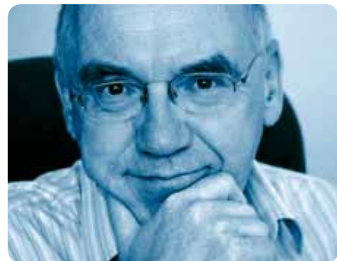


Hranice ochoty platit je jedním z instrumentů, které mají vnést do rozhodování ve zdravotnictví více racionality, předvídatelnosti a spravedlnos-



ti, a to na jeho makroúrovni. Hranice ochoty platit říká, jaké peníze jsme ochotni vydat za měřitelnou jednotku přínosu libovolné zdravotnické technologie a jaké už ne. Kouzlo hranice ochoty platit je ve srovnání mečů mezi technologiemi se silným a slabým lobbingem i ve stejném metru, kterým se měří všem typům zdravotnických technologií. Je to šance směřovat veřejné peníze tam, kde přinesou největší užitek, a to napříč celým zdravotnictvím. Je to prevence před vyplýtváním peněz na zbytečnosti a chyběním toho potřebnějšího.

Úskalím využívání hranice ochoty platit je v obtížnosti přetavení medicínských přínosů zdravotnické technologie do jednoho výsledného čísla a v samotném nastavení hranice, které má dopad do chování všech zúčastněných. Převedení „měkkých“ medicínských dat do „tvrdého“ QALY (roků života indexovaných jeho kvalitou), LYG (roků získaného života) či jiných jednotek není triviální záležitostí. Výsledek citlivě re-

aguje na vstupní data a záleží na korektnosti celého procesu. Proto musí být co nejotevřenější a lidé pracující s jeho výsledky věci znali.

Pevně nastavení hranice ochoty platit se potýká se dvěma problémy – zakládá motivaci pracovat s daty tak, aby výsledné hodnocení protáhlo technologii pod nastavenou laťku, a redukuje pestrost světa jen na nákladovou efektivitu. Proto má hranice ochoty platit častěji podobu širokého pásma s neostrými okraji než jedné jediné hodnoty. Technologie s nákladovou efektivitou pod dolní hranicí pásma vstupují do systému automaticky, v jeho rámci hraje roli závažnost kurýrovaně nemocí, účinnost a jedinečnost technologie či celospolečenské dopady jejího zavedení. Technologiím nad horní hranicí pásma, tedy s nejnižší nákladovou efektivitou, by měly být veřejné prostředky odepřeny.

Zdravotnictví, které aktivně pracuje s hranicí ochoty platit, přenáší řešení kolize mezi medicínskou prospěšností a ekonomickými mantinely z jednotlivých lékařů na systémovou úroveň a současně se chová férově k veřejnosti. Občané mají samozřejmě právo znát rozsah služeb zajišťovaných veřejným systémem, ale neměly by jim být utajovány možnosti celé medicíny. Tady se nabízí prostor pro uplatnění ekonomicky náročnější varianty výkonu a s tím i podmínky pro formulaci nabídky smluvního připojištění. Nestačí to bude dlouhá, ale nevyhnutelná.

*Příjemné počtení přeje
MUDr. Pavel Vepřek*

Hranice ochoty platit – proč, jak, kdy?



Tomáš Doležal



Milan Macek



Milan Novák

úhel pohledu

volné fórum



Lenka Petrášová



Jakub Dvořáček



Miroslav Palát

Aleš Kmínek



Jana Lukášová



Jiří Müller

Soukromé pojištění ekonomicky náročnější varianty zdravotnických služeb

právní okénko

úhel pohledu >

MUDr. Tomáš Doležal, Ph.D.
ředitel, iHETA

Hranice ochoty platit

Problematika hranice ochoty platit je mediálně velmi chytlavým tématem, které je ale často vytrhááno z kontextu. Hovořit o hranici ochoty platit je možné až v okamžiku, kdy máme zavedené kval-



Tomáš Doležal

itní, systematické a transparentní posouzení medicínské technologie, které dokáže posoudit všechny aspekty v rámci HTA. Nejde tedy jen o inkrementální poměr nákladů a přínosů (ICER) a jeho interpretaci ve smyslu hranice ochoty platit, ale také o jiné aspekty medicínské technologie, jako např. potřeba nové léčby, závažnost onemocnění, dostupnost alternativní terapie, účinnost, bezpečnost, míra inovativnosti, dopad na rozpočty zdravotní či sociální. Obávám se, že český systém HTA, který zatím funguje jen v lékové oblasti, zatím neprodukuje dostatečně kvalitní a standardizované analýzy, abychom je

Obávám se, že český systém HTA, který zatím funguje jen v lékové oblasti, zatím neprodukuje dostatečně kvalitní a standardizované analýzy, abychom je mohli použít pro arbitrání stanovení hranice ochoty platit.

pro zdravotní ekonomiku a technology assessment (iHETA) na svých odborných fórech opakovaně varovaly před riziky zavedení fixní hranice ochoty

platit. Takováto hranice funguje prakticky jen na Slovensku a výsledkem je vznik paralelního a velmi netransparentního úhradového systému. Dokonce Velká Británie, která stále ještě drží jakousi hranici ochoty platit, jež ale byla již v minulých letech prolomena pro produkty s velkou medicínskou potřebou, plánuje od roku 2014 přechod na systém „value-based pricing“, ve kterém se vedle nákladové efektivity bude hodnotit rovněž zatížení společnosti daným onemocněním („burden of disease“) a míra inovativnosti dané technologie.

