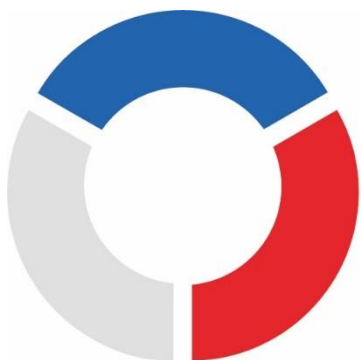




**Úřad
Národní
rozpočtové
rady**

**Financování zdravotnictví v ČR:
hospodaření zdravotních pojišťoven
a dlouhodobý výhled**

Úřad Národní rozpočtové rady

Financování zdravotnictví v ČR: hospodaření zdravotních pojišťoven a dlouhodobý výhled

Informační studie

sekce Makroekonomických a fiskálních analýz

říjen 2026

Jan Brůna (jan.bruna@unrr.cz)

Úřad Národní rozpočtové rady

Holečkova 31, 150 00 Praha 5

tel.: 277 771 010

e-mail: podatelna@unrr.cz

www.unrr.cz

Úvod

Výdaje na zdravotnictví v České republice jsou pokryty dominantně z veřejných zdrojů. V roce 2023 činil poměr veřejných zdrojů a celkových výdajů přibližně 85 %.¹ Největší podíl je hrazen přímo z plateb zdravotních pojišťoven („ZP“). Těch v současné době v ČR působí sedm, z nichž nejvíce klientů obsluhuje Všeobecná zdravotní pojišťovna (VZP).² Příjmovou stranu pojišťoven zajišťuje výběr pojistného a transfer státu na platbu za státní pojištěnce. Zdravotní pojištění se sazbou 13,5 % z vyměřovacího základu je povinné pro zaměstnance, osoby samostatně výdělečně činné („OSVČ“) i osoby bez zdanitelných příjmů („OBZP“). Zaměstnanec platí ze základu, tj. hrubé mzdy, 4,5 %, zbylých 9 % platí zaměstnavatel. Pro OSVČ je vyměřovací základ 50 % hrubého zisku³ a pro OBZP minimální mzda pro příslušný rok. Za zákonem vymezené skupiny osob (důchodci, nezaopatřené děti, uchazeči o práci atd.) platí pojistné stát. Zdravotní pojišťovny v ČR patří do subsektoru S.1314 – fondy sociálního zabezpečení.⁴

Cílem studie je popsat strukturu financování českého zdravotnictví se zaměřením na příjmy a výdaje zdravotních pojišťoven a posoudit vývoj jejich hospodaření v horizontu 50 let. Studie zároveň vysvětluje rozdíly mezi hlavními metodikami vykazování zdravotních výdajů a zasazuje český systém do mezinárodního kontextu. Kapitoly se věnují postupně (i) položkám příjmů a výdajů ZP, (ii) trendům financování zdravotní péče z posledních let, (iii) projekci hospodaření v horizontu 50 let, (iv) rozdílům v metodikách vykazování výdajů na zdravotnictví a (v) výdajům na zdravotnictví v mezinárodním kontextu.

1 Položky příjmů a výdajů ZP

Data k hospodaření pojišťoven jsou zachycována dvěma principy. Hotovostní metodika (cash-flow) na měsíční a čtvrtletní bázi poskytuje informaci, kolik peněz za dané období skutečně přišlo na účet pojišťoven, respektive z nich odešlo. Bez ohledu na to, ke kterému období se peníze věcně vztahují. Hotovostní metodiku používá i Vládní finanční statistika.⁵ Druhý, aktuální princip naopak zahrnuje příjmy a výdaje, které se vážou k danému období. Tuto metodiku (ESA 2010) využívá Eurostat. Jako zdroj dat mohou sloužit i pojistné plány jednotlivých pojišťoven, které obsahují plánované příjmy a výdaje publikované na hotovostním principu.

Příjmy pojišťoven z provozní činnosti tvoří vybrané pojistné na veřejné zdravotní pojištění, platba od státu za státní pojištěnce a ostatní příjmy. Příjmy evidované jako ostatní mají jen marginální význam a tvoří je penále, pokuty, přirážky či náhrady škod. Důležitější jsou první dvě skupiny. Součástí makroekonomické predikce MF ČR je také predikce fiskálních příjmů, a odhad příjmů pojišťoven tak posuzuje i nezávislý Výbor pro rozpočtové prognózy.

Největší příjem zdravotních pojišťoven tvoří vybrané pojistné od zaměstnanců, zaměstnavatelů, OSVČ a OBZP. Transfer státu na státní pojištěnce je z pohledu veřejných rozpočtů neutrální; jedná se o výdaj centrální vlády (resp. státního rozpočtu)⁶ a zároveň příjem zdravotních pojišťoven. Osoby, za které platí pojistné stát, určuje zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a jsou jimi:

- a) nezaopatřené děti,
- b) poživatelé důchodů,
- c) osoby starší 26 let studující prvně v doktorském studijním programu,
- d) příjemci rodičovského příspěvku,
- e) ženy na mateřské nebo osoby na rodičovské dovolené,
- f) osoby pobírající peněžitou pomoc v mateřství,

¹ ČSÚ (2025): Výsledky zdravotnických účtů v ČR v letech 2010–2023.

² Dále Vojenská zdravotní pojišťovna České republiky (VoZP), Česká průmyslová zdravotní pojišťovna (ČPZP), Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví (OZP), Zaměstnanecká pojišťovna Škoda (ZPŠ), Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra České republiky (ZPMV) a Revírní bratrská pokladna, zdravotní pojišťovna (RBP).

³ Výběr pojistného od OSVČ je ale nižší než výběr pojistného od zaměstnanců. Jednak OSVČ je méně než zaměstnanců, a jednak část OSVČ platí minimální zálohy. Minimální měsíční záloha pro rok 2026 je 3 306 Kč (13,5 % z 24 483,5 Kč).

