

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE**  
**FAKULTA SOCIÁLNÍCH VĚD**  
Institut sociologických studií

**Michal Vacátko**

**Specializační vzdělávání lékařů v oboru  
Praktický lékař pro děti a dorost v ČR**

*Diplomová práce*

Praha 2014

Autor práce: **Michal Vacátko**

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

Rok obhajoby: 2014

## **Bibliografický záznam**

VACÁTKO, Michal. *Specializační vzdělávání lékařů v oboru Praktický lékař pro děti a dorost v ČR*. Praha: Univerzita Karlova, Fakulta sociálních věd, Institut sociologických studií, 2014. Vedoucí diplomové práce MUDr. Petr Háva, CSc.

## **Klíčová slova**

Primární péče, zdravotnický systém, lidské zdroje ve zdravotnictví, praktičtí lékaři pro děti a dorost, Atestace, rezidenční místa pro praktické lékaře, specializační vzdělávání, Pediatrická primární péče, nízká míra pododnosti

## **Keywords**

Primary care, health system, human resources in health care, attestation, practitioners for children and adolescents, health politics, residential places for practitioners, specialized education, Paediatric primary care (variability of), capacity of children health care, Europaediatrics, decreasing birth rates

**Rozsah práce:** 162 835 znaků (včetně mezer)

## Abstrakt

Diplomová práce „Specializační vzdělávání lékařů v oboru Praktický lékař pro děti a dorost v ČR“ se zaměřuje na vývoj specializačního vzdělávání lékařů v kontextu společenských změn v České republice po roce 1989 a jejich dopady na personální zajištění zdravotní péče v oboru Praktických lékařů pro děti a dorost. V první části práce jsou popsána teoretická a věcná východiska, která úzce souvisí se zkoumanou problematikou. Jsou zde vysvětleny koncepty fungování a vývoje zdravotního systému, poskytování primární péče prostřednictvím praktických lékařů pro děti a dorost, vliv transformace na trh práce, práce s lidskými zdroji ve zdravotnictví, teorie lidského kapitálu a lidských práv ve zdravotnictví. K analýze v empirické části práce je využita metoda historické institucionální analýzy. Ve čtyřech časových kohortách jsou vysvětleny formální a neformální vztahy mezi významnými aktéry a jejich vliv na utváření institucionálního rámce specializačního vzdělávání lékařů v průběhu času, především v legislativních dokumentech. Pozornost je věnována obzvláště organizaci a financování specializačního vzdělávání lékařů v oboru Praktický lékař pro děti a dorost, stárnutí populace současných lékařů v oboru a jejich generační obměně v kontextu demografického vývoje české populace. V závěru jsou také diskutovány metody specializačního vzdělávání lékařů v zahraničí a způsoby poskytování primární péče pro děti a dorost v dalších zemích Evropské unie a USA.

## **Abstract**

This dissertation "Specialized education in the field of practitioners for children and adolescents in the Czech Republic" focuses on the development of specialized postgraduate medical education in the context of social change in the Czech Republic after 1989 and their impact on staffing in the field of health care practitioners for children and adolescents. The first part describes the theoretical and factual basis, which is closely related to the issues. These concepts explained the functioning and development of the health system, providing primary care by practitioners for children and adolescents, impact of transformation of the labor market and human resources in health care and human rights in health care. To analyze the empirical part of the thesis I used the method of historical institutional analysis. I explained formal and informal relationships in time cohorts between major actors and their influence in shaping the institutional framework of specialized education of physicians over time, especially in the legislative documents. Attention is paid especially to organization and financing of specialist medical education in the field of practitioner for children and adolescents, aging of population present practitioners, and their generational replacement in the context of demographic situation in Czech population. In the conclusion are also discussed methods of specialized medical education abroad and ways of providing primary care for children and adolescents in other countries of the European Union and the USA

# Prohlášení

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

V Praze dne 15. 5. 2014

Michal Vacátko

## Poděkování

Na tomto místě bych rád poděkoval MUDr. Petrovi Hávovi, Csc. za konzultace mé diplomové práce, za pomoc, rady a trpělivost při psaní této práce a všem respondentům, kteří mi ochotně poskytli rozhovory a umožnili mi tak nahlédnout na specializační vzdělávání lékařů z odborného a praktického hlediska. V neposlední řadě děkuji svým rodičům a blízkým, kteří mě podporovali po celou dobu studia.

**Institut sociologických studií**  
**Teze diplomové práce**

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE  
Fakulta sociálních věd  
Institut Sociologických studií  
Magisterský obor studia veřejná a sociální politika

**TEZE DIPLOMÉ PRÁCE**

*Předpokládaný název práce:* Problematika poskytování dětské primární péče v České republice

Jméno diplomanta Bc. Michal Vacátko  
Jméno konzultanta MUDr. Petr Háva, CSc.  
Souhlas konzultanta s vedením práce (podpis):  
Datum: Červen 2013



## Vymezení problému:

Primární péče ve zdravotnictví je důležitou součástí dobrého a efektivního fungování zdravotního systému nejenom v České republice. To se týká především dětí a mládeže, kde správný dohled na jejich zdravotní stav a vývoj je důležitým předpokladem pro jejich úspěšný vstup do života. V této oblasti hrají nejdůležitější roli především praktičtí lékaři pro děti.

V České republice dochází k dlouhodobě nedostatečné koordinaci vývoje v oblasti specializačního vzdělávání lékařů ve vztahu k vývoji v samotném systému poskytování služeb. To se projevuje ve skupinách praktických lékařů, stomatologů a dalších oborů, kde v současnosti dochází k riziku odchodu většího množství starších věkových skupin lékařů a dochází tak k potřebě jejich náhrady. Jedná se o obory, které jsou pro mladé lékaře velmi atraktivní, ale vzhledem k potřebě specializované atestace hůře dostupné. Vzhledem k tomu může dojít ke značnému úbytku těchto praktických doktorů v oboru.

Za vývoj v oblasti zřizování ordinací praktických doktorů a poskytování primární lékařské péče na regionální úrovni odpovídají krajské úřady, ale příslušné právní normy a výkon správy v této oblasti (specializace) jsou centralizovány (MZ, vláda, parlament). To do značné míry omezuje možnosti efektivně reagovat na vývoj a potřebu nových praktických lékařů, což může z dlouhodobého hlediska značně ohrozit dostupnost těchto služeb v jednotlivých krajích.

V ČR jsme dlouhodobě svědky nedostatečné propojenosti výkonu veřejné správy a implementace veřejných a sociálních politik mezi jednotlivými úrovněmi vládnutí, především pak mezi krajskými úřady a vládou ČR (resp. Příslušnými ministerstvy). To se odráží i ve zdravotní politice, kde často dochází k problémům spojeným s nedostatečnou úrovní spolupráce mezi jednotlivými aktéry na několika úrovních vládnutí. Úloha plánování a řízení rozvoje lidských zdrojů není v českém zdravotnictví pojata jako koordinované jednání krajů a vlády. Výsledkem je dlouhodobě neřešená problematika vzdělávání a rozvoje zdravotnických pracovníků v souladu s eskalujícími potřebami.

### ***Výzkumný Problém:***

V České republice dochází ke stárnutí profesní skupiny dětských praktických lékařů, přesto systém vzdělávání jejich potenciálních nástupců, kteří by je měli v nadcházejících letech nahradit je nedostačující. Z pohledu absolventů lékařských fakult se nutně taková skutečnost jeví jako bezútěšná, bezvýhodná a neperspektivní. Zvláště pak, jestliže tito absolventi mají konkrétní zájem o určitou profesní dráhu. (tj. očekávání absolventů a rozpor s realitou).

## **1 Cíl Práce**

Cílem této práce je zmapování procesu udělování atestace pro výkon povolání dětského praktického lékaře v České republice a následná reflexe jeho fungování z pohledu uchazečů a práci v tomto oboru a dalších aktérů, vzhledem k současnému stárnutí této profesní skupiny.

## **2 Výzkumné otázky**

- 1) Jak probíhá celý proces atestace u praktických dětských lékařů?
- 2) Jaké možnosti mají mladí doktoři, kteří se chtějí stát praktickými dětskými lékaři?
- 3) Co jsou největší překážky v jejich profesní dráze?

## **3 Teoretická a věcná východiska**

Teoretická východiska budou vycházet především z problematiky zdravotní politiky a poskytování zdravotní péče. V této práci se budu zabývat především afektivním využíváním lidských zdrojů ve zdravotnictví a jejich vlivem na udržení kvalitního poskytování primární zdravotní péče na příkladu problematiky dětských praktických lékařů v České republice.

Teorie lidského kapitálu

Lidské zdroje ve zdravotní politice

Zdraví

Zdravotní systém

Primární péče

Praktiční lékaři pro děti

Vzdělávací politika zdravotnických pracovníků

## **4 Metody**

V teoretické části budu vycházet především z analýzy dokumentů a následnou identifikací aktérů, kteří se podílejí na procesu získávání atestace pro dětské praktické lékaře v České republice a možnostech následného uplatnění lékařů v tomto oboru.

V analytické části chci využít především formou polostrukturovaných a expertních rozhovorů s lékaři a osobami, kterých se tato problematika týká. Pokusím se také provést dotazníkové šetření mezi studenty lékařských fakult, kteří uvažují a práci v oboru dětského praktického lékaře.;

*Metody, které v této práci použiji:*

Analýza aktérů

Analýza dokumentů

Metoda případové studie

Polostrukturované rozhovory s aktéry

## **5 Předpokládaná struktura diplomové práce**

Obsah

Abstrakt

Úvod

Cíle práce, výzkumné otázky, hypotézy

Teoretické část

Analytická část

Závěr

Shrnutí

Literatura

## 6 Orientační seznam literatury

DRBAL, Ctibor. Česká zdravotní politika a její východiska. Praha : Galén, 2006. 96 s. : il. s. ISBN 80-7262-340-0.

ECO, U. Jak napsat diplomovou práci? Olomouc: Votobia, 1997

GLADKIJ, Ivan. Úvod do zdravotní politiky, ekonomiky a sociologie zdravotnictví .Olomouc : Univerzita Palackého, 2000. 177 s. : tab., graf. s. ISBN 80-244-0176-2.

HÁVA, Petr. *Zdravotní politika*. [s.l.] : [s.n.], 2005. 33 s.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum*. Praha : Portál, 2005. 408 s. ISBN 80-7367-040-2.

HOWLETT, Michael; RAMESH, M. . *Studying Public Policy*. Canada : Oxford University Press, 2009. 298 s. ISBN 978-0-19-542802-5.

JANEČKOVÁ, H.; HNILICOVÁ, H.. *Úvod do veřejného zdravotnictví*. Praha : Portál, 2009. 296 s. ISBN 978-80-7367-592-9.

*Lidsky důstojně a efektivně fungující zdravotnictví*. Praha : Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2004. 108 s. *Medicinenet* [online]. 10/10/1999 [cit. 2011-05-16]. Dostupné z WWW: <<http://www.medterms.com/script/main/art.asp?articlekey=10708>>.

BÝMA, S. (2008). *Potřeba specializačních míst pro všeobecné praktické lékaře v ČR* In: *Practicus* 6/2008

KALOUS, J. (1997). *Teorie vzdělávací politiky*. Praha: ÚIV.

KALOUS, J., Veselý, A. (2006). *Vzdělávací politika České republiky v globálním kontextu*. Praha: Karolinum.

KŘEČKOVÁ-TUMOVÁ, N. (2003). *Vztah lékaře a pacienta v primární zdravotní péči*. In

*Zdravotní politika a ekonomika*. Sborník č. 2/2003. Kostelec nad Černými lesy: IZPE MZČR. *Vzdělávací program v oboru praktické lékařství pro dospělé*. Praha: MZČR.

SALTMAN, R. B., RICO, A., BOERMA, W. (2006). *Primary care in the driver's seat?, Organizational reform in European primary care*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on health Systems and Policies.

SEIFERT, B., STRUK, P. (2007). *Kvalita v primární péči* In *Medical Tribune* 16/2007

# Obsah

Obsah .....	8
Uvedení do problému.....	9
1 Cíl práce .....	16
2 Výzkumné otázky.....	17
3 Metody .....	18
3.1 Výzkumné otázky a související výzkumné metody.....	21
3.2 Institucionální analýza.....	23
3.3 Analýza historických událostí .....	24
3.4 Analýza politických sítí.....	26
3.5 Výzkum jednání zúčastněných aktérů .....	29
4 Teoretická a věcná východiska: .....	32
4.1 Vývoj teorie zdravotního systému v měnící se společnosti.....	32
4.2 Dětská primární péče v ČR .....	35
4.3 Vliv transformace trhu práce .....	38
4.4 Lidské zdroje ve zdravotnictví .....	39
4.5 Teorie lidského kapitálu .....	40
4.6 Lidská práva ve vztahu ke zdravotním službám.....	41
5 Empirická část: .....	44
5.1 Současné požadavky specializačního vzdělávání v oboru PLDD .....	49
5.1.1 Požadavky na specializační vzdělávání v oboru PLDD.....	50
5.1.2 Požadavky na akreditovaná pracoviště .....	52
5.2 Vývoj právního rámce specializačního vzdělávání PLDD v ČR.....	53
5.2.1 Do roku 1989 .....	56
5.2.2 Období 1990-1997 Transformace systému .....	61
5.2.3 Období 1998-2006 Příprava ke vstupu do Evropské unie .....	64
5.2.4 Období 2007-2014 Omezování finančních prostředků.....	71
5.3 Specializační vzdělávání PLDD v zahraničí .....	83
5.4 Vývoj počtu lékařů v oboru PLDD v kontextu demografických změn v České republice..	87
6 Diskuse .....	93
Závěr .....	98
Summary .....	102
Seznam pojmů .....	103
Seznam Obrázků a Tabulek .....	104
Literatura .....	105
Přílohy .....	112

## Uvedení do problému

Primární péče ve zdravotnictví je důležitou součástí dobrého a efektivního fungování zdravotního systému nejenom v České republice (Saltman, 2006). Česká republika se na základě mezinárodních dohod Deklarace práv dítěte (1959) a modernější Úmluvy o právech dítěte (1989) a Zákona č. 104/1991 Sb., Úmluva o právech dítěte, zavázala poskytovat zvláštní pozornost v péči o děti a mládež, jejich dobrému zdravotnímu stavu a zdravému vývoji ke vstupu do dalších etap života. V této oblasti hrají významnou roli především praktičtí lékaři pro děti a dorost. (Kliegman, 2011)

Světové a evropské trendy vývoje pediatrie byly ovlivněny rozvojem poznatků a vývojem nových technologií (např. očkování, diagnostika, programy podpory zdraví, léčba infekčních onemocnění, péče o matku a dítě, novorozenecká péče, rozvoj primární péče). V průběhu 20. století se tak podařilo výrazně snížit dětskou úmrtnost. V rámci těchto trendů došlo k rozvoji dětského a dorostového lékařství v rámci primární péče (WHO, Alma Ata 1978). Také v ČR došlo ve druhé polovině 20. století k poměrně úspěšnému rozvoji pediatrie jak v oblasti primární péče, tak také specializované ambulantní a nemocniční péče. (Janda, 2003)

V organizačním uspořádání zdravotních služeb pro děti a dorost existují ve světě i v Evropě značné rozdíly a tyto variace se promítají také do různé úrovně dosahovaných výsledků. Organizace a financování zdravotních služeb a také přístupy k rozvoji podpory zdraví a veřejného zdraví jsou vystaveny od 80. let minulého století dlouhodobému ekonomickému tlaku. Rozhodující proměnnou změnou se staly v kontextu ekonomické globalizace finance a podnikatelské zájmy, zatímco rozvoji řízení kvality péče o chronicky nemocné není věnována odpovídající pozornost (Wolfe 2013). Klíčovou proměnnou vývoje zdravotní péče pro děti a dorost se v některých státech staly demografické ukazatele (porodnost, plodnost). (OECD: 2014, Davies: 2013) Také v rámci Evropské unie se v některých zemích, mezi které patří i Česká republika, dostala v posledních desetiletích plodnost a porodnost pod hranici udržitelné reprodukce společnosti. Jednotlivé oblasti

zdravotního systému se tak dostaly pod tlak ekonomických subjektů, obzvláště dětské a dorostové lékařství. Tyto státy se v současnosti ocitly na křižovatce svých budoucích rozvojových strategií. Problém nízké porodnosti je totiž s využitím kombinace politických opatření řešitelný (např. Francie, Španělsko, Švédsko). Česká republika také stojí před rozhodnutím, zda problém porodnosti řešit nebo se pasivně poddat postupnému vymření. Neřešení demografického problému by totiž v praxi vedlo k výrazným negativním změnám ekonomického a demografického vývoje. (Davies, 2013)

**Obrázek 1: Celková míra plodnosti v zemích Evropské unie v roce 2011**



zdroj: Davies, 2013

Diskurz organizace dětského a dorostového lékařství je komplikován změnami demografického vývoje, poklesem porodnosti v Evropě (Jozwiak 2008). Příčiny těchto změn spočívají také především v důsledcích jednostranného důrazu na ekonomický růst, rozvoj konkurenceschopnosti, zhoršování podmínek na trzích práce, potlačení významu rodiny, rodinného života, kvality života (happiness, well-being) spolu s mizejícím významem hodnoty života a jeho reprodukce (Cassidy: 2012, Mlčoch: 2007, OECD: 2013). Evropské státy se tak dostávají do rizika vyměnění četných populačních skupin v průběhu 21. století. Politici se bohužel zaměřují spíše než na příčiny takového vývoje a možnosti jeho řešení většinou jenom na reaktivní změny, spočívající např. v redukci kapacit veřejných služeb nebo na penzijní reformy, které jsou na takovém negativním demografickém vývoji naopak přímo vytvořeny.

