

**ŽIVOT ČECHŮ VE ZDRAVÍ ...  
... A JEJICH DALŠÍ VYHLÍDKY**

***Petr Fiala***

***AČMN, LRS CHVALY, FHS UK***

***Konference Rady seniorů ČR***

***30. listopadu 2018***

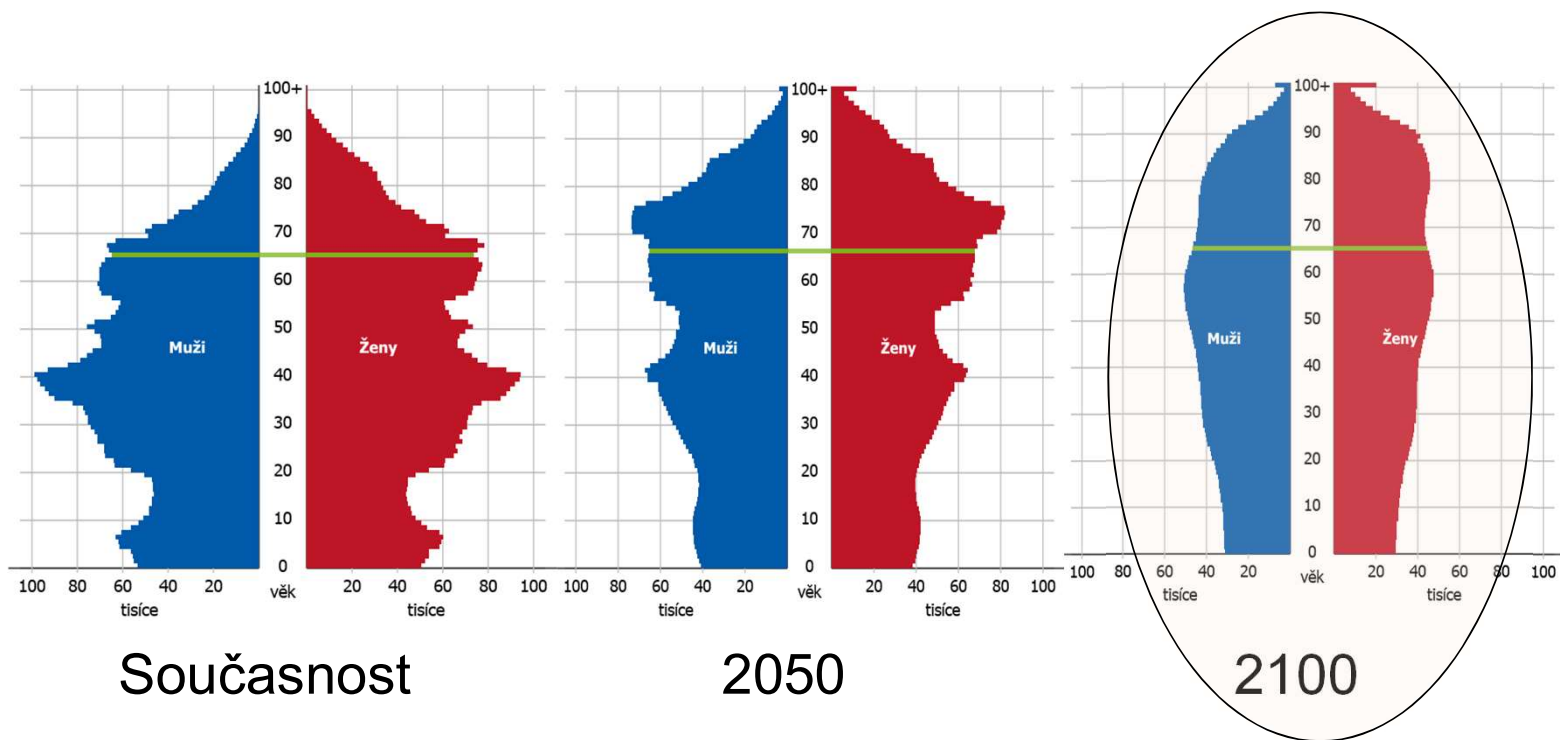
# Přehled přednášky

1. **Demografické poznámky** – stručné zopakování z minulého roku.
2. **Doba života ve zdraví – a co potom?**
3. **Poznámky k současné akutní a navazující péči**, ubývání nemocnic a lůžek, DRG vs. následná péče.
4. První **výsledky nákladové analýzy** následné péče.
5. **Výhled 2019** – finanční a lidské zdroje, úhradová vyhláška, vzdělávání lékařů a sester (překážkový běh na dlouhou trať).
6. **Závěry – řešení.**

# Demografické poznámky

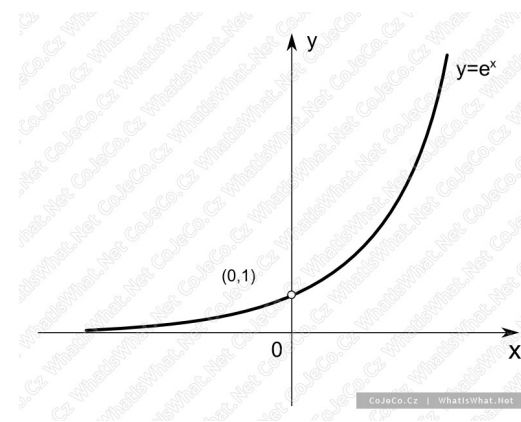
- Dobře se ví, že **populace celosvětově stárne**, nejvíce vyspělé země, výjimkou jsou dnes méně rozvinuté státy, kde je převažující populace mladých.
- Historicky – vliv průmyslové revoluce: **čím vyspělejší země (snad i vyšší stupeň urbanizace), tím méně se rodí dětí, a tím víc převažují staří** (případně chronicky nemocní).
- **Gen lidstva jako celku?** – lékaři vs. demografové
- V každém případě se zvyšuje a protahuje tzv. „**strom života**“ a přibývá lidí ve vyšším věku, více je žen. V 85 a více letech převaha až 4:1 vůči mužům.

