

[Gemini](#)

Ekonomika zdravotnického zařízení v České republice: Základní pojmy, struktura příjmů a nákladů

[Web](#)

[Audio](#): *Bismarck, DRG a deficity - kdo platí za české zdravotnictví a proč se bojíme o rok 2025*

I. Úvod: Ekonomický rámec českého zdravotnictví

Ekonomika zdravotnických zařízení v České republice je komplexním systémem, který je formován specifickým modelem zdravotní péče, regulačním prostředím a interakcemi klíčových aktérů. Pochopení tohoto rámce je nezbytné pro analýzu příjmových a nákladových struktur jednotlivých poskytovatelů zdravotních služeb.

A. Charakteristika systému zdravotní péče v ČR

Český zdravotní systém je primárně založen na **Bismarckovském modelu** veřejného (povinného) zdravotního pojištění.¹ Tento model, historicky nejstarší, vznikl v Německu na konci 19. století a jeho základními pilíři jsou princip solidarity a povinné pojištění. Zaměstnanci a zaměstnavatelé odvádějí stanovené procento z příjmů do fondů zdravotních pojišťoven, které následně hradí péči poskytnutou pojištěncům. Systém se vyznačuje pluralitou poskytovatelů zdravotní péče a svobodnou volbou lékaře a zdravotní pojišťovny (v rámci smluvních vztahů).¹

Mezi hlavní výhody tohoto modelu patří všeobecná dostupnost zdravotní péče pro pojištěnce a vysoká míra jistoty, že potřebná péče bude poskytnuta. Systém také obvykle vykazuje vysokou kvalitu péče a spokojenost pacientů.¹ Na druhou stranu může Bismarckovský model čelit výzvám v oblasti efektivity a kontroly nákladů, zejména v kontextu stárnoucí populace a zavádění nových, finančně náročných technologií. Dominance tohoto modelu s povinným pojištěním vytváří silnou závislost poskytovatelů zdravotních služeb na regulovaném systému úhrad a na celkové finanční kondici zdravotních pojišťoven. Jakákoli změna v legislativě, zejména v úhradových mechanismech, nebo finanční nestabilita pojišťoven, má přímý a často okamžitý dopad na ekonomickou situaci zdravotnických zařízení. Tato závislost podtrhuje význam transparentního a předvídatelného regulačního prostředí.

B. Role klíčových aktérů

Fungování zdravotního systému a ekonomiku zdravotnických zařízení ovlivňuje několik klíčových aktérů:

- **Ministerstvo zdravotnictví ČR (MZ ČR):** Je ústředním orgánem státní správy pro oblast zdravotnictví. Zodpovídá za tvorbu a implementaci zdravotní politiky, přípravu relevantní legislativy a vydávání prováděcích právních předpisů. Mezi nejdůležitější nástroje regulace patří každoroční vydávání tzv. úhradové vyhlášky, která stanovuje hodnoty bodu, výše úhrad za hrazené služby a regulační omezení, a Seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami.³ Role Ministerstva zdravotnictví jako tvůrce Úhradové vyhlášky je naprosto zásadní pro finanční toky v systému. Tato vyhláška přímo ovlivňuje příjmy poskytovatelů. Pokud však nastavení úhrad plně nereflektuje reálné a oprávněné náklady poskytovatelů, jak naznačují například aktuální diskuze a návrh na zrušení části Úhradové vyhlášky pro rok 2025⁵, může to vést k finanční nestabilitě některých segmentů péče, podinvestovanosti a v krajním případě i k omezení dostupnosti zdravotních služeb.
- **Zdravotní pojišťovny (ZP):** V České republice působí více zdravotních pojišťoven, které mají status veřejnoprávních subjektů (např. Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR) nebo fungují na jiných principech v rámci zákonných mantinelů. Jejich hlavním úkolem je výběr pojistného od plátců (zaměstnanců, zaměstnavatelů, OSVČ a státu za tzv. státní pojištění) a následná úhrada zdravotních služeb poskytnutých jejich pojištěncům smluvními zdravotnickými zařízeními.² Zdravotní pojišťovny hrají klíčovou roli ve financování provozu zdravotnických zařízení, neboť platby od nich tvoří dominantní část jejich příjmů, například u nemocnic dosahoval tento podíl v roce 2022 až 85,2 %.⁶
- **Poskytovatelé zdravotních služeb:** Jedná se o široké spektrum subjektů, které přímo poskytují zdravotní péči. Patří sem nemocnice různých typů (fakultní, krajské, městské, soukromé), ambulantní zařízení (ordinace praktických lékařů, ambulantních specialistů), laboratoře, lékárny a další. Poskytovatelé mohou mít různé právní formy, například příspěvkové organizace, obchodní společnosti (akciové společnosti, společnosti s ručením omezeným) nebo mohou být provozovány fyzickými osobami.⁷ Jejich financování je primárně závislé na smlouvách se zdravotními pojišťovnami a na úhradách za poskytnuté služby.

II. Základní ekonomické pojmy a mechanismy úhrad

Pro pochopení ekonomiky zdravotnických zařízení je nezbytné seznámit se se základními pojmy a mechanismy, které definují tok financí v českém zdravotnictví.

A. Veřejné zdravotní pojištění (VZP)

Veřejné zdravotní pojištění je základním kamenem financování zdravotní péče v ČR. Jeho princip spočívá ve výběru povinného pojistného od ekonomicky aktivních osob (zaměstnanců, OSVČ), zaměstnavatelů a plateb státu za definované skupiny obyvatel (např. děti, důchodci, nezaměstnaní). Tyto prostředky jsou shromažďovány ve fondech zdravotních pojišťoven, především v tzv. základním fondu zdravotního pojištění, odkud jsou následně přerozdělovány poskytovatelům za poskytnuté zdravotní služby.² Systém je postaven na principu solidarity, kdy všichni pojištěnci mají nárok na hrazenou péči bez ohledu na výši odvedeného pojistného.

