelů. Tyto predikce využívala k odhadu plnění ZPP 2021 a k hodnocení dopadu vývoje české ekonomiky na její hospodaření. Jedná se především o dopady související s pandemií (zavádění epidemiologických opatření s negativním dopadem do chodu ekonomiky) a následně opatřeními vlády na zmírnění těchto vlivů. Zásadní pro ekonomickou situaci Pojišťovny bylo vydání zákona č. 160/2021 Sb., o kompenzacích osobám poskytujícím hrazené zdravotní služby zohledňujících dopady epidemie onemocnění COVID-19 v roce 2021.

Pojišťovna své volné finanční zdroje investuje pouze do vkladů u tuzemských finančních ústavů.

Pojišťovna jako instituce zřízená státem podle Zákona o VZP ČR garantuje na území ČR fungování veřejného zdravotního pojištění, včetně celostátní dostupnosti zdravotních služeb. Tomuto je přizpůsobena její organizační struktura.

Zákon o VZP ČR limituje objem prostředků použitelných Pojišťovnou na převod do fondu prevence. Celková výše převodu za kalendářní rok nesmí překročit 0,3 % celkového objemu příjmů pojistného po přerozdělení provedeném podle zákona o pojistném na veřejné zdravotní pojištění.

A.3.2.2. Dlouhodobý nehmotný majetek

Nakoupený nehmotný majetek je vykázán v pořizovacích cenách. Dlouhodobý nehmotný majetek vytvořený vlastní činností se oceňuje vlastními náklady.

Dlouhodobý nehmotný majetek je odpisován metodou rovnoměrných odpisů na základě jeho minimální předpokládané životnosti následujícím způsobem:

Software	8 let
Ostatní dlouhodobý nehmotný majetek	5 let

U nehmotného majetku, ke kterému má Pojišťovna právo užívání na dobu určitou, se roční odpis stanoví jako podíl vstupní ceny a doby sjednané smlouvou.

Nehmotný majetek, jehož pořizovací cena nepřevyšuje 60 000 Kč za položku, je účtován jako čerpání provozního fondu při pořízení.

A.3.2.3. Dlouhodobý hmotný majetek

Nakoupený dlouhodobý hmotný majetek je vykázán v pořizovacích cenách, které zahrnují cenu pořízení a náklady s jeho pořízením související. Majetek získaný formou daru nebo bezúplatného převodu je vykázán v reprodukční pořizovací ceně k datu jeho převzetí.

Dlouhodobý hmotný majetek je odpisován metodou rovnoměrných odpisů na základě jeho minimální předpokládané životnosti následujícím způsobem:

Budovy a stavby	20–50 let
Stroje a zařízení	10 let
Inventář	12 let

V případě dočasného snížení reálné hodnoty nemovitostí se účtuje o příslušných opravných položkách, které jsou zachyceny proti fondu majetku. U nemovitostí určených k prodeji, které byly pořízeny z prostředků veřejného zdravotního pojištění, Pojišťovna oceňuje reálnou hodnotou na základě zpracovaného znaleckého posudku a zastavuje odepisování. Tato změna se účtuje prostřednictvím příslušného rozvahového účtu vykazovaného v položce „A. II. Oceňovací rozdíly“ se souvztažným zápisem na příslušném analytickém účtu majetku.

Náklady na opravy a údržbu dlouhodobého hmotného majetku se účtují přímo do provozního fondu. Technické zhodnocení dlouhodobého majetku je po uvedení do stavu způsobilosti k užívání zařazeno na příslušný účet majetku.

Hmotný majetek v pořizovací ceně do 40 000 Kč za položku je považován za spotřební materiál a je účtován jako čerpání provozního fondu při pořízení.

A.3.2.4. Majetková účast ve společnosti s rozhodujícím vlivem (dále též „dceřiná společnost“)

Dceřiná společnost Pojišťovna VZP, a.s., je podnik ovládaný a řízený Pojišťovnou.

Majetková účast v dceřiné společnosti je oceněna pořizovacími cenami. Případné snížení hodnoty by bylo zachyceno tvorbou opravné položky.

A.3.2.5. Pohledávky

Pohledávky jsou vykázány v nominální hodnotě snížené o opravnou položku. Opravné položky se tvoří v souladu s vyhláškou č. 503/2002 Sb., § 21 odst. 2, k pohledávkám z veřejného zdravotního pojištění, a to k pohledávkám za plátcí pojistného, k pohledávkám z náhrad škod z veřejného zdravotního pojištění, k pohledávkám za poskytovateli zdravotní péče, k pohledávkám z plnění mezinárodních smluv a k ostatním pohledávkám ve výši 5 % za každých ukončených devadesát dnů po datu splatnosti dané pohledávky. Koeficient pro tvorbu opravných položek k pohledávkám byl od roku 2016 na základě analýzy návratnosti upraven na 9,5 %. V roce 2020 byl na základě nové analýzy tento koeficient zvýšen na 10 %. Použití procento pro tvorbu opravných položek k pohledávkám po splatnosti za každých ukončených devadesát dnů po splatnosti dané pohledávky je stanoveno na základě návratnosti za předchozí roky se zohledněním vývoje v letech budoucích a zajišťuje, že jsou pohledávky v rozvaze zachyceny věrným a poctivým způsobem, a to zejména s přihlédnutím k principu opatrnosti a dodržení konzistentního postupu při stanovení účetního odhadu na základě provedené analýzy struktury stáří pohledávek po splatnosti. V roce 2021 byl použit koeficient ve stejné výši.

Nedobytné pohledávky za plátcí pojistného se odepisují do základního fondu v souladu s § 26c zákona č. 592/1992 Sb.

A.3.2.6. Pojistné a úhrady zdravotní péče

Pojistné z veřejného zdravotního pojištění a úhrady zdravotní péče se vykazují na akruální bázi ve prospěch a na vrub základního fondu veřejného zdravotního pojištění ve vlastním kapitálu.

A.3.2.7. Rezervy

V souladu s účetními předpisy pro zdravotní pojišťovny vytváří Pojišťovna rezervu na pravomocně neskončené soudní spory, kde Pojišťovna je stranou žalovanou, a ostatní rezervy. Rezerva na soudní spory, kde je Pojišťovna žalovanou stranou, se tvoří součtem 50 % jistin žalovaných částek v soudních sporech, které se nacházejí v procesní fázi druhého a vyššího stupně. Rezerva se vytváří pro základní a provozní fond. Výši finanční rezervy na soudní spory stanovuje ředitel Právního odboru Ústředí.

A.3.2.8. Časové rozlišení a dohadné položky

V souladu s účetními předpisy pro zdravotní pojišťovny Pojišťovna vytváří v oblasti veřejného zdravotního pojištění aktivní a pasivní dohadné položky, které se vykazují proti základnímu fondu. Aktivní dohadné položky (včetně nároku na penále z pohledávek po splatnosti) jsou vykázány se zohledněním očekávané vymožené částky. Pasivní dohadné položky k úhradám zdravotní péče zohledňují úhrady dle standardní úhradové vyhlášky a pro rok 2021 i dle kompenzační vyhlášky. Nově se v roce 2021 vytváří dohadná položka pasivní k pojistnému ve výši přeplatku na pojistném plátců, kteří nemají povinnost hradit pojistné, resp. kategorie samoplátce byla ukončena k 31. 12. R-1 a ukončených zaměstnavatelů.

Mimo oblast veřejného zdravotního pojištění se dohadné položky vytváří proti provoznímu fondu a jiné činnosti. V provozním fondu se poprvé v roce 2021 stanovuje dohadná položka ve výši nevyplacených mzdových bonusů a nevyčerpané dovolené zaměstnanců Pojišťovny vztahující se k běžnému účetnímu období. Časové rozlišení se používá v souladu s účetními předpisy pro zdravotní pojišťovny pouze u jiné činnosti.

A.3.2.9. Penzijní připojištění a životní pojištění

Pojišťovna poskytuje svým zaměstnancům příspěvek na penzijní připojištění prostřednictvím příspěvků do nezávislých penzijních fondů a příspěvky na životní pojištění splňující podmínky daňové uznatelnosti formou čerpání sociálního fondu na základě Kolektivní smlouvy VZP ČR.

A.3.2.10. Vlastní kapitál

Pojišťovna nemá základní jmění. V souladu se Zákonem o VZP ČR a vyhláškou č. 503/2002 Sb. Pojišťovna vytváří následující fondy:

Fondy veřejného zdravotního pojištění:

- základní fond,
- rezervní fond.

Ostatní kapitálové fondy:

- provozní fond,
- sociální fond,
- fond majetku,
- fond reprodukce majetku,
- fond prevence,
- jiné (fond přerozdělení).

Ostatní fondy ze zisku:

- fond kapitálového krytí podílu v ovládané osobě,
- jiné ostatní fondy ze zisku.

Převody mezi bankovními účty výše uvedených fondů, které nebyly vypořádány k rozvahovému dni, jsou vykázány jako interní pohledávky, resp. závazky jednotlivých fondů a jejich celkový součet je nulový.

Základní fond

Základní fond zdravotního pojištění slouží k úhradě zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění, k přidělům do provozního fondu ke krytí nákladů na činnost Pojišťovny, k přidělům dalším fondům a k dalším platbám v rozsahu stanoveném prováděcími právními předpisy. V roce 2021 Pojišťovna provedla přiděl do provozního fondu ve výši maximálního limitu daného vyhláškou č. 418/2003 Sb.

Rezervní fond

Rezervní fond se tvoří přiděly z pojistného převodem části zůstatku základního fondu. Minimální výše rezervního fondu činí dle § 7 odst. 1 písm. b) Zákona o VZP ČR 1,5 % průměrných ročních výdajů základního fondu zdravotního pojištění Pojišťovny za bezprostředně předcházející tři kalendářní roky. Rezervní fond používá Pojišťovna ke krytí schodků základního fondu a ke krytí zdravotní péče v případech výskytu hromadných onemocnění a přírodních katastrof nebo Pojišťovnou nezaviněného významného poklesu výběru pojistného. K 31. 12. 2021 byl rezervní fond finančně naplněn do zákonné výše 2,9 mld. Kč a neměl k tomuto datu k základnímu fondu vnitřní pohledávku.

Provozní fond

Provozní fond se používá k úhradě nákladů na činnost Pojišťovny.

Sociální fond

Sociální fond se používá k zabezpečení sociálních a dalších potřeb zaměstnanců Pojišťovny.

Fond majetku

Fond majetku se používá ke sledování zůstatkové hodnoty dlouhodobého hmotného a nehmotného majetku. Účetní odpisy dlouhodobého hmotného a nehmotného majetku stejně jako vyřazení majetku, zařazení a/nebo změny opravných položek k nemovitostem, resp. ocenění reálnou hodnotou jsou vykázány jako změny tohoto fondu.

Fond reprodukce majetku

Fond reprodukce majetku se používá k úhradě nákladů na pořizování dlouhodobého hmotného a nehmotného majetku.

Fond prevence

Z fondu prevence lze hradit zdravotní péči nad rámec zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění, s prokazatelným preventivním, diagnostickým nebo léčebným efektem, je-li poskytována pojištěncům v souvislosti s jejich existujícím nebo hrozícím onemocněním. Prostředky fondu prevence lze využít také k realizaci preventivních zdravotnických programů sloužících k odhalování závažných onemocnění, na podporu rehabilitačně rekondičních aktivit vedoucích k prokazatelnému zlepšení zdravotního stavu účastníků a dále na podporu projektů přispívajících ke zvýšení kvality zdravotní péče, zdravému způsobu života a zdraví pojištěnců.

Jiné fondy

Zvláštní účet přerozdělení (fond přerozdělení)

V souladu s § 20 a 21 zákona č. 592/1992 Sb. Pojišťovna spravuje zvláštní účet veřejného zdravotního pojištění sloužící k přerozdělování pojistného.

Jako správce zvláštního účtu Pojišťovna ve své rozvaze vykazuje kromě svých vlastních pohledávek za tímto účtem i veškeré pohledávky, finanční prostředky a závazky tohoto účtu ve vztahu k ostatním zdravotním pojišťovnám.

Fond kapitálového krytí podílu v ovládané osobě

Tento fond byl Pojišťovnou vytvořen ve výši majetkové účasti v dceřiné společnosti Pojišťovna VZP, a.s., za účelem kapitálového krytí. V rozvaze je tento fond vykazován jako „Zdroj podílů v ovládaných osobách“.

A.3.2.11. Daň z příjmů

Příjmy z poskytování veřejného zdravotního pojištění nejsou předmětem daně z příjmů. V souladu s účetními předpisy pro zdravotní pojišťovny Pojišťovna účtuje pouze o splatné dani z příjmů z činnosti nesouvisející s poskytováním veřejného zdravotního pojištění (jiná činnost). O odložené dani není účtováno.

A.3.2.12. Netechnický účet

Ostatní výnosy na netechnickém účtu představují výnosy plynoucí Pojišťovně z jiné činnosti, tj. činnosti nesouvisející s poskytováním veřejného zdravotního pojištění. Ostatní náklady na netechnickém účtu představují náklady Pojišťovny vynaložené na zajištění ostatních výnosů podle interně stanoveného klíče (např. poměrná část nájmu a souvisejících služeb).

A.3.2.13. Následné události

Dopad událostí, které nastaly mezi rozvahovým dnem a dnem sestavení účetní závěrky, je zachycen v účetních výkazech v případě, že tyto události poskytly doplňující informace o skutečnostech, které existovaly k rozvahovému dni.

Množství a míra rizik se v roce 2022 dále zvětšila. Dopady pandemie bude Pojišťovna řešit i v následujícím období, avšak její význam bude pravděpodobně klesat. Navíc došlo k další krizi v souvislosti s vypuknutím válečného konfliktu na Ukrajině. Od března 2022 tak sleduje vedení Pojišťovny dopady uprchlické krize do bilance hospodaření ZFZP. Její dopady jsou zatím očekávány v mírně záporné bilanci, ale vzhledem k velikosti firmy a jejímu finančnímu stavu nebudou mít na hospodaření Pojišťovny významnější vliv.

Předpokládané dopady do nákladů, které vycházejí z připravované „Kompenzační vyhlášky II“ má Pojišťovna zohledněny v rámci dohadných položek ke zdravotní péči.

Vedení Pojišťovny zvážilo dopady pandemie COVID-19 a uprchlické krize na hospodaření Pojišťovny a dospělo k závěru, že vzhledem k disponibilním úsporám Pojišťovny a postupně přijímaným opatřením nemají významný vliv na předpoklad nepřetržitého trvání Pojišťovny. Vzhledem k tomu byla účetní závěrka k 31. 12. 2021 zpracována za předpokladu, že Pojišťovna bude nadále schopna pokračovat ve své činnosti.

A.3.2.14. Bankovní záruka

Komerční banka, a.s., poskytla Pojišťovně bankovní záruky za platební povinnost nájemného nebytových prostor. Ke dni 31.12.2021 činí výše těchto záruk 12 505 788,39 Kč a 20 137,00 EUR (ke dni 31.12.2020 záruka činila 10 257 971,76 Kč a 20 137,00 EUR.).

