

OBČAN V SÍTI

02/2025

www.sdruzeniobcan.cz | <https://zdravotnictvi2030plus.cz/>

ÚHEL POHLEDU



Jakub
Hlávka



Helena
Horská



Ladislav
Švec

BRUSELSKÁ OHLÉDNUTÍ



Helena
Sedláčková

VOLNÉ FÓRUM



Josef
Veselka



Jan
Kvaček



Tomáš
Kolář



Petr
Fířka



Viktor
Vojtko

JAKÁ MÁ BÝT ROLE SOUKROMÝCH PENĚŽ V NAŠEM ZDRAVOTNICTVÍ?

Naše zdravotnictví není nastaveno tak, aby se úspěšně popasovalo s dopadem blížících se demografických změn. Jeho finanční, organizační a personální potíže se zhoršují, a to zatím žijeme v letech relativní hojnosti. Za své problémy si můžeme jen my sami a skutečně je nemůžeme svádit na objektivní vnější příčiny. Během posledních deseti let se objem prostředků vydaných na zdravotnictví zdvojnásobil, ale

kvalita a dostupnost jeho služeb se nezlepšila, spíše naopak. Lze ještě pochopit, že v době covidu se do něj narázově, byť hodně diskutabilně, nalila spousta peněz. Fajn, ale když bylo po všem, tak jsme se měli vrátit k normálu, což se nestalo. Naopak, centrální řízení cestou úhradové vyhlášky dál tlačí veřejné zdravotní pojištění do záporné bilance. A tak stojíme před rozhodnutím. Buď začneme se systémovými změn-



nami zvyšovat efektivitu zdravotnictví, nebo do něj musíme někde sehnat peníze.

Zvyšování platby za „státní pojištěnce“ jsme si zákonem zakázali, a tak se nabízí buďto zvýšení pojistného, nebo si vzít více peněz od pacientů. O té první možnosti

se zatím jen špitá v kuloárech, ta druhá se materializovala v poslaneckém návrhu na připojištění, který má občanům umožnit dobrovolně si připlatit za lepší zdravotní péči nebo za nadstandardní služby veřejným systémem nehrazené. Proti tomu by se nedalo nic namítat, pokud bychom měli jasně definovaný rozsah hrazené péče. Ten však nemáme, a tak bychom si tím jen pořídili vstupenku jak k rozzevirání nůžek v dostupnosti péče mezi sociálně silnou a slabou částí populace, tak k rozkvětu finanční anarchie ve zdravotnictví.

První, co musíme dát do pořádku, než začneme lidem tahat z kapsy další peníze, je začít s prostředky zdravotního pojištění skutečně hospodařit. Což znamená proměnit ten současný „pojišťovenský“ systém ve skutečně veřejné zdravotní pojištění. V něm samosprávné pojišťovny soutěží o pojištěnce a jsou existenčně závislé na své efektivitě. K tomu potřebují rovné soutěžní prostředí a kontrolu nad svými příjmy a výdaji. Velikosti mečů se srovnají aplikací antimonopolních pravidel, která platí v normálním světě, férovým přerozdělením a stejnými pravidly pro všechny. Příjmy dostanou pod kontrolu provázáním výše pojistného s očekávanými náklady svého pojistného kmene, nejlépe cestou dvousložkového pojistného. Výdaje zase uvolněním rukou ke kontrahování a proplácení jen potřebné péče v reálné tržní ceně.

Bude kolem toho strašného křiku, ale jinak to nepůjde. S tím souvisí i vydefinování balíku služeb, které budou pojišťovny povinny svým pojištěncům zajišťovat. To by měl zajistit zákon, který vymezi parametry hrazené péče, určí postup, jak se bude hrazená péče určovat, a ustanoví instituci, která to bude celé procesovat. Čili obdobný proces, jaký už léta funguje u léků a zdravotnických prostředků na předpis.

No, a teď k roli soukromých prostředků ve zdravotnictví. Občané by se měli o svém zabezpečení v nemoci rozhodovat ve chvíli, kdy jsou zdraví. Což se v zemích s pojišťovenskými systémy dělá volbou pojišťovny, popřípadě výběrem některých z jejích programů. Ve chvíli, kdy budeme mít definovaný balík hrazené péče, jsou namísto úvahy o připojištění ať již na péči, kterou veřejný systém nehradí, nebo na úroveň komfortu při jejím čerpání. Pokud se staneme pacienty, tak by nám ve správné orientaci v systému mohly pomáhat regulační poplatky, třeba při návštěvě specialisty bez indikace praktikem nebo při čerpání pohotovostních služeb. Deductible, tedy že pacient od začátku roku platí, až do stanovené výše, náklady na péči z vlastní kapsy, nepokládám za vhodný nástroj, protože deformuje chování pacientů. Na začátku roku mají pacienti sklon potřebnou péči odkládat a naopak, když už překročí limit, nechávají

se vyšetřovat do foroty. Stejně tak procentuální spoluúčast na ceně výkonu nemá valného smyslu, protože jde proti zadání veřejného pojištění, které na prvním místě akcentuje poskytování potřebné péče, a ne té nejlevnější.