# Strom života v ČR - prognóza



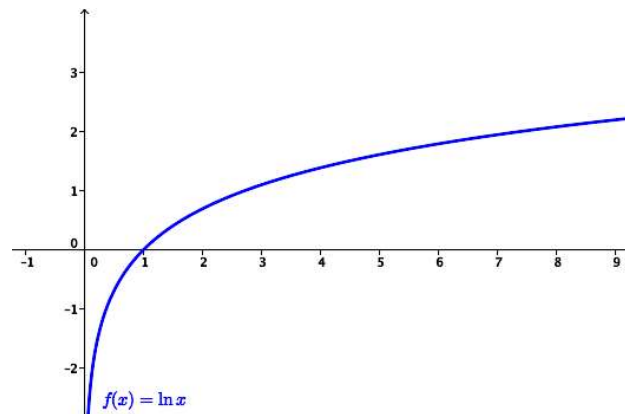
# Demografická křivka 1

- Demografický vývoj totiž neběží vždy podle našich předpokladů. V době **populační exploze** (60.-70.léta), se bilo na poplach, že kolem r. 2000 bude na světě 15 mld. obyvatel – a bude na ně málo zdrojů.
- Předpokládala se **exponenciální křivka růstu**, která charakterizovala poválečná léta:



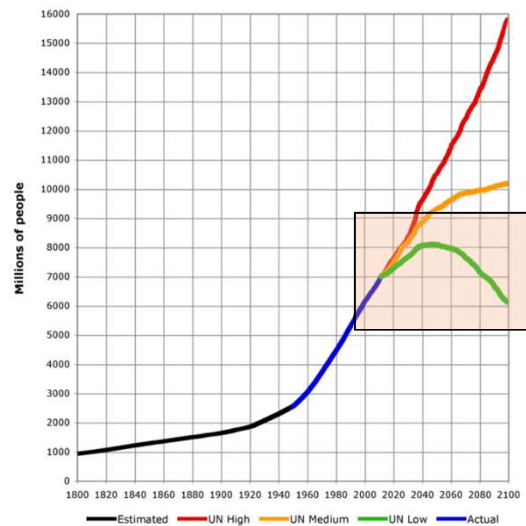
## Demografická křivka 2

- Realita v r. 2000 však byla jiná – celosvětová populace čítala „jen“ kolem 6,1 mld. lidí!
- Příčinou byl pomalejší růst v důsledku růstu ekonomického blaha společnosti po **logaritmické křivce** (někteří uvádějí i lineární růst):



# Demografický vývoj dle OSN

V současnosti je na světě kolem 7,5 mld. lidí a už se nepředpokládá výrazný růst (odhad na r. 2050 = cca 10 mld. a poté pokles, viz graf.)

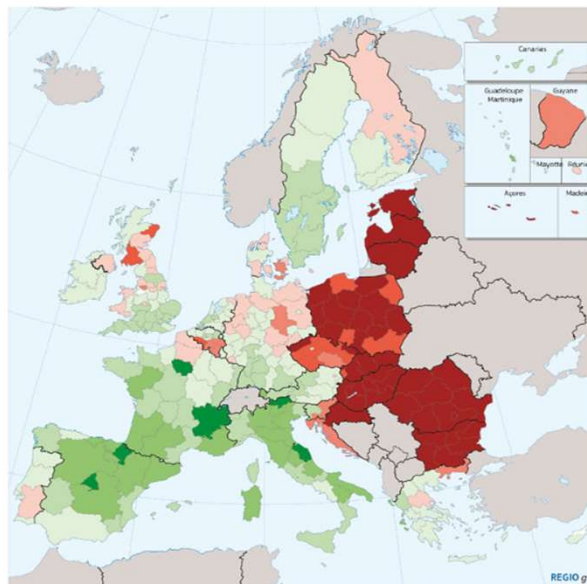


Pravděpodobná  
varianta

Zdroj: OSN

Podobně opatrné odhady platí i pro ČR, jehož vlastní populace stagnuje a počet obyvatel roste víceméně jen díky imigraci.