⁴ Do subsektoru S.1314 patří kromě veřejných zdravotních pojišťoven ještě Kancelář zdravotního pojištění, Asociace zdravotních pojišťoven, Svaz zdravotních pojišťoven ČR a Otevřený svaz zdravotních pojišťoven. Viz https://www.mfcr.cz/assets/cs/media/SDDS-Plus_GGO.pdf.

⁵ Viz <https://mf.gov.cz/cs/rozpoctova-politika/makroekonomika/statistika-vladniho-sektoru>.

⁶ Kapitola Všeobecná pokladní správa.

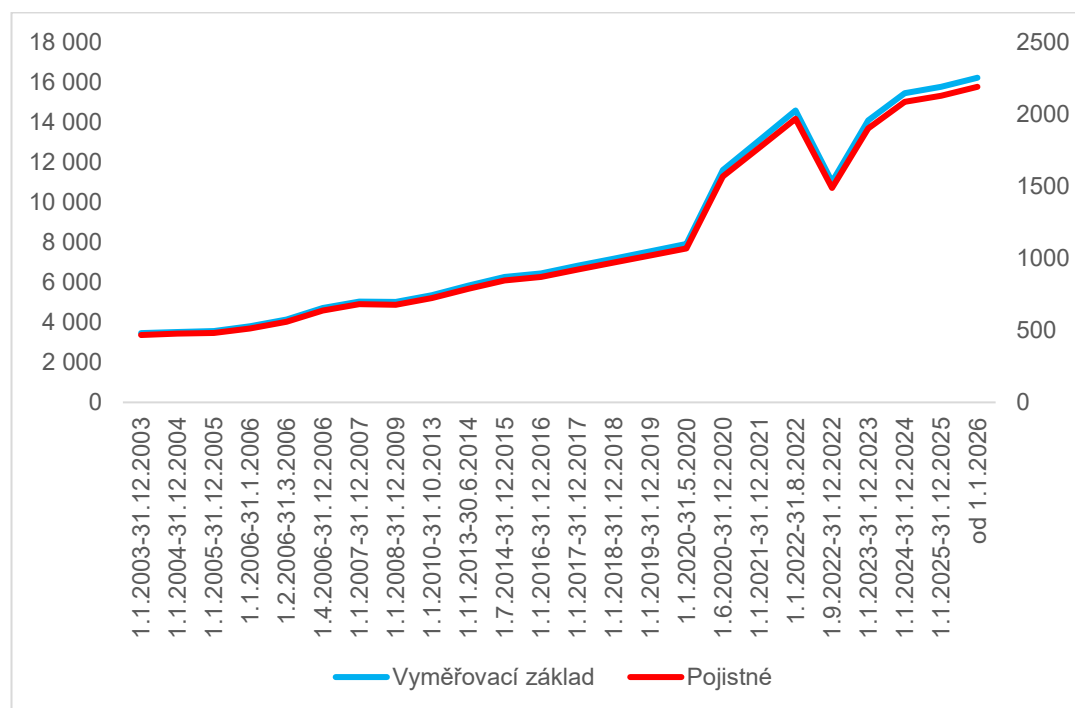
g) uchazeči o zaměstnání,

h) a další osoby.⁷

Nezaopatřené dítě definuje zákon č. 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře jako (i) dítě do ukončení povinné školní docházky a (ii) do 26. roku života za určitých podmínek. Poživatelé důchodů jsou osoby, kterým byl podle zákona č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění přiznán důchod starobní, invalidní, vdovský/vdovecký nebo sirotčí. Uchazeč o zaměstnání je státním pojištěncem po dobu evidence na Úřadu práce. Predikovat přesný počet těchto pojištěnců není snadná záležitost zejména kvůli značné heterogenitě skupiny. Poslední (předběžný) údaj za rok 2025 hovoří o přibližně šesti milionech státních pojištěnců, což představuje více než polovinu obyvatel ČR.⁸

Vyměřovací základ pro státní pojištěnce není odvozen z příjmů, jelikož velká část těchto pojištěnců žádné příjmy nemá. Zákon stanoví valorizační mechanismus; výslednou výši vyměřovacího základu pro příslušný rok stanoví vláda nařízením. Z vyměřovacího základu se vypočítá pojistné sazbou 13,5 %. Ke snížení vyměřovacího základu došlo začátkem roku 2008 a od září roku 2022. Ne však poklesem státních pojištěnců, nýbrž vládním rozhodnutím. Naopak rekordní nárůst nastal v červnu 2020 v souvislosti s pandemií covid-19 a potřebou posílit financování zdravotní péče (graf 1).

Graf 1: Vyměřovací základ a pojistné na jednoho státního pojištěnce (v Kč)



Poznámka: Pojistné je na pravé ose.

Zdroj: VZP (2026); graf NRR

Poslanecká sněmovna v polovině roku 2022 schválila automatickou valorizaci plateb za státní pojištěnce jako jeden z bodů programového prohlášení tehdejší vlády s cílem udržení dostupnosti a kvality zdravotní péče.⁹ Od roku 2024 se indexace počítá z vyměřovacího základu navýšeného každoročně o součet růstu cen a poloviny růstu reálné mzdy (podobně jako valorizace důchodů). Mechanismus má tak reagovat na ekonomické podmínky včetně nákladových šoků spojených s vyšší mírou inflace. Ovšem už pro stanovení výše vyměřovacího základu pro rok 2027 se vláda od automatické (zákonné) valorizace odchýlila a přistoupila k mimořádné valorizaci s

⁷ Blíže viz <https://www.vzp.cz/platci/informace/stat/za-koho-plati-pojistne-stat>.

