European Commission









State of Health in the EU

Česko

Zdravotní profil země 2021

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 ve srovnání s ostatními zeměmi. Cílem je poskytnout tvůrcům politik a strategií možnost vzájemného ponaučení a dobrovolné výměny.

Profily jsou výsledkem spolupráce OECD a European Observatory on Health Systems and Policies za spoluúčasti Evropské komise. Tým autorů děkuje za cenné připomínky a návrhy členů projektu sítě Health Systems and Policy Monitor, zdravotního výboru OECD a odborné skupiny EU pro hodnocení výkonnosti zdravotních systémů (HSPA).

Obsah

1. HLAVNÍ INFORMACE 3
2. ZDRAVÍ V ČESKU 4
3. RIZIKOVÉ FAKTORY 6
4. ZDRAVOTNÍ SYSTÉM 8
5. VÝKONNOST ZDRAVOTNÍHO SYSTÉMU 12
   5.1 Efektivita 12
   5.2 Dostupnost 15
   5.3 Odolnost 17
6. HLAVNÍ ZJIŠTĚNÍ 22

Zdroje údajů a informací

Údaje a informace obsažené 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 Evropského střediska pro prevenci a kontrolu nemocí (ECDC), z průzkumů Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) a ze Světové zdravotnické organizace (WHO), jakož i z jiných národních zdrojů.

Vypočítané průměry EU jsou vážené průměry 27 členských států, není-li uvedeno jinak. Tyto průměry EU nezahrnují Island a Norsko.

Tento profil byl dokončen v září 2021 na základě údajů dostupných na konci srpna 2021.

Demografické a socioekonomické souvislosti v Česku, 2020

Demografické faktory	Česko	EU
Velikost populace	10 693 939	447 319 916
Podíl obyvatel starších 65 let (%)	19.9	20.6
Míra plodnosti[1] (2019)	1.7	1.5
Socioekonomické faktory		
HDP na obyvatele (EUR PPP[2])	28 089	29 801
Míra relativní chudoby[3] (%, 2019)	10.1	16.5
Míra nezaměstnanosti (%)	2.6	7.1

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.

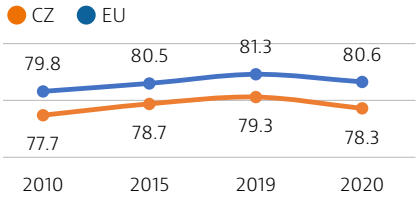
Tímto dokumentem ani údaji a mapami v něm obsaženými není dotčeno postavení žádného území ani svrchovanost nad ním, vymezení mezinárodních hranic ani název žádného území, města či oblasti.

Na tento dokument se vztahují i další prohlášení o vyloučení odpovědnosti pro WHO.

© OECD and World Health Organization (acting as the host organisation for, and secretariat of, the European Observatory on Health Systems and Policies) 2021

1 Hlavní informace

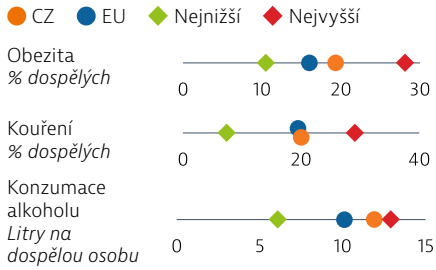
Ačkoli Česko vynakládá na zdraví výrazně méně prostředků než většina ostatních zemí EU, jeho zdravotní systém poskytuje široký rozsah hrazených zdravotních služeb a hlášený počet případů neuspokojených potřeb zdravotní péče je nízký. Střední délka života v Česku byla v roce 2020 o více než dva roky nižší než průměr EU a po pandemii COVID-19 se ve srovnání s rokem 2019 dočasně snížila o jeden rok. Reakce na pandemii upozornila na oblasti vyžadující zlepšení: oblasti připravenosti na krize a kapacitu pracovních sil, zejména v některých krajích. Rozhodnutí o financování přijatá v roce 2020 zmírnila krátkodobý finanční tlak na zdravotní systém.



Střední délka života při narození, roky

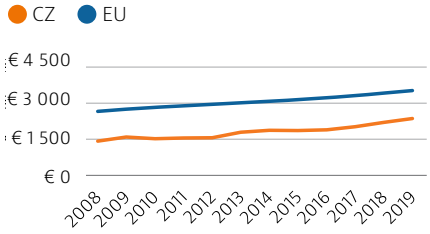
Zdravotní stav

Střední délka života se v Česku v posledních 10 letech neustále zvyšovala a v roce 2019 byla o dva roky nižší než průměr EU. Pandemie COVID-19 však zemi dočasně vrátila na úroveň roku 2013, a měla tak v tomto ohledu výraznější dopad než v mnoha jiných zemích EU.



Rizikové faktory

Téměř polovinu všech úmrtí v Česku v roce 2019 lze přičíst behaviorálním rizikovým faktorům, zejména špatnému stravování, kouření a konzumaci alkoholu. Míra obezity se za posledních 15 let zvyšovala a u dospělých se nyní pohybuje kolem 20 %, což přispívá k vysoké prevalenci diabetu a dalších onemocnění souvisejících se stravou. Míra konzumace alkoholu patří k nejvyšším v EU.



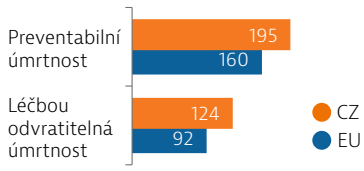
Výdaje na obyvatele (EUR PPP)

Zdravotní systém

Výdaje Česka na zdravotnictví v roce 2019 činily 7,8 % HDP a 2 362 EUR na obyvatele, obojí výrazně pod průměrem EU (který činí 9,9 % a 3 521 EUR). Většina výdajů na zdravotnictví je financována z veřejných zdrojů, převážně prostřednictvím systému povinného pojištění. Česko výrazně zvýšilo příspěvky ze státního rozpočtu do systému pojištění, aby pokrylo téměř všechny výdaje související s pandemií.

Efektivita

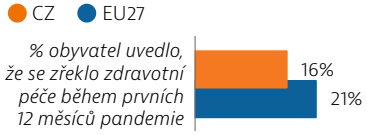
Navzdory pokroku v posledním desetiletí vykazovalo Česko před pandemií vysokou míru úmrtnosti na příčiny, kterým lze předejít a které jsou léčitelné. Ke zlepšení by mohly přispět další investice do projektů v oblasti veřejného zdraví a motivace obyvatelstva ke zdravějším návykům. Míra přežití pacientů s rakovinou se nyní blíží průměru EU, ale pandemií způsobený dočasný pokles screeningu by mohl tento pokrok zpomalit.



Věkově standardizovaná úmrtnost na 100 000 obyvatel, 2018

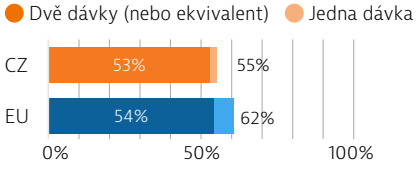
Dostupnost

Před rokem 2020 mělo Česko jednu z nejnižších úrovní neuspokojených potřeb zdravotní péče v EU, i když zde existovaly určité informační překážky. Během první vlny pandemie byly zdravotní služby narušeny méně než v EU obecně (pouze 16 % Čechů uvedlo, že přišli o zdravotní péči).



Odolnost

Česko zvládlo první vlnu pandemie COVID-19, ale druhou vlnu zpomalilo jen s obtížemi, částečně kvůli omezeným schopnostem plánovat a nedostatečně jasné komunikaci s veřejností. Do konce srpna 2021 bylo onemocnění COVID-19 diagnostikováno u 16 % obyvatel (na rozdíl od 8 % celé EU) a více než polovina obyvatel (53 %) byla očkována dvěma dávkami.



Podíl celkového počtu obyvatel naočkovaných proti onemocnění COVID-19 do konce srpna 2021

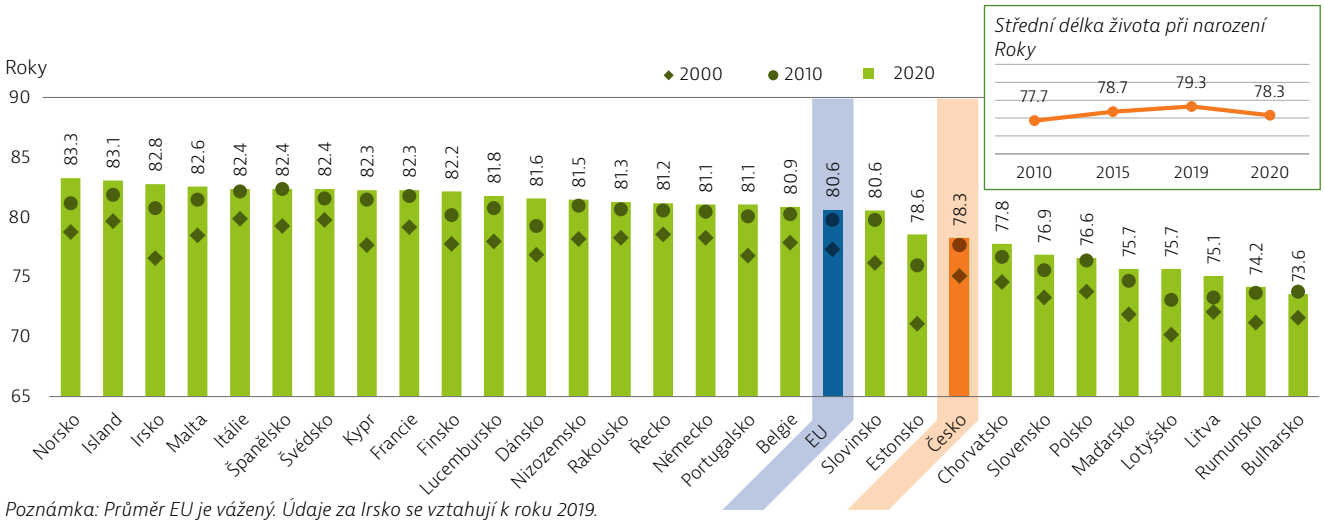
2 Zdraví v Česku

Střední délka života se v Česku zvýšila, ale v jednotlivých krajích se liší

V roce 2020 činila střední délka života při narození v Česku 78,3 roku, což je o 2,3 roku méně než průměr EU, ačkoliv i tak zařadila Česko na přední příčky v rámci zemí střední a východní Evropy (obrázek 1). Mezi lety 2000 a 2020 se zvýšila o více než tři roky. Rozdíl ve střední délce života žen a mužů činil šest let, tedy více než průměr EU (5,6 roku).

V roce 2019 se délka života zásadně lišila mezi hlavním městem Praha a zbytkem země, menší rozdíly byly zaznamenány také mezi jednotlivými ostatními kraji. Například střední délka života mužů žijících v Praze byla o více než 4,0 roku vyšší než u mužů žijících v Ústeckém kraji.

Obrázek 1. Střední délka života při narození v Česku je o více než dva roky nižší než v EU



Poznámka: Průměr EU je vážený. Údaje za Irsko se vztahují k roku 2019.
Zdroj: Databáze Eurostatu.

Pandemie dočasně snížila střední délku života v Česku na úroveň zaznamenanou naposledy v roce 2013

Předběžná data naznačují, že střední délka života v roce 2020 se u žen snížila o 0,9 roku a u mužů o 1,1 roku, čímž se země dočasně vrátila na úroveň roku 2013 (78,3 roku). Jedná se o největší pokles od druhé světové války. K většině úmrtí, která k tomuto poklesu přispěla, došlo v říjnu a listopadu 2020, kdy byla také nejvyšší úmrtnost na onemocnění COVID-19 v roce 2020. Očekává se, že střední délka života bude nižší i v roce 2021: v prvních sedmi měsících tohoto roku zemřelo o 28 % více lidí ve srovnání s pětiletým průměrem za stejné měsíce období 2015–2019 (ČSÚ, 2021).

Hlavními příčinami úmrtnosti zůstávají ischemická choroba srdeční, cévní mozková příhoda a rakovina plic

Předchozí zvyšování střední délky života v Česku mezi lety 2000 až 2019 lze přičíst zejména snižování úmrtnosti způsobené nejčastějšími příčinami úmrtí. Zejména standardizovaná úmrtnost z důvodů onemocnění oběhové soustavy se snížila o téměř 40 %, částečně také zásluhou soustředění příslušné péče do center pro kardiovaskulární onemocnění a specializovaných center pro péči o cévní mozkové příhody, zřízených v roce 2011 (viz kapitola 4). Na onemocnění oběhové soustavy však v roce 2019 v Česku stále připadalo více než 40 % všech úmrtí a dalších 25 % připadalo na rakovinu (obrázek 2). Nejčastější příčinou úmrtí na rakovinu zůstává i nadále rakovina plic. Další významnou příčinou úmrtí v Česku je diabetes: standardizovaná úmrtnost v důsledku této nemoci je čtvrtou nejvyšší v celé EU.

V roce 2020 zemřelo s onemocněním COVID-19 v Česku přibližně 12 000 lidí (9,2 % všech úmrtí), do konce srpna 2021 se jejich počet zvýšil na 30 400. K tomuto datu byla úmrtnost s onemocněním COVID-19 téměř o 80 % vyšší než průměr EU (2 843 osob na milion obyvatel – v EU to bylo 1 591 osob). Podle širšího ukazatele nadměrné úmrtnosti mohl být počet přímých a nepřímých úmrtí souvisejících s onemocněním COVID-19 v roce 2020 ještě vyšší (rámeček 1).

Obrázek 2. Ischemická choroba srdeční, cévní mozková příhoda a rakovina plic byly nejčastějšími příčinami úmrtí, ale v roce 2020 připadal velký podíl úmrtí i na onemocnění COVID-19



Poznámka: Počet a podíl úmrtí na onemocnění COVID-19 se týkají roku 2020, zatímco počet a podíl jiných příčin se týkají roku 2019. Velikost rámečku pro COVID-19 je úměrná velikosti rámečků pro ostatní nejčastější příčiny úmrtí v roce 2019.
Zdroje: Eurostat (pro příčiny úmrtí v roce 2019); ECDC (pro úmrtí na COVID-19 v roce 2020 až do 53. týdne).

