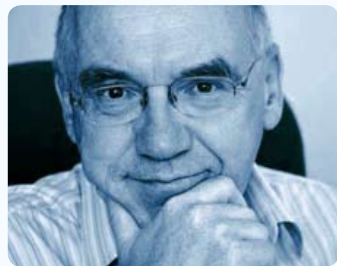


Při sledování diskuse významných osobností českého zdravotnictví a resortního ministra na našem posledním semináři jsem si uvědomil, jak se během



let posunulo chápání toho, oč ve zdravotnictví vlastně běží. Dříve oblíbené odkopávání míče od vlastní branky „Nejsme proti zpřístupnění informací, konkurenci, omezování zbytečné péče, ...“ ale nejprve je potřeba začít u ...!“ či proklamace charakteru „Stát je odpovědný za dostupnost zdravotní péče, a proto na ni musí najít peníze, všechno řídit, vlastnit, plánovat...“ zůstaly zapomenuty a místo nich padaly skutečné otázky. Zdravotnictví se přiblížilo poznání, že to, co potřebuje ke štěstí, jsou pravidla, která umožní normální chování a současně naplní veřejný zájem na zajištění dostupnosti zdravotní péče pro všechny, kteří ji potřebují. Co bylo před pár lety skoro disent, je dnes veřejně vyhlášeno ministerským programem, ale co více – přijímáno i odbornou veřejností. Chuť změnit prostředí ve zdravotnictví je viditelná a „jsou i lidi“.

V tom to má Tomáš Julínek snazší, než měli jeho předchůdci v období, kdy porevoluční nadšení vychladlo. Peloton zdravotnictví, po zdařilém startu transformace za Martina Bojara,

ztratil kontakt se stále méně ostrou vizí a likvidoval každý pokus o únik. Vzpomínám si na kritiku, kterou schytl Luděk Rubáš za regulační poplatky při pobytu na lůžku a jak jej nemocnice odmítly vybírat. Nebo jak Jan Stráský pobouřil zdravotníky, když chtěl standardní řízení. I nesmělý pokus Marie Součkové o mírný pokrok v mezích zákona, kterým byl záměr zvýšit efektivitu a kvalitu nemocniční péče pomocí DRG, se rozbil o hradby profesního odporu. „E-Health“ vize Jozefa Kubinyiho se na ministerstvu dlouho neohrála a byl to až David Rath, kdo svými kontroverzními činy zkpřil půdu pro reformní sazenice.

Asi největší obavy budí Julínkův záměr změnit zdravotní pojišťovny v akciové společnosti. Dobře si pamatujeme, co všechno se dělo kolem podniků a bank na cestě od státu k odpovědným vlastníkům a na co mnohé cestou vykrvácely. S tím souvisí rozšířená nedůvěra v odhodlání naší reprezentace hájit veřejný zájem, lapidárně vyjádřená slovy jednoho ostříleného mazáka: „Všichni kradou, pane kolego!“ Ano, politiku i byznys nedělají Mirkové Dušínové, ale právě to je ten důvod, proč potřebujeme změnu. Na legislativcích je, aby nastavili pro transformaci a chod pojišťoven taková pravidla, která by kreativitu vlastníků zaměřila žádoucím směrem. Brod je potřeba přebrodit, a ne si sednout na břeh a lamentovat, že nám nateče do bot. Však ony zase uschnou.

*Příjemné počtení přeje  
MUDr. Pavel Vepřek*

## Jak to vidí exministři?

### úhel pohledu



Martin Bojar



Jan Stráský



Jozef Kubinyi

### volné fórum



Adriana Krnáčová



David Rath



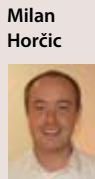
Vladimír Kothera



Oldřich Šubrt



Jiří Schlanger



Milan Horčic

### Causa Občan



Ondřej Dostál



## úhel pohledu >

**doc. MUDr. Martin Bojar, CSc.,  
ministr zdravotnictví 1990–1992**

### O zdravotní péči, špatně regulovaném trhu, mýtech a předsudcích

Od nepaměti platila i pro lékaře, ranhojiče, sestry, ošetřovatele a další, kdož pečovali a pečují o zdraví tělesné i duševních svých bližních a pacientů – s určitou nadsázkou a nezbytnou dávkou sociálního citění a soucitu –, moudrost z Talmudu: „Co je zadarmo, je bezcenné“.

Souhlasím s dr. Vepřekem, že regulovaný trh ve zdravotních službách a zdravotním pojištění je podstatně lepším řešením než etastistický model přidělového zdravotnictví.

