

OBČAN V SÍTI

02/2024

www.zdravotnictvi2.cz | <https://koncepce.kzp.cz/>

ÚHEL POHLEDU



Petr
Smejkal



Ladislav
Švec



Peter
Lednický

BRUSELSKÁ OHLÉDNUTÍ



Eva
Karásková

VOLNÉ FÓRUM



Barbora
Vaculíková



Pavel
Hroboň



Josef
Mašek



Martin
Doležal

JAK BYCHOM MĚLI KORIGOVAT STRUKTURU A ORGANIZACI AKUTNÍ LŮŽKOVÉ PÉČE?

Těžiště naší medicíny je v nemocniční péči. Skoro dvacet procent našinců si každý rok poleží v nemocnici na rozdíl třeba od devíti procent Nizozemců. V počtu akutních lůžek na hlavu jsme na čtvrtém místě v Evropě, ale i přes vysoký počet hospitalizací je dokážeme zaplnit jen z padesáti pěti procent. Správně, byť nedostatečně, centralizujeme specializova-

nou péči, ale současně s ní přesouváme do centrálních nemocnic i tu standardní, která se tím výrazně prodražuje. Tento trend je posilován jak způsobem řízení velkých nemocnic, tak i naší specificky českou mutací DRG.

Ve srovnání s ostatními evropskými státy máme hypertrofovanou síť nereformovatelných fakultních nemocnic, kolem kterých kvetou



privátní zařízení jejich zaměstnanců. Ve světě již třicet let vládne nemocniční péči snaha o efektivitu a orientaci na pacienta, což se projevuje ve společných lůžkových fondech, společných sálech, společné intenzivní péči a ve funkčních předpokojích v podobě Emergen-

cy. U nás si stále držíme jednotlivá oborová království a místo Emergency máme Urgentní příjmy a Pohotovosti. Důsledkem je neřešitelná personální nouze zejména v menších nemocnicích a rostoucí neefektivita celého systému. A aby se s tím nedalo vůbec nic dělat, tak to na další léta průběžně konzervujeme investováním evropských peněz. S takovou výchozí situací jsou prosazení a realizace potřebných změn opravdu nesnadné.

Zásadním krokem, abychom s tím vůbec něco mohli začít dělat, je zamezení přímého vlivu politiků na distribuci prostředků ve zdravotnictví a transformace pojišťoven do institucí, které budou silně motivované řádně spravovat prostředky svých pojištěnců. S tím souvisí i zrušení či zásadní přepracování normativů, které efektivní transformaci nemocnic brání. Současné

by bylo fakt dobré začít s modelací moderní podoby lůžkové péče, která by stála na komunitních nemocnicích, regionálních akutních nemocnicích a centrálních výukových pracovištích.

O tom, jak by to mohlo vypadat, si už léta na různých konferencích vykládáme, ale bez jakéhokoli dopadu do reálného života. Pokud to začneme s restrukturalizací a reorganizací lůžkové péče myslet vážně, neobejdeme se beze změn v oblasti primární a specializované ambulantní péče, stejně tak i v dalších oblastech, jako jsou následná a jiné typy mimonemocniční péče. Cílem by měl být racionální pohyb pacienta v systému zdravotních služeb s tím, že mu bude poskytnuta správná péče, ve správný čas, na správném místě, a to správným způsobem. Ve chvíli, kdy systém velkoryse proplácí zbytečné

zbytečné služby a příliš se nezabývá reálnými náklady na ty potřebné, to vypadá jako čirá utopie.

Efektivita dosud byla v našem zdravotnictví sprostým slovem, protože jednodušší cestou bylo další přilítí peněz. Hubnoucí státní kasa, demografický vývoj a dynamika růstu zdravotnických nákladů nám v dohledné době tento zavedený způsob vyřadí a postaví nás před rozhodnutí, zda systém ponechat samovolnému rozkladu a péči mít jen pro ty silnější, nebo se pokusit udržet širokou dostupnost zdravotních služeb. Pokud se rozhodneme pro to druhé, což bych rád, tak nás čeká opravdu hodně práce a ti, kteří ze současného stavu nepřiměřeně profitují, nás při tom nebudou pochvalně klepat po ramenou. Stále ještě je čas se rozhodnout správně.

MUDr. Pavel Vepřek

ÚHEL POHLEDU

JAK BY MĚLY VYPADAT MODERNÍ NEMOCNICE

MUDr. Petr Smejkal
hlavní epidemiolog, IKEM,
internista, Mount Desert Island
Hospital, USA

Nemocnice 21. století by měla podporovat dva základní principy. Zaprvé, pacient by měl být hospitalizován jen v případě, kdy se nemoc nezvládne doma nebo v ambulanci / v infusním centru. Doba hospitalizace v České republice je jedna z nejdelších v Evropě a spousta akutních lůžek by se měla přeměnit v lůžka následné péče. Zadruhé, minimalizujeme přesuny pacienta v nemocnici, tj. lékař chodí za pacientem, ne naopak. S tím souvisí i výstavba nemocnic monoblokových, popřípadě víceblokových, ale v tom případě maximálně propojených bloků. Oproti

přetrvávajícímu stavu v Čechách by neměla být rozdělena na mnoho specializovaných lůžkových oddělení (často nadbytečných – kožní lůžkové, oční lůžkové, infekční lůžkové), navíc každé oddělení (nebo klinika) v samostatném pavilonu nemocnice. Ta by měla být velkým moderním objektem, jehož součástí jsou tyto základní jednotky – chirurgická část s operačními sály, interní část, centrální jednotka intenzivní péče a velký funkční centrální příjem s přílehlou radiodiagnostikou (CT, MRI). Samozřejmě vedle toho lékárna, konferenční místnosti, park (zahradka) a další zázemí. Pokoje ve všech částech hospitalizačních traktů by měly být jednolůžkové, maximálně dvoulůžkové, dobře izolovatelné z důvodu prevence



Petr Smejkal

šíření infekčních chorob, dobře dostupné z důvodu přesunu a dosahu zdravotnického personálu s centrálními sesterskými stanicemi s kvalitní IT technikou uprostřed jednotlivých traktů, která propojuje nemocnici s ambulancemi a zdravotnictvím obecně.