Ještě snad poznámka na vrub oblíbeného snění o malusech a bonusech. Jejich zavedení v systému sociálního zdravotního pojištění je obtížně proveditelná utopie, protože do hry vtahuje individuální zdravotní stav nebo chování pojištěnce. Přitom základním rysem sociálního zdravotního pojištění je právě vyloučení vazby mezi zdravotním stavem pojištěnce a výší jeho pojistky. Proto jsou provozní náklady veřejného systému tak nízké, protože ve srovnání s komerčním zdravotním pojištěním pracuje se skupinovým, a ne s individuálním pojistným rizikem. Navíc je velmi obtížné vydefinovat smysluplná a jasná kritéria, podle kterých by se nárok na bonus či malus uplatňoval. Ještě těžší by bylo celý ten proces kontrolovat. Všechny pokusy v tomto duchu, o kterých vím, nakonec dopadly neslavně. Kdy si na Slovensku zkusili podpořit prevenci tím, že přestali proplácet plomby u pacientů, kteří nechodili na preventivní prohlídky. Obratem začali stomatologové vykazovat preventivní prohlídky u celé své kartotéky. Zubaři a pacienti byli spokojeni, jen erár ostrouhal. Tož tak.

MUDr. Pavel Vepřek



moje@mbulance

Vy léčíte, my papírujeme!

PRAKTICKÝ LÉKAŘ



SOUKROMÉ ZDROJE VE ZDRAVOTNICTVÍ – CESTA KE ZLEPŠENÍ, NEBO OHROŽENÍ KVALITY A DOSTUPNOSTI?

Jakub Hlávka, Ph.D., M.A.
ředitel, Institut pro zdravotní ekonomii, politiku a inovace, ECON MUNI

České zdravotnictví stojí na křižovatce, s rostoucím tlakem na efektivitu a udržitelnost financování se proto ve veřejné diskusi často otevírá otázka většího zapojení soukromých zdrojů. Dvě hlavní oblasti, které se v této souvislosti diskutují v Česku i zahraničí, jsou spoluúčast pacientů a role soukromého kapitálu (zejm. v oblasti privatizace nemocnic). Je však toto dobrým řešením neefektivit českého zdravotnictví? A co víme ze zahraničních studií?

Spoluúčast pacientů: mezi morálním hazardem a omezenou dostupností

Spoluúčast pacientů je v českém kontextu citlivé téma, které se dotýká samotných základů veřejného zdravotního pojištění. Široce dostupná zdravotní péče je garantována v našem ústavním pořádku Listinou základních práv a svobod. Aktuálně je spoluúčast v ČR podprůměrná v rámci OECD, ve vztahu k příjmům domácností je ale podobná té americké. Ve srovnání s ostatními zeměmi se koncentruje více v oblasti doplateků za léky. Data Eurostatu z roku 2022 však naznačují, že se naše míra spoluúčasti již pohybuje lehce nad průměrem (14,29 % v ČR vs. 14,27 % v EU27).

Téměř jediným validním argumentem pro zavedení vyšší spoluúčasti je omezení tzv. morálního hazardu. Ten se projevuje ve dvou rovinách: *ex ante*, kdy pojištění snižuje motivaci k prevenci (např.

skrze rizikové chování či nedostatečné využívání screeningových programů), a *ex post*, kdy pojištění snižuje náklady spojené s nemocí, což může vést k nadbytečným návštěvám lékaře nebo žádostem o zbytečné léky.

Nicméně, zkušenosti ze zahraničí ukazují, že vyšší spoluúčast nemusí automaticky vést k lepším výsledkům. Studie prokazují, že vyšší spoluúčast vede k nižší iniciaci a adherenci k léčbě a vyšší míře předčasného ukončení léčby. Naopak, skokové snížení spoluúčasti, jak ukazuje příklad Itálie u pacientů nad 65 let, vede k vyšší frekvenci návštěv u specialistů a spotřebě léčiv, tedy čerpání péče, která mohla být z finančních důvodů odložena.

Zásadním rizikem spoluúčasti je dopad na zranitelné skupiny obyvatel a její nedostatečný příspěvek ke zvýšení efektivity systému. Studie Chandra et al. (2024) publikovaná v *Quarterly Journal of Economics* zjistila, že pacienti s nižšími disponibilními prostředky omezují adherenci k terapii a mají vyšší riziko mortality. Jakékoliv zisky z vyšší spoluúčasti jsou tak anulovány vyšší mortalitou a ztrátou kvality života, zejména u osob s největšími zdravotními riziky.

Privatizace nemocnic: efektivita za cenu horších výsledků?

Soukromý kapitál v případě nemocnic je další zajímavou oblastí pro soukromé zdroje ve zdravotnictví. Intuitivně totiž může vést soukromý kapitál ke zvýšení efektivity a zlepšením kvality služeb. Nicméně, review autorů Goodair a Reeves (2024) v časopise *Lancet*



Jakub Hlávka

postavený na 13 studiích z různých zemí (USA, Anglie, Švédsko, Itálie aj.) ukázal, že privatizace nemocnic vedla spíše k negativním dopadům: selekci ziskových pacientů, snižování počtu personálu a v mnoha případech ke zhoršení klinických výsledků.

