

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

FAKULTA SOCIÁLNÍCH VĚD

Institut sociologických studií

Kristýna Kadlecová

**České zdravotnictví ve vztahu k lékařům v
nemocnicích**

Bakalářská práce

Praha 2012

Autor práce: **Kristýna Kadlecová**

Vedoucí práce: **MUDr. Petr Háva, CSc.**

Rok obhajoby: **2012**

Bibliografický záznam

KADLECOVÁ, Kristýna. *České zdravotnictví ve vztahu k lékařům v nemocnicích*. Praha: Karlova univerzita, Fakulta sociálních věd, Institut sociologických studií, 2012. 82 s. Vedoucí bakalářské práce MUDr. Petr Háva, CSc.

Abstrakt

V posledních desetiletích výzkumy zaměřené na lékaře docházejí k tomu, že tzv. „unhappy doctors“ se stalo celosvětovým fenoménem. V České republice se nespokojenost veřejně ukázala ve spojitosti se stávkou lékařů. Problémem, který se umocnil po transformaci, jsou nedostatečně promyšlené, jednostranně orientované změny v organizačním uspořádání, které mají dopad na řízení nemocnic a potažmo tak i na lékaře. Lékaři vykonávají kromě lékařské role i roli ekonomickou a manažerskou. Klíčovým problémem je, jak tyto tlaky lékaři vnímají a jak to ovlivňuje jejich pracovní podmínky. Cílem této práce je výzkum nespokojenosti současných českých lékařů, pracujících v nemocnici, tj. příčin rozporu mezi jejich očekáváním a realitou pracovních a dalších podmínek, jak se vyvíjely v posledních 20 letech a zejména v posledních 2 letech, kdy došlo k radikalizaci reprezentace zájmů nemocničních lékařů v ČR. V empirické části je použita kvalitativní metoda výzkumu – polostrukturované rozhovory s lékaři. Na základě provedeného výzkumu můžeme sledovat koloběh situace, která devaluje lékařskou profesi a ovlivňuje také pacienta, přičemž ústí do dalších problémů. Zjištěnou příčinou je zejména nedostatek času na jednotlivá vyšetření a nutnost kalkulovat s finančními limity ze strany lékaře. U lékařů dochází ke zvyšování pocitu, citujíc jednoho z respondentů „*dělník u pásu*“, a k zvýšenému stresu. Z pohledu pacienta pokles komunikace, která vázne mezi pacientem a lékařem, vyvolává nedůvěru, takže se pak obrací s pomocí na další lékaře. Dochází tak ke zbytečnému přesycení ambulancí a větší nutností lékařů potýkat se a operovat v daném limitu.

Abstract

In recent decades, researches focused on doctors attend to the fact that the "unhappy doctors" became a worldwide phenomenon. In the Czech Republic dissatisfaction was publicly revealed in connection with the strike of doctors. The problem that is amplified

after transformation are poorly thought out, unilaterally oriented changes in the organizational arrangements that have an impact on hospitals and by extension, as well as a physician. Doctors perform the economic and managerial role in addition to medical one. The key issue is how physicians perceive these pressures and how it affects their working conditions. The aim of this research work is discontent of contemporary Czech doctors working in hospital, i.e. the causes of conflict between their expectations and reality of their labor and other conditions, as developed in the last 20 years, and especially in the last 2 years when there was a radicalization of representation of interests of hospital doctors in the country. In the empirical part is used qualitative research method - semi-structured interviews with physicians. Based on the research, we can observe a situation which devalues the profession of doctor and patient is also affected, which leads into other problems. Findings are lack of time for each medical examination and the need to calculate the financial limits of the physician. The doctors have the increased feeling what respondents citing as "worker on the assembly line", and increased stress. From the perspective of patient decline of communication between the patient and doctor raises suspicion seriously, so they turn on another doctors. This leads to a glut of unnecessary ambulance and a greater need for doctors to deal with and will operate within a given limit.

Klíčová slova

Nemocnice, zdravotnický systém ČR, lidské zdroje ve zdravotnictví, lékařská profese, spokojenost lékařů, výzvy zdravotnického systému

Keywords

Hospitals, Health Care System of the Czech Republic, Human Recourses in Health, Medical Profession, Satisfaction of Doctors, Challenges of Health Care System

Rozsah práce: 127 049 znaků včetně mezer

Prohlášení

1. Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracoval/a samostatně a použil/a jen uvedené prameny a literaturu.
2. Prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného titulu.
3. Souhlasím s tím, aby práce byla zpřístupněna pro studijní a výzkumné účely.

V Praze dne 14. 5. 2012

Kristýna Kadlecová

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala MUDr. Petr Hávovi, CSc. za odborné vedení mé práce a za jeho podnětné připomínky. Dále bych poděkovala všem respondentů za ochotu účastnit se na výzkumu a za věnovaný čas.

Úvod

Nemocniční péče je celosvětově postavena v průběhu posledních několika desetiletí před mnohé výzvy. Mezi ně patří demografické změny v čele se stárnutím populace, technologický pokrok ženoucí dopředu i mnohé očekávání a nároky na straně pacientů, ekonomické a institucionální změny. (Dubois, McKnee, Nolte 2006; McKee, Healy 2002; IZPE 2003a; Rechel, Dubois, McKee 2006) K těmto změnám, reflektovaným po roce 2000 se v současnosti přidružují stále významněji vlivy ekonomické globalizace, privatizace, tržně orientovaných reforem (v duchu kterých se modernizují i zdravotnické služby) a také finančních krizí po roce 2008 (hypoteční krize v USA), dluhová krize v Řecku a problémy v dalších státech v Evropě.

Nemocnice v ČR se potýkají s nejistým postavením související s celosvětovým vývojem společnosti. Rozšíření (neo) liberalismu, který je podporován Světovou bankou, MMF a Světovou obchodní organizací v globálním kontextu, přispělo k rozšíření autonomie organizačně právního postavení nemocnic. To má však za důsledek nejisté výsledky jak vzhledem k pacientům (ekvita, efektivita, dostupnost aj.) (Mašková, Háva 2007) tak i vzhledem k lékařům (Afford 2003). Tento proces byl navíc umocněn transformačními procesy po roce 1990, které byly, co se týče ústavodárné změny, rychlejší než na co společnost ve svých názorech a postojích byla připravena. „Neoklasické chování ‚neuložené‘ v sociální struktuře a zbavené společenské kontroly se pak stává pro ekonomiku spíše destruktivní než konstruktivní“ (Večerník 1997:265-266). (Šrubař 1996)

V ČR pak jde od roku 2007 o významných vliv zdravotnických reforem zdravotnických reforem, které byly nejprve uskutečněny v rámci reformy veřejných financí od počátku roku 2007 a nyní jsou realizovány postupně zdravotnické reformy vlády. Společným jmenovatelem těchto reforem je převažující snaha řídit zdravotnictví primárně s využitím finančních nástrojů.

Cílem těchto reforem je však snížení výdajů ve zdravotnictví a přesun finanční zátěže na samotné pacienty. V důsledku těchto změn se dostávají aktéři zdravotnického systému do situací, jež nečekali a které je staví před nové skutečnosti. (Mašková, Háva 2007; Háva, Mašková-Hanušová 2009a; Háva, Mašková-Hanušová 2009b)

Tržní přístup klade důraz na větší ekonomickou efektivitu a přehlíží přitom právě významnost samotných pracovníků ve zdravotnictví, funkce a cíle zdravotnických systémů. Reakcí na tento vývoj jsou aktivity WHO, OECD. WHO přichází v roce 2000 s aktualizovaným konceptem zdravotnického systému. Jelikož k zvládnutí celosvětových výzev se počítá jak s výkonným systémem, tak i s výkonnými pracovníky, je důležité, aby se při vytváření směrnic bral ohled nejen na zvyšování kvality organizace a poskytovaných služeb, ale i na sladování pracovníků s cíli politiky a na zohlednění jejich vzrůstajících nároků. (Rechel, Dubois, McKnee 2006) Dále je nezbytné, aby zvyšující se nároky na ně, korespondovaly i s adekvátním zázemím (podmínkami jejich rozvoje) pro pracovní sílu ve zdravotnictví, a tak se dosáhlo vysoké efektivity zdravotnictví jako celku, ale i samotné motivace jednotlivců. Řízení lidských zdrojů ve zdravotnictví je tudíž důležitým faktorem. (Adams 2001, Armstrong 2002, Bennet 1999)

Aktuálnost motivace a zázemí pracovních sil ve zdravotnictví můžeme pozorovat globálně. V České Republice se veřejně ukázala teprve nedávno, i když tendence k nespokojenosti může sledovat již delší dobu. Afford (2003) poukazuje na negativní vlivy transformačních reforem na země východní a centrální Evropy promítající se v zaměstnaneckém zabezpečení a jistotách lékařů. Rokem 2004 a vstupem do Evropské Unie se nám otevřely i nové možnosti. Pracovní trh se stal otevřeným prostorem pro mnohé příležitosti. (Marečková 2004; Angelovski, Hanušová 2006) Nic nás neváže pracovat ve stejné zemi, kde jsme vystudovali, ani studovat v zemi, ve které jsme se narodili. Navíc protestní akce lékařů veřejně ukázala, že nespokojenost lékařů dosáhla své meze. K výpovědím, které podalo více než 3 500 lékařů (IDNES 2010), se přidalo lákání ze zahraničních nemocnic například v podobě Mezinárodního Job veletrhu Lékařství a zdraví, který se poprvé uskutečnil v roce 2010. (ZDN 2010)

Druhým důležitým zjištěním vyplývající z této stávky je, že lékaři se dokázali sjednotit. Nemałym dílem přispěla Lékařská odborová organizace a Lékařská komora aj. Pracovníci ve zdravotnictví nejsou spokojeni se zázemím u nás a tímto přicházíme o klíčovou pracovní sílu.

Implicitně pak nespokojenost lékařů vychází z tlaků na vývoj lékařské profese jako takové. Vlivem tzv. ‚protichůdných sil‘ (profesní skupiny, stát, plátci a klienti) se autonomie a dominance profese otřásá a posouvá ji do rovin, které na ni mají negativní důsledek (deprofesionalizaci). (Light 2010) Vnímání lékařské profese se dostává do rozporu. V podstatě nároky společnosti vyžadují, aby se tato profese stále charakterizovala altruismem, navzdory tomu, že vše ostatní je řízeno tržními silami. (Křížová 2006) Negativní důsledky skrze profesi se pak odráží i v demotivaci lékařů. (Light 2010, Křížová 2006) Nejen profese, ale i samotní jednotlivci jsou ovlivněni smýšlením společnosti vedoucí i k posunu morálních hodnot. (Light 2010; Večerník 1997)

Formulace výzkumného problému

Problém spokojenosti lékařů se svojí profesí je předmětem výzkumu několika vědních disciplín (sociologie medicíny, řízení lidských zdrojů, zdravotní politika, veřejná správa,), které přispěly k jeho základní strukturaci, výběru klíčových faktorů a začlenění tohoto problému do souvisejících kontextů sociálních, ekonomických a politických změn.

Výzkumným problémem jsou pak lidské zdroje ve zdravotnictví – lékaři, konkrétněji pak kde management lidských zdrojů selhává ve sladění cílů zdravotní politiky s nároky lékařů. U tak podstatného oboru, je ono sladění pracovních sil s vývojem zařízení nezbytné pro to, aby se dosáhlo účinného systému. Jak jsem naznačila v předchozích odstavcích, pracovní síla ve zdravotnictví – lékaři, je ovlivněna mnohými faktory. Tyto faktory jsem rozřadila do 3 sfér:

- **makro** – Zahrnující změny ve společnosti a její vývoj (jako je vliv myšlení: neoliberalismus, pragmatismus, ekonomická globalizace), které s sebou přináší škrtky ve veřejném sektoru, v produkci veřejných služeb. Demografické proměny společnosti se odráží ve spotřebě, ve vývoji zátěže nemocemi a dále pak například změn oborů (růst

ortopedie, klouby, pohybová aparát, oční, neurologie). Zdravotnictví je odvětví dynamické, ovlivňováno technologickými inovacemi, se kterými je důležité držet krok a mít k nim uzpůsobené prostředí (nejen nemocničních budov, ale i pracovníků, kteří vyžadují neustálé školení). (IZPE 2003a; Dubois, McKee 2006 aj.)

- **mezo** – Takovýmito změnám se pak přizpůsobuje mezo sféra, která obsahuje zdravotní politiku, reformy (decentralizace nemocnic, způsobující odlišnosti ve vývoji malých a středních nemocnic), právní normy a jejich aplikace, změny v organizaci nemocnic. Dochází ke změnám řízení nemocnic, kde se ustupuje novým trendům jako podnikatelské řízení nemocnic s důrazem na ekonomiku. Nemocnice se tak dostávají pod tlak úspor. Vlivem makro změn se pak mění i struktura nemocniční péče i lidských zdrojů, tak aby péče byla co nejefektivnější. (IZPE 2003b; Afford 2003; Háva, Mašková-Hanušová 2009 aj.)

- **mikro** – Nejužší zaměření s sebou přináší mikro sféra. Ta se zabývá podmínkami lékařů a způsoby jejich zainteresovanosti. Lékaři jsou ovlivňováni v několika dimenzích.
 1. Mezi nimi je politická kultura, která se zbývá propadem intelektuální třídy ve společnosti a její snahou tomuto propadu zabránit. (Sokol 2007; Keller 2011, Večerník 1997 aj.)
 2. Jednání a možný posun mezi morální a právní stránkou, vlivem faktorů na úrovni všech sfér. (Večerník 1997 aj)
 3. Další zmíněnou bude rozpolcenost lékařské profese, kde jako klíčový se vidí propad profese způsobeným například napětí mezi trojúhelníkem vztahů stát-kapitalismus-lékař. (Light 2010; Gabe, Bury, Eston 2004 aj.)
 4. Zaměstnanecké stimuly spolu s rámcem motivace hrají samozřejmě také klíčovou roli. Stimuly můžeme na tzv. platové (odměňování, platy) a neplatové stimuly v podobě dalších benefitů jako dovolené spolu s dalšími faktory jako pracovní zátěž, styly řízení (to co s sebou přináší meso sféra) (Bennet 1999; Adams 2000 aj.)

Klíčovým problémem je, jak tyto tlaky vnímají lékaři, jelikož lékaři vstupují do svého povolání s jistými představami. Důsledkem nesprávného vývoje se pak jejich očekávání mine s realitou. Vznikne *rozpor mezi očekáváním ze strany lékařů a realitou*. Ta ústí v nespokojenost, která jak prokazují výzkumy, vede k nekvalitní klinické péči. (Dubois, McKee, Nolte 2006) Dílčími výsledky pak můžou být:

- neefektivnost práce (neochota se vzdělávat, neochota výkonně pracovat, nedostatek stimulů pro zlepšení pracovního výkonu, únava a nesoustředěnost při přesčasech),
- neregulované příjmy (úplatky, podpultové rady/prohlídky),
- emigrace za lepšími podmínkami,
- stávky.

Cíle a otázky

Cílem mé práce je výzkum nespokojenosti současných českých lékařů, pracujících v nemocnici, tj. příčin rozporu mezi jejich očekáváním a realitou pracovních a dalších podmínek, jak se vyvíjely v posledních 20 letech a zejména v posledních 2 letech, kdy došlo k radikalizaci reprezentace zájmů nemocničních lékařů v ČR. I když cílem výzkumu je empirické zmapování současných problémů lékařů, kde mezníkem může být viděn rok 2007 z legislativních důvodů, příčiny problému se dají sledovat hlouběji.

Základní okruhy otázek:

1) Motivace respondentů ke studiu lékařské fakulty

- Důvody výběru studia na LF?
- Zvolili by znovu studium na LF, kdyby se měli nyní rozhodovat?

2) Stávající spokojenost s pracovními podmínkami v nemocnicích

- Jaké jsou hlavní důvody k nespokojenosti?
- Co by mohlo podle názoru dotazovaných lékařů přispět k vyšší spokojenosti?
- Jak respondenti reagují na cíle a průběh stávky z roku 2010 (pod záštitou LOK aj.)? Jejich pohled na stávku?
- Jaké jsou plány respondentů do budoucna? Zda respondenti chtějí setrvat v nemocnicích?

3) Reflexe společenských změn.

- Jak respondenti vnímají reformy zdravotní péče v ČR po roce 2007?
- Vnímají souvislosti těchto reforem se současnou ekonomickou globalizací?

4) Reflexe reformních změn českého zdravotnictví: v 90. letech a po roce 2007.

- Co považují za klíčové změny s důsledky pro jejich vlastní pracovní podmínky?
Jaká zde spatřují rizika, chyby?
Jak vnímají roli a odpovědnost jednotlivých aktérů?
- Chápu cíle a ospravedlnění reforem zdravotnictví v ČR jako nutné a nezbytné nebo mají pochybnosti., jiné názory?

Teoretická východiska

Zdravotnictví je součástí společnosti, a tudíž reaguje na její změny. Když se na problematiku podíváme z vyšší perspektivy, můžeme zmapovat změny na makro úrovni tj. například neoliberalismus, demografický vývoj aj., další úrovní je přizpůsobující se zdravotnictví pomocí reforem, restrukturalizací aj. a v neposlední řadě lékařská profese jako taková a její zázemí. Politika lidských zdrojů by takovýmito změnám měla věnovat pozornost. Průzkumy dokazují, že spokojenost zaměstnanců přináší vyšší efektivitu práce a s ní i lepší fungování nemocnic. (Dubois, McKee, Nolte 2006) Health care institute provádí výzkumy na českých nemocnicích. Moje aspirace si nekladou zmapovat všechny možné vlivy na zdravotnické zařízení potažmo lékaře. Avšak cílem je rozpor mezi očekáváním lékařů a realitou jejich podmínek, je proto nezbytné popsat hlavní vlivy ovlivňující tyto podmínky.

Jelikož je společnost dynamická, můžeme si povšimnout společenských a ekonomických změn. Idea neoliberalismu, která se týká svobodného trhu a jedinců v něm se pohybující, to zaštitěné institucionálním rámcem, proniká do všech částí společnosti. Tam kde svoboda trhu neexistuje, tam musí být vytvořena a je-li potřeba, je vytvořena státem, přičemž další zásahy státu jsou minimální. (Harvey 2007) V postsocialistických zemích, na rozdíl od západních zemí, kde byl vývoj posloupný, vývoj vygradoval v transformaci. Večerník (1996) nám dokazuje, že i přesto, že společnost provedla ekonomickou transformaci rychle, vývoj společnosti je plynulý a mohou se najít společné znaky oběma diametrálně odlišným režimům. Tržní ekonomika a snaha profitovat však přináší změny i pro vědeckou profesi. Ta již není v rukou státu, ale pracuje na zakázku, aby se poznatky co nejlépe zacílily a využily. Komodifikace vědecké znalosti může přinášet i nevýhody. (Baskaran, Boden 2007)

Změnami prochází i řízení společností, kdy dochází k tržně orientovaným reformám, kterými si prochází i české zdravotnictví. Účelem je snížení finančních výdajů, přičemž je čas nákladu přenesena na pacienta. O takovýchto změnách informovaly na evropské úrovni publikace *Hospitals in a changing Europe* (McKee, Healy 2002). Obraz o vývoji České Republiky je pak zejména popsán v článcích *Měnící se nemocnice v Evropě* (Mašková, Háva 2007), *Zdravotní politika Visegrádských zemí* (Háva, Hanušová-Mašková 2009) a v *Corrosive reforms* (Afford 2003). Nemocnice ve většině případů přestaly být státními organizacemi a jsou řízeny na krajské či okresní úrovni nebo se stávají akciovými společnostmi. Takovéto změny se promítají do řízení, které je ovlivňováno manažerskými praktikami. Odborníci se kladou otázky, zda nemocnice může být řízena takhle ekonomicky a zda by se například manažerské pozice neměly obsazovat přeškoleným personálem. Navíc společnosti, které už nespádají pod stát, se nedají státně regulovat, což se v některých zemích projevilo jako důležitý kladný faktor. V opačném případě snaha po zisku může být neúnosná nejen v případné finanční nákladnosti pro pacienty.

Ekonomický a organizační vývoj se pak odráží v možnostech zaměstnanecké stimulace pracovníků. Publikace *Pay and non-pay incentives* (Adams, Hicks 2002) shrnuje možnosti zaměstnaneckých stimuly, tj. vlivy, jež mají zajistit vyšší výkonnost pracovníků. Možnosti organizace na zvýšení výkonnosti pracovníků se neomezují pouze na platové a neplatové stimuly a tresty za neodvedenou práci. Důležité také je zahrnout je do organizace a nevynechávat lékaře z plánování řízení. Proto se mi zdá rámeček, který podává Benett a Frasco (1999), pro motivaci důležitý. Zejména když, jak se ve sborníku *Handbook of medical sociology* uvádí, sama lékařská profese prochází změnou vyznačující se ztrátou autonomie, která může vést k demotivaci pracovníků. Dříve k vědeckým povoláním, přičemž to lékařská je jedním z příkladů, autonomie dozajista patřila. Dnes je však omezena vlivem několika subjektů. Takzvané protichůdné síly mohou být vnímané jak ze strany legislativní vlivem státu, tak to mohou být i vlivy regulační ze stran plátců (stát, pojišťovny, ale i jednotlivci). Diskursní pole má pak tvar trojúhelníku, přičemž lékaři hrají „dvojitou roli“ snažíc se vyhovět oběma stranám. Ve výsledku pak zaniká, kdo vlastně klientem je ... (Křížová 2006; Light 2010; Gabe, Bury, Elston 2004) Jak Konkrétněji o České Republice podává přehled publikace

Politika rozvoje lidských zdrojů ve zdravotnictví, která se zaměřuje zejména na podmínky mladých lékařů. (IZPE 2003)

Hodnotová východiska

Hodnotová hlediska ve vztahu k funkcím a cílům zdravotnických systémů jsou předmětem rostoucího zájmu. Hodnocení výkonnosti zdravotnického systému se dá dvěma způsoby. (Murray, Frenk 2000; WHO 2000) Jedním z nich je hodnocení základních cílů a cílů podpůrných, jež napomáhají cílům hlavním, avšak sami o sobě nejsou hlavním zájem. Hlavní cíle zdravotní politiky jsou:

- lepší zdravotní stav obyvatelstva – kdyby se zdravotní stav obyvatelstva skrze zdravotnický systém by postrádal smysl
- vstřícnost – která má sloužit ke splnění očekávání obyvatelstva a zároveň k jejich legitimaci
- spravedlivost ve finančních příspěvcích – ty by neměly znevýhodňovat žádné domácnosti ani jedince, přičemž se bere ohled na jejich ekonomické zázemí

Cíle podpůrné, tzv. instrumentální nejsou hlavní hodnotou zdravotnického systému, avšak jejich splnění přispívá k jejich naplnění. (Murray, Frenk 2000; WHO 2000) Tímto cílem je například pracovní síla ve zdravotnictví. Její zlepšení a vysoký výkon je prostředkem dodržení cílů zdravotní politiky.

Druhým rámcem je hodnocení výkonnosti v rámci daných podmínek systému. To znamená to nejlepší, co může být dosaženo se stejnými zdroji. Každý systém je jakýmsi způsobem unikátní stejně tak jako potřeby a očekávání obyvatelstva. (Murray, Frenk 2000; WHO 2000)

Metodologie

Ve své práci bych chtěla využít studium dokumentů a publikací z mezinárodních organizací, českých autorů, zabývajících se touto problematikou. K vymezení problému jsem také využívala neformálních rozhovorů s lékaři. Následně pak kvalitativní výzkum, jehož cílem by bylo zjistit subjektivní výpovědi lékařů v nemocnicích ČR ohledně očekávání, které bylo a je spjaté s jejich lékařským zaměstnáním. Rozhovory nám poskytnou subjektivní hodnocení jejich očekávání spjaté s profesí, a nakolik jsou v rozporu s reálnými podmínkami jejich zázemí v nemocnici shrnující důvody

nespokojenosti. Poslední bod shrnuje reflexi dotázaných lékařů na reformní kroky s důsledky pro jejich podmínky.

Výzkum bude probíhat formou rozhovorů, jejichž výhodou vidím v detailnějších výpovědích a možnostech hlouběji nahlédnout do problému. Druh rozhovoru, který použiji, k dotazování bude tzv. polostrukturovaný rozhovor. Podle teorie je tento druh rozhovoru vhodný k získávání názorů a představ právě díky tomu, že je rozhovor volnější. I když budu mluvit s experty ve svém oboru, bude to rozhovor polostandardizovaný, protože se nebudu ptát na otázky z jejich oboru, ale na jejich očekávání se kterými do své práce nastupovali. Pro výzkum volím menší počet respondentů, přičemž jejich výběr bude cílený. Předpokládaný počet bude 4-6 lékařů. Nevýhoda této metody je v malé reprezentativnosti a možnosti zkreslení výzkumu (plus obtížné prokazování příčinnosti).

Výběr respondentů bude úsudkem. Respondenti budou atestovaní lékaři, jelikož mnohdy lékařům neatestovaným není dovoleno pracovat na ambulanci s pacienty a tudíž jejich práce je spíše asistenční. Navíc atestovaní doktoři již pracují v nemocnicích několikátým rokem, a tudíž se budou moci lépe vyjádřit jak k jejich postavení v rámci organizace, tak i shrnout proměny systému minimálně dle jejich zkušeností.