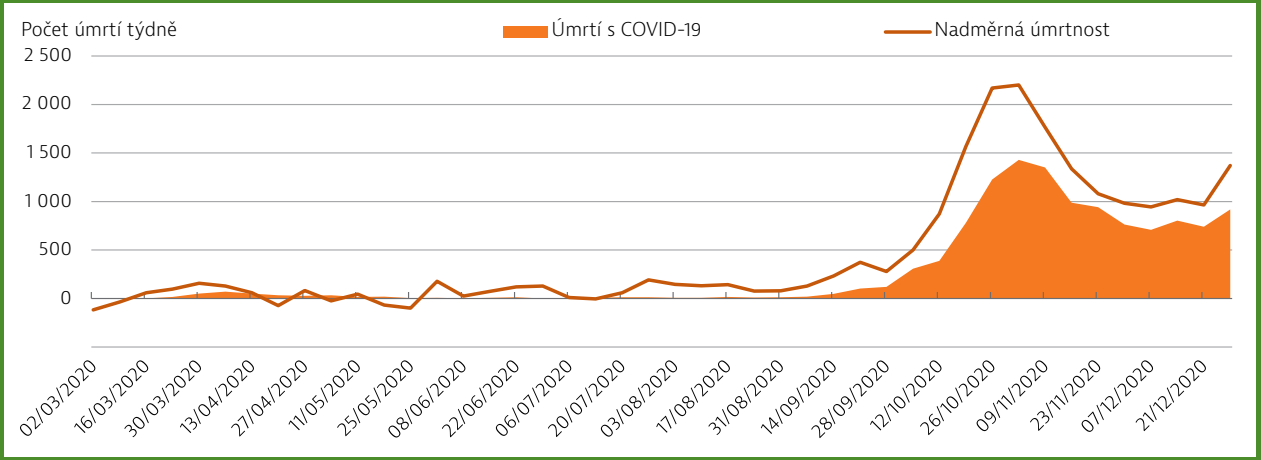
Rámeček 1: Nadměrná úmrtnost byla v roce 2020 podstatně vyšší než oficiálně hlášená úmrtí s onemocněním COVID-19

V Česku (stejně jako v mnoha dalších zemích) je skutečný počet úmrtí v důsledku onemocnění COVID-19 pravděpodobně vyšší než počet hlášených úmrtí, a to kvůli omezenému testování a problémům souvisejícím s určováním příčin smrti. Počet každodenně hlášených úmrtí v Česku zahrnuje pouze úmrtí osob, u nichž bylo před smrtí laboratorně potvrzené onemocnění COVID-19.

Počet úmrtí s onemocněním COVID-19 rovněž nezohledňuje další možné příčiny nepřímé úmrtnosti, které vyvstaly během pandemie nebo po ní - například když lidé odkládají léčbu ze strachu z nákazy nebo kvůli nedostupnosti služeb. Ukazatel nadměrné úmrtnosti (definovaný jako počet úmrtí ze všech příčin nad rámec toho, co by se běžně očekávalo na základě hodnot z předchozích pěti let) může poskytnout širší měřítko pro přímá a nepřímá úmrtí v důsledku onemocnění COVID-19, které není ovlivněno problémy spojenými s testováním a zjišťováním příčin smrti.

Od března do konce roku 2020 byla celková nadměrná úmrtnost (18 000 úmrtí) přibližně o 50 % vyšší než hlášená úmrtí s onemocněním COVID-19 (obrázek 3). Tento rozdíl byl obzvláště výrazný během vrcholu druhé vlny od října do prosince 2020. Nadměrná úmrtnost korelovala ve velikosti, období i nejpostiženějšími věkovými skupinami s COVID-19 úmrtností. To naznačuje, že se může jednat o úmrtí přímo způsobená onemocněním COVID-19, která byla připsána jiným příčinám. Odložená péče nebo jiné nepřímé příčiny by měly opožděný účinek. 5 300 úmrtí bylo skutečně dodatečně identifikováno jako úmrtí obětí COVID-19 v roce 2020.

Obrázek 3. Úmrtí s COVID-19 a nadměrná úmrtnost dosáhly v Česku vrcholu na podzim 2020

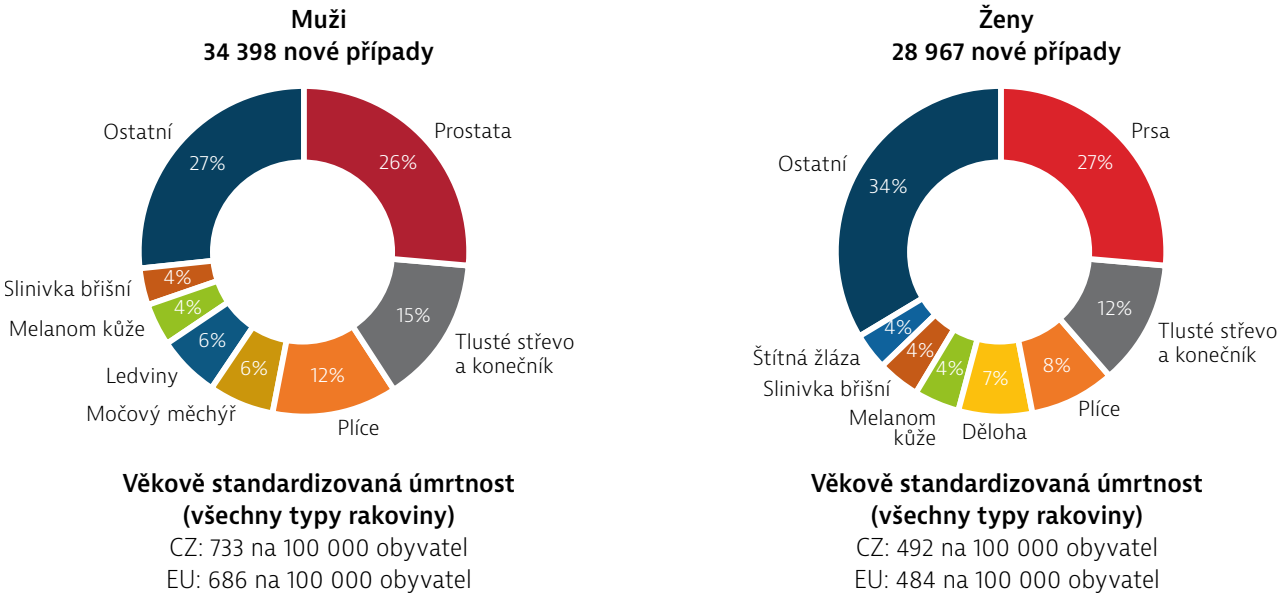


Poznámka: Údaje o nadměrné úmrtnosti získané dne 17. 6. 2021.
Zdroje: Databáze Eurostatu pro nadměrnou úmrtnost; ECDC pro úmrtí na onemocnění COVID-19.

Výskyt rakoviny je v Česku vyšší než ve většině zemí EU

Podle nejnovějších odhadů Joint Research Centre, založených na trendech četnosti výskytu z předchozích let, se v Česku v roce 2020 mělo vyskytnout více než 60 000 nových případů rakoviny; očekávalo se, že míra výskytu rakoviny překročí průměr EU[1]. Nejčastějším typem rakoviny podle postiženého místa byla u mužů rakovina prostaty (26 %) a rakovina tlustého střeva a konečníku (15 %) a u žen rakovina prsu (27 %) a rakovina tlustého střeva a konečníku (12 %) (obrázek 4). Česko v posledním desetiletí vytrvale zlepšovalo onkologickou péči a před pandemií COVID-19 dosáhlo vysoké míry účasti na screeningu ve srovnání s ostatními zeměmi EU (viz kapitola 5.1).

Obrázek 4. V Česku byla v roce 2020 podle odhadů nově diagnostikována rakovina u více než 60 000 osob



Věkově standardizovaná úmrtnost (všechny typy rakoviny)
CZ: 733 na 100 000 obyvatel
EU: 686 na 100 000 obyvatel

Věkově standardizovaná úmrtnost (všechny typy rakoviny)
CZ: 492 na 100 000 obyvatel
EU: 484 na 100 000 obyvatel

Poznámka: Nezahrnuje nezhoubné nádory kůže; rakovina dělohy nezahrnuje rakovinu děložního čípku.
Zdroj: ECIS – Evropský systém informací o rakovině.

3 Rizikové faktory

K úmrtnosti významně přispívá užívání tabáku a špatná strava

Téměř polovinu všech úmrtí v Česku v roce 2019 lze přičíst behaviorálním rizikovým faktorům, mimo jiné rizikovým stravovacím návykům, kouření tabáku, konzumaci alkoholu a nedostatku pohybu (obrázek 5). Nejvýznamnějším faktorem byly rizikové stravovací návyky, které přispěly k více než jedné pětině všech úmrtí (23 %), což je výrazně nad průměrem EU (17 %). Těsně po nich následovala spotřeba tabáku (20 %).

Obezita je velkou výzvou v oblasti veřejného zdraví

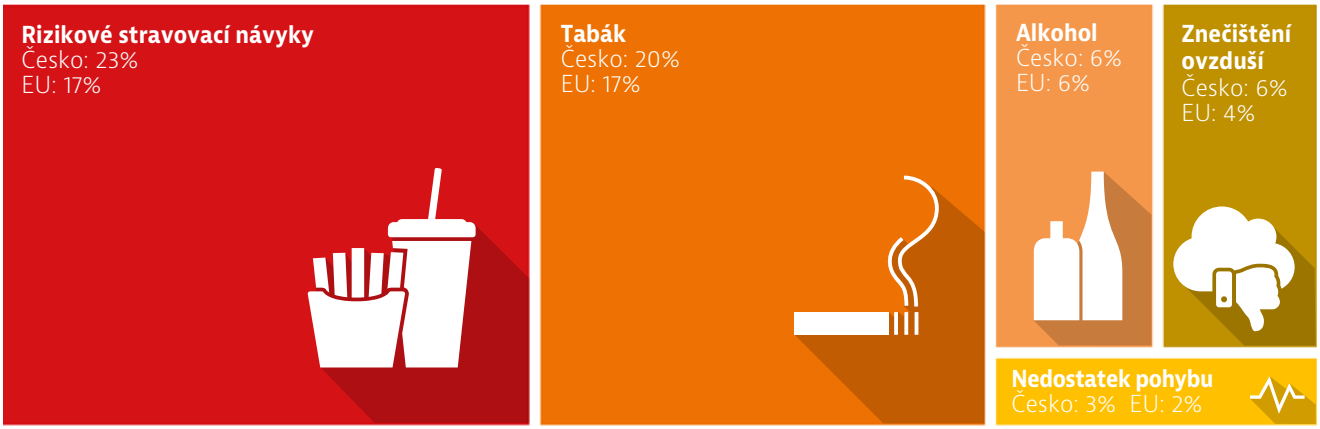
Míra obezity u dospělých v Česku za posledních 15 let výrazně vzrostla a v roce 2019 patřila k nejvyšším v EU (19 %). Předpokládá se, že pokud bude současný vývoj pokračovat, bude do roku 2030 obézních přibližně 35 % všech dospělých v České republice (MZČR, 2019). Roste i míra nadváhy a obezity u dospívajících: v roce 2018 trpělo nadváhou nebo obezitou 20 % patnáctiletých (v roce 2014 jich bylo 17,5 %). Tento jev je rozšířenější u chlapců (26 %) než u dívek (14 %). Obezita v zemi také přispívá k rostoucí epidemii diabetu a souvisejících onemocnění.

1. *Je třeba poznamenat, že tyto odhady byly vypracovány před pandemií COVID-19; to může mít vliv jak na četnost výskytu rakoviny, tak na úmrtnost v jejím důsledku v roce 2020.*

Hlavním faktorem ovlivňujícím obezitu je špatná výživa. Více než polovina všech dospělých uvedla, že v roce 2019 nekonzumovala denně ani ovoce, ani alespoň jednu porci zeleniny (obrázek 6). Průměrná spotřeba soli v Česku byla třikrát vyšší než doporučený denní limit WHO / Organizace OSN pro výživu a zemědělství. Kromě toho přibližně 40 % dospělých uvedlo, že v roce 2014 v průměrném týdnu neprovozovalo ani mírnou fyzickou aktivitu.

V souvislosti s pandemií COVID-19 se této otázce věnovala větší pozornost v médiích, neboť obezita významně zvyšuje riziko komplikací a úmrtí v důsledku onemocnění COVID-19. Boj proti obezitě byl součástí předchozí vládní strategie (Zdraví 2020): ta zahrnovala podporu výzkumu, větší zaměření na prevenci a zlepšení zdravotní gramotnosti a také zlepšení zdravotních služeb pro pacienty trpící obezitou. Zaměření na obezitu je součástí i nové strategii Zdraví 2030 (viz kapitola 5.1).

Obrázek 5. Rizikové stravovací návyky a tabák jsou v Česku hlavními rizikovými faktory



Poznámka: Celkový počet úmrtí souvisejících s těmito rizikovými faktory je nižší než součet počtů úmrtí za jednotlivé faktory, protože stejné úmrtí lze přičíst více než jednomu rizikovému faktoru. Rizikové stravovací návyky zahrnují 14 složek, například nedostatečnou konzumaci ovoce a zeleniny a nadměrnou konzumaci nápojů slazených cukrem. Znečištění ovzduší odkazuje na expozici jemným částicím ($PM_{2.5}$) a ozonu.
Zdroje: IHME (2020), Global Health Data Exchange (odhady se týkají roku 2019).

Téměř pětina dospělých i dospívajících pravidelně kouří

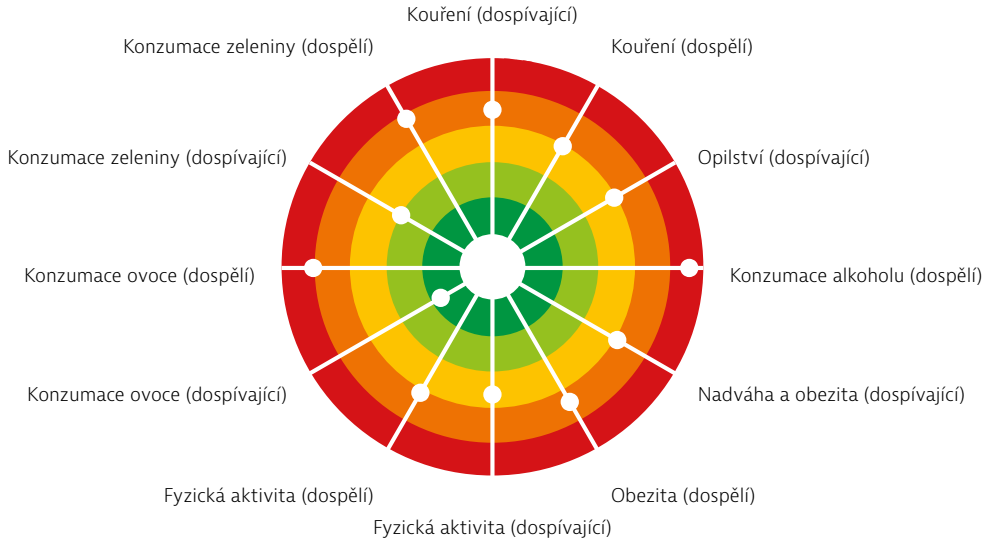
Ačkoli se spotřeba tabáku v posledním desetiletí mírně snížila, v roce 2019 kouřila denně jedna pětina dospělých (24 % mužů a 16 % žen)[2]. Spotřeba tabáku u dospívajících je podobně vysoká: téměř jedna pětina patnáctiletých v roce 2018 uvedla, že v minulém měsíci kouřili, což je vyšší podíl než ve většině ostatních zemí EU. Přijetí zákona omezujícího dostupnost a možnost konzumování tabáku (včetně zákazu kouření na veřejných místech) v roce 2017 bude mít vliv na podíl kuřáků v populaci teprve po určité době (viz kapitola 5.1). Průzkumy Státního zdravotního ústavu uvádějí, že i přes zavedený zákaz bylo 20 % lidí na svém pracovišti v roce 2020 i nadále vystaveno pasivnímu kouření a téměř 67 % lidí kouřilo ve stejné míře jako před vstupem tohoto zákazu v platnost (Csémy et al., 2021).