Tato poučka, kterou jsem v letech 1990–1992 slyšel od odborníků na zdravotní systémy i pojištění z Evropy i zámoří mnohokrát, platí ovšem za podmínky, že regulace se nebude týkat především a takřka výlučně části výstupů poskytovatelů zdravotní péče. Management nemocnic, lékaři pracující v praxích, soukromých nemocnicích, diagnostických a léčebných zdravotnických zařízeních jsou od r. 1992 svázáni Ceníkem/bodníkem, který v souladu se společenskou zakázkou, zájmy státní správy a zdravotních pojišťoven nebývalé tvrdě reguluje cenu práce poskytovatelů zdravotní péče v rámci smluvních vztahů daných zákonem o zdra-

Podmínkou pro fungující systém je zavedení motivující, racionální a prevenci podporující spoluúčasti

v o t n í m  
pojištění  
a zdravot-  
ních pojiš-  
ťovných;  
p ř i č e m ť  
se tak děje  
v prostře-

dí, kde ceny vstupů do zdravotnictví – ceny léčiv, diagnostik, technologií, potravin, energie – jsou v souladu s liberálně založeným tržním prostředím ponechávány pod kontrolou „trhu“. Pro Českou republiku platí i v oblasti komodit důležitých pro poskytovatele zdravotní péče, že „malý“ trh obvykle plodí „velké“ ceny, jak vysvětlují ekonomové z nadnárodních korporací a bank.

Od r. 1993 pracuji v souladu se zákonem o zdravotnických zařízeních z března 1992 v soukromé neurologické praxi, kde mimo rámec smluvních

vztahů se zdravotními pojišťovnami poskytují konzultační a odbornou službu v rámci smluvního vztahu „fee for service“. Zároveň pracuji ve fakultní nemocnici a dobře znám úskalí široce dostupné a neobyčejně nákladné a standardům EU odpovídající ústavní péče. O tržních vztazích ve zdravotnictví, snaze našich pacientů i jejich příbuzných minimalizovat náklady a optimalizovat „benefit“

za posledních 15 let vím relativně dost. Proto opakuji a i dnes konstatuji, že je nenormální a nemravné, když je nadále práce lékařů, sester a dalších pracovníků ve zdravotnictví h o d n o c e n a podle sazebníku, přičemž hodnota bodu nebyla proti



*Martin Bojar*

původním slibům a předpokladům odpovídajícím způsobem valorizována. Je nemravné, když za den hospitalizace je nemocnicím hrazeno cca 820 Kč, přičemž cena přespání v penzionu pod motolskou nemocnicí se snídání činí 650 Kč a cena pražského hotelu s polopenží je dvojnásobně až trojnásobně vyšší. Chápu, že nedokážeme-li regulovat poptávku ani nabídku, regulována je cena lidských zdrojů a jejich práce. Přesto však je třeba opakovat, že dlouhodobě je takovýto přístup neudržitelný a představa, že je v souladu s tzv. celospolečenskými zájmy, je nekorektní, ba přímo trestuhodná. Argumenty ekonomů, že mzda je funkcí poptávky a nabídky a že je výsledkem tržních mechanismů, jsou v případě systému financovaného ze solidarního zdravotního pojištění zavádějící a nepravdivé. Právě tak považuji za neodpovědnou a nepodloženou snahu ministra financí snížit o cca 12 mld. Kč platby ze strany státu do zdravotního pojištění/zdravotnictví. Stát, který je největším, ale také „nejhůře plátcem“ plátcem za zdravotní služby poskytované důchodcům, dětem a dalším skupinám obyvatelstva, by se neměl za přispění zákonodárců zbavovat své odpovědnosti za to, že přes

všechny značně demagogické argumenty se do českého zdravotnictví, od něhož veřejnost i politici požadují zdravotní péči odpovídající standardům EU – na úrovni Rakouska či Německa –, vkládá v lepším případě 30 % prostředků, které vkládají do zdravotnictví tyto země.

Podmínkou pro fungující systém je zavedení motivující, racionální a prevenci podporující spoluúčasti. Nemám na mysli pouze ony zprofanované přímé platby, jež jsou ostatně navrhovány v nižší výši než v letech 1991 a 1992. Významnou součástí spoluúčasti je soukromé zdravotní pojištění a připojištění a nepochybně i opomíjené úrazové pojištění.

---



---

**PhDr. Jan Stráský, ministr zdravotnictví  
v letech 1995–1997**

## K současnému zdravotnictví v ČR

Úvodem bych měl přiznat, že téměř deset let po skončení mé ministerské mise už vnímám zdravotnictví především jako každý jiný občan, díkybohu spíš přes zkušenosti mé maminky než zatím přes své vlastní. Necítím se na to, abych se příliš vyargumentovaně ztotožňoval se záměry současného ministra nebo je kritizoval. Nemohu však zapřít jeden zdroj informací o zdravotnictví: i Jihočeský kraj, v němž jsem byl do konce minulého roku ředitelem jeho krajského úřadu, měl a má ve své kompetenci zdravotnictví.

