

Filozofie, ekonomie, politologie, sociologie, psychologie, historiografie

MARATHON

5/2011

číslo 104

**Teoretický časopis věnovaný otázkám postavení
člověka ve světě, ve společnosti, v současném dění**

Obsah:

1. ÚVODNÍ POZNÁMKA	2
<i>Pocita Milanu Kohoutkovi (Pavel Sirůček).....</i>	<i>2</i>
2. HLAVNÍ MATERIÁLY	3
ČERNÝ PÁTEK S BLÍŽÍCÍM SE DESÁTÝM VÝROČÍM TRAGÉDIE (JAROSLAV ŠETEK).....	3
HISTORIE A REALITA EKONOMICKÉ TRANSFORMACE U NÁS (STANISLAV HECZKO)	11
4. K TEORII REDISTRIBUČNÍCH SYSTÉMŮ	22
TEORIE HER A REDISTRIBUČNÍ SYSTÉMY (APLIKACE V OBLASTI ZDRAVOTNICTVÍ) (MARTIN PROCHÁZKA)	22

MARATHON
Internet: <http://www.valencik.cz/marathon>

Vydává:
Radim Valenčík
jménem Otevřené společnosti příznivců
časopisu MARATHON

Vychází od listopadu 1996

Registrační značka: MK ČR 7785

ISSN 1211-8591

Redigují:
Vladimír Prorok
e-mail: prorok@vse.cz
Pavel Sirůček
e-mail: sirucek@vse.cz
Radim Valenčík (224933149)
e-mail: valencik@cbox.cz

Redakce a administrace:
Radim Valenčík, Ostrovní 16
110 00 Praha 1
tel.: 224933149
e-mail: valencik@cbox.cz

MARATHON is a bi-monthly Internet magazine founded in Prague at the end of 1996. Its aim is to help to clarify, from central and east European perspective, the reasons of present entanglement of the world developments, and participate in the search for prospective solutions.

About 120 authors contribute to the magazine on a regular basis and more write for it occasionally. So far MARATHON has been published in Czech with occasional documentation annexes in English or German. English summaries of articles are envisaged based on specific interests of readers.

Themes most often treated in the magazine include human capital, investments in education and other forms of human capital, nature and consequences of globalization, new approaches in economic theory (an attempt for synthesis of seemingly disparate concepts of K. Marx, J. Schumpeter, M. Friedman, G. Becker and R. Reich with regard to role played by innovations and the search for new space for economic growth), etc. Several specific projects of human capital investments have been developed on the basis of concepts analyzed in MARATHON.

The magazine can be accessed at:

<http://valencik.cz/marathon>

E-mail contact: valencik@cbox.cz

Do rukou se vám dostává časopis Marathon 5/2011. Jako obvykle, nejdřív některá základní sdělení:

- Zatím je časopis šířen finančně nenáročnými formami - několik xerokopií, prostřednictvím disket, zasílán prostřednictvím fax modemu, prostřednictvím sítě INTERNET (<http://valencik.cz/marathon>).
- Časopis vychází jednou za dva měsíce, vždy 15. dne prvního z dvojice měsíců, které jsou po sobě. Nejbližší řádné číslo (5/2011) bude vydáno a objeví se na Internetu 15. listopadu 2011.
- Rozsah časopisu je 40 stran tohoto formátu, což odpovídá přibližně 120 stranám standardního formátu.
- Kontaktní spojení, na kterém lze získat podrobnější informace o časopisu, vyjádřit připomínky, zaslat příspěvek apod., je (prozatím) prostřednictvím domácího telefonu: 224933149 (R.Valenčík).
- Příspěvky, případně připomínky a náměty, vzkazy redakci apod. lze rovněž zasílat na e-mailovou adresu: valencik@cbox.cz.
- V srpnu 1997 byl Marathon registrován ministerstvem kultury ČR, na vyžádání je distribuován užšímu okruhu čtenářů v běžné časopisecké podobě, je rovněž k dispozici v Národní knihovně v Praze Klementinu.
- V časopisu jsou uveřejňovány materiály vzniklé při řešení projektu GA ČR Teorie redistribučních systémů (vedený pod číslem 402/09/0086).
- Od počátku roku 2006 je Marathon vybaven redakčním systémem, prostřednictvím kterého lze zveřejňovat příspěvky a reagovat na již uveřejněné příspěvky.
- Příspěvky uveřejňujeme vždy recenzované, zpravidla včetně recenze (příp. ohlasu).

1. Úvodní poznámka

Páté letošní číslo začíná materiálem, který patrně zaujme každého. Jedná se o kauzu „Brevik“ podanou ovšemv teoretické rovině. Nesmírně zajímavý materiál je z pera Jaroslava Šetka a ukazuje aspekty, které v mediálním podání byly potlačeny či zcela opomenuty. Materiál mj. ukazuje, že dobré teorie není nikdy dost.

Rovněž tak aktuální je i materiál Stanislava Heczka, který rekapituluje a analyzuje vývoj uplynulých více než 20 let spojených s transformací naší ekonomiky.

Ve 3. části je dokončení diplomové práce M. Procházky věnované aplikaci teorie her na problematiku zdravotnictví.

Pocta Milanu Kohoutkovi

Nepříliš vyvedené léto ještě škaredě pokazila nečekaná a zlá zpráva: 10. srpna nás tiše a nečekaně opustil Dr. Ing. Milan Kohoutek ve věku nedožitých 66 let. Kamarád, kolega. A v neposlední řadě odborník, popularizátor, encyklopedista rozhledu a rozmachu téměř polyhistorického. Se zaměřením od teorie a praxe řízení, přes ekonomii a ekonomiku až třeba po historii, šachovou teorii nebo jazyky. Absolvent VŠCHT s ekonomickým doktorátem z VŠE. Pracoval ve státní správě (MZE, MMR aj.), působil na VŠE, přednášel na ČVUT atd. Nenápadný, leč velký, znalec díla klasiků, nesmlouvavě kritický a rýpavý diskutér, šachista, oddaný a zanicený pejskař i jeden z nejfundovanějších haškologů. Neprehlédnutelný a halasný pábitel i kmenový člen naší stolní společnosti.

A též autor Marathonu. Pro připomenutí: např. textu v 2009/1. Milan přitom rozhodně nepatřil ke grafomanům a psal velmi střídavě a velmi úspěšně. Veliká škoda, že nám inspirativních příspěvků nezanechal více. A zapomenout nelze na jeho – někdy až pedantsky otravné (ale vždy zcela na místě) – napomínání ohledně vědecké rigoróznosti a správného používání pojmů. Včetně náležitosti chápání a používání kategorií marx-leninského systému.

Milan náležel k aktivnímu (a „tvrdému“) jádru Klubu ekonomů od jeho samého vzniku. Vystupoval na nesčetných diskuzích a publikoval na stránkách Zpravodaje Klubu ekonomů. Nedoceny zůstávají i jeho nevšední aktivity dokumentační. Po dlouhá léta zaznamenával a nesmírně pečlivě přepisoval různé diskuze, přednáškové cykly apod. Milan se podílel též na činnosti stávajícího Klubu společenských věd, pod který dnes spadá i bývalý Klub ekonomů. Přesněji ono nevelké torzo, které ještě zbývá. Milan Kohoutek byl členem Centra teoretických a strategických studií ÚV KSČM. Orientoval se zde zejména na aplikace dialektického materialismu a systémového přístupu na problematiku vývoje a krizí.

Bohužel již nedokončil druhou část svého životního díla – souhrnné knihy o krizovém řízení. A to především díky Milanově možná až fanatické pečlivosti i skromným ambicím. Její první část vyšla sice pouze ve velmi omezeném nákladu, nicméně v celé řadě aspektů převyšuje obdobné publikace tuzemské i zahraniční. Jedná se o systémový pohled na teoretické základy krizového řízení v práci „Krizové řízení. Část 1 - teoretické základy“ (Slaný, Melandrium 2004). Publikace byla podrobněji představena v Marathonu 2004/6.

Milane, děkujeme. Budeš nám chybět. Byl jsi vskutku jedinečná persona. Čest Tvoji památce!

Za přátele Marathonu a za všechny kmenové i přidružené členy dřívější stolní společnosti Maxa-Podloubí-Hroch-Breďák-Sad etc. **Pavel Širůček**

2. Hlavní materiály

Černý pátek s blížícím se desátým výročím tragédie

Jaroslav Šetek

Dne 11. září 2011 si světová veřejnost připomíná desáté výročí od největší teroristické akce v dějinách lidstva. V tento den vstoupil na scénu globální terorismus, který zasáhl i evropský region (Madrid 11. března 2004, Londýn 7. července 2005). Necelé dva měsíce před tímto tragickým dnem zasáhla Evropu 22. července 2011 další série teroristických akcí v Norsku. Článek se zamýšlí nad podstatou a genezí zla, za kterým je původ největší národní tragédie v dějinách Norska od skončení II. světové války. Zároveň se pokouší zodpovědět otázku, kde je původ a geneze zla v projevech teroru Anderse Behringa Breivika – 32 letého muže, jehož portrét obletěl po 22. červenci 2011 prostřednictvím masmédií celý svět.

Činy zmíněného muže, lze shrnout citáty tří známých významných mužů 19. století:

„Bůh je mrtev, ať žije nadčlověk.“

Friedrich Wilhelm Nietzsche

„Náboženství je opium lidstva.“

Karel Marx

„Proti hlouposti lidské i božové jsou bezmocní.“

Friedrich Schiller

Výklad citátů je, a může být, různorodý. Jejich společným znakem je realita o nekonečných rozměrech v páchání zla člověkem, a to fanatismus pod náboženskou i ateistickou maskou a zároveň proti náboženství i ateismu.

Úvod – černý pátek 22. července 2011

Dne 22. července 2011 usmrtila exploze trhaviny v centru Osla osm lidí. Dalších 69 lidí bylo zastřeleno atentátníkem na ostrově Utøya severozápadně od Osla při shromáždění mládežnické organizace Norské sociální demokracie.

Bezprostředně po útocích se akce přisuzovala mezinárodnímu terorismu, a to islamistům z frakcí Al-kajdy, kteří již na evropském kontinentu podnikli útoky v Madridu a v Londýně. K akci se dokonce přihlásila islámská teroristická organizace Ansar džihád alámí (Pomocníci světového džihádu). Důvod její reakce spočíval zejména ve významu prioritní informační hodnotě teroristického útoku – šíření atmosféry strachu z této organizace [1]. Mj. uvedla, že se jedná o reakci na přítomnost norských vojsk v Afghánistánu a na nespecifikovanou urážku proroka Mohameda.

Kdyby tomu tak bylo, jednalo by se v dějinách islámského terorismu o zcela nový jev, a to ve dvou aspektech. Zaprvé, střelba do lidí v davu na ostrově Utøya nebyla pro islámský konvenční terorismus dosud

typická, tomu odpovídal pouze útok v Oslu. Zadruhé, aktér – dopadený atentátník byla osoba evropského typu, to by vypovídalo o rekrutaci Evropanů do islamistických teroristických organizací, popřípadě o vzbuzení spícího teroristy, žijícího poklidně řadu let a v momentě, kdy dostal příkaz, změnil se v osobu konat cokoliv.

Atentátník byl bezprostředně po útocích zajat norskými policejními složkami. Ukázalo se, že jím je 32letý občan norské národnosti Anders Behring Breivik, který se k oběma sériím atentátů přiznal a prohlásil, že jednal samostatně bez pomoci. Jeho prohlášení potvrzují i dosud provedené kriminalistické rekonstrukce a expertízy teroristických aktů. Shromáždění mladých socialistů, kde rozpoutal masakr, si vybral proto, že sociální demokracie v minulých vládách nezvládla svoji roli zejména v otázkách přistěhovalectví a zklamala norský lid, proto musela zaplatit.

Nebyla proti Breivikovi prevence - nesehaly bezpečnostní složky?

Z výše uvedených důvodů se naskytla otázka: „*Byl teroristický akt důsledkem selhání zpravodajských služeb a policejních složek?*“ Obdobná otázka se naskytla po teroristických útocích ze dne 11. září 2001. [2]

Podle dosavadního poznání lze poukázat na dvojí selhání:

Zprv, podle britské televizní stanice Sky News policejní a bezpečnostní zpravodajské služby západních států po událostech z 11. září 2001 odvrátily pozornost od ultrapravicového křesťanského fanatismu, a preferovaly monitorování obdobných hrozeb od islamistů. Přitom evropský region eviduje podstatný nárůst politického extremismu, a to ultrapravicového směru. Ten stejně jako levicový (v 70. a 80. letech 20. století) rovněž vytváří zhoubné podhoubí pro teroristické akce mezinárodního rozsahu. [3]

Zadruhé, několik měsíců před útoky byl Breivik pro své extrémistické postoje předmětem zájmu bezpečnostních složek Norska. Legálně nakoupené zbraně si úředně registroval a průmyslová hnojiva pořizoval kvůli podnikání v zemědělské výrobě. Z tohoto důvodu nelze spekulovat o jeho provázanosti na organizovaný zločin prostřednictvím nelegálních obchodů, ale jsou zde jasné premisy (extrémistická orientace, nákup střelných zbraní a průmyslových hnojiv¹ – možná výroba trhavin) pro stanovení analytického závěru, tedy jaký zločin může spáchat. Tím je teroristický akt.

Kriminologické aspekty Breivikovy inspirace k teroru

Breivikovo konání mělo ideologické opodstatnění, a to nábožensko-politické. Projevovalo se v základech náboženského fundamentalismu, a to křesťanského, který by měl ovlivňovat konzervativními tradicemi politiku. Breivik byl jako dospělý pokřtěn v protestantské víře, konkrétně v luteránské církvi, ale jejího života se neúčastnil. Vyslovoval se pro kolektivní návrat protestantů ke katolictví.

„Evangelium“ a ideologickým východiskem Breivikova teroru byl jeho manifest (materiál o 1518 stranách), na kterém pracoval devět let. Obrací se na významné historické události v Evropě, kterými jsou konflikty mezi křesťany a muslimy – bitva na Kosově poli 15. června 1389² a bitva o Vídeň 11. září 1683³, která znamenala konec druhé vlny džihádu. Právě hlavní myšlenka manifestu je ke zmíněné čtyřstému výročí bitvy o Vídeň k 11. září 2083. V tento den (podle Breivikova manifestu) bude třetí vlna džihádu potlačena a nadvláda kulturních marxistů a multikulturalistů rozmetána. Ocitne se v ruinách právě 400 let po našem vítězství v bitvě o Vídeň 11. září 1683. V Evropě znovu zavládnou vlastenci.

Příznivec obnovy křížových výprav proti muslimům

Breivik ve svém o manifestu hovoří o tajné společnosti templářského bratrstva, která má vést křížáckou válku [4] proti islámu v Evropě. (Mj. zvláštní úctu vzdává Breivik první křížové výpravě, které se povedlo dobýt 15. července 1099 Jeruzalém.) Breivik píše, že současná organizace templářského bratrstva byla založena

¹ Typické zboží civilního charakteru, které může být použito pro účely ozbrojených konfliktů konvenční povahy včetně výroby zbraní hromadného ničení. Z určitého pohledu zboží dvojího užití. Prakticky se mezi zboží dvojího použití řadí stroje, zařízení, technologie, softwarové vybavení, poskytování servisních služeb a expertní znalosti z jaderné, chemické, biologické a průmyslové oblasti.

² Střetla se spojená křesťanská vojska srbských knížat Lazara Hrebeljanoviće, Vuka Brankoviće, Vlatka Vukoviće, který vedl oddíly bosenského krále Tvrtka I. Kotromaniće, posílená spoustou pomocných oddílů z Albánie, Bulharska a Uher s armádou osmanských Turků v čele se samotným sultánem Muradem I. Výsledek samotné bitvy byl sice nerozhodný (padli i oba hlavní vůdci - kníže Lazar a sultán Murad), ale pozdější či ny uherského krále znamenaly oslabení křesťanských spojenců, zatímco Osmané si upevnili pozici na Balkáně.

³ **První velká vlna džihádu** (622-750) zaplavila většinu Byzancie, vizigótského, franckého a perského impéria a dala nově zrozenému islámskému impériu vládu nad územím od jižní Francie přes Španělsko napříč severní Afrikou po Indii a k jihu Ruska. Počátkem druhého tisíciletí oslabila islámské impérium mongolská invaze z východu, která tam ukončila arabskou nadvládu. **Druhá velká vlna džihádu** (1071-1683) dosáhla nejdále při nepodařeném obléhání Vidně v letech 1529 a 1683, kdy byla v druhém případě muslimská armáda pod vedením Kara Mustafy odražena římskými katolíky pod vedením polského krále Jana Sobieskiho. V následujících desetiletích byla Osmanská říše vytlačena zpět přes Balkán, ačkoliv nebyla nikdy zcela vytlačena z Evropy. Ačkoliv imperiální džihád kolísal, muslimské pozemní a námořní nájezdy na křesťanská území pokračovaly a křesťané byli unášeni do otroctví ještě v devatenáctém století ze zemí tak vzdálených, jako bylo Irsko.

v roce 2002 v Londýně a že jeho mentorem – neidentifikovaným „duchovním vůdcem“ je „Richard Lví srdce“ [5]. Vůdce se inspiroval v osobě anglického krále Richarda I. (z let 1189 – 1199), který bezprostředně po své korunovaci (3. září 1189) vytáhl společně se svým spojencem Filipem Augustem na křížovou výpravu do Svaté země proti muslimům [4]. Pro svou velkou osobní statečnost na bojištích byl nazván Lví srdce.

Integrace v ultrapravicových politických proudech

Breivik byl příznivcem evropského politického proudu Nová pravice, která se nejvíce rozšířila ve Francii a v Německu. Datovat počátky proudu lze v 70. let 20. století ve skupině francouzských intelektuálů (Alain de Benoist, Ch. Jilm, P. Vlál, M. Marmin, A. Hobartu), kteří aktivně vystoupili s požadavky "obrody evropské kultury". Tvrdili, že odstranit krizi evropské kultury je nutné za odklonu od demokratických tradic a racionalistického filozofického dědictví a vrátit se k předkřesťanské Evropě. Ve stejné době se tento politický proud formoval také v tehdejší Německé spolkové republice, jako reakce na vznik Nové levice v 60. letech 20. století. Německá Nová pravice prosazuje německou národní konzervativní revoluci. Ideologie Nové pravice odmítá sociální egalitářství, podle ní nemají světové dějiny jednotu a neexistuje pokrok. 60. let 20. století. Od tohoto politického proudu Breivik očekával, že se vyvíjí směrem k proizraelské, proti-džihádské alianci.

Breivik ve svých šestnácti letech vstoupil do mládežnické organizace Pokrokové strany, která je proti imigraci. Jak se jeho názory radikalizovaly, začal kontaktovat další ultrapravicové skupiny po celé Evropě. Politicky se angažoval jako člen Norské obranné ligy, které je pobočkou Anglické obranné ligy⁴. Z Norské obranné ligy byl vyloučen pravděpodobně z obav pro jeho krajní extrémistické názory směřující k teroru, které by mohly značně poškodit tento ideologický proud v Norsku a stále více být pod dozorem norských bezpečnostních složek.

Lze Breivika považovat za neonacistu?

Atentáčník Anders Behring Breivik zřejmě prodělal plastickou operaci, která měla zdůraznit jeho árijský vzhled - teze o nadřazenosti bílé rasy. To je základ ideologie současného neonacismu, která vznikla po II. světové válce a navazuje na nacismus, který byl oficiálně uplatňován diktaturou v Německu za období Třetí říše v letech 1933 – 1945.

Hlavním nepřítelem neonacistů jsou imigranti, liberálové, romové, homosexuálové a především Židé. Neonacisté viní Židy z mnoha nešvarů společnosti a přisuzují jim rozsáhlá mezinárodní spiknutí za účelem ovládnutí světa. Breivik zastává názory neonacistů, až s jedinou výjimkou, a tou je židovská otázka. Zde naopak vystupuje jako odpůrce antisemitismu a příznivce ideologie filosemitismu, která vzdává úctu k židovskému národu. Logiku to má pouze v případě, že Židé a stát Izrael by měl posloužit jako nástroj v boji proti muslimům a levicovému propalestinskému establishmentu.[6] Tuto taktiku lze v logice extremistů a teroristů považovat za běžnou. Typickým příkladem je muslimský terorista Abú Músa Zarkávi, který v druhé polovině 80. let minulého století prohlašoval, že má úctu k Američanům – jsou to věřící křesťané v Boha stejně jako muslimové. Mj. (podle zveřejněných poznatků norských bezpečnostních složek) Breivik jako členem zednářské lóže, se obracel na všechny, kteří by mohli vytvořit alianci proti islámu, neboť jsou negativně naladěni proti islámu, t. j. na organizované ateisty, novopohanská hnutí i satanisty. [6]

Breivikovy názorové směry na hodnotu lidského života

Ve svém manifestu Breivik také parafrázoval anglického filozofa a ekonoma Johna Stuarta Milla, který tvrdil, že hodnota jednoho člověka s vírou je 100 000 krát větší než hodnota lidí, kteří jen mají pouhé zájmy (lze to interpretovat s rozparem mezi konzervativní ideologií a moderním typem konzumní společnosti). Podle Breivika to znamená, že nevyšší hodnota lidského života je u fundamentálních katolických křesťanů. Proto se vyslovuje pro kolektivní návrat protestantských věřících ke katolicismu.

S jeho myšlenkovými proudy o hodnotě lidského života lze spatřovat souvislosti o „sociálním darwinismu“ [7], kde za ty nejschopnější⁵ co přežijí po roce 2083 budou fundamentální křesťané. Je jasné, že by se Breivik plně ztotožnil s teorií Thomase Roberta Malthuse, který konstatoval, že ozbrojený konflikt přispívá pro řešení populačního problému, neboť lidstvo nemá neomezené možnosti, ale naopak je spoutáno populačním zákonem. Podmínky obživy rostou lineárně (aritmicky), zatímco populace roste geometricky. Zásadní odpor by Breivik by měl k teoretickým konceptům, které formuloval počátkem 19. století francouzský ekonom Jean-Baptiste Say, podle kterého ztráta lidského života v ozbrojeném konfliktu znamená ztrátu bohatství země [8]. Tu by podle Breivika měly představovat jedinci, co přežijí protimuslimskou apokalypsu po roce 2083.

⁴ Anglická obranná liga je protimuslimská "pouliční armáda", byla založena v roce 2009. Z převážné části je složená z fotbalových chuligánů. Podle jejího vzoru byly založeny Francouzská obranná liga a Holandská obranná liga. Toto seskupení obranných lig je otevřeno všem protiislámským aktivistům z celé Evropy. Ideologie obranných lig vyjadřuje plnou podporu holandskému protiislamizačnímu politikovi Strany svobody Geerta Wilderse

⁵ „Přežití nejschopnějších“ poprvé vyjádřil britský filozof a teoretik liberalismu Herbert Spencer v knize „O zákonech a příčině pokroku“.

Komparace pachatele norského teroristického aktu s případem Oklahoma City

Z hlediska kriminologie lze Breivika jednoznačně tipovat jako masového vraha z ideových pohnutek. Interdisciplinárním pohledem kriminologie s obory trestního práva, zejména sociologie a politologie se na tuto osobu pohlíží jako na teroristu. (Aktivity jsou mj. v souladu s interpretací od Raymonda Arona⁶: Násilná akce se nazývá teroristickou, když její psychologické účinky jsou v nerovnováze s jejími čistě fyzikálními výsledky.) [9]

Výše uvedené tvrzení jasně říká, že ne všichni masoví vrazi jsou teroristé. Masový vrah je teroristou, když jedná z ideologických pohnutek, které v některých případech směřují psychopatickému fanatismu. Ostatní masoví vrazi jsou psychopati a příslušníci skupin organizovaného zločinu – mafií.

Breivikův teroristický akt byl obdobný s událostmi ze dne 19. dubna 1995 ve spojených státech amerických. Ve zmíněný den došlo k bombovému útoku v Oklahoma City na federální budovu Alfreda P. Murraha v centru města. Do 11. září 2001 se jednalo o nejrozsáhlejší teroristický akt v dějinách Spojených států amerických (168 mrtvých a 853 zraněných). Aktérem útoku byl Timothy James McVeigh (válečný veterán z operací v Kuvajtu proti irácké okupaci z roku 1991), který byl stejně jako Breivik bezprostředně po útoku zadržen. Motiv teroristického útoku byl opět náboženský (protestantské sektářství) jako pomsta americkým federálním úřadům za tragické ukončení obležení Waco (sídlo sekty Davidiánů)⁷ v tento den roku 1993. V této souvislosti lze hovořit o magii čísel a dat při páchání teroristických aktů.[1]

Podle McVeighova tvrzení byl jediným pachatelem. To potvrdily i vyšetřovací orgány a za tento čin byl odsouzen k trestu smrti a 11. června 2001 popraven. Během vyšetřování vědomě odmítl užití právních prostředků, které by nejen jeho popravu oddálily, ale možná i vynutily obnovu procesu. Nakonec tedy McVeigh zvolil prakticky „sebevraždu“ a žádal neprodlenou popravu, místo aby podal vysvětlení o síti svých možných kompliců, kteří mohli např. poskytovat logistickou podporu k teroristickému činu. Na světlo by mohlo vyjít mnoho věcí, kdyby tehdejší ministr spravedlnosti John Ashcroft netrval na okamžité Mc Veighově popravě a tím na jeho definitivním umlčení. Tak bylo prakticky znemožněno odhalení dalších možných spolupachatelů teroristického činu.

V Norsku, kde není legalizován trest smrti, nebude atentátník takto umlčen, je prostor pro možné dlouholeté pátrání po možných dalších spolupachatelích a původu teroristických aktů. Podle norské trestní legislativy je pro teroristu Breivika maximálně možný trest odnětí svobody ve výši 21 roků. Kdyby byl souzen za trestné činy válečné, byla by výše trestu 30 roků. Podle některých názorů by nebylo vhodné vznést obžalobu a odsoudit jej za trestné činy válečné. Takovýto rozsudek by mohl rozpoutat zintenzívnění teroristických akcí islamistů proti západnímu světu, ze kterého důsledkem Breivikova aktu začala válka proti islámu.

