

Realistickou nabídkou v dohodovacím řízení pro stabilní chování systému je plusová nula, říká ředitel VZP Kabátek

1.4.2025 - | Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR

Lékaře i větší poskytovatele zdravotních služeb nejvíce trápí úhradová vyhláška. Ještě v říjnu loňského roku jste se ústavní stížnosti neobávali, ale teď už je na stole. Podala ji v únoru Asociace českých a moravských nemocnic. Překvapilo vás to? A má podle vás šanci na úspěch?

Na podzim jsem bral upozornění na ústavní stížnost spíše jako deklaratorní záležitost. Celou stížnost jsem četl, rozebíral jsem ji i s předsedou senátního výboru Tomášem Fialou a je koncipována z pragmatického hlediska celkem srozumitelně. Má dvě roviny. První rovinou je centrová péče, kdy jsem přesvědčen, že zde není šance na úspěch. Pokud zcentralizujeme vysoce specializovanou péči, je logické, že ji nemůžeme hradit i v malých nemocnicích. Jestliže myslím centralizovanou péči vážně, měli bychom říct, že patří jen do těchto center a v menších nemocnicích nebude. Chápu, že je to těžký přechod, na druhou stranu si myslím, že kdyby kdokoli z nás měl život ohrožující stav, a to nemyslím jen onkologický, tak by chtěl jít do centra, kde se podobných diagnóz řeší hodně a mají s nimi zkušenosti. Při vši účtě k menším pracovištím. Tady podle mě stížnost neuspěje. Uspět ale může formulace vůči individuální základní sazbě, kdy předkladatelé napadají to, že standardní výkon realizovaný na pracovišti XY a na pracovišti YZ má rozdílnou výši sazby.

Kdyby stížnost v tomto bodu uspěla, co by to pro vás jako pojišťovnu znamenalo?

Pro pojišťovnu by to nemělo mít pozitivní ani negativní dopad, pokud by ten výsledek znamenal, že se u běžných výkonů (*ne superspecializovaných*) sblíží úhrady mezi nemocnicí s většími sazbami a nemocnicí s nižšími sazbami. Pozor, není to pouze tak, jak je často prezentováno, že menší nemocnice mají nižší sazbu a velké fakultní mají vyšší základní sazbu.

Podle čeho se tedy základní sazba určuje?

To je dáno historicky. Někdy v 90. letech došlo k podstatné změně z výkonového systému na systém paušální. Nemocnice, které do té doby řádně vykazovaly produkci pojišťovně, se překlopily s vyšší sazbou a ty, které byly trošičku méně disciplinované, zůstaly s nižší sazbou. Přestože každoročně dochází ke sblížování sazeb, rovnost stále není ustálena. Každopádně pokud Ústavní soud přijme nějaký nálezn, vezměme si za příklad nekomplikovanou operaci slepého střeva, kdy je zatím třeba nižší základní sazba v Prachaticích a vyšší v Nemocnici Motol, připadá mi rozumné, že základní sazba v Prachaticích nepůjde na úroveň Motola, ale na základě váženého průměru dojde ke sblížení sazeb. Pro pojišťovnu to neznamená nic, pro Motol to bude mít negativní dopad a pro Prachatice pozitivní přínos. Každopádně v případě rozhodnutí ve prospěch stížnosti samotná následná realizace bude velký oříšek. Všichni mluví jen o nerovnosti, ale zatím nikdo nepřinesl možnosti technického provedení.

Podobný problém jsou ale v podstatě také rozdílné úhrady za stejný výkon, což lékaři také považují za nespravedlivé.

Máme tady seznam zdravotních výkonů, který vzniká v komisi, a jednotlivé úhrady si neurčuje

pojišťovna. Jsou výkony, které se dnes považují za ekonomicky zajímavé. Rozdíly tam jsou, ale to už je o síle odborných společností, které jednotlivé specializace zastupují. Diskuze a vyjednávání je o denní práci a nelze celý systém změnit lusknutím prstu.

Je vůbec možné úhrady vyrovnat, když vlastně i speciálními úhradovými mechanismy zajišťujete to, že například v některých oblastech potřebujete udržet nemocnici nebo lékaře?

