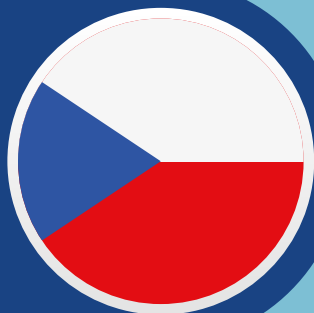




Evropská
komise



State of Health in the EU Česká republika

Zdravotní profil země 2017

Publikační řada Zdravotních profilů zemí

Profily zemí poskytují stručný a politicky relevantní přehled o zdraví a systémech zdravotní péče v členských státech EU a zdůrazňují přítomné charakteristiky a problémy v jednotlivých zemích. Jsou koncipovány tak, aby podpořily úsilí členských států při tvorbě politik podložených důkazy.

Profily jsou výsledkem spolupráce OECD a European Observatory on Health Systems and Policies za spoluúčasti Evropské komise. Skupina děkuje za cenné připomínky a návrhy ze strany členských států a členů projektu Health System and Policy Monitor Network .

Obsah

1 • NEJDŮLEŽITĚJŠÍ ZJIŠTĚNÍ	1
2 • ZDRAVÍ V ČESKÉ REPUBLICE	2
3 • RIZIKOVÉ FAKTORY	5
4 • ZDRAVOTNÍ SYSTÉM	6
5 • VÝKONNOST ZDRAVOTNÍHO SYSTÉMU	9
5.1 Efektivita	9
5.2 Dostupnost	11
5.3 Stabilita a flexibilita systému	13
6 • HLAVNÍ ZJIŠTĚNÍ	16

Zdroje údajů a informací

Údaje a informace v těchto profilech zemí vycházejí převážně z oficiálních národních statistických údajů, které byly poskytnuty Eurostatu a OECD a v červnu 2017 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), Evropského střediska pro prevenci a kontrolu nemocí (ECDC), z průzkumů zaměřených na životní styl dětí na základních školách (HBSC) a ze Světové zdravotnické organizace (WHO), jakož i z jiných národních zdrojů.

Není-li uvedeno jinak, jsou vypočítané průměry pro EU váženými průměry z 28 členských států.

Pro stažení excelové tabulky odpovídající všem tabulkám a grafům z tohoto profilu zadejte do internetového prohlížeče tyto odkazy StatLinks:

<http://dx.doi.org/10.1787/888933623647>

Demografické a socioekonomické souvislosti v České republice, 2015

	Česká republika	EU
Demografické faktory	Velikost populace (v tisících)	10 546
	Podíl obyvatel starších 65 let (%)	18,3
	Porodnost ¹	1,6
Socioekonomické faktory	HDP na obyvatele (EUR PPP ²)	25 200
	Míra relativní chudoby ³ (%)	5,3
	Míra nezaměstnanosti (%)	9,4

1. Počet narozených dětí připadajících na jednu ženu ve věku 15–49 let.

2. Parita kupní síly (PPP) je definována jako kurz pro přepočítání měn, kterým se díky odstranění rozdílů mezi cenovými hladinami v jednotlivých zemích vyrovná kupní síla různých měn.

3. Podíl osob, jejichž příjem je nižší než 50 % mediánu ekvivalizovaného disponibilního příjmu.

Zdroj: Databáze Eurostatu.

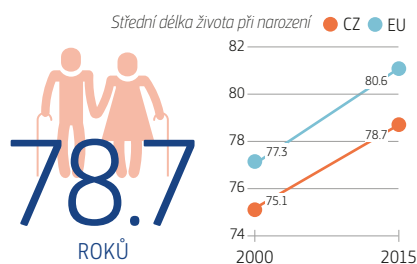
Prohlášení o vyloučení odpovědnosti: Stanoviska vyjádřená a argumenty použité v tomto dokumentu představují pouze postoj autorů a nemusí nutně odrážet oficiální stanoviska OECD nebo jejích členských zemí ani European Observatory on Health Systems and Policies, nebo jakéhokoli z jejich partnerů. Názory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

Tento dokument a veškeré údaje a mapy v něm obsažené neovlivňují stav jakéhokoli území ani jeho svrchovanost, vymezení mezinárodních hranic ani název kteréhokoli území, města nebo oblasti. Další prohlášení o vyloučení odpovědnosti pro WHO jsou k dispozici na adrese: <http://www.who.int/bulletin/disclaimer/en/>

1 Nejdůležitější zjištění

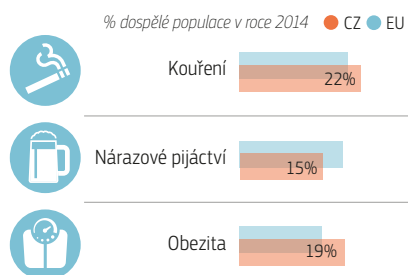
V posledních letech se zdravotní stav v České republice výrazně zlepšil, zejména pokud jde o střední délku života a odvratitelnou úmrtnost, jež se přiblížily k evropskému průměru. Systém zdravotní péče je založen na principu veřejného zdravotního pojištění s všeobecným pokrytím, velkorysém rozsahu hrazených služeb a významné regulační funkci Ministerstva zdravotnictví.

Zdravotní stav



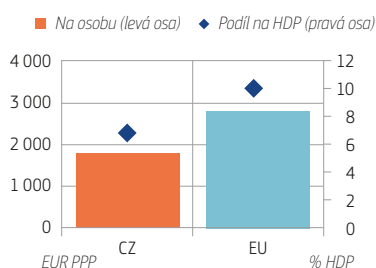
Střední délka života se stále zlepšuje. Mezi lety 2000 a 2015 se prodloužila o téměř čtyři roky na 78,7 let, což je skoro o dva roky méně než průměr EU. Pomáhají přitom stále pokroky dosažené při předcházení předčasným úmrtím, zapříčiněným například kardiovaskulárními onemocněními. Kardiovaskulární onemocnění jsou však nadále nejčastější příčinou smrti a úmrtnost s nimi spojená je ve srovnání s průměrem EU dvojnásobná. Zvyšující se úmrtnost na diabetes, rakovinu, demenci a jiné duševní choroby je důvodem k obavám.

Rizikové faktory



V České republice je trvale vysoká prevalence rizikových faktorů. V roce 2014 dospělí Češi kouřili více, než je průměr EU. Kromě toho dospělí v roce 2014 zkonsumovali 11,9 litrů alkoholu na osobu, což je téměř o dva litry více než průměr EU. Pozitivnějším faktem je, že se nárazovému pijáctví oddává menší část obyvatelstva než v EU. Míra obezity je nad průměrem EU a rychle roste a vyvolává proto silící obavy ohledně veřejného zdraví.

Výdaje na zdravotnictví

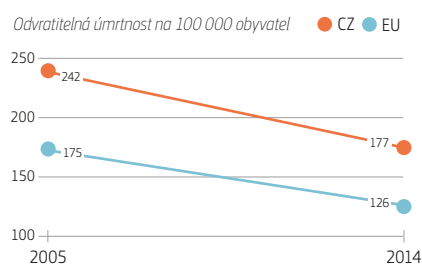


Výdaje na zdravotnictví na osobu jsou v České republice přibližně o třetinu nižší než průměr EU, ačkoli se od roku 2005 zvýšily. V roce 2015 vynaložila Česká republika na zdravotní péči 1 841 EUR na osobu, což představuje 7,3 % HDP. Poměrně vysoký podíl (82,4 %) celkových výdajů na zdravotnictví je financován z veřejných zdrojů, zatímco podíl soukromých zdrojů byl v uplynulých letech víceméně stabilní, což přispívá k vysoké úrovni finanční ochrany obyvatel.

Výkonnost zdravotního systému

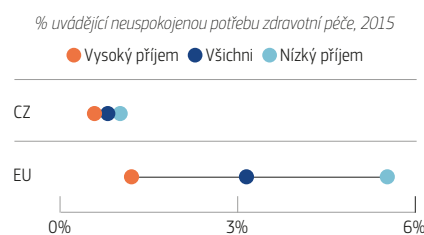
Efektivita systému

Celková odvratitelná úmrtnost prudce klesá a blíží se k průměru EU. Nicméně existuje velký prostor pro zlepšení zdravotních služeb, zejména primární a integrované péče a veřejného zdraví.



Dostupnost péče

Podíl českých respondentů dávajících najevo neuspokojenou potřebu zdravotní péče je relativně malý, přičemž jednotlivé příjmové kvintily vykazují velmi malé rozdíly. Avšak nedostatek pracovních sil ve zdravotnictví bude pravděpodobně představovat výzvu, co se týká přístupu k některým službám nebo ve více znevýhodněných oblastech.



Stabilita a flexibilita systému

Výzvy a problémy související s fiskální udržitelností systému zdravotní péče jsou dobře známé, stejně jako potřeba rozšířit příjmovou základnu. Chybí však politická shoda ohledně toho, jak tento problém či jiné dlouhodobé strategické otázky vyřešit.



2 Zdraví v České republice

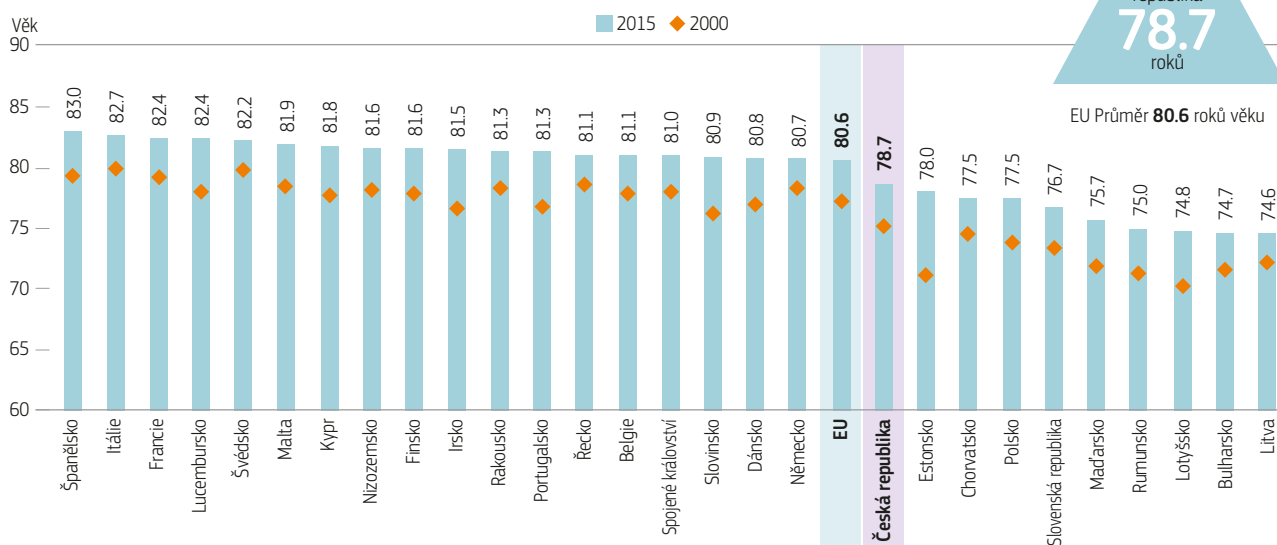
Střední délka života se rychle prodlužuje, avšak zůstává pod průměrem EU

Střední délka života při narození se v České republice mezi lety 2000 a 2015 prodloužila téměř o čtyři roky na 78,7 let (obrázek 1). To je sice více než u mnoha sousedních zemích, střední délka života v České republice je však stále skoro o dva roky nižší než průměr EU. Mezi muži a ženami přetrvává výrazný rozdíl: střední délka života při narození je u mužů

téměř o šest let nižší než u žen, u mužů činí 75,7 a u žen 81,6 let. Kromě toho je střední délka života Čechů s univerzitním vzděláním skoro o 5,5 roku vyšší než u lidí, kteří dosáhli nanejvýš nižšího středního vzdělání¹.

