



State of Health in the EU

ČESKO

Zdravotní profil země 2025

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 výměny znalostí. Vydání Country Health Profiles z roku 2025 obsahuje speciální část věnovanou farmaceutické politice.

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 sítě projektu Health Systems and Policy Monitor, zdravotnímu výboru OECD a expertní skupině EU pro hodnocení výkonnosti zdravotních systémů (HSPA).

Obsah

1	Hlavní informace	1
2	Zdraví v Česku	2
3	Rizikové faktory	5
4	Zdravotní systém	6
5	Výkonnost zdravotního systému	9
6	Zaměřeno na léčiva	17
7	Klíčová zjištění	21

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), European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), z šetření Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC), the Survey of Health,

Ageing and Retirement in Europe (SHARE), European Cancer Information System (ECIS) a Světové zdravotnické organizace (WHO), jakož i z dalších 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 2025 na základě údajů dostupných v první polovině září 2025.

Demografické a socioekonomické souvislosti v Česku, 2024

Demografické faktory	Česko	EU
Velikost populace	10 900 555	449 306 184
Podíl obyvatel starších 65 let	21 %	22 %
Míra plodnosti ¹ (2023)	1,5	1,4
Socioekonomické faktory		
HDP na obyvatele (EUR PPP ²)	36 243	39 675
Riziko chudoby nebo sociálního vyloučení ³	11,3 %	20,9 %

- Počet narozených dětí připadající na jednu ženu ve věku 15–49 let.
- Parita kupní síly (PPP) je definována jako kurz pro přepočtení měn, který vyrovnává kupní sílu měn odstraněním rozdílů mezi cenovými hladinami v jednotlivých zemích.
- Riziko chudoby nebo sociálního vyloučení (AROPE) je podíl osob, které jsou buď ohroženy chudobou, trpí závažným materiálním a sociálním znevýhodněním, nebo žijí v domácnosti s velmi nízkou pracovní intenzitou.

Zdroj: Databáze Eurostatu.

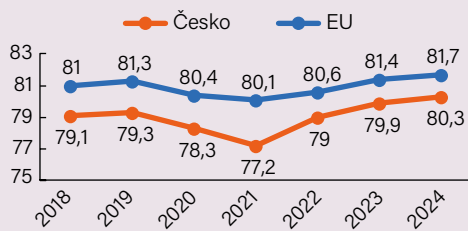
Prohlášení o vyloučení odpovědnosti: Za vydání této práce odpovídá generální tajemník OECD. Vyjádřené názory a použité argumenty nemusí nutně odrážet oficiální stanoviska členských zemí OECD. Názory a stanoviska vyjádřená v publikacích European Observatory on Health Systems and Policies nemusí nutně představovat oficiální názory zúčastněných organizací.

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

Názvy a zastoupení zemí a území použitá v této společné publikaci jsou v souladu se zvyklostmi WHO. Tento dokument, jakož i veškeré údaje a mapy v něm obsažené, se nedotýkají statusu nebo svrchovanosti jakéhokoli území, vymezení mezinárodních hranic a názvů jakýchkoli území, měst nebo oblastí. Specifická územní prohlášení se vztahují na OECD a jsou k dispozici na následujícím odkazu: <https://www.oecd.org/en/about/terms-conditions/oecd-disclaimers.html>. Platí další prohlášení pro WHO.

Tento překlad byl zkontrolován z hlediska terminologie a srozumitelnosti. V případě rozporu mezi tímto překladem a anglickým originálem má přednost anglický text.

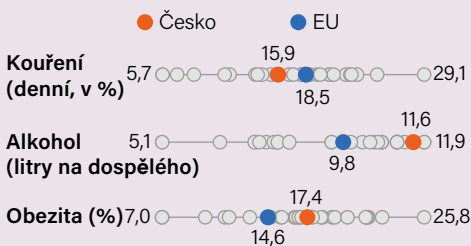
1 Hlavní informace



Střední délka života při narození

Zdravotní stav

Střední délka života při narození se v Česku v posledních dvou desetiletích před pandemií zvýšila o více než čtyři roky, avšak mezi lety 2019 a 2021 prudce klesla o více než dva roky. Do roku 2024 se plně zotavila a dosáhla 80,3 let, což je mírně nad úroveň před pandemií, ale stále téměř o jeden a půl roku pod průměrem EU. Výrazný rozdíl mezi ženami a muži přetrvává, přičemž ženy žijí téměř o šest let déle než muži, což je větší rozdíl než průměr v EU.

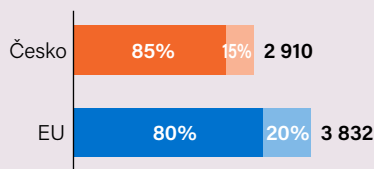


Dospělí, 2022 (nebo nejbližší rok)

Rizikové faktory

Zatímco Česko úspěšně snížilo míru kouření dospělých pod průměr EU, spotřeba alkoholu zůstává trvale vysoká a za poslední desetiletí došlo jen k malému pokroku. Kromě toho míra obezity mezi dospělými přesahuje průměr EU, což odráží nezdravé stravovací návyky a nedostatek fyzické aktivity. Tyto behaviorální rizikové faktory se častěji vyskytují u lidí s nižší úrovní vzdělání a příjmu, čímž dále prohlubují významné nerovnosti zdraví napříč populací.

■ Vládní/povinné systémy ■ Soukromé zdroje



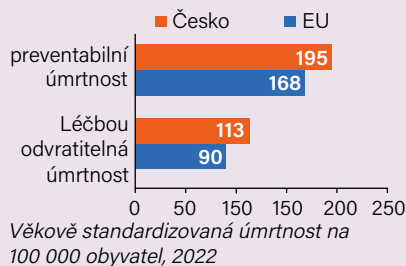
Výdaje na zdravotnictví na obyvatele (EUR PPP), 2023

Zdravotní systém

V roce 2023 byly výdaje na zdravotnictví v přepočtu na obyvatele v Česku téměř o čtvrtinu nižší než průměr EU a představovaly 8,4 % HDP. Ačkoli jsou celkové výdaje nižší, český systém zdravotní péče zůstává silně závislý na veřejném financování, které představuje 85 % všech výdajů na zdravotnictví. Zatímco výdaje na ambulantní péči odpovídají průměru EU, výdaje na dlouhodobou péči výrazně zaostávají a na preventivní zdravotní péči připadá méně než 3 % celkových výdajů na zdravotnictví.

Výkonnost zdravotního systému

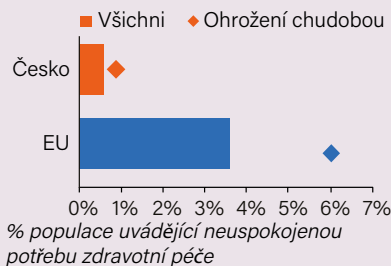
Efektivita



Věkově standardizovaná úmrtnost na 100 000 obyvatel, 2022

V roce 2022 v Česku míra úmrtnosti, které bylo možné předejít, výrazně překročila průměr EU, což naznačuje potřebu lepší prevence a zdravotní péče. Úmrtnost z preventabilních příčin byla o 16 % vyšší než průměr EU, přičemž hlavními faktory byly rakovina plic, ischemická choroba srdeční a onemocnění související s alkoholem. Úmrtnost z léčbou odvrátitelných příčin byla o 26 % vyšší, zejména kvůli ischemické chorobě srdeční, rakovině tlustého střeva a konečníku a pneumonii.

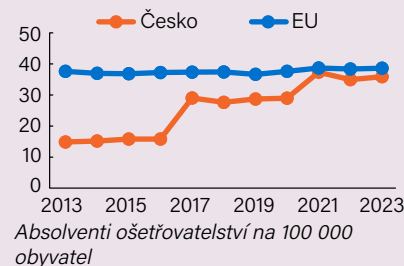
Dostupnost



% populace uvádějící neuspokojenou potřebu zdravotní péče

Česko vykazuje jednu z nejnižších úrovní neuspokojených potřeb lékařské a zubní péče v EU, což odráží komplexnost služeb pokrytých veřejným zdravotním pojištěním s minimální spoluúčastí. Tento pozitivní obraz je však narušen absencí celostátního systému pro sledování čekacích dob, v kterých údajně existují regionální rozdíly. Navzdory nedávnému obratu v průměrném věku praktických lékařů představuje stárnutí zdravotnických pracovníků hrozbu pro dostupnost péče v některých regionech.

Odolnost



Absolventi ošetrovatelství na 100 000 obyvatel

V reakci na stárnutí zdravotnických pracovníků Česko rozšiřuje své vzdělávací kapacity. Výrazné navýšení finančních prostředků pro lékařské fakulty vedlo k 20% nárůstu počtu studentů prvního ročníku, přičemž první ročník po rozšíření kapacit absoluuje v roce 2025. Zvýšil se také počet absolventů ošetrovatelství, přičemž v roce 2025 bylo schváleno navýšení financování ošetrovatelských škol, aby se dále posílil počet nových zdravotních sester.

Zaměřeno na léčiva

Přímé soukromé výdaje zůstávají v sektoru léčiv v Česku poměrně vysoké, i když zákonné limity omezují finanční zatížení pacientů za léky na předpis. Rostoucí podíl výdajů se přesouvá do nemocnic, což odráží zvýšené využívání nákladných specializovaných terapií financovaných z vyčleněných rozpočtů zdravotních pojišťoven. Na straně nabídky je silné využívání generik a biosimilárních léků, podporované přísnou cenovou regulací a dobře sladěnými pobídkami, které upřednostňují nízkonákladové možnosti. Naproti tomu domácí investice do výzkumu a vývoje a výrobní kapacity jsou relativně omezené, a to navzdory roli Česka jako významného centra klinických studií.

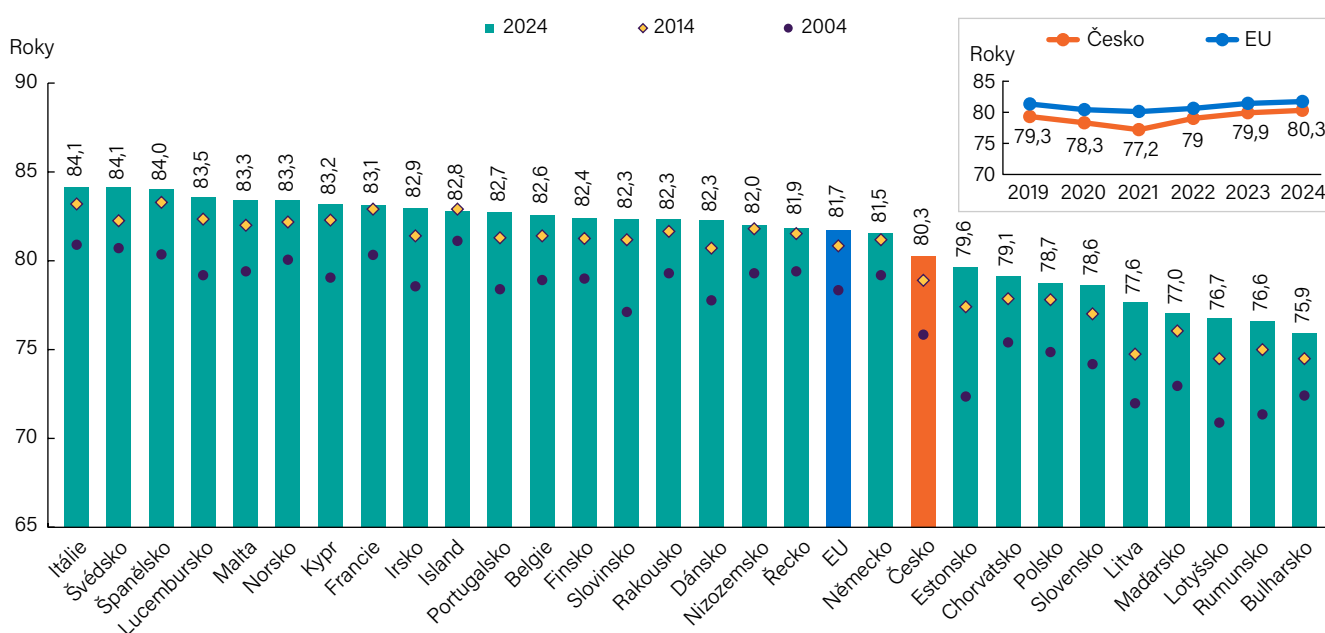
2 Zdraví v Česku

Střední délka života dosáhla vyšší úrovně než před pandemií, ale zůstává pod průměrem EU

V roce 2024 dosáhla střední délka života v Česku 80,3 let, což je o 1,4 roku méně než průměr EU, který činil 81,7 let (Obrázek 1). Tato úroveň odráží dynamický vývoj: střední délka života se během dvaceti let před pandemií COVID-19 zvýšila o více než čtyři roky, mezi lety 2019 a 2021 prudce poklesla o více než dva roky a následně

se opět zvýšila, až o jeden rok překročila úroveň před pandemií. V roce 2024 mohly ženy v Česku očekávat průměrnou délku života 83,2 let, což je téměř o šest let více než muži. Tento rozdíl mezi ženami a muži, který je větší než průměr EU (5,2 let), odráží přetrvávající rozdíly mezi ženami a muži v klíčových behaviorálních rizikových faktorech, jako je kouření a nadměrná konzumace alkoholu (oddíl 3).

Obrázek 1. Střední délka života v Česku dosáhla 80,3 let, ale zůstává pod průměrem EU



Poznámky: Průměr EU je vážený. Údaje za Irsko za rok 2024 se vztahují k roku 2023. Zdroj: Eurostat (demo_mlexpec).

Kardiovaskulární onemocnění zůstávají hlavní příčinou úmrtí v Česku i přes výrazný pokles

Nárůst střední délky života v Česku před pandemií byl do značné míry způsoben výrazným poklesem úmrtnosti na kardiovaskulární onemocnění, což byl trend, který převážně pokračoval i během pandemie. Navzdory tomuto pokroku zůstala kardiovaskulární onemocnění v roce 2023 hlavní příčinou úmrtí, která byla zodpovědná za téměř 39 % všech úmrtí (Obrázek 2). V této kategorii měly největší podíl ischemické choroby srdeční (16 %), následované cévními mozkovými příhodami (asi 6 %). Rakovina byla v roce 2023 druhou nejčastější příčinou úmrtí, která představovala více než 24 % všech úmrtí; mezi rakovinami zůstala nejčastější příčinou úmrtí rakovina plic, následovaná rakovinou tlustého střeva a konečníku. Třetí nejčastější příčinou úmrtí byla onemocnění dýchacích cest.

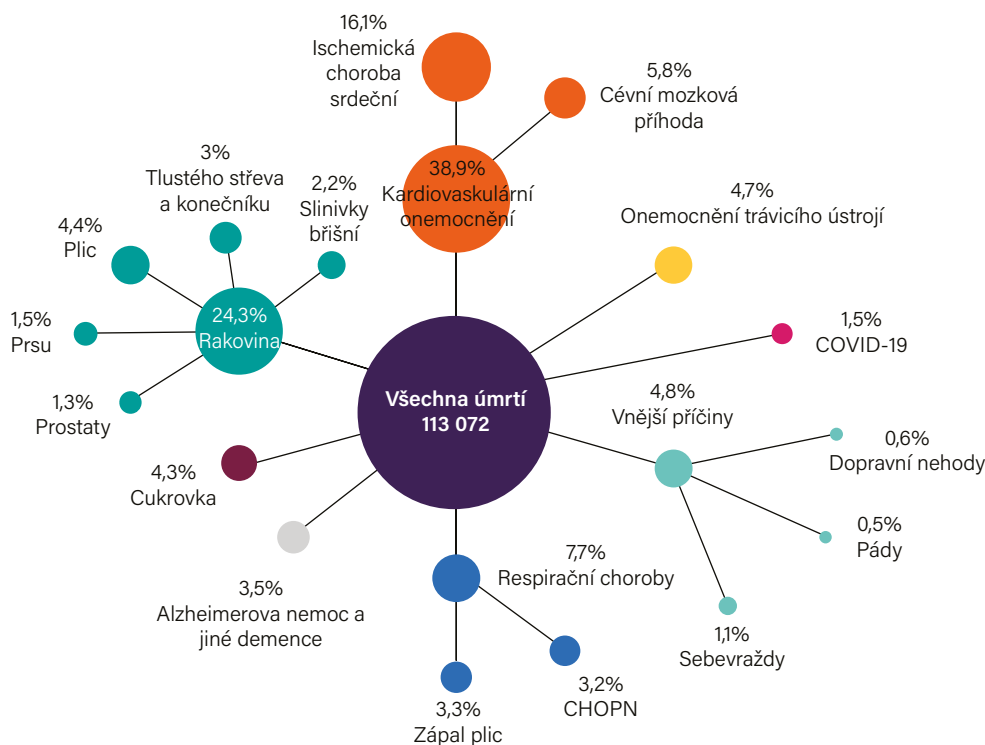
V reakci na značnou zátěž, kterou představují dvě hlavní příčiny úmrtnosti, přijalo Česko specializované národní

plány: pro rakovinu v roce 2022 a pro kardiovaskulární onemocnění v roce 2024 (viz oddíl 5.1).

