



time

Odborný analytický měsíčník

LISTOPAD 2011 | ČÍSLO 09
WWW.CICAR.CZ
ZDARMA

Vzorem zdravotních reforem je Nizozemí

Rozhovor s ekonomem Ondřejem Mátlem o aktuálních změnách ve zdravotnictví, dlouhodobých reformách, obtížích s jejich prosazováním, o soukromých investorech, odmítání zisku a problémech, které nás teprve čekají.

Výdaje na zdravotnictví stále rostou

Celkové výdaje na zdravotnictví dosáhly v roce 2010 292 miliard korun, v přepočtu na obyvatele to bylo 27 760 korun. Z veřejných zdrojů přitom do systému přiteklo 243 miliard, tedy více než 83 %. Zbytek tvořila spoluúčast pacientů.

ZDRAVOTNICTVÍ V ČESKU

MEZI REFORMOU A ZMĚNOU

obsah



6 | Vzorem zdravotních reforem je Nizozemí

ROZHOVOR | TÉMA O aktuálních změnách ve zdravotnictví, dlouhodobých reformách, obtížích s jejich prosazováním u nás doma i v zahraničí, o soukromých investorech, odmítání zisku, rostoucích nákladech a problémech, jako je stárnutí populace, které nás teprve čekají.

Rozhovor s Ondřejem Mátlem



10 | Kapitáni českého zdravotnictví

ANALÝZA | TÉMA Co mají společného Tomáš Chrenek, Petr Kellner, Marek Dospiva, Marek Čmejla, Zdeněk Zemek, Alexander Seidl, Sotirios Zavalianis, Marek Potysz či Roman Šmucler? Všichni již několik let vlastní či provozují soukromá zdravotnická zařízení a podnikají ve zdravotnictví ve velkém.

Autor Ondřej Mátl



12 | Výdaje na zdravotnictví stále rostou

ANALÝZA | TÉMA Celkové výdaje na zdravotnictví dosáhly v roce 2010 podle statistiků 292 miliardy korun, v přepočtu na obyvatele to bylo 27 760 korun. Veřejné zdravotní pojištění vydalo 222,5 miliardy, celkem z veřejných peněz šlo téměř 243,3 miliardy. Spoluúcast pacientů loni byla 16,7 procenta...

Autor Barbora Bakulová



14 | Trajektorie reforem zdravotnictví v Evropě

ANALÝZA | TÉMA Ve více než dvaceti evropských zemích probíhají reformy, které vesměs zvyšují šance privátního sektoru. Tyto reformy budou v příštích deseti letech zvyšovat soukromé subjekty a pojišťovny v Evropě...

Autor Jaroslav Volf



18 | Jak zvládnout komunikaci reforem?

ANALÝZA | VEŘEJNÝ MARKETING V roce 2008 byla reforma zdravotnictví klíčovým tématem, které rozhodlo o osudu voleb do zastupitelstev krajů. Shodou okolností opět před blížícími se krajskými volbami provádí vláda další reformní kroky. Povede se jí tentokrát lépe?

Autor Marek Buchta



20 | Novela zákona o ochraně utajovaných informací a bezpečnostní způsobilosti

ANALÝZA | VNITŘNÍ BEZPEČNOST 1. 1. 2012 nabývá účinnosti zákon č. 255/2011 Sb., kterým se mění zákon č. 412/2005 Sb., o ochraně utajovaných informací...

Autoři Jaroslav Salivar, Milan Mleziva

**CI Time**

Odborný analytický měsíčník
Číslo 9
Ročník 1
Listopad 2011

Vydává

CI Consult & Research, s.r.o.
IČ: 24772461
Vladislavova 1390/17
110 00 Praha 1, Nové Město

Kontakty

Telefon: 224 054 087
www.cicar.cz, citime@cicar.cz

Redakce

Šéfredaktor
Ladislav Mrklas

Odborní konzultanti redakce
Ivan Langer, Josef Šíma

Tajemnice redakce
Petra Viktorová

Art director
Ivo Kubát (Multimedia Atelier)

Vedoucí redaktoři rubrik
Jan Jireš (mezinárodní vztahy
a bezpečnost)
Petr Sokol (evropská politika)
Marek Buchta (veřejný marketing)
Ondřej Mátl (zdravotní a sociální
politika)
Petr Stiegler (IT)
Jaroslav Salivar (vnitřní
bezpečnost)

Stálí spolupracovníci
Barbora Bakulová, Radovan
Ďurana, Ludmila Habadová,
Miroslav Hyrman,
Luboš Jemelka, Jiří Kozák,
Filip Molčan, Jan Průša,
Dalibor Roháč

Jazyková korektura
4JAN Public Relations, s.r.o.
Registrace MK ČR E 19998,
ISSN 1804-8099

Milí čtenáři,

české zdravotnictví patří mezi nejčastější témata debat veřejných i soukromých. Stačí si uvědomit, jak často je zdraví a práce lékařů, nemocnic či ordinací předmětem našich vlastních diskusí v rodině či s přáteli. Letošní rok byl pro české zdravotnictví značně turbulentní. Na jaře jsme byli konfrontováni s akcí „Děkujeme, odcházíme“, po celý rok pak slyšíme o záměrech ministra zdravotnictví a o názorech, které mají na připravované změny nejrůznější zainteresované skupiny či politické strany. Není tedy žádná náhoda, že další číslo časopisu CI Time věnujeme takřka celé tomuto problému.

Téma otevírá svou rekapitulaci důležitých změn a kroků ministerstva zdravotnictví právnička a dlouholetá konzultantka v této oblasti Ludmila Habadová. Ve svém textu připomíná mimo jiné připravované finanční úspory, zvýšení práv pacientů a problematiku záchranné služby.

Následuje rozhovor s ekonomem a osobností, která měla v nedávné minulosti možnost účastnit se či dokonce vést řadu odborných a politických debat o budoucnosti zdravotnictví, Ondřejem Mátle. Rozhovor se věnuje nejen aktuálním problémům a změnám, ale také reformám v zahraničí, které mohou či naopak nesmí být inspirací. Ondřej Mátl se ale také dotýká role soukromého kapitálu ve zdravotnictví či problémů, které nás v této oblasti teprve čekají.

Právě Ondřej Mátl je též autorem další analýzy, která si za cíl klade zmapování pozice soukromých zdravotních subjektů či jejich řetězců, které se stále více stávají velkými hráči na tomto důležitém poli. Reformám a změnám ve zdravotnictví v Evropě se věnuje lékař Jaroslav Volf, který připomíná, že obecný trend ve velké části Evropy, včetně našich sousedů z Německa či Polska, je veskrze liberalizační a protržní. Zároveň si všimá, že ani v jedné zemi nejde o proces bezbolestný. Zdravotnickou tematiku uzavírají dva další texty. Barbora Bakulová ve své analýze finančních toků upozorňuje na stále rostoucí objem peněz ve zdravotnictví i na problémy s jejich efektivním vynakládáním. Ekonom Jan Průša ve svém textu polemizuje s některými zdravotnickými mýty.

Marketingový specialista Marek Buchta se ve svém volně navazujícím příspěvku zabývá komunikací reformy ze strany vládních garnitur. Připomíná úspěchy i chyby, kterých se politické reprezentace nejčastěji dopouštějí. Jaroslav Salivar a Milan Mleziva ve svém společném textu analyzují nejvýznamnější změny, které přináší novela zákona o utajovaných informacích a bezpečnostní způsobilosti.

Na poslední letošní číslo, které se bude věnovat změnám v podnikatelském prostředí od ledna 2012, se můžete těšit v prosinci.

S přáním inspirativního čtení

Ivan Langer,
zakladatel společnosti
a odborný konzultant redakce

Ladislav Mrklas,
zakladatel společnosti
a šéfredaktor

Zdravotnická **reforma**

Ministr zdravotnictví Leoš Heger je ve funkci již 15 měsíců. Jeho hlavní prioritou bylo od samého počátku prosazení reformních změn v českém zdravotnictví. I přes několikaměsíční komplikace způsobené protestní akcí lékařů „Děkujeme, odcházíme“ je tento proces přibližně v jedné třetině.

LUDMILA HABADOVÁ | Autorka je právnička, řadu let působí v roli konzultantky pro oblast zdravotnictví a sociální politiky

Po schválení kodexových zákonů o službách a úpravách v oblasti léků a patientských poplatků jsou v druhé třetině na řadě změny pro zdravotní pojišťovny a s tím související zásahy do sítě nemocničních lůžek.

ÚSPORA AŽ OSM MILIARD

První, již schválená část reformy zavádí řadu změn, které by měly resortu ministerstva zdravotnictví ušetřit až osm miliard korun. Jedná se o novelu zákona o zdravotním pojištění, která zvyšuje regulační poplatek za pobyt v nemocnici ze současných 60 na 100 korun za den, což by mělo podle odhadů přinést až dvě miliardy korun. Další více než jednu miliardu ušetří pojišťovny na proplácení léků do 50 korun a všech podpůrných a doplňkových přípravků. Nemalou finanční úsporu přinese zákonem schválené neproplácení preventivních zaměstnaneckých prohlídek pojišťovnami. Nově nebudou pacienti již platit za každou jednotlivou položku na receptu, ale zaplatí pouze 30 korun za recept. I přes poměrně velkou kritiku celé levicové části politického spektra, České lékařské komory a odborů ruší novela zákaz příplácení si za lepší péči a zavádí standard, na který budou mít pacienti nárok ze zdravotního pojištění – za nadstandardní služby si naopak budou moci



Martin Engel, předseda LOK

příplatit. Za co přesně se bude příplácet, není ještě zcela jasné, novela totiž podle kritiků jasně nestanovuje, kdo a za jakých kritérií bude standardy určovat. Odborníci mají nejprve určit takové výkony, u nichž je ekonomicky náročnější varianta možná. Tento seznam se poté stane prvním podkladem pro definování úhradových standardů. Další novinkou je zavedení elektronických aukcí, při kterých ministerstvo nabídne výrobcům léků exkluzivitu a předpokládá, že se tím v budoucnu ušetří každý rok až půl miliardy korun. Stoprocentní úhradu ze zdravotního pojištění získá jeden lék v dané léčivé látce, jež vyhraje cenovou soutěž. Konkurentům bude hrazeno jen 75 procent základní úhrady. Vedle finanční úspory se od elektronických aukcí očekává omezení korupce a šedé ekonomiky v lékové politice.