V České republice došlo po roce 1989 k transformaci společnosti od socialistického centrálně plánovaného systému k volnému fungování trhu. (Večerník: 1995, Šrubař: 1996) Očekávalo se, že dojde k rychlé změně poměrů k výkonové tržní ekonomice. Bohužel se projevil „pokuty za rychlost“ které se ukázaly být nečekaně velké a dlouhodobé. (61, Večerník, 2002) To ovlivnilo do značné míry i oblast zdravotní politiky, kde tyto nově přijaté mechanismy začaly být také uplatňovány. (Holčík, 1998) „*Transformace byla konceptuálně pojata především jako ekonomická. Její učebnicí se stala neoklasická ekonomie, a to nikoli na základě volby z nabízejících se variant, nýbrž v důsledku své jednoznačné aktuální dominance ve vyspělém světě.*“ (63, Večerník, 2002) Tento nový model předpokládal, že zdravotní systém bude fungovat na základě liberálních principů volného trhu, ve kterém stát bude hrát pouze minimální roli s co nejmenším množstvím zásahů do jeho fungování. Velmi rychle se začalo spoléhat na samočinnost tržních mechanismů, jako reakce z obavy všemocného státu a jeho zásahů do fungování společnosti a svobody jednotlivce. (63, Večerník, 2002) Tento samovolný mechanismus se ukázal v oblasti práce s lidskými zdroji ve zdravotnictví jako nedostatečně efektivní. (IZPE, 2003) V problematice dětských praktických lékařů došlo k selhání mechanismů k vyškolení dostatečných kapacit nástupců



současných lékařů, jejichž generace je v současné době v předdůchodovém a důchodovém věku. Tento problém se ukazuje bez výrazné intervence ze stran státu jako neřešitelný a v budoucnu může dojít k ohrožení kvality poskytované péče.

Princip liberálního volného trhu se tak ukazuje v oblasti zdravotní politiky jako nedostačující a bez intervencí ze strany státu bude i v budoucnu selhávat. (Večerník: 2002, Šrubař: 1996) Vzhledem k složitosti systému a potřebě vysoce kvalifikovaných pracovníků nemůže být tento spontánní systém dostatečně účinný a je potřeba intervencí ze strany dalších subjektů a strategického plánování práce s lidskými zdroji ve zdravotnictví. „*V průběhu tohoto procesu se ukazuje jasně, že liberální koncepce kompenzace materiální nerovnosti formálním zrovnoprávněním individuí jako řešení tohoto konfliktu nedostačuje, a to právě na základě následků, které vyplývají ze spontánní realizace tržního systému a z působení liberálních principů.*“ (74, Šrubař, 1996) Polistopadová transformace se stala nápravou jedné historické intervence druhou. Starý systém byl demontován a nahrazen jiným, v dané době světově převládajícím systémem, který zároveň přinesl i nové problémy. Úkolem dnešní politiky je v současném institucionálním prostředí na tyto situace účinně reagovat, řešit je a předcházet jim. (71, Večerník, 2002)

Dlouhodobě dochází k nedostatečné koordinaci vývoje v oblasti specializačního vzdělávání lékařů ve vztahu k vývoji v samotném systému poskytování služeb. (Barak 2010, Janda 2003) To se projevuje ve skupinách praktických lékařů, stomatologů a dalších oborů, kde v současnosti dochází k riziku odchodu většího množství starších věkových skupin lékařů a dochází tak k potřebě jejich náhrady. Jedná se o obory, které jsou pro mladé lékaře velmi atraktivní, ale vzhledem k potřebě specializované atestace hůře dostupné. Vzhledem k tomu může dojít ke značnému úbytku těchto lékařů v jednotlivých oborech. Tento problém je však podstatně složitější v kontextu poklesu porodnosti a tedy i celkového počtu dětí ve vztahu ke kapacitám služeb dětského lékařství.

Za problém tak nelze považovat celkový počet lékařů v oboru, který je v posledních letech celkem konzistentní, ale musíme se zaměřit na jednotlivé věkové kategorie. Z následující tabulky lze snadno vyčíst, nízké zastoupení lékařů v nižších věkových kohortách. (viz. Tabulka) Z toho by mohlo zjednodušeně vyplývat, že v České republice nedošlo k zachycení vzniku tohoto problému a lze očekávat, že v následujících letech se bude snižovat počet lékařů v tomto oboru v důsledku jejich postupného odchodu do důchodu a nedostatečného počtu těch, kteří by je mohli nahradit. (3, Šídlo, 2011) V rámci komplexního pohledu je ale ve hře také vývoj rodinné politiky. Porodnost je s využitím nástrojů rodinné politiky poměrně snadno a rychle ovlivnitelnou proměnnou, zatímco pregraduální a specializační vzdělání vzdělávání lékařů je poměrně dlouhodobým procesem, který vyžaduje realizaci dlouhodobých cílů zdravotní politiky.

**Tabulka 1: Věkové složení dětských praktických lékařů po regionech ČR v roce 2010**

Region, kraj/věková skupina	do 34	35–39	40–44	45–49	50–54	55–59	60–64	65–69	70	Celkem
PRAHA	1	11	10	24	37	77	56	35	27	278
STŘEDNÍ ČECHY	1	10	11	26	51	55	38	14	12	218
JIHOČESKÝ	4	5	8	16	36	35	27	12	8	151
ZÁPADOČESKÝ	4	9	18	24	31	37	31	23	10	187
SEVEROČESKÝ	2	7	18	28	40	51	51	28	15	240
VÝCHODOČESKÝ	3	10	15	20	44	58	41	17	14	222
JIHOMORAVSKÝ	2	10	10	33	45	60	40	24	25	249
VYSOČINA	0	1	2	20	20	31	11	7	3	95
ZLÍNSKÝ	1	3	7	17	31	22	23	12	7	123
SEVEROMORAVSKÝ	2	9	24	40	58	78	51	41	16	319
Celkem – celá ČR	20	75	123	248	393	504	369	213	137	2082
	1 %	4 %	6 %	12 %	19 %	24 %	18 %	10 %	7 %	

■ Tabulka – Věkové složení PLDD po regionech (2010)

Zdroj: Roškotová, 2010

Za vývoj v oblasti zajištění kvality a dostupnosti primární lékařské péče pro děti a dorost odpovídají ze zákona zdravotní pojišťovny a od roku 2000 na regionálních úrovních také jednotlivé kraje. Tvorba souvisejících právních norem a výkon správy jsou v této oblasti (specializace) centralizovány (MZ, vláda, parlament). Vzhledem k existujícím deficitům kooperace krajů s vládou při tvorbě a realizaci veřejných politik dochází do značné míry k omezeným

možnostem efektivně reagovat na vývoj a potřebu nových praktických lékařů, což může z dlouhodobého hlediska značně ohrozit dostupnost těchto služeb v jednotlivých krajích. „Tuto hrozbu prozatím zastírá skutečnost, že počet lékařů primární zdravotní péče je dlouhodobě relativně konstantní a výrazné početní úbytky nebyly prozatím sledovány. Nicméně již v horizontu 10–15 let může v České republice nastat poměrně výrazný úbytek počtu lékařů, za který v současné době není náhrada.“ (6, Šídlo, 2011)

V ČR jsme, např. na rozdíl od sousedního Rakouska, dlouhodobě svědky nedostatečné propojenosti výkonu veřejné správy a implementace veřejných a sociálních politik mezi jednotlivými úrovněmi vládnutí, především pak mezi krajskými úřady a vládou ČR (resp. příslušnými ministerstvy). To se odráží i ve zdravotní politice, kde často dochází k problémům spojeným s nedostatečnou úrovní spolupráce mezi jednotlivými aktéry na několika úrovních vládnutí. Úloha plánování a řízení rozvoje lidských zdrojů není v českém zdravotnictví pojata jako koordinované jednání krajů a vlády. Výsledkem je dlouhodobě neřešená problematika vzdělávání a rozvoje zdravotnických pracovníků v souladu s regionálními potřebami. Významnou proměnnou této oblasti české zdravotní politiky je samozřejmě také sebezničující vývoj porodnosti české společnosti. Pokud by dál měl klesat počet dětí, pak by naopak vyvstala otázka, jak dále omezovat kapacity dětského lékařství. Z pohledu absolventů lékařských fakult se zájmem volby jejich odborného uplatnění v oblasti dětského lékařství je bližším aspektem efektivita existujícího systému specializačního vzdělávání. Kvalita specializačního vzdělávání je ovšem i klíčovou determinantou funkce a dosažených výsledků praktických lékařů pro děti a dorost. (Janda, 2003)

### ***Výzkumný problém:***

Aktuální situace absolventů lékařských fakult, kteří mají zájem o profesní dráhu dětských praktických lékařů, se v důsledku „neprůchodnosti“<sup>1</sup> současného systému jeví jako bezútěšná, bezvýhodná a neperspektivní. V tomto směru v současnosti existují značné deficity v možných návrzích řešení současné struktury specializačního vzdělávání v rámci zdravotní politiky, které by zajistily jeho dlouhodobou udržitelnost. Jako řídicí proměnné jsou dnes vnímány především finanční faktory systému, které jsou upřednostněny před organizačním uspořádáním, funkcemi a dosahovanými výsledky zdravotního systému

---

<sup>1</sup> neprůchodnost- 1) celkově velký počet PLDD v České republice, 2) vysoké zastoupení lékařů ve věkové kohortě 55-75 let

# 1 Cíl práce

1) Tato práce si klade za svůj cíl vysvětlení vzniku stávající praxe procesu specializačního vzdělávání pro výkon povolání PLDD v České republice z důvodů současného nepříznivého sociodemografického vývoje populace PLDD a jejich celkového počtu.

2) Následná reflexe jeho fungování z pohledu uchazečů o práci v tomto oboru a dalších aktérů, vzhledem k současnému stárnutí této profesní skupiny.

V souvislosti s hlavními cíli se tato práce bude zabývat také dalšími navazujícími cíli:

- Odhalení hlavních příčin "zablokování" přirozené věkové obměny v populaci dětských praktických lékařů v České republice.
- Zhodnocení vlivu jednání zúčastněných aktérů na politiku specializačního vzdělávání dětských praktických lékařů v České republice.
- Komparace zahraničních přístupů ke zkoumané problematice a jejich možné využití v Českém prostředí (legitimita specializace PLDD, změny v potřebách přístupu k dětem- dětská obezita)<sup>2</sup>
- Predikce návrhů ke zlepšení možných postupů uchazečů pro získání atestace pro výkon povolání dětského praktického lékaře v České republice.

---

<sup>2</sup> Viz- seminární práce skupiny studentů Vacátko, Rezek, Mach, Šrédlová k předmětu Metody tvorby politik na téma Návrh politiky boje proti dětské obezitě z roku 2014

## 2 Výzkumné otázky

1. Co je v současnosti hlavními překážkami lékařů, kteří se rozhodli pro profesní dráhu v oboru PLDD při získávání atestací a výkonu povolání v tomto oboru?

2. Jak se vyvíjelo v České republice po roce 1990 specializační vzdělávání lékařů, kteří se rozhodli, že by se chtěli profesně uplatnit jako PLDD?

3. Proč došlo ke vzniku „věkové vlny“ a celkově vyššímu počtu populace PLDD v České republice?

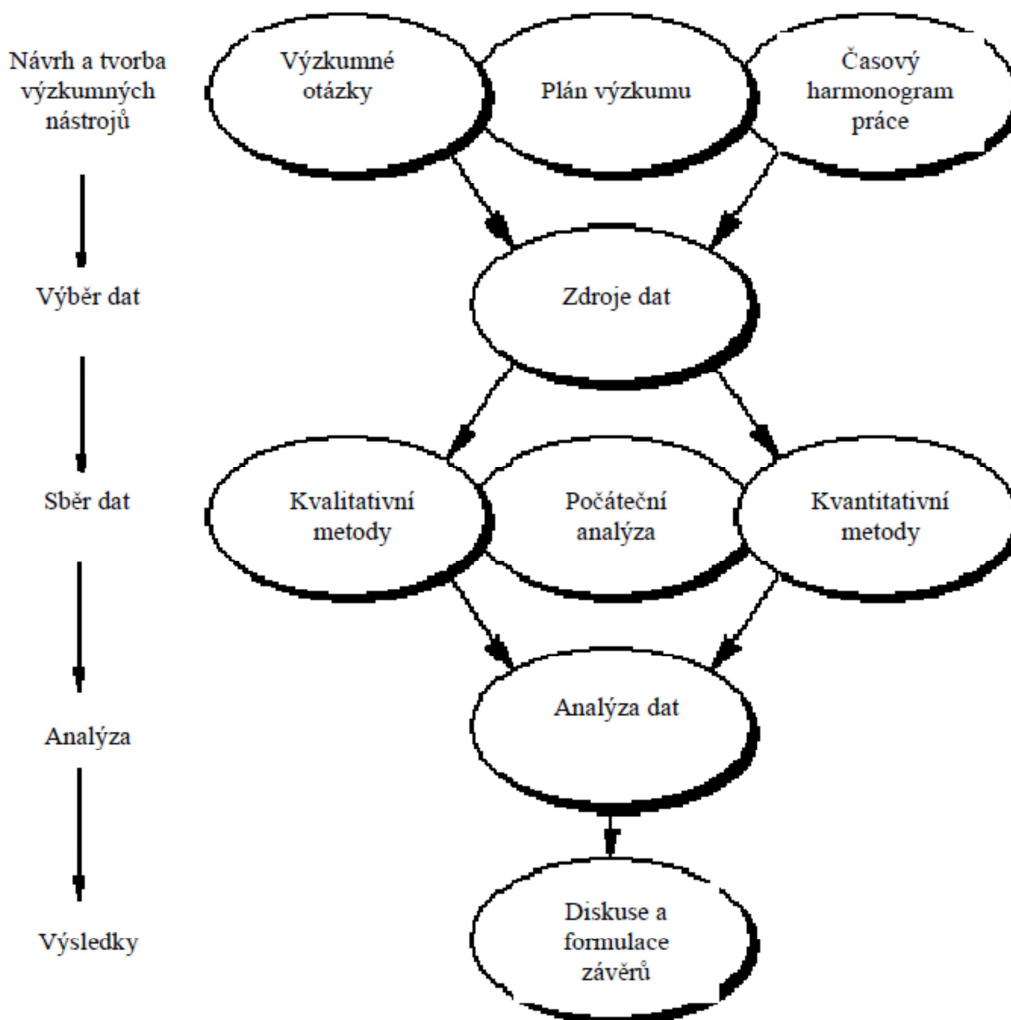
4. Jaká řešení jsou využívána v zahraničí k efektivnímu plánování a specializačnímu vzdělávání lidských zdrojů v oblasti zdravotní péče o děti a dorost?

