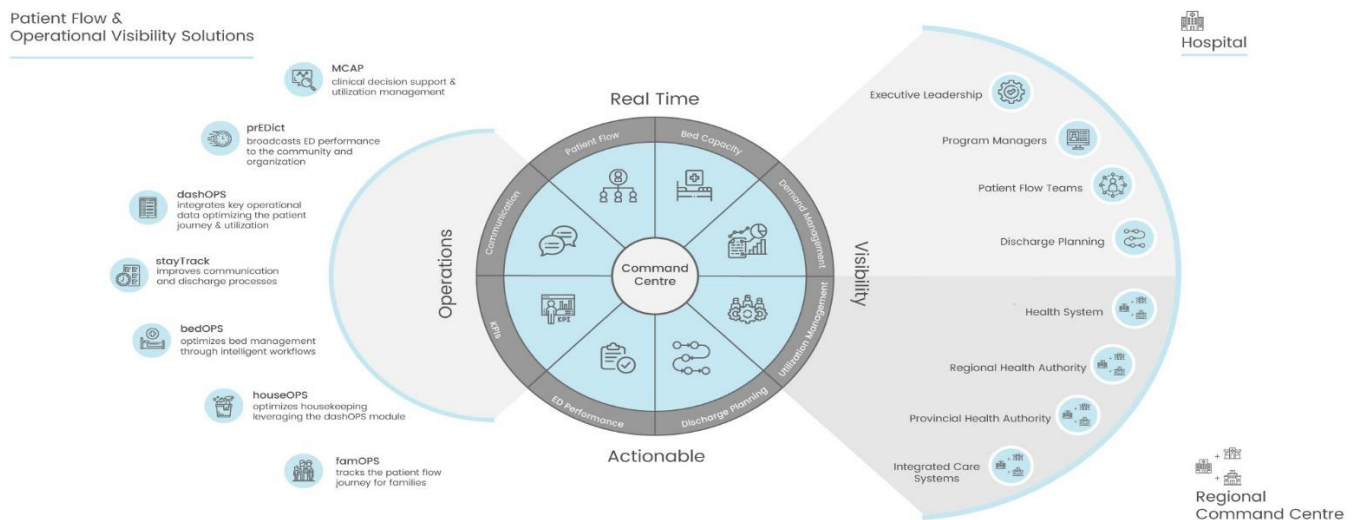


Nemocnice jako továrna

proměna nemocnice směrem
k průmyslovému modelu

zdravotnictví jako odvětví,
které generuje novou hodnotu



- jaká je funkce nemocnice v kapitalistické společnosti? jaké jsou vztahy mezi nemocnicí a státem?
- jak vypadá proces akumulace kapitálu v nemocnicích? zbožím, které nemocnice produkuje, je „zdraví“ a surovinou, s níž pracuje, je lidská bytost
- přibližování nemocnice modelu moderního průmyslu odpovídá neustálé potřebě kapitálu ovládnout nové a nové oblasti s cílem akumulace
- hesla jako „obrana veřejné služby pacientům“ a „zdraví není zboží“ jen přispívají k mystifikaci role nemocnice a postavení pracujících ve zdravotnictví – a brání boji za lepší pracovní a finanční podmínky

Mouvement Communiste/Kolektivně proti kapitálu

Obsah

Úvod	1
Den v nemocnici, den v továrně	3
Nulové zásoby a just-in-time. Kapitalistická akumulace neztrácí čas.....	3
DRG: klíčová fáze procesu industrializace nemocnic.....	6
Techno-nemocnice, produktivita práce a centralizace kapitálu.....	8
Konkurence, výrobní náklady a nadhodnota.....	11
Produkce a reprodukce	12
K čemu je kapitálu nemocnice? Užitná hodnota komodity zvané zdraví.....	12
Produktivní činnost ve sféře reprodukce pracovní síly.....	15
Nemocnice a stát – veřejné zdravotnictví jako neproduktivní výdaj.....	17
Několik věcí, o nichž by měli bojovní pracující přemýšlet	19
Dodatek: národní situace a reformy zdravotnictví	21
Belgie: reforma ministryně Maggie de Block.....	21
Francie: Francie: Dohody „ <i>Ségur de la santé 10</i> “.....	23

Úvod

Říjen 2020: Vrací se epidemie covidu-19¹ a postihuje řadu zemí. Po první vlně, která v celosvětovém měřítku dotlačila zdravotnický systém na hranici jeho možností, hrozí, že se během druhé vlny zhroutí. Přesto však v červnu v Belgii a Francii zdravotníci demonstrovali v ulicích a na svých pracovištích, v nemocnicích. Pod heslem „*Du fric pour la santé publique! Du blé pour la santé!*“² požadovali zvýšení svých mezd a zlepšení pracovních podmínek. K těmto bezprostředním požadavkům přidali odmítnutí komodifikace zdravotnictví, „zodpovědné za zabíjení nemocnice“.

Kapitál, a zejména kolektivní kapitál reprezentovaný státem, však nemocnici „nezabíjí“, ale vytváří z ní novou hodnotu, jinými slovy zisk. Pokud jde o zdraví jako společný a veřejný statek, ve společnostech rozdělených na třídy nikdy neexistovalo. Plný přístup ke zdravotní péči, ale i k tomu, čemu se běžně říká prevence, vždy byl a zůstává především výsadou těch, kteří si to mohou dovolit. Navzdory autenticky humanistickému impulsu, který pohání mnoho rozzlobených zdravotníků.

Tento text se pokouší dešifrovat hlavní změny, k nimž došlo v posledních čtyřiceti letech v nemocnicích vyspělých kapitalistických zemí se všeobecným systémem zdravotního pojištění, který je společně spravován státem a takzvanými sociálními partnery, které je třeba označit spíše za zprostředkující orgány státu.³ Sektor zdravotní péče, od zavedení sociálního a zdravotního zabezpečení regulovaný pravidly manipulovaného trhu (ceny fixované mimo trh, státní financování nemocničního podnikání), se od 80. let 20. století a ještě více od roku 2008, po fiskální krizi plynoucí z finanční krize, vyvinul směrem ke „klasickému“ modernímu průmyslovému modelu poháněnému a stimulovanému konkurencí.

Ať už jsou nemocnice státními, nebo soukromými společnostmi, jejich struktura je stále zřetelněji kapitalistickou strukturou, jejímž cílem je realizovat zisk díky prodeji komodity zvané „zdraví“. Transformace nemocničního sektoru tak představuje „aktualizaci“ kapitálu ve smyslu efektivity a ziskovosti. Toto pronikání kapitálu do oblasti státního trhu odpovídá pokračujícímu rozšiřování kapitálu do všech oblastí hospodářské činnosti a zobecňování zboží jako jedině formy bohatství.

Nemocnice vyjadřuje nejpokročilejší formu koncentrace a centralizace kapitálu na trhu sektoru zdravotnictví. Řečeno jinými slovy a schematictěji: rodinný lékař připomíná postavu řemeslníka; zdravotnické středisko se podobá spíše manufaktuře (shromažďuje pracující na jednom místě a sdílí fixní náklady, ale stále se opírá o jednoduchou kooperaci); nemocnice se pak jeví jako specifická průmyslová organizace kapitalistického výrobního způsobu, protože kombinuje dělbu a vědeckou organizaci práce (specializace, rozčlenění, repetitivní práce),

1 K tématu: Bulletin MC/KPK číslo 19: „Koronavirus, národní státy a kapitál“, Viz <https://protikapitalu.org/2020/04/13/koronavirus-narodni-staty-a-kapital-bulletin-mc-kpk-cislo-19/>

2 „*Love pro veřejné zdravotnictví! Prachama ke zdraví!*“

3 Zdravotnictví velké části evropských států je samozřejmě financováno spíše plošnými daněmi než systémem zdravotního pojištění. To platí především o Velké Británii a Itálii. Existují i hybridní systémy, jako v Řecku a Španělsku. Pro kompletní sérii zpráv o všech evropských zemích viz <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/health-systems-reviews>.

Stejná tendence působí i v těchto dalších systémech, ale zde se detailně soustředíme na model pojištění neboli bismarckovský model (viz níže) financování zdravotnických služeb.

mechanizaci (technologie a aplikovaná věda) a rozvinutou kooperaci (kolektivní pracovník a centralizace aplikovaného výzkumu).

„Krise nemocnice“ vyplývá z touhy státu drasticky snížit neproduktivní výdaje na zdravotní péči. Stát jako představitel kolektivního kapitálu věnuje významnou část⁴ svého rozpočtu na péči o zdraví obyvatelstva, pokud tím rozumíme péči nezbytnou pro reprodukci pracovní síly užitečné pro kapitál, ať už přímo, nebo nepřímo (protože zdravotnictví pečuje také o děti, staré lidi a dlouhodobě postižené osoby). Jenže stát jako individuální kapitál, a tím spíš jako vlastník systému veřejných nemocnic, se snaží snížit svůj podíl na financování nemocnic a investovat do nejefektivnějších subjektů – tedy těch, které jsou schopny generovat zisk. A zároveň je stále nutné ručit za reprodukci pracovní síly ve strukturách zdravotní péče, které jsou méně efektivní, ale stále nezbytné (jako v „lékařských pouštích“, tedy oblastech s horší dostupností péče, nebo ve službách intenzivní péče). Zapomínat se nesmí na veřejný byznys ve zdravotnictví, protože stát zůstává v postavení akcionáře individuálních kapitálů ústředním aktérem nemocničního sektoru.

Za tento strukturální vývoj platí a budou platit ti, kdo v nemocnicích pracují, a pacienti. Charakteristika a podmínky vykořisťování pracovní síly pracujících ve zdravotnictví se – v zásadě – neliší od těch, s nimiž se setkáváme ve výrobních a logistických podnicích masové produkce. Jako každá pracovní síla v jakékoli kapitalistické organizaci přispívají pracující ve zdravotnictví k akumulaci „svého“ individuálního kapitálu (nemocnice) a jako takoví jsou vystaveni neustálým pokusům svých šéfů o snižování mezd, prodlužování pracovní doby, zhoršování pracovních podmínek, prosazování vyšší produktivity a intenzifikace práce atd. Neexistuje žádný důvod, proč by se toto odvětví mělo lišit od ostatních sektorů.

V nejbližší budoucnosti – po epizodě covidu-19 – bude stát muset znovu investovat do zdravotnictví, zajistit jisté zvýšení mezd a úpravu pracovních podmínek, což zvýší výrobní náklady. Dominantní a systematickou tendencí kapitalistického cyklu však nakonec zůstává přeměna užitečných věcí na zboží, a to i v oblasti zdravotnictví. Tuto tendenci ke komodifikaci může management epidemie SARS-CoV-2 zmírnit, ale rozhodně ne zvrátit, virus představuje „pouze“ dočasný kontracyklický prvek. Virus navíc již nyní pomáhá manažerům zdravotnických systémů definovat plány restrukturalizace a investic, které jsou schopny rychle vyrovnat zvýšené výrobní náklady a zvýšit produktivitu společenské práce zapojené do tohoto odvětví.

Poznámka: Některé prvky fungování sektoru zdravotní péče v Česku se od popisu v brožurce liší (věnujeme jim další, plánovaný text). Rozdíly však nepopírají základní výklad postavení zdravotnického sektoru, nemocnic, jejich produkce v kapitalismu.

4 Viz www.who.int/whosis/whostat/FR_WHS09_Table7.pdf

Den v nemocnici, den v továrně

Nulové zásoby a systém just-in-time. Kapitalistická akumulace neztrácí čas

Kapitál je z podstaty dynamický společenský vztah: nikdy nepřestal dobývat, zmocňovat se a revolucionizovat oblasti, které se dříve vymykaly jeho kontrole. V nemocnici dochází k proměně procesu konkrétní práce, k její transformaci, která zahrnuje zvýšenou dělbu práce, intenzivní specializaci a rozparcelovávání úkolů, s následkem repetitivní práce. To vše je založeno na rozsáhlé kooperaci, tedy na kolektivním dělníkovi, který je specializovaný, ale flexibilní a potenciálně zaměnitelný, ve smyslu času nutného k adaptaci na jinou pozici a stále nižší úrovně kompetencí.

Transformace pracovních podmínek, kterou pozorujeme v nemocnicích od 80. let 20. století⁵, je srovnatelná s procesem, který probíhal v průmyslu formou taylorizace a mechanizace o sto let dříve. Do nemocnice tak vstupují stopky⁶. Pro stát jako hlavního, dokonce jediného akcionáře individuálního kapitálu (taková je situace ve státní nemocnici), stejně jako pro soukromé kapitály ve zdravotnictví (financované státem a všeobecným pojištěním) může být nemocnice produktivní: může generovat novou hodnotu. Nemocnice se zrodila jako čistě neproduktivní výdaj nezbytný pro reprodukci tříd a pro dobré fungování kapitalistické organizace práce, obdobně jako například škola, a postupně se stala kapitálem generujícím zisk. Přesně k témuž dochází víc a víc ve vysokém školství a již dlouho ve veřejné dopravě.⁷ V dějinách kapitalistického výrobního způsobu se produktivní sféra neustále rozšiřuje a zmocňuje se činnostmi, v nichž zatím nebyla přítomná, světlo světa spatřují nové individuální kapitály (soukromé nebo státní), které zajišťují vykořisťování. Tradiční „veřejné služby“, které se nepodílejí na akumulaci kapitálu *přímo*, jsou neúprosně vsávány trhem.

