

Úbytek lékařů a sestřiček v některých zařízeních a v některých odbornost nabírá na takovém tempu, že ohrožení dostupnosti péče přechází ze



strašáka do reality. Pokud s tím něco rychle neuděláme, ztratí naše zdravotnictví naději na lepší příští a rekonvalescence bude dlouhá. Nemocnici postavíte za rok, přístroje koupíte, jen co zúřadujete výběrové řízení, ale kvalitní profesionálové a týmy se připravují po desetiletí.

Něco je zkaženého ve státě českém, když přes nadprůměrný počet lékařů ve srovnání s Evropou se nám jich stále více nedostává. Pes je zakopán v jeho řízení a organizaci. Někteří lékaři pracují v zařízeních, která tu již dávno být neměla, a jsou vytěžováni činnostmi, které by za ně mohl dělat někdo jiný. Zdravotní péče není organizovaná a nastavené motivace podporují orientaci na vlastní píseček místo na spolupráci. Nic nenaviguje pacienty k racionálnímu čerpání zdravotních služeb, a tak obíhají mezi ordinacemi skoro dvojnásobnou rychlostí, než je v EU zvykem. Jedna jejich část zdravotnictví zneužívá a na druhou se pak nedostává. Chybí elektronické sdílení informací jak mezi lékařem

a pacientem, tak mezi lékaři vzájemně. Společně s absencí jakékoli kontroly to vede k tomu, že některé úkony jsou prováděny duplicitně nebo zbytečně. Schází systémový tlak na kvalitu a podmínky nastavené nemocničním manažerům je ke skutečnému řízení nemotivují. Když k tomu připočteme zmatek ve vzdělávání lékařů i sestřiček, tak se nemůžeme divit, že rostoucí počet mladých lékařů hledá předvídatelnou perspektivu v cizině.

Hlavním pachatelem současného stavu není nedostatek peněz ve zdravotnictví, jak tvrdí oblíbená mantra, ale způsob, kterým jsou spravovány. Když nás tak trápily peníze, nebudeme snižovat přímé výdaje občanů na nejnižší úroveň v EU, blokovat vznik transparentních nadstandardů a vylučovat všechny ekonomické nástroje, které by navigovaly občany k racionálnímu pohybu ve zdravotním systému. Ve zdravotnictví se točí velké peníze a zatím žádná politická garnitura neodolala pokušení využít je ve svůj prospěch.

Pokud chceme, aby naše zdravotnictví fungovalo lépe, hledejme ty politiky, kteří si dobrovolně vypustí rybník. Politici by měli nastavovat pravidla hry a kontrolovat jejich dodržování. Všechno ostatní by měl být výsledek interakce mezi občany/pacienty, zdravotníky a zdravotními pojišťovny. Pokud se nám to povede, stane se zdravotnictví resortem, ve kterém by chtěl pracovat každý, a naše dnešní problémy budou dávno zapomenuty.

*Příjemné počtení přeje
MUDr. Pavel Vepřek*

Kde se ztrácejí doktoři?



Martin Engel



Miroslav Palát



Tomáš Jedlička

úhel pohledu

volné fórum



Zorjan Jojko



Petr Polouček

Jaroslav Dolejš

Práce přesčas

Právní okénko

Přejeme Vám krásné Vánoce a zdravý a úspěšný rok 2017!

úhel pohledu

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

Neudržitelná personální situace v českých nemocnicích

Současné české nemocniční zdravotnictví se potýká s mnoha problémy, za nejpálčivější však považují personální devastaci, na které se postupně aktivně podílelo několik předchozích vlád. Zvláště pak arogantní přístup některých „personalistů“, kteří v duchu myšlenky „jestli se Vám dané podmínky nelíbí, běžte jinam“ přímo podněcovali exodus lékařů více, než si jakýkoli systém může dovolit. Naopak kupříkladu v sousedním Německu jsou kolegům automaticky nabízeny podmínky, které potřebují ke kvalitnímu výkonu svého povolání a dalšího vzdělávání. Dalším zásadním důvodem, který výrazně redukuje počty lékařů, je nepřijatelná situace v postgraduálním vzdělávání a jeho neustálé změny. Korunu tomu nasadila právě schválená novela zákona č. 95/2004, která je naprosto nekonsumovatelná a vyžene i zbytek mladých lékařů čekajících ještě na její přijetí s nadějí na zlepšení současného stavu.