Konzumace alkoholu zůstává u dospělých i dospívajících vysoká

Celková konzumace alkoholu u dospělých, která v roce 2019 činila 11,9 litru čistého alkoholu na osobu, patřila k nejvyšším v EU. Přispívá k tomu i spotřební daň z alkoholu, která je nižší než průměr EU, ačkoli spotřební daň z lihovin byla v lednu 2020 zvýšena. Pokusy o omezení reklamy na alkohol dosud nebyly z politických důvodů úspěšné. Hlášená konzumace alkoholu šestnáctiletých mezi lety 2011 a 2019 klesla, ale zůstává jednou z nejvyšších v EU (ESPAD, 2020). V roce 2017 byly zavedeny přísnější předpisy týkající se pití a nákupu alkoholu nezletilými osobami.

2. *Nedávno zveřejněné údaje za rok 2020 ukazují další pokles, ačkoli jedna šestina dospělých osob stále kouřila denně (21 % mužů a 12 % žen) (Csémy et al., 2021).*

Obrázek 6. Česko dosahuje špatných výsledků u mnoha rizikových faktorů, jako je obezita a konzumace alkoholu



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 zlepšení.
Zdroje: Výpočty OECD založené na průzkumu HBSC 2017–18 pro ukazatele u dospívajících; OECD Health Statistics, EHIS 2014 a EHIS 2019 pro ukazatele u dospělých.

4 Zdravotní systém

Ministerstvo zdravotnictví má v českém zdravotním systému regulační a strategickou funkci

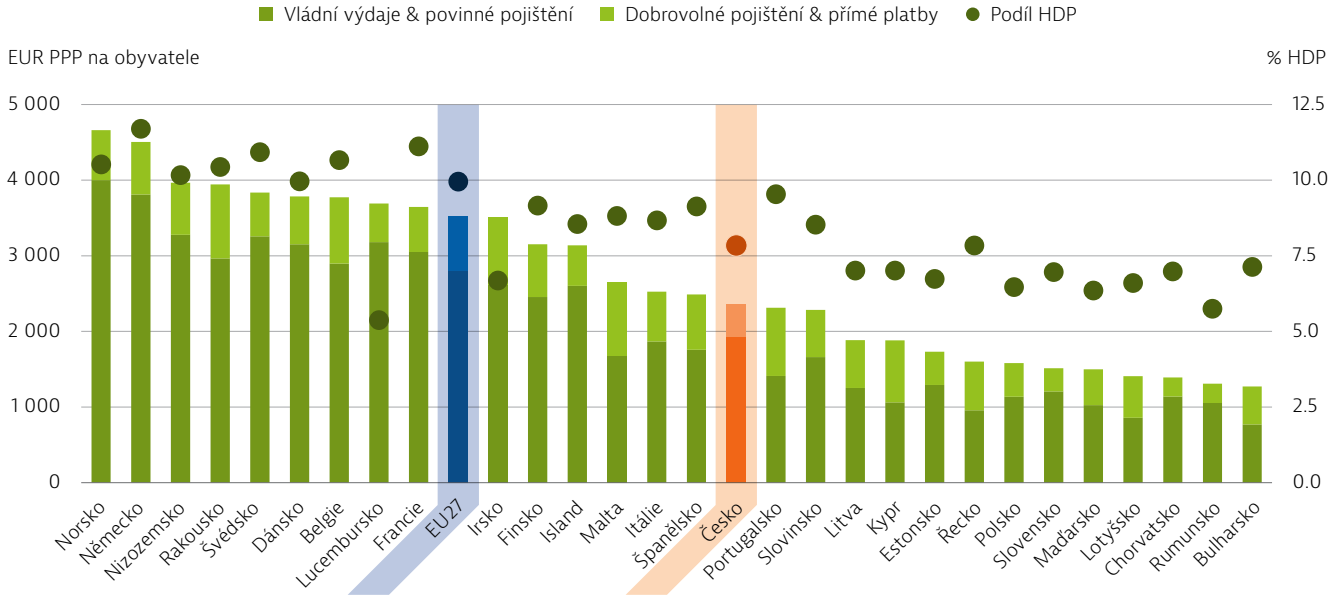
Od počátku 90. let 20. století má Česko systém veřejného zdravotního pojištění, který je do značné míry regulován vládou. Sedm veřejných zdravotních pojišťoven v současné době působí jako plátci a kupující zdravotní péče. Trh zdravotního pojištění je ale koncentrovaný: u největší zdravotní pojišťovny (VZP) je pojištěno 56 % obyvatel. Hospodářská soutěž mezi pojišťovnami je omezená. Zdravotní pojištění je povinné a přístup ke zdravotní péči je prakticky univerzální. Všichni obyvatelé Česka mají k dispozici široký rozsah hrazených zdravotních služeb, ale zdravotní pojišťovny se mohou mezi sebou odlišovat v doplňkových službách nabízených svým pojištěncům (např. příspěvky na nepovinná očkování).

Ministerstvo zdravotnictví je hlavním regulačním orgánem, který nastavuje zdravotní politiku, dohlíží na systém a provozuje několik poskytovatelů zdravotní péče; bylo rovněž rozhodujícím orgánem během krize COVID-19 (rámeček 2). Dohlíží a úzce spolupracuje se svými podřízenými institucemi: jedná se například o Státní zdravotní ústav, Ústav zdravotnických informací a statistik, Státní ústav pro kontrolu léčiv a krajské hygienické stanice. Všechny tyto organizace získaly během pandemie na významu. Mnoho poskytovatelů lůžkové zdravotní péče je ve vlastnictví státu (včetně většiny fakultních nemocnic a specializovaných pracovišť) a krajů nebo obcí.

Česko vydává na zdravotní péči méně, než je průměr EU, ale podíl veřejného financování je vysoký

V roce 2019 vynaložilo Česko na zdravotní péči 2 362 EUR na obyvatele (upraveno o rozdíly v kupní síle), což je výrazně méně než vážený průměr EU. Výdaje na zdravotnictví jako podíl na HDP dosáhly 7,8 %, což je rovněž pod průměrem EU, který činí 9,9 % (obrázek 7). Podíl veřejného financování zdravotnictví je však v Česku historicky vysoký: v roce 2019 činil 82 %, tedy více než průměr EU (79,7 %). Hlavním zdrojem příjmů na zdravotnictví jsou příspěvky na veřejné zdravotní pojištění (skládající se z účelově vázaného pojistného odvozeného z mezd, pojistného odvozeného z příjmů osob samostatně výdělečně činných, jakož i z platby státu za specifické skupiny ekonomicky neaktivních osob), které jsou doplněny financemi ze státních a územních rozpočtů, fondů EU a soukromých výdajů. Soukromé výdaje zahrnují platby za spoluúčast, např. spolufinancování předepsaných léčivých přípravků. Všichni obyvatelé jsou pojištěni, neboť zdravotní pojištění je povinné.

Obrázek 7. Výdaje na obyvatele a v poměru k HDP jsou nižší než průměr EU



Poznámka: Průměr EU je vážený.
Zdroj: OECD Health Statistics 2021 (údaje za rok 2019 kromě Malty, v jejímž případě jsou za rok 2018).

Rámeček 2: Ústřední vláda byla rozhodujícím orgánem celostátní reakce na pandemii

Vláda po vyhlášení nouzového stavu v březnu 2020 nejprve vedla národní strategii pandemie COVID-19 prostřednictvím Ministerstva zdravotnictví za podpory Centrálního řídícího týmu COVID-19 (poradní orgán odpovědný za realizaci opatření proti šíření COVID-19) a Ústředního krizového štábu (orgán k řešení krizových situací, kterému během krize předsedal ministr vnitra).

Od března 2020 docházelo v systému řízení pandemie k mnoha změnám: činnost různých skupin a týmů byla pozastavena a později obnovena. Docházelo rovněž k četným změnám ve vedoucích funkcích, včetně rezignace nebo odvolání čtyř ministrů zdravotnictví a propuštění dvou hlavních hygieniků.

Krajské hygienické stanice měly pravomoc stanovovat opatření proti šíření nákazy na úrovni krajů a byly odpovědné za lokální fungování systému trasování. Ačkoli jsou podřízené Ministerstvu zdravotnictví, dostávaly jen omezené pokyny centrálně, což znesnadňovalo rychlé posílení trasovacích týmů a také systematické shromažďování a analýzu údajů o veřejném zdraví napříč kraji (viz kapitola 5.3).

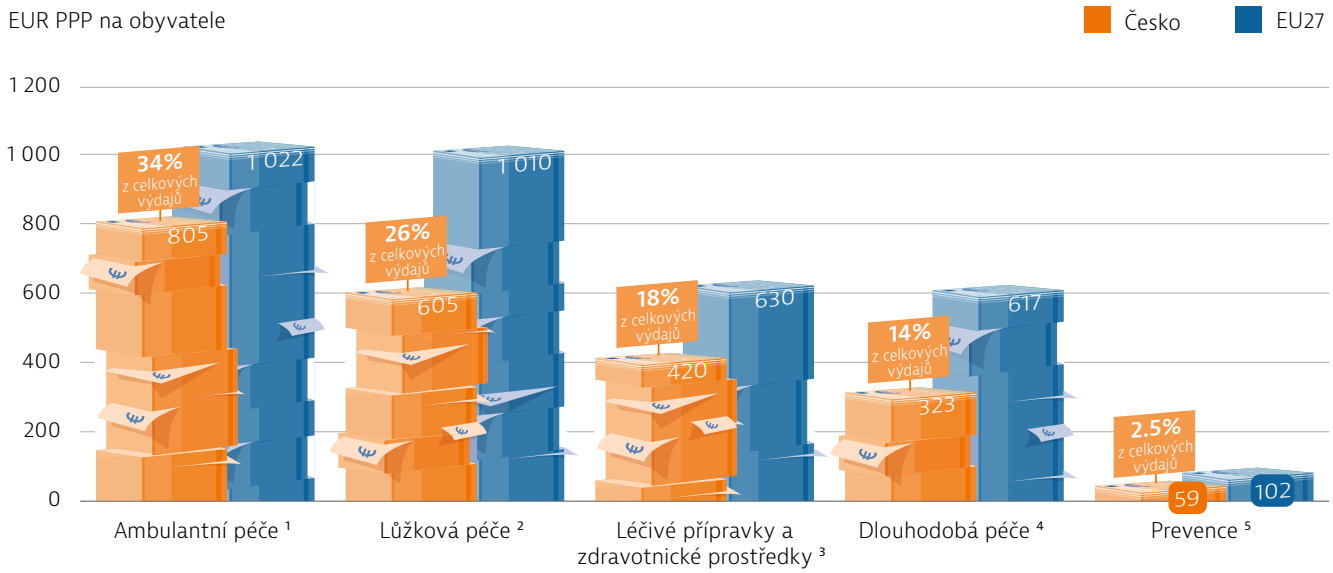
I když koordinace byla převážně centrální, krajské úřady byly zodpovědné za implementaci strategií, jako je řízení kapacity lůžkových jednotek intenzivní péče a provedení očkovací kampaně.



Většina výdajů je určena na ambulantní a lůžkovou péči

V poměru k celkovým výdajům většina výdajů směřuje na ambulantní a lůžkovou péči (obrázek 8). Podíl výdajů na dlouhodobou péči (14 %) je nižší než průměr EU (16 %), ale mnohem vyšší než v sousedních zemích jako je Polsko a Slovensko. Tento rozdíl je však částečně důsledkem změny v metodice v roce 2011, od kdy Česko označuje výdaje na ústavy dlouhodobé sociální péče jako výdaje na zdravotnictví. Přibližně 2,5 % výdajů na zdravotnictví Česko vynakládá na prevenci, což je podíl, který se blíží průměru EU. S ohledem na pandemii COVID-19 byly provedeny mimořádné změny financování zdravotní péče (rámeček 3).

Obrázek 8. Česko v porovnání s EU vydává na osobu méně finančních prostředků ve všech oblastech péče



Poznámka: Nejsou zahrnuty náklady na správu zdravotního systému. 1. Zahrnuje domácí péči a doplňkové služby (např. přepravu pacientů). 2. Zahrnuje léčebně-rehabilitační péči v nemocnici a dalších prostředích. 3. Zahrnuje pouze ambulantní sektor. 4. Zahrnuje pouze zdravotní složku. 5. Zahrnuje pouze výdaje na organizované programy prevence. Průměr EU je vážený.
Zdroje: OECD Health Statistics 2021; databáze Eurostatu (údaje za rok 2019).

Rámeček 3: Během pandemie provedla vláda mimořádné změny ve financování zdravotnictví

V důsledku pandemie COVID-19 přijalo Česko několik opatření ke zmírnění finančního tlaku na české obyvatelstvo a poskytovatele zdravotní péče, ve snaze umožnit jim zaměřit se na zvládání pandemie. Například osoby samostatně výdělečně činné nemusely v roce 2020 po dobu šesti měsíců platit pojistné na veřejné zdravotní pojištění. Po zdravotních pojišťovnách bylo požadováno, aby poskytovatelům péče kompenzovaly finanční ztráty a nové náklady způsobené pandemií COVID-19, aby financovaly část bonusů pro zaměstnance ve zdravotnictví a aby pokryly veškeré náklady na očkování a většinu nákladů na testování.

Tato opatření zvýšila náklady zdravotních pojišťoven. V reakci na to vláda výrazně navýšila státní příspěvky do systému veřejného zdravotního pojištění.

U pojišťoven se však v roce 2021 očekávají velké deficity. Kdyby tento trend pokračoval, ohrozil by udržitelnost financování zdravotní péče v Česku ve střednědobém horizontu, a to navzdory schválenému navýšení státních příspěvků (viz kapitola 5.3).