Dvě třetiny dospělých Čechů uvádějí, že jsou v dobrém zdravotním stavu, ale rozdíly mezi socioekonomickými skupinami jsou značné

V roce 2024 v Česku dvě třetiny dospělých uvedly, že jsou v dobrém nebo velmi dobrém zdravotním stavu, což je mírně pod průměrem EU (68 %). Rozdíly mezi jednotlivými příjmovými skupinami jsou však větší než v mnoha jiných zemích EU: zatímco 82 % dospělých v nejvyšším příjmovém kvintilu uvedlo dobrý zdravotní stav, v nejnižším kvintilu to bylo pouze 54 %. Rozdíly založené na příjmech jsou zvláště výrazné u žen, přičemž ženy v nejvyšším příjmovém kvintilu uvádějí dobrý zdravotní stav 1,6krát častěji než ženy v nejnižším příjmovém kvintilu. Navzdory přetrvávajícím nerovnostem byl v poslední době zaznamenán rostoucí trend v subjektivním vnímání dobrého zdraví u osob v nejnižším příjmovém kvintilu.

Obrázek 2. Kardiovaskulární onemocnění a rakovina představovaly v roce 2023 v Česku 63,2 % všech úmrtí



Poznámky: CHOPN = chronická obstrukční plicní nemoc.
Zdroj: Eurostat (hlth_cd_aro); údaje se vztahují k roku 2023.

Češi ve věku 65 let mohou očekávat, že ve srovnání se svými vrstevníky v EU prožijí větší část svého kratšího života se zdravotním omezením

Populace Česka rychle stárne, což posiluje potřebu opatření, která prodlužují nejen délku života, ale také počet let prožitých v dobrém zdraví. Podíl osob ve věku 65 let a více vzrostl z 14 % v roce 2000 na 20 % v roce 2023 a podle prognóz dosáhne 28 % do roku 2050, což představuje jednu z výraznějších demografických změn v EU.

Starší dospělí v Česku čelí ve srovnání se svými vrstevníky v EU větší výzvám v oblasti zdravého stárnutí: v roce 2022 byla střední délka života v 65 letech u českých mužů o 1,7 roku nižší a u českých žen o 1,3 roku nižší než odpovídající průměry EU. Ještě důležitější je, že podíl zbývajících let, které lze očekávat bez zdravotního postižení, byl v Česku nižší: 44 % u mužů oproti 50 % v EU a 39 % u žen ve srovnání s 44 % v EU (Obrázek 3). V důsledku toho činí rozdíl mezi českými muži a ženami v počtu let života prožitých ve zdraví ve věku 65 let pouze 0,6 roku, a to navzdory téměř čtyřletému rozdílu v celkové očekávané délce života v tomto věku. Tyto výsledky lze vysvětlit strukturou nemocnosti. V roce 2022 více než polovina Čechů ve věku 65 let a starších uvedla více chronických onemocnění, což je nad průměrem EU, zejména u mužů. Ačkoli podíl starších lidí, kteří uvádějí omezení v každodenních činnostech, je zhruba na úrovni průměru EU, české ženy jsou podstatně častěji než muži postiženy těmito omezeními, což poukazuje na přetrvávající genderovou nerovnost ve funkčním zdraví.

Kardiovaskulární onemocnění zůstávají v Česku velmi rozšířená, zatímco rakovina nadále představuje významnou a rostoucí zátěž pro zdraví

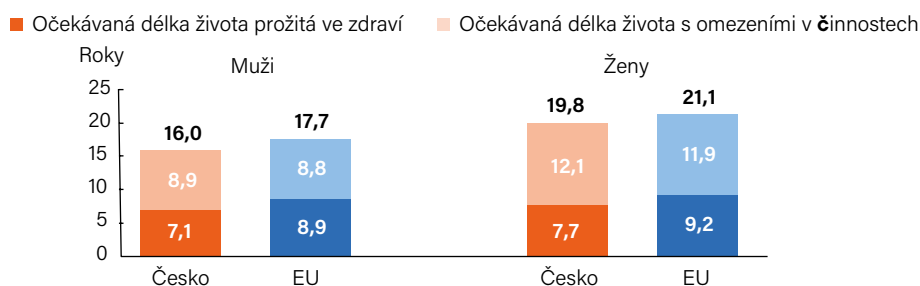
Kardiovaskulární onemocnění (CVD) zůstávají hlavní příčinou morbidit a invalidity v Česku a představují značné náklady pro jednotlivce i zdravotnický systém. Podle odhadů Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) žilo v roce 2021 v Česku 1,7 milionu lidí s CVD, a v tomtéž roce bylo očekáváno 160 000 nových případů. Prevalence CVD standardizovaná podle věku byla druhá nejvyšší v EU a incidence se umístila na pátém místě, což potvrzuje vysokou zdravotní zátěž a potřebu trvalé prevence a včasné diagnostiky. V reakci na to přijalo Česko v roce 2024 Národní kardiovaskulární plán 2025–2035 s cílem posílit prevenci, organizaci péče a zdravotní výsledky.

Ischemická choroba srdeční, hlavní podtyp CVD, představovala v roce 2021 téměř polovinu případů CVD, s četností přibližně 1,6krát vyšší než průměr EU. Stejně jako ve většině zemí EU jsou muži postiženi více: v roce 2021 byla incidence CVD u mužů odhadována o 16 % vyšší než u žen, což odpovídá vyšší expozici behaviorálním rizikovým faktorům (viz oddíl 3).

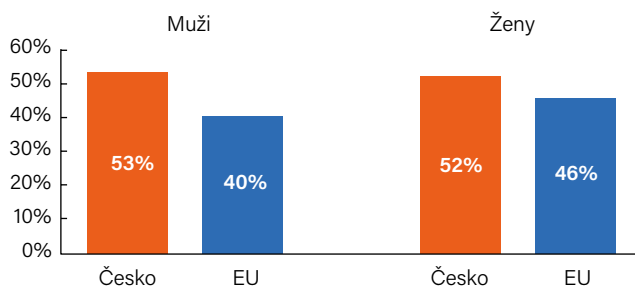
Rakovina také představuje významnou výzvu pro zdraví populace. Podle odhadů European Cancer Information System (ECIS) žilo v roce 2020 v Česku téměř půl milionu lidí s anamnézou rakoviny a v roce 2022 bylo diagnostikováno více než 61 000 nových případů (Obrázek 4). Zatímco věkově standardizovaná incidence rakoviny (v roce 2022) a prevalence (v roce 2020) byly

Obrázek 3. Rozdíl mezi ženami a muži v počtu let prožitých ve zdraví ve věku 65 let je výrazně menší než rozdíl ve střední délce života

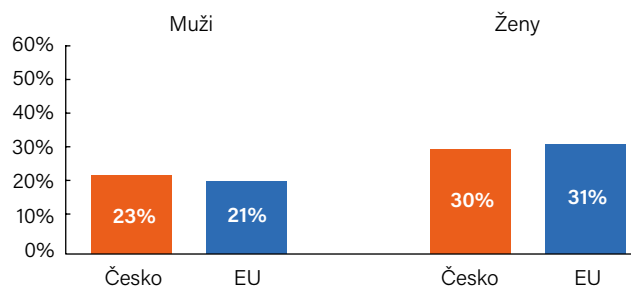
Střední délka života a očekávaná délka života prožitá ve zdraví při dosažení věku 65 let



Podíl osob ve věku 65 let a více s více chronickými onemocněními



Omezení v každodenních činnostech u osob ve věku 65 let a více

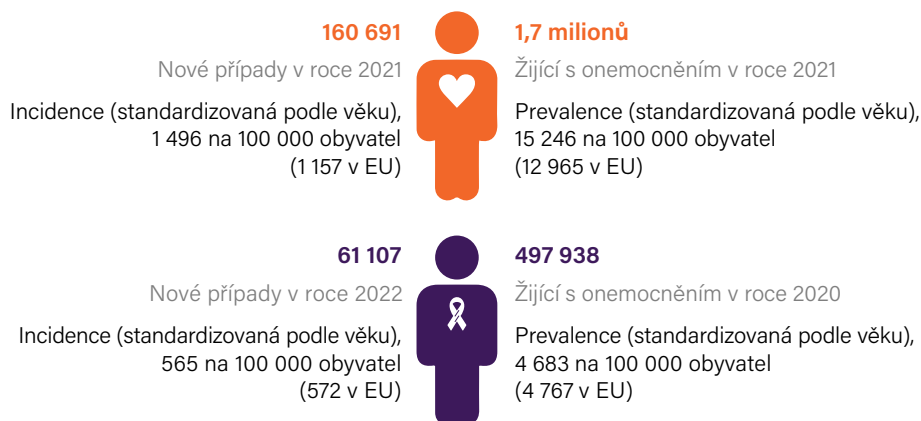


Zdroj: Eurostat pro roky života ve zdraví (tespm120, tespm130) a průzkum SHARE (pro chronická onemocnění a omezení v každodenních činnostech). Údaje se vztahují k roků 2022, resp. 2021-2022.

mírně pod průměrem EU, absolutní zátěž nově zjištěných případů zůstává značná. U mužů v roce 2022 představovala rakovina prostaty 25 % nových diagnóz, následovaná rakovinou tlustého střeva a konečníku (14 %) a rakovinou

plic (11 %); u žen představovala rakovina prsu 27 % nových případů, následovaná rakovinou tlustého střeva a konečníku (11 %) a rakovinou plic (9 %).

Obrázek 4. Odhaduje se, že přibližně jeden z šesti lidí v Česku žije s kardiovaskulárním onemocněním a přibližně jeden z dvaceti má v anamnéze rakovinu



Poznámky: Jedná se o odhady, které se mohou lišit od národních dat. Data o rakovině zahrnují všechny typy rakoviny s výjimkou nemelanomového kožního nádoru.

Zdroj: IHME, Global Health Data Exchange pro CVD (odhady se vztahují k roku 2021) a European Cancer Information System pro údaje o rakovině (odhady se vztahují k roku 2022 pro incidenci a k roku 2020 pro prevalenci).

3 Rizikové faktory

Rizikové faktory související s chováním a životním prostředím významně přispívají k úmrtnosti

Podle odhadů IHME lze téměř polovinu všech úmrtí v Česku před pandemií označit za související s rizikovými faktory chování. Na vrcholu pandemie v roce 2021 se Česko umístilo na 6. místě mezi zeměmi EU, pokud jde o tuto úmrtí připisovaná behaviorálním rizikovým faktorům, přičemž špatné stravovací návyky přispěly přibližně k polovině těchto úmrtí, následované kouřením, konzumací alkoholu a nízkou fyzickou aktivitou. K značnému počtu úmrtí přispěly také environmentální faktory, jako je znečištění ovzduší, přičemž přibližně 5 % všech úmrtí lze připsat expozici jemným částicím (PM_{2,5}) a ozonu.

Nezdravý životní styl představuje v Česku zásadní výzvu pro veřejné zdraví

Česko se i nadále potýká s behaviorálními rizikovými faktory, které přispívají ke zvýšené míře obezity dospělých (Obrázek 5). Dospělí uvádějí méně zdravou výživu a nižší fyzickou aktivitu, než je průměr EU: v roce 2022 konzumovalo denně čerstvé ovoce pouze 52 % a zeleninu 50 % dospělých, což je přibližně o 10 procentních bodů pod průměrem EU. Fyzická aktivita byla také nižší, přičemž jen 24 % dospělých v Česku cvičilo více než třikrát týdně, ve srovnání s 31 % v EU. Tyto vzorce chování přispívají k tomu, že v roce 2022 bylo více než 17 % českých dospělých klasifikováno jako obézní, což je více

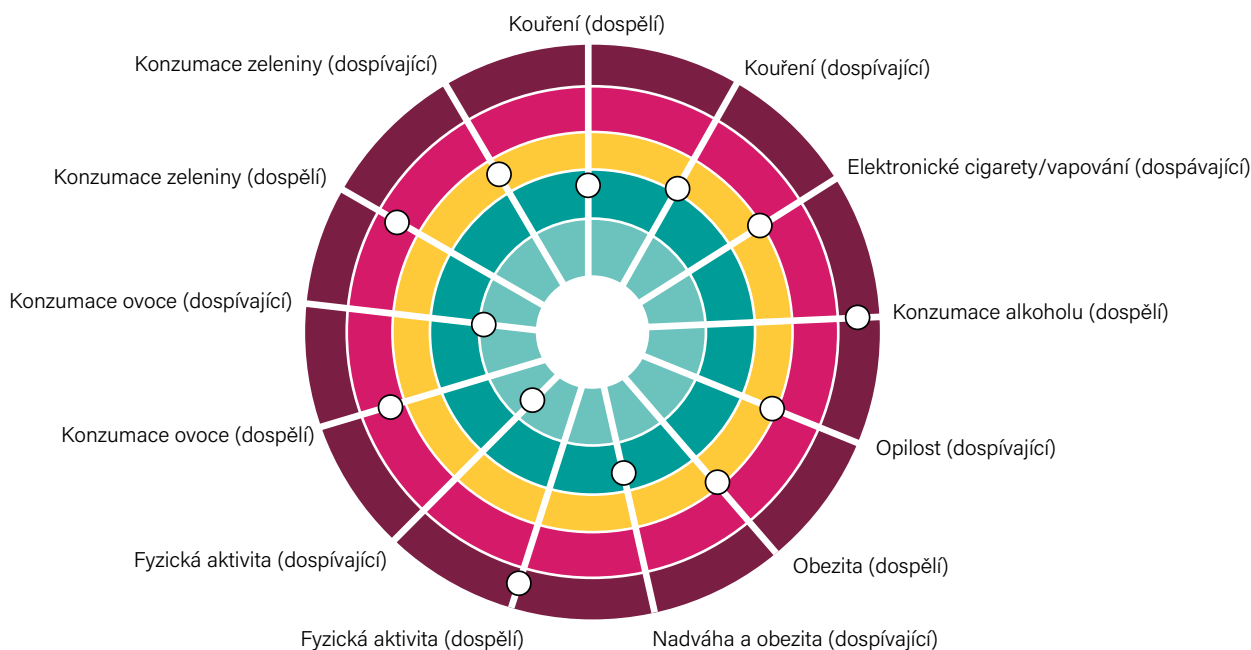
než průměr EU 14,6 %. U adolescentů je situace smíšená, ale stále znepokojivá. Čeští patnáctiletí častěji než jejich vrstevníci v EU splňovali doporučených 60 minut fyzické aktivity denně – 20 % oproti 15 % v EU, celková úroveň však zůstává nízká. V roce 2022 měl každý pátý adolescent v Česku nadváhu nebo byl obézní, což je těsně pod průměrem EU (21 %), přičemž výrazné rozdíly mezi dívkami a chlapci neúměrně více postihují chlapce.

Řešení behaviorálních rizikových faktorů je klíčovým bodem agendy veřejného zdraví v Česku. Podpora zdravějšího životního stylu a zlepšení zdravotní gramotnosti jsou hlavními cíli národní strategie „Zdraví 2030“ (viz oddíl 5.1). V rámci této iniciativy Ministerstvo zdravotnictví spustilo pilotní projekt revidovaných výživových standardů pro školní jídelny, které byly od školního roku 2025/2026 zavedeny v celé zemi.

Komplexní legislativa v oblasti kontroly tabáku pomohla omezit kouření, ale mezi dospívajícími vapování zůstává výrazným problémem

Česko dosáhlo postupného pokroku ve snižování užívání tabáku, ale spotřeba nikotinu se přesouvá k alternativním produktům. V roce 2024 kouřilo denně 16 % dospělých, což je méně než průměr EU, který v roce 2023 činil 18,5 % (SZÚ, 2025). To představuje výrazný pokles oproti 23 % v roce 2012, což se časově shoduje se zákazem kouření na veřejných místech z roku 2017 a postupným zvyšováním

Obrázek 5. Dospělí v Česku mají ve srovnání s většinou zemí EU špatné výsledky v oblasti konzumace alkoholu, fyzické aktivity a stravování, zatímco adolescenti jsou na tom o něco lépe



Poznámky: Čím blíže je tečka ke středu, tím lepší jsou výsledky dané země ve srovnání s ostatními zeměmi EU. Žádná země nedosahuje bílé cílové oblasti, protože všechny země mají ve všech oblastech prostor pro zlepšení. Kouření se týká denního kouření cigaret.
Zdroje: Výpočty OECD založené na šetření HBSC 2022 pro ukazatele týkající se adolescentů; Eurostat vycházející z EU-SILC a OECD Data Explorer pro ukazatele týkající se dospělých (2023 nebo poslední rok).

spotřebních daní z tabáku od roku 2020. Zároveň se mění situace v oblasti nikotinu, kde dochází k prudkému nárůstu používání elektronických cigaret. Denní používání elektronických cigaret mezi dospělými se mezi lety 2019 a 2024 čtyřnásobně zvýšilo, a to z 2 % na 9 %. Tento posun je zvláště výrazný u adolescentů a mladých dospělých. V roce 2022 uvedlo 14 % patnáctiletých v Česku, že v uplynulém měsíci kouřili cigarety, což je méně než průměr EU (17 %), zatímco 21,5 % uvedlo, že používá elektronické cigarety, což odpovídá průměru EU. Tyto údaje naznačují, že pokles tradičního kouření může být kompenzován rostoucím užíváním alternativních nikotinových výrobků. Mezi mladými dospělými ve věku 15–24 let uvedl každý čtvrtý, že v roce 2024 alespoň příležitostně užíval elektronické cigarety (SZÚ, 2025).