### 3 Metody

Během výzkumu při získávání a zpracovávání relevantních dat se postupovalo systematickým postupem, byl vytvořen výzkumný plán. Ten zahrnoval všechny aspekty výzkumu, které byly jeho relevantní součástí od technik sběru dat až po způsob jejich analýzy a vyhodnocení. (Flick, 2004) K lepšímu pochopení všech součástí, které musí dobrý plán výzkumu obsahovat, poslouží například následující grafické zobrazení. (Obrázek č. 2) Jako výzkumný plán této práce byla zvolena případová studie. „*Výzkum pomocí případové studie se zaměřuje na podrobný popis a rozbor jednoho nebo několika málo případů. Základní výzkumnou otázkou je, jaké jsou charakteristiky daného případu nebo skupiny porovnávaných případů. Například nás zajímá třída, která používá novou metodu výuky určitého předmětu.*“ (103, Hendl, 2005) Tento přístup se zabývá studiem jednoho případu, který se snaží o zachycení a detailního popsání složitosti jednoho konkrétního problému, na jehož základě lze následně porozumět i podobným případům. (Hendl, 2005) Případová studie umožnila komplexní a hloubkové pochopení zkoumané problematiky.

Problematika výzkumné práce zahrnuje rozsáhlou oblast oborů a znalostí, které nám poskytly široké spektrum rozmanitých druhů informací a dat. K jejichž zkoumání bylo využito kombinace metod kvalitativního a kvantitativního přístupu v rámci analýzy veřejné politiky. Výzkum ve veřejné politice se zabývá činnostmi jednotlivých veřejných orgánů a jejich vlivu na zkoumanou problematiku. Její ambicí je analyzovat faktory, které vysvětlují „dobré“ a „špatné“ fungování veřejných politik a jejich účinnost ve společnosti. To v konečném důsledku vede k lepšímu pochopení a vysvětlení zkoumaného veřejně politického systému a jeho interakcí s veřejnými i soukromými subjekty. (Knoepfel, 2007) Kvalitativní přístup byl použit při získávání specifických informací o zkoumané problematice, prostřednictvím získaných dat. Kvantitativní metody byly využity především při práci se statistickými údaji.

Obrázek 2: Shrnutí postupu plánu výzkumu

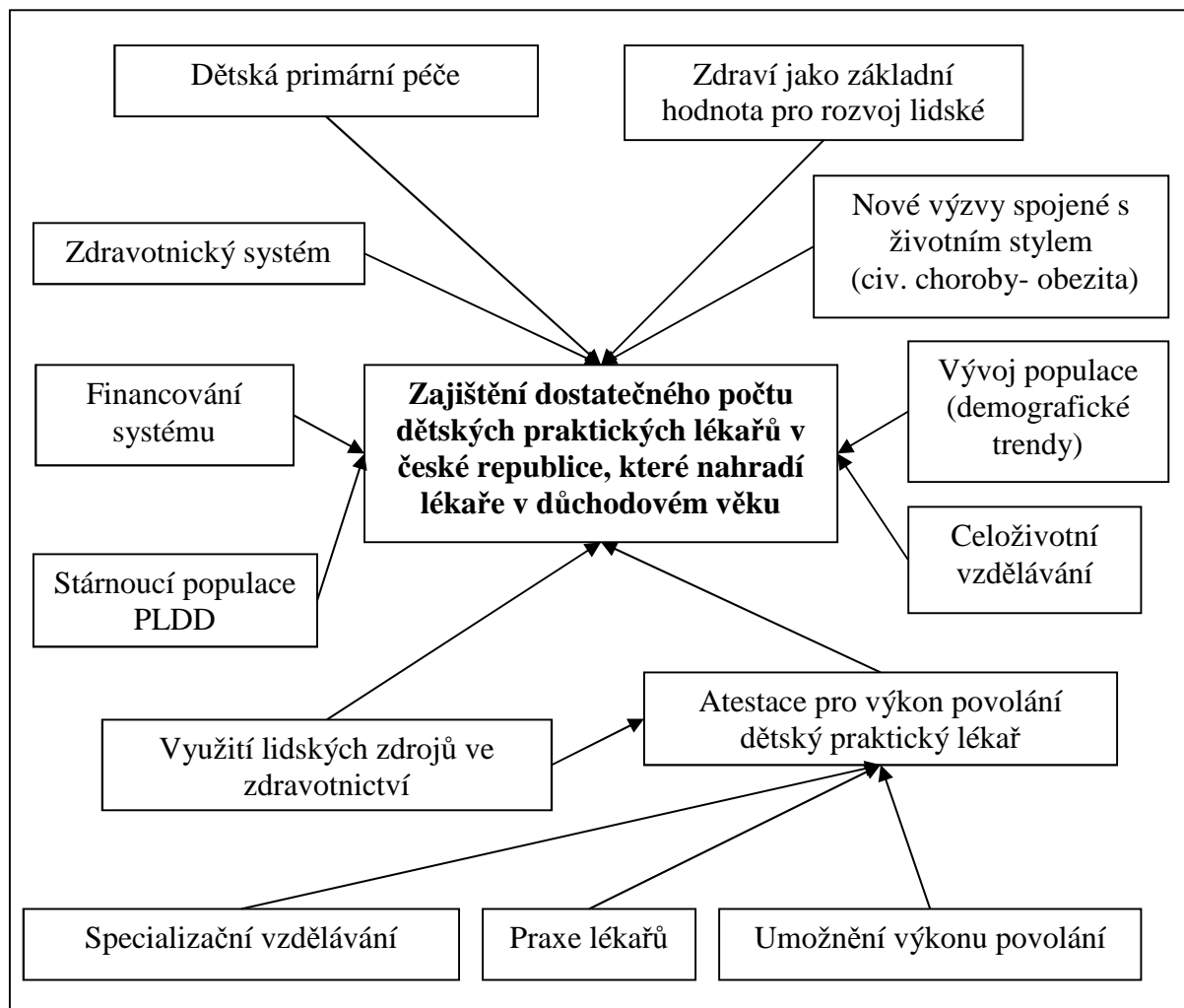


zdroj: Siragusa, 2002, upraveno autorem

Právě komplexnost problematiky je jejím stěžejním problémem. K jeho lepšímu pochopení může sloužit konceptuální mapa, která vystihuje různé koncepty a vědní oblasti, jež mohou do problematiky poskytování dětské primární zdravotní péče a atestačního procesu PLDD zasahovat.



Obrázek 3: Konceptuální mapa



Zdroj: Autor práce

### 3.1 Výzkumné otázky a související výzkumné metody

K zodpovězení jednotlivých výzkumných otázek byly využity metody, které jsou uvedené v následující tabulce.

**Tabulka 2: Výzkumné otázky a metody sběru dat a analýzy dat**

Výzkumná otázka	Metody sběru dat	Metody analýzy dat
Proč došlo ke vzniku věkové vlny a celkově vyššímu počtu populace PLDD v České republice?	- Sběr relevantních dokumentů - Rozhovory s experty na zkoumanou problematiku	- Historická institucionální analýza - Analýza historických událostí
Jak se vyvíjelo v České republice po roce 1990 specializační vzdělávání lékařů, kteří se rozhodli, že by se chtěli profesně uplatnit jako PLDD?	- Rozhovory s experty na zkoumanou problematiku - Sběr relevantních dokumentů	- Historická institucionální analýza - Analýza historických událostí - Metoda analýzy politických sítí - Výzkum jednání zúčastněných aktérů
Co je v současnosti hlavními překážkami těchto lékařů při získávání atestací a výkonu povolání v tomto oboru?	- Sběr relevantních dokumentů - Rozhovory s experty na zkoumanou problematiku	- Historická institucionální analýza - Výzkum jednání zúčastněných aktérů - Metoda analýzy politických sítí
Jaká řešení jsou využívána v zahraničí k efektivnímu plánování a specializačnímu vzdělávání lidských zdrojů v oblasti zdravotní péče o děti a dorost?	- Sběr relevantních dokumentů	- Metoda studia dokumentů

Zdroj: Autor

V práci byly využité především kvalitativní metody v kombinaci se statistickými daty. Ke zpracování dat (výzkumu jednání aktérů- Knoepfel: 2007) byla využita kritická diskurzivní analýza. (Fairclough: 1995, Fairclough: 2012, Wodak: 2001) Zaměřili jsme se především na analýzu vyjádření zainteresovaných stran k problematice prostřednictvím jejich projevů převážně v odborných časopisech a expertních rozhovorech se zástupci zainteresovaných stran. Pozornost byla věnována nejenom obsahu jejich vyjádření, ale i zkoumáním dalších proměnných, které ovlivňují postoje jednotlivých aktérů ke specializačnímu vzdělávání lékařů v oboru PLDD.

Data byla získána především z odborných článků a publikací (Vox Pediatryae, Medical tribune, Tempus Medicorum, Zdravotnictví

v ČR, Zdravotnické noviny, Sociologický časopis, WHO, OECD), legislativních dokumentů a statistických dat (ÚZIS, ČSU, Eurostat). Proběhli také dva polostrukturované expertní rozhovory se zástupci MZČR a odborné společnosti PLDD. Metodologicky se postupovalo podle knihy Jana Hendla Kvalitativní výzkum z roku 2005. (Hendl, 2005)

V rámci zkoumané problematiky byly provedeny rozhovory s těmito experty:

- **Mgr. Zbyněk Podhrázký** ředitel Odboru vědy a lékařských povolání na MZČR

- **MUDr. Alena Šebková**, předsedkyně OSPDL ČLS JEP, PLDD na akreditovaném pracovišti

V empirické části této práce jsme vycházeli především z institucionální historické analýzy veřejné politiky. (North: 1990, Sharpf: 1997, Morgan: 2010) K dosažení odpovědí na výzkumné otázky bylo také využito metody, Analýza historických událostí (Yamaguchi: 1991, Allison: 2013) a Metoda analýzy politických sítí<sup>3</sup>. (Schneider: 2005, Anheier: 2005, Bortzel 1997)

**Tabulka 3: Návrh tabulky k historické a institucionální analýze**

	Věcná východiska	Historická a institucionální analýza		
		Aktéři	Instituce	Dosažené výsledky
Do roku 1989	Demografické změny	Analýza politických sítí	Historická analýza	Dopady změn na problematiku specializačního vzdělávání lékařů v oboru PLDD
1990-1997	Společenský a ekonomický vývoj	Výzkum jednání zúčastněných aktérů	Legislativní vývoj	
1998-2006				
2007-2014				

Zdroj: Autor

<sup>3</sup> ang.- policy network analysys

### 3.2 Institucionální analýza

Do procesu tvorby zdravotní politiky vstupuje celá řada různých aktérů, kteří mezi sebou vytvářejí formální a neformální vztahy, na jejichž základě se snaží o prosazení vlastních zájmů a idejí do tvorby institucionálního rámce vytvářené politiky. (Buse, 2005) V našem případě se jedná o problematiku specializačního vzdělávání lékařů v oboru PLDD. Vytvořené instituce získávají v praxi různou podobu formálních legislativních dokumentů, ale mohou mít také pouze neformální charakter. Instituce lze považovat za „pravidla hry“ ve společnosti, jsou formulací formálních vztahů integrace jednání aktérů ve společnosti. Institucionální změna je způsobena vývojem lidské společnosti v čase, a proto je klíčová také k pochopení historického vývoje. (3, North, 1990) V postkomunistických zemích střední a východní Evropy došlo především v průběhu 90. let ke společenským a ekonomickým reformám (Pád komunismu, příprava ke vstupu do Evropské unie) k potřebě změn a vytváření nových formálních institucí, které by odpovídaly potřebám měnící se společnosti. Rozpadem socialistického zřízení došlo k přetrhání vazeb mezi jednotlivými institucemi. Bylo tak nutné vytvořit tyto vazby nově, které již byly ovlivněny zájmy nově dominantních aktérů. (Morgan, 2010)

Utvářené instituce jsou důsledkem jejich „strategické volby“. Jejich vzájemné hry při prosazování vlastního postoje vedou ke konečnému utvoření institucí jako kodifikovaných pravidel. Aktéři tak jsou nejenom jejich samotní tvůrci, ale zároveň se po jejich vzniku musí řídit jejich pravidly. Proto se snaží, aby co nejvíce odráželi jejich zájmy a identitu. (Morgan, 2010) Chceme-li se zabývat zkoumáním přístupu jednotlivých aktérů a jejich racionální volbou, musíme se ponořit do dvou aspektů jejich chování- motivace a prostředí. Jejich jednání je většinou složitější a není založeno pouze na jednoduchých modelech. Často jejich postoje ovlivňuje mnoho skrytých podnětů, které mohou radikálně ovlivnit jejich jednání ve vztahu k problematice. Stejně důležitá je také role množství získaných informací. Množství znalostí a schopnost rozpoznání složitosti problému je důležitým aspektem jejich způsobu jednání. (20, North, 1990)

Role aktérů a institucí jsou vzájemně provázané. Aktéři instituce utvářejí, ale zároveň se musí řídit již existujícím institucionálním rámcem. Jakmile dojde k vytvoření nějaké instituce a uvedení do praxe, její následná změna je již velmi nákladná a je těžké ji jakkoli reformovat, případně zrušit a to i v případě, že by její změna byla opodstatněná a okolnosti jejího vzniku již nebyly aktuální. (41, Sharpf, 1997) To je důvodem, proč se jednotliví aktéři, kteří mají zájem na problematice, snaží o její ovlivnění již během procesu interpretace. Aktéři mohou na jeden problém nahlížet z různých perspektiv a z toho důvodu poté interpretovat rozdílnými způsoby. To může vést k jejich vzájemnému konfliktu a snaze modifikovat tyto instituce, aby co nejvíce odpovídaly jejich vlastním představám. (Morgan, 2010) Prostřednictvím formálních a neformálních vztahů mezi jednotlivými aktéry dochází k vytváření institucí, které se v našem případě odrážejí v legislativním rámci specializačního vzdělávání. Rozhodující je vliv a kooperace aktérů, kteří mají dostatečnou sílu k prosazení svého společného postoje. Ten může být motivován nejen zjevnými, ale i skrytými zájmy. Čím složitější je síť vzájemných vztahů vlivných aktérů, tím menší je pravděpodobnost dosažení optimálního konsensu. V případě, že dojde k protlačení jedním aktérem preferovaného návrhu řešení, tak se zároveň zvyšuje pravděpodobnost jeho selhání při implementaci do reálné podoby. (Sharpf, 1997)

Definováním vztahů aktérů a utváření institucí je možné vysvětlit historická rozhodnutí při tvorbě politik, vytvářet systematické znalosti a umožnit rozvoj politicky průchodných doporučení při vytváření nových institucí v budoucnosti. (Sharpf, 1997)

### **3.3 Analýza historických událostí**

Analýza historických událostí a vývoje veřejně politického problému, jeho řešení a neřešení v minulosti, je důležitou součástí výzkumu pro jeho celkové

pochopení.<sup>4</sup> Tato metoda se zabývá událostmi, které reprezentují významné veřejné problémy a veřejné zájmy. Důraz je kladen především na jejich časovou dimenzi. Předpokladem je, že existuje určitý předcházející časový interval relevantních předpokládaných i nepředpokládaných událostí. Analýza historických událostí byla využita k jejich odhalení a následné analýze dopadů na zkoumanou veřejnou politiku. (Yamaguchi, 1991) Je tedy tvořena celou řadou různých událostí. Ty mohou být vázané k specifickému cíli, či efektu veřejné politiky (vstup do EU, reforma zdravotnictví ...) nebo událost instrumentálního procesu (decentralizace zdravotního systému, odstátnění krajských nemocnic...).

