


Mohu garantovat, že se nebude škrtat péče, VZP je připravena na možné ochlazení ekonomiky, říká její ředitel.

Zdroj - obrázek	Datum	Kategorie	Téma	Zdroj	Autor	Sekce
	27.02.2020 (15:27:02)	Internet	Lékař	Zdravotnický deník. cz - Články	NEZNÁMÝ	Zdraví a zdravotnictví

V lednu poklesl výběr pojistného a ke konci roku VZP oznámila záporné saldo příjmů a výdajů. Naše největší zdravotní pojišťovna je ovšem připravena standardním způsobem vyrovnávat finanční bilanci, tj. použitím peněz ze svých rezerv. S **ředitelem VZP Zdeňkem Kabátkem** jsme hovořili také o tom, jak hodlá šetřit na provozních nákladech, o dohodovacím řízení pro příští rok, síti nemocnic a odlehlých regionech i o paragrafu 16 a tedy o mimořádné úhradě nákladné farmakoterapie. Chtěli jsme vědět i to, zda se české zdravotnictví nachází v krizi, jak tvrdí lékařská komora nebo odbory. Zdeněk Kabátek prý nerad používá velká slova. „Komplexní systém je náchylný k tomu, aby generoval určité problémy a my jsme tu od toho, abychom je řešili,“ řekl nám.

Skončila doba hojnosti?

To je poměrně složitá otázka, protože výsledky z posledních třech nebo čtyřech měsíců napovídají, že doba extrémního ekonomického růstu končí. Nicméně nejsou to výsledky špatné, nedá se říci, že padáme do recese či útlumu. Bezsporně dojde k nějakému mírnějšímu zpomalení růstu, který byl v předchozích letech enormní, ale nechtěl bych nikoho strašit tím, že skončí doba hojnosti a budou se muset uskromňovat.

VZP vytvořila v posledních letech dostatečné rezervy, které může využít ke stabilizaci zdravotnictví. Naše partnery můžeme tudíž ujistit, že se nemusejí ničeho obávat a třebaže se hovoří o zpomalení ekonomiky, garantujeme jim, že poskytnuté služby budou uhrazeny. Samozřejmě ale, že musíme přemýšlet o tom, jak řídit náklady do budoucna, aby pojišťovna byla tak stabilní, jako je dnes.

Nicméně jste oznámili záporné saldo příjmů a nákladů.

Saldo je řízená věc. Samozřejmě dorovnáваме bilanci z rezerv pojišťovny, využíváme let minulých a chováme se standardně tak, abychom na naše partnery nepřeváděli problémy z oblasti příjmů. Chceme, aby zdravotnictví fungovalo, přiměřeně rostlo a aby byly placeny služby pro naše klienty

Takže teď nastal čas, kdy saldo bude standardním nástrojem finančního řízení pojišťovny?

Využití rezerv bude velmi pravděpodobně jedním ze základních, chcete-li standardních nástrojů proto, abychom stabilizovali české zdravotnictví na straně úhrad.

Jak dlouho jej budete využívat, po dobu několika nejbližších let?

Nejsem prognostik, ale z dat, která máme k dispozici, vyplývá, že využijeme vytvořené rezervy letos a pak minimálně v letech 2021 a 2022.

Klesá také výběr pojistného, jakým tempem?

My jsme dlouhodobě poměrně významně rostli. V loňském roce až do měsíce září. V říjnu přišlo ochlazení růstu. Ukázalo se, že se zřizovatelé a zaměstnavatelé začínají chovat zdrženlivěji, zejména v růstu platů, a my jsme skutečně identifikovali v říjnu a listopadu pokles výběru pojistného na 5,2 procenta, z těch minulých přes 6 procent. V prosinci se situace zlepšila, nicméně v lednu, a to si troufnu říct, jsme nepatrně – opět bych nerad někoho strašil, není to trend, o tom se můžeme bavit, až po čtvrtletí – ale jsme nepatrně pod zdravotně pojistným plánem, který počítal s 5,9procentním růstem výběru pojistného. Nepočítáme s tím, že bychom se dostali do roku 2009 a do prudkého poklesu ekonomiky, spíše hovoříme o možnosti ochlazení

Má VZP nějaké krizové plány pro situaci, kdy by se hospodářská situace Česka nadále zhoršovala?

Nerad bych naše plány nazýval krizovými, vyvolává to negativní pocit. Jako odpovědní manažeři ve spolupráci s orgány společnosti, ať už dozorčí radou, nebo správní radou, ovšem samozřejmě zpracováváme modely vývoje české ekonomiky a dopad na příjmy a náklady VZP. Ve zdravotně pojistném plánu pro letošní a příští rok vycházíme z predikcí zejména ministerstva financí. Zároveň pracujeme s dalšími dvěma variantami, řekněme mírně pesimistickou a pesimistickou. Nepočítáme s tím, že bychom se dostali do roku 2009 a do prudkého poklesu ekonomiky, spíše hovoříme o možnosti ochlazení. Chceme být dobře připraveni, a proto jsme definovali řadu opatření, která jsme rozdělili podle různých kritérií. Především na opatření, jež realizujeme průběžně a nejsou ovlivněna vývojem na příjmové straně, a pak ta, jež bychom využili v případě, že by došlo ke scénářům, o nichž jsem hovořil, čili k těm pesimističtějším. Opět nejde o nic nového. Na straně příjmové se zaměříme na efektivitu výběru pojistného a práci s pohledávkami.