Nepřetržitá zdravotní péče je u nás stále zajišťována převážně jen díky porušování evropské směrnice o přesčasové práci. V tomto bodě jsem měl velké výhrady k činnosti exministra Němečka, který za téměř 3 roky ve funkci pro zlepšení situace neudělal skoro nic, navíc účelovou záměnou čísel o počtu úvazků místo počtu lékařů dokonce tvrdil, že personální situace se lepší. V poslední době pak i odchody sester ještě akcentují neutěšenou celkovou personální situaci v nemocnicích. V důsledku toho dochází k uzavírání oddělení, což opět negativně ovlivňuje nejen výkonnost zdravotnických zařízení, ale zároveň snižuje dostupnost a kvalitu poskytované zdravotní péče.

Rozhodně je třeba do zdravotnictví přidat finanční prostředky, alespoň na Evropskou unii doporučovaných 9 % HDP. Zároveň s taktó alokovanými prostředky je však třeba i racionálnější hospodařit. Dále je nutné sáhnout i k částečné reorganizaci provozu a omezit počty pacientů v době ÚPS s neakutními obtížemi. Toto by rovněž vedlo k částečnému

snížení pracovního přetížení zdravotníků v pohotovostních službách.

Nutným krokem je rovněž navýšení základních platů zdravotnického personálu zhruba v rozsahu dohodnutém v Memorandu v roce 2011. Kdyby toto bylo realizováno, celková personální situace by dnes byla jistě lepší.

Dalším zásadním opatřením je navýšení počtu zdravotnických pracovníků v co nejkratší době. Toto je však proces dlouhodobý, který by přinesl výsledky v optimálním případě nejdříve v horizontu 8–10 let. Import lékařů ze zemí mimo EU se po současných zkušenostech neukázal být tím správným krokem.

Pro zvýšení zájmu o studium na lékařských fakultách by bylo podstatnou motivací zvýšení finančního ohodnocení jejich práce na 1,5–3násobek platu proti průměru v ČR a zároveň zlepšení pracovních podmínek. Pozitivní zkušenosti mladých kolegů po nástupu do nemocnic by pak byly tou nejlepší a nejlevnější reklamou pro zvýšení zájmu dalších mladých lidí o práci ve zdravotnictví.

Rozhodně není akceptovatelným řešením držet pracovníky v daném systému pomocí administrativních omezení.

Přístroj si můžeme koupit okamžitě, budovu postavit do roka, ale kvalitní týmy zaměstnanců, které se na mnoha zavedených pracovištích rozpadly, se budou znovu budovat mnoho dalších let, pokud se je podaří vůbec znovu obnovit.

Zatím však pro zlepšení celé situace v našem zdravotnictví není vidět ani toužebně očekávané světélko na konci tunelu.



Martin Engel

Nepřetržitá zdravotní péče je u nás stále zajišťována převážně jen díky porušování evropské směrnice o přesčasové práci.

MUDr. Miroslav Palát, MBA
prezident, CzechMed

Kde se ztrácejí doktoři?

Nedostatek lékařů není pouze českým problémem. Dlouhodobě jejich počty rostou v zemích OECD a roste také jejich věk. Současně se lokální zdravotnictví potýká s jejich nedostatkem. Takže musejí neustále růst kapacity, ve kterých pracuje neustále více lékařů. Migrace lékařů ve svobodném světě je pouze následkem a nikoli podstatou problému. Řeší to všechny vyspělé země. Samozřejmě že některým se to daří lépe řešit na úkor jiných. Jak vznikají ony kapacity, do kterých se lékaři ztrácejí? O tom kousek níže.

