European Commission

State of Health in the EU

Česko

Zdravotní profil země 2019

OECD
BETTER POLICIES FOR BETTER LIVES

European Observatory on Health Systems and Policies
a partnership hosted by WHO

Publikační řada zdravotních profilů zemí

Zdravotní profily zemí řady *State of Health in the EU* podávají stručný a politicky relevantní přehled o zdraví a zdravotních systémech v EU / Evropském hospodářském prostoru. Zdůrazňují specifické charakteristiky a problémy v jednotlivých zemích v kontextu srovnání mezi zeměmi. Cílem je podpořit tvůrce politik a subjekty, které politiku ovlivňují, prostřednictvím nástroje pro vzájemné učení a dobrovolnou výměnu.

Profily jsou výsledkem spolupráce OECD a European Observatory on Health Systems and Policies za spoluúčasti Evropské komise. Skupina děkuje za cenné připomínky a návrhy členů projektu sítě Health Systems and Policy Monitor, zdravotního výboru OECD a odborné skupiny EU pro údaje o zdraví.

Obsah

1. HLAVNÍ INFORMACE 3
2. ZDRAVÍ V ČESKU 4
3. RIZIKOVÉ FAKTORY 7
4. ZDRAVOTNÍ SYSTÉM 9
5. VÝKONNOST ZDRAVOTNÍHO SYSTÉMU 13
   5.1. Efektivita 13
   5.2. Dostupnost 16
   5.3. Odolnost 19
6. KLÍČOVÁ ZJIŠTĚNÍ 22

Zdroje údajů a informací

Údaje a informace ve zdravotních profilech zemí vycházejí převážně z oficiálních národních statistických údajů, které byly poskytnuty Eurostatu a OECD a ověřeny s cílem zajistit maximální úroveň srovnatelnosti údajů. Zdroje a metody, na nichž se tyto údaje zakládají, jsou dostupné v databázi Eurostatu a v databázi OECD o zdraví. Některé další údaje pocházejí také z Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), z European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), z průzkumů Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) a ze Světové zdravotnické organizace (WHO), jakož i z jiných národních zdrojů.

Není-li uvedeno jinak, jsou vypočítané průměry EU váženými průměry za 28 členských států. Tyto průměry EU nezahrnují Island a Norsko.

Tento profil byl dokončen v srpnu 2019 na základě údajů dostupných v červenci 2019.

Pro stažení excelové tabulky odpovídající všem tabulkám a grafům v tomto profilu zadejte do internetového prohlížeče tyto odkazy URL: http://www.oecd.org/health/Country-Health-Profiles-2019-Czechia.xls

Demografické a socioekonomické souvislosti v Česku, 2017

Demografické faktory	Česko	EU
Velikost populace (střední stav)	10 594 000	511 876 000
Podíl obyvatel starších 65 let (%)	18,8	19,4
Míra plodnosti[1]	1,7	1,6
Socioekonomické faktory		
HDP na obyvatele (EUR PPP[2])	26 900	30 000
Míra relativní chudoby[3] (%)	9,1	16,9
Míra nezaměstnanosti (%)	2,9	7,6

1. Počet narozených dětí připadající na jednu ženu ve věku 15–49 let. 2. Parita kupní síly (PPP) je definována jako kurz pro přepočet měn, kterým se díky odstranění rozdílů mezi cenovými hladinami v jednotlivých zemích vyrovná kupní síla různých měn. 3. Procentní podíl osob, jejichž příjem je nižší než 60 % mediánu ekvivalizovaného disponibilního příjmu.
Zdroj: databáze Eurostatu.

Prohlášení o vyloučení odpovědnosti: Stanoviska vyjádřená a argumenty použité v tomto dokumentu představují pouze postoj autorů a nemusí nutně odrážet oficiální stanoviska OECD nebo jejích členských zemí ani European Observatory on Health Systems and Policies nebo jakéhokoli z jejích partnerů. Názory zde vyjádřené v žádném případě nemohou být považovány za názory odrážející oficiální stanovisko Evropské unie.

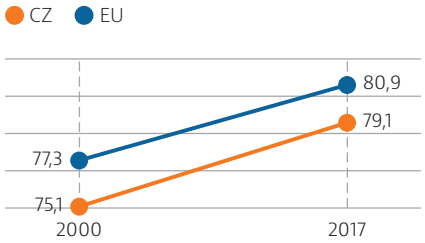
Tímto dokumentem ani údaji a mapami v něm obsaženými není dotčeno postavení žádného území ani svrchovanost nad ním, vymezení mezinárodních hranic ani název žádného území, města či oblasti.

Další prohlášení o vyloučení odpovědnosti pro WHO jsou uvedena na adrese http://www.who.int/bulletin/disclaimer/en/

© OECD and World Health Organization (acting as the host organisation for, and secretariat of, the European Observatory on Health Systems and Policies) 2019

1 Hlavní informace

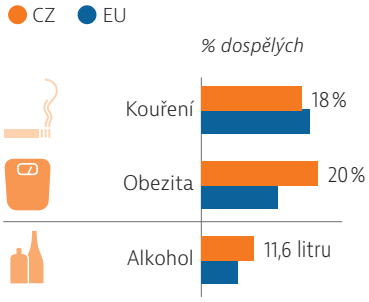
Český systém veřejného zdravotního pojištění zajišťuje všeobecnou zdravotní péči, široký rozsah hrazených služeb, vysokou míru dostupnosti a dobrou finanční ochranu občanů. Systém zdravotnictví je obecně úspěšný při řešení život ohrožujících onemocnění, ale mohl by se zlepšit v případě chronických onemocnění a prevence nemocí. Ministerstvo zdravotnictví má významnou regulační funkci, dosud však nevyřešilo nejnaléhavější problémy, kterým systém čelí, včetně stárnutí obyvatelstva, nízkých kapitálových investic a nerovnoměrností v pracovní síle.



Střední délka života při narození, roky

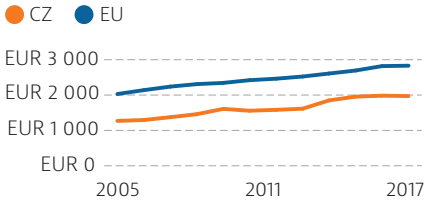
Zdravotní stav

Střední délka života se mezi lety 2000 a 2017 zvýšila o čtyři roky, ale zůstává zhruba o dva roky nižší než průměr EU. V Česku se podařilo snížit úmrtnost na ischemickou chorobu srdeční, cévní mozkovou příhodu, rakovinu tlustého střeva a konečníku a rakovinu prsu, ale úmrtnost na Alzheimerovu chorobu roste. Výrazné rozdíly ve zdravotním stavu existují také podle pohlaví a socioekonomického postavení: muži s nejnižším vzděláním žijí o 11 let méně než muži s nejvyšším vzděláním a velké rozdíly jsou v subjektivním vnímání zdraví mezi příjmovými skupinami.



Rizikové faktory

Behaviorální rizikové faktory jako špatné stravovací návyky a nízká pohybová aktivita přispívají k vysoké prevalenci obezity, která v roce 2017 dosáhla míry 20 % obyvatelstva – tedy více než průměr EU (15 %). Roste výskyt obezity u dospívajících a dospělých, přičemž ke zvláště dramatickému nárůstu dochází u mužů a lidí s nižším vzděláním. Podíl dospělých, kteří kouří, poklesl na 18 % v roce 2017 a po zavedení přísnějšího zákazu kouření v roce 2017 je pravděpodobné, že dojde k jeho dalšímu snížení. Obyvatelé Česka konzumují průměrně o 1,7 litru více alkoholu na osobu než jejich protějšky v EU.



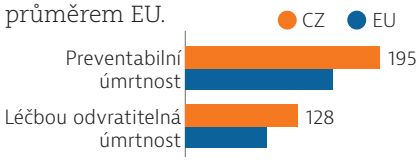
Výdaje na obyvatele (EUR PPP)

Zdravotní systém

Výdaje na zdravotnictví v roce 2017 činily 2 096 EUR na osobu, což je pod průměrem EU (2 884 EUR), ale od roku 2005 se zvyšují. Více než 80 % tvoří veřejné výdaje, což je jeden z nejvyšších podílů v EU. Přímé soukromé výdaje (převážně ze spoluúčasti) se nicméně proti 2015–2016 mírně zvýšily. Nejvíce zdravotnických financí směřuje do ambulantní péče a na druhém místě do lůžkové péče, což v obou případech odráží hustou síť poskytovatelů a vysokou míru využívání zdravotních služeb.

Efektivita

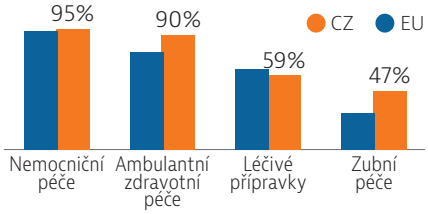
Úmrtnost na příčiny, jimž lze předcházet prevencí, i úmrtnost, jíž lze odvrátit včasnou a účinnou léčbou, jsou vyšší než průměr EU. I přes významný pokles je většina odvratitelných úmrtí způsobena ischemickou chorobou srdeční a cévní mozkovou příhodou. Míra přežití pacientů s rakovinou se zvyšuje, stále je však pod průměrem EU.



Věkově standardizovaná úmrtnost na 100 000 obyvatel, 2016

Dostupnost

Jen malý počet lidí uváděl v roce 2017 neuspokojenou potřebu zdravotní péče. Systém veřejného zdravotního pojištění zajišťuje široký rozsah hrazených služeb s nízkou mírou spoluúčasti. Síť primární péče se vyznačuje velkými regionálními rozdíly, které mohou bránit v přístupu k péči.



Rozsah úhrady vybraných zdravotních služeb, 2016

Odolnost

Přetrvávajícím a dobře známým problémem je dlouhodobá fiskální udržitelnost zdravotního systému. Velkou výzvu představuje diverzifikace příjmové základny a zvýšení kapitálových investic. Stárnutí obyvatelstva bude vyvíjet další tlak na veřejné výdaje i na dlouhodobé plánování pracovní síly.

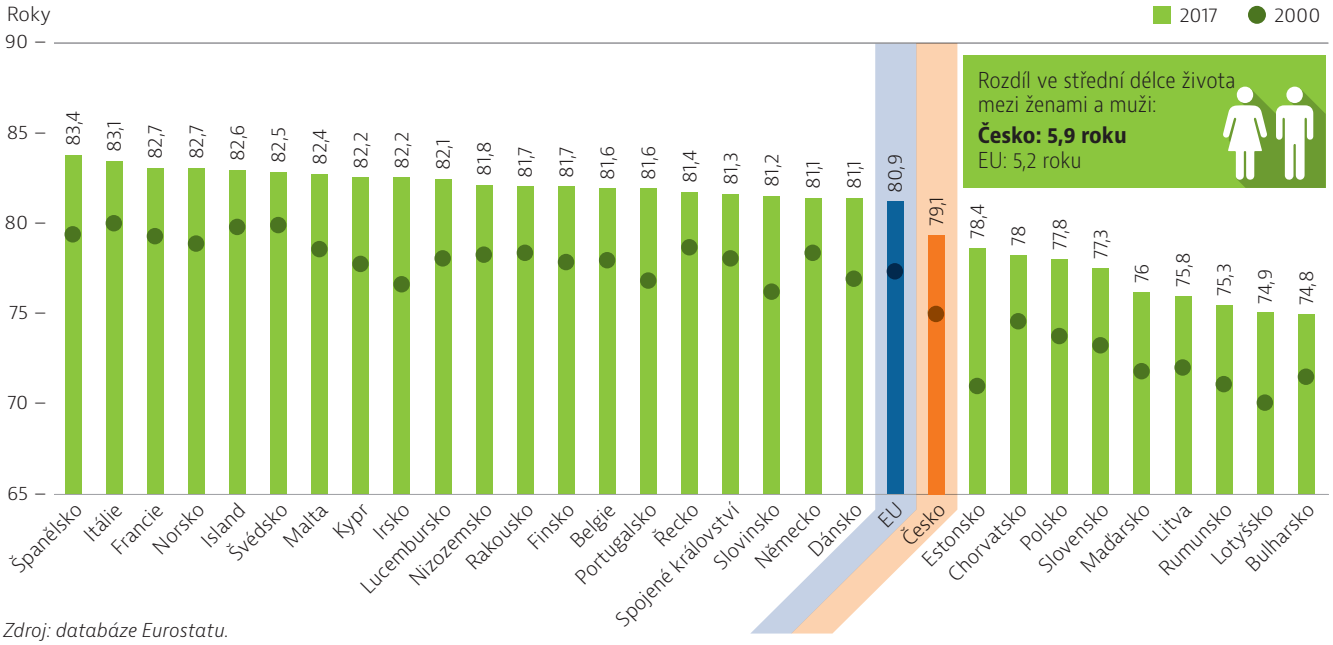
2 Zdraví v Česku

Střední délka života při narození se zvýšila, ale zůstává pod průměrem EU

Střední délka života při narození se mezi roky 2000 a 2017 zvýšila o čtyři roky (ze 75,1 na 79,1 roku) a patří k nejvyšším v novějších členských státech EU. V roce 2017 však byla stále téměř o dva roky nižší než průměr EU (80,9 roku, obrázek 1). Ženy žijí v průměru téměř o šest let déle než muži (76,1 roku ve srovnání s 82 lety). Rozdíl mezi ženami a muži se od roku 2000 neustále zmenšuje, ale je vyšší než průměr EU (5,2 roku).

Prodloužení střední délky života lze přičíst poklesu úmrtnosti mezi roky 2000 a 2016 o 25%. Podle údajů za rok 2016 však úmrtnost na vnější příčiny, včetně dopravních a jiných nehod, a úmrtnost na infekční onemocnění zůstávají zdrojem znepokojení, protože jsou nadále nad průměry EU. Ve střední délce života existují také významné regionální rozdíly, kdy hlavní města Praha má téměř o čtyři roky vyšší hodnotu než regiony, které jsou z tohoto hlediska nejslabší, tj. Moravskoslezský kraj a region Severozápad (zahrnuje Karlovarský a Ústecký kraj). Střední délka života v Praze (80,8 roku v roce 2017) je podobná průměru EU.

Obrázek 1. Střední délka života při narození v Česku je téměř dva roky pod průměrem EU

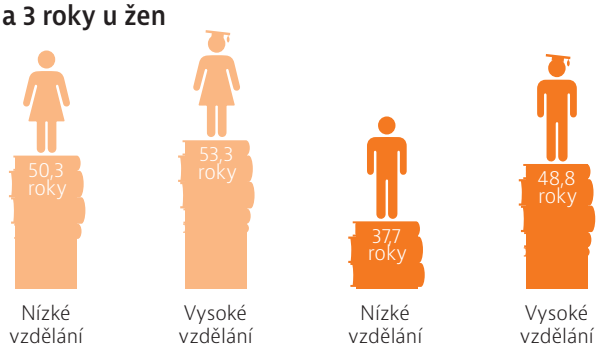


Zdroj: databáze Eurostatu.

