

České zdravotnictví 2025 – 26

(Dlouhodobá péče – situace a budoucnost)

Petr Fiala

místopředseda AČMN

Praha, 25. – 26. 9. 2025

Místo úvodu

„Jestliže lidé jsou nevzdělaní a hloupí, nemůžete toho moc udělat... Lidé jsou rádi hloupí, ale nedělejte jim to jednoduché. Hádejte se a hádejte se s nimi...”

TGM, 1934

„Svět chce být klamán a proto je klamán.”

(Mundus vult decipi, ergo decipiatur.)

???

Co naše zdravotnictví v „předvolební“ době?

Kafka, Orwell, Beckett, Havel... ???

Makroekonomické předpoklady na r. 2026

- Růst mezd: **5 - 6 %** (ČBA 4,9 %; výběr cca 390 - 395 mld.). Ale růst 2. Q. 2025 = + 7,8 %.
- Platby za stát: **+ 61 Kč = ↑ na 2 189 Kč/měs.** (6,1 mil., tj. + 4,5 mld., Σ = cca 160 mld.)

Pozor: podíl plateb za stát v posl. letech klesá pod 30 %.

- Celkový výběr do zdravotnictví: **550 – 560 mld. Kč (tj. cca + 30 mld. nad r. 2025)**
- Inflace: **do 3 %**
- Kumulativní inflace 2019 – 24: **38 %** (ČSÚ)

Proč jen 0,8 mld. do násl. péče?

ÚV 2026:

- Úhrady v akutní péči: **+ 0 % - ↓** (co inflace a mzdy? likvidace regionálních nemocnic?)
- Úhrady v následné péči: **+ 2,5 %** (co inflace a mzdy? prohloubení podfinancování ?)

Pozn.: - V r. 2025 v nem. ÚV dovolila obvykle 1 400 Kč/měsíc, někde 0 Kč.

- Přidání 10 % v následné péči by stálo cca 3 mld. Kč (= cca 10 % z nadvýběru)

Výběr do systému vzp v letech 2018 - 2025

Výběr veřejného zdravotního pojištění 2018 – 2023 (v mld. Kč, zaokrouhleno)

Rok	I.	II.	III.	IV.	V.	VI.	VII.	VIII.	IX.	X.	XI.	XII.	Celkem	Rozdíl
2018	26,7	25,3	24,2	24,1	25,7	25,5	25,7	25,6	25,6	24,9	25,3	25,9	304,5	---
2019	28,6	27,1	26,0	26,0	27,5	27,6	27,4	27,5	27,4	26,7	26,9	27,4	326,1	+21,6 (+7,1%)
2020	30,4	28,9	27,5	26,8	27,0	29,3	29,4	30,1	30,5	30,3	30,8	32,0	352,9	+26,8 (+8,2%)
2021	35,2	33,9	31,8	31,4	32,7	34,1	33,7	33,8	33,7	33,2	33,2	33,6	400,3	+47,4 (+13,4%)
2022	38,1	36,6	34,3	35,1	37,4	37,0	37,1	37,3	<u>30,8</u>	<u>33,6</u>	<u>33,8</u>	<u>34,2</u>	425,3	+25 (+6%) <u>(-14 mld.)</u>
2023	40,7	38,4	36,6	36,6	38,9	38,5	38,8	39,0	38,4	37,9	38,0	38,5	460,3 (461,9)	+36,6 (+8,6%)
2024	43,4	41,7	39,5	39,4	42,5	41,7	41,6	41,7	41,6	40,6	40,9	41,5	496,2 (498,1)	+36,2 (+7,8%)
2025	45,6	43,6	41,5	41,4	44,5	44,2	44,0	43,9	44,1				*525–530	*+27,0 (+5-6,0%)

Pozn.: 1. Podíl plateb za stát. poj. vzrostl za posl. 10 let z cca 20 % na **30 %** celk. výběru.

Tento trend se nyní obrací (pod 30 %).

