



**Výzkumný ústav balneologický, v.v.i., Mládežnická 211,  
Mšené-lázně, 41119, [www.balneologie.eu](http://www.balneologie.eu)**

**RIS3**

## **STRATEGIE LÁZEŇSTVÍ ÚK**

Projekt je realizován s finanční podporou Ústeckého kraje

Mšené-lázně

**Listopad 2013**

Výzkumný ústav balneologický, v.v.i., [www.balneologie.eu](http://www.balneologie.eu)



Název úkolu: **RIS3- Research Innovation Strategy 3**

Název projektu: **Strategie lázeňství ÚK**  
(RIS3L–inovační strategie lázeňství Ústeckého kraje 2014 – 2020)

Číslo smlouvy u poskytovatele: **13/SML 1102**  
Číslo smlouvy u příjemce: **002/2013-RIS3L**

Poskytovatel  
dotace: **Ústecký kraj**  
Velká Hradební 3118/48  
40002 Ústí nad Labem  
IČ: 70892156, DIČ: CZ70892156

Zhotovitel: **Výzkumný ústav balneologický, v.v.i.**  
Mládežnická 211  
411 19 Mšené-lázně  
IČ: 86652061, DIČ: CZ86652061

Vedoucí projektu: Ing. František Och

Řešitelé projektu:

RNDr. Ondřej Mráz  
RNDr. Jirí Schlanger  
Prof. RNDr. Jana Zvářová, DrSc  
MUDr. Ľubomír Mankovecký, CSc  
MUDr. Darina Kosorinová  
MUDr. Jan Medonos  
MUDr. Jan Štěrba  
Ing. Václav Dvořák, MBA  
Ing. Josef Břiza  
Mgr. Roman Marek

Statutární zástupce ústavu: Ing. Václav Dvořák, MBA, ředitel

.....

Datum zpracování: 30. listopad 2013

Výzkumný ústav balneologický, v.v.i., [www.balneologie.eu](http://www.balneologie.eu)

## Obsah:

Abstract

Anotace

1. Zkratky použité v textu .....	6
2. Úvod.....	7
3. Analýza inovačního potenciálu lázeňství Ústeckého kraje .....	8
3.1. Instituce s potenciální možností participace na výzkumu a inovacích v ÚK .....	8
3.2. Inovační poptávka .....	8
3.3. Inovační nabídka VÚB .....	10
4. Příspěvek k vytváření společné vize RIS3 ÚK za lázeňství .....	11
4.1. Park sociálních inovací Mšené-lázně.....	14
4.2. Výzkumný ústav balneologický, v.v.i .....	15
5. Argumenty k zahrnutí RIS3L (vize priorit 1 a priorit 2) mezi inovační domény RIS3 ÚK ...	16
6. Možní klíčoví aktéři platformy RIS3L v RIS3 .....	16
7. Návrh strategických cílů v RIS3L ÚK .....	18
7.1. Cíle pro strategii inteligentní specializace .....	18
7.2. Hlavní strategický cíl .....	18
8. Implementace a evaluace .....	21
9. Závěr .....	23
10. Literatura .....	24

Přílohy:

1. Analytické poznámky k situaci v českém lázeňství
2. Vybraná data z UZIS k lázeňství do roku 2012.

## Abstract

Project RIS3 of spa-industry in Ústí region after analytical evaluation formulates two basic strategic innovation visions.

**Vision 1** Innovative development of traditional spa treatment technologies that use natural healing resources and primarily knowledge of evidence based medicine. The main strategic objective is to defend the role of Czech spas as an important element of the effectiveness of primary preventive care and rehabilitation.

**Vision 2** Use of professional and scientific capacity of the Czech spa-industry to participate in a totally new program aiming to provide medical and preventive care in the field of Ageing, especially for maintaining the working ability of people aged 50+. The concept of the program Horizon 2014 - 2020, which contain societal challenge of Health, demographic change and wellbeing will be the design and implementation of appropriately targeted social innovation.

Project RIS3 of spas in Ústí region is focused on solutions of:

- Situation in the Czech spas countrywide, where impact of the emergency austerity measures of the Ministry of Health led to restrictions of spa treatment. These measures are applied regardless of the actual and objectified effectiveness of health technologies. In the majority of Czech spas the numbers of medical, physiotherapy and other spa staff is being reduced. There is a threat of losing professional capacities, based on traditional practices of natural healing resources and a proven educational system in Balneology and Balneo-technique, which will be difficult to recover. Situation of spa operators in the Usti region is similar.

- Critical situation characterized by fact that the Ústí Region makes one third of the national number of jobseekers aged 50+. The number is approx. 48 thousand persons from a country total of 150 thousand aged 50+. But serious situation like this in the Usti region presents also motivating opportunity to become domiciled department with national scope for social innovations in the domain of disadvantaged group aged 50+. So far, nobody is addressing this solution in the Czech Republic. According to pilot reports prepared by VUB (Research Institute of Balneology), both research and implementation capacities are available in the Usti Region.

Both the above mentioned shortages should be used to initiate innovative strategic solutions of essential innovative domain of the Ústí Region, namely social innovation targeting group aged 50+. On the one hand, the gradual release of technical and scientific capacities in the spas of Ústí Region that occurs anyway, could be used to deal with implementation of the project step-by-step. On the other hand, it is necessary to create the organizational conditions of work center for social innovation, focusing on the maintenance and development of physical and mental fitness of 50+ with the working title “**Social Innovation Park**”.

VUB (Research Institute of Balneology) is the only scientific- research institute in the Ústí nad Labem region, which participates actively in the work of the Council for Ageing and Age Management under the auspices of the MLSA. VUB is the main initiator to realize the inclusion of this issue in the framework of social innovation. VUB is engaged in looking for solutions of this issue as part of preparations of the above mentioned program Horizon 2014 - 2020 and intends to join the Europe-wide trend in Ageing. Although the existence of VUB lasts only a few years, it became part of the scientific community in the Usti region. The present challenges arising from Vision 1 and Vision 2, should be solved not only based on Ústí region' capacities, but also with engagement of the Czech and international capacities as commonly used in the EU framework programs.



## Anotace

Projekt RIS3 lázeňství Ústeckého kraje po analytickém hodnocení formuluje dvě základní strategické inovační vize.

**Vize 1** Inovační rozvoj tradičních technologií lázeňské péče využívajících přírodní léčivé zdroje. Používá především poznatky medicíny založené na důkazech. Hlavní strategický cíl obhájit roli českých lázní jako důležitého prvku efektivnosti primární preventivní péče a rehabilitace.

**Vize 2** Využití odborných a vědeckých kapacit českého lázeňství pro účast na zcela novém programu poskytování léčebné a preventivní péče v oboru Ageing, především pro udržování pracovní schopnosti osob 50+. V pojetí programu Horizon 2014 – 2020, kde je vyhlášována sociální výzva Health, demographic change and wellbeing (Zdraví, demografické změny a životní pohoda) půjde o návrh a implementaci příslušně zaměřené sociální inovace.

Projekt RIS3 lázeňství Ústeckého kraje je zaměřen na řešení:

- Situace českého lázeňství, kde nárazová úsporná opatření Ministerstva zdravotnictví ČR vedou k omezování lázeňské péče. Tato opatření jsou aplikována bez ohledu na skutečnou a objektivizovanou efektivnost zdravotnických technologií. Ve většině českých lázní dochází ke snižování početních stavů lékařského, fyzioterapeutického a ostatního lázeňského personálu. Hrozí tak obtížně napravitelná ztráta odborných kapacit, založených na tradičních postupech využívání přírodních léčivých zdrojů a na ověřeném systému vzdělávání v balneologii i balneotechnice. Situace lázeňských subjektů v Ústeckém kraji je obdobná.
- Kritické situace charakterizované třetinovým podílem Ústeckého kraje na celostátním počtu žadatelů o práci ve věku 50+ . Jde o cca 48 tis. osob z celkového počtu cca 150 tis. žadatelů ve věku 50+. Tato vážná situace v Ústeckém kraji je však zároveň motivující příležitostí stát se domicilem pracoviště s národní působností pro doménu sociálních inovací ve skupině znevýhodněných osob 50+. V rámci České republiky se takovým řešením nikdo nezabývá. Podle pilotní zprávy zpracované VÚB jsou v Ústeckém kraji disponibilní výzkumné i implementační kapacity.

Obě uvedená negativa se musí využít k iniciaci strategického řešení zásadní inovační domény Ústeckého kraje, kterou bude projekt Sociální inovace 50+. Na jedné straně pro řešení a etapovou implementaci projektu lze využít postupně se uvolňujících odborných a vědeckých kapacit v lázeňství Ústeckého kraje. Na druhé straně je nutné vytvořit organizační předpoklady pracoviště centra sociálních inovací, zaměřené na udržování a rozvoj fyzické a duševní kondice 50+ s pracovním názvem **Park sociálních inovací**.

Výzkumný ústav balneologický v.v.i. (dále jen VÚB) je jediným vědecko-výzkumným pracovištěm v Ústeckém kraji, které se podílí aktivně na práci Rady vlády pro Ageing a Age management pod gesci MPSV ČR. VÚB je hlavním iniciátorem realizovaného začlenění této problematiky do okruhu sociálních inovací. VÚB pracuje na řešitelské účasti k této problematice v rámci příprav výše zmíněného programu Horizon 2014 – 2020 a hodlá se tak připojit k celoevropskému trendu v oblasti Ageing.

Přestože existence VÚB trvá teprve několik let, stal se součástí vědecko-výzkumné obce v Ústeckém kraji. Předmětné úkoly vyplývající z vizí 1 i 2 je však nutné řešit nejen kapacitami Ústeckého kraje, ale i českými a zahraničními kapacitami tak, jak to je obvyklé v rámcových programech EU.

## 1. Zkratky použité v textu:

AIFP – Asociace inovativního farmaceutického průmyslu  
Ageing – stárnutí -hromadění změn fyzických, psychických a sociálních v osobě v průběhu času.  
angl. – angličtina (Aging – výraz používaný ve Spojených státech amerických)  
AM – z angl. Age Management - řízení zohledňující věk zaměstnanců  
APZ – Aktivní politika zaměstnanosti  
a.s. – akciová společnost  
AV ČR – Akademie věd České Republiky  
ČR – Česká Republika  
ČUS – Česká Unie Sportu  
EK – Evropská komise  
EP – Evropský Parlament  
EU – Evropská unie  
FSE – Fakulta sociálně ekonomická, UJEP, Ústí nad Labem  
FZS – Fakulta zdravotnických studií, UJEP, Ústí nad Labem  
FSZ – finanční spoluúčast zaměstnanců  
GB – z angl. Great Britain – Velká Británie  
HSC – hlavní strategický cíl  
HTA – z angl. Health Technology Assessment – hodnocení zdravotnických technologií (některý překlad: intervencí)  
Inv. – invalidní  
JEP – Jana Evangelisty Purkyně  
MěÚ – Městský úřad  
MIS - z angl. Management Information System, informační systém zpracovávající nesetříděné údaje z databází, dle požadavků uživatele, za účelem zkvalitnění vedení organizace.  
m.j. – mimo jiné  
MŠMT – Ministerstvo školství mládeže a tělovýchovy ČR  
MPSV ČR – Ministerstvo práce a sociálních věcí České Republiky  
Nám. – náměstí  
Např.- například  
NAP – národní akční plán  
Nezam. – nezaměstnaných  
NH – národní hospodářství  
NSR - Německá Spolková Republika  
OP LZZ – operační program lidské zdroje a zaměstnanost  
o.s. – občanské sdružení  
o.p.s. – obecně prospěšná společnost  
OP EU – operační program Evropské Unie  
PLZ - Přírodní Léčivý Zdroj  
PSI – Park sociálních inovací  
Resp. - respektive  
RIS3- Research Innovation Strategy 3 – (podle MŠMT: výzkumné a inovační strategie pro inteligentní specializaci)  
RIS3L–Strategie lázeňství Ústeckého kraje 2014 – 2020  
Sb. – sbírka zákonů  
s.r.o. – společnost s ručením omezeným  
S3 - z angl. Smart Specialization Strategy = strategie inteligentní specializace



SK – sportovní klub  
SW – z angl. software – programové zařízení počítače  
Tab. – tabulka  
TJ – tělovýchovná jednota  
UJEP – Univerzita Jana Evangelisty Purkyně v Ústí nad Labem  
ÚK – Ústecký kraj  
VŠFS – vysoká škola finanční a správní  
VÚB – Výzkumný ústav balneologický, v.v.i.  
v.v.i. – veřejná výzkumná instituce  
WAI – z angl. Work Ability Index (index pracovní schopnosti)

## 2. Úvod

Strategie lázeňství Ústeckého kraje 2014 - 2020, dále jen RIS3L, je zpracována jako dílčí samostatná studie v rámci RIS3 (Research Innovation Strategy3, kde S3 charakterizuje Smart Specialization Strategy = strategie inteligentní specializace). Práce byly prováděny s ohledem na metodiku Výzkumných a inovačních strategií pro inteligentní specializaci spravovanou MŠMT.

