

# Přesčasová práce v nemocnicích, prokletí nebo záchrana?

*Tak dneska máte noční, že pane doktore? Osloví mě na ztemnělé chodbě nemocnice jeden pacient. Ne nemám noční, odpovídám klidně, sloužím. Měl byste se vyspat, pane Nováku. Zítra Vás čeká náročný den.*

*Jsem v práci již osmnáctou hodinu. Od rána jsem absolvoval vizitu, šest hodin na sále jako operatér, po „převzetí služby“ vizitu na JIP o čtrnácti lůžkách, pak vyšetřit pacienty kteří „stojí za pozornost“ na standardech, konsilia na dětském a dalších odd., občas mě volají k akutnímu příjmu na ambulanci, ARO. K tomu dle potřeby akutní operace. Do rána v lepším případě dvě až tři hodiny přerušovaného spánku. A ráno na novo, vizita, sál... Když půjde všechno dobře, zítra o půl čtvrté odpoledne můžu konečně „vypnout hlavu“. Tohle se nedá nikomu z laiků vysvětlit, na to jsem už dávno rezignoval.*

*Tak ať Vám ta noční rychle uteče, pane doktore. Zubí se přátelsky pan Novák. S poděkováním odcházím.*

## Jak to bylo s přesčasovou prací, aneb trocha historie nikoho nezabije.

Ohlédneme-li se do nedávné historie, zjistíme, že přesčasová práce lékařů v nemocnicích byla vždy vážným pracovně právním problémem. Každá vládní garnitura se s tímto problémem vypořádala po svém.

### 1. Období ČSR a ČSSR (Československé socialistické republiky)

Zákoník práce 65/1965

Definuje kategorii „**pracovní pohotovosti**“ tedy čas, který lékař tráví na pracovišti, ale nekoná práci, je však připraven k jejímu výkonu. Nařízení pohotovosti váže na souhlas odborů. Nespecifikuje, ale místo jejího konání ani její náplň. Definuje **práci přesčas**, kterou lze nařídit jen ve výjimečných případech. Nesmí činit více než 4 hod. během 2 pracovních dnů a 8 hod. týdně, ročně pak 150 hod. **Vláda má právo povolit práci přesčas nad tento limit a určit které druhy práce přesčas se nezahrnují do počtu hodin nejvýše přípustné práce přesčas v roce.**

### 2. Období ČSFR a následující (do r. 2001)

Zákon 3/1991 novela ZP

zachovává institut **pracovní pohotovosti** bez upřesnění místa jejího výkonu, ale i náplně, **navíc ustanovuje, že federální a republikové orgány mohou po dohodě s příslušným ministerstvem práce, stanovit pracovně právním předpisem v jakém rozsahu může být pohotovost nařízena a jak se započítává do pracovní doby.** Souhlas zaměstnance ani odborů se v této normě **NEVYŽADUJE!! Umožňuje „ústředním orgánům“ stanovit rozsah práce přesčas nad hranice stanovené zákoníkem po pouhém projednání s ústředními odborovými orgány (§ 97 odst. 4)** navíc v § 98 stanoví pravomoc vedoucího organizace stanovit rozsah přesčasové práce a jeho případné překročení opět po pouhém projednání s odborovou organizací

### 3. Období ČR (od r. 2001 do r. 2007)

Z 155/2000 novela ZP (účinnost od r. 2001)

zavádí nově **možnost konat pohotovost mimo pracoviště**, kterou lze po dohodě konat prakticky neomezeně. **Omezuje rozsah nařízené práce přesčas na 150 hod. /rok** bez možnosti dalších výjimek! Umožňuje však konat práci přesčas do celkového množství 416 hod. /rok a pohotovosti na pracovišti na 400 hod. /rok ovšem jen po výslovném souhlasu zaměstnance, **11 let po sametové revoluci!**

### 4. Období ČR (současnost)

Z 262/2006 Zákoník práce (účinnost od r. 2007)

ruší kategorii „pohotovosti na pracovišti“. Pracovní pohotovost lze nadále konat po dohodě na jiném dohodnutém místě odlišném od pracoviště zaměstnavatele

omezuje rozsah nařizené práce přesčas na 150 hod. /rok a 8 hod. /týden bez možnosti dalších výjimek! Umožňuje konat práci přesčas do celkového množství 416 hod. /rok ovšem jen po výslovném souhlasu zaměstnance!