Česká farmakoeconomická společnost i Institut

platit. Takováto hranice funguje prakticky jen na Slovensku a výsledkem je vznik paralelního a velmi netransparentního úhradového systému. Dokonce Velká Británie, která stále ještě drží jakousi hranici ochoty platit, jež ale byla již v minulých letech prolomena pro produkty s velkou medicínskou potřebou, plánuje od roku 2014 přechod na systém „value-based pricing“, ve kterém se vedle nákladové efektivity bude hodnotit rovněž zatížení společnosti daným onemocněním („burden of disease“) a míra inovativnosti dané technologie.

Domnívám se, že bychom se neměli vracet do minulosti, ale měli bychom se vydat cestou flexibilní hranice ochoty platit, která respektuje i další parametry daného onemocnění a hodnocené technologie.

prof. MUDr. Milan Macek jr., DrSc.
přednosta, Ústav biologie a lékařské genetiky
2. LF UK a FN Motol

K hranici ochoty platit

K čemu je hranice ochoty platit dobrá?

Vzhledem k velmi rychlému vývoji nových léčivých přípravků pro vzácná onemocnění (EMA očekává přes 150 designací v roce 2013), kdy zejména v posledních letech jsou na trh uváděny nové přípravky, je stále zřetelnější nutnost nastavit hranici ochoty platit. Různé zdravotní systémy přistupují k této nelehké problematice různě (např. UK NICE nebo EUnetHTA), ale v zásadě se ukazuje, že hranice ochoty platit by měla být flexibilní. Konečně vzácná onemocnění jsou pouhými „předjezdcí“ personalizované (nebo také „stratifikované“) medicíny. V současné době jsme v jakémsi mezidobí, kdy starý model „blockbusterů“ je již přežitý díky pokrokům genomiky a nový se teprve rozbíhá. Dochází k rozvoji „personal health“, což bude vyžadovat zcela novou koncepci financování zdravotnictví a účasti pacientů samotných (P4 medicína).

Jak hranici ochoty platit nastavují a uplatňují v ostatních evropských státech?

V tomto ohledu nejsem expertem, abych se mohl kompetentně vyjádřit. Nicméně principiálně existují dvě strategie, které se v této souvislosti uplatňují – tj. „komplexní“ zhodnocení národních agentur



Milan Macek

u nás; byť je snaha o „nějakou“ finanční regulaci pochopitelná, je neúčinná.

Jak by měla hranice ochoty platit vypadat, jak se k ní dopracovat a do jaké míry ji kodifikovat?

Je především potřeba mít data a provést pilotní „cost of illness“ studie u některých dobře definovaných vzácných onemocnění (cystická fibróza, fenylketonurie apod.). Ostatně MZ ČR v současné době vyhlásilo dotační řízení právě na tuto důležitou problematiku Národního akčního plánu pro vzácná onemocnění. „Evidence based“ přístup je tedy zásadní, včetně alespoň semikvantitativního vyjádření potenciálních úspor

Velmi důležitá je skutečnost, že zdravotní a sociální domény (rozpočty) jsou u nás oddělené, takže není možné kompetentně zhodnotit investice do relativně nákladného léku, který léčí kauzálně dané onemocnění prakticky ad integrum, společně s úsporami v sociální oblasti.

ne dítě pečuje). Na druhé straně je nutno zdůraznit, že i proces stanovení ceny léčivého přípravku pro vzácné onemocnění by měl být transparentní a podložený auditovatelnými daty na straně výrobců. Pochopitelně nelze pominout rozumnou míru zisku, kterou je však nezbytné z velké části reinvestovat do procesu vývoje nových léků. V USA už vznikly

HTA ve větších evropských zemích nebo kombinace HTA a nákladové efektivity. Oba modely se mnohdy prolínají a menší země obvykle přebírají závěry a doporučení od větších zemí. Každopádně však nelze strkat hlavu do písku, jak se to děje v současné době

v sociální oblasti u léčených pacientů a jejich rodin (viz sociální invalidizaci matky, která o chronicky nemocné dítě pečuje).

i nové ekonomické modely (např. akciové fondy pro placení těchto léků, o jejichž akcie se mohou výrobci ucházet), ale stále jsme na začátku a nebude to lehké. Nedostatečná konkurence u „orphan drugs“ se rovněž ukazuje jako klasický problém trhu s těmito léky.

Je naše společnost na aplikaci hranice ochoty platit připravena?

V České republice dosud neproběhla oficiální debata na toto téma a kromě pacientských organizací či několika málo odborníků na SÚKL či MZČR se v zásadě nikdo k této tematicce zatím oficiálně nevyjádřil a mám pocit, že je to politikum s výrazně „negativním nábojem“. Velmi důležitá je skutečnost, že zdravotní a sociální domény (rozpočty) jsou u nás oddělené, takže není možné kompetentně zhodnotit investice do relativně nákladného léku, který léčí kauzálně dané onemocnění prakticky ad integrum, společně s úsporami v sociální oblasti. Nežřídko jsou pacienti zařazení zpět do pracovního procesu a zácnou platit daně.

Jak vstupuje a jak by měla vstupovat hranice ochoty platit do rozhodovacího procesu v našem zdravotnictví?

Jak jsem již uvedl, měl by to být jeden ze základních principů vstupu personalizované medicíny do zdravotního systému.