Pokoje by měly být plovoucí, pokud vznikne například poptávka

po infekčních lůžcích (pandemie), jeden trakt se izoluje a lůžka pro jiné interní diagnózy se v tom případě využijí k hospitalizaci pacientů s tímto infekčním agens. Emergency (akutní příjem) musí být rozlehlé, se vším, co k tomu

cy medicíny a jejichž snahou je rychle pacienta (nedostatečně vyšetřeného) umístit skoro na jakékoli z mnoha oddělení nemocnice. Kolečko pacienta pak pokračuje, než si najde své místo podle diagnózy nebo šéfa pracoviště – a to

republiky. U nás často léčíme v krásných budovách a pavilonech, které jsou v učebnicích architektury, a části z nich by se mohly stát muzei medicíny. Jejich přestavba do podoby, která by vyhovovala moderním nárokům na medicínu a množství moderního vybavení, sofistikovaných radiodiagnostických přístrojů, které v 21. století potřebujeme, a která by měla vyhovovat ještě desítky let, bude určitě dražší než budovat moderní nemocnice na zelené louce. Bude dobré se inspirovat na západ od našich hranic, diskutovat s architekty o dynamických trendech v moderní medicíně a podle toho stavět, nejen podle plánů pánů přednostů a primářů. Ti se na plánech musejí podílet, ale s pokorou by si měli uvědomit, že stavíme nemocnice, které by měly principům a parametrům moderní medicíny a všem očekávaným trendům jejich vývoje sloužit alespoň těch dalších padesát let. To už my tu nebudeme a doufáme, že ani ne české zdravotnictví v té jakýmkoli reformám rezistentní podobě, jakou známe dnes.

U nás často léčíme v krásných budovách a pavilonech, které jsou v učebnicích architektury, a části z nich by se mohly stát muzei medicíny.

patří. Trauma pokojem, resuscitačním pokojem, jednotkou k akutnímu managementu iktů přiléhajícím k CT a kardiologickým sálem k akutnímu léčení arytmií a kardiologických emergency. Na emergency (akutním příjmu) by totiž pacient měl zůstat do doby, než je stanovena presumptivní diagnóza, a pak je přeložen na finální lůžko. V Čechách bohužel i kvůli slabému systému postgraduálního vzdělávání slouží na akutním příjmu lékaři různých specializací, kteří nejsou profesně dostatečně vzděláni v problematice emergen-

ce je chybný přístup. Na emergency má být i dostatek tzv. „expektačních“ lůžek, odkud je možné po krátkodobější hospitalizaci pacienta propustit domů, a k tomu přiléhající dostatečně velké infusní centrum k ambulantnímu podávání i. v. léčby. Lůžka následně a sociální péče by měla být poblíž, ne zcela v prostoru akutních lůžek, blíže k domovu a přírodě, ale v dosahu akutní péče (step down). Stejně jako automobily 21. století se i moderní nemocnice bohužel podobají jedna druhé jako vejce vejci, ale to není případ České

RESTRUKTURALIZACE

JUDr. Ladislav Švec
ředitel, Kancelář zdravotního pojištění

Restrukturalizace je slovo, které zní velice technokraticky. Vzbuzuje představu, že je možné složitě věci a děje, například nemocnice, provozy, lidi, jednoduše vzít a přeskádat jako kostičky. Možná že je to právě tato představa jednorázového kulového blesku, která stojí za nezdařených předchozích pokusů o zásadnější reorganizaci lůžkové péče v ČR. Od první seriózně zamýšlené komise pro přípravu restrukturalizace přitom uběhlo již více než čtvrt století. Skutečná příčina neschopnosti prosazovat

organizační změny ale dle mého spočívá v samotných základech systému, který jsme si vypiplali k dokonalosti. Systém, který je typický nejasnými motivacemi, neurčitou odpovědností, obřími konflikty zájmů a řadou dalších prvků, o kterých pravidelně hovoříme na seminářích k návrhu koncepčních změn Iniciativy Zdravotnictví 2030+. V tomto systému se uvažuje a plánuje v horizontech účetního, maximálně pak volebního období. Neexistuje zde dlouhodobé řízení čehokoliv. Logicky pak neexistuje ani proces, nebo předem známá pravidla a metodiky pro tvorbu sítě (kdo ano, kdo ne, na základě čeho, co, jak, odkdy).



Ladislav Švec

Diskuse o restrukturalizaci se pak často zjednodušuje na otázku rušení nemocnic (samozřejmě jen

těch malých a nestátních), nebo v lepším případě na přeměnu malých nemocnic v tzv. komunitní nemocnice (případně LDN apod.). Přeměna části nemocnic poskytujících nyní služby v režimu 24/7 a zápasících s obložeností i s personálním zajištěním na efektivnější formu komunitní nemocnice je přitom dobrým příkladem rozumné změny a věřím, že se jí

i v méně specifických oblastech, což osobně považuji za velmi problematické). Každopádně, v rámci přípravy podkladů pro centralizaci vznikají v Kanceláři ZP i analýzy využitelné pro budoucí obecné řešení struktury a organizace péče. Důležité je, aby se uvažování o struktuře a organizaci kapacit nezastavilo u odstranění akutního problému s přesčasovou prací,

prostředí, ve kterém lze vůbec organizaci a strukturu služeb alespoň rámcově plánovat a následně přizpůsobovat a měnit (depolitizace v. z. p., odstranění konfliktu zájmů atd.). Konkrétně pak náš návrh koncepčních změn předjímá zavedení stálého a zákonem daného procesu průběžného hodnocení věcných a regionálních potřeb. Ten by, s dlouhodobým výhledem a ve spolupráci všech, kterých se to týká, včetně krajských a místních municipalit, patientských organizací, vlastníků a provozovatelů zdravotnických zařízení, pravidelně zadával a hodnotil výstupy měření a analýz stavu, stejně jako budoucích věcných i lokálních potřeb. Výstupem procesu by byla o analýzy opřená metodika pro tvorbu sítě a doporučení pro budoucí smluvní politiku zdravotních pojišťoven i vlastníky zdravotnických zařízení. Dlouhodobost výhledu by měla umožnit včasnou přípravu změn. Proces by měl být ideálně koordinován v rámci samosprávy pojišťoven a poskytovatelů, která přináší efektivnější,

V prvé řadě bude nutné vytvořit prostředí, ve kterém lze vůbec organizaci a strukturu služeb alespoň rámcově plánovat a následně přizpůsobovat a měnit.

pod zvýšeným tlakem na dodržování zákoníku práce nakonec i dočkáme. Otázkou je, kdy a za jakých podmínek (např. z hlediska transparentnosti jejich výběru). Problém se totiž jako obvykle neskrývá v samotné myšlence, ale v detailu jejího provedení...