V reakci na rostoucí obavy z vystavení mládeže nikotinu zavedlo Česko další regulační opatření: v roce 2023 byl přístup k nikotinovým sáčkům omezen na osoby starší 18 let a prodej ochucených zahříváných tabákových výrobků byl zakázán. Spotřební daně byly v roce 2019 rozšířeny také na zahříváný tabák a v roce 2024 na elektronické cigarety a nikotinové sáčky. V nedávné době navrhlo Ministerstvo zdravotnictví novou legislativu, která má posílit regulaci obalů a složení elektronických cigaret s cílem snížit jejich atraktivitu a možné škodlivé účinky. V září 2025 nebyl legislativní proces ještě dokončen.

Konzumace alkoholu mezi dospělými v Česku zůstává jednou z nejvyšších v EU

Vysoká spotřeba alkoholu v Česku představuje přetrvávající problém v oblasti veřejného zdraví. V roce 2023 spotřebovali dospělí v Česku v průměru 11,2 litru čistého alkoholu na osobu, což je pátá nejvyšší spotřeba alkoholu mezi zeměmi EU. Tato zvýšená spotřeba zůstává od roku 2000 z velké části nezměněná: jedním z faktorů,

kteří k tomu přispívají, je zvýšená dostupnost alkoholu mezi lety 2010 a 2019, kdy spotřební daně na litr zůstaly nezměněny navzdory rostoucím mzdám. Od roku 2020 však vláda zavedla postupné zvyšování daní z lihovin, včetně 10% zvýšení spotřební daně v roce 2025 a dalšího 5% zvýšení plánovaného na rok 2026.

Zneužívání alkoholu adolescenty se v posledních letech zlepšilo jen nepatrně. Navzdory zavedení přísnějších předpisů týkajících se konzumace alkoholu nezletilými v roce 2017 zůstal podíl patnáctiletých, kteří uvedli, že byli více než jednou opilí, v roce 2022 na 23 %, což odpovídá průměru EU.

Behaviorální rizikové faktory jsou mnohem častější u skupin s nižším vzděláním

Rizikové faktory související s chováním jsou v Česku častější u lidí s nižším vzděláním a příjmem, což prohlubuje nerovnosti v oblasti zdraví. Dosažené vzdělání je důležité zejména pro návyky v oblasti kouření a fyzické aktivity. V roce 2019 kouřilo 22 % lidí s nižším vzděláním, což je více než dvojnásobek míry kouření mezi lidmi s vyšším vzděláním – tento rozdíl je větší než průměr EU. Kromě toho v roce 2022 lidé s nižším vzděláním uváděli o 20 % častěji nedostatečnou fyzickou aktivitu ve srovnání se svými vrstevníky s vyšším vzděláním, což je opět větší rozdíl, než je průměr EU.

Rozdíly podle příjmu odrážejí rozdíly podle vzdělání: lidé v nejnižším příjmovém kvintilu častěji vykazovali zdravotně rizikové chování, včetně nižší úrovně fyzické aktivity a vyšší míry kouření než lidé v nejvyšším příjmovém kvintilu. Obezita je také častější u osob s nižším vzděláním, což dále prohlubuje socioekonomické nerovnosti ve zdravotních výsledcích.

4 Zdravotní systém

Povinný systém veřejného zdravotního pojištění v Česku zajišťuje téměř univerzální pokrytí

Česko má systém povinného veřejného zdravotního pojištění (SHI), který je pod dohledem vlády prostřednictvím Ministerstva zdravotnictví a poskytuje téměř univerzální pokrytí a širokou škálu hrazených služeb. Zdravotní péči nakupuje od veřejných i soukromých poskytovatelů sedm kvazi-veřejných zdravotních pojišťoven, přičemž dominantní pojišťovna pokrývá více než polovinu populace. Nárok na SHI mají všichni státní příslušníci Česka s trvalým pobytem, oprávnění občané EU a státní příslušníci třetích zemí pracující pro české zaměstnavatele. Příspěvky za širokou skupinu ekonomicky neaktivních osob hradí stát, zatímco zaměstnavatelé přispívají za své zaměstnance a zbývající pojištěnci si hradí měsíční pojistné sami. Nedávná změna rozšířila krytí SHI na nezletilé osoby ze třetích zemí,

kteří mají v Česku povolení k dlouhodobému pobytu. Konkurence mezi zdravotními pojišťovnami je omezena na úzkou škálu doplňkových benefitů.

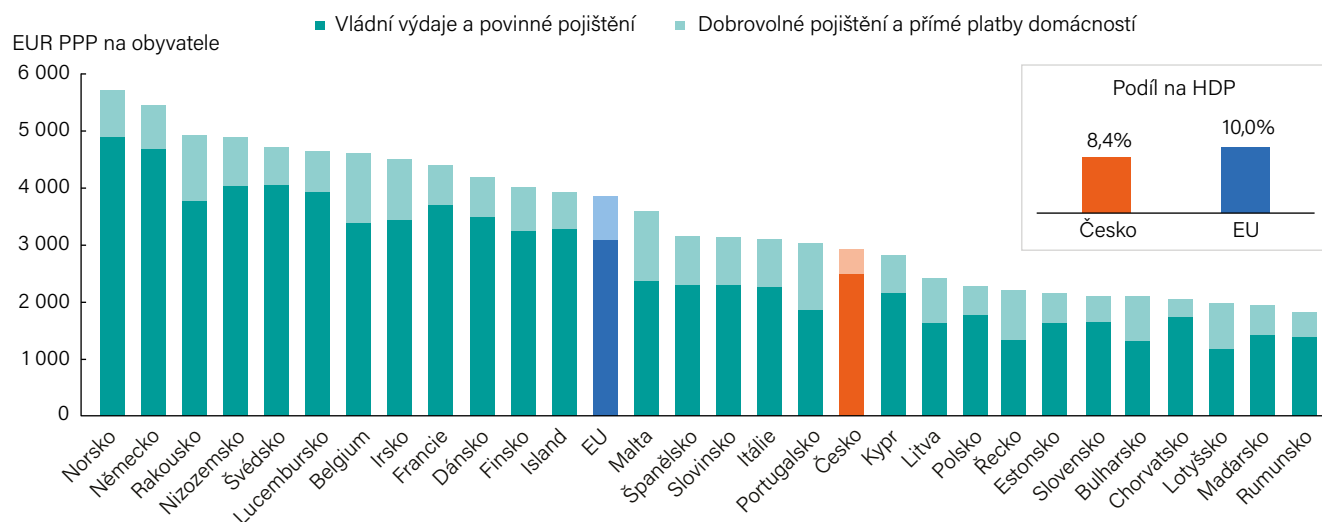
Ministerstvo zdravotnictví hraje ústřední roli při stanovování zdravotní politiky a při dohledu nad systémem. Zatímco poskytovatelé ambulantní péče jsou převážně v soukromém vlastnictví, mnoho nemocnic a specializovaných lůžkových zařízení je ve vlastnictví státu, kraje a obcí. Praktičtí lékaři nemají roli „gatekeeperů“, což znamená, že pacienti mohou vyhledat specialistu přímo. Zdravotní pojišťovny mají povinnost uzavírat smlouvy s poskytovateli tak, aby bylo zajištěno splnění zákonných časových a geografických nároků na dostupnost péče

Česko vydává na zdravotnictví téměř o čtvrtinu méně, než je průměr EU, ale podíl veřejného financování patří k nejvyšším v EU

V roce 2023 činily v Česku výdaje na zdravotnictví 2 910 EUR na obyvatele (upraveno o rozdíly v kupní síle), což je o 24 % méně než průměr EU, přičemž celkové výdaje na zdravotnictví dosáhly 8,4 % HDP oproti 10 % v EU (Obrázek 6). Po nárůstu o více než 20 % v reálném vyjádření na obyvatele v době pandemie v letech 2020–2021 výdaje poklesly o více než 11 % mezi vrcholem v roce 2021 a rokem 2023. I tak byly výdaje na zdravotnictví v roce 2023 stále o více než 9 % nad úrovní z roku 2019 v

reálném vyjádření na obyvatele a předběžné údaje za rok 2024 naznačují opětovný nárůst. Veřejné zdroje tvořily v roce 2023 85 % celkových výdajů na zdravotnictví, což je jeden z nejvyšších podílů v EU a výrazně nad průměrem EU, který činil 80 %. Tento vysoký podíl veřejného financování zůstává v průběhu času stabilní, s dočasným nárůstem v letech 2020–2021 v důsledku výdajů souvisejících s pandemií. Přímé soukromé výdaje se soustředí především na ambulantní léky (viz oddíl 5.2), zatímco dobrovolné zdravotní pojištění hraje minimální roli, neboť díky širokému rozsahu zákonného balíčku hrazených služeb představuje méně než 1 % celkových výdajů.

Obrázek 6. Výdaje Česka na zdravotnictví byly v roce 2023 nižší než průměr EU jak v přepočtu na obyvatele, tak v poměru k HDP



Poznámka: Průměr EU je vážený (vypočítaný ze strany OECD).
Zdroje: OECD Data Explorer (DF_SHA); databáze Eurostat (demo_gind). Údaje se vztahují k roku 2023.

Česko vynakládá větší podíl zdravotních výdajů na ambulantní a lůžkovou péči, ale nadále nedostatečně financuje dlouhodobou péči

V roce 2023 odráželo v Česku rozložení výdajů na zdravotnictví silný důraz na ambulantní péči, která představovala 34 % celkových výdajů na zdravotnictví, což je mírně nad průměrem EU (28 %) (Obrázek 7). Lůžková péče představovala 29 % výdajů, což je rovněž nad průměrem EU. Na jednoho obyvatele (upraveno o rozdíly v kupní síle) dosáhly výdaje na ambulantní péči v Česku 987 EUR, což je o necelých 7 % méně než průměr EU ve výši 1 058 EUR. To představuje významnou konvergenci, protože Česko v minulosti zaostávalo za úrovní EU ve většině oblastí zdravotní péče. Výdaje na maloobchodní prodej léčivých přípravků v lékárnách představovaly 17,6 % celkových výdajů na zdravotní péči, což je zhruba v souladu s průměrem EU, i když na obyvatele byly tyto výdaje o 27 % nižší než průměr EU (viz také oddíl 6). Naopak dlouhodobá péče je i nadále relativně nedostatečně financovaná: navzdory určitému růstu v uplynulém desetiletí představovala v roce 2023 pouze 13 % výdajů na zdravotní péči, což je méně než průměr EU ve výši 18 %.

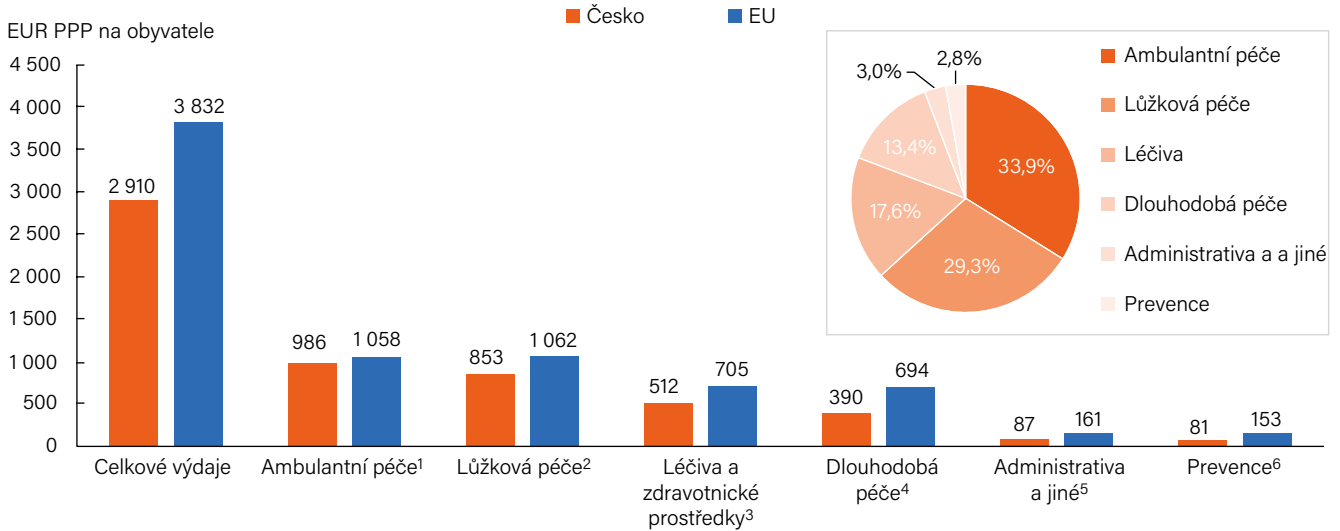
Česko má vyšší počet nemocničních lůžek na obyvatele, ale s relativně nižší obložeností

V roce 2023 mělo Česko 6,4 nemocničních lůžek na 1 000 obyvatel, což je o 25 % více než průměr EU, který činil 5,1. Česko se tak umístilo na 6. místě mezi zeměmi EU, i když počet nemocničních lůžek v uplynulém desetiletí mírně poklesl. Zároveň byla v roce 2023 obloženost lůžek v léčebné péči 62 %, což je pod průměrem EU (69 %) a stále nižší než úroveň v Česku před pandemií, která činila přibližně 67 %. Kombinace vysoké kapacity lůžek a relativně nízkého využití ukazuje na potenciál pro zvýšení efektivity využívání nemocničních zdrojů, včetně optimalizace poskytování lůžkové péče a transformace na komunitní a dlouhodobá pečovatelská zařízení. V posledních letech se investice do lůžkové infrastruktury, podporované z fondů EU, zaměřily na modernizaci vybavení, renovaci zařízení a výstavbu nových specializovaných center (viz oddíl 5.3).

Mezi výzvy v oblasti zdravotnických pracovníků patří přetrvávající nedostatek zdravotních sester a ambulantních lékařů v některých regionech

V roce 2023 mělo Česko 4,2 lékaře na 1 000 obyvatel, což zhruba odpovídá průměru EU (4,3), a 9,0 zdravotních

Obrázek 7. Ambulantní péče tvoří třetinu výdajů na zdravotnictví v Česku, těsně následovaná lůžkovou péčí

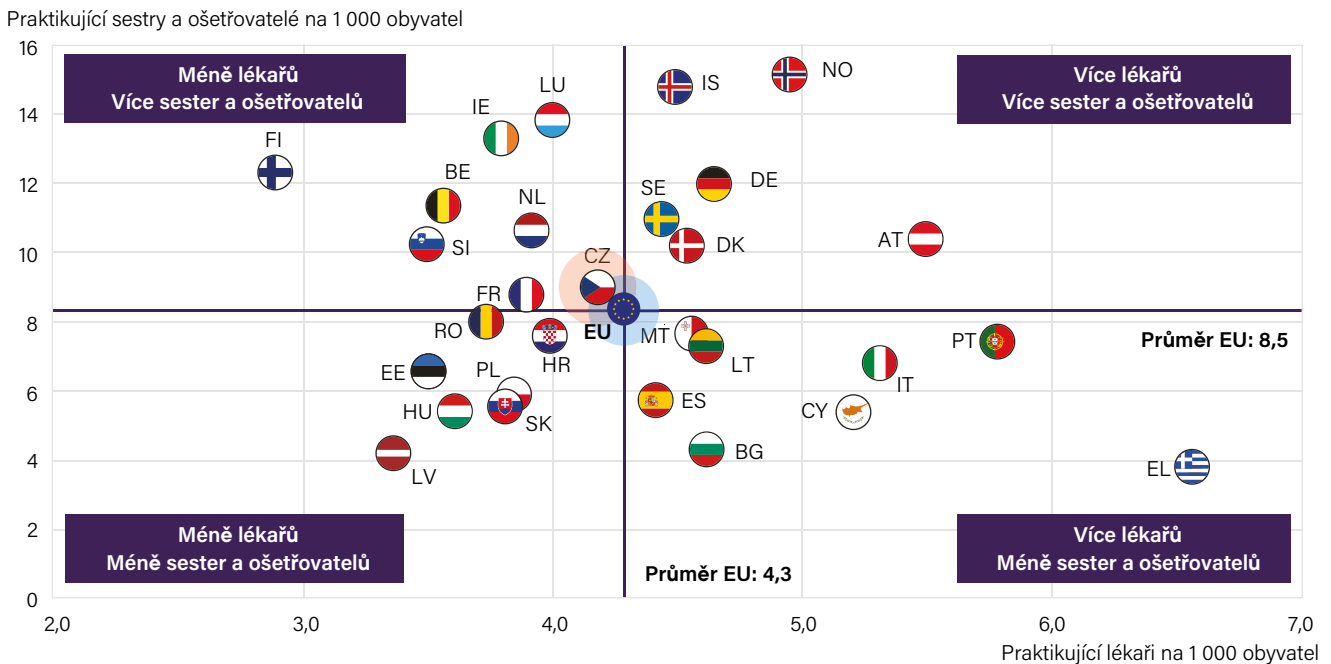


Poznámky: 1. Zahrnuje domácí péči a doplňkové služby (např. přepravu pacientů). 2. Zahrnuje léčebně-rehabilitační péči v nemocnicích a jiných zařízeních. 3. Zahrnuje pouze ambulantní sektor. 4. Zahrnuje řízení a správu zdravotního systému a ostatní výdaje. 6. Zahrnuje pouze výdaje na organizované programy prevence. Průměr EU je vážený (vypočítaný ze strany OECD).
Zdroj: OECD Data Explorer (DF_SHA). Údaje se vztahují k roku 2023.

sester na 1 000 obyvatel, což je mírně nad průměrem EU (8,5) (Obrázek 8). Hustota lékařů i zdravotních sester se od roku 2010 zvýšila, ale rostoucí potřeby v oblasti zdravotní péče tento nárůst převyšují. To vedlo k uzavření oddělení v některých nemocnicích z důvodu nedostatku zdravotních sester a dalších zdravotnických pracovníků. Nedostatek pracovních sil je také nerovnoměrně rozložen, přičemž některé regiony čelí nedostatku v oblasti primární péče nebo ambulantních služeb specialistů. K řešení těchto

výzev vláda přijala opatření ke zvýšení počtu zdravotnických pracovníků a zlepšení jejich rozložení. Patří mezi ně zvyšování počtu absolventů lékařských fakult, dotování míst pro specializační přípravu v ordinacích praktických lékařů a poskytování dotací na zřizování ordinací primární péče v nedostatečně pokrytých oblastech. Kromě toho zdravotní pojišťovny poskytují vyšší platby poskytovatelům působícím v méně zalidněných regionech (viz oddíl 5.3).

