

Role soukromých zdrojů ve zdravotnictví

Jakub Hlávka, PhD

Institut pro zdravotní ekonomii, politiku a inovace (HEPII)

Masarykova univerzita, Brno

jakub.hlavka@econ.muni.cz



Dvě oblasti zájmu

1

Soukromé zdroje na straně pacientů (spoluúčast, připojištění)

2

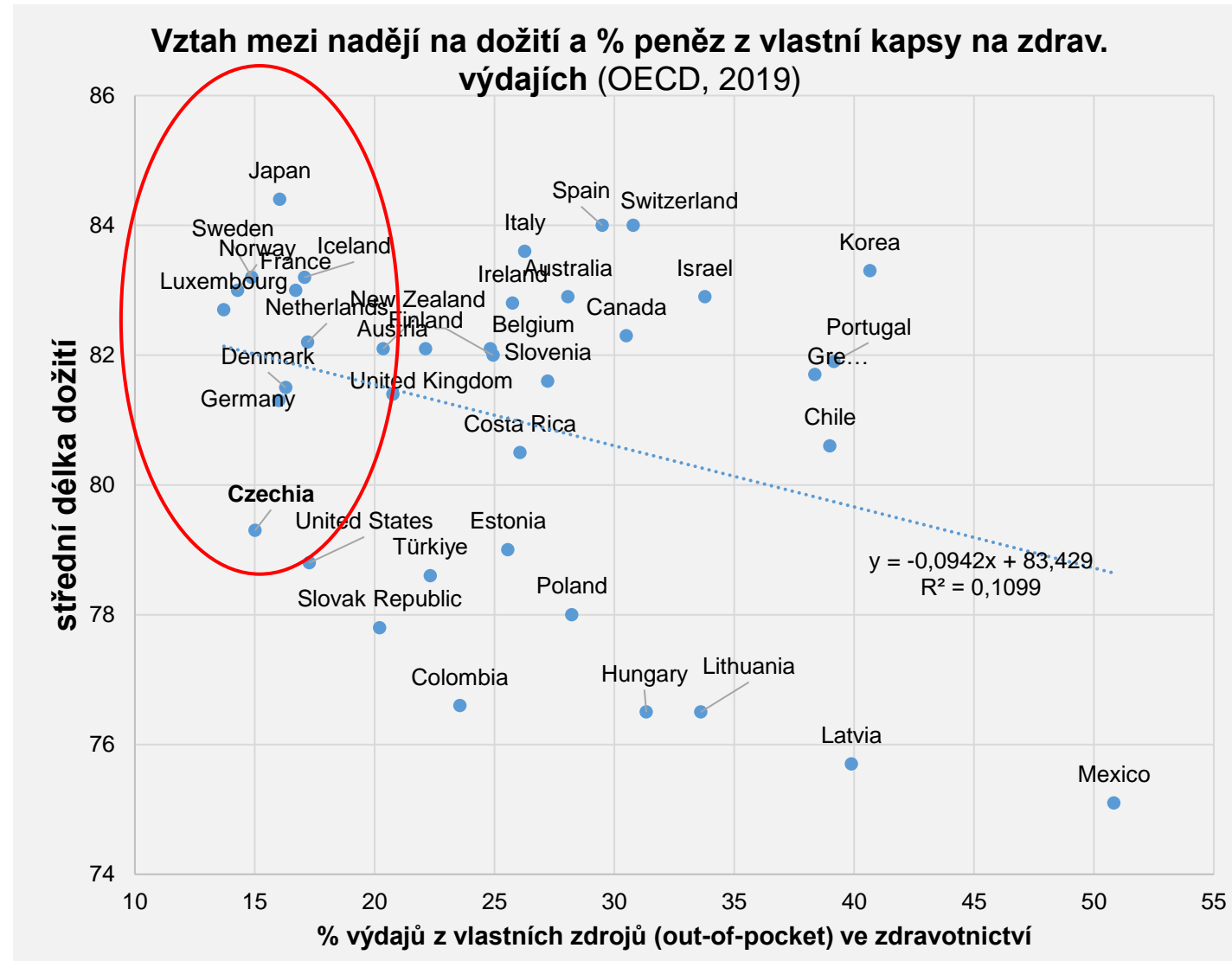
Soukromé zdroje na straně poskytovatelů (proces privatizace)

Spoluúčast pacientů



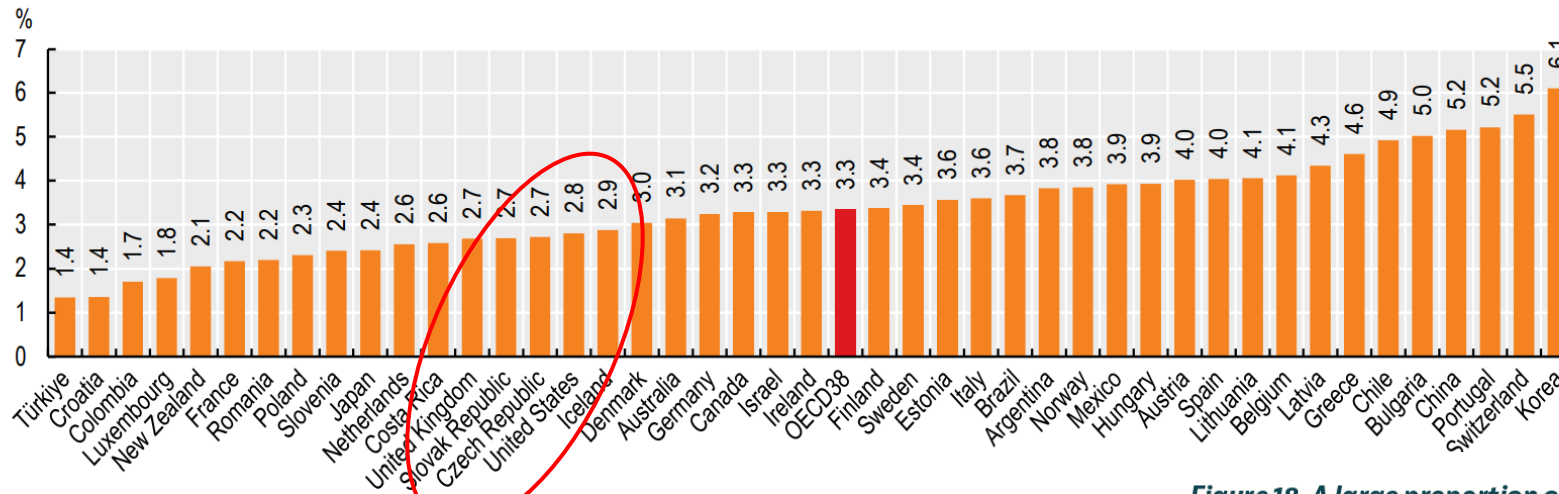
Vyšší spoluúčast není *automaticky* spojena s lepšími výsledky

- **Odlišné způsoby financování napříč vyspělým světem,** většina ale skrze zdrav. pojištění (averze vůči riziku, Arrow, 1971, podmíněna potřeba, Rieger-Fels, 2024)
- Podíl veřejných/soukromých zdrojů **není automaticky spojen** s lepšími výsledky
- **Stárnutí populace povede k tlaku na zdroje** (a jejich efektivitu), aktuální organizace péče a úhrady povedou k erozi kvality a/nebo dostupnosti



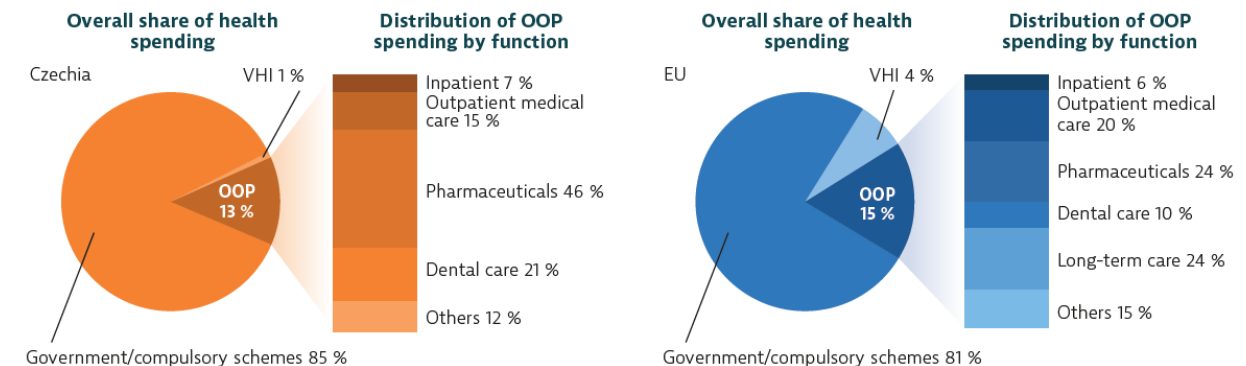
Spoluúčast ve vztahu k výdajům domácností je v OECD podprůměrná, ale koncentrována nadprůměrně u léků

