

Ivan Duškov: Zdravotnictví potřebuje systémové změny, ne další záplaty

21.7.2026 - | Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR

V čele Všeobecné zdravotní pojišťovny stojí teprve několik měsíců, přesto už připravuje změny, které mají ovlivnit fungování celého systému veřejného zdravotního pojištění.

Generální ředitel Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR PhDr. Ivan Duškov v rozhovoru pro Tempus medicorum vysvětluje, proč mimořádné navýšení plateb za státní pojištěnce představuje jen dočasné řešení, kde vidí největší rezervy českého zdravotnictví, jakou roli mají sehrát zdravotní pojišťovny i proč považuje elektronické žádanky za jeden z klíčových projektů příštích let. Nevyhýbá se ani otázkám financování ambulantních specialistů, digitalizace nebo budoucnosti dohodovacího řízení.

Pane řediteli, do čela VZP jste nastoupil v době, kdy zdravotní pojišťovny hospodaří se schodky a rezervy se rychle tenčí. Co jste po prvních měsících ve funkci zjistil, že je třeba změnit nejdříve?

VZP jsem přebíral ve finančně poměrně dobré kondici. Poslední roky sice vykazuje stejně jako všechny ostatní pojišťovny deficitní hospodaření, nicméně díky rezervám jsme na tom byli ještě relativně dobře. I proto nakonec vůbec mohlo dojít k přerozdělení téměř osmi miliard z našich účtů směrem k menším pojišťovnám. Na druhou stranu bylo zřejmé, že je třeba celý systém stabilizovat. Dostal se do stavu, který by nebyl dlouhodobě udržitelný bez nějakého vnějšího zásahu. Mimořádná valorizace plateb za státní pojištěnce tedy byla z tohoto pohledu nezbytná.

Když jste funkci přebíral, měl jste nějakou představu o největších problémech VZP. Co vás naopak po nástupu překvapilo nejvíce?

O stavu VZP jsem měl relativně velmi dobrou představu. Před nástupem do funkce jsem zde působil šest let coby námětek ředitele pro služby klientům. Jsem také autorem Strategie VZP 2030, která podrobně mapuje mj. rizika a hrozby. Neřekl bych tedy, že jsem byl něčím vyloženě překvapen nebo zaskočen.

Opakovaně mluvíte o hledání efektivity místo plošných škrtů. Kde dnes podle vás ve zdravotnictví skutečně leží největší rezervy?

Určitě je řada oblastí, které si zaslouží kultivovat a dělat efektivněji, lépe. Především jsou to systémová řešení, jako je zavedení plošné e-žádanky a sdílení dat a také oblast stanovování úhrady zdravotnických prostředků, kde je podle mne velký prostor pro nastavení jasných pravidel, která mohou generovat významné úspory.

Mezi systémová řešení může patřit také centralizace nákupů, např. centrových léčiv. Pak jsou to oblasti jako koordinace a organizace péče. Plánujeme zapojení AI do vnitřních revizních a kontrolních mechanismů pojišťovny, abychom efektivněji odhalovali nepravosti uvnitř systému. Na pořadu dne je stále nedokončená transformace lůžkového fondu apod. Čeká nás mravenčí práce, řada dílčích kroků, které je třeba provést citlivě, ale o to důsledněji.

Často mluvíte o efektivitě systému. Jak zajistit, aby tlak na efektivitu nevedl k další

koncentraci zdravotnictví do velkých řetězců a nemocničních skupin na úkor samostatných ambulantních lékařů?

Z pohledu plátce zdravotního pojištění bude vyvíjen tlak na efektivitu bez ohledu na to, zda se jedná o samostatnou ordinaci nebo řetězec. Oba přístupy mají v systému své místo, nezastupitelnou roli. Není a nebude cílem našich kroků jednu či druhou stranu jakkoliv protežovat na úkor té druhé. To, co budeme chtít, je racionalizace výdajů v oblastech, kde je pro ni prostor, a platba za služby, které přinášejí hodnotu našim klientům. Nepříznivý demografický vývoj a vstup moderních technologií i přípravků je, a hlavně ještě bude pro zdravotnictví velkým břemenem. Zdroje opravdu nejsou nekonečné, věřím, že to si uvědomujeme všichni.