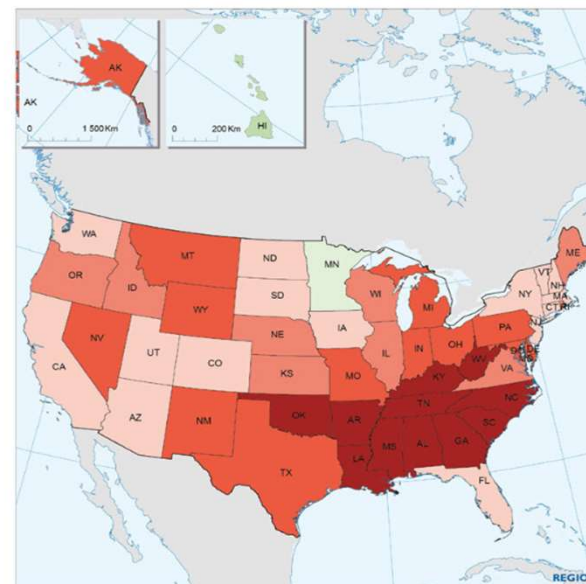
# Očekávaná délka života při narození: porovnání Evropa - USA



Map 2.25 Life expectancy in the EU, 2011



© FundGeographien Association for the administrative boundaries

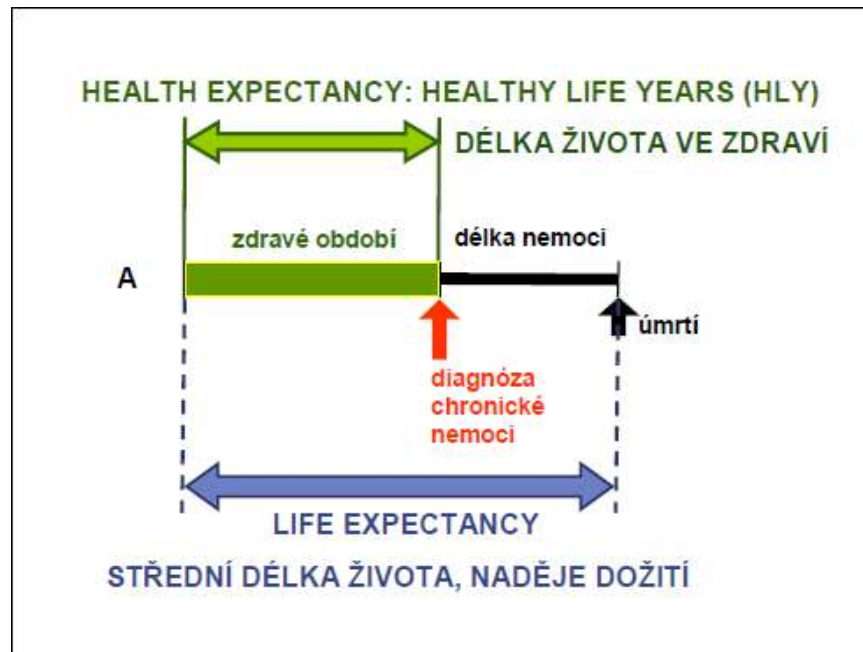


Map 2.26 Life expectancy in the US, 2010





# Délka života ve zdraví (a její vliv na ekonomiku)



Citace: Holčík, 2009

# Život ve zdraví: ČR x Švédsko, současnost

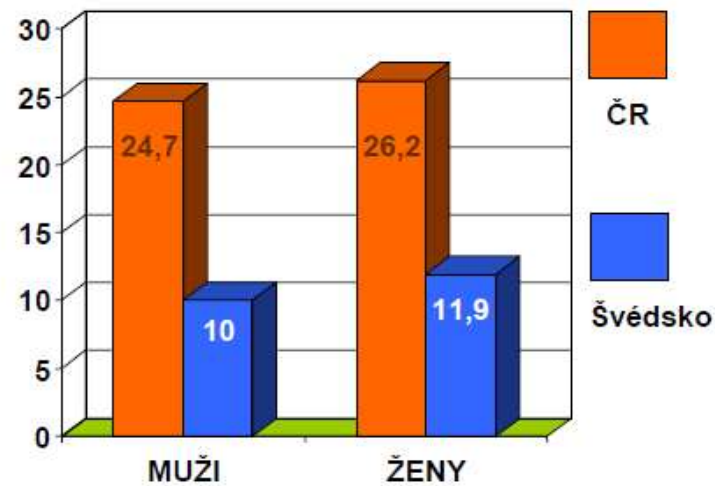


Citace: Holčík, 2009

V r. 1962 byly na tom obě země přibližně stejně...

# Obezita: ČR x Švédsko

PROCENTO OBÉZNÍCH MUŽŮ A ŽEN NAD 25 LET  
v České republice a ve Švédsku v letech 1996-1998



Citace: Holčík, 2009

# Spotřeba ovoce a zel.: ČR x Švédsko

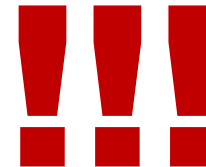


Citace: Holčík, 2009

# Finále: ČR x Švédsko

Pokud má Česká republika ve srovnání se Švédskem

- dvojnásobnou spotřebu cigaret
  - dvojnásobnou spotřebu alkoholu
  - více než dvojnásobný výskyt obezity
  - poloviční spotřebu zeleniny,
- nemůže očekávat při jakkoli vysokých nákladech na provoz ambulancí a nemocnic, že dosáhne takovou úroveň zdraví lidí, jaká je ve Švédsku.



Holčík, J. *Systém péče o zdraví a zdravotní gramotnost*. Brno, MSD a MU 2010,293s.

# Důsledky

1. Každý **obyvatel v ČR prožije v nemoci v průměru o 5 let déle** než jeho souputník ve vyspělých zemích, např. v EU-15.
2. Zpravidla se jedná o **dlouhodobá a chronická onemocnění** obyvatel vyššího středního až seniorského věku.
3. Pro 10,5 mil. obyvatel ČR je tedy třeba **přiměřeně vyššího počtu lékařů, sester, akutních i následných/dlouhodobých lůžek** než ve vyspělých zemích.