Jak se daří lékařským fakultám vypořádat se s hladem po lékařích? Hůře než ideálně. Fakulty se pod povtlávkou nehroují. Za prvé lze dnes dosáhnout podobných výdělků i daleko snazší prací. Lékařská práce je náročná sama o sobě. K tomu potřebuje, více než jiná povolání, dlouhodobou stabilní perspektivu – když absolvuji to a to postgraduální vzdělávání, tak mohu počítat s tím, že... atd. Za další v každém zdravotnickém systému existují činnosti, které se takříkajíc „hodí“ na mladé doktory, protože není personál, který by tu práci jinak dělal. Mnohdy s odkazem na to, že „nejsou peníze“. To je práce buď administrativní, anebo ošetrovatelská. Myšlenka bokem, která vychází z údajů OECD: pokud existuje jeden parametr, který koreluje s výdaji na zdravotnictví na obyvatele, tak je to počet sester v přepočtu na obyvatele. Ano, ač je to k nevíře: počet sester na obyvatele je dobrým ukazatelem „bohatství“ konkrétního zdravotnického systému.

Jak tedy vznikají nové kapacity? V momentě, kdy se sejdou vhodné okolnosti. Přichází nová metoda, anebo se prezentuje nová potřeba dalších služeb (laboratoří, ambulancí atd.). To se potká s manažersky talentovanými reprezentanty oboru, kteří dokážou na „systému“ novou kapacitu „zasmulnovat“ v zajímavém úhradovém mechanismu. Každá kapacita si však svého pacienta vždycky najde, přičemž k rušení kapacit je zapotřebí buďto revolučního kvasu, generační obměny anebo – zejména v „mírových“ dobách – velké

statečnosti zřizovatelů anebo resortu. K naplnění těchto kapacit dochází tím, že rozdíl mezi zdravím a nemocí není diskretní 1-0, ale spojitý. Zcela nemocného i zcela zdravého pacienta rozezná i laik. Ale v širokém středním pásmu, co je třeba 40 středních procent spektra od zdraví k nemoci, je rozhodování zda „jž léčit“, nebo ještě neléčit“ spíše n á h o d n ý m procesem. Respektive procesem, který ovlivňuje úvaha „potřebujeme tohoto pacienta ještě, abychom naplnili naši kapacitu, anebo budeme bez něj“.



Miroslav Palát

Tímto nerovnoměrným rozvojem kapacit dochází k násobným rozdílům v poskytování zdravotních služeb nejen mezi zeměmi, ale i mezi regiony, i v rámci jednoho města. Přitom se medicína učí všude v rozvinutém světě prakticky ze stejných knih. Existují například rozdíly v implantaci kardiostimulátorů mezi zeměmi jako Švýcarsko a Norsko, kde se implantuje kolem 600 stimulatorů na milion obyvatel, a zeměmi jako Německo nebo Belgie, kde to je kolem 1200 na milion obyvatel. Anebo šance, že dítě do 14 let bude v Nizozemsku mít odstraněny krční mandle, se mění podle bydliště. V některém regionu se těchto operací dělá více a v některých méně. Proč takto a ne jinak nemá medicínsky obhajitelný důvod. Podobně v Česku – zdravotní pojištěnec v Karlovarském kraji stojí na čerpání služeb hrazených z pojištění asi 16 000 Kč ročně, zatímco pojištěnec v Praze stojí 22 000, přičemž počet hospitalizací na 100 000 obyvatel je v Praze nejmenší v republice.

Proč tomu tak je? Proč dochází k těmto rozdílům? Příroda, společnost a samozřejmě i zdra-

... dochází k násobným rozdílům v poskytování zdravotních služeb nejen mezi zeměmi, ale i mezi regiony, i v rámci jednoho města. Přitom se medicína učí všude v rozvinutém světě prakticky ze stejných knih.

votnictví se dají studovat pohledem komplexních systémů. Jednoduchým jazykem vyjádřeno to není taková strašná věda, jak to na první pohled vypadá. Jsme svědky emergentních jevů, tedy jevů, které by nás nenapadly, kdybychom uvažovali pouze podle vlastností jednotlivce. V našem případě, zkoumáme-li uvažování a chování jednoho lékaře či skupiny, tak nepřijdeme na to, že v určitém období zde máme exodus příslušníků jednoho povolání. Komplexní systémy se chovají nelineárně. To znamená, že tendence k něčemu může existovat již dlouho skrytě, ale nikdo si jí nevšimne, dokud se nám nerozoběhne před očima. Skutečnost, že mladí lékaři jsou zavaleni prací, která s lékařstvím nesouvisí, není nic nového. Dokud jsme však nebyli v situaci, ve které jsme dnes, tak se to ignorovalo.