Hlavním výstupem RIS3L je nalezení silné stránky ve sféře výzkumu, vývoje a inovací v lázeňství regionu pro podporu konkurenceschopnosti, zaměstnanosti, humanitní a ekonomické prosperity.

Podle lit. [2] – Guide to Social Innovation, jsou inovace rozlišovány na tradiční (technické, resp. podnikové) a sociální inovace, případně jejich kombinace.

Obecně v EU dosud převažovaly tendence podpory tradičních technických inovací spojených s výzkumem a vývojem nad podporou sociálních inovací. Inovační politika EU pro roky 2014 až 2020 je orientována na oba typy inovací s analogickým důrazem. Charakter předmětné RIS3L ÚK má převažující znaky sociální inovace.

V RIS3L ÚK je kladen důraz na inovace a koncentraci omezených lidských a finančních zdrojů alokovaných do výzkumu a inovací s cílem povzbudit ekonomický růst a prosperitu regionu. Výzkum, vývoj a postupná iniciace zavádění cílové inovační změny zajistí, že strategický inovační rozvoj lázeňství a jeho inovativně rozšířená sociálně-ekonomická role v Ústeckém kraji v příjmech a zaměstnanosti se může rozvíjet daleko dynamičtěji než v oborech průmyslu a v zemědělství.

Zpracovatelé nabídli komunikaci již v průběhu řešení Krajské koordinační platformě pro RIS3 strategii. To se realizovalo formou účasti zástupců řešitelského týmu v pracovních skupinách pro přípravu Regionální inovační strategie Ústeckého kraje.

Projekt RIS3L je zpracován a orientován na:

- Stávající vizi 1 poslání lázeňských subjektů v Ústeckém kraji.
- Novou vizi 2 poslání vybraných lázeňských subjektů v ÚK, VÚB.

### 3. Analýza inovačního potenciálu lázeňství Ústeckého kraje.

#### 3.1. Instituce s potenciální možností participace na výzkumu a inovacích v lázeňství ÚK

- Výzkumný ústav balneologický, v. v. i., jako hlavní řešitel
- Město Klášterec nad Ohří, jako lázeňské místo,
- Lázně Evženie a.s., vlastník MěÚ Klášterec n. Ohří, nájemce ARC-MED s.r.o.
- Město Bílina, jako potenciální lázeňské místo
- Lázně Teplice a. s.
- Statutární město Teplice, nám. Svobody 2, 415 95 Teplice, jako lázeňské místo,
- Lázně Mšené a. s.
- Obec Mšené-lázně jako lázeňské místo
- Tereziny lázně Dubí a. s.
- Univerzita J. E. Purkyně v Ústí nad Labem, Fakulta zdravotnických studií
- Univerzita J. E. Purkyně v Ústí nad Labem, Fakulta sociálně ekonomická
- Výzkumný ústav pro hnědé uhlí, a. s., Most
- Úřad práce České republiky – krajská pobočka v Ústí nad Labem

#### 3.2. Inovační poptávka

Inovační poptávka jako poptávka po změnách je vyvolána jednak stávajícími kritickými problémy způsobujícími ztrátu udržitelnosti role českého lázeňství v systému zdravotní péče a jednak evropskými i českými dokumenty identifikujícími prevenci a ageing jako významné priority péče o zdraví a o sociální inovace, tj:

##### V českém lázeňství

- Nepříznivým vývojem v lázeňství v České republice, kdy více než 20 let chybějící vědecko-výzkumná základna vedla ke stagnaci českého lázeňství v rámci resortu zdravotnictví. Český inspektorát lázní spolu se Svazem léčebných lázní ČR nenašel a neformuloval průkaz zdravotní a ekonomické efektivnosti lázeňské péče. Zcela chybí pojetí lázeňství jako součást systému primární zdravotní prevence. Některé lázeňské subjekty (např. Jánské lázně, Lázně Velichovky, Lázně Lipová), jsou buď v insolvenční nebo v primární platební neschopnosti, některé v minulých letech zanikly – Lázně Bílina, nebo hledají svoji novou identitu). Pro udržitelnost lázeňství se jako argumentační instrumentarium používá spíše hledisko lokální zaměstnanosti místo kritérií ekonomické, léčebné a preventivní zdravotní efektivnosti. Více viz příloha č. 1 Analytické poznámky k situaci v českém lázeňství

- Potřebou existence potřebných dat ze systému zdravotní péče využitelných pro sledování efektivnosti. Podle dosavadních zjištění lze výtěžit část dat z archivů jednotlivých lázní, která sledují změnu zdravotního stavu pacienta při vstupu, během a po lázeňském léčení.

- Inspektorát Životního prostředí v ÚK a stejně tak Český inspektorát lázní MZ ČR budou v krátké době potřebovat analýzu systému ochrany přírodních léčivých zdrojů v případě prolomení limitů těžby.



### V české ekonomice a EU

- Nejasnými hranicemi financování sociálních a zdravotních služeb.
- Komplexním přístupem k rozvoji proklamovanému ve Strategii Evropa 2020, která představuje rámec priorit podpory ze strukturálních fondů v programovém období 2014 +.
- Úkoly vyplývajícími z Nařízení EP a EK k přípravě S3 strategií na národní a regionální úrovni, ze dne 14. 3. 2012.
- Implementaci vybraných opatření Národního akčního plánu podporujícího pozitivní stárnutí pro období 2013 – 2017 schváleného vládou ČR bez projednání v únoru 2013 a zpracovávaného pracovní skupinou při Radě vlády pro Age Management. VÚB se na jednání této pracovní skupiny aktivně zúčastňuje.
- Nepříznivým celkovým vývojem v zaměstnanosti mladých osob po absolvování vzdělání a stárnoucích osob 50+ v České republice a zejména v Ústeckém kraji (viz tab.č. 1).

**Tab. č. 1:** Struktura uchazečů o zaměstnání podle věku (<25 let a 50+) v ČR porovnání let 2011 a 2012.

(Upraveno podle zdroje MPSV ČR: Analýza vývoje zaměstnanosti a nezaměstnanosti v roce 2012 )

Věková kategorie	No k 31. 12. 2011		No k 31. 12. 2012		Meziroční rozdíl	
	v tis.	v %	v tis.	v %	v tis.	v %
CELKEM	508,5	100	545,3	100	36,8	7,2
15 - 19 let	23,1	4,5	24,2	4,4	1,1	4,8
20 - 24 let	68,9	13,5	74,5	13,7	5,6	8,1
do 25 let	91,9	18,1	98,7	18,1	6,8	7,4
nad 50 let	132,3	26	144,6	26,5	12,3	9,3
CELKEM <25 & 50+	224,2	44,1	243,3	44,6	19,1	16,7

**Tab.č. 2:** Analýza vývoje zaměstnanosti a nezaměstnanosti v roce 2011 (MPSV ČR)

	Σ uchazečů o zaměstnání	Σ uchazečů o zaměstnání 50+ 65	Z toho ÚK	Pozn.
12. 2010	561 551	155 300	61 947	Při míře nezam. 13,9%
12. 2011	508 451	131 900	58 087	Pokles převážně zvýšeným počtem předčasných odchodů do důchodu nebo inv.důchodu

Hlavní příčinou jsou chybějící pracovní příležitosti a další příčinou **neexistující podpora pracovní schopnosti u stárnoucí populace 50+ a pouze pasivní sledování pracovní neschopnosti v ČR.** Tato příčina je provázena nižším podílem osob se středním a vysokoškolským vzděláním ve vzdělanostní struktuře kraje ve srovnání s průměrem ČR., dále nižším počtem studentů na středních a vysokých školách na 1000 obyvatel kraje ve srovnání

s průměrem ČR, nižší počtem pracovníků ve vědě a výzkumu na 1000 obyvatel ve srovnání s průměrem ČR (Závěry Aktualizace strategie udržitelného rozvoje Ústeckého kraje z 5. února 2010, především Prioritní osa III Zdravá a soudržná společnost).

### 3.3. Inovační nabídka VÚB

Tato inovační nabídka je dána:

1. VÚB řeší od roku 2012 vybraná témata v oboru medicínských a ekonomických aspektů sociálních inovací:

- Vlastní pilotní studie o zařazení a využití kategorie sociálních inovací v sociálních podnicích, založených na společenské odpovědnosti zakladatelů a poskytovatelů sociálních a zdravotních služeb. Zde se rozvíjí i myšlenka aplikace nástroje Finanční spoluúčasti zaměstnanců (FSZ), která by umožnila sociálnímu podniku přežít kritická období financování těchto služeb. Výsledky této studie jsou základem připravované spolupráce s Fakultou humanitních studií Univerzity Karlovy v Praze, dále s VŠFS Praha, aj.
- Předmětný projekt RIS3L, který řeší inovaci vize a poslání lázeňských a léčebně-rehabilitačních subjektů směřující do oboru Ageing (stárnutí populace), Age Management.
- Vlastní pilotní studie pro ochranu přírodních léčivých zdrojů a životního prostředí kraje.
- Zařazení Sociální inovace do krajské RIS3 a do celonárodní inovační strategie ve spolupráci s Technologickým centrem AV ČR.
- Koncepční studie procesů řízení, souborů dat a informačního zabezpečení v dílčím systému Age Management, který by se měl stát podkladem pro spolupráci s významnými SW firmami při implementaci Age Managementu do MIS v rámci systému řízení podniku.

2. Inovační schopností některých lázeňských subjektů, především Lázní Teplice a.s. a Lázní Mšené a.s., které se angažovaly v balneologickém výzkumu a již v minulosti zřídily vědecké rady, apod. Stále ještě představují významné odborné i technické kapacity využitelné pro rozšířenou vizi a poslání lázní.

3. Inovační schopností dalších spolupracujících organizací, jmenovitě Výzkumného ústavu práce a sociálních věcí v.v.i. Praha, Asociace Inovativního Farmaceutického Průmyslu, Výzkumného ústavu pro hnědé uhlí, a. s. Most, Výzkumného ústavu vodohospodářského T. G. Masaryka, v.v.i., Praha, Ústavu informatiky AV ČR v.v.i., oddělení medicínské informatiky a statistiky a orientace na využití HTA, Katedry biomedicínské techniky Fakulty biomedicínského inženýrství ČVUT, fakult Univerzity Karlovy v Praze (lékařské fakulty, fakulta humanitních studií), VŠFS o.p.s. (pracoviště Praha a Most), EuroMISE Mentor Association o.s., odborných Českých lékařských společností J. E. Purkyně, především Academia balneologica bohemia o.s. , aj.

4. Působností Úřadu práce České republiky – krajské pobočky v Ústí nad Labem

## 4. Příspěvek k vytváření společné vize RIS3 ÚK za lázeňství

Vize Regionální inovační strategie Ústeckého kraje se v současné době tvoří pod vedením řešitele BERMAN GROUP s.r.o. ve struktuře vize, globální cíle a jejich rozpracování do opatření. Souběžně je řešen RIS3 (zkratka od research innovation strategy, kde S3 znamená Smart Specialization strategy), který je koordinován a řízen MŠMT ČR. Projekt RIS3L ÚK má ambici v hlavních výstupech se začlenit do zpracovávaných dokumentů RIS3 kraje.

Stávající mise lázeňství v Ústeckém kraji:

Stávající mise lázeňství v ÚK vykazuje obdobné problémy jako české lázeňství a zřejmě není schopná zajistit trvale udržitelný rozvoj a tím i udržitelnou existenci lázeňství.

Návrat ke společenskému postavení lázní v období před první světovou válkou a mezi světovými válkami je v nynějších podmínkách úhrad z veřejného zdravotního pojištění nereálný a inovativní postupy jsou nezbytné. Dědictví lázeňské péče z období socialismu, kdy nízké nároky na prostorové a technické vybavení umožňovaly lázeňský pobyt statisícům pacientů ročně, bez investic do zlepšování úrovně ubytovacích kapacit, do rozvoje léčebných procedur, se na lázeňství podepsalo negativně.