Výdaje Ministerstva zdravotnictví navíc v roce 2020 téměř trojnásobně převýšily plánovaný rozpočet na daný rok. Neočekávané náklady zahrnovaly nákup osobních ochranných prostředků, léčiv a očkovacích látek proti onemocnění COVID-19 a platby za přesčasy pracovníkům ochrany veřejného zdraví a dalším státním zaměstnancům. Některé z těchto nákladů byly tehdy částečně uhrazeny i jinými ministerstvy a agenturami.

Zdroj: COVID-19 Health Systems Response Monitor.

Česko má nedostatek zdravotních sester

Hustota lékařů v Česku v roce 2019 (4,1 na 1 000 obyvatel) byla mírně nad průměrem EU (3,9), zatímco hustota zdravotních sester se blížila průměru EU (8,6 na 1 000 obyvatel, EU 8,4) (obrázek 9). Dostupnost sester (zejména v nemocnicích) však byla problémem již dlouho před pandemií COVID-19. Rostoucí počet neobsazených míst ohrožuje fungování českých nemocnic. Nedostatek praktikujících sester je způsoben různými faktory; mezi nejdůležitější z nich patřily relativně nízké mzdy a omezené možnosti kariérního postupu. Některé sestry údajně opustily svou práci ve zdravotnictví poté, co byly v roce 2004 zavedeny nové požadavky na vzdělání, kvůli kterým byly donuceny získat dodatečnou kvalifikaci, což jim ale následně umožnilo opustit tuto profesi.

Pro řešení nedostatku zdravotních sester byla přijata řada opatření, především zákon z roku 2017, který aktualizoval požadavky na kvalifikaci zdravotních sester (viz kapitola 5.2), a zvýšení platů ve všech

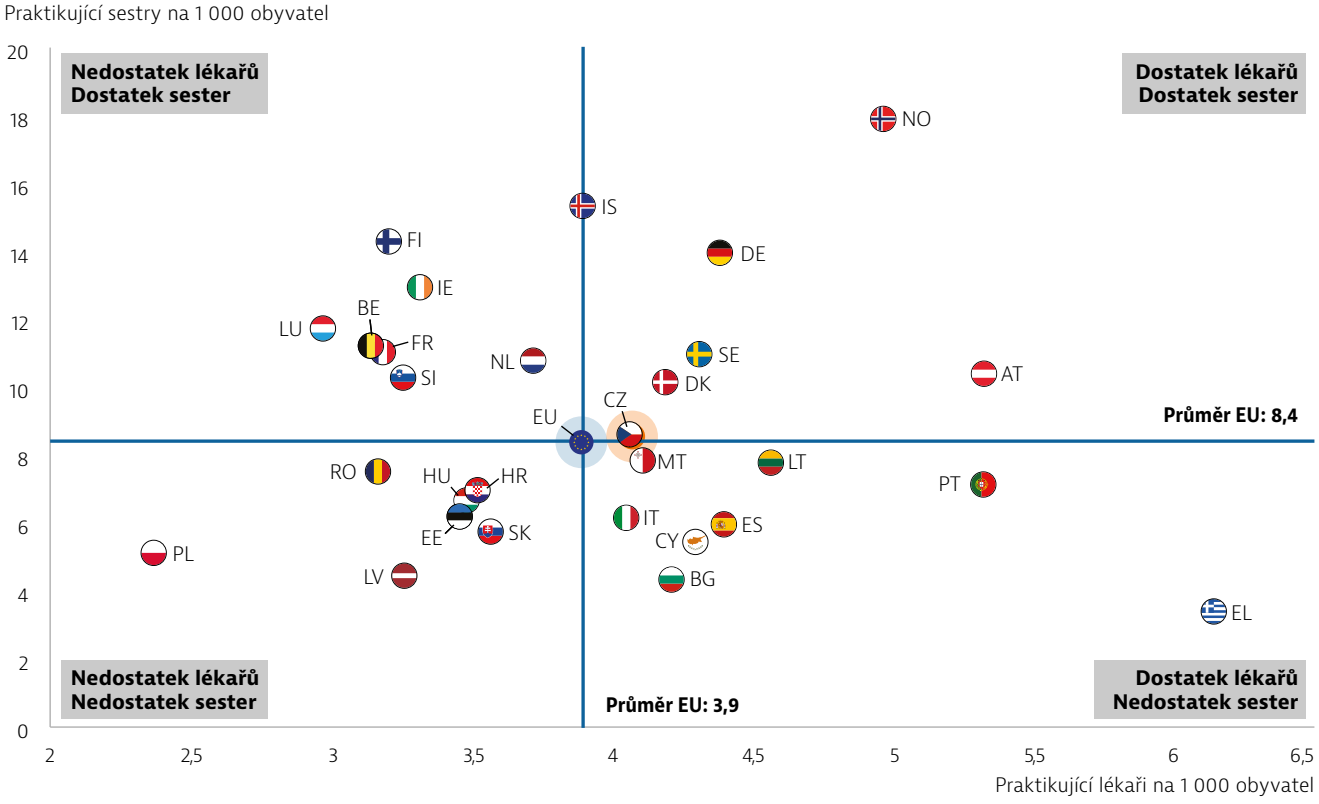
zdravotnických profesích. Mzdy sester zůstávají ve srovnání s ostatními evropskými zeměmi nízké, jsou nyní ale vyšší než průměrná mzda v Česku.

Česko má vyšší počet nemocničních lůžek na obyvatele než většina zemí EU

Praktičtí lékaři poskytující primární péči v Česku neregulují pohyb pacienta v systému („gatekeeping“). Pacienti mohou ambulantní specialisty navštěvovat přímo a obecně se potýkají jen s drobnými překážkami (např. neexistují uživatelské poplatky v ambulantní péči), což může vysvětlovat vysoký průměrný počet návštěv u lékaře – 8,2 na obyvatele ročně (průměr EU v roce 2019 činil 6,7). Momentálně připravovaná reforma primární péče má za cíl rozšířit kompetence praktických lékařů a umožnit jim, aby mohli v budoucnu zaujmout roli lépe regulující přístup ke specialistům (viz kapitola 5.1).

Česko má hustou síť nemocnic a lůžkových zařízení, a tedy jeden z nejvyšších poměrů lůžek k počtu obyvatel v EU (6,6 lůžka na 1 000 obyvatel ve srovnání s průměrem EU ve výši 5,3 v roce 2019). Některá z těchto lůžek byla v letech 2020 a 2021 dočasně přizpůsobena potřebám pacientů s onemocněním COVID-19 (viz oddíl 5.3). Sektor nemocnic je různorodý, s řadou specializovaných zařízení po celé zemi, včetně center pro vysoce specializovanou péči (jako jsou centra pro péči o pacienty s cévní mozkovou příhodou nebo onkologická centra), zřízená v rámci reforem v letech 2008 až 2011. V rámci svého Národního plánu obnovy z roku 2021 si Česko klade za cíl investovat do zlepšení rehabilitační péče.

Obrázek 9. Hustota lékařů je mírně nad průměrem EU



Poznámka: Průměr EU není vážený. V Portugalsku a Řecku se údaje týkají všech lékařů s povolením k výkonu praxe, což vede k velkému nadhodnocení počtu praktikujících lékařů (např. v Portugalsku přibližně o 30 %). V Řecku je počet zdravotních sester podhodnocen, jelikož zahrnuje pouze ty, kteří pracují v nemocnicích.
Zdroj: Databáze Eurostatu (údaje za rok 2019 nebo za nejbližší rok).

5 Výkonnost zdravotního systému

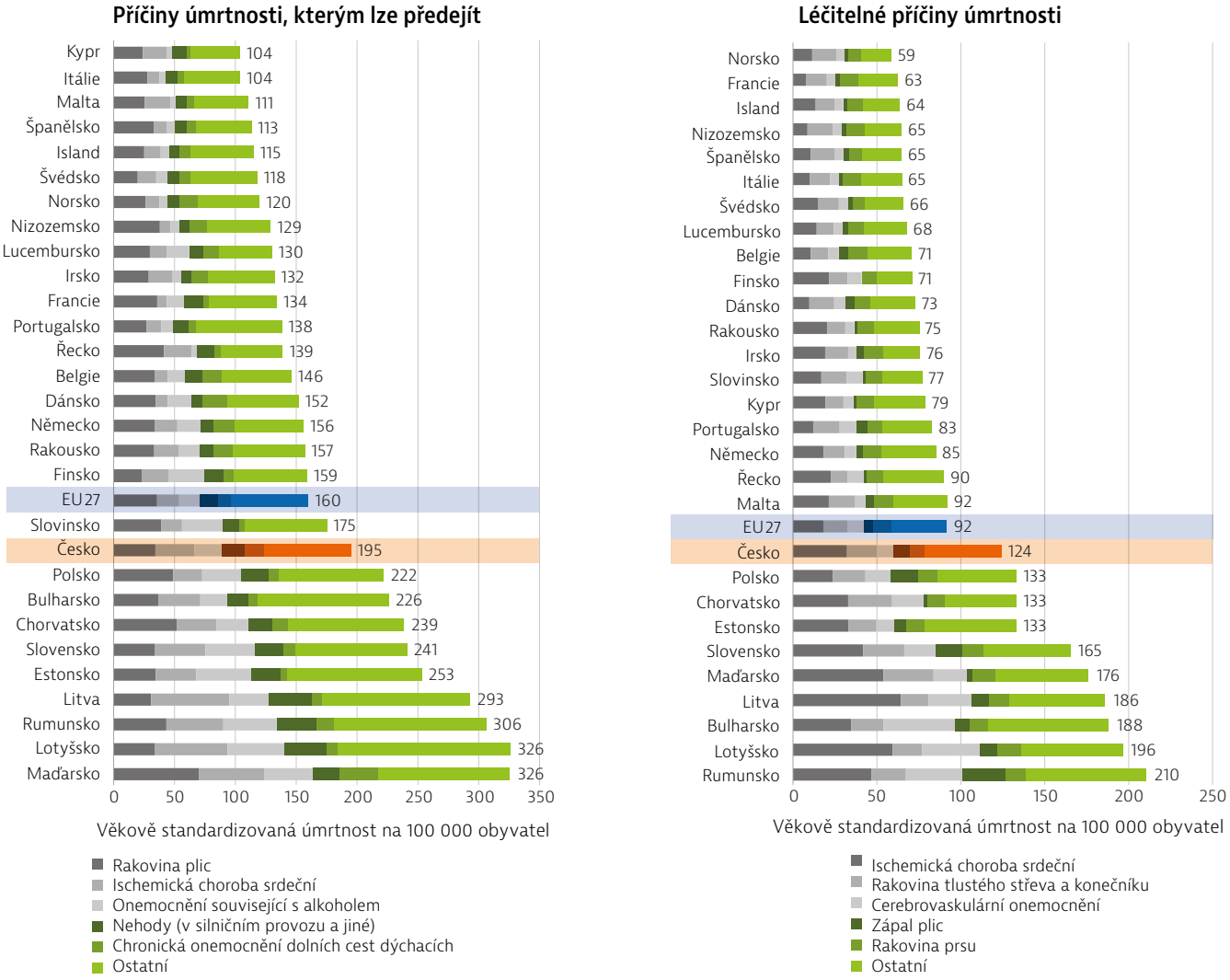
5.1 Efektivita

Úmrtnost na preventabilní a léčitelné příčiny zůstává poměrně vysoká

Od roku 2011 Česko zaznamenalo klesající trend v počtu úmrtí na preventabilní i léčbou odvratitelné příčiny: úmrtnost klesla o 14 % u preventabilních příčin, a o 16 % v případě odvratitelných příčin. Tento trend je výsledkem řady faktorů včetně pokroků v medicíně (například co se týče dostupných možností léčby), pokroků v organizaci péče a její kvalitě a zlepšení socioekonomických podmínek příznivých pro změny životního stylu. Pro další zlepšení je však zapotřebí větších investic do projektů v oblasti veřejného zdraví a motivace jednotlivců k přijetí zdravějších návyků. Jak preventabilní úmrtnost, tak léčbou odvratitelná úmrtnost je v Česku nižší než ve většině ostatních zemí střední a východní Evropy, nicméně v obou bylo Česko v roce 2018 stále nad průměrem EU (obrázek 10).

Rakovina plic je hlavní příčinou úmrtnosti, které lze předejít prevencí a ochranou veřejného zdraví. V roce 2017 byl přijat zákon omezující dostupnost a možnost konzumování tabáku, nicméně nějakou dobu potrvá, než přispěje ke všeobecné změně chování a než se projeví v údajích o úmrtnosti (viz kapitola 3). Ministerstvo zdravotnictví zařadilo kouření mezi prioritní oblasti své strategie Zdraví 2030 (rámeček 4) a navrhlo plán dalších zvýšení daně z tabáku.

Obrázek 10. Úmrtnost na příčiny, kterým lze předejít prevencí, i na příčiny, které lze odvrátit léčbou, je vyšší než průměr EU



Poznámka: Umrtností, které lze předejít (preventabilní úmrtnost), se rozumí úmrtí, kterým lze zabránit především prostřednictvím ochrany veřejného zdraví a primární prevencí. Odvratitelnou úmrtností se rozumí úmrtí, kterým lze zabránit především zdravotní péčí, včetně screeningu a léčby. Polovina všech úmrtí u některých onemocnění (např. ischemická choroba srdeční a cerebrovaskulární onemocnění) je připisována úmrtnosti, které lze předejít prevencí; druhá polovina je přičítána léčitelným příčinám. 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 2018, s výjimkou Francie).