Co však řídí chování toho „komplexního systému“? Co způsobuje, že se věci dějí, jak je vidíme? V první řadě si musíme uvědomit, že takový systém nic „neřídí“ v běžném slova smyslu. Musíme sáhnout pro příklad do přírody.

Komplexní útvary, které na obloze vytvářejí obrovská hejna ptáků, nemají jednoho „velitele“. V komplexním hejnu čítajícím tisíce ptáků se jednotlivci chovají na základě pouze tří jednoduchých pravidel. Leť tak, aby ses moc nepřiblížil, tak aby ses moc nevdálil, a leť tam, kam směřuje průměr souputníků.

Lidská společenství, která vytvářejí neuvěřitelné vzorce chování a jevů, se též odvíjejí od vcelku jednoduchých pohnutek a pravidel. Jde o to, abychom tyto pohnutky a pravidla zjistili, nazvali pravým jménem a pokusili se na ně odpovědět. Komplexní adaptivní systém se nedá „řídít“, pouze „narušovat“. Lze zkusit ovlivnit jednoduchý parametr a sledovat, „co to udělá“. Myslet si, že vytvářením svět popisujících koncepcí lze měnit komplexní jevy, je přinejmenším donkichotské.

Suma sumárum – nedostatek lékařů. Je potřeba zjistit nebo prověřit, které jednoduché a přímočaré důvody pobízejí lékaře k odchodu anebo odrazují mladé lidi od studia medicíny. Na druhé straně bude zapotřebí právě v tomto mírovém období nemalé statečnosti, ověřit stávající kapacity na jejich racionálnost a konvertovat je postupně smysluplným směrem.

MUDr. Tomáš Jedlička, MHA
ředitel, Masarykova nemocnice Rakovník

Lékařův pohotovostní podvečer

Za posledním lékařem zaklaply dveře oddělení. Na tuto chvíli se v minulosti vždy těšil, symbolicky tím končovala pracovní doba a mohl začít režim ústavní pohotovostní služby. Poté, co prošel oddělení intenzivní péče a zkontroloval vybrané pacienty na oddělení, mohl se do večerní vizi ty často věnovat restům a administrativě oddělení.

N i k o l i v

však v poslední době, která v podstatě smazala rozdíl mezi pracovní a mimopracovní dobou. Opakované odchody mladších lékařů na povinné stáže nebo i z oddělení znamenaly stav trvalého personálního provizoria, kdy zajištění chodu oddělení se dařilo jen za cenu přetížení všech členů týmu. A případná pracovní neschopnost některého z kolegů znamenala téměř rozpad křehkého provizoria a nevyhnutelnou improvizaci. Naštěstí nebyla častá, mnohokrát ho napadlo, nejsou-li lékaři z jeho oddělení lidé z jiného těsta. Jak dlouho to ale mohou vydržet?

A pohotovostní služby? Ani si nepamatoval, kdy se mu povedlo urvat čas potřebný k nějaké administrativě. Bere si ji proto domů, i když ví, že bude čelit opakovaným otázkám manželky, kolik ho nemocnice platí za práci doma. Jako by jí nestačila jedna odpověď, kterou jasně dal poprvé. Proč ho musí znovu provokovat?

Sám vidí, jak jsou ostatní kolegové po službě unavení, a je mu pokaždé trapně, musí-li jim vysvětlovat, že volno po službě dnes opět není možné čerpat, snad po obědě.

Z úvah ho vytrhl telefon. Mladý kolega na příjmové ambulanci žádá jeho přítomnost. Chro-



Tomáš Jedlička

nické stavy v rámci pohotovostní služby by se staly normou a ani si nepamatoval, kdy se pacientů přestal ptát, proč nejdříve nejdou ke svému praktickému lékaři.

U pacienta, který seděl na příjmové ambulanci, bylo ale od prvního pohledu zřejmé, že se neteší dobrému zdraví. Byl nakonec rád, že může pokládat otázky směřující k objasnění příčiny obtíží.