2. K 9/25 činil nadvýběr ku 9/24 + 19,7 mld. (+ 5,3 %).

3. Výběr v r. 2026 cca **550 – 560 mld.** (střední odhad: cca + **30 mld.** ku r. 2025, z toho stát + 4 – 5 mld.)

Zdroj: MZ ČR, ČBA,* Odhad AČMN

Zůstatky na účtech ZP

(v mld. Kč, vždy k poslednímu dni měsíce)

Celkové zůstatky ZP

Rok	I.	II.	III.	IV.	V.	VI.	VII.	VIII.	IX.	X.	XI.	XII.
2018	32,8	34,2	34,4	34,9	35,3	36,3	37,0	38,6	40,1	41,1	42,9	45,0
2019	47,8	50,0	51,0	52,0	53,0	55,2	55,2	57,0	59,0	57,7	58,3	58,5
2020	60,9	62,4	60,6	58,2	56,8	58,7	59,3	61,7	64,1	64,2	64,2	64,4
2021	69,9	73,8	73,1	74,8	68,4	64,7	61,7	58,8	57,9	55,1	53,9	51,8
2022	56,8	60,3	56,8	57,4	58,1	58,3	60,9	60,7	55,8	55,6	55,8	56,8
2023	61,7	63,2	58,5	58,9	57,6	54,3	55,2	53,0	52,8	52,7	51,2	55,2
2024	57,9	56,8	53,0	55,4	54,2	51,1	52,4	50,4	49,8	48,2	47,2	47,7
2025	50,1	48,8	46,8	46,5	46,3	45,2	44,7	45,5				

Pozn.: 1. Zůstatky ZP k 8/2025 činily 45,5 mld. Kč.

2. ZFZP k 8/24 celkem 13,3 mld. Kč (z toho VZP 10,4 mld., zaměstnanecké ZP 2,9 mld.)

3. Zákonné rezervní fondy ZP naplněny, celkem +7,1 mld. Kč (+ 0,5 ku 7/24).

4. Zásadní problém: Financování zdravotnictví v ČR je průběžné, zůstatky v řádu 40 - 60 mld. nemají vznikat.

5. Zůstatky na účtech ZP opticky snižují deficit státního rozpočtu.

Zdroj: MZ ČR

Náklady a úhrady násl. péče v Kč/OD (2017-2024)

Rok	2017	2022	2023	2024	Růst 24/17	Růst v %
Prům. nákl./1 OD	1 816	3 010	3 318	3 612	+ 1 796 Kč	+ 98,9 %
Prům. úhr. ZP/1 OD	1 649	2 633	2 841	3 177	+ 1 528 Kč	+ 92,7 %
Rozdíl: úhrada–nákl.	- 167	- 377	- 477	- 496	---	---