Ministerstvo zdravotnictví dlouhodobě deklaruje, že chce posilovat roli zdravotních pojišťoven. Řada poskytovatelů ale má pocit, že pojišťovny mají stále menší prostor skutečně rozhodovat a že klíčová rozhodnutí vznikají na ministerstvu. Jak velkou autonomií dnes podle vás zdravotní pojišťovny skutečně mají?

Autonomii mají do značné míry takovou, jakou si vybudují. Říkat, že my sami nic nemůžeme, je totiž pohodlnější než se na řešení věci podílet. Pro mne je tenhle alibistický přístup jedna z věcí, které chci měnit. Samozřejmě jsme do určité míry limitováni legislativním ukotvením, v řadě případů máme skutečně omezené pravomoci. I v této konstelaci se ale lze podílet na kultivaci procesů, nastavovat změny. Konkrétní příklad za všechny může dát řízený vstup inovací. České zdravotnictví neumělo a v podstatě dosud neumí systémově zajistit vstup nových technologií do diagnostiky, prevence ani terapeutických modulů. Nikdo zatím nepřišel s metodikou, jak takové novinky posuzovat, jak pro ně stanovit úhradu.

VZP proto přišla s vlastním řešením. Inspirovali jsme se v zahraničí a začínáme režim testovat. Pokud bychom to neudělali, mohli jsme jen dál nečinně sedět a stěžovat si, jak to nefunguje. Tedy ano, pojišťovny by měly hrát mnohem aktivnější roli a není úplně pravda, že nemohou samy nic. VZP chce a bude v tomto aktivním lídrem, abychom přesvědčili všechny o tom, že zdravotní pojišťovny jsou autonomní, jsou opravdu pojišťovnami a přinášejí hodnotu svým klientům.

Vláda schválila mimořádné navýšení plateb za státní pojištění. Říkal jste, že tím systém získal zhruba rok času. Co by se mělo během tohoto roku stihnout, aby se stejná situace neopakovala i za dva nebo tři roky?

Nastartovat systémové změny, které zajistí přesně to, že se situace opakovat nebude. V podstatě ihned po schválení mimořádné valorizace, která je už sama o sobě mj. podmíněna hledáním provozních úspor na straně pojišťoven (pozn.: tři miliardy korun musí zajistit zdravotní pojišťovny ze svých provozních fondů), jsme ve VZP začali s přípravou akčního plánu. Jedná se o souhrn opatření, která začneme ještě letos realizovat, byť je jasné, že samozřejmě efekt ne všech se projeví ihned.

Ambulantní specialisté dlouhodobě upozorňují, že zatímco praktičtí lékaři nebo nemocnice bývají označováni za priority systému, jejich segment zůstává stranou. Jakou roli podle vás mají ambulantní specialisté v budoucnosti českého zdravotnictví a odpovídá tomu způsob jejich financování?

Financování všech segmentů vychází z ekonomické reality, odráží možnosti systému. Vždy je to o nastavení očekávání na obou stranách jednacího stolu a hledání kompromisu. Tam, kde se představy rozcházejí diametrálně, nelze než nechat na rozhodnutí nezávislého arbitra, v tomto případě ministerstva. A v žádném případě to neznamená podceňování role ambulantních specialistů, ta je v systému péče neoddiskutovatelná.

Naopak, i v rámci segmentu ambulantní specializované péče jsou prioritní oblasti, které jsme akcentovali a úhrady jsme navrhovali navýšit i s ohledem na kvalitu, jako je např. oblast duševního zdraví.

V dohodovacím řízení pro rok 2027 nedošlo k dohodě právě v segmentu ambulantních specialistů. Pojišťovny argumentovaly tím, že nejde o ministerstvem preferovaný segment, a nabídly růst úhrad kolem dvou procent. Nepodceňuje systém význam ambulantních specialistů jako klíčového článku mezi praktickými lékaři a nemocnicemi?

Viz má předchozí odpověď. Nemůžeme rozdělovat peníze, které nemáme, respektive o nichž víme, že je nedostaneme nebo je nevybereme. I přes mimořádnou valorizaci pro příští rok jsme nemohli naplnit všechna očekávání, přesto jsme předložili nabídku vyšší než dvě procenta, o kterých mluvíte. Jak jsem říkal, dohodovací řízení je založeno na dohodě, tedy na kompromisech. Samozřejmě bych byl raději, pokud by se uzavřelo všech patnáct dohod z patnácti, realita ale je, jaká je, a zrovna v segmentu ambulantních specialistů jsme bohužel přes veškeré úsilí nenašli shodu se všemi pojišťovnami, abychom byli schopni předložit kompromisní návrh. Teď je míč na ministerské straně hřiště.