Klíčovým bodem byly jednotlivé historické události. Obecně lze historickou událost definovat jako určitou kvalitativní změnu, která se vyskytuje v určitém časovém okamžiku. Takováto událost se v rámci analýzy musí vztahovat ke zkoumanému veřejně-politickému problému. (Allison, 2013)

V použité analýze historických událostí, bylo definováno několik základních oblastí, které měly v průběhu času zásadní vliv na utváření konceptu specializačního vzdělávání PLDD v České republice. Podle Purkrábka je vhodnější zkoumat jednotlivé dílčí události, než veřejnou politiku jako celek. Ty lze lépe odhalit a analyzovat. (Potůček, 1996) Tato práce se zabývala událostmi z oblastí vytváření koncepce, tvorby legislativních dokumentů, organizačních změn a financování zdravotního systému. Zároveň byl v tabulce uveden i dopad těchto událostí na zkoumanou problematiku ve vybraném časovém období. (viz. tabulka č. 4)

---

<sup>4</sup> Metody analýzy politiky- studijní materiál k předmětu Metody analýzy politik, Arnošt Veselý, Martin Nekola

**Tabulka 4: Návrh tabulky k analýze historických událostí**

	Do roku 1989	1990-1997	1998-2006	2007-2014 (po současnost)
<b>KONCEPCE</b>				
<b>LEGISLATIVA</b>				
<b>ORGANIZACE</b>				
<b>FINANCOVÁNÍ</b>				
<b>VÝSLEDEK</b>				

Zdroj: Autor práce

V rámci analýzy byly vytvořeny čtyři časové kohorty, rozdělené na základě významných historických období pro vývoj specializačního vzdělávání lékařů. První fáze, označená do roku 1989 zahrnuje všechny zásadní události spojené se zkoumanou problematikou do sametové revoluce v roce 1989. V druhé fázi v letech 1990-1997 jsou popsány důležité události spojené s transformací české zdravotní politiky. Třetí fáze v období 1998-2006 se vyznačuje především procesem standardizace českého zdravotního systému s požadavky Evropské unie, jako jednu z podmínek pro vstup České republiky v roce 2004. Poslední časová kohorta od roku 2007 po současnost měla jako svůj hlavní rys především omezování finančních prostředků pro zdravotní systém.

### **3.4 Analýza politických sítí**

K identifikaci vzájemných interakcí mezi jednotlivými významnými aktéry ve zkoumané problematice byla využita metoda analýzy politických sítí. Tato analýza je vhodným přístupem, když je v rámci výzkumu potřeba identifikovat vzájemné vztahy mezi významnými aktéry a pomoci určit další, v úvodu výzkumu skryté, aktéry. *"Důležitým aspektem zkoumání neformálních sítí z pozic institucionální ekonomie je to, že je nahlíženo nejen jako tržní prostředí, ale zároveň i jako kolektivní aktéry, kteří cíleně uplatňují svůj vliv v politických a hospodářských procesech. Obzvláště zřetelný je tento aspekt v analýzách transformačních procesů postkomunistických zemí. Vliv sítí v těchto zemích je považován za tak velký, že bez jejich analýzy nelze jejich ještě stále probíhající transformaci vůbec popsat."* (298, Fryč, 2008) Tato analýza umožnila odhalit, do jaké míry struktura vzájemných vazeb ovlivňuje vytváření norem ve zkoumané problematice. Hlavní důraz tak není

kladen na jednotlivé aktéry, ale především na jejich vzájemnou interakci, na formální i neformální úrovni jednání. Analýza politických sítí se zabývá rozbořením systému, který je tvořen navzájem propojenými aktéry. Ze systémového pohledu je „politická síť“ subsystémem politických aktérů, kteří jsou vázáni ve vzájemných vztazích a podílejí se na vytváření politických rozhodnutí. Tento systém a jeho aktéři jsou rovněž součástí sociálního systému, což znamená, že jsou také ovlivněny místními ekonomickými, kulturními a biologickými podmínkami. (Schneider, 2005) Analýza politických sítí je způsob, jak vysvětlit a zjednodušit složité sociální vztahy, s cílem odhalit jejich vzájemné ovlivnění a skryté vazby. (Anheier, 2005)

Do analýzy byl zahrnut empiricky identifikovatelný soubor aktérů zahrnující aktéry, kteří jsou vzájemně relevantní z hlediska řešení problémů. (Schneider, 2005) Ti vstupují do vzájemného diskurzu vybaveni rozdílnými počátečními zdroji (například informacemi o problematice) a zájmy. Liší se také rozdílnými pozicemi v rozhodovacím procesu. Někteří aktéři tak mají více možností k ovlivnění cílové politiky než ostatní. (Schneider, 2005) V empirické části této práce jsou tyto vzájemné vztahy v jednotlivých časových kohortách zobrazeny pomocí grafického zobrazení ve schématech vzájemné provázanosti aktérů vzhledem ke zkoumané problematice vývoje specializačního vzdělávání v oboru PLDD a poskytování primární péče pro děti a dorost.

Pro analýzu je důležité vědět, jak jsou jednotliví aktéři vzájemně propojeni. Právě propojenost je klíčovým aspektem na rozdíl od informací o samotných aktérech. Pozornost je zaměřena především na vazby mezi jednotlivými aktéry a schopnosti vzájemného ovlivňování. Při analýze sítí bylo možné zvolit tři základní přístupy:

- Mikro úroveň- je zaměřena především na centrum, ve kterém je vymezen jeden konkrétní klíčový aktér. Je zaměřena na vazby, které ovlivňují jeho jednání a rozhodování.
- Makro úroveň- zabývá se vzájemnou strukturou mezi všemi možnými aktéry, kteří mohou být v rámci zkoumané problematiky identifikováni



- Hyper úroveň- zkoumá strukturu sítě, která je generována a ovlivňována kombinací sítí aktérů, které se vytvářejí i mimo zkoumanou problematiku a přímo jí neovlivňují. (Anheier, 2005)

Politické sítě se ukazují jako možný vhodný náhled na zkoumanou problematiku. Jsou schopné interpretovat rozptýlené zdroje zkoumané politiky a umožňují zahrnout do výzkumu širokou škálu relevantních aktérů. Umožňují určit různé diskurzivní arény, v kterých je politika vytvářena. Jejich analýza nám může pomoci i v opačném případě, kdy je potřeba odhalit možná zablokování prosazení politiky a případné komunikační nedostatky mezi důležitými aktéry. (Bortzel, 1997) Výchozím bodem analýzy je sada zainteresovaných politických aktérů, kteří vyvíjejí vliv, aby participovali na "politice" v souladu s jejich vlastními preferencemi a okolními vlivy (Kultura, Ideologie, Systém vládnutí). Jejich vzájemné vztahy jsou následně podmíněny danou politickou, hospodářskou a kulturní strukturou společností. Z těchto důvodů nelze na výsledná realizovaná opatření nahlížet pouze jako na racionální rozhodnutí, jelikož je ovlivněno celou řadou rozdílných proměnných. (Schneider, 2005) Za sociální síť lze považovat strukturu jednotlivců a organizací, kteří jsou propojeny vzájemnými vztahy. Tyto sítě jsou tvořeny na základě vznikajících uzlů a vazeb. Uzly tvoří samotní aktéři a vazby, které představují jejich vzájemné vztahy. Na tyto sítě lze nahlížet jako na množinu různých aktérů spojených recipročními vztahy, přičemž předpokládáme:

- Vzájemnou reciprocitu založenou na důvěře a solidaritě,
- sociální vztahy jsou normativně regulovány,
- vzájemné vztahy pozitivně či negativně ovlivňují kolektivně své okolí,
- napojení aktéři mají kolektivní identitu, sdílejí specifické programové zaměření. (299, Fryč, 2008)

Analýza politických sítí není teorie, ale soubor souvisejících přístupů, metod a nástrojů pro identifikaci vztahů mezi jednotlivci, organizacemi a dalšími společenskými subjekty. Jinak řečeno se tato analýza zaměřuje především na měření

sociální reality. Nezabývá se jednotlivými aktéry, ale především jejich sociálními vazbami, které vytvářejí a jejími důsledky. (Anheier, 2005) Utváření vzájemných neformálních sítí tak stojí v opozici proti tradičnímu vymezení role trhu a státu. Fungují jako jiný více flexibilní systém, který umožňuje flexibilně reagovat na případné změny v systému. Měly by být založeny především na vzájemné důvěře mezi zúčastněnými aktéry, čímž by měly redukovat míru nejistoty spojenou s tržními transakcemi. (298, Fryč, 2008)

### **3.5 Výzkum jednání zúčastněných aktérů**

Další metodou, která byla v této práci využita, byl výzkum jednání zúčastněných aktérů. Tato metoda úzce souvisí s kritickou diskurzivní analýzou a doplňuje výše popsanou metodu analýzy politických sítí. Ve veřejné politice se často setkáváme s falešnými agendami, cíli a procesy, kterými aktéři mohou sledovat odlišné různorodé cíle, které mohou být skryté a ovlivňovat jejich jednání v rámci vystupování ve veřejné politice. Analýza je založená na vysvětlení účinků působení jednotlivých významných aktérů a jejich míry ovlivnění zkoumaného veřejně politického problému. Sledovali jsme strategie, nápady, zájmy a chování aktérů, které závisí na míře jejich informovanosti a angažovanosti. (Knoepfel, 2007)

Pro účely této analýzy bylo nejdříve potřeba vymezení relevantních aktérů, kteří jsou součástí systému ve zkoumané problematice. Za aktéra ve veřejné politice lze považovat jakékoli jedince a organizace, které ovlivňují nebo jsou ovlivňovány právě zkoumanou politikou. Při jejich identifikaci bylo postupováno na základě těch kritérií aktérů veřejné politiky dle Veselého a Nekoly z knihy Analýza a tvorba veřejných politik: (125-126, Veselý, 2007)

- Zájem na řešení problému
- Jsou ovlivněny zkoumaným problémem
- Mají aktivní či pasivní vliv na rozhodování o řešení problému

Klíčoví jsou pro nás především aktéři, kteří mají vymezenou svoji aktivní roli v rozhodovacích procesech o konečné podobě zkoumané politiky. Kladen důraz bude především na identifikaci jejich jednání a odpovědnost v rámci politického procesu.<sup>5</sup> V oblasti zdravotní politiky je možné definovat subsystém aktérů, kteří mají zájem a podílejí se na utváření politiky specializačního vzdělávání PLDD v České republice. Členství v tomto subsystému lze definovat na základě společného chápání problematiky, jeho jasné definice a identifikace možných příčin. V těchto oblastech může mezi jednotlivými aktéry docházet k neshodám, které působí na jejich postoj a hrají významnou úlohu na utváření veřejné politiky v této oblasti. (Buse, 2005)

Ve veřejné politice jsou jednotliví aktéři ovlivněni celou řadou různých faktorů, které působí pozitivně či negativně na jejich rozhodování a kterému následně odpovídá jejich jednání. Právě analýza jednání zúčastněných aktérů nám umožnila odhalit komunikační postupy a obsah vzájemné komunikace, jejichž prostřednictvím jsme zjistili jejich opravdové zájmy vzhledem ke zkoumané problematice. Jejich základní cíle, zájmy, postoje a ideje, byly zpracovány do přehledné tabulky.

**Tabulka 5: Návrh tabulky k analýze jednání zúčastněných aktérů**

Aktér	Vztah k problematice	Primární kompetence	Odpovědnost	Možnosti vlivu
	Právní subjektivita K čemu jsou aktéři oprávněni	Vymezení pozice ve zkoumaném systému	Spojené i s morálními a sociálními důsledky	
MZČR				
PLDD				
....				

Zdroj: Autor

<sup>5</sup> Pozor na záměnu s anglickým pojmem „stakeholder“- překlad do češtiny je velmi diskutabilní. V angličtině má tento pojem především důraz na aktéry v soukromých korporacích s důrazem na prosazování jejich vlastního zájmu. Převzato z prezentace MUDr. Hávy v rámci diplomového semináře na FSV UK

V analýze jsme se zaměřili na zkoumání jednotlivých kritérií u vybraných aktérů.

***Vybraná kritéria:***

- (1) Vztah k problematice- platná první subjektivita a její vývoj a oprávnění
- (2) Primární kompetence
- (3) Odpovědnost- sociální a morální odpovědnost aktérů
- (4) Možnosti vlivu na problematiku

K jejich odhalení jsme využili diskurzivní analýzu jejich postojů prostřednictvím publikovaných strategických koncepčních dokumentů, zápisů z jednání a článků v odborných publikacích. Takto získaná data byla doplněna o získané informace prostřednictvím expertních rozhovorů s odborníky zastupujícími významné instituce a aktéry.

## 4 Teoretická a věcná východiska:

Teoretická a věcná východiska této práce vycházejí především z oblasti teorií zdravotní politiky a lidských zdrojů ve zdravotnictví v kontextu liberálního pohledu na trhu práce. Jedná se obecně o fungování zdravotního systému (Murray: 2000, Figueras: 2012, IZPE: 2004), transformaci trhu práce (Kuchař: 2007, Šrubař, 1996, Večerník: 1995), efektivní využívání lidských zdrojů ve zdravotnictví (WHO: 2006, Dubois: 2006, IZPE: 2003, OECD, 2004) a poskytování dětské primární péče v České republice (Křečková Tůmová: 2002, Saltman: 2006). Relevantní teorií k výzkumnému tématu je také teorie lidského kapitálu. (Mazouch: 2011) Důležité se též jeví vymezení lidských práv ve vztahu ke zdravotnictví. (Háva: 2011, Blahož: 2003, Gruskin: 2004)

Vývoj teoretické reflexe poměrně výrazných a rychlých sociálních a ekonomických změn ve druhé polovině 20. století a počátkem 21. století je ve zkoumané oblasti a jejích dimenzích možné sledovat s využitím publikací European Observatory on Health Care Systems and Policies<sup>6</sup>, samostatných monografií a odborných časopisů. V rámci odborných časopisů jako např. Pediatrics (USA) lze sledovat také vývoj diskurzu o organizačních změnách péče o dětské zdraví.

### 4.1 Vývoj teorie zdravotního systému v měnící se společnosti

Zdravotní systém je souborem procesů a funkcí, které jsou vzájemně propojené a tvoří jeden fungující celek. (Murray, 2000) Cíle zdravotního systému jsou zaměřeny na zlepšení zdraví jednotlivců a populačních skupin, kontrolu determinant zdraví a nemoci, vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, efektivní správu a řízení, spravedlivé financování, naplnění lidských práv se vztahem ke zdraví. Zdravotní systém je systémem otevřeným jak z hlediska svých

---

<sup>6</sup>European Observatory on Health Care System and Policies  
<http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory>

výsledků vůči společnosti, tak také v rámci celospolečenského kontextu a jeho vývoje (např. demografický vývoj, vývoj zdravotního stavu, hospodářský vývoj dané země, atd.). WHO definuje zdravotní systém jako seskupení všech organizací, lidí a institucí, které produkují akci, jejímž hlavním záměrem je podpora, zlepšení nebo udržení zdraví populace. (Murray, 2000) Tato definice je v současné době využívána i Světovou bankou a Evropskou unií. Zdravotní systém obsahuje i řadu dalších aktérů, jejichž prvotním cílem nemusí být přímo podpora zdraví. Jedná se například o soukromé společnosti, parlament nebo i jednotlivce. Ti mají nepřímý vliv na jeho fungování. Zdravotní politika se tak musí věnovat i oblastem, které přímo nesouvisí se zdravotním systémem, ale do značné míry ho ovlivňují. Důležitá je především mezioborová spolupráce všech relevantních aktérů zkoumané politiky. (Figueras, 2012) Do systému spadají také instituce a aktéři, kteří mohou být součástí i jiných sociálních systémů. Při jejich definici je velmi důležité jasně definovat, které instituce jsou součástí těchto systémů, a které již stojí mimo něj. (Murray, 2000)

Od roku 2000 došlo k rozvoji v teoriích zdravotnického systému z důvodu především v souvislosti s proběhlými organizačními změnami, které často nebyly dostatečně teoreticky podloženy a byly výsledkem uplatnění neoliberalních ideologických konceptů. Uskutečněné organizační změny, tržně zaměřené reformy a prudký růst celkových výdajů na zdravotnictví vedly k potřebě kritického hodnocení přínosů (například koncept OECD Value for Money in Health z roku 2010). (OECD, 2010)

Rozvoj lidských zdrojů ve zdravotnictví se stal také jedním z klíčových témat a to v kontextu celospolečenských změn, které vyžadují změny v kompetencích, při využití nových poznatků a technologií. Připravenost všech zdravotnických pracovníků se stala rozhodující determinantou úspěšnosti realizovaných změn a naopak. (Dubios: 2006; Rechel: 2006)

Zdravotní systém by měl k naplnění svých stanovených cílů využívat především funkce zajišťování služeb, financování, vytváření zdrojů a zajištění

správcovství a mezioborové spolupráce. Všechny jsou důležité, protože jsou vzájemně propojené a doplňují se. V kontextu této práce je potřeba vymezit především schopnost systému zajistit dostatečné lidské zdroje. Ty jsou nejvíce důležitou proměnnou vstupující do zdravotního systému. Zavedení vhodných mechanismů vzdělávání personálu je nezbytné k zajištění funkčního systému zdravotní péče. (Figueras, 2012) Jejich hlavním záměrem je především zajištění co nejvyšší možné kvality poskytovaných služeb.