Systematická analýza Kruse et al. (2018) navíc zdůrazňuje, že komerční poskytovatelé zdravotní péče intenzivněji reagují na finanční pobídky a ve svém review nenašli evidenci pro to, že by soukromí zřizovatelé měli lepší výsledky. Naopak, často jsou jejich výsledky horší pro nízkopříjmové a polymorbidní pacienty.

Studie Tynkkyne & Vrangbæk (2018) srovnávala veřejné a soukromé nemocnice v různých evropských zemích na základě 17 jiných studií studujících 5500 nemocnic v Evropě. Zhruba polovina studií zjistila, že veřejné nemocnice jsou efektivnější než soukromé. Většina ostatních studií nenašla žádné významné rozdíly. Pouze jedna studie zjistila, že soukromé nemocnice mají vyšší profitabilitu.

Bonusy za „dobré chování“ a fondy prevence: efektivní nástroj, nebo promarněná šance?

Kromě spoluúčasti je možné se krátce zamyslet nad příspěvky soukromým osobám, které mají

posílit motivaci za „dobré chování“. Klíčová je však otázka: pokud jsou tyto intervence nákladově efektivní, proč nejsou hrazeny všem? A pokud nejsou nákladově efektivní, proč jsou hrazeny vůbec?

Využívání fondů prevence by mělo být racionální a cílené na ty, kteří to nejvíce potřebují. Např. v Nizozemsku podle principu „proportional shortfall“ zaměřují pozornost na populace s největšími nenaplněnými potřebami.

Z hlediska maximalizace veřejného zdraví je lepší hledat cesty, kte-

ré snižují překážky pro všechny: lepší informovanost, dostupnost péče, péče v terénu a pozitivní komunikace, ne poskytovat další výhody těm, kteří jsou v systému již nyní v lepším postavení.

Opatrně s experimenty

Zapojení soukromých zdrojů do zdravotnictví je komplexní problematika, která vyžaduje pečlivé zvážení všech rizik a benefitů. Spoluúčast pacientů může sice omezit morální hazard, ale zároveň může snížit dostupnost péče pro zranitelné skupiny obyvatel.

Větší zastoupení soukromého kapitálu v případech nemocnic nemusí automaticky vést k vyšší efektivitě a může také ohrozit kvalitu a dostupnost péče.

Je nezbytné, aby veškeré změny v systému zdravotnictví byly podloženy důkladnými analýzami a zohledňovaly dopady na zdraví celé populace. Zvláštní pozornost je třeba věnovat nastavení platebních mechanismů a regulací, které zajistí kvalitní a dostupnou péči pro všechny obyvatele naší země.

NENASYTNÝ KOČKOPES? ANEB JAK ZACHRÁNIT ČESKÉ ZDRAVOTNICTVÍ

Ing. Helena Horská
hlavní ekonomka a členka dozorčí rady, Reiffeisenbank a.s.;
členka, NERV

České zdravotnictví je hybrid – křížence mezi centrálním řízením a německým modelem pojišťoven. Takový „kočkopes“. A jako každý podobný tvor, i on má neustále rostoucí apetit.

Za poslední roky jsme do systému napumpovali miliardy korun, ale efektivita nerostla. Veřejné finance nejsou bezedné a představa, že více peněz automaticky znamená lepší zdravotnictví, je mylná. Musíme si položit zásadní otázku: **Chceme širokou a robustní síť veřejných služeb za cenu vyššího přerozdělování, nebo efektivnější a skromnější systém s nižšími odvody?**

Demografie nezná slitování

Realita je neúprosná. Do roku 2050 se počet ekonomicky aktivních lidí sníží o 11 %, zatímco počet seniorů vzroste o 48 %. Na každého důchodce tak bude pracovat méně lidí, kteří financují zdravotní péči. Výsledek? Deficit

veřejného zdravotnictví až 3 % HDP. Současný model financování je dlouhodobě neudržitelný. Nejde však jen o čísla. **Stárnoucí populace znamená větší důraz na dlouhodobou péči, rehabilitaci a léčbu chronických onemocnění.** Na to musíme být připraveni.

Zdravotní připojištění jako možná cesta

Jedním z řešení může být lepší nastavení zdravotního připojištění. Dnešní realita je jasná – samovolná privatizace zubních ambulancí a gynekologií ukazuje, že když veřejný systém nestačí, soukromé prostředky si do nenasyceného systému najdou cestu samy, podle vlastních pravidel. Bylo by proto rozumnější nastavit jasná pravidla, jak soukromé finance do zdravotnictví zapojit – ve prospěch pacientů i lékařů.

Prevence: levnější než léčba, ale ne všespásná

Dnes ještě ani nejsme v důchodu a už jsme zhuntováni – zdraví v Česku ztrácíme kolem 62. roku života. Iniciativa Ministr zdra-



Helena Horská

ví proto ve spolupráci s experty a klíčovými aktéry hledá způsob, jak prodloužit délku života ve zdraví.

