

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

FAKULTA SOCIÁLNÍCH VĚD

Institut sociologických studií

Katedra veřejné a sociální politiky



Nikola Šimandlová

**Kampaň Děkujeme, odcházíme v období
2010–2011
Případová studie**

Diplomová práce

Praha 2013

Autor práce: **Bc. Nikola Šimandlová**
Vedoucí práce: **Ing. Mgr. Pavla Mašková, Ph.D.**

Rok obhajoby: 2013

Bibliografický záznam

ŠIMANDLOVÁ, Nikola. *Kampaň Děkujeme, odcházíme v období 2010–2011. Případová studie*. Praha, 2013. 182 s. Diplomová práce (Mgr.) Univerzita Karlova, Fakulta sociálních věd, Institut sociologických studií. Katedra veřejné a sociální politiky. Vedoucí diplomové práce Ing. Mgr. Pavla Mašková, Ph.D.

Abstrakt

Tato práce se zabývá kampaní *Děkujeme, odcházíme*, kterou čeští lékaři upozorňovali na různé problémy ve zdravotnictví, jako např. na pracovní podmínky, platy, vzdělávací systém a další s cílem tento stav změnit. Kampaň začala v roce 2010 a skončila v únoru 2011 uzavřením kompromisu mezi lékaři a Ministerstvem zdravotnictví ČR. Tato práce se zaměřuje zejména na média a zájmovou skupinu Lékařského odborového klubu (LOK), který nastolil o kampani agendu. Kampaň *Děkujeme, odcházíme* je vnímaná nejednoznačně jak mezi veřejností, tak i mezi samotnými lékaři. Cílem této práce je vysvětlit nejednoznačnost úspěchu této kampaně. Jednotlivé milníky kampaně jsou vysvětlovány na základě teorie přerušované rovnováhy autorů Bryana D. Jonese and Franka R. Baumgartnera.

Použitím různých metod, jako např. kvantitativní obsahové analýzy mediálních sdělení, semistrukturovaných rozhovorů s aktéry, analýzy sekundárních dat, analýzy aktérů či vybraných událostí zdravotní politiky jsem popsala a vysvětlila hlavní aktéry a události této kampaně. V práci je pracováno s teoretickými koncepty: veřejnou politikou ve svém multidisciplinárním významu, zdravotní politikou, teorií přerušované rovnováhy, teoriemi zkoumající zájmové skupiny a mediálními teoriemi. Designem této práce je případová studie. V závěru práce je zhodnoceno, zda byla kampaň úspěšná či nikoli a proč. Lékaři se kampaní snažili poukázat na nedostatky v českém zdravotnictví, z této práce vyplývá, co se jim podařilo a co již méně.

Abstract

This thesis is concerned with the Czech doctor's campaign "Thanks, we are leaving" on the background of the health care system in the Czech Republic. The campaign started in 2010 by the Czech doctors trying to focus on the working

conditions, salary conditions, educational system and some failures of the health care system with the aim to improve it. The campaign resulted in February 2011 in a compromise between doctors and Ministry of Health. This thesis focuses especially on media and on the interest group LOK (Medical union trade club) which set the agenda. The perception of the campaign is ambiguous both for the public and for the doctors themselves. The individual milestones of campaign are explained by the theory of punctuated equilibrium from the authors Bryan D. Jones and Frank R. Baumgartner.

Using many helpful methods such as content analysis of media messages, semi-structured interviews with particular actors, analysis of secondary sources, stakeholder analysis or analysis of selected events in health policy I explained the core events and actors who participated in this campaign. The theoretical concepts used in this thesis are: public policy in its multidisciplinary meaning, health policy and health care system, punctuated equilibrium theory, theories concerned with interest groups and in the field of media especially the theory of mass communication, agenda setting or normative media theories. The design of this work is case study. As a result there is a discussion whether the campaign was successful or not and why. The doctors tried to start a health care reform, to stop corruption in the system, to change the working and salary conditions. Some of these were successful, some not. This work explains why and it discusses the reasons why.

Klíčová slova

„Děkujeme, odcházíme“, lékaři, média, zájmová skupina, teorie přerušované rovnováhy, ministerstvo zdravotnictví, zdravotní politika, změna

Keywords

“Thanks, we are leaving”, doctors, media, interest group, punctuated equilibrium theory, Ministry of Health, health policy, change

Rozsah práce: Tato práce má bez abstraktu, summary, seznamu literatury a příloh celkem 130 normostran, tedy 289 776 znaků včetně mezer.

Prohlášení

1. Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila 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 7. ledna 2013

Nikola Šimandlová

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucí své diplomové práce paní Ing. Mgr. Pavle Maškové, Ph.D. za podnětné vedení, odbornou pomoc a cenné rady. Za odborné konzultace bych také ráda poděkovala panu doc. PhDr. Arnoštu Veselému, Ph.D., panu Mgr. Vlastimilu Nečasovi, panu PhDr. Františku Kalvasovi, Ph.D., panu PhDr. Vilému Novotnému, Ph.D., panu Bc. Davidu Milerovi.

Ráda bych také poděkovala všem respondentům za poskytnuté rozhovory.



TEZE DIPLOMOVÉ PRÁCE

Univerzita Karlova v Praze

Fakulta sociálních věd
Institut sociologických studií
Katedra veřejné a sociální politiky

PŘEDPOKLÁDANÝ NÁZEV DIPLOMOVÉ PRÁCE: Kampaň

Děkujeme, odcházíme. Případová studie.

PŘEDPOKLÁDANÝ NÁZEV V AJ: “Thanks, we are leaving” Campaign.
Case study.

DIPLOMANT: Nikola Šimandlová

KONZULTANT: Ing. Mgr. Pavla Mašková, Ph.D.

1. Vymezení předmětu zkoumání a strukturace výzkumného tématu

1.1 Vymezení předmětu výzkumu

Předmětem výzkumu mé práce je kauza českých lékařů pod názvem *Děkujeme, odcházíme*, kterou je možné považovat za největší akci lékařských odborů po roce 1989. Akce trvala v období jaro 2010 – zima 2011, tedy necelý rok, během níž lékaři specifikovali své požadavky s cílem změnit některé body v systému zdravotnictví. Akce *Děkujeme, odcházíme* (dále jako D-O) se dostala do celostátní agendy, řešena byla s vrcholnými orgány státní správy a vnímána byla také českou veřejností.

Kauzu D-O můžeme vnímat jako „výkyv“ od zaběhnutého fungování. Vzniklá kauza zapříčinila určitý zlom, určité přerušení v jinak kontinuálním průběhu tvorby politiky. Z hlediska veřejné politiky tak můžeme kauzu D-O považovat za problém vzniklý v prostoru tvorby veřejné politiky. Lékaři se v rámci této kampaně snažili poukázat na problémy ve zdravotnictví, na začátku své kampaně definovali 13 bodů, které je dle jejich mínění nutné změnit. Mezi tyto body patří např. podfinancovanost českého zdravotnictví, nízká platba státu za státní pojištěnce, nízké mzdy lékařů, chaos v lékové politice, korupce ve zdravotnictví, nefunkční systém vzdělávání, problém s vysokými přesčasovými hodinami lékařů, nejednotná koncepce zdravotní politiky ad. Od podzimu 2010 pak byla zahájena samotná kampaň s cílem přesvědčit lékaře, aby podali výpovědi, a tím donutit nově ustavenou vládu problémy ve zdravotnictví řešit. Na kampaň si lékaři v rámci akce D-O najali i profesionální agenturu Ewing PR¹, což bylo poprvé, kdy si lékařské odbory najaly přímo profesionální mediální agenturu. Díky ní se pak lékařům podařilo skrze média nastolit agendu o problémech v českém zdravotnictví. Tato protestní akce lékařů měla své příčiny, svůj průběh a také své důsledky a zakončení. Po dobu zhruba tři čtvrtě roku tvořila s různými stupni intenzity hlavní náplň novinových článků, televizních zpráv, internetových diskuzí či rozhlasových komentářů. Média zde sehrála roli zprostředkovatele mezi lékaři, ministerstvem zdravotnictví, veřejností a dalšími aktéry. V práci se tak zaměřím i na

¹ Lékaři nemohou stávkovat. Jejich odborový klub si tedy najal reklamní agenturu k propagaci akce *Děkujeme, odcházíme*. Z počátku mělo najmutí PR agentury pozitivní přínos, pak ale jejich společná akce samotné věci spíše ublížila, když do ulic vyrazilo např. pohřebně-sanitní auto s nápisem „náš odchod – vaše smrt“ (náš exodus – váš exitus) – to bylo vnímáno jako nešťastná komunikace s veřejností.

média a provedu analýzu obsahu mediálních sdělení s cílem poukázat na to, která témata se v médiích spolu s kampaní D-O objevovala.

Předmětem výzkumu je tedy cela kampaň *Děkujeme, odcházíme*, příčiny jejího vzniku, kontext, na kterém vznikla, jednotliví aktéři apod. Pokusím se v práci kauzu nejen popsat, ale také vysvětlit jednotlivé její aspekty.

1.2 Vymezení problému výzkumu

Za vznikem kauzy stála jasně identifikovatelná institucionalizovaná jednotka, konkrétně pak LOK (Lékařský odborový klub), tím nejjobecnějším problémem v kontextu veřejné politiky (VP) by v mém případě byl **vliv zájmových skupin na proces tvorby VP**. Vlivem zájmové skupiny (LOK) došlo ke střetu mezi stávající podobou VP a tím, jak by dle zájmové skupiny měly některé aspekty zdravotní politiky vypadat. Vyvolaný konflikt tak vedl k přerušení stávajícího stavu (rovnováhy) s cílem pozměnění jeho podoby na základě formulovaných požadavků zájmovou skupinou. Jelikož se ve své práci snažím poukázat na celý komplex problému a nejen na danou zájmovou skupinu, potřebuji postihnout celek jako takový. Analyzovat vzniklou situaci nám pomůže výkladový rámec „teorie přerušované rovnováhy“ (dále jako PET z anglického Punctuated Equilibrium Theory). Optikou tohoto výkladového rámce se pokusím neposuzovat „jen“ vliv zájmové skupiny, ale podívat se na vzniklou situaci komplexněji a odpovědět na otázku co a proč se vlastně stalo. Zaměřím se tedy nejen na zájmovou skupinu, na jejímž podnětu akce vznikla, ale na celou akci *Děkujeme, odcházíme*. Tuto akci lze z mého pohledu považovat za relativně úspěšnou. Proč relativně? Akce je na jednu stranu jednou z nejúspěšnějších akcí lékařské zájmové skupiny od listopadu 1989, v rámci prosazení požadavků danou skupinou. Na druhou stranu je kauza vnímána nejen českou veřejností rozporuplně, nejednoznačně (viz různé výsledky výzkumů veřejného mínění k dané akci D-O), ale i samotnými lékaři zapojenými v kampani.

Ve své diplomové práci se tedy zaměřím na **ambivalentnost úspěšnosti** akce *Děkujeme, odcházíme*. Úspěšnost akce je totiž kontextově závislá. Snažím se zachytit celou kauzu v širším kontextu, poukazuji na různé aspekty akce. Pokusím se podchytit na základě deskripce a explanace aktéry a jejich vnímání dané kauzy a na základě teorie

přerušované rovnováhy vysvětlit, proč k daným jevům došlo a jak je možné, že je akce vnímána rozporuplně.

Mým výzkumným problémem tedy je: *Ne – úspěšnost akce Děkujeme, odcházíme v roce 2010-2011.*

2. Teoretická východiska

Konceptuální rámec diplomové práce koresponduje s vědní disciplínou veřejná politika a využívá mutlidisciplinární povahu tohoto vědního oboru (Potůček et al. 2005; Goodin 2006). Pracovat tak budu s různými teoriemi. Abych však práci dala jakousi základní „kostru“, na níž bude možné celý proces vysvětlit, zvolila jsem si jako výkladový rámec *teorii přerušované rovnováhy* autorů Bryana D. Jonese a Franka R. Baumgartnera. Důvodem, proč jsem si vybrala právě tento výkladový rámec, je zejména fakt, že autoři detailně pracují s konceptem agendy setting (nastolování agendy) a tento rámec v sobě zahrnuje taktéž důležitost médií a zájmových skupin. Zájmová skupina, v mém případě Lékařský odborový klub, je ústředním bodem, na němž kampaň vznikla a celou dobu trvala. Skrze média se zas téma dostalo do mediální a veřejné agendy a dosáhlo tak výrazné pozornosti jak médií samotných, tak i politické reprezentace, která se kauzou musela začít zabývat.

Z hlediska jednotlivých teorií mne tedy zajímají jednak teorie související se zprostředkování zájmů a jednak teorie související s médii. Jmenovitě jde pak o teorii pluralismu a korporativismu (např. Howlett, Ramesh, 2003, Schmitter, 1974, Schmitter, 2003), o teorie zájmových a nátlakových skupin (např. Říchová, 2002, Howlett, Ramesh, Perl, 2009, Truman, 2003), teorie masové komunikace (Jiráček, Köpplová, 2009, McQuail, 2002), normativní teorie médií (McQuail, 2002, Hagen, 2004), teorii agenda setting (Dearing, Rogers, 1996, McCombs, 2009) či konceptu PR.

3. Cíle diplomové práce

Hlavním cílem této práce bude vysvětlit nejednoznačnost úspěchu akce *Děkujeme, odcházíme*.

Dílčími cíli práce bude:

- Popsat vývoj akce *Děkujeme, odcházíme* a kontext vzniku kauzy.
- Popsat aktéry, faktory a vlivy působící v rámci kauzy *Děkujeme, odcházíme*.
- Vysvětlit s pomocí teorie přerušované rovnováhy úspěch akce D-O v ohledu prolomení dlouhodobé stability.
- Odhalit kroky/vztahy vedoucí k neúspěšným aspektům (neúspěšným momentům, případům) v kauze D-O.

4. Výzkumné otázky a hypotézy

Hlavní výzkumnou otázkou je:

„Je možné považovat akci *Děkujeme, odcházíme* za úspěšnou, či nikoli?“

Vedlejšími otázkami jsou:

- Jaké jsou charakteristiky úspěšnosti akce D-O?
- Jaké jsou charakteristiky neúspěšnosti akce D-O?
- Proč je možné akci D-O považovat za úspěšnou?
- Proč je možné akci D-O považovat za neúspěšnou?
- Jak aktéři hodnotí D-O jako ne-úspěšnou a proč?
- Které faktory hrály či mohly hrát důležitou roli?

Hypotézy:

- Akce *Děkujeme, odcházíme* byla úspěšná jen zčásti, lékaři nedosáhli všech svých požadavků.
- Veřejnost vnímala kauzu rozporuplně.
- Lékaři zapojení do kampaně vnímali kauzu jako jen částečný úspěch.
- Média se akci D-O věnovala po celý rok, velký nárůst pozornosti nastal však až od podzimu roku 2010 (ačkoli akce začala už v březnu 2010) v důsledku vyhocení situace.

- Během kauzy došlo k redefinici problému. (Z problému „problémy ve zdravotnictví“ na problém „vyšší platy lékařů a jejich odchod do zahraničí“).

5. Metody a prameny

Výzkumný design se opírá o metody analýzy a tvorby veřejné politiky (Fischer, 2006, Box-Stefensmeier, 2008). Obecně budu pracovat se dvěma sadami metod. Jednak to budou metody sběru a produkce dat (polostrukturované rozhovory se zúčastněnými aktéry a studium dokumentů) a jednak metody analýzy a interpretace dat (kvantitativní obsahová analýza mediálních sdělení, analýza rozhovorů). Pomocnou silou mi budou i některé heuristiky (časová osa, rychlá analýza aktérů). Je očividné, že se zde promíchávají kvalitativní a kvantitativní metody, to je dáno povahou výzkumného designu (viz např. mix-research design – Creswell, 2003), tedy případovou studií. Výzkumným designem práce pro mne tak bude případová studie, jež se snaží pochopit širší souvislosti a obsáhnout kontext výzkumného problému (např. Jelínková, 2011).

Prameny pro mne pak budou vybraná periodika, na jejichž základě provedu kvantitativní obsahovou analýzu. Konkrétně jde o tato periodika: deník Mladá fronta Dnes, deník Právo, deník Hospodářské noviny a deník Blesk. Proč právě tato konkrétní periodika? *Zaprvé* jde o celostátní periodika s velkou čteností: nejčtenějším celostátním deníkem je Blesk (1,223 mil. čtenářů na vydání, počítáno bez nedělního vydání Blesku) následovaný MF DNES (814 tis. čtenářů) a Právem (370 tis. čtenářů), HN mají čtenost 195 tis. čtenářů (Media projekt, 2012: 2-3). *Zadruhé* zde hraje roli charakter. Zatímco deník Blesk je představitelem bulvárního tisku, HN se zaměřují spíše na ekonomická témata, MFD je označován za spíše středové noviny blíže k pravici, deník Právo je označován spíš za středový blíže k levici. *Zatřetí* byla pro výběr těchto čtyř deníků skutečnost rozdílnost vydavatelů. Články budu čerpat z online databáze Newton media. Zkoumaným obdobím bude zejména květen 2010 až jaro 2011.

6. Předpokládaná struktura diplomové práce

1. Úvod - vymezení problematiky
2. Cíle, výzkumné otázky a hypotézy

3. Metodologie a metody
4. Teoretická a hodnotová východiska
5. Zdravotní politika v ČR jako kontext kampaně D-O
6. Případová studie D-O
7. Diskuse
8. Závěr
9. Summary
10. Použité prameny a literatura
11. Přílohy

7. Základní literatura

Prameny:

Deníky Mladá fronta Dnes, Právo, Hospodářské noviny, Blesk (období květen 2010 až březen 2011)

Databáze Newton media

Literatura:

BARDACH, E.: *A Practical Guide for Policy Analysis*. New York : Seven Bridges Press, 2000.

BAUMGARTNER, F. R., JONES, B. D. (2009). *Agendas and instability in American politics*. Second edition. Chicago, The University of Chicago Press.

BOX-STEFENSMEIER, J.M. et al. *The Oxford Handbook of Political Methodology*. Oxford : Oxford University Press, 2008.

BRYANT, John H.; HARRISON, Polly F. *Global health in transition : a synthesis : perspectives from international organizations* . Washington, D.C. : National Academy Press, 1996. 84 s. ISBN 0-309-05595-4.

BUSE, K., MAYS, N., WALT, G. *Making Health Policy*. England : Open University Press, 2005.

BUČEK, Robert . *Úloha médií v procesu tvorby veřejné politiky*. Brno, 2007-2008. 57 s. Diplomová práce. Právnická fakulta Masarykovy univerzity.

CRESWELL, John W. *Research Design. Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches*. 2nd Edition. Sage Publications : Thousand Oaks • London • New Delhi. 2003. Pages 237. ISBN 0-7619-2441-8.

DEARING, J. W., ROGERS, E. M. *Communication Concepts 6: Agenda-Setting*. Thousand Oaks, California: Sage. 1996. pp. 139. ISBN 0-7619-0563-4.

Děkujeme, odcházíme [online]. 2011 [cit. 2011-06-06]. 10 věcí, které jsme se dozvěděli díky vzpouře lékařů. Cit. dle: Hospodářské noviny, 17. 2. 2011. Dostupné z WWW: <http://dekujeme-odchazime.cz/10_veci>.

DRBAL, Ctibor. *Česká zdravotní politika a její východiska*. 1. vyd. Praha : Galén, 2005. 96 s. ISBN 80-7262-340-0.

DRBAL, Ctibor. *Zdraví a zdravotní politika*. Brno : Masarykova univerzita, Ekonomicko-správní fakulta, 1996. 116 s. ISBN 80-210-1466-0.

DUNN, W.N.: *Public Policy Analysis: An Introduction*. New Jersey : Pearson Education, 2004.

DURDISOVÁ, Jaroslava. *Ekonomika zdraví*. Vyd. 1. Praha : Oeconomica, 2005. 228 s. ISBN 80-245-0998-9.

DURDISOVÁ, Jaroslava; LANGHAMEROVÁ, Jitka. *Úvod do teorie zdravotní politiky*. Praha : Vysoká škola ekonomická, Národohospodářská fakulta, 2001. 126 s. ISBN 80-245-0217-8.

FIALA, P., SCHUBERT, K.: *Moderní analýza politiky. Uvedení do teorií a metod policy analysis*. Brno : Barrister a Principál, 2000.

FISCHER, F. *Handbook of Public Policy Analysis: Theory, Politics, and Methods (Public Administration and Public Policy)*. CRC Press, 2006.

GLADKIJ, Ivan. *Politika a politický proces a jejich vliv na možnosti uplatnění systémového přístupu v transformaci zdravotnictví*. Olomouc : Vydavatelství Univerzity Palackého, 1997. 48 s. ISBN 80-7067-753-8.

GOODIN, R.E.: *Oxford Handbook of Contextual Political Analysis*. Oxford : Oxford University Press, 2006.

GOOIJER, Win de: *Trends in EU Health Care Systems*. New York: Springer, 2007. 524 p. ISBN 0-387-32747-9.

HAGEN, L. Informační kvalita a její měření. IN: SCHULTZ, Winfried, et al. *Analýza obsahu mediálních sdělení*. Praha: Karolinum, 2004. S. 51 – 70. ISBN 80-246-0827-8.

- HÁVA, Petr. *Zdraví 21 : osnova politiky zdraví pro všechny : základní koncepční východiska české zdravotní politiky v letech 2003-6*. Kostelec nad Černými lesy : Institut zdravotní politiky a ekonomiky, 2003. 31 s. ISBN 80-86625-31-1.
- HOWLETT, M., RAMESH, M.. 2003. *Studying Public Policy. Policy Cycles and Policy Subsystems*. Kanada: Oxford University Press. 2nd edition. 311 pages. ISBN 0-19-541794-1.
- HOWLETT, M., PEARL, A., RAMESH, M. *Studying Public Policy : Policy Cycles and Policy Subsystems*. 3rd edition. Ontario : Oxford University Press, 2009. 298 s. ISBN 978-0-19-542802-5.
- JELÍNKOVÁ, Marie: Případová studie. In: NEKOLA, M., GEISLER, H., MOURALOVÁ, M. (eds.). *Současné metodologické otázky veřejné politiky*. Vyd 1. Praha : Karolinum, 2011. S. 194-220. ISBN 978-80-246-1865-4.
- JIRÁK, J., KÖPPLOVÁ, B. : *Masová média*. Praha : Portál, 2009.
- JIRÁK, Jan; KÖPPLOVÁ, Barbara. *Média a společnost: stručný úvod do studia médií a mediální komunikace*. Praha: Portál, 2003. 207 s. ISBN 80-7178-697-7.
- JIRÁK, Jan; ŘÍCHOVÁ, Blanka. *Politická komunikace a média*. Praha: Karolinum, 2000. 163 s. ISBN 80-246-0182-6.
- McCOMBS, M. Agenda setting. Nastolování agendy – masová média a veřejné mínění. Praha : Portál, 2009. Vyd. 1. 256 s. ISBN 978-80-7367-591-2.
- McQUAIL, Denis. Úvod do teorie masové komunikace. Praha : Portál, 2002. Vyd. 2. 448 s. ISBN 80-7178-714-0.
- Media projekt. Unie vydavatelů; Asociace KOMUNIKAČNÍCH AGENTUR; ARA'S; SKMO 1.4.2012 – 30.9.2012 <http://www.unievydavatelu.cz/Upload/1046.pdf>
- POTŮČEK, Martin, et al. *Veřejná politika*. Praha: SLON, 2005. 399 s. ISBN 80-86429-50-4.
- REISMAN, David A. *Health care and public policy*. Cheltenham : Edward Elgar, 2007. 362 s. ISBN 978-1-84542-924-9.
- ROKOSOVÁ, Martina; HÁVA, Petr. Edited by: [Jonas Schreyögg and Reinhard Busse](#). *Health care systems in transition. Czech republic 2005*. Copenhagen : European Observatory on Health Systems and Policies, 2005. 100 s. ISSN 1020-9077.
- SABATIER, P. A. *Theories of the Policy Process*. 2007, second edition. Boulder : Westview Press, 344 stran. ISBN 978-0-8133-4359-4.
- SCHMITTER, Philippe C. Interest Intermediation and Regime Governability in Contemporary Western Europe and North America. 398 – 407. IN: *The Democracy*

Sourcebook. Dahl, R., Shapiro, I., Cheibub, J. A. 2003. Cambridge, Massachusetts : MIT Press. ISBN 0-262-54147-5.

SCHMITTER, Philippe C. Still the Century of Corporatism? IN: The Review of Politics, Vol. 36, No. 1. year 1974. Cambridge University Press for the University of Notre Dame du lac on behalf of Review of Politics. pp. 85 – 131.
<http://www.jstor.org/stable/1406080>

SCHULTZ, Winfried, et al. *Analýza obsahu mediálních sdělení*. Praha: Karolinum, 2004. 149 s. ISBN 80-246-0827-8.

ŘÍCHOVÁ, B. Úvod do současné politologie. Srovnávací analýza demokratických politických systémů. 1. vyd. Praha : Portál. 2002. 208 stran. ISBN 80-7178-628-4.

TRAMPOTA, Tomáš, VOJTĚCHOVSKÁ, Martina. *Metody výzkumu médií*. Praha: Portál, 2010. 1. vyd. 296 s. ISBN 978-80-7367-683-4.

TRUMAN, David B. The Governmental Process. Political Interests and Public Opinion. 364 – 371. IN: The Democracy Sourcebook. Dahl, R., Shapiro, I., Cheibub, J. A. 2003. Cambridge, Massachusetts : MIT Press. ISBN 0-262-54147-5.

WALT, G. *Health Policy. An Introduction to Process and Power. People, governments and international agencies – who drives policy and how it is made*. London : Zed Books, 1994.

WEIMER, D.L., VINING, A.R.: *Policy analysis. Concepts and Practice*. 2nd edition. Englewood Cliffs, N.J. Prentice Hall, 1992.

Datum: 10. 06. 2011

Podpis studenta:

Podpis vedoucího práce:

Obsah

1 ÚVOD	3
2 VYMEZENÍ ZKOUMANÉHO PROBLÉMU	4
3 CÍLE PRÁCE	6
3.1 HLAVNÍ CÍL	6
3.2 PODCÍLE A VEDLEJŠÍ CÍLE.....	7
4 VÝZKUMNÉ OTÁZKY A PŘEDPOKLADY	7
4.1 PŘEDPOKLADY	8
5 METODOLOGIE A POUŽITÉ METODY	9
5.1 METODOLOGIE	9
5.2 DESIGN PRÁCE	12
5.3 METODY	14
5.3.1 Rozhovory.....	14
5.3.2 Studium dokumentů.....	17
5.3.3 Kvantitativní obsahová analýza mediálních obsahů	17
5.3.4 Heuristiky	24
5.3.4.1 Časová osa	25
5.3.4.2 Rychlá analýza aktérů.....	25
6 TEORETICKÁ VÝCHODISKA A HODNOTOVÁ VÝCHODISKA	26
6.1 TEORIE PŘERUŠOVANÉ ROVNOVÁHY	27
6.1.1 Hlavní rysy teorie přerušované rovnováhy	29
6.1.1.1 Subsystém, policy monopoly a policy image	31
6.1.1.2 Policy image, policy venue a interakce mezi nimi	33
6.1.1.3 Negativní a pozitivní zpětná vazba	35
6.1.1.4 Cesta k přerušení rovnováhy	36
6.1.1.5 Média.....	39
6.1.1.6 Zájmové skupiny	43
6.1.2 Shrnutí.....	44
6.2 TEORIE MEDIACE ZÁJMŮ	45
6.2.1 Zprostředkování zájmů.....	45
6.2.2 Zájmové a nátlakové skupiny	47
6.2.3 Konstrukce sociální skupiny.....	49
6.3 MEDIÁLNÍ TEORIE	51
6.3.1 Teorie masové komunikace a masová média.....	51
6.3.2 Normativní teorie médií	52
6.3.3 Agenda-setting.....	54
6.3.4 Mediální účinky.....	56
6.3.5 Koncept PR (Public Relations)	57
6.4 HODNOTOVÁ VÝCHODISKA	58
7 ZDRAVOTNÍ POLITIKA V ČR PO ROCE 1989 JAKO KONTEXT KAMPAŇ DĚKUJEME, ODCHÁZÍME	59
7.1 PRIVATIZACE A ZMĚNA ZŘIZOVATELŮ	63
7.2 PRACOVNÍCI VE ZDRAVOTNICTVÍ	64
7.3 FINANCOVÁNÍ	68
7.4 LÉKOVÁ POLITIKA	73
7.5 SHRNTÍ	74
8 PŘÍPADOVÁ STUDIE – KAMPAŇ DĚKUJEME, ODCHÁZÍME	75
8.1 RYCHLÁ ANALÝZA AKTÉRŮ	75
8.2 VZNIK KAMPAŇ DĚKUJEME, ODCHÁZÍME.....	84
8.3 TŘINÁCT DŮVODŮ EXODU	87
8.4 NASTOLENÍ AGENDY – PRŮNIK KAUKY D-O	92

8.5 KOMUNIKAČNÍ STRATEGIE KAMPAŇE D-O.....	94
8.5.1 <i>Symboly a nástroje kampaňe</i>	97
8.6 PRŮBĚH KAMPAŇE	98
8.7 CÍLENÍ KAMPAŇE A JEDNÁNÍ S POLITICKOU REPREZENTACÍ DLE PET	102
8.8 ANALÝZA TÉMAT A AKTÉRŮ V MÉDIÍCH.....	108
8.8.1 <i>Témata v médiích</i>	108
8.8.2 <i>Aktéři v médiích</i>	111
8.8.3 <i>Proměna tónu témat a aktérů v médiích</i>	112
8.9 OHLASY U VEŘEJNOSTI A VÝZKUMY VEŘEJNÉHO MÍNĚNÍ	120
9 DISKUSE	124
10 ZÁVĚR	130
SUMMARY	133
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A PRAMENŮ	135
SEZNAM PŘÍLOH	147
PŘÍLOHY	148

1 Úvod

Kampaň *Děkujeme, odcházíme* je považována za největší akci lékařských odborů po roce 1989. I přesto, že byla jednou z nejviditelnějších a nejúspěšnějších nátlakových akcí, budí dodnes rozpaky. Pro mnoho lidí je vnímána rozporuplně, nejednoznačné jsou i její dosažené cíle, které se oproti původnímu požadavku na reformu systému zdravotnictví zmenšily na několik bodů a u nichž je navíc jejich samotné dodržování sporné.

Tato práce se zabývá kampaní *Děkujeme, odcházíme* (dále často jako zkratka D-O), za jejímž vznikem stál Lékařský odborový klub – Svaz českých lékařů (dále jako zkratka LOK nebo LOK-SČL) a která s různými fázemi intenzity trvala necelý jeden rok (konkrétně začala v březnu 2010 a skončila v únoru 2011). Kampaň do dnešních dnů vyvolává různé emoce a různé reakce. Pro jedny to byla silná nátlaková akce, jíž se jedna profesní skupina postavila centrální moci. Pro druhé to byla kampaň, která si za své rukojmí brala pacienty a kterou zajímalo jen zvýšení platů lékařů. Tato kampaň v sobě, dle mého názoru, obsahuje obojí. V mnohém byla úspěšná, v něčem méně a v lecčem i neúspěšná.

Na kampaň *Děkujeme, odcházíme* se v této práci pokusím nahlédnout jako na jednotný případ. Designem této práce je tedy případová studie, která mi dovoluje kombinovat kvantitativní prvky v podobě kvantitativní obsahové analýzy mediálních obsahů a zároveň pracovat s rozhovory zainteresovaných aktérů. Abych však mohla celou kauzu řádně popsat a vysvětlit, zvolila jsem si výkladový rámec teorie přerušované rovnováhy. Tento rámec autorů Franka R. Baumgartnera a Bryana D. Jonese v sobě zahrnuje jak teorie zájmových skupin, což je v mém případě LOK-SČL, aktér stojící ve středobodu zájmu, tak i pracuje s mediálními teoriemi a analýzami, které mi napomohou vysvětlit, jak se téma dostalo do celostátní agendy a povědomí, o kterých tématech vybraná média referovala a proč ve výsledku nedošlo k přerušení stávající rovnováhy, ale spíš jen k jakémusi „nalomení“ stavu, aby se pak vše vrátilo opět do starých kolejí. Téma rozporuplnosti a nejednoznačnosti kauzy *Děkujeme, odcházíme* se pak prolíná celou prací. K poznatkům docházím na základě studia dokumentů, polostrukturovaných rozhovorů a aktéry, ale i vlastními analýzami a jejich vyhodnoceními.

Práce je strukturována tak, že na začátku své práce stanovuji výzkumný problém, definuji hlavní cíl a podcíle této práce a vymezuji výzkumné otázky, které mne mají ke stanovenému cíli dovést. Následuje popis a výběr metodologického přístupu ke zpracování tématu a výběr jednotlivých konkrétních metod. V teoretické části se zaměřuji zejména na

teorii přerušované rovnováhy, která je červenou nití této práce a od níž pak odvozují zbylé dva soubory teoretických přístupů – teorie zprostředkování zájmů a mediální teorie. Jelikož se jedná o pole zdravotní politiky, zahrnuji i hodnotová východiska. K tomu, abych mohla kampaň lékařů popsat a vysvětlit, je nutné znát půdu, na jejímž základě vyrostla. To se týká kapitoly 7, která se zabývá zdravotní politikou v ČR po roce 1989, ale jen omezeně – tedy jen jako kontext ke kauze *Děkujeme, odcházíme*. Zabývat se vývojem a proměnami zdravotní politiky v ČR by bylo na celou další práci. V kapitole 8 se pak zabývám již samotnou kampaní. Snažím se zachytit nejdůležitější aktéry, popsat vznik a průběh kampaně, její strategii. Na základě kvantitativní mediální analýzy se pak pokouším popsat a vysvětlit jednotlivé aspekty kampaně. Na závěr případové studie (kapitoly 8) přidávám pohled veřejnosti na kauzu a některé výzkumy veřejného mínění. V závěru práce pak odpovídám na výzkumné otázky a téma shrnuji.

Ačkoli byla kampaň *Děkujeme, odcházíme* rozporuplná, nejednoznačně vnímaná, v lecčems úspěšná a v lecčems neúspěšná, pevně věřím, že následující text pro čtenáře takovým nebude. Doufám, že práce bude srozumitelná a že svým popisem a vysvětlením nabídne čtenáři hlubší pohled do celé kampaně.

2 Vymezení zkoumaného problému

Dobře si vymezit zkoumaný problém je klíčovou cestou k úspěchu (Veselý, 2009: 14). Co však je problémem? Definic problému a jeho vymezení se nabízí několik. Problém můžeme vymezit jako „*odchylku od očekávané normy fungování*“ (Kepner, Tregoe 1965, cit. dle Veselý, 2009: 50), či jej obecněji můžeme definovat jako „*nežádoucí situaci, která může být nějakým aktérem řešena, ačkoli pravděpodobně s jistými těžkostmi*“ (Agre 1982, cit. dle Veselý, 2009: 50). Veselý na základě dalších autorů vymezuje další specifika problémů: rozpor mezi současnou a požadovanou situací, obtížnost problém překonat, důležitost problému a řešitelnost problému (tamtéž).

V této optice můžeme považovat kauzu *Děkujeme, odcházíme* za problém z několika důvodů: jednak vznikl *rozpor* mezi lékaři a vládou, respektive ministerstvem zdravotnictví (dále často jako MZ) při definici toho, jak některé aspekty současného českého zdravotnictví vypadají a jak by podle lékařů měly vypadat, tento vzniklý rozpor bylo, jak se ukáže, *těžké překonat*, kdy ke kompromisu mezi oběma stranami došlo až na poslední chvíli těsně před odchodem lékařů z nemocnic. Problém byl společensky *důležitý*, neb se ve svém

důsledku dotýkal občanů ČR jakožto příjemců zdravotní péče. A problém se také ukázal jako *řešitelný*, ačkoli můžeme řešení vzniklé krize považovat různě. Vzniklou kauzu *Děkujeme, odcházíme* můžeme vnímat také za jistou „odchylku“ od očekávaného fungování. Zde nemám konkrétně na mysli zmíněnou „normu“ fungování, tedy jak by systém fungovat měl, ale spíš jakési kontinuální fungování zaběhnutého systému. Vzniklá kauza zapříčinila určitý zlom, určité přerušování v jinak kontinuálním průběhu tvorby politiky. Z hlediska veřejné politiky tak můžeme kauzu D-O považovat za problém vzniklý v prostoru tvorby veřejné politiky. Jelikož za vznikem kauzy stála jasně identifikovatelná institucionalizovaná jednotka, konkrétně pak Lékařský odborový klub (LOK), tím nejjobecnějším problémem v kontextu veřejné politiky (VP) by v mém případě byl **vliv zájmových skupin na proces tvorby VP**. Vlivem zájmové skupiny (LOK) došlo ke střetu mezi stávající podobou VP a tím, jak by dle zájmové skupiny měly některé aspekty zdravotní politiky vypadat. Vyvolaný konflikt tak vedl k přerušování stávajícího stavu (rovnováhy) s cílem pozměnění jeho podoby na základě formulovaných požadavků zájmovou skupinou.

Jelikož se ve své práci snažím poukázat na celý komplex problému a nejen na danou zájmovou skupinu, potřebuji postihnout celek jako takový. Analyzovat vzniklou situaci nám pomůže výkladový rámec „teorie přerušované rovnováhy“ (dále jako PET z anglického Punctuated Equilibrium Theory). Optikou tohoto výkladového rámce (blíže k němu viz teoretická část) pak neposuzuji „jen“ vliv zájmové skupiny, ale snažím se na vzniklou situaci podívat komplexněji a odpovědět na otázku co a proč se vlastně stalo. Zaměřím se tedy nejen na zájmovou skupinu, na jejímž podnětu akce vznikla, ale na celou akci *Děkujeme, odcházíme*. V hledáčku výzkumného problému bude tedy celá akce *Děkujeme, odcházíme*.

Tuto akci lze z mého pohledu považovat za relativně úspěšnou. Proč relativně? Akce je na jednu stranu jednou z neúspěšnějších akcí lékařské zájmové skupiny od listopadu 1989, v lékařských odborech si troufám tvrdit, že i neúspěšnější (na akce lékařů a Lékařského odborového klubu poukáži v kapitole 8) v rámci prosazení požadavků danou skupinou. Na druhou stranu je kauza vnímána nejen českou veřejností rozporuplně, nejednoznačně (odkazuji na podkapitulu 8.9 na výsledky výzkumů veřejného mínění k dané akci D-O). Část veřejnosti danou akci podporuje, část ne. Tento rozpor je k nalezení také ve vyjádření lékařů, kteří jsou částečně s výsledkem akce spokojeni, částečně ale ne.

Ve své diplomové práci se tedy zaměřuji na **ambivalentnost úspěšnosti** akce *Děkujeme, odcházíme*. Úspěšnost akce je totiž kontextově závislá. Snažím se zachytit celou

kauzu v širším kontextu, poukazují na různé aspekty akce. Snažím se podchytit na základě deskripce a explanace aktéry a jejich vnímání dané kauzy a na základě teorie přerušované rovnováhy vysvětlit, proč k daným jevům došlo a jak je možné, že je akce vnímána rozporuplně.

Mým výzkumným problémem tedy je:

„Ne – úspěšnost akce *Děkujeme, odcházíme v roce 2010-2011.*“

3 Cíle práce

Stanovení cíle/cílů výzkumu je jedním z předpokladů pro následné vhodné zvolení metodologie a metod výzkumu. Stanovení cílů práce tedy stojí na začátku výzkumného procesu. (Veselý, 2011: 25) Typologie cílů se liší dle jednotlivých autorů. Pro mou práci si vypůjčím typologii N. Blaikieho, který sestavil těchto osm cílů: explorace, deskripce, explanace, porozumění, predikce, změna, evaluace, vyhodnocení sociálního vlivu (Blaikie, 2000, cit. dle Veselý, 2011: 26). Některé tyto cíle jsou označovány také jako výzkumné cíle, čímž se „*mají zpravidla na mysli konkrétní poznávací cíle, které si analytik stanovil*“ (Veselý, 2011: 28) a které je možné odlišit od primárních cílů motivujících výzkumníka ke psaní (tamtéž).

Z osmi typů cílů vymezených Blaikiem budou pak pro mou práci relevantní dva cíle: deskripce (popsat) a explanace (vysvětlit). Cíl „vysvětlit“ je vyšším cílem. Abych ale mohla akci vysvětlit, potřebuju ji nejprve popsat, neboť „*než můžeme určitému jevu porozumět, musíme znát co nejpřesněji jeho vlastnosti a charakteristiky*“ (Veselý, 2011: 29). Explanací pak „*rozumíme snahu porozumět určitému jevu a vysvětlit jej, zpravidla prostřednictvím nějaké teorie nebo modelu*“ (tamtéž). V mém případě, jak jsem již uvedla, se pokusím akci D-O vysvětlit na základě teorie přerušované rovnováhy (PET). Tento výkladový rámec a jeho jednotlivé teorie napomáhají při analýze kauzy D-O, a tím i k vysvětlení vzniklé situace. K PET se blíže dostanu v další části práce.

Mým hlavním cílem a následně vedlejšími cíli jsou tyto:

3.1 Hlavní cíl

Hlavním cílem je:

Vysvětlit nejednoznačnost úspěchu akce *Děkujeme, odcházíme.*

3.2 Podcíle a vedlejší cíle

- Popsat vývoj akce *Děkujeme, odcházíme*.
- Popsat aktéry, faktory a vlivy působící v rámci kauzy *Děkujeme, odcházíme*.
- Vysvětlit s pomocí teorie přerušované rovnováhy úspěch akce D-O v ohledu prolomení dlouhodobé stability.
- Odhalit kroky/vztahy vedoucí k neúspěšným aspektům (neúspěšným momentům, případům) v kauze D-O.

4 Výzkumné otázky a předpoklady

Položení si výzkumných otázek nám pomáhá uchopit výzkumný problém. „*Výzkumné otázky navazují na cíl výzkumu, specifikují jej a slouží jako „orientační bod pro výzkum“.*“ (Veselý, 2001: 35; Bryman, 2007: 5, cit. dle Veselý, 2001: 35) Cílem mé práce je akci *Děkujeme, odcházíme* popsat a vysvětlit. K těmto cílům jsem formulovala výzkumné otázky, které mi mají pomoci najít cestu k nastolenému výzkumného problému.

Hlavní výzkumnou otázkou je:

„Je možné považovat akci *Děkujeme, odcházíme* za úspěšnou, či nikoli?“

Vedlejšími otázkami jsou:

- Jaké jsou charakteristiky úspěšnosti akce D-O?
 - Jaké okolnosti (kontext) vedly ke vzniku D-O?
 - Jak aktéři prosazovali své požadavky?
 - Kolik lékařů se do akce zapojilo?
- Jaké jsou charakteristiky neúspěšnosti akce D-O?
 - Jak se aktérům podařilo či nepodařilo prosadit své požadavky?
 - Podařilo se jim prosadit všechny požadavky? Pokud ne, které z nich prosadili a s jakým výsledkem?
 - Jak probíhala jednání mezi ministerstvem zdravotnictví a lékaři?
 - Jak byla kauza vnímána veřejností? Jak se veřejné mínění měnilo v čase?
 - Zapojili se všichni zdravotničtí pracovníci?

- Proč je možné akci D-O považovat za úspěšnou?
 - Jak se stalo, že byla akce D-O natolik viditelná?
 - Proč byl o kauzu takový zájem?
 - Proč někteří aktéři hodnotí výsledek akce D-O za uspokojivý?
- Proč je možné akci D-O považovat za neúspěšnou?
 - Proč se aktérům nepodařilo některé své požadavky prosadit?
 - Proč někteří aktéři hodnotí výsledek akce D-O za neuspokojivý?
 - Proč došlo k obratu veřejného mínění?
- Jak aktéři hodnotí D-O jako ne-úspěšnou a proč? (Liší se v příčinách?)
- Které faktory hrály či mohly hrát důležitou roli?

4.1 Předpoklady

Kauza *Děkujeme, odcházíme* je ojedinělým jevem na poli veřejné politiky. Jedná se o případ, o kterém nemáme dostatek empirických informací, a tudíž jej nemůžeme studovat jako klasický (empiricky testovatelný) problém. V tomto případě si tak nelze „vytvářet hypotézy, které by bylo možné empiricky potvrdit nebo vyvrátit“ (Veselý, 2011: 38). Namísto hypotéz, které bych pro tuto práci nemohla testovat, jsem si tak vytvořila jakési „předpoklady“, které mi poslouží k formulaci myšlenek ještě před tím, než se pustím do samotné analýzy. Linie těchto předpokladů (myšlenek) mi pomáhá udržet směr práce; následná analýza pak ukáže, zda byly mé předpoklady mylné, či nikoli. Tyto předpoklady si rozhodně nekladou za cíl býti kvantifikovatelnými a tedy ve svém závěru zobecnitelnými. Až na výjimky (výjimkou je testování za pomoci kvantitativní obsahové analýzy mediálních sdělení) nemohou být dané předpoklady kvantitativně empiricky testovatelné. Slouží spíše jako „myšlenkové vodítko“ jak autorce samotné, tak i čtenářům této práce.

Vymezené předpoklady:

- Akce D-O byla úspěšná jen zčásti. *Domnívám se, že lékaři dosáhli jen částečně svých požadavků, že původně definované podmínky k zabránění odchodu lékařů se na konci kampaně vytratily.*
- Veřejnost vnímala kauzu rozporuplně. *Domnívám se, že část veřejnosti kampaň podporovala, část nikoli.*

- Lékaři vnímali kauzu jako jen částečný úspěch. *Domnívám se, že ne pro všechny zapojené lékaře byl vyjednaný výsledek a ukončení kampaně přijatelným vyústěním.*
- Média se akci D-O věnovala po celý rok, velký nárůst pozornosti nastal však až od podzimu roku 2010 (ačkoli akce začala už v březnu 2010) v důsledku vyhocení situace. *Předpokládám, že se média věnovala kauze zejména až od chvíle, kdy se kampaň začala dostávat do povědomí veřejnosti a kdy narůstal konflikt mezi ministerstvem zdravotnictví a lékaři.*
- Mediální obraz kauzy se v jejím průběhu změnil z pozitivního na negativní. *Předpokládám, že na začátku kampaně ji média hodnotila neutrálně, možná až pozitivně; ke konci kampaně pak došlo k obratu a o kampani bylo pojednáváno spíše negativně.*
- Během kauzy došlo k redefinici problému. *Domnívám se, že z tématu „problémy ve zdravotnictví“ došlo k jeho redefinici a tím redukcí na problém „vyšší platy lékařů a jejich odchod z nemocnic/ do zahraničí“.*

5 Metodologie a použité metody

5.1 Metodologie

Pohled na výzkumný problém (a potažmo na celý výzkumný proces) je dán jistou optikou. To, jaké si výzkumník zvolí metody, jak k výzkumu přistupuje, leží v jeho „*chápaní podstaty světa a v tom, jak by měl být [svět] studován*“ (Moses, Knutsen, 2007: 2). V tomto ohledu pak rozlišujeme tři různé úrovně obecnosti, jak svět chápat a studovat. Jsou to ontologie, epistemologie a metodologie. Ontologie je nejabstraktnějším pojmem a zabývá se podstatou bytí, „*studiem bytí*“ (Moses, Knutsen, 2007: 5); v oblasti sociálních věd by tak ontologickou otázkou bylo „*Jaká je povaha sociální reality?*“ (Blaikie, 2000: 13, cit. dle Veselý, 2011: 39). Epistemologie řeší, jak můžeme svět poznat, jak dospíváme k poznání – zda rozumem (racionalistický směr) či smysly (empirický směr) (Veselý, 2011:40); epistemologie označuje „*filozofické studium vědění*“ (Moses, Knutsen, 2007: 5). Na otázku jak dané věci víme, odpovídá metodologie (tamtéž). Ta může mít v podstatě dvojí podobu: zainteresovanou (normativní) či nezainteresovanou (nenormativní) (Nekola, Veselý, Ochrana, 2007: 142), nebo ji lze rozlišit z perspektivy naturalismu (neboli pozitivismu,

empirismu, behavioralismu) či konstruktivismu (neboli interpretivismu, post-strukturalismu ad.) (Moses, Knutsen, 2007: 6-10)². Metody jsou pak konkrétními nástroji metodologie. Obecně lze uvést, že nejde o to vybrat si tu „správnou“ optiku k řešení problému. Jde spíše o to uvědomit si, že existují různé pohledy na věc a že ten samý problém může být nahlížen z vícero (i protichůdných) perspektiv. Na výzkumníkovi potom je, jakou optiku si vybere, tedy jaký směr práce si určí, a od toho odvodí konkrétní metody a výzkumný design.

Stručně nyní uvedu charakteristiku výše zmíněných dvou metodologických proudů, naturalismu a konstruktivismu, a následně uvedu, jakou optikou budu nahlížet na zpracování své diplomové práce.

Naturalismus, pro něhož se používají také synonyma pozitivismus, empirismus či behavioralismus, již svým pojmenováním odkazuje na přírodní vědy. Tak jako v přírodních vědách pracuje naturalistický pohled ve vědách sociálních s domněnkou, že existuje reálný svět nezávislý na nás a na naší zkušenosti a že jej můžeme poznat „*myšlením, pozorováním a pečlivým zaznamenáváním si našich zkušeností*“ (Moses, Knutsen, 2007: 8-9). Jak již z jednoho výše uvedeného synonyma vyplývá, základní metodou poznání – epistemologií – je zde empirie, smyslové vnímání, a dále logika. Naturalismus se snaží odhalit jakési pravidelnosti, zákonitosti či vzory v přírodě, které můžeme pozorovat a popsat a od čehož se odvíjí jejich empirická testovatelnost. (tamtéž) Konkrétně se pak jedná např. o teorie, které můžeme testovat na základě empirických poznatků. Výzkumník se tak snaží popsat reálný svět tak, jak je daný.

Konstruktivismus se na svět dívá jinak než naturalismus. Tento metodologický proud je spojen spíše s idealismem a s myšlenkou, že ne všechny sociální jevy se dají empiricky testovat, ale že je můžeme spíše promýšlet (Veselý, 2011: 40-41) a oproti naturalismu používá konstruktivismus i jiné epistemologické nástroje, jako je empatie, autorita či mýty (Moses, Knutsen, 2007: 11). U konstruktivismu je lidský svět vnímán jako sociálně konstruovaný (Moses, Knutsen, 2007: 17). Jinak řečeno, přírodní zákonitosti nejsou objektivně dané a nezávislé, ale jsou spíše „*produktem našeho vlastního tvoření*“ (Moses, Knutsen, 2007: 10). Věci nahlížíme rozdílně, a to, jak je nahlížíme, je určeno

² Je nutné podotknout, že autoři pracují ještě se třetí perspektivou, kterou je „vědecký realismus“. Ten stojí mezi naturalismem a konstruktivismem; od prvního převzal domněnku, že existuje reálný svět nezávislý na naší zkušenosti, zatímco z druhého přejal Weberovu zásadu, že „člověk je zvíře zavěšené na pavučinách myšlení, které si sám upředl“ (Moses, Knutsen, 2007: 12-15). Jelikož se ale dle autorů tento směr teprve rozvíjí, jako základní stavební kamene považují výše zmíněné dva přístupy: naturalismus a konstruktivismus.

složitými sociálními a kontextuálními vlivy – zdůrazněná je zde role výzkumníka (pozorovatele) a společnosti v konstruování reality (tamtéž). Není tedy jeden objektivní a nezávislý svět; na svět (a i na tu samou věc) se můžeme každý dívat jinak, a to právě na základě naší sociální konstrukce, jako je sociální charakteristika (jazyk, kultura) nebo individuální charakteristiky (věk, pohlaví, rasa ad.) (Moses, Knutsen, 2007: 11).

Z výše nastíněného pak na svou práci nahlížím spíše naturalistickým, neboli pozitivistickým pohledem. Musím zde ale podotknout, že můj pohled je v mnoha ohledech postpozitivistický, tedy že uznávám, že pohled výzkumníka není zcela čistě nezávislý, ale že může být ovlivněn teoriemi, idejemi, hodnotami výzkumníka a navíc nepracuji jen s čistě empirickými daty, ale v rámci výzkumného designu případové studie mne zajímají i informace o postojích a hodnotách jednotlivých aktérů, čímž se naopak blížím více ke konstruktivistickému pohledu. Celkově vzato, i s vědomím právě uvedeného, se přesto na většinu výzkumného problému dívám se snahou o „objektivní“ poznání, tedy pozitivistické. Tento pohled se odráží zejména od optiky teorie přerušované rovnováhy, která je jednoznačně blíže pozitivismu než konstruktivismu³.

Pracuji zde s teorií (resp. výkladovým rámcem) přerušované rovnováhy (bližší popis viz kapitola 6), která vychází z pozitivistických předpokladů. Tato teorie, resp. celý výkladový rámec se snaží jednotlivé veřejné politiky pochopit jako proces střídající se stability a změny. Na jednotlivé vybrané případy veřejných politik se snaží dívat „nezaujatě“, dochází zde k empirickému testování a tím k odhalení vzorců či zákonitostí, na jejichž základě lze pak vysvětlit, jak a proč k dané fázi stability či změny došlo. Samotní autoři teorie přerušované rovnováhy pak předpokládají, že pakliže chceme zkoumat (jakoukoli) teorii, „zásadní je důkladné měření“ a „empirické pozorování, díky čemuž analytik vylepšuje a zdokonaluje danou teorii“ (Jones, Baumgartner, 2012: 12-13). Od optiky teorie přerušované rovnováhy se tak odvíjí i má naturalistická (pozitivistická) – i postpozitivistická – metodologie, metody i výzkumný design. Jednotlivé metody a design práce popíši na následujících řádcích.

³ Pozitivismus je mou hlavní optikou nahlížení své práce. Přesto jako výzkumný design používám případovou studii, která mi dovoluje pracovat jak s kvantitativními tak kvalitativními metodami a v některých ohledech se může více blížit konstruktivistickému pojetí, jak jsem uvedla výše. To však neznamená opuštění pozitivistického pohledu, tento zdánlivý rozkol je dán spíše samotnou povahou případové studie snažící se o hlubší poznání výzkumného problému za použití různých výzkumných metod.

5.2 Design práce

Výzkumný design se opírá o metody analýzy a tvorby veřejné politiky (Fischer, 2006, Box-Stefensmeier, 2008), váže se přímo na vybranou metodologii. Výzkumný design bychom mohli charakterizovat jako „*systematické propojené výzkumné postupy*“, které jsou „*vnitřně logicky spjaté*“ a jež „*navenek vystupují jako kompaktní celek, který představuje podrobné uspořádání výzkumného projektu*“ (Nekola, Veselý, Ochrana, 2007: 148). Výzkumný design je tak jakýmsi výzkumným plánem, či pracovním plánem, zahrnující v sobě konkrétní metody. Dle potřeby získání poznatků volíme určitý design. Ve veřejné politice rozlišujeme několik druhů výzkumných designů, jsou to: průřezový, longitudinální, experimentální výzkumný design a případová studie (Nekola, Veselý, Ochrana, 2007: 151).

Pakliže se na výzkumný design díváme optikou teorie přerušované rovnováhy, zjistíme, že nejčastějším používaným designem je longitudinální studie⁴. Autoři sledují vybranou veřejnou politiku po dobu několik desetiletí (výjimkou není asi studie zkoumající 100 let). V tomto případě se můj design bude lišit, neboť celá kauza D-O trvala necelý rok. Princip zkoumání zůstane stejný, akorát přizpůsobím časovou délku reality. V tomto případě tak volím výzkumný design **případové studie** (case study design), neboť se v mé práci zaměřuje nejen na daný případ v čase, ale snaží se pochopit širší souvislosti a obsáhnout kontext výzkumného problému. Neboli „*případová studie se jako výzkumná strategie používá především k tomu, aby chom porozuměli komplexnímu sociálnímu fenoménu*“ (Jelínková, 2011: 196).

Případová studie zkoumá „*konkrétního jedince, program, událost, instituci, proces apod. v určitém časovém úseku*“ (Nekola, Veselý, Ochrana, 2007: 152). Jelínková (2011) však dodává, že název „případová studie“ není příliš šťastným, neboť v jistém slova smyslu „*všechny výzkumy zkoumají nějaké případy*“ (Flyvbjerg, 2006, cit. dle Jelínková, 2011: 195), což potvrzují i Jones a Baumgartner rozlišením designů na průřezový a longitudinální případové studie (viz poznámka pod čarou). Mým objektem, „případem“ je kauza *Děkujeme, odcházíme*, která začala na jaře 2010 a skončila v únoru 2011. Kauza D-O je tedy jednotkou analýzy – v případové studii je právě jednotka tím, „*co chceme pochopit jako celek*“ (de Vaus, 2001: 220). Rozlišit lze také jednopřípadovou studii či vícepřípadovou

⁴ Autoři rozlišují dva typy designů: průřezový (cross-sectional) a longitudinální případové studie (longitudinal case studies). Spojují tak případovou studii s dlouhodobým výzkumným designem, kdy v praxi zkoumají jednu vybranou veřejnou politiku v průběhu několika desetiletí. (Jones, Baumgartner, 2009: 40-43)

studii, a jak je již z výše nastíněného patrné, bude se v mém případě jednat o jednopřípadovou studii, tedy studii zkoumající jeden jev, kauzu *Děkujeme, odcházíme*.

Případové studie můžeme rozdělit mezi explanační (vysvětlující) případové studie (explanatory case studies) a deskriptivní (popisné) případové studie (descriptive case studies). Explanační případové studie se liší tím, že mají buď testovat nějakou teorii, budovat teorii nebo používat teorie k vysvětlení zkoumaného případu. (de Vaus, 2001: 221-225) Yin pak přidává ještě jednu kategorii, a to průzkumné (exploratory) případové studie (Yin, 1993, dle Jelínková, 2011: 201)⁵. V mém případě pak volím formát **explanační případové studie** se zaměřením na testování teorie. V tomto případě jde o obsáhlý výkladový rámec teorie přerušované rovnováhy (PET), z něhož si vyberu několik teorií a ty posléze budu testovat. Zejména mne bude zajímat proces nastolování tématu (D-O) do mediální (a následně veřejné) agendy a zda se tímto procesem může vysvětlit změna, kterou kauza D-O přinesla. Zajímat mne budou i další prvky PET, jako jsou „policy images“ či „policy venues“, k tomu blíže viz teoretická východiska práce. V závěru je pak možné danou teorii podpořit (nikoli však prokázat) nebo v případě neúspěchu zkoumat, proč nedošlo k předpokládaným výstupům (tamtéž).

Předností případové studie je zajisté detailnost informací pomáhající nám případu porozumět (Jelínková, 2011: 209). U případové studie se však setkáváme s několika obtížemi. Problémem u případové studie je to, že neexistuje „běžně opakovatelná rutina postupu“ (Yin, 2003a: 57, cit. dle Jelínková, 2011: 194). Dalším, a asi nejpalčivějším problémem je pak vnitřní a vnější validita – případová studie často trpí nedostatkem reprezentativnosti, neboť „*jak už sama definice naznačuje, [případová studie] zahrnuje pouze malý počet případů nějakého obecnějšího fenoménu*“ (Gerring, 2007: 43) Případová studie tak bude spíš vnitřně než externě validní, tedy málo či vůbec zobecnitelná na širokou populaci. Ostatně s tím přicházejí i Jones a Baumgartner, když tvrdí, že „*[longitudinální] přístup může být tím nejvhodnějším ke studiu vzestupu a pádu individuálních témat (issues) ve veřejné agendě, ale má závažnou nevýhodu v oblasti zobecnitelnosti a porovnatelnosti*“ (Jones, Baumgartner, 2009: 47). Otázku generalizace případových studií můžeme ale shrnout tak, že „*případové studie lze, podobně jako experimenty, zobecňovat vzhledem*

⁵ Nejedná se samozřejmě o konečnou klasifikaci. Napří. Lijphart rozlišuje mezi 6 typy případových studií: 1) ateoretické, 2) interpretativní, 3) případové studie generující hypotézy, 4) případové studie potvrzující teorie, 5) teorie zpochybňující případové studie, 6) deviantní případové studie (Lijphart, 1971: 691, cit. dle Moses, Knutsen, 2007: 132).

k teoretickým předpokladům a ne na populaci nebo uzavřené systémy“ (Yin, 2003a:10, cit. dle Jelínková, 2011: 210).

5.3 Metody

Metody bychom označili jako konkrétní postupy, jak odpovědět na výzkumný problém a cíle. Metodou „*rozumíme postup, jak dospíváme k výsledku zkoumání. Je to souhrn pravidel, jak chceme dosáhnout žádaného výzkumného cíle.*“ (Nekola, Veselý, Ochrana, 2007: 142) Jak již bylo nastíněno výše, jednotlivé metody se odvíjejí od metodologie. V naturalistické (pozitivistické) metodologii převládají tyto metody: na vrcholu stojí experimentální metody, následují statistické přístupy, dále komparace několika případů a nakonec případová studie či historické přístupy (Moses, Knutsen, 2007: 16). Zde je nutné podotknout, že se u této typologie překrývají metody s výzkumným designem. Autoři považují případovou studii za metodu, já s ní pracuji spíše jako s designem práce. V tomto ohledu se shodují s některými autory, kteří uvádějí, že „*případová studie není metodou per se, ale spíše kombinací různých metod*“ (Denzin, Lincoln, 1998, cit. dle Jelínková, 2011: 195). Přesto jsem tuto typologii pro názornost uvedla. Metody v této práci odvíjím zejména od teorie přerušované rovnováhy a od výzkumného designu, s nimiž budu pracovat.

Obecně budu pracovat s dvěma sadami metod. Jednak to budou metody sběru a produkce dat (rozhovory, studium dokumentů) a jednak metody analýzy a interpretace dat (kvantitativní obsahová analýza mediálních sdělení, analýza rozhovorů). Pomocnou silou mi budou i některé heuristiky (časová osa, rychlá analýza aktérů). Je očividné, že se zde promíchávají kvalitativní a kvantitativní metody, to je dáno povahou výzkumného designu (viz např. mix-research design – Creswell, 2003), tedy případovou studií.

5.3.1 Rozhovory

Rozhovory, konkrétně pak semistrukturované rozhovory jsou „*snad nejčastější metodou sběru dat užívanou v rámci případových studií*“ (Jelínková, 2011: 205). Pro hlubší pochopení problému jsem si vybrala několik relevantních respondentů, se kterými jsem semistrukturované rozhovory provedla.

Akce *Děkujeme, odcházíme* vznikla na půdě lékařských odborů. Pro svou práci jsem tedy oslovila jejich zástupce, MUDr. Martina Engela. S ním jsem se sešla celkem dvakrát a

přes něj se mi podařilo získat kontakty na ostatní respondenty. V akci D-O byly zainteresovány řádově tisícovky lékařů, avšak v různé míře. V asi největší míře zde byli zainteresováni tři lékaři (resp. dva lékaři a jedna lékařka), kteří aktivně objížděli konkrétní kraje a nemocnice, scházeli se s lékaři, mluvili s veřejností i s médii. Proto mi přišli jako nejvhodnější kandidáti pro získání hlubších informací o vzniku, průběhu, příčinách a důsledcích kauzy D-O. Tito tři lékaři byli vybráni jakožto „tváře“ kampaně D-O, tudíž předpokládám, že rozhovory s nimi mi mohou poskytnout hlubší poznání problému. Dalším respondentem byl MUDr. Milan Kubek, prezident České lékařské komory (ČLK), která sdružuje české lékaře a byla v akci D-O také zainteresována. Předposledním respondentem byl Ing. Martin Jaroš z PR agentury Ewing PR, která zajišťovala PR a propagaci akci D-O. Posledního respondenta jsem se snažila získat na ministerstvu zdravotnictví. První kontakt jsem navázala již 30. března 2012, po mnoha opakovaných urgencích jsem se ale k respondentovi, panu Mgr. Janu Růžičkovi, dostala až v listopadu 2012. Detailnější popis viz příloha č. 1.

Pro přehlednost uvádím uskutečněné rozhovory zde:

- 2 rozhovory s MUDr. Martinem Engelem (LOK-SČL) v Praze – 7. 11. 2011 a 5. 3. 2012
- rozhovor s MUDr. Petrem Igazem z Karlových Varů, rozhovor uskutečněn v Karlových Varech dne 15. 3. 2012
- rozhovor s MUDr. Pavlem Vávrou z Nového Města na Moravě, rozhovor uskutečněn v Jihlavě dne 22. 3. 2012
- rozhovor s MUDr. Šárkou Drinkovou z Havlíčkova Brodu, rozhovor uskutečněn v Praze dne 1. 4. 2012
- rozhovor s MUDr. Milanem Kubkem z ČLK uskutečněn v Praze dne 29. 3. 2012
- rozhovor s Ing. Martinem Jarošem z EwingPR, rozhovor uskutečněn v Praze dne 11. 4. 2012
- rozhovor s Mgr. Janem Růžičkou z ministerstva zdravotnictví, rozhovor uskutečněn v Praze dne 20. 11. 2012

Rozhovory byly semistrukturované, měla jsem vytvořenou předběžnou strukturu okruhů otázek, na které jsem se respondentů ptala. (Vzor okruhů otázek pro semistrukturovaný rozhovor viz příloha č. 2). Těchto okruhů jsem se pak během rozhovorů

více či méně držela. Některé rozhovory trvaly hodinu, jiné ale až skoro tři hodiny. Záleželo spíš na ochotě a času respondenta. Celkem jsem nasbírala zhruba 12 hodin materiálu. (Z důvodu jednak délky rozhovorů a jednak mnohdy citlivých informací v této práci přepisy rozhovorů neuvádím. Na základě souhlasu respondenta/ky je možné je na vyžádání doložit.)

