

Vklad lázeňství do reformních snah českého zdravotnictví

Motto: České zdravotnictví se v mnohém může poučit z dosavadního vývoje lázeňství, nesmí však zapomenout, že lázeňství je zároveň jeho součástí.

České lázeňství prošlo v uplynulých letech bouřlivým vývojem. Privatizace v lázeňství naštěstí neproběhla tak, jak si její režiséři původně představovali, tedy prodejem jednotlivých nemovitostí. Díky společnému úsilí odborné lázeňské veřejnosti, Odborového svazu zdravotnictví a sociální péče ČR a podpoře tehdejšího ministra zdravotnictví Martina Bojara se podařilo privatizovat lázeňské organizace jako celky převážně na akciové společnosti. To umožnilo dobře vedeným lázeňským organizacím využít svých aktiv a překonat zděděná pasiva a nejen přežít, ale dále se rozvíjet. K prospěchu fungování lázní je totiž třeba, aby se rozvíjely balneoprovozy včetně dalších zdravotních a navazujících služeb, aby lázně poskytly kvalitní ubytování a stravování odpovídající evropským standardům a rovněž aby si udržely prostředí pro všestranně tělo i ducha obohacující pobyt lázeňských hostů.

Pouze zde v Karlových Varech se privatizovalo podle původního scénáře a negativní důsledky jsou dodnes patrné, když pasiva z minulosti zůstala v městském majetku. Pochopitelně lépe na tom byly a jsou lázně s vyšším podílem zahraniční klientely, ale rozvíjejí se i lázně s převahou klientely domácí. Následné změny vlastnictví spočívající v přechodu od majority privatizačních fondů ke konkrétním vlastníkům vytvořily předpoklad pro další investice do většiny lázeňských organizací.

Pozitivum privatizace v lázeňství tkví v tom, že z veřejných rozpočtů by zřejmě nebylo možno tak rychle a v takovém rozsahu měnit infrastrukturu lázeňských organizací.

Ukazuje se však že za daných okolností není pro rozvoj lázní určující pouze typ vlastnictví a zvolená hospodářsko-právní forma, ale zájem vlastníka či zřizovatele a kvalitní management. Pozitivní vývoj totiž vysledujeme u řady lázeňských organizací ve vlastnictví soukromém, obecním i státním, ať hospodaří jako obchodní společnosti, státní podniky nebo příspěvkové organizace. V případě příspěvkových organizací státu jsou limitujícím faktorem velmi přísná rozpočtová pravidla, která způsobují přílišnou závislost na rozhodování zřizovatele. Bohužel v lázeňském portfoliu nalezneme i takové lázně, o jejichž osud se můžeme obávat nebo které již zanikly - ty jsou však naštěstí v menšině.

Zřejmě jedině, co lze privatizaci lázeňství vyčítat je, že privátní vlastníci dali prioritu vytváření zisku a investování na úkor příjmů zaměstnanců. Mzdy zaměstnanců i ve srovnatelných povoláních a pozicích v lázeňství jsou, s výjimkou lékařů, nižší než mzdy a platy v jiných sektorech zdravotnictví. Pochopitelně že zaměstnavatelé využívají současné míry nezaměstnanosti v lázeňských regionech, ale na druhé straně by si měli uvědomit, že nižšími mzdami nemohou přitáhnout do lázeňství kvalitní pracovníky, a tím limitují kvalitu svých služeb pro klienty.