Veřejná a soukromá nemocnice

V Belgii jsou veřejné nemocnice, stejně jako soukromé, financovány z příspěvků od federálního státu (většinou na mzdy), regionů (především na infrastrukturu) a ze systému zdravotního pojištění a pojištění pro případ invalidity (na poplatky za vyšetření a zákroky, technické lékařské postupy a léčbu).

Na rozdíl od soukromých nemocnic jsou řízeny municipalitami, „interkomunálními“ strukturami, provinciemi nebo regiony. Dvaasedmdesát procent nemocnic je soukromých (mají status sdružení, ale jsou ziskové). *„Historicky byly produktem náboženských kongregací, vzájemných pojišťoven, nezávislých univerzit nebo bývalých závodních nemocnic. Vzhledem k velkému počtu fúzí mezi nemocnicemi v posledních desetiletích je však dnes značný počet*

⁵ Například model účtování za práci nazývaný „Individualizovaná ošetrovatelská péče pro příjemce péče“ (SIIPS), tento náš text ho zmiňuje níže, byl vytvořen a uveden do chodu ve Francii v letech 1987/1988.

⁶ Viz práce Benjamina Coriata „L'atelier et le chronomètre: essai sur le taylorisme, le fordisme et la production de masse“ („Dílna a stopky: eseje o taylorismu, fordismu a masové výrobě“), Christian Bourgois, 1979

⁷ Viz leták MC/KPK věnovaný nedávným reformám v SNCF (Société nationale des chemins de fer français, ve firmě na železniční dopravu vlastněné francouzským státem) a rozvaze stávkou, která se jim bránila: <http://mouvement-communiste.com/documents/MC/Letters/LTMC1946%20ENvF.pdf>

zařízení dědictvím jak veřejného, tak soukromého sektoru. Zákon o nemocnicích se uplatňuje bez rozdílu na veřejný a soukromý sektor a shodné i též jejich financování veřejnými orgány.“⁸

Ve Francii byl v letech 1948 až 1979 rozvoj veřejných nemocnic (z hlediska kapacity a technologie) realizován prostřednictvím masivních státních investic skrze nemocenské pojištění a prostřednictvím místních kolektivních subjektů. Současně od roku 1946⁹ rostl počet soukromých klinik, které byly postupně registrovány v systémech nemocenského pojištění. V roce 1970 byl soukromý sektor uznán zákonem o organizaci nemocničního systému.¹⁰ Od roku 1981 začala politika omezování veřejných výdajů, která tlačila na konsolidaci klinik a byla zpečetěna reformou v roce 1987. Již v letech 1983/1984 se mechanismus financování opřel o homogenní diagnostické skupiny a princip platby za výkon (namísto principu ceny za den z roku 1941) s cílem omezit výdaje a zlepšit ekonomické výsledky nemocnic. Během následujících patnácti let byl zaveden národní systém pro definování a výpočet průměrných výrobních nákladů na pobyt v nemocnici. Nemocniční podniky pak musely dosáhnout stanovené minimální normy produktivity, což zvýhodnilo ekonomickou autonomizaci těch nemocničních struktur, které byly nejziskovější. V letech 2002 až 2004 došlo k zavedení stanovení cen za činnosti v rámci jednotného financování veřejných a soukromých zdravotnických zařízení, které rozlišuje celkové částky účtované podle druhu patologie a typu výkonu (jednoduchý nebo složitý) a představuje další krok v racionalizovaném „účetování“ lékařských výkonů.

Pro popis fungování pracovních procesů a akumulace kapitálu v nemocnici je užitečné vzít v potaz podobnost s klasickým průmyslovým podnikem – například s automobilovým průmyslem. Podobností je celá řada: od najímání personálu až po tok zboží uvnitř podniku, dělbu práce, specializaci a kontrolu nad pracovní silou.

„Současný portrét nemocničního systému tak jednoznačně nabývá podoby průmyslu. Dokonale reprodukuje modely, které ho organizují: management zásob a toku zboží, standardizované okruhy, manažerská organizace, inflace grafů, architektura typu regálů a polic, 'nízká granularita' podporující rychlost. Jednotlivec se stal potenciálním objektem ziskovosti, neboť je v systému zobecněných transakcí [...] směnnou hodnotou“.¹¹

V nemocnici je tok lidí – personálu i pacientů – řízen tak, aby se co nejvíce zkrátil mrtvý čas, ať jde o přesuny pacientů z jednoho oddělení na druhé a z lůžka na lůžko, nebo o přesuny lékařů chodbami různých nemocničních oddělení. Kromě toho je třeba neustále zkracovat průměrnou délku hospitalizace s cílem omezit zásoby a urychlit tok pacientů (jak líčí slovník používaný nemocničními manažery).

Například v Belgii, stejně jako v jiných evropských zemích, se zkracuje doba hospitalizace a současně se rozšiřují ambulantní služby. Ty v roce 2018 představovaly 18 procent ošetrovacích dnů a připadalo na ně téměř 60 procent příjmů. Studie „Model pro automatickou analýzu nemocnic (Maha)“, kterou vydává již po pětadvacet let banka Belfius,

8 Zdroj: <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/donnees-phares-dans-les-soins-de-sante/hopitauxgeneraux/organisation-du-paysage-hospitalier/types-d-hopitaux>

9 Zdroj: Nicolas Tanti-Hardouin: „L'hospitalisation privée, crise identitaire et mutation sectorielle“ („Soukromá hospitalizace, krize identity a sektorová mutace“), Les études de la documentation française, 1996

10 Zdroj: <https://www.irdes.fr/documentation/syntheses/historique-des-reformes-hospitalieres-en-france.pdf>

11 Stéphane Velut: „L'Hôpital, une nouvelle industrie. Le langage comme symptôme“ („Nemocnice, nové průmyslové odvětví – jazyk jako symptom“), Gallimard, 2020

uvedla: „*Abychom mohli v příštích letech snížit počet lůžek, je třeba se dohodnout na počtu hospitalizací za den, na formách alternativní péče (hotely s pečovatelskou službou, hospitalizace doma...), na organizaci kolem domácí péče a na zlepšení elektronické distribuce patientských dat.*“

Toto řízení toků je předmětem obzvláště pečlivého studia ze strany vedení nemocnic: cílem je co nejvíce zkrátit vše, co nesouvisí se samotným (zpoplatněným) zdravotním výkonem, a tedy dobu, kterou stráví zdravotnický personál v práci, co nejvíce přiblížit době strávené prací. Každý okamžik pracovního dne musí být věnován úkolu, který lze započítat do podnikového, nemocničního účetnictví. Všechny okamžiky, které nejsou věnovány přímo „produktivní“ době, jsou omezovány (přestávky, diskuse s kolegy).

Situace ve srovnatelném odvětví, které jsme si zvolili – automobilovém průmyslu – je totožná: extrémní minimalizace tras, které nejsou užitečné pro přepravu zboží a pro pohyb pracovní síly uvnitř výrobního procesu; neustálý a neúprosný boj ze strany šéfa za odstranění pracovní doby, která není přímo produktivní, jako jsou cesty z práce domů, na toaletu, na jídlo atd.

Potřeba efektivity kapitálu se na této úrovni projevuje – velmi klasicky – dvěma jevy: neustálým tlakem na prodloužení a flexibilitu pracovního dne, většinou spojeným s jeho intenzifikací. Proklamovaným cílem je zvýšit produktivitu práce efektivnějším rozdělením pracovní síly, tedy zvýšením míry vykořisťování získat více nadhodnoty z jejího jediného zdroje, živé práce.

Stejně jako v automobilovém průmyslu řídí zdravotnický personál „předáci“, jejichž hlavním úkolem je zajistit, aby byl pracovní proces co nejefektivnější z hlediska požadavků výroby. V tomto úkolu jim pomáhá množství softwarových balíčků, které téměř na minutu kontrolují stupeň pokroku úkolů. Ústřední činnost zdravotnického personálu je stále více redukována na kvantifikovatelné postupy, regulované administrativními pracovníky. Ti tak přebírají velení ryze technické aktivity, která však jako by ztělesňovala nejlepší „sociální smysl“ podniku.

Fenomén taylorizace práce se konkrétně projevuje rozdělením pracovní doby na jasně vymezené jednotky (identifikovatelné na úrovni účetnictví) a hledáním mrtvého času, prostojů, které je třeba eliminovat.¹² Specializace personálu a rozparcelování činností tak umožňuje jejich větší měřitelnost (ohledně času a použitých zdrojů). Pro měření a distribuci „zátěže péče“ byly propracovány kalkulační systémy.

Dva příklady:

„*PRN (Projet de recherche en nursing¹³; Projekt výzkumu v ošetrovatelství): spočívá v minutovém rozpisu zdravotnického dne a v určení potřebného personálu (množství, kvalita). Vychází z měření času potřebného k provedení plánované péče. K tomu je třeba vytvořit katalog „úkonů péče“ (seskupených do odvětví, jako je dýchání, výživa, hygiena, komunikace atd.) s*

12 „*Tempo se zvyšuje, prodlevy se zkracují a práce se zintenzivňuje, protože je třeba ošetřit stále více pacientů při stálém počtu personálního obsazení kvůli financování na základě činnosti. Rotace lůžek je rychlejší, počet vyšetření za službu silně roste.*“ Pierre-André Juven, Frédéric Pierru a Fany Vincent: „*La casse du siècle. À propos des réformes de l'hôpital public*“ („Loupež století – o reformě veřejného zdravotnictví“), strana 67, Raisons d'agir, 2019

13 „*En nursing*“, neboť se jedná o kanadskou francouzštinu. První pokus s tímto systémem se odehrál v porodnici v Montréalu, CHU Sainte-Justine, v roce 1969.

uvedením četnosti toho, čeho je dosaženo, což umožňuje přiřadit každému z těchto úkonů určitou hodnotu. Tato hodnota je vyjádřena v bodech, jeden bod odpovídá pěti minutám péče. Součet bodů získaných za všechny úkony péče za čtyřadvacetihodinové období dává denní skóre PRN, tj. čas, který se považuje za strávený 'pečovatelskou zátěží'. Tento čas je pak třeba využít k „sestavení nabídky“ odpovídající potřebám a k naplánování rozložení potřebného personálu, tj. k určení počtu pečovatелů potřebných k poskytování péče.¹⁴“

„SIIPS (Individualised nursing care to the care receiver, Individualizovaná ošetrovatelská péče pro příjemce péče): spočívá v měření intenzity pracovního zatížení pro výpočet množství potřebného personálu. Je třeba vypracovat stupnici pro hodnocení ošetrovatelské péče poskytované každému pacientovi na denní bázi. Tato péče je pak klasifikována podle své povahy (základní, technická nebo vztahová a výchovná péče). Následně je péče rozdělena do různých úrovní, jimž jsou přiřazeny koeficienty intenzity nebo zátěže (minimální, lehká, krátká, těžká, velmi těžká). Ke každé kombinaci je přiřazen vážený časový průměr, který umožňuje znát pracovní zátěž péče jejich součtem. Pro získání celkové pracovní zátěže služby a potřebného počtu pracovních míst za den je třeba body SIIPS doplnit o další činnosti související s péčí (ubytovací činnosti, informace, vzdělávací činnosti), které provádějí pracovníci služby.¹⁵“

Tyto metody managementu pracovní síly umožňují například nenahrazovat odcházející pracovníky, pokud lze péči zajistit menším počtem pracovníků, a devalorizovat některé úkoly využitím méně kvalifikované a především levnější pracovní síly. Zdravotní sestry vykonávají úkoly přidělené lékařům, sanitáři vykonávají úkoly přidělené sestřím atd.

DRG: klíčová fáze procesu industrializace nemocnic¹⁶

Jak podřídit nemocniční výrobu imperativu efektivity? Jak zvýšit její výkonnost a jak ji měřit? Jak definovat „průměrné náklady“, když se každá nemocnice zabývá souborem jedinečných případů, když tisíce jejích konkrétních pacientů představují specifický mix specifických zdravotních problémů, které vyžadují konkrétní léčbu? Tyto otázky historicky trápily vedení nemocnic po dlouhá desetiletí poté, co se nemocnice vyvinula jako moderní aparát složený z velkého počtu zaměstnanců, sofistikovaných strojů a stále dokonalejší organizace práce.

Onen problém nenacházel řešení až do 70. let dvacátého století, kdy se zrodil klasifikační systém založený na homogenních skupinách nemocí (DRG, Diagnosis Related Group). Byl vyvinutý ve Spojených státech nejprve s cílem měřit náklady a výsledky nemocnic. Měl představovat „klasifikační systém pro oblast hospitalizovaných pacientů, který určuje množství nemocničních zdrojů vyžadovaných pro poskytování péče a který je klinicky koherentní v tom smyslu, že jeho patientské skupiny volají po souboru klinických zásahů, které vykazují obdobný vzorec, pokud jde o zdroje“. Poté, co se systému DRG podařilo úspěšně klasifikovat nemocniční produkci, byl použit k řízení plateb, první americká nemocnice ho k tomu využila v roce 1983.

14 Ibidem

15 Ibidem

16 Výklad v rámečku vychází především z knihy Reinhard Busse a kol. „Diagnosis related groups in Europe: moving towards transparency, efficiency, and quality in hospitals?“, BMJ, 2013 <https://www.bmj.com/content/346/bmj.f3197>

Poté se rychle rozšířil.¹⁷ Dnes je systém DRG považován za nejlivnější inovaci po druhé světové válce, pokud jde o financování zdravotní péče, a je nejdůležitějším systémem klasifikace pacientů na celosvětové úrovni. Přeměna zdraví v „normální“ kapitalistickou komoditu byla umožněna zejména díky tomuto systému. Onen systém se dopouští silné intervence do činnosti a provozu uvnitř nemocnic.