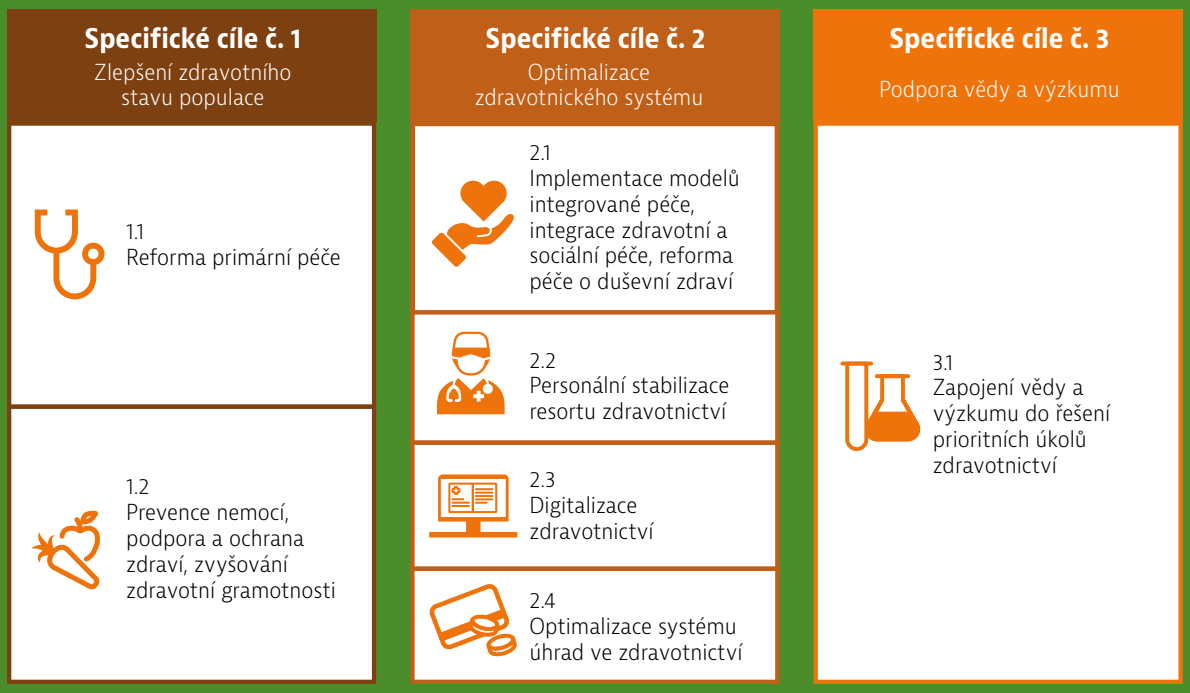
Rámeček 4: Vláda schválila strategii Zdraví 2030

Strategický rámec rozvoje péče o zdraví v České republice do roku 2030 (Zdraví 2030) byl schválen v roce 2019 a aktualizován v roce 2020 z důvodu pandemie COVID-19. Ministerstvo zdravotnictví a jeho podřízené organizace jsou zodpovědné za implementaci této strategie do konce roku 2030.

Dokument zahrnuje a vychází z předchozích strategií, včetně Zdraví 2020 a příslušných akčních plánů, Národní strategie eHealth, reformy primární péče a reformy psychiatrické péče. Implementace předchozí strategie Zdraví 2020 dosud nebylo plně vyhodnoceno, ale při auditu z roku 2017 provedeném Ministerstvem zdravotnictví bylo zjištěno, že bylo dosaženo jen omezeného pokroku, a to zejména kvůli nedostatku finančních prostředků.

Strategie Zdraví 2030 se zaměřuje na tři specifické cíle, které jsou rozděleny do sedmi dílčích cílů (obrázek 11).

SObrázek 11. Cíle strategie Zdraví 2030 zahrnují zlepšení zdraví obyvatel, optimalizaci zdravotnického systému a podporu vědy a výzkumu



Zdroj: MZČR (2019).

Potřeba posílit veřejné zdraví je všeobecně uznávána

Ačkoli se výše výdajů na prevenci blíží průměru EU, prevence a veřejné zdraví byly v české zdravotní politice obecně zanedbávány. Češi se zdají mít ve srovnání s ostatními zeměmi EU nízkou úroveň zdravotní gramotnosti (Kučera et al., 2016). Průzkum VZP z roku 2015 ukázal, že preventivní prohlídky u praktického lékaře pravidelně absolvuje méně než 40 % obyvatel.

Pro řešení tohoto problému strategie Zdraví 2030 uvádí zlepšování prevence jako jeden ze svých sedmi dílčích cílů. Hlavním záměrem je zvýšit relativně nízkou úroveň zdravotní gramotnosti a snížit rozšířenost rizikového chování v Česku.

Vláda se rovněž zavázala, že do roku 2030 zvýší rozpočet na prevenci na 4,5 % celkového rozpočtu na zdravotnictví. To zahrnuje jak výdaje na tradiční prevenci, tak na prevenci související s onemocněním COVID-19, jako jsou testy a očkovací látky.

Proočkovanost proti chřipce byla nízká, ale v důsledku onemocnění COVID-19 došlo v roce 2020 k nárůstu zájmu

V Česku se očkování proti sezónní chřipce doporučuje a poskytuje bezplatně osobám se zvýšeným rizikem (např. osoby starší 65 let a pacienti s chronickými onemocněními). Míra proočkovanosti je však velmi nízká. V roce 2019 bylo proti chřipce očkováno pouze 23 % osob starších 65 let (v porovnání s průměrem EU, který činí 42 %).

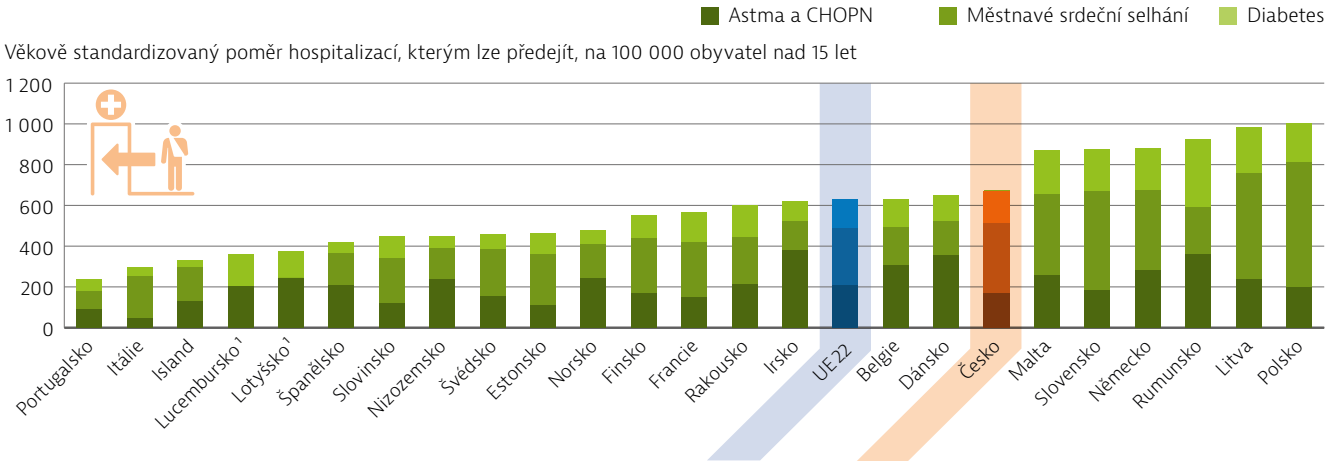
Důvodů je několik: veřejnost nepovažuje chřipku za závažné onemocnění a povědomí o očkování a jeho využívání u dospělých osob (kromě očkování proti tetanu) je omezené.

Díky zvýšené informovanosti veřejnosti o očkování proti chřipce během krize COVID-19 byl zaznamenán dvoj- až trojnásobný nárůst zájmu v roce 2020. Bylo objednáno přibližně o 20 % více dávek než v předchozím roce (celkem 850 000 dávek), podle mnoha praktických lékařů to však nestačilo k pokrytí poptávky.

Lepší řízení péče a lepší koordinace mezi poskytovateli by mohla snížit počet odvratitelných hospitalizací

Zatímco míra hospitalizací kvůli astmatu a chronické obstrukční plicní nemoci byla v Česku nižší než průměr EU, míra hospitalizací kvůli diabetu a městnavému srdečnímu selhání byla v roce 2019 vyšší než průměr EU (obrázek 12). Účinným vedením léčby těchto nemocí v ambulantním prostředí by bylo možné zabránit hospitalizacím v důsledku těchto chronických onemocnění.

Obrázek 12. Počet odvratitelných hospitalizací byl v Česku v roce 2019 vyšší než u většiny ostatních zemí EU



Poznámka: 1. Údaje o městnavém srdečním selhání nejsou k dispozici za Lotyšsko a Lucembursko.
Zdroj: OECD Health Statistics 2021 (údaje za rok 2019 nebo nejbližší rok).

Kromě vyššího výskytu těchto onemocnění ve srovnání s mnoha jinými zeměmi EU poukazuje poměrně vysoká míra odvratitelných hospitalizací v Česku také na všeobecně nízkou účinnost programů léčby většiny chronických nemocí. Je zde značný prostor pro zlepšení pomocí systematických léčebných postupů zabraňujícím zhoršování stavu chronického onemocnění. Rozvoj modelů integrované péče, lepší koordinace mezi zdravotní a sociální péčí a reforma primární péče patří mezi cíle strategie Zdraví 2030.

Omezení screeningu rakoviny během pandemie COVID-19 zpomalí pokrok v onkologické péči

Míra přežití pacientů s rakovinou se od roku 2000 stabilně zlepšovala a u pacientů, u nichž bylo toto onemocnění diagnostikováno v letech 2010 až 2014, dosáhla úrovně blížící se průměru EU (obrázek 13). Toto zlepšení lze částečně přičíst rozvoji center specializované onkologické péče, jejichž vznik byl částečně financován ze strukturálních fondů EU.

Obrázek 13. Pětiletá míra přežití pacientů s rakovinou se v Česku přiblížila průměru EU



Rakovina prostaty
Česko: 85 %
EU23: 87 %

Dětská leukemie
Česko: 85 %
EU23: 85 %

Rakovina prsu
Česko: 81 %
EU23: 82 %

Rakovina děložního čípku
Česko: 61 %
EU23: 63 %

Rakovina tlustého střeva
Česko: 56 %
EU23: 60 %

Rakovina plic
Česko: 11 %
EU23: 15 %

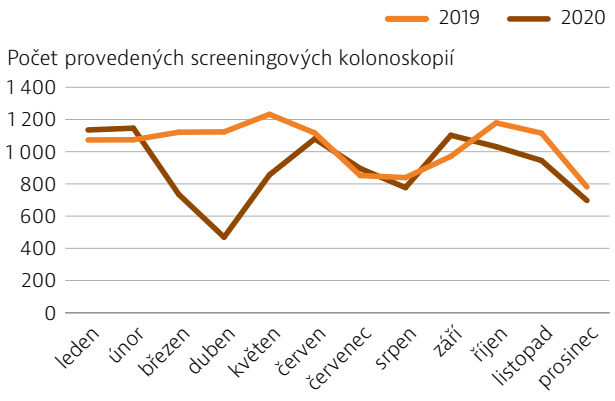
Poznámka: Údaje se týkají osob, u nichž bylo toto onemocnění diagnostikováno mezi lety 2010 a 2014. Dětská leukemie odkazuje na akutní lymfoblastickou leukémii.
Zdroj: CONCORD Programme, London School of Hygiene and Tropical Medicine.

Česko také dosáhlo dobrých výsledků, pokud jde o míru účasti na screeningu některých nádorových onemocnění: podle údajů z roku 2019 bylo 61 % žen ve věku 50–69 let v posledních dvou letech vyšetřeno na rakovinu prsu a 76 % žen ve věku 20–69 let bylo vyšetřeno na rakovinu děložního čípku – oba tyto údaje přesahují průměr EU. Systém veřejného zdravotního pojištění pokrývá screeningové programy pro ohrožené věkové skupiny, pokud jde o rakovinu děložního čípku, prsu a tlustého střeva a konečníku.

Pandemie COVID-19 způsobila celkové snížení počtu screeningových vyšetření rakoviny a snížení dostupnosti léčby rakoviny. Kvůli omezením uloženým s cílem uvolnit nemocniční kapacitu pro pacienty s onemocněním COVID-19 a kvůli přerušení služeb některých poskytovatelů došlo k poklesu počtu dostupných termínů. Krátkodobý zájem o zdravotní péči rovněž poklesl, jelikož pacienti se vyhýbali využívání zdravotnických služeb ze strachu z nákazy a ve snaze nezhoršovat situaci ve zdravotním systému.

Například počet kolonoskopií byl v dubnu 2020 ve srovnání s dubnem 2019 o 58 % nižší (obrázek 14). Počet těchto vyšetření v létě opět vzrostl, ale ne dostatečně na pokrytí všech zpožděných vyšetření, a od října 2020 počet kolonoskopií opět poklesl. To ovlivnilo přístup k léčbě rakoviny: v roce 2020 bylo z důvodu léčby rakoviny prsu hospitalizováno o 10 % méně pacientů než v roce 2019 (ÚZIS, 2021).

Obrázek 14. Během první vlny pandemie výrazně poklesl počet provedených kolonoskopií



Zdroj: ÚZIS (2021).

Omezení screeningu a včasné léčby pravděpodobně ovlivní výsledky péče o pacienty a přispěje k nárůstu počtu rakovin diagnostikovaných v pozdější fázi. To by mohlo znamenat, že v příštích letech bude zapotřebí pokročilejší či náročnější léčby a počet odvratitelných úmrtí se zvýší. V souladu s Evropským plánem boje proti rakovině (Evropská komise, 2021) oznámil český premiér v červnu 2020 nový Národní plán boje proti rakovině. Česko rovněž plánuje dále investovat do léčby a prevence rakoviny prostřednictvím svého plánu pro oživení a odolnost na rok 2021, který zahrnuje plán na výstavbu nového specializovaného onkologického centra v Praze. Tento plán se však setkává s opozicí a dosud nebyl podpořen Českou onkologickou společností.

5.2 Dostupnost

Počet lidí pociťujících problémy co se týče přístupu ke zdravotní péči byl před pandemií nízký

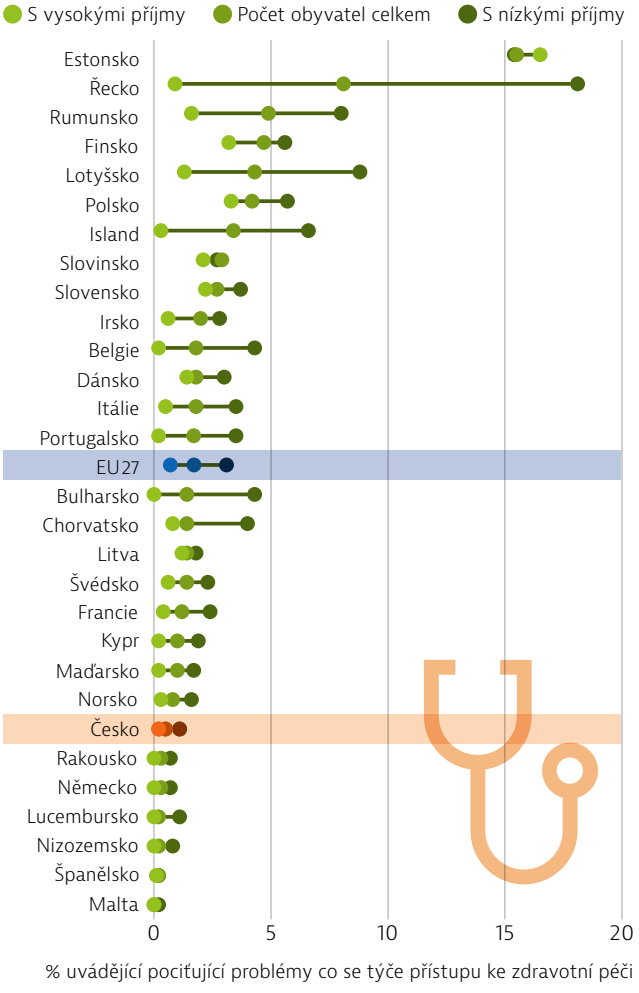
Před pandemií COVID-19 byla úroveň neuspokojených potřeb zdravotní péče kvůli nákladům, vzdálenosti nebo čekací době jedna z nejnižších v EU. Pouze 0,5 % dotazovaných Čechů uvedlo, že v roce 2019 se zřeklo zdravotní péče (obrázek 15). Meziskupinový rozdíl byl menší než ve většině zemí EU.