My jako pojišťovna jsme odpovědní za tvorbu sítě a s tím souvisí nařízení vlády o místní a časové dostupnosti. V tomto ohledu je naše role nezpochybnitelná a máme kompetence, abychom určovali, kde chceme jaké pracoviště, v rámci smluvní politiky. Jako jeden z mála ale říkám a stojím si za tím, že si nemyslím, že v dotaženém pojišťovenském systému by se měla platit za stejný výkon každému stejná úhrada. Existují ohrazené oblasti s malým spádem, například Jeseník, kde poskytovatel při využití standardního úhradového mechanismu není schopen ekonomicky přežít. Pak je rolí pojišťovny, aby aplikovala nějaký speciální úhradový mechanismus. Vyhlásí individuální kontrakt, v jehož rámci za stejnou péči může zaplatit více peněz nad rámec vyhlášky, protože ho tam potřebujeme. My to realizujeme v rámci modifikací za dostupnost péče.

Například u lůžkové péče tam spadá u VZP sedm nemocnic, které vykazují parametry zhoršené dostupnosti a zhoršené ekonomické funkčnosti. A kdyby byl ten pojišťovenský systém dotažený do konce, lze s tím pracovat více. Každá mince má ale zase dvě strany. Jsou regiony, kde je nemocnice pro naše klienty nezbytná, na druhou stranu ale existují regiony, kde jsou dvě nemocnice, a dovedu si představit, že v tom dotaženém pojišťovenském systému budu mluvit s lidmi z těch nemocnic o ceně a vyberu si tu, která mi nabídne lepší cenu, což dnes v podstatě neexistuje, ale je to správně. Já bych měl být odpovědný za efektivitu a měl bych znát, jakou kapacitu pro svého klienta potřebuji.

Nevyplynulo by to ale ve zdravém konkurenčním prostředí přirozeně? Klienti by si vybrali kvalitnější nemocnici v poměru cena a výkon.

Ano i ne, protože já mám nějaký kontrakt s pacientem v pojišťovenském systému – a nyní se dostáváme na filozofickou rovinu –, ale v rámci kontraktu já mu pak garantuji pojistku a já bych měl být tím, kdo mu určuje poskytovatele. Je to běžné i u jiných typů pojištění. Když budete mít kontrakt na pojištění auta, také vám pojišťovna určí, kam ho máte dávat do servisu. Takhle to ale asi fungovat nebude.

Na druhou stranu my se už dnes snažíme na nadbytečnost a duplicity reagovat. A není to jen z důvodu finančního. Populace stárne, medicína se vyvíjí a modernizuje, pobyty v nemocnicích jsou kratší a produkce akutních lůžek každoročně klesá o 1,5 %. Nemůže zůstat stávající saturovaná síť, protože je zkrátka neefektivní. Klasickým příkladem jsou porodnice. Rodí se mnohem méně dětí, a když zachováme plně vybavené porodnice, efektivita jde dolů. Musíme pohlížet na to, aby klienti měli péči dostupnou v čase a místě, jak říká nařízení vlády, ale není přece logické, abych udržoval dvě porodnice, kdy jedna je nahraditelná druhou, a držel drahý personál. Co si budeme povídat, lékaři, ale také nelékařské profese jsou gros nákladů systému a je to správné. Seděl jsem s kolegy z jedné úzce specializované porodnice a tam osobní náklady činí 70 % z celkových nákladů. To je neskutečně vysoké procento.

Bonusy jsou živým mechanismem

Velká nevole ze strany lékařů se zvedla také například nad bonifikacemi za rozložení ordinační doby, kdy hrozí dokonce malusy a pokles úhrad, pokud stanovený limit lékař nesplní. Mohou pak být v ohrožení ambulantní lékaři, například v důchodovém věku, kteří slouží na menších městech jen z toho důvodu, aby měli lidé alespoň nějakou potřebnou

odbornost?

V rámci kontraktu, který máme, malusy nepoužíváme. Používáme bonusy. Na druhou stranu my jsme tu jako pojišťovna pro naše klienty. Proto jak u lékařů akceptujeme jejich preferenci bonusů například za vzdělávání a aplikujeme je do komplexního bonusového programu, tak naopak akceptujeme u našich klientů, že preferují rozšíření ordinační doby nebo funkční elektronické objednávkové systémy, jestliže se už dnes spousta lidí objednává přes mobil nebo počítač. Potřebujeme, aby bonifikační balíček byl komplexní jak pro lékaře, tak pro klienta.