Obrázek 8. Počet lékařů a zdravotních sester na obyvatele v Česku odpovídá průměru EU



Poznámka: Průměr EU není vážený. Údaje o zdravotních sestřích zahrnují všechny kategorie zdravotních sester (nikoliv pouze ty, které splňují požadavky směrnice EU o uznávání odborných kvalifikací, jak uvádí Eurostat). V Portugalsku a Řecku se údaje týkají všech lékařů s licencí k výkonu praxe, což vede k výraznému nadhodnocení počtu praktikujících lékařů. V Řecku je počet zdravotních sester podhodnocen, protože zahrnuje pouze ty, které pracují v nemocnicích.
Zdroj: OECD Data Explorer (DF_PHYS, DF_NURSE). Údaje se vztahují k roku 2023 nebo nejbližšímu roku.

5 Výkonnost zdravotního systému

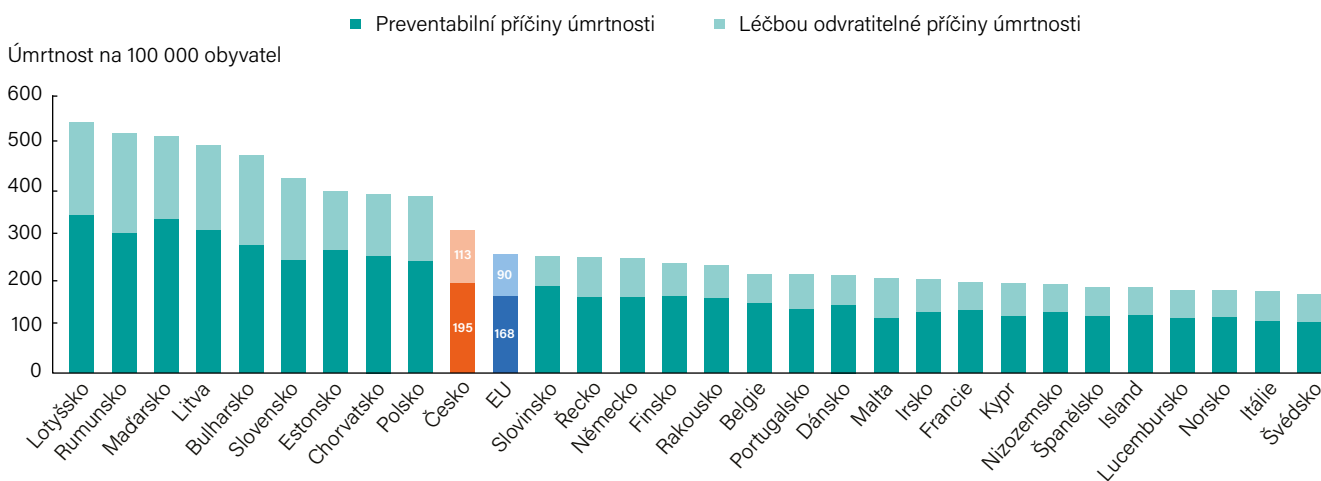
5.1 Efektivita

Úmrtnost, které by bylo možné předejít, zůstává v Česku nad průměrem EU

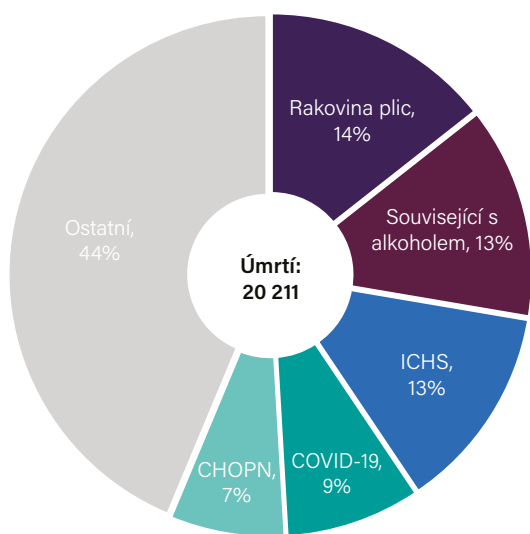
Nadprůměrná úmrtnost, které lze v Česku předejít, naznačuje prostor pro zlepšení prostřednictvím účinnější prevence a zdravotnických intervencí. V roce 2022 byla v Česku úmrtnost z příčin, které lze považovat za preventabilní, o 16 % vyšší než průměr EU a úmrtnost z příčin, které lze považovat za léčbou

odvratitelné, byla dokonce o 26 % vyšší (Obrázek 9). Zvýšená zátěž úmrtnosti z preventabilních příčin, přestože v desetiletí před pandemií klesala, úzce souvisí s vysokou prevalencí ovlivnitelných zdravotních rizik v populaci (viz oddíl 3). V roce 2022 byly v Česku hlavními příčinami úmrtnosti z preventabilních příčin rakovina plic (14 % z preventabilních úmrtí), ischemická choroba srdeční (13 %) a onemocnění související s alkoholem (13 %). Úmrtnost z léčbou odvratitelných příčin také v posledním desetiletí postupně klesala, což odráží trendy v jiných zemích EU. V roce 2022 představovaly ischemická choroba srdeční,

Obrázek 9. Úmrtnost z příčin považovaných za preventabilní či léčbou odvratitelné byla v Česku v roce 2022 o 19 % vyšší než průměr EU

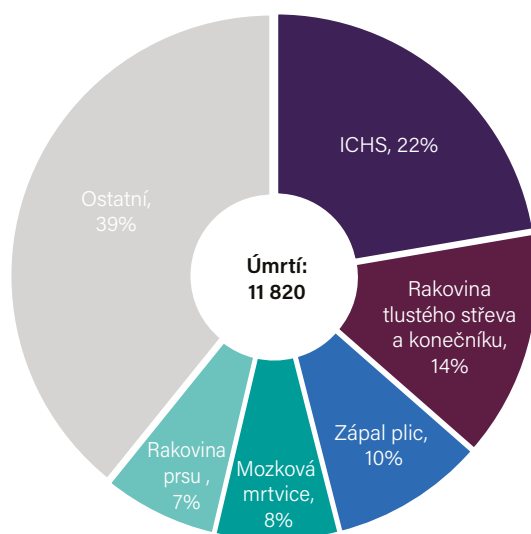


Preventabilní příčiny úmrtnosti



Česko

Léčbou odvratitelné příčiny úmrtnosti



Poznámky: Úmrtí z preventabilních příčin je definováno jako úmrtí, kterému lze zabránit především prostřednictvím opatření v oblasti veřejného zdraví a primární prevence. Léčbou odvratitelné (nebo ovlivnitelné) úmrtí je definováno jako úmrtí, kterému lze zabránit především zdravotní péčí, včetně screeningu a léčby. Oba ukazatele se vztahují k předčasné úmrtnosti (do 75 let). U některých onemocnění (např. ischemická choroba srdeční, cévní mozková příhoda, diabetes a hypertenze) je polovina všech úmrtí řazena na seznam úmrtí z preventabilních příčin a druhá polovina z léčbou odvratitelných příčin, takže nedochází k dvojímu započítání stejného úmrtí. ICHS označuje ischemickou chorobu srdeční. CHOPN označuje chronickou obstrukční plicní nemoc.

Zdroje: Eurostat (hlth_cd_apr) (údaje se vztahují k roku 2022).

kolorektální karcinom a pneumonie společně 46 % úmrtí z příčin považovaných za léčbu odvrátitelné.

Řešení preventabilních i léčbou odvrátitelných příčin úmrtnosti je klíčovým cílem české národní zdravotní politiky. Strategický rámec pro rozvoj zdravotnictví v Česku do roku 2030, strategie „Zdraví 2030“, si jako své hlavní cíle klade prevenci nemocí, podporu veřejného zdraví a zvyšování zdravotní gramotnosti (MZČR, 2020). V rámci boje proti úmrtnosti z preventabilních příčin souvisejících s rizikovými chováními Česko v posledních letech pokračovalo ve zvyšování daní z tabáku a od roku 2020 spotřební daně z alkoholu (viz oddíl 3). S cílem bojovat proti dětské obezitě byl v roce 2024 spuštěn nový program „Buď fit 2024“, který se zaměřuje na zvýšení úrovně fyzické aktivity u dětí s nadváhou. V návaznosti na zastřešující strategii „Zdraví 2030“ byly vypracovány specializované národní plány zaměřené na snížení úmrtnosti z preventabilních a léčbou odvrátitelných příčin spojených s nejčastějšími onemocněními: Národní onkologický plán (NOPL) byl vládou schválen v roce 2022 a Český národní kardiovaskulární plán v roce 2024 (viz oddíl 5.3).

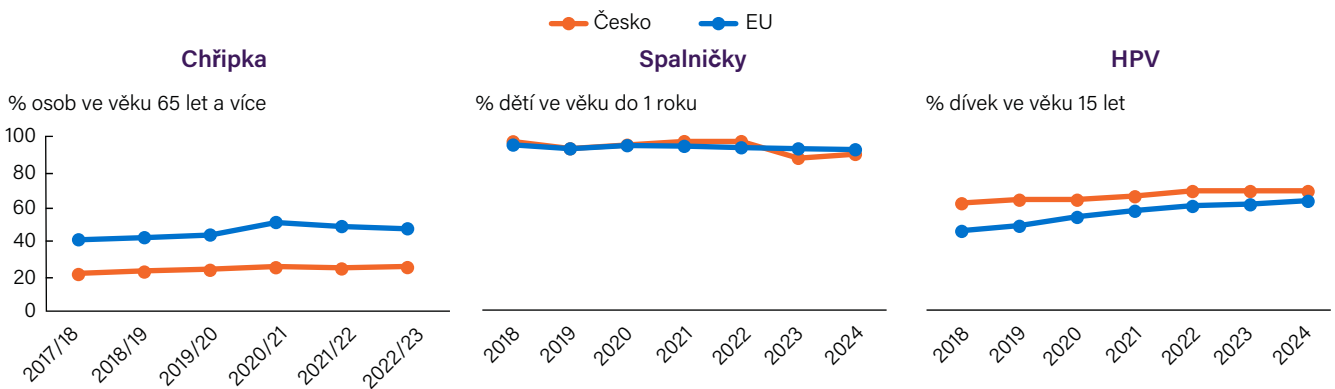
Zatímco proočkovanost proti spalničkám a chřipce klesá, proočkovanost proti HPV nyní převyšuje průměr EU

Nedávné trendy v očkování dětí proti spalničkám, které je v Česku povinné, jsou znepokojivé. Ačkoli proočkovanost

zůstala během pandemie vysoká, míra proočkovanosti první dávkou v roce 2023 poklesla téměř o 10 procentních bodů. Navzdory mírnému oživení činila proočkovanost v roce 2024 89 %, což je méně než průměr EU ve výši 92 % (Obrázek 10). Kromě toho zůstává nedostatečné proočkování proti chřipce u starších osob, s pokrytím pouze 25 % během sezóny 2022/23, což je jen něco málo přes polovinu průměru EU (47 %), což činí tuto zranitelnou demografickou skupinu výrazně nedostatečně chráněnou. Aby se podpořila proočkovanost, nové předpisy z roku 2025 umožňují podávání očkovacích látek během hospitalizace.

Na druhou stranu očkování proti lidskému papilomaviru (HPV) u 15letých dívek v Česku dosáhlo v roce 2024 69 %, což přesahuje průměr EU (63 %), ale nedosahuje cíle 90 % stanoveného evropským plánem pro boj proti rakovině do roku 2030. Po desetiletém klesání se proočkovanost proti HPV začala v roce 2017 zvyšovat, ale od roku 2022 zůstává stabilní. NOPL reaguje na mezery v očkování u dívek i chlapců prostřednictvím cílených iniciativ v oblasti zdravotní gramotnosti a úprav národního programu HPV (MZČR, 2022). V roce 2024 byla způsobilost pro účast v programu rozšířena na děti ve věku 11–15 let, zatímco dříve byly způsobilé pouze 13-ti leté děti.

Obrázek 10. Proočkovanost proti chřipce u starších osob zůstává v Česku na nízké úrovni



Poznámky: Průměr EU pro chřipku je vážený (vypočítaný Eurostatem) a pro spalničky a HPV nevážený. Zdroje: Eurostat (hlth_ps_immu) a společný formulář WHO/UNICEF pro hlášení o očkování (JRF).

Česko dosahuje vysoké míry účasti na screeningu prsu a děložního hrdla, ale nadále zaostává ve screeningu kolorektálního karcinomu

V Česku jsou dlouhodobě zavedené populační programy screeningu rakoviny prsu, děložního čípku a tlustého střeva a konečníku, přičemž od roku 2014 jsou doplněny o adresné zvaní ke screeningu. Míra účasti ve screeningových programech zůstávala v uplynulém desetiletí víceméně stabilní a, na rozdíl od mnoha jiných zemí EU, se počet screeningových vyšetření během pandemie COVID-19 příliš nezměnil (OECD/Evropská komise, 2025).

Účast žen na screeningu rakoviny prsu a děložního čípku trvale převyšuje průměr EU. V roce 2023 byla účast žen ve věku 50–69 let na screeningu rakoviny prsu v rámci doporučeného dvouletého intervalu 60 %, což je mírně nad průměrem EU, který činí 58 %. Screening rakoviny děložního čípku dosáhl 75 % u žen ve věku 20–69 let, což je jedna z nejvyšších mír v EU a výrazně nad EU průměrem 58 %. Screening rakoviny děložního čípku se provádí v rámci každoročních gynekologických prohlídek u žen ve věku 18 let a starších, přičemž souběžné testování HPV-DNA je hrazeno ve věku 35, 45 a od roku 2024 také 55 let. Naopak účast ve screeningu rakoviny tlustého střeva a konečníku je nižší - dvouletá účast v roce 2023 činila 30 %

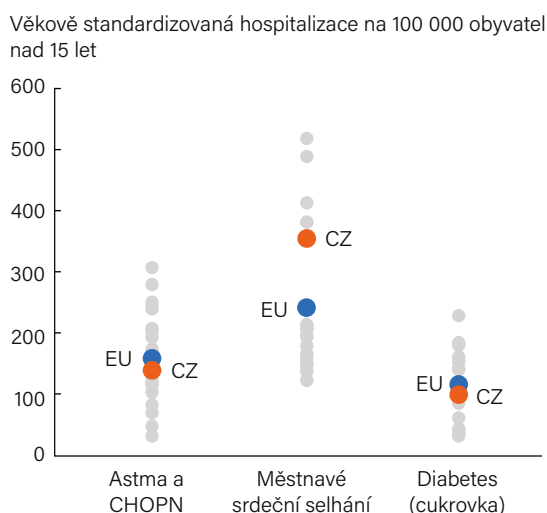
cílové populace, zatímco průměr v EU byl 48 %.¹ Proaktivní strategie oslovování zahrnují adresné pozvánky, které jsou rozesílány po třech letech neúčasti; měřeno za tříleté období, účast ve screeningovém programu činila v roce 2024 41,5 % (ÚZIS, 2025). Screeningové testování nabízejí praktičtí lékaři během preventivních prohlídek.

V posledních letech Česko rozšířilo své úsilí v oblasti včasné detekce v souladu s Národním onkologickým plánem 2030. V roce 2022 byl zahájen pilotní program pro screening rakoviny plic nízkodávkovým CT, zaměřený na rizikové dospělé s anamnézou silného kouření; první výsledky naznačují zlepšení detekce v ranějších stádiích. V roce 2024 byl zaveden národní, rizikově rozvržený screeningový program rakoviny prostaty pro muže ve věku 50–69 let, zahrnující test prostatického specifického antigenu (PSA) a v případě potřeby MRI nebo doporučení k urologovi. V roce 2025 byl také zaveden nový screeningový program pro abdominální aortální aneurýzma.