Až dvě třetiny zlepšení zdravotního stavu populace lze připsat prevenci. Každá investovaná koruna se vrátí až čtyřnásobně a přidá ekonomice 0,4 % ročního růstu. Přesto jsme v EU mezi lídry v počtu zbytečných úmrtí na preventabilní nemoci. Češi tráví více času v ordinacích než aktivním pohybem. Je nutné změnit nejen postoj lidí, ale i celý systém. Prevence samotná české zdravotnictví nespasí.

Digitální revoluce, která nepřišla Zdravotnictví zoufale potřebuje digitalizaci a efektivnější práci s daty. Nestačí jen nové softwary a aplikace – **chybějí systematické analýzy a řízení na jejich základě.**

Proto think-tank Ministr zdraví vytvořil portál Data o zdraví (www.dataozdravi.cz), který poskytuje analýzy faktorů ovlivňujících naše zdraví – od individuálního chování přes socioekonomické podmínky až po kvalitu zdravotní péče.

Propojení zdravotních dat a jejich zapojení do řízení systému je nutností. Efektivní zdravotní

politika musí stát na reálných datech propojujících zdravotnictví, sociální zabezpečení i výkonnost ekonomiky.

Co potřebujeme změnit?

Bez zásadní reformy hrozí, že se zdravotní systém zhroutl pod tíhou ekonomických a demografických změn. **Změna musí přijít nyní.** To znamená:

– Jasně vymežit veřejnou zdravotní péči – co je hrazeno z veřejného pojištění a za co si lidé připlatí.

– Dát zdravotním pojišťovnám větší pravomoci – stát by měl

být spíše rozhodčím než aktivním hráčem.

- Podpořit prevenci a odpovědnost pacientů – zdravější pacient znamená levnější zdravotní systém.
- Digitalizovat a řídit na základě dat – bez efektivního řízení budou reformy jen plýtváním zdroji.

Pokud si nevybereme správnou cestu nyní, riskujeme, že nás současný systém pohltí. Kočkovat sice přežije ledačos, ale špatné řízení a vyčerpané finance ho dřívě či později pošlou do „veterinárního nebe“ – a spolu s ním i nás.

ROLE SOUKROMÝCH PENĚZ VE ZDRAVOTNICTVÍ

JUDr. Ladislav Švec, předseda, Zdravotnictví 2030+ z.s.

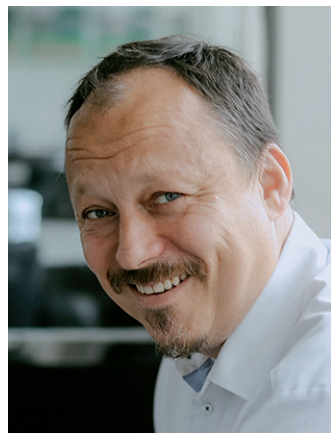
Role soukromých peněz ve zdravotnictví je nepochybně velké téma. Snad je ale trochu na škodu, že si pod nimi obvykle představujeme pouze přímé platby pacientů. Pro detail pak nevidíme les.

Ona totiž ani většina tzv. veřejných peněz nepochází z ničeho jiného než ze soukromé aktivity fyzických a právnických osob. Každou korunu ve veřejných rozpočtech musí někdo vydělat, vymyslet, odpracovat, podat a potom odevzdat státu, resp. zdravotní pojišťovně.

Rozvíňme myšlenku dál. Každou chvíli na nás v souvislosti se soukromými prostředky odněkud vy-

chápu, zní to po třiceti letech aplikace zákona o pojistném zvláštně. Skutečností ale je, že stoprocentně přerozdělovaná částka, vybíraná na základě jedné pevně stanovené sazby, bez jakéhokoliv vlivu pojistitele a pojištěného, zkrátka žádným pojistným není.

Pokud bychom umožnili nastavit alespoň menší část pojistného, hrazeného pojištěncem, pojišťovnou, dosáhli bychom částečně efektu, který si slibujeme od vstupu soukromých prostředků do zdravotnictví. Hlavně bychom ale zajistili legální a koncepční cestu, jak způsobovat příjmy systému jeho nutným výdajům. Zároveň bychom konečně vytvořili prostor, ve kterém může existovat smysluplná



Ladislav Švec

luplnou volbu z nabídky vzájemně se lišících pojišťoven. Pojistné by také umožnilo finančně motivovat pojištěnce k ohleduplnému chování, účasti v projektech řízené péče atd. Pojistné je zkrátka to, co český systém veřejného zdravotního pojištění potřebuje, pokud má nabízet přidanou hodnotu.

Vraťme se ale k soukromým prostředkům v obvykle chápaném smyslu přímých plateb pacientů. V této věci konstatují, že jsou co do celkové výše aktuálně na úrovni srovnatelné s Evropou. ČSÚ udává přímé výdaje českých do-

„Co zkusit zavést pojistné na zdravotní pojištění?“

skočí článek na téma „Jak ufinancovat zdravotnictví?“. A má lehce kacířská odpověď zní: „Co zkusit zavést pojistné na zdravotní pojištění?“.

soutěž mezi pojišťovnami. A soutěž je základ, je zdravá, vede ke zlepšení, k tlaku na efektivitu na všech stranách. V neposlední řadě bychom pojištěncům umožnili smys-

mácností na zdravotnictví ve výši 14 %, statistiky pak uvádějí průměr EU sedmadvacítky na 15 %. V čem menší rozdíl stále panuje, je krytí dodatečných nákladů komerčním přípojištěním. Zde český podíl tvoří o něco méně než 1 %, zatímco evropským průměrem jsou 3 %. Ani zde již však nejde o propastný rozdíl.