Je tedy stále možné individuálně domluvit, například v regionu, kde zrovna daná specializace chybí, aby tam lékař v důchodovém věku ordinoval už jen třikrát týdně a nebyl za to trestán malusy, vyplývajícími z úhradové vyhlášky?

Bude regulován pouze PUREM (*průměrná úhrada na jednoho pojištěnce*). Pokud se rozhodne ordinovat jen dva dny v týdnu, protože je mu 75 let a nechce řemeslo pověsit na hřebík a chce se o své klienty starat, bude mu poskytnutá péče hrazena. Logicky nevytvoří tak velkou produkci jako za pět dní v týdnu, ale nebude nějakým způsobem perzekvovaný a rozhodně nebude třeba z naší strany nucen, aby ukončil praxi. Naopak když se jedná o primární péči nebo další nedostatkové obory jako psychiatrii, budeme velmi rádi i za zkrácený úvazek. Bonifikace jsou živým produktem, nejsou zakonzervované. Každoročně jednáme s prezidentem ČLK Milanem Kubkem, doktorem Petrem Šonkou ze Sdružení praktických lékařů ČR a dalšími zástupci odborných společností a snažíme se do bonifikací dávat novinky a reagovat na nastalou situaci. Ne vždy se podaří splnit vše, co si lékaři přejí, ale vždy vytváříme kombinace, které potřebujeme jak pro lékaře, tak pro klienty.

Začíná běžet dohodovací řízení pro příští rok. Jaká od něho máte očekávání?

Realistická. My jsme samozřejmě limitováni příjmy, které v současné době rostou pomalejším tempem, než jsme byli zvyklí v předchozích letech, zatímco náklady na zdravotní služby nastartovaly dynamiku, a to v řadě segmentů dokonce velmi významnou. My tak budeme omezeni ekonomickými realitami a nebudeme moct do dohodovacího řízení vstupovat se skvělou nabídkou. Realistická nabídka, která by vedla ke stabilnímu chování systému, je lehká plusová nula. Chápu ale, že kolegové jednající za jednotlivé segmenty budou mít s touto nabídkou problém. Uvidíme, jak debata poběží a jak se bude vyvíjet ekonomika. Predikce se budou teprve představovat.

V letošní úhradové vyhlášce patří mezi ty nejvíce postižené segmenty ambulantní specialisté. Bude to pro příští rok třeba jinak?

Tady bych se ohradil, není to pravda. Jestli je někdo, koho zasáhla úhradová vyhláška nejvíce, jsou to nemocnice. Když se dívám na čísla z ledna a února, tak rostou nejpomaleji, zhruba o procento, zatímco u specialistů je růst o jednotky procent.

Ted' je otázka, že nemocnice v posledních letech zažívaly obrovskou finanční podporu, ale kam se všechny peníze poděly? Nemohly být třeba v hospodaření efektivnější?

To je samozřejmě také argument a řekla jste to vy. Je pravda, že nemocnice v předchozích letech díky opatřením, která vláda přijala v rámci covidu, rostly velmi rychle. V některých letech o desítky procent. V současné době to mají z hlediska úhrad nastavené oproti ostatním segmentům velmi korektně. Nechci říkat, zda by měly, či neměly být efektivnější. Určitě bychom je měli tlačit strukturalizací sítě do celkové efektivity. Co se pak týče porovnání s ostatními segmenty, nemocnice jsou neporovnatelné. Chápu, že porovnáváte příjem lékaře v nemocnici a ambulantních specialistů, ale u ambulantních specialistů rostly v loňském roce úhrady o 11 %, v letošním roce se počítá s růstem o 7 %. Průměrný růst u nemocnic činil loni 1,8 %.

Pojišťovna je připravena se bavit o změně formy úhrad u odborných specializací

Když se dostaneme do bodu, že nejspíše hodně segmentů bude v dohodovacím řízení zklamáno, jaké jsou další možnosti modifikačních programů u ambulantních specialistů? ČLK by ráda prosadila změny v systému úhrad za jejich práci. Navrhuje například tzv. dispenzarizační taxu (úhradu paušální) za registrované a dlouhodobě léčené chronické pacienty. Šlo by o jistou formu analogie s kapitační platbou pro praktické lékaře. Co na to VZP?