Je s podivem, že hodnoceno de iure byly nejhorší podmínky pro výkon práce přesčas stanoveny „reformními“ vládami nově se rodící demokracie. Paralela mezi tímto obdobím a čerstvě poraženou totalitou je zarážející. Zajímavé je i srovnání s aktuálními současností, kdy opět zaznamenáváme příklon k státní a vládní direktivitě a snahu omezit vliv občanských samospráv.

### **Jaký je současný stav, aneb proč někteří nechtěli do Evropy.**

Při hodnocení současnosti musím opět začít minulostí. Minimálně od vstupu ČR do EU bylo zřejmé, že se náš právní systém musí harmonizovat s pravidly EU, včetně pracovního práva. Bylo zřejmé, že nebude možno ve zdravotnických zařízeních počítat s kategorií pohotovosti na pracovišti a výrazně se omezí počet přípustných přesčasových hodin. Až na výjimky však managementy jednotlivých nemocnic i jejich zřizovatelé tuto skutečnost ignorovali. V tomto postoji je upevňovali i představitelé tehdejší parlamentní opozice, kteří slibovali, že novela zákoníku práce do konce volebního období neprojde. Ještě v březnu či dubnu 2006 jsme byli terčem posměchu jak ředitele, tak náměstka hejtmana „pánové my přece víme, že nový zákoník prostě nebude“, abychom se pak v listopadu, kdy bylo jasné, že zákoník bude, ale vláda ne opět sešli s tím že „chlapi co budeme dělat, musíme přece v našem kraji udržet kvalitní a dostupnou péči“. Ti schopnější, či méně politicky spojení ředitelé hledali řešení alespoň v průběhu r. 2006.

LOK-SČL tehdy navrhl řešení prostřednictvím dohod o pracovní činnosti (DPČ), vyzvali jsme současně naše organizace i ředitele nemocnic, aby v co nejširší míře a pro zaměstnance nejvýhodněji umožnili čerpání náhradního volna tak, aby zmizela praxe, kdy lékař po 24 hod prakticky nepřetržitě práce absoluuje ještě další 8 hodinovou směnu. Většina nemocnic po tomto řešení ochotně sáhla, ačkoli obě strany si byly vědomy, že toto řešení je na hraně zákona a navíc neřeší zásadním způsobem problém obrovského množství přesčasů u lékařů, ale i jiných zdravotníků.

V řadě nemocnic se stala skutečností praxe, kdy lékaři po službě důsledně odcházejí domů, navíc byly nastaveny pravidla odměňování tak, aby nedošlo k poklesu příjmu lékařů. Z části se tak plní naše představa o lékaři s nutným minimem přesčasů, jehož podstatnou částí není příjem z přesčasů ale slušně zaplacená práce. Bohužel i dnes řada pracovišť setrvává v režimu práce zděděném z minulých dob, takže je nadále řada kolegů nucena direktivně či ekonomicky zůstat v práci po 24 hodinové ne-li delší službě. Reálné riziko, které od takto unaveného lékaře provozu a pracovišti hrozí, si prostě nadále někteří ředitelé a primáři neuvědomují.

Jakkoli je LOK-SČL za prosazení DPČ nyní zhusta kritizován zejména ze strany současného vedení MZ je třeba zdůraznit, že jsme v danou chvíli vyřešili problém vzniklý liknavostí odpovědných pracovníků a poprvé v historii na řadě pracovišť vznikl systém přátelštější k lékařům, respektující jejich lidskou podstatu a práva.

Poprvé se také kdosi začal zamýšlet nad tím, že režim práce a odměňování lékařů v českých nemocnicích je nenormální.

Je zřejmé, že kdybychom nevstoupili do EU, jak si přála jistá část politické reprezentace, měli by páni politici o řadu starostí méně.

Předpokládali jsme, že rok 2007 využije politická reprezentace k hledání cest, které povedou k řešení problému. To by se však ministrem zdravotnictví zřejmě nesměl stát Tomáš Julínek.

## **Řešení podle Julínka, aneb tudy ne přátelé!**

Zdá se, že ministr Julínek krátce po svém jmenování, zaútočil na pozici jednoho ze slavných Čechů, Jára Cimrmana. Cimrman totiž jak známo proslul coby pionýr slepých uliček. Rád se vydával různými cestami poznání s tím, aby se vrátil s poselstvím lidstvu „tudy ne přátelé!“.