A na straně výdajů?

Tam jsou ty roviny dvě, jednak rovina zdravotních služeb základního fondu, chcete-li, úhrady zdravotní péče a rovina provozní. Ta druhá je jednodušší, už začínáme realizovat určitá opatření vedoucí k úsporám. V oblasti řízení osobních nákladů je naší ambicí ušetřit v letošním roce 5 procent nákladů na mzdy a v oblasti provozních výdajů – kde kromě toho, že miliardu z provozu přesouváme do základního fondu – míří naše ambice ještě dál. Chtěli

bychom zejména v oblasti nákladů na nájmy, energie a další ušetřit dalších 5 procent.

V oblasti úhrad zdravotní péče vůči našim poskytovatelům musíme velmi pečlivě zvažovat, zda případné kroky, které by měly vést k úsporám, neovlivní dostupnost péče pro klienty. Jsou tu dvě misky vah. Musíme pracovat s tím, že základ je hradit zdravotní péči a zajistit její místní a časovou dostupnost i kvalitu, Zároveň ale musíme udržet pojišťovnu finančně stabilní. Pokud bychom přistoupili k některým opatřením na nákladové straně, vždy by to mělo být adekvátní k vývoji ekonomiky VZP. Každé takové opatření je nutné velmi pečlivě promyslet, abychom s úsporou neomezili kvalitu.

Kdybych neuměl garantovat dostupnou péči našim klientům, tak bych neměl v křesle ředitele co pohledávat

Můžete tedy jako ředitel VZP garantovat, že se nebude škrtat péče?

Mohu. Je to jednoduchá otázka a v tuto chvíli na ní je jednoduchá odpověď. Kdybych neuměl odpovědět ano, tedy, že garantuji dostupnou péči našim klientům a její úhradu smluvním partnerům, pak bych neměl v křesle ředitele co pohledávat.

Je pro vás velkým problémem, že ještě stále není jasné, jak se bude vyvíjet platba za státního pojištění?

Přistupuji k této platbě jako pragmatický manažer. Mluvíme o příštím roce 2021, pro který je zásadní, že se aktuálně nastartovalo dohodovací řízení. V analýzách, kterými si modelujeme možnosti systému, položku platby za státní pojištění zahrnujeme jako nulovou. Víme, že se o ní bude rozhodovat, ale v tuto chvíli pragmaticky pracujeme s predikcí nárůstu příjmů, počítáme i s rezervou a mluvíme o konkrétních objemech, které musí slyšet naši partneři u jednacího stolu. Nepracujeme s položkou navýšené platby za státní pojištění a není pro nás problémem. Neznamená to, že bych nepřivítal růst této platby, ale v tuto chvíli musíme standardně pracovat se zdroji, které jsou už k dispozici a které chceme alokovat ve prospěch zdravotní péče. Velmi intenzivně pracujeme na udržení a případném zvýšení efektivity výběru pojistného. Vždy, když roste ekonomika, když se jí daří, projevuje se to ve skvělém růstu příjmů. Zvyšuje se efektivita výběru pojistného u zaměstnanců. Má to ale i určitý paralelní efekt, kdy se nám u OSVČ s tím, jak rostou odvody, trošičku horší platební morálka. V loňském roce jsme si zanalyzovali situaci a našli periodické cykly. Když povyroste ekonomika, vzrostou příjmy OSVČ, trochu poklesne efektivita výběru, pak zase stoupne. Ne, že bychom nenaplnili ambice zdravotně pojistného plánu, ale pokles a vzestup tam byl vidět markantní. Takže jsme se soustředili na to, abychom udrželi vysokou efektivitu výběru pojistného.

Co přesně živnostníci dělají špatně?

Pokud jim vrostou příjmy, přenastaví se platby a zvýší se jim odvody. My jim zvyšujeme předpis a jejich reakce není tak rychlá, jako u zaměstnanců. Není to stížnost na OSVČ, tak se chová systém. Říkám to jen proto, že chci zdůraznit, proč jsme se soustředili na efektivitu výběru pojistného. To je věc, kterou můžeme manažersky ovlivnit. Můžeme zlepšit kvalitu

vymáhání pohledávek, jsme schopni používat systém měkkého vymáhání, kdy klienty velmi rychle upozorníme prostřednictvím sms, nebo telefonem. Snažíme se jim říkat: pozor, tady dochází k nějakému zpoždění. Avizujeme, velmi slušně upozorňujeme, že je tu něco zapomenuté. Máme 36procentní úspěšnost měkkého vymáhání, což je výsledek, za který se nemusíme stydět.