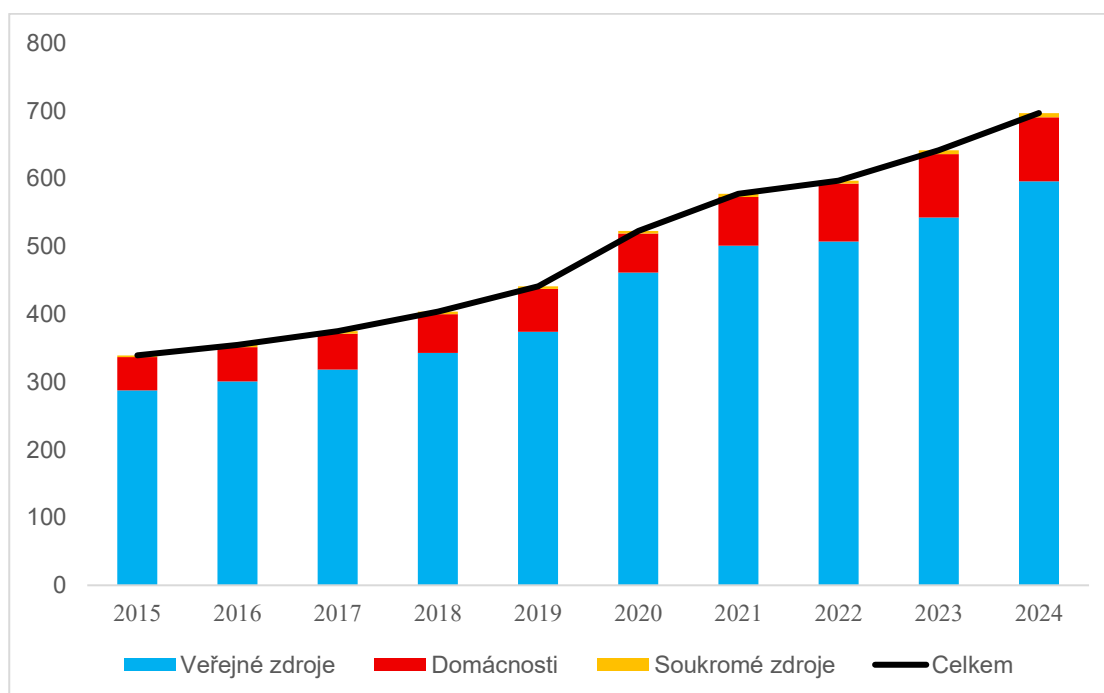
⁸ Ministerstvo zdravotnictví ČR (2026): Hodnocení vývoje systému veřejného zdravotního pojištění v jednotlivých letech období 2015–2024.

⁹ Zákon, kterým se mění zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na veřejné zdravotní pojištění, ve znění pozdějších předpisů, a další související zákony.

dodatečnými fiskálními náklady přibližně 16,5 mld. Kč oproti rozpočtované částce na rok 2026 (157,7 mld. Kč).¹⁰ Automatická valorizace by činila ve výdajích oproti roku 2026 navíc jen 2,4 mld. Kč.¹¹

Výdaje na provozní činnost rozdělují Ministerstvo financí ČR na výdaje na náhrady zaměstnancům zdravotních pojišťoven, sociální dávky a ostatní. Sociální dávky představují výdaje na zdravotní péči a tvoří největší položku celkových výdajů. Ministerstvo zdravotnictví ČR poskytuje ještě přesnější dělení těchto dávek na ambulantní a lůžkovou péči.¹² Pod položkou ostatní lze najít výdaje na nákup zboží a služeb nebo zálohy za platby na cizině. Zdravotní péče v ČR je financována dominantně z veřejných zdrojů (v roce 2023 z necelých 85 %). Primárním veřejným zdrojem jsou zdravotní pojišťovny, které v roce 2023 zaplatily skoro 73 % zdravotní péče v Česku. Veřejným zdrojem financování je i státní rozpočet a krajské a obecní rozpočty.¹³ Dále se na pokrytí výdajů na péči podílejí v menší míře domácnosti (platby u stomatologů za nadstandardní služby, platby za lázeňské pobyty atd.) a soukromé zdroje (např. neziskové organizace), ty ale tvoří marginální část výdajů (graf 2).

Graf 2: Výdaje na zdravotní péči podle zdrojů financování (v mld. Kč)



Zdroj: ČSÚ (2025) a ČSÚ (2026); graf NRR

2 Hlavní trendy financování posledních let

Trendy především na výdajové straně hospodaření jsou poměrně jasné. Kromě již zmíněného podílu veřejných zdrojů lze konstatovat, že výdaje na zdravotní péči dlouhodobě rostou (v roce 2023 dosáhly 642 mld. Kč; meziroční nárůst o 7,5 %). Od roku 2010 se v ČR vydalo na péči 5,8 bilionu Kč, přičemž více než polovina připadla jen na roky 2018–2023. Mezi lety 2010–2023 se výdaje připadající na jednoho obyvatele zdvojnásobily a v roce 2023 činily 59 018 Kč.

Ačkoliv primárním zdrojem jsou stále zdroje veřejné (hlavně pojišťovny), je zajímavé sledovat i podíl výdajů hrazených domácnostmi. Ty v celém sledovaném období rostou s jedinou výjimkou roku 2020, kdy byla vlivem pandemie covid-19 odkládána zbytná péče. V roce 2023 dosáhly 93,7 mld. Kč (meziročně o 9,8 % více). Největší změna je v čase pozorována u stomatologické péče a výdajů na léky, zejména volně prodejné. Výdaje domácností

¹⁰ Návrh zákona o státním rozpočtu České republiky na rok 2027 včetně rozpočtové dokumentace (září 2026).

¹¹ Nařízení vlády o výši vyměřovacího základu pro pojistné na veřejné zdravotní pojištění hrazené státem pro rok 2027, Důvodová zpráva.

¹² Podrobnější dělení viz Výsledky zdravotnických účtů ČR v letech 2010–2023.

¹³ Ze státního rozpočtu se platí např. dlouhodobá zdravotní péče poskytovaná v domovech pro seniory a dalších zařízeních sociálních služeb nebo celostátní preventivní a zdravotní programy hrazené mimo veřejné zdravotní pojištění. Z rozpočtů krajů a obcí se platí např. zdravotnická záchranná služba.

tak nominálně dlouhodobě rostou, jejich podíl na celkových výdajích na zdravotní péči však zůstává relativně stabilní.

