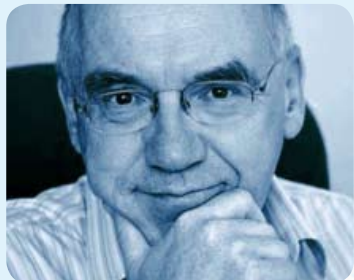




Lékaři v nemocnicích, stejně jako celé zdravotnictví, čekají na změnu, která přinese přirozenější uspořádání vztahů mezi jednotlivými aktéry. V nemocnicích, které dostávají peníze



spíše za svoji existenci než za odvedenou práci, se špatně hodnotí přínos jednotlivých lékařů pro celek a do hry tak vstupují kritéria, která s užitečností odvedené práce mohou souviset jen velmi vzdáleně. Na postavení lékařů v nemocnicích se projevuje rozpolcenost dnešního zdravotnictví, které ustrnulo v půli cesty od přídělového systému k regulovanému trhu a sebemrškačsky si užívá své puberty. Řídící mechanismy centralizovaného systému se rozpadly, ale trh ještě nedostal skutečnou příležitost ukázat, co umí.

Cena čehokoli vzniká kompromisem mezi tím, kolik je kupující ochoten za zboží či službu zaplatit, a tím, za kolik je prodávající připraven je prodat. Problémem nemocničních lékařů je, že většina z nich stále postrádá svého skutečného zákazníka, a tak jej problematicky markýruje stát. Jedním z kladiv na zvýšení platů má být i nový zákoník práce, který začne platit o silvestrovské půlnoci. Možná si od něj jeho autoři skutečně slibovali, že nás

ochrání před nevyspalými doktory, ale to nám opravdu nehrozí. Lékaři si jenom vymažou noční služby z pracovní náplně hlavního pracovního poměru a uzavrou na ně s nemocnicí dohodu o pracovní činnosti. Taková pěkná česká ukázka praktické aplikace zákonů do života, aneb připomínka historky o našraném vlkovi.

Končí rok 2006, který do zdravotnictví vnesl mnohá vzrušení, od velkých gest letošního jara po thriller heparinového vraha, ale žádnou významnější změnu. Stále čekáme na zahájení druhého kola reforem, které nám měla přinést vláda vzniklá z červnových voleb. Kuriózní volební povinnost nám zatím nenadělila vládu s mandátem a stále nevíme, zda ji dostaneme pod stromeček, na tři krále nebo až s velikonočním beránkem. Nejistota není nikomu příjemná, ale zato může tříbit vnímavost k názorům a pocitům ostatních, a tak by uplynulý čas nemusel být ztraceným. Věcná podstata změn, které nás ve zdravotnictví čekají, je politicky neutrální a politické strany už budou vědět, jak je přiblížit svým voličům. Tedy, pokud berou politiku za cestu k hledání a nalézání řešení našich problémů, a ne jen za prostou směnu iluzí za moc.

Vážení přátelé, děkujeme vám za přízeň, kterou jste nám po celý rok zachovávali, a věřte, že váš stále stoupající zájem nás opravdu těší. My na oplátku slibujeme, že se budeme snažit vás v příštím roce nezklamet a stejně jako dosud hledat odpovědi na zajímavá témata zdravotnictví. Krásné a šťastné Vánoce vám za Občana přeji

Pavel Vepřek a Roman Lang

Nutné změny v odměňování nemocničních lékařů

Martin Engel



úhel
pohledu



Dana Kraciková

volné fórum



Jiří
Schlanger

Tomáš
Zima



Lucie
Antošová



Boris
Šťastný



Zdeněk
Kalvach



Causa Občan



Ondřej Dostál

§§§§§§§§

úhel pohledu >

**MUDr. Martin Engel, předseda,
Lékařský odborový klub – Svaz lékařů českých**

Ústavní pohotovostní služby od 1. ledna 2007 v podmínkách nového zákoníku práce

Vzhledem k tomu, že jsme zemí EU s prakticky nejvyšším počtem přesčasových hodin a neúnosnou finanční závislostí na něm, vítáme po téměř třiletém porušování právních předpisů EU harmonizační pravidlo, které odstraňuje institut pohotovosti na pracovišti. Je to však jen první dílčí krok k řadě nutných změn, které nás čekají na cestě ke snížení objemu přesčasové práce.