Zároveň se snažíme cílit i na efektivitu tvrdého vymáhání, tj. daňové, či soudní exekuce, což je pro nás docela citlivá oblast. Přeci jen jsme institucí, která je veřejná. Pracujeme se službou a exekuce má vždy pachut' střetu. Jsme ale povinni tak postupovat a snažíme se naše spolupracující exekutory řídit tak, abychom dosahovali vysoké míry efektivity. Říkám to proto, že když se modeluje nějaká situace a připravují kroky pro finanční stabilitu, měli bychom začít tím, co umíme ovlivnit sami. To znamená, abychom nezačali platbou za státní pojištěnce, ale abychom začali udržením efektivity a kontrolou provozních nákladů. Pak teprve můžeme řešit náklady na zdravotní péči.

Politici si ale takový přístup mohou vysvětlit tak, že platba za státní pojištěnce vlastně není potřebná.

Jsem dlouhodobě konzistentní. Platba za státního pojištěnce je jakási dorovnávací platba. Nemám ambici ani chuť hodnotit, zda-li je tím nejlepším řešením. To mi nepřísluší. Je příjmovou položkou systému, ale jsem dalek toho, abych, když je tu ta šance, začal nejprve tlačit na stát, ať mi zvýší platbu. Chci začít u efektivity a teprve pak, když se systém dostane bilančně do problémů, můžeme mluvit o tom, jaké jsou další možnosti. A těch je víc, než jen zvýšení platby za státního pojištěnce.

Pojďme na výdaje. Není poněkud populistické šetřit na provozních nákladech? Říkáte, že jsou tam rezervy, ale když se podíváme na Německo, vidíme, že jsou tam provozní náklady veřejných zdravotních pojišťoven dvakrát vyšší, než u nás.

Srovnávat se s Německem by mě nikdy nenapadlo. Ekonomika a jejich zdravotnický systém jsou trochu jiné. Raději se benchmarkově srovnám s kolegy z tuzemského konkurenčního prostředí, teď to říkám v dobrém slova smyslu, a snažím se hledat rezervu u nás. Hrajeme si přitom s malými čísly, nemyslím to arogantně, ale provozní náklady jsou v rámci rozpočtu, s nímž pracujeme, minoritní. Na druhou stranu to jsou jednotky miliard. Je potřeba se ně zaměřit. Manažersky jsou to relativně nejlépe uchopitelné náklady. Aktivitou v oblasti řízení v podobě využívání soutěžního práva se snažíme každým rokem přes dynamický systém snižovat ceny energií. Také se snažíme snižovat ceny nájmu a zefektivňovat využití ploch, které máme k dispozici ať už ve vlastních objektech, nebo objektech pronajatých. Velmi jednoduše se tu dá snižování nákladů spočítat.

Z hlediska řízení nákladů je mnohem snadnější snižovat náklady na provoz, než v oblasti objemově zásadní, což je oblast úhrad zdravotní péče. Díky platnému úhradovému systému máme omezené páky na to, abychom tu vytvářeli nějakou silnou konkurenci. Musíme s ním pracovat tak, jak je nastavený a spíše ho dlouhodobě kultivovat. Musíme přinášet nástroje, které do budoucna povedou k tomu, že klient systémem projde jednodušeji, s menšími náklady a lepším výsledkem péče. Mluvíme o tom často, nejen já, ale i pan náměstek

Šmehlík – správné řízení cesty klienta systémem. Na začátku, když něco budujete, potřebujete investice. V současnosti se proto skutečně snažíme, aby určitá část nákladů zdravotní péče šla na zlepšení systému, na jeho posun v kvalitě.

Vidím do budoucna úspory- ve správné organizaci péče, rozumné smluvní politice a v tom, že obě strany mluví o stejných věcech, stejných číslech

Ve spolupráci s ministerstvem a ÚZIS je třeba dotáhnout dlouho očekávaný kvalitní klasifikační systém DRG CZ, který nám popíše nákladovou stránku našeho vztahu s poskytovateli zdravotních služeb. Budeme schopni říci, jestli je ten vztah zdravý, nebo je potřeba jej nějakým způsobem změnit, či upravit, byť třeba jen evolučně. Tady vidím do budoucna úspory – ve správné organizaci péče, rozumné smluvní politice a v tom, že obě strany mluví o stejných věcech, stejných číslech a všichni mají podklady, které budou nezpochybnitelné. Ostatně takové podklady jsou už dnes díky panu profesorovi Duškovi k dispozici.

Začíná dohodovací řízení. Třetí v pořadí, které má garanci ze strany ministra zdravotnictví, že bude respektovat jeho výsledky. Je to příležitost sáhnout více do sítě, nebo vůbec do struktury zdravotnictví? Nebo nejste fanoušek radikálnějších kroků?

Nevím, jestli je to o radikálních krocích. My jsme vedli interní diskuse o přípravě a strategii pro letošní dohodovací řízení. I v tomto roce chceme mluvit nejdříve o obsahu, o úhradových mechanismech, o síti, struktuře sítě a teprve pak o ceně, nebo o úhradách. Dvě strany, které sedí u stolu, by se měly nejprve shodnout na tom, jaké úhradové mechanismy budou použity a proč tak, abychom za nimi viděli zvýšení kvality, dostupnosti, zvýšení efektivity průchodu pacienta systémem a třeba i více benefitů, které mu můžeme nabídnout. Vstupují do toho odborné autority, které by měly říkat, co je správné a jakým způsobem má být pacient v systému takřikajíc obsloužen. Teprve pak by měly přijít na řadu peníze.