Nové trendy ozbrojených konfliktů po zániku pravidelných válek

– změna počátečního optimismu z monopolárního světa v rizika multipolárního světa, ke kterému přispívá i Breivik

Po ukončení období studené války mezi dvěma supervelmocemi a jejich satelity převažoval na počátku 90. let minulého století optimistický pohled na další vývoj ve světovém dění. Naprostá většina odborníků na mezinárodní bezpečnostní problematiku se přiklání k pojetí světa Francise Fukuyamy⁸. Ten ve své visi vycházel z předpokladu platnosti tří tvrzení. [10]

Zprvé, předpokládal, že možnost globálního konfliktu je definitivně zažehnána. Ke globálnímu konfliktu v podobě třetí světové války mohlo dojít z příčiny rozdílnosti vyznávaných politických ideologií. Protože ale idea liberální demokracie celkově triumfovala, čekala nás budoucnost světa s jedinou formou politického zřízení.

⁶ Raymond Aron (1905 – 1983) byl francouzský filosof, sociolog a politolog, zastánce liberalismu. Věnoval se hlavně dějinám sociologie, filosofii dějin, kritice totalitarismu a analýze moderní společnosti.

⁷ Davidiáni vznikli odštěpením od církve Adventistů sedmého dne ve 30. letech 20. století. Věřili v brzký příchod Ježíše a následnou apokalypsu. Až do 80. let byli v podstatě neškodní, žili na svém ranči u texaského města Waco a věnovali se modlitbám a farmářské práci. Vše se změnilo až v roce 1986, kdy se vedení sekty zmocnil Vernon Wayne Howell. Prohlásil se za nového mesiáše, přejmenoval se na Davida Koreshe a ihned začal měnit pravidla fungování sekty. Davidiáni vznikli odštěpením od církve Adventistů sedmého dne ve 30. letech 20. století. Věřili v brzký příchod Ježíše a následnou apokalypsu. Až do 80. let byli v podstatě neškodní, žili na svém ranči u texaského města Waco a věnovali se modlitbám a farmářské práci. Vše se změnilo až v roce 1986, kdy se do vedení sekty zmocnil Vernon Wayne Howell. Prohlásil se za nového mesiáše, přejmenoval se na Davida Koreshe a ihned začal měnit pravidla fungování sekty. Proto se agenti FBI rozhodli riskovat a připravili nový útok na ranč. 19. dubna 1993 tak policie nejprve do komplexu budov nahlázela kapsle s paralyzujícím plynem a hned poté vtrhla dovnitř přepadová jednotka. Davidiáni se ale nechtěli vzdát a na zasahující policisty stříleli ze samopalů. Policisté palbu opětovali a brzy tak začal dramaticky narůstat počet mrtvých. Navíc v některých místnostech ranče vypukly požáry, které se velmi rychle šířily celým komplexem. Podle pozdějšího vyšetřování je zakládali samotní zfanatizovaní členové sekty. Během zásahu nakonec zahynulo 82 členů Davidiánské sekty. Naprostá většina z nich se buď otrávil kouřem z ohně, nebo se zastřelila, když policie vnikla do budovy. Byl mezi nimi i vůdce sekty David Koreshe.

⁸ Francis Fukuyama (nar. 1952) je americký filozof japonského původu, bývá považován za liberála a neohumanistu.

Fukuyama zde bral v úvahu jen situaci v tzv. prvním a druhém světě. Pro třídně ideologické pojetí světa a nejrůznějšími diktátorské režimy zůstane snad ještě po několik let místo ve třetím světě jen dočasně.

Zadruhé, přesvědčení o univerzální pravdě principů tržní ekonomiky. Tehdy nesporná ekonomická úspěšnost liberálních idejí byla vysvětlována jako jediná cesta k ekonomické prosperitě.

Zatřetí, byl přesvědčen o prospěšnosti informační a dopravní propojenosti celého světa. Pád železné opony odstranil se bariéry bránící cestování a vnějších ekonomických vztahů jednotlivých národů. Usuzoval také, že globální komunikace umožní široké propojení různých kultur, které si tak budou více rozumět. Monopolární svět bude světem, kde se případné konflikty budou řešit kompromisem.

Optimistická vise F. Fukuyamy se již v polovině 90. let 20. století velice rychle ukázala jako předčasná. Vývoj ve světě nebyl zdaleka tak jednoznačný, a to nejprve od projevů nepravidelných občanských válek a etnických konfliktů z poloviny 90. let až po akce mezinárodního terorismu, který se počátkem milénia stal globálním problémem. Od monopolárního pojetí světa se pomalu upouštělo, ke slovu se dostal multipolární model světa, který se dnes ukazuje jako nejbližší pravdě. Za tvůrce multipolárního modelu světa je považován Samuel Huntington.⁹[11]

Huntingtonův teoretický koncept vychází z názoru, že dřívější střet ideologií, určující dění ve dvacátém století, bude vystřídán střetem civilizací jako nejčastější příčinou konfliktů století současného. Do vážných konfliktů už nebudou vstupovat společenské třídy, ale celé civilizační (kulturní) okruhy. Tímto se mohou projevat a prohlubovat rozpory mezi typy společností - konzumní a chudoby. Tento rozpor může dospět i ke celosvětovému konfliktu (prognóza Ralf Dahrendorfa¹⁰. [3])

Huntington rozeznává celkem devět světových civilizací. Termín civilizace je mu synonymem pro kulturu i náboženství. Lze říci, že do značné míry jsou hlavní světové civilizace totožné s největšími světovými náboženstvími. Lidé, kteří mají společnou řeč a zvyky, avšak rozdílnou víru, se klidně mohou navzájem vraždit. Což je typické pro veškeré teroristické organizace bez ohledu na náboženské a politicko-ideologické pozadí, ale i pro osoby samostatných teroristů – masových vrahů A. B. Breivika a T. J. McVeighe. Zmínění teroristé rovněž jako fanatici konaly samostatně za „změnu světa“ v sektářských bludech, kterým podlely.

Kde spatřovat původ zla, které tropí teror? Na počátku byla teorie davové psychózy

Za duchovního otce teorie davové psychózy se považuje Gustave Le Bon¹¹. Mezi jeho neznámější díla patří „*Psychologie davu*“, která vyšla v roce 1895. V tomto díle prezentuje svou koncepci v souvislosti s chováním davu během událostí starších 100 let – Velké francouzské revoluce¹². [12] Dav je podle něj soubor individuí, jež jsou sjednocena iracionální připraveností k činnosti vyplývající z faktu rozplynutí individua v mase a jeho rezignace na sebekontrolu. Je to shromáždění, které z psychologického hlediska snadno podléhá sugesci a není schopno tvorby svého vlastního názoru, který je dán davu zvnějšku. Vědomá osobnost tu mizí a emoce i myšlenky všech jednotek jsou zaměřeny týmž směrem. Tak se vytváří „*kolektivní duše*“ beze vší pochybnosti přechodná, která však má velmi určité vlastnosti, a to jedinou bytost, která je podrobena zákonu duševní jednoty davů s určitými idejemi. Ty se vykazují ve dvou základních formách. [12] Zaprvé, náhodně a pomíjivě pod vlivem určitého okamžiku (např. nadšení pro něco). Zadruhé, jako stálé, kterým prostředí (sociální klima, ekonomická úroveň apod.) a historické aspekty dodávají velkou stálost, jakou je politická orientace a náboženská víra. Jestliže vzniklé ideje získají obraznou podobu (ta je hluboce ovlivnitelná, davy myslí v obrazových představách), stanou se populární, pronikají do nevědomí a mění se v emoce. Tím získají velkou moc a rozvíjí celou řadu činů a důsledků.

Následně způsoby uvažování davu nejsou založeny na logice, ale na asociacích a zevšeobecňování výjimečných případů. Soudy, které davy přijímají, jsou vnucené, snadno nabývají všeobecné platnosti a váží se k neschopnosti lidí v davu utvořit si odlišné mínění. Obrazotvornost davu je hluboce ovlivnitelná. Neskutečné tak má v očích davu téměř takový význam jako skutečné. Le Bon poukazuje na náboženskou formu všech davových přesvědčení – zbožňování domněle vyšší bytosti, tj. slepé poslouchání jejích rozkazů, fanatickou touhu nekriticky šířit její dogmata, ochotu obětovat se a nesnášenlivost ke všem, kdo ji neuznávají.

Lidé jsou neschopni vést sami sebe, a proto vyžadují mít svého vůdce, který je muž činu. Síla jeho víry posilována ochotou vše osobní obětovat dodává jeho slovům velikou sugestivní moc. Vůdce má trvale pevnou vůli a prestiž, aby byl pro dav přitažlivý. Člověku pak chybí kritický úsudek, cítí úžas a úctu. Prestiž se nutně pojí s úspěchem, resp. je na něm závislá. Podmínkou úspěchu vůdce je jeho schopnost působit na davy.

⁹ Samuel Huntington (1927 - 2008), od roku 1950 profesor politologie Harvardovy univerzity. Označuje se jako vlivný a kontroverzní americký politický teoretik, byl poradcem amerického prezidenta Jamese Cartera. Zabýval se také poměrem mezi vojenskou a civilní vládou, státními převraty a vlivem imigrace a otázkami mezinárodní politiky.

¹⁰ Ralf Dahrendorf (1929 – 2009) byl německo-britský sociolog, politolog, filosof a liberální politik, významný představitel teorie konfliktu.

¹¹ Gustave Le Bon (1841 – 1931) francouzský filozof, sociální psycholog a sociolog Le Bon Gustave - *Psychologie davu*. Praha 1946, Samec. Překlad a předmluva Zdeněk Ullrich, Stran ...

¹² Určitou předzvěstí rizika z revolučního davu Velké francouzské revoluce je teoretický koncept tradicionalistické školy, jejímž zakladatelem byl francouzský filozof a konzervativní myslitel Joseph de Maistre (1753 – 1821).

Nejúčinnější metody jsou tvrzení, opakování a náказа – stručné, prosté tvrzení neustále opakovat až se zakoření v duši davu a pomocí náказы, resp. vzájemného napodobování lidí se postupně rozšíří.

Le Bon vytvořil ve svém díle Psychologie davu teoretický obraz, jak může dav z podnětu vůdce působit na vytváření skupinového zla (přeměna andělů v ďáblů), resp. skupinové hlouposti. Na empirický výzkum v této oblasti se neorientoval. Ten se začal rozvíjet po více jak padesáti letech ve třech desetiletých periodických etapách.

Etapy empirických výzkumů od roku 1951 potvrzují teoretický koncept Le Bona

1. etapa – odpověď na otázku: Lze skupinovému vlivu odolat?

Datovat počátky realizace empirických výzkumů vlivu davu či jiné manipulující osoby (vůdce) při páchání zla lze počátkem 50. let 20. století. Již v roce 1951 provedl Solomon Asch¹³ pokus, který měl potvrdit vliv sociálního tlaku¹⁴ okolí na chování jedince (označován test konformity - přizpůsobení se převažujícím či dominantním názorům, požadavkům apod.). Za tímto účelem vybral testovanou skupinu jedinců, aby provedli přes velmi silnou ránu až k těžkému šoku s nebezpečím smrti. (při experimentu však učící se žák žádnou ránu nedostal, pouze reagoval verbálně a neverbálně – cukla sebou a křičel bolestí). Před zahájením pokusu se odborníci domnívali, že ke konečnému použití maxima intenzity se nechají vyprovokovat jen vyložení sadisté – psychopati, a to maximálně jedno procento z testovaných. Byly jich však dvě třetiny; zcela zarážející realita. (Kdyby byla pouze jedna pětina, i to by si zasluhovalo patřičnou pozornost.) Někteří sice protestovali, ale nakonec autoritu – vůdce vždycky poslechl.

V tomto případě většina však netropila žádné zlo – příkoř jinému. Proto lze hovořit 70 % tropila skupinovou hloupost. Na závěrech výzkumu ještě nebylo zcela zřejmé, jak by se zachovala při páchání zla.

2. etapa – odpověď na otázku: Lze autoritě skupiny – jejímu vůdci páchajícímu zlo odolat?

V roce 1961 Stanley Milgram¹⁵ uskutečnil na Yalské univerzitě neobvyklý pokus. Náhodně vybral jedince, kteří sledovali pokusnou osobu při učení. Pokud osoba udělala chybu, mohli trestat na výzvu vedoucího experimentu elektrickou ranou, kdy ovladač nabízel škálu od 15 do 450 voltů, stupně byly označeny od lehkého přes velmi silnou ránu až k těžkému šoku s nebezpečím smrti. (při experimentu však učící se žák žádnou ránu nedostal, pouze reagoval verbálně a neverbálně – cukla sebou a křičel bolestí). Před zahájením pokusu se odborníci domnívali, že ke konečnému použití maxima intenzity se nechají vyprovokovat jen vyložení sadisté – psychopati, a to maximálně jedno procento z testovaných. Byly jich však dvě třetiny; zcela zarážející realita. (Kdyby byla pouze jedna pětina, i to by si zasluhovalo patřičnou pozornost.) Někteří sice protestovali, ale nakonec autoritu – vůdce vždycky poslechl.

V tomto případě většina konala zlo – příkoř jedinci.

3. etapa – odpověď na otázku: Lze skupině páchající zlo odolat?

V roce 1971 navázal na S. Milgrama obdobným experimentálním výzkumem Philip Zimbardo¹⁶ na Stanfordově univerzitě ve Spojených státech amerických – známý stanfordský vězeňský experiment. Při výzkumu bylo 24 náhodně vybraných studentů drženo v předstíraném vězení ve sklepě budovy Stanford University. Za fiktivní vězeňské dozorce byli vybráni rovněž studenti a po obdržení informace, že hlídají nebezpečně vězně, dostali za úkol udržovat ve vězení pořádek. Délka výzkumu byla plánována na dva týdny, ale po šesti dnech je musel P. Zimbardo ukončit. Vězňové se důsledkem krutého až sadistického zacházení dozorců začali hroutit, neboť většina dozorců se začala chovat zbytečně krutě. Proto se stanfordský vězeňský experiment stal přezdívaný jako „Zimbardovo peklo“.

¹³ Solomon Asch (1907 – 1996) byl významný americký psycholog polského původu. V roce 1920 emigroval do Spojených států amerických. Po ukončení studií a získání Ph.D. působil od 30. let na Kolumbijské univerzitě. V 50. letech se proslavil významnými experimenty, v rámci kterých dokázal vliv sociálního tlaku, který může osobu přesvědčit, že špatný názor je špatný.

¹⁴ Tlak okolí se odkazuje na vliv projevený skupinou vrstevníků v podněcování osoby ke změně jejího postoje, morálních hodnot a chování tak, aby odpovídal zájmům skupiny. Sociální postižené skupiny zahrnují skupiny členství, když jednotlivec je „formálně“ člen, nebo sociální klika. Osoba ovlivněná tlakem okolí smět nebo smět nechtít patřit k této skupinám. Oni mohou také rozpoznat dissociative skupiny se kterým oni by nepřáli si se stýkat a tak oni se chovají nepřívětivě se dotýkat chování té skupiny. Tlak okolí může přimět jedince k aktivitám, které by normálně nedělal, např. vandalismus a rabování v davu, konzumace drog, integrace v sektách apod.

¹⁵ Stanley Milgram (1933 - 1984) byl americký sociální a experimentální psycholog, který se proslavil hlavně dvěma originálními experimenty o lidské společnosti. Zaprvé zmíněný Milgramův experiment (jak dalece jsou ochotni poslouchat autority, i když je v konfliktu s vlastním svědomím. Zadruhé fenomén „malého světa“ (z roku 1967) – dokazuje, že libovolná dvojice obyvatel Spojených států amerických může najít spojení mezi sebou prostřednictvím průměrně 5 – 6 osob.

¹⁶ Philip G. Zimbardo (nar. 1933) je americký psycholog. Jako pedagog působil na Yalské univerzitě, Univerzitě New York a Columbia University. Od roku 1968 je emeritním profesorem na Stanfordské univerzitě, kde prováděl právě svůj světově proslulý vědecký výzkum - stanfordský vězeňský experiment.

Luciferův efekt (změna anděla v d'ábla) – proč každý jedinec je potenciálním pachatelem zla

Psychologové, psychiatři a kriminologové potvrdí, že někteří jedinci jsou ke zlu náchylnější než jiní, neboť mají zločinecké dispozice či vrozenou agresivitu. Jedná se především o psychologickou typologii osobnosti a vliv sociálního prostředí, ze kterého jedinec získá sociální vzorce chování. Na Zimbardových teoriích jasně dojdít k závěru, že náchylnost páchat zlo má téměř každý.

Na základě Migramových a svých poznatků formuloval Zimbardo desatero kroků, které vedou k situačnímu zlu - tzv. „*Luciferovu efektu*“ [13]:

1. Nabídnout ideologii sugestivní tak, aby zdánlivě ospravedlnila jakékoli chování vedoucí k jejich cílům.
2. Připravit pro jedince formu ústního či písemného závazku, který toto chování opravňuje.
3. Přidělit účastníkům role s dobrou pověstí (např. učitel, žák,...).
4. Určit pravidla, která se musí dodržovat, i když už ztratí smysl.
5. Posunout význam činu (ubližování dětem změnit v pomoc učícím v pomoci trestu).
6. Rozptýlit zodpovědnost za záporné výsledky.
7. Začínat malým, zdánlivě bezvýznamným krokem.
8. Kroky rozkouskovat tak, že se stěží dají odlišit.
9. Pomalu měnit povahu příkazů.
10. Maximálně zkomplikovat proceduru "vystoupení z pokusu".

Lze konstatovat, že tyto body si vyžadují mezioborový přístup společenských věd, jako psychologie, sociologie, pedagogika. Opodstatněnost „*Zimbardova desatera*“ lze doložit a interpretovat na mnoha událostech v historii a současnosti (podlehnutí populistickým výzvám levicových i pravicových diktátorů, náboženským fanatikům, sektářům...).

Obdobný přístup jako Zimbardo je pochopení vzniku zla podle Konrada Lorenze¹⁷. Ten navíc tento problém interpretuje v souladu s globálními problémy lidstva a v jeho přístupu lze jasně vysledovat i ekonomické přístupy, které mají pro výzkum zla jeden z hlavních významů, což by potvrdily i teorie Garyho Beckera¹⁸ [14] z oblasti ekonomických aspektů zločinu. Za osm smrtelných hříchů považuje K. Lorenz [15] :

1. Přelidnění Země, jež vyvolává agresí
2. Ničení životního prostředí
3. Závod člověka se sebou samým
4. Ztráta schopnosti prožívat city
5. Genetický úpadek
6. Rozchod s tradicí
7. Rostoucí poddajnost lidstva k doktrínám
8. Zbrojení jadernými zbraněmi.

Zimbardo po třiceti letech od zahájení výzkumných záměrů

Třicet let prováděné výzkumy P. Zimbardem potvrzují, že z kriminologického a viktimologického hlediska je každý jedinec potenciálním pachatelem i obětí skupinového zla, které lze klasifikovat do různých forem. Ze závěrů Zimbardových experimentů se naskytují odpovědi na otázky [16] :

- *Je jedinec odolný vzdorovat skupinovému vlivu?*
- *Je jedinec odpovědný za vykonané zlo?*

Odpovědi na výše zmíněné otázky lze najít v nedávné historii vojenského soudního procesu. Po invazi ozbrojených sil Spojených států amerických a jejich spojenců do Iráku v roce 2003 se projevilo v irácké věznici Abú Ghrajb (zajatecké středisko iráckých vojáků) porušení pravidel mezinárodního válečného práva tím, že američtí vojáci v pozici dozorců se dopustili fyzického a psychického mučení válečných zajatců. Mnoho obviněných bylo povoláno ze zálohy a nikdy se ničeho obdobného nedopustily. Obhajoba u amerického vojenského soudu je bránila tím, že obvinění důsledkem změny prostředí, nejednali ze svobodné vůle. Z tohoto důvodu byl jako nezávislý soudní znalec k vojenskému soudu předvolán P. Zimbardo. Na základě svých dlouholetých výzkumů potvrdil již zmíněné stanovisko obhajoby - obvinění nejednali z vlastní vůle. Nevycházel pouze z chování celé obviněné skupiny, ale důkladně analyzoval jednotlivé obžalované, a to i aplikací historických metod (původ rodiny, dřívější sociální chování apod.). Tuto skutečnost by podle P. Zimbarda měla plně akceptovat porota vojenského soudu. Ta však neakceptovala, obžalované shledala vinnými z trestných činů

¹⁷ Konrad Lorenz (1903 – 1986) byl rakouský zoolog, zakladatel moderní etologie. Za značný přínos pro biologii i pro poznání člověka mu byla společně s jeho přáteli Nikolaasem Tinbergenem a rakouským zoologem Karlem von Frischem udělena v roce 1973 Nobelova cena za fyziologii a medicínu. Mj. je autorem i knihy „Osm smrtelných hříchů“, kde důrazně varuje před dosavadním jednáním současného člověka, které může znamenat bezprostřední ohrožení existence lidstva.

¹⁸ Gary Stanley Becker (nar. 1930) je americký ekonom, jako jeden z prvních ekonomů se v rámci oboru zabýval problémy, které byly do té doby považovány spíše za součást sociologie, psychologie, kriminologie apod.

válečných a vynesla každému obviněnému rozsudek s trestem odnětí svobody ve výši dvou roků a ztrátou vojenské hodnosti s příslušnými finančními výluhovými náležitostmi.

Výše uvedený případ, kde P. Zimbardo figuroval jako soudní znalec lze charakterizovat tímto tvrzením: Většina institucí, jež propustuje individualistická orientace, poukazují na osobu v sociální roli hříšníka, nebo člověka poznamenaného, choromyslného, popřípadě iracionálního. Ovšem není zcela jasné, jaká situace by se naskytla v případě osvobozujícího rozsudku pro obviněné nebo rozsudku nařizující psychoterapii. Zejména pro případ osvobozujícího rozsudku by se z pohledu právních teorií mohlo jednat o precedens (tj. prvním řešením daného případu, dosud právem neupraveného), který je zejména v anglosaském typu právní kultury velice uznávaný. Nelze vyloučit, že v tomto případě by značná část odsouzených (nejen vojenskými soudy) ve výkonu trestu (popř. i po výkonu) za delikty (násilné, majetkové apod.) způsobené pod vlivem skupiny žádala obnovu soudního řízení.

Závěrečné zhodnocení

V rámci komunit s patologickou orientací se vytváří bratrstva. Základním předpokladem pro integraci do těchto komunit jsou osobní vztahy členů. Ti žijí v naprosté poslušnosti a oddanosti (vojensky organizovaní). Typickým příkladem jsou fanatictí sebevražední atentátníci a náboženské sekty. V rámci komunity sebevražedných atentátníků je jejich chování chápáno jako hrdinství a ušlechtilost. V tomto duchu jsou také formulována poselství příbuzným, na videonahrávkách a v korespondenci, kterou po sobě sebevražední atentátníci zanechávají.

Breivikův případ se jeví jako něco zcela jiného – neobvyklého, a to jeho samostatným jednáním. Přestože vyšetřování není ukončeno, je téměř zcela jisté, že při teroristických akcích jednal samostatně. Během vyšetřování se mohou rozkrýt další jeho možné vazby na osoby, které byly nápomocné např. logistickým zajištěním příprav apod. Jestliže tomu ani tak nebude, tak tedy jednal samostatně z inspirace extrémních fanatických ideologií, které si sám vytvářel (např. jeho manifest) a jednak prostřednictvím „bratrstev“ získaných prostřednictvím produktů postmoderní informační společnosti – tedy internetu a sociálních sítí. V této souvislosti je nezbytné poukázat na realitu, že informační technologie jsou důležitým prostředkem pro šíření skupinového zla a následně i „*bojový prostředkem*“. To by potvrdil např. i významný teoretik rizikové společnosti německý sociolog Ulrich Beck.

Seznam použitých zdrojů

- [1] Šetek, J.: Terorismus a jeho dopady v kontextu s informačními médii, *Marathon*, 1/2011, č. 100.
- [2] Bossie, D. N.: *Selhání zpravodajských služeb*, Slovanský dům, 2006.
- [3] Šetek, J.: Ekonomické a sociální dopady skupinového zla terorismus, *Marathon*, 6/2007, č. 78.
- [4] Bridge, A.: *Křížové výpravy*, Praha, Academia, 1995.
- [5] Obermeier, S.: *Richard Lví srdce: král, rytíř, dobrodruh*, Praha, Ikar, 1999.
- [6] Kallus, M.: Vrah přítelem Židů?, *neviditelnypes.lidovky.cz*, 29. července 2011.
- [7] Flegr, J.: *Úvod do evoluční biologie. 2. vydání*, Praha, Academia, 2007.
- [8] Say, J. B.: *Traite d'économie politique*, Paříž, 1803.
- [9] Aron, R.: *Demokracie a totalitarismus*, Brno, Atlantis, 1993.
- [10] Fukuyama, F.: *K onec dějin a poslední člověk*, Praha, Rybka Publishers, 2002.
- [11] Huntington, S. P.: *Střet civilizací, Boj kultur a proměna světového řádu*, Praha, Rybka Publishers, 2001.
- [12] Bon, G. Le.: *Psychologie davu*, Český překlad Ulrich, Z., Praha, 1946.
- [13] Zimbardo, P.: Luciferův efekt, In: *Lidové noviny*, ročník 21, č. 25.
- [14] Becker, G. S.: Crime and Punishment: An Economic Approach, *The Journal of Political Economy*, Vol. 76, No. 2. (Mar. – Apr., 1968).
- [15] Lorenz, K.: *Osm smrtelných hříchů*, Český překlad Příhoda, P., Praha, Academia, 2000.
- [16] Zimbardo, P.: Experimentální vězení na Stanfordově univerzitě, Ohlédnutí po 25 letech. Český překlad Klicperová, M. In: *Propsy*, ročník 3, č. 4, 1997.

Historie a realita ekonomické transformace u nás

Stanislav Heczko

I. Základní východiska ekonomické reformy v České republice

Za základní ekonomický úkol transformace "reálně socialistické" společnosti ve společnost "svobodnou a demokratickou" se totiž považovalo vymanění ekonomiky z područí státu a zavedení tržní ekonomiky ve všech jejich nezbytných parametrech. Z tohoto hlediska se nutně **systémová transformace** chápala jako fundamentální změna existujících vlastnických práv, jako rozhodná eliminace mikroekonomického rozhodování státu, jako uvolnění trhů z jejich byrokratického sevření, jako otevření se světu.

Neoklasická ekonomie čili neoklasická ekonomická teorie (v aplikaci např. J. Kornaie - viz Kornai, 1990) umožnila nahlížet tuto operaci jako **zásadní systémovou změnu, spočívající ve sledu několika základních kroků**, které vytvoří podmínky ke spuštění efektivního mechanismu volného trhu. Na zrušení hmotných direktiv, charakteristických pro centrálně řízená hospodářství měla proto navazovat především privatizace ekonomiky a tržní uvolnění tvorby cen v podmínkách stabilní makroekonomické rovnováhy.