1. Nižší úroveň vzdělání se rozumí základní nebo nižší střední vzdělání (úroveň mezinárodní standardní klasifikace vzdělání 0–2), zatímco vyšší vzdělání označuje terciární vzdělání (úroveň 5–8).

Obrázek 1. Střední délka života se zlepšila a je těsně pod průměrem EU



Zdroj: Databáze Eurostatu.

Bylo zaznamenáno prodloužení střední délky života a zlepšení v oblasti mateřské a kojenecké úmrtnosti

Prodloužení střední délky života v České republice od roku 2000 se týká především lidí starších 65 let, přičemž střední délka života českých žen ve věku 65 let dosáhla v roce 2015 až 19,4 roku (oproti 17,2 roku v roce 2000) a u mužů dosáhla 15,9 roku (oproti 13,7 roku v roce 2000). České ženy ve věku 65 let mohou očekávat, že budou žít bez zdravotního omezení ještě necelou polovinu (44 %) zbývajících let života, zatímco muži mohou očekávat přesně polovinu (50 %) zbývajících let života bez zdravotního omezení².

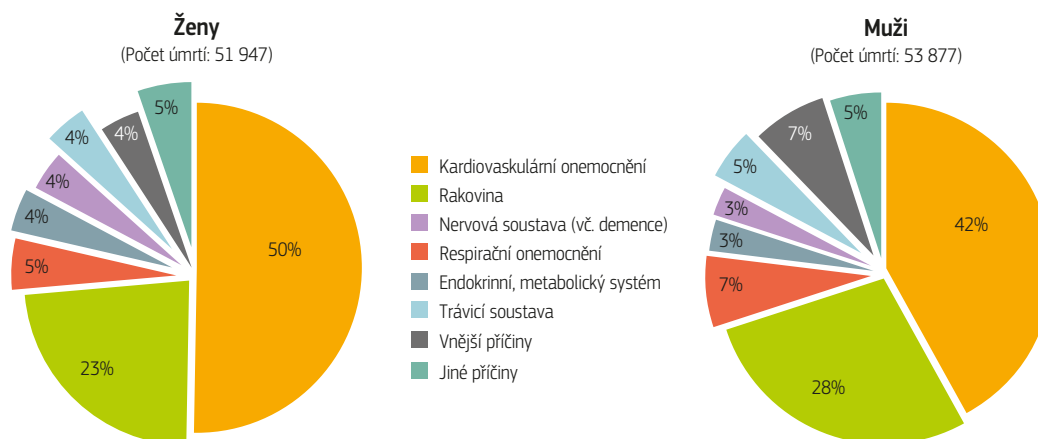
Míra kojenecké úmrtnosti je jednou z nejnižších na celém světě a v roce 2015 činila 2,5 úmrtí na 1 000 živě narozených kojenců. Jak kojenecká, tak mateřská úmrtnost v posledních letech trvale klesaly, přičemž kojenecká úmrtnost se mezi lety 1995 a 2015 snížila téměř o 70 %.

2. Toto vychází z ukazatele „střední délky života prožité ve zdraví“, pomocí něhož se měří počet let, která lidé v různém věku prožijí bez zdravotního omezení.

K úmrtnosti stále nejvíce přispívají kardiovaskulární onemocnění a rakovina

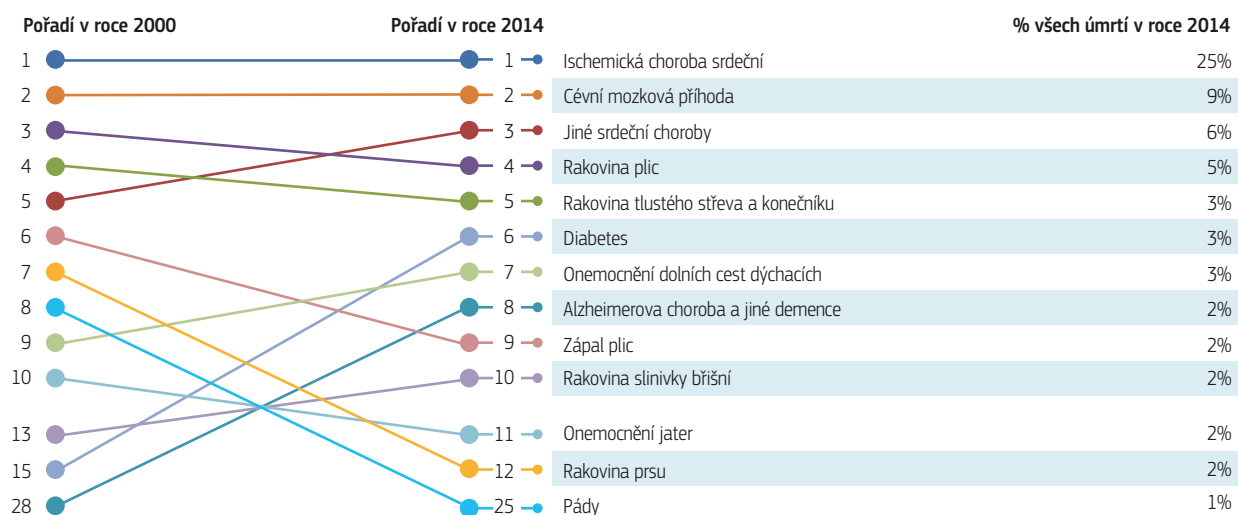
Kardiovaskulární onemocnění jsou nejčastější příčinou smrti jak u žen (50 % všech úmrtí), tak u mužů (42 %). Věkově standardizovaná míra úmrtnosti je o 60 % vyšší než průměr EU (2014). Rakovina je druhou nejčastější příčinou smrti a způsobuje 23 % všech úmrtí žen a 28 % všech úmrtí mužů (obrázek 2). Nemoci trávicí soustavy a endokrinního systému jsou ve srovnání s průměrem EU také velmi častou příčinou úmrtí, zvláště pak diabetes.

Naproti tomu počty úmrtí způsobených respiračními onemocněními, či duševními poruchami a poruchami chování (například demence) jsou pod průměrem EU. Celkově se počet úmrtí na ischemickou chorobu srdeční od roku 1991 výrazně snížil, čímž se Česká republika pomalu přibližuje k zemím EU s nejlepšími výsledky. Snížení je přisuzováno změnám v oblasti léčby (43 %) a rizikových faktorů (52 %) (Bruthans, et al., 2014; Vandenhede et al., 2014).

Obrázek 2. Příčinou většiny úmrtí jsou kardiovaskulární onemocnění a rakovina

Poznámka: Údaje jsou uvedeny podle obecných kapitol MKN. Demence byla zařazena do kapitoly nemocí nervové soustavy k Alzheimerově chorobě (hlavní formě demence).

Zdroj: Databáze Eurostatu (údaje se vztahují k roku 2014)

Obrázek 3. Úmrtnost na diabetes, Alzheimerovu chorobu a jiné demence se zvyšuje

Zdroj: Databáze Eurostatu.

Třemi nejčastějšími příčinami smrti jsou kardiovaskulární onemocnění, rakovina plic a rakovina tlustého střeva a konečníku

Pokud jde o konkrétnější příčiny smrti, byly v roce 2014 třemi nejčastějšími příčinami smrti ischemická choroba srdeční, cévní mozková příhoda a jiné srdeční choroby. Navzdory nedávnému zlepšení jsou tyto příčiny stále častější, než je průměr EU. V roce 2014 byl počet úmrtí na rakovinu plic pod průměrem EU, ale ze všech druhů rakoviny je tento druh v ČR stále nejčastější příčinou úmrtí. Počet úmrtí způsobených diabetem je ve srovnání s průměrem EU skoro dvojnásobný, od roku 2000 se zvyšuje a nyní je šestou nejčastější příčinou smrti (obrázek 3). Zvýšil se rovněž počet úmrtí na Alzheimerovu chorobu a jiné druhy demence, což je způsobeno stárnutím obyvatelstva, ale také lepším povědomím o této nemoci a chybějící účinnou léčbou v návaznosti na diagnózu. Toto zvýšení je zčásti způsobeno také přesnějším kódováním od roku 2011. Od roku 2000 se výrazně snížil počet úmrtí způsobených vnějšími příčinami, jako jsou pády, ačkoli v roce 2014 byl stále vyšší než průměr EU.

Chronická onemocnění a deprese patří mezi hlavní faktory ovlivňující počet let života poznamenaných onemocněním

Kromě kardiovaskulárních onemocnění a rakoviny plic patří mezi hlavní faktory ovlivňující počet let života poznamenaných onemocněním³ muskuloskeletální problémy (včetně bolestí dolní části zad a krku) a depresivní poruchy (Institut pro měření a vyhodnocování zdraví, 2016). Mnoho z těchto zdravotních problémů není smrtelných, ale člověka v životě výrazně omezují.

Podle údajů uváděných respondenty evropského dotazníkového šetření o zdravotním stavu (EHIS) téměř jeden ze čtyř lidí v České republice trpí vysokým krevním tlakem, jeden z 13 lidí diabetem a jeden z 22 lidí astmatem. Naproti tomu chronická deprese, kterou uvádějí sami

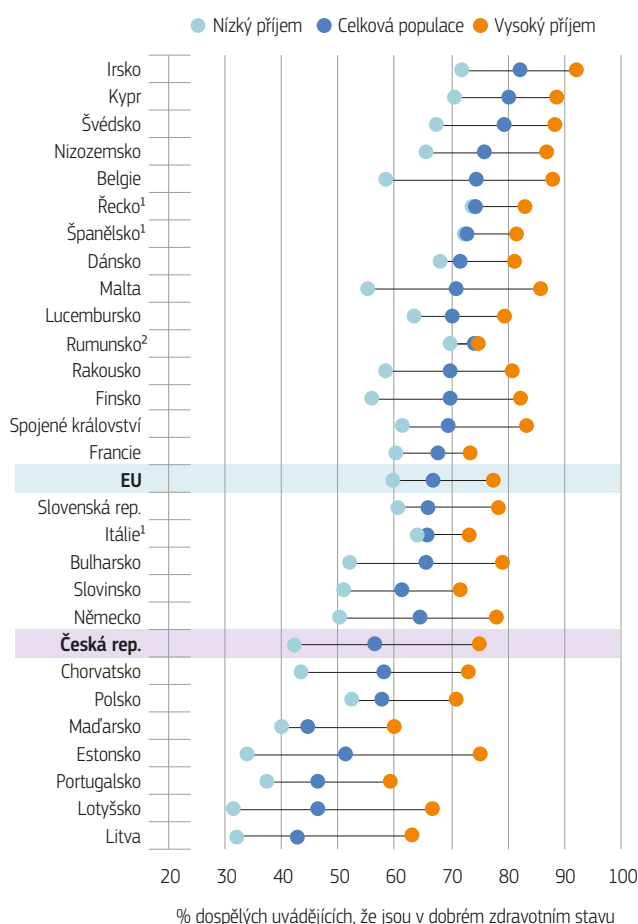
3. Počet let života poznamenaných onemocněním (DALY) je ukazatel, pomocí něhož se odhaduje celkový počet let života ztracených kvůli konkrétním nemocem a rizikovým faktorům. Jeden rok poznamenaný onemocněním se rovná jednomu ztracenému roku života prožitého ve zdraví (Institut pro měření a vyhodnocování zdraví).

respondenti, se drží pod úrovní uváděnou ve většině ostatních zemí EU. Existují velké rozdíly v rozšíření těchto chronických onemocnění v závislosti na úrovni vzdělání. Oproti lidem s nejvyšší úrovní vzdělání je u lidí s nejnižší úrovní vzdělání třikrát větší pravděpodobnost, že trpí diabetem, a více než dvakrát větší pravděpodobnost, že trpí astmatem.⁴

U Čechů se pocit dobrého zdravotního stavu vyskytuje méně často než u většiny ostatních Evropanů

Celkově se v České republice domnívá menší část populace (61 %), že je v dobrém zdravotním stavu, než je průměr EU (67 %). Stejně jako v jiných zemích EU se vnímání vlastního zdraví výrazně liší v závislosti na socioekonomickém postavení: 80 % lidí v nejvyšším příjmovém kvintilu uvádí, že jejich zdravotní stav je dobrý, zatímco u obyvatelstva v nejnižším příjmovém kvintilu je to 48 % (obrázek 4).