PRÁVA PACIENTŮ POSÍLÍ ZÁKON O ZDRAVOTNÍCH SLUŽBÁCH

Zákon o zdravotních službách by měl podle představ ministerstva zdravotnictví systematicky upravit problematiku poskytovatelů zdravotních služeb, a to tak, že definuje pojem zdravotnického zařízení, stanoví jednotné podmínky pro udělování oprávnění k poskytování zdravotních služeb pro státní i nestátní

poskytovatele a jasně vymezi jejich práva a povinnosti včetně práv a povinností zdravotnických pracovníků. Dojde i k výraznému posílení práv pacientů, neboť ti se stanou hlavními účastníky procesu poskytování zdravotních služeb a jejich práva budou nově nejen jasně vymezena, ale i vymahatelná. Zákon dále zavede hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních slu-



Leoš Heger, ministr zdravotnictví

žeb podle stanovených standardů kvality, upraví šetření stížností na poskytování zdravotních služeb, specifikuje podmínky nakládání se zdravotnickou dokumentací a zakotví vedení Národního zdravotnického informačního systému včetně vedení Národních zdravotních registrů, které mají shromažďovat informace o zdravotním stavu obyvatel na území České republiky.

PROBLEMATIKU ZÁCHRANNÉ SLUŽBY SJEDNOTÍ NOVÝ ZÁKON

Doposud problematiku Záchranné zdravotnické služby (ZZS) řešilo několik spolu nesouvisejících zákonů a vyhlášek s absencí organizačního, technického a odborného vývoje v oblasti přednemocniční neodkladné péče a návaznosti na akutní nemocniční péči, k tomu navíc naprosto nedostatečně definovalo úkoly ZZS. Nový zákon o zdravotnické záchranné službě vedle sjednocení legislativy nastavuje podmínky financování ZZS tak, že tato služba bude financována jak z veřej-

ného zdravotního pojištění, tak z části z rozpočtu krajů, další specifické náklady budou hrazeny ze státního rozpočtu. Zákon dále upravuje práva a povinnosti členů výjezdových skupin ZZS, kdy např. vedle povinnosti vyjet do dvou minut od pokynu operátora získá posádka oprávnění vstoupit na cizí pozemky a budovy či oprávnění požadovat pomoc od přítomných osob nebo možnost neposkytnout péči při bezprostředním ohrožení vlastního života a zdraví. Nově se stanovuje dojezdová doba ZZS z 15 minut na 20. Tato úprava vzedmula vlnu kritiky z obavy zhoršení dostupnosti péče, ale studie prokázaly, že na mnoha místech republiky lze patnáctiminutový limit dodržet jen stěží. Velkou diskusi vyvolal i požadavek Senátu, aby záchranáři měli nárok na odchodné. Ministr Heger tuto problematiku nakonec do návrhu nezahrnul, protože podle něj problematika výsluh patří do pracovního práva, nicméně přislíbil její projednání ve spolupráci s Ministerstvem práce a sociálních věcí.

UMĚLÉ OPLODNĚNÍ MOŽNÉ POUZE DO 49 LET

Ty zdravotní služby, u kterých je potřeba stanovit podrobněji práva a povinnosti a specifika postupů, vymezi zcela nový zákon o specifických zdravotních službách, který bezprostředně navazuje na zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. Tato právní úprava detailně stanoví podmínky tzv. nevratných výkonů, jako je sterilizace, kastrace, psychochirurgické výkony nebo změna pohlaví u transsexuálů. Po bouřlivé diskusi byla tímto zákonem stanovena nová hranice umělého oplodnění u žen do 49 let. Poskyvatelé asistované reprodukce nebudou již ke své činnosti potřebovat zvláštní schválení ministerstva zdravotnictví, ale postačí jim pouze oprávnění k poskytování zdravotních služeb. Terapeutická kastrace bude dle zákona možná u mužů nad 25 let, kteří spáchali buď nějaký sexuální motivovaný zločin, nebo byli diagnostikováni jako sexuální devianti. Předloha dále upravuje ochranné léčení ve zdravotnických zařízeních, dárčovství krve, povinnost pro střední a vyšší odborné školy organizovat a hradit preventivní prohlídky žáků, posudkovou činnost lékařů a nemoci z povolání. Pracovišť, kte-

rá pacienti ohledně nemocí z povolání vyšetřují, je podle ministerstva nyní zbytečně moc. Poskytovatele bude nově vybírat ministerstvo na dobu deseti let.

Po několikadenní schůzi Poslanecké sněmovny, způsobené obstrukcemi levice, která se snažila zablokovat schválení všech reformních zákonů, byl nakonec schválen i balíček zdravotnických zákonů, který nyní čeká pouze na podpis prezidenta republiky. V další části zdravotnické reformy je na řadě ještě zákon o zdravotních pojišťovnách a zákon o dlouhodobé péči, jejichž účinnost se plánuje od 1. ledna 2013.

DOJDE I K VÝRAZNÉMU POSÍLENÍ PRÁV PACIENTŮ,

neboť ti se stanou hlavními účastníky procesu poskytování zdravotních služeb a jejich práva budou nově nejen jasně vymezena, ale i vymahatelná.

Vzorem zdravotních reforem je Nizozemí

O aktuálních změnách ve zdravotnictví, dlouhodobých reformách, obtížích s jejich prosazováním u nás doma i v zahraničí, o soukromých investorech, odmítání zisku, rostoucích nákladech a problémech, jako je stárnutí populace, které nás teprve čekají.

Rozhovor s ekonomem a spoluzakladatelem
Centra zdravotně-sociálních studií vysoké školy CEVRO
Institut Ondřejem Mátlm

JOSEF ŠÍMA | Vedl rozhovor

Dlouhodobě se věnujete sociální oblasti, zabýváte se reformami zdravotnictví, moderoval jste politickou i odbornou diskusi na toto téma v České republice. Jak hodnotíte současné reformní kroky ministerstva zdravotnictví?

Spíše než o reformách bych hovořil o vylepšování stávajícího systému. Navýšení poplatků, delší dojezdová doba a jednotné podmínky pro poskytování zdravotnické záchranné služby, vymezení „nevratných“ zdravotních výkonů, jako je sterilizace či kastrace, nebo omezení pohybu pojištěnců mezi pojišťovnami nemění fungování systému jako takového, jedná se pouze o změnu parametrů. Stejně tak zásadní reformou není ani vymezení standardu a zakotvení možnosti legálně si připlatit za nadstandardní zdravotní péči; v tomto případě jde o legalizaci šedé ekonomiky ve zdravotnictví. Pan ministr Heger, kterého si velmi vážím, je zkušený manažer, který pochopil, že pro zásadní změny není schopen získat širší podporu, protože zájmy různých zainteresovaných skupin jsou diametrálně odlišné. Správně se proto rozhodl, že bude raději opravovat stávající systém, mírně inovovat jeho jednotlivé součásti, než aby s tímmem designerů vyvíjel zcela nový prototyp.

Jsou zásadní reformy obtížně realizovatelné pouze u nás doma, nebo je tomu podobně i v zahraničí?

Menší či větší problémy jsou všude. Zdravotnictví je totiž politikum, které se bytostně dotýká každého z nás. Například za vzor reformních států je považováno Nizozemí. Přestože tam reformně předcházela mnoho let trvající celospolečenská disku-



se a hledání konsensu napříč politickým spektrem, vlastní spuštění mělo mnoho kritiků. Když v roce 2006 koalice liberálů a křesťanských demokratů spustila změnu statutárního pojištění jeho předáním do privátních, navzájem si konkurujících pojišťoven s cílem vytvořit tržní model zdravotní péče a trh reagoval snížením rozpočtu nemocnicím o 300 milionů eur, mnoho kritiků uvádělo, že ředitelé přivedou veřejné nemocnice k bankrotu a systémem zdravotní péče zkolabuje. Nakonec se tak nestalo a nizozemské zdravotnictví poměrně úspěšně funguje. Naopak za

velmi neúspěšné jsou v řízení zdravotnictví považovány zejména jižní a jihovýchodní státy Evropy. Například v Bulharsku se podobně jako u nás doma snažili snížit počet nemocničních lůžek, protože se jim vymkl z kontroly segment akutní nemocniční péče, když v posledních třech letech vzniklo kolem 100 malých soukromých nemocnic. Plán bulharského ministerstva však nejen rozlítl běžné občany, zdravotní sestry či lékaře, ale také rozhořčil řadu podnikatelů, kteří investovali miliony do nových zdravotnických zařízení. Ministr tedy ozdravný plán

na snížení lůžkových kapacit opustil, ale mezitím přibližně pětina sester opustila zemi.