Beru na vědomí, že se opět mluví o reformě, i když jsem z ministerstva odcházel s přesvědčením, že zdravotnictví vyžaduje intenzivní melioraci, ale na reformu není připraveno. Nepřipravenost vyplývala z toho, že tlak jednotlivých subjektů neodrážel

Jediné, co podle mého názoru snese označení reformy, je postupné dotvoření stavu, kdy pojišťovny kupují péči pro své pojištěnce a tím stabilizují síť a rozvíjejí ji z hlediska nových zdravotnických produktů, které v konkurenčním prostředí musejí pro své pojištěnce kupovat.

nedotvořená (především ve zdravotní záchranné službě) nebo předimenzovaná (na ministerstvo

jsem v roce 1995 přišel za stavu působení tuším 32 zdravotních pojišťoven, odešel jsem za stavu 11). Obtížně se rekonstruovala síť lůžkových zařízení a lůžkový fond (za každou zrušenou nebo zredukovanou nemocnici jsem dodnes rád, např. Jihočeský kraj měl náskok v krátkce před tím mnou sloučené a zredukované krajské nemocnici a ve skutečnosti, že v každém jihočeském okrese byla jen jedna nemocnice).

Ale hlavně: pacienti, jejichž systémovou roli jsme všichni chtěli zvýšit, vůbec nechápali, co po nich chceme. Nebyly ještě pořadníky, rovněž úplatky byly dosud v zanedbatelném řádu, i nejdražší léky byly doce-



*Jan Stráský*

la snadno přístupné. Všichni (i já) bojovali o další peníze do zdravotnictví a domnívali se, že to je naposled. A byli nakonec úspěšní – naposledy můj tehdejší oponent pan doktor Ráth. Teď všichni tuší, že to nejspíš skončilo – jinak se k euru nedostaneme do konce století.

Soudím, že současný stav je pro cosi, co se snad může nazývat až reformou, mnohem připravenější. Dostat se na žádanou operaci není již samozřejmé, místo drahých léků mi mohou vnutit levnější – a stejně budu celkově doplácet víc než před deseti lety, slovo „hospodaření“ se už v nemocnicích skloňuje nejméně tak často jako „kardiochirurgie“, být nemocný a příliš běhat po doktorech je pro mnohé z nás přímo existenčně riskantní.

Pokud se správně domnívám, že „rozsah sítě“ – za mne tak populární téma – ustoupil do pozadí a státní zásah do ní se omezí na sledování kvality a odbornosti zejména při vstupu do sítě, mohu jen souhlasit. Kraje brzy pochopily, že větší ekonomikou samostatností na jedné straně a holdingovým uspořádáním na straně druhé mohou překonat žabomyši spory 15 km od sebe vzdálených nemocnic, i když vyhráno ještě není, ba dokonce někde se teprve lajnuje hřiště; zvláště tam, kde hráčů zdaleka není jen jedenáct. V systému velkých nemocnic ke mně žádné výrazné změny nedolehly.

Jediné, co podle mého názoru snese označení reformy, je postupné dotvoření stavu, kdy pojišťovny kupují péči pro své pojištěnce a tím stabilizují síť a rozvíjejí ji z hlediska nových zdravotnických produktů, které v konkurenčním prostředí musejí pro své pojištěnce kupovat. Neumím posoudit, jak velký kus se na této cestě za deset let urazil. Dokonce ani nevím, panuje-li na tuto cestu již jednodušší názor.

A pak se zase – stejně jako před léty – diskutuje o únosnosti poplatku za pobyt v nemocnici a za návštěvu lékaře, což jsou v celkové hledané rovnici příjmy – výdaje marginální položky, ale jejich příznivý dopad na systém je nezanedbatelný a nejlevnější (poplatek za recept neuvádím, neboť tam vidím velké riziko nečistých her).

V souladu s výše uvedeným věřím, že současný ministr má větší naději, než jsme měli my. A z druhé strany navrhované reformy: osobní účty vyžadují ještě příliš diskuse, aby se vyhnuly administrativnímu molochu s pramalým účinkem.

---

**MUDr. Jozef Kubinyi, PhD.,  
ministr zdravotnictví 2004**

## K současné situaci v českém zdravotnictví

### Jak se liší dnešní situace od doby vašeho působení na ministerstvu zdravotnictví?

V podstatě se situace ve zdravotnictví vůbec nezměnila několik let. Poslední velkou změnou bylo převedení nemocnic na kraje. Jinak všechny známé problémy českého zdravotnictví (nesystémové financování, přebujelá síť lůžkových zařízení, neefektivní řízení a mnohé další) přetrvávají od poloviny devadesátých let, případně od dob minulého režimu.

### Se kterými záměry současného ministra byste se ztotožnil?

Sympatická je snaha o změnu systému. Ministr Julínek se netají tím, že se bude snažit změnit systém celého zdravotnictví. S tím absolutně souhlasím, je to potřeba radikálně změnit jako celek, díleč úpravy nepomohou. Rovněž jsem velmi uvítal snahu o ustavení dialogu napříč politickým spektrem o reformě a koncepci zdravotnictví. Podobně jako u důchodového systému je potřeba ustavit nějakou komisi, která bude mít zastoupení všech

politických stran a současně odborníků pro přípravu konsensuální koncepce českého zdravotnictví.