## Otázka:

**Jak jsme na tom s akutními a následnými lůžky, jejich počtem a financováním? Jak jsme na tom s dlouhodobou péčí?**

# Akutní a univerzitní lůžka ve vybraných zemích

(vždy v posledním dostupném roce, 2013 – 2016)

Země	Počet akutních lůžek	Počet lůžek /100 tis. obyv.	Počet nem. akutní péče	Počet obyvatel na 1 nemocnici	Počet UNI nemocnic	Počet obyv. na 1 UNI
Německo	500 tis.	60,2	2 200	38 tis.	42	2 mil.
Švýcarsko	38 tis.	45,2	293	29 tis.	5	1,7 mil.
Francie	258 tis.	39,7	2 694	25 tis.	38	1,7 mil.
Holandsko	neuveďeno	---	421 (153+268)	40 tis.	neuveďeno	---
Rakousko	64 tis.	73,5	268	33 tis.	3	2,8 mil.
ČR	51,2 tis.	48,7	188	55 tis.	11 - 14	0,9 – 0,7 mil

Zdroj: WHO - HiT

**Závěr: V ČR je už spíš méně akut. lůžek/100 tis. obyv. než v EU-15. S ohledem na vyšší nemocnost v ČR by jich mělo být víc. Naopak na 1 nemocnici připadá až 55 tis. obyv. Máme 2-3x více UNI nemocnic - z hlediska ekonomiky systému neefektivní.**

**Pozn.: Mezinárodní srovnávání je do značné míry omezené např. nesterjným započítáváním různých typů lůžek (psychiatrie, rehabilitace, násl. a dlouhodobá péče aj.), terminologie, historického vývoje a dalších faktorů. Je do značné míry orientační.**

## Lůžka tzv. následné péče v ČR

- **Celkový počet kolem 10 – 11 tisíc, samostatné či včleněné do nemocnic.**
- **Různorodá skupina podle typu poskytované péče:**
  - ošetrovatelská lůžka (kód 005),
  - lůžka pro dlouhodobě nemocné (kód 024),
  - rehabilitační lůžka (kód 022),
  - plicní léčebny, TRN (kód 023),
  - psychiatrická lůžka (kód 021),
  - hospicová lůžka (kód 030).



# Situace v následné péči v ČR

1. Již dlouhá léta pozorujeme soustavné a výrazné **podfinancování segmentu** až pod nutné náklady.
2. **Obložnost 90% a více**, což často nedovoluje ani údržbu, rekonstrukci, sanitární dny, malování atd.
3. Výrazné **zhoršení situace přišlo po zavedení DRG-plateb** v akutní péči (co nejdříve na následná lůžka – časné překlady („krvavé překlady“), výrazná proměna typu pacientů a diagnóz.
4. **Nekompatibilita** s platbami v tzv. „dlouhodobé péči“ (veřejné fondy ZP x vs. platby ze státního rozpočtu přes MPSV atd.)

# Nákladová analýza následné péče v ČR

1. Proběhla za účelem verifikace „tvrdých dat“ přímo v terénu v období 6–11/2018 ve spolupráci asociací nemocnic v ČR (AČMN, AN ČR). Navazuje na pilotní studie z let 2002 – 2006.
2. Analyzuje náklady v posledním uzavřeném účetním období 2017.
3. Náklady jsou vztaženy na 1 ošetrovací den (OD) a jsou členěny na:
  - a) „hotel s plnou penzí“ („nemocnice = hotel s plnou penzí, na jehož hostech jsou prováděny diagnostické, terapeutické a ošetrovatelské úkony“) a na 1818
  - b) „medicínské náklady“.
4. Použitá metodika konzultována s ÚZIS, mírně se liší od DRG-restart.
5. Celá analýza bude zveřejněna v 1. Q. 2019.

## Charakteristiky a identifikátory šetření

1. Do šetření se zapojilo celkem **62 zařízení následné péče**, na 81 odděleních, s celkem **8 768 lůžky**.
2. Jde patrně o **největší šetření**, které zde bylo provedeno. Výsledky budou nyní zpracovávány a vyhodnocovány.
3. Zapojila se zařízení prakticky ze **všech typů poskytované péče** (tj. ve všech vykazovaných kódech).
4. Jsou zde jak **samostatná zařízení**, tak i **včleněná** do nemocnic s akutní péčí, a to **ve všech právních formách** (p. o., a. s., s. r. o. atd.)
5. Jejich náklady jsou výrazem toho, jak jednotlivá zařízení **rozdělují peníze z úhrad** od zdrav. pojišťoven. **Nejedná se o „potřebné“**, tj. „reálně potřebné“ náklady.

## První předběžné výsledky (k 11/2018)

1. Prokázalo se, že **obložnost** se v průměru pohybuje kolem 90% a výše (tj. „zařízení praskají ve švech“).
2. Na **hotelové náklady** (hotel s plnou penzí) připadlo v r. 2017 celkem **641,20 Kč** denně, z toho **celodenní stravní dávka činila pouhých 163,80 Kč**. (Je to výrazně méně než je reálná cena na trhu ubytovacích zařízeních – viz dále.)
3. Na **medicínské náklady** vč. personálních nákladů na zdravotníky připadlo v průměru **1149,- Kč**.
4. Celkové průměrné náklady činily **1790,20 Kč**, průměrné úhrady **1649,10 Kč**. **Průměrný deficit = -141,10 Kč**. Celkem 51 zařízení bylo v mínusu, dodatečné zdroje musely získávat jinde (doplatky, dotace, vedlejší příjmy atp.).