K zajištění efektivního a účinného zdravotního systému je důležitá především aktivní role vlády (především prostřednictvím agendy ministerstva zdravotnictví). (Buse, 2005) Její povinností, jako dobrého správce, by měli být pečlivě promyšlená, účinná, efektivní a spravedlivá rozhodnutí a návrhy dlouhodobých strategií. V mnoha ohledech správcovství zahrnuje řízení ve zdravotních, právních, finančních a manažerských oblastech. Důležitou rolí je vymezení "pravidel hry", ve formě legislativních a koncepčních dokumentů. (Figueras, 2012)

Z věcného hlediska a reality v ČR jsou základní úkoly zdravotního systému zdravotního systému formulovány na základě článku 31 Listiny základních práv a svobod jako součásti ústavního pořádku České republiky<sup>7</sup>. V legislativní oblasti je v České republice důležitý Zákon 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, který nahradil předcházející Zákon 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu. Zde jsou definovány povinnosti poskytovatelů zdravotnických služeb v České republice. Ty jsou definovány v páté části postavení poskytovatele, zdravotních pracovníků, a jiných odborných pracovníků v souvislosti s poskytováním zdravotnických služeb.<sup>8</sup> Role ministerstva zdravotnictví v celém systému spočívá v plnění funkce správcovství.

---

<sup>7</sup> **Článek 31 LZPS-** Každý má právo na ochranu zdraví. Občané mají na základě veřejného pojištění právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky za podmínek, které stanoví zákon.

<sup>8</sup> **Zákon č. 372/2011 § 45 (1)** Poskytovatel je povinen poskytovat zdravotní služby na náležité odborné úrovni, vytvořit podmínky a opatření k zajištění uplatňování práv a povinností pacientů a dalších oprávněných osob, zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků při poskytování zdravotních služeb.

Má odpovědnost za provoz a dopad politik, zároveň ovlivňuje i oblasti, které spadají mimo obor zdravotní politiky. Toto ovšem není v mnoha případech reálné, jelikož existuje velké množství vedlejších zájmů aktérů, které konečný výsledek do značné míry ovlivňují (jiné resorty, soukromé subjekty). Ministerstvo zdravotnictví má v rámci Zákona č. 2/1969 Sb., o zřízení ministerstev a jiných ústředních orgánů státní správy České republiky stanovené povinnosti zkoumat a analyzovat aktuální problémy v rámci systému jeho působnosti, vyhodnocovat dopady a navrhnout možná opatření k zamezení nebo nápravě tohoto stavu.

**Tabulka 6: Výňatek ze Zákona č. 2/1969 Sb., o zřízení ministerstev a jiných ústředních orgánů státní správy České republiky**

**§ 22**

Ministerstva zkoumají společenskou problematiku v okruhu své působnosti, analyzují dosahované výsledky a činí opatření k řešení aktuálních otázek. Zpracovávají koncepce rozvoje svěřených odvětví a řešení stěžejních otázek, které předkládají vládě České socialistické republiky. O návrzích závažných opatření přiměřeným způsobem informují veřejnost.

**§ 23**

Ministerstva předkládají za svěřená odvětví podklady potřebné pro sestavení návrhů státních rozpočtů republiky a pro přípravu jiných opatření širšího dosahu. Zaujímají stanovisko k návrhům, které předkládají vládě České socialistické republiky jiná ministerstva, pokud se týkají okruhu jejich působnosti.

**§ 24**

Ministerstva pečují o náležitou právní úpravu věcí patřících do působnosti České republiky; připravují návrhy zákonů a jiných právních předpisů týkajících se věcí, které patří do jejich působnosti, jakož i návrhy, jejichž přípravu jim vláda uložila; dbají o zachovávání zákonnosti v okruhu své působnosti a činí podle zákonů potřebná opatření k nápravě.

Zdroj: Zákon č. 2/1969 Sb., o zřízení ministerstev

## 4.2 Dětská primární péče v ČR

Primární péče je v rámci zdravotnictví klíčovým prvkem pro udržení dobré úrovně zdraví populace v České republice. Liší se od sekundární a terciární péči především specifickými i obvyklými problémy, s kterými pacienti navštěvují své



lékaře. Kromě přímého poskytování léčebných služeb plní také významnou úlohu v preventivní péči. Důležitá je role lékařů, kteří mají blízký vztah ke svým pacientům a mohou lépe odhalit jejich problémy a odhadnout jejich potřeby. Primární péče je také mnohem levnější, než následná specializovaná péče, a proto udržení jejího kvalitního poskytování je důležitým krokem k udržení finančně dostupného zdravotního systému. (Křečková Tůmová: 2002; Janda: 2008, Barak: 2010)

Primární zdravotní péče o děti a dorost plní také zcela nezastupitelnou preventivní roli. Přesto v oblasti české zdravotní politiky existují tendence k jejímu omezení. To může vést ke snížení kvality poskytovaných služeb a tím zákonitě i ke zhoršení zdravotního stavu populace. *„Za nezbytné považujeme zastavení ekonomického propadu primární péče poskytované praktickými lékaři v porovnání s ostatními významnými druhy zdravotní péče a narovnání tohoto dosud nepříznivého vývoje. Tento nepříznivý trend je hlavní příčinou nedostatečného rozvoje základní zdravotní péče a tedy i nedostatečného využití jejího skutečného potenciálu.“* (Býma, 2007) Omezení hrozí také v oblasti dětských praktických lékařů. Právě kvalitní dětská primární péče je v moderní společnosti, kde neustále hrozí nárůst civilizačních chorob jako je například obezita, velmi důležitým faktorem ve vývoji jedince. (UZIS, 2012)

Koncept primární péče se začal rozvíjet od 60. let 20. století, kdy s rozvojem medicíny byly definovány tři úrovně poskytování zdravotní péče. Významným obdobím ve vývoji primární péče byla 70. léta 20. století. Na konferenci Světové zdravotnické organizace v Alma Atě v roce 1978 byl v deklaraci doporučen rozvoj primární péče jako nejúčinnější a nejefektivnější způsob poskytování zdravotních služeb. *„WHO pokládá primární zdravotní péči za základ zdravotních soustav vyspělých zemí. Primární zdravotní péče má zajišťovat integrovano zdravotní péči o jednotlivce, rodiny a společenské celky.“* (Zdraví pro všechny, 1986, s. 88 – 91, dle Křečková Tůmová, 2002) Důležitost jakou primární péči WHO přikládá, můžeme reflektovat také v jejích strategických

dokumentech Zdraví pro všechny do roku 2000 (1977), Lublaňská charta o reformách zdravotní péče (1996) a Zdraví 21 (2000).<sup>9 10</sup>

Právě udržitelnost kvalitní dětské primární péče v České republice je klíčovým tématem této práce. Její kvalitu je potřeba zajistit nejen v ekonomické oblasti, ale především zabezpečit kvalitní lidské zdroje, které budou tuto péči zajišťovat. Lidské zdroje mají ve zdravotní politice zcela klíčovou roli. Vzhledem k velmi specializovanému zaměření lidí pracujících v tomto oboru. To znamená, že neexistuje jednoduchý způsob, jak v případě nedostatku lékařů v určitém oboru je rychlým a efektivním způsobem nahradit. (9, WHO, 2006) Tento problém může být v brzké době stěžejním tématem i v České republice, kde dochází ke stárnutí populace dětských praktických lékařů, jejichž velké procento je v současné době v důchodovém nebo předdůchodovém věku, ale zároveň neexistuje systém ani lidské zdroje, které by je mohli nahradit. *„Přestože jsme v poslední době zaznamenali výrazný zájem o náš obor, současný nepoměr věkových kategorií je alarmující. Do oboru se sice hlásí kolegové po ukončení prezenčního studia na lékařské fakultě a stále častěji také zkušení nemocniční pediatři, kteří si doplnili praxi pro získání licence, ale to dostatečně neřeší neuspokojivý stav, že téměř 58,74 % lékařů dosahuje důchodového věku a jen 41,26 % PLDD provozujících praxi v oboru praktické lékařství pro děti a dorost spadá do mladší věkové kategorie.“* (Roškotová, 2011)

Koncept primární zdravotní péče, především pak role praktických lékařů (všeobecní i dětští), je v systému zdravotní péče velmi významná. *„Posilování role primární zdravotní péče jako základního článku zdravotnické soustavy a posilování pozice praktického lékaře jako manažera zdravotní péče o pacienta je i přes rozdílná pojetí primární péče trendem zdravotních reforem mnoha vyspělých zemí.“* (Křečková Tůmová, 2002) PLDD jsou v systému poskytování zdravotní péče důležitou preventivní složkou, která má významný vliv na zdravý vývoj občanů v České republice od jejich dětských let *„Kvalitní preventivní, včasná léčebná péče*

---

<sup>9</sup> ang. Health for all by the year 2000 , The Ljubljana Charter on Reforming Health Care, Health 21

<sup>10</sup> Viz.- bakalářská práce autora Michala Vacátka Komparace jednání vládních politických stran při formulaci cílů zdravotní politiky ČR po roce 1990 z roku 2011

*v dětském věku a zavádění zdravého životního stylu a vedení k odpovědnosti za své zdraví šetří finanční prostředky u pacientů dospělého věku.“ (Roškotová, 2011)*

V současné době je poskytování primární péče tématem zdravotních reforem po celém světě, kde je kladen důraz především na posílení její role v kontextu celého zdravotnického systému. To by mělo být také jednou z cest, jak docílit snižování nákladů spojených s poskytováním zdravotní péče. Jako hlavní aktéři primární péče by měli být především praktičtí lékaři. Ti by měli tvořit základ celého zdravotního systému, protože jejich možnost přístupu k pacientům je nenahraditelná a jejich prvotní anamnéza může pomoci ulehčit, ba i odvrátit potřebu následné specializované léčby. *„V rámci primární zdravotní péče jsou na vztah lékaře a pacienta kladeny velmi vysoké nároky, které jsou determinovány rolí praktického lékaře jako prvního článku v kontaktu nemocného se zdravotnickým systémem. Praktický lékař je zpravidla prvním odborníkem, kterého pacient při zjištění příznaků nemoci vyhledá.“* (18, Křečková Tůmová, 2002) Právě odborná příprava během specializačního vzdělávání by měla zajistit kvalitní odborníky, kteří budou schopni zajistit odpovídající služby v oblasti medicíny, diagnostiky a prevence a nebudou mít v systému pouze roli tzv. „gatekeepera“<sup>11</sup>, který přeposílá pacienty k jednotlivým specialistům. (Křečková Tůmová, 2002)

### **4.3 Vliv transformace trhu práce**

Trh práce je stejně jako jakýkoli jiný trh založen na vztahu mezi dvěma subjekty- nabídkou a poptávkou. Tento vztah je založen na dobrovolnosti všech vstupujících stran a jejich svobodném rozhodování. Na trhu práce se jedná o vztah mezi těmi, co hledají pracovní příležitosti a těmi, co hledají pracovní sílu. (Kuchař, 2007). *„Trh práce je však trhem specifickým. Jeho specifika v podstatě plynou z toho, že práce je funkcí pracovní síly, a je tudíž úzce svázána s osobností člověka.“* (288, Krebs, 2007) Přesto se trh práce od ostatních trhů v mnoha ohledech liší. Nelze být řízen pouze ekonomickými prostředky, a proto v jeho fungování hraje

---

<sup>11</sup> regulace přístupu pacientů do sekundární a terciární péče a jejich zpětného výstupu

velmi výraznou roli i třetí aktér- stát. V České republice nebyl v postkomunistické transformaci společnosti po roce 1989 tento systém příliš reflektován a předpokládalo se jeho fungování na základě liberálního modelu, kde dochází k jeho vlastní samoregulaci. (Šrubař, 1996)

Tento model se ukázal jako nedostačující především v oblastech, kde je potřeba dlouhodobé profesní přípravy prostřednictvím specializačního vzdělávání. Liberální přístup k řízení lidských zdrojů se ukázal jako neefektivní, který nedokáže vhodně reagovat na budoucí potřeby v oborech, kde je vyžadována nutnost postgraduálního vzdělávání a atestací pro samostatný výkon povolání. Zde je potřeba zavedení dlouhodobých koncepcí a strategií v řízení lidských zdrojů.

#### **4.4 Lidské zdroje ve zdravotnictví**

Za lidské zdroje můžeme v problematice zdravotní politiky považovat veškerý personál, který poskytuje zdravotní péči. Jedná se tak nejenom o lékaře a zdravotní sestry, ale třeba i o lékárníky nebo porodní asistentky. To dokresluje, že na personální zabezpečení služeb ve zdravotním systému mohou být kladeny velmi rozdílné požadavky na vykonávání specifických činností. K tomu by mělo být uzpůsobeno i vzdělávání těchto pracovníků, aby bylo nejenom kvalitní, ale také efektivní a cílené. (WHO, 2006) Lidské zdroje můžeme považovat za jeden z hlavních faktorů v problematice péče o zdraví. Reformy spojené s personální přípravou pracovníků ve zdravotnictví by tak měly reflektovat aktuální potřeby v jednotlivých oborech. To by se následně mělo promítnout v požadavcích na vzdělávání, standardizaci pracovních postupů a jimi dosažených výsledků. (IZPE, 2003)

Vzhledem k neustálému zvyšování průměrného věku dětských praktických lékařů v České republice je potřeba zaměřit pozornost na specializační vzdělávání lékařů, které by měli v budoucnu tyto doktory nahradit. Aby byla zajištěna dosavadní úroveň dětské primární péče je potřeba zajistit fungování kvalitního specializačního vzdělávání, které zajistí dostatečně kvalitní personální náhrady, ale poskytne také

dostatečně kvalitní rozvoj jejich vědomostí, které by měly reflektovat zdravotní rizika, která nejvíce ohrožují děti a mládež v moderní společnosti. Právě celoživotní a specializační vzdělávání u lékařů je nezbytné k jejich osobnímu rozvoji a umožňuje jim efektivněji vykonávat jejich práci. Investice do vzdělávání a odborné přípravy je nezbytná a poskytuje dlouhodobý přínos nejenom pro jedince, ale i pro celou společnost. Dovednosti a schopnosti jednotlivců jsou hlavním faktorem pro úspěšný rozvoj společnosti. Také existuje pozitivní vztah mezi vzděláním a hospodářským růstem. (OECD, 2004)

Právě dobře fungující podpora a rozvoj pracovních sil ve zdravotnictví mají zajistit, aby poskytovatelé zdravotních služeb mohli vykonávat po nich požadované výkony a plnili nastavené cíle národní zdravotní politiky, především dobrého zdravotního stavu populace. (WHO, 2006)

#### **4.5 Teorie lidského kapitálu**

Teorie lidského kapitálu vychází z předpokladu, že člověk během svého života, získává určité spektrum znalostí a dovedností, které vytvářejí jeho osobní lidský kapitál. „*Teorie lidského kapitálu vychází z toho, že pracovník investuje do své pracovní kapacity tak, aby maximalizoval svůj celoživotní příjem.*“ (50, Mareš, 1994) Čím více ho dokáže získat, tím více je úspěšný. Jeho formování probíhá po celý život. Nejdříve v podobě klasického vzdělávání, po čase dalším vzděláváním, které často souvisí s profesí člověka. Právě vzdělání a kvalifikace zaměstnanců je jedním z nejdůležitějších faktorů.

Podle Veselého (2006) je teorie lidského kapitálu ukotvena na analogii mezi investicemi do lidského kapitálu a na ideje, že produktivitu a nadcházející příjmy lze navyšovat nejen investicemi do drahých technologií, ale také investicemi do vzdělávání zaměstnanců. Vědění a znalosti jsou posuzovány za hlavní faktor růstu bohatství země. Za zakladatele teorie lidského kapitálu jsou považováni Gary Becker a Theodore Schultz. Podle nich je vzdělání investicí, která v budoucnosti přinese zisk jedinci v podobě většího výdělku jako prémii za větší schopnosti a znalosti, tím

pádem se zvýší i produktivita práce jako přínos pro celou společnost. Lidský kapitál tedy tvoří pouze část z celkového kapitálu. Becker uvádí, že lidský kapitál je rozhodujícím faktorem tvorby bohatství ve vyspělých zemích. (Mazouch, 2011)

Podle Veselého (2006) se lidský kapitál vymezuje ve třech směrech. Domnívá se, že lidský kapitál nemusí mít funkci produktivní jen na trhu práce, ale vklady do něj se mohou projevit i v odlišných oblastech, např. občanský nebo rodinný život. Dále uvádí, že lidský kapitál v sobě zahrnuje osobní vlastnosti a motivaci. A jako poslední Veselý rozumí lidským kapitálem všechny znalosti, schopnosti a vlastnosti osob, které přispívají k osobní spokojenosti společenské prosperity. Lidský kapitál je rozsáhlý pojem, který v sobě zahrnuje různé druhy investic do lidí., například zdravotnictví, školství a další vzdělávání.