B. Klíčové pojmy a mechanismy

- **Úhradová vyhláška (Reimbursement Decree):** Jedná se o klíčový podzákonný právní předpis, který každoročně vydává Ministerstvo zdravotnictví ČR. Tato vyhláška stanovuje pro následující kalendářní rok konkrétní hodnoty bodu pro jednotlivé výkony, výše úhrad za různé typy zdravotních služeb (např. paušální platby, úhrady za ošetrovací den), regulační omezení a další parametry ovlivňující financování poskytovatelů.⁴ Úhradová vyhláška je výsledkem buď dohody v rámci dohodovacího řízení mezi zástupci poskytovatelů a zdravotních pojišťoven, nebo, pokud k dohodě nedojde, je stanovena direktivně ministerstvem.⁴ Je zásadním dokumentem pro finanční plánování všech zdravotnických zařízení. Například Úhradová vyhláška pro rok 2025 přináší změny jako zvýšení základní kapitační sazby pro praktické lékaře, snížení hodnoty bodu pro některé výkony poskytované mimo kapítaci, či zavedení nové úhrady za tzv. týmovou praxi.¹¹ Konkrétně pro pohotovostní služby stanovuje hodnotu bodu ve výši 1,14 Kč a pro výkony přepravy 1,26 Kč.¹⁰
- **Platba za výkon (Fee-for-Service):** Tento mechanismus představuje úhradu za každou jednotlivou zdravotní službu (výkon), která je poskytnuta pacientovi. Každý výkon je definován v Seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, který rovněž vydává MZ ČR. Úhradová vyhláška pak stanovuje peněžní hodnotu jednoho bodu pro různé segmenty péče a typy výkonů.³ Tento způsob úhrady je typický například pro ambulantní specialisty nebo pro výkony, které nejsou zahrnuty v kapitační platbě u praktických lékařů (např. některé preventivní prohlídky či očkování).³
- **Kapitace (Capitation):** Kapitace je pravidelná měsíční platba, kterou zdravotní pojišťovna hradí praktickému lékaři pro dospělé a praktickému lékaři pro děti a dorost za každého u něj registrovaného pojištěnce. Výše této platby je fixní na jednoho registrovaného pojištěnce za měsíc a nezávisí na počtu skutečně provedených návštěv či vyšetření u daného pacienta v daném měsíci.³ Cílem kapitační platby je pokrýt náklady na běžnou, základní péči o registrované pacienty a náklady na provoz ordinace. Výše kapitační sazby je ovlivněna několika

faktory, jako je věková struktura registrovaných pacientů (pro starší pacienty a malé děti jsou stanoveny vyšší věkové koeficienty, tzv. indexy, které násobí základní sazbu, protože péče o ně je obecně nákladnější – např. index pro děti 0–4 roky je 4,35), rozsah a rozložení ordinační doby lékaře.³ Například pro rok 2025 se základní kapitační sazba pro všeobecné praktické lékaře pohybuje kolem 67 Kč na jednoho registrovaného pojištěnce za měsíc, pokud splňují určité podmínky ordinační doby.³ Praktičtí lékaři jsou často odměňováni tzv. kombinovanou kapitačně-výkonovou platbou, kde kapitace tvoří základ a některé specifické výkony jsou hrazeny zvlášť platbou za výkon.³

- **Systém DRG (Diagnosis-Related Groups; Klasifikace hospitalizačních případů):** DRG je mezinárodně uznávaný klasifikační systém používaný pro úhradu akutní lůžkové péče. Tento systém zařazuje jednotlivé případy hospitalizace do diagnosticky a nákladově podobných skupin (DRG skupin) na základě hlavní diagnózy, vedlejších diagnóz, provedených výkonů, věku pacienta a dalších relevantních faktorů.¹² Za každý hospitalizační případ zařazený do konkrétní DRG skupiny je pak poskytovateli (nemocnici) uhrazena paušální částka. Cílem systému DRG je motivovat nemocnice k efektivnějšímu využívání zdrojů a zkracování doby hospitalizace, aniž by byla snížena kvalita péče. V ČR je implementován systém CZ-DRG, který je přizpůsoben podmínkám českého zdravotnictví.¹²
- **Paušální platby a platby za ošetrovací den:** Tyto formy úhrady se využívají v různých segmentech lůžkové péče, která není hrazena systémem DRG, a také v lázeňské léčebně rehabilitační péči či v dětských ozdravovnách. Například Úhradová vyhláška stanovuje paušální sazbu za ošetrovací den pro specifické výkony následné lůžkové péče (např. výkony OD 00031 a 00032 ve výši 561 Kč/den).¹⁰ Pro lázeňskou péči se úhrada za jeden den pobytu pro rok 2025 stanovuje jako 103 % smluvně sjednané úhrady za den pobytu pro rok 2024, a pro dětské ozdravovny je stanovena fixní úhrada za den pobytu ve výši 1 284 Kč.¹⁰

Koexistence různých úhradových mechanismů je logickým důsledkem snahy přizpůsobit financování specifikům jednotlivých druhů zdravotní péče. Primární péče, charakteristická kontinuitou a preventivním zaměřením, je vhodně financována kapitační platbou, která podporuje dlouhodobý vztah lékaře s pacientem. Naopak, specializované ambulantní výkony nebo akutní intervence lépe odpovídají platbě za výkon. Komplexní hospitalizační případy jsou zase efektivněji řešeny systémem DRG. Tato diverzifikace⁴ sice cílí na adekvátnost úhrad, ale zároveň zvyšuje administrativní zátěž pro poskytovatele i pojišťovny a vyžaduje sofistikované kontrolní mechanismy. Existuje zde také potenciál pro tzv. "optimalizaci" vykazování ze strany poskytovatelů, kteří se mohou snažit maximalizovat své příjmy v rámci daných pravidel, což nemusí

být vždy v souladu s optimálním využitím zdrojů z pohledu celého systému.

Úhradová vyhláška se tak stává mocným nástrojem nejen pro alokaci finančních prostředků, ale i pro řízení chování poskytovatelů. Změny v hodnotách bodů, zavedení nových bonifikací (například podpora týmové praxe v ÚV 2025 ¹¹⁾) nebo naopak rušení některých úhrad (jako je odstranění garantované úhrady za položku na eReceptu ¹¹⁾) přímo motivují nebo demotivují určité aktivity a ovlivňují strukturu poskytované péče. Poskytovatelé, jako ekonomické subjekty, přirozeně reagují na tyto finanční stimuly.

C. Proces stanovování úhrad a dohodovací řízení

Stanovení výše úhrad zdravotních služeb je komplexní proces. Každoročně probíhá tzv. dohodovací řízení mezi zástupci jednotlivých segmentů poskytovatelů zdravotních služeb (např. nemocnic, praktických lékařů, ambulantních specialistů) a zástupci zdravotních pojišťoven. Cílem tohoto řízení je dosáhnout konsenzu ohledně hodnot bodu, výše úhrad a regulačních omezení pro následující rok.⁴ Pokud v některém segmentu dojde k dohodě, Ministerstvo zdravotnictví tuto dohodu obvykle promítne do úhradové vyhlášky. V případě, že k dohodě nedojde, konečné parametry úhrad stanoví Ministerstvo zdravotnictví svým rozhodnutím.⁴

Stabilita a předvídatelnost systému úhrad jsou pro poskytovatele zdravotních služeb klíčové pro jejich finanční plánování a dlouhodobou udržitelnost. Právní napadání Úhradové vyhlášky, jak je tomu v případě návrhu na zrušení části vyhlášky pro rok 2025 ⁵, signalizuje fundamentální neshody ohledně spravedlnosti a adekvátnosti nastavených úhrad. Argumentace navrhovatelů často poukazuje na nedostatečné pokrytí nákladů nebo na diskriminační nastavení některých parametrů. Pokud by Ústavní soud takovému návrhu vyhověl, mohlo by to vést k významné revizi celého procesu stanovování úhrad a potenciálně posílit pozici poskytovatelů v dohodovacím řízení, s větším důrazem na nákladovou orientaci a transparentnost.