Po roce 1989 došlo k postupnému zlepšování hlavně ubytovacích kapacit, lázeňského technologického vybavení a lázeňského prostředí. V dnešní nabídce lázeňských pobytů je již samozřejmostí potřebný ubytovací komfort, s bezbariérovým přístupem a s možností využití širokého spektra lázeňských metod a doprovodných služeb. Prosperita lázeňství je bez významných, především legislativních a léčebně preventivních změn, neudržitelná z důvodu nenaplnění léčebných kapacit lázní, což je zejména důsledek vyhlášky 267/2012 Sb. Ministerstva zdravotnictví ČR, kdy došlo ke změně „Indikačního seznamu pro lázeňskou léčebně rehabilitační péči o dospělé, děti a dorost“. Negativní dopad této vyhlášky na lázeňství má působnost celorepublikovou.

**Nová vize RIS3L** je formulována ve dvou úrovních priorit orientovaných na:

### Vizi s Prioritou 1:

Lázeňství bude pro zajištění zdraví obyvatelstva a wellbeing poskytovat inovované lázeňské léčebné a preventivní služby:

- založených na tradici lázeňských procedur využívajících přírodní léčivé zdroje,
- využívajících **inovované léčebné a preventivní postupy** lázeňské péče na podkladě nových medicínských poznatků založených na objektivních důkazech,
- na základě **postupně expertně vytvářeného systému klinicky doporučených postupů, vyhodnocovaných systémem HTA** (Health Technology Assessment, česky - hodnocení zdravotnických technologií).

Do roku 2011 lázeňství pracovalo za podmínek daných Zákonem o péči o zdraví lidu a tzv. lázeňským zákonem (Zákon o přírodních léčivých zdrojích, zdrojích přírodních



minerálních vod, přírodních léčebných lázních a lázeňských místech a o změně některých souvisejících zákonů 164/2001 Sb.) Postupně se role lázní odkláněla od tradičně deklarované léčebné a preventivní zdravotní péče. Dnes je léčba orientována spíše na následnou rehabilitační péči buď pooperačního stavu, nebo stavu způsobeného vážnou akutní a chronickou nemocí (např. artritída, artróza, apod.). Přitom preventivní péče je nejlepší cestou jak nemocem předcházet vzniku a progresi nemoci a tím i cestou, jak omezit vynakládání finančních prostředků na jejich léčbu, cestou k udržení průběžnosti ekonomicky činného obyvatelstva a užitečným opatřením k snížení počtu obyvatel pobírajících sociální dávky ze zdravotních důvodů. V neposlední řadě zdravotní prevence taky významně přispívá k zlepšení kvality života stárnoucího obyvatelstva.

**Udržitelný rozvoj lázeňské léčebné a preventivní péče musí být průběžně kontrolován parametry efektivity, a to jak ekonomické a zdravotní, tak i sociální.** Výzkumný ústav balneologický v.v.i. hodlá ve spolupráci s partnery ve Slovenské republice, Polsku, Islandu a Německé spolkové republice věnovat se problematice lázeňské léčebné a preventivní péče, sledovat a hodnotit její efektivnost aplikacemi výše uvedené metody **Health Technology Assessment (HTA)**.

Efektivnost lázeňského léčení musí být sledována u provozovatelů lázeňských zařízení a u zdravotních pojišťoven poskytujících úhradu lázeňské péče. Přitom je nutné spolupracovat s odbornými zdravotnickými institucemi a patientskými organizacemi - a následně i na makroekonomické úrovni v resortech zdravotnictví, práce a sociálních věcí a financí.

Jedině tak lze postavit argumenty a zastavit nynější trend tzv. „objektivního“ zdůvodnění omezování lázeňské péče z důvodu „aktuálních nových a moderních operačních postupů (chirurgických), které zkracují dobu léčení na minimum“, čímž „šetří“ prostředky za lázeňské léčení (viz příloha č. 1 Analytické poznámky .....). Tento trend zhoršuje péči o zdraví občanů, je u mnoha zdravotních stavů neopodstatněný, přitom pro lázeňská zařízení nezřídka likvidační, se všemi socioekonomickými negativními regionálními dopady. V současnosti je naléhavou společenskou potřebou upozornit a objektivně prokázat nebezpečnost tohoto trendu a vystupovat proti jeho dalšímu rozvoji.

## Vizi s Prioritou 2:

Lázeňství bude hlavním dodavatelem **odborných služeb ageingu zaměřeného na tzv. starší pracovníky 50+**. Ageing v této skupině starších pracovníků podporuje především dvě základní oblasti – **zdraví a celoživotní učení** s cílem zlepšení jejich kvality života a efektivního využití jejich společensko-ekonomického potenciálu. Vize poslání lázeňských subjektů podle RIS3L s prioritou 2 je zaměřena na nově vyvinuté postupy léčebné péče o fyzickou a duševní kondici starších pracovníků v cílové skupině 50+, řešené výzkumem a implementované jako sociální inovace. Vychází se ze stávající změny legislativních podmínek vyplývajících z původního Zákona o péči o zdraví lidu na nové podmínky dané Zákonem č. 372/2011 Sb o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování a z opatření **Národního akčního plánu podporujícího pozitivní stárnutí** pro období 2013 – 2017 (NAP), schváleném vládou ČR bez projednání v únoru 2013. Vědecko-výzkumné kapacity Výzkumného ústavu balneologického v kombinaci se znalostmi a profesionalitou zdravotnického personálu v lázeňství Ústeckého kraje jsou předpokladem pro vytvoření odborných kapacit pro výzkum, následný přenos příkladů dobré praxe, projektování a

implementaci příslušných opatření NAP v rámci centra sociálních inovací s pracovním názvem **Park sociálních inovací**.

Lázeňství Ústeckého kraje hodlá využít příležitosti a stát se centrem inovací a vzdělání v oblasti péče o fyzickou i duševní kondici starších pracovníků 50+ a významně tak ovlivňovat jejich pracovní schopnost (Work Ability Index – index pracovní schopnosti) a tím i zaměstnatelnost na regionální i celonárodní úrovni. Výzkumný ústav balneologický v.v.i. má záměr vybudovat Park sociálních inovací (viz část 4.2 Projekt) za podpory národních dotačních programů i programů partnerské spolupráce Horizont 2020. Realizace tohoto projektu bude vyžadovat i zvýšení zaměstnanosti osob mladšího věku v regionu resp. neumístěných absolventů středních a vysokých škol.

Nová vize priorit 2 je formálně i věcně postavena jako sociální inovace, přičemž nabízí systematické postupné zavádění konceptu hodnocení efektivnosti a jejího sledování na mikro i makro úrovni využitím HTA.

**Nové vize RIS3L s prioritami 1 a 2** a poslání vybraných lázeňských subjektů musí být podpořeny nejen příslušnými opatřeními na úrovni státní a **regionální veřejné správy**, ale i **spoluprací s odbornými zdravotnickými institucemi, výzkumnými pracovišti, a vybranými vysokými školami i mimo Ústecký kraj** (viz část 6. Projekt) s identifikací klíčových aktérů z podnikatelské a výzkumné sféry lázeňství v Ústeckém kraji k začlenění do regionální platformy RIS3L v RIS3). V průběhu zpracování tohoto projektu byla ověřena ochota lázeňských subjektů ÚK k účasti na výzkumu, vývoji a udržitelném rozvoji aktivit **pro tyto nové vize**. Velmi nepříznivé první místo Ústeckého kraje v pořadí krajů podle počtu žadatelů o práci ve skupině 50+, které se pohybuje kolem jedné třetiny celostátního počtu, by mělo být hlavním podnětem k jejich využití. Předpokládá se využití opatření Aktivní politiky zaměstnanosti (APZ).

Pokud se podaří zapracování výstupů z projektu **RIS3 lázeňství ÚK** ve formě sociálních inovací do RIS3 kraje jako jedné z významných inovačních domén národního významu a poté následné schválení RIS3 zastupitelstvem Ústeckého kraje, splní se podmínka ex ante pro podávání návrhů účasti VÚB a jeho partnerů na vědě a výzkumu podporované sociálním programem Health, demographic changes and wellbeing – Horizon 2014 – 2020. Vytvoří se tak jeden z předpokladů řešení udržitelného rozvoje lázeňství ÚK. Znamená to, že vedle stávajícího poslání (1) v oboru lázeňské léčebné péče využívající výsledky balneologického VaV se budou intenzivně rozvíjet odborné a vědecké kapacity lázeňství směrem k jejich využití v nové roli v centru sociálních inovací zaměřeném na medicínskou i sociální péči o skupinu 50+. Pracoviště VaV v České republice mají dobrou příležitost poučit se z příkladů praxe v těch evropských státech (Finsko, GB, Švédsko), které se této problematice věnují desítky let, o přínosech i úskalích péče o pracovní schopnost skupiny 50+. Například podle finských zkušeností se za posledních třicet let postupně zaváděné péče o skupinu 50+ zvýšil přiřazený průměrný index pracovní schopnosti WAI (work ability index) z 61 na 71 roků. Znamená to, že většina zaměstnanců ve Finsku při odchodu do důchodu je stále ještě ve stavu dobré pracovní schopnosti. Při málo reprezentativním průzkumu prováděném v roce 2011 Úřadem práce ve Zlínském okrese byla hodnocena průměrná hodnota WAI k úrovni 61 let. Je samozřejmé, a na to tento projekt pouze upozorňuje, že vedle péče o pracovní schopnost musí vzniknout i struktura, která nebude jen radit žadatelům o práci, jak býti úspěšnými žadateli, ale bude přímo iniciovat vznik pracovních příležitostí. Pro růst ekonomické prosperity kraje, pro zlepšení situace v oblasti zaměstnanosti ÚK, a to nejen

v kategorii pracovníků 50+, je nutné využít dostupných poznatků, jak tyto problémy řešit, nově pomocí metodologického nástroje sociálních inovací. Nejde samozřejmě o všespasitelné řešení, ale o významný krok ke zlepšení situace, dobře doplňující APZ.

#### 4.1. Park sociálních inovací Mšené Lázně (PSI)

Park sociálních inovací bude nejprve zřízen jako samostatné hospodářské středisko VÚB, do tří let pak bude změněn na spin-off společnost, jako nestátní nezisková organizace.

##### Základní okruhy předmětu činnosti PSI:

###### 1. Okruh sociální

- Výzkum systému Age management v podnikové sféře
- Výzkum systému Age management v komunální a státních úřadech
- Výzkum a poradenství k sociální odpovědnosti podnikatelské sféry (Corporate Social Responsibility - CSR),
- Výzkum a poradenství k sociální odpovědnosti úřadů vládní a komunální sféry (Government and Municipal Office Social Responsibility),
- Fund-raising pro podporu OSVČ a malých podniků mikrokredity, nově podporovanými z národní úrovně, podle modelu Permico (permico.it), kapitálová, organizační a věcná pomoc při zakládání sociálního podnikání.
- Spolupráce s Centrem pro komunitní práci zřizovaném v Ústeckém kraji jako samostatné součásti komunitních center v ostatních 8 krajích ČR.

###### 2. Okruh medicínský

- Klinický výzkum stárnutí, doporučení k postupnému zlepšování systému prevence, využití vědeckých a odborných kapacit ve vybraných lázeňských subjektech a navazujících zdravotnických zařízeních
- Klinicky doporučené postupy udržování fyzické a duševní kondice 50+ a jejich implementace do regionální a národní praxe.
- Aplikace měření objektivizovaného WAI (Work Ability Index) pro stanovení osobních rehabilitačních plánů
- Projekty pro zvyšování fyzické a duševní kondice osob 50+ (výchova životního stylu, studijní a vzdělávací programy – kurzy pro tělesné a duševní cvičení)

###### 3. Okruh ekonomický a valuační

Využívá metody finančního řízení, HTA, případně hodnocení SI (social impact)

###### 4. Okruh edukační a vzdělávací

- Edukace a vzdělávání mentorů pro lektorskou činnost v malých a středních podnicích a korporacích

Výzkumný ústav balneologický, v.v.i., [www.balneologie.eu](http://www.balneologie.eu)

- Edukace a vzdělávání mentorů pro lektorskou činnost v okresních organizacích České unie sportu (včetně vybraných SK a TJ)
- Implementace výzkumu v oblasti Age managementu a jeho zavádění v podnicích
- Implementace výzkumu v oblasti Age managementu a jeho zavádění v úřadech
- Konzultační agenturní činnost pro inspiraci ve vytváření nových pracovních míst v sociálních službách i mimo ně, včetně využití FSZ.

