European Commission

State of Health in the EU

Česko

Zdravotní profil země 2023

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. Poprvé od začátku vydávání této série je v roce 2023 do publikační řady Zdravotních profilů zemí zařazena zvláštní kapitola věnovaná duševnímu zdraví.

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 členům 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 9
5. VÝKONNOST ZDRAVOTNÍHO SYSTÉMU 11
   5.1 Efektivita 11
   5.2 Dostupnost 14
   5.3 Odolnost 16
6. ZAMĚŘENO NA DUŠEVNÍ ZDRAVÍ 20
7. 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 šetření *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 2023 na základě údajů dostupných v první polovině září 2023.

Demografické a socioekonomické souvislosti v Česku, 2022

Demografické faktory	Česko	EU
Velikost populace	10 516 707	446 735 291
Podíl obyvatel starších 65 let (%)	20,6	21,1
Míra plodnosti[1] (2021)	1,8	1,5
Socioekonomické faktory		
HDP na obyvatele (EUR PPP[2])	31 953	35 219
Míra relativní chudoby[3] (%)	10,2	16,5
Míra nezaměstnanosti (%)	2,2	6,2

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: Za vydání této práce odpovídá generální tajemník OECD. Vyjádřené názory a použité argumenty nemusí nutně odrážet oficiální stanoviska členských zemí OECD. Názory a stanoviska vyjádřená v publikacích Evropské observatoře pro zdravotní systémy a politiky nemusí nutně vyjadřovat oficiální názory zúčastněných organizací.

Tato práce vznikla za finanční podpory Evropské unie. Názory zde vyjádřené v žádném případě nemohou být považovány za názory odrážející oficiální stanovisko Evropské unie.

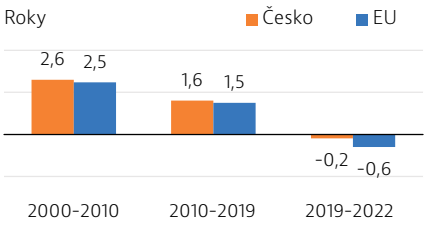
Názvy a zastoupení zemí a území použité v této společné publikaci se řídí zvyklostmi WHO.

Územní výhrady platné pro OECD: Tento dokument, jakož i veškeré údaje a mapy v něm obsažené, se nedotýkají statusu nebo svrchovanosti jakéhokoli území, vymezení mezinárodních hranic a hranic a názvu jakéhokoli území, města nebo oblasti. Další specifická prohlášení o vyloučení odpovědnosti jsou k dispozici zde.

Územní výhrady platné pro WHO: Použitá označení a prezentace tohoto materiálu neznamenají vyjádření jakéhokoli názoru ze strany WHO týkajícího se právního postavení jakékoli země, území, města nebo oblasti nebo jejích orgánů, nebo týkající se vymezení jejích hranic. Tečkované a čárkované čáry na mapách představují přibližné hranice, u nichž však ještě nemusí existovat úplná shoda.

© OECD and World Health Organization (acting as the host organisation for, and secretariat of, the European Observatory on Health Systems and Policies) 2023

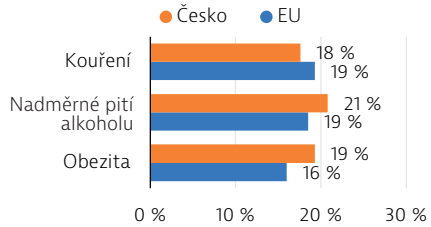
1 Hlavní informace



Změny ve střední délce života při narození

Zdravotní stav

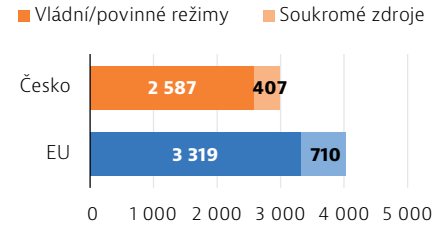
Střední délka života v Česku v posledních 20 letech před pandemií rostla přibližně stejně rychle jako průměr EU; v letech 2019 až 2021 klesla a v roce 2022 se mírně zvýšila na 79,1 roku, což je o 1,6 roku méně než průměr EU, který činí 80,7 roku. Hlavními příčinami úmrtí v roce 2021 byly onemocnění oběhové soustavy, rakovina a COVID-19, které představovaly více než 70 % všech úmrtí.



% dospělé populace, 2019

Rizikové faktory

Téměř polovinu všech úmrtí v Česku v roce 2019 lze přičíst behaviorálním rizikovým faktorům, mimo jiné rizikovým stravovacím návykům, kouření, konzumaci alkoholu a nízké úrovni fyzické aktivity. Míry konzumace alkoholu a obezity byly vyšší než průměrné hodnoty v EU. Výskyt behaviorálních rizikových faktorů je v Česku, stejně jako v ostatních zemích EU, zpravidla vyšší u skupin s nejnižším vzděláním a nejnižšími příjmy.



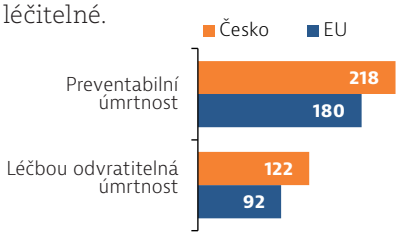
PPP na obyvatele v EUR, 2021

Zdravotní systém

V roce 2021 vynaložilo Česko na zdravotnictví 2 994 EUR na obyvatele (upraveno o rozdíly v kupní síle), což je přibližně o čtvrtinu méně než průměr EU, který činil 4 029 EUR. Výdaje na zdravotnictví představovaly 9,5 % HDP - vyšší podíl než v letech před pandemií, ale stále pod průměrem EU ve výši 11,0 %. Většina výdajů na zdravotnictví v Česku (86 %) pocházela z veřejných zdrojů, což je nejvyšší podíl v EU a o více než 5 procentních bodů nad průměrem EU.

Efektivita

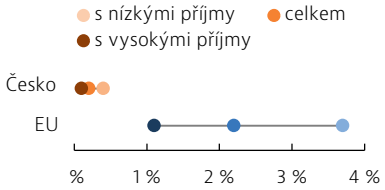
Úmrtnost na příčiny, kterým lze předejít a které jsou léčitelné, je v Česku o 25 % vyšší než průměr EU. Stále zde zůstává značný prostor pro zlepšení intervencí v oblasti veřejného zdraví s cílem snížit počet předčasných úmrtí z příčin, kterým lze předejít, a pro poskytování včasnější a účinnější zdravotní péče, aby se snížila úmrtnost z příčin, které jsou léčitelné.



Věkově standardizovaná úmrtnost na 100 000 obyvatel, 2020

Dostupnost

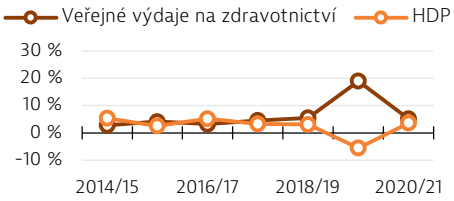
Míra neuspokojených potřeb zdravotní péče je v Česku velmi nízká, s malými rozdíly mezi příjmovými skupinami. Počet lékařů a zdravotních sester a ošetřovatelů na 1 000 obyvatel je mírně nad průměrem EU, ale zdravotníci nejsou v regionech rozmístěni rovnoměrně. Počet návštěv u lékaře (7,8 na obyvatele) je o třetinu vyšší než průměr EU.



% populace uvádějící neuspokojenou potřebu zdravotní péče, 2022

Odolnost

Veřejné výdaje na zdravotnictví se v roce 2020 v reakci na pandemii téměř o 20 % zvýšily, zatímco HDP klesl o 5 %. V roce 2021 se obě míry růstu vrátily na úroveň před pandemií. Český Národní plán obnovy vyčleňuje na investice do zdravotnictví 1,1 miliardy EUR. Dvěma hlavními prioritami jsou zlepšení onkologické péče a rozšiřování a modernizace lékařských vzdělávacích zařízení.



Reálná roční změna

Duševní zdraví

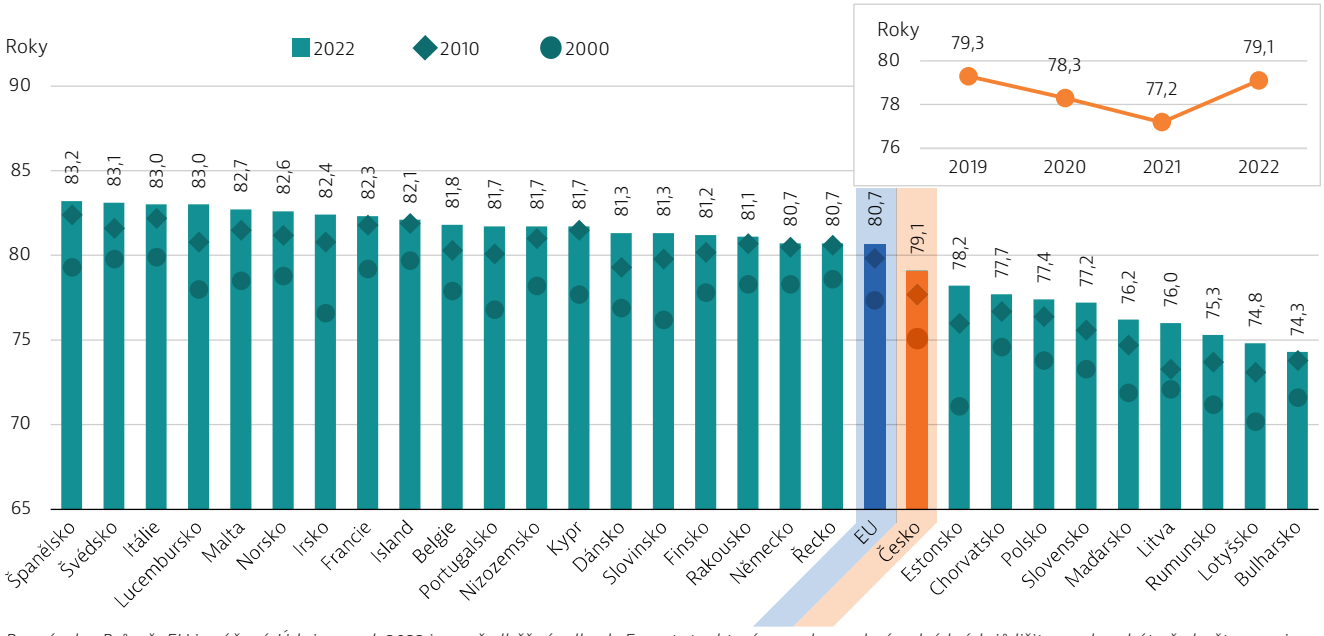
V roce 2019 trpěl podle odhadů duševní poruchou přibližně každý sedmý člověk v Česku. Nejčastějšími problémy duševního zdraví byly deprese, úzkosti a poruchy způsobené užíváním alkoholu a drog. Strategický rámec rozvoje péče o zdraví do roku 2030 (Zdraví 2030) stanoví hlavní opatření v oblasti podpory duševního zdraví a poskytování péče v souladu s probíhající reformou psychiatrické péče, která klade důraz na posílení komunitní péče, prevenci a podporu duševního zdraví.

2 Zdraví v Česku

Střední délka života v Česku během prvních dvou let pandemie prudce klesla, ale v roce 2022 se opět zvýšila

V roce 2022 činila střední délka života při narození v Česku 79,1 roku, což je o 1,6 roku méně než průměr EU, který činil 80,7 roku (obrázek 1). Během dvou desetiletí před pandemií se střední délka života v Česku prodloužila o více než 4 roky, ale mezi lety 2019 až 2021 o více než 2 roky klesla a v roce 2022 se opět přiblížila úrovni před pandemií.

Obrázek 1. Střední délka života byla v Česku v roce 2022 přibližně o rok a půl nižší než průměr EU



Poznámky: Průměr EU je vážený. Údaje za rok 2022 jsou předběžné odhady Eurostatu, které se mohou od národních údajů lišit a mohou být předmětem revize. Údaje za Irsko se vztahují k roku 2021. Zdroj: Databáze Eurostatu.

Stejně jako v jiných evropských zemích se i v Česku muži zpravidla dožívají kratšího věku než ženy. V roce 2022 mohly české ženy očekávat, že budou žít v průměru o 5,8 roku déle než muži (82,0 let oproti 76,2 letům), což je o něco větší rozdíl v délce života žen a mužů než průměrný rozdíl v EU, který činí 5,4 roku. Do značné míry to odráží rozdíly mezi muži a ženami z pohledu rizikového chování, jako je kouření a nadměrné pití alkoholu (viz kapitola 3).

Hlavními příčinami úmrtnosti v roce 2021 byly onemocnění oběhové soustavy, rakovina a COVID-19

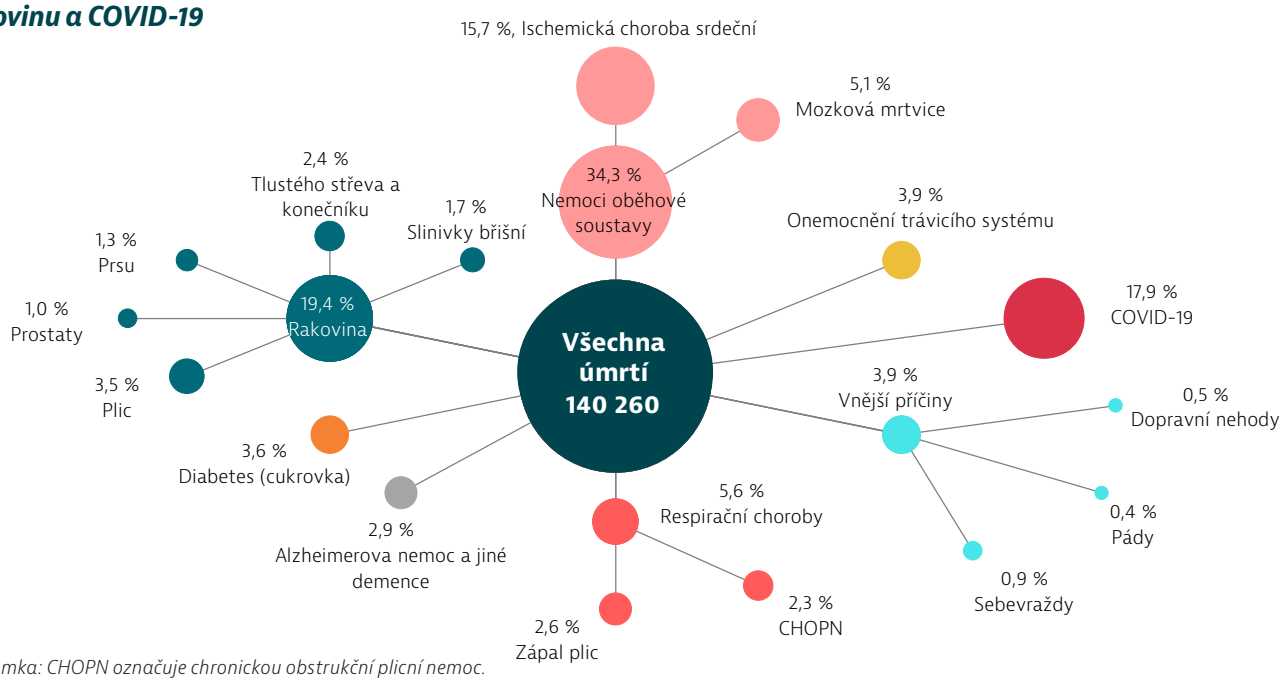
K prodloužení střední délky života v Česku v průběhu dvou desetiletí před pandemií přispělo především snížení úmrtnosti na onemocnění oběhové soustavy. I přesto však tato onemocnění zůstala v roce 2021 hlavní příčinou úmrtí (34 % všech úmrtí), přičemž zdaleka nejvýznamnější příčinou z nich byla ischemická choroba srdeční. Druhou nejčastější příčinou úmrtí v roce 2021 byla rakovina (19 % všech úmrtí), z níž nejčastější příčinou byla rakovina plic, následovaná rakovinou tlustého střeva a konečníku (obrázek 2). Podíl onemocnění COVID-19 na všech úmrtích v Česku v roce 2021 činil 17,9 % (přibližně 25 000 úmrtí), což je jeden z největších podílů ze všech zemí EU.