Hlavním uváděným důvodem neuspokojených potřeb zdravotní péče byly příliš dlouhé čekací doby. To poukazuje na existenci informačních překážek (např. pokud jde o informace o tom, který ambulantní specialista bude mít pravděpodobně volné termíny) nebo na rozdíly ve vnímané kvalitě mezi jednotlivými poskytovateli. Zdravotní pojišťovny jsou ze zákona povinny zajistit místně a časově dostupnou zdravotní péči (měřena v minutách dojezdu k nejbližšímu lékaři dané specializace) a poskytovatelé musí u několika konkrétních zákroků plnit maximální čekací lhůty. Audit Ministerstva zdravotnictví v roce 2019 však ukázal, že informace o dostupnosti nejsou systematicky shromažďovány. Za tímto účelem byl zahájen nový projekt zajišťující, aby zdravotní pojišťovny sledovaly a používaly čekací doby a kapacity pro nové pacienty. Od roku 2019 ale nebyly o tomto programu uveřejněny nové informace, pravděpodobně z důvodů odložení v důsledku pandemie.

Krize COVID-19 narušila poskytování zdravotních služeb a přístup k nim. 16 % české populace v průzkumu uvedlo, že během prvních 12 měsíců pandemie neabsolvovalo potřebnou lékařskou prohlídku nebo léčbu, což je o něco lepší než průměr EU ve výši 21 % (Eurofound, 2021)[3]. Podle předběžných dat během vrcholu první vlny značně poklesl počet návštěv u lékaře– například počet preventivních prohlídek u dospělých se v dubnu 2020 ve srovnání s dubnem 2019 snížil o 70 % (ÚZIS, 2021). Neuspokojené potřeby zdravotní péče v důsledku pandemie COVID-19 se od podzimu 2020 pravděpodobně výrazně zvýšily, neboť Česko nezvládalo zpomalit pandemii a zajistit fungování všech služeb (viz kapitola 5.3). Tato situace se také pravděpodobně liší mezi jednotlivými kraji: kapacity v některých krajích byly vyčerpány dříve než jinde, zatímco například Praha byla schopna poskytovat nenaléhavé zákroky déle. To také pravděpodobně zhorší zdravotní nerovnosti napříč Českem.

3. *Údaje z průzkumu nadace Eurofound nejsou srovnatelné s údaji z průzkumu EU-SILC z důvodu rozdílných metodik.*

Obrázek 15. Před pandemií COVID-19 byla míra neuspokojených potřeb zdravotní péče v Česku nízká



Poznámka: Údaje se týkají potřeb lékařské prohlídky nebo léčby, neuspokojených kvůli nákladům, vzdálenosti nebo čekací době. Při srovnávání údajů o různých zemích je nutná obezřetnost, protože dotazník použitý v průzkumu se může poněkud lišit. Zdroj: Databáze Eurostatu podle EU-SILC (údaje za rok 2019 kromě Islandu, v jehož případě jsou za rok 2018).

Široký rozsah hrazených služeb činí zdravotní péči v Česku cenově dostupnou

Jak je uvedeno v kapitole 4, přímé soukromé výdaje tvoří v Česku nižší podíl z celkových výdajů než celkově v EU (obrázek 16); je tedy méně pravděpodobné, že by tyto platby znesnadňovaly přístup ke zdravotní péči. Téměř polovina plateb se týká ambulantně vydávaných léčiv. Pro léky na předpis jsou stanoveny maximální míry spoluúčasti za rok.

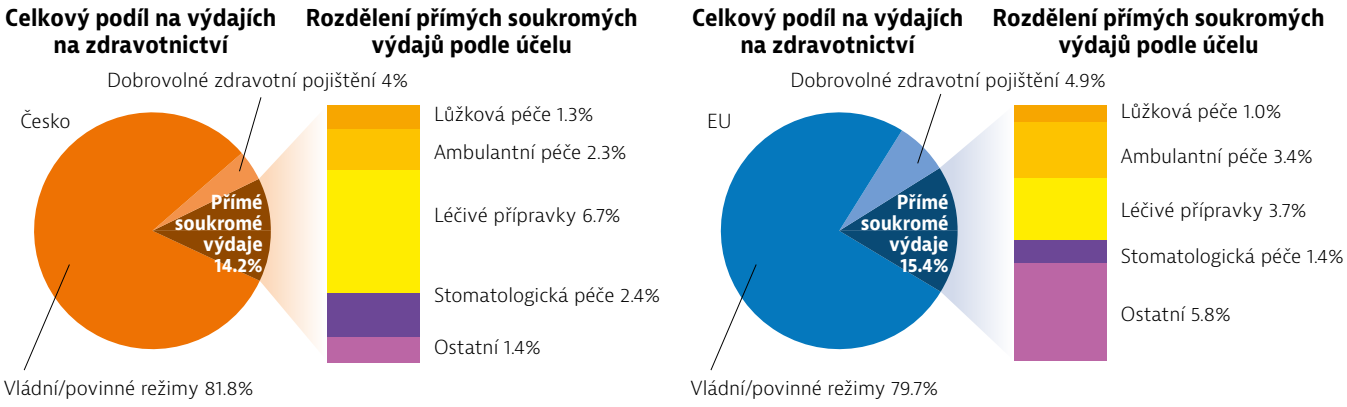
Český systém neuplatňuje téměř žádnou spoluúčast na zdravotní péči. V roce 2008 byly zavedeny drobné uživatelské poplatky (s ročním stropem pro platby a osvobozením od tohoto požadavku pro specifické skupiny), ty se však ukázaly jako politicky kontroverzní a v roce 2015 byly zrušeny s několika výjimkami, jako jsou například poplatky za ambulantní péči mimo stanovené ordinační hodiny. Obyvatelé si mohou soukromě zaplatit omezený počet nestandardních služeb. Proto hraje dobrovolné zdravotní pojištění jen okrajovou roli a využívá se především k pokrytí zdravotní péče v zahraničí, nikoli jako doplňkové pojištění pro služby poskytované v České republice.

Pro pojištěnce jsou rovněž plně kryty všechny nezbytné náklady na zdravotní péči související s onemocněním COVID-19. Sem patří náklady na test PCR na COVID-19, pokud má daná osoba žádanku od způsobilého orgánu, nebo omezený počet rychlých testů na antigen (od prosince 2020) a testů PCR (od června 2021) bez žádanky.

Dostupnost služeb se v jednotlivých krajích značně liší podle kapacit lékařů a zdravotních sester

Jak je uvedeno v kapitole 4, hustota lékařů a zdravotních sester v Česku je mírně nad průměrem EU, ale jejich rozložení napříč 14 kraji této země je nerovnoměrné

Obrázek 16. Přímé soukromé výdaje jsou nižší než průměr EU a týkají se především léčivých přípravků

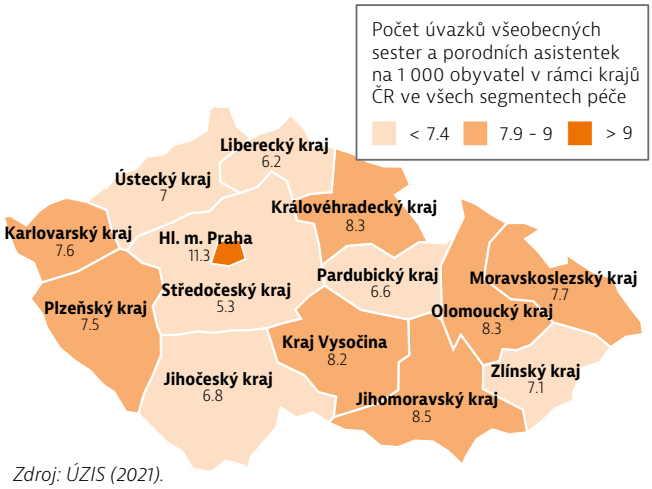


Poznámka: Průměr EU je vážený. Dobrovolné zdravotní pojištění zahrnuje i jiné dobrovolné a soukromé pojištění a výdaje.
Zdroje: OECD Health Statistics 2021; databáze Eurostatu (údaje za rok 2019).

(obrázek 17). Ministerstvo zdravotnictví a zdravotní pojišťovny v posledních letech zavedly programy cílené finančně motivovat zubní lékaře, praktické lékaře a lékárníky k práci v oblastech s nedostatečnou nabídkou zdravotních služeb. Problémem je i budoucí dostupnost zdravotnických pracovníků, neboť medián věku některých skupin lékařů je vysoký, zejména například v Karlovarském a Ústeckém kraji.

V roce 2017 Ministerstvo zdravotnictví aktualizovalo požadavky na kvalifikaci zdravotních sester, které byly považovány za jeden z důvodů nedostatku těchto pracovníků (viz kapitola 4). V letech 2018 a 2019 přijalo ministerstvo opatření k navýšení kapacity lékařských vysokoškolských studijních programů o 15 % a ke zvýšení prestiže a atraktivity povolání zdravotní sestry. Celkový dopad těchto reforem se projeví až po nějakém čase, avšak podstatnější změna vstupních požadavků pro toto povolání a změna kariérní struktury a kompetencí na každé úrovni této profese je pravděpodobně nutná pro další zlepšování dostupnosti zdravotních sester.

Obrázek 17. V dostupnosti zdravotních sester existují významné regionální rozdíly



Zdroj: ÚZIS (2021).
Poznámka: Někteří poskytovatelé se sídlem v Praze poskytují své služby lidem, kteří pracují v hlavním městě, ale žijí ve Středočeském kraji.

Pandemie COVID-19 způsobila vážné narušení zdravotní péče v celé zemi

První vlna pandemie narušila plánované a neurgentní zákroky, které byly znovu rušeny nebo odkládány i v období mezi polovinou října 2020 do konce února 2021 (s přestávkou od konce listopadu do poloviny prosince 2020), aby se uvolnila kapacita nemocnic pro pacienty s onemocněním COVID-19.

Stejně jako v mnoha dalších zemích EU byla pravidla pro úhrady rychle upravena tak, aby umožnila konzultace na dálku. Před březnem 2020 zdravotní pojišťovny obvykle neproplácely náklady na konzultace prostřednictvím telefonu nebo videa. Během první vlny rozšířily zdravotní pojišťovny možnosti úhrady nákladů pro poskytovatele na pokrytí konzultací na dálku u většiny ambulantních návštěv, většina z nich však byla ke konci června 2020 stažena. V září 2020 zavedly zdravotní pojišťovny nový úhradový kód pro telefonní konzultace s praktickým lékařem, který lze použít jako dočasné opatření během „krizí", a okamžitě jej aktivovaly.

Zdravotní systém se značně spoléhal na již dříve vyvinuté nástroje, které lékařům umožňují vyřizovat administrativní žádosti, aniž by se se svými pacienty fyzicky setkali, například elektronické recepty a potvrzení o pracovní neschopnosti. V březnu 2020 byl rovněž spuštěn elektronický registrační systém pro testy na COVID-19.

Od června 2020 systém elektronických receptů rozšířil své funkce o sdílený lékový záznam umožňující lékařům a lékárníkům nahlížet do pacientské lékové historie a kontrolovat duplicitní předepisování nebo nežádoucí interakce léčivých přípravků. Mnoho Čechů v průzkumu nadace Eurofound uvedlo, že obdrželi lékařský recept (67 %) nebo absolvovali konzultaci s lékařem (47 %) online nebo telefonicky (Eurofound, 2021).

5.3 Odolnost

Tato kapitola týkající se odolnosti se zaměřuje především na dopady pandemie COVID-19 a reakce na ni[4]. Pandemie COVID-19 měla v Česku velký dopad na zdraví a úmrtnost obyvatel: oficiální počet úmrtí (úmrtí osob, u nichž bylo před smrtí laboratorně potvrzené onemocnění COVID-19) se do konce srpna 2021 zvýšil na 30 400 osob. Opatření přijatá ke zvládnutí pandemie rovněž způsobila výrazný hospodářský propad – HDP České republiky se v roce 2020 snížil téměř o 6 % ve srovnání s průměrným poklesem v EU o 6,2 %.

Česko zvládlo první vlnu COVID-19, ale později v průběhu roku mělo se zpomalováním šíření pandemie potíže

V polovině března 2020 Česko vyhlásilo nouzový stav a zavedlo první celostátní režim omezení volného pohybu osob (dále též „celostátní uzávěra" nebo „lockdown")[5] a brzy poté, co se potvrdily první případy onemocnění COVID-19, zavedlo přísná opatření (obrázek 18). Šíření pandemie bylo zpočátku dobře zvládnuto a vláda v polovině dubna 2020 zveřejnila plán postupného ukončení celostátní uzávěry a uvolnění pandemických opatření.