Nerovnosti ve střední délce života v závislosti na vzdělání jsou významné

Vedle regionálních rozdílů jsou významné také nerovnosti podle dosaženého vzdělání. Muži s nízkou úrovní vzdělání žijí v průměru o 11 let kratší dobu než muži s terciárním vzděláním (obrázek 2). Rozdíl podle vzdělání je mnohem menší u žen (3 roky), kde je nižší než průměr EU (4,1 roku). Tyto výsledky souvisejí s vyšším výskytem rizikových faktorů u osob s nižším vzděláním, jakož i s nezaměstnaností a také s klesající dostupností zdravotních služeb v některých oblastech (Evropská komise, 2019).

Obrázek 2. Rozdíl ve střední délce života ve věku 30 let v závislosti na vzdělání činí v Česku 11 let u mužů a 3 roky u žen



Rozdíl ve střední délce života ve věku 30 let v závislosti na vzdělání:

Česko: 3 roky
EU21: 4,1 roky

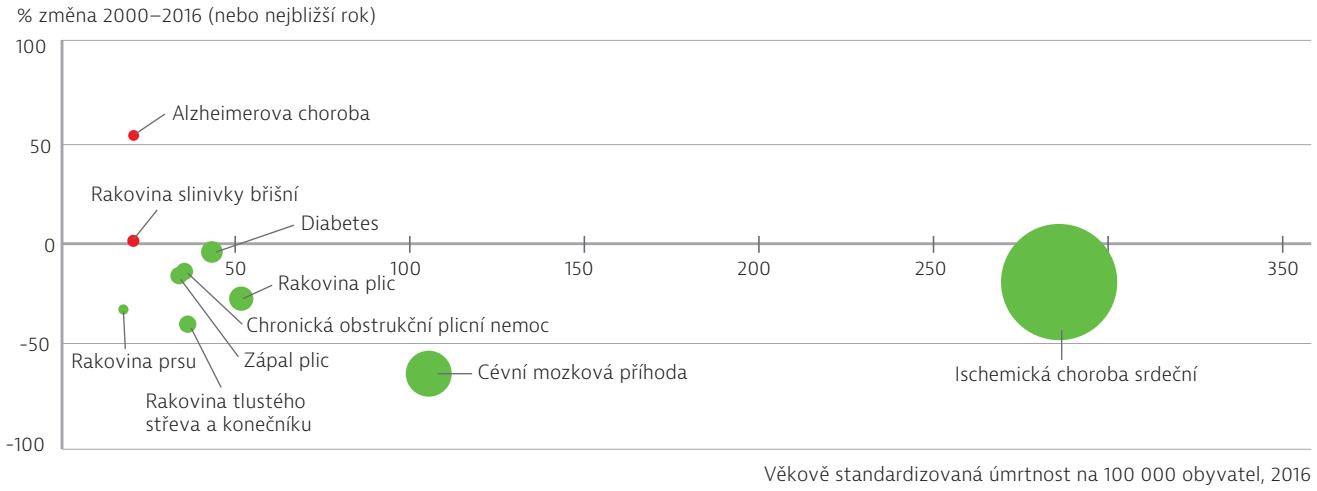
Česko: 11,1 roky
EU21: 7,6 roky

Poznámka: Údaje se týkají střední délky života ve věku 30 let. Nižší úrovně vzdělání se týkají osob s nižším než primárním, primárním nebo nižším sekundárním vzděláním (úrovně 0–2 Mezinárodní standardní klasifikace vzdělání (ISCED)) a vyšší úrovně vzdělání se týkají osob s terciárním vzděláním (úrovně ISCED 5–8).
Zdroj: databáze Eurostatu (údaje za rok 2016).

Nejčastějšími příčinami úmrtí jsou ischemická choroba srdeční a cévní mozková příhoda

V roce 2016 připadala přibližně jedna pětina všech úmrtí na ischemickou chorobu srdeční. Počet těchto úmrtí se mezi roky 2000 a 2016 snížil o 20 % (obrázek 3), ale jejich podíl je oproti odpovídajícímu průměru EU stále více než dvojnásobný. Naproti tomu počet úmrtí na cévní mozkovou příhodu poklesl v uvedeném období o více než polovinu, což odráží opatření uplatňovaná po roce 2005 s cílem omezit rizikové faktory a centralizovat vysoce specializovanou péči u tohoto onemocnění (oddíl 5.1). Na cévní mozkovou příhodu i tak připadalo přibližně 9 % všech úmrtí v roce 2016.

Obrázek 3. I když hlavními příčinami úmrtí jsou srdeční onemocnění a cévní mozková příhoda, roste počet úmrtí na Alzheimerovu chorobu



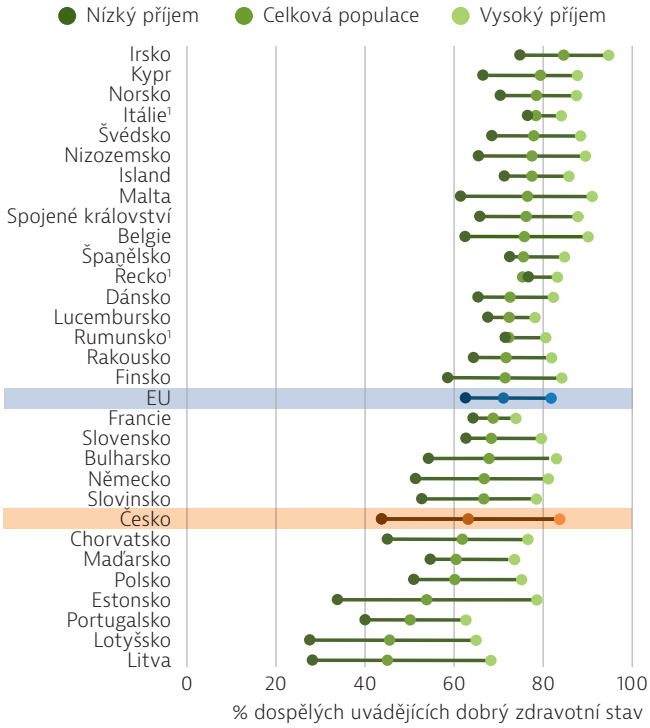
Poznámka: Velikost bublin je úměrná míře úmrtnosti v roce 2016. Zvýšení úmrtnosti na Alzheimerovu chorobu je z velké části způsobeno změnami v diagnostice a v kódování příčin smrti.
Zdroj: databáze Eurostatu.

Rakovina plic je nejčastější příčinou úmrtí na rakovinu, ale od roku 2000 Česko zaznamenalo významný pokles o 27 %, který se časově shoduje se snižováním podílu kuřáků (oddíl 3). Podobný trend je patrný i u rakoviny tlustého střeva a konečníku a rakoviny prsu. Onemocnění dýchacích cest jsou třetí nejčastější příčinou úmrtí, přičemž velký podíl představují chronická onemocnění dolních cest dýchacích (např. chronická obstrukční plicní nemoc (CHOPN) a zápal plic). Úmrtnost související s rakovinou slinivky břišní s mírným růstem v zásadě stagnovala, zatímco úmrtnost na Alzheimerovu chorobu se značně zvýšila, což je z velké části dáno lepší diagnostikou a změnami v kódování příčin smrti a ve zpracování dat.

Tři pětiny obyvatel uvádějí, že jejich zdravotní stav je dobrý, ale existují výrazné rozdíly mezi příjmovými skupinami

V roce 2017 uvedli tři z pěti dospělých Čechů, že jejich zdravotní stav je dobrý, což je méně než v EU jako celku (62% oproti 70%, obrázek 4). Rozdíly mezi příjmovými skupinami jsou však značné a patří k nejvyšším v EU. Více než 80% osob v nejvyšším příjmovém kvintilu považuje svůj zdravotní stav za dobrý, zatímco u osob v nejnižším příjmovém kvintilu je to pouze 42%. Podíl lidí uvádějících, že jejich zdravotní stav je dobrý, klesá s věkem: dobrý zdravotní stav uvádí jen zhruba čtvrtina Čechů starších 65 let ve srovnání s třemi čtvrtinami dospělých ve věku 16–64 let.

Obrázek 4. Nerovnosti v oblasti subjektivně vnímaného zdraví v závislosti na příjmech jsou významné



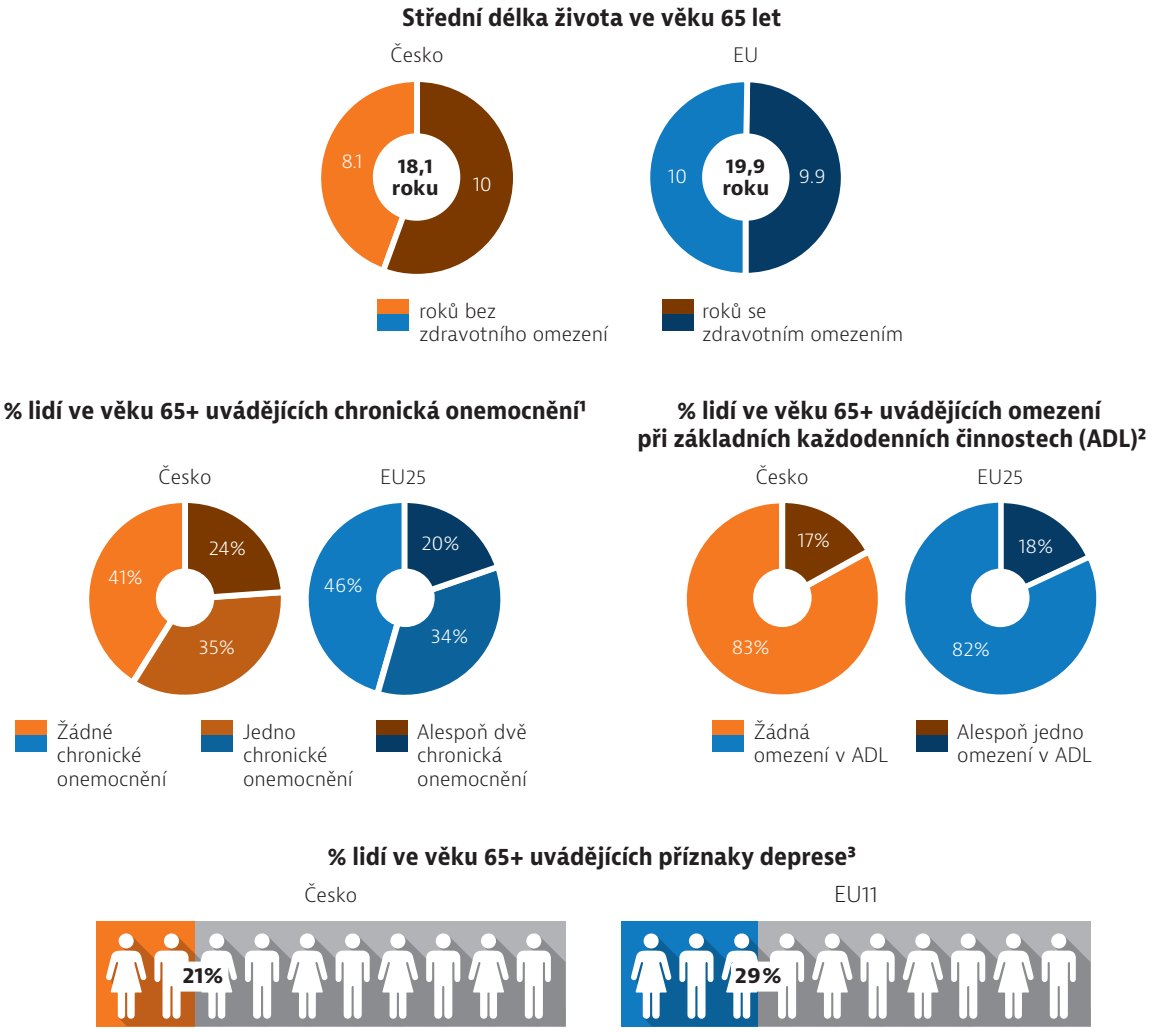
Poznámka: 1. Podíly za celé obyvatelstvo a za obyvatele s nízkými příjmy jsou zhruba stejné.
Zdroj: databáze Eurostatu podle EU-SILC (údaje za rok 2017).

Více než polovina života po 65. roce věku je prožita se zdravotním omezením

V roce 2017 mohli Češi ve věku 65 let očekávat, že budou žít dalších 18,1 roku, tedy o 2,4 roku více než v roce 2000. Více než polovinu této doby však stráví s chronickým onemocněním či zdravotním omezením (obrázek 5). Rozdíl ve střední délce života ve věku 65 let v závislosti na pohlaví činí téměř čtyři roky (16,2 roku u mužů ve srovnání s 19,8 roku u žen). V délce života prožité ve zdraví[1] však neexistuje téměř žádný rozdíl mezi muži a ženami, protože ženy obvykle žijí s určitými zdravotními omezeními větší část svého života po dosažení věku 65 let než muži.

Přibližně tři pětiny (59 %) jednotlivců ve věku 65 let a vyšším uvádějí, že trpí alespoň jedním chronickým onemocněním, což je více než průměr EU (54 %). Zároveň zhruba čtvrtina české populace uvádí, že trpí dvěma nebo více chronickými onemocněními. Procento lidí uvádějících určitá omezení u základních každodenních činností (activities of daily living, „ADL“; například koupání, oblékání či vstávání z postele) je přibližně stejné jako průměr EU (obrázek 5). Češi ve věku 65 let a vyšším uvádějí mírné nebo těžké příznaky deprese méně často než jejich protějšky v EU.

Obrázek 5. Přibližně tři pětiny lidí ve věku 65 let a vyšším uvádějí, že trpí alespoň jedním chronickým onemocněním



Poznámka: 1 Chronická onemocnění zahrnují infarkt myokardu, cévní mozkovou příhodu, diabetes, Parkinsonovu chorobu, Alzheimerovu chorobu a revmatoidní artritidu nebo osteoartritidu. 2 Základní každodenní činnosti zahrnují oblékání, přesun po místnosti, koupání nebo sprchování, jedení, uléhání do postele nebo vstávání z postele a používání toalety. 3 Lidé jsou považováni za mající příznaky deprese, pokud uvádějí více než tři příznaky deprese (z 12 možných proměnných).
Zdroje: databáze Eurostatu u střední délky života a délky života prožité ve zdraví (údaje za rok 2017); průzkum SHARE u ostatních ukazatelů (údaje za rok 2017).