Vysoká míra hospitalizace pro srdeční selhání poukazuje na nedostatky v primární péči

Počet hospitalizací, kterým lze předejít kvalitní ambulantní péčí (ambulatory-care-sensitive), představuje klíčový ukazatel dostupnosti a účinnosti primární a komunitní péče. V roce 2023 byla míra hospitalizace v Česku u definované skupiny chronických onemocnění – včetně astmatu, chronické obstrukční plicní nemoci (CHOPN), městnavého srdečního selhání (CHF) a cukrovky – o 18 % vyšší než průměr EU. Tento rozdíl byl způsoben hlavně CHF, u kterého byla míra hospitalizace téměř o 50 % vyšší

Obrázek 11. Městnavé srdeční selhání je hlavní příčinou nadprůměrného počtu odvrátitelných hospitalizací v Česku



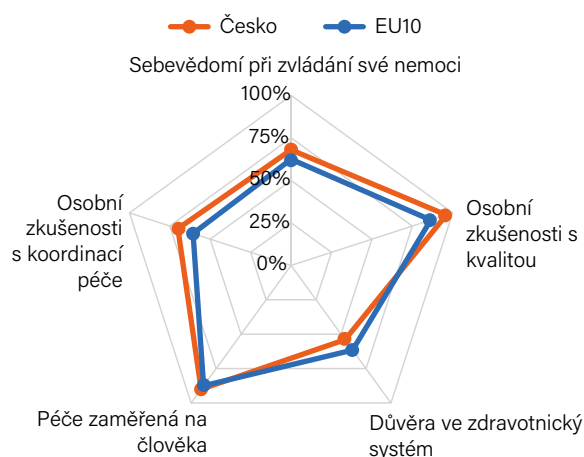
Poznámky: Míry hospitalizace nejsou upraveny o rozdíly v prevalenci onemocnění v jednotlivých zemích. Údaje se vztahují k roku 2023 nebo k poslednímu dostupnému roku.
Zdroj: OECD Data Explorer (DF_HCQO).

než průměr EU (Obrázek 11). Toto částečně odráží vyšší celkovou nemocnost: podle odhadů je hypertenze v Česku častější než v ostatních zemích EU, přičemž podle výsledků Evropského průzkumu zdravotního stavu (EHES) z roku 2019 si nebylo svého onemocnění vědomo 39 % českých mužů a 28 % žen (Čapková & Lustigová, 2022). Kontinuita péče po propuštění z nemocnice a strukturované řízení srdečního selhání zatím nejsou všeobecně zavedeny: mezinárodní důkazy ukazují, že kliniky pro srdeční selhání vedené sestrami, protokoly pro titraci léků a telemonitoring mohou snižovat počty opětovných hospitalizací, a proto Česko začíná v rámci strategie Zdraví 2030 podobná opatření zavádět. Specializované kardiovaskulární iniciativy jsou zaváděny prostřednictvím Národního kardiovaskulárního plánu na období 2025–2030 (MZČR, 2024a), včetně schválení telemonitoringu do standardní úhrady ze zdravotního pojištění od roku 2026.

Chronicky nemocní pacienti v Česku jsou si jistější při péči o své zdraví, ale méně důvěřují zdravotnímu systému než jejich vrstevníci v EU

Česko dosáhlo v průzkumu OECD Patient Reported Indicator Survey (PaRIS) za roky 2023–2024 v několika ukazatelích týkajících se zkušeností pacientů lepších výsledků než měly v průzkumu zúčastněné země EU. Mezi uživateli primární péče ve věku 45 let a více s chronickými onemocněními hodnotilo kvalitu péče jako dobrou 96 % respondentů, což je výrazně nad průměrem 10 zúčastněných zemí EU, který činí 86 %. Česko také překonalo průměr v ukazatelích důvěry pacientů ve vlastní schopnost pečovat o své zdraví a v hodnocení koordinace péče (Obrázek 12). Tyto výsledky korespondují s vysokou

Obrázek 12. Česko je na tom ve srovnání s ostatními zeměmi EU relativně lépe, pokud jde o zkušenosti pacientů se systémem zdravotní péče



Poznámka: Hodnoty se vztahují k procentu osob, které uvedly pozitivní zkušenosti.
Zdroj: Databáze OECD PaRIS 2024 (údaje se vztahují k období 2023–2024).

¹ Oficiální ukazatel pokrytí programu může podhodnocovat skutečnou screeningovou aktivitu, protože nezahrnuje diagnostické testy na okultní krvácení do stolice a kolonoskopie v raném stadiu diagnostiky. Pokud se tyto procedury zahrnou, zvýší se prevalence vyšetřených na přibližně 50 % osob ve věku 50 let a více (2017–2019), ve srovnání s 30 % při použití údajů o pokrytí pouze programem v dvouletém intervalu (OECD/Evropská komise, 2025).

kontinuitou péče v oblasti praktického lékařství: tři ze čtyř lidí se dvěma nebo více chronickými onemocněními uvedli, že navštěvují stejného praktického lékaře déle než pět let, což je o 17 procentních bodů více než průměr účastníků z EU. Avšak pouze 54 % lidí s chronickým onemocněním v Česku uvedlo, že má důvěru ve zdravotnický systém, což je o 8 procentních bodů méně než průměr zúčastněných zemí EU.

5.2 Dostupnost

Vlastní hodnocení neuspokojených potřeb v oblasti lékařské a zubní péče patří k nejnižším v Evropě

Česko vykazuje jednu z nejnižších úrovní neuspokojených potřeb v oblasti zdravotní péče v EU, přičemž rozdíly mezi jednotlivými příjmovými skupinami jsou minimální. V roce 2024 pouze 0,6 % dospělých uvedlo neuspokojené potřeby v oblasti zdravotní péče z důvodu cenové dostupnosti, vzdálenosti nebo čekacích dob, což je výrazně pod průměrem EU, který činí 3,6 %. Tento příznivý stav se týká i zranitelných skupin obyvatelstva: mezi osobami ohroženými chudobou činila tato míra pouze 0,9 % ve srovnání s 6 % v EU.

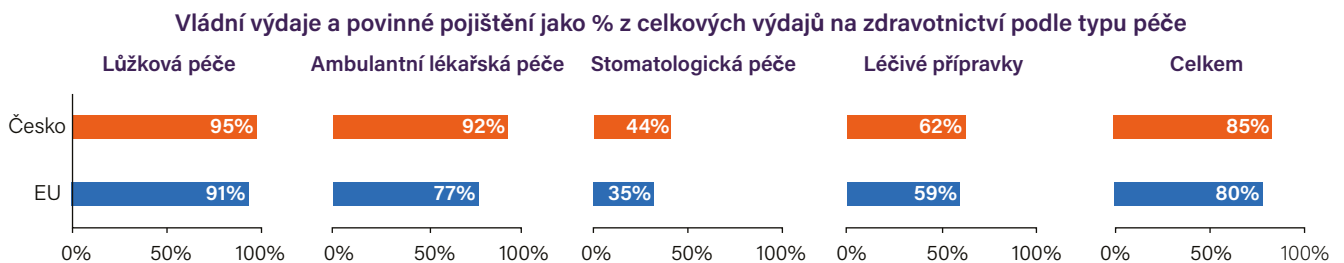
Neuspokojené potřeby v oblasti zubní péče vykazují podobně povzbudivý stav: v roce 2024 1,8 % dospělých v Česku, kteří potřebovali zubní péči, uvedlo, že nebyla uspokojena, ve srovnání s 6,3 % v EU. Mezi osobami ohroženými chudobou činil tento podíl 5,1 %, což je

podstatně méně než průměr EU, který činí 13,6 %. Tyto závěry potvrzují i jiné zdroje: údaje z průzkumu Eurofoundu ukazují, že v roce 2024 hlásilo 2,4 % obyvatel Česka neuspokojené potřeby v oblasti péče o duševní zdraví, což je výrazně méně než průměr EU, který činí 7 %, i když je patrný nárůst z 0,5 % v roce 2022. Neuspokojené potřeby v oblasti primární péče se v letech 2021 až 2024 pohybovaly mezi 1 % a 2 %, s maximem 1,8 % v roce 2023.

Rozsah hrazených služeb je v Česku široký a komplexní

Systém povinného zdravotního pojištění v Česku nabízí široký rozsah hrazených služeb, což vede k vysoké míře veřejného krytí různých zdravotnických služeb a produktů. Systém zahrnuje hospitalizace a ambulantní léčbu, léky na předpis, vybrané stomatologické služby, volně prodejné léky předepsané lékařem a za určitých podmínek také rehabilitaci a lázeňskou léčbu. V roce 2023 podíl výdajů hrazených z povinného zdravotního pojištění překročil průměr EU ve všech kategoriích zdravotnických služeb a produktů, včetně léčivých přípravků (Obrázek 13). Zvláště pozoruhodné je pokrytí ambulantní lékařské péče v Česku, které se s podílem 92 % z veřejných zdrojů řadí mezi nejvyšší v EU. Kromě toho právní úprava z roku 2025 rozšířila stomatologické služby hrazené z veřejného zdravotního pojištění, aby od roku 2026 zahrnovaly i bílé výplně pro dospělé, což by mělo dále zvýšit míru veřejného krytí stomatologické péče v Česku.

Obrázek 13. Míra úhrady z veřejných zdrojů je u všech klíčových služeb trvale nad průměrem EU



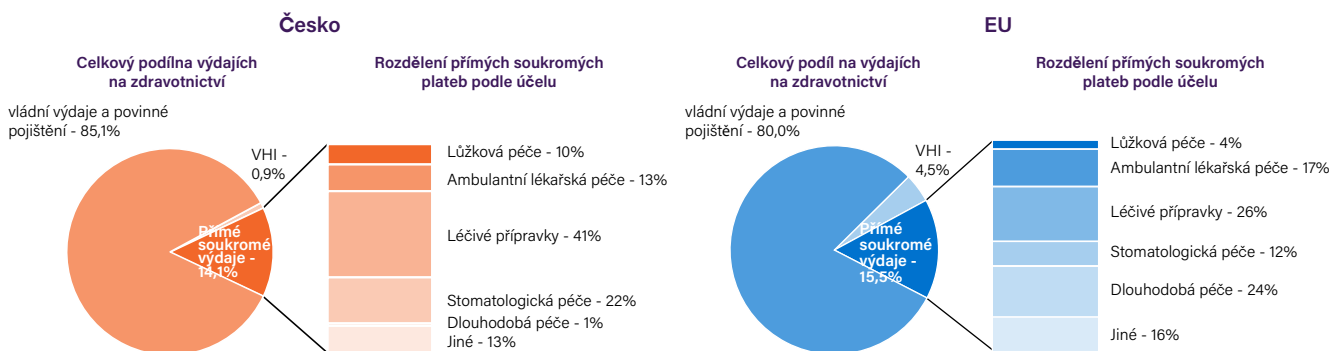
Poznámky: Ambulantní lékařské služby se týkají především služeb poskytovaných praktickými lékaři a specialisty v ambulantním sektoru. Léčiva zahrnují léky na předpis i volně prodejné léky a také zdravotnické spotřební zboží. Průměr EU je vážený.
Zdroj: OECD Data Explorer (DF_SHA). Údaje se vztahují k roku 2023.

Podíl soukromých výdajů v Česku je nižší než průměr EU, ale je vysoce koncentrován na léčiva

Vzhledem k tomu, že Česko má komplexní systém povinného zdravotního pojištění, jsou soukromé výdaje na zdravotní péči relativně nízké: v roce 2023 představovaly 15 % celkových výdajů, což je výrazně méně než průměr EU, který činí 20 %. Téměř všechny soukromé výdaje (94 %) tvoří přímé soukromé výdaje, které představují 14 % celkových výdajů na zdravotní péči, zatímco průměr EU činí 16 % (Obrázek 14). Omezený rozsah přímých plateb v Česku lze připsat minimálnímu spoluúčastem v systému veřejného zdravotního pojištění, které zajišťují, že většina

zdravotních služeb je poskytována bezplatně v místě péče, přičemž poplatky ze strany pacientů jsou omezeny na 90 Kč za ošetření na pohotovosti a v době mimo běžné ordinacní hodiny. Další finanční ochranu poskytuje roční strop pro spoluúčast u předepsaných léčiv, který se liší podle věku (viz oddíl 6). V důsledku toho má struktura přímých plateb specifickou podobu: 41 % tvoří platby za léčiva a jiné zdravotnické spotřební zboží, následuje zubní péče (22 %). Výdaje na lůžkovou péči představují 10 % přímých plateb, nicméně tento relativně velký podíl zahrnuje také dobrovolné výdaje na vybavení a služby, jako jsou soukromé pokoje.

Obrázek 14. Velká část přímých soukromých plateb v Česku připadá na léky



Poznámka: Dobrovolné zdravotní pojištění (VHI) zahrnuje i jiné typy dobrovolného pojištění. Průměr EU je vážený.
Zdroj: OECD Data Explorer (DF_SHA). Údaje se vztahují k roku 2023.

Elektronický systém žádank má umožnit celostátní monitorování čekacích dob

V roce 2025 Česko stále postrádá komplexní celostátní systém pro monitorování čekacích dob. Přesto dílčí dostupné důkazy ukazují na značné regionální rozdíly u některých diagnostických a léčebných výkonů. Například monitorování v roce 2022 zjistilo průměrné zpoždění 76 dnů mezi pozitivním výsledkem testu na okultní krvácení do stolice (FOBT) a diagnostickou kolonoskopií, přičemž průměrné zpoždění v jednotlivých okresech se pohybovalo od 40 do 135 dnů (OECD/Evropská komise, 2025).

Legislativní změny v roce 2025 připravily půdu pro e-žadanku, český systém elektronických lékařských žádank, který by měl být spuštěn v roce 2026. Systém umožní poskytovatelům elektronicky vystavovat a předávat žádanky na laboratorní testy, diagnostické zobrazovací vyšetření a konzultace u specialistů, čímž nahradí papírové formuláře. Pacienti si budou moci své žádanky prohlížet prostřednictvím národních digitálních platforem, včetně mobilní aplikace EZKarta. Očekává se, že tímto bude umožněn pravidelný sběr údajů o čekacích dobách, nejprve pro CT, MRI a další diagnostické služby, což poskytne základ pro systematictější monitorování.

Primární péče je obecně dostupná, ale lokální nedostatky praktických lékařů ohrožují dostupnost primární péče v některých regionech

Zdravotní pojišťovny jsou ze zákona odpovědné za zajištění geografické dostupnosti zdravotní péče. V roce 2023 měla prakticky celá populace přístup k praktickému lékaři do 35 minut jízdy (VZP, 2025a). Nicméně nedostatek lékařů přetrvává, zejména ve venkovských a pohraničních oblastech a ve středních Čechách, což vede zdravotní pojišťovny k upřednostňování nových smluv s praktickými lékaři v těchto lokalitách. Využití služeb zůstává vysoké: pacienti v Česku měli v roce 2023 v průměru 8,2 osobních konzultací s lékařem a 0,7 kontaktů na dálku, zatímco průměr EU činil 7,0, respektive 0,7. Pro odstranění lokálních nedostatků jsou zaváděna cílená opatření, včetně dotací na školicí místa pro praktické lékaře a vyšších úhrad ze zdravotního pojištění (viz oddíl 5.3). Tato opatření vedla ke zvýšení podílu praktických lékařů mezi lékaři od roku

2021 a k mírnému snížení jejich průměrného věku, což jsou povzbudivé signály vzhledem k blížícím se demografickým tlakům. Dle odhadů se bez dalších opatření pracovní síla v primární péči do roku 2035 ve srovnání s rokem 2022 výrazně sníží: u praktických lékařů o přibližně 40 % a u pediatriů o 55 % (Šídlo, 2024). Odchody lékařů do důchodu navíc nemusí být v časovém souladu s nástupem nových lékařů, což může znamenat dočasnou volatilitu v hustotě praktických lékařů a jejich místní dostupnosti.

5.3 Odolnost

Strategie Česka „Zdraví 2030“ a plány zaměřené na konkrétní nemoci vytyčují komplexní program na posílení prevence, integrace péče a výkonnosti systému

Dlouhodobá vize Česka pro rozvoj zdravotního systému je stanovena ve Strategickém rámci rozvoje péče o zdraví do roku 2030 („Zdraví 2030“). Strategie, která byla přijata v roce 2019 a aktualizována v roce 2020 s ohledem na pandemii COVID-19, sleduje tři hlavní cíle: zlepšení zdraví obyvatelstva, optimalizaci výkonnosti systému a podporu vědy a výzkumu. Tyto cíle jsou podpořeny sedmi strategickými prioritami, mezi něž patří rozšiřování integrovaných modelů péče, posilování zdravotnických pracovníků, urychlení digitalizace a reforma mechanismů plateb poskytovatelům. Strategie klade silný důraz na prevenci, podporu zdraví a zdravotní gramotnost (MZČR, 2020). Implementaci vede Ministerstvo zdravotnictví a příslušné instituce do roku 2030.

