

## Sociální služby jako svépomoc

O efektivitě svépomoci, paternalismu, který nepomáhá, o pošlapávání důstojnosti lidí s postižením a reformátorech, již ruší adresnost a nehledí na důsledky, s Janou Hrdou, průkopnicí systému osobní asistence.

## Dlouhodobá péče

Podle statistických odhadů by v roce 2020, mělo být až 2,35 milionu obyvatel starších 65 let. Z toho 16 % z nich bude potřebovat zdravotní a sociální péči. Tzv. dlouhodobá péče stojí veřejné rozpočty ročně zhruba 1,0–2,0 % HDP a podle modelací naroste o 20 % každých 10 let.

# SOCIÁLNÍ SLUŽBY, ZDRAVOTNICTVÍ, DLOUHODOBÁ PÉČE

# obsah



## 4 | Dlouhodobá péče v ČR

**ANALÝZA | TÉMA** Podle statistických odhadů by v roce 2020 mělo být až 2,35 milionu obyvatel starších 65 let. Z toho 16 % z nich bude potřebovat nějaký typ zdravotní a sociální péče...

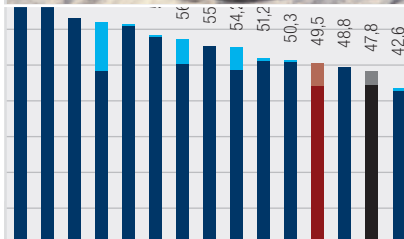
**Autorka Ludmila Habadová**



## 6 | Sociální služby jako svépomoc

**ROZHOVOR | TÉMA** O efektivitě svépomocí, paternalismu, který nepomáhá, o pošlapávání důstojnosti lidí s postižením a reformátorech, již ruší adresnost a nehledí na důsledky, s Janou Hrdou, průkopnicí systému osobní asistence.

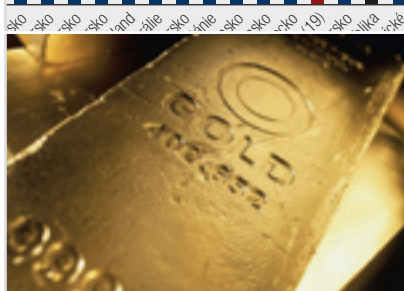
**Rozhovor s Janou Hrdou**



## 10 | Mantra redukce počtu zdravotnických lůžek

**ANALÝZA | TÉMA** Mantra znamená doslova „pravdivá slova“. Symbolizuje přesvědčení o totožnosti jména a toho, co je tím jménem označeno, proto opakování jména něčeho zpřítomňuje to označované. Tak je to v podstatě i s redukcí počtu lůžek.

**Autor Ondřej Mátl**



## 14 | S důchodem od Ponziho

**ANALÝZA | TÉMA** Malé statistické entrée. Náklady na důchody stouply v roce 2011 na 359 miliard, tři z pěti korun namířené na tzv. sociální věci jdou právě na starobní důchody. To vše čítá asi 22 % veškerých vládních výdajů a přes 23 % příjmů vládního sektoru...

**Autor Václav Rybáček**



## 18 | eHealth ležící, spící

**ANALÝZA | TÉMA** Ministr zdravotnictví oznámil definitivní konec projektu elektronických zdravotních knížek IZIP, který po dlouhou dobu znamenal jednu z největších ambicí v oblasti eHealth v České republice. Znamená to konec myšlenky zdravotních knížek a elektronicky dostupné zdravotní dokumentace?

**Autor Petr Stiegler**



## 22 | Řecko na německé cestě Pod tíhou krize demokracie selhává

**ANALÝZA | BEZPEČNOST** Současné Řecko v mnohém připomíná Německo v 30. letech 20. století, přestože by se asi většina Řeků aktuálně za jakékoli srovnání země s Německem dost hněvala, protože v zemi jsou úsporná opatření spojována hlavně s německou politikou.

**Autor Petr Sokol**



**CI Time**

Odborný analytický měsíčník

Číslo 5

Ročník 2

Květen 2012

**Vydává**

CI Consult &amp; 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 redaktori 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)

Stáli spolupracovníci

Barbora Bakulová, Radovan

Đurana, Ludmila Habadová,

Miroslav Hyrman,

Luboš Jemelka, Jiří Kozák,

Filip Molčan, Jan Průša,

Dalibor Roháč

Jazyková korektura

4JAN Public Relations, s.r.o.

Fotografie

str. 1, 2, 6, 7, 22 ČTK

str.18-19 eu.fotolia.com

Registrace MK ČR E 19998,

ISSN 1804-8099

# Milí čtenáři,

stárneme, dožíváme se vyššího věku, snažíme se integrovat lidi s různými typy a stupni postižení. Sociální péče, zdravotnictví a tzv. dlouhodobá péče jsou a budou velkými fenomény dalších desetiletí. Květnové číslo analytického měsíčníku CI Time přináší řadu pohledů na tuto rozsáhlou a politicky citlivou oblast.

Vstupní analýza Ludmily Habadové vymezuje pozici tzv. dlouhodobé péče v Česku. Autorka se zabývá její ekonomickou, politickou i lidskou dimenzí. Všimá si konkurence, k níž dochází mezi státními a nestátními poskytovateli.

Rektor vysoké školy CEVRO Institut Josef Šíma vedl velmi zajímavý rozhovor s dámou, která je skutečnou průkopnicí systému osobní asistence lidí s postižením. Jana Hrdá v něm hovoří o roli státu v sociální oblasti, svépomoci i některých ne zrovna vyvedených reformách.

Ředitel nově zřízeného Centra zdravotně-sociálních studií vysoké školy CEVRO Institut Ondřej Mátl se ve svém příspěvku zabývá redukcí počtu zdravotnických lůžek. Poukazuje mimo jiné na fakt, že se jedná o zastaralý typ měření výkonnosti zdravotnictví.

Následují dva příspěvky, které se zabývají stárnutím populace a jeho ekonomickými důsledky. Radovan Đurana se zamýšlí nad cestami, jak stárnutí pozitivně využít, a to i na podkladě reálií a diskusí na sousedním Slovensku. Václav Rybáček píše především o státním penzijním systému a soukromém „penzijním systému“.

Petr Stiegler ve svém textu komentuje otázku tzv. e-Healthu v České republice. Marek Buchta se pak zabývá problematikou sociálního marketingu. Oba texty tak vhodně doplňují ostatní analýzy k hlavnímu tématu.

Petr Sokol si v jediném textu, který není přímo k hlavnímu tématu, všimá křehkosti moderní demokracie, jež je konfrontována z obrovskými ekonomickými problémy. Komentuje výsledky nedávných řeckých voleb, které jsou opravdu mementem.

Na další vydání CI Time, tentokrát první letní dvojčíslo, se můžete těšit na začátku července.

Ivan Langer,  
*zakladatel společnosti  
a odborný konzultant redakce*

Ladislav Mrklas,  
*zakladatel společnosti  
a šéfredaktor*

# Dlouhodobá péče v ČR

*Podle statistických odhadů by v roce 2020 mělo být až 2,35 milionu obyvatel starších 65 let. Z toho 16% z nich bude potřebovat nějaký typ zdravotní a sociální péče. Tato takzvaná dlouhodobá péče, kterou se rozumí péče jak v domácím prostředí, tak v pobytových institucích, stojí veřejné rozpočty ročně zhruba 1,0–2,0% HDP a podle modelací naroste o 20% každých 10 let.*

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

## STÁRNUTÍ POPULACE JAKO FENOMÉN

Fenomén stárnutí populace je charakteristický pro všechny vyspělé ekonomiky včetně České republiky. Proto se také vláda ČR zavázala přijmout sadu reformních opatření vedoucích k podpoře rozvoje péče o seniory a osoby se zdravotním postižením v domácím prostředí a společně s odborníky vymezit dlouhodobou zdravotně-sociální péči a navrhnout zavedení uceleného systému zdravotních a sociálních služeb včetně způsobu jejich financování.

## NEKOORDINOVANOST DLOUHODOBÉ PÉČE VEDE K JEJÍ SNÍŽENÉ DOSTUPNOSTI A KVALITĚ

Nyní je dlouhodobá péče klientům v České republice poskytována osobami



blízkými, zejména rodinnými příslušníky, a profesionálními poskytovateli spadajícími do resortu Ministerstva práce a sociálních věcí (MPSV) a Ministerstva zdravotnictví (MZ). Takto poskytované služby nejsou mezi sebou nijak koordinované, což vede k nedostatečnému zajištění jejich kvality a dostupnosti. Velkým problémem je také nespravedlivý přístup zdravotních pojišťoven v proplácení zdravotní péče poskytovatelům, kdy dochází k překládání klientů na různá pracoviště a neuznávání všech zdravotních výkonů. V případě že je klient hospitalizován ve zdravotnickém zařízení, je jeho péče hrazena plně, pokud je

však v domácím prostředí, nezřídka se stává, že mu není domácí zdravotní péče předsána, ačkoliv ji evidentně potřebuje. Dále v případě pobytu v zařízení poskytujícím sociální služby se klient podílí na úhradě stravy a ubytování do výše dané zákonem, zatímco ve zdravotnickém zařízení hradí pouze regulační příspěvek ve výši 100 Kč denně. Zákon chce tyto neodůvodnitelné rozdíly vyřešit pomocí vytvoření tzv. zdravotně-sociálního lůžka ve zdravotnickém zařízení, na kterém bude klientovi poskytována dlouhodobá péče ve stejném režimu jako u poskytovatelů pobytových sociálních služeb.

## V NÁVRHU SE JASNĚ ODDĚLUJE

dlouhodobá péče od ostatní zdravotnické a sociální problematiky s cílem zajistit v rámci objemu dnes vynakládaných veřejných prostředků dostupnou a kvalitní dlouhodobou péči, poskytovanou efektivním způsobem v domácím nebo v institucionálním prostředí.