Dosavadní právní úprava pro ÚPS, co se možného počtu přesčasových hodin týká, platná od 1. ledna 2001:

1. Zaměstnavatel může zaměstnanci nařídít přesčasnou práci v rozsahu 150 h/rok.
2. Po vzájemné dohodě může zaměstnanec pracovat přesčas do celkového objemu průměrně 8 h/týden, tedy celkem 416 h/rok, pokud kolektivní smlouva prodlouží vyrovnávací období na rok.
3. Pracovní pohotovost na pracovišti se souhlasem zaměstnance do celkového objemu 400 h/rok (toto je naše specifikum!).
4. Pracovní pohotovost mimo pracoviště se souhlasem zaměstnance bez limitace.

Toto 6leté přechodné období mělo naše zdravotnictví na přijetí potřebných organizačních změn. Prakticky k žádným změnám nedošlo a toto období bylo úplně promarněno, nikoli vinou lékařů. V tomto kontextu na mne působí úsměvně požadavky některých ředitelů a politiků na roční odložení platnosti nového zákoníku práce. Co by se asi za ten rok změnilo, když za 6 předchozích let se nezměnilo skoro nic. To je typický rys české povahy, řešíme problémy za pět minut dvanáct, či spíše něco po dvanácté a stále spoléháme, že nakonec nedojde k aplikaci změn, které jsou dlouho dopředu avizovány. Skutečným záměrem je zřejmě fakt, že nový zákoník práce definitivně ruší pojem pracovní pohotovost na pracovišti, což nás lékaře nesmírně uráželo po celou dobu této novely. Nejvíce však v posledních cca 2,5 letech, po vstupu do EU. Tehdy jsme všichni věřili, že tento pojem definitivně zmizí z našeho služebního života. Opak byl pravdou, v rozporu s legislativou

EU a judikáty Evropského soudního dvora ve většině nemocnic běží tento systém dosud. Hlavní důvod je ten, že je to levnější. LOK-SČL jménem svého člena podal žalobu k Evropskému soudu, ale na výsledek si budeme muset nějaký čas počkat. Chtěl bych poděkovat všem ředitelům, kteří již tento protiprávní systém opustili a aplikovali dohody o pracovní činnosti (formulář je k dispozici na naší webové stránce).

LOK-SČL tak na rozdíl od ministerstva zdravotnictví, práce a sociálních věcí a některých ředitelů je přesvědčen, že v případě rozumného přístupu z obou stran (ředitelů i zaměstnanců) lze tímto způsobem zajistit UPS i nadále a žádný kolaps



Martin Engel

v poskytování nepřetržité zdravotní péče nehrozí.

Tuším, co si někteří z vás nyní myslí, neboť to často slyším při oficiálních jednáních – odborář chce mít možnost být v práci více, než umožňuje evropská norma. Pro vysvětlení několik poznámek. Jde z mého pohledu o přechodné řešení na dobu cca 2–3 roky, které musejí být nezbytně využity k vytvoření samostatné mzdové tabulky pro zdravotníky, kde dojde k výraznému navýšení základ. Platů tak, aby naše závislost na příjmech z ÚPS byla co nejmenší, tak jako v zemích na západ od naší hranice. To bude dle mého názoru nezbytný základní pilíř k tomu, aby lékaři začali brát ÚPS ne jako zdroj příjmu, ale jako určitou nutnost, což spolu s nutnou reorganizací v konečném důsledku sníží objem potřebné přesčasové práce. Současně je nutné omezit zneužívání ÚPS chronickými pacienty. V místech, kde ÚPS nahrazuje LSPP, je nutné kofinancování z finančních prostředků územní správních celků. Zároveň je třeba říci, že dle mých mnohaletých zkušeností ze setkání v rámci FEMS (evropská organizace lékařů zaměstnanců) je zřejmé, že nikde v Evropě s 8 hodinami přesčasové práce týdně nepřetržitý provoz rovněž nezajistí.