Obrázek 4. Ve vnímání vlastního zdravotního stavu přetrvávají rozdíly mezi příjmovými kvintily



Poznámky:

- Podíly pro celkovou populaci a pro obyvatele s nízkými příjmy jsou zhruba stejné.
- Podíly pro celkovou populaci a pro obyvatele s vysokými příjmy jsou zhruba stejné.

Zdroj: Databáze Eurostatu podle EU-SILC (údaje se vztahují k roku 2015).

4. Nerovnosti závislé na vzdělání lze z části vysvětlit větším podílem starších osob s nižší úrovní vzdělání, to však samo o sobě nevysvětluje všechny socioekonomické rozdíly.

3 Rizikové faktory

Behaviorální rizikové faktory jsou hlavním důvodem k znepokojení v oblasti veřejného zdraví

Relativně horší zdravotní stav českého obyvatelstva a trvale velké nerovnosti v oblasti zdraví jsou spojeny s řadou faktorů ovlivňujících zdraví. Patří mezi ně životní a pracovní podmínky, prostředí, v němž lidé žijí, a různé behaviorální rizikové faktory. Ve skutečnosti lze behaviorálním rizikovým faktorům přičítat více než 35% podíl na celkové zátěži nemocí (zátěž nemocí je ukazatel kombinující nemocnost i úmrtnost) v České republice v roce 2015 (měřeno počtem let života poznamenaných onemocněním). Patří mezi ně rizikové stravovací návyky (18 %), kouření (13 %), konzumace alkoholu (4 %) a nedostatečná fyzická aktivita (3 %) (IHME, 2016).

Velmi malý pokrok v omezování kouření a konzumace alkoholu

Podíl dospělých, kteří kouří, se od roku 2000 snížil jen minimálně (z přibližně 24 % na 22 % v roce 2014), i když z nejnovějších údajů vyplývá, že v roce 2015 došlo k podstatnému snížení na 18 % (Sovínová a Csémy, 2016). Zatímco podíl dospělých každodenních kuřáků byl v roce 2000 pod průměrem EU, podíly v jiných zemích EU klesaly



mnohem rychleji, takže je nyní podíl každodenních dospělých kuřáků nad průměrem EU. Muži jsou častěji pravidelnými kuřáky (26 % v roce 2014) než ženy (18,5 %), ačkoli rozdíl je méně výrazný než v některých sousedních zemích. Je povzbudivé, že česká vláda na začátku roku 2017 konečně prosadila komplexnější legislativu týkající se kontroly tabáku a kouření (viz oddíl 5.1).

Při omezování konzumace alkoholu v České republice nebyl dosažen žádný reálný pokrok. V roce 2014 se zkonsumovalo 11,9 litru alkoholu na dospělé osobu, což bylo o trochu více než 11,8 litru v roce 2000, a přibližně o dva litry více než průměr EU (10 litru). Přibližně 29 % patnáctiletých dívek a 32 % chlapců stejného věku uvádí, že byli alespoň dvakrát za život opilí, což je opět více než průměr EU (tedy 24 % dívek a 27 % chlapců) v letech 2013–2014. Nárazovému pijáctví⁵ se však oddává menší část dospělé populace (15 %), než je průměr EU (20 %).

Rychle rostoucí míra obezity představuje problém pro dospělé i děti

Špatný způsob stravování a nedostatek fyzické aktivity mohou vést k vysokému krevnímu tlaku, vysokému indexu tělesné hmotnosti, vysokému cholesterolu a jiným rizikovým faktorům kardiovaskulárních onemocnění, diabetu a některých typů rakoviny. Mezi lety 2002 a 2014 se výskyt obezity v dospělosti v České republice zvýšil o více než jednu

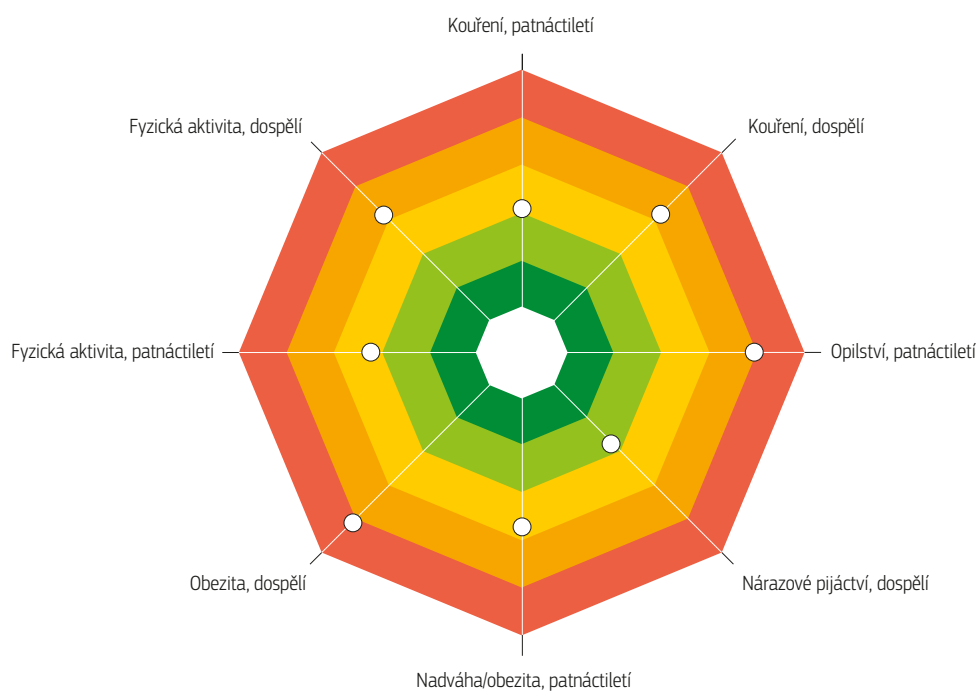
čtvrtinu. Podle údajů uváděných respondenty je nyní obézní téměř jeden z pěti (19 %) dospělých, což je více než ve většině zemí EU (viz také obrázek 5).

Zatímco podíl patnáctiletých trpících nadváhou nebo obezitou se nyní pohybuje kolem průměru EU, mezi lety 2001–2002 (kdy dosahoval 9 %) a 2013–2014 se zdvojnásobil (dosáhl úrovně 18 %). To je obzvláště znepokojivé vzhledem k tomu, že nadváha nebo obezita v dětství či v období dospívání jsou výrazným indikátorem problémů s váhou v dospělosti. Česká republika zahájila několik národních akčních plánů týkajících se výživy, zaměřených na prevenci a léčbu obezity a podporu fyzické aktivity.

Rizikové chování je rozšířenější ve znevýhodněných skupinách obyvatelstva

Ve skupinách obyvatelstva s nižším sociálně-ekonomickým postavením nebo vzděláním jsou behaviorální rizikové faktory častější. U osob s nejnižší úrovní vzdělání je například více než dvakrát vyšší pravděpodobnost, že budou denně kouřit, a téměř dvakrát vyšší pravděpodobnost, že budou trpět obezitou, než u osob s nejvyšším vzděláním. Vyšší prevalence rizikových faktorů ve znevýhodněných skupinách přispívá k rozdílu ve zdravotním stavu mezi socioekonomickými skupinami a regiony.

Obrázek 5. Ve srovnání s jinými zeměmi EU jsou výsledky České republiky smíšené, pokud jde o behaviorální rizikové faktory



Poznámka: Čím blíže je bod ke středu, tím lépe na tom daná země je ve srovnání s jinými zeměmi EU. V bílé „cilové oblasti“ není žádná země, jelikož ve všech zemích existuje ve všech oblastech prostor pro zlepšování.

Zdroj: Výpočty OECD na základě databáze Eurostatu (evropské dotazníkové šetření o zdravotním stavu v roce nebo kolem roku 2014); statistiky OECD v oblasti zdraví a studie HBSC z období let 2013–2014. (Design diagramu: Laboratoriu MeS).

5. Nárazové pijáctví je definováno jako konzumace šesti a více alkoholických nápojů při jediné příležitosti alespoň jednou za měsíc v uplynulém roce.

4 Zdravotní systém

Stabilní systém veřejného zdravotního pojištění

Český systém zdravotní péče je založen na veřejném zdravotním pojištění a poskytuje všeobecné pokrytí a velkorýsý rozsah hrazených služeb. Základní institucionální prvky zůstaly od vzniku systému v devadesátých letech 20. století nezměněny. Ministerstvo zdravotnictví funguje jako hlavní správní a regulační orgán, zatímco samosprávné zdravotní pojišťovny spravují výběr příspěvků a poskytují pojištěncům věcné dávky. Ministerstvo zdravotnictví také vlastní některé poskytovatele, a to konkrétně všechny fakultní nemocnice a některá psychiatrická zařízení. Od roku 2003 jsou (některé) nemocnice ve vlastnictví krajů.

Provádění reforem je pomalé

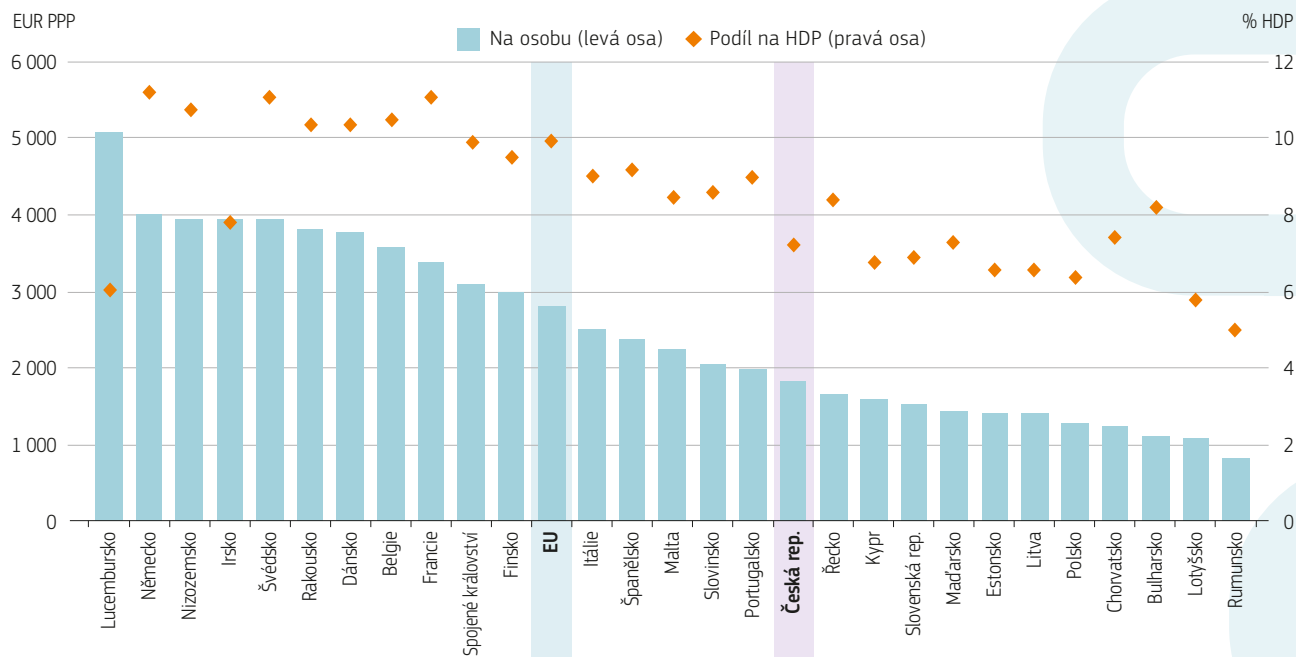
Cílem reforem v posledním desetiletí bylo zvýšit účinnost a transparentnost poskytování zdravotních služeb, zlepšit datové systémy a omezit náklady. Byla přijata různá reformní opatření, ale obecně je jejich zavádění zpžděné a mnoho implementačních procesů stále probíhá. Klasifikační systém DRG (Diagnoses Related Groups) byl například zaveden již v roce 2007. V roce 2012 bylo na systému DRG

založeno 70 % plateb nemocnicím a nyní je systém nejvýznamnější platební metodou v oblasti akutní nemocniční péče. Dlouhodobá péče a rehabilitace (jakož i ambulantní služby poskytované v nemocnicích) jsou hrazeny na bázi zastropovaných plateb za výkon. Obdobně systém přerozdělování, který reaguje na finanční nerovnováhu mezi zdravotními pojišťovnami, je již dlouho pokládán za klíčový faktor v účinném systému financování. Teprve nyní však bude systém vylepšen o farmaceuticko-nákladové skupiny (plánované na rok 2018).