Dalším pozitivním prvkem je zavedení poplatků u lékaře, za recept, za jídlo v nemocnicích. Zcela nepochybně bude do budoucna nutné určitou část odpovědnosti přenést na občana – pacienta a motivovat ho ke zdravějšímu způsobu života. Jenom mi není jasné, proč zavádění poplatků předbíhá celkový systém změn? A rovněž nechápu, jak



*Jozef Kubinyi*

buď omezena platba na 5000 Kč za rok, pokud není systém evidence na čipových patientských kartách, protože pokud nebude žádné „zastropování“ částky za poplatky, nepochybně to výrazně postihne skupinu chronicky nemocných pacientů (většinou důchodců). Zavedení poplatku by měla předcházet jednak politická jednání, protože je to mimořádně citlivé (a zpolitizované) téma, a jednak osvětová kampaň, protože podle průzkumů veřejného mínění 70 % lidí u nás jakékoliv poplatky odmítá. Cením si statečnosti ministra, který přesto chce takový krok udělat, ale na druhé straně to bez určitých garancí a vysvětlovací kampaně může vést spíše k diskreditaci tohoto prvku. Připomenu jenom, že na Slovensku byly stejné poplatky po volbách zrušeny, jejich zrušení bylo jedním z hlavních předvolebních slibů slovenské strany Směr.

Systém celého zdravotnictví ... je ... potřeba radikálně změnit jako celek, díleč úpravy nepomohou.

### Co byste určitě dělal jinak?

Samozřejmě bych na tomto místě mohl napsat několik desítek stran a prezentovat svou vlastní koncepci. Nakonec různých koncepcí a návrhů reformy zdravotnictví je u nás mnoho a nepo-



chybně by každý z jejich autorů v praxi postupoval poněkud odlišným způsobem než ti ostatní. Nicméně pokud bych měl říct zásadní výhrady k některým krokům současného vedení ministerstva zdravotnictví, tak jednoznačně jsou to dvě věci:

Nechápu smysl přeměny pojišťoven v akciové společnosti. Co se tím získá? Pokud nebude zaveden systém připojištění, pokud nebude jasné, jak bude zajištěna základní péče a jestli budou mimo-standardy a nadstandardy a v jakém rozsahu, tak mi zcela uniká smysl transformace pojišťoven do obchodních společností. Je to způsob, který rovněž má vzor ve slovenském zdravotnictví; dovolím si tvrdit, že se neosvědčil. Pokud je zdrojem peněz pojišťoven jenom výběr ze zákona povinného zdravotního pojištění, nemá smysl jejich transformace. Ten děj by měl probíhat obráceně – nejdříve změna systému výběru pojistného (základní pojištění + připojištění) a následně případná změna části pojišťoven v akciové společnosti. V žádném případě ale nemůže stát přenést na pojišťovny odpovědnost za úroveň, chod a řízení celého zdravotnictví. Stát si musí ponechat nějaké „páky“, pomocí kterých bude zasahovat v případě potřeby do zdravotnictví. Stát je z ústavy odpovědný za zajištění poskytování zdravotní péče, této povinnosti se nemůže zbavit. Ale abych nekrivdíl, neznám zatím celý záměr ministerstva v této oblasti. Doufám, že si pan ministr a jeho tým uvědomuje nutnost zachování rovnováhy v dělbě kompetencí mezi státem, kraji a pojišťovnami...

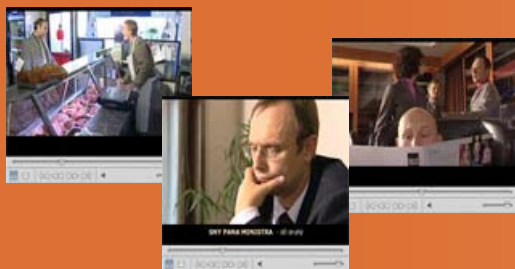
Druhá věc, kterou rovněž nejsem s to pochopit, je transformace nemocnic v akciové společnosti.

Existuje zde řada nevyjasněných otázek: jaká bude platba DPH, kdo bude dotovat investice, zejména drahou přístrojovou techniku a výstavbu + rekonstrukce, jak bude probíhat odměňování pracovníků... Bylo by vhodnější hledat nějakou jinou formu obvyklou ve světě. Nemocnice jako obchodní společnost, to není optimální varianta.

Třetí věc, kterou zatím úplně postrádám, je prezentace představy ministra o síti zdravotnických zařízení. Zejména u organizací přímo řízených ministerstvem jsem zatím neslyšel žádnou verzi nějakých změn. Budou vyměněni ředitelé, budou pracovat efektivně – to je sice možné, ale bez určité synchronizace (a nepochybně i redukcí v delším časovém horizontu) nebude možný žádný výraznější úspěch. Otázky generelu pražského zdravotnictví a optimalizace sítě lůžkových zdravotnických zařízení v celé ČR nelze obejít. Bude se pokračovat alespoň ve studiích potřebnosti a ufinancovatelnosti? Budou nějaké PPP projekty? Nebo zůstane všechno tak, jak je?