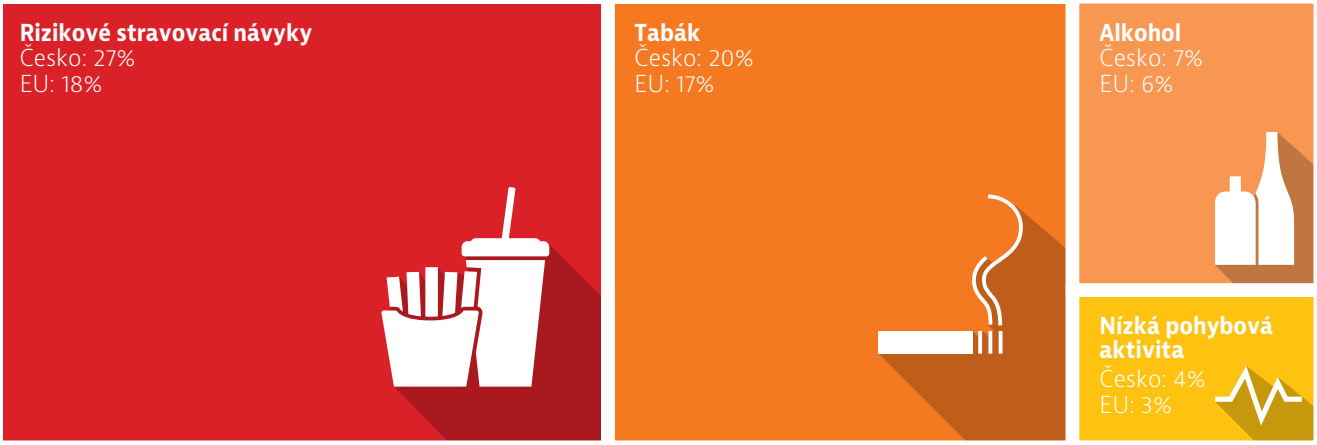
1: „Délka života prožitá ve zdraví“ měří počet let, která mohou lidé v daném věku očekávat, že prožijí bez zdravotního omezení.

3 Rizikové faktory

Behaviorální rizikové faktory, zejména nezdravá výživa, významně přispívají k úmrtnosti

Z odhadů vyplývá, že přibližně 48 % všech úmrtí v Česku v roce 2017 lze přičíst behaviorálním rizikovým faktorům, tj. rizikovým stravovacím návykům, kouření tabáku, konzumaci alkoholu a nízké pohybové aktivitě (obrázek 6). Navzdory mírnému poklesu o čtyři procentní body od roku 2007 je třeba uvést, že toto je stále nad průměrem EU, kde stejným rizikovým faktorům lze v průměru připsat pouze 39 % všech úmrtí. Rizikové stravovací návyky, jako jsou nízká konzumace ovoce a zeleniny a vysoká spotřeba soli, přispěly k více než čtvrtině všech úmrtí (27 %), což je výrazně nad průměrem EU (18 %). Obdobně úmrtnost související se spotřebou tabáku, odhadovaná na 20 %, byla rovněž vyšší než průměr EU (17 %). Také další rizikové faktory, jako jsou konzumace alkoholu a nízká pohybová aktivita, jsou nad odpovídajícím průměrem EU. Ačkoli téměř u všech rizikových faktorů došlo v posledních několika letech k mírnému poklesu, přetrvává stejná míra nedostatečné pohybové aktivity.

Obrázek 6. Rizikové stravovací návyky a tabák významně přispívají k úmrtnosti



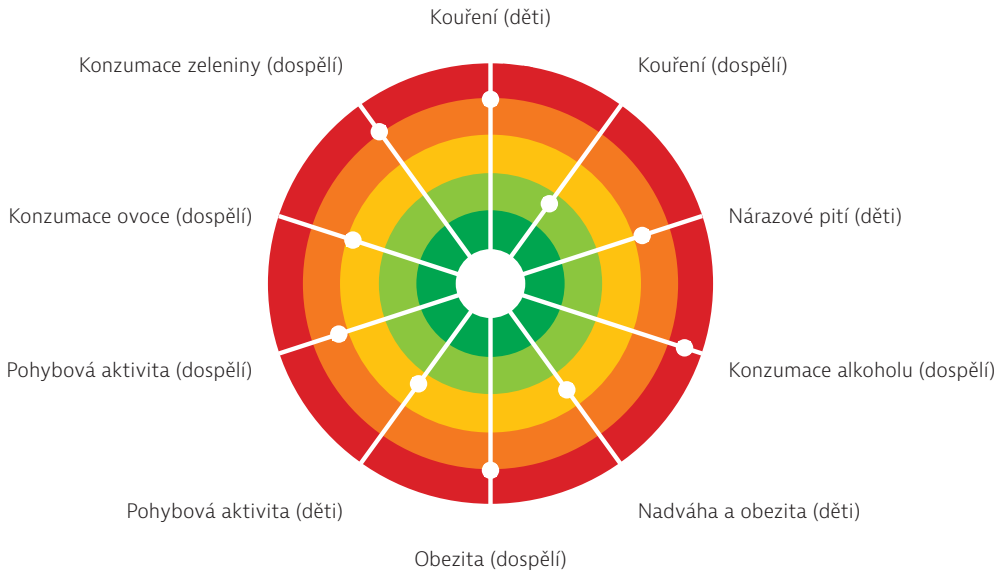
Poznámka: Celkový počet úmrtí souvisejících s těmito rizikovými faktory (53 600) je nižší než součet počtů úmrtí za jednotlivé faktory (64 300), protože stejné úmrtí lze přičíst více než jednomu rizikovému faktoru. Rizikové stravovací návyky zahrnují 14 složek, například nízkou konzumaci ovoce a zeleniny a vysokou konzumaci nápojů slazených cukrem.
Zdroje: IHME (2018), Global Health Data Exchange (odhady se týkají roku 2017).

Obezita je velkou výzvou v oblasti veřejného zdraví

V roce 2017 patřila míra obezity dospělých v Česku k nejvyšším v EU a za posledních 15 let vzrostla o více než 30 %. Obézních bylo přibližně 20 % dospělých, což je více než průměr EU (15 %), přičemž podobné hodnoty byly zaznamenány u obou pohlaví (21,5 % u mužů a 19,4 % u žen). Pokud jde o zdravý životní styl, 44 % dospělých uvedlo, že konzumuje méně než jeden kus ovoce za den. Četnost konzumace zeleniny je ještě nižší – méně než jednu porci zeleniny denně totiž jí polovina všech dospělých (obrázek 7). Zhruba 61 % dospělých uvádí, že každý týden vykonává alespoň lehkou pohybovou aktivitu, což je méně než průměr EU (72 %).

Roste míra nadváhy a obezity u dětí. V období 2013–2014 trpělo nadváhou nebo obezitou přibližně 17,5 % patnáctiletých. Za pozornost stojí, že obezita je rozšířenější u chlapců (23 %) než u dívek (12 %). Míra pohybové aktivity u patnáctiletých (16,5 %) je srovnatelná s průměrem EU (15 %), ale dívky se obvykle hýbají méně než chlapci.

Obrázek 7. České obyvatelstvo dosahuje u některých rizikových faktorů poměrně dobrých výsledků, ale problém představuje zejména obezita a konzumace alkoholu u dospělých a kouření u dětí



Poznámka: Čím blíže středu se tečka nachází, tím lépe na tom země je ve srovnání s ostatními zeměmi EU. Žádná země se nenachází v bílé „cílové oblasti", protože všechny země mají ve všech oblastech prostor pro další zlepšování.
Zdroje: výpočty OECD založené na studii ESPAD 2015 a studii HBSC 2013–2014 u ukazatelů týkajících se dětí; EU-SILC 2017, EHIS 2014 a OECD Health Statistics 2019 u ukazatelů týkajících se dospělých.

Pětina dospělé populace denně kouří

Přestože se spotřeba tabáku za poslední desetiletí mírně snížila, podíl každodenních kuřáků byl v roce 2017 poměrně vysoký; denně kouří přibližně 23 % mužů a 14,5 % žen. Významným problémem je také pravidelné užívání tabáku u dětí – v roce 2015 totiž více než čtvrtina chlapců a třetina dívek ve věku 15–16 let uvedly, že v uplynulém měsíci kouřily, což jsou jedny z nejvyšších podílů v EU. Přijetí komplexních právních předpisů o kontrole tabáku v roce 2017 bude mít dopad na podíl kuřáků teprve po určité době (oddíl 5).

Konzumace alkoholu zůstává vysoká mezi dospělými i dospívajícími

Celková spotřeba alkoholu, která v roce 2017 dosáhla 11,6 litru na osobu, patří k nejvyšším v EU. Zdrojem znepokojení je také pijáctví u teenagerů, protože v roce 2015 téměř polovina chlapců a třetina dívek ve věku 15–16 let uvedly, že v uplynulém měsíci zažily alespoň jednu epizodu nárazového pití.[2] Tento podíl je vyšší než průměr EU a je obzvláště znepokojivý vzhledem k dlouhodobým účinkům na zdraví a riziku nehod a zranění, které souvisejí s konzumací velkého množství alkoholu.

Socioekonomická nerovnost, zejména ve vzdělání, přispívá ke zdravotním rizikům

Řada behaviorálních rizikových faktorů je běžnější u lidí s nižším vzděláním. V roce 2014 denně kouřila pětina dospělých (20 %), kteří nedokončili sekundární vzdělávání, ve srovnání s pouhými 9 % u osob s terciárním vzděláním. Obdobně v roce 2017 byla obézních čtvrtina (24 %) lidí bez sekundárního vzdělání ve srovnání s pouhými 12 % lidí s vysokoškolským vzděláním. Tato vyšší prevalence rizikových faktorů mezi sociálně znevýhodněnými skupinami přispívá k nerovnostem ve střední délce života.

2: Nárazové pití je definováno jako konzumace šesti nebo více alkoholických nápojů při jediné příležitosti u dospělých a pěti nebo více alkoholických nápojů u dětí.

4 Zdravotní systém

Ministerstvo zdravotnictví má významnou regulační funkci v systému veřejného zdravotního pojištění

Česko má systém veřejného zdravotního pojištění s významnou regulační funkcí Ministerstva zdravotnictví. Sedm kvaziveřejných zdravotních pojišťoven nakupuje péči a s poskytovateli zdravotních služeb každoročně sjednává její ceny a objemy. Obyvatelstvo má k dispozici široký rozsah hrazených zdravotních služeb a má přístup k velkému počtu nemocnic, z nichž většinu vlastní stát (27 %) nebo kraje a obce (45 %). Zdravotní pojišťovny mohou svým pojištěncům nabízet doplňkové služby v oblasti prevence (např. vitamíny či dobrovolná očkování). U největší zdravotní pojišťovny (VZP) bylo v roce 2017 pojištěno 56 % Čechů (rámeček 1).

Rámeček 1. Cílem nové reformy je motivovat zdravotní pojišťovny k tomu, aby aktivněji nakupovaly péči pro pacienty s chronickými onemocněními

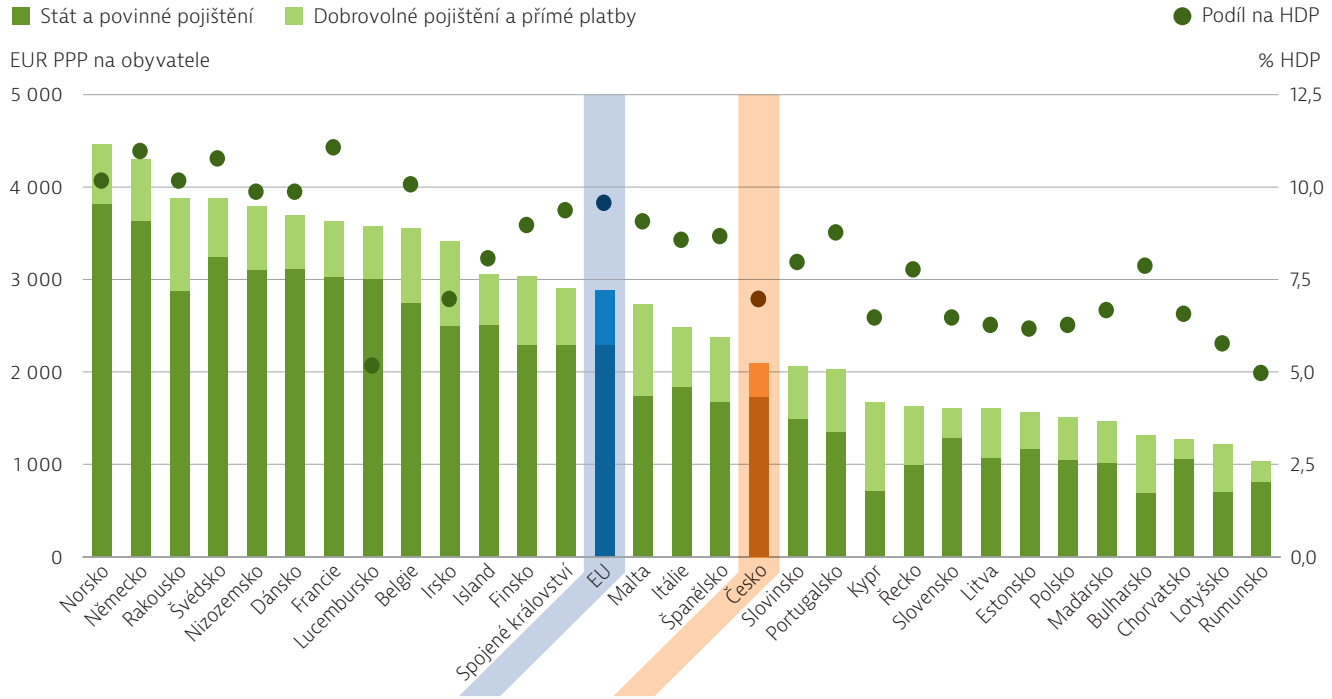
Každý český občan je povinně pojištěn u některé ze sedmi zdravotních pojišťoven. Od roku 2006 jsou parametry přerozdělování mezi těmito pojišťovnami upraveny podle věku a pohlaví a zahrnují následnou částečnou kompenzaci za nákladné pacienty. Od roku 2018 by přerozdělování finančních prostředků mělo lépe zohledňovat pacienty s chronickými onemocněními díky doplnění 25 farmaceuticko-nákladových skupin jakožto rizikových faktorů a posílení následné kompenzace za nákladné pacienty. Očekává se, že vyšší odměny za tyto pacienty podnítí rozvoj programů managementu nemocí a rozvoj péče orientované na pacienta (Bryndová et al., 2019). Do konce roku 2018 vytvořily rezervy všechny zdravotní pojišťovny a zejména VZP (960 milionů EUR) (Ministerstvo zdravotnictví, 2019).

