

Dostupnost péče je, že se každý včas dostane k té kvalitní, říká ředitel VZP

2.1.2024 - Andrea Cerqueirová | Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR

Program, který má zvýšit dostupnost praktiků, pediatrů a zubařů v regionech, je podle ředitele Kabátka koncipován jako kostička skládanky. „V ní jsou mnohem větší části vzdělávání a přístup vedení regionů k infrastruktuře či pracovním příležitostem pro rodinné příslušníky lékařů,“ upozorňuje v rozhovoru pro Deník.

Budete v programu podporujícím dostupnost péče pokračovat?

Určitě. Často slýchám dotazy, zda naše snahy zlepšit kvalitu péče v ostatních odvětvích neovlivní to, že jsme se rozhodli vyčlenit tři miliardy korun na bonifikace lékařům v oblasti akutní a následné lůžkové péče. Mohu ubezpečit, že všechny naše bonifikační programy zůstávají zachovány.

A jak jste spokojený s dohodou ohledně platů lékařů?

Neumím říct, jak jsem spokojený. Jsem ale přesvědčen, že v dané chvíli nebylo jiné řešení. Nemohli jsme si dovolit riskovat, že zůstanou zavřená dětská oddělení či ortopedie, že lidé budou mít na měsíce až roky odloženy plánované operace. Trváme na své misi a vizi doručit našim klientům bezpečnou a dostupnou zdravotní službu. To jsme udělali, byť můžeme diskutovat, zda systémovým, či nesystémovým opatřením.

Jak byste dostupnou péči charakterizoval?

Nařízení vlády jasně říká, jaká je časová a místní dostupnost. Z toho lze primárně vycházet, zároveň je ale třeba říct, že vítězstvím pro klienta není, že má ortopedii deset minut od domu vpravo i vlevo. Nepotřebuje nemocnici za každý rohem. On – a to mu má zajistit pojišťovna – by měl mít včas dostupnou a vysoce kvalitní péči na jednom místě.

Myslíte, že je nemocnic hodně?

Říct, že jich je hodně, je laciné. Síť akutní lůžkové péče je robustní a skvěle zvládla covidovou pandemii. Na druhou stranu je u nás nemocnic ve srovnání s moderním světem víc. Péči je třeba centralizovat a lidi ve správný čas dostat ke správnému lékaři a technologii. To povede k tomu, že akutních nemocnic fungujících 24 hodin denně a 7 dnů v týdnu bude méně a třeba kapacitně robustnějších. Naopak vzniknou komunitní či ambulantní zařízení, kde bude péče třeba pět dnů v týdnu. Stárneme, takže počítat musíme i s tím, že část akutní péče se změní v následnou pro naše rodiče a časem i pro nás.

Třeba lidé s Alzheimerem má být v roce 2050 podle odborníků kolem 380 tisíc. Jakou mohou pojišťovny sehrát roli v tom, že každému se dostane péče, jakou potřebuje?

Velmi aktivní. Už ji hrajeme. Hlasitě jsme deklarovali, že jsme připraveni rozvíjet síť následné péče v podobě pobytových zařízení se zvláštním režimem, která jsou právě pro lidi s Alzheimerem, ale i Parkinsonem a jinými diagnózami. Zároveň jsme připraveni rozvíjet síť domácí péče. Včetně té, kdy se sестřička dokáže postarat o pacienty s psychiatrickým onemocněním či v terminálním stádiu. Jsme zodpovědní za to, aby služba byla dostupná. Zároveň by ale měla být kvalitní a udržitelná. Důležité je vytvořit správnou organizaci, abychom dobře vyvážili domácí, pobytovou, specializovanou a ambulantní péči, včetně psychologické či psychiatrické.

Letos má spatřit světlo světa změna zákona o veřejném zdravotním pojištění. Návrh je nyní v připomínkovém řízení. Počítá se zrušením rezervního fondu pojišťoven a posílením

preventivního. Co tomu říkáte?

Myslím, že ministerstvo postupuje logicky. Jestli máte mít na rezervním fondu řádově 4 miliardy korun a pracujete s 300miliardovým rozpočtem, je to ekonomický nonsens. Souhlasíme i s posílením preventivního fondu. Vytvořen má být ale ještě nový fond na speciálně prospěšné činnosti či aktivity. To už je k diskusi, protože jeho výdaje mají být řízeny úhradovou vyhláškou. Chápu záměr, protože řada aktivit není financována ze základního ani preventivního fondu. Na druhou stranu do budoucna spíš přemýšlím nad tím, že by se regulace ze strany ministerstva měla omezovat. Mezi pojišťovnami by měla být soutěž. Uvidíme, jaký bude výsledek.

Návrh počítá i s tím, že když si člověk sám zaviní zdravotní problém při činnosti, za kterou bude odsouzen, pojišťovna na něm bude moci vymáhat náklady na léčbu. Jaký je váš názor?

Už dnes máme systém regresí – když způsobíte dopravní nehodu, při které třeba já budu zraněn a moje léčba vyjde na milion, budeme jej na vás vymáhat. Chystaný návrh to rozšiřuje. Peníze budeme moci vymáhat, i když někdo zaviní zdravotní problém sám sobě. Obecně s tím problémem nemám, opět to je ale k diskusi. Je to totiž citlivé pole. To, že jste si něco skutečně zavinila sama, se dá právně těžko kvalifikovat.

Ministerstvo i vy kladete důraz na prevenci. Jak k ní přistupují vaši klienti?

Návštěvnost preventivních prohlídek u praktického lékaře je zhruba poloviční, než by odpovídalo stavu, kdy by každý dospělý klient jednou za dva roky na prohlídku ke svému praktikovi došel. Jen o málo vyšší je tomu u preventivních prohlídek u gynekologa (56 procent). Na mamografické screeningové vyšetření chodí necelých 60 procent žen a jen 27 procent našich klientů absolvuje screening kolorekta (vyšetření tlustého střeva a konečníku – pozn. red.). Nejsme na chvostu Evropy, ale určitě je co zlepšovat, o což se snažíme.

<https://www.vzp.cz/o-nas/aktuality/dostupnost-pecce-je-ze-se-kazdy-vcas-dostane-k-te-kvalitni-rika-reditel-vzp>