1 Obsah

1	OBSAH.....	1
2	ÚVOD.....	3
3	VÝZKUMNÝ PROBLÉM, CÍLE, OTÁZKY.....	6
3.1	VÝZKUMNÝ PROBLÉM	6
3.2	CÍL PRÁCE	8
3.3	VÝZKUMNÉ OTÁZKY	8
4	TEORETICKÁ VÝCHODISKA	10
4.1	VNĚJŠÍ TLAKY NA ZMĚNU ZDRAVOTNICKÝCH SYSTÉMŮ A NA LIDSKÉ ZDROJE.....	12
4.1.1	<i>Politické a sociální trendy.....</i>	<i>12</i>
4.1.2	<i>Transformační procesy ČR.....</i>	<i>15</i>
4.1.3	<i>Demografické a ekonomické trendy.....</i>	<i>16</i>
4.1.3.1	<i>Změny v oblasti potřeby péče.....</i>	<i>17</i>
4.1.3.2	<i>Vývoj samotných zdravotnických služeb.....</i>	<i>18</i>
4.1.3.3	<i>Ekonomický vývoj zdravotnických systémů</i>	<i>20</i>
4.2	ZMĚNA STRUKTURY ZDRAVOTNICKÝCH SYSTÉMŮ	21
4.2.1	<i>Institucionální změny</i>	<i>22</i>
4.2.1.1	<i>Státní regulace zdravotnických systémů</i>	<i>24</i>
4.2.2	<i>Organizační změny.....</i>	<i>25</i>
4.2.3	<i>Atypický vývoj zemí východní a střední Evropy</i>	<i>27</i>
4.2.4	<i>Právní vývoj nemoc České Republiky.....</i>	<i>28</i>
4.3	LÉKAŘSKÁ PROFESE A JEJÍ VÝVOJ.....	31
4.3.1	<i>Vzestup lékařského povolání.....</i>	<i>32</i>
4.3.2	<i>Identifikace s profesí</i>	<i>34</i>
4.3.3	<i>Charakteristiky lékařské profese.....</i>	<i>35</i>
4.3.4	<i>Oslabování lékařských charakteristik.....</i>	<i>37</i>
4.3.5	<i>Proměny české lékařské kultury</i>	<i>40</i>
4.3.6	<i>Důležitost pracovních stimulů a motivace.....</i>	<i>41</i>
5	METODICKÝ PŘÍSTUP	44
5.1	VÝBĚR A PRŮBĚH ROZHOVORŮ RESPONDENTŮ	45
6	OČEKÁVÁNÍ LÉKAŘŮ A VNÍMÁNÍ REALITY – EMPIRICKÁ ČÁST.....	47
6.1	VANDA.....	47

Bakalářská práce

6.2	MICHAL.....	50
6.3	JITKA.....	52
6.4	VÍT.....	54
6.5	ŠIMON.....	57
6.6	LADISLAV.....	60
6.7	SHRNUTÍ ROZHOVORŮ.....	62
6.8	ODLIŠNÝ BOD VÝPOVĚDÍ RESPONDENTŮ Z OKRESNÍ A FAKULTNÍ NEMOCNICE.....	65
7	KONFRONTACE NE/SPOKOJENOSTI LÉKAŘŮ S JINÝMI PUBLIKACEMI.....	66
8	ZÁVĚR.....	68
9	SUMMARY.....	71
10	POUŽITÁ LITERATURA.....	72
11	SEZNAM PŘÍLOH.....	76
12	PŘÍLOHY.....	77

2 Úvod

Nemocniční péče je celosvětově v průběhu posledních několika desetiletí postavena před mnohé výzvy. Mezi ně patří demografické změny v čele se stárnutím populace, technologický pokrok ženoucí dopředu i mnohé očekávání a nároky na straně pacientů, ekonomické a institucionální změny (Dubois, McKnee, Nolte 2006; McKee, Healy 2002; IZPE 2003a; Rechel, Dubois, McKee 2006). K těmto změnám, reflektovaným po roce 2000 se v současnosti přidružují stále významněji vlivy ekonomické globalizace, privatizace, tržně orientovaných reforem (v duchu kterých se modernizují i zdravotnické služby) a také finančních krizí po roce 2008 (hypoteční krize v USA), dluhová krize v Řecku a problémy v dalších státech v Evropě.

Nemocnice v ČR se potýkají s nejistým postavením souvisejícím s celosvětovým vývojem společnosti. Rozšíření neo-liberalismu, který je podporován Světovou bankou, MMF a Světovou obchodní organizací v globálním kontextu, přispělo k rozšíření autonomie organizačně právního postavení nemocnic. To má však za důsledek nejisté výsledky jak vzhledem k pacientům (ekvita, efektivita, dostupnost aj.) (Mašková, Háva 2007) tak i vzhledem k lékařům (Afford 2003). Tento proces byl navíc umocněn transformačními procesy po roce 1990, které byly, co se týče ústavodárné změny, rychlejší než na co společnost ve svých názorech a postojích byla připravena. „Neoklasické chování ‚neuložené‘ v sociální struktuře a zbavené společenské kontroly se pak stává pro ekonomiku spíše destruktivní než konstruktivní“ (Večerník 1997:265-266) (Šrubař 1996).

V ČR pak jde od roku 2007 o významný vliv zdravotnických reforem, které byly nejprve uskutečněny v rámci reformy veřejných financí od počátku roku 2007 a nyní jsou realizovány postupně ve formě vládních návrhů zákonů jednotlivých ministerstev. Společným jmenovatelem těchto reforem je převažující snaha řídit zdravotnictví primárně s využitím finančních nástrojů („penězi řízené zdravotnictví“). Cílem těchto reforem je však především snížení výdajů ve zdravotnictví a přesun finanční zátěže na samotné pacienty. V důsledku těchto změn se dostávají aktéři zdravotnického systému

do situací, jež nečekali a které je staví před nové skutečnosti. (Mašková, Háva 2007; Háva, Mašková-Hanušová 2009a; Háva, Mašková-Hanušová 2009b)

Tržní přístup klade v posledních 20-30 letech důraz na větší ekonomickou efektivitu a přehlíží přitom právě významnost samotných pracovníků ve zdravotnictví, funkce a cíle zdravotnických systémů (WHO 2000). Tento vývoj je reflektován v četných studiích WHO, OECD a dalších výzkumných pracích. WHO přichází v roce 2000 s aktualizovaným konceptem zdravotnického systému. Jelikož k zvládnutí celosvětových výzev se počítá jak s výkonným systémem, tak i s výkonnými pracovníky, je důležité, aby se při vytváření směrnic bral ohled nejen na zvyšování kvality organizace a poskytovaných služeb, ale i na sladování pracovníků s cíli politiky a na zohlednění jejich vzrůstajících nároků. (Rechel, Dubois, McKnee 2006) Dále je nezbytné, aby zvyšující se nároky na ně, korespondovaly i s adekvátním zázemím (podmínkami jejich rozvoje) pro pracovní sílu ve zdravotnictví, a tak se dosáhlo vysoké efektivity zdravotnictví jako celku, ale i samotné motivace jednotlivců. Řízení lidských zdrojů ve zdravotnictví je tudíž důležitým faktorem. (Adams 2001, Armstrong 2002, Bennet 1999)

Aktuálnost motivace a zázemí pracovníků ve zdravotnictví můžeme pozorovat globálně. V České Republice se veřejně ukázala teprve nedávno, i když tendence k nespokojenosti můžeme sledovat již delší dobu. Afford (2003) poukazuje na negativní vlivy transformačních reforem na země východní a centrální Evropy promítající se v zaměstnaneckém zabezpečení a jistotách lékařů. Rokem 2004 a vstupem do Evropské Unie se nám otevřely i nové možnosti. Pracovní trh se stal otevřeným prostorem pro mnohé příležitosti. (Marečková 2004; Angelovski, Hanušová 2006) Nic nás neváže pracovat ve stejné zemi, kde jsme vystudovali, ani studovat v zemi, ve které jsme se narodili. Navíc protestní akce lékařů v ČR počínaje od roku 2010 veřejně ukázaly, že nespokojenost lékařů dosahuje kritických mezí. K výpovědím, které podalo více než 3 500 lékařů (IDNES 2010), se přidalo lákání ze zahraničních nemocnic například v podobě Mezinárodního Job veletrhu Lékařství a zdraví, který se poprvé uskutečnil v roce 2010. (ZDN 2010) Druhým důležitým zjištěním vyplývající z této stávkou je, že lékaři se dokázali sjednotit. Nemalým dílem přispěla Lékařská odborová organizace a Lékařská komora aj. Lékaři v nemocnicích nejsou spokojeni se zázemím a vývojem, před které je staví nové výzvy české zdravotnické politiky

v posledních letech. Přístupy tvůrců zdravotní politiky evidentně nepřístupují citlivě k rozvoji lidských zdrojů, do nichž byly vloženy v předchozím vývoji nemalé celospolečenské investice z hlediska jejich vzdělávání a získání praxe.

Implicitně pak nespokojenost lékařů vychází z tlaků na vývoj lékařské profese jako takové. Vlivem tzv. „protichůdných sil“ (profesní skupiny, stát, plátcí a klienti) se autonomie a dominance profese otřásá a posouvá ji do rovin, které na ni mají negativní důsledek (deprofesionalizaci). (Light 2010) Vnímání lékařské profese se dostává do rozporu. V podstatě nároky společnosti vyžadují, aby se tato profese stále charakterizovala altruismem, navzdory tomu, že vše ostatní je řízeno tržními silami. (Křížová 2006) Negativní důsledky skrze profesi se pak odráží i v demotivaci lékařů. (Light 2010, Křížová 2006) Nejen profese, ale i samotní jednotlivci jsou ovlivněni smýšlením společnosti vedoucí i k posunu morálních hodnot. (Light 2010; Večerník 1997)

3 Výzkumný problém, cíle, otázky

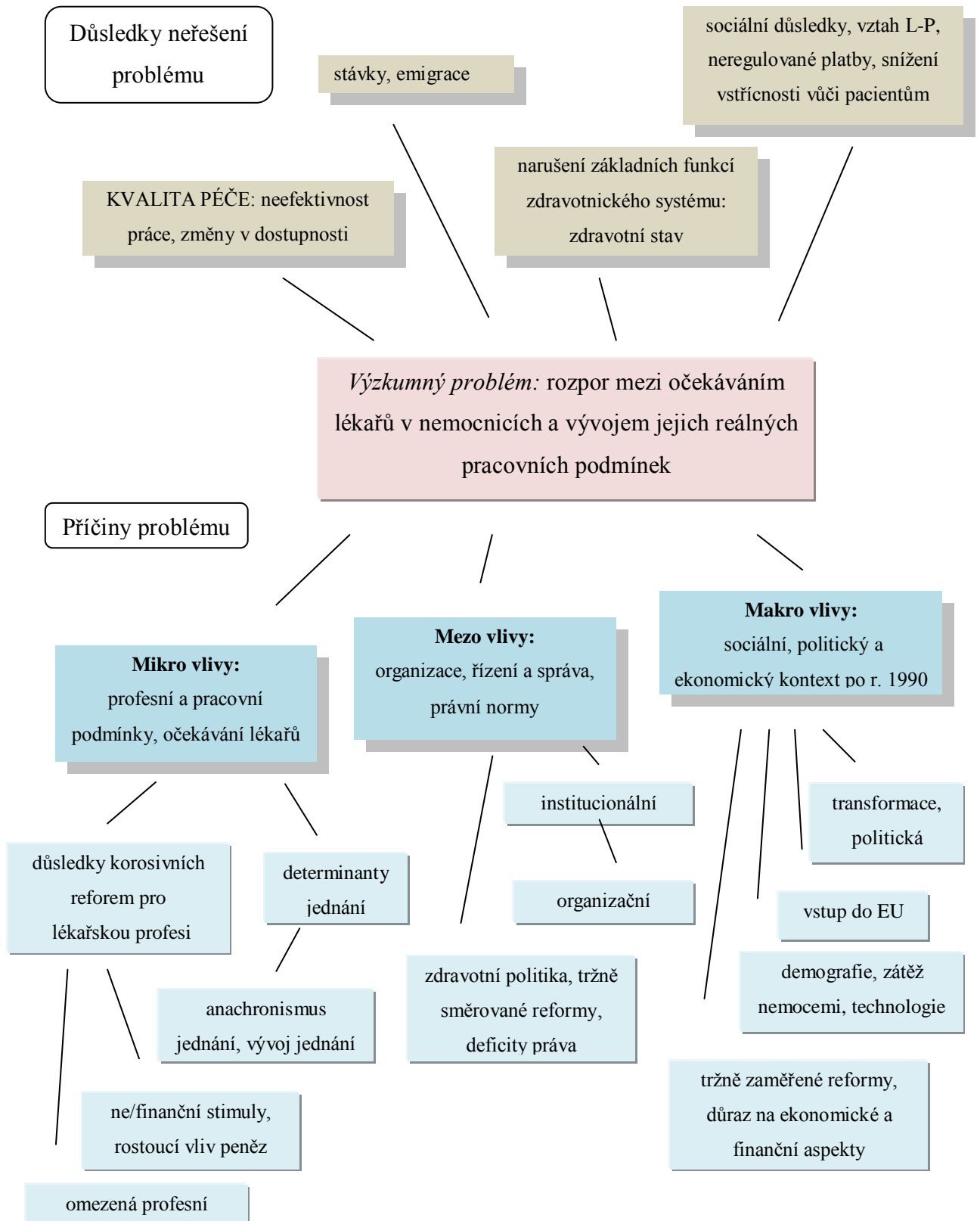
3.1 Výzkumný problém

Problém spokojenosti lékařů se svojí profesí je dlouhodobým předmětem výzkumu několika vědních disciplín (sociologie medicíny, řízení lidských zdrojů, zdravotní politika, veřejná správa ...), které přispěly k jeho základní strukturaci, výběru klíčových faktorů a začlenění tohoto problému do souvisejících kontextů sociálních, ekonomických a politických změn. (Křížová 2006; Rechel, Dubois, McKnee 2006; Dubois, McKee, Nolte 2006 aj.)

Výzkumným problémem této práce jsou pak lidské zdroje ve zdravotnictví – nemocniční lékaři. Díky rychlým a jednostranně orientovaným změnám v organizačním uspořádání a financování, se setkáváme s neporozuměním okolí. Před problémy jsou postaveni jak manažeři v nemocnicích, tak i samotní pracovníci, sdružení do asociací, profesní komory apod. U tak podstatného oboru, je ono sladění pracovních sil s vývojem zařízení nezbytné pro to, aby se dosáhlo účinného systému. Jak jsem naznačila v předchozích odstavcích, pracovní síla ve zdravotnictví – lékaři, je ovlivněna mnohými faktory. Tyto faktory jsem rozřadila do 3 sfér, jak zobrazuje schéma níže.

Klíčovým problémem je, jak tyto tlaky vnímají lékaři, jak jsou schopni interpretovat podstatu těchto změn, jak se s těmito změnami identifikují a jak to ovlivňuje jejich pracovní podmínky. Díky nynějším vývojovým trendům jsou redukovány zdroje ve zdravotnictví, takže pracovníci jsou postaveni před konkurenci o takové zdroje. Na pracovníky působí stres, frustrace, pocit zneuznání, nespravedlnost plynoucí z těchto neklinických příčin a odráží se to jak na jejich profesi, tak i na vývoj jejich pracovních podmínek (Křížová 2006, Light 2010). Důsledkem nesprávného vývoje se jejich očekávání, se kterým vstupovali do svého povolání, mine s realitou. Vznikne rozpor mezi očekáváním ze strany lékařů a realitou. Ta ústí v nespokojenost, která jak prokazují výzkumy, a vede k nekvalitní klinické péči. (Dubois, McKee, Nolte 2006)

Schéma 1: Strom příčin a důsledků výzkumného problému



3.2 Cíl práce

Cílem mé práce je výzkum nespokojenosti současných českých lékařů, pracujících v nemocnici, tj. příčin rozporu mezi jejich očekáváním a realitou pracovních a dalších podmínek, jak se vyvíjely v posledních 20 letech a zejména v posledních 2 letech, kdy došlo k radikalizaci reprezentace zájmů nemocničních lékařů v ČR.¹

3.3 Výzkumné otázky

1) Motivace respondentů ke studiu lékařské fakulty

- Jaké jsou důvody respondentů výběru vysokoškolského studia na lékařských fakultách?
- Co respondenti očekávali od výkonu lékařské profese?
- Zvolili by si nyní respondenti znovu studium na lékařské fakultě?

2) Stávající spokojenost s pracovními podmínkami v nemocnicích

- Jaké jsou podle dotázaných lékařů hlavní nevýhody jejich pracovních podmínek?
- Jaké jsou podle dotázaných lékařů přednosti jejich profese?
- Co by mohlo podle názoru respondentů přispět k jejich větší spokojenosti?

Sociální faktor

- Jak vnímají možnosti profesní realizace v rámci organizace?

Klinický faktor

- Jak respondenti vnímají psychickou náročnost práce?

¹ I když cílem výzkumu je empirické zmapování současných problémů lékařů, kde mezníkem může být viděn rok 2007 z legislativních důvodů, příčiny problému se dají sledovat hlouběji.

- Jak respondenti vnímají vztah lékař-pacient?
- Jak dotázaní lékaři vnímají vztahy v organizační struktuře?

Odměna

- Jak jsou respondenti spokojeni s ohodnocením jejich práce?
- Uvažovali respondenti někdy o tom změnit povolání?
- Jaké jsou plány respondentů do budoucna?

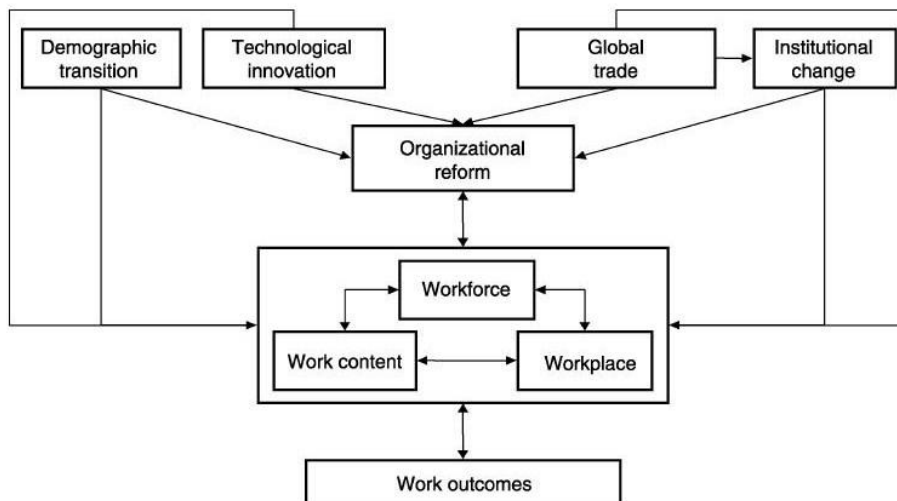
3) Reflexe reformních změn českého zdravotnictví

- Jak respondenti vnímají reformy zdravotní péče v ČR po 90. letech až do současnosti?
- Jak dotázaní lékaři hodnotí klíčové změny v rámci reformních kroků s důsledky pro jejich vlastní pracovní podmínky?
- Jak vnímají roli a odpovědnost jednotlivých aktérů?
- Chápou respondenti cíle reformy zdravotnictví v ČR jako nezbytné? Jaké je jejich řešení?

4 Teoretická východiska

Nashromážděné poznatky v posledních 20 – 30 let přispěly k vývoji teoretického poznání. Umožňují nám lépe porozumět vývoji v oblasti péče a příčinám tohoto vývoje. Zdravotnictví v posledních desetiletích prochází progresivním vývojem ve všech jeho oblastí: technologie, biomedicína aj. a zároveň se mu dostává finanční podpory jako nikdy dříve. Na druhé straně se však díky organizačním změnám nemocnic, zaměřené primárně na ekonomické aspekty, nedaří zdravotnictví reformovat efektivně a efektivně dosáhnout stanovených cílů jako je například dostupnost a kvalita, jak lékaři signalizují. (Rechel, Dubois, McKee 2006)

Schéma 2: Vliv vývojových trendů na lidské zdroje ve zdravotnictví



Zdroj: Dubois, McKee, Nolte 2006

Chyba může tkvět v nedostatečně věnované pozornosti pracovní síle ve zdravotnictví. (Rechel, Dubois, McKee 2006) A to i přesto, že mnohé výzkumy dokazují, že lidské zdroje jsou základ úspěchu. „Mnozí se shodují, že HMR praktiky, které zohledňují množství zaměstnanců, investice do vzdělání, týmová práce, zaměstnanecká autonomie a zplnomocnění, mají vliv na zvyšování organizačních

*výsledků a výkonů*² (Dubois, McKnee, Nolte 2006:155). Následující graf ukazuje fluiditu vlivu, které ovlivňují pracovníky, přičemž to je právě poslední bod a tím pádem i nejvíce klíčový, před výstupy. Aby se splnily všechny cíle zdravotnictví a dosáhlo se tak patřičné kvality (Murray, Frenk 2000), je nezbytné této rovině věnovat větší pozornost.

„Nemocnice ve světě jsou pod stále rostoucími a rychle se měnícími vlivy: reagují na demografické procesy, změny ve skladbě nemocí, vývoj nových technologií a medicínských poznatků. Nemocnice se snaží vyrovnávat také se změnami širšího socioekonomického a politického kontextu: snižování tempa růstu nákladů nemocnic, změny sociálního státu, reformy veřejné správy, globalizace, modernizace“ (Mašková, Háva 2007: 82). Všechny tyto vlivy mají skrze organizaci přímý dopad na zdravotnický personál, konkrétně lékaře, kteří se těmto vlivům přizpůsobují. Mnohé organizační změny ve jménu vývoje však tento personál opomíjejí, či nedostatečně berou v potaz. A to i přesto, že je dokázané, že harmonie personálu a organizace má pozitivní vliv na cíl zdravotnictví – kvalitu poskytované péče. (Rechel, Dubois, McKee 2006)

K celostnímu pochopení vývoje péče je nutno zohlednit jak globální vývoj, tak i národní odlišnosti. Tzv. „konvergenční“ upozorňuje na sbližování reforem ve vyspělých státech vlivem trhu, technologií a omezení stejných pro tyto státy. Trendy ve vývoji a stejné směrnice například vlivem EU nebo mezinárodních organizací způsobují podobnost systémů. „Opositní“ argument na druhou stranu upozorňuje, abychom nepřehlíželi národní výjimečnosti a abychom se nesnažili udělat univerzální škatulkování systému. (Rechel, Dubois, McKee 2006) Proto ve své práci zohledním dění na mezinárodní i národní úrovni.

V teoretických východiscích se také snažím o multidisciplinární pohled na problém, abych využila poznatkové přínosy jednotlivých disciplín a přiblížila se celkovému pohledu na studovaný problém. Proto jsou východiska postavena na

² „There appears to be a growing consensus that certain HRM practices teth incorporate commitment to ensure adequate staffing, investment in training, teamwork, employee autonomy and empowerment are associated with enhanced organizational outcomes and performance.“

poznacích z veřejné a sociální politiky, ekonomie, sociologie medicíny, politologie. Pracovní síla ve zdravotnictví je citlivá oblast zdravotnictví, která je mnohdy přehlížena. Každé vlivy ve svrchních sférách mají dopad na lidské zdroje ve zdravotnictví, ať už přímo či nepřímo.

4.1 Vnější tlaky na změnu zdravotnických systémů a na lidské zdroje

Tyto změny nezahrnují pouze změny ovlivňující zdravotnické systémy, ale i změny ve společnosti a její vývoj, který má vliv na lidské zdroje jako takové. Ekonomické trendy přinášejí škrty ve veřejném sektoru, v produkci veřejných služeb. Demografické proměny společnosti se odráží ve spotřebě, ve vývoji zátěže nemocemi a dále pak například změn oborů (růst ortopedie, klouby, pohybová aparát, oční, neurologie). Zdravotnictví je odvětví dynamické, ovlivňováno technologickými inovacemi, se kterými je důležité držet krok a mít k nim uzpůsobené prostředí (nejen nemocničních budov, ale i pracovníků, kteří vyžadují neustálé školení). (IZPE 2003a; Dubois, McKee, Nolte 2006 aj.) Česká Republika je navíc ovlivněna historickým kontextem, který se podepsal zejména na jejím rozložení a ovlivnění dalšího vývoje střední třídy. Ovlivnil tak nejen vývoj střední třídy, ale i její smýšlení. (Večerník 1997)

4.1.1 Politické a sociální trendy

Vlivem celosvětových procesů dochází k větší provázanosti společností vyznačující se stejnými nebo podobnými ekonomickými rysy. Vlivem globalizace dochází ke stanovení společných standard v mnohých oblastech včetně zdravotnictví. A to v různých oblastech od vzdělání, certifikace a následné možné migrace až po hlavní reformy zdravotnictví, které ovlivňují například objem a strukturu zdravotního personálu. „*Globalizace trhu vyžaduje snížení nákladů a zvýšení efektivnosti s cílem zvýšit konkurenceschopnost, přinášející tak důsledky pro pracovní sektor ve zdravotnictví*“³ (Dubois, McKee, Nolte 2006:28). Zásahy mezinárodní politiky do národních sfér také znamenají ztrátu profesní samoregulace pod záštitou národních

³ Market globalization requires the reduction of costs and improved efficiency in order to enhance competitiveness, with consequences for the labour-intensive health sector.