#### **5. Okruh ostatních činností**

- Provoz knihovny ústavu a jeho vydavatelského útvaru
  - Pronájem kancelářských kapacit VÚB v.v.i.
  - Pronájem kapacit ubytování LM,
- Implementace transferu příkladů dobré praxe Age Managementu (AM) z GB a SRN pro potřeby českých zaměstnavatelů v privátní, státní i komunální sféře.
  - Spolupráce s vybranými lázeňskými subjekty, a s VÚB na klinickém medicínském výzkumu v oboru Age 50+ .
  - Edukace k výsledkům aplikovaného výzkumu v oboru Age 50+ v částech:
    - i. Životní styl, ii. Péče o fyzickou kondici, iii. Péče o psychickou kondici,
    - iv. Měření Indexu pracovní schopnosti, v. Specifika AM v personální práci.

### **Základní etapy zřízení a rozvoje PSI**

1. Realizace projektu národního centra PSI v Mšeném-lázních,  
Termíny: 2013 převzetí dvou objektů bývalého SOU Mšené-lázně do vlastnictví, 2014 dokončení přestavby dolního objektu, 2015 dokončení přestavby horního objektu.
2. Realizace projektu regionálního centra PSI a klinických pracovišť.

### **4.2 Výzkumný ústav balneologický, v.v.i.**

Výzkumný ústav balneologický v.v.i., pokud bude tato část inovativní strategie ÚK schválena zastupitelstvem kraje, přizpůsobí svoji organizační strukturu a její personální obsazení odborným kapacitním požadavkům obou vizí. Strategie rozvoje ústavu se bude intenzivně rozvíjet kompatibilně s inovační strategií Ústeckého kraje vzhledem k tomu, že zpracování studie probíhalo souběžně za účasti řešitelů v pracovních skupinách RIS3 ÚK..

## 5. Argumenty k zahrnutí RIS3L (vize priorit 1 a priorit 2) mezi inovační domény RIS3 ÚK.

Jak již bylo výše uvedeno, podle metodiky MŠMT pro **RIS3** se má stanovit několik (v podmínkách Ústeckého kraje 1 – 3) inovačních domén regionálního nebo celonárodního významu. Zvážíme-li tvrzení uvedená v 3.2 Inovační poptávka a 3.3 Inovační nabídka, pak můžeme učinit závěr, že v podmínkách dlouhodobého nepříznivého vývoje financování zdravotnictví včetně lázeňské léčebné péče a při změnách indikačního seznamu, je nutné hledat vedle objektivizace a zvyšování efektivity tradičních a nových léčebných a preventivních postupů lázeňské péče novou misi a poslání lázní obecně (nejen v Ústeckém kraji). Dosavadní nevýhodné postavení Ústeckého kraje v nejvyšším počtu žadatelů o práci ve skupině 50+, způsobenou nejen nízkým počtem pracovních příležitostí, ale také absencí péče o udržení pracovní schopnosti (fyzické i mentální), je zásadním argumentem pro hledání možnosti postupné nápravy. Formulovaná strategie, která těží ze synergie opatření v oblasti preventivní a rehabilitační péče o zdraví občanů (lázeňská vize poslání s prioritou 1) a péče o pozitivní stárnutí, Ageingu (lázeňská vize poslání s prioritou 2) je založena na využití stávajícího odborného a technického potenciálu ÚK v oblasti lázeňství, vysokého školství a výzkumných a odborných zdravotnických institucí. Zdůrazňujeme, že sociální inovace je jednou z nejvýznamnějších cílových priorit v OP EU pro roky 2014 – 2020. Podle informací ze setkání S3 platform, žádný český kraj, který zpracovává RIS3, nezahrnuje sociální inovaci zaměřenou na skupinu 50+ do regionálních inovačních priorit. Přitom se takto pojatá **sociální inovace** musí stát - podle názoru zpracovatelů tohoto projektu - jednou z hlavních priorit **Národní RIS3**. Řešení navazuje na Národní akční plán podporující pozitivní stárnutí pro období 2013 – 2017. VÚB se účastní jednání pracovní skupiny při Radě vlády pro Ageing a Age Management<sup>0</sup>, přičemž se podařilo prosadit do vybraných opatření metodologii sociálních inovací.

Projekt RIS3L ÚK nesnižuje význam stávajícího tradičního lázeňství, ale v rámci vize poslání priority 1 předpokládá rozvoj nových postupů nejen v lázeňských léčebných a preventivních procesech, ale i v ochraně přírodních léčivých zdrojů v rámci tvorby a péče o životní prostředí. Ochrana přírodních léčivých zdrojů v situaci, která směřuje k prolomení limitů těžby, bude vyžadovat vyvíjet nové metody, které budou snižovat riziko ohrožení zejména minerálních léčivých vod pokračující těžbou, a to jak na povrchu, tak i případně při volbě hlubinného dobývání. Zde je možné navázat na velmi významné kapacity VUHU Most ve výzkumu a realizaci v rekultivacích a obnově krajiny, které jsou bezpochyby další významnou inovační doménou v ÚK.

## 6. Možní klíčoví aktéři platformy RIS3L v RIS3.

Identifikace možných regionálních klíčových aktérů z podnikatelské, komunální, výzkumné, vědecké a školské sféry pro oblast lázeňství v kraji včlenitelné do regionální platformy RIS3L v rámci RIS3:



### Ústecký kraj:

- Výzkumný ústav balneologický, v. v. i., jako hlavní řešitel a zakladatel Parku Sociální inovace pro Ageing a Age Management 50+.
- Úřad práce České republiky – krajská pobočka v Ústí nad Labem
- Regionální rozvojová agentura Ústeckého kraje, a. s.
- Krajský úřad Ústeckého kraje, odbor regionálního rozvoje
- Město Bílina, jako lázeňské místo a iniciátor záměru založení lázní
- Statutární město Teplice, jako lázeňské místo
- Město Klášterec nad Ohří jako lázeňské místo a vlastník Lázně Evženie a. s., nájemce ARC-MED s.r.o.
- Obec Mšené-lázně, jako lázeňské místo
- Lázně Teplice a.s.
- Lázně Mšené a.s.
- Tereziny lázně Dubí a. s.
- Univerzita J. E. Purkyně v Ústí nad Labem, Fakulta zdravotnických studií,
- Univerzita J. E. Purkyně v Ústí nad Labem, Fakulta sociálně ekonomická,
- Výzkumný ústav pro hnědé uhlí, a. s. Most

### Mimo Ústecký kraj:

- Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, v.v.i., Praha,
- Úřad práce České republiky
- Ústav informatiky AV ČR v.v.i. oddělení medicínské informatiky a biostatistiky
- Výzkumný ústav vodohospodářský T. G. Masaryka, v.v.i.,
- ČVUT, Fakulta biomedicínského inženýrství, Kladno
- Asociace inovativního farmaceutického průmyslu, Praha,
- Technologické centrum AV ČR,
- Univerzita Karlova v Praze (Fakulta humanitních studií, 1. lékařská fakulta),
- Vysoká škola finanční a správní, o. p. s. Praha, a pobočka Most,
- EuroMISE Mentor Association o.s.
- ČUS – Česká Unie Sportu
- Česká lékařská společnost J. E. Purkyně, odborná společnost Academia balneologica bohemia o.s., Karlovy Vary a Společnost pro epidemiologii a mikrobiologii

S vybranými klíčovými aktéry v ÚK i mimo něj a VÚB jsou uzavřeny nebo se připravují bilaterální dohody o Dohody o spolupráci, které nemají právně závazný charakter. Jejich hlavní přínos spočívá ve zlepšení spolupráce a výměně informací při formulaci návrhu na účast v některém dotačním programu s partnerstvím. Dále slouží jako pojistka pro zachování důvěrnosti informací v případě partnerské spolupráce s partnery ze zemí EU 28.

## 7. Návrh strategických cílů v RIS3L ÚK

Východiskem pro formulaci cílů je materiál Dominique Foray a Xabier Goenaga, Společné výzkumné středisko S3 Policy Brief Series č. 01/2013 [2].

### 7.1. Cíle pro strategii inteligentní specializace

Strukturální změny podle[4] – Cíle Inteligentní Specializace

Potenciální úspěch výsledků výzkumu a nových činností, které se zaměřují na zkoumání a experimentování v oboru lázeňská péče - Vize s prioritou 1 a Vize s prioritou 2, zejména se zaměřením na působnosti v oblasti Sociální inovace, Ageing a Age Management, se nakonec promítne do strukturálních změn v ekonomice. Výsledkem tohoto procesu je tedy mnohem více než "jednoduchá" technologická inovace, jde spíše o dílčí strukturální vývoj celé regionální ekonomiky.

Strukturální změny jako hlavní výsledek procesu inteligentní specializace vždy zahrnují související diverzifikace, což vychází ze stávajících kapacit a technických a odborných znalostí, z nichž čerpá rozvoj výzkumu a vývoje a inovačních aktivit. Jinými slovy, strukturální vývoj je kumulativní proces, který propojuje současné a budoucí silné regionální ekonomiky v určité oblasti činnosti a poznání. Různé logicky související sociální inovace lze identifikovat jako:

- **Přechod** – vyznačuje se novým oborem působnosti vznikajícím ze stávajícího zdravého jádra lázeňství ÚK (zdroje výzkumu a vývoje, odborné kapacity, kapacity služeb, které podporují a udržují inovace).
- **Modernizace** – projevuje se vývojem specifických aplikací pro všeobecné použití technologií s výsledkem a významným dopadem na výkonnost a kvalitu stávajícího tradičního sektoru lázeňské péče.
- **Diverzifikace** – zahrnuje potenciální synergie (úspory z rozsahu, návaznosti), které pravděpodobně nastanou mezi stávajícími a novými aktivitami a mezi klíčovými aktéry. Tyto synergie posunují vývoj směrem k novým přitažlivým aktivitám, které jsou nejen sociální, ale i ekonomické a tedy i ziskové.

### 7.2. Hlavní strategický cíl (HSC)

Hlavní strategický cíl (HSC) je tematicky rozdělen na dvě části HSC1 a HSC2 takto:

#### 7.2.1 HSC1

HSC1 je orientovaný na **udržitelný rozvoj naplňováním nové vize (Vize s prioritou 1) a poslání lázeňských institucí v Ústeckém kraji a odpovídá typu sociální inovace „přechod“ a „modernizace“.**

Výzkumný ústav balneologický, v.v.i., [www.balneologie.eu](http://www.balneologie.eu)

Využit inovačních kapacit Ústeckého kraje, které představují silné stránky regionu ve sféře výzkumu, vývoje a inovací v lázeňství Ústeckého kraje, což zahrnuje především:

- Popsat a definovat systémový pohled na léčebnou a preventivní lázeňskou péči jako na obligatorní a fakultativní prostředek k posílení zdravotní kondice a kvality života občanů.
- Zavést metodiku hodnocení efektivnosti preventivní a léčebné lázeňské péče HTA.
- Stanovit “Indikační řád pro lázeňskou péči dětí, dorostu a dospělých” ve spolupráci s odbornými lékařskými společnostmi
- Objektivizovat lázeňské léčebné a preventivní zdravotní programy na základě Klinicky doporučených postupů, využívajících Rozhodovací modely a Znalostní Management, včetně Řízení nákladů.
- Stratifikovat podle stupně poškození / ohrožení zdravotní kondice a efektivnosti lázeňské péče spoluúčast zdravotních pojišťoven (správců veřejných zdrojů určených pro zdravotní péči včetně péče lázeňské) na financování nákladů s určením časové délky, frekvence možného opakování a bonifikací pro ty občany, kteří o svůj zdravotní stav a životní styl správně pečují:
  - pro preventivní lázeňskou péči: primární, sekundární, terciální,
  - pro léčebnou lázeňskou péči následnou:
    - u stavů po závažných chirurgických zákrocích (např. kloubní náhrady, orgánové transplantace, traumata...)
    - u stavů po závažných akutních onemocněních a léčebných výkonech (např. infarkt myokardu, cévní mozkové příhody, onkologická léčba ...),
    - u stavů způsobených chronickým / progredujícím onemocněním (např. artrózy, metabolické choroby, funkční orgánové poruchy, Crohnova choroba,... roztroušená skleróza ...imuno-alergické nemoci...) a další....
- Přísně vědecky přistoupit k ochraně přírodních léčivých zdrojů (PLZ), včetně potenciálního snížení rizik ohrožení, vyplývajících z těžby a průmyslových vlivů na jejich kvalitu a využitelnost v tomto rozsahu:
  - Odborně analyzovat dostupné argumenty a stanoviska z oblasti ekonomicko-právních aspektů těžby hnědého uhlí, vzhledem k dopadu na životní prostředí a stanovit podmínky preventivní ochrany PLZ v Ústeckém kraji i v návaznosti na opatření v Karlovarském kraji.
  - Aktualizovat data a monitoring současného stavu ochrany PLZ v exponovaných oblastech Severočeské hnědouhelné pánve a v infiltračním povodí termálních minerálních vod.
  - Stanovit aktuální míry rizika a určení podmínek prevence pro řešení možného střetu zájmu při rozšíření těžby uhlí, či změně způsobu technologie těžby hnědého uhlí, vzhledem k systémové ochraně PLZ.
  - Navrhnout závazná opatření pro ochranu PLZ v dosahu těžby a stanovení nezbytných preventivních opatření proti nevratným ekologickým změnám, dle zásad územního systému ekologické stability území a dle platné legislativy.
  - Do problematiky ochrany PLZ je třeba zahrnout též ochranu prostých podzemních vod, problematiku nakládání s důlními a povrchovými vodami a koncipovat způsob

jejich využívání. Ochranu PLZ harmonizovat s koncepcí celkové revitalizace regionu, zejména v území zasaženém důlní činností.