Figure 5.8. Out-of-pocket spending as share of final household consumption, 2021 (or nearest year)



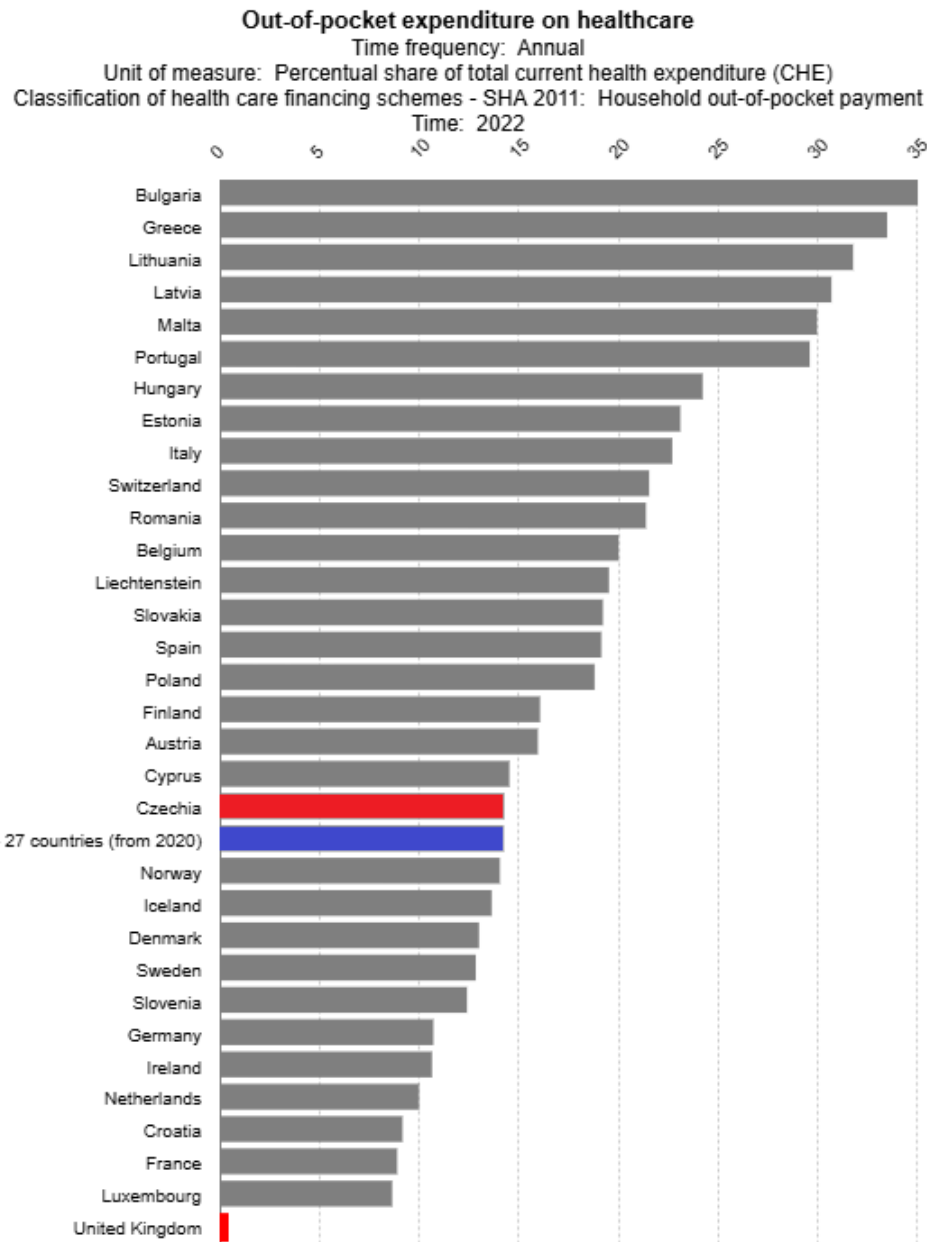
Source: OECD Health Statistics 2023, OECD National Accounts Database.

Figure 18. A large proportion of out-of-pocket payments in Czechia are pharmaceutical copayments



Notes: VHI refers to voluntary health insurance, which also includes other voluntary prepayment schemes. The EU average is weighted.
Sources: OECD Health Statistics 2023; Eurostat Database (data refer to 2021).

Data Eurostatu naznačují, že jsme dokonce na **lehce nadprůměrné** míře spoluúčasti



Out-of-pocket expenditure on healthcare [tpepr_sp310]

Source of data: Eurostat - Last updated date: 04/11/2024 23:00

Disclaimer This graph has been created automatically by ESTAT/EC software according to external user specifications for which ESTAT/EC is not responsible. General disclaimer of the EC website: https://ec.europa.eu/info/legal-notice_en