Zmiňujete soukromé investory ve zdravotnictví. U nás jsou stále přímé privátní investice v této oblasti vnímány jako něco negativního, proč tomu tak je?

Ano, zisk ve zdravotnictví je u nás skoro sprosté slovo. Příčiny vidím trojho druhu, které jsou vzájemně provázané. Za prvé je u nás osobní zdraví silně vnímáno jako základní lidské právo,

ING. ONDŘEJ MÁTL, MPA, MSC.



- Vystudoval veřejné finance a pojištění inženýrství na Vysoké škole ekonomické v Praze, management veřejné správy v National Graduate Institute for Policy Studies Tokio v Japonsku a evropskou sociální politiku na London School of Economics ve Velké Británii.
- Absolvoval několik stáží na zahraničních univerzitách (Tilburg University, Kings College University of London) zaměřených na evropskou politiku a právo. Je držitelem několika osvědčení, mimo jiné certifikátu v oblasti managementu a řízení kvality Evropské organizace pro jakost.
- V současnosti působí jako poradce a nezávislý konzultant. Dlouhodobě se zabývá tématem modernizace a evropeizace veřejných služeb, zejména pak služeb sociálních a zdravotních. Spolupracuje s představiteli

evropských institucí (zaměřuje se zejména na oblast strukturální politiky). Dále působí v komunální oblasti, pro Svaz měst a obcí ČR připravuje strategii ovlivňování evropské politiky a legislativy a zpracovává analýzy potřeb měst a venkova.

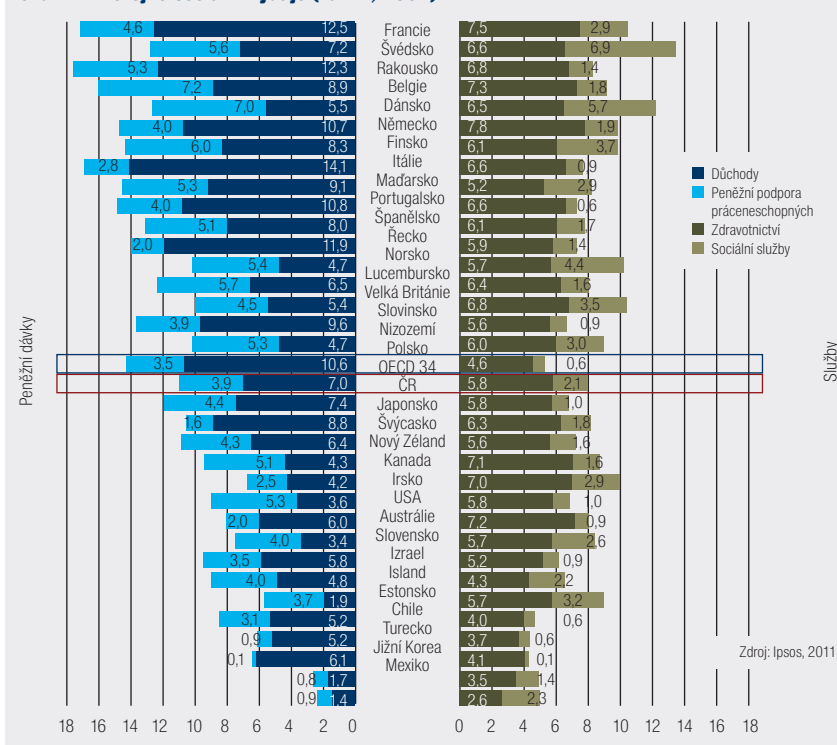
- Dříve pracoval v řídicích pozicích na Ministerstvu práce a sociálních věcí a Ministerstvu vnitra, kde se podílel na reformě sociálních služeb a zabýval se přípravou strategií modernizace veřejných služeb konzultační metodou tvorby politiky. V letech 2007 až 2009 působil jako vládní koordinátor projektu Kulatý stůl k budoucnosti zdravotnictví v ČR. Účastnil se také řady výzkumných a analytických aktivit pro mezinárodní instituce (Evropská komise, EFWLC, UCLG) i instituce domácí (Hlavní město Praha, Liberecký kraj, Jihomoravský kraj, CESES, NVF, Agel apod.).
- Realizuje akademickou činnost na soukromé vysoké škole CEVRO Institut, kde přednáší předměty zabývající se systémy zdravotní a sociální péče, evropskou sociální politikou a politikou Evropské unie v sociální a zdravotní oblasti. Je spoluzakladatelem Centra zdravotně-sociálních studií vysoké školy CEVRO Institut, na kterém připravuje studijní program management veřejné správy zaměřený na sociální oblast a zdravotnictví.
- Je autorem či spoluautorem mnoha publikací (Zpráva o stavu, vývoji a výhledu zdravotnictví v ČR, České zdravotnictví v roce 2050: modely finanční udržitelnosti zdravotnictví v ČR, Zdravotnictví za hranicemi: přehled vybraných reformních opatření v evropských zemích, Kvalita péče o seniory: Řízení kvality dlouhodobé péče v ČR, Analýza potřeb měst po roce 2013 z hlediska budoucí kohezní politiky apod.).

soukromý nezcizitelný statek, který není možné kupovat či prodávat, a proto na něm není možné vydělávat. Když nás bolí hlava, očekáváme, že nám někdo nezištně pomůže, ne že nám bude prodávat lék proti bolesti. O náklady ať se postará stát. Za druhé v naší společnosti stále přetrvává onen egalitářský fenomén z dob komunismu, podle kterého má mít každý stejně, a tedy i zdravotní péče má být pro každého stejná. Na této hodnotové vlně se hodně profiluje také sociální demokracie, pro kterou je neziskové zdravotnictví výkladní skříní volebního úspěchu. V neposlední řadě zisk a podnikání obecně zprofanovala divoká privatizace, která zásadním způsobem přerozdělila vlastnictví majetku ve společnosti po roce 1989, a to mimochodem mnohem více než restituce. Na rozdíl od západoevropských států či USA, kde jsou velký majetek a vysoký příjem vnímány jako úspěch, u nás se na bohaté díváme často jako na lidi, kteří jsou podezřelí, protože rozkradli státní majetek a obohatili se na veřejných zakázkách. Přitom kladných rozdílů mezi příjmy a výdaji ve zdravotnictví, tedy zisků, které jsou považovány za normální, je v českém zdravotnictví celá řada. Soukromí praktičtí lékaři, soukromí ambulantní specialisté, soukromé lékárny, soukromí provozovatelé záchronek, soukromí dodavatelé přístrojů, soukromé firmy, které pro nemocnice vaří a perou prádlo, ti všichni investovali do svých zařízení soukromé finance a chtějí dosáhnout zisku. Téměř 98% zdravotnických zařízení je přitom u nás doma zřízeno soukromými zřizovateli, onen odpor k soukromým investicím, podnikání a zisku ve zdravotnictví je proto paradoxní.

Není tento odpor také motivován tím, že je ve zdravotnictví nedostatek zdrojů, které pak při odčerpávání zisků chybí na léčení pacientů? Není proto potřeba investovat do zdravotnictví více?

To je podle mne ona zvrácená logika, kterou se snažíme na zdravotnictví uplat-

Graf 1 Veřejné sociální výdaje (%HDP, 2007)



ňovat. Po pekaři přece také nikdo nechce, aby prodával housky za režijní cenu a svoji práci vkládal zadarmo. Pokud se budete rozhodovat, kam investovat své úspory, nespokojte se s nabídkou, že zpátky dostanete pouze vklad a úročení bude nulové. Ve zdravotnictví je to stejné jako v jiných segmentech ekonomiky, pracovníci i investoři chtějí, aby byla práce i kapitál zhodnoceny. Mimochodem v České republice se vynakládá na zdravotnictví okolo 6% HDP. Podle statistik OECD to v roce 2007 bylo 5,8% HDP, což je srovnatelné s průměrem zemí OECD. Mnohem větší rozdíly jsou ve výdajích na důchody, sociální dávky či sociální služby. Ano, existuje celá řada zejména západoevropských zemí, které vynakládají více. Ty ale na rozdíl od nás nepotřebují konkurovat cenou pracovní síly. Řešení je proto třeba spatřovat v hledání úspor, racionalizaci a zefektivnění systému.

Zmiňujete rozdíly v sociálních službách. Jednou z cílových skupin těchto služeb jsou senioři. Myslíte

si, že i v této oblasti je možné hledat úspory?

Péče o seniory zahrnuje celé spektrum služeb, nejenom formální sociální služby, jako je pečovatelská služba či domovy důchodců. Všechny výzkumy přitom poukazují na to, že je největší část potřeb seniorů řešena neformální péčí. Druhým segmentem, který se v tuzemsku objemově nejvíce podílí na péči o závislé osoby, je ústavní a domácí ošetrovatelská péče. Teprve poté následuje formální sociální péče, tedy sociální služby. Celkový objem tzv. dlouhodobé péče, která je nesmírně roztržštěná, přitom podle odhadů přesahuje 30 miliard korun ročně. Vzhledem ke stárnutí populace lze navíc předpokládat, že poptávka po tomto typu péče postupně poroste. Spíše než prostor pro úspory zde tak vidím prostor pro provázání jednotlivých segmentů a poskytování péče za co nejnižší přijatelné celospolečenské náklady. To je ostatně vedle zvládnutí technického pokroku podle mého názoru úkolem pro české zdravotnictví v následujících letech.

Kapitáni českého zdravotnictví

Co mají společného Tomáš Chreněk, Petr Kellner, Marek Dospiva, Marek Čmejla, Zdeněk Zemek, Alexander Seidl, Sotirios Zavalianis, Marek Potysz či Roman Šmucler? Všichni již několik let vlastní či provozují soukromá zdravotnická zařízení a podnikají ve zdravotnictví ve velkém.