Tento zastřešující program doplňují cílené národní plány zaměřené na hlavní zdravotní problémy. NOPL, schválený v roce 2022, zaujímá komplexní přístup, od prevence a očkování po screening, léčbu, paliativní péči a zdravotní gramotnost (MZČR, 2022). Národní kardiovaskulární plán, který byl spuštěn v roce 2024, klade důraz na prevenci kardiovaskulárních onemocnění (CVD) a jeho cílem je zlepšit přístup k péči o pacienty s CVD prostřednictvím lepší koordinace napříč cestami pacientů, investic do kapacit pracovní síly a vybavení a podpory výzkumu a mezinárodní spolupráce (MZČR, 2024a). V oblasti duševního zdraví tři akční plány – Národní akční plán pro duševní zdraví a

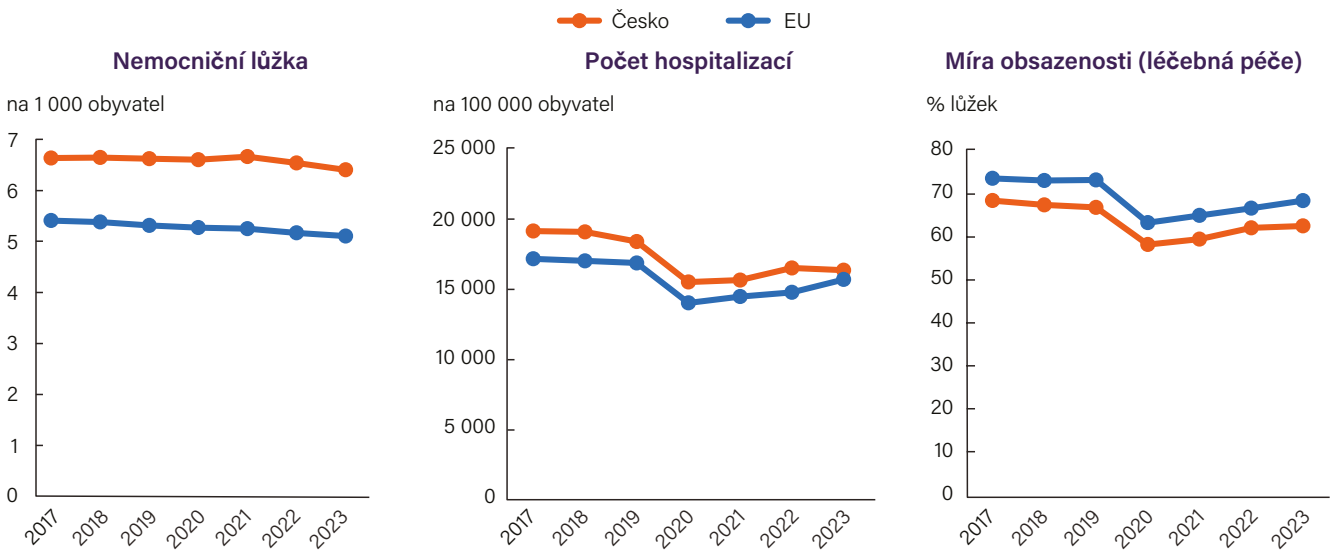
Národní akční plán prevence sebevražd (oba z roku 2020) a Národní akční plán pro Alzheimerovu nemoc a obdobná onemocnění (2021) – uplatňují přístup zahrnující celou společnost, se zaměřením na zranitelné skupiny, děti a mladé lidi.

Česko si udržuje vysoký počet nemocničních lůžek s nízkou obložeností, což značí prostor pro zvyšování efektivity

Přestože se hustota nemocničních lůžek od roku 2017 snížila o 3,5 %, bylo v roce 2023 v Česku 6,4 lůžek

na 1 000 obyvatel, což je o zhruba 25 % více než průměr EU (5,1 lůžek). Využití lůžek však zůstává nízké: průměrná obloženost činila 62 %, což je méně než průměr EU ve výši 69 % (Obrázek 15). Během pandemie COVID-19 došlo v roce 2020 k prudkému poklesu počtu hospitalizací, po kterém následovalo jejich mírné zvyšování - v roce 2023 byl jejich počet o 11 % nižší než před pandemií, nicméně stále o 4 % vyšší než průměr EU.

Obrázek 15. Počet hospitalizací a obloženost lůžek během pandemie prudce poklesly



Poznámka: Průměr EU je vážen pro počet nemocničních lůžek a počet hospitalizací.
Zdroj: Eurostat (hlth_rs_bds1) a OECD Data Explorer (DF_KEY_INDIC).

Narušení nemocniční péče způsobené pandemií COVID-19 ovlivnilo některé, nikoliv však všechny plánované zákroky v Česku

Během pandemie uvolnilo Česko kapacity nemocnic pro léčbu závažných případů COVID-19, což vedlo k poklesu některých, ale ne všech plánovaných zákroků. Stejně jako v jiných zemích EU poklesl v letech 2020–2021 počet náhrad kolenních kloubů a operací tříselných kýl, než se v roce 2022 opět zvýšily. Výjimkou byly náhrady kyčelního kloubu: jejich počet v Česku neklesl, ale oproti úrovni před pandemií se zvýšil, což se stalo jen v jediné další zemi EU. Do roku 2022 tak došlo k prudkému nárůstu těchto operací: náhrady kyčelního kloubu byly o 51 % vyšší než v roce 2019 a náhrady kolenního kloubu o 46 % vyšší. Tento prudký nárůst odráží zrušení úhradových limitů v rámci širší úhradové reformy, jejímž cílem bylo zkrátit čekací doby, které byly považovány za dlouhé již před pandemií. V roce 2023 se Česko řadilo mezi země EU s nejvyšším počtem ortopedických operací.

Dvě nedávné iniciativy si kladou za cíl zlepšit kvalitu péče a efektivitu nemocnic

Česko aktivně prosazuje centralizaci vysoce specializované lékařské péče prostřednictvím cílených úhrad, které

mají zlepšit jak kvalitu, tak efektivitu v odvětví akutní péče. Tento strategický směr vychází ze stávajících sítí specializovaných služeb v oblastech, jako je kardiologie, onkologie a péče o pacienty s cévní mozkovou příhodou. Od roku 2025 formalizovalo Ministerstvo zdravotnictví tento přístup tím, že určilo specializovaná centra v přibližně deseti lékařských oborech a pro přibližně 100 kódů v klasifikaci hospitalizačních případů (DRG). Aby byly dodrženy standardy kvality, hrozí nemocnicím, které nejsou akreditovány jako specializovaná centra pro konkrétní léčbu, finanční sankce. Akreditace je specifická pro daný obor a vychází z přísných kritérií, včetně minimálního počtu případů, adekvátního personálního obsazení a dostupnosti vhodného vybavení. Související systém sankcí se zavádí postupně: v prvním roce po nové klasifikaci se uplatňuje 10% snížení úhrady, které se od třetího roku zvyšuje na 50 % (MZČR, 2024b).

Souběžně s tím zavedlo Česko finanční pobídky na podporu rozšíření jednodenní chirurgie. Od roku 2023 vláda podporuje přechod ke kratším pobytům v nemocnici sjednocováním sazeb úhrad. Od roku 2026 bude seznam zákroků upřednostňovaných pro jednodenní chirurgii rozšířen na přibližně 100 zákroků, včetně operací tříselných kýl, odstranění žlučníku a operací křečových žil. U těchto zákroků bude hospitalizace hrazena

ve stejné výši jako jednodenní chirurgie, zatímco dříve byla úhrada vícedenní hospitalizace o 20–30 % vyšší.

Krátkodobá konsolidace výdajů zastírá dlouhodobé hrozby finanční udržitelnosti

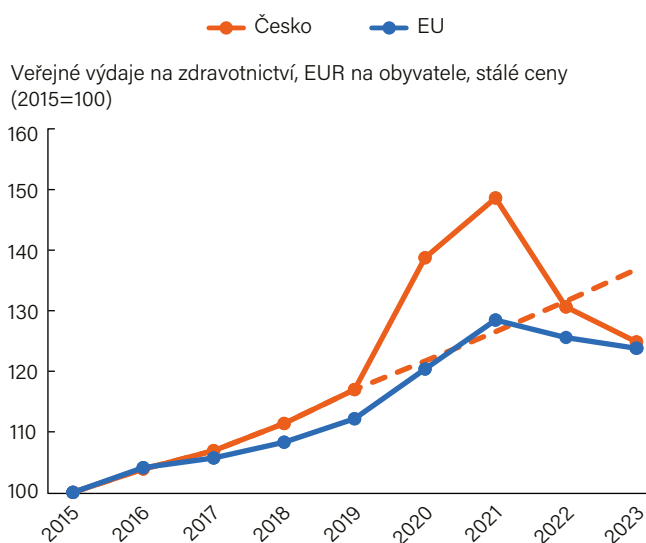
Veřejné výdaje na zdravotní péči v Česku byly v posledních letech ovlivněny bezprecedentním šokem způsobeným pandemií COVID-19, po kterém následovalo období rozpočtové konsolidace. V letech 2015 až 2019 rostly reálné veřejné výdaje na zdravotnictví v průměru o 3,6 % na obyvatele ročně, což převyšovalo průměr EU ve výši 2,9 %. Tento růstový trend mezi lety 2019 a 2021 prudce zrychlil, jelikož státní příspěvky do systému veřejného zdravotního pojištění za ekonomicky neaktivní osoby vzrostly na 1,8násobek úrovně z roku 2019, což vedlo k 27% nárůstu veřejných výdajů na zdravotnictví (Obrázek 16) (Bryndová et al., 2023).

S ukončením mimořádných programů byly výdaje související s pandemií rychle omezeny. Do roku 2023 klesly veřejné výdaje na zdravotnictví na obyvatele v reálném vyjádření o 16 % oproti svému vrcholu v roce 2021, čímž se růst výdajů vrátil pod úroveň předpandemického trendu. Očekává se však, že tato konsolidace bude krátkodobá, protože zdravotní systém čelí rostoucím dlouhodobým tlakům na náklady v důsledku stárnutí obyvatelstva, nedostatku pracovních sil a rostoucí poptávky, které stále více ohrožují finanční udržitelnost veřejného zdravotnictví.

EU fondy hrají zásadní roli při zvyšování úrovně kapitálových investic v českých nemocnicích

Cílené programy veřejných investic, z velké části podpořené prostředky EU, sehrály klíčovou roli v modernizaci

Obrázek 16. Veřejné výdaje na zdravotnictví na obyvatele v Česku se v letech 2022–2023 vrátily k předpandemickému růstovému trendu



Poznámky: Průměr EU je vážený, vypočítaný ze strany OECD. Přerušovaná čára představuje předpokládaný trend na základě údajů z období před pandemií (2015–2019).
Zdroj: OECD Data Explorer (DF_SHA).

zdravotnické infrastruktury v Česku, zejména v oblasti vysoce specializované péče. Financování bylo směřováno do lůžkových zařízení na podporu modernizace vybavení, renovace zařízení a výstavbu nových specializovaných center, včetně Českého onkologického institutu v Praze. V uplynulých 15 letech obdržely nemocnice akreditované v rámci národních sítí vysoce specializované péče v oborech onkologie, kardiologie, cévních mozkových příhod a traumatologie cílené investice zaměřené na zvýšení kvality a standardizaci péče. Ačkoli tyto snahy přispěly ke snížení rozdílů v dostupnosti a kvalitě specializovaných služeb, určité regionální rozdíly přetrvávají, zejména v přístupu k onkologické péči (ÚZIS, 2022). Řešení těchto rozdílů je klíčovým bodem současných politických iniciativ, včetně NOPL 2030, Národního kardiovaskulárního plánu a Národního plánu obnovy, podporovaného Nástrojem pro oživení a odolnost EU.

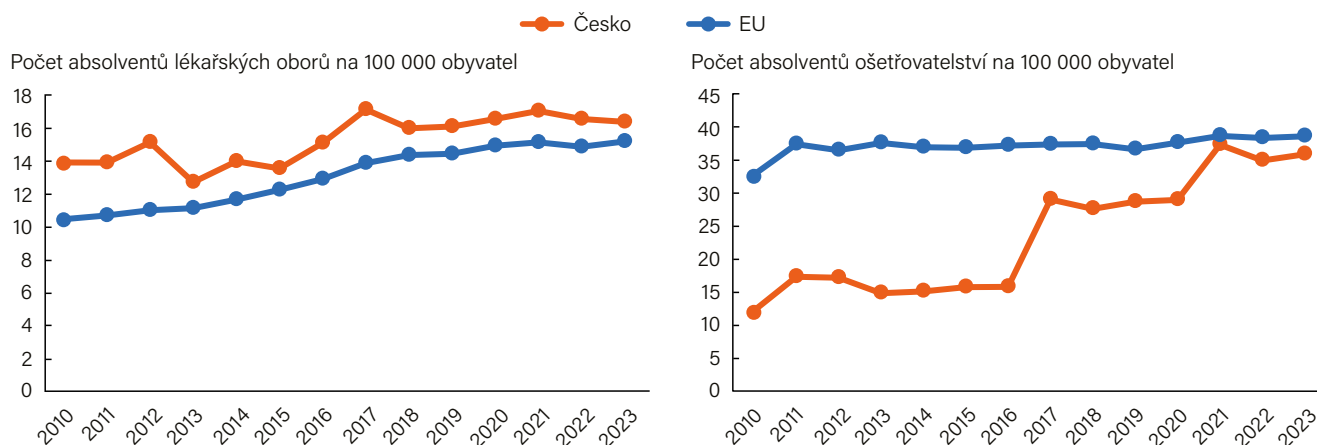
V období 2021–27 vyčlení Česko prostřednictvím Fondu soudržnosti EU přibližně 499 milionů EUR na další posílení své zdravotnické infrastruktury. Z toho 187 milionů EUR je určeno na modernizaci zařízení, 117 milionů EUR na zdravotnické vybavení a 101 milionů EUR na služby a aplikace v oblasti elektronického zdravotnictví. Investice se zaměřují na klíčové oblasti, jako je primární péče, záchranná zdravotnická služba, integrovaná onkologická péče, paliativní péče a služby v oblasti duševního zdraví.

Česko rozšiřuje vzdělávání lékařů a zdravotních sester, aby čelilo stárnutí pracovní síly

Zatímco se v Česku hustota pracovníků ve zdravotnictví za poslední desetiletí zvýšila a přiblížila se průměru EU (viz oddíl 4), systém se i nadále potýká s rostoucí poptávkou, kterou pohání stárnutí obyvatelstva. Počet lékařů a sester je významně ovlivněn přílivem absolventů domácích vzdělávacích a školicích programů a odlivem způsobeným především odchodem do důchodu, předčasným opuštěním profese nebo odchodem do zahraničí za lepšími pracovními příležitostmi. Současná věková struktura pracovníků podtrhuje problém obnovy pracovních sil: v roce 2022 bylo 37 % praktických lékařů starších 55 let a téměř polovině z nich již bylo více než 65 let.

Probíhají cílená opatření na zvýšení kapacit: od roku 2019 financuje dotace ve výši 6,8 miliardy Kč dodatečná místa na lékařských fakultách na období 2019–29, čímž se počet studentů zapisovaných do prvního ročníku navýšil od roku 2019/2020 o 20 %. První rozšířený ročník absolvoval v roce 2025, čímž se počet lékařů na trhu práce zvýšil odhadem o 300 ročně. V posledním desetiletí se také zvýšil počet sester, k čemuž přispěl růst programů udělujících kvalifikaci nižší úrovně (Obrázek 17). Novela zákona z roku 2021 umožnila pokročilým studentům medicíny za stanovených podmínek získat kvalifikaci pro výkon povolání zdravotní sestry, což vedlo k jednorázovému nárůstu počtu absolventů ošetrovatelství. V polovině roku 2025 vláda zavedla dodatečné financování ošetrovatelských programů, v obdobném režimu jako u lékařských fakult, aby dále rozšířila kapacity vzdělávání.

Obrázek 17. Počet absolventů medicíny a ošetřovatelství se v posledních letech zvýšil



Poznámka: Prudký nárůst počtu absolventů ošetřovatelství v roce 2017 byl způsoben zahrnutím zdravotních sester s nižší úrovní kvalifikace (nesplňujících kritéria stanovená ve Směrnici EU o uznávání odborných kvalifikací). Průměr EU je vážený (vypočítaný ze strany OECD).
Zdroj: OECD Data Explorer (DF_GRAD).

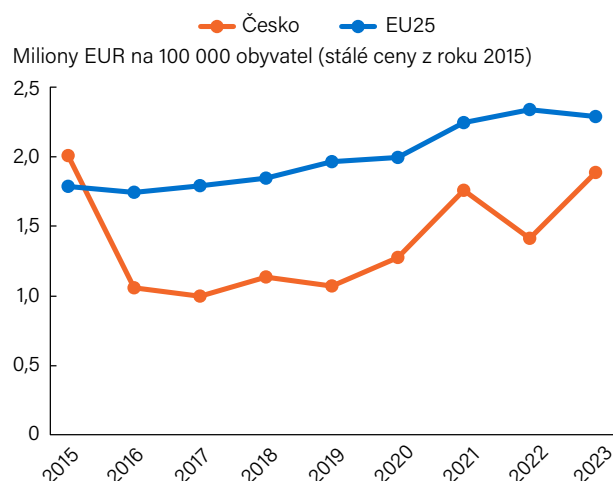
Česko výrazně zvýšilo platy lékařů s cílem podpořit udržení pracovníků

Pro zvýšení atraktivity a udržení zdravotnických pracovníků, zavedlo Česko rozsáhlé reformy platů v celém zdravotnictví. V roce 2022 činil plat lékařů, především v nemocnicích, v průměru 2,4násobek průměrného příjmu v zemi. V roce 2024 byly platové tarify lékařů výrazně zvýšeny, přibližně o 25 %, přičemž mladším lékařům byly přiděleny relativně vyšší nárůsty než jejich zkušenějším kolegům. Ačkoli se tyto úpravy tarifů nevztahovaly na samostatně výdělečně činné ambulantní lékaře (včetně praktických lékařů), jejich odměňování se postupně zlepšovalo díky vyšším sazbám úhrad za ambulantní služby. V důsledku toho získali v roce 2025 praktičtí lékaři a samostatně výdělečně činní specialisté další navýšení platů o 5–6 %, a to po odhadovaném zvýšení o 16 % u praktických lékařů a 11 % u specialistů v roce 2024. Díky těmto cíleným finančním krokům se všeobecné lékařství stalo jedním z nejlépe placených lékařských specializací v Česku. První známky, jako například rostoucí počet praktických lékařů a postupný pokles jejich průměrného věku, naznačují, že tato politika pomáhá přilákat mladší lékaře do primární péče.