Legend

≥ 8.67 to 10.74

≥ 10.74 to 14.08

≥ 14.08 to 18.84

≥ 18.84 to 21.42

≥ 21.42 to 29.65

≥ 29.65 to 35.08

■ Data not available

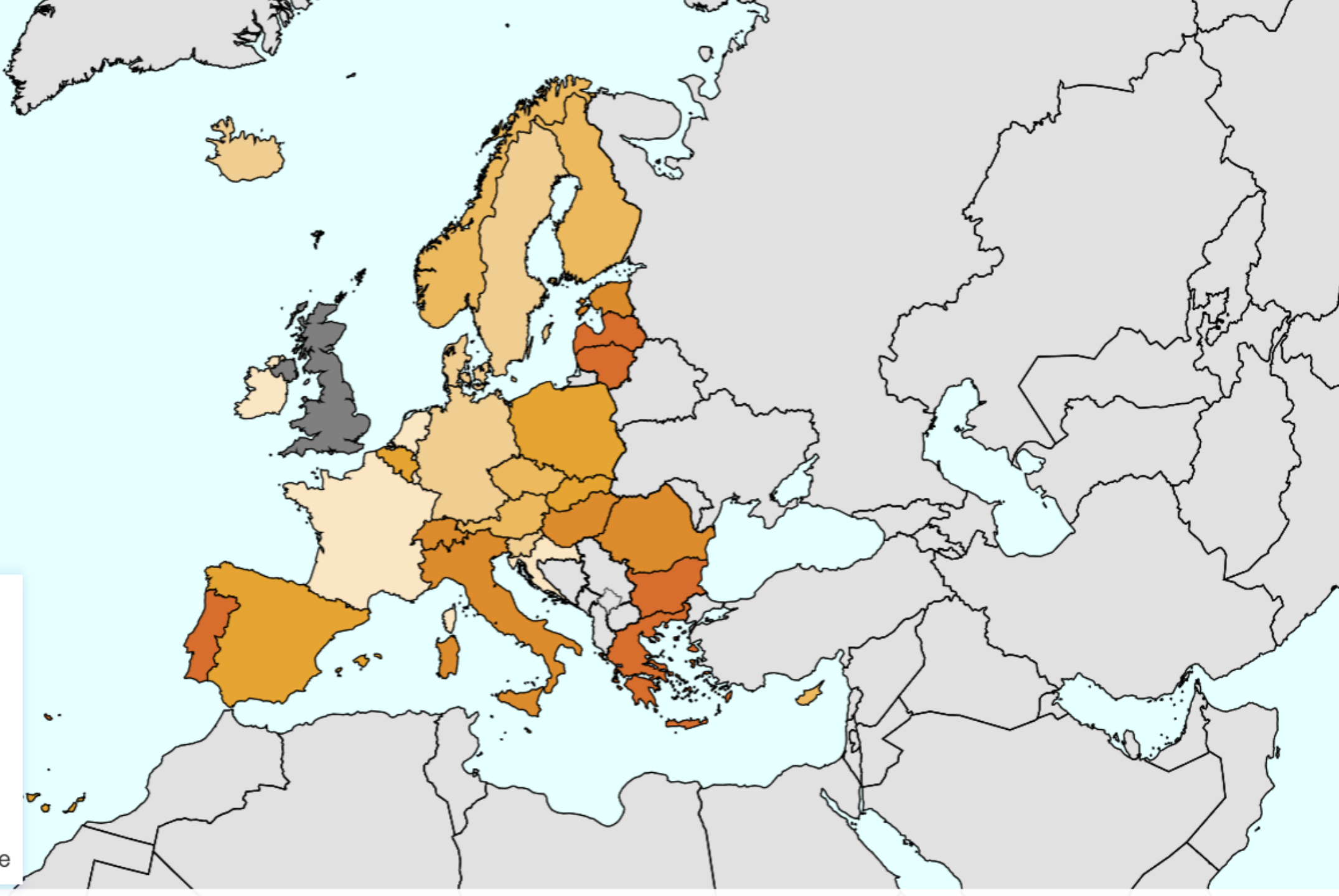
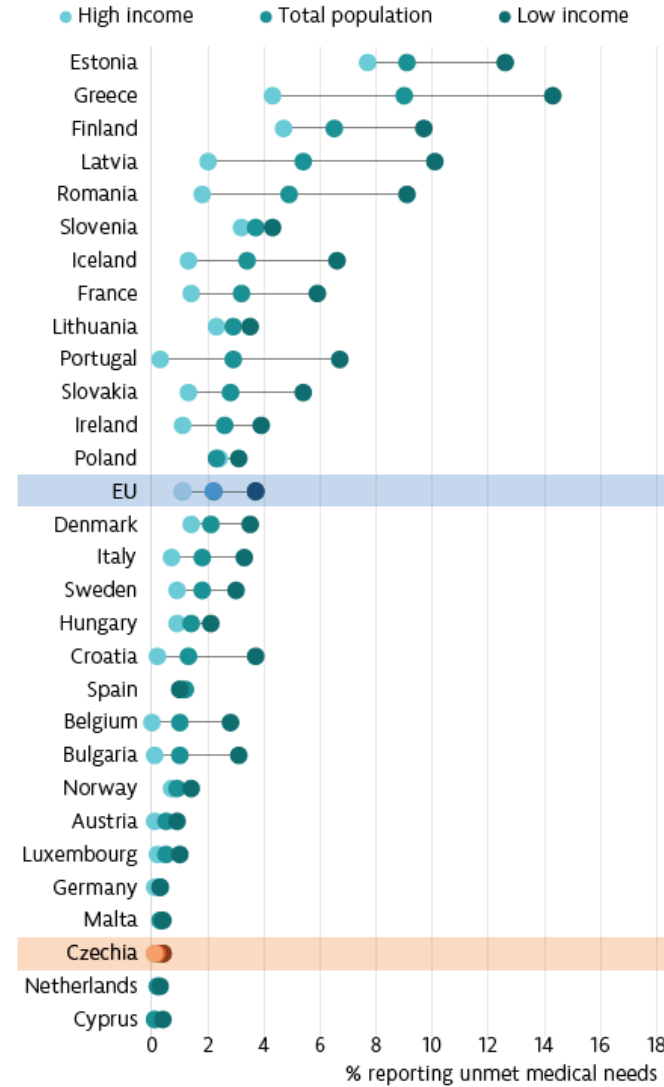


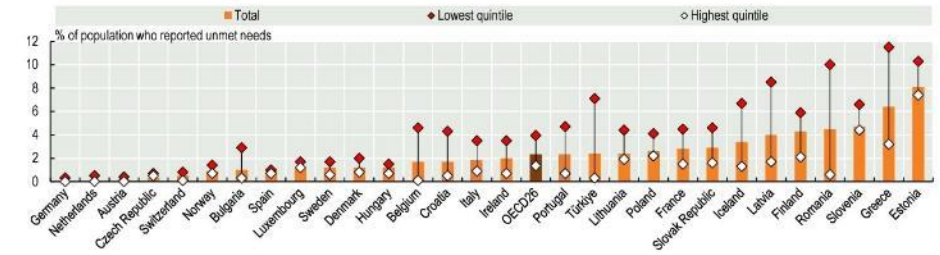
Figure 15. Low unmet medical care needs were reported in 2022 in Czechia



Notes: Data refer to unmet needs for a medical examination or treatment due to costs, distance to travel or waiting times. Caution is required in comparing the data across countries as there are some variations in the survey instrument used.
 Source: Eurostat Database, based on EU-SILC (data refer to 2022, except Norway (2020) and Iceland (2018)).

ČR patří mezi země s rel. nízkou neuspokojenou poptávkou (ta ale bude růst)

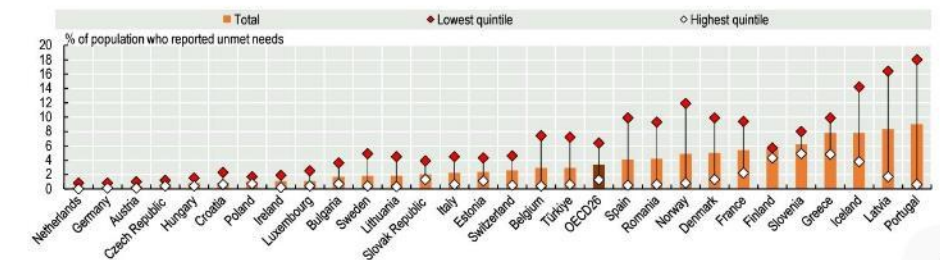
Figure 5.4. Population reporting unmet needs for medical care, by income level, 2021



Note: Data for Iceland refer to 2018 and data for Norway refer to 2020. Source: Eurostat, based on EU-SILC.

StatLink <https://stat.link/rpkac>

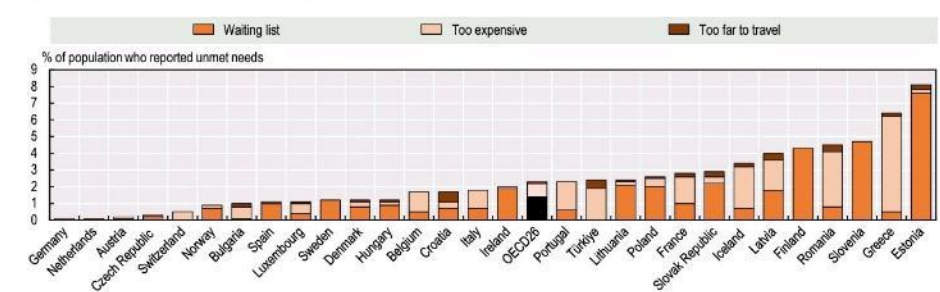
Figure 5.5. Population reporting unmet needs for dental care, by income level, 2021



Note: Data for Iceland refer to 2018 and data for Norway refer to 2020. Source: Eurostat, based on EU-SILC.

StatLink <https://stat.link/rkcp8e>

Figure 5.6. Main reason for reporting unmet needs for medical care, 2021



Note: Data for Iceland refer to 2018 and data for Norway refer to 2020. Source: Eurostat, based on EU-SILC.