Podíl veřejného financování je nejvyšší mezi novějšími členskými státy EU

V roce 2017 vynaložilo Česko na zdravotní péči 2 096 EUR na obyvatele (upraveno o rozdíly v kupní síle), což je o 788 EUR méně než průměr EU. Výdaje na zdravotnictví jako podíl na HDP (7,2 %) jsou výrazně pod průměrem EU, který činí 9,8 % (obrázek 8). Vysoký podíl veřejného financování (82 %), který je tradičním rysem systému, je nejvyšší mezi novějšími členskými státy EU a je vyšší než průměr EU (79,3 %).

Veřejné příjmy na zdravotnictví pocházejí z účelově vázaného pojistného odvozeného z mezd, pojistného odvozeného z příjmů osob samostatně výdělečně činných, jakož i z platby státu (financované z všeobecných daní) za různé ekonomicky neaktivní skupiny obyvatel. Široká právní definice těchto skupin zaručuje pokrytí celého obyvatelstva (oddíl 5.2). Soukromé výdaje na zdravotnictví v roce 2017 představovaly 18 % celkových výdajů na zdravotnictví, což je méně než průměr EU, který činí 20,7 %; jedná se především o náklady na spoluúčast, například spoluúčast u předepsaných léčivých přípravků, přímé platby za volně prodejné léčivé přípravky, jakož i spoluúčast u zdravotnických prostředků, lázeňské péče a podobných položek. V důsledku nižších stropů pro spoluúčast, které byly zavedeny v roce 2018, soukromé výdaje pravděpodobně dále poklesnou (oddíl 5.2).

Obrázek 8. Česko vydává na zdravotnictví mnohem méně, než je průměr EU, ale podíl veřejného financování zdravotnictví je velmi vysoký

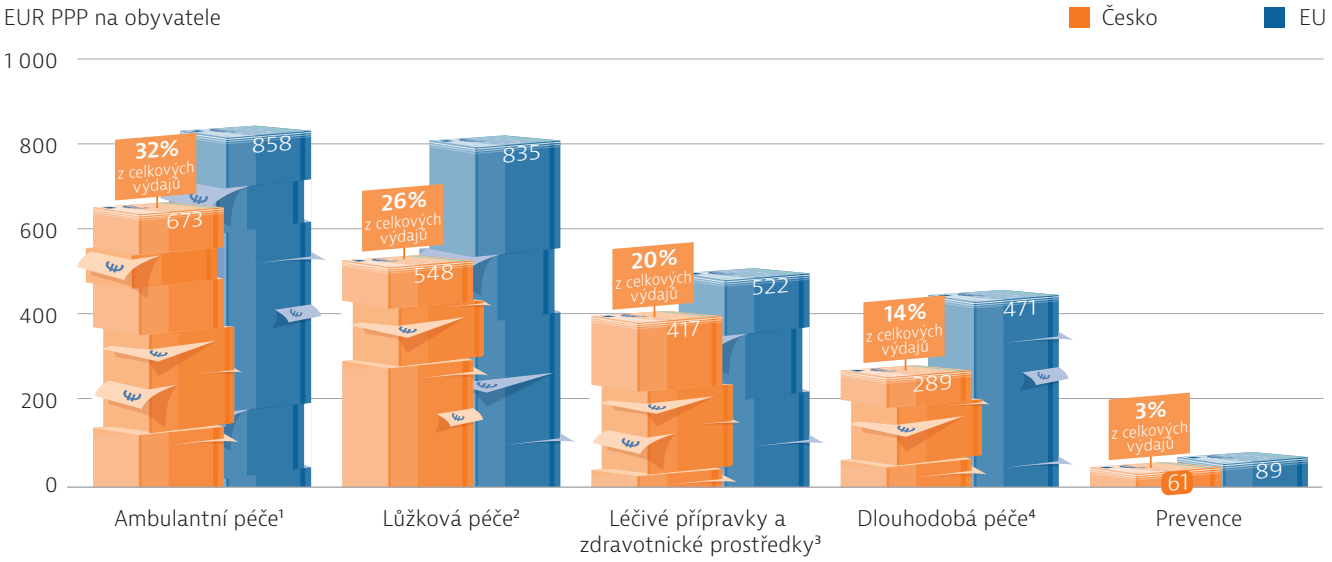


Zdroj: OECD Health Statistics 2019 (údaje za rok 2017).

Nejvíce výdajů směřuje do ambulantní péče, zatímco výdaje na léčivé přípravky a zdravotnické prostředky poklesly

Výdaje na osobu jsou v Česku výrazně pod průměrem EU ve všech obecných kategoriích výdajů na zdravotní péči (obrázek 9). Přibližně jedna třetina běžných výdajů na zdravotní péči směřovala v roce 2017 do ambulantní péče, což je více než průměrný podíl v EU (29,7 %). Výdaje na lůžkovou péči naproti tomu představovaly zhruba čtvrtinu výdajů na zdravotní péči, což je pod průměrem EU, jenž činí 28,9 %. Na léčivé přípravky směřovalo zhruba 20 % výdajů na zdravotní péči, tedy více, než kolik činí průměr EU (18 %). Vyšší úroveň výdajů na léčivé přípravky v Česku lze vysvětlit tím, že ceny těchto přípravků jsou ve všech evropských zemích dosti podobné, a proto absorbují vyšší podíl rozpočtu v zemích s nižšími celkovými výdaji na zdravotní péči. Z národních údajů vyplývá, že podíl léčivých přípravků na výdajích na zdravotní péči klesá, což je vzhledem k trvale rostoucí spotřebě pozoruhodná skutečnost (ÚZIS, 2018a). Výdaje na dlouhodobou péči jsou mnohem vyšší než ve většině novějších členských států EU a jejich trvalý růst v posledních letech odráží požadavky stárnoucího obyvatelstva a rostoucí dostupnost služeb. Obdobně na prevenci vynakládá Česko vyšší podíl svých celkových výdajů na zdravotní péči než řada jiných členských států a tento podíl (3 %) je roven průměru EU.

Obrázek 9. Česko v porovnání s EU vydává na osobu méně finančních prostředků ve všech oblastech péče



Poznámka: Nejsou zahrnuté administrativní náklady. 1 Zahrnuje domácí péč. 2 Zahrnuje léčebně-rehabilitační péči v nemocnicích a dalších institucích. 3 Zahrnuje pouze ambulantní sektor. 4 Zahrnuje pouze zdravotní složku.
Zdroje: OECD Health Statistics 2019, databáze Eurostatu (údaje za rok 2017).

Počty zdravotnických pracovníků jsou srovnatelné s průměry EU, ale přetrvávají rozdíly mezi regiony

Česko vykazuje hustotu sítě lékařů podobnou průměru EU (3,7 lékaře na 1 000 obyvatel ve srovnání s 3,6) a trochu nižší počet zdravotních sester (8,1 zdravotní sestry na 1 000 obyvatel ve srovnání s 8,5). Počet lékařů se za poslední desetiletí zvýšil a nárůst platů všech zdravotnických pracovníků v průměru o 8 %, k němuž došlo v roce 2017, by měl tento trend podpořit. Nicméně se zdá, že rostoucí sektor lůžkové péče přitahuje více lékařů než (specializované) ambulantní služby a stávající regionální rozdíly v rozmístění lékařů se dále prohloubily (ÚZIS, 2018b). Region hlavního města má 2,4krát více lékařů než venkovské oblasti. Ačkoli toto do jisté míry odráží skutečnost, že koncentrace specializovaných služeb v některých nemocnicích v hlavním městě slouží i jiným krajům, může to představovat problém z hlediska spravedlnosti v přístupu k péči (oddíl 5.2).

Překonávání těchto rozdílů není snadné. Od roku 2013 jsou zdravotní pojišťovny ze zákona povinny nasmlouvat dostatečné kapacity v každé specializaci a každém regionu, aby byla zaručena dostupnost péče. K přilákání poskytovatelů do oblastí s nedostatečnou nabídkou zdravotních služeb mají však pouze omezené nástroje, například zvláštní smluvní podmínky a bonusy, které nemusí postačovat k tomu, aby zdravotnické pracovníky přiměly pracovat mimo atraktivnější městské oblasti. Ministerstvo zdravotnictví navíc nevytvořilo nástroj ke sledování plnění uvedené smluvní povinnosti.

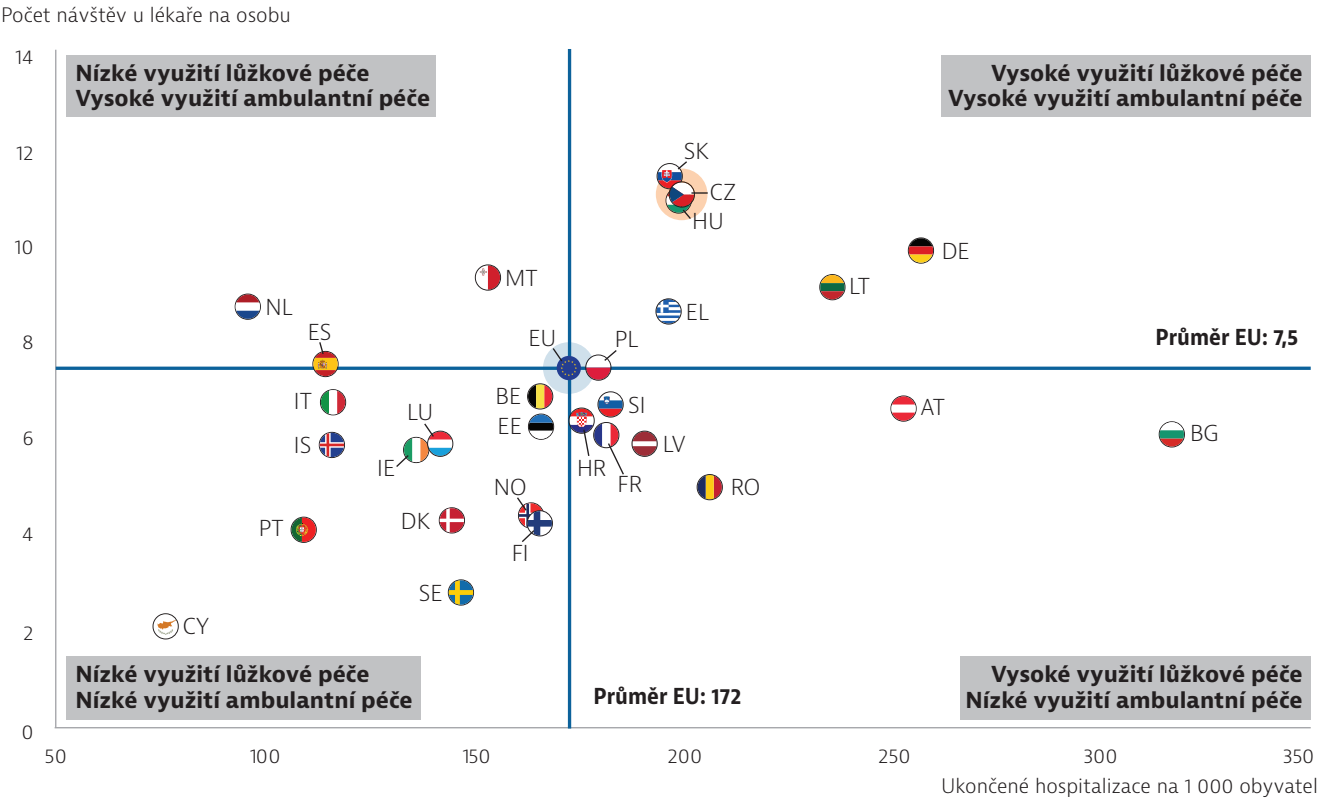
Pacienti využívají velký objem nemocniční a ambulantní péče

Lékaři poskytující primární péči neregulují pohyb pacienta v systému („gatekeeping"). Pacienti mohou specialisty navštěvovat přímo a celkově se setkávají s malým množstvím překážek (např. žádné uživatelské poplatky v ambulantní péči), což vysvětluje poměrně vysoký počet návštěv v ambulantním sektoru (11 návštěv na osobu ve srovnání se 7,5 v EU) (obrázek 10).

Co se týče nemocnic, má Česko hustou síť lůžkových zařízení a v důsledku toho také jeden z nejvyšších počtů nemocničních lůžek na obyvatele v EU (6,6 oproti 5 na 1 000 obyvatel v roce 2017)[3]. Sektor lůžkové péče je různorodý, s řadou specializovaných lůžkových zařízení rozprostřených po celé zemi. Cílem postupných reforem v posledních deseti letech bylo soustředit vysoce specializovanou péči do specializovaných center (např. pro cévní mozkové příhody a pro onkologická onemocnění) (oddíl 5.1). Kromě toho nabírá na rychlosti implementace národní strategie pro deinstitucionalizaci psychiatrické péče (Strategie reformy psychiatrické péče 2014–2023), která v současném i minulém programovém období obdržela podporu z evropských strukturálních a investičních fondů. Kombinace těchto kroků se projevuje mírným poklesem počtu hospitalizací, který se za desetileté období od roku 2006 do roku 2016 snížil z 216 na 1 000 obyvatel na 200. Přesto však stále patří k nejvyšším v EU (obrázek 10).

3: Údaj zahrnuje lůžka akutní i dlouhodobé péče.

Obrázek 10. Počet ambulantních návštěv a hospitalizací je výrazně nad průměrem EU



Poznámka: U Řecka a Malty jsou údaje o návštěvách u lékaře odhadnuty.
Zdroj: databáze Eurostatu; OECD Health Statistics (údaje za rok 2016 nebo nejbližší rok).

