

Nemocnice placené za uzdravení, ne za zákroky. Co znamenají návrhy VZP pro pacienty?

24.9.2025 - | Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR

Jak má vypadat udržitelné zdravotnictví budoucnosti? Klíčem k úspěchu je kombinace různých cest - například řízené péče, zjednodušení úhrad, přímého nákupu léků plátcí nebo dvojsložkového pojistného. Ve druhé části rozhovoru pro Zdravotnický deník to říká Jan Bodnár, náměstek ředitele Všeobecné zdravotní pojišťovny (VZP). Ujišťuje také, že pojišťovna nechce brzdit vstup nových léčiv, ale musí se zaměřit na posouzení jejich přidané hodnoty.

V první části rozhovoru jsme mluvili o transformaci segmentu lůžkové péče, zkracování hospitalizační doby nebo zvyšování dostupnosti. Jaké jsou podle vás další cesty, které mohou pomoci dosáhnout udržitelnosti systému českého zdravotnictví?

Pomoci zjednodušit a zlepšit operativu nebo průběh léčby v nemocnicích mohou i inovace úhrad. Jednu z možností VZP testuje od minulého roku - a to balíčkové úhrady při totálních endoprotézách. Určitému spektru poskytovatelů jsme nabídli možnost balíčkové úhrady za celý životní cyklus - tedy platbu za vyléčení pacienta, nikoli jen za provedení operace výměny kloubu. V balíku platíme více, než by byl pouhý součet úhrad za jednotlivé úkony - diagnostiku, operaci, rehabilitaci.

Pointa je v tom, že jsme pro tento proces zavedli také koordinátora péče v každé nemocnici, který vám řekne, co se s vámi bude dít v rámci toho celého cyklu. Poskytovatel pak ručí za všechno, za celé vyléčení. Vycházíme z předpokladu, že lepší organizací péče se odstraní problémy, které souvisejí s pozdě nasazenou nebo nedostatečnou rehabilitací a průběžnými kontrolami stavu.

Poměrně přelomové je také to, že u těchto balíčkových úhrad sledujeme spokojenost pacientů, včetně subjektivního vnímání bolestivosti. Tím hodně míříme na kvalitu péče.

Tento program funguje zhruba rok. Jak zatím jeho výsledky hodnotíte?

S odbornou ortopedickou společností jsme se dohodli na vyhodnocení letos v prosinci, ale už teď máme pozitivní ohlasy od našich klientů z těch nemocnic, kde se tato operativa formou balíčkové úhrady provádí. Patrně hraje roli, že jeden subjekt řeší celý životní cyklus a pacient si nemusí sám shánět následnou péči.

Uvažujete i o balíčkových úhradách pro další diagnózy?

Tento typ balíčkových úhrad máme zavedený také v oblasti diagnóz katetrizační ablace fibrilace síní (*nechirurgický zákrok při léčbě srdeční arytmie, pozn. red.*). I tam již máme řadu poskytovatelů, s nimiž balíčky testujeme. A rádi bychom tyto přístupy v příštím roce nabídli k uveřejnění v úhradové vyhlášce a dále je zavedli i do dalších diagnóz.

Sázka na koordinátory péče

Jakými dalšími mechanismy - krom balíčkových úhrad - plánuje VZP zohledňovat kvalitu?

Máme program VZP PLUS pro ambulantní segment, kde jsme nastavili i nový systém sledování jeho výkonnosti. Program se za poslední tři roky poměrně intenzivně měnil a je to živý mechanismus.

Nosným momentem programu je, kromě podpory zajištění péče v těch lokalitách, kde ji pacienti potřebují, právě kvalita. Takže podporujeme kvalitu ambulantních subsegmentů bonifikačními úhradovými mechanismy. Myslíme si, že to je správné, a hodláme v tom pokračovat i do budoucna. V tuto chvíli hovoříme s psychiatrickou komunitou o zohledňování některých kvalitativních prvků právě v poskytování psychiatrické péče pro VZP PLUS.