V letech 2020 a 2021 byla v Česku zaznamenána vyšší nadúmrtnost než v průměru v EU

Ucelenější obraz o dopadu onemocnění COVID-19 na úmrtnost může poskytnout ukazatel nadúmrtnosti, definovaný jako počet úmrtí ze všech příčin nad rámec průměrného počtu úmrtí v období pěti let před pandemií. Více než 55 000 případů nadúmrtnosti, k nimž došlo v Česku v letech 2020 až 2022, představuje úroveň úmrtnosti o 17 % vyšší, než byla výchozí úroveň před pandemií, což je mnohem vyšší míra, než jaká byla pozorována ve většině ostatních zemí EU (obrázek 3). Nadúmrtnost v Česku dosáhla v roce 2021 vrcholu ve výši 25 %, a poté v roce 2022 klesla na přibližně 8 % nad úrovní průměrné úmrtnosti před pandemií.

V letech 2020–22 byla nadúmrtnost v Česku vyšší než hlášená úmrtnost na COVID-19, přičemž potvrzené případy úmrtí na COVID-19 představovaly 77 % nadúmrtnosti. Skutečnost, že nadúmrtnost byla vyšší než počet úmrtí na onemocnění COVID-19, naznačuje buď podhodnocené vykazování úmrtí na COVID-19

Obrázek 2. Více než 70 % všech úmrtí v Česku v roce 2021 připadalo na onemocnění oběhové soustavy, rakovinu a COVID-19



Poznámka: CHOPN označuje chronickou obstrukční plicní nemoc.
Zdroj: Databáze Eurostatu (údaje za rok 2021).

nebo vyšší počet úmrtí z jiných příčin, kde COVID-19 však mohl být komorbiditním faktorem.

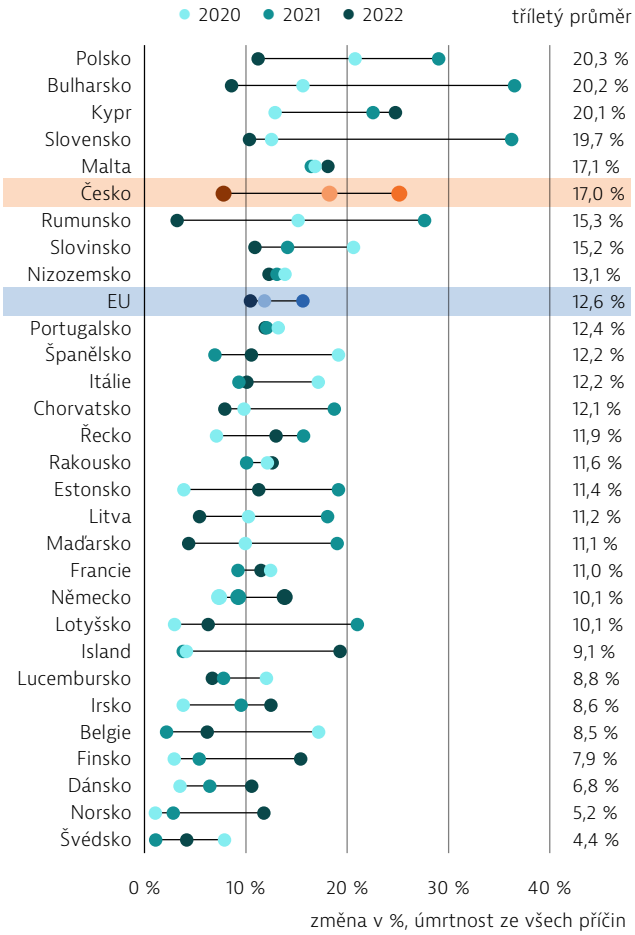
Většina dospělých Čechů uvádí dobrý zdravotní stav, rozdíly mezi socioekonomickými skupinami jsou však výrazné

Více než dvě třetiny (68 %) Čechů v roce 2022 uvedly, že jsou v dobrém nebo velmi dobrém zdravotním stavu, což odpovídá průměru EU. Rozdíly v odpovědích mezi jednotlivými příjmovými skupinami jsou však větší než ve většině ostatních zemí EU. Zatímco 86 % dospělých Čechů v nejvyšším příjmovém kvintilu v roce 2022 uvedlo, že se těší dobrému zdraví, mezi lidmi v nejnižším příjmovém kvintilu to bylo pouze 46 %, což je pátý nejvyšší rozdíl v celé EU.

České ženy ve věku 65 let mohou očekávat, že budou žít déle než muži, ale v méně dobrém zdravotním stavu

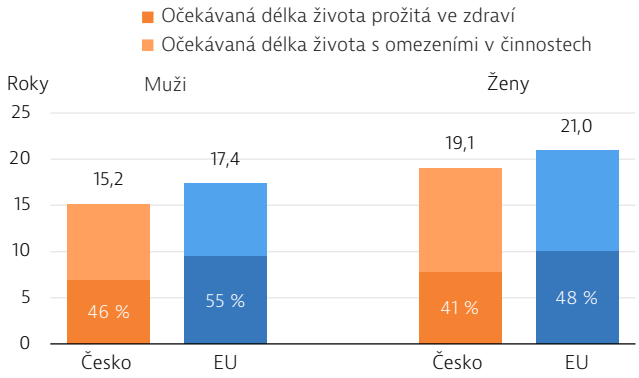
Stejně jako v jiných zemích EU došlo i v Česku v posledních dvou desetiletích k demografickým změnám vedoucím k nárůstu populace ve vyšším věku: podíl osob ve věku 65 let a více vzrostl ze 14 % populace v roce 2000 na 21 % v roce 2022 a do roku 2050 se předpokládá nárůst na 28 %. V roce 2020 mohly české ženy ve věku 65 let očekávat, že se dožijí dalších 19,1 let, zatímco muži mohli očekávat, že se dožijí dalších 15,2 let. Rozdíl ve střední délce života prožité ve zdraví (definované jako průměrná délka života bez jakéhokoli postižení) byl však mezi muži a ženami mnohem menší (méně než 1 rok), neboť české ženy zpravidla prožijí menší část života po svém 65. roce bez omezení činností (obrázek 4).

Obrázek 3. Nadúmrtnost v Česku dosáhla vrcholu v roce 2021 ve výši 25 %



Poznámka: Nadúmrtnost je definována jako počet úmrtí ze všech příčin přesahující průměrný roční počet úmrtí v předchozích pěti letech před pandemií COVID-19 (2015–19).
Zdroj: OECD Health Statistics 2023, na základě údajů Eurostatu o úmrtnosti.

Obrázek 4. Rozdíl v očekávané délce života prožité ve zdraví je mezi muži a ženami ve věku 65 let významně menší než rozdíl v jejich celkové očekávané délce života



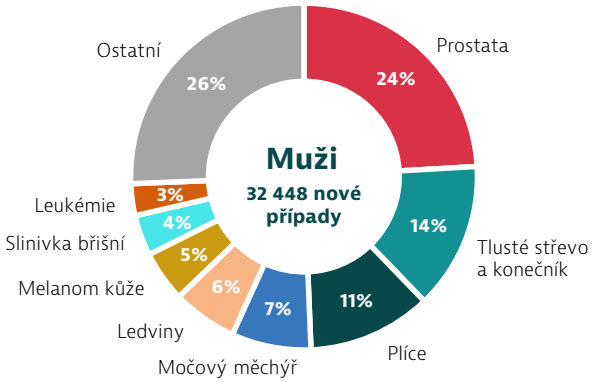
Zdroj: Databáze Eurostatu (údaje za rok 2020).

Podle výběrového šetření SHARE více než 40 % osob ve věku nad 65 let v roce 2020 uvedlo, že mělo více chronických onemocnění, což je nad průměrem EU, zejména pro muže. Podíl českých mužů nad 65 let, kteří uvedli omezení v každodenních činnostech, je rovněž vyšší než průměr EU - naopak u českých žen je tento podíl nižší než průměr EU. Toto odpovídá vyššímu výskytu rizikového chování českých mužů než žen (viz kapitola 3).

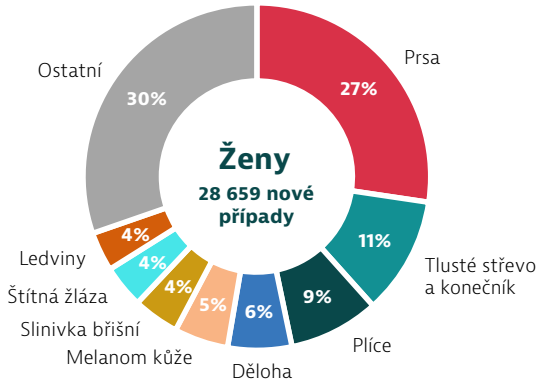
Výskyt rakoviny je v Česku značný

Poslední odhady Joint Research Center pro rok 2022 počítaly v Česku s výskytem více než 61 000 nově diagnostikovaných případů rakoviny. Věkově standardizovaná míra výskytu všech typů rakoviny měla být dle těchto odhadů blízko průměru EU jak u mužů, tak u žen. U mužů byla nejčastější rakovina prostaty (24 %), následovaná rakovinou tlustého střeva a konečníku (14 %) a rakovinou plic (11 %). U žen byla nejčastější rakovina prsu (27 %), následovaná rakovinou tlustého střeva a konečníku (11 %) a rakovinou plic (9 %) (obrázek 5). V posledním desetiletí se v Česku podařilo zlepšit onkologickou péči (OECD, 2023a) a v porovnání s jinými zeměmi EU dosáhnout poměrně vysoké míry účasti ve screeningových programech (viz kapitola 5.1).

Obrázek 5. V Česku byla v roce 2022 podle odhadů nově diagnostikována rakovina u více než 61 000 osob



Věkově standardizovaná incidence rakoviny (všechny typy): 685 na 100 000 obyvatel
Průměr EU: 684 na 100 000 obyvatel



Věkově standardizovaná incidence rakoviny (všechny typy): 484 na 100 000 obyvatel
Průměr EU: 488 na 100 000 obyvatel

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

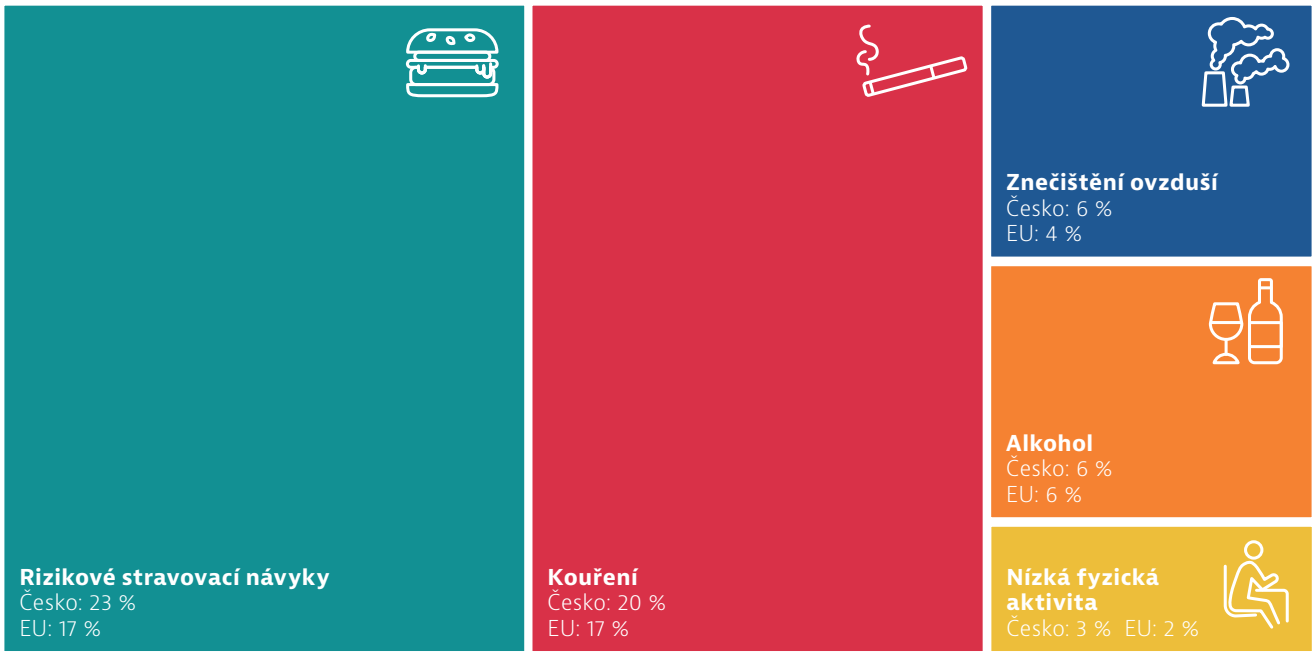
3 Rizikové faktory

K úmrtnosti významně přispívají behaviorální a environmentální rizikové faktory

Téměř polovinu všech úmrtí v Česku v roce 2019 lze přičíst behaviorálním rizikovým faktorům, mimo jiné stravovacím návykům, kouření, konzumaci alkoholu a nízké úrovni fyzické aktivity (obrázek 6). Nejvýznamnějším faktorem byly špatné stravovací návyky, které přispěly k 23 % všech úmrtí (výrazně nad průměrem EU 17 %), těsně následované kouřením, které přispělo k 20 % úmrtí (rovněž nad průměrem EU 17 %).

Ke značnému počtu úmrtí přispívají také environmentální faktory, jako je znečištění ovzduší, přičemž přibližně 6 % všech úmrtí lze přičíst výlučně expozici jemným částicím ($PM_{2,5}$) a ozonu. Úmrtí v důsledku znečištění ovzduší jsou spojena především s onemocněními oběhové soustavy, nemocemi dýchacího ústrojí a některými druhy rakoviny.

Obrázek 6. Rizikové stravovací návyky a kouření přispívají v Česku k významnému podílu úmrtí



Poznámky: Celkový počet úmrtí způsobených 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).

Velkým problémem pro veřejné zdraví je nadváha a obezita

Míra obezity u dospělých v Česku za posledních 15 let vzrostla a v roce 2019 činila 19,3 %, což bylo více než v mnoha jiných zemích EU (obrázek 7). Roste i míra nadváhy a obezity u dospívajících: v roce 2022 trpělo nadváhou nebo obezitou 20 % patnáctiletých (oproti 17,5 % v roce 2014), což je těsně pod průměrem EU (21 %). Problémy s nadváhou byly mnohem častější u chlapců (26 %) než u dívek (14 %).

Hlavními příčinami nadváhy a obezity jsou nezdravá výživa a nedostatek pohybu. Pouze 7,5 % dospělých Čechů (10,2 % žen a 5 % mužů) uvedlo, že v roce 2019 konzumovali alespoň pět porcí ovoce a zeleniny denně, jak doporučuje WHO. Z řad dospívajících 32 % uvedlo, že v roce 2022 konzumovali zeleninu denně, což se blíží průměru EU (34 %), a 35 % uvedlo, že denně konzumovali ovoce, což je vyšší podíl než průměr EU (30 %).

Pouze 25 % dospělých (20 % žen a 31 % mužů) uvedlo, že v roce 2019 provozovalo mírnou fyzickou aktivitu alespoň 2,5 hodiny týdně, což je mnohem méně než průměr EU (33 %). Úroveň fyzické aktivity se mezi lety 2014 a 2019 výrazně snížila, a to více u žen než u mužů.

V souvislosti s pandemií COVID-19 se této problematice dostalo větší pozornosti médií. Podpora zdraví a zvyšování zdravotní gramotnosti je jedním z klíčových cílů Strategického rámce rozvoje péče o zdraví do roku 2030 (Zdraví 2030) (viz kapitola 5.1).

