

Univerzita Karlova

Filozofická fakulta

Ústav politologie

Bakalářská práce

MUDr. Drahomír Kolenčík

Vnímání lékařů v české společnosti

Perception of physicians in the Czech society

Poděkování

V první řadě bych rád poděkoval doktoru Ondřeji Slačálkovi za vedení a inspiraci při psaní této bakalářské práce. Dále bych chtěl poděkovat kolegyním a kolegům z bakalářského semináře a všem ostatním, kteří mě během psaní této práce podporovali.

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracoval samostatně, že jsem řádně citoval všechny použité prameny a literaturu a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.

v Praze, dne 31. července 2021

Abstrakt

Tato bakalářská práce se zabývá vnímáním lékařů v české společnosti. Hlavní metodou výzkumu je kritická diskurzivní analýza. Po shrnujícím úvodu a metodologické části se práce ve třetí kapitole zaměří na strukturu českého zdravotnictví. Čtenář tak získá ve zkrácené podobě základní přehled o důležitých politických aktérech, kteří ovlivňují chod zdravotnictví. Čtvrtá kapitola se věnuje odborářské akci Děkuji, odcházíme, která se stala nejdůležitější protestní akcí lékařů od 90. let. Pátá kapitola zkoumá postavení lékařek v Česku, jejich vnímání uvnitř lékařské komunity a jak se toto vnímání podepisuje na mocenské asymetrii mezi muži a ženami ve zdravotnictví. Poslední tematická kapitola analyzuje vystupování lékařů expertů v průběhu koronavirové krize. Cílem je ukázat, jak lékaři experti zde používají svoji odbornou pozici k zapojení se do širší společenské debaty a jejich vnímání omezuje jejich pole působnosti.

Klíčová slova

kritická diskurzivní analýza, zdravotnictví, sociální hnutí, koronavirová krize

Abstract

This bachelor's thesis deals with a perception of physicians in the Czech society. It is investigated with the use of critical discourse analysis. The thesis begins with an Introduction and Methods. The third chapter offers a basic overview of the structure of the Czech health care system, which eventually provides summary of important political factors influencing the health care. The fourth chapter analyzes a union strike Děkuji, odcházíme, the most important doctors' protest since nineties. The fifth chapter investigates position of female physicians in the Czech Republic, their perception inside the medical community and how this perception contributes to power asymmetry between men and women in health care. Last chapter analyses statements of medical experts during COVID crisis. The point of this chapter to demonstrate how medical experts use their expertise to involve themselves into the broad social debate and how the public perception limits their involvement.

Key words

critical discourse analysis, health care, social movements, COVID crisis

Obsah

Abstrakt	4
Abstract	4
1. Úvod.....	6
2. Metodologie	9
3. Struktura českého zdravotnictví.....	12
3.1. Ministerstvo zdravotnictví.....	12
3.2. Česká lékařská komora	13
3.3. Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně.....	13
3.4. Lékařský odborový klub	Error! Bookmark not defined.
3.5. Postgraduální vzdělávací proces lékařů.....	14
4. Děkujeme, odcházíme.....	15
4.1. Sociální hnutí	15
4.2. Vnímání lékařů skrze Děkujeme odcházíme.....	18
4.2.1. První dimenze (struktura textu)	18
4.2.2. Druhá dimenze (vnější vztahy textu a mezidiskurzivní vztahy).....	22
4.2.3. Třetí dimenze (ideologie a moc).....	23
5. Lékařky v Česku	26
5.1. Bias v českém zdravotnictví vycházející z genderu.....	26
5.2. Postavení žen a mužů ve zdravotnictví a dopad tohoto vztahu na vnímání lékařů a lékařek	31
6. Lékaři experti v koronavirové době	36
7. Závěr.....	47
8. Reference	49

1. Úvod

Lékařská profese je obecně v jakékoliv společnosti velmi důležitá z mnoha důvodů. Je integrální součástí zdravotnického systému, který dokáže, za předpokladu ideálního fungování, správně zahrnout primární, sekundární a terciární prevenci. Zároveň dokáže velmi rychle řešit typické civilizační akutní stavy, které ohrožují populaci. Česká republika se externě i interně prezentuje jako země s vyspělou zdravotní péčí, která dosahuje srovnatelných kvalit s nejnávštějšími zeměmi západního světa, a to za daleko menší náklady (Ministerstvo zdravotnictví, 2019). Toto tvrzení je založeno na ekonomických a medicínských pozorováních a jako takové má svou vypovídající hodnotu. Cílem této práce není rozporovat zásluhy českého zdravotnictví. Je však otázkou, zdali žebříčky a metriky, které staví české zdravotnictví na přední příčky, popisují skutečně denní realitu, kterou zažívají čeští lékaři a lékařky.

Hlavním nedostatkem ekonomicko-medicínského pohledu je totiž přílišná generalizace a řešení zejména ekonomických otázek. Dominance ekonomické perspektivy zdravotnictví se pak týká i prací, které jsou primárně zaměřené na neekonomické oblasti, např. veřejné politiky (Valterová, 2010). Ekonomické studie dokážou zodpovědět, jak nejlépe využít prostředky k dosažení stanovených cílů a odborně medicínské statistiky můžou poukázat na kvalitu poskytované péče, ale ani jeden z těchto dvou pohledů povětšinou nedokáže zachytit politickou a sociální důležitost zdravotnického systému. V obou přístupech je ale počítáno s jistými předpoklady, které jsou zásadní pro chápání zdravotnictví. A právě tyto předpoklady nevycházejí ani z medicínského, ani ekonomického přístupu. Co je cílem zdravotnictví je zásadně politická otázka, která není rozhodována pouze finančními řediteli a zdravotními experty, ale zejména politiky. Tato skutečnost je zřejmá při předvolebních soubojích, kdy nejen v České republice je zdravotnictví stěžejním tématem. Z příkladů ze zahraničí je vhodné si vzpomenout na nedávné prezidentské volby ve Spojených státech, kdy rozšíření zdravotního pojištění bylo zásadním tématem. A kdo by i přes tyto příklady pochyboval o politické důležitosti zdravotnictví, může vzpomenout na dobu pandemie COVID-19 v Česku. Hlavní debatou bylo, zdali máme vyvažovat negativní efekty krize na průmysl a zdraví lidí nebo zdali máme upřednostnit jenom zdraví pacientů. Za nastavení pravidel během nouzového stavu a za znění pandemického zákona nesla a nese zodpovědnost zejména politická reprezentace, i přes fakt, že vládní činitelé měli k dispozici poradce z odborných zdravotnických a ekonomických kruhů.

Jak tedy zkoumat zdravotnictví z pohledu politologie? Samozřejmě metod může být využito mnoho a je zjevné, že zde nemůže být rozvedeno příliš témat. Stejně tak hloubka analýzy nemůže být taková, aby dokázala popsat procesy fungování zdravotnictví do detailů. Aby bylo možno demonstrovat přínosnost politologického přístupu ve zdravotnictví, bylo potřeba vybrat oblast, která hraje zásadní roli při utváření zdravotnického systému, ale zároveň není dobře popsitelná ekonomickými nebo odborně medínskými metrikami. Tak byla pro účely této práce vybrána specifická skupina aktérů, kteří jsou vykonavateli zdravotní péče, ale zároveň jsou součástí politických procesů, které utvářejí podobu zdravotnického systému – lékaři. Co to ale znamená z politologického hlediska?

V této práci budou analyzovány tři témata, které se budou zabývat tím, jak jsou lékaři vnímání veřejností, jak je toto vnímání tvořeno a jaké implikace vyvolává vně i dovnitř komunity lékařů. Nebudu rozporovat přímo kvalitu zdravotnictví, jelikož to není cílem této práce, ale budu poukazovat na rozpory a nedostatky, které plynou z asymetrického řízení zdravotnictví, sociálních stereotypů a diskriminujících (neformálních) pravidel.

Nejdříve bude analyzován příklad odborové akce z roku 2011 „Děkujeme, odcházíme“, největší protest lékařů za zlepšení podmínek pro lékaře v Česku. Zde bude cílem ukázat, jak se elitářský diskurz zdravotnictví uplatňuje při přípravě odborářské akce a jak pomáhá udržet současné postavení lékařů mezi ostatními zdravotníky a zdravotnictví mezi ostatními sociálními tématy. Poté bude řešena problematika mužského šovinismu v českém zdravotnictví, kde bude navazováno na anketní průzkum z nedávné doby provedený JUDr. Anetou Stierankovou a MUDr. Gabrielou Veselskou ve spolupráci se spolkem Mladí lékaři. Součástí bude popis utváření vnímání o lékařkách zejména uvnitř lékařské komunity. Toto vnímání následně udržuje pevné hierarchické vztahy mezi muži a ženami ve zdravotnictví. Poslední kapitola se bude věnovat reakcím lékařů-expertů na koronavirou krizi a jaký vliv měla tato stanoviska na průběh samotné krize a následné (ne)přijetí těchto lékařů-expertů ve společnosti. Zde zejména bude popsáno, jak je vnímání lékařů ve společnosti využíváno konstrukci nebo reprodukci mocenské struktury. Všechna témata zčásti ukážou, jak jsou lékaři a lékařky vnímání a jaký dopad má toto vnímání na charakter zdravotnictví. Každopádně ne každá část musí obsahovat externí charakteristiku lékařské komunity. V případě diskriminace žen bude záměr ukázat spíše vnitřní fungování lékařské komunity, které ale zcela jistě má sekundární dopad na vnímání lékařů.

Pomocí výše uvedených oblastí a podotázek by měly být zodpovězeny dvě hlavní otázky: *Jaké je vnímání lékařů v české společnosti? Jak je toto vnímání utvářeno a jaké má dopady na organizaci a fungování zdravotnictví?*

Předtím však než budou rozebrány výše uvedená témata, pokusím se čtenáři popsat současný stav zdravotnictví, jak je řízen a jací jsou významní političtí aktéři.

2. Metodologie

2.1. *Kritická diskurzivní analýza*

K výzkumu vnímání lékařů v české společnosti použiji metodu kritické diskurzivní analýzy. Prostředí český zdravotníků je svázáno nepsanými pravidly, která jsou dle některých dlouholetých členů komunity podobná jako před desítkami let, respektive se mění velmi pomalu, a která nejsou (většinou) přímo přiznaná v oficiálních textech. Tato zkušenost vybízí k využití kritické diskurzivní analýzy, která se snaží využít lingvistického přístupu k diskurzu. Snaží se najít systematické jazykové jevy, které dokážou odkrýt podvědomé nebo skryté konstruované limity (Durnová, 2011; Howarth, 2000; Wodak, 2014), a propojit je „s významotvornou praxí v jejím širším společenském a historickém kontextu“ (Beneš, 2008). Spojením přímých jazykových nálezů v textech jednotlivých aktérů a zanesením těchto informací do širšího kontextu zdravotnictví a české společnosti se dále umožní popsat souvislosti výše zmíněných nepsaných pravidel. V posledním kroku bude použita i třetí dimenze kritické diskurzivní analýzy, a to zanesení těchto „pravidel diskurzu“ do širší společenské praxe, do běžné denní reality českého zdravotnictví, čímž se ukáže mocenská struktura (Novotná, 2019), která využívá nynějšího diskurzu.

S třetí dimenzí jsou dle Fairclough (Fairclough, 1992) spojené pojmy jako ideologie a hegemonie. Dle autora je ideologie významotvorná tvorba a konstrukce reality (*signification and construction*), která je založená na formách diskurzivní praxe, čímž přispívá k tvorbě, reprodukci nebo transformaci mocenských vztahů. Diskurz je pak spojený tak silně s ideologií, jak hodně přispívá k udržení nebo přeměně mocenské struktury, tj. ne všechny diskurzy musí být ideologické. Pro tuto práci je však zásadní, že diskurz může přispět k udržení nebo naopak rozrušení mocenských vztahů.

2.2. *Aplikování metody na témata*

Pomocí kritické diskurzivní analýzy budou zkoumána tři oblasti, které se dotýkají českého zdravotnictví a u kterých bude možné ukázat utváření vnímání lékařů a jaké dopady toto vnímání má uvnitř i vně lékařské komunity.

První téma bude analýza odborářské akce Děkujeme odcházíme z přelomu roku 2010 a 2011, ve které kulminovaly požadavky lékařské komunity vůči vládě. Očkování jako třetí oblast této práce bylo navrženo již před pandemickou krizí z důvodu existence povinného očkování pro děti v České republice. Velmi dobře se ale může analyzovat vnímání lékařů prostřednictvím diskusí o (ne)povinném očkování i v průběhu koronavirové krize. V této části budou detailně analyzováno 6 textů, které se vztahují k proběhlé akci. Nejdříve opět budou vybrány lexikální jednotky a syntaktické prostředky, které budou zasazeny do vnějších vztahů tvořených společenskou praxí. Budou hledány vnější vztahy textů a pozornost bude věnována také mezidiskurzivním vztahům. Ve druhé dimenzi kritické diskurzivní analýzy se budou specificky hledat podklady pro popis kontextualizace zdravotnického a ekonomického diskurzu během této akce. V poslední třetí dimenzi pak opět využijeme zjištěné poznatky v syntéze, která nám pomůže demonstrovat mocenskou strukturu a ideologii převládající v současném vztahu zdravotnictví. Tato struktura zásadně determinuje vnímání lékařů jak před pacienty, tak před zdravotníky samotnými.

Další z oblastí zkoumaných pomocí kritické diskurzivní analýzy z nich bude otázka postavení lékařek v Česku, které dle názoru autora této práce jsou běžně a často vystavovány nepřipustné diskriminaci na základě jejich pohlaví. Budou vybrány ukázky rozhovorů předních lékařských expertů a akademiků, které se k otázce postavení žen v medicíně vyjadřují. Ukázky budou rozebrány z jazykového hlediska a následně budou tyto poznatky zasazené v souladu s postupem kritické diskurzivní analýzy do společenského rámce českých lékařů a lékařek. Nutno podotknout, že základní informace o struktuře a charakteru českého zdravotnictví budou uvedeny již v druhé kapitole „Struktura českého zdravotnictví“ a v jednotlivých kapitolách budou uvedeny upřesňující informace vztažené k probírané otázce. V následném kroku se srovnají výpovědi předních expertů s dotazníkovým řešením, které se zabývalo právě diskriminací lékařek. Na obsahu výpovědí respondentek a jejich rozdílu od výpovědí expertů bude demonstrována mocenská struktura, která těžší z převažujícího šovinistického diskurzu českého zdravotnictví.

Třetí a nejaktuálnější téma se bude týkat pandemie COVID-19 a jaký kontext v něm hráli lékaři experti. Budou vybrány rozhovory tentokrát se třemi mediálně známými představiteli lékařské komunity, kteří se ze své pozice medicínského experta vyjadřovali k probíhající koronavirové krizi. Podklady k analýze budou získány ze tří rozhovorů u každého experta a budou zkoumány odborné termíny, rétorické polohy aktérů. Výroky budou dány do souvislostí se současně probíhající krizí zapojení těchto aktérů do politického prostředí (ostatně

jeden z expertů bude v době psaní práce stále aktivní poradce prezidenta a bývalý ministr zdravotnictví, druhý expert je toho času rektor univerzity). Využití třetí dimenze kritické diskurzivní analýzy bude v tomto případě o něco složitější, jelikož každý z expertů může mít zájem o prosazení o něco jiné mocenské struktury, o jinou specifickou „manipulaci diskurzem“. Každopádně jejich společná expertní komunita a kontext pandemické situace je spojuje v tom, s jakým diskurzem manipulují. Snaha tedy bude o nalezení společných bodů mezi jednotlivými aktéry a následně o zjištění rozdílu v aplikaci společného diskurzu.