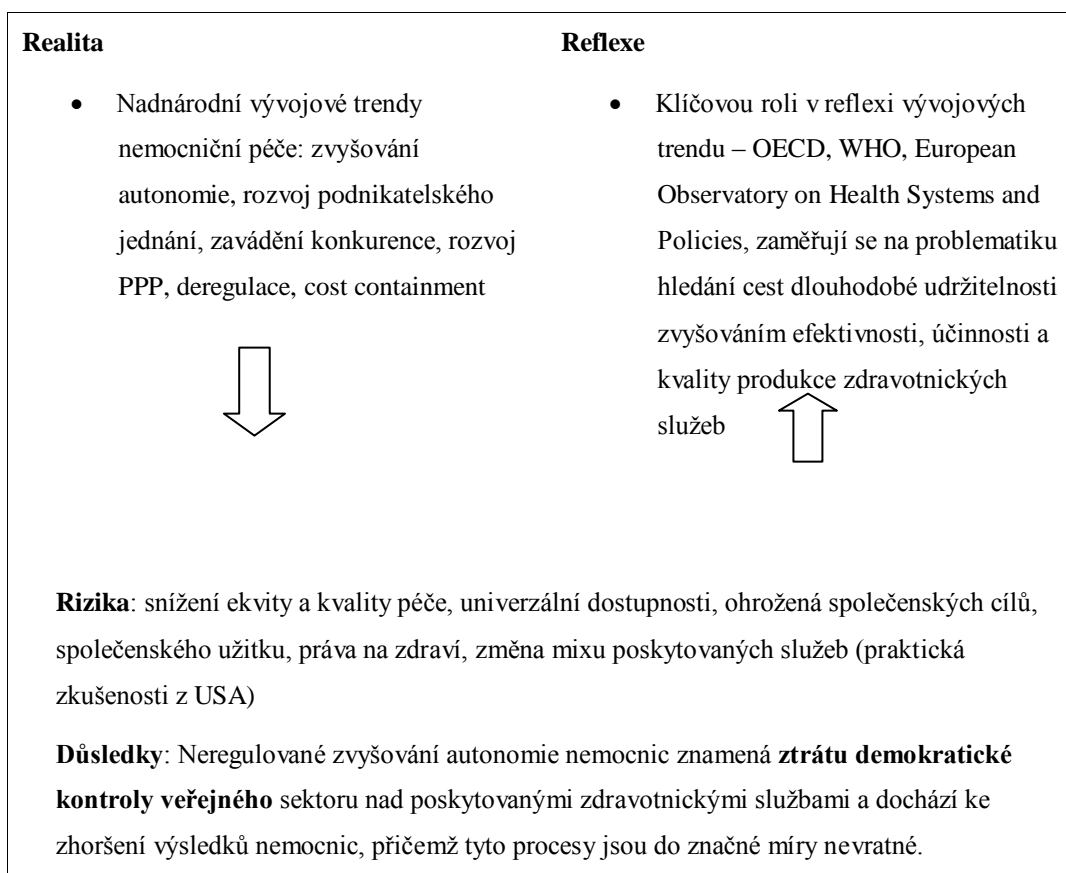
profesních organizací a staly se tak nedostatečnými formami regulace. Tato konvergence zdravotnických systémů probíhá i přesto, že na úrovni EU neexistuje jednotná zdravotní politika. (Háva, Mašková-Hanušová 2009b)

Tyto reformy jsou založené na tržním principu, který je šířen skrze (neo)liberalismus. K znovuoživení liberalismu došlo zejména na konci 70. let 20. století za mezinárodní podpory IMF, Světové banky, Světové obchodní organizace. V posledních letech je jejich přístup kritizován (od 90. let 20. století). (Mašková, Háva 2007) V rámci těchto procesů dochází ve zdravotnictví ke změně regulace tohoto sektoru. Dříve spadal pod národní sektor, dnes regulace přesahuje hranice státu vlivem globální ekonomiky, volného trhu a pohybu pracovníků, dochází k tzv. deregulaci. *„Zvýšená konkurence, deregulace, internacionalizace trhu práce, hledání flexibility, fragmentace pracovního prostředí a odklon od kolektivních vyjednávacích procesů mohou potenciálně narušit schopnost odborů koordinovat jejich vyjednávací pozici na národní úrovni“*⁴ (Dubois, McKee, Nolte 2006:28).

Dále ve zdravotnictví dochází k zvyšování autonomie nemocničních zařízení a k zvyšování podnikatelského jednání. (Mašková, Háva 2007) V nemocničních zařízeních se to například projevuje jako nárůst administrativní a manažerské složky (ve Velké Británii vzrůst až od 25%) na úkor pomocných sil a přesouvání více úkonů spolu s pracovníky z nemocnic do primárního sektoru. (Dubois, McKee, Nolte 2006) Pro zdravotnictví obecně to však přináší velké důsledky spojeny s mnohými riziky. (Mašková, Háva 2007)

⁴ Increased competition, deregulation, internationalization of the labour market, the quest for flexibility, fragmentation of working environments and a move away from collective bargaining processes can potentially erode trade unions' capacity to coordinate their bargaining power at national levels.

Schéma 3: Nadnárodní trendy nemocniční péče



Zdroj: Mašková, Háva 2007

Takzvaná money-driven economy prostupuje takovými oblastmi, pro které to bylo dříve nemyslitelné. Jmenovala bych zde zejména jednu, a to vědeckou profesi. Věda, která dříve dominovala ve veřejné sféře, je teď korigována sférou soukromou. Odstupuje se od veřejného financování výzkumu a dává se přednost výzkumu na zakázku. Výzkum se tak stává další položkou na našem trhu, kde dominují soukromé korporace vytvářející tlak na výzkum na zakázku. Někteří vidí přednosti tohoto systému v tom, že výsledek výzkumu najde hned své využití. Na druhou stranu takovýto systém lze vidět i jako jisté komerční vykořisťování vědecké práce, která je nastavena jen za komerčními účely. (Bakaran and Boden 2007) Tento trend je vnímán jako pokles vědecké autonomie. Když se zaměříme na zdravotnictví, vidíme tento trend i jako jednu z příčin poklesu autonomie lékařské profese. (Gabe, Bury, Elston 2004) Na lékařskou profesi se zaměříme z blízka v sekci, zabývající se jejím vývojem.

4.1.2 Transformační procesy ČR

V České Republice je sledováno tržně orientované jednání a reformy s ním spojené za účelem profitu. Důležité je však vzít v potaz atypický vývoj, kterým si Česká Republika prošla spolu s ostatními státy bývalého sovětského bloku oproti státům západní Evropy díky transformačním procesům na přelomu 90. let, a které měly významný vliv na pro celou společnost. Přeměna společnosti si prošla nevyrovnaným vývojem mezi soukromým a veřejným sektorem, kdy veřejný sektor byl podhodnocen. K narušenému vývoji přispěly navíc charakteristiky, které jsem si „vzali“ z bývalého režimu. (Večerník 1997)

I když se transformace dá časově vymezit, vyhnutí se takovému časovému zjednodušení podává na transformaci zajímavý pohled, citující Dahrendorfa: „ (...) *hodiny pro ústavodárné změny (čas právníků) tikají nejrychleji, hodiny pro nastolení dobře fungující a stabilní demokracie a trhu (čas politiků) kráčeji volněji a hodiny pro změny v názorech a vzorech chování lidí (čas občana) jdou nejpomaleji*“ (Večerník 1997: 260). Hodiny ekonomů tak „tryskově“ předběhly čas právníků. (Večerník 1997)

I přesto, že společnost provedla ekonomickou transformaci rychle, vývoj společnosti je plynulý a na sebe navazující. Díky tomu můžeme najít společné znaky oběma diametrálně odlišným režimům. (Večerník 1997, Šrubař 1996) To co měl komunismus společného s neoklasickou teorií, neboli čím si „ (...) *komunistický režim v určitém smyslu razil cestu právě tomu, co nazýváme „neoklasickým chováním*“ (Večerník 1997: 262), je výbava, kterou si česká společnost přinesla do dalšího vývoje. Společné oběma systémům je (1) osvobození od sociálních vztahů, které komunismus narušil a neoklasicismus podporuje; (2) oslabení morální odpovědnosti, když se za komunismu vytvořilo ústní pravidlo, které nepřímou podněcovalo ke krádeži, zatímco neoklasické teorie podporují racionalismus; a (3) v neposlední řadě kladení důrazu na materiální potřeby.

Ekonomie je závislá na sférách společenského života, obě vrstvy se prolínají a ovlivňují, a tudíž nic není přirozené. A právě transformace umocnila některé znaky společnosti. Problémem jsou „silné a slabé sociální vztahy“, kterými naše společnosti

disponovala v průběhu transformace. Silná pouta v podobě lokálních mafie, sítí známostí aj. se v průběhu transformace spojila, aby hromadně čelila politickým a ekonomickým procesům, které představovali nejistou budoucnost. To jim na druhé straně pomohlo profitovat z privatizačních procesů a z nejistých legislativních kroků. Ve jménu zisků se vytvářely kartely, zájmové skupiny aj., proti nimž slabá sociální pouta společnosti nemohla účinně zasáhnout. (Večerník 1997) „*V takovém nevyváženém prostředí nerovných šancí a slabých institucí se trh objevuje ve zmrzačené podobě, vtrhává na scénu obchodními kartely, stále všemocnými v poměru k rozptýleným spotřebitelům (chybějící spotřebitelská sdružení, slabá kontrola).*“ (Večerník 1997:265)

Konflikt, do kterého se střední třídy dostaly díky snaze o porevoluční znovuoobnovení, se dá vidět skrze 3 procesy. Těmi procesy jsou: „kapitalistická revoluce“ popisující snahu živnostníků o obchod, „informační revoluce“ je možnost přístupu ke vzdělání a odborným informacím a inovacím a „společnost služeb“ popisuje expanzi terciární a kvartérní sféry. Konflikt je pak tvořen překážkami, se kterými se tyto procesy střetávaly. Živnostníci neměli žádné výhody, když se snažili dostat na trh, a tak jejich zájem opět poklesl. U vzdělání záleželo, v jakém sektoru se poté angažovali - v případě soukromého sektoru jako právníci a manažeři; nebo ve veřejném jako lékaři, učitelé a výzkumníci. Rozdíly jsou nejen v příjmu, ale i v prestiži a moci, přičemž na postupu je sektor soukromí. Veřejný sektor zaostával. Právě proto je důležité, aby si veřejný sektor vybudoval silnou „*strukturu, mobilní kanály a systém odměn (v němž musí být nějak kompenzovány nižší příjmy) (...) teprve potom budeme zřejmě moci hovořit o stabilitě tržního řádu (...)*“ (Večerník 1997:268). Během tohoto období tak můžeme hovořit o propadu střední třídy. (Večerník 1997)

4.1.3 Demografické a ekonomické trendy

K myšlenkovým směrům a historickému vývoji se přidávají trendy, které ovlivňují zdravotnický systém a potažmo nemocnice a lidské zdroje. Takovýmto změnám se systém přizpůsobuje. Z celosvětového hlediska lze sledovat hlavní vývojové trendy, které ovlivňují nemocniční systém na třech úrovních:

- změny v oblasti potřeby péče,
- vývoj samotných zdravotnických služeb,
- ekonomický vývoj. (IZPE 2003a)

Nemocniční péče se neustále vyvíjí a tento obor je tak jedním z nejrychleji rostoucím jak v oblasti potřeby péče, tak i vývoje znalostí, nových postupů a technologií. Zároveň je však determinován ekonomicky, což je na jedné straně jistě nezbytné, protože poptávka po péči může růst nejen v rámci jednoho oboru, ale také vlivem nárůstu nových oborů a vývojem znalostí. Na druhé straně však může být obtížné najít optimální hladinu, aby nedošlo k omezení péče, zvláště když se v poslední době přidávají ekonomické problémy jednotlivých zemí.

Změny v oblasti potřeby péče mají nejen vliv na vývoj zdravotnického systému, který musí reagovat nabídkou služeb relevantně k poptávce, ale mají vliv i na lidské zdroje. Lidské zdroje musí být neustále v souladu s vývojem znalostí a postupů. Nadále pak rozložení lékařů je ovlivňováno poptávkou po lékařích v oborech rostoucí a přebytkem lékařů v oborech, kde poptávka stagnuje. K tomu se přidává i vývoj na straně populace nejen z demografického hlediska, ale také z hlediska „informovanosti“. Pro lékaře toto přináší například nové výzvy v komunikaci s pacienty, kdy nepostačí jen autonomie lékaře, ale je nutno nalézt cestu, na které se shodne spolu s pacientem. V neposlední řadě je nutno vzít v potaz, že spolu se změnou struktury obyvatelstva se mění i struktura lidských zdrojů ve zdravotnictví.

4.1.3.1 Změny v oblasti potřeby péče

Demografické změny ve struktuře jsou dlouhodobě sledovaným vývojem. Existuje několik typů prognóz, které se snaží předpovídat tento vývoj. Madridský mezinárodní akční plán pro problematiku stárnutí (dále jen Madridský plán) odhaduje, že „(...) počet lidí starších 60 let se zvýší z přibližně 600 milionů v roce 2000 na téměř 2 miliardy v roce 2050 a že podíl lidí definovaných jako starší se celosvětově zvýší z 10% v roce 1998 na 15% v roce 2025“. (Madridský plán 2002:1) Ať už se prognózy liší jakkoliv, jedno je jisté, porodnost klesá, zatímco se prodlužuje délka života. Přibývá nejen lidí

nad 65 let, ale i tzv. old old people starších 80 let. Staří lidé tráví v nemocnicích přes polovinu ošetrovacích dnů, s tím, že tento počet ještě naroste. Nejnákladnější zdravotní péče je však stále pro ty, kteří umírají nejmladší. (IZPE 2003a)

Vlivem životního stylu a podmínek životního prostředí se mění také vzorce onemocnění. Špatné stravovací návyky zvyšují riziko srdečních chorob, stejně tak jako kouření zvyšuje spolu se znečištěným ovzduším riziko spojené s plicními chorobami. Dalšími změnami, se kterými je nutno počítat jsou infekční onemocnění a měnícím se jejich vzorcem (HIV, Creutzfeld Jacobs). (McKee, Healy 2002) Je nutno v nemocnicích počítat s tím, že složení pacientů a jejich potřeby se budou měnit. Pacienti, kteří jsou starší a tudíž i méně odolnější se snáze nakazí a to i v nemocnicích, kde podle WHO (1997) se jich asi 10% nakazí nosokomiální infekcí. Péče se tak stává nákladnější a zásahy komplikovanější. (IZPE 2003a)

Další ovlivnění přicházející se stran pacientů jsou vyšší nároky, které se týkají jejich přístupu k péči a jejich informovanosti. *„Zvýšení znalosti o nemocech u obyvatelstva stejně tak jako větší očekávání mohou vést ke změnám v diagnostice a léčbě“* (IZPE 2003a: 13). K této změně bezpochyby přispěl přístup k internetu, kde se pacienti mohou dočíst informace o jejich nemoci a postupu léčby. Jednou ze studií zaměřenou na informovanost pacientů je etnografická studie z prostředí porodnic od Hrešanové, která se zabývá přístupem rodiček a klasifikuje je do různých skupin. Hrešanová tak popisuje skupiny rodiček, přičemž pro jednu z nich je typická vysoká míra informovanosti, a to především vlastní formou vzdělávání *„(...) referují především k „samostudiu“ - k četbě knih a časopisů o otázkách porodu a těhotenství. Čtení knih, z nichž většina byla až donedávna zahraniční provenience, do různé míry formuje představy o porodu a dané porodní vědění určité skupiny žen“* (Hrešanová 2009: 49-50). Jedná se o tzv. skupinu „přírodňaček“. Důsledkem je pak prokazatelně vyšší poptávka po alternativních zákrocích a menších zásazích personálu. (Hrešanová 2009)

4.1.3.2 Vývoj samotných zdravotnických služeb

Na změny v oblasti péče reagují služby svým vývojem a to pomocí technologií a znalostí. Vývoj technologií zvýšil možnost zásahů ve všech věkových skupinách a

hlavně u starších osob. Například výměnu kyčelního kloubu doprovázejí už i transplantace menších kloubů jako ramene, kolene a prstů. (McKee, Healy 2002) Počet náhrad kyčelního kloubu se v České Republice za posledních 7 let zdvojnásobil. V roce 2003 to bylo 6658 kyčelních náhrad, přičemž v roce 2010 se jedná už o 12890 náhrad. Věk pacientů, kteří potřebovali tuto službu, se pohybuje zejména mezi 50 a 84 rokem a to z více než 90 -ti procent. Za povšimnutí také stojí každoroční postupný nárůst věkové skupiny 85+ procházející si tímto zákrokem. V roce 2003 to bylo 1,43% pacientů, v roce 2010 pak 3,20%. (viz přílohy č. 1 a č. 2). (Národní registr kloubních náhrad)

K náhradám kloubů přibyly transplantace orgánů a některé chirurgické zákroky nahradila farmakoterapie nebo méně invazivní chirurgie. To má pro nemocnice za výsledek redukcí potřeby hospitalizace či snížení její délky. Dále pak po nemocnicích bude vyžadována jejich komplexnost a integrace systémů, potažmo tak změnu výchovy personálu, který bude například provádět laboratorní vyšetření u lůžka nemocného. Vzniknou nové specializace a změnou projde také uchovávání dokumentů (viz například vznik registrů pro kloubní náhrady, zatím jen pro kyčelní kloub). Telemedicína umožní řešení nějakých případů na dálku, zatímco více zákroku bude umožněno řešit ambulantně. Nesmí se však opomenout i jisté nevýhody vývoje důsledkem nežádoucích účinků léků (talidomidové děti). (IZPE 2003a)

Globální demografické vlivy se dotýkají i zdravotníků. A to podstatně zejména z hlediska několika trendů. Za prvé je tomu tak u stárnutí, kdy ubývá i těch, kteří práci poskytují. S tímto problémem mají své zkušenosti především Skandinávské země a Francie, kde například věkový průměr sester činí 41-45 let. (Dubois, McKee, Nolte 2006, McKee, Healy 2002) U lékařů je tento trend podobný. Příkladem je věk doktorů ve Velké Británii, který z 55% v letech 1985 byl pod 40let, v roce 2000 už to je jen 23%. (Dubois, McKee, Nolte 2006:20)

Za druhé přibývá i žen ve zdravotnictví. Zatímco u sester je ženská dominance zaměstnání tradičním ukazatelem, doktorská profese byla mužskou dominantou. V EU participace žen ve zdravotnickém sektoru vzrostla z necelých 40% v roce 1970 na 70% v roce 2000, co se týče věkové skupiny 25-49 let. (Dubois, McKee, Nolte 2006:20)

Ženy se snaží profesi skombinovat s rodinným životem. Země se s těmito trendy vyrovnávají zavedením větší flexibility (smluvní/časová/pracovní flexibilita, možnosti širšího okruhu vzdělání – multiskilling, aj.), což má někdy za následek nedostatek specializace.

Rok 2004 byl pro nás důležitý z hlediska vstupu do Evropské Unie, který nám otevřel dveře do Evropy a usnadnil tak možnou mobilitu. Začali jsme na vlastní kůži poznávat to, co v Evropě již nějakou dobou bylo trendem. Migrace má velký dopad na demografickou strukturu a ovlivňuje nejen celé zdravotnictví. Migrace do jisté míry nahrazuje nízkou míru porodnosti. V roce 2001 70% nárůstu populace v Evropě bylo způsobeno migrací. Pro země východní Evropy to však mnohdy znamená úbytek obyvatelstva, jelikož jsou to země spíše vyjíždějící. Imigrace v zemích může způsobovat ale i potíže a to ve formě kulturní diversity. (Dubois, McKee, Nolte 2006)

Problémem zdravotníků v cizích zemích je nedostatek internacionalizace zdravotnických služeb. Zatímco pro země vyjíždějící to znamená nedostatek kvalifikovaných sil. (McKee, Healy 2002, IZPE 2003a) Migrace obecně je jinak kontroverzní téma z hlediska výhod a nevýhod. Jak Rosewarne (2010) naznačuje, migrace na jedné straně může být viděna jako tok peněz výhodný zejména pro rozvojové země, který je podporován IMF, na druhé straně však ne vždy dokáže zaručit udržení dostačujících životních podmínek imigrantů.

4.1.3.3 Ekonomický vývoj zdravotnických systémů

Od 70. let 20. století náklady zdravotnictví neustále rostou, a to rychleji než ekonomický růst zemí v některých OECD zemích. Průměrné celkové náklady (jak soukromé tak veřejné) členských zemí OECD vzrostly z 8,8% HDP v roce 2008 na 9,5% v roce 2009. Tento trend je zejména typický pro země, procházející si obdobím recese (například Irsku se zvýšilo HDP z 7,7% v roce 2007 na 9,5% v roce 2009). Náklady soukromého sektoru zaznamenávají pomalejší růst než sektor veřejný. I přesto, že rok 2011 zaznamenal nepatrný pokles, vlády států se snaží o jediné – ještě více snížit tyto náklady. (OECD 2011)

V zemích východní a centrální Evropy výdaje na zdravotnictví rostou zejména od 80. let 20. století a jsou podstatně nižší než výdaje vyspělejších zemí (výdaje bývalých zemí SSSR se pohybovaly kolem 3 % HDP podle WHO 2001). (McKee, Healy 2002, Afford 2003, Háva, Mašková-Hanušová 2009a) Nemocnice přitom spotřebují půlku nákladů na zdravotnictví v zemích západní Evropy, v zemích východní jsou to už 3/4. Proto existuje přesvědčení, že tyto výdaje by se větší efektivitou mohly snížit či je více přesunout do primární péče, která je těchto státech nepříliš vyvinutá. (McKee, Healy 2002, Afford 2003)

Výdaje České republiky se zvýšily podle aktualizovaných statistik ze 7 % HDP v roce 2006 na 8,2% HDP v roce 2009 podle aktualizované verze dat. (ÚZIS 2011) Výdaje na zdravotnictví se proto dostávají do popředí politických a ekonomických diskuzí, kde se projednává omezení rozpočtů na zdravotnictví, přičemž nemocnice jako největší „spotřebitel“ se nabízí jako první.

4.2 Změna struktury zdravotnických systémů

Vnější tlakům se přizpůsobují zdravotnické systémy. Změny můžeme zaznamenat od změn zdravotní politiky, reform (decentralizace nemocnic, způsobující odlišnosti ve vývoji malých a středních nemocnic), přes právní normy a jejich aplikace, až po změny v organizaci nemocnic. Dochází ke změnám řízení nemocnic, kde se ustupuje novým trendům jako podnikatelské řízení nemocnic s důrazem na ekonomiku. Nemocnice se tak dostávají pod tlak úspor. Vlivem změn se současně mění struktura nemocniční péče i lidských zdrojů tak, aby péče byla co nejefektivnější.

Změnami prochází řízení společností, které inklinují k tržně orientovaným reformám. Stejný trend zaznamenávají i zdravotnické systémy. Účelem reform je snížení finančních výdajů, přičemž je část nákladu přenesena na pacienta. Nemocnice ve většině případů přestaly být státními organizacemi a jsou řízeny na krajské či okresní úrovni nebo se stávají akciovými společnostmi. Takovéto změny se promítají do řízení, které je ovlivňováno manažerskými praktikami. Odborníci si kladou otázky, zda nemocnice může být řízena takto ekonomicky, a zda by se například manažerské pozice neměly obsazovat přeškoleným personálem. Navíc organizace, které už nespádají pod

stát, se nedají státně regulovat, což se v některých zemích projevilo jako důležitý kladný faktor. V opačném případě snaha po zisku může být neúnosná nejen v případné finanční nákladnosti pro pacienty, ale může ovlivnit i personál.

4.2.1 Institucionální změny

Zejména v 90. letech se rozšířil nový trend ve zdravotnictví – příliv *podnikatelských aktivit* do řízení zdravotnického systému, potažmo přesun zdravotnictví z veřejného sektoru k sektoru soukromému. Tento přesun ne nutně musí následovat, avšak dalo by se to popsat jako mezikrok, který může přinést do veřejného sektoru prvky ziskového. Pozornost se díky takovému posunu směřuje na udržitelnost a stabilitu nového systému. Tyto sektory jsou totiž založené na jiných principech. Organizace ve veřejném sektoru je založena například na rozšíření služeb a to jak v kvalitativním, tak i v kvantitativním slova smyslu. Soukromý sektor se zase zaměřuje na zvýšení zisku. Avšak i tento přístup, který je založen na podnikatelských aktivitách (ne nutně privatizace) může být velmi pozitivní, pokud je v souladu s veřejnými cíly. (IZPE 2003b)

Koncept manažerismu ke konci 90. let střídá snaha o zvýšení kvality péče. Tato snaha se spojila s ideou manažerismu, jelikož zvýšení kvality je závislé na finančních prostředcích. Vzniká tak koncept „clinical governance“, který kromě finančního řízení dbá na kvalitu a výkonnost služeb. „Zahrnuje zlepšování informačního systému, zavádění stálých programů profesního rozvoje a rozvoj systému peer review (zpětné vyhodnocování výsledků)“ (IZPE 2003a: 37).