ONDŘEJ MÁTL | Autor je poradce a nezávislý konzultant v oblasti veřejných služeb a politik (zejména ve zdravotnictví)

Soukromá zdravotnická zařízení hrají v tuzemské síti zdravotnických zařízení významnou roli. Téměř 98% zdravotnických zařízení je zřízeno soukromými zřizovateli, v soukromých zařízeních je 54% všech lůžek a pracuje v nich přes 69% všech lékařů. Názory obyvatel na postavení soukromých zdravotnických zařízení jsou přitom celkově pozitivní. Soukromé ambulance, kliniky a nemocnice jsou v porovnání se státem řízenými organizacemi vnímány jako zařízení, která mohou poskytovat kvalitnější péči, efektivněji hospodařit a poskytovat méně prostoru pro korupční jednání.

POSTUPNÉ ETABLOVÁNÍ ZDRAVOTNICKÝCH ŘETĚZCŮ

V Česku se zdravotnické řetězce etablojí postupně. Jejich počáteční působení lze spatřovat v éře privatizačního úsilí, kdy byly vybrané zdravotnické zařízení postupně deetatizovány a noví, soukromí vlastníci postupně v malém měřítku rozšiřovali svá portfolia. Následně do zakládání, nákupu a pronájmu zdravotnických zařízení investovali zpravidla jednotliví investoři, kteří v této oblasti viděli stabilní a relativně ziskové, byť konfliktní odvětví. V poslední době je však možné spatřovat nový fenomén, kterým je vstup velkých institucionálních

investičních skupin do zdravotnictví, které usilují o dlouhodobé podnikání v tomto segmentu ekonomiky.

VEDE AGEL

Za největšími řetězci zdravotnických zařízení stojí primárně institucionální investoři. Za nejvýznamnější soukromý zdravotnický řetězec je považována skupina AGEL, a. s., která je největším soukromým poskytovatelem zdravotní péče ve střední Evropě. Tato skupina byla založena Tomášem Chrenkem, předsedou dozorčí rady Trineckých železáren a Moravia Steel. V současné době provozuje v ČR deset nemocnic a několik dalších zdravotnických zařízení. Především funguje v oblasti Moravskoslezského a Olo-



mouckého kraje. Skupina AGEL od roku 2006 působí i na Slovensku. Společnost také nepřímo působí na trhu zdravotního pojištění. Licenci na provozování pojišťovny získal AGEL v prosinci 2007, v roce 2009 pojišťovnu sloučil s Hutnickou zaměstnaneckou pojišťovnou, která se sloučila s Českou národní zdravotní pojišťovnou do České průmyslové zdravotní pojišťovny, jež je třetí největší zdravotní pojišťovnou v ČR.

Z institucionálních investorů dále ve zdravotnictví působí středoevropská investiční skupina Penta, jejímž významným akcionářem je finančník Marek Dospiva. V Česku vlastní lékárenský řetězec

Česká lékárna, který podniká pod značkou Dr. Max, a buduje síť soukromých lékařských praxí pod logem Mediclinic. Do investičního seskupení Penta patří také Alpha Medical Ventures, která prostřednictvím společnosti Aeskulab Holding, a. s. provozuje laboratoře.

Dalším velkým institucionálním investorem je finanční skupina PPF Petra Kellnera. PPF přitom vstoupila do zdravotnictví poměrně nedávno, když začala na začátku roku 2010 naplno podnikat ve zdravotnictví prostřednictvím dceřiné firmy PPF Healthcare tím, že koupila společnost Euroclinicum. Součástí společnosti Euroclinicum jsou nemocnice v pražských Vysočanech a ve Zlíně a polikliniky v Ústí nad La-

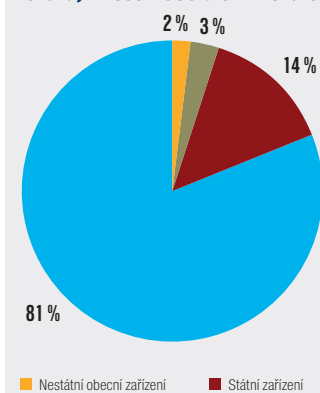


becem, Českých Budějovicích, Pardubicích, Přelouči a Slaném.

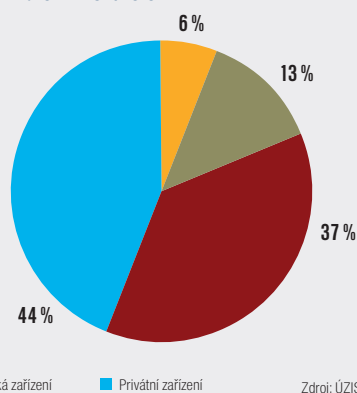
Velkým investorem je také mezinárodní skupina Appian Group, kterou spoluvládá Marek Čmejla. Appian Group do zdravotnického sektoru vstoupila v roce 2007, když získala stoprocentní podíl v holdingové společnosti Medicon, které patří několik lékáren a zdravotnických zařízení v ČR.

Ve zdravotnictví začal podnikat také finančník Zdeněk Zemek, který má podíl v několika lázeňských společnostech – například v Luhačovicích. Dalším větším investorem je Alexander Seidl, který vlastní Česko-německou horskou nemoc-

Graf 1 Kapacita ambulantní specializované péče (vyjádřená počtem lékařů) v roce 2009 dle zřizovatele



Graf 2 Kapacita lůžkové péče (vyjádřená počtem lékařů) v roce 2009 dle zřizovatele



Zdroj: ÚZIS, 2010

nici Krkonoše, s. r. o., ve Vrchlabí a je současně majitelem Lázní Libverda.

Ve zdravotnictví chtěl působit také Ivan Zach, který prostřednictvím GES Medical Care vstoupil na zdravotnický trh s pojišťovnou Média, na kterou získal licenci v únoru 2009. Správní rada zdravotní pojišťovny Média však v roce 2011 rozhodla, že se pojišťovna sloučí s Všeobecnou zdravotní pojišťovnou, protože nestihla získat předepsaný minimální počet klientů.

Ve zdravotnictví z velkých institucionálních investorů dříve působila také J&T GROUP, která se zaměřovala především na nemocnice a mikrobiologické laboratoře. Na český trh vstoupila v roce 2006. Vedle toho investovala na Slovensku. Když ale na Slovensku sociálně-demokratická vláda omezila soukromé aktivity ve zdravotnickém sektoru, rozhodla se J&T aktivity ve zdravotnictví utlumit a prodala zdravotnické laboratoře Aeskulab Holding společnosti Alpha Medical Ventures, která patří do investičního seskupení Penta.

JEDNOTLIVÍ INVESTOŘI

Vedle velkých institucionálních investorů ve zdravotnictví působí také jednotliví investoři, kteří historicky a postupně budují větší zdravotnické řetězce. Sem patří Sotirios Zavalianis se společností MULTISCAN, s. r. o., Marek Potysz, který stál za rozjezdem projek-

tu sítě ordinací praktických lékařů Moje ambulance, či Roman Šmucler, který je mediálně známý svým působením v oblasti estetické medicíny. Ze zahraničních firemních investorů u nás působí rakouská firma Vamed či britská Progress Medical.

Největší skupinou jsou však individuální aktéři, jako například PP HOSPITALS, MEDICA SEVER, s. r. o., MEDICONET, Santé, s. r. o., apod., kteří převážně na základě privatizace nebo aplikací provozního modelu působí v omezeném množství zdravotnických zařízení. Přestože je tato skupina nejpočetněji zastoupená, její konkurenční význam je omezený zpravidla pouze místem poskytovaných služeb.

ČESKÉ ZDRAVOTNICKÉ ŘETĚZCE

se etablojí postupně. Jejich počáteční působení lze spatřovat v éře privatizace, kdy byla vybraná zařízení postupně deetatizována a noví, soukromí vlastníci postupně v malém měřítku rozšiřovali svá portfolia. Novým fenoménem je vstup velkých institucionálních investičních skupin, které usilují o dlouhodobé podnikání v tomto segmentu ekonomiky.

Výdaje na zdravotnictví stále rostou

Celkové výdaje na zdravotnictví dosáhly v roce 2010 podle statistiků 292 miliardy korun, v přepočtu na obyvatele to bylo 27 760 korun.

Veřejné zdravotní pojištění vydalo 222,5 miliardy, celkem z veřejných peněz šlo téměř 243,3 miliardy. Spoluúčast pacientů loni byla 16,7 procenta. Do tří let by podle vládní koalice měla spoluúčast pacientů stoupnout až na 22 procent.

BARBORA BAKULOVÁ | Autorka je odborná konzultantka pro oblast zdravotnictví

Podíl zdravotnictví na hrubém domácím produktu se v ČR v posledních letech pohyboval kolem sedmi procent, loni podle předběžných údajů byl téměř osm procent. Tento růst vysvětlují statistici nižší úrovní celkového HDP v letech 2009 a 2010 proti roku 2008.

HOSPODAŘENÍ NEMOCNIC S Kladným VÝSLEDKEM

O více než půl miliardy korun převýšily v letošním prvním pololetí výnosy nemocnic jejich náklady. Celkové hospodaření nemocnic tak skončilo s kladným hospodářským výsledkem, ztrátu



Tabulka: č. 1 **Financování nemocnic podle podílů na celkových výnosech:**

Výnosy				
od zdravotních pojišťoven	z prodaného zboží	provozní dotace od zřizovatele	mimo zdravotní pojištění	ostatní
82,20 %	7,60 %	1,50 %	2,10 %	6,70 %

Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky

mělo 43 procent nemocnic, z nich téměř polovina do minus pěti milionů korun.