Důkladně jsem se rozmýšlela, kolik respondentů by bylo pro mou práci relevantních. Nakonec jsem dospěla k závěru, že dělat např. dotazníkové šetření u necelých čtyř tisíc lékařů zapojených do akce D-O by bylo zajisté velmi zajímavé, pro design mé práce mi přišlo ale vhodnější vybrat si klíčové jednotlivce, kteří měli o akci přehled, jezdili po krajích, setkávali se s lékaři, veřejností, médii, vedoucími pracovníky apod. Z tohoto důvodu jsem raději provedla méně rozhovorů, o to ale intenzivnějších. Domnívám se, že sedm respondentů je pro cíle této práce dostatečným počtem.

Ráda bych zde uvedla, že při analýze rozhovorů se snažím zachovat na přání několika respondentů jistou anonymitu. Tak, kde si to situace žádá, tedy neuvádím při citacích a odkazech na zjištěné informace konkrétní jména, ale anonymní verzi typu „respondent“. (Ačkoli je jedním z respondentů žena, při anonymním odkazování uvádím všechny odpovědi v mužském rodě.)

Při analýze rozhovorů jsem zvolila takovou strategii, která mi jednak dovolí částečně testovat vybrané teorie a jednak mi poskytne významná zjištění (Jelínková, 2011: 207 – 208). Analýzou rozhovorů se tedy snažím zjistit hlubší poznatky o kauze *Děkujeme, odcházíme*, zahrnout všechna důležitá vysvětlení, která mi pomohou jednak hlouběji pochopit okolnosti kolem této kauzy a jednak částečně pomohou s testováním vybraných teorií. Primárním cílem je ale poskytnutí mi hlubšího poznání a kontextu v kauze D-O. Rozhovory analyzuji tak, že se zaměřuji na jednotlivé tematické okruhy, jako např.: důvody vzniku kampaně, začátek kampaně, vymezení požadavků, najmutí PR agentury, strategie kampaně a cíle kampaně, vyhlášení kampaně a její forma, průběh kampaně až do jejího ukončení, jednání s politickou reprezentací či lékaři, média, veřejnost, osobní zhodnocení kauzy respondentem. Rozhovory byly většinou vedeny dle časového průběhu kampaně, tedy od jejího vzniku až k ukončení. Také tak probíhá i samotná analýza, při níž jsem si vytyčila důležité momenty, k nimž rozhovor vždy směřoval. Poté jsem se někdy s respondenty (dle jejich časových možností a ochoty) vracela k nejasným událostem či k tématům, která mne zajímala (jako např. média a veřejnost).

5.3.2 Studium dokumentů

K tomu, aby bylo možné kauzu *Děkujeme, odcházíme* a její kontext vysvětlit, je nutné ji nejprve popsat. K tomu mi napomůže studium dokumentů, zejména pak dokumenty vážící se přímo k dané kauze, ale i zákony, mediální texty, odborné články, články a texty ke zdravotnictví, zprávy zájmové skupiny (zájmových skupin), dokumenty, memoranda, statistiky apod.

V mém případě tak jde např. o tyto dokumenty: odborná literatura a primární literatura (zejména pak statistická data) ke zdravotní politice v ČR a o pracovních ve zdravotnictví; odborná literatura a články k teorii přerušované rovnováhy; odborná literatura k mediálním teoriím; pro kvantitativní analýzu mediálních obsahů pak budou použity vybrané novinové články, které referují o kauze *Děkujeme, odcházíme*; zákony o ČLK, ČSK a ČLeK⁶ a další zákony a právní normy; odborné texty věnující se korporativistickému uspořádání a vlivu zájmových skupin ve společnosti; dokumenty, tiskové zprávy a další materiály vydané lékařskými odbory (LOK), kde mj. lékaři formulovali 13 palčivých bodů českého zdravotnictví; memorandum uzavřené mezi lékaři a ministerstvem zdravotnictví; tiskové zprávy ministerstva zdravotnictví (MZ); diplomové práce a další dokumenty. Výše zmíněné dokumenty můžeme zařadit do různých kategorií, obecně ale můžeme říci, že budou použity dokumenty nejen řešící odbornou stránku problému, ale také dokumenty odhalující postoje a názory zúčastněných aktérů a relevantní legislativní dokumenty (Nekola, Veselý, 2007: 159).

Jak vidíme, zdroje těchto dat budou zejména sekundární. Dalším zdrojem pro mne pak budou i primární data, jako např. statistické ukazatele, rozhovory či novinové články k provedení vlastního výzkumu mediálních obsahů, k tomu viz další část práce.

5.3.3 Kvantitativní obsahová analýza mediálních obsahů

S touto kvantitativní metodou pracuji na základě optiky teorie přerušované rovnováhy (PET). Autoři Jones a Baumgartner pracují ve své monografii *Agendas and Instability in American Politics* (2009) zejména s kvantitativními daty tak, aby se jim podařilo nalézt zákonitosti vysvětlující období stability a přerušení (fáze změny). Ačkoli

⁶ Zákon č. 220/1991 Sb., o České lékařské komoře, České stomatologické komoře a České lékárnické komoře.

v této (a i v dalších publikacích věnujících se PET) převažují kvantitativní metody, sami autoři začínají poukazovat na jejich nedostatečnost. Přiznávají, že dosavadní publikace byly postaveny téměř výlučně na kvantitativních metodách, ale že tento pohled na věc je nekompletní. Pakliže chceme testovat důsledky teorie přerušované rovnováhy, bude nutné vyžadovat hlubší studie, jak kvantitativní, tak i kvalitativní, neboť svět je komplexem interaktivních systémů (Jones, Baumgartner, 2012: 13). Je nutné „*mluvit s těmi, kteří jsou spojeni s procesem tvorby veřejných politik, a číst dokumenty, které produkují; [...] stav vědění o teorii přerušované rovnováhy se posune rychleji kupředu, pakliže do něj zahrneme širší oblast, včetně kvalitativních prací*“ (Jones, Baumgartner, 2012: 14).

Jak jsem nastínila výše, v této práci se zabývám i kvalitativními metodami (rozhovory), které mi mají napomoci vysvětlit některé jevy PET, avšak to není jejich primárním cílem. Primárním cílem rozhovorů je poskytnout mi hlubší poznání zkoumaného problému a jeho kontextu. Pro testování teorie přerušované rovnováhy tedy volím „klasickou“ optiku PET, tedy kvantitativní metody; v mém případě pak zejména kvantitativní obsahovou analýzu mediálních sdělení.

Autoři teorie přerušované rovnováhy, ze které vycházím, používají často jako zdroj dat mediální pokrytí (texty), které kódují. Kódováním daných textů se autoři snaží zjistit dva hlavní údaje: jednak nárůst či pokles mediálního pokrytí vybrané veřejné politiky v čase (tedy jak se téma přes média dostávalo do veřejného prostoru) a jednak se snaží zjistit téma (topic nebo issue) mediálního pokrytí, tedy která témata v rámci vybrané veřejné politiky byla ve článcích zmíněna. V neposlední řadě pak autoři kódují i to, zda tón pokrytí daného tématu byl pozitivní, negativní, či neutrální/nekódovatelný. I já budu tuto proměnnou kódovat, pro mou práci je však jen doplňujícím prvkem. Jones a Baumgartner u některých případů provádějí komparaci mezi Reader's Guide a novinami The New York Times (Reader's Guide to Periodical Literature je nejširším rejstříkem populárních periodik). V mém případě budu mezi sebou porovnávat jednotlivá vybraná periodika. Zdrojem článků vybraných periodik pak bude systém Newton Media dostupný přes knihovnu FSV UK. Autoři pak porovnávají mediální (a někdy i veřejnou) agendu s počty kongresových slyšení na dané téma. V tomto bodě se bude má práce trochu lišit. Jones a Baumgartner totiž pracují s longitudinálními studiiemi, které vybranou veřejnou politiku zkoumají v průběhu třiceti a více let. To v mém případě není možné, neboť kauza D-O trvala necelý jeden rok. Nemohu tedy zkoumat, tak jako autoři, například počty jednání vlády k dané kauze. Doplňkem mi tedy budou výroky v médiích ze strany vlády či ministerstva zdravotnictví (MZ), tiskové a

jiné zprávy vydané MZ, tiskové konference MZ a další konkrétní akce konané v rámci MZ či vlády k problematice kauzy *Děkujeme, odcházíme*.

Nyní již konkrétněji ke kvantitativní obsahové analýze mediálních obsahů (dále pod zkratkou KOA). Tuto metodu, spojovanou s osobností Bernarda Berelsona zkoumajícího mj. komunikaci a masmédiá, jsem si vybrala proto, že zapadá do optiky teorie přerušované rovnováhy, kdy s touto metodou pracují samotní autoři. Obecně řečeno je „*obsahová analýza kvantitativní výzkumnou metodou pro systematický a intersubjektivně ověřitelný popis komunikačních obsahů, vycházející z vědecky podloženého kladení otázek*“ (Scherer, 2004: 30). Systematický popis komunikačních obsahů znamená, že všechny mediální obsahy budou zpracovány stejně, stejným způsobem; intersubjektivně ověřitelným popisem pak máme na mysli to, že každý další výzkumník bude schopen dojít na základě našich výzkumných metod ke stejnému výsledku, čímž by mělo dojít k naplnění spolehlivosti (reliability) výzkumu (Scherer, 2004: 34).

Konkrétněji řečeno, tato metoda se zabývá následujícími body:

- zkoumá, jakými tématy se média zabývají a jak velký prostor jim věnují
- je schopna popsat proměnu mediálních obsahů v delším časovém horizontu
- umožňuje snadné srovnání různých typů médií a médií různých mediálních krajin
- umožňuje (do jisté míry) předjímat, jaká témata bude veřejnost považovat za důležitá (Trampota, Vojtěchovská, 2010: 99)

Z výše uvedeného mne pak zajímá zejména proměna mediálních obsahů v čase, srovnání mezi vybranými periodiky a to, jak kauzu D-O vnímala česká veřejnost (bude sledováno na základě výzkumů veřejného mínění). Bod první, tedy jakými tématy se média zabývají, souvisí s principem agenda setting neboli nastolování agendy. Zde pouze podotýkám, že mým cílem není rozebírat jednotlivá média a sledovat jejich agendu, ale zkoumat, do jaké míry a jak média pojednávala o kauze D-O. Nepůjde tedy o výzkum celé agendy médií, ale o výzkum sledující postavení jednoho tématu (Trampota, Vojtěchovská, 2010: 102).

Vybraná metoda KOA je charakteristická některými rysy, jako je vysoký stupeň ověřitelnosti, míra strukturovanosti, schopnost zpracování velkého množství textů statisticky vyhodnotitelných ad. (Trampota, Vojtěchovská, 2010: 103). Prvním důležitým krokem před zahájením analýzy je položení si výzkumné otázky, která „*musí být dostatečně*

konkrétní, aby z ní bylo patrné, která média budeme zkoumat a čeho si budeme na zkoumaných obsazích všimát“ (Trampota, Vojtěchovská, 2010: 104). Jak jsem se již pokoušela nastínit výše, kvantitativní obsahová analýza mediálních obsahů mi má odpovědět na to, **která témata** se v rámci kauzy D-O v médiích objevovala, **jak často** a jaký měla **charakter** (pozitivní, negativní, neutrální). Otázkou „jak často“ mám na mysli frekvenci výskytu článků zabývajících se kauzou *Děkujeme, odcházíme*. Tuto frekvenční analýzu provedu zvlášť, tou se kvantitativní obsahová analýza zabývat nemusí. Avšak která témata a s jakým charakterem se v článcích objevovala je pro mne stěžejní: na základě optiky teorie přerušované rovnováhy se tak pokusím zjistit, která konkrétní témata v médiích převažovala; vede mne k tomu domněnka, že se diskuse ohledně vzniklé kauzy smršťovala. Na začátku kauzy definovali protestující lékaři 13 požadavků změn ve zdravotnictví. Mou domněnkou je, že z těchto 13 bodů se nakonec vedla debata pouze o zhruba dvou třech tématech. Tím také mohlo dojít k redefinici tématu a možnému obratu vnímání kauzy. Tím, že budu zkoumat, která témata se v médiích objevovala, mohu tuto domněnku potvrdit či vyvrátit. Pokud se prokáže, že se debata ohledně vzniklé kauzy „zúžila“ pouze na několik citlivých témat, můžeme to pokládat za nedostatek dodržování normativních principů ze strany médií. (K normativním principům viz teoretická část.)

Abych se však vrátila k výzkumné otázce – mou hlavní výzkumnou otázkou při kvantitativní obsahové analýze (KOA) tedy bude:

„Která témata se objevovala v mediálním pokrytí akce *Děkujeme, odcházíme* ve vybraných periodikách a s jakou charakteristikou?“

Jednotlivé body (téma, charakteristika, vybraná periodika) této výzkumné otázky si rozebereme zde:

➤ Téma: Jednotlivá témata během akce *Děkujeme, odcházíme* budu zaznamenávat a kódovat, konkrétně pak zakóduji hlavní téma článku a dále jedno vedlejší téma článku. Relevantním tématem jsou pro mne taková témata, která se alespoň jednou zmiňují o kauze *Děkujeme, odcházíme*. Zajímat mne budou pouze **zpravodajské** články, ne tedy komentáře, sloupky apod. Témata mohou být na různé míře obecnosti (např. téma „platy ve zdravotnictví“ je na jiné míře obecnosti než téma „platy se zvýší o několik procent“). S tím počítám, podrobněji tuto logiku rozvedu v kódovací knize (viz další kapitoly práce a příloha č. 16).

➤ Charakteristika: Charakteristiku neboli *tón* témat budu kódovat jako pozitivní, negativní, neutrální/nelze zakódovat. Ačkoli vím, že tato valenční analýza je sama o sobě velmi složitá a nedá se jednoduše kvantifikovat, pro účely této práce doufám postačí. Ačkoli její výsledky nejsou natolik ověřitelné a jiný výzkumník („kódovač“) by mohl dospět k odlišným výsledkům, troufám si přesto tvrdit, že tato analýza bude mít jakousi interpersonální relevanci. Kódovat charakteristiku daného článku pak budu na základě otázky „hodnotí daný článek dané téma pozitivně/negativně/neutrálně?“ Odpověď na tuto otázku pak následně zakóduji jako pozitivní, negativní či neutrální/nekódovatelný obraz dané situace.

Jak jsem uvedla výše (a následně ještě rozvedu v teoretické části), zjistit **tón** daného tématu je (nejen pro autory PET) důležité z toho důvodu, aby se ukázalo, jak se daný problém (případně celá veřejná politika) vyvíjel v čase, resp. jak se jeho obraz vyvíjel v čase. Sami autoři uvádějí, že „*hodnocení tónu je důležité, protože nastavuje kontext pro vstup agendy*“ (Jones, Baumgartner, 2009: 51); v teorii přerušované rovnováhy je pak sledování proměny tónu důležité zejména z toho důvodu, že tato změna může mít vliv na zásadnější změnu v systému: „*Když se tón rapidně mění, v systému spíše dojde ke změně. Když na základě změny tónu stoupne pozornost (attention), rapidní změna je téměř jistá*“ (tamtéž). Proměnou tónu a vyšší pozorností zdůvodňují autoři PET např. změnu v tvorbě veřejné politiky týkající se pesticidů⁷.

Z tohoto důvodu považuji za důležité zkoumat, zda se tón pokrývaných témat u kauzy D-O měnil a případně jak. Obecně platí, že by tóny článků měly být neutrální – novináři ve zpravodajství, které mne bude zajímat, by se měli vyvarovat subjektivním hodnocením, soudům apod. Své osobní názory mohou vyjadřovat v komentářích, sloupcích, úvodnicích, tedy v publicistických útvarech. Ve zpravodajství by tomu ale být nemělo. Přesto se domnívám, že v některých případech k hodnocení bude docházet. Jak poznat, že je článek autorem hodnocen? Hodnotící výpovědi se většinou dají snadno odhalit (Hagen, 2004: 60). **Hodnocení** je přítomno tam, kde zpráva obsahuje **přání, požadavek nebo normu**; dále tam, kde je uvedena nějaká **vlastnost** (často v podobě přídavných jmen, jako je zbytečný, škodlivý, slabý, vlídný) či použitím **podstatných jmen** či **sloves** (slaboch, zrádce,

⁷ Autoři Jones a Baumgartner (2009) na příkladu pesticidů zkoumali, jak se tato politika měnila v čase. V 50. letech byl tón dané politiky pozitivní, neboť pesticidy představovaly eliminaci rizika neúrody, a tím tak zajištění obživy pro obyvatele (což zejména ještě chvíli po druhé světové válce hrálo důležitou roli); pesticidy byly viděny jako průmyslový a technický, a v důsledku i ekonomický pokrok. Časem se však vnímání pesticidů změnilo z pozitivního na spíše negativní až negativní, zejména v důsledku poukazování na možné zdravotní důsledky na lidský organismus a na neblahý vliv pro životní prostředí. Vnímání pesticidů se tak posunulo a nebylo již na ně pohlíženo tolik pozitivně jako na technický pokrok, jak tomu bylo ještě před několika desítkami let.

vyděrač, vynikat, zneužívat apod.) (tamtéž). Podstatné tedy pro mne bude přítomnost hodnotících adjektiv, citově zabarvená podstatná jména a slovesa, dávající vyjádřenému v kontextu věty nějaký hodnotící význam⁸.

➤ Vybraná periodika: Rozhodla jsem se pro výběr následujících čtyř periodik, která budu zkoumat: **deník Právo, deník Mladá fronta Dnes, deník Hospodářské noviny, deník Blesk**. Proč právě následující čtyři deníky?

Zaprvé jde o celostátní periodika s velkou čteností⁹: nejčtenějším celostátním deníkem je Blesk (1,223 mil. čtenářů na vydání, počítáno bez nedělního vydání Blesku) následovaný MF DNES (814 tis. čtenářů) a Právem (370 tis. čtenářů) (Media projekt, 2012: 2-3). Deník Hospodářské noviny mají čtenost 195 tis., HN mají nižší čtenost než deníky Sport, Aha! a Lidové noviny (tamtéž). Avšak u deníku Sport nepředpokládám, že by referoval nějak výrazně o kauze *Děkujeme, odcházíme*; deník Aha! je bulvárním deníkem a jeho zástupce už ve vybraném vzorku médií mám (deník Blesk); Lidové noviny mají stejného vydavatele jako deník MF DNES (MFD). Proto jsem jako čtvrtý deník zvolila Hospodářské noviny (HN).

Zadruhé, jak jsem již trochu naznačila, zde hraje roli charakter. Zatímco deník Blesk je představitelem bulvárního tisku, HN se zaměřují spíše na ekonomická témata, MFD je označován za spíše středové noviny blíže k pravici, deník Právo je označován spíš za středový blíže k levici. Dobře si uvědomuji jistou vágnost určování, zda je deník „spíše pravicový“ nebo „spíše levicový“. Vycházím spíše ze všeobecného společenského povědomí o daných denících. Jako příklad uvádím výrok Jiřího Pehe, který např. o Lidových novinách či o MFD hovoří jako o „výrazně pravicových, tedy svým způsobem stranických“ novinách (Pehe, 2005). Není zcela možné vybrané deníky hodnotit na škále pravice-levice, aniž bychom si jasně určili, co může být za levicové či pravicové považováno (Poljakov, 2011: 6). Cílem této práce není prokázat pravicovost či levicovost médií, ale prostřednictvím médií se pokusit zjistit, jaká témata vybrané deníky v souvislosti s kauzou D-O zmiňovala a jakým způsobem. V tomto případě se můžeme pouze domnívat, že média vykazující určitý sklon k pravici či levici mohou o kauze D-O v duchu tohoto směru referovat. V této souvislosti odkazují např. na práci zkoumající objektivitu českých médií, kdy autorka došla k závěru, že deníky Právo, Blesk a Mladá fronta Dnes používají

⁸ Ne však v citacích – pokud je hodnotící prvek obsažen v citaci nějakého aktéra, tedy v jeho výroku, netýká se to zpravodajského charakteru jako takového, tedy neznamená to, že článek (novinář) takto danou situaci hodnotí.

⁹ Čtenost jednotlivých periodik byla zjišťována dotazováním osob, v období od 1.4.2012 do 30.9.2012 bylo dotazováno celkem 12 563 náhodně vybraných respondentů z celé České republiky.

slovník spíše opoziční (tedy levicový), zatímco HN používají slovník spíše koaliční (pravicový) (Žiačiková, 2012: 3). Vycházím tedy z toho, že různé deníky mohly referovat o kauze D-O různě.

Zatřetí byla pro výběr těchto čtyř deníků skutečnost rozdílnost vydavatelů. Všechny české celostátní deníky (a nejen mnou vybrané) jsou soukromé, vydavatelem tedy není ani stát, ani veřejná instituce, ale soukromý vlastník. Z tohoto hlediska tak můžeme uvést jakési pochyby o naprosté objektivitě, nicméně i přesto nahlížíme na deníky prizmatem objektivit (Poljakov, 2011: 9). Vydavatelem deníku Právo je společnost Borgis, a. s., která vlastní i online portál Novinky.cz; majoritním vlastníkem je Zdeněk Porybný. Vlastníkem deníku MFD je MAFRA, a. s., která vydává např. i Lidové noviny. Stejný vydavatel obou deníků je také hlavním důvodem, proč jsem se rozhodla zkoumat jen jedny z uvedených novin. A jelikož má MFD vyšší čtenost, rozhodla jsem se pro MFD. Vlastníkem MAFRY je pak (pro úplnost) německý holding Rheinisch-Bergische Druckerei und Verlagsgesellschaft mbH. Vydavatelem deníku Blesk je Ringier Axel Springer CZ, a. s., v čele stojí generální ředitelka Libuše Šmuclerová. Ringier Axel Springer pak vznikl v roce 2010 spojením švýcarského koncernu Ringier AG a německého Axel Springer AG. V ČR vydává ještě např. deník Sport či Aha!. Hospodářské noviny vydává Economia, a. s., patřící Zdeňku Bakalovi; Economia vydává mj. týdeník Respekt či Ekonom. (Unie vydavatelů, Tištěné tituly, 2012)

Při výběru médií, která pro svou analýzu použiji, jsem se dostala k problému, kolik a jaký typ médií mám k analýze použít. Na základě jedné klasifikace můžeme v ČR určit dva typy médií, veřejnoprávní (resp. média veřejné služby) a soukromá. Zamýšlela jsem se, zda např. nezahrnout do analýzy i vysílání České televize či Českého rozhlasu. Zda do analýzy nepřidat kromě tištěných deníků i týdeníky, jako např. Respekt, Reflex, Týden apod. Zda neudělat komparaci veřejnoprávních a soukromých televizí, např. ČT a TV Nova či TV Prima. Nakonec jsem se pro výběr „pouhých“ čtyř deníků rozhodla z následujících důvodů: z hlediska optiky teorie přerušované rovnováhy není cílem mé práce zkoumat mediální pole České republiky a obsahy všech médií, média jsou zde pro mne „pomocníkem“ při analýze témat a jejich charakteristik v kauze *Děkujeme, odcházíme*. Dalším důvodem je náročnost kódování. Zakódovat jeden deník po dobu jednoho roku vyžaduje mnoho času. Proto jsem se snažila vybírat média (deníky), které se od sebe nějak liší, neboť kódovat velké množství podobných si deníků (např. tím, že mají stejného vydavatele a je možné předpokládat, že jejich obsah si bude alespoň v něčem podobný) by bylo vysoce náročné. Navíc i praktická

proveditelnost kódování textových a oproti tomu např. audiovizuálních sdělení je práce trochu odlišná. Posledním relevantním důvodem je i teoretické východisko zpracování informací médii. Dle mnoha autorů se totiž mediální obsahy překrývají, tedy to, co otiskne jedno médium, lze pravděpodobně nalézt i u dalších médií (proto není nutné zkoumat veškerá média, ale jen vybraná). Roli v tomto případě hraje tzv. „gatekeeping“ neboli „hlídání u brány“, pod čímž si můžeme představit proces výběru témat, která se do médií dostanou a která ne. Po prvních výzkumech zaměřených na práci redakcí se došlo k závěru, že pravidelnosti v rozhodování o výběru zpráv jsou příliš shodné (McQuail, 2002: 241) a že „*jsou-li zcela odlišné mediální organizace postaveny za srovnatelných podmínek před stejné události, mají tendenci chovat se stejně*“ (Glasgow Media Group, 1976, McQuail, 1977, Shoemaker a Reese, 1991, cit. dle McQuail, 2002: 241). Ostatně tuto praxi potvrzují i sami autoři Jones a Baumgartner, když zkoumali mediální pokrytí jednotlivých témat; např. při zkoumání výskytu mediálního pokrytí u nemoci AIDS dospěli k závěru, že „*když jedno médium přináší relativně velký počet zpráv o AIDS, činí tak i ostatní média.*“ (Rogers, Dearing a Chang, 1991: 9; cit. dle Baumgartner a Jones, 2009: 50). Z tohoto důvodu pokládám za relevantní zkoumat jen čtyři vybraná periodika, neboť se na základě výše uvedeného domnívám, že témata v denících se budou objevovat i u audiovizuálních médií, ať už soukromých či veřejnoprávních.

U kvantitativní obsahové analýzy je nutné si stanovit přesné časové období zkoumaných mediálních obsahů. Akce *Děkujeme, odcházíme* trvala necelý rok. Kódovat celý rok by bylo velmi náročné. Proto nejprve provedu frekvenční analýzu a na základě jejích výsledků si vyberu období s nejvyšším počtem mediálních výstupů (článků). Předběžně odhaduji, že se bude jednat o období září/říjen 2010 až březen 2011.

Kódovat budu v programu **SPSS**, na jehož základě pak i vyhodnotím výsledky. Proměnné, celou kódovací knihu a další konkrétní kroky (např. frekvenční analýzu) uvádím až v následující části práce a také v příloze. Dále tedy odkazuji na samotnou analýzu a její výsledky v dalších kapitolách.

5.3.4 Heuristiky

Heuristiky jsou zvláštním případem metod a tento pojem znamená „*neformalizované strategie řešení problémů a objevování nových poznatků bez přesně stanovených logických pravidel*“ (Nekola, Veselý, Ochrana, 2007: 143). Jde tedy spíše jen „*o poměrně volná*

pravidla, jakým způsobem je vhodné postupovat“ (Veselý, 2011: 20). Následně uvedu dvě heuristiky, se kterými budu pracovat.

5.3.4.1 Časová osa

Ve své práci budu odkazovat na jednotlivé události, které se vztahovaly ke kauze *Děkujeme, odcházíme* v jejím průběhu. Ne zvolím však náročnou metodu analýzy událostí (např. Box-Steffensmeier, Jones, 2004), která vyžaduje dlouhodobý výzkum a statistické testování proměnných. Namísto toho zvolím jen chronologickou časovou osu, jakýsi chronologický přehled, jenž mi umožní seřadit průběh událostí tak, jak šly za sebou, s možností vypíchnutí důležitých momentů, a poskytnout tak čtenáři lepší orientaci v průběhu kauzy.

5.3.4.2 Rychlá analýza aktérů

Proto, abychom si uvědomili, kdo má v dané kauze jaké postavení, je nutné se nejprve zorientovat v zainteresovaných aktérech a jejich postavení. Někteří jsou totiž v institucionalizovaných strukturách, mají různou úroveň moci, různé zájmy, různé formy sebe prezentace. Nejedná se o důkladnou analýzu aktérů jakožto metodu¹⁰, ale spíše o rychlou analýzu aktérů, tedy spíše o heuristiku, která nám má pomoci v orientaci klíčových aktérů. Cílem této metody není do hloubky zkoumat záměry aktérů a hodnotit jejich vliv či operacionalizovat jejich vztahy (viz např. modely v práci Varvasovszky a Brugha, 2000: 339, 342-344), ale spíše identifikovat aktéry a odhadnout jejich postoj, zájem, moc a vliv v kauze *Děkujeme, odcházíme*, kde zájmem máme na mysli míru ovlivnění dotčených aktérů, *mocí* vliv aktérů na prosazení svých požadavků a *postojem* míníme názor aktéra na danou věc (Veselý, 2007: 229). Ještě před samotnou analýzou můžeme již nyní odhadnout, že jiný postoj, zájem, moc a vliv budou mít v kauze protestující lékaři-jednotlivci, Lékařský odborový klub, ministerstvo zdravotnictví, pacienti, média či veřejnost. Rychlou analýzu aktérů provedu až v další části práce, čímž odkazuji na podkapitolu 8.1.

¹⁰ V anglickém znění: stakeholder analysis; autoři k této metodě např. Varvasovszky a Brugha, 2000.

6 Teoretická východiska a hodnotová východiska

V této kapitole se zaměřím na jednotlivé teorie potřebné k uchopení výzkumného objektu. Konceptuální rámec diplomové práce koresponduje s vědní disciplínou veřejná politika a využívá mutlidisciplinární povahu tohoto vědního oboru (Potůček et al., 2005, Goodin, 2006). Ve veřejné politice se můžeme setkat s několika klasifikacemi teorií v procesu tvorby veřejných politik. Podle klasifikace Petra Johna (1998) rozlišujeme „*sedm různých přístupů: teorii fází veřejněpolitického cyklu, institucionalismus, sítě a arény, socio-ekonomické přístupy, racionální volbu, myšlenky a vědění a syntetické teorie*“ (John, 1998, cit. dle Veselý, Drhová, Nachtmannová, 2007:45). Toto rozlišení není samozřejmě jediným. Např. ve druhém vydání Sabatierovy publikace *Theories of the Policy Process* (2007) pak nalezneme trochu odlišnou klasifikaci výkladových rámců a teorií. Konkrétně to jsou: institucionální racionální volba, teorie tří proudů, sociální konstrukce cílových skupin, sítě, teorie přerušované rovnováhy, teorie (framework) advokačních koalic, model difúze veřejné politiky, komparativní studie (Sabatier, 2007). Z výčtu uvedených typů jsou pak pro mne relevantní syntetické teorie, konkrétně pak model přerušované rovnováhy (Punctuate-Equilibrium Framework) z roku 1993 od autorů Bryana D. Jonese a Franka R. Baumgartnera. Teorii přerušované rovnováhy (PET) se budu věnovat zvlášť v následující podkapitole.

Při klasifikaci různých teorií procesu tvorby veřejných politik zaznělo několik pojmů, jako teorie, model, rámec (framework) apod. Pojmy *model* a *teorie* berou různí autoři jako synonyma, zatímco jiní ne. Pro srozumitelnost je podle mne nutné tyto pojmy blíže specifikovat, aby nedocházelo k jejich libovolnému zaměňování, kdy každý z nich má svůj význam a svou pozici na hierarchii obecnosti. V tomto ohledu vycházím z klasifikace Elinor Ostromové (2007), která rozlišuje mezi rámci (frameworks), teoriemi (theories) a modely (models) a dle níž není možné zaměňovat je mezi sebou (Ostrom, 2007: 25).

Rámce pomáhají identifikovat hlavní elementy a vztahy mezi nimi a poskytují nejobecnější soubor proměnných; jsou jakýmsi „metateoretickým jazykem“ pomáhajícím porovnat různé teorie mezi sebou.

Teorie umožňují analytikovi specifikovat relevantní prvky daného rámce k určitým otázkám a formulovat široké předpoklady o těchto prvcích. Teorie se zaměřují na část rámce a definují předpoklady nutné k diagnostice fenoménu, vysvětlení jeho procesu a předpovězení výstupů.

Modely jsou na nejkonkrétnější úrovni a umožňují učinit přesné hypotézy s omezeným počtem proměnných. (Ostrom, 2007: 25-26) Ve stručnosti nabídnu ještě další pohled na rámce, teorie a modely. Rámce, nazývané též jako *konceptuální rámce*, můžeme chápat jako „soubor klíčových pojmů a vztahů mezi nimi, uspořádaný způsobem odrážejícím různé aspekty procesu nebo systému, který je vodítkem pro volbu metod a výzkumného designu“ (Botha, 1989, Shields, 1998, cit. dle Veselý, 2011: 48). *Teorie* můžeme jednoduše vysvětlit i tak, že se jedná „o výroky o tom, jak sledovaný jev (např. korupce, výsledky dětí ve škole, kriminalita atd.) funguje a jak jej lze vysvětlit“ a *modely* pak můžeme definovat jako „zjednodušenou reprezentaci reality, ať už objektů nebo procesů, která vyzdvihuje prvky považované z daného hlediska za obzvláště důležité a vzájemné vazby mezi těmito prvky“ (Veselý, 2011: 49-50).

6.1 Teorie přerušované rovnováhy

Výkladový rámec s názvem „teorie přerušované rovnováhy“ jsem si zvolila ke své diplomové práci zejména ze dvou důvodů: *za první* mne u kauzy *Děkujeme, odcházíme* zajímala mediální stránka věci, konkrétně pak objevování tohoto tématu v mediálním a poté ve veřejném prostoru. Nastolování tohoto tématu, tedy agendou setting, se autoři tohoto výkladového rámce zabývají. *Za druhé* mne zajímala zájmová skupina (Lékařský odborový klub – Svaz českých lékařů), která stála na začátku této akce a byla vlastně jejím iniciátorem.

Samozřejmě že i jiné teorie (resp. výkladové rámce) by byly z hlediska těchto dvou kritérií vhodné; aktéry ve veřejné politice se zabývá např. Sabatierova teorie advokačních koalic; instituce hrají důležitou roli v IADF (Institutional Analysis and Development Framework) Elinor Ostromové; Kingdonovo „okno příležitosti“ je také aplikovatelné na mou práci. Jelikož mne ale nejvíce zajímá agenda v rámci kampaně D-O a tlak zájmové skupiny, jako nejvhodnější mi přišla právě teorie přerušované rovnováhy, která podrobně rozebírá vliv zájmových skupin na formování veřejných politik a kvantitativně zkoumá i mediální (a veřejnou) agendu témat na poli veřejné politiky. Ve své práci tak pracuji jednak s výkladovým rámcem teorie přerušované rovnováhy, a jednak s vybranými teoriemi zahrnující mediální teorie a teorie zprostředkování zájmů (zájmové skupiny, korporativismus apod.)

Teorie přerušované rovnováhy je výkladový rámec, za jehož vznikem stojí američtí autoři Frank R. Baumgartner¹¹ a Bryan D. Jones¹² a jehož „vznik“ je datován do roku 1993, kdy vyšla kniha *Agendas and Instability in American Politics* těchto autorů a kde je poprvé s výkladovým rámcem přerušované rovnováhy pracováno. Název „přerušovaná rovnováha“ je odvozen od přírodovědecké teorie přerušované rovnováhy paleontologů Nilese Eldredge a Stephena Jaye Goulda (1972), kde je tato teorie používána k popisu mezer v evoluci. Je to jiný koncept v evoluci než ten, který předpokládá pozvolný vývoj (Baumgartner, Jones, 2009: 19). Tak jako v přírodě dochází k změnám, tak se tomu děje i v sociálních vědách. Jones a Baumgartner to mnohdy přirovnávají k zemětřesení: v přírodě existují fáze klidu, pak se ale něco stane a dojde k zemětřesení, k velké změně. I malé změny pod zemským povrchem mohou v budoucnu způsobit velké změny na povrchu (True, Jones, Baumgartner, 2007: 160). Pro mou práci mi přišel právě tento výkladový rámec a jeho teorie jako nejvhodnější k vysvětlení některých aspektů kauzy *Děkujeme, odcházíme*, jak jsem již ostatně uvedla výše. Na následujících řádcích se tak pokusím objasnit, v čem teorie přerušované rovnováhy (dále pod zkratkou PET z anglického názvu Punctuated Equilibrium Theory) spočívá, z jakých vychází předpokladů, se kterými teoriemi pracuje, jaké metody používá apod. V následující části své práce pak již budu jednotlivé teorie PET aplikovat na svůj výzkumný problém, aby tak došlo k propojení vysvětlovaných aspektů PET a mého výzkumného problému. Jelikož při popisu PET vycházím z anglicky psané literatury, v příloze č. 4 uvádím anglické pojmy a jejich český překlad; v textu níže pak pracuji zejména s českými výrazy a pro zpřesnění často uvádím anglický výraz v závorce.

Teorie přerušované rovnováhy vychází z amerického prostředí a její aplikace se vztahuje na americkou tvorbu veřejných politik. V poslední době však pozorujeme její aplikaci i v jiných zemích, včetně Evropy. Mezi tyto země patří například velká Británie, Kanada, Dánsko, Francie, Španělsko, Itálie, Švýcarsko, Belgie, Nizozemí a Evropská unie jako celek (Baumgartner, Jones, 2009: xxvi). Jak mnohé studie ukazují, je možné PET aplikovat i na jiné prostředí, než je americký politický systém. Odlišnosti zde samozřejmě jsou. Ve svých textech například autoři popisují zejména americký pluralitní model, kdy

¹¹ Frank R. Baumgartner je profesorem politických věd na univerzitě v Severní Karolině v Chapel Hill, USA. Zaměřuje se především na studium veřejných politik, agendy setting a zájmových skupin v americké a komparativní politice. Viz: <http://www.unc.edu/~fbaum/>.

¹² Bryan D. Jones je profesorem studia amerických politik a ředitelem Centra pro studium amerických politik a veřejných politik na univerzitě ve Washingtonu v Seattlu. Zaměřuje se na procesy tvorby amerických veřejných politik, na individuální rozhodování v organizacích tvorby veřejné politiky a na procesy agendy setting. Blíže viz: http://www.apsanet.org/content_17240.cfm.

jednotlivé organizace, zájmové a nátlakové skupiny jsou jinak uspořádány než v Evropě a „kdokoli“ může se svými požadavky vstupovat do procesu tvorby politik. V Evropě se spíš setkáváme s korporativistickým modelem, kdy zájmy jednotlivých aktérů jsou zastřešeny nějakou institucí, organizací a vstup do procesu tvorby politik je omezený. (Pluralismu a korporativismu se budu podrobněji zabývat v další části práce, zde je výklad jen pro orientaci.) Od tohoto uspořádání se také odvíjí vliv zájmových a nátlakových skupin, v USA mají trochu jiné postavení média, federální uspořádání Spojených států bude hrát samozřejmě jinou úlohu při tvorbě národních veřejných politik než jak je tomu v případě České republiky. Odlišnosti nalezneme; přesto se domnívám, že je možné PET použít i na české prostředí, pakliže k těmto odlišnostem přihlédneme. K tomu by nám měly pomoci jednotlivé teorie, které by měly být „univerzálními“, a tudíž použitelné jak v USA, tak v Evropě (a v mém případě konkrétně v ČR).

Při popisu teorie přerušované rovnováhy vycházím z publikací (monografií a článků) autorů Baumgartnera a Jonese a jejich kolegů či kolegyně (zejména pak Michelle Wolfové).

6.1.1 Hlavní rysy teorie přerušované rovnováhy

Teorie přerušované rovnováhy se zaměřuje na proces tvorby veřejných politik a snaží se vysvětlit jak fáze stability, tak fáze změny. Teorie přerušované rovnováhy začala dlouhodobou analýzou americké národní tvorby veřejných politik, ale její vlastnosti se staly užitečnými pro pochopení tvorby veřejných politik i více obecně. Teorie se zaměřuje na interakci mezi politickými institucemi, mobilizaci zájmů a racionálně omezeným rozhodováním. (True, Jones, Baumgartner, 2007: 155 – 158) Obecně platí, že v rámci institucionálního nastavení či systému dochází k malým inkrementálním změnám, pro vysvětlení fází změny i stability nám však toto nestačí. Jak již bylo zmíněno, autoři tak přidávají další stěžejní koncepty, na kterých je teorie přerušované rovnováhy (PET) postavena: **omezeně racionální rozhodování** (boundedly rational decisionmaking) a **politické instituce** (political institutions). S tím souvisejí dva elementy: **(re)definice problému** (issue (re)definiton) a **nastolování agendy** (agenda setting). Autoři vycházejí z předpokladu, že i rozhodovatelé (decisionmakers) jsou kognitivně omezeni. Princip omezené racionality odmítá premisu všeobecné komplexní racionality, že lidé váží své náklady a přínosy a vyberou si tu nejlepší variantu. Rozhodovatelé jsou spíše usměřňováni svými kognitivními a emocionálními stavbami a zvláště jsou limitováni emocemi. To ostatně platí i v případě kampaně D-O, kdy se čistě racionálními argumenty vždy neřídila

ani jedna ze zainteresovaných stran; roli při jejich rozhodování hrála jejich pozice, moc, postoj, přesvědčení či emoční vypjatost situace.

Rozsáhlé změny vycházejí z interakce mezi **víceúrovňovými politickými institucemi** (multilevel political institutions) a mezi **behaviorálním rozhodováním** (behavioral decisionmaking). Tyto dva aspekty a jejich kombinace vytvářejí vzory pro stabilitu *nebo* pro přerušení rovnováhy. Jsou tedy odpovědné za obojí: jak za fázi stability, tak za fázi změny. (True, Jones, Baumgartner, 2007: 155 – 158; Jones, Baumgartner, 2012: 3-5)

Definice problému je důležitou součástí procesu tvorby politik a může vést ve svém důsledku až k rapidní změně. Nejdříve je problém formulován ve veřejném diskurzu různými způsoby a nadále „stoupá a padá“ s veřejnou agendou. Autoři narážejí na klasický proces tvorby veřejných politik, na jejich cyklus označovaný často jako „model fází“ či „model politického cyklu“, kdy na začátku zjistíme, že existuje problém, ten identifikujeme, problém je uznán; v dalších fázích dochází k přijetí rozhodnutí ve veřejné politice (VP), implementaci a hodnocení VP (Howlett, Ramesh, 1995, cit. dle Potůček, Vass, Kotlas, 2005: 33). Tento fázový model byl podroben kritice, z čehož vychází i samotná teorie přerušované rovnováhy. Každopádně identifikace problému a nastolení agendy zůstávají klíčovými aspekty rozpoznání problému vedoucí až k případné rapidní změně. **Nastolení agendy** je tak pro autory klíčovým momentem, politické systémy mají totiž v povaze upřednostňovat statut quo a pro prolomení zavedeného systému je zapotřebí nových myšlenek či nějaké (znevýhodněné) skupiny, která by vyvolala konflikt a nastolila agendu. Ke změně zavedeného systému je tedy nutné nastolit agendu a získat pozornost – **alokace pozornosti** je zásadním (ale ne jediným) bodem pro změnu – tím dalším bodem je **odolnost** zabudovaná do institucionálních struktur tvorby veřejné politiky. Jinak řečeno tím, že upozorníme na problém a že se nám podaří nastolit (veřejnou) agendu a upoutat pozornost, ještě neznamená, že ke změně dojde. Jak již bylo řečeno, stávající systémy jsou konzervativní a změně se brání. Zda tedy ke změně dojde, záleží i na odolnosti té které dotčené instituce.

K prolomení stávajícího systému se v případě D-O pokusila zájmová skupina lékařů sjednocená pod institucí odborového klubu (LOK). Té se podařilo definovat problémy v současném českém zdravotnictví, alokovat na ně svou kampaní pozornost a nastolit agendu. Ministerstvo zdravotnictví však projevilo notnou odolnost v rámci své institucionální struktury, což ve výsledku vedlo k tomu, že došlo jen ke změně v některých oblastech, k rapidní změně systému tak nedošlo.

6.1.1.1 Subsystém, policy monopoly a policy image

Diskuse o problémových tématech (issues) je většinou rozdělena do několika subsystémů veřejných politik (policy subsystems), v nichž působí různé skupiny. Ať je již nazýváme „železným trojúhelníkem“ či „sítěmi“ apod., stále jsou součástí dynamického procesu. Některé téma (issue) se pak dostane do popředí, ovládne agendu a vede ke změnám v jednom či více subsystémů. **Subsystémem** tedy máme na mysli **konkrétní formální uspořádání** dané veřejné politiky, prostorové ukotvení dané veřejné politiky. Příkladem by mohla být zdravotní politika v České republice. Subsystém je většinou náchylný k udržení rovnováhy, v rámci jeho fungování se přijímají pouze malé inkrementální změny, které jej nenarušují. Pokud v subsystému převládá jediný zájem, pak jej vnímáme jako monopol daného subsystému.

Subsystém u teorie přerušované rovnováhy bychom mohli přirovnat k subsystému P. A. Sabatiera a jeho teorie advokačních koalic, v němž dochází k soupeření koalice A a koalice B. V Sabatierově pojetí hraje důležitou roli tzv. „belief“ systém, tedy do různé hloubky zakořeněné hodnotové přesvědčení soupeřících aktérů. Zatímco ale u teorie advokačních koalic vede soupeření mezi koalicemi spíše k inkrementální změně (způsobené navíc externími šoky), u teorie přerušované rovnováhy vede **změna monopolu veřejné politiky** (policy monopoly) k rapidní změně stávajícího systému. Policy monopoly má (1) definovatelnou institucionální strukturu odpovědnou za proces tvorby politiky v dané oblasti a (2) jeho odpovědnost je podpořena nějakou silnou myšlenkou či obrazem (policy image). „Monopolem“ tedy máme na mysli spíše **neformální uspořádání, myšlenky, hodnoty, přesvědčení** apod. V případě zdravotní politiky (subsystému) by tak monopolem této veřejné politiky bylo přesvědčení, představa a hodnoty, jak má daná veřejná politika vypadat a fungovat. Například obsazením ministerstva zdravotnictví Leošem Hegerem za politickou stranu TOP09, která je na politickém spektru vpravo, se dá předpokládat, že i monopol zdravotní politiky bude směřovat tam, jak si jej představuje daná pravicová politická strana.

Pokud je monopol dané VP jednotný, pak má subsystém tendenci nic neměnit a udržet rovnováhu, neboli statut quo. Pakliže se ale v rámci subsystému objeví „jiný monopol“, tedy jiné přesvědčení a ideje o fungování zdravotní politiky v České republice, může dojít k narušení stávajícího monopolu a při velkém tlaku „nového“ monopolu může dojít ke změně v subsystému. Pokud dochází ke střetu více monopolů uvnitř dané VP, nazýváme tento jev „subsystem politics“, tedy jakýmsi střetem politik v daném subsystému.

(Tímto „novým monopolem“ mám pak konkrétně v mém případě na mysli akci lékařských odborů.)

Jak jsem uvedla výše, monopol veřejné politiky je vlastně jakousi hegemonií představy o fungování dané veřejné politiky sdílenou v celém subsystému. Monopol je podpořen nějakou silnou myšlenkou a silnou shodou nad „**zobrazením veřejné politiky**“ (policy image)¹³. **Policy image**, tedy informace či způsob, jak je daná veřejná politika charakterizována nebo chápána, neboli zobrazení dané VP, je obecně spojena s klíčovými politickými hodnotami a může být komunikována jednoduše a přímo směrem k veřejnosti. Policy images pak jsou „*směsí empirických informací a emotivních apelů. Takové images jsou ve skutečnosti informacemi – dávkou pro tvorbu veřejných politik*“ (True, Jones, Baumgartner, 2007: 161). Pakliže je zobrazení dané politiky jednotné, má podporu a jde o úspěšný monopol VP (policy monopoly). Zastánci dané politiky poukazují na jeden soubor daného zobrazení VP, zatímco odpůrci dané politiky mohou poukazovat na jiný soubor zobrazení té samé veřejné politiky. Autoři to uvádějí na příkladu zobrazení politiky používání civilní jaderné energie: její zastánci poukazují na ekonomický vývoj a technologický pokrok (=policy monopoly), zatímco odpůrci vyzdvihují zobrazení dané VP jako nebezpečí a degradaci životního prostředí (=tím jaderná policy monopoly začíná kolabovat). Důležitost zobrazení VP (policy image) je také v **definici a redefinici problému**¹⁴ (issue) a dále v sériovém a paralelním¹⁵ zapojení individuů a kolektivu. Nové zobrazení dané VP může přitáhnout další účastníky, a tím narušit stávající monopol a posílit ten nový.

¹³ Slovo „image“ zde není používáno ve smyslu nějakého „obrazu“, ale spíš ve smyslu zobrazení jakožto konstrukce.

¹⁴ Definice problému (issue definition) je řídicí silou pro stabilitu i změnu, předně proto, že definice problému má mobilizační potenciál - tedy že „znevýhodněná“ skupina se na základě identifikace problému může zmobilizovat ke společné akci. Redefinice problému (issue redefinition) pak dochází k vyzdvihnutí nových problémů či k „přerámování“ těch starých.

¹⁵ Sériové a paralelní zapojení v procesu tvorby politik je konceptem Herberta Simona. Jednotlivci se mohou věnovat pouze jedné věci v jednom čase (=série); organizace jsou flexibilnější, některé rozhodující struktury mohou řídit několik témat najednou, tedy paralelně. *Politické systémy* (political systems), podobně jako lidé, nemohou brát v úvahu všechna témata, která se jich týkají – *politické subsystémy* tak lze považovat za mechanismy, které politickým systémům umožňují zapojit se do paralelního procesu. Tisíce témat mohou být zároveň posuzovány paralelně v rámci svých příslušných komunit expertů. Někdy paralelní proces selže a musí být řešen sériově – pokud se tak stane, pak je to často v prostředí měnící se definice daného tématu a v prostředí větší pozornosti médií a širší veřejnosti, což může vést k rapidní změně v dané VP. (True, Jones, Baumgartner, 2007: 158-160)

6.1.1.2 Policy image, policy venue a interakce mezi nimi

Interakce mezi zobrazením veřejné politiky (policy image) a dějištěm dané politiky (venue) je důležitým komponentem v procesu tvorby VP, díky nimž dochází k přerušení rovnováhy. Ačkoli jsme si pojem policy image objasnili již výše, stručně zde k němu uvedu ještě několik skutečností.

To, jaké **je zobrazení veřejné politiky**, hraje zásadní roli v expanzi tématu. Ne všichni lidé jsou zainteresováni ve všech společenských tématech; lidé zainteresovaní v dané oblasti (specialisti) mohou dané téma zobrazit ostatním zjednodušeně a příznivěji. Výsledkem je, že každý veřejně politický problém je většinou pochopen, i když jen ve zjednodušených a symbolických termínech. Různí lidé mohou mít různou představu o té samé VP, což vede v důsledku často k tomu, že proponenti dané VP poukazují na jednu stranu mince dané VP, zatímco oponenti ukazují na jiné zobrazení té samé VP, což vyvolává **konflikt**. Ke konfliktu došlo i mezi LOKem a MZ, kde oba aktéři měli jinou představu jak o fungování a směřování zdravotní politiky obecně, tak i o podobě případného kompromisu během akce D-O konkrétně a kde oba poukazovali na jinou sadu zobrazení VP.

Policy images jsou vždy směsí empirických informací a emočních apelů (emotive appeals), každý z nich má tedy dva komponenty: empirický a hodnotící. Hodnotící komponent nazýváme **tónem** (tone) zobrazení dané VP. Tón se mění, ať už z pozitivního na negativní či naopak. (Autoři uvádějí příklady: tón se změnil u jaderné energie – dříve byl tón pozitivní, ve smyslu ekonomického pokroku, zatímco dnes je tón spíše negativní, ve smyslu ohrožení lidských životů a životního prostředí. Naopak z negativního na pozitivní se tón změnil u biotechnologického průmyslu, kdy nejdříve převládal strach z mutujících organismů, ale tón se dnes změnil ve vážnější, kontrolované a optimistické zobrazení dané VP.). (Baumgartner, Jones, 2009: 26-27) Soupeřící aktéři se snaží manipulovat se zobrazováním VP ke svým potřebám, což ale patří k politics. Pakliže je v debatě mnoho různých významů a problém se dá definovat různě, pak může být jedna ze soupeřících stran schopna změnit pohled ostatních lidí tím, že **posune jejich zaměření pozornosti z jedné sady významů na druhou**. Toto se může stát, **aniž by došlo ke změně ve faktech**, nebo aniž by se objevila nová evidence okolo daného problému (issue). **Jelikož se pozornost ve složité debatě typicky nezaměřuje na všechny důležité body zároveň, manipulace s alokací pozorností může být silnou strategií v tvorbě VP.** (Baumgartner, Jones, 2009: 30)

Policy venues bychom mohli definovat jako dějiště, arény, lokace. Autoři sami používají tato synonyma: institutional venue, institutional arena, institutional locations. Dějišti máme pak na mysli to, že některé instituce nebo skupiny ve společnosti musejí mít autoritu k rozhodování týkajících se daného problému (issue). Dějiště tvorby veřejných politik mohou být monopolistické nebo sdílené, což znamená, že jedno téma může být zároveň subjektem vícero institucí, nebo může být doménou pouze jednoho souboru institucí. Každé institucionální dějiště je domovem různých zobrazení té samé otázky. Např. tabáková politika má různé dějiště i různá image, např. image o škodlivosti kouření versus image o svobodě jedince versus ekonomická výhodnost pro stát. Tak, jako se časem může změnit tón zobrazení dané politiky, tak se časem může změnit dějiště. Zatímco v jedné aréně, v jednom dějišti může být vzniklý problém a zobrazení dané veřejné politiky přijato dobře, to samé zobrazení VP může být považováno za nevhodné v jiné aréně. Autoři odkazují i k historické tradici. Zatímco USA má federativní uspořádání, Česká republika má unitární uspořádání; od toho se odvíjejí různá dějiště pro ty samé problémy. (Baumgartner, Jones, 2009: 31 – 34)

Interakce mezi policy images a policy venue

Politické debaty se odehrávají v atmosféře, kde prohrávající strana hledá pozornost potenciálních spojenců ne přímo zapojených do daného problému, zatímco vyhrávající (vítězná) strana se pokouší omezit participaci k ochranění své zvýhodněné pozice. Jde o souboj, zda bude stávající rovnováha přerušena, či nikoli. Pro ty, kteří přicházejí s novými idejemi, je cílem stávající stav narušit, zatímco pro aktéry ve stávajícím monopolu dané veřejné politiky je změna „nepřípustná“ a snaží se tak změně zabránit. Tento „souboj“ pak lze dle autorů pojmut dvěma strategiemi, přičemž jedna z nich sází právě na interakci mezi zobrazením VP a dějištěm, kde se odehrává.

- 1) První strategií je **strategie rétorická** – na základě vysvětlování problému širšími termíny až k pokusu o mobilizaci většího počtu stoupenců. Aktéři se snaží mobilizovat čím dál tím větší skupiny. Téma se tak dostává do veřejné agendy a stávající monopol VP je často zničen.
- 2) Druhou strategií je „venue shopping“¹⁶ **strategicky myslícími politickými aktéry** – záleží zde méně na masové mobilizaci, více záleží spíše na prezentaci dané image a

¹⁶ Venue shopping bychom mohli přeložit jako „výběr dějiště“, kde se bude daná VP odehrávat; je to jakási aréna ve veřejné politice. Výběr dějiště může být různé, může to být např. lokální či národní úroveň, dějištěm

na hledání vnímavých politických dějišť. Strategie není ve hledání širokých skupin, ale spíš v komplexní a specifické strategii. Aktéři se zaměřují spíš na specifické arény ke hledání spojenců. Manipulace se zobrazením VP (policy image) je zde klíčovým elementem, jak dosáhnout upoutání pozornosti na daný problém. V tomto ohledu není zcela nutné mít podporu široké veřejnosti – masová veřejnost reprezentuje jen jednu z možných arén pro debatu o VP. Je mnoho možných institucionálních agend a pro tvůrce veřejné politiky není nic lepšího než institucionální místo, kde mohou snadno prosadit svou. Tvůrci VP záměrně používají manipulaci k chápání VP tak, aby to bylo co nevýhodnější pro jejich zájmy.

Interakce mezi těmito dvěma elementy může způsobit velkou změnu, nebo může posílit stávající autoritu. Stabilita i rapidní změna v účincích VP mohou pocházet z toho samého procesu. (Baumgartner, Jones, 2009: 35 – 38)

6.1.1.3 Negativní a pozitivní zpětná vazba

Pakliže shrneme, co jsme si uvedli výše, pak rovnováha (a tedy žádná změna) nastává v okamžiku, kdy v subsystému dané veřejné politiky panuje jednotný monopol, který je navíc posílen „image“, tedy zobrazením dané VP. Tato rovnováha trvá do té doby, než jiný monopol s jiným zobrazením té samé veřejné politiky (re)definuje problém v dané VP, dostává jej do veřejné agendy, je nastolena agenda a pokud je tlak dostatečně silný, může vést až k přerušení stávající rovnováhy a dosáhnout změny ve vybrané veřejné politice.

Protože úspěšná policy monopoly (monopol veřejné politiky) systematicky tlumí tlaky ke změně, říkáme, že obsahuje tzv. **negativní zpětnou vazbu**, neboli **proces negativní zpětné vazby (negative feedback process)**. Negativní zpětná vazba je důsledkem setrvání stávajícího stavu a zamezuje jakékoli větší změně. Občané jsou apatičtí, institucionální uspořádání zůstává stálé, daná veřejná politika se nemění. To ale neznamená,

jsou média, parlament, veřejnost apod. „*Dějištěm je politická institucionalizovaná aréna s relativně stabilními praktikami a pravidly, s definovaným chováním aktérů v dané situaci*“ (March, Olsen, 1998: 948). Dějiště tak neodkazují pouze k „organizaci“, ale zahrnují také pravidla a chování v rámci dané instituce. Venue shopping bychom mohli přirovnat k „idea shopping“ – tedy k výběru takových idejí, které se mi „hodí“ k prosazení svého tématu.

že jsou monopoly VP nezranitelné napořád. Pakliže se objeví tlak na změnu, může mu být chvíli odoláváno; ale pakliže je tlak úspěšný, může to vést k masivní intervenci dříve nezúčastněných politických aktérů a vládních institucí. *Téma (issue) je v tomto bodě redefinováno* nebo se objeví nová dimenze tématu, objevují se *noví aktéři* s pocitem uplatnit svou autoritu, zatímco předtím stáli v pozadí. *Tito noví aktéři mohou trvat na přepsání pravidel a na změně rovnováhy sil.* Tím se objeví nové institucionální struktury a předešlé dominantní orgány (agencies) a instituce musejí nově sdílet svou moc se skupinami, které nabyly nové legitimacy. Jakmile se tyto nově ustanovené instituce ustálí, nastavují novou rovnováhu a proces tvorby VP pokračuje dál. Dokud zůstává dané téma v subsystému, systém je v rovnováze a dochází k již zmíněné negativní zpětné vazbě.

Jakmile se ale téma dostane na **makropolitickou úroveň** a zasáhne makropolitickou agendu, nastává bod nerovnováhy a i malé změny mohou způsobit velké změny v tvorbě veřejné politik – v tuto chvíli systém prochází **pozitivní zpětnou vazbou**. (Např. lékaři v kauze D-O nejdříve objížděli regiony, až postupně se téma dostávalo na makropolitickou, tedy celostátní úroveň.) Pozitivní zpětná vazba nastává ve chvíli, kdy i pouhá malá změna způsobí velké změny v budoucnu. Jako příklad uvádějí autoři přirovnání k zemětřesení – i malé změny pod povrchem země mohou způsobit velké změny na povrchu.

6.1.1.4 Cesta k přerušení rovnováhy

Monopol v daném subsystému udržuje rovnováhu, stálost a přijímány jsou jen drobné inkrementální změny. Jakmile se ale objeví noví aktéři či událost, téma je nastoleno v agendě, dochází k jeho redefinici a dostává se na makropolitickou úroveň, pak je možné předpokládat změny, neboli přerušení stávající rovnováhy. Které kroky tedy vedou ke změně?

V teorii PET je zakotvena implicitně teorie individuálního a kolektivního rozhodování, teorie omezené racionality. Z hlediska rozhodování pramení velké přerušení buď ze změny (volebních) preferencí nebo ze změny pozornosti (attentiveness). Standardním modelem v západních demokraciích jsou demokratické volby, kterými je generována změna. Ačkoli tento model vypadá atraktivně, je limitovanější, než se zdá: *zaprvé*, v mnoha případech se velká změna ve VP odehrává i bez volební změny. *Zadruhé*, standardní model nemá žádnou roli při prioritizaci témat ve veřejné politice (issues). Toto nepopírá vliv voleb, ale volby nejsou u mnoha kauz tím zásadním prvkem ke změně – tím

ale může být agenda setting, neboli nastolení agendy. **Perspektiva agendy setting rozpoznala zásadní roli informací v procesu tvorby VP, což volební model nedokázal.** Definice problému se většinou neobjevuje ve vakuu, objevuje se, když tok informací indikuje, že situace stojí za vládní pozornost. Důsledkem je, že změny v agendě se mohou objevit i při absenci voleb nebo veřejného mínění. (Jones, Baumgartner, 2012: 5-6)

Jones (1994) tvrdí, že změny v individuálním či kolektivním rozhodování neplynou z obrácení preferencí nebo z iracionality, ale že plynou **z obrátu v pozornosti** (attention). Tímto obrátem v pozornosti máme na mysli „sériový posun“ (viz výše v pozn. pod čarou). Obvykle se individuálně soustředíme jen na jeden primární aspekt vybrané záležitosti v jednom čase. Pakliže je i kolektivně pozornost přesunuta k jednomu aspektu, dochází k přesunu z paralelního procesu na sériový, čím je veškerá pozornost směřována k jednomu danému bodu, a tím i zvýšena šance na změnu. Obecně řečeno, omezená racionalita tvoří základ všem změnám ve VP, protože mechanismy asociované s lidskou kognitivní architekturou jsou také charakteristické pro organizace, včetně vlád. *Teorie přerušované rovnováhy je založena na sériovém procesu informací a v důsledku na posunu pozornosti.* (True, Jones, Baumgartner, 2007: 163 – 165).

K obrátu v pozornosti jsou nutné informace, které by vedly k tomuto obrátu. **Zpracování informací** (information processing) je tak klíčovým bodem, jak z velkého množství informačních toků vybrat a zpracovat ty které informační podněty. To, jak systém tvorby veřejné politiky věnuje pozornost tomu kterému problému, je kritickým komponentem rozpoznání problému a následné činnosti dané VP; stejně tak je institucionální uspořádání odpovědné za tvorbu politiky. Zpracování informací ovlivňuje sběr, sestavení, interpretaci a prioritizaci signálů z prostředí, kde se utváří VP. Tvorba VP kolísá mezi periodami „pod reakcemi“ (underreaction) toku informací přicházejícího do systému z prostředí a „nad reakcemi“. Tato reakce může pramenit z živé události symbolizující vše, co je v dané veřejné politice špatně, nebo z akumulace problémů po delší časové období. (True, Jones, Baumgartner, 2007: 177-178)

Informací je mnoho, tvůrci veřejné politiky (policymakers) jsou zasypáváni různými informacemi z různých stran a s různou spolehlivostí. Tvůrci VP, jakožto lidé s omezenou racionalitou a kognitivními překážkami, se zaměřují jen na některé tyto informace a ostatní ignorují. Tento **selektivní proces pozornosti** má zásadní konsekvence pro tvorbu VP a zejména pro to, jak politický systém prioritizuje (upřednostňuje) problémy pro opatření v tvorbě VP. Klíčovou otázkou tedy je, jak tvůrci VP upřednostňují témata. Jak již bylo

řečeno, tvůrci VP jsou racionálně omezení, navíc systém se snaží být rezistentní vůči změně. Z toho autoři odvozují, že zpracování informací bude nepřiměřené – že systém bude na informace spíš přehnaně reagovat, než nedostatečně. Ke změně pak dochází v případě, pokud jsou informační signály z extrémně silné či se signály akumulují v průběhu času. (Jones, Baumgartner, 2012: 7 – 9) Teorie přerušované rovnováhy se soustřeďuje na alokaci pozornosti k různorodým aspektům procesu tvorby veřejné politiky a na to, jak posuny v pozornosti mohou být příčinou velkých změn v tvorbě VP.

Volby mohou být, jak již bylo řečeno výše, indikátorem změny. Ne všechny změny ale přicházejí s volbami, ke změně ve VP dochází i mimo volební období. Podle autorů zde hrají kromě voleb roli i jiné tradiční politické síly, jako je **veřejné mínění, zájmové skupiny** a další formy politické participace poskytují váhu informačním signálům. Volby nejsou ani tak indikátorem toho, zda se veřejnost hýbe doprava či doleva, ale spíš indikátorem, jakým pohledem veřejnosti mají tvůrci VP řešit problémy. Tím myslíme danou „váhu informačních signálů“. (tamtéž)

Jak dochází k nastolení agendy, kdo ji nastoluje? Částečně jsme si tuto otázku zodpověděli již výše. Pakliže je nějakou skupinou definován problém, který daná skupina určí jako ohrožující jejich zájmy, či se objeví jiné události upozorňující na problémy v dané veřejné politice, pak se aktéři dané skupiny mohou rozhodnout se bránit, přilákat pozornost spojenců s cílem zesílit původní pohled na situaci. V rámci procesu nastolování agendy se může stupeň veřejné lhostejnosti dramaticky měnit; je to moment, kdy promotéři VP urputně bojují buď za to, aby se téma dostalo do veřejné agendy, nebo naopak za to, aby se tam nedostalo. Upozornění na dané téma se pak často děje nějakou **fokusační událostí** (focusing event), kampaní veřejného mínění organizovaných zájmů a proslovy veřejných činitelů – to vše může způsobit, že se téma dostane vysoko do agendy v krátkém čase. Pakliže navíc dochází např. k ohrožení zájmů dané skupiny, ta se může mobilizovat s cílem chránit své zájmy jakožto profesní či sociální skupina. Jakmile je agenda nastolena, dostává se k veřejnosti a ostatním doposud nezajímavým členům společnosti skrze média. Mediální pozornost veřejněpolitickým problémům (issues) je buď jako „hody nebo hladomor“ – důležité politické otázky jsou často léta přehlíženy, ale během určitého období téměř všechna média zdůrazňují viditelně podobné příběhy. Média často pokrývají ta témata, o kterých se zmiňují ostatní média – toto napodobování zesiluje agendu tématu.