Naopak preventivní péče byla v posledních letech značně „narušena“ pandemií. Maxima dosáhla v roce 2021 (48,6 mld. Kč), v roce 2023 byly výdaje na ni už jen 17,6 mld. Kč. Předchozí růst tak nevyplynul ze strukturálního charakteru, ale spíše z mimořádnosti spojené s covidem.

Zajímavý vývoj v hospodaření nastal právě v souvislosti s pandemií covid-19, resp. s jejím odezněním. Mezi lety 2019 a 2020 (začátek pandemie v březnu 2020) se výdaje zdravotních pojišťoven zvýšily z 5,5 % HDP na 6,4 % HDP, tedy o 0,9 p. b. V roce 2021 výdaje činily 6,6 % HDP. Tento nárůst byl pochopitelný v souvislosti s nutností posílit zdravotní péči, nakoupit ochranné pomůcky atd. Po skončení pandemie se očekávalo, že výdaje klesnou zpět na úroveň před rokem 2020, to se však nestalo. V roce 2022 sice výdaje pojišťoven mírně poklesly (o 0,5 p. b.), dodnes se ale drží na úrovni přesahující 6 % HDP. Přetrvávání vyššího poměru výdajů k HDP je slučitelné s „efektem západky“. Pohled na růst výdajů v konkrétních položkách nabízí informační studie Národní rozpočtové rady (Lakotová, 2025).¹⁴

3 Projekce hospodaření v horizontu 50 let

Zdravotní pojišťovny před každým rokem povinně sestavují tzv. zdravotně pojistný plán (ZPP). Jedná se o podrobný dokument s předpokládanými příjmy a výdaji pojišťovny včetně členění podle jednotlivých fondů, předpokládaným vývojem struktury pojištěnců, informacemi o pojišťovně atd. Zdravotně pojistné plány schvalují příslušné orgány pojišťoven a později po schválení vládou i Poslanecká sněmovna Parlamentu. Plány jsou dostupné na stránkách pojišťoven.¹⁵

Plány kromě příjmů a výdajů obsahují i očekávané saldo pro příslušný rok. Poslední léta ukazují, že skutečnost mnohdy vychází mírně lepší než údaje ze ZPP zejména díky vyššímu výběru pojistného a výsledným nižším nákladům. Např. pro rok 2026 očekává úhradová vyhláška příjmy vyšší o čtyři miliardy vyplývající z jednotného měsíčního hlášení zaměstnavatelů (JMHZ).¹⁶ Většina příjmů ZP se odvíjí od výběru pojistného, kterému pomáhají rychle rostoucí mzdy a platy. Většina výdajů ZP míří na náklady na zdravotní služby. Rozdíl tak tvoří zejména platba za státní pojištěnce, kterou se vláda pro roky 2027 a 2028 snaží dorovnat záporné saldo S.1314.

Zdravotnictví se věnuje Zpráva o dlouhodobé udržitelnosti veřejných financí („Zpráva“)¹⁷ v kapitole 3.2; předpoklady k demografii, vývoji HDP a mezd jsou v kapitole 2. Příjmy z pojistného odhadujeme v projekci stejně jako ve Zprávě jako konstantní podíl na náhradách pracovníkům (tj. včetně odhadu náhrad pro podnikatele) na HDP. Při výpočtu platby za státní pojištěnce jako podílu na HDP vycházíme v základním scénáři z mimořádné valorizace¹⁸ schválené vládou v červnu 2026, která počítá s vyměřovacím základem 17 540 Kč. Zvýšený základ v letech 2027 a 2028 následně od roku 2029 valorizujeme standardně dle zákona (o inflaci a polovinu růstu reálných mezd). V rámci naší projekce počítáme s předpokladem, že reálné mzdy porostou rychleji než produktivita práce, resp. než HDP na obyvatele. Inflaci uvažujeme na úrovni inflačního cíle ČNB ve výši 2 % spotřebitelské inflace.

U vybraného pojistného projektujeme mírný růst (z 4,40 % v roce 2026 na 4,76 % v roce 2026) v důsledku předpokládaného růstu podílu náhrad zaměstnancům na HDP. Příjmy z platby za státní pojištěnce v horizontu projekce klesnou z důvodu mechanismu valorizace, který zaručuje nižší růst (z 1,79 % HDP v roce 2026 na 1,33 % HDP v roce 2026) než růst nominálního HDP. Předpokládáme, že relativní rozdíly ve výdajích na jednoho obyvatele mezi jednotlivými věkovými skupinami zůstávají v čase stabilní. Rozlišujeme věkově specifické náklady na zdravotnictví u mužů a žen. Do projekce zahrnujeme v současné době dostupná data, tedy do roku 2021.¹⁹

Vedle toho modelujeme v grafu 3 dva alternativní scénáře. První předpokládá zachování řádné valorizace po celou dobu projekce s vyměřovacím základem 16 450 Kč v roce 2027 (Alternativní scénář 1), druhý absenci platby za státní pojištěnce (Alternativní scénář 2).

¹⁴ Lakotová (2025): Dopad pandemie COVID-19 na veřejné výdaje na zdraví.