Komplexní protikuřácká legislativa pomohla snížit míru kouření

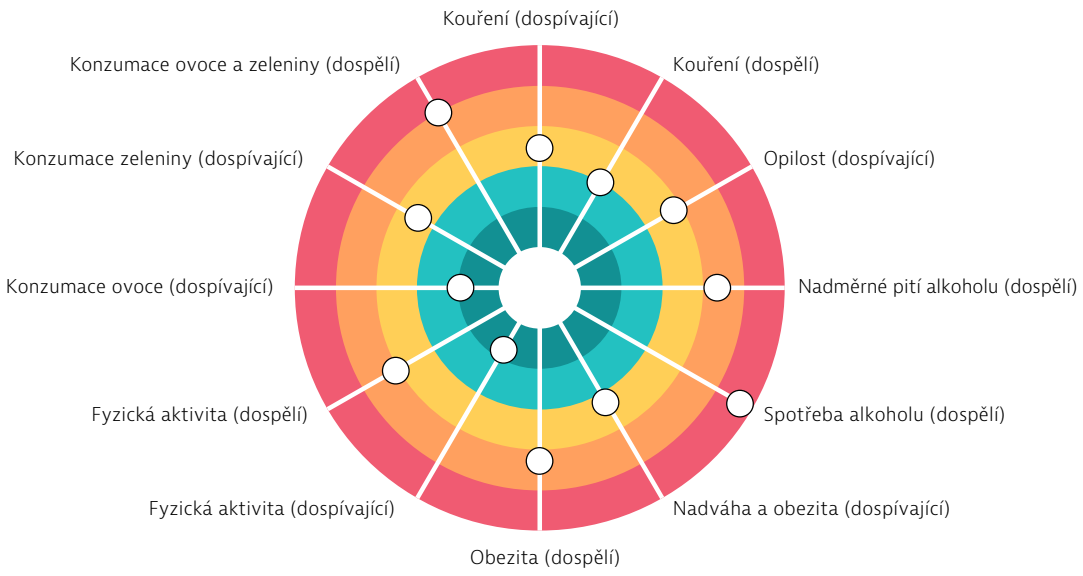
Přestože v roce 2020 denně kouřilo 16,6 % dospělých, za posledních deset let se tento podíl výrazně snížil (z 23 % v roce 2010) a v roce 2019 byl pod průměrem EU (19,3 %). K tomuto vývoji přispěla opatření v oblasti veřejného zdraví, včetně přijetí komplexní protikuřácké legislativy v roce 2017, která zakázala kouření na veřejných místech. Kouření je nadále rozšířenější mezi muži (v roce 2020 kouřilo denně 21 %) než mezi ženami (12,2 %). Z výběrového šetření Státního zdravotního ústavu rovněž vyplynulo, že 20 % lidí bylo v roce 2020 nadále vystaveno pasivnímu kouření na pracovišti.

Navzdory výraznému poklesu v posledních letech zůstává spotřeba tabáku mezi mladistvými problémem. V roce 2022 uvedlo 14 % patnáctiletých, že kouřili během posledního měsíce, což je nižší podíl než průměr EU (17 %).

Spotřeba alkoholu v Česku patří k nejvyšším v EU

Spotřeba alkoholu mezi dospělými Čechy v roce 2020 byla s 11,6 litry čistého alkoholu na obyvatele výrazně nad průměrem EU (9,8 litru) a zároveň druhá nejvyšší mezi zeměmi EU, přičemž se na této vysoké úrovni pohybuje již od roku 2000. Přispěla k tomu i zvýšená cenová dostupnost alkoholu v posledním desetiletí. Navzdory rostoucím průměrným mzdám se spotřební daň z litru alkoholu v letech 2010–19 nezměnila, nicméně od lednu 2020 byla zvýšena.

Obrázek 7. V porovnání s jinými zeměmi EU vykazuje Česko špatné výsledky zejména u spotřeby alkoholu, obezity a špatného stravování



Poznámky: 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 výběrovém šetření HBSC 2022 pro ukazatele u dospívajících; a EHIS 2019 pro ukazatele u dospělých (s výjimkou kouření, které pochází z národního šetření).

Každá pátá dospělá osoba v ČR (21 %) uvedla v roce 2019 pravidelné nadměrné (nárazovépití alkoholu, což je podíl vyšší než průměr EU (19 %)[1]. Stejně jako v ostatních zemích EU je v Česku nadměrné pití alkoholu mnohem častější u mužů (30 %) než u žen (12 %).

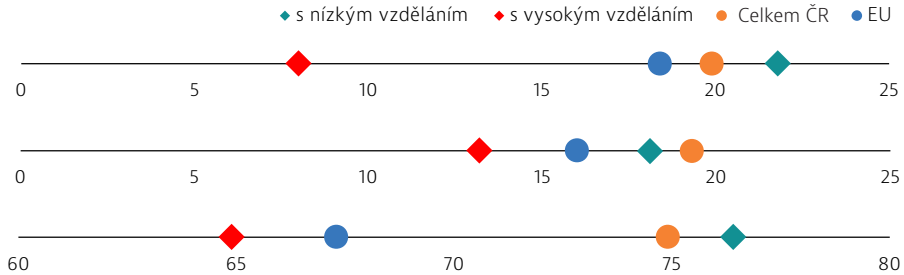
Nadměrná konzumace alkoholu mezi mladistvými byla v roce 2022 mírně nad průměrem EU: 22 % patnáctiletých dívek a 24 % chlapců uvedlo, že se opili více než jednou, nicméně tyto podíly od roku 2014 klesly. V roce 2017 byly zavedeny přísnější předpisy týkající se pití a nákupu alkoholu nezletilými osobami.

V oblasti zdravého životního stylu se výrazně projevují socioekonomické rozdíly

Některé behaviorální rizikové faktory jsou v Česku častější u osob s nižším vzděláním či příjmem. Dosažené vzdělání má vliv zejména na kouření, ale také na míru fyzické aktivity (obrázek 8).

Podíl kuřáků mezi lidmi s nižším vzděláním (22 %) byl v roce 2019 více než dvojnásobný oproti osobám s vyšším vzděláním (8 %), což je větší rozdíl mezi vzdělanostními skupinami, než je průměr EU (19 % kuřáků mezi osobami s nižším a 13 % mezi osobami s vyšším vzděláním). Lidé s nižším vzděláním nebo příjmem jsou také častěji náchylní k obezitě, což je zčásti způsobeno i jejich uváděnou nižší fyzickou aktivitou.

Obrázek 8. Lidé s nižším vzděláním jsou častěji náchylní ke kouření a fyzické neaktivitě



Poznámka: Za osoby s nižším vzděláním jsou považovány osoby, které nemají dokončené středoškolské vzdělání (ISCED 0-2), zatímco za osoby s vyšším vzděláním jsou považovány osoby, které mají dokončené terciární vzdělání (ISCED 5-8).
Zdroj: Databáze Eurostatu (na základě EHIS 2019).

1 *U dospělých je za nadměrné pití považována konzumace šesti a více alkoholických nápojů při jedné příležitosti.*

4 Zdravotní systém

Ministerstvo zdravotnictví má ve veřejném zdravotním pojištění silnou regulatorní úlohu

Český systém veřejného zdravotního pojištění je do značné míry regulován vládou. Sedm kvazi-veřejných zdravotních pojišťoven působí jako plátci a nakupující zdravotní péče, přičemž u největší z nich je pojištěno 56 % obyvatel. Povinné zdravotní pojištění poskytuje široký rozsah hrazených služeb a pokrývá prakticky celou populaci. Na zdravotní pojištění mají nárok všichni obyvatelé s trvalým pobytem a také státní příslušníci třetích zemí, pokud jsou zaměstnanci českých podniků. Kromě ekonomicky neaktivních obyvatel, za které platí zdravotní pojištění přímo stát, jsou všichni ostatní obyvatelé povinni platit měsíční zálohy na pojistné. Konkurence mezi zdravotními pojišťovnami je omezená, mohou však svým pojištěncům nabízet doplňkové služby, jako je například očkování, které není hrazeno z veřejného zdravotního pojištění.

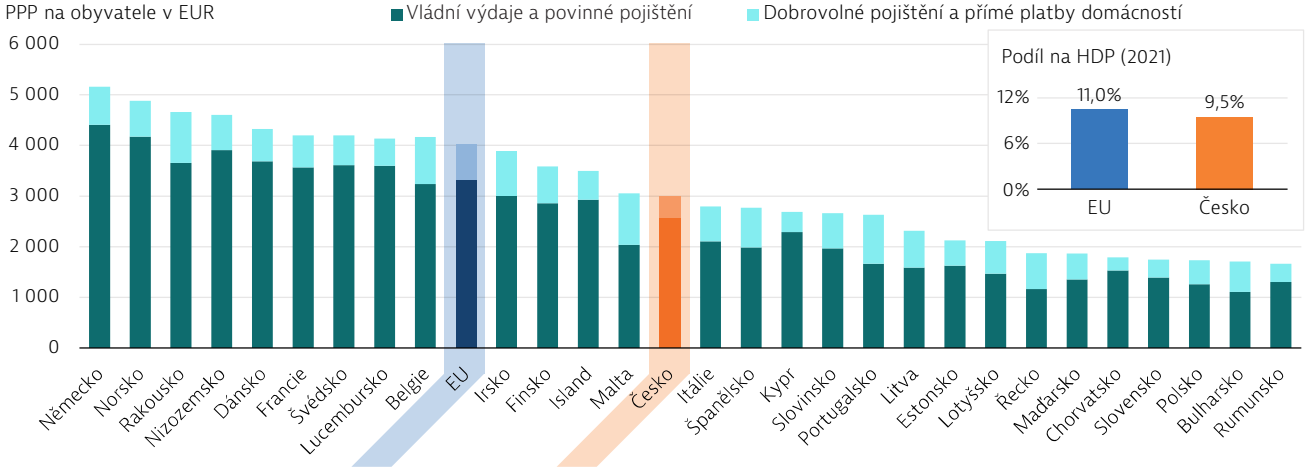
Ministerstvo zdravotnictví je hlavním regulačním orgánem, který nastavuje zdravotní politiku a dohlíží na celý systém. Poskytovatelé ambulantní péče jsou většinou v soukromém vlastnictví, zatímco mnoho poskytovatelů lůžkové péče je ve vlastnictví státu (včetně fakultních nemocnic a specializovaných pracovišť) a krajů nebo obcí. Všeobecní lékaři (praktici) v Česku neregulují pohyb pacienta v systému (nemají úlohu tzv. gatekeeperů).

Česko vydává na zdravotnictví méně, než je průměr EU, ale podíl veřejného financování je nejvyšší v EU

V roce 2021 činily v Česku výdaje na zdravotnictví 2 993 EUR na obyvatele (upraveno o rozdíly v kupní síle), což bylo o čtvrtinu (26 %) méně než průměr EU, který činil 4 028 EUR (obrázek 9). Výdaje na zdravotnictvíi jako podíl na HDP činily v roce 2021 9,5 % HDP, což bylo méně než průměr EU (11,0 %), ale výrazně více než podíl v Česku v roce 2019 (7,6 % HDP). Tento nárůst byl z velké části způsoben navýšením veřejných zdrojů pro zdravotní pojištění, zejména pak příspěvku státu za ekonomicky neaktivní obyvatele (viz kapitola 5.3).

V roce 2021 tvořilo v Česku financování z veřejných zdrojů 86,4 % celkových výdajů na zdravotnictví, což bylo nejvíce v EU (průměr EU činil 81,1 %). Přímé soukromé výdaje se skládají především z doplatků za ambulantně vydané léky a v roce 2021 představovaly 12,7 % celkových výdajů na zdravotnictví (viz kapitola 5.2). Vzhledem k širokému rozsahu zdravotních služeb hrazených z veřejného zdravotního pojištění hraje dobrovolné zdravotní pojištění v českém systému pouze zanedbatelnou roli (méně než 1 %).

Obrázek 9. Výdaje Česka na zdravotnictví byly v roce 2021 nižší než průměr EU jak v přepočtu na obyvatele, tak v poměru k HDP



Poznámka: Průměr EU je vážený.
Zdroj: OECD Health Statistics 2023 (údaje za rok 2021 kromě Malty (2020)).

Většina výdajů na zdravotnictví je určena na lůžkovou a ambulantní péči a dále na léčiva

Výdaje na zdravotnictví byly v roce 2021 v Česku rovnoměrně rozděleny mezi lůžkovou a ambulantní péči, přičemž na každou z nich připadalo 30 % celkových výdajů (obrázek 10). Výdaje na léky představovaly 16 % výdajů na zdravotnictví[2] a na dlouhodobou péči připadalo 13 %. Menší podíl připadal na prevenci (8 %) a na administrativu a ostatní výdaje (3 %).

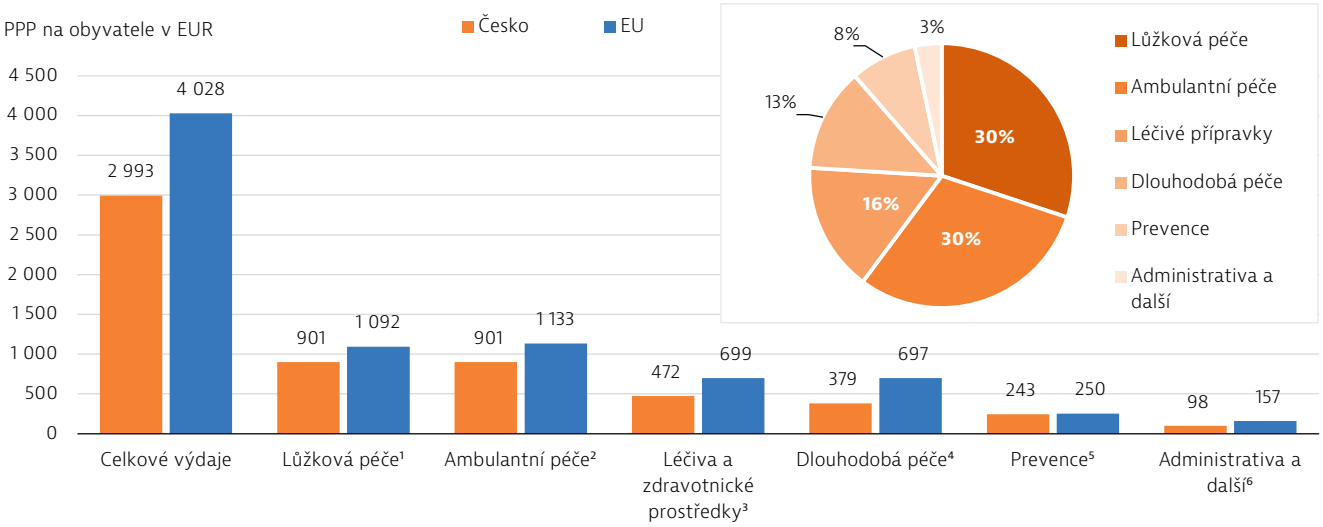
2 *V těchto údajích nejsou zahrnuty léky podané během hospitalizace, které představují přibližně třetinu celkových výdajů na léky v Česku.*

V absolutních číslech v přepočtu na obyvatele zůstaly výdaje Česka pro všechny hlavní kategorie pod průměrem EU - zejména pak v případě dlouhodobé péče, na niž byly výdaje téměř o polovinu nižší než průměr EU. V posledním desetiletí nicméně došlo k výraznému nárůstu těchto výdajů, do nichž jsou zahrnuty přímé dotace zařízením dlouhodobé sociální péče a domácím službám a platby ze zdravotního pojištění. Kromě toho se od roku 2007 poskytují příspěvky na osobní péči lidem s omezeními v každodenních činnostech, které slouží k financování jejich asistenčních služeb, včetně neformální péče.

V roce 2018 byl zaveden příspěvek na pečovatelskou dovolenou (dlouhodobé ošetřovné), který má neformálním pečovatelům kompenzovat ztrátu mzdy v době pečování o blízkou osobu.

Výdaje Česka na prevenci v přepočtu na obyvatele byly v roce 2021 jen mírně pod průměrem EU. Mezi lety 2020 a 2021 se zvýšily téměř 2,5krát, což odráží výdaje na preventivní opatření související s onemocněním COVID-19, jako je očkování a testování.