DRG je především definuje konkrétní zboží produkované nemocnicí. Je nástrojem kategorizace, měření a úpravy nemocniční produkce, včetně aspektů stanovení poplatků a plateb. Klasifikace umožňuje definovat a porovnávat konkrétní produkty, které jsou homogenní na klinické i nákladové rovině, a na tomto základě hodnotit a přiřazovat jednotkové ceny podle skupin. Jinak řečeno, DRG prostřednictvím průměrných nákladů umožňuje stanovit společensky průměrnou dobu potřebnou k výrobě.

Jak DGR funguje?

1. DRG seskupuje pacienty podle klinických charakteristik a relativně homogenních ekonomických nákladů. To jsou dva určující faktory pro definici konkrétního výrobku.
2. DRG určuje "váhovou úroveň", obecně průměrné náklady na léčbu pacienta v rámci určité diagnostické skupiny.
3. Převádí váhy DRG na peněžní hodnoty; případně se upravují podle dalších proměnných.
4. Nemocnice je placena na základě typu a počtu DRG, které vytvoří.

Platby založené na DRG se ukázaly jako efektivnější ve srovnání například s platbami za den, které byly v minulosti dominantní formou odměňování v nemocnicích. Jsou-li nemocnice odměňovány za den, pak platí, že čím déle je pacient léčen, tím více peněz nemocnice obdrží. Naopak DRG poskytuje nemocnici pobídky: ke snížení nákladů na ošetřeného pacienta; ke zvýšení platby na pacienta; ke zvýšení počtu pacientů. Zavedení plateb na základě DRG má samozřejmě mnoho „nezamýšlených“ důsledků, jako je neposkytování potřebné péče, omezování péče pro pacienty, kteří nejsou dostatečně rentabilní, nebo umělé přeřazování pacientů do lépe placených diagnostických skupin.

Pokročilé informační technologie jsou materiální základnou nezbytnou pro každodenní fungování nemocnice v rámci systému DRG. Vlastní klasifikaci pacientů neprovádí lidský pracovník. Téměř vždy ji provádí software. Tyto systémy musí být pravidelně aktualizovány. Bez systému analytického účetnictví na vysoké úrovni nemůže management vědět, zda nemocnice produkují DRG s náklady nižšími, než jsou ceny stanovené v tabulkách, tedy zda jsou nemocnice v zisku nebo ve ztrátě.

Zavedení DRG představovalo historickou změnu, která by nebyla možná bez obrovského rozvoje společenských znalostí, moderních technologií, schopnosti agregovat obrovské množství dat a softwaru a algoritmů pro jejich zpracování. Je to další příklad toho,

17 V roce 1984 byl „otec“ DRG profesor Robert Fetter pozván do Evropy na základě iniciativy francouzské vlády a představitelů Belgie, Irska, Nizozemska a Portugalska. V Německu je DRG aplikováno od roku 1985 (a říká se mu G-DRG) a vždy z něj byla vynechána psychiatrická péče. Od ledna 2020 byly z G-DRG vyřazeny i porodnice (viz www.mtrconsult.com/news/german-drg-system-change-2020). DRG je uplatňováno napříč Evropou asi 20 let a bylo jedním ze základů francouzského účtování za úkon.

jak rozvoj vědy a její aplikace v kapitalistickém rámci podporuje pronikání hodnotové formy do všech pórů činnosti lidské společnosti.

Proces industrializace nemocnic však není podle norem DRG stále realizován kompletně, DRG se ze své podstaty stále vyvíjí. Podle Evropského střediska pro sledování zdravotnických systémů a politik¹⁸ je v mnoha evropských zemích omezená dostupnost standardizovaných informací a (v důsledku toho) kvalitní srovnání nákladů. Relativně málo studií explicitně identifikovalo a kvantifikovalo dopad DRG pomocí zavedených metod. A i přes to, že jsou cíle DRG jasné, „*zůstává relativně neznámé, zda se země k dosažení oněch cílů skutečně pohybují*“.

Jestliže obecná struktura čtených systémů DRG je relativně podobná, detaily DRG se mohou v jednotlivých zemích lišit. Mezi evropskými zeměmi neexistuje harmonizace DRG: Například peněžní přepočítavah¹⁹ DRG je různý, stejně jako typ platby nemocnicím²⁰ na základě DRG. A konečně, platby nemocnicím založené na DRG nepředstavují ve všech zemích celkové příjmy nemocnic.²¹ Navíc jsou z DRG obecně vyloučena některá odvětví medicíny (např. psychiatrie, dlouhodobá péče, rehabilitace).

To vše znamená, že DRG přineslo zásadní změny v nemocnicích, ale že cesta k úplné industrializaci zdravotní péče je ještě dlouhá a neustále se vyvíjí. I proto, že se lidské tělo a jeho nemoci standardizaci „přirozeně“ brání svým jedinečným charakterem. Dokud však společnosti vládne kapitál, budou se změny nemocnice prohlubovat.

Techno-nemocnice, produktivita práce a centralizace kapitálu

Kapitalistický vývoj nemocnice zahrnoval masivní rozvoj lékařských věd, technologií aplikovaných na mechanizaci pro tento obor. Onen obrovský skok ve znalostech a technikách zdravotní péče umožnil přeměnit nemocniční systém v odvětví schopné vytvářet novou hodnotu. Bezprostředně po druhé světové válce se propojením medicíny s vědou a technologií stala nemocnice tím, čím je dnes. Místem pokročilé, high-tech péče (techno-nemocnice) a hyperspecializace jistých profesí, která z toho plyne.

Mechanizace má očividně vliv na produktivitu práce. Přispívá ke snížení průměrné pracovní doby nutné pro reprodukci pracovní síly a často umožňuje snížení počtu personálu. Rozšiřuje se do všech odvětví lékařského sektoru, včetně těch nejkomplexnějších, jako je například anesteziologie v intenzivní péči, osobu anesteziologa, anestezioložky je stále obtížné nahradit strojem – ale s její částečnou „mechanizací“ se však již experimentuje.²²

18 Zdroj: www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/162265/e96538.pdf

19 Například: relativní váhy (Švédsko, Německo), čistý poplatek (Francie, Spojené království) a skóre (Polsko, Rakousko).

20 Například: přidělování rozpočtových prostředků (Irská republika, Španělsko) nebo platby za jednotlivé případy (Francie, Spojené království).

21 I když obecně tvoří většinu příjmů: ve Francii je 80 % příjmů nemocnic vázáno na DRG, v Německu 80 %, ve Spojeném království 60 %.

22 Pro příklad viz https://www.rtb.be/info/societe/detail_des-robots-pour-aider-l-anesthesiste-du-futur-a-surveiller-le-patient-en-permanence-pendant-toute-l-operation?id=10424867

Nemocnice s pokročilou technologickou kompozicí (pokročilá automatizace), vyžadující k provozu méně pracovních sil, se dostávají na první místo mezi „normálními“ kapitalistickými podniky. Tyto nejziskovější nemocnice investují do nejmodernějšího vybavení (robotická chirurgie, zobrazovací metody atd.) a do nových zařízení a technické infrastruktury. Podkladem oněch investic do konstantního kapitálu je jejich kapitalistická efektivita, tedy schopnost snížit celkové výrobní náklady na zákrok nebo terapii ve vztahu ke standardizovaným platbám za zdravotní péči, které stanovují platící klienti, tedy instituce sociálního zabezpečení, pojišťovací fondy a stát (prostřednictvím svého zdravotního rozpočtu).

Zdravotním odvětvím, které je dnes zdaleka nejziskovější a do něhož soukromé nemocnice investují obrovské množství konstantního kapitálu, jsou zobrazovací metody (dříve nazývané radiologie²³). Díky současnému technologickému pokroku je toto odvětví (výpočetní tomografie, magnetická rezonance, ultrazvuk atd.) již téměř plně automatizováno. Obsluhuje ho mimořádně kvalifikovaná lékařská pracovní síla, jejíž schopnosti se po technické stránce blíží schopnostem inženýrů. Umožňuje obejít celý řetězec souvisejících klinických diagnostických postupů (které provádí nejprve praktický lékař nebo lékař pohotovosti a poté specialista, který se zase obrací na lékařská analytická pracoviště). Prakticky v jednom kroku lze provést kompletní diagnostiku nemocného a „stačí“, aby lékař uměl číst a interpretovat výsledky testů.

Tento typ služby umožňuje soukromé nemocnici, která ji poskytuje, uvalit na svou produkci vyšší ceny, a tím dosáhnout vyšších zisků. V případě veřejné společnosti bude naopak nemocnice, která ji poskytuje, schopna minimalizovat své náklady a vydělat na rozdílu mezi úhradou za zákrok a náklady. Další významnou výhodou spojenou se zobrazovacím sektorem a jeho pokročilým konstantním kapitálem je udržení pacientů v rámci společnosti, od vstupu až po výstup, aniž by nemocnice musela nakupovat vyšetření u konkurence.

Zpráva o činnosti belgické Centre hospitalier interrégional Edith Cavell (Chirec), soukromé nemocniční skupiny s jedním z nejlepších provozních výsledků, ohledně roku 2018 explicitně shrnuje: „*Chceme-li zajistit budoucnost instituce, je i nadále zásadní zajistit nepropustnost, tj. zajistit, aby činnost zůstala v rámci Chirec. Vzhledem k tomu, že se mnoho lékařských a technických vyšetření stále provádí mimo instituci, jsme analyzovali způsoby, jak zvýšit dostupnost a přístupnost zobrazovacích metod, abychom mohli nabídnout stejně rychlé a flexibilní služby, jaké poskytují malé soukromé struktury. Abychom mohli tuto službu nabídnout, rozšířili jsme v dokonalé spolupráci s radiology časové intervaly na všech našich zobrazovacích odděleních, ať už jde o ultrazvuk, CT nebo magnetickou rezonanci, abychom nabídli možnost vyšetření také v noci a o víkendech.*“²⁴

Jako všude jinde se konkurence mezi nemocnicemi projevuje poklesem ceny služby, ať už snížením variabilní části kapitálu, nebo zvýšením produktivity práce. Jednotlivý kapitál je tak nucený k neustálému růstu pod hrozbou, že bude předstížen svými konkurenty, pokud se výběr mezi různými nemocničními zařízeními provádí pro poskytované zboží na základě výrobních nákladů při tržních cenách stanovených institucionálními partnery. Vrátime-li se k naší analogii s automobilovým průmyslem, vidíme, že nejlépe fungují ty automobilové značky, které vyrábějí vozy, u nichž je konečný zisk nejvyšší, což odpovídá high-endovým vozům.

23 Ukazuje se, že radiologické laboratoře, především ty, které potřebují značný počáteční kapitál a které jsou efektivní, nemají potíže s financováním prostřednictvím bank a se splácením úvěrů.

24 „Rapport annuel Chirec 2018, Vision 2019

Tyto masivní výdaje na konstantní kapitál²⁵ však mají téměř mechanický účinek, následkem je nižší míra zisku. Tento pokles lze kompenzovat různými způsoby. Zvyšováním masy zisku (tedy dalším zvětšováním rozsahu činnosti nemocnice); také rozehráním situace „technologické renty“ s pomocí ovládnutí technických prostředků, které konkurence nemá (což umožňuje stanovit ceny na vyšší úrovni nebo si prostě dočasně namastit kapsu skrze nadzisky); zvýšenou centralizací kapitálu. K tomu může dojít fúzí mezi nemocnicemi nebo tím, že nemocnice převezme ziskovější služby od jiné nemocnice. Nemocnice s méně efektivními odděleními budou pohlceny nebo zaniknou, většinou ty se slabým technickým složením a vysokým podílem pracovní síly, jako jsou například porodnice.

„Centralisace dokončuje dílo akumulace tím, že umožňuje průmyslovým kapitalistům rozšiřovat měřítko jejich operací. Ať je tento výsledek následkem akumulace nebo centralisace, ať se centralisace uskutečňuje cestou násilného připojení — kdy se určité kapitály stávají tak mocnými středisky přitažlivosti pro jiné, že rozbíjejí jejich individuální soudržnost a pak k sobě přitahují jednotlivé zlomky — nebo ať splývání masy již vytvořených nebo právě se tvořících kapitálů probíhá hladčeji, tvořením akciových společností — ekonomický účinek zůstává týž. Vzrůst rozsahu průmyslových podniků tvoří všude východisko pro rozsáhlejší organizaci společné práce mnoha lidí, pro širší rozvoj jejich materiálních hybných sil, tj. pro pokračující přeměnu roztržitých a podle zvyku prováděných výrobních procesů ve společensky kombinované a vědecky řízené výrobní procesy.

Je však jasné, že akumulace, pozvolné zvětšování kapitálu reprodukci, která už neprobíhá ve formě kruhu, nýbrž ve spirále, je velmi pomalý proces ve srovnání s centralisací, která vyžaduje změnu jen v kvantitativním seskupení jednotlivých vzájemně se doplňujících součástí společenského kapitálu. Svět by byl dosud bez železnic, kdyby byl musel čekat, až akumulace přivede některé jednotlivé kapitály tak daleko, aby se mohly pustit do stavby železnice. Naproti tomu centralisace to dokázala s pomocí akciových společností obratem ruky. A tím, že centralisace takto stupňuje a urychluje účinky akumulace, rozšiřuje a urychluje zároveň převraty v technickém složení kapitálu, které rozmnožují jeho konstantní část na úkor jeho variabilní části, a tak relativně zmenšují poptávku po práci.