„Kdy jste byl naposledy u svého lékaře?“ „To ani nevím, pane doktore, když potřebuji, manželka mi přinese recepty na léky, které již léta užívám.“ „A pan doktor vás nezve na pravidelné prohlídky?“ „On je pan doktor hodný, zbytečně mě nevolá.“ Aha, pomyslí si, další z kolegů, kteří kapitaci pojali kreativním způsobem.

Domluví se s kolegou na přijetí pacienta, odběrech a vyšetřovacím plánu a odchází na jednotku intenzivní péče.

Ví, že vedení nemocnice opakovaně zdůrazňovalo, že diagnostiku je třeba v době DRG provádět ambulantně.

Ambulantní ping-pong o to, kdo má vypsát žádanky na vyšetření, kdo vyhodnotit a případně adekvátně zareagovat, může pro pacienta znamenat hodně času. A toho se mu zjevně nedostává. Raději proto bude riskovat vysvětlování inženýrovi z controllingu o příčinách růstu komplementárních vyšetření během hospitalizací. Někdo tu péči pacientům nakonec poskytnout musí, nebo v současné době již nikoliv?

Ještě ani nezačal procházet pacienty na JIPce a již volají z chirurgického oddělení se žádostí o několik konzilií. Konzilia po pracovní době vždy znamenají nějaký problém. Nejčastěji jde o plánované operanty, kteří nejsou dostatečně připraveni k operaci. Kolikrát kolegy z chirurgie žádal, že takto nelze postupovat a snižovat bezpečí pacientů.

I na poradě primářů to opakovaně řešili, ředitel diskusi ukončil závěrem, že klesá počet operací, a každá je proto dobrá. Skutečný argument, to jsou někteří z managementu opravdu z jiného světa, anebo je jim kvalita péče lhostejná?

Pípla SMSka. Ztratčené moderní komunikace, daří se jim téměř neomylně obtěžovat, když se to nehodí. Žena se ptá, zda konečně dohodl spo-

lečný víkend s rodinou kolegy internisty, který si slibují už hodně dlouho. Jak jí má vysvětlit, že budu muset vzít za kolegu příslužbu? Po pravdě řečeno, ani se příslužbě nebránil, třeba se tak vyhne nepřijemným dotazům manželky na rozdíl jeho platu a platu ambulantního kolegy. I když příležitost k výčtkám si nakonec stejně najde.

Dopisuje poslední konzilium a slibuje si, že je to takto naposledy.

Znovu začíná vizitu na intenzivní péči. Volá sestra z příjmové ambulance, někteří pacienti, čekající delší dobu, se dožadují příchodu dalšího lékaře. Kdy už jim konečně někdo vysvětlí, že ústavní pohotovostní služba je především k péči o hospitalizované či akutním příjmům. Proboha, kdy už se začnou řešit problémy tak, jak se řešit mají?

Na vedlejších počítačích někdo nechal otevřený internet, rozhovor s novým panem ministrem. Ne že by ho to zvláště zajímalo, ale titulek jej zaujal. Zpozorní a začne číst. No to

snad není ani možné, v systému, který umožňuje se pacientům chovat jak u švédského stolu, obcházet základní brány systému a přitom mít nejnížší spoluúčast, pan ministr říká, že peněženky se otevírat nebudou. Takže tíhu i nadále ponесou zdravotničtí pracovníci.

Ani neví, jak dlouho nepřítomně hledí z okna. Najednou jako by se mu všechny problémy spojily a něco se v něm zlomilo.

Tito lidé nejsou nejenom z tohoto světa, ale snad ani z této galaxie. Ale ne, nevěří, že by ty problémy neviděli. Vědí o nich velmi dobře, jen je nechťejí řešit a pálit si prsty, chtějí být znovu zvoleni. Tak to již ne, tentokrát již bez něj.

Práce mu nevádí, ale bezvýhodnost již tolerovat nedokáže. Se svou praxí i jazykovými znalostmi si konečně může jiné angažmá v současnosti i vybírat. A třeba se uvolní i některá ambulantní praxe, kolegové jsou vyššího věku.

Výpověď má v počítači již dlouho připravenou, pocit spoluodpovědnosti s nemocnicí totiž ztratil již dříve poté, co se po volbách měnil management, kterému je podobný pojem zcela cizí. Skutečným problémem je podívat se kolegům z týmu do očí. Je ale rozhodnut, odchází.