A.4. Informace podle § 7 odst. 5 zákona – o stavu účtů v knize podrozvahových účtů

(tis. Kč)		31. 12. 2021	31. 12. 2020
Č. pol.	Název položky	Běžné období	Minulé období
P.I.	Majetek účetní jednotky	325 900	346 733
1.	Drobný nehmotný majetek	4 913	7 260
2.	Drobný hmotný majetek	320 987	339 473
3.	Ostatní majetek	0	0
P.II.	Odepsané pohledávky a závazky	20 360 055	20 713 810
1.	Odepsané pohledávky celkem	20 360 055	20 713 810
1.1.	Odepsané pohledávky – dlužné pojistné	7 799 033	8 161 166
1.2.	Odepsané pohledávky – sankční platby v oblasti veřejného zdravotního pojištění (pokuty, penále a přirážky k pojistnému)	12 462 899	12 459 543
1.3.	Odepsané pohledávky – ostatní	98 124	93 101
2.	Odepsané závazky	0	0
P.III.	Podmíněné pohledávky z důvodu užívání majetku jinou osobou	0	0
1.	Krátkodobé podmíněné pohledávky z důvodu úplatného užívání majetku jinou osobou	0	0
2.	Dlouhodobé podmíněné pohledávky z důvodu úplatného užívání majetku jinou osobou	0	0
3.	Krátkodobé podmíněné pohledávky z důvodu užívání majetku jinou osobou na základě smlouvy o výpůjčce	0	0
4.	Dlouhodobé podmíněné pohledávky z důvodu užívání majetku jinou osobou na základě smlouvy o výpůjčce	0	0
5.	Krátkodobé podmíněné pohledávky z důvodu užívání majetku jinou osobou z jiných důvodů	0	0
6.	Dlouhodobé podmíněné pohledávky z důvodu užívání majetku jinou osobou z jiných důvodů	0	0
P.IV.	Další podmíněné pohledávky a ostatní podmíněná aktiva	36 370	37 964
1.	Krátkodobé podmíněné pohledávky ze smluv o prodeji dlouhodobého majetku	0	0
2.	Dlouhodobé podmíněné pohledávky ze smluv o prodeji dlouhodobého majetku	0	0
3.	Krátkodobé podmíněné pohledávky z jiných smluv	0	0
4.	Dlouhodobé podmíněné pohledávky z jiných smluv	36 370	37 964
5.	Krátkodobé podmíněné pohledávky ze vztahu k prostředkům EU	0	0
6.	Dlouhodobé podmíněné pohledávky ze vztahu k prostředkům EU	0	0
7.	Krátkodobé podmíněné pohledávky ze vztahu k jiným zdrojům	0	0
8.	Dlouhodobé podmíněné pohledávky ze vztahu k jiným zdrojům	0	0
9.	Krátkodobé podmíněné úhrady pohledávek z přijatých zajištění	0	0
10.	Dlouhodobé podmíněné úhrady pohledávek z přijatých zajištění	0	0
11.	Krátkodobé podmíněné pohledávky ze soudních sporů, správních řízení a jiných řízení	0	0
12.	Dlouhodobé podmíněné pohledávky ze soudních sporů, správních řízení a jiných řízení	0	0
13.	Ostatní krátkodobá podmíněná aktiva	0	0
14.	Ostatní dlouhodobá podmíněná aktiva	0	0
P.V.	Podmíněné závazky z důvodu užívání cizího majetku	54 263	51 105
1.	Krátkodobé podmíněné závazky z leasingových smluv	0	0
2.	Dlouhodobé podmíněné závazky z leasingových smluv	54 263	51 105
3.	Krátkodobé podmíněné závazky z důvodu úplatného užívání cizího majetku na základě jiného důvodu	0	0
4.	Dlouhodobé podmíněné závazky z důvodu úplatného užívání cizího majetku na základě jiného důvodu	0	0
5.	Krátkodobé podmíněné závazky z důvodu užívání cizího majetku na základě smlouvy o výpůjčce	0	0
6.	Dlouhodobé podmíněné závazky z důvodu užívání cizího majetku na základě smlouvy o výpůjčce	0	0

Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky

Příloha k účetní závěrce

Rok končící 31. prosince 2021

(tis. Kč)		31. 12. 2021	31. 12. 2020
Č. pol.	Název položky	Běžné období	Minulé období
7.	Krátkodobé podmíněné závazky z důvodu užívání cizího majetku nebo jeho převzetí z jiných důvodů	0	0
8.	Dlouhodobé podmíněné závazky z důvodu užívání cizího majetku nebo jeho převzetí z jiných důvodů	0	0
P.VI.	Další podmíněné závazky a ostatní podmíněná pasiva	1 642 892	1 987 470
1.	Krátkodobé podmíněné závazky ze smluv o pořízení dlouhodobého majetku	0	0
2.	Dlouhodobé podmíněné závazky ze smluv o pořízení dlouhodobého majetku	0	0
3.	Krátkodobé podmíněné závazky z jiných smluv	0	0
4.	Dlouhodobé podmíněné závazky z jiných smluv	1 642 892	1 987 470
5.	Krátkodobé podmíněné závazky ze vztahu k prostředkům EU	0	0
6.	Dlouhodobé podmíněné závazky ze vztahu k prostředkům EU	0	0
7.	Krátkodobé podmíněné závazky vyplývající z právních předpisů a další činnosti moci zákonodárné, výkonné nebo soudní	0	0
8.	Dlouhodobé podmíněné závazky vyplývající z právních předpisů a další činnosti moci zákonodárné, výkonné nebo soudní	0	0
9.	Krátkodobé podmíněné závazky z poskytnutých zajištění	0	0
10.	Dlouhodobé podmíněné závazky z poskytnutých zajištění	0	0
11.	Krátkodobé podmíněné závazky ze soudních sporů, správních řízení a jiných řízení	0	0
12.	Dlouhodobé podmíněné závazky ze soudních sporů, správních řízení a jiných řízení	0	0
13.	Ostatní krátkodobá podmíněná pasiva	0	0
14.	Ostatní dlouhodobá podmíněná pasiva	0	0
P.VII.	Vyrovnávací účty	22 419 480	23 137 082
1.	Vyrovnávací účet k podrozvahovým účtům	22 419 480	23 137 082

Podmíněná aktiva a pasiva byla k 31. 12. 2021 oceněna dle vyhlášky č. 503/2002 Sb., § 25a.

A.5. Informace podle § 18 odst. 3 písm. b) zákona – obsahuje informace o zápisu do veřejného rejstříku

IČ 41197518, Pojišťovna není zapsaná ve veřejném rejstříku.

A.6. Informace podle § 19 odst. 6 zákona

Po rozvahovém dni nedošlo k žádným událostem, které by měly významný dopad na účetní závěrku k 31. prosinci 2021 a vyžadovaly by tak úpravu zachycených skutečností.

A.7. Informace podle § 24 odst. 4 vyhlášky č. 503/2002 Sb.

K rozvahovému dni nemá Pojišťovna významné informace podle odstavců 1 a 2 § 24 vyhlášky č. 503/2002 Sb.

A.8. Informace o podmíněnosti nabytí právních účinků vkladu do katastru nemovitostí – § 56 odst. 10 vyhlášky č. 500/2002 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona č. 563/1991 Sb., o účetnictví, ve znění pozdějších předpisů, pro účetní jednotky, které jsou podnikateli účtujícími v soustavě podvojného účetnictví, ve znění pozdějších předpisů

K rozvahovému dni nemá Pojišťovna majetek s podmíněně nabytým právním účinkem vkladu do katastru nemovitostí.

E. Ostatní doplňující informace k jiným částem účetní závěrky

E.1. Doplňující informace k položkám rozvahy

E.1.1. Dlouhodobý nehmotný majetek

(tis. Kč)	1. ledna 2021	Přírůstky/ přeúčtování	Vyřazení/ přeúčtování	31. prosince 2021
Pořizovací cena				
Software	1 909 068	342 597	-32 329	2 219 336
Ostatní dlouhodobý majetek	204 132	1 498	-1 037	204 593
Nedokončený majetek	252 595	442 684	-460 425	234 854
Celkem	2 365 795	786 779	-493 791	2 658 783
Oprávký				
Software	-1 804 222	-109 064	13 042	-1 900 244
Ostatní dlouhodobý majetek	-148 073	-12 883	1 036	-159 920
Celkem	-1 952 295	-121 947	14 078	-2 060 164
Zůstatková hodnota	413 500			598 619

(tis. Kč)	1. ledna 2020	Přírůstky/ přeúčtování	Vyřazení/ přeúčtování	31. prosince 2020
Pořizovací cena				
Software	1 800 674	112 734	-4 340	1 909 068
Ostatní dlouhodobý majetek	156 465	58 492	-10 824	204 132
Nedokončený majetek	105 220	355 271	-207 896	252 595
Celkem	2 062 358	526 497	-223 061	2 365 795
Oprávký				
Software	-1 700 991	-107 572	4 341	-1 804 222
Ostatní dlouhodobý majetek	-151 001	-7 897	10 825	-148 073
Celkem	-1 851 992	-115 469	15 166	-1 952 295
Zůstatková hodnota	210 366			413 500

E.1.2. Dlouhodobý hmotný majetek

(tis. Kč)	1. ledna 2021	Přírůstky/ přeúčtování	Vyřazení/ přeúčtování	31. prosince 2021
Pořizovací cena				
Pozemky	274 538	0	0	274 538
Budovy a stavby	3 571 630	27 559	-1 519	3 597 670
Samostatné movité věci a soubory	1 355 885	98 731	-31 623	1 422 993
Ostatní dlouhodobý majetek	750	0	-1	749
Nedokončený majetek	42 062	216 049	-155 886	102 225
Poskytnuté zálohy	0	3	0	3
Celkem	5 244 865	342 342	-189 029	5 398 178
Oprávký				
Budovy a stavby	-1 505 664	-75 581	1 388	-1 579 857
Samostatné movité věci a soubory	-1 048 234	-99 279	31 684	-1 115 829
Opravné položky k budovám	-255 335	0	49 189	-206 146
Opravné položky k pozemkům	-34 102	0	5 795	-28 307
Celkem	-2 843 335	-174 860	88 056	-2 930 139
Zůstatková hodnota	2 401 530			2 468 039

(tis. Kč)	1. ledna 2020	Přírůstky/ přeúčtování	Vyřazení/ přeúčtování	31. prosince 2020
Pořizovací cena				
Pozemky	274 587	78	-127	274 538
Budovy a stavby	3 552 903	20 605	-1 878	3 571 630
Samostatné movité věci a soubory	1 349 111	57 752	-50 978	1 355 885
Ostatní dlouhodobý majetek	750	0	0	750
Nedokončený majetek	7 561	151 352	-116 851	42 062
Celkem	5 184 912	229 787	-169 834	5 244 865

Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky

Příloha k účetní závěrce

Rok končící 31. prosince 2021

(tis. Kč)	1. ledna 2020	Přírůstky/ přeúčtování	Vyřazení/ přeúčtování	31. prosince 2020
Oprávk				
Budovy a stavby	-1 430 258	-76 817	1 411	-1 505 664
Samostatné movité věci a soubory	-986 124	-113 088	50 978	-1 048 234
Opravné položky k budovám	-269 381	0	14 046	-255 335
Opravné položky k pozemkům	-35 068	0	966	-34 102
Celkem	-2 720 831	-189 905	67 401	-2 843 335
Zůstatková hodnota	2 464 081			2 401 530

Hodnota oceňovacích rozdílů z dlouhodobého majetku byla k 31. prosinci 2021 ve výši 9 855 tis. Kč (k 31. prosinci 2020: 0 tis. Kč). Oceňovací rozdíly vznikají při přecenění dlouhodobého hmotného majetku určeného k prodeji na jeho reálnou hodnotu. Dále byly k 31. prosinci 2021 vytvořeny opravné položky k pozemkům ve výši 28 307 tis. Kč (k 31. prosinci 2020: 34 102 tis. Kč) a ke stavbám ve výši 206 146 tis. Kč (k 31. prosinci 2020: 255 335 tis. Kč).

E.1.3. Majetkové účasti ve společnostech s rozhodujícím vlivem

Pojišťovna je jediným akcionářem obchodní společnosti Pojišťovna VZP, a.s., se sídlem Praha 1, Nové Město, Lazarská 1718/3, PSČ 110 00, IČ 27116913, jejímž předmětem podnikání je pojišťovací činnost, činnosti s ní související a zajišťovací činnosti pro neživotní zajištění.

Pojišťovna, jako jediný akcionář společnosti PVZP, a.s. rozhodla dne 14. 12. 2021, současně s uzavřením Smlouvy o upsání akcií, v působnosti valné hromady o zvýšení základního kapitálu společnosti peněžním vkladem o částku 7 920 000,- Kč. Zvýšení základního kapitálu společnosti bylo provedeno upsáním nových akcií, kdy jediným akcionářem společnosti bylo nově upsáno 24 kusů kmenových akcií v zaknihované podobě znějících na jméno o jmenovité hodnotě 330 000,- Kč každé akcie. Základní kapitál společnosti PVZP, a.s. se tak zvýšil na 337 920 000,- Kč.

Vzhledem ke skutečnosti, že do 31. 12. 2021 byl proveden pouze zápis zvýšení základního kapitálu společnosti PVZP, a.s. do obchodního rejstříku, který předchází vydání upsaných a splacených akcií Pojišťovnou a akcie tak nebyly uloženy v centrálním depozitáři cenných papírů, bude o nich účtováno až v roce 2022.

	Počet akcií	Nominální hodnota akcie (Kč)	Pořizovací cena (tis. Kč)	Účetní hodnota (tis. Kč)	Podíl na základním kapitálu (%)	Výsledek hospodaření (tis. Kč)	Vlastní kapitál (tis. Kč)	Příjem z dividend (tis. Kč)
31. prosince 2021								
Pojišťovna VZP, a.s.	1 000	330 000	104 800	104 800	100	2 779*	343 052*	0
31. prosince 2020								
Pojišťovna VZP, a.s.	1 000	318 000	104 800	104 800	100	15 484	335 150	0

* neauditováno

E.1.4. Jiný dlouhodobý finanční majetek

V roce 2010 nakoupila Pojišťovna 120 akcií společnosti IZIP, a.s., v celkové pořizovací ceně 120 tis. Kč, které byly vykazovány jako jiný dlouhodobý finanční majetek. V roce 2011 Pojišťovna prikoupila dalších 1 104 akcií společnosti IZIP, a.s., v celkové pořizovací ceně 1 104 tis. Kč, a získala tak v této společnosti většinový podíl (51 %). Investice byla proto překlasiifikována do majetkových účastí s rozhodujícím vlivem.

Na základě uplatněných práv plynoucích ze smluv o úplatném převodu cenných papírů dne 27. června 2016 vrátila Pojišťovna 46 % akcií společnosti IZIP, a.s., za jejich nominální hodnotu. Vrácením 1 104 akcií v nominální hodnotě 1 000 Kč za jednu akcii o celkové ceně 1 104 tis. Kč snížila Pojišťovna podíl v této společnosti na původních 5 %. Dne 1. července 2016 došlo ke změně názvu obchodní firmy IZIP, a.s., na ZDRAVEL, a.s. Dne 29. března 2017 došlo ke změně názvu obchodní firmy ZDRAVEL, a.s., na Společnost pro eHealth databáze, a.s. (IČ 26433109).

Pojišťovna k 31. prosinci 2021 vlastní 5 % akcií této společnosti.

Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky

Příloha k účetní závěrce

Rok končící 31. prosince 2021

E.1.5. Dlužníci

K 31. prosinci 2021:

(tis. Kč)	Pohledávky za plátci pojistného	Pohledávky za poskytovateli zdravotních služeb	Jiné pohledávky z veřejného zdravotního pojištění	Ostatní pohledávky	Celkem
Do splatnosti	13 080 068	600 902	1 030 048	53 021	14 764 039
Po splatnosti	31 364 743	81 284	607 444	0	32 053 471
Celkem	44 444 811	682 186	1 637 492	53 021	46 817 510
Dohadné položky aktivní	544 000	3 592 884	34 311	496	4 171 691
Celkem pohledávky včetně dohadných položek aktivních	44 988 811	4 275 070	1 671 803	53 517	50 989 201
Opravné položky	-24 510 652	-54 059	-416 725	0	-24 981 436
Čistá výše pohledávek	20 478 159	4 221 011	1 255 078	53 517	26 007 765

K 31. prosinci 2020:

(tis. Kč)	Pohledávky za plátci pojistného	Pohledávky za poskytovateli zdravotních služeb	Jiné pohledávky z veřejného zdravotního pojištění	Ostatní pohledávky	Celkem
Do splatnosti	12 550 925	200 325	1 269 555	40 509	14 061 314
Po splatnosti	28 483 176	127 621	535 143	0	29 145 940
Celkem	41 034 101	327 946	1 804 698	40 509	43 207 254
Dohadné položky aktivní	3 233 517	1 750 610	32 508	254	5 016 889
Celkem pohledávky včetně dohadných položek aktivních	44 267 618	2 078 556	1 837 206	40 763	48 224 143
Opravné položky	-22 203 599	-53 566	-387 922	0	-22 645 087
Čistá výše pohledávek	22 064 019	2 024 990	1 449 284	40 763	25 579 056

Meziroční pokles dohadných položek aktivních k pohledávkám za plátci pojistného je způsoben tvorbou dohadné položky na nezaúčtované a uhrazené zálohy u prominutého pojistného OSVČ v roce 2020. V roce 2021 se tato dohadná položka netvořila. Ostatní pohledávky k 31. prosinci 2021 jsou krátkodobého charakteru především provozního fondu, a dále zahrnují pohledávky za Pojišťovnou VZP, a.s., ve výši 9 815 tis. Kč (2020: 1 317 tis. Kč), z čehož je 7 920 tis. Kč pohledávka z navýšení podílu ve společnosti.

Pohledávky za plátci pojistného (v hrubé výši) po splatnosti lze analyzovat následovně:

(tis. Kč)	Do 1 roku	1-5 let	Více než 5 let	Celkem
K 31. prosinci 2021	5 456 930	14 142 006	11 765 807	31 364 743
K 31. prosinci 2020	4 858 614	12 657 168	10 967 394	28 483 176

Výši pohledávek za plátci pojistného ovlivňují odpisy pohledávek prováděné především z důvodů: zánik plátce bez právního nástupce, úmrtí plátce, bezvýsledné vymáhání dle § 26c zákona č. 592/1992 Sb. a rozhodnutí o odstranění tvrdosti podle § 53a zákona č. 48/1997 Sb.