### **Jakou šanci dáváte současnému ministrovi na prosazení chystaných změn?**

Při současném rozložení politických sil v parlamentě malou. Skutečné řešení problémů českého zdravotnictví podle mého názoru nezvládne žádný ministr bez větší podpory v parlamentu. Těsná většina nebude stačit. Ale pokud se povede nastartovat proces politických a odborných konzultací – hledání kompromisní cesty k nějaké obecně přijatelné variantě reformy, bude to obrovská zásluha pana ministra.



# Sny pana ministra

Co nefunguje v českém zdravotnictví,

zjistíte mimo jiné na [www.sdruzeniobcan.cz](http://www.sdruzeniobcan.cz)

V tomto čísle odpovídají naši respondenti na tyto otázky:

1. Co soudíte o záměrech ministerstva zdravotnictví?
2. Který z nich pokládáte za nejvíce sporný a proč?
3. Které změny by byly Vaší prioritou, kdybyste byl/a na místě ministra Julínka?



Adriana Krnáčová,  
výkonná ředitelka  
Transparency International ČR

1. Je to po dlouhé době alespoň snaha „umravnit“ plýtvání a špatně nastavený systém financování českého zdravotnictví. Dobrým směrem jde snaha o snížení ekonomické zátěže, která je za současného stavu kladena na veřejné zdravotní pojištění. Současné nastavení „každému stejně“ je nejenom škodlivé, ale ve své podstatě i nehumánní. Pod rouškem solidarity se každému dostává průměrně kvalitní léčba, a když chcete jistotu, jakkoli nejistou je, můžete si ji v ideálním případě legálně zaplatit, v horším případě uplatit. Naše výdajová stránka veřejného rozpočtu nezná hodnocení efektivity vynaložených prostředků, tudíž není ani jasné, zda byly dosaženy cíle, když byly alokované patřičné zdroje. To platí i pro zdravotnictví. Obecně lze hodnotit směřování postupů

ministra Julínka za dobré, chybí mi ale jasně vytyčené cíle, časový horizont a priority – jasně komunikovaná strategie.

2. Kdyby se pojišťovny transformovaly na akciové společnosti na základě špatného a nevyváženého zákona (to je reálná hrozba v naší zemi) a ještě předtím, než by vznikl orgán dohledu nad zdravotními pojišťovnami s jasně vymezenými kompetencemi a strukturou, který by byl politicky nezávislý a fungoval by na bázi transparentnosti a důvěryhodnosti.

3. Změna financování zdravotní péče (standard–nadstandard), zavedení efektivního dohledu nad pojišťovnami, zavedení systému hodnocení kvality poskytované péče, zamezení plýtvání a změna personální politiky – dosazování kvalitních a schopných manažerů do řídicích funkcí, což by neměli být ultimativně lékaři s nějakým titulem MBA, ale zkušení manažeři.

1. Klíčové záměry jsou neozkoušeným experimentem s rizikem, že výsledek bude mnohem horší, než je současný stav.

2. Převod ZP na a. s. – jejich okamžitá či následná privatizace. Převod majetku a hotovosti z majetku veřejnoprávních korporací do režimu státních a. s. je jednoznačným znárodněním. K něčemu podobnému došlo naposledy v roce 1948. Nezávislé právnické osoby se stanou majetkem plně ovládaným a vlastněným vládou ČR – jak asi

státní a. s. VZP, ZP MV a VojZP si budou konkurovat??? Zbývající zaměstnanecké ZP mají být ve vlastnictví svých zakladatelů – tedy veřejný majetek pořízený ze zdravotní daně a veřejné finanční prostředky budou darovány?? zdarma soukromým subjektům?? Nebo jim vláda prodá akcie za nominální cenu? To je tunel na veřejné peníze.



MUDr. David Rath,  
předseda Zdravotního výboru  
PS, stínový ministr za ČSSD

3. Nezkazit to, co se v poslední době před jeho nástupem podařilo – udržet pozitivní ekonomickou bilanci VZP a pozitivní ekonomickou bilanci většiny FN.

1. Záměry ministerstva zdravotnictví tak, jak byly představeny v materiálu Stabilizace a reforma českého zdravotnictví, jsou určitě velmi ambiciózní. Jsem přesvědčen, že po letech přešlapování na místě a spíše neobdobného zasahování

do stávajících zákonů novelami je zde před zdravotnictvím jasně popsán záměr jeho proměn na několik let dopředu. Těžko polemizovat s cíli záměru. Naopak je nutné přijmout to, že tento záměr ve své podstatě může posunout české zdravotnictví o pěkný kus dál na cestě k jeho ekonomické stabilitě, při současné garanci rozumného rozvoje medicínských oborů, i s ohledem na nepříznivý demografický vývoj.