Výše uvedeným nechci říci, že by přímé platby neměly hrát ve zdravotnictví větší roli. Vidím ji ale především v místech, kdy je možné platbou za službu účinně regulovat nadužívání služeb, tedy například v opakovaných vyšetřeních specialistou, vyšetřeních bez doporučení VPL, zneužívání ZZS apod. Nikoliv jako systémové a dlouhodobé řešení financování systému.

I nadále mají logicky své místo při „nákupu“ služeb (metod), nebo

zboží (materiálu), které nejsou ze zákona hrazeny, či jsou hrazeny pouze částečně. Zde ale narážíme na systémový dluh českého zdravotnictví, tedy neexistenci jednotného procesu definování a interpretace rozsahu zákonných nároků, včetně úrovně komfortu.

to, že jsme si sami ústavně garantovali bezplatnost péče, kterýžto požadavek nesmí být dle soudu fakticky zcela vyprázdňen. Shrnujice, se zaváděním soukromých peněz do zdravotnictví souvisí zejména koncepční otázka pojistného, stanoveného zčásti po-

... narážíme na systémový dluh českého zdravotnictví, tedy neexistenci jednotného procesu definování a interpretace rozsahu zákonných nároků, včetně úrovně komfortu.

Oblasti, kde je možné legálně vyžadovat přímé platby, by tak v každém případě měly být zákonem přesně definovány a pojištěnec by měl být chráněn před libovůlí a zneužitím svého slabšího a neinformovaného postavení. Nezapomeňme v této souvislosti také na

jišřovnou a hrazeného pojištění. To má potenciál stát se systémovým a dlouhodobým řešením financování výdajů systému. Přímé platby poskytovatelům nástrojem ufinancování zdravotnictví být nemohou, mohou ale přispět k jeho lepší vnitřní regulaci a kvalitě.

VOLNÉ FÓRUM

1. Jaká by měla být role soukromých prostředků ve zdravotnictví?
2. Myslíte si, že v našem zdravotnictví soukromé prostředky plní svou roli a že pacienti vytahují peněženky na správných místech, sobě a zdravotnictví ku prospěchu?
3. Jaké změny v zapojení soukromých prostředků občanů pokládáte za potřebné?

Odpovídá prof. MUDr. Josef Veselka, CSc., FESC, FSCAI, kardiolog, spisovatel a komentátor; vedoucí lékař, Klinikum Chemnitz

1. V České republice hrají soukromé peníze ve zdravotnictví menší roli, než bych si přál. Na straně pacientů se tváříme, že vše je plně dostupné a peníze nebudou hrát svou přirozenou společenskou roli, v níž mimo jiné plní funkci prostředku, pomocí něhož sestavujeme žebříček svých priorit. Pacient by měl mít možnost zaplatit si službu jménem zdravotní péče stejně jako jakoukoliv jinou. Současný socialistický přístup, v němž

jsme mu tuto možnost odebrali a předali ji do rukou státu (politiků), zajišťuje pouze jediné a tím je nahodilost. Nahodile dostane nejlepší možnou péči druhý nebo pátý pacient v pořadí, ale žádný v čekající frontě si ji nemůže ani vybrat, ani zaplatit. Pacientovo svobodné rozhodování, v čem vidí své priority, převzal stát se všemi svými neřestmi, chybami a neefektivitou.

V rámci ambulantní péče je zřejmé, že soukromý sektor je dominantní a stát, tedy zdravotní pojišťovny, nezvládají jeho kontrolu, řízení a kultivaci. Vybírají se poplatky tam, kde se vybírat nemají, pacienti nejsou lékaři kontrolová-



Josef Veselka

ni podle naléhavosti svého zdravotního stavu, ale podle toho, co jim zdravotní pojišťovny proplatí. Těm je to v zásadě jedno, protože skutečnou kvalitu péče nejsou schopny měřit, a tak jediné, co kontrolují, je rozsah péče.

V nemocničním sektoru by z hlediska poskytovatelů měly hrát soukromé peníze mnohem větší roli. K tomu bychom však předem potřebovali fungující a kontrolující zdravotní pojišťovny, aby se peníze neutrácely zbytečně a nesprávně. Česká lékařská komora by měla mít možnost kontrolovat výsah kvalitu péče a pojišťovny rozsah a strukturu výdajů. Stát by neměl upřednostňovat „své“ nemocnice před těmi soukromými. Na pořadu dne by měla být kompetice, nikoliv prvoplánová podpora státního sektoru.

2. Ne. Peníze se vytahují z peněženky nahodile a podle nijak neregulovaných pravidel. Navíc je veřejným tajemstvím, že v některých oborech se za operace (či porody) stále dávají lékařům obálky s určitým finančním obnosem.

3. Pacient má vědět, co mu pokryje standardní pojištění, o ostatním se má rozhodovat podle vlastní vůle. Měl by mít možnost platit si nadstandard, anebo své peníze vydat za něco jiného. Pojišťovny by měly uplatňovat systém bonusů a malusů vzhledem k rizikovosti svých klientů.