Česko posiluje svou digitální zdravotnickou infrastrukturu, ale veřejné využívání online a elektronických zdravotních služeb zůstává omezené

Historicky Česko investovalo do zdravotnických informačních a komunikačních technologií méně, než je průměr EU, avšak od pandemie výdaje výrazně vzrostly, což naznačuje postupný pokrok v oblasti digitálních kapacit (Obrázek 18). Významným krokem bylo přijetí právních předpisů na rozšíření národní infrastruktury elektronického zdravotnictví v červnu 2025 (viz oddíl 5.2). Na základě stávajících nástrojů, jako jsou elektronické recepty (ePreskripce) a elektronický očkovací záznam, zavedla reforma elektronickou očkovací kartu, systém elektronických žádanek a národní registr preventivních prohlídek.

Obrázek 18. Po pandemii vzrostly kapitálové investice do zdravotnických informačních a komunikačních technologií v Česku



Poznámka: Hodnoty se vztahují k hrubým výdajům a zahrnují ICT vybavení a počítačový software a databáze. Data se týkají činností v oblasti zdravotnictví a sociální péče (Q).
Zdroj: Databáze Eurostat (nama_10_a64_p5).

Navzdory vysoké míře zapojení do online prostředí – 68 % dospělých vyhledávalo informace o zdraví na internetu oproti průměru EU 58 % – zůstává využívání digitálních služeb omezené: v roce 2024 si pouze 20 % dospělých Čechů rezervovalo termín návštěvy online, tedy výrazně pod průměrem EU (40 %). To pravděpodobně odráží absenci široce rozšířené a uživatelsky přívětivé platformy pro objednávání. Podobně v roce 2020 uvedlo méně než 2 % respondentů, že využili svůj elektronický zdravotní záznam, zatímco v celé EU to bylo 10 % v roce 2020 a 28 % v roce 2024, což odpovídá absenci uceleného národního systému elektronických zdravotních záznamů v té době.

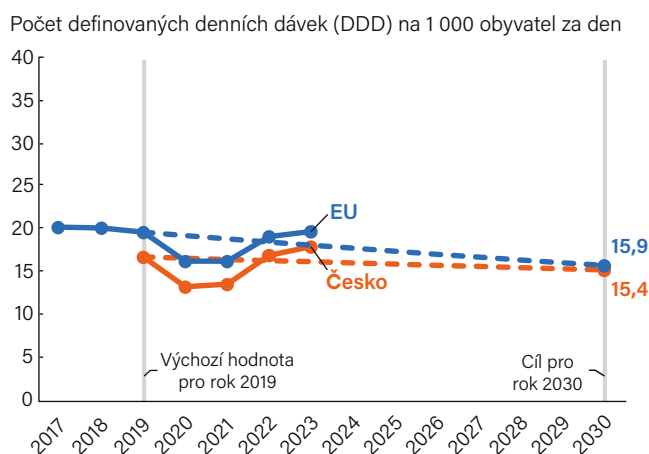
Používání antibiotik v Česku po pandemii vzrostlo, ale zůstává pod průměrem EU

Snížení nevhodného používání antibiotik je klíčové pro řešení antimikrobiální rezistence (AMR), což je

priorita posílená výzvou Rady EU z roku 2023 ke snížení spotřeby do roku 2030.² Stejně jako v mnoha zemích EU zaznamenalo i Česko v letech 2020–2021 prudký pokles spotřeby, který do značné míry odrážel nižší míru infekcí během pandemie COVID-19. Spotřeba poté v letech 2022 a 2023 opět vzrostla s normalizací výskytu infekcí, což zemi odklonilo od požadovaného vývoje (Obrázek 19). Navzdory tomuto nárůstu zůstala v roce 2023 celková spotřeba o 9 % nižší než průměr EU, pokud jde o definované denní dávky (DDD) na den. K dosažení cíle pro rok 2030 bude zapotřebí průměrného ročního snížení o přibližně 2,3 % od roku 2023 do 2030. Kromě celkového objemu je kvalita předepisování relativně příznivá: v roce 2023 připadalo 61 % spotřeby antibiotik na WHO kategorii „Access“, což je těsně pod cílem EU ve výši 65 % a představuje pevný základ pro další pokrok.

Opatření v oblasti správného užívání antibiotik pokračují. Státní zdravotní ústav podporuje preventivní a osvětové kampaně zaměřené na lékaře a veřejnost, které jsou spolufinancované z fondů EHP a Norska, přičemž hodnocení naznačují zlepšení znalostí o odpovědném používání antibiotik (SZÚ, 2023).

Obrázek 19. Spotřeba antibiotik byla pod průměrem EU, ale v roce 2023 se odchýlila od cílů snižování spotřeby



Poznámka: Průměr EU je vážený. Graf zobrazuje spotřebu antibiotik v nemocnicích a mimo nemocnice. Přerušovaná čára znázorňuje cílovou trajektorii politiky pro dosažení cílů snížení spotřeby do roku 2030. Zdroj: ECDC ESAC-Net.

6 Zaměřeno na léčiva

Navzdory ochranným stropům se Česko u léčiv více spoléhá na soukromé financování

V roce 2023 představovaly výdaje na maloobchodní prodej léčivých přípravků přes lékárny v Česku 15 % běžných výdajů na zdravotnictví, mírně nad průměrem EU (13 %), což odpovídá nižší úrovni celkových výdajů na zdravotnictví v Česku. V důsledku toho činily výdaje na léčivé přípravky v přepočtu na obyvatele v roce 2023 449 EUR (upraveno o rozdíly v kupní síle), což bylo téměř o 12 % méně než průměr EU (Obrázek 20). Charakteristickým rysem českého maloobchodního trhu s léčivými přípravky je jeho nadprůměrná závislost na soukromém financování: soukromé platby pokryly v roce 2023 39 % maloobchodních výdajů na léčivé přípravky, což je více než průměr EU ve výši 36 %. Podle národních údajů za rok 2023 byly doplatky pacientů na předepsaná léčiva 16,4 mld. Kč (přibližně 656 mil. EUR), zatímco výdaje na volně prodejné léky (OTC) činily 21,5 mld. Kč (přibližně 860 mil. EUR), tedy větší část výdajů domácností na léky (ČSÚ, 2025).

Aby se zmírnila finanční zátěž pacientů, platí v Česku ochranný strop pro maximální spoluúčast za rok (viz oddíl 5.2), který je rozdělen podle věku a zdravotního postižení: 5 000 Kč pro dospělou populaci obecně, 1 000 Kč pro děti a dospělé ve věku 65–69 let a 500 Kč pro osoby ve věku 70 let a více a osoby s určitým zdravotním postižením (VZP, 2025b). Reforma z roku 2025 tuto ochranu posílila zavedením mechanismu okamžitého osvobození od

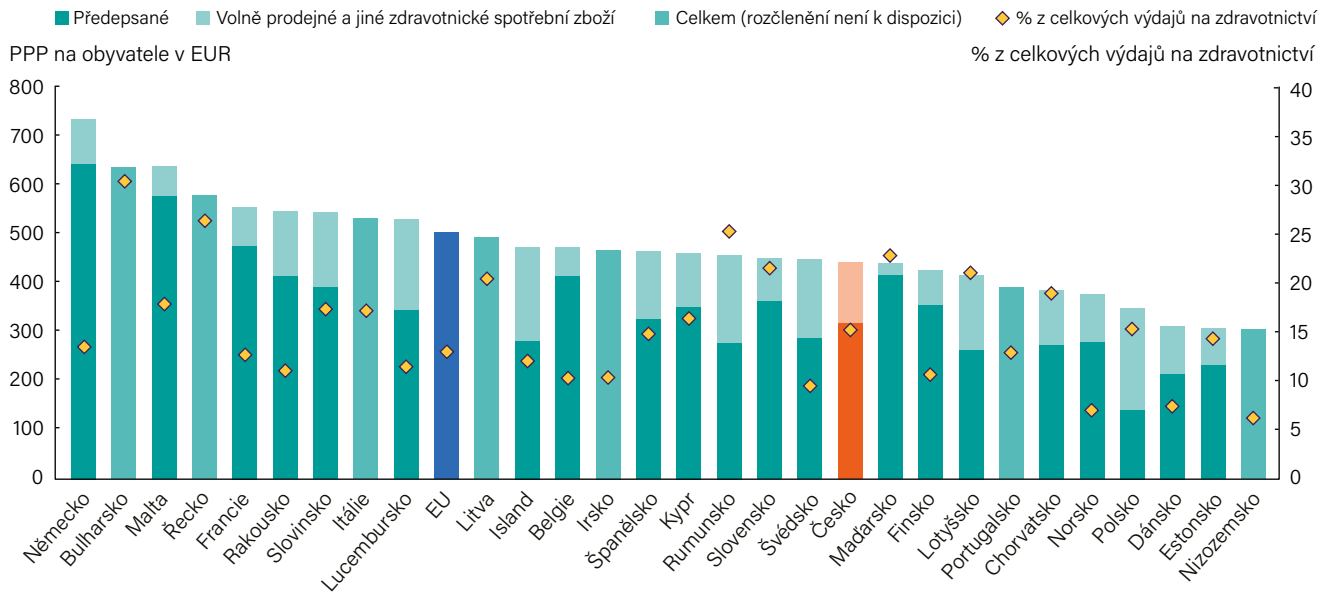
doplatků: jakmile pacient dosáhne svého ročního limitu, lékárny automaticky upustí od dalších doplatků a náklady hradí přímo pojišťovny. Tím byl nahrazen předchozí model čtvrtletních refundací, což snížilo dočasnou finanční zátěž ekonomicky zranitelných domácností.

Systém stanovování cen a úhrad v Česku spojuje přísnou kontrolu nákladů s dynamickými revizními mechanismy

Česko reguluje ceny a úhrady léčiv prostřednictvím dobře zavedeného zákonného rámce spravovaného Státním ústavem pro kontrolu léčiv (SÚKL). V rámci SÚKL stanovuje Sekce cenové a úhradové regulace maximální ceny výrobce pro hrazené léky a podmínky jejich úhrad. Omezení nákladů je dosaženo kombinací externího referenčního stanovení cen a interních referenčních skupin. Maximální ceny výrobce jsou obvykle stanoveny na uroveň průměru tří nejnižších cen v referenčním koši 18 zemí EU. Systém stanovení úhrad je strukturován do 94 referenčních skupin, které sdružují terapeuticky srovnatelné přípravky, přičemž výše úhrady je stanovena ve výši ceny nejlacinějšího terapeuticky zaměnitelného produktu. Klíčovou předností systému je pravidelné přehodnocování úhrad: SÚKL provádí jak úplné, tak zkrácené revize úhrad s cílem posoudit terapeutickou hodnotu a nákladovou efektivitu. V roce 2023 tyto revize podle odhadů přinesly systému veřejného zdravotního pojištění úspory přes 200 mil. EUR (SÚKL, 2024).

² Doporučení Rady o posílení opatření EU v boji proti antimikrobiální rezistenci v rámci přístupu „One Health“, 2023/C 220/01.

Obrázek 20. Výdaje na léky na osobu zůstávají v Česku pod průměrem EU, ale spotřebovávají větší podíl národních výdajů na zdravotnictví



Poznámka: Tento údaj představuje výdaje na léčiva vydaná v maloobchodních lékárnách pouze pro ambulantní použití. Nezahrnuje léky podávané v nemocnicích, klinikách nebo ordinacích lékařů.

Zdroj: OECD Data Explorer (DF_SHA). Údaje se vztahují k roku 2023, s výjimkou Norska (2022).

Nedávný vývoj směřuje k dalšímu zlepšení dostupnosti a efektivity: nová legislativa zavedená v roce 2024 formalizovala postupy pro stanovení cen a podmínek úhrady za náhradní léčivé přípravky a od roku 2026 bude SÚKL uplatňovat formální procesy hodnocení zdravotnických technologií (HTA) pro stanovení úhrady za vakcíny.

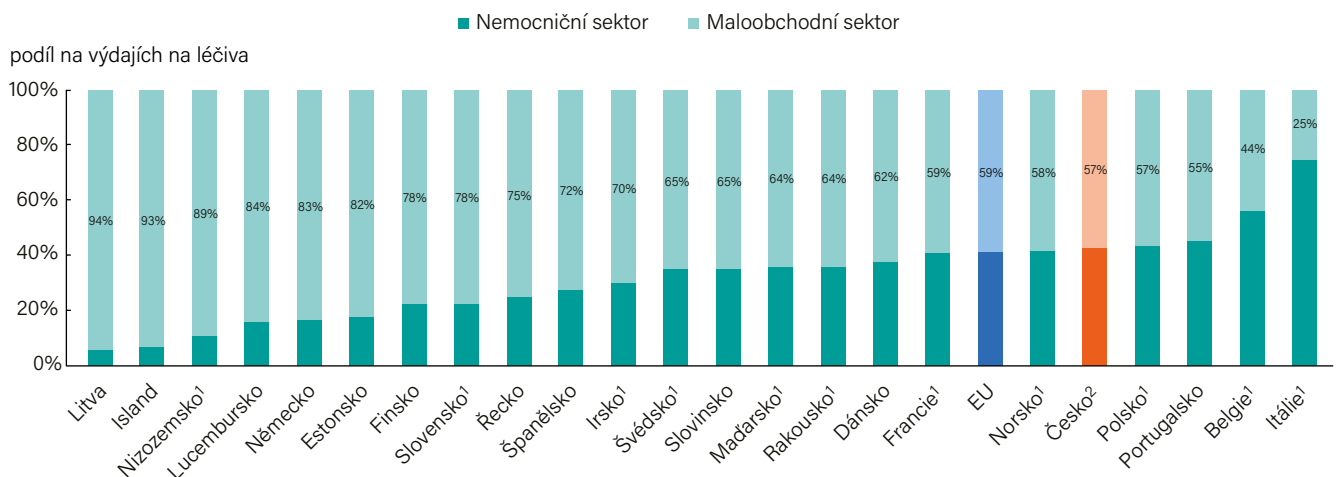
Vysoce nákladné léky pohnávají rychlý růst výdajů nemocnic na léčiva

Zatímco český farmaceutický trh zůstává převážně orientovaný na maloobchod, rostoucí podíl výdajů na vysoce nákladné léky je soustředěn v nemocničním

sektoru. V roce 2023 dosáhl celkový farmaceutický trh hodnoty 103,3 mld. Kč (4,1 mld. EUR). Z toho léky nakupované nemocnicemi a používané v lůžkové a specializované ambulantní péči představovaly 33,6 mld. Kč, tj. 33 % celkového trhu, což je nárůst z přibližně 25 % v roce 2017. Zbývající dvě třetiny byly vydány prostřednictvím maloobchodního kanálu, včetně soukromých i veřejných lékáren a ambulantního prodeje nemocničních lékáren (Obrázek 21).

Tento trvalý růst výdajů na léky mimo maloobchodní prodej je téměř výlučně pohnán národním systémem pro centrové léky – inovativní, vysoce nákladné terapie pro onemocnění, jako jsou rakovina, autoimunitní

Obrázek 21. V Česku je podíl výdajů na léky realizovaných v lékárnách v souladu s průměrem EU



Poznámky: Průměr EU je vážený. Údaje se vztahují k roku 2023, s výjimkou Norska a Slovinska (2022). Údaje o prodeji léků v nemocnicích v Nizozemsku jsou neúplné, což vede k nadhodnocení podílu maloobchodního prodeje léků v grafu.

Zdroje: OECD Data Explorer (DF_SHA); ¹IQVIA a Swedish Dental and Pharmaceutical Benefits Agency, 2024; ²Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky (ÚZIS, 2024).

poruchy a vzácná onemocnění. Tyto léčby jsou omezeny na akreditované nemocniční poskytovatele a v roce 2023 představovaly více než 35 mld. Kč, což představuje téměř 90 % výdajů nemocnic na léky. Financování centrových léků je řízeno prostřednictvím vyhrazených rozpočtů přidělovaných nemocnicím zdravotními pojišťovnami, odděleně od standardních mechanismů financování nemocnic, jako jsou platby podle DRG. To sice poskytuje nemocnicím finanční flexibilitu, ale zároveň ukládá přísný rozpočtový strop. Lékaři stále častěji vyjadřují obavy z nesouladu mezi přidělenými rozpočty a počtem způsobilých pacientů vyžadujících léčbu, což vytváří tlak na dostupnost a přispívá ke zvyšování finanční zátěže zdravotních pojišťoven.

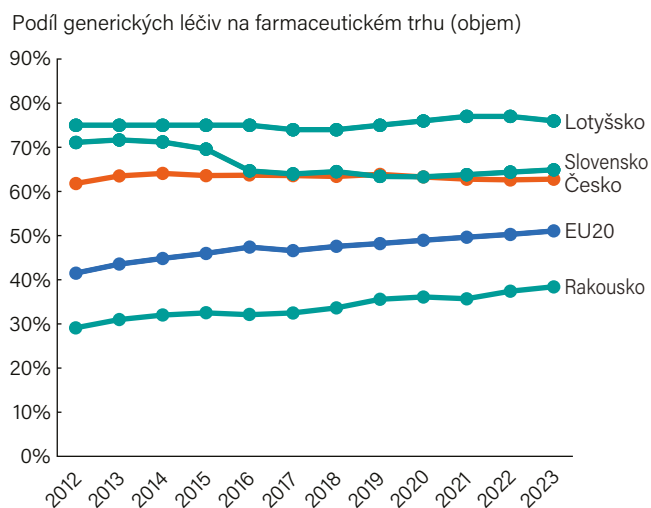
Pro inovativní terapie se běžně používají dohody o řízeném vstupu (MEA), přičemž je stále více kladen důraz na platby založené na výsledcích namísto objemových úhrad. U všech ostatních hrazených léků na předpis jsou ceny regulovány prostřednictvím externího referenčního stanovení cen a podléhají pravidelným revizím úhrad, zejména při vstupu generické konkurence na trh. Léčiva, která nejsou hrazena z veřejného zdravotního pojištění, nepodléhají cenové regulaci.