*Bc. Vladimír Kothera, generální ředitel ZP Metal Alliance a prezident Svazu zaměstnaneckých pojišťoven*

2. Nevím, jestli je možné jednoduše odpovědět na tuto otázku. Faktem ale je, že zatímco je možné se shodnout na cílech reformy, nejsem si zcela jist, jestli tomu tak bude u volby cest, jak těchto cílů dosáhnout. Např. v otázce nákupu péče se dle mého názoru v tuto chvíli významně opomíjí dva faktory. Tím prvním je, že se tak trochu do pozadí dostala problematika alternativních pojistných plánů, ale i kontraktace vztahu pojištěnec–pojišťovna. Za této situace nebude vůbec pro zdravotní pojišťovny jednoduché alokovat objem poptávky do konkrétního

zdravotního zařízení. Jiným příkladem může být např. to, jestli se nutné čtyřikrát do roka oběsilat pojištěnce osobním účtem, když není uspokojivě vyřešena otázka motivace pojištěnce tyto údaje nejen sledovat, ale začít s nimi i pracovat. Nejsem si jist, zda bude dostatečnou motivací například zvolený bonus v situaci, kdy se stále počítá s platbou na zdravotní pojištění formou „zdravotní daně“, která je ještě 100% přerozdělena. Jak je ale patrné, nejedná se z mé strany o polemiku nad cíli reformy, ale nad volbou cesty, jak těchto cílů dosáhnout co nejefektivněji.

3. Nedomnívám se, že je něco špatného na zvolených prioritách tak, jak je ministerstvo předložilo. Dokonce bych řekl, že časový harmonogram byl vytvořen správně. V čem ale vidím velký problém, je průchodnost jednotlivých kroků v legislativním procesu. Tady bych si dovolil jedno zásadní doporučení vzhledem k tomu, že vůbec není jisté, co vše se nakonec podaří dovést až k realizaci. Tím doporučením je, že jednotlivé kroky by měly být realizovány tak, aby i samostatně byly funkční. Co tím mám na mysli? Aby každý zákon byl konstituován tak, aby sám o sobě působil stabilizačně a aby i v případě, kdy by se podařilo ujit jen 50 % cesty v této reformě, přijaté zákony zajistily i tak kvalitativně jinou úroveň fungování zdravotnictví. Není to jednoduché, ale jsem přesvědčen, že by se mělo podařit toho dosáhnout.

1. Záměry ministerstva jsou čitelné a správné, po mnoha a mnoha letech vidíme jasný rozvojový záměr a ministerstvo práci nezačíná tím, že dělá koncepci, až když získá pravomoci. Moje 16letá zkušenost v řízení

zdravotnictví je, že aparát MZ je po nástupu nového vedení na rok zahlcen vytvářením analýz a koncepcí a k realizaci zásadních kroků nikdy nedojde. Maximálně se hasí akutní poruchy ekonomické bilance. Od zavedení pojišťoven, výkonového financování a rozvolnění struktury KÚNZ a OÚNZ v letech 1990–92 se v resortu nic nestalo.



*MUDr. Oldřich Šubrt, CSC., MBA, předseda představenstva AGEL, a. s.*

2. Uvidíme, jak bude vypadat novela zákona č. 48, ten je klíčový pro vznik prostoru na zvýšení efektivity poskytovaných služeb. Podstatou je preference při nákupu kvalitnějších a levnějších služeb.

3. Jde o ucelený systém změn, které na sebe navazují, osobně pokládám za důležité, aby při zavádění mechanismů podporujících soutěživost poskytovatelů a zainteresovanost uživatelů nebylo zapomínáno na kvalitu, což je v plánech uvedeno.

1. Ministerské desatero je velmi obecně formulováno, takže se k němu stěžij vyjadřuje. Z hlediska vnějšího pozorovatele je to směs ideologie a zdravého rozu-

mu. Bude věcí managementu reformy, aby ideologie nebyla v rozporu se zdravým rozumem a aby se v souladu s rozumem realizovala opatření, která českému zdravotnictví a občanům skutečně pomohou. Očekáváme, že březnovému jednání zdravotnické tripartity budou předloženy návrhy na vyšší odborné úrovni, než byly doposud předkládány médiím včetně věcných záměrů připravovaných zákonů.



*RNDr. Jiří Schlanger,  
předseda Oborového svazu  
zdravotnictví a sociální péče ČR*

2. Za stávajícího poměru sil ve Sněmovně nemá smysl prosazovat řešení, na kterých není širší politická shoda. Zdravotnictví a jeho služby a zdravotní pojištění si nemohou dovolit turbulence související přímo s výsledkem každých voleb. Proto nemá cenu směřovat návrhy, na kterých je jistý potenciál politické shody, s návrhy, na kterých není shoda žádná, do jedné právní úpravy, protože s vaničkou může být vylito i dítě. Skutečnost, že veřejnost odmítá účast na úhradě zdravotní péče, svědčí o tom, že veřejnost očeká-

vá od reform, že povedou nejprve k nápravě vztahů a chování uvnitř systému zdravotní péče, zatímco role občana, pojištěnce či pacienta je v tuto chvíli i z hlediska regulace či odpovědnosti druhotná. Rozumní politici by si s touto zprávou od občanů měli umět poradit.