„*Pokaždé, kdy se objeví nějaká vlna mediálního zájmu k nějakému tématu, můžeme očekávat nějaký stupeň změny v tvorbě VP*“ (Baumgartner, Jones, 2009: 8 – 20).

Shrneme-li si výše uvedené, pak se nacházíme v situaci, kdy: problém byl definován (či redefinován) jistou skupinou (profesní, sociální apod., v našem případě Lékařským odborovým klubem) a podařilo se jej (například fokusační událostí či nějakou kampaní, jakou byla i *Děkujeme, odcházíme*) prosadit do agendy (ať už veřejné či mediální). Po nastolení agendy došlo k obratu v pozornosti, aktéři se soustředí na definovaný problém. V rámci dějiště dané veřejné politiky dochází k interakcím mezi dějištěm a zobrazením vybrané politiky (resp. jejího „problému“). Pakliže je tlak silný, dochází k pozitivní zpětné vazbě, což způsobí přerušení stávající rovnováhy. Po přerušení rovnováhy se změní (může změnit) nastavení původního subsystému a ustanoví se nové instituce či jiné subjekty. Roli zde však hraje i odolnost institucí ke změně. K tomu, aby bylo vůbec možné problém definovat a nastolit jeho agendu (a v konečné fázi tohoto procesu tak docílit přerušení rovnováhy), jsou pro autory teorie přerušované rovnováhy stěžejní dva body: **média** jakožto zprostředkovatel agendy veřejnosti a pak **zájmové skupiny** chránící a prosazující své zájmy. Na tyto dva aktéry se z hlediska PET podívám blíže, jelikož budou pro mou práci i nadále stěžejní.

6.1.1.5 Média

Významným zdrojem nestability v (americké) politice je posun v mediální pozornosti, resp. v pozornosti médií. Média obecně stavějí své příběhy jen na **omezeném počtu zdrojů a napodobují jeden druhého**, takže se ideje a témata, jakmile se jednou stanou tématem pozornosti, často rychle šíří. Různé skupiny novinářů s různými zaměřenými a zájmy zpravují o různých typech problému. Když se jedno téma pohne z jedné novinářské oblasti do druhé, tón daných příběhů (stories) se může **dramaticky posunout**, protože články jsou psány **různými novináři**. S médii je spojeno i zpracování mediálních obsahů a s tím související prodejnost. V západních demokraciích, kde jsou vlastníky médií (mimo jiné) soukromé subjekty, platí, že **média musejí prodávat**. Nejen že novináři musejí **zjednodušovat obsah** sdělení a argumentů tak, aby to běžný čtenář či divák pochopil, ale musejí věci udělat **dostatečně zajímavými** natolik, aby zachovali prodejnost či sledovanost. Potřeba zjednodušovat komplexní problémy často souvisí se zaměřením se pouze na jediný

aspekt multidimenzionálního problému (issue). S tím souvisí také role **symbolu** a **metafory** v mediálním sdělení. Pro tyto a další důvody média velmi výrazně reflektují naděje a obavy v argumentech VP. Dle autorů tak média „hrají integrální roli“ v procesu tvorby VP tím, že směřují svou pozornost střídavě k různým aspektům toho samého problému v čase a posunem pozornosti od jednoho tématu k druhému. (Baumgartner, Jones, 2009: 103 – 106)

Dalším rysem společným pro média (jako i pro další instituce) je **fascinace konfliktem a soutěžením** (competition). Například (v USA) je na souboj mezi kandidáty na prezidenta poukazováno spíše jako na závody koní (horse race) než na to, co který kandidát říká (Baumgartner, Jones, 2009: 118). Také česká média byla konfliktem mezi lékaři a ministerstvem zdravotnictví „fascinována“. Komplikovaná podoba veřejně politických debat většinou neumožňuje racionální zvážení všech přínosů a nákladů. Mediální pozornost se spíše zaměřuje na některé časové úseky pozitiv spojených s daným problémem, ale později se může mediální pozornost posunout téměř výlučně jen na negativa daného problému. Doba, během níž jsou považována pozitiva i negativa zároveň, může být velmi krátká. Někteří vidí masová média v komunikaci zobrazení VP (policy images) jako **neutrální aktéry** jednoduše hlásající fakta. Jiní tvrdí, že **všechny zprávy jsou sociálně konstruovány**. Události, které jsou vybírány do zpráv, jsou vybírány pro jejich účel, ne pro svou objektivní důležitost. S tím souvisí role médií jakožto „**gatekeepera**“¹⁷ – média v rámci gatekeeping procesu jsou klíčovým determinantem pro to, která témata získají pozornost veřejnosti a která ne. (Baumgartner, Jones, 2009: 104 – 107)

Při nastolení tématu v mediální agendě se každý snaží zobrazit problém ku svému prospěchu. Se zobrazením problému ve VP se může protistrana vypořádat tak, že bude toto zobrazení diskreditovat; častěji se jej ale snaží spíše ignorovat. (Např. ministerstvo zdravotnictví dlouho problém přehlíželo, ačkoli o kampani vědělo již několik měsíců. Poté, kdy již byla kampaň celostátním tématem a nešlo ji tedy ignorovat, zvolilo taktiku diskreditace – MZ poukazovalo např. na to, že lékaři stejně z nemocnic neodejdou, že jde jen o plané výhrůžky a že i kdyby náhodou odešli, ke kolapsu v nemocnicích by nedošlo.) Problém je zobrazován v čase a v čase se může měnit. Pro tvůrce VP je v debatě kromě ignorování problému obecně **efektivnější posunout zaměření** daného problému (změnit jeho téma), čímž dochází k soupeření a k „**rétorickým bitvám**“. Jakmile se **pozornost tématu změní**, často se mění i **tón** pokrytí daného tématu. Pozornost se neposouvá jen tak, aniž by při tom nedošlo k posunu v předmětu (tématu) zájmu (topic of interest). Posun

¹⁷ Gatekeeping bychom mohli přeložit jako výběr sdělení, témat a zpráv, jejich prověřování, upravování, přetváření a přenos. Gatekeeper je pak činitelem těchto jevů.

v tónu mediálního pokrytí se objevuje spíš jako důsledek změn *témat* pokrytí. Pro srozumitelnost uvedu příklad: téma (topic) ohledně tabákové politiky se měnilo tak, že na tabák se začalo dívat nejen jako na podporu ekonomiky, ale také jako na zdraví škodlivý produkt. Nejdříve se změnilo téma (topic) a jako důsledek se změnil i tón mediálního pokrytí – z pozitivního (tabákové firmy a podpora ekonomiky) na negativní (náklady na léčbu nemocných, zdraví škodlivé látky atd.).¹⁸ V této fázi procesu dle autorů znamenají fakta méně než schopnost kontrolovat témata (topics) mediální pozornosti. To neznamená, že by fakta byla irelevantní, ale že fakta se dají využít na té či oné straně debaty a že lidé na různých stranách debaty mají tendenci se soustředit výhradně jen na jeden soubor zobrazení VP (images); a ačkoli nepopírají, že existuje i jiný soubor zobrazení VP, prostě jej ignorují. (Baumgartner, Jones, 2009: 107 – 111)

Ačkoli ve své práci nebudu zkoumat lingvistickou podobu mediálních sdělení, je nutné zde uvést, že **jazyk** je důležitou součástí při vytváření obrazu o daném tématu; média často přejímají jazyk, který je determinován zájmovou skupinou (například přejímání jazyka environmentálních skupin), či některá slovní spojení vytvářejí předpojaté soudy o daném problému (jako např. užívání sousloví typu „smrtná radiace“, zatímco o „smrtných automobilech“ ve zprávách nečteme, ačkoli mají autonehody ve svém důsledku daleko větší počet mrtvých než radiace).

Pro úplnost je nutné se podívat na média také z jiné optiky. Autorka Michelle Wolfová ve svém článku *Putting on the Brakes or Pressing on the Gas? Media Attention and the Speed of Policymaking* (2012) říká, že zatímco autoři Jones a Baumgartner vidí v médiích potenciálně rušivou sílu v politickém subsystému vedoucí ve svém důsledku až k přerušení rovnováhy, pak dle Wolfové mohou média v mnoha případech poskytovat stabilitu. Mediální pozornost dle autorky nemusí vést jednoznačně ke změně; naopak zvýšená mediální pozornost může proces změny ve veřejné politice zpomalit. Autorka testovala souvislost mezi délkou doby přijetí zákonů a mediálním pokrytím. Došla k závěru, že čím více stoupá mediální pozornost, tím více klesá pozorovaný jev (rychlost přijetí

¹⁸ Uvedu ještě jeden příklad, se kterým autoři pracují: u pesticidů: už v 50. letech, kdy byly pesticidy vnímány pozitivně jakožto pomocníci po válce při pěstování více potravin a většímu růstu ekonomiky, se vědělo o negativních stránkách pesticidů. Ale média, veřejnost i daná politika se přikláněly jen k jedné straně výkladu. Negativní aspekty pesticidů tu byly vždy, začalo se na ně ale poukazovat až později – **změnilo se téma (topic)**, tedy na pesticidy se nekoukalo jako na ekonomickou podporu, ale také jako na potraviny ohrožující zdraví, čímž **došlo k posunu v tónu** → z pozitivně vnímaných pesticidů se stalo spíš negativní téma. Nikdo neměnil fakta, jen se poukázalo na jinou stránku téhož problému

zákona). Autorka uznává, že média jakožto gatekeeper argumentů a zájmů mohou podmínit rychlost procesu tvorby VP, že mediální pozornost může urychlovat tvorbu veřejné politiky a že mediální pozornost vede k rapidní změně. Na druhou stranu ale dodává, že tomu může být přesně naopak a že média nemusí nutně být činitelem změny (agent of change). Autorka zcela nesouhlasí s Jonesem a Baumgartnem, kteří vidí v konfliktu fundamentální aspekt procesu tvorby VP a politiky obecně a kdy expanze konfliktu mimo daný subsystém rozšiřuje debatu. Dle Wolfové není expanze konfliktu nutně dostatečnou podmínkou ke změně. Jak konflikt expanduje, o tématu, jeho účastnících a argumentech se objevují nové informace; rozhodovatelé se snaží tyto nové informace srovnat s tím, jak je daný problém chápán na původní úrovni, jak je původně definován, čímž se proces tvorby VP zpomaluje. Média hrají zásadní roli v určení charakteru a kompozice konfliktu. Když média zviditelňují určité téma, vyšší mediální pokrytí může zvýšit relevanci nových argumentů a zájmů skrze expanzi konfliktu. Vyšší mediální pokrytí tedy znamená, že se o tématu více mluví, je více vidět, používají se nové argumenty, se kterými se musí stávající stav vyrovnat, což ale trvá, čímž dochází ke zpoždování procesu tvorby VP. Autorka pomocí Coxovy regresní analýzy došla k závěru, že **rychlost přijetí zákona klesá s tím, jak stoupá jeho mediální pokrytí**. Např. zákony bez mediální pozornosti jsou přijaty o 30 % rychleji než ty s mediální pozorností. Autorka zkoumala tři úrovně pozornosti médií: žádnou, malou, vysokou. Vysoká pozornost médií (=vysoké mediální pokrytí daného zákona) snižuje rychlost přijetí tohoto zákona průměrně o 88 %.

Konflikt a proniknutí nových atributů obvykle platí jako klíč k narušení subsystému a tím k přerušení VP vedoucí ke změně, ale nemusí to tak být. Expanze konfliktu a zvýšení povědomí o novém tématu může také napomoci stávajícímu subsystému či zachování původního stavu. Média v tomto hrají zásadní roli – spojují existující systém s novými zájmy a novými argumenty, které mohou proces zpomalit. Dodejme však, že i vysoké mediální pokrytí kolísá s časem. Tedy po čase se proces opět urychluje, neboť mediální pozornost může časem klesat.

Média v procesu přijímání zákonů mohou tento proces zpomalit a nejsou tedy iniciátorem změny. Na druhou stranu autorka uvádí příklady, kdy média naopak mohou proces přijetí zákona urychlit: jedná se zejména o případy s **institucionální významností** (institutional salience) a o případy, kdy se přijímá **legislativa reagující na nějakou krizi nebo fokusační událost** (jako bylo například rychlé přijetí zákonů po ničivém hurikánu Katrina; v mém případě to pak bude kauza Děkujeme, odcházíme). Dvakrát či až 2,5krát rychleji jsou schváleny zákony řešící nějakou krizi či institucionálně významné.

Média nevytvářejí konkrétní podobu dané veřejné politiky, nemají sílu k tomu, aby protlačila nějaký zákon. Není to vládnoucí část, ani nemá rozhodovací autoritu. Přesto zjištění tohoto článku předpokládá, že **média ovlivňují tvorbu zákonů** utvářením obrysů, jejichž prostřednictvím se tvorba VP hýbe. Média filtrují informace, vyzdvihují některá témata, vlastnosti tématu, aktivity a znevýznamňují jiná. Média mohou být chápána jako **dějiště** – alternativní dějiště k ostatním tradičnějším dějištím tvorby VP; média jako dějiště mohou změnit definici nebo zobrazení (image) daného problému nebo vytvořit nové ponětí o problému tam, kde předtím neexistovalo.

(Wolfe, 2012: 109 – 126)

6.1.1.6 Zájmové skupiny

Zájmové skupiny tvoří organizační a ideové zázemí pro mobilizaci své politické akce. Autoři Jones a Baumgartner vycházejí z amerického prostředí, které je pluralistické a zájmových skupin zde nalezneme mnoho. Evropa obecně, konkrétně pak Česká republika, mají uspořádání korporativistické¹⁹, což staví zájmové skupiny do jiného světla a dává jim jiné možnosti, kompetence, ale také omezení, než je tomu v USA. Ačkoli jsem si tohoto rozdílu vědoma, některé společné rysy zájmových skupin nalezneme. Jelikož s nimi autoři pracují – a i pro mou práci budou stěžejní – stručně zde uvedu, jak Jones a Baumgartner vnímají zájmové skupiny v procesu tvorby veřejných politik.

Zájmové skupiny v USA neustále procházejí změnou. Zatímco některé se nově utvářejí, jiným se podařilo dobře se prosadit i na půdě ve Washingtonu. Některé komunity (policy communities) jsou organizovány v extrémně prestižních společnostech, jako jsou např. lékaři. K nim patří také např. právníci, architekti atd. Některé skupiny jsou vnitřně jednotné, u jiných tomu tak není a i uvnitř dané komunity dochází ke konfliktům. To, zda jsou dané komunity konfliktní či konsenzuální povahy, pak může být rozhodující při prosazování svých požadavků. Prosazení své agendy mohou zájmové skupiny dvojím způsobem – buď vznikem nějakého konfliktu, nebo „mobilizací z entusiasmů“. V prvním případě by šlo např. o kauzu *Děkujeme, odcházíme*, v případě druhém např. o ochránce

¹⁹ Jsem si samozřejmě vědoma rozdílu mezi jednotlivými zeměmi a také rozdílu i mezi jednotlivými sektory v daných zemích. Pro obecné pochopení se zde ale snažím poukázat na dva zásadní rozdíly mezi americkým a evropským uspořádáním zájmových skupin, ačkoli i v Evropě jsou mezi nimi velké rozdíly. Bližší rozbor těchto rozdílu však nepovažuji vzhledem k cílům této práce za stěžejní, proto se těmto rozdílu nebudu blíže věnovat.

životního prostředí. Zájmové skupiny hrají důležitou roli při formulování otázek, ovlivňování veřejného mínění (ve smyslu „o čem mají lidé přemýšlet“) a při definování pojmů, kolem kterých se má vést debata. Autoři uvádějí příklady zájmových skupin, které se vytvořily jako oponenti jaderné energii či jako environmentální skupiny. Obzvláště environmentální hnutí jsou příkladem silné pozitivní vazby a impulzem pro změnu a která zároveň silně ovlivnila veřejné mínění. Díky nim se ve veřejné agendě ustálilo téma ochrany životního prostředí. Takovéto zájmové skupiny jsou typickým příkladem mobilizace z entusiasmů a prosazení se v rámci pluralistického uspořádání. V mé práci se pak zaměřím na stálou institucionalizovanou jednotku, která se k prosazení svých zájmů nemusela formovat; na mysli mám Lékařský odborový klub. Více k zájmovým skupinám viz další část práce. (Baumgartner, Jones, 2009: 175 – 192)

6.1.2 Shrnutí

Teorie přerušované rovnováhy (PET) je výkladovým rámcem autorů Bryana D. Jonese a Franka R. Baumgartnera. Tento výkladový rámec se snaží v procesu tvorby veřejných politik (VP) zachytit jak fáze stability, tak fáze změny. Hlavními koncepty zde jsou politické instituce, mobilizované zájmy a racionálně omezené rozhodování a interakce mezi nimi. Po fázi stability může přijít fáze přerušování této stability a ustavení nových institucionálních forem. Pakliže se objeví téma, resp. problém, který je z hlediska některé skupiny důležitým, daná skupina (profesní, sociální) se může mobilizovat a snažit se na problém upozornit. Poté, co daná skupina problém definuje a podaří se jí nastolit agendu o daném problému, dochází k alokaci pozornosti na daný problém a při vytrvalém tlaku je možné, že dojde k přerušování rovnováhy (tzv. procesem pozitivní zpětné vazby) a tedy ke změně v dané veřejné politice. Roli zde hrají zájmové skupiny a veřejné mínění, které mohou buď poukázat na neřešení nějakého problému či mobilizovat síly k prosazení tématu do agendy (nebo obojí). Kampaně či nějakou fokusační událostí (focusing event) se jim může podařit získat pozornost. Zda dojde k přerušování rovnováhy, záleží také na subsystému a jeho monopolu. Subsystém politiky je politikou rovnováhy, a pakliže v daném subsystému vládne jeden monopol dané VP, navíc podpořen silným zobrazením VP (policy image), pak bývá obtížné změny dosáhnout. Pokud se ale podaří zmobilizovat síly a dostat téma (problém) mimo daný subsystém, např. jej rozšířit na vládní agendu, pak je šance, že dojde k pozitivní zpětné vazbě a že se téma dostane na makropolitickou úroveň, kde je možnost

velké změny. Úroveň makropolitiky je tedy politikou přerušování, politikou velkých změn, soutěžících policy images, politické manipulace a pozitivní zpětné vazby.

Zvláštní úlohu v tomto procesu mají média, která jakožto „gatekeeper“ mohou ovlivnit, zda se téma dostane do agendy, a tím se zvýší šance na jeho prosazení. Média jako jedno z dějišť ve veřejné politice (policy venue) tak jednak určují mediální agendu a jednak mohou ovlivnit i tón, jakým se o vybrané VP informuje veřejnost, což ve svém důsledku může ovlivnit to, jak bude na daný problém či samotnou veřejnou politiku pohlíženo.

Teorie přerušované rovnováhy je celý výkladový rámec, který jsem se zde pokusila objasnit. Ve své práci se zaměřím ale jen na některé jeho teorie – zejména na média a nátlakové skupiny.

6.2 Teorie mediace zájmů

Na výše uvedených řádcích jsem se pokusila nastínit základní rysy výkladového rámce přerušované rovnováhy. Tento rámec je velmi široký a ke své práci s ním nebudu pracovat jako s celkem. Pro tuto práci jsou stěžejní zejména **dva okruhy teorií**: jednak ty zabývající se zprostředkováním zájmů, zájmovými skupinami a jejich postavením ve společnosti, a jednak teorie médií jakožto „nastolovatele“ agendy a zprostředkovatele akce *Děkujeme, odcházíme* mezi lékaři, veřejností a politickou reprezentací.

V této kapitole (6.2) se tak zaměřím na teorie související se zájmovými skupinami, v následující kapitole (6.3) se pak blíže podíváme na teorie související s fungováním médií.

6.2.1 Zprostředkování zájmů

Autoři PET, Jones a Baumgartner, vycházejí se studia amerických veřejných politik. Jak jsem již uvedla výše, aplikovat PET je možné i v Evropě, avšak musíme počítat s některými rozdíly. Jedním z hlavních rozdílů je pluralistické uspořádání v USA a oproti tomu korporativistické uspořádání v Evropě, což ve svém důsledku má vliv na formování zájmových a nátlakových skupin a jejich možnosti a šance k prosazení svých požadavků. Představím tedy stručně hlavní rysy obou přístupů.

Oba přístupy se zaměřují na skupiny, ne na jednotlivce. **Pluralismus** je založen na předpokladu prvenství zájmových skupin v politickém procesu (Howlett, Ramesh, 2003: 37)

Zájmové skupiny mohou být potenciální s latentními (skrytými) zájmy nebo organizované s manifestačními (jasně patrnými) zájmy. V pluralistické teorii se navíc skupiny mohou překrývat, tedy členové jedné skupiny mohou být členy i dalších skupin. Toto překrývání členství ve skupinách je klíčovým mechanismem pro urovnávání konfliktů a snahy kooperovat mezi skupinami. Politika (politics) je z tohoto hlediska procesem uznání různých soutěžících zájmů a skupin, kde výsledná veřejná politika je výsledkem tohoto soutěžení a spolupráce. Neplatí však, že by všechny skupiny měly stejný vliv a stejný přístup k vládnutí, což se odvíjí zejména od jejich finanční a organizační struktury. Co ale platí, je otevřenost zájmových skupin – skupiny jsou přístupny všem občanům, kdokoli může do skupiny vstoupit a hlasy členů skupiny tak mohou být vyslyšeny. Veřejná politika tak má být vlastně výsledkem soutěžících skupin, jakýmsi kompromisem. Někteří autoři vidí v rámci pluralismu vládu jako neutrálního činitele ve smyslu poskytnutí prostoru daným skupinám; musíme brát však v potaz, že i veřejní činitelé mají své zájmy a ambice.

Jak bylo uvedeno výše, ne všechny skupiny mají stejnou šanci prosadit své zájmy – na to naráží zejména neopluralismus, který otevřeně říká, že některé skupiny jsou mocnější než ostatní. Konkrétně to pak mohou být ekonomické (obchodní) zájmové skupiny či průmyslové skupiny (neopomínaje mezinárodní rozsah těchto zájmových skupin). (Howlett, Ramesh, 2003: 38 – 41)

Problematická byla aplikace pluralistického modelu na jiné země, než je USA. Zjistilo se, že v jiných státech také existují zájmové skupiny, ale že jich není tolik jako v Americe, že jsou jinak organizované a fungují trochu jinak. Phillipe Schmitter pak pojmenoval takovéto organizace jako korporativistické. **Korporativismus**²⁰ převládá zejména v Evropě a jeho kořeny sahají až do středověku, kdy se střední vrstva vymezovala mezi státem a rodinou a organizovala se např. v různých společnostech, jako byly např. cechy, či se to týkalo náboženských organizací a církví (Howlett, Ramesh, 2003: 41). Korporativismus pak můžeme chápat v kontrastu s pluralismem – v pluralismu jsou členové v dané skupině dobrovolně, skupiny se volně sdružují bez zásahu státu atp. Oproti tomu korporativismus je „*systém zprostředkování zájmů, kde jsou ustavující jednotky organizovány v limitovaném počtu jednotlivých, povinných, nesoutěživých, hierarchicky uspořádaných a funkčně rozlišených kategoriích; jsou uznány či oprávněny k výkonu státem*“

²⁰ Blanka Říchová namísto názvu „korporativismus“ užívá název „neokorporativismus“ s tím odůvodněním, že označení systému jako korporativní není vhodný, neboť se může zaměnit s modelem nedemokratických evropských systémů, jako např. s italským fašismem z první poloviny 20. st. (Říchová, 2002: 128) Ve své práci ale pracuji s názvy tak, jak je používají autoři v literatuře, ze které čerpám. Pakliže tedy používají pojem korporativismus, držím se tohoto výkladu.

(pokud jím nejsou rovnou vytvořeny) a jsou jim povoleny záměrné reprezentativní monopoly v jejich příslušných kategoriích výměnou za dodržování určité kontroly při výběru lídrů a při artikulaci svých požadavků a podpory“ (Schmitter, 1977: 9; cit. dle Howlett, Ramesh, 2003: 42).

Vztah zájmové skupiny a státu v korporativistickém uspořádání je monopolistický, specializovaný, hierarchický, vzájemně koluzní a měl by být uspořádaný (systematický), stabilní a efektivní (Schmitter, 2003: 400). Zájmové skupiny tedy nejsou volně ustavovány, jako je tomu v pluralistickém uspořádání. Veřejná politika je zde utvářena interakcí mezi státem a zájmovými skupinami; např. v oblasti národní ekonomiky mezi státem a průmyslovými skupinami, v případě sociální politiky mezi podnikatelskými asociacemi, sociálními skupinami a pravděpodobně odbory. Stejně jako v případě pluralistického přístupu se i zde setkáváme s určitými problémy: korporativismus je deskriptivní kategorií určitého druhu politického uspořádání mezi státem a společností a nevysvětluje přesně, co které vlády činí; stejně tak nám mnoho nevypoví o dalších procesech tvorby veřejné politiky, například jím nevysvětlíme, proč byla přijata daná VP a proč je implementována patřičným způsobem. V neposlední řadě zde chybí přesná definice toho nejzákladnějšího – zájmové skupiny – a toho, jak tyto zájmové skupiny máme považovat, tedy zda mají všechny tyto skupiny stejný vliv a pokud ne, pak co tedy jejich vliv určuje. Přístup také nevysvětluje, proč jsou státem uznány jen některé skupiny a ne ostatní. (Howlett, Ramesh, 2003: 42 – 43)

Přestože se výše zmíněné přístupy liší, můžeme u nich najít některé společné znaky: 1) rostoucí důležitost formálních jednotek; 2) vytrvání a expanze odlišných a potenciálně konfliktních zájmů; 3) narůstající role stále administrativy s odbornými informacemi; 4) pokles významu územní a politické reprezentace a 5) sekulární trend směrem k rozšíření působnosti veřejné politiky a prolínání soukromých a veřejných rozhodovacích arén (Schmitter, 1974: 96).

6.2.2 Zájmové a nátlakové skupiny

V politologii se rozlišuje mezi zájmovými skupinami (interest groups) a mezi nátlakovými skupinami (pressure groups). Jaký je mezi nimi rozdíl? Ten hlavní spočívá ve zprostředkování zájmů, které reprezentují. V případě zájmových skupin jde „o zájmy určité (úzce) vymezené sféry působnosti společnosti; často se proto lze setkat s klasifikací těchto

zájmů jako zájmů určitého ekonomického (sociálního) sektoru (sectoral interests). V případě nátlakových skupin se jedná přednostně o obhajobu zájmů definovaných jako zájmy všech (blaho všech) členů společnosti“ (Říchová, 2002: 117). Zájmové skupiny jsou tedy úzeji vymezené, než je tomu u nátlakových skupin, jejichž dosah je ve společnosti širší. Při bližší kategorizaci obou skupin bychom mezi zájmové skupiny přiřadili ty, které obhajují zájmy zaměstnanců, zaměstnavatelů, pracovníků v různých dělnických profesích, zemědělství a svobodných profesí (jako jsou právě lékaři, právníci, architekti, umělci atd.); mezi nátlakové skupiny by pak patřily kupříkladu církevní organizace, skupiny věřících, organizace zaměřené na oblast životního prostředí, obhajobu lidských práv, hnutí proti diskriminaci a rasismu apod. (Říchová, 2002: 118).

Zájmové a nátlakové skupiny jsou jedním z aktérů v tvorbě veřejných politik. Zatímco vláda přijímá rozhodnutí o podobě veřejné politiky (VP) a exekutiva a byrokratický aparát danou VP implementují, organizované skupiny obhajující ekonomické zájmy či sociální hodnoty svých členů mohou vyvinout značný vliv na danou veřejnou politiku (Walker, 1991, cit. dle Howlett, Ramesh, Perl, 2009: 69). Členové dané zájmové skupiny mají většinou nějakou znalost (knowledge) a disponují určitými informacemi o daném problému. Navíc mají organizační zázemí i politické zdroje; lišit se mohou ve finančních zdrojích. Dle toho jsou také různé zájmové skupiny různě silné, a tím pádem s větší či menší šancí prosadit své požadavky a zájmy. Např. skupiny z podnikatelského prostředí budou mít často větší vliv než menší, méně organizované a hůře finančně zajištěné skupiny. To záleží také na politické kultuře, na roli státu, odborů apod., což se může v různých státech lišit.

Vyjednávací pozice skupin může záviset na různých institucionálních a kontextuálních faktorech. Truman uvádí zejména tři důležité faktory (kategorie), dle nichž zájmové skupiny mohou či nemusí být úspěšné v prosazování svých zájmů: 1) faktory související se strategickou pozicí dané skupiny ve společnosti; 2) faktory spojené s interní charakteristikou dané skupiny; 3) faktory zvláštní pro samotné vládní instituce (Truman, 2003: 365).

Zájmovou skupinou jsou např. odbory. Důležitým aspektem odborů je jejich vnitřní organizace. Pakliže jsou odbory decentralizované, jejich vyjednávání jsou fragmentovaná; pokud je míra členství v odborech koncentrovanější, budou taková i jejich vyjednávání. Větší vliv mají odbory v korporativistickém politickém systému, zatímco menší vliv mají v pluralitních politických systémech. (Howlett, Ramesh, Perl, 2009: 69 – 72) V pluralitním systému tak zájmy mezi sebou spíše soutěží a jsou spontánnější, zatímco v

(neo)korporativním systému převažuje vztah mezi státem a občanskou společností (Říchová, 2002: 129).

Z tohoto vymezení pak budu pracovat zejména se zájmovou skupinou, kterou v mé práci představuje Lékařský odborový klub, na jehož sněmu akce *Děkujeme, odcházíme* vznikla.

6.2.3 Konstrukce sociální skupiny

V této práci jsou středobodem artikulace svých zájmů lékaři sdružení v Lékařském odborovém klubu (LOK). To, že jde o lékaře, kteří disponují silným společenským statutem a navíc jsou (ne všichni) organizovaní v LOKu, může být bráno jako předpoklad pro úspěšnost akce, neboť jejich výchozí pozice je na základě výše uvedeného silná. Vycházím zde z teoretického přístupu sociální konstrukce cílových populací (*social constructions of target populations*, dále jako SKCP) autorek Helen Ingramové a Anne L. Schneiderové.

Velmi stručně řečeno, v SKCP jde o to, že během tvorby veřejných politik dochází k definování sociální reality, a tím k udržování, vytváření a přetváření stereotypních očekávání, neboli sociálních konstrukcí (*social constructions*) sdílené většinovou populací o cílové populaci (*target population*) (Jeráčková, 2012: 33). Lidé obecně pak na základě vytvořených sociálních konstrukcí vytvářejí rozdíly mezi různými skupinami a přisuzují jim odlišné charakteristiky. Tím se mnohé skupiny od sebe liší – např. senioři a děti jsou v rámci sociální konstrukce vnímáni pozitivně, zatímco ilegální imigranti, kriminálníci či nezaměstnaní jsou vnímáni (spíš) negativně. Dělení není ale jen na pozitivní či negativní, ale také z hlediska moci. Tedy jakou politickou mocí disponují dané skupiny, a tudíž do jaké míry mohou tyto skupiny ovlivňovat proces tvorby veřejné politiky, pravidla, normy atd. V příloze číslo 5 uvádím dvě tabulky (Ingram, Schneider, deLeon, 2007 a Schneider, Sidney, 2009), které přesněji sociálně konstruované skupiny vymezují jak dle moci, tak dle jejich pozitivního či negativního vnímání většinovou společností.²¹ Ačkoli v obou těchto tabulkách (viz příloha) chybí sociální konstrukce lékařů, dovolím si odhadnout na základě šetření Centra pro výzkum veřejného mínění (CVVM) Sociologického ústavu AV ČR jejich postavení ve společnosti.

²¹ Ve výsledku dle tohoto rozlišení existují čtyři „ideální“ typy: 1) devianti (*deviants*), kteří mají negativní sociální konstrukci a nemají politickou moc; 2) závislí (*dependents*) – ti sice mají pozitivní sociální konstrukci, ale nemají politickou moc; 3) uchazeči (*contenders*) – nejsou definováni pozitivně, mají ale silnou politickou moc; 4) zvýhodnění (*advantaged*), kteří disponují jak politickou mocí, tak i pozitivní sociální konstrukcí. (Ingram, Schneider, deLeon, 2007: 101 – 103)

Na základě šetření CVVM Sociologického ústavu v rámci výzkumů veřejného mínění se lékaři již delší dobu drží na prvních příčkách prestiže povolání. Např. poslední výzkum z června 2012 ukázal, že profese lékaře co do prestiže povolání stojí na první příčce, následovaná profesí vědce, učitele na vysoké škole, zdravotní sestry, učitele na základní škole, soudce a dalšími (Tuček, CVVM, 2012: 2)²². Pokud se podíváme na časový sled, pak zjistíme, že lékař jakožto povolání stojí na první příčce i ve výzkumech z minulých let, konkrétně pak v letech 2004, 2006, 2007, 2011, 2012 (Škodová, CVVM, 2007: 2; Tuček, CVVM, 2012: 2). Profese lékaře je tak dlouhodobě vnímána českou veřejností jako prestižní. Lékaři také vyšli dobře ve výzkumu ohledně sympatií k sociálním skupinám, kde se umístili na druhém místě ze třinácti hned za profesí vědce (Škodová, CVVM, 2005: 1 – 2). Ačkoli jde o výzkumy veřejného mínění a chybí mi tak přesnější zpracování dat, můžeme obecně hypoteticky říct, že lékaři by v tabulce SKCP byli pravděpodobně umístěni na pozici **pozitivně konstruovaných cílových skupin**. Navíc by pravděpodobně byli umístěni v tabulce „nahore“, tedy tam, kde cílová skupina má **vysokou (politickou) moc**. Tu lékařské odbory získávají tím, že jakožto zájmová (profesní) skupina s organizačním, finančním aj. uspořádáním mají větší moc než neorganizované jednotky. Navíc se jedná o specifickou profesi vzbuzující respekt s ohledem na oblast působnosti – lidského zdraví. V květnu 2012 byl v rámci CVVM zveřejněn výzkum ohledně odborů a jejich role ve společnosti. Ačkoli ve výzkumu nebyly jasně odděleny jednotlivé odbory, a tedy nemohu přesně určit roli lékařských odborů, obecně lze z tohoto výzkumu vyčíst, že dle názorů respondentů mají odbory vyvíjet aktivní činnost v dané oblasti, zejména pak v oblastech pracovněprávní ochraně zaměstnanců, výše mezd zaměstnanců atd. (Ďurďovič, CVVM, 2012: 1 – 5).

Tím se opět dostávám na začátek, kde tvrdím, že lékaři díky svému prestižnímu společenskému postavení a díky organizovaným zájmům v LOKu, tedy dispozicí větší moci v rámci vyjednávání, mají lepší předpoklady k prosazení svých zájmů, než by tomu bylo např. u bezdomovců, drogově závislých či ilegálních imigrantů.

²² Respondenti bodují daná povolání na škále 1-99, přičemž číslo 1 značí nejmenší prestiž, číslo 99 naopak nejvyšší hodnocení. Lékaři získávali v letech 2004 – 2012 v průměru kolem 90 bodů. Dotazováno bylo na 500 respondentů.

6.3 Mediální teorie

Druhým „okruhem“ teoretických východisek, ze kterých budu ve své práci vycházet, jsou teorie související s médii. Autoři Jones a Baumgartner ve svých výzkumech pozorují stoupající a klesající mediální agendu, zabývají se hodnotícími prvky v médiích, média samotná pak považují za jedno s „dějištěm“ v rámci tvorby veřejných politik. Z tohoto důvodu tak považuji za důležité se alespoň se základními teoriemi fungování médií seznámit.

6.3.1 Teorie masové komunikace a masová média

Autoři teorie přerušované rovnováhy zkoumají mediální obsahy, na jejichž základě určují, jak se o daném tématu, resp. o dané veřejné politice v médiích (a potažmo ve veřejném prostoru) hovoří, jak je daná VP zobrazována. Mediální sdělení jsou tak důležitým faktorem pro další analýzy. Ve své práci, stejně jako autoři Jones a Baumgartner, vycházím z mediálních sdělení, konkrétně z novinových článků. Jelikož jsou média jakožto aktér ve veřejné politice i jako veřejněpolitické dějiště důležitou součástí, na následujících řádcích se pokusím nastínit některé důležité aspekty související s médii.

Média (nejen v západních demokraciích) jsou zaměřená zejména na masy. Samotný pojem masy souvisí *„s konceptem masifikované společnosti, který je spojován s vysoce industrializovanými, urbanizovanými a byrokratickými společnostmi, v nichž jedinec zdánlivě nebo skutečně ztrácí možnost naplnění své neopakovatelné existence ve společnosti druhých a stává se atomizovanou, víceméně izolovanou jednotkou smýkanou vnějšími vlivy, mimo jiné také médii“* (Jirák, Köpplová, 2009: 23). Ve své práci pracuji s masovými médii, proto si nyní tento pojem objasníme.

Co vlastně jsou masová média? Zpravidla tím máme na mysli periodický tisk (noviny, časopisy), rozhlasové a televizní vysílání a veřejně dostupná sdělení na internetu (ať už jde o zpravodajské portály, blogy, sdílené příspěvky na YouTube atd.). Společnými rysy těchto médií jsou: 1) díky svým možnostem (organizačním, technickým ad.) jsou (potenciálně) dostupné neomezenému množství adresátů/uživatelů a využíváné velkým počtem těchto příjemců; 2) nabízejí obsahy použitelné pro uživatele (pro poučení, zdroj zábavy, orientaci ve světě atd.); 3) tyto obsahy nabízejí masová média průběžně či pravidelně; 4) na zájmu a potřebách uživatelů závisí samotná existence těchto médií (z ekonomických, politických ad. důvodů). (Jirák, Köpplová, 2009: 21) Masová média a jejich příjemci – masy – pak spolu komunikují, příjemci masové komunikace tedy přijímají

sdělení, ať již je to ve formě slov, obrazů, tónů či jiným způsobem. Komunikace je zde tedy přenosem mezi zdrojem informace a jejím příjemcem (Jirák, Köpplová, 2009: 25 – 26).²³ Masová média v procesu masové komunikace nabízejí obsahy určené zejména ke krátkodobému užití s aktuálním charakterem, jsou produkovány formálními organizacemi, jejich obsahy jsou různým způsobem distribuovány k masovému a anonymnímu publiku, a to převážně jednosměrným tokem informací (Jirák, Köpplová, 2009: 45 – 46).

Masovou komunikaci můžeme vnímat ale také jako celospolečenský proces, kdy mediální instituce produkují poznání (knowledge), tedy že ideje a informace zpřístupněné médiu mohou být pro většinu lidí zdrojem sdíleného času, zásobárnou vzpomínek a informací o tom, kdo jsme, média mohou konstruovat realitu. Zprostředkování reality může mít vícero podob, média tak mohou působit jako okno, které nám rozšiřuje rozhled, jako zrcadlo událostí ve společnosti, jako filtr (gatekeeper), který třídí informace (ať už záměrně či nikoli), jako průvodce, jako předkladatel informací či jako bariéra, která nás může odříznout od skutečnosti. (McQuail, 2002: 87 – 89)

Médiím, mediální a masové komunikace apod. je věnována spousta literatury. Mým cílem zde není poukázat na veškeré informace a teorie související s médiu. Pouze zde nastiňuji, z jakých médií aneb institucí čerpám informace pro svůj výzkum, jaké jsou charakteristiky těchto institucí, jak se chovají a jak mohou na proces tvorby politiky svým uspořádáním působit.

6.3.2 Normativní teorie médií

Pokud chceme zkoumat obsahy mediálních sdělení, pak musíme vědět, co od médií vlastně očekáváme. Tedy to, jak se mají média ve vztahu ke společnosti chovat, jak by měla fungovat, zda mají přinášet „objektivní“ a nezaujaté informace²⁴, či zda počítáme s tím, že

²³ Je však nutné mít na paměti, že pojmy „mediální komunikace“ a „masová komunikace“ se od sebe liší. Jirák a Köpplová (2009: 24) je rozlišují tak, že za *mediální komunikaci* považují sociálně-komunikační aktivitu, na jejíž realizaci se podílejí *jakákoli* tištěná, vysílací či síťová média, zatímco za *masovou komunikaci* považují takovou komunikaci, na níž se podílejí masová média – tedy vysokonákladový periodicky vycházející tisk, rozhlasové, televizní a internetové vysílání určené početným skupinám. V mém případě je pro můj výzkum relevantní zejména masová komunikace, jelikož zkoumám obsahy masových (tištěných) médií, které pak kóduji.

²⁴ Hlavními rysy objektivnosti jsou: odstup a neutralita ve vztahu k předmětu zpravodajství, tedy vyloučení subjektivního pohledu či osobního zaujetí; absence stranění, tedy zdržení se předpojatosti a nastavení se na ničí stranu v rámci sporu; přesnost a pravdivost (relevance a úplnost informací); absence skrytých motivů nebo služby třetí straně; nezasahování do skutečnosti, o níž je informováno. (McQuail, 2002: 172)

svým fungováním mohou média svá sdělení (záměrně či nezáměrně) upravovat. Ve své práci jsem již uvedla, že v české legislativě nalezneme požadavky na neutralitu a objektivitu sdělovaných informací, konkrétně pak v zákoně č. 468/1991 Sb., § 4 odstavec 2. Požadavek objektivitu v novinářině je pak jedním z hlavních požadavků v liberálnědemokratických společnostech. U masových médií se ale v posledních desetiletích objevily některé problematické oblasti narážející právě na normativní požadavky mediálních sdělení. Mezi tyto problémy patří např. koncentrace vlastnictví tisku a jiných médií, ohrožení různorodosti a nezávislosti informací, rozvoj médií zaměřených na senzace a skandály, nástup televize (považována za mimořádně vlivnou a jejíž moc může vytlačovat jiné socializační činitele), vznik nových médií založených na počítačových technologiích a ohrožujících svobodu a soukromí jedinců (McQuail, 2002: 148). Problémem je také komercializace médií, která ve svém důsledku vede k nízké kulturní úrovni, odcizování vztahů, prospěchářství, k propagandě konzumentství ad. (McQuail, 2002: 132).

Média z hlediska normativní teorie nabývají společenské odpovědnosti – média by měla dbát některých pravidel, jako je pravdivost, přesnost, slušnost, objektivnost a relevantnost zpráv, měla by poskytovat prostor pro zveřejňování myšlenek, měla by být svobodná, ale samoregulovaná, měla by dodržovat etické kodexy apod. (McQuail, 2002: 150). Média by měla hledět svobody slova a projevu, dát zúčastněným prostor k vyjádření. S tím souvisí tlak na kvalitní zpravodajství – *„tisk je často obviňován ze senzacechtivosti a povrchnosti, přehlížení, neslušnosti, a dokonce falzifikace a lhaní. Potřeba objektivního a vyváženého zpravodajství a různorodosti názorů se znovu a znovu stává důležitou otázkou“* (McQuail, 2002: 163 – 164). Hagen (2004) pak uvádí některá kritéria všeobecné informační kvality: relevance, pravdivost a srozumitelnost. *Relevancí* má na mysli důležitost či užitečnost informace; *pravdivostí* pak klade důraz na správnost informací, tedy na to, aby informace nebyla nepravdivá, a tedy dezinformací; *srozumitelnost* je důležitá pro pochopení sdělovaného. (Hagen, 2004: 52) Autor také klade důraz na co největší míru objektivitu v novinářské profesi, tedy aby zprávy byly správné, transparentní, věcné, vyvážené, různorodé (Hagen, 2004: 53).

Sami autoři PET, Jones a Baumgartner, poukazují ve vztahu k médiím na jejich různé aspekty – např. na zaměřování pozornosti médií na konflikt, na zájem médií o senzaci a zábavu, prodej negativních zpráv (které se lépe prodávají), na simplifikaci politických témat ad. V médiích se také často objevuje „**personifikace**“, tedy soustředění se na některé aktéry více než na jiné. V mediálních sděleních se projevuje vliv PR (public relations), např. v podobě v tzv. **spin-doctoring**, tedy kde komunikace je dělána zjištěně s nějakým cílem –

média tak např. přejímají tiskové zprávy, zdrojem informací jsou sami aktéři (politici, politické strany, PR daných aktérů apod.)

Z hlediska normativních teorií se můžeme zmínit o mnoha dalších souvisejících teoriích, jako jsou např. čtyři teorie tisku (a jejich kritika), teorie o svobodě projevu médií a o svobodě vyjadřování, mohla bych zde rozvést demokraticko-participační teorie médií či rozvojovou teorii médií – kdy tyto teorie souvisejí s normativními požadavky mediálních sdělení. Jelikož je ale konkrétně pro svou práci považuji za nesouvisející, odkazuji tímto čtenáře na jiné zdroje a literaturu.

6.3.3 Agenda-setting

Proces nastolování agendy, tedy agenda setting, patří v teorii přerušované rovnováhy ke klíčovému momentům. K tomu, aby mohlo dojít k přerušení stávající rovnováhy, je zapotřebí, aby daná zájmová/nátlaková skupina definovala problém a poté jej „protlačila“ do agendy, tedy aby se o problému ve VP začalo mluvit a aby byl ve výsledku nějakým způsobem řešen.

Agendou setting nemáme na mysli „ovlivňování“ veřejného mínění ve smyslu přesvědčování lidí, ale spíše formulování témat, která jsou nějakou skupinou definována jako problém, a jejich zviditelnění. „*Tisk nemusí být většinou úspěšný v tom, aby říkal lidem, co si mají myslet, ale je neuvěřitelně úspěšný v tom, o kterých tématech mají jeho čtenáři přemýšlet*“ (Cohen, 1963: 13)²⁵. Agendou setting tedy máme na mysli proces, ve kterém dochází k soutěžení mezi zastánci toho kterého tématu s cílem získat pozornost médií, veřejnosti, politických elit ad. Agenda setting nabízí vysvětlení, proč se některá témata dostanou k veřejnosti a jiná nikoli, jak se utváří veřejné mínění. (Dearing, Rogers, 1996: 1–2)

Za zakladatele výzkumu ohledně agendy setting jsou považováni vědci Maxwell McCombs a Donald Shaw, kteří v roce 1972 publikovali studii s názvem Chapel Hill Study (provedenou v roce 1968), kde zkoumali mezi nerozhodnutými voliči v amerických prezidentských volbách hlavní volební témata zobrazovaná v médiích a reakce voličů na tato témata. Zde byl také poprvé použit termín agendy setting. Teorie agenda setting se tak

²⁵ V originále je to: „The press may not be successful much of the time in telling people what to think, but it is stunningly successful in telling its readers what to think about.“

vyvinula „z popisu a vysvětlení vlivu masové komunikace na veřejné mínění o aktuálních otázkách“ (McCombs, 2009: 20).

Masová média tedy nastolují agendu k určitým tématům, jejichž výběr je záměrný či nezáměrný, čímž ovlivňují (mohou ovlivňovat) i názory na důležitost těchto témat u veřejnosti. Již zmiňovaní autoři Dearing a Rogers určili v procesu nastolování agendy tři její podoby: mediální agendu (media agenda), veřejnou agendu (public agenda) a politickou agendu (policy agenda) (Dearing, Rogers, 1996: 5). Na mediální agendu působí vnější vlivy, jako jsou různé události, zájmové skupiny apod. Jakmile se téma dostává do mediální agendy, postupuje do veřejné agendy a nakonec do politické agendy. Přičemž mediální agenda může působit přímo na politickou agendu a vice versa. Během tohoto procesu působí na všechny tři agendy komunikační toky a indikátory reálného světa zdůrazňující důležitost daného tématu či události v agendě. (tamtéž) Téma se do agendy (ať již veřejné, mediální či politické) dostane v zásadě dvojitým způsobem: buď díky „entusiasmu“ či „kritikou“ (Baumgartner, Jones, 2009: 84). Vlna entusiasmu vede k vytvoření nových institucí, zatímco kritika stávajícího stavu vede spíše k destrukci institucí (tamtéž).

Ve své práci ale nezkoumám celou mediální agendu, ale jen jedno téma v rámci dané agendy. „Klasický“ výzkum k nastolování agendy by v mém případě vypadal tak, že bych provedla výzkum veřejného mínění v době, kdy probíhala kauza *Děkujeme, odcházíme*, a témata považovaná veřejností za důležitá bych pak porovnávala s tím, která témata se objevují v médiích (novinách). Mne ale zajímá jen mediální agenda zkoumající jen jeden vzorek obsahů, tedy mediální obsahy týkající se kauzy D-O. V tomto duchu tak lze rozlišit dvojí výzkumy agendy setting: **1) výzkumy sledující postavení jednoho tématu v agendě médií** (např. mediální pokrytí jedné problematiky), takovéto výzkumy jsou často doplněny o analýzu, co vede média k zájmu o takové téma (agenda building); **2) výzkumy zkoumající celou agendu média** nebo více médií, což má za cíl popsat celou tematickou skladbu mediálního produktu (Trampota, Vojtěchovská, 2010: 102). Pro mou práci je vhodnější bod číslo 1. Média v tomto případě byla prostředníkem mezi zájmovou skupinou (LOK), politickou reprezentací a veřejností; kauza *Děkujeme, odcházíme* je „ukázkovým“ příkladem kauzy, kterou si veřejnost běžně nemůže osobně „osahat“, o jejím vzniku a trvání se tak dozvídá zejména prostřednictvím médií. Teorie agenda setting tak zde má výsadní postavení.

6.3.4 Mediální účinky

Pro cíle mé práce zde okrajově nastiňuji oblast výzkumu mediálních účinků. Tato oblast je velmi široká, uvádím jí zde zejména v souvislosti s tím, že média působí na své příjemce tak, že jim nabízí témata k přemýšlení, že je informují; navíc budu ve své práci používat i výzkumy veřejného mínění ve vztahu ke kauze D-O. Netvrdím, že zde budu prokazovat účinky médií na tyto výzkumy; na druhou stranu zřejmě díky médiím se většina lidí o této kauze dozvěděla a mohla tak na otázky výzkumu odpovědět.

Výzkum mediálních účinků je velmi problematický. V historii výzkumu účinků nalezneme období, kdy byl médiím připisován velký vliv a média se jevila jako „všemocná“. Poté přišla fáze, kdy byl dojem všemocných médií vyvrácen, aby byl o několik let později opět spíše potvrzen. Dnes hovoříme o fázi „dohodnutého vlivu médií“. (McQuail, 2002: 360 – 364)

Účinky médií můžeme rozdělit na přímé a nepřímé, krátkodobé a dlouhodobé; do 60. let 20. st. se zkoumaly zejména krátkodobé a přímé účinky, od šedesátých let se sledují účinky spíše nepřímé a dlouhodobé. Např. je těžké dokázat přímé účinky médií, tedy že člověk sledující násilí v televizi půjde a někomu ublíží; dlouhodobé a nepřímé účinky oproti tomu vytvářejí konstrukce nějakých skupin, což je již lépe prokazatelné než u přímých krátkodobých účinků. Přesto je i prokazování dlouhodobých a nepřímých účinků ošemetné, nelze vyloučit jiné vlivy působící na příjemce mediálního sdělení. Mezi předpokládané dlouhodobé účinky médií patří zejména: šíření informací a zpráv, socializace, šíření technologických a kulturních inovací, kulturní změna a již výše nastíněné nastolování důležitosti témat – agenda setting (Trampota, Vojtěchovská, 2010: 240 – 242). Přestože jsou ale mediální účinky a jejich prokazatelnost problematickou oblastí, existují i studie, které dokazují, že za určitých podmínek mohou média mít i přímý účinek.²⁶

Záleží také na kontextu, v němž účinky médií posuzujeme. Vliv hrají např. interpersonální vazby a vztahy, historický kontext dané doby, sociokulturní podmínky,

²⁶ Například E. M. Rogers ve článku *Intermedia processes and powerful media effects* ukazuje na několika příkladech tyto krátkodobé účinky. Jako příklad uvádím jeden z nich: špičkový basketbalista se v roce 1991 přiznal, že je HIV pozitivní. Výzkumníci zkoumali mediální agendu této kauzy a telefonáty na linku pomoci s HIV a AIDS a zjistili, že poté, co tento basketbalista svou nemoc zveřejnil (a média o tom informovala), se v jednu dobu rapidně zvýšil počet telefonátů na uvedené linky pomoci. Takovéto případy jsou ale spíše výjimečné. V jiném případě se ukázalo, že větší vliv než média mají interpersonální vztahy – jedna rozhlasová hra v Tanzánii se kupříkladu věnovala problému HIV a plánovaného rodičovství. Média v tomto případě zřejmě měla menší vliv na plánování rodičovství, ale tím, že hru uvedla, se téma dostalo mezi lidi a na základě interpersonální komunikace a předávání informací došlo k částečné „osvětě“ ohledně HIV a plánovaného rodičovství.

v nichž člověk vyrůstá a žije apod. Navíc rozlišujeme tři oblasti, na něž mohou média působit: na názory veřejnosti, na chování veřejnosti, na emoce veřejnosti.

Zkoumat mediální účinky patří k jedné samostatné oblasti mediálních výzkumů. To není cílem této práce – pro tuto práci s designem případové studie mají mediální účinky důležitost ve smyslu nastolování agendy. Předpokládám, že když média o kauze *Děkujeme, odcházíme* informovala, dostala se tato mediální agenda i do veřejné agendy a že lidé o této kauze nějakým způsobem přemýšleli. Ke kauze D-O bylo provedeno několik **výzkumů veřejného mínění**; bylo by asi problematické, jak jsem již nastínila výše, přisuzovat mediálním účinkům výsledky daných veřejných mínění. Mediální účinky jsou zde, jak jsem již uvedla, relevantní ve vztahu mínění veřejnosti o kauze D-O ve smyslu nastolení agendy. Ve své práci tak uvedu několik provedených výzkumů veřejného mínění pro dokreslení situace; ukážu na nich, jak se veřejné mínění o lékářích v dané kauze vyvíjelo a jak veřejnost v rámci těchto průzkumů kauzu vnímala (viz kapitola 8.9).

6.3.5 Koncept PR (Public Relations)

Kauza *Děkujeme, odcházíme* byla unikátní v tom, že si zájmová skupina (Lékařský odborový klub) najala PR agenturu, a tím učinila svou komunikační strategii profesionální. Během této akce jsme se mohli setkat s profesionální kampaní, s mnoha tiskovými konferencemi a tiskovými zprávami apod. Public relations, neboli vztahy s veřejností, spadají do schématu politické komunikace a jsou tradičně vnímány jako součást marketingu. Zatímco (politický) marketing můžeme vnímat jako taktiku, PR potom jako jeho strategii (Ftorek, 2010: 66). PR bychom pak definovali jako „ovlivňování mínění s cílem dosažení souhlasu mezi občany“ (Ftorek, 2012: 30). Definic PR je nepřehledné množství, pro příklad uvedu ještě jednu, která byla v roce 1978 přijata Institutem Public Relations: „PR činnost je záměrné, plánované a dlouhodobé úsilí vytvářet a podporovat vzájemné pochopení a soulad mezi organizacemi a jejich veřejností“ (APRA, 2012).

K ovlivňování mínění či k dlouhodobému úsilí s cílem vzájemného pochopení a souhlasu mezi občany pak PR používá různých nástrojů a strategií, jak takového cíle dosáhnout. Mezi tyto nástroje bychom pak zařadili např. publikace (např. brožury), zorganizování nějaké události, semináře či konference, zprávy o dané organizaci, veřejná vystoupení a budování mediální identity (logo, nápisy, design atd.) (Kotler, Keller, 2007: 634). Každá kampaň má pak svou komunikační strategii, což je využití všech

komunikačních prostředků vedoucí k úspěšnosti kampaně; patří sem harmonogram akce, její naplánování, analýza oblasti působení, komunikace se všemi zainteresovanými aktéry apod. Nemělo by chybět ani zhodnocení akce a poskytnutí zpětné vazby. (IDRC, 2011: 1 – 4)

V další části práce se pak budu podrobněji zabývat kampaní *Děkujeme, odcházíme*, kterou LOKu pomohla utvářet najatá agentura Ewing PR, s jejímž zástupcem Martinem Jarošem jsem provedla rozhovor. Uvedu, které kroky byly v rámci komunikační strategie provedeny, jak byla akce naplánována apod.

6.4 Hodnotová východiska

Hlavní hodnotová východiska se v rámci této práce budou týkat zejména médií a oblasti zdravotnictví.

Z pohledu médií se střetáváme s dvojitým přístupem k médiím a jejich sdělením. Zatímco jeden přístup vnímá média jakožto „zprostředkovatele reality“, která zobrazují „pravdu“ a jsou „objektivní“, druhý přístup vnímá média a jejich produkty jako reprezentaci světa konstruovaného v konkrétní historické situaci, kdy se sama média na dané konstrukci podílejí (Jirák, Köppelová, 2009: 290-291, 310-313). Realita tak není „objektivní“ či daná, ale spíše výsledkem sociálně a kulturně podmíněného historického procesu (tamtéž)²⁷. Přesto nalezneme v české legislativě požadavky na neutralitu a objektivitu sdělovaných informací, kdy v části o oprávněních a povinnostech provozovatelů se píše, že „provozovatelé poskytují objektivní a vyvážené informace nezbytné pro svobodné vytváření názorů“ (zákon č. 468/1991 Sb., o provozování rozhlasového a televizního vysílání, § 4 odstavec 2). Požadavek objektivitu je pak jedním z hlavních požadavků v liberálnědemokratických společnostech, její nedostatek může být znakem nepoctivé a nevyvážené žurnalistiky (Jirák, Köppelová, 2009: 311-313).

Z hlediska pozitivistického bychom se pak spíš přikláněli k tomu, že je možné oddělit výzkumný jev od jeho pozorovatele s možností odhalit „pravdu“, v případě médií pak můžeme klást požadavky na jejich objektivitu a neutrálnost. Na druhou stranu si připomeňme, že i sami autoři teorie přerušované rovnováhy, ačkoli vycházejí z pozitivistických předpokladů, kódují mediální sdělení jako pozitivní, negativní či neutrální. Pakliže by připustili, že existuje objektivita v médiích, kódování by se mělo

²⁷ Viz předešlé podkapitoly o mediálních teoriích a zároveň publikace *Sociální konstrukce reality* autorů Petera Bergera a Thomase Luckmanna z roku 1964.

vyvarovat škále pozitivní – negativní. Avšak není tomu tak. V samotné analýze za použití kvantitativní obsahové analýzy se i já budu koukat na to, zda média referovala o kauze *Děkujeme, odcházíme* neutrálně, či zda tomu bylo jinak.

Z hlediska zdravotnictví se pak dostáváme k otázce etiky v lékařství a legitimacy lékařů stávkovat, resp. činit nátlakové akce. Zde se dostáváme do střetu dvou rovin – na jedné straně stojí normativní představa povolání lékaře jakožto zachránce lidských životů se složenou Hippokratovou přísahou; na druhé straně stojí teze, že špatně placený zdravotník může špatně pracovat, což se odrazí na zdraví pacientů. V korporativistickém uspořádání jsou navíc lékaři sdruženi v lékařských odborech, které mají legální i legitimní povahu, jsou ustanoveny zákonem a mohou svým institucionálním zasazením a svou povahou činit nátlak k prosazení svých požadavků. Obě roviny jsou, dle mého názoru, správné. Do střetu se dostáváme v případě, kdy by jedna rovina ohrožovala druhou. (Uvedeme příklad dvou extrémních rovin – na jedné z nich by museli lékaři pracovat zadarmo a zdarma ošetřovat své pacienty, jelikož jim to velí Hippokratova přísaha, na straně druhé by požadavky lékařů ohrožovaly na životech pacienty.) Otázkou zůstává, kde se nachází hranice mezi těmito dvěma rovinami, co je na hranici a co již je za hranicí. Není v mých silách soudit – a rozsoudit – tyto dva póly. Pouze poukazuji na to, že otázky týkající se lidského zdraví jsou vždy velmi citlivé a často plné emocí.

7 Zdravotní politika v ČR po roce 1989 jako kontext kampaně *Děkujeme, odcházíme*

Kampaň *Děkujeme, odcházíme* nevznikla na prázdném pozadí. Lékaři, kteří v kauze figurovali, definovali na jejím počátku **13 bodů neboli problémů v českém zdravotnictví** (k bodům konkrétně a podrobně v další části práce). Reagovali tak na řadu potíží, které z jejich hlediska dlouhodobě nepřispívají k dobrému fungování zdravotního systému v ČR. Abychom mohli těchto třináct lékařů definovaných bodů kriticky hodnotit a abychom byli schopni alespoň částečně důvody ke vzniku kampaně D-O pochopit, je nutné si udělat alespoň krátký exkurz do české zdravotní politiky.

Pole zdravotní politiky je velmi obšírné, od 90. let po současnost došlo k mnohým změnám a není v mých silách – a není to ani cílem této práce – popsat detailně veškeré

aspekty fungování tohoto komplikovaného systému. Pokusím se tedy na následujících řádcích popsat vývoj českého zdravotnictví v ČR jakožto *kontext*, v němž je možné vznik a vývoj akce D-O pozorovat. Čtenáři má tak posloužit alespoň pro základní orientaci v klíčových momentech českého zdravotnictví. V neposlední řadě si následující text klade za cíl nabídnout „zobrazení“ konkrétních jevů ve zdravotnictví, ke kterým se lékaři vyjádřili jako k problematickým a na jejichž základě zformulovali oněch třináct důvodů svého případného odchodu, pakliže nebudou tyto problémy řešeny.

Zdravotní politiku obecně bychom mohli vymezit jako „*rozhodovací procesy, realizované příslušnými aktéry zdravotní politiky na různých úrovních (nadmárodní, národní, regionální, lokální, na úrovni organizací či jednotlivců) zdravotnických systémů a jejich společenského kontextu*“ (Háva, 2005: 312). Obsahem zdravotní politiky jsou pak jednak pravidla vymezující fungování ZP a jednak její praktický obsah, jako poskytování zdravotnických služeb, řídicí činnosti apod. (Háva, 2005: 313). Zdravotní politika (dále jako ZP) se změnou politického systému transformovala a měnila. Pro tuto práci je z mého hlediska relevantní zabývat se vývojem zdravotní politiky až po roce 1989. Navíc, poreferovat celkově o zdravotní politice, zdravotnictví a zdravotním systému v ČR by bylo na samostatnou práci. Mohu zde zmínit např. populační trendy, jako je demografický vývoj, delší doba dožití, nárůst některých onemocnění (cukrovka, obezita, nárůst počtu kuřáků a kuřacek), které zajisté se zdravotnictvím souvisejí, přesto se ale raději zaměřím na aspekty ve zdravotnictví v ČR související s mým vymezením diplomové práce. Zajímat mne tak bude zejména institucionální nastavení zdravotní politiky, financování, územní nastavení a správa, organizace, instituce, odbory, pracovníci a další aktéři v oblasti zdravotní politiky a podobně.

Od roku 1989 prošlo zdravotnictví v ČR transformací od „*státem řízeného a z daní financovaného systému k modelu všeobecného zdravotního pojištění, kde hlavní odpovědnost za financování a organizaci zdravotní péče převzaly zdravotní pojišťovny*“ (ÚZIS ČR, 2010: 28). Do roku 1990 existovala v ČR (resp. v ČSSR a později v ČSFR) třístupňová síť zdravotnických zařízení (republika, kraje, okresy), což se začátkem 90. let začalo měnit. Zdravotnictví v té době bylo decentralizováno, na kraje byly v rámci územní reformy veřejné správy převedeny nemocnice do té doby spravované okresy²⁸.

²⁸ V roce 1991 vstoupila v platnost vyhláška MZ ČR č. 242/1991 Sb., o soustavě zdravotnických zařízení zřizovaných okresními úřady a obcemi, která upravovala výše zmíněnou decentralizaci.

Do 90. let byla zdravotnická zařízení státní a péče byla hrazena státem z daní. Změna tak nastala nejen ve struktuře poskytování péče, ale také v jejím financování, kdy stát měl nadále garantovat zdravotní péči, ta měla být však nově poskytována v konkurenčním prostředí; monopol státu byl odstraněn a do systému péče bylo zavedeno povinné zdravotní pojištění. (ÚZIS ČR, 2010: 28; Háva, 2005: 317) V roce 1992 nabyl účinnosti zákon o všeobecném zdravotním pojištění a zákon a Všeobecné zdravotní pojišťovně, o půl roku později pak zákon o dalších pojišťovnách, což vneslo do systému konkurenční prostředí.²⁹ Nedokonalou legislativou došlo k významnému nárůstu počtu pojišťoven (v roce 1992 jich bylo 27); po finančních potížích daných pojišťoven a zániku některých z nich se jejich počet redukoval na dnešních devět³⁰.