Tito lidé nejsou nejenom z tohoto světa, ale snad ani z této galaxie. Ale ne, nevěří, že by ty problémy neviděli. Vědí o nich velmi dobře, jen je nechťejí řešit a pálit si prsty, chtějí být znovu zvoleni. Tak to již ne, tentokrát již bez něj.

1. *Co je příčinou nedostatku lékařek a lékařů v některých nemocnicích?*
2. *Dají se tyto problémy vyřešit prostým přilíváním veřejných peněz do systému, nebo zdravotní systém potřebuje vnitřní změny?*
3. *Jaké změny pokládáte za potřebné z krátkodobého a dlouhodobého hlediska?*



*MUDr. Petr Polouček, MBA
zástupce ředitele pro zdravotní
péči, ON Příbram, a. s.*

odpovědi Petra Poloučka:

1. Extrémní pracovní zatížení s velkým množstvím přesčasové práce při neodpovídajícím finančním ohodnocení, vysoká míra zodpovědnosti při stoupajícím počtu soudních sporů vedených v souvislosti s poskytováním zdravotní péče. Odlišnost lékařů do ambulantní sféry. Nevhodně nastavený systém postgraduálního vzdělávání (extrémní množství specializačních oborů, příliš včasná specializace, nadměrné množství času strávené mimo vlastní pracoviště), nedostatečné zázemí některých menších nemocnic pro komplexní rozvoj mladých lékařů, absence některých atraktivních medicínských oborů v minulosti vyvedených

mimo nemocnici, příliš mnoho poskytovatelů v daném regionu zákonitě vedoucí k nedostatku lékařů u všech těchto poskytovatelů lůžkové péče. Částečně se na nedostatku lékařů v nemocnicích podílí i odchod lékařů do zahraničí, stárnutí populace lékařů a mírně se na nedostatku lékařů v některých oborech podílí rostoucí feminizace medicíny.

2. Bez navýšení finančních prostředků se řešení bude hledat obtížně. Případné navýšení financí však musí být cílené a provedené na základě skutečné analýzy. Bez provedení zásadních změn, odstraňujících alespoň hlavní příčiny nedostatku lékařů v nemocnicích, pouhé nalití finančních prostředků do systému, nemůže z dlouhodobého pohledu splnit svůj účel. Nedostatek lékařů v některých oborech a regionech je časovanou bombou a v současné chvíli je možné považovat nedostatek lékařů, ale i sester, zajišťujících akutní péči v nemocnicích v některých regionech za největší hrozbu pro dostupnost kvalitní zdravotní péče.

3. Největší aktuální hrozbu je zajištění dostupnosti zdravotní péče v mimopracovní době. Z krátkodobého pohledu je proto nutné nejprve neprodleně vyřešit otázku zajištění dostupnosti kvalitní zdravotní péče v době, kdy je v nemocnicích konána tzv. ústavní pohotovostní služba. Nějaké

znatelné navýšení počtu lékařů v nemocnicích nelze v nejbližších letech očekávat, a proto by z krátkodobého hlediska pomohlo kritickou situaci vyřešit zapojení více lékařů daného regionu do poskytování pohotovostních služeb, a to jak z řad praktických lékařů, tak z řad ambulantních specialistů, stejně jako je to obvyklé v jiných evropských zemích, např. v Německu.

Druhou možností pak je koncentrace lůžkové péče a tím vlastně i koncentrace zdravotníků a zdravotnické technologie do menšího počtu zdravotnických zařízení, která budou schopna poskytovat komplexní, kvalitní a bezpečnou zdravotní péči pro daný region.

Současné je však nutné začít pracovat i na dlouhodobých opatřeních. Je nezbytné paralelně vytvářet systém, který umožní nemocnicím budovat prostředí a poskytovat takové podmínky, které budou schopné konkurovat poskytovatelům, ke kterým nyní lékaři z nemocnic odcházejí. Dlouhodobá opatření musejí mít za cíl eliminovat, či alespoň minimalizovat důvody nedostatku v nemocnicích uvedené v odpovědi na první otázku. Algoritmy dlouhodobé strategie mají celou řadu vzájemně provázaných kroků, jejichž rozbor by zdaleka překročil možnosti tohoto sdělení.