Již dnes přitom ve spolupráci s MZ kultivujeme proces centralizace, do něž jsme nedávno zařadili řadu racionalizujících prvků. Dosud totiž centra vznikala a fungovala do velké míry samovolně, bez řádu či kontroly kvality výstupů. Díky aktivitě Kanceláře ZP a systému zdravotního pojištění by napříště měla vznikat jen tam, kde existují důkazy o vazbě objemu na kvalitu, výsledky by měly být pravidelně externě hodnoceny a v případě opakovaně neuspokojivých výsledků může být status centra odebrán. Centralizace by měla zvýšit efektivitu a kvalitu péče a jejím základním nástrojem je pozitivní i negativní finanční motivace daná úhradovou vyhláškou. Omezením tohoto přístupu k restrukturalizaci je pak limitace na vysoce specializovanou péči (pokud tedy nebude MZ ochotno zcela překročit rámcem § 112 zákona č. 372/2011 Sb. a nutit malifikační poskytovatele k omezení poskytování péče

nebo i odebrání vysoce specializované péče maloobjemovým provozům (ostatně zlí jazykové tvrdí, že pokud jsou někde skutečné mezery ve struktuře a organizaci zdravotních služeb, je to spíše u velkých a státem vlastněných nemocnic). Jde totiž o principiální otázku zejména s ohledem na demografickou výzvu a avizovanou

Proces by měl být ideálně koordinován v rámci samosprávy pojišťoven a poskytovatelů, která přináší efektivnější, dlouhodobější a na politice méně závislý rámc.

potřebu zásadního zvýšení efektivity systému. Týká se nejen lůžkové, ale i ambulantní péče, omezení počtu návštěv lékařů, vzájemného poměru lůžkové a ambulantní péče, řízení/neřízení péče o pacienta, regionální nedostupnosti, vzdělávání a spousty dalších aspektů... Přemýšlejte proto o tom, co musí racionálnímu, úspěšnému a průběžnému přizpůsobování struktury a organizace zdravotních služeb předcházet. Není toho málo. Nebude to hned. A nebude to bez práce. V prvé řadě bude nutné vytvořit

dlouhodobější a na politice méně závislý rámc. Politickými nástroji ale může být veden i státní správu. Když nic jiného, mohli bychom dosáhnout alespoň toho, že nebudou jako dnes investovány významné částky veřejných prostředků více méně nahodile do kapacit, u nichž nejsme přesvědčení, že je budeme v budoucnu potřebovat...

Jak vidno, opět nenabízíme žádná rychlá, jednorázová a jednoduchá řešení. Základy na počkání (viz obvyklá vyjádření politiků, že jakýkoliv problém vyřeší za měsíc, nejspozději za rok) ať slibují jiní.

NEMOCNICA BORY: NOVÁ ÉRA ZDRAVOTNÍCTVA V BRATISLAVE

Ing. Peter Lednický
CEO, Penta Hospitals International a Nemocnice Bory

V srdci Bratislavy vznikla Nemocnica Bory, ktorá predstavuje novú éru v poskytovaní zdravotnej starostlivosti s dôrazom na pacienta a inovácie. Siedmimi základnými princípmi sa táto moderná zdravotnícka inštitúcia stavia na čelo zmeny, ktorá zahŕňa orientáciu na pacienta, neustále zlepšovanie procesov, liečivé prostredie, motivujúcu pracovnú atmosféru, digitalizáciu, efektívnosť a pripravenosť na budúcnosť.

7 PRINCÍPOV NEMOCNICE BORY

1. ORIENTÁCIA NA PACIENTA
2. NEUSTÁLE ZLEPŠOVANIE MEDICÍNSKÝCH PROCESOV V PROSPECH BEZPEČNOSTI A KVALITY
3. LIEČIVÉ PROSTREDIE
4. MOTIVUJÚCA PRACOVNÁ ATMOSFÉRA
5. VYSOKÁ ÚROVEŇ ELEKTROINIZÁCIE A DIGITALIZÁCIE
6. EFEKTÍVNA PREVÁDZKA A FINANČNÁ UDRŽATEĽNOSŤ
7. PRIPRAVENOSŤ NA BUDÚCI ROZVOJ A NA NEOČAKÁVANÉ SITUÁCIE

(1) Orientácia na pacienta

V Nemocnici Bory je pacient na prvom mieste, či už pri jeho diagnostike, alebo liečbe. Zdravotná starostlivosť je organizovaná v multidisciplinárnych programoch, ktoré jasne definujú cestu pacienta naprieč potrebnými diagnostickými a liečebnými výkonmi bez ohľadu na ich príslušnosť k medicínskej špecializácii. Tím lekárov a ošetrovateľského personálu sa o pacienta bude starať komplexne.

Hotelový štandard

Na lôžkových oddeleniach je vytvorená pre pacienta atmosféra hotelového štandardu. Všetky pacientnske izby sú v novej Nemocnici Bory navrhnuté s jedným lôžkom a vlastnou kúpeľňou.

Hotelový štandard izby pacienta budú dotvárať:

- závesy na oknách,
- zdravotnícke tapety na stenách,
- štýlovo zariadený nábytok vrátane vstavanej skrine a jedálneho stola so stoličkami.

Pacient bude mať k dispozícii aj wifi pripojenie, TV na izbe a možnosť ovládania žalúzií.

Pôrodné izby namiesto boxov

Pohodlie a bezpečnosť pacientky sú prvoradé aj pri starostlivosti o mamičky. Pôrodné izby sú pripravené na to, aby v nich mamička strávil svoje najintímnejšie chvíle v súkromí. Od príchodu až po záverečnú popôrodnú fázu sa nebude musieť nikam presúvať. Každá pôrodná izba je vybavená vlastným sociálnym zariadením, čo poskytuje mamičkám dostatok súkromia a komfortu.

Súkromie bude mať mamička aj s bábätkom po zvyšok svojho pobytu v nemocnici. Jednolôžkové izby sú v Nemocnici Bory bez príplatku pre každého pacienta s kartičkou poistenca.

Prítomnosť blízkej osoby

Okrem súkromia na patientskej izbe môžu mať pacienti počas hospitalizácie pri sebe aj blízku osobu. Umožňuje im to rozťahovacieho kresla, ktoré pacienti nájdu v každej patientskej izbe.

Oddelenie novorodeneckej jednotky intenzívnej starostlivosti

V Nemocnici Bory v Bratislave sa postaráme nielen o budúce mamičky, ale aj o novorodencov, ktorí



Peter Lednický

vyžadujú intenzívnu starostlivosť. Predčasne narodené deti, novorodenci s nízkou pôrodnou hmotnosťou alebo pôrodnými komplikáciami sú v novej Nemocnici Bory hospitalizovaní na oddelení novorodeneckej jednotky intenzívnej starostlivosti.

Oddelenie novorodeneckej jednotky intenzívnej starostlivosti bude schopné sa postarať celkovo o 18 novorodencov s komplikáciami. Novinkou v slovenskom zdravotníctve bude desať samostatných izieb, v ktorých bude možné hospitalizovať dieťaťko spoločne s mamičkou. Vďaka samostatným izbám bude môcť matka ostať so svojim novorodencom počas celého pobytu na oddelení.