Oproti prvnímu pololetí loňska znamenaly nemocnice letos zlepšení:

- loni s kladným hospodářským výsledkem skončilo 51 procent
- letos 57 procent nemocnic.

Na hospodaření se projevilo to, že nemocnice dostaly po odborové akci „Děkujeme, odcházíme“ od pojišťoven přidáno na platy. Zefektivnění přináší i postupné rušení nadbytečných lůžek (celkové náklady nemocnic k 30. červnu 2010 byly 63,3 miliardy, celkové výnosy 63,8 miliardy korun).

Pohledávky z obchodního styku dosáhly 15,2 miliardy, z toho dvě miliardy byly pohledávky po lhůtě splatnosti. Zá-

vazky přesáhly hodnotu pohledávek, rovnaly se 16,2 miliardy Kč, z nich 3,9 miliardy připadalo na závazky po lhůtě splatnosti.

Oproti stejnému období loňska stouply celkové náklady nemocnic jen o 1,5 procenta, zatímco v minulých letech rostly zhruba o sedm procent. Největší část tvořily tradičně mzdové náklady, meziročně stouply o čtyři procenta a jejich podíl na celkových nákladech stoupl ze 43,8 na 44,8 procenta. Významnou složkou nákladů byly také náklady na léčiva a zdravotnické prostředky. Meziročně stouply náklady na léčiva o tři procenta, tvořily v pololetí 12,5 procenta celkových nákladů nemocnic. Náklady na zdravotnické prostředky ve srovnání s prvním pololetím loňska naopak klesly o čtyři procenta, jejich podíl na celkových nákladech klesl na 13,4 procenta.

Celkové výnosy nemocnic dosáhly v pololetí 63,8 miliardy, proti stejnému období loňska stouply o dvě procenta. Příjmy od zdravotních pojišťoven vzrostly o tři procenta, tvořily tak 82,1 procenta celkových příjmů.

V rámci zřizovatele „jiná právnická osoba“ tvoří důležitou skupinu obchodní společnosti, které jsou ve vlastnictví

JAKÝ JE RECEPT SOUKROMÝCH NEMOCNIC NA HOSPODAŘENÍ SE ZISKEM?

Soukromé nemocnice šetří na provozních nákladech. Jde o nákup léků, materiálu, potravin i služeb. Provádí centrální nákupy, tím dokáží uspořit 10 až 15 procent. Efektivnější oproti státním zařízením jsou i tím, že je u nich při nákupu přístrojů nebo zboží nemyslitelná korupce. Lékaři si mohou říct, s jakými přístroji chtějí pracovat, ale o tom, zda to bude Siemens, Philips nebo GE, se rozhoduje na základě soutěže.

krajských úřadů či městských samospráv. K 30. 6. 2011 činily náklady 44 krajských/městských nemocnic-obchodních společností 16,4 mld. Kč a na nákladech „soukromých“ nemocnic se podílely 72%. Krajské, městské nemocnice-obchodní společnosti vykázaly k 30. 6. 2011 ztrátu –198 mil. Kč.



Tabulka: č. 2 Vývoj celkových výdajů na zdravotnictví v korunách a podíl na HDP

Rok	Výdaje celkem (mil. korun)	Veřejné výdaje (mil. korun)	Soukromé výdaje (mil. korun)	Výdaje na 1 obyvatele v Kč	Podíl výdajů na HDP v %
1995	102 664	93 309	9 355	9 938	7,00
2000	146 835	132 962	13 873	14 294	6,71
2005	218 774	191 356	27 418	21 377	7,22
2010	291 956	243 283	48 673	27 760	7,96

Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky

Tabulka: č. 3 Náklady, výnosy, hospodářský výsledek nemocnic podle zřizovatele k 30. červnu 2011

nemocnice podle zřizovatele	počet odevzdaných výkazů	náklady v mil. korun	výnosy v mil. korun	hospodářský výsledek v mil. korun
ministerstvo zdravotnictví	19	29768	30478	710
kraj (příspěvková organ.)	24	6557	6450	-107
obec, město (přísp. organ.)	17	2882	2908	25
jiná právnická osoba, církev	103	22615	22679	64
z toho krajské, městské obchodní společnosti	44	16387	16188	-198
ostatní centrální orgány	3	1482	1296	-186
celkem	166	63304	63811	507

Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky

my se ve Francii nebo Německu snaží omezit možnosti volného výběru zdravotní péče pacientem a zvyšují roli praktického lékaře jako „strážce systému“.

Reformy zdravotnictví jsou tak emotivním problémem, že jej mohou vyřešit jen vlády se silným většinovým zastoupením v parlamentu nebo se silným národním konsensem. Voliči v celé Evropě totiž často nesouhlasí s divokou privatizací nemocnic, výrazně vystupují proti jejich

TAM, KDE JSOU U MOCI

silně proreformní vlády, snaží se vytvořit více prostoru pro trh v oblasti zdravotnických služeb a pro liberalizaci celého odvětví. Hlavními příklady jsou Francie, Polsko, Slovensko, Velká Británie a Maďarsko.

V těchto zemích se vlády snaží vysvětlit voličům politiku tzv. „tough love“, tj. že mohou mít menší rozsah základních zdravotních služeb zdarma, ale pak budou i méně platit za extrémně nákladné výkony. Občané však dávají přednost udržení iluze všeobecné dostupnosti zdravotní péče. Tváří v tvář takové rezistenci není v zemích, jako Bulharsko, Rumunsko a možná i Maďarsko, možná žádná jasná reformní cesta – prostě přetrvává stav nesoudržnosti. Často hrozící finanční deficity zdravot-

ních systémů nepohnou vládami těchto států, i když voliči reagovali na takovou krizi volbou pravice, jak v posledních letech ukázaly volby ve Velké Británii, Švédsku, Maďarsku, Polsku, České republice, Slovensku a Bulharsku.

REFORMY A DECENTRALIZACE

Národní zdravotní reformy jsou také téměř nemožné tam, kde byla odpovědnost za zdravotní péči delegována na jednotlivé regiony. Kupříkladu Německo bylo kvůli regionálnímu uspořádání zdravotnictví v chaotickém patu řadu let. Existují však výjimky a některé z regionů jsou průkopníky reforem volného trhu. Příkladem je Valencie ve Španělsku, která začala uplatňovat model Alzira, ve kterém konsorcium soukromých provozovatelů poskytuje primární a sekundární péči v oblastech s počtem 200–300 tisíc lidí. To, jak bylo nyní prokázáno, vedlo k 20% úsporám nákladů a k vyšší spokojenosti pacientů, zároveň s maximálním nasazením lékařů, kteří mají ve veřejném sektoru tendenci nevyužívat maximálně svůj pracovní potenciál a soustřeďovat se (zvl. v odpoledních hodinách) na svoje soukromé lékařské praxe.

Přestože recese vedla v posledních letech k určitým škrtům ve veřejných výdajích na zdravotní péči, krize ve srovnání s ostatními odvětvími nezasáhla zdravotnictví tak dramaticky. V případě, že škrtly byly provedeny, týkaly se hlavně farmaceutických výdajů a částek vynaložených na zdravotní péči v soukromém sektoru. Tam, kde jsou u moci silně proreformní vlády, snaží se vytvořit více prostoru pro trh v oblasti zdravotnických služeb a pro liberalizaci celého odvětví. Hlavními příklady jsou Francie, Polsko, Slovensko, Velká Británie a Maďarsko. Tyto snahy se sice trochu zpomalily ve Švédsku, Finsku a Nizozemí, i když v těchto zemích můžeme očekávat další pokrok směrem k tržnímu hospodářství. V Irsku je také pravděpodobné, že se pustí do radikální reformy. Protože v součtu mají uvedené země 215 milionů obyvatel, tak jsou šance a příležitosti pro privátní sektor možná větší, než se na první pohled zdá.

uzavírání a proti jakémukoli nárůstu plateb v hotovosti nebo platebním omezením základní péče. Voliči naopak chtějí neomezený, ve všech službách volně přístupný zdravotní systém. Jen s nechutí je přijímána představa, že by se mělo platit za péči v LDN či sociálních ústavech nebo za domácí péči.

Taková představa je charakteristická zejména pro země, jako je Rumunsko, Bulharsko a Řecko, které čelí obrovským problémům a které mají velmi špatné veřejné zdravotnické služby.

* S přispěním dalších řešitelů v rámci projektu Podnikání a regulace zdravotnictví, realizovaném vysokou školou CEVRO Institut.

Zdravotnické mýty

Pod vedením Petra Nečase schválila současná vláda několik úprav veřejného zdravotního systému, které mají omezit plýtvání. Bohužel se zatím jedná pouze o malé kroky. Nemění se zásadně socialistická povaha českého zdravotnictví a především pak kolektivního pojištění, kde nikdo není systémem motivován šetřit a kde se všichni snaží ze systému získávat na úkor ostatních.

JAN PRŮŠA | Autor je ekonom, působí na Institutu ekonomických studií Fakulty sociálních věd UK

V zájmu budoucích reforem považuji proto za nanejvýš důležité upozornit na tři základní mýty, které se v diskusi o zdravotnictví stále dokola objevují.

POKRYTECKÁ PRIORITA

Jako základní argument proti jakýmkoliv reformám zaznívá, že mnoho lidí nebude mít na zdravotní péči v privatizovaném systému prostředky. Toto tvrzení však při bližším pohledu nemůže obstát, a to hned z několika hledisek.