MUDr. Milan Novák.
komentátor, Zdravotnické noviny

Kontexty limitace úhrad zdravotní péče

Motto: Est modus in rebus, sunt certi denique fines.

Občané mohou dostat jen tolik zdravotní péče, na kolik si prostřednictvím svých volených zástupců dokázali mezi sebou vybrat a následně ochránit před krádeží a plýtváním. To je jasná rovnice, z níž není úniku, již nelze žádnými proklamacemi ani strkáním hlavy do písku obejít. Rovnice, vyhozena dveřmi, vrací se oknem. Připomíná se v politicky nejnevhodnější chvíli, a není-li správně uchopena, najde si své cesty mimo legální rámec. Čím více se snažíme ji odehnat, tím více ekonomických i morálních škod vzniká.

Nabízí se logická otázka nějaké limitace. Teď jde o to jaké. Pokusme se načrtnout požadavky, jež by

měla splňovat. Musí být férová, reálná, objektivní, průhledná, rezistentní proti neregulérním vlivům a s nepočatými výjimkami ke snížení její tvrdosti v mimořádných případech. Neměla by obsahovat příliš velké rozpětí šedé zóny, neboť už dobře víme, co by se v našich podmínkách stalo.

Někdo to nazve ošklivě přidělovým systémem. Lepší výraz je *rationing*, protože dnes, když chceme říci něco nepříjemného nebo kontroverzního, začínáme hovořit anglicky. Dříve to byla latina. Tak či onak, limit v každém případě existuje. Medicína představuje zrychlující se expanzi nekonečná, zatímco peníze jsou velmi konečné a stále konečnější. Proto také často citovaný článek 31 Listiny omezuje bezbřehost nároků, avšak hned na toto omezení klade základní požadavek: „za podmínek, které stanoví zákon“. Čili jiné typy limitací, které nejsou dány zákonem, jsou z pohledu konkrétního občana, vyžadujícího péči, protiprávní. Máme takových celou spoustu, vlastně právně na nich je celý systém založen.

Potíž je v tom, že všechny limity jsou nastaveny neosobně, paušálně, a to v rovině pojišťovna – poskytovatel. Jenže přichází nemocný občan a limity stanovené poskytovateli ho nezajímají. V té chvíli však zjišťuje, že se svou pojišťovnou nemá žádnou smlouvu, z níž by zjistil, v jakém rozsahu je pojištěn. Smlouvu má poskytovatel, který se *de facto* pojišťuje na své náklady. Pochopitelně omezené. Plátce tak přenáší černého Petra úhradové limitace individuálních stonání na poskytovatele. A tady nastává každodenní rozpor mezi tím, co je *lege artis* a jeho úhradou. Je to ďábelský mlýn mezi svědomím, pravidly řemesla a právní odpovědností na straně jedné a existenčními či zaměstnavatelskými tlaky na straně druhé. Dojde-li na lámání chleba, nelze se v trestněprávním řízení hájit ani ekonomickými argumenty, ani pokyny zaměstnavatele (obvykle nepsanými).

Nejviditelnější to je v případě centrové léčby progresivních onemocnění. Stává se, že léčba „přespočetného“ pacienta nesmí a současně musí být odložena. Občas s trvalými následky. Choroba nevratně pokračuje a odkládaný pacient má již horší výchozí podmínky, efekt léčby je nižší a vzniká ztráta ve všech parametrech ekonomických i mimoekonomických. Při dostatečném odkladu už nemocný vstupní kritéria nemusí splnit, systémem propadne a tím se „ušetří“. Pouze však v horizontu letošního rozpočtu. Vzniká jakýsi „africký“ problém:

Máme dobrou šanci získat milion, investujeme-li stovku. Potíž je, že ji nemáme, čímž celá věc vadne.

Vidíme, že stanovení objektivnějších limitů podle typu choroby, tj. více vázané na pacienta a nikoli jen na globální neosobní rozpočet, by přineslo ekonomická i etická pozitiva, pokud bychom to uměli dobře udělat. Někdo by musel říci, co ještě jsme v rámci daných absolutních hranic ochotni zaplatit, jaké máme priority, co



Milan Novák

je důležité a co méně, jak rozlišit potřebné od ještě potřebnějších. Podmínka dostatečné nákladové efektivity je nutná, nikoli však postačující. Některé postupy sice mohou být nákladově efektivní, ale jsou tak drahé, že si je nemůžeme dovolit, abychom nepoškodili jiné pacienty s jinými chorobami, jejichž léčba je také nákladově efektivní a na které by se už nedostalo. Mimochodem, drsná obdoba tohoto rozhodování je základem válečné medicíny.

V další úvaze se nutně dostáváme od samozřejmého požadavku na klinickou a poté nákladovou efektivitu k efektivitě sociální. Otázka zní: Nepřesuneme úsporu ve zdravotnických nákladech od striktně

Limitace musí být férová, reálná, objektivní, průhledná, rezistentní proti neregulérním vlivům a s nepočatými výjimkami ke snížení její tvrdosti v mimořádných případech.

oddělené a nekomunikující sociální sféry na principu „nechci tu slevu zadarmo“? Diskuse se obvykle omezuje na zdravotnické náklady. Jenže tu máme náklady nadresortní, resp. celospolečenské, které se jako jeden identifikovatelný celek nikomu do rozpočtu nepromítnou: omezení nebo ztráta výdělečné činnosti, neměřitelná ztráta kreativního

potenciálu člověka, náklady dlouhodobé a sociální péče, nemocenská, důchody, příspěvky na péči a též velmi opomíjená cena péče blízkých osob. Náklady jsou rozděleny mezi dva resorty, které nemají žádný nástroj k propojení, ani kdyby skutečně chtěly. Benevolentní limity dopadnou na zdravotní pojišťovny,

tvrdé hranice se mohou odrazit v rozpočtu sociálních i v nižší produktivitě.