Zmínil jste koordinátory péče. Je tedy jimi řízená péče také jednou z cest k udržitelnosti systému?

Je, a to zcela zásadní. Z hlediska dlouhodobé udržitelnosti systému nás čeká důležitá diskuse právě o zavádění řízené péče. Tento trend totiž může podle našich propočtů přinést během pěti let úsporu až 6 miliard korun. Řízenou péči se již nyní snažíme promovat v rámci VZP PLUS a v rámci balíčkových úhrad, od příštího roku očekáváme z pozice VZP výraznější zavádění prvků tohoto konceptu. V započatém procesu hodláme pokračovat rovněž v dalších letech a jsem rád, že zde nalézáme podporu odborných kruhů.

Co by řízená péče, o níž mluvíte, konkrétně znamenala pro pacienty?

Je to princip využitelný typicky pro chronická onemocnění. Koordinátor péče, kontrahovaný zdravotní pojišťovnou, pomáhá směřovat pacienta systémem a dosáhnout předem stanoveného cíle léčby - a to včetně zajištění termínů vyšetření. Péče je díky tomu poskytnuta rychleji a zároveň máme ve výsledku také rychleji a lépe odléčeného klienta. Přirozeně však existují rovněž bariéry, které nám v tomto smyslu znesnadňují práci s klientem. Mezi ně lze zařadit například absenci povinnosti dodržet léčebný proces.

V souvislosti s udržitelností systému je často zmiňován také prudký růst nákladů na centrové léky. To ale přece je i dobrá zpráva, jednotková cena totiž klesá a odléčeno je stále více pacientů.

Centrová péče je jedním ze dvou nejdynamičtěji rostoucích segmentů - spolu se segmentem laboratorním. V zásadě to odráží dva prvky. Jedním je, že možnost České republiky využívat nové léky je opravdu poměrně vysoká. To je nepochybně dobrá zpráva pro pacienty. Z hlediska rozpočtů jde o výzvu, kterou se nám ale stále daří zvládat.

Nebojím se přitom říci, že VZP je v tomto segmentu lídrem z hlediska dosahování úspor. Ač se to moc neví, VZP každoročně generuje jednáním s výrobcí úspory v řádu miliard korun nad rámec Státním ústavem pro kontrolu léčby stanovených úhrad. Kdybychom nejednali a nerealizovali aktivní lékovou politiku, máme léky o mnoho dražší. A to nehovořím o běžných antibioticích, ale o nákladných centrových léčivech.

S farmaceutickými firmami každodenně jednáme, jaké jsou nám schopny dát pobídky a kolik uspořit. A z hlediska počtu risksharingových smluv i z hlediska objemu úspor jsme oproti roku 2021 na dvojnásobku.

Ale i když jsme se v této oblasti posunuli, je nových léků a molekul už tolik, že ani sebelepší aktivní léková politika problém nevyřeší. Musíme se opravdu zamýšlet nad novými úhradovými schématy, například nad odloženými platbami u léků na vzácná onemocnění. To by znamenalo částku za lék uhradit až poté, kdy se ukáže jeho efektivita. Což ale ne vždy jde, protože tyto léky jsou na trhu krátkou dobu, mají potenciál, ale zároveň jsou velmi drahé.

Vyžaduje taková odložená platba nějaký legislativní základ, nebo záleží jen na jednání s farmaceutickými firmami, zda na ni přistoupí?

V ideálním stavu světa by měla být umožněna legislativně. My jsme se o tom bavili v rámci úpravy zákona č. 48 (*zákon o veřejném zdravotním pojištění, pozn. red.*), nicméně se to v ní neobjevilo.

Na druhou stranu, některá risksharingová schémata lze už v tuto chvíli realizovat i jako smluvní záležitost mezi námi a daným dodavatelem nebo držitelem rozhodnutí. Systémově by ovšem bylo vhodnější, aby pro tento typ risksharingových schémat opravdu existovalo legislativní zmocnění.