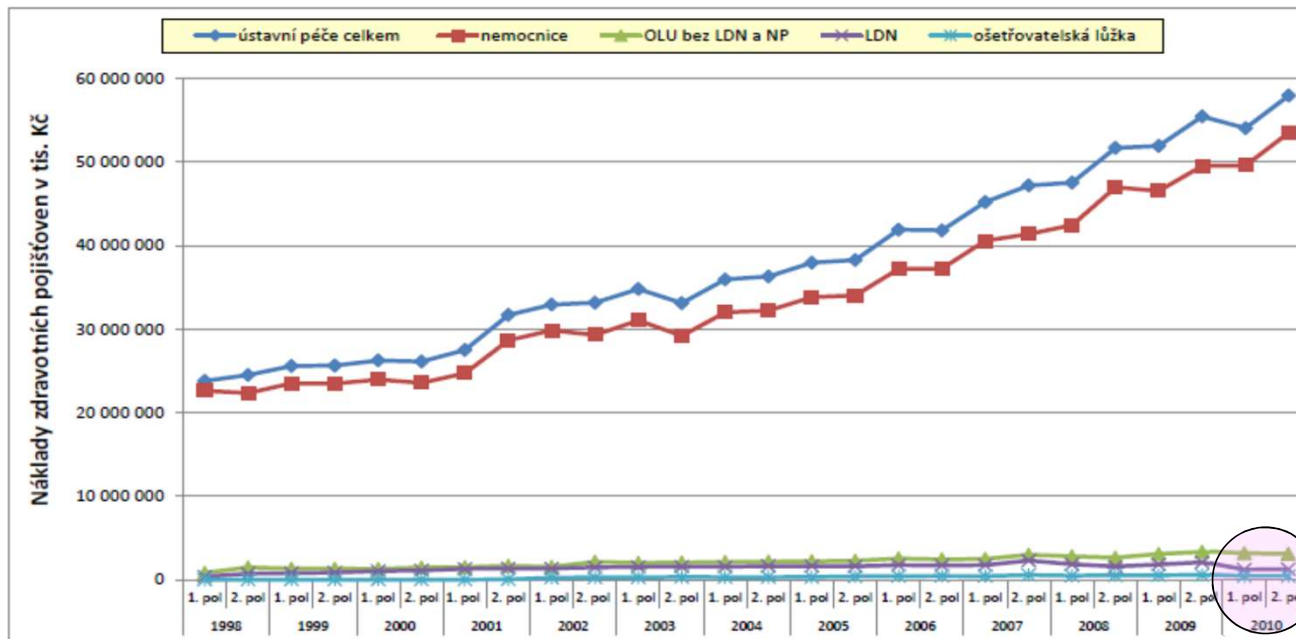
# Náklady na celodenní ubytování a stravu v ČR

(Hotel s plnou penzí, v Kč na osobu, akce: booking.com, 11/2018)

Hotel***	Noc + snídaně	Ovoce + nápoj	Obědové menu	Zákusek + nápoj	Večeře	Celkem
1. Brno – Hotel NCO NZO	650,-	30 – 40,-	110 – 120,-	35 – 45,-	130 – 140,-	955 – 995,-
2. Plzeň – Hotel IBIS	720,-	„	„	„	„	1025 – 1065,-
3. Praha – Hotel ILF	665,-	„	„	„	„	970 – 1010,-
4. Kroměříž – Černý Orel	570,-	„	„	„	„	875 – 915,-
5. Č. Lípa – Penz. U Hrabala	660,-	„	„	„	„	965 – 1005,-
6. Opava – Hotel Koruna	600,-	„	„	„	„	905 – 945,-
7. Znojmo – Hotel Bermuda	745,-	„	„	„	„	1050 – 1090,-
8. Prachatice – Hotel Parkán	595,-	„	„	„	„	900 – 940,-
9. Chrudim – Penzion Šenk	550,-	„	„	„	„	855 – 895,-
10. Děčín – Hotel Faust	745,-	„	„	„	„	1050 – 1090,-
<b>Průměr</b>	<b>650,-</b>	<b>35,-</b>	<b>115,-</b>	<b>40,-</b>	<b>135,-</b>	<b>975,-</b>

# Vývoj nákladů na zdrav. lůžkovou péči

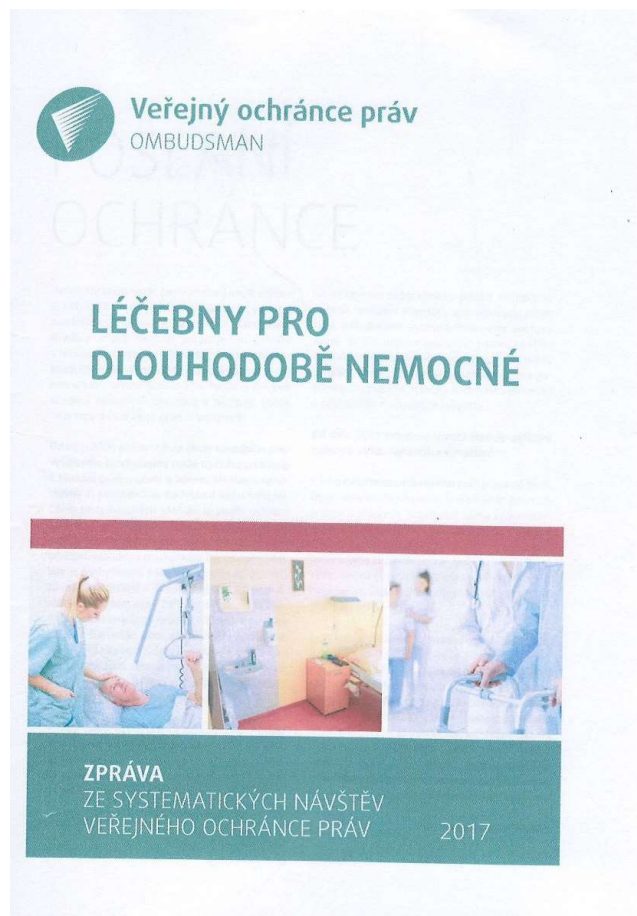
Graf č. 2.17 Vývoj nákladů ZP na lůžkovou péči (nemocnice akutní péče, OLU, LDN, nemocnice následné péče)