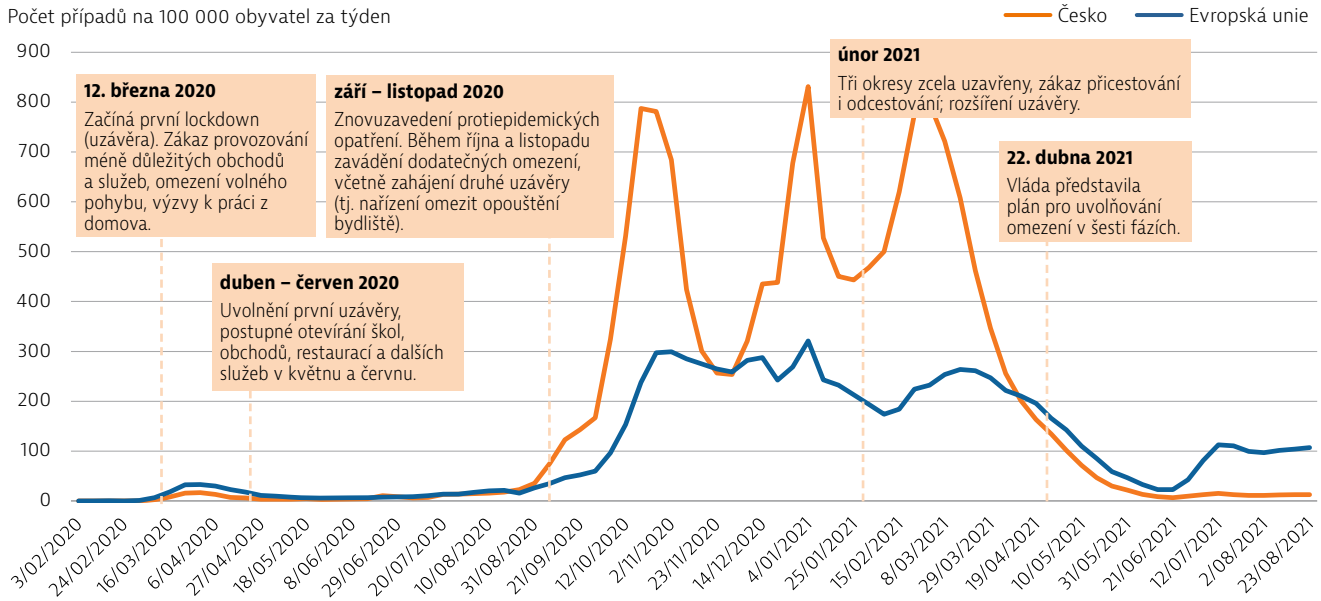
4. *V této souvislosti byla odolnost zdravotních systémů definována jako schopnost připravit se na katastrofy, zvládat je (absorbovat, přizpůsobit se a transformovat) a použít se z nich (odborná skupina EU pro hodnocení výkonnosti systémů zdravotní péče, 2020).*
5. *Výraz „celostátní uzávěra" nebo „lockdown" je zde použit pro situace, když země omezí volný pohyb osob prostřednictvím nařízení omezit opouštění bydliště. Přísnost celostátních uzávěr byla v EU různá a Česko do konce února 2021 vymáhalo svá opatření méně přísně než jiné země EU.*

Počet případů se v létě 2020 postupně zvyšoval, ale reakce Česka nebyla tak jasná a rychlá jako na jaře. Vláda nejprve přijala systém Covid semaforu v jednotlivých krajích s cílem zabránit šíření pandemie prostřednictvím regionálně omezených opatření. Jelikož počet případů neustále narůstal, v říjnu 2020 byl opět vyhlášen nouzový stav a volný pohyb osob byl stále omezenější, což na konci měsíce vedlo k další celostátní uzávěře. V reakci na výzvy k větší transparentnosti a předvídatelnosti spustila vláda v listopadu protiepidemický systém. Jeho cílem bylo vypočítávat každodenní rizikové skóre, a tak určit nutné změny opatření proti šíření nákazy. Tento systém byl ale postupem času uplatňován méně konzistentně.

Počátkem roku 2021 se do země dostaly nové varianty COVID-19, a počet případů začal opět rychle narůstat. Po intenzivní politické diskusi oznámila vláda další omezení platná od 27. února 2021. Postupně bylo zavedeno testování všech zaměstnanců, včetně osob samostatně výdělečně činných. Počet nových případů nakonec dosáhl vrcholu na začátku března a poté začal klesat. V dubnu 2021 oznámila vláda postupné odstraňování omezení.

Do konce srpna 2021 bylo laboratorně potvrzeno onemocnění COVID-19 u 1,7 milionu osob (přibližně 16 % obyvatel), což je mnohem více než průměr EU (přibližně 8 % obyvatel).

Obrázek 18. Česko zavedlo řadu regionálních a celostátních opatření ve snaze omezit šíření onemocnění



Poznámka: Průměr EU není vážený (počet zemí použitých pro průměr se liší v závislosti na týdnu).
Zdroje: ECDC pro údaje o COVID-19 a autoři pro opatření proti šíření nákazy.

Před pandemií byla připravenost Česka na krize hodnocena v několika oblastech jako špatná

V hodnocení Mezinárodních zdravotnických předpisů z roku 2019[6] dosáhlo Česko nadprůměrných výsledků pokud jde o kapacitu laboratoří, lidské zdroje a poskytování zdravotnických služeb. V několika klíčových oblastech však bylo hodnoceno špatně, včetně oblastí právních předpisů a financování pro případy mimořádných situací v oblasti veřejného zdraví, dohledu nad mimořádnými událostmi a plánování reakce na ně a komunikace o rizicích.

Během pandemie COVID-19 Česko jen s obtížemi zapojovalo veřejnost a komunikovalo rizika. Politická opozice a odborníci kritizovali vládu za to, že nepřipravuje odpovídající strategii a plán ochrany veřejného zdraví během pandemie, zatímco obyvatelé byli stále kritičtější co se týče nových opatření.

Vláda měnila opatření související s onemocněním COVID-19 ad hoc. To pravděpodobně vyvolalo všeobecnou nedůvěru veřejnosti ve vládní komunikaci a přispělo k nedodržování pravidel, zejména když byla tato pravidla měněna narychlo. Snaha o boj proti dezinformacím byla též nedostatečná. Studie WHO z roku 2021 zjistila, že česká vláda je pro obyvatele země jedním z nejméně důvěryhodných zdrojů informací a že porozumění oficiálním informacím o omezeních a doporučeních ohledně COVID-19 je špatné (Regionální kancelář WHO pro Evropu, 2021). Nedostatečná schopnost plánovat se

6. Od roku 2005 poskytují Mezinárodní zdravotnické předpisy obecný právní rámec, který vymezuje práva a povinnosti zemí při zvládání událostí a mimořádných situací v oblasti veřejného zdraví. Podle těchto předpisů jsou všechny členské státy povinny rozvíjet kapacity v oblasti veřejného zdraví s cílem předcházet rizikům pro veřejné zdraví, odhalovat je, posuzovat, oznamovat a reagovat na ně. Proces monitorování provádění těchto předpisů zahrnuje sebehodnocení až u 13 základních kapacit.

projevila i v opožděném zahájení a pomalém průběhu očkování (zejména nejvíce zranitelných skupin) a v implementaci strategie testování a trasování.

Kapacita pro odběr a sekvenování vzorků byla nedostatečná

Laboratorní kapacity Česka pro testování se v průběhu roku postupně zvyšovaly, jelikož bylo do testovací sítě zahrnováno více laboratoří. Hlavní překážkou testování byla kapacita pro odběry vzorků, která v některých obdobích vedla k dočasné nedostupnosti testů v některých částech země. Kromě toho, navzdory zásadnímu významu sekvenování vzorků pro sledování postupu variant napříč zemí, Česko sekvenovalo do ledna 2021 pouze 0,03 % odebraných vzorků. V červnu 2021 byly oznámeny plány na vybudování nové sítě pro sekvenování.

Systém trasování kontaktů byl jedním z hlavních nedostatků strategie proti šíření nákazy

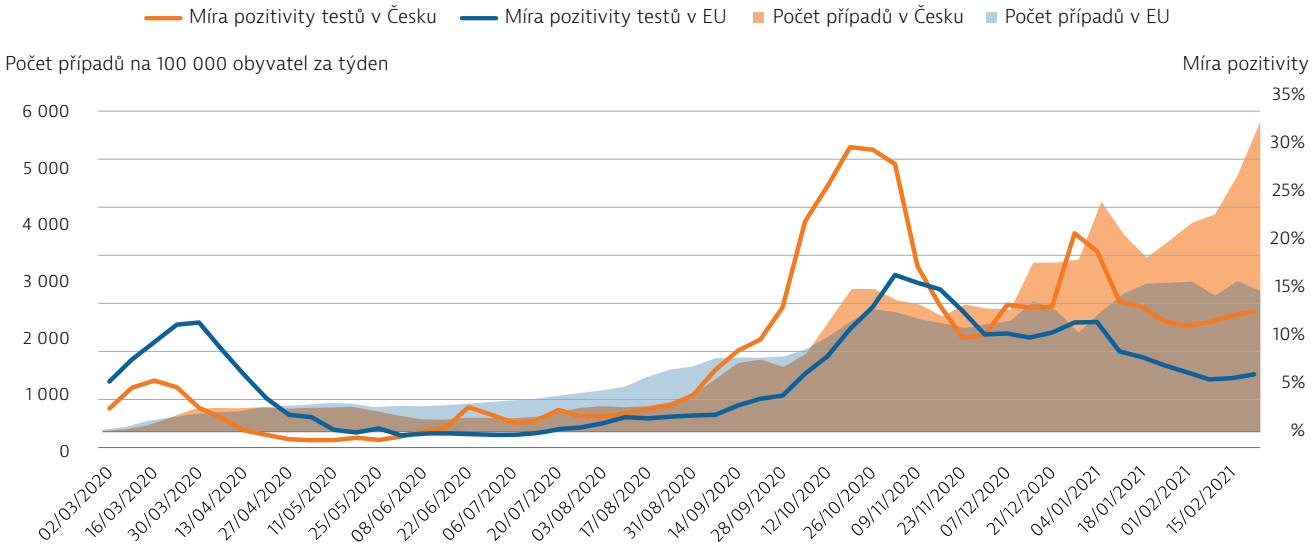
Kromě tradiční metody krajských hygienických týmů bylo na pomoc při trasování vytvořeno několik systémů. Tyto systémy ale byly veřejností a hygienickými týmy využívány jen v omezené míře. Patřila mezi ně aplikace „eRouška“ pro trasování kontaktů s využitím technologie Bluetooth, která byla spuštěna v dubnu 2020. Hygienické týmy neměly přímý přístup k údajům z aplikace eRouška[7], ale mohly sdílet kódy s lidmi, kteří aplikaci používali a byli potvrzeni jako pozitivní případy, aby tak tito lidé mohli informovat všechny své blízké kontakty o riziku. Úroveň pokrytí eRouškou však zůstala příliš nízká na to, aby byla účinná: do ledna 2021 si ji stáhlo pouze 14 % obyvatel.

Kvůli nedostatku zaměstnanců v roce 2020 několikrát trasovacím týmům chyběly kapacity k výkonu práce. Kapacita byla zvýšena zapojením většího počtu zaměstnanců a týmů komerčních call center a od října 2020 byly učiněny pokusy o zavedení „samotrasovacích“ formulářů, které však měly jen omezený úspěch.

Dodržování pravidel testování a trasování ze strany veřejnosti se zdá být nedostatečné

Po většinu období od září 2020 do března 2021 vykázalo Česko u testů na COVID-19 vyšší počet pozitivních výsledků, než je průměr EU (obrázek 19). Odborníci v této souvislosti opakovaně vyjádřili obavy a vyslovili hypotézy, že důvodem může být neochota obyvatelstva se testovat nebo oznamovat své kontakty (aby se tak vyhnuli povinné karanténě a možné ztrátě příjmů), a nedostatečné kapacity Česka pro trasování kontaktů. Podle průzkumu „Život během pandemie“ od podzimu 2020 do konce února 2021 připustila více než polovina osob s příznaky nebo osob, které byly v přímém kontaktu s pozitivním případem COVID-19, že nebyly testovány (PAQ Research & IDEA AntiCovid Initiative, 2021). Do začátku roku 2021 byl trasovacím týmům nahlášen a jimi osloven v průměru jeden kontakt, i když odhady vycházející z průzkumů naznačují, že Češi byli v blízkém kontaktu v průměru s pěti až šesti lidmi týdně. Karanténa a samoizolace nebyly do značné míry dodržovány a orgány je nekontrolovaly tak důkladně jako v jiných zemích EU.

Obrázek 19. Míra pozitivity u všech testů na COVID-19 se od září 2020 zvýšila



Poznámka: Průměr EU je vážený (počet zemí zahrnutých do průměru se liší v závislosti na týdnu).
Zdroj: ECDC.

7. V období od dubna do září 2020 aplikace automaticky sdílela podrobnosti o případných blízkých kontaktech každého uživatele, který měl pozitivní výsledek testu.

Pandemie nebezpečně zatížila nemocnice a jejich zaměstnance, a tento stav bude pravděpodobně přetrvávat

Kapacity akutní nemocniční péče a jednotek intenzivní péče v Česku patřily před pandemií k těm nejvyšším v EU. Aby zmírnilo finanční tlak na poskytovatele zdravotní péče, Ministerstvo zdravotnictví zavedlo velkorysý systém kompenzací, jehož cílem bylo pokrýt dodatečné náklady na pacienty s onemocněním COVID-19 a kompenzovat také pokles elektivní péče. Když na podzim roku 2020 vzrůstal počet hospitalizací v celé zemi, poskytovatelé začali upravovat svá oddělení pro účely péče o pacienty s onemocněním COVID-19 a rušit a/nebo odkládat elektivní či neurgentní případy. Na podzim 2020 byly postaveny dvě provizorní nemocnice, které zvýšily potenciální kapacitu o 500 lůžek v Praze a 300 lůžek v Brně. Ani jedna z nich však nebyla využita, jelikož problémy s kapacitou způsoboval spíše nedostatek personálu než lůžek. Pražská nemocnice byla uzavřena v únoru 2021 a brněnská byla přeměněna na velké očkovací centrum.

Na podzim 2020 a zejména na začátku roku 2021 začaly nemocnice dosahovat nebezpečné míry obsazenosti a nedostatku zaměstnanců. Míra těchto problémů se v jednotlivých krajích lišila: velké aglomerace jako Praha nebo Brno měly k dispozici více míst než odlehlé oblasti, jako je Karlovarský kraj[8]. Centrální koordinace umožnila sledování a kontrolu kapacity lůžek na celostátní úrovni, což usnadnilo přesuny pacientů do jiných krajů.

V první vlně se neprojevil nedostatek zaměstnanců v souvislosti s pandemií COVID-19, to se ale změnilo na podzim 2020, zejména co se týče zdravotních sester. To také zhoršila již dřívější situace v oblasti pracovních sil (viz kapitola 4). Ke zvýšení kapacit bylo zavedeno několik zásadních opatření: studenti lékařství, ošetřovatelství a sociálních služeb mohli být povoláni k práci v místních nemocnicích, dobrovolní zdravotníci mobilizováni ze zahraničí a zdravotničtí pracovníci přesunuti do nemocnic, které je potřebovaly více. Po zrušení elektivní a neurgentní léčby nemocnice přesunovaly své zaměstnance mezi jednotlivými odděleními a výrazně zvýšily počet přesčasů odpracovaných zdravotními sestrami a lékaři na odděleních pro COVID-19, což vedlo k obavám ohledně duševního zdraví zaměstnanců. Významné finanční bonusy byly odsouhlaseny pro zdravotníky v nemocnicích a sociální pracovníky.