Pominu-li, že se Julínek snaží téměř do detailu realizovat neúspěšnou slovenskou reformu, pak tak rozhodně působí jeho legislativní činnost. Ministra totiž napadlo, že problém přesčasové práce lékařů vyřeší tak, že část práce přesčas přestane nazývat přesčasovou prací a zahrne ji do pracovní doby. Vznikl tak unikátní legislativní návrh kdy nejen části občanů ale dokonce jen podskupině zdravotnických pracovníků, zaměstnancům nemocnic, nařídí vláda delší, tedy 48 hodinovou pracovní dobu. Podíváme-li se na úvodní historický přehled, je paralela s komunistickými pracovními sobotami více než případná. Co na tom, že návrh je rozporu s ústavou ČR i normami EU. Co na tom, že jde o diskriminaci části občanů státu. Co na tom, že zmíněné opatření nic podstatného neřeší. Když už je člověk jednou ministrem, nemusí přece na tak podřadné věci jako je ústava či evropské směrnice brát ohled.

Ve skutečnosti Julínkův návrh neřeší nic. Umožní jenom převést část přesčasové práce do pracovní doby. Tím v lepším případě umožní zdravotnickým zařízením, aby ušetřila na příplatku za přesčasovou práci v rozsahu 8 hod/ týdně. Opticky, nikoliv fakticky přesčasů ubude. Pro takovou „úsporu“ už se přece vyplatí nějaký ten nevýznamný dokument jako ústavu porušit. Přestože nakonec svůj návrh do technické novely zákoníku práce ministr nepředložil, je pravděpodobné, že se svého nápadu jen tak nevzdá.

Co je však závažnější, úroveň návrhu zřejmě odráží úroveň legislativního i věcného myšlení ministerského aparátu. Bude-li celá reforma předložena na podobné legislativní a věcné úrovni, pak opravdu nevím, jestli očekávání s ní spojená nejsou přehnaná.

## **Roztočená spirála slibů, aneb za málo peněz hodně muziky.**

Je zajímavé, že soukromých praxí či LZZ se tento fenomén zatím nedotýká. Jakoby bylo předem dáno, že je-li něco soukromé funguje to naprosto bezchybně a v nejlepší kvalitě. Kdo ví? Nemocnice si však užívají proklamaci typu „zvýšíme bezpečnost poskytované péče“, „zkvalitníme služby“, „do nového roku s akreditovanými nemocnicemi“ opravdu plnými doušky. Nejruznější procesy získávání norem ISO a především akreditační procesy téměř úplně ovládly segment lůžkové péče. Nic proti zvyšování kvality, bezpečnosti a úrovně zdravotnické péče. Ostatně je i v zájmu zdravotníků, aby docházelo k co nejmenšímu počtu nehod při poskytování péče. Jenom nějak zapomínáme, že kvalita něco stojí. Náklady spojené s akreditačním procesem, náklady na udržování náležité úrovně nejsou však nijak zohledněny v úhradách ZP, nemocnice si je nemohou promítnout do cen. Dochází tak k odčerpání části prostředků, které musí někde chybět.

Neméně podstatným efektem těchto procesů jsou zvyšující se nároky na personál zařízení. Má-li personál splnit všechna nařízení, opatřit vše podpisy, razítka, probírat s nemocnými otázky právní i medicínské, musel by mít pracovní den ne 8 ale 16 hodin, nebo je potřeba přijmout podstatně více personálu. To platí v lékařských i nelékařských profesích. K tomu však opět chybí peníze a kvalifikovaného personálu také není nadbytek.

Nařízení akreditačních komisí, které lze shrnout jedinou větou „lékař musí vše, sestra nesmí nic“, podle mého v rozporu se zvyšujícím se vzděláním sesterského personálu, vytvářejí situaci, kdy se z bývalých ústavních pohotovostí stávají plnohodnotné 24 hodinové nepřetržité směny. To se samozřejmě projevuje na únavě personálu, především lékařů. Roztáčí se tak spirála slibů a opatření, které excesivně zvyšují nákladové a personální nároky, aniž by kdo řekl, z čeho se budou hradit a kde vzít a z čeho zaplatit potřebný personál.