Já si nedělám ambice, že by mělo dojít k revoluci. Postupnou evolucí došlo ke změnám i v předchozím a předminulém dohodovacím řízení. Zavedli jsme bonifikační mechanismy, které mají zajistit našemu klientovi, že se dostane k praktickému lékaři, ke stomatologovi. Dnes je ještě brzy mluvit o tom, zda tyto nástroje, o kterých jsme přesvědčeni, že jsou správné, se skutečně osvědčily. Bylo by naivní říkat, že máme nějaké tvrdá data. Nemáme. Ale věříme, že postupujeme správně a že se efekt dostaví. Bavíme se o tom, jak snížit náklady na komplement, jak zajistit, aby nebyly duplicitní vyšetření, zajistit dobrou dostupnost sítě a přiměřenou kapacitu ambulantních specialistů. To jsou všechno témata, která se v dohodovacím řízení budou řešit. Dobré je, že se řeší u stolu s partnerem. Kolegové, kteří zastupují VZP v dohodovacím řízení, jsou nachystáni nejenom předložit naše záměry, ale i data, čísla, argumenty. Budeme ukazovat, jak se vyvíjí náklady a produkce i návrhy na změny, o nichž si myslíme, že jsou správné.

Máte nějaké poznatky, které by svědčily o tom, co říká lékařská komora, nebo odbory, že je ohroženo poskytování zdravotní péče a že je české zdravotnictví v krizi?

Strašně nerad používám velká slova, že jsme buď v hluboké krizi, nebo že jsme na vrcholu. Každý složitý a komplexní systém je náchylný k tomu, aby generoval určité problémy a my jsme tu od toho, abychom je řešili. To je můj přístup. V rámci smluvní politiky a smluvních vztahů ověřujeme, zda zdravotnické zařízení disponuje personálním, technickým vybavením tak, jak je ve vyhlášce. Provádíme kontroly. Bezesporu bychom mohli mluvit možná i desítkách zjištění kontrol. Řešíme je tak, abychom neohrozili péči pro naše klienty a zároveň garantovali jejich bezpečnost.

Takto složitý systém nikdy nebude vykazovat bezchybnost. Jeho problémem je – a teď se vracím v kruhu – že ne všichni mluvíme stejnou řečí a pracujeme se stejnými daty. Proto dávám obrovský potenciál CZ DRG, pokud se začne zavádět, tak si skutečně budeme moci férově u společného stolu říci, jak se věci mají. Například, že nemocnice nekrachuje díky smluvní politice VZP, ale z jiného důvodu, jak se ukazuje při porovnání s jinou nemocnicí, která je obdobná a má úplně stejnou úhradu. Potom hledejme, kde je chyba a pojdme ji řešit. Nechci nikoho peskovat nebo mu radit. Chci diskutovat nad stejnými čísly a hledat pravdu. Dílčí problémy ale samozřejmě máme.

Například s nemocnicí v Rumburku?

Mediálně vděčné téma. Ano, ve Šluknovsku vznikl problém s nemocnicí. A já vůbec nechci hledat viníka, i když bych si možná i troufl. Nemocnice se dostala do problémů, které se dlouhodobě neřešily, neřešil je zřizovatel ani nikdo jiný. Role pojišťovny je jediná – je tu od toho, aby si položila otázku: potřebujeme tuto kapacitu? Potřebujeme, tak musíme něco udělat. Připravili jsme takové úhradové mechanismy, které tu nejsou od toho, aby zachraňovaly ekonomiku nemocnice, protože se dostala do problémů, ale které zohledňují regionální situaci v dostupnosti zdravotní péče. Pokud tam péči potřebujeme, tak její úhradu adekvátně modifikujeme a tento modifikační mechanismus použijeme pro všechny poskytovatele, kteří se pohybují ve stejné nebo podobné situaci. Nepovažoval bych to ale za nějakou katastrofu. Řešíme ad hoc situaci, která nevznikla naším přičiněním a snažíme se zachovat v regionu péči.

Musíme se domluvit, jestli všichni budou dělat všechno, anebo je tu prostor pro diverzifikaci péče

Pak je celá řada oblastí, kde si myslíme, že místo pěti nemocnic stačí tři. To neříkám nějak panovačně. Chceme se domluvit se zřizovateli, kraji, státem, zkrátka partnerem u stolu na tom, jak zorganizovat péči tak aby to bylo výhodné pro obě strany a zejména pro klienty. Musíme se domluvit, jestli všichni budou dělat všechno, anebo je tu prostor pro diverzifikaci péče. Nechceme nadiktovat, že nemocnice X má zavřít chirurgii a nemocnice Y ortopedii. Chceme diskutovat o tom, co je ekonomicky výhodné pro poskytovatele, co neomezí dostupnost pro klienty a nám může přinést benefit v podobě efektivizace nákladů.