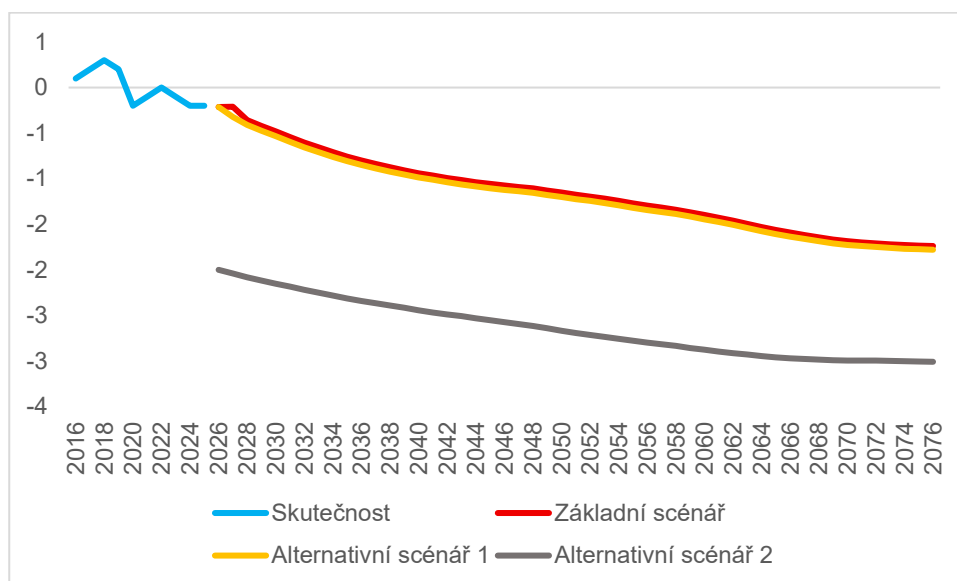
¹⁵ VZP: <https://www.vzp.cz/o-nas/dokumenty/zdravotne-pojistne-plany>, VoZP: <https://www.vozp.cz/zdravotne-pojistny-plan>, ČPZP: <https://www.cpzp.cz/clanek/50-0-Ekonomicke-informace.html>, OZP: <https://www.ozp.cz/tiskove-centrum/pojistne-plany>, ZPŠ: <https://www.zpskoda.cz/o-nas>, ZPMV: <https://www.zpmvr.cz/o-nas/dokumenty/zdravotne-pojistne-plany> a RBP: <https://www.rbp213.cz/o-nas/pro-verejnost-a-media/zdravotne-pojistny-plan/a-384/>.

¹⁶ Úhradová vyhláška 2026, Důvodová zpráva.

¹⁷ NRR (2026): Zpráva o dlouhodobé udržitelnosti veřejných financí.

¹⁸ Usnesení č. 358/2026 z jednání vlády dne 8. června 2026. Sněmovní tisk 235, pozměňovací návrh poslance B. Štastného měnící původní vyměřovací základ 18 362 Kč.

¹⁹ ČSÚ (2023): Zaostřeno na ženy a muže – 2023.

Graf 3: Projekce salda zdravotních pojišťoven ve třech scénářích (v % HDP)

Zdroj: Eurostat gov_10a_main; výpočty a graf NRR

Základní scénář ukazuje, že mimořádná valorizace zlepšuje saldo v roce 2027, v dalších letech se ale deficit dále prohlubuje. V prvním alternativním scénáři je tento pokles postupný po celé sledované období, což vyplývá z charakteru valorizačního mechanismu (viz výše). Na konci období je deficit při tomto scénáři 1,78 % HDP (oproti 1,74 % HDP v základním scénáři). Druhý alternativní scénář slouží jako účetní ilustrace významu státní platby a ukazuje, kolik by činilo saldo S.1314, kdyby stát neposílal pojišťovnám platbu za státní pojištění. V takovém případě by deficit v roce 2076 byl až 3,01 % HDP. Tento scénář poukazuje na rozdíl v hospodaření, který vláda „dorovná“ právě skrze platbu za státní pojištění.

4 Metodiky vykazování výdajů na zdravotnictví

Než přejdeme k představení výdajů na zdravotnictví v mezinárodním kontextu, je vhodné upozornit na tři hlavní způsoby (metodiky) vykazování těchto výdajů, jelikož výdaje dle těchto metodik nejsou vzájemně porovnatelné a nelze je libovolně uvádět vedle sebe. Stejně tak nelze vždy porovnávat výdaje v rámci každé metodiky samostatně mezi sebou. Jedná se o (i) Vládní finanční statistiku (podle ESA 2010), konkrétně subsektor S.1314; (ii) SHA 2011 (System of Health Accounts 2011) a (iii) COFOG (Classification of the Functions of Government). Vše výše uvedené je dostupné v databázi Eurostat.²⁰

Vládní finanční statistika zachycuje hospodaření celého sektoru vládních institucí (S.13) a jeho jednotlivých subsektorů.²¹ Úskalím tohoto přístupu je, že jednotlivé státy zahrnují do těchto subsektorů různé instituce s odlišnými funkcemi. Proto mezinárodně srovnatelná nejsou salda subsektorů, ale pouze celkové saldo S.13. Tudiž tato metodika nám neposlouží pro mezinárodní srovnání, ale je velmi užitečná pro zdravotnický systém ČR. Jak bylo zmíněno výše, český systém je z většiny závislý na veřejných výdajích, z toho především na výdajích zdravotních pojišťoven. Jelikož ČR řadí do S.1314 právě zdravotní pojišťovny a malé související organizace, lze pro zjednodušení saldo S.1314 uvažovat jako saldo ZP. Ovšem tento přístup nezachytí ostatní veřejné výdaje na zdravotnictví, soukromé výdaje ani spoluúčasť domácností (viz dále).

Je proto vhodný pro meziroční srovnání vývoje salda ZP v tuzemsku, ale nikoliv pro srovnání v rámci Evropy. Např. v Rakousku patří do S.1314 zdravotní pojišťovny, úrazové pojišťovny i instituce důchodového pojištění (to je v ČR součástí centrální vlády). Malta a Norsko samostatný S.1314 vůbec nevykazují.

Nejllepší metodikou pro mezinárodní srovnání je SHA 2011, která byla vytvořena právě pro tyto účely ve spolupráci OECD, WHO a Eurostatu. SHA eliminuje rozdíly plynoucí z odlišného institucionálního uspořádání

²⁰ Vedle toho lze sledovat ještě ESSPROS (European System of Integrated Social Protection Statistics), který sleduje sociální ochranu podle funkcí, přičemž jednou z nich je *sickness / health care*.