Potřebujeme legislativní změny

Pokud jde o výdaje na centrové léky, znamená to tedy, že nějak významněji „šlápnete na brzdu“?

Brzdit vstup nových léků jednak není úplně možné, ale ani bychom to dělat nechtěli. Spíše se zaměříme na to, jakou efektivitu a přidanou hodnotu pro naše pacienty léky mají a budeme preferovat nejvhodnější a nejsilnější možnosti terapií.

Což se velmi těžko dělá pod mediálním tlakem. Lze s tímto faktorem vůbec něco dělat?

Nejde s tím dělat vlastně nic. Já subjektivně hodnotím stávající situaci z hlediska dostupnosti nákladných lékových terapií v ČR jako poměrně dobrou – tedy vždy se snažíme zajistit efektivní péči pro naše klienty. Ne vždy všechny léky, které se na první pohled zdají jako účinné a bezpečné, při rigorózním zkoumání tyto parametry opravdu splňují. To se ale ve světě mediálních zkratk vcelku složitě vysvětluje.

Každopádně bych rád podotkl, že ve srovnání s jinými zeměmi máme relativně vysoké spektrum terapií, které mají možnost naši klienti využívat. Trochu v nadsázce a s vysokou mírou pokory, říkám, že kdybych byl nemocný a měl bych si vybrat, kde se léčit, tak bych si určitě vybral Českou republiku.

Už tradiční diskuse se v oblasti léků točí také kolem paragrafu 16 a orphanů. Pořád přes tento paragraf jde tak velké množství léků?

Tento trend se bohužel nijak nezměnil. Přes paragraf 16 schvalujeme dokonce více léků než v minulých obdobích. Ale to je leckdy dané také přístupem farmaceutických firem, které pro náš trh nechtějí dodávat léky za určitou cenu, která by se pak ukázala jako cena pro referencování v ostatních zemích.

Lze s tím bez legislativní změny něco udělat?

Přestože se snažíme s tímto fenoménem bojovat, je to bez legislativní podpory trochu boj s větrnými mlýny. Máme i novou možnost využívat takzvanou třetí cestu založené na poradním orgánu na

ministerstvu zdravotnictví. Ta do určité míry splnila svůj účel. V čem ale vidím částečný neúspěch této cesty, je určitá možnost subjektivního postoje tohoto poradního orgánu při vydávání doporučujících stanovisek. Podle mne by pomohla úprava legislativy, která by pro třetí cestu a specificky pro poradní orgán přinesla jasnější pravidla.

Nesystémový nákup centrových léků

Co vás v lékové politice ještě trápí a rád byste to změnil?

Myslím si, že je opravdu načase diskutovat možnost přímých nákupů léků zdravotními pojišťovnami, a to zvláště takzvaných centrových léků. To by mohlo přinést poměrně výrazné úspory v řádu miliard korun, zefektivnit české zdravotnictví a pomoci mu zajistit udržitelnost.

Reakce na tento návrh ve veřejném prostoru - zejména ze strany nemocnic - byly ale velmi negativní. Takže pro to obecně asi chybí vůle...

Ano, to bohužel chybí. Ale v ideálním stavu by taková změna udržitelnosti zdravotnictví přispěla. Dnes jsme totiž v situaci, kdy skutečná konečná cena centrového léčivého přípravku je typicky nižší než cena účtovaná zdravotní pojišťovně. Finanční rozdíl těchto cen je neprůhledně kompenzován poskytovateli ze strany dodavatelů, a to není systémové.

Mimochodem, spolu s nákupem centrových léků pojišťovnami, jsme se poměrně dlouhodobě zamýšleli i nad tím, že bychom měli nakupovat také zdravotní služby a dělat individuální kontrakty v jiném režimu než nyní. To znamená mít možnost nakupovat pro naše pojištěnce zdravotní služby mimo úhradovou vyhlášku. Myslím, že už opravdu nastala doba, abychom se pohnuli tímto směrem.