## VZNIKÁ NOVÝ SAMOSTATNÝ ZÁKON O DLOUHODOBÉ PÉČI

Věcný návrh nového samostatného zákona o dlouhodobé péči vznikl vzhledem ke zdravotně-sociální propojenosti v gesce MPSV ve spolupráci s MZ a jeho předpokládaná účinnost je k 1. lednu 2013. V návrhu se jasně odděluje dlouhodobá péče od ostatní zdravotnické a sociální problematiky s cílem zajistit v rámci objemu dnes vynakládaných veřejných prostředků dostupnou a kvalitní dlouhodobou péči, poskytovanou efektivním způsobem v domácím nebo v institucionálním prostředí. Zákon dále vytváří podmínky pro to, aby dlouhodobou péči potřebovalo co nejméně lidí a do systému jejího zajištění byli více zainteresováni jak stávající či potenciální klienti, tak i jejich rodinní příslušníci. Dále klade důraz na přenesení procesu organizace a zajištění služeb na úroveň krajů a obcí s tím, aby bylo maximálně možné uplatňování služeb dlouhodobé péče v přirozeném prostředí klientů – doma – a také zároveň předpokládá vytvoření podmínek pro rodinné příslušníky.

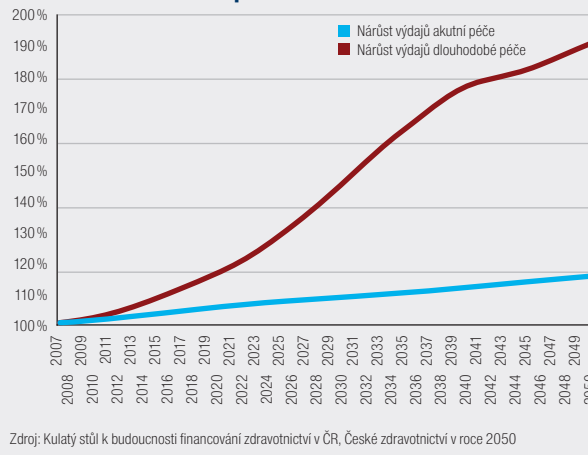
### VĚTŠINA KLIENTŮ JSOU OSOBY VYŠŠÍHO VĚKU

Služby dlouhodobé péče jsou typické pro osoby, které nejsou zcela soběstačné v základních aktivitách v důsledku zhoršené schopnosti sebeobsluhy, která může být díky zdravotnímu postižení vrozená nebo získaná v průběhu života v důsledku zhoršení zdravotního stavu a jejíž stav je setrvalý. Většinou jsou to lidé vyššího věku, není ale výjimkou, že uživateli péče jsou osoby různého věku chronicky nemocné a různě zdravotně či tělesně handicapované. Potřeby těchto klientů dlouhodobé péče by měly být zajišťovány v rámci pobytové, ambulantní a terénní formy poskytování. V případě kdy nebude možné žádoucí setrvání klienta v jeho domácím, přirozeném prostředí, bude mu poskytnuta péče ve formě pobytu v co nejhodnější instituci tak, aby byly co nejvíce respektovány jeho bio – psycho – sociální i spirituální potřeby.

### KOMBINACE NĚKOLIKA ZDROJŮ JAKO VÝCHODISKO FINANCOVÁNÍ

Ministerstva plánují financování dlouhodobé péče kombinací několika zdrojů. Prvním je příspěvek na péči, který by měl i nadále představovat univerzální systém zajištění poskytnutý na základě snížené schopnosti člověka postarat se sám o sebe, bez ohledu na jeho finanční situaci a na to, zda čerpá nebo nečerpá profesionální služby. Dalším zdrojem budou platby za stravu a ubytování v pobytovém zařízení poskytujícím dlouhodobou péči, dále spoluúčast klienta na službách dlouhodobé péče, platby za „nadstandard“ v poskytování dlouhodobé péče hrazené z vlastních prostředků klienta nebo z dobrovolného doplňkového pojištění a v neposlední řadě se plánují vyrovnávací platby, které budou směřovány nikoliv primárně na poskytovatele, ale na konkrétního klienta, zejména na jednotlivce bez dostátku vlastních prostředků, který bude čerpat služby dlouhodobé péče.

**Graf 1** Projekce nárůstu výdajů veřejného zdravotního pojištění na akutní a dlouhodobou péči



Vzhledem k tomu, že kvalitní zdravotní a sociální péče může velmi často prodloužit a zkvalitnit lidský život, je nezbytné ovlivnit faktory a podmínky vedoucí k udržení a ochraně zdraví, k čemuž přispěje umožnění poskytování dlouhodobé péče v přirozeném prostředí klienta, tak aby byl co nejbližší místu, kde doposud žil, a přizpůsobení všech služeb jeho konkrétním potřebám. K tomu by měl přispět i nový zákon o dlouhodobé péči.

**Tabulka: č. 1** Předpokládané počty osob s potřebou dlouhodobé péče

	Počet příjemců/ hospitalizovaných	Odhad podílu příjemců dlouhodobé péče	Odhad počtu příjemců dlouhodobé péče
Stupeň závislosti 1	112 000	50%	56 000
Stupeň závislosti 2	87 000	75%	65 250
Stupeň závislosti 3	59 000	100%	59 000
Ošetrovatelská pracoviště v nemocnicích akutní péče	37 000	100%	37 000
Ošetrovatelská pracoviště v nemocnicích následné péče	14 000	100%	14 000
Léčebny dlouhodobě nemocných	36 000	33%	12 000
OLÚ, hospice a další lůžková zařízení	4 000	33%	1 000
Sociální lůžka ve zdr. Zařízeních (52)	3 000	100%	3 000
Další skupina osob (odhad)	16 000	100%	16 000
<b>Celkem</b>			<b>300 000</b>

Zdroj: MPSV, VZP ČR

**Tabulka: č. 2** Průměrné měsíční úhrady na lůžko v daném zařízení

	Zdravotní pojišťovna	Pacient/ klient	Dotace z veřejných prostředků na lůžko	Celkem
Léčebny dlouhodobě nemocných	35 310 Kč	1 280 Kč	400 Kč	36 990 Kč
Následná péče, ošetrovatelská lůžka	31 972 Kč	1 280 Kč	1 200 Kč	33 172 Kč
Odborný léčebný ústav	38 400 Kč	1 280 Kč	1 000 Kč	39 400 Kč
Pobytová zařízení sociálních služeb (domovy pro seniory), osoba ve stupni závislosti 3	2 079 Kč	8 500 Kč + 8 000 Kč	6 000 Kč	24 579 Kč

Zdroj: Státní závěrečný účet MPSV a MZ, výkazy zdravotních pojišťoven, ČSÚ – Systém zdravotnických účtů, počty lůžek dle ÚZIS a VZP ČR

# Sociální služby jako svépomoc

*O efektivitě svépomoci,  
paternalismu, který nepomáhá,  
o pošlapávání důstojnosti lidí  
s postižením a reformátorech, již  
ruší adresnost a nehledí na  
důsledky.*

Rozhovor s průkopnicí systému osobní asistence Janou Hrdou, která – ač sama na vozíku – aktivně působí v Národní radě osob se zdravotním postižením a v Asociaci pro osobní asistenci.

**JOSEF ŠÍMA** | Vedl rozhovor

Lidé často kladou rovnítko mezi sociální politiku a stát. Vy svým osobním příkladem i tím, co léta hlásáte, však zdůrazňujete jiný aspekt pomoci.

Ano, jsem velkým stoupencem svépomoci, která – jak vidíme doma i ve světě – je pomocí neefektivnější. Od listopadu 1989 vidíme velký rozmach svépomocných skupin, které se snažily obsáhnout všechny podoby péče, a pomáhaly tak překonávat lidem jejich postižení či jiné problémy. Postupně se zjistilo, že i lidé s postižením mohou žít jako normální lidé, že je jen třeba objevovat, jak nejlépe kompenzovat jejich handicap.

Stát nemá dělat věci za lidi, ale má vytvořit prostředí a podmínky, aby dokázali pomoci sami sobě. Život osob s postižením je pak mnohem důstojnější a systém pomoci funkční.

Svépomocné služby sice vznikaly již od listopadu, ovšem teprve v roce 2007 byly upraveny zákonem o sociálních službách. Co jste od zákona očekávala?

Od zákonů obecně jsme očekávali dvě věci. Jednak vytvoření podmínek pro odstranění bariér a vytvoření dostupného a prostupného prostředí, stejně jako pro kompenzace pomocí a technickými opatřeními. A jednak úpravu samotné pé-





---

**STÁT NEMÁ  
DĚLAT VĚCI  
ZA LIDI,**

ale má vytvořit prostředí a podmínky, aby dokázali pomoci sami sobě. Život osob s postižením je pak mnohem důstojnější a systém pomoci funkční.

---

če – nejen sociálních služeb, ale též péče rodinné a sousedské výpomoci, jež je významnější než péče registrovaných sociálních služeb. Je rozšířenější, důslednější a efektivnější. Do značné míry se to podařilo.

Jsou definovány služby, požadavky, standardy, úloha měst, obcí, krajů a též příspěvek na péči, který umožňuje lidem, aby to byli oni, kdo se stanou zákazníky služeb. To je nesmírně významné. Do té doby převládal paternalistický postoj státu „my se o vás postaráme komplexně v nějakém zařízení, kde budete mít vše pod jednou střechou“. To však znamenalo vydělení ze společnosti. Člověk pak nežil normálním životem. Byl druhořadým tvorem, který o ničem nerozhodoval. Toto se podařilo do značné míry odbourat a lidé, kteří byli ochotni akceptovat odpovědnost za sebe a starosti, jež jim život přináší, získali svobodu.

Konečně tak skončil systém poloilegálního poskytování služeb a mezitím dospěla celá generaci lidí, pro které je normální, že bydlí samostatně, vzdělali se a pracují. To je veliký úspěch.

Propagujete systém osobní asistence, o které říkáte, že je to každodenní mravenčí práce, kterou nelze ničím nahradit. V čem spočívá podstata tohoto systému?

Osobní či také personální asistence je velmi osobní pomoc, kterou by si měl řídit člověk sám. Asistent by neměl přicházet jako odborník zvenku, jako někdo, kdo ví, co s člově-

## ZÁKON VYTVOŘIL SITUACI,

kdy mnoho poskytovatelů poskytuje pečovatelskou službu pod názvem osobní asistence, jelikož to je dnes populární a snáze je možné získat dotace od státu.

kem dělat, ale člověk s postižením v pozici klienta řídí průběh služby. Na člověka se musí nahlížet celostním a respektujícím pohledem.