Súčasťou oddelenia jednotky novorodeneckej intenzívnej starostlivosti je aj spoločná neonatologická izba, kde bude v prípade potreby k dispozícii ďalších osem lôžok pre predčasne narodené deti. Všetky izby na oddelení sú centrálné monitorované sestrami.

Na oddelení majú matky k dispozícii aj spoločenskú miestnosť. Toto zázemie má slúžiť pre matky v ich ťažkej životnej situácii ako miesto pre psychohygienu a kontaktu s inými matkami v podobnej situácii. Okrem gaučového sedenia, TV, bude v spoločenskej miestnosti pre matky k dispozícii aj chlad-



nička na potraviny, jedálenský stôl a vybavenie na zohriatie jedla.

(2) Neustále zlepšovanie medicínskych procesov v prospech bezpečnosti a kvality

Každá moderná stavba by mala svojou architektúrou podporovať v nej prebiehajúce procesy, nemocnica nevyvímajúc. Preto je nová Nemocnica Bory navrhnutá tak, aby dispozične usporiadanie jednotlivých klinických celkov rešpektovalo základné princípy, ako sú optimálne priestorové riešenia alebo fyzická blízkosť klinicky súvisiacich častí, a vytvorilo prostredie pre inovatívne medicínske procesy.

Systém plávajúcich lôžok

Nemocnica Bory má celkovú kapacitu 400 lôžok, z nich sa 246 nachádza priamo na lôžkových oddeleniach. Pacienti sú umiestnení systémom tzv. plávajúcich lôžok na aktuálne voľné lôžka v jednopostelových izbách, s prihliadnutím na ich diagnózu.

Pacienti nebudú ležať na klasických oddeleniach, preto vedľa seba môžu mať izbu rozliční pacienti. Zabezpečí sa tým efektívna

prevádzka, kde namiesto preplnených alebo poloprázdných oddelení v rovnaký čas, s ktorými sa v nemocniciach stretávame, dokážeme naraz prijať a postarať sa o väčší počet pacientov, bez toho, aby sme preťažovali zdravotnícky personál nemocnice.

Centrálna prípravovňa liekov

V novej Nemocnici Bory bude významnú technologickú inováciu predstavovať centrálna prípravovňa liekov. Lieky pre pacientov nebudú manuálne pripravovať sestry. Tento koncept sa využíva v moderných európskych nemocniciach.

Lekár predpíše pacientovi medikáciu elektronicky cez nemocničný informačný systém. Na základe toho robotický automat pripraví pre každého pacienta balíček liekov, ktorý má jedinečný čiarový kód.

Kým sestra podá pacientovi liek, musí zosnímať najprv svoj identifikačný čiarový kód, následne kód na náramku pacienta a na záver aj identifikačný kód balíčka. Tým je zaručené, že sme pacientovi podali správny liek, v správnej dávke, v správnom čase a navyše ešte aj oprávnenou sestrou.

Urgentný príjem

Pri záchrane ľudského života záleží na sekundách. Preto sa urgentný príjem v Nemocnici Bory nachádza hneď vedľa CT a MR vyšetrovne či rádiologického pracoviska s röntgenom. V situáciách, ako je cievná mozgová príhoda, je možné z urgentného príjmu pacienta previezť v priebehu pár momentov na oddelenie intervenčnej neurológie a kardiológie, kde je pacient ošetrený. Každá sekunda pri takýchto diagnózach rozhoduje.

V novej Nemocnici Bory sa našim odborníkom podarilo vytvoriť unikátne spojenie medzi tzv. crash rooms (t. j. miestnosťami na urgentné prvotné ošetrenie akútnych pacientov), CT vyšetrovňami a operačnými sálami tak, aby prevoz pacienta netrval dlhšie ako niekoľko sekúnd. Takýto štandard patrí medzi európsku špičku.

Odbremenenie zdravotníckeho personálu od administratívnych a logistických činností

V novej bratislavskej nemocnici už teraz pracujeme na tom, aby sme sestry vrátili späť k lôžkam pacientov. Sestra sa nebude starať o viac pacientov, než je legislatívne stanovené

maximum. V práci jej zároveň budú pomáhať technológie a inovácie ako nemocničný informačný systém. Aj vďaka nemu už nebude musieť vypisovať zdravotnú dokumentáciu ručne.

Centrálna prípravovňa liekov, liekových vozíky, monitory vitálnych funkcií tiež odbremenia ošetrovateľský personál od každodenných administratívnych alebo časovo

Dostatok denného svetla
Základným prvkom liečivého prostredia je dostatok denného svetla. V Nemocnici Bory bude dostatok denného svetla vo všetkých medicínskych priestoroch, na operačných sálach, na pracovisku nukleárnej medicíny, ktoré sa nachádzajú na podzemnom podlaží, či v patientskej izbe. V izbe pacienta bude dostatok ranného alebo poobedňaj-

spoločne v nemocnici vybudovať. Vo veľkej miere bude založená na pacientovi na prvom mieste a na našich hodnotách, medzi ktoré patrí aj tímovosť. Tá sa odráža v spôsobe, akým nemocnicu chystáme. Nie je to o dvoch, troch múdrych jednotlivcoch, ktorí ju celú navrhnú, ale o spolupráci celého tímu, ktorý ju postupne spoločne kreuje. Do prípravy nemocnice sme prizvali aj našich budúcich kolegov, ktorý s nami spolupracujú aj niekoľko rokov pred nástupom do nemocnice.

Jedným z lineárnych urýchľovačov umiestneným na pracovisku radiačnej onkológie je veľmi špecifický robotický prístroj Cyber Knife, tzv. „kybernetický nôž“, ktorý bude prvým v slovenskom zdravotníctve. Vďaka tomuto urýchľovaču už nebudú musieť pacienti s určitým typom onkologických diagnóz dochádzať za liečbou do zahraničia.

náročných aktivít. Ranné odbery bude pacientom s komplikáciami, ako sú napríklad ťažko prístupné žily, pomáhať realizovať odberová sestra. Sestra bude viesť a aktívne spolupracovať so zdravotníkmi asistentmi – praktickými sestrami.

Sestra získa vďaka technológiám viac času na pacienta. Rovnako aj sanitár. Ten už nebude musieť osobne odovzdávať odbery. Vďaka potrubnej pošte ich jednoducho a rýchlo pošle v špeciálnej kapsule cez potrubie. Elektronické žalúzie, klimatizácia alebo elektronický vrátnik odbremenia sestru, zdravotníckeho asistenta alebo sanitára od otvárania dverí pre návštevy či upratovania a upravovania patientskej izby.

