Nemá smysl mít nemocnici za každým rohem, říká ředitel VZP Zdeněk Kabátek

11.10.2024 - Kateřina Perknerová | Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR

Před rokem VZP pomohla státu tím, že poskytla na platy lékařů během jejich přesčasové anabáze tři miliardy korun. Vy jste řekl, že za uhašení požáru budete něco chtít. Dostali jste to?

Nepomáhali jsme státu, ale našim pojištěncům. Pokud by totiž lékaři stávkovali, znamenalo by to minimálně výpadek v plánovaných operacích čili snížení dostupnosti akutní lůžkové péče pro klienty VZP. To byl důvod, proč jsme se rozhodli ty peníze uvolnit. Díky historicky skvělým výsledkům v hospodaření jsme si mohli dovolit tuto bonifikační úhradu uskutečnit.

Oni nehrozili stávkou, ale nechtěli dál sloužit přesčasy nad zákonem daný počet hodin, což je ale ve výsledku totéž. A zdůrazňovali, že nejde jen o peníze, ale také o organizaci práce v nemocnicích.

Při té debatě jsme jasně říkali, že pokud chceme systém udržet stabilní a dlouhodobě ufinancovatelný, musí dojít ke strukturálním změnám. S poskytovateli péče, zřizovateli, majiteli i s kolegy z ostatních pojišťoven jsme se shodli, že z mnoha důvodů dozrál čas na změny.

Došlo k nim? Kolik akutních lůžek jste zrušili a jak radikálně se změnil způsob poskytování péče vašim pojištěncům, kterých je téměř šest milionů?

Strašně rád bych se teď chlubil a byl velkoústý, ale nebudu. Zdravotnictví je oblast, jež se mění velmi složitě. Je považováno za službu, která je samozřejmá, bezplatná a občan má na ni nárok z ústavy. Změnit uvažování poskytovatelů i klientů a přesvědčit je, že zásahy povedou k lepším výsledkům, je náročné. V minulosti tady pojišťovny často vystupovaly z pozice vládce. Pokusy o změnu bývaly definovány jako nějaké číslo, k němuž se musí dojít, třeba zrušení deseti procent akutních lůžek. To logicky muselo selhat, protože každý zřizovatel si položil otázku, co to bude znamenat pro něj a nebude-li nakonec na tom prodělávat. Stávalo se totiž, že aktivní a prozíraví poskytovatelé péče naskočili do nějakého procesu, ale ten nebyl dokončen nebo nebyl úspěšný. Tomu jsme se chtěli vyhnout. Šli jsme do toho s pokorou a s tím, že nebudeme sdělovat žádná finální čísla.

Nýbrž?

Řekli jsme, že podle nás tady chybí nějaký objem následné dlouhodobé i rehabilitační péče, a naopak je tady příliš mnoho té akutní. Došli jsme k tomu na základě faktu, že v medicíně se rozvíjejí moderní technologie, léčba je rychlejší, používají se nákladnější přístroje a zdravotnické prostředky, což vede k centralizaci drahé péče.

Cílem VZP je tedy zredukovat počet nemocnic, které nabízejí všechny typy výkonů, ačkoli vy víte, že nejsou ve všech oborech perfektní?

Cílem VZP je reagovat na podněty, které přicházejí zvenčí a jsou neoddiskutovatelné. To znamená změnit strukturu nemocnic tak, aby odpovídala modernímu pojetí medicíny. Měla by reflektovat, že některé odbornosti jsou kapacitně předimenzované. Není tajemstvím, že dětská lůžková oddělení v menších nemocnicích vykazují obložnost pětadvacet procent, některá dokonce pod dvacet procent. Cestou není říci, že všechna oddělení s takto nízkou obložností zrušíme, takové pokusy tu byly a nic

nepřinesly. Všichni ale vidí, řečeno s Janem Werichem, že svět se smršťuje a není důvod mít nemocnici za každým rohem. Tam, kde to dává smysl a byla by zachovaná dostupnost péče do přijatelné dojezdové vzdálenosti, jsme chtěli vyvolat jednání s poskytovateli. Pokud totiž chtějí udržet dětské oddělení, musejí mít příslušnou personální kapacitu. A je vlastně jedno, zda mají obsazenost sedmnáct, nebo sto procent, protože lékaři a sestry tam musejí sloužit tak jako tak. Nám se zdá logičtější, aby se klienti centralizovali na jednom místě a personál se využil efektivněji.