Lázeňství vstupovalo do privatizace s 19 tisíci lůžek. S nimi uspokojovalo požadavky nejen zdravotnictví, ale i rekreace. Druhá z majoritních zakázek zmizela. Lázně i dnes jsou ve větší či menší míře závislé na veřejné zakázce. Nejsou však pro veřejné zdravotnictví a jeho ekonomiku, tj. pro systém veřejného zdravotního pojištění, přítěží. Jednak netvoří rozhodující položku výdajů zdravotního pojištění, jednak mají pojišťovenské klientele co nabídnout. Lázeňská péče může pomoci v prevenci, léčbě a rehabilitaci řady onemocnění. Stávající systém zdravotnictví ale, bohužel, neuplatňuje při rozhodování o druhu poskytované zdravotní péče hlediska kvality a ekonomické efektivity. K tomu, abychom mohli lépe pochopit makroekonomické přínosy lázeňské péče, nám chybí souvislosti mezi jednotlivými – u nás nesmyslně oddělenými - sociálními systémy, tj. zdravotním a nemocenským pojištěním a

pojištění invalidity. Proto jsme do našeho bloku přednášek zařadili sdělení pana ředitele. Kothery o projektu zdravotních pojišťoven na propojení zdravotního a nemocenského pojištění. Kdybychom činili to, co konaly pojišťovny v první polovině tohoto století, dobrali bychom se jednoznačného rozhodování o tom, která lázeňská péče a v jakých případech má být hrazena z veřejných prostředků. Jsem proto nakloněn úvahám o změně indikačních seznamů a uplatňování jednotlivých forem lázeňské péče pro cílené skupiny pojištěnců, zatímco jednoznačné odsudky o nepříslušnosti lázeňské péče do péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění považuji za projevy osob zcela nekompetentních.

Již dnes je zřejmé, že poskytovatelé v některých medicínských oborech mají větší zájem o výsledky lázeňské péče, přinejmenším je sledují a v řadě případů i využívají ve prospěch svých pacientů, respektive na péči o svoji klientelu s lázeňskými organizacemi přímo spolupracují.

Míře komunikace a spolupráce odborníků v jednotlivých medicínských oborech s lázeňskými lékaři a balneology jistě neprospěla opakovaná kampaň za odstranění lázeňské péče ze zdravotního pojištění odůvodněná bezduchým mottem, že lázeňství ubírá peníze veřejnému zdravotnictví. Naštěstí se mnoho lékařů nedalo ovlivnit jednoduchými soudy a řídí se vlastním rozumem a objektivními informacemi o výsledcích lázeňské péče.

Je na posouzení odborníků, proč se jeví větší úbytek lázeňské klientely v lázních specifických pro indikace z oborů interní medicíny než z chirurgických. V Karlových Varech je tato otázka kombinovaná s důsledky dopadajícími zejména na město a částečně i na klienty nepovedené privatizace.

V mnohém dnes může být právě lázeňství dobrým příkladem českému veřejnému zdravotnictví a dát částečný návod nebo příklad pro řešení řady jeho zcela zásadních potíží:

1. Přestože veřejná zakázka českému zdravotnictví nebyla zatím jasně formulována, takže chyběla i českému lázeňství, podařilo se mu globálně odhadnout veřejnou poptávku a ve velké většině lázeňských organizací se dohodnout se zdravotními pojišťovnami a vytvořit si i další podmínky pro existenci, reprodukci a rozvoj. Lázeňství těží z výhody větší konkretizace vlastníků, respektive zřizovatelů. Nižší míra anonymity u právnických osob a méně negativního vlivu zájmových skupin, než je tomu v dalších segmentech veřejného zdravotnictví, přispívá kvalitě rozhodovacího procesu a hospodaření. Je to podnět k zamyšlení nad odstartovanou reformou veřejné správy a reformou zdravotnictví včetně perspektivy odstátnění.

To, k čemu došlo v lázeňství, je zatím diametrálně odlišné od záměrů, do kterých se nedávno pustila některá krajská zastupitelstva v transformaci nemocnic na obchodní společnosti. **Proč nelze okopírovat vývoj lázeňství v nemocničním sektoru?**

Lázeňství není sektorem síťovým, kdy velkou roli hraje územní či časová dostupnost služeb jako v případě akutní přednemocniční a nemocniční zdravotní péče. **Lázně jsou vázány místem na přírodní léčivý zdroj a patří do skupiny následné zdravotní péče** a lázeňské pobyty lze plánovat a můžeme považovat z štěstí, že naše země oplývá přírodními léčivými zdroji v hojnosti, byť nejsou pravidelně rozmístěny na celém území ČR, každopádně ne co se týče jednotlivých druhů léčivých přírodních zdrojů a tedy i příslušných indikací.