#### **4.6 Lidská práva ve vztahu ke zdravotním službám**

Debata o lidských právech se začala rozvíjet po 2. světové válce, jako reakce na předcházející období bezpráví ve společnosti. (Blahož, 2005 dle Háva, 2011) Byla snaha o kodifikaci základních práv člověka, která by měla být zaručena prostřednictvím mezinárodních smluv. V roce 1945 byla založena Organizace spojených národů. První významnou kodifikací lidských práv byla Všeobecná deklarace lidských práv z roku 1948 (v tomto dokumentu se právům na zdraví věnuje čl. 25). Jednalo se o uznání přirozené důstojnosti a rovných, nezczizitelných práv všech členů lidské rodiny, jako základu lidské svobody, spravedlnosti a míru ve světě. Dalším významným dokumentem je Mezinárodní pakt o hospodářských, sociálních a kulturních právech z roku 1996 (článek č. 12).

Lidskými právy ve vztahu ke zdraví jedince a společnosti se zabývá především WHO, které bylo založené v roce 1948. Důležitost lidských práv v poskytování zdravotní péče dlouhodobě reflektuje ve svých strategických dokumentech například Lublaňská charta (1997), Tallinská charta (2008), Zdraví pro všechny do roku 2000 (1977) nebo v navazující strategii Zdraví 21 (1998). Důvodem na prohloubení diskuse ohledně problematiky vztahu lidských

práv a zdravotní péče byla především pandemie HIV a nedostatku léčiv v Africe v druhé polovině 90. letch. (Gruskin, 2004 dle Háva, 2011) WHO v oblasti zdraví a práva definuje čtyři základní prvky „AAAQ“, která musí být naplňována.

#### Obrázek 4: Prvky „AAAQ“

**Dostupnost** (Availability)- dostupnost zdravotní péče, dostupnost léků, dostupnost lékařů dostupnost preventivních programů

**Přístup** (Accessibility)- přístupnost zdravotních zařízení, přístupnost léků, zákaz diskriminace, přístup k informacím,

**Přijatelnost** (Acceptability)- citlivý a etický přístup k pacientům

**Kvalita** (Quality)- kvalita poskytovaných služeb, kvalita personálu, kvalita léčiv

(Háva, 2011)

V roce 1993 se Česká republika (Československo členem od roku 1991) stala členem Rady Evropy. Tato mezivládní organizace je otevřená organizace pro všechny evropské země, které se zaručí, že budou dodržovat principy demokratického zřízení, právního státu a dodržování lidských práv. Vznikla již v roce 1949 se sídlem ve Štrasburku a již následující rok prosadila uzavření Úmluvy o ochraně lidských práv a základních svobod. (coe.int) „*Úmluva tak vytváří velmi významný, již nikoliv jen ideový, ale též institucionální svorník mezi signatářskými státy. Signatářské státy Úmluvy jsou zavázány dodržovat stejným způsobem též základní lidská práva.*“ (7, Blahož, 2003) Druhým významným dokumentem je Evropská sociální charta z roku 1961. Významným momentem v rozvoji a dodržování lidských práv v České republice byl vstup do Evropské unie v roce 2004, především v rozvoji kontrolních mechanismů, jejich dodržování. (Háva, 2011) „*Velmi významným zdrojem lidských práv v Evropské Unii je Evropské občanství upravené Maastrichtskou a Amsterodamskou smlouvou. Je institutem, který výrazně posouvá Evropskou Unii od mezinárodněprávního uspořádání směrem k uspořádání ústavněprávnímu.*“ (15, Blahož, 2003)

Ve vztahu k právům dítěte jsou významné především dohody OSN Deklarace práv dítěte (1959) a Úmluva o právech dítěte (1989). Tyto dokumenty specifikují zvláštní postavení dětí před narozením i po něm, z důvodů jejich tělesné a duševní nezralosti. Je v nich definována potřeba poskytnutí odpovídající péče, záruk a právní ochrany. V legislativě České republiky je zvláštní postavení dětí definováno v rámci Zákona č. 104/1991 Sb., Úmluva o právech dítěte. Česká republika se tak zavázala poskytnout zvláštní pozornost péči o děti a mládež. Součástí této péče je také zajištění kvalitní (nejvýše dosažitelné) zdravotní péče a zdravého vývoje ke vstupu do dalších etap života.<sup>12</sup>

Základním přirozeně právním principem lidských práv je jejich neporušitelnost a nedotknutelnost. To je ukotveno v české právní úpravě prostřednictvím Listiny práv a svobod, která je součástí ústavního pořádku ČR. (Háva, 2011) Právo na ochranu zdraví a bezplatnou zdravotní péči na základě veřejného pojištění je vymezeno v článku 31 listiny základních práv a svobod. Navzdory právnímu ukotvení lidských práv a mezinárodních dohod je vývoj právní úpravy zdravotní politiky v České republice v posledních 20 letech ovlivněn především individualismem, ekonomickými aspekty a podnikatelskými zájmy. To prohlubuje problematiku poskytované kvality a dostupnosti zdravotní péče. Reformy a změny jsou motivovány především tržními mechanismy za účelem dosažení co největších úspor. Dopady na poskytovanou zdravotní péči jsou až v pozadí těchto reforem. (Háva, 2011)

---

<sup>12</sup> Zákon č. 104/1991 Sb., článek 24, Úmluva o právech dítěte



## 5 Empirická část:

Při koncipování analytického rámce empirické části jsem vycházel z několika následujících modelů. (Wheeler: 1995, Roškotová: 2009) Wheelerův model je zaměřen na interní aspekty řešeného problému, nezohledňuje institucionální, sociální a ekonomický, resp. demografický kontext. Předmětem práce Roškotové (2009) byl vývoj specializačního a dalšího vzdělávání praktických lékařů. V jejím analytickém rámci jsou v rámci determinant celospolečenského vývoje zachyceny také demografické a ekonomické změny (viz obrázek č. 6). Součástí jejího modelu je také institucionální vývoj v dané oblasti, tj. vývoj právních norem specializačního a dalšího vzdělávání.

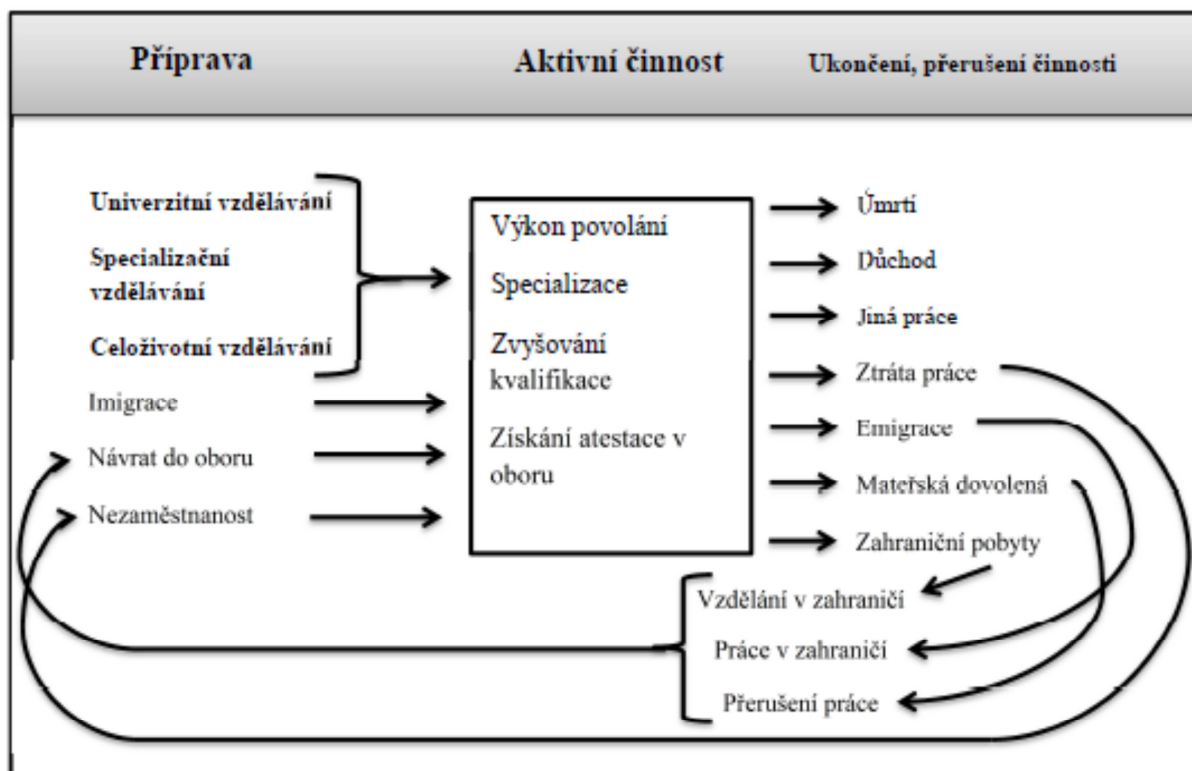
V případě péče o zdraví dětí a dorost hrají celospolečenské faktory (demografie, ekonomie) významnou klíčovou roli v zemích, které se dostaly do problémů s poklesem porodnosti a plodnosti. To je také případ České republiky, která nestojí pouze před problémem organizace a financování péče o děti a dorost a s ním souvisejícím specializačním vzděláváním. Problémem je také uspořádání vztahů mezi primární, sekundární a terciární péčí, které jsou již mnoho let pod vážným tlakem redukce kapacit těchto služeb.

Trend poklesu porodnosti a plodnosti v ČR se stal determinantou tvorby vztahů mezi aktéry podsystemu zdravotní péče o děti a dorost. Vývoj po roce 1990 vedl v ČR ke vzniku samostatných sdružení a odborných společností dětských lékařů, jejichž cílem byla participace na vývoji rozhodování v oblasti zdravotní politiky a při uplatnění jejích nástrojů (právo, finance).

Klíčovou otázkou vývoje kontextu takové takřka sebedestrukční strategie dětského a dorostového lékařství je přístup ČR k možnostem využití možných kombinací veřejných politik, které by sledovaly cíl obnovy udržitelné reprodukce, udržitelných parametrů porodnosti a celkové plodnosti. Taková alternativa zatím nebyla českou politickou reprezentací a veřejností zjevně akceptována jako priorita. Důvody takového přístupu sice nejsou předmětem této

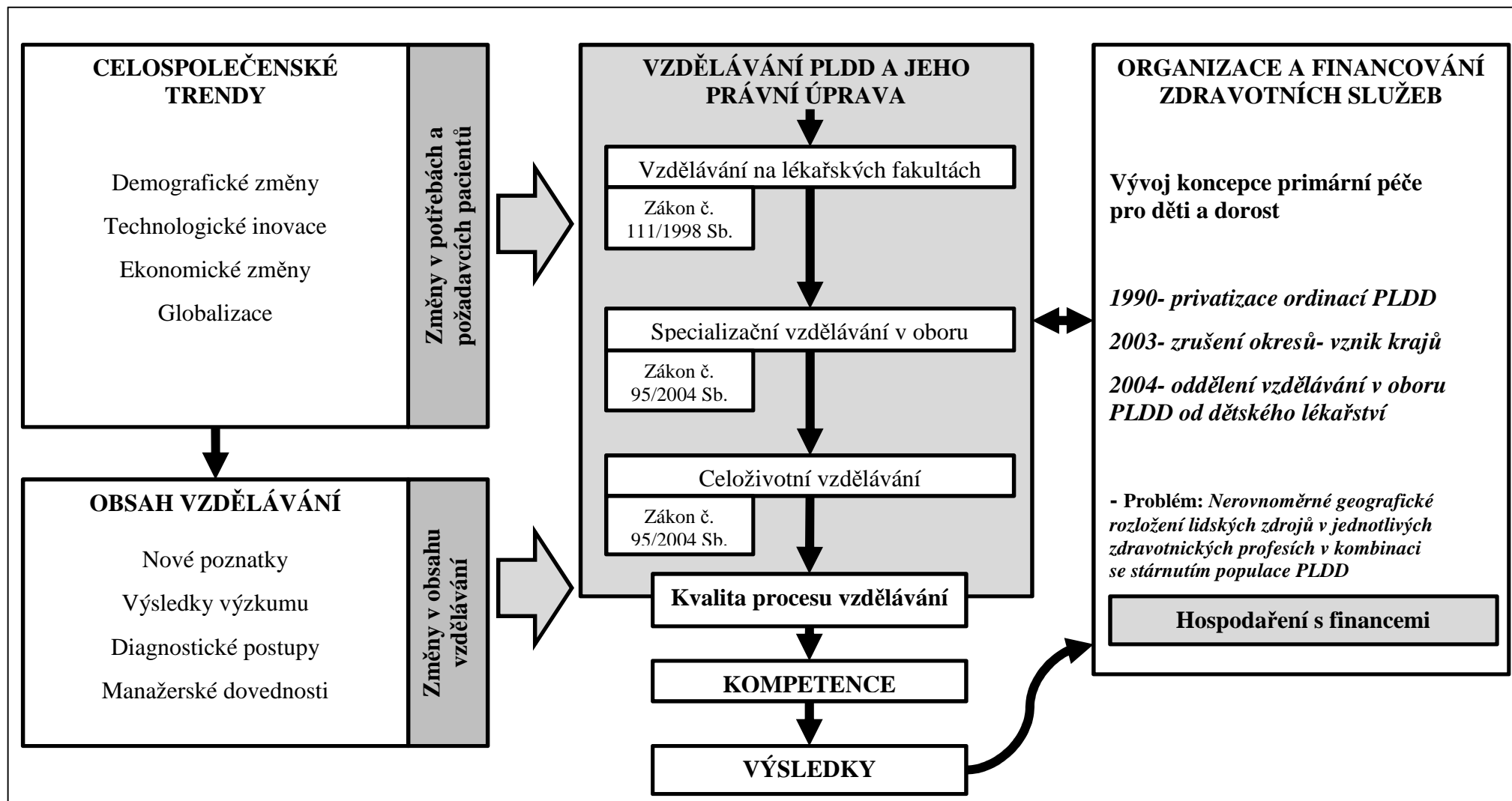
práce, avšak je vhodné upozornit, že v rámci politického diskurzu v EU rozhodně nejde o alternativu, které by nebyla věnována pozornost. V některých evropských zemích se již podařilo takového demografického obratu dosáhnout (Francie, Španělsko, Švédsko). Také diskurz v rámci OECD věnuje pozornost otázkám rodinné politiky a jejích nástrojů ve vztahu k porodnosti plodnosti. V rámci těchto debat lze evidentně sledovat rostoucí zájem a konsensus na cestě vymanění se z jednostranného vlivu myšlenky ekonomického růstu a s ním spojených reforem a přístupů k veřejným a sociálním politikám i za cenu poklesu porodnosti a plodnosti, rozpadu rodin, zhoršení podmínek pro vývoj dětí a jejich vzdělání. (Mlčoch, 2007) Takový obrat je ovšem zcela zásadní také pro artikulaci dlouhodobého pohledu na vývoj zdravotní péče o děti a dorost v ČR. Předmětem empirické části práce je tedy vedle historické institucionální analýzy specializačního vzdělávání a jeho obsahových, či organizačních změn také vývoj kontextu a jeho variability z hlediska mezinárodního srovnání.