Ochota společnosti platit je bez ohledu na techniku stanovení mnohorozměrným jevem. Začíná se odvíjet od individuálních postojů, protože odtud vzniká obecné povědomí, společenská názorová hladina, která se ve svém výstupu promítne do politického rozhodnutí, jímž stanovení *willingness to pay* (WTP) je. Sice se zakládá na expertních posudcích a modelech, ale v konečném důsledku jde o projev vůle, který je na rozdíl od expertizy hlasovatelný.

Jak takové společensko-politické povědomí vzniká a co ho může ovlivnit? Čím může být předurčena odpověď na otázku, zda je klinická, nákladová i sociální efektivita určitého postupu natolik významná, abychom se na ni po krejčárcích složili ve stylu „Národ sobě“?

Individuální ochota platit má přímý význam v zemích, kde se pacient významně podílí na nákladech léčby. A skutečně byla tato WTP zkoumána s pozoruhodnými výsledky. Tam, kde jsou náklady na léčbu tradičně věcí individua a rodiny, je ochota platit mnohem větší než v zemích současného či bývalého státního a obdobného nároku. Co je slepice a co vejce? Nejsem si jist. U nás jsme odkázáni na nepřímé indicie. Podle mého soudu mohou být relevantní tyto příklady:

- Nezájem o nadstandardy
 - Vyšší míra korupce, místy již de facto zvykově „normalizovaná“
 - Minimální individuální odpor občanů proti dalším nelegálním platbám skrytým za neoprávněné vybírání regulačních poplatků, různé „registrace“ a „sponzorské dary“, postavené jako nutná podmínka péče
 - Zájem o šamanské léčebné metody libovolné modality
 - Prodej pseudoléků čili tzv. potravinových doplňků
 - Vysoká míra veřejného protestu proti jakékoli kodifikaci spoluúčasti na péči
 - Dobré výsledky celonárodních sbírek, jde-li o konkrétní a dostatečně medializovanou věc
- Zdá se to vzájemně v rozporu, ale ve skutečnosti je to logické. Vše oficiálně umožněné či nařízené vzbuzuje nedůvěru, naopak vše načerno, pod rukou, neoficiální a iracionální se setkává s úspěchem. V praxi však vidáme i jeden racionální prvek: nemálo pacientů začíná u lékaře svou řeč tím, že kdyby bylo tzv. *cokoliv potřeba*, jsou ochotni platit. Hlavně aby lékař hned na počátku nezabudoval do své rozvahy brzdicí ekonomický faktor. Chtějí maximum, deklarují svou ekonomickou potenci a nevěří systému vysoko nad rámec jeho reálné insuficience.

Všeobecně se individuální ochota platit jeví spíše jako vyšší, než se domnívají levicově orientovaní politici, ale její struktura je naprosto příšerná a destruktivní.

Často vycházíme z iluze, že jednání jednotlivce i společnosti je převážně racionální a jednotlivé prohřešky proti této zásadě představují jakési dočasné úchylinky, které se dají vysvětlit a napravit. Patřím ke skeptikům, kteří soudí, že je tomu právě naopak. Většina toho, co se děje, je iracionální, kdežto racionalita představuje světlé okamžiky výjimek, ostrovy pozitivní deviance. Historie přináší spoustu důkazů. Vezměme jen makroekonomické události minulého a tohoto století. Optimista by mohl jen poukázat na dva rozměry racionality, které bývají většinou v příkrém rozporu. Racionalita okamžitá versus racionalita dlouhodobá. Naši selští předkové to dávno tušili, a proto vymysleli přísloví o košili bližší než kabát. To je obrovské politikum, dá se dokonce říci, že základní. Musíme to brát v úvahu při koncipování všech systémů, jejichž úspěšnost záleží na tom, jak bude veřejnost reagovat. Běží o to, že co se jeví jako racionální v krátkém horizontu, může být dokonale kontraproduktivní ve výhledu dlouhodobém. Můžeme to úderně demonstrovat na způsobu opravy českých silnic. Při rozhodování o WTP se důležitost horizontu podle charakteru onemocnění ukáže například na relevanci parametru QALY versus DALY. Tedy zda u akutních a subakutních onemocnění přičítáme roky přežití podle jejich kvality, či zda naopak odečítáme ztrátu nekvalitních roků u invalidizujících chorob velmi chronického charakteru.

Celospolečenskou ochotu hradit zdravotní péči jako takovou můžeme už dnes docela dobře měřit. Vyjadřuje ji procento HDP vynaložené na zdravotnictví. A to u nás nepatří k nejvyšším. Uvnitř něj se můžeme setkat s dalším zajímavým příkladem: ochota platit péči o duševně nemocné je u nás méně než poloviční oproti vyspělým zemím. Vnímání společenské důležitosti určitých chorob či jejich skupin je velmi nerovnoměrné. Srdeční a onkologická onemocnění by byla nesporným vítězem, neurologickým onemocněním naopak veřejnost nerozumí a pleťe si mrtvici s roztroušenou sklerózou, duševně nemocní by ostrouhlali ještě více a na léčbu návykových nemocí by nešla ani koruna (s těžkým společenským dopadem). Samostatnou otázkou je, kolik jsme ochotni platit za prevenci, tedy za to, co se vůbec nestane. To jest platba za snížení rizika, že vůbec budeme muset počítat nějaké QALY a DALY. O tom se hodně mluví, ale prosazuje se to těžko.