Uvažovaný směnný provoz není dobrým řešením stávající situace z mnoha důvodů, došlo by k narušení kontinuity vztahu lékař–pacient, k omezení elektivních výkonů, ve finále ke snížení výkonnosti zdravotního zařízení a tím k omezení plateb od zdravotního pojištění. Navíc není ani dostatek lékařů potřebných na jeho realizaci, výchova dalších je dlouhodobá záležitost, ambulantní specialisté o tuto činnost nemají zájem, a to nejen kvůli finanční stránce věci.

Pro vlastní realizaci přesčasové práce od 1. ledna 2007 byla důležitá schůzka na Ministerstvu práce a sociálních věcí ČR, která se konala 22. listopadu

Toto 6leté přechodné období mělo naše zdravotnictví na přijetí potřebných organizačních změn. Prakticky k žádným změnám nedošlo a toto období bylo úplně promarněno.

za účasti ministra zdravotnictví, ministra práce a sociálních věcí, zástupců obou nemocnic, ředitelů nestátních zdravotních zařízení, ředitele VZP, prezidenta ČLK a nás, zástupců odborů. Jednání probíhalo poměrně konstruktivně, zazněly i menšinové hlasy pro odložení zákoníku práce, ale převládl názor, že se s daným právním předpisem musíme nějak porovnat. Padl i návrh na zažádání o výjimku a navýšení přesčasových hodin na 15–20 týdně. Problém je však v tom, že na výjimky z předpisů EU je pozdě a s pravděpodobností hraničící s jistotou by byl náš návrh stejně zamítnut. Směnný provoz k mé radosti byl na jednání odmítnut s tím, že i ředitelé jsou si vědomi velkých nedostatků v případě jeho aplikace, včetně narušení sociálního smíru v nemocnicích. Byl bych velmi rád, kdyby stejný přístup zaujali i všichni ředitelé nemocnic. I na této reprezentativní schůzce byly shledány námi navrhované dohody o pracovní činnosti jako momentálně nejlepší řešení. Jsou navíc v některých nemocnicích již úspěšně používány, a tudíž vyzkoušeny v praxi. Kromě změny pracovních smluv a změněné náplně práce (odlišné pro základní úvazek a pro UPS) je třeba dobře vykalkulovat hodinovou odměnu, protože finanční efekt ze zmíněné činnosti se např. neodráží v náhradě za dovolenou. Je třeba přibližně o ¼ navýšit hodnotu hodinové sazby proti stávající.

Závěrem mi dovoluji vyjádřit přesvědčení, že nový zákoník práce v daných ustanoveních rušící pracovní pohotovost a omezující přesčasovou práci je rozhodně krokem správným směrem.

**Ing. Dana Kracíková, ředitelka,
Oblastní nemocnice Jičín, a. s.**

Odměňování nemocničních lékařů a nový zákoník práce

Odměňování nemocničních lékařů je dlouhodobě intenzivně diskutovanou otázkou zvláště v předvánočním období, kdy většinou začínají probíhat kolektivní vyjednávání o výši mezd v následujícím roce. Každý ředitel nemocnice se zabývá tím, kolik bude mít v příštím roce zdrojů na to, aby zajistil navýšení mezd svým lékařům a aby se alespoň částečně přiblížil jejich představám o adekvátní odměně za vykonanou práci.

Nejde ale vůbec o snadné rozhodování, jak si někdy zvláště mladí, začínající lékaři představují. Prostředky na navýšení mezd jsou omezené, protože vycházejí z úhradových mechanismů zdravotního pojištění a při stanovení možného nárůstu mezd je vždy nutné přihlídnout k dalším, nikoliv nepodstatným vlivům, jako je navýšení cen energií, potřebám oprav a nezbytných investic atd. Výsledkem jednání by mělo být navýšení mezd, ovšem vždy za předpokladu vyrovnaného hospodaření nemocnice.