Právní úprava služby osobních asistentů sice zlegalizovala, ale zároveň způsobila, že definování osobní asistence je v zákoně velmi blízké definování pečovatelské služby. To částečně zakrývá onu principiální odlišnost, že pečovatelskou službu dodává poskytovatel na základě úkonů, zatímco osobní asistence se poskytuje na základě dohody o konkrétní

podobě pomoci. Zákon vytvořil situaci, kdy mnoho poskytovatelů poskytuje pečovatelskou službu pod názvem osobní asistence, jelikož to je dnes populární a snáze je možné získat dotace od státu. Právní úprava tedy zlegalizovala službu jako takovou, ovšem obsah služby je někdy v rozporu s jejím pravým posláním.

## REFORMA NÁS VRACÍ ZPĚT

Jak pociťujete dopady vládních úsporných opatření, které si nenacházejí mezi lidmi s postižením příliš příznivců?

Nechci vystupovat s krajní kritikou, ale v situaci, kdy nám sice na ministerstvu bylo řečeno, že reforma bude mít подо-

### ING. JANA HRDÁ



- své dětství a mládí prožila na Starém Městě v Praze
- vystudovala akademické gymnázium, pokračovala studiem na Vysoké škole zemědělské a následně pracovala jako zootechnička
- ve třiceti letech utrpěla při auto-nehodě zranění a ocitla se na vozíku
- pracuje v Národní radě osob se zdravotním postižením a v Asociaci pro osobní asistenci
- má dospělou dceru a syna a tři malá vnoučata



bu pouze technicko-administrativních změn, ale ve skutečnosti se jednalo o rozbití celého systému veškerých podpor, který jsme celá léta budovali, nemohu jinak. Zhruba devět měsíců jsme se těmto krokům bránili všemi silami a došli nakonec k řadě „kompromisů“. Ty však z naší strany byly vynucené, nikoli dobrovolné. Naše prostředky obrany jsou bohužel velmi omezené.

### V čem konkrétně spatřujete rozbití systému?

První krok ministerstva směřoval proti příspěvku na péči, jenž měl nově jít na poskytovatele, nikoli konkrétnímu člověku. Tím by klient přestal být zákazníkem, ale byl by tím, kdo obrazně řečeno přijde do restaurace a tam mu řeknou: „Dostanete svičkovou nebo buřtu s cibulí, ale jelikož my to platíme, tak rozhodneme, co ti naservírujeme.“ To je naprosto neakceptovatelné a díky naší zuřivé obraně se tuto změnu podařilo odvrátit.

Rozdělení lidí s postižením do pouze čtyř kategorií závislosti při posuzování pro příspěvek na péči způsobuje, že do stejné kategorie se dostanou lidé, kteří potřebují vyšší nebo naopak nižší příspěvek, než obdrží. Rozhodnutí činí posudkový lékař na základě písemné dokumentace, nikoli na základě zkoumání daného člověka v jeho přirozeném prostředí, a navíc na základě diagnózy. To opět ignoruje různé podmínky a různé schopnosti a dovednosti jednotlivých osob, což způsobuje, že různé způsoby uspokojování potřeb v rámci stejné diagnózy tyto lidé řeší zcela jinak.

Z diagnózy zkrátka nelze smysluplně určit, kolik podpory člověk potřebuje. Zatímco dříve se posuzovalo asi 130 úkonů a zkoumalo se, zda při nich člověk potřebuje či nepotřebuje pomoc, nyní po litém boji se jich posuzuje asi 70, což je zhruba dvojnásobek toho, s čím původně ministerstvo přišlo.

Dnes se tak mrhá prostředky, protože nelze posoudit potřebu pomoci, a příspěvky jsou v podstatě plošné, nikoli adresné.

---

## POLITIKA **NAMÍSTO** ODBORNOSTI

---

Čím si vysvětlujete důvody takovéto změny? Asi těžko v takovéto citlivé věci podpory lidí s postižením můžeme předpokládat zlý úmysl.

Dle mého názoru ministerští úředníci jednoduše plní příkazy, politické zadání. V podstatě je jim to jedno, a i když ve světě existují různé systémy podpory, jimiž by se mohli inspirovat, oni dostali příkaz systém nějak zjednodušit, tak to dělají. Pokusili se změnu navléci na mezinárodní klasifikaci funkcí, což se problému, jenž je zde řešen, podobá asi jako zámecká vrata vratům od chléva. Posuzuje se sice v obou pří-



padech, stejně jako se oboje vrata otevírají a zavírají, ale tím podobnost končí. Ministerstvo dále přišlo s tím, že příspěvek bude vyplácen výhradně prostřednictvím platební karty, která bude kontrolována. Automaticky se předpokládá, že jsme zločinci, kteří na systému parazitují. Mnoho let komunikuji se zástupci ministerstva, a i když jsme mnohdy měli spory, donekdávna bylo cítit, že jim jde o věc, že jsou to odborníci – zejména lidé na těch nejnižších pozicích. Dnes ten pocit nemám. Změny se prosazují bez ohledu na dopady.

Vyzdvihla byste některý z modelů ve světě, ze kterého bychom se mohli přiučit?

Zajímavých modelů je celá řada, například švédský přístup je velmi propracovaný, ale i my jsme měli nakročeno správným směrem. Je třeba se snažit ve všech oblastech legislativně podpořit vznik prostředí, které bude vyhovovat všem. Rážíme filosofii design for all.

Nejde vůbec o to, aby např. u schodiště byla namontovaná plošina, kterou může používat pouze vozičkář. Jde o to, aby tam byl výtah, který mohou používat maminky s dětmi, lidé s těžkými břemeny, člověk, kterého bolí noha, aby zkrátka to, co se dělá pro nás, bylo užitečné pro všechny. Totéž v ostatních oblastech. Aby například školy byly přístupné lidem se smyslovým postižením, s fyzickým postižením, aby bylo normální, že stejně jako jsou ve třídě někteří žáci, kteří umějí lépe matematiku a jiní zase hůře, tam byli někteří, kteří umějí lépe chodit a jiní chodit nemohou. Jde o stovky opatření, které jsme se mravenčí prací snažili dostat do legislativy a přede-  
vším do života.

# Mantra redukce počtu zdravotnických lůžek

*Mantra znamená doslova „pravdivá slova“. Symbolizuje přesvědčení o totožnosti jména a toho, co je tím jménem označeno, proto opakování jména něčeho zpřítomňuje to označované. Tak je to v podstatě i s redukcí počtu lůžek.*

**ONDŘEJ MÁTL** | Autor je poradce a nezávislý konzultant v oblasti veřejných služeb a politik, od května 2012 je ředitelem Centra zdravotně-sociálních studií vysoké školy CEVRO Institut

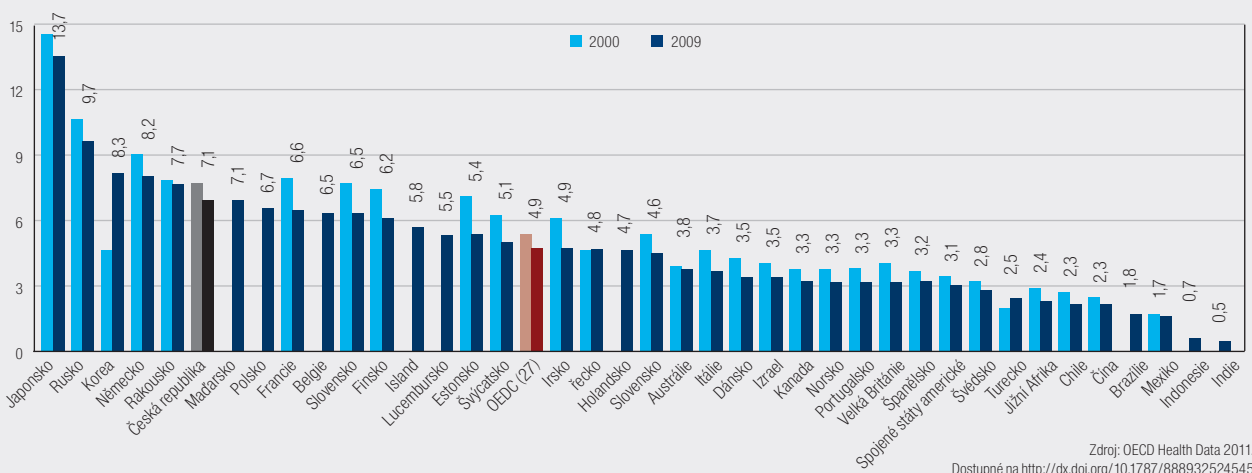
Přestože počítání lůžek představuje poměrně zastaralý způsob měření kapacity a výkonnosti systému zdravotní péče, v České republice stále velká část odborné a politické veřejnosti dlouhodobě

apeluje na redukci, resp. restrukturalizaci lůžkového fondu.

S redukcí zdravotnických lůžek jsme se setkali již v roce 1996. Tehdy byly stanoveny normativy vybavenosti lůžkovou

péčí s cílem dosáhnout 5 akutních lůžek a 2 lůžek následné péče na 1 000 obyvatel. Důsledek byl zánik 6 751 lůžek. Na přelomu let 2011 a 2012 zaznamenáváme další snahu o zrušení deseti tisíc lůžek, která nás bude doprovázet minimálně celý letošní rok. Pojišťovny v tomto ohledu s resortem zdravotnictví podepsaly memorandum o optimalizaci, resp. restrukturalizaci lůžkového fondu a vypověděly lůžkovým zařízením rámcové smlouvy. Došlo ke změně úhradových mechanismů a byla vydána vyhláška o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb a nařízení vlády, kterým se stanoví místní a časová dostupnost zdravotní péče. Všechny tyto kroky mají za cíl dosáhnout redukce lůžek s tím, že v mezinárodním srovnání je jich v České republice nadbytek.