Zdravotnický systém v ČR tak dnes poskytuje zdravotní služby trojího typu: primární (např. praktičtí lékaři, stomatologové), sekundární (nemocnice, ambulantní specialisté) a terciární (fakultní nemocnice, psychiatrické léčebny a další specializovaná pracoviště), které jsou primárně financovány z veřejného zdravotního pojištění (Háva, 2005: 331).

Z hlediska **právního rámce** se pak v ČR vytvořil právní systém, který upravuje celou řadu aspektů zdravotní politiky. Jedná se zejména o zákony upravující mezinárodní působnost, jako jsou mezinárodní dokumenty zakotvující lidská práva se vztahem ke zdraví, např. Mezinárodní pakt o hospodářských, sociálních a kulturních právech (zejména článek 12)³¹, dále o ústavní zákony, organizace zdravotnictví a zdravotní péče, pracovníky ve zdravotnictví, zdravotní pojištění, profesní samosprávy, lázně, léky, integrovaný záchranný systém apod. (Barták, 2010: 163 – 164). Z hlediska důležitosti a významnosti jsou českými nejdůležitějšími dokumenty **Ústava ČR** a **Listina základních práv a svobod**. Již v preambuli Ústavy je zdůrazněna hodnota lidské důstojnosti; v Listině jsou pak zdůrazněna základní práva a svobody bez rozdílu pohlaví, rasy, barvy pleti, jazyka, víry, náboženství,

²⁹ Konkrétně jde o tyto zákony: zákon č. 550/1991 Sb., o všeobecném zdravotním pojištění; zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky; zákon č. 280/1992 Sb., o rezortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách.

³⁰ Jmenovitě: Česká průmyslová zdravotní pojišťovna, Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank a pojišťoven, Revírní bratrská pokladna, Vojenská zdravotní pojišťovna, Všeobecná zdravotní pojišťovna, Zaměstnanecká pojišťovna Škoda, Zdravotní pojišťovna Média, Zdravotní pojišťovna Metal-Aliance, Zdravotní pojišťovna Ministerstva vnitra ČR.

³¹ Článek 12 mezinárodního paktu z roku 1966 pak stanovuje toto: 1. Státy, smluvní strany Paktu, uznávají právo každého na dosažení nejvyšší dosažitelné úrovně fyzického a duševního zdraví. 2. Státy, smluvní strany Paktu, učiní opatření k dosažení plného uskutečnění tohoto práva, která budou zahrnovat: a) opatření ke snížení počtu potratů a kojenecké úmrtnosti a opatření ke zdravému vývoji dítěte; b) zlepšení všech stránek vnějších životních podmínek a průmyslové hygieny; c) prevenci, léčení a kontrolu epidemických, místních nemocí, chorob z povolání a jiných nemocí; d) vytvoření podmínek, které by zajistily všem lékařskou pomoc a péči v případě nemoci.

politického či jiného smýšlení, národního nebo sociálního původu, příslušnosti k národnostní nebo etnické menšině, majetku, rodu nebo jiného postavení. Důležitý je zde zejména článek 31, který říká, že „každý má právo na ochranu zdraví. Občané mají na základě veřejného pojištění právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky za podmínek, které stanoví zákon“ (Listina základních práv a svobod, 1992, článek 31). Diskutabilní je zde interpretace pojmu bezplatná zdravotní péče – neznamena to, že by péče byla zdarma. Spíš to poukazuje ke skutečnosti, že bezplatná je v době spotřeby právě na základě úhrady zdravotního pojištění (které je v ČR povinné). (Barták, 2010: 165)

V 90. letech, kdy se formovala právní podoba nově utvořeného státu, byla významná část pozornosti věnována lidským právům, ta „se však v české veřejné politice, a to zejména v aktivitách vlády ČR v průběhu 90. let postupně začala zaměřovat prioritně především na diskriminované skupiny (Romové, homosexuálové, integrace migrujících cizinců), zatímco otázky lidských práv ve vztahu k bezdomovcům, starším věkovým skupinám, rodinám s dětmi a nemocným nebyly v české společnosti a na úrovni vlády ČR vnímány s takovou intenzitou“ (Háva, Mašková, Teršová, 2011: 21). Dodnes nejsou v ČR mechanismy kontroly a ochrany lidských práv se vztahem ke zdraví dostačující, zejména ve vztahu k mezinárodním úmluvám (tamtéž).

Pro přehled důležitých momentů ve zdravotní politice ČR uvádím tabulku s časovým vymezením a pojmenováním důležitých kroků v daném období.

Tabulka č. 1 – Jednotlivá období reformy českého zdravotnictví

1990 – 1991	<ul style="list-style-type: none"> - příprava a zahájení základních změn; - zánik Krajských ústavů národního zdraví (KÚNZ) a později i Okresních ústavů národního zdraví (OÚNZ); - vznik Všeobecné zdravotní pojišťovny (VZP) - vytváří se nový právní řád
1992	<ul style="list-style-type: none"> - zahájení nového způsobu financování zdravotní péče prostřednictvím veřejného pojištění (VZP); - vytvoření základu pro proces privatizace - přijata Ústava ČR s účinností od 1. 1. 1993 - vyhlášení Listiny základních práv a svobod jako součásti ústavního pořádku ČR
1993	<ul style="list-style-type: none"> - financování zdravotní péče skrze VZP a další zdravotní pojišťovny na bázi vybraného pojistného; - vznik několika zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven; - zahájení privatizace (zejména v ambulantní péči)
1994 – 1995	<ul style="list-style-type: none"> - ve financování zdravotnictví se objevují první vážné problémy; - vznik většiny zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven;

	<ul style="list-style-type: none"> - zdravotnická veřejnost vyjadřuje svoji nespokojenost se stavem systému - proces restrukturalizace lůžkové péče - 1994 až 1998 stagnace vývoje zdravotnického práva
1996	<ul style="list-style-type: none"> - nárůst potíží systému; - likvidace či fúze některých zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven; - legislativní omezení konkurence pojišťoven; - shoda na nutnosti podstatných úprav systému a nutnost pokračovat v reformě v upraveném pojetí
1997 – 1998	<ul style="list-style-type: none"> - tlumení růstu výdajů zavedením různých forem paušálních plateb; - pokus o restrukturalizaci lůžkové péče na bázi výběrových řízení - začínají přípravy ke vstupu do EU; český právní řád je nutné harmonizovat po vzoru evropských právních předpisů včetně oblasti zdravotní politiky a právních úprav této politiky
1999 – 2001	<ul style="list-style-type: none"> - stagnace; vyčkávání
2002 – 2009	<ul style="list-style-type: none"> - několik koncepcí reformy zdravotnictví, žádná nebyla implementována; - transformace nemocnic z rukou státu na kraje; - stanovení maximálních cen léku (SÚKL); - 1. 5. 2004 vstup do EU - od roku 2006 zdravotnické reformy s tržně orientovaným směřováním - zavedeny regulační poplatky (ODS – Tomáš Julínek)
2010 – současnost	<ul style="list-style-type: none"> - kampaň LOKu <i>Děkujeme, odcházíme</i> odůvodněná 13 zásadními nedostatky českého zdravotnictví (2010 – 2011) - připravovaná reforma zdravotnictví Leoše Hegeře (TOP O9) a počátek její aplikace: zvýšení regulačních poplatků za pobyt v nemocnici, uzákonění placeného nadstandardu, možnost placeného výběru ošetřujícího lékaře, zvýšení dojezdové doby k pacientům z 15 na 20 minut, posílení práv pacientů, platba za recept (ne za položku na receptu), omezení pohybu pojištěnců mezi pojišťovnami, změny u vzdělávání lékařských i nelékařských pracovníků a další.

Zdroj: Vepřek et al., 2002: 17; Háva, Mašková, Teršová, 2011: 20-26; upraveno, doplněno

7.1 Privatizace a změna zřizovatelů

Devadesátá léta jsou také znakem **privatizace**³², což se nevyhnulo ani zdravotnictví – v průběhu několika málo let došlo k rapidnímu nárůstu zdravotnických zařízení. Zatímco v roce 1989 jich bylo evidováno asi 8 tisíc, v roce 1993 jich bylo kolem 17 tisíc, v roce 2000 pak 25 tisíc a v roce 2009 bezmála 28 tisíc, v nichž v tu dobu pracovalo zhruba 45 000 lékařů a přes 106 000 zdravotnických pracovníků nelékařů s odbornou způsobilostí (tzv. ZPBD) (ÚZIS ČR, 2010: 29). Další reforma nastala v oblasti lůžkové péče – v roce 2003 přešly okresní nemocnice do kompetence krajů³³, celkem šlo o 82 okresních nemocnic; do

³² Za zahájení privatizace ve zdravotnictví je označováno přijetí zákona č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči poskytované v nestátních zdravotnických zařízeních.

³³ Na základě zákona č. 290/2002 Sb., o přechodu některých dalších věcí, práv a závazků České republiky na kraje a obce, občanská sdružení působící v oblasti tělovýchovy a sportu a o souvisejících změnách a o změně

konce roku 2009 pak bylo na akciové společnosti převedeno celkem 52 z nich (jediným akcionářem je kraj). V privátních zdravotnických zařízeních tak pracuje zhruba 69 % lékařů a 58 % ZPBD. Počet lůžek se v nemocnicích oproti 90. letům snížil o 26 % - z původních 133 lůžek na 10 000 obyvatel to bylo 106 lůžek v roce 2009. (ÚZIS ČR, 2010: 29 – 31). V současné době (resp. za rok 2011) je v ČR 60 336 lůžek³⁴ (ÚZIS ČR, 2012: 1). (Viz příloha č. 6 – tabulka s počtem zařízení a počtem lůžek.) Trend snižování počtu lůžek pozorujeme i nyní, kdy se jedná o zrušení asi 6 000 akutních lůžek v nemocnicích a kdy rušení lůžek je mnohdy podmínkou zdravotních pojišťoven k uzavření krátkodobých či dlouhodobých smluv s danou nemocnicí (např. Kalina, iHned, 2012; ČTK, iDnes, 2012). Privatizace se dotkla i ostatní péče; v současné době je zprivatizována ambulantní péče z více než 80 %, primární péče pak téměř ze 100 % (ÚZIS ČR, 2010: 30).

V ČR bylo v roce 2011 celkem **189 nemocnic**, z nichž **11 z nich je** tzv. fakultních; u zbylých nemocnic jde o nemocnice akutní a následné péče. **Zřizovatelem** nemocnice může být ministerstvo, kraje, obce či další zřizovatelé. V roce 2011 tak bylo 19 nemocnic přímo řízeno Ministerstvem zdravotnictví ČR (s lůžkovým fondem 27,7 % z celkového počtu lůžek), 24 nemocnic řízených krajem (lůžkový fond 14,3 %), 17 nemocnic zřízených městem a obcí (6,5 % lůžek), 3 nemocnice zřizovány církví (0,5 % lůžkového fondu), 121 nemocnic zřízeno jinou právnickou osobou (kam je zahrnuto i 51 nemocnic – obchodních společností – s většinovým podílem veřejného, krajského či obecního majetku a s lůžkovým fondem 48,7 %) a 5 nemocnic bylo zřízeno ostatními centrálními orgány (lůžkový fond 2,3 %). (ÚZIS ČR, 2012: 2)

7.2 Pracovníci ve zdravotnictví

Se změnami ve zdravotnictví se měnila struktura pracovníků v tomto oboru. V devadesátých letech došlo k poklesu a stagnaci pracovníků ve zdravotnictví (zejména pak k poklesu nezdravotnických pracovníků), od roku 2001 pak došlo k mírnému nárůstu pracovníků ve zdravotnictví. U zdravotnických pracovníků docházelo naopak k růstu jejich počtu, nejvíce v oblasti farmacie (nárůst v letech 1989 – 2009 byl až o dvě třetiny). (ÚZIS ČR, 2012: 35 – 36) Podle Ústavu zdravotnických informací a statistiky (2012) bylo v roce 2009 v ČR celkem 246 662 pracovníků ve zdravotnictví; z toho pak 18 853 lékařů

zákona č. 157/2000 Sb., o přechodu některých věcí, práv a závazků z majetku České republiky, ve znění zákona č. 10/2001 Sb., a zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů.

³⁴ Z toho 50 678 lůžek bylo vyčleněno pro akutní péči, 7 457 lůžek pro ošetrovatelskou následnou péči a 2 201 lůžek pro novorozence. Pokračuje i dlouhodobý trend ve snižování počtu lůžek, ke kterému dochází u nemocnic akutní péče. Oproti roku 2010 došlo k poklesu o 1 883 lůžek, tj. o 3,0 %. (ÚZIS ČR, 2012: 3)

v nemocnicích. (Viz příloha č. 7 – Počet lékařů a příloha č. 8 – Počet pracovníků ve zdravotnictví.) Nutno podotknout, že u počtu jak pracovníků obecně, tak lékařů konkrétně dochází k rozporům v údajích – lékařské odbory např. poukazují na to, že jsou tyto údaje nadhodnocené a že je zde započítáno několik úvazků toho samého lékaře³⁵. Tedy pakliže jeden lékař má 2 úvazky, je ve statistice uveden jako dva lékaři. Jinými slovy – tabulky uvedené v příloze a jiné statistiky tak neuvádějí skutečný počet lékařů jakožto fyzických bytostí, ale přepočtené pracovní úvazky těchto lékařů.³⁶ Dle odhadů odborů a jiných lékařů se tak reálný počet lékařů jakožto fyzických osob pohybuje kolem cca 14 000.

To také souvisí s prací lékaře. Běžnou praxí ve zdravotnictví je, že lékař má uzavřenou **pracovní smlouvu** (na plný či jiný úvazek) a k tomu ještě jinou formu smlouvy, na jejímž základě odpracovává **přesčasy** (či tzv. služby či pohotovosti). Tím se lékaři často dostávají k různě vysoké míře odpracovaných přesčasových hodin. Např. data z roku 2005 (novější se mi bohužel nepodařilo sehnat) ukazují, že přesčasy v nemocnicích zřizovaných ministerstvem zdravotnictví, náhradní volna a hodiny strávené v rámci pohotovosti činily v průměru na jednoho lékaře 774 hodin za rok (z toho čistě přesčasových hodin bylo 282). Zákonným limitem je však pouze 150 hodin ročně³⁷ (což je také důvodem druhé smlouvy, kterou lékaři podepisují). U ostatních nemocnic to bylo dokonce 924 hodin přesčasů ročně (z toho přesčasů 313 hodin) na jednoho lékaře. (ÚZIS ČR, 2006: 2) V příloze číslo 9 uvádím tabulku s tímto výčtem a podrobnějším rozpisem.

Na základě pracovní smlouvy náleží pracovníkům ve zdravotnictví odměna v podobě **mzdy či platu**.³⁸ Vývoj platů ve zdravotnictví od roku 1989 do roku 2009 ukazuje následující graf:

³⁵ Např. MUDr. Engel coby předseda LOKu uvádí, že ve Fakultní nemocnici Královské Vinohrady je reálně 411 lékařů, avšak uvádí se počet 573; či v nemocnici ve Frýdku-Místku se uvádí 175 lékařů, reálně jich tam má být ale jen 129. (Český rozhlas – Rozhlas.cz, 2011)

³⁶ Tento fakt je důležitý z toho důvodu, že (jak uvidíme dále) docházelo k rozporům, jaká část lékařů, která podala v rámci kampaně *Děkujeme, odcházíme* výpovědi, opustí české nemocnice. V případě uvádění vysokého počtu lékařů v nemocnicích by byl počet lékařů připravených odejít menší než v případě, kdy byl celkový počet lékařů pracujících v nemocnicích menší.

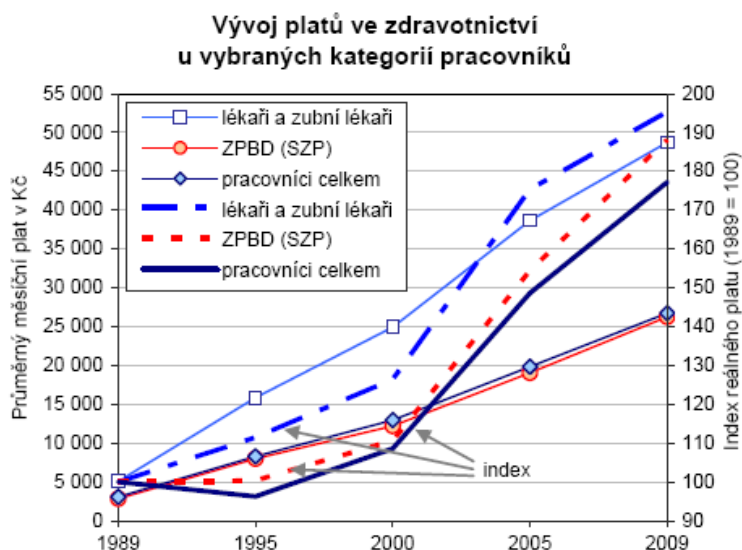
³⁷ To je dáno zákoníkem práce (zákon č. 262/2006 Sb., zákoník práce), konkrétně pak v § 93 o práci přesčas, kde práci přesčas může zaměstnavatel zaměstnanci nařídít jen z vážných provozních důvodů a kde nařízená práce přesčas nesmí u zaměstnance činit více než 8 hodin v jednotlivých týdnech a 150 hodin v kalendářním roce.

³⁸ Zaměstnanci ve zdravotnictví v České republice jsou odměňováni:

- **podle platných předpisů o platu** - zaměstnanci příspěvkových organizací a organizačních složek státu, kde jsou zřizovateli Ministerstvo zdravotnictví, kraj, obec a město, ostatní centrální orgány (rezort obrany).

- **podle platných předpisů o mzdě** - zaměstnanci ve zdravotnických zařízeních v podnikatelské sféře, kde je zřizovatelem fyzická osoba, církev, jiná právnická osoba. Ve zdravotnických zařízeních, jejichž zřizovatelem je jiná právnická osoba, jsou zahrnuté i obchodní společnosti se 100 % podílem veřejného (krajského nebo obecního) majetku. Dále tímto způsobem jsou odměňováni zaměstnanci lázeňských organizací bez ohledu na zřizovatele. (ÚZIS ČR, 2012 (č. 30): 1)

Graf č. 1: Vývoj platů ve zdravotnictví 1989 – 2009



Zdroj: ÚZIS ČR, 2012: 37

Průměrný měsíční **plat** se od roku 1989 zvýšil z tehdejších cca 5000 korun na současných necelých 26 tisíc korun hrubého (modrá linka s kosočtvercem na lince). Podíváme-li se pouze na skupinu lékařů a zubních lékařů, pak je dnešní plat oproti průměrnému platu ve zdravotnictví mnohem vyšší – dosahuje téměř padesáti tisíc korun hrubého. Důležité je však dodat, že do tohoto platu se promítají i platby za přesčasy, odměny, osobní příplatky apod. Platový tarif, tedy „základní“ platové ohodnocení, tak ve skutečnosti činil v průměru (u zubařů a lékařů) 29 326 Kč hrubého v roce 2011 (ÚZIS ČR, 2012 (č.30): 4), což je o 4 890 Kč více než byl průměrný plat v ČR v roce 2011 (ten byl 24 436 Kč). Tarifní plat tak u lékařů a zubařů tvořil 51 % celkového platu. Podrobný rozpis jednotlivých složek měsíčního platu pracovníků ve zdravotnictví za rok 2011 uvádím v následující tabulce.

Tabulka č. 2: Struktura průměrného měsíčního platu u odborných pracovníků ve zdravotnictví celkem ČR v roce 2011

Složky platů	Lékaři a zubní lékaři	Farmaceuti	Všeobecné sestry a porodní asistentky	Ostatní zdravotničtí pracovníci nelékaři s odbornou způsobilostí (ostatní ZPBD)	Zdravotničtí pracovníci nelékaři s odbornou a specializovanou způsobilostí (ZPSZ)	Zdravotničtí pracovníci nelékaři pod odborným dohledem nebo přímým vedením (ZPOD)	Jiní odborní pracovníci (JOP) a dentisté
Platový tarif	29 326	22 281	17 919	17 440	19 310	12 014	16 635
Osobní příplatek	5 994	7 385	1 354	1 788	2 611	870	3 212
Odměny celkem	6 318	3 991	1 051	1 275	1 788	501	1 850
Práce přesčas	5 687	1 954	1 128	1 851	495	1 005	459
Pracovní pohotovost	1 389	163	116	199	103	59	210
Ostatní	8 973	5 880	6 577	5 471	3 915	4 451	3 468
Plat celkem	57 687	41 654	28 145	28 025	28 221	18 900	25 833

Zdroj: ÚZIS ČR, 2012 (č. 30): 4

Platy lékařů se také liší dle zřizovatele daného zdravotnického zařízení. Platy se liší jednak ve fakultních nemocnicích, jednak v nemocnicích spadajících pod kraje a jednak v soukromých nemocnicích. Velké rozdíly v platech lékařů jsou (samozřejmě) dle zkušeností jednotlivých lékařů, jejich získanou atestací apod.³⁹ V meziročním srovnání se plat lékařů a zubařů zvýšil o necelých 15 % (z 50 235 Kč v roce 2010 na 57 687 Kč v roce 2011). Můžeme odhadovat, že se sem promítla dohoda mezi lékaři a ministerstvem zdravotnictví o navýšení platů lékařům právě na základě kampaně D-O (podrobněji viz další část práce). (ÚZIS ČR, 2012 (č. 30): 2 – 4)

Mzdy ve zdravotnictví se podobaly platům. Průměrná měsíční mzda ve zdravotnictví byla za rok 2011 celkem 24 740 Kč; u lékařů a zubařů pak průměrná hrubá mzda se všemi příplatky činila 55 514 Kč hrubého, kde nárůst oproti předešlému roku činil téměř 13 procent. (ÚZIS ČR, 2012 (č. 30): 5 – 6) Jelikož mne v této práci zajímají ale především platy, k údajům o mzdách odkazuji čtenáře na další statistiky (viz např. ročenky ÚZIS ad.).

³⁹ Na základě rozhovoru s Bc. Davidem Milerem, pracovníkem ve zdravotnictví, je navíc údajně běžnou praxí, že zejména čerství absolventi lékařských fakult pracují na velmi nízké úvazky za malý peněz, přesto tráví v nemocnicích spoustu času – jejich cílem je získání atestace. Pro zaměstnavatele je nevýhodné zaměstnávat lékaře bez atestace (absolventy), neboť za výkon provedený lékařem bez atestace dostane daná nemocnice méně peněz než za výkon provedený lékařem s atestací (v rámci tzv. plateb za výkon).

Vzdělávání lékařů a nelékařů je nedílnou součástí práce ve zdravotnictví. Jelikož jde o téma jakožto celek o velmi rozsáhlou problematiku, zaměřím se zde zejména na problém ohledně vzdělávání lékařů (na vzdělávání nelékařských pracovníků tak odkazuji na jiné práce) a především se pak zaměřím na vývoj posledních let. Povolání lékaře je definováno zákonem č. 95/2004 Sb.⁴⁰, který stanovuje, že *„odborná způsobilost k výkonu povolání lékaře se získává absolvováním nejméně šestiletého prezenčního studia, které obsahuje teoretickou a praktickou výuku v akreditovaném zdravotnickém magisterském studijním programu všeobecné lékařství“* a kde *„specializovaná způsobilost lékaře se získává úspěšným ukončením specializačního vzdělávání atestační zkouškou, na jejímž základě je lékaři vydán ministerstvem diplom o specializaci v příslušném specializačním oboru. Součástí specializačního vzdělávání je absolvování základního kmene příslušného specializačního oboru“* (zákon č. 95/2004 Sb., §4, odst. 1; §5, odst. 1). Toto vzdělávání probíhá v rámci stanovených programů jednotlivých oborů. Problém u specializovaného vzdělávání nastal v roce 2009 za bývalého ministra zdravotnictví Tomáše Julínka, který změnil systém vzdělávání lékařů a získávání atestací. Největší změna byla v počtu a trvání tzv. „kmenů“, jakýchsi základních vzdělávacích „okruhů“, zjednodušeně řečeno. Počet kmenů byl snížen na deset a jejich obsah se rozšířil; navíc se zvýšila doba nutná pro absolvování daného kmene. V praxi to vypadalo tak, že namísto dvouleté atestace musel čerstvý absolvent dělat tzv. „pětileté kolečko“ na různých oborech, aby se posléze vrátil k oboru, jenž chtěl vykonávat, kde ale během pěti let nezískal téměř žádnou praxi. Ve výsledku tedy mladý lékař uměl méně ve svém oboru a trvalo déle, než potřebnou atestaci získal. Tento systém vzdělávání se změnil na počátku roku 2011, k tomu viz blíže v kapitole o kampani *Děkujeme, odcházíme*.

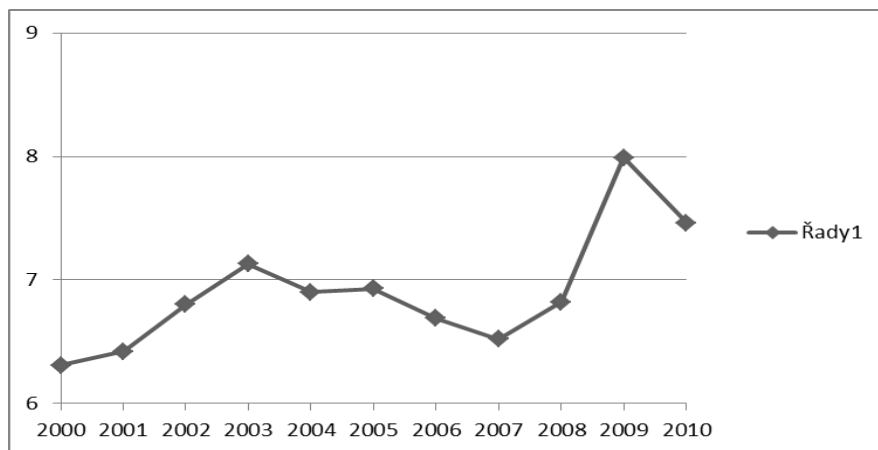
7.3 Financování

Financování poskytování zdravotní péče se po roce 1989 změnilo. Jak již bylo uvedeno výše, do té doby byla péče hrazená státem z daní. Dnes je hrazena z veřejného zdravotního pojištění. Na financování zdravotnictví se nyní podívám jednak z hlediska mezinárodního srovnání a jednak z hlediska financování v rámci ČR.

⁴⁰ Zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta.

Mezinárodně patří Česká republika k těm zemím, u nichž je financování zdravotnictví podprůměrné. Podíváme-li se na celkové výdaje na zdravotnictví v poměru k hrubému domácímu produktu (HDP), pak se pohybujeme na úrovni kolem zhruba **sedmi procent**, viz následující graf.

Graf č. 2: Celkové výdaje na zdravotnictví v ČR v % HDP v letech 2000 – 2010



Zdroj: OECD Health Data, 2012, vlastní zpracování

Podíváme-li se do ostatních států, pak např. v USA tvoří výdaje kolem 17 %; Německo vydá na zdravotnictví (v % HDP) asi 11 % prostředků; Španělsko, Norsko a Švédsko kolem 9 %; za nimi následuje Slovensko (8-9 %) a Maďarsko (asi 8 %). Za námi se nachází v rámci vybraných zemí akorát Polsko se 6 % (OECD Health Data, 2012). Graf s vybranými zeměmi viz příloha č. 10 – Celkové výdaje na zdravotnictví ve vybraných zemích v % HDP v letech 2000 – 2010. Průměrné výdaje v rámci Evropské unie činí asi 9 % HDP (Bryndová, Pavloková, Roubal, Rokosová, Gaskins, 2009: 30). Obecně tak můžeme říci, že oproti ostatním evropským státům je zdravotnictví v ČR co do výdajů k HDP podprůměrné.

Zdravotnictví v ČR je z větší části financováno z veřejných prostředků, postupně ale vidíme klesající tendence hrazení péče z veřejných prostředků a nárůst soukromých výdajů. U veřejných výdajů na zdravotnictví mezi lety 1993 – 2006 docházelo k jejich poklesu (v poměru k celkovým výdajům na zdravotnictví). Zatímco v roce 1993 tvořily veřejné výdaje téměř 95 % všech výdajů na zdravotnictví, v roce 1999 to bylo 90,5 % a v roce 2006 zhruba 88 %, tendence je stále klesající (Barták, 2010: 46). S tím také souvisí stoupající soukromé výdaje na zdravotnictví, které v roce 2011 představovaly asi 16 % všech výdajů na zdravotnictví. (ÚZIS ČR, 2012 (č. 28): 2) Blíže k tomu viz příloha č. 11.

Důležitou roli hraje zdravotní pojištění, které je pro obyvatele ČR ze zákona povinné a převažuje veřejnoprávní charakter. To platí pro Evropu obecně, zatímco např. v USA je zdravotní pojištění nepovinné a soukromé (což se nyní snaží částečně změnit administrativní Baracka Obama, od roku 2014 by měla ve Spojených státech ze zákona platit povinnost mít zdravotní pojištění). Nutno dodat, že i v Evropě se charakter veřejného pojištění liší, což je dáno zejména historickým vývojem, kde rozlišujeme mezi systémem národní zdravotní služby (tzv. Beveridgeův model, typický např. pro Velkou Británii) a mezi Bismarckovým modelem (sem by patřilo např. Německo) (Háva, 2005: 344). Oba systémy prodělaly ve 20. století mnoho změn, přesto můžeme z tohoto základního rozlišení, dle mého názoru, vycházet.

V rámci České republiky je systém zdravotnictví řazen do sektoru služeb a jeho financování můžeme rozdělit do tří hlavních kategorií: 1) největším finančním zdrojem jsou zdravotní pojišťovny, které pokrývají asi 76 % všech výdajů; 2) další zdrojem jsou veřejné rozpočty, které financují specifické činnosti ve zdravotnictví, jako je vzdělávání zdravotníků, výdaje na vědu, preventivní programy, činnost hygienických stanic, provoz institucí státní zdravotní správy apod. a jejichž pokrytí tvoří asi 9 % výdajů na zdravotnictví; 3) posledním zdrojem jsou samy domácnosti, čili poskytovatelé přímých výdajů – domácnosti si samy hradí léky, nadstandardní služby apod., jejich podíl na výdajích je asi 13 %. Zbylé jedno až dvě procenta patří mezi ostatní výdaje, které jsou však zanedbatelné (jedná se např. o cestovní zdravotní připojištění apod.). (Barták, 2010: 45) Pro mou práci jsou stěžejní zejména platby od zdravotních pojišťoven, které proplácejí vykonané zdravotnické služby, a platby od státu, zejména pak financování vzdělávání zdravotních pracovníků.

Na zdravotní péči bylo v roce 2010 vydáno celkem **284,1 miliardy Kč** (z toho bylo zdravotními pojišťovnami uhrazeno 214 miliard Kč). Tím, že je v ČR ze zákona povinnost mít zdravotní pojištění, jsou zdrojem příjmů peněz do zdravotnictví pojištěnci, zaměstnavatelé, stát a pacienti – zdrojem financování jsou tedy zdravotní pojišťovny, veřejné rozpočty a domácnosti. (Barták, 2010: 166; ČSÚ, 2012: 4) *Domácnosti* (sami pacienti) jsou přímými plátcí a platí si např. léky (částečně či zcela) či platí tzv. regulační poplatky (stručně: 30 Kč za recept a návštěvu praktického lékaře či zubaře, 100 Kč za pobyt v nemocnici, 90 Kč za ošetření na pohotovosti). *Pojištěnci*, čili zaměstnanci, osoby samostatně výdělečně činné (OSVČ) či osoby s trvalým pobytem na území ČR odvádějí tzv. pojistné do zdravotní pojišťovny, skrze kterou je následně péče hrazena. *Zaměstnavatelé*

platí část pojistného za svého zaměstnance. *Stát* pak platí pojištění zdravotním pojišťovnám za státní pojištěnce a za státní zaměstnance⁴¹. Platby do zdravotního pojištění se liší. Pro přehled uvádím tabulku s výší pojištění pro tu kterou skupinu obyvatel:

Tabulka č. 3 – Orientační výše odvodů do zdravotního pojištění v roce 2011

Plátce pojištění	Výše odvodů na zdravotní pojištění
OSVČ	1 697 Kč
zaměstnanec	průměrně 1 100 Kč (4,5 %)
zaměstnavatel	průměrně 2 200 Kč (9 %)
Osoba bez zdanitelných příjmů	1 080 Kč
stát	723 Kč

Zdroj: vlastní výpočet (VZP, kalkulačky.idnes.cz, vyplata.cz, vlastní výpočet)

U osob OSVČ byla minimální měsíční záloha na zdravotní pojištění za rok 2011 celkem 1697 Kč, od roku 2013 to bude 1748 Kč. U zaměstnaných osob se na zdravotním pojištění podílí zaměstnanec i zaměstnavatel – celkem je odvedeno 13,5 % na zdravotní pojištění, přičemž 4,5 % z hrubé mzdy platí zaměstnanec a k tomu mu zaměstnavatel platí 9 %. Výpočet jsem prováděla z průměrné hrubé mzdy za rok 2011, která činila 24 436 Kč. Za zaměstnance je tak dohromady (zaměstnancem i zaměstnavatelem) odváděno asi 3 300 Kč. (Nutno poznamenat, že se jedná o odvody ne z mediánu, ale z průměrné mzdy, která se však týká asi 70 % obyvatel, kteří jsou buď pod její hranicí, nebo na ní. Většina odvodů za zdravotní pojištění tak tedy bude nižší, než je uvedená částka, odhadována je reálná průměrná částka kolem 2 800 Kč.) Osoby bez zdanitelných příjmů jsou osoby bez příjmu a zároveň pojištěnci s trvalým pobytem v ČR, za které není po celý kalendářní měsíc plátcem pojistného zaměstnavatel, stát, ani pojištěnec sám jakožto OSVČ. Tyto osoby i přesto musejí odvádět pojistné, a to ve výši 1080 Kč; jedná se např. o studenty starší 26 let, zaměstnance pracující na dohody o provedení práce, ženy v domácnosti, které nepečují celodenně alespoň o jedno dítě do 7 let nebo o dvě děti do 15 let, studenti, kteří po ukončení

⁴¹ Těmi jsou: nezaopatřené dítě (dítě do 18 let, studenti do 26 let atd.), poživatel důchodu z důchodového pojištění, příjemce rodičovského příspěvku, osoby na mateřské či rodičovské dovolené, uchazeči o zaměstnání, osoby pobírající dávku pomoci v hmotné nouzi, osoby závislé na péči jiné osoby, osoby konající službu v ozbrojených silách, osoby ve výkonu vazby, trestu odnětí svobody či výkonu zabezpečovací detence, osoby plně invalidní, osoby celodenně pečující alespoň o jedno dítě do sedmi let věku, mladiství v ústavní výchově, osoby na dlouhodobé dobrovolnické službě, cizince s oprávněním poskytnutí ochrany a žadatele o udělené mezinárodní ochrany.

studia nenastoupí do zaměstnání, nezaevidují se na úřad práce nebo nezačnou podnikat, nezaměstnání, kteří nejsou evidováni na úřadu práce, občané pracující v cizině (mimo EU) pro cizího zaměstnavatele ad. Za státní pojištěnce pak stát odváděl v roce 2011 celkem 723 Kč měsíčně.

Jak můžeme z tabulky vyčíst, platby jsou nerovnoměrné. Zatímco v průměru odvede zaměstnanec asi 1100 Kč, zaměstnavatel 2200 Kč a OSVČ asi 1700 Kč, stát odvádí za své pojištěnce nepoměrně krát menší sumu, 723 Kč. Přičemž zrovna důchodci a děti (tedy státní pojištěnci) patří k těm skupinám obyvatel, u nichž jsou náklady na zdravotní péči nejvyšší (viz příloha č. 12 – Výdaje na zdravotní péči za jednotlivé věkové skupiny v Kč).

V souvislosti s českým zdravotnictvím – a konkrétně pak přímo s kauzou Děkujeme, odcházíme – souvisí i kritika **špatného hospodaření některých nemocnic** a poukazem na **korupci ve zdravotnictví**. Za korupci bychom mohli označit zejména nákup předražených zdravotnických přístrojů, obecně tedy předražené zakázky, ale i uplácení lékařů farmaceutickými firmami⁴².

Policie ČR například prošetřovala či šetří případy nákupu přístrojů pro Krajskou zdravotní v Ústí nad Labem, podezřelé nákupy ve FN Olomouc, bývalé firmy Kamila Jankovského (kvůli IKEM), předražených zakázek v karlovarských nemocnicích, předražených právních služeb ve FN Bulovka a FN Královské Vinohrady, vyvedení majetku z brandýské nemocnice, úplatků v Jihomoravském kraji a další (podrobněji k těmto případům viz příloha č. 13 – Případy korupce ve zdravotnictví, které šetřila či šetří Policie ČR). (Tribune.cz, 2011) Nebo si vzpomeňme na poměrně nedávnou kauzu ohledně zdravotnické knížky IZIP, jejíž příprava stála již cca 2 miliardy Kč, aniž by však tento projekt začal pořádně fungovat. Získat konkrétní číslo, kolik peněz jde na korupci ve zdravotnictví, je samozřejmě nemožné. Přesto existují odhady těchto ztrát – např. dle studie Transparency International činí odhadované ztráty ve zdravotnictví **až 27 630 milionů Kč (tedy téměř 28 miliard)** (Transparency International – ČR, 2007: 5).

⁴² To se děje přímou či nepřímou formou. Přímou formou je oslovení lékaře danou farmaceutickou firmou s cílem prodeje toho kterého produktu (léku) dané firmy. Nepřímo pak nabídkami zájezdů pro lékaře na „kongresy“ do exotických destinací, což měla údajně nabízet např. firma Actavis, která za nekalé praktiky dostala pokutu ve výši 750 tis. Kč. Viz např. „Výrobci léků si kupují přízeň lékařů méně nápadně“ (iDNES.cz, 2007) či „Za uplácení lékařů farmaceutickými firmami padla první pokuta“ (iDNES.cz, 2009).

7.4 Léková politika

Zabývat se lékovou politikou je kapitolou sama o sobě; jde o rozsáhlé téma zahrnující mnoho zájmových skupin, jako jsou např. lékárny, farmaceutické firmy, ministerstvo zdravotnictví, pacienti apod. Proto se zde této problematice dotknu pouze okrajově, a to ze dvou důvodů. Jednak je to důvod výše nastíněný, tedy rozsáhlé a komplikované téma, které by samo o sobě vydalo na několik prací, a jednak se k této práci vztahuje spíše jen okrajově – lékaři v kampani *Děkujeme, odcházíme* definovali lékovou politiku jako chaotickou, blíže však problémy v lékové politice nepojmenovávali.

Cílem lékové politiky by dle Světové zdravotnické organizace mělo být „zajištění bezpečných, účinných a kvalitních léčiv pro občany, a to za ekonomicky únosných podmínek jednak pro veřejné fondy (zdravotní pojišťovny), jednak pro jednotlivé občany platící doplatky a poplatky, přičemž tato léčiva by měla být poskytována lidem, kteří je skutečně potřebují“ (Prokeš, 2010). V 90. letech 20. st. došlo k otevření se trhu novým firmám, kdy se v ČR objevily nové léky, i dříve nedostupné, na druhou stranu ale došlo k nárůstu počtu nákladů na léky zejména v důsledku odstranění regulačních omezení. V roce 1990 tvořily tyto náklady asi 5 miliard korun, v roce 2002 to již bylo přes 45 miliard Kč a v roce 2005 zhruba 59 miliard, přičemž nejrychleji rostou přímé výdaje obyvatelstva (tedy náklady lidí za volný prodej léků a za doplatky na recept) (ÚZIS ČR, 2006: 2). Na jednoho obyvatele vzrostly náklady na léčivé přípravky z 3 122 Kč v roce 2001 na 5 614 Kč v roce 2011. (SÚKL, dle ÚZIS ČR, 2011: 47) Trend spotřeby léků byl narušen v roce 2006, kdy došlo ke zpřísnění finančních limitů na předepisování léků v ambulantní sféře. Podle mezinárodního srovnání co do spotřeby léčiv zásadně nevybočujeme, přesto dle dostupných dat patříme k zemím s vyšší spotřebou léčiv. (Chytil et al., 2008: 90 – 93)

K distribuci léků existuje v ČR silná lékárenská síť. Ke konci roku 2011 evidoval Státní ústav pro kontrolu léčiv (SÚKL) celkem 2 448 lékáren, z toho 4 lékárny patřící do resortu Ministerstva Obrany ČR, a dále 243 OOVL (neboli odloučených oddělení výdeje léčiv a zdravotnických prostředků). V ČR převládá trend navyšování počtu lékáren (s výjimkou menšího propadu v roce 2008). Pro srovnání – v roce 1990 existovalo na našem území 1 090 lékáren, v roce 2000 jich bylo 1 936 (a k tomu 193 OOVL) a v roce 2011 to bylo již 2 448 lékáren (a k nim navíc 243 OOVL). (SÚKL, 2011)

Ve srovnání se zahraničím (zejména se státy EU) ale nemáme u lékárenské péče nastaveny hodnotící, motivační ani kontrolní mechanismy, zaostáváme v monitorování

nežádoucích účinků, v konzultačním výdeji opakovacích receptů či v poskytování servisu pro domácí péči (Chytil et al., 2008: 95). Role lékárníků oproti zemím EU je u nás nedostatečně uplatňována; jedním z mnoha faktorů může být i hodnocení lékařské péče jako čistě obchodní služby, kde navíc působí cenová soutěž léčiv nastavená v rovině spoluúčasti pacienta a ne v rovině úspor z veřejného zdravotního pojištění. Dostupnost lékařské péče zde není navíc vůbec regulována a podléhá tak čistě jen zákonům trhu, což má za důsledek to, že ve větších městech je síť lékáren naddimenzovaná, zatímco v menších obcích a na venkově je síť lékáren (a tudíž dostupnost léčiv) omezená⁴³. (tamtéž)

Mezi kritizované body v lékové a lékařské politice v ČR patří například plýtvání léky, předepisování léků s ekonomickou motivací, drahé léky, malé využívání generik⁴⁴, neprůhledné stanovování cen léků⁴⁵, chybějící léky bez doplatku jakožto alternativa k placeným lékům, silná farmaceutická lobby, rozdílné úhrady pojištěneců za stejné léky a další.

7.5 Shrnutí

Na výše uvedených řádcích jsem se pokusila reflektovat vývoj zdravotní politiky za posledních cca 20 let s přihlédnutím na konkrétní aspekty této politiky, jako je její financování, pracovníci apod. Kapitola 7 tak pojednávala o zdravotní politice, jako o *kontextu kauzy Děkujeme, odcházíme*. Cílem této kapitoly rozhodně nebylo popsat veškeré vlivy, vývojové trendy, které se ve zdravotní politice v ČR od roku 1989 odehrály. **Cílem** ale bylo **popsat faktory a vlivy působící v rámci kauzy D-O**. Jelikož lékaři vytyčili 13 bodů kampaně (viz níže) stavějících se kriticky k nastavení systému zdravotní politiky, bylo z mého hlediska nutné poskytnout čtenáři alespoň hrubý náhled toho, k čemu se vlastně oněch 13 bodů kampaně vztahovalo. O to jsem se pokusila právě v nastínění kontextu českého zdravotnictví, z něhož kampaň D-O vycházela. V následující kapitole se věnuji kampani samotné, blíže se dotknu některých bodů uvedených v kapitole 7 a rozvedu je dle potřeb k objasnění některých kroků v rámci kampaně D-O.

⁴³ V EU jsou v rámci regulace zahrnuty vzdálenosti a počet obyvatel na jednu lékárnou, omezení či zákaz lékařských řetězců, vlastnictví lékárnou pouze lékárníky apod. (tamtéž).

⁴⁴ Generikum, neboli generický lék obsahuje stejnou léčivou látku ve stejném množství jako původní originální lék a navíc má i stejnou formu v podobě tablet apod.

⁴⁵ Problematické je například stanovování maximální ceny – cenu stanovuje ministerstvo financí na základě podkladů od výrobců léčiv. Úhrady se pak stanovují vyhláškou ministerstva zdravotnictví a kontrolu výrobu provádí SÚKL. U způsobu výpočtu maximální ceny jsou ale stanovena neprůhledná pravidla, u marží lékárníků a distributorů (která také stanovuje ministerstvo financí) nejsou daná jasná kritéria.

8 Případová studie – kampaň *Děkujeme, odcházíme*

Designem mé práce je případová studie, která mi umožňuje používat k analýze jak kvalitativní, tak kvantitativní metody. Předmětem mého zájmu, tedy mým „případem“ je kauza *Děkujeme, odcházíme*, jejíž průběh můžeme ohraničit lety 2010 – 2011. Tuto část práce rozdělím do několika částí: nejdříve se podíváme, kteří aktéři byli v kauze D-O zainteresováni, ať již s větší či menší mírou vlivu. Představíme si, na kterých bodech, jak a proč kauza vznikla. V rámci optiky teorie přerušované rovnováhy (PET) nás bude zajímat, jak bylo téma nastoleno v mediální agendě a jak o tématu přemýšleli i občané (v rámci výzkumů veřejného mínění). Zmíníme důležité momenty, události a aktéry, jejichž vlivem se kampaň D-O utvářela, formovala a postupovala procesem až ke svému zakončení na konci února 2011. Kromě popisu jednotlivých faktů a dat bude mou snahou i jednotlivé jevy vysvětlit; tedy ukázat, proč k nim došlo, za jakých okolností a popř. s jakým důsledkem.

8.1 Rychlá analýza aktérů

Rychlá analýza aktérů není metodou jako takovou, v tomto případě se jedná spíše o heuristiku, jak jsem nastínila v metodologické části práce. Aktérů ve zdravotní politice je mnoho, s různými zájmy a různě silnou mocí potřebnou k prosazování svých zájmů. Jelikož se tato diplomová práce nezabývá zdravotní politikou (ZP) jako takovou, nastíním zde aktéry relevantní pro účely této práce – tedy takové aktéry, kteří mají s kampaní větší či menší souvislost. K aktérům ve zdravotní politice obecně pak čtenáře odkazuji na jiné práce (např. Chytil et al., 2008: 14 – 28; IZPE, 2002: 31 – 34; Gladkij, Strnad, 2002; Darmopilová, 2010: 44 – 46). Čistě jmenovitě bychom mezi aktéry působící na poli zdravotní politiky zařadili ministerstvo zdravotnictví, vládu, parlament, senát, samosprávné celky (kraje, obce), pacienty, zdravotní pojišťovny, farmaceutické formy, odborové organizace, vzdělávací organizace související se zdravotnictvím, nemocnice, pracovníky ve zdravotnictví, ČLK, ČSK, Českou lékárenskou komoru, veřejnost, média a další instituce, svazy, organizace či asociace. Záběr je skutečně velmi široký.

Přestože se kauza D-O týkala oblasti zdravotnictví a přestože tato oblast zahrnuje skutečně široký záběr aktérů, ne všichni aktéři z této oblasti byli v kauze zapojeni. Někteří aktéři byli hybateli, jiní spíše pasivními příjemci dění kolem D-O. Na základě studia

dokumentů, primárních dat a rozhovorů s aktéry jsem stanovila ty aktéry, jichž se kauza D-O přímo dotýkala. Tyto aktéry si nyní vymezíme.

Lékařský odborový klub – Svaz českých lékařů

LOK-SČL je profesní odborovou organizací hájící sociální práva a ekonomické zájmy svých členů se snahou zlepšit postavení lékařů a zdravotníků v České republice. Jde o samostatnou, politicky, ekonomicky a organizačně nezávislou organizaci s právní subjektivitou spolupracující s dalšími sdruženími zdravotníků a s jejich profesními komorami. Členem se může stát občan, který absolvoval lékařskou fakultu nebo student lékařské fakulty, či vysokoškolsky vzdělaný zdravotnický pracovník nelékař se souhlasem předsednictva sdružení; členství je dobrovolné a vzniká po zaplacení členských příspěvků. (Stanovy LOK-SČL, 2005) LOK-SČL vznikl sloučením dvou jednotek: LOK (Lékařského odborového klubu, odborové organizace) a SČL (Svazu českých lékařů, profesního sdružení). LOK vznikl v roce 1995 a založil jej MUDr. David Rath spolu s dalšími lékaři⁴⁶. O pět let později, dne 10. října 2000 pak bylo na prvním společném sjezdu těchto dvou organizací schváleno jejich sloučení do jedné organizace LOK-SČL⁴⁷.

LOK-SČL jakožto občanské sdružení lékařů má své orgány (ústřední a regionální)⁴⁸ zaštiťující chod sdružení. Ačkoli se nejedná o občany volený orgán, svým obsahem má relativně velkou moc k prosazování svých požadavků, jelikož sdružuje lékaře v různých velkých nemocnicích po celé ČR a samotné postavení lékařů sdružených v LOK-SČL činí z tohoto aktéra poměrně silného hráče. Sdružení svou činností navrhuje a připomínkuje právní předpisy, účastní se kolektivního vyjednávání na všech stupních, obhajuje zájmy svých členů, účastní se ve správních a dozorčích radách zdravotnických zařízení, kontroluje pracovní a mzdové podmínky, jedná se zdravotními pojišťovnami či spolupracuje s profesními komorami a dalšími zdravotnickými organizacemi a další. (Stanovy LOK-SČL, 2005)

⁴⁶ Těmi dalšími lékaři byli: J. Šimon, J. Večeř, M. Sojka, M. Holub, T. Schiffler, T. Hyánek, R. Pospíšil, J. Černovský. Cílem vzniku LOKu dne 4. dubna roku 1995 bylo prosazení zvýšení mezd lékařů na 1,5 násobku průměrné mzdy v ČR a dále úprava vztahů mezi lékaři a pojišťovnami. V rámci těchto požadavků byla ke dni 1.11. téhož roku svolána demonstrace a vyhlášena stávka.

⁴⁷ Ačkoli jsem si vědoma celého názvu LOK-SČL, někdy používám zkratku LOK – zejména pak v analýze mediálních obsahů. Jelikož se zabývám kauzou v letech 2010-11, mám i při nesprávním použití zkratky LOK na mysli celou instituci LOK-SČL.

⁴⁸ Ústředními orgány jsou: sněm delegátů, předsednictvo sdružení, předseda, dva místopředsedové, revizní komise, porada předsedů místních organizací, krajsí koordinátoři. Regionálními orgány jsou: členská schůze, předsednictvo místní organizace (MO), předseda MO, místopředseda MO, revizor. (Stanovy LOK-SČL, 2005)

Předsedou LOK-SČL je od dubna 2006 MUDr. Martin Engel, místopředsedy jsou MUDr. Jana Vedralová a MUDr. Miloš Voleman. Členy předsednictva pak jsou: MUDr. Milan Kubek, MUDr. Michal Sojka, MUDr. Marcela Sojáková, MUDr. Martin Sedláček, MUDr. Lenka Doležalová, MUDr. Lukáš Velev, MUDr. Michal Lišaník a MUDr. Antonín Gabera.

V rámci kauzy D-O stál právě LOK-SČL za jejím vznikem a byl hlavním iniciátorem požadavků lékařů. Na kampani tak měl velký zájem a disponoval poměrně velkou mocí.

Česká lékařská komora

Česká lékařská komora (ČLK) je samosprávná profesní organizace lékařů a byla zřízena v roce 1991 zákonem č. 220/1991 Sb. České národní rady. Každý lékař, který vykonává na území České republiky lékařské povolání v léčebné a preventivní péči, musí být členem ČLK.

ČLK dbá ze zákona na to, aby členové komory vykonávali své povolání odborně, v souladu s jeho etikou a způsobem stanoveným zákony a řády komor; zaručuje odbornost svých členů a potvrzuje splnění podmínek k výkonu lékařského povolání podle zvláštních předpisů; posuzuje a hájí práva a profesní, sociální a hospodářské zájmy svých členů; chrání profesní čest svých členů; vede seznam členů (zákon č. 220/1991 Sb., § 2, odst. 1). ČLK je oprávněna účastnit se jednání při tvorbě sazebníků lékařských výkonů, při tvorbě cen léků, léčivých přípravků; účastnit se výběrových řízení při obsazování vedoucích míst ve zdravotnictví; stanovovat podmínky k výkonu soukromé praxe svých členů a k výkonu funkce odborných zástupců; vydávat osvědčení; řešit stížnosti na výkon povolání svých členů; uplatňovat disciplinární pravomoc; vyžadovat od svých členů doklady spojené s výkonem povolání; vyjadřovat se k podmínkám a způsobu dalšího vzdělávání lékařů; účastnit se provádění specializačních zkoušek; vydávat pro členy komory závazná stanoviska k odborným problémům poskytování zdravotní péče a ve zdravotnickém výzkumu; vykonávat další činnosti, pokud tak stanoví zvláštní zákon (zákon č. 220/1991 Sb., § 2, odst. 2).

Česká lékařská komora je svým postavením silným aktérem, sdružuje ze zákona všechny lékaře v ČR. V kauze *Děkujeme, odcházíme* byla role ČLK důležitá, jelikož od samotného počátku (konkrétně od 19. 5. 2010) ČLK tuto akci podpořila a plně ji

podporovala v celém jejím průběhu. Prezident ČLK se osobně účastnil i jednání mezi lékaři a ministerstvem zdravotnictví. Zájem i moc z hlediska postavení tohoto aktéra v rámci kampaně D-O byly velké.

Ve funkci prezidenta ČLK se vystřídal za dobu její existence zatím celkem čtyři osoby: prof. Miloš Štejfa, DrSc; doc. MUDr. Bohuslav Svoboda, CSc. (současný primátor Prahy), MUDr. David Rath a od roku 2006 je prezidentem ČLK MUDr. Milan Kubek, který je zároveň členem předsednictva LOK-SČL.

Poskytovatelé zdravotních služeb

Nemocnice poskytující zdravotní péči byly jedním z významných aktérů v rámci kampaně D-O. Jak jsem již uvedla v kapitole 7, nemocnice se liší (ve vztahu k této práci)⁴⁹ zejména dle svého zřizovatele, čímž může být ministerstvo zdravotnictví (MZ), kraj, obec či další zřizovatel. Ze 189 nemocnic v roce 2011 jich jen 19 podléhalo MZ, větší část nemocnic podléhala kraji, obci, městu či vlastníku s podílem veřejného majetku, celkem tak šlo o 92 nemocnic.

Mezi poskytovatele zdravotních služeb (ať již zřízených MZ, krajem, obcím či jiným zřizovatelem) pak patří zařízení ambulantní péče (ordinace praktických lékařů, specializovaná zdravotní péče), nemocnice poskytující ambulantní a lůžkovou základní a specializovanou péči, zařízení závodní preventivní péče, odborné léčebné ústavy, lázeňské léčebny, ozdravovny, noční sanatoria, zvláštní dětská zařízení ad. (Barták, 2010: 66 – 67).

Lékaři pracující v nemocnicích podávali výpovědi a dostávali se tak mnohdy do rozporu se svými nadřízenými, řediteli či ředitelkami nemocnic. Situace závisela na dané nemocnici, lišila se kraj od kraje; přesto již jen z logiky věci lze uvést, že lékaři a vedení nemocnic stáli z hlediska svých požadavků a zájmů na opačných stranách v rámci akce D-O. Nemocnice se pokoušely uplatnit svou moc zejména v tom smyslu, že ještě před samotným kompromisem uzavřeným mezi MZ a lékaři nabízely odcházejícím lékařům navýšení platů; zájem na jejich kauze byl takový, aby lékaři neodcházeli, nemocnice samy o sobě však nestály ve středobodu jednání.

⁴⁹ Lišit se samozřejmě mohou i jinak, jako např. dle typu poskytovatele, poskytovaných služeb, finančního hlediska, geografického hlediska ad. (Barták, 2010: 59)

Ministerstvo zdravotnictví

V roce 2010 proběhly v ČR volby do Poslanecké sněmovny Parlamentu České republiky (PSP ČR). Vládu sestavila trojkoalice ODS, TOP 09 a VV. Ministrem zdravotnictví ve vládě Petra Nečase byl od 13. července 2010 jmenován doc. MUDr. Leoš Heger, CSc. (TOP 09). Ten se stal také za ministerstvo hlavním vyjednávačem v kauze D-O, kdy spolu s Martinem Engelem a Milanem Kubkem o kauze jednali (blíže viz kapitola 8).

Ministerstvo zdravotnictví je důležitým aktérem z hlediska svého postavení; jednak je přímým zřizovatelem několika zdravotnických zařízení, jednak spadá do výkonné moci státu a podílí se tak přímo na podobě zdravotní politiky tím, že navrhuje konkrétní zákony týkající se zdravotnictví a utváří i tzv. úhradovou vyhlášku, tedy, zjednodušeně řečeno, kolik zdravotní pojišťovny uhradí za léčení. Kompetence ministerstva (i ostatních ministerstev) pak vymezuje tzv. kompetenční zákon⁵⁰, který stanovuje, že „*ministerstva zkoumají společenskou problematiku v okruhu své působnosti, analyzují dosahované výsledky a činí opatření k řešení aktuálních otázek. Zpracovávají koncepce rozvoje svěřených odvětví a řešení stěžejních otázek, které předkládají vládě České republiky. O návrzích závažných opatření přiměřeným způsobem informují veřejnost*“ (zákon č. 2/1969 Sb., o zřízení ministerstev a jiných ústředních orgánů státní správy České republiky, § 22).

Na utváření podoby zdravotní politiky má zásadní vliv politika ministerstva zdravotnictví jakožto centrálního rozhodovatele a dále jednotlivé kraje jakožto zřizovatelé nemocnic. Ministerstvo i kraje jsou obsazovány politiky jednotlivých politických stran a dle toho se utváří daná politika. Jelikož je volební období čtyřleté, jednotlivé koncepce a návrhy se buď nestačí aplikovat a pokud ano, jedná se spíše o návrh krátkodobých řešení bez dlouhodobějšího konsenzu napříč politickými stranami. Koncepty jednotlivých ministrů jsou rozdílné, navíc konkrétně na ministerstvu zdravotnictví se od vzniku samostatné ČR vystřídalo nejvíce ministrů – za dvacet let existence státu se zde k dnešnímu dni vystřídalo celkem 16 ministrů a ministryň. To je v čistém průměru asi 1,25 roku na jednoho ministra/ministryni. Uvážíme-li, že asi půl roku trvá, než se dotyčný/ná seznámí s chodem instituce, pak na samotnou agendu nezbyvá příliš času. Nejednotná strategie a koncepce se pak odráží v různých nástrojích přijímaných danými politiky a chybějící vize zdravotní politiky se negativně odráží v jejím nastavení v rámci systému.

⁵⁰ Zákon č. 2/1969 Sb., o zřízení ministerstev a jiných ústředních orgánů státní správy České republiky sice pochází z roku 1969, byl ale mnohokrát novelizován s poslední úpravou z roku 2003.

Vláda

Při volbách do PSP ČR se již o kauze D-O vědělo. Nastupující vláda tak měla informace, že se lékaři chystají učinit kroky k prosazení svých požadavků. Kampaň D-O se dotkla i samotné vlády, ať již v rámci apelů a jednání s ministrem zdravotnictví Leošem Hegerem, jednání s tehdejšími ministrem dopravy Vitem Bártou (VV) či vyjádřeními premiéra Petra Nečase (ODS) k dané kauze. Vláda je výkonným orgánem a podílí se na přípravě a schválení jednotlivých dokumentů (zákonů). Ty pak postupuje zákonodárnému sboru, poslanecké sněmovně.

Vláda je jako MZ silným aktérem s velkou měrou moci, vlivu, přesto zde hrál důležitější jen jeden její orgán – ministerstvo zdravotnictví. Postoj vlády ke kauze D-O se stavěl proti lékařům společně s MZ, než došlo na jednání a podepsání kompromisu mezi lékaři a ministrem zdravotnictví.

Zdravotní pojišťovny

Zdravotní pojišťovny jsou plátcí zdravotnickým zařízením za poskytnutou péči na základě uzavřených smluv mezi pojišťovnou a poskytovatelem péče. Hlavním zdrojem financování je v ČR veřejné zdravotní pojištění, které je spravováno devíti zdravotními pojišťovnami v ČR. Zdravotní pojištění i fungování zdravotních pojišťoven je dáno zákonem; v roce 1992 nabyly účinnosti zákony o všeobecném zdravotním pojištění a o Všeobecné zdravotní pojišťovně, o půl roku později pak zákon o dalších pojišťovnách. Pojišťovny mají statut veřejnoprávní organizace, do jejich orgánů patří správní a dozorčí rady, kam se dosazují političtí představitelé, což může ohrozit autonomii pojišťoven. Např. do správní rady největší české pojišťovny VZP jmenuje deset členů vláda, dvacet členů poslanecká sněmovna; u zbylých pojišťoven vláda jmenuje třetinu členů správní rady.

Z hlediska postavení pojišťoven jde o silného aktéra, který hájí své zájmy a disponuje jistou měrou moci. Zdravotní pojišťovny figurovaly v kauze D-O zejména tak, že z jejich peněz byly lékařům pro první rok dohody vyplaceny 2 mld. Kč na platy.

Samosprávní celky

V kauze D-O byly zahrnuty i kraje a obce jakožto zřizovatelé některých nemocnic. V ČR v roce 2010-11 (a platí to dodnes) dochází k jakémusi rozporu ve vládnutí – zatímco výkonnou moc v podobě vlády a ministerstev představují pravicové strany (zejména ODS a TOP 09), v krajích pak vládly a vládou levicové strany (s větší či menší měrou spolupráce s levicovými, středovými či pravicovými partnery). Tato „schizofrenní“ situace se projevila i v kauze D-O, kdy vláda a kraje (hejtmani) stály politicky proti sobě, což mohlo jednání a vyjednávání komplikovat. Zajímavostí také je, že ačkoli jsou kraje v mnoha případech zřizovatelem nemocnic, lékaři se v rámci kampaně obraceli se svými požadavky zejména na vládní představitele, zatímco krajské zástupci zůstávali spíše v pozadí. Moc krajů je zde silná, ačkoli kraje netvořily středobod jednání.

Pacienti

Pacienti jako část veřejnosti byli také v kauze D-O zainteresováni, ať již jako samostatné jednotky či v institucionalizované podobě. Hodnocení kauzy z hlediska pacientů-jednotlivců je zřejmě neuchopitelné, sledovat jej lze pravděpodobně pouze přes výzkumy veřejného mínění; oproti tomu pacienti sjednocení např. ve Svazu pacientů ČR v čele s prezidentem Lubošem Olejářem svůj názor vyjádřili tím, když se v lednu 2011 za protestující lékaře postavili a vyjádřili jim svou podporu.

Pacienti jsou v kauze D-O citlivou složkou, protesty lékařů byly vnímány do větší či menší míry jako ohrožující poskytovanou péči pacientům; zatímco někteří pacienti lékaře podporovali, jiní se případného odchodu lékařů obávali a v médiích se objevily i diskuse o možném narušení vztahu lékař-pacient. Moc pacientů je rozptýlená, jistou mocí může disponovat Svaz pacientů, který však neměl reálné prostředky k přímému řešení kauzy D-O.

Zdravotní sestry

Část zdravotních sester je sdružena v České asociaci sester (ČAS) a část pak v Odborovém svazu zdravotnictví a sociální péče ČR (OSZSP). V ČASu jsou sdruženy jen některé, jedná se o dobrovolnou organizaci; kromě dobrovolnosti je Česká asociace sester odbornou, neziskovou a nepolitickou organizací s právní subjektivitou. Jedná se o profesní

organizaci sester a jiných odborných pracovníků v ČR a ČAS je i členem světové organizace sester ICN (The International Council of Nurses). (ČAS.cz, 2008) ČAS sdružuje kromě zdravotních sester i další nelékaře působící v resortu zdravotnictví, sociální péče, školství i v oblastech soukromého podnikání (tamtéž). V čele ČAS stojí prezidentka společnosti Mgr. Dana Jurásková, Ph.D., MBA, exministrně zdravotnictví zastávající tento úřad před ministrem Leošem Hegerem.

Během kauzy D-O se zdravotní sestry k protestujícím lékařům a do kampaně nezapojily, resp. sestry zapojené v ČAS lékaře výslovně nepodpořily, zatímco členové OSZSP (zahrnující i zdravotní personál) vyjádřil kampani D-O svou podporu, což mělo svůj symbolický význam. O jednotnou podporu ze strany zdravotních sester tedy nešlo, pokud zdravotní sestry lékaře podporovaly, pak šlo o neorganizované jednotky a jednotlivé případy, vyjma svazu OSZSP, který se za kampaň postavil jednotně.

OSZSP je odborovým svazem sdružující pracovníky z oblasti zdravotnictví, sociálních služeb a dalších veřejných služeb, či z oblasti veřejné správy nebo zaměstnavatelů, jejichž činnost bezprostředně souvisí se zdravotnickými, sociálními a případně jinými veřejnými službami; OSZSP je zároveň členem Českomoravské konfederace odborových svazů a evropských i celosvětových organizací. (Odborový svaz zdravotnictví a sociální péče ČR, 2012) Předsedkyní je Bc. Dagmar Žitníková, která v čele svazu stanula v průběhu akce D-O (na konci listopadu 2010).