Po devíti letech, kdy vedu nemocnici okresního typu, mohu zodpovědně říci, že naplnění všech těchto požadavků je někdy nadlidským výkonem, který vyžaduje kompromisy všech zúčastněných, tedy jak vedení nemocnice, jejího zřizovatele či zakladatele, tak i jejich zaměstnanců.

V příštím roce bude situace o to složitější, že zřejmě nepřevládne zdravý rozum a začne platit nový, velmi problematický zákoník práce, který mění ustanovení o pracovní pohotovosti tak, že jakákoli přítomnost zaměstnance na pracovišti, kterou na něm zaměstnavatel vyžaduje, je pracovní dobou. Jsem přesvědčena o tom, že při zavedení nového zákoníku práce do praxe se musí postupovat tak, aby nedošlo ke snížení mezd lékařů, protože se v podstatě rozsah poskytované péče nemůže zásadně změnit, a tak by bylo naprosto neúnosné, aby na nový zákoník práce lékaři a samozřejmě i ostatní zaměstnanci nemocnic doplátili. Problémem samozřejmě je to, že většina nemocnic již nutné organizační změny v souvislosti s ústavními pohotovostními službami zavedla v návaznosti na novelu zákoníku práce, platnou od 1. ledna 2001.

V jičínské nemocnici již tehdy došlo ke sloučení ústavních pohotovostních služeb u odborně blízkých oborů, k posunu začátku výkonu ústavní pohotovostní služby, k postupným nástupům do práce, k přesu-

nům ústavních pohotovostních služeb, v případech, kdy to bylo možné, do pohotovosti mimo pracoviště. Ve značné míře bylo zavedeno čerpání náhradního volna za přesčasovou práci. Všechny tyto změny samozřejmě vyžadovaly přizpůsobení organizace



Dana Kracíková

práce na jednotlivých odděleních a také jiný přístup primářů oddělení a jejich zaměstnanců. Ojedinelé zpočátku nebyly ani hlasy lékařů, že nechťejí mít více volného času, že chtějí mít jen více peněz a že jsou již zvyklí na neustálé pracovní přetížení. Tyto argumenty jsou ale pro vedení nemocnice neakceptovatelné, protože by bylo obtížné v pondělí vyžadovat po lékaři maximální výkon po službě trvající od pátku do pondělního rána. Výsledkem zavedení všech uvedených opatření je dodržení maximálního limitu 816 hodin přesčasů a pohotovostí, menší zátěž lékařů, a to při zvyšující se mzdě.

Obávám se však, že snížit legálně současnou maximální hranici 816 hodin na polovinu, jak vyžaduje nový zákoník práce, je prakticky nemožné.

Zavedení směnného provozu za podmínek existujících v naší nemocnici je naprosto neúnosné, protože by znamenalo značné navýšení počtu lékařů, kteří na trhu práce ani nejsou k dispozici, a navíc výrazný nárůst objemu mzdových prostředků, který by nebyl pokryt výnosy, protože předpokládaný nárůst úhrad od zdravotních pojišťoven v roce 2007 za poskytnutou zdravotní péči o 4 % rozhodně nepočítá s razantním navýšením mzdových prostředků. Kromě toho by zavedení směnného provozu znamenalo snížení dostupnosti zdravotní péče oproti současnému stavu.

A tak, jak je již v českém zdravotnictví zvykem, si musí každá nemocnice poradit sama, aby se pokud možno legálně vyrovnala se zapeklitými ustanoveními nového zákoníku práce. Za možné řešení považují uzavírání dohod o pracovní činnosti na zajištění ústavní pohotovostní služby, která je svým charakterem práce odlišná od běžné pracovní činnosti.

