

Ředitel Všeobecné zdravotní pojišťovny Zdeněk Kabátek řekl Právu: Zvýšit platy lékařům příště nepomůže

8.1.2024 - Kristýna Šopfová | Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR

Lékaři upozorňují, že bez systémových změn budeme řešit problém s přesčasů za půl roku znovu. Nebude opět hrozit omezování péče?

To nejpalčivější je pro tuto chvíli vyřešené, není to ale řešení systémové. Dohoda uhasila jen požár, který hořel, ale pokud bychom nezačali pracovat na změně systému, tak by to bylo k ničemu. Počítáme s tím, že je to první krok a budou následovat další.

Dohoda má více rovin. Jen platy bez realizace dalších opatření ale nic neřeší. Rozhodně ne problém nedostatku lékařů. My je nenaklonujeme. To, že zvýšíme plat, neznamená, že vyřešíme problém přesčasů. Zapomnělo se trochu na první téma, které od mladých lékařů zaznělo: že jsou přetížení a mají hodně přesčasů.

Co s tím?

Teď je potřeba začít debatovat o systémových řešeních, aby se situace neopakovala. Pokud bychom restrukturalizovali nemocniční síť, která je robustní, a část nemocnic směřovali do následné nebo komunitní péče, tak získáme určitou kapacitu personálu, kterou můžeme vyčlenit ve prospěch zařízení, která budou dále poskytovat režim 24/7. Tím, že bude na oddělení o dva lékaře víc, se sníží počet přesčasů a vyřešíme i problém se zákoníkem práce.

To bude určitě trvat déle než půl roku.

To ano, ale jsem přesvědčen, že manažeři v nemocnicích mají už teď prostor přemýšlet o tom, co nastane za šest měsíců a začali jinak organizovat práci ve svých zařízeních. Že se podívali na to, jestli všechna oddělení musí být provozována v té kapacitě, která tam je, anebo jde péči zefektivnit.

Jako pojišťovna jsme připraveni okamžitě reagovat navýšením úhrad tam, kde péči zkoncentrujeme. To může být jeden z kroků, které povedou k tomu, abychom tady v červnu nestáli. A pokud tady budeme stát, tak to žádné peníze už nevyřeší. To už je pak náraz do zdi.

Musíme si říct, že přejdeme na 24hodinový provoz nebo na směnný provoz, což už někteří učinili. Musíme se bavit o tom, jak zajistit, aby 416 hodin přesčasů byl maximální strop.

Mluví se o tom roky. Proč se neudělalo nic dříve?

Budu možná drzý, ale už jsem starý, tak si to můžu dovolit. Přišla generační změna. Když jsem začal pracovat v nemocnici ve svých asi 20 letech, tak to nikdo nevnímal jako problém. Tehdy byly služby a přesčas standardní záležitostí, která patřila ke zdravotnictvím, nikomu to nepřišlo tehdy divné.

Dnes lidé přistupují k životu jinak, už nechtějí trávit v práci valnou část svého času, chtějí užívat toho, že si žijeme v materiálně příjemné době. Myslím si, že se teď lékaři dívají na svoji profesi jinak, což není výtky, jen konstatování.

To, že má české zdravotnictví robustně nastavenou síť akutní lůžkové péče, to se ví pětadvacet let. Problém, který tady tiše pod povrchem běžel, se teď otevřel. A jestliže je uvedeno i ve zmíněné dohodě, že se zdravotnictví musí nějak restrukturalizovat, tak si to už uvědomují všichni signatáři a

něco se stát už musí.

Na to se musí připravit hlavně pacienti.

Těm by to mělo přinést výhody.

Ve chvíli, kdy bude muset člověk do nemocnice, která není vzdálená deset, ale třicet kilometrů, tak to problém pro některé seniory bude. Třeba tam odmítnou jet.

To, že máte nemocnici za rohem, neznamená, že máte dostupnou péči v moderním pojetí a tu nejlepší, kterou můžete dostat. Je to o tom, že se dostanu včas ke svému praktickému lékaři, ten mě dostane včas na superspecializovanou péči a poté se o mě někdo postará a sleduje mě i po léčbě. To je dostupnost. Ta se nezmění, naopak se podle mě zlepší.