Výdaje České republiky na zdravotnictví jsou nízké, avšak podíl veřejného financování je vysoký

Výdaje České republiky na zdravotní péči byly v roce 2015 o třetinu nižší než EU průměr (1 841 EUR oproti 2 797 EUR), ale vyšší než ve většině ostatních novějších členských států. Celkem činily výdaje na zdravotní péči v roce 2015 7,3 % HDP, což je výrazně pod průměrem EU (obrázek 6). Nicméně Česká republika má čtvrtý nejvyšší podíl financování z veřejných zdrojů (82,4 %) po Německu, Dánsku a Švédsku

Obrázek 6. Česká republika na zdravotnictví vynakládá méně, než je průměr EU



Zdroje: Statistiky OECD v oblasti zdraví; databáze Eurostatu; celosvětová databáze výdajů na zdravotnictví WHO (údaje se vztahují k roku 2015).

(s nejvyšším podílem 84,5 %). Soukromé výdaje na zdravotnictví tak hrají relativně nepatrnou roli a tvoří 14,8 % celkových výdajů na zdravotnictví, přičemž sestávají převážně z přímých výdajů za volně prodejná léčiva, léčivé přípravky a jiné služby mimo rozsah hrazených služeb z veřejného zdravotního pojištění (viz oddíl 5.2).

Počet akutních lůžek byl snížen, nadměrná kapacita však může přetrvávat

Česká republika spravuje hustou síť nemocnic a usilovala o snížení celkového počtu lůžek akutní péče. Od roku 2015 je podíl akutních lůžek jen mírně nad průměrem EU, avšak vzhledem k celkovému počtu lůžek je Česká republika výrazně nad průměrem EU. Mezi jednotlivými kraji ovšem existují rozdíly, pokud jde o celkovou dostupnost lůžek, zvláště v případě dlouhodobé péče. Při 206 hospitalizovaných pacientech na 1 000 osob oproti 173 v EU je míra hospitalizace šestá nejvyšší, což je určitým signálem nadměrné kapacity a také to vyvolává otázky ohledně účinnosti systému primární péče.

Mnoho zdravotnických zařízení vyžaduje modernizaci

Kromě nadměrné kapacity existují i problémy s kvalitou infrastruktury. Mnoho psychiatrických zařízení, zařízení dlouhodobé péče, pečovatelských zařízení a malých nemocnic vyžaduje modernizaci. To je také cílem programu evropských strukturálních a investičních fondů pro období 2014–2020, který je zaměřen na zdravotnickou infrastrukturu, budování kapacit v oblasti sběru a zpracování dat, jakož i na rozvoj lidských zdrojů. Na úrovni vedení nemocnic se však často setkáváme pouze s omezenými odbornými znalostmi v oblasti kapitálových investic a financování nových technologií (viz také oddíl 5.3).

Stárnoucí pracovní síla a preference lékařů mohou pro poskytování služeb znamenat rostoucí problém

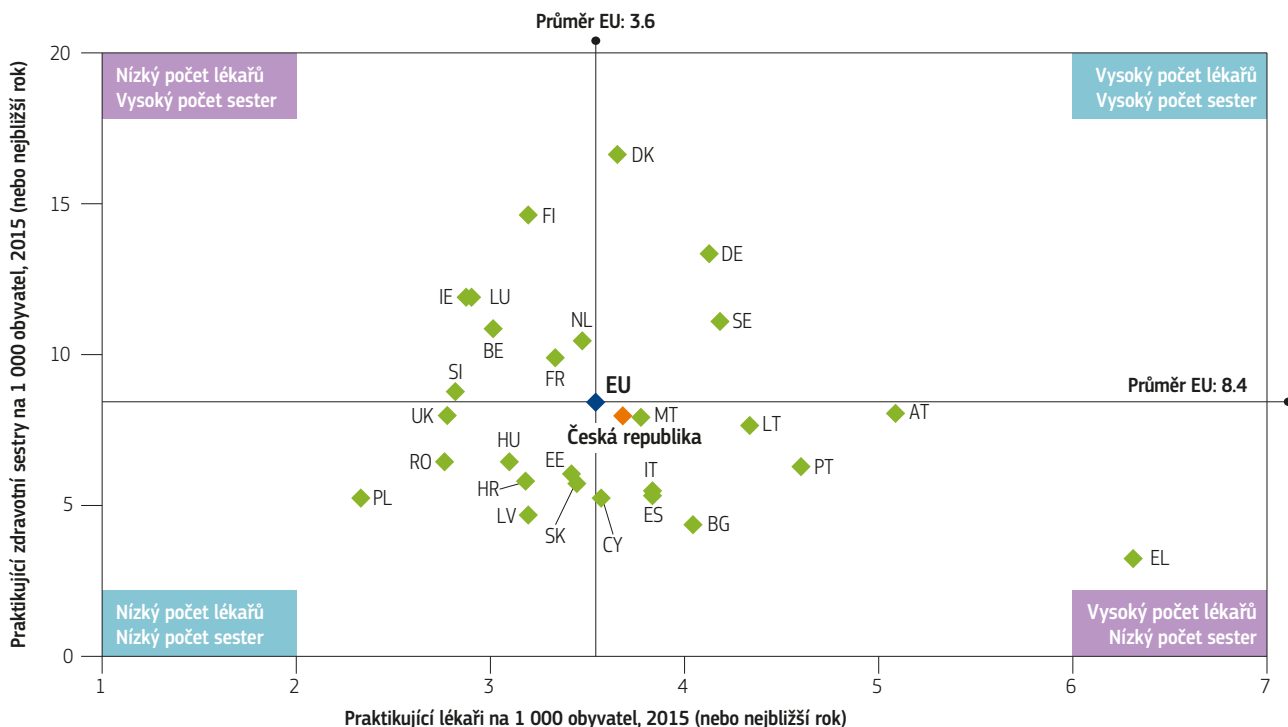
Ačkoli celkový počet pracovníků vypadá poměrně dobře a blíží se průměru EU (obrázek 7), zjevně se zvyšuje nesoulad ve věkové struktuře, vzdělání a očekáváníích zdravotnických pracovníků. Zaprvé, lékaři stárnou. Významný počet lékařů již v roce 2016 dosáhl věku 60 let a více – konkrétně více než 30 % praktických lékařů a 40 % pediatrů, přičemž některých oblastí se to týká více než jiných (ČLS-JEP, 2017). Zadruhé, lékaři stále častěji upřednostňují velké městské nemocnice. Menší a okresní nemocnice mají proto již nyní problémy získat pracovníky všech specializací. Zatřetí, zdravotničtí pracovníci se domnívají, že pracovní podmínky v zahraničí jsou lepší. To by mohlo vést k nedostatku pracovní síly zejména ve venkovských a méně atraktivních oblastech.

Praktičtí lékaři nepůsobí jako hlídači vstupu do systému a pacienti si cení volného přístupu ke specialistům

Lékaři poskytující primární péči v České republice nezastávají úlohu hlídačů vstupu do systému (gatekeeperů). Pacienti mohou navštívit jakéhokoli specialistu bez doporučení a této svobody si velmi cení. Odráží se to jak na vysokém počtu návštěv pacientů v ambulancích za rok (11,1 v roce 2013 ve srovnání se 7,5 v EU), tak na poměrně vysoké míře hospitalizace (jak bylo uvedeno výše). Hlavní právní rámec poskytování primární péče byl revidován v zákoně o zdravotních službách z roku 2011, obecné zásady však nezměnil.



Obrázek 7. Navzdory průměrnému počtu lékařů a zdravotních sester by jejich stárnutí mohlo ohrozit budoucí dostupnost zdravotních služeb



Poznámka: V Portugalsku a Řecku se údaje vztahují ke všem lékařům vlastním licenci k výkonu praxe, v důsledku čehož je počet praktikujících lékařů značně nadhodnocen (např. v Portugalsku přibližně o 30 %). V Rakousku a Řecku je počet zdravotních sester podhodnocen, neboť zahrnuje pouze sestry pracující v nemocnici.

Zdroj: Databáze Eurostatu.

Rozdíly v hrazení dlouhodobé a sociální péče podporují neefektivní využití nemocničních služeb

Poskytování péče chronicky nemocným nebo starším pacientům je špatně koordinované. Je také velmi neefektivní, protože dlouhodobá péče je rozdělena mezi sektory zdravotnictví a sociálních služeb. Zatímco poplatky za zdravotní péči byly v roce 2013 v návaznosti na rozhodnutí Ústavního soudu zrušeny (viz oddíl 5.2), v oblasti sociální péče stále existují. To vytváří pobídky k tomu, aby lidé vyhledávali dlouhodobou péči ve (velmi nákladném) zdravotním prostředí, a ne v sociální péči. Pacienti jsou tak pobízeni k tomu, aby v nemocnici zůstávali déle, než je z lékařského hlediska nezbytné. Vzhledem k rychle stárnoucímu obyvatelstvu a nevyhnutelnému nárůstu počtu lidí trpících (více) chronickými onemocněními je velmi naléhavé tento problém vyřešit.



5 Výkonnost zdravotního systému

5.1 EFEKTIVITA

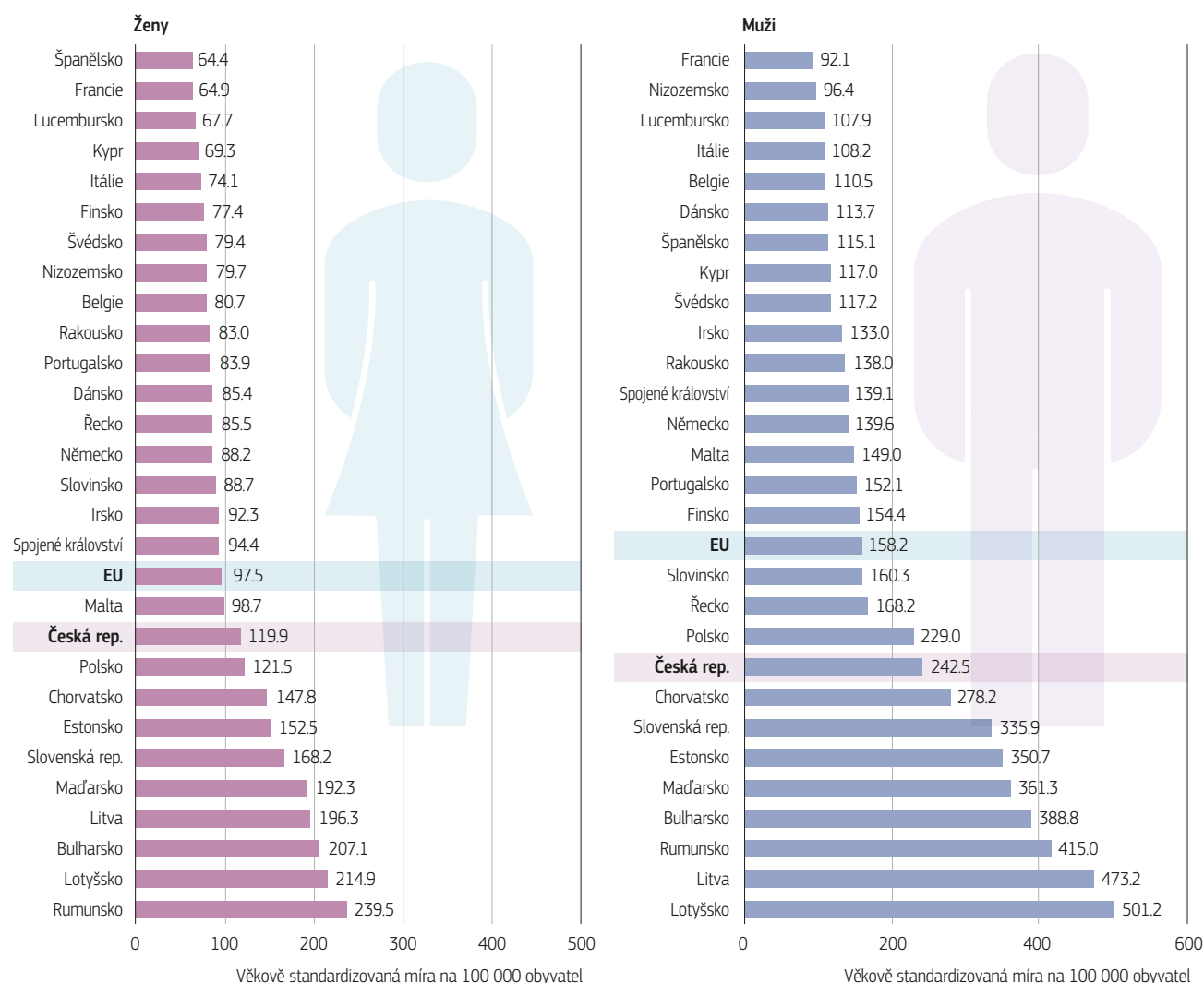
Míra odvrátitelné úmrtnosti svědčí o pozitivních dopadech zdravotní péče