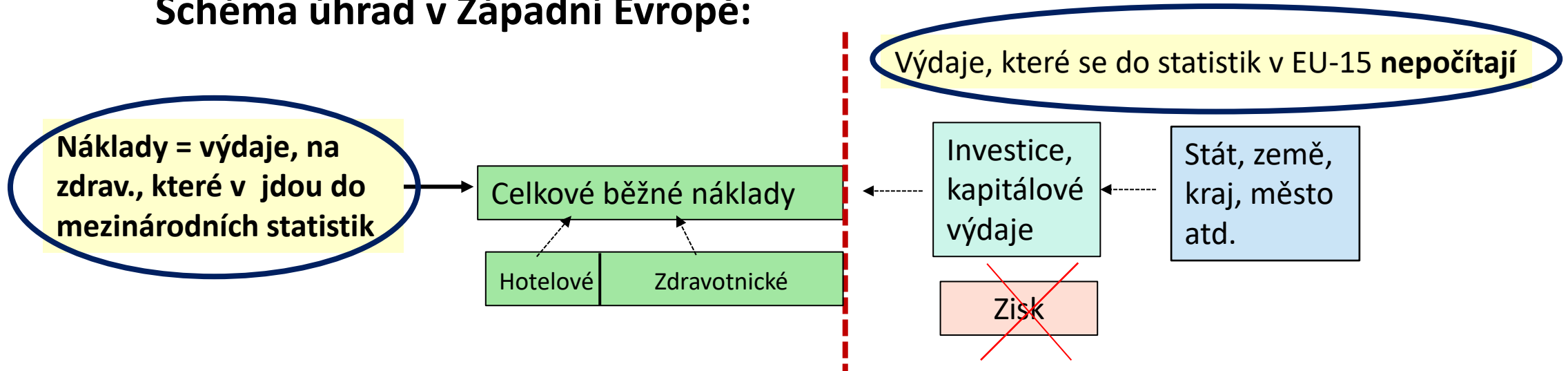
Zdroj: Analýza násl. péče AČMN, AN ČR

Komentář:

- **Analýza 81 zařízení z AČMN a ANČR, celkem 8 109 lůžek, průměrná obloženost 87,5 %.**
- **Průměrný propad -167 Kč (úhrady–nákl.) z r. 2017 se v 2024 zvýšil na -496 Kč/OD.** (vše zaokrouhleno)
- **ZP v průměru hradí 84,1 % poskytnuté péče. Rentabilita NP je záporná. Následná péče je ztrátová.**
- Nákladové analýzy potvrdily **dlouhodobé nedostatečné financování následné péče** ze strany ZP a MZ ČR. Pokračující deficit má dopady na **stagnaci počtu následných lůžek**, pokračující **odchody personálu** a na **kvalitu** této péče v ČR. Patrně úzce souvisí i s celkovým úbytkem následných lůžek.
- **Je třeba co nejrychleji narovnat úhrady podle reálných nákladů ve všech segmentech následné péče.**
- **Výrazné rozvírání nůžek mezi úhradami akutní a následné péče.**

Výdaje v neziskovém zdravotnictví v EU-15

Schéma úhrad v Západní Evropě:



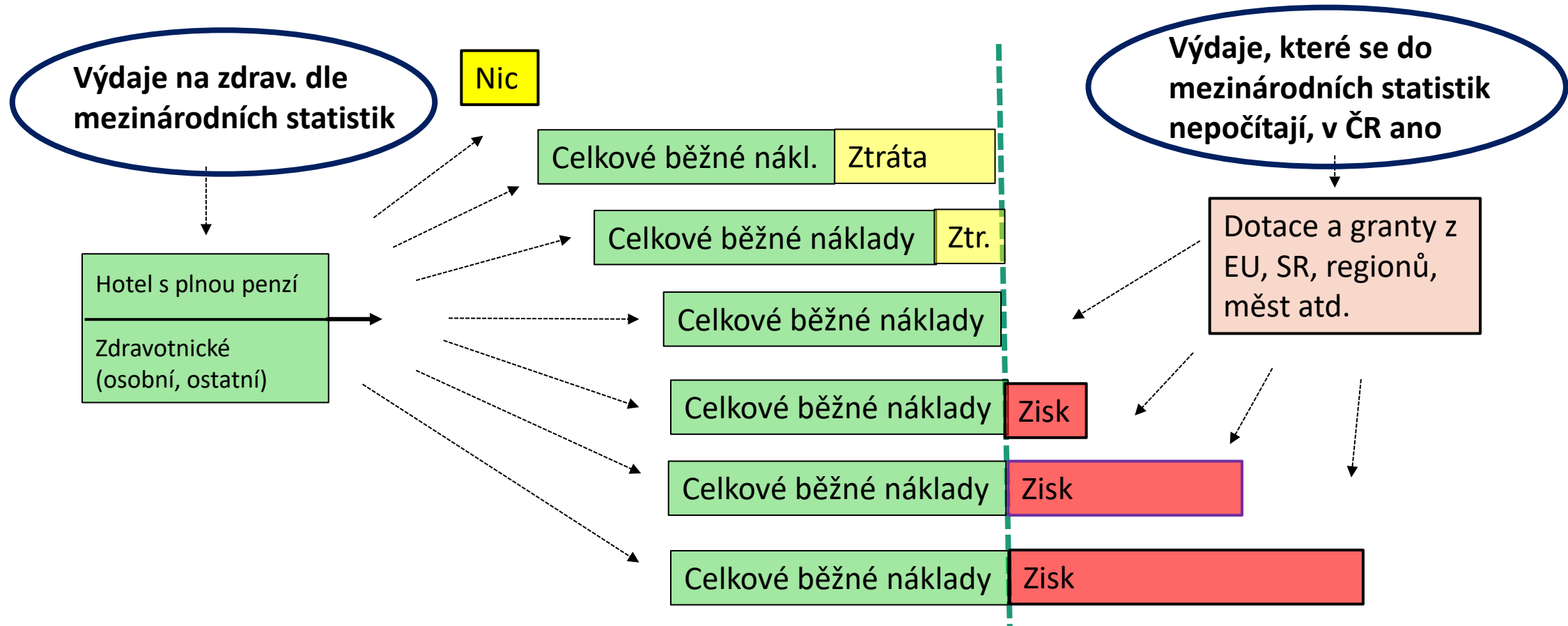
Pozn.: V Západní Evropě se hradí všem jen „běžné/provozní náklady“ (tzv. „**current costs**“) a ty vykazuje statistika (i Eurostat) jako „**celkové výdaje na zdravotnictví**“. **Investice (kapitálové výdaje) se do běžných nákladů nezapočítávají** (viz např. Bundessozialgesetz, XXIII. a další). Do účetnictví nemocnic se tak jejich **odpisy nepromítají**. Jsou hrazeny z jiných zdrojů a proto se mj. **neobjeví ani mezinárodních statistikách výdajů na zdravotnictví**.