Následující tabulka shrnuje základní mechanismy úhrad:

Tabulka 1: Přehled základních mechanismů úhrad zdravotní péče v ČR

Mechanismus úhrady	Popis	Typická aplikace (segment péče)	Hlavní legislativní základ/Regulace
Platba za výkon	Úhrada za každou jednotlivou poskytnutou službu (výkon) na základě	Ambulantní specialisté, stomatologie, některé výkony u praktických	Zákon č. 48/1997 Sb. (o veř. zdr. poj.), Seznam zdravotních výkonů, Úhradová

	bodového ohodnocení.	lékařů, komplement.	vyhláška.
Kapitace	Pravidelná měsíční platba za registrovaného pojištěnce, nezávislá na počtu návštěv.	Všeobecní praktičtí lékaři, praktičtí lékaři pro děti a dorost.	Zákon č. 48/1997 Sb., Úhradová vyhláška.
DRG (Diagnosis-Related Groups)	Paušální platba za případ hospitalizace, klasifikovaný do skupiny s podobnou klinickou a nákladovou náročností.	Akutní lůžková péče v nemocnicích.	Zákon č. 48/1997 Sb., Klasifikační systém CZ-DRG, Úhradová vyhláška.
Paušální platba za ošetrovací den/pobyt	Fixní denní sazba za hospitalizaci nebo pobyt.	Následná lůžková péče, dlouhodobá lůžková péče, lázeňská léčebně rehabilitační péče, ozdravovny.	Zákon č. 48/1997 Sb., Úhradová vyhláška.
Kombinovaná kapitačně-výkonová platba	Kombinace kapitační platby za registrované pojištěnce a platby za vybrané výkony nad rámec kapitace.	Všeobecní praktičtí lékaři, praktičtí lékaři pro děti a dorost.	Zákon č. 48/1997 Sb., Seznam zdravotních výkonů, Úhradová vyhláška.

III. Struktura příjmů zdravotnických zařízení

Příjmy zdravotnických zařízení v České republice pocházejí z několika hlavních zdrojů, jejichž poměr se může lišit v závislosti na typu zařízení, jeho zřizovateli a spektru poskytovaných služeb.

A. Příjmy od zdravotních pojišťoven

Pro většinu zdravotnických zařízení, zejména pro nemocnice a ambulantní lékaře, představují platby od zdravotních pojišťoven dominantní zdroj příjmů. V roce 2022 tvořily úhrady od zdravotních pojišťoven například 85,2 % celkových příjmů nemocnic.⁶ Jiné zdroje uvádějí tento podíl v rozmezí 75-80 %.¹⁴ Výše těchto příjmů je přímo závislá

na smluvních vztazích s jednotlivými zdravotními pojišťovnami a na precizním plnění podmínek stanovených úhradovou vyhláškou a dalšími relevantními předpisy. Tato vysoká závislost na příjmech od zdravotních pojišťoven činí zdravotnická zařízení zranitelnými vůči jakýmkoli změnám v úhradové politice, platební morálce pojišťoven nebo jejich celkové finanční stabilitě. Diverzifikace příjmů, například prostřednictvím doplňkové činnosti nebo získáváním grantů, je pro zařízení sice žádoucí, ale její možnosti jsou často omezeny právní formou zařízení (např. u příspěvkových organizací) nebo charakterem poskytované péče, která je primárně hrazena z veřejného zdravotního pojištění.

B. Příjmy z veřejných rozpočtů

Veřejné rozpočty, tedy státní rozpočet a rozpočty krajů a obcí, se rovněž podílejí na financování zdravotní péče, i když v menší míře než zdravotní pojišťovny. V roce 2022 tvořily výdaje z veřejných rozpočtů 13,5 % celkových výdajů na zdravotnictví v ČR.¹⁵

- **Státní rozpočet:** Prostředky ze státního rozpočtu směřují například na financování specifických programů (např. preventivní programy, programy veřejného zdraví), na investice do zdravotnické infrastruktury, na krytí nákladů spojených s mimořádnými událostmi (jako byla pandemie COVID-19, kdy došlo k výraznému navýšení výdajů z těchto zdrojů¹⁶), a také na podporu dlouhodobé péče. V roce 2021 bylo ze státního rozpočtu na zdravotní péči alokováno 78 miliard Kč.¹⁶
- **Krajské a obecní rozpočty:** Tyto rozpočty se na financování zdravotnictví podílejí menším objemem prostředků. Často jsou tyto finance směřovány do zdravotnických zařízení, která jsou jimi zřizována (např. krajské nemocnice, městské polikliniky), nebo na podporu specifických regionálních zdravotních programů a projektů.¹⁵

Role veřejných rozpočtů je zvláště významná v krizových situacích, jak ukázala pandemie COVID-19, kdy standardní úhradové mechanismy nestačily pokrýt mimořádné náklady na testování, očkování a léčbu.¹⁶ Dále jsou tyto zdroje klíčové pro financování oblastí, které nejsou plně nebo adekvátně pokryty běžnými úhradami od zdravotních pojišťoven, jako jsou například některé aspekty dlouhodobé péče nebo velké infrastrukturní investice. To ukazuje na doplňkovou, avšak v mnoha případech kritickou roli státu a samospráv ve financování českého zdravotnictví.

C. Přímé platby od pacientů (spoluúčast)

Pacienti se na financování zdravotní péče podílejí také přímými platbami. Tento zdroj příjmů pro zdravotnická zařízení zahrnuje:

- Regulační poplatky (jejich existence a výše se v čase měnila, v současnosti je jejich rozsah omezen).
- Platby za zdravotní služby, které nejsou hrazeny z veřejného zdravotního pojištění (tzv. nadstandardní služby, některé výkony v estetické medicíně, část stomatologických výkonů a výrobků).
- Doplatky za léky a některé zdravotnické prostředky. V roce 2022 zaplatily české domácnosti za zdravotní péči celkem 85,3 miliard Kč, což představovalo 14,3 % celkových výdajů na zdraví v ČR.¹⁵ Zákon o veřejném zdravotním pojištění stanovuje, že pacient si vždy hradí výkony a léčivé přípravky, které si vyžádá sám a které nejsou indikovány lékařem z důvodu léčby či prevence.⁴

D. Ostatní zdroje

Kromě výše uvedených hlavních zdrojů mohou zdravotnická zařízení získávat příjmy i z dalších aktivit:

- **Dotace a granty:** Jedná se o účelově vázané prostředky z národních či mezinárodních programů (např. fondy Evropské unie¹⁸), které mohou být určeny na výzkum a vývoj, vzdělávání, pořízení nového vybavení nebo realizaci specifických zdravotních projektů.¹⁴
- **Příjmy z doplňkové činnosti:** Některá zařízení (zejména ta s větší autonomií, např. obchodní společnosti) mohou generovat příjmy z komerčních aktivit, jako jsou pronájmy prostor, poskytování placených služeb (např. parkování, nadstandardní ubytování), nebo účast v klinických studiích.¹⁴
- **Dary:** Příjmy od sponzorů a dárců, ať už fyzických nebo právnických osob.