**Pozn.:**

**Stagnace úhrad v podfinancované následné péči je neudržitelná!**

# Ombudsman v r. 2017 k LDN (kód 0024)



Náprava některých nedostatků se neobejde bez **posílení materiálních a personálních zdrojů** léčeben...

...

Pro kvalitu péče je zásadní **dostatečný a stabilní počet personálu** s pravidelně rozloženými dny odpočinku...

...

Ačkoliv zařízení dodržela minimální počty personálu stanovené vyhláškou, byl **personál často přetížen** a neměl dostatek času na jednotlivé úkony při péči o pacienty...

# Rozhraní zdravotně-sociální

- Po 29 letech zkušeností a zasedání různých smíšených komisí zůstalo hlavním problémem jeho **financování**.
- **MPSV** nehodlá/nemůže hradit zdravotní péči ani v sociálních zařízeních ani ve zdravotnictví!
- **ZP** odmítají hradit sociální péči i ve zdrav. i v sociálních službách! Tvrdí, že na akutních i násl. lůžkách je mnoho „sociálních“ pacientů.

ZP vždy braly jako nespravedlnost, když podle vyhl. č. 134/98 Sb. přešly „LDN“ ze soc. odborů OÚ pod zdravotnictví kvůli převažující zdravotní péči.

- **Nejvíce na tento doplácení pacienti/klienti, ať už jsou „sociální“ nebo „zdravotní“ a ti, kdo se o ně starají.**



# Sociální sféra

- Lůžková péče se týká hlavně domovů pro seniory, postižené atp. Je v nich v současnosti kolem 45 tisíc lůžek.
- Podle současných představ mají být relativně soběstační lidé co nejdéle doma, a teprve nesoběstační mají chodit do „zařízení-ústavů“ ...
- **Také z toho důvodu dnes tvoří „klienti“ takových zařízení často ležící, nesoběstační „pacienti“ a rozdíl mezi „domovy pro seniory“ a „LDN“ se zcela stírá.**
- **Náklady tzv. „sociálního“ a „zdravotnického“ zařízení jsou obdobné, úhrady však nikoliv.** Chybí i schéma úhrad, jejich konstrukce je velmi komplikovaná.
- Jedním z důsledků je, že domovy nemají peníze na kvalifikované sestry.

# Financování lůžek v soc. sektoru

**Celkem 45-50 tis. lůžek v domovech pro seniory atp.**

**Existuje značný rozdíl mezi „státními“ (kraje aj.) a nezisk. (obce, církve).**

**Vyrovnávací mechanismy nejsou stanoveny.**

**Náklady podobné jako v LDN, výše úhrad jim neodpovídá, je komplikovaná a nejméně 4-zdrojová:**

- 1. Důchod: 250-300 Kč/den (max. 380,- Kč, musí zůstat 15%)**
- 2. Příspěvek na péči: 250-300 Kč/den (max. 13 200,-)**
- 3. Pojišťovny: obvykle 50 Kč/den (vázáno na zdr. sestry, kód 913)**
- 4. Dotace, granty (nenároková složka): 100-300 Kč/den ?**

**Celkové zdroje cca 900-1200 Kč/ den (27-36 tis./měsíc)**

# Strategie řešení

- **Vysoký podíl lidské práce.** V budoucnu až 80% nákladů. Bez řádných úhrad hrozí nedostatek personálu!
- Základní principy **úspory nákladů** ve veřejných službách:  
**SOLIDARITA a NEZISKOVOST.**
- Nepřekonatelným problémem v současné ČR je  
**DUÁLNÍ FINANCOVÁNÍ**
- Zdravotnictví: **Fondy ZP** dle zák. č. 48/1997 Sb.
- Sociální sféra: **SR**, závislost na vládách a jejich politice.
- **Dualita financování je vedle nedostatku zdrojů největší překážkou uspokojivého řešení na rozhraní zdravotní a sociální péče.**

# Řešení v cizině

## Německy mluvící země:

V německých zemích je od 90. let zavedeno jako 5. pilíř sociálního pojištění: **OŠETŘOVATELSKÉ POJIŠTĚNÍ.**

**Premisa: Pojištění pro případ, že budu potřebovat ošetrovatelskou péči (varianta k úrazu, nemoci atp.)**

**Princip: část prostředků ze „zdravotního“, část prostředků ze „sociálního“ pojištění.**

**Základní nastavení: 3,2% - 4,7%**

**Předběžné kalkulace pro ČR (viz výše): pro začátek např. cca 50 - 60 mld. Kč/ rok (1% z HDP), z toho cca 2/3 na lůžkovou a 1/3 na terénní péči.**