Na okraj: Z vybraného pojistného v ČR může mizet každoročně ve formě zisku odhadem 5 – 10 %? (25 – 50 mld. Kč?) zcela mimo zdravotnictví. O to nižší jsou statistické údaje v ČR oproti EU-15.

Náklady a úhrady v ČR

Situace v ČR není srovnatelná s EU-15. Úhrady se velmi různí a **neplatí** zásady platné v zemích západní Evropy, např. „za stejnou práci stejnou odměnu“ atd.

České úhrady se podobají říkance: „Tomu dala, tomu víc, tomu málo, tomu nic“



Lůžka v akutní a následné péči (2022)

Rok	Lůžka akutní p.	Lůžka následné p.
1989	86 261	28 865
2022	48 074	28 336
Změna	- 38 187	- 529
Změna v %	- 44,3 %	- 1,8 %

Zdroj: ÚZIS

Počet následných lůžek je nedostatečný, je jich ještě méně než v r. '89 a lékaři a sestry odtud z řady důvodů průběžně odcházejí.

Politici říkají, že má být více následných lůžek místo údajného nadbytku akutních, ale nikdo z nich neřekne, jak to udělat, když do nich nedají „ani peníze ani lidi“.

Máme moc nemocnic?...Chceme být klamáni

Země	Počet nem.	Přepočtený počet	Akut. lůžek
Něm.	> 2 200	1 nem./38 tis. obyv.	5,8
Rak.	268	1 nem./33 tis. obyv.	6,9
Franc.	2 694	1 nem./25 tis. obyv.	5,6
Hol.*	421	1 nem./41 tis. obyv.	3,0
Švýc.	293	1 nem./29 tis. obyv.	4,4
Průměr	---	1 nem./33 tis. obyv.	5,2
ČR	156	1 nem./69 tis. obyv.	4,2

Legenda:

- Počet nemocnic = „akutních“ nemocnic.
- Přepočtený počet = obyv. na 1 akutní nem.
- Akutních lůžek = na 10 tis. obyv.
- Průměr = počet obyv. na 1 nem.
- *Holandsko = 153 akutních nem. + 268 „lůžkových nezávislých center“ (onkologie, traumatologie atd.), Hol. s 41,5 tis. km² je menší než Čechy s 52 tis.km²

Počet akutních lůžek v ČR je už nižší než v řadě zemí EU. Není žádný prostor pro jejich další snižování.