Stávající struktura financování zdravotnictví i in-

vestiční politiky (existuje-li jaká) má v tomto smyslu staré kořeny. Struktura preferencí sahá daleko před rok 1989 a dnešní stav toto laicko-politické dojmologické hledisko stále dobře odráží. Je zcela zřejmé, které obory patří mezi *winner*s a které mezi *loser*s. Stačí se podívat do Seznamu zdravotních výkonů. Obory a choroby představující předmět jejich péče, které lze snadno mediálně tematizovat, jež lze použít jako dramatickou zápletku v seriálech, kde pokud možno teče krev, kde heroismus medicíny je denním hostem, tam se vždy bude dařit daleko lépe.

Racionální stanovení WTP jako jednoho z významných podkladů takového společensko-politického rozhodování by mohlo přinést určité zmírnění extrémů ve smyslu vyvážení spektra hrazené péče a snížení míry chaosu. WTP může přispět k jasnějšímu a zdůvodněnějšímu stanovení priorit na vyšší než pocitové úrovni, o lobbismu a jiných nepatřičných vlivech nemluvě. Pokud bychom takový parametr měli, mohli bychom se snadno vyhnout jevům, jakými jsou protonová aféra či nákupy extrémních technologií, poháněné prestiží a entuziasmem fachidiotů.

Kamenem úrazu bude samozřejmě pravidlo, že každé zvýšení musí být provázeno na jiném místě odpovídajícím snížením, tedy přehodnocením řady stávajících léčebných postupů, technologií a farmak. Musíme totiž pokaždé dočítat do jedné, jinak se ocitáme za hranicí reality a celá věc se stane pouze teoretickou. Potíž je, že vždy se lépe přidává, než bere.

Lékař je vychován k záchraně a ochraně individua či jeho zbytkových funkcí za jakoukoli cenu. Jeho pacientem je konkrétní člověk, nikoli společ-

nost. Společnost je tu abstraktní pojem, v jeho vnímání v podstatě reprezentovaná státem. A odtud jako každý správný Čech nikdy nic dobrého nečeká. Podstatná část lékařů kritérium WTP proto jen těžko pochopí (tím méně občané) a budou vyznávat „absolutní medicínu“. Klíčem je otázka, jak aplikovat etiku na omezené zdroje. Není vlastně nezřízené utrácení při zanedbatelném efektu pro konkrétního pacienta neetickým poškozováním těch druhých? Háček je v tom, že je osobně neznáme, nejsou v naší péči a našemu konkrétnímu pacientovi mohou být v jeho těžké chvíli ukradení.

Stanovení WTP je rozhodnutí politické v nejobecnějším smyslu, tedy vyjádřením vůle, preferencí a společenského hodnocení. Výsledek závisí na mentalitě, hodnotách, specifických historických momentech a obecném povědomí o spravedlnosti. Bohužel právě v těchto parametrech má naše společnost své největší slabiny. Je to hledání společenského konsensu, tedy něčeho, co je nám bytostně cizí. My bojujeme na život a na smrt až do úplného zničení názorového oponenta, vše ostatní je buď projevem hlouposti, nebo zrady. Lze si živě představit, jaký by se strhl vražedný politický boj, provázený nervy drásající demagogií. Připomeňme si, jaké dezinterpretace se rozpoutaly kolem banalit, jakými jsou regulační poplatky či stávající nadstandarty. Pro zavedení takovýchto systémů je především nutná atmosféra věcnosti a klidné důvěry. Rozjitřená paranoia, která u nás dnes převládá, prakticky vylučuje racionální postupy. Hned se vymknou svému původnímu účelu a budou zdiskreditovány. Bůh nám buď milostiv.

Náklady jsou rozděleny mezi dva resorty, které nemají žádný nástroj k propojení, ani kdyby skutečně chtěly.

volné fórum

V tomto čísle odpovídají naši respondenti na tyto otázky:

1. V čem vidíte užitečnost „hranice ochoty platit“?
2. Jak by se mělo postupovat při jejím zavádění do našeho zdravotnictví?
3. Je naše společnost připravena přijmout „hranici ochoty platit“ a její systémové dopady?

odpovědi Jakuba Dvořáčka:

1. Hranice ochoty platit je složitý ekonomický, politický, ale i etický problém. Její užitečnost spatřuji především v tom, že na jejím základě bude v bu-

doucnu možné posuzovat nákladovou efektivnost technologií a následně racionálně alokovat zdroje, tj. investovat do takových technologií a léčebných metod, jež přinášejí nejvyšší

efektivitu celkové terapeutické intervence v rámci konkrétního onemocnění.

Pokud bude obdobná hranice stanovena, je nezbytné, aby v České republice začaly součas-

ně existovat mechanismy, které lidem umožní tuto hranici překročit, například systém individuálního zdravotního pojištění. Zároveň by měla být koncepčně ohodnocena odpovědnost pacientů – tj. lidí, kteří dodržují zásady zdravého životního stylu a aktivně pečují o své zdraví, by měli být zvýhodněni.