Vzhledem k tomu, že nový zákoník práce již nezná kategorii tzv. čekání na práci, ale že považuje veškerou nařízenou či dohodnutou přítomnost na pracovišti za výkon práce, považují za legitimní požadavek lékařů naší akciové společnosti na zvýšení stávajících hodinových sazeb za zajištění ústavní pohotovostní služby. Samozřejmě bude částka navýšení stávajících hodinových sazeb závislá na finančních možnostech nemocnice či jejího zakladatele. Nedostatkem ovšem je, že při zavedení dohod o pracovní činnosti by při jejich maximálním využití daným zákoníkem práce paradoxně mohlo dojít ke zvýšení počtu hodin strávených lékaři na pracovišti, a navíc ke snížení možnosti čerpat náhradní volno, které je možné čerpat pouze za přesčasovou práci; proto je třeba eventuální

zavedení dohod realizovat tak, aby k těmto negativním vlivům nedocházelo, protože v žádném případě není přijatelné, aby

lékaři trávili v nemocnici více času než dosud, ale naopak by všechna opatření vedení nemocnice měla směřovat ke snižování počtu odpracovaných hodin nad rámec běžné pracovní doby.

Zásadním problémem však je to, že změny požadované novým zákoníkem práce nelze zavést skokově, ale pouze postupnými systémovými reformními kroky ve zdravotnictví jako celku. Je smutné, že tuto základní premisu polovina našich zákonodárců neakceptuje, a proto byl zákoník přijat v této nevhovující podobě.

Jsem přesvědčena o tom, že výše mezd kvalifikovaných nemocničních lékařů by se měla co nejrychleji přiblížit úrovni skutečných příjmů jejich privátních kolegů s tím, že by srovnatelných, ne-li vyšších mezd měli dosáhnout za srovnatelnou pracovní dobu. Nemělo by tedy docházet k tomu, že nemocnice umožní získat odpovídající kvalifikaci lékaři, který při první vhodné příležitosti odejde do soukromé praxe. Výše mezd nemocničních lékařů by měla být za běžnou pracovní dobu taková, aby služby v nemocnici byly jen nezbytně nutným prostředkem k zajištění chodu nemocnice, a nikoliv cílem vedoucím ke zvýšení příjmů lékařů.

Své předvánoční zamýšlení nad problematikou

Zásadním problémem však je to, že změny požadované novým zákoníkem práce nelze zavést skokově, ale pouze postupnými systémovými reformními kroky ve zdravotnictví jako celku. Je smutné, že tuto základní premisu polovina našich zákonodárců neakceptuje.

odměňování nemocničních lékařů ve vztahu k novému zákoníku práce ukončím přáním, aby se konečně v příštím roce začaly v našem zdravotnictví vytvářet podmínky, které povedou nikoliv jen formálně k nižšímu zatížení lékařů v nemocnicích, aby byly vytvořeny dostatečné finanční zdroje pro odměňo-

vání lékařů, které bude odpovídat zodpovědnosti a náročnosti jejich práce, aby se skončilo se socialistickými mýty o bezplatnosti českého zdravotnictví a aby se zahájila opravdu zásadní reforma českého zdravotnictví, protože bez ní se nápravy současného stavu nikdy nedočkáme.

volné fórum

V tomto čísle odpovídají naši respondenti na tyto otázky:

1. Setkal/a jste se někdy s doktorem nevyspalým po noční službě? Jak to dopadlo?
2. Má odměna nemocničního lékaře záležet spíše na platových tabulkách, nebo na výsledcích jeho pracoviště či jeho osobně?
3. Myslíte si, že by zvýšení platů vyléčilo nespokojenost nemocničních lékařů?



prof. MUDr. Tomáš Zima, DrSc.,
děkan, I. LF UK

1. Samozřejmě jsem se setkal a setkávám se s kolegy, kteří jsou po službě nevyspalí. Sám jsem také někdy po službě nevyspalý.