Jaká byla reakce?

Rozpačitá. Zdůrazňuji, že v Česku funguje řada právních forem vlastnictví nemocnic počínaje příspěvkovými organizacemi státu a krajů přes privátní subjekty až po městské nemocnice. Poskytovatelé péče tu debatu neodmítli, někde byla jednodušší a rychlejší, jako třeba v jižních Čechách, kde je péče dobře nastavená. Tam stačilo udělat drobné úpravy v řádech desítek lůžek. Někde to bylo komplikovanější, jako v mediálně známém případu oderské nemocnice, kdy se proti naší představě postavila municipalita i vedení nemocnice. Nám zkrátka jednooborová interní nemocnice v Odrách nedává smysl, ale názor druhé strany musíme respektovat a komunikovat s ní. Vytvořili jsme proto prostor k další debatě.

Opravdu ho musíte respektovat, když zdravotní pojišťovna ovládá hřiště, a pokud dá palec dolů, nemocnice zkrátka skončí?

Tak to bezesporu je, protože to plyne z dikce zákona. Nepodepíšeme-li rámcovou smlouvu, poskytovatel končí a my si tu položku můžeme odškrtnout. Jsem si ale jistý, že v civilizovaném světě se takto nepostupuje. Silový přístup nezaručuje žádoucí výsledek, naopak by mohl vést k zásadním reputačním škodám. Ekonomické efekty by se sice dostavily velmi rychle, ale vymstilo by se nám to jinak. Klient musí být přesvědčen, že takový krok je pro jeho dobro. Naším úkolem je nakupovat zdravotní služby a nabízet je klientům, kteří u VZP chtějí být proto, že jim zajistí kvalitní a dostupnou péči. Nechceme, aby odcházeli jinam.

Můžete vysvětlit, co znamená vaše věta, že už nechcete platit za léčení pacientů, ale za jejich vyléčení?

Podle mého názoru je v České republice zdravotnictví nastaveno poměrně široce. Pojišťovna tak může velmi málo ovlivnit efektivitu fungování celého systému. Dodnes používáme vedle výkonového principu i model, kdy se platí paušál, který je vymezen regulačními koridory. Každá nemocnice ví, že nesmí klesnout ani stoupnout nad průměr. K tomu se vztahovala moje věta, že platíme za léčení. Cílem managementu bylo léčit tak, aby to odpovídalo efektivnější úhradě. Avšak podle mě je to špatně, nemocnice má být motivována, aby klienta co nejrychleji vyléčila a vrátila ho do provozu. Měla by sdílet tlak na efektivitu péče. To se může dařit, když pojišťovny zatáhnou do procesu i klienty, třeba tvorbou individuálních pojistných plánů, tím, že je provedeme celým systémem a zabráníme duplicitám.

Chcete říci, že dnes člověk se zdravotními obtížemi může absolvovat nějaké vyšetření třeba třikrát?

Je to tak. K odstranění podobných nedomyšleností hodně pomůže digitalizace, o níž se ministerstvo zdravotnictví úspěšně snaží. Pak budou všichni aktéři do složitého organismu mnohem lépe vidět. Informace se budou sdílet mezi praktickými lékaři, specialisty, nemocnicemi a pojišťovnami. Zároveň bychom měli klienta motivovat, aby do procesu léčby nemusel vůbec vstupovat, čímž mám na mysli důraz na prevenci.

A trestat ho, když na ni nebude dbát?

To není irelevantní dotaz, ale zatím jsme ve fázi, kdy klientům musíme preventivní prohlídky nabídnout, učinit je přístupnými a motivovat je různými bonifikacemi. Ten, kdo absolvuje všechna preventivní vyšetření a chová se ke svému zdraví zodpovědně, by mohl mít v budoucnu i levnější pojištění.

Kolik peněz by se tím dalo ušetřit?

Existuje pravidlo, které říká, že jedna koruna investovaná do správně cílené prevence přinese úsporu čtyř až sedmi korun. Nemám to podloženo daty, ale je evidentní, že pokud včasná prevence za stokoruny dokáže zabránit rozvoji onkologického onemocnění, jehož léčba si vyžádá až desítky milionů korun, je to velmi efektivní nástroj. Správná prevence tak může být jedním z klíčů k dlouhodobé udržitelnosti systému.

Co dál?