3. Struktura českého zdravotnictví

Pro komplexní pochopení situace uvnitř lékařské komunity a její následné dílčí reakce ve společnosti je porozumění struktuře českého zdravotnictví a její hlavní rozhodující složky. Tato kapitola bude rozdělena do několika podkapitol věnujícím se jednotlivým formálním a neformálním organizujícím se složkám zdravotnictví. Je ale potřeba mít na paměti, že tento popis bude reduktivní a nedokáže ve vši přehlednosti popsat všechny části zdravotnictví, a to i přesto, že se bude probírat mnoho složek v detailním popisu.

3.1. Ministerstvo zdravotnictví

Pro české ministerstvo je specifické, že ovlivňuje dění ve zdravotnictví zejména regulativní mocí. Distributivní a redistributivní moc je zásadně snížena, a to i přes fakt, že zdravotní náklady státu činí výraznou část státního rozpočtu. Tyto náklady jsou řešeny přímo zdravotními pojišťovkami a ministerstvo má pouze omezený nepřímý přístup k těmto penězům. Jeden z příkladů by mohl sloužit rezervní fondy jednotlivých pojišťoven, které jsou zřizovány zejména pro zajištění udržitelnosti zdravotnického systému v době krize. Jelikož od poslední recese v roce 2008 byly schopny pojišťovny nastřádat v těchto fondech více jak 45 miliard korun, staly se tyto rezervní fondy předmětem diskuse v roce 2019, kdy byly vznášeny návrhy využití těchto prostředků jiným způsobem. Ministerstvo nemohlo přímo ovlivnit využití těchto peněz, jelikož těmito prostředky disponují pojišťovny, které sice s Ministerstvem spolupracují, ale také mají zákonně definované povinnosti, např. jako zajištění dostupnosti zdravotní péče.

Ministerstvo ovlivňuje dění v lékařské komunitě zejména legislativní mocí. Jedním z výmluvných příkladů, které byli relativně sledovaná i širší veřejností (anebo přinejmenším odbornou veřejností), byla debata v rámci novelizace zákona o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta. Problematika specializované způsobilosti je v rámci české lékařské komunity dlouhodobě neuralgickým bodem. Laické veřejnosti specializovaná způsobilost může být známá zejména pod pojmem atestace, kterou lékař musí složit, aby mohl vykonávat klinickou praxi samostatně bez odborného dohledu a dozoru. Lékařská komunita v Česku je bytostně závislá na procesu získávání atestace, protože jenom lékař s atestací je pro systém zdravotní péče zásadní. Ministerstvo při navrhování novelizace má v rukou potenciální zásadní změnu, přesto se dlouhodobě vládní úřad v této problematice rozhoduje pro přenechání debaty o podobě novelizace odborným společenstvem, České lékařské komoře a dalším zájmovým skupinám. Samo se staví pouze do role moderátora.

3.2. Česká lékařská komora

Dle zákona České národní rady o České lékařské komoře, České stomatologické komoře a České lékárnické komoře, je komora zákonnou organizační jednotkou, která má interní a externí funkce. Oficiálně má dbát na dodržování odborných a etických standardů a navenek má „hájit práva a čest svých členů“. Samozřejmě tento popis je velmi vágní a určitě se nabízí otázka, jak ve skutečnosti ve společnosti vystupuje a jaké cíle prosazuje. Pro pochopení funkce komory je potřeba znát několik základních údajů. Ze zákona je každý lékař, který chce vykonávat klinickou praxi, povinen být členem komory a platit poplatky. Zároveň má každý lékař možnost volit své zastupitele do orgánů komory. Každopádně zde nastává již problém, který má zásadní dopad na vnímání komory širší společností. Nynější prezident dr. Kubek zastává tuto funkci již od roku 2006 a díky širokým pravomocem prezidenta komory, které ho opravňují zastupovat celý lékařský stav, se stal oficiální tváří lékařů. Hlavním problémem je, že stavovské předpisy komory dávají prezidentovi široké pravomoci a volební předpisy pak snižují demokratické prvky. Následně se velmi často stává, že názory prezidenta, resp. předsednictva ČLK, se nezakládají na názorech, které by byly v široké shodě v lékařské komunitě.

Základní organizační jednotkou České lékařské komory je totiž okresní sdružení, které volí velké množství funkcí v rámci okresního sdružení, ale také zároveň volí delegáta na sjezd komory. Sjezd následně volí předsednictvo, včetně prezidenta na 5 let. Také byl vypuštěn bod, který umožňuje být ve funkci pouze dvě funkční období, díky čemuž mohl být dr. Kubek zvolen potřetí do funkce prezidenta. Tento volební systém tedy produkuje prezidenta, který má dlouhé volební období se širokými pravomocemi a zároveň je vzdálen o názorů řádových členů komory. Nutno také podotknout, že systém okresních sdružení produkuje velmi různě volební obvody. Oblast, kde se nachází fakultní nemocnice bude mít řádově víc lékařů než oblast, která má pouze jednu okresní nemocnici.

3.3. Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně

Oproti České lékařské komoře se jedna „pouze“ o zapsaný spolek a zákon ji nedává žádné specifické kompetence. I přesto společnost vystupuje jako garant šíření aktuálních vědecky podložených poznatků (a tím prakticky přejímá jednu povinnost České lékařské komory). Dalším rozdílem oproti komoře je fakt, že nesdružuje jenom lékaře, ale i další pracovníky ve zdravotnictví. Má také reálně menší dopad na vliv vnímání lékařů ve společnosti, zejména proto, že se odborná společnost rozděluje ještě na menší odborné společnosti dle

specializací (viz Česká onkologická společnost České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně)

3.4. Postgraduální vzdělávací proces lékařů

Pro pochopení vnímání lékařů v české společnosti je zásadní porozumět i postgraduálnímu vzdělávacímu procesu, který by ve zkratce zmíněn v podkapitole o Ministerstvu zdravotnictví. Většina debat v lékařské komunitě, které se řeší v široké veřejnosti, přímo souvisí právě s problematikou získávání specializované způsobilosti. Základní premisa porozumění vzdělávání lékařů je pochopit, že plnohodnotný lékař se člověk nestává absolutoriem lékařské fakulty, ale teprve složením atestační zkoušky. Důležitost této zkoušky nespočívá v jisté představě, že lékař s atestací má již dostatečnou odbornou přípravu, ale spíše v tom, že tento lékař může provádět výkony, které se posléze poskytovatelem zdravotní služby (ordinace, nemocnice, laboratoř apod.) tzv. vykážou zdravotní pojišťovně a tím obdrží za výkony peníze. V návaznosti na tuto skutečnost změny v pravidlech získávání atestace můžou vést k vážným systémovým následkům. Ukázkovým příkladem může být změna v procesu získávání specializované způsobilosti v oblasti dětského lékařství (pediatrie) a praktického lékaře pro děti a dorost. Při poslední zmíněné novelizaci došlo ke sloučení specializačního vzdělávacího procesu mezi těmito dvěma oblastmi s argumentem, že pediatrie by měla být vykonávána stejně jak v lůžkovém zařízení (nemocnice) nebo v ambulantním provozu (ordinace praktického lékaře pro děti a dorost). Sjednocení obou procesů na úroveň lůžkové pediatrie vedl (a stále vede) k situaci, kdy zájemci o práci dětského praktického lékaře musí absolvovat více jak 5 let v nemocničním zařízení s příslušnou akreditací. V kombinaci s vysokým průměrem nynějších praktických lékařů pro děti a dorost vede k absolutnímu nedostatku ambulantní zdravotní péče pro děti, zejména mimo velká města.

4. Děkujeme, odcházíme

Vnímání lékařů se ale neutváří pouze interní strukturou, z ní vycházející asymetriemi a diskriminací nebo experty lékaři, kteří jsou mediálně známí. Důležitými prvky, které ovlivňují tvář lékařů před veřejností, jsou i organizované skupiny a jimi připravované události. Některé takové jako Česká lékařská komora nebo Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně byly již zmíněné v kapitole Struktura českého zdravotnictví. Další podobnou skupinou, která organizuje lékaře za jistým společenským cílem, je Lékařský odborový klub – Svaz českých lékařů (dále jen „LOK“). Významnou událostí, kterou se zapsal tento klub do povědomí široké veřejnosti, byla akce Děkujeme, odcházíme. Jednalo se velmi pravděpodobně o největší organizovanou odborovou aktivitu lékařů (co se týče rozsahu a potenciálních důsledků), která měla zásadní vliv na postavení lékařů v České republice.

Děkujeme, odcházíme bude analyzováno z pohledu kritické diskurzivní analýzy, jak bylo slíbeno v kapitole Metodologie. Jelikož se ale jednalo o významnou odborovou akci, je nasnadě použít i jinou optiku, která by čtenáři přiblížila charakter a kontext Děkujeme, odcházíme. To bude nakonec nápomocné i v rámci kritické diskurzivní analýzy, a to ve druhé a třetí dimenzi.

4.1. Sociální hnutí

Děkujeme, odcházíme měla 13 tzv. důvodů k exodu. Poukazovala na problémové body v českém zdravotnictví a LOK vyzýval české lékaře, aby podali výpověď jako důkaz odhodlání české lékařské komunity k vyřešení zmíněných 13 bodů. Na konci prosince 2010 měli zástupci LOK více jak 3500 podepsaných výpovědí (Procházková, 2010). Akce ale záhy skončila v únoru 2011, kdy se organizátoři domluvili s tehdejším ministrem zdravotnictvím Leošem Hegrem (Jansová et al., 2011).

I když protestující dosáhli jistých ústupku ze strany Ministerstva zdravotnictví, nedosáhli zásadní systematické změny, o kterou usilovali na začátku nebo která byla alespoň naznačená ve 13 bodech (LOK-SČL, 2010). Navíc se debata zredukovala zejména na finanční ohodnocení lékařů.

V čem tedy spočíval částečný (ne)úspěch Lékařského odborového klubu?

Charles Tilly ve svém textu (Tilly, 1998) se snaží vystihnout sociální hnutí jako dynamický vztah aktérů. Pro popis sociálního hnutí používá slovo kampaň, které je podobné k volební kampani. Je ale namířená na nápravu špatného stavu. Dále hovoří: „*Whereas an*

electoral campaign pays off chiefly in the votes that finally result from it, a social movement pays off in the effective transmission of the message that its program's supporters are WUNC: 1) worthy, 2) unified, 3) numerous, and 4) committed.“

Dále říká, že pokud chce hnutí uspět musí vytvořit dva druhy mystifikace. Za prvé musí vytvořit obraz soudržného tělesa a vyrovnávat se z různými názorovými třenicemi. Stejně tak musí udržet celkovou kohezi, která může být narušovaná z jakýchkoliv důvodů.

Za druhé měli by sebe prezentovat jako skupinu, která má sociální a solidární účely, nejlépe s dlouho historií.

Tilly tímto poskytuje nástroj, jak je možné zhodnotit. Děkujeme, odcházíme a retrospektivně vysvětlit jeho výsledek. Při použití měřítka WUNC se může odborářská akce uchopit ve větším detailu. Dle tohoto měřítka se hodnotí podporovatelé a zástupci akce, kteří musí být úctyhodní (*worthy*), sjednocení (*united*), početní (*numerous*) a oddaní (*committed*). Téměř ve všech proměnných nebylo lékařské hnutí stoprocentní.

Lékařské povolání je možná úctyhodné (*worthy*), ale jak již bylo uvedeno výše, mediální obraz doktorů bažících po penězích mohl otrástit jejich společenským postavením (i když krátkodobě). Tato skutečnost pravděpodobně unikala i organizátorům akce, kdy sice nedostatečné finanční zázemí doktorů mohlo být vnímáno jako zásadní překážka k nalezení kompromisu, ale její zdůrazňování v médiích mělo zásadní dopad na podporu veřejnosti.

Sjednocení (*united*) lékařské komunity by mohlo být hodnoceno podle veřejných důkazů podpory od různých částí samotné komunity. Většina významných osobností medicíny se přiklonila na jejich stranu (viz Odboráři sečetli výpovědi), a tím by se mohl tento ukazatel brát za splněný. Zde je potřeba ale vzít v úvahu, za jakých okolností je možné považovat hnutí za sjednocené v kontextu zdravotnictví. Zdravotničtí pracovníci jsou sice běžně zastoupeni lékaři ve styku s veřejností (kdokoliv byl někdy na vyšetření, chirurgickém zákroku nebo léčbě centrovými léky, může potvrdit, že zásadní komunikace probíhá s lékařem), ale jen těžko je možné redukovat všechny zdravotníky na lékaře. Je tedy v celku logické, že pokud je požadováno partikulární zvýšení mezd a platů pouze jisté části pracovníků ve zdravotnictví, může být rozbití iluze sjednocení vcelku jednoduché.

Početní (*numerous*) je v tomto případě problematická položka. Sice 3500 podepsaných výpovědí není objektivně zanedbatelné číslo z pohledu organizace zdravotnictví, přesto to netvoří ani 10% pracujících doktorů. Mediální interpretace této skutečnosti je těžko

kontrolována a opět je otázkou, zdali se LOK podařilo udržet zdání početnosti aktivních podporovatelů.

Na druhou stranu je potřeba zohlednit fakt, že i přes relativně menší počet přímo zapojených lékařů podepsali výpověď a tím zdůraznili svoji oddanost (*committed*). LOK v případě Děkujeme, odcházíme postavil před své podporovatele vysoký práh, čímž sice zvýšil vážnost podstaty protestu, ale přišel o další stovky nebo tisíce možných aktivních podporovatelů. Navíc takto odvážnou sázku zúčastněných lékařů bylo potřeba vydržet několik měsíců. Jelikož lékaři byli skutečně rozestří po celé republice a každý z nich byl vystaven nejen tlaku centrální vlády, ale i vedení své nemocnice, docházelo ke stahování výpovědí a tím narušování celého protestu. Počet stáhnutých výpovědí do podepsání memoranda mezi LOK a vládou ČR nebyl sice významný, každopádně každá jednotlivá výpověď mohla způsobit zásadní narušení důvěry v úspěch protestu na lokální, ale i národní úrovni.

A co se týče mystifikací? První z nich, tedy vytvořit zdání jednotné bloku, byl spíše neúspěch. Podrobnosti jsme naznačili výše v ukazateli sjednocení. Zatímco Česká lékařská komora stála za LOK a lékařská komunita mohla tak být hodnocena jako sjednocená, sesterská organizace (viz Sestry odmítly formu protestu lékařů) se nepřidala na jeho stranu a tím oslabilu celou mystifikaci. Vyostřila tak ještě mediální obraz doktorů jako na peníze orientovaných odborníků. Jestliže u první mystifikace může být debata o úspěchu a neúspěchu, druhá mystifikace se zcela jistě LOKu nevydařila. Úkol vytvořit o sobě obraz solidární skupiny, která se snaží napravit historické křivdy, byl problematický už kvůli výše napsaným důvodům. Každopádně LOK situaci významně zhoršil postavením sebe jako ne skupiny, se kterou by veřejnost měla soucítit, ale jako skupiny, bez které se společnost neobejde. Už sarkastický název akce „Děkujeme, odcházíme“ není ideální. Stejně tak heslo „Náš exodus, Váš exitus“ staví lékaře spíše do obrazu vyděračů než členů společnost, se kterými by měla být širší veřejnost solidární. Tehdejší vládě stačilo pak jenom artikulovat tuto nelichotivou podobu na obrazovky televizí a měla hned o něco lepší vyjednávací postavení.