Návaznost na: udržení a rozvoj zaměstnanosti, udržitelný rozvoj životního prostředí, záchrana a rozvoj PLZ ovlivněných současnou a budoucí těžbou hnědého uhlí a ostatních surovin, uplatňování tradiční geo-medicíny, způsob nakládání s povrchovými a důlními vodami, ochrana a efektivní využívání zdrojů pitné vody – strategické suroviny budoucnosti.

### 7.2.2. HSC2

**HSC2 je orientovaný na přínos zásadní sociální inovace ve formě nové vize (Vize s prioritou 2) a poslání lázeňských subjektů a zahrnující i působnost vybraných klíčových aktérů v oboru Ageing a Age Managementu a odpovídá typu “sociální inovace”, “diverzifikace“.**

1. Na základě evropských příkladů dobré praxe v oboru Ageing a Age Management (AM) a na základě aplikovaného výzkumu vyvíjet medicínské a sociální postupy v ÚK a ČR, provázané na všechny tři sektory ekonomiky (1. Veřejný sektor, 2. Privátní ekonomika, 3. Sociální ekonomika, podle Dohnalové). Využít odborných medicínských a fyzioterapeutických kapacit vybraných funkčních nebo obnovených lázeňských subjektů ÚK.
2. Diverzifikace regionálního lázeňství prostřednictvím spolupráce s činnostmi Parku sociální inovace pro Ageing a Age Management, jako regionálního a národního centra sdružujícího medicínský a sociální výzkum, s podporou aktivit vysokého školství v ÚK. Strategickým záměrem je vytvoření Národního centra ve Mšených Lázních v objektech bývalého středního učňovského zařízení.
3. Realizovat postupné fáze sociální inovace pro vytvoření udržitelného PSI pro Ageing a Age Management.

Návaznost řešení na: udržení a rozvoj zaměstnanosti především v druhém a třetím sektoru (Dohnalová, sektor 1. Veřejný, 2. Privátní ekonomika, 3. Sociální ekonomika), Aplikace Age Management ve všech třech sektorech, Národní Akční Plán pro pozitivní stárnutí, pojetí systému prevence, udržitelný rozvoj životního prostředí, ochrana a koncepční rozvoj PLZ, zpracování SW pro datové soubory a informační procesy Age Managementu jako součásti MIS, výzkum Sociální inovace v oboru Age Managementu v kapacitách vybraných klíčových aktérů, především ÚK, výzkum AIFP na měření a zvyšování efektivnosti kombinace aplikací léčebných procedur, fyzioterapie, uplatnění PLZ a léků.

## 8. Implementace a evaluace.

Každý z cílů RIS3L uvedených výše a v rámci strategie inteligentní specializace jako druhu strukturální změny naznačuje, že je třeba nalézt přirozené metriky pro měření pokroku. Je zřejmé, že měření součástí strategie inteligentní specializace je a bude stále ve vývoji. Ukazatelé týkající se výše uvedených cílů budou poněkud „eklektické“ (čerpající primárně z cizích pramenů pro výběr vhodného řešení), protože trendy a vývojové trendy skryté v těchto cílech nejsou zahrnuty ve standardním rámci ukazatelů (indikátorů) znalostí a inovací.

Pro účely implementace a evaluace se řešitelský tým shodl na využití HTA v rámci budoucího plnění hlavních strategických plánů obou vizi 1 a 2.

HTA (Health Technology Assessment) - hodnocení zdravotnických technologií je multidisciplinární proces, který shromažďuje a hodnotí informace o medicínských, sociálních, ekonomických a etických dopadech používání zdravotnických technologií. Jeho cílem je zvyšování efektivní kapacity zdravotnického systému a maximalizace užitku v rámci omezených zdrojů.

Hodnocení zdravotnických technologií se stalo standardizovaným procesem, kterým nové technologie vstupují do zdravotnictví, a který současně slouží i vyřazování neúspěšných technologií. Snaha o sdílení informací o hodnocených technologiích v rámci EU byla formalizována v článku č. 15 směrnice 24/2011/EU Evropského parlamentu a Rady (o uplatňování práv pacientů v přeshraniční zdravotní péči), kterým je upravována spolupráce členských států v oblasti HTA a směřuje k vytvoření evropské sítě spolupracujících agentur. Účinnost směrnice je k 25. 10. 2013.

Hodnocení zdravotnických technologií má sestávat ze tří fází – vlastního hodnocení, přinášejícího objektivní informaci o hodnocené technologii, posouzení, kdy je tato informace komisionálně posouzena z pohledu veřejného zájmu (závažnost nemoci, alternativní řešení, dopady na veřejné rozpočty, dopady do zdravotního systému apod.) a rozhodnutí, kdy je výstup posouzení implementován do zdravotního systému (nový výkon v Seznamu zdravotních výkonů, nastavení výše a podmínek úhrady u léčiva apod.). Jednotlivé fáze musí být odděleny.

### Stávající situace v přípravě na aplikaci HTA v ČR.

- MZ ČR organizuje kulaté stoly k instrumentu HTA, zatím neexistuje jednotný postup HTA, vzniká struktura na jeho prosazování za velmi omezeného financování.
- MZ ČR prosazuje pilotní projekt - návrh metodiky pro hodnocení a posouzení technologií a zkušební HTA hodnocení ve zvolených kategoriích. Dosud však neexistuje jednotný postup pro HTA ani struktura (agentura) na jeho prosazování. V České republice nalezneme „pouze“ několik subjektů zabývajících se HTA, mezi kterými jsou ČFES, iHETA, (ČVUT), částečně také IBA MU a 1.LF UK.
- MZ ČR v Příkazu ministra (6/2012) z února 2012 „narýsovalo jasnou vizi českého HTA“, které odpovídá standardním evropským systémům s oddělením funkce hodnocení (tzv. assessment) a posuzování (tzv. appraisal).



- Rada HTA při MZ ČR koncipuje návrhy na legislativní zakotvení, na definici úřadu pro HTA a na jeho financování.
- FMBI ČVUT, katedra biomedicínské techniky se zabývá možným HTA především pro zdravotnické prostředky, CzechHTA Guidelines for the Economic Evaluation of Health Technologies:Canada
- SÚKL používá HTA pro hodnocení léků
- iHETA (Institut pro zdravotní ekonomiku a technology assessment) iHETA se zapojila do Programu švýcarsko-české spolupráce, kde v rámci Fondu partnerství realizuje sub-projekt Vybudování odborné kapacity pro Health Technology Assessment v České republice pro vzoru Švýcarska, který je zaměřen na výměnu zkušeností a přenos dobré praxe ze Švýcarska pro rozvoj procesů HTA v českém prostředí
- Medicínské datové centrum 1. LF UK, výzkum se zaměřuje na oblast vhodné metodiky pro produkční benchmarking lůžkových a ambulantních služeb. Rozvíjí se oblast klinicko-ekonomických profilů, graf produkčních funkcí.
- Česká farmako-ekonomická společnost, rozvoj, rozšiřování a podpora farmakoekonomiky v České republice, zvyšování úrovně odborných znalostí a mezinárodní spolupráce na poli ekonomiky zdraví. Je členem ISPOR (International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research). Návrh směrnice pro farmakoekonomická hodnocení v ČR.
- CzechMed, Česká asociace dodavatelů zdravotnických prostředků, 1. dílčí HTA aplikace
- THETA. The Toronto Health Economics and Technology Assessment Collaborative is a multidisciplinary research collaboration dedicated to providing evidence informed decision support to **health technology policy makers** and advancing the science of health technology assessment (HTA).

## Využití HTA v lázeňství

Procesní i ekonomické vlastnosti lázeňství (nejen Ústeckého kraje) představují velmi vhodný prostor pro zavedení HTA. Lázeňství je relativně izolované, není v něm velká různorodost informačních systémů, smluvní podmínky se zdravotními pojišťovkami jsou velmi podobné, ceny i technologie poskytovaných služeb, včetně wellness jsou veřejně publikované na webových prezentacích a lze je snadno ověřovat metodou mystery shopping. Proto bude navržen postup pro zavedení systému HTA do hodnocení výsledků výzkumu a inovací v lázeňství. Toto bude realizováno po úvodním implementačním projektu na základě využití základní hypotézy, jako postupné zavádění HTA v lázeňství. Metodami neustálého zlepšování HTA systému se bude průběžně zajišťovat jeho zdokonalování, a to jak sledováním efektivnosti (přínosu), tak získáváním informací zpětnou vazbou ke zlepšování vlastní metodiky a příslušného informačního systému. Mimo HTA bylo některými členy řešitelského týmu doporučeno využití **SIA** (Social Impact Assessment) pro měření sociálních dopadů zdravotních a sociálních inovací. Pro vlastní projekt by toto měření zřejmě bylo velmi užitečné, ale bude nutné se jím podrobněji zabývat až v dalších etapách.



## 9. Závěr

Projekt RIS3L ÚK představuje inovační strategický dokument, který byl zpracován v období vrcholící ekonomické krize nejen v evropském prostoru. Strategické dokumenty EU se proto s větším důrazem věnují zajištění péče o zdraví a kvalitu života občanů, konkurenceschopnosti, sociálním inovacím, zaměstnatelnosti osob 50+ v závislosti na jejich objektivní pracovní schopnosti odvozené od duševní a fyzické kondice. Stále rostoucí sociální náklady ve všech zemích EU28 vedou k nutnosti řešení problémů, z nichž tzv. Ageing a Age Management patří k velmi významným.