Tato fakta jen podtrhují nutnost řešení přesčasů tak, aby se v blízké budoucnosti staly spíše výjimkou a byly kompenzovány dostatečným časem pro odpočinek. Situace však vypadá

spíše tak, že ředitelé i vlastníci nemocnic nejen se snížením přesčasů nepočítají, očekávají spíše jejich nárůst. Přepracovaný a unavený lékař je opravdu reálným rizikem pro pacienta. Je také reálným rizikem pro sebe sama i zařízení, které ho do takového režimu práce nutí. Je také nutno uvést do souladu s ekonomickou a personální realitou politické sliby a proklamace, jinak hrozí, že roztočíme spirálu nároků, které nebude schopna žádná ekonomika financovat. Takovou situaci pak může opravdu vyřešit jen úplná privatizace sektoru. Privátní sektor pak lehce zařídí, aby politici včetně ministra a regionů přestali do zdravotnictví „hovořit“ a rychle uvede sektor do souladu s ekonomickou realitou, ovšem po odečtení náležitých zisků. Na ochranu zdraví pak již nelze nahlížet jako na ústavně garantované právo, ale pouze jako na předmět nákupu a prodeje.

### **Jak rozetnout gordický uzel, aneb jak z toho ven?**

Přes všechna silácká prohlášení ministra, s ohledem na kalendářní datum, očekávám, že většina zdravotnických zařízení bude pro rok 2008 ráda, pokud budou lékaři ochotni uzavřít i na toto období DPČ či jiný typ poměru tak, jak bylo nutné v tomto roce. Jakkoli je toto řešení právně na hraně a neřeší ani podstatu problému s přesčasů. Za velký úspěch bych považoval stav, kdyby rovnice lékař po službě rovná se lékař odcházející domů platila bez výjimek ve všech nemocnicích. Je zřejmé, že pro řadu zařízení se takový postup neobejde bez nutné reorganizace práce a rozhodnutí zda navýšit lékařský personál, nebo mírně omezit péči. Pokud poplatky nařízené MZ splní svůj účel, měly by pro takové změny vytvořit prostor. Současně je třeba změnit odměňování lékařů tak, aby jejich závislost na přesčasové práci byla minimální. Je-li v civilizovaných zemích podíl příjmu z přesčasové práce na úrovni 15% – 20% příjmu lékaře není zdůvodnitelné, aby v ČR dosahoval 50% ba i více.

V následujících letech bude nutno provést zásadní změny v organizaci práce, dostupnosti a organizaci ÚPS. Bude nutné změnit práva a kompetence jednotlivých kategorií zdravotních pracovníků. Zvyšování úrovně vzdělání, zejména středního personálu a to často na úroveň blízkou vysokoškolské kvalifikaci, musí sebou nést delegaci části odpovědnosti a pravomocí. Do nepřetržité zdravotní péče bude nutno zapojit (rozuměj motivačně) i ostatní segmenty péče, ne toliko personál nemocnic. Na druhou stranu je třeba omezit nadužívání pohotovostních služeb ze strany pacientů, ne toliko symbolickými poplatky ale podstatnou spoluúčastí na zneužití službě.

Opatření, která bude třeba přijmout je mnoho. Teprve po vyčerpání všech těchto opatření je možno jednat o jiných úpravách, jako je úprava pracovní doby, či kvóty přesčasové práce. Při dobře provedené reorganizaci, však takové kroky nebudou nejspíše třeba.

Pro úspěch takových změn je zcela nezbytný dialog a společné řešení problémů mezi MZ, MPSV a občanskými aktivitami včetně odborových organizací zaměstnanců. Bez domluvy a shody těchto subjektů, nelze přijatelné řešení očekávat.

Obávám se však, že při filozofii současného MZ, kdy se ministr „s odboráři bavit nebude“ a jeho mluvčí bude neustále odbory napadat, kdy se ministr odmítá bavit s ČLK, kterou považuje také za „odborářskou“, mnoho prostoru pro věcná řešení nezbývá.

Dočkáme se pravděpodobně jen dalších nařízeních a příkazů od „zeleného stolu“, represivních opatření vůči lékařům i dalším zaměstnancům nemocnic. Dočkáme se dalšího nárůstu napětí a polarizace zdravotnické veřejnosti. Z takového stavu však nemohou mít prospěch ani zdravotníci ani jejich pacienti.