Zástupci ambulantních specialistů kritizovali i nový návrh VZP na oddělení epizodické péče od dlouhodobé péče o chronické pacienty. Jaké konkrétní přínosy od této změny očekáváte a máte už data, která by její efekt prokazovala?

Náš návrh modelu úhrady vycházel z priority přesouvat nekomplikované chronické pacienty k praktickým lékařům, a tím uvolnit kapacity ambulantních specialistů pro péči o složitější pacienty. Zároveň bylo snahou vytvořit prostor pro konziliární služby, tedy aby ambulantní specialista měl možnost pro konzilium pacienta, kterého mu pošle praktický lékař, a zase ho vrátí zpět do péče praktického lékaře, pokud se nebude jednat o komplikovaného pacienta. Mám za to, že to nebyla kritika principu, cíle, ale spíše konkrétního provedení a z naší strany jsme prostě nedokázali zástupce poskytovatelů přesvědčit o přínosech. Jedna věc je, jak nám to vychází na datech a v našich modelacích, a druhá, jak se změní chování všech účastníků systému. Koordinace a organizace péče je však jedním z našich klíčových opatření, na kterém budeme intenzivně pracovat, a chceme tyto mechanismy ověřit v praxi např. ve zkušebním provozu, abychom pro další jednání měli přesvědčivé argumenty o přínosech pro systém, naše klienty a pro poskytovatele.

Ambulantní gynekologové upozorňují, že současné nastavení úhrad stále více zvyhodňuje registraci pacientek před samotnou léčbou. Nemáte obavu, že pokud bude tento trend pokračovat, může se dostupnost ambulantní gynekologické péče v některých regionech dále zhoršovat?

Naše data ukazují pravý opak. Už za první kvartál, tedy bezprostředně po zavedení agregované platby, vzrostl počet preventivních prohlídek u gynekologů o dvě procenta, což jsou v reálných číslech tisíce vyšetření navíc. Do segmentu tak jde více prostředků, než kolik jsme předpokládali, protože gynekology to motivovalo k provádění prevencí. Pro takové obavy tedy dle aktuálních dat není důvod. Jen podotýkám, že úhradový mechanismus kritizuje pouze část gynekologů. Ostatně byli to právě gynekologové, kteří s návrhem systémových úprav (*přechodu na agregovanou platbu*) přišli, a byli to také gynekologové, s nimiž jsme v rámci letošního dohodovacího řízení uzavřeli dohodu i pro příští rok. Nám tento mechanismus dává smysl, neboť se jedná o predikovatelný model úhrad, nad kterým můžeme stavět i mechanismy hodnotící kvalitu péče a výsledky péče daného registrujícího poskytovatele. Stejně tak bedlivě monitorujeme dostupnost péče, a kdyby docházelo k problémům, jsme připraveni je řešit.

Česká lékařská komora zastupuje lékaře napříč segmenty a disponuje největším počtem

plných mocí od soukromých poskytovatelů. Přesto není členem ministerské Rady poskytovatelů ani nebyla přizvána k debatě o změnách dohodovacího řízení. Považujete za problém, že v diskusích o budoucnosti zdravotnictví chybí organizace zastupující všechny lékaře?

V tomto případě nebudu dělat advokáta jedné či druhé straně. Jaké pro to mělo ministerstvo důvody, musí vysvětlit samo.

V diskusi s předsedy OS ČLK jste řekl, že by se dohodovací řízení nemělo odehrávat jen během několika týdnů na jaře, ale mělo by jít o kontinuální proces. Jak by takový model měl vypadat v praxi? Komora není k těmto diskusím přizvána, takže nás zajímá, jak by měl proces podle vás a dalších diskutujících u stolu probíhat, když se nás to vlastně také týká.

Probíhat by měla kontinuální debata, jež už nebude úzce spjata pouze s plány na rok následující. Odehrávat se bude nad robustními daty ÚZIS, která detailně mapují skutečné potřeby systému. Dohody by měly lépe naplňovat strategické cíle, hledět za horizont následujícího roku. Vnímám to tak, že bychom se z krátkodobého posunuli ke střednědobému plánování, což je i pro nás jako plátce určitě žádoucí. Ostatně v některých segmentech již v tomto módu jednáme dlouhodobě a dosažení dohody je pak jednodušší. Jde právě o gynekologii, stomatologii nebo laboratorní péči, kde jsme na mechanismu a na dohodě pracovali déle než rok a v dohodovacím řízení jsme řešili již jen parametry s ohledem na disponibilní zdroje.