StatLink <https://stat.link/ujqeq3>

Na co je potřeba myslet

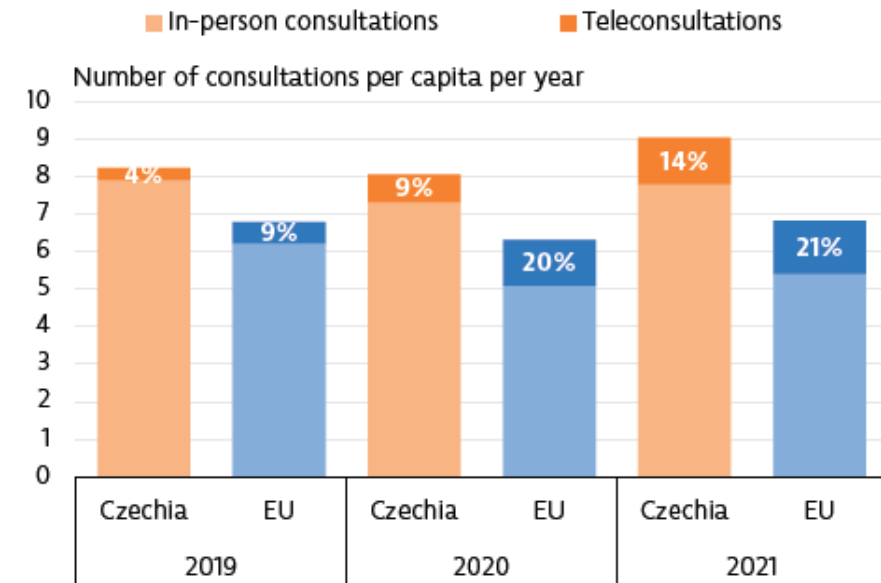


- **Článek 31 Listiny základních práv a svobod**
 - „Každý má právo na ochranu zdraví. Občané mají na základě veřejného pojištění právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky za podmínek, které stanoví zákon.“
- Spoluúčast má v ČR **nejčastěji formu doplatků za léky**, v zahraničí je ale i mnoho dalších forem:
 - **Deductible** (odpočitatelné)
 - **Copayment** (fixní poplatek za péči)
 - **Coinsurance** (spolupojištění)
 - Často je definováno **out-of-pocket maximum** (max. spoluúčast)
- Není **systemovým řešením podfinancování či nízké efektivity zdravotní péče** (s časem by musela růst)
- Primárním cílem spoluúčasti by mělo být **omezení morálního hazardu**

Problém morálního hazardu

- **Ex ante morální hazard:** pojištění kryje ztráty způsobené nemocí, snižuje to incentivy k primární a sekundární prevenci
 - *Např: rizikové chování (alkohol, obezita, strava atd.), nevyužití preventivních a screeningových programů*
- **Ex post morální hazard:** pojištění snižuje náklady z onemocnění, ovlivňuje chování pacientů v nemoci
 - *Např: nadbytečné návštěvy lékaře v nemoci, žádost o předpis více léků, než je potřeba*

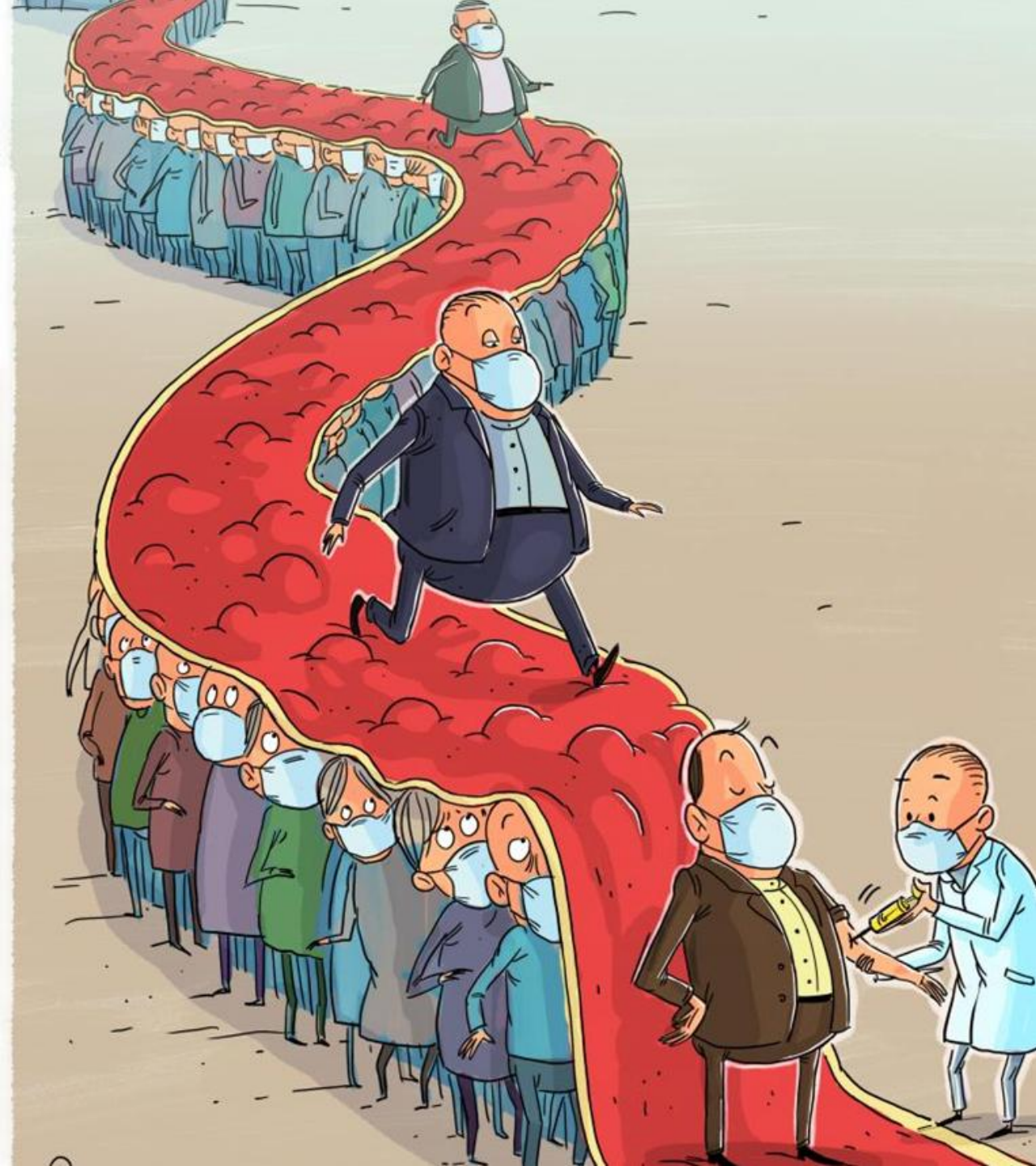
Figure 16. Czechia has higher number of physician consultations than the EU average



Sources: OECD Health Statistics 2023.

Spoluúčast a nadstandardy

- Jak se spoluúčastí efektivně pracovat?
- Na co si dát pozor?
- Proč nestačí intuice z jiných sektorů?



Poznatky o spoluúčasti

- **Vliv na objem péče**

- Vyšší spoluúčast vede k **nižší iniciaci terapie** (67% studií), **adherenci k léčbě** (84% studií) a **vyšší míře předčasného ukončení léčby** (58% studií); 2 studie prokázaly **snížení objemu ambulantní péče** a 4 studie prokázaly **zvýšení objemu akutní péče** (Review 79 studií; Fusco et al., 2022)
- Absence spoluúčasti v Itálii ve věku 65 let vede k **50% více návštěvám specialistů a využití diagnostických nástrojů** a **zvýšení spotřeby léčiv o 15-20%** ve srovnání s mladšími pacienty (těsně před věkem 65 let) (Ponzo a Scoppa, 2021)

- **Vliv na zdraví populace**

- Pacienti s menšími dispon. prostředky **omezují adherenci k terapii** a mají o **13,9% vyšší riziko mortality** s každými \$100 nižšího objemu prostředků – vysoce riziková pacienta mají nejvyšší riziko, pouze třetina pacientů si uvědomuje důsledky (Chandra et al., 2024, QJE)
- Systematický review (Guindon et al., 2023) poukázal na nové studie, které ukazují, že **nižší spoluúčast vede k částečně lepšímu zdraví**, vč. lepšímu subjektivnímu zdraví (ale některé starší studie tento vztah neprokazují)
- **Nižší spoluúčast vede k subjektivně lepšímu zdraví** u nízkopříjmových skupin (japonská data, Kato et al., 2021)

Rizika omezení morálního hazardu spoluúčastí/OOP

1. Špatné nastavení **může snížit využití klinicky opodstatněné péče** (např. *spoluúčast za záchrannou službu, péči o chronicky nemocné či preventivní výkony*)
2. Spoluúčast **téměř vždy ovlivňuje nejvíce nejzranitelnější skupiny obyvatel**, tím prohlubuje již existující nerovnosti ve zdraví populace
3. Rostoucí tlak na finanční zdroje ve zdravotnictví může vést k **negativní spirále** (je potřeba rostoucí míra spoluúčasti, aby se systém nedostal do deficitu), to může **zhoršit zdraví zranitelné části populace** (*rostoucí míra spoluúčasti postupně zvyšuje překážky v dostupnosti*)
4. **Spoluúčast může v rel. srovnání zvýhodnit bohaté a vzdělané pacienty** a zvýšit nedostupnost zdrav. péče v regionech (*může se ještě více vyplatit obsluhovat pacienty ve velkých městech, kde bude více finančních zdrojů*)
5. Spoluúčast může **navýšit objem prostředků v systému**, jejich využití **nevede automaticky k vyšší efektivitě** bez dalších potřebných změn
6. Spoluúčast může vést **ke společenským a politickým rizikům** v historicky solidárním systému veřejného zdravotnictví

Co bonusy za „dobré“ chování?

