

Mám velkou ambici, aby pojišťovna byla průvodcem pacienta, říká ředitel VZP Zdeněk Kabátek

7.4.2025 - | Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR

Jaké změny jsou podle něj potřeba? Co by pomohlo odstranit duplicity v systému, které jen zvyšují celkové náklady, a jak vnímá zrušení rezervního fondu nebo možnost zdravotních pojišťoven poslat peníze z provozních fondů z veřejného zdravotního pojištění do svých komerčních dceřiných společností?

Na poradě předsedů okresních sdružení České lékařské komory (ČLK) jste řekl, že situace v systému zdravotnictví z pohledu zdravotních pojišťoven není dobrá. Úhradový mechanismus vás posílá do schodku minus 7,7 miliardy korun. Jak dlouho je ještě tento stav udržitelný?

Tvrzení, že úhradový mechanismus nás posílá do schodku, není zcela přesné. Každoročně se sestavuje zdravotně pojistný plán. Na jedné straně, té příjmové, pracujeme se vstupy a predikcemi, které nejčastěji zpracovává Ministerstvo financí ČR, Česká národní banka, ale vypracováváme si i vlastní modelace. Na straně výdajové pak pracujeme především s náklady na zdravotní služby, které jsou definované úhradovou vyhláškou. Samozřejmě je potřeba do výdajů započítat i výdaje z fondu na prevenci, provoz pojišťovny, sociální fond, rezervní fond, ale ty nejsou pro rozpočet kruciólní, i když třeba na provozu jsme schopni ušetřit dvě miliardy korun. Základním parametrem jsou náklady na zdravotní služby, a jestliže dohodovací řízení není úspěšné, stanoví úhradová vyhláška nějaké minimum vstupující do nákladové položky a s ní přibývají další bonifikační programy, kterých je mnoho. Máme je definované v rámci VZP Plus. A celý tento soubor definuje schodek 7,7 miliardy korun pro letošní rok. V loňském roce byl na základě zmíněných parametrů naplánován schodek ve výši 5 miliard korun a my jsme ho dodrželi s tím, že jsme využili rezerv z provozního fondu.

A jak jste se ptala, jak dlouho je takový systém udržitelný, odpověď je poměrně jednoduchá. Pokud se na straně příjmů ani výdajů nebude odehrávat žádná aktivita, to znamená, že se nebude měnit systém, jakým je generován příjem pojišťovny – což je jednak příjem pojistného a jednak příspěvek na státní pojištěnce –, a pojišťovny by byly zcela pasivní a nepracovaly by s výdajovou stranou, pak by byl takový systém udržitelný podle našich modelací do roku 2027. Potom by podle našich modelů i VZP ČR měla finanční problémy.

Co by následovalo?

Ne že by se celý systém najednou zhroutil a přestali bychom platit našim klientům zdravotní služby, ale dostali bychom se do tzv. cashového problému. To znamená, že by naše cash flow bylo složitější nastavitelné na včasné platby a utrpěli by poskytovatelé zdravotních služeb, protože by dostávali platby se zpožděním.

Jak by mohly vypadat konkrétní kroky pro snižování nákladů ze strany pojišťoven?

Představuje to například často zmíněné a nepopulární zvýšení efektivity. Příkladem jsou centrální nákupy nebo restrukturalizace sítě nemocnic. Tyto kroky nejsou vnímány pozitivně, ale jsou jednoznačně efektivním opatřením, které může přinést úspory nákladů. Dále je potřeba debatovat nad příjmy, což už je otázka politická. Ať už v rámci míry pojistného, nebo nastavení pojistného jako

takového, anebo v oblasti státních pojištěnců.

Míra neefektivity v českém zdravotnictví je 20 %. Co s tím?

Už dlouho běží financování zdravotního systému na pomezí pojišťovenského a státem regulovaného. Je podle vás lepší vybrat si jeden ze systémů, ať už pojišťovenský, nebo národní, podobně jako ve Velké Británii nebo ve Španělsku, nebo by jen stačila větší úprava našeho systému stávajícího?