System zdravotní péče významně přispěl ke zdraví českého obyvatelstva, což se odráží na celkovém poklesu míry odvrátitelné úmrtnosti⁶ od roku 2005. V roce 2013 byla odvrátitelná úmrtnost v České republice vyšší

6. Odvrátitelná úmrtnost je definována jako předčasná úmrtí, jimž mohlo být zabráněno včasnou a účinnou zdravotní péčí.

než průměr EU, ovšem rozdíl se zmenšuje a úroveň byla mnohem lepší než ve většině novějších členských států (obrázek 8). Ačkoli český systém zdravotní péče při snižování počtu úmrtí na většinu chorob, která bylo možné odvrátit léčbou, dosahuje průměrných výsledků, v případě některých infekčních onemocnění, jako jsou HIV nebo tuberkulóza, je na tom český systém pozoruhodně dobře. Podobných výsledků bylo dosaženo u neinfekčních onemocnění, jako jsou astma nebo cerebrovaskulární onemocnění. Svědčí to o trvalém zlepšování přístupu ke zdravotní péči a její celkové kvalitě.

Obrázek 8. Odvrátitelná úmrtnost prudce poklesla, ale stále je nad průměrem EU



Zdroj: Databáze Eurostatu (údaje se vztahují k roku 2014).

Ukázalo se, že systém je skutečně schopen vypořádat se s léčitelnými nemocemi

V roce 2014 se úmrtí, která bylo možné odvrátit léčbou, podílela na celkové úmrtnosti 16 %, což je více než průměr EU, který činí 11 %, ale méně než na Slovensku a jen o něco více než v Polsku. Zvláště v úmrtnosti na rakovinu je prostor pro zlepšení. Podle údajů programu CONCORD činí například míra přežití pacientů s rakovinou tlustého střeva přibližně 56 %, což je téměř o devět procentních bodů méně než v Německu v období mezi lety 2010 a 2014. Naproti tomu míra přežití pacientů s rakovinou prsu se trvale zlepšuje a v období 2010–2014 dosahovala 81 %, i když je stále pod úrovní států dosahujících nejlepších výsledků (85 % a vyšší). Tato skutečnost svědčí o tom, že systém je schopen dosáhnout rychlého zlepšení, k čemuž může přispět i zvýšení v současnosti relativně nízké účasti obyvatelstva ve screeningu v rámci národních screeningových programů zaměřených na rakovinu děložního čípku, prsu a tlustého střeva a konečníku.

Lze zabránit úmrtím na diabetes, na onemocnění jater a úmrtím při dopravních nehodách

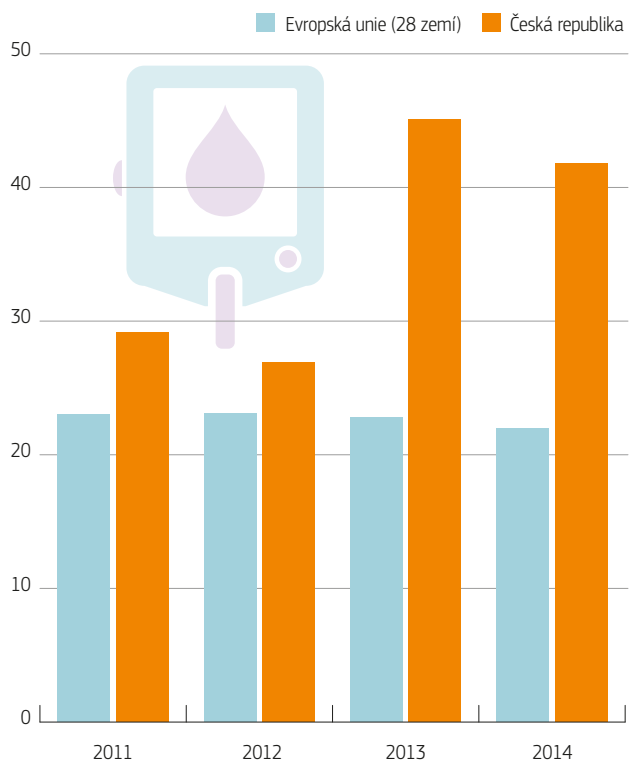
Několik nemocí, jimž lze do značné míry předcházet, představuje pro systém zdravotní péče podobný problém. Například míra úmrtnosti na diabetes byla v roce 2013 ve srovnání s průměrem EU dvojnásobná (obrázek 9), na chronická onemocnění jater o 24 % vyšší než průměr EU a při dopravních nehodách o 29 % vyšší než průměr EU. Přestože procenta klesají, v jiných zemích se úmrtnost na tyto příčiny smrti snižuje rychleji, což nasvědčuje tomu, že by Česká republika mohla dělat více. Výjimkou je úmrtnost na rakovinu plic, která se snížila na úroveň srovnatelnou s průměrem EU v roce 2014.

Celkově se Česká republika potýká s problémy při zavádění programů na podporu zdraví a s řešením rizikového chování spojeného s neinfekčními onemocněními. Existuje několik politik zabývajících se behaviorálními a sociálními faktory ovlivňujícími zdraví a podpora zdraví v několika posledních letech nabyla na větším významu. Přesto se významná provázanost environmentálních, zdravotních a sociálních faktorů začala zkoumat teprve nedávno. Příkladem problému je pomalé posilování právních předpisů týkajících se kontroly tabáku (které byly konečně schváleny na začátku roku 2017) (viz také oddíl 3).

Snahy o rozšíření oblasti působnosti strategií týkajících se péče o zdraví veřejnosti jsou implementovány pomalu

Systém ochrany veřejného zdraví byl v rámci fiskální konsolidace reorganizován, přičemž mezi lety 2002 a 2011 došlo k velkým rozpočtovým škrtům ve výši 42 % a více než 40% úbytku personálu. Přesto strategický dokument týkající se veřejného zdraví z roku 2012 (Zdraví 2020 – Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí) stanovil dlouhodobé cíle, aby tradiční pojetí péče o zdraví veřejnosti bylo rozšířeno a zahrnovalo i neinfekční onemocnění. Nadále však převládají konvenční prvky, jako je prevence infekčních onemocnění.

Obrázek 9. Úmrtost na diabetes je důvodem k rychle rostoucím obavám a je v rozporu s trendem v EU



Poznámka: Čísla udávají standardizovanou úmrtnost na 100 000 obyvatel. V roce 2013 se v České republice změnila postupy kódování, což mohlo přispět k prudkému nárůstu úmrtnosti související s diabetem v daném roce.

Zdroj: databáze Eurostatu, 2017.

Programy očkování dětí jsou stále komplexní a (povinné) a mají velmi vysokou míru pokrytí, dosahující přibližně 97 až 99 % u záškrtu, tetanu a černého kašle, spalniček a hepatitidy B. Jsou zaměřeny na celou řadu infekčních onemocnění, přičemž očkovací schémata jsou pravidelně aktualizována. Očkování starších osob proti chřipce je však na velmi nízké úrovni a hluboko pod průměrem EU.

Zlepšení kvality akutní péče zůstává rozhodující pro další snížení zátěže nemocí, kterým lze předcházet

Úmrtí na akutní infarkt myokardu a cévní mozkovou příhodu, které je možné odvrátit léčbou, výrazně ubylo po vytvoření specializovaných center pro kardiovaskulární onemocnění na konci minulého desetiletí. Třicetidenní úmrtnost na akutní infarkt myokardu dokonce zaznamenala jeden z nejprudších poklesů v EU a v roce 2015 dosáhla nejnižší úrovně 6,9 ze 100 pacientů. To je méně než v Německu (7,7), Rakousku (7,4) a ve Spojeném království (7,2) (obrázek 10). Třicetidenní úmrtnost na cévní mozkovou příhodu byla v roce 2013 ve srovnání s jinými zeměmi průměrná a mohla by být dále snížena, a to zejména s ohledem na to, že sousední státy Německo a Rakousko dosahují výrazně nižších hodnot.

Navzdory vysoké úmrtnosti na diabetes došlo k jistému zlepšení, co se týká hospitalizací těchto pacientů, kterým se dá předejít. Počet hospitalizovaných se od roku 2009 výrazně snížil (ačkoli se stále pohybuje nad průměrem EU). Kromě toho je relativně nízký počet hospitalizací, kterým se dá předejít, u pacientů trpících astmatem nebo chronickou obstrukční plicní nemocí.

Na rozdíl od zlepšování nemocniční péče se v případě kongestivních srdečních selhání nebo vysokého krevního tlaku ukazuje, že primární péče není účinná v předcházení hospitalizací těchto pacientů. Počet hospitalizací, kterým se dá předejít, značně převyšuje počet ve většině ostatních členských států. Přípravují se nové lékařské postupy, které mají potenciál zlepšit účinnost primární péče v této oblasti.

Nedostatek smysluplných údajů o kvalitě představuje problém, má-li být vyvozena odpovědnost poskytovatelů zdravotní péče

Právní předpisy definují minimální požadavky na technické vybavení a personál v nemocnicích, ovšem pokud je poskytovatelé nespĺňují, nehrozí jim žádné okamžité sankce. Kromě toho vyžaduje Česká republika od poskytovatelů reportování výsledků kvality péče jen v minimálním rozsahu. To znamená, že zdravotní pojišťovny nemohou využít údaje o kvalitě při nakupování a že se pacienti svobodně rozhodují bez přístupu k důležitým informacím.