- **Bonusové preventivní prohlídky** (dentální hygiena aj.)
- **Vitamíny a další doplňky**
- Atd.

**Pokud jsou nákladově efektivní, proč nejsou hrazeny všem?
Pokud nejsou nákladově efektivní, proč jsou hrazeny vůbec?**



Návrh na doplácení rozdílu v ceně standardu a nehrazeného nadstandardu

- Poslanecký návrh **neprošel standardní ministerskou analýzou**
- **Na první pohled je logický, ale:**
 - Umožňuje vybírat poplatky za nadstandardní zákroky, prostředky i „další služby“ – není definováno, **obrovský prostor ke zneužití**
 - Vedlo by k **malé ochotě zvyšovat standard**, poskytovatelé by tíhli k dražším variantám
 - **Nevymahatelnost**
 - **Zafixování bezúspěšného stavu**

■ Zdravotnictví

Lenka Poliaková, Jakub Hlávka
autori@hn.cz



Nový návrh ministerstva ohrožuje dostupnost pro slabší pacienty

Otázka spoluúčasti pacientů ve zdravotnictví se v české veřejné debatě objevuje pravidelně. Část odborné veřejnosti se domnívá, že vyšší míra finanční spoluúčasti je žádoucí, neb může omezit plýtvání, zvýšit odpovědnost pacientů a přinést do systému dodatečné zdroje. Jiní naopak varují před rizikem zhoršení dostupnosti zdravotní péče pro ekonomicky slabší skupiny obyvatel mj. s argumentem, že současná spoluúčast kolem 14,3 procenta všech výdajů je v rámci evropské sedmadvacítky prakticky na průměru.

Diskutuje se přitom o různých formách spoluúčasti – od regulačních poplatků přes komerční připojištění až po možnost připlácet si za nadstandardní péči. Právě poslední zmíněná varianta je nyní předmětem pozměňovacího návrhu skupiny poslanců, mezi nimi i úřadujícího ministra zdravotnictví, k novele zákona o veřejném zdravotním pojištění.

V současném systému veřejného zdravotního pojištění v ČR má pacient nárok na plně hrazenou zdravotní péči odpovídající jeho zdravotnímu stavu a vědeckým poznatkům. Pokud by chtěl péči jinou, musí si ji celou uhradit sám. Pozměňovací návrh skupiny poslanců má ambici tento přístup změnit. Chce umožnit poskytovateli nabízet kromě povinného „standardu“ také nadstandardní variantu, u níž by si pacient, na rozdíl od současnosti, mohl doplatit pouze rozdíl. Předkládaný návrh má však vážné nedostatky a neměl by být přijat.

Předkladatelé deklarují, že je jejich cílem, aby si lidé připláceli za komfort, nikoli za lepší péči. Jako příklad k využití svého návrhu uvádějí např. volbu mezi klasikou kolonosko-

pií a kapslovou endoskopií, kde jde skutečně o rozdíl v komfortu při v zásadě srovnatelném výsledku. Návrh však nijak neomezuje, co dalšího může být považováno za „nadstandard“. V praxi by se tak mohlo stát nadstandardem prakticky cokoli.

Zvlášť problematické je, že návrh umožňuje vybírat doplatky i za blíže nespecifikované „další služby“. To v praxi otevírá cestu k tomu, aby si pacienti mohli připlácet za kratší čekací doby, rychlejší termíny či za lepší přístup personálu. Takový systém by vedl k vytvoření dvouvrcholného zdravotnictví, kde by dostupnost a kvalita péče závisela na schopnosti pacienta si připlácet.

Kde přesně leží hranice mezi standardem a zbytečným nadstandardem, je často věcí odborného úsudku ošetřujícího lékaře. V systému, kde bude poskytovatel ekonomicky motivován nabízet dražší varianty ošetření, hrozí systematický posun této hranice směrem k užšímu definování standardu a rozšiřování spektra placených „nadstandardních“ služeb.

~
Návrh neomezuje, co může být považováno za „nadstandard“.
V praxi by se tak mohlo stát nadstandardem prakticky cokoli.

Předkladatelé se domnívají, že vzniku dvoj-
kolejného zdravotnictví předešlí tím, že v návrhu explicitně zakázali poskytovatelům upřednostňovat pacienty, kteří si zvolí nadstandardní péči. Toto ustanovení je však z podstaty věci nevymahatelné. Jak by bylo možné prokázat, že kratší čekací doba, vstřícnější přístup nebo důkladnější vyšetření souvisí s ochotou pacienta připlácet si za nadstandard?

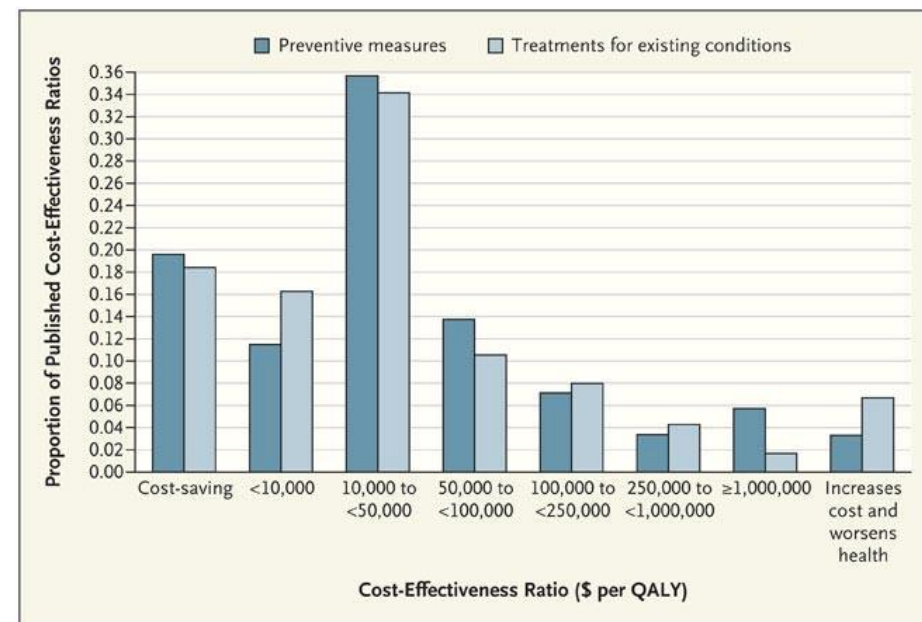
Současný systém motivuje poskytovatele a odborné společnosti k postupnému prosazování moderních metod do standardní úhrady ze zdravotního pojištění. Předkládaný návrh však tuto motivaci změní. Výše zmiňovaná kapslová endoskopie je dnes „nadstandard“, ale za několik let se může stát standardem, který vystřídá současnou klasikou kolonoskopií. Kdo však bude mít motivaci z ní udělat „standard“, za který nebude platit pacient (který platí cenu dle přání poskytovatele), ale pojišťovna, která se o výši úhrady tvrdě popere?

Systém, kde si pacienti mohou připlácet za vyšší komfort, může být přínosem – musí však být precizně definován rozsah těchto příplatků a musí existovat skutečná možnost volby ze strany pacienta. Toho však nelze dosáhnout pozměňovacím návrhem, který neomezuje rozsah nadstandardů, postrádá účinné kontrolní mechanismy a ignoruje informační asymetrii mezi lékařem a pacientem.

Lenka Poliaková je bývalá ředitelka odboru dohledu nad zdravotním pojištěním ministerstva zdravotnictví. Jakub Hlávka je předseda Iniciativy pro efektivní zdravotnictví

Využíváme dobře fondy prevence?