Masy kapitálu, přes noc stmelované procesem centralisace, se reprodukují a zvětšují jako každý jiný kapitál, jenže rychleji, a stávají se tak zase mocnými pákami společenské akumulace. Mluví-li se tedy o vzestupu společenské akumulace, rozumějí se jím — dnes — mlčky i účinky centralisace.“²⁶

Někdy je to z důvodů kapitalistické racionality sám stát, kdo manévruje tak, aby nemocnice sdílet drahé vybavení a spolupracovat donutil, a to skrze zákony. Problematika je docela tatáž jako u skupin výrobců automobilů, kteří potřebují dosáhnout určitého objemu výroby, aby přežili, proto jsou nuceni seskupovat mezi sebou technické zdroje a výrobní závody.²⁷

25 Investice do konstantního kapitálu, které jsou významným prvkem růstu akumulace kapitálu, umožňují nemocnici, která je vytváří, dosáhnout takové úrovně kapitalistické efektivnosti, které se její méně efektivní konkurenti nejsou schopni domoci. Nutnost investovat do konstantního kapitálu je přímým důsledkem konkurence mezi nemocnicemi – dalším „potenciálním“ determinantem je třídní boj.

26 Karel Marx, „Kapitál“, kniha II., VII. oddíl, kapitola 23: „Všeobecný zákon kapitalistické akumulace“, 1866. viz <https://www.marxists.org/cestina/marx-engels/1867/kapital/ch23.htm>

27 Viz níže příklad reforem zdravotnictví v Belgii.

A konečně, z hlediska množství zaměstnané pracovní síly je i zde na místě srovnání nemocnic a automobilového průmyslu. Masa pracovní síly zaměstnané ve velké nemocnici je obdobná jako v automobilce (několik tisíc lidí). V obou případech je to otázka masové výroby.

Pracující v průmyslu: automobilky a nemocnice
Továrna Renault, Flins (Francie), zhruba dva tisíce zaměstnanců
Továrna Audi, Forest (Belgie), zhruba tři tisíce zaměstnanců
Továrna Mercedes, Rastatt (Německo), zhruba 6 500 zaměstnanců
Technocentre de Guyancourt (Francie), zhruba 12 tisíc zaměstnanců
Nemocnice Chirec (Belgie), zhruba 4 500 zaměstnanců
Nemocnice Pitié-Salpêtrière (Francie), zhruba 7 800 zaměstnanců
FN Motol, Praha (Česko), zhruba 6 300 zaměstnanců

Konkurence, výrobní náklady a nadhodnota

Obecně platí, že stát všem nemocnicím alokuje minimální finance, které se odvíjejí od jejich zdravotnických specializací a jsou úměrné objemu jejich výkonů a které by měly být dostatečné pro přežití toho kterého zdravotnického podniku. Tam, kde tomu tak není, stát nemocnice s největší pravděpodobností zavře, jako v případě malých, provinčních nemocnic. Schopnost nemocnice vydělávat peníze závisí na její produktivitě.

Nová hodnota vytěžená z činnosti produktivních zdravotnických pracujících se realizuje, prostřednictvím konkurenčního pohybu kapitálu v tomto odvětví, selekcí individuálních kapitálů, které jsou schopny při konstantních tržních cenách služeb stlačit výrobní náklady pod náklady uznané a financované jediným, státním kupujícím-akcionářem. Jinak řečeno, ziskovost nemocnice závisí na její schopnosti „ušetřit“ na službách ve srovnání se standardizovanými cenami za každou z nich, cenami, o nichž rozhoduje stát a různé zúčastněné organizace (fondy sociálního zabezpečení anebo zdravotního pojištění).

Ceny jsou každoročně stanoveny v číselníku (seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami), sjednaným mezi jednotlivými stranami. Spočívá ve standardizaci pracovního procesu, která směřuje ke stlačování průměrných nákladů na zákroky a péči (zákroky a péči seskupuje podle patologie atd.). Kromě výkonů zahrnuje také léky.²⁸ U nich stát stanovuje cenu (o ni jde farmaceutickým společnostem) a sazby úhrad (ty zajímají uživatele).

Aby směny zboží realizovaly novou hodnotu vytvořenou v procesu konkrétní (zdravotnické) práce, je nutné, aby ceny zboží obsahovaly náklady na reprodukci kapitálu a nadhodnotu vytvořenou pracujícími. Vzhledem k tomu, jak jsou ceny kalkulovány, jsou některé činnosti výnosnější než jiné. Proto ve zdravotnictví stát-šéf do některých oborů investuje málo a do jiných nadměrně.

Kolektivní kapitál platí relativně „dobře“ za zdravotnictví celkově, ale ne dost za méně ziskové funkce, jako jsou záchranné služby a zařízení poskytující první pomoc, zejména v „sekundárních“ výrobních územích. Ty nejsou ziskové, protože stát stanovuje příliš nízké ceny

²⁸ Pro Francii viz www.solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/medicaments/le-circuit-du-medicament/article/lafixation-des-prix-et-du-taux-de-remboursement

některých úkonů. V důsledku toho je na těchto trzích, které jsou příliš omezené nebo příliš ovládané administrativními rámci a předpisy, malá nebo žádná konkurence.

Pohyb kapitálu tlačí nemocnice, které nejsou konkurenčními strukturami (ve Francii, Belgii a dalších zemích se zdravotnickým systémem řízeným státem, na rozdíl například od Spojených států nebo Švýcarska), aby se jimi staly.²⁹ Nemocniční subjekty financované státem se ocitají ve stále větší konkurenci soukromých nemocnic, a ty mají často náskok v nejziskovějších segmentech trhu.

Do hodnot různých služeb se v jednotlivých nemocničních zařízeních promítají rozdílné výrobní náklady. V onom rozdílu spočívá schopnost akumulovat kapitál – to platí v případě, že je hodnota služeb nižší, než kolik platí (podle předem stanovených cen) klienti. Naopak zařízení, která produkují „zdraví“ v hodnotách stejných nebo vyšších, než jsou hodnoty uznávané platícími klienty, se ukážou z hlediska nové hodnoty jako neproduktivní, a to navzdory vykořisťování pracujících, které zaměstnávají. Tento prostý fakt rozhoduje o tom, zda budou ze strany svých akcionářů (státního kapitálu nebo soukromých kapitálů, právní vlastnické vztahy nejsou důležité) vystaveny restrukturalizačním opatřením nebo uzavření.

Celý problém představuje pro kapitál situace, kdy je trh zmanipulovaný (fixní ceny), což neumožňuje prodat zboží jménem „zdraví“ za tržní cenu, která by mohla realizovat celou vytvořenou nadhodnotu nebo její část. Pobyt v nemocnici, jehož náklady jsou nižší než poplatek dohodnutý organizacemi plátců a pacientem, bude ziskový. Potíž nastává, když výše poplatku příslušné náklady nepokrývá. Tendence přijímat pacienty podle ceny péče o ně – a to i tehdy, když je podle platné společenské smlouvy mezi jednotlivými institucionálními stranami zdravotnického systému oficiálně „bezplatná“ – se tak paradoxně stává hlavním argumentem pro přežití nerentabilních nemocnic. Zavádění prémiové péče, úhrad části nákladů na pobyt pacientem, zkracování dnů hospitalizace, segmentace, která zohledňuje stále méně komorbidit... všechny tyto prvky směřují stejným směrem.

Produkce a reprodukce

K čemu je kapitálu nemocnice? Užitná hodnota komodity zvané zdraví

Jestliže se lidská činnost v oblasti zdraví vždy zabývala především nutností reprodukce života, ve společnostech rozdělených na třídy, a tedy v kapitalistickém výrobním způsobu, odpovídá zdravotnická práce zásadnímu imperativu reprodukce pracovní síly.

Je *a priori* zřejmé, že kapitál potřebuje pracovní sílu, která bude schopna efektivně pokračovat v odvádění práce. Proto je práce v reprodukční sféře nezbytnou podmínkou reprodukce kapitálu. Vykořisťování vede k opotřebení a vyčerpání pracovní síly, takže ji je třeba „opravovat“ (obnovovat), aby mohla ve výrobních vztazích fungovat dál. Nemocnice je tedy základním článkem koloběhu reprodukce pracovní síly. Jejím společenským *raison-d'etre* je „opravit“ a znovu uvést do provozu poškozenou a oslabenou pracovní sílu. To je primární vysvětlení státního financování zdravotnictví – stát k němu sahá jako reprezentant obecného zájmu kolektivního kapitálu.

²⁹ Specifikem trhu se zdravotní péčí je silné narušení konkurenčního pohybu skrze zásahy profesního klientelismu a územních, politických a odborových faktorů.

Stojí za povšimnutí, že stále větší část reprodukční práce je v rámci kapitalistického výrobního způsobu socializována. Nemocnice je základním kamenem historicky určeného systému, který poskytuje kapitálu pracovní sílu nezbytnou pro jeho zhodnocování. Stejně tak je na stát částečně delegována výchova dětí a příprava pracující třídy na práci. Při tom všem zůstává základním kamenem této reprodukce – i dnes, za dominance kapitálu – rodina, která je ukotvena v soukromém vztahu nadvlády mužů nad ženami, v němž nese žena břímě většiny úkolů mimo společenský vztah založený na mzdě (má na starosti výchovu dětí, práci v domácnosti, hraje roli sexuálního a milostného objektu muže atd.).

S prodlužující se průměrnou délkou života na sebe nemocnice bere též péči o stále víc starších pacientů. Na jedné straně vedou současné reformy na pracovním trhu týkající se prodlužování pracovního života (jsou nezbytné pro to, aby mohl kapitál využít tohoto mimořádného přílivu disponibilní pracovní síly), vedou ke zvýšení nákladů na reprodukci této části pracovní síly ve srovnání s mladými lidmi. To je pro produktivní práci ve zdravotnickém sektoru další důvod a další příležitost, aby vytvářela zisk pro individuální kapitály.

Role nemocnic

Od středověku provozovala církev v různých evropských zemích chudobince.* Byly to útulky, v nichž byli drženi chudí a nemocní. Od roku 1656 převzaly v Paříži úlohu udržování sociální kontroly všeobecné nemocnice. Při špitálech fungovaly „milice“, jejichž úkolem bylo chytat a zavírat žebráky a tuláky.

Po roce 1789 vliv církve upadal a role nemocnice v oblasti veřejného zdraví se rozvíjela více než její sociální úloha. Po období zcela svobodného výkonu lékařské profese se oprávnění vykonávat medicínskou praxi začalo dostávat pouze lékařům (ustavil se monopol profese spojený s odbornou přípravou).

Ve dvacátém století šel zrod kliniky ruku v ruce se vznikem moderní medicíny. Nemocnice se stala centrem produkce znalostí a reprodukce lékařského sboru. Po jmenování do funkce sekundáře se skládala výběrová zkouška, aby mohli kliničtí lékaři vykonávat praxi v nemocnici a rovněž v soukromé praxi. Objev mikroorganismů zásadně změnil chápání příčin infekce (nákaza/imunizace) a reakcí na ni (očkování, dezinfekce).

Na konci dvacátého století se inovace přesunuly do laboratoří (zejména případ Německa a Spojených států). Ve dvacátém století, po druhé světové válce, se nemocnice každopádně stala srdcem zdravotnického systému. Kombinuje léčbu, výuku a výzkum a stále si drží poslání i v oblasti sociální péče. Vznik sociálního zabezpečení, všeobecného zdravotního pojištění organizuje mechanismus státních investic do vybavení nemocnic.

* Nazývané *Maison Dieu*, ve Francii později označované jako *hôtels-Dieu*

Na druhé straně bere nemocnice na milost starší a vysloužilé proletáře, tedy ty, kteří již řady aktivní pracovní síly zaměstnané kapitálem opustili; to není s jejím společenským *raison-d'être* z hlediska její užitečnosti pro kapitál v žádném rozporu. Péče o seniory totiž udržuje pro práci dostupné ty pracující, kteří by se jinak museli o své seniory starat (onu povinnost přitom, poznamenejme, v praxi přebírají ženy, vyčleněné z rezervoáru pracovní síly). Tento aspekt reprodukční práce byl více než patrný během lockdownů, které měly zpomalit šíření covidu-19: každodenní péče o děti znamenala bez otevřených školek a škol redukcí flexibilní pracovní síly.

Pracovní síla leží v samém srdci procesu konkrétní práce, který se odehrává pod nadvládou kapitálu a v jeho prospěch.

Především má zvláštní a jedinečnou užitnou hodnotu pro zhodnocení kapitálu. V celém kapitalistickém výrobním procesu je totiž vytváření dodatečné, nové hodnoty pouze jejím, výlučným vlastnictvím. Novou hodnotu může generovat pouze pracovní síla. Stroje do hodnoty zboží, která pod lidským vedením pomáhají vyrábět, pouze přenášejí svou hodnotu, buď celou, nebo její část (podle toho, zda je během výrobního procesu absorbována jejich hodnota najednou nebo po částech).

Pracovní síla tedy sama o sobě není zbožím. Je výsadou jednotlivce a existuje nezávisle na třídním uspořádání společnosti. Zboží z ní činí teprve její „umístění“, její alokace: využití pracovní síly kapitalistou v pracovním procesu.