(3) Liečivé prostredie

Liečivé prostredie v Nemocnici Bory tvorí mozaika faktorov, ktorých úlohou je vytvoriť príjemnú atmosféru. Pacient, ktorý príde na vyšetrenie alebo je hospitalizovaný na jednodôžkovej izbe, je pod stresom už zo samotných zdravotných dôvodov. Úlohou liečivého prostredia je poskytnúť čo najviac pozitívnych impulzov, ktoré pacientom znížia ich hladinu stresu a podporia ich zotavenie a liečbu.

šieho slnka podľa orientácie izby. Moderné klinické štúdie potvrdzujú, že pacient sa v takomto prostredí uzdraví skôr.

Zeleň v átriách

V srdci budovy novej bratislavskej nemocnice sa nachádza päť pohľadových a pobytových átrií. Zeleň má prinášať pre pacienta upokojujúci a neštandardný zážitok z nemocničného priestoru. Jednotlivé átriá sa líšia farebnosťou a profilom terénu, preto budú slúžiť pre pacientov aj ako intuitívny navigačný prvok počas pohybu po budove Nemocnice Bory.

Na streche Nemocnice Bory nenájdete len heliport, ale aj zelené strechy. Ide o bezúdržbové riešenie, ktoré prispieje k zníženiu teploty v budove novej bratislavskej nemocnice, tiež k zníženiu hlučnosti a prašnosti v átriách. Na zelené strechy sa použijú vybrané rastliny, ktoré odolávajú extrémnym teplotám, mrazom, ale aj suchu.

(4) Motivujúca pracovná atmosféra

Nemocnica bude inovatívna, a to nielen budovou a svojimi technológiami, ale aj medicínskymi a ošetrovateľskými procesmi. S tým súvisí aj kultúra, ktorú chceme

DNA našej kultúry je flexibilita

Výziev sa nebojíme, vnímame meniaci sa svet a dobu vókol nás. Snažíme sa nimi inšpirovať a pretaviť ich tak do procesov ako aj do našej kultúry, ktorá z Nemocnice Bory vytvorí jedinečné pracovné prostredie založené na patientskej orientácii, rešpekte, zodpovednosti, tímovosti a vysokej úrovni vzájomnej komunikácie. Dôležitou zložkou DNA našej kultúry je zároveň flexibilita.

Rotovanie vedenia dáva šancu vyrásť a prejavíť sa talentom

Kultúra spoločnosti tvorí širokú kombinácia aspektov. Jedným z nich je aj organizačná štruktúra. Vďaka zdieľaným tímom sa budú môcť poznať dobre všetky oddelenia nemocnice a kolegovia sa nebudú deliť na „tých našich“ a „tých druhých“. Plochá štruktúra zároveň umožní tok komunikácie zdola nahor.

Moderné medicínske technológie

Nemocnica Bory je jedinečnou nemocnicou nielen z pohľadu priestorov, ale aj medicínskeho vybavenia. Do nemocnice sme museli nakúpiť viac ako 10-tisíc položiek medicínskeho vybavenia – od tých najväčších prístrojov až po teplomery a chirurgické pinzety. Medicínske vybavenie odpovedá klinickým programom a komplexnému rozsahu činností, ktoré v novej Nemocnici Bory plánujeme rozvíjať. V novej bratislavskej nemocnici bude:

- prvý kybernetický nôž v slovenskom zdravotníctve,
- k nemu ďalší lineárny urýchľovač, ktorý je svetovou novinkou,
- päť špičkových CT prístrojov,
- dve magnetické rezonancie,
- 28 ultrazvukov,
- 80 liekových chladničiek,
- 300 monitorov vitálnych funkcií,
- 400 infúzných púmp a dávkovačov.

(5) Vysoká úroveň elektronizácie a digitalizácie

Napríklad v Nemocnici Bory sa otvorilo špičkové pracovisko radiačnej onkológie, súčasťou ktorého je špecifický CT simulačný prístroj. Ide o CyberKnife, tzv. kybernetický nôž, ktorý slúži na vytvorenie 3D modelu pacienta a prípravu ožarovacieho plánu, aby pacient dostal správnu terapiu. Vďaka tejto liečebnej metóde už nebudú musieť pacienti s určitým typom onkologických diagnóz dochádzať za liečbou do zahraničia.

V Nemocnici Bory bude v starostlivosti o pacienta pomáhať lekárom a sestram aj nemocničný informačný systém, a to počas jeho celého pobytu v nemocnici. Vďaka nemu budú mať pracovníci komplexný prehľad o absolvovaných zákrokoch a vyšetreniach pacienta.

Informačný systém pomôže precíznejšie plánovať nielen hospitalizácie, zdravotnícky materiál, ale aj operácie. Uľahčí aj prácu sestram a zdravotníckym asistentom. Sestra sa vďaka informačnému systému zjednoduší aplikácia liekov či administratíva zdravotnej dokumentácie. V bežných zariadeniach sestra musí do karty ručne zapisovať všetky údaje o poskytnutej ošetrovateľskej starostlivosti. V novej bratislavskej nemocnici bude administratíva automatizovaná. Sestra bude mať v rámci nemocničného informačného systému predpripravené štruktúrované dokumenty. V praxi

to znamená, že napríklad namerané hodnoty vitálnych funkcií pacienta sa po zmeraní budú prenášať do zdravotnej dokumentácie pacienta.

(6) Efektívna prevádzka a finančná udržateľnosť

Nemocnicu Bory tvorí päť podlaží s celkovou plochou 53-tisíc m². Budova novej bratislavskej nemocnice je navrhnutá tak, aby jej priestor poskytol maximálnu prevádzkovú efektívnosť.

Vďaka tvaru nemocnice sa dosiahne nielen efektívna prevádzka, ale aj čisté logistické toky, ktoré oddeľujú vstupy pre verejnosť, personál, urgentný príjem alebo logistiku. Nemennej dôležitou požiadavkou pri architektúre bola ľahká orientácia v budove. Aj preto nebude mať Nemocnica Bory klasický nemocničný tvar ani vzhľad kvádra.

Oddelené logistické a medicínske toky

Pre zdravotnícky personál boli vytvorené dobohé vzdialenosti na základe presne zadaných medicínskych procesov a tokov. Pri prevoze pacienta v kritickom stave sú naprojektované krátke trasy. Vďaka tomu bude môcť personál Nemocnice Bory pacienta rýchlo previesť k vyšetreniu MR prístrojom a následne na operačnú sálu. Bežný návštevník Nemocnice Bory nebude musieť zažiť taký ruch nemocnice, ako ho pozná z bežnej slovenskej nemocnice. Dokonca v nemocnici nestretnie ani lekárov prevádzajúcich pacienta v kritickom stave. Pacientske, návštevnícke, zamestnanecké a materiálové toky sú oddelené.