- **Prevence není univerzálně nákladově efektivní**, je potřeba počítat pro každou intervenci samostatně
 - Primární prevence i včasný záchyt mají ale tendenci být nákladově efektivnější než terapie
- **Není zcela racionální poskytovat „výhody“ ve formě prevence těm, kteří jsou již zdravější a v lepším postavení ve zdrav. systému**
 - Je potřeba zacílit nejvíce tam, kde je **největší unmet need** (např. v Nizozemsku existuje normativní koncept „proportional shortfall“)
 - **Pozitivní externality** (nižší nemocnost a nákladnost péče)
- **Z populačního pohledu je lepší hledat cesty, které snižují překážky pro všechny**, např.
 - **Lepší informovanost** napříč generacemi
 - **Vyšší reálná dostupnost** (denní doba, délka čekání atd.)
 - **Péče v terénu, asistence s dopravou** pro imobilní pacienty
 - **Pozitivní komunikace**, vč. zapojení zaměstnavatelů či zdrav-soc. pomezí



Cohen et al., 2007 (NEJM)

<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp0708558>

Je tato intervence efektivní?

Cíl: snížení počtu zbytečných návštěv u lékaře

Intervence: zákaz použití židlí v čekárnách u lékaře



Pomůže spoluúčast řešit rostoucí poptávku po zdravotní péči v ČR?

- **Krátkodobě** – může snížit počet návštěv u lékaře, objem předepsaných léků, může vést k finančním úsporám (snížení nákladů na péči, zvýšení zdrojů ve zdravotnictví) bez rychlého zhoršení zdrav. stavu populace
- **Střednědobě** – může vést k navýšení počtu preventabilních onemocnění, vyšší mortalitě a snížení adherence k léčbě a zvýšení nerovností ve zdraví v ČR
- **Dlouhodobě** – může vytvořit podmínky pro erozi systému veř. zdravotního pojištění, zejména pokud nedojde k potřebným změnám vedoucím k vyšší efektivitě systému

Jak řešit morální hazard a informační asymetrii v českém zdravotnictví?

• Elektronizace

- Lepší přehled o objemu využité péče
- Sdílení diagnostických a dalších výsledků
- Snížit duplicity a zvýšit rychlost a jednoduchost sdílení informací

• Sledování objemu a kvality péče

- Snížit váhu kapitační platby v primární péči, zejména pokud poskytovatel neposkytuje nejvyšší kvalitu péče
- Snížit pobídky ke klinicky nepotřebným výkonům
- Odměnit poskytovatele, kteří efektivně navigují pacienta systémem a snižují počet zbytečných návštěv/základů
- Odměnit poskytovatele, kteří poskytují kvalitní farmakologickou terapii (vč. depreskripce či urychlení klinicky optimální léčby)

• Lepší informovanost pacientů a poskytovatelů

- Lepší povědomí o hodnotě primární a sekundární prevence (u obou skupin!)
- Zvýšení informovanosti o vlastní patientské cestě (lepší povědomí o nákladech ale i možnostech rychlejší a efektivnější léčby)
- **Systematizace disease managementu**, zejména pro nejčastější indikace v ČR, pobídky pro pacienty, zaměstnavatele i poskytovatele

Soukromé
zdroje na
straně
poskytovatelů



Privatizace nemocnic vede ke spíše horším výsledkům

- **Lancet review studií z USA, Anglie, Švédska, Itálie, Chorvatska, J. Koreji a Německa (13 studií)**
- Privatizace nemocnic vedla k:
 - **Selekci ziskových pacientů**
 - **Snižování počtu personálu**
- Ve většině případů dochází **ke zhoršení klinických výsledků** (s výjimkou Švédska)
- **Snížení počtu personálu**, vč. úklidového, s výjimkou 2 studií pro počet lékařů na pacienta
- V některých případech došlo **k omezení typu služeb**, v jiných ke zkrácení čekacích dob
- **Tendence k rostoucím maržím**, kde jsou data

The effect of health-care privatisation on the quality of care

[Benjamin Goodair, MSc](#) · [Aaron Reeves, PhD](#)

[Affiliations & Notes](#) [Article Info](#)

[Download PDF](#) [Cite](#) [Share](#) [Set Alert](#) [Get Rights](#) [Reprints](#)

» Summary

Show Outline

Over the past 40 years, many health-care systems that were once publicly owned or financed have moved towards privatising their services, primarily through outsourcing to the private sector. But what has the impact been of privatisation on the quality of care? A key aim of this transition is to improve quality of care through increased market competition along with the benefits of a more flexible and patient-centred private sector. However, concerns have been raised that these reforms could result in worse care, in part because it is easier to reduce costs than increase quality of health care. Many of these reforms took place decades ago and there have been numerous studies that have examined their effects on the quality of care received by patients. We reviewed this literature, focusing on the effects of outsourcing health-care services in high-income countries. We found that hospitals converting from public to private ownership status tended to make higher profits than public hospitals that do not convert, primarily through the selective intake of patients and reductions to staff numbers. We also found that aggregate increases in privatisation frequently corresponded with worse health outcomes for patients. Very few studies evaluated this important reform and there are many gaps in the literature. However, based on the evidence available, our Review provides evidence that challenges the justifications for health-care privatisation and concludes that the scientific support for further privatisation of health-care services is weak.

Komerční zařízení nejsou často lepší ani ve vnitřní efektivitě (review 24 studií od Tynkkynen & Vrangbæk, 2018)

- **Srovnání veřejných vs. for-profit nemocnic** (Tynkkynen & Vrangbæk, 2018, BMC Health Services Research Article)
 - We identified 24 studies that **reported economic efficiency measures** or **quality** in their comparison of hospital organizations with different ownership forms.
 - The studies covered a wide range of European countries, including **Austria, Germany, England, France, Greece, Italy, Spain, Switzerland and Norway.**
 - **About half of these studies reported that public hospitals are superior to PFP hospitals in efficiency.**
 - Most of the other studies found **insignificant differences.**
 - **Only one** study reported that PFP hospitals have better profit efficiency.

The screenshot shows the article page on the Springer Nature Link platform. The article title is "Comparing public and private providers: a scoping review of hospital services in Europe". It is a research article published on 27 February 2018, in Volume 18, article number 141. The authors are Liina-Kaisa Tynkkynen and Karsten Vrangbæk. The page includes a "Download PDF" button and a note that the user has full access to this open access article. On the right side, there are links for "Sections" (Abstract, Background, Methods) and "Figures". The article has 34k accesses, 72 citations, and 37 Altmetric mentions.

Rozdíl ve vlastnictví nemocnic a jejich výsledcích – systemat. analýza Kruse et al. (2018)

- „One should take a careful note to the **incentives built into the health care systems**, because they seem to be an **important driver for either the divergence or convergence of the private and public sector.**“
- **For-profit providers seem to respond more intensely to incentives.** Fine tuning such structure, eg, hospital payment systems, becomes even more important if the role of the private sector increases.
- Despite popular opinion that enhancing the role of the private sector increases efficiency, **we do not find a lot of evidence that supports this claim.** Most evidence shows that **public hospitals are as efficient as or more efficient than private counterparts.**
- For Beveridge countries, we found that **access to private hospitals is substantially worse for patients with either low incomes or a more complex case mix.**



REVIEW | [Open Access](#) |

Do private hospitals outperform public hospitals regarding efficiency, accessibility, and quality of care in the European Union? A literature review

Florien M. Kruse , Niek W. Stadhouders, Eddy M. Adang, Stef Groenewoud, Patrick P.T. Jeurissen

First published: 02 March 2018 | <https://doi.org/10.1002/hpm.2502> | Citations: 68

Florien Kruse and Niek Stadhouders should be considered joint first author.