**Graf 1** Počet nemocničních lůžek na 1 000 obyvatel



Zdroj: OECD Health Data 2011.  
Dostupné na <http://dx.doi.org/10.1787/888932524545>

## PROBLEMATICKÁ MEZINÁRODNÍ SROVNÁNÍ

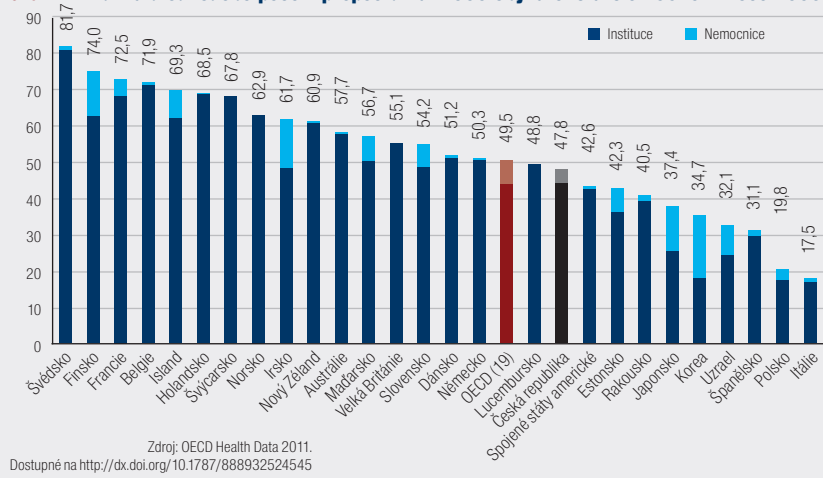
Přítom mezinárodní srovnání lůžkového fondu jsou velmi problematická, protože nemocniční péče je v různých zemích organizována různými způsoby. Přes veškeré snahy mezinárodních organizací (OECD, Eurostat, WHO apod.) se jednotlivé státy totiž stále významně liší ve výkaznictví. Například v Rakousku jsou tradičně akutní lůžka vykazována jako lůžka v nemocnicích s průměrnou délkou pobytu 18 a méně dní, v Belgii pak zase lůžka ve všeobecných nemocnicích, na kterých není poskytována péče chronicky nemocným, geriatrická péče a speciální péče. V některých státech jsou ze statistik dokonce vyloučeny celé segmenty péče, například péče poskytovaná soukromým sektorem, v rámci obrany či vězeňství. Patrně největší problém při srovnávání a výkaznictví pak způsobuje oblast dlouhodobé péče a relace zdravotnictví a sociálních systémů.

Podle dat Světové zdravotnické organizace činí světový průměr 2,9 lůžka na 1 000 obyvatel. Tento ukazatel je přitom nejvyšší v regionu Evropa (6,2) a západním Pacifiku (4,7). V Jižní Americe pak dosahuje 2,4, východním Středomoří 1,2, jihovýchodní Asii 1,1 a nejnižší je přitom dlouhodobě v Africe (0,9 lůžek na 1 000 obyvatel). Průměr zemí OECD dosáhl v roce 2009 celkem 4,9 lůžek na 1 000 obyvatel. V zemích OECD je přitom počet lůžek v přepočtu na obyvatele nejvyšší v Japonsku a také v Jižní Koreji (více než 8 lůžek na 1 000 obyvatel). Jak je patrné z následujícího grafu, Česká republika s 7,1 lůžky na 1 000 obyvatel se pohybuje v horním kvartilu, mezi zeměmi středoevropského prostoru, zásadně tedy ze statistiky nevybočuje.

### RESIDENČNÍ ZAŘÍZENÍ POSILUJÍ

Z hlediska restrukturalizace lůžek je relevantní srovnání také s kapacitou dlouhodobé péče mimo nemocniční

**Graf 2** Lůžka dlouhodobé péče v přepočtu na 1 000 obyvatel starších 65 let v roce 2009



sektor. Následující graf zobrazuje celkový počet lůžek jak v nemocnicích, tak v rezidenčních zařízeních sociálního typu (tzv. institucích). Ty zahrnují jak pobytová zařízení sociální péče, tak ošetrovatelská zařízení (tzv. nursing and residential care facilities), která poskytují vedle péče také dlouhodobé ubytování pro lidi s významným funkčním omezením. Průměr zemí OECD činí 44 lůžek na 1 000 obyvatel starších 65 let v rezidenčních zařízeních sociálního typu a 6 lůžek v nemocnicích. Mnoho zemí OECD přitom v poslední době rozvíjí kapacity rezidenčních zařízení dlouhodobé péče s cílem postarat se o pacienty, jakmile přestanou potřebovat akutní péči v nemocnicích s cílem uvolnit dražší nemocniční lůžka. Počet lůžek dlouhodobé péče v rezidenčních zařízeních přitom ve většině zemí OECD roste rychleji než počet lůžek dlouhodobé péče v nemocnicích.

Z grafů je patrná vzájemná provázanost systémů zdravotní a dlouhodobé

péče. Například v Japonsku a Koreji, které vykazují nejvyšší počet nemocničních lůžek na 1 000 obyvatel, je vyšší počet lůžek dlouhodobé péče do určité míry kompenzován nižším počtem míst v rezidenčních zařízeních. Oba tyto asijské státy totiž uplatňují politiku tzv. sociálních hospitalizací („social admissions“), tzn. že podstatná část lůžkového fondu je zaměřena na poskytování dlouhodobé péče.

Soustředění se na ukazatel globálního počtu lůžek a jeho mezinárodní srovnávání tak v podstatě nemá smysl. Vzhledem k obtížím s definicí nemocničního lůžka a s ohledem na masivní rozvoj alternativních způsobů poskytování zdravotní péče, které nejsou vázány na pobyt na nemocničním lůžku, totiž ukazatel počtu lůžek vyazuje omezené interpretační schopnosti jak v časovém, tak geografickém, zejména pak mezinárodním srovnání. Významnější je soustředění se na ošetrovatelské kapacity případně spotřebu ošetrovacích dnů. Potřeba zejména dlouhodobé péče se navíc přelévá mezi sektory neformální péče – sociální péče – zdravotní péče (v jejich rámci také segmenty ambulantní a institucionální péče). Opatření (a to včetně změn financování) v jednom sektoru/segmentu tak vyvolají reakci v jiném, a je proto třeba k nim (minimálně k těm formálním) přistupovat společně.

## POČET LŮŽEK

dlouhodobé péče v rezidenčních zařízeních přitom ve většině zemí OECD roste rychleji než počet lůžek dlouhodobé péče v nemocnicích.



# Starneme, a?

*Predlžovanie doby dožitia je dôkazom rastu blahobytu spoločnosti, úspechu rešpektu k súkromnému vlastníctvu a trhovej výmeny. K starnutiu populácie ale nedochádza len vyššou dobou dožitia, ale aj nízkou mierou pôrodnosti. A práve klesajúci pomer pracujúcej a nepracujúcej populácie predstavuje jednu z najväčších výziev vyspelých spoločností.*

**RADOVAN ĎURANA** | Autor je ekonom a analytik Inštitutu ekonomických a spoločenských analýz v Bratislave (INESS)

Bývalé krajiny RVHP pritom budú čeliť najväčším problémom. Počas transformácie sa narodilo o tretinu menej detí než v dekáde predtým, a biedna pôrodnosť pokračuje aj v novom tisícročí. Nenarodené budúce matky neporodia budúcich pracujúcich. Výsledkom je prudké starnutie populácie, pričom nechcené prvenstvo v tejto hitparáde by malo dosiahnuť Slovensko. Pomer produktívnej populácie k seniorom (+65) by mal byť s hodnotou 1,8 na Slovensku v roku 2050 najnižší v EÚ. Dnes patrí k najvyšším.

Nielen doba dožitia je rozhodujúca, človek nechce seniorský vek len prežiť

ale aj si ho užiť. Podľa Eurostatu má celé tri roky v zdraví pred sebou Slovenka vo veku 65 rokov. Muž paradoxne o pol roka viac.

Bez rozdielu pohlaví si Slováci užívajú v porovnaní s priemerným euroobčanom o dve tretiny menej „zdravých“ rokov života. Nepriaznivý stav poznať finančne, hoci populácia seniorov starších ako 60 rokov dnes tvorí okolo 18% populácie, na zdravotných výdavkoch sa podieľa viac ako 40%. Je ťažko predstaviteľné, že takýto pomer bude udržateľný pri zdvojnásobení podielu seniorov.



## DEMOGRAFICKÉ PROGNÓZY ZDVÍHAJÚ VÝSTRAŽNÝ PRST

Vynechajme teraz spoločenské a kultúrne dopady skutočnosti, že kým dnes má mediánový Slovák zhruba 36 rokov, v roku 2060 to bude 54. Výzvou bude prispôbenie financovania sociálneho a zdravotníckeho sektora. Treba upozorniť, že do produktívnej populácie sa započítavajú všetci v danom veku, aj invalidi, tehotné ženy, či študenti. Reálne bude na seniora pripadať menej ako 1,5 pracujúceho a aj to za odvážneho predpokladu 75% zamestnanosti produktívnej populácie (dnes 60%). Sarkasticky



## REÁLNE BUDE NA SENIORA

pripadať menej ako 1,5 pracujúceho a aj to za odvážneho predpokladu 75% zamestnanosti produktívnej populácie (dnes 60%). Sarkasticky by sa dalo povedať, že sa stratí anonymita sociálneho a zdravotného systému. Na každého pracujúceho bude pripadať jeden dôchodca.

ka na tvorbu súkromných úspor a vyššia spoluúčasť pri hradení zdravotníckych výkonov. Objavujú sa návrhy, aby zdravotné a sociálne poistenie bolo prepojené. Vyššia individualizácia poistenia by mohla vytvoriť priestor na motiváciu poistencov k zodpovednejšiemu prístupu k zdravotnému stavu. Tí, ktorí sa bez zdravotnej starostlivosti dokážu zaobísť dlhšie, by si nazbieraný kredit z odvodov mohli užiť v podobe vyšších dôchodkov.