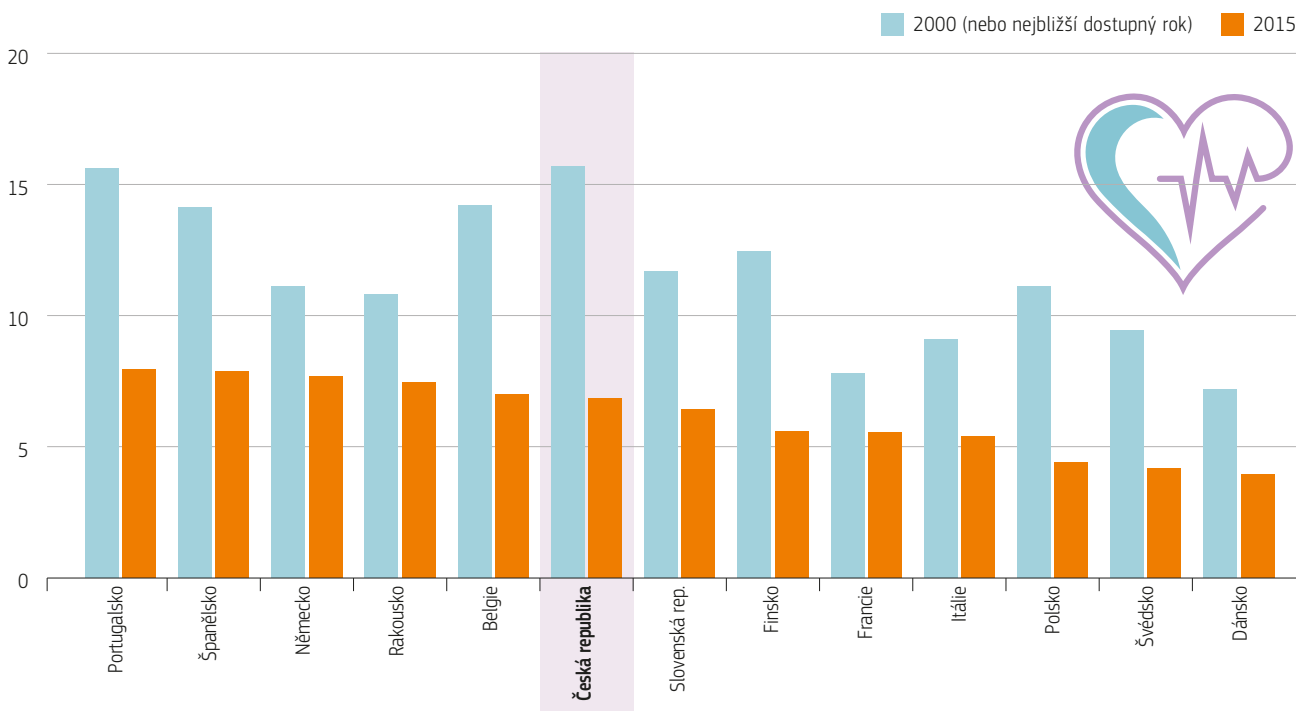
Právní předpisy týkající se bezpečnosti z roku 2011 podnítily vlnu akreditací poskytovatelů splňujících minimální technické požadavky, standardy péče o pacienty, požadavky týkající se řízení lidských zdrojů, řízení kvality a bezpečnosti a hodnocení procesů. Pokročily také projekty v oblasti kontroly kvality a bezpečnosti, jako je systém hlášení nepříznivých událostí a zavedení odvětvových bezpečnostních cílů pro poskytovatele zdravotní péče. Nicméně pokud nebude zvýšena transparentnost, je nepravděpodobné, že by tyto iniciativy dosáhly maximálního možného dopadu. Zavedení národního programu eHealth by toto mělo řešit. Jeho cílem je vyřešit chybějící propojení mezi datovými systémy souvisejícími se zdravím, neexistenci systematického monitorování výkonnosti a kvality a propojení těchto systémů se strategickým plánováním.

5.2. DOSTUPNOST

Stát hradí pojistné za ekonomicky neaktivní jedince v zájmu zajištění všeobecné dostupnosti zdravotní péče

Český zdravotní systém poskytuje prakticky všeobecné pokrytí, přičemž stát hradí pojistné za téměř 60 % celé populace (takzvaní „státní pojištěnci“). Tato skupina je z velké části ekonomicky neaktivní a zahrnuje děti, studenty, rodiče na rodičovské dovolené, důchodce, nezaměstnané, vězně a žadatele o azyl. Příspěvky, které takto hradí stát, jsou financovány prostřednictvím všeobecných daní, avšak tvoří pouze čtvrtinu všech příjmů veřejného zdravotního pojištění.

Obrázek 10. V České republice byla podstatně snížena úmrtnost na akutní infarkt myokardu



Poznámka: Čísla udávají standardizovanou úmrtnost na 100 obyvatel, 45 let a starší. Na základě údajů o hospitalizacích.

Zdroj: Statistiky OECD v oblasti zdraví, 2017.

Podíl neuspokojené potřeby zdravotní péče je velmi nízký a mezi jednotlivými příjmovými skupinami jsou jen malé rozdíly

V roce 2015 byl podíl českých respondentů uvádějících neuspokojenou potřebu lékařské prohlídky nebo péče kvůli nákladům, vzdálenosti nebo čekacím dobám mezi nejnižšími v EU (obrázek 11). Navíc rozdíly mezi příjmovými kvintily byly mnohem menší než ve většině ostatních zemí.

Minimální bariéry pro získání přístupu k velkorysému rozsahu hrazených služeb.

Rozsah hrazených zdravotních služeb je rozsáhlý a štědrý a bariéry omezující dostupnost péče praktického lékaře a specialisty jsou nízké (žádné spolufinancování, praktický lékař nefunguje jako hlídač vstupu do systému), díky čemuž je zdravotní péče velmi dobře dostupná. Rozsah hrazených služeb v roce 2017 zahrnuje nemocniční a ambulantní péči, léčiva na lékařský předpis, rehabilitaci, domácí ošetrovatelskou péči a osobní péči, základní zubní péči, zdravotní pomůcky a zdravotnické prostředky, očkování a screening, péči o matku a lázeňskou péči.

Rozsah hrazených služeb, absence role praktického lékaře jako „gatekeepera“ a malý podíl přímých výdajů někteří vnímají jako příčinu neudržetelně vysokého počtu ambulantních návštěv (viz oddíl 4), třebaže je pravděpodobné, že k tomu přispívají také kulturní faktory a nabídkou vyvolaná poptávka. Debata je čím dál více politizovaná a vláda podniká kroky směřující k racionalizaci zdrojů a k posílení kontroly nákladů (viz rámeček 1).

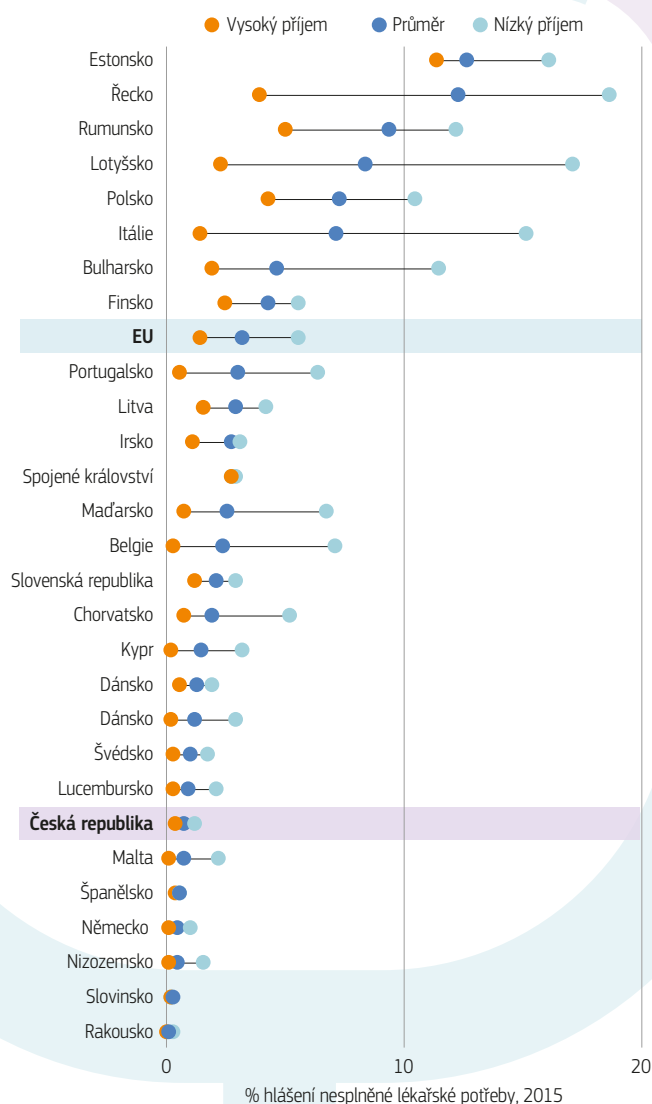
Nízká přímá spoluúčast přispívá k dobré celkové finanční ochraně

Jak bylo uvedeno v oddílu 4, přímé soukromé výdaje jsou nízké (14,8 % celkových výdajů na zdravotnictví), přičemž nejvýznamnější podíl tvoří spoluúčast na léčivech (50 % přímých výdajů v roce 2015). Zároveň existují stropy pro přímou spoluúčast na ochranu rizikových skupin. V roce 2015 byly přímé soukromé výdaje pod průměrem EU a představovaly jen 2 % konečné spotřeby domácností, čímž je zajištěna vysoká úroveň finanční ochrany. Mezi lety 2008 a 2013 byl proveden krátký experiment, v rámci něhož byly zavedeny velmi nízké poplatky za návštěvu u lékaře (1 EUR) a den pobytu v nemocnici (3 EUR). Výsledkem byl však velmi silný politický odpor i odpor veřejnosti a poplatky byly nakonec zrušeny.

I když prakticky neexistují neuspokojené potřeby zdravotní péče, nerovné rozmístění zdravotních služeb může vyvolávat obavy

Ačkoli jsou ve srovnání s průměrem EU hlášeny jen malé geografické překážky bránící přístupu k péči, zdravotničtí pracovníci jsou nerovnoměrně rozmístěni. V Praze je počet specialistů na 1 000 obyvatel oproti venkovským oblastem více než dvojnásobný. Důležitou roli hrají také čekací doby. I když čekací doby nejsou udávány jako příčina neuspokojených potřeb, byla v roce 2012 pro některé procedury stanovena maximální čekací doba. O čekacích dobách je však k dispozici

Obrázek 11. Česká republika patří mezi nejspravedlivější státy, pokud jde o neuspokojenou potřebu



Poznámka: Údaje se vztahují k neuspokojené potřebě lékařské prohlídky kvůli nákladům, vzdálenosti nebo čekacím dobám. Při srovnávání údajů v jednotlivých zemích je nutná obezřetnost, jelikož se mohou lišit nástroje použité v rámci provedeného průzkumu.

Zdroj: Databáze Eurostatu podle EU-SILC (údaje se vztahují k roku 2015).

málo informací a pacienti je při výběru nemocnice obvykle nemají v dispozici – třebaže některé zdravotní pojišťovny nabízejí informace o nasmlouvaných objemech a kapacitách nemocnic.

Mobilita pacientů pravděpodobně vyvažuje znepokojení pacientů ohledně kvality a čekacích dob. Pacienti se mezi jednotlivými kraji skutečně hojně přesunují, jejich hlavní destinací je nejčastěji hlavní město Praha. V případě jiných krajů, jako např. kraj Liberecký (na hranici s Německem), se pacienti významně podílejí na hospitalizacích v sousedních krajích (MZČR, 2016a). To může poukazovat na místní nedostatek vysoce kvalitních služeb, nicméně na základě omezených údajů, které jsou k dispozici, to nelze náležitě posoudit.

RÁMEČEK 1. MECHANISMY KONTROLY NÁKLADŮ NA ZDRAVOTNÍ PÉČI

Česká republika hledá způsoby, jak udržet nízké náklady při velmi rozsáhlém balíčku hrazených zdravotních služeb a poměrně vysokém počtu ambulantních návštěv a hospitalizací. Patří mezi ně snaha o racionalizaci věcného plnění prostřednictvím:

Vyloučení „jiných než základních“ služeb: Od roku 1997 byla řada procedur a služeb přímo nebo nepřímo vyloučena, jako např. kosmetická chirurgie, akupunktura či dobrovolné přerušování těhotenství. Dále se jedná o některá léčiva a zdravotní pomůcky, jejichž seznam se každý rok mění.

Každoročního jednání o podmínkách úhrad a cenách zdravotní péče: Zdravotní pojišťovny a poskytovatelé zdravotní péče každý rok vyjednávají o úhradách zdravotní péče. Proces je velmi neefektivní a málokdy je dosažena shoda. V takovém případě ministerstvo zdravotnictví vydává úhradovou vyhlášku, v níž stanoví ceny a někdy také omezí objem služeb, které mohou poskytovatelé poskytnout. Jedná se o formu kontroly nákladů, i když se tím poskytovatelé mohou dostat do obtížné finanční situace.