Většina obyvatel platí zdravotní pojištění ze své mzdy už teď – 13,5% hrubé mzdy. Problémem ve skutečnosti není nedostatek peněz, ale absence jakékoliv kontroly ze strany uživatelů pé-

če. Jediná změna, která plýtvání dokáže odstranit, spočívá v motivaci plátců kontrolovat výdaje – tedy v transparentním placení za jednotlivé úkony ze soukromého pojištění. Je sice pravda, že pro několik sociálně slabých výjimek by mohlo pojištění být na hranici dostupnosti. To se však dá vyřešit velmi snadno sociálními dávkami, ze kterých si dotyční pojištění a péči zaplatí. Z daní ostatně za tyto osoby platíme pojištění i nyní.

Skutečně potřebných občanů však je v naší společnosti velmi málo. Většina lidí projevujících nechuť platit za péči pouze vyjadřuje svou neochotu zařadit zdraví mezi své priority. Nenechme



se mýlit: Česká republika patří mezi rozvinuté a bohaté státy. K životnímu standardu náleží pořizovat si dovolenou u moře nebo na horách, platit za kabelovou televizi, posezení s kamarády u piva a cigaret. Pokud se tyto výdaje sečtou, vystačily by na výrazně nadstandardní ošetření. Musíme si také uvědomit, že zprivatizováním zdravotnických zařízení a pojišťoven by veškerá péče výrazně zlevnila. Nastalo by totéž, co dnes probíhá na vlakové trati Praha–Ostrava: Tvrdý konkurenční boj o zákazníky cenou a kvalitou.

VŠEOBECNÁ NEZNALOST

Jak s oblibou tvrdí odpůrci reforem ve zdravotnictví, pacienti nemají dostatek informací, aby mohli o nákupu zdravotní péče samostatně rozhodovat. Tento druhý



mýtus je při detailním pohledu minimálně stejně přehnaný jako mýtus první.

Nechci zpochybňovat, že pacienti mají vždy méně informací o svém stavu než lékaři – vždyť to se také od lékařů po jejich dlouhém studiu a praxi očekává. Bylo by však absurdní zlehčovat schopnosti každého z nás zjistit si relevantní informace, které nás zajímají. Dejme se do řeči se svými kamarády o jejich koníčcích, a vždy budeme fascinováni množstvím znalostí, které nám s nadšením přednesou.

Proč tedy obdobné úsilí nevěnujeme svému vlastnímu zdraví, i když je pro nás údajně prioritní? Jednoduše nemáme důvod, protože se za nás stará někdo jiný ze společných peněz. Proto má mnoho z nás lepší přehled o zdraví svého psa než o svém vlastním, proto trávíme více

času výběrem plazmové televize než přemýšlením o jídelníčku. Všimněme si také, jak rychle lidé dokáží své informační mezery dohnat, když se dostaví vážné potíže.

Lidé zdravotní informace většinou ignorují, protože nejsou motivováni k opaku. To jen zesiluje důvody pro soukromé pojištění a privatizované zdravotnictví.

K ŽIVOTNÍMU STANDARDU

náleží pořizovat si dovolenou u moře nebo na horách, platit za kabelovou televizi, posezení s kamarády u piva a cigaret. Pokud se tyto výdaje sečtou, vystačily by na výrazně nadstandardní ošetření.

AMERICKÉ VEŘEJNÉ ZDRAVOTNICTVÍ

Reformy se odmítají také s odkazem na tvrzení, že americký systém přece soukromý je, a také příliš dobře nefunguje – jak bychom potom mohli od reformem čekat nějaké zlepšení?

Pokud je americké zdravotnictví vůbec relevantní, pak jen z toho důvodu, že jasně ukazuje problémy *částečných* reforem. Především je většinou státem financovaný – ze soukromých zdrojů je v USA jen 46% výdajů (v ČR 16%). Tyto soukromé zdroje navíc odvádí z velké části zaměstnavatel, a proto má americký systém zcela *totožný motivační problém* jako ten český.

Jinak řečeno, v USA zdravotnictví nefunguje stejně jako u nás, neboť jsou systémy v obou zemích principiálně stejné.

REFORMA ÚRAZOVÉHO POJIŠTĚNÍ

Na závěr si dovoluji navrhnout první krok reforem: Začneme tím, že vyjmeme úrazy z veřejného zdravotního pojištění. Úrazy jsou velmi silně svázané s neodpovědným chováním, ať už se to týká úrazů sportovních, domácích či pracovních. Neexistuje důvod, abycho kolektivně dopláceli na hazardování jiných.

Tato reforma by byla snadno proveditelná, neboť už funguje rozvinutý trh soukromého úrazového připojištění. Mnoho lidí si ho platí s uvědoměním, že největším ekonomickým nákladem plynoucím z úrazu není samotné ošetření, ale ušlý pracovní příjem a případné trvalé následky.

Zákonodárci neustále vymýšlí naprosto zbytečné předpisy, jestli se má na kole nebo na lyžích nosit přilba. Takových hloupých regulací budeme moct být všichni ušetřeni: Pokud si následky úrazů ponese sami, dobře si rozmyslíme, jestli si přilbu vezmeme nebo ne. A pokud někdo bude i tak chtít riskovat, neberme mu jeho svobodu – s vědomím, že případné následky si draze (myšleno doslovně) zaplatí.

Jak zvládnout komunikaci reforem?

V roce 2008 byla reforma zdravotnictví klíčovým tématem, které rozhodlo o osudu voleb do zastupitelstev krajů. Shodou okolností opět před blížícími se krajskými volbami provádí vláda další reformní kroky. Povede se jí tentokrát lépe?

MAREK BUCHTA | Autor
je marketingový konzultant

ZDRAVOTNICKÁ TÉMATA A VOLBY

Krajské volby v České republice v roce 2008 nebyly zdaleka jedinými volbami na světě, které výrazně ovlivnila schopnost dané vlády komunikovat zdravotnická témata. Zdravotnické služby jsou tradičně velmi vysoko v žebříčku požadavků většiny populace. A ještě o něco více to platí u voličských skupin, které pravidelně vykazují vysokou volební účast. Způsob komunikace i načasování reformních kroků v roce 2008 máme ještě všichni v dobré paměti. Tehdejšímu ministrovi se nepodařilo přesvědčit voliče, že je schopen tvrdě zasáhnout proti velkým únikům peněz v systému a různým lobbistickým skupinám. Reformu odstartoval technicky i komunikačně ne zcela připraveným výběrem poplatků od obyvatel. Tím doslova přihrál konkurenci velké volební téma. A ta ho dokázala uchopit.

Současný ministr Leoš Heger si již vede o poznání opatrněji. Může využít toho, že „černou práci“ za něj částečně odvedl jeho předchůdce. I současněmu ministrovi ale zůstává vlastní jistá komunikační pasivita, dobře zřetelná třeba ve srovnání s marketingově pojatými akcemi nátlakových skupin typu „Děkujeme, odcházíme“. Trochu schematicky lze říci, že ministerstvo má obsah a chybí mu komunikační techniky. Těmi naopak disponují nátlakové kampaně.

ROZPOR MEZI POTŘEBNÝMI ZMĚNAMI A VNÍMÁNÍM VEŘEJNOSTI

Sestavení úspěšné komunikační strategie v resortu zdravotnictví je skutečnou výzvou. Je potřeba překonat rozdíl mezi tím, co je v resortu opravdu potřeba udělat, a tím, co je vůbec reálně změnit v daném čase. Tím, co se právě mění, a fak-



tory, které určují spokojenost veřejnosti s danou službou. K tomu připočtete věčný nedostatek financí, z manažerského hlediska obtížnou strukturu profesionál-

ních organizací, nepřátelsky naladěnou odborovou skupinu i lobby bohatých farmaceutických firem.

Přitom je pozoruhodné, jak hodně se česká společnost shoduje na nutnosti reformy právě v této oblasti. V různých výzkumech z poslední doby vychází souhlas s touto potřebou od 75% do 85%. Pokud se agentury zeptaly, co je potřeba změnit, byly na prvním místě otázky financování zdravotní péče, fungování pojišťoven a hospodaření v oblasti léků. Až s odstupem za nimi je kvalita a dostupnost péče samotné.



Zcela jiné hodnoty ale určují, jak jsou lidé nakonec spokojeni s úrovní zdravotnické péče. Až překvapivě realistický náhled na tyto „měkké prvky“ při-

nesla analýza relativní důležitosti faktorů v oblasti péče o pacienty. Ta byla sice provedena ve Velké Británii, ale i pro nás může být velmi poučná. Mezi hlavní kritéria spokojenosti patří důstojné a slušné jednání s pacientem, čistota prostředí, vysvětlení způsobu léčby a vedlejších efektů, doba čekání na příjmu i komunikace s lékaři.

Opravdovou nespokojenost se zdravotní péčí u nás dlouhodobě deklaruje pouze asi pětina obyvatel. Hlavním vstupním poznatkem pro plánování komunikační strategie je tedy fakt, jak výrazně se liší makrosvět většiny reformních opatření od mikroprostředí výsledného dojmu z kvality zdravotní péče (konkrétní analýzy je pochopitelně potřeba provést před každou plánovanou reformou). Je potřeba přesvědčit občany, že zásahy se dějí na těch správných místech, a současně se alespoň částečně pokusit transformovat neosobní opatření do roviny osobního hodnocení.