Pojišťovny často trvají u všech nemocnic na čtyřech základních oborech, ale začíná se mluvit o tzv. komunitní nemocnici, která má jako základ internu pro lehčí případy, těžší se tam vůbec nevozí, plus k tomu je nějaká základní chirurgie, podle možností, ideálně jednodenní. A taková nemocnice nemusí přijímat pacienty 24 hodin denně sedm dní

v týdnu. Jak se díváte na takový model?

Připadá mi rozumný. My ale musíme mít síť nemocnic, které zajišťují akutní lůžkovou péči v nepřetržitém provozu a tato síť má být nastavena optimálně pro potřeby našich klientů.

Momentálně takovou síť nemáte?

Není vydefinovaná, ale už se tvoří její kontury. Síť čtyřoborových nemocnic v nepřetržitém provozu s dostupností 24 hodin 7 dní v týdnu komplementu a zobrazovacích metod je už dnes zobrazena v návrhu ministerstva zdravotnictví na vybudování urgentních příjmů. Tam je definováno, že pokud poskytovatel má tuto infrastrukturu a splňuje dané podmínky, stává se součástí páteřního systému akutní lůžkové péče. Musíme testovat a nastavit optimálnost dostupnosti péče v takové síti. Potom j tu celá řada dalších poskytovatelů, s nimiž je podle mě relevantní hovořit o tom, zda skutečně chtějí poskytovat péči v současné struktuře. Jednodenní péči považuji za trend budoucnosti. Metody se zjednodušují, jsou stále efektivnější a navíc ještě můžeme očekávat nástup telemedicíny. Pokud bude chtít nemocnice rozvíjet jednodenní péči, jediné, co k tomu pojišťovna potřebuje, je, aby jí mohla promítnout komplexně do úhradových mechanismů. Jinými slovy, aby vždy za péčí, která se odehraje v tomto režimu, viděla péči, která zmizí z nákladově významnější úrovně právě třeba ve velkých nemocnicích. Jakmile se nám tohle podaří, pak má jednodenní péče už jenom samá pozitiva – je to pro klienta komfortní, z medicínského pohledu prospěšná a z hlediska nákladovosti efektivní.

Druhým trendem, o němž se v odborných kruzích začíná stále silněji hovořit, je konsolidace poskytovatelů. Není vždy vnímána pozitivně, například v podobě lékárenských řetězců. Na druhou stranu může být třeba v rámci organizace zdravotnictví na úrovni kraje výhodná. Podporujete sdružování ambulancí a nemocnic do nějakých celků, které s vámi jednájí?

Intenzivně jednáme s kraji, které jsou nejsilnějším partnerem z pohledu regionálního zdravotnictví. Teď samozřejmě nechci opominout stát se sítí přímo řízených nemocnic, zejména fakultních, Nemáme ambice krajům říkat, jak by měli nastavovat fungování zdravotnictví. Ukazujeme jim, co si myslíme, že je efektivní z pohledu našich klientů a snažíme se hledat shodu. Co se týká konsolidací, typicky třeba holdingových uspořádání, jsme k nim vstřícní. Nabízíme krajům datovou základnu, analýzy a naše pohledy na věc. Chtěly bychom tyto projekty řešit spíše jako partneři, než jako plátce na jedné a majitel na druhé straně stolu. Chtěli bychom, aby od nás měly kraje dostatek informací, co se stane a jak zareaguje pojišťovna, když zkonsolidují nemocnice, které řídí a udělají z nich holding.

Jako manažer si dovedu představit, že v nemocnicích, které mám pod jedním vedením, mohu využít celou řadu synergií například při řízení zdravotní péče po jednotlivých odbornostech tak, aby mělo logiku a jednodušší péče se odehrávala v místě a složitější směřovala do centrálního zařízení. Nepopírám, že jsou s konsolidací spojena i některá negativa.

VZP se také dost snaží podporovat služby v odlehlých regionech, týká se to praktických lékařů, stomatologů, lékárníků. Jak se osvědčují bonifikační programy a finanční podpory?

Není takříkajíc pes zakopán úplně někde jinde? V tom, že v regionu, kterému chybí infrastruktura, je bez vize a opuštěn lidmi, prostě lékaři pracovat nebudou?

Vnímáme problémy s kapacitou a dostupností péče v regionech a snažíme se zapojovat mechanismy, které na ně reagují. Popsal jste to ale úplně přesně, ten pes je zakopán trošičku jinde. Generace lékařů zejména v primární péči nám stárne, chybí noví. My je nevyrobíme. Pojišťovna není institucí, která by dokázala generovat nové lékaře. Ona může motivovat stávající k tomu, aby zvýšili kapacitu, rozšířili ambulanci. Pokud lékař nepůjde do místa, kde se mu bude dobře žít, kde bude mít mateřskou školu pro své děti, zaměstnání pro svou ženu, standardní obslužnost – dostupného mlékaře a řezníka -, tak žádné bonifikační parametry situaci nevyřeší ani nezlepší. Spolupracujeme jak s hejtmany, tak se starosty obcí. Snažíme se hledat řešení, slučovat benefity, ale nejsem si jist, že využití našich nástrojů a bonifikačních mechanismů je všespásné. Je brzy hodnotit výsledky, ale nejdříve v polovině tohoto roku budeme moct říci, zda a jak moc fungují.