Iniciace řešení Ageing a Age Management je ze stejných důvodů jako v EU vyvolána i v ČR. Domníváme se, že tristní situace v podílu ÚK na počtu žadatelů o zaměstnání ve věku 50+, který činí cca 1/3 celostátního počtu, je na druhé straně dobrým důvodem k vytvoření inovačního centra pro sociální inovace (Park sociálních inovací) nejen s krajským, ale i celonárodním významem a působností. Vzhledem k tomu, že dosud byla problematika Ageing v ČR spíše na okraji zájmu, tudíž vědecko-výzkumná řešení této problematiky nebyla systémově koordinována a odborné kapacity jsou spíše náhodně rozptýlené, je nutné hledat, kde je k dispozici relativně volná kapacita, která má zkušenosti (medicínské a částečně i sociální) s léčebně-preventivní péčí pro udržení fyzické i duševní kondice a tím i udržení pracovní schopnosti, alespoň do doby odchodu do starobního důchodu. Takové kapacity lze dnes stále ještě nalézt v lázeňství, a to nejen v Ústeckém kraji. Projekt v části týkající se ochrany Přírodních léčivých zdrojů (Vize 1) se opírá o identifikaci druhé významné inovační domény Ústeckého kraje, kterou je teoretická i aplikační základna pro obnovu krajiny a péči o životní prostředí (především kapacity Výzkumného ústavu pro hnědé uhlí, Most. Zpracovaný projekt RIS3L ÚK z toho důvodu obsahuje dva základní rozvojové směry, které mohou být základem inovované stávající vize (efektivní inovační rozvoj stávajících tradičních lázeňských léčebných postupů včetně ochrany PLZ) a zcela nové vize orientované na Ageing v jeho medicínských a sociálních aspektech. Je samozřejmé, že taková inovační strategie vyžaduje úzkou spolupráci odborného lázeňského personálu s výše uvedenými pracovišti výzkumu a rozvoje, s vysokými školami, s odbornými lékařskými společnostmi J. E. Purkyně, s výrobcí léků, léčivých přípravků a doplňků ke stravě, s výrobcí zdravotních a rehabilitačních pomůcek a přístrojů, tělovýchovnou základnou SK a TJ v rámci České Unie Sportu, atd. Bude nutné postupovat krok za krokem, dávat podněty k postupným legislativním změnám a sledovat příklady dobré praxe ze zahraničí. Dobrým nástrojem ke sledování efektivity ve všech krocích bude využití HTA (Health Technology Assessment), které by mělo být integrální součástí budoucích řešení a předpokladem při jejich implementaci.

Výzkumný ústav balneologický v.v.i. se hodlá vedle účasti na řešení vědecko-výzkumných úkolů pro inovační rozvoj lázeňské mise (v rámci vize s prioritou 1) intenzivně věnovat řešení vědecko-výzkumných úkolů pro Ageing v jeho medicínských a sociálních aspektech (v rámci vize s prioritou 2) a vytvořit tak odbornou vědeckou a aplikační základnu krajského i národního významu pro tzv. Sociální inovace. Členové autorského kolektivu spolu s dalšími, zde zatím nejmenovanými potenciálními českými i zahraničními partnery, věří, že se podaří podstatu strategie inteligentní specializace inovace výzkumu lázeňství prosadit i do krajského

RIS3, která se stane přílohou celonárodní S3. Bude tím splněna jedna z podmínek „ex ante“ pro budoucí žádosti o účast v programech podpory vědě a výzkumu v dané oblasti, především ve vztahu k Horizon 2014 – 2020 Sociální výzvě Zdraví, demografické změny a wellbeing.

## 10. Literatura

- [1] – Dominique Foray and Xabier Goenaga The Goals of Smart Specialization, Joint Research Centre, IPTS, 2013
- [2] – Dominique Foray, John Goddard, Xabier Goenaga, Mikel Landabasso, Philip McCann, Guide to Social Innovation, May 2012, upgrade February 2013 , DG Regional and Urban Policy
- [3] – Johannes HAHN, Laszlo ANDOR, Průvodce pro Sociální Inovaci, in eng. Guide to Social Innovation, February 2013, DG Regional and Urban Policy
- [4] – Cíle Inteligentní Specializace, in eng. The Goals of Smart Specialization, D. Foray and X. Goenaga, Joint Research Centre
- [5] – Kadeřábková a kol. Příručka pro tvorbu a realizaci inovačních projektů OP LZZ 2012
- [6] – Akční plán Strategie rozvoje vědy, výzkumu a inovací Ústeckého kraje na období 2010 – 2012, Regionální rozvojová agentura Ústeckého kraje,
- [7] – Pavel Švejda a kolektiv, Inovace a technologie v rozvoji regionu, AIP, Praha 2010
- [8] – AIP?, Regionální inovační strategie Ústeckého kraje, ÚK 2004
- [9] – Benda Jaroslav, Podklady pro racionalizaci peloidní terapie v ČSR -- 1. vyd. -- Mariánské Lázně : Výzkumný ústav balneologický, 1975. -- 185 s., gr., tb., mp.
- [10] – Benda Jaroslav, Chytil Miroslav, Význam lázeňské péče pro národní hospodářství ČSSR. 5. díl -- 1. vyd. -- Mariánské Lázně : Výzkumný ústav balneologický, 1975. -- 51 s., tb., gr., příl.
- [11] – Zvárová Jana, Základy statistiky pro biomedicínské obory, Universita Karlova Praha – Nakladatelství Karolinum 2002
- [12] – Hanzlíček Petr, Špidlen Josef , Heroutová Helena , Nagy Miroslav, User Interface of MUDR Electronic Health Record In: International Journal of Medical Informatics, Vol. 74, 2005, /Special Issue MIE2003/, 2005, pp. 221–27.
- [13] – Dobroslava Jandová, Balneologie, Grada, 2008, ISBN: 978-80-247-6773-4



[14] – Darina Kosorinová (KKLL) Odborná lázeňská péče a role zdravotních pojišťoven, Mezinárodní veletrh lázeňství, regenerace a protetiky BALNEA 2005 (08.09.2005)

[15] – Jandová, D. (2008), PŘÍRODNÍ LÉČIVÉ ZDROJE ČR, Rehabilitace a fyzikální lékařství, 15(2), 44–56.

[16] – Jandová, D. (2011), Pitná léčba přírodními minerálními vodami I. část: Obecný úvod, Rehabilitace a fyzikální lékařství, 18(4), 151–160.

[17] – Jandová, D., & Machálek, Z. (2005), Klimatoterapie jako významná součást následné léčebné péče v oboru rehabilitační a fyzikální medicína, Rehabilitace a fyzikální lékařství, 12(4), 175–182.

[18] – Jan Medonos, Petr Hanzlíček, Zdeněk Valenta, František Och, Jana Zvárová, Objektivizace volby lázeňského léčebného plánu při arthrose kyčelního kloubu, Lázně Mšené a. s. & Evropské centrum pro medicínskou informatiku, statistiku a epidemiologii, Ústav informatiky AV ČR, Mšené-lázně 2006

[19] – Petra Straussová, Petr Hanzlíček, Zdeněk Valenta, Jana Zvárová, Objektivizace volby lázeňského léčebného plánu u pacientů po operaci bederní páteře. Lázně Mšené a. s. & Evropské centrum pro medicínskou informatiku, statistiku a epidemiologii, Ústav informatiky AV ČR, Mšené-lázně 2007

[20] – Kolářová, J., & Kolář, I. (2009), Lázně ve světle 21. století, Rehabilitace a fyzikální lékařství, 16(2), 75–78.

[21] – Pavol Dinka, Ernest Caban, Juraj Čelko, Anton Gúth, Ján Rapák, Janka Zálešáková, Voda a chlad - rehabilitácia - Prevencia a liečba ISBN-13: 978-80-967229-5-2, Liečreh Gúth

[22] – Huggard, W. R. (2011), A handbook of climatic treatment including balneology, Charleston, SC: Nabu Press.

[23] – ICON Group International (2010), Balneology: Webster's Timeline History, 1856 – 2006, Las Vegas, NV: ICON Group International.

[24] – ICON Group International (2010), Balneology: Webster's Timeline History, 1857 – 2006, Las Vegas, NV: ICON Group International.

[25] – České zdravotnictví v roce 2050, Modely finanční udržitelnosti zdravotnictví v ČR, Praha leden 2009

[26] – Zpráva o stavu, vývoji a výhledu zdravotnictví v ČR, Kulatý stůl k budoucnosti financování zdravotnictví v ČR, Praha, květen 2009, ISBN 13978-80-85047-35-6

[27] – Kulatý stůl k budoucnosti financování zdravotnictví v ČR, Praha, leden 2009, ISBN 978-80-85047-38-7

[28] – Poulsen, Peter Bo, Health Technology Assessment and Diffiusion of Health Technology, University Press of Southern Denmark ISBN: 9788778384812, EAN: 9788778384812, 1999.

[29] – Veronika Mezerová, Vladimír Rogalewicz, Patient quality of life assessment for HTA, QUAERE 2013, vol. 3 (2013), pp. 1905-1908, ISBN 978-80-905243-7-8

[30] – Sborník příspěvků z konference „HTA v České republice: další perspektivy“ Sborník příspěvků z konference ke stažení (pdf),  
[http://hta.iheta.org/img/misc/zaverecna\\_sbornik\\_elektronicky.pdf](http://hta.iheta.org/img/misc/zaverecna_sbornik_elektronicky.pdf)

[31] – Ilona Štorová, Lenka Cimbálníková a kol. Age management pro práci s cílovou skupinou 50+, publikace byla vydána v rámci projektu“Strategie Age Mangementu v České republice“, reg.č. CZ.1.04/5.1.01/51.00079

[32] – Jana Hladíková, Jan Mládek, František Och, Jiri Schlanger, Jan Švejnar, Dana Trezziová, Marie Zvolská, Finanční spoluúčasť zaměstnanců, Sborník textů, vydalo: Fontes rerum, Dráčov květen 2013, ISBN: 978-80-86958-33-0

[33] – František Och, Jan Medonos, Václav Dvořák, Jana Zvárová, Zdeněk Valenta, Petr Hanzlíček, Objectification of a Choice of a Spa Treatment Plan for Arthritis of the Hip Joint, EFMI STC 2013 – Data and Knowledge for Medical Decision Support

## Legislativa

[34] – Lázeňský zákon - č. 164/2001 Sb. - Konsolidované znění Předpis č. 164/2001 Sb. - Zákon o přírodních léčivých zdrojích, zdrojích přírodních minerálních vod, přírodních léčebných lázních a lázeňských místech a o změně některých souvisejících zákonů (lázeňský zákon)

[35] – Zákon o péči o zdraví lidu (20/1966 Sb.) byl přijat jako základní právní předpis zdravotnického práva v Československu. Vymezuje povinnosti státu, zdravotnických zařízení i uživatelů zdravotnických služeb a zásady zdravotnické péče.

[36] – Zákon o veřejném zdravotním pojištění č. 48/1997 Sb.

[37] – Zákon o zdravotních službách - č. 372/2011 Sb.

[38] – Zákon o specifických zdravotních službách - č. 373/2011 Sb.

Mšené-lázně listopad 2013

## 11. Přílohy:

1. Analytické poznámky k situaci v českém lázeňství
2. Vybraná data statistiky lázeňství, UZIS 2012.

## Příloha 1 Analytické poznámky k situaci v českém lázeňství

Situace lázeňství v Ústeckém kraji odpovídá situaci lázeňství v České republice jako celku. Lázeňství Ústeckého kraje představuje cca 1/25 kapacit lázeňství v celé České republice. Přesto v hospodářství kraje hraje důležitou roli jako obor, který vyžaduje vyšší vzdělanostní úroveň personálu, s předpoklady přizpůsobení se nové zdravotně-sociální a preventivní misi, která navazuje na kvalifikované tradiční lázeňské léčebné postupy. Důležitá je i role místně významného zaměstnavatele, zvláště v obcích s počtem obyvatel do 1-3 tis. obyvatel.