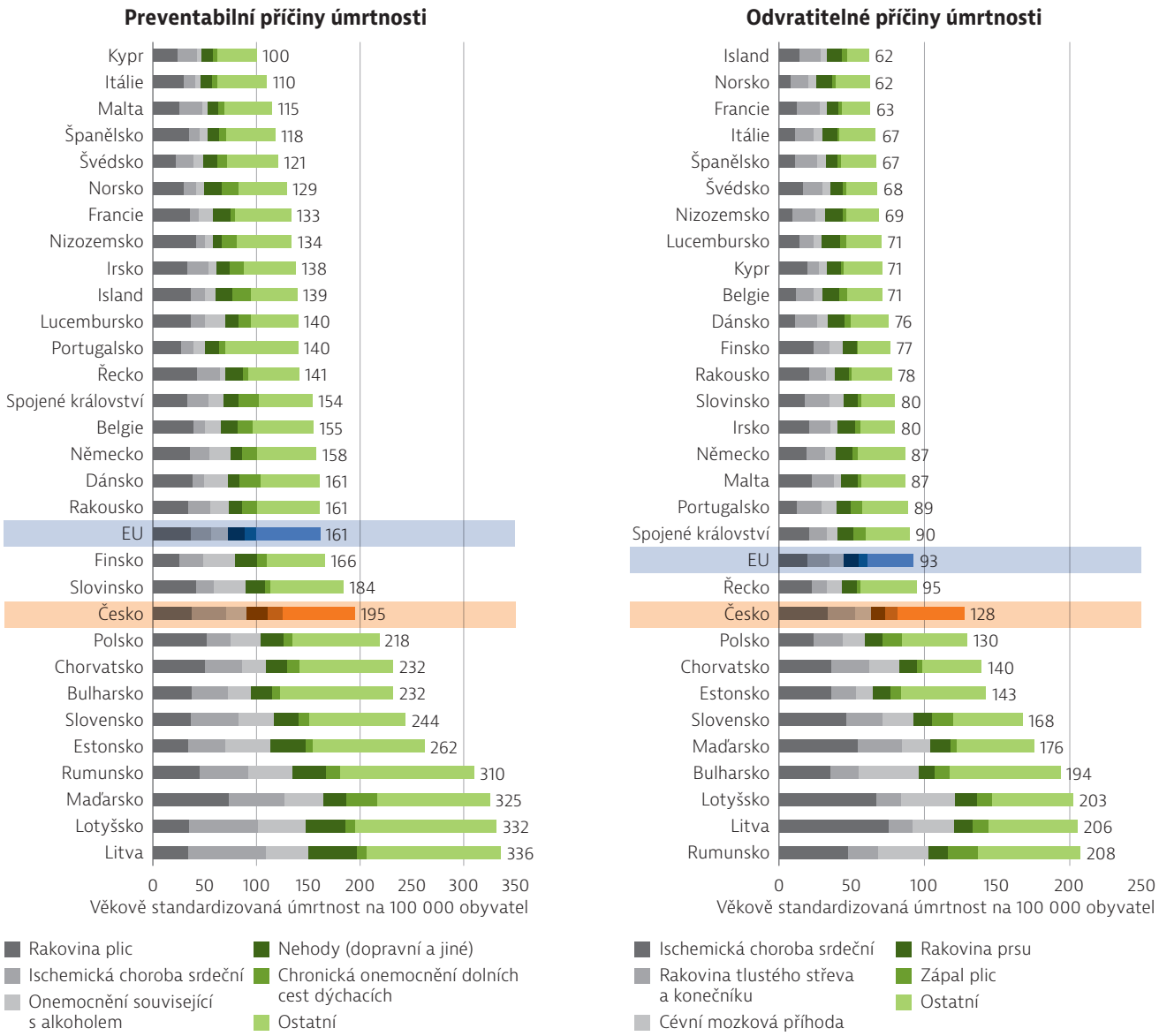
5 Výkonnost zdravotního systému

5.1. Efektivita

Vysoká preventabilní úmrtnost je způsobována především neinfekčními nemocemi

Počet úmrtí, kterým bylo možné předejít prostřednictvím prevence nebo ochranou veřejného zdraví, v Česku trvale klesá, ale i když je preventabilní úmrtnost nižší než ve většině ostatních novějších členských států EU, je stále vyšší než průměr EU (obrázek 11). Hlavní příčinou preventabilní úmrtnosti je rakovina plic, těsně následována ischemickou chorobou srdeční. Je třeba se zaměřit na behaviorální rizikové faktory, zejména nezdravé stravovací návyky a kouření, které vedou k mnoha úmrtím, jimž lze předcházet prevencí (oddíl 3).

Obrázek 11. Úmrtnost na příčiny, jimž lze předcházet prevencí, i na příčiny, které lze odvrátit včasnou a účinnou léčbou, je vyšší než průměr EU



Poznámka: Preventabilní úmrtností se rozumí úmrtí, kterým lze zabránit především prostřednictvím ochrany veřejného zdraví a primární prevence. Odvratitelnou úmrtností se rozumí úmrtí, kterým lze zabránit především zdravotní péčí, včetně screeningu a léčby. Oba ukazatele se týkají předčasné úmrtnosti (ve věku nižším než 75 let). Údaje jsou založeny na revidovaných seznamech OECD/Eurostatu.
Zdroj: databáze Eurostatu (údaje za rok 2016).

Tradičně silná oblast ochrany veřejného zdraví, vedená Státním zdravotním ústavem (SZÚ), se zaměřuje na nemoci, jimž lze předcházet očkováním (rámeček 2), a další infekční onemocnění. Omezování výskytu infekčních onemocnění je jedním z témat, kterým je v rámci politické agendy věnována pozornost. Trvalé zvyšování počtu hlášených případů HIV například vedlo k vypracování nového národního programu řešení problematiky HIV/AIDS na období 2018–2022, který má tento trend zvrátit.

Rámeček 2. Povinné očkování dětí vedlo k nadprůměrné proočkovanosti

Očkování dětí je povinné u onemocnění uvedených v národním programu očkování. Patří k nim záškrt, tetanus, černý kašel, dětská obrna, hepatitida B, Haemophilus influenzae typu B, spalničky, příušnice a zarděnky (MMR). Rodiče, kteří odmítnou nechat své děti očkovat, mohou být pokutováni až do výše 400 EUR a jejich děti mohou být vyloučeny z předškolního vzdělávání (Rechel, Richardson a McKee, 2018). V roce 2018 hlásilo Česko míry proočkovanosti proti záškrtu, tetanu, černému kašli, spalničkám a hepatitidě B, které přesahovaly průměr EU a s výjimkou hepatitidy B byly také vyšší než cíl doporučený WHO pro kolektivní imunitu, tedy 95 %. V Česku nicméně v posledních letech došlo k propuknutím nákazy spalničkami, přičemž v roce 2019 byly zaznamenány jedny z dosud nejvyšších počtů případů.

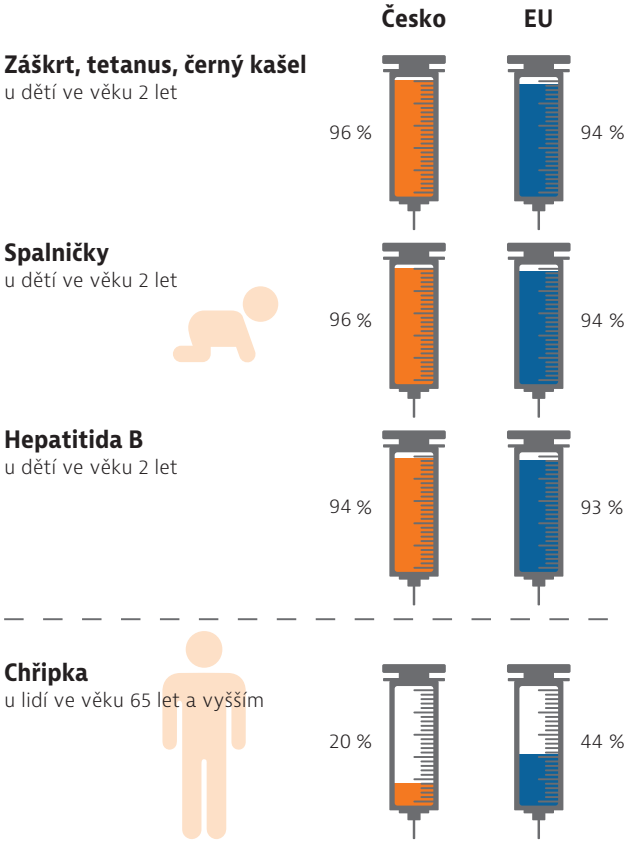
V případě dospělých je z veřejného zdravotního pojištění hrazeno očkování proti chřipce u některých skupin (u osob starších 65 let a pacientů s poruchami imunity) a zdravotní pojišťovny se mohou rozhodnout o úhradě dalšího očkování, aby přilákaly více pojištěnců. Navzdory tomu bylo v roce 2017 proti chřipce očkováno jen 20 % dospělých starších 65 let, což je výrazně pod průměrem EU, jenž činí 44 %, a ještě vzdálenější je tato hodnota od cíle WHO, jímž je 75 % (obrázek 12).

Počet úmrtí na cévní mozkovou příhodu a infarkt myokardu poklesl díky zdokonalení vysoce specializované péče

Zdravotní systém by mohl být efektivnější z hlediska předcházení úmrtím prostřednictvím včasné a účinné zdravotní péče. V roce 2016 byla úmrtnost na odvratitelné příčiny téměř o 40 % vyšší než průměr EU. I přes značné snížení připadal největší počet úmrtí na odvratitelné příčiny stále na onemocnění oběhové soustavy, jako jsou ischemická choroba srdeční a cévní mozková příhoda.

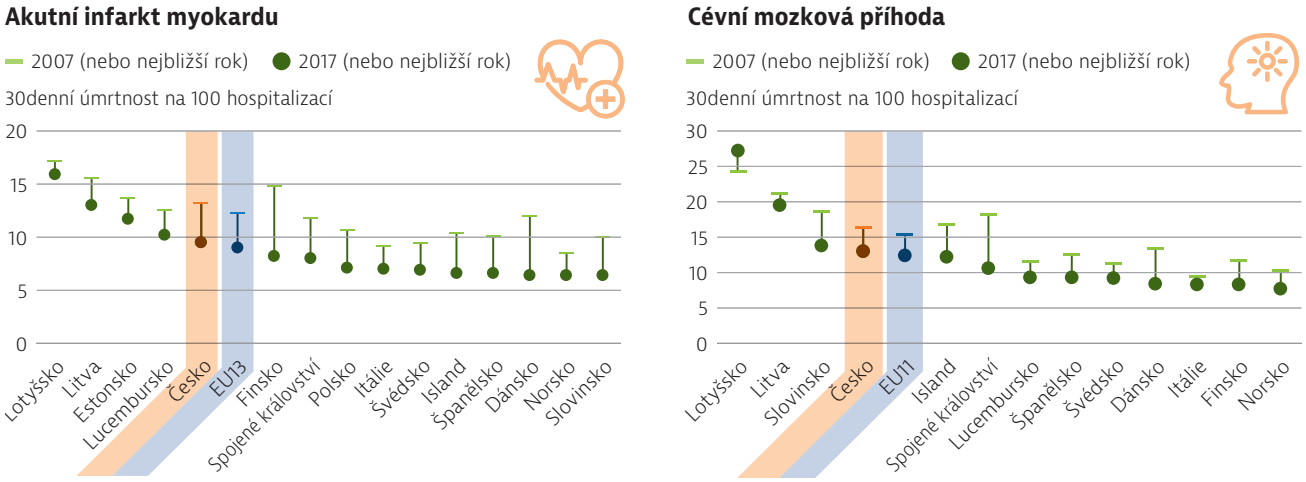
Počet úmrtí na akutní infarkt myokardu a cévní mozkovou příhodu nicméně výrazně poklesl (obrázek 13) zásluhou soustředění příslušné péče do center pro kardiovaskulární onemocnění a specializovaných center pro cévní mozkové příhody. Snížení úmrtnosti na cévní mozkovou příhodu bylo dosaženo díky dobře provázané síti záchranných služeb, které provádějí triáž pacientů, jakož i díky soustředění péče o pacienty s cévní mozkovou příhodou do specializovaných středisek, které bylo zahájeno v roce 2011 po zavedení nového akreditačního programu pro vysoce specializovaná centra pro tuto péči. Uvedená centra, která se zavázala uplatňovat přísný systém sledování kvality, v roce 2015 léčila více než 90 % pacientů s cévní mozkovou příhodou (Tomek et al, 2017). Tato reforma a probíhající optimalizace pracovních toků vedly ke snížení 30denní úmrtnosti na cévní mozkovou příhodu na nejnižší úroveň mezi novějšími členskými státy EU (na obrázku 13 některé nejsou uvedeny), ačkoli oproti zemím s nejlepšími výsledky přetrvává rozdíl. Současně s tím zaznamenala 30denní úmrtnost na akutní infarkt myokardu od roku 2005 prudký pokles a snížila se na 10,1 v roce 2017, což je jen mírně nad průměrem EU.

Obrázek 12. Proočkovanost u dětí je vysoká, ale jen málo dospělých využívá očkování proti chřipce



Poznámka: U záškrtu, tetanu, černého kašle a hepatitidy B se údaje týkají třetí dávky a u spalniček první dávky.
Zdroje: WHO/UNICEF Global Health Observatory Data Repository u dětí (údaje za rok 2018); OECD Health Statistics 2019 a databáze Eurostatu u osob ve věku 65 let a starších (údaje za rok 2018 nebo nejbližší rok).

Obrázek 13. Reorganizace péče o pacienty s cévní mozkovou příhodou a akutním infarktem myokardu dramaticky snížila 30denní úmrtnost po hospitalizaci



Poznámka: Údaje jsou založeny na údajích o pacientech a byly věkově a pohlavně standardizovány na obyvatele OECD ve věku 45+, kteří byli v roce 2010 přijati do nemocnice s akutním infarktem myokardu nebo cévní mozkovou příhodou.
Zdroj: OECD Health Statistics 2019.

Míra přežití pacientů s rakovinou se zvýšila a pravděpodobně ji podpoří další koncentrace péče

Míry přežití pacientů s rakovinou prsu, plic, prostaty a tlustého střeva a konečníku se v období 2000–2014 trvale zvyšovaly a dosáhly úrovní mírně pod příslušnými průměry EU (obrázek 14). To rovněž svědčí o tom, že soustřeďování péče do specializovaných onkologických center, probíhající od roku 2008, mělo podobný vliv na kvalitu léčby jako u akutního infarktu myokardu a cévní mozkové příhody. Systém veřejného zdravotního pojištění kromě toho hradí několik screeningových programů pro předem vymezené věkové skupiny, přičemž všechny údaje jsou centrálně ukládány v Národním onkologickém registru, jenž je provozován Ústavem zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS). Podle studie EHIS z roku 2014 byla ve dvou předcházejících letech míra účasti na screeningu rakoviny prsu (77%) a screeningu rakoviny děložního čípku (87%) vysoce nad průměrem EU.