Institucionálními změnami si prošly mnohé země Evropské Unie a Střední a Centrální Evropy. „Institucionální změny byly uváděny jako předpoklad vyřešení neefektivní péče ve zdravotnictví, špatného využití zdrojů, zvyšování zodpovědnosti poskytovatelů zdravotní péče a vytvoření flexibilnějšího a citlivějšího rozhodovacího systému“ [Dubois, McKee, Nolte 2006:30]. Tyto změny mají nevyhnutelný dopad na pracovní sílu - profesionály, stejně tak na zaměstnanecké vztahy mezi nimi a ostatními aktéry zdravotnictví. Ovlivňují a upravují vztahy mezi profesionály a zejména státem, pojišťovny a občany, resp. pacienty. (Dubois, McKee, Nolte 2006:30)

I když zakotvená tradice institucí se v každém státě liší, tlak působící na tyto instituce zvýšil společné rysy – vyšší decentralizaci a flexibilitu (Dubois, McKee, Nolte 2006) a autonomii. Tyto změny „(...) mají podobu autonomizace, korporatizace až privatizace“ (Mašková, Háva 2007:86) Demokratičtější je pak proces veřejné korporace, při němž nemocnice stále jsou ve veřejném sektoru a tudíž i pod jeho kontrolou. Zůstávají regulovatelnou institucí. (Mašková, Háva 2007)

Nejedná se tedy již o centrální diktát, ale o lokální vyjednávání a o tlaky vycházející z lokálních okolností a historie, které mohou být ztotožněny s cíly na centrální úrovni a centrálně implementovány (nebo korporativně). (Gabe, Bury, Elston 2004) Na druhou stranu decentralizace má za následek fragmentaci pracovních sil, které se tak zodpovídají svým nemocnicím namísto jednoho zaměstnavatele. Navíc si můžeme povšimnout nerovnosti mezi jednotlivými oblastmi a rozdílu mezi malými a velkými nemocnicemi. (Afford 2003)

Rozvoj podnikatelských aktivit byl za účelem podpory čelení globálním trendům podporován mezinárodně. Jedná se o podporu od Světové banky, ale i od nadnárodních investorů, Světové obchodní organizace, výrobců léčiv a dalších. Poslední léta však Světová banka čelí kritické reflexi za podporování podnikatelských aktivit a snaží se více zaměřit na sociální důsledky navrhovaných změn. Jakousi protiváhou ekonomických aktivit Světové banky a IMF je OECD, která klade vyšší důraz na efektivitu a kvalitu služeb. (Mašková, Háva 2007)

Podle současných zkušeností zůstává institucionální rámec, který definuje hranice vládnutí v rozvinutých demokratických systémech, dlouhodobě stabilní. A to i přesto, že instituce se přizpůsobují změnám kontextu veřejné politiky kontinuálně. Proto bychom si měli uvědomit, že institucionální rámec není definitivní, a že i nadále bude ovlivňovat budoucnost pracovních sil ve zdravotnictví, a že i tak tento dopad bude dalekosáhlý. (Dubois, McKee, Nolte 2006)

4.2.1.1 Státní regulace zdravotnických systémů

Po boku podnikatelských aktivit se ve většině států začal zdůrazňovat a upřednostňovat vliv *státní regulace* ve zdravotnictví. Regulace se dá vymezit různě, tudíž je nejednotné. Čistě v ekonomickém smyslu „(...) je regulace umělým zásahem vlády do jinak přirozené a plynule probíhající tržní aktivity“. (IZPE 2003b:6) Mechanismus regulace je tvořen nástroji (právní normy, administrativní akty aj.) a způsoby jejich použití, tj. strategiemi. Výběr mechanismů záleží na politických cílech, proto se jednotlivé mechanismy liší, zvláště co se týče východní a západní Evropy. (IZPE 2003b) Cílem regulace nemocnic pak je: „ (...) zachování společenského užitku, tlumení rychlého růstu nákladů a objektivní hodnocení nových technologií“ (Mašková, Háva 2007:86).

Při zaměření na výstupy, tudíž na efektivitu systému, výhodou podnikatelských aktivit je ekonomická efektivnost. Na druhou stranu sporným bodem se stává účinnost služeb, dostupnost a kvalita zdraví. Výsledky se však různí podle státu - například průzkumy z Velké Británie poukazují, že finanční úspory byly vyčerpány na transakční náklady a byrokracii. „Zkušenosti z některých opatření Švédska a Velké Británie vedly k závěrům, že veřejný sektor a organizace z veřejného sektoru financované mohou působit na stejně vysokém standartu jako soukromý sektor, a to i při zachování obecné dostupnosti“ (IZPE 2003b:9).

Důležitost regulace se projevuje zejména v otázce korupce. Stát by například uvolněním regulace riskoval ve zdravotnictví zvýšení nákladů, jak je nám známé z amerického zdravotního systému. (Mašková, Háva 2007) Typy korupce jsou ve zdravotnictví široké a těžce měřitelné s ohledy na historický kontext země. Přesto například v Bulharsku neoficiální platby u lékaře se odhadem vyšplhají až na 80% jeho příjmu. V západních zemích jsou platy lékařů několikanásobně vyšší (2,5 – 4x) v porovnání se zeměmi východní Evropy. Proto je nezbytné, aby regulovaný systém byl transparentní a výkonová motivace byla dostatečná. (IZPE 2003b)

4.2.2 Organizační změny

Výše zmíněné demografické trendy, technologické inovace a institucionální změny mají přímý dopad na lidské zdroje ve zdravotnictví. Mnohdy tyto vlivy operují skrze strategie a procesy dané strukturou zdravotnických zařízení a jejich změnou. Skrze reformy zdravotnických systémů mají zásadní vliv přímo na jejich pracovníky či skrze pracovní podmínky. Změnami jsou ovlivněny: organizace práce, pracovní podmínky, bezpečnost personálu a odměny poskytovatelů zdravotní péče. (Dubois, McKee, Nolte 2006)

Jedním bodem reformy je reorganizace práce za účelem snížení nákladů a zlepšení služeb, zdravotní péče. (Dubois, McKee, Nolte 2006; McKee, Healy 2002, IZPE 2003a) Reorganizace se netýká jen prostředí nemocnic, ale zejména i rozvoje domácí a primární péče, která je v zemích východní a střední Evropy nerozvinutá. (Afford 2003; Dubois, McKee, Nolte 2006 aj.) Mění se ale i struktura nemocnic. V rámci reorganizace dochází k takzvanému skill mix. Roste především úloha zdravotních sester, které přijímají větší zodpovědnost. V závislosti na oboru jde nahradit činnost lékařů sestrami z 25-70%. Řešení takovéto substituce bude ještě dlouhodobě středem zájmu, jelikož je zaprvé zapotřebí dostatek kvalifikovaného personálu a za druhé dostatečné množství poznatků o výhodách tohoto principu. (Dubois, McKee, Nolte 2006; IZPE 2003a)

Zlepšení zdravotní péče si také vyžaduje celistvější přístup. Jedná se o propojení poznatků z několika oborů, jež pomáhají zajistit dostatečnou péči. Tato potřeba vyvolala poptávku po větší koordinaci pracovníků skrze multidisciplinární týmy a skupinové praxe. Toto působí jako výzva tradičnímu systému, vyžadující větší manažerskou zodpovědnost. (Dubois, McKee, Nolte 2006)

Další významnou změnou, kterou si prochází organizace zdravotnických zařízení je flexibilita. Jedná se o výrazný nárůst směn, které zajišťují 24 hodinovou péči o pacienta. Tato snaha o pokrytí časově neomezenou péčí nastavila nové pracovní podmínky, které jsou založené na flexibilním uspořádání, potažmo na flexibilních pracovních smlouvách a alternativních pracovních úvazcích (práce na částečný úvazek,

krátkodobé smlouvy, nezávislé pracovní vztahy aj.). Do pozadí veřejných služeb tak ustupuje celoživotní kariéra a s ní stabilita a jistota práce. Práce na částečný úvazek je častější ve Skandinávii a Velké Británii (až 40%). Naproti tomu zastoupení částečného úvazku u zemí jižní Evropy je tak 10%. (Dubois, McKee, Nolte 2006) Zejména v oblasti zdravotnictví trendem je kombinace pracovních úvazků. Doktoři tak vedle zkráceného pracovního úvazku v nemocnici, mají například své soukromé ordinace. V zemích východní a střední Evropy se však setkáváme s nízkou nabídkou zkrácených úvazků, která tak limituje zvýšenou zastoupení žen ve zdravotnictví, která se snaží kombinovat zaměstnání a rodinu. Naopak zde převažují 24 hodinové služby a neplacené přesčas. (Afford 2003)

Také se mění odměňování pracovníků. Vlivem institucionálních a organizačních změn dochází k decentralizaci zodpovědnosti za odměny, vzrůstu odlišností a hierarchie odměn, kompenzační odměny aj. (Dubois, McKee, Nolte 2006) Stimulovat správně pracovníky působí jako důležitý faktor pro zvýšení výkonnosti zařízení. WHO tyto stimuly charakterizuje jako *„všechny odměny a tresty, s kterými se poskytovatelé potýkají jako důsledek organizace, ve které pracují, instituce, v rámci které operují a specifické zásahy, kterými disponují.“*⁵ (Adams, Hicks 2000: 126)

Země východní a centrální Evropy navíc byly nepochybně značně ovlivněny transitivity přechodem v roce 1990, který byl spojen se změnou společenských poměrů. Některé změny ve zdravotní politice nastaly okamžitě jako například ztráta zaměstnanecké jistoty na rozdíl od jiných, jejichž transformace byla postupnější (příkladem je vznik unii a pracovních spolků). Nejedním dokumentem naznačuje, že politika ve zdravotnictví by měla brát ohled na pracovní sílu, která je zde zejména důležitá ohledně efektivnosti a kvality pracovního výkonu. Proto je nezbytné dbát pozor na pracovní podmínky a jistoty zdravotníků. (Afford 2003)

⁵ „all the rewards and punishments that providers face as consequence of the organizations in which they work, the institution under which they operate and the specific interventions they provide“

4.2.3 Atypický vývoj zemí východní a střední Evropy

Země východní a střední Evropy si prošly ztíženými podmínkami, které způsobil přechod z komunistického systému na tržní. Země byly vzájemně provázané stejně tak i jejich výroba, takže rozdělení na 16 samostatných států po rozpadu Sovětského bloku způsobilo chaos. Země se potýkaly s inflací a ztrátou práce, potažmo pracovní nejistotou ve všech odvětvích. Reformy se staly vesměs negativními ve smyslu cenové liberalizace, která se stala vysoce monopolistickou ekonomikou a způsobila inflaci, zadluženost podniků a kolaps produkce. Zeslabující se příjmy z daní vyústilo do omezení veřejných výdajů a investic. Minimální plat byl tak nízký, že v některých zemích byl pod mírou chudoby - stal se nástrojem chudoby spíše než zabezpečení. Spolu s nejistými dávkami a špatnou záchranou sítí byl každý vystaven ztrátě práce a zachycení v pasti chudoby. (Afford 2003)

Zdravotnickému odvětví se za komunismu nepřikládala taková váha jako průmyslu, i když se s ním počítalo jako s nezbytným odvětvím pro produkci další generace. Zdravotnictví bylo nezbytné pro péči o zdraví pracovníků (důraz například na rehabilitace), kdy pracovníci získávali právo na ošetření v a skrze práci. Zdravotníci pracovníci byli podhodnoceni a špatně placeni. (Afford 2003)

Veškeré normy byly centrálně dané (jako například počet lůžek na hlavu, počet sester a doktorů) stejně tak jako počet nemocnic a poliklinik na oblast. Úpadkem si prošla primární péče, která byla nedostatečně rozvinuta. Sloužila spíše jako první kontakt s pacienty a následně se jednalo o posun do sekundární péče. Zanedbané byly také výdaje do zařízení a technologií na rozdíl od velkých investic do lůžek. Zdravotnictví mnohdy nabízelo špatnou kvalitu služeb, která neodpovídala individuálním potřebám pacientů. (Afford 2003)

Zdravotnictví nebylo před reformací prioritou a po reformaci zaznamenalo opět ostrý propad a příkrý nárůst nerovností mezi regiony. Po roce 1990 bylo těžké dosáhnout i na základní vybavení (jako třeba lůžkoviny, obvazy) a samozřejmě pak na vybavení nemocnic. Finanční zanedbanost se dotkla i finančních odměn personálu. Nízké platy měli zejména sestry a úředníci, ale také i doktoři což narušovalo morálku (v

některých zemích zpoždění platů) a vedlo k neregulovatelným příjmům tzv. „do kapes“ „pod stolem“. (Afford 2003)

Není divu, že zanedbávané zdravotnictví teď vyžaduje spousty peněz, což při soutěži s dalšími oblastmi sociální politiky není udržitelné. Při vytváření reformy by se však mělo myslet na personál, který by měl být považován za důležitou komoditu, se kterou by se mělo zacházet speciálním způsobem. Odůvodnění tohoto zacházení je jednoduché - zdravotnictví bezprostředně ovlivňuje kvalitu života. Proto se při decentralizaci systému, které si slibovalo efektivnější odpověď na regionální požadavky, a při dalších reformách a zásazích do struktury nemá vynechávat názory pracujících. (Afford 2003)

4.2.4 Právní vývoj nemoc České Republiky

Zdravotnictví ČR si prošlo mnohými změnami ovlivněné historickým kontextem a globálními trendy. V Českém zdravotnictví je vidět vliv střídání důležitých historických období. Období 1. Republiky vystřídané za soužití v rámci sovětského bloku se podepsalo nejen na institucionálním vývoji ale také i na lékařské kultuře. (Křížová 2006) Neméně podstatný je pak vliv reformních procesů po roce 1989, které jsou ovlivňovány nadnárodními a globálními trendy.

Cílem reformy českého zdravotnictví po roce 1989 byla demonopolizace, decentralizace a případná privatizace. Reformy se zaměřovaly na změny:

- financování a úhrady služeb,
- postavení subjektů, poskytující zdravotnické služby,
- systém veřejné správy. (IZPE 2003:19)

Změny byly rychlé bez možnosti komparace s jinými západními státy a bez přihlídnutí k historickému kontextu a ekonomickým možnostem, ženoucí se za vidinou být co nejrychleji na stejné úrovni jako ostatní evropské vyspělé státy. (IZPE 2003e,

Večerník 2007) Očekávání bylo i ze stran zdravotníků. Ti očekávali stejné finanční ohodnocení jako kolegové z Rakouska a Německa. (IZPE 2003e)

V průběhu transformace 1989-1991 se setkáváme s výraznými změnami, a to s přechodem rozpočtových organizací na organizace příspěvkové. Organizace tak mohly čerpat z nového finančního zdroje (zdravotní pojištění). Zákon také vymezoval i vztahy nemocnice-pojišťovny. Právní úpravy pak udávaly hospodaření nově vniklých organizací (například rozpočtová pravidla republiky). Dále pak důležité byly zákony upravující vlastnictví. Změny byly zaměřené na decentralizaci majetku převodem na obce, zákon o malé a velké privatizaci. Podstatným zákonem upravující právní normy byl Zákon o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních. Transformační období se vyznačuje poskytnutí větší autonomie nemocnicím a definováním nedostatku pravidel (nebo definování provizorních pravidel) pro aktéry veřejné politiky, kteří si sami ztěžovali na nedostatek „opěrných bodů“. (IZPE 2003e)

Tendence z roku 1991 o privatizaci byly potvrzeny 1992 záměrem zprivatizovat všechny nemocnice s výjimkou velkých nemocnic. Až do roku 1995 však chyběla právní úprava odstátnění nemocničních zařízení, která vznikla až s obecným zákonem č.248/1995. Ten byl však 1996 zrušen z důvodů nerealizovatelnosti záměru. I přesto se nezabránilo výrazným hospodářským ztrátám. (IZPE 2003e)

Dalším výrazným obdobím nastalo po roce 2003, kdy se zrušila veřejná správa na okresní úrovni a přesunula výkon správy na úroveň krajů. Tuto změnu následovaly důsledky pro nemocniční organizace. Od 1. 1. 2003 se okresní příspěvkové organizace staly organizacemi kraje. Chybně připravené reformy veřejné správy způsobily zvýhodnění obchodních společností nad organizacemi příspěvkovými (díky daňovému právu). Většina krajů tak řešila možnosti postavení nemocnic. V období 2003 – 2007 byla převedena skoro polovina příspěvkových organizací na obchodní společnosti v kompetenci krajů, které se tak zavázaly, že nezneužijí prodej akcií krajských nemocnic. Některé kraje však zahájily prodej některých menších nemocnic. (Mašková, Háva 2007)

V posledním desetiletí jsou reformy zaměřené zejména na „(...) *práva pacienta, nové kodexové zákony, protikorupční kroky a některé parametrické úpravy směřující k vyšší efektivitě*“ (MVCR 2011). Nástup nové vlády v roce 2006 zavedl k 1. 1. 2008 v rámci stabilizace rozpočtu jednu z nejdiskutovanějších změn - regulační poplatky. Ty způsobily nejen změny na straně pacienta, ale také na straně zdravotnických zařízení, kde se projevilo v mírném poklesu lůžkové péče. (Vavřínová 2010) Další změny souvisí s legálním připlácením za nadstandardní péči, které má omezit vliv korupce a šedé ekonomiky. (MVCR 2011)

Výsledkem provedených reformních kroků je převedení daňové zátěže do oblasti nepřímých daní a převedení více finanční zátěže na pacienty. „*Růst přímých plateb českých domácností rostl v letech 2000-2009 meziročním průměrným tempem 16,9% a v roce 2009 činil 43 mld*“ (Háva, Mašková, Teršová 2011: 24)

Citujíc ministra zdravotnictví Leoše Hegera: „*Reforma zdravotnictví vstupuje do další fáze. V ní se zaměříme především na tři klíčové oblasti – reformu fakultních nemocnic, dlouhodobou péči, fungování zdravotních pojišťoven a reformu sítě*“ (MVCR 2011). Velkou chystanou změnou v rámci stabilizace rozpočtů je beze sporu Velká novela zákona č. 48/ 1997 o veřejném zdravotním pojištění, u které jsou mezi cíli například formulování nároku pojištěnce, formulování časové a místní dostupnosti aj. To by se mělo odrazit i v racionalizaci sítě zdravotnických zařízení, které by měli na starosti zdravotní pojišťovny. Změnám se nevyhnou ani záchranné služby a specifické zdravotní služby. (MVCR 2011)

České nemocnice si procházejí procesem autonomizace, jež oslabuje vazbu k veřejnému sektoru. Hrozí tak možnost privatizace, což by způsobilo vysoký nárůst nákladů a volnou ruku manažerům, tak jako v americkém případě. Hlavním problémem jsou pak mezery v právním rámci, což je částečně problém nekontinuálního vývoje, kterému čelí ČR spolu s ostatními postkomunistickými státy. Proto je důležité, aby se právní rámec doplnil a aby v nejlepším případě korespondoval s poznatky clinical governance, založené na odpovědnosti manažerů a transparentnosti jejich jednání. (Mašková, Háva 2007)

České zdravotnictví se pak ubírá směrem ekonomické globalizace. Výsledkem jsou klesající státní aktivity a narůstající spotřeba domácností. Tyto kroky působí rozporuplně, pokud jsou vztaženy k ekvite a dostupnosti péče a můžeme tak očekávat, že to způsobí četnou kritiku vyvolanou veřejností. (Háva, Mašková, Teršová 2011)

4.3 Lékařská profese a její vývoj

Lékařská profese zaznamenala historicky nárůst prestiže spojený s potřebou výsledků jejich práce. Stala se profesí, jež zahrnuje vysokou míru autonomie. Vlivem historického kontextu, globálních trendů a organizačních reforem však autonomie jejich profese klesá. Konkrétně v ČR výzkum událostí spojený se stávkou zaznamenal mezi veřejností pochybnosti o lékařích v důsledku omezení péče. Na jejich prestiž to však nemělo větší vliv. (CVVM 2011) To spolu s jejich reflexí (teorie referenční skupiny) ostatních tržně zaměřených zaměstnání nebo s možností přihlédnutí k pracovním podmínkám lékařů v ostatních zemích, mění náhled na jejich podmínky a my se tak dostáváme k příčinám jejich nespokojenosti. Zdá se, že této nespokojenosti není věnována větší míra pozornosti, kromě řešení finanční situace. Ukázalo se, že právě ona finanční situace je jen jedna z mnoha dalších příčin nespokojenosti. (Křížová 2006) Důležitost řešení tohoto problému se pak ukazuje ve výzkumech zkoumajících kvalitu nemocniční péče poskytnuté ve zdravotních zařízeních, kde jasně vyplývá, že spokojený a dostatečně motivovaný personál je základem kvality péče. (Dubois, McKee, Nolte 2006)

Nejužší zaměření s sebou tedy přináší tato sféra. „*Sama existence mezo- a makrosociální roviny zdravotnického systému má zásadní vliv na to, co se odehrává (...) v rovině mikrosociální*“ (Křížová 2006:24). Tato část zabývá podmínkami lékařské profese a jejím vývojem. Lékaři jsou ovlivňováni v několika dimenzích. Jak jsem již naznačila v předchozích sférách, jedním z důležitých vlivů je ekonomický a demografický vývoj. Dále pak politická kultura, která je v ČR značně ovlivněna transformačními procesy. Jedná se zejména o propad intelektuální třídy ve společnosti, před rokem 1989 a znevýhodněné podmínky veřejného sektoru v době transformace,

hlavně co se týče zdravotnictví. Následně je to struktura zdravotních zařízení a vývoj právního rámce, který tyto změny směřuje.

Dalším důležitým vlivem, je proměna lékařské profese, která v našich podmínkách byla ovlivněna třemi historickými obdobími. Celosvětově se ale lékařská profese potýká s úpadkem autonomie a dominance. Za přispění tržních mechanismů se jejich profese dostává do napětí mezi trojúhelníkem vztahů stát-kapitalismus-lékař.

V neposlední řadě zmiňuji faktory ovlivňující lidské zdroje ve zdravotnictví. Prezentaci těchto faktorů pojmám v souvislosti vlivu na motivaci. Motivace je ovlivňována danými podmínkami zaměstnání a jejich vývojem. (Bennett, Franco 1999) Důležité je uvědomit si komplexnost těchto faktorů, aby se tak dosáhlo motivovaného personálu a očekávané kvality péče. Lidské zdroje je citlivá oblast zdravotnictví, která je mnohdy přehlížena. Důležité je si uvědomit, že jakýkoliv vývoj ve svrchních sférách má dopad na lidské zdroje ve zdravotnictví, ať už přímo či nepřímo.

4.3.1 Vzestup lékařského povolání

Lékařské povolání je nepochybně jedno z nejstarších a nejdůležitější povolání. Jeho potřeba a následná profesionalizace se však začala projevovat zejména v období modernizace, kdy lepší zdravotní stav obyvatel byl předpokladem pro zvládnutí industriálních výzev. Právě tehdy se lékařské povolání stalo váženou profesí, jelikož povznášela životní úroveň obyvatelstva, které bylo nezbytné jako pracovní síla. Lékařská profese zaznamenala růst prestiže a lékařské postupy se začaly více racionalizovat ve jméno efektivity. Náhled na nemoc a lidské tělo se začal zkoumat procedurálně a teorie se standardizovala. (Křížová 2006)

Vznik zdravotnických zařízení pak dovršil období rozvoje. Jejich rozmach v Evropě pak probíhá celé 20. století spolu se zdravotním pojištěním, které zaručuje dostupnost lékařské péče široké společnosti. Tento rozmach znamenal pro lékaře zvýšení jejich sociálního postavení a přispěl k jejich profesionalizaci. (Křížová 2006)

Profese, jejímž příkladem je lékařská, je charakterizovaná jako: „(...) *typ povolání, kterému je připisován vysoký status a vysoká míra autonomie nad vykonávanou prací*“⁶ (Gabe, Bury, Elston 2004: 163). Proces profesionalizace je pak „(...) *proces dosahování statusu profese*“⁷ (Gabe, Bury, Elston 2004: 163). Pro lékařskou profesi jsou charakteristické bohaté znalosti v rámci oboru, umění seberegulace, vysoká míra autority nad klienty a upřednostnění kolektivních zájmů před zájmy osobními. Z funkcionalistického Parsonsova pojetí, jsou etické kodexy a normy zárukou, že jejich moc nebude zneužita. Podle Friedsona „(...) *jedině etablovaná profese disponuje kompetencí posoudit odchylný výkon a má vlastní etické normy, aby odchylnému výkonu zabraňovala, proto se může regulovat samosprávně. Její autonomie je ospravedlněna a prověřena schopností samoregulace*“ (Friedson 1988:137). Také jsou to tyto charakteristiky, které profesi odlišují od podnikatelských zájmů a jiných zaměstnání. Jak se ale ukázalo, historický vývoj této profese je více směrodatný. (Gabe, Bury, Elston 2004)

Od konce 19. století státy zasahují do medicínské oblasti. Je to zavedením výše zmíněného pojištění a zdaněním populace. Do výkonu lékařů vstoupil nový subjekt – tzv. „správce zdrojů“ (stát, veřejná správa, pojišťovny). Snaha o pokrytí celé populace způsobila byrokratizaci v systému a odcizení od pacientů. Nemocnice se navrhovaly tak, aby pojaly co největší možné množství, zatímco technologie zintenzivnila možnosti léčby. Změnily se vzdělanostní požadavky, pro které bylo univerzální vědění nedostatečné a způsobilo nutnost mnohem více specifického vědění. (Křížová 2006)

Důležité pro profesi a zejména lékařskou je, že jejich znalost je tak specifická, že jenom oni si mohou stanovovat pravidla pro výkon a kontrolu těchto výkonů. (Křížová 2006) Široká populace jejich postupu nemusí vždy rozumět, i když se v posledních letech setkáváme s nárůstem laické informovanosti. (Hrešanová 2009) Tyto charakteristiky lékařské profese pak definují vztah autonomie a veřejné prospěšnosti. (Křížová 2006) Tomuto vztahu spolu s rozmachem zdravotnictví a vědění v tomto oboru se dostalo kritiky, že právě tato péče odnaučuje občany své zdravotní

⁶ „(...) a type of occupation accorded high status and a high degree of autonomy over its work“

⁷ „(...) the proces of achieving the status of a profession“

odpovědnosti a činí je tak nemocnějšími. Ve slepé důvěře zdravotnímu systému mu tak odevzdávají i možnost manipulace s jejich tělem bez jejich přičinění. (Illich 1976) Společnost tak sama určila lékařský monopol a dala mu volnou ruku ve stanovování jejich norem a zaručila tak ochranu před mocí zvenčí. Na základě této důvěry si také vytvořili „omnipotentní postoje“, což je rozšíření jejich vědění i na nelékařské otázky. Dochází tak k „medicinalizaci života“ (Křížová 2006:24).