Odpovídá Mgr. Jan Kvaček, ředitel, FN Bulovka

1. Tato oblast má několik rovin. Když pomínu segment vědy a výzkumu ve zdravotnictví (jakkoli je samozřejmě také relevantní), tak se problematika soukromých prostředků ve zdravotnictví týká tří hlavních zdrojů. Prvním jsou investice do zdravotnictví ze strany soukromých subjektů. V naší síti poskytovatelů máme mnoho zařízení, která ve stávající podobě ne-



Jan Kvaček

mají žádný smysl (a čekají na transformaci, například případy dvou malých nemocnic v sousedních obcích a podobně), a proti tomu máme naopak slepá místa, kde nám poskytovatelé zoufale chybějí. Je třeba vytvořit prostředí, které přiláká investory na správná místa v systému. Tam, kde je potřeba zlepšit dostupnost péče, a tam, kde je třeba skomírajícím zařízením dát novou roli a vdechnout nový život. Druhou oblastí je připojištění ke stávajícímu zdravotnímu pojištění. Nicméně aby toto mohlo fungovat, musí nejprve být na co se připojit. Je to spojené s třetí oblastí, a tou jsou přímé platby pacientů. Dnes žijeme v iluzi, že žádná péče s doplatkem neexistuje (kromě segmentu stomatology). Nicméně ve skutečnosti pacienti doplácí nepřeberné množství příplatků a doplatků v šedé nedefinované zóně. V některých případech dokonce protizákonně. Současný stav neprospívá nikomu. Je třeba si přiznat, že přímé platby v systému dlouhodobě existují a ve skutečnosti je jich stále více. Těto oblasti se musí nastavit jasná a transparentní pravidla tak, aby nikomu nebylo bráněno v přístupu ke zdravotním službám. A v momentě, kdy jasně a transparentně vymezíme, za jakých okolností

a za co se doplácí, můžeme nastavit i produkty komerčního připojištění, které budou tuto oblast krýt.

2. Vůbec ne. Přímé platby pacientů jsou v našem systému naprosto netransparentní. Je to šedá až černá zóna (černá proto, že mnohdy jsou vyloženy v rozporu se zákonem). Oblast přímých plateb pacientů je třeba dostat do jasného legislativního rámce. Dát jí transparentní pravidla. Ta musejí být nastavena tak, aby nikdo nebyl vyloučen z poskytnutí zdravotní služby, protože si nemůže či nechce za nějakou službu připlatit. Uvědomme si, že s tím, jak se snižuje dostupnost zdravotních služeb, rozrůstají se různá schémata příplatků a doplatků, které lékaři po pacientech vyžadují. Je to nikým neregulovaný a divoký systém, a ačkoli je nelegální, neexistuje síla, která by byla schopna vymocit dodržování pravidel. Bojím se toho, že pokud nezačneme velmi rychle řešit otázku dostupnosti zdravotních služeb, stanou se některé tak nedostupnými (a tudíž vzácnými), že lékaři některých odborností začnou působit úplně mimo systém veřejného zdravotního pojištění, a tedy mimo dosah jakékoli regulace. Služby pak budou dostupné jen těm, kteří na ně mají. Pokud otázku dostupnosti nevyřešíme, může nás čekat v dalších oborech to, co se stalo ve stomatologii.

3. Je potřeba si přiznat, že pacient reálně doplácí za obrovské množství služeb. Nicméně že tyto doplatky jsou netransparentní, neregulované a úplně mimo systém. Pokud si konečně přiznáme, že nežijeme v realitě, kde vše je dokonale dostupné a zdarma (a že v ní nikdy žít nebudeme), můžeme se začít bavit o tom, jak transparentně zavést různá schémata doplatků tak, aby nebyl ohrožen všeobecný a bezplatný přístup k péči pro ty, kteří si za žádnou extra službu připlácet nechťejí. Pokud toto neodpracujeme a necháme systém běžet dál tak, jak běží

nyní, čeká nás stále se zhoršující dostupnost zdravotních služeb. Za takového scénáře ta bohatší část populace udělá krok mimo systém veřejného zdravotního pojištění a nedostupnost zdravotních služeb si vyřeší přímými platbami. Ta finančně slabší část populace se ke službám včas nedostane. Je třeba ještě dodat, že vedle transparentního vymezení doplňkových služeb je bezpodmínečně nutné pracovat na celkové vyšší dostupnosti zdravotních služeb. Tedy na vzdělávání většího počtu zdravotníků, na rozšíření kompetencí vysokoškolsky vzdělaných nelékařů (tak, aby některé výkony mohlo provádět mnohem více zdravotníků, a byly tedy dostupnější) a na odbřemenění zdravotníků od administrativy. Zkrátka na maximalizaci počtu hodin zdravotníka s pacientem.