Lékařský odborový klub motivovalo zorganizovat akci „Děkujeme, odcházíme“, aby narovнала podmínky ve zdravotnictví. Chápali tehdejší (a vlastně i nynější) neutěšený stav jako křivdu, kterou musí společnost napravit. Věřili, že jim je společnost něco dlužna. Přistoupili k protestu stejným způsobem a místo, aby získali sympatie veřejnosti a měli tak vyjednávací prostor pro všechny své „Důvody k exodu“, museli se spokojit s kompromisem pouze v jednom bodu. Nedá se tedy říct, že by byla nejznámější (a asi bohužel i nejúčinnější) akce Lékařského odborového klubu úspěšná. Spíše naopak.

4.2. *Vnímání lékařů skrze Děkujeme odcházíme*

Analýza odborové akce prostřednictvím sociálních hnutí přibližuje čtenáři charakter akce a jeho kontext, ale pro vnímání lékařů českou společností je v rámci této práce přednější kritická diskurzivní analýza.

Obsahový materiál pro zpracování kritické diskurzivní analýzy byl založen na novinových článcích od dubna 2010 až do května 2011, které se přímo nebo nepřímo vztahovali k akci Děkujeme, odcházíme. Bylo vybráno 6 textů, které dle autora této práce reprezentují průběh celé akce a je v nich možné najít klíčové jazykové prvky charakterizující odborovou akci. Jednotlivé příklady jsou buď přímou řečí aktérů, nebo novinářským textem, který reportoval o dílčí události.

4.2.1. *První dimenze (struktura textu)*

V předešlé části bylo zkoumáno Děkujeme, odcházíme z perspektivy sociálních hnutí a tím bylo možné nahlédnout proklamace organizátorů akce. Jak ale byla akce vnímána a jak byli vnímání lékaři na základě této akce? V první části bude identifikována lingvistická podoba odborářské akce. Budou popsány hojně používané výrazy, slova a věty, které dále charakterizovaly průběh akce. V úvahu budou samozřejmě také brány výroky, které naopak byly řečeny málo nebo vůbec, i by logicky měly být součástí.

V rámci první dimenze budou hledány určité výrazy, které by potvrdily nebo vyvrátily charakteristiky, které se spojovaly s hnutím:

Samotný název Děkujeme, odcházíme implikuje **sarkastický přístup** lékařů odborářů. Náš exodus, Váš exitus – heslo akce evokuje dále **alarmismus, potažmo vyhrožování**. Zároveň je historicky známo, že došlo k podepsání memoranda a tím nalezení **kompromisu**, čímž je logicky vyvozeno, že musely být používané i **smířlivé a uklidňující výroky**. Celá podstata akce byla založena na **výlučnosti** problematiky pro **lékaře**. V důsledku toho bude důležité zjistit i momenty, které naznačují **unikátní postavení lékařů** oproti ostatním oborům nebo alespoň nepřímo oddělují lékařskou komunitu od zbytku zdravotnických pracovníků. Děkujeme, odcházíme přinesl zejména (a pouze) změnu ve finančních odměnách zdravotníků v nemocnicích, i přes 13 bodů, které hnutí uveřejnilo. Důležité bude také pozorování výroků, slov, které buď dávají přednost **finančnímu aspektu** akce nebo naopak zdůrazňují **reformní charakter protestu**.

Text 1

- **platy** lékařů činily 1,5 až trojnásobek průměrné mzdy
- Lékaři požadují **odpovídající mzdy** i kvalitní a finančně dostupné **vzdělávání pro mladé lékaře**.
- že podfinancování zdravotnictví nezpůsobili. **Platy lékařů** nicméně v průměru požadavku odborů odpovídají
- se rozjede **sanitka zvaná mudrcák** a
- začínající lékař by tak **měl hodinovou mzdu 200 korun** a jeho zkušenější kolega **400 korun**
- Lékařské odbory **podporují** i stávkovou **pohotovost Odborového svazu zdravotnictví a sociální péče (OSZ)**, který zvažuje na 15. října protestní stávku.
- **chybějící peníze prý způsobilo špatné hospodaření**.
- Jako příklad uvedl údajně velice **špatnou lékovou politiku a předražené státní zakázky** na stavby nebo přístroje.
- **nechtějí vyvolat paniku**, jejich cílem je dohodnout se s vládou
- že dají **na konci roku hromadnou výpověď, pokud nedostanou přidáno**

(ČT24, 2010)

Text 2

- Lékaři by od března měli **dostat přidáno pět až osm tisíc korun**
- Dohoda **splňuje maximum možného**
- udělali jsme to **hlavně kvůli pacientům** a také kvůli tomu, aby se další věci, které se ve zdravotnictví mají změnit,
- celém sporu **zvítězil především pacient**
- **zvítězil zdravý rozum**
- podali: „I když jsem uvažovala o dvou, třech případech, že bych je zpátky nevezala, **tak asi vezmu všechny**.“
- lékaři v nemocnicích mají obecně **nesrovnatelně horší podmínky**
- Předseda vlády Petr Nečas zdůraznil, že dvě miliardy korun navíc, které ministr Heger zdravotnictví slíbil, budou **získány reformou a restrukturalizací zdravotnického systému**.

(Jansová et al., 2011)

Text 3

- Za **takový hodinový plat**, který u nás dostávají mladí lékaři v nemocnici, nepracují u nás ani studenti na brigádě. To není aktuální vyjádření českého Lékařského odborového klubu, ale začátek zhruba tři roky starého článku z deníku Süddeutsche Zeitung,

(Kerles, 2011)

Text 4

- Na organizátory Děkujeme, odcházíme podal advokát Kolja **Kubíček trestní oznámení**.
- pak se jedná o **trestný čin vydírání**,"
- **Společně s dalšími spolupachateli** utvrzoval veřejnost a ministra zdravotnictví v tom, že hromadným odchodem lékařů ze zdravotnických zařízení vznikne v České republice vážná porucha
- Dále požadoval navýšení finančního plnění lékařům v zaměstnaneckém poměru a částku nejméně dvě miliardy korun ročně,"

(Aktuálně.cz, 2011)

Text 5

- Myslí si také, že **tři z jejich čtyř hlavních požadavků** už splnil
- Jsou **energeticky agresivní**. Snaží se prosadit své nároky za každou cenu. Jejich rétorika je až **za hranicí zdravého rozumu**,
- Druhou skupinou jsou prý **lékaři pracovití, slušní**, a právě tito lidé jsou pro ministra signálem toho,
- Podotýká také, že **stále věří**, že většina lékařů, kteří podali výpověď **v nemocnicích zůstane**
- S děkany atestačních fakult jsem se už domluvil, jak bude **atestační výuka probíhat**
- Minulý týden jsem zveřejnil **program naší reformy**. Další požadavek – **odstranění korupce**.
- Ten čtvrtý požadavek – **platy**, zůstává. Ten nejsem schopen splnit

(Parlamentnílisty.cz, 2011)

Text 6

- **Česká lékařská komora (ČLK)** v sobotu po svém jednání vyzvala nemocniční lékaře, kteří ještě na protest nepodali výpověď, aby akci **Děkujeme, odcházíme podpořili**.
- „Pan ministr nenabízí vůbec nic, to je ten základní problém. Pouze vyzývá k **bezpodmínečné kapitulaci**,“
- není podle dané nabídky vůbec jisté, že se například **změní systém vzdělávání lékařů**, že se nastartuje reforma **ku prospěchu lékařů a pacientů**, nebo **dojde k protikorupčním opatřením**.
- „ČLK požaduje **speciální mzdovou normu**, která zvýší tarifní odměňování od 1,5 až trojnásobku průměrné mzdy v závislosti na odbornosti lékaře,“
- Kubek rovněž vyzval lékaře, kteří ve zdravotnictví zůstali, aby **dbali na zákoník práce a bezpečnost pacientů**.
- Není-li schopen vyřešit kauzu ředitele Motola Miloslava Ludvíka, který veřejně přiznal, že **dochází k manipulaci se zakázkami** a místo toho ho omlouvá, tak ztrácí důvěru,“
- Vyjádřila se **k aktuálním sporům v nemocnicích mezi lékaři a zdravotními sestrami**. „Mělo by zaznít, sestřičkám bylo přidáno v posledních dvou letech tarifně, lékaři ale mají i dnes dostat přidáno na základě odměn,“ poznamenala k tomu.
- Trestní oznámení mě nepřekvapuje. Už tatínek říkal, že všechno má své meze, **kromě hlouposti, závidosti a nenávisti**.

(Novinky.cz, 2011)

Lingvistická analýza jednotlivých textů odhalila důležité prvky ve výpovědích aktérů. Jak bylo naznačeno výše byly hledány výrazy podporující nebo vyvracející charakteristiky, které byly s hnutím spojovány.

Sarkasmus k překvapení autora nebyl příliš dominantní prvek i přes zvolení názvu Děkujeme, odcházíme. Jediná jízlivá ironie byla použita prezidentem České lékařské komory Kubkem, který komentoval podání trestního oznámení na odborovou akci. Nutno dodat, že

Kubek nebyl oficiálním organizátorem akce a samotná skutečnost, kdy byla ironie použita spíš popisoval dílčí epizodu, která reagovala na průběh akce Děkujeme odcházíme.

Zajímavější výsledky byly k vidění v oblasti alarmismu a vyhrožování vůči kompromisu a smířlivosti. Očekávaně bylo více excitovanějších výroků na straně odborářů (dají na konci roku hromadnou výpověď, pokud nedostanou přidáno; se rozjede sanitka zvaná mudrcák, pouze vyzývá k bezpodmínečné kapitulaci), ale v době podepsání dohody se začaly objevovat výroky, které se staví za dohodu (dohoda splňuje maximum možného; v celém sporu zvítězil především pacient). Ze strany vládních představitelů nebo vedení nemocnic byly výroky spíš uklidňující, které měly snahu navodit pocit splněných požadavků a dohody (myslí si také, že tři z jejich čtyř hlavních požadavků už splnil, druhou skupinou jsou prý lékaři pracovití, slušní, a právě tito lidé jsou pro ministra signálem...). Zajímavým prvkem byl ale moment nejistoty návratu lékařů do zaměstnání (I když jsem uvažovala o dvou, třech případech, že bych je zpátky nevzala, tak asi vezmu všechny; podotýká také, že stále věří, že většina lékařů, kteří podali výpověď, v nemocnicích zůstane) nebo rozdělování lékařů na skupiny spolupracujících a agresivních (Jsou energeticky agresivní. Snaží se prosadit své nároky za každou cenu. Jejich rétorika je až za hranicí zdravého rozumu.)

Děkujeme, odcházíme bylo akcí odborářů lékařů a postavená na jisté unikátnosti lékařů. To že, jednání o finančních požadavcích týká lékařů je jasně napsáno v každém zkoumaném textu. Explicitnějším důkazem o unikátnosti lékařů v chápání aktérů je výrok o finančním zlepšení sester v jiném období, a tím implikuje, že tato chvíle je zejména pro lékaře. V protikladu k tomuto výroku je ale zmínka, že lékařské odbory podporují stávkovou pohotovost Odborového svazu zdravotnictví a sociální péče.

Nakonec byl vytyčen cíl analyzovat, zdali akce byla vnímána jako aktivita za zlepšení finančního ohodnocení nebo naopak měla širší reformní charakter. K mírnému překvapení autora této práce byly nalezeny zmínky i o jiných aspektech než jen o navýšení platů a mezd lékařů. Nutno ale dodat, že požadavek o zvýšení dominoval v každém textu. Oproti tomu zmínky o jiných požadavcích – lepší vzdělávání mladých lékařů, dodržování zákoníku práce a protikorupční reforma – byly řečeny pouze vzácně a sloužily spíše jako dodatečné argumenty pro ospravedlnění celé akce (Kubek rovněž vyzval lékaře, kteří ve zdravotnictví zůstali, aby dbali na zákoník práce a bezpečnost pacientů; že se například změní systém vzdělávání lékařů, že se nastartuje reforma ku prospěchu lékařů a pacientů, nebo dojde k protikorupčním opatřením; kvalitní a finančně dostupné vzdělávání pro mladé lékaře).

Posledním postřehem v jazykové části je opakování fráze „zdravý rozum“ z úst vládních činitelů. U zástupců LOK byl častým momentem zdůrazňování, že tato akce, resp. dohoda s vládou, je zejména pozitivní pro pacienty.

4.2.2. *Druhá dimenze (vnější vztahy textu a mezidiskurzivní vztahy)*

V první části byly hledány výrazy, které by potvrdily či vyvrátily očekávané charakteristiky spojené s hnutím. Zejména byly sledovány výrazy nebo dvojice výrazů alarmismus – kompromis, unikátnost lékařů a výlučné postavení lékařů, finanční aspekt – reformní charakter protestů. Výše byly tyto výrazy pak konfrontovány s analýzou textů a byly nabídnuty bezprostřední postřehy. V druhé dimenzi budou následně zasazeny do vztahu s dalšími texty a do obecného kontextu. Budou také zkoumány vlivy dalších diskurzů nebo tzv. kolonizace jinými diskurzy.

Alarmismus, či jinak výroky označující situaci za urgentní či nesnesitelnou, je potřeba vnímat v kontextu toho, čím Děkujeme, odcházíme bylo. Organizátoři ji plánovali jako jednu z největších odborářských akcí od vzniku České republiky a hesla a výroky byla pravděpodobně s tímto cílem. I když v části, ve které byla akce zkoumána z pohledu sociálních hnutí, bylo řečeno, že samotný název mohl jít proti konečnému úspěchu, lze rozumět taktice při jeho výběrů. Cílem bylo získat co největší mediální prostory, což se nakonec opravdu stalo. Do této intepretace zapadají i umírněnější výroky, které se začaly objevovat s blížícím se kompromisem. Pro dohodu bylo potřeba získat jak samotné lékaře, kteří se zapojili do hnutí, tak i veřejnost (pacienty).

Výlučné postavení lékařů, resp. fakt, že centrem akce byly pracovní podmínky lékařů, bylo kritizované. V rámci druhé dimenze diskurzivní analýzy je ale nutné poskytnou jistý kontext pro takovéto vnímání. Lékaři nejsou jen společensky bráni jako hlavní postavy zdravotnictví, ale jsou i systémově a regulačně takto postaveni.

Tento argument lze rozdělit na dvě části. Za prvé organizačně je práce ve zdravotnictví závislá na rozhodnutí lékařů. Může být k diskusi, že existuje hierarchie i mezi lékaři. Primář může něco nařídit lékaři ve specializačním výcviku, ale zodpovědnost za konkrétní rozhodnutí mají oba. Přičemž tato zodpovědnost se nepřenáší na střední zdravotnický personál. Zjednodušeně řečeno, cokoliv napíše lékař do dokumentů pacienta, jde na zodpovědnost tohoto lékaře a jeho nadřízeného. Pokud zdravotní sestra koná dle těchto dokumentů a neporuší nic ze svých povinností, zodpovědnost nenese. Za druhé finančně je jakýkoliv poskytovatel

zdravotnických služeb (nemocnice, ambulance specialisty, praktický lékař) závislý na garantovi zdravotní péče. Tím může být v drtivé převaze pouze lékař se specializovanou způsobilostí, tj. atestovaný lékař. Defacto to znamená, že bez zdravotnické zařízení nemůže mít většinu svých příjmů bez lékaře. Bez zdravotní sestry, sanitáře ano.