Česká republika patřila mezi ty země, kde byla zvolena **radikální verze neoklasicky pojaté systémové transformace** (jak ji prosazoval např. Jeffrey Sachs či Andrej Šlajfer) sledující již od samého počátku nastolení makroekonomické stability, rozsáhlou liberalizaci vnitřních i vnějších podmínek hospodaření a následně spuštění rychlé privatizace státního majetku (viz Dlouhý, Klaus, Stračár, Tošovský, Barčák, Miller a Šujan, 1990). Jádrem transformačního procesu české ekonomiky se proto nevyhnutelně staly následující kroky:

- **jednorázové uvolnění tvorby většiny výrobních i spotřebitelských cen** k 1. 1. 199,
- **podstatná liberalizace zahraničně obchodního systému** rovněž k 1. 1. 1991,
- **zavedení alespoň omezené (tzv. vnitřní) směnitelnosti domácí měny** také k 1. 1. 1991 (vnější směnitelnost koruny, týkající se plně běžného účtu platební bilance a s určitými omezeními i kapitálového účtu byla umožněna 1. 10. 1995),
- **uplatnění přísné restriktivní měnové a fiskální politiky** (zejména v prvním postliberalizačním roce 1991),
- realizace **komplexní daňové reformy** k 1. 1. 1993,
- limitování mzdového růstu **tzv. mzdovou regulací** (od počátku roku 1991 do sklonku I. pololetí 1995),
- **mimořádně rychlá privatizace** (alespoň po formální stránce) rozhodující části národního majetku, a to zejména díky využití tzv. kupónové metody privatizace (legislativní základy privatizace byly položeny v období let 1990 - 1991, její rozhodující část pak proběhla v letech 1991- 94).

Liberalizace cen a devalvace měny společně s restriktivní finanční politikou měly umožnit (díky vytvoření mzdového a měnového polštáře) udržení stabilního makroekonomického prostředí a dále zabránit roztáčení inflační spirály a přílišnému znehodnocení měny a tím i **vytvořit i jisté komparativní výhody vnitřní ekonomiky** : levnou pracovní sílu, ochranu před dovozem a podporu exportu (tyto momenty se posléze staly věcnými nositeli krátkodobého tzv. posttransformačního hospodářského růstu v letech 1993 - 1996).

Jedním ze základních předpokladů otevření ekonomiky bylo přitom **zavedení konvertibility domácí měny**. Směnný kurz bylo potom nutno stanovit tak, aby zajistil na dlouhou dobu jakousi kotvu pro stabilizaci vnitřních cen. Implicitně z toho lze odvodit, že by to měl být kurz výrazně podhodnocený ve vztahu k paritě kupní síly. Současně to umožnilo i odstranění všech tradičních ochranných opatření, což bylo podmínkou předpokládané široké liberalizace vnějších ekonomických vztahů. Úvahy o liberalizaci zahraničního obchodu nutno tedy zasadit do širšího kontextu ekonomických vztahů. To proto, že bez současné liberalizace zahraničního obchodu, bez vnitřní konvertibility domácí měny pro podnikovou sféru, bez restriktivní měnové a rozpočtové politiky atd. by nebylo vůbec možné donutit podniky, aby se chovaly konkurenčně a tržně (převládaly by naopak škodlivé monopolní praktiky).

Makroekonomická, liberalizační a deregulační opatření měla tak **svá přísná a netriviální pravidla a zákonitosti**. V případě uplatnění radikální verze ekonomické transformace (někdy označované za "šokovou terapii") šlo o tyto následující principy (ve vymezení V. Klause - viz Klaus, 1995, s. 82) :

- předně **makroekonomická stabilizace** musí být provedena dříve než dojde k liberalizaci cen a zahraničního obchodu (jinak by docházelo k dalšímu prohlubování existujících nerovnováh v ekonomice)
- dále **liberalizace cen a zahraničního obchodu** (tedy vnitřních a vnějších trhů) **musí být provedena současně**, a to zejména také kvůli možné hrozbě zděděných monopolů či oligopolů
- liberalizaci zahraničního obchodu musí zároveň předcházet **výrazná devalvace měny** doprovázená její interní konvertibilitou (tím se umožní důsledně a široké otevření ekonomiky zahraniční konkurenci a současně se vytvoří **tzv. měnový polštář** pro adaptaci podniků na nové tržní podmínky
- liberalizační a deregulační kroky musí být přitom co nejrozsáhlejší, aby ekonomické veličiny se mohly stát "free to move" (volně se pohybující), ovšem s jedinou výjimkou měnového kurzu který se musí stát "kotvou", na níž jsou navázány ostatní ekonomické veličiny

- **restriktivní fiskální a měnová politika** spolu s restriktivní mzdovou politikou pak mají za úkol zbrzdit vzestup cen, který logicky následuje po uvolnění cenové tvorby a výrazné devalvaci, navíc díky těmto restriktivním vznikne druhý transformační polštář - **tzv. mzdový polštář**, neboť za těchto podmínek nevyhnutelně dojde k prudkému poklesu reálných mezd.

Ke spuštění výše uvedeného balíků systémových změn (včetně liberalizace zahraničního obchodu) tak došlo k 1. 1. 1991. Průvodním jevem transformace **v letech 1991 - 1992 byla tzv. transformační recese**. Teprve počínaje rokem 1993 došlo k obnově hospodářského růstu u nás.

II. Alternativní přístupy k systémové transformaci

Již před listopadem 1989 se ve vztahu k oficiální verzi programu tzv. přestavby hospodářského mechanismu zřetelně projevovaly alespoň další **tři pojetí ekonomické reformy**. První z nich (reprezentovaný např. Z. Hábou, L. Rasmichem, A. Bálkem, J. Dolejšem, M. Hrnčířem) byl tehdy ještě důsledně **socialistický koncept samosprávné ekonomiky**, jehož jádrem bylo nahrazení formálního zespolečenštění výrobních prostředků skutečným zespolečenštěním (právě v podobě ekonomické samosprávy) při využití všech možných forem socialistického tržního mechanismu. Tento koncept byl později (v roce 1990) v mnohém obohacen o podněty plynoucí z **konceptu participativní ekonomiky**, resp. samosprávné tržní ekonomiky (ekonomické demokracie) Čechoameričana J. Vaneka. Druhý již byl **koncept tzv. moderní smíšené ekonomiky - modern mixed economy** (v pojetí V. Komárka, M. Zemana, Z. Šulce, J. Klacka, M. Zeleného, V. Púčika a dalších) se silným soukromým sektorem, ale i s trvalou účastí státu v ekonomickém systému a stavějící na trhu s přívlastky sociální a ekologický. Třetím konceptem pak byl **neoliberální koncept volného trhu** operující na základě monetaristických schémat (reprezentovaný zejména V. Klausem, J. Zielencem, K. Dybou, T. Ježkem, V. Dlouhým a D. Třískou) a v podstatě tvrdě (razantně) urychlující nezvratnou zásadní společenskou změnu.

Hluboká občanská nespokojenost s tzv. reálným socialismem už poměrně brzy (reálně) vyřadila ze hry variantu socialistické reformy a tak **zápas (střet) o konečnou podobu ekonomické reformy** na jaře 1990 se odehrál jen mezi stoupenčí sociálně tržního hospodářství s ekologickou orientací a stoupenčí tzv. trhu bez přívlastků. Podstatnou stránkou sporu byla kromě kvality ekonomického systému také otázka tempa (rychlosti) změn a únosnosti sociálních nákladů transformace. A tak tato fáze sporu o ekonomickou reformu je zpravidla prezentována jako **spor radikálů s gradualisty** (gradus - lat. stupeň, gradual - ang. postupný, ponaáhlý) a takto byl chápán širší veřejností i spor ve federální vládě, kde radikály reprezentoval ministr financí V. Klaus a gradualisty místopředseda vlády V. Komárek.

Po vítězství koncepce V. Klause na půdě federální vlády tento spor přešel do roviny **soupeření politiků a expertů federální vlády a expertů a politiků vlády české** (představované např. F. Vlasákem či M. Grégrem). I v tomto sporu slavilo úspěch radikální pojetí systémové transformace a proto vládní scénář ekonomické reformy vycházel přednostně z tohoto pojetí. Nakonec i všechny ostatní byť umírněné alternativy (Ekonomického ústavu ČSAV, Prognostického ústavu ČSAV, Prognostického ústavu SAV, Vysoké školy ekonomické v Praze a Československého ekonomického fóra) tak měly na výsledný scénář (schválený parlamentem v září 1990) minimální vliv a tak se politicky plně prosadila jako jediné správná cesta varianta radikálního a razantního ("šokového") scénáře (i když v praxi realizovaného s některými pragmatickými korekturami). Inspirativně zde zejména působil **vliv polské ekonomické reformy - tzv. Balcerowiczova plánu**, s jehož uplatňováním se začalo právě počátkem roku 1990. Česká republika navíc měla příznivější podmínky pro realizaci "šokového" scénáře díky vyšší výchozí ekonomické úrovni a vyššímu životnímu standardu obyvatelstva, které rovněž hůře než jinde neslo stagnační tendence posledního desetiletí reálnesocialistické éry (osmdesátých let).

Co však vlastně navrhovali poražení "gradualisté"? Gradualisté, usilující o regulované, ekologicky orientované sociálně tržní hospodářství **doporučovali v první řadě postupnou transformaci a deregulaci (liberalizaci)**, a to v obavách z rozbití vnitřních a vnějších ekonomických vazeb a s tím spojených všeobecných negativních důsledků, které mohou být dlouhodobé (včetně možných sociálních konfliktů). Soudili, že nezbytné změny lze realizovat bez negativních zlomů (skoků) v ekonomice a bez hlubšího snižování životní úrovně obyvatelstva. K patřičnému ovlivňování ekonomických procesů chtěli gradualisté mimo jiné také využívat nově zavedeného **systému tzv. indikativního plánování**, se kterým se původně počítalo i v rámci návrhu radikální ekonomické reformy, avšak pro pozdější odpor liberálních ekonomů zákon o strategickém plánování podvkrát neprošel v tehdejší Federální shromáždění.

Gradualisté dále kladli důraz na zvyšování konkurenceschopnosti ekonomiky založené na fyzických a technických parametrech. Prioritu prostě viděli ve věčné problematice (ve strukturálních změnách), kterým nutno podříditi i postup systémové transformace. Podle nich totiž o postavení jednotlivých ekonomik v mezinárodní dělbě práce rozhoduje právě jejich **věcná (necenová) konkurenceschopnost** a tu lze vypěstovat pouze postupně pomocí systematické mravenčí práce.

I postupná liberalizace cen - v gradualistickém pojetí - by např. vyžadovala po přechodnou dobu (zejména v počátečním období) existenci určitého ochranného prostředí pro tuzemské výrobce proti nadměrným

tvrdostem plné zahraniční konkurence, a to včetně využití cel, devizové regulace (pomocí jednotného devizového normativu odvodového typu) a finanční pomoci státu (kupř. dotační politikou). **K liberalizaci cen by pak docházelo postupně v jednotlivých odvětvích ekonomiky podle dosaženého stupně ekonomické rovnováhy** (blíže např. Dvořák, Vlasák, 1990) Při respektování co možná nejrychlejšího rozšiřování liberalizace (smluvních cen) by se využil tzv. iterační postup, při němž účinnost předchozího kroku by byla vždy ověřována a eventuálně zpřesňována v dalších fázích. Rozdílné tempo postupu liberalizace by sice kladlo zvýšené nároky na řízení procesu transformace a zvláště na samotnou centrální cenovou regulaci, nicméně by postupné rozkládání cenových impulsů na výrobce a spotřebitele mělo umožnit vytvoření potřebného prostoru pro jejich adaptaci na změněné ekonomické podmínky.

Z výše uvedeného mimo jiné také plyne, že součástí radikální ekonomické reformy v gradualistickém pojetí byla tedy i specifická strategie otevírání československé ekonomiky. Vzhledem k tomu, že se nepředpokládalo, že základní překážka zavedení (nejprve vnitřní a později i vnější) směnitelnosti domácí měny (nízké objemy deviz v ekonomice) by mohla být překonána pouze cestou širšího zapojení do mezinárodní dělby práce se zeměmi s volně směnitelnou měnou (VSM), doporučovala se **varianta postupného vytváření devizového trhu**. I v devizové oblasti se tak jevilo jako nutné přijetí varianty přechodného období, které by obsahovalo kombinaci prvků centrálního řízení a tržního mechanismu. Jako možné řešení se navrhovalo **stanovení a plošné uplatnění jednotného devizového normativu odvodového typu**, který by v první fázi zahrnoval vedle celospolečenských priorit (platby za dovozy pro zdravotnictví, tržní fondy, spec. výrobu, vybrané organizace, na úhradu dluhové služby) též platby za dovozy předem stanovených a vybilancovaných hmotných položek celostátního významu (tzv. vybrané položky, u kterých nebude v první fázi provedena liberalizace cen). Výpočet jednotného devizového normativu měl tedy vycházet v podstatě celospolečenských potřeb, což by byla podstatná změna oproti do té doby uplatňovaným individualizovaným normativům, jejichž výpočet vycházel z dosavadních potřeb jednotlivých organizací.

Realizace systému jednotného normativu konkrétněji předpokládala, že budou s okamžitou platností zrušeny všechny nárokové účty a hospodaření v oblasti vnějších ekonomických vztazích bude převedeno na majetkový základ (z operativně technické evidence do evidence účetní). Devizový trh pak bude zabezpečován výhradně pomocí bankovní soustavy **formou devizových aukcí**, prováděných v krátkém časovém intervalu, na kterém budou devizové prostředky kupovány a prodávány za tržní kurz, ovšem s možností intervence Státní banky československé (SBČS). Nabídka a poptávka na volném devizovém trhu, jehož rozsah by se s postupem liberalizace cen zvyšoval, by byla ovlivňována také uplatněním nástrojů měnové a restriktivní rozpočtové politiky. K regulaci poptávky by byly využívány mimo jiné i nástroje jako např. korunová depozita, skládaná u komerčních bank před nákupem deviz a pravidla licenčního dovozního řízení, jakož i celní politika.

Kvůli omezenému objemu obchodovaných deviz a aukcí se počítalo se silným devalvačním tlakem na tržní kurz se všemi negativními dopady do ekonomiky. K udržení tržního kurzu na přijatelné úrovni se proto předpokládalo využití vnějších zdrojů (i za cenu přiměřeného zahraničního zadlužení) jako prostředků účelných intervencí centrální banky na tomto trhu. **Intervenční politika centrální banky** by tak měla za cíl sblížení úrovně oficiálního a tržního kurzu, což by vytvářelo předpoklady i pro postupný přechod k úplně vnitřní směnitelnosti měny, jejíž zavedení by však vyžadovalo uplatnění povinné nabídky deviz (tzv. plné nabídkové povinnosti), a později i k vnější směnitelnosti měny.

Souhrnně řečeno šlo by zde o postupný rozvoj devizového trhu, na kterém by zákonitě docházelo i pomocí státních intervencí ke snižování výchozího tržního kurzu z devizových aukcí (orientačně z původních 56 korun za USD zhruba do úrovně 25 - 30 korun za USD, tj. ještě nad úroveň tehdejších skutečných reprodukčních nákladů 17 - 20 korun za USD). **Jednotný devizový normativ odvodového typu čili jednotná devizová daň (brutto) se za těchto okolností předpokládal(a) zhruba ve výši 40%**, ovšem intervence na devizových aukcích by se prováděly z prostředků centrálního devizového zdroje, jež by zavedením devizové daně ve výši 40% nebyly ovlivněny.

V oblasti makroekonomické politiky gradualisté upozorňovali na nezbytnost patřičné péče o poptávku a rozvoj vnitřního trhu (politika kompenzačních opatření, rozvoj spotřebního úvěru, politika stimulace ekonomického růstu, ochrana vnitřního trhu, regulace nabídky práce). Ovšem určitou expanzivní makroekonomickou politiku považovali za prospěšnou pouze tehdy, je - li **spojena s kvalifikovanou státní mikroekonomickou (strukturální) hospodářskou politikou**. Tuto mikroekonomickou (strukturální) politiku je možno v jejich pojetí definovat např. jako politiku na podporu konkurenceschopnosti jednotlivých segmentů ekonomiky - odvětví, regionů či vlastnických sektorů. Cílů této strukturální politiky chtěli dosahovat samozřejmě ne centrálními direktivami, ale nepřímo různými finančními výhodami (výhodnými půjčkami, garancemi půjček, slevami z daní či případnými subvencemi), celními i necelními ochrannými opatřeními atd. Konkrétně by šlo o **vypracování a realizaci explicitní (přímé) státní průmyslové, proexportní, energetické, dopravní, vědní, zemědělské a regionální politiky**. K financování strukturální politiky mělo napomoci vytvoření příslušných rezerv v rámci Fondu národního majetku.

Na úseku privatizace státních podniků gradualisté preferovali kvalitu před rychlostí, kladli důraz na legalitu a legitimitu privatizačního procesu (právní i společenskou čistotu) a připomínali sepětí privatizace a

demonopolizace. Požadovali zejména úplatnou privatizaci (s využitím privatizačního úvěru) a především usilovali o prosazení takových forem privatizace, které by aktivizovaly pracovníky podniků (zejména jim šlo o posilování tzv. křížového vlastnictví manažerů, zaměstnanců podniku a občanů regionu, kde podnik působí). Příliv zahraničního kapitálu pak žádali usměrnit na investice do výroby a infrastruktury, a to při respektování našich národních ekonomických zájmů.

Od uplatnění svých postupů pak gradualisté očekávali zabezpečení rovnovážného hospodářského rozvoje na bázi vyvíjení dynamických komparativních výhod. Respektování národních specifíků, pružnost hospodářské politiky v čase, vyvážený ekonomický růst pak v posledu měly **napomoci procesu organického (evolučního) vybudování občanské společnosti u nás**. Česká společnost se však svobodně (zejména ve volbách v roce 1990 a 1992) rozhodla pro radikální, "revoluční" a skokovou variantu (strategii) zrození nové společnosti (včetně možných rizik a negativních stránek s ní spojených).

V letech 1991 - 1995 se podařilo poměrně úspěšně realizovat rozhodující legislativní, organizační, politická, měnová a sociální opatření k transformaci české ekonomiky. V té době se zdálo, že proces adaptace na změněné systémové podmínky tak u nás již značně pokročil, že lze systémovou transformaci označit již vlastně za skončenou a další kroky pak označit za posttransformační (V. Klaus, 1995, s. 81). Žel, dnes však nutno přiznat **neúspěch v realizaci přijaté "šokové" strategie radikální ekonomické reformy**. V rámci této analýzy jde konkrétně o to, že došlo k vyčerpání obou základních transformačních polštářů (měnového a mzdového polštáře) vytvořených v letech 1991 - 1992, aniž se podařilo v dostatečné míře uskutečnit restrukturalizaci naší podnikové sféry, ať již vlastnickou restrukturalizaci (privatizaci), finanční restrukturalizaci (řešení nedobytných pohledávek v zahraničí, úvěrové zátěže, prvotní a druhotné platební neschopnosti naší podnikové sféry) či restrukturalizaci věcnou. Hypoteticky mělo totiž platit, že uvedené polštáře měly zmizet definitivně až současně s ukončením transformačního procesu, ani o chvíli dříve, ani o chvíli později (viz Klaus, 1995, s. 83), což se nestalo (k vyčerpání obou polštářů došlo již v letech 1994 - 1996).

Zmíněné faktory (polštáře) tak sice umožnily **krátkodobé tzv. posttransformační oživení v letech 1993 - 1996** a očekávalo se, že tento obnovený hospodářský růst vydrží do období let 1998 - 1999 (jako součást střednědobého hospodářského, průmyslového či obchodního cyklu), ovšem k výraznějšímu zpomalení ekonomického růstu nás došlo již mnohem dříve (v roce 1997). Jádrem problému se postupně stal **vznik celého komplexu ekonomických (makroekonomických i mikroekonomických) a společenských nerovnováh**, podvazujících "zdravý" ekonomický a společenský vývoj u nás. A "viníkem" se ukázala (a to nejen podle mne) právě zvolená radikální, "šoková" terapie, umožňující sice na jedné straně relativně rychle nastolit požadovanou novou úroveň a kvalitu společenského rozvoje, avšak od samého počátku obsahující silné prvky ekonomické a společenské nerovnováhy. Vzniklé nerovnováhy se řešily jednak fiskálními restrikcemi (v podobě tzv. balíčku opatření z 16. 4. 1997 a tzv. ozdravného programu z 28. 5. 1997), jednak uvolněním fixního kurzu koruny dne 26. 5. 1997 a následným snížením relace koruny vůči DEM o 10 - 12%. Toto nominální oslabení (znehodnocení) koruny bylo však postupně eliminováno jejím reálným zhodnocením (díky předstihu naší inflace před zahraniční) a při zpřísnění restriktivní monetární politiky centrální bankou od poloviny roku 1996 (vedoucí např. k přijetí **politiky "inflačního cílování"** na podzim 1997 či zpřísnění předpisů pro tvorbu rezerv k úhradě ztrátových úvěrů krytých zástavou nemovitostí z druhé poloviny roku 1998) nutně převážil restriktivní charakter přijatých opatření nad růstovými impulsy v nich obsaženými a zákonitým výsledkem je pak nástup ekonomické recese u nás. **Léta 1997 - 1998 se tak stala obdobím tzv. posttransformační krize**, vyvolané nezvládnutím transformačního procesu. Požadavkem doby se stala zásadní změna ekonomické strategie a radikální revize hospodářské politiky. Proto také v parlamentních volbách 1996 došlo k celkovému posílení opozice a předčasné volby roku 1998 dokonce přinesly volební vítězství opoziční ČSSD a tak tento náročný úkol připadl již nové sociálně demokratické vládě.

III. Ekonomická transformace v letech 1999 - 2010

Nová, sociálně demokratická vláda ustanovena v červenci 1998 ovšem již začala mnohem více vycházet vstříc požadavkům na podporu rozvoje exportu a průmyslu než předchozí pravicové vlády (V. Klause a J. Tošovského). Ve své Programovém prohlášení např. veřejně deklarovala potřebu **dotvoření uceleného systému proexportní politiky**, založeného na rozvoji činnosti agentury CzechTrade, Exportní, garanční a pojišťovací společnosti (EGAP) a České exportní banky (ČEB), a to včetně vypracování koncepce teritoriální exportní politiky, posílení významu obchodních zastoupení na zastupitelských úřadech, podpory vzniku zahraničních kanceláří agentury CzechTrade či vybudování systému podpory exportu prostřednictvím dlouhodobých úvěrů za výhodných podmínek na konkrétní vývozní projekty (tzv. soft loans).

Hlavně však sociálně demokratická vláda chtěla urychleně vypracovat **koncepci politiky podpory konkurenceschopnosti českých výrobců a poskytovatelů služeb** se zvláštním zřetelem na zpracovatelský průmysl jakožto rozhodující zdroj exportní výkonnosti české ekonomiky. Klíčovou součástí politiky podpory konkurenceschopnosti přitom měl být program restrukturalizace a revitalizace skupiny rozhodujících průmyslových podniků, jehož součástí bude rovněž privatizace případných vlastnických účastí státu na těchto

podnicích. Vláda měla také podpořit další činnost Českomoravské záruční a rozvojové banky a v případě potřeby bude iniciovat vznik dalších specializovaných rozvojových institucí.

Vláda rovněž chtěla vypracovat ucelený program podpory malého a středního podnikání v souladu s praxí vytvořenou v Evropské unii (se zvláštním zřetelem na podporu malých inovativních podniků). V rámci své vnitřní a zahraniční politiky posilování prestiže českého průmyslu dále měla vláda **zpracovat konkrétní průmyslovou, energetickou a obchodní politiku**, jejíž součástí by byly i konkrétní rozvojové programy. Posílená měla být také úloha vlastního průmyslového výzkumu a vývoje a zejména zpracovatelský průmysl měl být podpořen cíleně vytvořenými mimorozpočtovými fondy včetně strukturálních (v tomto směru se mezi jinými počítá s využíváním finančních prostředků Evropské unie poskytovaných v rámci přístupového partnerství). Mělo dále dojít k vytvoření systému národní politiky jakosti, měla být přijata opatření i k podpoře přímých investic, a to jak domácích, tak zahraničních (včetně reformy politiky odpisů hmotného a nehmotného majetku, spočívající ve významném urychlení odpisů). Záměrů bylo tedy dost, a tak logicky vzniká otázka, jak se podařilo naplnit.

Na jedné straně se vládě ČSSD podařilo **přijmout řadu významných dokumentů strategického charakteru**, např. Hospodářskou strategii vstupu do Evropské unie: konkurenceschopnost - růst - zaměstnanost - solidarita, Národní plán zaměstnanosti (květen 1999), Státní informační politiku či Konceptci energetické politiky (leden 2000). Řada dokumentů byla pak ve fázi přípravy (Národní telekomunikační politika, Národní program podpory jakosti, rozvojové programy zvyšování konkurenceschopnosti citlivých oblastí průmyslu - hutnictví, ocelářství, textil atd.) nebo diskuse (kupř. Konceptce vzdělávání a rozvoje vzdělávací soustavy v České republice).

Podařilo se však **realizovat i některé praktické kroky**, např. snížení hranice (z 25 na 10 mil. USD) pro uplatnění programu investičních pobídek (prosinec 1998) a počátkem roku 2000 byl dokonce přijat zcela nový zákon o investičních pobídkách, a to s účinností od 1. 5. 2000 ("starého systému" investičních pobídek využilo zhruba 30 průmyslových investorů a nové právní úpravy se chystá využít dalších asi 35 firem); dále přijetí systému podpory rozvoje průmyslových zón; **v rámci proexportní politiky** pak vláda prosadila aktivnější roli obchodních zastoupení v cizině, došlo ke zvýhodnění podmínek poskytovaných Českou exportní bankou a Exportní garanční a pojišťovací společností (zvýšení míry pojistného krytí, snížení pojistných sazeb, možnost postupného splácení pojistného, nové druhy exportních úvěrů), zlepšila se státní informační podpora a byl schválen i návrh na poskytování zvýhodněných ("měkkých") vládních úvěrů pro jednotlivé vývozní projekty, byl také připraven návrh zákona o některých opatřeních při vývozu nebo dovozu výrobků a o licenčním řízení. Zlepšení podmínek pro rozvoj malého a středního podnikání zase sleduje vyhlášení programu "Malé půjčky" zaměřeného na podniky s počtem zaměstnanců do 50 osob; vláda rovněž schválila návrhy zákonů, umožňujících zřízení dvou klíčových mimorozpočtových fondů - Státního fondu dopravní infrastruktury a Státního fondu rozvoje bydlení.