I po skončení jarní vlny pandemie bude český zdravotní systém čelit značným problémům v dohánění odložené péče (viz kapitola 5.1) a rozvoji nových způsobů léčby pacientů s postcovidovým syndromem (long COVID). Z nejnovějších výzkumů vyplývá, že u více než 10 % nakažených osob se mohou rozvinout dlouhodobé příznaky, a tento podíl se zřejmě ještě zvyšuje s věkem. To znamená, že stovky tisíc lidí v Česku mohou trpět novým chronickým onemocněním. Začátkem roku 2021 se začala zřizovat specializovaná centra pro postcovidový syndrom.

Opožděné plánování zpomalilo v Česku zahájení očkovací kampaně

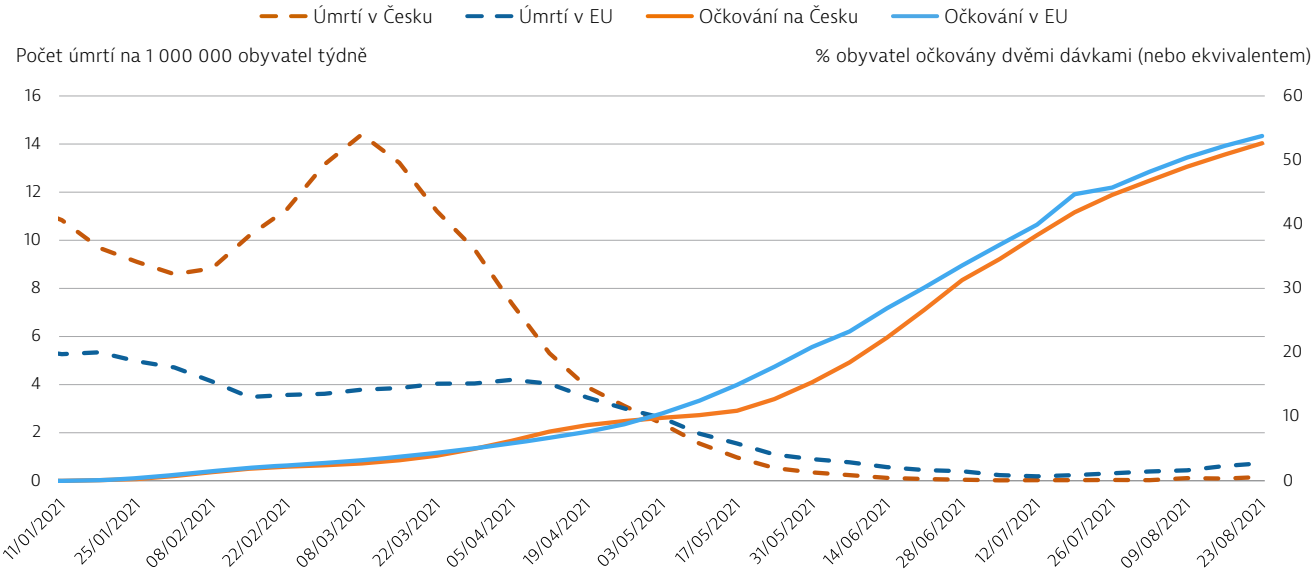
Očkovací kampaň v Česku se řídila seznamem prioritních skupin podle věku, povolání a zdravotního stavu. Od prosince 2020 se však tato prioritizace několikrát změnila, včetně významných změn, jako bylo například doplnění učitelů do prioritních skupin. Mezi hlavní prioritní skupinu patří rezidenti zařízení dlouhodobé péče, pracovníci v oblasti zdravotní a sociální péče a lidé ve věku 80 let a více (přibližně 7,5 % obyvatelstva). Očkování bylo zahájeno v prosinci 2020, převážně v zařízeních zdravotní péče, a pokračovalo ve větším rozsahu od poloviny ledna 2021 po spuštění elektronického registračního systému. Realizací očkovací strategie byly později pověřeny krajské samosprávy.

V období od zahájení očkování do konce srpna 2021 se očkovací strategie potýkala s několika překážkami. Zpoždění a změny vyjednaných dodávek v rámci celé EU nepochybně představovaly problémy pro počáteční plánování. Svou roli však sehrálo i zpoždění plánování celého očkování. Praktičtí lékaři a organizace občanské společnosti byli také zapojeni pozdě a pouze v omezené míře. Aktivní oslovování seniorů a dalších obtížně přístupných skupin by rovněž urychlilo proočkovanost u zranitelnějších skupin obyvatelstva. Aby nedošlo k plýtvání očkovacími látkami, vláda urychleně otevírala registraci k očkování širší veřejnosti, ale problémem se stal váhavý postoj k očkování. V únoru 2021 se nechtělo nechat očkovat 32 % Čechů. Do konce srpna 2021 se toto číslo snižovalo jen pomalu (na 19 %) (PAQ Research & IDEA AntiCovid Initiative, 2021).

Do konce srpna 2021 obdržela vláda přibližně 12 milionů dávek očkovacích látek schválených Evropskou agenturou pro léčivé přípravky, z nichž 11,5 milionu bylo aplikováno. Dvěma dávkami (nebo ekvivalentem) bylo naočkováno přibližně 78 % obyvatel ve věku 80 let a více a více než 53 % všech obyvatel (obrázek 20).

8. V Karlovarském kraji rovněž došlo v lednu a únoru 2021 k největšímu nárůstu nadměrné úmrtnosti, který představoval více než dvojnásobek pětiletého průměru (ČSÚ, 2021).

Obrázek 20. Více než polovina obyvatel Česka byla naočkována dvěmi dávkami (nebo jejich ekvivalentem)



Poznámka: Průměr EU není vážený (počet zemí použitých pro průměr se liší v závislosti na týdnu).
Zdroj: ECDC pro případy onemocnění COVID-19 a Our World In Data pro proočkovanost.

Pandemie zvýraznila důležitost dat publikovaných v reálném čase a rozhodování založených na datech

Decentralizovaný systém zdravotní péče v Česku je charakteristický nedostatečně propojenými informačními systémy, jejichž prostřednictvím se centrálně shromažďuje velké množství údajů. Před pandemií bylo veřejně publikováno jen omezené množství dat, obvykle v souhrnné podobě, často s roční nebo delší prodlevou, která umožňovala jejich sběr a validaci. Digitalizace zdravotní péče je navíc v Česku pomalá. V roce 2019 mělo všechny záznamy o pacientech v elektronické podobě pouze 9 % lékařů (a 20 % z nich je stále vedlo výhradně na papíře) (ČSÚ, 2020).

Pandemie začala tuto situaci měnit. V roce 2020 byly spuštěny celostátní systémy pro monitorování kapacity jednotek intenzivní péče a kapacity laboratoří pro COVID-19. V reakci na tlak veřejnosti a odborníků začalo Ministerstvo zdravotnictví na podzim 2020 denně zveřejňovat široký soubor údajů o COVID-19. Zároveň byl ale vytvořen pandemický registr bez využití stávajících elektronických systémů nebo aniž by bylo zajištěno nezbytné propojení s jinými registry. To později způsobilo provozní problémy (například co se týče identifikace obyvatelstva oprávněného registrovat se na očkování proti COVID-19), kterým bylo možné předejít. V srpnu 2021 byl přijat nový zákon o digitalizaci zdravotní péče, který stanovuje pravidla a obecnou architekturu pro elektronizaci zdravotnictví a který by mohl být dobrým odrazovým můstkem pro další pokrok v této oblasti. Česko rovněž označilo digitalizaci zdravotnictví za jeden ze sedmi cílů ve strategii Zdraví 2030 (viz rámeček 4). Stále však existuje značný prostor pro rozvoj digitalizace, veřejně dostupných údajů a využívání dat v rámci zdravotního systému.

Česko jen omezeně investovalo do dlouhodobých problémů, pandemie COVID-19 ale vyvinula značný tlak na pojišťovny

Jak je uvedeno v kapitole 4, mnoho investic uskutečněných v reakci na pandemii bylo učiněno pro řešení krátkodobých problémů s financováním. Ačkoli bylo plánování strategie Zdraví 2030 aktualizováno tak, aby zohlednilo pandemii a její dopady, implementace mnoha reforem se opozdila. Pandemie COVID-19 rovněž zvýraznila dlouhodobé problémy s financováním a řízením sociální péče v Česku.

Mimořádné zvýšení státních příspěvků do systému veřejného zdravotního pojištění, o němž bylo nyní rozhodnuto, že bude pokračovat i v roce 2022 (viz rámeček 3), zmírnilo značný krátkodobý finanční tlak na zdravotní pojišťovny. V dubnu 2021 byl celkový schodek pro rok 2021 odhadován na 55 miliard CZK (2,2 miliardy EUR). Toto číslo se pravděpodobně zvýší, jelikož vláda do výdajů na COVID-19 nadále přidává nové složky.

Vláda se rovněž zavázala investovat 20 miliard CZK (0,8 miliardy EUR) do zdravotnictví v rámci svého Národního plánu obnovy. Plán zahrnuje financování zlepšení rehabilitační péče, posílení prevence a léčby rakoviny a podporu digitalizace zdravotní péče, virtuální medicíny a akademického výzkumu.

6 Hlavní zjištění

- Střední délka života byla v Česku v roce 2020 o 2,3 roku kratší než je průměr EU poté, co se mezi lety 2019 a 2020 dočasně zkrátila o jeden rok. Do konce srpna 2021 bylo evidováno více než 30 000 zemřelých s onemocněním COVID-19 (úmrtnost na milion obyvatel byla o 80 % vyšší než průměr v celé EU), zatímco podle širšího ukazatele nadměrné úmrtnosti mohl být počet úmrtí způsobených onemocněním COVID-19 ještě vyšší.

- Velkou výzvou v oblasti ochrany veřejného zdraví jsou v Česku behaviorální rizikové faktory – téměř polovinu všech úmrtí v roce 2019 lze připsat rizikovým stravovacím návykům, užívání tabáku a konzumaci alkoholu. Míra obezity u dospělých v Česku patřila v roce 2019 k nejvyšším v EU a očekává se, že v nadcházejících letech dále poroste. Posílení ochrany veřejného zdraví a prevence je zásadním cílem strategie v oblasti zdraví na období 2021–2030, bude to však vyžadovat důkladnou implementaci a její monitorování.

- Míra hustoty lékařů je poměrně vysoká, i když jejich průměrný věk se zvyšuje. Dlouhodobým problémem je ale dostupnost zdravotních sester. Tento nedostatek byl zřetelnější v letech 2020 a 2021, kdy se dostupnost ošetřovatelského personálu stala významným problémem na odděleních pro léčbu onemocnění COVID-19. Političtí činitelé zavedli k řešení tohoto problému řadu opatření, včetně zvýšení odměn a kampaně na zvýšení atraktivity tohoto oboru. Dosud však nebyly vyřešeny zásadní otázky jako je reforma kariérní struktury a kompetencí zdravotních sester.

- Česko dobře zvládlo první vlnu COVID-19, ale později v průběhu roku mělo potíže tento úspěch zopakovat. Vláda nezvládala rychle formulovat odpovídající opatření, a to jak při řízení druhé vlny, tak při plánování očkovací strategie a jejím zahájení. Rovněž chyběla jasnost a transparentnost v komunikaci a spolupráci s veřejností, což přispělo k větší nedůvěře veřejnosti a k nedostatečnému dodržování opatření proti šíření koronaviru a dodržování testování a trasování.

- Během pandemie bylo dosaženo významných pokroků v digitalizaci a sdílení údajů. Osvědčilo se několik nástrojů, jako jsou elektronické předpisy, video/telefonní konzultace na dálku a denní publikování zdravotních dat. Digitalizace zdravotnictví je klíčovým strategickým cílem pro období 2021–2030, bude však vyžadovat značné investice a politickou pozornost, aby Česko dohnalo jiné země EU.

- Česko usiluje o posílení odolnosti svého systému zdravotní péče a chce se zaměřit na jeho pracovní síly, financování a řízení celého systému. Mnoho plánovaných reforem nebo nových právních předpisů se kvůli pandemii zpozdilo.

Hlavní zdroje

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

OECD/EU (2020), *Health at a Glance: Europe 2020 – State of Health in the EU Cycle.* Paris, https://doi.org/10.1787/82129230-en.

WHO Regional Office for Europe, European Commission, *European Observatory on Health Systems and Policies (2021)*, COVID-19 Health Systems Response Monitor – Czech Republic.

Odkazy

Csémy et al. (2021), *Užívání tabáku a alkoholu v České republice 2020*, Prague, National Institute of Public Health.

ČSÚ (2020), *Informační technologie ve zdravotnictví v České republice v datech* [Data on information technologies in the health sector in the Czech Republic], Prague.

ČSÚ (2021), *Počet zemřelých – časové řady* [Number of deaths – timelines], Prague.

ESPAD Group (2020), *ESPAD Report 2019,* Luxembourg, Publications Office of the European Union.

EU Expert Group on Health Systems Performance Assessment (HSPA) (2020), *Assessing the resilience of health systems in Europe: an overview of the theory, current practice and strategies for improvement.* Luxembourg, Publications Office of the EU.

Eurofound (2021), *Living, working and COVID-19 survey.* Dublin, https://www.eurofound.europa.eu/data/covid-19/quality-of-public-services.

European Commission (2021), *Europe's Beating Cancer Plan*, Brussels.

Kučera Z et al. (2016), *Zdravotní gramotnost obyvatel ČR – výsledky komparativního reprezentativního šetření* [Health literacy of Czech population – a comparative study results], Časopis Lékařů Českých, 155:233-241.

MZČR (2019), *Strategický rámec rozvoje péče o zdraví v České republice do roku 2030*, Zdraví 2030 [Strategic Framework for Health Care Development in the Czech Republic by 2030], Prague.

PAQ Research, IDEA AntiCovid Initiative (2021), *Život během pandemie* [Life during the pandemic], Prague, https://zivotbehempandemie.cz/.

ÚZIS (2021), *Datasets on number of nursing FTEs, preventative appointments, cancer screening appointments and gyneco-oncology hospital stays.* Data vyžádána autorem.

WHO Regional Office for Europe (2021), *Behavioural insights on COVID-19 in the Czech Republic: monitoring knowledge, risk perceptions, preventive behaviours and trust to inform pandemic outbreak response – round 3 of data collection*, Prague, United Nations Information Centre.

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	Švédsko	SE
Estonsko	EE	Kypr	CY	Německo	DE	Řecko	EL		

European Commission

State of Health in the EU
Zdravotní profil země 2021

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 a strategií.

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 (2021), *Česko: zdravotní profil země 2021, State of Health in the EU,* OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.

ISBN 9789264698895 (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