Díky robustní cenové a úhradové politice si generika udržují vysoký podíl na trhu v Česku

Generické léky tvořily v posledních pěti letech stabilně přibližně 63 % farmaceutického trhu v Česku, což je mírně nad průměrem EU a srovnatelné se sousedním Slovenskem (Obrázek 22). Tato stabilní úroveň pronikání generik na trh odráží robustní a komplexní rámec zaměřený na podporu nákladově efektivního předepisování a používání generických léků.

Pokud jde o cenovou politiku, externí referenční oceňování stanovuje maximální ceny výrobce na základě srovnání cen

Obrázek 22. Generické léky si v Česku v uplynulém desetiletí trvale udržovaly více než 60% podíl na trhu



Poznámka: Údaje ukazují procentní podíl trhu s generiky z hlediska objemu. Průměr EU je vážený.

Zdroj: OECD Data Explorer (DF_GEN_MRKT).

v 18 zemích EU. Interní referenční oceňování dále posiluje cenovou dostupnost tím, že seskupuje terapeuticky srovnatelné přípravky a ukotvuje úhradu na nejlevnější variantu, obvykle generikum, čímž je zajištěno, že alespoň jeden přípravek v každé skupině je plně hrazen. Výše úhrady je stanovena podle průměru tří nejnižších cen v referenčním koši. Tento rámec vyvíjí silný tlak na snižování cen prostřednictvím několika vzájemně se posilujících mechanismů: po vstupu prvního generika na trh musí být jeho cena alespoň o 40 % nižší než cena originálního přípravku, zatímco originální přípravek musí do tří měsíců snížit svou cenu o 30 %, což vytváří dvojí konkurenční šok. Konkurenci při nákupu dále podporují elektronická výběrová řízení na hrazené léky: vítězný přípravek pro každou účinnou látku získává 100% úhradu, zatímco konkurenční přípravky jsou hrazeny pouze ze 75 %, což zostřuje cenovou konkurenci a podporuje předepisování levnějších alternativ.

Klíčovou součástí strategie Česka v oblasti cenově dostupných léků je aktivní podpora biosimilárních léků. První biosimilární lék vstupující na trh musí mít cenu alespoň o 30 % nižší než jeho referenční biologické léčivo, což přináší okamžité úspory nákladů. Regulační orgán SÚKL prokázal v této oblasti silné odhodlání a v roce 2023 se zařadil mezi pět nejaktivnějších regulačních orgánů EU v oblasti hodnocení biosimilárních léků (SÚKL, 2024).

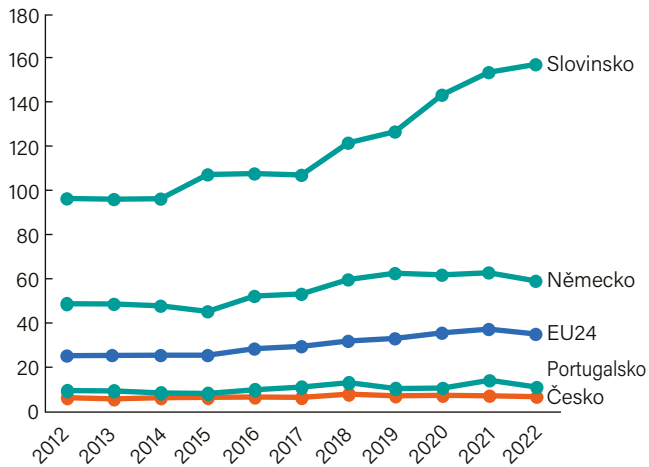
Česko zůstává silným centrem klinického výzkumu, ale investuje málo do farmaceutického výzkumu a vývoje

Situace v oblasti farmaceutických inovací v Česku je smíšená, na jedné straně se vyznačuje skromnými domácími investicemi do výzkumu a vývoje, na druhé straně pak silnou a mezinárodně integrovanou kapacitou pro klinický výzkum. Navzdory potenciálu zůstávají podnikové výdaje na farmaceutický výzkum a vývoj nízké, v roce 2022 činily celkem pouze 74 mil. EUR (upraveno o rozdíly v kupní síle). Tato částka představuje méně než 1 % celkových podnikových výdajů na farmaceutický výzkum a vývoj v celé EU, což odpovídá výdajům na obyvatele ve výši pouhých 7 EUR. Investice na obyvatele zaznamenaly od roku 2012 zanedbatelný růst a představují pouze jednu pětinu průměru EU, který činí 35 EUR (Obrázek 23). Tento rozdíl v podnikových investicích do výzkumu a vývoje se odráží i v počtu patentových přihlášek: v letech 2018 až 2022 podalo Česko 103 farmaceutických patentů v rámci mezinárodní Smlouvy o patentové spolupráci, což odpovídá méně než dvěma přihláškami na milion obyvatel ročně, tedy méně než polovině průměru EU, který činí 4,2.

Naopak Česko si vede velmi dobře jako centrum klinického výzkumu: roční počet nových klinických studií na milion obyvatel pravidelně převyšuje průměr EU, s maximem 35 v roce 2021, po kterém se počet stabilizoval na přibližně 25, což je stále výrazně nad průměrem EU, který činí 18. Více než 80 % studií je financováno průmyslem a prováděno v rámci studií zahrnujících více zemí, což podtrhuje integrovanou roli země v globálním vývoji léčiv.

Obrázek 23. Výdaje podniků na farmaceutický výzkum a vývoj na obyvatele činí v Česku jednu pětinu průměru EU

PPP na obyvatele v EUR, stálé ceny (2022)



Poznámka: Průměr EU je vážený (vypočítaný ze strany OECD).
Zdroj: OECD Data Explorer (DF_ANBERDi4).

Navzdory silné kapacitě pro klinický výzkum musí farmaceutický sektor v Česku ještě vyvinout rozsáhlou nebo

vysoce hodnotnou výrobní základnu. Dokládá to i jeho farmaceutická produkce, která v roce 2023 činila přibližně 751 mil. EUR, což představuje méně než 1 % celkové produkce EU. Tato omezená výroba odráží především domácí stopu soustředěnou spíše na tradiční generika než na pokročilou výrobu s vysokou přidanou hodnotou.

Vláda si tuto mezeru uvědomuje a s cílem podpořit domácí výrobu formálně označila na konci roku 2024 farmaceutický sektor za strategické odvětví. Toto označení zavádí významná opatření, včetně desetiletého osvobození od daně z příjmů právnických osob a zvýšeného „cashbacku“ na výzkum a vývoj, konkrétně pro projekty, které propojují inovace s místní výrobou. Vedle těchto přímých investičních pobídek má domácí výrobní prostředí dále posílit významná novela Zákona o léčivech účinná od roku 2024. Tato novela zavedla status „omezené dostupnosti“ pro kritické léky, spolu s časově omezenými, nediskriminačními povinnostmi dodávek, zvýšenými požadavky na skladové zásoby a podávání zpráv pro farmaceutické společnosti a distributory a mechanismem ministerských rezervních zásob pro zmírňování nedostatku (Vláda ČR, 2023). Očekává se, že tyto regulační změny společně zlepší atraktivnost pro místní výrobu kritických léků a zajistí větší stabilitu a předvídatelnost dodavatelského řetězce.

7 Klíčová zjištění

- Střední délka života v Česku dosáhla v roce 2024 80,3 let, čímž překonala úroveň před pandemií, ale zůstala o 1,4 roku pod průměrem EU. Úmrtnost v zemi je ovlivněna vysokým výskytem kardiovaskulárních onemocnění a rakoviny, které v roce 2023 společně představovaly více než 63 % všech úmrtí. Kromě toho výsledky v oblasti zdraví starších lidí zaostávají za ostatními zeměmi EU: v 65 letech mají Češi nižší střední délku života a menší podíl zbývajících let prožívají bez zdravotního omezení.
- K úmrtnosti v Česku významně přispívají behaviorální rizikové faktory, přičemž hlavními faktory jsou nezdravé stravovací návyky, konzumace alkoholu a kouření. Konzumace alkoholu dospělými je přetrvávajícím problémem, v roce 2022 se s více než 11 litry na obyvatele řadila mezi nejvyšší v EU, přičemž objem spotřeby se za poslední dvě desetiletí prakticky nezměnil. Zatímco denní kouření dospělých kleslo na 16 %, což je pod průměrem EU, tento pokrok byl vyvážen rychlým nárůstem užívání elektronických cigaret, zejména mezi dospívajícími a mladými dospělými.
- Systém povinného veřejného zdravotního pojištění v Česku poskytuje prakticky univerzální pokrytí, přičemž 85 % výdajů na zdravotnictví pochází z veřejných zdrojů. Celkové výdaje však v roce 2023 činily 2 910 EUR na obyvatele, což je o 24 % méně než průměr EU. Výdaje se soustřeďují na ambulantní a lůžkovou péči, zatímco dlouhodobá péče a prevence jsou relativně podfinancovány. Ačkoli hustota lékařů a zdravotních sester odpovídá průměru EU, systém čelí nedostatku zdravotních sester, což vede k hlášeným uzavírkám oddělení.
- Výsledky Česka v oblasti zdraví poukazují na prostor pro zlepšení. V roce 2022 byla úmrtnost z preventabilních příčin o 16 % vyšší a úmrtnost z léčbou odvrátitelných příčin o 26 % vyšší než průměr EU. Zároveň byla míra hospitalizací, kterým lze předejít kvalitní ambulantní péčí, v roce 2023 o 18 % vyšší než průměr EU, a to především kvůli hospitalizacím pro městnavé srdeční selhání. Preventivní programy vykazují smíšené výsledky: proočkovanost starších osob proti chřipce je nízká, jen něco málo přes polovinu průměru EU, zatímco proočkovanost dospívajících dívek proti HPV přesahuje průměr EU. Účast na screeningu rakoviny prsu a děložního čípku je vysoká, přičemž pandemie narušila screeningové programy méně než v průměru v EU.
- Finanční dostupnost zdravotní péče v Česku je vysoká, a to díky širokému balíčku hrazených služeb a vysoké míře veřejného financování. V důsledku toho patří neuspokojené potřeby lékařské a zubní péče hlášené pacienty k nejnižším v EU a přímé platby představují 14 % celkových výdajů na zdravotnictví. Téměř celá populace má dostupného praktického lékaře v rozumném dojezdovém čase, avšak nedostatek lékařů v některých venkovských a pohraničních regionech nadále představuje problém. Očekává se, že plánované zavedení elektronického systému e-Žádanka v roce 2026 zlepší řízení čekacích dob a přístup ke specializované péči. Kromě toho Česko řeší čekací doby na vybranou elektivní péči navýšením úhrad, přičemž objem náhrad kyčelních a kolenních kloubů prudce vzrostl po zrušení úhradových limitů během pandemie.
- Po období volatility souvisejícím s pandemií se veřejné výdaje na zdravotnictví na obyvatele v roce 2023 vrátily k předpandemickému růstovému trendu, přičemž fondy EU podporují modernizaci klíčové infrastruktury. Aby země mohla reagovat na budoucí potřeby a stárnutí zdravotnických pracovníků, rozšířila své vzdělávací kapacity: od roku 2019 zvýšila počet přijímaných studentů na lékařské fakulty o 20 % a od roku 2025 zvyšuje počty studentů ošetrovatelství. Nedávný nárůst spotřeby antibiotik způsobil, že se Česko vzdálilo od splnění svého cíle nižší spotřeby antibiotik v roce 2030.
- Výdaje na maloobchodní prodej léčiv v lékárnách představují v Česku přibližně 15 % všech výdajů na zdravotnictví, přičemž podíl přímých pacientů na těchto platbách je vyšší než průměr EU. Trh je však stále více ovlivňován nákupy nemocnic, které nyní tvoří více než třetinu celkových výdajů na léčivé přípravky. Tento trend souvisí se systémem, v němž jsou nákladné inovativní terapie poskytovány výhradně v akreditovaných nemocnicích, které na jejich financování dostávají vyčleněné rozpočty od zdravotních pojišťoven. Česko si udržuje vysokou míru využívání generických léčiv, přibližně 63 %, a účinně podporuje biosimilární léky prostřednictvím povinného snižování cen. Zatímco investice do farmaceutického výzkumu a vývoje jsou nízké, pouze na úrovni jedné pětiny průměru EU, Česko dosahuje vynikajících výsledků v oblasti klinických studií, kde trvale překračuje průměr EU.

Hlavní zdroje

OECD/EU (2024), Health at a Glance: Europe 2024 – State of Health in the EU Cycle. Paříž, OECD Publishing.

Bryndová L et al. (2023), Czechia: Health system review, Health Systems in Transition, 25(1): i-183.

Odkazy

Čapková, N., & Lustigová, M. (2022). *Zdravotní stav české populace: výsledky studie EHES 2019*. Praha: Státní zdravotní ústav. Načteno z <https://szu.gov.cz/wp-content/uploads/2023/01/ehes2022.pdf>

ČSÚ. (2025). *Výsledky zdravotnických účtů v ČR - v letech 2010–2023*. Český statistický úřad. Získáno 16. 10 2025, z <https://csu.gov.cz/produkty/vysledky-zdravotnickych-uctu-2023>

MZČR. (2020). *Strategický rámec rozvoje péče o zdraví v České republice do roku 2030 "Zdraví 2030"*. Praha: Ministerstvo zdravotnictví.

MZČR. (2022). *Národní onkologický plán České republiky 2030 „NOPL 2030“*. Praha: Ministerstvo zdravotnictví.

MZČR. (2024a). *Národní kardiovaskulární plán České republiky na období 2025-2035*. Praha: Ministerstvo zdravotnictví.

MZČR. (2024b). *VYHLÁŠKA ze dne 2024 o stanovení hodnot bodu, výše úhrad za hrazené služby a regulačních omezení pro rok 2025*. Ministerstvo zdravotnictví.

OECD/Evropská komise. (2025). *EU Country Cancer Profile: Czechia 2025*. Paris: OECD Publishing.

Šídlo, L. K. (2024). Estimating required general practitioner capacity due to generational change in Czech regions up to 2035. *Moravian Geographical Reports*, 32(2). doi:<https://doi.org/10.2478/mgr-2024-0010>

SÚKL. (2024). *Výroční zpráva 2023*. Praha: Státní ústav pro kontrolu léčiv.

SZÚ. (2023). *Výsledky průzkumu: Projekt Antibiotická rezistence. cz zlepšil znalosti české populace o tématu*. Státní zdravotní ústav.

SZÚ. (2025). *Národní výzkum užívání tabáku a alkoholu v České republice 2024*. Praha: Státní zdravotní ústav.

ÚZIS. (2022). *Národní onkologický plán - Shrnutí analytické studie*. Načteno z <https://mzd.gov.cz/wp-content/uploads/2022/07/NOPL-CR-2030-annexe-1-summary-of-analytical-study.pdf>

ÚZIS. (2024). *Lékárny a výdejny zdravotnických prostředků*. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR.

ÚZIS. (2025). *Národní registr hrazených zdravotních služeb*. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR.

Vláda ČR. (2023). *Zákon 456/2023 Sb., doplňující zákon 378/2007 Sb., o léčivech. Sbíрка zákonů*.

VZP. (2025a). *Dostupnost zdravotní péče [webový portál]*. Všeobecná zdravotní pojišťovna. Načteno z <https://www.vzp.cz/poskytovatele/dostupnost-zdravotni-pece>

VZP. (2025b). *Regulační poplatky a ochranné limity (webový portál)*. Všeobecná zdravotní pojišťovna. Praha: Všeobecná zdravotní pojišťovna.

Zkratky zemí

Belgie	BE	Estonsko	EE	Itálie	IT	Mad'arsko	HU	Polsko	PL	Slovensko	SK
Bulharsko	BG	Finsko	FI	Kypr	CY	Malta	MT	Portugalsko	PT	Slovinsko	SI
Česko	CZ	Francie	FR	Litva	LT	Německo	DE	Rakousko	AT	Španělsko	ES
Chorvatsko	HR	Irsko	IE	Lotyšsko	LV	Nizozemsko	NL	Řecko	EL	Švédsko	SE
Dánsko	DK	Island	IS	Lucembursko	LU	Norsko	NE	Rumunsko	RO		



State of Health in the EU

Zdravotní profil země 2025

Zdravotní profily zemí jsou klíčovým prvkem cyklu Zdravotní stav v EU Evropské komise, projektu zaměřeného na zprostředkování znalostí a vypracovaného 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 výzvy a vývoj v oblasti zdravotní politiky v každé zemi EU/EHP.

Vydání zdravotních profilů v roce 2025 poskytuje syntézu různých kritických aspektů, včetně:

- současného zdravotního stavu v dané zemi;
- faktorů ovlivňujících zdraví, se zvláštním zaměřením na rizikové faktory chování;
- strukturu a organizaci zdravotního systému;
- efektivnosti, dostupnosti a odolnosti zdravotního systému;
- přehled sektoru léčiv a souvisejících politik v dané zemi.

Hlavní zjištění Zdravotních profilů zemí doplňuje Souhrnná zpráva.

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

Prosím citujte tuto publikaci jako: OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2025), *Zdravotní profil země 2025: Česko. State of Health in the EU*, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.