„Spotřeba pracovní síly, práce, může být realizována jen v pracovním procesu. Kapitalista nemůže opět prodat dělníka jako zboží, protože to není jeho otrok a protože nekoupil nic jiného než užívání dělníkovy pracovní síly po určitou dobu.“³⁰

Hodnota takto „poskytnuté“ pracovní síly je vyjádřena prostřednictvím mzdy, která ve formě ceny představuje ekvivalent pracovní doby společensky nutné k výrobě zboží, které pomáhá udržovat pracovní sílu a pečovat o ni. Je to cena, která je navíc většinou nižší než tato hodnota.

Proč? Protože existuje stálá rezervní armáda, která má tendenci cenu práce pod její hodnotu tlačit.

Navíc existuje ještě něco jiného, co zajišťuje, že pracovní síla není nikdy zaplácena na úrovni své hodnoty. A tím je skutečnost, že kapitalista penězi nikdy nezohlední *obecný intelekt* proletářů – jejich schopnost spolupracovat v konkrétním pracovním procesu – zatímco zároveň tvrdí, že produktivní kooperace je výlučným plodem společenského vztahu kapitálu.

„Průměrná cena námezdní práce se rovná mzdovému minimu, tj. sumě životních prostředků nutných k tomu, aby dělníka zachovaly při životě jako dělníka. Co si tedy námezdní dělník přivlastňuje svou činností, stačí pouze k reprodukci jeho holého života. Nechceme naprosto odstranit toto osobní přivlastňování výrobků práce, sloužící bezprostředně k reprodukci života, přivlastňování neponechávající žádný čistý přebytek, který by mohl vytvořit moc nad cizí prací. Chceme jen odstranit nuzácký charakter tohoto přivlastňování, kdy dělník žije jen proto, aby rozmnožoval kapitál, a žije jen potud, pokud to vyžaduje zájem panující třídy. V buržoazní společnosti je živá práce jen prostředkem k rozmnožování nahromaděné práce. V komunistické společnosti je nahromaděná práce jen prostředkem k rozšiřování, obohacování a usnadňování životního procesu dělníků.“³¹

Konečně se kapitalisté snaží, kdykoli je to možné, snížit mzdovou úroveň pod hodnotu pracovní síly a snížit cenu prvků, které tvoří konstantní kapitál. V případě nemocnic to spočívá ve snižování cen zdravotní péče a rozhodně i ceny pracovní síly.

„Jaké jsou tedy výrobní náklady práce? Jsou to náklady, kterých je třeba k tomu, aby udržely dělníka jakožto dělníka a aby z něho vyškolily dělníka. Čím kratší učební dobu vyžaduje

30 Karel Marx, „Kapitál“, kniha II., I. oddíl, kapitola 1., II. „Druhé stádium. Funkce produktivního kapitálu“, 1885. Viz <https://www.marxists.org/cestina/marx-engels/1885/kapital2/ch01.htm#kap1II>

31 Karel Marx a Bedřich Engels, „Manifest Komunistické strany“, kapitola 2.: „Proletáři a komunisté“, 1848. Viz <https://www.marxists.org/cestina/marx-engels/1848/manifest/ch02.htm>

proto určitá práce, tím menší jsou výrobní náklady na dělníka a tím nižší je cena jeho práce, jeho mzda. V průmyslových odvětvích, kde není třeba téměř žádné doby na zaučení a kde stačí pouhá fyzická existence dělníkova, omezují se výrobní náklady potřebné k jeho vytvoření téměř jen na zboží nezbytné k tomu, aby se udržel naživu. Cena jeho práce je proto určena cenou nezbytných životních prostředků.“³²

Produktivní činnost ve sféře reprodukce pracovní síly

Kapitalismus po nemocnicích vyžaduje ziskovost. Držme se přitom našeho porovnání s automobilkou. Její produktivní činnost je zřejmá, stejně tak její obchodní aktivity (prodej vyrobených vozidel) a finanční činnost (půjčky poskytnuté na nákup vozidel). Co zjistíme u nemocnice?

V nemocnici je provádění zdravotnických úkonů (lékařských, ošetrovatelských; vyšetření, diagnostik...) záležitostí produktivního a obchodního kapitálu. Péče se v ní provádí – a prodává. Nemocnice se věnuje též obchodní činnosti v přísnějším smyslu, například provozuje lékárnu, která tvoří velkou část jejího obratu. V tomto ohledu funguje nemocnice jako obchodník, zboží přibližuje zákazníkovi. Doposud však nemocnice nepřebírá roli banky nebo pojišťovny.

Produktivní sféra kapitálu označuje odvětví činnosti, která vytvářejí novou hodnotu, v níž je obsažena nadhodnota. Pokud jde o nemocnici jako o individuální kapitál, je kromě toho, že konkrétním zbožím nemocnice je péče o lidskou bytost (o živé tělo, které pro nemocnici představuje užitnou hodnotu, na níž je založena její činnost), je výrobní proces totožný s našim příkladem automobilového průmyslu.

V obou případech vstupují užité hodnoty do procesu konkrétní práce, který je přeměňuje na nová zboží, v nichž se nejen zachovává hodnota vložená do práce (část konstantního kapitálu použitá k výrobě zboží a variabilní část kapitálu), ale do nichž je uložena i nová, dodatečná hodnota (nadhodnota).

Je to schéma rozvažované Marxem: když mluvil o moderním zboží (to znamená o formě zboží, která odpovídá rozvinutému kapitalismu), uvedl, že kromě atributů užité a směnné hodnoty musí v sobě moderní zboží obsahovat nadhodnotu získanou z námezdní práce, musí být výsledkem materiální přeměny v procesu konkrétní práce. Je to případ pacienta během jeho pobytu v nemocnici? Zcela jistě ano. Příklad chirurgického zákroku je jasný. V případě psychologické péče (poskytované zejména, ale nejen na psychiatrickém oddělení) tomu však není jinak.

„Zkoumali jsme pracovní proces (viz pátou kapitolu) nejprve abstraktně, nezávisle na jeho historických formách, jako proces mezi člověkem a přírodou. Řekli jsme tam: „Díváme-li se na celý pracovní proces s hlediska jeho výsledku, jeví se jak pracovní prostředek, tak pracovní předmět jako výrobní prostředky a práce sama jako produktivní práce.“ A v poznámce 7 bylo připojeno: „Toto určení produktivní práce, jak vyplývá ze stanoviska prostého pracovního procesu, naprosto nestačí pro kapitalistický výrobní proces.“ A to bude nutno zde dále prozkoumat. Pokud je pracovní proces čistě individuální, spojuje týž dělník všechny funkce, které se později dělí. Při individuálním přivlastňování přírodních předmětů pro své životní účely se kontroluje sám. Později je kontrolován. Jednotlivý člověk nemůže působit na

32 Karel Marx, „Námezdní práce a kapitál“, 1847. Viz <https://www.marxists.org/cestina/marx-engels/1849/041849b.html>

přírodu, aniž uvádí do pohybu své vlastní svaly pod kontrolou svého vlastního mozku. Jako patří v přírodě hlava a ruka témuž organismu, tak se i v pracovním procesu spojuje duševní a fyzická práce. Později se rozcházejí, až vytvoří nepřátelský protiklad. Výrobek se vůbec mění z bezprostředního výrobku individuálního výrobce ve společenský, ve společný výrobek souhrnného dělníka, tj. ve výrobek pracovního personálu, kombinovaného tak, že jeho články jsou blíže nebo dále od bezprostředního působení na pracovní předmět. Proto už sám kooperativní charakter pracovního procesu nevyhnutelně rozšiřuje pojem produktivní práce a jejího nositele, produktivního dělníka. Aby někdo mohl produktivně pracovat, k tomu teď už není nutné, aby přímo přikládal ruku k dílu; stačí, je-li orgánem souhrnného dělníka, vykonává-li některou z jeho podfunkcí. Původní určení produktivní práce, jak bylo uvedeno výše, odvozené ze samé povahy materiální výroby, zůstává stále v platnosti i pro souhrnného dělníka, braného jako celek. Neplatí však už o každém z jeho článků, braném jednotlivě. Avšak na druhé straně se pojem produktivní práce zužuje. Kapitalistická výroba je nejen výroba zboží, je to v samé své podstatě výroba nadhodnoty. Dělník nevyrábí pro sebe, nýbrž pro kapitál. Proto už nestačí, že vůbec vyrábí. Musí vyrábět nadhodnotu. Jen ten dělník je produktivní, který vyrábí nadhodnotu pro kapitalistu, čili slouží sebezahodnocování kapitálu. Tak na př. — smíme-li použít příkladu z jiné sféry, než je sféra materiální výroby, — je učitel produktivním dělníkem, jestliže nejen zpracovává dětské hlavy, nýbrž i sám se dře pro obohacení podnikatele. Na tomto vztahu nic nemění, vloží-li podnikatel svůj kapitál do továrny na učení místo do továrny na uzeniny. Proto pojem produktivního dělníka nikterak nezahrnuje pouze vztah mezi činností a jejím užitečným efektem, mezi dělníkem a výrobkem jeho práce, nýbrž zahrnuje také specificky společenský, historicky vzniklý výrobní vztah, který činí z dělníka bezprostřední nástroj zhodnocování kapitálu.“³³

Analyzujeme-li nemocnici jako individuální kapitál, je surovinou, na kterou je aplikována veškerá zdravotnická výroba, zdravotnické inženýrství, zdravotnická technika, lidské tělo – lidské tělo ve smyslu pracovní síly, která potenciálně potřebuje péči. Nemocniční technický pracovní proces zajistí, že pacienti, kteří se nemocnici svěří, budou opět schopni provozu. K tomu je třeba tuto surovinu, lidské tělo, „upravit“, učinit ji opět funkční. Vyléčený pacient vyjde „modifikovaný“ jako auto, jemuž se vyměnily součástky nebo seřídil motor.

Sám o sobě pacient takovou surovinou samozřejmě není, stává se jí, až když se stane předmětem organické směny pro produkci nové hodnoty. Pak je pacient základem, na který se aplikuje individuální produktivní zdravotnický kapitál, aby ho transformoval (léčil pacienta), a tím těžil nadhodnotu generovanou produktivními zdravotnickými pracujícími. Jinými slovy, lidská bytost je užitečnou hodnotou, která vstupuje do nemocničního pracovního procesu a na níž, na jejíž transformaci je založen proces zhodnocování nemocnice.

Nemocnice a stát – veřejné zdravotnictví jako neproduktivní výdaj

Ve všech vyspělých kapitalistických zemích se státním zdravotnictvím je stát klíčovým aktérem a hlavním organizátorem této reprodukční funkce kapitálu. Stát je zároveň právním vlastníkem veřejných nemocnic (je to svého druhu holdingová společnost), jejich představeným, je hegemonním klientem, který předem určuje tržní ceny péče (na trhu není možné stanovit tržní hodnotu, a tím spíše výrobní cenu), který částečně financuje infrastrukturu a konstantní kapitál nemocnic, který platí mzdy ve veřejném zdravotnictví a který je garantem

33 Karel Marx, „Kapitál“, kniha I., oddíl V., kapitola 14.: „Absolutní a relativní nadhodnota“, 1867. Viz <https://www.marxists.org/cestina/marx-engels/1867/kapital/ch14.htm>

společenské smlouvy ohledně zdravotnictví spolu se svými zprostředkovatelskými orgány (odborníky, pojišťovny) a skrze ně.

Tato situace přirozeně vyvolává vnitřní konflikty uvnitř státu mezi všemi těmito rolami a funkcemi. Hlavním rozporům, kterému stát čelí, je zajištění dobrého fungování zdravotnických struktur omezením neproduktivních výdajů. Je to rozpor pohyblivý, není řešitelný čistě rozpočtovými rozhodnutími, jak ukazují investice provedené v důsledku krize ve zdravotnictví.

Tím, že se stát podílí na financování zdravotní péče a zároveň vlastní systém veřejného zdravotnictví, intervenuje v plné míře jako reprezentant kolektivního kapitálu (kapitalistické třídy). Z hlediska veřejného zdraví se situace jeví tak, že stát nakupuje péči od nemocnice (zde je nemocnice individuálním kapitalistickým zdravotnickým podnikem s veřejným nebo soukromým kapitálem). Tento vztah mezi klientem a poskytovatelem je relativně nezávislý na pacientovi, jehož příspěvek pokrývá jen omezenou nebo dokonce minimální část, i když se obecně zvyšuje v důsledku fiskální krize států a vývoje modelu financování zdravotnictví a výrobních nákladů péče.

Bismarck a Beveridge

Bismarckovský model sociálního pojištění, který platí zejména v Belgii a Francii, je založen na společném řízení zaměstnavatelů a zástupců zaměstnanců („sociálních partnerů“) a jeho financování je zajištěno státními příspěvky. Ty pokrývají práva, která nejsou úměrná rizikům, jako v logice čistého pojištění, ale vycházejí ze mzdy (socializace rizika). Motivací, která stála u zrodu sociálního pojištění počínaje 80. lety 19. století v Německu, bylo omezení dělnického hnutí³⁴ integrací řízení sociálních vztahů při současném zlepšení životních podmínek proletariátu.

Druhý model, někdy nazývaný beveridgeovský, je založen na logice pomoci organizované státem a financované z daní. Ochrana je univerzální a pokrývá všechna rizika. Tento model vychází z Beveridgeovy zprávy, která byla zveřejněna v listopadu 1942 na žádost britské vlády s cílem přebudovat systém nemocenského pojištění³⁵ a zavést „sociální stát“.³⁶ Následně byla v červenci 1948 vytvořena NHS (National Health Service).