4.3.2 Identifikace s profesí

Jako v každé jiné profesi, i lékaři se učí být členy dané profese, osvojují a internalizují si její normy. Je to téma, se kterým se zabývala nejvíce americká sociologie v 2. pol. 20. století, a mezi jeho hlavní představitele patří studie *The Student Physician* pod vedením Mertona a *Boys in White* pod vedením Beckera. (Křížová 2006, Gabe, Bury, Elston 2004) „*Je paradoxní, že příprava na lékařské povolání ukončením lékařské fakulty jen začíná. V žádné jiné profesi nejsou nároky na kontinuální vzdělání tak vysoké jako u lékařů*“ (Křížová 2006:49).

Mertonova studie vysvětluje studenty lékařské fakulty spíše jako pasivní účastníky, kteří přijímají profesionální normy a hodnoty profesorů a tím, se jejich normy postupně přeměňují. Na rozdíl tomu Beckerova studie je vysvětluje jako aktivní účastníky procesu identifikace vytvářením si reflexích a úsudků na profesorskou požadavky. (Gabe, Bury, Elston 2004)

Studenti se učí kontrole emocí, jelikož přicházejí do styku s lidským utrpením, smrtí. Jak Becker ale tvrdí, jde jen o naučený stereotyp, ne o projev necitelnosti. Výzkum Erona potvrdil i progresivní růst cynismu u studentů lékařské fakulty, a pokles humanitarismu. Studie zaznamenaly, že na lékařské fakulty se hlásí většinou i studenti starší a vyzrálejší, kteří mohou být připravenější snášet lidské utrpení a dělat klinické rozhodnutí, které obnáší příliš nejistých faktorů. „*Adepti medicíny si tedy vedle obrovského množství neustále se inovovaných znalostí a vědomostí musí osvojit odolnost vůči stresu a schopnost reagovat v situacích, kdy riziko, nejistota i osobní odpovědnost jsou poměrně značné*“ (Křížová 2006:52).

4.3.3 Charakteristiky lékařské profese

Parsons charakterizoval 4 prvky, kterými lékařská profese disponuje. Je to universalismus, afektivní neutralita, funkční specifičnost a kolektivní orientace. (Parsons 1951) Tyto prvky jsou obsaženy v etickém kodexu ČLK stejně tak, jako v kodexech jiných zemí. Universalismus nařizuje poskytnutí pomoci každému, bez ohledu na rasu, věk, sexuální orientaci aj. Afektivní neutralita zase vyžaduje odložení vlastních emocí při výkonu péče a udržení si profesionálního odstupu. Funkční specifičnost vyžaduje se vzdělávat a pohybovat se své odborné způsobilosti. Pacient má právo na vyjádření a léčba musí jít ruku v ruce s jeho preferencemi. Kolektivní orientace je *„altruistický ohled na potřeby nemocného, zatímco potřeby lékaře (především existenční, ekonomické, ale i psychické či jiné osobní) stojí až na druhém místě“* (Křížová 2006:30).

Mezi Parsonsem nezmíněné charakteristiky lékařské profese patří autonomie a dominance lékařské profese, která je spojená se dříve stavovskou kulturou, později prestiží a uzavřeností. Jedná se o to, že lékařské povolání mělo dříve rodinnou tradici, kdy se vědění a profesní kultura předávala z rodiče na dítě. Dnes jsou lékaři především sdružováni Lékařskými komorami. Jejich vysoké expertní vědění a vnější symboly jako bílý plášť, fonendoskop, titul aj. tvoří hranice mezi jimi a ostatními. Uzavřenost se projevuje v jejich možnostech kontroly informace a zachováním mlčenlivosti. (Křížová 2006)

„V komplexní dělbě práce, jen určité povolání, které je schopné disponovat dominancí nad ostatními, má také vysokou míru autonomie a naopak“⁸ (Gabe, Bury, Elston 2004: 173) Zejména V druhé polovině 20. století lékaři disponovali vysokou mírou autonomie, která jim zaručovala jistou „klinickou svobodu“ zejména po dosažení atestace. Záleželo na jejich posudku situace, kterému se podřídili ostatní (zdravotní sestry, pacienti). Autonomie se většinou identifikovala ve třech sférách:

⁸ „In a complex division of labour, only an occupation able to exercise dominance over others can have very high levels of legitimated autonomy and vice versa.“

- Klinická a technická autonomie, tj. možnost stanovit standardy postupů a možnost hodnotit jejich výkon.
- Politická autonomie, tj. možnost dělat politická rozhodnutí, jakožto medicínský expert.
- Ekonomická, tj. schopnost určit osobní odměny nebo výši zdrojů potřebných pro jejich práci. (Gabe, Bury, Elston 2004: 175)

Úroveň těchto sfér je závislá na každé zemi a zároveň nezávislá na další. Proto například americké zdravotnictví se vyznačovalo vysokou mírou ekonomické autonomie na rozdíl od Británie, kde díky založení NHS nemohli rozhodovat o míře zdrojů, ale mohli je individuálně alokovat.

Dominance se také rozlišuje na 3 sféry podle uplatňování „lékařské moci“⁹.

- dominance jako autorita lékařů ve společnosti díky znalostem a stanovováním toho, co je považováno za nemoc;
- dominance nad pacienty;
- dominance nad ostatními povoláními. (Gabe, Bury, Elston 2004: 176)

„V jistém slova smyslu existuje paralela mezi vysokou kvalitou péče, inovativností, akcelerací medicínského výzkumu a vysokou profesní autonomií (...“), avšak ne vždy to je určující, jelikož skromnost pracovních podmínek je kompenzovaná vynalézavostí lékařů. (Křížová 2006: 43)

⁹ V originálním znění *medical power*. (Gabe, Bury, Elston 2004)

4.3.4 Oslabování lékařských charakteristik

Vznik lékařské autonomie je připisován procesu profesionalizace, který lékařská profese podstoupila svým vývojem. Jejím vzniku zavdaly historické a politické události, jako je výše jmenovaná modernizace a potřeba pracovníků v industrializované výrobě. Následně velký vliv na její vývoj mělo zaštitění systémem organizací, aby se stala přístupná všem obyvatelům. Tak, jak jí tyto podmínky daly možnost vzniku a dosažení velkého statusu autority (skrže vysokou autonomii a dominanci), je možné, že tyto historické a politické podmínky ji mohou opět ovlivnit. (Gabe, Bury, Elston 2004)

Jedním z nepochybných a nejpodstatnějších vlivů na dominanci lékařské profese má vstup třetí strany do financování a organizování lékařské péče. Když se odprostíme od typického amerického příkladu zdravotní péče, kde převládají ziskové zdravotnické organizace a vysoká míra komodifikace vědecké činnosti ((Bakaran, Boden 2007, Wickham, 2008), i v ostatních podmínkách můžeme vysledovat obdobné tendence. Výše popisovaná důvěra lékařům je nyní narušena ve jménu hlídání nákladů a kvality poskytované péče. Lékařské profesi se dostává kontroly z vládních orgánů a pojišťoven. (Gabe, Bury, Elston 2004, Křížová 2006, Light 2010) Light (2010:270) popisuje bývalou lékařskou profesi jako „*samoobslužný monopol, který se pohyboval v chráněném trhu*“. Nyní se však plátcí domáhají nejen odpovědnosti, ale i dobré ceny. Situace tvoří tedy jakési pole protivažných sil, obsahující napětí, snahu o prosazení zájmů jednotlivých aktérů, různé stupně kontroly a moci aj. a nyní zahrnují i dalšího aktéra – lékaře. Proto je teď těžké odpovědět na otázku: „*Kdo vlastně klientem je, jestli pojišťovna nebo pacient?*“ Light (2010:271). Lékaři se stávají „*dvojitým agentem*“, kde pacient chce dostat kvalitní péči a přitom mít vše zaplacené a na druhé straně pojišťovny chtějí platit co nejméně. (Light 2010) Výsledkem je pokles lékařské autonomie a nezávislosti. Objevil se asymetrický vztah mezi jejich znalostmi a jejich možnostmi z hlediska dostupných zdrojů. (Light 2010, Křížová 2006) Tzv. rationing ovlivňuje komu a jaká péče bude poskytnuta, ale „*je to lékař, a ne politik ani nemocniční ekonom, kdo stojí tvář v tvář nemocnému člověku a rozhoduje o jeho dalším osudu*“ (Křížová 2006:79).

Druhým vlivem na dominanci lékařské profese je proměna společnosti. Pacienti už nemusí být pasivními příjemci informací, jelikož mají spoustu dostupných zdrojů se vzdělávat, a také nejsou, jak naznačuje výzkum Hrešanové. Projevuje se to ve zvýšeném odmítání péče, tíhnutí k péči alternativní, zasahování do lékařské péče, stížnosti, žaloby aj. Mizí bariéra neurčitosti, která dovoľovala jednat podle profesionálního uvážení. (Gabe, Bury, Elston 2004; Hrešanová 2009)

Třetím vlivem je samotná proměna a reorganizace pracovních sil ve zdravotnictví. Jedná se zejména o zvyšující se vzdělanostní nároky na zdravotní sestry a s tím spojené zvyšování jejich odpovědnosti. Na sestry je převedena vyšší možnost pracovních zásahů a do budoucna bude jejich odpovědnost navyšovat, kdy v některých úkonech by lékaře měly nahradit. (McKee, Healy 2002)

Oproti 20. století, kdy vědecká profese byla považována za protiváhu trhu, se situace změnila. Zdálo se, že vědecká profese se povznese nad tržními principy a zůstane kolektivně orientovaná. Ale je vůbec možné, aby v jedné společnosti byly dvě skupiny, každá řízená jinými silami? Aby se nějaká profese chovala netržně, když celá společnost se chová tržně? (Light 2010, Křížová 2006)

Schéma 4: Vymezení pole jednání, ve kterém lékaři rozumí sobě i jiným



Zdroj: autorka

Vyžadovat altruistické chování od několika profesí, zatímco celá společnost se orientuje tržně, se zdá být nemožné. (Light 2010) V případě lékařů se jim nedostává takových podmínek, jako v dalších zaměstnáních (např. vysoká míra pracovní mobility) a jsou na ně, oproti jiným povoláním, kladeny vysoké nároky jako například celoživotní vzdělávání, odpovědnost za lidské životy, narůstající administrativní agenda atd. „Nejvíce se lékařů dotýká veřejné a mediálně zjednodušené přetřásání jejich případných pochybení, neboť vědí, že kromě lékařů málokdo dokáže odhadnout míru složitosti a nejistoty, za které rozhodují (...)“ (Křížová 2006:97). Nadále pak vidíme oslabování něčeho, co pro jejich profesi bylo tak význačné (dominance), a přesun jejich profese do roviny, kde dochází ke střetu několika zájmů. (Light 2010, Gabe, Bury, Elston 2004) Tyto vlivy působí v neprospěch lékařů a projevují se ve vzrůstající nespokojenosti. V několika posledních desetiletích lékařská profese ztrácí jisté charakteristiky, kterými dříve disponovala, a které vyrovnávaly to, co by lékařská

profese měla mít na rozdíl od jiných, a co by ji teď brzdilo oproti jiným zaměstnáním (a to je altruismus v jistém slova smyslu a práce jako poslání). (Křížová 2006)

4.3.5 Proměny české lékařské kultury

Jak jsem se již zmínila, velmi důležitý vliv na profesi má její historický kontext, protože lékařská profese obsahuje nejen „technicko-expertní“ složku, ale také psychosociální, která je proměnlivá (historicky i kulturně). Česká profesní kultura prošla četnými změnami v tomto směru, vlivem střídajících se politických období a hlavně vlivem úpadku středních tříd a veřejného sektoru jako takového, během komunistického období. (Večerník 1997, Křížová 2006)

V období První republiky se medicína vyznačovala velkou mírou etických hodnot. Poskytnutí služby bylo viděno v aristokratickém světle, kdy ona služba byla vznešená. Praktikování služby nebylo založeno jen na vědeckých materiálech, kterých nebyl takový dostatek, a proto se hodně upřednostňoval cit, doplněný zájmem o člověka. Lékaři se těšili velké úctě, nejen proto, že se dokázali službě sebeobětovat nehledě na to, zda z toho budou mít nějaké ohodnocení. Úcta je projevena pojmenováním některých nemocnic po velkých jménech medicíny. Po lékařích byla taky vyžadována všeobecná vzdělanost, která se netýkala jen medicíny. (Křížová 2006)

V počátku období socialismu přetrvávala snaha a obětavost. Ty však byly vystaveny překážkám, které politický systém kladl. Došlo k rozbíjení rodinných vazeb a tradice vstupu na lékařské fakulty a následné devalvace lékařské profese a aristokratického statusu vytvořeného za 1. republiky, v rámci homogenizace společnosti. (Večerník 1997, Křížová 2006) Svůj nástup do svého zaměstnání v socialistickém období popisuje Prof. MUDr. Miloš Hájek například jako nucený odchod na praxi na Slovensko, kde se jim nedostalo žádného zázemí. (Hájek 2011) Došlo sice k celoplošnému rozšíření zdravotnických služeb, které bylo lékaři vítáno, na druhou stranu se však dostávalo ohodnocení jen podle politické orientace. Toto období se podepsalo na ochabnutí vztahu lékař-pacient a v zaostávání znalostí oproti západu. Ve vysoké míře se pak projevil úplatky, jelikož i přes celoplošnou péči byla její kvalita omezena. To na jedné straně podněcovalo pacienty k uplácení a na druhé straně lékaře k

přijímání těchto peněz, jelikož byl plat lékařů nivelizován, stejně tak jako finance pro celé zdravotnictví. Nedostatek prostředků, vysoká erudice lékařů a formálně vynucované poskytování nedostatečné péče komunistickým členům se podepsalo na „*demoralizaci lékařského stavu a ztrátě profesní soudržnosti*“ (Křížová 2006: 114).

Transformační procesy s sebou přinesly snahy o znovuzískání korporativní autonomie lékařů a práv pacientů. Zároveň se však poskytování zdravotní péče rozdělilo na soukromou (ambulantní) a veřejnou sféru. Lékaři v nemocnicích tak opět zaznamenávají ztrátu korporativní autonomie a nižší finanční odměny. Možnosti soukromé ambulantní péče s sebou přináší lepší perspektivu, co se týká možnosti seberealizace a do jisté míry zastavení omezování autonomie, tak jako v celé soukromé sféře. (Křížová 2006)

Nepochybná změna je v povinnostech pracovníků, které ovlivňují jejich postoje. I přes stále vyžadovaný altruismus se nyní dává přednost životu lékaře, jak dokazuje například evakuační plán nejmenované nemocnice, kde v případě požáru lékař má zachránit dokumentaci, zatímco ostatní personál se má postarat o pacienty. Proměnu postojů tak ovlivňuje zavádějící právní výklad, nebo právní výklad upřednostňující život lékaře. (Křížová 2006)

4.3.6 Důležitost pracovních stimulů a motivace

Pro dosahování cílů zdravotní politiky, tak jak je stanovila WHO (Murray, Frenk 2000), je důležité brát ohled i na zainteresovanost lékařů. Zejména při současných organizačně právních změnách (vznik obchodních společností) se mění struktura motivačních a výkonových stimulů, a proto je důležité tyto změny nepřehlížet a případně je kompenzovat. (IZPE 2003c) Způsoby finanční a nefinanční stimulace pracovníků byla vypracována na mezinárodní úrovni. (Adams, Hicks 2001) Avšak tato stimulace výkonu není to nejdůležitější. Jak Armstrong poukazuje, důležitá je „*(...) práce, kterou vykonávají, a podmínky v organizaci, za nichž tuto práci vykonávají*“ (Armstrong 2007: 219).

Díky mému přístupu k dané problematice použiji teorie z řízení lidských zdrojů. Ty umožňují lépe pochopit chování lidí v organizaci. Řízení lidských zdrojů rozvinulo teorie, které přispívají k pochopení lidského faktoru a zvyšují tak výkonnost lidských zdrojů. Organizace by se měli věnovat procesu motivace a vytvoření správného prostředí organizace, aby se dosáhlo očekávajících výsledků. „*Teorie motivace zkoumá proces motivování, proces utváření motivace*“ (Armstrong 2007: 219).

Pro svoji práci vidím podstatnou teorii zaměřenou na proces, tzv. expektační. Ta funguje na „*(...) přesvědčení, že pokud uděláme jednu věc, povede to k jiné, a expektace (očekávání) je pravděpodobnost, že čin nebo úsilí povedou k určitému výsledku*“ (Armstrong 2007: 225). Očekávání jsou spjaté s předchozími zkušenostmi. Nové pracovníky podmínky, pro které „*dosavadní zkušenosti nejsou přiměřeným vodítkem*“, mohou vést k oslabení motivace. (Armstrong 2007: 225) Důležitější než vnější motivace je v tomto případě „*jasná spojnice*“ mezi výkonem a výsledkem, která je determinována:

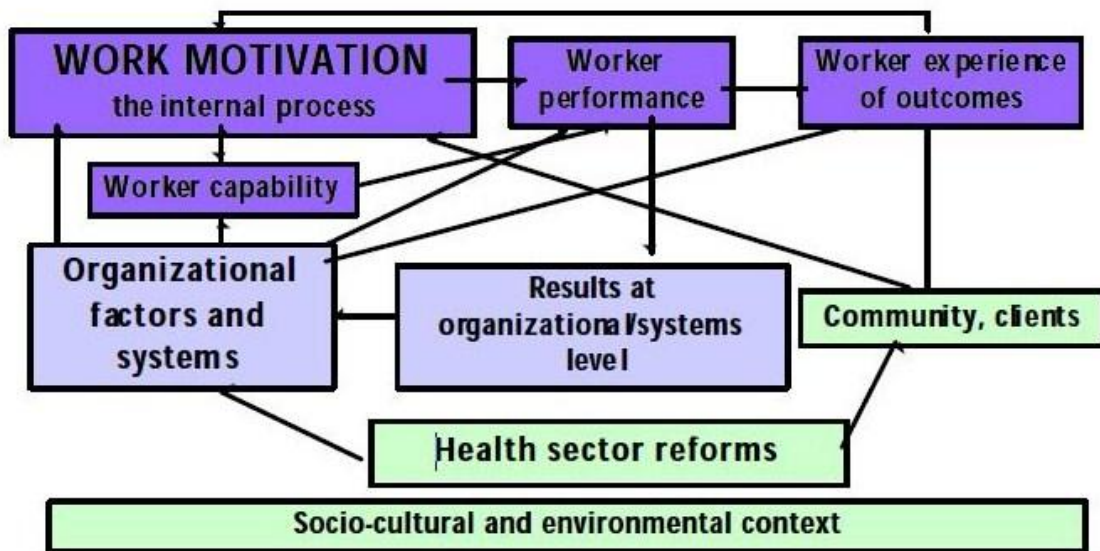
- „*hodnotou odměny jedinců do té míry, do jaké uspokojuje jejich potřeby jistoty, společenského uznání, autonomie a seberealizace;*
- „*pravděpodobnost, že výsledky závisející na úsilí tak, jak je vnímáno jedinci – jinými slovy jejich očekávání týkající se vztahu mezi úsilím a odměnou*“ (Armstrong 2007: 225).

Sara Bennett pro své schéma motivace využívá také Maslowovu teorii potřeb, která funguje na principu uspokojení nejdříve nižších potřeb a následné možnosti uspokojení té vyšší. Mezi nejvyšší 2 patří potřeba uznání a seberealizace. Potřeba uznání se skládá ze dvou skupin. První je tvořena úspěchem, sebedůvěrou, svobodou atd., druhá je tvořena respektem, projevujícím se „*(...) v podobě uznání, pozornosti, významu nebo ocenění*“ (Armstrong 2007: 224). Potřeby seberealizace nelze dosáhnout. (Armstrong 2007: 224)

Následující schéma zobrazuje propojení motivace a faktorů ji ovlivňujících. Lidské zdroje ve zdravotnictví jsou ovlivněny několika faktory. „*(...) Individuální stupeň ochoty vyvíjet a udržovat úsilí ve prospěch organizačních cílů*“, je ovlivněn na několika

úrovních, které jsou navzájem propojené. (Bennett, Franco 1999:1) Jedná se o individuální faktory, faktory na úrovni organizací, na úrovni zdravotnického systému, socio-kulturní a environmentální faktory.

Schéma 5: Faktory motivace pracovníků



Zdroj: Bennett, Franco 1999

Všechny tyto faktory působí neohledě na to, zda je systém stabilní nebo právě se rozvíjející. Vzhledem k tomu, že zdravotní systém je jedno z nejdynamičtějších odvětví (změna právní, organizační struktury, způsobů financování, nadnárodní vlivy aj.), je důležité, i přes koncentraci na reformy systému, potažmo organizací, věnovat pozornost problémům pracovníků. Důležité také je zohledňovat propojenost jednotlivých faktorů, jelikož například efektivní motivace na organizační úrovni závisí na tom, jak je propojená s kulturními a individuálními faktory. (Bennett, Franco 1999)

5 Metodický přístup

V mé práci využívám výhod kvalitativních metod – polostrukturované rozhovory. Jako výzkumný plán volím přístup Snapshots. Výhody tohoto přístupu jsou v zaměření na současný stav situace, ve které byl výzkum prováděn. Tato metoda také navíc umožňuje zaměřit se na minulost v souvislosti s pochopení současného stavu. (Flick 2004: 148)

Ke sběru dat jsem využila kvalitativní dotazování za použití polostrukturovaných rozhovorů. Výhodou kvalitativních metod oproti kvantitativním je, že na jedné straně stanovují osnovu rozhovoru. Na druhé straně však ponechávají dostatek prostoru i pro respondenta vyjádřit se nad rámec osnovy a vylíčit své subjektivní názory a zkušenosti. Pro tazatele ponechávají výhodu otestovat si, zda respondent chápe otázku. Zatěžkávací zkouška pro tazatele spočívá v tom, zda dokáže usměrnit směr rozhovoru dle požadované roviny. (Hendl 2008)

Cílem mých rozhovorů není zkoumat pouze finanční nespokojenost a pracovní právní podmínky práce, jelikož finanční i pracovní právní podmínky se liší dle nemocnic.¹⁰ Důvod nespokojenosti vidím v socio-kulturních podmínkách jejich práce související s vývojem jejich profese. Zajímá mě rozpor mezi očekáváním lékařů a realitou jejich pracovních podmínek v socio-kulturní perspektivě, doplněno o reflexi reformních změn. Proto jsem výzkumné cíle rozdělila do tří následujících okruhů.

Prvním okruhem je **motivace ke studiu**. Tento okruh je zaměřen na to, co respondenty vedlo k tomu, že se rozhodli právě pro tuto profesi, a co od ní očekávali. Důležitým bodem je také to, zda by se opětovně rozhodli pro toto povolání. Zajímám se i o to, jestli měli nějaké předpoklady ze stran rodičů k této profesi, jelikož tato profese bývala povětšinou přenášena z generace na generaci.

¹⁰ Nebo jak například jeden z mých respondentů uvedl, když si po revoluci vybírali toto zaměstnání, věděli o tom, že jejich platy budou nízké.