Zdroj: WHO, Eurostat, ČSÚ

Chceme být klamáni... fakultní nemocnice

(...těch máme opravdu moc)

Země	UN	Přepočtený počet
Něm.	42	1 UN/2 mil. obyv.
Rak.	3	1 UN/3 mil. obyv.
Fr.	38	1 UN/1,8 mil. obyv.
Hol.	8	1 UN/2,2 mil. obyv.
Švýc.	5	1 UN/1,8 mil. obyv.
Prům.	---	1 UN/2,2 mil. obyv.
ČR	12	1 UN/0,9 mil. obyv

Zdroj: Eurostat, WHO

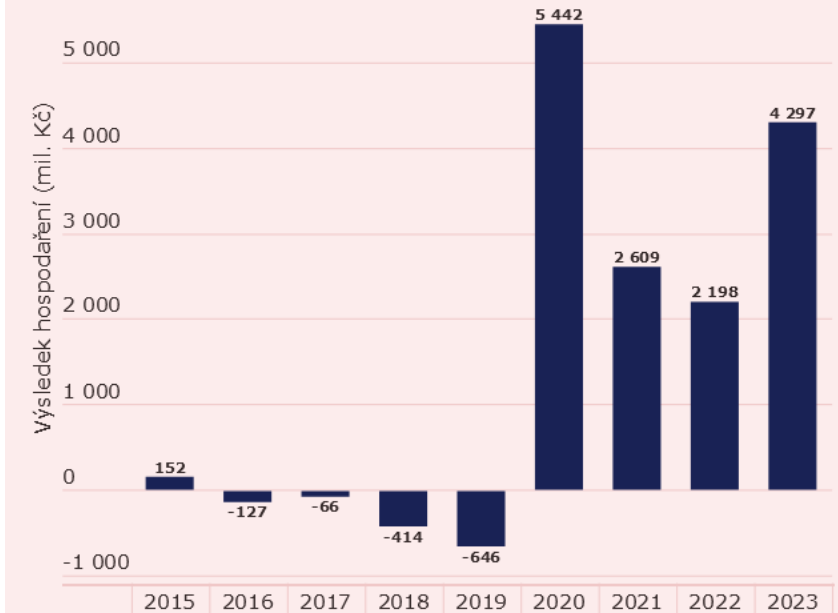
Průměrný počet UN v uvedených 5 zemích je 1 UN na 2,2 mil. obyv.

V ČR je celkem 12 FN s 16 724 lůžky... :

6x Praha (FNM-2 231, VFN-1 921, FNKV-1 280, FNB-1 010, FTN-1 063, ÚVN-677,) 2x Brno (FNB-2 090, FNUSA-866), Olomouc (1 209), Ostrava (1 233), Hradec (1 375), Plzeň (1 759).

V ČR je 2 – 3x více fakultních nemocnic (extrémně drahých, viz dále), než je průměr ve vyspělých zemích Evropy.

Jak se dařilo velkým nemocnicím
Celkový výsledek hospodaření 12 fakultních nemocnic



Zdroj: MF ČR, Monitor, Státní pokladna, výpočty vlastní

Seznam Zprávy

Personál v akutní a následné péči (2022)

Celkem **23 153** lékařů.
1 lékař/2,1 lůžka
Celkem **54 416** sester,
1 sestra/0,9 lůžka

Rok	Lůžka akutní p.	Lůžka následné p.
1989	86 261	28 865
2022	48 074	28 336
Změna	- 38 187	- 529
Změna v %	- 44,3 %	- 1,8 %