Strategie managementu chronických onemocnění, zejména diabetu, by mohly být posíleny

V oblasti koordinace péče bylo dosaženo pokroku, o čemž svědčí snížení míry odvratitelné hospitalizace u vybraných chronických onemocnění. Ve srovnání s průměrem EU je v Česku u pacientů s astmatem a CHOPN méně pravděpodobné, že dojde k hospitalizaci. Počet odvratitelných hospitalizací kvůli diabetu a městnavému srdečnímu selhání sice v posledních letech klesá, ale v roce 2017 byl vyšší než průměr EU (obrázek 15). Vysoká úmrtnost na diabetes (téměř dvojnásobek průměru EU) poukazuje na nedostatky v prevenci a zvládání nemoci. Prevence neinfekčních nemocí zaujímá čelné místo v české dlouhodobé strategii Zdraví 2020; odpovědnost za ni má Ministerstvo zdravotnictví a jemu podřízené organizace, jako je SZÚ. Přestože o míře úmrtnosti na diabetes se všeobecně ví, omezování rizikových faktorů a vytváření cílených preventivních programů vykazuje pouze malý pokrok.

Obrázek 14. Míry přežití pacientů s rakovinou jsou jen mírně pod průměrem EU

Rakovina prostaty
Česko: 85 %
EU26: 87 %

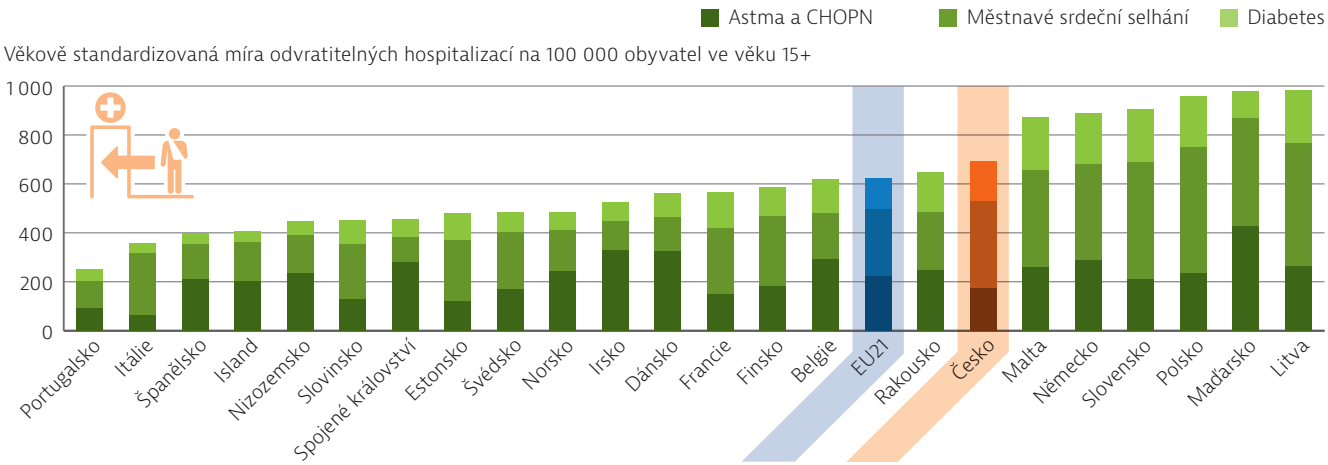
Rakovina prsu
Česko: 81 %
EU26: 83 %

Rakovina tlustého střeva
Česko: 56 %
EU26: 60 %

Rakovina plic
Česko: 11 %
EU26: 15 %

Poznámka: Údaje se týkají osob diagnostikovaných mezi lety 2010 a 2014.
Zdroj: CONCORD Programme, London School of Hygiene & Tropical Medicine.

Obrázek 15. Počet odvratitelných hospitalizací je vyšší než v několika dalších zemích EU



Zdroj: OECD Health Statistics 2019 (údaje za rok 2017 nebo nejbližší rok).

5.2. Dostupnost

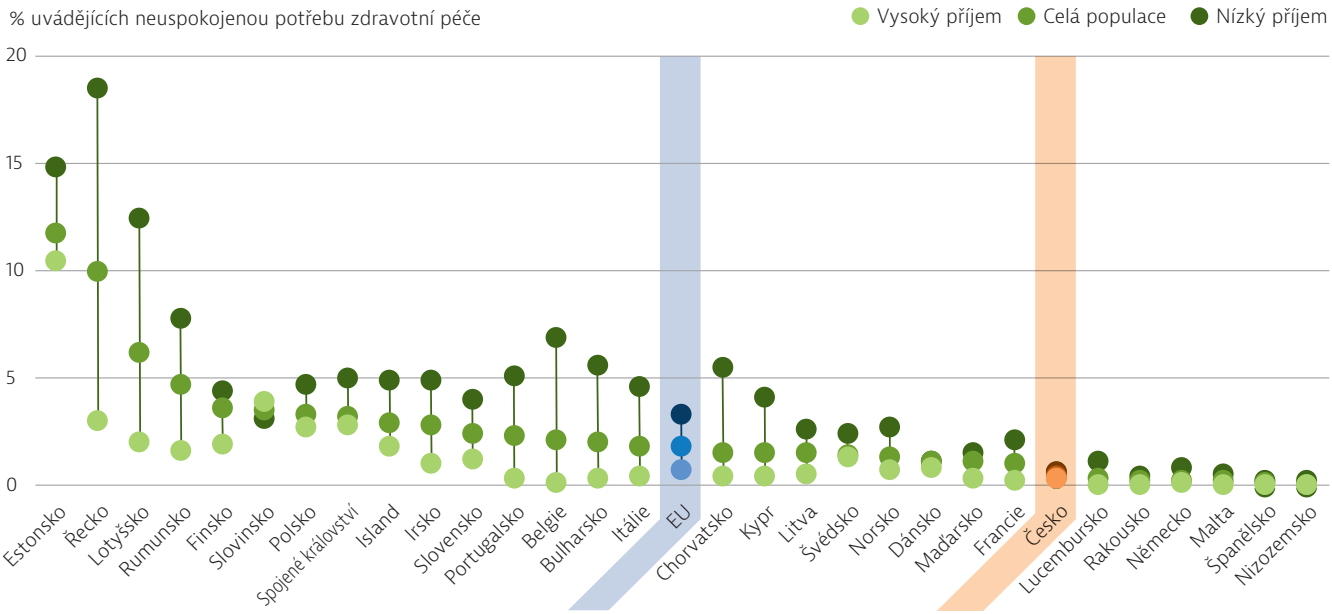
Podíl neuspokojené potřeby zdravotní péče je nízký

Vzhledem k všeobecnému pokrytí obyvatelstva veřejným zdravotním pojištěním, širokému rozsahu hrazených služeb, nízké spoluúčasti a vysoké hustotě sítě poskytovatelů existuje pouze marginální neuspokojená potřeba zdravotní péče. Z údajů EU-SILC vyplývá, že v roce 2017 uvedlo neuspokojenou potřebu zdravotní péče kvůli nákladům, vzdálenosti nebo čekací době pouze 0,5 % dotazovaných obyvatel, a to s malými rozdíly mezi příjmovými skupinami (obrázek 16). Pokud jde o zubní péči, uvedlo neuspokojenou potřebu z výše zmíněných důvodů jen 1 % obyvatelstva[4].

Je zaručeno všeobecné pokrytí pojištěním

Pokrytí veřejným zdravotním pojištěním je vázáno na trvalý pobyt: každý, kdo žije v Česku, je automaticky pojištěn. Pracující čeští státní příslušníci a státní příslušníci zemí EU s bydlištěm v Česku, kteří jsou zaměstnanci nebo osobami samostatně výdělečně činnými, platí pojistné na veřejné zdravotní pojištění. Všichni ostatní čeští státní příslušníci jsou buď „státními pojištěnci“ (rámeček 3), nebo musí platit minimální měsíční pojistné. Pokrytí veřejným

Obrázek 16. Neuspokojená potřeba zdravotní péče uváděná respondenty je hluboko pod průměrem EU



Poznámka: Údaje se týkají potřeby lékařského vyšetření nebo léčby neuspokojené kvůli nákladům, cestovní vzdálenosti nebo čekací době. Při srovnávání údajů z různých zemí je nutná obezřetnost, neboť existují odchylky ve způsobu provedení průzkumu.
Zdroj: databáze Eurostatu podle EU-SILC (údaje za rok 2017).

4: Samostatný průzkum (European Health Interview) zaměřený na osoby potřebující péči (oproti populaci jako celku) ukazuje na vyšší úroveň neuspokojených potřeb zdravotní a zubní péče; určitou potřebu zdravotní péče neuspokojenou z finančních důvodů v něm uvedla asi 4 % obyvatelstva. Zde jsou také neuspokojené potřeby mnohem vyšší u osob s nízkými příjmy (9 %) než u osob s vysokými příjmy (pouze 2 %).

zdravotním pojištěním ovšem nezávisí na tom, zda je pojistné skutečně zaplaceno – lidé jsou nadále v plném rozsahu pojištěni i v případě neuhrazení dlužného pojistného. Občané zemí mimo EU, kteří v Česku nejsou zaměstnaní ani zde nepracují jako osoby samostatně výdělečně činné, si musí sjednat soukromé zdravotní pojištění u některé ze soukromých zdravotních pojišťoven, které mají v Česku licenci, aby mohli v zemi zůstat.

Z veřejného zdravotního pojištění není hrazeno jen několik málo zdravotnických služeb

Rozsah hrazených služeb je široký a v českém právu je definován jako jakákoli zdravotní služba poskytnutá s cílem zachovat nebo zlepšit zdravotní stav. To zahrnuje lůžkovou a ambulantní péči, léčivé přípravky vázané na lékařský předpis, rehabilitaci, některé stomatologické výkony, lázeňskou péči a volně prodejné léčivé přípravky (pokud jsou předepsány lékařem), jakož i některé zdravotní pomůcky. Existuje však několik mechanismů pro racionalizaci hrazených služeb – buď tím, že se některé výkony označí za jiné než nezbytné, nebo se naopak zařadí na pozitivní seznam zajišťující jejich úhradu z veřejného zdravotního pojištění. V poslední době vývoj směřuje k rozšiřování tohoto pozitivního seznamu; byl například rozšířen program screeningu rakoviny prsu. Některé zdravotní pomůcky, například brýle na předpis, byly ovšem v nedávné době vyřazeny.

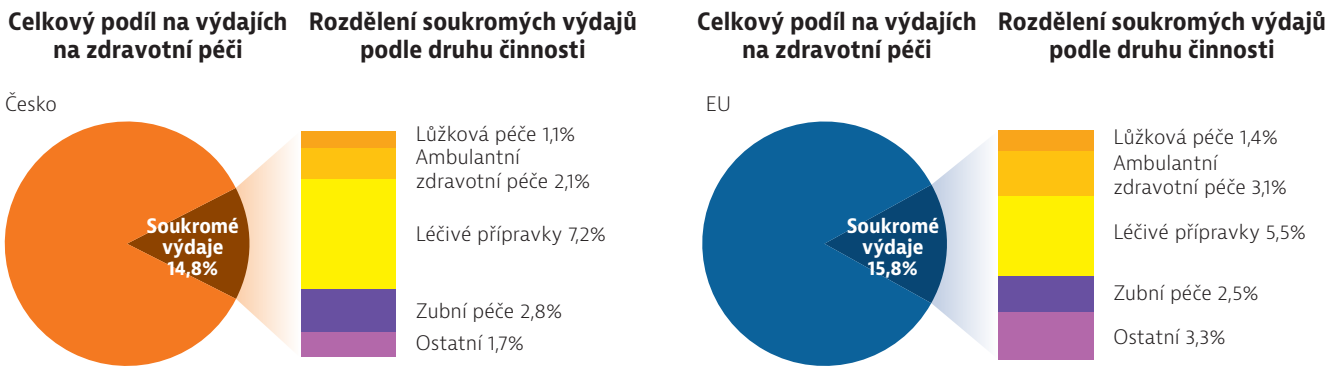
Zdravotní služby jsou obecně cenově dostupné a existují ochranné právní mechanismy

Systém zdravotnictví celkově zajišťuje dostupnou a cenově přijatelnou péči, což se odráží také v uváděné nízké míře zdravotních potřeb neuspokojených z finančních důvodů (která je jen mírně vyšší u stomatologické péče). Přímé soukromé výdaje, které v roce 2017 činily 14,8 %, jsou mírně pod průměrem EU (15,8 %) (obrázek 17). Přímé platby se skládají z plateb za volně prodejné léčivé přípravky, spoluúčasti u léčivých přípravků vázaných na lékařský předpis a zdravotních pomůcek, přímých plateb za zubní péči mimo standardní soubor výkonů, uživatelských poplatků za ambulantní péči mimo běžné ordinační hodiny (3,60 EUR) a přímých plateb za péči nehrazenou z veřejného zdravotního pojištění (např. plastická chirurgie z jiných než terapeutických důvodů). Existují roční stropy pro spoluúčast u předepsaných léčivých přípravků (5 000 Kč neboli 200 EUR, přičemž podstatně nižší stropy se uplatňují u osob mladších 18 let a starších 65 let (40 EUR) a osob starších 70 let (20 EUR)), jakož i úplné osvobození od uživatelských poplatků pro zranitelné skupiny osob. V případě zubní péče žádné stropy neexistují. Dobrovolné zdravotní pojištění hraje pouze okrajovou úlohu a sjednává se především pro účely cestování.

Rámeček 3. Stát hradí pojistné za velké skupiny ekonomicky neaktivních osob

V roce 2016 platil stát příspěvky na veřejné zdravotní pojištění za většinu Čechů (téměř 6 milionů osob) (Ministerstvo financí, 2017). Tyto skupiny, které se souhrnně označují jako „státní pojištěnci", zahrnují 17 kategorií, včetně: a) dětí absolvujících povinnou školní docházku a osob ve věku do 26 let, které studují (i v doktorském programu) nebo si nemohou samy vydělávat kvůli zdravotnímu postižení; b) důchodců; c) osob pobírajících mateřské nebo rodičovské příspěvky a d) nezaměstnaných. Státními pojištěnci jsou také poskytovatelé neformální péče, osoby ve výkonu trestu odnětí svobody a žadatelé o azyl. Příspěvek na veřejné zdravotní pojištění za státního pojištěnce je stanoven zákonem, přičemž v roce 2018 činil 1 018 Kč (40 EUR) měsíčně ve srovnání s 677 Kč (26 EUR) měsíčně v roce 2009 (VZP, 2019). Tato částka je ovšem podstatně nižší než průměrné pojistné odváděné z platu a to znamená, že nemusí postačovat k vyrovnání ztráty příjmů pojistného v případě velkého nárůstu nezaměstnanosti (oddíl 5.3).