Můžete uvést příklad nějakých služeb, u nichž si takový postup umíte představit už teď?

Typicky třeba totální endoprotézy nebo některé typy rehabilitačních služeb, případně služby komplementu. VZP již od letošního roku v rámci smluvní politiky testuje slevou podmíněné kontrakty v těch geografických oblastech, kde je péče sice zajištěna, nicméně tam existuje potenciál k dosažení cenově výhodnějších nabídek poskytovatelů. Implementací slev tak cílíme na posílení udržitelnosti systému.

A co říkáte na diskuse o možnosti připlatit si na služby, které pouze zvyšují komfort, ale nikoli nárok pacienta na službu v odpovídající kvalitě?

V tuto chvíli podle mne není bezpodmínečně nutné rozšiřovat nebo měnit principy systému doplatků. Nad čím bychom ale určitě měli začít uvažovat, je dvojsložkové pojistné. To spočívá v rozdělení odváděné částky na zdravotní pojistné na dva celky – jeden větší a jeden menší. V tuto chvíli bychom mohli pracovat s tím, že nebudeme zvedat odvody na pojistné nad rámec běžných mechanismů, ale vezmeme část z už odváděného pojistného a dáme pojišťovnám možnost, aby soutěžily v rámci této druhé, menší části pojistného.

Mohly by vytvářet bonifikační programy pro své pojištěnce, aby je motivovaly například k návštěvě preventivních nebo screeningových aktivit. Pojištěnce by motivovalo, že budou odvádět menší pojistné, když budou navštěvovat screeninky a preventivní prohlídky u praktického lékaře. Zároveň by tato změna mohla celkové pojistné i zlevnit.

Nominální část pojistného, která je stanovována pojišťovnou jako individuální pojistné schéma, by

přítom mohla sloužit jako nástroj pro kompetici mezi plátcí.

Co se za roky vašeho působení ve VZP spíše nepovedlo?

Pracuji už v oblasti řízení zdravotnictví 20 let a celou dobu si vlastně říkám, že tento obor je výrazně přeregulovaný. Když jsem nastupoval na pozici náměstka ve VZP, říkal jsem si, že by bylo vhodné zamyslet nad výrazným zjednodušením úhradových mechanismů, které by pomohlo snížit míru regulace a zvýšit míru transparentnosti a pochopitelnosti pro participanty systému. Pokud totiž dnes čtete text úhradové vyhlášky a nemáte dlouhodobou průpravu v oblasti úhrad, existuje vysoká pravděpodobnost, že se v její složitosti ztratíte.

Stále také bojujeme se zhoršenou dostupností péče v některých geografických oblastech. Tato otázka souvisí s trendem koncentrace péče do velkých městských aglomerací, který je typický pro všechny západní země, do budoucna tedy budeme muset najít funkční řešení tohoto problému. Z dlouhodobého hlediska se nezdá, že účinná cesta řešení této situace vede pouze přes bonifikační mechanismy, podporovat bychom měli také alternativní možnosti poskytování péče, například telemedicínská řešení.

Co drží ty staré mechanismy při životě? Proč je nelze snadno změnit?

Na základě stávajících zkušeností se zaváděním nového – a nepochybně správného – úhradového modelu u gynekologů si myslím, že to je obava terénu, že něco nového přinese určitou míru finančního rizika, která nakonec bude znamenat negativní finanční dopad z hlediska objemu úhrady.

Přestože tyto obavy jsou ve výše uvedeném případě v zásadě nepodložené, ilustrují poměrně malou ochotu určitého spektra aktérů akceptovat změnu. Tento postoj je pro české zdravotnictví typický.

Zdroj: ZdravotnickýDeník.cz

<https://www.vzp.cz/o-nas/aktuality/nemocnice-placene-za-uzdraveni-ne-za-zakroky-co-znamenaji-navrhy-vzp-pro-pacienty>