Následující tabulka poskytuje orientační přehled struktury příjmů nemocnic:

Tabulka 2: Orientační struktura příjmů nemocnic v ČR (v %)

Zdroj příjmu	Podíl (%)
Platby od zdravotních pojišťoven	75 – 85 %
Příjmy z veřejných rozpočtů (stát, kraje, obce)	5 – 15 %
Přímé platby od pacientů	5 – 10 %
Ostatní (dotace, granty, doplňková činnost)	1 – 5 %

Poznámka: Podíly jsou orientační a mohou se lišit v závislosti na typu nemocnice, jejím

zřizovateli a aktuálním roce. Data vycházejí z.⁶

IV. Struktura nákladů zdravotnických zařízení

Náklady zdravotnických zařízení představují souhrn všech peněžních prostředků vynaložených na poskytování zdravotních služeb a zajištění provozu. Jejich struktura je relativně stabilní, i když jednotlivé položky mohou být ovlivněny externími faktory, jako je inflace, ceny energií nebo změny v legislativě.

A. Osobní náklady

Osobní náklady tradičně tvoří největší nákladovou položku ve zdravotnických zařízeních. Zahrnují mzdy a platy všech zaměstnanců (lékařů, sester, ošetřovatelů, technického a administrativního personálu) a související povinné odvody zaměstnavatele na sociální a zdravotní pojištění. V roce 2022 představovaly osobní náklady v českých nemocnicích 50,0 % jejich celkových nákladů.⁶ Jiný zdroj uvádí podobný podíl, a to 52 %.¹⁴ Výše osobních nákladů je významně ovlivňována kolektivním vyjednáváním, vládními nařízeními o platových tarifech ve zdravotnictví a situací na trhu práce (nedostatek některých profesí může tlačit na růst mezd). Dominance osobních nákladů znamená, že jakýkoli tlak na růst mezd a platů – ať už v důsledku inflace, snahy o udržení a nábor nedostatkového personálu¹⁸, nebo politických rozhodnutí – má okamžitý a výrazný dopad na celkovou nákladovost zařízení. Možnosti úspor v této oblasti jsou velmi omezené, aniž by došlo ke snížení počtu zaměstnanců, což by mohlo negativně ovlivnit rozsah a kvalitu poskytované péče.

B. Náklady na léčiva a zdravotnický materiál (LZM)

Tato kategorie zahrnuje širokou škálu položek nezbytných pro diagnostiku a léčbu pacientů. Patří sem léky (včetně speciálních a centrových léků), krev a krevní deriváty, implantabilní materiály (např. kloubní náhrady, kardiostimulátory), obvazový materiál, jednorázové zdravotnické prostředky, diagnostické soupravy a reagenty. Náklady na zdravotnický materiál (bez léků) tvořily v nemocnicích v roce 2022 9,6 % celkových nákladů.⁶ Pokud bychom uvažovali širší kategorii "materiál" (která může zahrnovat i jiné než specificky zdravotnické materiály), starší data uvádějí podíl kolem 23 %.¹⁴ Ceny léčivých přípravků jsou v ČR regulovány Státním ústavem pro kontrolu léčiv (SÚKL), který stanovuje maximální ceny a výši úhrady z veřejného zdravotního pojištění.⁴

C. Náklady na energie

Náklady na energie zahrnují platby za elektrickou energii, plyn, teplo (dálkové nebo z vlastních zdrojů) a vodu. Jedná se o významnou nákladovou položku, která může být

navíc velmi volatilní v závislosti na situaci na energetických trzích. Například v roce 2022 zaznamenaly nemocnice meziroční nárůst nákladů na energie o dramatických 52,9 %.⁶ Starší data uváděla podíl nákladů na energie na celkových nákladech kolem 5 %.¹⁴ Tato volatilita představuje významné riziko pro finanční stabilitu, zejména u energeticky náročných provozů, jako jsou právě nemocnice s nepřetržitým provozem a velkým množstvím energeticky náročných přístrojů. Zařízení mají omezené možnosti, jak tyto externí cenové šoky rychle kompenzovat, pokud nejsou adekvátně a včas promítnuty do úhrad od zdravotních pojišťoven, které jsou často fixovány úhradovou vyhláškou na rok dopředu.

D. Odpisy dlouhodobého majetku

Odpisy představují účetní vyjádření postupného opotřebení dlouhodobého hmotného a nehmotného majetku. V kontextu zdravotnických zařízení se jedná především o odpisy budov, medicínské přístrojové techniky (např. CT, MRI, ultrazvuky, operační vybavení), dopravních prostředků a softwaru. Podle dostupných dat tvořily odpisy přibližně 9 % celkových nákladů nemocnic.¹⁴ Výše odpisů souvisí s investiční aktivitou zařízení a stářím jejich majetku.

Náklady na léčiva, zdravotnický materiál a odpisy jsou úzce spojeny s kvalitou a moderností poskytované péče. Podfinancování v těchto oblastech, tedy nedostatek prostředků na nákup moderních léků a materiálů nebo na obnovu a modernizaci přístrojového vybavení, může vést k postupnému zastarávání technologií, omezování přístupu pacientů k nejnovějším léčebným postupům a v konečném důsledku k negativnímu dopadu na kvalitu péče a výsledky léčby.

E. Náklady na služby

Tato kategorie zahrnuje platby za služby nakupované od externích dodavatelů. Může se jednat o široké spektrum služeb, jako jsou úklidové služby, praní a čištění prádla, ostraha objektů, údržba a opravy budov a technologií, externě zajišťovaná laboratorní a diagnostická vyšetření, IT služby (správa sítí, softwarová podpora), právní, ekonomické a auditorské poradenství, a další. Podíl nákladů na služby se odhaduje kolem 6 % celkových nákladů.¹⁴

F. Ostatní provozní náklady

Do této zbytkové kategorie spadají různé další náklady nezbytné pro provoz zdravotnického zařízení, které nebyly zařazeny do předchozích skupin. Může se jednat například o pojištění majetku a odpovědnosti za škodu, cestovní náhrady zaměstnanců, náklady na vzdělávání a školení personálu, telekomunikační poplatky,

poštovné, bankovní poplatky, náklady na spotřební materiál pro administrativu apod.

Následující tabulka poskytuje orientační přehled struktury nákladů nemocnic:

Tabulka 3: Orientační struktura nákladů nemocnic v ČR (v %)

Nákladová položka	Podíl (%)
Osobní náklady	50 – 52 %
Léčiva a zdravotnický materiál	10 – 23 % *
Energie	5 – 8 % **
Odpisy dlouhodobého majetku	~ 9 %
Služby	~ 6 %
Ostatní provozní náklady	5 – 10 %

*Poznámka: Podíly jsou orientační. *Rozmezí u LZM je dáno různou definicí kategorie (užší "zdravotnický materiál" vs. širší "materiál"). *Podíl energií může výrazně kolísat. Data vycházejí z.⁶

V. Finanční řízení a hospodaření ve zdravotnictví

Efektivní finanční řízení je klíčové pro stabilitu a rozvoj každého zdravotnického zařízení, bez ohledu na jeho právní formu či zřizovatele. Zahrnuje plánování, sledování a vyhodnocování finančních toků, řízení nákladů a výnosů, a zajištění likvidity.