Hranice ochoty platit by nikdy neměla být stanovena univerzálně pro všechna onemocnění. Naopak, měly by být určeny různé hranice, a to na základě povahy choroby, stupně inovativnosti, společenské hodnoty a potřeb. Zcela specifickou skupinou s vlastními kritérii hodnocení a rozhodování musejí být vzácná onemocnění.

2. Zavedení hranice ochoty platit souvisí, jak již bylo naznačeno, s dalšími změnami zdravotnického systému. Zavádění by proto mělo probíhat v souladu s těmito změnami.



*Ing. Jakub Dvořáček,
výkonný ředitel, AIFP*

3. Zdravotní pojišťovny neoficiálně přihlížejí k jistým hranicím již dnes. Obecně se ale domnívám, že česká společnost a české zdravotnictví, přes intenzitu debaty v posledních mě-

sících, zatím nejsou na oficiální přijetí této hranice připraveny.

odpovědi Lenky Petrášové:

1. V transparentnosti. Dnes je to tak, že pacient je zcela odkázán na to, na jakého lékaře a jakou nemocnici narazí. Pokud jde o drahou léčbu, je závislý na ochotě lékaře se mu věnovat a bojovat za něj a na „budgetu“ dotyčné nemocnice. Pokud narazí na ty, kdo mu chtějí a mohou pomoci, pak drahou léčbu dostane. Pokud se dostane tam, kde není ochota ani peníze, má smůlu. A co je nejhorší: ani se nedozví, že šance byla.



*Lenka Petrášová,
reportérka, MF Dnes*

Pokud by politici jasně řekli, že číslo XY je tím limitem, za který stát nechce jít, a zdůvodnili, proč a jak k němu došli, odpadla by spousta starostí nejen lékařům, ale i pacientům. Lékaři by nemuseli řešit Sofinu volbu a my bychom si mohli vybrat, jakou politickou stranu chceme, protože si umím představit, že zrovna tato hranice a její posun by byla důležitou součástí volební kampaně.

Obávám se ovšem, že tak

statečně politiky nemá žádná země. Byť by to bylo i při tradiční střeoevropské míře solidarity pro státní, respektive pojišťovněnský systém zapotřebí. Takže nadále zůstaneme ve zrůdném systému, kde jsou si někteří rovni a jiní rovnější.

2. Žádný limit nelze zavést bez možnosti připojistit se na situaci, že se mi zjistí či stane něco, co překročí danou QALY. To znamená, že hranici QALY není možné zavést bez šance se předtím připojistit. Bez toho jde o bezprecedentní krok k diskriminaci pacientů. A bohužel jako novinář mám signály, že se tak už děje.

3. Odpověď je jednoduchá: NE. Pro politiky znamená už mluvit o nějakých limitacích prakticky likvidační záležitost. A pacienti jsou v Česku bohužel zvyklí, že stát se postará, stát to vyřeší, a oni dostanou tu nejlepší péči, aniž by pro to museli cokoli udělat. No... Pokud budeme věřit statistikám, tak takto to oficiálně funguje jen v Severní Koreji – kam čeští lékaři potají vozí inzulinu diabetikům, aby nezemřeli. Takže se obávám, že pokud se nic nezmění, bude nadále čím dál důležitější, jakého lékaře dobře znáte a hrájet s ním po večerech mariáš.

odpovědi Aleše Kmínka:

1. Hlavní užitečnost zavedení „hranice ochoty platit“ je v otevřeném přiznání, že zdravotní systém nemá prostředky na úhradu veškeré péče pro všechny.

2. Opatrně. Především je vhodné zjistit preference těch, kterých se její zavedení dotkne nejvíce, tedy nás všech, kteří jsme povinné účastníky zdravotního pojištění. Dále je vhodné si uvědomit, že její zavedení, ať už na jakékoliv výši, změni

pravidla hry. Velmi zjednodušeně: léky a léčebné postupy zaměřené na chronické nemoci se stanou dostupnějšími, léky a léčebné postupy na nejtěžší onemocnění (například na léčbu zhoubných nádorů či velmi vzácných onemocnění) se stanou méně dostupnými.



*MUDr. Aleš Kmínek, MBA,
Medical Marketing Director,
AstraZeneca Czech Republic,
s. r. o.*

3. Osobně si myslím, že ne (ale třeba nemám pravdu). Spíše však uvažuji o tom, jestli by nebylo vhodnější začít přemýšlet o technikách, které jsou podle mě schopné alokovat finanční prostředky efektivněji než zavedení „hranice ochoty platit“. Mám na mysli cenu odpovídající hodnotě (value-based pricing), dohody o sdílení rizika včetně těch, kde platba závisí na výsledku, a podobně. Zavedení těchto technik by bylo

sociálně daleko citlivější, tedy i pro společnost přijatelnější, a navíc při správném použití by tyto techniky měly být schopny zaručit daleko efektivnější vynaložení finančních prostředků.

odpovědi Miroslava Paláta:

1. Její užitečnost spočívá v tom, že tím vytváří veličinu, od které se může odvíjet racionální diskuse. Ze zkušenosti víme, že rozhodnutí bývají nakonec politická. Avšak při stanovení hranice ochoty platit je alespoň více vidět, na čem politicky „více sejde“ a na čem nikoliv. Její neúčinnost však naopak spočívá v tom, že upřimuje pozornost na medicínské inovace – především postupy, léky atd. Zatímco jádro pudla je v tom, kolik lékařů poskytuje kolik a jaké péče za kolik peněz. K řešení tohoto zdravotně-ekonomického rébusu nepřispívá hranice ochoty platit ani za mák.