Tím se samozřejmě nesnižuje kritiky, která byla popsána výše. Spíše jen je nabídnuto vysvětlení, jak mohli organizátoři z řád LOK dojít k prezentaci podmínek lékařů jako téměř jediného problému, na kterém v českém zdravotnictví záleží.

Dominance finančního aspektu na reformním charakterem hnutí, které ze zkoumaných textů vyplývá, je postaveno na dlouhodobém cítění mezi lékaři i v běžné populaci (Riebauerová, 2003; Sovová, 2009), že nejsou dostatečně zaplacení za svoji práci. Ostatně již před akcí Děkujeme, odcházíme LOK bojoval za vyšší platy lékařů (Kněžíková, 1996). Tento pocit spolu se skutečností, že to je jasně definovaný požadavek s přímým dopadem na lékaře, pak dává základ tomu, aby se stalo zvyšování platů hlavním tématem celého hnutí. V dynamickém vývoji jednání mezi vládou a zástupci LOK ostatní témata, která se nedokážou v mediálním prostoru vysvětlit na krátkém prostoru, automaticky dostávají menší a spíš podpůrný prostor.

Nakonec je potřeba zmínit i důležitý proces, který se v textech objevoval – kolonizace zdravotnictví ekonomickým diskurzem (chybějící peníze prý způsobilo špatné hospodaření; jako příklad uvedl údajně velice špatnou lékovou politiku a předražené státní zakázky na stavby nebo přístroje; budou získány reformou a restrukturalizací zdravotnického systému). Ta probíhá v pozadí zmíněné debaty a je silně podpořená právě tím, že hlavním bodem je platová situace lékařů. Tento proces nakonec je pak zásadní i pro třetí dimenzi

4.2.3. *Třetí dimenze (ideologie a moc)*

Tato část se bude věnovat tomu, jak zkoumané výrazy, sociální kontext a interdiskurzivita zapadají do tehdejšího vnímání lékařů a jak toto vnímání upevňuje nebo naopak rozrušuje mocenské vztahy uvnitř i vně lékařské komunity.

Lze začít s naposledy zmiňovaným procesem kolonizace zdravotnictví ekonomickým diskurzem, který probíhal na pozadí neoliberální hegemonie. Příklad Děkujeme, odcházíme a způsob jednání z pozice tehdejší vlády je pouze jeden z příkladů, jak zdravotnictví je řešeno zejména ekonomickým prismalem. Otázky financí jsou primární a otázky efektivity nejsou

široce probírány v mediálním prostoru. Konkrétně v případě této kapitoly ekonomický diskurz přispěl (kromě jiných vlivů, které se probíraly v rámci druhé dimenze) k vystoupení a následné dominanci platových požadavků. To má nakonec dopad na řízení a chod zdravotnictví a na vnímání lékařů v Česku. Názorným důkazem dopadu kolonizace zdravotnictví je postavení ředitelů fakultních nemocnic vůči děkanům lékařským fakult. Fakultní nemocnice a fakulty žijí ve velmi těsném vztahu, který je do jisté míry reciproční. Jelikož ale fakultní nemocnice disponují zásadně většími finančními prostředky, lékařské fakulty se nacházejí velmi často v defenzivním postavení.¹

Dominantní postavení lékařů v rámci Děkujeme, odcházíme a kontext, který byl popsán v předešlé podkapitole velmi dobře popisuje mocenskou strukturu, která recipročně tímto diskurzem svoje postavení udržuje. Pevná hierarchie ve zdravotnictví, která udržuje úzký okruh lidí u rozhodování se zpětně projevila právě i akci Děkujeme, odcházíme, kdy organizátorům přišlo samozřejmé zdůrazňovat primárně problémy týkající se lékařů. Nelze tvrdit, že neexistovali žádné výroky nebo okamžiky, kdy by lékaři nechtěli spolupracovat i s jinými profesemi v rámci zdravotnictví, ale zásadní bylo, jak akce a zejména 13 důvodů k exodu bylo vystavěno. Takto rigidní struktura zásadně ovlivňuje chod zdravotnictví, udržuje asymetrické vztahy, a nakonec upevňuje vnímání lékařů jako jediných důležitých pracovníků ve zdravotnictví. Následná otázka, která by vyplývala z tohoto pozorování a která jde za rámec této práce, by byla: jak jinak může zdravotnictví fungovat? Velmi racionálně lze přeci tvrdit, že v péči o zdraví lidí musí být na prvním místě výsledky, které jsou garantované zkušenými lékaři a až poté řešit asymetrii, která vychází z takto nastaveného systému. Tento argument se ale opět pohybuje v rámci výše uvedeného diskurzu, který spojuje výkonnost s postavením (starších) lékařů na pomyslné pyramidě rozhodování. Není v jistých případech lepší praktická zkušenost sestry nebo v rámci lékařské komunity názor mladšího lékaře s čerstvými znalostmi a zkušenostmi s novými postupy před staršími lékaři?

Nakonec alarmismus by mohl být v rámci třetí dimenze jednoduše odbyt, že to byl pouze nástroj pro zviditelnění kampaně a přinucení vládních činitelů řešit vytyčené důvody k exodu a není tedy znakem stávající mocenské struktury a ideologie. Pokud však dojde ke spojení tohoto příkladu s již z minulosti referovanými příklady o finanční situaci lékařů (jeden článek sahá do roku 1996), mohl by se alarmismus jako takový interpretovat jako příklad

¹ Důvodem asymetrického vztahu je několik. Hlavní a nejzásadnější ale je, že v nemocnici a na fakultě pracují většinou ti samí lidé. Zároveň je pro lékaře výhodnější z finančních důvodů mít větší čas úvazku pro práci v nemocnici. Logicky je pro kliniky zásadní struktura, která je vedená nemocnicí a ne fakultou.

dlouhodobějšího diskurzu, který staví zdravotnictví do neutuchající krize. Dále by se mohlo vyvodit, že používání až téměř vydírajících sloganů v rámci Děkujeme, odcházíme zapadá do apokalyptického diskurzu zdravotnictví, kterým dominuje sociální politiku a neúměrně bere prostor jiným tématům. Zároveň takový diskurz staví pracovník v rámci zdravotnictví do pozice zachránců, kteří vlastními těly zachraňují kolabující systém. Otázka je, zdali v takovém postavení nejsou i jiné oblasti ve společnosti, například sociální sektor a jejich pracovníci.

5. Lékařky v Česku

Další z témat, kterým se tato práce bude zabývat, je i vnímání lékařek v české společnosti. Tato kapitola bude pro čtenáře mírně odlišná, jelikož se zabývá spíše vnitřní hierarchií lékařské komunity. Každopádně, jak již bylo naznačeno v úvodu, níže popsaná asymetrie mezi lékařkami a lékaři reprodukuje diskriminační diskurz lékařek nejen mezi samotnou odbornou veřejností, ale i v širší společnosti.

Toto téma bude rozděleno na dvě podkapitoly. V první části využijeme teoretický model navržený Risberg et al. v článku *A theoretical model for analysing gender bias in medicine* (Risberg et al., 2009), pomocí kterého bude přiblížena současná situace biasu v českém zdravotnictví vycházející z genderové problematiky. Následně bude nabídnuta opět kritická diskurzivní analýza, která robustně popíše výstavbu diskriminačního diskurzu o lékařkách v Česku.

Hlavním zdrojem dat pro tuto kapitolu budou vybrané části novinových rozhovorů s předními mediálními osobnostmi z české medicíny, ve kterých se vyjadřují o mužích a ženách v medicíně. Nejdříve budou ukázány příklady dvou lékařů, konkrétně profesor Beneš z Ústřední vojenské nemocnice a profesor Pafko z Fakultní Nemocnice v Motole. I když v současnosti muži tvoří většinu mediálně známých lékařů (převahu mužů lékařů v médiích potvrdíme v kapitole *Lékaři experti*), zahrnuli jsme do příkladů i dvě přední chirurgyně, profesorku Duškovou z Fakultní Nemocnice Královské Vinohrady a docentku Brichtovou z Fakultní Nemocnice u svaté Anny v Brně. Doplnkově použijeme i data z průzkumu provedeným JUDr. Annou Stierankovou a MUDr. Gabrielou Veselskou ve spolupráci se spolkem Mladí lékaři, který se věnoval diskriminaci žen v medicíně (dále jen „Průzkum“).

5.1. *Bias v českém zdravotnictví vycházející z genderu*

5.1.1. *Teoretický model pro zkoumání gender biasu*

Autorky článku *A theoretical model for analysing gender bias in medicine* se pokusili nabídnout teoretický model, který by umožnil lépe kategorizovat a následně pochopit vnímání postavení žen a mužů v lékařském systému. Před aplikací tohoto modelu na data z českého prostředí je ale potřeba nejdříve shrnout původní teoretický model popsat dle publikace.

Zdrojem dat pro tvorbu výše uvedeného modelu byly výroky vyučujících lékařů a lékařek z již publikovaných studií. Následně se tato data-výroky zařazovaly do kategorií, které byly definované dvěma proměnnými.

Horizontální osa se týkala rozdílnosti (*difference*) a stejnosti (*sameness*) mezi ženami a muži. Rozdílnost v tomto případě byla definovaná jako esencionalistický pohled, který věří ve vrozené rozdíly mezi ženami a muži (zatímco jak skupina mužů, tak žen je uvnitř stejná). Stejnost naopak vyjadřovala rozdílnost mezi jednotlivými muži a ženami a tím zdůrazňovala celkovou stejnost. Vertikální osa odrážela, zdali subjekty považují prostředí mezi zdravotníky a zdravotnicemi spravedlivé (*equity/inequity*), resp. zdali jsou si vědomi nespravedlnosti vycházející z genderu.

V prvním kroku autorky uvedly příklad výroků, které spadaly do jedné ze čtyř kategorií vzniklých kombinací dvou uvedených os. Do první kategorie byly vybrány výroky, které považovaly ženy a muže za vrozeně rozdílné, ale nepovažovaly postavení žen a mužů za nespravedlivé. Do druhé kategorie byly dány výroky označující muže a ženy za stejné a postavení žen a mužů viděly jako spravedlivé. Výroky ve třetí kategorii již přiznávaly nespravedlivé postavení žen a mužů, ale zachovávaly pohled, že jsou muži a ženy rozdílní. Čtvrtá a poslední kategorie si uvědomovala nespravedlnost mezi ženami a muži a považovala obě pohlaví za stejné. Názornou grafickou ukázkou může čtenář nalézt v grafu 1.

Ve druhém kroku se model zaměřil na společné rysy mezi skupinami a byly uvedeny další příklady výroků, které tyto rysy kategoriemi názorně ukázaly. V poslední třetím kroku se pak jednotlivé znaky skupin použily k vysvětlení biasu na základě genderu v běžné zdravotnické praxi. V krátkosti bude použit příklad výroku, který propojuje první a druhou kategorii, tedy zejména vnímání (ne)spravedlnosti v postavení žen a mužů:

„At my workplace all patients are treated in the best way possible and regardless of gender. And, competence, not gender, is what counts at our department.”

Autorky na tom příkladu ukazují, že předpokládána spravedlnost v postavení mezi ženami a muži může vytvářet bias, který zvýhodňuje zejména muže. Pokud existující nespravedlnost na základě genderu není vnímaná, můžou pak být případy diskriminace být považovány za pochybení jednotlivce či individuální odchylka od normy.

5.1.2. Model dle Risberg v českém prostředí

Samozřejmě model dle Risberg nabízí daleko více závěrů, které vysvětlují výroky v jednotlivých kategoriích a autorky následně ukazují, jak mohou být použity pro vysvětlení fungování a vnímání lékařů a lékařek. Dále tento model bude aplikován na data z českého prostředí, přičemž budou zařazena do jednotlivých kategorií.

Vladimír Beneš v rozhovoru pro iKoktejl (Svobodová, 2004)

Otázka: Proč se ženy vyhýbají oboru neurochirurgie?

Rozhodující fakt, proč ženy nejsou zastoupeny v chirurgických disciplínách, a v té naší zejména, je to, že žena uvažuje jinak než muž. Žena se k určitým druhům činnosti hodí více a k některým méně. To platí i opačně, pro muže. Pokud odečtete časovou náročnost všech chirurgických disciplín, která vyhovuje více mužům, tak zbývá další faktor. Ať chcete či ne, žena dokáže ztratit nervy a zpanikařit daleko snáz než muž. Ten dokáže lépe improvizovat, vyřešit nenadálou událost, zachovat klid. Žena je naopak pečlivější a šetrnější. Proto jsou ženy v chirurgii výborné při rutinních, stále se opakujících a bezpečných operacích. Těch je v neurochirurgii málo. Feminismus v chirurgii, ale konečně vůbec, je dost nesmyslný a v našem kulturním prostředí spíše směšný. Stejně málo je kupříkladu mužů krejčích a mužská část populace se nad tím nijak nepohoršuje.

Tato odpověď se může zařadit do první kategorie. Beneš velmi jasně zdůrazňuje rozdílnost mezi ženami a muži. Z věty o feminismu o chirurgii můžeme také označit, že považuje současný stav za spravedlivý. K debatě by mohlo být, že vnímá hlasy, které říkají, že není proporční zastoupení žen v chirurgie, ale to neznamená, že on tuto skutečnost vnímá jako nespravedlivou. Na základě rozdílnosti a inherentních vlastností pro každé pohlaví existují zkrátka obory, které jsou určeny mužům a které jsou určeny ženám. Toto rozdělení je tedy dle autora příspěvku spravedlivé.

Pavel Pafko v rozhovoru pro Český rozhlas (Zárybnická, 2019)

Otázka: Máte tři dcery, celý život jste byl obklopen tím, čemu můžeme říkat ženský element. S odstupem času vidíte jako zásadní rozdíl mezi ženami a muži například empatii, kterou jsou ženy obdařeny ve větší míře?

Nepochybně. A to není jen můj názor, to je prakticky prokázáno i v literatuře. Česká republika má asi 80 tisíc lidí, pracujících jako střední zdravotní personál, tedy sestry. Kolik je v této kategorii mužů? Prakticky žádný. A proč to jsou ženy? No, protože mají empatii k nemocnému člověku, který trpí, daleko větší než muži. Na lékařské fakultě máme dvě třetiny žen a pouze třetinu mužů. Ti unikají do technických oborů, matematika, IT a medicína se feminizuje naprosto jasně. Vidím v tom důkaz, že to je profese pro ženy.

Druhý výrok se dá zařadit do třetí kategorie. Stejně jako Benešova odpověď vyzdvihuje inherentní rozdílnost mezi pohlavími. Zde mluví ale vyvozuje odlišný závěr, který favorizuje ženy vůči mužům nejen v chirurgii ale dokonce v celém medicíně. Lze tedy soudit, že Pařko nepovažuje situaci ve zdravotnictví za úplně spravedlivé, jelikož existuje silný rozpor mezi větou „*Vidím v tom důkaz, že to je profese pro ženy.*“ a dennodenní realitou.