Urgentný príjem, služobné vstupy pre zamestnancov alebo vjazd do logistického centra sú tiež oddelené od hlavného vchodu do budovy.

Efektívna prevádzka

Pacient si pri bežnej návšteve Nemocnice Bory ani neuvedomí, že

až tretina objemu Nemocnice Bory tvorí technický priestor. Celá nemocnica je klimatizovaná a na zabezpečenie prívodu dostatočného objemu čerstvého vzduchu slúži až 32 vzduchotechnických jednotiek umiestnených na najvyššom podlaží.

Celé najvyššie podlažie Nemocnice Bory je technické zázemie. Okrem vzduchotechnických jednotiek je tam umiestnená aj kotolňa, serverovne a ďalšie technické miestnosti. Naopak energocentrála, dieselaagregáty a zásobníky vody sú umiestnené v podzemnom podlaží. Jednoznačné oddelenie technických častí od klinickej prevádzky zabezpečí čisté procesy a nekríženie technického a zdravotníckeho personálu.

(7) Pripravenosť na budúci rozvoj a na neočakávané situácie

Vďaka prevádzke novej bratislavskej nemocnice sa pacient bude môcť cítiť bezpečne aj počas epidémie. Nemocnica má k dispozícii deväť špeciálnych izolačných izieb s tzv. air-lockom, ktoré slúžia na hospitalizáciu pacienta s vysokovirulentnou respiračnou nákazou.

Izby s takouto vzduchovou clonou majú aj predsieň, kde sú umiestnené osobné ochranné pracovné pomôcky a prebieha dekontaminácia personálu a pomôcok použitých pri ošetrovaní chorého. V budove sú vytvorené štyri podtlakové miestnosti na oddelení anestéziológie a multiodborovej intenzívnej medicíny, jedna na urgentnom prijíme a ďalšie štyri v lôžkovej časti nemocnice.

Taktiež, jednotlivé lôžkové ošetrovacie jednotky, z ktorých sa nemocnica skladá, majú vlastnú a izolovanú ventilačnú jednotku, ako aj samostatné potrubia, čo zaručuje, že sa vzduch z rôznych pracovísk navzájom nemieša.

V prípade stavu pandémie, kedy by nemocnica potrebovala hospitali-

zovat' velké množství pacientov s respiračními problémy, možno teda budovu rozdeliť do viacerých celkov a využiť izolovanú vzducho-techniku. Jednotlivé bloky sa uzavru len pre infekčných pacientov.

Nemocnica Bory predstavuje budúcnosť zdravotníctva, kde je pacient vždy na prvom mieste a kde inovácie a efektívnosť idú ruka v ruku s kvalitnou zdravotnou starostlivosťou. S otvorením svojich brán

posunula slovenské zdravotníctvo na novú úroveň a už dnes sa stala vzorom pre budúce generácie zdravotníckych zariadení zrejme nielen na Slovensku.

VOLNÉ FÓRUM

1. Kde vidíte hlavné slabiny štruktúry a organizácie našich lôžkových péče?
2. Jak byste si představoval/a její ideální podobu?
3. Které změny je nutné udělat, abychom se mohli k tomu ideálu začít blížit?

Odpovídá Mgr. Barbora Vaculíková, MBA, generální ředitelka, Penta Hospitals

1. Do roku 2050 má v Česku přibýt milion seniorů, z nichž by mělo být zhruba 350 000 závislých na péči, to znamená být ve třetím a čtvrtém stupni závislosti na péči jiných osob nebo institucí. To znamená, že do roku 2050 bude chybět asi 72 000 lôžek pobytových sociálních služeb, případně lôžek dlouhodobé či následné péče. I pro aktuální péči to bude znamenat obrovský nápor. Co s tím? Do určitého omezeného počtu lze transformovat akutní lôžka na následnou péči, což se postupně v českém zdravotnictví děje, ale stačit to nebude. Je nutné vybudovat nové kapacity jak v následné, tak především v sociální péči. Stát, kraje ani města tyto kapacity vybudovat nezvládnou, spolupráce se soukromým sektorem je naprosto nezbytná.

Dlouhodobě také mluvíme o nedostatku lékařů, sester a dalších nelékařských zdravotnických pracovníků. V mezinárodním srovnání na tom Česká republika není tak špatně. Na 1000 obyvatel máme 8 lékařů a 8,5 sestry, což je zhruba v průměru Evropské unie. Například Slovensko a Polsko jsou na tom s počty lékařů a sester hůře. Potřebovali bychom kromě nezbytného navyšování počtu studentů efektivně



Barbora Vaculíková

ně využívat odbornost všech zdravotníků a také přerozdělit některé kompetence.

Slabým místem organizace péče v České republice je také provázanost jednotlivých sektorů a organizace cesty pacienta celým systémem.

2. Ideální podoba by samozřejmě byla, abychom dokázali poskytnout potřebnou péči v té nejvyšší kvalitě a dostupnosti všem, kteří ji potřebují. Také bychom měli být nadále schopni uhradit neodkladnou a částečně i akutní péči z prostředků veřejného zdravotního pojištění.

3. Měli bychom urychlit centralizaci vysoce specializované péče, důsledně plánovat regionální rozložení akutní péče a dobudovat kapacity dlouhodobé a navazující péče, včetně domácí zdravotní péče.

Odpovídá MUDr. Pavel Hroboň, M.S., Advance Healthcare Management Institute, člen NERV

1.–3. Hlavním problémem je, že udržujeme schopnost postarat se o pacienta vyžadujícího akutní lôžkovou péči (alespoň na úrovni 4 „základních“ oborů) 24/7 ve zbytečně vysokém množství nemocnic. Děje se tak na úkor kvality péče, vázání zdravotníků v neproduktivních postech, nadměrného množství přesčasů a utrácení finančních prostředků, které bychom mohli mnohem efektivněji využít jinde.

Správným cílem je zachovat 24/7 schopnost přijmout pacienta vyžadujícího akutní hospitalizaci pouze v nemocnicích, kde je to nutné z hlediska naplnění geografické dostupnosti péče. Ostatní nemocnice by měly být zbaveny této povinnosti, to ovšem neznamená, že by nutné měly přestat poskytovat akutní lôžkovou péči!

Model **komunitní nemocnice**, která se dokáže postarat o (určité) akutní pacienty v omezené době, rozsahu péče a závažnosti jejich onemocnění



Pavel Hroboň

ní, je životaschopný a vhodný, jak bylo prokázáno v řadě evropských zemí. Může nabývat celé řady konkrétních podob a tak dobře reflektovat lokální potřeby a schopnosti. Vedle transformace nemocnic vyžaduje také mnohem intenzivnější spolupráci (sdílení informací, pacientů a personálu) v rámci krajských nemocničních sítí.