Obrázek 10. Výdaje Česka jsou pro všechny kategorie zdravotnických výdajů nižší než průměr EU



Poznámky: 1. Zahrnuje léčebně-rehabilitační péči v nemocnici a dalších prostředích. 2. Zahrnuje domácí péči a doplňkové služby (např. přepravu pacientů). 3. Zahrnuje pouze ambulantní sektor. 4. Zahrnuje pouze zdravotní složku. 5. Zahrnuje pouze výdaje na organizované programy prevence. 6. Zahrnuje řízení a správu zdravotního systému a ostatní výdaje. Průměr EU je vážený.
Zdroj: OECD Health Statistics 2023 (údaje za rok 2021).

Česko má vysoký podíl nemocničních lůžek a relativně nízkou míru jejich obsazenosti

V posledním desetiletí se počet nemocničních lůžek v Česku mírně snížil a v roce 2020 dosáhl 6,5 lůžka na 1 000 obyvatel, ale v roce 2021 se zvýšil na 6,7 lůžka na 1 000 obyvatel v důsledku úsilí o zvýšení kapacity v souvislosti s pandemií COVID-19. Tento poměrně vysoký počet lůžek (ve srovnání s průměrem EU, který činí 4,8 na 1 000 obyvatel) v kombinaci s nízkou mírou obsazenosti (67 % v Česku oproti 73 % v celé EU před pandemií v roce 2019) naznačuje, že v oblasti nemocniční péče existuje prostor pro zvýšení efektivity.

Česko v uplynulých patnácti letech využilo různé evropské fondy, aby prostřednictvím cílených investic podpořilo rovnější přístup ke kvalitní péči v celé zemi. Ve vybraných lékařských oborech byla po celé zemi akreditována centra vysoce specializované péče, která byla podpořena kapitálovými investicemi. Přetrvávají však rozdíly v regionální dostupnosti specializovaných služeb, z nichž některé jsou řešeny v současných strategiích zdravotní politiky. Například implementace Národního kardiovaskulárního plánu (v polovině roku 2023 byl tento v přípravě) umožní prostřednictvím cílených investičních dotací řešit nedostatečné nebo zastaralé vybavení kardiovaskulárních center.

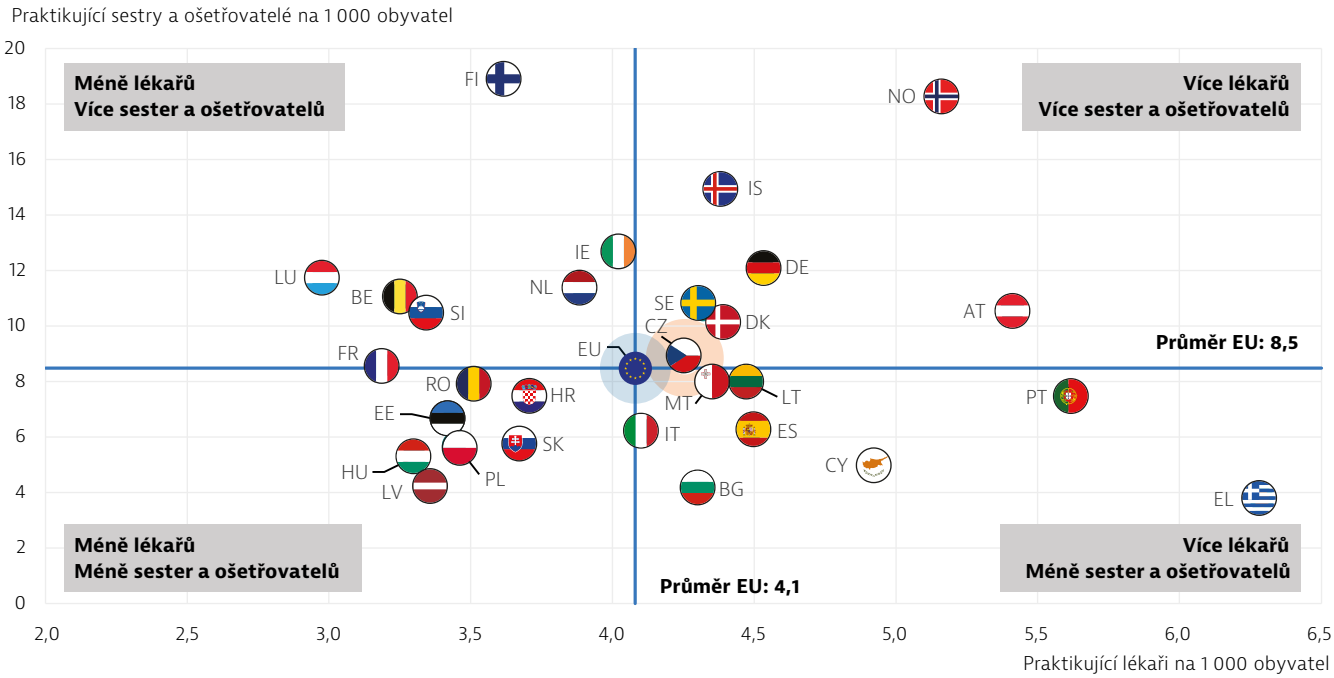
Některé kraje se potýkají s problémy spojenými s nedostatečným počtem pracovníků ve zdravotnictví

V roce 2021 připadalo v Česku 4,3 lékaře na 1 000 obyvatel, což bylo těsně nad průměrem EU, který činil 4,1 lékaře na 1 000 obyvatel (obrázek 11). Podíl zdravotních sester a ošetřovatelů (9,0 na 1 000 obyvatel) byl rovněž mírně nad průměrem EU (8,5 na 1 000 obyvatel). Přestože se hustota lékařů a zejména sester a ošetřovatelů v Česku od roku 2010 zvýšila, vzrostly i potřeby zdravotní péče a některé nemocnice uvádějí, že z důvodu nedostatku sester, ošetřovatelů či dalších zdravotnických pracovníků mají některé části lůžkových oddělení uzavřené.

Dlouhodobým problémem je stárnutí pracovní síly a její nerovnoměrné rozmístění po celé zemi, byť pacienti mají možnost neomezeného výběru poskytovatele zdravotní péče a hojně toho využívají, zejména v případě okolí hlavního města Prahy. Vláda přijala opatření ke zvýšení počtu studentů

na lékařských fakultách (viz kapitola 5.3). Ministerstvo zdravotnictví rovněž nabízí dotace na otevření ordinací primární péče v oblastech s nedostatečnou dostupností péče a zdravotní pojišťovny poskytují vyšší platby poskytovatelům v méně osídlených regionech.

Obrázek 11. Poměr lékařů a zdravotních sester a ošetřovatelů na 1 000 obyvatel je v Česku těsně nad průměrem EU



Poznámky: Průměr EU není vážený. Údaje o zdravotních sestrách a ošetřovatelích zahrnují všechny kategorie zdravotních sester a ošetřovatelů (nikoli pouze ty, kteří splňují požadavky směrnice EU o uznávání odborných kvalifikací). 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 a ošetřovatelů podhodnocen, jelikož zahrnuje pouze pracují v nemocnicích.
Zdroj: OECD Health Statistics 2023 (údaje za rok 2021 nebo nejbližší dostupný rok).

5 Výkonnost zdravotního systému

5.1 Efektivita

Úmrtnost na preventabilní a léčbou odvratitelné příčiny je nad průměrem EU

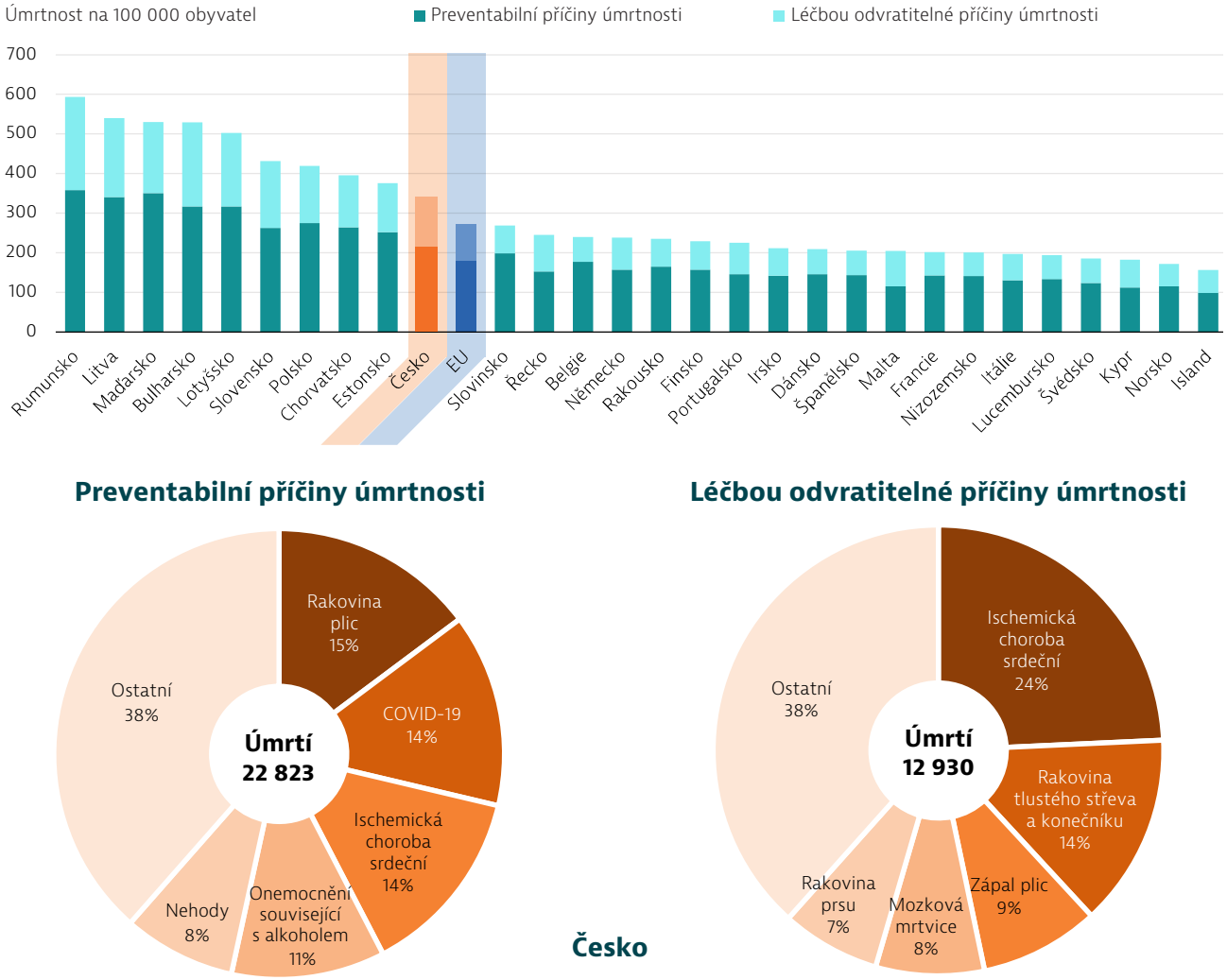
Úmrtnost v Česku na příčiny, které jsou považovány za preventabilní nebo léčbou odvratitelné, byla v roce 2020 o 25 % vyšší než průměrná hodnota v EU (obrázek 12). Po setrvalém poklesu v předchozím desetiletí došlo v roce 2020 k nárůstu preventabilní úmrtnosti, což odráží vysokou míru úmrtnosti na COVID-19 (viz kapitola 2). Hlavními příčinami preventabilních úmrtí byly v Česku v roce 2020 rakovina plic (15 %) a ischemická choroba srdeční (14 %) - které obě úzce souvisejí s vysokým výskytem změnitelných zdravotně rizikových návyků v populaci (viz kapitola 3) - a COVID-19 (14 %).

Úmrtnost na léčbou odvratitelné příčiny byla v roce 2020 o 33 % vyšší než průměr EU, ačkoli v předchozím desetiletí docházelo k postupnému zlepšování. Ischemická choroba srdeční a rakovina tlustého střeva a konečníku se na léčbou odvratitelné úmrtnosti podílely dohromady z 38 %.

Prevence a veřejné zdraví získaly v poslední době politickou pozornost, ale finanční podpora je nejasná

Výdaje na prevenci dosáhly v Česku v roce 2021 vrcholu a činily 8 % celkových výdajů na zdravotnictví, což je mnohem větší podíl, než jaký byl obvykle na prevenci vynakládán před pandemií (přibližně 3 % ročně). Strategie Zdraví 2030, která byla schválena v roce 2019 a revidována v roce 2020, uvádí mezi svými sedmi cíli prevenci nemocí, podporu zdraví a zvyšování zdravotní gramotnosti (MZČR, 2020). Předchozí strategie v oblasti zdraví trpěla nízkým financováním, které bylo zajištěno především ze státního rozpočtu. Strategie Zdraví 2030 bude využívat finanční prostředky z Národního plánu obnovy Česka na podporu zlepšení screeningu rakoviny (viz kapitola 5.3). Kampaně a vzdělávací programy v rámci ochrany veřejného zdraví jsou však i nadále závislé na financování ze státního rozpočtu a rozpočtové prostředky na aktivity podpory zdraví jsou stále omezené.

Obrázek 12. Účinnější prevencí a zdravotními zásahy by se v Česku dalo předejít značnému počtu úmrtí



Poznámky: Úmrtností, 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. Oba ukazatele se týkají předčasné úmrtnosti (ve věku nižším než 75 let). U některých onemocnění (např. ischemická choroba srdeční, mozková mrtvice, cukrovka a hypertenze) je polovina všech úmrtí řazena na seznam preventabilní úmrtnosti (které lze předejít) a druhá polovina na seznam léčbou odvratitelných příčin, takže nedochází k dvojímu započítávání stejných úmrtí.
Zdroj: Databáze Eurostatu (údaje za rok 2020).

Ve srovnání s proočkovaností dětí je proočkovanost starších osob proti chřipce nízká

Česku se během prvního roku pandemie podařilo udržet vysokou míru povinného očkování dětí: v roce 2020 dostalo třetí dávku vakcíny proti záškrtu, tetanu a černému kašli 97 % dětí ve věku jednoho roku. S trvající pandemií se však Česku nepodařilo udržet stejně vysokou úroveň a v letech 2021 a 2022 se míra proočkovanosti dětí snížila na 94 %. Důvody tohoto snížení zatím nejsou jasné; mohou souviset s dočasnými faktory, jako byla nemožnost dodržet dětský očkovací kalendář v době vysoké míry nákazy COVID-19 (OECD/EU, 2022).

Česko nevyužilo trendu, který byl během pandemie pozorován v mnoha jiných zemích EU, a to výrazného zvýšení podílu starších osob očkovaných proti chřipce: míra očkování u osob starších 65 let (25 % v roce 2021) zůstala výrazně pod průměrem EU (51 %).

V roce 2020 bylo v rámci program očkování proti lidskému papilomaviru (HPV) proočkováno 65 % dívek z cílové věkové skupiny 13–14 let (OECD, 2023a), což je více než průměr EU (59 %) ale stále pod cílem stanoveným Evropským plánem boje proti rakovině, podle něhož by mělo být do roku 2030 očkováno alespoň 90 % cílové populace dívek. Velmi rozdílné míry proočkovanosti proti HPV jsou uváděny v jednotlivých krajích, a to v rozmezí od 55 % do 71 % cílové skupiny dívek (OECD, 2023a). Snížení míry proočkovanosti u dívek v posledním desetiletí a nízké povědomí o očkování proti HPV u chlapců jsou považovány za problematické a jsou plánována opatření, která by měla podpořit zájem o toto očkování. Od ledna 2024 bude cílová věková skupina programu rozšířena na 11–15 let pro obě pohlaví.

Míry screeningu rakoviny prsu a rakoviny děložního čípku jsou vyšší než průměry EU

V Česku jsou zavedené plošné programy screeningu rakoviny prsu, děložního čípku a tlustého střeva a konečníku. Tyto programy fungují již více než dvacet let (v případě děložního čípku patnáct let) a od roku 2014 jsou doplněny o adresné pozvánky ke screeningu.