Markéta Dušková v rozhovoru pro Medical Tribune (Pecháčková, 2010)

Otázka: Chirurgie pro vás nikdy nebyla těžká práce?

Ne, nikdy. Ze začátku jsem chtěla dělat dětskou chirurgii a chodila ještě na škole k paní doktorce Neubertové a pak za panem profesorem Tošovským. Ale okolnosti mě nakonec přivedly na plastickou chirurgii v nemocnici na Vinohradech. A začala jsem právě na oddělení popálenin. A to bylo opravdu náročné.

Otázka: A máte vy feministické názory?

Jediný: abych za stejnou práci dostávala tolik peněz jako muž. To je můj jediný feministický názor, který bych byla docela ráda, aby se realizoval. Ale obávám se, že se toho nedožiju.

Odpověď v tomto příkladě ukazuje, že si profesorka uvědomuje nespravedlnost v postavení žen v medicíně. Dle zde užívaného modelu lze ji zařadit do třetí nebo čtvrté

kategorie, jelikož nelze čistě z tohoto výroku určit, jak se odpovídající staví k rozdílnosti nebo stejnosti.

Podobně lze zařadit i otevřenou odpověď z Průzkumu (Lauder, 2020):

Z role studentky: opakované upozorňování, že žena na operační sál nepatří, že nemůže být dobrý chirurg, takže se na sály ani nemusí jít dívat. Od doktorek dobře míněné rady, že muž vždycky dostane přednost, i když bude profesně horší. Poznámky typu - myslel jsem, že přijdou medici, a ne sestřičky.

Eva Brichtová v rozhovoru pro Novinky.cz (Říhová, 2016)

Otázka: Stalo se, že se na vás muži dívali skrz prsty?

Skrz prsty přímo ne, ale odrazovali mě. A šeptali si: Ta vydrží do prvních Vánoc. Pak mi dávali čas do druhých... Až to přestali počítat a zvykli si. Musela jsem je přesvědčit, že to myslím vážně. Existoval mýtus, že v ortopedii, kardio a neurochirurgii nemají ženy co dělat, protože se nedokážou soustředit na jednu věc. Což je nesmysl, schopnost soustředění nesouvisí s pohlavím. Neuznávám genderové boje, žena se může prosadit úplně stejně jako muž.

Takže nevidíte žádné rozdíly v mozku a uvažování žen a mužů?

Anatomicky se mužský a ženský mozek neliší. Co se týče funkce, říká se, že pravá hemisféra je emoční a levá logičtější a že to přísluší ženskému a mužskému pohlaví. Podle mne je to individuální. Většina lidí využije z každého potenciálu něco.

Ženy obvykle bývají manuálně zručnější, šikovnější. I když mne školní ruční práce nikdy nebavily, místo vyšívání jsem raději hrála s kluky fotbal a v pracovní výchově mě zachraňovala maminka, která za mne háčkovala a šila. Šicí stroj, který mi koupila, jsem jí už dávno vrátila. Já umím šít jenom lidi!

Z této odpovědi lze usuzovat, že se respondentka výrazně klaní ke stejnosti mezi ženami a muži v medicíně. Komplikovanější je zhodnotit, zdali si uvědomuje nějakou formu diskriminace. V první odpovědi potvrzuje existenci diskriminace ve formě „mýtu“, ale používá minulý čas. V poslední větě na druhou stranu zdůrazňuje, že se žena může prosadit jako muž, což v této krátké výpovědi lze interpretovat jak směrem ke stejnosti mužů a žen, tak směrem ke stejným příležitostem mezi oběma pohlavími.

Stejně jako v článku publikovaného Risberg et al by bylo zde vhodné uvedené vzorky promluvy dát do kontextu zdravotnické praxe v Česku. Tento krok bude však proveden až v další podkapitole v rámci druhé dimenze kritické diskurzivní analýzy.

5.2. Postavení žen a mužů ve zdravotnictví a dopad tohoto vztahu na vnímání lékařů a lékařek

Podobně jako v kapitole Děkujeme odcházíme je přednější pro zodpovězení výzkumných otázek použití kritické diskurzivní analýzy na předložená výroky.

Vnímání lékařů a lékařek je ovlivněno postavením žen a mužů ve zdravotnictví. Pokud se lidé, kteří se dostanou do kontaktu se zdravotníky, řídí dle gender biasu, je ovlivněno i vnímání lékařek a hodnocení jejich práce. K podobným závěrům došly i autorky článku *Women Doctors Don't Get the Credit They Deserve* (Roter & Hall, 2015). Jejich hlavní argumentace stojí na předpojatosti pacientů, kteří od žen očekávají na pacienta orientovanou péči (*patient-centeredness*). Pokud tedy žena má vůči pacientovi vstřícný přístup a snaží se s ním mít symetrický vztah, pacient toto chování vyhodnotí jako předpokládané a hodnocení je nižší. U mužů naopak se takové chování automaticky neočekává a tím je individualizovaná a na pacienta orientovaná léčba prováděná lékaři hodnocená o to kladněji.

Využitím kritické diskurzivní analýzy u již předložených výpovědí čtyř předních zdravotníků bude umožněno popsat, jak je jazykově konstruováno vnímání lékařek a jeho zasazení do kontextu českého zdravotnictví. V třetí dimenze se opět dostane na řadu mocenská struktura, která popsaný diskurz využívá pro svoji stabilitu.

Při analýze budou sledovány takové výrazy, které jsou v souladu s výše popsaným modelem. Cílem bude tedy výroky, které se budou vyjadřovat ke **stejnosti nebo rozdílnosti lékařů a lékařek**. Dále se budou zkoumat spojení, které naznačují **(ne)spravedlivý přístup k lékařkám**. V analýze v rámci této podkapitoly budou brány potaz i otázky novinářů, jelikož se v nich dají nalézt znaky šovinistického diskurzu lékařek v medicíně.

5.2.1. První dimenze (struktura textu)

Profesor Beneš je považován za předního neurochirurga v České republice. Je zároveň znám pro svůj neskrývaný mužsky šovinistický postoj vůči ženám. Výše uvedený příklad to sám celkem snadno vystihuje. V jeho ukázce je ale zajímavější formulace otázky, která v sobě obsahuje premisu, že se ženy opravdu chirurgii vyhýbají (otázka by mohla být rozložena na stanovisko „Ženy se vyhýbají chirurgii,“ a na otázku „Proč tomu tak je?“. Otázka je také položena tak, aby dotazovaný nerozporoval tuto premisu („Ženy se vyhýbají chirurgii. Je tomu skutečně tak?“), ale aby uvedl důvody pro ni (místo otázky by mohla být formulována přímo výzva „Ženy se vyhýbají chirurgii. Uveďte prosím důvody k tomuto stanovisku“). V tomto rozhovoru tazatel přejímá šovinistický diskurz žen v medicíně od dotazovaného a ani ho nijak nerozporuje, nekomplikuje.

Profesor Pafko je opět přední chirurg v České republice, který ale už odstoupil z výkonných funkcí na své klinice. Přesto ho média žádají o rozhovory a jeho pohledy na různá témata. V tomto konkrétním případě se setkáváme s podobným jevem jako u profesora Beneše. Jeho postoj lze zcela určitě označit za sexistický a jeho argument pro ženy v medicíně na případu sester je do velké míry zavádějící. Ženy v průběhu 20. století měly značně ztížený přístup k lékařskému vzdělání a pozice sestry jim byla kulturně vyhrazena. Otázka je trochu zmateně formulovaná, ale mohli bychom ji přepsat: „Ženy jsou obdařené ve větší míře empatií než muži. Je to jeden z příkladů zásadních rozdílů, který vidíte mezi ženami a muži?“ Výhoda této formulace, že dotazovaný je alespoň vyzván k potvrzení (nebo vyvracení) premisy otázky. Nakonec je zde vhodné připomenout právě článek od Roter & Hall, který právě na rozšíření tohoto předsudku staví svoji argumentaci, proč jsou lékařky hodnocené jinak než lékaři.

Profesorka Dušková je jedna z malá profesorek chirurgie v České republice. Ukázka její odpovědi je krátká a zde se očekávaně neobjevuje postoj, který by byl ovlivněn sexistickým diskurzem. Ani otázka tazatele v tomto případě není přílišně sugestivní, přesto se můžeme zaměřit na způsob formulace. Místo otevřené otázky typu „Jak náročná je podle vás chirurgie?“ dotazovaná dostala otázku, která se přímo specificky ptá, zdali pro ni nebyla chirurgie těžká práce. Naznačuje, že by zrovna pro paní profesorku měla být chirurgie těžká. Samozřejmě podobnou otázku by mohl dostat i chirurg, ale pokud se vezme kontext rozhovoru, který obsahuje druhou otázku „Co vás to napadlo, dát se na chirurgii?“, je jasné, že otázky tazatele směřují na její neobvyklou pozici ženy chirurgyně.

Docentka Brichtová je první česká docentka v oblasti neurochirurgie. Příklad její odpovědi je naprostým rozporu s příkladem Beneše. Odpověď dotazované přímo odmítá sexistický diskurz o lékařkách a lékařích, a naopak vyzdvihuje individuální rozdílnost. Následně výslovně uvádí osobní příklad, který rozbijí zažitý stereotyp. Otázka je zde formulována také přesně opačně než v druhém případě. Vybízí k popření zažitého stereotypu.

5.2.2. Druhá dimenze (vnější vztahy textu a mezidiskurzivní vztahy)

Podobně jako v předchozí kapitole Děkujeme, odcházíme bude v této části popsán vnější kontext, který odpovědi obklopuje. Rozdíl v této kapitole, že odpovědi mají téměř totožný kontext a vycházejí z velmi podobného prostředí. Rozdíly mezi mluvčími budou nakonec pozorovatelné zejména v analýze třetí dimenze.

První důležitá skutečnost, která dobře popisuje vnější vztah odpovědí, je fakt, že všichni mluvčí pracují ve výlučně chirurgických oborech, ve kterých je stále zachována a podporována asymetrie vůči ženám. To může být doloženo pomocí již zmiňovaného Průzkumu:²

„Z role studentky: opakované upozorňování, že žena na operační sál nepatří, že nemůže být dobrý chirurg, takže se na sály ani nemusí jít dívat. Od doktorek dobře míněné rady, že muž vždycky dostane přednost, i když bude profesně horší. Poznámky typu – myslel jsem, že přijdou medicí, a ne sestřičky.“

„Neustálá diskriminace a odrazování žen od chirurgických oborů. Nesčetněkrát jsem byla na praxi svědkem toho, že se doktor ptal mě nebo spolužaček, jakou chceme dělat specializaci, a když některá odpověděla, že chirurgii, tak nám bylo řečeno, že i kdybychom byly šikovnější než tady pan kolega, tak by přijali pana kolegu... Je to dost demotivující a frustrující.“

„Jsem lékařkou na chirurgii a primariát u nás zastává žena. Myslím, že to má velký vliv na to, že s diskriminací žen se u nás lékařky nesetkají. Ale ze studijních let mám opakovaně zkušenosti s tím, že přece chirurgie není pro ženy – ze stran vyučujících i lékařů na praxi.“

„Jsem chirurg a je mi 30, takže moji kolegové mají denně poznámky k mé ženskosti. Často jsem dotazována primářem, kdy půjdu na mateřskou, že se to nehodí... Z jednoho pracoviště jsem odešla kvůli jinému než pracovnímu zájmu primáře. Na dalším pracovišti mi prodlužovali smlouvu pouze na dobu určitou, a když již byli povinni mi ji potřeťi prodloužit na dobu neurčitou,

² Zde je nutné podotknout, že odpovědi respondentek z Průzkumu nebyly ještě plně publikované a příklady jsou půjčené z novinového rozhovoru s autorkami Průzkumu.

tak jsem byla odejita a nahrazena absolventem. Někteří kolegové si občas i sáhli, to jsem okamžitě řešila na místě důrazným upozorněním – a pomohlo to.“

(Lauder, 2020)

Z tohoto pohledu je nejzajímavější odpověď Beneše, která v sobě ukrývá několik důležitých okolností formující dnešní chirurgii. V zásadě totiž zastává velmi otevřený diskriminační pohled na ženy v medicíně, potažmo v chirurgii, ale zároveň je ani z jednoho přímo nevylučuje. Při současné „feminizaci medicíny“, jak následně Pafko ve své odpovědi pojmenovává pozvolný proces zvyšování lékařek v českém zdravotnictví, totiž není ani možné z praktického hlediska, aby Beneš zastával radikálnější postoj. Nejenže je potřeba lékařek pro chod jiných oborů, ale je dokonce potřeba žen pro chod chirurgických oborů.

Odpovědi obou lékařek je potřeba také podložit kontextem. V jejich odpovědích lze vyčíst jistý kontrast mezi vědomím nespravedlností v postavení žen v chirurgii a zdrženlivostí s požadavky (*Jediný: abych za stejnou práci dostávala tolik peněz jako muž. To je můj jediný feministický názor...; Podle mne je to individuální. Většina lidí využije z každého potenciálu něco*), které by proti této nespravedlnosti bojovaly. Kontrast je v tomto případě jednoduše vysvětlitelný: chirurgie je stále dominantně mužská oblast (ostatně jak naznačuje většina výroků v této kapitole), tudíž ani přední chirurgyně nemůžou jít proti převládajícímu diskurzu příliš ostře.

5.2.3. Třetí dimenze (ideologie a moc)

Analýza částí rozhovorů, přesněji řečeno struktury textu a sociálního kontextu, je základem pro třetí dimenzi, kde se bude analyzovat převládající mocenská struktura a jak se odráží ve vnímání lékařek.

V druhé dimenzi byl vysvětlen Benešův postoj k lékařkám v chirurgii a jejich nutné potřeby v jistých oborech medicíny a částech operativy. Cílem Benešovy odpovědi totiž není diskreditovat ženy jako nevhodné pro medicínu nebo chirurgii, ale ukázat jim místo, kde by se měly realizovat. Beneš relativně přesně formuluje jeho (a je dost možné, že i většinový) pohled na ženy v medicíně. Vytváří tím základ pro asymetrický diskurz, který prospívá zejména mužům. Ti si pak můžou vybrat relativně svobodně obory (limitem této svobody je konkurence jiných mužů), jelikož Beneš mužům přímo neomezuje přístup k určitým oborům nebo právě rutinním operacím.

Oproti tomu Brichtová a Dušková logicky nemohou přijmout Benešovy extrémní postoje, a tím přispět k diskurzu, který by je zařadil maximálně do role chirurgyň operující rutinní výkony. Výsledkem je tedy opatrné pojmenování diskriminace jako mýtu v minulosti v případě Brichtové anebo v případě Duškové vyslovení jednoho požadavku, který má největší šanci na přijetí u veřejnosti.

Nakonec je pravděpodobně největším problémem žen ve zdravotnictví chybějící alternativní diskurz, který by umožnil vysvětlit rozdíl mezi lékařkami a lékaři jiným způsobem. Podobně jako v širší české veřejnosti chybí hlubší debata o feminismu a rovnoprávnosti, čímž je téměř znemožněno artikulovat jiný spravedlivější diskurz uvnitř lékařské komunity. Boj „v mezích zákona (diskurzu)“ proti otevřené diskriminaci je tedy veden pouze uváděním příkladů z praxe, které ukazují zjevnou nespravedlnost, a opatrným kladení nároků, které budou s velkou pravděpodobností odmítány v převládajícím diskurzu charakteristického mužským šovinismem.