Dvojnásobný podiel seniorov si vyžiada aj viac zdrojov, služieb a pracovných síl v oblasti dlhodobej starostlivosti. Zvykne sa tvrdiť, že dnešný problém dlhodobej starostlivosti a zabezpečenia seniorov je do značnej miery problémom roztrhnutia viacgeneračných rodín. Toto tvrdenie neplatí celkom, pretože ústavná starostlivosť o seniorov zďaleka nie je na Slovensku pravidlom. 98% seniorov býva

vo svojom, alebo s blízkymi, pričom dlhodobá starostlivosť o nich (väčšinou chorých, či zdravotne postihnutých) leží na pleciach väčšinou neplatených rodinných príslušníkov.

### ČLOVEK SI PORADÍ

Vo svetle týchto nevyhnutných zmien (Slovensko sa na imigráciu nemôže spoliehať) bude kľúčové hľadať cesty, ako udržať seniorskú populáciu dlhšie v pracovnom pomere (ak nenasporili) a neskôr vytvárať podmienky na poskytovanie starostlivosti v domácom prostredí. Nevydať sa cestou masívneho zvyšovania ústavných kapacít, ale hľadať možnosti, ako podporovať prirodzenú starostlivosť v kruhu rodiny, či komunity. Katastrofické scenáre dopadov starnúcej populácie totiž väčšinou zabúdajú na fakt, že všetci budúci seniori roku 2050 dnes používajú moderné technológie, nakupujú cez internet, komunikujú on-line so známymi z opačného konca republiky. Rastúca dostupnosť a schopnosti týchto zariadení už dnes umožňujú vzdialený on-line kontakt s ošetrovateľom. Implantované monitorovacie zariadenia zdravotného stavu dokážu okamžite informovať o nepodaní lieku, či zhoršujúcom sa zdravotnom stave. Pre mnohých je robotická starostlivosť stále fantazmagóriou, no dnešné roboty sú schopné vykonávať tak koordináčne a motoricky náročnú činnosť ako je stolný tenis, či bicyklovať. Čo dokážu o 40 rokov?

Dôležitým aspektom bude dnes nevytvárať prekážky spontánnym riešeniam budúcich problémov. Nezavádzať a nerozširovať finančne nákladné a ťažko naplniteľné pozitívne práva seniorov. Nezasahovať do finančných rovníc životných poisťovní presadzovaním umelých diskriminačných pravidiel. Realisticky informovať dnešných mladých pracujúcich, či a s akými štátnymi dôchodkami môžu počítať. Nepodceňovať génia budúcich generácií a nezabúdať na fakt, že človek si poradil so životom v púšti aj na ľadovci.

by sa dalo povedať, že sa stratí anonymita sociálneho a zdravotného systému. Na každého pracujúceho bude pripadať jeden dôchodca.

Varovné čísla ukazujú, že súčasný spôsob financovania sociálneho systému a verejného zdravotníctva je udržateľný iba za cenu koncentrácie zdrojov v týchto sektoroch na úkor vzdelávania, obrany či dopravy. Reformovať sa preto budú musieť nielen základné parametre súčasných systémov, ako je vek odchodu do dôchodku, či výška dôchodku, ale vznikne tlak na zásadné úpravy týchto schém. Očakávať sa dá požiadav-

## DÔLEŽITÝM ASPEKTOM

bude dnes nevytvárať prekážky spontánnym riešeniam budúcich problémov. Nezavádzať a nerozširovať finančne nákladné a ťažko naplniteľné pozitívne práva seniorov. Nezasahovať do finančných rovníc životných poisťovní presadzovaním umelých diskriminačných pravidiel. Realisticky informovať dnešných mladých pracujúcich, či a s akými štátnymi dôchodkami môžu počítať.

# S důchodem od Ponziho

*Malé statistické entrée. Náklady na důchody stouply v roce 2011 na 359 miliard, tři z pěti korun namířených na tzv. sociální věci jdou právě na starobní důchody. To vše čítá asi 22 % veškerých vládních výdajů a přes 23 % příjmů vládního sektoru. Deficit systému činil v roce 2011 kolem 40 miliard a demografický vývoj bude nerovnováhu systému dále prohlubovat.*

**VÁCLAV RYBÁČEK** | Autor je ekonom, působí v Českém statistickém úřadě a na Vysoké škole ekonomické

Jak vidno, hlavním problémem není, že by stát nebyl schopen ze svých příjmů důchody v budoucnu ufinancovat, potíží je tlak na případné úspory v ostatních výdajových položkách, případně tlak na růst dluhu. Takže co s deficitností systému, zvýšit (quasi)daně? Mezigenerační solidarita by již nemusela být pro budoucí generace finančně únosná. Nuže co s tím? Mezi řešeními bývá zmiňována imigrace zvyšující počet pracovníků, kteří do systému přispívají. Zní to přesvědčivě, ve skutečnosti bychom však agónii systému jen prodlužovali. Také imigrantům by po čase musel být vyplácen důchod a vyhlíželi bychom další vlnu cizinců, což by začalo připomínat Cimrmanovský systém dopravy horníků.

Finanční varianta tohoto „dopravního systému“ z dílny Carla Ponziho vykazuje se současným průběžným systémem mnoho společných znaků. Příjmy systémem pouze „protečou“, stabilita závisí na vyšším tempu růstu počtu přispěvatelů než beneficentů a systém do budoucna generuje neudrži-





telné závazky, které se nyní dostávají do pozornosti politiků. Právě projekce celkových závazků plynoucích ze systému v relaci k HDP je novým požadavkem hospodářsko-politických autorit na státní statistiku. A realita evropských států včetně České republiky? Závazky z veškerých důchodů podle zatím nepublikovaných údajů míří k 300% ročního produktu při současném nastavení. Jinak řečeno, tři roční důchody bude třeba vynaložit na výplaty důchodů současných příjemců důchodů.

### RŮST MÍSTO STÁTU

A to vše v důsledku tendence státu přebírat individuální zodpovědnost jedince na svá bedra a zajišťovat mj. důstojné životní podmín-

## SPOLEHLIVĚJŠÍ JE PROVÉST „DŮCHODOVOU REFORMU“

na individuální úrovni – zajistit se na stáří po svém, třeba nákupem aktiva, které v budoucnosti ponese vlastníkovu výnos či které může být prodáno. A nemusí jít zrovna o státní dluhopisy, ale třeba o dům, byt, pozemek, které lze pronajmát či zpeněžit.

ky v nepříznivých životních situacích. Nicméně stejnou „službu“ jako státní sociální politika poskytuje hospodářský růst, který má oproti přerozdělování navíc tu výhodu, že nezlepšuje situace jedněch na úkor druhých, ale v různé míře zlepšuje situaci všech. Jak na růst působí průběžné financování penzí? Rozhodně jej nepodporuje, prostřednictvím pojistného totiž odebírá potenciální úspory (investice, resp. budoucí spotřeba) a přeměňuje je na (současnou) spotřebu. Ta sice může výrobu krátkodobě „popohnat“, ale výrobní potenciál ekonomik nezvýší. Z dlouhodobé perspektivy tím průběžný systém tlumí růst hospodářství a životní úroveň.

Fondový systém se z tohoto pohledu jeví mnohem příznivěji. Prostředky jsou uspořeny a investovány buď přímo tvůrcem úspor, nebo prostřednictvím fondu, jemuž své úspory svěří. Vznikají zdroje pro investice, pro hospodářský růst a důležitý je i pozitivní vliv na efektivní alokaci volných prostředků. Záměr zvyšovat váhu fondového zabezpečení se tak sám o sobě jeví chvályhodně. Nicméně ani fondový systém nemusí být spásný, jsou-li fondy pouze využity k financování vládních dluhů, což je naneštěstí realita současnosti. Penzijní fondy měly na konci roku 2011 nainvestováno v dluhopisech cca. 215 mld. korun, tj. 87% veškerého majetku. A zhruba 70% těchto dluhopisů tvoří ty vládní.

Průběžný systém a fondový systém s investicemi do státních dluhopisů jsou v zásadě velmi podobné, úspory přeměňují prostřednictvím nákupu státních dluhopisů na spotřebu. Schopnost vyplácet důchody je poté závislá na schopnosti současné generace kupovat prostřednictvím penzijních fondů státní dluhy v dostatečné míře tak, aby mohly být vypláceny současné důchody. Tudíž z těchto skutečností plyne závěr, že čím menší podíl státních dluhopisů v portfoliu, tím lépe pro ekonomiku a hospodářský růst. Nicméně to je zcela proti tendenci státu využívat penzijní fondy a finanční instituce vůbec jako „pohřebiště“ státních dluhopisů.

### KUPOJME DOMY, BYTY, POZEMKY...

Namísto spoléhání se na schopnosti politiků systém smysluplně změnit je spolehlivější provést „důchodovou reformu“ na individuální úrovni. Prostě zajistit se na stáří po svém, třeba nákupem aktiva, které v budoucnosti ponese vlastníkovu výnos či které může být prodáno. A nemusí jít zrovna o státní dluhopisy, ale třeba o dům, byt, pozemek, které lze pronajmát či zpeněžit. Vše je pouze o finanční gramotnosti a troše odvahy. Spoléhání se na stát se pomalu stává minulostí, stát totiž nemůže mít na víc, než na kolik mají jeho občané.



# Zdravotnická reforma pokračuje

*Počátkem roku odstartovala v praxi druhá fáze zdravotnické reformy, která vedle změn poplatků za hospitalizaci a recept přinesla i největší změnu za posledních dvacet let – možnost připlatit si za nadstandard.*

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

Ministr zdravotnictví Leoš Heger intenzivně pokračuje v práci na další fázi reformy, která by měla přinést především spravedlivější přerozdělení pojistného na veřejné zdravotní pojištění, zjednodušení vzdělávání lékařů, zpřísnění reklamy na léčivé přípravky, větší ochranu pacientů v rámci jednotného sledování a vyhodnocování nežádoucích účinků léčiv a jejich padělků a právo pacientů na náhradu nákladů na péči čerpanou v jiné zemi Evropské unie (EU).