Systém v České republice bezesporu udržitelný je. Vychází právě z pojišťovenského systému. To znamená, že máme samosprávné pojišťovny, které by měly hradit služby za své klienty. Problémem tohoto systému je, že není dotažen do finále, protože do něj vstupuje poměrně významný prvek regulace třeba v podobě úhradové vyhlášky. Jako ředitel pojišťovny tu nejsem od toho, abych hodnotil, který ze systémů je horší nebo lepší. V Británii a ve Španělsku funguje rozpočtový systém, kdy nějaká národní zdravotní služba říká, jaký bude počet lékařů, na ně má určitou sumu peněz a hradí jim služby, které poskytují klientům. Od 90. let jsme ale už tak významně zakotvení spíše ve stadiu pojišťovenského systému, že by podle mě nebylo správné překlápět ho na národní zdravotní službu. Spíše by bylo dobré pojišťovenský systém dotáhnout a skutečně nastavit pravidla, která má mít.

Jaká by ta pravidla měla být? Co by bylo základem takového systému?

Nefungoval by zcela stejně jako dnes, kdy klient čerpá nějakou službu a pojišťovna ji za něj hradí. Pojišťovna by sestavila svému klientovi zdravotně pojistný plán, nakupovala by péči a svého klienta by systémem provázela. Vidím v tom potenciálně velkou míru zvýšení efektivity, protože podobně jako Ministerstvo zdravotnictví nyní chystá elektronizaci zdravotnictví, i tímto krokem se zdravotnictví zprůhlední, a byl by tedy větší prostor pro odstranění duplicit a neefektivních výdajů. OECD uvádí, že míra neefektivity v českém zdravotnictví činí 20 %. Tím, že nemáme zdravotnictví plně elektrizované, dochází například k duplicitním vyšetřením v laboratořích. Při odstranění takového množství už bychom mohli mluvit o dlouhodobě udržitelném zdravotnictví. Samostatnou kapitolou je také regulace pacienta. Dneska regulujeme naše smluvní partnery, lékaře, ale klient je v podstatě absolutně neregulovaný.

Dnes je běžné, že si pacient během jednoho týdne obejde tři lékaře stejné odbornosti a vlastně ho to nic navíc nestojí, a to si nechá u každého udělat i laboratorní rozbor. Lékaři vzájemně nevědí, kde už daný pacient byl a co se u předchozích lékařů zjistilo. Co by mohlo v tomto směru pomoci? Elektronizace zdravotnictví bude stačit?

Elektronizace je velmi atraktivní nástroj. Ve chvíli, kdy budeme mít v reálném čase data o všech klinických vyšetřeních pacienta, odstraníme duplicitu, které jsou ať už účelové typu laboratorních vyšetření, nebo způsobené tím, že lékař nevidí všechny výsledky klienta, nebo pacient zkrátka není veden systémem, což by měla být role praktika a pojišťoven. Jakmile budeme takový elektronický nástroj mít, budeme moci tuto roli plnit. Dnes běžně máme opakované vyšetření magnetické rezonance, CT, návštěvy ambulantních specialistů. Máme klienty, kteří dokážou během jednoho týdne obejít čtyři lékaře ORL. Nejsme tomu schopni čelit. Systémově to lze ale řešit jen legislativně, to znamená definicí nároku pacienta. Dnešní definice je velmi široká a pacient může systémem v podstatě volně brouzdat.

Když se podíváme do minulosti, není za nárůstem duplicit také to, že již dnes nepotřebujeme ke specialistovi doporučení praktika? Tím pádem si jako pacient mohu i bez konzultace praktika zajít k jakékoli odbornosti bez žádanky?

I v minulosti mohli pacienti volně ke specialistům bez žádanky, ale museli zaplatit regulační poplatky. Byly to jednotky miliard, takže systém nespasily. Ale podle mého názoru je i ve prospěch pacienta, aby jeho cesta systémem byla řízená. Není nic horšího, než když praktický lékař vydá panu Omáčkovi žádanku k neurologovi. Pan Omáčka obvolává neurology z telefonního seznamu, v lepším případě má známého v nemocnici, který mu poradí. Pak potřebuje CT, vyšetření v laboratoři. Brouzdá systémem a náklady se zvyšují. Správné by bylo, aby byl systémem veden svým praktickým lékařem a díky spolupráci se zdravotní pojišťovnou by pan Omáčka odcházel od praktika rovnou s termínem vyšetření u neurologa pana Procházky 13. 6. v 10 hodin. Tam by ho vyšetřili a poslali do nemocnice na zobrazovací metody. A zde mám velkou ambici, aby pojišťovna byla průvodcem pacienta. Potřebovali bychom k tomu ale nástroj, který se jmenuje „řízená péče“, abychom pacienta mohli systémově provádět, regulovat a nabízeli mu službu. Když půjde jinam, nevádí, ale zaplatí si třeba 200 korun. Zároveň praktik bude mít dohled do pacientovy elektronické dokumentace a zpětnou vazbu, kde pacient byl, co mu tam dělali. Jsou lidé, kteří zápis z ordinace specialisty přinesou praktikovi, ale hodně lidí nechá papír někde válet a už se k praktikovi nikdy nedostane.