*MUDr. Zorjan Jojko
předseda, Sdružení ambulant-
ních specialistů ČR*

odpovědi Zorjana Jojka:

1. Osobně si myslím, že nedostatek lékařů již není jen

v nemocnicích, ale s různou intenzitou podle oborů všude v systému. Včetně ambulancí. Jde o to, že absolventů medicíny je málo, přičemž z nevýznamné části odcházejí raději pracovat do zahraničí, tj. v systému je nedostatek těch, kteří nahradí péči starších kolegů, již se rozhodnou odejít do důchodu.

2. Myslím, že potřeba je obojí. Mám za to, že dlouhodobě udržet stávající kvalitu české medicíny za tak málo peněz, jak je tomu nyní (většinu nákladů máme na úrovni vyspělých zemí EU, ale tržby řádově nižší), nelze. A to se týká i osobních příjmů, tj. platů i mezd, které, zohledníme-li jejich úroveň ve vztahu k povoláním mimo zdravotnictví, jistě nejsou nijak motivující. Mimo platy musí být systém nastá-

ven tak, aby v něm mladí lékaři nejen v rámci svého vzdělávání viděli jasnou perspektivu svého odborného růstu a životního komfortu. Průběžnou samozřejmostí by mělo být postupné přesouvání péče z lůžek do ambulancí či zařízení jednodenní péče všude tam, kde to z odborného hlediska je možné, a tomu odpovídající redukce počtu lůžkových zařízení, jejich restrukturalizace s koncentrací těžce nemocných pacientů v akutní fázi jejich onemocnění do specializovaných center.

3. Omlouvám se, ale neumím vytrhnout jeden bod a ten předradit před ostatní. Mám za to, že chce-li česká vláda zabránit finančnímu i odbornému kolapsu českého zdravotnictví, musí začít řešit ty body všechny. A hodně rychle.

Jaroslav Dolejš, Bradáč advokáti,

Práce přesčas



Podle zákona č. 262/2006 Sb., zákoník práce, (dále jen „zákoník práce“) je základním určujícím znakem závislé práce vztah nadřízenosti zaměstnavatele a podřízenosti zaměstnance. Závislou práci je možno vykonávat pouze na základě pracovního poměru, tedy zejména v rámci pracovního poměru. Výjimku tvoří výkon závislé práce na základě dohod o pracích konaných mimo pracovní poměr, tedy dohody o provedení práce či dohody o pracovní činnosti, popřípadě plynoucí z jiných právních předpisů, např. služebního zákona. Pro účely tohoto textu je relevantní pouze pracovní poměr.

Zaměstnanec a zaměstnavatel si musejí sjednat časový rozsah, v jehož rámci bude zaměstnanec práci vykonávat. Základní délka stanovené týdenní pracovní doby činí 40 hodin týdně, v případě třisměnného či nepřetržitého provozu 37,5 hodiny týdně a v případě dvousměnného provozu 38,5 hodiny týdně. Jednou ze základních povinností zaměstnavatele je zaměstnanci pracovní dobu rozvrhovat. Zaměstnavatel je povinen písemný pracovní roz-

vrh poskytnout zaměstnanci nejpozději dva týdny před daným obdobím, nedohodnou-li se na jiné době.

Při stanovování pracovní doby se zaměstnavatel musí řídit pravidly stanovenými zákoníkem práce. Tato pravidla jsou zásadně kogentní, nelze se od nich tedy odchýlit, a to ani po dohodě se zaměstnancem. Zákoník práce v § 83 stanoví, že délka směny nesmí přesáhnout 12 hodin. Dále je

třeba dbát na dodržování doby odpočinku mezi jednotlivými směny, která činí 11 hodin, popřípadě může být ze zákonem vymezených důvodů zkrácena na 8 hodin. Zákoník práce dále stanovuje pravidla pro dny pracovního klidu.