Zcela jiná je situace v nemocničním sektoru. Rozhodující je geografická, respektive časová dostupnost zejména akutní péče v jednotlivých oborech v kapacitě odpovídající demografické situaci, zdravotním charakteristikám obyvatel a hrozícím rizikům v regionu. Navíc je třeba brát v potaz, že všeobecné nemocnice jsou regionálními či místními monopoly se všemi klady a zápory chování takového ekonomického subjektu. Složitost zadání pro nemocniční sektor

tkví v tom, že v něm soupeří efektivita samotného subjektu nemocnice s efektivitou systému poskytování zdravotní péče, v našem českém případě s efektivitou v systému zdravotního pojištění. Souvisí to s vysokou mírou fixních nákladů subjektů poskytujících akutní lůžkovou péči. Dobrý je pak pouze takový zdravotní systém, který je schopen správně vybalancovat efektivitu plátců – zdravotních pojišťoven a efektivitu poskytovatelů ve smluvním vztahu k pojišťovnám. U nás tomu tak není, o čemž svědčí zadlužování pojišťoven i poskytovatelů. U nás problém tkví i v tom, že pojišťovnám a poskytovatelům do prostoru vnitřní regulace v systému zasahuje neadekvátně stát.

Dalším problémem, který nedovoluje pozitivní přenést zkušenosti z lázeňství do nemocničního sektoru a svádí ke snaze řešit transformaci pouze převodem příspěvkových organizací na obchodní společnosti, je rigidnost rozpočtových pravidel a nepříznivé zdanění příspěvkových organizací. Solí v očích některých zřizovatelů je rovněž jejich povinnost vyplácet platy podle státem nastaveného tarifního systému, přestože i cena práce nastavená státem je nízká. Jsem přesvědčen, že při odstranění ostatních negativ by do budoucnosti vyšší cena práce nemusela být závažným problémem.

Z následného procesu transformace nemocnic jasně vyplývá, že chyběly motivy vlastní skutečným odpovědným vlastníkům a že transformace na obchodní společnosti byla změnou více formální než skutečnou. Zástupci zřizovatele obsadili orgány obchodních společností bez ohledu na své profesionální schopnosti řídit či dohlížet na činnost společnosti, ředitelům byly okleštěny pravomoci namísto toho, aby byla zvýšena jejich odpovědnost a byla podpořena motivačními impulsy, nezměnil se styl podnikového řízení, nezměnila se organizace práce. Namísto socialismu státního existuje socialismus krajský byť zahalený do roušky změny hospodářsko-právní formy.

2. Lázně svojí nabídkou standardní i nadstandardní péče nejen zahraniční, ale i české klientele zprostředkují vstup soukromých financí ve prospěch jednoho ze segmentů veřejného zdravotnictví. Pochopitelně, že ve značné míře je tento proces vstupu soukromých financí do veřejného zdravotnictví zmnožen investováním samotných vlastníků privatizovaných lázní. Prostřednictvím přímých úhrad a připojištění nadstandardní péče takto soukromé finance tvoří další zdroj veřejného zdravotnictví a další prostředek solidarity bohatých s chudými, jako je tomu ve většině západoevropských zemí. Nevyužitím této možnosti v jiných segmentech zdravotní péče sami okrádáme české veřejné zdravotnictví, platí to zejména pro instituce ústavní zdravotní péče. Mix veřejných a soukromých financí je pro jakýkoliv segment zdravotnictví jednoznačným pozitivem.