### 1.1 SWOT analýza

Silné stránky (S)	Slabé stránky (W)
<p>S1 profesionalita lázeňského personálu v oboru lázeňských léčebných postupů odvozených od konzervativního léčení</p> <p>S2 profesionalita lázeňského personálu v oboru preventivních lázeňských léčebných postupů</p> <p>S3 profesionalita lázeňského personálu v oboru preventivních lázeňských léčebných postupů navazujících nebo kombinovaných s medical wellness.</p> <p>S4 tradice lázeňských míst podporující image (Lázně Teplice, Lázně Mšené, Lázně Dubí, Lázně Evženie-Kláštevec n. o., Lázně Bílina-zastaven provoz)</p> <p>S5 Technický stav lázeňské infrastruktury je ve velmi dobrém stavu (u lázní v provozu)</p> <p>S6 Pružnost a přizpůsobivost, příklady: Lázně Teplice orientovány především na zahraniční náročnou klientelu, Lázně Mšené orientovány především na krátkodobé pobyty pražské klientely, Tereziny lázně Dubí orientovány především na provozování služeb pro seniory, atd.</p>	<p>W1 posledních 5 let klesá počet pacientů, jejichž pobyt je hrazen zdrav.pojišťovnou</p> <p>W2 klesají příjmy a ziskovost, v některých případech začínají lázně v ÚK hospodařit se ztrátou, v jiných krajích jsou v insolventi.</p> <p>W3 nejistoty odborného personálu, především lékařů, specializace Rehabilitace a fyzikální medicína – RFM a fyzioterapeutů, kteří snadno mohou hledat uplatnění v zahraničí, což průkazně snižuje odborné personální stavy i v lázních ÚK.</p>
Příležitosti (O)	Hrozby (T)
<p>O1 Spolupráce se vzniklou a dynamicky se rozvíjející výzkumnou základnou – VÚB v.v.i.</p> <p>O2 Vstup do systému pro pozitivní stárnutí a do systému sociálních inovací</p> <p>O3 Založit marketing lázeňských léčebných služeb na objektivizaci měření výsledků léčení</p> <p>O4 Při prosazení HTA možný průkaz efektivnosti lázeňské léčby v parametrech i. zlepšení zdravotního stavu, ii. rychlejší</p>	<p>T1 Pokračování neexistence systému zdravotní prevence</p> <p>T2 Možné další omezování úhrad zdrav. pojišťoven</p> <p>T3 Další změny v indikačním seznamu v kombinaci s cíleným, ale nepřímým působením na praktické a odborné lékaře, aby nepředepisovali lázeňské léčení hrazené zdrav.pojišťovnou</p>

<p>návrat do práce, iii. úspora nákladů na léky a invazivní operace, iv. makroekonomické efekty uznané vládou (zaměstnanost, podíl na HDP, aj.)</p> <p>O5 Spolupráce s Fakultou zdravotních studií, katedra fyzioterapie a ergoterapie může významně napomoci jak tradiční misi, tak případným novým misím v oblasti Ageingu.</p>	<p>T4 Neuplatní-li se možné změny v misi lázní, pak mohou nastat nevratné změny v českém lázeňství, jejichž trh převezmou okolní státy (Polsko, Německo, Rakousko, Slovensko a Maďarsko)</p> <p>T5 Krizové období českého hospodářství včetně nestabilní vlády může vést k oddálení řešení problematiky Ageingu</p>
---	---

Pro správné uplatnění SWOT analýzy je klíčový fakt, že příležitosti a hrozby jsou definovány jako parametry prostředí, které nejsou pod přímou kontrolou lázeňských subjektů a mají významné dopady na socio-ekonomický rozvoj regionu. Silné a slabé stránky jsou faktory alespoň částečně kontrolovatelné vlastními subjekty.

## 1.2 Situace v českém lázeňství – analytické poznámky

**1.2.1 Materiál pod názvem Situace v českém lázeňství** předkládal Doc. MUDr. Leoš Heger, CSc. ministr zdravotnictví pro Plenární zasedání Rady Hospodářské a Sociální Dohody (RHSD, tripartita), Situace lázeňství v ČR, dne 24. června 2013.

Z tohoto materiálu:

### **Executive summary – hlavní čísla a argumenty**

- Rozsah lázeňské péče a především hrazené lázeňské péče je v České republice v porovnání s ostatními vyspělými zdravotními systémy naprosto ojedinělý. To se týká jak počtu lázeňských míst (v nichž je péče hrazena z v.z.p), tak je ojedinělý i rozsah tohoto hrazení (i po schválení nového indikačního seznamu).
- Lázeňská léčebně rehabilitační péče je nedílnou součástí zdravotní péče následně, je zakotvena v zákonu o zdravotních službách. *(o preventivní funkci ani zmínka – pozn. autorů)*
- V ČR existuje 37 lázeňských míst, kde je poskytována lázeňská léčebně rehabilitační péče. V nich působí 90 subjektů, které disponují přibližně 27 000 lázeňskými lůžky.
- V roce 2012 navštívilo české lázně 361 tisíc pacientů, kteří v nich strávili přibližně 4,7 milionu dní.
- Pacientů, kterým byla péče hrazena z veřejného zdravotního pojištění, bylo v roce 2012 86 tisíc.
- Na lázeňskou léčbu vydaly zdravotní pojišťovny v roce 2012 2,5 miliardy Kč.



## Ústecký kraj

- Ve vývoji úhrad zdravotních pojišťoven do jednotlivých segmentů péče za poslední roky je patrný přesun financí od „pobytové“ lázeňské péče směrem k ambulantní rehabilitační péči. Tento trend je s rozvojem medicíny naprosto přirozený.
- V poslední době se stal mediálním tématem indikační seznam lázní. Indikační seznam je nástrojem, který na základě odborných medicínských a balneologických argumentů stanovuje:
  - které nemoci a stavy jsou vhodné k lázeňské léčbě,
  - jak má být tato léčba dlouhá (a zda je medicínsky vhodné ji opakovat),
  - ve kterých lázeňských místech mohou a mají být ty které nemoci a stavy v závislosti na místním přírodním léčivém zdroji léčeny.
- Indikační seznam je odborný text, jehož úkolem není rozdělovat peníze mezi poskytovatele lázeňské péče.
- Indikační seznam se vyvíjí na základě odborných medicínských a balneologických argumentů, stejně tak reflektuje vývoj medicíny jako vědy a zdravotnictví jako celku.
- Tento indikační seznam byl připravován několik let na základě návrhů odborných společností, jeho finální podobu navrhla pracovní skupina složená z odborníků včetně zástupců Svazu léčebných lázní, lázeňských lékařů, Sdružení lázeňských míst nebo České lékařské komory. Na seznamu spolupracovaly také autority z mnoha medicínských oborů (rehabilitační a fyzikální medicíny, kardiologie, neurologie, gynekologie, ortopedie, urologie, alergologie a imunologie, pneumologie a ftizeologie, aj.).
- V novém indikačním seznamu zůstávají hrazena všechna vážná onemocnění, pooperační stavy a chronická onemocnění, kde lázeňská léčba přispívá ke zlepšení zdravotního stavu.
- Všem potřebným se lázeňská péče dostane a lékaři nemají žádné limity na vydávání lázeňských poukazů.
- Úlohou odborné veřejnosti, která spolu připravovala indikační seznam, a stejně tak i úlohou ministerstva, bylo a je dohlížet, aby pacienti, kteří lázeňskou péči potřebují, ji také dostali.
- Stejná je situace i v případě dětských pacientů: všichni, kteří lázeňskou léčbu potřebují, tuto léčbu dostanou a bude jim uhrazena z veřejného zdravotního pojištění. V případě dětského lázeňství je tématem nutnost přizpůsobit se jednoznačnému trendu úbytku dětí v populaci. Managementy lázní musí na tuto situaci reagovat a kapacity průběžně přizpůsobovat, případně hledat další zdroje financování.
- Problémem může být i to, že ošetřující lékaři předkládají méně návrhů na lázeňskou péči. To samo o sobě nemusí být špatně – je možné, že lékaři ve zvýšené míře hledají pro pacienty vhodnější alternativu léčby, než je lázeňská péče. V každém případě jak ministerstvo, tak pojišťovny situaci monitorují, přičemž opakovaně vyzvaly lékaře, aby lázeňskou péči předepsali všem pacientům, kde je péče účelná, vhodná a pro pacienta medicínsky přínosná. V těchto výzvách bude ministerstvo pokračovat.
- Ministerstvo zdravotnictví zároveň nemá informace o tom, že by pacientům, kterým byla lázeňská péče navržena a schválena, byla péče nedostupná nebo by pacienti byli lázněmi odmítnuti. Pokud však mají někteří pacienti pocit, že mají na léčbu nárok, ať vyžadují její předepsání od lékaře a uhrazení zdravotní pojišťovnou.

### Vývoj počtu pacientů v lázeňských léčebnách

Vývoj počtu lázeňských pacientů potvrzuje trend postupného útlumu pojišťovnou hrazené lázeňské léčby a naopak nárůst léčby hrazené pacienty. Zároveň je zřejmý nárůst lázeňské léčby cizinců. Další graf ukazuje vývoj u jednotlivých věkových kategorií lázeňských pacientů – dospělých, dorostu a dětí. Zde je patrný rozdíl v trendu jednotlivých kategorií. Celkový počet dospělých pacientů lázní jednoznačně stoupal do roku 2008 a od tohoto roku mírně klesá, počet pacientů dorostového věku se pohybuje v určitých vlnách na klesající trajektorii a počet dětských pacientů klesal do roku 2008. Další pokles zaznamenal mezi lety 2011 a 2012. Klesající trend celkového počtu pacientů v českých lázních je tedy možné pozorovat již od roku 2008. Pokles pacientů, kterým byla lázeňská léčba hrazena z prostředků zdravotního pojištění, pak klesá již od roku 2010.

Důvodů pro pokles počtu pacientů, jimž je léčba hrazena ze zdravotního pojištění, je několik. Jde o:

- reakci na vývoj medicíny – v řadě případů není medicínsky opodstatněné, aby byla pacientům lázeňská léčba navrhována opakovaně,
- zdravotní pojišťovny důsledněji posuzují efekt navrhované lázeňské léčby,
- vliv zavedení regulačních poplatků za pobyt v lůžkovém zařízení,
- vliv pracovního trhu, kdy si zaměstnanci již nemohou dovolit odjet na 3 týdny do lázní v rámci pracovní neschopnosti nebo dovolené,
- pokles platební schopnosti obyvatelstva.

Cílem jednání pracovní skupiny MZ bylo navržení změn indikací lázeňské léčby, jejich délky, formy a termínů návaznosti na léčbu akutní v souvislosti s novými medicínskými poznatky a postupy léčby ve zdravotnictví jako celku. Rovněž bylo cílem prověřování doloženého působení jednotlivých zdrojů přírodních minerálních vod a peloidů používaných k léčbě včetně posledních komplexních analýz zdrojů, které specifikují jejich fyzikální a chemické vlastnosti. Na základě tohoto posouzení byla navržena lázeňská místa vhodná k léčení diagnóz v jednotlivých indikačních skupinách.

Návrh vyhlášky o stanovení Indikačního seznamu pro lázeňskou léčebně rehabilitační péči o dospělé, děti a dorost byl připravován od roku 2006, především lékaři z oboru fyzikální a rehabilitační medicíny a balneologie, ale i řady jiných odborných společností. V roce 2011 převzala a konečný návrh připravila pracovní skupina ve složení:

- zástupci Ministerstva zdravotnictví
- zástupci zdravotních pojišťoven
- zástupci Svazu léčebných lázní
- zástupci Sdružení lázeňských míst
- zástupci Společnosti pro rehabilitační a fyzikální medicínu
- zástupci Odborového svazu zdravotnictví a sociální péče
- zástupci České lékařské komory „

.. konec citátu

### 1.2.2 Analytické poznámky

Omezení možnosti využívat indikační seznam je tvrdým a přes všechny několikaleté informace o jeho přípravě náhlým zásahem do ekonomiky většiny lázní (a to jak

privátních, tak státních), bez přiměřeného rozložení v čase, aby se jednotlivé lázeňské subjekty měly čas přizpůsobit. O „vědeckém zdůvodnění“ lze s úspěchem pochybovat. Nikdo nepředložil objektivní hodnocení, zda lázeňská péče prospívá, škodí nebo je zbytečná. Pro to jsou dostupné hodnověrné informace pouze v dílčím významu, a to díky evidencím některých lázeňských subjektů. Na druhé straně, Svazu léčebných lázní již dlouhou dobu bylo známo, že se „něco takového“ chystá a kromě zadání studie u KPMG, která argumentovala pro zachování současného stavu a nikoliv pro změnu vize a rozvoj nových léčebných programů, kde by byla jasně definována **efektivní role** léčebných lázní v systému preventivní péče (vedle následné), případně byly definovány jiné inovace v poslání lázní.

Nikdo, ani zdravotní pojišťovny, ani MZ, ani ČIL, ani Svaz léčebných lázní neprovádí a tedy nepoužívá hodnocení efektivity lázeňské léčby. Z toho plyne, že ne všichni pacienti, jejichž pobyt je hrazen zdravotní pojišťovnou, nutně potřebují lázeňskou léčbu a na druhé straně zůstává řada pacientů, pro něž by lázeňské léčení znamenalo významný přínos, kteří se do lázní na pobyt hrazený ZP nedostanou. Zdravotní pojišťovna má smlouvu s lázněmi, kde je na jednotlivé indikace stanoven závazný počet procedur a procedur s využitím schváleného přírodního léčivého zdroje (PLZ), a tím to končí. Nikoho nezajímá, zda se stav pacienta zlepšil a o kolik. Z tohoto hlediska měl ministr Heger pravdu, že výsledky lázeňského léčení jsou vlastně neprůkazné a nepotřebné a „moderní“ chirurgické výkony mají zcela lepší výsledky.