Đábel skrytý v detailu. Co je standard?

Shodou okolností jsem minulý týden byla na diskuzi, kterou pořádala Národní asociace patientských organizací, o možnosti navýšení konkurenceschopnosti pojišťoven, která je dnes dost omezená. Jsou limitované nejen vstupy, protože lidé si připlatit a zvolit cenu pojištění nemohou, ale i výstupy kvůli silné regulaci. Další otázkou bylo, jestli by pak pojišťoven nemělo být více.

V případě, že by byl pojišťovenský systém dotažen do finále a například by neexistovala úhradová vyhláška a bylo by umožněno zpracovávat individuální zdravotní plány, není nic špatného na tom, aby se počet pojišťoven zvýšil. I když z pohledu realisty systém spíše tenduje ke snížení počtu pojišťoven právě tím, že je regulován a je nějakým způsobem uzavřen. Na druhou stranu, co se často diskutuje, je otázka spoluúčasti pacienta. Podle mého názoru není nic nemravného a nezdravého, aby měl pacient možnost si dobrovolně zvolit vyšší spoluúčast nebo si zvolit službu či péči, která je svým způsobem odlišná. A právě zde je ďábel skrytý v detailu.

Vidím ten detail ve stanovení standardu.

Právě na tom už mnoho chytrých lidí v minulosti ztroskotalo, když s návrhem na nadstandardy přišli. Všichni jsme připraveni říct panu doktorovi, že například nechci titanový kolenní kloub, raději bych keramický a jsem připraven si rozdíl mezi ním a titanovým připlatit. Když si dnes zvolím výkon nehrazený zdravotní pojišťovnou, nemohu si doplatit rozdíl, ale musím zaplatit celý výkon. Klasickým výkonem je aplikace čočky, kterou si pacienti hradí, a je to trochu nefér vůči těm, kteří si ji nehradili. V legislativním procesu už je dnes novela, kterou předložila skupina poslanců v čele s paní poslankyní Němečkovou, kdy by si pacienti mohli doplácet jen ten rozdíl. Jestli jsem studoval návrh dobře, je tam poměrně významná míra odpovědnosti lékaře, který pacientovi indikuje léčbu nebo lék, a pacient si volí variantu a možnost doplatku. Je to podle mě správná cesta, ale je otázka, jestli se nezadrhne opět na těch detailech, které nejsou dotažené.

Propočítávali jste si anebo máte propočty z ministerstva zdravotnictví či financí, jaký ekonomický dopad by tato změna měla?

Podle mého názoru neexistuje detailní ekonomická analýza a je těžké dělat analýzu bez detailně popsanych vstupů. Stále se povídáme o hypotetické možnosti. Dokud nebudeme mít prováděcí předpis a zcela jasné instrukce, jakého portfolia se to týká, je těžké zpracovávat ekonomický přínos.

Myslela jsem tím, jestli jste si nepočítávali případně vyšší nákladovost, protože pokud si

některé výkony pacienti nebudou platit celé, ale nově jim bude část u těchto „nadstandardů“ hradit pojišťovna, bude to pojišťovnu něco stát.

To nebude pro náš systém nic zásadního. Strčilím nyní jen od boku, protože znám strukturu rozpočtu, ale podle mě to bude pro pojišťovnu otázka nižších jednotek milionů.

Zaměstnavatelé a jejich význam ve snižování nákladů

Na poradě předsedů OS ČLK jste mimo jiné pronesl, že náklad systému zdravotního je výnosem systému daňového. K tomu ale potřebujeme metodiku, jak hodnotit efektivitu nákladů. Možná by pak ukázala, že každá miliarda, která se vloží do úspěšnější léčby a do léčení, se vrátí do systému prostřednictvím firem a zdravých pracujících lidí. I proto rozjždíte projekt s Hospodářskou komorou a Svazem průmyslu a obchodu ČR. Můžete mi o něm říct víc?