V dubnu 1999 pak vláda po dlouhých diskusích a vnitřních sporech dokonce přijala netrpělivě očekávaný **revitalizační program oživení průmyslu** (pod názvem Řešení hospodářské situace některých průmyslových podniků). Tímto programem stát podal pomocnou ruku řadě bank i podniků a to tím, že umožnil vyvedení části klasifikovaných aktiv (úvěrů) bank do **Revitalizační agentury** čili očištění jejich bilance (což jim otevřelo cestu k privatizaci a sanaci). Správcem Revitalizační agentury bylo v říjnu 1999 vybráno konsorcium společností Lazard a Latona, které pak ve smlouvě podepsané s Konsolidační bankou odsouhlasilo 9 firem pro revitalizaci (seznam odsouhlasených firem je sice neveřejný, ale má se za to, že mezi vybrané podniky patří přinejmenším skoro zcela určitě tyto společnosti - AliaChem; ČKD Praha Holding; TATRA Kopřivnice; Zetor Brno; Škoda Plzeň; Spolana Neratovice; Tiba Varnsdorf; Železářny Vítkovice a ZPS Zlín). Praktická opatření kroky RA ovšem často naráží na nepochopení dosavadních vlastníků těchto společností.

Navíc mnohé další koncepční materiály vládní hospodářské politiky zatím stále zůstávaly poměrně na obecné úrovni a vyžadují konkretizaci, což nemálo brzdí žádoucí proces jejich urychlené realizace. A tak celkově přes všechnu snahu nové vlády bylo nutno konstatovat, že se v převážné míře stále **uplatňovaly impulzy živelné formy potřebné restrukturalizace** naší ekonomiky, odpovídající liberální hospodářské politice (včetně zahraničně obchodní politiky). Konkrétně šlo zejména o následující impulzy: růst reálného zdanění a zpoplatnění občanů; politiku deficitů státního rozpočtu; využívání zahraničních zdrojů; tzv. zpružnění trhu práce (růst nezaměstnanosti) či tlak na vytváření tzv. nucených úspor (zprůšňování podmínek v rámci sociálního pojištění).

Ještě více **problematickými byly z tohoto hlediska takové kroky jako celková snaha o urychlení prodeje podílů státu** v obchodních bankách a dalších strategických firmách (v roce 1999 byla např. prodána zdravá a bezproblémová ČSOB belgické KBC Bank, počátkem roku 2000 pak byl prodán rakouské Erste Bank Sparkasse podíl státu v našem klíčovém peněžním ústavu České spořitelně a v polovině roku 2000 bylo urychleně prodáno zbývajících 30% akcií mladoboleslavské Škodovky německému koncernu Volkswagen), čímž se výrazně snížila schopnost státu reálně ovlivňovat hospodářský vývoj a politika moderního státního kapitalismu a smíšené ekonomiky se tak stává vlastně utopií. Dále šlo o **prosazení za pomoci pravicových poslanců** zvýšení spotřebních daní u benzínu, motorové nafty a u cigaret (s platností od 1. 7. 1999) výměnou za plošné úlevy na dani z příjmů firem (snížení daně z příjmů právnických osob z 35 na 31%) a na dani z příjmů u

nejvyšší příjmové skupiny (snížení daně z příjmů fyzických osob z 40% na 32% u osob s příjmem nad milion sto tisíc ročně) a u těch, kdo platí daně z kapitálových výnosů (snížení z 25% na 15%), a to splatností od 1. 1. 2000. A při zpracovávání Střednědobého rozpočtového výhledu na období let 1999 - 2002 se pak i vláda snažila prokázat, že státnímu rozpočtu hrozí **”sociální past”** díky vysokému podílu tzv. mandatorních výdajů státu (tj. ze zákona povinných sociálních transferů), což vytvářelo klima pro potlačení snah Ministerstva práce a sociálních věcí o provádění zodpovědné sociální politiky. Značné rozpaky též vyvolával zdrcující **neúspěch akce Čisté ruce**, zaměřené na stíhání a prevenci hospodářské kriminality.

Nicméně vládě ČSSD pod vedením M. Zemana (1998 - 2002) se podařilo obnovit hospodářský růst v České republice. A tak v parlamentních volbách v roce 2002 opět zvítězila ČSSD. Po volbách do Poslanecké sněmovny Parlamentu ČR v roce 2002 pak byla vytvořena tato **vládní koalice**: ČSSD, KDU - ČSL a US - DEU. Předsedou vlády (premiérem) se stal V. Špidla, tehdejší předseda ČSSD. Tato koaliční vláda mimo jiné prosadila **další novelizaci zákona o investičních pobídkách**. Tato novela mimo jiné odebrala rozhodovací pravomoci o investičních pobídkách Úřadu pro hospodářskou soutěž, čímž se měl tento systém stát pružnější. Prodlužila se rovněž doba čerpání pobídek pro rozšíření výroby z pěti na deset let. Snížila se dále minimální hranice na pořízení hmotného a nehmotného investičního majetku z dosavadních 350 milionů Kč na 200 milionů Kč. Úlevy na daních z příjmů se pak měly vztahovat na investiční pobídky, uplatněné po vstupu zákona v platnost - to jest po přijetí ČR do EU (tedy od 1. května 2004). Koaliční vládě se totiž rovněž podařilo **dokončit přístupový proces České republiky do Evropské unie**, kdy 1. 5. 2004 se ČR stala (spolu s dalšími devíti státy) členem EU.

První **českým eurokomisařem (zástupcem ČR v Evropské komisi)** se stal P. Telička, brzy jej však vystřídal bývalý premiér V. Špidla. Premiérem se stal S. Gross, toho pak v roce 2005 vystřídal J. Paroubek. Nicméně **poměrně příznivý ekonomický vývoj** v České republice nadále pokračoval - viz tabulka č. 2. Po určitěm zvolnění ekonomického růstu v roce 2002 došlo v následujících letech ke zvýšení temp růstu naší ekonomiky (možná pod vlivem očekávaného vstupu ČR do EU). **Rok 2006** je ve střední Evropě (tedy i u nás) považován za jeden z nejlepších. Parlamentní volby v České republice přinesly výrazné oslabení komunistů a tím otevřely možnost vytvoření silného kabinetu sociálních a občanských demokratů s rozsáhlým reformním programem (včetně zásadní reformy penzijního systému). Tato šance nebyla však využita, proto měla naše republika od ledna **2007** ne příliš stabilní vládu (premiéra M. Topolánka), která v parlamentu musela počítat tzv. přeběhlíky (zpočátku pouze s dvěma přeběhlíky, a to Michalem Pohankou a Milošem Melčákem, později se ovšem počet přeběhlíků zvýšil). A tak reformní návrhy (např. v rozpočtové či sociální oblasti) nové **vládní koalice ODS, KDU-ČSL a SZ** mohly mít problém projít v parlamentu. Politické problémy pak mohly začít negativně ovlivňovat ekonomický vývoj u nás.

Zpočátku tomu tak nebylo, neboť tzv. přeběhlíci vždy vládu v parlamentu podpořili, nicméně to časem nestačilo. Neboť i poslanecký klub ODS ztrácel poslance (např. v **září 2008** klub ODS opustili poslanci Jan Schwippel a Juraj Raninec). A některé realizované reformy (např. zavedení poplatků ve zdravotnictví, změny v poskytování rodičovského příspěvku či změny v nemocenském pojištění) byly občany přijímány (podle mne oprávněně) s rozpaky.

Přitom v souvislosti se současnou globální finanční krizí přišlo očekávané **zpomalení nejen světové, ale i české ekonomiky** (jak v roce 2008, tak zejména v roce 2009, kdy realitou se stala **třetí světová hospodářská krize** a také u nás nastal absolutní pokles HDP). Proto by nikoho nemělo až tak překvapovat, že v **krajských a senátních volbách v říjnu 2008** strany vládní koalice (ODS, KDU - ČSL a SZ) utrpěly drtivou porážku, naopak opoziční ČSSD zaznamenala nebývalé volební vítězství (KSČM pak své postavení uhájila). Tyto volby tak otevřely prostor pro politické změny u nás. Situaci komplikovala skutečnost, že 1. ledna 2009 Česká republika převzala po Francii na půl roku **předsednictví EU** (předsednictví v Evropské radě). Vládní koalice očekávala, že jejich vláda ten půlrok zdárně přežije. Nestalo se tak však a **dne 24. 3. 2009 vyslovila** Poslanecká sněmovna **nedůvěru** koaliční vládě Mirka Topolánka, což otevřelo cestu k předčasným parlamentním volbám a k dočasné “úřednické vládě”. K parlamentním volbám mělo po dohodě stran dojít počátkem října 2009, avšak nakonec se tyto volby nekonaly a tak Česká republika měla nebývalou dlouho “přechodovou” a “úřednickou” vládu **premiéra Jana Fischera**.

V parlamentních volbách **koncem května 2010** (28. 5. 2010 - 29. 5. 2010) nejvíce hlasů získala ČSSD (22,1%), následovaná ODS (20,2%) a novou stranou TOP 09 (16,8%). KSČM získala 11,3% hlasů a další nová strana VV (Věci veřejné) pak 10,9%. Do parlamentu se nedostala Strana zelených, KDU - ČSL a ani třetí nová strana SPO (Strana práv občanů - Zemanovci). ČSSD v těchto volbách sice zvítězila, ale není schopna ani s podporou KSČM vytvořit vládu, která by získala důvěru parlamentu. Naopak se rýsuje koalice ODS, TOP 09 a VV. A tak **dokončení některých transformačních kroků** v oblasti zdravotnictví, školství, v rozpočtové a sociální oblasti (např. reforma penzijního systému) se ponese v **neoliberálním (neokonzervativním) duchu** (zavedení školného na vysokých školách, privatizace zdravotnictví, přechod na převážně kapitálové financování důchodů, snížení sociálních výdajů atp.). Voliči v České republice opět jako na začátku transformace (zejména ve volbách v roce 1990 a 1992) dali důvěru pravicovým stranám s neoliberálními (neokonzervativními) recepty

a tím souhlasili s dalším prohlubováním sociálních nerovností u nás, které tyto recepty nevyhnutelně přinášejí a které se podle mne mohou dříve či později projevit jako přinejmenším riskantní.

Tabulka č. 1: Česká republika - vývoj základních makroekonomických veličin v letech 1991 - 1999

Rok	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Tempo reálného HDP HDP ho HDP	-11,5	-3,3	0,6	3,2	5,9	4,0	-0,7	-0,8	1,3
Míra nezam.	4,1	2,6	3,5	3,2	2,9	3,5	5,2	7,5	9,4
Míra inflace	56,6	11,1	20,8	10,0	9,1	8,8	8,5	10,7	2,1

Prameny:

ČSÚ, ČNB, MF ČR, Tomšík (1998), EURO.

Poznámky:

Údaje jsou v procentech (%).

Míra nezaměstnanosti koncem roku.

Tabulka č. 2: Česká republika - vývoj základních makroekonomických veličin v letech 2000 - 2010

Rok	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Tempo reálného HDP	3,6	2,5	1,9	3,6	4,5	6,3	6,8	6,1	2,5	-4,1	2,3
Míra nezam.	8,8	8,9	9,8	10,3	9,5	8,9	7,7	6,0	6,0	9,2	9,6
Míra inflace	3,9	4,7	1,8	0,1	2,8	1,9	2,5	2,8	6,3	1,0	1,5

Prameny:

ČSÚ, ČNB, MF ČR, EURO, MMF.

Poznámky:

Údaje jsou v procentech (%).

Od roku 2004 platí nová metodika výpočtu míry nezaměstnanosti, která snižuje výši vykazované míry nezaměstnanosti.

**Tabulka č. 3: Česká republika - vývoj zahraničního dluhu
v letech 1991 - 1999**

Rok	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Hrubý zahr. dluh mld. USD	7,5	7,8	9,6	12,2	17,2	21,2	21,6	24,3	22,9
Hrubý zahr. dluh mld. korun	262,1	268,5	287,7	342,5	457,3	578,9	748,7	726,9	822,5

Prameny:

ČSÚ, ČNB, MF ČR, EURO.

Poznámky:

Celková hrubá zahraniční zadluženost v mld. USD nebo v mld. CSK či CZK ke konci roku

**Tabulka č. 4: Česká republika - vývoj zahraničního dluhu
v letech 2000 - 2010**

Rok	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Hrubý zahr. dluh mld. USD	21,6	22,4	27,0	34,9	45,2	46,5	57,2	74,6	83,1	86,6	95,4
Hrubý zahr. dluh mld. korun	817,1	811,3	813,3	895,1	1011,8	1142,2	1193,7	1348,8	1607,4	1589,7	1788,8

Prameny:

ČSÚ, ČNB, MF ČR, EURO.

Poznámky:

Celková hrubá zahraniční zadluženost v mld. USD nebo v mld. CZK ke konci roku.

**Tabulka č. 5: Česká republika - vývoj salda obchodní bilance
v letech 1991 - 1999**

Rok	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Saldo obch. bilan. mld. USD	0,8	1,6	-0,5	-1,4	-3,7	-5,7	-4,9	-2,6	-1,9
Saldo obch. bilan. mld. korun	24,8	45,3	-15,3	-39,7	-97,6	-154,9	-155,2	-84,0	-65,8

Prameny:

ČSÚ, ČNB, MF ČR, EURO.

Poznámky:

Saldo obchodní bilance v mld. USD nebo v mld. CSK či CZK

Tabulka č. 6: Česká republika - vývoj salda obchodní bilance v letech 2000 - 2010

Rok	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Saldo obch. bilan. mld. USD	-3,1	-3,1	-2,2	-2,5	-1,0	1,7	1,9	4,2	4,3	7,9	6,4
Saldo obch. bilan. mld. korun	-120,8	-116,7	-71,3	-69,8	-26,4	38,6	39,8	84,9	67,2	149,6	121,6

Prameny:

ČSÚ, ČNB, MF ČR, EURO.

Poznámky:

Saldo obchodní bilance v mld. USD nebo v mld. CSK či CZK.

Použitá literatura:

- Programové prohlášení vlády České republiky, Praha, Hospodářské noviny, 10. srpna 1998, ISSN 0862-9587
- Řešení hospodářské situace některých podniků, přijaté vládou ČR dne 14. 4. 1999, Hospodářské noviny, 19. 4. 1999, ISSN 0862-9587
- Dlouhý V.; Klaus V. (ve spolupráci s S. Stračárem, J. Tošovským, A. Barčákem, P. Millerem, I. Šujanem) : Strategie radikální ekonomické reformy, Státní plánovací komise a Federální ministerstvo financí, Praha, duben 1990
- Heczko, S.: Ekonomická reforma v širších souvislostech, Acta oeconomica pragensia, ročník 7, číslo 3, 1999, ISSN 0572-3043
- Klaus, V.: Ekonomická teorie a realita transformačních procesů, Management Press, Praha 1995, ISBN 80-04-25556-6
- Kornai, J.: Cesta ke svobodné ekonomice (vášnivý pamflet ve věci ekonomického přechodu), Academia, Praha 1990, ISBN 80-200-0273-1
- Sirůček, P. a kol.: Hospodářské dějiny a ekonomické teorie, Melandrium, Slaný 2007, ISBN 978-80-86175-03-4
- Tomšík, V.: Transformace ekonomik střední a východní Evropy, Národohospodářský ústav Josefa Hlávky, studie č. 5, Praha, srpen 1998
- Vintrová, R.: Strukturální adaptace, měnový kurz a úroveň mezd, ÚHP ČR, Praha 1994
- Zelený, M.: Neučte se z vlastních chyb. Pohlednice z druhého břehu. Ottovo nakladatelství, Praha 2007, ISBN 978-80-7360-636-7
- Zeman, M.: Jak jsem se mýlil v politice, Druhé vydání, Ottovo nakladatelství, Praha 2005, ISBN 80-7360-260-1
- Zeman, M.: Vzestup a pád české sociální demokracie, První vydání, Nakladatelství Andrej Šťastný, Praha 2006, ISBN 80-86739-22-8
- Židek, L.: Transformace české ekonomiky 1989 – 2004, C. H. Beck, Praha 2006, ISBN 80-7179-922-X

DODATEK

Pro dobu ekonomické transformace byl u nás zvolen systém fixních měnových kursů (platil do května 1997). Stabilita kurzu se týkala nominálního měnového kursu (E), který představuje cenu určité národní peněžní jednotky (domácí měny) vyjádřenou v jiných národních penězích (v zahraničních měnách). Ovšem tzv. reálný měnový kurs (R), měřící cenovou konkurenceschopnost našeho zboží na zahraničních trzích, se měnil (zhodnocoval). Tato změna reálného měnového kursu pak negativně ovlivňovala vývoj naší obchodní bilance. Navíc rovněž obnova ekonomického růstu po roce 1992 (viz tabulka č. 1) tlačila v souladu s poznatky ekonomické teorie na zhoršování obchodní bilance ČR (viz tabulka č. 5). To vedlo k propuknutí **malé finanční (měnové) krize** u nás v roce 1997 (viz kapitola III.), která si vynutila přechod od systému fixních měnových kursů na systém flexibilních měnových kursů, který u nás dodnes platí. Následující **modelové schéma** ukazuje vývoj nominálního a reálného měnového kursu u nás v letech 1989 - 1997. Schéma je rozšířeno i o vývoj kursu podle parity kupní síly (podle teorie parity kupní síly se měnový kurs má rovnat poměru mezi cenovými hladinami obou zemí, resp. poměru ceny referenčního koše zboží doma a ceny tohoto koše v zahraničí) a ukazatelů ERDI a CPL (viz dále), které lze vypočítat díky znalosti vývoje kursu podle parity kupní síly (PPP) a nominálního měnového kursu (E).

Modelové schéma vývoje E, R, PPP, ERDI a CPL v letech 1989 - 1997 v ČSFR a ČR

E - nominální měnový kurs

R - reálný měnový kurs

PPP - kurs podle parity kupní síly

ERDI - index odchylky E od PPP (je-li ERDI větší než 1, působí úroveň kursu a cenových hladin stimulativně na vývoj čistého exportu)

CPL - komparativní cenová úroveň

USD - americký dolar (zahraniční měna)

CSK - československá koruna (domácí měna do konce roku 1992)

CZK - česká koruna (domácí měna od počátku roku 1993)

PD - domácí cenová hladina

PF - zahraniční cenová hladina

PPP = PD / PF

R = E . PF / PD

ERDI = E / PPP

CPL = PD / (PF . E) = PPP / E, tento ukazatel udává, na kolika procentech zahraniční cenové úrovně se nachází domácí cenová hladina

inflační diferenciál - rozdíl mezi domácí inflací (π_D) a inflací v zahraničí (π_F) čili $\pi_D - \pi_F$.

Modelový vývoj v hrubých rysech odpovídá skutečnému vývoji, nikoliv však v detailech.

Konzultováno s paní Ing. Růženu Vintrovou, DrSc.

1. Rok 1989:

PPP : 1 USD / 5,1 CSK,

E : 1 USD / 15 CSK,

ERDI = 2,94,

CPL = 0,34 čili 34%.

1 kapesník = 7,50 CSK,

1 USD = 2 kapesníky čili 100 USD = 200 kapesníků.

2. Rok 1990:

PPP : 1 USD / 5,1 CSK,

E : 1 USD / 30 CSK - výsledek tří devalvací (znehodnocení kursu)

československé koruny v systému fixních (pevných) měnových kursů,

ERDI = 5,88,

CPL = 0,17 čili 17%.

1 kapesník = 7,50 CSK,

1 USD = 4 kapesníky čili 100 USD = 400 kapesníků.

Devalvace CSK tak stimulovala export československého zboží.

3. Rok 1993:

PPP : 1 USD / 10,2 CZK v důsledku zdvojnásobení průměrných domácích cen (PD) v letech 1990 - 1993 (oproti cenám v zahraničí),

E : 1 USD / 30 CZK, jelikož stále platí systém fixních (pevných) měnových kursů,

ERDI = 2,94 čili stejný jako v roce 1989,

CPL = 0,34 čili 34%, tedy stejně jako v roce 1989,

R : 1 USD / 15 CZK čili stejný jako E československé koruny v roce 1989.

1 kapesník = 15 CZK,

1 USD = 2 kapesníky čili 100 USD = 200 kapesníků, tedy stejně jako v roce 1989.

Reálná kupní síla koruny klesla, došlo tak k vyčerpání důsledků devalvaci z roku 1990, bylo to dáno větší inflací doma než u zahraničních partnerů.

Reálný měnový kurs se zhodnotil, což poškodilo možnosti českého exportu.

4. Rok 1994:

PPP: 1 USD / 11,1 CZK,

E : 1 USD / 30 CZK,

inflační diferenciál činil 7%, potom ERDI = 2,7

(2,9/1,07 = 2,7),

CPL = 0,376 čili 37,6%,

R : 1 USD / 14,02 CZK.

1 kapesník = 16,05 CZK,

1 USD = 1,87 kapesníku čili 100 USD = 187 kapesníků.

Došlo k reálnému zhodnocení české koruny čili k dalšímu zhoršení exportních možností českých firem.

5. Rok 1995:

PPP: 1 USD / 12 CZK,

E : 1 USD / 30 CZK,

inflační diferenciál činil 5%, potom ERDI = 2,5

(2,7/1,05 = 2,5),

CPL = 0,4 čili 40%,

R : 1 USD / 13,35 CZK.

1 kapesník = 16,78 CZK,

1 USD = 1,79 kapesníku čili 100 USD = 179 kapesníků.

Došlo k dalšímu reálnému zhodnocení české koruny čili opět ke zhoršení exportních možností českých firem.

V roce 1995 došlo k zavedení vnější směnitelnosti CZK (vnitřní směnitelnost CSK platila od roku 1991).

6. Rok 1997:

PPP: 1 USD / 12,72 CZK,

E : 1 USD / 35,40 CZK,

ERDI = 2,8,

CPL = 0,359 čili 35,9%,

R : 1 USD / 14,86 CZK.

1 kapesník = 17,86 CZK,

1 USD = 1,98 kapesníku čili 100 USD = 198 kapesníků.

Došlo k přechodu na řízený floating (květen 1997), což vedlo k depreciaci (znehodnocení kursu) CZK v systému flexibilních měnových kursů o 12%.

Inflační diferenciál za období 1995 - 1997 činil 6%, což vedlo k depreciaci (znehodnocení kursu) CZK o dalších 6%.

4. K teorii redistribučních systémů (Pracovní materiály)

Teorie her a redistribuční systémy (Aplikace v oblasti zdravotnictví)

Martin Procházka

(Pokračování)

III. část

Reforma zdravotnictví

Obecný pojem *reforma* pochází z francouzštiny a je definován jako *záměrná, systematická, regulovaná změna sociálního, ekonomického, politického, právního aj. pořádku, systému, včetně úpravy podmínek pro takovou změnu*.¹⁹ Reforma je většinou změna pozvolná, která se snaží zachovat kontinuitu s předchozím stavem (na rozdíl od revoluce). Existují dílčí reformy, (např. pozemková, měnová, důchodového systému, zdravotního systému apod.) a komplexní reformy (celého hospodářství, právního, vzdělávacího, politického či jiného systému). Pro reformy zahrnující všechny dimenze společenského dění, měnící celý společenský řád, se používá pojmu *transformace* (situace v České republice po roce 1989).

V období 2006-2008 probíhala v České republice reforma zdravotnictví pod vedením ministra zdravotnictví Tomáše Julínka, která však nebyla prosazena. Tento neúspěch měl své příčiny, které se pokusím analyzovat s pomocí teorie redistribučních systémů.

Teorie redistribučních systémů jako klíč k realizaci reforem

Hry v redistribučních systémech nemají jednoznačné řešení a mají řadu rovnovážných stavů, které jsou ve vzájemném vztahu typu dilematu. **Reformu** v redistribuční teorii můžeme zjednodušeně definovat jako **změnu systému z jedné vzniklé nebo dojednané rovnováhy do jiné pomocí vyjednávání**.

S reformou v redistribuční teorii tedy úzce souvisí pojem **vyjednávání**, které má podle této teorie dvě složky:

- Dohodu o vytvoření určité koalice a s ní spjatého typu redistribuce. Orientaci na vytvoření určité koalice a na dohodu o rozdělení výplat lze označit za základní strategii, kterou každý hráč využívá.
- Použití podpůrné argumentace-jedná se o doplňující strategie, kterými se jednotlivé subjekty snaží:
 - Eliminovat riziko vytvoření nevýhodných koalic (tj. těch, kterých se neúčastní a v nichž je pro něj nevýhodné rozdělení výplat).
 - Vytvořit koalici schopnou prosadit pro něj výhodný typ redistribuce.
 - Vyjednat v této koalici co nejvyšší možnou výplatu.²⁰

Reformu iniciuje **reformátor**-„nespokojenec“, diskriminovaný hráč (hráči), který se snaží o změnu stávajícího stavu (diskriminační rovnováhy) vyjednáváním (přesvědčováním) ostatních hráčů o „nutnosti“ změny a „polepšení si“ v „novém uspořádání“ (v nové rovnováze) oproti výchozímu.

Obecný postup zavádění reformy podle redistribuční teorie by proto měl obsahovat:

1. *popis výchozího stavu* - parametry systému (*hráči* a jejich výkony, *koalice*, rozdělení výplat, konkurence uvnitř systému i vně, možnost meziorganizační migrace)
2. *model navrhované změny (reformy)* - nové parametry systému
3. *přínosy (výhody)* pro jednotlivé hráče v systému.

Hierarchie redistribučních systémů ve zdravotnictví

Dříve než se pokusím popsat reformu zdravotnictví i s její analýzou pomocí redistribuční teorie, chci zdůraznit, že každé vymezení redistribučního systému je pouze námi zvolený myšlenkový „konstrukt“, který si vytváříme účelově pro objasnění „chování“ tohoto systému. V rámci systému zdravotnictví si můžeme vymezit několikánásobné redistribuční podsystémy a dokonce i celý zdravotnický systém v tomto pojetí se stává podsystémem v rámci systému veřejných financí, protože soutěží o zdroje s ostatními systémy veřejných výdajů (např. obrana, policie, školství, věda, sociální výdaje). Když bychom například chtěli zvýšit finanční prostředky dostupné pro sektor zdravotnictví z veřejných zdrojů (domnívám se, že mnoho „hráčů“ takto uvažuje a usilují o to), museli bychom buď zvětšit tyto celkové zdroje (zvýšením daní nebo zvýšením zdravotní daně ve formě

¹⁹ UNIVERSUM, Všeobecná encyklopedie, 8. díl, Praha 2001, Odeon, 1. vydání, str. 70, ISBN 80-207-1060-4 (soubor), ISBN 80-207-1070-3 (8. díl).

