

Šéf VZP Kabátek: Nechceme rušit nemocnice, ale změnit systém péče. Není důležitá jen blízkost, ale i kvalita

28.5.2024 - | Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR

Právě do jejich redukce se teď pustily zdravotní pojišťovny při sjednávání nových smluv s nemocnicemi. Z části regionů zní nesouhlas a obavy o zhoršení péče. Jak chtějí pojišťovny při změnách zajistit lidem její dostupnost, když na mnoha místech má už ta primární problémy? A dokáže solidární zdravotní systém přežít? Ptali jsme se šéfa největší zdravotní pojišťovny, ředitele VZP Zdeňka Kabátka.

Proč jste se rozhodli vyjednávání o nových smlouvách s nemocnicemi využít pro změny vsíti lůžek?

Z velké části ty změny iniciovala debata nad platy mladých lékařů. Přicházíme jednak s bonusovým schématem na zachování akutní lůžkové péče, ale zároveň jsme všem zúčastněným deklarovali, že ten systém potřebuje strukturální změny. Musíme reagovat na aktuální fakta, jako je demografický vývoj, obložnost lůžek a změna medicíny jako takové. Dnes je trend nenechávat pacienty příliš dlouho v nemocnicích, ale směřovat je do ambulantní nebo jednodenní péče. Je trend využívat centra. Populace stárne a je potřeba víc lůžek následné péče. Podle dat budeme v roce 2040 potřebovat navýšit kapacity péče o seniory, posílit onkologickou péči, geriatrici. Chceme se bavit o smysluplném uspořádání služeb zdravotní péče a teď nastala ta správná doba, protože budeme opět zakotvovat pětiletý cyklus. Nejsem naivní, abych předpokládal, že se naplní sto procent toho, co navrhujeme. Ale ten proces novou smlouvou nekončí.

Jedna věc jsou dopady stárnutí populace, důležité je ale i rozložení péče. Podle jakých parametrů jste tedy ty změny posuzovali, aby byl současně splněn dojezdový limit k lékaři dle nařízení vlády?

Místní a časová dostupnost je samozřejmě nepodkořitelná. Díváme se na tu síť, děláme si analýzy a vidíme, jak je kde zaplněná. Sledujeme, jaký je mix poskytovatelů v daném regionu, a to vše vstupuje do debaty, kterou i s ministerstvem zdravotnictví vedeme. Chci zdůraznit, že naším cílem není rušit nemocnice, což ve veřejném prostoru často zaznívá. Chceme nemocnicím nabídnout vizi do budoucna, změnu struktury služeb dle potřeby pacientů. A snažíme se, aby to pro ně bylo i ekonomicky zajímavé. Já jsem přesvědčen, že pokud dnes máme jednooborovou nemocnici s interním oddělením, kde jsou klienti zejména se sociálním přesahem, a ne ti diagnosticky komplikovaní, tak je logické tu péči restrukturalizovat. Tzn. nechat ambulanci posílenou i v rámci víkendů a zajistit k tomu následnou péči. A zároveň zajistit pro pacienty, kteří potřebují hospitalizaci, péči v jiném zařízení v rámci časové a místní dostupnosti. Tím šetříme personál a náklady a přinášíme do systému efektivitu. To je ta debata, která probíhá a kterou chceme vést.

Takže když vezmeme příklad Městské nemocnice Odry, kde se právě řeší zrušení interního oddělení, se kterým město nesouhlasí, tak zachováte lidem ambulanci a pohotovost?

Já nemám rád, když se říká, že se zruší lůžka. My jednáme o infrastrukturu těch lůžek. Pojišťovny jsou zodpovědné za to, aby nastavovaly síť a zajistily služby pro své klienty. Ale ano, naším cílem je v ambulantní podobě zachovat tu péči, kterou pacient potřebuje. A zároveň nabídnout nemocnici možnost provozovat zde lůžka péče následné, která v regionu chybí. Ale nechceme někoho postavit před volbu my ti nedáme smlouvu, ale chceme, aby vnímal naše připomínky a abychom se potom vyhnuli debatě, že zařízení nevychází ekonomicky, že je příliš drahý personál a že poskytovatel není

schopen naplnit personální předpoklady. Nemůžeme se tvářit, že se nic neděje. Jestliže víme, že centrová péče vzrostla z pěti miliard před nějakými dvanácti lety na dvacet miliard, tak se tomu musíme přizpůsobit a tu péči centralizovat. Chápu, že každý chce mít nemocnici blízko, když má drobný zdravotní problém. Ale když má fatální problém, vážnou diagnózu, tak přece chci být na pracovišti, kde je špičkové vybavení, kde mají lékaři s diagnózou dost zkušeností. A definice dostupnosti není jen o tom, mít zdravotní péči blízko, ale také mít ji kvalitní, odpovídající zdravotnímu stavu.