3. I v rámci veřejnoprávního pojištění je dostatečný prostor na změny zejména v chování a roli zdravotních pojišťoven jako zprostředkovatele zdravotní péče pro své pojištěnce. Pokud bude ministr respektovat pravidla odpovědnosti za naplnění role jednotlivých aktérů ve zdravotnictví, pak má reálnou šanci na úspěch, mj. i skrze podporu sociálních partnerů, to je odborů a zaměstnavatelů. Pokud bude kličkovat mezi uspokojováním zájmů jednotlivých zájmových skupin, bude jeho reforma nehodnověrná a nedočká se realizace. Vše musí začít informacemi, které ve veřejném zdravotnictví musejí být všeobecně dostupné. Informace činí účastníky – aktéry systému svobodnými v jejich konání a rozhodování a bez této svobody nemůže dojít ke změně chování. Týká se to jak pacientů, pojištěnců, resp. občanů, tak i poskytovatelů péče a jejich dodavatelů, stejně tak i plátců péče (zdravotních pojišťoven a regulátorů – veřejné správy). Netransparentnost plodí nedůvěru a nedůvěra zhatí jakýkoliv politický plán. Kromě informací chybí zdravotnictví, resp. účastníkům systému pozitivní motivace, tj motivace k chování a jednání, které má pozitivní efekt k zachování zdraví nebo k uzdravení. Těším se, až se budeme moci ke konkrétním návrhům ministra, předloženým nám písemně, vyjádřit.



*Milan Horčic,  
předseda Rett Community*

1. Dovolím si nejprve podotknout, že pro valnou většinu spoluobčanů = pacientů = pojištěnců zdravotních pojišťoven nemohou být záměry současného ministra zdravotnictví v kombinaci s politickým zkruslováním formulací záměrů jasné. Proto panuje obvyklá a z minulosti známá nechuť přijímat cokoliv nového, jakoukoliv změnu. Dobrá koncepce změn čehokoliv předpokládá kromě jakési preambule dobrého úmyslu také dokonalou adresnost jmenování cílů. Myslím si, že vždy mají změny dvě strany a vždy přinesou něco dobrého, jakož i něco zlého. Chci věřit, že současné ministerstvo bude naslouchat potřebám občanů a navrhopvat pro ně vhodné změny. Stejně tak chci věřit, že současná vláda podpoří pouze rozumné úpravy dnes již fungujících principů českého zdravotnictví. V tuto chvíli se reforma českého zdravotnictví startuje, takže jen čas nám ukáže funkčnost prvních změn a možnost realizovat další reformní kroky ministerstva. To, co nahrává nám občanům, je dnes již poměrně silná pozice nestátních neziskových organi-



zací interpelujících na úrovni EU a fakt, že i u současného ministra zdravotnictví se zdá otevřená cesta ke komunikaci se spoluobčany.

2. Je skutečně těžké posoudit z pozice laika něco, co se teprve připravuje a co může znamenat v jednom extrému zlepšení péče pro potřebné, a ve druhém zhoršení dostupnosti sociálně slabým. Ta nepopulární opatření, jakými jsou kupříkladu „zavedení regulačních poplatků“, nás čekají v první fázi reformy, tedy viditelný dopad na sociální zatížení občanů bude předcházet možným zlepšením zdravotní péče, v souvislosti s nově nastolenými vztahy mezi poskytovateli zdravotní péče a zdravotními pojišťovny, včetně upřesnění rozsahu hraze-

né zdravotní péče. Tento, podle mého názoru, obrácený postup shledávám z důvodu absence kvalitního objasnění – proč tomu tak je – za nejvíce sporný záměr ministra Julínka.

3. Moje maminka mi odmalinka vštěpovala principy slušného jednání a uznání zodpovědnosti za vlastní chování. Myslím si, že i stát by měl dodržovat zásady slušného jednání a svou zodpovědnost za spoluobčany by rozhodně neměl odmítat. Vzdělanost a zdraví jsou podle mého názoru dva pilíře státu, které by neměly trpět přehnanou komercializací, a proto by měl být zajištěn rovnoprávný přístup všech vrstev spoluobčanů k těmto hodnotám. Proto bych rozhodně prosazoval větší státní příspěvky do zdravotnictví, aby nevznikala

potřeba přenášet velkou sociální zátěž na občana. Dále považují za potřebné zajistit dohled nad kvalitou poskytované zdravotní péče a zavést fungující protikorupční opatření. V neposlední řadě vidím za urgentní dořešit lékovou vyhlášku tak, aby lidé, kteří si platí zdravotní pojištění a potřebují permanentní léčbu, nemuseli shánět sponzory nebo se zadlužovat proto, aby mohli hodnotně žít. Smím-li na závěr říci osobní poznámku... opravdu bych nechtěl být na místě ministra zdravotnictví, neboť tento resort trpí velkými nedostatky, které nebude lehké odstranit. I při té nejlepší vůli bude nutné přistupovat k nepopulárním opatřením k dosažení budoucích přínosných cílů pro všechny občany.