A. Právní formy poskytovatelů a jejich specifika

Právní forma zdravotnického zařízení má významný dopad na jeho ekonomické fungování, možnosti financování, míru autonomie a cíle hospodaření.

- **Příspěvkové organizace (PO):** Tato forma je typická pro mnoho veřejných zdravotnických zařízení, včetně fakultních nemocnic zřizovaných státem (Ministerstvem zdravotnictví)⁸ a nemocnic či poliklinik zřizovaných kraji nebo obcemi.⁷ Příspěvkové organizace hospodaří s majetkem, který jim byl svěřen zřizovatelem, a jejich provoz je často částečně financován příspěvkem od zřizovatele, který doplňuje příjmy od zdravotních pojišťoven. Mají omezenou

autonomii v nakládání s majetkem (např. prodej či významné investice vyžadují souhlas zřizovatele) a jejich primárním cílem není tvorba zisku, ale poskytování veřejné služby v rámci vyrovnaného hospodářského výsledku.¹⁴ Příspěvkové organizace mohou být stabilnější díky příspěvkům od zřizovatele, které mohou pokrýt případné ztráty z hlavní činnosti, ale zároveň mohou být méně flexibilní v reakci na měnící se podmínky a podléhají větší míře administrativní kontroly ze strany zřizovatele.

- **Obchodní společnosti (akciové společnosti, společnosti s ručením omezeným):** Některá zdravotnická zařízení, včetně některých nemocnic zřizovaných kraji nebo obcemi, fungují jako obchodní společnosti.⁷ Mohou být také vlastněny soukromými subjekty. Tyto subjekty mají obecně větší flexibilitu v hospodaření a rozhodování. Jejich cílem je zpravidla dosažení zisku nebo alespoň dlouhodobá finanční udržitelnost a samofinancovatelnost. Mají větší volnost v investičním rozhodování a mohou snáze přistupovat k externím zdrojům financování (např. bankovní úvěry). Na druhou stranu čelí většímu tlaku na efektivitu a jsou plně vystaveny tržním rizikům.²⁰
- **Fyzické osoby podnikající:** Tato forma je typická pro soukromé lékařské praxe (praktičtí lékaři, ambulantní specialisté, stomatologové). Lékař zde vystupuje jako samostatný podnikatel a nese plnou odpovědnost za ekonomické výsledky své praxe.

Volba právní formy tak významně předurčuje finanční strategii zdravotnického zařízení, jeho přístup k investicím, možnosti diverzifikace příjmů, míru flexibility v řízení nákladů a celkovou odolnost vůči ekonomickým výkyvům.

B. Základní finanční ukazatele

Pro hodnocení finančního zdraví a výkonnosti zdravotnických zařízení se používá řada standardních finančních ukazatelů, jejichž interpretace však musí zohledňovat specifika sektoru a právní formu daného zařízení:

- **Ukazatele rentability:** Měří schopnost zařízení vytvářet zisk z vloženého kapitálu a tržeb.
 - *ROA (Return on Assets = Zisk / Celková aktiva):* Ukazuje, jak efektivně zařízení využívá svá aktiva k tvorbě zisku.¹⁴
 - *ROE (Return on Equity = Čistý zisk / Vlastní kapitál):* Relevantní zejména pro obchodní společnosti, měří zhodnocení kapitálu vloženého vlastníky.¹⁴ Pro příspěvkové organizace nemusí být cílem maximalizace zisku; často je úspěchem vyrovnaný hospodářský výsledek. Nízká nebo nulová rentabilita u PO tedy nemusí být automaticky negativním signálem, pokud jsou plněny veřejné zájmy a je zajištěna dostupnost a kvalita péče.

- **Ukazatele likvidity:** Hodnotí schopnost zařízení hradit své krátkodobé závazky (tj. platit faktury dodavatelům, mzdy zaměstnancům atd. včas).
 - *Běžná likvidita (Oběžná aktiva / Krátkodobé závazky):* Optimální hodnota se obvykle pohybuje mezi 1,5 a 2,5.¹⁴
 - *Pohotová likvidita ((Oběžná aktiva - Zásoby) / Krátkodobé závazky):* Vylučuje méně likvidní zásoby.
 - *Okamžitá likvidita (Peněžní prostředky / Okamžitě splatné závazky):* Nejpřísnější ukazatel.¹⁴
- **Ukazatele zadluženosti:** Posuzují míru financování aktivit cizími zdroji a schopnost zařízení splácet své dluhy.
 - *Stupeň zadlužení (Celkové závazky / Celková aktiva nebo Cizí kapitál / Vlastní kapitál):* Vyšší hodnota znamená vyšší riziko pro věřitele.¹⁴
- **Ukazatele aktivity:** Měří, jak efektivně zařízení využívá svá aktiva.
 - *Doba obratu zásob:* Jak dlouho jsou zásoby vázány v zařízení, než jsou spotřebovány nebo prodány.
 - *Doba obratu pohledávek:* Průměrná doba, za kterou zařízení inkasuje platby od odběratelů (zejména zdravotních pojišťoven).
 - *Relativní vázanost aktiv (Aktiva / Tržby):* Kolik aktiv je potřeba k vygenerování jednotky tržeb.¹⁴

C. Význam sledování kvality a efektivity

Ekonomická efektivita ve zdravotnictví, definovaná jako poměr mezi vstupy (náklady) a výstupy (poskytnutá péče, zdravotní výsledky), je obtížně měřitelná a hodnotitelná. Důvodem je, že výstupy mají silný kvalitativní rozměr, který se těžko kvantifikuje a oceňuje penězi (např. kvalita života pacienta, jeho spokojenost).¹⁴ Přesto je ekonomické hodnocení nezbytné pro strategické rozhodování, alokaci zdrojů a zajištění udržitelnosti systému.

Pro hodnocení se používají různé analytické metody, jako je analýza nákladového minima (hledání nejlevnější alternativy při dosažení stejného výsledku), nákladově-výnosová analýza (finanční analýza), analýza nákladové efektivity (porovnání nákladů s dosaženými zdravotními efekty, např. zachráněný rok života) a analýza nákladové užitečnosti (zohledňuje kvalitu života, např. QALY – Quality-Adjusted Life Year).¹⁴

Kromě ekonomické efektivity je klíčové sledovat také kvalitu a bezpečnost poskytované zdravotní péče. V České republice je interní hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb pro poskytovatele lůžkové péče povinné dle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, a prováděcí vyhlášky č. 102/2012 Sb..²¹ Sledují se různé indikátory kvality, které mohou mít vliv na bezpečnost pacientů, jejich práva, spokojenost, ale i na náklady (např. míra nemocničních nákaz, chyby při podávání léčiv, rehospitalizace).²¹