Prvním konkrétním krokem k výše popsáným změnám je zadání studie týkající se potřebné geografické dostupnosti jednotlivých oblastí péče (obory nejsou vhodnou jednotkou, mnohem spíše jsou jí vhodně definované soubory DRG skupin) ze strany Ministerstva zdravotnictví. Z politických důvodů je prakticky nemožné, aby ministerstvo sestavilo smysluplný seznam samo. Musí ho ale podpořit na určitou dobu, cca 10 let, poté je podobné cvičení třeba zopakovat.

Je také třeba zohlednit omezení rozsahu akutní péče v některých nemocnicích v úhradové vyhlášce, zejména v tom smyslu, aby neobsahovala finanční motivaci bránící racionální transformaci nemocnic. A tím by role ministerstva měla skončit, další kroky je nutné ponechat na čínech a domluvě vlastníků či zřizovatelů nemocnic, jejich managementu a zdravotních pojišťoven.

Odpovídá MUDr. Josef Mašek, chirurg, bývalý dlouholetý ředitel nemocnice Kadaň

1. Síť českých nemocnic je přebujelá, disproporčně rozmístěná. Velmi špatně reaguje na potřeby měnící se struktury nemocných, je zaměřena zejména na ekonomický profit. Je zjevný nepoměr mezi potřebou a skutečností lůžek akutní a následné péče.

Situaci komplikuje struktura vlastníků nemocniční péče, která jistě není na závalu, ale mnohdy brání racionálnímu sítím. Té jistě brání i politické, zejména lokální, vlivy. Mnohde z nemocnic jsou personálně vyprázdněné a v této souvislosti není garantována kvalita péče v nepřetržitém provozu. Dostupnost péče v dnešním chápání je v nepří-
mě úměře k její kvalitě.



Josef Mašek

2. Ideální podobu asi nelze nalézt. Vše má své přednosti, ale jistě také nedostatky. Vyhovující model sítě lůžkové péče lze definovat jako opak výše vyjmenovaných vad.

3. Nejprve je třeba definovat síť nemocniční péče s těmito parametry: dostupnost, kvalita, ekonomická a personální udržitelnost. To je jistě úkolem MZ, odborných společností, ÚZIS a ekonomických expertů. Splnění těchto parametrů je podmínkou

pro zařazení zdravotnických zařízení do garantované sítě s nárokem na úhrady z veřejného zdravotního pojištění. Kompetenci nad celým systémem poskytovatelů lůžkové péče by měly mít zdravotní pojišťovny, které musejí svoji smluvní politikou naplnit definovanou síť a také ji kontinuálně kontrolovat. Co by jistě prospělo k restrukturalizaci sítě, je racionální úhradový systém lůžkové péče a opuštění paušálů, které v současném úhradovém systému přetrvávají a celý systém deformují. Racionální by jistě bylo zavést únosnou spolupráci pacientů a bránit zneužívání pohotovostních služeb v nemocnicích vyšším poplatkem za tato ošetření. V této souvislosti by bylo potřebné více propojit poskytovatele lůžkové a ambulantní péče.

Odpovídá Ing. Martin Doležal, publicista, digitalhealth.cz

1. Nemám jinou možnost než odpovídat otázkami. Struktura a organizace lůžkové péče má nějaké slabiny? A mohli bychom je vidět? Zveřejnil někdo fundovanou analýzu potřeb v oblasti lůžkové péče, zohledňující existující kapacity, dostupnost z pohledu geografických podmínek a demografického složení populace, návaznost na primární a specializovanou ambulantní péči? Vyvodil z analýzy návrh cílů, kterých bychom pro přiblížení k optimálnímu stavu měli dosáhnout? Navrhl opatření, jak cílů dosáhnout? Představil cíle a opatření veřejnosti, zajistil veřejné projednání a přijetí strategie, směřující k udržitelnému plnění potřeb občanů v oblasti ústavní péče? Vyčlenil k realizaci strategie potřebné finanční zdroje? Obávám se, že odpověď je zpravidla záporná. Největší slabinou struktury a organizace lůžkové péče je naprostá absence koncepčního přístupu resortů zodpovědných za dostupnost a kvalitu zdravotních a sociálních služeb pro občany. V podstatě nemohou popsat, jaké zdroje mají k dispozici, nakolik jsou využité a do jaké

podoby by bylo nezbytné je modifikovat.

Při poctivé retrospektivě zjistíme, že částečně přijatelné produktivní výstupy projednalo a zveřejnilo Ministerstvo zdravotnictví spolu s VZP ČR v době působení Zuzana Roithové v úřednické vládě Josefa Tošovského. Všechny další koncepční snahy skončily v podobě návrhů a záměrů. Aktuálně platná strategie Zdraví 2030 se na strukturu lůžkové péče zaměřuje jenom okrajově a v projektové rovině.

2. Ideální model komplexu dostupných a udržitelných zdravotních služeb pro občany by měl vycházet z otevřeně projednané a schválené strategie, umožňující přijetí a naplnění všem dotčeným účastníkům, tj. občanům, orgánům regionálních



Martin Doležal

samospráv, zdravotním pojišťovným a státní správě. Jsem přesvědčený, že

v tomto okamžiku je většina stanovisek k restrukturalizaci do jisté míry ovlivněná individuálními, regionálními, resortními nebo profesními zájmy bez potřebné míry respektu k možnostem systému.

3. Nejprve je potřebné získat k ochotě cokoli změnit dotčené účastníky. Poté projednat a schválit cíle a opatření. Neustrnout v organizační rovině. Zahrnout do návrhu opatření také inovativní momenty, které dosud nebyly dostatečně zohledněny, např. telemedicínu, sdílení zdravotnické dokumentace, posílení zdravotní gramotnosti nebo funkční integraci zdravotních a sociálních služeb. Následně projednané kroky s odpovídající veřejnou kontrolou uskutečnit a dostatečně nahlas poděkovat všem, kdo se aktivně zapojili.

BRUSELSKÁ OHLÉDNUTÍ

ČEŠI TRÁVÍ V NEMOCI PŘÍLIŠ MNOHO LET, A TO I V PRODUKTIVNÍM VĚKU. OZVAT SE MUSEJÍ ZAMĚSTNAVATELÉ

Mgr. Eva Karásková
Healthcare Policy & Communication Lead
MSD Czech Republic

Toto vydání Občana v síti se věnuje struktuře a potřebné reorganizaci sítě českých nemocnic. Z hlediska finanční udržitelnosti českého zdravotnictví jde o klíčové téma, vždyť lůžková péče spolkně třetinu z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Další třetina jde na ambulantní péči, včetně té poskytované v nemocnicích. Podle dat Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj (OECD) měla v roce 2021 ČR 6,7 nemocničního lůžka na 1000 obyvatel (průměr EU je 4,8 lůžka na 1000 obyvatel), což v kontextu jejich obsazenosti z 56 % (průměr EU je 73 %) jasně indikuje

prostor pro zefektivnění celého nemocničního sektoru.