DVĚ KOMUNIKAČNÍ STRATEGIE

Každá politická vláda byla zvolena pouze částí populace. Po svém ustavení, a zejména v tak citlivé oblasti, jako je zdravotnictví, ale potřebuje nutně reprezentovat naši komunitu jako celek. Opatření, která mohou pro jednu skupinu lidí vypadat jako přehnaná, se jiné skupině mohou jevit jako nedostatečná. Je potřeba tedy připravit ne jednu, ale dokonce dvě komunikační strategie.

Na prvním místě je primárně důležitá komunikace k široké veřejnosti. Na rozdíl od některých jiných analytiků si myslím, že stát má svoje opatření aktivně komunikovat. Tiskové zprávy a konference i kvalitní webová stránka by měly být chápány pouze jako nutný základ. Změny jsou natolik složité, že pouhé spoléhání na to, že je lidem vysvětlí novináři, je iluzorní. Tato část komunikace by měla být zcela apolitická. A pochopitelně maximálně efektivní. Mohu připomenout alespoň některé hlavní zásady – promyšlenou strategii, techniky výběru témat, kontinuální komunikaci, dodržování corporate identity, srozumitelné vyjadřování i správné cílení.

K otázce financování komunikace ve státní správě je potřeba doplnit ještě několik neradostných poznámek. Každá aktivita vyžadující nějaký rozpočet bude okamžitě napadena jako zbytečné plýtvání penězi. A to stejnou skupinou lidí, která jinak bude ministerstvo kritizovat za špatnou komunikaci. Zato bez větších výhrad bude určitě přijato utrácení peněz z Evropské unie i navyklá neosobní jednodušší pasivní komunikace provozovaná zdánlivě bez větších výdajů.

Druhý aspekt může být při u nás tak častém střídání na postu ministra pomí-

STÁT MÁ SVÁ OPATŘENÍ AKTIVNĚ KOMUNIKOVAT.

Tiskové zprávy a konference i kvalitní webová stránka by měly být chápány pouze jako nutný základ. Změny jsou natolik složité, že pouhé spoléhání na to, že je lidem vysvětlí novináři, je iluzorní. Mezi hlavní zásady takové komunikace by měly patřit: promyšlená strategie a technika výběru témat, kontinuální komunikace, dodržování corporate identity, srozumitelné vyjadřování i správné cílení.

jen. Reformy v oblasti zdravotnictví jsou během na dlouhou trať. Jak žádoucí je stav, kdy jeden ministr začne se změnami, které po následných prohraných volbách ministr z konkurenční strany zastaví nebo zcela zruší? Proto je potřeba reformy obhajovat i směrem dovnitř – k členům strany, příznivcům, podporovatelům a vlastním voličům. Připravit strategii pro ty, kteří jsou na pochybách. Jsou to vůbec ještě ty reformy, které nám před volbami slibovali? V této části komunikace, vedené na stranické úrovni, je potřeba co nejvíce omezit pochybnosti, ve kterých se tyto skupiny nachází. Zdůraznit celkový cíl a svoji vizi fungujícího zdravotnictví i celé společnosti.

Novela zákona o ochraně utajovaných informací a bezpečnostní způsobilosti

Dnem 1. 1. 2012 nabývá účinnosti zákon č. 255/2011 Sb., kterým se mění zákon č. 412/2005 Sb., o ochraně utajovaných informací a bezpečnostní způsobilosti, ve znění pozdějších předpisů, a zákon č. 634/2004 Sb., o správních poplatcích, ve znění pozdějších předpisů, který bývá nazýván „Velkou novelou“.

JAROSLAV SALIVAR | Autor je ředitelem Centra bezpečnostních studií CEVRO Institutu

MILAN MLEZIVA | Autor je advokát, odborník na problematiku utajovaných informací

Novela přináší řadu změn v oblasti ochrany utajovaných informací a je to zatím největší změna a doplnění zákona od nabytí jeho účinnosti 1. 1. 2006. Cílem této novely je zejména zkrácení doby bezpečnostního řízení o vydání osvědčení a dokladu, snížení počtu žádostí o vydání osvědčení a dokladu, snížení administrativní zátěže účastníků bezpečnostního řízení a zjednodušení a zestručnění stávající právní úpravy. Jedná se zejména o stanovení podmínek, které zamezí podávání žádostí o vydání osvědčení nebo dokladu těm subjektům, které v praxi nemají přístup k utajovaným informacím ani

nevykonávají citlivou činnost, zkrácení lhůt pro provedení bezpečnostního řízení a redukci množství informací vyžadovaných od účastníků bezpečnostního řízení. Jistě bude zajímavé sledovat, zda praxe prokáže, že skutečně došlo ke snížení administrativní zátěže účastníků bezpečnostního řízení a ke zjednodušení postupů prováděných NBÚ.

VELKÁ NOVELA V OBLASTI PRŮMYSLOVÉ BEZPEČNOSTI

Výsledkem novely je zejména zásadní změna v oblasti průmyslové bezpečnosti, kdy se bezpečnostní řízení již nebude na-



dále provádět ve vztahu k podnikateli, který potřebuje přístup k utajené informaci stupně utajení Vyhrazené. Po 1. lednu 2012 bude mít nově podnikatel přístup k utajované informaci stupně utajení Vyhrazené na základě svého prohlášení, že je schopen zabezpečit ochranu utajovaných informací. NBÚ nebude tedy již podnikateli vydávat žádné osvědčení pro tento stupeň utajení. Prohlášení bude předávat podnikatel tomu, kdo mu bude utajovanou informaci poskytovat.

Podnikatel bude oprávněn učinit prohlášení podnikatele, pokud bude mít pro ochranu utajované informace stup-

ně utajení Vyhrazené vytvořeny podmínky odpovídající přístupu k této informaci (která buď u něho vzniká, nebo je mu poskytnuta, nebo u něho nevzniká, ani mu není poskytována, ale mají k ní přístup zaměstnanci podnikatele v souvislosti se svým pracovním výkonem) a příslušnému druhu zajištění její ochrany. Současně musí být odpovědná osoba podnikatele držitelem oznámení, osvědčení fyzické osoby nebo dokladu. Náležitosti samotného prohlášení podnikatele stanoví NBÚ v příslušném prováděcím předpisu.

a nebude již předmětem posuzování ze strany NBÚ, jako je tomu v současnosti. Pokud bezpečnostní dokumentace podnikatele bude zpracována v rozporu se zákonem o ochraně utajovaných informací, hrozí zde pro podnikatele riziko, že mu poskytovatel po předložení jeho bezpečnostní dokumentace neposkytne utajovanou informaci, navíc se může dopustit správního deliktu, za který mu NBÚ udělí finanční sankci.

Platnost prohlášení podnikatele pak zaniká uplynutím pěti let od doby, kdy jej podnikatel učinil, dnem kdy podnikatel

mování se s utajovanou informací stupně utajení Důvěrné, Tajné a Přísně tajné. Ale i zde má dojít ke snížení administrativní zátěže účastníků řízení, neboť novela snížila počet údajů, které se uvádí v dotazníku podnikatele, zároveň se snižuje i počet listin, které podnikatel musí předložit k ověření podmínek pro vydání osvědčení podnikatele.

Zákon č. 255/2011 Sb. přináší změnu i v zákoně, kterým se upravují správní poplatky, a to opětovně ve vztahu k průmyslové bezpečnosti. Podnikatel totiž bude muset nově uhradit za podání žádosti

POKUD BEZPEČNOSTNÍ DOKUMENTACE PODNIKATELE

bude zpracována v rozporu se zákonem o ochraně utajovaných informací, hrozí zde pro podnikatele riziko, že mu poskytovatel po předložení jeho bezpečnostní dokumentace neposkytne utajovanou informaci a dále se může dopustit správního deliktu, za který mu NBÚ udělí finanční sankci.

podnikatele o vydání osvědčení podnikatele poplatek ve výši 5 000 Kč v případě, že u něho utajovaná informace nevzniká ani mu není poskytována, ale ke které mají přístup zaměstnanci podnikatele, a to v souvislosti s výkonem jejich práce. Poplatek ve výši 10 000 Kč pak bude muset podnikatel uhradit v případě, že u něho utajovaná informace vzniká nebo mu je poskytnuta. Správní poplatek nemá mít jen regulační charakter, kterým se má omezit počet žádostí o vydání osvědčení, ale má pokrýt náklady na prováděné bezpečnostní řízení, byť jen z minimální části.

Širší verzi tohoto článku a více podrobností naleznete v analýzách na www.cicar.cz.

Ten, kdo bude poskytovat utajovanou informaci podnikateli, je zároveň oprávněn požadovat od podnikatele předložení jeho bezpečnostní dokumentace. Poskytovatel utajené informace pak zvažuje a rozhodne, zda podnikateli požadovanou utajovanou informaci zpřístupní. Podnikatel, u něhož utajovaná informace stupně utajení Vyhrazené bude pouze vznikat, zašle svoje prohlášení Národnímu bezpečnostnímu úřadu.

Na základě výše uvedeného je tedy zřejmé, že odpovědnost za kvalitní zpracování bezpečnostní dokumentace podnikatele se plně přenáší na podnikatele

získá případně osvědčení nebo kdy byl zrušen či zanikl. Dále prohlášení zanikne, přestane-li podnikatel splňovat základní podmínky pro ochranu utajovaných informací stanovených zákonem a samozřejmě i změnou některého z údajů v něm uvedených. Zánik prohlášení je pak podnikatel povinen neprodleně oznámit tomu, komu jej předal nebo zaslal. Podnikatel bude tedy muset vést přehled o tom, komu a kdy postoupil svoje prohlášení podnikatele.