²¹ Central government (S.1311), State government (S.1312), Local government (S.1313) a **Social security funds (S.1314)**.

zdravotních systémů a vykazuje výdaje (i) dle zdroje financování (veřejné zdroje, domácnosti, soukromé zdroje), (ii) dle druhu poskytované péče (např. léčebná péče, rehabilitace, dlouhodobá péče, prevence nebo léčiva) a (iii) dle poskytovatele (např. nemocnice, ambulantní péče nebo lékárny). Základní ukazatel nezahrnuje kapitálové výdaje, např. výstavbu či rekonstrukce zdravotnických zařízení nebo pořízení zdravotnických přístrojů; v širším rámci SHA však mohou být kapitálové výdaje sledovány samostatně. Časové řady zdravotnických účtů jsou průběžně revidovány tak, aby byla zachována co nejvyšší srovnatelnost údajů v čase. Aktuálně publikované časové řady proto nemusí být plně srovnatelné s údaji zveřejněnými ve starších vydáních zdravotnických účtů. V roce 2024 došlo mimo jiné k revizi výdajů domácností a neziskových organizací v souvislosti s přechodem na klasifikaci COICOP 2018.

Rozdělení výdajů dle zdroje financování ukazuje graf 2. Tabulka 1 představuje členění dle zbývajících dvou typů a logicky dochází ke stejnému celkovému objemu výdajů na zdravotní péči. Mezinárodnímu srovnání se věnuje kapitola 5.

Tabulka 1: Výdaje na zdravotní péči v roce 2023 v ČR (v mld. Kč)

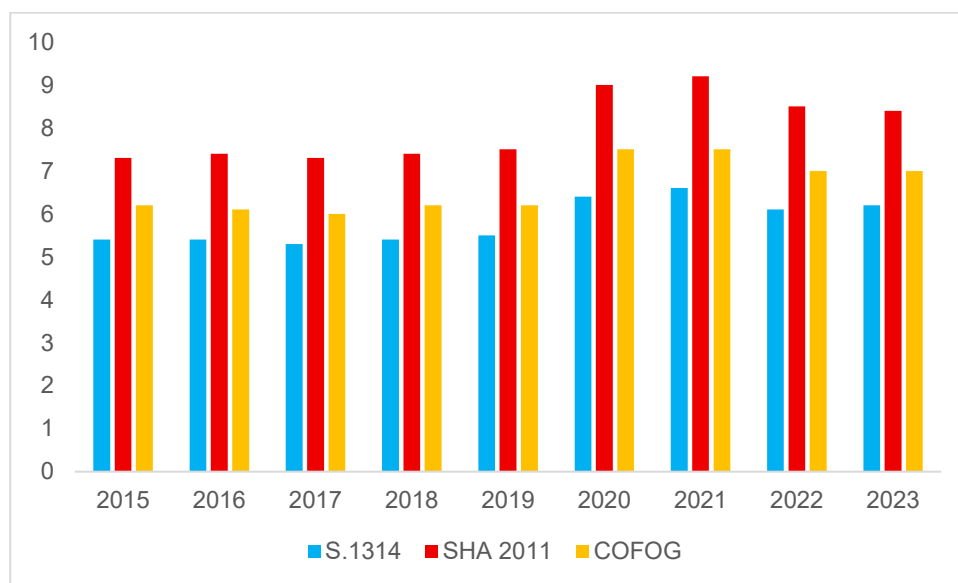
Dle druhu poskytnuté péče		Dle poskytovatele	
Léčebná péče	347,2	Nemocnice	288,2
Dlouhodobá péče	86,8	Lůžková zařízení dlouhodobé péče	51,7
Rehabilitační péče	35,1	Zařízení ambulantní péče	152,7
Preventivní péče	17,6	Zařízení poskytující doplňkové služby	26,1
Doplňkové služby	32,5	Lékárny a výdejny prostředků zdravotnické techniky	87,5
Léky a zdrav. prostředky	103,7	Správa systému zdrav. péče	12,3
Správa systému zdravotní péče	12,3		
Ostatní nebo nerozlišeno	6,8	Ostatní nebo nerozlišeno	23,5
Celkem	642	Celkem	642

Zdroj: ČSÚ (2025)

Třetí metodikou je klasifikace COFOG, tedy členění výdajů sektoru vládních institucí dle funkce, konkrétně GF07 – Health. Hlavní rozdíl oproti SHA spočívá v tom, že GF07 zahrnuje pouze výdaje S.13 (tedy nepatří sem soukromé zdroje ani spoluúčast domácností) a zahrnuje kapitálové výdaje. V případě ČR je při interpretaci COFOG nutné zohlednit specifické statistické zachycení platby za státní pojištění, které vede k tomu, že je tento finanční tok při pohledu na výdaje na zdraví zachycen vedle následných výdajů zdravotních pojišťoven. Proto očišťujeme COFOG o položku D.62 – sociální dávky jiné než naturální sociální transfery.²² U ostatních zemí je tato položka marginální nebo nulová. Např. v roce 2023 výdaje ČR na zdravotnictví podle COFOG činily celkem 8,8 % HDP, po očištění 7 % HDP.

²² Modelově: Stát zaplatí 100 Kč jako platbu za státní pojištění. COFOG tuto částku zachytí jako výdaj. ZP použije těchto 100 Kč na úhradu zdravotní péče. COFOG zachytí znovu jako výdaj.

Graf 4: Výdaje na zdravotní péči v ČR (v % HDP)



Poznámka: COFOG je očištěn o položku D.62.

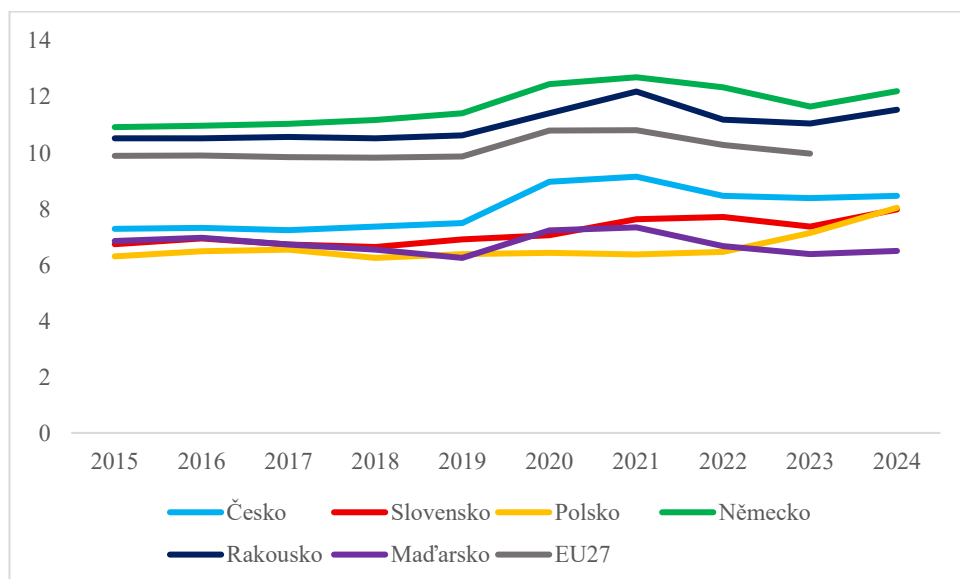
Zdroj: Eurostat *gov_10a_main*, ČSÚ (2025) a Eurostat *gov_10a_exp*; graf a výpočty NRR