Propojení finančního řízení s řízením kvality a bezpečnosti je zásadní. Investice do zvyšování kvality (např. do moderního vybavení, vzdělávání personálu, zavedení bezpečnostních protokolů) mohou krátkodobě zvýšit náklady, ale z dlouhodobého hlediska mohou vést k významným úsporám (např. snížením počtu komplikací, kratší dobou hospitalizace, menším

počtem opakovaných hospitalizací) a především k lepším zdravotním výsledkům pro pacienty. Tento synergický efekt by měl být zohledněn i v úhradových mechanismech, například prostřednictvím bonifikací za prokazatelně vyšší kvalitu péče, jak naznačuje například praxe některých zdravotních pojišťoven v oblasti preventivních programů.³ Následující tabulka shrnuje vybrané klíčové finanční ukazatele:

Tabulka 4: Klíčové finanční ukazatele pro hodnocení zdravotnických zařízení

Ukazatel	Vzorec	Interpretace/Optimální hodnota (s přihlédnutím k právní formě)
ROA (Return on Assets)	$(\text{Zisk po zdanění} / \text{Celková aktiva}) * 100 \%$	Pro obchodní společnosti žádoucí kladná hodnota; pro PO může být cílem vyrovnané hospodaření ($\text{ROA} \approx 0 \%$).
ROE (Return on Equity)	$(\text{Čistý zisk} / \text{Vlastní kapitál}) * 100 \%$	Relevantní pro obchodní společnosti; měla by převyšovat např. úrokovou míru bezrizikových investic.
Běžná likvidita	$\text{Oběžná aktiva} / \text{Krátkodobé závazky}$	Schopnost hradit krátkodobé závazky; optimálně 1,5 – 2,5. Hodnoty pod 1 signalizují problémy.
Stupeň zadlužení	$(\text{Celkové závazky} / \text{Celková aktiva}) * 100 \%$	Míra financování aktiv cizími zdroji; příliš vysoká hodnota (např. > 70–80 %) signalizuje vysoké riziko.
Doba obratu pohledávek	$(\text{Průměrné pohledávky} / \text{Tržby}) * 365 \text{ dní}$	Průměrná doba inkasa pohledávek; kratší doba je lepší. Důležité sledovat zejména u pohledávek za ZP.

VI. Aktuální ekonomické výzvy a budoucí trendy

České zdravotnictví, a tedy i ekonomika zdravotnických zařízení, čelí řadě významných výzev, které budou formovat jeho podobu v následujících letech. Tyto výzvy jsou často vzájemně propojené a vyžadují komplexní řešení.

A. Demografický vývoj a jeho dopady

Jednou z nejvýznamnějších výzev je stárnutí populace. Podíl osob ve věku 65 let a více v České republice setrvale roste: zatímco v roce 2000 tvořili 14 % populace, v roce 2022 to bylo již 21 % a prognózy ukazují další nárůst až na 28 % do roku 2050.¹⁸ S tím souvisí i rostoucí míra ekonomické závislosti ve stáří (poměr seniorů k produktivní populaci).²² Stárnoucí populace přirozeně generuje zvýšenou poptávku po zdravotních službách, zejména v oblasti léčby chronických onemocnění a dlouhodobé péče. Právě výdaje na dlouhodobou péči jsou v ČR v přepočtu na obyvatele ve srovnání s průměrem EU stále relativně nízké¹⁸, což naznačuje potenciální budoucí tlak na jejich navýšení.

B. Tlak na růst výdajů

Kromě demografických změn přispívá k tlaku na růst výdajů na zdravotnictví několik dalších faktorů:

- **Nové technologie a léčebné postupy:** Medicínský pokrok přináší stále nové, často účinnější, ale také finančně náročnější diagnostické a terapeutické metody, léky a zdravotnické prostředky.
- **Inflace a růst cen vstupů:** Růst cen energií, materiálů, služeb a zejména tlak na růst mezd a platů ve zdravotnictví (částečně v důsledku nedostatku personálu) se přímo promítá do nákladů zdravotnických zařízení. Celkové výdaje na zdravotnictví v ČR jako podíl na hrubém domácím produktu (HDP) dosáhly v roce 2021 9,5 %, což bylo sice více než v předpandemických letech, ale stále pod průměrem zemí EU (11,0 % v roce 2021).¹⁸ V roce 2022 tento podíl mírně klesl na 8,5 % HDP.¹⁵ Prognózy Ministerstva zdravotnictví a Ministerstva financí ukazují, že i přes očekávaný růst příjmů zdravotních pojišťoven v letech 2024 a 2025 se tempo tohoto růstu bude snižovat, přičemž již v roce 2023 se systém veřejného zdravotního pojištění dostal do deficitu, kdy výdaje převýšily příjmy.²²

Kombinace stárnutí populace a stárnutí samotného zdravotnického personálu¹⁸ představuje pro český zdravotní systém obzvláště závažný problém, někdy označovaný jako "dvojitý úder". Rostoucí poptávka po péči ze strany stárnoucích a polymorbidních pacientů se setkává s potenciálně klesající kapacitou na straně nabídky, kde ubývá aktivních lékařů a sester v důsledku jejich odchodu do důchodu a nedostatečné generační obměny. Tato nerovnováha nevyhnutelně povede k dalšímu tlaku na růst mezd pro udržení stávajícího personálu a nábor nového, k potřebě masivních investic do technologií a procesů zvyšujících efektivitu (např. eHealth, telemedicína) a v krajním případě může vést i k omezení dostupnosti některých služeb, pokud nebudou přijata včasná a strategická opatření.

Přestože absolutní výdaje na zdravotnictví v ČR nominálně rostou, jejich podíl na HDP, který je stále pod průměrem EU ¹⁵, může být interpretován různě. Může naznačovat buď relativně vyšší efektivitu českého systému ve srovnání s jinými zeměmi, nebo naopak existenci skrytého podfinancování v některých klíčových oblastech, jako je například již zmíněná dlouhodobá péče ¹⁸, odměňování personálu, nebo investiční dluh v infrastruktuře a vybavení. Skutečnost, že se systém zdravotních pojišťoven dostal v roce 2023 do deficitu ²² i při tomto relativně nižším podílu výdajů na HDP, signalizuje, že současné tempo růstu příjmů systému nemusí být dostatečné k pokrytí dynamicky rostoucích nákladů. To může v budoucnu vést k tlaku na zvýšení odvodů pojistného, navýšení plateb státu za státní pojištěnce, nebo k diskusím o zvýšení míry finanční spoluúčasti pacientů.

C. Udržitelnost financování systému

Zajištění dlouhodobé finanční udržitelnosti systému veřejného zdravotního pojištění je jednou z klíčových strategických výzev. To vyžaduje nejen hledání dodatečných zdrojů financování, ale především efektivnější alokaci a využívání stávajících prostředků.