Odpovídá Ing. Tomáš Kolář, MBA, CEO, Linet s.r.o., předseda, expertní tým pro zdravotnictví, Svaz průmyslu a dopravy ČR

1. To je příliš široká otázka. Ve zdravotnictví dnes již soukromé prostředky jsou. Do nemocnic i do ambulancí se investuje z velké části ze soukromých peněz. Ten kdo investuje, tak hledá dlouhodobě udržitelné a stabilní investiční prostředí. Pokud jde o jednotlivé příjemce zdravotních služeb, tak bych to rozdělil na několik dimenzí: spoluúčast: uvědomuji si, že zdravotnictví něco stojí, a podle toho čerpám, nezneužívám, chovám se efektivně. Paralela: v hospodě považujeme za normální sníst 1 jídlo a neobjednat 3; prevence: chovám se tak, abych zůstal pokud možno zdravý; zdroje: zlepšuji rozpočet.

2. Peněženky vytahujeme především za léky a za některé vybrané typy zdravotní péče. Nedokážu posoudit, jak je to nastavené,



Tomáš Kolář

dokážu si ale představit, že širší spoluúčast by vedla k svědomitějšímu chování pojištěnců.

3. Takové, které povedou k uvědomění, že o své zdraví se musíme především starat sami a že zdravotní péče není zadarmo. Na druhou stranu bychom vždy měli zachovat nízké bariéry přístupu k péči. Určitě se nejedná o triviální zadání, určitě je ale řešitelné, třeba v postupných krocích, aby se společnost mohla na změnu adaptovat jak v chování, tak především myšlením.

Odpovídá PharmDr. Petr Fífka, farmaceut, manažer a poslanec (ODS); místopředseda, Zdravotní výbor PS PČR

1. Zapojení soukromých prostředků do financování zdravotnictví je pro blízkou budoucnost nezbytné. Demografický vývoj společnosti a rozvoj medicíny jsou důvody, proč udržení úrovně zdravotní péče nemusí být ufinancovatelné pouze stávajícím způsobem. Hlavní rolí soukromých prostředků tedy bude přinést do systému potřebné další prostředky nad rámec veřejného zdravotního pojištění.

2. Nevím, zda existuje věrohodné vyčíslení momentálního zapojení soukromých prostředků v českém zdravotnictví, ale „vytahování peněženek pacientů“ rozhodně není zasazeno do nějakého smysluplného systému. Soukromé peníze v systému již dávno jsou, jen jejich pohyb nemá vždy jasná pravidla.



Petr Fífka

3. Především musíme stanovit pravidla pro zapojení soukromých peněz, aniž bychom jakkoli omezili ústavou zaručený rovný přístup ke zdravotní péči. Zdravotnictví se dříve nebo později ocitne pod finančním tlakem a celková reforma zaměřená na efektivitu bude nezbytná. Součástí reformy by měla být i možnost financování části zdravotní péče, která bude nad rámec péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění, formou soukromých peněz nebo komerčního připojištění. Už definice, čeho se to může týkat, není jednoduchá a rozhodně je společensky a politicky citlivá.



Odpovídá Ing. Viktor Vojtko, Ph.D., vysokoškolský pedagog a poslanec (STAN)

1. Soukromé prostředky by podle mne měly ve zdravotnictví hrát do budoucna větší roli, nejlépe skrze připojištění. Smysl by mi dávaly pro pacienty za službu navíc oproti základní zdravotní péči, nicméně za jasně zákonem definovaných pravidel, včetně provedení řádné analýzy dopadů, aby to nevedlo k omezení dostupnosti základní péče. Dokážu si představit i určitou regulační úlohu, aby se předcházelo nadužívání. Velký význam mají soukromé prostředky ale i na straně poskytovatelů a investic do kapacit.



Viktor Vojtko

2. V tuto chvíli je situace s přímými platbami dost nepřehledná a leckdy vede k nedostupnosti základní péče ze zdravotního pojištění. Jasně je to vidět u zubářů. Z těchto důvodů se soukromé platby spíše pohybují v šedé zóně a neplní tu roli, kterou by měly plnit.

3. Za potřebné považuji definovat základní rozsah péče, který je a má být poskytován ze zdravotního pojištění. A vyjasnit roli zdravotních pojišťoven, které si v současnosti vlastně nemají v čem konkurovat. Což je vše na hlubší reformu financování zdravotnictví.

BRUSELSKÁ OHLÉDNUTÍ

ČEKÁ NÁS ROK VELKÝCH OČEKÁVÁNÍ I NEJISTOT

Nový Evropský parlament i Evropská komise přinesly vloni novou energii do poměrně ambiciózních plánů na to, co by se v příštích letech mělo v oblasti veřejného zdraví na úrovni Evropské unie posunout, změnit, či zlepšit. Aktuální velmi znepokojivé geopolitické dění však strhává pozornost politiků i občanů jiným směrem. Pojďme se podívat na to, co nás letos ve veřejném zdraví v EU čeká.

V současnosti se prioritou Evropy číslo jedna stává její obranyschopnost a to, stejně jako hrozba obchodní války s USA, zcela jistě ovlivní všechny oblasti politik Evropské unie, včetně té zdravotnické. Témata bezpečnosti a soběstačnosti nicméně dlouhodobě rezonují i u jednacích stolů ministrů zdravotnictví členských zemí EU, současná situace tedy jen více „navští“ jejich aktuálnost.