Jedním z vašich hlavních témat je digitalizace zdravotnictví a často zmiňujete právě eŽadanku jako jeden z klíčových projektů. Řada lékařů ale během debaty v České lékařské komoře upozorňovala, že samotná elektronická žádanka bez kvalitního sdílení výsledků a zpětné vazby velký přínos mít nebude a že pojišťovny už dnes většinu potřebných dat mají. V čem tedy podle vás spočívá průlomovost eŽadanky a jaké konkrétní přínosy od jejího zavedení očekáváte?

Určitě lze souhlasit s tím, že skutečný přínos eŽadanky je spjatý s možností sdílení výsledků, bez toho bychom zůstali na půli cesty. Nemohu ale souhlasit s tím, že už dnes všechna data máme. Průlomovost elektronické žádanky je v tom, že tato data máte v reálném čase, ne s dvouměsíčním odstupem jako dnes. Zpětně nám informace o tom, že jeden pacient byl třikrát na stejném vyšetření během týdne, není už k ničemu. Pokud by ale lékař mohl nahlédnout do systému, v němž uvidí, kde a jak byl pacient vyšetřen a s jakými výsledky, nebude jej posílat na vyšetření bezdůvodně znovu. Stejně tak možnost nahlédnout, co indikoval, tedy skutečně požadoval např. praktický lékař, a napárovat na to, co bylo skutečně provedeno a vykázáno k úhradě.

Jedním z přínosů eŽadank by mohlo být podle vás odhalování duplicit vyšetření a vytvořit nový datový základ pro revizní činnost. Jak velké úspory od těchto opatření realisticky očekáváte?

Jakékoliv číslo by teď bylo střelení od boku. Jak velký problém jsou opakovaná vyšetření, totiž ani dostatečně zjistit z aktuálních dat přesně nelze. Při velmi konzervativním expertním odhadu to ale mohou být jednotky miliard korun.

Veřejně jste upozornil na možnost úspor v oblasti zdravotnických prostředků a hovořil o částkách v řádu tří až pěti miliard korun ročně. Kde konkrétně vidíte největší problém - v cenách, distribučních řetězcích nebo nastavení úhrad?

Na samém počátku, tedy při stanovování úhrady zdravotnických prostředků, a to zejména těch, které se účtují k výkonu (tedy tzv. ZUM). Na rozdíl od léčivých přípravků neexistuje v tomto případě jasná

metodika postupů, o kterou by se mohli opřít kolegové, kteří s dodavateli vyjednávají. Tím, že nejsou jasně vymezeny mantinely, v nichž se mohou obě strany pohybovat, necháváme v systému prostor pro řekněme spekulativní chování. Nastavením jasných pravidel opravdu očekávám úspory v řádu jednotek miliard.

Když se podíváte pět let dopředu, podle čeho byste chtěl, aby byla vaše éra v čele VZP hodnocena? Jaká změna by měla být tím výsledkem, na který budete nejvíce pyšný?

Na jedné straně budu spokojený, když VZP zůstane solidním partnerem pro poskytovatele, své smluvní partnery. Jsem rád, že z naší strany nedochází k žádnému zpoždování lhůt splatnosti, že máme řadu bonusových mechanismů, jimiž dokážeme jejich práci ocenit nad rámec běžných úhrad, že máme velmi korektní vztahy. Na straně druhé bych si opravdu přál posunout celou VZP směrem k moderní, silně proklientsky orientované instituci. Takové, která pečuje o své pojištěnce v době nemoci, ale stejně dobře je umí motivovat k tomu, aby o své zdraví pečovali celoživotně. Instituci, která pracuje s daty i moderními nástroji, pomáhá kultivaci celého systému a má silnou vizi svého dalšího směřování, kterou se jí daří naplňovat.

Zdroj: nasezdravotnictvi.cz

<https://www.vzp.cz/o-nas/aktuality/ivan-duskov-zdravotnictvi-potrebuje-systemove-zmeny-ne-dalsi-za-platy>