5 Mezinárodní srovnání výdajů na zdravotnictví

Jak jsme uvedli výše, nejvhodnější metodikou pro porovnání napříč zeměmi je SHA 2011, proto z ní budeme v této kapitole vycházet, konkrétně z klasifikace (i) dle zdroje financování. Hlavním ukazatelem veřejného financování zdravotnictví je položka HF1, která zahrnuje vládní systémy (HF1.1), systémy sociálního zdravotního pojištění a povinného soukromého pojištění (HF1.2) a povinné zdravotní spořicí účty (HF1.3). Pro celkové výdaje na zdravotnictví je využita položka TOT_HF, tedy výdaje ze všech financujících schémat. Pro zachycení přímé finanční účasti domácností je využita položka HF3, která označuje přímé platby domácností za zdravotnické statky a služby hrazené z běžných příjmů nebo úspor domácností v okamžiku nákupu či využití služby.

Standardním ukazatelem je objem výdajů na zdravotní péči jako poměr k HDP, se kterým pracuje i tato studie. Sám o sobě ale nemusí dostatečně vystihovat skutečnou finanční náročnost systému ani jeho dopad na obyvatele. Země se mohou výrazně lišit v tom, jak velká část HDP se promítá do mezd, disponibilních příjmů domácností nebo veřejných rozpočtů. Nižší poměr zdravotních výdajů k HDP tak nemusí automaticky znamenat nízké financování, pokud je zároveň vysoký ve vztahu k příjmům domácností nebo ke mzdové základně, ze které je systém financován. I proto použijeme jako doplňující měřítko výše zmíněnou spoluúcast domácností.

Graf 5: Výdaje na zdravotnictví v zemích střední Evropy (v % HDP)



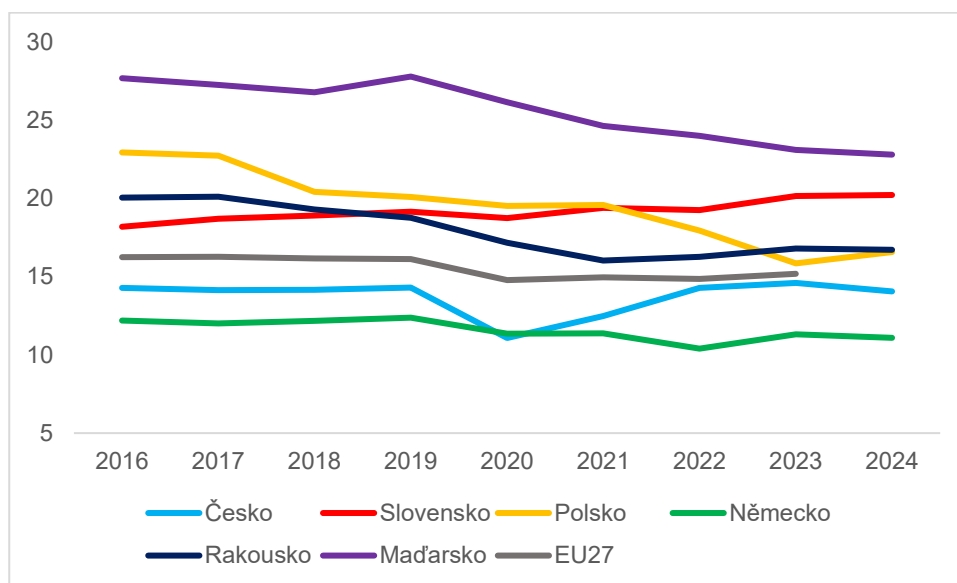
Poznámka: Hodnota pro EU27 za rok 2024 není dostupná.

Zdroj: Eurostat *hlth_sha11_hf*; graf NRR

Z grafu 5 je zřejmé, že ze zemí střední Evropy vydávají na zdravotnictví v poměru k HDP nejvíce prostředků Německo s Rakouskem, naopak nejméně Maďarsko. Vyšší výdaje Německa a Rakouska lze vysvětlit kombinací vyšší příjmové a mzdové úrovně, rozsáhlého pojistného krytí, vysoké dostupnosti péče a strukturálně nákladnější organizace zdravotnictví, stejně jako stagnací HDP. V obou zemích hraje významnou roli nemocniční sektor: Německo patří mezi země s nejvyšší lůžkovou kapacitou v EU a Rakousko má výdaje dlouhodobě koncentrované do lůžkové péče. V Německu k vyšším výdajům přispívá také významná a rostoucí složka dlouhodobé péče. Růst podílu zdravotních výdajů na HDP v Polsku v posledních letech souvisí především s cíleným navyšováním veřejného financování zdravotnictví. Polská vláda přijala zákonnou trajektorii růstu veřejných výdajů, přičemž významná část dodatečných prostředků směřovala na zvýšení mezd zdravotnického personálu, kompenzaci vyšších provozních nákladů a zvýšení úhrad poskytovatelům. U všech zemí je patrná odchylka v letech 2020 a 2021 způsobena pandemií covid-19.

Doplňujícím ukazatelem jsou výdaje domácností na zdravotní služby jako procenta celkových výdajů na zdravotní péči podle SHA 2011.