Obecně si myslím, že systémy zdravotní, sociální a daňový jsou neoddělitelné, protože náklad systému zdravotního může být úsporou v systému sociálním, případně výnosem v systému daňovém. Jsou země, kde jsou sociální a zdravotní systémy sjednocené a funguje to. Podle mě ale potřebujeme spíše pracovat na sdílení dat mezi jednotlivými systémy, abychom mohli dělat skutečně validní analýzy nákladovosti. Dnes totiž posuzujeme nákladovost ve zdravotnictví jen s ohledem na kvalitu a cenu života. Měli bychom ale náklady posuzovat v kontextu daňových výnosů, v kontextu zátěže sociálního systému. V tomto ohledu se odvedlo hodně práce. Pan ministr zdravotnictví Vlastimil Válek s panem ministrem práce a sociálních věcí Marianem Jurečkou odpracovali hodně na zdravotně-sociálním pomezí a snaží se tu oblast vymezipovat.

Co by ještě pomohlo, je kompletní elektronizace všech systémů tak, abychom mohli data dodávat mezi sebou. Nemyslím si, že projekt, ve kterém debatujeme velmi intenzivně s Hospodářskou komorou, Svazem průmyslu a obchodu a dalšími partnery o tom, jak nastavit systém efektivně, by přinesl vyšší dynamiku. Je to platforma, kde jednáme se zaměstnavateli a chceme znát názor našich partnerů, abychom byli schopni popisovat problémy. Jejich řešení je pak legislativní. To znamená, že ministerstva musí aktivně systémy datově propojit tak, aby se daly mezi sebou porovnávat. Jinak v rámci debat jsou zaměstnavatelé pro nás velmi významní, protože například v oblasti prevence jsou schopni dlouhodobě a mnohem efektivněji motivovat zaměstnance k prevenci. A prevence je bez diskuze jedním z klíčových nástrojů ke snižování nákladů, proto je spolupráce logická.

Když se ještě podíváme na další legislativní návrhy změn ve zdravotním systému, tak jednou z nich je zrušení rezervních fondů. Jak tuto změnu vnímáte?

Vůbec mi nevadí a řeknu proč. Z pragmatického hlediska je rezervní fond Všeobecné zdravotní pojišťovny, která pracuje s více než 300miliardovým obratem, 3,9 miliardy korun. Takže jeho význam je absolutně nulový. Abych mohl rezervní fond nějak efektivně využít a pokrýt nějakou mimořádnou událost, muselo by tam být alespoň 40 miliard.

Zároveň by měl vzniknout Fond obecně prospěšných činností. Nebude to jen bašta pro nové účelově založené spolky? Co si mohu pod pojmem „obecně prospěšné činnosti“ představit?

Fond obecně prospěšných činností cílí zejména na financování věcí, které dneska ze zákona financovat nemůžeme, protože nejsou například zdravotní službou. Příkladem jsou některé zdravotní programy typu zdravá firma, kdy já budu schopen financovat chtěné jednání zaměstnavatelů, kteří mi budou garantovat, že 80 % jejich zaměstnanců projde preventivní prohlídkou.

Samozřejmě pokud tady mluvíte o tom, že nebude dobře stanoven prováděcí předpis a existuje

riziko, že činností se nabalí větší spektrum, než bychom chtěli, možná. Ale podle mě to prováděcí vyhláška vyřeší.

Jedním z dalších návrhů legislativních změn je možnost zdravotních pojišťoven poslat peníze z provozních fondů z veřejného zdravotního pojištění do svých komerčních dceřiných společností. Ohlasy jsou poměrně rozpačité.

Je to bouře ve sklenici vody. Ročně ušetříme dvě miliardy korun za provoz, které většinou dáváme ve prospěch úhrad zdravotních služeb. A zde mluvíme maximálně o 50 milionech korun, takže z hlediska objemu je to nepodstatné. Navíc v rámci návrhu je tato možnost limitovaná nějakou situací a schválením správní rady. Z mého úhlu pohledu je to správná cesta. Komerční pojišťovny, které jsou na trhu dvě (*Pojišťovna VZP a Vitalitas pod Oborovou zdravotní pojišťovnou*), mají na trhu nevýhodu, protože majitelé všech standardních komerčních pojišťoven navyšují kapitál, zlepšují tím solventnost, předpisy pro pojišťovnictví. My jsme to udělat nemohli.

<https://www.vzp.cz/o-nas/aktuality/mam-velkou-ambici-aby-pojistovna-byla-pruvodcem-pacienta-rika-reditel-vzp-zdenek-kabatek>