Z hlediska pozice jsou zdravotní sestry viditelnou jednotkou, z hlediska moci však nedisponují přílišným vlivem.

Ewing PR

Agentura Ewing Public Relations (Ewing PR) se spolupodílela na mediální kampani protestujících lékařů. V čele s ředitelem Jiřím Hrabovským a konkrétně pak s Martinem Jarošem agentura připravovala kampaň, její symboly, poskytla lékařům základní mediální školení ad. Z hlediska této kauzy jde o zajímavý moment, kdy si (hrubě řečeno) „levicové“ lékařské odbory (jejichž členové-lékaři se však sami označují často za voliče pravicových stran) najímají mediální agenturu, jež patří spíše na opačnou stranu.

Z hlediska nastolení agendy, upoutání pozornosti a obecně pak v „době médií“ bych agenturu Ewing PR právě z pozice vlivu v médiích zařadila mezi silnější hráče, ačkoli nespádají do výkonné ani zákonodárné moci. V oblasti nastolení tématu však byla agentura Ewing PR klíčovým aktérem.

Odborné společnosti

Odborné společnosti, jako např. Česká chirurgická společnost (konkrétně pak prof. MUDr. Pavel Pafko, DrSc.), se zastaly lékařů v rámci kampaně D-O. To učinilo i 23 docentů a profesorů⁵¹ ze všech lékařských fakult ČR a z IKEM či vědecká rada první lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze. Ačkoli jejich moc je zde malá, podpora je zde zejména symbolická v tom, že v odborných společnostech jsou zastoupeny lékařské kapacity, profesori, docenti. Ne všechny odborné společnosti akci podpořily, několik významných osobností a společností ano.

Veřejnost

Veřejnost sledovala kauzu buď z pozice pacientů, tedy s přímou zkušeností, nebo prostřednictvím (osobních, mediálních či jiných) sdělení. Zaměřím se zde zejména na výzkumy veřejného mínění vztahující se k této kauze. Ačkoli je těmto výzkumům přikládána různá váha, samotná veřejnost nemůže konkrétními činy kauzu ovlivnit. Vliv má tedy malý; svým postojem však může dát najevo svůj názor a ten může mít různě silný dopad na zkoumaný problém.

Média

Média vnímám v tomto případě z hlediska teorie přerušované rovnováhy jako jedno z dějišť, kde se kauza D-O odehrává. Média jsou zde prostředníkem mezi D-O a veřejností a dalšími zainteresovanými aktéry. Média pro mne v tomto případě slouží také jako pramen k analýze obsahu mediálních sdělení. Jelikož se názory na účinky médií liší, vycházím zde zejména z teze, že média lidem neříkají, co si mají myslet, ale o čem mají přemýšlet. Ve

⁵¹ Jmenovitě pak: doc. MUDr. Oliver Bulík, PhD., LF MU a FN Brno, prof. MUDr. Jan Bureš, CSc., LFUK a FN Hradec Králové, prof. MUDr. David Cibula, CSc., 1. LFUK a VFN Praha, prof. MUDr. Vladimír Černý, Ph.D., FCCM, LFUK a FN Hradec Králové, prof. MUDr. Zuzana Červinková, CSc., LFUK Hradec Králové, prof. MUDr. Michael Dlouhý, CSc., LFUP Olomouc, prof. MUDr. Sylvie Dusilová-Sulková, DrSc., MBA., IKEM Praha, prof. MUDr. Pavel Eliáš, CSc., LFUK Hradec Králové, prof. MUDr. Jiří Horáček, Ph.D., 3. LF UK Praha, prof. MUDr. Alexandra Jirkovská, CSc., Centrum diabetologie IKEM, Praha, prof. MUDr. Pavel Kalvach, CSc., 3.LFUK a FNKV Praha, doc. MUDr. Marcela Kopáčková, Ph.D., LFUK a FN Hradec Králové, prof. MUDr. Jan Lata, CSc., LF OU v Ostravě, prof. MUDr. Martin Matějovič, Ph.D., LFUK a FN v Plzni, doc. MUDr. PhDr. Jan Payne, PhD., 1. LFUK a VFN Praha, prof. MUDr. Zdeněk Rušavý, CSc., LFUK a FN v Plzni, prof. MUDr. Evžen Růžička, DrSc., FCMA, 1. LFUK a VFN Praha, doc. MUDr. Kamil Ševela, CSc. LF MU a FN USA Brno, doc. MUDr. Miloš Táborský, CSc., FESC. MBA, LF UP a FN Olomouc, prof. MUDr. Vlastimil Válek, CSc., MBA, LF MU a FN Brno, prof. MUDr. Ondřej Viklický, CSc., IKEM Praha, prof. MUDr. Libor Vitek, PhD, MBA, 1. LF UK a VFN Praha, prof. MUDr. Jan Žižka, Ph.D., LFUK a FN Hradec Králové.

vztahu k D-O tak řadím média s menší mocí konkrétně něco ovlivnit, za to však s velkým zájmem na tom, zda (a popřípadě i jak) budou lidé o kauze přemýšlet.

8.2 Vznik kampaně *Děkujeme, odcházíme*

Kampaň *Děkujeme, odcházíme* vznikla na jaře roku 2010. Na řádném XVI. sněmu LOK-SČL se 25. března 2010 v konferenčním sále Nemocnice na Homolce v Praze usneslo 98 delegátů, že stávající problémy ve zdravotnictví jsou vážné a že je nutné učinit kroky k nápravě. Na sněmu byla přijata tři základní usnesení: 1) LOK-SČL požaduje zavedení jednotné mzdové normy pro zdravotníky, tak aby základní plat bez přesčasů odpovídal 1,5 – 3 násobku průměrné mzdy v ČR; 2) LOK-SČL požaduje zrušení stávajícího systému postgraduálního vzdělávání a převedení kompetencí utvářet a realizovat postgraduální vzdělávání do kompetence ČLK; 3) LOK-SČL vyzývá ministerstvo zdravotnictví, aby s účinností k 30. červnu 2010 ukončilo platnost současné úhradové vyhlášky a nahradilo ji minimálně vyhláškou platnou pro rok 2009 (Usnesení XVI. sněmu LOK-SČL, 2010). V usnesení je kritizována zejména úhradová vyhláška, zmiňován je odchod lékařů z českých nemocnic kvůli špatnému financování, kritizováno je špatné nastavení postgraduálního vzdělávání mladých lékařů. V usnesení také nalezneme apel na všechny poskytovatele zdravotní péče i krajské samosprávy, aby „*podpořili mediální kampaň vedoucí k popularizaci problémů financování českého zdravotnictví v roce 2010*“ (tamtéž) a aby se politické subjekty začaly tímto problémem i přes volební kampaň zabývat, „*jinak budou nuceni řešit v prvních měsících vlády problém mnohem rozsáhlejší*“ (tamtéž). Na základě usnesení sněmu byla přijata výzva apelující na lékaře, aby zahájili demonstrativní protest tím, že vyjádří ochotu ukončit pracovní poměr v nemocnicích k 31.12.2010; a pokud by nebyla situace po volbách řešena, má k podání hromadných výpovědí skutečně dojít. (Engel, Velev, 2010) S ohledem na závažnost situace pak byl svolán mimořádný sněm LOK-SČL na 18. 5. 2010.

Z výše uvedeného tak můžeme shrnout, že v březnu bylo definováno několik základních problémů ve zdravotnictví, které je dle lékařských odborů nutno akutně řešit. (Další body, oněch 13 důvodů exodu pak bylo zformulováno až na mimořádném sněmu v květnu 2010, viz níže.) Za iniciátora této výzvy se označil doktor Kubek, který na sněmu v březnu 2010 vystoupil: „*Já jsem vystoupil jako první s tou kritikou, že se musí něco změnit. Že je nutné udělat razantnější akci, jinak to k ničemu nevede. Autorita LOKu mezi*

členy klesala. Mám takový bonmot: „S politiky se jedná dobře, ale s politiky pod tlakem se jedná ještě lépe“. Od přítomných zaznívalo jedině: aby ta akce byla taková, abychom nebyli směšní. Akce musí být jednoznačná“ (rozhovor s MUDr. Kubkem, 29. 3. 2012). Tento výrok naráží zejména na nespokojenost se situací ve zdravotnictví a jednak na neúspěšnost předešlých akcí. Lékaři již od 90. let poukazovali na různé problémy ve zdravotnictví menšími či většími stávkami, různými kampaněmi apod. Žádná z nich však podle respondentů neměla takový ráz, jako právě D-O. „V roce 2007 jsme dělali akci Unavený lékař, kde jsme upozorňovali na základě studie na problém přesčasů, že 20 hodin práce v kuse je jako po požití alkoholu, a to je u lékaře nebezpečné. Najali jsme si reklamní agenturu, dělala jen bannery atd., byla to forma reklamy. Vyšumělo to, nezajímalo to ani pacienty, nikdo si toho nevšiml, zapadlo to. Na to konto jsme nechtěli, aby to [Děkujeme, odcházíme] zapadlo. Museli jsme to dostat do náležitého povědomí, abychom ten boj vedli profesionálně, protože jsme věděli, že to boj bude. Kdybychom přestali pracovat na den na dva, to by nefungovalo. Muselo to být tvrdé a úspěšné“ (rozhovor s MUDr. Engelem, 7. 11. 2011). „Taky tam [na sněmu 25. 3. 2010] nepadl konkrétní způsob protestu, spíš tam padlo, že apel na politiky nemá smysl, že ta protestní akce musí být razantní, že to nesmí mít podobu jednohodinové stávky či omezení provozu, to není účelné, politikům je to jedno“ (rozhovor s MUDr. Kubkem, 29. 3. 2012). Od začátku bylo tedy dané, že kampaň musí být razantnější než akce předešlé. Podívejme se, jaké akce v minulosti proběhly.⁵²

Box č. 1: Stávky a protesty lékařů od roku 1995

1. 11. 1995 První protestní akce. Demonstrace před ministerstvem zdravotnictví, následovala administrativní stávka, kdy lékaři přestali vyplňovat úmrtní listy a posílali je na MZ, nakonec akce ukončena kompromisem. Ve vedení LOKu byl tehdy David Rath.

25. 3. 1996 Dvoudenní kampaň Titanik za změnu systému financování zdravotnictví.

Organizátorem kampaně byl LOK spolu s Odborovým svazem zdravotnictví a sociální péče (OSZSP). Demonstrace na Václavském náměstí se zúčastnilo 16 500 zdravotníků ze 130 nemocnic.

6. 10. 1999 Vyjednávání s vládou o změně financování zdravotnictví, požadavek na zvýšení platů lékařů, a to až na trojnásobek průměrné mzdy v zemi. Stávku organizoval LOK, připojilo se 700 lékařů.

Červen 2000 Hrozba protestních akcí a stávky pokud se nezvýší tarifní platy o 10 %. Ministr zdravotnictví Bohumil Fišer (ČSSD) přislíbil růst platů lékařů a dojednal s LOKem jejich navýšení, vláda dokonce rozhodla o zvýšení tarifních platů o 16 % od ledna 2001.

2. 11. 2001 Vyhlásil stávkovou pohotovost OSZSP jako nesouhlas s odložením růstu platů pracovníků ve státní sféře, pohotovost byla odvolána až po příslibu, že platy vzrostou od března 2002.

⁵² Protestních akcí bylo více, několik jich mělo jen např. regionální charakter. Toto je výčet akcí více „viditelných“.

20. 5. 2003 Vyhlásil stávkovou pohotovost OSZSP jako nesouhlas se snížením platů zdravotníků v průměru o jednu pětinu.

31. 5. 2003 Stávková pohotovost vyhlášená LOKem kvůli chystané reformě veřejných financí.

19. 6. 2003 Odbory daly najevo nespokojenost s reformou veřejných financí vyvěšením letáků, proběhla demonstrace, chodu nemocnic se tento protest nedotkl.

15. 10. 2003 Zahájili protest někteří lékaři v nemocnici v Havlíčkově Brodě, Jihlavě a Třebíči, kdy odmítali sloužit přesčas jako protest proti krizi financování zdravotnictví.

10. 11. 2004 Krizový stav vyhlásili ambulantní lékaři z obavy zhoršení situace v ambulantní sféře. Krizový stav byl reakcí na „desatero“⁵³ ministryně zdravotnictví Milady Emmerové (ČSSD).

24. 9. 2005 Soukromí lékaři se rozhodli na protest proti systému financování zdravotnictví uzavřít své ordinace na jeden den.

Březen 2007 Stávkou se lékaři snažili domoci vyšších úhrad od VZP v době platné úhradové vyhlášky. VZP přislíbila zvýšení úhrad pro rok 2008.

2007 Unavený lékař. LOK-SČL vyhlásil pro rok 2007 mediální kampaň pod heslem „Unavený a přepracovaný lékař je reálné riziko pro pacienta.“ Lékaři kampaní naráželi na přemíru přesčasů, kdy často nenásledoval odpočinek lékaře a kdy únava lékaře mohla ohrozit až zdraví pacienta.

24. 6. 2008 Stávka organizovaná LOK a OSZSP kvůli reformě zdravotnictví Tomáše Julínka (ODS). Stávka se dle jejich slov snažila hájit především pacienty, které by reforma poškodila. Stávky se zúčastnili nemocniční lékaři, v nemocnicích byla poskytována pouze akutní péče. Ve stejný rok došlo k hrozbě stávky, pokud nebudou zvýšeny tarifní platy lékařům o 30 %.

18. 5. 2010 Vyhlášení kampaně „Děkujeme, odcházíme,“ kterou LOK definoval 13 důvodů odchodu lékařů z českých nemocnic, pokud se situace nezlepší.

Zdroj: Maindlová, 2011, upraveno, doplněno.

Kampaň byla vyhlášena ještě za vlády Jana Fischera (kdy byla na postu ministryně zdravotnictví Dana Jurásková) v březnu, resp. v květnu 2010. To bylo několik měsíců před volbami do poslanecké sněmovny. Vedou se spekulace, zda měla akce politický podtext či nikoli. Lékaři zapojení do kampaně říkají, že právě vyhlášení kampaně ještě před volbami bylo znakem apolitičnosti akce. „*V březnu jsme nevěděli, kdo po červnových volbách vyhraje, jak to bude. My jsme chtěli, ať dopředu každé ví, kdo si tam sedne, že má problém*“ (rozhovor s MUDr. Engelem, 7. 11. 2011). Opačný názor ale zastává ministerstvo zdravotnictví: „*Už před volbami ta kampaň šla za nějakými levicovými myšlenkami, byla*

⁵³ Desatero Milady Emmerové (zkráceno): 1) Zdravotnictví je veřejnou službou, poskytovanou občanům vzdělanými zdravotníky, kteří jsou odměňováni s ohledem na vysokou náročnost a odpovědnost jejich poslání a s ohledem na úroveň odměňování jejich kolegů v ostatních vyspělých zemích Evropské unie i světa. 2) Vytvoření moderně organizovaného zdravotnictví střeoevropského typu se zohledněním dosavadních pozitivních zkušeností před a po listopadu 1989, s vyloučením plýtvání s finančními prostředky. 3) Rozvoj zdravotnictví, postavené na zásadách humánní medicíny, bez zásahu do vlastnických práv ambulantních lékařských praxí ani nemocnic převedených na obchodní společnosti. 4) Zajištění rovnocenné zdravotní péče pro všechny občany na území ČR. 5) Zajištění dostupnosti zdravotní péče všem občanům bez rozdílu. 6) Vytvoření sítě lůžkových zdravotnických zařízení s návazností na síť ambulantních zdravotnických zařízení. 7) Zajištění vyrovnaného vícezdrojového financování zdravotní péče. 8) Posílení prestiže a funkce praktických lékařů a ambulantních specialistů. 9) Podpora předávání užitečných smysluplných informací v celé struktuře zdravotnictví. 10) Preference kroků vedoucích k důstojného lidského života. Zdroj: <http://www.zdrav.cz/modules.php?op=modload&name=News&file=article&sid=5877>

tam implicitně cítit podpora levicové části politického spektra“ (rozhovor s Mgr. Růžičkou, 20. 11. 2012). Platí však, že kampaň a forma kampaně byly vyhlášeny ještě před samotnými volbami.

Již od samého začátku, tedy od sněmu v březnu 2010, bylo dáno, že forma protestu má být ve výpovědích lékařů. Po volbách vydal LOK-SČL stanovisko k povolební situaci v ČR, kde explicitně uvádí, že *„vítá [LOK-SČL] a očekává s nadějí změny na politické scéně, které přinesly nedávné parlamentní volby. Jako naději na změnu politické kultury i pohledu na situaci zdravotníků vnímáme především nové parlamentní strany. Jsme připraveni jednat o našich požadavcích se všemi relevantními partnery. Očekáváme dohodu na základních principech a garanci postupných kroků vedoucích k zásadním změnám systému poskytování zdravotní péče i ohodnocení zdravotníků. Budeme tyto změny aktivně vytvářet. Kampaň „Děkujeme, odcházíme“ považujeme dále za jeden z motorů budoucích změn.“* (Engel, Velev, 17. 6. 2010)

8.3 Třináct důvodů exodu

Z teorie přerušované rovnováhy, kterou jsem se snažila přiblížit v kapitole 6, víme, že důvodem ke změně je většinou pojmenování určitého problému či problematických oblastí v dané veřejné politice (VP), které určitá skupina aktérů (např. zájmová či nátlaková skupina) vidí jako potíže, na niž se musí poukázat a v „nejlepším“ případě změnit. Definicí (popřípadě redefinicí) problému (issue re-definition) pak dochází k popisu konkrétního či konkrétních problémů v oblasti VP, na něž se daná skupina snaží zaměřit pozornost a které jsou z jejich hlediska vnímány jako nevyhovující. V případě *Děkujeme, odcházíme* pak zájmová skupina (LOK-SČL) definovala hned několik problémů v oblasti zdravotní politiky, které se dle této skupiny mají změnit, aby došlo ke zlepšení fungování systému zdravotnictví v ČR. Problémů bylo definováno celkem 13, nyní si je přiblížíme.

Na řádném sněmu v březnu 2010 se LOK usnesl na několika základních bodech protestu. Během necelých dvou měsíců pak vedení LOKu zformulovalo tzv. „13 důvodů exodu“, které byly lékařům představeny již na mimořádném sjezdu 18. 5. 2010 a jimiž lékaři vysvětlovali důvody svého odchodu ze systému zdravotnictví. Tyto body jsem částečně popsala již v kapitole 7 o zdravotnictví v ČR jakožto kontextu, na jehož základě kampaň D-O vznikla. Nyní se podíváme na tyto body blíže.

Box č. 2: Třináct důvodů exodu

1 České zdravotnictví je dlouhodobě podfinancované - podíl HDP osciluje kolem 7 %, zatímco obvyklý průměr v EU je 10 %. Ze sledovaných zemí OECD jsou za námi pouze Polsko, Mexiko a Korea.

2 Nízká platba státu za státního pojištěnce, která neodpovídá objemu financí za péči, které tito „státní“ pacienti zkonsumují. Neexistence systému komerčního připojištění.

3 Velké rezervy ve vnitřním chodu zdravotnictví - největší položkou je chaos v lékové politice, kudy utíkají miliardy.

4 Podivné hospodaření v nemocnicích - předražené zakázky (stavební, nákup přístrojů a léků apod.). Platy zdravotníků jsou jedinou položkou, za niž nelze získat provizi.

5 Nízké platy lékařů, které neodpovídají náročnosti povolání, potřebnému vzdělání a prestiži.

6 Zcela destruovaný systém vzdělávání, který vede k odchodu mladých lékařů do ciziny.

7 Odchody lékařů do ciziny kvůli lepším pracovním podmínkám. Zůstávající lékaři jsou zatěžováni vyšší odpovědností, než odpovídá jejich kvalifikaci a vyšším počtem přesčasové práce.

8 Nedodržování zákoníku práce vede k přetěžování lékařů a následně i k možným chybám lékařů, které je vystavují postihu.

9 V roce 2013 přestane platit výjimka u evropské směrnice o přesčasové práci, která bude klást ještě větší nároky na personální vybavení nemocnic.

10 Kvůli personálnímu nedostatku, špatné organizaci a neracionálnímu nakládání s finančními prostředky dochází ke zhoršování péče o pacienty, za něž nechtějí lékaři přebírat odpovědnost.

11 Nesplněné sliby politiků - od roku 1989 jsou lékaři přesvědčováni, že nejprve se musí změnit systém a pak dojde k napravení jejich platů. Doposud se tak nestalo.

12 Politické strany vedou o zdravotnictví ideologickou válku, přičemž ke změnám je třeba dohoda politiků napříč spektrem, jak je patrné v cizině.

13 Zdravotnictví je resortem, kde se vystřídalo nejvíce ministrů zdravotnictví, koncepcí a rozdílných pohledů. Stále jsou nějaké volby, ať již řádné či předčasné, takže lékaři nemají záruku, že se potřebné změny uskuteční.

Zdroj: Dekujeme-odchazime.cz, 2011

Pojmenování palčivých míst českého zdravotnictví s požadavkem jejich změny má několik specifíků. Jednak je otázkou, zda je 13 bodů příliš, či naopak málo. Jak později uvidíme, v médiích a ve výsledku i do samotné dohody mezi lékaři a ministerstvem na konci kampaně se promítl jen zlomek z těchto třinácti bodů (důvody, proč tomu tak mohlo být, uvedu níže). Dále jsou tyto body na různé míře obecnosti. Důvod č. 11 „nesplněné sliby politiků“ je na jiné míře obecnosti než např. důvod č. 5 „nízké platy lékařů“.⁵⁴ Na jednu stranu se sice lékařům podařilo pojmenovat ty zásadní nedostatky českého zdravotnictví, na druhou stranu je otázkou, nakolik bylo možné splnit všech těchto třináct důvodů kampaně.

⁵⁴ Ze 13 důvodů exodu je, dle mého názoru, evidentní chybné formulování cílů kampaně. Ze třinácti bodů bylo např. možné formulovat nejpalčivější potíže a požadavky lékařů na jejich rychlé řešení, ostatní, spíše dlouhodobější požadavky, měly být buď formulovány jinak či s explicitním vyjádřením vědomí si jejich případného řešení v dlouhodobějším horizontu. Na druhou stranu je nutné říci, že oněch 13 důvodů není veřejněpolitickým dokumentem či studií, ale byly součástí razantní akce, která zřejmě takové formulace problému vyžaduje.

Někteří lékaři viděli v těchto bodech, a potažmo v celé kampani zahájení reformy celého zdravotnictví, zejména tedy zahájení boje s korupcí (viz důvod č. 3, 4). „*Naším cílem opravdu bylo, aby se takhle republika přestala rozkrádat. Že kampaní D-O tu chobotnici rozsekneme ve zdravotnictví, a tím se spustí lavina a korupce se zastaví. Já jsem si myslel, že tou kampaní uděláme sekanec, kdy ta vláda bude muset ty peníze najít, bude muset zavřít všechny ty korupční kohouty, o kterých ví, a že tím se to nastartuje*“ (rozhovor s MUDr. Vávrou, 22. 3. 2012). Očividně si ale vedení LOKu bylo vědomo různé míry obecnosti požadavků: „*Tady byla dobrá vůle, i když některé požadavky byly takové, které potřebují více času. Počítá se dobrá vůle, tedy skutky*“ (rozhovor s MUDr. Kubkem, 29. 3. 2012).

Téma zdravotnictví jakožto kontext ke vzniku kampaně D-O jsem uvedla v kapitole 7. K tomu, zda byly požadavky lékařů oprávněné, tedy odkazuji k dané kapitole. Zastavím se zde jen u dvou bodů, které jsem v kapitole 7 neuvedla či nerozvedla příliš. Jedná se o důvod číslo sedm: odchody lékařů do ciziny kvůli lepším pracovním podmínkám a o důvod číslo pět: nízké platy lékařů.

Odchod lékařů do ciziny. Jedním z cílů kampaně bylo poukázat na odchod lékařů (zejména pak mladých lékařů) do zahraničí kvůli špatným podmínkám v českém zdravotnictví. Každoročně odejde z ČR kolem 330 lékařů, v roce 2010 vydala ČLK dokonce 691 certifikátů opravňující lékaře k práci v zahraničí⁵⁵ (Kubek, 2010: 3). Více také odcházejí muži než ženy (poměr je zhruba 65:35), muži pak nejčastěji odcházejí ve věkové skupině 30-40 let, tedy většinou již plně kvalifikovaní lékaři. Za roky 2008-2009 je k tomu nutné připočítat ještě 114 absolventů lékařských fakult, kteří odešli, aniž by začali v ČR jako lékaři pracovat. (tamtéž)

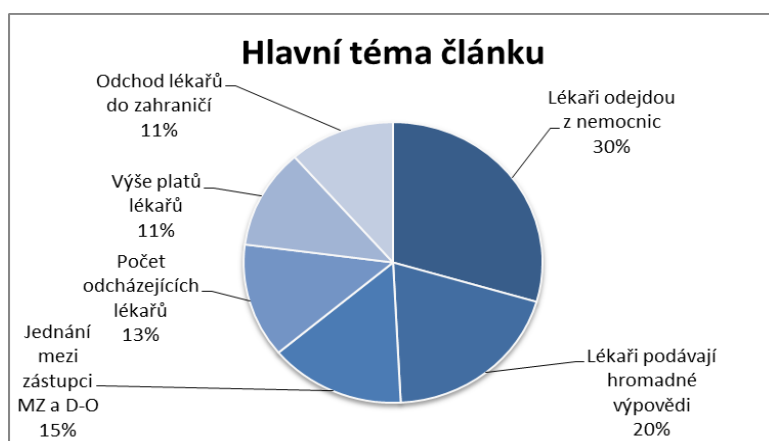
Paradoxem bylo, že téma odchodu lékařů se diametrálně v průběhu kampaně otočilo. Zatímco na začátku kampaně D-O byl odchod lékařů z nemocnic do zahraničí kvůli špatným podmínkám jedním z důvodů, co se musí v systému českého zdravotnictví změnit, během kampaně se v médiích poukazovalo na to, že pakliže lékaři podají výpovědi, odejdou do zahraničí. Došlo tedy k redefinici (a tím redukci) tématu z „změnami ve zdravotnictví zamezíme odchodu českých lékařů“ na „lékaři podávající výpovědi v rámci kampaně D-O odejdou do zahraničí“, přestalo se o změnách ve zdravotnictví jako o kroku k udržení lékařů v ČR mluvit. Martin Jaroš z agentury Ewing PR, kterou si lékaři najali, si to vysvětluje takto: „*Vy něco médiím předložíte, ony si z toho ale vezmou jen něco. My jsme jim předložili*

⁵⁵ Pakliže chce lékař pracovat jako lékař i v zahraničí, musí mít tzv. Certifikát o profesní bezúhonnosti, což je potvrzení o tom, že byl členem ČLK a že nikdy nebyl disciplinárně potrestán.

celou kampaň, že nám odchází každý rok jeden ročník absolventů, že bude z EU omezena přesčasová práce od roku 2013, což třeba řeší Německo už teď, už loni tady dělali Němci náborovou kampaň v ČR, aby se na to připravili. A že Češi mohou do toho Německa odejít. Média to zjednodušila na to, že se 10 000 českých lékařů chystá odejít do Německa, zjednodušila to na to a už jim to nevyvrátíte“ (rozhovor s Ing. Jarošem, 11. 4. 2012).

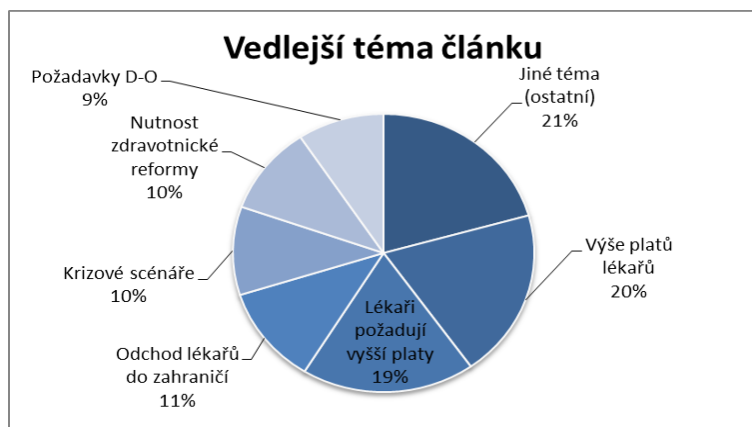
V rámci této práce jsem provedla obsahovou analýzu mediálních obsahů (podrobněji v dalších částech práce a konkrétní popis viz příloha č. 16), kde jsem mj. zkoumala, která dvě hlavní témata se v médiích objevovala (tedy jako hlavní téma článku a vedlejší téma článku). Z analýzy mi vyplynulo, že téma lékařů odcházejících z nemocnic do zahraničí bylo v případě hlavního tématu šesté nejčastější a v případě vedlejšího tématu dokonce čtvrté nejčastější. V obou případech pak téma, že lékaři poté, co podají výpovědi, odejdou do zahraničí, tvořilo 11% podíl na šesti nejčastějších tématech.

Graf č. 3 – Šest nejčastějších hlavních témat článků kódovaných novin



Zdroj: vlastní zpracování

Graf č. 4 – Šest nejčastějších vedlejších témat článků kódovaných novin



Zdroj: vlastní zpracování

Z obou grafů je patrné, kterých šest témat bylo ve zkoumaných médiích zastoupeno. Jednalo se zejména o témata jako odchod lékařů z nemocnic, jejich počet a odchod do zahraničí, platy lékařů, podávání výpovědí lékaři, jednání mezi MZ a lékaři, krizové scénáře; o nutnosti zreformovat zdravotnictví se u druhého hlavního tématu (tedy vedlejšího tématu) psalo jen z 10 %, požadavky lékařů se umístily na posledním místě. (Zde poznámka: požadavky lékařů nemám na mysli oněch 13 důvodů exodu, ale jen vybraných požadavků, například jen tři až pět hlavních požadavků. Oněch 13 důvodů exodu jsem kódovala zvlášť jako celek.)

Nízké platy lékařů (důvod číslo 5). V kapitole 7 jsem se již platy lékařů zabývala. Jelikož se toto téma stalo v kampani jedním z ústředních, považuji za důležité ještě k platům lékařů dodat několik málo informací. V médiích (viz další část práce s přesnou analýzou) se často uvádělo, že lékaři požadují vyšší platy, zároveň bylo často argumentováno tím, že lékaři pobírají padesát, ale klidně i sedmdesát tisíc korun měsíčně. Tato částka je odvislá od několika faktorů. Jedním z nich je délka praxe daného lékaře; je logické, že nastupující lékař bude mít méně než primář určitého oddělení. Např. dle platových tarifů na základě nařízení vlády⁵⁶ má nastupující lékař zhruba 18 tisíc hrubého, po šesti letech praxe před atestací má necelých 21 000 Kč hrubého a po atestaci pak 22 770 Kč. Na průměrný plat v ČR se ve 13. platové třídě po atestaci dostane lékař zhruba po 12 letech praxe. (Mladí lékaři.cz, 2009) Za druhé jsou v částce padesátitisícového příjmu započítány i přesčasové hodiny, odměny apod. (viz příloha č. 9). Lékaři v kampani argumentovali tím, že se sice opravdu mohou dostat až na 50 tis. korun měsíčně, ale pokud tuto částku vydělíme počtem odpracovaných hodin, dostaneme se na 100 až 150 Kč hrubého na hodinu. (např. Doležalová, 2010)

Zmíněných 13 důvodů exodu bylo na začátku kampaně občas ve mnou zkoumaných médiích uváděno, později se ale většinou těchto témat nevěnovala pozornost, ta se soustředila jen na některá, stále se opakující témata, jako např. odchod lékařů z nemocnic, platy lékařů, jednání lékařů s ministerstvem apod. Tímto problémem se budu zabývat v následující části práce.

⁵⁶ Platový tarif upravuje § 5 nařízení vlády č. 564/2006 Sb., o platových poměrech zaměstnanců ve veřejných službách a správě.

8.4 Nastolení agendy – průnik kauzy D-O

Nahlíženo optikou teorie přerušované rovnováhy (PET), ústřední roli hraje nastolení tématu (agenda setting). Poté, co došlo k definici problému, tedy k definování výše uvedených 13 důvodů exodu, musela daná zájmová skupina (LOK-SČL) dostat téma do povědomí lékařů, veřejnosti i politické reprezentace. Již výše jsem uvedla, že lékaři se nejvíce obávali toho, aby nebyli „směšní“, že akce musí být jednoznačná a že nemůže „vyšumět“ jako předešlé nátlakové akce, jakou byla např. akce Unavený lékař. Od začátku bylo domluveno, že nátlaková akce nemůže mít formu jednodenního přerušování provozu, a tedy bude mít formu hromadných výpovědí. Jelikož se již od začátku předvíдалo, že by kampaň mohla rozrůst do větších rozměrů, bylo nutné ji dělat profesionálně; lékařský odborový klub se tedy rozhodl najmout si profesionální PR agenturu⁵⁷, konkrétně pak Ewing PR. „Už tenkrát jsem jim navrhoval, ať si najmeme profesionální agenturu, že jsme lékaři a nemáme na toto čas. Platíme příspěvky, tak ať je na to použijeme“⁵⁸ (rozhovor s MUDr. Vávrou, 22. 3. 2012). „Proti profíkům se nemůžete postavit amatérsky. Proto jsme si PR agenturu najali“ (rozhovor s MUDr. Engelem, 5. 3. 2012).

Nástrojů, jak téma zviditelnit a nastolit agendu, bylo několik. Jednak to byla kontaktní kampaň přímo s lékaři v nemocnicích a s veřejností na náměstích ve městech (blíže viz níže); jednak bylo důležité dostat téma do médií. Akce byla vyhlášena na tiskové konferenci dne 15. září 2010 před ministerstvem zdravotnictví. Kampaň pak probíhala až do konce února 2011 (s dozvukem do března), kdy skončila dohodou mezi zástupci lékařů a ministerstvem zdravotnictví.

Podíváme-li se na mediální pozornost k této akci, zjistíme, že v období od 1. 9. 2010 do konce března 2011 byla kampaň D-O zmíněna v médiích 5 779krát, tedy v necelých šesti tisících článcích, rozhlasových a televizních zprávách a komentářích⁵⁹. V průměru tak připadlo 825 mediálních sdělení o této kampani na měsíc. (Opět připomínám, že jsem zde

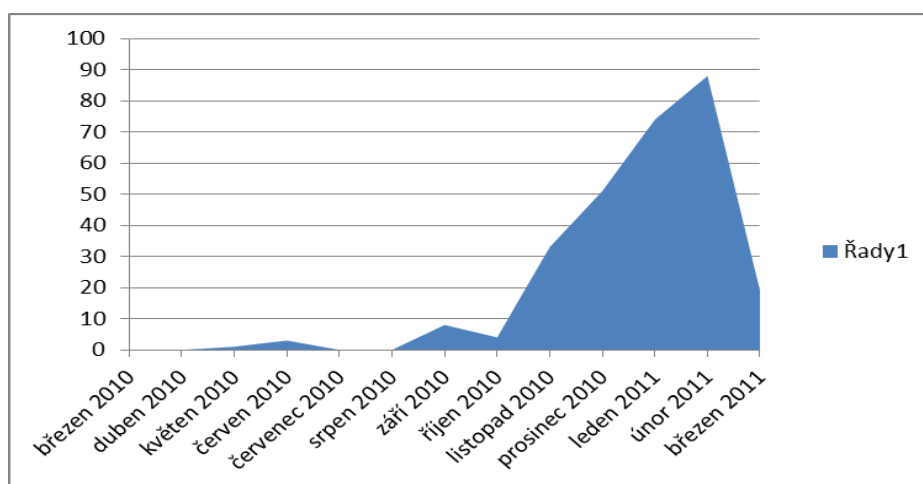
⁵⁷ Zde nastal zajímavý moment. Samotní respondenti-lékaři se jakožto skupina identifikovala spíše napravo, o lékařích otevřeně hovořili jako o voličích pravicových stran. Oproti tomu odbory, včetně Lékařského odborového klubu působí spíše levicově. PR agentura a obecně vedení „image“ nějaké firmy či klienta patří spíše k modelům a profilům pravice. Došlo tak k zajímavému momentu, kdy si „levicové“ odbory najímají „pravicový“ nástroj (PR agenturu) k prosazení svých požadavků. Samozřejmě jsem si zde vědoma vágnosti operace s pojmy, přesto i na základě odborné konzultace uvádím toto zjištění jako postřeh.

⁵⁸ Lékaři, kteří jsou zároveň členy lékařského odborového klubu, odvádějí členské příspěvky ve výši 0,5 % ze mzdy. V médiích se diskutovalo, že celá kampaň od Ewing PR stála asi 3,5 milionu Kč. To se mi však z rozhovorů nepodařilo potvrdit.

⁵⁹ Zjištění jsem provedla na základě vyhledávání v databázi Newton Media, kam jsem zadala heslo „děkujeme odcházíme“ a hledání omezila na termín 1. 9. 2010 až 30. 3. 2011. Ponechala jsem všechna média, včetně regionálních mutací.

zahrnula všechna média včetně regionů.) V mediální analýze, kterou jsem prováděla, jsem sledovala pouze čtyři vybraná periodika (deník Právo, deník Mladá fronta Dnes, deník Hospodářské noviny a deník Blesk), a to pouze zpravodajství a bez regionálních mutací⁶⁰. Tím se mi počet zkoumaných článků snížil na 281. Z hlediska nastolení agendy můžeme na grafu č. 5 pozorovat, že nejvíce se tématu čtyři vybraná periodika věnovala v období od října 2010 do března 2011 s vrcholem v únoru 2011, kdy ke kauze D-O vyšlo celkem 88 článků; v březnu jich bylo již jen 19.

Graf č. 5 – Mediální pozornost kampani Děkujeme, odcházíme. (Vývoj počtu článků)



Zdroj: vlastní zpracování

Nejdříve si kampaně D-O všiml deník Právo, který o ní informoval již květnu a červnu 2010 a poté od září 2010 až do konce kampaně. Deníky MfD a HN vydaly první zprávu o kampani v září 2010. Jako poslední zveřejnil informace o D-O deník Blesk, a to až v listopadu 2010. Podrobnou tabulku s rozpisem všech článků a popisem jejich kódování uvádím v příloze č. 16 – kódovací kniha.

Co se týče nastolení agendy směrem k médiím, tam se upoutání pozornosti zdařilo, média o kampani hojně informovala. Nejprve o kampani informovala regionální média, teprve po nějakém čase se přidala i celostátní média. Která témata a jakým způsobem média uveřejňovala, si ukážeme níže v širší mediální analýze.

⁶⁰ Důvodem byl jednak obrovský počet článků z regionálních příloh deníků; navíc v rámci mé práce mne zajímá zejména celostátní agenda, ne regionální. Ačkoli přiznávám, že udělat analýzu regionálního tisku by bylo velmi zajímavé (např. některého jednoho regionu). Stejně tak by bylo zajímavé udělat analýzu komentářů, publicistiky, názorů čtenářů apod.

V teorii přerušované rovnováhy (PET), jak jsem již naznačila výše, je nastolení agendy zásadním předpokladem pro případný úspěch akce a prolomení dlouhodobé stability. Získání pozornosti (zejména médií) je zásadním krokem pro alokaci pozornosti. Pozornost se dle PET získá nějakou **fokusační událostí** (focusing event). Fokusační událostí, čili událostí zaměřující pozornost, je v našem případě kampaň *Děkujeme, odcházíme*, která se sice formovala již od května 2010, její zahájení a „vypuknutí“ začalo ale až v polovině září 2010. Fokusační událost splnila svůj cíl – podařilo se jí na kampaň upozornit a nastolit agendu.

8.5 Komunikační strategie kampaně D-O

K agentuře Ewing PR se vedení LOKu dostalo z doslechu, přes známé na ni měli dobré reference. V květnu 2010 pak došlo k prvnímu setkání MUDr. Engela a Jiřího Hrabovského, ředitele agentury, a poměrně brzy se na spolupráci dohodli. Od poloviny července 2010 na kampani agentura Ewing PR společně s vedením LOKu pracovala tak, aby mohla být v polovině září zahájena. Nyní bylo nutné domluvit, jak by kampaň měla vypadat. Slogan „Děkujeme, odcházíme“ vznikl již v březnu 2010 na sněmu LOK-SČL, ten se dle zadání lékařů již měnit neměl. Během kampaně byly vymyšleny její symboly (viz podkapitola 8.5.1) a důležité také bylo promyslet komunikační strategii kampaně. Ta byla vedena dvěma směry – ven k veřejnosti a dovnitř mezi lékaře. S agenturou bylo tedy dohodnuto, že kampaň bude mít dvě části: komunikaci dovnitř směrem k lékařům a komunikaci ven směrem k veřejnosti, umět to veřejnosti vysvětlit.

Ačkoli komunikace měla dvě cílové skupiny, respondenti přiznávali, že důležitější pro ně byla komunikace směrem „dovnitř“, tedy mezi lékaře tak, aby je přesvědčili k podání hromadných výpovědí, čímž by se z nich stal silný hráč ve vyjednávání o svých požadavcích. *„Komunikace s lékaři i s veřejností byly asi stejně důležité, jednání s lékaři ale asi důležitější, protože jsme museli získat jednotu při těch výpovědích. Za dvě hodiny na náměstí neoslovíte zas tak velkou část populace. Ale bylo to také důležité, lékaři se sami ptali, a co říkali lidi – a uklidnilo je, že lidi stojí za námi“* (rozhovor s MUDr. Drinkovou, 1. 4. 2012). *„Asi důležitější bylo pro nás vtáhnout ty své lidi, nechci říkat, že komunikace s veřejností nebyla důležitá, ale přednější byl akcent dovnitř a umět to vysvětlit vlastním lidem, abychom přesvědčili své lidi, umět je zbavit toho strachu. Když si představíte dobu, kdy se lidé bojí o práci, tak o to šlo, přemluvit je, aby do toho šli“* (rozhovor s MUDr. Engelem, 5. 3. 2012).

Kampaň začala naplno v polovině září 2010. V rámci kampaně lékaři objížděli kraje a v něm pak konkrétní nemocnice. Jeden den probíhal tak, že kolem poledne lékaři diskutovali s veřejností na veřejných místech města (náměstích apod.) a poté odjeli diskutovat přímo s lékaři do nemocnic.

Komunikace s veřejností. Každý den dle harmonogramu přijela sanitka spolu s tváří kampaně (někdy i s Martinem Engelem) a se zástupcem Ewing PR do vytyčeného města. Kolem 12. hodiny zastavili na náměstí sanitku, vyndali doktora Exoda (jeden ze symbolů kampaně, k nim viz podkapitola 8.5.1) a rozložili stůl, na němž byl položen tlakoměr. S kolemjdoucími pak rozebírali důvody kampaně, bavili se s veřejností, vysvětlovali jí důvody svého odchodu, měřili lidem tlak. Na náměstích s veřejností debatovali (dle počasí) asi dvě hodiny. Dle odhadů respondentů mohli hovořit s asi 200 lidmi za týden. Všichni respondenti byli velmi překvapení kladnými odezvami od veřejnosti, lidé je podporovali, negativních reakcí na kampaň D-O bylo minimum. *„Za týden jsme mohli oslovit asi 200 lidí, z toho nás maximálně 5 poslalo do háje a odešlo. Negativní reakce byly minimální. Navíc, když jsme se s těmi lidmi, co nadávali, bavili, jestli vědí, kolik lékaři berou, když jsme jim to řekli, tak reakce byly „to není možný“. Lidé nevědí, kolik lékaři berou“* (rozhovor s MUDr. Vávrou, 22. 3. 2012). *„Lidé se ke kampani stavěli dobře, byli jsme v regionech, které jsou chudé a kde je vysoká nezaměstnanost, přesto souhlasili i s navýšením platů, to jsem byla překvapená. Což bylo něco jiného, než pak člověk četl v médiích, jak s tím lidé nesouhlasí. Problémy nebyly. Akce byly nahlášené na městské policii, měli jsme to vždy povolené“* (rozhovor s MUDr. Drinkovou, 1. 4. 2012).

S veřejností lékaři komunikovali nejen osobně na náměstích, ale také **přes média**, čímž se dal „zasáhnout“ větší počet lidí. Jeden den v týdnu, kdy lékaři objížděli nemocnice v daném kraji, se konala tisková konference (TK) konaná v příslušném krajském městě, většinou v nějakém hotelu, sále. Během TK obdrželi novináři tiskovou zprávu, v níž byly uvedeny důvody kampaně, a zároveň byly na TK uvedeny počty lékařů, kteří se ke kampani připojili. Na tiskové konferenci byl přítomen Martin Engel, Martin Jaroš a jedna ze tří tváří kampaně. Přes média se také lékařům podařilo témat dostat do mediální a veřejné agendy.

Komunikace s lékaři. Jednou z hlavních myšlenek bylo, že pakliže je nutné přesvědčit lékaře k podání hromadné výpovědi, je nutný osobní kontakt, kontaktní kampaň s lékaři v nemocnicích. V létě 2010 tak byla naplánovaná „road show“, tedy jízda po krajích a regionech ČR, kde se v jednotlivých nemocnicích mělo s lékaři jednat o 13 požadavcích. Tváří této kampaně měla být ideálně žena, jelikož bylo ale vše velmi časově náročné,

zvoleni byli nakonec tři lékaři, kteří spolu se zástupcem PR agentury jednotlivé nemocnice objížděli. Konkrétně se jedná o MUDr. Šárku Drinkovou (kraj Vysočina), MUDr. Pavla Vávru (kraj Vysočina) a MUDr. Petera Igaze (Karlovarská kraj). Všechny tři „tváře kampaně“ pak prošly základním jednodenním mediálním školením, kde se učily, jak komunikovat s médii, co a jak sdělit.

Harmonogram kontaktní kampaně s lékaři byl naplánován na 14 týdnů (dle počtu 13+1 kraj) a na každý den byla naplánována návštěva jedné nemocnice. Celkem se tedy mělo navštívit 14krát 5 nemocnic, tedy 70 nemocnic. Ve výsledku jich bylo 64, a to z důvodů státních svátků a jiných omezení. První navštívenou nemocnicí byla nemocnice na Kladně dne 15. 9. 2010, poslední pak Všeobecná fakultní nemocnice v Praze dne 17. 12. 2010. Podrobný popis navštívených nemocnic viz příloha č. 14 – Seznam navštívených měst a nemocnic v rámci kampaně D-O.

Každý den dle harmonogramu přijeli zástupci D-O do města, od 12 do cca 14 hodin komunikovali s veřejností na náměstích a po 15. hodině pak lékaři odjeli do nemocnice, kde se kolem 15.30 (většinou po pracovní době) sešli s lékaři, kteří se o kampaň D-O zajímali. Místní organizace LOKu většinou zajistila prostory pro schůzky. Na schůzce pak bylo přítomným lékařům vysvětlováno, proč volí tuto formu protestu, jaké jsou důvody kampaně, a zejména zde byl podepisován dokument o připravenosti lékařů podat výpověď. Tento dokument závazný nebyl, ale předurčoval, kteří lékaři budou nakonec ochotni výpověď podat. (Pro časové srovnání: zhruba do konce listopadu byly podepisovány připravenosti podat výpověď, během prosince pak lékaři zasílali hromadné výpovědi své zastupující právnické kanceláři, která je pak k 1. lednu 2011 zasílala do příslušných nemocnic. Je zde tedy nutné oddělit fázi sběru dokumentů o připravenosti odejít a fázi, kdy již byly přímo sbírány výpovědi lékařů.) *„My jsme šli na to dvou-krokově, první byly deklaráce, ty skončily v listopadu, pak byla akce samotné výpovědi. Mysleli jsme si, že to skončí na těch deklarácích a že dál nebudeme muset jít. Ta realita pak byla ale jiná“* (rozhovor s MUDr. Engelem, 7. 11. 2011).

Jednání s lékaři byla různá, někdy přišlo málo lékařů, jindy jich přišlo hodně, jednání trvala i tři hodiny. *„S lékaři jsme se bavili o výpovědích, lékaři měli také strach, že mají hypotéky, že nechtějí přijít o práci. Tak jsem jim vysvětloval, že lékaři nesmí stát sami v poli jako osamocený voják, ale že to musí být kolektivní akce. Hodně se apelovalo na těch 13 bodů, dnes už se o nich ani tak nemluví. Lékařům jsem vysvětloval, že jestli chceme udržet nějakou kvalitu, musíme mít profíky, a ti se musejí umět zaplatit. V medicíně je práce týmová, a když jeden člen týmu odejde, kolektiv ani práce nefunguje. Tento personální*

rozklad nemocnic je obecný jev, ten probíhá všude. Vidím tu frustraci lékařů z práce, ztrácejí profíky, a tím ztrácí jejich práce smysl, za což jim zas nadávají i lidi. A lékaři této argumentaci celkem rozuměli“ (rozhovor s MUDr. Igazem, 15. 3. 2012). „Zdálo by se, že podat výpověď je snadné, ale třeba v kraji, kde je vysoká nezaměstnanost, je těžké někdy výpověď podat, mají ženy na mateřské dovolené a tak. Něco jiného pak je podepsat připravenost k podání výpovědi a něco jiného pak výpověď podat. Při objíždění regionů jsme sbírali připravenosti podat výpověď. Věděli jsme, že nám [ministerstvo zdravotnictví] nevěří a že ty výpovědi budeme muset podat“ (rozhovor s MUDr. Drinkovou, 1. 4. 2012).

8.5.1 Symboly a nástroje kampaně

Samotnou kampaň tvořilo několik jejích **symbolů** a probíhala naplánovaným způsobem. Hlavním symbolem kampaně byla černobílá sanitka značky Tatra 1203 nazvaná MUDr.ncák, s níž vždy jedna z „tváří“ kampaně společně se zástupcem PR agentury (nejčastěji s panem Martinem Jarošem) objížděly regiony a tamní nemocnice. Z poloviny byla sanitka podélně bílá, z poloviny černá a vepředu měla nápis „Náš exodus, váš exitus“, neboli náš odchod, vaše smrt. Dalším symbolem byl doktor Exodus, papírová postava lékaře v životní velikosti, která držela hodiny odpočítávající času do odchodu lékařů. Kampaň měla i své logo. Tyto symboly uvádím v příloze č. 15 – Symboly kampaně.

PR agentura používala kromě symbolů klasické komunikační **PR nástroje**, jako jsou tiskové konference, tiskové zprávy, webové stránky ke kampani *Děkujeme, odcházíme*, logo, důležitým kanálem byla i sociální síť Facebook, skrz níž lékaři mezi sebou komunikovali⁶¹. Komunikační strategie byla velmi profesionální, a to právě zapojením PR agentury do kampaně. „Bez ní [Ewing PR] by to nešlo, my bychom na kampaň neměli čas. Ewing PR získal zájem médií, to nám pomohlo“ (rozhovor s MUDr. Drinkovou, 1. 4. 2012).

Kampaň *Děkujeme, odcházíme* jako fokusační událost k upoutání pozornost, jak již bylo uvedeno, zafungovala.

⁶¹ Výhodou a zároveň nevýhodou Facebooku bylo dle respondentů to, že jde o velmi otevřený komunikační kanál, který může sledovat kdokoli. Ve vypjaté fázi kampaně si tak lékaři založili emailové vlákno, skrz které mezi sebou komunikovali a předávali si informace mezi důvěryhodnými lidmi.

8.6 Průběh kampaně

Kampaně odstartovala dne 15. 9. 2010 jejím zahájením před ministerstvem zdravotnictví a pokračovala až do poloviny prosince, kdy objíždění nemocnic a diskuse s veřejností a s lékaři v nemocnicích skončily. Po road show ve všech krajích ČR měli lékaři podepsané připravenosti k výpovědím, nyní zbyly dva týdny na to, aby lékaři své výpovědi definitivně podali. K tomu měli čas nejpozději do konce prosince, resp. několik dní před koncem prosince. Výpovědi pak advokátní kancelář posbírala a k 1. lednu 2011 odeslala vedení nemocnic. K tomuto datu podalo s definitivní platností výpověď celkem 3 837 nemocničních lékařů⁶². Výpovědní lhůta činila dva měsíce, k 1. březnu 2011 tak neměl žádný ze skoro čtyř tisíců lékařů nastoupit do práce.

Spolu s výpověďmi bylo podáváno i tzv. prohlášení o solidaritě. To sice nemělo žádnou právní validitu, ale šlo o vyjádření solidarity mezi lékaři v tom smyslu, že pokud některá nemocnice nevezme byt' jen jednoho lékaře zpět, žádný z nich se nevrátí. *„Do začátku prosince byly podepisovány připravenosti k podání výpovědi, konkrétní výpovědi pak byly podepisovány v průběhu prosince. Podepsáno bylo také prohlášení o solidaritě, což bylo takové etické prohlášení těch účastníků, že nevezmou výpověď dřív, dokud se nevrátí všichni lékaři, kteří tu výpověď podali. To bylo to, co nejvíc ty administrátory štvalo. Výpovědi podával každý lékař sám za sebe, to je individuální akt, stejně tak vzetí zpět těch lékařů, to je taky individuální věc, proto tam bylo prohlášení o té solidaritě, aby tam zůstala kolektivní pospolitost. Prohlášení o solidaritě bylo tím trnem v oku, to bylo to klíčové, co nějakým způsobem formalizovalo tu solidaritu“* (rozhovor s MUDr. Igazem, 15. 3. 2012).

V novoročním projevu se Václav Klaus nepřímou dotkl kampaně D-O a tuto akci označil za vydírání: *„Byly doby, kdy snad mělo jistý smysl odcházet „za lepším“ do ciziny, ale dnes tomu tak určitě není. Výzvy, aby se v některých profesích organizovaně, kolektivně a hromadně odcházelo do ciziny, jsou něčím, s čím se nemůžeme smířovat. Je to nepřijatelné vydírání“* (Klaus, 2011). Podle Martina Engela se tím spustila lavina. *„Prvního ledna to začalo výrokiem prezidenta. Po jeho projevu jsem měl najednou tisíc telefonů, to byl zlom, pak nastala štvaniče“* (rozhovor s MUDr. Engelem, 7. 11. 2010).

V polovině ledna došlo k první schůzce iniciované předsedou Senátu Milanem Štěchem. Rozepře mezi D-O a ministerstvem a vládou stoupala. Vláda, potažmo ministr

⁶² Odchody lékařů byly dle krajů nevyvážené – zatímco např. v Karlovarském kraji mělo odejít cca 78 lékařů, na Vysočině jich mělo být skoro 400 a v Jihomoravském či Moravskoslezském kraji dokonce 553 (Mediafax, stav k prosinci 2010). Rozložení odchodů lékařů dle jednotlivých krajů uvádím v příloze č. 17.

obranu Alexandr Vondra uklidňují veřejnost tím, že lékařská péče ohrožena nebude. Přípravují krizový scénář tak, aby v případě skutečného odchodu téměř 4 tisíc lékařů zajistili péči civilní lékaři ve službách armády, že armáda poskytne vrtulníky k přepravě nemocných. Avšak lékaři ve vojenských nemocnicích deklarovali, že v takovém případě jsou připraveni vypovědět dohody o pracovní činnosti, pakliže by byli nuceni sloužit přesčas za odcházející lékaře.

Strategickým bodem při výpovědích lékařů bylo složení odcházejících lékařů – nejvíce jich mělo odejít z akutní lůžkové péče, tedy z neonatologie, anesteziologie, porodnictví, gynekologie, chirurgie, neurologie apod.

V průběhu kampaně nabídl ministr Leoš Heger za ministerstvo jakožto zřizovatele fakultních nemocnic lékařům 2 miliardy korun na jejich platy. *„Nejkritičtější moment se odehrál na konci ledna 2011, a to bylo, když fakultní nemocnice nabídky, že zvednou platy dle požadavků LOKu. Fakultky řekly, že to těm doktorům dají, aby na to kývli a nechali ve štychu ty malé nemocnice, ať se v tom vykoupu. V jeden den to udělaly všechny fakultky. Všichni v jeden den ty nabídky odmítli, aniž bychom to nějak konzultovali. A v tom najednou byla síla té spolupráce. To byl asi nejhezčí moment celé té akce“* (rozhovor s MUDr. Igazem, 15. 3. 2012).

Komunikace mezi lékaři a ministerstvem byla od zhruba půlky prosince až do února vypjatá, dojednat dohodu se podařilo až několik dní před tím, než mělo k odchodu lékařů skutečně dojít. Vypjatou situaci mezi MZ a lékaři dokazují i otevřené spory mezi těmito dvěma aktéry. *„V některých médiích se dnes objevily informace, že ministerstvo zdravotnictví ustupuje zvyšujícímu se tlaku odborářů. Tato informace se nezakládá na pravdě. Ministerstvo zdravotnictví uznává, že akce LOKu je dobře programovaná. Zároveň je to profesionálně agenturně vedená nátlaková akce, která eskaluje za hranici dobrého vkusu a stala se vyhrožováním“* (Tisková zpráva, 14. 12. 2010). V té samé tiskové zprávě MZ deklaruje, že pakliže kvůli lékařům nastane krizová situace, bude muset hledat viníky a že *„hrubému nátlaku a stupňující se agresivitě Lékařského odborového klubu a ČLK již neustoupí“* (tamtéž). Již další den ministr zdravotnictví deklaroval přehodnocení svých postojů, když uvedl, že *„nespokojenost lékařského stavu nyní vrcholí a kampaň Lékařského odborového klubu, provázená značnou mírou nevkusu a pouliční rétoriky, graduje do takové míry, že považují za povinnost přehodnotit svá dosavadní tolerantní vyjádření a zaujmout k protestům definitivně odmítavý postoj“* (Tisková zpráva, 15. 12. 2010).

I přes problematickou komunikaci mezi Leošem Hegrem, Milanem Kubkem a Martinem Engelem čas ubíhal a hrozilo, že lékaři skutečně k 1. 3. 2011 z nemocnic odejdou.

Od druhé poloviny ledna začínala (dle respondentů) vážnější jednání s ministrem⁶³. Zástupci obou stran se (veřejně)⁶⁴ sešli ve dnech 20. ledna, 24. ledna, 31. ledna a 3. února 2011. Během těchto setkání vypracovalo ministerstvo zdravotnictví návrh k řešení krizové situace. Tento návrh obsahoval návrhy k úpravě stávající úhradové vyhlášky a vyhlášky pro rok 2012, personální nedostatky v lůžkové péči, redukci lůžkového fondu o 10 %, omezení vstupů nových technologií, protikorupční opatření, zlepšení alokace finančních zdrojů ve zdravotnictví, úpravu platových tabulek a další stabilizační změny. (Návrh Ministerstva zdravotnictví k řešení krizové situace ve zdravotnictví, 28. ledna 2011) Na poslední schůzce 3. února 2011 ale došlo k neshodě mezi ministerstvem a zástupci lékařů, kteří předkládaný návrh MZ na řešení situace odmítli.

Po krachu těchto jednání se v polovině února (14. 2. 2011) opět sešli ministr Heger s lékařskými odbory a lékařskou komorou a společně se domluvili na podepsání memoranda, tedy dohody mezi ministerstvem a protestujícími lékaři. **Memorandum o úpravě poměrů ve zdravotnictví** (dále jako memorandum), jak se dokument oficiálně jmenuje, je uzavřená dohoda mezi ČR – Ministerstvem zdravotnictví, zastoupené doc. Leošem Hegerem, a LOK-SČL, zastoupený MUDr. Martinem Engelem. Memorandum se zabývá pěti okruhy témat: 1) platy lékařů, 2) vzdělávání zdravotníků, 3) reformní a protikorupční kroky, 4) výzva ke vzetí zpět lékařů a 5) odvolání akce D-O. Celé znění memoranda uvádím v příloze č. 18. Pokud srovnáme původních 13 důvodů exodu, tedy definovaných palčivých problémů českého zdravotnictví tak, jak to vidí protestující lékaři, pak se závěrečný kompromis v podobě tohoto memoranda zúžil na několik málo bodů. Z původních třinácti bodů zde zbyly čtyři: platy, vzdělávání, reforma, protikorupční kroky. Zbylých 9 bodů „vyšumělo“.

O dva dny později, 16. února 2011, ještě než bylo memorandum podepsáno, se lékařští odboráři na celostátní schůzi radili, jak postupovat dál. Nakonec asi dvěma třetinami odhlasovali odsouhlasení memoranda, tedy kompromis s vládou, resp. MZ. Podepsání memoranda však bylo mezi lékaři vnímáno velmi rozporuplně. Na jednu stranu zde stáli ti, kteří byli rádi, že stresová situace již brzy skončí a že dojde k nějaké dohodě mezi LOKem a MZ. Na druhou stranu zde však stáli ti, kteří podepsání takovéto dohody vnímali jako podraz. „*Podpis memoranda je v mých očích, nevím jak to nazvat... ta situace se tehdy zdála*

⁶³ Nutno podotknout, že ještě před podáním výpovědí, tedy zhruba v polovině prosince 2010, se v jednáních angažoval i bývalý ministr dopravy Vít Bárta, který se se zástupci LOKu osobně sešel a uvedl téma D-O na vládu. Podle jiných respondentů bylo jediným cílem V. Bárty si „nahnat politické body“.

⁶⁴ Dle respondentů docházelo i k soukromým jednáním. Jelikož pro tyto informace ale nemám žádné podklady, uvádím pouze ta setkání, která byla veřejná a dohledatelná.

neudržitelná. Já jsem hlasoval proti přijetí memoranda, ale uvědomoval jsem si, že je to rozumové východisko, ale čistě z mého morálního hlediska jsem byl proti, protože jsem věděl, že nám zvednou peníze a pak nic“ (rozhovor s MUDr. Vávrou, 22. 3. 2012). Obdobné zklamání popisuje i dr. Igaz.

Oproti tomu stojí např. argument, že ani lékaři nechtěli nechat dojít situaci až příliš daleko. Např. v Polsku proběhla podobná akce jako D-O v ČR, tam se ale lékaři s vládou nedohodli a skutečně z nemocnic odešli. Za následek to mělo několik mrtvých pacientů. *„Ta akce tam [v Polsku] skončila trochu jinak než u nás. V Polsku nedospěli k žádné dohodě, lékaři nepřišli do nemocnic, pak k různým dohodám došlo regionálně. Bohužel došlo k poškození pacientů, kteří nedostali lékařskou péči. Tomuto polskému scénáři jsem se snažil vyhnout a dospět před 1. březnem k nějaké dohodě“* (rozhovor s MUDr. Kubkem, 29. 3. 2012).

Z hlediska ministerstva zdravotnictví je pak memorandum vnímáno relativně pozitivně, zejména jako výhra pro ministerstvo. *„Jakákoli smlouva je výsledek nějakých okolností. Je, jaké je [memorandum]. Myslím si, že kompromis to byl dobrý. S odstupem dvou let si myslím, že to hodně pomohlo ministerstvu. Veřejnost říká, chtěli peníze, ty dostali. Oni to v té finální nezvládli. Kompromis byl kompromis, ani dobré, ani špatné. Každý mír má své náklady. Každá strana částečně ztratila tvář. Pravicové koalici jsme museli vysvětlovat, proč jsme částečně ustoupili, nikdo nevyhrál, nikdo neprohrál, ale z dlouhodobého hlediska spíš ztratili lékaři. Heger získal legitimitu, že zvládl největší povstání. Zatímco lékaři to nezvládli udržet v rámci těch 13 bodů, jsem lékařský odborář rovná se chci peníze, tečka. S tou pověstí oni teď musí žít“* (rozhovor s Mgr. Růžičkou, 20. 11. 2012).

O den později, 17. února 2012, bylo memorandum podepsáno Leošem Hegerem (MZ) a Martinem Engelem (LOK-SČL). Memorandum musela ještě schválit vláda. Martin Engel na to konto vyzval lékaře, aby začali stahovat výpovědi zpět. Zde nastala zvláštní situace, kdy dr. Engela nepřijala nemocnice zpět na své pracovní místo s tím odůvodněním, že již za něj sehnala náhradu. V tom případě měla platit dohoda o solidaritě, tedy že žádný z lékařů neměl nastoupit na své místo zpátky, dokud nebude dr. Engel vzat zpět na své místo. Ten však nakonec lékařům řekl, ať tak nečiní a do nemocnic nastoupí zpět. *„Martina Engela nevzali zpátky, to byla podle mě největší ostuda celé té akce, tam se měla dodržet ta solidarita. On to pak sám nechtěl, řekl, ať se lékaři do nemocnic vrátí. Byla to válka symbolů, boj nebyl jen o penězích, tam šlo o dvě miliardy, což je ve zdravotnictví zlomek*

peněz. To, že nevzali Engela zpět, byl výborný symbolický tah druhé strany – on, jakožto otec solidarity, tak jemu solidarita od zbylých lékařů nebyla poskytnuta. Pro LOK to byla symbolická ztráta“ (rozhovor s MUDr. Igazem, 15. 3. 2012).

Memorandum bylo nakonec schváleno vládou 23. února 2011; s dodatkem, že peníze na platy se musejí získat reformou zdravotnictví⁶⁵.

Pro větší přehled uvádím i časový průběh kampaně s vytyčenými momenty, tedy časovou osu v příloze č. 19.