Musím se smát, když někdo říká, že v malém městečku byla nemocnice léta letoucí, ale skoro každý občan toho městečka, když má větší zdravotní problém, obvolává své známé, jak by se dostal na vyhlášenou kliniku k tamnímu profesorovi. Zcela oprávněně má pocit, že když se tam těch výkonů dělá hodně, tak budou mít výsledky lepší.

I já, byť bych byl patriot, bych chtěl být léčen v nemocnici, kde mají zkušenosti s tímto výkonem, a klidně bych jel o deset kilometrů dál.

Samozřejmě ale chápu, že někteří naši klienti nemusí vlastnit auto, ale je tu dopravní zdravotní služba, záchranná služba. Musíte umět lidi k péči dostat a od toho je pojišťovna.

Ostatní pojišťovny se k dohodě s lékaři nepřipojily. Co to znamená pro lidi, kteří nejsou pojištěni u vás? Pro ně ta garance zajištění péče neplatí?

Platí. Přistupujeme k tomu stejně, jako když bonifikujeme třeba praktické lékaře v primární péči, a nerozlišujeme, jestli jsou v kapitaci (platbě za pacienta, pozn. red.) jen klienti VZP, nebo i dalších pojišťoven.

Chceme zachovat funkčnost systému lůžkové péče. Vstoupili jsme do toho dobrovolně, na základě ekonomických výsledků tuto možnost máme. Nestihli jsme to ale konzultovat s ostatními pojišťovnami. Ty se od toho nedistancovaly, prostě do toho jen nešly.

Ale kritizovaly to. Označily to za riskantní a nákladné. Předseda Svazu zdravotních pojišťoven Ladislav Friedrich zdůrazňoval, že pojišťovny nejsou od toho, aby dorovnávaly platy ve zdravotnictví.

Ano, pojišťovny tu nejsou od toho, aby platily nebo dorovnávaly platy lékařů, ale aby zajistily dostupnou péči. Pro mě je situace, kdy měla být paní Vomáčková v lednu na operaci endoprotézy a nemocnice jí napíše, že se omlouvá, ale z důvodů na jejich straně ji nedostane a budou ji informovat, snížená dostupnost péče. Jestli to tak ostatní pojišťovny nevnímají, v pořádku.

Kritiku беру a nebudu se vymezovat proti kolegům z jiných pojišťoven. Faktem je, že řada z nich by si takovýto bonifikační mechanismus nemohla dovolit. I my jsme do poslední chvíle doufali, že se to vyřeší bez nás. Vstoupili jsme do toho, protože to hořelo. I ostatní pojišťovny by měly problém s dostupností.

Vyčítá se vám, že hasíte politické problémy vlády. Zaznělo to i od některých členů správní rady VZP.

Tady je takový hezký zvyk všechno házet na politiky. Nechci se jich vůbec zastávat, ale měli bychom si jako šéfové pojišťoven nasypat popel na hlavu. Vždyť je to i naše zodpovědnost, aby se věci, které popisujeme jako nešvary českého zdravotnictví, řešily. Proč jsme nebyli tak odvážní před patnácti lety? Byl bych trochu pokorný.

Nastala situace, ke které nepřispěli jen politici, a my jsme ji chtěli vyřešit. Řešíme dostupnost péče, to je moje mantra. Hezky se kritizuje, když za to nemáte odpovědnost. Možná, že by se to vyřešilo samo, možná, že by naši klienti ani moc nekřičeli, ale pokud je klíčem našeho fungování zajistit kvalitní zdravotní služby pro klienty, tak je zajišťuji. Třeba nesystémově.

Vraťme se k transformaci péče. Kolik akutních lůžek by se mělo zrušit, respektive změnit na lůžka následné či dlouhodobé péče?

Nechci říkat přesné číslo. Bylo by jednoduché říct, že Ústav zdravotnických informací a statistiky doporučuje zrušit deset procent lůžek (asi 8000 – pozn. red.), tak je zrušíme. To by byla chyba. Musíme se podívat vždy na konkrétní místo a region, jakou tam máme kapacitu a jak se tam mění produkce akutní lůžkové péče a její struktura.

Podle ústavu klesla za posledních deset let produkce v akutní lůžkové péči o zhruba deset procent. Z našich dat pak vyplývá, že každoročně klesá produkce v této oblasti o 1,2 až 1,5 procenta.