**Obrázek 5: Základní fáze a procesy pohybu PLDD na trhu práce podle Wheelera**



Zdroj: Wheeler, 1995, dle IZPE, 2003, upraveno autorem

Obrázek 6: Analytický rámec faktorů ovlivňujících vzdělávací systém ve zdravotnictví podle Markéty Roškové (2009)



Zdroj: Rošková, 2009, upraveno Autorem

Problematika specializačního vzdělávání lékařů v oboru PLDD prošla historickým vývojem a současná situace neodpovídá budoucím potřebám atestovaných pracovníků. V rámci životního a profesního cyklu pracovních sil je potřeba reagovat na přirozený odliv těchto osob (např. úmrtí, důchod, změna profese) nahrazením novými kapacitami, především z řad mladých lékařů, kteří projeví zájem o práci v tomto oboru. (viz obrázek č. 5) Vzhledem k potřebě atestace pro výkon zvoleného povolání, je tento proces potřeba plánovat s předstihem několika let, během kterých tito lékaři musí splnit požadovaná kritéria specializační přípravy v oboru všeobecné praktické lékařství pro děti a dorost. Tato příprava trvá minimálně 4 roky. „*Podmínkou pro získání specializované způsobilosti v oboru praktické lékařství pro děti a dorost je zařazení do oboru, absolvování základního pediatrického kmene (24 měsíců), specializovaného výcviku (24 měsíců) a úspěšné složení atestační zkoušky. Celková doba specializačního vzdělávání je minimálně 4 roky.*<sup>13</sup>“ (MZČR, 2009) V rámci toho je požadováno absolvování základního pediatrického kmene na akreditovaném pracovišti pro obor dětské lékařství s odborným zaměřením na problematiku dětí a dospívajících v lůžkové a ambulantní péči. Jedná se o pracovní zařazení na pediatrických odděleních v akreditovaných nemocnicích. Druhou částí vzdělávání je specializační výcvik, který následuje po splnění podmínek požadovaných v rámci absolvování základního pediatrického kmene.

Tento výcvik se uskutečňuje na akreditovaných pracovištích pro obor dětské lékařství s odborným zaměřením na problematiku dětí a dospívajících v lůžkové péči v minimální délce 12 měsíců a absolvování vlastní praxe na pracovišti praktického lékaře pro děti a dorost v celkové minimální délce 12 měsíců. V roce 2014 bylo registrováno 189 akreditovaných pracovišť pro obor PLDD<sup>14</sup>. Právě počet těchto specializačních pracovišť je podmíněn počtem udělených rezidenčních míst pro zájemce o práci v tomto oboru, která jsou vypisována každý kalendářní rok. V roce

---

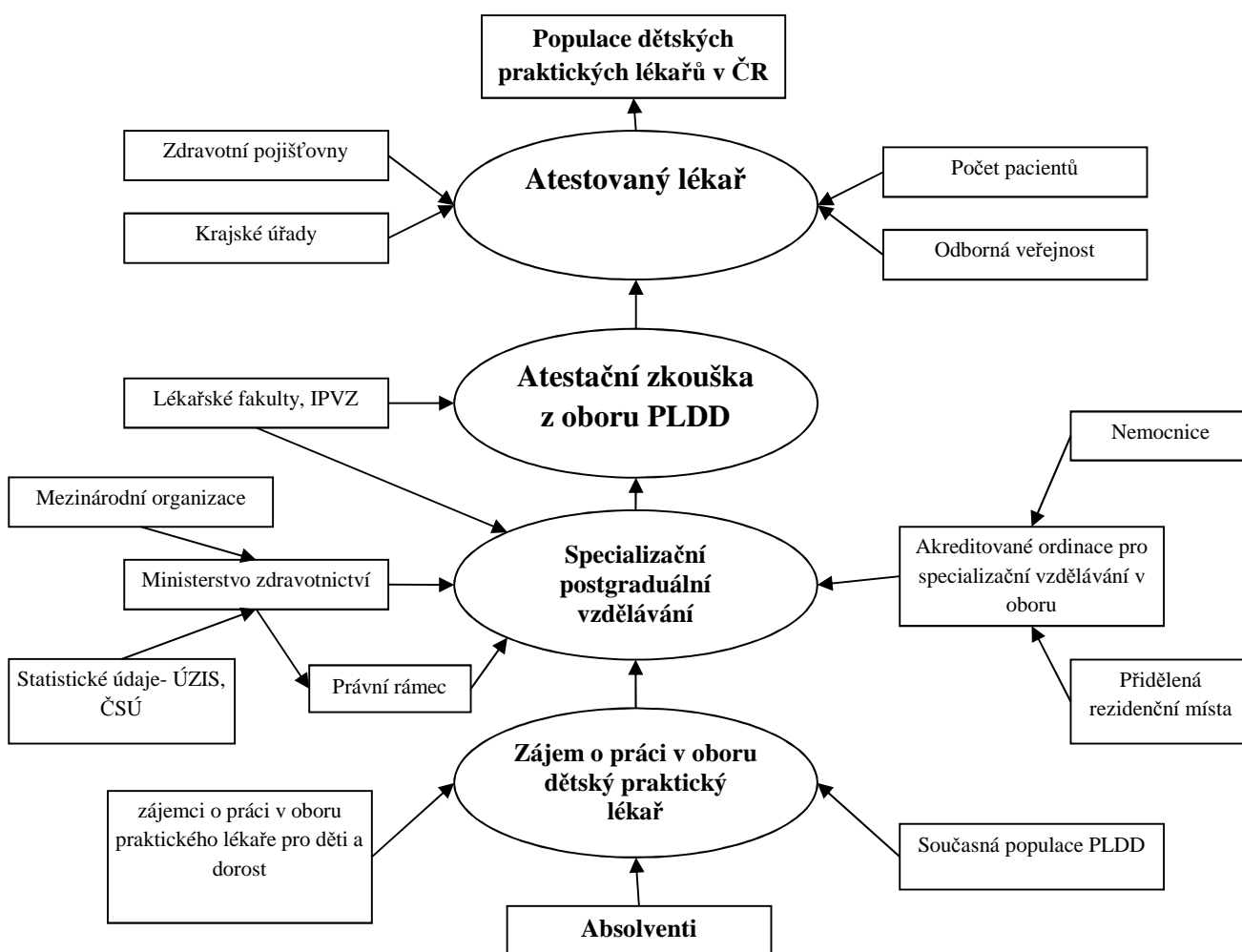
<sup>13</sup> Minimální podmínky v rámci vzdělávacího programu oboru praktické lékařství pro děti a dorost určené Ministerstvem zdravotnictví České republiky z roku 2009

<sup>14</sup> ke dni 31.1. 2014 zveřejněno MZČR v seznamu akreditovaných pracovišť pro obory Praktické lékařství pro děti a dorost a všeobecné praktické lékařství.

2013 bylo těchto míst pro celou Českou republiku uděleno 21.<sup>15</sup> (Seznam udělených rezidenčních míst pro rok 2013 viz. Příloha)

Průběh procesu mezi vstupem do specializačního vzdělávání a získání atestace pro práci v oboru je ovlivněn řadou aktérů a procesů, které mají zásadní vliv na jeho fungování a průchodnost. V následujícím modelu je zobrazen průběh specializačního vzdělávání v České republice s vybranými podmínkami, které ho ovlivňují.

**Obrázek 7: Model specializačního vzdělávání v České republice**



Zdroj: Autor

<sup>15</sup> Zveřejněno Ministerstvem zdravotnictví České republiky v seznamu úspěšných žadatelů o rezidenční místa pro obor PLDD pro rok 2013.

Problematiku využívání a práce s lidskými zdroji je potřeba zkoumat v historickém kontextu, především pak vývoj právní úpravy v této oblasti, která vymezuje kompetence jednotlivých významných aktérů. Právě na základě vymezených pravomocí v systému jsme také zkoumali jednání a postoje jednotlivých aktérů a jejich roli na utváření systému specializačního vzdělávání v České republice. Zkoumaným problémem jsou především důvody stávající praxe procesu specializačního vzdělávání pro výkon povolání PLDD v České republice, v kontextu současného nepříznivého sociodemografického vývoje populace PLDD a jejich celkového počtu a jeho následná reflexe.

## **5.1 Současné požadavky specializačního vzdělávání v oboru PLDD**

V současné době<sup>16</sup> jsou podmínky specializačního vzdělávání určené ministerstvem zdravotnictví České republiky podle Zákona č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, ve znění pozdějších předpisů, a následně dle Vyhlášky č. 185/2009 Sb., o oborech specializačního vzdělávání lékařů, zubních lékařů a farmaceutů a oborech, oborech certifikovaných kurzů. Samostatný obor PLDD vznikl v roce 2004, specializoval se výhradně na profesní dráhu praktického lékaře pro děti a dorost. Tímto rozhodnutím došlo k omezení možnosti přechodu atestovaných pediatriů pracujících v nemocnicích do praxe PLDD, bez nutnosti absolvování dalšího specializačního vzdělávání. Následkem toho bylo, že v následujících letech složilo atestační zkoušku v oboru PLDD pouze minimální počet lékařů. MZČR reagovalo na tento problém vytvořením dotačního systému tzv. rezidenčních míst. (Peychl, 2013) Pro vzdělávací program<sup>17</sup> v oboru PLDD je aktuální verze zveřejněná ve věstníku ministerstva zdravotnictví České republiky z roku 2009. V tomto roce také došlo ke zkrácení specializačního

---

<sup>16</sup> Březen 2014

<sup>17</sup> **Vzdělávací program** – dokument, který stanoví celkovou délku, rozsah a obsah příprav (doslovné vysvětlení pojmu viz. příloha)

vzdělávání v oboru PLDD na čtyři roky<sup>18</sup>. Důvodem tohoto rozhodnutí byla snaha o nastartování rychlejší generační výměny a předávání praxí v oboru PLDD. Organizací vzdělávání v oboru a kontrolou nad plněním formálních požadavků je pověřen Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví.

Specializační vzdělávání v oboru PLDD se zaměřuje na rozšíření získané odborné způsobilosti v rámci vysokoškolského studia v oboru všeobecného lékařství, celodenní pracovní přípravou a přípravou lékařů k atestační zkoušce. „Cílem specializačního vzdělávání v oboru praktické lékařství pro děti a dorost je vychovat odborníky, kteří budou schopni poskytnout dětem a mladistvým lékařskou péči, odpovídající současným poznatkům vědy, poskytovanou způsobem, který odpovídá kulturní vyspělosti společnosti, a to vlastními silami na úrovni primární péče nebo prostřednictvím efektivního využívání specializovaných služeb.“ (MZČR, 2009) Tato odborná příprava musí probíhat v rámci akreditovaného pracoviště, kde lékaři získají potřebné specializované znalosti a pracovní zkušenosti k samostatnému výkonu lékařské praxe v oboru PLDD.

Financování specializačního vzdělávání v oboru PLDD je zajištěno Ministerstvem zdravotnictví České republiky prostřednictvím každoročního přidělování tzv. rezidenčních míst. Jedná se o dotaci na pokrytí nákladů akreditovaných zařízení spojených se specializačním vzděláváním rezidentů (případně potřebné povinné praxe na dalších akreditovaných zařízeních), které tato pracoviště vybírají prostřednictvím výběrových řízení<sup>19</sup>.

### **5.1.1 Požadavky na specializační vzdělávání v oboru PLDD**

Specializační vzdělávání pro získání odborné způsobilosti PLDD je rozloženo minimálně do čtyřletého studijního programu. Ten je rozdělen do částí- absolvování základního pediatrického kmene a specializovaného výcviku, obojí v délce 24 měsíců. Podmínkou získání atestace je úspěšné složení atestační zkoušky.

---

<sup>18</sup> Vzdělávací program v oboru dětské lékařství je pětiletý

<sup>19</sup> Výběrové řízení na pozici rezidenta je podmínkou pro udělení dotace.

Přehledná tabulka průběhu a nároků specializačního vzdělávání v oboru PLDD je zveřejněna v příloze této práce. (viz. Příloha)

Prvním předpokladem k získání odborné způsobilosti je absolvování základního pediatrického kmene v rámci příslušného akreditovaného pracoviště<sup>20</sup> pro obor dětské lékařství v lůžkové a ambulantní péči. Jedná se především o práci v rámci klasického nemocničního provozu na odděleních pediatrie. Lékař se musí seznámit s pracovními postupy lékařů a péčí o děti všech věkových skupin. Součástí základního pediatrického kmene je také absolvování praxe na dětské jednotce intenzivní péče a na oddělení anesteziologie a intenzivní medicíny. Minimální doba pro absolvování je 24 měsíců. Základní kmen je možné absolvovat i v jiných oborech specializačního vzdělávání, které to umožňují (dětské lékařství, rehabilitace...) a následný přechod do oboru PLDD a dokončení atestace.

Po splnění podmínek k získání základního pediatrického kmene následuje specializační výcvik rozdělený na praxi na akreditovaném pracovišti pro obor dětské lékařství s odborným zaměřením na problematiku dětí a dospívajících v lůžkové péči (zahrnuje práci v perinatologickém centru a na chirurgii) a praxi v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost obojí v délce minimálně 12 měsíců. *„Praxe v ordinaci akreditovaného praktického lékaře pro děti a dorost-školiče je základní částí přípravy, kdy se školenec seznamuje s oborem a poznává i požadavky a praktické dovednosti ostatních medicínských oborů, které do praktického lékařství pro děti a dorost zasahují.“* (MZČR, 2009) Specializační vzdělávání v rámci akreditovaných ordinací PLDD je vykonáváno převážně formou rezidenčních míst.

Požadavkem specializačního vzdělávání je také absolvování povinných a dobrovolných školení a vzdělávacích kurzů pořádaných akreditovanými institucemi (Česká lékařská komora, IPVZ, lékařské fakulty nebo jiné organizace). Všechny informace o průběhu specializačního vzdělávání jsou zapisovány

---

<sup>20</sup> Rozdělena na pracoviště 1. a 2. stupně (na pracovištích 2. stupně se předpokládá komplikovanější lékařské zákroky)



do záznamu o provedených výkonech (logbook) a průkazu odbornosti lékaře (specializační index).

Závěrem specializačního vzdělávání je samotná atestační zkouška, která je složena z praktické a teoretické části. V případě jejich úspěšného složení získává lékař odbornou způsobilost, která mu umožňuje samostatný výkon lékařského povolání

### **5.1.2 Požadavky na akreditovaná pracoviště**

Akreditovaná pracoviště jsou vymezena na základě Zákona č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta. Tato pracoviště zajišťují školení lékařů v rámci akreditovaného vzdělávacího programu, zajišťují zapojení lékaře do práce. Akreditace jsou udělovány na základě personálních, odborných, technických a provozních požadavků.

V případě schválené dotace na rezidenční místo pro specializační vzdělávání lékaře v oboru PLDD musí akreditovaná pracoviště na základě Vyhlášky č. 186/2009 Sb., o stanovení postupu při vyhlášení výběrového řízení na rezidenční místo, průběhu výběrového řízení na rezidenční místo a základních kritériích výběru rezidenta (o rezidenčních místech), provést výběrové řízení pro výběr vhodného uchazeče pro pracovní pozici.