8.7 Cílení kampaně a jednání s politickou reprezentací dle PET

K pochopení a vysvětlení těchto a některých dalších událostí, které se v rámci kampaně D-O odehrály, nám poslouží teorie přerušované rovnováhy (PET). Během akce D-O došlo ke střetu mezi lékaři a politickou reprezentací, již od počátku lékaři věděli, že to bude „boj“ a že je nutné vést kampaň profesionálně tak, aby se jim podařilo uspět. Navíc lékaři od začátku cílili své požadavky na ministerstvo zdravotnictví, nikoli na jiné zřizovatele nemocnic, např. kraje. Abychom si mohli tento střet vyjasnit, pojmenujeme si jednotlivé aspekty.

Střet, který se odehrál mezi lékaři a politiky, byl **střetem mezi jejich monopoly**. PET operuje s dvěma pojmy: subsystemem a monopolem veřejné politiky. Subsystem je ohraničení konkrétní veřejné politiky, v našem případě té zdravotní a konkrétně pak v podobě instituce ministerstva zdravotnictví (MZ). V subsystemu pak působí monopol VP, čímž myslíme neformální uspořádání, myšlenky, hodnoty, přesvědčení, je tedy podpořen nějakým silným zobrazením VP (policy image); pakliže je monopol jednotný, má subsystem tendenci nic neměnit a udržovat stávající stav. Jakmile se ale objeví jiný monopol s jinou představou fungování dané oblasti, může dojít ke konfliktu mezi oběma monopoly a k případné změně v subsystemu. Monopolem v původním subsystemu je MZ; druhým soupeřícím monopolem je pak LOK v čele s kampaní *Děkujeme, odcházíme*. Zájmy a hodnoty MZ se dají odvodit od toho, že v křesle po volbách v roce 2010 stanul ministr Leoš Heger za TOP 09 s pravicovým politickým programem. Oproti tomu je Lékařský odborový

⁶⁵ Viz např. tisková zpráva MZ z 16. 2. 2011: http://www.mzcr.cz/dokumenty/na-platy-je-mozne-si-vydelat-jen-a-pouze-reformou_4699_2160_1.html .

klub na politickém spektru spíš „vlevo“ (i přes jistou vágnost tohoto označení). Již jen z tohoto uspořádání se dá předpokládat jistý střet v hodnotách a vizích, jak by měl subsystém, tedy zdravotní politika v ČR, fungovat. Střet mezi monopoly těchto aktérů byl znatelný např. při zkrachování jednání mezi ministerstvem a lékaři na začátku února 2011, kdy LOK-SČL odmítl návrh MZ k řešení situace. Podíváme-li se do tohoto návrhu blíže, zjistíme, že některé návrhy jsou zcela ve shodě s monopolem ministerstva zdravotnictví (jako např. rušení lůžkové péče o 10 % tak, aby se ušetřilo, či zvýšení regulačního poplatku za ošetřovací den ze 60 Kč na 100 Kč). Naopak jsou takovéto návrhy řešení zcela v rozporu s monopolem lékařských odborů, které zastávají jiné přesvědčení a hodnoty než ministerstvo zdravotnictví. Z tohoto důvodu je tak možné vysvětlit, proč na začátku února ke krachu v jednání došlo.

Podíváme-li se na kauzu D-O optikou výše uvedeného, pak nám vychází asi toto: po volbách do poslanecké sněmovny v roce 2010 byla ustanovena pravicová koalice a na ministerstvo zdravotnictví přišel za stranu TOP 09 Leoš Heger. Ještě před samotnými volbami vyhlásili lékaři kampaň D-O s tím, že ať k moci přijde jakákoli politická reprezentace, bude mít ve zdravotnictví problém. Kampaň se naplno rozeběhla v září 2010 a skončila podáním výpovědí lékařů na konci prosince 2010. Mezi požadavky lékařů v rámci kampaně D-O bylo mnoho bodů na různé míře obecnosti, všechny tyto body se však kriticky stavěly k současnému nastavení systému zdravotnictví u nás.

Zásadním aspektem je také určení **policy venues, neboli dějišť VP⁶⁶**. Jako dějiště, kam cílit své požadavky, si lékaři vybrali celkem čtyři takové arény: lékaře, ministerstvo zdravotnictví, média a veřejnost. S lékaři vedli zástupci LOKu a D-O debaty přímo v nemocnicích a snažili se je získat na svou stranu; do médií se téma dostávalo přes tiskové zprávy, konference apod.; s veřejností lékaři diskutovali buď přímo na náměstích, nebo přes média. Splnění (všech) požadavků bylo ale cíleno na jediného aktéra, který měl rozhodovací pravomoci, a to bylo ministerstvo zdravotnictví. Podíváme-li se však na pole zdravotní politiky v ČR blíže, zjistíme, že ohledně požadavků lékařů má ministerstvo jen omezené kompetence. MZ je totiž zřizovatelem jen několika nemocnic, daleko větší počet nemocnic spadá pod samosprávy a tvoří tak páte dějiště. Ačkoli některé požadavky byly cíleny na systém jako takový, tedy na kompetence ministerstva, jiné požadavky (zejména ohledně

⁶⁶ Dějištěm máme na mysli to, že některé instituce nebo skupiny ve společnosti musí mít autoritu k rozhodování týkajících se daného problému (issue).

platů a přesčasů) spadaly spíše do rozhodovacích pravomocí krajů, obcí aj. zřizovatelů nemocnic. Někteří hejtmani se sice v rámci kampaně angažovali, ale bez větších úspěchů. „*My jsme jim říkali, že to není namířeno proti vedení nemocnice, ale že je nutné to řešit centrálně na centrální úrovni, že se to musí řešit systémově*“ (rozhovor s Martinem Jarošem, 11. 4. 2012). „*Jsem přesvědčen, že jednání mezi zaměstnancem a zaměstnavatelem je součástí každé slušné společnosti. Ale v tom případě by přece bylo logické, aby LOK protestoval proti ministerstvu zdravotnictví a proti krajským hejtmanům. To bych podepsal, to by bylo naprosto legitimní*“ (rozhovor s Mgr. Růžičkou, 20. 11. 2012). Od počátku kampaně tak bylo jako hlavní dějiště, kam cílit své požadavky, ministerstvo zdravotnictví, které jakožto centrální správní orgán má mnohé kompetence, ne však ve vztahu ke všem požadavkům kampaně D-O.

Kampaň je tedy od začátku zaměřena na to, že pokud má dojít k nějaké dohodě, bude to mezi MZ a zástupci D-O, tedy LOKem. Vyjednávání na této úrovni zdůvodňuje ale Martin Engel tím, že záruky může dát jen ministerstvo a Česká republika. Na závěrečném dokumentu – memorandu – tak vidíme podepsané ČR – ministerstvo zdravotnictví. Martin Engel to zdůvodňuje tak, že „*i kdyby padl ministr, tak ministerstvo snad platí dál a i kdyby to padlo, tak ČR snad fungovat dál bude*“ (rozhovor s MUDr. Engelem, 7. 11. 2011).

Jednání mezi zástupci vlády a lékařů nebylo komplikované jen rozdílnými monopoly ve vnímání zdravotní politiky v ČR, roli zde hrálo i **načasování kampaně**. Lékařský odborový klub zahájil kampaň již na jaře 2010, přes léto se kampaň formovala a v září odstartovala. Oproti tomu vláda byla ustanovena v červnu, od července se ministrem zdravotnictví stal Leoš Heger a začal se seznamovat resortem. „*Ta kampaň, jak to teď vnímám, my jsme o ní věděli už před volbami 2010, ta vznikla v květnu 2010. Ty volby skončily mírnou převahou pravice, přitom celý červen a červenec se skládala nová vláda, pravicová reprezentace tvořila vládu, v srpnu se tvoří nové programové prohlášení vlády. To jsou tři měsíce, kdys se ta vláda starala sama o sebe, ale mezitím ta kampaň jela, to strašně důležitý moment. Kdyby nebyly volby, kdyby se netvořila nová vláda a netvořilo se nové programové prohlášení a samozřejmě i státní rozpočet na rok 2011, ta politická reakce na D-O by byla třeba už v červnu, kdy ty politické tenze byly daleko nižší*“ (rozhovor s Mgr. Růžičkou, 20. 11. 2012).

Na konci srpna dle vyjádření Mgr. Jana Růžičky došlo k setkání mezi zástupci lékařů a ministrem Hegrem. „*Zatímco ta parta kolem LOK gradovala tu kampaň od dubna 2010 až*

do konce roku, to první oficiální setkání bylo koncem srpna 2010, my chceme vyjednávat. Už tam byl ale první střet. Ta lékařská lobby měla požadavky, ze kterých už nešlo moc couvnout a vyjednávat. Proti tomu stála nová vláda s radikálním pravicovým programem, který nepřipouštěl debatu o nějakých ústupcích. Hned v tom srpnu září se ukázal problém, obě ty strany byly poměrně neústupné. V srpnu září ta politická reprezentace nepochopila hloubku propracování toho tématu, ono je to logické. Zatímco odboráři se chystají od dubna, první message k ministerstvu byla ke konci srpna. Náš pan ministr, který je jako otevřený člověk dialogu, si myslel: sejdu se s nima, nějak si o tom popovídáme. Reakce vlády byla o 4 měsíce pomalejší. A pak to musela horko těžko dohánět“ (rozhovor s Mgr. Růžičkou, 20. 11. 2012). Z výše uvedeného je zřejmé, že kromě naprosto odlišných hodnot a přesvědčení ministerstva a odborů se kampaň časově míjela s jejím vnímáním ze strany ministerstva. Ačkoli Mgr. Růžička uznává, že o kampani věděli již před volbami, po volbách se zabývali úplně něčím jiným a první jednání tak bylo z obou stran úplně někde jinde.

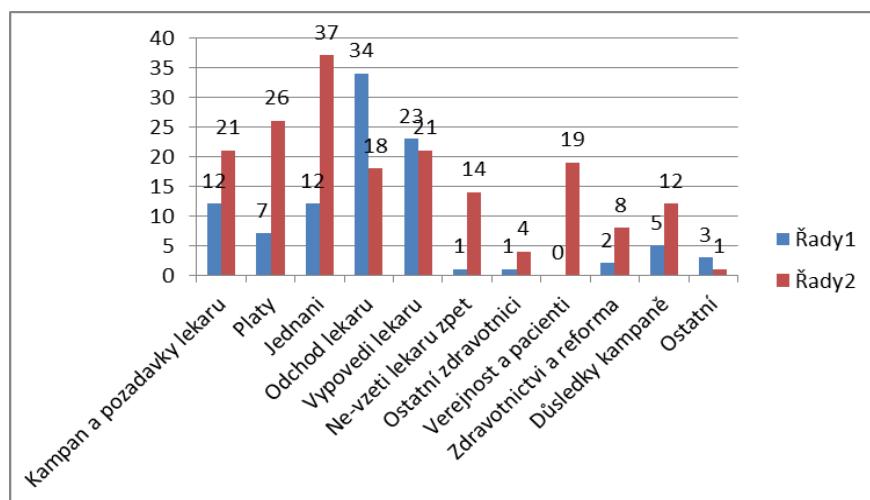
Rozdílné reakce můžeme vysvětlit na základě PET: ta předpokládá, že samotní aktéři jsou racionálně omezenými tvůrci veřejných politik. To platí i o ministerstvu zdravotnictví. Všichni kognitivně omezení aktéři pracují selektivně při zpracování informací; již před volbami do poslanecké sněmovny ministerstvo o kampani D-O vědělo, přesto jí nevěnovalo velkou pozornost, dokud se z tématu nestal větší problém. MZ tak zpracovávalo informace selektivním způsobem – řešilo věci, které pro něj v povolebním období byly důležitější a kampani D-O nevěnovalo dostatek pozornosti.

Konflikt mezi zástupci D-O a MZ je dle teorie přerušované rovnováhy logickým vyústěním vzájemného střetu těchto dvou monopolů. Dokud je totiž zobrazení dané veřejné politiky (policy image) jednotné, má podporu a jde o úspěšný monopol, pak se na situaci nic nemění. Jakmile se však objeví jiný monopol, který začne poukazovat na jiný soubor faktů té samé veřejné politiky, vyvolává to konflikt.

Soupeřící aktéři se snaží manipulovat se zobrazením dané politiky ke svým potřebám, což však dle autorů Jonese a Baumgartnera patří k politics. Pakliže se v debatě objevuje mnoho různých významů a problém se dá definovat různě, pak může být jedna ze soupeřících stran schopna změnit pohled ostatních lidí tím, že posune jejich zaměření pozornosti z jedné sady významů na druhou. Toto se může stát, aniž by došlo ke změně ve faktech. Jelikož se pozornost ve složité debatě typicky nezaměřuje na všechny důležité body

zároveň, **manipulace s alokací pozornosti**⁶⁷ může být silnou strategií v tvorbě VP. (Baumgartner, Jones, 2009: 30) Změna alokace pozornosti se podařila v rámci kauzy celkem dvakrát. Poprvé byla pozornost alokována díky LOKu, a to na problémy v českém zdravotnictví tím, že je lékaři pojmenovali v rámci 13 důvodů exodu. Pak ale nastala druhá alokace pozornosti, tentokrát spíše v neprospěch lékařů. V médiích se totiž o původních 13 bodech téměř nemluvilo a pozornost se „scvrkla“ na pouhých několik málo bodů, zejména pak na jednání mezi MZ a lékaři, na odchod lékařů z nemocnic a na výši platů lékařů.

Graf č. 6 – Změna výskytu témat v médiích ke kauze D-O



Zdroj: vlastní zpracování

Graf obsahuje dva sloupce, vlevo (označen modře jako řada 1) označuje počet článků, kterým média věnovala pozornost v období květen 2010 až prosinec 2010, tedy do podání výpovědí. Druhý sloupec, vpravo (označen červeně jako řada 2) pak označuje počet článků za období leden až březen 2011. Jak můžeme z grafu vyčíst, zatímco téma platů bylo během prvního půlroku zmiňováno jen sedmkrát, po podání výpovědí se dostalo na druhé místo jako druhé nejčastější téma (zmněno 26krát), které ve zkoumaných médiích proběhlo. Ten samý jev se opakoval u tématu „Jednání“ – do prosince 2010 bylo toto téma zmíněno jen 12krát, v druhé fázi kampaně již 37krát. Ačkoli se o problémech ve zdravotnictví a jeho

⁶⁷ Manipulací může dojít např. poukazování pouze na jednu sadu problémů, zatímco jiná sada je opomíjená. Tak, jako se agentuře Ewing PR podařilo upoutat mediální pozornost při začátku kampaně, podle respondentů se stejně tak podařilo ministerstvu upoutat pozornost v druhé části kampaně, tedy po podání výpovědí lékaři. Zatímco respondenti – lékaři to připisují tomu, že si MZ najalo také PR agenturu, což podle nich bylo znatelné z najednou jinak vedeného „boje“ (údajně mělo jít o AMI Communications), ministerstvo zdravotnictví to popřelo ve své tiskové zprávě ze 17.1.2011, která je dostupná z http://www.mzcr.cz/dokumenty/reakce-na-nepravdiva-tvrzeni-prezidenta-ceske-lekarske-komory-pana-milana-kubka-ktera-se-tykaji-udajne-pr-agentury-ministerstva-zdravotnictvi_4582_2160_1.html.

nutné reformě zvýšil počet článků ze dvou na osm, oproti ostatním tématům, jak ukazuje graf, to stále bylo spíše téma marginální a v médiích se objevovalo jen málokdy (v obou zkoumaných obdobích skončilo až jako třetí od konce). U některých témat tedy došlo k výraznému obratu v alokaci pozornosti před podáním a po podání výpovědi lékaři, u jiných nikoli.

Interakce mezi policy images a policy venues. Pro ty, kteří přicházejí s novými idejemi, tedy LOK, je cílem daný stav narušit, zatímco stávající aktéři, tedy ministerstvo se snaží změně zabránit. Tento „souboj“ pak lze vysvětlit tzv. venue shopping, kde strategie není ve hledání širokých skupin, ale spíš v komplexní a specifické strategii, aktéři se zaměřují na specifické arény. Manipulace se zobrazením VP (policy image) je zde klíčovým elementem a aktéři si mohou vybrat z mnoha arén tu, která je pro ně nejvýhodnější. Lékaři si vybrali vícero dějišť. Lékaři od počátku cílili dosažení svých požadavků na vládu, potažmo na ministerstvo zdravotnictví. Aby toho dosáhli, nejdůležitějším dějištěm pro lékaře z LOKu byli lékaři v nemocnicích, které bylo nutné přesvědčit k podání výpovědi, a tím na ministerstvo vyvinout dostatečný nátlak. Zásadním dějištěm pak pro obě soupeřící strany byla média, skrz která se informace dostávala jak k oběma aktérům samotným, tak zejména k veřejnosti. Jelikož pak akce nabyla celostátního charakteru, veřejnost jakožto dějiště nastoupila v druhé části kampaně, což ostatně můžeme vidět i v grafu č. 6 (viz výše), kdy do prosince 2010 nebyla veřejnost (a pacienti) ve člancích zmíněna ani jednou; oproti tomu v druhém období od ledna do března 2011 stoupl počet článků zmiňující veřejnost či pacienty na 19.

Ačkoli PET předpokládá, že jakmile se téma dostane do celostátní agendy a na makropolitickou úroveň, může nastat bod nerovnováhy a i malé změny mohou způsobit velké změny v tvorbě veřejné politiky (systém prochází pozitivní zpětnou vazbou). Vždy, když se objeví nějaká vlna mediálního zájmu, je možné očekávat určitý stupeň změny v tvorbě dané politiky. Zároveň však autoři dodávají, že důležitost hraje také **odolnost institucionálních struktur VP**. Zájmová skupina představované LOKem od počátku nebyla na stejné vyjednávací pozici jako ministerstvo zdravotnictví. Ačkoli jde o silnou zájmovou skupinu schopnou mobilizovat své síly k prosazení svých zájmů, od MZ se svou povahou liší (nejen) z institucionálního postavení. Ministerstvo je pevně ukotveno jakožto instituce v českém politickém uspořádání, v době, kdy kauza propukla, se navíc jednalo o období čerstvě po volbách, kdy vláda (a tedy i MZ) disponovala legitimitou od občanů a její postavení bylo silné. Ve výsledku se ukázalo, že odolnost MZ a jeho nazírání zdravotní politiky je silnější než požadavky protestujících lékařů. Ministr mohl být např. z funkce

sesazen, mohla nátlaku ustoupit tím, že podá demisi. Nic z toho se nestalo, ministerstvo svou pozici uhájilo a ve výsledku se projevilo jako odolné vůči externím změnám.⁶⁸

8.8 Analýza témat a aktérů v médiích

Teorie přerušované rovnováhy předpokládá, že jakmile se téma či problém dostane na makroúroveň, stane v centru pozornosti a je šance na změnu stávajícího stavu. Navíc, pokud se o tématu pojednává negativně, pak se šance na změnu násobí a můžeme hovořit o pravděpodobnosti změny současného nastavení. V rámci analýzy mediálních obsahů vybraných periodik jsem zkoumala nejen témata a aktéry, ale také tón, jakým bylo o tématech a aktérech pojednáváno. Jelikož jsem zkoumala pouze zpravodajské články, všechny kódované články by měly hypoteticky vyjít s neutrálním tónem. V této kapitole nastíním, o jakých tématech a aktérech se v médiích nejčastěji psalo (zda se psalo o kampani D-O, o problémech ve zdravotnictví či zda se debata „točila“ jen kolem platů lékařů a jejich případném odchodu z nemocnic) a dále uvedu, jakým tónem se o nich psalo – tedy, řečeno optikou PET, jakou šanci na změnu kampaň D-O měla či neměla.

8.8.1 Témata v médiích

Mediální pozornosti se ve všech čtyřech denících dostávalo různým tématům souvisejícím s kampaní D-O. Jelikož jsem celkem kódovala řádově desítky témat, považuji až za zbytečné zde uvádět témata, která se v médiích objevila např. jen jednou. Vždy jsem kódovala hlavní a vedlejší téma článku; z uvedených důvodů zde uvedu dvacet⁶⁹ nejčastěji zmiňovaných hlavních a vedlejších témat.

Hlavní téma článku (seřazeno sestupně; v závorce uveden počet článků, v nichž se téma objevilo):

- 1. Lékaři odejdou z nemocnic (18)**
- 2. Lékaři podávají hromadné výpovědi (12)**
- 3. Jednání mezi zástupci MZ a D-O (9)**

⁶⁸ To, že autoritou ministerstva – a ministra konkrétně – ořeseno nebylo, ukázal i výzkum oblíbenosti politiků po ukončení akce D-O, kdy se ministr Heger umístil na 8. místě a jako jediný z politiků si oproti předchozímu průzkumu polepšil (konkrétně si polepšil o 3 % a celkově získal 38 % kladných hlasů; v září 2010 získal ministr Heger podporu jen 27 % dotázaných). (STEM, 3/2011: 3)

⁶⁹ Potažmo jich uvedu 21 a 22 dle stejného dosažení počtu v článcích.

- 4. Počet odcházejících lékařů (8)
- 5.-7. Výše platů lékařů (7), Odchod lékařů do zahraničí (7), Počet výpovědí lékařů (7)
- 8.-11. Platy se lékařům zvýší (6), Vláda (MZ) lékařům zvýší platy (6), Spory mezi D-O a MZ (6), Vypovězení přesčasů lékaři (6)
- 12.-17. Neúspěšné jednání mezi zástupci MZ a D-O (5), Úspěšné jednání mezi zástupci MZ a D-O (5), Lékaři hrozí výpověďmi (5), Lékaři stahují výpovědi (únor-březen 2011) (5), Výpovědi lékařů z IKEM (5), Veřejné mínění (5)
- 18.-21. Ostatní (4), Veřejnost lékaře nepodporuje (4), Rušení nemocničních lůžek (4), Rušení nemocnic jako důsledek odchodu lékařů (4)

Vedlejší téma článku:

- 1. Ostatní (20)
- 2. Výše platů lékařů (19)
- 3. Lékaři požadují vyšší platy (18)
- 4. Odchod lékařů do zahraničí (11)
- 5.-6. Krizové scénáře (10), Nutnost zdravotnické reformy (10)
- 7.-8. Požadavky D-O (9), Počet odcházejících lékařů (9)
- 9. Lékaři odejdou z nemocnic (7)
- 10.-11. Domněnky, že lékaři neodejdou (6), Kolaps péče po odchodu lékařů nastane (6)
- 12.-14. Počet výpovědí lékařů (5), Nevzetí zpět ostatních lékařů - pakt solidarity (5), Situace v nemocnicích po odchodu lékařů (5)
- 15.-22. Lékaři jsou špatně placeni (nízké platy) (4), Platy se lékařům zvýší (4), Platy ostatních veřejných pracovníků (hasiči, policisté) (4), Peníze na platy z pojišťoven (4), Jednání mezi zástupci MZ a D-O (4), Jednání o memorandu (4), Spory mezi lékaři a vedením nemocnic (4), Předražené zakázky ve zdravotnictví (4).

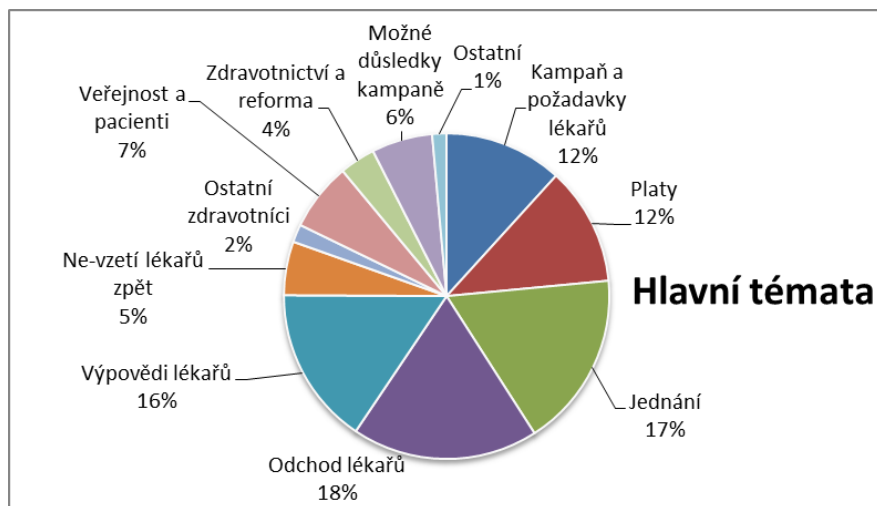
Jak vidíme, mezi 21 nejčastějšími hlavními tématy se ani jednou neobjevilo téma související s problémy ve zdravotnictví. U vedlejších témat se celkem 10krát objevilo téma související s nutností zdravotnické reformy, 9krát se zde objevily požadavky lékařů (ne však jako soubor všech třinácti důvodů exodu, ty jsem kódovala zvlášť; požadavky lékařů jsem kódovala v tom smyslu, kdy jsou jednak uvedeny důvody jejich exodu, ale zároveň zde není vyjmenováno všech 13 požadavků), 4krát, že jsou lékaři špatně placeni (což bylo jedním z cílů kampaně) a nakonec 4krát byly zmíněny i předražené zakázky ve zdravotnictví. Ve zbytku se články věnovaly odchodem lékařů z nemocnic, jejich výpověďmi, platy, jednání

mezi zástupci lékařů a MZ a možnými důsledky kampaně po odchodu lékařů. U vedlejšího tématu se nejčastěji objevilo téma „ostatní“ – pod něj jsem kódovala ta témata, která sice ve článku zmíněna byla, samotné kampaně se však týkala jen nepřímo či vůbec. Šlo např. o témata jako: Kubek obhájil post prezidenta ČLK, hospicová péče není zařazena do systému zdravotnictví, plagiátorství v disertační práci lékaře, lékaři si zatančili na plese apod.

Všechny kategorie hlavních témat a jejich frekvencí výskytu ráda poskytnu na vyžádání; v této práci je neuvádím, jedná se totiž o poměrně dlouhý seznam témat zabírající cca 8 normostran.

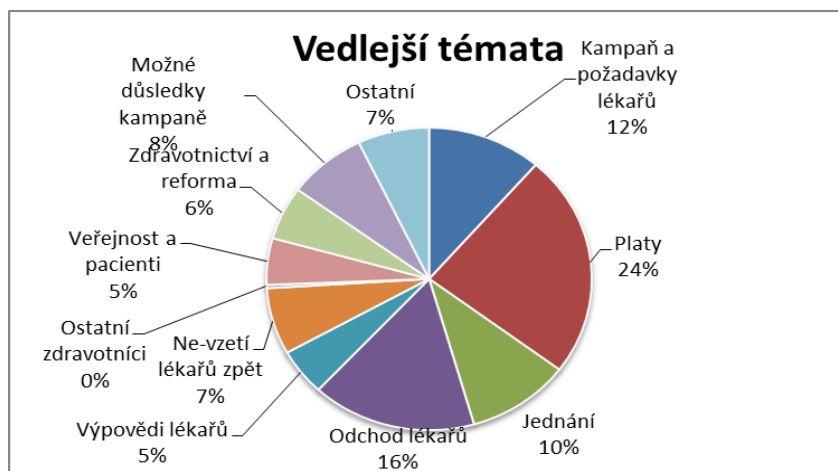
Jelikož kódovaných témat bylo skutečně mnoho, seřadila jsem je pro přehlednost do 10 základních kategorií (plus kategorie „Ostatní“). Tyto kategorie se v médiích objevovaly následovně:

Graf č. 7: Zastoupení hlavních témat ve vybraných médiích



Zdroj: vlastní zpracování

Graf č. 8: Zastoupení vedlejších témat ve vybraných médiích



Zdroj: vlastní zpracování

Z grafů je patrné, kterým tématům se sledovaná média věnovala. Nejčastěji šlo o téma **odchodu lékařů** (18 % a 16 %), **platy** (12 % a 24 %), **jednání** (17 % a 10 %), **kampaň a požadavky lékařů** (po 12 %), **výpovědi lékařů** (16 % a 5 %).

Pro to, aby se situace ve zdravotnictví mohla změnit, by z hlediska teorie přerušované rovnováhy bylo nutné, aby byla zmiňována témata související s problémy ve zdravotnictví (což jsou v tomto případě kategorie „Kampaň a požadavky lékařů“ a „Zdravotnictví a reforma“, pod něž jsem zahrnula nejpálčivější problémy českého zdravotnictví, na něž lékaři poukazovali). Z grafů však jasně vidíme, že tyto dvě kategorie byly málo zmiňované: kategorie „Kampaň a požadavky lékařů“ byla jako hlavní i vedlejší téma zmíněna ve 12 procentech všech článků; kategorie „Zdravotnictví a reforma“ pak jako hlavní téma pouze ve 4 procentech a jako vedlejší téma v 6 %. **Průměrně se tedy sledovaná média věnovala problémům ve zdravotnictví pěti a dvanácti procenty.**

8.8.2 Aktéři v médiích

K médiím a jejich zpracování informací patří i práce s aktéry, zejména pak jev zvaný personifikace. Média mají tendenci některé osoby zvýrazňovat, častěji se na ně odkazovat, zatímco jiné osoby zmiňují méně často. Jelikož s aktéry v tomto textu pracuji, uvedeme si, se kterými aktéry média nejčastěji pracovala.

Ve sledovaných novinách jsem vždy kódovala hlavního aktéra článku a poté vedlejšího aktéra. Aktérů jsem kódovala celkem 74, z důvodu takto vysokého počtu zde uvádím jen 10 nejčastěji zmiňovaných hlavních a vedlejších aktérů. V závorce uvádím, kolikrát byl daný aktér zmíněn. (Seznam aktérů a frekvenci jejich výskytu ráda poskytnu na vyžádání, jedná se o poměrně dlouhý seznam.)

Nejčastějších 10 hlavních aktérů:

1. lékaři zapojeni do akce D-O (55)	6. veřejnost (10)
2. Leoš Heger ministr zdravotnictví (52)	7. nemocnice (mluvčí, pracovníci kromě zdravotnického personálu) (9)
3. Martin Engel šéf LOKu (37)	8. lékaři nezapojeni do akce D-O (7)
4. LOK-SČL (15)	9. Milan Kubek ČLK; Petr Nečas – premiér; vláda; odbory (6)
5. ředitelé nemocnic/e (13)	10. ministerstvo zdravotnictví, hejtmani (4)

Nejčastějších 10 vedlejších aktérů:

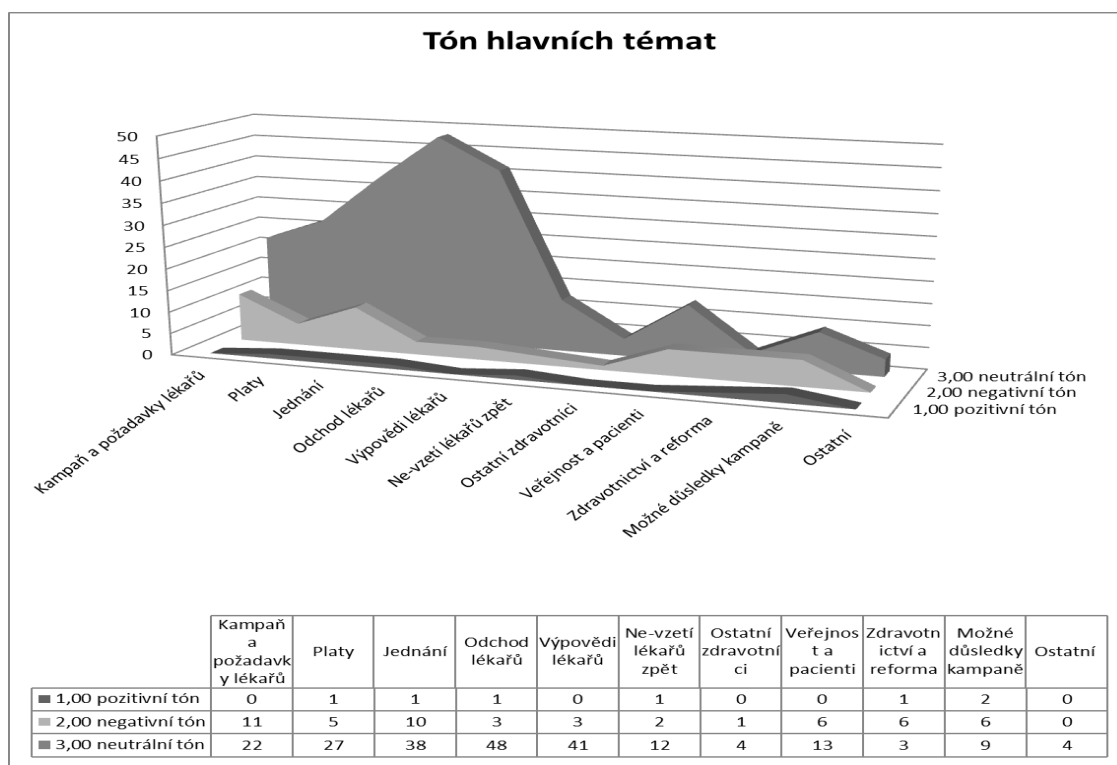
1. Leoš Heger ministr zdravotnictví (46)	6. nemocnice (mluvčí, pracovníci kromě zdravotnického personálu) (19)
2. lékaři zapojeni do akce D-O (30)	7. ředitelé nemocnic/e (15)
3. Martin Engel šéf LOKu (27)	8. Milan Kubek ČLK (12)
4. LOK-SČL (25)	9. Odbory (11)
5. ostatní aktéři (24)	10. ČLK, zdravotní pojišťovny (5)

Mezi nejčastěji zmiňované aktéry patřil ministr zdravotnictví Leoš Heger a lékaři zapojení do kampaně D-O. Na třetím místě byl shodně jakožto hlavní i vedlejší aktér zmiňován Martin Engel jakožto šéf LOKu, na 4. místě byl pak LOK. Zhruba stejně (6.-7. místo) se umístily nemocnice. Do první desítky se vešla ještě veřejnost, ředitelé nemocnic, lékaři nezapojení do kampaně, Milan Kubek jakožto prezident ČLK, premiér Petr Nečas, odbory, vláda, ministerstvo zdravotnictví, hejtmani, ČLK, zdravotní pojišťovny a ostatní aktéři. (Seznam všech kódovaných aktérů uvádím v příloze v kódovací knize.) Všimněme si nepoměru věnované pozornosti: ministr Heger byl průměrně zmíněn ve 49 článcích, oproti tomu Martin Engel (LOK) jen ve 32 článcích a např. Milan Kubek (ČLK) jen v 9 článcích. Z hlediska institucí byl LOK-SČL zmíněn průměrně 20krát, oproti tomu MZ jen 4krát.

8.8.3 Proměna tónu témat a aktérů v médiích

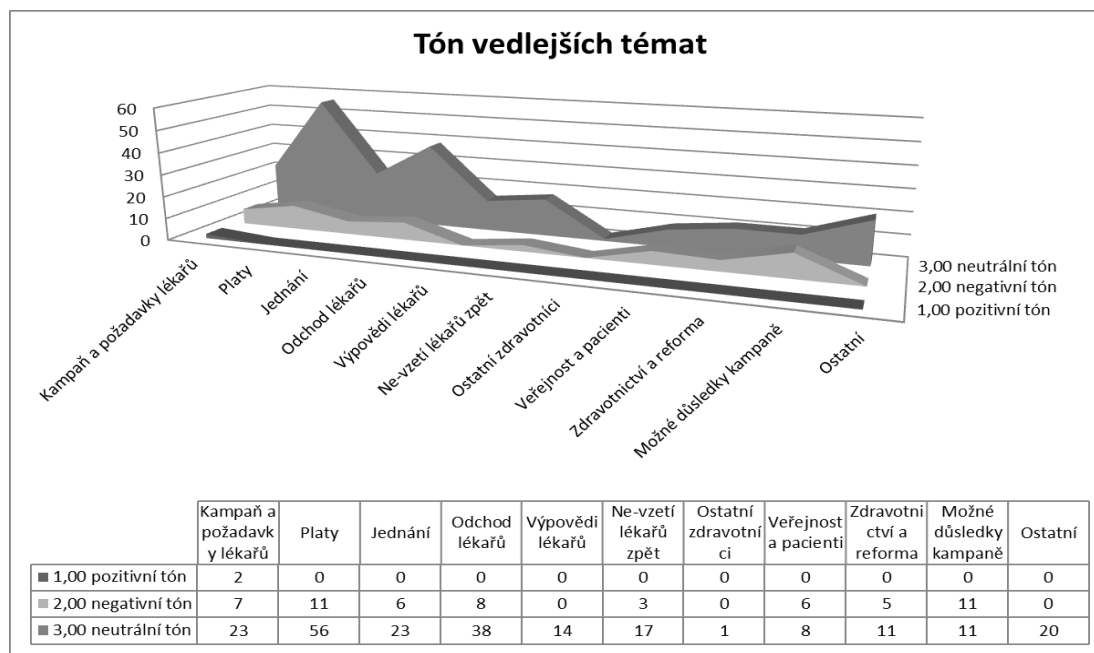
Z dlouhodobého pozorování autoři Jones a Baumgartner přišli na to, že tón, jakým je o dané veřejné politice referováno, může mít vliv na povahu a vnímání dané veřejné politiky. Např. u používání pesticidů se tón během 80 let rapidně změnil z pozitivního/neutrálního na negativní, což pak ve výsledku ovlivnilo samotnou politiku používání pesticidů a tlak na maximální eliminaci jejich používání. Jakmile se tón tématu změní, zejména pak na negativní, může nastat změna v dané veřejné politice. Nyní se pokusím nastínit, jak se tón v průběhu kampaně měnil a k jakým tématům a aktérům.

Graf. č. 9 – Tón hlavních témat



Zdroj: vlastní zpracování

Graf. č. 10 – Tón vedlejších témat



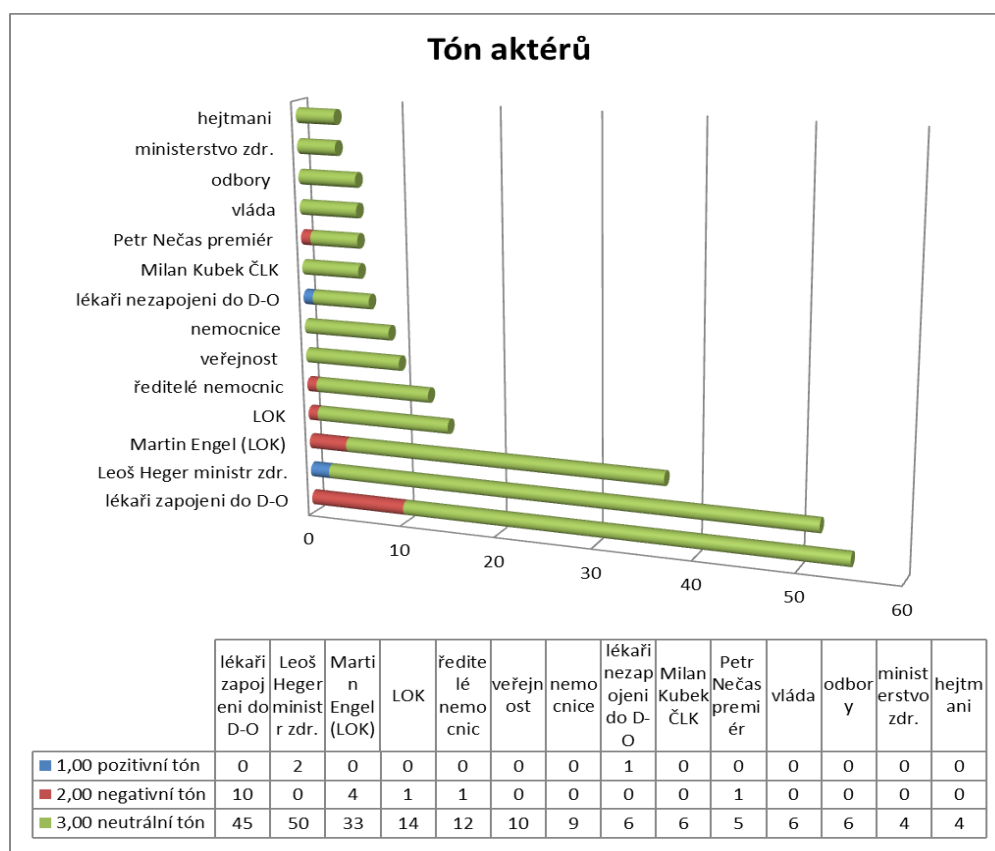
Zdroj: vlastní zpracování

Tyto dva grafy zobrazují, jak bylo o jednotlivých tématech pojednáváno ve zkoumaných médiích, tedy s jakým tónem. Podíváme-li se blíže, zjistíme, že v obou případech převládal neutrální tón tématu; pozitivních hodnocení témat bylo velmi málo. Zajímá nás především negativní hodnocení témat, tedy to, zda se média kriticky stavěla k současnému zdravotnictví a mohlo tedy dojít ke změně.

Nejvíce negativních hodnocení měla tato témata: **Kampaň a požadavky lékařů; Platy; Možné důsledky kampaně**. Pakliže zkoumaná média o tématu platy pojednávala negativně, bylo to většinou v neprospěch lékařů, jelikož se objevovala spíše kritika toho, že lékaři požadují vyšší platy. Negativně byly vnímány také možné důsledky kampaně, zejména ve smyslu ohrožení péče, kolapsu po odchodu lékařů, prodloužení čekací lhůty na operace apod. Neoptimističtěji vypadala v tomto případě čísla s počtem negativních článků o kampani v tom smyslu, že v této kategorii byla zahrnuta témata, která lékaři často kritizovali. Pokud si však tuto kategorii s jejími tématy rozklíčujeme a rozložíme na konkrétní témata, zjistíme, že kritika do řad zdravotnictví byla minimální.

Kritika nastavení zdravotnictví nastala pouze ve dvou případech: dvakrát bylo negativně hodnoceno téma „podfinancovanost českého zdravotnictví“ a dvakrát bylo negativně hodnoceno téma „problémy v českém zdravotnictví“. Zbytek negativních tónů se týkal témat jako „opilý lékař“, „mediální školení lékařů“, „Engel neplatí příspěvky v Radiologické společnosti“, „lékaři a sestry stojí proti sobě“. **Negativní tón těchto témat nepřispíval k reformě zdravotnictví, naopak negativně poukazoval směrem k lékařům a ke kampani *Děkujeme, odcházíme***. Tabulku s přesnými tématy a hodnoceními uvádím v příloze č. 20 – Témata a jejich tón v kategorii Kampaň a požadavky D-O. Kategorie Zdravotnictví a reforma zaznamenala dohromady 11 negativních ohlasů v médiích; často byly kritizovány právě předražené zakázky ve zdravotnictví či korupce v tomto resortu. Jedenáct negativních postojů je však, dle mého názoru, málo k tomu, aby se s problémem začalo něco dělat.

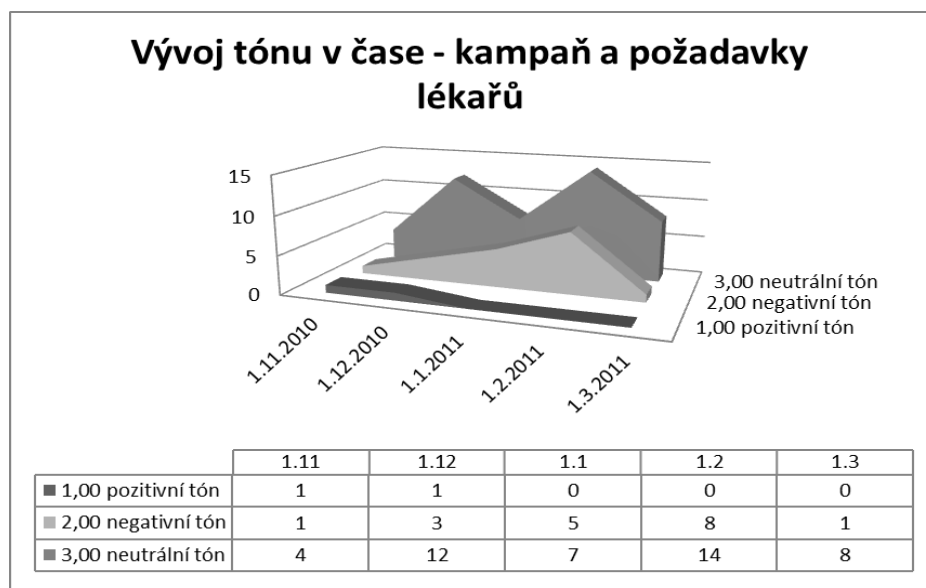
Graf. č. 11 – Tón aktérů



Zdroj: vlastní zpracování

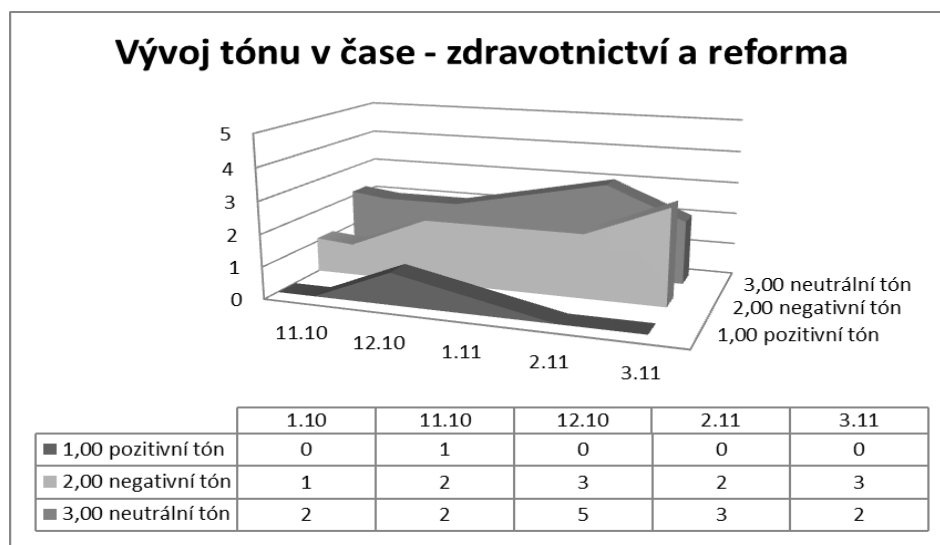
Ačkoli je pro PET nejdůležitější proměna tónu v čase k danému konkrétnímu tématu, uvádím zde i tóny a hodnocení nejčastěji zmiňovaných aktérů. Podíváme-li se na graf, uvidíme, že o většině aktérech se média skutečně zmiňovala neutrálně. Hodnocení nastalo jen v několika případech: Petr Nečas byl jednou hodnocen negativně; lékaři nezapojení do akce D-O bylo jednou zhodnoceni pozitivně; ředitelé nemocnic a LOK byli jednou hodnoceni negativně; ministr Leoš Heger byl kromě neutrálního pokrytí hodnocen dvakrát pozitivně; Martin Engel (LOK) byl hodnocen 4krát negativně a lékaři zapojení do kampaně D-O dokonce desetkrát negativně. Ačkoli v poměru ku celkovému hodnocení aktérů nebylo pozitivních či negativních hodnocení příliš, přesto zde vidíme, že zatímco např. u Leoše Hegera došlo ke dvěma pozitivním hodnocením, u protestujících lékařů to bylo celých 10 negativních článků a u Martina Engela 4 negativní hodnocení v člancích. Kritika se tak vlastně částečně obrátila proti lékařům samým. Jelikož jsem kódovala zpravodajské články, které by měly být z hlediska normativních požadavků neutrální, mohlo tak dojít k porušení principů dobré žurnalistiky a nedodržování zásad, jako je vyváženost a objektivnost článků.

Graf č. 12 – Vývoj tónu v čase – Kampaň a požadavky lékařů



Zdroj: vlastní zpracování

Graf č. 13 – Vývoj tónu v čase – Zdravotnictví a reforma



Zdroj: vlastní zpracování

Zhodnotit vývoj tónů v čase je v tomto případě nesnadné. Autoři v rámci PET zkoumají daleko delší časové řady, tím pádem je výsledek jejich zkoumání více odpovídající. U kauzy D-O můžeme přesto vyvodit některé závěry z toho, jak se tón v čase vyvíjel. Jak jsem uvedla výše, pakliže měla nastat nějaká změna v nastavení zdravotní politiky v ČR, pak by jedním z kroků napomáhajícím této změně bylo, aby se o zdravotnictví psalo v médiích negativně. Zvolila jsem proto dvě kategorie („Kampaň a požadavky lékařů“ a „Zdravotnictví a reforma“), které v sobě právě kritická témata vůči

zdravotnictví zahrnují. Z grafů č. 12 a 13 je patrné, že převažoval neutrální tón hodnocených témat.

Negativní nárůst pozorujeme v případě **kategorie kampaně** před jejím ukončením na jaře 2011, musíme si zde ale uvědomit, že negativně bylo v této kategorii hodnoceno např. i jednání dr. Engela, špatný vztah mezi lékaři a sestrami apod., všechny kritické články se tedy nedotýkaly zdravotnictví, ale směřovaly i ke kritice lékařů samotných. Co se týče **kategorie zdravotnictví**, tam pozorujeme několik negativních hodnocení článků, jejichž počet byl jen o něco menší než těch neutrálních (v poměru 11:14). Bylo by tak možné učinit závěr, že zde bylo nakročeno ke kritice stávajícího stavu zdravotnictví a nutnosti jeho reformy; na druhou stranu ale akce jednak skončila dříve, než bylo možné pozorovat kritizované jevy dlouhodoběji, a v neposlední řadě je nutné si uvědomit, že celkový počet článků v kategorii Zdravotnictví a reforma byl pouze 26 z celkových 281 zkoumaných článků, tedy zhruba pouhá desetina všech zkoumaných mediálních výstupů. Učinit tedy jasný závěr by zde bylo riskantní a nepřesné.

Určit, zda je v článku o tématu či aktérovi pojednáváno pozitivně, neutrálně či negativně bylo těžké. Ačkoli jsem častokrát narazila na hodnocení kampaně, mnohdy šlo o citát daného aktéra, tudíž to bylo nepoužitelné. Nejlépe se hodnotící tón dal rozpoznat v článcích deníků Blesk, hůře to šlo u zbylých třech deníků. Pro „ochutnávku“ zde uvádím několik příkladů hodnotově zbarvených výroků:

Tabulka č. 4 – Příklady výroků v médiích

DENÍK	VÝROK
Právo	<ul style="list-style-type: none"> • Klaus zpražil lékaře. (3.1.2011) • Lékaři se odmítají dělit se sestrami. (31.1.2011) • Memorandum mezi lékaři nadšení nevyvolalo. (16.2.2011) • Pomsta sester: lékaři už se nevyspí (26.2.2011)
Mladá fronta Dnes	<ul style="list-style-type: none"> • Lékaři, kteří z nemocnic neodejdou, tak mohou počítat s tím, že si polepší. (30.11.2010) • Lékaři, kteří požadují větší platy a hrozí kvůli tomu odchodem do ciziny, to schytali od pacientů: Nejdříve vraťte peníze, za které jste tady vystudovali! Aktivisty lobbující za vyšší platy lékařů čekala sprška nadávek od pacientů. (1.12.2010) • Lékaři tedy chtějí na výplatních páskách vidět sumy od 35 do 70 tisíc korun. (14.12.2010) • Akce, v níž rozzlobení lékaři žádají především vyšší platy. (27.12.2010) • [Premiér] na rozdíl od ministra odmítá i diktát odborářů, že celé dvě miliardy

	<p>půjdou na platy doktorů. (29.1.2011)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ministři včera udělali ještě jedno vstřícné gesto vůči lékařům. Podle tohoto plánu je potřeba zvládnout první týdny po odchodu lékařů. Během těch se velmi zhorší vnímání lékařů u veřejnosti. Navíc doktoři brzy poznají nové, zpřísněné podmínky pro nezaměstnané. A zůstanou takřka bez peněz. Ti, kteří požádají o dávky na úřadu práce, budou mít velké potíže, protože pracovních míst s jejich kvalifikací bude dost. A takové místo se nedá odmítat. (10.2.2011) • Zároveň [kampaň] znechutila většinu veřejnosti svou agresivitou. (18.2.2011) • Vyhráli [lékaři] přece, dostanou přidáno. (19.2.2011) • Pokud by se výzkum prestiže dělal teď, propadli by se lékaři zřejmě kvůli své iniciativě o pár pozic níž. Jak to bude teď – zůstane jim prvenství, když si iniciativou Děkujeme, odcházíme proti sobě popudili veřejnost? Nedoplatí na to, že ohrozili péči v nemocnicích? (24.2.2011)
Hospodářské noviny	<ul style="list-style-type: none"> • Protestní akcí si [lékaři] chtějí vynutit zvýšení platů. (20.12.2010) • Jindy velmi klidný a noblesní ministr zdravotnictví Leoš Heger se včera ve sněmovně pořádně rozohnil a pronesl nejostřejší projev své politické kariéry. Lékařské odbory, které už tři měsíce organizují kampaň „Děkujeme, odcházíme“, zkritizoval za vyvolání krize ve zdravotnictví a opozici vmetl, že zneužívá požadavky lékařů ke svým politickým cílům. (22.12.2010) • Odcházející lékaři dosáhli svého. Jejich vyhrocená kampaň Děkujeme, odcházíme na poslední chvíli přesvědčila vládu. (27.1.2011) • Ať už je to jakkoli, vládě se bude lépe jednat s oslabenými lékaři, z nichž někteří začnou své výpovědi stahovat. (4.2.2011) • Větší sympatie by lékaři asi hned od začátku získali jen tím, kdyby do svého čela pro akci Děkujeme, odcházíme vybrali mediálně přitažlivé lidi. Tím šéf Lékařského odborového klubu (LOK) Martin Engel při vši úctě není. (9.2.2011)
Blesk	<ul style="list-style-type: none"> • Lékaři se kvůli nedostatku financí dostali do zoufalé situace, která je i v rozporu s jejich přísahou. Musí třídít pacienty s rakovinou: Někdo moderní a účinné léky dostane, a někdo ne! (12.11.2010) • Mají pravdu ti, kdo to považují za strašení, jímž si chtějí doktoři jen vydupat vyšší platy, mimochodem už teď docela slušné? Platit bude spíš varianta B. Nespokojeným doktorům jde hlavně o peníze. Jejich platy ale nejsou na české možnosti vůbec špatné. (25.1.2010) • Doktoři se školili ve vydírání. Za 3 miliony! Na vydírání jsou školeni. Aby dokázali veřejnosti správně vysvětlit, jací jsou chudáci, najali si totiž lékařští odboráři profesionální mediální agenturu. Kampaň Děkujeme, odcházíme stojí podle všeho 3,5 milionu korun. Na to »chudí« doktoři mají! (26.11.2010) • Kdo všechno vlastně trénoval doktory, jak vydírat stát? Náš odchod, vaše smrt... S tímhle mottem jezdili doktoři po Česku v rámci kampaně Děkujeme, odcházíme. Podobné vyděračské finty je naučili profíci z najaté PR agentury Ewing. (27.11.2010) • Výhrůžky lékařů se stupňují. Lékaři nejsou spokojeni s platy a řízením nemocnic, a tak se zřejmě z pacientů stanou rukojmí. Vydupat si chtějí 70 tisíc bez přesčasů. (20.12.2010) • Nemáte zač, jděte...! Děkujeme, odcházíme, řeklo 3576 doktorů, kteří vydírají stát. (21.12.2010)

	<ul style="list-style-type: none"> • Komedie skončila. Omluvte se a jděte léčit! (6.1.2011) • Dětská lékařka ordinovala úplně namol! Blesk: Tahle ať vypadne hned! (18.1.2011) • Tahle miminka si berete jako rukojmí! Doktoři-vyděrači! Lékaře zajímají jen jejich vyšší platy. (25.1.2011) • Děkujeme, pane Engele, odejděte! Ve vinohradské nemocnici se už vydírat nedají. (19.2.2011)
--	--

Zdroj: vlastní zpracování

Z proporčního hlediska bylo ze 281 zkoumaných článků **celkem 75 % z nich neutrálních, 23 % negativních a 2 % pozitivních**. Dle jednotlivých periodik bylo zastoupení hodnocení článků témat takovéto:

Tabulka č. 5 – Počet hodnotících článků dle médií (v %)

	Pozitivní	Negativní	Neutrální	Celkem
Právo	3%	29%	68%	100%
MfD	1%	9%	90%	100%
HN	1%	8%	91%	100%
Blesk	2%	46%	52%	100%

Zdroj: vlastní zpracování

Z hlediska mediálních teorií je pak zajímavé zkoumat, zda se témat objevovalo na titulní stránce. Z toho se dá odvodit, jakou váhu danému tématu příslušné médium věnuje. Ze všech zkoumaných médií se téma na titulní stránce objevilo v 16 % případů, z 84 procent se téma objevilo na jiné než titulní straně. Dle jednotlivých deníků pak byly výskyty takovéto:

Tabulka č. 6 – Téma na titulní straně deníku

		Název deníku				Total
		Právo	MfD	HN	Blesk	
Téma na titulní straně	1,00 ano	18 (17 %)	14 (22 %)	13 (15 %)	0 (0 %)	45 (16 %)
	2,00 ne	85 (83 %)	51 (78 %)	73 (85 %)	27 (100 %)	236 (84 %)
Total		103 (100 %)	65 (100 %)	86 (100 %)	27 (100 %)	281 (100 %)

Zdroj: vlastní zpracování

8.9 Ohlasy u veřejnosti a výzkumy veřejného mínění

Kampaň *Děkujeme, odcházíme* rozdělila českou veřejnost na její podporovatele a odpůrce. První skupina zdůrazňovala nutnost změn a reforem současného systému a v kampani viděla první krok, jak tyto změny nastartovat. Druhá skupina označovala lékaře za vyděrače, kteří si jako své rukojmí berou pacienty s jediným cílem – zvýšit si platy v době, kdy se všem ostatním veřejným pracovníkům platy zmenšují z důvodu špatné ekonomické situace.

Lékaři od počátku cílili svou kampaň zejména směrem dovnitř, tedy mezi lékaře v nemocnicích, aby je přesvědčili k podepsání výpovědí, a tím zvýšili svou vyjednávací pozici při prosazování svých požadavků. Ačkoli veřejnost nebyla tou primární cílovou skupinou, v rámci kampaně lékaři s veřejností komunikovali jak osobně na náměstích při objíždění regionů, tak nepřímo skrze média. V tom se také lišilo vnímání kauzy u veřejnosti. Lékaři-respondenti uváděli všichni bez výjimky, že kontaktní kampaň se jim dařila a že občané je v jejich požadavcích podporovali. Oproti tomu výzkumy veřejného mínění, zejména v období po podání výpovědí, ukazovaly malou podporu veřejnosti protestujícím lékařům. Za spornou se označuje zejména nápis na sanitce „Náš exodus, váš exitus?“ čili „Náš odchod, vaše smrt?“ Dle odborů to bylo v pořádku: „*Sanitka byla vyzývavá, ale na hraně, ne za hranou. Vyhrůžování tam žádné nebylo, exodus, exitus byl s otazníkem, právně to bylo v pořádku. Mělo to být vyzývavé, mělo to zburcovat lidi, nemůžete chodit po špičkách. Bylo to razantní, sanitka byla vidět i po Evropě v zahraničních médiích. Jdete do toho s tím, že chcete vyhrát*“ (rozhovor s MUDr. Engelem, 7. 11. 2011). Podle ministerstva zdravotnictví to bylo již za hranou: „*Vy nemůžete lidi vydírat, a PR kampaní už vůbec ne, na obecnou veřejnost nefunguje heslo Náš odchod, vaše smrt*“ (rozhovor s Mgr. Růžičkou, 20. 11. 2012).

Veřejnost se za lékaře i proti nim postavila sepsáním petic. Začátkem února vznikla petice na podporu lékařů s názvem „SOS zdravotnictví“, kterou podepsalo skoro 33 000 občanů, mezi nimi mj. lékaři podporující kampaň D-O i osobnosti české kultury. Na to konto vznikla druhá petice stavějící se naopak proti lékařům s názvem „Protest proti kapitulantství“, kterou iniciovali novináři z časopisu Reflex⁷⁰ a kterou podepsalo na 35 000

⁷⁰ Časopis Reflex sice nepatřil k těm médiím, která jsem zkoumala. Je však zajímavé, že novináři, od nichž čtenář očekává jistou vyváženost a objektivitu, sami iniciují petici proti něčemu/někomu. Pro poznámku uvádím, že časopis Reflex má stejného vydavatele jako deník Blesk, tedy Ringier Axel Springer CZ.

občanů, mezi nimi i herci, novináři a další lidé z jiných oblastí kulturního, akademického a politického života⁷¹.

Ke kauze D-O bylo provedeno také několik **výzkumů veřejného mínění** (VVM). Výzkumy bych rozdělila na dvě fáze – do prosince 2010 (tedy do doby, než lékaři výpovědi podali) a od ledna 2011 (po podání výpovědí). Výzkumy z prosince 2010 ukazují, že 57 % dotázaných považuje požadavek lékařů na zvýšení platů za oprávněný, 43 % si myslí opak; formu protestů lékařů považuje za oprávněnou 58 % respondentů, 42 % ji považuje spíš či zcela za neoprávněnou (SC&C, 19. 12. 2010). (Oba grafy viz příloha č. 21.) V první fázi kampaně, tedy před samotným aktem podání výpovědí, tak veřejnost lékaře spíš podporovala. To se ale v druhé fázi kampaně změnilo.

V období leden až březen 2011, kdy byla kampaň již v plném proudu a kdy lékaři měli podané výpovědi, bylo provedeno vícero výzkumů veřejného mínění ve vztahu ke kauze D-O. Z těchto výzkumů pak většinou vyplývá nesouhlas veřejnosti s akcí D-O. Např. v lednu 2011 podporovalo akci D-O jen 17 % respondentů, 56 % ji nepodporovalo a 28 % uvedlo, že nemá na danou problematiku vyhraněný názor⁷². (STEM/MARK, 27. 1. 2011: 1) (Viz příloha č. 22 – Podpora D-O v lednu 2011.) Podle 62 % dotazovaných by se po odchodu lékařů zdravotní péče zhoršila. (STEM/MARK, 27. 1. 2011: 3) Tento výzkum se neptal na důvody vzniku kampaně, na okolnosti apod. Základními dvěma otázkami bylo, zda lidé s akcí D-O souhlasí a zda se obávají zhoršení péče po odchodu lékařů. Výzkum má vždy nějakého zadavatele, agentura STEM/MARK na svých stránkách uvádí, že „*mezi naše nejvýznamnější klienty patří Ministerstvo zdravotnictví ČR*“ (STEM/MARK, 2003). Čímž neříkám, že si ministerstvo zdravotnictví výzkum zadalo; jen poukazuji na shodu okolností.