Dělá vám nějaký konkrétní region už teď větší starosti než ty ostatní?

Mluvil jsem o Rumburské nemocnici, její příběh se ale týká lůžkové péče a příčina tamních problémů tkví v kombinaci mnoha faktorů. Co se týká primární péče, neřekl bych, že regiony, kromě Prahy a velkých aglomerací, jsou nějak významně heterogenní. Vždy se objeví problémy tam, kde mizí infrastruktura, tedy v příhraničních a málo zalidněných oblastech. Geograficky jsou si podobné. Nedá se ale říci, že by byl nějaký kraj na tom významně hůře. Každý má svá specifika. Samozřejmě že v blízkosti německých hranic se lékař se zamýšlí, kde se bude věnovat svému poslání.

V Německu se uvádí, že budou potřebovat 5 tisíc nových lékařů ročně a budou je brát odevšad, včetně východních sousedů.

To je logické. Lékaři jsou vysoce kvalifikovaní, vzdělaní, jazykově vybavení. Kapacita odsávání na západ bude růst. Otázkou je, co jsme s tím schopni udělat. Je třeba zvážit, zda bychom neměli použít stejný princip odsávání dál směrem na východ do oblastí či zemí, které takový potenciál mají. Je ovšem také nutné se ptát, zda tamní kvalita odpovídá kvalitě naší medicíny.

Rozšiřuje se počet klientů, kteří mají benefit z jinak standardně nehrazených prostředků, například onkologicky nemocné děti, či ženy s karcinomem prsu

Zastavme se ještě u lékové politiky. Před více než rokem jste u Kulatého stolu Zdravotnického deníku představil metodiku VZP k paragrafu 16. Osvědčila se?

Ano. Paragraf 16 se stal problémem díky tomu, že se přežil a začal se používat v masivním měřítku, a to přesto, že to byl nástroj pro výjimečné situace. Musím poděkovat spolupracovníkům za to, co odpracovali směrem k „šestnáctce“, zejména kolegům na úhradách zdravotní péče, ať už je to David Šmehlík, paní doktorka Míková a další. Metodika velmi pomohla čitelnosti, předvídatelnosti a rychlosti rozhodování. S odbornými společnostmi jsme schopni nastavit jakousi kuchařku, pravidla pro daný léčivý přípravek či

materiál. Významně zjednodušujeme rozhodovací proces v revizního lékaře. Samotný proces zůstává stále v individuálním rozhodnutí. Pokud ale je od odborné společnosti garantován benefit za určitých definovaných podmínek, revizní lékař má mnohem jednodušší rozhodování. Je předvídatelné, klient i ošetřující lékař může odhadnout, jak velká je míra pravděpodobnosti, že bude schválena úhrada léčivého přípravku. Klient dostává svůj lék včas, je to vidět i na číslech. Rozšiřuje se počet klientů, kteří mají benefit z jinak standardně nehrazených prostředků, například onkologicky nemocné děti, či ženy s karcinomem prsu apod.

Zvolili jsme způsob, kterým jsme zrychlili a zjednodušili celý proces, než se udělá systémové opatření. Funguje. Nenaplnily se obavy z toho, že povede k brutálnímu navýšení nákladů, i když samozřejmě navýšení dochází. Pokud chceme být vstřícnější a otevřenější ke klientovi a chceme mu zpřístupnit i nejmodernější péči, vždycky to něco stojí. Náklady jsou ale řízené, nedochází k nějakému výbuchu, který jsme nečekali. Naopak. Myslím si, že nový proces odstranil celou řadu soudních sporů. Byť některé probíhají, to si nebudeme zastírat.

Když jste zmínil tyto spory, nedávno soud nařídil předběžným opatřením, že do doby než rozhodne pojišťovna přes paragraf 16 o nároku pacientky s maligním melanomem ve čtvrtém stadiu, musí péči uhradit. Jak velká je to pro vás komplikace?

Nevnímáme soudní spory jako kontroverzi, ale často jako poslední instanci pro vyjasnění, jaký je správný postup. Soudních sporů není víc, než v minulosti. Možná jsou více medializovány a skutečně v některých neuspějeme. Vždy si z toho bereme nějakou zpětnou vazbu. Když máme písemné vyhotovení rozsudku, díváme se, co je podstatou rozhodnutí, proč soud vyhodnotil náš postup jako chybný. Většinou se jedná o kvalitu zdokumentování procesu rozhodování, kdy je nám velmi často vytýkáno, že rozhodnutí není řádně zdůvodněno a že jsme měli zohlednit nějaké další aspekty. Bereme si z toho poučení, že rozhodovací proces musí být veden a řízen skutečně kvalitně. Snažíme se soudním sporům předcházet, a když už soudní spor vznikne, hledáme rychlejší řešení, které by předešlo rozhodnutí soudu.