## Výhled na r. 2019 – finanční zdroje

1. Tzv. „dohodovací řízení“ mezi poskytovateli a zdrav. pojišťovny skončilo 23. 5. 2018 podpisem **„Protokolu o nedohodě“**.
2. Pod **tlakem MZ ČR** („...pokud se nedohodnete, dostanou nemocnice ještě méně...“) se poté nemocnice a pojišťovny „dohodly“ na úhradách nemocnicím na r. 2019. Závěr: **navýšení zdrojů jen o 5%**.
3. Úhradová vyhláška na r. 2019 může vyhovovat fakultním nemocnicím přímo řízeným MZ, neboť mají nižší personální náklady.
4. Úhradová **vyhláška nedovolí navýšení platů/mezd v regionálních nemocnicích o 10%** dle slibu vlády, tak aby byl stávající personál motivován zůstat a aby do nemocnic přišli další lékaři a sestry.
5. Na **následnou péči** má tato úhradová vyhláška **fatální dopady**.

# HDP a české výdaje

Rok	2012	2013	2014	2015	2016	2017*	2018*
HDP	4060	4098	4314	4555	4719	5042	5320

- Prognóza MF ČR ze 4/2018:
- **Zdravotnictví 2018:** očekávaný výběr ZP = 301 mld., hotovost 55-60 mld., další veřejné a region. rozpočty 5-6 mld., celkem 361 – 372 mld., tj. 6,7 – 7,0%.
- Slib premiéra: Do zdravotnictví za tři roka 9% z HDP. To má být v r. 2021 = cca 5900 mld., 9% = cca 531 mld., tj. cca + ≥50 mld. ročně...
- **Sociální oblast 2018:** 2% v r. 2018 = cca 106,4 mld. Kč. Dle různých metodik vydáváme na dl. péči 0,5 – 0,7%.

# Dopady úhrad 2019 na následnou péči

1. Navýšení úhrad o **pouhých 5%** při očekávané inflaci 2-3% nedovolí navýšit platy/mzdy personálu v potřebné výši.
2. Zařízení budou muset navíc **platit tzv. „agregované výkony“**, tj. vyžádaná vyšetření pacientů. Čím těžší pacienti → tím více vyšetření → tím vyšší náklady. To bude spolu s nízkými úhradami **demotivovat k přijímání těžkých pacientů**, přičemž platby v akutní péči dle DRG směřují k rychlým překládům do následné péče.
3. Regulace výše úhrad **stropem 7%** nedovolí rozvoj, rekonstrukce ani rozšiřování následné péče.
4. Závěrečné **vyúčtování v 5-6/2020** může přinést zařízením následné péče další srážky (viz vyhláška).
5. Úhrady v r. 2019 **ani v nejmenším nedovolí zmírnění podfinancování** tohoto segmentu z minulých let.

# Výhled na r. 2019 – „lidské zdroje“

Naši zdravotníci v současné krizové situaci ve zdravotnictví míří vcelku oprávněně mimo rezort.

## **Lékaři:**

Nejčastěji za hranice, kde jsou nejen lepší platové podmínky i přátelský systém vzdělávání.

## **Sestry:**

Odchody do zahraničí jsou kvůli rodině spíše řidší než u lékařů, ale jdou do jiných profesí, kde bez stresu dostanou přibližně stejné peníze (obchod, služby atp.)



# Tarify lékařů v Německu (v Eurech/měsíc)

Skupina	Stupeň 1	Stupeň 2	Stupeň 3	Stupeň 4	Stupeň 5	Stupeň 6
<b>Roky v práci:</b>	1. rok	2. rok	3. rok	4. rok	5. rok	6. rok
<b>A1-sekundář/ asistent</b>	4 585,38	4 845,29	5 030,92	5 352,72	5 736,37	5 860,00
<b>A2-lékař po atestaci</b>	6 051,96	6 559,40	7 004,94	7 255,30	7 391,79	7 580,43
<b>A3 – zástupce primáře</b>	1. rok	4. rok	7. rok			
	7 580,43	8 025,97	8 663,34			
<b>A4 – primář</b>	8 917,07	9 554,43	10 061,84			
	1. rok	4. rok	7. rok			
Poznámka:	Tarify se	mohou lišit	cca o 10%	podle	zaměstnavatele.	

Platnost: 4/2018 – 3/2019

Zdroj: TVöD 2018

# Tarify sester v Německu (v Eurech/měsíc)

Stupeň	1	2	3	4	5	6
<b>E 15</b>	4584,49	5000,77	5260,14	5840,78	6339,54	6667,67
<b>E 14</b>	4151,65	4528,23	4841,03	5245,42	5788,30	6119,17
<b>E 13</b>	3827,03	4196,02	4479,41	4893,73	5433,88	5683,28
<b>E 12</b>	3430,90	3796,05	4276,90	4741,63	5315,77	5578,27
<b>E 11</b>	3312,60	3656,01	3941,33	4311,77	4836,69	5099,20
<b>E 10</b>	3194,27	3497,22	3775,33	4064,56	4501,99	4620,12
<b>E 9c</b>	3099,42	3349,91	3637,10	3888,66	4214,23	4392,69
<b>E 9b</b>	2865,63	3126,71	3273,66	3685,60	3975,34	4245,23
<b>E 9a</b>	2818,96	3049,32	3234,09	3647,35	3739,87	3975,66
<b>E 8</b>	2656,52	2890,09	3017,56	3137,78	3269,20	3343,02
<b>E 7</b>	2493,12	2729,06	2877,36	3004,81	3111,25	3189,58
<b>E 6</b>	2446,41	2662,97	2788,15	2909,22	3007,98	3081,00
<b>E 5</b>	2347,55	2555,40	2673,48	2794,54	2894,01	2955,27