Dohadné položky aktivní

(tis. Kč)	31. prosince 2021	31. prosince 2020
Dohadné položky k pojistnému	518 000	3 211 517
Dohadné položky k penále	26 000	22 000
Dohadné položky k vyúčtování zdravotní péče	3 592 884	1 750 610
Dohadné položky k náhradám	34 311	32 508
Dohadné položky – provozní fond	458	57
Dohadné položky – jiná činnost	38	196
Celkem dohadné položky	4 171 691	5 016 889

E.1.6. Hotovost na účtech u finančních institucí a hotovost v pokladně

Finanční prostředky Pojišťovny k 31. prosinci 2021 jsou uloženy v následujících bankovních institucích: Česká národní banka, MONETA Money Bank, a.s.

E.1.7. Závazky

K 31. prosinci 2021:

(tis. Kč)	Závazky k poskytovatelům zdravotních služeb	Závazky za plátci pojistného	Jiné závazky z veřejného zdravotního pojištění	Ostatní závazky	Celkem
Do splatnosti	19 976 079	0	6 438	416 242	20 398 759
Po splatnosti	0	0	0	0	0
Celkem	19 976 079	0	6 438	416 242	20 398 759
Dohadné položky pasivní	10 782 198	393 786	0	125 284	11 301 268
Celková výše závazků	30 758 277	393 786	6 438	541 526	31 700 027

K 31. prosinci 2020:

(tis. Kč)	Závazky k poskytovatelům zdravotních služeb	Závazky za plátci pojistného	Jiné závazky z veřejného zdravotního pojištění	Ostatní závazky	Celkem
Do splatnosti	18 476 269	0	5 756	477 334	18 959 359
Po splatnosti	0	0	0	0	0
Celkem	18 476 269	0	5 756	477 334	18 959 359
Dohadné položky pasivní	16 712 256	2 179 501	0	156	18 891 913
Celková výše závazků	35 188 525	2 179 501	5 756	477 490	37 851 272

Pojišťovna neeviduje k 31. prosinci 2021 závazky po splatnosti vůči poskytovatelům zdravotních služeb. Meziroční nárůst závazků k poskytovatelům zdravotních služeb do lhůty splatnosti je způsoben navýšením úhrad z důvodu kompenzování dopadů pandemie COVID-19. Pokles dohadných položek pasivních k vyúčtování zdravotních služeb je způsoben výší závazků v roce 2020, které vyplývaly z kompenzační vyhlášky a její novely. Závazky nejsou zajištěny žádným majetkem Pojišťovny.

Dohadná položka pasivní za plátci pojistného v roce 2020 byla tvořena především ve vazbě na vyúčtování záloh za rok 2020 u OSVČ a zahrnovala případy, kdy byl očekáván výsledek vyúčtování záloh typu přeplatek, vzniklý z důvodu prominutí pojistného OSVČ. V roce 2021 se jedná o odhad částky ve výši přeplatku na pojistném plátců, kteří nemají povinnost hradit pojistné, resp. kategorie samoplátce byla ukončena k 31. 12. R-1 a ukončených zaměstnavatelů.

Dohadná položka pasivní v provozním fondu je tvořena především dohadnou položkou na mzdy.

Ostatní závazky k 31. prosinci 2021 zahrnují závazky za Pojišťovnou VZP, a.s., ve výši 5 003 tis. Kč (2020: 1 271 tis. Kč), a to zejména z titulu vybraného a neodvedeného pojistného z uzavřených pojistných smluv. Ostatní závazky jsou krátkodobého charakteru.

Pojišťovna nemá k 31. prosinci 2021 závazky k finančním institucím, tyto neměla ani k 31. prosinci 2020.

Dohadné položky pasivní

(tis. Kč)	31. prosince 2021	31. prosince 2020
Dohadné položky pasivní k pojistnému	393 786	2 179 501
Dohadné položky pasivní k vyúčtování zdravotních služeb	10 556 186	16 511 149
Dohadné položky pasivní k vyúčtování doplatek a započitatelných doplatek	226 012	201 107
Dohadné položky pasivní – provozní fond	125 254	0
Dohadné položky pasivní – jiná činnost	30	156
Dohadné položky pasivní celkem	11 301 268	18 891 913

E.1.8. Rezervy

Celková rezerva vytvořená k 31. prosinci 2021 je ve výši 28 540 tis. Kč (2020: 51 459 tis. Kč), z toho rezerva základního fondu činí 28 540 tis. Kč (2020: 27 316 tis. Kč) a rezerva provozního fondu činí o Kč (2020: 24 143 tis. Kč).

E.2. Doplnující informace k položkám výkazu zisku a ztráty

Splatná daň byla vypočítána následovně:

(tis. Kč)	2021	2020
Zisk před zdaněním	4 129	2 979
Výnosy nepodléhající zdanění	2 876	2 679
Daňově neuznatelné náklady	133	250
Daňový základ	1 386	550
Splatná daň z příjmů ve výši 19 %	263	104

E.3. Doplnující informace k položkám přehledu o peněžních tocích

Pojišťovna nemá žádné doplňující informace k položkám přehledu o peněžních tocích.

E.4. Doplnující informace k položkám přehledu o změnách vlastního kapitálu**E.4.1. Vlastní kapitál**

Pohyby fondů v roce 2021 a 2020 lze analyzovat následovně:

(tis. Kč)	31. prosince 2020	Tvorba	Čerpání	31. prosince 2021
Fondy				
Základní fond veřejného zdravotního pojištění	9 569 436	248 463 755	251 545 736	6 487 455
Rezervní fond veřejného zdravotního pojištění	2 697 606	217 777	0	2 915 383
Fond prevence	507 876	1 148 338	946 104	710 110
Provozní fond	9 162 712	7 108 296	4 726 151	11 544 857
Sociální fond	36 519	45 763	48 310	33 972
Fond reprodukce majetku	2 521 777	296 347	490 254	2 327 870
Fond majetku	2 807 070	779 692	530 433	3 056 329
Jiné – přerozdělení	0	128 241 484	128 082 572	158 912

(tis. Kč)	31. prosince 2019	Tvorba	Čerpání	31. prosince 2020
Fondy				
Základní fond veřejného zdravotního pojištění	19 416 808	217 747 499	227 594 871	9 569 436
Rezervní fond veřejného zdravotního pojištění	2 537 090	160 516	0	2 697 606
Fond prevence	525 381	640 291	657 796	507 876
Provozní fond	7 415 387	6 283 838	4 536 513	9 162 712
Sociální fond	40 477	44 845	48 803	36 519
Fond reprodukce majetku	2 652 026	304 197	434 446	2 521 777
Fond majetku	2 661 780	434 446	289 156	2 807 070
Jiné – přerozdělení	0	98 017 877	98 017 877	0

E.4.1.1. Základní fond veřejného zdravotního pojištění

(tis. Kč)	31. prosince 2021	31. prosince 2020
Stav finančních prostředků na BÚ	11 780 866	21 480 578
Pokladna	11 476	11 294
Pohledávky	21 811 633	20 550 369
Závazky	-20 083 192	-18 570 367
Dohadné položky aktivní	4 171 196	5 016 635
Dohadné položky pasivní	-11 175 984	-18 891 757
Rezervy na pravomocně neskončené soudní spory	-28 540	-27 316
Základní fond zdravotního pojištění	6 487 455	9 569 436

Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky

Příloha k účetní závěrce

Rok končící 31. prosince 2021

(tis. Kč)	31. prosince 2021	31. prosince 2020
Pohledávky		
- za plátcí pojistného	44 444 811	41 034 101
- za smluvními poskytovateli zdravotních služeb	682 171	327 920
- z náhrad škod	468 310	456 692
- ostatní	1 169 182	1 348 005
- oprávk k pohledávkám	-24 981 436	-22 645 087
- vnitřní vypořádání	22	46
- interní	28 573	28 691
Celkem	21 811 633	20 550 369
Závazky		
- vůči smluvním poskytovatelům zdravotních služeb	19 976 079	18 476 269
- ostatní	6 438	5 756
- vnitřní vypořádání	1 564	1 668
- interní	99 111	86 674
Celkem	20 083 192	18 570 367

(tis. Kč)	2021	2020
Tvorba		
Pojistné z veřejného zdravotního pojištění	153 209 148	141 249 675
z toho: dohadné položky	-907 503	758 017
Peněžní prostředky plynoucí z měsíčního vyúčtování výsledků přerozdělování	88 220 103	70 734 917
Pojistné z veřejného zdravotního pojištění po přerozdělování	241 429 251	211 984 592
Penále, pokuty a přírážky k pojistnému	3 375 481	3 275 735
z toho: dohadné položky	4 000	9 000
Náhrady nákladů na hrazené služby	397 654	449 835
Úroky získané hospodařením se základním fondem	1	2
Ostatní pohledávky	1 235 136	574 241
Pohledávky za zahraniční pojišťovnou	1 808 458	1 186 150
Pohledávky za zahraniční pojišťovnou za paušální platbu	-5	118
Kladné kurzové rozdíly	2	5
Snížené nebo zrušené ostatní opravné položky	0	43 984
Použité, snížené nebo zrušené rezervy na pravomocně neskončené soudní spory	0	72 321
Mimořádné převody mezi fondy (převod z provozního fondu)	217 777	160 516
Tvorba celkem	248 463 755	217 747 499
Čerpání		
Závazky za zdravotní služby včetně korekcí a revizí a úhrad jiným zdravotním pojišťovnám, z toho:		
- závazky za léčení pojištěnců dané zdravotní pojišťovny v cizině	236 889 126	215 987 576
- dohadné položky	686 958	718 730
- dohadné položky	-6 861 616	9 832 054
Předpis přidělů do jiných fondů, v tom:	8 337 852	6 960 748
- do rezervního fondu	217 777	160 516
- do provozního fondu	6 971 727	6 168 176
- do fondu prevence	1 148 348	632 056
Odpis pohledávek	3 004 663	2 394 338
Snížení o částky penále, pokut a přírážek na základě rozhodnutí o odstranění tvrdosti zákona	122 317	114 630
Závazky vyplývající z poskytnutí zdravotní péče fakturované tuzemskými poskytovateli zdravotních služeb za cizince včetně výsledků revize	756 172	1 182 378
Závazky vůči zahraniční pojišťovně z titulu paušální platby	3 898	7 262
Úplaty za bankovní služby a další úplaty	94 120	83 868
Záporné kurzové rozdíly	15	5
Tvorba rezervy na pravomocně neskončené soudní spory	1 224	0
Tvorba opravných položek k pojistnému, penále, pokutám a přírážkám k pojistnému	2 307 053	832 678
Tvorba ostatních opravných položek	29 296	31 388
Celkem	251 545 736	227 594 871

Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky

Příloha k účetní závěrce

Rok končící 31. prosince 2021

E.4.1.2. Rezervní fond veřejného zdravotního pojištění

(tis. Kč)	31. prosince 2021	31. prosince 2020
Stav finančních prostředků	2 915 383	2 697 606
Pohledávky – interní pohledávky za základním fondem zdravotního pojištění	0	0
Rezervní fond veřejného zdravotního pojištění	2 915 383	2 697 606

(tis. Kč)	2021	2020
Tvorba		
Převod ze základního fondu zdravotního pojištění	217 777	160 516
Tvorba celkem	217 777	160 516
Čerpání		
Čerpání celkem	0	0

E.4.1.3. Fond prevence

(tis. Kč)	31. prosince 2021	31. prosince 2020
Stav finančních prostředků na BÚ	717 904	536 158
Pohledávky – interní	9 662	9 757
Pohledávky – externí	1	2
Závazky – externí	-17 457	-38 041
Fond prevence	710 110	507 876

(tis. Kč)	2021	2020
Tvorba		
Podíl výnosu z pokut, přírážek k pojistnému a penále (příděl ze základního fondu)	714 942	632 056
Příděl ze základního fondu na úhradu samotestování COVID-19	433 406	0
Ostatní (bezúplatná plnění)	0	3
Zúčtování s pojištěnci s vazbou na vyúčtování preventivních programů	-10	8 232
Tvorba celkem	1 148 338	640 291
Čerpání		
Preventivní programy	945 862	657 494
Ostatní (úplaty za bankovní a jiné služby)	242	302
Celkem	946 104	657 796

E.4.1.4. Provozní fond

(tis. Kč)	31. prosince 2021	31. prosince 2020
Stav finančních prostředků na BÚ	11 968 325	9 531 860
Pokladna	66	1
Pohledávky	134 173	116 948
Dohadné položky aktivní	458	57
Dohadné položky pasivní	-125 254	0
Závazky	-432 911	- 462 011
Rezervy	0	-24 143
Provozní fond	11 544 857	9 162 712

Pohledávky		
- pohledávky za odběrateli	5 640	180
- poskytnuté provozní zálohy	4 751	7 000
- za zaměstnanci	2	-3
- ostatní	30 715	30 779
- vnitřní vypořádání	1 991	2 074
- interní	91 074	76 918
Celkem	134 173	116 948

Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky

Příloha k účetní závěrce

Rok končící 31. prosince 2021

(tis. Kč)	31. prosince 2021	31. prosince 2020
Závazky		
- závazky k dodavatelům	79 781	112 399
- k zaměstnancům	182 130	172 290
- k institucím zdravotního pojištění a sociálního zabezpečení	100 125	101 478
- ostatní	26 540	39 183
- interní	44 335	36 661
Celkem	432 911	462 011

(tis. Kč)	2021	2020
Tvorba		
Předpis přidělu	6 971 727	6 168 176
Pohledávka z prodeje dlouhodobého hmotného a nehmotného majetku	368	78
Předpis smluvních pokut z porušení smluvního vztahu k poskytovateli zdravotních služeb	251	51
Kladné kurzové rozdíly	24	21
Ostatní pohledávky vztahující se k provoznímu fondu	76 722	66 044
Pohledávky VZP ČR (spoluúčast na sdílených nákladech)	34 661	23 813
Použité, snížené nebo zrušené ostatní rezervy	24 143	24 143
Dohadné položky aktivní	400	-36
Mimořádné případy externí	0	1 548
Tvorba celkem	7 108 296	6 283 838

Čerpání		
Členění závazků zdravotní pojišťovny v oblasti provozní činnosti, v tom:	4 336 989	4 331 123
- mzdy bez ostatních osobních nákladů	2 288 123	2 242 236
- ostatní osobní náklady	22 773	21 446
- pojistné za zaměstnance na zdravotní pojištění	207 574	203 538
- pojistné za zaměstnance na sociální zabezpečení	561 579	550 428
- odměny členům Správní rady, Dozorčí rady a Rozhodčímu orgánu	14 302	14 887
- podíl úhrad za služby Kanceláře zdravotního pojištění	16 297	14 192
- záporné kurzové rozdíly	41	150
- závazky k úhradě pokut a penále	0	3
- podíl odpisů hmotného a nehmotného majetku vztahovaný k provoznímu fondu	290 161	298 497
- ostatní závazky	936 139	985 746
v tom: spotřeba energie	56 586	51 135
opravy a udržování	67 964	67 332
nájemné	130 958	141 816
náklady na informační technologie	398 865	438 668
propagace	49 028	59 976
spotřebované nákupy	23 836	39 157
ostatní služby	117 811	102 524
ostatní provozní náklady	91 091	85 138
Předpis zákonné výše přidělu do sociálního fondu	45 763	44 845
Předpis přidělu do fondu reprodukce majetku ve výši kladného rozdílu mezi prodejní a zůstatkovou cenou	368	29
Dohadné položky pasivní	125 254	0
Mimořádné převody mezi fondy (převod do základního fondu)	217 777	160 516
Čerpání celkem	4 726 151	4 536 513

Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky

Příloha k účetní závěrce

Rok končící 31. prosince 2021

E.4.1.5. Analýza zaměstnanců

Průměrný přepočtený počet zaměstnanců Pojišťovny v roce 2021 činil 3 542 osob (2020: 3 621 osob).