6. Lékaři experti v koronavirové době

V této kapitole bude předmětem analýzy koronavirová krize a lékaři, kteří při řešení pandemie hráli zásadní roli z pozice své odbornosti. Hlavní otázkou zde bude, jaká byla rétorika předních lékařů a expertů ve zdravotnictví během koronakrize a jak se potenciálně měnila. Byli vybráni tři mediálně známí lékaři a ke každému z nich tři rozhovory, které poskytli v období dvanácti měsíců mezi březnem 2020 a 2021.

Častý jev v průběhu koronakrize bylo vyjadřování různých expertů z mnoha oblastí k postupu v prevenci šíření nákazy a při řešení jejích následků. Velký počet expertních názorů, které se zaštiťovali statutem anebo právě specifickými výrazy, pak do jisté míry paralyzoval rychlé a účinné jednání příslušných exekutivních orgánů a mátl veřejnou diskusi o možnostech řešení. Jedna podotázka k této kapitole tedy zní, jak moc jednotliví lékaři používali odborné a neběžné výrazy ve svých odpovědích?

V rámci první dimenze budou hledány určité výrazy, které se vztahují zejména k postavení lékařů v rámci pandemie COVID-19, jak toto postavení lékaři experti používají a v čem se výroky vybraných reprezentantů liší a v čem se shodují.

Lékaři experti se v průběhu roku 2020 a 2021 stavěli do pozic, kdy komentovali a kritizovali vládní kroky. Aby mohli takto vystupovat, museli ve svých promluvách vystavět strukturu, která legitimizovala jejich postoje a dávala jim větší váhu. V textech budou hledány výroky a spojení, které **zdůrazňovaly odbornost lékařů expertů** a navozovaly pocit, že **pouze odborníci mohou rozhodovat o smysluplnosti konkrétních nařízeních**. Zároveň však bude zjišťováno, který lékař expert se snažil komplexní problematiku pandemie přiblížit širší veřejnosti. V rámci analýzy také bude zkoumáno **postavení řečníků vůči politické situaci**. Všichni tři samozřejmě byly v průběhu krize součástí veřejné debaty a každý z nich do jiné míry (je zcela určitě rozdíl mezi Maďarem a Prymulou v jejich míře zainteresovanosti do politických záležitostí už jen z povahy jejich pozic). Avšak všichni tři vystupovali v roli odborníků a tím pádem je relevantní zkoumat, i jak svůj vypracovaný „mediální“ kapitál využili.

6.1. Vystupování lékařů expertů v koronavirové době

6.1.1. První dimenze (struktura textu)

Jako první lékař byl vybrán Roman Prymula. Během koronavirové krize se několikrát objevil v popředí politického dění a jeho působení ve veřejném prostoru bylo rozmanité. Dlouhodobě zastával funkci náměstka ministra zdravotnictví Vojtěcha a to již před samotnou krizí. V průběhu první vlny byl odvolán z pozice náměstka, pravděpodobně z důvodu, že svým mediálním vystupováním zastíňoval samotného ministra. Na ministerstvo zdravotnictví se pak vrátil až na podzim téhož roku, tentokrát již jako ministr. Jeho působení ale mělo pouze krátkého trvání, jelikož byl v rámci několika týdnů odvolán kvůli kauze porušování hygienických předpisů, které sám navrhoval. Tím se jeho politická kariéra na předních vládních postech ukončila. V mezidobí mezi pozicí náměstka a ministra i po svém krátkém působení v roli ministra zastával další funkce, např. vládní zmocněnec pro vědu a výzkum ve zdravotnictví, poradce premiéra pro zdravotnictví nebo poradce prezidenta. V době psaní této práce se však již nedá předpokládat, že by se před parlamentními volbami 2021 vrátil na post ministra zdravotnictví. Pro naši analýzu byly vybrány dva rozhovory publikované na zpravodajském serveru Seznam Zprávy a jeden prostřednictvím Deník.cz

Text 1

- **reprodukční čísla** jsou
- **stoupá nálož v populaci**
- **nemocniční predikce**
- kdybychom zůstali na **reprodukčním čísle 1,2...**

(Bidrmanová, 2020)

Text 2

- samozřejmě ta čísla jsou nějakými **číslly trendovými a ony faktory**,
- nereprezentuje **současnou virovou nálož** v populaci
- na začátku se zkoušely různé testy, které sice deklarovaly, že mají citlivost přes 90 procent, ale v praktických podmínkách to bylo jen 60 nebo 65 procent.
- laboratorní skupina dlouhou dobu proti testům bojovala, **minimálně v tom plošném screeningovém použití**.
- pro **screeningové použití**
- protože když berete PCR testy, tak ty používáte **nepoměrně vyselektovanou skupinu lidí**
- osobně bych časové řady vůbec nesahal
- **praktik není epidemiolog**
- a ten vůbec největší je, že lidé se tomu snaží vyhýbat. Z řady důvodů. Hlavně ekonomických, protože v karanténě dostávají méně peněz.

- přestože byl zájem, abych tam byl v jeho týmu **jako hlavní epidemiolog**, tak jsem tohle nechtěl
- to první bylo na téma **vakcinační strategie...**

(Pšenička & Pergler, 2020)

Text 3

- **makročísla** skutečně potvrzují
- To je signál, že klinicky už nemá onemocnění takovou sílu jako na počátku.
- **narůstá jeho virulence**
- **exponování masivnímu** vylučování viru
- respirační onemocnění
- nedošlo k exponenciálnímu vývoji
- A my bychom museli žít s vědomím, že jsme je nezachránili, protože jsme nechtěli ohrozit ekonomiku klesne proporce vnímavé populace
- kdyby se nákaza nedostala do komunit seniorů.
- Zdraví ovšem bylo pořád jednoznačnou prioritou.
- Nařízení na používání jednorázových roušek bylo však naprosto nereálné, protože takový objem bychom do republiky nikdy nedostali.
- Pořád si ale **z epidemiologického hlediska myslím**, že to úplně špatné prohlášení nebylo.
- Test musí být dostupný a **verifikovaný**.
- Třeba **rekonvalescenti**, kteří nám dávají plazmu...
- **Fragmenty viru**
- takže by neřešila drobné změny mezi **SARS, MERS a SARS-CoV-2**.

(Perknerová, 2020)

Druhý zkoumaným lékařem v této kapitole bude Tomáš Zima, toho času odcházející rektor Karlovy univerzity. Rektorova cesta je méně členitá než Romana Prymuly, alespoň z pohledu zastávaných funkcí. Nakonec se ale Tomáš Zima o to více snažil ze své stabilní pozice ovlivnit regulace týkající se koronaviru. Pro kontext této analýzy je také vhodné poznamenat, že rektor prožil sám na začátku roku 2021 velmi těžký až kritický průběh onemocnění.

Text 1

- **Roušky** ve školách jsou **nesmysl**. Jestli si někdo během dne má sedmkrát nasadit roušku, tak je to hloupost
- který by měl určit, jestli máte právě covid nebo **chřipkového nemocnění**
- **Řada odborníků, třeba plicního lékařství**, se navíc k rouškám vyjadřuje velmi negativně – jsou také často zdrojem infekce
- Ano, je to **mediální pandemie na druhou**
- Je to řešení k ničemu. Ten vir to nezabije. **Rouška plošně nepomáhá.**
- Teď tu máme akorát **hon farmaceutických firem** a lidí, kteří z toho budou mít benefity, aby se plošně očkovalo na covid!

- Proč by mladý zdravý jedinec měl být očkován, když tam to onemocnění v absolutní většině probíhá naprosto neškodně?
- jen ty **rapid testy** na určení protilátek, které **nemají moc vypovídající hodnotu**, naopak mají velkou chybovost a celou řadu dalších úskalí

(Kvasnička, 2020)

Text 2

- Do roku 2021 jsme vstoupili vystrašení. **V obrovské nejistotě**. A ta je vůbec nejhorší
- Je potřeba, aby se zdravá, **mladá populace setkávala, aby získávala antigeny**, aby získávala svoje protilátky.
- **Každý, kdo zná biologii**, musel vědět, že po létě, kdy nošení roušek nebylo nutné (a svědčí o tom data o vývoji epidemie), je nutné tato opatření přijmout, protože se začne kazit počasí, lidé budou více uvnitř a koronavirus začne bujet.
- Kontakty se seniory měly být zachovány – alespoň v rouškách a respirátorech. Když použiju definici WHO, tak „zdraví je, že nejste nemocní a jste ve fyzické, duševní a psychické pohodě“. A my jsme nemocní, protože nejsme v psychické pohodě. Protože se bojíme. **A strach není dobrým rádcem**.
- **Nejvíce alergií je u dětí**, které jsou v extrémně čistém prostředí.
- **Chybí jasné vysvětlení a odborné argumenty**. Že nejsou data? To teď již neobstojí. Data o epidemii u nás máme již skoro za deset měsíců, ale nikdo s nimi vlastně nepracuje.
- Když začínal systém PES, bylo řečeno, že data budou zveřejňována jednou týdně. Teď jsme svědky, že **parametr PES se zveřejňuje dvakrát denně**.
- Vyčítám jí (vládě *pozn. autora*) to, že **ta pravidla byla nerovnocenná**. Pravidlo, aby byl určitý počet lidí na danou plochu, je rozumné. Ale kladu si otázku, proč nemohly být otevřeny malé obchody za stejných pravidel
- To je akorát **šikanování restaurátérů**
- Obraceli se na nás někteří ministři. Děláme řadu aktivit. Vyvinuli jsme PCR test na chřipku a na **SARS-CoV-2** v ceně 256 korun
- Ještě ten večer **jsem volal náměstkovi Prymulovi i ministru Vojtěchovi**, že se vracíme a že bychom mohli využít kapacity univerzity k testování
- **Musíme svět vrátit zpátky do normálu**, tedy do stavu, kdy se budeme moci znovu normálně setkávat, cestovat, chodit do muzeí, chodit do divadel, chodit na koncerty, jíst v restauraci
- Naši ekonomové vypočítávají **možné ekonomické dopady a jsou na stovkách miliard korun**.
- A chci se věnovat **jako dosud medicíně a svému oboru**.

(Kubík, 2021)

Text 3

- Následně s **plicní embolií**
- **České zdravotnictví patří mezi jedno z nejlepších na světě**, což si řada lidí neuvědomuje.
- Ano, **respektuji názory kolegů, kteří jsou erudovaní** v oblasti intenzivní medicíny, kardiokirurgie, kardiologie a dalších nemocí.
- Já jsem toto **onemocnění za chřipečku nikdy nepovažoval a nepodceňoval**. Různí lidé mi podsouvají, že jsem popírač roušek a covidu, ale tak to není!
- Vždy jsem zmiňoval nutnost tří „R“, podporoval jsem a **podporuji očkování a nutnost očkovat zdravotníky, hasiče, policii a učitele** atd
- a pokud politici chodí na fotbalová utkání, ačkoli neustále hovoří o přitvrzování a utahování, tak není divu, že **i lidé se chtějí „pobavit“**.

- To bude případ i **diskusní konference s názvem „Rok s covid-19. A jak dál?“**, kterou chystáme teď v březnu.

(Fert, 2021)

Třetí lékař v této analýze je Rastislav Maďar, toho času děkan Lékařské fakulty Ostravské univerzity. Podobně jako Prymula je odborníkem v epidemiologii. Během koronavirové krize se stal veřejně známou osobností hlavně z důvodu jeho působení v roli koordinátora v resortní pracovní skupině Ministerstva zdravotnictví pro řízení uvolňování karantény a následné rezignaci z tohoto postu z důvodu nesouhlasu s vládním postupem při uvolňování restrikcí po první vlně pandemie. Byly vybrány tři rozhovory pro veřejnoprávní médium Českou televizi 24 z března 2021, webový zpravodajský portál Seznam zprávy a stránky flowee.cz.

Text 1

- My jsme se druhé vlny obávali už v tom smyslu, zda ji **nemůže způsobit rozvolňování** karanténních opatření.
- Já sám jsem mluvil s **ředitelem české Kanceláře WHO Srđanem Matícem**
- **Na hygienických stanicích** je lékařů **obrovský podstav**, takže je asi potřeba je i trochu lépe zaplatit
- Děti **by měly být nabádány, aby si častěji dezinfikovaly**, ruce a pokud skutečně mají příznaky nákazy, které by mohly odpovídat covid-19, tak ať do školy nechodí
- Zákeřný je i v tom, že po lehké infekci protilátky podle všeho v dostatečné míře nevznikají, jen po těžší infekci a jen po omezenou dobu. To všechno se ještě bude zkoumat. Nejistot je poměrně dost. Ale mohlo by být hůř a my se **z toho musíme velmi poučit**.
- část **plicní tkáně**
- **lokální obranyschopnost dýchacích cest**
- obalený v **kapence** je odolnější vůči vnějším podmínkám
- kombinací těch horších vlastností **SARS, MERS** a covid.
- pokud jde o **homogenní** skupinu
- aby ho v práci někdo **exponoval**

(Přádová, 2020)

Text 2

- **Z epidemiologického pohledu** by bylo vhodnější ještě nějakou dobu počkat
- Odběry **musí dělat zdravotník**
- V létě si i pod vlivem **vyhlášení politiků a pseudoodborníků** mnoho lidí myslelo
- Sestavit **konzistentní sérii protiepidemických opatření vyžaduje delší čas**, ale je to rozhodně lepší než nic a měli bychom to, tedy i PSA, respektovat.
- **virová nálož**
- po **multiplikaci** v rodinách
- **mobilita populace**
- **respirační nákazy**

Text 3

- Výsledkem je, že se situace neřeší systémově. Už si na to stěžovali i někteří zaměstnanci.
- Že by nákaza postupně ustupovala, je předčasné říkat
- Samozřejmě, pokud je to více infekční britská nebo jiná, takto vytváří větší nároky na dodržování pravidel.
- Je jedna z velkých chyb, které nastaly, že se dostatečně nesequentialo a dovolilo se britské mutaci, aby se rozšířila po celém území ČR
- Pozitivní antigenní testy by se měly **konfirmovat PCR**
- Mohl by se zvýšit počet **sekvenovaných** vzorků
- vzniká dostatečná hladina **neutralizačních protilátek**
- vzniká **slizniční imunita**
- **paměťová buněčná imunita**
- **kolektivní imunitu**, než příspěvek do **postvakcinační imunity**
- klesne proporce **vnímavé populace**
- Já sám jsem lékař, jsem očkující lékař a upřímně řečeno, nechtěl bych svému pacientovi aplikovat vakcínu, která neprošla standardním řízením regulačního orgánu

(Takáč, 2021)

Z lingvistického hlediska se všech textech Prymuly a Maďara objevuje zvýšená frekvence odborných termínů (*sekvenovaných vzorků, virová nálož, paměťová buněčná imunita*). Zima tolik profesní terminologie nepoužívá, ale vynahrazuje to zejména odkazy na svoji profesní zkušenost anebo obecnou spojitost svojí osoby s lékařským odborným prostředím (*a chci se věnovat jako dosud medicíně a svému oboru; respektuji názory kolegů, kteří jsou erudovaní v oblasti intenzivní medicíny*). Rozdíly ale najdeme i mezi Prymulou a Maďara, i když čistě z pohledu slovní zásoby se jejich texty podobají. Postavení Prymuly vychází z aktivního působení na předních exekutivních místech a z promluv je snaha vysvětlit situaci v kontextu vládních nařízení (*na začátku se zkoušely různé testy, které sice deklarovaly, že mají citlivost přes 90 procent, ale v praktických podmínkách to bylo jen 60 nebo 65 procent.; zdraví ovšem bylo pořád jednoznačnou prioritou; nařízení na používání jednorázových roušek bylo však naprosto nereálné, protože takový objem bychom do republiky nikdy nedostali*). Maďar oproti tomu spíše vysvětluje zdravotní aspekty týkající se koronaviru a pandemie (*obalený v kapence je odolnější vůči vnějším podmínkám; vzniká dostatečná hladina neutralizačních protilátek*). Dění okolo politické situace komentuje zejména, pokud se týkají přímo jeho působení (*my jsme se druhé vlny obávali už v tom smyslu, zda ji nemůže způsobit rozvolňování*

karanténních opatření; V létě si i pod vlivem vyhlášení politiků a pseudoodborníků mnoho lidí myslelo).