V praxi poskytuje povinné zdravotní pojištění (částečnou) úhradu nákladů na návštěvu lékaře, vyšetření, léčbu, léky, hospitalizaci. Nemocní nebo zdravotně postižení zaměstnanci mají za určitých podmínek rovněž „nárok“ na zaručený příjem. Problémem pro stát je, že jeho rozpočtové výdaje na zdravotní péči nepřinášejí žádný výnos a jsou vyloženě neproduktivními.

Jenže mění se zdravotní potřeby, které souvisejí zejména, ale nejen s prodlužující se průměrnou délkou života (za cenu komorbidit a chronických onemocnění) a rostoucími náklady na fixní kapitál a meziprodukty potřebné pro zdravotní péči (spolu s rozsáhlým rozšiřováním prohlídek, aby se zabránilo následným vyšším výdajům na péči) výdaje na zdravotní péči zvyšují.

34 A také členění destrukci – v kontextu průmyslové revoluce – „ochrany“, kterou dříve poskytovala rodina a komunita (zvláště náboženská).

35 Zdroj: www.lemonde.fr/financement-de-la-sante/article/2014/09/04/la-securite-sociale-entre-deuxphilosophies_4482297_1655421.html

36 Zdroj: [www.https://en.wikipedia.org/wiki/Beveridge_Report](https://en.wikipedia.org/wiki/Beveridge_Report)

Současně se struktura financování³⁷ opírá o práci (odvody z příspěvků zaměstnanců a zaměstnavatelů) a tento zdroj se zmenšuje s pozdějším vstupem na pracovní trh, „atypičtějším“ pracovním životem (rozuměj příležitostnými pracovními místy) a rostoucí demografickou váhou důchodců.

Ke všemu krize z roku 2008 drasticky snížila úvěrovou kapacitu států, které se nyní nacházejí v situaci trvalé fiskální krize. To mimo jiné znamená pokračování a prohloubení restrukturalizace financování a racionalizace organizace nemocnic, která byla v plném proudu již před krizí. Nemocnice jsou tlačeny k tomu, aby byly finančně soběstačnější. Škrty ve výdajích též zvyšují podíl výdajů pacientů.

Úhrada mezd zaměstnanců nemocnic státem je důležitým problémem pro jeho plány na restrukturalizaci zdravotnictví. Stát tak vlastně platí daň za specifický rámec části pracovního trhu, za rámec, v němž funguje veřejné zdravotnictví (které pracujícím ve Francii nabízí status státního zaměstnance). Jednou z podmínek dobrého fungování konkurenčního pohybu kapitálu je možnost postavit proletáře do vzájemné konkurence v okamžiku, kdy jsou přijati do zaměstnání, a tato podmínka není ve veřejné nemocnici splněna, protože všichni zaměstnanci mají stejnou mzdu za stejnou kvalifikaci. Konkurence mezi pracujícími se může do veřejného zdravotnictví „infiltrovat“ pouze skrze smluvní personál, který nemá status státních zaměstnanců nebo obdobný, v případě lékařů skrze proslulých stážistů. Stážisté jsou, jak uvidíme později v analýze zdravotnických reforem ve Francii, vydeděnci nemocnic a základní (levnou) pracovní silou, o kterou se opírá restrukturalizační plán narýsovaný státem.

Několik věcí, o nichž by měli bojovní pracující přemýšlet

Tento text je věnován důležitým strukturálním změnám, které se v posledních letech odehrály ve zdravotnictví, přesněji v nemocnicích, a to především ve vybraných vyspělých zemích, v Belgii, Francii.

Vycházeli jsme z několika základních otázek – týkajících se funkce nemocnice v kapitalistické společnosti, vztahů mezi nemocnicí a státem a procesu akumulace kapitálu v nemocnicích – a snažili jsme se vysvětlit, že proměny nemocnice, které uvedly do pohybu státy, jsou dominantními tendencemi a že vstřebávají vše, co slouží přiblížení ekonomického modelu nemocnice modelu moderního průmyslu. Tyto změny jsou v dokonalé kontinuitě s neustálou potřebou kapitálu ovládnout všechny oblasti ekonomické činnosti, ať už jsou jakékoliv, aby se je pokusil maximálně „zkomodifikovat“³⁸ s cílem umožnit, aby se hodnota dál zhodnocovala; se všemi důsledky, které to má pro pracující ve zdravotnictví.

Podmínky vykořisťování pracovní síly ve zdravotnictví se však nevyjevují pouze prostřednictvím této konkrétní reality, pouze skrze industrializaci nemocnic. Rovněž je na místě pochopit, že přes zjevnou odlišnost suroviny zpracovávané v nemocnicích (tam jí je

37 V Česku hradí podle bismarckovského modelu solidárního a povinného pojištění platby ve výši 13,5 procenta z vyměřovacího základu všichni pojištěnci. Za zaměstnance přitom platí dvě třetiny (tedy devět procent z hrubé mzdy) zaměstnavatel, na zaměstnanci je zbytek (4,5 procenta). Stát poté platí pojištění za ekonomicky neaktivní obyvatele (studenty, seniory, uchazeče o zaměstnání, ženy na mateřské...)

38 V kapitalismu se v určitém okamžiku stává vše zbožím s užitnou a směnnou hodnotou a obsahuje nadhodnotu získanou z námezdní práce ve výrobním procesu.

lidské tělo) a všechny „pochopitelné“ mystifikace, které onu odlišnost provázejí, je postavení nemocnice ve výrobním procesu v souladu s tím, že pracovníci tohoto odvětví jsou v podobné situaci jako pracující v ostatních kapitalistických podnicích; to jim naznačuje, jak bojovat proti svému vykořisťování.

Například profese zdravotních sester prochází všude stejnými změnami: úpravy kvalifikace, zvyšování pracovního tempa, zhoršování pracovních podmínek atd., navíc nedostatek personálu. Například v Česku odešlo mnoho sester za lepšími platy mimo zdravotnický sektor nebo do Německa, jejich odchod není dostatečně kompenzován příchodem slovenských, ruských, ukrajinských sester.

Zdravotnice, zdravotníci by se neměli nechat svádět z cesty cíli jako „zachránit veřejnou nemocnici“, „ubránit služby poskytované pacientům“: jejich boj je třídním bojem, musí být vedený proti podmínkám jejich vykořisťování. Pouze tím, že se boj posune na tuto úroveň – k boji za vyšší mzdy, za lepší pracovní podmínky atd. – se jim podaří posunout poměr sil tváří v tvář svému skutečnému nepříteli ve svůj prospěch. A onen nepřítel nepřichází zvenčí, vždy sestával a sestává ze státu a vedení nemocnice.

Cílem probíhajících reforem je poskytnout managementům individuálních kapitolů nemocničního sektoru nástroje pro řízení výroby, které mají k dispozici managementy v jiných podnicích. Zda je nemocnice soukromá nebo státní, na boji pracujících nic nemění. Ideologie „veřejné služby“, která má v rámci kapitalismu vždy komerční účel, má za cíl pouze to, aby „obecný zájem“ splynul se státem. Jenže to, zda nemocnice provozuje státní kapitál nebo soukromý (ve skutečnosti bývají obě formy kapitálu často propojeny), nemusí pracující zajímat. Zajímat je musejí jejich pracovní podmínky a mzdy. A k jejich obraně je třeba nejprve kolektivně bojovat proti rozdělení, která mezi pracujícími vytváří způsob organizace práce

Proto je na místě vzdát se jakéhokoli dožadování se toho, aby došlo k uznání užitečnosti pečovatelské práce (užitečnosti, protože „zachraňuje lidské životy“). Ano, v onom požadavku se odráží fetišismus konkrétního pracovního procesu, to je něco, co rozhodně existuje – a v profesích, v nichž je surovinou lidská bytost, je onen fetišismus výraznější než jinde. Nevyplatí se mu však podléhat. V kapitalistickém světě může vést požadavek na „společenské uznání“ jen k většímu vykořisťování, protože je to svět vybudovaný tak, aby z každého pracovníka vytěžil maximální hodnotu, není to svět pro rozkvět lidských vztahů. To je jeden z hlavních problémů, s nímž se zdravotníci pracující potýkají. Tato obtíž však není nepřekonatelná.

Tento boj nutně zahrnuje pochopení, že činnost zdravotnického sektoru je komerční aktivitou (výrobou zboží jménem „zdraví“), na níž je závislý individuální kapitál nemocnice, aby shromažďoval zisky, a že probíhající reformy a transformace nemocnici „nezabíjejí“, naopak vytvářejí nemocnici, která bude konkurenceschopnější, produktivnější pro kapitál.

Starý dělnický požadavek na zdravotní péči zadarmo je dnes nezbytným cílem bojů více než kdy jindy. Je to jednoznačně cílem mzdového boje. Stejně jako je zvýšení ceny pracovní síly pro ty, kdo pracují v nemocnici, bojem proti vykořisťování. Zaměstnanci, zaměstnankyně (ať ze sesterských, lékařských, nebo jiných profesí), kteří stávkují za prostředky k bezpečné práci, vedou boj za mzdy. To musí být jádrem budoucích bojů ve zdravotnictví. A obecněji řečeno by myšlenku, že přístup ke zdravotní péči není ničím menším ani větším než nepřímou mzdou, měli bránit všichni pracující, ze všech sektorů, zdravotnických nebo jiných.

Na pacientově straně odpovídá nákup zboží označovaného jako „zdraví“ obraně příjmu, obvykle mzdy. Odpovědnost za zdravotní péči ze strany sociálního zabezpečení, všeobecného zdravotního systému odpovídá nepřímé mzdě, jejíž obecná výše je definována společenskou smlouvou specifickou pro každou zemi. Společenskou smlouvou, která je sama o sobě důsledkem, historicky proměnlivým zprostředkováním mezi potřebami reprodukce kapitálu a třídním bojem.

Právě proto musí proletáři přistupovat ke zdravotní péči jako k nepřímé mzdě tím, že takřkajíc prolomí vztah mezi kolektivním kapitálem (hlavním zákazníkem veřejné zdravotní péče) a individuálním kapitálem (nemocnicí, poskytovatelem zboží jménem „zdraví“), aniž by se starali o akumulaci kapitálu v tomto sektoru. Boj za zdraví je především bojem za mzdu proti akumulaci kapitálu.

A konečně je třeba si uvědomit, že zvýšení mezd a úprava pracovních podmínek, které byly těžce vybojovány v důsledku krize covid-19, ačkoli mají jistě svou cenu, budou nakonec kapitálem zpochybněny. A mohou být zachovány pouze udržováním maximálního nepřetržitého tlaku na stát a šéfy nemocnic. Proces komodifikace, který začal, se zastaví až s porážkou kapitalistického systému.

Cílem tohoto textu je ostatně pomoci pracujícím ve zdravotnictví k náhledu, že pro boj je nutné podívat se na vztahy vykořisťování, jimž čelí, a že je to jediný prostředek, jak se vyhnout marnému vyčerpávání se v bojích, které jim nepřísluší, které nejsou jejich boji.

Dodatek: národní situace a reformy zdravotnictví

V Belgii a Francii probíhají reformy, jejichž cílem je zvýšit ziskovost nemocnic racionalizací práce prostřednictvím centralizace a optimalizace zdravotnické produkce. Klíčovými prvky tohoto procesu je zavedení protokolů zaměřených na definici pacientova profilu, stanovení lékařských postupů a času potřebného k léčbě. Takto stanovené výrobní náklady, které mají tendenci se snižovat, nutí nemocnice, aby si navzájem konkurovaly. V konečném důsledku to povede k vytvoření specializovaných center nebo jednotek zdravotní péče využívajících k provádění složitých úkolů taylorismus. To nemocnici ušetří čas, tedy i peníze.

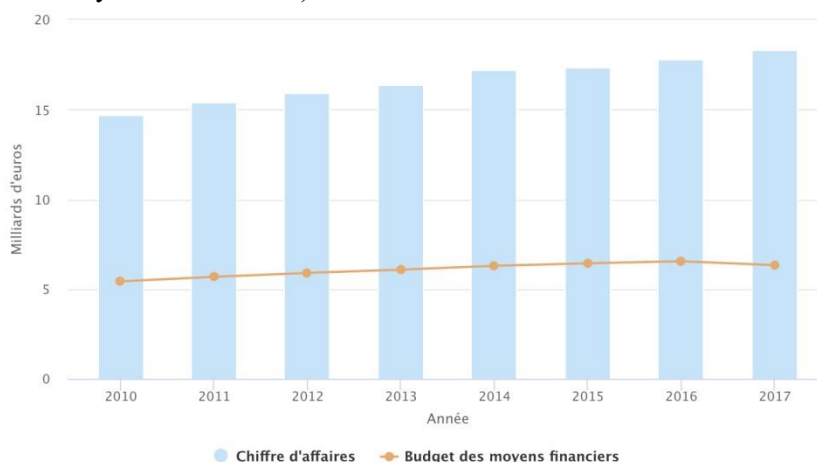
Belgie: reforma ministryně Maggie De Block

Po druhé světové válce sáhl belgický stát po bismarckovském modelu, i když současný výsledek je, stejně jako v mnoha jiných zemích, hybridem. Po ropném šoku v roce 1973 a začátku politiky „mzdové střídmosti“ měla Belgie stále víc ekonomicky neaktivního obyvatelstva, které se netěšilo právům odvozaným z námezdní práce. To stát vedlo k zevšeobecnění několika oblastí sociálního zabezpečení. V devadesátých letech dvacátého století bylo milníkem téměř úplné otevření zdravotní péče jakékoli osobě samostatně výdělečně činné. V roce 2008 se pokrytí ještě rozšířilo. Lidem bez povolení k pobytu péči v principu garantuje mechanismus urgentní zdravotní pomoci skrze veřejná sociální centra.