Mzdové a ostatní osobní náklady na zaměstnance vykázané v provozním fondu lze analyzovat následovně:

(tis. Kč)	2021	2020
Mzdové náklady	2 310 895	2 263 682
Náklady na sociální zabezpečení a zdravotní pojištění	769 153	753 966
Ostatní osobní a sociální náklady	45 241	44 966
Celkem	3 125 289	3 062 614

E.4.1.6. Sociální fond

(tis. Kč)	31. prosince 2021	31. prosince 2020
Stav finančních prostředků	32 355	33 959
Pohledávky – interní	6 555	7 642
Závazky – externí	-3 677	-3 792
Závazky – interní	-1 261	-1 290
Sociální fond	33 972	36 519

(tis. Kč)	2021	2020
Tvorba		
Předpis přidělu z provozního fondu	45 763	44 845
Předpis přidělu ze zisku po zdanění z jiné činnosti	0	0
Tvorba celkem	45 763	44 845
Čerpání		
Předpisy snížení zdrojů, v tom:	48 310	48 803
- zápůjčky	0	0
- ostatní (nevratné) čerpání	48 310	48 803
Celkem	48 310	48 803

E.4.1.7. Fond reprodukce majetku

(tis. Kč)	31. prosince 2021	31. prosince 2020
Stav finančních prostředků	2 317 288	2 518 174
Pohledávky – interní	10 582	3 603
Fond reprodukce majetku	2 327 870	2 521 777

(tis. Kč)	2021	2020
Tvorba		
Předpis fondu reprodukce majetku přidělem z provozního fondu ve výši odpisů a zůstatkové účetní hodnoty prodaného majetku	295 979	304 168
Převod z provozního fondu – kladný rozdíl mezi prodejní a zůstatkovou cenou prodaného dlouhodobého hmotného a nehmotného majetku	368	29
Tvorba celkem	296 347	304 197
Čerpání		
Pořízení dlouhodobého hmotného a nehmotného majetku včetně záloh, v tom:	490 254	434 446
- pozemky, budovy, stavby	17 526	23 097
- informační technologie	464 521	395 679
- ostatní	8 207	15 669
Čerpání celkem	490 254	434 446

Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky

Příloha k účetní závěrce

Rok končící 31. prosince 2021

E.4.1.8. Interní pohledávky a závazky

K 31. prosinci 2021:

Věřitel									
(tis. Kč)	Fond								Interní
Dlužník	Základní fond	Provozní fond	Sociální fond	reprodukce majetku	Fond majetku	Fond prevence	Rezervní fond	Jiná činnost	závazky celkem
Základní fond	x	89 448	0	0	0	9 662	0	0	99 110
Provozní fond	28 573	x	4 555	10 586	0	0	0	574	44 288
Sociální fond	0	1 261	x	0	0	0	0	0	1 261
Fond reprodukce majetku	0	0	0	x	0	0	0	0	0
Fond majetku	0	0	0	0	x	0	0	0	0
Fond prevence	0	0	0	0	0	x	0	0	0
Rezervní fond	0	0	0	0	0	0	x	0	0
Jiná činnost	0	411	2 000	0	0	0	0	x	2 411
Interní pohledávky celkem	28 573	91 120	6 555	10 586	0	9 662	0	574	147 070

K 31. prosinci 2020:

Věřitel									
(tis. Kč)	Fond								Interní
Dlužník	Základní fond	Provozní fond	Sociální fond	reprodukce majetku	Fond majetku	Fond prevence	Rezervní fond	Jiná činnost	závazky celkem
Základní fond	x	76 918	0	0	0	9 757	0	0	86 675
Provozní fond	28 691	x	4 642	3 667	0	0	0	1 303	38 303
Sociální fond	0	1 290	x	0	0	0	0	0	1 290
Fond reprodukce majetku	0	0	0	x	0	0	0	0	0
Fond majetku	0	0	0	0	x	0	0	0	0
Fond prevence	0	0	0	0	0	x	0	0	0
Rezervní fond	0	0	0	0	0	0	x	0	0
Jiná činnost	0	352	3 000	0	0	0	0	x	3 352
Interní pohledávky celkem	28 691	78 560	7 642	3 667	0	9 757	0	1 303	129 620

E.4.1.9. Ostatní fondy ze zisku

(tis. Kč)	31. prosince 2021	31. prosince 2020
Zdroj podílů v ovládaných osobách – Pojišťovna VZP, a.s.	112 720	104 800
Jiné ostatní fondy ze zisku – Společnost pro eHealth databáze, a.s.	120	120
Celkem	112 840	104 920

Správní rada Pojišťovny usnesením ze dne 29. 11. 2021 schválila záměr realizovat navýšení základního kapitálu společnosti PVZP, a.s. ve výši 7 920 000,- Kč z účtu Nerozdělený zisk minulých let a zároveň schválila převod těchto finančních prostředků jako úhradu emise 24 kusů akcií na jméno společnosti PVZP, a.s. o jmenovité hodnotě každé 330 000,- Kč.

Podpis statutárního
orgánu účetní jednotky:

Ing. Zdeněk Kabátek
ředitel

Osoba odpovědná
za účetnictví a účetní závěrku:

Ing. Marek Cvrček
ekonomický náměstek

TABULKOVÉ PŘÍLOHY

Příloha č. 1: Přehled údajů o činnosti zdravotní pojišťovny

ř.	Ukazatel	m. j.	Rok 2021 ZPP	Rok 2021 Skutečnost	Skutečnost 2021/ ZPP 2021 (v %)
I. Pojištěnci					
1	Počet pojištěnců celkem k poslednímu dni sledovaného období	osob	5 910 000	5 914 857	100,1
1.1	z toho: státem hrazení	osob	3 397 000	3 305 458	97,3
2	Průměrný počet pojištěnců za sledované období	osob	5 921 000	5 922 131	100,0
2.1	z toho: státem hrazení	osob	3 395 000	3 348 016	98,6
II. Ostatní ukazatele					
3	Stav dlouhodobého majetku včetně poskytovaných záloh pořízený k poslednímu dni sledovaného období	tis. Kč	2 871 869	3 066 658	106,8
4	Stav dlouhodobého majetku včetně poskytovaných záloh pořízený za sledované období	tis. Kč	565 162	490 254	86,7
4.1	v tom: majetek na vlastní činnost	tis. Kč	565 162	490 254	86,7
4.2	ostatní majetek	tis. Kč			
5	Stav finančních investic k poslednímu dni sledovaného období (krátkodobé i dlouhodobé)	tis. Kč	104 920	104 920	100,0
5.1	z toho: vázáno v dceřiné společnosti	tis. Kč	104 800	104 800	100,0
6	Finanční investice pořízené za sledované období (saldo nákup – prodej)	tis. Kč			
6.1	z toho: vázáno v dceřiné společnosti	tis. Kč			
7	Přijaté bankovní úvěry celkem (tj. bez údajů na řádcích 10 a 13) 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.) 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	Přijátá bezúplatná plnění a nenávratné dotace ve sledovaném období	tis. Kč			
17	Přepočtený počet zaměstnanců k poslednímu dni sledovaného období (zaokrouhlí se na celá čísla)	osob	3 750	3 506	93,5
18	Průměrný přepočtený počet zaměstnanců (zaokrouhlí se na celá čísla)	osob	3 670	3 542	96,5
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)	%	2,91	2,91	100,0
20	Rozvrhová základna pro propočtení přídelu do provozního fondu podle § 7 vyhlášky o fondech	tis. Kč	229 936 000	239 578 265	104,2
21	Maximální limit nákladů na činnost propočtený z dosažené rozvrhové základny podle § 7 vyhlášky o fondech	tis. Kč	6 691 137	6 971 727	104,2
22	Skutečný přídel ze ZFPZ do provozního fondu ve sledovaném období	tis. Kč	6 691 137	6 971 727	104,2
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) ¹⁾	tis. Kč	25 290 000	31 700 027	125,3
23.1	v tom: závazky vůči poskytovatelům zdravotních služeb ve lhůtě splatnosti ²⁾	tis. Kč	24 900 000	30 758 277	123,5
23.2	závazky vůči poskytovatelům zdravotních služeb po lhůtě splatnosti	tis. Kč	0	0	–
23.3	ostatní závazky ve lhůtě splatnosti	tis. Kč	390 000	941 750	241,5
23.4	ostatní závazky po lhůtě splatnosti	tis. Kč	0	0	–
24	Pohledávky celkem k poslednímu dni sledovaného období ³⁾	tis. Kč	23 725 000	26 007 765	109,6
24.1	v tom: pohledávky za plátcí pojistného ve lhůtě splatnosti	tis. Kč	12 000 000	13 080 068	109,0
24.2	pohledávky za plátcí pojistného po lhůtě splatnosti ⁴⁾	tis. Kč	8 755 000	7 398 091	84,5
24.3	pohledávky za poskytovateli zdravotních služeb ve lhůtě splatnosti ⁵⁾	tis. Kč	1 600 000	4 193 786	262,1
24.4	pohledávky za poskytovateli zdravotních služeb po lhůtě splatnosti	tis. Kč	70 000	27 225	38,9
24.5	ostatní pohledávky ve lhůtě splatnosti	tis. Kč	1 100 000	1 117 876	101,6
24.6	ostatní pohledávky po lhůtě splatnosti	tis. Kč	200 000	190 719	95,4
25	Dohadné položky pasivní celkem – stav k poslednímu dni sledovaného období	tis. Kč	7 122 790	11 301 268	158,7
26	Dohadné položky aktivní celkem – stav k poslednímu dni sledovaného období	tis. Kč	715 150	4 171 691	583,3
27	Rezervy celkem – stav k poslednímu dni sledovaného období	tis. Kč	48 607	28 540	58,7
28	Opravné položky celkem – stav k poslednímu dni sledovaného období	tis. Kč	23 724 163	24 981 436	105,3
Doplňující údaje k řádkům 1, 2, 5 a 6					
k 1.1	z toho pojištěnci ze zemí Evropské unie	osob	30 500	32 185	105,5
k 2.1	z toho pojištěnci ze zemí Evropské unie	osob	29 700	32 303	108,8

Poznámky k tabulce:

- Obsah ř. 23 bude navazovat na Rozvahu, sl. 4 – Pasiva, oddíl C I. Případné rozdíly bude zdravotní pojišťovna komentovat v textové části výroční zprávy.
- V řádku 23.1 budou zahrnuty dohadné položky pasivní (zejména vyúčtování zdravotních služeb za příslušný rok).
- Obsah ř. 24 bude navazovat na Rozvahu, sl. 4 – Aktiva, oddíl E I. Případné rozdíly bude zdravotní pojišťovna komentovat v textové části výroční zprávy.
- V řádku 24.2 budou zahrnuty dohadné položky aktivní za plátcí pojistného. Vykazovaná částka bude zároveň snížena o opravné položky.
- V řádku 24.3 budou zahrnuty dohadné položky aktivní za poskytovateli zdravotních služeb (zejména vyúčtování zdravotních služeb za příslušný rok).

Příloha č. 2: Základní fond zdravotního pojištění (v tis. Kč)

A.	Základní fond zdravotního pojištění (ZFZP) Tvorba a čerpání ve sledovaném období	Rok 2021 ZPP	Rok 2021 Skutečnost	Skutečnost 2021/ ZPP 2021 (v %)
I.	Počáteční zůstatek k 1. 1. ve sledovaném období	11 819 368	9 569 436	81,0
II.	Tvorba celkem = zdroje	236 945 240	248 463 755	104,9
1	Pojistné z veřejného zdravotního pojištění podle § 1 odst. 1 písm. a) vyhlášky o fondech včetně dohadných položek	143 260 000	153 209 148	106,9
1.1	z toho: dohadné položky k pojistnému podle § 1 odst. 1 písm. c) vyhlášky o fondech ¹⁾	13 000	-907 503	-6 980,8
2	Peněžní prostředky plynoucí z měsíčního vyúčtování výsledků přerozdělování ± podle § 1 odst. 1 písm. b) vyhlášky o fondech	88 200 000	88 220 103	100,0
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	231 460 000	241 429 251	104,3
4	Penále, pokuty a přírázky k pojistnému podle § 1 odst. 2 nebo 3 vyhlášky o fondech, včetně dohadných položek	3 160 000	3 375 481	106,8
4.1	z toho: dohadné položky ¹⁾	0	4 000	
5	Náhrady nákladů na hrazené služby podle § 1 odst. 1 písm. d) vyhlášky o fondech	402 000	397 654	98,9
6	Úroky získané hospodařením se ZFZP	3	1	33,3
7	Ostatní pohledávky podle § 1 odst. 1 písm. g) vyhlášky o fondech	450 000	1 235 136	274,5
8	Převody z jiných fondů v souladu s § 1 odst. 1 písm. i) vyhlášky o fondech			
9	Převod zůstatku ZFZP v případě sloučení nebo splynutí zdravotní pojišťovny podle § 1 odst. 1 písm. j) vyhlášky o fondech			
10	Pohledávky za zahraniční pojišťovnou za zdravotní služby poskytnuté v ČR cizím pojištěncům podle § 1 odst. 1 písm. f) vyhlášky o fondech	1 180 000	1 808 458	153,3
11	Pohledávky za zahraniční pojišťovnou za paušální platbu na cizí pojištěnce podle § 1 odst. 1 písm. f) vyhlášky o fondech		-5	
12	Kladné kurzové rozdíly podle § 1 odst. 1 písm. h) vyhlášky o fondech		2	
13	Bezúplatné plnění určené dárce pro ZFZP nebo pokud nebyl dárce určen účel bezúplatného plnění podle § 1 odst. 1 písm. e) vyhlášky o fondech			
14	Snížené nebo zrušené opravné položky k pojistnému, penále, pokutám a přírůzkům k pojistnému podle § 1 odst. 1 písm. k) vyhlášky o fondech			
15	Snížené nebo zrušené ostatní opravné položky podle § 1 odst. 1 písm. l) vyhlášky o fondech			
16	Použité, snížené nebo zrušené rezervy na pravomocně neskončené soudní spory podle § 1 odst. 1 písm. m) vyhlášky o fondech	68 321		
17	Použité, snížené nebo zrušené ostatní rezervy neuvedené v § 1 odst. 4 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	224 916	217 777	96,8
III.	Čerpání celkem = snížení zdrojů	245 666 953	251 545 736	102,4
1	Závazky za zdravotní služby včetně korekcí a revizí a úhrad jiným zdravotním pojišťovnám podle § 1 odst. 4 písm. a), odst. 4 písm. b), odst. 4 písm. d) a odst. 4 písm. e) vyhlášky o fondech včetně dohadných položek	232 514 000	236 889 126	101,9
1.1	z toho: závazky za léčení pojištěnců dané zdravotní pojišťovny v cizině podle § 1 odst. 4 písm. b) vyhlášky o fondech	806 000	686 958	85,2
1.2	dohadné položky k závazkům podle § 1 odst. 4 písm. e) vyhlášky o fondech vztahující se k § 1 odst. 4 písm. a) vyhlášky o fondech ¹⁾	-1 139 000	-6 861 616	602,4
2	Úroky z úvěrů podle § 1 odst. 4 písm. f) vyhlášky o fondech			
3	Předpis přídelů do jiných fondů	7 601 853	8 337 852	109,7
3.1	v tom: do rezervního fondu podle § 1 odst. 4 písm. k) vyhlášky o fondech ²⁾	224 916	217 777	96,8
3.2	do provozního fondu podle § 1 odst. 4 písm. j) vyhlášky o fondech ³⁾	6 691 137	6 971 727	104,2
3.3	do fondu prevence podle § 1 odst. 4 písm. l) vyhlášky o fondech ⁴⁾	685 800	1 148 348	167,4
3.4	Mimořádný převod do provozního fondu – pouze Vojenská zdravotní pojišťovna ČR podle § 1 odst. 4 písm. m) vyhlášky o fondech			
4	Odpis pohledávek podle § 1 odst. 5 vyhlášky o fondech	2 500 000	3 004 663	120,2
5	Snížení základního fondu o částky penále, pokut a přírůzků 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. 6 vyhlášky o fondech ⁵⁾	130 000	122 317	94,1
6	Závazky vyplývající z poskytnutí zdravotních služeb vyúčtovaných zdravotní pojišťovnou poskytovateli zdravotních služeb za cizí pojištěnce včetně výsledků revize podle § 1 odst. 4 písm. c) vyhlášky o fondech	1 200 000	756 172	63,0
7	Závazky vůči zahraniční pojišťovně z titulu paušální platby za pojištěnce podle § 1 odst. 4 písm. c) vyhlášky o fondech	5 100	3 898	76,4
8	Úplaty za bankovní služby a další úplaty podle § 1 odst. 4 písm. g) vyhlášky o fondech	90 000	94 120	104,6
9	Náklady spojené s vedením osobního účtu pojištěnce v souladu s § 1 odst. 4 písm. h) vyhlášky o fondech			
10	Záporné kurzové rozdíly podle § 1 odst. 4 písm. i) vyhlášky o fondech		15	
11	Tvorba rezervy na pravomocně neskončené soudní spory podle § 1 odst. 4 písm. n) vyhlášky o fondech		1 224	
12	Tvorba ostatních rezerv podle § 1 odst. 4 písm. o) vyhlášky o fondech			
13	Tvorba opravných položek k pojistnému, penále, pokutám a přírůzkům k pojistnému podle § 1 odst. 4 písm. p) vyhlášky o fondech	1 626 000	2 307 053	141,9
14	Tvorba ostatních opravných položek podle § 1 odst. 4 písm. q) neuvedených v § 1 odst. 4 písm. p) vyhlášky o fondech		29 296	
15	Mimořádné případy externí			
16	Mimořádné převody mezi fondy			
IV.	Konečný zůstatek k poslednímu dni sledovaného období = I + II – III	3 097 655	6 487 455	209,4