☰ SECTIONS

PDF TOOLS SHARE

Summary

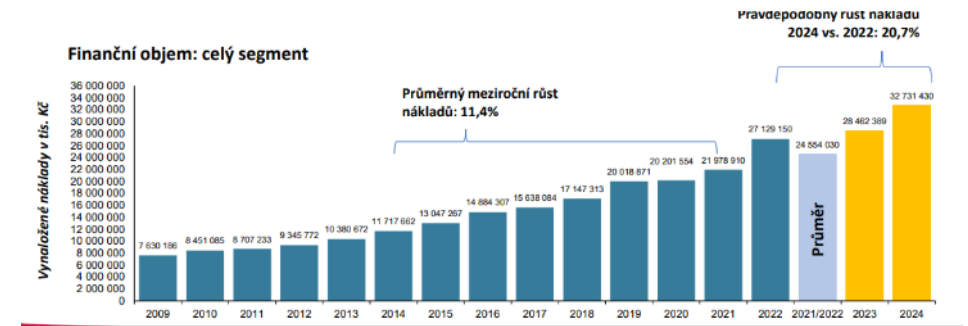
European countries have enhanced the scope of private provision within their health care systems. Privatizing services have been suggested as a means to improve access, quality, and efficiency in health care. This raises questions about the relative performance of private hospitals compared with public hospitals. Most systematic reviews that scrutinize the performance of the private hospitals originate from the United States. A systematic overview for Europe is nonexistent. We fill this gap with a systematic realist review comparing the performance of public hospitals to private hospitals on efficiency, accessibility, and quality of care in the European Union. This review synthesizes evidence

**Nákladné
terapie a
připojištění?**



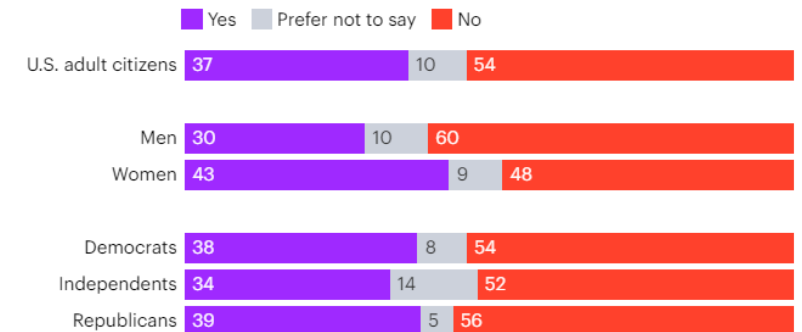
Otázka soukromých plateb za nákladné terapie

- **Centrová léčba se podílí na nákladech veř. zdrav. pojištění asi 6-8% ročně, rychlý růst**
- **Hodnota nových léčiv může být enormní**
 - např. odhad společenské hodnoty statinů v USA v letech 1987-2008 byl 1,3 bil. USD, z toho 304 mld. připadlo výrobcům léků (24%) a **76% pacientům** (Grabowski et al., 2012)
 - aktualizovaný odhad (MacEwan et al., 2021) odhaduje hodnotu v letech 1999-2014 na 2,4 bil USD, z toho **85% pro pacienty** a 15% výrobcům léků
- **Vysoké jednotkové náklady mohou být překážkou pro dostupnost** (v USA např. PCSK9 inhibitory, Hep C léčiva atd.)
 - Není pravděpodobné, že by většina pacientů mohla tak vysoké náklady hradit
 - Až třetina Američanů cituje vysoké náklady jako překážku v dostupnosti léčiv
- **Potřeba transparentní HTA a vyjednávání s plátcí o podmínkách úhrady**
- **Spoluúčast by neměla mít dopad na dostupnosti/adherenci k léčbě**, zejména u nejvíce zranitelných osob (6% obyvatel ČR v exekuci, 30% ohroženo chudobou)

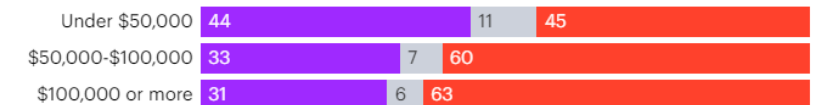


More than one-third of Americans have not filled a prescription for medicine because of its cost

Have you ever received a prescription for a medication and not filled it because you could not afford to pay for the drug? (%)

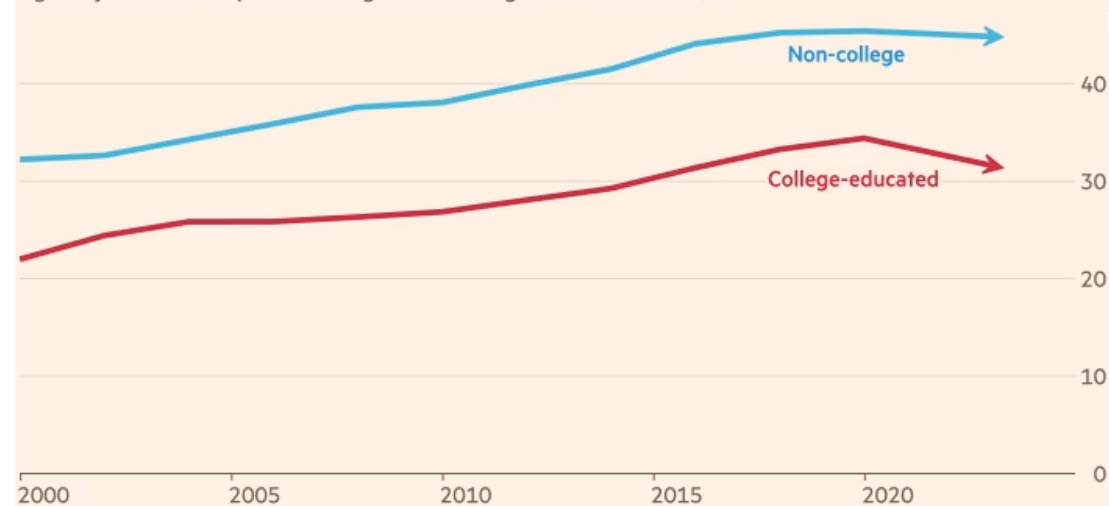


People with a family income of...



Obesity levels are falling faster among college graduates

Age-adjusted obesity rate among US adults aged 20 and older (%)



Source: FT analysis of US National Health and Nutrition Examination Survey

FT graphic: John Burn-Murdoch / @jburnmurdoch

© FT

Nové léky na obezitu mohou snížit její společenský dopad v ČR (až 29,5 - 47,3 mld. v roce 2018)

- Odhad z roku poukazuje na **spol. dopad obezity ve výši ~37,3 mld. Kč ročně** z důvodu **vyššího objemu čerpané péče (13,1 mld.)** a **vysokým nepřímým nákladům (24,2 mld.)** = ekvivalent 0,7% HDP (Landovská, 2021)
- **Odhad globálního dopadu obezity je ekvivalentní 2,19% svět. HDP** (projekce: 3,3% světového HDP v roce 2060) (World Obesity Federation 2022)
- Odhady v USA ukazují, že obezita vede ke **snížení nabídky práce o 2,5%, což snižuje HDP o 2%** (Senate.gov, 2023)
- **USA v roce 2023 poprvé zaznamenaly pokles obezity** (1 z 8 dospělých Američanů dostalo předpis mezi lety 2020 - 2023)

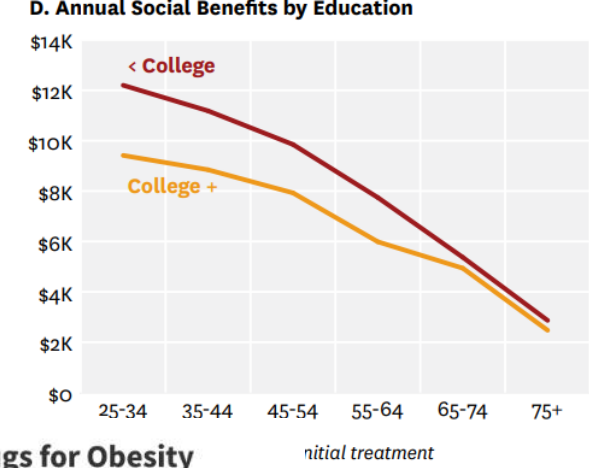
Table 6: Summary of results

	CZK	% of total costs
Direct costs	13 088.1	35.0%
Healthcare utilization	10 308.7	27.6%
Pharmacotherapy	2 779.4	7.4%
Indirect costs	24 260.7	65.0%
Absenteeism	8 695.1	23.3%
Presenteeism	6 316.5	16.9%
Premature mortality	9 249.1	24.8%
TOTAL	37 348.8	100.0%