Graf 6: Podíl výdajů domácností na celkových výdajích na zdravotnictví (v %)



Poznámka: Hodnota pro EU27 za rok 2024 není dostupná. Data před rokem 2016 nejsou kompletní.

Zdroj: Eurostat *hlth_sha11_hf*, graf NRR

Graf 6 ukazuje, že Česko se v podílu přímých plateb domácností dlouhodobě pohybuje pod průměrem EU. Nejvyšší podíl si udržuje po celé období Maďarsko, i když od roku 2019 setrvale klesá. Naopak Německo má dlouhodobě nejnižší podíl zapojení domácností, což odpovídá systému s vysokým veřejným krytím zdravotní péče. Zajímavý je také vývoj Polska, kde se podíl domácností od roku 2017 výrazně snížil a v posledních letech se přiblížil Rakousku i průměru EU.

Závěr

Studie se zaměřila na strukturu financování českého zdravotnictví, hospodaření zdravotních pojišťoven a jeho dlouhodobý výhled. Pozornost byla věnována také rozdílům mezi jednotlivými metodikami vykazování zdravotních výdajů a postavení České republiky v mezinárodním srovnání.

Ze studie lze vyvodit následující závěry:

- Financování zdravotní péče v ČR je dominantně založeno na veřejných zdrojích, přičemž nejvýznamnějším zdrojem jsou prostředky zdravotních pojišťoven. Vedle nich se na financování podílejí veřejné rozpočty, domácnosti a v menší míře soukromé zdroje.
- Výdaje na zdravotní péči dlouhodobě rostou. K jejich výraznému zvýšení došlo zejména během pandemie covid-19. Po jejím odeznění výdaje zdravotních pojišťoven v poměru k HDP částečně poklesly, nadále však zůstávají nad úrovní před rokem 2020.
- Dlouhodobá projekce ukazuje postupné zhoršování salda zdravotních pojišťoven. Mimořádné zvýšení platby za státní pojištěnce může jejich hospodaření krátkodobě zlepšit, samo o sobě však dlouhodobý trend neobrací. Ve stávající verzi základního scénáře dosahuje saldo na konci projekce přibližně -1,74 % HDP.
- Na vývoj salda působí rozdílná dynamika hlavních příjmových zdrojů. Příjmy z vybraného pojistného v poměru k HDP v projekci mírně rostou, zatímco význam platby za státní pojištěnce při uvažovaném valorizačním mechanismu postupně klesá.

- Jednotlivé metodiky vykazování zdravotních výdajů nejsou vzájemně zaměnitelné. Pro sledování hospodaření českých zdravotních pojišťoven jsou vhodná data za sektor S.1314, zatímco pro mezinárodní srovnání je lepší metodika SHA 2011. U metodiky COFOG je v případě ČR nutné zohlednit specifické zachycení plateb za státní pojištěnce.
- ČR vydává na zdravotní péči v poměru k HDP méně než Německo, Rakousko a průměr EU, a zároveň vykazuje relativně nižší podíl přímých plateb domácností na celkových zdravotních výdajích.

Seznam literatury a použitých zdrojů

Český statistický úřad (2023). Zaostřeno na ženy a muže - 2023. Praha: ČSÚ. <https://csu.gov.cz/produkty/zaostreno-na-zeny-a-muze-2023>.

Český statistický úřad (2025). Výsledky zdravotnických účtů v ČR v letech 2015–2023. Praha: ČSÚ. <https://csu.gov.cz/docs/107508/3183dddf-79c3-3d97-07bf-0660173c563e/26000525.pdf?version=1.3>.

Český statistický úřad (2026). Výdaje na zdravotní péči. Praha: ČSÚ. <https://csu.gov.cz/vydaje-na-zdravotni-peci>.

Eurostat (2026). General government expenditure by function (COFOG). Dataset *gov_10a_exp*.

Eurostat (2026). Government revenue, expenditure and main aggregates. Dataset *gov_10a_main*.

Eurostat (2026). Health care expenditure by financing scheme. Dataset *hlth_sha11_hf*.

Lakotová, L. (2025). Dopad pandemie COVID-19 na veřejné výdaje na zdraví. Praha: Úřad Národní rozpočtové rady. <https://www.rozpochtarada.cz/publikace/informacni-studie-dopad-pandemie-covid-19-na-verejne-vydaje-na-zdravi/>.

Ministerstvo zdravotnictví (2026). Hodnocení vývoje systému veřejného zdravotního pojištění v jednotlivých letech období 2015–2024. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR. <https://mzd.gov.cz/hodnoceni-vyvoje-systemu-verejneho-zdravotniho-pojisteni/>.

Národní rozpočtová rada (2026). Zpráva o dlouhodobé udržitelnosti veřejných financí. Praha: Úřad Národní rozpočtové rady. <https://www.rozpochtarada.cz/publikace/zprava-nrr-o-dlouhodobu-udrzitelnosti-verejnych-financi-2026/>.

Nařízení vlády o výši vyměřovacího základu pro pojistné na veřejné zdravotní pojištění hrazené státem pro rok 2027. <https://odok.gov.cz/portal/veklep/material/KORNDWFEFC5X/>.

Návrh vyhlášky o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb, výše záloh na úhradu hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2027. <https://odok.gov.cz/portal/veklep/material/ALBSDXRFYLM6/>.

Usnesení Vlády České republiky č. 358 (8. červen 2026). <https://odok.gov.cz/portal/zvlady/jednani-detail/2026-06-08/>.

Vládní návrh zákona o státním rozpočtu České republiky na rok 2027. <https://odok.gov.cz/portal/veklep/material/KORNDYDBN5D6/>.

Všeobecná zdravotní pojišťovna (2026). Vyměřovací základ a výpočet pojistného. Praha: VZP ČR. <https://www.vzp.cz/platci/informace/stat/vymerovaci-zaklad-a-vypocet-pojistneho>.

Zákon, kterým se mění zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na veřejné zdravotní pojištění, ve znění pozdějších předpisů, a další související zákony. <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1992-592>.