Diskuze se vedou o optimální míře spoluúčasti pacientů, která v ČR v roce 2021 činila 12,7 % celkových výdajů na zdravotnictví, což je pod průměrem EU (14,5 %).¹⁸

Významnou roli v efektivním vynakládání prostředků, zejména na nové léky a technologie, by mělo hrát důslednější uplatňování principů hodnocení zdravotnických technologií (Health Technology Assessment – HTA), které v ČR zatím není využíváno v plném rozsahu.²²

D. Výzvy v oblasti personálního zabezpečení

České zdravotnictví se dlouhodobě potýká s nedostatkem některých kategorií zdravotnického personálu, zejména praktických lékařů pro dospělé i pro děti a dorost, a všeobecných sester, a to především v některých regionech a neatraktivních oborech.¹⁸ Problémem je také stárnutí stávajícího zdravotnického personálu – například v roce 2021 bylo 35 % všech praktických lékařů starších 55 let, což signalizuje blížící se generační problém.¹⁸ Je nezbytné vytvářet podmínky a motivaci pro mladé lékaře a sestry, aby vstupovali do systému, zůstávali v něm a byli ochotni pracovat i v méně atraktivních oblastech či oborech. To zahrnuje nejen otázku finančního ohodnocení, ale i pracovní podmínky, možnosti dalšího vzdělávání a profesního růstu.

E. Dopady Úhradové vyhlášky pro rok 2025

Aktuální Úhradová vyhláška pro rok 2025 přináší řadu změn, které budou mít přímý dopad na ekonomiku zdravotnických zařízení. Mezi klíčové změny patří například úpravy v kapitačních platbách pro praktické lékaře, změny v hodnotách bodu pro některé výkony hrazené mimo

kapitaci, zrušení některých dříve platných bonusů (např. garantovaná úhrada za položku na elektronickém receptu) a naopak zavedení nových typů úhrad (např. podpora tzv. týmové praxe u praktických lékařů).¹¹

Tato vyhláška se však stala předmětem kritiky ze strany některých poskytovatelů a jejich asociací, kteří poukazují na potenciální nedostatečné krytí oprávněných nákladů. Například se objevilo tvrzení, podpořené i odůvodněním samotné vyhlášky, že z veřejného zdravotního pojištění bude v roce 2025 hrazeno pouze 95 % veškerých nákladů na akutní lůžkovou péči.⁵ Kritika směřuje také k údajné diskriminaci menších a regionálních poskytovatelů zdravotních služeb prostřednictvím nastavení některých paušálů a koeficientů. Tyto obavy vedly k podání návrhu k Ústavnímu soudu na zrušení některých částí této vyhlášky.⁵

Kontroverze kolem Úhradové vyhlášky pro rok 2025 a její potenciální dopad na nedostatečné krytí nákladů, zejména v segmentu akutní lůžkové péče, může vést k prohloubení finančních problémů nemocnic. Pokud by příjmy definované vyhláškou skutečně nepokrývaly oprávněné náklady, nemocnice by mohly generovat ztráty. Dlouhodobé ztrátové hospodaření vede k zadlužování, neschopnosti realizovat potřebné investice do obnovy vybavení a modernizace, a v krajním případě může ohrozit i rozsah a kvalitu poskytované péče. Tato situace podtrhuje kritickou potřebu transparentního, předvídatelného a spravedlivého systému stanovování úhrad, který by adekvátně reflektoval reálné náklady poskytování zdravotní péče při zachování její kvality a dostupnosti.

Následující tabulka shrnuje vybrané změny v Úhradové vyhlášce pro rok 2025 a jejich potenciální dopady:

Tabulka 5: Vybrané změny v Úhradové vyhlášce pro rok 2025 oproti roku 2024 a jejich potenciální dopady

Oblast změny (dle)	Popis změny	Potenciální ekonomický dopad na poskytovatele
Základní kapitační sazba (VPL, PLDD)	Mírné navýšení základní sazby (o 1-2 Kč). Bonifikace zůstávají stejné.	Mírně pozitivní dopad na příjmy praktických lékařů, ale nemusí plně kompenzovat inflaci nákladů.
Hodnota bodu pro výkony mimo kapítaci (VPL, PLDD)	Snížení hodnoty bodu pro většinu výkonů o 3-7 %.	Negativní dopad na příjmy praktických lékařů z výkonů nehrazených kapitací.
Úhrada za eRecept	Odstranění garantované úhrady 1,70 Kč za položku na eReceptu.	Snížení příjmů pro poskytovatele, kteří aktivně využívali elektronickou preskripci.

Úhrada za týmovou praxi	Nově přidaná úhrada pro pracoviště splňující kritéria týmové praxe.	Potenciálně pozitivní dopad pro pracoviště schopná a ochotná transformovat se na model týmové praxe; může motivovat k integraci péče.
Úhrada akutní lůžkové péče	Podle kritiky ⁵ nastavení úhrad může vést k pokrytí pouze cca 95 % nákladů.	Významný negativní dopad na hospodaření nemocnic poskytujících akutní lůžkovou péči, riziko prohlubování ztrát a zadlužení.

VII. Závěr

Ekonomika zdravotnických zařízení v České republice je dynamickým a složitým systémem, který je neustále formován legislativními změnami, ekonomickými tlaky a vývojem v medicíně. Pro efektivní řízení a zajištění dlouhodobé udržitelnosti je nezbytné hluboké porozumění všem jejím aspektům.

A. Shrnutí klíčových poznatků

Analýza ukázala, že česká zdravotnická zařízení fungují v rámci systému založeného převážně na veřejném zdravotním pojištění Bismarckovského typu. Jejich ekonomika je charakterizována:

- **Vysokou závislostí na příjmech od zdravotních pojišťoven**, které tvoří dominantní část jejich rozpočtu.
- **Klíčovou rolí Ministerstva zdravotnictví a jím vydávané úhradové vyhlášky**, která každoročně definuje pravidla a výši úhrad za poskytnuté zdravotní služby.
- **Typickou strukturou příjmů**, kde vedle plateb od ZP hrají roli také příspěvky z veřejných rozpočtů (stát, kraje, obce) a v menší míře přímé platby od pacientů a ostatní zdroje.
- **Charakteristickou strukturou nákladů**, kde dominují osobní náklady, následované náklady na léčiva a zdravotnický materiál, energie a odpisy.

Byly identifikovány různé mechanismy úhrad (platba za výkon, kapitace, DRG, paušální platby), jejichž kombinace se snaží reflektovat specifika jednotlivých segmentů péče, avšak přináší i značnou komplexitu. Právní forma poskytovatele (příspěvková organizace, obchodní společnost, fyzická osoba) významně ovlivňuje jeho finanční řízení, motivaci a možnosti rozvoje.

B. Výhled a potenciální směry pro efektivní ekonomické řízení

Budoucnost ekonomiky zdravotnických zařízení v ČR bude ovlivněna především demografickým stárnutím populace, které zvyšuje poptávku po péči, a zároveň stárnutím zdravotnického personálu, což vytváří tlak na straně nabídky. Pokračující technologický pokrok v medicíně bude přinášet nové možnosti léčby, avšak často za vyšší cenu. V tomto kontextu je zřejmé, že systém bude čelit setrvalému tlaku na růst výdajů.