2. Domnívám se, že by měla platit určitá rozmezí ohodnocení či nepodkročitelné částky za práci lékaře. Ocenění každého, a to nejen ve zdravotnictví, by mělo záviset zejména na jeho pracovním výkonu, od kterého se odvíjí i hospodaření pracoviště. Často máme tendence vše svádit na anonymitu instituce, ale málokdo kriticky hodnotí svůj pracovní výkon.

3. Slovní spojení „zvýšení pla-

tů“ se mi v této souvislosti nelíbí, použijme slovní spojení „narovnání platových relací v našem státě pro lékaře“. To, myslím si, přesněji odráží problém, který se skrývá za touto otázkou. Slušné platové ohodnocení za kvalitně odvedenou práci je jedním ze základních nástrojů fungování v ekonomicky vyspělém světě, avšak bohužel ve zdravotnictví některá obecná pravidla dosud neplatí.



RNDr. Jiří Schlanger, předseda,
Odborový svaz zdravotnictví
a sociální péče ČR

1. Naštěstí nemusím ani sám,

ani v rámci rodiny příliš využít zdravotnických služeb, a pokud ano, přiznám, že příliš nezkoumám stav personálu. Učinil bych tak, kdyby se nechovali profesionálně. Z mnoha setkání se zdravotnickými profesionály, která absolvuji z titulu své práce, jsem svědkem mnoha výpovědí o problémech spojených s pracovní zátěží v kumulovaných směnách a službách. Jsou to únava, netolerance, podrážděnost, nesoustředěnost na výkon a stres. Proto pro mne už dávno vyplývá, že kromě samotné práce je i tzv. čekání na práci z hlediska dopadu na zaměstnance takovou zátěží, že má být hodnoceno stejně jako pracovní doba, a že je proto třeba minimalizovat počty zaměstnanců, kteří nejsou efektivně využiti v pracovní době, tedy v době, kdy jsou k dispozici zaměstnavateli.

2. V systému založeném na historických paušálech s minimální motivací zaměstnavatele, a tudíž i personálu je taková otázka bezpředmětná. Tak jako má fixní platbu pojišťoven nemocnice, tak přísluší i zaměstnancům.

Pokud se v budoucnu systém změní, a dokonce se bude mírou veřejné zakázky a kvality odvedené práce diferencovat mezi

nemocnicemi a jejich činnostmi, otevře se teprve prostor pro reálnou diskusi o motivacích poskytovatele (zaměstnavatele) a o průmětu do odměňování zaměstnanců. V podstatě však je třeba na práci všeobecných veřejných nemocnic pohlížet jako na standardizovanou veřejnou službu, za jejíž vykonávání přísluší plat. Neexistuje žádná členská země EU, která by neodměňovala provozní a ošetrovatelský personál na základě buď hromadně sjednaných nebo uzákoněných tarifů. Jednotlivé země se pak liší postavením lékařů. Tam, kde jsou lékaři v pracovním vztahu k nemocnici, jsou odměňováni na základě stejných principů jako ostatní zaměstnanci. Jinak je tomu např. v Belgii, kde všichni lékaři mají postavení našich OSVČ ve výkonu svobodného povolání a kde i jejich práce v nemocnici je kontrahována zdravotními pojišťovnami individuálně. Ostatně náš odborový svaz také ve řešení v roce 1994 navrhol, tehdejší ministr Rubáš však toto řešení odmítl. Dnes idea svobodného výkonu povolání patří do kuchyně stávajícího ministra Julínka. Realizace však bude moci být pouze pozvolná, zatímco v době privatizace majetku se dal privatizovat i výkon svobodného povolání a s ním spojená odpovědnost!

3. Nerozumím otázce na nespokojenost nemocničních lékařů. Za zdroje nespokojenosti považuji špatně formulovanou veřejnou zakázku a nekorektní úhradu za její naplnění, tedy za poskytnuté služby, a pak špatný management. To je velmi demotivující a je třeba, aby tyto zdroje nespokojenosti byly odstraněny. Tam, kde se to podařilo, existuje pozitivní motivace i u lékařů

a rostou mzdy. Chceme-li, aby tomu tak bylo ve většině nemocnic, je třeba se pustit do změny organizace zdravotní péče, změny úhrad a změny organizace práce. Bude-li k tomu prostor, o práci ve zdravotnictví se začnou ucházet i kvalitní managementy.