Vedle nového komisaře pro zdraví Olivéra Várhelyiho, jehož osobě i programu jsme se podrobněji vě-

novali v minulých číslech Občana, bude unijní politika veřejného zdraví letos probíhat pod taktovkou Polska a Dánska, zemí, které budou vždy po dobu šesti měsíců předsedat Radě Evropské unie, orgánu sdružujícímu zástupce členských zemí EU.

Závod s časem

Když v lednu polská ministryně zdravotnictví Izabela Leszczyna představovala na půdě Evropského parlamentu priority současného polského předsednictví v oblasti veřejného zdraví, hovořila primárně o posílení zdravotní bezpečnosti nebo o digitální transformaci. K té má významně přispět vybudování evropského prostoru pro zdravotní data, jehož realizace letos vstupuje, po přijetí potřebné legislativy, do horké fáze. Digitální bezpečnost v EU by měl podpořit akční plán pro zlepšení kybernetické bezpečnosti, který předložil komisař Várhelyi, jak slíbil při svém nástupu do funkce, právě v lednu.



Helena Sedláčková

Nicméně nejvíce skloňovanými slovy v roce 2025 budou pravděpodobně „léčivo“ a „kritické“. Pro všechny, tj. členské státy EU, Evropskou komisi i europoslance, je současným tématem číslo jedna posílení soběstačnosti ve výrobě léčiv, především těch, jejichž případné výpadky by mohly významně ohrozit zdraví evropské populace. Plánuje se posílit výrobní kapacity v EU u nejvýznamnějších přípravků, mj. prostřednictvím různých pobídek, a ochránit tak evropské občany

před zranitelností dodavatelských řetězců a geopolitickými tlaky. Důležitost tématu podtrhl vznik Aliance pro kritická léčiva, široké platformy, v rámci níž o vhodných opatřeních diskutují zástupci členských států (včetně České republiky), farmaceutického průmyslu a neziskového sektoru.

Konkrétní legislativní návrh, tzv. akt o kritických léčivech, by měl komisař Várhelyi představit již teď v březnu. Na druhou stranu jeho předložením maraton jednání teprve začíná a kdo ví, kdy skončí. To ostatně ukazuje i příběh tzv. farmaceutického balíčku, této zásadní reformy unijní lékové legislativy představené již téměř před dvěma roky. V tomto případě si polské předsednictví klade za cíl dosáhnout do června shody mezi ministry zdravotnictví, a pak teprve může začít jednání o finálním kompromisním znění textu s Evropským parlamentem a Komisí. Zda se to podaří již příštímu dánskému předsednictví, tedy do konce tohoto roku, zůstává stále otevřené. Ta správná rovnováha mezi zrychlením přístupu pacientů k inovativní léčbě a nastavením pobídek pro investice do výzkumu a vývoje nebyla, zdá se, stále nalezena. Jde přitom o neuralgický bod celé iniciativy.

A dějiny zatím běží světelnou rychlostí. Snaha EU o větší lékovou nezávislost se stává o to důležitější tvář v tvář hrozbě uvalení cel na evropské zboží ze strany USA. Ta mohou významně zasáhnout farmaceutický sektor v podobě narušených dodavatelských řetězců a vyšších nákladů, a tedy



Polská ministryně zdravotnictví Izabela Leszczyna představuje v Evropském parlamentu priority polského předsednictví v Radě EU v oblasti veřejného zdraví. Foto: Evropská unie, 2025

i většího rizika výpadků a vyšších konečných cen pro pacienty a zdravotnické systémy. Navíc pokud EU zavede na oplátku vlastní cla na americké zboží, hrozí eskalace obchodního konfliktu a další narušení globálních toků. Naléhavost dokončení jednání o reformě lékové legislativy i přijetí aktu o kritických léčivech je v současné době přímo až hmatatelná.

Bude to napínavé

Dobrou zprávou letošního roku může být snaha předsedkyně Evropské komise Ursuly von der Leyenové o zásadní snížení administrativní zátěže a byrokracie vůbec, která by uvolnila „příležitosti pro inovace a ekonomický růst a zvýšení konkurenceschopnosti“. Tato snaha by se měla zhmotnit v sérii konkrétních návrhů na zjednodu-

šení některých předpisů (tzv. omnibus) nebo v nové povinnosti eurokomisařů pořádat dialogy o tom, jak probíhá realizace konkrétních předpisů, a navrhovat případná zjednodušení.

Tekuté písky globální politiky však budou agendu EU nepochybně zásadně ovlivňovat. Z toho pozitivního úhlu pohledu mohou podpořit doposud jen spíše papírové odhodlání k zásadnímu posílení inovací a znalostní ekonomiky v Evropě, a tím i její konkurenceschopnosti. Na druhou stranu geopolitické výzvy v době nevyzpytatelných velmocí, k nimž se bohužel přidala i současná americká administrativa, budou vyžadovat bolestivé kompromisy, jež mohou mít zásadní dopad i do politiky veřejného zdraví. Čeká nás napínavý rok.



**PÉČE O TO NEJCENNĚJŠÍ,
CO MÁME**

207 WWW.OZP.CZ

OZP
OBOROVÁ ZDRAVOTNÍ
POJISTOVNA