Celkem **1 330** lékařů.
1 lékař/21,3 lůžka
Celkem **6 240** sester,
1 sestra/4,5 lůžka

Zdroj: ÚZIS

- Při obecném nedostatku lékařů a sester u lůžek existuje navíc výrazný nepoměr mezi akutní a následnou péčí.
- **Od r. 2017 ubylo v násl. péči 100 lékařů a 190 sester.**
- Ve stejné době přibylo naopak v akutní péči 3 029 sester a 1 960 lékařů...
- **Jako důvod odchodů jsou uváděny přepracovanost, nízké počty personálu, fyzická i psychická náročnost, platy neodpovídající odvedené práci. Část odcházejících jsou důchodci, místo nichž nenastupují mladí lékaři či sestry.**

Řešení v EU: Ošetřovatelské pojištění

Už v 90. letech se v EU začal postupně řešit i problém v oblasti, kde se částečně překrývá zdravotní a sociální péče.

V Německu (1993) a v Rakousku (1995) se proto zavedlo tzv. „**ošetřovatelské pojištění**“ jako **5. pilíř solidárního „Bismarckovského pojištění“**.

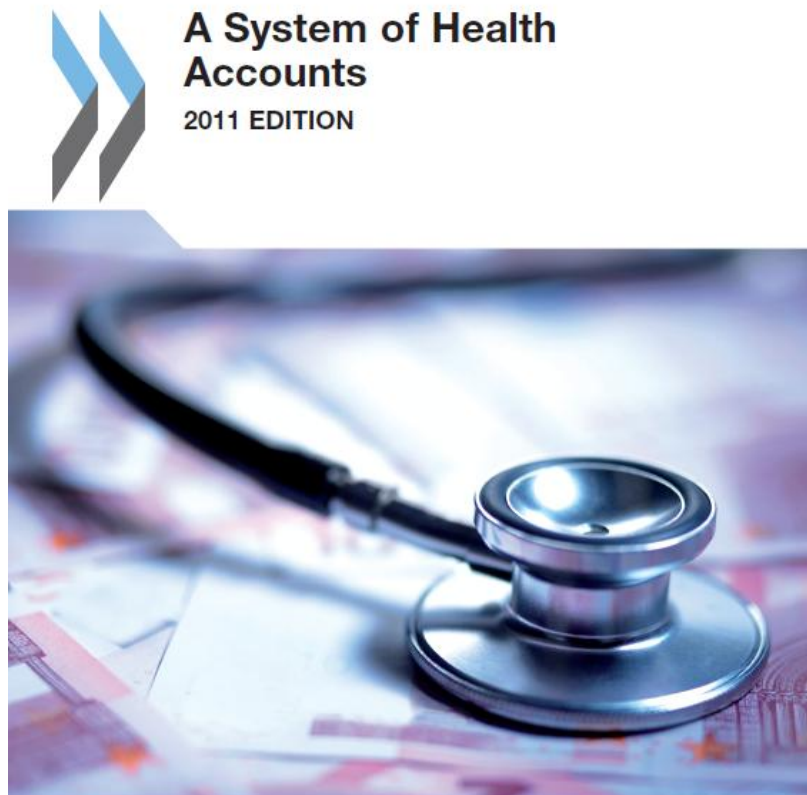
V těchto zemích se jejich tzv. „**sociální pojištění**“ skládá z **5 pilířů**, které mají univerzální, všeobecný, solidární, povinný charakter (**zdravotní, úrazové, nemocenské, v nezaměstnanosti, ošetřovatelské**).

Původně se na něj odvádělo 3,2 % z odvodů, později se zvýšily.

Z pohledu ČR by tento typ pojištění nepochybně vhodný a potřebný, jak pro pacienty/klienty, tak pro zdravotníky a sociální pracovníky (viz dále). **Např. vyčlenit část ze ZP, část ze SR a poté nastavit odvody do OP. Odpadly by problémy s proplácením hraniční péče obou resortů.**

(V ČR pro toto pojištění není politická vůle, t. č. se uvažuje pouze o bankovním produktu na komerční bázi, výhodném pro banky, s určitou státní podporou.)