²⁰ VALEŇČÍK R. : Teorie her a redistribuční systémy, VŠFS o. p. s., 2008, 1. vydání, str. 55. ISBN 978-80-7408-002-9.

pojistného), nebo na úkor jiných „veřejných systémů“. Tato redistribuční hra zcela jistě probíhá ve vládě nebo na půdě Parlamentu při schvalování státního rozpočtu nebo jiných významných zákonů.

V kapitole 2. 3 (Prvky zdravotnického systému-aktéři-hráči) jsem v systému zdravotnictví „identifikoval“ tři významné prvky-hráče: občané-pacienti, plátcí a poskytovatelé. Každého z těchto aktérů můžeme dále vymezit jako samostatný redistribuční systém, v kterém „diferencujeme“ další hráče. Například v „systému provozovatelů zdravotnických zařízení“ soupeří o zdroje nemocnice, ambulantní lékaři, lékárny atd. Dále můžeme např. analyzovat „systém nemocnic“, kde o výdajové zdroje soupeří jednotlivé profesní skupiny, výrobci zdravotnického materiálu a diagnostiky, výrobci léků...

Zdravotnictví před reformou

Autoři reformy (Pavel Hroboň, Tomáš Macháček, Tomáš Julínek) v roce 2005 uvedli: „Zdravotnictví v České republice vyžaduje zásadní změny. Po zavedení veřejného zdravotního pojištění na začátku 90. let, které usmrulo na půli cesty, se náš současný zdravotní systém ani o krok nepřiblížil k efektivnímu a stabilnímu uspořádání. Propadá se do dluhů, brání inovacím v poskytování zdravotních služeb, je nepřátelský vůči občanům i zdravotníkům, nedokáže ocenit a podpořit kvalitu a navzdory oficiálním prohlášením nevede k rovnosti v přístupu ke zdravotní péči. Přitom se zdravotnictví bude muset v blízké budoucnosti vyrovnat s přívalem nových drahých medicínských postupů, se vzrůstajícími nároky občanů a stárnutím obyvatelstva, které je pro financování zdravotnictví ještě aktuálnější hrozbou než pro důchodové zabezpečení“.²¹

Finanční situace

Kumulovaný deficit systému veřejného zdravotního pojištění se ke konci roku 2004 pohyboval na částce vyšší než 9 miliard, ke konci roku 2005 okolo 15 miliard a ke konci roku 2006 přes 20 miliard. Deficit v těchto výších představoval zpoždění plateb zdravotnickým zařízením v průměru o 50 až 60 dní po lhůtě splatnosti. Výše uvedené deficity byly vládou uhrazeny-z daní.

České zdravotnictví v mezinárodním srovnání přitom **netrpí nedostatkem peněz**. Porovnáme-li české výdaje na zdravotnictví v jejich poměru k HDP s výdaji jiných zemí (7-8 %), zjistíme, že české zdravotnictví nebylo a není v současné době „šizeno“.²²

Dostupnost a kvalita zdravotní péče

Finanční deficit nepředstavuje problém jenom sám o sobě, ale je i **příčinou zhoršování dostupnosti a kvality** zdravotní péče. Zpoždování plateb ambulantním lékařům od pojišťoven vede k omezování péče nebo k přímému vybírání peněz od pacientů. V případě nemocnic je jejich finanční situace řešena na úkor pacientů. Tato snaha byla podporována vedením ministerstva zdravotnictví. Jasným důkazem byla úhradová vyhláška pro 1. pololetí roku 2005, která zaručovala nemocnicím minimálně 103 procent příjmů při vykázaní alespoň 90 procent bodové hodnoty výkonů ve srovnání s 1. pololetím roku 2004. Vyhláška se přitom vůbec nezmiňovala o službách, které měly být pacientům poskytnuty. Vybízela tedy nemocnice, aby významně omezily potřebné nákladově náročné výkony (například implantace umělých kyčelních kloubů). Vznikl tak začarovaný kruh, ve kterém docházelo k téměř úplnému **oddělení skutečně poskytnutých služeb od jejich financování** a k zajištění historických příjmů zdravotnických zařízení zcela **bez ohledu na jejich efektivitu, kvalitu služeb a vstřícnosti vůči pacientům**.²³

Zakonzervováním rozmístění zdravotnických služeb zároveň docházelo k udržování **regionálních nerovností v dostupnosti zdravotní péče**, a tím k pokračující diskriminaci některých skupin obyvatelstva. Tuto skutečnost ilustruje například rozmístění vybrané zdravotnické techniky v jednotlivých krajích České republiky. Počty kusů specializované i poměrně běžné zdravotnické techniky se mezi regiony významně liší (podle Ústavu zdravotnických informací a statistiky). Rozdíly v dostupnosti se v kombinaci s dalšími faktory podílejí i na přetrvávajících rozdílech ve zdravotním stavu obyvatelstva v jednotlivých krajích (např. rozdíly v úmrtnosti dle ČSÚ). Tyto rozdíly a jejich přetrvávání jsou obzvláště závažující v systému, který se honosí proklamovanou **rovností mezi občany**.²⁴

Příčiny stavu podle předkladatelů reformy

K hlavním chybám současného systému patří nevyužití pojišťoven jako agentů občana, kteří by nakupovali zdravotní péči podle její kvality a ceny a respektovali přitom objem zdrojů, který je k dispozici. Nebyla tak

²¹ HROBŇ P., MACHÁČEK T., JULÍNEK T. : Reforma zdravotnictví pro Českou republiku v Evropě 21. století, Reforma zdravotnictví-forum. cz, 1. vydání, 2005, str. 13.

²² HROBŇ P., MACHÁČEK T., JULÍNEK T. : Reforma zdravotnictví pro Českou republiku v Evropě 21. století, Reforma zdravotnictví-forum cz, 1. vydání, 2005, str. 20.

²³ HROBŇ P., MACHÁČEK T., JULÍNEK T. : Reforma zdravotnictví pro Českou republiku v Evropě 21. století, Reforma zdravotnictví-forum. cz, 1. vydání, 2005, str. 21.

²⁴ HROBŇ P., MACHÁČEK T., JULÍNEK T. : Reforma zdravotnictví pro Českou republiku v Evropě 21. století, Reforma zdravotnictví-forum. cz, 1. vydání, 2005, str. 22.

spojena finanční odpovědnost s pravomocemi udržovat systém v rovnováze a ovlivňovat alokaci finančních zdrojů.

Dalším zásadním problémem je nedostatečné zapojení pacienta do systému. Česká republika financuje **přes 90 procent zdravotní péče z veřejných peněz**, čímž se řadí na první místo v podílu veřejných zdrojů na výdajích na zdravotnictví nejen mezi státy Evropské unie, ale dokonce mezi všemi zeměmi OECD. Současné uspořádání vede ke zbytečně vysoké daňové zátěži s negativním vlivem na trh práce a nedostatečnému využití soukromých zdrojů při financování zdravotnictví. Díky rozsahu veřejného zdravotního pojištění a absenci spoluúčasti občanů na platbách je naprostá většina zdravotní péče bezplatná v okamžiku spotřeby, což vede k jejímu nadužívání.²⁵

Opomenutím klíčové role pacienta - spotřebitele v celém systému tak v českém zdravotnictví zcela chybí systematický tlak na **zvyšování kvality a efektivity** služeb poskytovaných jednotlivými zdravotnickými zařízeními. V jiných oborech lidské činnosti tlak přicházející od zákazníků vede k posílení **konkurence** v celém odvětví. Roli zákazníků v českém zdravotnictví neplní ani občané, ani zdravotní pojišťovny. Občané nemají dostupné a srozumitelné **informace o kvalitě dostupných služeb**. Zdravotní pojišťovny, které by měly působit jako agenti občanů, dnes nemohou poptávat služby poskytované zdravotnickými zařízeními podle jejich potřebnosti, kvality ani efektivity. Naopak, jsou **nuceny platit historický rozsah poskytovaných služeb** bez ohledu na jejich kvalitu, cenu a potřebnost.²⁶

Z výše uvedeného autoři reformy vyvozují následující charakteristiky systému:

- Řada zdravotnických služeb je poskytována příliš **velkým počtem zdravotnických zařízení**, což vede k jejich nedostatečné specializaci, nevyužitým investicím a snížení kvality zdravotní péče.
- Významně se liší **náklady** zdravotnických zařízení na poskytování stejných služeb a **chybí motivace** tyto rozdíly snižovat.
- Existují **významné rozdíly v kvalitě poskytovaných služeb**, které nejsou systematicky sledovány a řešeny.

„V důsledku současného uspořádání českého systému zdravotní péče tak dnes není umožněn růst zdravotnických zařízení, která dokáží poskytnout péči kvalitněji a levněji, protože pojišťovnam není umožněno přeměrovat k nim objednávku služeb a finanční prostředky. V systému pro tyto poskytovatele chybí peněžní zdroje, které byly před tím zbytečně vynaloženy na nepotřebnou a nekvalitní péči.“²⁷

„Takoveto podmínky jenom dále umocňují zmatení rolí jednotlivých institucí: Zdravotní pojišťovny, místo aby soustředily síly na nákup potřebné zdravotní péče pro své pojištěnce, se pokoušejí zachraňovat finanční bilanci zpětnými regulacemi smluvních zdravotnických zařízení. Management významné části zdravotnických zařízení, demotivován situací v systému, se namísto hledání vnitřních úspor a zavádění inovativních způsobů poskytování zdravotní péče věnuje lobování a snaze získat co nejvíce výhod a dotací od státu. Stát namísto podpory občana, vytváření jasných pravidel a dohledu nad jejich dodržováním zasahuje nekonceptním způsobem do běžného chodu systému a nadále zhoršuje situaci. Vzniká tak bludný kruh vedoucí jenom k dalším nesmyslným rozhodnutím a k prohlubování nedostatku financí v celém systému. Tento kruh je nutno rozetnout a vrátit jednotlivým účastníkům systému jejich přirozené a logické role.“²⁸

Analýza stavu před reformou pomocí redistribuční teorie

Jak jsem již uvedl v kapitole 2. 5. 1 pojem reforma úzce souvisí s pojmem vyjednávání. Subjekt, který „vyjednává o reformě“ si musí být vědom, že svojí snahou o reformu zásadně ovlivní redistribuci zdrojů uvnitř systému. Předpokládaný úspěch reformy by tedy měl vycházet již ze samotného **návrhu reformy**, v kterém by se měl „skrývat“ koaliční potenciál potřebný k tomu, aby výsledná **reforma - redistribuce** byla úspěšná.

Při analýze stavu před reformou – popisu „současné situace“ je pro reformátory „výhodné“ předestřít veřejnosti katastrofický scénář, podle kterého neuskutečnění žádných změn (reformy) povede k ohrožení systému (hrozby. .²⁹) až ke zhroucení – „**kolapsu systému**“. Dále uvádím přesnou citaci autorů reformy: „**...zdravotnictví se bude muset v blízké budoucnosti vyrovnat s přívalem nových drahých medicínských postupů, se vzrůstajícími nároky občanů a stárnutím obyvatelstva, které je pro financování zdravotnictví ještě aktuálnější hrozbou než pro důchodové zabezpečení.**“

²⁵ HROBOŇ P., MACHÁČEK T., JULÍNEK T. : Reforma zdravotnictví pro Českou republiku v Evropě 21. století, Reforma zdravotnictví-forum. cz, 1. vydání, 2005, str. 24-25.

²⁶ HROBOŇ P., MACHÁČEK T., JULÍNEK T. : Reforma zdravotnictví pro Českou republiku v Evropě 21. století, Reforma zdravotnictví-forum. cz, 1. vydání, 2005, str. 25.

²⁷ HROBOŇ P., MACHÁČEK T., JULÍNEK T. : Reforma zdravotnictví pro Českou republiku v Evropě 21. století, Reforma zdravotnictví-forum. cz, 1. vydání, 2005, str. 26.

²⁸ HROBOŇ P., MACHÁČEK T., JULÍNEK T. : Reforma zdravotnictví pro Českou republiku v Evropě 21. století, Reforma zdravotnictví-forum. cz, 1. vydání, 2005, str. 26-27.

²⁹ HROBOŇ P., MACHÁČEK T., JULÍNEK T. : Reforma zdravotnictví pro Českou republiku v Evropě 21. století, Reforma zdravotnictví-forum. cz, 1. vydání, 2005, str. 13.

Myslím si, že je tedy velmi důležité správně odhadnout komu stávající stav – redistribuce zdrojů vyhovuje a kdo je v systému diskriminován a koho tedy má smysl oslovit (s kým vyjednávat) s navrženou reformou.

Když zpětně analyzujeme návrh reformy a víme, že prosazení reformy nebylo úspěšné, můžeme vyjít z teoretického předpokladu, že stávající (současná) rovnováha v systému – redistribuce byla relativně stabilní a „ubráníla“ se nově vznikající „reformační“ koalici. Z této rovnováhy můžeme vyvodit „vítěznu“ (profitující) koalici a její jednotlivé aktéry – hráče.

Vzájemným porovnáním kapitol **2. 3** (Prvky zdravotnického systému – aktéři – hráči) a kapitoly **2. 4** (Finanční toky ve zdravotnictví – „odměny hráčů“) dostaneme následující údaje:

1. Občané – pojištěnci – pacienti

Jedná se o nejpočetnější skupinu hráčů (cca 10, 5 mil.) a zároveň svými povinnými odvody a daněmi financující celý systém (cca 260 miliard Kč v roce 2008). Zároveň je to skupina, pro kterou byl zdravotnický systém „vytvořen“, a která jako jediná zdravotní péči „spotřebovává“.

Pojištění je povinné pro všechny občany, kteří mají trvalý pobyt na území České republiky nebo jsou zaměstnanci zaměstnavatele, který má sídlo na území České republiky. Pojištěnci jsou povinni platit pojistné, pokud jsou zaměstnanci, osoby samostatně výdělečně činné nebo osoby bez vlastních zdanitelných příjmů. Výše pojistného v současnosti činí 13, 5 % z vyměřovacího základu za rozhodné období. Vyměřovacím základem u zaměstnanců je jejich hrubá mzda, u osob samostatně výdělečně činných 50 % z příjmů z výdělečné činnosti po odečtení nákladů na jejich dosažení. U osob bez vlastních zdanitelných příjmů se sazba pojistného uplatňuje na minimální mzdu.³⁰

I když se jedná o nejpočetnější skupinu hráčů, z hlediska vyjednávací síly a pozice se jedná o zřejmě nejslabší skupinu, která sama o ničem podstatném a důležitém v systému nerozhoduje a téměř nic nemůže ovlivnit. Jedná se o zdánlivý paradox, kdy většina (v konkrétním případě téměř všichni) se nechá diskriminovat „profesní“ menšinou. Je to způsobeno podivnou logikou racionální zdravotnické politiky, kdy většina bývá vykořisťována menšinou, neboť tato menšina má mnoho co získat, bude bojovat, vést kampaně, přesvědčovat veřejnost a lobovat mnohem tvrději než miliony občanů, kteří mají velmi málo co ztratit³¹. Tato logika samozřejmě platí nejen pro zdravotní politiku, ale obecně pro všechny „veřejné politiky“.

2. Plátcí zdravotnických služeb – zdravotní pojišťovny

Současné postavení a činnost zdravotních pojišťoven provádějících veřejné zdravotní pojištění je upraveno zejména zákonem č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky, a zákonem č. 280/1992 Sb., o rezortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách. Zákony upravují podmínky vzniku a zákon č. 280/1992 i podmínky zániku zdravotních pojišťoven, jejich hospodaření, organizační strukturu a činnost. Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR je zřízena přímo zákonem a nemůže proto, jako subjekt vzniklý ex lege, zaniknout.³²

Jak už jsem uvedl výše, skutečnými plátcí zdravotní péče a celého systému jsou občané. Zdravatní pojišťovny jsou neziskové organizace, které v současném systému s velkou mírou zjednodušení plní pouze roli „výběřčího“ a následně „příkazce“ k platbám poskytovatelům zdravotní péče za jejich služby pojištěncům. Jejich provozní náklady jsou ze zákona omezeny na maximálně možnou hranici 3, 5 % z příjmů, jejich skutečné náklady jsou ještě o něco nižší a v roce 2008 tvořily 3, 34 % z celkových výdajů 200.592 mil. Kč, což tvoří jejich „odměnu“ ve výši 7, 064 miliardy. Zdravatní pojišťovny v ČR mají nejmenší provozní náklady v zemích EU, nemají žádnou možnost tvořit zisk a jejich vyjednávací pozice s občany i poskytovateli z důvodu legislativních omezení je rovněž velmi malá. Dle mého názoru se jedná o druhou nejvíce „diskriminovanou“ skupinu „hráčů“ v systému po občanech – pojištěncích. Když mluvíme o „diskriminaci“ skupiny „hráčů“, mám tím na mysli „legislativní“ diskriminaci ze strany státu, který nepovolí vznik zdravotních pojišťoven jako obchodních organizací. Jiná je samozřejmě situace u zaměstnanců těchto pojišťoven. Jejich postavení a „jistota zaměstnání“ se blíží postavení pracovníků státní správy a jejich platové ohodnocení („odměny hráčů“) se blíží pracovníkům finančních institucí.

Stávající situace není tedy příliš výhodná pro zdravotní pojišťovny, které by byly úspěšné v „normálním“ tržním prostředí, chybí jim „výkonová“ motivace a současný systém „přeje“ přesně podle modelu redistribuční teorie her průměrným a nejméně výkonným. Ta samá analogie se dá uplatnit i u zaměstnanců zdravotních pojišťoven, kdy „jistota“ a „slušný příjem“ určitě vyhovuje většině, ale ti nejvýkonnější zřejmě v systému nezůstávají a hledají své uplatnění ve více motivujících tržních systémech.

Překvapila mě skutečnost, že existuje „institucionalizovaná“ spolupráce – koalice mezi všemi zdravotními pojišťovnami a asociacemi hájícími největší poskytovatele zdravotní péče - Národní referenční centrum (NRC),

³⁰ Zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění

³¹ inspirováno úvahou o logice racionální politiky z : HARFORD T. : Logika života, Práh s. r. o., Praha 2010, 1. vydání, str. 205, ISBN 978-80-7252-301-6.

³² CHYTLIL M. A KOL. : Zpráva o stavu, vývoji a výhledu zdravotnictví v ČR, Praha 2008, str. 33, ISBN-13 978-80-85047-35-6.

kteří bylo založeno v roce 2003 jako sdružení právnických osob. Jeho zakládajícími členy byly původně všechny zdravotní pojišťovny v České republice a Sdružení soukromých nemocnic České republiky, později přistoupila Asociace zdravotnických zařízení Středočeského kraje, Asociace českých a moravských nemocnic a Asociace nemocnic ČR.

Dne 28. 11. 2007 došlo v historii Národního referenčního centra k významné dohodě mezi zdravotními pojišťovnami, zástupci asociací nemocnic a ministerstvem zdravotnictví o další společné činnosti NRC. Na tomto jednání byly schváleny nové Stanovy, které od 1. 1. 2008 počítaly s rozšířenou činností a koordinací v rozhodování o záležitostech klasifikací a klasifikačních systémech, které se užívají nebo budou užívat v českém zdravotnictví. Hlavním cílem „inovovaného“ Národního referenčního centra se stala podpora akutní lůžkové péče při širším zavádění tzv. DRG jako úhradového mechanismu, revize seznamu výkonů a využití dat pojištěn pro sledování kvality poskytované péče.³³

3. Poskytovatelé

A. Nemocnice a odborné léčebné ústavy

Nemocnice zaujímají výsadní postavení mezi poskytovateli zdravotní péče objemem finančních zdrojů (112,1 mld. Kč v roce 2008) a počtem zaměstnaných zdravotnických pracovníků (19 709 lékařů a 63 500 zdravotních sester³⁴ v roce 2008). V České republice téměř polovina prostředků ve zdravotnictví směřuje do nemocnic, což ve srovnání s vyspělými zeměmi je vysoce nadprůměrné (*Tabulka č. 5*³⁵).

Tabulka č. 5: Podíl výdajů na nemocniční péči k celkovým výdajům na zdravotnictví

Austrálie	Kanada	ČR	Francie	Německo	Japonsko	Holandsko	Norsko	Portugalsko	Švýcarsko
0,37	0,31	0,45	0,36	0,29	0,5	0,35	0,37	0,37	0,35

Mzdy zdravotnických pracovníků v roce 2008 tvořily 43,2 % (největší výdajová položka) z celkových nákladů nemocnic a dosáhly 48,4 mld. Kč.

Velmi významnou skupinu „hráčů“, která výrazně ovlivňuje vyjednávání o „ceně zdravotní péče“ nejen v nemocnicích, představují stavovské a odborové organizace působící v resortu zdravotnictví. Zejména Česká lékařská komora, Lékařský odborový klub a Odborový svaz zdravotnictví a sociální péče ČR mají zásluhu na každoročním zvyšování mzdových prostředků zdravotnických pracovníků. Tyto organizace „umějí“ velmi dobře pracovat s médii, prostřednictvím kterých podávají veřejnosti obraz „diskriminovaných“ pracovníků, zejména lékařů, kteří musejí pracovat nejméně 60 hodin týdně za nesrovnatelné mzdy oproti zdravotníkům v jiných zemích.

V České republice se nejen v sektoru zdravotnictví často vyskytuje názor, že za srovnatelnou práci náleží srovnatelná odměna i v rámci mezinárodního srovnání. V ekonomické realitě je však mzda určována na místním trhu práce a musí proto odpovídat průměrné domácí produktivitě práce v daném sektoru. Jelikož se produktivita ve zdravotnictví měří jen velmi obtížně, je cena práce stanovena administrativně a podléhá proto současným preferencím společnosti (resp. jejich zástupců). Ekonomické modely nabídky a poptávky po práci na trhu práce proto nelze použít.³⁶

Druhou největší nákladovou položkou nemocnic tvoří zdravotnické prostředky, které v roce 2006 tvořily 13,9 %³⁷ z celkových výdajů, což ve finančním vyjádření činí 15,58 mld. Kč. „Odměna“ pro výrobce a dodavatele zdravotnických prostředků tedy není zanedbatelná a je jistě v jejich zájmu, aby finanční zdroje plynoucí do nemocnic zůstaly zachovány minimálně ve stávající výši, tedy 45 % z celkových zdrojů plynoucích do zdravotnictví.

Až čtvrtou nákladovou položkou v rozpočtech nemocnic (po službách) jsou léčiva, která tvořila v roce 2006 7,8 % z celkových výdajů (8,74 mld. Kč). Výrobci a dodavatelé léčiv jsou v poněkud jiném postavení vůči nemocnicím než výrobci a dodavatelé zdravotnických prostředků, protože největší část vyexpedovaných léků je ovlivněna ambulantními lékaři. Podíl objemu zdravotnických prostředků „spotřebovaných“ v nemocnicích tvoří 83 % z celkových výdajů na zdravotnické prostředky celé ČR, kdežto podíl léků „spotřebovaných“ nemocnicemi k celkovému objemu léčiv tvoří „jen“ 15 %.

B. Samostatné ambulance

³³ <http://www.nrc.cz/cs/zakladni-informace-o-nrc>

³⁴ Odhad počtu zdravotních sester ze ZDRAVOTNICKÉ ROČENKY 2008, str. 109 a přesného počtu lékařů ze Statistické ročenky ČR 2009: „Na 1 lékaře připadalo koncem roku 2008 při jedné směně necelých 20 obsazených lůžek, na 1 sestru u lůžka 6, 2 obsazených lůžek.“ Z této informace jsem odvodil poměr počtu sester a lékařů na 1 : 3, 2.

³⁵ Upravená tabulka z: CHYTIL M. A KOL. : Zpráva o stavu, vývoji a výhledu zdravotnictví v ČR, Praha 2008, str. 156, Tabulka 13, ISBN-13 978-80-85047-35-6.

³⁶ CHYTIL M. A KOL. : Zpráva o stavu, vývoji a výhledu zdravotnictví v ČR, Praha 2008, str. 163, ISBN 13 978-80-85047-35-6.

³⁷ CHYTIL M. A KOL. : Zpráva o stavu, vývoji a výhledu zdravotnictví v ČR, Praha 2008, str. 158, graf 159, ISBN 13 978-80-85047-35-6.

Samostatné ambulance jsou privátní zdravotnická zařízení, která v roce 2008 byla „odměněna“ částkou **48,164 mld. Kč**, což činilo v průměru roční příjmy na 1 ordinaci **2,376 mil. Kč** (kap. 2. 5. 1. 2). V této kapitole v *Tabulce č. 2* jsou shrnuty průměrné roční příjmy praktických lékařů, stomatologů a ambulantních specialistů. Nyní se pokusím ve stručnosti uvést mechanismus „motivace“ k prováděné a následně vykazované zdravotní péči a její úhradový mechanismus ze strany pojišťoven.

Praktičtí lékaři (pro dospělé i děti) jsou **odměňováni** tzv. kombinovanou *kapitační platbou a platbou za výkon*. Kapitační platba znamená, že lékař dostává pravidelnou pevnou měsíční částku v závislosti na počtu registrovaných pojištěnců a to bez ohledu, jestli je pojištěnec v daném období nemocný nebo zdravý. Dále lékař dostává od pojišťovny za každého ošetřovaného pacienta úhradu v závislosti na výkonu-diagnóze (každý výkon je ohodnocen počtem bodů) a hodnotě tzv. *body* v Kč. V českém systému veřejného zdravotního pojištění se používá pro ohodnocení výkonů *Seznam výkonů s bodovými hodnotami*, který vydává Ministerstvo zdravotnictví, a to ještě v nedávné minulosti po předchozím dohodovacím řízení mezi zástupci zdravotních pojišťoven a poskytovatelů zdravotní péče.³⁸ **Ambulantní specialisté** jsou „motivováni“ na **odměně** „pouze“ *platbou za výkon*, který je však na rozdíl od praktických lékařů honorován vyšší peněžní hodnotou body. Podle zjištění v kap. 2. 5. 1. 2 průměrná roční odměna 1 lékaře – specialisty je o **1,2 mil. Kč vyšší** než praktického lékaře.

Můj subjektivní názor po předložení výše uvedených faktů se přiklání ke skutečnosti, že stávající stav zdravotnictví této skupině (hráčům) poskytovatelů vyhovuje a nemají zájem současnou „redistribuční rovnováhu“ nijak měnit a reformovat.