B. Základní fond zdravotního pojištění (ZFZP)		Rok 2021 ZPP	Rok 2021 Skutečnost	Skutečnost 2021/ ZPP 2021 (v %)
Příjmy a výdaje ve sledovaném období podle § 1 odst. 7 vyhlášky o fondech				
I.	Počáteční zůstatek k 1. 1. ve sledovaném období	18 727 456	21 491 872	114,8
II.	Příjmy celkem	231 631 419	242 139 093	104,5
1	Pojistné z veřejného zdravotního pojištění podle § 1 odst. 1 písm. a) vyhlášky o fondech	140 400 000	150 093 805	106,9
2	Peněžní prostředky plynoucí z měsíčního vyúčtování výsledků přerozdělování ± podle § 1 odst. 1 písm. b) vyhlášky o fondech	88 200 000	88 220 103	100,0
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	228 600 000	238 313 908	104,2
4	Penále, pokuty a přírázky k pojistnému podle § 1 odst. 2 nebo 3 vyhlášky o fondech	975 000	894 529	91,7
5	Náhrady nákladů na hrazené služby podle § 1 odst. 1 písm. d) vyhlášky o fondech	361 000	369 828	102,4
6	Úroky získané hospodařením se ZFZP	3	1	33,3
7	Ostatní příjmy podle § 1 odst. 1 písm. g) vyhlášky o fondech	450 000	1 288 981	286,4
8	Převody z jiných fondů v souladu s § 1 odst. 1 písm. i) vyhlášky o fondech			
9	Příjem zůstatku v případě sloučení nebo splynutí zdravotní pojišťovny podle § 1 odst. 1 písm. j) vyhlášky o fondech			
10	Příjem od zahraniční pojišťovny podle § 1 odst. 1 písm. f) vyhlášky o fondech za uhrazené zdravotní služby poskytovatelem zdravotních služeb za cizí pojištěnce	1 020 000	1 053 220	103,3
11	Příjem paušální platby za pojištěnce od zahraniční pojišťovny podle § 1 odst. 1 písm. f) vyhlášky o fondech	500	847	169,4
12	Kladné kurzové rozdíly podle § 1 odst. 1 písm. h) vyhlášky o fondech		2	
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	224 916	217 777	96,8
III.	Výdaje celkem	244 028 053	251 838 623	103,2
1	Výdaje za zdravotní služby včetně korekcí a revizí a úhrad jiným zdravotním pojišťovnám podle § 1 odst. 4 písm. a), odst. 4 písm. b) a odst. 4 písm. d) vyhlášky o fondech	235 014 000	242 605 277	103,2
1.1	z toho: výdaje za léčení pojištěnců dané zdravotní pojišťovny v cizině podle § 1 odst. 4 písm. b) vyhlášky o fondech	806 000	810 288	100,5
2	Úroky z úvěrů podle § 1 odst. 4 písm. f) vyhlášky o fondech			
3	Převody do jiných fondů	7 601 853	8 325 416	109,5
3.1	v tom: do rezervního fondu podle § 1 odst. 4 písm. k) vyhlášky o fondech ²⁾	224 916	217 777	96,8
3.2	do provozního fondu podle § 1 odst. 4 písm. j) vyhlášky o fondech ³⁾	6 691 137	6 959 197	104,0
3.3	do fondu prevence podle § 1 odst. 4 písm. l) vyhlášky o fondech ⁴⁾	685 800	1 148 442	167,5
3.4	Mimořádný převod do provozního fondu – pouze vojenská zdravotní pojišťovna ČR podle § 1 odst. 4 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. 4 písm. c) vyhlášky o fondech	1 150 000	769 092	66,9
5	Výdaje za paušální platby za pojištěnce hrazené zahraničním pojišťovnám podle § 1 odst. 4 písm. c) vyhlášky o fondech	5 200	4 463	85,8
6	Úplaty za bankovní služby a další úplaty podle § 1 odst. 4 písm. g) vyhlášky o fondech	257 000	114 326	44,5
7	Výdaje spojené s vedením osobního účtu pojištěnce v souladu s § 1 odst. 4 písm. h) vyhlášky o fondech			
8	Záporné kurzové rozdíly podle § 1 odst. 4 písm. i) vyhlášky o fondech		15	
9	Splátky úvěrů na posílení ZFZP			
10	Splátky návratných finančních výpomocí na posílení ZFZP			
11	Mimořádné případy externí			
12	Mimořádné převody mezi fondy		20 034	
IV.	Konečný zůstatek k poslednímu dni sledovaného období = I + II – III	6 330 822	11 792 342	186,3
	Z B IV přinázejí hodnotě rezerv k poslednímu dni sledovaného období	24 814	28 540	115,0
C. Specifikace ukazatele B II 1		Rok 2021 ZPP	Rok 2021 Skutečnost	Skutečnost 2021/ ZPP 2021 (v %)
1	Příjmy z pojistného od zaměstnavatelů	128 403 693	137 011 441	106,7
2	Příjmy z pojistného od osob samostatně výdělečně činných	10 081 666	11 138 957	110,5
3	Příjmy z pojistného od ostatních plátců (osob bez zdanitelných příjmů + případné další platby veřejného zdravotního pojištění)	1 914 641	1 934 936	101,1
4	Neidentifikovatelné platby od různých typů plátců		8 471	
5	Součet řádků C ř. 1 až C ř. 4 = B II ř. 1	140 400 000	150 093 805	106,9

Poznámky:

- 1) V řádcích „z toho“ A II 1.1, A II 4.1 nebo A III 1.2 se zobrazuje stav průčtování dohadných položek (–), které byly do daného období převedeny jako součást počátečních zůstatků. V účetní závěrce se pak do položky promítne hodnota nově stanovených dohadných položek (+), (–).
- 2) Propočet převodu do RF v oddílu A III v ř. 3.1 se provádí i v případě, že z důvodu nedostatku finančních prostředků nebude vykázán převod v oddílu B III v ř. 3.1.
- 3) Propočet limitu přidělu podle § 7 vyhlášky o fondech je vázán na údaje rozvrhové základny propočtené z oddílu B II ZFZP.
- 4) Pokud zdravotní pojišťovna účtuje úroky, penále a přírázky do ZFZP a následně provádí převod ze ZFZP do fondu prevence, bude k tomuto účelu využívat jak oddíl A III ř. 3.3, tak i oddíl B III ř. 3.3.
- 5) V případě, že zdravotní pojišťovna nevykazuje v příloze č. 7, oddílu A III ř. 6, snížení FP o částku penále, pokut a přírážek na základě rozhodnutí o odstranění tvrdosti podle I pokud zaměstnavatel zdravotní pojišťovna účtuje danou položku tzv. „saldem“ na ř. A II 1 ZFZP, vykáže danou hodnotu na ř. A III 5 a o danou hodnotu upraví jednotlivé položky a mezisoučty tak, aby byla zachována hodnota konečného zůstatku na ř. IV – vzniklý rozdíl oproti účetním sestavám zdůvodní.

Propočet salda příjmů a nákladů na ZFZP (v tis. Kč)
z vybraných položek části A III a B II ZFZP

D. Příjmy ve sledovaném období		Rok 2021 ZPP	Rok 2021 Skutečnost	Skutečnost 2021/ ZPP 2021 (v %)	Vazba na řádek
I. Příjmy celkem		231 631 419	242 139 093	104,5	
1	Pojistné z veřejného zdravotního pojištění podle § 1 odst. 1 písm. a) vyhlášky o fondech	140 400 000	150 093 805	106,9	B II 1
2	Peněžní prostředky plynoucí z měsíčního vyúčtování výsledků přerozdělování ± podle § 1 odst. 1 písm. b) vyhlášky o fondech	88 200 000	88 220 103	100,0	B II 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	228 600 000	238 313 908	104,2	B II 3
4	Penále, pokuty a přirážky k pojistnému podle § 1 odst. 2 nebo 3 vyhlášky o fondech	975 000	894 529	91,7	B II 4
5	Náhrady nákladů na hrazené služby podle § 1 odst. 1 písm. d) vyhlášky o fondech	361 000	369 828	102,4	B II 5
6	Úroky získané hospodařením se ZFZP	3	1	33,3	B II 6
7	Ostatní příjmy podle § 1 odst. 1 písm. g) vyhlášky o fondech	450 000	1 288 981	286,4	B II 7
8	Převody z jiných fondů v souladu s § 1 odst. 1 písm. i) vyhlášky o fondech				B II 9
9	Příjem od zahraniční pojišťovny podle § 1 odst. 1 písm. f) vyhlášky o fondech za uhrazené zdravotní služby	1 020 000	1 053 220	103,3	B II 10
10	Příjem paušální platby za pojištěnce od zahraniční pojišťovny podle § 1 odst. 1 písm. f) vyhlášky o fondech	500	847	169,4	B II 11
11	Kladné kurzové rozdíly podle § 1 odst. 1 písm. h) vyhlášky o fondech		2		B II 12
12	Bezúplatné plnění určené dárce pro ZFZP nebo pokud nebyl dárce určen účel bezúplatného plnění podle § 1 odst. 1 písm. e) vyhlášky o fondech				B II 13
13	Mimořádné případy externí				B II 16
14	Mimořádné převody mezi fondy	224 916	217 777	96,8	B II 17
E. Čerpání ve sledovaném období		Rok 2021 ZPP	Rok 2021 Skutečnost	Skutečnost 2021/ ZPP 2021 (v %)	Vazba na řádek
II. Čerpání celkem		241 342 632	246 082 407	102,0	
1	Závazky za zdravotní služby včetně korekcí a revizí a úhrad jiným zdravotním pojišťovnám podle § 1 odst. 4 písm. a), odst. 4 písm. b), odst. 4 písm. d) a odst. 4 písm. e) vyhlášky o fondech včetně dohadných položek	232 514 000	236 889 126	101,9	A III 1
1.1	z toho: závazky za léčení pojištěnců dané zdravotní pojišťovny v cizině podle § 1 odst. 4 písm. b) vyhlášky o fondech	806 000	686 958	85,2	A III 1.1
1.2	dohadné položky k závazkům podle § 1 odst. 4 písm. e) vyhlášky o fondech vztahující se k § 1 odst. 4 písm. a) vyhlášky o fondech	-1 139 000	-6 861 616	602,4	A III 1.2
2	Úroky z úvěrů podle § 1 odst. 4 písm. f) vyhlášky o fondech				A III 2
3	Předpis přidělů do jiných fondů	7 601 853	8 337 852	109,7	
3.1	v tom: do rezervního fondu podle § 1 odst. 4 písm. k) vyhlášky o fondech ¹⁾	224 916	217 777	96,8	B III 3.1
3.2	do provozního fondu podle § 1 odst. 4 písm. j) vyhlášky o fondech	6 691 137	6 971 727	104,2	A III 3.2
3.3	do fondu prevence podle § 1 odst. 4 písm. l) vyhlášky o fondech	685 800	1 148 348	167,4	A III 3.3
3.4	Mimořádný převod do provozního fondu – pouze Vojenská zdravotní pojišťovna ČR podle § 1 odst. 4 písm. m) vyhlášky o fondech				A III 3.4
4	Závazky vyplývající z poskytnutí zdravotních služeb vyúčtovaných zdravotní pojišťovně poskytovateli zdravotních služeb za cizí pojištěnce včetně výsledků revize podle § 1 odst. 4 písm. c) vyhlášky o fondech	1 200 000	756 172	63,0	A III 6
5	Závazky vůči zahraniční pojišťovně z titulu paušální platby za pojištěnce podle § 1 odst. 4 písm. c) vyhlášky o fondech	5 100	3 898	76,4	A III 7
6	Úplaty za bankovní služby a další úplaty podle § 1 odst. 4 písm. g) vyhlášky o fondech	90 000	94 120	104,6	A III 8
7	Náklady spojené s vedením osobního účtu pojištěnce v souladu s § 1 odst. 4 písm. h) vyhlášky o fondech				A III 9
8	Záporné kurzové rozdíly podle § 1 odst. 4 písm. i) vyhlášky o fondech		15		A III 10
9	Tvorba rezervy na pravomocné neskončené soudní spory podle § 1 odst. 4 písm. n) vyhlášky o fondech	-68 321	1 224	-1,8	A III 11 – A III 16
10	Tvorba ostatních rezerv podle § 1 odst. 4 písm. o) vyhlášky o fondech				A III 12 – A III 17
11	Mimořádné případy externí				A III 15
12	Mimořádné převody mezi fondy				A III 16
Saldo příjmů a nákladů celkem = D I celkem – E II celkem²⁾		-9 711 213	-3 943 314	406,1	

Poznámky:

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

Příloha č. 3: Provozní fond (v tis. Kč)

A.	Provozní fond (PF)	Rok 2021	Rok 2021	Skutečnost 2021/
	Tvorba a čerpání ve sledovaném období	ZPP	Skutečnost	ZPP 2021 (v %)
I.	Počáteční zůstatek k 1. 1. ve sledovaném období	8 953 327	9 162 712	102,3
II.	Tvorba celkem = zdroje	6 827 532	7 108 296	104,1
1	Předpis přidělu podle § 1 odst. 4 písm. j) vyhlášky o fondech ze základního fondu zdravotního pojištění, stanovený podle § 7 odst. 1 a 2 vyhlášky o fondech	6 691 137	6 971 727	104,2
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 splnutí 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	19 810	368	1,9
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	80	251	313,8
8	Kladné kurzové rozdíly související s PF podle § 3 odst. 2 písm. d) vyhlášky o fondech	10	24	240,0
9	Ostatní pohledávky vztahující se k PF podle § 3 odst. 2 písm. i) vyhlášky o fondech	57 800	76 722	132,7
10	Pohledávky Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR podle § 3 odst. 3 vyhlášky o fondech	26 800	34 661	129,3
11	Předpis bezúplatného plnění určeného výlučně pro PF podle § 3 odst. 2 písm. b) vyhlášky o fondech			
12	Použití, snížení nebo zrušení ostatní rezervy podle § 3 odst. 2 písm. j) vyhlášky o fondech	31 895	24 143	75,7
13	Snížení nebo zrušení ostatní opravné položky podle § 3 odst. 2 písm. k) vyhlášky o fondech			
14	Ostatní dohadné položky aktivní podle § 3 odst. 2 písm. l) vyhlášky o fondech		400	
15	Mimořádné případy externí			
16	Mimořádné převody mezi fondy			
III.	Čerpání celkem = snížení zdrojů	4 795 693	4 726 151	98,5
1	Závazky zdravotní pojišťovny vyplývající ze zajištění provozní činnosti podle § 3 vyhlášky o fondech	4 412 859	4 336 989	98,3
1.1	v tom: mzdy bez ostatních osobních nákladů (včetně náhrad mezd)	2 189 057	2 288 123	104,5
1.2	ostatní osobní náklady	32 000	22 773	71,2
1.3	pojistné za zaměstnance na zdravotní pojištění ¹⁾	201 286	207 574	103,1
1.4	pojistné za zaměstnance na sociální zabezpečení a příspěvek na státní politiku zaměstnanosti ¹⁾	552 641	561 579	101,6
1.5	odměny členům správní, dozorčí rady a rozhodčímu orgánu	15 450	14 302	92,6
1.6	úroky			
1.7	podíl úhrad za služby Kanceláře zdravotního pojištění	16 111	16 297	101,2
1.8	podíl úhrad zaměstnanecké zdravotní pojišťovny za vedení centrálního registru pojištěnců			
1.9	záporné kurzové rozdíly související s PF	105	41	39,0
1.10	úplaty za bankovní a jiné služby			
1.11	závazky k úhradě pokut a penále podle § 3 odst. 4 písm. i) vyhlášky o fondech	200		
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			
1.14	podíl odpisů hmotného a nehmotného majetku vztahy k PF	350 274	290 161	82,8
1.15	ostatní závazky	1 055 735	936 139	88,7
1.15.1	v tom: spotřeba energie	56 983	56 586	99,3
1.15.2	opravy a udržování	75 098	67 964	90,5
1.15.3	nájemné	140 154	130 958	93,4
1.15.4	náklady na informační technologie	446 147	398 865	89,4
1.15.5	propagace	71 138	49 028	68,9
1.15.6	spotřebované nákupy	40 639	23 836	58,7
1.15.7	ostatní služby	115 507	117 811	102,0
1.15.8	ostatní provozní náklady	110 069	91 091	82,8
2	Předpis zákonné výše přidělu do sociálního fondu podle § 3 odst. 4 písm. b) a podle § 4 odst. 2 písm. a) vyhlášky o fondech	43 781	45 763	104,5
3	Předpis přidělu do rezervního fondu zdravotního pojištění podle § 3 odst. 4 písm. c) a podle § 2 odst. 5 vyhlášky o fondech			
4	Předpis přidělu do fondu reprodukce majetku podle § 3 odst. 4 písm. d) vyhlášky o fondech			
5	Předpis přidělu do základního fondu zdravotního pojištění podle rozhodnutí správní rady podle § 3 odst. 4 písm. e) vyhlášky o fondech			
6	Předpis přidělu do fondu reprodukce majetku ve výši kladného rozdílu mezi prodejní a zůstatkovou cenou podle § 3 odst. 4 písm. k) vyhlášky o fondech	467	368	78,8
7	Předpis přidělu do fondu prevence podle § 3 odst. 6 vyhlášky o fondech			
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	113 670	125 254	110,2
11	Mimořádné případy externí			
12	Mimořádné převody mezi fondy	224 916	217 777	96,8
IV.	Konečný zůstatek k poslednímu dni sledovaného období = I + II – III	10 985 166	11 544 857	105,1