A je to opravdu tak? Předložil někdo hodnověrnou studii, že výdaje na rehabilitační péči jsou efektivnější než lázeňské léčení?

Ani jedna z vážených institucí a ani jeden z vážených zástupců nepředložili byť jedinou dílčí dvojité zaslepenou studii, která by podporovala náplň tzv. konečného návrhu. Jde pouze o pocitová prohlášení, v nejlepším případě tzv. expertní soudy, které mohou být obrazem úzkých profesionálně-ekonomických zájmů lékařů, angažovaných mimo lázeňství. Zástupci SLL a SLM neměli dostatečné podklady pro hlavní argumentační nástroj, kterým měla být především efektivnost lázeňské péče v jejím rehabilitačním a preventivním smyslu a nikoliv sice významný, ale z hlediska systému péče o zdraví druhotný význam (sociální) – a tím je zaměstnanost a odtud plynoucí primární a sekundární spotřeba.

Nikdo v resortu zdravotnictví dosud nezadal měření efektivity (nejen) lázeňské léčebné péče. Podle informací z odborných knihoven a řešeršních pracovišť se nikdo nezajímá (až na aktuální výjimky) o odbornou a vědeckou literaturu moderního lázeňství. Takže výsledkem nového indikačního seznamu jsou neuvěřitelně malé úspory v celém systému zdravotní péče (cca 1 – 1,5 mld. Kč), které podle zahraničních pramenů (viz studie KPMG zadaná SLL v roce 2011) znamenají 3 – 5 násobek indukovaných ztrát z hlediska HDP. Tato opatření jsou skutečně neobjektivně zaváděna v době, kdy moderním trendem klinické praxe je Medicína založená na důkazech, tzv. **evidence-based medicine** (EBM), kdy se při léčbě pacienta používá aktuálních vědeckých (medicínských) poznatků. Cílem je propojení klinických zkušeností s novými vědeckými důkazy, které jsou tak převedeny do praxe. Tak k tomuto postupu rozhodně nedošlo. Šlo o tzv. expertní soudy, které neměly a ani nemohly vycházet z dostatku informací k hodnocení efektivity lázeňského léčení ve srovnání s chirurgickými nebo farmakologickými přístupy.



Výzkumný ústav balneologický v.v.i. nabízí při každé příležitosti objektivní hodnocení vybraných terapií a hlavně návrhy na efektivní využití lázeňského léčebného potenciálu. VÚB řeší tato témata zatím jako pilotní projekty svými skromnými prostředky. Jedině Ústecký kraj přispěl 100 tis. Kč na předmětnou studii S3 strategie lázeňství Ústeckého kraje.



## Příloha 2 Vybraná data statistiky lázeňství, UZIS 2012.

Lázeňská péče 2012  
(materiál ÚZIS, citace  
<http://www.uzis.cz/category/tematicke-rady/zdravotnicka-statistika/lazenska-pece-lazne> )

V roce 2012 bylo v ČR v provozu 88 lázeňských zdravotnických zařízení, která disponovala celkem 25 891 lůžky. Přibližně 10 % lůžkové kapacity patří lázeňským zařízením zřizovaným centrálními orgány, tj. Ministerstvem zdravotnictví a Ministerstvem obrany ČR. Jedno lázeňské zařízení provozuje město a zhruba 89 % kapacity spravují jiné právnické osoby nebo fyzické osoby. Lázeňská léčba v ČR kombinuje účinek přírodních léčivých zdrojů s preventivní a rehabilitační péčí a s léčbou některých chronických onemocnění.

Lázeňskou péčí, včetně určení stupně naléhavosti, poskytovanou jako nezbytnou součást léčebného procesu, doporučuje ošetřující lékař, potvrzuje revizní lékař a hradí příslušná zdravotní pojišťovna. Návrh na léčení v lázních podává na předtištěném formuláři zdravotní pojišťovny registrující praktický lékař nebo ošetřující lékař. Pojištěnci zdravotních pojišťoven mohou využívat buď komplexní lázeňskou péči nebo příspěvkovou lázeňskou péči.

Komplexní lázeňskou péčí (KLP) využilo v roce 2012 celkem 80 424 pacientů (o 17 899 osob méně než v roce 2011 a o 26 598 osob méně než v roce 2010). V roce 2012 tvořili dospělí pacienti 88,8 % všech pacientů v rámci KLP. Celkem u 54,9 % pacientů KLP hradila náklady spojené s pobytem a léčbou Všeobecná zdravotní pojišťovna (VZP) a zbývajícím pacientům ostatní pojišťovny. Komplexní lázeňská péče navazuje na ústavní péči nebo specializovanou ambulantní zdravotní péči. Je zaměřena na doléčení, zabránění vzniku invalidity a nesoběstačnosti či na minimalizaci rozsahu invalidity. Týká se rovněž nemocí z povolání a jiných druhů poškození zdraví při výkonu profese. U účastníků nemocenského pojištění se poskytuje v době jejich dočasné pracovní neschopnosti. Jízdné do lázeňského zařízení se podle nové úpravy neproplácí, pacient rovněž na místě hradí lázeňský poplatek.

Příspěvková lázeňská péče (PLP) byla poskytnuta celkem 14 848 pacientům (v roce 2011 to bylo celkem 17 084 osob a v roce 2010 celkem 15 077 osob), z toho 99,2 % byly dospělé osoby. VZP hradila léčebné výlohy 58,4 % klientům PLP a zbývajícím pacientům tyto výlohy hradily ostatní pojišťovny. Tento typ péče je poskytován především pojištěncům s chronickým onemocněním, a to jednou za dva roky, nerozhodne-li revizní lékař jinak. Stravování, ubytování, jízdné (do lázní a zpět) a lázeňský poplatek si hradí klient sám. Klient čerpá lázeňskou péči v rámci své dovolené. Další variantou příspěvkové lázeňské léčby je možnost objednat si pouze léčení ambulantní. Během roku 2012 takovou léčbu podstoupilo 43 785 osob, z toho bylo 734 pacientů v kategoriích dětí a dorostu. Ve srovnání s rokem 2011 bylo ambulantně omléčeno o 1 296 osob méně a s rokem 2010 o 1 568 osob více. Samoplátcecká léčba, při které si všechny náklady spojené s pobytem a léčbou hradí klient sám, byla využita 106 381 tuzemskými klienty. V tomto případě nemusí mít klient lékařské doporučení a doba pobytu pro samoplátce není nijak limitována. Až na 306 pacientů ve věku dětském a dorostovém se jednalo o dospělé osoby. Počet

tuzemských platících klientů v lázních je o 4 760 osob nižší než v roce 2011 a o 8 576 osob vyšší než v roce 2010. Jelikož za poslední roky dochází spíše ke stagnaci plateb od zdravotních pojišťoven, orientují se všechna lázeňská zařízení na vylepšování svých služeb, jak v oblasti ubytovací, stravovací i léčebné, tak na akvizici stále širší klientely platících různými formami „hotovostních“ plateb.

V roce 2012 absolvovalo lázeňskou léčbu v našich lázních 158 884 cizinců. Oproti roku 2011 je to o 25 254 osob více a oproti roku 2010 o 20 074 osob více. Cizinci se v lázních v ČR nejčastěji léčí s indikací nemoci pohybového ústrojí (57,4 %), dále nemoci trávicího ústrojí (19,8 %) a nemoci z poruch výměny látkové a žláz s vnitřní sekrecí (13,7 %).

Do českých a moravských lázní přijelo během roku 2012 úhrnem 360 537 klientů, přičemž v roce 2011 to bylo 360 178 osob a v roce 2010 to bylo 375 866 osob. Z toho 26,4 % osob bylo v lázních v roce 2012 léčeno na náklady veřejného zdravotního pojištění (KLP + PLP celkem). Cizinci tvořili 44,1 % a tuzemští samoplátci 29,5 % celkového počtu léčených klientů v lázních. Dalších 3 869 osob pobývalo v lázních jako doprovod hrazený zdravotní pojišťovnou. Léčeným osobám v lázních bylo poskytnuto 4 979 375 ošetrovacích dnů, tedy v průměru 13,8 dnů na osobu. Z toho pacientům v rámci veřejného zdravotního pojištění bylo poskytnuto 2 447 390 ošetrovacích dnů, což je 49,2 % veškerých ošetrovacích dnů. Průměrná délka pobytu pacienta v rámci KLP byla 26,5 dnů, průměrná délka pobytu pacienta v rámci PLP byla 21,4 dnů. Tuzemští samoplátci v lázních strávili 641 219 ošetrovacích dnů (12,7 % z ošetrovacích dnů všech klientů). Průměrná délka lázeňského pobytu tuzemského samoplátce byla 6,0 dnů. Pacientům z ciziny bylo poskytnuto 1 890 766 ošetrovacích dnů, tedy 38,1 % všech ošetrovacích dnů, a průměrný léčebný pobyt cizince trval 11,9 dnů. Porovnání poskytnutých ošetrovacích dnů ve srovnání s absolutními počty osob léčených v lázních (viz výše) podává přesnější obraz podílů pacientů dle způsobu úhrady péče a potvrzuje trvale klesající podíl klientů v rámci veřejného zdravotního pojištění – roce 2011 byl podíl ošetrovacích dnů poskytnutých pacientům na náklady veřejného zdravotního pojištění na celkovém počtu ošetrovacích dnů 54,6 %, v roce 2010 to bylo 55,4 %.

Do lázeňské péče pro dospělé bylo přijato celkem 349 708 pacientů. Nejvíce klientů tvořili cizinci (45,0 %), tuzemští samoplátci tvořili 30,3 %, komplexní lázeňskou péči využilo 20,4 % dospělých pacientů a 4,2 % pacientů byla poskytnuta příspěvková lázeňská péče. V pořadí indikací se u léčby hrazené zdravotními pojišťovnami (KLP i PLP), stejně jako v minulých letech, nejčastěji vyskytovaly nemoci pohybového ústrojí - 60,2 % celkového počtu dospělých. Následovaly nemoci trávicího ústrojí (9,7 %) a nemoci oběhového ústrojí (8,0 %). Průměrná ošetrovací doba u dospělých pacientů léčících se na náklad zdravotního pojištění byla u KLP 25,9 dnů a u PLP 21,2 dnů, u plně platících tuzemců 6,0 dnů a u cizinců 11,9 dnů. Lázeňská péče pro dorost byla v roce 2012 poskytnuta celkem 1 625 pacientům, z toho 2 tuzemským samoplátcům a 177 cizincům. Nejčastější indikací u dorostových pacientů byly nemoci pohybového ústrojí (25,0 %), nemoci nervové (21,1 %) a nemoci z poruch výměny látkové a žláz s vnitřní sekrecí (17,9 %). Průměrná ošetrovací doba u dorostových pacientů, jejichž léčbu hradily zdravotní pojišťovny, činila 33,3 dnů, u tuzemských samoplátců 15,5 dnů a u cizinců 16,5 dnů. Dorostoví pacienti strávili v lázních 51 136 ošetrovacích dnů, tj. 1,0 % všech ošetrovacích dnů. Do lázeňské péče pro děti bylo v roce 2012 přijato celkem 9 204 dětských pacientů, z toho 7 686 dětí



absolvovalo pobyt v lázních na náklad zdravotního pojištění (83,5 %). Děti „cizinců“ bylo 1 214 a tuzemských samoplátců 304. Nejčastější indikací u dětských pacientů byly nemoci dýchacího ústrojí (47,0 %), nemoci nervové (16,6 %) a nemoci z poruch výměny látkové a žláz s vnitřní sekrecí (15,6 %). Průměrná ošetrovací doba u dětských pacientů využívajících úhrady zdravotního pojištění byla 30,6 dnů, u tuzemských samoplátců 15,2 dnů a u cizinců 13,6 dnů. Dětské pacienty strávili v lázních 256 483 ošetrovacích dnů, tj. 5,2 % z celkového počtu ošetrovacích dnů poskytnutých v lázních v roce 2012. Pacientům v lázeňských zdravotnických zařízeních bylo v roce 2012 poskytnuto 20 389 664 léčebných výkonů. Z tohoto počtu byla nejvíce zastoupena vodoléčba a masáže (18,0 %), rehabilitace (17,1 %) a elektrofyzikální výkony (13,6 %). Údaje v této publikaci pocházejí ze sběru informací v rámci statistického šetření rezortu Ministerstva zdravotnictví ČR, výkaz L(MZ) 2-01.