C. Lékárenská zařízení

Všechny podstatné informace o lékárenských zařízeních jsem již podal v kap. 2. 5. 1. 3, ke kterým z hlediska redistribuční teorie přidávám to, že samotná lékárenská zařízení mají jen velmi malý vliv na „rozdělení“ příjmů z veřejných zdrojů (z veřejného pojištění), protože spotřeba léčiv je zásadním způsobem ovlivňována farmaceutickými koncerny a lékaři, kteří léčiva předepisují.

4. Výrobci a dodavatelé léků a zdravotnické techniky

Z kapitoly 2. 3. 4 zopakují, že se jedná o soukromé společnosti, které fungují na základě tvorby zisku a jsou **motivováni** k vysoké kvalitě a konkurenceschopnosti svých produktů a k různým **strategiím** vůči ostatním třem skupinám aktérů (hráčů). Vytvářejí **motivace** pro *poskytovatele zdravotnických služeb* k nákupu jejich zboží, snaží se **přesvědčit zdravotní pojišťovny** o potřebě úhrady vlastního zboží a služeb, **marketingově působí na pacienty** tak, aby poptávali jejich zboží.

Podle mého názoru se jistě jedná o **nejsilnější skupinu hráčů**, která zásadním způsobem **ovlivňuje zdravotnické systémy všech zemí**. Většinou se jedná o nadnárodní koncerny s miliardovými obraty (např. firma Pfizer dosáhla v roce 2007 obratu 48 mld. USD³⁹), které působí v mnoha zemích a mají tak zkušenosti s různě nastavenými systémy zdravotního pojištění a zcela jistě se dokáží nejen přizpůsobit, ale i **zásadním způsobem ovlivňovat tvorbu a zavádění všech reforem**.

Na závěr této kapitoly **s velkou mírou zjednodušení** shrnuji, že stávající předreformní stav zdravotnického systému dle mého názoru v převážné míře **vyhovuje většině poskytovatelů (nemocnicím i soukromým ordinacím) i plátců a výrobců léků a zdravotnické techniky**. Nejvíce diskriminovanou skupinou v systému jsou **občané**, kteří vše financují a téměř žádným způsobem nemohou systém ovlivnit.

Návrh reformy

Na základě analýzy dané situace a za účelem využití existujících rezerv v systému navrhly „zpracovatelé“ reformy kroky směřující ke zvýšení kvality a efektivity poskytování zdravotní péče. Patří k nim:

- Použití zdravotních pojišťoven jako nákupčích zdravotní péče.
- Posílení konkurence pojišťoven a zdravotnických zařízení směřující k vytvoření regulovaného trhu v oblasti zdravotního pojištění a poskytování zdravotních služeb.
- Změna chování občana cestou zavedení minimálních regulačních poplatků.
- Zlepšení role státu jako regulátora a podpůrce občana ve zdravotnictví.⁴⁰

Nákupní model zdravotní péče

Za jeden z nástrojů pro zvýšení kvality a efektivity zdravotní péče se často považuje možnost zdravotních pojišťoven na základě smluv volně sjednávat nebo nakupovat zdravotní péči od poskytovatelů zdravotní péče. Autoři reformy navrhuji postupnou transformaci sítě zdravotnických zařízení cestou uzavírání smluv mezi

³⁸ NĚMEC J. : Principy zdravotního pojištění, Grada Publishing, a. s., 1. vydání, Praha, 2008, str. 112, ISBN 978-80-247-2628-1.

³⁹ <http://www.investujeme.cz/.../pfizer-farmaceuticky-gigant>

⁴⁰ HROBŇ P., MACHÁČEK T., JULÍNEK T. : Reforma zdravotnictví pro Českou republiku v Evropě 21. století, Reforma zdravotnictví-forum. cz, 1. vydání, 2005, str. 27.

zdravotními pojišťovny a zdravotnickými zařízeními na definovaný druh a objem zdravotní péče na základě její kvality a ceny podle místní situace a potřeb. Cílem nákupu zdravotní péče není plošné omezení počtu zdravotnických zařízení a ponechání zbytku ve stávajícím stavu. Naopak, cílem je restrukturalizace a zvýšení efektivity co největšího počtu existujících poskytovatelů a jejich orientace na potřebné služby, které jsou schopni poskytovat kvalitně a efektivně. Autoři reformy uvádějí, že skutečný nákup zdravotních služeb ze strany plátců, tj. v našem případě zdravotních pojišťoven, je **celosvětovým trendem**.

Jiří Němec ve své práci *Principy zdravotního pojištění* tento model nevidí tak jednoznačně a uvádí: „Náкупní model má přirozeně svoje zastánce i odpůrce. Zastánci zdůrazňují předpoklady nákupního modelu pro zvýšení kvality péče, udržení růstu cen zdravotní péče v přijatelných mezích, větší transparentnost systému a lepší přizpůsobení nabídky služeb požadavkům pojištěnců. Odpůrci argumentují posílením moci zdravotních pojišťoven, existenční nejistotou poskytovatelů zdravotní péče, zvýšením transakčních nákladů spojených s individualizovaným vyjednáváním, zhoršením kvality zdravotní péče a zásahy zdravotních pojišťoven do profesní autonomie lékařů.“⁴¹

Naproti tvrzení, že nákup zdravotních služeb ze strany plátců je celosvětovým trendem, J. Němec uvádí: „Náкупní model je například typický pro zdravotnictví ve Spojených státech s velmi silným tržním akcentem a v Evropě částečně ve Švýcarsku. Trochu jiná situace je v dalších západoevropských zemích, kde existuje silná tradice kolektivního vyjednávání a samosprávy poskytovatelů zdravotní péče, které značně omezují možnost tzv. selektivní kontraktace.“⁴²

Z hlediska redistribuční teorie je zajímavá argumentace autorů reformy k vyjednávání o cenách zdravotní péče: „Cenová konkurence existuje ve většině oborů lidské činnosti a má schopnost být skutečným motorem inovací a zvyšování efektivity. Jakkoli může uvolnění trhu a s tím spojená cenová konkurence vzbuzovat u poskytovatelů zdravotních služeb i v pojišťovnách na první pohled obavy, je ve skutečnosti v jejich zájmu. Jenom při uvolnění cenových jednání dojde totiž k optimálnímu využití prostředků určených na zdravotní péči, a tedy k možnosti **oprávněného ocenění kvalitně a efektivně poskytovaných služeb**. Je nutné si uvědomit, že cílem cenových jednání, v důsledku konkurence, není poskytování služeb pod úrovní jejich nákladů (jak se děje v případech mnoha poskytovatelů dnes), ale stanovení **reálných cen na trhu zdravotních služeb**.“⁴³

Rovněž velmi zajímavá je argumentace, obsažená v jednom z doplňkových textů s názvem Proč je administrativně určená cena nevyhovující a proč potřebujeme uvolnění cenových jednání: „Cenu lze administrativně jen velmi těžko dobře nastavit. Historie zná celou řadu příkladů neúspěšných pokusů úředně stanovit „správné ceny“ v různých oborech lidské činnosti. Příkladem může být i dnešní seznam výkonů. Mimo to, i kdyby se náhodou relativní ceny různých zdravotních výkonů podařilo nastavit dostatečně objektivně, jejich používání **neumožňuje spravedlivě ocenit kvalitnější poskytovatele**. Zdravotní služby, i když souvisejí se stejným výkonem, totiž nemusí být nutně stejné, tj. nemůžeme je označit za homogenní. Služba poskytnutá ve vyšší kvalitě má pro spotřebitele vyšší hodnotu a zaslouží si proto vyšší ocenění. Jednotná úředně stanovená cena tak nejenže neumožňuje příslušným způsobem kvalitu ocenit, ale ve svém důsledku doslova znamená **diskriminaci kvalitních poskytovatelů ve prospěch těch méně kvalitních**. Druhou negativní vlastností úředně stanovené ceny je, že nepodporuje zvyšování efektivity celého systému cestou úspor z rozsahu. Úřední cena je obvykle stanovena tak, aby umožnila existenci i méně efektivním poskytovatelům, což ve svém důsledku znamená **veřejnou podporu nejen menší efektivity v systému, ale i nižší kvalitě**.“⁴⁴

Konkurence pojišťoven a změna jejich statutu

Autoři reformy konstatují: „Zatímco v Evropě již dnes nikdo nepochybuje o vhodnosti nákupu péče a regulované konkurence poskytovatelů, v oblasti **konkurence plátců** existují **dva modely**. V zemích, ve kterých jako plátců zdravotní péče slouží zdravotní pojišťovny, mezi nimiž si občan může vybírat (v Evropě mimo České republiky jsou to Slovensko, Chorvatsko, Německo, Švýcarsko, Holandsko, Belgie a do určité míry Francie), existuje jednoznačná **tendence k posilování konkurence** zdravotních pojišťoven a k jejímu co nejlepšímu nasměrování ku prospěchu zákazníka. Na druhou stranu, v řadě evropských zemí plní roli plátce a nákupčího zdravotní péče **centrální nebo místní vlády**. Na trhu zdravotních služeb tak mají **monopolní pozici**.“⁴⁵

⁴¹ NĚMEC J. : Principy zdravotního pojištění, Grada Publishing, a. s., 1. vydání, Praha, 2008, str. 149, ISBN 978-80-247-2628-1.

⁴² NĚMEC J. : Principy zdravotního pojištění, Grada Publishing, a. s., 1. vydání, Praha, 2008, str. 148, ISBN 978-80-247-2628-1.

⁴³ HROBOŇ P., MACHÁČEK T., JULÍNEK T. : Reforma zdravotnictví pro Českou republiku v Evropě 21. století, Reforma zdravotnictví-forum. cz, 1. vydání, 2005, str. 35.

⁴⁴ HROBOŇ P., MACHÁČEK T., JULÍNEK T. : Reforma zdravotnictví pro Českou republiku v Evropě 21. století, Reforma zdravotnictví-forum. cz, 1. vydání, 2005, str. 36.

⁴⁵ HROBOŇ P., MACHÁČEK T., JULÍNEK T. : Reforma zdravotnictví pro Českou republiku v Evropě 21. století, Reforma zdravotnictví-forum. cz, 1. vydání, 2005, str. 40.

Dále autoři reformy podávají obligátní výklad o nevhodnosti monopolní pozice plátce (monopoly nemusí soupeřit o klienty, postupně ztrácejí zájem o poskytování dobrých služeb a o nabídnutí dostatečného výběru produktů, . . .).

Pro upřesnění výše uvedených dvou modelů plátců zdravotní péče cituji z J. Němce: „Systémy zdravotního pojištění v zemích západní Evropy lze rozdělit do tří základních skupin. Nejpočetněji jsou zastoupeny systémy statutárního zdravotního pojištění, založené na modelu Beveridge. Tyto systémy nalezneme ve státech severní Evropy - v Norsku, Švédsku, Dánsku, Finsku, ve státech jižní Evropy - ve Španělsku, Portugalsku, Itálii a částečně v Řecku a nakonec ve Velké Británii a Irsku.⁴⁶ **Beveridgeův model** je model zdravotnictví financovaný ze **všeobecných daní**, jehož typickým představitelem je národní zdravotní služba (*National Health Service*) ve Velké Británii. Financování zdravotnických zařízení je úlohou specializovaných úřadů při státní správě nebo regionální či municipální samosprávě, které zdravotnická zařízení současně provozují nebo se zdravotnickými zařízeními uzavírají smlouvy o poskytování zdravotní péče pro obyvatelstvo na vymezeném území.⁴⁷ Druhým nejrozšířenějším systémem je systém zdravotního pojištění založený na Bismarckově modelu, který je zaveden v Německu, Holandsku, Belgii, Francii a Lucembursku. **Bismarckův model** je model zdravotního pojištění, financovaný z povinných odvodů pojistného z příjmů pojištěnců a provozovaný **samosprávnými zdravotními pojišťovnami**.⁴⁸ Ojedinělým modelem v Evropě je **model švýcarský**, založený do roku 1996 na privátním pojištění, ale s poměrně rozsáhlou státní regulací. Tamější reforma z roku 1996 však dobrovolné privátní pojištění změnila na povinné a tím švýcarský systém spíše posunula k modelu Bismarcka.⁴⁹

Autoři reformy si za vzor **konkurenčního prostředí mezi pojišťovnami** berou systém zdravotního pojištění v **Holandsku**, který prošel v posledních 15 letech postupnými, ale významnými změnami. Od roku 2006 má podobu jednotného povinného zdravotního pojištění pro všechny občany. Toto pojištění musí u všech pojišťoven obsahovat tzv. standardní balíček základní zdravotní péče, ke kterému mohou pojišťovny nabízet doplňkové pojištění pro zdravotní péči nad jeho rámec. Zdravotní pojišťovny mohou soupeřit o své klienty **cenou pojistky, nabízeným doplňkovým pojištěním a úrovní svých služeb**. Umožněny jsou i **bonusy** za nečerpání zdravotní péče. Zároveň nesmějí pojišťovny žádného klienta **odmítnout** ani jednotlivým klientům omezovat výběr ze svých pojistných produktů. Zdravotní pojišťovny mohou v novém systému vytvářet **zisk** a předávat ho svým akcionářům. Je ustaven proces vstupu a způsob licencování nových pojišťoven, které se rozhodnou vstoupit na trh.⁵⁰

Zajímavé na „holandské modelu“, který je velmi podobný s pojištěním ve Švýcarsku, je to, že zaměstnaní pojištěnci platí **nominálně stejné pojistné** (v roce 2006 v průměru 1 050 EUR ročně) u jedné pojišťovny bez ohledu na věk, pohlaví a zdravotní riziko. Příjmově závislou část pojistného platí za zaměstnané pojištěnce zaměstnavatel až do stanoveného maximálního vyměřovacího základu (v roce 2006 30 000 EUR ročně). Za osoby mladší 18 let platí pojistné stát, osoby samostatně výdělečně činné a důchodci platí podle svého příjmu. Pojištěnci, kteří nejsou zdravotní pojistné schopni platit, mohou požádat stát o příspěvek. Ve **Švýcarsku** statutární zdravotní pojištění poskytuje zhruba 100 tzv. registrovaných zdravotních pojišťoven v soukromém vlastnictví. Od roku 1996 je základní rozsah zdravotních služeb stejný pro všechny registrované zdravotní pojišťovny a od téhož roku je i zdravotní pojištění povinné pro všechny osoby s trvalým pobytem ve Švýcarsku. V rámci jedné pojišťovny a kantonu se uplatňuje **jedna sazba pojistného, nezávislá na příjmu pojištěnce**. Registrované pojišťovny si **konkurují výší této sazby**. Pro nízko-příjmové skupiny je pojistné dotováno z úrovně švýcarské federace i z úrovně jednotlivých kantonů.⁵¹

Autoři reformy z důvodu transparentnosti účetnictví, zodpovědnosti statutárních orgánů a celkového zlepšení řízení navrhují **transformaci zdravotních pojišťoven do formy akciových společností** a udávají, že akciová společnost je ustálená právní forma s dobře definovanými parametry a řídicími i dozorčími orgány s jasně danou zodpovědností. Protože je ale zdravotní pojištění velmi specifická oblast, bude navíc nad rámec obchodního zákoníku upraveno fungování zdravotních pojišťoven jako akciových společností ve zvláštním **zákoně o zdravotním pojištění**. Kromě již zmiňované standardní přehledné struktury řídicích orgánů tak zdravotní pojišťovny budou mít například povinně **útvary vnitřní kontroly**, budou podléhat povinnosti externího auditu a budou podléhat doзору jak finančnímu, tak nově ustaveného **regulátora**. Nové uspořádání povede k tomu, že

⁴⁶ NĚMEC J. : Principy zdravotního pojištění, Grada Publishing, a. s., 1. vydání, Praha, 2008, str. 196, ISBN 978-80-247-2628-1.

⁴⁷ NĚMEC J. : Principy zdravotního pojištění, Grada Publishing, a. s., 1. vydání, Praha, 2008, str. 19. -20, ISBN 978-80-247-2628-1.

⁴⁸ NĚMEC J. : Principy zdravotního pojištění, Grada Publishing, a. s., 1. vydání, Praha, 2008, str. 20, ISBN 978-80-247-2628-1.

⁴⁹ NĚMEC J. : Principy zdravotního pojištění, Grada Publishing, a. s., 1. vydání, Praha, 2008, str. 196, ISBN 978-80-247-2628-1.

⁵⁰ HROBOŇ P., MACHÁČEK T., JULÍNEK T. : Reforma zdravotnictví pro Českou republiku v Evropě 21. století, Reforma zdravotnictví-forum. cz, 1. vydání, 2005, str. 40.

⁵¹ NĚMEC J. : Principy zdravotního pojištění, Grada Publishing, a. s., 1. vydání, Praha, 2008, str. 199-200, ISBN 978-80-247-2628-1.

zdravotní pojišťovny budou nuceny hospodařit s tvrdým rozpočtovým omezením, se standardním účetnictvím a s jasně definovanými povinnostmi ve smyslu zajištění kvalitní péče pro všechny občany.⁵²

„Dnešní právní statut zdravotních pojišťoven je zcela nevhodný pro řízení finančních institucí spravujících desítky miliard korun. Předepsané účetní výkazy nepodávají jasný obraz o finančním zdraví pojišťoven. Počty členů jejich správních rad jsou ve většině případů příliš vysoké (např. VZP má třicetičlennou správní radu), což je neslučitelné s efektivním řízením jakékoliv organizace. Mimo to nemají členové správních rad **žádnou faktickou zodpovědnost za chod ani finanční výsledky** spravovaných organizací. A do třetice – významná část členů správních rad je jmenována ministerstvem zdravotnictví a ministerstvem financí (v případě VZP jsou navíc další jmenováni parlamentem), což otevírá cestu pro **přímé politické ovlivňování činnosti pojišťoven.**“⁵³

Opatření vedoucí ke změně chování občanů ve spotřebě zdravotní péče

Česká republika je na předních místech ve světě v počtu kontaktů pacientů s ambulantními lékaři za rok ve světě (Tabulka č. 6).

Tabulka č. 6: Počet návštěv pacientů u ambulantních lékařů ve vybraných evropských zemích v roce 2001

Česká republika	Rakousko	Belgie	Dánsko	Finsko	Francie	Německo	Itálie	Švédsko	Nizozemsko	Polsko
12, 7	6, 7	7, 8	7, 0	4, 3	6, 9	7, 3	6, 1	2, 9	5, 8	5, 5

Závažným břemenem pro každý zdravotní systém je nadměrné a neúčelné čerpání zdravotní péče, které je důsledkem nezodpovědného chování pacientů, ale i indukujících lékařů, kteří jsou odměňováni za počty vykázaných bodů. V tabulce jsem záměrně zvýraznil dva extrémy v počtu návštěv u ambulantních lékařů, Českou republiku (12, 7) a Švédsko (2, 9).

Autoři reformy navrhuji zavést ke změně chování a nadužívání zdravotní péče **regulační poplatky** ve výši, která nepředstavuje bariéru přístupu k péči v potřebných případech. Skutečnost, že malé regulační poplatky působí ukazují na zahraničních příkladech, například při srovnání počtu návštěv na jednoho obyvatele u ambulantních lékařů v Dánsku a ostatních skandinávských zemích. Všechny tyto země se pyšní výborným zdravotním stavem obyvatelstva a podobně rozvinutými systémy sociálního zabezpečení včetně systému zdravotnictví. Dánsko jako jediné ale nemá zavedené poplatky za návštěvu lékaře, což může vysvětlit fakt, že počet návštěv u ambulantních lékařů je v této zemi významně vyšší než ve Švédsku (téměř 2, 5krát) nebo ve Finsku (více než 1, 6krát), viz *Tabulka č. 6*.

Autoři reformy navrhli zavést a později i zavedli od roku 2006 následující regulační poplatky:

- za návštěvu ambulantního lékaře
- za návštěvu LSPP a pohotovostní ambulance nemocnic
- za jeden den hospitalizace ve zdravotnickém zařízení
- za výdej léků na předpis v lékárně (za položku na receptu)
- za využití zdravotní dopravy.

Zavedení regulačních poplatků se stalo tématem ostrých politických soubojů mezi opozicí a koalicí od roku 2006 a přetrvává do dnešních dnů.

Reforma a role státu

Historicky se evropské státy v různé míře samy podílely na poskytování zdravotních služeb, aby tak přímými zásahy kompenzovaly nedostatečnou síť poskytovatelů. Autoři reformy se domnívají, že **stát nesmí zasahovat do běžného chodu systému**, musí ale mnohem lépe než dnes plnit svoje **regulační a podpůrné role**.

Autoři reformy doslova uvádějí: „Zasahování státu do běžné činnosti zdravotních pojišťoven a poskytovatelů zdravotní péče nebo přímé provozování zdravotnických zařízení je až na přesně definované výjimky přímo nežádoucí. Zasahování státu do oblastí, ve kterých ho dnes již není třeba, má ale ještě jeden negativní dopad. Stát potom nemá dost kapacit a sil plnit dobře ty role, které mu přísluší a ve kterých je do značné míry nezastupitelný. Patří k nim, vedle určení pravidel fungování celého systému (**legislativní role**), především následující úkoly:

⁵² HROBOŇ P., MACHÁČEK T., JULÍNEK T. : Reforma zdravotnictví pro Českou republiku v Evropě 21. století, Reforma zdravotnictví-forum. cz, 1. vydání, 2005, str. 39.

⁵³ HROBOŇ P., MACHÁČEK T., JULÍNEK T. : Reforma zdravotnictví pro Českou republiku v Evropě 21. století, Reforma zdravotnictví-forum. cz, 1. vydání, 2005, str. 38.

- Podpora občana ve zdravotnictví, včetně regulace trhu zdravotního pojištění a poskytování zdravotních služeb
- Ochrana veřejného zdraví
- Zajištění specifických zdravotních služeb, jako je neodkladná přednemocniční péče. ⁵⁴

V oblasti **regulace poskytování zdravotní péče** autoři reformy zdůrazňují nutnost jasně vymezit podmínky **licence** pro samostatné státem regulované povolání a srovnat podmínky a procesy při získávání vzdělávání. Stávající zákony stanovující podmínky pro získávání způsobilosti lékařů, stomatologů a farmaceutů nejsou provázané jak uvnitř těchto norem, tak mezi sebou navzájem. Neupravují samostatný výkon povolání jako výkon regulovaného „svobodného“ povolání a zmateně popisují proces získávání způsobilosti pro možnost jeho výkonu, tedy vzdělávání.

Autoři reformy zdůrazňují, že **vydání licence nebo registrace zdravotnického zařízení nezakládá nárok na smlouvu se zdravotní pojišťovnou**. Uzavření smlouvy mezi zdravotní pojišťovnou a řádně registrovaným zdravotnickým zařízením představuje samostatný **obchodní vztah**.

Cílem státu je bezpochyby zajistit **kvalitu** poskytované zdravotní péče a **bezpečnost** pacienta., a to bez ohledu na to, zda je daná zdravotní péče poskytovaná na základě zdravotního pojištění, nebo za přímou úhradu. K jejímu zabezpečení budou sloužit různé vzájemně propojené kontrolní mechanismy na třech úrovních (vstupní kontrola, mimořádná a průběžná).

V oblasti **regulace zdravotního pojištění** autoři reformy navrhuji vytvoření **standardního finančního dozoru** nad zdravotními pojišťovnami a jeho začlenění do jednotného finančního dozoru při České národní bance. Náplní jeho činnosti by, obdobně jako u ostatních pojišťoven, bylo vydávání licencí zdravotním pojišťovnám a jejich jednotlivým produktům – zdravotním plánům a průběžný dozor nad finančním zdravím jednotlivých pojišťoven. Hlavní předností tohoto dozoru by bylo sledování skutečného finančního stavu zdravotních pojišťoven a výše jejich rezerv a neudělení licence takovému novému žadateli, který nebude splňovat přísné podmínky na počáteční finanční zajištění.

Autoři reformy dále dokládají, že stejně jako v oblasti finančního dozoru je současná situace neúnosná i v oblasti faktického zajištění **dostupnosti zdravotní péče**. Občané mají v rámci veřejného zdravotního pojištění teoreticky nárok na veškerou zdravotní péči, která může prospět jejich zdravotnímu stavu, v praxi ale není vůbec jasné, na jakou péči a v jakém čase mají nárok. Můžou se tak setkat například se zásadními rozdíly v čekacích dobách na některé zákroky. Jako příklad autoři uvádějí rozdíly v čekacích dobách na operaci totální endoprotézy, kde v jedné konkrétní nemocnici se na tuto operaci čeká 2 roky, zatímco v jiné jen 2 měsíce.

Navrhují proto jasné **vymezení dostupnosti zdravotní péče v zákoně**, určené kombinací časové a geografické dostupnosti jednotlivých typů péče (např. plánované operace musejí být vykonané do x měsíců a musejí být dostupné u poskytovatele vzdáleného maximálně na úrovni regionu, s výjimkou vysoce specializované péče). Povinnost dodržet takto definovanou dostupnost zdravotních služeb skrze své smluvní vztahy budou mít zdravotní pojišťovny a tuto jejich povinnost bude sledovat nově ustanovený **regulátor** pro sektor zdravotnictví, který se svým postavením bude nejvíce blížit speciálním regulátorům například pro energetický nebo telekomunikační trh, tj. bude tzv. sektorově specifickým regulátorem. Jednou z jeho hlavních náplní bude právě posuzování splnění zákonem stanovené dostupnosti zdravotních služeb při schvalování jednotlivých zdravotních plánů. ⁵⁵

Dalším významným úkolem státu v navrhované reformě je zajištění **dostupnosti informací o kvalitě zdravotní péče**. Dostupné a srozumitelné informace o kvalitě péče poskytované jednotlivými zdravotnickými zařízeními jsou základním předpokladem pro orientaci občana při **výběru poskytovatele zdravotních služeb** nebo **výběru zdravotní pojišťovny**.

Kvalitu zdravotní péče je možné posuzovat na třech úrovních – vstupy, proces, výstupy. Nejdůležitější je samozřejmě sledovat kvalitu na úrovni **výstupů**. Zajímá nás, jaké jsou výsledky poskytnuté zdravotní péče, jaké je procento úspěchů nebo naopak komplikací u jednotlivých zákroků (úmrtnost při kardiochirurgických operacích, doba přežití u pacientů se zhoubnými nádory. . .). Tato úroveň je ale zároveň nejobtížnější, protože je třeba sbírat data stejným způsobem, sledovat pacienty poměrně dlouhou dobu po zákroku a přizpůsobit závěry vstupnímu zdravotnímu stavu pacientů. Proto se v zahraničí v praxi často také používají indikátory na úrovni **vstupů a procesů**, které ukazují, zda zdravotnické zařízení používá postupy, u kterých byl prokázán významný dopad na zdravotní stav (např. efektivní léčba vysokého tlaku).