2. Začátek přemýšlení by se mohl odvíjet od země, kde s ní mají nejdelší zkušenost. Nikoli proto, abychom to přesně opisovali, byť v nějaké proporci k HDP na hlavu či podobně. Ale podívat se, jak uvažovali při jejím stanovení. Každopádně jako hlavní pravidlo by mohlo fungovat, že se sestaví síť stakeholderů, s nimi se jednotlivě proberou možnosti a pokusí se usmířit či sblížit vzdálená stanoviska. V této fázi diskrétně, aby nikdo neztratil tvář a současně se „nezamkl“ do určité pozice. Po zvážení všech „proč stanovit hranici výše či níže“ pak uskutečnit autoritativní rozhodnutí. Většinově

či konsenzuální rozhodování asi nemá šanci.



*MUDr. Miroslav Palát, MBA,
president, CzechMed*

3. „Společnost“ je příliš obecný pojem. Společnost jsou skupiny přesněji definovaných skupin, které jsou různé velké a mají různý vliv. Skupin, kterým hranice ochoty platit nebude vyhovovat, je více a tento výčet je pouze namátkový. První, kdo se budou snažit ji sestřelit, jsou ti odborníci, kterých novinky, nebo léky nebo cokoli se nevejdou do jakékoli racionální hranice ochoty platit. Hned za nimi to budou domnělí či samozvaní „tribuni lidu“, kteří budou tvrdit občanům, kteří neznají ani podrobnosti, ani souvislosti, že tato „hranice ochoty platit“ jim ublíží. Zatímco „hranice“ by jim poskytla určitou „kotvu“ v tom, co ve zdravotnictví bude a co nebude. Bez „hranice“ totiž občan ani neví, co by měl nebo mohl dostat. A možná to je pro něj tak pohodlnější.

Mgr. Jana Lukášová a Mgr. Jiří Müller, advokátní koncipienti, Advokátní kancelář Bradáč Advokáti

Soukromé pojištění ekonomicky náročnější varianty zdravotních služeb

V souvislosti s tématem tohoto čísla, tedy hranicí ochoty platit (WTP – willingness to pay), což je hranice, do které jsou nové zdravotnické technologie považovány za nákladově efektivní, je třeba si uvědomit, že tato hranice je především průměrem hranic jednotlivců. Ačkoliv hranici ochoty platit lze stanovit také arbitrárně zejména vzhledem k ročnímu hrubému domácímu produktu na osobu, měla by být především odrazem preferencí jednotlivců daného státu.

Je zřejmé, že tato preference a ochota platit se liší nejen v závislosti na závažnosti onemocnění, kterého se technologie týká, a inovativnosti technologie. U jednotlivců se liší také osobními vlastnostmi, např. obavami z určitého okruhu nemocí, určitého okruhu lékařských zákroků apod. Tato osobní hranice jednotlivce však v konečném důsledku není viditelným a rozhodujícím údajem, naopak je potřebná pouze ve vztahu ke stanovení hranice celospolečenské.

Viditelnější je však osobní hranice ochoty platit v oblasti hrazených zdravotnických služeb. Zde nejde o stanovení průměru za účelem učinění investičních rozhodnutí, naopak jde o rozhodnutí každého jednotlivce, za jaké zdravotní služby je ochoten si připlatit a za jaké ne, rozhodnutí, jaké služby považuje za nákladově efektivní. Toto rozhodnutí je ponecháno na každém jednotlivci zřejmě proto, že lékařský účinek plně a částečně pojišťovnou hrazených lékařských služeb má být vždy stejný, a jedná se tak pouze o výběr pro pacienta méně či více pohodlného způsobu.

Rozdíl mezi ochotou platit za nové zdravotnické technologie a ochotou připlácet si za nadstandardní služby je tedy zřejmý. Avšak zvažování možností nadstandardních zdravotnických služeb nelze dle našeho názoru srovnat ani s běžným zvažováním poměru ceny a výkonu u každodenního nákupu zboží či využití služeb. Jde o zdraví, a rozhodování je tedy přece jenom těžší. Ačkoli je tu garance stejného lékařského výsledku, nemůže např. klid na jednolůžkovém pokoji přispět k lepší rekonvalescenci pacienta?

Cílem státu samozřejmě je hrazené zdravotnické služby podporovat a pacienty k jejich výběru motivovat, neboť tyto znamenají příliv finančních prostředků do zdravotnictví. Je nasnadě, že právní úprava této problematiky se bude vždy pohybovat na samém okraji ústav-



Jana Lukášová



Jiří Müller

nosti, neboť její odpůrci budou stále namítat, že hrazené zdravotnické služby diskriminují méně příjmovou část obyvatelstva. Ústavnost těchto předpisů by však měla být zaručena právě klíčovým stejným lékařským účinkem služeb plně i částečně pojišťovnou hrazených.

Nejnovější snahou státu o motivaci k využití zdravotnických služeb hrazených pacienty je připravovaná novela zákona o daních z příjmů, o níž se začalo v poslední době hovořit také v médiích. Autoři novely chtějí pro její přijetí získat hlasy napříč politickým spektrem, neboť se domnívají, že se jedná o zásadní změnu zákona, která by měla být trvalá a stálá.