Ambiciózní projekt na změnu sítě lůžek měl už v roce 2011, rok před vaším nástupem do čela VZP ministr Heger. Myslíte, že kdyby se tehdy udělal, nebyl by systém v takovém stavu, že se musí řešit, zda je vůbec udržitelný?

Já si pana ministra Hegera nesmírně vážím a hodně jsem se od něj naučil ještě v dobách, kdy jsem působil na ministerstvu. Nicméně v té době byl problém v tom, že se na základě analýz řeklo, že se zruší nějakých deset procent lůžek. Což nebylo úplně šťastné. Ten systém se proti tomu postavil a vlastně nikdo tomu nechtěl jít naproti. Ten projekt ale nebyl úplně neúspěšný, zrušilo se několik tisíc lůžek, postupně ubývala. Dnes by to měla být víc řízená optimalizace. Chceme tomu dát řád a dynamiku, abychom rychleji reagovali na to, jak se vnější svět mění.

A jak nemocnice motivujete, aby síť změnily dle představ pojišťovny?

Motivace je logicky ekonomická a je směrem k pacientovi, aby ze zdravotního systému získal to nejlepší. Určitě se bavíme i o personálu, protože pokud strukturu změníme směrem k menšímu požadavku na počet personálu, ze tří oddělení s obložeností 17 procent uděláme dvě s obložeností 40 procent, tak je to přece i ve prospěch vlastníků těch nemocnic. Místo aby potřeboval provozní dotaci v řádech milionů, může využít prostředky třeba na zlepšení budov, zařízení či přístrojů. Neříkáme, že tady zrušíme internu a uděláme LDN za nějaký jednorázový bonus. Ale říkáme, když budete mít následnou péči, tak vám nabídneme jednodenní péči, která je velmi dobře hrazená, nabídneme vám nasmlouvání ambulancí.

Na jednu stranu zní logicky, že při zúžení počtu oddělení nebude třeba tolik lékařů, ale už teď je problém dostat mladé lékaře do menších nemocnic, kvůli systému akreditací preferují ty velké. Nebojíte se, že pro ně bude ještě větší problém sehnat lékaře?

Ta otázka je na místě, ale je to otázka na systém vzdělávání. To nevyřeší pojišťovna. A my se nebavíme o nějakém převratu v rámci lůžkové péče, chceme udělat jen úpravy, které povedou k přizpůsobení stávající medicíně. Vzdělávání tím z mého pohledu není ohroženo. A to, že mladí lékaři mají tendenci jít do velkých měst, nezměníme. Je to přirozenost doby a spíše otázka toho, jakým způsobem dokážou regionální šéfové nebo politici systém v regionu nastavit. Bonifikace v bydlení, zajištění dalších služeb.

Ted' se řeší také novela zákona o veřejném pojištění, kde se pro pojišťovny dost mění. Stát chce, abyste dali víc peněz do fondů prevence a pacienti mohli příspěvky za splnění zdravotní prevence, prohlídek, screeningů využít například pro úhradu dnes placených služeb. Jak se k tomu staví VZP?

Ten cíl se nám líbí, ale musíme se seznámit s finální podobou. Pokud na to v legislativě bude prostor, tak se budeme snažit to zavést. Už dnes máme příspěvky vázány na naplnění preventivních schémat. Přispějeme třeba tisíc korun na dentální hygienu, pokud klient doloží, že absolvoval preventivní prohlídku u praktika. Ono je to podobné, jako kdybychom strádali ty příspěvky na nějaký osobní účet klienta, který může použít třeba na nějakou jinou péči. Ale nedokážu si úplně představit, že bychom to vypláceli. Takže principiálně s tím nemáme problém. Ale i když se navýší fondy prevence, tak pořád pracujeme se stejným balíkem peněz. Zatíží to základní fond, který je v současné době z hlediska příjmů a výdajů už tak na hraně.

Počítá se i s fondem obecné prospěšnosti, ze kterého by pojišťovny přece jen měly dávat

peníze nad rámec běžných úhrad. To hodnotíte jak?

Opět, je to v počátcích, ale je myšlenka, že bychom ty peníze používali třeba na aktivity spojené se vzděláváním, a to mi připadá nejlogičtější. Aby pojišťovna byla schopna bonifikovat třeba praktické lékaře. Myslím, že je potřeba, aby ty věci byly hodně úzce vymezeny, pro co jsou prostředky určeny.