Autoři reformy navrhuji **definovat základní národní indikátory kvality zdravotní péče** na základě zahraničních zkušeností a dat, která jsou v České republice sledována zdravotnickými zařízeními nebo zdravotními pojišťovnami. Postupně bude tento seznam rozšiřován, klíčové je ale především zajistit co nejdříve kvalitní sběr zvolených údajů podle stejné metodiky.

⁵⁴ HROBOŇ P., MACHÁČEK T., JULÍNEK T. : Reforma zdravotnictví pro Českou republiku v Evropě 21. století, Reforma zdravotnictví-forum. cz, 1. vydání, 2005, str. 51-52.

⁵⁵ HROBOŇ P., MACHÁČEK T., JULÍNEK T. : Reforma zdravotnictví pro Českou republiku v Evropě 21. století, Reforma zdravotnictví-forum. cz, 1. vydání, 2005, str. 52-56.

Tato data by měla být zdravotnickými zařízeními a pojišťovnami pravidelně předávána **regulátorovi** (případně ministerstvu zdravotnictví), který zajistí přípravu a **zveřejnění** základního seznamu **výsledků jednotlivých zařízení a jednotlivých zdravotních pojišťoven** (respektive jejich *zdravotních plánů*).⁵⁶

Zajištění dlouhodobé finanční stability

Poptávka po zdravotních službách vzrůstá v souvislosti s vývojem společnosti a je živena především širokou nabídkou nových medicínských postupů a zvyšujícími se očekáváními občanů. Autoři reformy uvádějí, že tento trend bude i v následujících letech pokračovat a především v evropských státech bude významně posílen postupným stárnutím obyvatelstva. Pokud se zdravotní systémy mají přizpůsobit rostoucím požadavkům, musejí projít významnými změnami jak v oblasti financování, tak i v přístupu a vnímání postavení pacientů.

Dle demografické prognózy Organizace spojených národů dojde v České republice postupně mezi lety 2000 – 2050 k poklesu ekonomicky aktivního obyvatelstva na cca 70 % počtu z roku 2010.⁵⁷

Rostoucí zastoupení občanů starších 65ti let v české populaci bude vyvolávat stále silnější tlak na navyšování výdajů na zdravotní péči. Protože český systém zdravotního pojištění patří k průběžně financovaným systémům, promítne se snižování počtu obyvatel ve středním věku nejen do nedostatku lidí schopných se o starší spoluobčany postarat a léčit je, ale také v nižším vybraném pojistném.

Nové medicínské postupy, technologie a léky většinou přispívají k efektivnější léčbě pacienta, ať již formou významnějšího zlepšení zdravotního stavu, nebo rychlejšího uzdravení. Na druhou stranu jsou však v souhrnu často dražší než původní způsoby léčby pomocí starších postupů. Důvodem je mimo jiné i drahý výzkum, který se nutně promítá do jejich ceny.

Není přijatelné vytvářet umělé bariéry zavádění nových poznatků do praxe, i když vystavují zdravotnické systémy a jejich finance neustálému tlaku. Jedinou správnou odpovědí na technologický pokrok je vytvoření natolik flexibilního zdravotnického systému, aby v něm bylo možné zhodnotit přínos nových postupů v porovnání s jejich cenou a ty, které za to stojí, zaplatit.⁵⁸

Autoři reformy ještě před samotnými návrhy „reformy dlouhodobého financování“ zdravotní péče dobře vysvětlují a poukazují na negativní jevy spojené se „současným“ pojištěním a obecně s platbou *třetí strany*: „Stát nařizuje občanům platit příspěvky na financování zdravotnictví ve formě odvodů na veřejné zdravotní pojištění. Tyto příspěvky občanů nejsou odvozeny od jejich individuální spotřeby zdravotní péče, ale od jejich schopnosti platit. Tím je zajištěna solidarita ve financování zdravotních služeb. Považujeme tento princip za správný. Financování zdravotních služeb zajišťují ve většině vyspělých zemí v rozhodující míře tzv. *třetí strany*. Touto *třetí stranou* je obvykle zdravotní pojišťovna nebo stát. Platba třetí stranou bez spoluúčasti vede k bezplatnosti zdravotní péče v okamžiku jejího poskytování a spotřeby a významně tak ovlivňuje rozhodování o poskytování a spotřebě zdravotní péče na straně pacientů i lékařů. U pacientů se v souvislosti s pojištěním projevuje tzv. morální hazard, který vede k nedostatečné péči občanů o zachování vlastního zdraví, případně k nedostatečné motivaci dodržovat léčebný režim, ale také k tendenci nadužívání zdravotních služeb. Podobně reagují poskytovatelé, kteří vědí, že jim navržená a poskytnutá péče bude pacientem přijata (neboť jí v danou chvíli nehradí) a třetí stranou zaplácena. V tomto případě se jedná o konflikt zájmů lékaře v roli poskytovatele i pacientova rádce. Na tento fenomén se pak snaží reagovat pojišťovny, které vytvářejí náhradní motivace k šetrnému postupu na straně poskytovatelů zdravotní péče. Tyto náhradní motivace mají formu rozpočtů, zpětných regulací a dalších opatření, která ve svém důsledku ale vedou jen ke konfliktu mezi pacienty a poskytovateli zdravotních služeb. Negativní jevy spojené s pojištěním či obecně s platbou *třetí strany* jsou umocňovány jeho rozsahem. Zatímco část zdravotní péče, která je nepředvídatelná, nákladná a méně často potřebná, je jednoznačně nevhodnější hradit pomocí pojištění, u předvídatelné, levné a často čerpané zdravotní péče je platba *třetí stranou* nahraditelná jiným uspořádáním. Dnes ale žijeme v systému, který pod jednotné pojištění zahrnuje prakticky veškerou zdravotní péči včetně banalit typu nosních kapek.“⁵⁹

Spoluúčast se obecně považuje za jeden z nástrojů zdravotní politiky, který má za cíl omezit nadužívání zdravotní péče a omezit výdaje na straně veřejného nebo privátního plátce zdravotní péče. Zatím asi nejrozsáhlejší experimentální studie týkající se spoluúčasti byl experiment společnosti Rand Corporation, sponzorovaný americkou administrativou. Experiment probíhal od roku 1974 do roku 1982 a jeho cílem bylo prověřit vliv spoluúčasti na chování pacientů. Studie částečně potvrdila některé předpoklady:

⁵⁶ HROBOŇ P., MACHÁČEK T., JULÍNEK T. : Reforma zdravotnictví pro Českou republiku v Evropě 21. století, Reforma zdravotnictví-forum. cz, 1. vydání, 2005, str. 57.

⁵⁷ CHYTIL M. A KOL. : Zpráva o stavu, vývoji a výhledu zdravotnictví v ČR, Praha 2008, str. 43, ISBN-13 978-80-85047-35-6.

⁵⁸ HROBOŇ P., MACHÁČEK T., JULÍNEK T. : Reforma zdravotnictví pro Českou republiku v Evropě 21. století, Reforma zdravotnictví-forum. cz, 1. vydání, 2005, str. 65.

⁵⁹ HROBOŇ P., MACHÁČEK T., JULÍNEK T. : Reforma zdravotnictví pro Českou republiku v Evropě 21. století, Reforma zdravotnictví-forum. cz, 1. vydání, 2005, str. 67-69.

- Osoby bez spoluúčasti užívali více zdravotní péče bez prokazatelného efektu lepšího zdravotního stavu a naopak osoby s větší spoluúčastí užívali méně péče bez prokazatelného efektu horšího zdravotního stavu.
- Spoluúčast měla negativní vliv na využívání preventivních služeb. I bez spoluúčasti však využívání těchto služeb bylo menší, než bylo žádoucí.
- Spoluúčast by obecně neměla být používána u preventivních služeb. Je-li spoluúčast obecně zavedena, některé služby se zvláště prokazatelným efektem by měly být ze spoluúčasti vyjmuty.
- Spoluúčast nemá výrazný dopad na efektivitu systému jako celku, pokud se efektivitou rozumí omezené plýtvání.

Experiment Rand Corporation se týkal omezeného okruhu osob v rámci ohromného systému amerického zdravotnictví. Autoři experimentu sami z experimentu upozorňují, že dopad spoluúčasti na efektivitu celého systému zdravotnictví nelze přímo dovést. Jsou pro to dva zásadní důvody: Především většina nákladů ve zdravotnictví je fixní nebo semi-fixní (60-70 %) a největším nositelem těchto nákladů (*cost drivers*) je síť zdravotnických zařízení. Omezení využívání zdravotnických služeb se přímo dotýká jen variabilních nákladů, které tvoří menší část nákladů. Dalším důvodem je to, že případný propad příjmů vyplývající z omezení využívání služeb v celonárodním měřítku budou poskytovatelé s největší pravděpodobností kompenzovat jejich vyššími jednotkovými cenami.⁶⁰

Autoři reformy chtějí posílit postavení občana v rámci zdravotního systému a domnívají se, že každý občan by měl mít právo alespoň do určité míry rozhodovat o rozsahu svého zdravotního pojištění a míře spoluodpovědnosti za své zdravotní náklady. V rámci zajištění dlouhodobé finanční stability českého zdravotnictví navrhuji:

- Zachovat současný objem veřejných financí plynoucích do zdravotnictví ve smyslu jejich podílu na HDP (absolutní výše těchto peněz tedy poroste spolu s růstem HDP).
- Rozdělit současně veřejné zdravotní pojištění na základní pojištění, povinné pro všechny občany a plně financované z veřejných zdrojů, a na dobrovolné doplňkové pojištění, financované z veřejných a soukromých zdrojů.
- Zapojit občana do rozhodování o spotřebě zdravotních služeb a míře zdravotního pojištění pomocí osobních zdravotních účtů, které umožní transparentní kombinování veřejných a soukromých zdrojů a posílí suverenitu pacienta-spotřebitele a jeho odpovědnost za rozhodnutí o spotřebě zdravotních služeb.
- Nabídnout občanům široký výběr z možnosti doplňkového pojištění nabízených jejich zdravotní pojišťovnou, který bude vycházet vstříc jejich potřebám a preferencím.

Uspořádání, které autoři navrhuji, umožňuje mimo jiné zachovat jeden společný prostor pro financování zdravotních služeb z veřejných i soukromých zdrojů.

Určit rozsah zdravotní péče krytý základním pojištěním lze na základě medicínských nebo finančních kritérií. K těm prvním patří přístup zvolený například na Slovensku, který spočívá v označení diagnóz, jejichž léčba je plně krytá ze zdrojů veřejného zdravotního pojištění. Určení diagnózy není vždy jednoznačnou záležitostí a hrozí proto úmyslná manipulace s přiřazením diagnózy pacientovi. Přístup používající zejména finanční kritéria můžeme nalézt například v Austrálii, kde jsou z veřejného systému (australský Medicare) hrazeny vyjmenované výkony poskytnuté v ambulantní péči ve výši 75 procent jejich ceny a výkony poskytnuté při hospitalizaci ve výši 85 procent jejich ceny. Podobný přístup je možné nalézt například ve Francii či v Belgii, kde jsou ambulantní služby hrazeny z veřejného pojištění pouze z cca 50 procent a zbytek si občané platí přímo z kapsy nebo ze soukromého připojištění.

Autoři reformy zvolili přístup kombinující medicínská i finanční kritéria. Spočívá v rozdělení zdravotní péče do několika typů (například primární péče, preventivní péče, konzultace lékaře specialisty, neodkladná intenzivní péče, ambulantní zákrok, zákrok provedený za hospitalizace, den hospitalizace, úhrada léků a zdravotních pomůcek ...) a určení různé výše úhrady z povinného pojištění pro jednotlivé typy péče. Použije-li se tento způsob určení rozsahu základního pojištění, může se např. velmi přesně modelovat, jak nerovnoměrně budou rozloženy v populaci náklady zdravotní péče kryté základním zdravotním pojištěním (zjednodušeně-s rostoucím věkem náklady narůstají) ve srovnání s relativně rovnoměrně rozloženými náklady, u kterých bude ponecháno na rozhodnutí občana, jakým způsobem chce zajišťovat jejich úhrady (zda z připojištění nebo přímo ze svého osobního zdravotního účtu).

Osobní zdravotní účet má v navrhované reformě významné místo. Primárně je nástrojem, který umožní individualizovat část veřejných peněz a ponechat tak na občanovi, zda se rozhodne tyto peníze použít na zakoupení doplňkového pojištění nebo si je ponechá na zaplacení nákladů zdravotních služeb nekrytých základním pojištěním přímo u lékaře. Umožňuje totiž omezit rozsah povinného zdravotního pojištění při současném zachování všeobecné finanční dostupnosti zdravotní péče. Osobní zdravotní účty dovolují transparentním způsobem spojit veřejné zdroje se soukromými financemi jednotlivců.

⁶⁰ NĚMEC J. : Principy zdravotního pojištění, Grada Publishing, a. s., 1. vydání, Praha, 2008, str. 137-139, ISBN 978-80-247-2628-1.

„Osobní zdravotní účet umožní svému majiteli doslova mít své zdravotní pojištění pod neustálou kontrolou. Poskytne mu přehled o zůstatcích na jeho účtu, o měsíčních platbách za jeho doplňkové pojištění a případně i o jeho výdajích spojených s přímou úhradou zdravotních služeb. Při prohlížení svého účtu se také každý bude moci podívat, jaké všechny zdravotní výkony, které mu byly poskytnuty, naučtovala zdravotnická zařízení jeho pojišťovně k úhradě z jeho pojistky. Bude tak mít mimo jiné přehled i o historii jemu provedených lékařských zákroků.“⁶¹

Osobní zdravotní účty:

- Zajišťují všeobecný přístup i k péči mimo oblast základního pojištění – především díky veřejnému příspěvku na osobní účty, jejichž výše je přizpůsobena věku občana. I přesto autoři reformy navrhuji omezit celkové výdaje osobního zdravotního účtu určitým ročním limitem. Pokud výdaje jednotlivce v daném roce dosáhnou tohoto limitu, dále již nejdou na vrub jeho osobního zdravotního účtu, ale na vrub jeho zdravotní pojišťovny. Jde o tzv. stop - loss pojištění výdajů z osobních zdravotních účtů, jehož náklady autoři reformy navrhuji učinit součástí základního zdravotního pojištění.
- Umožňují občanům volbu vyhovující jejich individuálním potřebám – kdo chce, bude se sám rozhodovat a platit si část zdravotní péče přímo z osobního účtu, jiní předem svěří toto rozhodování zdravotní pojišťovně a zakoupí si doplňkové pojištění dle svého výběru.
- Motivují občany k úspornému čerpání zdravotní péče – občané rozhodují o svých penězích, byť účelově vázaných na financování zdravotní péče, a proto jim není jedno, co se s nimi děje a na co jsou použity. Finanční prostředky je možné sdílet v rámci rodiny a po dosažení určité hranice úspor i vybírat.
- Při posílení spořicího charakteru nabízejí nástroj pro přechod od průběžného financování zdravotnictví k systému založenému alespoň částečně na úsporách, a tím snižují dopad stárnutí obyvatelstva na financování zdravotnictví. Spoření na zdravotních účtech může být podporováno státem, například podobným způsobem, jako je dnes podporováno penzijní připojištění, tj. pomocí státní podpory nebo ohraničených daňových úlev.⁶²

S posílením role občana v systému zdravotnictví podle navržené reformy souvisí i koncept zdravotních plánů. Každý zdravotní plán musí obsahovat alespoň základní zdravotní pojištění. Zdravotní pojišťovny si mohou konkurovat ve snížení ceny základního pojištění, ale rozsah tohoto pojištění a minimální dostupnost jím hrazené péče budou dané zákonnými předpisy a tedy stejné pro všechny pojišťovny a všechny zdravotní plány. Každá zdravotní pojišťovna dostane na pokrytí základního pojištění část veřejných peněz odpovídající očekávaným nákladům na základní pojištění v celém systému a konkrétní věkové strukturu jejich pojištěnců. Pokud dokáže zajistit potřebné zdravotní služby levněji, může ušetřené prostředky vložit na osobní účty svých klientů ve formě určité „slevy“ na základní pojištění. Nad rámec základního pojištění budou zdravotní pojišťovny moci vytvářet nabídku doplňkového pojištění lišící se rozsahem, výší spoluúčasti, rozsahem sítě smluvních poskytovatelů a cenou. Zdravotní plán bude možné (stejně jako zdravotní pojišťovnu) jednou ročně měnit. Zdravotní pojišťovna nesmí odmítnout žádného zájemce o konkrétní zdravotní plán. Cena doplňkového pojištění nebude určována na základě individuálního rizika, ale na základě průměrného rizika všech klientů, kteří si vyberou daný zdravotní plán.

Dnešní odvody na veřejné zdravotní pojištění nejsou pojistným v pravém slova smyslu, nýbrž specifickým druhem daně, protože výše pojistného nezáleží na individuálním ani skupinovém zdravotním riziku daného jednotlivce, ale na jeho schopnosti platit. V dnešním systému je pro občana velmi těžké uvědomit si spojitost mezi odvody, které platí ze své mzdy, a zdravotní péči, která je mu prostřednictvím zdravotních pojišťoven hrazena. Tato spojitost v českém zdravotnictví z definice neexistuje, proto autoři reformy navrhuji doplnit současný systém o některé prvky, přičemž jeho základ by měl zůstat stejný, jak ho známe dnes.

Nejvýznamnější změnou na příjmové straně systému je zavedení **povinného soukromého příspěvku na osobní zdravotní účet**. Oproti zavedeným povinným odvodům tento příspěvek nebude přerозdělen, ale bude poukázán přímo na osobní zdravotní účet jednotlivce a bude jej platit každý, kdo bude v českém systému pojištěn. Je zde nicméně možnost, že státním pojištěncům by na povinný soukromý příspěvek přispíval stát ze státního rozpočtu. Výhodou zavedení soukromého příspěvku na osobní účet je, že umožní snížení procentní sazby odvodů ze mzdy na veřejné zdravotní pojištění.

Vedle povinného příspěvku navrhuji autoři reformy ještě další zdroj příjmů pro zdravotnický systém, a tím jsou **dobrovolné soukromé příspěvky poukazované také na osobní zdravotní účty**. Jejich výše by nebyla ničím omezena a mohl by je poskytnout kdokoli na účet kohokoli, včetně například zaměstnavatele na osobní zdravotní účty svých zaměstnanců.⁶³

Příčiny neúspěchu prosazení reformy

⁶¹ HROBOŇ P., MACHÁČEK T., JULÍNEK T. : Reforma zdravotnictví pro Českou republiku v Evropě 21. století, Reforma zdravotnictví-forum. cz, 1. vydání, 2005, str. 74.

⁶² HROBOŇ P., MACHÁČEK T., JULÍNEK T. : Reforma zdravotnictví pro Českou republiku v Evropě 21. století, Reforma zdravotnictví-forum. cz, 1. vydání, 2005, str. 75.

⁶³ HROBOŇ P., MACHÁČEK T., JULÍNEK T. : Reforma zdravotnictví pro Českou republiku v Evropě 21. století, Reforma zdravotnictví-forum. cz, 1. vydání, 2005, str. 78-82.

Navrhovaná reforma měla zajišťovat větší výběr pro občany a zvýšení efektivity zdravotnictví cestou regulované konkurence mezi poskytovateli zdravotní péče a mezi jejími plátcí (pojišťovny). Pokud srovnáme změny, které se podařilo prosadit v období 2006-2008, s původními reformními plány, je zjevné, že **hlavní reformní cíle nebyly naplněny** a české zdravotnictví si na potřebné změny bude muset počkat.

Hodnocení autorů reformy

V období 2006 až do ledna 2009 autoři reformy přímo řídili ministerstvo zdravotnictví, přesto se jim reformu nepodařilo prosadit a základní příčiny neprosazení reformních záměrů vidí vedle vnějších faktorů především v přílišném rozsahu a rychlosti prosazovaných změn, která neumožnila jejich dostatečné vysvětlení a akceptaci. Dále uvádím doslovné hodnocení příčin neúspěchu prosazení reformy od autorů:

„I. Vnější faktory

Dobrá ekonomická situace České republiky v době prosazování reformního návrhu. Reformy je vhodné provádět v dostatečném předstihu a v době ekonomického růstu, kdy lze významně omezit jejich nepříjemné krátkodobé dopady. V realitě se ale v demokraciích málokdy podaří přesvědčit občany o potřebnosti změn v době, kdy je většina obyvatelstva spokojena a domnívá se, že dobré časy potvrzují navěky.

Volební výsledek vedoucí k faktickému patu ve sněmovně. Neustálý boj vládní koalice o přežití a nejistota týkající se výsledku téměř jakéhokoliv hlasování vedly k tomu, že názory jednotlivých poslanců rozhodovaly o osudu reformních zákonů. Významné body **jednotně přijatého vládního programu** byly některými koaličními poslanci blokovány a napadány. V podstatě neexistovala normální situace, kdy vládní většina prosazuje vládní program.

Nemožnost racionální spolupráce s opozicí. Na budoucí podobě zdravotnictví, stejně jako jiných zásadních oblastí společenského života, by měl existovat základní politický konsensus. Vyostřená politická situace po patovém výsledku voleb, v evropském kontextu ojedinělé návrhy sociální demokracie na návrat k systému národní zdravotní služby a zejména osobnost stínového ministra zdravotnictví ČSSD bohužel znemožnily jakýkoliv racionální dialog s hlavní opoziční stranou. Příkladem nekonstruktivního přístupu je bojkot „projektu Kulatý stůl k budoucnosti financování zdravotnictví v ČR“ ze strany ČSSD nebo vybrání regulačních poplatků jako hlavního tématu krajských voleb.⁶⁴

„II. Vnitřní faktory

Přílišný rozsah a hloubka změn. Reformní návrh se z důvodu provázanosti jednotlivých kroků a neexistence základního konsensu mezi hlavními politickými stranami snažil prosadit všechny podstatné změny během jednoho volebního období. Výsledkem byl přílišný rozsah změn obsahující téměř celé zdravotnictví a zdravotní pojištění. Z dnešního pohledu měly být reformní kroky více rozloženy v čase a naplánovány na 2 volební období.

Snaha o optimální postup za každou cenu. Velmi významná byla snaha o prosazení technicky a právně nejlepšího řešení bez ohledu na možnost jeho prosazení a postoj klíčových zájmových skupin. Důsledkem snahy o co nejčistší řešení byly potom zákonitě potíže s hledáním spojenců, kteří by reformu podporovali.

Podcenění odporu vůči tržně orientovaným řešením a nedostatečné testování přijatelnosti reformy veřejností. Při plánování reformy došlo k podcenění odporu proti tržně orientovaným řešením a zejména některým jejich symbolům v české společnosti. Například akciovou společnost vnímá velká část občanů jako pro zdravotnictví nevhodnou a podezřelou, protože ji spojuje s obchodem a s některými nežádoucími jevy při privatizaci v 90. letech.

Nedostatečná kapacita vysvětlovat potřebnost reformy a získat důvěru nutnou k jejímu prosazení. Vysvětlování potřebnosti reformy probíhalo na různých veřejných fórech a v médiích již od roku 2004. Šlo tedy na české poměry o velmi nezvyklý jev, kdy stínový ministr zdravotnictví zveřejnil své podrobné záměry již před nástupem do reálné funkce. Přesto, vzhledem k rozsahu a hloubce změn, nebyla popularizace reformy dostatečná. Zejména měla být na začátku realizace reformních kroků věnována větší pozornost dvěma oblastem. Tou první je názorné předvedení nedostatků současného systému (modelové osobní příklady), tou druhou prohloubení důvěry provedením několika kroků, které by pomohly zvýšit důvěru veřejnosti v ministerstvo – například prioritní zahájení prací na zvyšování kvality zdravotní péče, vypracování standardů a snížení čekacích dob. Třetí podmínkou úspěšné komunikace, která bohužel nebyla splněna, je poskytnutí kapacit a další podpory ze strany vlády a vládnoucí strany.

Neúčinná mediální obrana proti neetickým útokům opozice. Velmi významná byla nedostatečná obranná reakce na neetické útoky protivníků reformy vedené v osobní rovině, zejména na hanopisy na internetu („Jak ukrást 220 miliard v českém zdravotnictví“). Na útok namířený na zničení důvěryhodnosti protagonistů reformy se snažili odpovídat slušným způsobem, tj. vysvětlováním podstaty reformy a uváděním faktů. Racionální

⁶⁴ http://healthreform.cz/content/files/cz/2009_08_Analyza_neprosazeni_reformy.pdf

odpověď na dobře připravené útoky hrající na emoce, pomluvy a závist, je možná dlouhodobě správná, v okamžiku útoku ale nedostatečná⁶⁵.

Analýza příčin neúspěchu prosazení reformy pomocí redistribuční teorie

V této kapitole se nejprve pokusím o odhad a popis „redistribuční rovnováhy“, která by se patrně ustavila po zavedení reformních návrhů, a co by tato rovnováha znamenala pro jednotlivé „hráče“. Dále se budu snažit o subjektivní zjednodušenou „analýzu“ příčin, které zabránily prosazení zamýšlené reformy - redistribuční rovnováhy.

V kap. 3. 3. 4 (Analýza stavu před reformou pomocí redistribuční teorie) jsem postupně popsal postavení jednotlivých aktérů v systému zdravotnictví před reformou. Stejným postupem a ve stejném pořadí budu postupovat i v této kapitole.

1. Občané – pojištěnci – pacienti

Většina podstatných charakteristik pro tuto skupinu hráčů bude shodná se stavem před reformou:

Bude to nejpočetnější skupina hráčů a svými povinnými odvody a daněmi bude financovat celý systém. Zároveň tato skupina jako jediná bude zdravotní péči „spotřebovávat“. Záměrem reformy však bude tuto „spotřebu“ redukovat na finančně přijatelnou úroveň zavedením regulačních poplatků, aby se zamezilo nadměrnému a neúčelnému čerpání zdravotní péče, které je důsledkem nezodpovědného chování pacientů, ale i indikujících lékařů, kteří jsou odměňováni za počty vykázaných bodů (kap. 3. 4. 3, str. 79). Na „oplátku“ pro občany autoři reformy navrhuji legislativní vymezení dostupnosti zdravotní péče a zajištění dostupnosti informací o kvalitě zdravotní péče (kap. 3. 4. 4, str. 81).