Postoj řečníků k politické situaci je rozdílný u každého z nich za prvé dle jejich funkce a za druhé v závislosti na datu tvorby textu a jeho souvislost s děním v politice. Tento kontext bude vysvětlen ve druhé dimenzi. V rámci první dimenze je třeba identifikovat spojení či věty, které naznačují jejich postoj k současné politické situaci.

Zima se ve svých odpovědích zejména vyjadřuje k politické situaci a prosazovaným opatřením vůči koronaviru (*vždy jsem zmiňoval nutnost tří „R“, podporoval jsem a podporuji očkování a nutnost očkovat zdravotníky, hasiče, policii a učitele atd; chybí jasné vysvětlení a odborné argumenty. že nejsou data? To teď již neobstojí, to je akorát šikanování restaurátérů*). Ve většině případů je kritický vůči přijímaným opatřením. Jistá změna nastala v posledním interview, které poskytl po prodělaném koronaviru s těžkým průběhem (*já jsem toto onemocnění za chřipečku nikdy nepovažoval a nepodceňoval; podporuji očkování a nutnost očkovat zdravotníky, hasiče, policii a učitele atd*), ale stále i v tomto textu najdeme výroky, které kritizují pandemická opatření (*a pokud politici chodí na fotbalová utkání, ačkoli neustále hovoří o přitvrzování a utahování, tak není divu, že i lidé se chtějí „pobavit“*).

Prymula ve většině svých rozhovorů spíše vysvětluje proces vzniku jistých opatření a poskytuje tím širší kontext pro čtenáře (*a ten vůbec největší je, že lidé se tomu snaží vyhýbat. Z řady důvodů. Hlavně ekonomických, protože v karanténě dostávají méně peněz; pořád si ale z epidemiologického hlediska myslím, že to úplně špatné prohlášení nebylo*). Prakticky nekritizuje vládní opatření přímo a když má výtky vůči postupu členů vlády, snaží se zároveň dodat vysvětlení (*ono je to asi poměrně logické, že ekonomičtí ministři průmyslu, financí i zemědělství se snaží, aby ta opatření byla co možná nejmírnější*).

Maďar zaznamenal největší vývoj ve svém postoji vůči vládním opatřením. V prvním textu, který se datuje ještě do jeho působení resortní pracovní skupiny má spíše blíž k postoji Prymuly, tedy odborně vysvětluje s kontextem přijímaná opatření (*máme posílenou ochranu nemocnic; po lehké infekci protilátky podle všeho v dostatečné míře nevznikají, jen po těžší infekci a jen po omezenou dobu. To všechno se ještě bude zkoumat. Nejistot je poměrně dost. Ale mohlo by být hůř a my se z toho musíme velmi poučit*). V dalších textech, které vznikly již po jeho konci působení v uvedené skupině, je Maďar kritičtější, ale jeho postoje vůči vládním opatřením, potažmo vládním činitelům, (*v létě si i pod vlivem vyhlášení politiků a*

pseudoodborníků mnoho lidí myslelo; výsledkem je, že se situace neřeší systémově. Už si na to stěžovali i někteří zaměstnanci) nejsou dominantní složkou jako u Zimy.

6.1.2. Druhá dimenze (vnější vztahy textu a mezidiskurzivní vztahy)

Druhá dimenze, stejně tak třetí, je v případě této kapitoly komplikovanější. Každý z mluvčích má jiný kontext a v případě Maďara zažíváme i posun v obsahu jejich výpovědi dle měnící kontextu jeho pozice. Profesní působení mluvčích bylo v krátkosti již představeno v rámci jejich uvedení v první dimenzi. V této části bude propojen právě tento profesní kontext, současná politická situace textů a jejich výroky.

Důležitým faktorem u Prymuly je fakt, že po celou dobu koronavirové krize zastával pozice, které byly spjaté se vládou. I když tedy vyměnil několik pozic během několika měsíců, nelze říct, že by se pro něj zásadně měnily podmínky, za kterých vznikaly jeho texty. Tato skutečnost je komplementární z výše popsaným zjištěním. Prymula ze své pozice nemá motivaci přímo kritizovat vládní kroky, jelikož buď byl součástí tvorby těchto opatření nebo spolupracoval s lidmi, kteří opatření i nadále připravují.

Maďar byl na druhou vůči exekutivě v proměnlivém vztahu. Text, který byl pořízen právě při jeho působení v rámci resortní pracovní skupiny, je podobný Prymulovým textům pravděpodobně kvůli jeho tehdejší pozici. Oproti tomu další texty již můžou být kritičtější, jelikož tuto pozici již nezastává a byl zvolen jako děkan na lékařské fakultě Ostravské univerzity, což je zásadně nezávislejší pozice než například poradce prezidenta.

Zima je ve všech textech relativně konzistentní, i když právě poslední text již je o něco opatrnější ve vyjadřování o vládních opatřeních (*že jsem popírač roušek a covidu, ale tak to není!*). Každopádně i tam lze dohledat jeho kritický postoj vůči jistým opatřením. Zima po celou dobu koronavirové krize zastává pozici rektora Univerzity Karlovy ve druhém volebním období (tj. nemůže znova kandidovat) a z tohoto úhlu pohledu může být nejkritičtější ze všech třech mluvčích. Dokladem může být *Výzva jedenácti: lékaři Univerzity Karlovy veřejnosti* (Balík, 2020), kterou pár týdnů po začátku pandemie rektor podepsal. Výzva reaguje na kroky vládních představitelů a požaduje rozvolnění opatření (ukončit nouzový stav, obnovit výuku, postupně uvolňovat státní hranice apod.). Další rektorova *Výzva všem, kteří rozhodují* (Zima, 2020) uveřejněná několik týdnů před *Výzvou jedenácti: lékaři Univerzity Karlovy veřejnosti* může sloužit jako příklad, kdy Zima ustanovuje svoji legitimitu komentovat koronavirové opatření

z lehce odlišných zdrojů než další dva mluvčí. Úvodní věta druhé Výzvy: „*Vážení, obracím se na Vás jako lékař, občan a rektor Univerzity Karlovy...*“ stanovuje, proč by měli *spoluobčané lékaře a rektora Zimu* poslouchat. Stejně jak Prymula a Maďar (a spousta dalších) je lékař, ale on je navíc rektor. Navíc zdůrazňuje svoji pozici občana, čímž se současně snaží překlenout odbornou hráz. Zajímavě se tedy ve Výzvě snaží kombinovat kombinaci experta a běžného občana. Zimovo kritičtější přístup a méně odborný slovník může také souviset s potenciálními politickými ambicemi ve veřejném prostoru po skončení jeho rektorské dráhy.

Společným znakem všech tří mluvčí je používání odborných výrazů, resp. používání pozice odborníka na danou problematiku. Pro druhou dimenzi lze tento jev vysvětlit relativně přímočaře – byly dotazováni primárně jako osoby veřejně známé ale zároveň jako lékaři experti, a proto používali takových výrazů, aby naplnili očekávání čtenářů.

6.1.3. *Třetí dimenze (ideologie a moc)*

Zjištění z první a druhé dimenze budou použity pro analýzu, jak mluvčí využívají expertní diskurz o lékařích k prosazení vlastních cílů a jak tato manipulace diskurzem ovlivňuje zpětně vnímání lékařů.

Mluvčí v této kapitole při zodpovězení otázek používají často odborné výrazy, zdůrazňují své postavení epidemiologa, lékaře nebo profesní blízkost k těmto odborníkům. V předchozí části bylo vysvětleno, že takový přístup od nich byl očekáván. To však ale popisuje expertní diskurz lékařů, který lékaře více či méně do této pozice nedobrovolně staví. Lékaři experti ve výše uvedených textech tento diskurz reprodukují a potvrzují právě odbornou slovní zásobou a zdůrazňováním, že pandemická situace je především medicínskou problematikou. Jejich výroky nemají ale jen čistě reproduktivní charakter diskurzu, tj. nesnaží se pouze o zachování stejných mocenských struktur.

Zima užívá méně odborných výrazů ve svých odpovědích než ostatní dva experti a mluví také o sociálně-ekonomických důsledcích krize, čímž se pravděpodobně snaží přiblížit tematicky běžnému čtenáři. Svoje odpovědi tedy zakládá na vnímání lékařů jako expertů, kteří by měli mít primární postavení při rozhodování v krizi, ale dobrovolně medicínský diskurz pandemie kolonizuje sociálně-ekonomický diskurzem.

Prymula sice už využívá více medicínských termínů, ale podobně jako Zima musí kolonizovat svoje epidemiologické komentáře sociálním a politickým kontextem a tím uplatňovat jinou významovou strukturu pojmů. V jeho případě je tento střet diskurzů vidět nejlépe ve výroku: „*Ono je to asi poměrně logické, že ekonomičtí ministři průmyslu, financí i zemědělství se snaží, aby ta opatření byla co možná nejmírnější.*“

Nakonec odpovědi Maďara ukazují příklad, ve kterém se objevuje výhradně medicínský diskurz pandemie, čímž se ale paradoxně omezuje ve vyjadřování o jiných než zdravotnických oblastech pandemie. Tento postoj je pochopitelný z vývoje jeho postavení v pracovní komisi Ministerstva, ale ukazuje na proces, který je zásadní pro vnímání lékařů expertů.

Lékaři experti jsou z počátku „dobrovolnými vězni“ expertního diskurzu lékařů. Je od nich očekáváno, že budou mluvit jistým jazykem a že dají odbornou medicínskou odpověď. Ti tohoto diskurzu využívají, aby získali možnost komentovat probíhající krizi. Medicínský diskurz ale má své limity. Pokud se lékaři experti chtějí vyjadřovat o jiných situacích, které nespádají do medicínského diskurzu pandemie, musejí svoje výroky kolonizovat jiným diskurzem. Jinými slovy, jejich postavení lékaře jim pomáhá dostat se do pozice, kdy se můžou účastnit mediální debaty. Chtějí-li však získat větší prostor v rámci stávající struktury (která není tvořena medicínským diskurzem), musejí částečně přestat být lékaři experty.

6.2. *Vliv důvěry v experty na průběh krize*

Zjištění z kritické diskurzivní analýzy mohou být dále rozvinuto pomocí konceptu důvěry v doporučení (*recommendation trust*), který byl použit v souvislosti s pandemií COVID-19 v článku *Should I do as I'm Told? Trust, Experts, and COVID-19* od Bennetta (Bennett, 2020).

Bennett se ve svém textu zaobírá důvěrou v experty, přesněji řečeno v opatření, která byla vytvořena za spolupráce expertů. Ústředním bodem jeho práce je vydělení epistemické důvěry od důvěry v doporučení. První forma důvěry je standardní chápání procesu utváření důvěry, kdy občané důvěřují expertovi, protože je upřímný a jeho erudice v dané oblasti je veřejností přijímaná. Bennett ale velmi dobře vystihuje hlavní problém této formy důvěry:

„These extremes are somewhat idealized insofar as the question of whether a given national policy denies or follows “the science” ignores the fact that there is no single authoritative scientific perspective on what should be done.“

(Bennett, 2020)

Pokud tedy neexistuje jediná autoritativní vědecká perspektiva, která by stanovila, co by mělo být uděláno, může být důvěra v experty zvyšována neomezeně, ale to nakonec nemusí zásadně ovlivnit důvěru v doporučení. V Česku ve většině případů experti spoléhali výhradně na epistemickou důvěru, která jim umožňovala mluvit o koronavirové krizi z pohledu odborníka. Problém ale právě nastal, když začalo více odborníků nabízet protichůdné názory. Nejvýmluvnějším příkladem je odpověď s názvem *Výzvy veřejnosti anebo názor mějme, ale argumentujme fér* (Beran, 2020) zástupců 2. lékařské fakulty Univerzity Karlovy na *Výzvu jedenácti: lékaři Univerzity Karlovy veřejnosti* iniciovanou rektorem, kteří upozorňují, že původní rektorova výzva není založena ani tak na expertíze, jako spíše na jejich pozicích předních akademiků. Důkazem nejednotného odborného názoru při této výměně veřejných prohlášení je skutečnost, že první výzvu podepsali i někteří odborní zástupci 2. lékařské fakulty.

Bennet navazuje na existenci nejednotnosti vědecké komunity definicí důvěry v doporučení, která klade větší nároky na experty. Není totiž jen potřeba, aby byly experti upřímní a měli dostatečnou odbornost, ale občané jim také musí věřit, že experti mají na srdci i jejich zájmy.³ Autor psal text se zájmem zvýšit důvěru v doporučení a další části textu jsou zaměřené zejména na tento cíl. Pro účely této práce je již dostačující koncept oddělení důvěry v doporučení od té epistemické.

Analýza třetí dimenze v předchozí podkapitole nabízela interpretaci, že lékaři experti musejí buď zůstat věrni ryze medicínskému diskurzu pandemie a tím se vyřadit ze širší politické debaty (v níž se ale nakonec musí o opatření rozhodnout), nebo musejí přijmout částečně jiný diskurz, který jim dovolí komentovat opatření i z nemedicínského hlediska. Bennettův koncept důvěry v doporučení však nabízí další cestu, která umožňuje lékařům expertům na jedné straně zůstat u medicínského diskurzu, ale na druhou stranu ovlivnit krizi nejen jako odborníci. Pokud by totiž artikulovali hodnoty nebo zájmy, které je vedou k jejich odborným výrokům, umožňovalo by to dle Bennetta nejen lepší přijetí těchto výroků, ale zpětně by to způsobilo

³ Zájem je v tomto případě definován schválně obecně. Nejde totiž jen o to, aby měl expert na mysli „praktický“ zájem, ale i hodnoty dotýčných. Bennett také nechtěl při definici použít pouze slovo hodnota, protože by to mohlo implikovat, že by lidé neměli věřit doporučením, kteří dělají lidé s jinými hodnotovými nastaveními. Lidé se totiž expertů mohou ptát nejen na metody k dosažení jistých cílů, ale i na cíle samotné.

pronikání jejich zájmů nebo hodnot do společnosti. Pokud by například lékař expert pronesl: „Podporuji opatření dočasného uzavření továrního provozu, abychom zabránili vysokým ztrátám na životech, které jsou v dlouhodobějším hledisku zásadnější než krátkodobé ekonomické zisky,“ nejenže by zůstal v hranicích medicínského diskurzu, ale zpětně by do debaty o opatřeních přinesl jeho hodnotové nastavení

Na závěr je ale potřeba ještě vyzdvihnout rizika, které vyplývají z aplikování konceptu důvěry v doporučení. Pokud bude příspěvek od odborníků do české debaty pouze na úrovni důvěry v experty bez snahy zvyšovat i důvěru v doporučení, tak nelze očekávat, že opatření budou přijímaná u dostatečně vysokého procenta populace. Zároveň pokud bude přetrvávat neshody mezi samotnými odborníky, může důraz na epistemickou důvěru mít za důsledek absolutní snížení této důvěry z dlouhodobého hlediska.