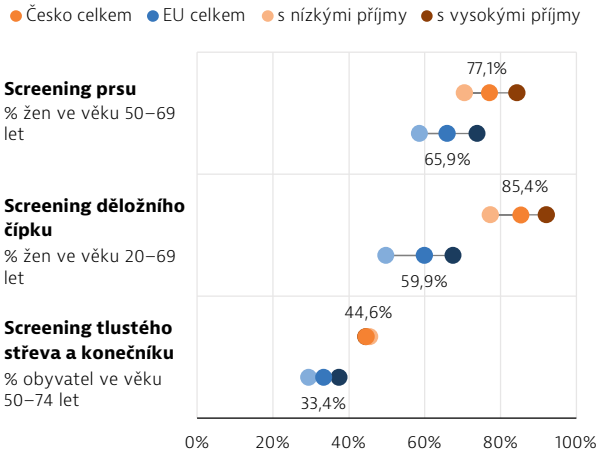
Dle administrativních údajů ze zdravotního pojištění vykazovalo Česko v roce 2021 vyšší míry screeningu rakoviny prsu a děložního čípku u cílových populací, než byly průměry EU. Míra screeningu rakoviny prsu byla 58 % (nad průměrem EU, který byl 54 %), zatímco míra screeningu rakoviny děložního čípku byla druhá nejvyšší mezi zeměmi EU, a to 75 % oproti průměru EU, který činil 52 %. Míra screeningu rakoviny tlustého střeva a konečníku však byla poměrně nízká, a to 27 % (ve srovnání s průměrem EU, který činil 47 %), byť administrativní údaje tuto míru podhodnocují, neboť nezahrnují diagnostická vyšetření používaná místo screeningových vyšetření, jak ukazují údaje z výběrového šetření EHIS. Účast ve screeninzích rakoviny se v jednotlivých krajích výrazně liší - nejnižší účast ve všech třech programech byla v hlavním městě Praze (OECD, 2023a).

Podle údajů z výběrových šetření se míry screeningu liší také dle socioekonomických charakteristik, ale méně než u průměrných hodnot EU (obrázek 13). Screeningu rakoviny prsu se o 20 % častěji účastní ženy s vyšším než nižším vzděláním a o 20 % častěji ženy spadající do nejvyššího příjmového kvintilu než ženy z nejnižšího příjmového kvintilu. Rovněž účast na screeningu rakoviny děložního čípku je o 20 % častější mezi ženami v nejvyšším proti těm v nejnižším příjmovém kvintilu a o 30 % častější mezi ženami s vyšší úrovní vzdělání proti těm s nižším vzděláním. U účasti na screeningu rakoviny tlustého střeva a konečníku sice nejsou rozdíly v závislosti na příjmu, avšak osoby s vyšším vzděláním se ho účastní o 30 % častěji než osoby s nižším vzděláním.

Screeningy rakoviny děložního čípku a rakoviny tlustého střeva a konečníku se provádějí v rámci pravidelných preventivních prohlídek – jednou ročně v případě gynekologických vyšetření a jednou za dva roky praktickými lékaři v případě screeningu rakoviny tlustého střeva a konečníku u cílové skupiny.

Všechny tři screeningové programy byly negativně ovlivněny pandemií COVID-19. Dle administrativních údajů byla screeningová účast v letech 2020 a 2021 nižší než před pandemií, což naznačuje, že výpadky v účasti ve screeninzích nebyly zcela dohnány, což mohlo ovlivnit míru včasné detekce rakoviny (OECD, 2023a).

Obrázek 13. Ženy z nejvyšší příjmové skupiny se častěji účastní screeningů rakoviny prsu a děložního čípku



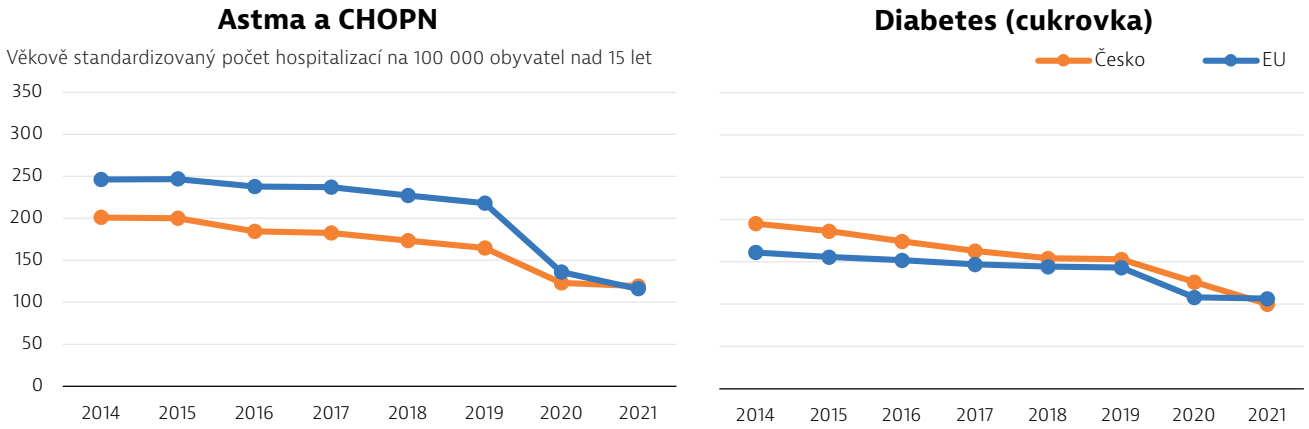
Poznámky: Nízkým příjmem se rozumí obyvatelé v nejnižším příjmovém kvintilu, zatímco vysokým příjmem se rozumí obyvatelé v nejvyšším příjmovém kvintilu. Uvedené podíly se týkají osob, které uvedly, že podstoupily vyšetření v průběhu dvou let předcházejících průzkumu.
Zdroj: Databáze Eurostatu (údaje z výběrového šetření EHIS 2019).

Lepším managementem chronických onemocnění by se dalo předejít vysokému počtu hospitalizací

Údaje o hospitalizacích z důvodu chronických onemocnění, která lze zpravidla zvládnout mimo nemocnici, poskytují informaci ohledně přístupu k ambulantní péči a její efektivitě. Před vypuknutím pandemie byla míra odvratitelných hospitalizací, kterým lze předcházet, pro vybraná chronická onemocnění (astma, chronická obstrukční plicní nemoc (CHOPN), městnavé srdeční selhání a cukrovka) v Česku o 7 % vyšší než průměr EU. Zatímco míra hospitalizací kvůli astmatu a CHOPN byla v Česku nižší než průměr EU, míra hospitalizací kvůli diabetu a městnavému srdečnímu selhání byla v roce 2019 vyšší než průměr EU (obrázek 14). Navzdory klesajícímu trendu před pandemií je nutné interpretovat výrazný pokles těchto hospitalizací v letech 2020–21 v kontextu pandemie, která významně ovlivnila kapacitu nemocnic poskytovat akutní péči a změnila chování pacientů při vyhledávání zdravotní péče. Pokles počtu hospitaloizací v době pandemie proto nelze chápat jako ukazatel lepší dostupnosti nebo kvality péče o tato onemocnění v ambulantních zařízeních.

Systematičtější přístup k řízení léčby (disease management) a k prevenci zhoršení zdravotního stavu může přispět ke snížení míry hospitalizací u chronických onemocnění. Mezi cíle strategie Zdraví 2030 patří reforma primární péče (viz rámeček 1), rozvoj modelů integrované péče a lepší koordinace zdravotní a sociální péče.

Obrázek 14. Počet odvratitelných hospitalizací v souvislosti s chronickými onemocněními se v Česku před pandemií a během ní snížil



Poznámka: Míra hospitalizací není upravena o rozdíly v prevalenci onemocnění v jednotlivých zemích.
Zdroj: OECD Health Statistics 2023.

Rámeček 1. Česko pokročilo v reformě primární péče

Reforma primární péče je jedním ze sedmi cílů strategie Zdraví 2030. Cílem je zvýšit kompetence praktických lékařů, využít platebních mechanismů ke zvýšení dostupnosti péče a podpoře prevence a rozšířit rozsah péče poskytované praktickými lékaři.

Od roku 2019 získali praktičtí lékaři nové kompetence ve vztahu ke stabilizovaným pacientům s diabetem a s onkologickým onemocněním v anamnéze. Mezi nové kompetence a úkoly praktických lékařů patří také řízení a analýza screeningu rakoviny tlustého střeva a konečníku, včasná detekce demence a péče o pacienty s prediabetem. V těchto oblastech byla posílena integrace primární a specializované péče, čemuž napomohla užší spolupráce příslušných odborných lékařských společností a vydání nových klinických postupů. Nově nabyté kompetence jsou zohledněny také v úhradách praktickým lékařům formou platby za výkon, které doplňují obecnou kapitační platbu.

Zdroj: Bryndová a kol. (2023).

5.2 Dostupnost

Subjektivně reportované neuspokojené potřeby zdravotní péče jsou nízké

V roce 2022 zaznamenalo podle údajů EU-SILC pouze 0,2 % české populace neuspokojenou potřebu zdravotní péče (jiné než zubní) z důvodu přílišných finančních nákladů, dojezdové vzdálenosti nebo čekací doby, což je mnohem méně než průměr EU (2,2 %) (obrázek 15). Tento podíl byl nízký již před rokem 2020 a během pandemie se ještě snížil[3]. Neuspokojené potřeby jsou o něco vyšší u osob v nejnižším příjmovém kvintilu (0,4 %) než u osob s nejvyššími příjmy (0,1 %), ale tento rozdíl byl menší než ve většině zemí EU.

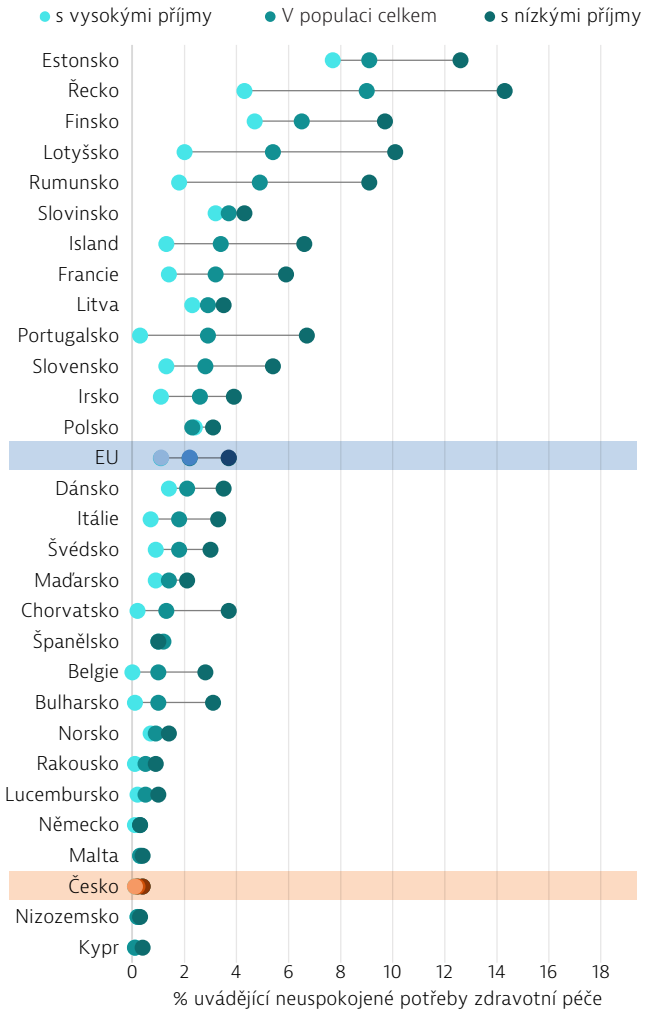
Hlášený počet případů neuspokojených potřeb zubní péče činil v roce 2022 0,8 %, což je pod průměrem EU, který činí 3,4 %. Na rozdíl od ostatní zdravotní péče však byly rozdíly v neuspokojených potřebách zubní péče mezi příjmově nejnižším (2 %) a nejvyšším (0,2 %) kvintilem v roce 2022 významné, vysvětlené především uváděným důvodem nadměrných finančních nákladů.

Během pandemie se zvýšil podíl telekonzultací

Česko v roce 2021 vykázalo 7,8 osobních návštěv u lékaře na obyvatele, což je po poklesu v roce 2020 opět na úrovni před pandemií a výrazně nad průměrem EU. Výrazně se zvýšilo využívání konzultací na dálku (telekonzultace), což v prvním roce pandemie pomohlo vyrovnat pokles osobních návštěv u lékaře. V roce 2021 představovaly telekonzultace 14 % všech konzultací s lékaři (obrázek 16).

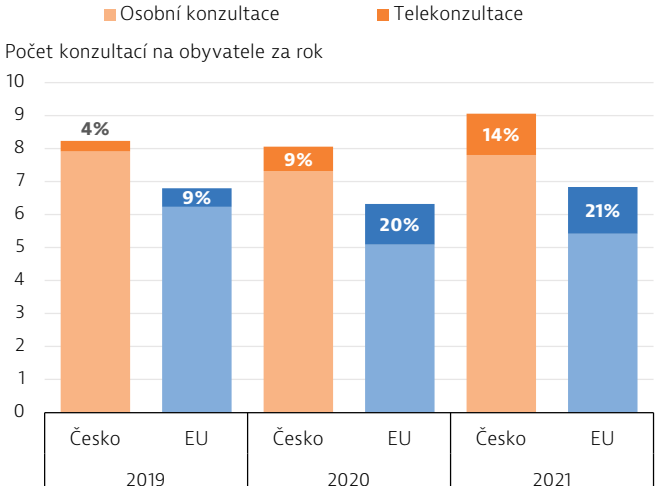
3 *Podle průzkumu nadace Eurofound (2022) provedeného během pandemie uváděli obyvatelé ČR ve srovnání s ostatními zeměmi EU velmi nízkou míru neuspokojené potřeby zdravotní péče i na jaře 2021 a na jaře 2022. Je třeba poznamenat, že údaje z šetření nadace Eurofound nejsou srovnatelné s údaji z šetření EU-SILC z důvodu rozdílných metodik.*

Obrázek 15. V roce 2022 byla v Česku hlášena nízká míra neuspokojených potřeb zdravotní péče



Poznámky: Údaje se týkají potřeb lékařské prohlídky nebo léčby, neuspokojených kvůli nákladům, dojezdové vzdálenosti nebo čekací době. Při srovnávání údajů z různých zemí je nutná obezřetnost, protože dotazník použitý k provedení průzkumu se může poněkud lišit.
Zdroj: Databáze Eurostatu podle EU-SILC (údaje za rok 2022 kromě Norska (2020) a Islandu (2018)).

Obrázek 16. Počet konzultací s lékaři je v Česku vyšší než průměr EU

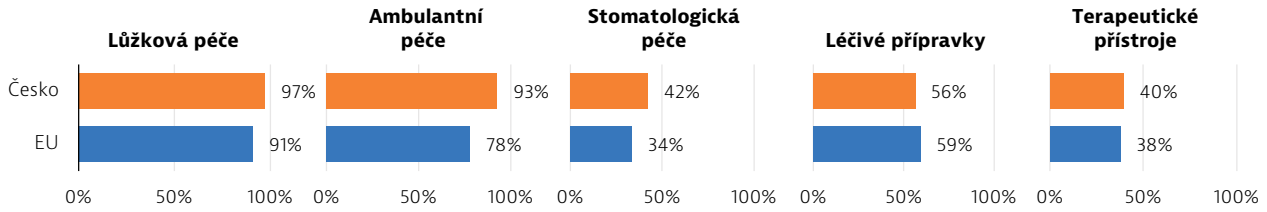


Zdroj: OECD Health Statistics 2023.