Klient musí být správně diagnostikován a léčen. My se ale často setkáváme s případy, kdy pacient v systému bloudí, kupříkladu dostane žádanku na vyšetření CT a je mu řečeno, ať si to zařídí. Tak to ale být nesmí. Klienta musí systémem provést lékař nebo pojišťovna, čemuž se do budoucna vůbec nebráním. Měli bychom najít způsob, jak pacienta přivést ke specialistovi, k němuž má poukaz, rychle, jednoduše a bez oklik. Není možné, aby člověk s podezřením na diabetes absolvoval desítky kontrolních vyšetření včetně magnetické rezonance a neurochirurgie, kdybych to měl přehnat. Pacientovi s onkologickými markery musí být indikováno správné centrální pracoviště, aby byl co nejrychleji léčen. To je výhodné pro něj i pro pojišťovny.

Ve vašem plánu by to tedy měla být pojišťovna, která pacienta celým zdravotním systémem provede od prvních příznaků až po vyléčení?

Měla by být významným aktérem v dobře organizované péči o klienta. První kontakt je pochopitelně velmi důležitý a v něm je role praktických lékařů nenahraditelná. Musíme vytvořit mechanismus, kdy se spolu s nimi budeme podílet na tom, že ho dál budeme navigovat správným směrem. Daří se nám to u onkologických pacientů, ale méně u pacientů ambulantních specialistů. Například v jednom kraji se ukázalo, že klient navštívil během dne až tři ORL lékaře. Pacient má pochopitelně nárok na druhý názor, ale mnohočetnost návštěv není žádoucí. Pokud by se do budoucna prosadil čistě pojištěnecký systém, v němž by existovala řízená zdravotní péče s individuálními pojistnými plány, role pojišťoven by byla zásadní. Už nyní ovšem platí, že ze zákona jsou pojišťovny odpovědné za dostupnost zdravotních služeb a jejich kvalitu.

Zoufalí lidé z odlehlejších regionů, kteří marně shánějí tu pediatra, tu zubaře, tu gynekologa, se tedy mají zlobit na pojišťovnu?

Ano. Bylo by laciné vymlouvat se na ministerstvo nebo vzdělávací systém. Svoje stížnosti mají skutečně cílit na příslušnou zdravotní pojišťovnu.

Když ovšem nejsou lidi, co může udělat?

Nabídne pomoc. My neovlivníme vzdělávací systém, ale můžeme lékaře finančními pobídkami nasměrovat tam, kde je potřebujeme. Pochopitelně za předpokladu, že jsou na trhu. Pokud tam nejsou, což je případ pediatrů, pojišťovna moc možností nemá. Dává aspoň zpětnou vazbu ministerstvům, že je potřeba změnit vzdělávací či kvalifikační systém. A samozřejmě se snažíme najít službu v dojezdové vzdálenosti.

Jste v tom úspěšní?

Nemáme fatální problémy s dostupností, ale v řadě lokalit s tím bojujeme. Je třeba známý případ Aše, kde jsme se nakonec dohodli, že tam bude působit dětská lékařka ze sousedního regionu.

Soud se konat nebude?

Doufám, že ne. S panem starostou jsme si snad věci vyříkali a oba chápeme, že situace je složitá pro něj i pro nás. Vracím se ale na začátek rozhovoru a znovu opakuji, že kdyby se nám podařilo uskutečnit alespoň část proměny akutní péče za následnou, dosáhnout vyšší centralizace, uvolnily by se i personální lékařské kapacity. V evropském srovnání totiž nemáme lékařů dramaticky méně než v ostatních zemích, ale jsou špatně rozmístěni. Například odborná společnost říká, že porodnice je bezpečná a kvalitní, pokud generuje šest set porodů ročně. Existuje ale řada porodnic, které jich mají sto osmdesát nebo dvě stě padesát. V současné době je přitom velmi komplikované nabídnout klientkám nemocnici o něco vzdálenější. Brání se tomu.

Vaše pojišťovna letos hospodaří se schodkem pěti miliard. Bude to horší, když vidíme nepříliš optimistická čísla vývoje české ekonomiky?