B. Provozní fond (PF)		Rok 2021 ZPP	Rok 2021 Skutečnost	Skutečnost 2021/ ZPP 2021 (v %)
Příjmy a výdaje ve sledovaném období podle § 3 vyhlášky o fondech				
I.	Počáteční zůstatek k 1. 1. ve sledovaném období	9 294 591	9 531 861	102,6
II.	Příjmy celkem	6 821 537	7 098 049	104,1
1	Převod podle § 1 odst. 4 písm. j) vyhlášky o fondech ze ZFZP, stanovený podle § 7 odst. 1 a 2 vyhlášky o fondech	6 691 137	6 959 197	104,0
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	19 810	368	1,9
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	80	263	328,8
8	Kladné kurzové rozdíly související s PF podle § 3 odst. 2 písm. d) vyhlášky o fondech	10	24	240,0
9	Ostatní příjmy vztahující se k PF podle § 3 odst. 2 písm. i) vyhlášky o fondech	11 500	13 264	115,3
10	Příjmy Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR podle § 3 odst. 3 vyhlášky o fondech	21 000	23 157	110,3
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 podílu části režijních výdajů a jiné činnosti, než je provozování veřejného zdravotního pojištění podle § 3 odst. 11 vyhlášky o fondech ²⁾	28 000	21 106	75,4
13	Mimořádné případy externí			
14	Mimořádné převody mezi fondy	50 000	80 670	161,3
III.	Výdaje celkem	4 729 089	4 661 529	98,6
1	Výdaje vyplývající ze zajištění provozní činnosti podle § 3 vyhlášky o fondech	4 075 288	4 087 428	100,3
1.1	v tom: mzdy (včetně náhrad mezd, ostatních osobních nákladů a odměn členům správní, dozorčí rady a rozhodčího orgánu)	2 246 007	2 321 545	103,4
1.2	pojistné za zaměstnance na zdravotní pojištění ¹⁾	202 141	207 942	102,9
1.3	pojistné za zaměstnance na sociální zabezpečení a příspěvek na státní politiku zaměstnanosti ¹⁾	554 989	560 998	101,1
1.4	úroky			
1.5	podíl úhrad za služby Kanceláře zdravotního pojištění	16 111	16 297	101,2
1.6	podíl úhrad zaměstnavatelé zdravotní pojišťovny za vedení centrálního registru pojištěnců			
1.7	záporné kurzové rozdíly související s PF	105	41	39,0
1.8	úplaty za bankovní a jiné služby			
1.9	úhrady pokut a penále podle § 3 odst. 4 písm. i) vyhlášky o fondech	200		0,0
1.10	úhrada zdravotních služeb z rozhodnutí likvidátora zaměstnavatelé zdravotní pojišťovny podle § 3 odst. 4 písm. j) vyhlášky o fondech			
1.11	ostatní výdaje	1 055 735	980 605	92,9
2	Převod do sociálního fondu podle § 4 odst. 2 písm. a) vyhlášky o fondech	43 971	45 850	104,3
3	Převod do rezervního fondu zdravotního pojištění podle § 2 odst. 5 vyhlášky o fondech			
4	Převod do fondu reprodukce majetku podle § 3 odst. 4 písm. d) vyhlášky o fondech			
5	Převod do základního fondu zdravotního pojištění podle rozhodnutí správní rady podle § 3 odst. 4 písm. e) vyhlášky o fondech			
6	Převod do fondu reprodukce majetku ve výši kladného rozdílu mezi prodejní a zůstatkovou cenou podle § 3 odst. 4 písm. k) vyhlášky o fondech	467	368	78,8
7	Převod do fondu reprodukce majetku ve výši celkových odpisů včetně zůstatkové hodnoty podle § 6 odst. 2 písm. a) vyhlášky o fondech	356 447	289 000	81,1
8	Převod do fondu prevence podle § 3 odst. 6 vyhlášky o fondech			
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 související s jinou činností podle § 3 odst. 11 vyhlášky o fondech ²⁾	28 000	21 106	75,4
11	Splátky zápůjček od žadatele vztahující se k tomuto fondu			
12	Mimořádné případy externí			
13	Mimořádné převody mezi fondy	224 916	217 777	96,8
IV.	Konečný zůstatek k poslednímu dni sledovaného období = I + II – III	11 387 039	11 968 381	105,1
	Z B IV přináležejí hodnotě rezerv k poslednímu dni sledovaného období	23 793	0	0,0

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 standardy pro zdravotní pojišťovny.

Příloha č. 4: Fond reprodukce majetku (v tis. Kč)

A. Fond reprodukce majetku (FRM) Tvorba a čerpání ve sledovaném období		Rok 2021 ZPP	Rok 2021 Skutečnost	Skutečnost 2021/ ZPP 2021 (v %)
I.	Počáteční zůstatek k 1. 1. ve sledovaném období	2 663 348	2 521 777	94,7
II.	Tvorba celkem = zdroje	356 914	296 347	83,0
1	Předpis FRM přidělem z provozního fondu ve výši odpisů podle § 6 odst. 2 písm. a) vyhlášky o fondech	356 447	295 979	83,0
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	467	368	78,8
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	565 162	490 254	86,7
1	Pořízení dlouhodobého hmotného a nehmotného majetku včetně záloh podle § 6 odst. 3 písm. a) vyhlášky o fondech	565 162	490 254	86,7
1.I	v tom: pozemky, budovy, stavby	42 493	17 526	41,2
1.II	dopravní prostředky	0	0	–
1.III	informační technologie	483 888	464 521	96,0
1.IV	ostatní	38 781	8 207	21,2
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	2 455 100	2 327 870	94,8

B. Fond reprodukce majetku (FRM) Příjmy a výdaje ve sledovaném období podle § 6 odst. 4 vyhlášky o fondech		Rok 2021 ZPP	Rok 2021 Skutečnost	Skutečnost 2021/ ZPP 2021 (v %)
I.	Počáteční zůstatek k 1. 1. ve sledovaném období	2 653 913	2 518 174	94,9
II.	Příjmy celkem	356 914	289 368	81,1
1	Převod z běžného účtu provozního fondu ve výši odpisů podle § 6 odst. 2 písm. a) vyhlášky o fondech	356 447	289 000	81,1
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 splynutí zdravotní pojišťovny podle § 6 odst. 2 písm. f) vyhlášky o fondech			
7	Účelová dotace ze státního rozpočtu podle § 6 odst. 2 písm. g) vyhlášky o fondech			
8	Převod z běžného účtu provozního fondu – kladný rozdíl mezi prodejní a zůstatkovou cenou prodaného dlouhodobého hmotného a nehmotného majetku podle § 6 odst. 2 písm. c) (podle § 3 odst. 4 písm. k) vyhlášky o fondech	467	368	78,8
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			
III.	Výdaje celkem	565 162	490 254	86,7
1	Pořízení dlouhodobého hmotného a nehmotného majetku včetně záloh podle § 6 odst. 3 písm. a) vyhlášky o fondech	565 162	490 254	86,7
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 zápisů 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	2 445 665	2 317 288	94,8

Příloha č. 5: Sociální fond (v tis. Kč)

A. Sociální fond (SF)		Rok 2021	Rok 2021	Skutečnost 2021/
Tvorba a čerpání ve sledovaném období		ZPP	Skutečnost	ZPP 2021 (v %)
I.	Počáteční zůstatek k 1. 1. ve sledovaném období	33 792	36 519	108,1
II.	Tvorba celkem = zdroje	43 781	45 763	104,5
1	Předpis přidělu z provozního fondu podle § 4 odst. 2 písm. a) vyhlášky o fondech	43 781	45 763	104,5
2	Úroky z běžného účtu SF			
3	Předpis ostatních příjmů podle § 4 odst. 2 písm. d) vyhlášky o fondech			
4	Předpis přidělu ze zisku po zdanění z jiné činnosti podle § 4 odst. 2 písm. b) vyhlášky o fondech			
5	Převod zůstatku SF, v případě sloučení nebo splnutí zdravotní pojišťovny, podle § 4 odst. 2 písm. g) vyhlášky o fondech			
6	Splátky ze zápůjček 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	Použití, snížené nebo zrušené ostatní rezervy podle § 4 odst. 2 písm. i) vyhlášky o fondech			
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 písm. a)	55 799	48 310	86,6
1	Předpisy snížení zdrojů podle § 4 odst. 3 vyhlášky o fondech	55 799	48 310	86,6
1.1	v tom: zápůjčky			
1.2	ostatní čerpání	55 799	48 310	86,6
2	Úplaty za bankovní a jiné služby			
3	Záporné kurzové rozdíly			
4	Tvorba ostatních rezerv podle § 4 odst. 4 písm. f) vyhlášky o fondech			
5	Tvorba ostatních opravných položek podle § 4 odst. 4 písm. g) vyhlášky o fondech			
6	Dohadné položky pasivní podle § 4 odst. 4 písm. h) vyhlášky o fondech			
7	Mimořádné případy externí			
8	Mimořádné převody mezi fondy			
IV.	Konečný zůstatek k poslednímu dni sledovaného období = I + II – III	21 774	33 972	156,0
B. Sociální fond (SF)		Rok 2021	Rok 2021	Skutečnost 2021/
Příjmy a výdaje ve sledovaném období v souladu s § 4 odst. 4 vyhlášky o fondech		ZPP	Skutečnost	ZPP 2021 (v %)
I.	Počáteční zůstatek k 1. 1. ve sledovaném období	34 663	33 959	98,0
II.	Příjmy celkem	43 971	46 850	106,5
1	Převod z běžného účtu PF podle § 4 odst. 2 písm. a) vyhlášky o fondech	43 971	45 850	104,3
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		1 000	
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 zápůjček 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 písm. a) vyhlášky o fondech	55 799	48 454	86,8
1	Výdaje podle § 4 odst. 3 vyhlášky o fondech	55 799	48 454	86,8
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	22 835	32 355	141,7
Z B IV přináší hodnotě rezerv k poslednímu dni sledovaného období				

Příloha č. 6: Rezervní fond (v tis. Kč)

A. Rezervní fond (RF)		Rok 2021	Rok 2021	Skutečnost 2021/
Tvorba a čerpání ve sledovaném období		ZPP	Skutečnost	ZPP 2021 (v %)
I.	Počáteční zůstatek k 1. 1. ve sledovaném období	2 697 607	2 697 606	100,0
II.	Tvorba celkem = zdroje	224 916	217 777	96,8
1	Předpis přídelu ze základního fondu zdravotního pojištění podle § 2 odst. 1 písm. b) vyhlášky o fondech	224 916	217 777	96,8
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	0	
1	Příděl z RF do základního fondu zdravotního pojištění podle § 2 odst. 2 písm. a) vyhlášky o fondech	0	0	–
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	2 922 523	2 915 383	99,8
B. Rezervní fond (RF)		Rok 2021	Rok 2021	Skutečnost 2021/
Příjmy a výdaje ve sledovaném období podle § 2 odst. 3 vyhlášky o fondech		ZPP	Skutečnost	ZPP 2021 (v %)
I.	Počáteční zůstatek k 1. 1. ve sledovaném období ¹⁾	2 697 607	2 697 606	100,0
II.	Příjmy celkem	224 916	217 777	96,8
1	Převod z běžného účtu základního fondu zdravotního pojištění podle § 2 odst. 1 písm. b) vyhlášky o fondech	224 916	217 777	96,8
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	0	
1	Převod z běžného účtu RF na běžný účet základního fondu zdravotního pojištění podle § 2 odst. 2 písm. a) vyhlášky o fondech	0	0	–
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⁾	2 922 523	2 915 383	99,8
C. Doplnující tabulka: Propočet limitu RF²⁾		Rok 2021	Rok 2021	Skutečnost 2021/
Propočtová základna pro výpočet limitu přídelu do RF		ZPP	Skutečnost	ZPP 2021 (v %)
1	Výdaje ZFZP za rok 2018	179 274 036	179 274 036	100,0
2	Výdaje ZFZP za rok 2019	191 393 975	191 393 975	100,0
3	Výdaje ZFZP za rok 2020	213 836 574	212 408 686	99,3
4	Průměrné roční výdaje ZFZP za bezprostředně předcházející uzavřené 3 kalendářní roky	194 834 862	194 358 899	99,8
5	Výpočet limitu = 1,5 % z propočtených průměrných výdajů ZFZP	2 922 523	2 915 383	99,8

Poznámky:

- 1) Pokud zdravotní pojišťovna nevykáže, že A I = B I, případně A IV = B IV, tyto rozdíly zdůvodní.
- 2) Tabulku propočtu RF vyplňuje Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR podle § 7 odst. 1 písm. b) zákona č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon č. 551/1991 Sb.“) a ostatní zdravotní pojišťovny podle § 18 odst. 1 zákona č. 280/1992 Sb.
Hodnocení dodržení limitu se provádí k 31. prosinci sledovaného období.
Sloučená zdravotní pojišťovna zohlední při propočtu limitu RF § 2 odst. 6 vyhlášky o fondech.
Tvorba v oddílu A odpovídá vždy propočtu povinného přídelu 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.

Příloha č. 7: Fond prevence (v tis. Kč)

A. Fond prevence (Fprev)		Rok 2021	Rok 2021	Skutečnost 2021/
Tvorba a čerpání ve sledovaném období		ZPP	Skutečnost	ZPP 2021 (v %)
I.	Počáteční zůstatek k 1. 1. ve sledovaném období	502 004	507 876	101,2
II.	Tvorba celkem = zdroje	695 800	1 148 338	165,0
1	Zdroje podle zákona č. 551/1991 Sb. a zákona č. 280/1992 Sb.	685 800	1 148 348	167,4
1.1	v tom: příděl ze zisku po zdanění			
1.2	podíl podle § 19 odst. 1 zákona č. 280/1992 Sb.			
1.2.1	z toho: převod ze ZFZP – prostředky pocházející z pojistného na veřejné zdravotní pojištění			
1.2.2	prostředky pocházející z pokut, přírůžek k pojistnému a penále			
1.2.3	převod z PF			
1.3	podíl podle § 7 odst. 2 zákona č. 551/1991 Sb.	685 800	1 148 348	167,4
2	Úroky vytvořené na bankovním účtu Fprev			
3	Ostatní (bezúplatná plnění)			
4	Zúčtování s pojištěnci s vazbou na vyúčtování preventivních programů	10 000	-10	-0,1
5	Zrušení opravných položek			
6	Mimořádné případy externí			
7	Mimořádné převody mezi fondy			
III.	Čerpání celkem = snížení zdrojů	720 700	946 104	131,3
1	Preventivní programy	720 200	945 862	131,3
2	Úroky z úvěrů na posílení Fprev			
3	Ostatní (úplaty za bankovní a jiné služby)	500	242	48,4
4	Odpis penále, přírůžek a pokut k pojistnému, které byly zdrojem Fprev			
5	Zúčtování s pojištěnci s vazbou na vyúčtování preventivních programů			
6	Snížení fondu o částky penále, pokut a přírůžek na základě rozhodnutí o odstranění tvrdosti podle § 53a zákona č. 48/1997 Sb.			
7	Tvorba opravných položek			
8	Mimořádné případy externí			
9	Mimořádné převody mezi fondy			
IV.	Konečný zůstatek k poslednímu dni sledovaného období = I + II – III	477 104	710 110	148,8
B. Fond prevence (Fprev)		Rok 2021	Rok 2021	Skutečnost 2021/
Příjmy a výdaje ve sledovaném období		ZPP	Skutečnost	ZPP 2021 (v %)
I.	Počáteční zůstatek k 1. 1. ve sledovaném období	501 852	536 158	106,8
II.	Příjmy celkem	695 800	1 148 833	165,1
1	Příjmy finančních prostředků na základě zákona č. 551/1991 Sb. a zákona č. 280/1992 Sb.	685 800	1 148 442	167,5
1.1	v tom: příděl ze zisku po zdanění			
1.2	podíl podle § 19 odst. 1 zákona č. 280/1992 Sb.			
1.2.1	z toho: převod ze ZFZP – prostředky pocházející z pojistného na veřejné zdravotní pojištění			
1.2.2	prostředky pocházející z pokut, přírůžek k pojistnému a penále			
1.2.3	převod z PF			
1.3	podíl podle § 7 odst. 2 zákona č. 551/1991 Sb.	685 800	1 148 442	167,5
2	Úroky vytvořené na bankovním účtu Fprev			
3	Ostatní (bezúplatná plnění)		391	
4	Příjem úvěru na posílení Fprev			
5	Zúčtování s pojištěnci s vazbou na vyúčtování preventivních programů	10 000		
6	Mimořádné případy externí			
7	Mimořádné převody mezi fondy			
III.	Výdaje celkem	720 700	967 087	134,2
1	Výdaje na preventivní programy	720 200	966 835	134,2
2	Úroky z úvěrů			
3	Ostatní (úplaty za bankovní a jiné služby)	500	242	48,4
4	Splátky úvěru			
5	Zúčtování s pojištěnci s vazbou na vyúčtování preventivních programů		10	
6	Mimořádné případy externí			
7	Mimořádné převody mezi fondy			
IV.	Konečný zůstatek k poslednímu dni sledovaného období = I + II – III	476 952	717 904	150,5
Z B IV přináší hodnotě rezerv k poslednímu dni sledovaného období				