Mediálně asi nejznámější soudní spory se týkají svalové dystrofie. VZP bez deklarování benefitů léčivého přípravku Spinraza pro klienty v dospělém věku nemohla schválit úhradu. Bylo by to rozporu s našimi povinnostmi ve směru k řízení veřejných financí. Proto došlo k soudnímu sporu a my se přes to, že stále probíhá, snažíme vést diskuzi s odbornou společností a najít řešení. V tomto případě máme radost, že se zřejmě podaří kolegům přijít s řešením možná ještě před skončením jednání soudu. Naším cílem je minimalizovat počet soudních sporů, a když už probíhají, protože není jiná možnost, tak využít jejich výsledků k poučení a nastavení změn.

Jak zvládá VZP nástup genové a buněčné terapie a její zpřístupnění českým pacientům?

Tuto agendu řešíme velmi intenzivně. Byl jsem u prvních konferencí, které pořádal pan profesor Majer, věnuje se tomu David Šmehlík. Naše pozice je jednoznačná. Nechceme zavírat oči před novými metodami, chceme jim spíše jít naproti a současně mít neustále v hlavě naši druhou povinnost – udržet stabilitu systému. Daří se jednak jak s dodavateli, tak

s odbornými společnostmi o postupném náběhu moderních terapií. Možná budu vypadat jako přílišný optimista, ale zažil jsem před několika lety diskuzi o tom, jak náš rozpočet ohrozí centrová péče. Už tenkrát jsem říkal, že bych se toho tolik nebál a jsem rád, že to dopadlo tak, že dnes už nám rostou náklady na centrovou péči více méně stejně jako na celý systém, tedy o nějakých 10 procent a počet odbavených klientů roste o 15, 16 procent. Byl bych strašně rád, kdyby se nám u genové terapie povedlo něco podobného.

Zaujalo mě, že vám správní rada nedala loni plnou odměnu kvůli revizním lékařům, ale zároveň řekla, že za to nemůžete. Sehnat revizního lékaře v době obecného personálního nedostatku je asi téměř nemožné?

Lékařů je málo. Role revizního lékaře, který jde svým způsobem – myšleno v nadsázce – proti svým, také není kdovíjak sexy. Musíme je jednak přesvědčovat, že získají nějakou přidanou hodnotu, naučí se něco navíc a že se třeba v rámci své práce budou mít možnost seznámit s problematikou, kterou by jako lékaři v nemocnicích, nebo praxích nepoznali. A samozřejmě je motivovat i finančně v mezích, které jsou v rámci VZP možné. Je jasné, že s problémem s revizními lékaři se budeme potýkat i přes aktivní personální politiku i nadále. Vůbec bych se ale nechtěl vyjadřovat ke krácení odměn. Ten parametr tam byl a je na rozhodnutí orgánu společnosti, jak jej posoudí.

V souvislosti s projednáváním novely zákona o oborových zdravotních pojišťovnách, se vedly debaty o obsazení jejich správních rad. Je to asi pro vás obtížné se vyjadřovat, když jste jako ředitel správní radě odpovědný, ale neříkal jste si, že by bylo fajn, kdyby byl zákon upraven i pro VZP tak, aby v řídicích orgánech pojišťovny už neseděli poslanci a vůbec politici?

Asi bych se k tomu neměl moc vyjadřovat, ale upřímně: jsem tu osmý rok a nepamatuji, že by s tím byl nějaký zásadní problém. Vždy jsem spolupráci s orgány společnosti vnímal jako standardní, profesionální

Bez ohledu na politickou garnituru?

Bez ohledu na politiku. Snažím se chovat férově. Mám k tomu neutrální postoj, protože si myslím, že pro VZP to není problém.

Neřekl bych, že jsem velký diplomat. Je schopnost obstát před správní radou věcí jen manažerského umu, nebo i diplomacie?

Neřekl bych, že jsem velký diplomat. Na to se mi strašně těžko odpovídá. Kolegové v orgánech společnosti – pokud se mohu vyjádřit a má to být fér – mi nekladou takové úkoly, abych je nemohl plnit čistě profesionálně manažersky. Když se bavíme o jakémkoliv problému, převažuje odbornost. Pokud řešíme problém v onkologii, tak mám partnera profesora onkologie, o kardiologii profesora kardiologie, tam to беру spíše jako obohacení. Protože náš pojišťovenský pohled míří často jenom přes management, peníze, úhrady a je dobré mít zpětnou vazbu i z orgánů společnosti, jaké tam jsou vedlejší aspekty. Takže za mě znovu: necítím složení správní rady jako problém, ale nejsem kompetentní vyjadřovat se


k tomu, jak by to mělo být do budoucna.

Baví vás ještě vaše práce ředitele VZP? A jak dlouho, myslíte, že vám to ještě vydrží?

Nejzákeřnější otázka ze všech. Fakticky to je jako v každé jiné práci a takovéto pozici. To víte, že jsem občas ze všeho unavený. Ale na druhou stranu cítím obrovskou odpovědnost k lidem, kteří ve VZP pracují. Pojišťovna jak dnes funguje – to není můj výsledek. Je to výsledek všech podřízených. Od dam na klientských pracovištích až po náměstky, kteří řídí jednotlivé úseky. Každý tomu něco dává a něčím práci a výsledky nás všech obohacuje.

Tomáš Cikrt

Radíme podnikatelům: Průlom. Změna zákonů už jen k 1. lednu, nebo k 1. červenci.