Budou všechny tyto změny na udržení stále dražšího systému zdravotní péče stačit?

Vzpomeňme si na období zhruba před deseti lety, kdy se začala rozvíjet biologická léčba, takzvaná centrová péče, tak se mluvilo o tom, že to systém nezvládne a do pěti let se položí. A dnes tu máme centrovou péči, kterou jsme zvládli nákladově velmi dobře. Nerad straším a my jsme tu od toho, abychom tu situaci zvládli. Ale že to nebude jednoduché, je zřejmé. Jsou tu výzvy jako léky na Alzheimerovu nemoc, genové terapie, takže do budoucna se určitě bude muset přemýšlet nad tím, zda ten systém bude udržitelný bez zásahu zvenčí. Optimalizace a kroky k větší efektivitě mohou oddálit to razantnější řešení. Ale ani komerční pojištění systém nespasí. Když se podíváme do sousedních zemí, do Německa nebo Rakouska, tak to pomohlo v jednotkách procent. Sklízíme negativa úspěšnosti současné medicíny. Jsme schopni léčit nemoci, které dřív byly jednoznačně fatální, a to je velmi drahé a budeme si muset říct, jestli nenastal čas nějakým způsobem upravit platbu do pojistného systému. To znamená, že buď zvýšíme pojistné, nebo se zvýší účast státu. Čekají nás nejen moderní technologie, ale i demografická změna. V roce 2040 nebude většina lidí do systému přispívat, ale bude ho čerpat. A to je výzva pro politickou reprezentaci. My si prostě budeme muset říct, že jestli chceme mít léky, které přesáhnou řádově desítky, někdy stovky milionů za rok a jestli chceme udržet ten solidární systém, tak holt asi budeme muset na pojištění víc platit.

Ted' vedete hlavně debatu o nemocniční síti, řeší se důraz na prevenci pacientů, ale k tomu v řadě odborností začíná selhávat ambulantní a primární péče. Stárnutí pediatrií a praktických lékařů, nedostatek stomatologů či dětských psychologů. Jak velký je toto aktuálně pro pokrytí zdravotní péče problém?

V systému souvisí vše se vším. Optimalizace sítě akutní lůžkové péče bez funkční primární péče větší efektivitě nepomůže. Potřebujeme, aby praktický lékař dokázal pacienta směřovat přesně tam, kde efektivní péči dostane. U dětských praktických lékařů bohužel chybí generace mladých. My ty lékaře neumíme naklonovat, můžeme se je snažit pouze finančně motivovat, aby chtěli jít do sdružených praxí, aby se zapojily i matky na rodičovských dovolených, třeba ordinovat dvakrát v týdnu. Ta poptávka pacientů je obrovská a my budeme muset hledat řešení, jak lékaře udržet v té praxi.

Do jaké míry ten stav komplikuje stále chybějící elektronizace zdravotnictví? I pan ministr mluvil o tom, že peníze unikají i tím, že někdy mají pacienti zbytečně jedno vyšetření dvakrát a podobně. Máte v tom stávajícím systému o těchto tocích dostatečný přehled?

Elektronizace tady měla být už před 10 lety, je to klíčová podmínka pro to, aby zdravotnictví fungovalo efektivně. Abychom mohli srovnávat, aby lékaři viděli do dokumentace tam, kam vidět mají. Elektronizace je stoprocentně nutná pro to, aby se všechny ty cíle naplnily. My i dnes ty duplicity vidíme, ale moc s nimi neumíme pracovat. Bohužel ten současný systém nezamezuje lékařům, aby zopakoval nějaké odběry, my nemáme nástroj, abychom něco takzvaně vyškrtali. Pokud budeme mít nastavený systém, ve kterém se lékař může podívat a vidět, že pacient měl stejné laboratorní vyšetření ani ne před měsícem, tak mu ho znovu nenapiše. A pokud ano, tak pojišťovna může mít ve smlouvě, že to potom půjde na vrub toho lékaře. Dnes je nemůžeme takto penalizovat. Potom je tu ještě oblast telemedicíny a jejích nástrojů pro péči. Například na Slovensku dnes zajišťují část pohotovostí prostřednictvím aplikace telemedicíny, kterou poměrně úspěšně testují. I v Česku je už telemedicina vymezena v zákoně, ale není řešena z pohledu úhrad. To by mělo nastat. V některých případech by to mohlo částečně vyřešit nízké kapacity lékařů.

<https://www.vzp.cz/o-nas/aktuality/sef-vzp-kabatek-nehceme-rusit-nemocnice-ale-zmenit-system-pec-e-neni-dulezita-jen-blizkost-ale-i-kvalita>