Metodika SHA 2011: OECD, WHO, Eurostat



Metodika SHA 2011 (**System of Health Accounts/ Systém zdravotních účtů**) vytvořena těmito organizacemi kvůli lepší možnosti mezinárodního srovnávání (522 stran).

V r. 2000 vyšla její první verze SHA 1.0.

Aktualizace proběhla v r. 2011 (SHA 2011). Platí dodnes a je průběžně aktualizována a upřesňována (přes 500 stran, stovky tabulek, schémat a grafů).

Doplňkově a omezeně sleduje i dlouhodobou sociální péči (HCR. 1).

Nařízení Evropské komise EC 2015/239:
Všechny země EU musí od r. 2015 sledovat údaje o výdajích na dlouhodobou péči (Long-term care, LTC) podle této metodiky.

Zdroj: SHA 2011

Dlouhodobá péče (LTC) - východiska

Dnes jedna z nejsledovanějších oblastí zdravotních a sociálních služeb. Rychlé stárnutí populace, delší doba dožití, pokroky v medicíně prodlužující život.

Stalo se z ní zároveň rychle a **dynamicky rostoucí odvětví národních ekonomik.**

Vyspělé ekonomiky na ni vydávají 3 – 5 % HDP. Někde je obtížně měřitelná, např. v méně vyspělých ekonomikách je často poskytována „neplaceně“ rodinou jako tzv. **„neformální“ péče a neobjeví se ve statistikách.**

Mnohé znepokojuje **nedostatek zdrojů** v současnosti i v budoucím výhledu. Podíváme se na ni i **pohledem vyspělých zemí OECD** a současné situace v **ČR.**

Měla by být rovnoměrně poskytována ve všech regionech, dnes hlavně velká města jako Praha, Brno a další trpí jejich nedostatkem a je třeba je posílit.

Také proto se bedlivě sleduje **„délka života ve zdraví“.** V ČR je o 5 - 10 let kratší než v zemích EU-15. **Proto by potřebovala o „5 – 10 let více prostředků“. Má je?.....**

Základní členění zdravotní péče

Základní klasifikace funkcí zdravotní péče	
HC. 1	Léčebná péče
HC. 2	Rehabilitační péče
HC. 3	Dlouhodobá péče (zdravotní)
HC. 4	Doplňkové zdravotní služby (nespecifikované podle druhu)
HC. 5	Zdravotnické zboží (nespecifikované podle funkce)
HC. 6	Preventivní péče
HC. 7	Provádění a finanční správa zdravotnických programů
HC. 9	Ostatní služby zdravotní péče jinde neklasifikovaná
Doplňkové položky: položky výkaznictví	
HC. RI. 1	Celkové výdaje za léky
HC. RI. 2	Tradiční, doplňková a alternativní medicína
HC. RI. 3	Prevence a veřejné zdravotnické služby (Podle SZÚ 1.0)
Doplňkové položky: související se zdravotní péčí	
HCR. 1	Dlouhodobá péče (sociální)
HCR. 2	Podpora zdraví s multisektoriálním přístupem

Zdroj: SHA 2011

Členění (a financování) dlouhodobé péče

HC. 3 Dlouhodobá péče (zdravotní)

HC. 3.1	Lůžková dlouhodobá péče
HC. 3.2	Denní dlouhodobá péče
HC. 3.3	Ambulantní dlouhodobá péče
HC. 3.4	Domácí dlouhodobá péče

Související se zdravotní péčí

HCR. 1	Dlouhodobá péče (sociální)
HCR. 1.1	Dlouhodobá péče naturální – v podobně naturálních sociálních služeb
HCR. 1.2	Peněžité dávky dlouhodobé sociální péče

Zdroj: SHA 2011

Financování tohoto zdravotně-sociálního segment řeší země na Západě ošetrovatelským pojištěním.