Bezpečnostní řízení budou muset nadále podstoupit ti podnikatelé, kteří budou chtít získat osvědčení pro sezna-

Česko Slovensko hľadá reformy

Dve krajiny, ktorých verejný sektor za posledných 15 rokov vždy hospodáril v mínuse. Vysoko exportne orientované ekonomiky sú rovnako významne závislé na nemeckom dopyte. Spoločné korene tieto dve krajiny nezaprú, aj dlh prepočítaný na obyvateľa bol v roku 2010 takmer rovnaký.

RADOVAN ĎURANA | Autor je ekonóm a analytik
Institutu ekonomických a spoločenských analýz
v Bratislavě (INESS)

V rovnakom čase minulého roka prebehli voľby, ktorých víťazi poskladali stredopravicové vlády a chystali sa dať verejné rozpočty do poriadku. Na postoch ministrov financií sa ocitli skúsení harcovníci, obaja s cenou „najlepší proreformný minister rozvíjajúcich sa ekonomík“ od časopisu Emerging markets vo vitrine. S tým rozdielom, že Miklošova cena je 7 rokov stará, a na Kalouskovu ešte nestihol sadnúť prach. Prejavilo sa to v reformnom úsilí?

KONEČNE DRUHÝ PILIER

Vo Svetovej banke a v OECD musia byť spokojní. Ideál trojpilierového dôchodkového zabezpečenia sa podarilo presadiť aj v Česku. Skutočný význam dôchodkovej reformy bude možné posúdiť až keď budeme vedieť, koľko ľudí prilákala. Dobrovoľnosť vstupu, nutnosť dodatočného 2% príspevku a existencia už pomerne rozsiahleho štátom dotovaného penzijného sporenia totiž významne komplikujú rozhodnutie pre vstup



do druhého piliera. Hodnotenie úspešnosti trojpilierového systému presahuje rámec tejto analýzy. V Európe sa však stále nenosí názor, že minimálne časť zodpovednosti za dôchodkové zabezpečenie by mala byť prenesená na jednotlivca. Skoršie splatenie hypotéky, investícia do vzdelania, či zlepšenie kvality života môže byť výhodnejšia investičná stratégia ako príspevky do silne regulovaného kapitálového sporenia v prostredí neistého hospodárskeho rastu, či dlhovej krízy vyspelého sveta.

Po prechodnom období, keď fondy museli garantovať vložené príspevky, bola na Slovensku prijatá novela, ktorá záruky ponecháva len v dlhopisovom fonde a nanovo definuje druhy a zameranie fondov. Novinkou tak bude tzv. indexový fond, v ktorom sporitelia nebudú riskovať neskúsenosť investičných manažérov, ale za minimálny poplatok budú ich úspory kopírovať vývoj indexov akciových trhov. Úspory bude možné rozložiť do dvoch fondov, tie budú mať povolené istou formou nakupovať aj komodity.

Čo sa však nepodarilo odstrániť je obrovská diera v prvom pilieri (800 mil. eur). Slovenské verejné financie sú stále na neudržateľnej ceste práve kvôli tomuto nedostatku. Pád vlády znemožnil prijatie navrhovaných reštrikčných opatrení, na Slovensku naďalej platí vek odchodu do dôchodku 62 rokov. Hoci je český priebežný systém z pohľadu metodiky nadnárodných inštitúcií „staromódny“, korekcie zásluhovosti a rastu veku odchodu do dôchodku (k hranici 70 rokov) ho robia udržateľnejším, ako „progressívny“ zásluhový slovenský systém.

TRH PRÁCE

Dvojnásobná miera nezamestnanosti na Slovensku na úrovni 13,5% je pre mnohých v Česku nepredstaviteľná. Za Moravou



síce nezamestnanosť dosahuje menej ako 7 %, je to stále o 50 % viac ako v predkrízovom období. Niet divu, že flexibilnejší trh práce sa stal prioritou v oboch krajinách. Zákonník práce však už dávno v Európe nie je v rukách národných vlád, ale nadnárodných inštitúcií. Zmeny sa tak dajú robiť len kozmetické, napr. počet hodín pracovného týždňa si zamestnanec nemôže ľubovoľne stanoviť po dohode so zamestnávateľom. Za zmienku stojí zníženie nárokov na výplatu odstupného, ktoré zvyšuje potenciál tvorby legálnych pracovných miest. Na Slovensku sa dokonca podarilo opätovne zaviesť zrušenie súbehu výpovednej doby a odstupného. Náklady ukončeného pracovného pomeru na dobu neurčitú klesli pri pomeroch do jedného roka zo 4 násobku mzdy na jednome-

Tabuľka: č. 1 Základní parametry penzijních reforem v Česku a na Slovensku

Parameter	Česká republika	Slovensko
Výška odvodu	3,00 %	9,00 %
Povinná spoluúčasť	2,00 %	0
Možnosť dedenia	Áno	Áno
Možnosť jednorázovej výplaty v čase odchodu do dôchodku	Nie	Áno, za splnenia dostatočnej výšky úspor
Vstup nových sporiteľov	Dobrovoľný	Opt – out (sporiteľ môže dobrovoľne vystúpiť)
Minimálna doba sporenia	Vstup do 35 rokov (cca 30 rokov)	10 rokov
Financovanie transformačných nákladov	Zvýšenie DPH	Privatizačné výnosy, od roku 2010 všeobecné daňové príjmy

Zdroje: www.mpsv.cz; www.employment.gov.sk

sačnú mzdu. Druhou dôležitou zmenou, ktorá zníži náklady zamestnávateľov, je povinnosť odborov preukazovať minimálne 30% zastúpenie zamestnancov medzi členmi.

DAŇOVÁ REFORMA

Najzásadnejšou zmenou je pochopiteľne zvyšovanie nižšej sadzby DPH v Česku, ktorá sa dotkne aj tisícov slovenských spotrebiteľov. Kompenzácia vyšších cien rôznymi odpočítateľnými položkami daňovo relatívne zvýhodní nízko príjmové skupiny, výsledkom bude rast progresivity zdanenia. Finančné dopady reformy na štátny rozpočet sú však neisté. Po dlhých rokoch sa aj česká vláda odhodlala ustúpiť od dvojitého zdanenia príjmu – zdaňovania dividend.

Slovensko teda prišlo o ďalšiu relatívnu výhodu, občanom už ostáva akurát oslobodenie od darovacej dane. Po zvýšení DPH na 20% tak došlo k jedinej významnej zmene a to zavedeniu bankovej dane. Jeden z mála rozdielov medzi českou a slovenskou vládnucou reprezentáciou. Kým v Česku pravica túto daň odmieta, minister financií Mikloš sa tomuto inštitútu nijako nebránil, a výsledkom je najvyššia sadzba v Eurozóne (násobne vyššia ako v krajinách, ktoré museli zachraňovať bankový sektor).

ZÁVER

Súťaž o reformnejšiu vládu by na základe tohto prehľadu v roku 2011 vyhrala asi tá česká. Nebolo by to víťazstvo rozdielom triedy, hoci náskok by sa zvýšil, ak by sme započítali schválenie nového Občianskeho zákonníka. Na druhej strane ani prijaté reformy život pracujúceho daňového poplatníka nijako zásadne nezmenia. Vidina vyrovnaných rozpočtov je stále v nedohľadne, a nedávne korekcie hospodárskeho rastu pravdepodobne ukážu, že „život nad pomery“ nie je možné udržať prostredníctvom kozmetických zmien.

PO ZVÝŠENÍ DPH NA 20 %

tak došlo k jedinej významnej zmene a to zavedeniu bankovej dane. Kým v Česku pravica túto daň odmieta, minister financií Mikloš sa tomuto inštitútu nijako nebránil, a výsledkom je najvyššia sadzba v Eurozóne (vyššia ako v krajinách, ktoré museli zachraňovať bankový sektor).

Vidíme svět takový, **jaký je.**



Jedinou cestou k zefektivnění zdravotnictví je jeho privatizace!

Výdaje na zdravotnictví stále rostou. V loňském roce dosáhly 292 miliard korun, což v přepočtu na obyvatele znamená 27 760 korun. Zatímco velká část nemocnic v krajském, městském či státním vlastnictví vykazala ztráty, většina nemocnic v rukou soukromých skončila v číslech kladných.

Proč?

Soukromé nemocnice šetří na provozních nákladech. Provádí centrální nákupy, při nichž je jen těžko myslitelná korupce. Lékaři si navíc mohou říct, s jakými přístroji chtějí pracovat. Obvykle se rozhoduje na základě soutěže.

Soukromé nemocnice jsou důslednější v postupu vůči zdravotním pojišтовnám, tlačí je, aby opravdu platily za léčbu svých klientů. Pokud se přesto zdá, že by ke konci roku překračovaly rozpočet, začnou péči lépe plánovat. Jinými slovy, hospodaří tak jako odpovědné domácnosti.

Soukromé nemocnice dnes poskytují kvalitní péči v plném rozsahu

Mnozí kritici soukromých nemocnic vytýkají, že se soukromé nemocnice věnují méně finančně náročným oborům. To možná platilo dříve, dnes již soukro-

mé nemocnice provozují specializovaná centra, investují do nejmodernějších přístrojů. Velká část z nich patří do kategorie velkých nemocnic, které poskytují péči v celém rozsahu.

Lidé si soukromých nemocnic začínají vážit

V průzkumu společnosti Ipsos z května 2011 se 44 % respondentů shodlo na tom, že soukromá zdravotní zařízení poskytují spíše lepší péči než veřejná, opačný názor zastávalo 38 %. Ostatní dotázaní nedokázali odpovědět.