*MUDr. Boris Štátný,
místopředseda, Výbor pro
zdravotnictví PSP ČR*

1. Všude na světě se stává, že lékař po službě je nevyspalý, unavený a upracovaný.

2. Preferuji, aby lékaři nebyli platově odměňováni na základě platových tabulek, ale na základě smluvní mzdy. Přispělo by to k větší motivaci lékařů a zvýšení konkurence mezi zdravotnickými zařízeními.

3. Ne.

1. Naštěstí já ani moji nejbližší jsme v poslední době nemuseli využívat služeb nemocniční péče, takže v této oblasti žádné osobní zkušenosti nemám.

Tato otázka se v poslední době často objevuje především v souvislosti s novým zákoníkem práce, který má začít platit od



*PhDr. Lucie Antošová,
poradkyně ministra
zdravotnictví*

nového roku. V pozadí stojí idea, že díky novému zákoníku, který zavádí velmi přísné limity na práci přesčas a zároveň nezná pojem pracovní pohotovost na pracovišti, budou lékaři méně unavení a jimi poskytovaná péče bude kvalitnější. Toto je však iluze. Lékaři budou pracovat stále stejně, jen obcházení zákoníku práce v porovnání s dnešní situací bude častější. Již dnes jsou obcházeny limity, mimochodem mnohem mírnější, i stávajícího zákoníku práce. Důvodem nejsou ani tak peníze jako skutečnost, že chybějící lékaři v určitých specializacích na českém trhu práce prostě nejsou. Nedostatkovi pracovníci tak budou nepochybně nahrazeni černými úvazky, v plném rozporu se základním záměrem Evropské směrnice, na niž se nový zákoník práce odvolává.

2. Motivace pracovníků je důležitá v každé organizaci, ať se jedná o obchodní společnost, státní instituci nebo nemocnici – příspěvkovou organizaci. Z tohoto pohledu je důležité, aby odměna pracovníka záležela pri-

márně na jeho vlastním úsilí a výsledcích, případně na výsledcích jeho týmu, pokud se jedná o převážně týmovou práci.

Tarifní mzdy svázané v platových tabulkách tuto osobní a týmovou motivaci rozhodně nepodporují. V určitém ohledu jsou dokonce demotivující: Proč by se měl lékař snažit, když ví, že stejně nemůže dostat za svou práci zapláceno lépe, i když jeho výsledky budou nesrovnatelně lepší než výsledky jeho kolegy? Tak jako v celém dnešním systému zdravotnictví, i odměny lékařů jsou odkázány na průměr. Tabulky jsou příčinou toho, že český systém zdravotnictví neumí odměnit lékaře podle toho, na kolik si ho ceníme. Tarify neumožňují odměnit lepší, tedy výkonnější a kvalitnější lékaře za jimi odváděnou práci. Podle logiky tarifního odměňování jsou přece „v průměru všichni stejní“.

3. Pravděpodobně nevyšlo. Nespokojenost pramení z mnoha věcí a odměňování je jen jedna z nich. Jedná se například o organizaci práce v některých nemocnicích, nestabilitu celého systému zdravotnictví a velmi časté, nesystémové a bezkonceptní změny, jichž byli všichni lékaři svědky v posledních letech, neutěšenost zázemí některých pracovišť atd.

Ve své podstatě jsou toto všechno projevy „nemoci“ českého systému, který se ještě nedokázal plně přeorientovat ze socialistického systému zdravotnictví 20. století na moderní systém 21. století, v jehož středu by stál občan – klient zdravotnického systému.