Platnost:  
4/2018 – 3/2019

Zdroj: TVöD 2018

# Vzdělávání mladých lékařů

## (překážkový běh na dlouhou trať)

- Vzdělávání našich lékařů bylo vždy pregraduálně na fakultách, tak i popromočně na IVPZ **na výborné úrovni** srovnatelné se světem. Systém dvou atestací (první a druhá, tj. primářská) nám v cizině záviděli.
- Změny vložené do zákona **č. 95/2004 Sb.** nebyly dost promyšlené.
- Za ministrů **Julínka** (2006-2009) a **Hegera** (2010-2013) se dosavadní osvědčená praxe předatestačního vzdělávání lékařů **změnila k horšímu**.
- Dne **27. 9. 2011** **podepsal ministr Heger za MZ ČR** veřejnoprávní smlouvu s UK Praha, MU Brno, UJEP Olomouc o převedení 39 oborů special. vzdělávání z Institutu postgraduálního vzdělávání na lék. fakulty.
- Tím začal pro mladé lékaře **bez jakékoliv legislativní opory** skutečný „překážkový běh“, který trvá dodnes a **vyhání naše lékaře do ciziny, kde snadněji získají atestaci i lepší výděly.**

# Atestace – specializační vzdělávání

**Původní model:** praxe na „svém“ oddělení a tzv. „kolečko“ ve vlastní nemocnici. Atestace za rovných podmínek pro všechny na IPVZ.

**Nyní:**

- Nemocnice musí mít tzv. „akreditaci pro vzdělávání“, na kt. mnohé regionální nemocnice nedosáhnou (Ale: „Brusel“ ji po nás nechtěl.).
- Za vzdělávání mimo svou nem. se platí značné sumy + ubytování atd.
- Atestuje se za značně rozdílných podmínek na fakultách, mezi nimiž panuje rivalita a jsou znevýhodňováni lékaři z regionálních nemocnic („...tam se přece nemohli nic naučit...“).
- V současnosti existuje několik náplní stejného oboru a nikdo se v nich nevyzná.

**Změnu lze provést prakticky okamžitě návratem k původnímu stavu.**

## Tzv. „aprobace“ lékařů z ciziny

Na dveře našich nemocnic klepe t. č. asi **1 100 – 1 200 lékařů** ze zemí mimo EU. Stačili by prakticky okamžitě **nahradit akutní palčivý nedostatek našich lékařů**, kteří odcházejí do ciziny.

Od Univerzity Karlovy mají **ověřené lékařské diplomy** z pověření MŠMT a dále musí složit tzv. „**aprobační zkoušku**“ (ověření znalostí).

V našich nemocnicích pracuje dosud jen **zlomek lékařů** ze zemí mimo EU oproti zemím EU-15. Taková je situace v globálním světě a musíme si na ni zvyknout. Naši pacienti je obvykle velmi **pozitivně vnímají**.

Některé naše „lékařské kruhy“ jejich vstup vnímají jako hrozbu a jejich přijímání se brání. Do našich předpisů se tak vkládají **neúměrné až diskriminační požadavky**, některé předpisy si i protirečí.

**Ministerstvo zdravotnictví se tak ocitá pod enormním tlakem.** Asociace nemocnic lékaře-cizince vítají a požadují **zjednodušení** jejich přijímání.

## Shrnutí: vyhlídky na r. 2019

**Vše nasvědčuje tomu, že situace v r. 2019 se nezlepší ani po stránce finanční ani personální.**

**V praxi to znamená, že se zhorší podmínky zejména pro pacienty – nejvíc pro chronické a dlouhodobě nemocné v následné péči.**

**Závěr:**

**Nelze než doporučit, abyste v roce 2019 byli raději zdraví a mladí, než nemocní a staří...**

# Řešení pro rok 2019

Existuje **elegantní krátkodobé řešení**, které je relativně laciné a zároveň vytváří podmínky pro řešení dlouhodobé. Vychází z předpokladu, že na účtech zdravotních pojišťoven je t. č. **+ 41,1 mld. Kč rezerv** a model **vzdělávání** sester a lékařů je zcela **v naší režii** – „Brusel“ nám v tom nechává volnou ruku. **Lze tak vyslat tak důležitý signál sestřím i lékařům:**

1. Přidat **na platy sester 1-1,5 mld. Kč** a alokovat ji i do regionů.
2. Přidat **na platy lékařů 1-1,5 mld. Kč** a alokovat ji i do regionů.
3. Přidat **do následné péče 1-2 mld. Kč** – pomůže to zlepšit situaci pacientů, i kritický nedostatek personálu.
4. Vrátit **atestace mladých lékařů** co nejdříve k původnímu modelu a jarní termíny 2019 zkoušet již jednotně pro všechny mladé lékaře v Institutu postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví IPVZ.

**Děkuji Vám za pozornost**  
*[petrfiala@hotmail.com](mailto:petrfiala@hotmail.com)*