Příloha č. 8: Jiná činnost, než je provozování veřejného zdravotního pojištění (dále jen „jiná činnost“)
(v tis. Kč)

A.	Jiná činnost	Rok 2021 ZPP	Rok 2021 Skutečnost	Skutečnost 2021/ ZPP 2021 (v %)
I.	Výnosy celkem	30 931	26 974	87,2
1	Výnosy z jiné činnosti	30 931	26 974	87,2
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⁾	27 053	22 845	84,4
1	Provozní náklady související s jinou činností zdravotní pojišťovny	27 053	22 845	84,4
1.1	v tom: mzdy bez ostatních osobních nákladů	12 841	9 714	75,6
1.2	ostatní osobní náklady			
1.3	pojistné na zdravotní pojištění	1 155	871	75,4
1.4	pojistné na sociální zabezpečení	3 191	2 408	75,5
1.5	odpisy hmotného a nehmotného majetku – podíl vztahující se k této činnosti	6 173	5 819	94,3
1.6	úroky			
1.7	pokuty a penále			
1.8	finanční náklady spojené s prodejem finančních investic ²⁾			
1.9	ostatní provozní náklady	3 693	4 033	109,2
2	Snížení hodnoty cenných papírů vlivem reálného ocenění			
3	Mimořádné případy externí			
4	Mimořádné převody mezi fondy			
III.	Výsledek hospodaření = I – II	3 878	4 129	106,5
IV.	Daň z příjmů	737	263	35,7
V.	Zisk z jiné činnosti po zdanění = III – IV	3 141	3 866	123,1
B.	Doplňující informace o cenných papírech pořízených z finančních zdrojů jiné činnosti	Rok 2021 ZPP	Rok 2021 Skutečnost	Skutečnost 2021/ ZPP 2021 (v %)
1	Stav cenných papírů k 1. 1. sledovaného období	104 920	104 920	100,0
2	Stav cenných papírů k poslednímu dni sledovaného období	104 920	104 920	100,0
	Z toho cenné papíry vztahující se k dceřiné společnosti provozující komerční pojištění - PVZP, a.s.			
z 1	Stav cenných papírů k 1. 1. sledovaného období	104 800	104 800	100,0
z 2	Stav cenných papírů k poslednímu dni sledovaného období	104 800	104 800	100,0
	Z toho Společnost pro eHealth databáze, a.s.			
z 1	Stav cenných papírů k 1. 1. sledovaného období	120	120	100,0
z 2	Stav cenných papírů k poslednímu dni sledovaného období	120	120	100,0
C.	Doplňující údaje o stavech a pohybu peněžních toků na BÚ jiné činnosti ³⁾	Rok 2021 ZPP	Rok 2021 Skutečnost	Skutečnost 2021/ ZPP 2021 (v %)
I.	Počáteční zůstatek k 1. 1. ve sledovaném období		10 265	
II.	Příjmy celkem		286 345	
III.	Výdaje celkem		288 044	
IV.	Saldo příjmů a výdajů za sledované období		-1 699	
V.	Konečný zůstatek k poslednímu dni sledovaného období		8 566	

Poznámky:

- Náklady na jinou činnost vyjadřují nejpozději k 31. prosinci daného roku celkové náklady na tuto činnost včetně podílu nákladů hrazených v průběhu roku prvotně (zálohově) z PF.
- 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.
- Tabulka navazuje na obsah přílohy č. 4 „Přehled o peněžních tocích“ vyhlášky č. 503/2002 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona č. 563/1991 Sb., o účetnictví, ve znění pozdějších předpisů, pro zdravotní pojišťovny, ve znění pozdějších předpisů.
Údaj na ř. C IV doplňujících údajů odpovídá údají na ř. II F Přehledu o peněžních tocích za dané období.

Příloha č. 11: Struktura nákladů na zdravotní služby podle jednotlivých segmentů (v tis. Kč)

Ř.	Ukazatel	Rok 2021 ZPP	Rok 2021 Skutečnost	Skutečnost 2021/ ZPP 2021 (v %)	Rok 2020 Skutečnost	Skutečnost 2021/ Skut. 2020 (v %)
I.	Náklady na zdravotní služby celkem čerpané z oddílu A (tabulka č. 2, oddíl A III., ř. 1) ZFZP včetně dohadných položek zúčtovaných v daném období (součet ř. 1–12)	232 514 000	236 889 126	101,9	215 987 576	109,7
	v tom:					
1	na ambulantní péči celkem (poskytovatelé zdravotních služeb nevyskazuji 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)	55 794 000	60 389 548	108,2	56 974 417	106,0
1.1	v tom: na zdravotní péči v oboru zubní lékařství (odbornosti 014–015)	8 005 000	7 524 795	94,0	7 601 563	99,0
1.2	na zdravotní péči v oboru všeobecné praktické lékařství a praktické lékařství pro děti a dorost (odbornosti 001 a 002)	11 780 000	14 460 422	122,8	11 990 801	120,6
1.2.1	v tom: na zdravotní péči v oboru všeobecné praktické lékařství (odbornost 001)	8 600 000	10 879 606	126,5	8 699 588	125,1
1.2.2	na zdravotní péči v oboru praktické lékařství pro děti a dorost (odbornost 002)	3 180 000	3 580 816	112,6	3 291 213	108,8
1.3	na zdravotní péči v oboru gynekologie a porodnictví (odbornosti 603 a 604)	2 820 000	2 677 060	94,9	2 924 291	91,5
1.4	na léčebné rehabilitační péči (odbornost 902)	1 880 000	1 801 564	95,8	1 843 390	97,7
1.5	na diagnostickou péči (odbornosti 222, 801–802, 806–809, 812–819 a 823)	8 444 000	9 716 476	115,1	9 031 552	107,6
1.5.1	v tom: laboratoře (odbornosti 222, 801–802 a 812–819)	6 552 000	8 048 471	122,8	7 273 180	110,7
1.5.2	radiologie a zobrazovací metody (odbornosti 806 a 809)	1 353 000	1 246 891	92,2	1 400 841	89,0
1.5.3	soudní lékařství (odbornost 808)		0	–	0	–
1.5.4	patologie (odbornosti 807 a 823)	539 000	421 114	78,1	357 531	117,8
1.6	na domácí péči (odbornosti 911, 914, 916, 921, 925 a 926)	2 115 000	2 296 948	108,6	2 171 610	105,8
1.6.1	z toho: domácí péče (odbornost 925)	2 011 000	2 129 295	105,9	2 061 641	103,3
1.6.2	domácí paliativní péče o pacienta v terminálním stavu (odbornost 926)	83 000	162 251	195,5	107 185	151,4
1.7	na specializovanou ambulantní péči (odbornosti neuvedené v ř. 1.1–1.6 a neuvedené v řádku 2)	18 533 000	18 701 248	100,9	19 168 661	97,6
1.7.1	z toho: léčivé přípravky hrazené pouze poskytovateli zdravotních služeb poskytujícím péči na specializovaných pracovištích (viz § 15 zákona č. 48/1997 Sb. a vyhlášku č. 376/2011 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o veřejném zdravotním pojištění (dále jen „vyhláška č. 376/2011 Sb.“))	1 563 000	1 212 555	77,6	1 274 656	95,1
1.7.1.1	z toho: léčivé přípravky hrazené na základě § 16 zákona č. 48/1997 Sb.	28 000	14 684	52,4	17 493	83,9
1.8	na zdravotní péči poskytovatelů zdravotních služeb poskytnutou osobám umístěným v nich z jiných než zdravotních důvodů (§ 22 písm. c) zákona č. 48/1997 Sb.) (odbornost 913)	60 000	36 780	61,3	50 855	72,3
1.9	na zdravotní péči poskytnutou v zařízeních sociálních služeb (§ 22 písm. d) zákona č. 48/1997 Sb.) (všechny nasm. odb. kromě 913) ¹⁾		0	–		–
1.10	na ošetřovatelskou a rehabilitační péči poskytnutou v zařízeních sociálních služeb (§ 22 písm. e) zákona č. 48/1997 Sb.) (odbornost 913)	2 157 000	3 174 255	147,2	2 191 694	144,8
2	na lůžkovou zdravotní péči celkem (poskytovatelé zdravotních služeb vyskazuji kód ošetřovacího dne, zahrnují se náklady na zvlášť účtované léčivé přípravky, zvlášť účtovaný materiál, paušál na léky i případné nasm. odb. služby ambulantní, stomatologickou a přepravu provozovanou v rámci lůžkového PZS s výjimkou nákladů na léky na recepty a zdravotnických)	136 001 000	137 566 221	101,2	122 798 266	112,0
2.1	v tom: samostatní poskytovatelé lůžkové, ambulantní a jednodenní péče (nemocnice)	125 017 000	127 330 536	101,9	112 159 051	113,5
2.1.1	v tom: ambulantní péče (doklady 01, 01s, 03, 03s, 06 bez vazby na hospitalizační doklad 02 „Metodiky pro pojižování a předávání dokladů“)	30 116 000	29 815 267	99,0	26 333 430	113,2
2.1.2	akutní lůžková péče (doklady 02, 02s, 03, 03s a 06 s vazbou na doklad 02 „Metodiky pro pojižování a předávání“)	74 345 000	76 667 830	103,1	66 981 349	114,5
2.1.3	následná lůžková péče (OD 00005, příp. 00024)	5 679 000	5 674 167	99,9	5 328 473	106,5
2.1.4	ostatní (LSPP, přeprava atd., tj. zbývající služby neuvedené v ř. 2.1.1, 2.1.2 a 2.1.3)	83 000	48 872	58,9	43 257	113,0
2.1.5	léčivé přípravky hrazené pouze poskytovateli zdravotních služeb poskytujícím péči na specializovaných pracovištích (viz § 15 zákona č. 48/1997 Sb. a vyhlášku č. 376/2011 Sb.)	14 794 000	15 124 400	102,2	13 472 542	112,3
2.1.5.1	z toho: léčivé přípravky hrazené na základě § 16 zákona č. 48/1997 Sb.	694 000	1 383 562	199,4	782 389	176,8
2.2	samostatní poskytovatelé lůžkové následné péče OD 00021, OD 00022, OD 00023, OD 00025, OD 00026, OD 00027, OD 00028 (OLÚ s výjimkou PZS uvedených v ř. 2.3 a 2.4), OD 00029	7 191 000	6 610 712	91,9	6 753 942	97,9
2.2.1	v tom: psychiatrické (OD 00021, OD 00026)	5 161 000	4 690 879	90,9	4 824 718	97,2
2.2.2	rehabilitační (OD 00022, OD 00025, OD 00027)	1 551 000	1 453 024	93,7	1 472 658	98,7
2.2.3	pneumologie a fteologie (TRN) (OD 00023, OD 00028)	337 000	314 350	93,3	316 559	99,3
2.2.4	ostatní	142 000	152 459	107,4	140 007	108,9
2.3	samostatní poskytovatelé zdravotních služeb vyskazuji kód ošetřovacího dne 00024 (léčebny dlouhodobě nemocných)	2 690 000	2 521 979	93,8	2 726 379	92,5
2.4	samostatní poskytovatelé zdravotních služeb vyskazuji kód ošetřovacího dne 00005 (ošetřovatelská lůžka)	885 000	901 740	101,9	945 470	95,4
2.5	lůžka ve speciálních lůžkových zařízeních hospicového typu (OD 00030)	218 000	201 254	92,3	213 424	94,3
3	na lázeňskou léčebnou rehabilitační péči	2 168 000	1 895 686	87,4	1 775 493	106,8
3.1	v tom: komplexní lázeňská léčebná rehabilitační péče	2 130 000	1 866 087	87,6	1 746 109	106,9
3.2	příspěvková lázeňská léčebná rehabilitační péče	38 000	29 599	77,9	29 384	100,7
4	na služby v ozdravovnách	19 000	15 652	82,4	19 410	80,6
5	na přepravu (zahrnuje zdravotnickou dopravní službu vč. individuální přepravy, nezahrnuje se přeprava z ř. 2)	1 378 000	1 287 742	93,5	1 406 892	91,5
6	na zdravotnickou záchrannou službu (odbornost 709, PZS nevyskazuji žádný kód ošetřovacího dne)	2 247 000	2 787 872	124,1	2 281 606	122,2
7	na léky vydané na recepty celkem	25 072 000	22 590 941	90,1	23 011 279	98,2
7.1	v tom: předepsané u poskytovatelů ambulantní péče (samostatní ambulantní PZS)	16 873 000	15 264 764	90,5	15 719 626	97,1
7.1.1	v tom: u poskytovatele v oboru všeobecné praktické lékařství a praktické lékařství pro děti a dorost	5 771 000	4 633 876	80,3	5 349 784	86,6
7.1.2	u poskytovatele specializované ambulantní péče	11 102 000	10 630 889	95,8	10 369 842	102,5
7.2	předepsané u poskytovatelů lůžkové péče	8 199 000	7 326 176	89,4	7 291 653	100,5
8	na zdravotnické prostředky vydané na poukazy celkem	6 157 000	5 632 766	91,5	5 366 146	105,0
8.1	v tom: předepsané u poskytovatelů ambulantní péče (samostatní ambulantní PZS)	3 791 000	3 386 203	89,3	3 264 089	103,7
8.1.1	v tom: u poskytovatele v oboru všeobecné praktické lékařství a praktické lékařství pro děti a dorost	2 218 000	1 972 081	88,9	1 895 443	104,0
8.1.2	u poskytovatele specializované ambulantní péče	1 573 000	1 414 122	89,9	1 368 646	103,3
8.2	předepsané u poskytovatelů lůžkové péče	2 366 000	2 246 563	95,0	2 102 057	106,9
9	na léčení v zahraničí podle § 1 odst. 4 písm. b) vyhlášky o fondech²⁾	806 000	686 958	85,2	718 730	95,6
10	finanční prostředky (vratky) podle § 16b zákona č. 48/1997 Sb.	550 000	588 157	106,9	536 019	109,7
11	náklady na očkovací látky podle zákona č. 48/1997 Sb.	2 280 000	3 401 125	149,2	902 056	377,0
12	ostatní náklady na zdravotní služby (které nelze zařadit do předchozích bodů – uvést, co zahrnují)	42 000	46 458	110,6	197 261	23,6
II.	Náklady na zlepšení zdravotních služeb čerpané z jiných fondů³⁾	710 200	945 872	133,2	649 262	145,7
III.	Náklady na zdravotní služby celkem (součet ř. I. + ř. II.)	233 224 200	237 834 998	102,0	216 636 838	109,8

Poznámky:

- 1) V případě, že na ř. 1.9 uvede zdravotní pojišťovna nulu, přestože tento typ zdravotních služeb hraří, je nutno uvést, pod kterým bodem jsou tyto služby zahrnuty a důvod proč nejsou samostatně vykazovány.
- 2) Údaj vychází z oddílu A III ř. 1.1 přílohy č. 2.
- 3) 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.