Druhým okruhem je **ne/spokojenost s podmínkami jejich práce**. Zde se respondenti mohou vyjádřit podmínkám jejich práce: co se jim na jejich práci nelíbí a naopak, co jim jejich práce přináší v pozitivním smyslu. K detailnějšímu prozkoumání toho bodu jsem poté využila strukturaci problému podle výzkumu Křížové (2006) a výzkumu Kalifornských lékařů o vnímání jejich profesní autonomie a spokojenosti (Burdi, Baker 2012). K vyprofilování struktury tohoto bodu jsem použila výsledky z faktorové analýzy spokojenosti Křížové:

- *sociální faktor* (ten jsem si doplnila o výzkum výše zmíněné profesní autonomie a jeho hlavní bod nazvala profesní realizací),
- *klinický faktor* (zahrnující náročnost práce, vztah lékař pacient a vztahy v organizační struktuře),
- *odměna a prestiž* (kde důležitým bodem je srovnání ohodnocení s výkonem práce a s jejich vrstevníky z jiných oborů).

Třetí okruhem je **reflexe reformních změn**. Tento bod je zařazen proto, aby respondenti sami zhodnotili vliv vývoje reforem na jejich pracovní podmínky. Nadále proto, aby se vyjádřili, jak vnímají tento vývoj a mohli tak vyjádřit i jejich připomínky. Ve výsledku jsou to oni, kdo se v nemocničním prostředí pohybuje denně a mohli by tak přinést zajímavou reflexi situace.

5.1 Výběr a průběh rozhovorů respondentů

Vybrala jsem si 6 respondentů ze dvou nemocnic. Vzorkování bylo náhodné, účelové. Vybrala jsem si takový obor (interní a chirurgický), který je náročný z hlediska vývoje a demografických tendencí. Další ovlivňujícím faktorem výběru bylo to, zda jsou lékaři atestovaní. Ve většině případů neatestovaní lékaři jsou omezeni ve výkonu služby. Navíc se mi z hlediska výzkumu jednalo o dlouhodobější zhodnocení podmínek práce lékařů, kteří jsou způsobilí rozhodovat a mají jistou pravomoc. Pohlaví respondentů není určující.

První rozhovory byly vedeny s lékaři z nemocnice, která je již od roku 2003 obchodní společností. Tyto rozhovory byly uskutečněny od 3. do 6. 4. 2012. Tyto rozhovory byly provedeny s Vandou, Michalem a Jitkou. Druhá část lékařů byla vybrána z fakultní nemocnice. Tyto rozhovory se uskutečnily 10. až 11. 4. 2012. Obor, ve kterém lékaři pracují, je opět vývojově náročný obor chirurgický. Jedná se o tyto respondenty: Vít, Šimon a Ladislav. Podmínky jejich ne/spokojenosti jsou vztaženy k těmto zařízením.

Rozhovory probíhaly v nemocnici. S respondenty jsem se snažila navázat „přátelský“ vztah, jelikož ze začátku většiny rozhovorů se respondenti obávali otevřeně vyjadřovat, aby jim to nepřineslo postih, a to i přes příslibení anonymity (viz Informovaný souhlas v přílohách). Proto jsem se také rozhodla neuvést jméno nemocnic, stejně tak jako opravdová jména respondentů. Navázání vztahu se pak projevilo pozitivně, rozhovory trvaly 40 – 55 minut, vyjma dvou rozhovorů (Jitka, Ladislav), kdy respondenti nemohli déle hovořit kvůli nedostatku času.

6 Očekávání lékařů a vnímání reality – empirická část

6.1 Vanda

- **Motivace ke studiu**

Vandě je 41 let a 16 let pracuje jako lékařka v nemocnici, nyní jako zástupce primáře. Její oba rodiče jsou vystudovaní lékaři. Jak sama ale říká: „*Rozhodně mě k tomu nevedli, spíš mě naopak odrazovali, jelikož věděli, o co jde.*“ Jejich přání, aby se nestala doktorkou a nepracovala v nemocnici, se nevyplnilo ani v jednom bodě. K medicíně se nakonec dostala „*vylučovací metodou*“ a za přispění revoluce, která změnila její původní obor hygieny. Proto také přestoupila z hygieny na medicínu.

Od lékařské profese si slibovala, že bude užitečná. Nepředpokládala, že by lidem „*sloužila*“ ve smyslu obětování jim vše, ale spíše jim dopomáhat a směřovat je. Nyní při zpětném pohledu by si již tuto profesi za těchto podmínek nevybrala. Dokonce uvažovala odejít ze zaměstnání. Tuto myšlenku zamítnula díky investovanému dlouholetému vzdělávání. Z důvodů jazykové bariéry o odchodu do zahraničí nepřemýšlela. Spíše by volila soukromou praxi, kterou se již snažila zajistit. Z důvodu, podle ní údajného, přesycení soukromých praxí v dané oblasti ji to pojišťovny neumožnily.

Kdyby její děti pomysleli na studium lékařské fakulty, snažila by se „*pravdivě*“ popsat situaci, aby si dobře rozmyslely, zda si vybrat takovýto obor. Tato profese není ukončena ani po 5 letech studia, ale vyžaduje „*mnoho věcí navíc*“.

Jak Vanda říká, když nastupovala do své profese, díky transformaci nemohla tušit, jak to bude vypadat. Dnešní generace má tu výhodu, že aspoň trochu může tušit, jakým směrem se vyvíjí jak podmínky, tak zdravotnictví.

- **Ne/spokojenost s pracovními podmínkami**

Vandě se nejvíce nelíbí organizace práce. Ta spočívá v nastavení počtu doktorů, nastavení budgetu pro nemocnice pojišťovnami či vedením nemocnic. Rychlý skok do kapitalismu podle ní představoval krok, na který nemocnice nebyly připraveny: „*Tak,*

aby to bylo hotové, aby si nikdo nestěžoval a moc nikdo neumřel a nebyly konflikty s pozůstalýma (...)“, to s co nejmenší počtem lékařů, aby se ušetřilo. Nedostatečně se pečuje o lidské zdroje – zaměstnance.

Na oddělení pracuje se dvěma dalšími kolegy (z toho 1 lékař neatestovaný) místo předurčených 7 lékařů. Při tomto „prázdninovém“ režimu fungují 2 roky, jelikož se přes neustálou inzerci nenašla náhrada za lékařky na mateřské dovolené. Při takovémto provozu se nemůže vzdělávat, i když je jí to ze strany nemocnice umožněno, jelikož by za ní nebyla náhrada. Nedostatek lékařů má i negativní vliv na její přesčasy ze služeb (vyprávěno mimo záznam). Kromě standardního zaměstnaneckého poměru má další dvě zaměstnanecké smlouvy na přesčasy za služby. Dvě další proto, že jedna smlouva by tyto přesčasy neobsáhla, a proto je jedna na víkendové služby a druhá na služby během týdne, kdy po 24hodinové službě nastupuje ihned na standardní 8hodinovou.

Další nevýhodou pro Vandu je velký počet pacientů, který ve výsledku znamená málo času na jednotlivé pacienty. Další omezení pro ni a pacienty vyplývá z nastavení budgetu pro jednotlivá oddělení, do kterého se musí vejít a zároveň ho co nejvíce vyčerpat, aby se pro další rok nesnížil a nebyl více omezující. Vanda však odmítá omezit péči některého z pacientů a tudíž se nebojí překročit limit s možností jejího pokárání či sebrání odměn. Ve výsledku však nemocnice dokáže poskytnout pacientovi vše potřebné.

Tato profese také disponuje velkou psychickou náročností, zejména když se nedá pacientovi pomoc. Navíc strávený čas nad dokumentací pacientů pro ni znamená méně času na pacienta samotného. Pacientů přibývá vlivem zvyšování věku stejně tak jako dokumentace, které je „4x, 5x víc. Člověk vyrábí papíry.“ Náročnost je také zvyšována nutností více komunikovat s pacienty, kteří vyžadují více informací než předtím. Pacienti vyžadují konzultaci problému a najítí společného východiska. Vanda musí najít způsob jak doporučit pacientovi co nejlepší léčbu. Narůstají však i stížnosti ze stran pacientů (i absurdní stížnosti).

Pracovat jako tým je také omezeno časovou stísněností. Při takovém počtu lékařů není možné udělat porady. I přesto, že kolegiálníta do jisté míry klesla, záleží to převážně na jedincích, zda jsou či nejsou kolegiální.

Při zaměření na finanční ohodnocení po akci „Děkujeme, odcházíme“ je situace mnohem lepší. A to i přesto, že se nesplnilo navýšení v roce 2012, a i když v porovnání s jinými vysokoškolskými kolegy jsou jejich platy nízké (například právníci).

Na druhou stranu přednosti tohoto povolání je jistá flexibilita při rozhodování. Vybírá si, jaké vyšetření provede a dává ji to do jisté míry svobodu. Hezké je i poděkování od pacientů. Ke zlepšení situace by ve Vandy případě přispělo více lékařů na oddělení, nebo omezení péče. V tuto chvíli je u nich nemožné skloubit ambulanci a lůžkovou péči.

- **Reflexe reformních změn**

Změny přinesly rozhodně zlepšení vyšetřování a možností poskytnuté péče. Otázkou však pro Vandu zůstává, zda by tato péče měla být poskytnuta všude a následně do jaké míry by měla být centralizovaná. Centralizace totiž zvláště pro chronicky nemocné pacienty může být nepříjemná v omezení dostupnosti.

Reformní kroky lékařům přinesly hlavně ztížení práce v podobě kalkulace s budgetem. „*Máš loňský nebo předloňský období, kde ti zaplatí 105% toho, co bylo dva roky zpátky. Ty můžeš ošetřit 98% nebo 105%. Pokud je to méně tak ti seberou, pokud je to víc, tak ti už nezaplatí. Někdy se do toho vejít je těžký.*“ Na druhou stranu poznamenává, že jako zaměstnanci za to nejsou plně zodpovědní.

Další vliv na pracovní podmínky přináší možnost kalkulace s náklady. Ta pomohla oborům, které pojišťovna „proplácuje“. Vznik soukromých pracovišť tak znamená soustředění se na péči, které je finančně výhodná, přičemž dochází k oslabení finančně nevýdělečných oborů. Pro vlastníky nemocnic je pak výhodné zaměřovat se na velké zásahy jako výměna kloubů.

Největší chybu našeho systému spatřuje v tom, že je spousta lidí se nechají ošetřit u jednoho lékaře, a když nejsou spokojeni, tak jdou k druhému lékaři atd. Tím

vznikají zbytečné náklady navíc. Zabránit tomu by šlo například nechání si jednotlivých návštěv proplatit, s tím, že pojišťovna omezí míru proplacení, tak aby nevznikali zbytečné „kolečka“. Ideální při 3. a 4. návštěvě lékaře kvůli samému vyšetření. Na názor druhého lékaře by pacient měl mít právo. „*Na zdravotní péči lze vyčerpat neomezeně peněz.*“

Odpovědnost jednotlivých aktérů nelze jednoznačně určit. Vzhledem k tomu, že aktéři jsou časově omezeni ve své funkci. Vanda si na druhou stranu myslí, proč se musí vymýšlet neustále něco nového, když se můžeme poučit z fungujících systémů.

6.2 Michal

- **Motivace ke studiu**

Michal má zkušenosti jak z oblastní nemocnice, tak z nemocnic fakultních. Momentálně se pohybuje na 3. pracovišti a pracuje již 5. rokem. Rodiče Michala pochází z nelékařského prostředí. K povolání lékaře Michala přivedla teta, jelikož jeho původním úmyslem bylo stát se veterinářem.

Na lékařské profesi ho lákala neexaktnost a nemechanický princip práce obohacen o lidský aspekt. Při možnosti vystudovat jiný obor, by se rozmýšlel, zda opět zvolit LF. Nyní by už tento obor neopustil kvůli náročnému studiu. „Myslím si, že existuje jednodušší práce s lepším výdělkem. Například technické obory.“

Očekávání Michala se s podmínkami profese „*hrubě neshodují*“. Očekával práci „*přesnou*“, „*čistou*“ za „*hodně peněz*“, podobná podmínkám ze zahraničí.

Michal chtěl vždy pracovat primárně v nemocnicích, proto by rád i nadále v nemocnici zůstal. Jsou však podmínky, které by ho donutili z práce odejít. Je to například oklešťování péče (úbytek sester a zároveň přibývání administrativy), více služeb a nedorovnávaní platu poměrně k inflaci.

- **Ne/spokojenost s pracovními podmínkami**

Ze začátku byl Michal zejména nespokojen s „*neadekvátně moc práce, která vede ke zhoršení péče*“. Tato práce mu neumožňovala vést plnohodnotný soukromí život,

hlavně kvůli dlouhému vzdělávacímu programu (atestace). Postupem času se však náročnost zmírnila.

Michal také srovnává nynější podmínky s fakultní nemocnicí, kdy největší nevýhodou stávajících podmínek je řešení širokého spektra případů. Na rozdíl od fakultních nemocnic, kde se případy selektují.

V rámci profesní realizace Michal vidí perfektní zázemí, co se týče prostředků například technologických. Na druhou stranu velké množství pacientů mu znemožní se věnovat každému dostatečně. O to je to náročnější v oblastních nemocnicích, kde dochází k prvotní diagnostice. *„Ta zabere nejvíce času a s nevděčným výsledkem.“* Chyba tedy není v prostředcích, ale v času, který na jednotlivé pacienty mají.

Na psychické náročnosti přidává fakt, že nemají žádné soukromí díky společné místnosti. *„Sedí na sesterně společně s dalším doktorem, kde drnčí telefon. Komu vadí telefon, tak mu přeruší myšlenku a není klid na práci.“* Psychickou náročnost také zvyšuje komunikace s rodinou. Fyzická náročnost je především v sedavé práci nad administrativou, která neustále přibývá.

Velký rozdíl vidí mezi pacienty na okrese a v Praze. Na okrese jsou podle Michala pacienti milejší a vděčnější. V Praze pacienti nemají *„apriory úctu“*, na rozdíl z menších měst. Možný rozdíl je dán věkovou strukturou jednotlivých měst, kdy starší lidé *„vyrůstali tam, kde se slušnost nosila“*.

Rozdíl mezi městem a okresem vidí i v kolegiilitě. Na rozdíl od kamarádských vztahů, které mu nynější pracoviště přináší, se potkal ve fakultních nemocnicích i se soupeřením. Podle něj je zde zájem o medicínu druhotný vlivem boje o posty a zlepšování svých dovedností. Sdílení informací je pak nedostatečné a nepřináší takové obohacení, jaké by mohlo. *„Kde každé jede na sebe, tak se to zamlčuje.“* Mobilitu profese pak vnímá jako možnost dělat zajímavé věci. Této možnosti se dosáhne vlastní pílí. Michal také zažil dva principy vedení. V jednom z případů byla hierarchie *„zkostnatělá“* a odstupňovaná. Problémy se pak k vyššímu vedení – přednostovi nedostaly. V druhém naopak přednosta sám problémy řešil.

„Když se snažíte být dobrý doktor, tak tu úctu máte.“ Úcta je individuální záležitost. Finanční ohodnocení Michal vidí také jako dobré. „Adekvátní k práci, avšak není motivující dělat více“. Zejména je plat dostačující díky stávce. Dobré finanční ohodnocení je také díky službám, které v Michalově případě dělají až 10 tisíc Kč. Druhým rokem, chodí druhý den po službě po vizitě domů, kolem poledne.

Nespokojenost vyvažuje dobrý pocit z léčení lidí. K zlepšení podmínek by však přispěla samostatná místnost nebo místo s větším soukromým a méně služeb (Michal má 4 služby za měsíc). Na druhou stranu by se nespokojil se snížením platu.

- **Reflexe reformních změn**

Michal vidí problém reformních změn zejména v centralizaci péče a převedení části výkonů z oblastních nemocnic do centra. Na jednu stranu je jasná nevýhoda viděna v dostupnosti léčby na straně pacientů. Na druhou stranu centralizace je ekonomicky výhodná. Ekonomickou výhodnost vidí i v regulačních poplatcích. Ty však opět mohou být nevýhodné pro chronicky nemocné, staré lidi.

Z obav pro jeho podmínky Michal jmenoval atestační systém, který je demotivující pro práci v oblastních nemocnicích. Tím se způsobí ještě menší zájem o oblastní nemocnice. V jejich nemocnici je na několika oddělení nedostatek lékařů. S tím související je omezení péče na oblastní úrovni a samovolný přesun péče do centra kraje.

Z politických aktérů podle Michala „nemá nikdo chuť do toho šáhnout“. Regulační poplatky byla pouze kosmetická úprava. Žádným velkým změnám se nedostalo.

Regulování péče je jedno z východisek, jak zamezit „chození si popovídat s doktorem“. Nejlepším řešením by však bylo zvýšení funkčnosti primární péče.

6.3 Jitka

- **Motivace ke studiu**

Jitka pochází z Prahy, z nelékařského prostředí. Lékařskou fakultu si vybrala z důvodu zájmu o biologii. Nyní pracuje jako lékařka již 13 let. Neměla konkrétní očekávání

spjaté s profesí, spíše ji zaujala práce s člověkem a komplexnost oboru. V případě opětovného rozhodování by si vybrala opět lékařskou fakultu.

Mezi plány její do budoucna patří zvýšení si vzdělání v oboru a držet neustálý krok s vývojem. V nejbližší době v nemocnici plánuje zůstat, ale jako starší osoba by raději pracovala v méně psychicky a fyzicky náročné, soukromé sféře.

Zklamání do jisté míry pro Jitku znamená narůstající nedostatek času na pacienty. Zároveň také redukce lůžek omezuje její možnosti v léčbě pacienta.

- **Ne/spokojenost s pracovními podmínkami**

Jitka je velmi nespokojená s prací kvůli přesčasům, ústící v málo času na rodinu, a stresu. Stres je způsoben pracovní vyčerpáním a zodpovědností spojenou s prací. Zklamání je pak z nedostatku času na pacienty a omezeným možnostem (finanční a technologické) při léčbě pacienta, které má okresní nemocnice. Péče je rozřatulkovaná, kdy některá péče se nedělá ani na krajské úrovni a pacient tak musí cestovat. Někdy se k psychické náročnosti přidává i fyzická, kdy pro ženu zvládnutí některých úkonů je náročné.

Při vývoji vztahu lékař-pacienta nevidí žádnou zvláštní změnu v chování. Spíše jen prodlužování věku a přibývání starších pacientů, kteří jsou častěji nemocné. Starší pacienti, kteří jsou pro její obor typičtí, nejsou tolik technologicky zdatní a informovaní, což považuje za důsledek jejich nezměněného přístupu. Malý nárůst může být viděn ze stran stížností pacienta.

V rámci jejího oddělení funguje kolegiální, tudíž není problém se dorozumět, poradit. Z této stránky je Jitka spokojená. Samozřejmě se najdou kolegové, se kterými se baví jen v případě nutnosti (komunikace napříč obory) a to může být nepříjemné.

Platové ohodnocení je dostačující. Je to však dáno hlavně tím, že podstatnou část jejich platů tvoří plat za služby, které jsou mimo standardní pracovní dobu. „*Je to práce za 1,5x až 2x pracovní doby normálního člověka.*“ V porovnání se spolužáky z gymnázia, kteří vystudovali vysokou školu, Jitka vidí nesouměrnost a postavení lékaře jako nejhorší (oproti právníkům, ekonomům, politologům).

Nejsvětější stránku této profese vidí Jitka v „*jasném cíli*“ její práce. Není to „*pochybný zisk, kdy nevíte koho.*“ „*Toto povolání jasný smysl má.*“ K její větší spokojenosti by mohlo přispět zlepšené finanční hodnocení, lepší vybavenost nemoc, ale také větší komfort pro pacienta.

- **Reflexe reformních změn**

Jitka přišla do zdravotnictví po transformaci, kdy jak sama říká, se myslelo, že trh všechno spraví. „*Poptávka reguluje nabídku.*“ Princip zdravotnictví však vidí založen na opačných tendencích. Čím větší je nabídka, tím větší je poptávka. Tento jev se vzal v potaz v posledních letech, kdy je snaha regulovat poptávku (zavírání lůžek, placení standardů atd.) Což ve výsledku znamená druhý extrém. „*Já sama sebe se ptát, kdy někomu dojde, že to je druhý extrém a ta pravda je někde mezi. Toho se však nedožiju.*“

Důsledkem reformních změn pro podmínky její práce je zejména nedostatek lůžek a obtíže s ukládáním pacientů. Redukce lůžek a zařízení může dospět až k riziku, které odradí budoucí lékaře, kteří nebudou chtít přijmout takovou zodpovědnost. V případě pochybení to je lékař, na kterého si chodí pacient stěžovat.

Nejodpovědnějšími aktéry jsou podle Jitky pojišťovny, které jsou zodpovědné za jednotlivé kroky. Zároveň však podléhají politickým stranám.

Východiska Jitka vidí v přenosu vyšší zodpovědnost na pacienty, aby si uvědomili, kolik co stojí. Důležité je aby si lidé uvědomili, kolik co stojí a zbytečně neobcházeli několik lékařů, kvůli jednomu problému. Z větší části by to mělo však být hrazené. Pacient by však měl vidět tyto účty.

6.4 Vít

- **Motivace ke studiu**

Vít pracuje jako lékař 20 let. Po pár letech praxe si k práci v nemocnici přibral i soukromou ordinaci. Nikdo z jeho rodičů nepochází z lékařského prostředí. K medicíně se dostal skrze sport, jelikož si přál pracovat se sportovci a i nadále se pohybovat okolo sportu. Ortopedie se tak zdála jako ideální volbou pro atestaci, jelikož obsahuje i

manuální práci jakožto chirurgický obor. Očekávání spjaté s profesí pro ně hlavně znamenalo pracovat s lidmi, hodně učení, ale také zábava.

Po krátkém zaváhání na otázku, zda by si opět zvolil tuto profesi, odpověď zněla „asi jo“. Nikdy však neuvažoval o tom, změnit povolání, spíše jen omezit pracovní dny. Do budoucna hodlá zůstat jak v soukromé, tak veřejné sféře. Soukromá ambulance mu přináší finanční přivýdělek navíc. Na druhou stranu nemocnice je pro něj existenční jistotou, která je na úkor platu.

Vítovi se vyplnilo přání pracovat se sportovci. Jeho práci by neměnil za sice lépe placenou a jednodušší, protože by musel vyměnit pestrost za monotónnost. Proto je se svou prací spokojen.

- **Ne/spokojenost s pracovními podmínkami**

Vzhledem k tomu, že Vít má i soukromou ordinaci, zdá se mu práce v soukromé a veřejné sféře ideální. Nemocnice mu umožňuje rozšířit léčbu ze soukromé ordinace díky možné operativě. Na druhou stranu nevýhoda podle Víta práce v nemocnici je, že nemůže „být svým pánem“. Ambulance soukromá mu takovouto schopnost dává. Další výhodou soukromé ambulance je zpětná vazba s pacienty.

Nevýhoda ambulancí ve fakultní nemocnici je „přetěžování zbytečnými případy“. Od toho se odvíjí i nedostatek času na pacienta. Lepším řešením by byla lepší selekce případů, aby byla možnost věnovat se případů opravdu náročným.

Nemocnice poskytuje potřebný základ, pro výkon jeho profese. Nevýhodu samozřejmě vidí v limitovaných výdajích nemocnice a jejím prioritám. Ty určují příliv peněz, takže se samozřejmě stane, že některá oblast je na tom lépe a naopak, nebo dojde k vyčerpání nákladů a musí se poté čekat, až budou znovu uvolněny další finance. Důsledky pro jeho profesi je pak poradit s tím co má, i když jsou prostředky, které by jim usnadnily jejich práci.

Práce psychicky náročná, zvláště pokud má nedostatek času na pacienty a nemůže tak dostát „pocitivosti“. Pocit z podařené práce vykompenzuje jak psychickou tak i fyzickou náročnost. Práci si také snaží ulehčovat svým kladným přístupem

k pacientům a očekává stejný přístup na oplátku, který se ne vždy zopakuje. V průběhu let přibýlo „*pacientů spekulantů přes internet*“, kdy pacient má nastudovaný postup, který pak požaduje po lékaři.

Bývaly časy, kdy komunikace s vedením byla slabá. Stejně tak i kolegiální záležitosti na období a konkrétních osobách. Úbytek komunikace mezi kolegy vidí Vítek jako důsledek málo času, práce s počítačem a administrativou na úkor přímé komunikace. Dříve byla polovina pacientů a podstatně méně administrativy. Mají tak „*plné zuby práce*“ v tomto uspěchaném čase.

Platové ohodnocení je podle Víta špatně nastavené od začátku. Díky dřívější poslušnosti lékařů se jejich platy propadly oproti ostatním platům například právníků. Jinak platové podmínky nejsou tak hrozné, zvláště pokud má možnost nějakého přírůdku. Lidé vstupující do tohoto oboru by si měli uvědomit tento rozdíl, který veřejná sféra přináší oproti jiným oborům.

Vítek shledává práci jako pestrou. Výhoda je možnost práce s lidmi, která přináší dobrý pocit z pomoci. Zvláště pak když vidí sportovce, který se může vrátit ke svému sportu. Pokud to nedělá „*jen pro peníze a slávu*“, tak je to práce uspokojivá.