Rozsah hrazené péče je v Česku široký a komplexní, včetně přístupu k inovativním lékům

Rozsah hrazené péče z českého veřejného zdravotního pojištění je široký a zahrnuje lůžkovou a ambulantní péči, léky na předpis, některé stomatologické výkony, volně prodejné léčivé přípravky předepsané lékařem a za určitých podmínek i rehabilitační a lázeňskou péči. Podíl výdajů hrazených z veřejného zdravotního pojištění byl v roce 2021 výrazně vyšší než průměrné hodnoty v EU pro všechny typy zdravotních služeb s výjimkou léčiv, u nichž byl nižší, ale blízký průměru EU (obrázek 17). Podíl výdajů hrazených z veřejných zdrojů na ambulantní péči patří v Česku k nejvyšším v EU.

Obrázek 17. V roce 2021 byla míra úhrady z veřejných zdrojů vyšší než průměr EU u všech služeb s výjimkou léků



Poznámky: Ambulantními zdravotními službami se rozumí především služby poskytované praktickými lékaři a ambulantními specialisty. Léčivé přípravky zahrnují předepsané a volně prodejné léky a zdravotnické výrobky krátkodobé spotřeby. Terapeutické pomůcky zahrnují zrakové výrobky, naslouchadla, invalidní vozíky a další zdravotnické prostředky. Průměr EU není vážený.
Zdroj: OECD Health Statistics 2023.

Přístup k inovativním léčivům je v Česku obecně dobrý: podíl nových léků registrovaných Evropskou agenturou pro léčivé přípravky v letech 2017–20 a dostupných českým pacientům (59 %) byl nad průměrem EU (45 %) (Newton, Scott & Troein, 2022).

Podávání inovativních léků je vyhrazeno pouze akreditovaným centrům vysoce specializované péče, která nejsou rovnoměrně dostupná v celé zemi. Například v Karlovarském kraji není žádné komplexní onkologické centrum. Diskuse v poslední době se

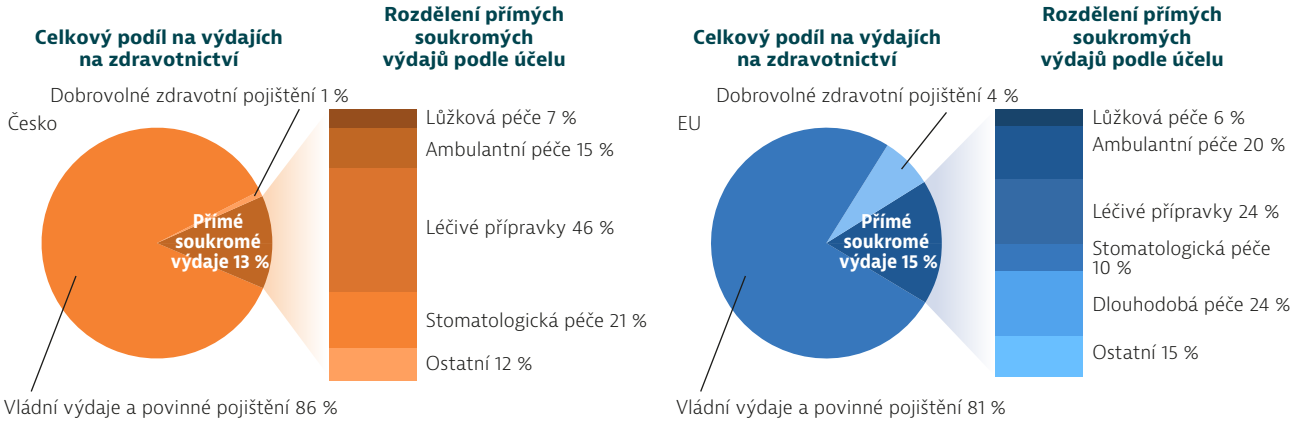
zabývají možností rozšířit podávání těchto přípravků na regionální poskytovatele onkologické péče s cílem podpořit rovný přístup k léčbě rakoviny napříč kraji. V roce 2022 byly provedeny legislativní změny v procesu, kterým inovativní léky a léky na vzácná onemocnění vstupují do českého systému úhrad z veřejného zdravotního pojištění. Cílem bylo tento proces zrychlit a tím dále zlepšit dostupnost těchto léků.

Téměř polovinu všech přímých plateb domácností tvoří výdaje za léčivé přípravky

Celková úroveň spoluúčasti byla v Česku v roce 2021 pod průměrem EU: Přímé soukromé výdaje tvořily 12,7 % celkových výdajů na zdravotnictví ve srovnání s průměrem EU, který činil 14,5 % (obrázek 18). Podíl přímých soukromých výdajů se v posledních letech výrazně snížil, a to zejména v důsledku zvýšení veřejných výdajů na zdravotnictví v souvislosti s navýšením platby ze státního rozpočtu do veřejného zdravotního pojištění za ekonomicky neaktivní obyvatelstvo, a to především v období pandemie (viz kapitola 4).

Český systém veřejného zdravotního pojištění neuplatňuje téměř žádnou spoluúčast na zdravotní péči a prakticky všechny zdravotní služby jsou v okamžiku čerpání bezplatné. Neplatí se žádné poplatky, s výjimkou malého poplatku za ambulantní péči poskytnutou mimo ordinační hodiny. Téměř polovina přímých soukromých výdajů (46 %) tak připadá na léčivé přípravky, přičemž většina z nich je vynaložena na volně prodejné léky, a dále na zubní péči (21 %).

Obrázek 18. Velkou část přímých plateb v Česku tvoří doplatky za léčivé přípravky



Poznámky: Dobrovolné zdravotní pojištění zahrnuje i jiné typy dobrovolného pojištění. Průměr EU je vážený.
Zdroje: OECD Health Statistics 2023; databáze Eurostatu (údaje za rok 2021).

Díky nízkým přímým platbám je zdravotní péče v Česku dostupná

Přímé soukromé výdaje tvořily v roce 2021 2,7 % konečné spotřeby domácností, což byl vyšší podíl než v roce 2020 (2,4 %), ale méně než průměr EU (3,3 %). Je zaveden systém limitů pro spoluúčast na doplatky za léky na předpis, odstupňovaných podle věku, ekonomického statusu a zdravotního stavu. Pacientům jsou doplatky po dosažení ročního limitu propláceny zpětně; posouzení se provádí čtvrtletně. V roce 2020 činily vratky doplatků nad limit 37 milionů EUR (Bryndová a kol., 2023).

Navzdory limitům na spoluúčast bylo 4,2 % českých domácností v roce 2019 postiženo tzv. katastrofickými výdaji na zdravotní péči[4]. Největší zátěž představovaly léky a zdravotnické výrobky, které se na katastrofických výdajích domácností podílely z více než 50 %, zatímco zubní péče představovala 20 %, přičemž obě hodnoty jsou srovnatelné s průměry EU.

5.3 Odolnost

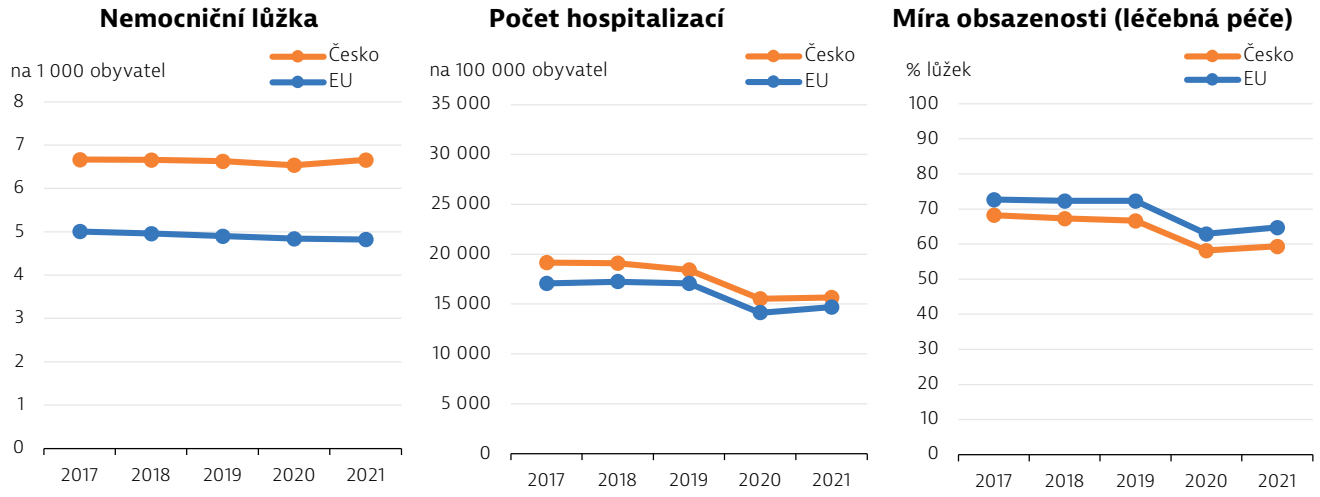
I přes vysokou míru nákazy COVID-19 patřila obsazenost českých nemocnic v roce 2021 k nejnižším v EU

Před pandemií COVID-19 byl počet nemocničních lůžek na 1 000 obyvatel v Česku vyšší než průměr EU, zatímco míra obsazenosti lůžek byla nižší než průměr EU. Na začátku pandemie Česko pohotově zavedlo opatření k omezení šíření viru a uvolnilo nemocniční kapacity odložením plánované péče a přehodnocením potřeby hospitalizace méně závažných případů. V důsledku toho klesl počet hospitalizací v roce 2020 o 15 % a na této úrovni zůstal i v roce 2021. Míra obsazenosti lůžek akutní péče se snížila z 67 % v roce 2019 na 58 % v roce 2020 a v roce 2021 se mírně zvýšila na 59 %, což je podobný trend jako v celé EU (obrázek 19). I přes vysoký počet nákaz COVID-19 v roce 2021 zůstala obsazenost nemocničních lůžek nízká a v tomto roce patřila k nejnižším v EU. Po celou

4 *Katastrofické výdaje jsou definovány jako přímé výdaje domácnosti, které přesahují 40 % celkových výdajů domácnosti po odečtení životních potřeb (tj. potravin, bydlení a veřejných služeb).*

dobu pandemie mělo Česko 2,4krát vyšší počet lůžek na jednotkách intenzivní péče (JIP) na 1 000 obyvatel, než byl průměr EU. Míra obsazenosti lůžek na jednotkách intenzivní péče v roce 2021 činila 64 %, zatímco průměr EU byl 70 %.

Obrázek 19. Počet případů hospitalizací a míra obsazenosti lůžek během pandemie prudce poklesly



Poznámka: Průměr EU není vážený.
Zdroje: OECD Health Statistics 2023 a databáze Eurostatu.

Narušení provozu nemocnic v souvislosti s pandemií COVID-19 ovlivnilo plánovanou péči

Plánovanou (neurgentní) péči během pandemie ovlivnily odklady, neboť nemocnice uvolňovaly kapacity pro řešení závažných případů COVID-19. Počet náhrad kolenního kloubu v roce 2020 klesl o 5 % a v roce 2021 se dále snížil; počet náhrad kyčelního kloubu se však během pandemie nadále zvyšoval.

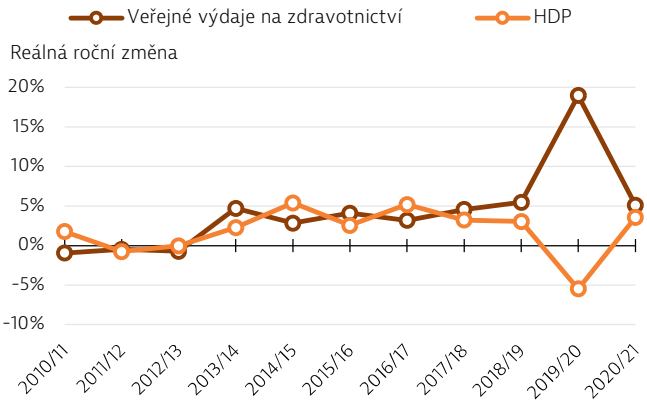
Zatímco nárůst počtu určitých chirurgických výkonů v roce 2021 byl pozvolný, k výraznému oživení došlo u diagnostických vyšetření. Po výrazném nárůstu v letech před pandemií a dočasném poklesu v roce 2020 překročil objem většiny diagnostických vyšetření v roce 2021 úroveň roku 2019.

V Česku není zavedeno systematické sledování čekacích dob. V poslední době vzbudila zájem možnost zavedení systému elektronické žádanky jako možného nástroje pro sledování kapacit poskytovatelů zdravotní péče a jejich činnosti. Podrobnější sledování čekacích dob je také součástí nového rámce pro hodnocení výkonnosti českého zdravotního systému, představeného v roce 2023. Očekává se, že národní orgány budou pracovat na vývoji potřebných datových zdrojů pro vytvoření daných ukazatelů (viz rámeček 2).

Veřejné výdaje na zdravotnictví se v Česku zvýšily, a to zejména v období pandemie

Veřejné výdaje na zdravotnictví se od roku 2014 soustavně zvyšovaly (obrázek 20), přičemž docházelo k ad hoc úpravám plateb ze státního rozpočtu do veřejného zdravotního pojištění s cílem udržet objem převáděných prostředků od státu v souladu s ekonomickým růstem. Během pandemie byly platby ze státního rozpočtu zvýšeny s cílem vyrovnat výpadky příjmů ve vybraném zdravotním pojistném, kompenzovat dodatečné náklady na COVID-19 a umožnit vyšší úhrady péče a bonusy pro zdravotnické pracovníky. Platba státu do veřejného zdravotního pojištění byla v roce 2021 o 78 % vyšší než v roce 2019 a tvořila 31 % celkových příjmů veřejného zdravotního pojištění (oproti 22 % v roce 2019) (Bryndová a kol., 2023). Společně s dodatečnými státními výdaji na opatření související s COVID-19 to přispělo k meziročnímu nárůstu veřejných výdajů na zdravotnictví o 19 % v roce 2020 a o dalších 5 % v roce 2021. V roce 2022 byla legislativní změnou platba státu opět navázána na hospodářský růst a její každoroční zvyšování se tak provádí automaticky.

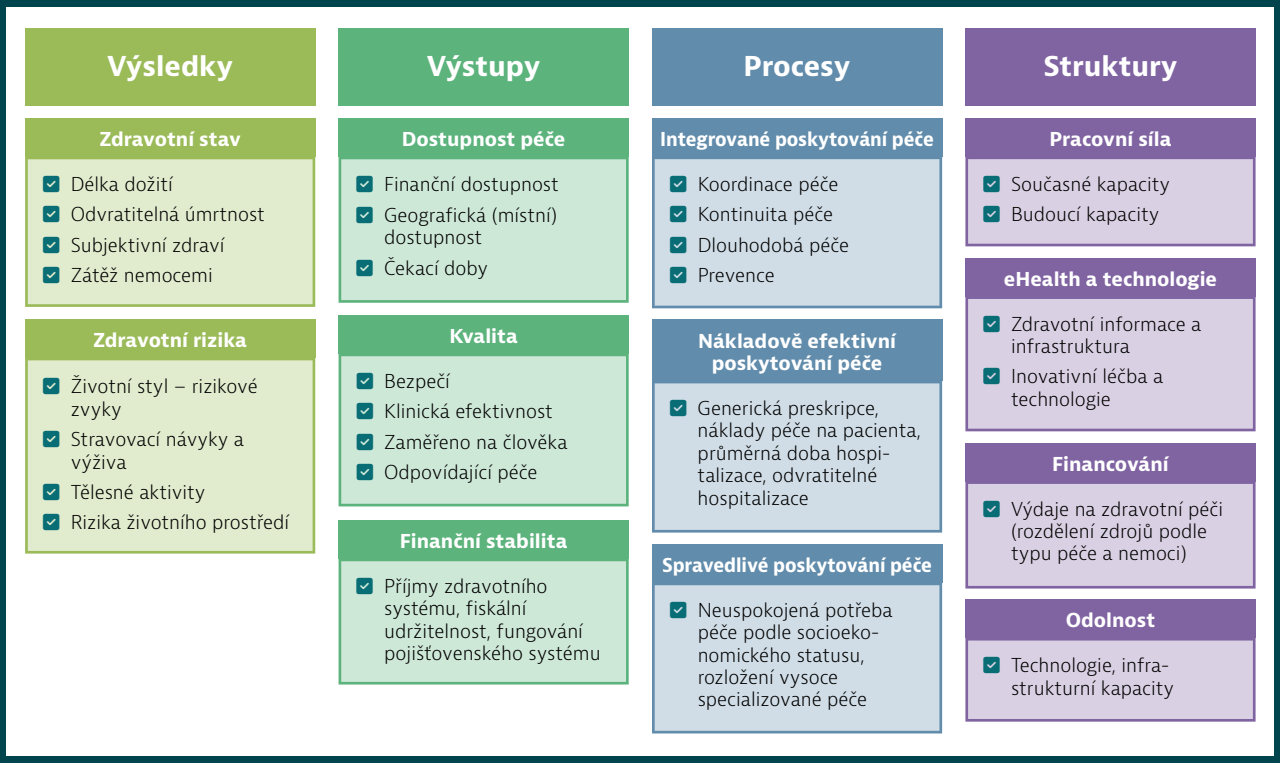
Obrázek 20. Veřejné výdaje na zdravotnictví se během prvního roku pandemie výrazně zvýšily



Zdroj: OECD Health Statistics 2023.