Počet seniorů, kteří budou potřebovat následnou péči i z hlediska délky přežití ve zdraví, se bude zvyšovat. Budu šťastný, kdyžby se nám povedlo udělat aspoň s deseti procenty lůžek akutní péče nějakou dohodu už v příštím roce. Ta ale nebude vypadat tak, že dáme zámek na vrata a končíme, ale třeba do dvou let tam posílí následná péče nebo se za tři roky něco utlumí nebo zruší.

Připravuje se také systém připojištění. Jak to bude fungovat? Měsíčně si budu platit několik stovek a pokryje mi to všechny výdaje nad rámec toho, co je hrazeno? Nebo se připojím jen v některých oblastech, třeba na stomatologii, ortopedii?

V principu je to, jak říkáte. Je to komerční připojištění jako každé jiné. Budete si je moci platit u pojišťoven, které vám nabídnou pojistný produkt. Stejně, jako když vás osloví pojišťovna kvůli domu a nabídne, že vás pojistí proti všemu za tisíc korun, ale když budete chtít pojistit proti povodni, protože bydlíte u potoka, tak to bude za deset tisíc korun.

Zrovna tak bude nabídka na pojištění například pro gynekologii a další oblasti, ale nebudete v tom mít všechno. Když nebudete chtít nic uzavřít, máte stále plnohodnotné veřejné zdravotní pojištění.

Otevře to ale prostor pro vstup inovací. Třeba nový typ odlehčené sádry by mohl být předmětem komerčního připojištění.

Je ovšem potřeba říct, že to systém veřejného zdravotního pojištění nezachrání. Například německý model vytváří asi dvě procenta celkových příjmů.

Lidé, kteří si zaviní zranění svým protiprávním jednáním, by si podle návrhu měli veškeré náklady na péči zaplatit. Může to opravdu fungovat?

Může. Je otázka, jak to bude nakonec v zákoně zakotveno. Už dnes funguje systém regresů. Když pojedete na kole, já do vás autem narazím a vy si zlomíte ruku, tak budu hradit vaši zdravotní péči. Je to správné, často jsou to milionové částky. Máme takové případy.

Čistě hypoteticky, pokud by to bylo vztaženo k vám, dovedu si představit, že když budete jezdit v Itálii na lyžích bez helmy a rozbijete si hlavu, tak jste jednoznačně porušila místní normy, bude to řešit policie a my jako pojišťovna bychom vám řekli, že si to budete hradit sama. To mi dává logiku.

Pokud poruším obecně závazný právní předpis, tak si myslím, že to lze. Naopak si to nedovedu představit u situace, kdy například někdo celý život kouří a dostane rakovinu plic.

K tomu mířím. Zda by se to týkalo i případů, kdy lidé navzdory doporučení lékaře třeba nepřestali kouřit, nezměnili životosprávu, ignorovali prevenci a screeningy?

Nedovedu si právně představit, jak by se to zakotvilo a bylo právně vymahatelné. Jak to budete

hodnotit? Kde a jak byste určila hranici? Kouření je věc, která vede ke zdravotním problémům, ale zrovna tak k nim vede i pití sladkých limonád.

Představit si naopak dovedu, že budeme vést osobní účty klientů, které jsou v novele zmíněny, a budeme jim nabízet bonifikaci za návštěvu screeningů a preventivních prohlídek.

To, že zvýšíme plat, neznamená, že vyřešíme problém přesčasů. Když nebudete chtít připojištění uzavřít, máte stále plnohodnotné veřejné zdravotní pojištění. Zdeněk Kabátek. Původní profesí je technik. Začínal jako technický pracovník a poté projektový manažer ve společnosti ČEZ – Elektrárna Temelín. Působil také na manažerských pozicích v nemocnici v Písku. Šest let zastával vrcholné funkce na ministerstvu zdravotnictví. Od roku 2006 tam byl vrchním ředitelem přímo řízených organizací a později vrchním ředitelem pro ekonomiku. Všeobecnou zdravotní pojišťovnu řídí od roku 2012. Je ženatý a má dvě děti. Třeba nový typ odlehčené sádky by mohl být předmětem komerčního připojištění.

<https://www.vzp.cz/o-nas/aktuality/reditel-vseobecne-zdravotni-pojistovny-zdenek-kabatek-rekl-pravu-zvysit-platy-lekarum-priste-nepomuze>