Zákon č. 586/1992 Sb., o daních z příjmů, ve znění pozdějších úprav, umožňuje díky ustanovení § 15 snížit základ daně o položky v tomto ustanovení vyjmenované. Motivuje tak daňového poplatníka k chování, které

je pro něj samotného finančně náročnější, avšak které je pro stát žádoucí. Novela zákona o daních z příjmů by takto měla daňové poplatníky a potenciální pacienty motivovat k uzavření komerčního zdravotního pojištění, z něhož by soukromé subjekty hradily nadstandardní lékařskou péči, a tím využití nadstandardní lékařské péče rozšířit.

Novela zákona by se tedy měla týkat úpravy tzv. daňových odpočtů a měla by umožnit od základu daně za zdaňovací období odečíst poplatníkem zaplacené pojistné na jeho soukromé pojištění ekonomicky náročnější varianty zdravotních služeb (tzv. nadstandardů), když novela počítá s tím, že maximální výše takového odpočtu by neměla přesáhnout 12 000 Kč za rok (tedy stejně jako například u důchodového pojištění). Limit 12 000 Kč byl zvolen z toho důvodu, aby bylo zamezeno takovým daňovým odpočtům, které by na státní rozpočet mohly mít negativní dopad. Cílem je totiž vytvořit relativně vyvážený systém, kdy státní rozpočet nebude odpočty příliš zatížen a na druhé straně zdravotnická zařízení získají další finanční prostředky. Aby systém daňových odpočtů fungoval, je třeba ovšem zajistit motivaci pro pacienty k uzavírání zdravotního pojištění ekonomicky náročnější varianty zdravotních služeb. Spravedlivým a obecně akceptovatelným nástrojem motivace může být pouze taková právní úprava, která je solidární a předvídatelná.

K tomu, aby s novelou zákona o daních z příjmů byly spojeny efekty, které má s sebou přinést, tedy především zvýšit příliv peněžních prostředků do zdravotnického systému, je třeba současně vytvořit i novou nabídku nadstandardů, která by měla být dostatečně široká a motivovat k uzavření soukromého zdravotního pojištění, ze kterého by se následně čerpání a využívání těchto nadstandardních služeb dále hradilo. Doposud čítá seznam nadstandardů celkem 18 položek. Ministerstvo zdravotnictví počítá s rozšířením tohoto seznamu nadstandardů až na zhruba 70 položek.

Nabídka nadstandardů je v tomto ohledu nesmírně důležitá. Pokud nebude jejich nabídka kvalitní a dostatečně široká, nedomníváme se, že by pak byla i dána motivace uzavřít předmětné soukromé pojištění. Někteří pacienti si už dnes připlácejí za nadstandardní služby, které jim jsou následně zdravotnickými zařízeními

poskytovány. Není tedy důvodu, aby tyto nadstandardy nebyly upraveny a regulovány zákonem. Pokud výsledkem bude spokojenost pacientů na jedné straně a na druhé straně tyto kroky povedou i k přílivu financí do zdravotnického systému, není zřejmý důvod, proč se předmětné novely zákona o daních z příjmů bránit.

Protože zdravotnická zařízení již v současné době nabízejí celou škálu nadstandardních služeb, zákonnou podmínkou je, aby odpočet ze základu daně byl vypočten pouze z té části pojistného, která se týká pojištění ekonomicky náročnější varianty léčby upravené právním předpisem. Od základu daně bude tedy možno odečíst pouze pojistné, které se týká zákonem vymezeného okruhu nadstandardů, nikoli celého rozsahu pojištění nadstandardních zdravotnických služeb, která mohou jít i nad rámec zákonné úpravy nadstandardů. Bohužel dosud není zcela jasné, co lze a nelze považovat za nadstandard dle právních předpisů.

Míru ochoty hradit nadstandardní zdravotnické služby lze tedy podněcovat i nepřímou prostřednictvím daňových úlev. Stejně určitě ostatně postupuje v dalších oblastech, kde je určitý model chování žádoucí, a daňové zvýhodňuje např. stavební spoření, hypoteční úvěry nebo penzijní připojištění. Motivace v podobě daňových úlev se ukazuje jako velice účinná a s účinností popsané novely se tak dá očekávat příklon pacientů k hrazení nadstandardů, a to právě prostřednictvím komerčního pojištění. Dnes je přítomna ochota připlatit si za nadstandard poměrně nízká, rozhodně nižší, než si tvůrci novely zákona o zdravotním pojištění, účinné od roku 2011, a tvůrci seznamu nadstandardů představovali. Může tedy stát poměrně jednoduchým opatřením zcela změnit model chování veřejnosti? Stane se v nejbližší době z nadstandardu standard? Zajímavé bude v tomto ohledu sledovat též vývoj názorů na ústavnost změn. Dá se totiž předpokládat, že čím více bude nabídka nadstandardů rozšířena, tím více bude považována za diskriminační, neboť rozdíly mezi péčí o pacienta, který si za nadstandardy připlatí, případně bude pojištěn, a péčí o pacienta, který na takovéto úhrady nebude mít prostředky, se prohloubí. V tomto ohledu lze tedy dle našeho názoru v dohledné době očekávat judikaturu Ústavního soudu, kterou bude hranice ústavnosti nadstandardů specifikována.