Příloha č. 12: Vývoj nákladů na léčení zahraničních pojištěnců v České republice

ř.	Ukazatel	m. j.	Rok 2021 ZPP	2021 Skutečnost	Skutečnost 2021/ ZPP 2021 (v %)	2020 Skutečnost	Skutečnost 2021/ Skut. 2020 (v %)
1	Náklady na léčení zahraničních pojištěnců v České republice celkem včetně paušální platby ¹⁾	tis. Kč	1 205 100	760 070	63,1	1 189 640	63,9
2	Počet ošetřených zahraničních pojištěnců ²⁾	osoby	180 000	191 975	106,7	168 446	114,0
3	Průměrné náklady na 1 ošetřeného zahraničního pojištěnce	Kč	6 695	3 959	59,1	7 062	56,1

Poznámky k tabulce:

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

Příloha č. 13: Náklady na preventivní zdravotní péči čerpané z fondu prevence (v tis. Kč)

ř.	Účelová položka	Počet účastníků ¹⁾	Rok 2021 ZPP	Rok 2021 Skutečnost	Skutečnost 2021/ ZPP 2021 (v %)	Rok 2020 Skutečnost	Skutečnost 2021/ Skut. 2020 (v %)
1	Náklady na zdravotní programy²⁾		485 410	331 321	68,3	440 430	75,2
	Prevence infekčních onemocnění		144 760	116 159	80,2	207 819	55,9
	Prevence kardiovaskulárních chorob		205 900	110 006	53,4	146 089	75,3
	Prevence onkologických onemocnění		39 370	23 210	59,0	22 905	101,3
	Prevence onemocnění diabetem		3 550	2 824	79,5	6 052	46,7
	Zdravé stárnutí		30 230	37 605	124,4	18 054	208,3
	Dietní programy		46 600	41 205	88,4	39 326	104,8
	Programy pro chronicky nemocné		10 000				
	Pilotní projekty		5 000				
	Doučtování projektů z předchozího roku			312		185	168,6
2	Náklady na ozdravné pobyty²⁾		20 000	10		11 798	
	Mořský koník		20 000	10		11 798	
3	Ostatní činnosti²⁾		204 790	614 541	300,1	197 034	311,9
	Bezpríspevkoví dárce krve		51 310	57 541	112,1	61 930	92,9
	Maminka a novorozenci		153 480	123 594	80,5	135 104	91,5
	Samoodběrové testy COVID-19			433 406			
4	Náklady na preventivní zdravotní péči celkem³⁾		710 200	945 872	133,2	649 262	145,7

Poznámky:

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

Příloha č. 14: Soustava smluvních poskytovatelů zdravotních služeb

ř.	Kategorie smluvních poskytovatelů zdravotních služeb ¹⁾	Počet PZS Skutečnost k 31. 12. 2021	Počet PZS Skutečnost k 31. 12. 2020	Skutečnost 2021/ Skutečnost 2020 (v %)
1	Ambulantní poskytovatelé zdravotních služeb	37 317	37 073	100,7
1.1	z toho: Praktický lékař pro dospělé (odbornost 001)	5 148	5 203	98,9
1.2	Praktický lékař pro děti a dorost (odbornost 002)	1 920	1 949	98,5
1.3	Praktický zubní lékař (odbornost 014–015, 019)	8 059	8 002	100,7
1.4	Ambulantní specialisté celkem	16 674	16 499	101,1
1.5	Domácí služby (odbornost 925, 911, 914, 916 a 921)	573	538	106,5
1.5.1	z toho: domácí služby (odbornost 925)	468	448	104,5
1.6	Rehabilitační poskytovatelé zdravotních služeb (odbornost 902 a 917)	1 523	1 516	100,5
1.7	Poskytovatelé zdravotních služeb komplementu (odbornosti 222, 801–805, 806, 807, 809, 812–823)	1 707	1 697	100,6
1.7.1	z toho: poskytovatelé zdravotních služeb radiologie a zobrazovací techniky (odbornosti 809 a 806)	709	720	98,5
1.7.2	soudní lékařství (odbornost 808)	14	14	100,0
1.7.3	patologie (odbornost 807 + 823)	100	98	102,0
1.8	Ostatní ambulantní pracoviště	1 713	1 669	102,6
2	Lůžkoví poskytovatelé zdravotních služeb celkem	275	275	100,0
2.1	z toho: Nemocnice	119	121	98,3
2.2	Odborné léčebné ústavy (kromě léčen dlouhodobě nemocných a poskytovatelů zdravotních služeb vykazujících výhradně kód OD 00005)	77	76	101,3
2.2.1	v tom: psychiatrické (OD 00021, OD 00026)	11	15	73,3
2.2.2	rehabilitační (OD 00022, OD 00025, OD 00027)	16	16	100,0
2.2.3	pneumologie a fizeologie (TRN) (vykazující kód OD 00023, OD 00028)	1	1	100,0
2.2.4	ostatní	3	3	100,0
2.3	Léčebny dlouhodobě nemocných celkem (vykazující kód 00024)	132	131	100,8
2.3.1	v tom: samostatní poskytovatelé zdravotních služeb	37	38	97,4
2.3.2	začleněné v rámci jiných poskytovatelů zdravotních služeb	93	93	100,0
2.4	Ošetrovatelská lůžka (vykazující kód 00005)	72	71	101,4
2.4.1	v tom: samostatní poskytovatelé zdravotních služeb	22	19	115,8
2.4.2	začleněné v rámci jiných poskytovatelů zdravotních služeb	50	52	96,2
2.5	Lůžka ve speciálních lůžkových zařízeních hospicového typu (vykazující kód OD 00030)	23	23	100,0
3	Lázně	43	43	100,0
4	Ozdravovny	1	1	100,0
5	Zdravotnická dopravní služba	778	791	98,4
6	Zdravotnická záchranná služba (odbornost 709)	321	320	100,3
7	Lékárny a výdejny zdravotnických prostředků	2 228	2 273	98,0
8	OSTATNÍ smluvní poskytovatelé zdravotních služeb	659	658	100,2

Poznámky:

- 1) Ministerstvo zdravotnictví preferuje diferenciaci smluvních poskytovatelů zdravotních služeb (resp. jednotlivých kategorií) dle IČZ. S ohledem na skutečnost, že pojistovna může používat rozlišení i dle jiných kritérií (IČ, IČP), je nezbytné upřesnění aplikovaných kritérií na řádku níže.

Použité kritérium pro rozlišení smluvních poskytovatelů zdravotních služeb (IČ, IČP, IČZ):

řádky 1, 5, 6 = IČP; řádky 2, 3, 4, 7, 8 = IČ

Vysvětlivky:

K řádku 1: započtena všechna ambulantní pracoviště, jak samostatná, tak v IČ s více druhů ambulantní péče, tak v LZZ

K řádku 1.6: započtena i odbornost 917

K řádku 1.7: započteny i odbornosti 808 a 810

K řádku 1.8: započteny odbornosti 901, 903, 904, 905, 919, 926, 927, 928, 003 a 004

K řádku 2.1: pouze nemocnice se základním oborem

K řádku 8: IČ za odb. 913 a samostatné IČ za NIP (7D8) či DIOP (7U8)

Příloha č. 15: Přehled regulačních poplatků

Ř.	Ukazatel	Měrná jednotka	Rok 2021 ¹⁾				
			I. Q	II. Q	III. Q	IV. Q	Celkem
1	Počet pojištěnců, kteří v daném období překročili zákonný limit ²⁾	osob	138 339	157 774	123 669	114 649	534 431
2	Částka, o kterou byl překročen zákonný limit (vratky) ³⁾	tis. Kč	56 033	146 131	178 428	218 842	599 434
3	Celková částka za regulační poplatky ve výši 90 Kč (vykázán výkon 09545) ⁴⁾	tis. Kč	0	0	0	0	0
4	Celková částka za započitatelné doplatky na léky a potraviny pro zvláštní účely	tis. Kč	457 654	474 210	434 123	484 530	1 850 517

Poznámky k tabulce:

- 1) V jednotlivých čtvrtletích budou vykazovány údaje pouze za vyznačené období.
- 2) Jedná se o počet „vratků“ provedených v daném období. Pokud pojištěnec obdrží více vratků, je v každém období, za které mu byly vratky
- 3) Vazba na ř. 10. přílohy č. 11 - rozdíl je způsoben časovým posunem mezi vznikem závazku vůči pojištěnci a jeho úhradou
- 4) Výkon 09545 nemocnice od 1. 1. 2020 nevykazují, protože regulační poplatek 90 Kč za pohotovost se do zákonného limitu nezapočítává.

ZPŮSOB A FORMA ZVEŘEJNĚNÍ VZ 2021

Do VZ 2021 je možné nahlédnout v sídle Pojišťovny, na všech RP Pojišťovny a klientských pracovištích. VZ 2021 je zveřejněna na webových stránkách Pojišťovny na adrese www.vzp.cz.

ZKRATKY POUŽITÉ V TEXTU A PŘÍLOHÁCH

AIM	Association Internationale de la Mutualité
APZS	Ambulantní poskytovatelé zdravotních služeb
BOZP	Bezpečnost a ochrana zdraví při práci
BÚ	Běžný účet
B2B	Business to business (obchodní vztah a komunikace mezi společnostmi)
CRP	Centrální registr pojištěnců
CZ-DRG	Pacientský klasifikační systém navržený pro akutní lůžkovou péči v ČR založený na DRG
CVON	Centrální výdajová část ONLINE (aplikace)
ČLS JEP	Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně
ČNR	Česká národní rada
ČR	Česká republika
ČSN	Česká soustava norem
ČSÚ	Český statistický úřad
DPČ	Dohoda o pracovní činnosti
DPP	Dohoda o provedení práce
DR	Dozorčí rada
DRG	Diagnosis Related Group (platba za diagnostické skupiny)
DUPV	Domácí umělá plicní ventilace
DWH	Data warehouse (datový sklad)
ECMO	Extrakorporální membránová oxygenace
EU	Evropská unie
eVZP	Souhrnný pojem pro aplikace, jejichž prostřednictvím lze uskutečňovat zabezpečenou elektronickou komunikaci s Pojišťovnou
Fprev	Fond prevence
FRM	Fond reprodukce majetku
FÚ	Finanční úřad
GDPR	General Data Protection Regulation (obecné nařízení o ochraně osobních údajů)
Hb	Hemoglobin
HDP	Hrubý domácí produkt
HIV	Human immunodeficiency virus (virus lidské imunodeficiency, který může vést k syndromu získané poruchy imunity)
IČ	Identifikační číslo
IČP	Identifikační číslo pracoviště
IČZ	Identifikační číslo zdravotnického zařízení
INR	International Normalized Ratio (mezinárodní normalizovaný poměr)
IPF	Information Presentation Facility (zařízení pro informační prezentaci)
IPS	Intrusion Prevention System (systém preventivní ochrany pro IT síť)
IR-DRG	Klasifikace paušální úhrady
IS	Informační systém

ISO	International Organization for Standardization (mezinárodní organizace pro normalizaci)
IT	Informační technologie
KC	Kapitační centrum
KtV	Hodnota stanovující míru očištění krve od odpadních látek
LDN	Léčebna pro dlouhodobě nemocné
LPZS	Lůžkoví poskytovatelé zdravotních služeb
MF	Ministerstvo financí ČR
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR
MV	Ministerstvo vnitra ČR
MZ	Ministerstvo zdravotnictví ČR
NASKL	Národní autorizační středisko pro klinické laboratoře
NIS	Nový informační systém
NOAC	Novel Oral Anticoagulants (nová perorální antikoagulancia)
OBZP	Osoba bez zdanitelných příjmů
OD	Ošetrovací den
OKRZP	Odbor kontroly a revize zdravotní péče
OLÚ	Odborný léčebný ústav
OSVČ	Osoba samostatně výdělečně činná
P	Fosfor
PCR test	Polymerase Chain Reaction (test pro detekci konkrétního mikroorganismu pomocí tzv. polymerázové řetězové reakce)
PF	Provozní fond
PLDD	Praktický lékař pro děti a dorost
POC	Point of Care (antigenní testy)
Pojišťovna	Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR
PSOD	Paušální sazba za ošetrovací den
PSP ČR	Poslanecká sněmovna Parlamentu ČR
PV	Platební výměr
PVZP	Pojišťovna VZP, a. s. – dceřiná společnost VZP ČR
PZS	Poskytovatelé zdravotních služeb
PZSS	Pobytové zařízení sociálních služeb
RF	Rezervní fond
RO	Rozhodčí orgán
RP Pojišťovny	Regionální pobočka VZP ČR
SARS-CoV-2	Severe acute respiratory syndrome-related coronavirus (virus odpovědný za onemocnění COVID-19)
Sb.	Sbírka zákonů
SF	Sociální fond
SR	Správní rada
SÚKL	Státní ústav pro kontrolu léčiv
SW	Software
SZV	Seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami
ÚOHS	Úřad pro ochranu hospodářské soutěže
ÚOOÚ	Úřad pro ochranu osobních údajů
VA	Výbor pro audit
VN	Výkaz nedoplatků
VPL	Všeobecný praktický lékař
VZ 2021	Výroční zpráva za rok 2021
VZP ČR	Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR
v.z.p.	Veřejné zdravotní pojištění
ZFZP	Základní fond zdravotního pojištění

ZP
ZPP 2021
ZZP
ZZS

Zdravotní pojišťovna
Zdravotně pojistný plán na rok 2021
Zaměstnanecká zdravotní pojišťovna
Zdravotnická záchranná služba

PRÁVNÍ PŘEDPISY CITOVANÉ V TEXTU A PŘÍLOHÁCH

ZÁKONY

Zákon č. 551/1991 Sb.	Zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky, ve znění pozdějších předpisů
Zákon č. 563/1991 Sb.	Zákon č. 563/1991 Sb., o účetnictví, ve znění pozdějších předpisů
Zákon č. 280/1992 Sb.	Zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, ve znění pozdějších předpisů
Zákon č. 586/1992 Sb.	Zákon č. 586/1992 Sb., o daních z příjmů, ve znění pozdějších předpisů
Zákon č. 592/1992 Sb.	Zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na veřejné zdravotní pojištění, ve znění pozdějších předpisů
Zákon č. 48/1997 Sb.	Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů
Zákon č. 106/1999 Sb.	Zákon č. 106/1999 Sb., o svobodném přístupu k informacím, ve znění pozdějších předpisů
Zákon č. 320/2001 Sb.	Zákon č. 320/2001 Sb., o finanční kontrole ve veřejné správě a o změně některých zákonů (zákon o finanční kontrole), ve znění pozdějších předpisů
Zákon č. 93/2009 Sb.	Zákon č. 93/2009 Sb., o auditorech a o změně některých zákonů (zákon o auditorech), ve znění pozdějších předpisů
Zákon č. 277/2009 Sb.	Zákon č. 277/2009 Sb., o pojišťovnictví, ve znění pozdějších předpisů
Zákon č. 372/2011 Sb.	Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů
Zákon č. 255/2012 Sb.	Zákon č. 255/2012 Sb., o kontrole (kontrolní řád)
Zákon č. 181/2014 Sb.	Zákon č. 181/2014 Sb., o kybernetické bezpečnosti a o změně souvisejících zákonů (zákon o kybernetické bezpečnosti)
Zákon č. 340/2015 Sb.	Zákon č. 340/2015 Sb., o zvláštních podmínkách účinnosti některých smluv, uveřejňování těchto smluv a o registru smluv (zákon o registru smluv), ve znění pozdějších předpisů

Zákon č. 134/2016 Sb.	Zákon č. 134/2016 Sb., o zadávání veřejných zakázek, ve znění pozdějších předpisů
Zákon č. 99/2019 Sb.	Zákon č. 99/2019 Sb., o přístupnosti internetových stránek a mobilních aplikací a o změně zákona č. 365/2000 Sb., o informačních systémech veřejné správy a o změně některých dalších zákonů, ve znění pozdějších předpisů
Zákon č. 160/2021 Sb.	Zákon č. 160/2021 Sb., o kompenzacích osobám poskytujícím hrazené zdravotní služby zohledňujících dopady epidemie onemocnění COVID-19 v roce 2021

VYHLÁŠKY

Vyhláška č. 503/2002 Sb.	Vyhláška, kterou se provádějí některá ustanovení zákona č. 563/1991 Sb., o účetnictví, ve znění pozdějších předpisů, pro zdravotní pojišťovny, ve znění pozdějších předpisů
Vyhláška č. 418/2003 Sb.	Vyhláška 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
Vyhláška č. 416/2004 Sb.	Vyhláška č. 416/2004 Sb., kterou se provádí zákon č. 320/2001 Sb., o finanční kontrole ve veřejné správě a o změně některých zákonů (zákon o finanční kontrole), ve znění zákona č. 309/2002 Sb., zákona č. 320/2002 Sb. a zákona č. 123/2003 Sb.
Vyhláška č. 82/2018 Sb.	Vyhláška č. 82/2018 Sb., o bezpečnostních opatřeních, kybernetických bezpečnostních incidentech, reaktivních opatřeních, náležitostech podání v oblasti kybernetické bezpečnosti a likvidaci dat (vyhláška o kybernetické bezpečnosti)
Vyhláška č. 428/2020 Sb.	Vyhláška č. 428/2020 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2021
Vyhláška č. 172/2021 Sb.	Vyhláška č. 172/2021 Sb., kterou se mění vyhláška č. 305/2020 Sb., o stanovení způsobu zahrnutí kompenzace do výše úhrad za hrazené služby poskytnuté v roce 2020
Vyhláška č. 242/2021 Sb.	Vyhláška č. 242/2021 Sb., o stanovení způsobu zahrnutí kompenzace do výše úhrad za hrazené služby poskytnuté v roce 2021

OSTATNÍ

Nařízení vlády č. 307/2012 Sb., o místní a časové dostupnosti zdravotních služeb