Opatřením, kterým chtějí autoři reformy posílit postavení občana v rámci zdravotního systému, je zavedení osobních zdravotních účtů. Autoři reformy se domnívají, že každý občan by měl mít právo alespoň do určité míry rozhodovat o rozsahu svého zdravotního pojištění a míře spoluodpovědnosti za své zdravotní náklady.

S posílením role občana v systému zdravotnictví podle navržené reformy souvisí i koncept zdravotních plánů, na základě kterého si zdravotní pojišťovny mohou konkurovat ve snížení ceny základního pojištění, ale rozsah tohoto pojištění a minimální dostupnost jím hrazené péče budou dané zákonnými předpisy a tedy stejně pro všechny pojišťovny a všechny zdravotní plány. Nad rámec základního pojištění budou zdravotní pojišťovny moci vytvářet nabídku doplňkového pojištění lišící se rozsahem, výší spoluúčasti, rozsahem sítě smluvních poskytovatelů a cenou (kap. 3. 4. 5, str. 88).

2. Plátcí zdravotnických služeb – zdravotní pojišťovny

V kap. 3. 3. 4 (Analýza stavu před reformou pomocí redistribuční teorie) jsem uvedl, že skutečnými plátcí zdravotní péče a celého systému jsou občané. Zdravotní pojišťovny jako neziskové organizace v současném systému s velkou mírou zjednodušení plní pouze roli „výběrčího“ a následně „příkazce“ k platbám poskytovatelům zdravotní péče za jejich služby pojištěncům (str. 68).

Navrhovaná reforma podstatným způsobem mění postavení a roli zdravotních pojišťoven v systému. Autoři reformy navrhuji postupnou transformaci sítě zdravotnických zařízení cestou uzavírání smluv mezi zdravotními pojišťovnami a zdravotnickými zařízeními na definovaný druh a objem zdravotní péče na základě její kvality a cen podle místní situace a potřeb (tzv. nákupní model zdravotní péče). Tento model má dle Jiřího Němce svoje zastánce i odpůrce. „Zastánci zdůrazňují předpoklady nákupního modelu pro zvýšení kvality péče, udržení růstu cen zdravotní péče v přijatelných mezích, větší transparentnost systému a lepší přizpůsobení nabídky služeb požadavkům pojištěnců“⁶⁶. Dle mého subjektivního názoru tito zastánci budou patřit k „hráčům“ zastupujícím zájmy zdravotních pojišťoven, ale i občanů – pacientů.

„Odpůrci argumentují posílením moci zdravotních pojišťoven, existenční nejistotou poskytovatelů zdravotní péče, zvýšením transakčních nákladů spojených s individualizovaným vyjednáváním, zhoršením kvality zdravotní péče a zásahy zdravotních pojišťoven do profesní autonomie lékařů“⁶⁷. Není těžké odhadnout, že výše zmíněná argumentace bude pocházet od „hráčů“ zastupujících zájmy poskytovatelů, tedy zejména lékařů.

3. Poskytovatelé

A. Nemocnice a odborné léčebné ústavy

V kap. 3. 3. 4 jsem uvedl, že nemocnice zaujímají výsadní postavení mezi poskytovateli zdravotní péče objemem finančních zdrojů (nejvyšší, „odměnou hráče“ ve výši 112, 1 mld. Kč v roce 2008), což tvoří 45% z celkových výdajů na zdravotnictví, a počtem zaměstnaných zdravotnických pracovníků (nejpočetněji zastoupená „skupina hráčů“ s 19. 709 lékaři a 63. 500 zdravotními sestrami v roce 2008).

Ve výše zmíněné kapitole (3. 3. 4) jsem dále uvedl, že od 1. 1. 2008 došlo k významné smluvní spolupráci mezi Ministerstvem zdravotnictví ČR a Národním referenčním centrem, v kterém jsou zastoupeny všechny

⁶⁵ http://healthreform.cz/content/files/cz/2009_08_Analyza_neprosazeni_reformy.pdf

⁶⁶ NĚMEC J. :Principy zdravotního pojištění, Grada Publishing, a. s., 1. vydání, Praha, 2008, str. 149, ISBN 978-80-247-2628-1.

⁶⁷ NĚMEC J. :Principy zdravotního pojištění, Grada Publishing, a. s., 1. vydání, Praha, 2008, str. 149, ISBN 978-80-247-2628-1.

zdravotní pojišťovny a „asociace nemocnic“ (Sdružení soukromých nemocnic České republiky, Asociace zdravotnických zařízení Středočeského kraje, Asociace českých a moravských nemocnic a Asociace nemocnic ČR).

Opět s velkou mírou zjednodušení a s využitím *terminologie* „teorie her a redistribučních systémů“ můžeme tuto spolupráci nazvat jako „**koalici**“ významných „hráčů“ v systému zdravotnictví, která rozhoduje a v budoucnosti má nadále rozhodovat o záležitostech *klasifikací a klasifikačních systémech* v oblasti akutní lůžkové péče při širším zavádění *DRG (Diagnostic Related Groups)*⁶⁸ jako úhradového mechanismu.

Lze spekulovat o tom, že právě na základě důsledného zavádění *DRG* systému, který by odhalil „nekalitní“ poskytovatele s nízkou produkcí a vysokou nákladovostí, je jedním z možných důvodů „**blokování**“ **reformních snah**. ze strany těchto poskytovatelů.

B. Samostatné ambulance

V navrhované reformě by se samostatných ambulančí asi nejvíce „dotkl“ koncept **nákupního modelu** zdravotní péče, podle kterého by zdravotní pojišťovny uzavíraly smlouvy se zdravotnickými zařízeními na definovaný druh a objem zdravotní péče na základě její kvality a ceny. Autoři reformy argumentují, že stávající stav **neumožňuje spravedlivě ocenit kvalitnější poskytovatele**.

Vzhledem k tomu, že jsem již v části pojednávající o zdravotních pojišťovnách uváděl argumentaci odpůrců (poskytovatelů) nákupního modelu (str. 93) a v kap. 3. 3. 4 (Analýza stavu před reformou pomocí redistribuční teorie) pojednávající o „**odměnách**“ a „**motivacích**“ **ambulantních lékařů** (str. 71), uzavřu možný dopad na samostatné ambulance konstatováním, že s velkou pravděpodobností většina soukromých ambulantních lékařů „**blokuje**“ a zřejmě i do budoucna bude blokovat pokusy reformovat stávající stav ve zdravotnictví.

4. Výrobci a dodavatelé léků a zdravotnické techniky

„**Odměna**“ této „skupiny hráčů“ je závislá na tvorbě cenového a úhradového mechanismu léčiv⁶⁹, který je velmi komplikovaný a v současné době (září 2010) Nejvyšší správní soud došel k závěru, že způsob, jakým se určují ceny a úhrady léků, je možná protiústavní. Ústavnímu soudu proto navrhl celý systém zrušit. Od roku 2008 ceny léků a to, kolik na ně přispívají zdravotní pojišťovny, stanovuje Státní ústav pro kontrolu léčiv. Na některé problémy s určováním cen a úhrad léků si stěžují pacienti i odborníci. Kritizují, že je systém příliš složitý, těžkopádný. Není také lehce předvídatelné, kdy se doplatky na léky změň a jak. Podle usnesení

⁶⁸ „DRG - jedná se zjednodušeně o „nástroj“ pro úhradu nemocniční péče. Vývoj tohoto klasifikačního systému započal v šedesátých letech minulého století na univerzitě v Yale v USA, s cílem najít nástroj monitorování a srovnávání nemocnic. Za své rozšíření vděčí především administraci programu Medicare, která tento klasifikační systém začala v roce 1983 používat jako nástroj pro úhradu nemocniční péče. V roce 1996 začala s verzí AP DRG (*All Patient DRG*) experimentovat pro potřeby úhrady nemocniční péče i VZP a od té doby klasifikační systém DRG zakotvil i v České republice, i když plnohodnotného použití zde zatím nedosáhl. Od roku 2003 má Ministerstvo zdravotnictví licenci na využívání verze IR DRG (*International Refined DRG*) od americké firmy 3M. Případy léčení, tj. pobyt pacienta od přijetí do ukončení pobytu v nemocnici, jsou klasifikovány v DRG do skupin na základě několika atributů každého případu – jako jsou hlavní diagnóza případu, vedlejší diagnózy případu, poskytnuté chirurgické výkony, věk a pohlaví pacienta a způsob ukončení pobytu v nemocnici. Způsob zařazení případu do jednotlivých DRG skupin je zvolen tak, aby případy v jednotlivých skupinách si byly klinicky a současně nákladově podobné. Tím, že klasifikační systém DRG případy zdravotní péče klasifikuje do přiměřeného počtu skupin na základě jejich klinické podobnosti, lze tento klasifikační systém použít pro objektivizaci hodnocení ukazatelů nemocniční péče. V této roli slouží jako nástroj pro úpravu hodnoty příslušného ukazatele s ohledem na složení souboru případů zdravotní péče, na kterém byl příslušný ukazatel spočítán. Lze tak objektivněji srovnávat ukazatele kvality, produkce a nákladovosti zdravotní péče mezi jednotlivými zdravotnickými zařízeními nebo skupinami zařízení. “(NĚMEC J. : Principy zdravotního pojištění, Grada Publishing, a. s., 1. vydání, Praha, 2008, str. 87, ISBN-978-80-247-2628-1.)

⁶⁹ „**Regulace cen léků prostřednictvím maximální ceny** - regulace se vztahuje na konečnou cenu léku pro spotřebitele. V samotném procesu stanovení maximální ceny platí jednoznačná pravidla. Výrobce podává návrh na stanovení maximální ceny a jeho návrh je přijat, pokud navrhovaná cena není vyšší než průměr vybraných cen tohoto léku v referenčních státech (v roce 2008 země tzv. referenčního koše byly Francie, Itálie, Maďarsko, Portugalsko, Řecko, Španělsko, Litva a Estonsko). **Úhrada léků z veřejného zdravotního pojištění** - zařazení léků do Seznamu léků hrazených z veřejného zdravotního pojištění a stanovení výše úhrady z veřejného zdravotního pojištění probíhá v rámci procesu *kategorizace*. V průběhu procesu kategorizace se transparentním způsobem posuzují vlastnosti a prospěšnost daného léku, tj. dochází k jeho ohodnocení určitým počtem bodů na základě předem daných kritérií zahrnujících účinnost a bezpečnost léku, závažnost a charakter onemocnění a farmakoekonomické zhodnocení. Výsledný počet bodů rozhodne o zařazení léku do Seznamu, stejně jako o podílu úhrady z veřejného zdravotního pojištění a o podílu spoluúčasti pacienta. Úhrada pojišťovny a doplatek pacienta jsou tedy proporcionální k ceně léku, která je nahlášena dodavatelem léku pro dané kategorizační období (tato cena nemůže být vyšší než maximální cena potvrzená ministerstvem financí a nesmí být během kategorizačního období překročena). V případě, že se po stanovení úhrady dodavatel léku rozhodne, že cenu léku dodatečně sníží, sníží se úměrně k ceně léku i úhrada pojišťovny. Stanovení úhrady léků se řídí principem referenčních skupin, tj. úhrada léků v dané referenční skupině je stejná a odpovídá úhradě nejlevnějšího léku ve skupině. Referenční skupiny jsou definovány na úrovni chemické látky. “ (HROBŇ P., MACHÁČEK T., JULÍNEK T. : Reforma zdravotnictví pro Českou republiku v Evropě 21. století, Reforma zdravotnictví-forum. cz, 1. vydání, 2005, str. 49-50.)

Nejvyššího správního soudu je současná právní úprava nejednoznačná a nejasná.⁷⁰ Pokud mu ústavní soudci vyhoví, přijde Státní ústav pro kontrolu léčiv o velkou část svých pravomocí a politici budou muset vymyslet nová pravidla.

Regulace cen léků a regulační poplatky jsou přitom jedinou z mála oblastí navrhované reformy, které se podařilo jejich tvůrcům prosadit. Z pohledu redistribuční teorie a opět s určitou mírou zjednodušení lze konstatovat, že v „redistribučním systému zdravotnictví“ „koalice poskytovatelů“ uhájila své postavení („odměny“) na úkor občanů⁷¹ a výrobců léčiv, tzn. jejich odměn.

Závěr

Smyslem diplomové práce bylo objasnění některých problémů vznikajících při vzájemné interakci mezi jednotlivými prvky složitého reálného systému, jakým je zdravotnictví, pomocí teorie redistribučních systémů. Smyslem práce nebylo prohloubení a další rozpracování ještě stále vytvářené a dosud nedokončené rozsáhlé teorie redistribučních systémů. Využitím základního modelu této teorie jako metody zkoumání reálného systému můžeme však zpětně platnost dané teorie „potvrdit“ a tím i ovlivnit její další používání při výzkumech v ekonomických a sociálních vědách.

V úvodu jsem si vytkl jako hlavní cíl práce dokázat, že v systému zdravotnictví není málo finančních zdrojů a že tyto zdroje jsou neefektivně alokovány, respektive dochází k redistribuci finančních zdrojů mezi jednotlivými subsystémy. Zejména jsem se chtěl vyhnout schematickému konstatování a zdůvodňování velké části teoretických prací z oblasti financování zdravotnictví, že „růst výdajů je způsoben prudkým technologickým pokrokem v medicíně a zvyšováním dostupnosti drahých technologií a léků pro pacienty...“.

Při dokazování, že v některém reálném systému je nebo není málo finančních zdrojů, musíme postupovat důkladným popisem a rozkrýváním všech finančních toků jednotlivých prvků tohoto systému. Přiřazením finančních zdrojů jednotlivým subjektům jsem z hlediska redistribuční teorie stanovil „odměny hráčů“, které jsou v práci předloženy v konkrétním finančním vyjádření.

Práce ukazuje, že v systému zdravotnictví je dostatek finančních zdrojů, které však vinou špatně nastavených motivací jeho jednotlivých aktérů mizí závratnou rychlostí. Zároveň tento „redistribuční systém jako celek“ je možné teoreticky vymezit jako subsystém vyššího redistribučního systému veřejného sektoru. V rámci uvedeného redistribučního systému subjekty (hráči) soutěží o zdroje s ostatními systémy veřejných výdajů (např. školství, věda, sociální výdaje aj.). To, že systém zdravotní péče je v této soutěži úspěšný, dokládají v práci předložená statistická fakta každoročního růstu výdajů na zdravotnictví.

Dalším důležitým krokem aplikace teorie redistribučních systémů je posouzení „výkonů hráčů“. Tento krok je zřejmě tím nejtěžším v aplikování teorie na reálné systémy. V práci jsem se zaměřil na hodnocení výsledků zdravotní péče, které by měly odrážet výkony jednotlivých poskytovatelů.

V současnosti lze i přes značný technologický pokrok tvrdit, že neznáme a neumíme dostatečně přesně měřit přidanou hodnotu investovaných prostředků do sektoru zdravotnictví, tzn., že růst výdajů ve zdravotnictví lze velmi obtížně exaktně doložit růstem přínosů pro veřejnost. Na tyto přínosy byla sice v posledních letech vytvořena poměrně náročná metodika (v práci předložená), která se však příliš v České republice nepoužívá nebo nezveřejňuje.

Lze jen spekulovat o tom, proč tomu tak je a proto si dovolím pouze vyslovit svůj názor bez předložení přímých důkazů. Zřejmě tento stav „nezveřejňování“ jasných a přesvědčivých ukazatelů přínosů pro veřejnost vyhovuje části poskytovatelů, která si však nárokuje slušné finanční ohodnocení. Konkrétní finanční toky a „odměny“ jednotlivých aktérů jsou v práci předloženy.

Medicína se dlouhou dobu vyvíjela jako disciplína založená na názorech, autoritách a zkušenostech, kde bylo pro objektivní posuzování málo prostoru. Z pohledu financování se jedná o velmi závažný jev. Pokud neznáme výsledky používaných postupů, nevíme, do kterých postupů a metod při omezených prostředcích investovat nejvíce úsilí (Není např. mnohem levnější určité preventivní opatření než nákladná invazivní léčba?). Je možné, že v blízké budoucnosti zjistíme, že byly vynaloženy velké prostředky na nefungující nebo málo efektivní léčbu. V takové situaci se potom uplatňují „skupinové zájmy“ a vznikají koalice na obranu těchto zájmů, které jen málo souvisejí s efektivitou zdravotní péče.

⁷⁰ <http://www.ct24.cz/domaci/102341-ceny-leku-se-mozna-urcuji-protiustavne/printversion/>

⁷¹ „**Odměna**“ **občana** před reformou spočívala v tom, že mohl spotřebovávat zdravotní péči téměř bez omezení a dle statistik toho v hojné míře i využíval. „Platba třetí stranou (pojišťovnou) bez spoluúčasti vede k bezplatnosti zdravotní péče v okamžiku jejího poskytování a spotřeby a významně tak ovlivňuje rozhodování o poskytování a spotřebě zdravotní péče na straně pacientů i lékařů. U pacientů se v souvislosti s pojištěním projevuje tzv. *morální hazard*, který vede k nedostatečné péči občanů o zachování vlastního zdraví, případně k nedostatečné motivaci dodržovat léčebný režim, ale také k tendenci nadužívání zdravotních služeb. Podobně reagují poskytovatelé, kteří vědí, že jimi navržená a poskytnutá péče bude pacientem přijata (neboť ji v danou chvíli nehradí) a třetí stranou zaplácena.“ (HROBŇ P., MACHÁČEK T., JULÍNEK T. : Reforma zdravotnictví pro Českou republiku v Evropě 21. století, Reforma zdravotnictví-forum. cz, 1. vydání, 2005, str. 68.)

Poměrně značná část diplomové práce se zabývá reformou zdravotnictví, jejíž nepříliš úspěšná realizace probíhá v České republice již od roku 2006. Reformu v redistribuční teorii můžeme zjednodušeně definovat jako změnu systému z jedné vzniklé nebo dojednané rovnováhy do jiné pomocí vyjednávání. Hry v redistribučních systémech nemají jednoznačné řešení a mají řadu rovnovážných stavů, které jsou ve vzájemném vztahu typu dilematu. Současný aktuální stav realizace reformy (leden 2011) má k dosažení rovnováhy v systému možná dál než v roce 2005 před zahájením realizace reformy.

Domnívám se, že každý subjekt, který nějakým způsobem posuzuje a hodnotí zdravotnický systém, vždy k této problematice přistupuje na základě buď osobních postojů a zkušeností nebo na základě předem připravené metodiky a teorie

(i kombinace je možná a pravděpodobná). Tudíž tento subjektivní pohled na tak složitou a rozsáhlou problematiku, jakou je zdravotnictví, se nemůže vyhnout ani mé předložené práci. Na rozdíl od mnoha politických, ideových a často i „maskovaně zjištných“ postojů k dané problematice jsem se snažil vycházet z co nejširších veřejných zdrojů a faktů, které jsem se následně snažil seřadit a zpracovat podle předem připravené metodiky a teorie. A teprve následně jsem se odvážil vyslovit svůj subjektivní názor, konfrontovaný však touto teorií a fakty.

Nalezení exaktního kvantifikovaného vztahu mezi finanční redistribucí aktérů (subsystémů) a jejich výkonem je úkolem přesahujícím rámce této práce a vyžaduje další zkoumání, k němuž jsem přinesl dílčí podněty a východiska. V současné době neexistují spolehlivá fakta o výstupech zdravotní péče jednotlivých poskytovatelů a tudíž není přesně znám jejich „výkon“. Jednotlivé zdravotní pojišťovny sice velmi přesně evidují *výkony* těchto poskytovatelů ve smyslu provedených přesně definovaných zdravotně-technických úkonů, ale tyto nevypovídají nic o efektivitě a přínosu pro pacienta.

Domnívám se, že v blízké budoucnosti bude obtížné zcela exaktně postihnout úplnou problematiku a vzájemně závislosti všech prvků ve složitých sociálních reálných systémech.

Teorie redistribučních systémů však dokáže navrhnout metodiku zkoumání a zpracovávání faktů a naznačit určité skryté předpoklady motivů chování prvků i v tak složitém sociálním systému, jakým je zdravotnictví.

Bylo by jistě zajímavé a hlavně přínosné touto metodikou analyzovat všechny systémy veřejného sektoru a rozkrývat tak všechny finanční toky, koalice a „odměny“ co největšího počtu prvků.

Seznam literatury

ČERMÁK, J., et al. : *UNIVERSUM. Všeobecná encyklopedie. 8. díl.* 1. vyd. Odeon. Praha 2001. 658 s. ISBN 80-207-1060-4 (soubor). ISBN 80-207-1070-3 (8. díl).

Česko. Zákon č. 48 ze dne 7. března 1997, o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů. In *Sbírka zákonů České republiky*. 1997. ISSN 1802-2707.

Česko. Zákon č. 280 ze dne 28. dubna 1992, o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, ve znění pozdějších předpisů. In *Sbírka zákonů České republiky*. 1992.

Česko. Zákon č. 551 ze dne 6. prosince 1991, o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky, ve znění pozdějších předpisů. In *Sbírka zákonů České republiky*. 1991.

Česko. Zákon č. 592 ze dne 20. listopadu 1992, o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, ve znění pozdějších předpisů. In *Sbírka zákonů České republiky*. 1992. ISSN 1802-2707.

Český statistický úřad: *Statistická ročenka České republiky 2009*. 1. vyd. Scientia. Praha 2009. ISBN 978-80-250-1948-1.

DLOUHÝ, M., FIALA, P. : *Úvod do teorie her*. 2. vyd. Oeconomica. Praha 2009. 119 s. ISBN 978-80-245-1609-7.

HARFORD, T. : *Logika života*. 1. vyd. Práh, s. r. o. Praha 2010. 247 s. ISBN 978-80-7252-301-6.

HROBOŇ, P., MACHÁČEK, T., JULÍNEK, T. : *Reforma zdravotnictví pro Českou republiku v Evropě 21. století*. 1. vyd. Občanské sdružení Reforma zdravotnictví. Praha 2005. 93 s.

CHYTIL, M., et al. : *Zpráva o možných změnách zdravotnictví v ČR. Identifikované problémy financování a možnosti jejich řešení*. 1. vyd. Midva. Praha 2009. 47 s. ISBN 978-80-85047-36-3.

CHYTIL, M., et al. : *Zpráva o stavu, vývoji a výhledu zdravotnictví v ČR. Zdravotnictví v číslech a názorech*. 1. vyd. DUKASE. Praha 2008. 300 s. ISBN 13 978-80-85047-35-6.

JANEČKOVÁ, H., HNILICOVÁ, H. : *Úvod do veřejného zdravotnictví*. 1. vyd. Portál, s. r. o. Praha 2009. 296 s. ISBN 978-80-7367-592-9.

KOUKOLÍK, F. : *Lidství. Neuronální koreláty*. 1. vyd. Galén. Praha 2010. 264 s. ISBN 978-80-7262-654-0.

KOUKOLÍK, F. : *Mocenská posedlost*. 1. vyd. Karolinum. Praha 2010. 280 s. ISBN 978-80-246-1825-8.

KOUKOLÍK, F. : *Sociální mozek*. 1. vyd. Karolinum. Praha 2006. 272 s. ISBN 80-246-1242-9.

MAŇAS, M. : *Hry v ekonomické teorii. Politická ekonomie*. 1995, vol. 43, no. 1. ISSN 0032-3233.

NĚMEC, J. : *Principy zdravotního pojištění*. 1. vyd. Grada Publishing, a. s. Praha 2008. 240 s. ISBN 978-80-247-2628-1.

PEKOVÁ, J., PILNÝ, J., JETMAR, M. : *Veřejná správa a finance veřejného sektoru*. 3. vyd. ASPI, a. s. Praha 2008. 712 s. ISBN 978-80-7357-351-5.

Ústav zdravotnických informací a statistiky: *Zdravotnická ročenka České republiky 2008*. 1. vyd. Praha 2009. 260 s. ISBN 978-80-7280-845-8.

VALENČÍK, R. : *Teorie her a redistribuční systémy*. 1. vyd. VŠFS, o. p. s. Praha 2008. 124 s. ISBN 978-80-7408-002-9.

Internetové odkazy

<http://www.szpcr.cz/> - Svaz zdravotních pojišťoven ČR
<http://www.aff.cz/programove-prohlaseni> - Česká asociace farmaceutických firem-Programové prohlášení
<http://www.aff.cz/clenove> - Česká asociace farmaceutických firem-Členové
<http://www.aifp.cz/cz/faq.php> - Asociace inovativního farmaceutického průmyslu-FAQ („Frequently asked questions“-„Často kladené otázky“)
<http://www.aifp.cz/cz/clenove.php> - Asociace inovativního farmaceutického průmyslu-Členové
<http://www.aifp.cz/cz/priority.php> - Asociace inovativního farmaceutického průmyslu-Priority
<http://www.czechmed.cz/o-nas> - Česká asociace dodavatelů zdravotnických prostředků CzechMed-O nás
<http://www.czechmed.cz/pracovni-skupina-1---uhrady-a-financovani-50> - Česká asociace dodavatelů zdravotnických prostředků CzechMed-Pracovní skupina 1
<http://www.czechmed.cz/clenove-54> - Česká asociace dodavatelů zdravotnických prostředků CzechMed-Členové
<http://www.czechmed.cz/ke-stazeni/83-brozura-czechmed-2009-2010> - Česká asociace dodavatelů zdravotnických prostředků-Brožura ke stažení

<http://www.sakcr.cz/akreditovana-zarizeni.php> - Spojená akreditační komise-Akreditovaná zařízení
<http://www.szpcr.cz/index.php?c=tisk> - Svaz zdravotních pojišťoven ČR-Nové směry financování zdravotní péče
<http://www.sukl.cz/4-ctvrtleti-a-za-cely-rok-2009> - Státní ústav pro kontrolu léčiv-Spotřeba léčiv v České republice v roce 2009
<http://www.tribune.cz/clanek/18806> - MEDICAL TRIBUNE cz (Tribuna lékařů a zdravotníků)-Generická preskripce by byla možná jen u jednoduchých léků
<http://www.ceskamedicina.cz/cz/ceska-medicina-novinky/nad-patenty-se-smraka> - CzechMedical.com-Nad patenty se smráká
<http://www.nrc.cz/cs/zakladni-informace-o-nrc> - Národní referenční centrum-Základní informace o NRC
http://healthreform.cz/content/files/cz/2009_08_Analyza_neprosazeni_reformy.pdf - REFORMA ZDRAVOTNICTVÍ FORUM CZ-Analýza-Proč nebyla v období 2006-2008 prosazena reforma zdravotnictví