Obrázek 17. Přímé soukromé výdaje jsou nižší než průměr EU a tvoří je především platby za léčivé přípravky



Zdroje: OECD Health Statistics 2019 (údaje za rok 2017).

Česko je členem iniciativy Fair And Affordable Pricing, která má podpořit přístup k cenově dostupným lékům

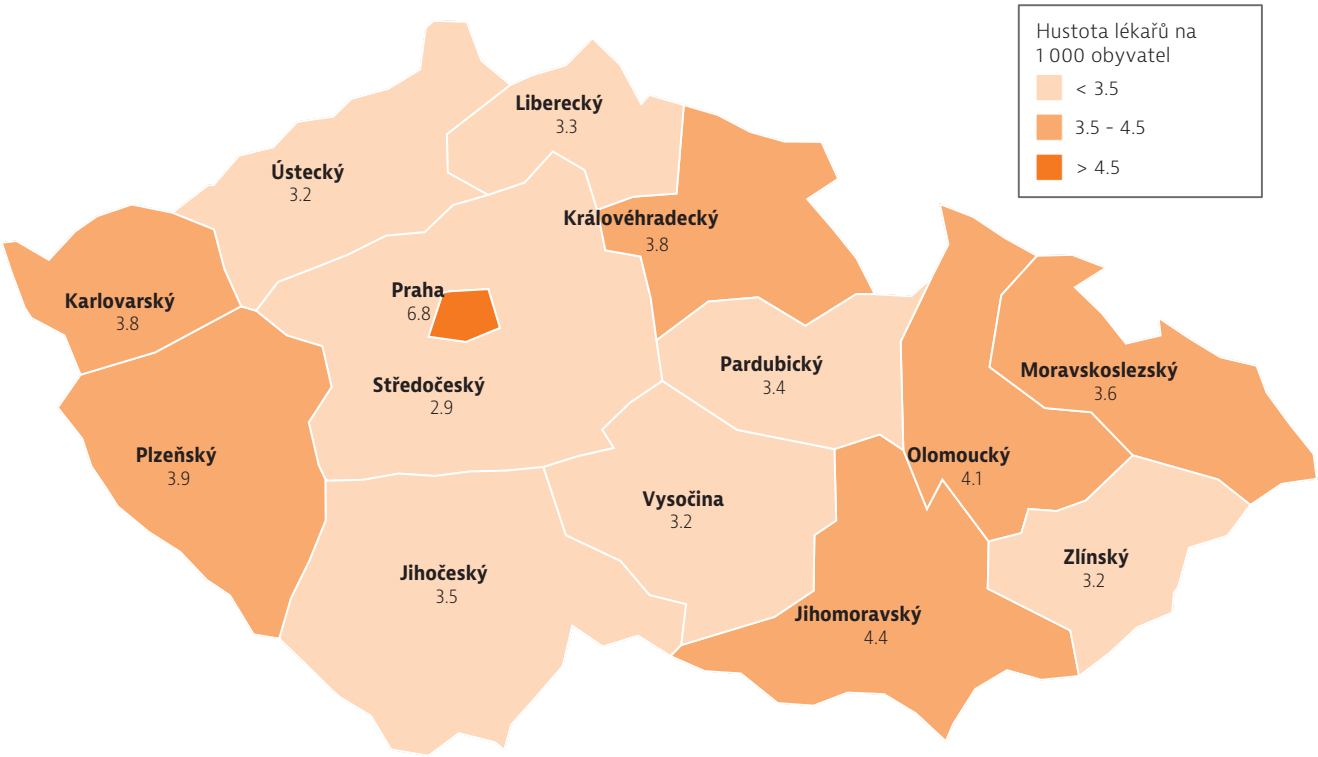
Iniciativa Fair And Affordable Pricing (FAAP), založená v březnu 2017, je mezinárodní platforma pro regionální spolupráci s cílem zlepšit přístup občanů členských států k léčivým přípravkům. Tento projekt vznikl v rámci Visegrádské skupiny (Česko, Maďarsko, Polsko a Slovensko) a Česko se k iniciativě připojilo v květnu 2019. Bylo uspořádáno několik regionálních zasedání a technických konzultací. Projekt je koncipován jako doplňková platforma, která umožňuje lepší, proaktivní přípravu vnitrostátních rozhodnutí o úhradách a cenách. V současnosti probíhá pilotní společné vyjednávání s cílem vymezit možné mechanismy pro budoucí regionální vyjednávací strategie.

Klíčovou výzvou je řešení nedostatku lékařů v primární péči a jejich regionálních rozdílů

Primární péči poskytují praktičtí lékaři a pediatři, kteří společně hrají klíčovou úlohu v oblasti podpory zdraví a prevence (poskytují například poradenství a provádějí očkování) a často představují první kontaktní místo v systému zdravotní péče, i když není zavedena formální regulace pohybu pacienta v systému („gatekeeping“). V roce 2017 pracovala v primární péči přibližně pětina lékařů a to znamená, že hustota sítě poskytovatelů primární péče činila 0,7 lékaře na 1 000 obyvatel (ÚZIS, 2018b) – ovšem s obrovskými regionálními rozdíly, které jsou charakteristické pro celkové rozmístění lékařů (obrázek 18).

Podle českých právních předpisů by poskytovatelé primární péče měli být k dispozici v dojezdové vzdálenosti 35 minut a zdravotní pojišťovny by pro dosažení tohoto cíle měly smluvně zajistit dostatek poskytovatelů. Budoucí dostupnost primární péče však může ohrozit stárnutí zdravotnické pracovní síly, zejména praktických lékařů. V roce 2019 jsou podle Ministerstva zdravotnictví volná místa lékařů primární péče v přibližně polovině českých okresů, přičemž nejpostiženější okresy se nacházejí v Libereckém, Ústeckém, Zlínském a Středočeském kraji. Za účelem řešení tohoto problému ve vybraných okresech inzeruje Ministerstvo zdravotnictví volná místa praktických lékařů a pediatrů a poskytuje dotace na vybavení ordinací.

Obrázek 18. Kraje s nejvyšší hustotou lékařů na obyvatele mají více než dvojnásobný počet lékařů než kraje s nejnižší hustotou



Poznámka: Údaje za rok 2016.
Zdroj: ÚZIS 2017.

5.3. Odolnost[5]

Příjmy veřejného zdravotního pojištění jsou vysoce citlivé vůči změnám v zaměstnanosti a vůči stárnutí

Zdravotní systém silně závisí na veřejných zdrojích (82 % v roce 2017), ale zároveň je vysoce citlivý na kolísání zaměstnanosti. Přestože většina zdrojů veřejného zdravotního pojištění (přes 70 %) pochází z pojistného, odvádí toto účelově vázané pojistné ze mzdy jen menšina české populace. Za více než 60 % Čechů jsou totiž příspěvky hrazeny ze státního rozpočtu (rámeček 3). Vyšší nezaměstnanost, například během hospodářského útlumu, a také stárnutí obyvatelstva povedou k vyššímu počtu státních pojištěnců a vyššímu zatížení příjmů z všeobecných daní. Povedou rovněž ke snižování příjmů veřejného zdravotního pojištění, protože příspěvek za státního pojištěnce je nižší než průměrné pojistné zaměstnance. Na tuto zranitelnost poukázala finanční krize v roce 2008, kdy musely být ztráty vyrovnávány prostřednictvím úvěrů a vyšších příspěvků za státní pojištěnce.

Diverzifikace příjmové základny systému veřejného zdravotního pojištění je zatím obtížně proveditelná

Přestože nutnost rozšířit příjmovou základnu systému veřejného zdravotního pojištění je známá (aby byla zaručena jeho dlouhodobá finanční udržitelnost), neexistuje politická shoda na jejím provedení. V posledních letech nicméně došlo ke zvýšení vyměřovacího základu platby státu za státního pojištěnce (v souvislosti s českou minimální mzdou a minimálním pojistným osob samostatně výdělečně činných), což mělo za následek nárůst výdajů státního rozpočtu do zdravotnictví mezi lety 2016 a 2017 o 5,5 %. To ovšem nemusí stačit k vyrovnání rostoucích veřejných výdajů na zdravotnictví v souvislosti se stárnutím obyvatelstva. Mezi lety 2008 a 2015 byly vybírány poplatky za návštěvu lékaře s cílem získat (určité) soukromé zdroje, hlavně ale za účelem omezování výdajů a zvýšení povědomí o nepatřičném využívání zdravotních služeb. Tyto uživatelské poplatky byly zavedeny pro všechny zdravotní služby (např. pobyt v nemocnici, předepsané léčivé přípravky), a to na poměrně nízké úrovni (mezi 1,20 a 4,00 EUR), a byly doprovázeny různými výjimkami. Přesto se proti nim zvedla široká vlna odporu na úrovni nejrůznějších subjektů a poplatky byly postupně zrušeny.

Stárnutí povede k růstu výdajů na zdravotní péči a představuje výzvu z hlediska rozmístění pracovní síly

Veřejné výdaje na zdravotní péči v Česku se podle projekcí mezi lety 2016 a 2070 zvýší o 1,1 procentního bodu HDP, což je více než průměrný nárůst v EU o 0,9 procentního bodu a představuje to riziko pro dlouhodobou fiskální udržitelnost (Evropská komise, 2019). Stárnutí obyvatelstva navíc ovlivňuje zdravotnickou pracovní sílu, protože mnoho lékařů se blíží důchodovému věku. Stárnutí pravděpodobně povede rovněž ke zhoršení stávajících regionálních rozdílů, a tedy bude představovat další výzvu z hlediska spravedlnosti v přístupu k péči (Evropská komise – Výbor pro hospodářskou politiku, 2018). Přestože plánování pracovní síly je náročným úkolem (oddíl 4), byl mezi Ministerstvem zdravotnictví, Ministerstvem školství a lékařskými fakultami nyní dohodnut společný plán s cílem zvýšit počet místních absolventů a mediků, kteří nahradí lékaře odcházející do důchodu.

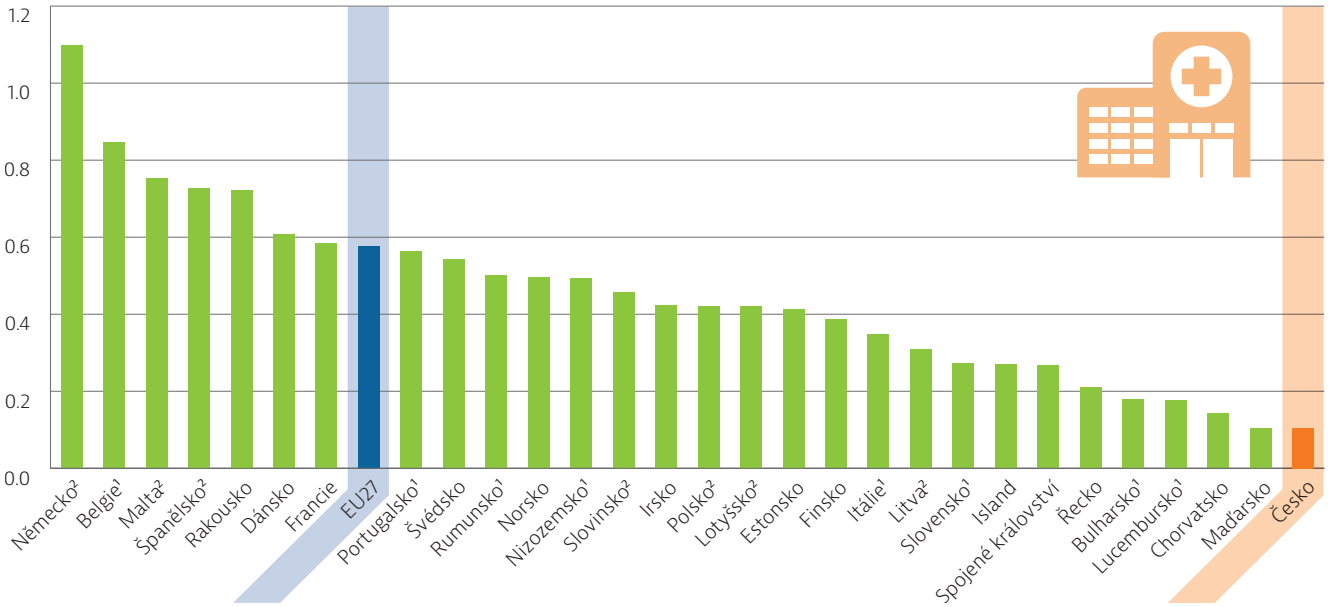
Kapitálové investice jsou příliš nízké na to, aby zachovaly efektivní infrastrukturu

Existuje velká potřeba kapitálových investic ve zdravotnictví, o čemž částečně svědčí i to, že Česko má nejnižší tvorbu hrubého fixního kapitálu (z hlediska podílu na HDP) v EU (obrázek 19). Tato potřeba je obzvláště naléhavá v segmentu lůžkové péče, kde je hustota sítě vysoká a nemocnice obvykle provozují několik budov. Za získávání kapitálových investic jsou odpovědní poskytovatelé, kteří však často mají omezené odborné znalosti a zkušenosti. Nemocnice vlastněné samosprávnými kraji a obcemi navíc nahromadily značné dluhy (ÚZIS, 2018c), což ztěžuje získávání nového kapitálu.

5: Odolností se rozumí schopnost zdravotnických systémů účinně se přizpůsobovat měnícímu se prostředí, náhlým otřesům nebo krizím.

Obrázek 19. Kapitálové investice ve zdravotnictví jsou nejnižší v EU

Tvorba hrubého fixního kapitálu ve zdravotnictví jako podíl na HDP

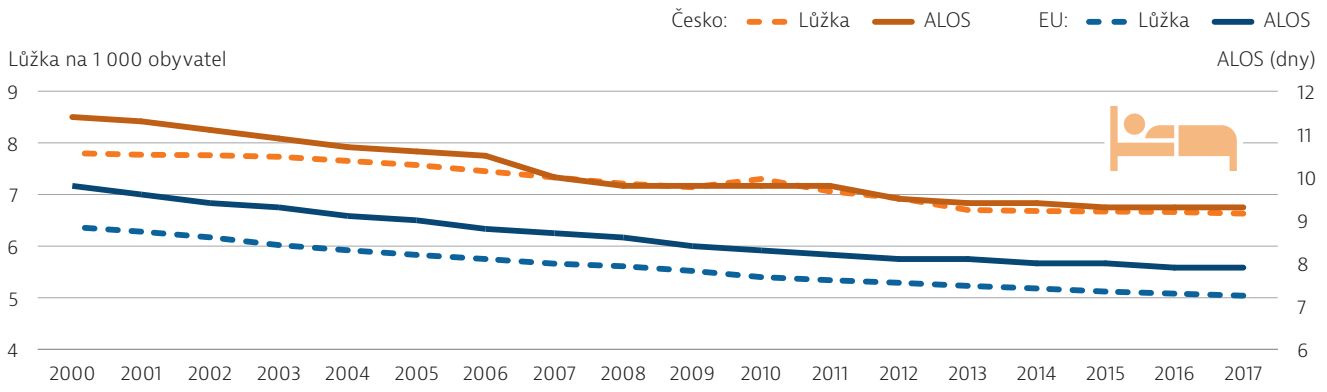


Poznámky: 1 Týká se tvorby hrubého fixního kapitálu v sekci Q oddílu 86 klasifikace ISIC: Zdravotní péče (ISIC Rev. 4). 2 Týká se tvorby hrubého fixního kapitálu v sekci Q klasifikace ISIC: Zdravotní a sociální péče (ISIC Rev. 4). ISIC: Mezinárodní standardní odvětvová klasifikace všech ekonomických činností. Zdroje: OECD Health Statistics 2018; OECD National Accounts; databáze Eurostatu (údaje za rok 2016).