- **Reflexe reformních změn**

Reformní kroky zdravotnictví vnímá jako postupné a malé kroky. Plánování nemocnic vidí jako zastaralé, „socialistické“. Chybí možnost pacientů se připojistit. Co se týče poplatků, je to spíše kosmetická regulace, která je ve výsledku poplatek za stravu. Chyba je, že se tyto poplatky ztratí ve zdravotnictví a nezůstávají dané nemocnici.

Důsledky pro jeho profesi spočívají v „šikanování“ novými nařízeními a předpisy, které ústí především v „oklešťování“ práce s pacientem jako takovým. „*Léčení znamená stovky podpisů a stohy dokumentací a právní krytí. Ale ta komunikace a vlastní mluvení, vztah lékař-pacient se těmito reformami pořádkem zkracuje.*“

Východisko Vít vidí v možnosti se připojistit. Musí se každému dostat standardní péče, ale měla by být možnost mít nadstandardní připojištění, popřípadě se rozhodnout nepojistit se. Tím by pacienti získali větší zodpovědnost za jejich zdraví.

6.5 Šimon

- **Motivace ke studiu**

Šimon pracuje jako lékař 16 let. Nikdo z jeho rodičů ani příbuzných nepochází z lékařského prostředí. Na střední škole ho bavily přírodní vědy. Medicína byla rozhodnutím, ke kterému přispěla navíc politická nestrannost fakult během socialistického období.

Jako každý student i Šimon si sliboval, že bude pomáhat lidem. Postupem věku, jak říká, „*člověk spadne na zem*“. Stejnou profesi by si „*zcela jistě*“ nevybral. Dal by přednost *„čemukoliv jinému, kde je větší svoboda rozhodování, samostatnost“*. Šimon má pocit, že nemůže dostatečně využít své znalosti. Několikrát uvažoval o změně povolání. Při však tak složitém vzdělávání je změna profese nepřijatelná.

Plány do budoucna se bude snažit skloubit s rodinou. Plánuje pokračovat ve své začínající soukromé ordinaci, která mu více umožňuje se realizovat. I zde však vidí omezení ze stran pojišťoven.

Očekávání je v částečném souladu s podmínkami. Neshody jsou na straně autonomního rozhodování a nemožnosti něco ovlivnit. Čekal větší osobní odpovědnost oproti komunistickému režimu. Na druhou stranu ho tato práce baví. Baví ho pomáhat a léčit.

- **Ne/spokojenost s pracovními podmínkami**

Mezi hlavní důvody k nespokojenosti patří například zázemí. V Šimonově případě sdílí 15 doktorů jeden pokoj a pět skříněk. Navíc v posledních měsících byli několikrát vytopeni díky prasklému potrubí, přičemž vedení jejich situaci neřešilo. Nespokojenosti

ohledně výkonu práce především vnímá díky nedostatečnému prostoru pro své rozhodování, i když v porovnání s jinými pracovišti hodnotí podmínky nejlépe.

Nejvíce omezující pro Šimona není organizace, ale systém, na kterém tato organizace pracuje. Paušál nemocnic je limitující, zejména co se týče snahy využít nových metod a přístupu, které by mohly být dražší. V podstatě tak Šimon ani nevidí snahu postupy inovovat, i přes jejich snahu studovat a prosadit nové fungující postupy. Navíc se jedná o stále vyšší nárůst vstupů (cen za materiály, nárůst pacientů), pro které paušál nenarůstá úměrně.

Takovéto prostředí ho dostalo do situace, že nemohl poskytnout pacientovi takovou léčbu, jakou by si přál. Tento problém primárně vzniká u nedostatku času na jednotlivé pacienty a absence zpětné vazby. Nelíbí se mu systém, který je založen na kvantitativních výstupech na úkor kvalitních výkonů.

Psychická náročnost se tak projevuje, jako stres z toho, zda dal pacientovi to, co měl, a zda to bylo dostačující a správně provedené. Navíc může stát, že pacient si bude stěžovat.

Podle Šimona se možná pacienti více starají o svůj zdravotní stav. Jistě se však více starají o finance. Neuvědomuje si narůstající agresivitu v posledních 10 letech.

Jistá kolegiální funguje, ale na druhou stranu „*se vede dialog málo*“. Komunikace je nedostatečná, ať už co se týká profesních nápadů či námitek k pracovním podmínkám.

Platové ohodnocení není vždy adekvátní práci a úsilí, i když situace výrazně zlepšila stávka „Děkujeme, odcházíme“. V porovnání s kolegy není nejnižší, avšak nemůže se rovnat právníckým a ekonomickým zaměstnáním. V porovnání s Německem vidí tyto platy jako třetinové. Nevidí se kolegům, kteří odejdou za lepšími platovými podmínkami a hlavně za systémem, který umožní vyšší profesní realizaci. Uznání od pacientů je uspokojující. Prestiž vnímá spíše spojenou s finančním ohodnocením.

Ke zvýšení spokojenosti a zlepšení jeho situaci by byla zapotřebí razantnější změna systému. Cílem by bylo dosažení větší odpovědnosti a možností rozhodování lékaře se zpětnou vazbou na pacienta. Uspokojující na práci je, že mnohdy jsou vidět výsledky práce a spokojený pacient.

- **Reflexe reformních změn**

Reformy zdravotnictví považuje za minimální nebo minimální pro jeho pracovní podmínky, kromě nárůstu administrativy a omezení nezákonných přesčasů. Viditelná změna systému nastala akorát v podobě zavedených poplatků. Finanční regulace a odstupňování péče vidí jako finančně udržitelné východisko. Jelikož však nevidí žádné zásadní reformní kroky, nemůže hodnotit odpovědnost aktérů.

V aktuálním stavu zdravotnictví však nevidí smysl v nastavení systému. „*Čím víc pracují, tím víc prodělávají té nemocnici.*“ Náklady na materiál jsou stejné jako v jiných zemích, avšak cena výkonu určité péče je nepoměrně malá v porovnání s Německem, jak hodnotí Šimon případ chirurgických oborů.

V porovnání s ostatními zeměmi, lékaři mají větší zodpovědnost za pacienta. Jako ošetřující lékař by měl daného pacienta na starost a mohl tak rozhodovat o jeho léčbě a zároveň by za ni nesl zodpovědnost. V nynějším systému je to zodpovědnost primáře, který může rozhodnout i postup péče. Šimon jako operátor vidí pacienta 2krát a je pověřen provedením operace, kterou sám nedoporučil a někdy s ní nesouhlasí. Tento způsob práce, který přirovnává k „*pasové výrobě*“ a vidí ho jako neadekvátní jak vůči výstupům, tak vůči jeho profesní kvalifikaci.

„*Můj klient není zdravotní pojišťovna, ale pacient.*“ Proto by se mělo přenést více finanční odpovědnosti na stranu pacienta. Šimonovo navržené změny by znamenalo, že by si pacienti propláceli drobné zákroky - například do 10 000 Kč u pojišťoven (S tím, že by je třeba pojišťovna uhradila v plném rozsahu. Důležité je, aby pacient měl

kontakt se svými výdaji.). Pacient by měl mít i možnost připlatit si za nadstandardní péči a zákroky.

6.6 Ladislav

- **Motivace ke studiu**

Ladislav pracuje jako lékař 14 let. Před nedávnem dokončil svoje postgraduální vzdělání. Jeho rodiče pochází z učitelského prostředí. Původně chtěl studovat veterinářský obor. Také uvažoval o studiu „*zajímavých oborů*“ jako práva a ekonomie. Nakonec se přiklonil k medicíně.

Na medicíně ho nejvíce lákala prestiž. Tento obor také umožňuje „*zasahovat do osudu lidí*“ a pomoci jim. Zvolil si chirurgický obor, který také vyžaduje manuální zručnost. Výběr povolání by jednoznačně neměnil, i když někdy zvažoval odejít kvůli finanční situaci. Do budoucna nemá prozatím žádné plány díky nedávnému splnění postgraduálního studia.

- **Ne/spokojenost s pracovními podmínkami**

S postupem věku se nahnulo více práce v souvislosti s odpovědností. Proto mu někdy chybí možnost si nějak odpočinout. S tím úzce souvisí i psychická náročnost – „*vnitřní stres*“, kdy znepokojující je nestihání. Na druhou stranu získávání zkušeností tento stres utlumuje. Do práce chodí rád, proto si stres nepřipouští.

Nevýhodné na práci v nemocnici vidí časové omezení a nutnost podřídit se organizačnímu rozložení práce ze strany nemocnice. Znepokojující je zavádění čipových karet pro odchod z nemocnice. Ladislav považuje zvykem, že lékař odejde z práce dřív, když má svou práci splněnou. Jsou tím přirozeně vykompenzované mnohé přesčasy strávené v práci.

Fakultní nemocnice mu umožňuje realizovat se ve více rovinách. Ladislav má na starost asistenci při výuce studentů. Nemocnice mu tak umožňuje vědecký a odborný růst. Tato možnost je spojená s typem pracoviště. Chirurgický růst je „*případ od případu, někdo tu šanci má*“.

Od pacientů pociťuje důvěru. V jednotlivých případech mohou být pacienti agresivní.

Na většinu svých kolegů se může spolehnout. I komunikaci s vedením vidí jako dobrou.

Finanční ohodnocení není relevantní, přesto je situace lepší než dříve. Také vstupovali do medicíny s vědomím, že platy budou nižší. Růst s peněz by měl být odpovídající růstu odpovědnosti, tudíž by očekával větší nárůst získáním atestace. Ladislav má také možnost přivydělávat si na více pracovištích, které mu zvyšují finanční ohodnocení. „*Moje žena studovala VUT a ze začátku na tom byla líp. Ted' už jsem na tom líp já, ale je to jenom daný tím, že mám víc povolání.*“ Druhé povolání vykonává ve volném čase. Jeho spolužáci z práv a ekonomického oboru by za jeho „*4násobný plat ani nevstali*“. Ladislav vidí i vysokou prestiž lékaře, která je podle něj daná historickým postavením lékaře.

Ladislav je spokojený, protože dělá to, co ho baví. Těší ho pocit, že může pomoci lidem. Ke spokojenosti přispělo také zlepšení finanční situace. Ke zlepšení situace by přispělo, kdyby práce byla rozdělena mezi více lékařů a lépe organizovaná tak, aby si nemusel odnášet práci domů.

• **Reflexe reformních změn**

Jako viditelný důsledek reformních změn pro jeho pracovní podmínky vidí nárůst administrativy. Tu vidí jako nárůst ve formě formulářů či zpráv o provedení výkonů. Jak říká, nyní je nutnost popsat každý krok a zapsat předepsaný lék, což je pro Ladislava omezující oproti podmínkám práce před 8 lety. Nemohou se tak věnovat medicíně.

Negativním reformním krokem je zestátnování velkých nemocnic. Luboš se obává, že tento krok může vést k vytunelování těchto nemocnic. Dále to pak umožnit zaměřit se na obory, které jsou dobře proplácené pojišťovnou, aby se dosáhlo zisku. „*Nemocnice může být dobrý byznys i černá díra.*“ Vidí také jasné napojení politických aktérů na tyto výdělečné soukromé pracoviště.

6.7 Shrnutí rozhovorů

Většina respondentů pochází ze zcela nelékařského rodinného prostředí. K výběru lékařské fakulty přispěl zejména zájem o přírodní obory a zároveň o práci s lidmi. Od lékařské profese očekávali pomoc lidem a práci s pestrou náplní. Důležitým bodem byla také vidina jisté autonomie rozhodování a k tomu přiměřené finanční ohodnocení. Při možnosti opět se rozhodovat o výběru vysoké školy většina respondentů odpověděla váhavě nebo záporně.

Za nejvíce znepokojující faktory (také viz příloha č. 5 a č. 6) jejich práce lékaři shledávají nedostatek času, časovou náročnost práce, omezující finanční a inovační aspekt práce, narůstající administrativu, nevyhovující prostory pro lékaře a v případě mnou vybrané krajem zřizované nemocnice nedostatek lékařů. Tyto faktory ovlivňují i další aspekty jejich práce. Většina lékařů narůstající nedostatek času spojuje s rizikem zanedbání péče o pacienty a tím i zvyšující se psychickou zátěž. Dochází k situacím, kdy respondenti věnují pacientovi méně času než by si představovali. Z velké části za to může narůstající administrativa, kterou lékaři vyplňují ve spojitosti s ošetřením. Znepokojujícím faktorem se také ukázaly být nedostatečné prostory poskytnuty jako zázemí lékařů. Ty díky přeplněnosti neposkytují dostatečný klid na odbornou činnost. Tomuto zázemí není věnována pozornost ze strany vedení.

Přesto, že lékaři jsou většinou spojeni s možnostmi profesní realizace v nemocnicích, které jim stále umožňují dostatečný servis pro pacienta, dle odpovědí hrozba nedostatku času by mohla jejich výkon práce ohrozit. V krajských nemocnicích tento aspekt může navíc ohrozit přesun některé péče do center krajů a omezení prostředků pro výkon této péče v menších nemocnicích. V polovině případů se ukázala omezující nutnost řešení nákladů, která je na některé lékaře uvalena. Ta mnohdy přináší kalkulaci s rozpočtem a eventuálně hrozbu sankce. I když podle všech lékařů léčba poskytnutá pacientovi je kvalitní a dostatečná, někteří lékaři považují prostor inovacím za nedostatečný, nebo je lékař (popřípadě vedení) omezen pracovat v daném limitu.

Nedostatek času způsobuje i psychickou zátěž respondentů. Jedná se například o nedostatek času, který by pacientovi věnovali dle svého uvážení. Fyzická námaha je

většinou spojována se sedavou prací. Ze strany lékařů jí není přikládána větší váha. Psychická náročnost je i provázána s lehkou proměnou na straně pacientů. Někteří z lékařů poznamenávají, že chování pacientů prošlo změnou. Ta se týká zásahů pacientů do jejich léčby. Lékaři musí více komunikovat s pacienty a s jejich rodinou, což představuje i dohodnutí se na nastávající léčbě. Někteří z lékařů poznamenávají, že jim chybí i zpětná vazba s pacientem, díky tomu, že pacient není klientem lékaře, ale nemocniční ambulance.

V proměně kolegiality lékaři nevidí v posledních letech razantní změnu. Jediné co se na ni podepisuje, je nedostatek času. Mnozí lékaři poznamenávají, že nemají čas, popřípadě již více chut', rozebírat jednotlivé případy nad rámec své práce nebo v podobě extra schůzí. Někteří z lékařů komentovali, že například na jiných oddělení jsou kolegové, se kterými není snadné se domluvit, ale díky vyžadované multidisciplinarity tohoto oboru je tato komunikace nezbytná.

Při hodnocení finanční situace, většina respondentů projevila spokojenost s finančním ohodnocením, která se zlepšila v souvislosti se stávkou „Děkujeme, odcházíme“. Při podrobnějším pohledu na situaci, toto lepší finanční hodnocení je ve většině spjato s přesčasovou prací nebo dalším úvazkem v jiném zařízení. Při porovnání s kolegy z jiných oborů většina vidí své ohodnocení jako nižší.

Nejuspokojivější na své práci shledávají možnost vidět výsledky své práce a pomoci lidem. Výhodou pak je, jak poukazuje většina, že je toto jasný, jediný cíl lékařské práce. Pomoc lidem a možnost vidět výsledky své práce je hlavní důvod jejich spokojenosti. Podněty ke zlepšení situace se ukázaly být individuální. Ve dvou případech se respondenti shodli, že by mělo být více lékařů, aby se dostatečně pokryla vyžadovaná péče.

Dle výpovědi lékařů většina z nich uvažovala změnit zaměstnání, zejména v prvních letech po nástupu do práce. Nyní by ale většina práce neměnila díky náročnému dlouholetému vzdělání, které podstoupili. Lékaři, kteří nemají žádný jiný úvazek, uvažují o práci v soukromých ambulancích. Zejména z důvodů možnosti lépe si

zorganizovat svou práci a čas. Ti, kteří své soukromé ambulance nebo další úvazek v soukromé sféře mají, jsou spokojeni zejména ze dvou důvodů. Úvazek v dalším zařízení respondentům kompenzuje nižší příjem z nemocnic a hlavně jim umožňuje zorganizovat si libovolně svou práci. Tato organizace spočívá zejména v dostatečném času na pacienta. Úvazek v nemocnici by v nejbližší době opustit nechtěli.

Při reflexi reformních změn, se většina respondentů se shodla na tom, že reformní kroky nejsou zásadní a tudíž ani nemohou soudit relevantnost jednotlivých aktérů (popřípadě z důvodů krátkého volebního období). Změnu v podmínkách práce lékaři vidí zejména v souvislosti s nárůstem administrativy a v nutnosti vyjednávat s pojišťovnami. Ve většině případů by uvítali změnu platby za poskytnutou péči, aby se tak oprostili od kalkulování v rámci limitu a nemuseli tak řešit případné sankce. Ty by podle velké části respondentů měly být přeneseny z lékaře na pacienta

Většina respondentů souhlasí s rozlišování standardní a nadstandardní péče ve větším měřítku. Také většinou považují za nutné, aby se určitým způsobem dosáhlo finanční odpovědnosti pacientů. Návrhy se většinou lišily, avšak společným znakem zjednodušeně bylo, aby pacienti viděli, kolik daná péče stojí, a tak se pacient naučil finanční zodpovědnosti. S narůstající tendencí dochází k tomu, že pacienti obcházejí tzv. „kolečka“ po doktorech zbytečně. Tento trend je sledován hlavně doktory z okresních nemocnic. Avšak do okresních i fakultních se dostávají případy, které by podle respondentů měly zůstat v primární péči, aby se nedosáhlo přesycení nemocnic.

Respondenti se také ve větší míře shodují, že přechod nemocnic do soukromé sféry je nevýhodný zejména z hlediska „zhoršení péče“. Předpokládají, že takovéto zařízení se zaměří zejména na zákroky, která se dají považovat za „výdělečné“. Ty se pak rozvinou na úkor nevýdělečných. Někteří respondenti také upozorňují na možnost zkorumpovanosti takovýchto zařízení.

Očekávání respondentů se naplnilo v bodě práce s lidmi a možnost jim pomoci. Většina respondentů je však zklamaná, že nemá dostatek času na pacienta, tak jak by si

představovala. Výrazně na jejich autonomii se podílí i to, že se mohou odborně realizovat v pouze daném limitu.

6.8 Odlišný bod výpovědí respondentů z okresní a fakultní nemocnice

Hlavním bodem, který se ve výpovědích liší podle zařízení, je centralizace péče. Při té by mělo docházet k přesunu hlavních zákroků do jednoho hlavního bodu v kraji. Lékaři – respondenti měli obavy, jaký dopad to bude mít na jejich možnosti poskytování péče. Přesun péče by podle výpovědí pro ně mohl znamenat omezení zákroků na okresní úrovni. Vedlejším efektem by byl odliv lékařů, kterých je podle výpovědi na několika odděleních nedostatek. Regulace lůžek také přispívá k omezení možností léčby podle jejich názorů.

Respondenti tuto změnu viděli jak kriticky vůči svým podmínkám – nebudou moci zajistit pacientovi takovou léčbu, jakou by si přáli, a dojde ke zhoršení péče, za kterou nebudou chtít nést zodpovědnost, tak i kriticky vůči možnostem pacientů. Jak respondenti uvádí, zhorší se tím i dostupnost péče.

7 Konfrontace ne/spokojenosti lékařů s jinými publikacemi

V posledních letech zaznamenáváme nespokojenost lékařů s jejich profesí. Podle zahraničních výzkumů je například v Irsku nespokojeno 42% mladých doktorů s tím, že 36% procent by si při znovurozhodování zvolilo jiné zaměstnání. (Payne 2000). Rychlý nárůst nespokojenosti zaznamenáváme i ve Velké Británii, kdy podle Allena (1994: 229) by nárůst těch, kteří by si znovu nevybrali medicínu vzrostl z 19% žen a 14% mužů v roce 1996 na 76% žen a 58% mužů v roce 1986. Podle výzkumu Křížové (2006: 103) spokojenost českých lékařů sice dosahuje 47%, ale 36% vyjadřuje rozporuplný postoj.

Po vydání článku BJM v roce 2001 a souvisejícím výzkumem v Kanadě ohledně tohoto, proč jsou lékaři nešťastní BJM usoudilo, že tzv. „unhappy doctors“ je celosvětovým fenoménem. (Spurgeon 2003) *„Klíčovým faktorem se zdá být změna v psychologickém kompaktu mezi profesí, zaměstnavateli, pacienty a společností tak, že práce je nyní odlišná od toho, co lékaři očekávali“* (Wilkinson 2002: 1)¹¹.

Výzkum, který rozbouřil debatu o spokojenosti doktorů, poukazuje na to, že je tu jistá nesrovnalost mezi tím, co je veřejně dotováno a tím, jako jsou „klinické aspirace“ pomoci pacientům. (West 2001) Další negativní aspekt shrnuje Křížová (2006:97): *„Jsou voláni ke stále větší odpovědnosti za situace, kdy jejich autonomie a nezávislost oproti minulosti klesá.“*

Na základě nespokojenosti britských lékařů Křížová a kolektiv provedl výzkum na lékařích, kteří dokončili studium v 90. letech. Z výzkumu na 606 respondentech, zjistili, že 40% by si znovu nevybralo stejný obor. Mezi udané důvody patří:

¹¹ „A key factor seems to be a change in the psychological compact between the profession, employers, patients, and society so that the job is now different from what doctors expected.“

- „finanční problémy,
- celkové nedůstojné postavení lékařů vzhledem k požadavkům na ně kladených,
- nekonkurenceschopnost medicíny s velkým množstvím „svobodných a atraktivních činností“ (Křížová 2006: 98).

Afford také upozorňuje, že pro postkomunistické země jsou typické přesčasy. V ČR 93% doktorů v nemocnicích pracuje pravidelně přesčasy. 64,4% doktorů je však s pracovní dobou spokojeno. Důvodem spokojenosti s pracovní dobou je vidina zlepšit si plat. (Afford 2003: 34)

Důvody k nespokojenosti (Křížová 2006: 101-103) podle Křížové zintenzivňuje „zablokovaná mobilita“. Díky nedostatečné pracovní mobilitě, tak ve zdravotnictví uvíznou doktoři, kteří se neidentifikují s profesí, popřípadě se specializací. (Křížová 2006: 99)

Zhoršující se postavení lékařům je kontroverzně viděno i jako proletarizace profese. „Lékaři ztrácejí kontrolu nad podstatnými aspekty výkonu povolání a stávají se podřízenými „produkčním“ požadavkům vyspělého kapitalismu“ (Křížová 2006: 126). Lékaři působí jako zaměstnanci zdravotnických zařízení bez možnosti většího zásahu do chodu. (Křížová 2006)

8 Závěr

Většina respondentů pochází ze zcela nelékařského rodinného prostředí. K medicíně je převážně přivedl zájem o přírodní obory a možnost práce s lidmi. Od lékařské profese ve většině případů očekávali pomoc lidem, ale ne jako primární a stěžejní faktor ve významu „*sloužit lidem*“. Rozhodujícím faktorem krom lidského byla také možnost manuální práce za nemechanických, pestrých postupů. K tomu se pojí charakter práce spojený s volností rozhodování nebo s finančním ohodnocením. Nejuspokojivější na své práci shledávají možnost vidět výsledky své práce a pomoci lidem. Výhodou pak je, jak poukazuje většina, že je toto jasný, jediný cíl lékařské práce. Pomoc lidem a možnost vidět výsledky své práce je hlavní důvod jejich spokojenosti.

To, zda by si svůj obor vybrali znovu, ve většině znamenalo zaváhání nebo odpověď ne. Pouze ve dvou případech to bylo jisté ano. Během jejich kariery a zvláště ze začátku většinou uvažovali tuto práci opustit. Nyní by však nikdo z nich svůj obor neopustil. Toto rozhodnutí je způsobeno náročností jejich vzdělávání, které nekončí vystudováním lékařské fakulty, ani v podstatě atestací.

Respondenti, kteří nemají žádný jiný úvazek, uvažují o práci v soukromých ambulancích. Ti, kteří své soukromé ambulance nebo další úvazek v soukromé sféře mají, jsou spokojeni zejména ze dvou důvodů. Úvazek v dalším zařízení respondentům kompenzuje nižší příjem z nemocnic a hlavně jim umožňuje zorganizovat si libovolně svou práci. Tato organizace spočívá zejména v dostatečném času na pacienta.

Za nejvíce znepokojující faktory jejich práce (viz příloha č. 5 a č. 6) respondenti shledávají nedostatek času a limitující ekonomické rozmezí, který ovlivňuje i další aspekty jejich práce. Omezující nutnost řešení nákladů, která je na respondenty uvalena mnohdy přináší kalkulaci s rozpočtem a eventuálně hrozbu sankcí. I když podle všech lékařů léčba poskytnutá pacientovi je kvalitní a dostatečná, není prostor novým inovacím, nebo je lékař (popřípadě vedení) omezen pracovat v daném limitu.

Nedostatek času způsobuje psychickou zátěž respondentů. Díky němu dochází k situaci, kdy respondenti věnují pacientovi méně času než by si představovali. Někteří respondenti také poukazují, že jim chybí zpětná vazba s pacientem. Jejich čas je stále více věnován narůstající administrativě. Nedostatek času se může podepisovat i na kolegiilitě. Respondenti nemají čas, popřípadě již více chuť, rozebírat jednotlivé případy nad rámec své práce. Většinou respondenti také poukazovali na to, že se v práci potýkají s nárůstem komunikace s pacientem či jeho rodinou. Tento faktor však záleží na skladbě pacientů daného oboru. Znepokojujícím faktorem se také ukázaly být nedostatečné prostory poskytnuty jako zázemí respondentů, které díky přeplněnosti neposkytují klid na odbornou činnost.