Aby výdaje usměrnila, iniciovala v letech 2007 a 2008 třetí Verhofstadtova vláda první snížení „standardu růstu zdravotní péče“, a to ze 4,5 procenta na dvě procenta HDP. Za Di Rupovy vlády se norma zvýšila na tři procenta a za Michelovy vlády klesla na 1,5 procenta. A to v době, kdy federální úřad pro plánování odhadoval, že by se měl rozpočet na zdravotnictví s ohledem na měnící se potřeby zvýšit na 2,5 procenta (bez indexace).

Jak v roce 2013 napsala Mutualité chrétienne (největší vzájemná zdravotní pojišťovna v Belgii): „*Nejvýraznější byly na vývoji během posledních let fúze, které vedly k nárůstu rozsahu nemocnic, přeorientování jejich financování, strukturování nemocniční činnosti prostřednictvím programů péče a zkrácení délky pobytu pacientů v nemocnici.*“³⁹

Z federální úrovně se každoročně stanovuje rozpočet finančních prostředků, který se rozděluje mezi všechny nemocnice.⁴⁰ Jde až do výše 98 procent běžných provozních nákladů nemocnice: zahrnuje zdravotní péči, ubytovací služby, investice do zdravotnického vybavení a nemocniční lékárny. Od roku 2013 rostl onen federální rozpočet velmi slabě, od roku 2016 má klesající tendenci. Navíc se stále méně podílí na celkovém obratu nemocnic (který prudce roste: 18,2 miliardy eur v roce 2017 oproti 14,7 miliardy eur v roce 2010).



Obrat a federální rozpočet finančních prostředků („budget des moyens financiers“) v Belgii, 2010-2017⁴¹

V důsledku toho hrají v rozpočtové udržitelnosti nemocnic stále důležitější roli zpoplatněné příjmy. V roce 2017 tvořily patientské poplatky 40 procent celkového obratu, rozpočet finančních prostředků 36,7 procenta a léčiva 18,1 procenta.

Zvyšuje se také počet přijatých pacientů. Od roku 2008 do roku 2017 se počet pobytů/kontaktů na 100 tisíc obyvatel zvýšil o 13,9 procenta. Jedná se zejména o jednodenní hospitalizace (nárůst o devět

³⁹ Zdroj: mc.be/media/mc

⁴⁰ Od šesté státní reformy jsou investice (infrastruktura, vybavení) v kompetenci obcí a regionů. Nemocnice tyto dotace doplňují vlastními zdroji a úvěry čerpanými na finančních trzích.

⁴¹ Zdroj: belgiqueenbonnesante.be/fr/donnees

procent) a ambulantní kontakty s pohotovostní službou (nárůst o 15,5 procenta). Od roku 2013 převažovaly jednodenní hospitalizace nad běžnými hospitalizacemi. Ve stejném období se průměrná délka pobytu snížila o jeden den v akutních službách (chirurgie, interna, pediatrie a neintenzivní péče o novorozence) a v porodnicích.⁴²

Zdravotnické poplatky jsou fakturovány systému sociálního zabezpečení a pacientovi (příspěvek ve výši 22 procent celkových nákladů), ale v konečném důsledku je (samostatně výdělečně činní) lékaři vybírají v průměru pouze do výše dvou třetin (v závislosti na nemocnici, specializaci, smlouvě), zbývající třetina jde na vrub nemocnice.

Obrat a cash flow jsou proto do značné míry závislé na službách. Nepočítáme-li investice do konstantního kapitálu v podobě nejmodernějších technologií (zobrazování, neurochirurgie atd.), které by mohly zvýšit produktivitu práce a návratnost kapitálu, je role lékařů pro nemocnice klíčová. Čím více lékařů má zařízení v poměru ke své základní kapacitě (počet lůžek, počet přijatých pacientů, zdravotnický personál⁴³), tím více bude schopno generovat přijatých pacientů.

Studie společnosti Maha uvádí, že v roce 2018 se roční saldo všeobecných nemocnic blížilo nule nebo bylo dokonce záporné a odpovídalo 0,2 procenta obrátu (31,8 milionu eur). Každá třetí nemocnice byla na konci roku v deficitu (což mimochodem znamená, že dvě třetiny nemocnic vydělávaly) a 18 procent zařízení mělo nedostatečný cash flow. Obvykle se lépe daří velkým nemocnicím, zejména těm, které provádějí nezbytné investice do technologií a infrastruktury.

Tato křehká rozpočtová situace nebo dokonce deficit mnoha nemocnic není novinkou. Jde ruku v ruce s úspornými opatřeními souvisejícími s neproduktivními státními výdaji, ale také s nárůstem zdravotních potřeb způsobeným na jedné straně demografickými změnami (nové patologie a nové potřeby spojené se stárnutím a chronickými nemocemi) a na straně druhé inovacemi v oblasti lékařských technologií a léčebných zákroků.

Tváří v tvář této situaci předložila ministryně zdravotnictví Maggie De Block v roce 2015 plán reformy. Jeho cílem bylo zefektivnit zdravotní péči, tj. umožnit „vytvářet větší hodnotu s dostupnými rozpočty“⁴⁴, a otevřít tak cestu k „péči založené na hodnotě (value-based care)“ nebo „platbě za výkon (pay for performance)“. Jeho tři hlavní pilíře byly následující:

- Centralizace poskytování péče skrze reorganizaci nemocničního prostředí v podobě sítí definujících místo a úlohu každé z nich (základní, referenční a univerzitní nemocnice; partnerské služby). Například drahé technologie by byly přiděleny síti, nikoli pouze několika nemocnicím.
- Změna kapacity nabízené péče: snížení počtu akutních lůžek a jejich přeřazení na chronická lůžka; zkrácení délky hospitalizace.
- Stanovení cen péče paušální cestou namísto financování formou *fee-for-service* (úhrad za výkon), ta totiž vede ke zvýšení objemu péče (zejména u některých operací), aby se zvýšil objem obdržených úhrad. V roce 2019 bylo u 57 výkonů s nízkou variabilitou (péče, která není příliš složitá a u jednotlivých pacientů se jen málo liší) rozhodnuto o obecných částkách podle patologií a léčebných postupů, a to nezávisle na skutečném průběhu péče o individuálně posuzovaného pacienta. Všechny nemocnice přišly o peníze a musely uzpůsobit strukturu svých nákladů.

42 Zdroj: belgiqueenbonnesante.be/fr/donnees

43 Studie Maha pro rok 2017 ukazuje 95 tisíc ekvivalentů plného pracovního úvazku ve všeobecných nemocnicích. Sestry a sanitáři představují jen málo přes půlku (51,1 procenta) ze tří milionů případů péče v roce 2018/2019. Lékaři reprezentují pouze pět procent mezd, neboť významná část z nich má nezávislý status. Zdroj: belgiqueenbonnesante.be/fr/donnees

44 Zdroj: inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/plan_approche_financement_hopitaux.pdf

Ještě před opatřeními De Block napsala Mutualité chrétienne v roce 2013: „*Různé faktory podněcují nemocnice k větší spolupráci. Zdravotnická technika, která je stále účinnější, je také stále dražší, přestože rozpočet je omezený. Kromě toho úřady stanovují minimální standardy velikosti nebo činnosti pro určité služby nebo programy péče. V této souvislosti vede spolupráce k větší efektivitě. Výměna lékařských údajů navíc pomáhá vyhnout se dvojím vyšetřením, která jsou pro pacienta nepříjemná nebo dokonce škodlivá a značně zatěžují rozpočet sociálního zabezpečení. Na podporu užších vazeb mezi nemocnicemi uznávají úřady tři formy spolupráce: seskupení, sdružení a fúzi. Kromě toho podporují určité formy elektronické výměny dat*“⁴⁵.

Francie: Dohody „Ségur de la santé 10“⁴⁶

Na reformách francouzského zdravotnictví pracovaly různé vlády, které se vystřídaly v posledních zhruba čtyřiceti letech. „Zdravotní krize“ způsobená koronavirem dala současné vládě k pokusům o reformu nemocnic, jejich organizace a financování impuls. Konečné cíle jsou stejné jako jinde: učinit produktivními ty služby, které dosud produktivní nejsou nebo ne dostatečně, i když se někdy detaily v jednotlivých zemích liší.

Vláda poskytla zdravotnickému personálu určité úlevy. Ty však nezpochybnují snahu o reformu zdravotnictví. Ta bude probíhat v jiném rytmu a s jinými prioritami, aniž by se však odchýlila od svého cíle: „*Dokázat přizpůsobit pracovní sílu a výrobní aparát potřebám trhu, to je hlavní cíl reformy*“⁴⁷. Právě k tomu nedávno došlo v SNCF. Ve zdravotnictví se to aplikuje rovněž (stejně jako se to již v menší míře zavedlo ve veřejném školství).

Kontext reforem zdravotního systému

Dřívější stav věcí

Především mzdy: zdravotní sestry dostávají na začátku své kariéry 1 500 eur hrubého měsíčně, což je jedna z nejnižších sazeb v zemích OECD. Podle odborů činí rozdíl oproti průměru přibližně 300 eur měsíčně.

Dále nedostatek personálu: kvůli pracovním podmínkám mají nemocnice problémy s náborem a udržením zaměstnanců. „Hlavní lékařskou pouští ve Francii jsou nemocnice: obsazeno není téměř 30 procent pracovních míst,“ uvedl Frédéric Valletoux, předseda Federace nemocnic Francie⁴⁸). Jde-li o zdravotní sestry, „*opouští profesi do pěti let 30 procent nově kvalifikovaných sester*“, sdělil Thierry Amouroux, mluvčí SNPI⁴⁹.

Zhoršování pracovních podmínek v nemocnicích veřejného sektoru: vedlo k pocitu „krádeže“: jednak byly dopady pocíťovány jako ochuzení týmové práce a jednak jako ztráta pojetí „pracovního kolektivu“. Zpochybňovány jsou také dopady zákona o nemocnicích, pacientech, zdraví a územích z roku 2009⁵⁰ týkající se například modelů řízení.

45 Zdroj: mc.be/media/mc

46 Podle jména ulice, na které se nachází jeden z vchodů do ministerstva zdravotnictví. Proces „Ségur de la santé“ začal 25. května 2020 a trval sedm týdnů, jednání byla koordinována bývalým generálním tajemníkem odborů CFDT Nicole Notatem. Vyjednávání skončila dohodou 13. července, podepsanou všemi třemi velkými odborovými svazy (CFDT, FO a UNSA). Obsahovala ujednání o mzdách, náborech a pracovních podmínkách. Celkový oznámený finanční balíček obsahoval 8,2 miliardy dolarů, včetně 7,6 miliardy pro nelékařský personál. Od oné doby vláda předložila pro modifikaci zdravotnictví další návrhy, 21. července bylo navíc oznámeno dalších 33 opatření. Zdroj: solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/segur-de-la-sante-les-conclusions/

47 Viz leták č. 46: „*SNCF: A balance sheet of the defeat of a conservative strike*“: <https://mouvementcommuniste.com/documents/MC/Letters/LTMC1946%20ENvF.pdf>

48 Zdroj: <https://www.lejdd.fr/Societe/le-president-de-la-federation-hospitaliere-de-france-il-faut-replacer-lhumain-au-coeur-du-systeme-3970271>

49 SNPI (Syndicat national des professionnels infirmiers) jsou sesterské odbory. Zdroj: https://www.bfmtv.com/economie/segur-de-la-sante-un-syndicat-alerte-sur-une-prochaine-penurie-d-infirmieres_AN-202007130218.html

50 Viz www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000020879475/

Rušení lůžek: Během dvaceti let zmizelo z klinik a nemocnic téměř 100 tisíc lůžek, z toho bylo 4 700 lůžek uzavřeno mezi lety 2017 a 2020 v celé Francii a 12 000 lůžek v pařížském regionu mezi lety 1992 a 2020.

A konečně financování nemocnic: Model financování zvaný Tarification à l'activité (T2A)⁵¹ a zavedený v roce 2003 stanovuje zdroje nemocnic. Často je obviňován z toho, že prosazuje „závod o objem“ a vytváří pro stát neúnosné náklady. Zároveň je celkový dluh nemocnic, který se dnes blíží 30 miliardám eur, předmětem četných diskusí mezi vládou a federacemi nemocnic.

Obsah dohod Ségur

Bod 1: zvýšení mezd

Zvyšování mezd bude probíhat ve dvou fázích: 1. září 2020 a 1. března 2021. První bude činit 24 indexových bodů, což je 90 eur před zdaněním, druhé 25 indexových bodů, tedy 93 eur.

O stejnou částku se zvýší i mzdy zaměstnanců, jejichž mzdy nejsou vázány na indexy.

Revize mzdových tabulek: vyšší platy pro skupiny v kategoriích B a A; přesunout do kategorie B pomocné ošetrovatelské pracovníky a pomocné pracovníky v péči o děti; začlenit ošetrovatelské skupiny (sestry ve všeobecné péči, specializované sestry, střední zdravotnické pracovníky, sestry v pokročilé praxi) do stupnice kategorie A.