7. Závěr

Na začátku této práce stála výzva analyzovat zdravotnictví z politologického hlediska. Pro téma této práce pak byla vybráno téma lékařské komunity, konkrétně lékařů v Česku. Byly stanoveny tři podtémata – Děkujeme, odcházíme, Lékařky v Česku a Lékaři experti v koronavirové době – a stanovily se dvě hlavní výzkumné otázky: *„Jaké je vnímání lékařů v české společnosti? Jak je toto vnímání utvářeno a jaké má dopady do organizací a fungování zdravotnictví?“*

Děkujeme, odcházíme ukázalo zejména, jak odboráři (také lékaři) vnímají svoji pozici v rámci zdravotnictví a sociální sféry a jaká témata vnímají jako důležitá. Při hodnocení výsledků akce lze odhadnout, jak širší společnost vnímá jejich postavení. Vláda uzavřela s představiteli Děkujeme, akce dohodu zejména se zaměřením na platové podmínky lékařů. Byl to tedy ústupek, který vyhovoval v minimální rovině, jak lékařům, tak i jako výsledek pro voliče. Tato pozice zdravotnictví v rámci neoliberálního diskurzu, o kterém rozhodují zejména finance a politici, je něco, co se opět objevilo ve třetí kapitole.

Lékařky v Česku otevírají na první pohled spíše interní téma lékařské komunity, a to postavení lékaře v diskurzu, který preferuje muže na prestižnější pozice. V kapitole bylo kromě kritické diskurzivní analýzy použito i model, který zkoumá vnímání rozdílností/stejností mužů a žen a (ne)spravedlnosti jejich postavení. Hlavní tvrzení kapitoly, že omezená možnost odporu

proti diskriminaci žen je zejména způsobená neexistencí alternativního diskurzu. I když tento problém musí být řešen nejintenzivněji uvnitř lékařské komunity, převládající mocenská struktura preferující lékaře muže zásadně ovlivňuje v důsledku i vnímání lékařů a lékařek u širší společnosti.

Třetí kapitola analyzoval, jak lékaři experti jako jednotlivci ovlivňují debatu o opatřeních proti šíření COVID-19 z pozice odborníků. Tématem zejména bylo, jak jim pozice odborníka u společnosti otevírá cestu do médií, ale jak jim zároveň toto vnímání limituje zapojení do širšího politického rámce. Pomocí konceptu důvěry v doporučení bylo následně ukázáno, jak toto dilema překlenout. Nakonec byla vyzdvihnuta rizika nadměrného spoléhání na důvěru expertů, obzvláště v krizi, ve které se sami odborníci nedokážou před veřejností shodnout na jednotném postupu.

Všechny tři kapitoly nabídly analýzu témat, které by se jen těžko zpracovávaly z medicínsko-ekonomického pohledu. Pokud by v dalším výzkumu bylo možné tyto nebo jiné oblasti dále rozpracovat, mohly by představovat silné podněty do debaty o změnách nejen v lékařské komunitě i v rámci celého zdravotnictví. Na začátek je ale potřeba překonat představu, že zkoumat zdravotnictví hlavně z ekonomické perspektivy je dostačující.

8. Reference

1. Aktuálně.cz. (2011). *Engel vydírá, říká advokát a podává trestní oznámení*.
2. Balík, M. B. H. K. K. L. N. P. J. S. Š. T. Z. (2020). *Výzva jedenácti: lékaři Univerzity Karlovy veřejnosti*. Retrieved 29. července 2021 z <https://cuni.cz/UK-6311.html?news=10013&locale=cz>
3. Beneš, V. (2008). Diskurzivní analýza. In P. Drulák (Ed.), *Jak zkoumat politiku : kvalitativní metodologie v politologii a mezinárodních vztazích* (Vydání první ed., pp. 101-104). Portál.
4. Bennett, M. (2020). Should I Do as I'm Told? Trust, Experts, and COVID-19. *Kennedy Institute of Ethics Journal*, 30(3).
5. Beran, O. C. F. H. H. H. Š. J. T. (2020). *Výzvy veřejnosti aneb názory mějme, ale argumentujme fér*. Retrieved 29. července 2021 z <https://www.lf2.cuni.cz/fakulta/clanky/prohlaseni-nazory-eseje/vyzvy-verejnosti-aneb-nazory-mejme-ale-argumentujme-fer>
6. Bidrmanová, M. (2020). *Prymula: Kdybych chtěl zavřít všechny obchody, Babiš mi řekne, že jsem blázen*. Retrieved 29. července 2021 z <https://www.seznamzpravy.cz/clanek/jake-planyma-roman-prymula-pro-cechy-odpovidat-bude-zive-121772>
7. Durnová, A. (2011). Diskurzivní přístupy v policy analysis. In M. Nekola, H. Geissler, & M. Mouralová (Eds.), *Současné metodologické otázky veřejné politiky* (Vyd. 1. ed., pp. 75). Karolinum.
8. Fairclough, N. (1992). *Discourse and social change* [Regular print reproduction]. Polity Press.
9. Fert, K. (2021). *Rektor UK Zima: Zažil jsem covid na vlastní kůži. „Chřipečka“ to opravdu není*. Retrieved 29. července 2021 z <https://www.novinky.cz/koronavirus/clanek/rektor-uk-zima-zazil-jsem-covid-na-vlastni-kuzi-chripecka-to-opravdu-neni-40352273>
10. Howarth, D. R. (2000). *Discourse* [Bibliographies]. Open University Press.
11. Hájková, K. (2020). *Užijeme si Vánoce navzdory covidu? Odpovídají Rastislav Maďar, Libor Grubhoffer a Jiří Černý*. Retrieved 29. července z <https://www.flowee.cz/clovek/8311-uzijeme-si-vanoce-navzdory-covidu-odpovidaji-rastislav-madar-libor-grubhoffer-a-jiri-cerny> from
12. Jansová, L., Spěváčková, M., & Vydrová, M. (2011). *Akce Děkujeme, odcházíme končí. Lékaři odsouhlasili memorandum*. Retrieved 25. července 2021 z https://www.irozhlas.cz/zpravy-domov/akce-dekujeme-odchazime-konci-lekari-odsouhlasili-memorandum-201102162139_mvydrova
13. Kerles, M. (2011). *Děkujeme, odcházíme! není česká specialita. Své vědí i v Německu*. Retrieved 29. července 2021 z https://www.lidovky.cz/domov/dekujeme-odchazime-neni-ceska-specialita-sve-vedi-i-v-nemecku.A110110_194935_In_domov_pks
14. Kněžiková, I. (1996). *David Rath radil se stávkou počkat, delegáti 5. sněmu LOK ho poslechli*. Retrieved 25. července 2021, z <https://archiv.ihned.cz/c1-892125-david-rath-radil-se-stavkou-pockat-delegati-5-snemu-lok-ho-poslechli>
15. Kubík, J. (2021). *Je čas zklidnit společnost a nebyt vězni koronaviru, říká rektor Zima*. Retrieved 29. července 2021 z <https://www.seznamzpravy.cz/clanek/je-cas-zklidnit-spolecnost-a-nebyt-vezni-koronaviru-rika-rektor-zima-135516>
16. Kvasnička, J. (2020). *Je to mediální virus. Vakcíny jsou jen byznys, říká rektor Univerzity Karlovy*. Retrieved 29. července 2021 z https://www.idnes.cz/zpravy/domaci/tomas-zima-koronavirus-ockovani-vyvoj-byznys-rouscky.A200819_195000_domaci_mama
17. Lauder, S. (2020). *UŽ VÁS NĚKDO ZBOUCHNUL? ZASKOČILO MĚ, JAK VELKÁ JE DISKRIMINACE ŽEN VE ZDRAVOTNICTVÍ*. Retrieved 8. srpna 2021 z <https://www.respekt.cz/rozhovor/uz-vas-nekdo-zbouchnul-zaskocilo-me-jak-velka-je-diskriminace-zen-ve-zdravotnictvi>
18. LOK-SČL. 13 důvodů exodu. Retrieved 29. července 2021 z https://web.archive.org/web/20100917133105/http://www.dekujeme-odchazime.cz/13_duvodu_exodu
19. LOK-SČL. (2010). 13 důvodů exodu. Retrieved 29. července 2021 z https://web.archive.org/web/20100917133105/http://www.dekujeme-odchazime.cz/13_duvodu_exodu

20. Ministerstvo zdravotnictví, Č. r. (2019). *Zdravotnictví České republiky ve srovnání se státy OECD*. Retrieved 25. července 2021, z <https://www.nzip.cz/clanek/477-zdravotnictvi-ceske-republiky-ve-srovnani-se-staty-oecd>
21. Novinky.cz. (2011). *Komora vyzvala lékaře, aby podpořili akci Děkujeme, odcházíme*. Retrieved 29. července 2021 z <https://www.novinky.cz/domaci/clanek/komora-vyzvala-lekare-aby-podporili-akci-dekujeme-odchazime-77539>
22. Novotná, H. (2019). Metody výzkumu ve společenských vědách. In H. Novotná, O. Špaček, & M. Štovičková (Eds.), (Vydání první ed., pp. 274). Fakulta humanitních studií Univerzity Karlovy.
23. Parlamentnílisty.cz. (2011). *Heger by vzal zpět všechny lékaře. Navzdory těm agresivním*. Retrieved 29. července 2021 z <https://www.parlamentnilisty.cz/arena/monitor/Heger-by-vzal-zpet-vsechny-lekare-Navzdory-tem-agresivnim-186301?diskuse&parent=229266>
24. Pecháčková, M. (2010). Markéta Dušková - Lékařka Krávy a nápravy. *Medical Tribune*, (July 25, 2021, z <https://www.tribune.cz/clanek/18026-marketa-duskova-lekarka-krazy-a-napravy>).
25. Perknerová, K. (2020). *Roman Prymula: Koronavirus mě překvapuje intenzivně a neustále*. Retrieved 29. července 2021 z https://www.denik.cz/z_domova/roman-prymula-koronavirus-rozhovor-20200604.html
26. Procházková, M. *Odboráři sečetli výpovědi. Děkujeme, odcházíme řeklo 3 513 lékařů*. Retrieved 29. července 2021 z https://www.idnes.cz/zpravy/domaci/odborari-secetli-vypovedi-dekujeme-odchazime-reklo-3-513-lekaru.A101220_093517_domaci_jw
27. Procházková, M. (2010). *Odboráři sečetli výpovědi. Děkujeme, odcházíme řeklo 3 513 lékařů*. Retrieved 29. července 2021 z https://www.idnes.cz/zpravy/domaci/odborari-secetli-vypovedi-dekujeme-odchazime-reklo-3-513-lekaru.A101220_093517_domaci_jw
28. Přádová, D. (2020). *Vládní epidemiolog: Vítězství nad koronavirem oslavíme nejdřív za rok*. Retrieved 29. července z <https://www.seznamzpravy.cz/clanek/az-koronavirus-uderi-znovo-co-se-stane-popisuje-vladni-epidemiolog-108647>
29. Pšenička, J., & Pergler, T. (2020). *Po Vánocích bude hůř, varuje Prymula*. Retrieved 29. července 2021 z <https://www.seznamzpravy.cz/clanek/po-vanocich-bude-hur-varuje-prymula-132930>
30. Riebauerová, M. (2003). *Poděkujte svému lékaři. Ale jak?* Retrieved 25. července 2021, z https://www.idnes.cz/zpravy/domaci/podekujte-svemu-lekari-ale-jak.A030514_213535_domaci_pol
31. Risberg, G., Johansson, E. E., & Hamberg, K. (2009). A theoretical model for analysing gender bias in medicine. *International Journal for Equity in Health*, 8(1), 28. <https://doi.org/10.1186/1475-9276-8-28>
32. Roter, D. L., & Hall, J. A. (2015). Women Doctors Don't Get the Credit They Deserve [Article]. *Journal of General Internal Medicine*, 30(3), 273-274. <https://doi.org/10.1007/s11606-014-3081-9>
33. Sovová, E. (2009). *Chirurg bere na hodinu méně než průměrný vysokoškolák*. Retrieved 25. července 2021, z <https://www.penize.cz/pracovni-pomer/57764-chirurg-bere-na-hodinu-mene-nez-prumerny-vysokoskolak>
34. Svobodová, V. (2004). *FEMINISMUS V CHIRURGII JE NESMYSLNÝ*. Retrieved 25. července 2021, z http://www.czech-press.cz/index.php?option=com_content&view=article&id=1643:feminismus-v-chirurgii-je-nesmyslny-sp-800592672&catid=1648&Itemid=148
35. Takáč, D. (2021). *Na konci tohoto lockdownu se nejspíš nedosáhne na úroveň probezpečné rozvolňování, říká epidemiolog Maďar*. Retrieved 29. července z <https://ct24.ceskatelevize.cz/specialy/koronavirus/3280050-pocty-nakazenych-jeste-porostou-kvuli-testovani-ve-firmach-ceka> from
36. Tilly, C. (1998). Social Movements and (All Sorts of) Other Political Interactions - Local, National, and International - Including Identities. *Theory and Society*, 27(4), 453-480.
37. Valterová, A. (2010). Veřejné politiky v České republice v letech 1989-2009. In S. Balík (Ed.), *Srovnávací politologie: sv. č. 13* (1. vydání ed., pp. 640-650). Centrum pro studium demokracie a kultury (CDK).

38. Wodak, R. (2014). The Discourse Studies Reader : Main Currents in Theory and Analysis. In R. Wodak, D. Maingueneau, & J. Angermuller (Eds.), (pp. 402). John Benjamins Publishing Company.
39. Zima, T. (2020). *Výzvy všem, kteří rozhodují*. Retrieved 29. července 2021 z <https://www.tomaszima.cz/media/jine/vyzva-rektora-uk/>
40. Zárýbnická, A. (2019). *Kariéra je jako kopec. Z vrcholu je třeba kráčet dolů a pomáhat těm, kteří stoupají*. Retrieved 25. července 2021, z <https://pardubice.rozhlas.cz/kariera-je-jako-kopec-z-vrcholu-je-treba-kracet-dolu-a-pomahat-tem-kteri-8104366>
41. ČT24. (2010). *„Děkujeme, odcházíme,“ vzkazují doktoři*. Retrieved 29. července 2021 z <https://ct24.ceskatelevize.cz/domaci/1316808-dekujeme-odchazime-vzkazuji-doktori> from
42. Říhová, K. (2016). *Lékařka Eva Brichtová: Na operačním sále jsem spíše sochařkou*. Retrieved 25. července 2021, z <https://www.novinky.cz/zena/styl/clanek/lekarka-eva-brichtova-na-operacnim-sale-jsem-spise-socharkou-40006474>