1. Utahanost po službách je běžná, ovšem nikdy jsem se (kupodivu) nesetkal s tím, že by se někdo dopustil v této souvislosti závažnějšího pochybení




VŠEOBECNÁ
FAKULTNÍ NEMOCNICE V PRAZE

*MUDr. Zdeněk Kalvach, CSc.,
internista a geriatr, III. interní
klinika 1.LF a VFN*

(nezažil jsem, ani jsem o ničem takovém neslyšel). Hodně pochopitelně záleží na typu oddělení a průběhu vlastní služby – emergency, JIP či chirurgické oddělení nelze srovnávat s menším neoperativním oborem. Největší pokleslosti byly někdejší heroické služby pátek, sobota, neděle „v jednom kuse“ zvláště na chirurgickém pracovišti.

2. Odměna by měla být spíše individuální (netabulková).

3. Výše platů hraje jen určitou roli – zásadní je při nepřiměřeně nízkých platech, od určité výše stoupá význam odborné satisfakce, organizace práce, mezilidských vztahů atd.



**Sdružení Občan
Vám přeje klidné
a radostné Vánoce!**

Causa Občan

Dobrý den, chtěla bych vědět, jestli při změně praktického lékaře existuje možnost, jak celou dokumentaci (jde mi o písemnosti obsažené v kartě) převést do ordinace stávajícího lékaře. Bývalý praktický lékař, u kterého jsem byla evidována posledních 8 let (je mi 37 let), převedení dokumentace odmítá, pořídil výpis, který ale podle mého názoru není adekvátní. Děkuji za odpověď.

Jindra S., Praha

Děkuji za dotaz. Lékař skutečně má při předávání pacienta povinnost pořádit výpis z dokumentace pro účely zajištění návaznosti péče. Tento výpis však musí být kompletní; pokud by původní lékař něco zamlčel a nový lékař následkem toho pochybil, vystavuje se původní lékař riziku soudního sporu. Pro Vás však bude nejlepší, pokud původního lékaře požádáte o nahlédnutí do zdravotnické dokumentace a o pořízení kopií. Dle § 67b zákona č. 20/1966 Sb. máte jako pacient právo na „informace ze zdravotnické dokumentace“, většina zdravotnických zařízení dovolí pacientovi bez problémů dokumentaci okopírovat. Jiný postup by byl v rozporu s právem, častá argumentace, že zákon nedává výslovné právo na kopie, ale jen na „převyprávění informací“, je dle mého názoru mylná.

Dobrý den, mám dotaz týkající se možnosti nahlédnutí do zdravotní dokumentace. Pokud vím, pacientům to legislativa ČR neumožňuje. Jak tedy mám shromáždit veškeré důkazy? Děkuji, Ivana K.

Pacient má podle čl. 10 Úmluvy o biomedicíně právo na veškeré informace shromážděvané o jeho zdravotním stavu. Podle zák. č. 20/1966 po novele z roku 2001 platí, že „Pacient má právo na poskytnutí veškerých informací shromážděných ve zdravotnické dokumentaci vedené o jeho osobě a v jiných zápisech, které se vztahují k jeho zdravotnímu stavu; pacient se z informací, které jsou mu sděleny o jeho zdravotním stavu, nesmí dozvědět informace o třetí osobě.“ (§ 67b, odst. 12). Jak jsem již zmínil, toto ustanovení je trochu vágní, ale právo na nahlížení dle mého názoru pacient má.

Většina lékařů se dá přesvědčit, aby pacienta nahlédnout do dokumentace nechali. Pacientovi v přístupu k dokumentaci totiž beztak nelze zabránit; vyvolá-li pacient právní spor, podstatná část dokumentace se jako důkaz a předmět znaleckého zkoumání stane součástí soudního spisu, do něhož může pacient-žalobce bez problémů nahlížet. Naopak pokud lékař pacienta nahlédnout nechá, nevzbudí tak pacientovu nedůvěru a často se tak podaří předejít zbytečnému právnímu sporu, vzniklému jen následkem nedorozumění.



**na dotazy čtenářů odpovídá
JUDr. Ondřej Dostál, Ph.D.**