Seznamu zdravotních výkonů, který funguje jako pozitivní seznam a pomyslný mechanismus pro omezení rozsahu hrazených služeb. V roce 2013 zahrnoval více než 3 800 položek. Služby, které nejsou v seznamu vymezeny, mohou být přesto hrazeny v případě, že se jedná o zvláštní potřebu.

5.3. STABILITA A FLEXIBILITA SYSTÉMU⁷

Stárnutí populace a náchylnost k ekonomickým krizím představuje výzvu fungujícímu systému financování zdravotní péče

Český systém financování je z dlouhodobého hlediska stále zranitelný, jak bylo konstatováno ve zprávě Evropské komise o České republice z roku 2017. Důvodem je zejména očekávaný dopad veřejných výdajů v souvislosti se stárnutím obyvatelstva (zdravotní péče a důchody). Systém financování je ale také zranitelný kvůli fluktuaci pracovních sil a relativně úzce definované příjmové základně. V minulosti to způsobilo potíže se solventností, obzvláště v návaznosti na finanční krizi z roku 2008. Ztráta příjmů z pojistného od zaměstnanců byla tak velká, že vláda zdravotním pojišťovnám poskytla úvěry (včetně zvláštního úvěru pro největší pojišťovnu VZP) a zvýšila příspěvky státu na osobu za takzvané státní pojištěnce (viz oddíl 5.2). Co je klíčové, tyto státní pojištěnci, za které je plátcem pojistného stát, tvoří téměř dvě třetiny všech pojištěných osob. Ale platba státu za ně představuje jen kolem 20–25% celkových příjmů veřejného zdravotního pojištění. Navzdory půjčkám nebyla podpora státu financovaná z daní dost vysoká na to, aby zcela vyvážíla ztracený příjem, a pojišťovny byly povinny použít k financování výdajů také vlastní rezervy.

Chybí politická shoda ohledně řešení dlouhodobé udržitelnosti

Udržitelné financování zdravotní péče je (snad nejvíce) významným problémem, s nímž se český zdravotní systém potýká, zvláště v situaci, kdy populace rychle stárne, v důsledku čehož se očekává nárůst poptávky po dlouhodobé péči. Panuje však velká politická neshoda ohledně řešení této otázky, jelikož některé strany prosazují větší soukromé výdaje na zdravotnictví a jiné proti nim důrazně protestují. Experiment s poplatky

u lékařů a v nemocnicích v období 2008–2013 byl mírný a přímé soukromé výdaje zůstaly nízké, avšak tato iniciativa se ukázala být velice nepopulární. Rozdílnost názorů přetrvává a zatím nebyly výslovně vzneseny žádné návrhy alternativních způsobů získání dodatečných finančních prostředků.

Je třeba posílit stabilitu a flexibilitu pracovní síly

Vláda obecně nedisponuje nástroji plánování lidských zdrojů. Nejsou zavedeny žádné účinné mechanismy pro řešení stárnutí pracovní síly ve zdravotnictví, migrace odborníků ani nedostatků pracovní síly ve venkovských oblastech. Přestože ministerstvo zdravotnictví (a krajské samosprávy) mají programy podpory odborného vzdělávání a iniciativy v podobě stipendií a spravují seznam volných míst praktických lékařů, většina pozic (převážně) ve venkovských oblastech zůstává neobsazena a odborníci nadále směřují do městských oblastí (MŽČR, 2016b; viz také oddíl 4).

Kapitálové investice nejsou pro zachování efektivní infrastruktury dostačující

Tvorba hrubého fixního kapitálu byla v České republice v roce 2014 pod průměrem EU a byla pocíťována silná potřeba bezodkladných investic, zejména do zařízení dlouhodobé péče. Překážky pro investice do dlouhodobé péče jsou však zvyšovány sdílením odpovědnosti mezi sektory zdravotnictví a sociální péče, což omezuje rozhodování. Obecně jsou však odborné znalosti v oblasti kapitálových investic omezené. Odpovědnost za kapitálové investice je na poskytovatelích, kteří toho však mnohdy nejsou schopni, protože příjmy z úhrad od zdravotních pojišťoven v mnoha případech neumožňují vytvoření patřičných rezerv. Nemocnice ve veřejném vlastnictví sice mohou požádat o investiční dotace a na úrovni EU v této oblasti existuje řada iniciativ, není ale jasné, zda a jak budou tyto příležitosti využity a zda vyřeší otázku zastaralých zařízení.

7. Stabilita a flexibilita znamená schopnost systému zdravotní péče účinně se přizpůsobovat měnícímu se prostředí, náhlým otřesům, změnám nebo krizím.

Existuje prostor pro velká zlepšení efektivity

Je několik způsobů, jak nahlížet na technickou efektivitu českého zdravotnictví, a mnoho z nich naznačuje prostor pro zlepšení. Zaprvé, souvisejí-li výdaje na zdravotnictví s odvratitelnou úmrtností (obrázek 12) a porovnáme-li výdaje ČR se zeměmi, které vynakládají podobnou částku na osobu, např. Portugalsko a Slovinsko, je na tom český systém špatně, jelikož ostatní za stejné peníze dosahují mnohem lepší míry odvratitelné úmrtnosti (ačkoli s výhradou, že úroveň odvratitelné úmrtnosti je ovlivněna chováním ve vztahu ke zdraví, jakož i faktory systému zdravotní péče).

Stejně tak je při pohledu na sektor nemocniční péče (která představuje 26,3 % celkových výdajů ve srovnání s 29,5 % v EU) jasné, že je třeba zvýšit efektivitu. Průměrná délka pobytu v nemocnici 9,3 dne (2015) nadále výrazně převyšuje průměr EU (8 dnů) a počet nemocničních lůžek (celkový počet i počet akutních lůžek) je také nadprůměrný (i když obě hodnoty v posledních letech klesly), zatímco obsazenost lůžek je mírně pod průměrem EU.

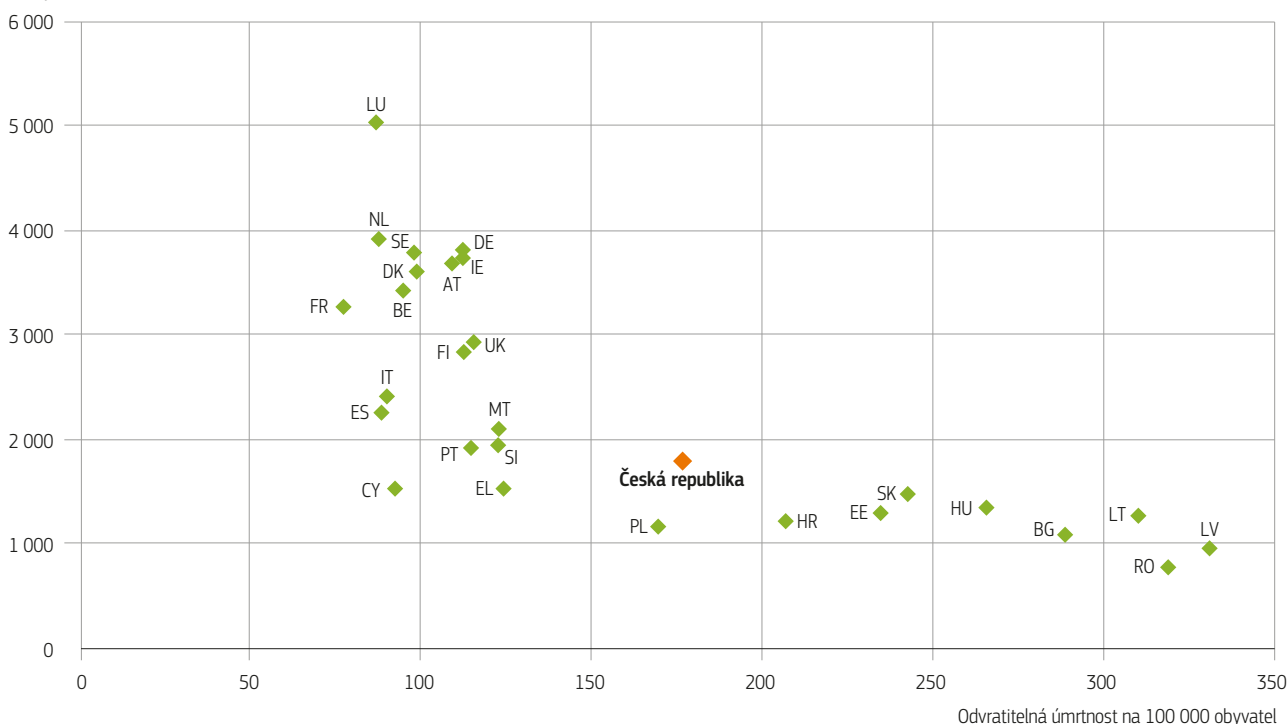
Sektor ambulantní péče je o něco větší než průměr EU (32,7 % celkových výdajů ve srovnání s 29,8 % v EU) a vyznačuje se vysokým počtem ambulantních návštěv, což opět nasvědčuje tomu, že lze dosáhnout úspor. Povzbudivá je však skutečnost, že došlo k prudkému nárůstu objemu jednodenní chirurgie. Oproti průměru EU, který činil 81 %, bylo například 95 % operací šedého zákalu provedeno ambulantně.

Léčiva by za danou cenu mohla mít vyšší hodnotu

Zdravotnické produkty se sice podílejí na celkových výdajích na zdravotnictví podobnou měrou, jako je průměr EU, ale mohlo by být zlepšeno zadávání veřejných zakázek na léky, a tak i zvýšena hodnota za vynaložené peníze. I když je míra využití generických léčivých přípravků při 42% podílu na celkovém objemu trhu pod průměrnou hodnotou, kterou vykazují země, u nichž je tento ukazatel k dispozici (48 % v roce 2017, viz také obrázek 13), nepředstavuje to reálnou zátěž pro veřejné zdravotní pojištění, protože zdravotní pojišťovny platí za originální lék a generikum stejně. Zavedení formálního systému hodnocení zdravotnických technologií by nicméně pomohlo při určování, která léčiva by měla být pokryta z veřejného zdravotního pojištění.

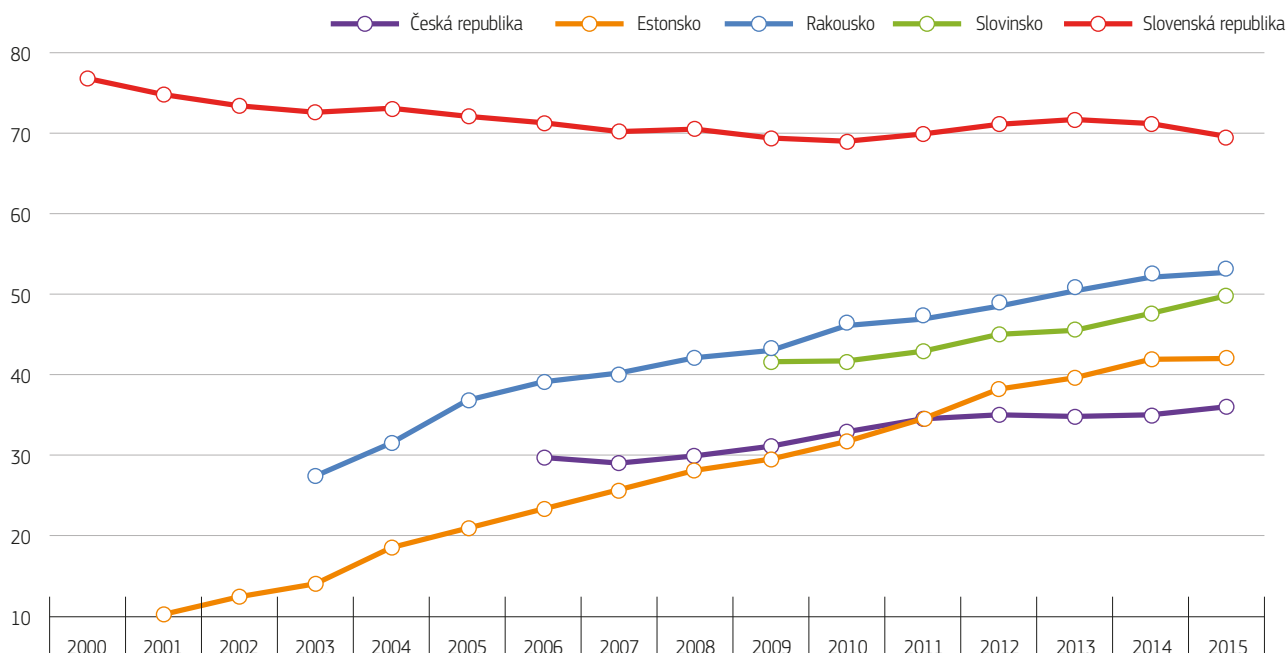
Obrázek 12. Dokonce i při současné výši výdajů by výsledky České republiky v oblasti odvratitelné úmrtnosti mohly být lepší

Výdaje na zdravotnictví na osobu, EUR PPP



Zdroje: Statistiky OECD v oblasti zdraví; databáze Eurostatu; celosvětová databáze výdajů na zdravotnictví WHO (údaje se vztahují k roku 2014).