Celkově lze konstatovat, že ekonomika zdravotnických zařízení v ČR představuje komplexní systém, kde se prolínají principy solidarity a všeobecné dostupnosti péče, typické pro Bismarckovský model, s rostoucími tlaky na efektivitu, kvalitu a finanční udržitelnost. Klíčovým a trvalým napětím v tomto systému je vztah mezi centrálně regulovanými úhradami (které jsou často ovlivněny politickými rozhodnutími a omezenými zdroji veřejných financí) a reálně rostoucími náklady na poskytování zdravotní péče (vlivem demografie, nových technologií, inflace a personálních nároků).

Pro zajištění dlouhodobé stability a rozvoje českého zdravotnictví je nezbytné:

- **Adaptovat systém na demografické a technologické změny** prostřednictvím strategického plánování a investic.
- **Klást trvalý důraz na zvyšování efektivity** ve využívání zdrojů, transparentnost v hospodaření a neustálé zlepšování kvality a bezpečnosti poskytované péče. To zahrnuje i širší uplatnění HTA.
- **Vytvořit a udržovat stabilní, předvídatelný a spravedlivý systém úhrad**, který bude pokrývat oprávněné náklady poskytovatelů a zároveň je motivovat k poskytování kvalitní a efektivní péče.
- **Aktivně řešit personální krizi ve zdravotnictví**, což je klíčový předpoklad pro dlouhodobou udržitelnost celého systému. To vyžaduje nejen adekvátní finanční ohodnocení, ale i zlepšení pracovních podmínek a podporu vzdělávání.

Řešení těchto výzev nebude spočívat pouze v navyšování objemu finančních prostředků směřujících do zdravotnictví, ale bude vyžadovat i strukturální reformy zaměřené na posílení prevence, primární péče, integraci péče a optimalizaci procesů napříč celým systémem. Pouze tak lze zajistit, aby české zdravotnictví bylo schopno i v budoucnu poskytovat kvalitní a dostupnou péči všem občanům.

Citovaná díla

1. Základní modely zdravotnických systémů - WikiSkripta, použito června 8, 2025, https://www.wikiskripta.eu/w/Z%C3%A1kladn%C3%AD_modely_zdravotnick%C3%BDch_syst%C3%A9m%C5%AF
2. Zdravotnické systémy a způsoby úhrady zdravotní péče v mezinárodním srovnání - Portál 2.LF, použito června 8, 2025,

- <https://mefanet-motol.cuni.cz/download.php?fid=2183>
3. Kapitální platba - VZP ČR, použito června 8, 2025,
<https://www.vzp.cz/o-nas/tiskove-centrum/otazky-tydne/kapitacni-platba>
 4. Víte co je hlavním úkolem zdravotní pojišťovny, jak funguje systém ..., použito června 8, 2025,
<https://www.vzp.cz/o-nas/kdo-jsme/jak-funguje-system-zdravotniho-pojisteni>
 5. Návrh na zrušení části právního předpisu - vyhlášky č. 314/2024 Sb., o stanovení - Ústavní soud, použito června 8, 2025,
https://www.usoud.cz/fileadmin/user_upload/Tiskova_mluvci/Navrhy/2025/n%C3%A1vrh_Pl._%C3%9AS_7_25_AN.pdf
 6. Ekonomické výsledky nemocnic 2022 / Economic results ... - ÚZIS ČR, použito června 8, 2025, <https://www.uzis.cz/res/f/008448/eknem2022.pdf>
 7. Daniel Thibaud, učo 380994: Právní formy poskytovatelů zdravotní péče - IS MUNI, použito června 8, 2025, <https://is.muni.cz/th/suh54/>
 8. Charakteristika, postavení, vznik a transformace fakultních nemocnic ..., použito června 8, 2025,
https://dekanilf.cz/onewebmedia/Charakter_fakultni_nemocnice.pdf
 9. Nemocnice s jinou právní formou než příspěvková organizace, použito června 8, 2025,
https://www.mfcr.cz/assets/attachments/Rozp-ramce-zak-23-2017_Metodika_2018_Metodicky-popis-Nemocnice-s-jinou-pravni-formou-nez-PO.pdf
 10. Úhradová vyhláška 2025 - Ministerstvo zdravotnictví, použito června 8, 2025,
<https://mzd.gov.cz/wp-content/uploads/2024/11/Uhradova-vyhlaska-2025.pdf>
 11. Úhradová vyhláška 2025 pro VPL a PLDD | Info pro lékaře - infoprolekare.cz, použito června 8, 2025,
<https://www.infoprolekare.cz/uhradova-vyhlaska-2025-pro-vpl-pldd>
 12. Klasifikační systém CZ-DRG | NZIP, použito června 8, 2025,
<https://www.nzip.cz/clanek/8-klasifikacni-system-cz-drg>
 13. POJ3RL: Jaká je definice DRG klasifikace? - E-learning, použito června 8, 2025,
<https://moodle.zshk.cz/mod/page/view.php?id=3099>
 14. Finanční analýza ve zdravotnictví - IPVZ, použito června 8, 2025,
<https://www.ipvz.cz/seznam-souboru/817-nastroje-pro-rizeni-ekonomiky.pdf>
 15. Struktura výdajů na zdravotní péči podle zdroje financování se dlouhodobě příliš nemění, použito června 8, 2025,
<https://csu.gov.cz/produkty/struktura-vydaju-na-zdravotni-peci-podle-zdroje-financovani-se-dlouhodobě-prilis-nemeni>
 16. 2. Výdaje na zdravotní péči podle druhu financování, použito června 8, 2025,
<https://csu.gov.cz/docs/107508/99f47661-8906-1bb9-4e9b-93976ae47ba6/26000523k2.pdf?version=1.0>
 17. Zdravotní péče v roce 2021 vyšla na 55 tisíc korun na jednoho obyvatele | Produkty, použito června 8, 2025,
<https://csu.gov.cz/produkty/zdravotni-pace-v-roce-2021-vysla-na-55-tisic-korun-na-jednoho-obyvatele>
 18. Česko: Zdravotní profil země 2023 - European Union, použito června 8, 2025,
https://health.ec.europa.eu/system/files/2024-01/2023_chp_cz_czech.pdf

19. PODKLAD PRO KONCEPCI POLITIKY STÁTU VŮČI NNO DO ..., použito června 8, 2025,
https://vlada.gov.cz/assets/ppov/rnno/dokumenty/studie_skarabelova_prispevkove_organizace_pro_web.pdf
20. MAJÍ PŘÍSPĚVKOVÉ ORGANIZACE V DNEŠNÍ DOBĚ SVÉ ..., použito června 8, 2025,
https://www.ilaw.cas.cz/upload/web/files/pravnik/issues/2014/9/5.Mitwallyova_9_2014.pdf
21. Ukazatele kvality ve zdravotnictví - STAPRO, použito června 8, 2025,
<https://www.stapro.cz/ukazatele-kvality-ve-zdravotnictvi/>
22. Prognóza výdajů na zdravotnictví v Česku mezi lety 2019–2040 - Data o zdraví, použito června 8, 2025,
<https://www.dataozdravi.cz/temata/clanky/prognoza-vydaju-ve-zdravotnictvi>