Vymezení pojmů: SHA a ČR

Rozpor mezi ČR a WHO už v definici. **Proto jsou zkreslené i výsledky.** Jiná legislativní norma k dlouhodobé péči v ČR t. č. neexistuje.

„**Dl. péče zdravotní, SHA** [HC.3]– sestává ze škály služeb lékařské a osobní péče, které jsou spotřebovávány s prvotním cílem ulevit od bolesti a utrpení a zmenšit nebo zvládnout zhoršení zdrav. stavu se stupněm dl. závislosti.“

Dle SHA 2011 je dále zásadní, že se tak děje **ve zdrav. zařízení a přenocování je „pod lékařským dohledem“** + zařízení **paliativní péče**. Pokud se stav zhorší, pak se přesouvá na „léčení“ a jeho náklady patří pod [HC.1], léčebná péče. **Nepatří sem domovy seniorů**, kde není trvalá lékařská péče (24 hod).

V ČR se pojem „dl. péče“ objevuje až v zák. č. 372/2011 Sb. o zdr. službách. Je určena pacientovi, „jehož zdravotní stav nelze léčebnou péčí podstatně zlepšit a bez **soustavného poskytování ošetrovatelské péče se zhoršuje**“. Spadá pod zák. č. 48/97 Sb. a je hrazena dle vyhl. č. 134/98 Sb. (obvykle **OD 0005**, oš. lůžka. **Co ale LDN dle kódu 00024?** Tam jsou pacienti překládáni z akutních lůžek mj. k „doléčování=dále léčení“[HC.1?]).

Od 1. 1. 2026, kód 00037, zdrav.-soc. lůžko – finance i praktické dopady nejasné.



Zdravotníci obecně a následná péče zvlášť

- **O práci zde přestává být v EU-15 i v ČR zájem.** Je fyzicky i psychicky náročná, rizikové, málo placené, nevyplatí se tak dlouho studovat a pak žít ve stresu.
- **Největším problémem u nás jsou platy a vzdělávání.** V důsledku toho lékaři stávkují a sestry rovnou odcházejí... („hlasují nohama“)

Zdravotníci mají komparativní výhodu, jejich práce je přibližně stejná a podléhá podobným předpisům ve všech zemích EU, zatímco např. právníci, učitelé, účetní atp. tak snadno v cizině nezakotví...

Proto mohou čeští lékaři i sestry v západní Evropě počítat s jejich výdělky (násobky českých). **Ale i němečtí lékaři míří často do Švýcarska, Norska atp.**

Lékaři z nemocnic v ČR míří nejvíc do ambulancí (bez služeb, volné víkendy, slušné výdělky.) **Sestry** hledají práci v blízkém příhraničí v „D“ či „A“ a u nás do méně náročných profesí i mimo obor poblíž rodiny a bydliště.

Závěr: ČR x západní země EU

1. V ČR dáváme **málo** (na zdravotnictví i LTC) a ještě **zkresluje** statistiky.
2. Na Západě jsou **neziskoví**, hradí jen náklady a za stejnou práci dávají **stejně**.
3. **České úhrady**: „Tomu dala, tomu víc, tomu málo, tomu nic...”
4. **Strategie nemocnic v EU-15: důraz na menší regionální nemocnice a decentralizaci.** (Platí i v dl. péči – blíže domova i sociálním kontaktům.)
5. **Lůžek NP bylo v r. 2022 ještě méně než v r. 1989.** Možná i proto, že v ČR s 28 tis. lůžky dostává v součtu jen cca tolik jako praktiční lékaři (!).
6. V platech i ve vzdělávání **zaostáváme** (2,5x méně) a budeme nejspíš i dál...
7. Místo „systému“ máme **nefunkční hybrid** a **marně „čekáme na Godota“...**
(...dnes prý ještě nepřijde, ale zítra možná ano... sám se obávám, že nikoliv).