Bod 2: organizace práce

Umožnit diverzifikaci organizace práce nabízené pečovatelskému personálu (pouze denní činnosti, rozvržení práce bez víkendů), v zařízeních budou vypracovány pilotní projekty, aby se vytvořilo plánování v „plné autonomii“ (podléhající schválení ze strany vedení).

Regionální zdravotnické agentury provedou s vedením nemocnic studii dopadů týkající se situace zaměstnanců (volná pracovní místa, absence, příležitostná práce, potřeby školení s ohledem na kapacitu a strukturu činností).

Systematizují se schůzky profesního dialogu, časy předávání služeb mezi týmy se zařadí pod pracovní dobu, zavedou se nástroje pro rozvoj kolektivních postupů. Posílí se místní, lokální vyjednávání (oproti vyjednávání na celostátní úrovni).

Ujednání pro nemocniční lékaře

Soubor 16 opatření s celkovou alokací 450 milionů eur. Příspěvek dnes činí 490 eur hrubého měsíčně pro zaměstnance s plným pracovním úvazkem a bude zvýšen na 700 eur pro ty, kteří mají odslouženo patnáct a více let. Pro všechny oprávněné praktické lékaře se zvýší na 1 010 eur, přičemž první etapa proběhne v září a druhá v březnu 2021.

Současně se od 1. ledna 2021 plánuje revize mzdových tabulek, při níž dojde ke sloučení tří úrovní a vytvoření dalších tří úrovní pro předdůchodce: na tyto účely bude vyčleněno 100 milionů eur.

Stážisté, budoucí lékaři zaměstnaní v nemocnici v rámci svého studia, získají příspěvek ve výši 124 milionů eur, opatření mají zajistit „lepší respektování pracovní doby“.

Doplňující opatření z 21. července⁵²

⁵¹ <https://sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/financement/financement-des-etablissements-de-sante-10795/article/financement-des-etablissements-de-sante>

⁵² Viz článek „Trente-trois mesures pour réformer le système de santé“ („33 opatření pro reformu zdravotního systému“), *Le Monde*, 23. července 2020:

Vytvoření čtyř tisíc lůžek pro zvládnutí sezónních špiček (50 milionů eur) od nynějška do prosince 2020.

Investovat 19 miliard eur, z toho 13 miliard eur na oddlužení nemocnic; 2,1 miliardy eur během pěti let na domovy pro seniory všech kategorií; 2,5 miliardy eur na prioritní projekty nemocnic (propojení komunitní a nemocniční medicíny); 1,4 miliardy eur na investice do digitálních technologií.

Zmírnit dopady zákona z roku 2009, zejména zavedením participativního řízení v nemocnicích.

Experimentovat se smíšenými modely financování.

Shrnutí probíhajících reforem

Pro příjmy zaměstnanců je zvýšení (ve dvou fázích) o 183 eur významné, i když nejde o požadavek 300 eur pro každého, který vyjádřili zdravotníci, například na demonstraci 16. června 2020. Povýšení v kategorii podle funkce veřejných nemocnic (FPH) 563 tisíc pomocných zdravotnických pracovníků (z C na B) a 210 tisíc zdravotních sester (z B na A) z 1 173 000 zaměstnanců, na které se vztahuje FPH, se v krátkodobém horizontu rovněž projeví zvýšením mezd a ve střednědobém horizontu rychlejším kariéřním postupem a lepšími bonusy. V dlouhodobějším horizontu vede k lepším důchodům (na současném základě).

Jedná se o zvýšení platů o zhruba 10 procent v období nízké inflace. Pro představu, podobné procento získané v květnu až červnu 1968 se odehrálo v období vysoké inflace.⁵³ Přesto nesmíme zapomínat na vyloučené pracovníky: 370 tisíc dodavatelů, brigádníků a agenturních zaměstnanců a 58 tisíc osob klasifikovaných jako „různí“, což představuje 18,2 procenta, resp. 7,1 procenta všech zaměstnanců odvětví. To posiluje rozdělení na „statutární“ a příležitostné pracovníky nemocnic. Jedná se o strategii, která se již dlouho uplatňuje v jiných kapitalistických podnicích veřejných služeb, jako je pošta nebo SNCF. Jinak řečeno, ústupky ze strany státu nezůstanou bez následků pro pracovní podmínky zdravotnického personálu.

Zvýšení flexibility zaměstnanců, jejich mobility mezi službami (při respektování zdravotních předpisů), optimalizace investic a lepší kontroly mzdových prostředků bude dosaženo „rozvolněním“ pravidel FPH. To vše při současném vypořádání se se zkušeností covid-19, která má tendenci transformovat nemocnice ve vojenské nemocnice, praktikující formu „medicíny bojiště“⁵⁴. Podmínkou dobrého fungování „nemocnic na bojišti“ je přítomnost dostatečného počtu kvalifikované pracovní síly, která je flexibilní, přizpůsobivá, aplikovatelná na provoz efemérních zdravotnických struktur, mobilní a přizpůsobivá momentálním potřebám. Z tohoto důvodu je základním cílem reformy francouzského nemocničního systému požadovat od zaměstnanců jako protiváhu k růstu mezd a rychlejšímu kariéřnímu postupu větší flexibilitu, mobilitu a multifunkčnost.

Covid-19 se ukazuje jako plnohodnotná zkouška restrukturalizace některých služeb, které nelze ignorovat a které jsou velmi nákladné, často málo nebo vůbec ne ziskové, jako například služby intenzivní péče. Zkušenosti z takzvané „první vlny“ covid-19 ukázaly, že tyto služby byly zcela zahlceny přílivem nemocných, částečně z důvodu nedostatku lůžek, ale také z důvodu nedostatku personálu, a to zejména personálu vyškoleného pro řešení této specifické zdravotní krize. Ve službách intenzivní péče je na každé obsazené lůžko mobilizováno v průměru osm zdravotnických pracovníků. Zdá se, že díky prvním zkušenostem z jarního katastrofického zvládnutí epidemie se objevují nové metody,⁵⁵ které jsou méně „nenasytné“ na personál, protože jsou založeny na rychlejší rotaci a zvýšené

53 Čísla jsou vyňata z roční zprávy o veřejné správě od roku 2019. Viz https://www.fonction-publicque.gouv.fr/files/files/statistiques/rapports_annuels/2019/Rapport_annuel_FP-2019.pdf

54 Příklad Mulhouse zavedeného během covidové krize. Viz

55 Viz zavádění „paraintenzivní péče“, pokud je to možné. Tyto služby intenzivní péče fungují s lehčími strukturami a menším počtem personálu. Nová organizace a nové léčebné postupy umožňují vyhnout se do jisté míry zahlcení klasických služeb intenzivní péče. Potřebují také méně kvalifikovaného personálu na jedno lůžko intenzivní péče.

akceschopnosti specializovaných pracujících. Z toho vyplývá, že je možné zvládnout větší čísla při nižších nákladech.

Na rozdíl od zdravotních sester a nemocničních lékařů ostatní profese ze zlepšení smluvních podmínek svých zákonných rámců dosud netěžily. Můžeme zmínit například nutriční terapeutky, farmaceutické asistenty, laboranty a řidiče sanitek. Naopak těmi, na které Ségur úplně zapomněl, jsou dvě kategorie nedostatečně placeného zdravotnického personálu, bez nichž by veřejné nemocnice nemohly fungovat: studenti a především stážisté (lékaři v předatestační přípravě). A právě tyto dvě kategorie ponosou tíhu další práce, která vznikne slibovaným snížením počtu příležitostných zaměstnanců. Toto snížení je až do určité míry zcela slučitelné s cílem stlačit masu mezd za podmínky, že činnosti prováděné příležitostnými zdravotnickými pracovníky budou vykonávat jiní pracovníci s nižšími náklady, například stážisté, zdravotní sestry a ošetrovatelé. Ty slouží a budou sloužit jako nastavitelná proměnná při plánování nemocnic, kvalifikovaná pracovní síla s velmi nízkými náklady a s rozvrhem, který lze libovolně prodlužovat. Spolu se zdravotními sestrami byli pro „první vlnu“ masivně mobilizováni lékaři v předatestační přípravě. Uvidíme, zda budou ochotni pracovat za stejných podmínek bez reakce, pokud a až dojde k druhému šoku podobného rozsahu.

Modernizace organizace nemocničního provozu

Pro transformaci nemocnice na podnik je první fází přenesení rozhodování na místní úroveň, kdy se ředitel nemocnice stane právně samostatnou hlavou společnosti, jeho pravomoce dosáhnou na:

- i) Jednání o mzdách, pracovních podmínkách a investicích. Arbitráž o investicích probíhá na úrovni oddělení ARS (když částka přesahuje 100 milionů eur), ale jejich kritéria (nedefinovaná v Ségur) budou cíle efektivity;
- ii) Organizaci práce, na týmové úrovni i za individuální platy. Zvýší se individualizovaná část mzdy (včetně managementu přesčasů). I kariérní cesta bude individualizovanější. „Revalorizace“ týmové práce bude zahrnovat konkurenci mezi různými týmy ve stejné nemocnici, stejně tak se zvýší konkurence mezi nemocnicemi, aby přilákaly kvalifikovaný personál k sobě. To umožní lepší racionalizaci územního rozložení nemocnic a služeb, ale také to dovolí v rámci každé nemocniční struktury dočasný (nebo ne tak dočasný) přesun personálu mezi pracovišti a do určité míry i mezi specializacemi. Pokles počtu lůžek bude pokračovat, ale bude plánován na základě kritérií, která jsou celoplošně standardizovaná. Mezitím vláda oznámila pozastavení současných plánů na uzavření nemocnic, jako je ta v Nancy, což neznamená, že jsou zastaveny definitivně.⁵⁶

„Zdraví na sobě nemá cenovku. Vláda zmobilizuje všechny finanční prostředky potřebné k poskytnutí pomoci, k péči o nemocné, k záchraně životů. Bez ohledu na to, co to stojí.“ „Musíme se poučit.“ Musíme „zpochybnit model rozvoje, ke kterému se náš svět v průběhu desetiletí zavázal“. To vše řekl Emmanuel Macron 18. května 2020⁵⁷. Ona slova neošálí nikoho, zdravotníky už vůbec ne.

Přesný jízdní řád pro Ségur není pevně stanoven. Mnoho prvků reformy je ještě třeba definovat. Největší ostražitost a mobilizace pracujících v nemocnicích je teď zapotřebí více než kdy jindy, a to nejen v boji proti plánu na zvýšení intenzity a mobility pracovní síly, ale také v boji proti jakémukoli novému opatření, které ještě více zhorší pracovní podmínky v nemocnicích.

56 Viz: https://actu.fr/grand-est/nancy_54395/le-plan-de-suppression-de-600-postes-au-chru-de-nancy-est-toujours-venu_34418388.html

57 Viz francetvinfo.fr/sante/maladie/coronavirus/quoi

Již nyní, tváří v tvář druhé vlně koronaviru, tváří v tvář výpovědní vlně zaměstnanců, kteří odmítají sledovat zhoršování své situace⁵⁸ a kompenzovat militarizaci práce⁵⁹, vláda oznámila, že druhé zvýšení mezd (93 eur) zavede od 1. března 2021 do 31. prosince 2020⁶⁰.

Letáky

O situaci ve zdravotnictví jsme rozdávali dva letáky, jeden v Belgii⁶¹ a druhý ve Francii⁶².

BIBLIOGRAFIE

Benjamin Coriat, „L'atelier et le chronomètre : essai sur le taylorisme, le fordisme et la production de masse“, Christian Bourgois, Paris 1979. Znovu vydáno v roce 1994

Pierre-André Juven, Frédéric Pierru et Fany Vincent, „La casse du siècle. À propos des réformes de l'hôpital public“, Raisons d'agir, Paris 2019

Karel Marx, „Kapitál“, Kniha I

Karel Marx, „Kapitál“. Kniha II

Karel Marx a Bedřich Engels, „Manifest Komunistické strany“

Karel Marx, „Námezdní práce a kapitál“

Nicolas Tanti-Hardouin, „L'hospitalisation privée, crise identitaire et mutation sectorielle, Les études de la documentation française“, Paris 1996

Stéphane Velut, „L'Hôpital, une nouvelle industrie. Le langage comme symptôme“, Gallimard, 2020. Rapport annuel Chirec 2018, Vision 2019

Busse R, Geissler A, Quentin W, Wiley MM (eds), „Diagnosis Related Groups in Europe: Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals“, McGraw-Hill Education, 2011

58 Například 900 dodatečných zaměstnanců APHP nestačí, protože v Paříži mezitím podalo výpověď 450 zdravotnických pracovníků, kteří byli znechuceni neúnosnými pracovními podmínkami a klamáním ohledně zvýšení svých mezd.

59 Správa pařížského regionu odložila nebo zrušila svátek Všech svatých.

60 Viz https://www.francetvinfo.fr/sante/maladie/coronavirus/covid-19-la-deuxieme-hausse-des-salaires-pour-le-personnel-hospitalier-sera-finalement-versee-avant-la-fin-de-l-annee-annonce-jean-castex_4142941.html

61 Viz <https://mouvement-communiste.com/documents/MC/Leaflets/TR200912%20Sante%C3%AC%20vGEN.pdf>

62 Viz <https://mouvement-communiste.com/documents/MC/Leaflets/TR201014%20Sante%20vF%20EN.pdf>

Kolektivně proti kapitálu:
protikapitalu.org • kpk@protikapitalu.org
www.facebook.com/protikapitalu

Mouvement Communiste:
mouvement-communiste.com • postmaster@mouvement-communiste.com

Mouvement Communiste/Kolektivně proti kapitálu