Efektivitu nemocniční sítě je možné zvýšit

Z několika ukazatelů vyplývá, že existuje velký prostor ke zvýšení efektivity v segmentu lůžkové péče. Přestože počet lůžek přepočítaný na počet obyvatel a průměrná délka hospitalizace (ALOS) klesají, v posledních letech stagnovaly a jsou i nadále výrazně vyšší než průměr EU (obrázek 20). Obložnost v roce 2017 dosahovala 70 %, což je významně pod průměrem EU, který činí 77 %. To spolu s poměrně vysokým počtem ukončených hospitalizací (200 na 1 000 obyvatel) ve srovnání s průměrem EU (172) svědčí o nadměrné kapacitě v segmentu nemocnic. V zájmu zvýšení efektivity je podporována jednodenní chirurgie. Dobrým příkladem jsou operace šedého zákalu, z nichž bylo v roce 2016 celých 97 % provedeno formou jednodenní chirurgie nebo ambulantně, oproti pouhým 56 % v roce 2007.

Obrázek 20. Český segment lůžkové péče se vyznačuje větším počtem lůžek a delšími hospitalizacemi, než činí průměr EU



Zdroj: databáze Eurostatu (údaje za rok 2017 nebo nejbližší rok).

Výdaje na dlouhodobou péči mírně vzrostly

Výdaje na dlouhodobou péči se zvýšily z 11,1 % běžných výdajů na zdravotní péči v roce 2013 na 13,8 % v roce 2017 . V současnosti však neexistuje strategie pro rozšíření omezené kapacity v oblasti dlouhodobé péče, možná proto, že poskytování této péče je stále rozdrobeno mezi sektory sociální a zdravotní péče. Rostoucí poptávka po dlouhodobé péči (oddíl 2) znamená, že je třeba strategičtěji plánovat kapacitu a investovat do sítě poskytovatelů dlouhodobé péče. Přestože informace o potřebách jednotlivých pacientů jsou na nižších správních úrovních k dispozici, nebyly dosud využity pro plánování na celostátní úrovni.

Nutnost lepšího strategického plánování zdůrazňuje potřebnost národního informačního systému

V oblasti rozvoje informační infrastruktury pro zdravotní systém dochází pouze k postupnému pokroku; to se týká například provádění národní strategie elektronického zdravotnictví (2016–2020), která by měla nakonec zahrnovat sdílenou informační platformu pro poskytovatele a zdravotní pojišťovny. Úspěšné zavedení e-receptu v roce 2018 upozornilo na potenciál plánovaného Národního zdravotnického informačního systému (rámeček 4).

Rámeček 4. Nový systém e-receptů zdokonalí péči o pacienty

Od ledna 2018 jsou lékaři v Česku povinni vydávat všechny předpisy na léky v elektronickém formátu. V období zavádění (původně plánovaném na rok 2015) bylo nutné překonat řadu výzev, včetně vytvoření datových standardů a platformy pro výměnu informací. Současný systém vychází z odborných znalostí získaných z (předchozích) národních strategií a strategií na úrovni EU. Cílem e-receptu je zajistit vyšší míru bezpečnosti při vydávání léčivých přípravků v lékárnách. Jedinečný identifikátor lékařského receptu lze pacientovi předat v několika formátech, například na papíře, v e-mailu či textové zprávě (SMS) nebo prostřednictvím mobilní či webové aplikace. V případě rutinních opakovaných receptů nemusí pacienti předepisujícího lékaře navštívit (pokud s tím daný lékař souhlasí), což vede k úspoře času a zdrojů. Očekává se, že systém bude brzy napomáhat také prevenci polyfarmacie a lékových interakcí u pacientů, a lze jej využít jako nástroj pro další podporu používání generických léčivých přípravků.

Správa a řízení zdravotnictví by mohly být aktivnější a mohly by ve větší míře zapojovat zainteresované subjekty

Některé výzvy, před kterými zdravotní systém stojí, jsou dobře známé, například potenciální dopad stárnoucího obyvatelstva s většími potřebami zdravotní péče, citlivá příjmová základna a potřeba vypracovat dlouhodobou strategickou vizi pro budoucí plánování zdravotních služeb. Přestože má Ministerstvo zdravotnictví i nadále významnou úlohu v oblasti koordinace a tvorby politik, reformy byly úspěšné pouze tehdy, když byly klíčové zúčastněné subjekty (například zdravotní pojišťovny, kraje, poskytovatelé a profesní sdružení) zapojeny do plánování a převzaly za reformy odpovědnost. Několik reforem prováděných shora se v posledním desetiletí setkalo se silným odporem a další reformy byly odloženy, protože úkoly příslušných zúčastněných subjektů v systému zdravotní péče nebyly jasné. Posilování a podpora zapojení zúčastněných subjektů je tedy klíčovým předpokladem pro nalézání úspěšných politických řešení naléhavých problémů. Pozitivním příkladem je obnovení Pacientské rady jako poradního orgánu ministra zdravotnictví, k němuž došlo v roce 2019.

6 Klíčová zjištění

- Přestože střední délka života v Česku je stále téměř o dva roky nižší než průměr EU, bylo dosaženo velkého pokroku při snižování úmrtnosti na ischemickou chorobu srdeční, cévní mozkovou příhodu a několik druhů rakoviny. Tento pokles lze přičíst snížení prevalence rizikových faktorů a zejména soustředění péče do specializovaných center a dostupným novým metodám léčby. Za zmínku stojí také úspěch při omezování výskytu infekčních onemocnění prostřednictvím pečlivého dozoru. Bylo by však možné udělat více pro snížení výskytu rizikových faktorů organizováním cílených programů v oblasti ochrany veřejného zdraví. Rychlý vzestup chronických onemocnění, jako je diabetes, navíc před systém staví úkol nalézt integrovanější řešení při poskytování péče těmto pacientům.

- Zdravotní stav obyvatelstva se vyznačuje výraznými nerovnostmi v závislosti na vzdělání a příjmu. Vyšší zdravotní potřeby v některých českých regionech nejsou řádně zohledněny při plánování zdravotnických služeb a tuto situaci zhoršuje skutečnost, že odpovědnost za plánování je rozdrobena mezi několik zúčastněných subjektů, včetně zdravotních pojišťoven, samosprávných krajů, Ministerstva zdravotnictví a Ministerstva práce a sociálních věcí (u dlouhodobé péče). Například nerovnoměrnost v rozmístění zdravotnických pracovníků se bude nejspíše prohlubovat, protože stále méně lékařů je ochotno usazovat se ve venkovských a znevýhodněných regionech.

- Český systém zdravotnictví zajišťuje všeobecné pokrytí zdravotním pojištěním, vysokou úroveň finanční ochrany a nízké přímé soukromé výdaje. Hrazen je široký rozsah služeb a právní předpisy chrání zranitelné skupiny prostřednictvím stropů na spoluúčast. Na spoluúčast u léčivých přípravků na lékařský předpis a přímé platby za volně prodejné léčivé přípravky nicméně připadá největší podíl přímých plateb.

- I když výdaje na zdravotnictví přepočtené na obyvatele i vyjádřené jako podíl na HDP jsou nižší než průměr EU (7,2 % HDP ve srovnání s průměrem EU ve výši 9,8 %), bude vyšší poptávka po zdravotní péči i dlouhodobé péči pravděpodobně vyvíjet tlak na rozpočty. Segment lůžkové péče s vysokou hustotou sítě a poměrně vysokými počty lůžek i ukončených hospitalizací, jakož i relativně dlouhá průměrná délka hospitalizace a nízká obložnost lůžek ukazují, že v segmentu nemocnic existuje prostor pro zvýšení efektivity.

- Značnou výzvu představuje posílení odolnosti zdravotního systému. Současný rámec veřejného financování silně závisí na odvodech z mezd ekonomicky aktivních jednotlivců, přestože za většinu českých občanů jsou hrazeny příspěvky platbou státu, financovanou z příjmů ze všeobecných daní. Takovýto systém je zranitelný vůči hospodářským otřesům a stárnutí obyvatelstva; v současnosti přitom neexistuje politická shoda na tom, jak zdroje příjmů diverzifikovat. Pokusy zvýšit příjmy ze soukromých zdrojů prostřednictvím uživatelských poplatků v období 2008–2015 byly neúspěšné vinou nesouhlasu mnoha zúčastněných subjektů.

- Stárnutí pracovní síly pravděpodobně zhorší stávající regionální rozdíly a bude ohrožovat spravedlnost v přístupu k péči. Již existuje několik opatření s cílem zvýšit příliv mladých zdravotnických pracovníků do zdravotního systému, ale vývoj je třeba pečlivě sledovat. Kapitálové investice jsou kromě toho příliš nízké v poměru k potřebě modernizovat a renovovat infrastrukturu a poskytovatelé obtížně získávají dostatečné finanční prostředky.

- Správu a řízení systému zdravotnictví by bylo možné posílit nejen aktivním zapojováním různých zúčastněných subjektů, jako jsou poskytovatelé, pojišťovny a profesní sdružení, do důležitých reforem, ale také efektivním národním informačním systémem.

Hlavní zdroje

Alexa J et al. (2015), Czech Republic: Health system review. *Health Systems in Transition*, 17(1):1–165.

OECD, EU (2018), *Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle*. OECD Publishing, Paris, https://www.oecd.org/health/health-at-a-glance-europe-23056088.htm

Odkazy

Bryndová L et al. (2019), The 2018 risk-adjustment reform in the Czech Republic: Introducing Pharmacy-based Cost Groups and strengthening reinsurance. *Health Policy*, 123(8): 700-05.

European Commission (2019), *Country Report Czech Republic 2019. 2019 European Semester*. European Commission, Brussels, https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/file_import/2019-european-semester-country-report-czech-republic_en.pdf

European Commission (DG ECFIN)-EPC (AWG) (2018), *The 2018 Ageing Report – Economic and budgetary projections for the EU Member States (2016-2070)*. Institutional Paper 079. May 2018. European Commission, Brussels.

Ministry of Finance (2017), Dataset on social health insurance. Data request by author.

Ministry of Health (2019), *Zůstatky na fondech zdravotních pojišťoven*. Ministry of Health, Prague.

Rechel B, Richardson E, McKee M, eds. (2018), *The organization and delivery of vaccination services in the European Union*. European Observatory on Health Systems and Policies and European Commission, Brussels, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/386684/vaccination-report-eng.pdf?ua=1

Tomek A et al. (2017), The impact of nationwide centrally organized stroke care system on recanalization rates: Czech Republic experience. *European Stroke Journal*, 2(1 suppl):59–60.

ÚZIS (2017), *Zdravotnictví ČR: Personální capacity 2016*. Institute of Health Information and Statistics of the Czech Republic, Prague.

ÚZIS (2018a), *Zdravotnická ročenka České republiky 2017*. Institute of Health Information and Statistics of the Czech Republic, Prague.

ÚZIS (2018b), *Zdravotnictví ČR: Personální capacity a odměňování 2017*. Institute of Health Information and Statistics of the Czech Republic, Prague.

ÚZIS (2018c), *Ekonomické výsledky nemocnic 2017*. Institute of Health Information and Statistics of the Czech Republic, Prague.

VZP (2019), *Vyměřovací základ a výpočet pojistného*. VZP, Prague.

Zkratky zemí

Belgie	BE	Finsko	FI	Litva	LT	Nizozemsko	NL	Rumunsko	RO
Bulharsko	BG	Francie	FR	Lotyšsko	LV	Norsko	NO	Slovensko	SK
Česko	CZ	Irsko	IE	Lucembursko	LU	Polsko	PL	Slovinsko	SI
Chorvatsko	HR	Island	IS	Maďarsko	HU	Portugalsko	PT	Španělsko	ES
Dánsko	DK	Itálie	IT	Malta	MT	Rakousko	AT	Spojené království	UK
Estonsko	EE	Kypr	CY	Německo	DE	Řecko	EL	Švédsko	SE

European Commission

State of Health in the EU
Zdravotní profil země 2019

Zdravotní profily zemí jsou důležitým krokem v probíhajícím cyklu Evropské komise nazvaném State of Health in the EU, který je zaměřen na zprostředkování znalostí. Jsou vytvořeny za finanční podpory Evropské unie. Profily jsou výsledkem spolupráce mezi Organizací pro hospodářskou spolupráci a rozvoj (OECD) a European Observatory on Health Systems and Policies, na které se podílí také Evropská komise.

Stručné, politicky relevantní profily jsou založeny na transparentní a jednotné metodice a využívají jak kvantitativní, tak kvalitativní údaje, ale současně jsou flexibilně přizpůsobeny souvislostem v jednotlivých zemích EU/EHP. Cílem je vytvořit nástroj pro vzájemné učení a dobrovolnou výměnu, který mohou využívat tvůrci politik i subjekty, které politiku ovlivňují.

Každý profil země obsahuje stručnou syntézu:

- zdravotního stavu v zemi,
- determinant zdraví se zaměřením na behaviorální rizikové faktory,
- organizace zdravotního systému,
- efektivnosti, dostupnosti a odolnosti zdravotního systému.

Klíčová zjištění těchto profilů Komise doplňuje průvodní zprávou.

Další informace viz: ec.europa.eu/health/state

Tuto publikaci prosím citujte takto: OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2019), *Česko: zdravotní profil země 2019, State of Health in the EU,* OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.

ISBN 9789264724662 (PDF)
Series: State of Health in the EU
SSN 25227041 (online)

OECD
BETTER POLICIES FOR BETTER LIVES

European Observatory on Health Systems and Policies
a partnership hosted by WHO