Zvláštní otázky jsem při výzkumu veřejného mínění našla u agentury SANEP. Z rámování otázek bylo nepřímě řečeno, jak je o kauze D-O smýšleno – např. samotnou otázku, zda jsou hromadné výpovědi lékařů v souladu s jejich etikou, předcházela informace o ohrožení lidských životů v případě, že lékaři odejdou; či že lékaři odcházejí kvůli vyšším platům – buď neměla být tato dodatková informace pro přesnost použita, nebo měl být uveden širší kontext věci⁷³. Z odpovědí výzkumu pro společnost SANEP pak vyplývá

⁷¹ Viz: Petice *SOS zdravotnictví*: <http://www.tribune.cz/clanek/21106-predani-petice-sos-zdravotnictvi>.
Petice *Protest proti kapitulantství*: <http://www.reflex.cz/clanek/dokument/40330/protest-proti-kapitulantstvi-petici-podepsalo-uz-pres-35-000-lidi.html>

⁷² Respondenti odpovídali na otázku: „V současné době se často hovoří o odchodu řady lékařů z nemocnic. Podporujete Vy osobně tyto lékaře, kteří hromadně dávají výpovědi?“

⁷³ Sled otázek byl následující: Znepokojují Vás informace o hromadné výpovědi již více jak tři a půl tisíc lékařů? Podporujete stávkou lékařů, kteří hromadnou výpovědi dávají najevo svoji nespokojenost s platovými

nepodpora akcí D-O (45 % respondentů ji nepodporuje, 17 % ji podporuje, spíše nepodporuje 16,2 %, spíše podporuje 15,4 % a odpověď nevím uvedlo 6,4 % dotázaných). (SANEP.cz, 2011)

Z některých výzkumů obecně vyplývá fakt, že respondenti souhlasí s tím, že jsou lékaři špatně placeni; na druhou stranu nesouhlasí s formou kampaně a protestem lékařů. To vyšlo i z průzkumu společnosti Médea research, podle jejichž závěrů je většina obyvatel ČR přesvědčena o tom, že nemocniční lékaři by měli mít vyšší platy než doposud (57 % lidí s tímto názorem souhlasí a pouze 15 % zastává opačný postoj); kampaň vyvolala mezi lidmi poměrně silné znepokojení, kdy 51,2 % respondentů uvedlo, že se obává výpovědí lékařů v nemocnicích, a kdy téměř 40 % je přesvědčeno, že by jejich odchod mohl způsobit zhoršení zdravotního stavu respondenta, případně i ohrozit jeho život. Celých 59 % dotazovaných akcí lékařů nepodporuje, pro bylo jen 24 %. Většina obyvatel (57 %) je sice přesvědčena o tom, že by nemocniční lékaři měli mít vyšší platy, mzdu v trojnásobku průměrné mzdy však považují za přemrštěnou. Dle agentury Médea research lze za nešťastné považovat i načasování akce do období, kdy je zdůrazňována nutnost šetřit a negativní roli může hrát i skutečnost, že se lidé cítí jako rukojmí dané situace. (Médea research, leden 2011)

Pozadí akce D-O zkoumal průzkum společnosti GfK z konce ledna 2011, z něhož vyšlo, že jen 30 procent dotázaných považuje financování českého zdravotnictví za dostatečné, hospodaření zdravotnictví je vnímáno negativně 70 % respondentů s kritikou podezřelých zakázek apod. 83 procent si myslí, že reforma zdravotnictví je akutně potřeba. S akcí D-O nesouhlasí 48 % respondentů. (GfK, leden 2011)

Z výzkumů provedených na začátku roku 2011 vyplývá, že se veřejnost stavěla spíše proti akci D-O. Otázka případného odchodu českých lékařů z nemocnic vyvolávala u mnoha lidí strach o své zdraví, někteří poukazovali na nevhodnost vzetí si pacientů jako rukojmích; téma bylo velmi emoční, citlivé a vypjaté. Ze zjištěných informací dochází k rozporu mezi osobními zkušenostmi lékařů a výzkumy veřejného mínění. Lékaři-respondenti uváděli velmi dobré vztahy s veřejností při osobní komunikaci, zatímco z výzkumů veřejného mínění byl uváděn spíše opak. Možných vysvětlení je několik: ať již od spekulací o možnosti

podmínkami? V některých krajích může v případě hromadné výpovědi nespokojených lékařů zcela ochromit většinu nemocničních zařízení, která tak mohou přestat poskytovat i základní lékařskou péči. Obáváte se, že může tato situace v akutním případě ohrozit i Váš život? Dosud podané výpovědi více jak tři a půl tisíc lékařů mohou zcela ochromit desítky nemocnic, které pak nebudou schopné poskytnout včasnou a adekvátní léčbu pacientům, což může v některých případech ohrozit i řadu lidských životů. Domníváte se, že nátlak na vládu, kterou nespokojení lékaři dávají najevo hromadnou výpovědí, je v souladu s lékařskou etikou? Měla by vláda vyhovět nespokojeným lékařům a učinit vše pro to, aby protestující lékaři vzali své výpovědi zpět? (Sanep.cz, 2011)

manipulace s veřejnými výzkumy, nebo mediálním pokrytím (kdy např. nejčtenější deník Blesk měl o kauze D-O skoro polovinu zpráv negativních) či časovým sledem – zatímco na podzim 2010, kdy lékaři objížděli regiony, se kampaň teprve dostávala do podvědomí a lékaři nikam neodcházeli; oproti tomu bylo v lednu až březnu 2011 (kdy se uskutečnila většina VVM) již jasné, že lékaři výpovědi podali a že mohou skutečně odejít. To může vysvětlit rozdílnost osobní zkušenosti s veřejností.

Po ukončení akce docházelo k obavám, že tímto byl narušen vztah mezi lékaři a pacienty. Výzkum veřejného mínění z června 2012 ale hovoří jinak: výzkum o prestiži povolání explicitně uvádí na první příčce opět povolání lékaře s komentářem, že *„úvahy o tom, že prestiž lékařů poklesne v souvislosti s akcí „Děkujeme odcházíme“, se naším výzkumem nepotvrdily“* (CVVM, červen 2012: 2–3).

9 Diskuse

Vrátíme-li se zpět na začátek práce, kde byly formulovány základní cíle, výzkumné otázky a předpoklady práce, pak se nyní dostáváme do fáze jejich zodpovězení. Odpovědi na tyto otázky jsem hledala na předchozích řádcích, nyní se je pokusím jasně zformulovat a shrnout v diskusi nad nimi. Nejprve shrnu odpovědi na jednotlivé výzkumné otázky, čímž bych měla dospět k zodpovězení mé hlavní výzkumné otázky. To by pak mělo vést ke splnění cíle této práce. Na závěr se podívám, zda byly splněny i předpoklady této práce.

Otázku „**Jaké jsou charakteristiky úspěšnosti akce *Děkujeme, odcházíme?***“ bychom mohli shrnout tak, že oproti předchozím nátlakovým akcím lékařů tato akce prorazila a (částečně) uspěla. Lékařům se podařilo upozornit na některé problémy v českém zdravotnictví, nastolit agendu a svou vytrvalou kampaní uspět ve svých požadavcích. Mezi problémy, na něž lékaři svou kampaní upozornili, je kromě platů zdravotníků a mnoho přesčasových hodin také např. to, že ani sám ministr zdravotnictví neví, kolik lékařů pracuje v nemocnicích, že jsou u nás zbytečně předražené léky, že v systému zdravotnictví bují otevřená i skrytá korupce, že je zde zdravotnictví dlouhodobě podfinancované nebo že zde existují nerovnoměrné platby na zdravotním pojištění.

Zlomovým okamžikem zde bylo najmutí profesionální PR agentury lékařskými odbory, což ve výsledku vedlo k promyšlené kampani, jež se dostala do povědomí nejprve regionálních deníků a posléze se dostala na celostátní agendu. Média tak zafungovala jako „gatekeeper“ a skrze ně se kampaň dostala do širšího povědomí. Agentura Ewing PR byla za kampaň *Děkujeme, odcházíme* v roce 2011 oceněna dvěma cenami: Global SABRE Award a cenou SABRE Award – EMEA. Kampaň D-O byla založena na několika „tvářích“ kampaně, které komunikovaly jednak směrem dovnitř mezi lékaře, aby je přesvědčili o podání výpovědí, jednak směrem k veřejnosti přímým oslovením ve městech a jednak směrem k médiím (a tím potažmo ke zbylé veřejnosti a ostatním aktérům).

Celá tato kampaň měla za výsledek necelé čtyři tisíce lékařů, kteří byli ochotni za své požadavky odejít z nemocnic a kteří tvořili zhruba čtvrtinu všech lékařů v nemocnicích, což je již početná nátlaková skupina. Ministerstvo zdravotnictví muselo ve výsledku ustoupit lékařským odborům a společně se dohodnout na nějakém kompromisu. Úspěchem byla dohoda o zvýšení platů lékařů a o něco později i ostatním zdravotníkům; za zhruba 3,5 milionu korun (což jsou odhady, kolik stála PR kampaň) lékaři během několik měsíců získali na platy 2 miliardy Kč, tedy více než pěti set násobek toho, co do kampaně vložili.

Velkým úspěchem pak byla zejména změna vzdělávání mladých lékařů, kdy se změnil předešlý, ostře kritizovaný systém udělování atestací na systém, který byl jak ministerstvem, tak zejména lékaři (a mladými lékaři obzvláště) přijat kladně.

Mezi **neúspěšné charakteristiky akce D-O** bychom mohli zařadit několik bodů. Na začátku kampaně lékaři definovali 13 důvodů exodu, jinými slovy třináct palčivých problémů českého zdravotnictví z hlediska protestujících lékařů. Podíváme-li se na výsledné memorandum, tedy kompromis vyjednaný mezi ministerstvem zdravotnictví a lékařskými odbory, zjistíme, že ze 13 původních bodů jich v memorandu nalezneme čtyři: platy, vzdělávání, reforma, protikorupční kroky. Zbýlých 9 bodů „vyšumělo“. Problémy s financováním zdravotnictví stále přetrvávají, reforma zdravotnictví pokračuje, ale navzdory přesvědčení LOKu o jejím směřování. Proti krokům ministerstva se lékaři opětovně bouřili i v roce 2012, a to zejména kvůli částečnému neplnění memoranda ze strany ministerstva. V memorandu bylo ustanoveno, že od roku 2012 se platy zdravotníkům zvýší o 10 %. Na začátku roku 2012 došlo ale ke zvýšení jen o 6,25 % a platy již dále zvyšovány nebyly. Navíc byly platy s jistotou zvýšeny jen ve fakultních nemocnicích, tedy tam, kde je zřizovatelem MZ; o navýšení platů v krajských nemocnicích se vedly spory, zda vůbec k nějakému navýšení došlo. Nejenže tedy došlo k redukci původních požadavků ze třinácti na čtyři, navíc i několik z těchto čtyř požadavků není dodnes zcela splněno.

Problémem také bylo, že se do akce nepodařilo zapojit všechny zdravotníky, tedy i např. zdravotní sestry. Ačkoli se lékaři pokoušeli se sestrami komunikovat, část z nich (spojená v České asociaci sester) se postavila proti lékařům a od protestů se distancovala, zatímco jiná část zdravotních sester (organizovaná v Odborovém svazu zdravotníků a sociální péče) protesty lékařů podpořila (resp. je podpořil celý svaz OSZSP).

Na pomezí úspěšnosti a neúspěšnosti zůstávají dva body: jednání mezi MZ a lékaři a veřejné mínění. **Jednání** mezi MZ, LOK-SČL a ČLK byla zpočátku – žádná. K prvnímu vážnému kontaktu došlo až 20. ledna 2011, tedy asi 5 týdnů před tím, než měli lékaři z nemocnic odejít. Jednání po několika dnech zkrachovala, jednání byla vyhrocená a ostrá. Přesto se nakonec oběma stranám podařilo dohodnout se na kompromisu v podobě memoranda. Tento akt, tedy podepsání memoranda, byl ale ve výsledku také úspěšným jen zčásti. Jednak, jak jsem uvedla výše, dodnes nedochází k jeho celkovému plnění, a jednak podpis memoranda vyvolal protichůdné odezvy i u samotných lékařů. Jedni byli rádi za to, že vypjatá a stresující situace skončila; druzí vnímali takovéto ukončení protestů za

„podraz“ a z dohodnutého výsledku byli zklamáni. **Veřejné mínění** bylo zpočátku pro lékaře úspěšné, ještě v prosinci 2010 lékaře podporovalo necelých 60 % veřejnosti. Poté se však výsledky výzkumů veřejného mínění obrátily v neprospěch lékařů – kampaň k jejímu konci podporovala asi pětina respondentů.

Ve své práci jsem čerpala z teorie přerušované rovnováhy, z různých dokumentů i z rozhovorů, které mi měly poskytnout odpovědi na otázku *proč* a pomoci mi tak vysvětlit některé jevy spojené s kauzou D-O.

Proč je akci z mého hlediska možné považovat za **úspěšnou** uvedu nyní. Tuto otázku mi pomohla zodpovědět teorie přerušované rovnováhy (PET) a dále teorie zabývající se mediálními teoriemi a teoriemi zprostředkování zájmů. Lékařskému odborovému klubu jakožto zájmové skupině v korporativistickém uspořádání systému ČR se podařilo definovat problémy českého zdravotnictví, a tedy *definovat problém* ve 13 důvodech exodu. Vzápětí bylo hned zpočátku odsouhlaseno, že se povede kampaň s názvem *Děkujeme, odcházíme* s cílem nápravy daných bodů.

Kampaň D-O byla z hlediska PET *fokusační událostí*. Na tuto událost bylo nutné *alokovat pozornost a nastolit agendu* o tématu. Tím, že lékaři objížděli všechny kraje, hovořili s lékaři a osobně s veřejností a tím, že různými komunikačními nástroji se jim podařilo upoutat pozornost regionálních a posléze celostátních médií, se akce D-O dostala do středu pozornosti a nastolila agendu o svých požadavcích. Kampaň se objevila ve více než pěti tisících mediálních výstupech. Díky kampani (fokusační události) lékaři prolomili dlouhodobou stabilitu a na několik měsíců přerušili stávající rovnováhu, což dle teorie přerušované rovnováhy dává velkou naději tomu, že se vskutku původní subsystém změní. Prolomení stability, ráznost akce a upozornění na problémy bylo dle mnohých lékařů hodnoceno jako velký úspěch kampaně D-O. Téma bylo navíc zajímavé – a důležité – také proto, že lékaři disponují strukturální mocí, tedy že bez nich by skutečně zdravotnictví fungovat nemohlo. Jsou tak privilegovanou skupinou s velkou mocí. Lékaři jakožto pozitivně konstruovaná sociální skupina de facto rozhoduje o lidském zdraví, což jim dává nepsaný punc moci těch, jichž se dotýká tak citlivé téma, jako je právě zdraví a otázky nemoci, žití či smrti.

Vysvětlení, proč je možné akci zároveň považovat za **neúspěšnou**, je několik a částečně jsem je již nastínila. Rozporuplně a bez jednoznačné shody bylo vnímáno heslo kampaně *„Náš odchod, vaše smrt?“* Sice byl na konci otazník, který tak z věty nečinil

jasnou deklarovanou záležitostí, na druhou stranu směrem k veřejnosti jasně zaznívalo heslo smrt, exitus. Což bylo ve výsledku podpořeno skutečnými výpověďmi lékařů a jejich deklarovaným odchodem z nemocnic. Rozhodnout, zda byla tato forma nátlaku na hraně či za hranou, stojí mimo cíle této práce.

Za další, pozornost se sice podařila získat, a to celostátní, ve výsledku došlo ale jen k *usnesení nad několika body*. Vysvětlením z obou stran bylo to, že ani jedna strana (ačkoli se do poslední chvíle hrálo o to, kdo naposledy „uhne“) ve výsledku nechtěla, aby po 1. březnu 2011 nastal kolaps v poskytování zdravotní péče. Samotní lékaři si nepřáli situaci, která nastala např. v Polsku, kdy po odchodu lékařů z nemocnic zemřelo několik lidí, než k dohodě mezi tamní vládou a lékaři došlo. Ačkoli byli někteří lékaři přesvědčení o tom, že kampaní D-O rozpoutají lavinu a ve výsledku dojde nejen k reformě ve zdravotnictví, ale i k omezení korupce, nestalo se tak a kampaň se ve výsledku „točila“ kolem témat jako byly platy lékařů, jejich odchod z nemocnic či jednání mezi MZ a lékaři. Dle logiky PET totiž mělo dojít k něčemu jinému: jedním z předpokladů k tomu, aby se ve zdravotní politice skutečně něco změnilo, by *média* musela referovat negativně o zdravotnictví v ČR, tedy že zde současný systém nefunguje a že je nutné jej změnit. Média ale jednala jen o vybraných tématech, jako jsou platy lékařů, odchod z nemocnic apod. (ať už neutrálně či negativně), nevěnovala se tedy až na výjimky problémům ve zdravotnictví jako celku, a navíc když už psala o něčem negativně, pak to byli právě lékaři a akce D-O. Je tak možné soudit, že sledovaná média nesplňovala normativní podmínky žurnalistické práce, jako je vyváženost, nestrannost, objektivnost informací apod. Řečeno slovy PET, pakliže změna měla nastat v subsystému zdravotní politiky, pak se mělo veřejně mluvit (negativně) o problémech ve zdravotnictví, to se ale nestalo. Kampaň se tak ve výsledku částečně obrátila proti lékařům samotným⁷⁴. Proč k negativním zobrazením lékařů např. v nejčtenějším deníku Blesk, kde skoro polovina článků byla o D-O negativní, došlo, nám pomáhají vysvětlit mediální teorie, dle nichž se u některé mediální obsahy zaměřují na zábavnost a prodej negativních zpráv, které se prodávají dobře a zvyšují tak novinám zisk⁷⁵.

Částečným vysvětlením neúspěchu akce může být také *určení si dějišť (venues)* k prosazování svých požadavků. Lékaři od počátku směřovali své požadavky na centrální

⁷⁴ Nastal tzv. bumerangový efekt, tedy při pokusu o změnu se tento útok odrazil od subjektu, na nějž to bylo namířeno, a jako bumerang se to odrazilo zpět k původnímu vysílateli změny.

⁷⁵ Dle nepotvrzených informací pojednávala některá média o lékařích a kauze D-O záměrně také na základě tlaku farmaceutických firem, kterým by se případný úspěch nastartování protikorupčních změn ve zdravotnictví příliš nezamlouval. Nepodloženou informací je také role Blesku a její ředitelky Libuše Šmuclerové, jejíž manžel (resp. jeho společnost Asklepion) koupil v karlovarském kraji nemocnici a odchod lékařů by se mu dle některých „hodil“ k dalším podnikatelským aktivitám v oblasti zdravotnictví. Opakuji, že jde o nepodložené zdroje.

úroveň, MZ je však zřizovatelem jen zlomku nemocnic (ačkoli to jsou zrovna ty největší). Pakliže by lékaři svou kampaň cílili i na ostatní zřizovatele, tedy např. na kraje, mohlo to ve výsledku dopadnout ještě jinak. Lékařům se tak ve výsledku nepodařil změnit monopol veřejné politiky, který zastávalo MZ, nedošlo k přeskupení sil, ani ke změně tvorby zdravotní politiky dle hodnot a přesvědčení ministerstva zdravotnictví. Monopol v subsystému zůstal stejný.

Složitě je vysvětlení, proč došlo k obratu v *mínění veřejnosti* o kampani D-O. Rozpor byl mezi osobní zkušeností lékařů s lidmi při osobním kontaktu, který byl dle nich až překvapivě dobrý, a mezi tím, jaké byly výsledky ve výzkumech veřejného mínění (VVM). Prvním vysvětlením může být to, že lékaři se s veřejností setkávali na podzim, tedy do doby, než pak podali výpovědi. Podání výpovědí a tedy strach veřejnosti (pacientů) o své zdraví mohlo mít vliv na změnu vnímání kauzy.

Dle výzkumných institucí nadále z výzkumů vyplývalo, že zatímco se ostatním lidem kvůli ekonomické krizi peníze škrťají, lékaři mají dostat přidáno (ačkoli při osobním kontaktu s lidmi na základě vyjádření lékařů lidé souhlasili s tím, že by měli lékaři dostat přidáno). Z VVM vyplynulo, že si veřejnost i v „horké“ fázi kampaně stále spíše myslela, že by měli být lékaři lépe placeni, nesouhlasila ale s formou jejich kampaně, jak vyšších platů dosáhnout. Důvodem může být i zobrazování lékařů v médiích, která zobrazovala konflikt mezi lékaři a MZ a to mohlo na lékaře také vrhnout špatné světlo. Nemůžeme prokázat, že by média měla prokazatelný přímý účinek na své příjemce, spíš formovala, o čem mají lidé přemýšlet. Na druhou stranu zde přetrvává domněnka, že pokud se v nejčtenějším deníku Blesk skoro polovina zpráv vyjadřovala velmi negativně⁷⁶ o lékařích, *mohlo* se to na vnímání kauzy odrazit.

Médii také začátkem ledna 2011 proběhla zpráva o tom, že vzniká sbírka na podporu odcházejícím lékařům, tedy aby lékaři bez práce měli k dispozici nějaké finanční prostředky. Tato informace mohla veřejnost popudit a přispět k úbytku podpory ve VVM.

Důležitým momentem je ale zejména to, že již od počátku nebyla veřejnost tou hlavní cílovou skupinou, na níž by byla kampaň namířena, tou byli lékaři pracující v nemocnicích, které bylo nutné přesvědčit k podání výpovědí. Ačkoli tedy lékaři uvádějí, že komunikace s veřejností byla důležitá, jejich hlavním cílem nebylo přesvědčit veřejnost,

⁷⁶ V některých médiích se na titulních stránkách objevovaly např. nápisy jako „lékařská mafie“, obrázky dr. Engela s rohy, jak drží v rukou malé dítě, či dr. Engel pojídající hlavu ministra Hegera.

ale lékaře. Svým deklarovaným odchodem pak na veřejnost mohli působit tak, že si pacienti berou jako rukojmí a nemocnými lidmi „vydírají“ vládu a MZ.

Pakliže bych tedy měla odpovědět na hlavní výzkumnou otázku, tedy „**Je možné považovat akci *Děkujeme, odcházíme za úspěšnou, či nikoli?***“, pak by má odpověď zněla: ano, akci je možné považovat za úspěšnou, ALE ne ve všech ohledech.

Tím se tak potvrdil můj první **předpoklad**, že akce D-O byla úspěšná jen zčásti. Potvrdily se i další dva předpoklady: to, že veřejnost vnímala kauzu rozporuplně i to, že samotné lékaři vnímali výsledek kampaně jen jako částečný úspěch.

V oblasti médií se některé předpoklady potvrdily více, jiné méně. Na začátku jsem předpokládala, že se média věnovala kampani celý rok, avšak že nárůst pozornosti nastal až na podzim 2010. Ve výsledku se ale čtyři zkoumaná média začala kauzou D-O zabývat až v září 2010, některá dokonce až v listopadu 2010. Také nemohu potvrdit to, že by se mediální obraz kauzy ve zpravodajství změnil v jejím průběhu z pozitivního na negativní – zpravodajství bylo vesměs neutrální, výjimkou byl jen deník Blesk, kde negativní hodnocení kauzy D-O dosáhlo téměř poloviny zkoumaných článků. Ani můj poslední předpoklad se zcela nenaplnil. Domnívala jsem se, že během kampaně dojde v médiích k redefinici problému, že z tématu „problémy ve zdravotnictví“ dojde k redefinici problémů na „platy lékařů“ a „odchod lékařů“. Ve výsledku sice stoupl počet článků, které se zabývaly určitými tématy (jako např. platy, jednáním) více než ostatními tématy, taková situace však byla od počátku – až na výjimky totiž nedocházelo v mediálním pokrytí zkoumaných médií k tomu, že by se média nějak více intenzivně zabývala problémy ve zdravotnictví; ano, zabývala, ale tato témata netvořila tu hlavní mediální agendu ve vztahu ke kauze D-O.

Výše uvedeným jsem, pevně věřím, pro čtenáře splnila svůj hlavní cíl této práce, tedy **vysvětlit nejednoznačnost úspěchu akce *Děkujeme, odcházíme***.

10 Závěr

Kampaň *Děkujeme, odcházíme* byla od roku 1989 zřejmě nejviditelnější akcí českých lékařů. Z několika požadavků formulovaných na sněmu Lékařského odborového klubu v březnu 2010 se v průběhu času zrodila obrovská nátlaková akce jedné profesní skupiny, které se díky tomuto nátlaku podařilo v některých svých požadavcích uspět. Akce trvala téměř jeden rok, její vrcholnou fází v období řádově několika měsíců pokrývala česká i zahraniční média. Kampaň D-O ukázala, že silný nátlak odborů může uspět.

Přesto jsem se v práci snažila ukázat, jak a proč byla akce lékařů nejednoznačně vnímána. Mým cílem bylo poukázat na jednotlivé aspekty kampaně a pokusit se je vysvětlit. K popisu mi sloužily zejména různé dokumenty, statistiky, zprávy, rozhovory apod. K vyššímu cíli, tedy cíli vysvětlit, jsem si zvolila výkladový rámec teorie přerušované rovnováhy, který v sobě zahrnuje teorie vztahující se jak k zájmovým skupinám, což byl v mém případě LOK-SČL, tak i na základě dalších teorií vysvětluje, co vede k přerušení současné rovnováhy a co tedy může vést ke změně stávajícího stavu, o což se lékaři snažili. Ti si na začátku kampaně definovali 13 důvodů exodu, neboli palčivých problémů českého zdravotnictví, a jejich řešením či alespoň jednáním o nich podmínili své výpovědi z nemocnic.

Kauza D-O byla unikátní z několika hledisek. Jednak se do podvědomí veřejnosti dostaly problémy ve zdravotnictví, o nichž se díky kampani začalo mluvit. Akce byla velmi úspěšná také díky své profesionalitě – lékaři si na ni najali PR agenturu, díky níž se téma dostalo do celostátní agendy a naplnilo tisíce mediálních výstupů. Unikátní byl tento celorepublikový protest tím, že donutil vládu ke kompromisům. Kampaň má také ale i několik záporných míst. Jedním z nich je obrat veřejného mínění v neprospěch lékařů. S uzavřeným kompromisem mezi lékaři a ministerstvem nesouhlasila třetina zapojených lékařů a v konečné fázi kampaně se tak tato silná jednotka čítající téměř čtyři tisíce nespokojených lékařů uvnitř sebe částečně nepohodla. A při dohodě o ukončení akce a uzavření kompromisu také zmizelo celkem devět ze třinácti původních bodů, neboli tíživých problémů českého zdravotnictví, které lékaři žádali vyřešit. Ačkoli jedním z důvodů konání kampaně bylo zamezení odchodu lékařů do zahraničí tím, že se zde zlepší pracovní podmínky, po akci D-O odešlo z českých nemocnic celkem asi 200 lékařů, tedy zhruba 5 % z těch, co výpovědi podali.

Ačkoli jsem v této práci vysvětlovala jednotlivé aspekty kampaně D-O na základě výkladového rámce teorie přerušované rovnováhy, jednotlivých teorií, metod a provedené kvantitativní obsahové analýzy mediálních sdělení, abych na jejich základě mohla co nejlépe postihnout tuto kampaň v případové studii, přesto se domnívám, že zde existují úskalí při jejich zpracování a že se nabízejí i další možnosti budoucích výzkumů.

Analýzou mediálních obsahů tak, jak s ní pracuje teorie přerušované rovnováhy, jsem se mj. pokusila vysvětlit příčiny, proč i přes úspěšné nastolení celostátní agendy a poukázání na některé nefunkční oblasti zdravotnictví ve výsledku k žádné rapidní změně systému zdravotnictví nedošlo (a proč tudíž stále přetrvávají různé problémy v tomto resortu). Jsem si vědoma všech úskalí této metody. Ačkoli se mi podařilo sesbírat 281 článků, které jsem podrobila analýze díky kódování v programu SPSS, uvědomuji si jejich nepoměrné zastoupení při kódování (např. 103 článků deníku Právo ku 27 článkům deníku Blesk), což však bylo dáno výběrovou metodou vzorku. Ačkoli patří metoda kvantitativní obsahové analýzy k těm, které mají vysoký stupeň ověřitelnosti, uvědomuji si riziko jednoho kódovače; pokud by byly novinové články kódovány vícero osobami, došlo by k větší vnitřní validitě provedeného výzkumu. Jedna osoba kódující články může být i přes maximální úsilí ovlivněna subjektivním vnímáním a hodnocením kódovaných mediálních výstupů. Zajímavé by pro další analýzu bylo například zkoumání regionálních příloh, jelikož kauza byla nejprve pokryta regionálními deníky a regionálními přílohami celostátních deníků. Zajímavé by také bylo zpracovat třeba publicistické žánry, jako jsou komentáře. A zajisté by bylo vhodné provést analýzu i ostatních, audiovizuálních i internetových médií. Ve člancích jsem dále nekódovala výroky jednotlivých aktérů, což by z mého hlediska bylo také zajímavé: tedy sledovat spíše jakési argumentační rámce zainteresovaných aktérů. Výsledky výzkumu by bylo také možno použít k dalším, spíše mediálně zaměřeným zkoumáním; i přes značné kvantum závěrečných výstupů jsem jich v této práci použila jen zlomek.

Dále si uvědomuji přednosti, ale i nedostatky výzkumného designu případové studie. Ta sice na jednu stranu umožňuje výzkumníkovi pracovat jak s kvantitativními, tak i s kvalitativními metodami, problémem zde však zůstává její vnitřní i vnější validita, případové studie často trpí nedostatkem reprezentativnosti. To je i mým problémem – tato práce se zabývala pouze jednou kauzou, jedním případem. Nelze tedy hovořit o možnosti zobecnit její výsledky na širokou populaci. Lze ji spíše zobecnit ve vztahu k teoretickým předpokladům. Z tohoto hlediska by tak bylo pro další výzkumy vhodné např. porovnat typy

podobných kampaní se zahraničím, porovnat nátlakové kampaně mezi sebou či zvolit zcela jinou formu přístupu ke zpracování podobného tématu.

Summary

This thesis was concerned with the Czech doctor's campaign "Thanks, we are leaving" on the background of the health care system in the Czech Republic. The campaign started in spring 2010 on the XVI. congress of the LOK (Medical union trade club) and resulted in February 2011 in a compromise between doctors and Ministry of Health. The main goal of the campaign was to focus on some serious problems in the Czech health care system and to set the agenda to start solving them. To achieve these goals defined in the "13 reasons of exodus" the Czech doctors decided to give notice on the date of 1st January 2011 to put pressure on government. During autumn 2010 they visited 64 hospitals to inform other doctors about the campaign and to get them on their side. They also communicated with the public and with media. As a result there were almost four thousand doctors prepared to leave Czech hospital if the conditions would not be satisfied. As a result there was the compromise between doctors and the ministry, but the doctors achieved only 4 points from the original 13 reasons of exodus. This campaign was partly successful, partly not. The public and doctors themselves has also different opinions about the campaign.

This thesis tried to explain why it is so – I mean why the campaign was only partly successful, why there are many different opinions about the campaign. To be able to explain it I used the Punctuated equilibrium theory (PET) which helped me to focus on some specific areas, like media and interest group (LOK). At the beginning of the thesis I set the main objective and the research questions. After that I chose many helpful methods like quantitative content analysis of media messages, semi-structured interviews with particular actors, analysis of secondary sources, stakeholder analysis or analysis of selected events in health policy which helped me to find out the most important moments, events and actors. The research design of this thesis is a case study which allowed me to use both quantitative and qualitative methods. After that I described the theoretical background for my work. To describe and explain the campaign I used the Punctuated equilibrium theory, theories concerned with interest groups, corporatism, mass communication theory, agenda setting or normative media theories.

In chapter 8 I used these theories and methods in the case study. There are many interesting findings about the campaign. First, we can say that the Thanks we are leaving campaign was successful in reaching the nationwide agenda; Czech doctors focused on many serious problems in the Czech health care system. Second, the LOK showed that it has potential to make such a big campaign and to put pressure on government; it was also for

the first time that the union trade club hired a professional PR agency. Third, the media play a big role in setting the agenda, it was also interesting that the media did not much focus on the problems in the health care system but they focused much more on the topics like salaries, exodus of the doctors, bargaining between doctors and ministry etc. So in the perspective of PET they followed information that seemed interesting and not those which were important, which caused that there was no significant change in the health care system. Forth, the problem was also in the compromise between doctors and minister, from the original 13 problems there were only four left which made many doctors disappointed. Fifth, there was also an ambiguous support from the public. Until doctors gave notice we can say that the public supported them. At the end of the campaign it turned and there were more people who disagreed with the campaign. The people could be afraid about their own health and about the situation in Czech hospitals after the exodus. Many newspapers also wrote about the doctors as those who just see the higher salaries which could also play a role in the public perception. So we can say that the campaign was successful but with some critical points.

Seznam použité literatury a pramenů

PRAMENY:

Novinové články (zpravodajské) těchto deníků: Blesk, Hospodářské noviny, Mladá fronta Dnes a Právo v období od 1. 3. 2010 do 30. 3. 2011

Bryan D. Jones: University of Washington, Seattle. *The American Political Science Association* [online]. 2012 [cit. 2012-11-16]. Dostupné z: http://www.apsanet.org/content_17240.cfm

CVVM. *Prestiž povolání - červen 2012* [online]. 20. 7. 2012 [cit. 2012-12-31]. Dostupné z: <http://cvvm.soc.cas.cz/prace-prijmy-zivotni-uroven/prestiz-povolani-cerven-2012>

Český statistický úřad (ČSÚ). *Výsledky zdravotnických účtů ČR 2000 – 2010*. [online]. 2012 [cit. 2012-12-06]. Dostupné z: [http://www.czso.cz/csu/2012edicniplan.nsf/t/CD003F9985/\\$File/330612k1.pdf](http://www.czso.cz/csu/2012edicniplan.nsf/t/CD003F9985/$File/330612k1.pdf)

Dekujeme-odchazime.cz. *13 důvodů exodu* [online]. 2011 [cit. 2012-12-27]. Dostupné z: http://www.dekujeme-odchazime.cz/13_duvodu

Frank R. Baumgartner: Department of Political Science. *The University of North Carolina at Chapel Hill* [online]. 2012, 27. 10. 2012 [cit. 2012-11-16]. Dostupné z: <http://www.unc.edu/~fbaum/>

GfK. *Jednání ministra zdravotnictví s ČLK a LOK jsou konečně v souladu s přáním veřejnosti* [online]. 30. 1. 2011 [cit. 2012-12-30]. Dostupné z: http://www.gfk.cz/public_relations/press/press_articles/007304/index.cz.html

KLAUS, Václav. *Novoroční projev prezidenta republiky* [online]. 1. 1. 2011 [cit. 2012-12-30]. Dostupné z: <http://www.klaus.cz/clanky/2744>

Listina základních práv a svobod. 1992.

Médea research. *Postoj české veřejnosti k iniciativě „Děkujeme, odcházíme“* [online]. Leden 2011 [cit. 2012-12-30]. Dostupné z: <http://www.datrix.cz/rychla-data/postoj-ceske-verejnosti-k-iniciative-dekujeme-odchazime--10226011102>

Mediafax. *Počty výpovědí lékařů v krajích ČR* [online]. 20. 12. 2010 [cit. 2013-01-03]. Dostupné z: <http://www.mediafaxfoto.cz/preview.php?id=415845>

Media projekt. *Unie vydavatelů* [online]. 2011 [cit. 2012-11-08]. Dostupné z: <http://www.unievydavatelu.cz/Upload/1046.pdf>

Memorandum o úpravě poměrů ve zdravotnictví [online]. 14. 2. 2011 [cit. 2012-12-29]. Dostupné z: <http://www.dekujeme-odchazime.cz/memorandum>

Mezinárodní pakt o hospodářských, sociálních a kulturních právech. New York, 19. 12. 1966. Dostupné z: <http://www.osn.cz/dokumenty-osn/soubory/mezinarodni-pakt-o-hospodarskych-sociálních-a-kulturnich-pravech.pdf>

Nařízení vlády č. 564/2006 Sb., o platových poměrech zaměstnanců ve veřejných službách a správě.

OECD Health Data. [online]. 2012 [cit. 2012-12-04]. Dostupné z: <http://www.oecd.org/health/healthpoliciesanddata/oecdhealthdata2012.htm>

Programové prohlášení ke vzniku LOK. 4. 4. 1995 [cit. 2012-12-08]. Dostupné z: <http://www.lok-scl.cz/archiv.php?typ=6&id=187&detail=1>

SANEP.cz. *Češi považují výpovědi lékařů za neetické* [online]. 5. 1. 2011 [cit. 2012-30-12]. Dostupné z: <http://www.svornost.com/2011/01/sanep-vypovedi-lekaru-aneb-%C2%A0E2%80%9Edekujeme-odchazime%E2%80%9C/>

Stanovy LOK-SČL, 2005 [cit. 2012-12-08]. Dostupné z: <http://www.lok-scl.cz/archiv.php?typ=6&id=190&detail=1>

Státní ústav pro kontrolu léčiv (SÚKL) [online]. *Kontrola lékáren v roce 2011: Odbor lékárenství a distribuce*. 2012 [cit. 2012-12-09]. Dostupné z: <http://www.sukl.cz/kontrola-lekaren-v-roce-2011?highlightWords=po%C4%8Det+I%C3%A9k%C3%A1ren>

STEM. Popularita politiků: Polepšil si jen ministr zdravotnictví Heger. *Tisková informace z výzkumu STEM Trendy 3/2011* [online]. 21. 3. 2011 [cit. 2012-12-30]. Dostupné z: http://www.parlamentnilisty.cz/profil-y-sprava//user-data/06B091AE/file/23427-STEM_popularita1103.pdf

STEM/MARK, Tisková zpráva. *Odcházející lékaře podporuje necelá pětina občanů* [online]. 27. 1. 2011 [cit. 2012-12-30]. Dostupné z: http://www.stemmark.cz/download/press_release_odchod_lekaru.pdf

Tisková zpráva. *Návrh Ministerstva zdravotnictví k řešení krizové situace ve zdravotnictví* [online]. 28. 1. 2011 [cit. 2012-12-29]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/dokumenty/navrh-ministerstva-zdravotnictvi-k-reseni-krizove-situace-ve-zdravotnictvi_4616_2160_1.html

Tisková zpráva. *Otevřený dopis ministra zdravotnictví lékařům k výzvě „Děkujeme, odcházíme“* [online]. 15. 12. 2010 [cit. 2012-12-29]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/dokumenty/otevreny-dopis-ministra-zdravotnictvi-lekarum-k-vyzve-dekujeme-odchazime_4465_1513_1.html

Tisková zpráva. *Prohlášení ministra zdravotnictví* [online]. 14. 12. 2010 [cit. 2012-12-29]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/dokumenty/prohlaseni-ministra-zdravotnictvi_4463_1513_1.html

Tištěné tituly. *Unie vydavatelů* [online]. 2011 [cit. 2012-11-08]. Dostupné z: <http://www.unievychydatelu.cz/default.aspx?section=28&catalog=2&catsrfield=57&catsrtext=T>

Usnesení XVI. sněmu LOK-SČL [online]. 25. 3. 2010 [cit. 2012-12-26]. Dostupné z: http://www.lok-scl.cz/images/tinymce/files/DOKUMENTY_zakladni/usneseni_snemu_lok_scl/14_usneseni_16_snemu_LOK_SCL_250310.pdf

Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS ČR) [online]. *Celkové výdaje na zdravotnictví 2007 – 2011*. Aktuální informace č.28/2012. 2012 [cit. 2012-12-04]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/rychle-informace/celkove-vydaje-na-zdravotnictvi-2007-2011>

Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS ČR) [online]. *Hodiny práce přesčas a pracovní pohotovosti lékařů v roce 2005*. Aktuální informace č.16/2006. 2006 [cit. 2012-12-02]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/rychle-informace/hodiny-prace-prescas-pracovni-pohotovosti-lekaru-roce-2005>

Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS ČR) [online]. *Mzdy a platy ve zdravotnictví v roce 2011*. Aktuální informace č.30/2012. 2012 [cit. 2012-12-02]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/rychle-informace/mzdy-platy-ve-zdravotnictvi-roce-2011>

Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS ČR) [online]. *Nemocnice v České republice v roce 2011*. Aktuální informace č. 5/2012. 2012 [cit. 2012-11-29]. Dostupné z: http://www.uzis.cz/system/files/05_12.pdf

Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS ČR) [online]. *Zdravotnictví jako součást národní ekonomiky 2011. Časové řady vybraných finančních ukazatelů*. 2011 [cit. 2012-12-09]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/category/tematicke-rady/ekonomika-financi-analyzy/vydaje-na-leky>

Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS ČR) [online]. *Odhad celkových výdajů na léky*. Aktuální informace č. 49/2006. 2006 [cit. 2012-12-09]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/rychle-informace/odhad-celkovych-vydaju-leky>

Ústava ČR. 1992.

Zákon č. 2/1969 Sb., o zřízení ministerstev a jiných ústředních orgánů státní správy České republiky.

Zákon č. 220/1991 Sb., o České lékařské komoře, České stomatologické komoře a České lékárnické komoře.

Zákon č. 468/1991 Sb., o provozování rozhlasového a televizního vysílání

SEKUNDÁRNÍ LITERATURA:

APRA: Asociace Public Relations Agentur [online]. *Co je PR*. 2012 [cit. 2012-11-25]. Dostupné z: http://www.apra.cz/cs/pro_pr_profesionaly/co_je_pr.html

BARTÁK, Miroslav. *Ekonomika zdraví: Sociální, ekonomické a právní aspekty péče o zdraví*. 1. vyd. Praha : Wolters Kluwer ČR, 2010. 224 s. ISBN 978-80-7357-503-8.

BAUMGARTNER, Frank R., JONES, Bryan D. *Agendas and Instability in American Politics*. Chicago: The University of Chicago Press, 1993.

BAUMGARTNER, Frank R., JONES, Bryan D. *Agendas and Instability in American Politics*. 2nd edition. Chicago and London: The University of Chicago Press, 2009.

BAUMGARTNER, Frank R., JONES, Bryan D. *From There to Here: Punctuated Equilibrium to the General Punctuation Thesis to a Theory of Government Information Processing*. Policy Studies Journal, 2012. Vol. 40, No. 1, pp. 1-19.

BRYNDOVÁ, L., PAVLOKOVÁ, K., ROUBAL, T., ROKOSOVÁ, M., GASKINS, M., van GINNEKEN, E. Czech Republic: Health system review. *Health Systems in Transition*, 2009 11(1): 1-176. World Health Organization on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies. ISSN 1817-6127.

BOX-STEFENSMEIER, J.M. et al. *The Oxford Handbook of Political Methodology*. Oxford : Oxford University Press, 2008.

BOX-STEFENSMEIER, J. M., JONES, B. S. *Event History Modeling. A Guide for Social Scientists*. New York : Cambridge University Press, 2004. pp. 218. ISBN 978-0-511-19479-5.

COHEN, Bernard C. *The press and foreign policy*. Princeton, NJ: Princeton University Press, 1963. pp. 288. ISBN 978-0-69-107519-8.

CRESWELL, John W. *Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches*. 2nd edition. Thousand Oaks, London, New Delhi : Sage Publications, 2003. pp. 237. ISBN 0-7619-2441-8.

Česká asociace sester. *O společnosti* [online]. 2008 [cit. 2012-12-10]. Dostupné z: <http://www.cmma.cz/o-spolecnosti/>

ČTK. Lékaři v 60 nemocnicích protestovali proti rušení lůžek a zadlužování. *IDNES.cz* [online]. 20. 11. 2012 [cit. 2012-11-29]. Dostupné z: http://zpravy.idnes.cz/protest-lekaru-proti-ruseni-luzek-dt2-/domaci.aspx?c=A121120_135704_domaci_hv

ČTK. Protesty odborů sílí. Doktor Exodus odpočítává ministru Hegerovi čas. *iHned.cz* [online]. 21. 10. 2011 [cit. 2012-12-29]. Pozn.: zdroj obrázku (symbolu kampaně). Dostupné z: <http://zpravy.ihned.cz/c1-53308930-protesty-odboru-sili-doktor-exodus-odpocitava-ministru-hegerovi-cas>

de VAUS, D. *Research Design in Social Research*. London : SAGE Publications, 2001. pp. 279. ISBN 0-7619-5346-9.

DARMOPILOVÁ, Z. *Ekonomické zájmy v oblasti poskytování zdravotní péče jako jeden z faktorů reformy zdravotnictví (disertační práce)*. Brno : Masarykova univerzita, 2010. 202 s. Vedoucí disertační práce doc. JUDr. Ivan Malý, CSc. Dostupné z: http://is.muni.cz/th/12590/esf_d/disertace_Z.Darmopilova.pdf

DEARING, J. W., ROGERS, E. M. *Communication Concepts 6: Agenda-Setting*. Thousand Oaks, California: Sage, 1996. pp. 139. ISBN 0-7619-0563-4.

DOLEŽELOVÁ, L. *Proč děkujeme a odcházíme* [online]. 21. 9. 2010 [cit. 2012-12-28]. Dostupné z: <http://www.lok-scl.cz/clanky.php?time=1706742000&id=362&typ=2&detail=1>

ŘURDOVIČ, Martin. CVVM. Odbory a jejich role ve společnosti – květen 2012. *Sociologický ústav AV ČR, Centrum pro výzkum veřejného mínění* [online]. 2012 [cit. 2012-11-24]. Dostupné z: http://cvvm.soc.cas.cz/media/com_form2content/documents/c1/a6835/f3/pd120612.pdf

ENGEL, M., VELEV, L. *Děkujeme, odcházíme...* [online]. 25. 3. 2010 [cit. 2012-12-26]. Dostupné z: http://www.lok-scl.cz/images/tinymce/files/DOKUMENTY_clanky/Dokumenty_Clanky_10/02_tm_dekuje_me_odchazime.pdf

ENGEL, M., VELEV, L. *Stanovisko LOK-SČL k povolební situaci v ČR* [online]. 17. 6. 2010 [cit. 2012-12-27]. Dostupné z: <http://www.lok-scl.cz/archiv.php?typ=2&id=341&detail=1>

ENGEL, M., VOLEMAN, M.. *Rok po startu kampaně Děkujeme, odcházíme lékaři poukazují na největší problémy zdravotnické reformy* [online]. 15. 9. 2011 [cit. 2012-12-29]. Pozn.: zdroj obrázku (symbolu kampaně). Dostupné z: http://www.dekujeme-odchazime.cz/tiskove_zpravy/rok_po_startu_kampane_dekujeme_odchazime_lekari_poukazuji_na_nejvetzi_problemy_zdravotnicke_reformy

FISCHER, F. *Handbook of Public Policy Analysis: Theory, Politics, and Methods (Public Administration and Public Policy)*. CRC Press, 2006.

FTOREK, Jozef. *Public relations a politika: Kdo a jak řídí naše osudy s naším souhlasem*. Praha: Grada, 2010. 192 s. ISBN 978-80-247-3376-0.

FTOREK, Jozef. *Public relations jako ovlivňování mínění: Jak úspěšně ovlivňovat a nenechat se zmanipulovat*. 3. vyd. Praha: Grada, 2012. 224 stran. ISBN 978-80-247-3926-7.

GERRING, J. *Case Study Research: Principles and Practices*. New York : Cambridge University Press, 2007. pp. 265. ISBN 978-0-511-26876-2.

GLADKIJ, I., STRNAD, L. *Zdravotní politika, zdraví, zdravotnictví*. 1. vyd. Olomouc : Univerzita Palackého, 2002. 111 s. ISBN 80-244-0500-8.

GOODIN, R.E. *Oxford Handbook of Contextual Political Analysis*. Oxford : Oxford University Press, 2006.

HAGEN, L. Informační kvalita a její měření. In: SCHULTZ et al. *Analýza obsahu mediálních sdělení*. Praha: Karolinum, 2004, s. 51–70. ISBN 80-246-0827-8.

HÁVA, Petr. Zdravotní politika. In: POTŮČEK, Martin et al. *Veřejná politika*. Praha: SLON, 2005, s. 311 – 352. ISBN 80-86429-50-4.

HÁVA, Petr, MAŠKOVÁ, Pavla, TERŠOVÁ, Tereza. České zdravotnické právo po roce 1990 v kontextu lidských práv se vztahem ke zdraví – 1. část. *Zdravotnictví v České republice*. Zář 2011, 2, 3/XIV/2011, s. 20-27. ISSN 1213-6050.

HÁVA, Petr, MAŠKOVÁ, Pavla, TERŠOVÁ, Tereza. České zdravotnické právo po roce 1990 v kontextu lidských práv se vztahem ke zdraví – 2. část. *Zdravotnictví v České republice*. 4/XIV/2011. s. 20-26. ISSN 1213-6050.

HOWLETT, Michael, RAMESH, M. *Studying Public Policy: Policy Cycles and Policy Subsystems*. 2nd edition. Kanada: Oxford University Press, 2003. 311 pages. ISBN 0-19-541794-1.

HOWLETT, Michael, RAMESH, M., PERL, Anthony. *Studying Public Policy: Policy Cycles and Policy Subsystems*. 3rd edition. Kanada: Oxford University Press, 2009. 298 pages. ISBN 978-0-19-542802-5.

CHYTIL, M., ROUBAL, T., VOŇKOVÁ, K., ROKOSOVÁ, M., VACHEK, S. *Zpráva o stavu, vývoji a výhledu zdravotnictví v ČR. Zdravotnictví v číslech a názorech*. 1. vyd. Praha : Kulatý stůl k budoucnosti financování zdravotnictví v ČR., 2008. 300 s. ISBN 13-978-80-85047-35-6. Dostupné z: <http://www.kulatystul.cz/cs/node/236>

iDNES.cz. *Výrobci léků si kupují přízeň lékařů méně nápadně* [online]. 8. ledna 2007 [cit. 2012-12-10]. Dostupné z: http://zpravy.idnes.cz/vyrobci-leku-si-kupuji-prizen-lekaru-mene-napadne-fvf-domaci.aspx?c=A070108_115537_domaci_pei

iDNES.cz. *Za uplácení lékařů farmaceutickými firmami padla první pokuta* [online]. 4. srpna 2009 [cit. 2012-12-10]. Dostupné z: http://zpravy.idnes.cz/za-uplacen-lekaru-farmaceutickymi-firmami-padla-prvni-pokuta-pbu-domaci.aspx?c=A090804_075154_domaci_ban

IDRC: International Development Research Centre [online]. *Developing a Communications Strategy*. 2011. [cit. 2012-11-25]. Dostupné z: http://www.idrc.ca/uploads/user-S/11606746331Sheet01_CommStrategy.pdf

INGRAM, Helen, SCHNEIDER, Anne L., DELEON, Peter. Social Construction and Policy Design. In: SABIETIER, Paul A. *Theories of the Policy Process*. 2nd edition. Boulder: Westview Press, 2007, pp. 93-128. ISBN 978-0-8133-4359-4.

Institut zdravotní politiky a ekonomiky (IZPE). *Analytická, hodnotová a koncepční východiska zdravotní politiky*. MK ČR: Kostelec nad Černými lesy, říjen 2002. 24 s. ISSN 1213-8096.

JELÍNKOVÁ, Marie. Případová studie. In: NEKOLA, Martin, GEISLER, Hana, MOURALOVÁ, Magdalena (eds.). *Současné metodologické otázky veřejné politiky*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2011. s. 194-220. ISBN 978-80-246-1865-4.

JERÁČKOVÁ, Aneta. *Vzdělávací politika vůči Romům v ČR: aplikace teoretického přístupu sociální konstrukce cílových populací na problematiku vzdělávání romských žáků na českých školách*. Praha, 2012. 101 s. Diplomová práce (Mgr.) Universita Karlova, Fakulta sociálních věd, Institut sociologických studií, Katedra veřejné a sociální politiky. Vedoucí diplomové práce PhDr. Vilém Novotný, Ph.D.

JIRÁK, Jan, KÖPPELOVÁ, Barbara. *Masová média*. 1. vyd. Praha : Portál, 2009. 416 s. ISBN 978-80-7367-466-3.

JONES, Bryan. D. *Reconceiving Decision-Making in Democratic Politics: Attention, Choice and Public Policy*. Chicago and London: University of Chicago Press, 1994. 277 s. ISBN 0-226-40651-2.

KALINA, Michal. V českých nemocnicích zmizí šest tisíc lůžek: Podívejte se, jak dopadne ta vaše. *IHNED.cz* [online]. 29. 10. 2012. [cit. 2012-11-29]. Dostupné z: <http://zpravy.ihned.cz/cesko-zdravotnictvi/c1-58194970-v-ceskych-nemocnicich-zmizi-sest-tisic-luzek-podivejte-se-jak-dopadne-ta-vase>

KOTLER, Philip, KELLER, Kevin L. *Marketing management*. 12. vyd. Praha: Grada, 2007. 788 stran. ISBN 978-80-247-1359-5.

KUBEK, Milan. Nedostatek lékařů ohrožuje kvalitu a dostupnost zdravotní péče. *Tempus Medicorum: Časopis ČLK*. 6/2010, roč. 19. Dostupné z: http://merkur4.issa.cz/nw/www.lkcr-old.cz/document3.php?param=tempus_file,TEMPUS_FILE_ID,TYPE,NAME,DATE_AKT&id=91404

MAINDLOVÁ, Monika. *Analýza příčin a cílů kampaně „Děkujeme, odcházíme“ a její reálný dopad na zdravotnictví České republiky*. 2011. Diplomová práce. Brno. Vedoucí práce: Ing. Zuzana Darmopilová, Ph.D. Masarykova univerzita, Ekonomicko-správní fakulta, Studijní obor: Hospodářská politika. 92 stran.

MARCH, James G., OLSEN, Johan P. *The Institutional Dynamics of International Political Orders*. Cambridge University Press, International Organization, Vol. 52, Issue 4., 1998. pp. 943-969. Dostupné z (DOI): <http://dx.doi.org/10.1162/002081898550699>

McCOMBS, M. *Agenda setting: Nastolování agendy – masová média a veřejné mínění*. 1. vyd. Praha : Portál, 2009. 256 s. ISBN 978-80-7367-591-2.

McQUAIL, Denis. *Úvod do teorie masové komunikace*. 2. vyd. Praha : Portál, 2002. 448 s. ISBN 80-7178-714-0.

Mladí lékaři.cz. *Stupnice platových tarifů podle platových tříd a platových stupňů pro zaměstnance uvedené v § 5 odst. 3: Příloha č. 3 k nařízení vlády č. 564/2006 Sb.* [online]. 2009 [cit. 2012-12-28]. Dostupné z: http://www.mladilekari.com/wp-content/plugins/downloads-manager/upload/Stupnice_platovych_tarifu%20II.pdf

MOSES, Jonathon W., KNUTSEN, Torbjørn L. *Ways of Knowing: Competing Methodologies in Social and Political Research*. New York: Palgrave Macmillan, 2007. pp 330. ISBN 978-0-230-51664-9.

NATHANSKÁ, Jana. Doktoři počítají čas ministroví. *Plzeňský deník.cz* [online]. 24. 10. 2011 [cit. 2012-12-29]. Pozn.: zdroj obrázku (symbolu kampaně). Dostupné z: http://plzensky.denik.cz/zpravy_region/doktori-pocitaji-cas-ministrovi20111024.html

NEKOLA, Martin, VESELÝ, Arnošt. Sběr a analýza dat. In: VESELÝ, Arnošt, NEKOLA, Martin (eds.). *Analýza a tvorba veřejných politik*. Praha: SLON, 2007, s. 157-190. ISBN 978-80-86429-75-5.

NEKOLA, Martin, VESELÝ, Arnošt, OCHRANA, František. Metody a metodologie v analýze a tvorbě veřejných politik. In: VESELÝ, Arnošt, NEKOLA, Martin (eds.). *Analýza a tvorba veřejných politik*. Praha: SLON, 2007, s. 141-156. ISBN 978-80-86429-75-5.

Odborový svaz zdravotnictví a sociální péče ČR. *Kdo jsme* [online]. 2012 [cit. 2012-12-10]. Dostupné z: <http://osz.cmkos.cz/cz/o-nas/kdo-jsme.aspx>

OSTROM, Elinor. Institutional Rational Choice: An Assessment of the Institutional Analysis and Development Framework. In: SABIÉ, Paul A. *Theories of the Policy Process*. 2nd edition. Boulder: Westview Press, 2007, pp. 21-64. ISBN 978-0-8133-4359-4.

PEHE, Jiří. Vliv médií by neměl být přeceňován. *Pehe.cz* [online]. 2005 [cit. 2012-11-08]. Dostupné z: <http://www.pehe.cz/rozhovory/2005/vliv-medii-by-nemel-byt-precenovan>

Petice SOS zdravotnictví [online]. 27. 1. 2011 [cit. 2012-12-30]. Dostupné z: <http://www.evropsky-rozhled.eu/sos-zdravotnictvi-%E2%80%93-petice/>

Petice Protest proti kapitulantství [online]. 10. 2. 2011 [cit. 2012-12-30]. Dostupné z: <http://www.reflex.cz/clanek/dokument/40330/protest-proti-kapitulantstvi-petici-podepsalo-uz-pres-35-000-lidi.html>

POLJAKOV, Nikita. *Definice levice a pravice v MF Dnes a Právu šest týdnů před volbami do Poslanecké sněmovny Parlamentu České republiky v roce 2010*. Praha, 2011. 63 s. Bakalářská práce. Univerzita Karlova, Fakulta sociálních věd, Institut komunikačních studií a žurnalistiky. Katedra žurnalistiky. Vedoucí bakalářské práce Prof. PhDr. Jan Jiráček, PhD.

POTŮČEK, Martin, et al. *Veřejná politika*. Praha: SLON, 2005. 399 s. ISBN 80-86429-50-4.

POTŮČEK, Martin, VASS, László, KOTLAS, Petr. Veřejná politika jako proces. In: POTŮČEK, Martin, et al. *Veřejná politika*. Praha: SLON, 2005. s 33-60. ISBN 80-86429-50-4.

PROKEŠ, M. Léková politika pro každého: Zdravotnické noviny. *Mladá fronta, E15* [online]. 19. 4. 2010 [cit. 2012-12-09]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/mlada-fronta-zdravotnicke-noviny-zdn/lekova-politika-pro-kazdeho-451191>

Rozhlas.cz. LOK: Heger udává nepravdivé počty lékařů v nemocnicích. *Český rozhlas* [online]. 7. 1. 2011 [cit. 2012-12-02]. Dostupné z: http://www.rozhlas.cz/zpravy/politika/_zprava/833636

ŘÍCHOVÁ, Blanka. *Úvod do současné politologie: Srovnávací analýza demokratických politických systémů*. 1. vyd. Praha : Portál. 2002. 208 stran. ISBN 80-7178-628-4.

SABATIER, Paul A. *Theories of the Policy Process*. Boulder: Westview Press, 2007. pp 344. ISBN 978-0-8133-4359-4.

SC&C pro ČT. *Akce Děkujeme, odcházíme: Praha přijde o většinu neurologů* [online]. 19. 12. 2010 [cit. 2013-01-02]. Dostupné z: <http://www.ceskatelevize.cz/ct24/domaci/110363-akce-dekujeme-odchazime-praha-prijde-o-vetsinu-neurologu/>

SC&C pro ČT. *Otázky Václava Moravce 2. část* [online]. 19. 12. 2010 [cit. 2013-01-02]. Dostupné z: <http://www.ceskatelevize.cz/porady/1126672097-otazky-vaclava-moravce/210411030511219-otazky-vaclava-moravce-2-cast/>

SCHERER, H. Úvod do metody obsahové analýzy. In: SCHULTZ, Winfried, et al. *Analýza obsahu mediálních sdělení*. 2. vyd. Praha: Karolinum, 2004. s. 29-50. ISBN 80-246-0827-8.

SCHMITTER, Philippe C. Interest Intermediation and Regime Governability in Contemporary Western Europe and North America. In: DAHL, R., SHAPIRO, I., CHEIBUB, J. A. *The Democracy Sourcebook*. Cambridge, Massachusetts : MIT Press, 2003. pp. 398–407. ISBN 0-262-54147-5.

SCHMITTER, Philippe C. *Still the Century of Corporatism?* The Review of Politics, Vol. 36, No. 1. Cambridge University Press for the University of Notre Dame du lac on behalf of Review of Politics, 1974. pp. 85–131. Dostupné z: <http://www.jstor.org/stable/1406080>

SCHNEIDER, Anne L., SIDNEY, Mara. What Is Next for Policy Design and Social Construction Theory? *The Policy Studies Journal*. 2009, Vol. 37(No. 1).

SCHULTZ, Winfried, et al. *Analýza obsahu mediálních sdělení*. 2. vyd. Praha: Karolinum, 2004. 149 s. ISBN 80-246-0827-8.

STEM/MARK. *Zaměření: farmacie a zdravotnictví* [online]. 2003 [cit. 2012-12-30]. Dostupné z: <http://www.stemmark.cz/pharmacy.htm>

ŠKODOVÁ, Markéta. CVVM: Prestiž povolání. *Sociologický ústav AV ČR, Centrum pro výzkum veřejného mínění* [online]. 2012 [cit. 2012-11-24]. Dostupné z: http://cvvm.soc.cas.cz/media/com_form2content/documents/c1/a3431/f3/100704s_eu70628.pdf

ŠKODOVÁ, Markéta. CVVM: Sympatie k sociálním skupinám. *Sociologický ústav AV ČR, Centrum pro výzkum veřejného mínění* [online]. 2005 [cit. 2012-11-24]. Dostupné z: http://cvvm.soc.cas.cz/media/com_form2content/documents/c1/a3265/f3/100537s_ov51209.pdf

TRAMPOTA, Tomáš, VOJTĚCHOVSKÁ, Martina. *Metody výzkumu médií*. Praha: Portál, 2010. 1. vyd. 296 s. ISBN 978-80-7367-683-4.

Transparency International – Česká republika. Kolektiv autorů pod vedením Ing. Jana Pavla, PhD. *Odhad ztrát z titulu netransparentního a neefektivního nastavení systému veřejného zdravotnictví v České republice* [online]. Praha: 2007 [cit. 2012-12-07]. Dostupné z: <http://www.transparency.cz/odhad-ztrat-titulu-netransparentniho-neepektivniho-nastaveni/>

Tribune.cz. *Jak policie šetří korupční kauzy ve zdravotnictví* [online]. 2011 [cit. 2012-12-07]. Dostupné z: <http://www.tribune.cz/clanek/21759>

TRUE, James L., JONES, Bryan D., BAUMGARTNER, Frank R. Punctuated- Equilibrium Theory: Explaining Stability and Change in Public Policymaking. In: SABIETIER, Paul A. *Theories of the Policy Process*. 2nd edition. Boulder: Westview Press, 2007, pp. 155-187. ISBN 978-0-8133-4359-4.

TRUMAN, David B. The Governmental Process: Political Interests and Public Opinion. In: DAHL, R., SHAPIRO, I., CHEIBUB, J. A. *The Democracy Sourcebook*. Cambridge, Massachusetts : MIT Press, 2003. pp. 364–371. ISBN 0-262-54147-5.

TUČEK, Milan. CVVM: Prestiž povolání – červen 2012. *Sociologický ústav AV ČR, Centrum pro výzkum veřejného mínění* [online]. 2012 [cit. 2012-11-24]. Dostupné z: http://cvvm.soc.cas.cz/media/com_form2content/documents/c1/a6869/f3/eu120720.pdf

Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS ČR). *Vývoj zdravotnictví České republiky po roce 1989*. Praha : ÚZIS ČR, 2010. 52 s. ISBN 978-80-7280-900-4.

VARVASOVSKY, Z., BRUGHA, R. *How to do (or not to do)... A stakeholder analysis*. Oxford University Press: Health Policy and Planning, 15 (3): 338-345. 2000. Dostupné z: <http://heapol.oxfordjournals.org/content/15/3/338.full.pdf+html>

VESELÝ, Arnošt. Veřejněpolitický a „klasický“ sociálněvědní výzkum: podobnosti a odlišnosti. In: NEKOLA, Martin, GEISLER, Hana, MOURALOVÁ, Magdalena (eds.).

Současné metodologické otázky veřejné politiky. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2011, s. 12-63. ISBN 978-80-246-1865-4.

VESELÝ, Arnošt. *Vymezení a strukturace problému ve veřejné politice*. Praha: Karolinum, 2009. 262 s. ISBN 978-80-246-1714-5.

VESELÝ, Arnošt, DRHOVÁ, Zuzana, NACHTMANNOVÁ, Marta. „Vědění o politice“: teoretické poznatky o tvorbě veřejných politik. In: VESELÝ, Arnošt, NEKOLA, Martin (eds.). *Analýza a tvorba veřejných politik*. Praha: SLON, 2007, s. 43-66. ISBN 978-80-86429-75-5.

WOLFE, Michelle. *Putting on the Brakes or Pressing on the Gas?: Media Attention and the Speed of Policymaking*. *Policy Studies Journal*, 2012. Vol. 40, No. 1, pp. 109-126.

ŽIAČIKOVÁ, Zuzana. *Objektivita českých médií*. Praha, 2012. 18 s. Dostupné z: <http://nf.vse.cz/wp-content/uploads/%C5%BDia%C4%8Dikov%C3%A1-Zuzana.pdf>.
Diplomová práce. Vysoká škola ekonomická v Praze, Národohospodářská fakulta, Katedra hospodářské a sociální politiky. Vedoucí práce Mgr. Ing. Petr Kobloušek, Ph.D. zkrácená verze diplomové práce.

Seznam příloh

- Příloha č. 1: Žádost o poskytnutí rozhovoru na ministerstvu zdravotnictví (žádost)**
- Příloha č. 2: Okruhy otázek pro semistrukturovaný rozhovor (okruh otázek)**
- Příloha č. 3: Seznam použitých zkratk (seznam)**
- Příloha č. 4: Pojmy vážící se k teorii přerušované rovnováhy (seznam)**
- Příloha č. 5: Sociálně konstruované cílové skupiny (obrázek)**
- Příloha č. 6: Tabulka s počtem zařízení a počtem lůžek (tabulka)**
- Příloha č. 7: Počet lékařů v českých nemocnicích (tabulka)**
- Příloha č. 8: Počet pracovníků ve zdravotnictví (tabulka)**
- Příloha č. 9: Souhrnný přehled o hodinách práce přesčas, náhradního volna a pracovní pohotovosti lékařů podle jednotlivých skupin zdravotnických zařízení za období leden až prosinec 2005 (přehled)**
- Příloha č. 10: Celkové výdaje na zdravotnictví ve vybraných zemích v % HDP v letech 2000 – 2010 (graf)**
- Příloha č. 11: Podíl zdrojů financování na celkových výdajích na zdravotnictví (v %) (tabulka)**
- Příloha č. 12: Výdaje na zdravotní péči za jednotlivé věkové skupiny v Kč za rok 2008 (tabulka)**
- Příloha č. 13: Případy korupce ve zdravotnictví, které šetřila či šetří Policie ČR (text)**
- Příloha č. 14: Seznam navštívených měst a nemocnic v rámci kampaně D-O (tabulka)**
- Příloha č. 15: Symboly kampaně (obrázky)**
- Příloha č. 16: Kódovací kniha a postup analýzy mediálních obsahů (text, popis, graf, tabulka, seznam)**
- Příloha č. 17: Počty odcházejících lékařů dle krajů (obrázek-mapa)**
- Příloha č. 18: Memorandum o úpravě poměrů ve zdravotnictví (text)**
- Příloha č. 19: Časová osa kampaně (text)**
- Příloha č. 20: Témata a jejich tón v kategorii Kampaň a požadavky D-O (tabulka)**
- Příloha č. 21: Podpora veřejnosti D-O a souhlas s navýšením platů, prosinec 2010 (graf)**
- Příloha č. 22: Podpora veřejnosti D-O v lednu 2011 (graf)**

Přílohy

Příloha č. 1: Žádost o poskytnutí rozhovoru na ministerstvu zdravotnictví (žádost)

první prosba odeslána: 30.3. 2012 22:18

Vážený pane, vážená paní,

obracím se na Vás s prosbou o rozhovor.