Jsme připraveni se bavit v dohodovacím řízení, jaké jsou jejich priority. Nejdříve stejně vždy hovoříme o obsahu a až pak o penězích. Obsahové návrhy mohou vést ke změně, že v některých odbornostech bude nabídka nějaké pseudokapitace. Otázka je, jaká bude představa její hodnoty a začlenění do systému. Máme na to čtyři měsíce. Musíme si také promluvit o tom, co by to přineslo finančně, protože myslet si, že ambulantní specialisté porostou větší dynamikou než ostatní segmenty, je nerealistické.

Zrovna u lékařů, kteří mají v péči chronicky nemocné pacienty, by pseudokapitace smysl dávaly. I vzhledem k tomu, že součástí úhradové vyhlášky jsou také bonusy za přijímání určitého procenta nových pacientů, což je u některých odborností, které mají opravdu hodně dlouhodobě nemocné pacienty, skoro nereálné.

To je pravda. Na druhou stranu pojišťovna je tu od toho, aby pokud kapacita neodpovídá požadavkům našich klientů, nasmlouvala nové pracoviště, a děláme to. Abych ale odpověděl na vaši otázku, zda je pojišťovna připravena se bavit o změně formy úhrad u odborných specializací, tak ano.

Jak zdůrazňuje prezident ČLK Milan Kubek, české zdravotnictví je podle statistik v porovnání s průměrem EU podfinancované, proto také dlouhodobě navrhuje, že je čas po 30 letech zvýšit zdravotní pojištění. Chápu, že 13,5 % z částky před 30 lety je jiných než ze současné částky, ale byla by tato cesta pro zvýšení příjmové strany?

Jsem pragmatický manažer a toto je velice politické téma. Zprvė nesouhlasím s tím, že české zdravotnictví je podfinancované. Jsem už starší člověk a pamatuji si, kdy se na zdravotnictví vydávalo zhruba 7,5 % HDP a říkali jsme, že až podíl vystoupá na 10 % z HDP, jsme na správné částce. Dnes dělá zdravotnictví zhruba 10 % z HDP. Jinak osobně si myslím, že oblast zdravotnictví vykazuje obrovskou míru inovací a rozvoj technologií, což zvyšuje náklady, a v tomto kontextu by navýšení procenta odvodů zdravotního pojištění bylo férové. Ne proto, že by bylo podfinancované, ale proto, že se zdravotnictví vyvíjí velmi intenzivně a inovativně. Všichni chceme nejmodernější léky, nejmodernější léčebné metody, a pokud to tak chceme udržet, musíme se smířit s tím, že budeme muset platit na zdravotnictví víc. Politici by určitě hned namítli, že je to zvyšování daní, zdražování práce a firmy budou odcházet. Má to spoustu „ale“. Avšak s ohledem na vývoj ve zdravotnictví a zvyšování nákladů je tato debata namístě. Zároveň ale musí někdo velmi dobře zanalyzovat, co by to přineslo s ohledem na zdražení ceny práce v České republice, protože je to systém velmi komplexní. Vytáhnete jednu kostičku a vypadne vám jich na druhé straně deset.

Dalším prostorem pro úpravu příjmů je platba za státní pojištěnce, kde je sice nastavený valorizační automat, ale tomu současný vývoj ekonomiky zrovna nenahrává. Vím, že byste byl i pro jiný systém, než je tento. Co by podle vás bylo lepší místo této platby a je u ní případně ještě možnost navýšení?

Pojištění by se podle mě mělo platit standardně a neměl by ho za nikoho platit stát. Například

důchodce by měl vyšší důchod a platil by si z něj pojistné. To je realistické. V tuto chvíli ale platba za státní pojištěnce funguje docela dobře a umožňuje státu i nějaký zásah do systému, byť kdysi dávno vznikla jako vyrovnávací platba. Na druhou stranu už je legislativně zakotvený valorizační automat a z mého pohledu byl přijat právě proto, aby nebylo možné ho ad hoc měnit. Museli bychom pak popřít, co se ustanovilo, a jít jinou cestou.

<https://www.vzp.cz/o-nas/aktuality/realistickou-nabidkou-v-dohodovacim-rizeni-pro-stabilni-chovani-s-ystemu-je-plusova-nula-rika-reditel-vzp-kabatek>