Při hodnocení finanční situace, většina respondentů projevila spokojenost s finančním ohodnocením v souvislosti se stávkou „Děkujeme, odcházíme“. Při podrobnějším pohledu na situaci, toto lepší finanční hodnocení je ve většině spjato s přesčasovou prací nebo dalším úvazkem v jiném zařízení. Při porovnání s kolegy z jiných oborů většina vidí své ohodnocení jako nižší.

Většina respondentů se shodla na tom, že je zapotřebí, aby se pacient naučil finanční zodpovědnosti. S narůstající tendencí dochází k tomu, že pacienti obcházejí tzv. „kolečka“ po doktorech zbytečně. Tento trend je sledován hlavně doktory z okresních nemocnic. Avšak do okresních i fakultních se dostávají případy, které by podle respondentů měly zůstat v primární péči, aby se nedosáhlo přesycení nemocnic. Další změny v podmínkách práce respondenti vidí zejména v souvislosti s nárůstem administrativy a v nutnosti vyjednávat s pojišťovnami. Ve většině případů by uvítali změnu platby za poskytnutou péči, aby se tak oprostili od kalkulování v rámci limitu a nemuseli tak řešit případné sankce.

Většina lékařů se také shoduje na tom, že reformní kroky nejsou zásadní. Považují většinou za nutné, aby se určitým způsobem dosáhlo finanční odpovědnosti pacientů. Návrhy se většinou lišily, avšak společným znakem zjednodušeně bylo to, aby pacienti viděli, kolik daná péče stojí. Poté většina respondentů souhlasí s rozlišování standardní a nadstandardní péče ve větším měřítku. Přechod nemocnic do soukromé

sféry vnímají jako nevýhodné zejména z hlediska zhoršení péče. Předpokládají, že takovéto zařízení se zaměří zejména na zákroky, která se dají považovat za „výdělečné“. Ty se pak rozvinou na úkor nevýdělečných. Někteří respondenti také upozorňují na možnost zkorumpovanosti takovýchto zařízení.

Očekávání respondentů se naplnilo v bodě práce s lidmi a možnost jim pomoci. Většina respondentů je však zklamaná, že nemá dostatek času na pacienta, tak jak by si představovala. Výrazně na jejich autonomii se podílí i to, že se mohou odborně realizovat v pouze daném limitu.

Ve struktuře výpovědí můžeme sledovat koloběh situace, která devaluje lékařskou profesi a ovlivňuje pacienta, přičemž ústí do dalších problémů. Zejména díky vlivu nedostatku čas ze strany lékaře dochází ke zvyšování pocitu, citujíc jednoho z respondentů „*dělník u pásu*“. Z pohledu pacienta pak pokles komunikace, která vázne mezi pacientem a lékařem, a to i přesto, že je na ni kladena ze strany pacienta v posledních letech větší váha, způsobuje i pokles důvěry pacienta v lékaře. Ten se pak obrací s pomocí na další lékaře. Dochází tak ke zbytečnému přesycení ambulancí a nutností lékařů potýkat se a operovat v daném limitu.

Ve výpovědích lékařů si také můžeme povšimnout, že jsou znepokojeni manažerskou a ekonomickou rolí, která je na ně kromě lékařské profese uvalena. O nárůstu těchto rolí se zmiňuje také Křížová (2006) který vidí odsunutí tradiční role, která oddělovala medicínu od podnikání. Lékařské rozhodování je tak determinováno i ekonomickým činitelem a výkon lékařské profese jako „*poslání*“ se ztrácí ve stanovených ekonomických a technických podmínkách postupu.

9 Summary

This Bachelor thesis "Czech Health in relation to doctors in hospitals" deals with the conditions of Czech doctors. The key issue is how physicians perceive the pressures caused by global developments, organizational change and transformation of the medical profession, which influence doctors, and what impact it has on their working conditions. The aim of this research work is discontent contemporary Czech doctors working in hospitals, i.e. the causes of conflict between their expectations and reality of labor and other conditions, as developed in the last 20 years, and especially in the last 2 years when there was a radicalization of representation of interests of hospital doctors in the country.

The theoretical background deals with changes, divided into three spheres that influence healthcare system, hence doctors. The first part is changes in society and its development, demographic and technological challenges of health care, which are bounded by financial conditions. The second part examines how these changes influence health policy and hospitals. The narrowest focus brings the last part, which deals with the medical profession and its transformation in the context of the above mentioned changes.

In the empirical part is used qualitative research method - semi-structured interviews with physicians. 3 physicians of my respondents were recruited from a hospital run by region and 3 doctors from university hospital. Their testimony has been processed, compared and confronted by other publications.

Based on the research, we can observe a situation which devalues the profession of doctor and patient is also affected, which leads into other problems. Causal found is lack of time for each examination and the need to calculate the financial limits of the physician. Doctors have the increased feeling what respondents cite as "worker on the assembly line", and increased stress. From the perspective of patient the decline of communication between a patient and a doctor raises their suspicion seriously, so they turn on another doctor. This leads to a glut of unnecessary ambulance and a greater need for doctors to deal with and will operate within a given limit.

10 Použitá literatura

- Adams, O., Hicks, V. 2001. *Pay and Non-pay Incentives, Performance and Motivation*. Geneva: WHO
- Afford, W. C. 2003. *Corrosive reform: failing health systems in Eastern Europe*. Geneva: International Labour Office.
- Angelovski, I., Hanušová, P. 2006. *Health worker migration flows in Europe: Overview and case studies in selected CEE countries – Romania, Czech Republic, Serbia and Croatia*. Chapter: Czech Republic. Geneva: ILO.
- Armstrong, M. 2002. *Řízení lidských zdrojů*. Praha: Grada Publishing.
- Baskaran, A. and Boden, R. 2007. 'Commodified Science and Social Wellbeing'. *AI and Society* roč. 21, č. 3, s. 267-285. ISSN 1435-5655.
- Bennett, S. and Franco, L. M. 1999. *Public Sector Health Worker Motivation and Health Sector Reform: A Conceptual Framework*. Bethesda, MD: Partnerships for Health Reform, Abt Associates Inc.
- CVVM. 2011. 'Prestiž povolání.' *Naše společnost*. AV ČR. Dostupné z: http://www.cvvm.cas.cz/upl/zpravy/101176s_eu110725.pdf.
- Dubois, C.-A., McKee, M., Nolte, E. 2006. *Human resources for health in Europe*. Copenhagen: WHO
- Friedson, E. 1988. *Profession of medicine*. Chicago and London: University of Chicago Press
- Gabe, J., Bury, M. and Elston, M. J. 2004. *Key Concepts in Medical Sociology*. London: SAGE Publications.
- Hájek, M. 2011. *Chirurgovy úspěchy a zklamání*. Praha: Galén.
- Háva, P., Mašková, P., Teršová, T. 2011. 'České zdravotnické právo po roce 1990 v kontextu lidských práv se vztahem ke zdraví 2'. *Zdravotnictví v ČR*. roč. 14, č. 4, s. 20-26.
- Háva, P., Mašková-Hanušová, P. 2009a. 'Zdravotní politika viszehradských zemí [I]'. *Zdravotnictví v ČR* roč. 12, č. 1. s. 12-20. ISSN 1213-6050.
- Háva, P., Mašková-Hanušová, P. 2009b. 'Zdravotní politika viszehradských zemí [II]'. *Zdravotnictví v ČR* roč. 12, č. 2, s. 70-79. ISSN 1213-6050.
- Hendl, J. 2005. *Kvalitativní výzkum: Základní metody a aplikace*. Praha: Portál. 164-174.

- HREŠANOVÁ, E. 2009. *Kultury dvou porodnic: etnografická studie*. Plzeň: Západočeská univerzita v Plzni. Dostupné z: <<http://www.asb.unsw.edu.au/research/publications/economiclabourrelationsreview/Documents/ELRR%20-%20Volume%2020%20-%20Number%202%20-%20July%202010.pdf>>.
- IDNES. 2010. „Odboráři sečetli výpovědi. Děkujeme, odcházíme řeklo 3 513 lékařů“. *IDNES*. [online]. 2010. [cit. 2011-02-01] Dostupné: <http://zpravy.idnes.cz/odborari-secetli-vypovedi-dekujeme-odchazime-reklo-3-513-lekaru-puo-domaci.aspx?c=A101220_093517_domaci_jw>.
- Illich, I. 1976. *Medical Nemesis. The Expropriation of Health*. NY:Boyars.
- IZPE. 2003a. *Měnící se nemocnice v Evropě*. Kostelec nad Černými lesy: IZPE
- IZPE. 2003b. *Regulace podnikatelského jednání*. Kostelec nad Černými lesy: IZPE
- IZPE. 2003c. *Politika lidských zdrojů ve zdravotnictví: Studie k analýze problémů mladých pracovníků v Českém zdravotnictví*. Kostelec nad Černými lesy: IZPE.
- IZPE. 2003e. *Nemocnice I*. Kostelec nad Černými lesy: IZPE.
- Křížová, E. 2006. *Proměny lékařské profese z pohledu sociologie*. Praha: SLON.
- Light, D. W, in ed. Bird, Ch. E., Conrad, P., Fremont, A. M., Timmermans S. 2010. „Health-Care Professions, Markets, and Countervailing Powers.“ *Handbook of Medical Sociology*. Nashville: Vanderbilt University Press.
- Marečková, M. 2004. „Exodus of Czech doctors leaves gaps in health care“. *The Lancet* roč. 363, č. 1. Dostupné z: <[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(04\)16137-0/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(04)16137-0/fulltext)>.
- Mašková, P., Háva, P. 2007. „České nemocnice v měnící se Evropě“. *Zdravotnictví v České Republice* roč. 3, č. 10, s. 82-93.
- McKee, M., Healy, J. 2002. *Hospitals in a changing Europe*. Buckingham, Philadelphia: Open University Press.
- Murray, CH. J. L., Frenk, J. 2000. „A framework for assessing the performance of health systems“. *Bulletin of the World Health Organization*. Geneva: WHO
- MZCR. 2011. *II. fáze reformy ve zdravotnictví*. [online]. [cit. 2012-27-03]. Dostupné z: <http://www.mzcr.cz/dokumenty/iifaze-reformy-ve-zdravotnictvi_5591_2160_1.html>.
- OECD. 2011. Health: spending continues to outpace economic growth in most OECD countries. [online]. [cit. 2012-27-03]. Dostupné z: <http://www.oecd.org/document/38/0,3746,en_21571361_44315115_48289894_1_1_1_1,00.html>.

- OSN. 2002. Madridský mezinárodní akční plán pro problematiku stárnutí. In *Madridský mezinárodní akční plán pro problematiku stárnutí 2002* [online]. [cit. 2011-27-02]. Madrid: OSN. Dostupné z: <<http://www.mpsv.cz/files/clanky/1205/madrid.pdf>>.
- Parsons, T. 1951. Social structure and dynamic process: the case of medici practice. In *The social system*. NY: The free press of Glencoe, p. 429 – 479.
- Rechel, B., Dubois, C.-A., McKee, M. 2006. *The Health care workforce in Europe: Learning from experience*. The UK : WHO
- Rosewarne, S. 2010. ‚Globalisation and the Commodification of Labour: Temporary Labour Migration‘. *The Economic and Labour Relations Review* roč. 20, č. 2, s. 99-110.
- Simmel, G. 2006. *Peníze v moderní kultuře a jiné eseje*. Praha: SLON
- Sokol, J. 2007. *Moc, peníze a právo*. Praha: Nakladatelství Aleš Čeněk
- Spurgeon, D. 2003. ‚Medicine, the unhappy profession?‘ *CMAJ* [online]. roč. 168, č. 6. [cit. 2012-04-03] Dostupné: <<http://www.cmaj.ca/content/168/6/751.full>>.
- Šrubař, I. 1996. ‚Neoliberalismus, transformace a občanská společnost.‘ *Sociologický časopis* roč. 32, č. 1, s. 67-78.
- ÚZIS. 2011. *Ekonomické informace ve zdravotnictví 2010*. [online]. 2011. [cit. 2012-27-03]. Dostupné z: <<http://www.uzis.cz/publikace/ekonomicke-informace-zdravotnictvi-2010>>.
- Vavřínová E., 2010. *Reforma zdravotnictví v ČR*. Diplomová práce. Pardubice: Univerzita Pardubice. Fakulta ekonomicko-správní. Ústav ekonomiky a managementu. Vedoucí práce Ing. Karel Šatera, Ph.D., MBA
- Večerník, J. 1997. ‚Transformační procesy v socio-ekonomické perspektivě‘. *Sociologický časopis* roč. 33, č. 3, s. 259-272.
- West, P. A., 2001. "Why are doctors so unhappy?". *British Medical Journal*. [online]. [cit. 2012-04-14] Dostupné z: <http://findarticles.com/p/articles/mi_m0999/is_7298_322/ai_n27568055/>.
- WHO. 2000. ‚Health Systems: Improving Performance‘. *Health report 2000*. Geneva: WHO.
- WHO. 2010. ‚International Migration of Health Workers: IMPROVING INTERNATIONAL CO-OPERATION TO ADDRESS THE GLOBAL HEALTH WORKFORCE CRISIS.‘ *Policy Brief* [online]. 2010. [cit. 2012-02-02] Dostupné: <<http://www.oecd.org/dataoecd/8/1/44783473.pdf>>.

Wickham, J. 2008. ‚Worshipping at the Shrine of the Knowledge- Based Society?‘ in Jacobson, David and Hirsch-Kreinsen, Hartmut (ed.) *Innovation in Low-Tech Firms and Industries*. Northampton: Edward Elgar.

Wilkinson, E. 2002. ‚Why are doctor so unhappy?‘ *Bio-Medicine*. [online]. 2002. [cit. 2012-04-03] Dostupné: <<http://news.bio-medicine.org/medicine-news-2/Why-are-doctors-so-unhappy-3F-8447-1/>>.

ZDN. 2010. ‚Mezinárodní Job veletrh Lékařství a zdraví.‘ *Zdravotnické noviny*. [online]. 2010. [cit. 2012-04-03] Dostupné: <<http://www.zdn.cz/clanek/sestra/mezinarodni-job-veletrh-lekarstvi-a-zdravi-454987>>.

11 Seznam příloh

Příloha č. 1: Výměna kyčelního kloubu v roce 2003 – věková struktura (graf)

Příloha č. 2: Výměna kyčelního kloubu v roce 2010 – věková struktura (graf)

Příloha č. 3: Informovaný souhlas (text)

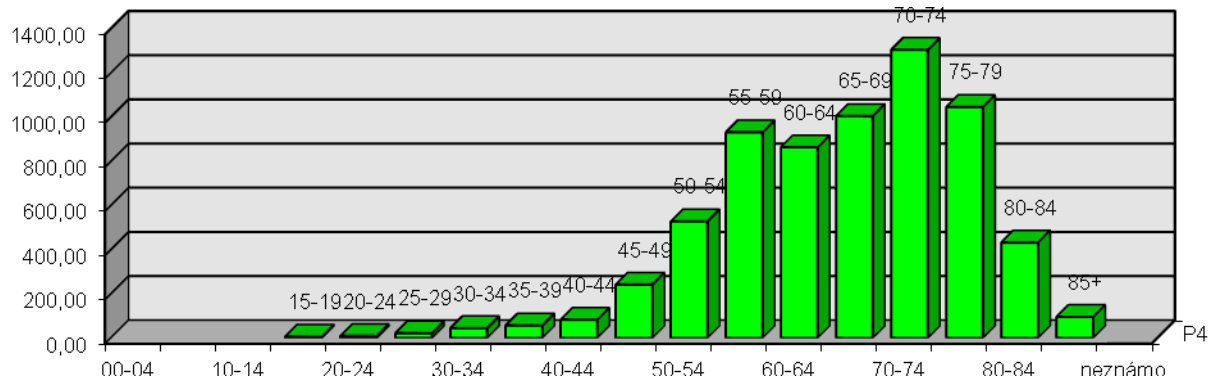
Příloha č. 4: Osnova rozhovorů (text)

Příloha č. 5: Co respondentů ztěžuje podmínky práce – respondenti z nemocnice krajem zřizované (tabulka)

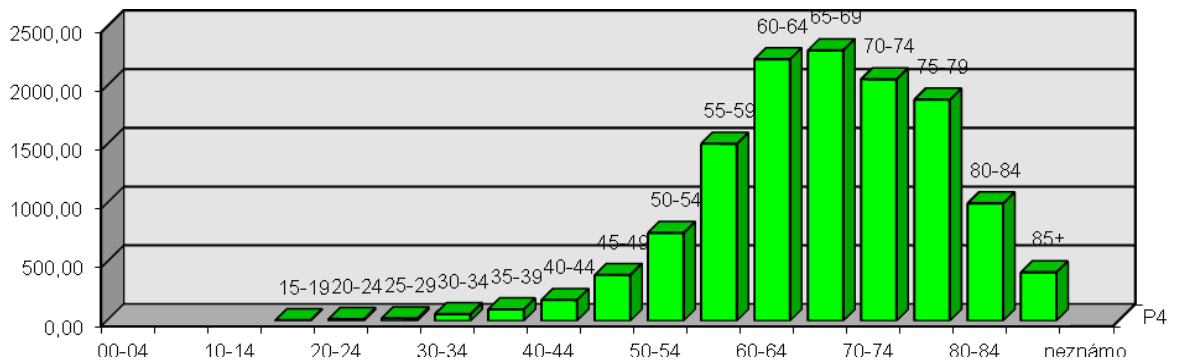
Příloha č. 6: Co respondentů ztěžuje podmínky práce – respondenti z fakultní nemocnice (tabulka)

12 Přílohy

Příloha č. 1: Výměna kyčelního kloubu v roce 2003 – věková struktura



Příloha č. 2: Výměna kyčelního kloubu v roce 2010 – věková struktura



Příloha č. 3: Informovaný souhlas

V rámci bakalářské práce s názvem „České zdravotnictví ve vztahu k lékařům v nemocnicích“, která je vypracována pod záštitou FSV UK, jsem se rozhodla Vás oslovit a požádat Vás tak o spolupráci na výzkumu. Cílem tohoto výzkumu je zjistit názory respondentů ohledně jejich pracovních podmínek a reflexe reformních změn týkající se zdravotnického sektoru.

Poskytnutí rozhovoru je dobrovolné. To, zda odpovíte na dané otázky nebo jak na ně odpovíte je na Vašem uvážení. Není Vaší povinností odpovědět na otázky, na které odpovědět nechcete. Pro rozbor a zpracování rozhovorů se tyto rozhovory budou nahrávat. Toto nahrávání může být na Vaši žádost kdykoliv zastaveno.

Při zpracovávání pak dochází k citaci či přepisu celého nebo části rozhovorů. Ty však nebudou připisovány k žádné osobě. Vámi sdělené informace budou považovány za důvěrné. Citace budou anonymizovány a nebudou připisované k Vaší osobě za účelem ochrany Vaší osoby a Vašeho soukromí.

V případě dotazů kontaktujte výzkumnici (Kadkristyna@seznam.cz, tel.: 725 240 102) nebo vedoucího bakalářské práce MUDr. Petra Hávu, CSc. (email: petr.hava@gmail.com).

Dne

Jméno výzkumnice

Podpis výzkumnice

Jméno respondenta

Podpis respondenta

Příloha č. 4: Osnova rozhovorů

1) Motivace respondentů ke studiu lékařské fakulty

- stručný životní příběh
- důvody výběru studia na LF
- očekávání od lékařské profese?
- volba při opětovném rozhodování VŠ

2) Stávající spokojenost s pracovními podmínkami v nemocnicích

- hlavní nevýhody jejich pracovních podmínek

- sociální faktor

- možnosti profesní realizace v rámci organizace
(profesní realizace v nemocnici - mají dostatečný čas na pacienta, dostatečné zdroje a možnosti na jeho léčby, možnost mu pomoci nad rámec zaštiťovaný pojišťovnou, možnost zkoušet nové postupy, strávit dostatečný čas nad jeho dokumentací)

- klinický faktor

- psychická a fyzická náročnost práce
- vztah lékař-pacient. Vidí nějakou proměnu? (odezva pacienta, proměna nároků pacienta)
- vztahy v organizační struktuře (kolegialita, komunikace v rámci hierarchie, vertikální/horizontální mobilita, možnost participace na organizačních změnách)

- odměna a prestiž

- spokojenost s ohodnocením jejich práce

Je úměrné k jejich výkonu/ v porovnání s jejich vrstevníky pracujícími v jiném oboru?

- přednosti jejich profese
- podněty ke zvýšení spokojenosti

- plány respondentů do budoucna
- Uvažovali respondenti někdy o tom změnit povolání?

3) Reflexe reformních změn českého zdravotnictví: v 90. letech a po roce 2007.

- zhodnocení reforem zdravotní péče v ČR v 90. letech a po roce 2007?
- klíčové změny s důsledky pro podmínky lékařů
Jaká zde spatřují rizika, chyby?
Jak vnímají roli a odpovědnost jednotlivých aktérů?
- názory na uskutečněné a připravované reformy

Příloha č. 5: Co respondentů ztěžuje podmínky práce – respondenti z nemocnice krajem zřizované (tabulka)

Co respondentům ztěžuje podmínky práce.	Vanda	Michal	Jitka
byrokracie	<i>"Člověk vyrábí papíry."</i>	Administrativa neustále přibývá.	
časová náročnost	Vanda po 24hodinové službě nastupuje ihned na standardní 8hodinovou.	Práce mu neumožňovala vést plnohodnotný soukromí život, hlavně ze začátku.	Jitka je velmi nespokojená s prací kvůli přesčasům, ústící v málo času na rodinu, a stresu.
špatná organizace	Špatná organizace práce, která spočívá v nastavení počtu doktorů, nastavení budgetu pro nemocnice pojišťovny či vedením nemocnic.	Okresní nemocnice má málo doktorů.	Péče je rozškátulovaná, kdy některá péče se nedělá ani na krajské úrovni a pacient tak musí cestovat.
finanční a inovační omezenost práce	Další omezení pro ni a pacienty vyplývá z nastavení budgetu pro jednotlivá oddělení, do kterého se musí vejít a zároveň ho co nejvíce vyčerpat, aby se pro další rok nesnížil a nebyl více omezující.		Vidí omezené možnosti (finanční a technologické) při léčbě pacienta, které má okresní nemocnice.
nedostatek času na pacienta	Strávený čas nad dokumentací pacientů pro ni znamená méně času na pacienta samotného. Pacientů přibývá také vlivem zvyšování věku.	Velké množství pacientů mu znemožní věnovat se každému pacientovi dostatečně. Nevýhodou stávajících podmínek je také řešení širokého spektra případů.	Stres z nedostatku času na pacienty.
nevýhovující zázemí		<i>„Sedí na sesterně společně s dalším doktorem, kde drnčí telefon. Komu vadí telefon, tak mu přeruší myšlenku a není klid na práci.“</i>	

Příloha č. 6: Co respondentů ztěžuje podmínky práce – respondenti z fakultní nemocnice (tabulka)

Co respondentům ztěžuje podmínky práce.	Vít	Šimon	Ladislav
byrokracie	Administrativa na úkor péče o pacienta.		
časová náročnost			S postupem věku se nahnulo více práce v souvislosti s odpovědností. Proto mu někdy chybí možnost si nějak odpočinout.
špatná organizace		Špatný systém, kdy paušál nenarůstá úměrně k nárůstu cen za materiál a stává se tak limitujícím při výkonu.	Nevyhovující je časové omezení a nutnost podřídit se organizačnímu rozložení práce ze strany nemocnice. Znepokojující je zavádění čipových karet pro odchod z nemocnice. Ladislav považuje zvykem, že lékař odejde z práce dřív, když má svou práci splněnou.
finanční a inovační omezenost práce	Nevýhodu vidí v limitovaných výdajích nemocnice a jejím prioritám. Ty určují příliv peněz, takže se stane, že některá oblast je na tom lépe a naopak, nebo dojde k vyčerpání nákladů a musí se poté čekat, až budou znovu uvolněny další finance.	Paušál nemocnic je limitující, zejména co se týče snahy využít nových metod a přístupu, které by mohly být dražší. V podstatě tak Šimon ani nevidí snahu postupy inovovat, i přes jejich snahu studovat a prosadit nové fungující postupy.	
nedostatek času na pacienta	Nemocnice jsou „přetěžované zbytečnými případy“. Od toho se odvíjí i nedostatek času na pacienta. Díky nedostatku času na pacienty nemůže dostát své „poctivosti“.	Nemohl poskytnout pacientovi takovou léčbu, jakou by si přál. Tento problém primárně vzniká u jednotlivé pacienty a absence zpětné vazby.	
nevyhovující zázemí		V Šimonově případě sdílí 15 doktorů jeden pokoj a pět skřínek. Navíc v posledních měsících byli několikrát vytopeni díky prasklému potrubí, přičemž vedení jejich situaci neřešilo.	