## Causa Občan

*Dobrý den, dovoluji se na Vás obrátit s dotazem a chci poprosit o odpověď. Co je úplatek? Je káva za 10 Kč úplatek? Pracuji v domově důchodců a velmi často se setkáváme ze strany našich klientů s nabídkou drobných dárečků – sladkosti, káva, květiny, hrneček na památku apod. Jsme často postaveni před situací, že pozornost, dárek nechceme přijmout, ale klient je z toho rozčarovaný i uražený. Ovšem na druhou stranu také řekne „ono je jim to málo“, „kdybych nedávala, tak pro mě nic neudělají“. Děkuji za Vaši odpověď, Míla Vaňková, Domažlice*

Definici úplatku lze nalézt v § 162a tr. z., kde je stanoveno následující: „Úplatkem se rozumí neoprávněná výhoda spočívající v přímém majetkovém obohacení nebo jiném zvýhodnění, které se dostává nebo má dostat uplácené osobě nebo s jejím souhlasem jiné osobě, a na kterou není nárok.“

Úplatek má obvykle podobu majetkového plnění (peníze, dárky), může však jít též o prospěch nemajetkový (poskytnutí protislužby). Jde jak o zvýhodnění poskytnuté přímo uplácenému, tak (s jeho vědomím) též například jeho rodinnému příslušníkovi. Hodnota úplatku není zákonem vymezena, určité vodítko ovšem poskytuje podmínka společenské nebezpečnosti trestného činu.

Právnícká literatura tak za úplatek nepovažuje obvyklé spropitné jako výraz spokojenosti



**na dotazy čtenářů odpovídá  
JUDr. Ondřej Dostál, Ph.D.**

zákazníka při poskytování služeb. To ovšem s výjimkou, že jde-li o oblast výkonu státní moci a samosprávy a činnosti veřejných činitelů, nelze ze zásadních důvodů tolerovat žádné úplatky, a to ani nepatrné hodnoty.

Je otázkou, zda ve vztahu mezi klienty a zaměstnanci domova důchodců lze uvažovat o úplatkářství ve smyslu trestního zákona. Ten stanoví, že potrestán bude, kdo přijme nebo si dá slíbit úplatek „v souvislosti s obstaráváním věcí obecného zájmu“. Tím se rozumí především činnosti v oblasti státních a samosprávných funkcí (například činnost soudce či úředníka obecního úřadu), ale též činnosti v oblasti uspokojování obecně důležitých ekonomických, zdravotních, sociálních a jiných potřeb obecného významu (lékařské posudky, rozhodování o přijetí na veřejnou vysokou školu).

Nespadají sem naopak činnosti občanů vyplývající z jejich osobních práv, typicky v soukromoprávní sféře – úplatkem tak například nebude příplatek soukromému autoservisu za urychlenou opravu auta. Domnívám se, že pokud by byl domov důchodců zcela soukromým, na veřejných prostředcích nezávislým zařízením, úplatkářství ze strany klientů nepřipadá v úvahu. Nicméně pokud by například DD dostával příspěvky od obce či státu za to, že bude poskytovat sociální služby určité kategorii nesoběstačných seniorů, a pracovník DD by přijal „všimné“ za to, že zařídí, aby byl konkrétní senior do takto veřejně dotované instituce přijat nebo aby v ní setrval, o úplatkářství by se jednat mohlo. Pro oblast zdravotnictví obsahuje zákon výslovnou úpravu v § 11 odst. 1 písm. d) zákona č. 48/1997 Sb., podle kterého je veřejně hrazená péče bezplatná a zdravotnické zařízení nesmí ani v souvislosti s takovou péčí přijmout od pacienta žádnou platbu. Do značné míry lze tedy zobecnit, že v oblasti čistě soukromých, tržních vztahů jsou příplatky věcí smluvních stran a jejich smluvní volnosti. Naproti tomu ve vztazích veřejnoprávních, zejména pokud jde o přístup k veřejně hrazeným službám, je přípustnost a výše plateb stanovena právními předpisy za účelem zachování rovnosti a nediskriminace, jde o obstarávání věcí obecného zájmu ve smyslu trestního zákona a ustanovení o úplatkářství aplikovat lze i při malých částkách.

K popsané situaci je též potřeba poznamenat, že mezi poskytnutím úplatku a „zařízením“ požadované služby musí být souvislost, zejména časová. Dávají-li klienti dárečky čistě ze zvyku či z vděčnosti a tyto dary objektivně nesouvisejí s požadavkem na zařízení nějaké přednosti či zvýhodnění, o úplatky se nejedná.

Nadace

OPEN SOCIETY FUND PRAHA

## o. s. Občan děkuje za podporu Nadaci Open Society Fund Praha