Jsem studentkou magisterského oboru Veřejná a sociální politika na Fakultě sociálních věd UK a píši diplomovou práci o Děkujeme, odcházíme.

V rámci této práce dělám rozhovory s lidmi, kterých se tato akce týkala, a ráda bych, pokud by to bylo možné, získala možnost udělat rozhovor s někým z ministerstva zdravotnictví. Pokud by to bylo možné, pak by pro mne vhodnými respondenty byli p. Růžička nebo p. Nosek.

Jednalo by se o cca 30-60 minutový rozhovor (dle možností respondenta).

Předem Vám velmi děkuji za odpověď,
s přáním pěkného dne,

Nikola Šimandlová

email: nikola.simandlova@centrum.cz

Odpověď:

!! TOTO JE AUTOMATICKY GENEROVANÁ ZPRÁVA, NEODPOVÍDEJTE !!

Ministerstvo zdravotnictví České republiky

2.4.2012 13:22:49

Vaše zpráva ze dne: 30.3.2012 22:18:32 v souboru obsahu zprávy: diplomová práce - prosba o rozhovor

byla přijata a zaevidována s těmito základními údaji:

Identifikátor dokumentu: MZDRX00GUTB4

Datum zaevidování: 2.4.2012 07:04:38

Vaše podání bylo přijato bez elektronického podpisu.

Vaše podání bylo předáno věcně příslušnému útvaru ke zpracování.

Pro informace týkající se tohoto podání uvádějte výše uvedený identifikátor dokumentu.

Upozornění:

Pokud elektronické podání neobsahuje základní identifikační údaje odesílatele,

tj. jméno, příjmení a bydliště (v případě právnické osoby - název a sídlo),

podání bude věcně příslušným útvarem ministerstva zpracováno, ale odesílateli datové zprávy nemusí být odpovězeno.

S pozdravem

Kamberská Gabriela

elektronická podatelna ministerstva

Email s žádostí o rozhovor byl poslán 30.3.2012. Za necelé dva týdny se nikdo neozval. Poté jsem na ministerstvo telefonovala – na tiskovém odboru mi řekli, že se žádostí bude zabývat pan Růžička. Po žádné další odezvě z MZ jsem následně uskutečnila několik telefonických rozhovorů, než jsem se dostala do příslušného tiskového oddělení, konkrétně pak k p. Borské. S tou jsem hovořila nadále dne 20.4.2012, kdy mi bylo sděleno, že jsou bohužel všichni zavaleni žádostmi o poskytnutí rozhovoru, často také v souvislosti s diplomovými pracemi. Bylo mi oznámeno, že žádost bude postoupena dál a jakmile se někdo k rozhovoru uvolní, dají mi vědět. Do září se nikdo neozval.

Připomněla jsem se opět dne 7.9.2012. Omlouvali se, s vysvětlením, že je zvláštní, že se mi ještě nikdo neozval, že se mou žádostí zabývají a že se mi měl již dávno někdo ozvat. Domluvili jsme se, že ozvu později s tím, že mi pak již někdo k rozhovoru bude přidělen. Dne 29.10.2012 jsem opět volala na tiskový odbor MZ – o mé žádosti o rozhovor nikdo nevěděl. Dne 30.10.2012 jsem se telefonicky opět připomněla. Byla jsem odkázána na paní Doušovou, která mou žádost prý řeší. Paní Doušová je asistentkou pana Mgr. Jana Růžičky. Dne 31.10.2012 jsem jí volala, tam mi ale bylo sděleno, že je pak Růžička na služební cestě a že jí prý sděloval, že mou žádost postoupil panu Noskovi. Odkázala mne tedy na sekretářku pana Noska. Vzápětí jsem tedy volala slečně Andree Panenkové, sekretářce pana Noska. Bohužel, o mé žádosti nevěděla. Poprosila mě, abych jí přeposlala svůj původní email z března 2012. Učinila jsem tak. S paní Panenkovou jsem hovořila telefonicky opět o den později s tím, že si mám zavolat 8.11.2012, až se pak Růžička vrátí ze služební cesty a bude tak moci být rozhodnuto, kdo mi může poskytnout rozhovor.

Dne 12.11.2012 mi přišel email od pana Ing. Jana Michálka, vedoucího oddělení analytického a poradců, který mne poprosil o poslání části mé diplomové práce s tím, že žádostí o rozhovor chodí mnoho a že na základě poslaného dokumentu mi bude nebo nebude vyhověno.

Dne 15.11.2012 mi volali z MZ s tím, že pan Mgr. Růžička s rozhovorem souhlasí. Termín rozhovoru byl dohodnut na 20.11.2012 na půl hodiny a toho dne také uskutečněn.

Příloha č. 2: Okruhy otázek pro semistrukturovaný rozhovor

- 1) Co bylo podle Vás příčinou/příčinami vzniku akce Děkujeme, odcházíme?
- 2) Kdy datujete vznik akce? Kdy jste poprvé začal/a kauzu vnímat? (Datum)
- 3) Načasování akce (před volbami do PSP ČR 2010)
- 4) Jaké byly požadavky kampaně – co bylo cílem kampaně
- 5) Kolik lékařů se do akce zapojilo? Kolik lékařů je v nemocnicích celkem? (Liší se data uváděná lékaři a MZ)
- 6) Jak kampaň probíhala? Jakou měla formu? (Detailní popis od vyhlášení kampaně až po její ukončení, harmonogram)
- 7) Ewing PR a role PR agentury v kampani; spekulace o najmutí si PR agentury i ministerstvem

- 8) Jednání mezi lékaři a MZ. První kontakt, kdo se účastnil jednání, jak probíhala. Kdy první domluva. Popř. jednání s dalšími aktéry (politickou reprezentací). Iničiátoři jednání.
- 9) Strategie kampaně a cíle kampaně; strategie MZ. Postoj ke kampani.
- 10) Výsledné memorandum. Zhodnocení zpětně (únor 2011); podoba naplňování memoranda dnes
- 11) Ne-zapojení ostatních zdravotníků do kampaně
- 12) Role veřejnosti v kauze. Veřejná mínění
- 13) Role médií
- 14) Vymezení klíčových aktérů
- 15) Osobní zhodnocení respondentem

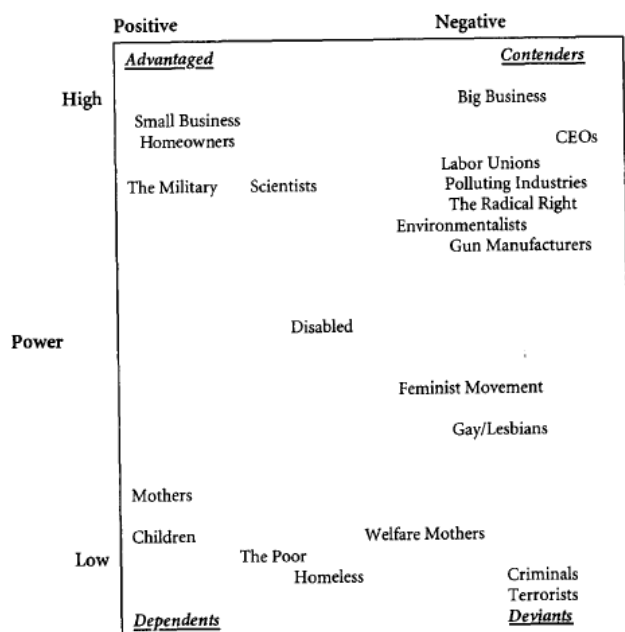
Příloha č. 3: Seznam použitých zkratk

D-O Děkujeme, odcházíme
 ČLK Česká lékařská komora
 LOK – Lékařský odborový klub
 SČL – Sdružení českých lékařů
 LOK-SČL – Lékařský odborový klub – Sdružení českých lékařů
 PET – teorie přerušované rovnováhy (z anglického názvu Punctuated Equilibrium Theory)
 KOA - kvantitativní obsahová analýza mediálních obsahů
 MFD – Mladá fronta DNES
 HN – Hospodářské noviny
 VP – veřejná politika
 ZP – zdravotní politika
 ÚZIS ČR – Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR
 OSZSP – Odborový svaz zdravotnictví a sociální péče ČR
 ČAS – Česká asociace sester
 MZ – ministerstvo (popř. ministr) zdravotnictví
 ODS – Občanská demokratická strana
 TOP 09 – politická strana
 VV – Věci veřejné
 ČSSD – Česká strana sociální demokratická
 VVM – výzkum/y veřejného mínění
 OECD – Organisation for Economic Co-operation and Development
 SÚKL - Státní ústav pro kontrolu léčiv
 TK – tisková konference
 TZ – tisková zpráva

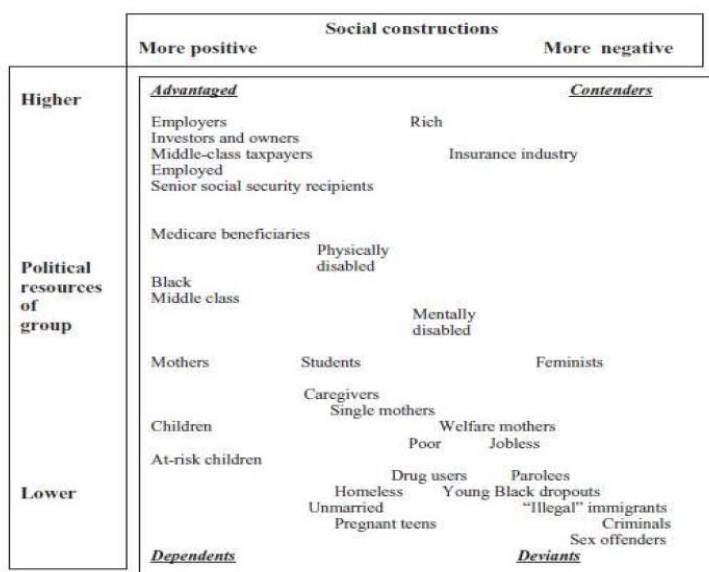
Příloha č. 4: Pojmy vážící se k teorii přerušované rovnováhy

- PET = Punctuated Equilibrium Theory – nejde o teorii, ale vlastně o celý výkladový rámec, který se skládá z teorií. Termín „přerušovaná rovnováha“ byl navržen paleontology N. Eldredgem a S. J. Gouldem k popisu mezer v evoluci. Je to jiný koncept v evoluci než ten, který předpokládá pozvolný vývoj
- Policymaking: tvorba veřejné politiky
- Policy images: zobrazení veřejných politik
- Policy monopoly: (ideový) monopol v oblasti veřejné politiky, má danou institucionální strukturu, podpořen silnou ideou a obrazem
- Decision makers: rozhodovatelé
- Focusing event: pozornost zaměřující událost; fokusační událost
- Partisan: stranický, související s politickou stranou
- Processing: zpracování; information processing = zpracování informací
- Policymaker: tvůrce (veřejných) politik
- Policy action: akce/opatření/kroky/činnost v tvorbě VP
- Policymaking organizations: organizace v procesu tvorby VP; organizace pro tvorbu VP
- Policy issue: veřejně politický problém; problém v procesu tvorby VP
- Politics: politika (ve smyslu nějaké interakce)
- Entrepreneur: promotér
- Policy venue: dějiště VP, aréna, lokace
- Venue shopping: výběr dějiště, kde se bude daná problematika/politika odehrávat

Příloha č. 5: Sociálně konstruované cílové skupiny



Zdroj: Ingram, Schneider, deLeon, 2007: 102



Zdroj: Schneider, Sidney, 2009: 107

Příloha č. 6: Tabulka s počtem zařízení a počtem lůžek

Tabulka 1: Počet zařízení a počet lůžek v nemocnicích ČR, 2010 a 2011

Druh nemocnice	Počet zařízení		Počet lůžek		Počet lůžek	
	2010	2011	2010		2011	
			celkem	v %	celkem	v %
Fakultní nemocnice	11	11	15 725	25,3	15 299	25,4
Nemocnice akutní péče	149	147	43 977	70,7	42 457	70,4
Nemocnice následné péče	30	31	2 517	4,0	2 580	4,3
Celkem	190	189	62 219	100,0	60 336	100,0

Zdroj: ÚZIS, 2012: 2

Příloha č. 7: Počet lékařů v českých nemocnicích

	1989	1995	2000	2005	2009
Počet lékařů celkem (přepočtený počet)	33 989,33	36 348,26	38 329,97	40 802,48	45 185,08
z toho: nemocnice celkem	8 474,32	14 804,55	15 438,34	16 495,41	18 852,83
z toho: nemocnice následné péče	.	.	102,10	169,28	231,04
odborné léčebné ústavy	816,49	925,21	971,50	1 182,61	1 312,05
z toho: léčebny dlouhodobě nemocných	251,81	209,43	228,79	324,40	382,95
léčebny TBC a resp. nemoci	59,15	62,89	68,50	43,55	43,26
psychiatrické léčebny	383,13	429,76	455,45	510,32	550,92
ozdravovny	10,01	9,55	5,17	4,82	3,43
hospice	.	.	7,83	22,34	32,91
lázeňské léčebny	524,70	299,94	337,06	336,72	326,33
samostatná ambulantní zařízení celkem	22 332,31	18 974,32	20 399,80	21 832,20	23 299,76
z toho: samostatné ordinace - primární péče	.	12 662,00	13 159,30	13 557,41	13 872,14
v tom: pro dospělé	.	4 136,21	4 421,38	4 540,85	4 604,93
pro děti a dorost	.	2 052,45	2 095,12	2 080,88	2 044,88
stomatologa	.	5 559,83	5 635,58	5 822,80	6 011,07
gynekologa	.	913,51	1 007,22	1 112,88	1 211,26
samostatné ordinace lékaře specialisty	.	3 596,07	4 964,96	6 019,20	6 837,38

Zdroj: ÚZIS, 2012: 34

Příloha č. 8: Počet pracovníků ve zdravotnictví

	1989 ¹⁾	1995	2000	2005	2009	
1	Počet pracovníků (přepočtený počet) ve zdravotnictví celkem ²⁾					
2	Počet pracovníků celkem	242 353	228 610	229 387	242 449	246 662
3	v tom: lékaři ³⁾	33 346	35 714	38 331	36 092	38 355
4	zubní lékaři				6 610	6 831
5	farmaceuti	3 570	3 602	4 726	5 634	5 898
6	všeobecné sestry a porodní asistentky	78 089	77 361	78 597	83 189	83 586
7	ostatní odborní pracovníci ve zdravotnictví	46 454	49 514	57 419	62 736	66 578
8	nezdravotničtí pracovníci	80 894	62 419	50 314	48 187	45 414
9	Počet pracovníků (přepočtený počet) ve zdravotnictví podle druhu zařízení ²⁾					
10	Lůžková zařízení	118 070	138 642	141 374	145 987	149 811
11	v tom: nemocnice ⁴⁾	91 096	114 254	115 577	118 392	122 410
12	lékaři a zubní lékaři	10 860	14 368	15 443	17 325	18 853
13	všeobecné sestry a porodní asistentky	34 727	46 395	47 877	49 713	49 773
14	ostatní odborní pracovníci ve zdravotnictví	20 407	21 845	24 741	26 301	29 384
15	odborné léčebné ústavy	14 588	13 871	14 877	16 720	17 207
16	lékaři a zubní lékaři	814	877	972	1 246	1 312
17	všeobecné sestry a porodní asistentky	5 521	5 272	5 695	6 342	6 292
18	ostatní odborní pracovníci ve zdravotnictví	3 114	2 900	3 611	4 529	5 259
19	lázeňské léčebny	12 386	10 516	10 920	10 875	10 194
20	lékaři a zubní lékaři	444	308	353	349	326
21	všeobecné sestry a porodní asistentky	1 378	1 301	1 224	1 159	992
22	ostatní odborní pracovníci ve zdravotnictví	1 889	1 748	1 917	1 926	2 030
23	Samostatná ambulantní zařízení	63 883	54 285	57 642	62 839	65 007
24	z toho: samostatné ordinace - primární péče ⁵⁾	.	26 389	27 715	28 408	28 757
25	lékaři a zubní lékaři	.	12 225	13 168	13 635	13 872
26	samostatné ordinace - lékaři specialisté ⁵⁾	.	8 246	11 566	14 240	16 121
27	lékaři a zubní lékaři	.	3 472	4 960	6 143	6 838
28	Zařízení lékárenské služby	9 222	9 569	12 573	14 467	14 398
29	farmaceuti	3 407	3 408	4 631	5 570	5 794
30	ZPBD (SZP) ⁶⁾	3 201	3 407	4 220	4 773	4 872

¹⁾ Údaje za rok 1989 nezahnují ty hospodářské organizace, které byly později převedeny do jiných odvětví národního hospodářství

²⁾ Od roku 2000 včetně ZZ ostatních centrálních orgánů a od roku 2005 včetně smluvních pracovníků

³⁾ Do roku 2000 byli lékaři a zubní lékaři sledováni pouze dohromady

⁴⁾ Údaje za nemocnice zahrnují v roce 1989 i vybraná zařízení spravovaná ústředně a zařízení společných vyšetřovacích a léčebných složek

⁵⁾ Za rok 1995 pouze odhad počtu pracovníků v lékařských ordinacích

⁶⁾ Do roku 2003 SZP; od roku 2004 ZPBD

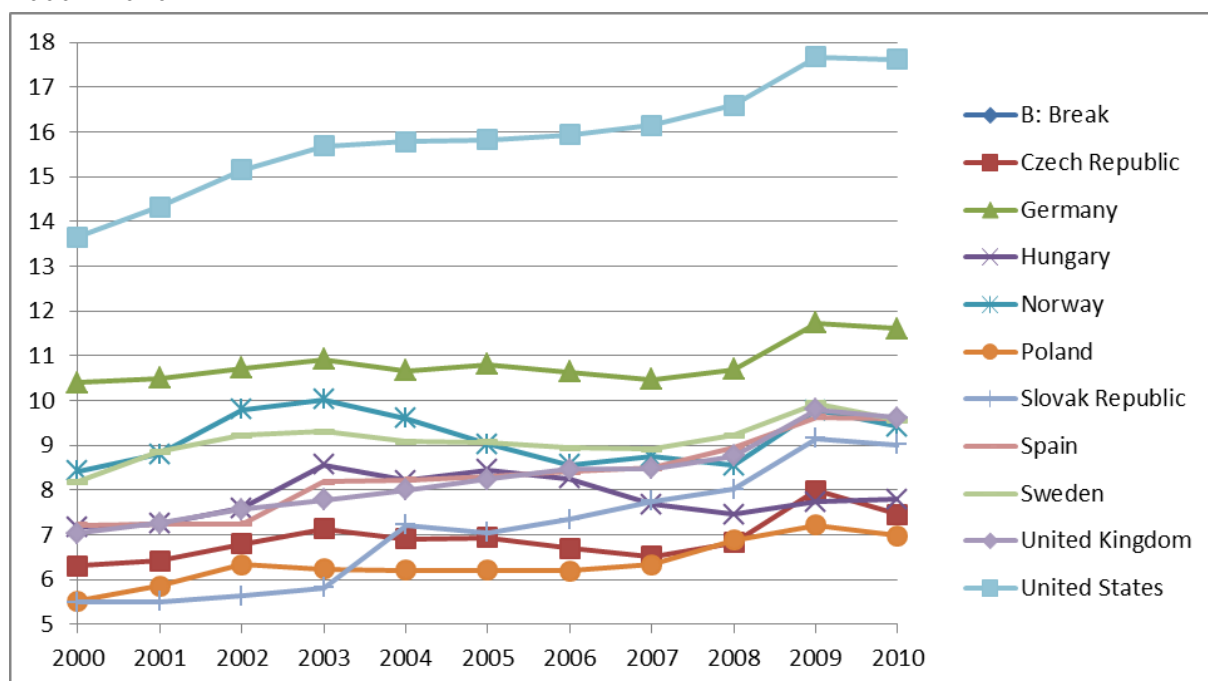
Zdroj: ÚZIS, 2012: 38

Příloha č. 9: Souhrnný přehled o hodinách práce přesčas, náhradního volna a pracovní pohotovosti lékařů podle jednotlivých skupin zdravotnických zařízení za období leden až prosinec 2005

Zařízení	Průměrný počet hodin na 1 lékaře						Podíl nařízené práce přesčas na celkové práci přesčas v %	Podíl pohotovosti na pracovišti na celkové pohotovosti v %
	přesčas celkem	náhradního volna	pohotovosti celkem	celkem přesčas, náhradního volna a pohotovosti	přesčas za týden	pohotovosti za týden		
Nemocnice řízené MZ	282	20	492	774	6	10	19,9	54,5
Ostatní nemocnice	313	49	611	924	7	13	31,7	46,3
Nemocnice celkem	298	34	553	851	6	12	28,2	49,9
Odborné léčebné ústavy	171	10	420	591	4	9	57,0	65,6
Zařízení ambul. péče	113	0	14	127	2	0	93,2	88,9
Dětská zdrav. zařízení	302	44	559	861	6	12	34,1	43,2
Záchranná služba	280	15	391	671	6	8	44,6	69,8
Ostatní ZZ a organizace	108	0	0	108	2	0	96,9	0,0

Zdroj: ÚZIS ČR, 2006: 2

Příloha č. 10: Celkové výdaje na zdravotnictví ve vybraných zemích v % HDP v letech 2000 – 2010



Zdroj: OECD Health Data, 2012, vlastní zpracování

Příloha č. 11: Podíl zdrojů financování na celkových výdajích na zdravotnictví (v %)

Položky výdajů	2007	2008	2009	2010 ¹⁾	2011 ¹⁾
Veřejné výdaje	85,4	82,7	83,6	84,2	83,9
z toho rozpočtové výdaje rezortů a územních orgánů	9,5	8,1	8,9	7,2	5,8
zdravotní pojišťovny	75,9	74,6	74,7	77,0	78,1
Soukromé výdaje	14,6	17,3	16,4	15,8	16,1
Výdaje celkem	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

¹⁾ Předběžné údaje

Výpočet ÚZIS ČR

Zdroj: ÚZIS ČR, 2012 (č. 28): 2

Příloha č. 12: Výdaje na zdravotní péči za jednotlivé věkové skupiny v Kč za rok 2008

Věk	2008	
	Muži	Ženy
0 - 4	16 123	14 434
4 - 9	9 290	7 446
9 - 14	8 425	8 605
15 - 19	7 803	9 278
20 - 24	6 740	9 432
25 - 29	7 611	12 931
30 - 34	8 559	13 956
35 - 39	9 285	13 166
40 - 44	11 205	14 016
45 - 49	13 961	16 874
50 - 54	19 134	20 598
55 - 59	26 298	23 252
60 - 64	33 373	27 717
65 - 69	41 212	33 503
70 - 74	49 532	40 109
75 - 79	55 844	46 074
80 - 84	55 699	49 121
85 +	54 563	53 365

— Skupiny, u kterých předpokládáme, že za ně platí zdravotní pojištění stát

— Skupiny, u kterých předpokládáme, že za ně platí zdravotní pojištění stát (nižší míra pravděpodobnosti než v —)

Zdroj: Mainglová, 2011: 31

Příloha č. 13: Případy korupce ve zdravotnictví, které šetřila či šetří Policie ČR

• Podezřelé nákupy ve FN Olomouc, stíhaný ředitel

Protikorupční policie stíhá ředitele FN v Olomouci Radomíra Maráčka. Je podezřelý, že uzavíral pro nemocnici nevýhodné smlouvy a porušoval i postup při vypisování veřejných zakázek. Podle policie tak mohl způsobit mnohamilionovou škodu. Zřizovatel nemocnice, Ministerstvo zdravotnictví, zatím o jeho odvolání neuvažuje. Ředitel se měl letech 2007 – 2009 dopustit nevhodných smlouv o pronájmech luxusních aut i nákupů přístrojů a obcházení výběrových řízení. Firmu, od které si nemocnice auta pronajímala, ředitel podle policie neoprávněně zvýhodnil. Měl způsobit škodu za více než 3 miliony korun. O dalších 6 milionů měla přijít nemocnice podle policie kvůli nevýhodně uzavřeným smlouvám o interních auditech nebo personálnímu poradenství. Ředitel se měl postarat i o to, aby se zakázky na nákup moderních přístrojů tvářily jako oprava těch stávajících. Policie však zjistila, že se jednalo o nákupy nové techniky v částkách desítek milionů korun. Policie Maráčka stíhá na svobodě. Pokud by mu soud skutečně vinu prokázal, hrozí mu 2 až 8 let vězení.

• Jankovského bývalá firma kvůli IKEM šetřena policií

Kamil Janovský získal zakázku od IKEM za 20 milionů korun den poté, co ho jeho strana nominovala na post ministra pro místní rozvoj. Zakázka neproběhla standardní cestou, ale formou tzv. zúženého výběrového řízení, ve kterém se vybírá pouze z pěti předem oslovených firem. V té době držel ve firmě většinu akcií a zároveň působil jako předseda představenstva, o několik dní později pak vedení společnosti předal synovi. Ministr pro místní rozvoj krátce po vstupu do politiky předal oficiálně firmu svému synovi. Ta hned získala zakázku za 8 milionů na stavební úpravy ve FN Královské Vinohrady.

• Předražené zakázky v karlovarských nemocnicích

Protikorupční policie se letos v únoru začala zabývat spornými zakázkami pro nemocnice v Karlovarském kraji. Kriminálníisté prošetřují především soutěž o půlmiliardovou zakázku na stavbu pavilonu akutní medicíny v karlovarské nemocnici. Koncem listopadu 2009 ji získalo konsorcium, které spolu se stavebním gigantom Metrostav tvořily tři místní firmy: Bau-Stav, Tima a Prefabeton. Sdružení dostalo přednost, i když konkurenční nabídka brněnské společnosti Unistav byla o třicet milionů levnější. Navíc firma tvrdila, že stavbu dokončí o sedm měsíců dříve.

• Předražené právní služby ve FN Bulovka a FN Královské Vinohrady

Advokátní kancelář Šachta&Partners byla v obou nemocnicích vybrána bez výběrového řízení, na hodinu si za právní služby leckdy počítá i 3500 korun na hodinu. Ačkoliv ve smlouvě měla firma původní hodinovou sazbu 2900 Kč plus DPH. Za rok si v obou zařízeních prý právníci kanceláře přišli na minimálně devatenáct milionů korun. Za právní služby si kancelář během roku jen na Bulovce vyfakturovala více než devět milionů korun. Podobné je to i v nemocnici Na Homolce. Tady prý za tři čtvrtiny minulého roku kanceláři Šachta&Partner bylo zapláceno více než deset milionů korun. Okolnostmi právních

zakázek se loni začala zaobírat policie i ministerstvo zdravotnictví.

- **Nákupy přístrojů v ústecké zdravotní**

Do ústecké zdravotní poslal policii ministr financí Kalousek. Předražené zakázky v nemocnicích potvrdil audit společnosti Deloitte and Touche.

- **Vyvedení majetku z brandýské nemocnice, poté, co ji Středočeský kraj prodal firmě PP**

Středočeský kraj brandýskou nemocnici prodal v roce 2007 za 7,8 milionu korun firmě PP Hospitals. Součástí byla nejen samotná nemocnice s vybavením, ale i další majetek. Než šla nemocnice v Brandýsu nad Labem do soukromých rukou, měla pětatřicetimilionový dluh, ale vcelku fungující zdravotnické zázemí, pozemky za 38 milionů, polikliniku a dva lukrativní domy. Tři roky poté, co Středočeský kraj prodal nemocnici firmě PP Hospitals, je výčet majetku o dost stručnější. Domy i pozemky jsou pryč, dluh se zvýšil na 75 milionů korun.

- **Úplatky v Jihomoravském kraji**

Protikorupční policie začala loni v listopadu prověřovat podezření, že zdravotnické zakázky Jihomoravského kraje v minulosti provázely úplatky. Vyšetřování vyvolala nahrávka, která se objevila těsně před říjnovými komunálními volbami.

Zdroj: Tribune.cz, 2011 (<http://www.tribune.cz/clanek/21759>)

Příloha č. 14: Seznam navštívených měst a nemocnic v rámci kampaně D-O

Datum (rok 2010)	Město
Středočeský kraj	
15.9	Kladno
17.9	Příbram
Královéhradecký/Pardubický kraj	
20.9	Jičín
21.9	Trutnov
22.9	Hradec Králové
23.9	Náchod
24.9	Pardubice
Pardubický kraj/Vysočina	
27.9	Chrudim
29.9	Litomyšl
30.9	Svitavy
1.10	Nové město n. M.

Jihočeský kraj	
4.10	České Budějovice
5.10	Český Krumlov
6.10	Písek
7.10	Tábor
8.10	Jindřichův hradec
Jihomoravský kraj	
11.10	Břeclav
12.10	Hodonín
13.10	Brno FN
14.10	Brno VN
15.10	Ivančice
Karlovarský kraj	
18.10	Ostrov nad Ohří
19.10	Karlovy Vary
20.10	Cheb
21.10	Mariánské lázně
22.10	Sokolov
Olomoucký kraj	
25.10	Šumperk
26.10	Olomouc
27.10	Přerov
28.10	
29.10	Prostějov
Moravskoslezský kraj	
1.11	Opava
2.11	Krnov
3.11	Havířov
4.11	Ostrava-Vítkovice
5.11	Ostrava FN
Zlínský kraj	
8.11	Uherské Hradiště
9.11	Valašské Meziříčí
10.11	Vsetín
11.11	Zlín
12.11	Kroměříž
Vysočina	
15.11	Havlíčkův Brod
16.11	Jihlava
17.11	
18.11	Pelhřimov
19.11	Třebíč

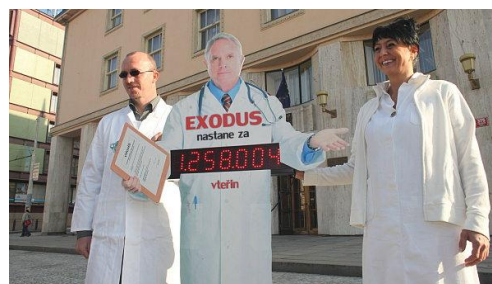
Plzeňský kraj	
22.11	Plzeň
23.11	Klatovy
24.11	Sušice
25.11	Domažlice
26.11	Rokycany
Ústecký kraj	
29.11	Teplice
30.11	Děčín
1.12	Ústí nad Labem
2.12	Most
3.12	Chomutov
Liberecký kraj	
6.12	Liberec
7.12	Jilemnice
8.12	Jablonec n. Nisou
9.12	Turnov
10.12	Česká Lípa
Hlavní město Praha	
13.12	Praha-Motol
14.12	Praha-Bulovka
15.12	Praha-Vinohrady
16.12	Praha-Thomayerova
17.12	Praha-VFN

Zdroj: Ewing PR

Příloha č. 15: Symboly kampaně



Zdroj: Plzeňský deník.cz, 24.10.2011



Zdroj: iHned.cz, 21. 10. 2011



Zdroj: Děkujeme-odcházíme.cz, 15. září 2011

Příloha č. 16: Kódovací kniha a postup analýzy mediálních obsahů

1) Frekvenční analýza = mediální agenda jednoho tématu (kauzy D-O)

K frekvenční analýze jsem použila databázi NEWTON MEDIA
(<http://mediasearch.newtonmedia.cz.ezproxy.is.cuni.cz/index.php>)

Zadala jsem „rozšířené hledání“, kde jsem zvolila:

- Do kolonky „hledat všude“ jsem napsala heslo „děkujeme odcházíme“
- V kolonce „zdroj“ jsem postupně zadávala vybraná periodika: deník Blesk, deník HN, deník MfD a deník Právo
- Jelikož mne zajímají jen zpravodajské články, nadále jsem vyhledávala ještě tak, že jsem do kolonky „rubrika“ zadala hesla související se zpravodajstvím (jako např. „Z domova“, „Titulní strana“, „Ekonomika“, „Zpravodajství“, „Téma“ apod.)
- Období jsem zadala od 1.3.2010 do 31.3.2011
- Klikla jsem na „vyhledat“

Jak jsem vybírala z nabídky vyhledaných článků:

Zpracovala jsem jen zpravodajství. Vynechala jsem rubriky publicistiky: názory, sloupky a rozhovory; zajímalo mne čistě jen zpravodajství. Navíc jsem počítala články jen v celostátním vydání, tedy BEZ krajských a regionálních příloh, bez informací z regionů. Důvodem byl jednak obrovský počet článků z regionálních příloh deníků; navíc v rámci mé práce mne zajímá zejména celostátní agenda, ne regionální. Ačkoli přiznávám, že udělat analýzu regionálního tisku by bylo velmi zajímavé (např. některého jednoho regionu). Stejně tak by bylo zajímavé udělat analýzu komentářů, publicistiky, názorů čtenářů apod. To je ale mimo mé vymezení, spíš je to doporučení pro další zpracování v jiné práci.

MfD: zde jsem vybírala články označené z rubriky „Titulní strana“ a „strana 1“. Ne už strana 51, kde bylo sice uvedeno, že článek je na titulní stránce, při bližším zkoumání jsem ale dospěla k tomu, že byl článek hlavní zprávou v daném regionu. Takže jsem vybírala jen takové články, které spadaly do rubriky „Titulní strana“ nebo „Z domova“ nebo „Ekonomika“. Vynechala jsem názory, publicistiku, regionální mutace. V celostátním vydání jsem našla **65 článků** za vymezené období (13 měsíců). Pokud bych zahrнула články i z regionálních mutací a publicistiku, pak by jich dle databáze bylo 622.

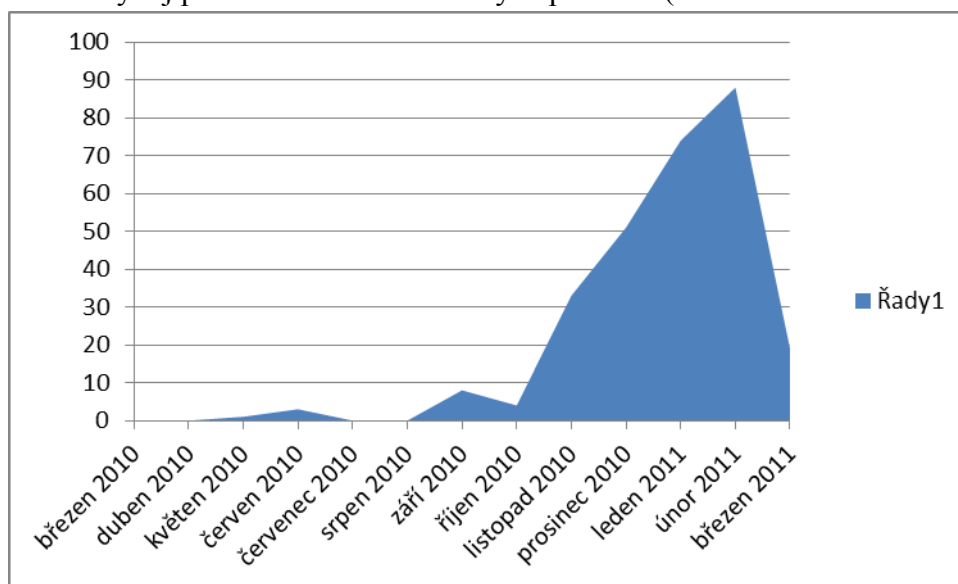
Právo – zvolila jsem ten samý postup jako u MfD, jen zpravodajství, žádná publicistika, ani regiony ani reportáž ani rozhovory → ze 301 nalezených článků jsem jich takto vyseletovala **103**.

Blesk – nalezeno 35 článků, vybráno **27**.

HN: nalezeno 127 článků, z nich **86** vybráno.

Níže uvádím výsledný graf – ten zachycuje vývoj celkového počtu článků všech čtyř vybraných periodik za období březen 2010 až březen 2011 tak, jak jsem je našla v databázi Newton Media.

Graf: Vývoj počtu článků u zkoumaných periodik (březen 2010 až březen 2011)



Zdroj: vlastní zpracování

Zde uvádím tabulku s počty článků – tabulka je rozdělena dle deníků, jednotlivých měsíců a jsou zde uvedeny celkové počty článků jednotlivých periodik, za jednotlivé měsíce i celkový počet článků.

Tabulka: Počet článků dle jednotlivých deníků a jednotlivých měsíců

DENÍK	N článků v měsíci														Celkem deníky
	břzn2010	dbn2010	květen2010	červen2010	červenec2010	srpen2010	září2010	říjen 2010	listopad2010	prosin2010	leden2011	únor2011	březen2011		
Právo			1	3	0		6	4	11	17	29	27	5	103	
MfD							1		6	13	16	24	5	65	
HN							1		10	16	19	32	8	86	
Blesk									6	5	10	5	1	27	
Celkem měsíce	0	0	1	3	0	0	8	4	33	51	74	88	19	CELKEM 281 článků	

Zdroj: vlastní zpracování

Jak je v tabulce vidět, počet článků se liší u jednotlivých deníků i v rámci měsíců (viz graf č. 1). Zatímco např. u deníku Blesk bylo nalezeno jen 31 relevantních článků, u deníků Práva

to bylo až skoro čtyři krát tolik. **Celkem jsem našla 281 vhodných článků, které podrobím kvantitativní obsahové analýze.**

2) KVANTITATIVNÍ OBSAHOVÁ ANALÝZA (Zdroj databáze: Newton media)

Základní soubor: deník Právo, deník Mladá fronta Dnes, deník Hospodářské noviny, deník Blesk.

Výběrový soubor: Od 1. března 2010 do 30. března 2011 vybrané deníky (celkem 281 článků)

Kódovací jednotka: každý novinový *zpravodajský* článek, který alespoň 1x zmiňuje akci Děkujeme, odcházíme a který vyšel v celostátním vydání. (Vynechány jsou tedy komentáře, rozhovory, názory, ohlasy čtenářů, krajské a regionální mutace apod.)

Proměnné:

P1 – Datum (DD.MM.RR, např. 09.11.10)

P2 – Médium: 1 – deník Právo, 2 – deník MFD, 3 – deník HN, 4 – deník Blesk

P3 – Autor: 1 - redakční, 2 - agentura (např. ČTK), 3 – kombinace, 4 - jiný, neveden

P4 – Velikost textu = počet řádků (Jelikož vycházím z internetového vyhledávače, není možné porovnat velikost jednoho článku ve vztahu ke zbytku článků k danému vydání novin. Proto budu počítat počet řádků. Z toho se dá pak např. spočítat průměr délky článků (resp. průměrný počet řádků) pro to které periodikum.)

P5 – Téma se objevilo na hlavní (titulní) straně (předpokladem je, že pro média důležité zprávy se objevují na titulních stranách):

Téma se objevilo na hlavní (titulní) straně: 1 - ano, 2 - ne

P6 – Hlavní téma článku

KATEGORIE TÉMAT:

Tučně jsou označeny názvy kapitol a rozepsaných 13 bodů požadavků lékařů

1 KAMPAŇ A POŽADAVKY LÉKAŘŮ

111 Třináct důvodů exodu (jako celek)

112 Symboly kampaně D-O

113 Černobílá sanitka

114 Smlouva o solidaritě při výpovědích

115 Unavení lékaři

116 Požadavky D-O

117 Mediální agentura Ewing PR

118 Drahá kampaň D-O najmutím profesionální agentury

119 Miliony agentury Ewing PR

120 Mediální školení lékařů

121 Nevpuštění lékařů do nemocnice v rámci propagaci kampaně

- 122 Prestiž povolání lékaře
- 123 Neetické chování lékařů v rámci D-O
- 124 Lékaři-vyděrači
- 125 Požadavek na vzetí Engela zpět do nemocnice
- 126 Engel v LOKu na placené funkci
- 127 Engel neplatí příspěvky v Radiologické společnosti
- 128 Podfinancovanost českého zdravotnictví**
- 129 Nízká platba státu za státního pojištěnce**
- 130 Neexistence komerčního připojištění**
- 131 Chaos v lékové politice**
- 132 Rezervy ve vnitřním chodu zdravotnictví**
- 133 Nedodržování zákoníku práce – přesčasy lékařů**
- 134 Nesplněné sliby politiků**
- 135 Nejednotná koncepce ve zdravotní politice**
- 136 Stávka-demonstrace
- 137 Současné pracovní podmínky pro lékaře v ČR
- 138 Problémy v českém zdravotnictví
- 139 Sbíрка na podporu odcházejících lékařů
- 140 MZ popřelo najmutí PR agentury
- 141 Požadavky zdravotních sester
- 142 Lékaři a sestry proti sobě
- 143 Trestní oznámení na M. Engela
- 144 Lékaři-cizinci pracující v ČR
- 145 Chronologie kampaně
- 146 Strach lékařů v D-O
- 147 Protest slovenských lékařů na Slovensku
- 148 Opilý lékař/ opilá lékařka

2 PLATY

- 211 Výše platů lékařů
- 212 Lékaři požadují vyšší platy
- 213 Lékaři jsou špatně placeni (nízké platy)**
- 214 Stávající platy lékařů jsou dostatečné
- 215 Platy se lékařům zvýší
- 216 Přidat peníze zdravotním sestřám
- 217 Zdravotním sestřám platy nezvýšeny
- 218 Platy ostatních veřejných pracovníků (hasiči, policisté)
- 219 Platy lékařů v zahraničí
- 220 Vláda (MZ) lékařům zvýší platy
- 221 Lékaři přijali zvýšení platů
- 222 Platy se lékařům nezvýší
- 223 Platy zdravotních sester
- 224 Platy ostatních zdravotních pracovníků
- 225 Zdravotní sestry dostanou přidáno až o rok později

- 226 Tarifní platy se mají snížit
- 227 Peníze na platy z pojišťoven
- 228 Vyšší platy těm, kteří zůstanou

3 JEDNÁNÍ

- 311 Heger odmítl dohodu s lékaři
- 312 Lékaři odmítli dohodu s Hegerem
- 313 Lékařům neustupovat
- 314 Jednání Víta Bárty s lékaři
- 315 Neúspěšné jednání mezi zástupci MZ a D-O
- 316 Úspěšné jednání mezi zástupci MZ a D-O
- 317 Jednání mezi zástupci MZ a D-O
- 318 MZ neustoupí
- 319 Lékaři neustoupí
- 320 Vláda ustoupí lékařům
- 321 MZ ustoupí lékařům
- 322 Nečinnost vlády ohledně D-O
- 323 Případná rezignace ministra Hegera
- 324 Otevřený dopis LOKu vládě a MZ
- 325 Jednání vlády s krajem/kraji
- 326 Spory mezi D-O a MZ
- 327 Krizové scénáře
- 328 Kraje jednají s řediteli nemocnic
- 329 Jednání kraje-vláda-D-O
- 330 Krizový stav nebude
- 331 Jednání o memorandu
- 332 Podepsání memoranda
- 333 Spory mezi lékaři a nemocnicí/cemi
- 334 Jednání MZ-vláda
- 335 Spory mezi lékaři o pokračování kampaně
- 336 Spory MZ-vláda

4 ODCHOD LÉKAŘŮ

- 411 Lékaři odejdou z nemocnic
- 412 Počet odcházejících lékařů
- 413 Odchod lékařů do zahraničí**
- 414 Německé nemocnice lákají české lékaře
- 415 Rakouské nemocnice lákají české lékaře
- 416 Ředitelé přemlouvají lékaře, aby neodešli
- 417 Prestiž povolání lékaře v zahraničí
- 418 Čeští lékaři pracující v zahraničí
- 419 Počet českých lékařů pracujících v zahraničí
- 420 Neochota českých lékařů stěhovat se do zahraničí za práci

- 421 Špatná jazyková vybavenost českých lékařů (cizími jazyky)
- 422 Dobrá jazyková vybavenost českých lékařů (cizími jazyky)
- 423 Ministr vyzval lékaře, aby neodcházeli
- 424 Domněnky, že lékaři neodejdou
- 425 Odejde méně lékařů, než je avizováno
- 426 Zamezení odchodu lékařů
- 427 Nahrazení lékařů vojenskými lékaři
- 428 Zahraniční nemocnice lákají české lékaře
- 429 Náhrada za odcházející lékaře není
- 430 Kritika odcházejících lékařů
- 431 Lékaři, kteří nepodali výpověď
- 432 Vojenští lékaři odmítají zaskakovat za odcházející lékaře
- 433 Odchod ostatních státních zaměstnanců (policie, hasiči)
- 434 Shánění nových lékařů za odcházející

5 VÝPOVĚDI LÉKAŘŮ

- 511 Lékaři hrozí výpověďmi
- 512 Lékaři podávají hromadné výpovědi
- 513 Počet výpovědí lékařů
- 514 Vypovězení přesčasů lékařů
- 515 Výpověď M. Engelovi
- 516 Vysoký počet výpovědí lékařů
- 517 Lékaři stáhli výpovědi (prosinec-leden 2010-11)
- 518 Lékaři stahují výpovědi (únor-březen 2011)
- 519 Výpovědi lékařů z IKEM

6 NE-VZETÍ LÉKAŘŮ ZPĚT

- 611 Lékaři zůstávají v nemocnicích
- 612 Lékaři chtějí garanci na vzetí zpět do práce
- 613 Nemocnice nabízejí lékařům vzetí zpět (prosinec 2010)
- 614 Nemocnice přijímají lékaře zpět (únor-březen 2011)
- 615 Nevzetí zpět ostatních lékařů – pakt solidarity
- 616 Nevzetí M. Engela zpět
- 617 Záruky vlády lékařům
- 618 Engel vyzval lékaře ke stažení výpovědí
- 619 Spory mezi lékaři a vedením nemocnic
- 620 Nemocnice některé lékaře zpět nevezmou

7 ZDRAVOTNÍ SESTRY, PRAKTIČTÍ LÉKAŘI, OSTATNÍ ZDRAVOTNÍCI

- 711 Zdravotní sestry proti lékařům
- 712 Zdravotní sestry souhlasí s D-O
- 713 Praktičtí lékaři nesouhlasí s kampaní D-O
- 714 Praktičtí lékaři souhlasí s kampaní D-O
- 715 Ostatní zdravotníci souhlasí s D-O

- 716 Ostatní zdravotníci nesouhlasí s D-O
- 717 Hospicová péče neohrožena

8 VEŘEJNOST A PACIENTI

- 811 Malá podpora veřejnosti D-O
- 812 Velká podpora veřejnosti D-O
- 813 Veřejnost lékaře nepodporuje
- 814 Obava veřejnosti z odchodu lékařů
- 815 Veřejné mínění
- 816 Pacienti jako rukojmí odcházejících lékařů
- 817 Novorozenci jako rukojmí odcházejících lékařů
- 818 Strach těhotných žen z odchodu lékařů
- 819 Heger dostal cenu od pacientů
- 820 Osobnosti se zastaly lékařů
- 821 Zhoršování péče o pacienty jako důsledek špatného zdravotnictví**
- 822 Veřejnost lékaře podporuje
- 823 Pacienti ohrožení nebudou
- 824 Popularita Hegera roste
- 825 Důvody malé podpory veřejnosti kampaně D-O

9 ZDRAVOTNICTVÍ A REFORMA

- 911 Nutnost zdravotnické reformy
- 912 Korupce ve zdravotnictví**
- 913 Předražené zakázky ve zdravotnictví**
- 914 Špatný systém lékařských atestací**
- 915 Nutnost kvalitního vzdělávání pro lékaře**
- 916 Změna systému atestací pro lékaře

10 MOŽNÉ DŮSLEDKY KAMPANĚ

- 1001 Situace v nemocnicích po odchodu lékařů
- 1002 Rušení nemocničních lůžek
- 1003 Rušení nemocnic jako důsledek odchodu lékařů
- 1004 Rušení oddělení jako důsledek odchodu lékařů
- 1005 Snížení počtu akutních lůžek
- 1006 Odchodem lékařů se ušetří na zrušených lůžkách
- 1007 Zdražení operací
- 1008 Delší čekací doba na péči
- 1009 Možný pokles prestiže povolání lékaře po akci D-O
- 1010 Kolaps péče po odchodu lékařů nenastane
- 1011 Kolaps péče po odchodu lékařů nastane
- 1012 Narušení vztahu lékař-pacient

- 1013 Příchod dalších lékařů-cizinců
- 1014 Revize plateb zdravotních pojišťoven
- 1015 Nejednotné platby zdravotních pojišťoven

99 OSTATNÍ

Jako např.: Stávka proti krácení mezd ve státní a veřejné správě a proti dalším změnám v zákoníku práce; Kubek obhájil post prezidenta ČLK; Hospicová péče není zařazena do systému zdravotnictví; plagiátorství v disertační práci lékaře;

P7 – Vedlejší (druhé) téma článku = vedlejší téma článku (stejně kategorie jako u hlavního tématu)

P8 – Hlavní aktér v článku

Kategorie:

- 1 – Martin Engel lékař
- 2 – Martin Engel šéf LOKu
- 3 – Martin Engel lékař a šéf LOKu
- 4 – Milan Kubek lékař
- 5 – Milan Kubek ČLK
- 6 – Milan Kubek lékař a předseda ČLK
- 7 – Petr Nečas – premiér
- 8 – Leoš Heger lékař
- 9 – Leoš Heger ministr zdravotnictví
- 10 – Pavel Vávra – lékař
- 11 – Pavel Vávra – tvář kampaně
- 12 – Šárka Drinková lékařka
- 13 – Šárka Drinková tvář kampaně
- 14 – Peter Igaz lékař
- 15 – Peter Igaz tvář kampaně
- 16 – Boris Šťastný
- 17 – Vít Bárta (ministr dopravy)
- 18 – sociologové
- 19 – lékař/ka/ři zapojen/á/ni do akce D-O
- 20 – lékař/ka/ři nezapojen/á/ni do akce D-O
- 21 – Miloš Voleman – lékař
- 22 – Miloš Voleman odborář
- 23 – LOK
- 24 – ČLK
- 25 – Dana Jurásková (zdravotní sestry)
- 26 – Petr Nosek MZ
- 27 – Jan Růžička MZ
- 28 – Marek Šnajdr – poslanec
- 29 – Marek Šnajdr – šéf správní rady Všeobecné zdravotní pojišťovny

- 30 – ředitel/ka/lé nemocnic/ce
- 31 – pacient/ka/ti
- 32 – veřejnost
- 33 – zdravotní sestry
- 34 – Česká asociace sester
- 35 – vláda
- 36 – odbory
- 37 – ministerstvo zdravotnictví
- 38 – nemocnice (mluvčí, její pracovníci mimo lékařů a zdravot.personálu)
- 39 – zdravotní pojišťovny
- 40 – praktičtí lékaři
- 41 – politické strany
- 42 – ODS
- 43 – TOP 09
- 44 – VV
- 45 – ČSSD
- 46 – KSČM
- 47 – jiné politické strany
- 48 – opoziční politici
- 49 – Vlastimil Sršeň mluvčí MZ
- 50 – Dana Jurásková ministryně zdravotnictví
- 51 – Dagmar Žitníková
- 52 – advokátní kancelář zastupující lékaře v D-O
- 53 – hejtman/i
- 54 – Jiří Hrabovský-šéf Ewing PR
- 55 – Václav Klaus prezident ČR
- 56 – Miroslav Kalousek MF
- 57 – kraj/e a jeho/jejich pracovníci
- 58 – zahraniční nemocnice
- 59 – Dana Jurásková předsedkyně České asociace sester
- 60 – Jana Petrenko předsedkyně Koalice pro zdraví
- 61 – advokát/ti
- 62 – Alexandr Vondra ministr obrany
- 63 – civilní lékaři ve vojenských nemocnicích
- 64 – sdružení Mladí lékaři
- 65 – headhunter/ři
- 66 – čeští lékaři pracující v zahraničí
- 67 – Ewing PR
- 68 – Lékaři-cizinci v ČR
- 69 – Radek John ministr vnitra
- 70 – Bohuslav Svoboda primátor Prahy
- 71 – slovenští lékaři na Slovensku
- 72 – Opilý lékař/ opilá lékařka
- 73 – české osobnosti

99 – ostatní aktéři

P9 – Vedlejší aktér (kategorie jako u hlavního aktéra)

P10 – TÓN, charakteristika hlavního tématu

1 – pozitivní tón

2 – negativní tón

3 – neutrální/ nekódovatelný tón

P11 – Tón, charakteristika vedlejšího (druhého) tématu

1 – pozitivní tón

2 – negativní tón

3 – neutrální/ nekódovatelný tón

P12 – Tón, charakteristika hlavního aktéra

1 – pozitivní tón

2 – negativní tón

3 – neutrální/ nekódovatelný tón

P13 – Tón, charakteristika vedlejšího aktéra

1 – pozitivní tón

2 – negativní tón

3 – neutrální/ nekódovatelný tón

Příloha č. 17: Počty odcházejících lékařů dle krajů



Zdroj: Mediafax, 2010.

Pozn.: Stav je k 20. 12. 2010, kdy byl avizován odchod 3 576 lékařů. K 1. lednu 2011 jich bylo již 3 837, tedy o 261 více než bylo avizováno v prosinci 2010.

Memorandum o úpravě poměrů ve zdravotnictví

14. února 2011

ČR – Ministerstvo zdravotnictví

IČ: 024 341 Se sídlem Palackého náměstí 4, 12801, Praha 2 Zastoupené doc. MUDr.
Leošem Hegerem, CSc., ministrem zdravotnictví (dále jen „Ministerstvo zdravotnictví“)

a

Lékařským odborový klub – Svaz českých lékařů,

IČ: 63830001 Se sídlem Drahobejlova 52, 190 00, Praha 9
Zastoupení MUDr. Martinem Engelem (dále jen „LOK-SČL“)

Uzavírají následující memorandum o úpravě poměrů ve zdravotnictví:

1. Úprava úhradové vyhlášky - Řešení:

Ministerstvo zdravotnictví bude iniciovat novelu vyhlášky č. 396/2010 Sb. o stanovení hodnot bodu, výše úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění a regulačních omezení objemu poskytnuté zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění pro rok 2011 (dále jen „úhradové vyhlášky“) tak, aby dodatečné zdroje byly mezi nemocnicemi rozděleny podle počtu úvazků lékařů. Tato změna bude znamenat navýšení úhrad nemocniční péče o cca 2 mld. Kč, a to ve formě doplnění vyhlášky o ustanovení „Navýšení úhrad lékařů“ obdobou ustanovení, které definuje navýšení za všeobecné sestry.

Zdravotnickému zařízení, zdravotní pojišťovna poskytne navýšení úhrady (NL2011). Výše poskytnutého navýšení se vypočte takto:

$$\mathbf{NL2011 = PPL2011 * 110\ 000\ Kč * Kpp}$$

Kde:

PPL2011 přepočtený počet lékařů v hodnoceném období, který se vypočte jako součet úvazků všech lékařů v daném zdravotnickém zařízení poskytujícím zdravotní péči v příslušném kraji? Hodnoceným obdobím se rozumí rok 2011

Kpp koeficient podílu počtu pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny v kraji na celkovém počtu pojištěnců v tomto kraji, koeficienty podílu počtu pojištěnců zdravotních pojišťoven na celkovém počtu pojištěnců podle krajů České republiky

Termín:

Návrh vyhlášky předloží Ministerstvo zdravotnictví vládě do 28. 2. 2011 tak, aby nabyla účinnosti k 1. 3. 2011.

2. Způsob realizace navýšení platů lékařů v roce 2011

Řešení:

Ministerstvo zdravotnictví v souladu s úpravou úhradové vyhlášky v bodě 1. bude iniciovat změnu nařízení vlády č. 564/2006 Sb. o platových poměrech zaměstnanců ve veřejných službách a správě, ve znění pozdějších předpisů. Změna bude zvyšovat platové ocenění lékařů a zubních lékařů působících v zařízení ústavní zdravotní péče (nemocnice, OLU, LDN) a ZZS formou posílení nejvýznamnější složky platu uvedené kategorie zaměstnanců – platového tarifu tímto způsobem: bude zavedena samotné stupnice platových tarifů platná pro lékaře a zubní lékaře s tím, že proti současné stupnici se zvýší platové tarify lineárně ve všech stupních v 11. a 12. platové třídě o 5000, Kč, ve 13. platové třídě o 6 500 Kč a ve 14 a vyšších platových třídách o 8 000,- Kč. Ministerstvo zdravotnictví vyzve kraje a další zřizovatele nemocnic, aby obdobným způsobem postupovali v rámci jimi zřizovaných nemocnic.

Termín:

Předložení návrhu do vlády do 28. 2. 2011, účinnost od 1.3.2011

3. Výhled pro r. 2012

Řešení:

S předpokladem zvyšování efektivity zdravotnického systému a v souladu s reformními kroky bude průměrný plat lékaře zvýšen v r. 2012 o 10 %. Nejpozději od 1.1.2013 dosáhne plat lékaře v přímé úměře na dosažené kvalifikace a praxi 1,5 násobku až 3 násobku průměrné mzdy v národním hospodářství ČR vyhlášené ČSÚ za rok o dva roky předcházející (při dosažení podmínky limitace objemu přesčasové práce na úrovni evropského standardu, tedy maximum osm hodin přesčasové práce týdně).

V roce 2012 bude zajištěn nárůst platů u všech zdravotnických pracovníků.

4. Vzdělávání, kompetence zdravotnických pracovníků a reformní a protikorupční kroky MZ

ČR

Řešení:

Nadále bude ve spolupráci s Lékařským odborovým klubem, Českou lékařskou komorou, Českou lékařskou společností Jana Evangelisty Turkyňe a Českou asociací sester zlepšován systém vzdělávání lékařských a nelékařských pracovníků a budou optimalizovány jejich kompetence dle profesních skupin, jednotlivých oborů a pro různé typy zdravotnických zařízení. Cílem je maximální využití dosažného stupně vzdělání při zachování bezpečí a kvality poskytované zdravotní péče.

Reformní, protikorupční kroky a legislativní úsilí Ministerstva Zdravotnictví budou směřovat k naplnění Programového prohlášení vlády a Ministerstvo zdravotnictví bude na naplnění tohoto cíle spolupracovat se širokou odbornou veřejností, zastoupenou Lékařským odborovým klubem, Českou lékařskou komorou, Českou lékařskou společností Jana Evangelisty Turkyňe, Českou asociací sester a Radou poskytovatelů zdravotní péče. Přípravované změny budou průběžně projednávány se zástupci odborů a patientských organizací. Restrukturace lůžkových zdravotnických zařízení bude prováděna ve spolupráci s jednotlivými kraji.

Termín:

Návrh do 30. 6. 2011 Předpokládaná účinnost od r. 2012 a dle účinnosti souvisejících legislativních úprav.

5. Výzva MZ ČR k ředitelům nemocnic

Ministerstvo zdravotnictví vyzve ředitele všech přímo zřizovaných nemocnic, aby v zájmu obnovení stability poskytování akutní lůžkové péče přijali zpět lékaře, kteří požádají o zpětvzetí výpovědi z pracovního poměru, pokud tomu nebudou bráni již obsazená místa a restructurační záměry v lůžkových zdravotnických zařízeních.

6. Garance Asociace krajů ČR

MZ ČR požádá Asociaci krajů ČR o garanci, že v nemocnicích zřizovaných kraji bude postupováno ve shodě s touto dohodou, zejména v oblasti odměňování lékařů a zpět vzetí výpovědí z pracovního poměr.

7. Odvolání akce „Děkujeme, odcházíme“

LOK-SČL se zavazuje do tří dnů od podpisu této dohody odvolat akci „Děkujeme, odcházíme“ a vyzvat lékaře, kteří v rámci této akce podali výpovědi z pracovního poměru, aby výpovědi vzali zpět a požádali zaměstnavatele o přijetí do pracovního poměru.

Zdroj: Dekujeme-odchazime.cz/memorandum, 2011

Příloha č. 19: Časová osa kampaně

ROK 2010

- **25. března:** na řádném XVI. sněmu LOK-SČL se v Praze usneslo 98 delegátů, že stávající problémy ve zdravotnictví jsou vážné a že je nutné učinit kroky k nápravě; byla přijata tři základní usnesení
- **18. května:** LOK oznámil protestní akce Děkujeme, odcházíme
- **27.-28. května:** volby do Poslanecké sněmovny Parlamentu ČR
- **červenec – září:** příprava kampaně
- **15. září:** vyhlášení kampaně D-O; jako první je navštívena nemocnice v Kladně

- **15. září – 17. prosince:** lékaři objíždějí jednotlivé kraje a regiony, diskutují s veřejností na veřejných prostranstvích a s lékaři v nemocnicích
- **29. října:** německé a rakouské nemocnice uspořádaly v Česku veletrh, na kterém lákaly doktory do ciziny
- **listopad:** do konce listopadu 2010 podepisují lékaři prohlášení o připravenosti podat výpověď
- **15. prosince:** ministr Heger posílá lékařům ostrý otevřený dopis
- **21. prosince:** výpověď podalo zatím 3576 lékařů, ministr Heger nevěří, že lékaři odejdou
- **29. prosince:** ministr Heger uvádí, že péče nebude ohrožena; v případě velkého počtu odcházejících lékařů by vyhlásil stav nouze

ROK 2011

- **1. ledna:** lékaři k tomuto dni podali 3837 výpovědí; prezident Václav Klaus je ve svém novoročním projevu označil za vyděrače
- **11. ledna:** kraje sestavují krizové plány
- **18. ledna:** první oficiální jednání iniciované předsedou Senátu Milanem Štěchem
- **20., 24., 31. ledna:** jednání mezi MZ (L. Heger), LOK-SČL (M. Engel), ČLK (M. Kubek)
- **21. ledna:** Dana Jurásková, předsedkyně České asociace sester, vyjadřuje nepodporu lékařům
- **21. ledna:** akce D-O vyjádřily podporu: Asociace menších a středních nemocnic, Svaz pacientů ČR (Olejár), Odborový svaz zdravotnictví a sociální péče (Žitníková)
- **28. ledna:** Leoš Heger nabízí lékařům 2 miliardy Kč na jejich platy, které však mají být vypláceny formou osobního ohodnocení a ne jako tarifní platy, lékaři odmítají
- **2. února:** ministr Heger deklaruje, že ze 2 miliard, které mají jít na platy lékařů, půjde čtvrtina těchto peněz zdravotním sestřám a jiným pracovníkům
- **3. února:** po jednání mezi zástupci MZ a lékařů nastává krach, strany se nedohodly
- **9. února:** podle ministra obrany Alexandra Vondry (ODS) je v případě odchodu lékařů připravena pomoci armáda
- **10. února:** civilní lékaři ve vojenských nemocnicích deklarují vypovězení přesčasů, pakliže by měli sloužit za své odcházející kolegy
- **14. února:** vzniká Memorandum o úpravě poměrů ve zdravotnictví, tedy kompromis mezi vládou (MZ) a lékaři (LOK-SČL, ČLK)
- **16. února:** lékařští odboráři na svém celostátním jednání odhlasovali dvěma třetinami hlasů přijetí memoranda; M. Engel vyzval lékaře, aby začali stahovat zpět své výpovědi
- **17. února:** ministr Heger a M. Engel podepisují memorandum
- **23. února:** vláda schvaluje memorandum – s dodatkem, že peníze na platy se musí získat reformou zdravotnictví

Příloha č. 20: Témata a jejich tón v kategorii Kampaň a požadavky D-O

	pozitivní tón	negativní tón	neutrální tón
Požadavky D-O	0	0	3
Opilý lékař/opilá lékařka	0	2	0
Mediální školení lékařů	0	2	0
Engel neplatí příspěvky v Radiologické společnosti	0	1	0
Podfinancovanost českého zdravotnictví	0	2	0
Problémy v českém zdravotnictví	0	2	1
Lékaři a sestry proti sobě	0	2	0

Zdroj: vlastní zpracování

Příloha č. 21: Podpora veřejnosti D-O a souhlas s navýšením platů, prosinec 2010 (1)



Zdroj: SC&C pro ČT, 19. 12. 2010

Podpora veřejnosti D-O a souhlas s navýšením platů, prosinec 2010 (2)

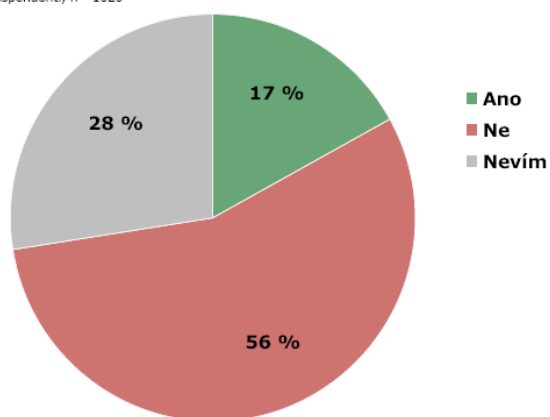


Zdroj: SC&C pro ČT, 19. 12. 2010

Příloha č. 22: Podpora veřejnosti D-O v lednu 2011

V současné době se často hovoří o odchodu řady lékařů z nemocnic. Podporujete Vy osobně tyto lékaře, kteří hromadně dávají výpovědi?

ZÁKLAD: Všichni respondenti, n= 1020



ZDROJ: STEM/MARK, Omnibus, leden 2011

Zdroj: STEM/MARK, leden 2011