Note: values are in millions CZK

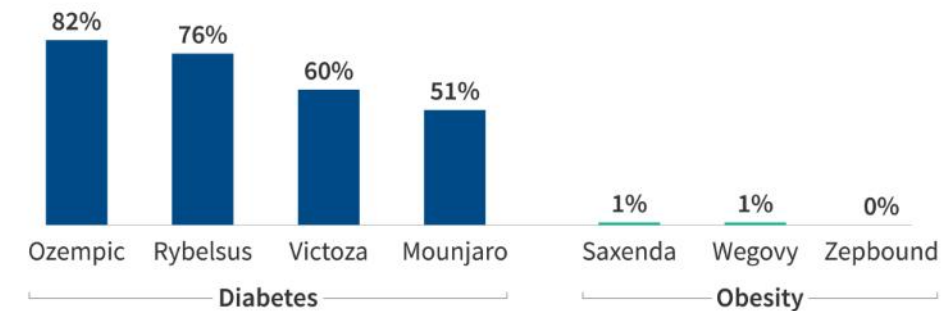
Benefits nových léků na obezitu jsou největší u nejmladších pacientů, zatím ale nejsou široce dostupné (vysoká cena, nízká výrobní kapacita)

- Léky GLP-1A mohou snížit hmotnost o ~20%, je potřeba je užívat dlouhodobě
- Nová studie odhaduje efekty **zvýšení dostupnosti** léčiv (GLP-1 agonisté) programem Medicare a soukromým pojištěním za využití modelu FAM **na americké zdravotnictví** (USC, 2024)
 - Nové léky na obezitu mohou snížit náklady na léčiva a zvýšit kvalitu (a délku) života, **kumulativní spol. benefit 1-1,3 bil. USD v dalších 10 letech (z toho až pětina úspory na přímých zdrav. nákladech)**
- Cena až **1 000 USD měsíčně** (před slevami)
- Nové modely (např. Lim et al., 2023) poukazují na **potřebu vysoké slevy**, aby byla terapie **náklad. efektivní**
- Je možné, že omezené krytí léku z pojištění povede k **vysoké ochotě plateb z vlastních zdrojů** z důvodu společenských dopadů obezity



ACA Marketplace Plans Rarely Cover GLP-1 Drugs for Obesity

Share of ACA Marketplace plans including GLP-1 drugs in formularies, by approved treatment



Source: KFF analysis of federally facilitated ACA Marketplace formulary data
Peterson-KFF Health System Tracker

Table 3. Value to Medicare From Covering and Treating Obesity (Difference From Status Quo)

	10 Years		20 Years		30 Years	
	Medicare	Medicare & Private	Medicare	Medicare & Private	Medicare	Medicare & Private
Cumulative Cost Offsets						
Total Medicare cost offsets	\$175.6B	\$245.1B	\$479.0B	\$832.2B	\$704.3B	\$1,494.6B
Part A	\$107.1B	\$146.3B	\$293.5B	\$482.8B	\$425.9B	\$845.5B
Part B	\$61.5B	\$87.0B	\$169.2B	\$303.9B	\$258.4B	\$564.5B
Part D	\$6.9B	\$11.8B	\$16.3B	\$45.4B	\$20.0B	\$84.7B
Cumulative Health Benefits						
Value of Added QALYs (\$150K/QALY)	\$770B	\$927B	\$1,971B	\$2,535B	\$3,131B	\$4,595B
Social benefit	\$1,002B	\$1,269B	\$2,597B	\$3,743B	\$3,997B	\$6,743B

Notes: Medicare population simulation results. Treatment costs are not included in benefit calculations. We assumed 100% uptake and adherence. Social benefit is calculated as the sum of the value of QALYs, medical expenditure cost offsets and disability expenditure savings.

Otázka připojištění

- **V případě možnosti připojištění je potřeba zvážit efekt na populační zdraví**
 - Legalizace „předbírání“ **může zhoršit celkové zdraví populace**
 - Zvýšení příjmů a profitability soukromých poskytovatelů vede k **realokaci lidských zdrojů směrem k soukromým poskytovatelům** (ti nenesou zodpovědnost za veřejné zdraví a mohou snižovat dostupnost a kvalitu pro ostatní)
 - **Akcelerace eroze dostupnosti a kvality v regionech a pro zranitelné skupiny obyvatel**
 - **Riziko vytvoření dvoukolejného systému zdravotnictví** (jako v USA a UK), **nevratná změna** struktury systému
 - **Klesající úroveň kvality a dostupnosti ve veřej. systému, rostoucí nerovnosti a ohrožení sociální koheze**
 - **Nižší ochota elit řešit neefektivitu** (jsou samy mimo veřejný systém)
- **Připojištění může být legitimním zdrojem krytí rizika bez dostupnosti a kvality pro celou populaci v případech jako:**
 - **Náhrada příjmu** (v případě snížení produktivity, příjmu, možnosti zabezpečit rodinu)
 - **Lepší kvalita ubytování/stravování při hospitalizaci**
 - **Krytí nákladů na nehrzené zdrav. služby** (např. rozdíl v ceně za vyšší kvalitu zdrav. prostředku proti hrazené péči)
 - **V některých případech krytí fin. nákladů dlouhodobé péče, zejména pro rodinné pečující či úpravu domácího prostředí** (pojištění ale není často rentabilní)



Nastavení úhrad by mělo zohledňovat jejich hodnotu, stát/pojišťovny musí zastoupit veř. zájem

- V případě nejistoty ohledně dlouhodobé/společenské hodnoty je **potřeba nastavit úhrady podmíněně**
- Je potřeba **sledovat reálné výsledky (RWD)** a spojit s nimi výsledné úhrady (risk-sharing místo cost-sharing)
- **Potřeba měřit ekon. přínos nových intervencí** – investovat více do těch, které mají spol. přínos vyšší
- **Bez adekvátní motivace v úhradách nebudou nové inovace do ČR proudit**
- Vysoké OOP povedou k růstu nerovností, **zejména u nákladných léčiv**

Závěr a diskuze

- **Spoluúčast/zvýšení podílu soukr. zdrojů (OOP) není samo o sobě řešením** neefektivity českého zdravotnictví
- **Zvýšení OOP nese s sebou mnoho rizik**, pozitivní vliv na objem péče či její kvalitu je nejistý
- **Špatně nastavená spoluúčast** může pacientům i společnosti **spíše uškodit**
- **Je potřeba řešit otázky morálního hazardu a inf. asymetrie,**
- K vyšší efektivitě systému je potřeba využít **mnoha komplementárních nástrojů**

A hand is holding a large, three-dimensional '@' symbol made of cardboard on a wooden table. The symbol is the central focus of the left side of the slide. The background is a blurred indoor setting with warm lighting.

Děkuji za pozornost

[**jakub.hlavka@econ.muni.cz**](mailto:jakub.hlavka@econ.muni.cz)

[**https://x.com/jakubhlavka**](https://x.com/jakubhlavka)

[**https://hepii.econ.muni.cz**](https://hepii.econ.muni.cz)

[**https://www.efektivnizdravotnictvi.cz**](https://www.efektivnizdravotnictvi.cz)

Další čtení

- Fusco, N., Sils, B., Graff, J. S., Kistler, K., & Ruiz, K. (2023). Cost-sharing and adherence, clinical outcomes, health care utilization, and costs: a systematic literature review. *Journal of Managed Care & Specialty Pharmacy*, 29(1), 4-16.
- Chandra, A., Flack, E., & Obermeyer, Z. (2024). The health costs of cost-sharing. *The Quarterly Journal of Economics*, qjae015.
- Ponzio, M., & Scoppa, V. (2021). Does demand for health services depend on cost-sharing? Evidence from Italy. *Economic Modelling*, 103, 105599.
- Guindon, G. E., Stone, E., Trivedi, R., Garasia, S., Khoe, K., & Olaizola, A. (2023). The Associations of Prescription Drug Insurance and Cost-Sharing With Drug Use, Health Services Use, and Health: A Systematic Review of Canadian Studies. *Value in Health*, 26(7), 1107-1129.
- Kato, H., Goto, R., Tsuji, T., & Kondo, K. (2022). The effects of patient cost-sharing on health expenditure and health among older people: Heterogeneity across income groups. *The European Journal of Health Economics*, 23(5), 847-861.