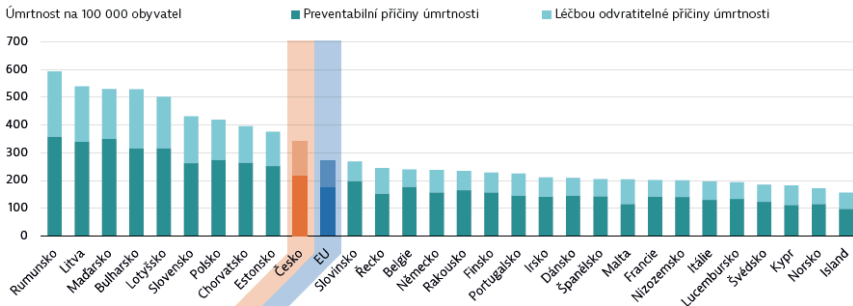
Je obecně známý fakt, že nemocniční péče patří mezi ty finančně nejnákladnější. Není proto divu, že stále hlasitěji zaznívá volání po tom, aby se nemocem předcházelo a lidé zůstávali co nejdéle zdraví. Nebo alespoň aby se nemoci zachytávaly co nejdříve, a následně náklady na léčbu tak byly co nejnižší. To je mantra, která zaznívá opakovaně z Ministerstva zdravotnictví, od našich zákonodárců, zdravotnických expertů i zdravotních pojišťoven. A skutečně je nad čím přemýšlet. Podle letošní zprávy o stavu zdraví v ČR z dílny OECD a Evropské komise (*The Status of Health in the EU: Czechia*) lze téměř polovinu všech úmrtí v Česku připisat rizikovým faktorům chování, jako



Eva Karásková

je nevhodné stravování, kouření, pití alkoholu, obezita nebo nízká úroveň fyzické aktivity. Spotřeba alkoholu a obezita je vyšší než průměr EU. Úmrtnost na příčiny, kterým lze předcházet a které lze léčit, je v Česku o 25 procent vyšší než průměr EU. Zpráva konstatuje, že „stále zde zůstává značný prostor pro zlepšení intervencí v oblasti

Úmrtnost na 100 000 obyvatel



Zdroj:
OECD/European
Observatory on
Health Systems
and Policies
(2024), Česko:
zdravotní profil
země 2023.

veřejného zdraví s cílem snížit počet předčasných úmrtí na preventabilní příčiny, a pro poskytování včasější a účinnější zdravotní péče, která sníží úmrtnost na příčiny, jež jsou léčitelné“.

A pár dalších čísel a srovnání: střední délka života je v ČR 75 let u mužů a 81 u žen (a stále se zvyšuje), ale průměrná délka života prožitá ve zdraví je kolem 62 u žen a 61 mužů, v obou případech o dva roky méně, než je průměr EU. Do důchodu odcházíme v 65 letech, což znamená, že téměř 20 let stráví lidé v nemoci. Česká populace stárne a zvýšení hranice věku odchodu do důchodu je jen otázkou času. S vědomím faktu, že 86 % výdajů na zdravotnictví tvoří veřejné finance (nejvíce v rámci EU), je tento koktejl pro české zdravotnictví postavené na solidaritě a přerozdělování prostředků z veřejného zdravotního pojištění poměrně rizikový a dlouhodobě neudržitelný. A nejen pro zdravotnictví. Faktu, že špatný zdravotní stav populace má i nevyhnutelné ekonomické dopady, si všímá i poslední ze zpráv o hospodářské kondici ČR, kterou každoročně zpracovává Evropská komise v rámci tzv. Evropského semestru,

unijního rámce pro koordinaci hospodářských politik.

Co s tím? Apely na osobní odpovědnost každého z nás za naše vlastní zdraví jsou zcela namístě, ale větší změnu v chování Čechů a Češek nepřináší. Volání po systematictější a dlouhodobě cílené aktivitě ze strany státu zatím, navzdory politickým proklamacím, nepřineslo viditelné výsledky. Větší impulzy bychom jistě rádi viděli i od plátců péče, protože udržení vlastní klientely co nejdéle ve zdraví je přímo v jejich životním zájmu.

Do „hry“ musejí proto nyní mnohem hlasitěji vstoupit zaměstnavatelé. Právě pro ně totiž budou pracovat stále nemocnější a starší lidé, pokud se nic nezmění. Opět na to upozorňuje i OECD ve své analýze z roku 2022, která se zabývá podporou zdraví a duševní pohody v zaměstnání (*Promoting Health and Well-being at Work: Policy and Practices*). Mimo jiné uvádí, že v 52 zemích OECD, EU a skupiny G20 představuje ztráta produktivity spojená s nemocemi souvisejícími s obezitou o 54 milionů méně pracovníků na plný úvazek. Rozšíření programů zaměřených na řešení sedavého způsobu života a podporu

fyzické aktivity v práci by pak mohlo zlepšit zaměstnanost a produktivitu odpovídající nárůstu o 37 000 pracovníků ročně s kladnou ekonomickou návratností čtyři dolary za každý jeden investovaný dolar.

Péče o zdraví zaměstnanců tak bude hrát stále větší roli a zaměstnavatelé by měli začít více přemýšlet o tom, jak aktivně dobré zdraví svých pracovníků podpořit. Mohou nabízet různé zdravotní benefity, jako jsou příspěvky na nehranzené či premiové zdravotní služby, pohybové aktivity nebo očkování – právě to patří mezi nejjednodušší a přitom velmi účinné zdravotní intervence, snižující náklady zaměstnavatelům i státu, a to hned několikanásobně. Vedle toho by měli posílit svůj vliv na fungování celého systému veřejného zdravotního pojištění, protože jsou jeho největšími plátcí a současně mají největší užitek z efektivně fungujícího zdravotnictví v podobě zlepšení práceschopnosti populace a omezení doby trvání nemoci. K tomu však potřebují příznivé regulační prostředí, které tyto aktivity podpoří. Zatím se v této oblasti potýkají spíše s administrativní náročností a dalšími dopady konsolidačního balíčku.



ozp.cz
207



PÉČE O TO NEJCENNĚJŠÍ,
CO MÁME

OZP
zdravotní
pojišťovna