Rámeček 2. Rámec pro hodnocení výkonnosti českého zdravotního systému

V roce 2023 Česko vypracovalo vlastní rámec pro hodnocení výkonnosti zdravotního systému a počátkem roku 2025 plánuje vydat svou první zprávu o hodnocení jeho výkonnosti. Rámec pro hodnocení výkonnosti zdravotního systému , vytvořený ve spolupráci s OECD a s finanční podporou Evropské komise, má usnadnit pravidelné hodnocení silných a slabých stránek českého zdravotnictví a zlepšit plánování a rozhodování založené na důkazech. Jeho zavedením se rovněž zlepší odpovědnost národních orgánů a hlavních stakeholderů ve zdravotnictví.



Zdroj: OECD (2023b).

Hlavní zdravotní prioritou Národního plánu obnovy Česka jsou investice do infrastruktury

Česko v rámci svého Národního plánu obnovy (Ministerstvo průmyslu, 2021) investuje do zdravotnictví 1,1 miliardy EUR, což představuje více než 16 % celkové hodnoty plánu, což je vyšší podíl, než je průměr v EU. Tyto investice se zaměřují především na onkologickou péči (335 miliónů EUR, včetně postavení nového onkologického institutu), rozšíření a modernizaci lékařských vzdělávacích zařízení (334 miliónů EUR) a podporu digitální transformace zdravotnictví (170 miliónů EUR).

Tyto investice jsou doplněny spuštěním politiky soudržnosti EU na období 2021–27, v jejímž rámci má Česko investovat do svého systému zdravotnictví 665 milionů EUR, z čehož tři čtvrtiny budou spolufinancovány EU. Z celkové částky politiky soudržnosti bude 622 milionů EUR (spolufinancovaných z Evropského fondu pro regionální rozvoj) použito zejména na rozvoj služeb elektronického zdravotnictví a digitalizaci, posílení zdravotnické infrastruktury a modernizaci zdravotnického vybavení. Dalších 43 milionů EUR (spolufinancovaných z Evropského sociálního fondu plus) je určeno na financování různých opatření ke zvýšení dostupnosti sociálních služeb a přístupu ke zdravotním službám v oblastech s nedostatečnou péčí a pro nejvíce znevýhodněné skupiny obyvatel.

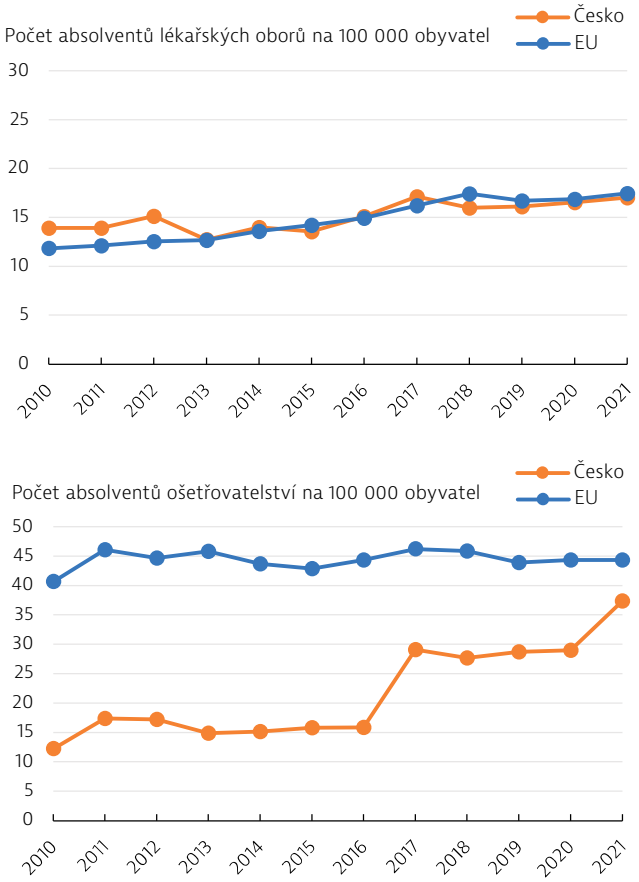
Česko podniklo kroky ke zvýšení počtu lékařů a zdravotních sester a ošetřovatelů

Ačkoli se hustota lékařů a zdravotních sester na 1 000 obyvatel v Česku v posledním desetiletí zvýšila přibližně na průměrnou hodnotu v EU (viz kapitola 4), v důsledku stárnutí populace se zvýšila také poptávka po těchto pracovnících. Změny v celkovém počtu lékařů a zdravotních sester a ošetřovatelů v čase jsou určovány dvěma hlavními faktory: vstupem nových pracovníků do profese, který v Česku představují především domácí programy vzdělávání a residencí, a odchodem z profese, který je způsoben zejména odchodem lékařů a zdravotních sester a ošetřovatelů do důchodu, odchodem z profese před dosažením důchodového věku do jiné profese nebo odchodem za lepšími pracovními příležitostmi v zahraničí. V roce 2021 bylo 35 % všech praktických lékařů starších 55 let a z nich téměř polovina byla starší 65 let, což svědčí o vysoké a bezprostřední potřebě jejich

náhrady. Počet nových absolventů lékařských fakult na 100 000 obyvatel se v Česku v posledním desetiletí zvýšil a v roce 2021 dosáhl přibližně průměru EU (obrázek 21). Od roku 2019 poskytuje vláda dodatečné finance lékařským fakultám s cílem zvýšit počet mediků. V roce 2019/20 tak došlo k nárůstu počtu studentů prvního ročníku o 20 % oproti předchozímu roku, ale bude trvat nejméně šest let, než tito studenti dokončí svůj první lékařský titul.

Počet absolventů ošetřovatelství na 100 000 obyvatel se v posledním desetiletí rovněž zvýšil, především v důsledku rostoucího počtu absolventů vzdělávacích programů, které poskytují nižší úroveň kvalifikace pro výkon povolání zdravotní sestry či ošetřovatele. Jedním z pozitivních důsledků pandemie byl nárůst počtu mladých lidí, kteří se hlásí do vzdělávacích programů pro zdravotní sestry a ošetřovatele. Stejně jako v jiných zemích je však i v Česku důležitou výzvou přilákat do ošetřovatelství více mužů, jelikož prakticky všichni uchazeči jsou ženy.

Obrázek 21. Počet absolventů lékařských a ošetřovatelských oborů se v posledních letech v Česku zvýšil



Poznámky: Počet absolventů lékařských fakult zahrnuje jak domácí, tak zahraniční studenty. Prudký nárůst počtu absolventů ošetřovatelství v roce 2017 byl způsoben tím, že do něj byly poprvé zahrnuty zdravotní sestry a ošetřovatelé s nižší úrovní kvalifikace (nesplňující kritéria stanovená ve směrnici EU o uznávání odborných kvalifikací). Průměr EU není vážený.
Zdroje: OECD Health Statistics 2023; Databáze Eurostatu.

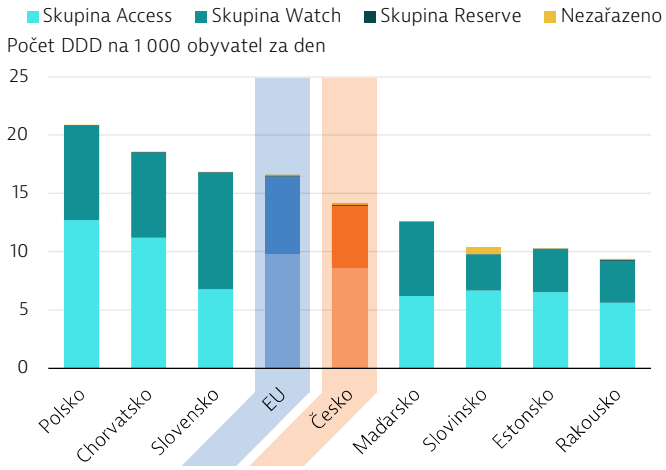
Klíčovým faktorem pro získávání a udržení většího počtu zdravotních sester, lékařů a dalších kvalifikovaných zdravotnických pracovníků je zlepšení pracovních a nejen platových podmínek. Lékaři i zdravotní sestry a ošetřovatelé v Česku dosáhli v letech 2015–2020 výrazného zvýšení platů, ačkoli jejich platy zůstaly nižší než ve většině zemí EU po zohlednění rozdílů v životních nákladech (OECD/EU, 2022). Čeští lékaři, zdravotní sestry a další zdravotničtí pracovníci získali v letech 2020 a 2021 také odměny v souvislosti s COVID-19 a v letech 2021 a 2022 jim byly trvale zvýšeny platy.

Snižování rizika dalších hrozeb pro veřejné zdraví: Připravenost Česka na antimikrobiální rezistenci

Antimikrobiální rezistence (AMR) je v EU velkým problémem v oblasti veřejného zdraví. Odhaduje se, že v rámci EU a Evropského hospodářského prostoru (EHP) dojde ročně k přibližně 35 000 úmrtím na infekce rezistentní vůči antibiotikům (ECDC, 2022) a náklady spojené se zdravotní péčí dosáhnou ročně přibližně 1,1 miliardy EUR (OECD/ECDC, 2019). Vzhledem k tomu, že k rozvoji bakterií rezistentních vůči antibiotikům významně přispívá nadměrné předepisování a nadužívání antibiotik u lidí, jsou údaje o spotřebě antibiotik užitečným nástrojem pro hodnocení rizika AMR a účinnosti programů na podporu jejich vhodného používání.

V Česku byla spotřeba definovaných denních dávek (DDD) antibiotik na 1 000 obyvatel v roce 2021 nižší než průměr EU, stejně jako podíl antibiotik, která by měla být používána pouze pro omezený počet konkrétních indikací (38 % oproti 40 % průměru EU) (obrázek 22).

Obrázek 22. Spotřeba antibiotik v Česku je nižší než průměr EU



Poznámky: Klasifikace antibiotik podle WHO (Access, Watch and Reserve – AWaRe). Skupina „Access": antibiotika první a druhé volby, která by měla být široce dostupná ve všech zemích; skupina „Watch": antibiotika, která by se měla používat pouze pro určitý omezený počet indikací; skupina „Reserve": antibiotika poslední volby pro případy, kdy jiná antibiotika selhala, nebo pro infekce způsobené multirezistentními bakteriemi; nezařazeno: antibiotika, která dosud nejsou klasifikována.
Zdroje: Evropské středisko pro prevenci a kontrolu nemocí (ECDC); Regionální úřad WHO pro Evropu (údaje za rok 2021).

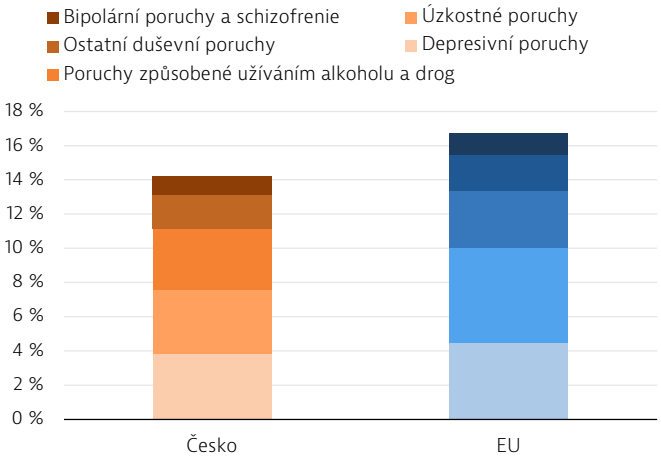
Česká vláda zahájila v roce 2009 Národní antibiotický program, jehož cílem je zajistit dlouhodobou dostupnost, účinnost a bezpečnost antibiotické léčby pro pacienty s infekčními onemocněními. Nejnovější akční plán na období 2019–22 se zaměřuje na sledování AMR a odpovědné používání antibiotik a na podporu výzkumu a zdravotní gramotnosti (SZÚ, 2018). Státní zdravotní ústav se zaměřuje na prevenci AMR a pořádá informační kampaně pro lékaře a širokou veřejnost, které jsou podporovány z prostředků EHP a Norska. Tyto kampaně se úspěšně podílejí na zvyšování gramotnosti v oblasti odpovědného užívání antibiotik (SZÚ, 2023).

6 Zaměřeno na duševní zdraví

Ačkoli informace o výskytu problémů v oblasti duševního zdraví v Česku, stejně jako v jiných zemích EU, nejsou dostatečné, z dostupných údajů vyplývá, že se tyto problémy týkají několika set tisíc osob. Ekonomické náklady spojené s duševními onemocněními jsou v Česku značné, přičemž přímé a nepřímé náklady se v roce 2015 podle odhadů blížily 2,5 % HDP, tj. přibližně 4 miliardám EUR (OECD/EU, 2018).

Podle odhadů IHME trpěl v roce 2019 přibližně každý sedmý Čech duševní poruchou, což odpovídá téměř 1,5 milionu osob. Nejčastějšími duševními poruchami byly deprese (podle odhadů postihující 3,8 % populace), úzkostné stavy (3,6 %) a poruchy způsobené užíváním alkoholu a drog (3,6 %) (obrázek 23).

Obrázek 23. Přibližně každý sedmý člověk v Česku měl před pandemií problémy v oblasti duševního zdraví



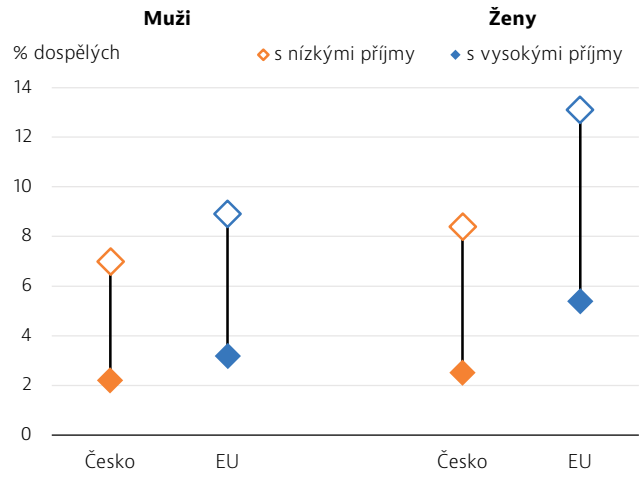
Zdroj: IHME, 2020 (údaje za rok 2019).

Depresi častěji hlásí ženy a lidé s nejnižšími příjmy

Podle údajů z šetření EHIS 2019 uvedla více než 4 % dospělých Čechů, že před pandemií trpěli depresí, přičemž častěji se s ní potýkaly ženy (5,3 %) než muži (3,3 %). Ženy a muži spadající do nejnižšího příjmového kvintilu uváděli depresi více než třikrát častěji než osoby z nejvyššího příjmového kvintilu (obrázek 24).