## ČTYŘI NOVÉ ZÁKONY A OSM NOVELIZACÍ

V této fázi reformy by mělo dojít k celkem osmi novelizacím a měly by být vydány čtyři zcela nové zákony. Součástí těchto změn by pak měla být i transpozice směrnic EU do české legislativy. Tyto změny by měly přiblížit české zdravotnictví standardům, které jsou jinak obvyklé v ostatních vyspělých státech EU, a přispět k zamezení plýtvání s finančními prostředky.

## ZÁKON O UNIVERZITNÍCH NEMOCNICÍCH

Ve vnějším připomínkovém řízení se nachází věcný záměr zákona o univerzitních nemocnicích, který mimo jiné omezuje jejich počet. Taxativní výčet univerzitních nemocnic má mít přímou vazbu na konkrétní lékařskou fakultu. Nemocnice by měly mít pouze neziskový charakter, kdy jejich účelem nebude dosahování zisku, ale zejména naplnění jejich hlavní činnosti. Na řízení univerzitní nemocnice by se mělo ve spolupráci podílet Ministerstvo zdravotnictví, vysoká škola a kraj, její případné zrušení by mělo být možné pouze přijetím novely zákona.

## ZÁKON O REGULACI REKLAMY

S účinností od ledna 2013 se počítá s novelou zákona o regulaci reklamy, která zpřísnuje podmínky regulace reklamy léčivých přípravků, zakazuje soutěže, loterie nebo „hry“, jimiž lze ovlivnit předepisování léků. Novela dále pamatuje na zákaz návštěv zástupců farmaceutických



fírem v ordinačních hodinách, dále lékař ani farmaceut nesmí pacientovi doporučit lék, pokud by tak činil v důsledku reklamního lobbingu. Nově bude možné sponzoringem kongresové turistiky uhradit lékařům pouze náklady za ubytování, stravu, dopravu a registrační poplatky.

## TRANSPLANTAČNÍ ZÁKON

Novela transplantačního zákona upraví pravidla pro zajištění jakosti a bez-

pečnosti orgánů určených pro transplantaci a přizpůsobí právní normu evropské legislativě, povede k zamezení nepřipustných praktik při darování a transplantaci orgánů, a to včetně obchodování s lidmi. Dále řeší v souladu se směrnicemi EU náhrady na pokrytí výdajů a ztrát z příjmů a mimo jiné řeší otázku zemřelých dárců, kteří nejsou občany ČR.



jich dosavadní procesní pravidla. U nelékařských povolání bude například odstraněno duplicitní vzdělávání na VOŠ a Bc. oborů, dojde ke zrušení odborného dohledu, zavádí celoživotní vzdělávání jako povinnost každého zdravotnického pracovníka, ruší kreditní systém a upravuje akreditace či akreditační komise.

### NOVELY ZÁKONA O LÉČIVECH

Větší ochranu pacientů v případech zjištěných nežádoucích účinků či padělků léčiv a zavedení jednotných pravidel pro všechny subjekty v dodavatelském řetězci a zamezení nežádoucího reexportu léčiv by měla zajistit novela zákona o léčivech, která bude rozdělena do dvou fází. Finální podoba těchto novel by měla nabýt účinnosti od 1. ledna 2013. Novela dále zavádí registr výdejů léčivých přípravků s množstevním omezením, a to z důvodu snížení rizika výdeje u zneužívaných léčiv. S ohledem na rizika spojená s padělanými léčivy stanov-

prostředcích. Ten dále stanoví podmínky jejich uvádění na trh, včetně distribuce, výdeje, prodeje a používání v nemocnicích, zpřísnění požadavků na distribuci a manipulaci. Zákon by měl být do vlády předložen koncem roku 2012.

### ZÁKON O ZDRAVOTNÍCH POJIŠŤOVNÁCH

Zákon o zdravotních pojišťovnách by měl zajistit spravedlivější přerozdělování pojistného a nastavit nová pravidla pro fungování zdravotních pojišťoven včetně složení správních rad, které by se napříště měly skládat pouze z odborníků, aby se zamezilo politickým vlivům. Dále plánuje posílení principů transparentní obchodní soutěže při nákupu péče či služeb ze strany zdravotních pojišťoven.

### ZÁKON O HLUKU, O OCHRANĚ VEŘEJNÉHO ZDRAVÍ A „TABÁKOVÝ ZÁKON“

Ochranou lidského zdraví se zabývají tři zákony, a to zákon o hluku, který zavede nový systém kompetencí, odpovědnosti a dozoru nad ochranou proti hluku, přičemž ale stávající hlukové limity nemění. Dále novela zákona o ochraně veřejného zdraví sladí tuto normu s evropskými směrnicemi a se správním řádem a upraví skutkové podstaty správních deliktů včetně liberačních důvodů. Novela zákona č. 379/2005 Sb. (alkohol, tabák, návykové prostředky) pak posílí ochranu před účinky nepřímého tabákového kouře.

## TATO FÁZE REFORMY

má za cíl přinést především spravedlivější přerozdělení pojistného na veřejné zdravotní pojištění, zjednodušení vzdělávání lékařů, větší ochranu pacientů v rámci sledování a vyhodnocování nežádoucích účinků léčiv a právo pacientů na náhradu nákladů na péči čerpanou v jiné zemi EU.

je jednotné ochranné prvky k identifikaci a ověření pravosti léčiv za účelem zabránění vstupu padělků do legální distribuční sítě.

### ZÁKON O ZDRAVOTNÍCH PROSTŘEDCÍCH

Komplexní úpravu regulace zdravotnických prostředků ze zdravotního pojištění na základě principu „za stejný efekt, stejná úhrada“ řeší zákon o zdravotních

### PŘESHRAŇIČNÍ PÉČE

Transpozice směrnice Evropské unie o přeshraniční péči do zákona o veřejném zdravotním pojištění musí být hotová do 25. 10. 2013 a přinese pacientům právo obdržet náhradu nákladů na péči čerpanou v jiné zemi Evropské unie ve výši hrazené v jejich státě. Tam, kde to směrnice umožní, bude minimalizován vliv na finanční prostředky systému veřejného zdravotního pojištění stanovením podmínek čerpání péče v zahraničí.

### NOVELY ZÁKONA O NELÉKAŘSKÝCH ZDRAVOTNICKÝCH POVOLÁNÍCH A ZÁKONA O VZDĚLÁVÁNÍ LÉKAŘŮ, ZUBNÍCH LÉKAŘŮ A FARMACEUTŮ

V srpnu by měla být Vládě ČR předložena novela zákona o nelékařských zdravotnických povoláních a velká novela zákona o vzdělávání lékařů, zubních lékařů a farmaceutů. Obě tyto normy celkově zjednoduší a zpřesní je-



# eHealth ležící, spící

*Ministr zdravotnictví oznámil definitivní konec projektu elektronických zdravotních knížek IZIP, který po dlouhou dobu znamenal jednu z největších ambicí v oblasti eHealth v České republice. Znamená to konec myšlenky zdravotních knížek a elektronicky dostupné zdravotní dokumentace?*

**PETR STIEGLER** | Autor je nezávislým konzultantem pro ICT a eGovernment, pracuje především pro ministerstvo vnitra a Českou poštu, v minulosti byl zodpovědný za rozvoj projektů CzechPOINT a datové schránky

Připomeňme si nejprve, o co v celém projektu šlo. Především dostat zdravotní záznamy vztahující se k jednomu pacientovi na jedno místo, do jedné databáze, odkud by byly přístupné jak pacientovi samotnému, tak i ostatním lékařům. Takový systém by bezesporu výrazně zjednodušil a zlepšil kvalitu zdravotní péče i komfort pacienta – lékaři by si nemuseli mezi sebou zasílat různé části zdravotní dokumentace („pane, vyzvedněte si výsledky a pak mi je přineste“), pacienti by konečně měli přístup k údajům o sobě a díky propojení systému s účetnictvím zdravotních pojišťoven by se tak zásadním způsobem omezila možnost vykazovat na pacienta úkony, které provedeny nebyly. A to hovoříme jen o těch nejdůležitějších aspektech, jistě by se daly najít další souvislosti a možnosti, od napojení na elektronické recepty až po další systémy.

Celý princip do značné míry připomíná základní myšlenky, na kterých je vystavěn eGON: obíhat mají data, ne občan, úřady mají data sdílet atd. Jen si místo občana dosaďte pacienta, pojištěnce a místo úřadů zdravotníky a pojišťovny.



Podmiňovací způsob použitý v minulém odstavci je na místě, protože kýženého stavu se IZIPu nepodařilo nikdy dosáhnout. Pomiňme nyní důvody politické (téma boje proti IZIPu se stalo jedním z dominantních témat bývalého ministra zdravotnictví Davida Ratha) nebo finanční a zanalyzujme důvody věcné. Ty se totiž budou hodit při tvorbě nového systému, tentokrát již státem garantovaného, jehož vybudování ministr Heger již oznámil. Prý by měl v pilotním provozu fungovat na konci roku...

Největším problémem bude podle všeho zapojení lékařů, nebo alespoň jejich většiny. I když se to zdá být v 21. století s podivem, řada z nich není s výpočetní technikou zrovna v přátelském poměru a nedávny pokus ministerstva zdravotnictví, aby lékaři měli v ordinacích alespoň povinně internet, skončil fiaskem. Podle statistik vykazuje v součas-

## NOVÝ KONCEPT

sdílené zdravotní dokumentace by měl využívat stávající úspěšné projekty, jako jsou datové schránky, CzechPOINT nebo základní registry.

nosti výkony přes internet pouze okolo deseti procent ordinací. Vysokorychlostní internet má sotva půlka ordinací. Dlužno dodat, že nespoupráce lékařů byla jednou z hlavních příčin krachu IZIPu, a to jim za elektronické vykazování dokonce nabízeli finanční příspěvek. Možná někteří tuší, že v takovém systému by nesprávné vykazování zdravotní péče bylo mnohem složitější.

Ministerstvo zdravotnictví se ve svém novém projektu



chystá vyřešit tuto potíž šalamounsky. V první fázi se totiž bude týkat pouze nemocnic, případně velkých zdravotnických zařízení, které mají své vlastní informační systémy, a tudíž bude jejich propojení výrazně jednodušší. To je sice pravda, ale tím celý systém poněkud ztrácí na své efektivitě, protože pokud v něm nebudou především praktičtí lékaři a ambulantní specialisté, těžko hovořit o jednotném úložišti zdravotní dokumentace.