Zdroj - obrázek	Datum	Kategorie	Téma	Zdroj	Autor	Sekce
	27.02.2020 (20:56:01)	Internet	Lékař	Denik.cz - Klatovský deník	NEZNÁMÝ	Deníky

Jak je již v Česku trochu nechvalnou tradicí, každý rok s sebou přináší změny, jež musí každý podnikatel sledovat a naplňovat. Pozitivní novinkou letošního roku je především schválení pouze dvou dat v roce, kdy se zákony budou moci měnit – a to buď k 1. lednu, anebo k 1. červenci. Novinky popisuje místopředsedkyně Asociace malých a středních podniků ČR Pavla Břečková.

Asociace malých a středních podniků ČR o toto řešení dlouhodobě usilovala. Naším cílem bylo, aby podnikatel nemusel pátrat, kdy co vešlo v platnost a zda termín náhodou nepropásl. Je to cenný krůček ke kultivaci legislativní džungle, která se váže k podnikání.

Vyšší zatížení

O něco méně potěší další zvýšení minimálních záloh na sociální a zdravotní pojištění u živnostníků. Ty se odvíjejí od průměrné mzda ta loni opět lámala rekordy.

Zálohy na pojistné se tak letos živnostníkům zvýší celkem o tři sta korun měsíčně. Minimální měsíční záloha na důchodové pojištění pro osoby samostatně výdělečně činné (s hlavní činností) se pro rok 2020 zvyšuje na 2544 korun a záloha na zdravotní pojištění se zvyšuje na 2352 korun.

Celkem tedy každý živnostník měsíčně odvede minimálně 4896 korun plus samozřejmě daň z příjmu.

Vše na jednom místě


Pro část podnikatelů bude od května změnou zavedení elektronické evidence tržeb. Jde o všechny zbývající obory, které zatím do systému nespádaly, tedy například o kadeřnice, taxikáře, cukráře, zubaře, veterináře, obkladače atd.

Dobrou zprávou je, že se konečně podařilo shromáždit všechny formuláře s dopadem na podnikatele na jednom místě – na portálu BusinessInfo.cz.

Podnikatelé již nemusí složitě vyhledávat tiskopisy státní správy na řadě různých pracovišť a internetových stránek. Tuto skutečnost velmi oceňujeme!

Tématem dalšího dílu poradny 2. března bude daňová problematika.

Doktor Macek se neudržel: ČT24 nás od rána do večera straší koronavirem a pak...

Zdroj - obrázek	Datum	Kategorie	Téma	Zdroj	Autor	Sekce
	27.02.2020 (21:51:06)	Internet	Lékař	Parlamentnilisty.cz - Aréna	rak	Ekonomika a Finance

Stomatolog, komentátor a spoluzakladatel ODS Miroslav Macek tentokrát ve svých čtvrtěčních glosách věnoval několik vět možné epidemii koronaviru. Podle něj je ještě něco horšího než možná epidemie u nás. „Netřeba mít obavy z epidemie koronaviru, ale z toho, že pokud dorazí, vláda to bude řešit a činit ,opatření“,“ střefoval se do současné vlády komentátor. Za své informování o této chorobě to schytala i veřejnoprávní televize. A ministryni práce a sociálních věcí Janě Maláčové (ČSSD) Macek popřál, aby do konce života musela pracovat jako OSVČ.

...načíná své glosy „Dodávám: absolutně nechápu, proč se toho nechytne nějaká politická strana a nezjistí, za čí vlády si ušetřili ty miliony. To by byl předvolební tahák!“ poznačil. Třetí glosa se týkala výskytu obávaného koronaviru. Podle stomatologa jsou i podstatně horší scénáře než epidemie. „Netřeba mít obavy z epidemie koronaviru, ale z toho, že pokud dorazí, vláda to bude řešit a činit ,opatření“,“ podotkl.

A u koronaviru Macek zůstává. Dotkl se též velkého mediálního prostoru, který dostává u veřejnoprávní televize. „ČT24, která nás od rána do večera straší koronavirem, nám sdělila, že účast ve volbách v Íránu negativně ovlivnily některé elementy, které přehnaně strašily koronavirem,“ pronesl k informování o nemoci. A závěrem se Macek odvolal na „boží hlas lidu“ a se slovy „vox populi, vox Dei“ popřál ministryni práce a sociálních věcí, aby zjistila, jaké to je být OSVČ. „Ministryni Maláčové bych přál jednu jedinou věc: aby zbytek života musela prožít jako OSVČ,“ napsal. A přitvrdil: „Ideální by bylo, kdyby každý ministr před nástupem do úřadu musel nejméně jeden rok podnikat od prvopočátku jako OSVČ, vyřídit si všechny náležitosti, začít a vydržet. A pak teprve do úřadu...“ Patrně tak narážel na časté zhoršení podmínek pro OSVČ. Těch se například může negativně dotknout ministryní navrhovaná důchodová reforma. Pokud totiž živnostníci nebudou odvádět více než minimum, budou mít zásluhový pilíř nižší, dokonce se může stát, že OSVČ nedosáhnou ani na základní nultý – solidární pilíř.