Práce přesčas je definována § 78 odst. 1 písm. i) Zákoníku práce jako „práce konaná zaměstnancem na příkaz zaměstnavatele nebo s jeho souhlasem nad stanovenou týdenní pracovní dobu vyplývající z předem stanoveného rozvržení pracovní doby a konaná mimo rámec rozvrhu pracovních směn.“

Dále jsou pravidla pro přesčasovou práci obsažena zejména v hlavě V zákoníku práce, tedy § 93.

Práci přesčas lze v podstatě považovat za nepříznivý jev, proto je možné konat ji pouze výjimečně a pouze v zákonem omezeném rozsahu. Práce přesčas je vždy konaná v době odpočinku zaměstnance; v době odpočinku mezi dvěma směny a ve dnech pracovního klidu. Je třeba podotknout, že i při vykonávání přesčasové práce je nutné dodržovat ustanovení

zákoníku práce o minimální době odpočinku mezi dvěma směny, tedy 11, resp. 8 hodin, a minimální době nepřetržitého odpočinku v týdnu, tedy 24 hodin. Práce přesčas může být vykonávána ve dvou „režimech“: nařízená zaměstnavatelem anebo vykonávána po dohodě se zaměstnancem.

Pro nařízení práce přesčas zaměstnavatelem musejí existovat vážné provozní důvody. Rozsah přesčasové práce, jejíž výkon může zaměstnavatel zaměstnanci nařídit, je § 93 odst. 2 zákoníku práce omezen. Doba nařízené přesčasové práce nesmí přesáhnout 8 hodin v (pracovním) týdnu a zároveň 150 hodin v kalendářním roce. Do ročního 150hodinového limitu nejsou započítávány přesčasové hodiny, za něž bylo zaměstnanci poskytnuto náhradní volno. Nad rámec takto určených limitů není zaměstnanec povinen přesčasovou práci vykonat,

zaměstnavatel mu ji tedy nemůže nařídit. Je-li nařizována přesčasová práce na dny pracovního klidu, tedy na dobu nepřetržitého odpočinku v týdnu anebo státní svátky, je třeba, aby byly splněny podmínky stanovené § 90 a § 91 zákoníku práce. Zároveň musejí být nařízeny přesčasové práce na tyto dny projednány s odborovou organizací, jestliže u zaměstnavatele působí.

Přesčasovou práci nad rámec zákonem stanovených limitů lze vykonávat pouze na základě dohody mezi zaměstnavatelem a zaměstnancem. Tuto

dohodu mohou strany uzavřít v rámci pracovní smlouvy nebo jiné dohody. Ani v tomto režimu však není možné vykonávat práci přesčas zcela libovolně, musí být dodržena pravidla stanovená § 93 odst. 4 zákoníku práce. Doba dohodnuté přesčasové práce nesmí přesáhnout 8 hodin týdně v průměru za vyrovnávací období, které může činit nejvýše 26 týdnů po sobě jdoucích, popř., určí-li tak kolektivní smlouva, 52 týdnů. Je třeba zároveň dodat, že zaměstnavatel nesmí

žádným způsobem postihovat zaměstnance, který k dohodě o další práci přesčas odmítne přistoupit.

V omezené době mezi 1. říjnem 2008 a 31. prosincem 2013 byl účinný § 93a zákoníku práce, který stanovoval do jisté míry odlišné podmínky pro další přesčasovou práci ve zdravotnictví. Toto ustanovení do značné míry rozšiřovalo maximální možný rozsah přesčasové práce pro zaměstnance ve zdravotnictví. Zákonodárce tak reagoval na nedostatek zdravotnických zaměstnanců a dal zaměstnavatelům v oboru možnost, aby se pokusili tento problém vyřešit jiným způsobem. Toto ustanovení ovšem nebylo systémové, proto nebyla jeho účinnost prodloužena. S účinností od 1. ledna 2014 tedy platí pro přesčasovou práci zaměstnanců ve zdravotnictví stejné limity jako pro ostatní zaměstnance.

Doba nařízené přesčasové práce nesmí přesáhnout 8 hodin v (pracovním) týdnu a zároveň 150 hodin v kalendářním roce.
Doba dohodnuté přesčasové práce nesmí přesáhnout 8 hodin týdně v průměru za vyrovnávací období, které může činit nejvýše 26 týdnů po sobě jdoucích, popř., určí-li tak kolektivní smlouva, 52 týdnů.