3. Přestože v lázeňství nemá síťový charakter, neexistují regionální a lokální monopoly jako například v nemocniční péči a panuje v něm skutečná konkurence, funguje v něm čilá komunikace. Bohužel nikoliv napříč celým segmentem. Protože Svaz léčebných lázní jako zájmové sdružení působí velmi autonomně až osamoceně a neetabluje se jako svaz zaměstnavatelský, nedaří se završit sektorový sociální dialog a v důsledku toho je tento významný segment zdravotní péče a cestovního ruchu společensky poškozen. Zájmy lázeňství nejsou totiž reprezentovány v Radě hospodářské a sociální dohody, na rozdíl od zájmů zaměstnavatelů v jiných, lobbisticky čilejších odvětvích.

Předpokládali jsme, že s pokračováním a završením privatizačního procesu se zvýrazní dialog odborů se samotnými vlastníky lázní. Proto jsme již v uplynulých letech na konferencích lázeňství iniciovali témata sekcí zaměřená na sociální dialog: byla to témata sekcí „Lázeňství - regiony - zaměstnanost“, „Lázeňství a vzdělávání“, Lázeňství a Evropská unie“, kde jsme se věnovali změnám v pracovním právu a zdravotnické kvalifikaci v souvislosti se vstupem ČR do EU. Bohužel naše iniciativa zatím nepadla na úrodnou půdu.

Zcela jiná situace z pohledu našeho odborového svazu je ve vztahu k reprezentaci samosprávy v lázeňství. Sdružení lázeňských míst ČR intenzivně spolupracuje s reprezentativním sdružením odborových organizací v lázeňství - Odborovým svazem zdravotnictví a sociální péče ČR, čehož projevem je i opakované angažmá našeho svazu na této konferenci pořádané každoročně sdružením.

4. Od roku 1993 se financování zdravotní péče poskytované pojištěncům v léčebných lázních postupně měnilo jak pro složku tzv. hotelovou, tak pro poskytované léčebné výkony. Byly zavedeny standardy vybavení a výkonů, a tím je vztah obsahu a kvality péče a ceny zcela transparentní a kontrolovatelný. Tím se lázeňství odlišuje od ostatních segmentů veřejného zdravotnictví, které zřejmě změna úhradových systémů, a tím i motivace, teprve čeká.

5. Na příkladu lázeňství se ověřuje, že podnikatelské subjekty (obchodní společnosti, státní podniky) v českém podnikatelském prostředí (právní prostředí, pravidla hospodaření, daňový systém aj.), mají šanci, byť není ideální, svojí činností nejen zajistit prostou reprodukci, ale vytvářet zisk a směřovat samostatně či zprostředkovaně bez ingerence státu k vlastnímu rozvoji. Tyto předpoklady nejsou vinou státu vtěleny obecně neziskovému sektoru. Ten v důsledku špatně nastaveného daňového systému bude zřejmě dále strádat svojí závislostí na doposud netransparentních přerozdělovacích procesech státu, odborně nepodložených a nekompetentních rozhodnutích a jeho neefektivní byrokracií. Protože neprofitní organizace tvoří páteř některých segmentů zdravotní péče, trpí těmito obecnými nedostatky podstatné součásti zdravotních služeb.

Bylo by proto dobře, kdyby se kormidelníci českého zdravotnictví poučili z vývoje v lázeňství tím, co lze aplikovat obecně nebo alespoň v některých segmentech, jak se to pokusím na závěr shrnout:

* Lázně plní přiměřeně veřejnou zakázku a doplnily ji dalšími poskytovanými službami tak, že prostřednictvím výnosů z veřejných a soukromých financí dosáhly nejen zachování kapacit, ale i rozvoje, přičemž samy nesou veškerá rizika svého podnikání.

* Lázně nabízejí služby plně i částečně hrazené a nehrazené ze zdravotního pojištění.

* Při plnění veřejné zakázky se lázně s pojišťovnami dohodly na úhradovém systému, který svojí tvorbou (neříkám výší) odpovídá standardům poskytované zdravotní péče a ubytovacích služeb. Vyrovnání cen a úhrad bude souviset s další ekonomickou integrací ČR do Evropy a vstupem ČR do eurozóny.

RNDr. Jiří Schlanger

předseda Odborového svazu zdravotnictví a sociální péče ČR

Karlovy Vary 8. 10. 2004