Souvislosti mezi nízkým příjmem a špatným duševním zdravím přetrvávaly po celou dobu pandemie COVID-19. Z údajů z výběrových šetření z let 2020–22 vyplývá, že lidé v nejisté finanční situaci byli výrazně ohroženi depresí. Podle údajů z výběrového šetření Eurofound (2022) bylo 60 % osob v českých domácnostech, které uvedly finanční potíže, ohroženo depresí, zatímco v domácnostech, které finanční obtíže neuvedly, to bylo 34 %. Tyto podíly se blíží průměrům EU.

Obrázek 24. Deprese jsou v Česku stejně jako v ostatních zemích EU častěji hlášeny ženami a osobami v nejnižším příjmovém kvintilu

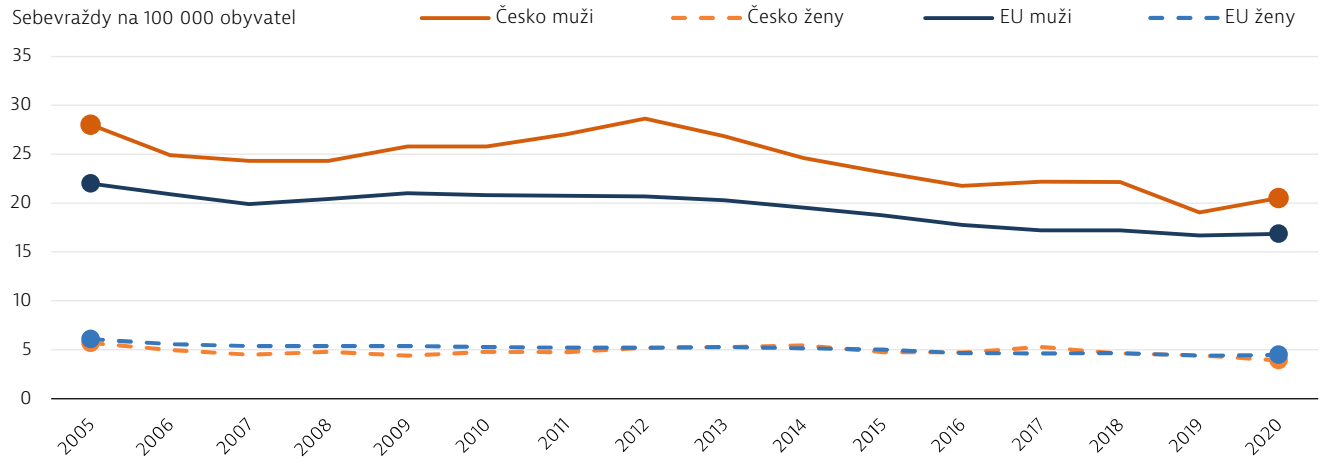


Zdroj: Databáze Eurostatu (na základě EHIS 2019).

Počet sebevražd se v Česku za posledních deset let snížil

V Česku se podařilo dosáhnout pokroku ve snižování úmrtnosti v důsledku sebevražd, zejména u mužů, i když je stále vyšší než průměr EU (obrázek 25). Nejvyšší počet úmrtí následkem sebevraždy byl v roce 2020 u mužů ve věku 35–44 let, zatímco u žen byl nejvyšší počet úmrtí ve věku 55–64 let.

Obrázek 25. Počet sebevražd se v posledním desetiletí snížil, zejména u mužů



Zdroj: Databáze Eurostatu.

Přístup ke službám v oblasti duševního zdraví je v Česku omezen nedostatkem finančních prostředků a kvalifikovaných pracovníků

Služby v oblasti duševního zdraví jsou hrazeny z veřejného zdravotního pojištění a jsou na všech úrovních péče pro všechny pojištěnce bezplatné. Pacienti mohou vyhledat pomoc přímo u odborníků na duševní zdraví, doporučení od praktického lékaře není nutné.

Před pandemií byl efektivní přístup k péči o duševní zdraví omezen nedostatečným financováním a nedostatkem pracovních sil a také stigmatizací. V roce 2011 byla s finanční podporou EU zahájena rozsáhlá psychiatrická reforma. V rámci probíhající reformy byly vytvořeny multidisciplinární týmy složené ze zdravotnických a sociálních pracovníků, kteří mají působit ve 100 nových komunitních centrech duševního zdraví, jež mají být zřízena po celé zemi do roku 2030. Ta mají poskytovat specializovanou péči v oblasti duševního zdraví v ambulantních zařízeních na místní úrovni a usnadňovat koordinaci mezi službami zdravotní a sociální péče. První centrum bylo zřízeno v roce 2018, přičemž centra, která byla otevřena před pandemií COVID-19 a v roce 2020 poskytovala služby přibližně 3 500 lidem, dokázala během pandemie poskytnout doprovodnou péči v situaci, kdy byli někteří pacienti z psychiatrických léčeben propuštěni, aby se snížilo riziko nákazy (Svačina a kol., 2021). I přes postupný posun směrem k deinstitucionalizaci a poskytování většího množství komunitní péče je velká část poskytování péče v oblasti duševního zdraví stále závislá na lůžkové péči ve velkých psychiatrických zařízeních.

Zásadní překážkou v dostupnosti péče o duševní zdraví zůstává také nedostatek kvalifikovaných pracovníků. Praktickým lékařům je v rámci reformy primární péče průběžně poskytováno dodatečné vzdělávání v oblasti duševního zdraví. Česko se také potýká s akutním nedostatkem dětských psychiatrů v oblasti lůžkové i ambulantní péče. Vzhledem k tomu, že nejsou systematicky shromažďovány žádné údaje o čekacích dobách, upozorňují na tuto situaci zejména sami lékaři.

Strategie Česka „Zdraví 2030“ zahrnuje opatření na podporu duševního zdraví a poskytování péče

Strategie Zdraví 2030 stanoví hlavní opatření na podporu duševního zdraví a poskytování péče o duševní zdraví. Patří mezi ně boj proti stigmatizaci pomocí celostátních kampaní, vyšší míra integrace osob s duševním onemocněním do společnosti zlepšením jejich životních podmínek a zlepšení koordinace mezi zdravotní a sociální péčí. Tato opatření jsou v souladu se Strategií reformy psychiatrické péče, schválenou v roce 2011, kterou se řídí probíhající reforma péče o duševní zdraví (MZČR, 2021).

Konkrétní opatření pro dosažení reformy jsou popsána ve třech specializovaných akčních plánech strategie Zdraví 2030: Národní akční plán pro duševní zdraví 2020–30, Národní akční plán pro Alzheimerovu nemoc a obdobná onemocnění pro roky 2020–2030 a Národní akční plán prevence sebevražd 2020–30. Jejich cílem je celospolečenský přístup k preventivním opatřením se zaměřením na zranitelné skupiny a specifické cíle týkající se dětí a mládeže. Společný program ministerstev zdravotnictví a školství se zaměřuje na žáky základních škol a jeho cílem je zvýšit povědomí o tom, jak chránit fyzické a duševní zdraví a pohodu.

7 Hlavní zjištění

- Střední délka života při narození v Česku v roce 2022 (79,1 roku) byla přibližně 1,5 roku pod průměrem EU (80,7 roku). Ačkoli se během dvou desetiletí před pandemií o více než 4 roky zvýšila, v letech 2020 a 2021 o více než 2 roky klesla, načež se v roce 2022 opět přiblížila úrovni před pandemií. Nejčastějšími příčinami úmrtí v roce 2021 byly nemoci oběhové soustavy, rakovina a COVID-19.
- Téměř polovinu všech úmrtí v Česku v roce 2019 lze přičíst behaviorálním rizikovým faktorům, mimo jiné rizikovým stravovacím návykům, kouření, spotřebě alkoholu a nízké úrovni fyzické aktivity. Zatímco podíl kuřáků klesl pod průměr EU, nadměrná konzumace alkoholu zůstává jednou z nejvyšších v EU a míra obezity se zvýšila nad průměr EU.
- Výdaje na zdravotnictví v Česku představovaly v roce 2021 9,5 % HDP, což bylo o 2 procentní body více než před pandemií, ale stále pod průměrem EU, který činil 11,0 %. Výdaje na obyvatele byly o čtvrtinu nižší, než byl průměr EU, ale podíl veřejných výdajů na zdravotnictví je mezi zeměmi EU nejvyšší (86 % oproti průměru EU ve výši 81 %).
- Rozsah hrazených služeb je v Česku široký a míra neuspokojených potřeb zdravotní péče z důvodu nadměrných finančních nákladů je relativně nízká. Téměř polovina přímých výdajů domácností připadá na léky a léčivé přípravky.
- Míra úmrtnosti na příčiny, které jsou považovány za preventabilní nebo léčbou odvratitelné, byla v roce 2020 o 25 % vyšší, než činil průměr v EU. Po předchozím zlepšení se během pandemie zvýšila preventabilní úmrtnost v důsledku úmrtí na COVID-19. Ischemická choroba srdeční a rakovina tlustého střeva a konečníku jsou nejčastějšími příčinami úmrtnosti, která je léčbou odvratitelná.
- Programy screeningu rakoviny prsu, děložního čípku a tlustého střeva a konečníku jsou dobře zavedeny, přičemž míra účasti v nich je vyšší než průměry EU, ale pandemie tyto programy narušila, což způsobilo odkládání vyšetření, které může mít vliv na míru včasné detekce rakoviny.
- Pandemie COVID-19 zkomplikovala poskytování plánované (neurgentní) péče. Ačkoli v roce 2021 počet diagnostických vyšetření znovu výrazně narostl, chirurgické činnosti, jako jsou například náhrady kolenních kloubů, se do té doby plně neobnovily. Nedávno představený rámec pro hodnocení výkonnosti českého zdravotního systému požaduje vytvoření systému sledování čekacích dob u plánovaných chirurgických zákroků a dalších zdravotních služeb.
- Česko v rámci svého Národního plánu obnovy investuje do zdravotnictví 1,1 miliardy EUR, což představuje více než 16 % celkových investic plánu. Tyto investice se zaměřují především na zlepšení kapacit a technologií v oblasti onkologické péče, rozšíření a modernizaci lékařských vzdělávacích zařízení a podporu digitální transformace zdravotnictví.
- Ačkoli se v posledním desetiletí zvýšila hustota lékařů a zdravotních sester a ošetřovatelů, v důsledku stárnutí populace se zvýšila také poptávka po péči. Stárne i zdravotnický personál: více než třetina všech lékařů v roce 2021 byla starší 55 let a lze očekávat, že v nadcházejícím desetiletí odejdou do důchodu. V reakci na to vláda poskytla lékařským fakultám dodatečné finance s cílem udržet zvýšený počet mediků alespoň o 15 % oproti roku 2018. Byla také přijata opatření, která mají přilákat více studentů do oboru ošetřovatelství a udržet sestry a ošetřovatele v profesi zlepšením jejich platových podmínek.
- Podle odhadů trpěl v roce 2019 v Česku duševní poruchou přibližně každý sedmý člověk. Nejčastěji se jednalo o depresivní a úzkostné poruchy a poruchy způsobené užíváním alkoholu a drog. Strategie Zdraví 2030 stanoví hlavní opatření pro psychiatrickou reformu týkající se podpory duševního zdraví a poskytování péče, včetně boje proti stigmatizaci pomocí celostátních kampaní, větší integrace osob s duševním onemocněním do společnosti a zlepšení koordinace mezi zdravotní a sociální péčí.

Hlavní zdroje

OECD/EU (2022), Health at a Glance: Europe 2022 – State of Health in the EU Cycle. Paříž, OECD Publishing. https://doi.org/10.1787/507433b0-en

Bryndová L a kol. (2023), Czechia: Health system review, Health Systems in Transition, 25(1): i–183.

Odkazy

ECDC (2022), Assessing the health burden of infections with antibiotic-resistant bacteria in the EU/EEA, 2016-2020. https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/health-burden-infections-antibiotic-resistant-bacteria-2016-2020.

Eurofound (2022), Living, working and COVID-19 survey, třetí a páté kolo (jaro 2021 a jaro 2022). https://www.eurofound.europa.eu/surveys/living-working-and-covid-19-e-survey.

Studie Health Behaviour in School-aged Children (2023), Data browser (zjištění z mezinárodního šetření HBSC 2021/22): https://data-browser.hbsc.org

MZČR (2020), Strategický rámec rozvoje péče o zdraví v České republice do roku 2030 „Zdraví 2030". Ministerstvo zdravotnictví. https://zdravi2030.mzcr.cz/

MZČR (2021), Strategie reformy psychiatrické péče. Ministerstvo zdravotnictví. https://www.reformapsychiatrie.cz/

Ministerstvo průmyslu (2021), Národní plán obnovy. https://www.planobnovycr.cz/.

Newton M, Scott K, Troein P (2022), EFPIA patients W.A.I.T. indicator 2021 survey. European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations, https://www.efpia.eu/media/676539/efpia-patient-wait-indicator_update-july-2022_final.pdf.

OECD (2023a), Onkologický profil země: Česká republika 2023, EU Country Cancer Profiles. OECD Publishing, https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/onkologicky-profil-zeme-ceska-republika-2023_3b650e6f-cs.

OECD (2023b), Rámec pro hodnocení výkonnosti zdravotního systému v České republice. OECD Publishing, https://www.oecd.org/health/health-system-performance-assessment-framework-czech-republic-cz.pdf.

OECD/ECDC (2019), Antimicrobial resistance: tackling the burden in the European Union. OECD Publishing, https://www.oecd.org/health/health-systems/AMR-Tackling-the-Burden-in-the-EU-OECD-ECDC-Briefing-Note-2019.pdf.

OECD/EU (2018), Health at a Glance: Europe 2018 – State of Health in the EU Cycle. OECD Publishing, https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en.

Svačina G a kol. (2022), Czechia: transforming primary health care during the pandemic. WHO Regional Office for Europe, https://www.who.int/europe/publications/m/item/czechia-community-based-mental-health-services-a-lifeline-during-covid-19-(2021).

SZÚ (2018), Akční plán Národního antibiotického programu České republiky na období 2019-2022. Státní zdravotní ústav. https://www.mzcr.cz/akcni-plan-narodniho-antibiotickeho-programu/

SZÚ (2023), Výsledky průzkumu: Projekt Antibioticka-rezistence.cz zlepšil znalosti české populace o tématu, tisková zpráva. Státní zdravotní ústav.

Zkratky zemí

Belgie	BE	Finsko	FI	Litva	LT	Nizozemsko	NL	Rumunsko	RO
Bulharsko	BG	Francie	FR	Lotyšsko	LV	Norsko	NE	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		

State of Health in the EU
Zdravotní profil země 2023

Zdravotní profily zemí jsou klíčovým prvkem cyklu *Zdravotní stav v EU* Evropské komise, projektu zaměřeného na zprostředkování znalostí a vypracovávaného s finanční podporou Evropské unie.

Profily zemí jsou výsledkem spolupráce mezi Organizací pro hospodářskou spolupráci a rozvoj (OECD) a Evropským střediskem pro sledování zdravotních systémů a politik, spolupracujících dohromady s Evropskou komisí. Analýza je založená na jednotné metodice, využívá kvantitativních i kvalitativních údajů, a zahrnuje nejnovější vývoj a výzvy v oblasti zdravotní politiky v každé zemi EU/EHP.

Vydání zdravotních profilů zemí v roce 2023 poskytuje syntézu různých kritických aspektů, včetně:

- současného zdravotního stavu v dané zemi;
- faktorů ovlivňujících zdraví, se zvláštním zaměřením na rizikové behaviorální faktory;
- strukturu a organizaci zdravotního systému;
- efektivnosti, dostupnosti a odolnosti zdravotního systému;
- poprvé v této sérii také zaměření na duševní zdraví a související služby v dané zemi.

Hlavní zjištění Zdravotních profilů zemí doplňuje Souhrnná zpráva Evropské komise.

Další informace naleznete na adrese: ec.europa.eu/health/state

Tuto publikaci prosím citujte takto:
OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2023),
Česko: Zdravotní profil země 2023, State of Health in the EU,
OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.

ISBN 9789264439276 (PDF)
Series: State of Health in the EU
SSN 25227041 (online)

BETTER POLICIES FOR BETTER LIVES

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