Další potíž bude spočívat v domluvě se zdravotními pojišťovnami. IZIP byl totiž především projektem VZP, v poslední fázi to platilo téměř výlučně. A tak některé pojišťovny šly vlastní cestou a začaly vyvíjet vlastní řešení – například Vitakarta Oborové zdravotní pojišťovny zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví. Představí si několik systémů, které svá data sehrávají do jakéhosi národního registru, lze spíše jen teoreticky. A bez účasti zdravotních pojišťoven to nepůjde vůbec.

Je zjevné, že za systémem osobních zdravotních knížek bude muset stát velká databáze, kde budou tyto údaje ulože-

## KVALITNÍ INTERNET

má v ordinacích sotva polovina ambulantních lékařů. Bez připojení je však eHealth prakticky nemyslitelný

ny. A je rovněž jasné, že půjde o mimořádně citlivý materiál z pohledu osobních údajů, velmi citlivý na způsob zabezpečení, autentizace a monitoringu přístupů. Bohužel, nedá se říci, že by ministerstvo zdravotnictví na tomto poli příliš bodovalo, protože loni představený projekt Národního zdravotního registru příliš velkou jistotu o neprolomitelném

zabezpečení nedával. A přitom by stačilo inspirovat se u systémech základních registrů, ve kterých budou data uchovávaná bez jmen či rodných čísel, s využitím bezvýznamových identifikátorů, a který bude obsahovat i velmi sofistikovaný systém řízení přístupů tak, aby data mohl vidět jen ten, kdo na to má zákonné oprávnění. Je třeba připomenout, že koncept Národních zdravotních registrů kritizoval i Úřad na ochranu osobních údajů.

Pokud hovoříme o základních registrech, každý podobný systém, který vznikne, by měl být na ně napojen – minimálně v části, která se týká identifikace pacienta. Jednak by se tím zajistila jednota dat, duplicitní vedení záznamů, jednak by se podařilo zajistit i odpovídající anonymizaci dat a jejich zabezpečení. Mimochodem – možností synergie s dalšími projekty eGovernmentu je daleko více. To si uvědomoval i dnes už bývalý náměstek ministra zdravotnictví Schlanger, který v roce 2011 navrhoval využití datových schránek jako bezpečného transakčního kanálu a CzechPOINTu jako kontaktního místa pro přístup k dokumentům pro ty, kteří nemají počítač, případně i pro vydávání přístupových údajů pro jednotlivé uživatele systému.

Evropská unie počítá s povinnou elektronizací již od roku 2013. Od té doby by měl být sdílený přístup do zdravotnické dokumentace garantovaným právem. Bude velmi zajímavé sledovat, jak se to České republice podaří, protože aktuální diagnóza eHealth u nás připomíná déletrvající kóma.

INZERCE



CENTRUM ZDRAVOTNĚ-SOCIÁLNÍCH STUDIÍ  
Centre for Health and Social Studies



## Odbornost, praxe, prestiž

- ❖ výzkum, konzultační a poradenská činnost
- ❖ výukové a vzdělávací programy
- ❖ publikační aktivity
- ❖ konference a veřejné diskuse

od 1. 5. 2012

[více na www.cevroinstitut.cz](http://www.cevroinstitut.cz)

# Co skrývá sociální marketing?

*Všichni akceptujeme využití marketingových postupů v kampaních proti kouření nebo za bezpečnost silničního provozu. Nasazení obdobných metod při plánování zdravotních nebo sociálních programů státu však čeká až na nové generace úředníků i politiků.*

**MAREK BUCHTA** | Autor je marketingový konzultant

## OD INFORMAČNÍHO LETÁKU K MARKETINGOVÉMU PROGRAMU

Zhruba od sedmdesátých let minulého století začínají úvahy o možnosti využití marketingových metod i v oblasti státní správy a neziskového sektoru. Nejčastěji jsou s tímto atraktivně znějícím názvem spojovány snahy využít marketingové metody k pozitivnímu ovlivnění chování obyvatel – takzvané kampaně pro

## DEFINICE:

podle Philipa Kotlera a Geralda Zaltmana představuje sociální marketing přípravu, realizaci a kontrolu programů s cílem změnit míru akceptování plánovaných sociálních opatření. Jde o komplexní proces, který zahrnuje úvahy o produktu, ceně, komunikaci, distribuci a marketingovém výzkumu.

dobrou věc. Sem patří oblast péče o zdraví (kouření, drogy, sexuální chování, zdravá výživa a podobně). Dále se připojuje z různého pohledu zpracovávaná tematika bezpečnosti – v dopravním provozu, při cestování, osobní bezpečnosti nebo zabezpečení svého majetku. Nová doba přinesla třeba problematiku bezpečnosti na internetu, sociálních sítích nebo finanční gramotnosti. A řadu dalších. Všechna tato témata jsou závažná a jejich nesmír-

**NHS**

**F**ACE  
HAS THEIR FACE FALLEN ON ONE SIDE?  
CAN THEY SMILE?

**A**ARMS  
CAN THEY RAISE BOTH ARMS AND  
KEEP THEM THERE?

**S**SPEECH  
IS THEIR SPEECH SLURRED?

**T**IME TO CALL 999  
IF YOU SEE ANY SINGLE  
ONE OF THESE SIGNS

**WHEN STROKE STRIKES, ACT F.A.S.T.**  
nhs.uk/actfast

© 2012 NHS. All rights reserved.



nou výhodou je, že jsou zpravidla více méně konsenzuální. Shoda jde napříč celým politickým spektrem. A tak jsou tyto kampaně snáze realizovatelné. Zatímco jakákoli jiná marketingová investice budí okamžitou kontroverzi, investice do této oblasti jdou na konto „obecného dobra“, a je tedy mnohem obtížnější je kritizovat. Tyto kampaně bývají součástí programů většiny vlád a je zde možné najít řadu inspirativních příkladů. Tvůrcům potom poskytují i přes závažná a často smutná témata do jisté míry oddech od každodenní rutiny komerční komunikace.

Objem těchto kampaní kolísá podle aktuální ekonomické situace. Bylo by ale chybou zužovat celou problematiku pouze na komunikaci, na vydávání informačních letáků nebo vysílání výchovných spotů. Dobře postavený program v oblasti sociálního marketingu nese všechny prvky komplexní marketingové práce – od identifikace cílové skupiny, jejího bližšího poznání pomocí výzkumů a analýz, přes vystavění produktu nebo služby s přijatelnou cenou, distribuční kanály až po cílenou komunikaci.

Vedle státu se zde mohou uplatnit i organizace neziskového sektoru, případně i komerční firmy. Spojení veřejné prospěšných věcí s marketingovými aktivitami komerčních firem dostalo název Cause Related Marketing (CRM). Může jít o konkrétní částku na dobrou věc z každého prodaného výrobku nebo i o složitější formy kooperace. Jinou možnost zapojení komerčního sektoru představuje model, který má americký AdCouncil. Ten sdružuje reklamní prostor, který darují média pro kampaně za dobrou věc a zdarma poskytovanou práci komunikačních a kreativních agentur při přípravě těchto kampaní.

## MARKETING VEŘEJNÝCH ZDRAVOTNICKÝCH A SOCIÁLNÍCH PROGRAMŮ

Oblastí, která více odpovídá původní Kotlerově a Zaltmanově definici, je marketing vládních programů v oblasti zdravotnických a sociálních služeb. Stávající model sociálního stá-

## ORGANIZACE,

které mohou využít sociální marketing

Vláda
Ministerstva
Úřady práce
Krajské a obecní úřady
Besip
Neziskové organizace
Univerzity
Organizace poskytující sociální služby
Nadace
Sdružení
Firmy (CRM) a další

tu se v Evropě dostal na samou hranu udržitelnosti. Hledá se systém, který bude dostatečně sociálně citlivý k slabým a potřebným, ale současně nebude dávat prostor pro zneužívání a nebude generovat neudržitelné dluhy. Jeho nalezení je stejně „dobrá věc“ jako jakákoli z výše zmíněných.

Jenže názory na tuto problematiku a způsoby jejího řešení na rozdíl od obecných problémů zdaleka nejsou konsenzuální. A již vůbec nejdou napříč politickým spektrem. Jedná se o téma vysoce politické. Marketingové metody by mohly výrazně pomoci při plánování, nasazení i komunikaci těchto programů. Ale není

a v dohledné době zde pravděpodobně ani nebude prostor pro jejich využití. Možná s novou generací politiků i úředníků.

Velký ostych panuje již u prvního kroku marketingového procesu – analýzy a zkoumání cílové skupiny a plánování programů s respektem k požadavkům budoucích uživatelů. Jako by se úřady bály využívání výzkumů veřejného mínění i analýz dat, která často mají k dispozici. K tomu se připojují problémy s realizací, spuštění nepřipraveného projektu, nedostatečná komunikace nebo pochybnosti o způsobu výběru realizačních partnerů. Nebo dokonce podezření z postranních zájmů. Jako příklad si můžeme dát v podstatě jakýkoliv projekt z poslední doby, datovými schránkami počínaje, přes jednotné výplatní místo, kartu sociálních systémů nebo třeba elektronickou zdravotní knížku.

Velmi tenká linie dělí sociální marketing od sociálního inženýrství. Obecně platí, že projekty, které vykazují znaky sociálního inženýrství, vždy na první pohled budí zdání společenské prospěšnosti. S marketingovými projekty ale tyto pokusy nemají nic společného. V konečné fázi místo zamýšleného cíle generují v lepším případě úsměv – jako například maďarská „hranolková“ daň. V horším případě potom nutnost pravidelného vyplácení vysokých částek ze státního rozpočtu – jako třeba u projektu státní podpory stavebního spoření nebo fotovoltiky.