Obrázek 13. Tržní podíl generik je v České republice obecně menší než v jiných zemích



Poznámky: Údaje týkající se České republiky, Slovenské republiky a Estonska se vztahují k farmaceutickému trhu jako celku. Údaje týkající se Rakouska se vztahují k trhu s hrazenými léčivými. Údaje týkající se Slovinska se vztahují ke komunitnímu lékárenskému trhu.

Zdroj: Statistiky OECD v oblasti zdraví, 2017.

Řešení hlavních problémů závisí na dosažení shody ohledně dlouhodobé vize

Vláda a parlament by obecně mohly být efektivnější, což by vedlo k rychlejšímu zavádění reformy a aktivnějšímu řešení důležitých otázek, jako jsou příjmy, stárnutí obyvatel nebo pracovní síla. Některé z těchto problémů existují od samého počátku systému na začátku 90. let 20. století. Neexistuje však žádná společná politická vize, kterou by mohly podporovat politické strany napříč spektrem (a různé zúčastněné subjekty v systému zdravotnictví). Existují pouze dílčí dlouhodobé strategie, jako je strategie *Zdraví 2020*, zaměřená na cíle související s veřejným zdravím. Ministerstvo zdravotnictví zastává v systému zdravotní péče silnou vedoucí úlohu, na rozhodování se ale podílejí také další subjekty, krajské samosprávy a nezávislé subjekty, jako je lékařská komora, které netáhnou vždy za jeden provaz.

Hluboce zakořeněný společenský závazek prosazovat možnost volby a volný přístup, které jsou zakotveny v Ústavě jako cíle systému zdravotní péče, znesnadňují řešení základních otázek, jako je zavedení role „gatekeepera“ v primární péči.

Více informací by zvýšilo odpovědnost a transparentnost

Rozvoj a sdílení ukazatelů kvality zdravotní péče mezi sektory by přispělo ke zlepšení výkonnosti, ale také by umožnilo (lepší) možnost volby mezi poskytovateli zdravotní péče a zdravotními pojišťovnami. Údaje o jednotlivých poskytovatelích, jejich nákladech a výsledcích jsou však stále nedostačující. Ministerstvo zdravotnictví a přidružené subjekty pravidelně vydávají zprávy o zdravotním stavu obyvatelstva a výkonnosti systému zdravotní péče, ale podrobnější a transparentnější hodnocení a zavedení měřitelných cílů by tyto zprávy a jejich dopad posílilo a zvýšilo odpovědnost.



6 Hlavní zjištění

- Český systém zdravotnictví dosáhl výrazného pokroku v oblasti zdraví obyvatelstva. Navzdory historicky vysoké úmrtnosti na určitá onemocnění se většina ukazatelů souvisejících se zdravím přibližuje k průměru EU. Vzhledem k nedávnému vývoji v oblasti míry přežití pacientů s rakovinou a třicetidenní úmrtnosti na kardiovaskulární onemocnění navíc tento trend pravděpodobně bude pokračovat. Ukazatelé odvrátitelné úmrtnosti poskytují smíšenější obraz. Rostoucí výskyt diabetu je znepokojivý, stejně jako vysoká úmrtnost při dopravních nehodách a na onemocnění jater.
- Systém péče o zdraví veřejnosti v posledních pěti letech rozšířil svou úlohu a nyní nese odpovědnost za neinfekční onemocnění. Avšak činnost zaměřená na řešení vysoké prevalence rizikových faktorů je dosud v počátcích. Byly posíleny právní předpisy o kontrole tabáku, ovšem programy zaměřené na konzumaci alkoholu a rostoucí obezitu svou účinnost teprve musí prokázat.
- Česká republika udržuje finanční ochranu obyvatel na vysoké úrovni pomocí všeobecného pokrytí pojištěním, velmi štědrého rozsahu hrazených služeb a nízkých přímých výdajů. Existují právní předpisy na ochranu zranitelných skupin, včetně ročního stropu na přímou spoluúčasť pro nízkopříjmové domácnosti. V důsledku toho je míra zdravotních potřeb neuspokojených z finančních důvodů jednou z nejnižších v EU.
- Vystávají však otázky ohledně přiměřenosti stávajícího systému financování zdravotnictví, zejména vzhledem k úzce definované příjmové základně, zranitelnosti systému v důsledku krizí a pravděpodobnému dopadu stárnutí obyvatelstva na míru závislosti a výši příspěvků pojistného do systému.
- Obavy vyvolává také stárnutí zdravotnické pracovní síly, nerovnoměrné rozmístění lékařů, migrace do zahraničí, nedostatek praktických lékařů ve venkovských oblastech a vzdálenost, kterou je při cestách za zdravotní péčí nutné urazit. Zvláštním důvodem ke znepokojení jsou počty lékařů poskytujících primární péči, jelikož tato specializace není pokládána za atraktivní. Všechny tyto faktory vyvolávají otázky ohledně dlouhodobé dostupnosti zdravotních služeb a potenciálních překážek v přístupu ke zdravotní péči. Komplexní řešení by se soustředilo na odborné vzdělávání, politiku zaměřenou na udržení pracovní síly a pobídkové programy s cílem zabránit nedostatečné nabídce ve střednědobém a dlouhodobém horizontu.
- Infrastruktura dlouhodobé péče se vyznačuje rozdíly mezi kraji a potřebou modernizace. Je nezbytné rozšířit poskytování dlouhodobé péče, aby lidé mohli být léčeni ve svých komunitách a doma, a posílit koordinaci a propojení péče v oblasti zdravotních a sociálních služeb a mezi různými poskytovateli. V současné době existuje jen nízký stupeň koordinace mezi poskytovateli, která je dále omezována nedostatečnými řešeními elektronického zdravotnictví. Nedávno přijaté právní předpisy zaměřené na řešení tohoto problému by mohly být krokem správným směrem.
- Česká republika vykazuje dobré výsledky, pokud jde o efektivní přidělování zdrojů různým sektorům péče. Je zde však skutečný prostor pro zlepšení technické efektivity. Primární péče by mohla být posílena, aby poskytovala nákladově neefektivnější péči a stala se účinným hlídačem vstupu do systému (gatekeeping). Nemocnice by mohly snížit počet lůžek a zlepšit ukazatele jako průměrnou délku pobytu nebo míru obsazenosti lůžek. Systém hodnocení zdravotnických technologií by mohl být vyvinut s cílem zlepšit rozhodování týkající se rozsahu pojištění.



Hlavní zdroje

Alexa, J. et al., „Czech Republic: Health System Review“, *Health Systems in Transition*, sv. 17(1), 2015, s. 1–165.

OECD/EU, *Health at a Glance: Europe 2016: State of Health in the EU Cycle*, OECD Publishing, Paříž, 2016, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264265592-en>.

Odkazy

Bruthans, J. et al., „Explaining the Decline in Coronary Heart Disease Mortality on the Czech Republic between 1985 and 2007“, *European Journal of Preventive Cardiology*, sv. 21(7), 2014, s. 829–839, <http://dx.doi.org/10.1177/2047487312469476>.

ČLS-JEP, „Společnosti a spolky lékařů | Statistika členské základny OS a SL ČLS JEP“, Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně, z.s., 2017, <http://www.cls.cz/prehled-clenu>.

Institut pro měření a vyhodnocování zdraví, „Global Health Data Exchange“, Institute for Health Metrics and Evaluation, 2016, dostupné na <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>.

MZČR, *Standardizované počty hospitalizací v krajích České republiky a základní charakteristiky variability regionálních rozdílů* [standardizované počty hospitalizací ve všech českých krajích podle diagnóz mezi lety 2007 a 2011], Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2016a.

MZČR, *Seznam oblastí s omezenou dostupností zdravotních služeb praktických lékařů nebo praktických lékařů pro děti a dorost*, Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2016b.

Sovinová, H. a L. Csémy, *Užívání tabáku v České republice 2015*, SZÚ, Praha, 2016, http://www.szu.cz/uploads/documents/czpzp/zavislosti/Uzivani_tabaku_2015.pdf.

ÚZIS, *Zdravotnická ročenka Ústeckého kraje 2013*, Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, Praha, 2014, <http://www.uzis.cz/cr-kraje/kraje/ustecky-kraj>.

Vandenheede, H. et al., „Socioeconomic Inequalities in All-cause Mortality in the Czech Republic, Russia, Poland and Lithuania in the 2000s: Findings from the HAPIEE Study“, *Journal of Epidemiology and Community Health*, sv. 68, 2014, s. 297–303.

Seznam zkratk zemí

Belgie	BE	Finsko	FI	Lotyšsko	LV	Polsko	PL	Slovenská republika	SK
Bulharsko	BG	Francie	FR	Lucembursko	LU	Portugalsko	PT	Slovinsko	SI
Česká republika	CZ	Irsko	IE	Maďarsko	HU	Rakousko	AT	Španělsko	ES
Chorvatsko	HR	Itálie	IT	Malta	MT	Řecko	EL	Spojené království	UK
Dánsko	DK	Kypr	CY	Německo	DE	Rumunsko	RO	Švédsko	SE
Estonsko	EE	Litva	LT	Nizozemsko	NL				



State of Health in the EU

Zdravotní profil země 2017

Profily zemí jsou významným krokem v dvouletém cyklu Evropské komise nazvaném Zdravotní stav v EU a jsou výsledkem spolupráce mezi Organizací pro hospodářskou spolupráci a rozvoj (OECD) a *European Observatory on Health Systems and Policies*. Tato řada byla koordinována Komisí a vytvořena za finanční podpory Evropské unie.

Stručné, politicky relevantní profily zemí jsou založeny na transparentní a jednotné metodice a využívají jak kvantitativní, tak kvalitativní údaje, ovšem jsou flexibilně přizpůsobeny souvislostem v jednotlivých členských státech EU. Cílem je vytvoření prostředí vzájemného učení a dobrovolných výměn podporujících úsilí členských států při tvorbě politik založených na důkazech.

Každý profil země poskytuje stručnou syntézu:

- zdravotního stavu v zemi,
- faktorů ovlivňujících zdraví s důrazem na behaviorální rizikové faktory,
- organizace systému zdravotnictví,
- účinnosti, dostupnosti a stability a flexibility zdravotnického systému.

Toto je první řada profilů zemí, vypracovaných jednou za dva roky, zveřejněná v listopadu 2017. Komise hlavní zjištění těchto profilů zemí doplňuje o průvodní zprávu.

Pro více informací viz: ec.europa.eu/health/state/summary_cs

Prosím citujte tuto publikaci jako:

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2017), *Česká republika: zdravotní profil země 2017*, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264285125-cs>

ISBN 9789264285125 (PDF)

Series: State of Health in the EU

ISSN 25227041 (online)

Note: In the event of any discrepancy between the original version of this work published in English and the translation, only the text of the original work should be considered valid.