Letos pracujeme skutečně se schodkem pěti miliard, ale jde o něco málo víc než jedno procento celkového rozpočtu ve výši tři sta miliard. Díky předchozím letům máme značné finanční rezervy, tudíž jsme jednoznačně stabilní. Pravda ale je, že nás čeká složité období. Nejen kvůli stagnaci ekonomiky, ale hlavně proto, že se zvyšují náklady na zdravotní služby. V minulém období rostly naše příjmy zhruba o 1,5 procenta ročně a náklady se zvyšovaly v souladu se zdravotně pojistným plánem. Letos poprvé třeba produkce v primární péči roste rychleji, než jsme predikovali. V příštím roce ještě budeme pracovat se strategií zachování úhrad v současné struktuře dostupnosti a kvality zdravotní péče. Chceme ale dotáhnout projekty v rámci restrukturalizace akutní péče. Pokud by se to nepodařilo, budeme mít problém. Zároveň zachováme všechny naše bonifikační a preventivní programy a budeme investovat do změn ve zdravotnictví, abychom ho připravili na výzvy, které nás čekají. Musíme se připravit na hubené roky.

Celý národ sledoval příběh malého Martínka, který mohl díky sbírce absolvovat nákladnou léčbu ve Francii a nyní se zotavuje. Budou pacienti se vzácnými nemocemi odkázáni jen na charitu, nebo se i jich ujmou pojišťovny?

Nejdůležitější je, že operace se zdařila. Martínkův příběh jsem sledoval jako každý, byť není klientem naší pojišťovny. Systémová otázka zní, jak se postavit k extrémně drahé léčbě. Nejen z hlediska nákladů, ale také ověření léčebných postupů a přípravků. Myslím, že tady je nutné nastavit jasná pravidla. Částečně existují v podobě tzv. třetí cesty, kdy už se léky na vzácná onemocnění do systému dostávají. Nikdy to ale asi nepojme všechny příběhy a ředitel pojišťovny nemůže svévolně rozhodnout o nasazení nějakého medikamentu. Vždy se na to musí dívat i očima legislativy a nakládání s veřejnými penězi. Podle mě bude nutné vytvořit mimořádný nástroj v podobě fondu, do něhož by přispívaly všechny pojišťovny a který by s hraničními případy dokázal pracovat. Chci ovšem zmínit i druhou stranu mince. VZP má na stole případ velice nákladného léčebného přípravku na vzácné onemocnění. Po pěti letech jeho hrazení Evropská agentura pro léčivé přípravky sdělila, že pro pacienty nepředstavuje žádný benefit. To je důsledek aktivistického přístupu při zavádění nových léčebných metod a přípravků.

Pominu-li tyto hraniční případy, mají klienti VZP do budoucna jistotu, že se jim dostane kvalitní péče i při vážném onemocnění, aniž by si museli cokoliv připlácet?

V nejbližších letech jistotu kvalitní a dostupné péče mají. Jen připomínám, že v dostupnosti vysoce

nákladných onkologických přípravků obsazuje Česko šestou příčku v Evropě. Aby tomu tak bylo i nadále, musíme se začít bavit o tom, má-li být hrazeno celé spektrum onemocnění. Zda by nebylo správné si na všední diagnózy něco připlatit, samozřejmě při zachování sociálního stropu. Státy, které jsou nám mentálně blízké, jako Rakousko nebo Německo, komerční připojištění běžně mají. Spoluúčast pacientů je tam vyšší než u nás. Pokud se medicína bude vyvíjet tak rychle jako dosud, nemine nás to. Z dlouhodobého hlediska se bez toho neobejdeme. Musí nastat změna ve struktuře, která přinese vnitřní úspory v nákladech, a asi změna filozofie, aby byla ochota přistoupit k zavedení nějaké spoluúčasti klientů.

Kdo je Zdeněk Kabátek?

- Narodil se 24. února 1970 v Písku.
- Vystudoval Elektrotechnickou fakultu na ZČU v Plzni, původním povoláním je technik.
- Svou profesní dráhu zahájil jako technický pracovník a poté projektový manažer ve společnosti ČEZ – Elektrárně Temelín.
- Následně působil v nemocnici v Písku, kde byl vedoucím technicko-provozního úseku a později rovněž členem představenstva.
- Od roku 2006 byl nejprve vrchním ředitelem pro přímo řízené organizace a poté vrchním ředitelem pro ekonomiku Ministerstva zdravotnictví ČR.
- Byl také členem správní rady Oborové zdravotní pojišťovny.
- V roce 2012 byl poprvé zvolen ředitelem Všeobecné zdravotní pojišťovny. Ve funkci byl potvrzen v letech 2016, 2020 a 30. září 2024.

https://www.vzp.cz/o-nas/aktuality/nema-smysl-mit-nemocnici-za-kazdym-rohem-rika-reditel-vzp-zdenek-kabatek