## PŘÍKLADY SOCIÁLNĚ-MARKETINGOVÝCH PROGRAMŮ:

- Kouření
- Drogy
- Sexuální chování
- Zdravotní prevence
- Zdravý životní styl
- Očkování
- Internetové hrozby
- Chování na sociálních sítích
- Bezpečnost v silničním provozu
- Nošení helem na kole a na lyžích
- Dobrovolnictví
- Varování při cestách
- Recyklace
- Vzdělávání
- Účast na volbách
- Čistota
- Životní prostředí a mnoho dalších

# Řecko na německé cestě

## Pod tíhou krize demokracie selhává

*Současné Řecko v mnohém připomíná Německo v 30. letech 20. století, přestože by se asi většina Řeků aktuálně za jakékoli srovnání země s Německem dost hněvala, protože v zemi jsou úsporná opatření spojována hlavně s německou politikou.*

**PETR SOKOL** | Autor je politolog, přednáší na CEVRO Institutu, řídí CEVRO Revue a pravidelně přispívá do dalších českých médií (např. Reflexu)

Srovnání je přesto na místě: Zemí otrásá hospodářská recese, Řecko není schopné platit své dluhy a ve volbách úspěch slaví hlavně populisté a extremisté. Tradiční demokratický systém má po volbách z 6. května v řeckém parlamentu proti sobě to, čemu se v politologii říká bilaterální opozice. Zleva ho kritizují komunisté, což ale v Řecku není novinkou. Nezvyklá je jejich síla. Naopak poprvé se v těchto volbách do řeckého parlamentu prosadil nelevicový extremistický subjekt Zlaté svítání, který se hlásí ke krajní pravici i k neonacistickým prvkům.

Zlaté svítání je učebnicovým příkladem toho, jak hospodářská krize žene voliče do politických extrémů. Strana bývalého důstojníka a obdivovatele vojenské diktatury, s jejímiž představiteli se mimochodem kdysi seznámil ve vězení, má ve



znaku hákový kříž, stylizovaný do tvaru „starořeckého“ znamení. Kandidovat za ni mohou jen „čistokrevní Řekové árijského původu“ a její šéf pozdravil aténské městské zastupitelstvo zdviženou pravicí. Kritizuje kromě zkorumpovaných, vlastizrádných politiků hlavně přistěhovalce. Ty chce deportovat zpátky do země původu a doprovodit to raději zaminováním hranic, aby se nemohli vrátit.

Na levém okraji řeckého parlamentu a politické scény nyní stojí trojice stran s komunistickým rodokmenem. Tradičně silná Komunistická strana Řecka se v 80. letech rozdělila na křídlo poslušné bezvýhradně Sovětskému svazu a na „eurokomunisty“. Tvrdí komunisté si ponechali původní název a jsou dodnes nejradikálnější silou řecké levice. Umírněnější komunisté se nejdříve jmenovali Synaspismos, ale nedávno se rozdělili na radikálnější formaci s názvem Koalice radikální levice (SYRIZA) a nejmírnější Demokratickou levice (DIMAR). Sedmatřicetiletý lídr strany SYRIZA Alexis Tsipras ji ve volbách dovedl ke druhému místu a splnil dlouho nenaplněný sen komunistické levi-

ce předstihnout socialistický PASOK. Tsipras voličům nabízel kromě tvrdého odmítnutí úsporných opatření například znárodnění bank, penze ve výši posledního platu nebo bezplatné stravování pro studenty. V zemi, která je zadlužená po uši, to zní jako špatný vtip, ale pro stranu SYRIZA hlasovalo skoro 17% voličů...

## CO S PRÉMII?

Radikálnější levicové strany se v povolebním období vmlouvají na volební systém. V Řecku se totiž od obnovení demokracie v 70. letech sice volí poměrně, ale nejsilnější strana vždy dostává určitou formu prémie. Aktuálně například platí, že strana, která získá v celorečnickém měřítku nejvíce hlasů, získává automaticky 50 křesel v parlamentu jako bonus, zatímco zbylých 250 mandátů si mezi sebe proporcčně rozdělí všechny strany, které přesáhnou opět v celostátním měřítku hranici tří procent hlasů. V květnových volbách prémie v podobě 50 křesel získala středopravicová a proevropská konzervativní Nová demokracie (ND), čímž vznikl zablokovaný parlament, protože většinu nemá ani pravice, ani levice, ani „protišetřící“ blok, ani seskupení stran, které chtějí dodržovat úsporné závazky země vůči mezinárodním věřitelům.

Kdyby prémie neplatila, existovaly by v řeckém parlamentu dvě většiny: levicová – složená ze tří protišetřících komunistických stran a proevropských socialistů – a protimemorandová – složená opět z komunistického trojlístku a neonacistického Zlatého svítání nebo populistických Nezávislých Řeků. I tyto dvě většiny by ale byly do značné míry virtuální, protože by se jejich subjekty jen těžko dokázaly spojit. Jednoznačně to platí o protimemorandové koalici, kde by se komunistický trojlístek možná shodl s neonacisty na vypovězení řeckých závazků proti věřitelům, ale už ne na tom, jak má vládnout zemi. Navíc všechny tři komunistické strany odmítají se Zlatým svítáním i jen zasednout za společný jednací stůl.

S komunisty různých odstínů by se navíc teoreticky v parlamentu „bez prémie“ mohla na základě odmítání memoranda spojit i populistická pravice, ztělesněná stranou Nezávislí Řekové, kterou založili odpadlíci z Nové demokracie. Ale i zde platí, že jedinou společnou základnou takového spojení by bylo odmítání úsporných opatření, na správu země by to však nestačilo.

Složitě by se vytvářela i vláda levicové většiny, protože socialistický PASOK se zatím odmítá zapojit do vypovídání mezinárodních ekonomických závazků. Na druhou stranu by pokus o sestavení levicové vlády mohl být velkou zatěžkávací zkouškou vnitřní jednoty strany PASOK. Vábení komunistické levice by jistě části poslanců PASOK znělo velmi libě.

Jenže volební prémie v těchto volbách platila, a proto řeckému parlamentu chybí kompaktní většina. Krátce po volbách

# KRIZE V ŘECKU

polila politickou živou vodou komunisty všech odstínů i neonacisty. Vydrží řecká demokracie pod tíhou nutných úsporných opatření jejich tlak, když se země nachází v situaci velmi podobné Německu před nástupem nacistů?

se zdálo, že vůdce (post)komunistické strany SYRIZA Tsipras sjednotí komunistický trojlístek, Nezávislé Řeky a Zlaté svítání ve snaze zreformovat volební systém a vyhodit ze zákona padesátimandátovou prémie. Ale již první povolební průzkumy stranické popularity ukázaly, že SYRIZA se vyšplhala do čela tohoto žebříčku a v případných předčasných volbách by se její popularita mohla dostat až k 30% hlasů. Takový výsledek by jí samozřejmě výrazně přiblížil k vysněné metě 151 křesel, které znamenají většinu v řeckém parlamentu, a proto Tsipras již o změně systému nemluví.

sele, které znamenají většinu v řeckém parlamentu, a proto Tsipras již o změně systému nemluví.

## KAMPAŇ OPĚT ZAČALA

Bezprostředně po vyhlášení výsledků květnového hlasování fakticky začala kampaň k dalším předčasným volbám. Oba tábory v rámci pokusů o sestavení vlády zdánlivě nepochopitelně vyjednávaly i se stranami, které se nyní do parlamentu nedostaly, protože nepřekročily tříprocentní hranici. Jejich pozice může totiž rozhodnout červnové předčasné volby, protože konzervativcům a socialistům nyní k většině chyběly tři mandáty. Lídr Nové demokracie Samaras vábí liberální odpadlíky ze svých řad, které pod názvem Demokratická aliance vede bývalá konzervativní ministryně zahraničí Dora Bajokanisová a pod hlavičkou strany podporující bussines DRASI bývalý konzervativní ministr financí Stafanos Manos. Kdyby se jeden z těchto subjektů dostal do parlamentu, nebyl by dnes problém sestavit „proevropskou“ vládu. Stejně naděje ale vkládá „nešetřící“ levice do rozhovorů se stranou Sociální pakt, kterou vytvořili pro změnu odpadlíci z PASOK, a se zelenými. Těsně pod hranicí 3 procent skončilo také nacionalisticko-populistické Lidové ortodoxní hnutí LAOS. To sice vzniklo historicky odchodem jednoho z politiků Nové demokracie, ale jeho populismus ho může lehce zavát i k „nešetřícím“ stranám.

## ZABLOKOVANÁ DEMOKRACIE

Otázkou před druhými předčasnými volbami zůstává, zda něco vyřeší. Hlas lidu se sice může přelít ještě více doleva a ke stranám, které odmítají šetřit, ale ani to neodstraní jeden velký paradox. Drtivá většina Řeků si přeje zůstat v eurozóně a v EU, ale zároveň je proti úsporným opatřením. Podobné zmatení pojmů si u nás pamatujeme z dob dělení federace, kdy velká část Slováků chtěla společný stát, ale zároveň si přála mít „všechno“ slovenské. V takové situaci je obtížné věc řešit hlasováním, což asi potvrdí červnové předčasné volby v Řecku. Lídr evropských zelených Cohn-Bendit již varoval, že Řecku hrozí v této situaci vojenský převrat. Ten by znamenal téměř jisté vyloučení země z EU, ale zatím nic nenaznačuje tomu, že by se něco podobného skutečně mohlo stát.





**CEVRO**INSTITUT

[ vysoká škola ]

# Můj životní úspěch stojí na širokém rozhledu. I proto zde studuji.

Petr, student 1. ročníku Mgr.

## CEVRO INSTITUT – VYSOKÁ ŠKOLA PRÁVNÍCH A SOCIÁLNÍCH STUDIÍ

- Veřejná správa (Bc., Mgr.)
- Právo v obchodních vztazích (Bc.)
- Politologie a mezinárodní vztahy (Bc., Mgr.)
- Master of Public Administration (MPA)
- MPA – Bezpečnostní a krizový management

Ke studentům přistupujeme individuálně a za pomoci špičkových pedagogů. Naše moderní studijní programy zajišťují výborné uplatnění ve veřejném i soukromém sektoru.

Nový Bc. obor již od AR 2012/13  
**Hospodářská politika**  
více informací na webu školy

[WWW.CEVROINSTITUT.CZ](http://WWW.CEVROINSTITUT.CZ)