**Tabulka 7: Požadavky na akreditovaná pracoviště ve vzdělávacím programu PLDD**

<p><b>Personální požadavky</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vedoucí AP/školitel má praxi min. 10 let od dosažení odborné způsobilosti, z toho min. 5 let od získání specializované způsobilosti v oboru praktické lékařství pro děti a dorost (dále jen „PLDD“) s min. úvazkem 1,0 a s min. 5 lety praxe v oboru PLDD.</li> <li>- Školitel splňuje odborné předpoklady: účast na <i>kontinuálním</i> vzdělávání, včetně účasti na setkávání školitelů, schopnost předávat zkušenosti z praxe, ochotu účastnit se na výzkumu a sběru dat v primární péči, přednáškovou a publikační činnost, schopnost mezioborové diskuse a nad diagnostickými a léčebnými postupy v primární péči.</li> <li>- Poměr školitel/školeneček – 1:2.</li> <li>- Školitel dokládá svou způsobilost při žádosti o akreditaci pracoviště profesním životopisem a přehledem svých odborných a pedagogických aktivit v posledních 5 letech.</li> <li>- Spolu se žádostí je nutno předložit plán plnění povinností stanovených vzdělávacím programem. Pokud pracoviště zajišťuje více než jednu část, vždy výukový plán předkládá.</li> </ul>
<p><b>Materiální a technické vybavení</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Materiálně-technické zabezpečení, rozsah činnosti, vybavení ordinace odpovídá zajištění plné kompetence pracoviště praktického lékaře pro děti a dorost včetně rozsahu výkonů prováděných ordinací školitele a splňujících plně požadavky oboru praktický lékař pro děti a dorost.</li> <li>- Přístup k odborné literatuře, včetně el. databází (zajištění vlastními prostředky nebo ve smluvním zařízení).</li> </ul>
<p><b>Organizační a provozní požadavky</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Spektrum registrovaných pacientů v ambulanci praktického lékaře pro děti a dorost od narození do věku 19 let.</li> <li>- Poskytování návštěvních služeb.</li> </ul>
<p><b>Výukové předpoklady</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vazba na metodické centrum vzdělávání (organizuje pravidelná setkání školitelů, předává informace týkající se výuky, dohlíží a kontroluje průběh výuky).</li> <li>- Souhlas s externí kontrolou pracoviště členy akreditační komise.</li> </ul>

Zdroj: Vzdělávací program oboru PLDD, MZČR, 2009

## 5.2 Vývoj právního rámce specializačního vzdělávání PLDD v ČR

Specializační vzdělávání PLDD v České republice prošlo v minulosti dlouhým vývojem, který byl ovlivněn mnoha významnými společenskými událostmi. Jejich dopady lze pozorovat ve vývoji legislativních norem, které jsou spojeny nebo přímo ovlivňují problematiku postgraduálního vzdělávání PLDD a jejich odborné přípravy pro výkon povolání v tomto oboru. Pro potřeby této analýzy jsme vytvořili čtyři časové kohorty, které zahrnují významná celospolečenská období nejenom ve vývoji zdravotní politiky v České republice.

V problematice specializačního vzdělávání byla také sledována vzájemnou propojenost formálních a neformálních vztahů mezi významnými aktéry. Jednalo se především o jejich participaci a vliv v oblasti zajištění organizace specializačního vzdělávání a financování jeho průběhu formou rezidenčních míst. Právě jejich

vzájemné vztahy a postoje se v průběhu času odrážely ve vývoji institucí spojených se specializačním vzděláváním. Sledován byl především vývoj a změny v oblasti systému organizace specializačního vzdělávání na obecné i specifické úrovni pro obor PLDD v České republice a možných dopadů na současnou situaci ve stárnoucí populaci dětských praktických lékařů pro děti a dorost v kontextu demografického vývoje populace v České republice. Druhou oblastí zájmu byla především oblast financování, která je vzhledem k vysokým nákladům na poskytování specializačního vzdělávání ze strany akreditovaných pracovišť pro uchazeče o profesní dráhu v oboru PLDD důležitá pro jeho efektivní fungování.

**Tabulka 8: Vývoj institucionálního rámce specializačního vzdělávání PLDD**

	Věcná východiska	Historická a institucionální analýza		
		Akteři	Instituce	Dosažené výsledky
Do roku 1989	70. léta Demografická vlna- „Husákovi děti“  Zvýšení počtu dětských lékařů	WHO- Alma Ata (1978), Health for all (1977)  MZČR  Fakulty dětského lékařství (Praha 1953, Brno 1957)- Specializace na pediatrii  KUNZ, OÚNZ,- analytická a koncepční činnost  Ústav sociálního lékařství  Odborná JEP- dětské lékařství, dorostové lékařství	- 20/1966 Sb., o péči a zdraví lidu - 2/1969 Sb., Zákon České národní rady o zřízení ministerstev a jiných ústředních orgánů státní správy České socialistické republiky - 72/1971 Sb., Vyhláška ministerstva zdravotnictví České socialistické republiky o zdravotnických pracovnících a jiných odborných pracovnících ve zdravotnictví, <i>zrušena č. 77/1981</i> - 77/1981 Sb., Vyhláška ministerstva zdravotnictví České socialistické republiky o zdravotnických pracovnících a jiných odborných pracovnících ve zdravotnictví, <i>zrušena č. 393/2004</i>	Koncepční a analytická činnost- vytváření dlouhodobých strategií.  Demografický vývoj v 70. letech= potřeby zvýšení počtu lékařů v pediatrii- dnešní generace PLDD v předdůchodovém věku.
1990-1997	Transformace systému- zavedení tržních mechanismů ve zdravotním systému. Privatizace ordinací PLDD	- MZČR- Privatizace systému- kvazitržní mechanismy. - Trh jako dominující regulátor systému. - Veřejný systém založený na smluvních vztazích - Vznik Zdravotních pojišťoven- změna ve financování zdravotnictví - Vznik ČLK - PLDD- rozšíření agendy poskytovaných služeb. Asimilace dorostového lékařství	- Novelizace zákona č. 20/1966 Sb., o péči a zdraví lidu- jiné možnosti financování - 550/1991 Sb., Zákon České národní rady o všeobecném zdravotním pojištění, <i>zrušen č. 48/1997 Sb.</i> - Zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky - 48/1997 Sb. Zákon o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů - 220/1991 Sb., o České lékařské komoře, České stomatologické komoře a České lékárnické komoře. - Zákon č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních, ve znění pozdějších předpisů	Transformace systému  Zvýšená autonomie aktérů- decentralizace systému  Privatizace poskytování péče PLDD- ekonomické zájmy jsou dominantní proměnou.  Vznik pluralitního systému veřejných zdravotních pojišťoven- 1993
1998-2006	Příprava ke vstupu do EU- standardizace vzdělávání s EU	- PLDD- snaha o osamostatnění oboru ve vzdělávání - MZČR- nutnost změny specializačního vzdělávání vlivem EU - Kraje- reforma- získání nových pravomocí. Dohled nad zdravotní péčí - Nemocnice- ekonomické pobídky, vysoké finanční požadavky při poskytování péče. Překážky odchodům lékařů do PLDD- „stabilizační smlouvy	- 95/2004 Sb., Zákon o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta - 393/2004 Sb., Vyhláška, kterou se zrušuje Vyhláška č. 77/1981 Sb., o zdravotnických pracovnících a jiných odborných pracovnících ve zdravotnictví - 395/2004 Sb., Vyhláška, kterou se stanoví zkušební řád pro atestační zkoušky a pro aprobační zkoušky lékaře, zubního lékaře a farmaceuta), <i>zrušena č. 188/2009 Sb.</i>	- Změna systému atestace- standardizace s členskými státy EU - Vytvoření v rámci Evropy ojedinelého oboru specializačního vzdělávání PLDD- lepší odborná příprava, znemožnění přímého přechodu pediatrií do PLDD- nutnost další atestace. - Decentralizace systému- Odstátnění krajských nemocnic- ekonomické zájmy- vysoké náklady na vzdělávání PLDD
2007-2014	Pokračující stárnutí populace PLDD Nedostačující financování specializačního vzdělávání.	MZČR- snaha o přenesení svých pravomocí na jiné subjekty. Odpovědnost za organizaci specializačního vzdělávání Lékařské fakulty a IPVZ  ČLK- snaha o celkové převzetí agendy  Rozpor PLDD x Pediatrii- Konflikt ohledně nároků ve specializačním vzdělávání PLDD	- 338/2008 Sb., novela zákona č. 95/2004 Sb. - 185/2009 Sb., Vyhláška o oborech specializačního vzdělávání - 186/2009 Sb., Vyhláška o stanovení postupu při vyhlášení výběrového řízení na rezidenční místo, průběhu výběrového řízení na rezidenční místo a základních kritériích výběru rezidenta - 188/2009 Sb., Vyhláška o atestační zkoušce - 2009- vyhláška MZČR o stanovení postupu při vyhlášení výběrového řízení na rezidenční místo, - 31/2010 Sb., Nařízení vlády o oborech specializačního vzdělávání a označení odborností zdravotnických pracovníků se specializovanou způsobilostí 346/2011 Sb., Zákon, kterým se mění zákon č. 95/2004 Sb.	Snaha o opětovné spojení specializačního vzdělávání PLDD a dětské lékařství  Nízký počet rezidenčních míst v oboru- málo finančních prostředků na specializační vzdělávání.

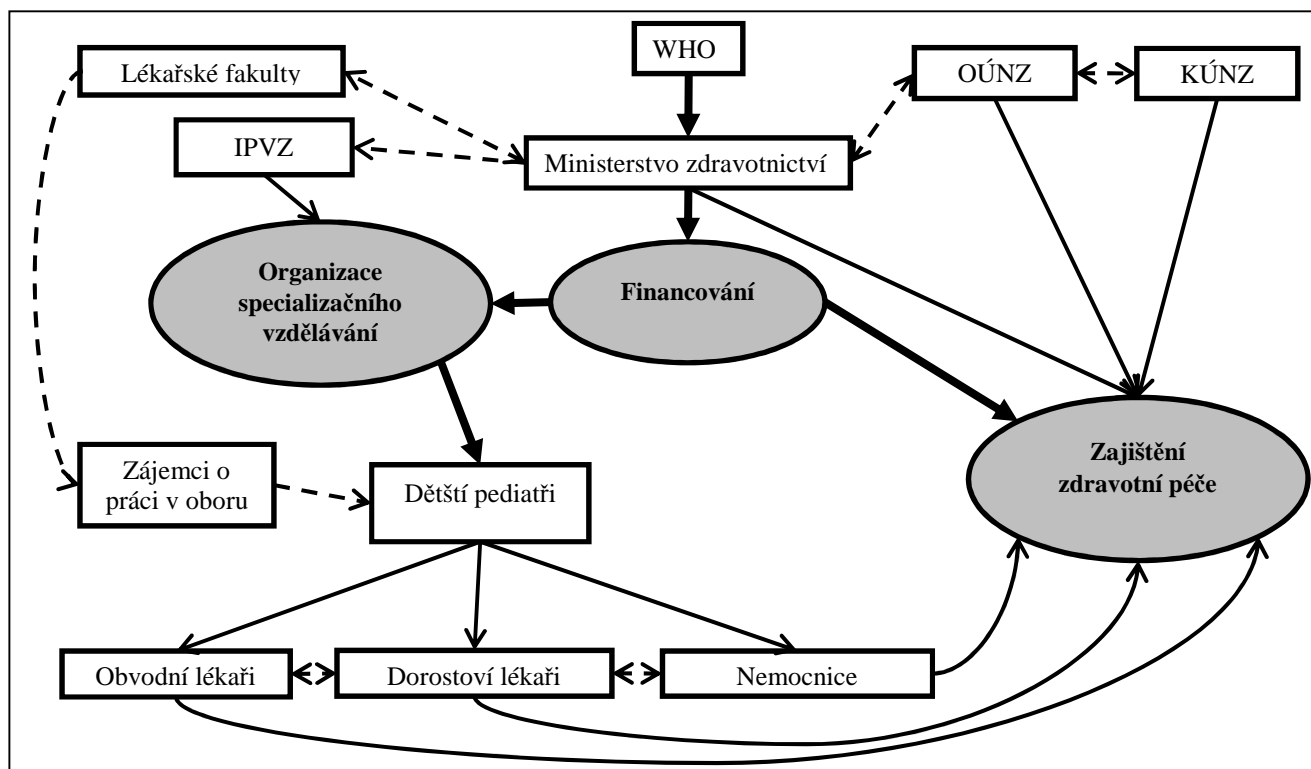
Zdroj: Autor

### **5.2.1 Do roku 1989**

V lékařských oborech došlo během 20. století k velkému rozšíření vědomostí. S rozvojem medicíny došlo k potřebě vytvoření uceleného systému celoživotního vzdělávání lékařů, které by mělo zajistit jejich systematické vzdělávání i po ukončení univerzitního studia. Došlo tak k rozvoji specializačního vzdělávání. V rámci systému vzdělávání lékařů byly klíčové především lékařské fakulty vysokých škol. Lékařské fakulty se podílejí především na univerzitním vzdělávání lékařů, které vede k získání odborné způsobilosti k výkonu povolání lékaře. Jedná se o soubor komplexních znalostí z oblasti medicíny. Lékařské fakulty tak připravují své studenty k budoucímu výkonu povolání lékaře a získání teoretických a praktických zkušeností z jednotlivých lékařských oborů.

Do roku 1990 byly v České republice specializovaná na dětskou medicínu Fakultní dětská nemocnice v Brně (založena v roce 1957) a dnešní 2. lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze, která vznikla v roce 1953 odštěpením pediatrické větve pražské lékařské fakulty pod názvem Fakulta dětského lékařství univerzity Karlovy v Praze. Studium nebylo zaměřeno pouze na pediatrii, věnovalo se i celkové všeobecné medicíně. Jednalo se o komplexní studium. Po roce 1989 došlo k jejímu přejmenování z důvodu, aby nedošlo ke zmatečnému výkladu zaměření výuky na fakultě. Přesto vývojové fáze člověka a dětská medicína zůstala i v současné době jejím hlavním zaměřením. (Koutecký, 1993)

Obrázek 8: Síť aktérů do roku 1989



Zdroj: Autor

V roce 1966 byl schválen Zákon č. 20/1966 Sb., o péči a zdraví lidu.<sup>21</sup> Tento zákon se stal klíčovým dokumentem v oblasti práv a povinností občanů a zdravotnických pracovníků v oblasti poskytované zdravotní péče. Vymezením specializačního vzdělávání se zabývá hlava č. 4 Pracovníci ve zdravotnictví § 77-60. Jsou zde vymezeny organizační struktury pro poskytování dalšího vzdělávání. V rámci tohoto zákona byla vytvořena jako prováděcí předpis Vyhláška č. 44/1966 Sb., o zdravotnických pracovnících a jiných odborných pracovnících ve zdravotnictví. Došlo k zavedení systému specializačního vzdělávání v rámci školících pracovišť v rámci pracovního poměru a absolvování odborných kurzů a školení. Byl zaveden model všeobecné průpravy („kolečko“), který měl rozšířit získané znalosti během univerzitního studia na

<sup>21</sup> Novelizován v úplném znění Zákonem č. 86/1992 Sb., Zákon o péči o zdraví lidu (úplné znění s působností pro Českou republiku, jak vyplývá z pozdějších změn a doplnění), zrušen Zákonem č. 272/ 2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách)

lékařských fakultách. Po jeho absolvování teprve následovala specializační průprava ve vybraném oboru. (Svobodová, 2003) Tento zákon zároveň umožnil kompatibilitu specializačního vzdělávání v lékařských oborech s dalšími evropskými zeměmi. (rozhovor s Mgr. Podhrázkým)

Významnou změnou byla Vyhláška ministerstva zdravotnictví České socialistické republiky č. 72/1971 Sb., o zdravotnických pracovnících a jiných odborných pracovnících ve zdravotnictví. Byly provedeny změny v systému specializačního vzdělávání. Vznikl systém povinného absolvování odborné průpravy pro získání specializace 1. stupně. (Svobodová, 2003) Specializační vzdělávání navazovalo na univerzitní studium, které bylo rozděleno do oborů všeobecné lékařství, dětské lékařství, hygiena a stomatologie. Absolventi tak měli již hlubší znalosti z vystudovaného oboru, přesto v případě potřeby mohli zvolit jiný obor ve specializačním vzdělávání pro atestaci 1. stupně. Další stupně atestace byly určeny pro specializované obory na základě potřeb zdravotního systému a vedoucí pracovníky. Další změnou poté byla Vyhláška č. 77/1981 Sb., o zdravotnických pracovnících a jiných odborných pracovnících ve zdravotnictví. Jednalo se o reakci přizpůsobení legislativy stávajícím potřebám v lékařských oborech. Tato vyhláška byla platná až do roku 2004, kdy byla zrušena v rámci příprav Zákona č. 95/2004 Sb.

V oblasti kontroly a koncepční činnosti ve zdravotním systému vznikl i dnes stále platný Zákon č. 2/1969 Sb., o zřízení ministerstev a jiných ústředních orgánů státní správy České socialistické republiky, v rámci kterého má MZČR za úkol zkoumat a analyzovat aktuální problémy a koncepční činností předcházet možným dopadům na poskytovanou zdravotní péči v České republice.

V této oblasti měly důležitou roli v systému především Ústavy národního zdraví (KÚNZ, OÚNZ<sup>22</sup>). Na základě Zákona č. 103/1951 Sb., o jednotné preventivní a léčebné péči<sup>23</sup> získaly pravomoc plánovat, koordinovat a řídit systém poskytování zdravotní péče. Sdružovaly všechna zdravotnická zařízení v rámci jejich

---

<sup>22</sup> OÚNZ- okresní ústavy národního zdraví, KÚNZ- krajské ústavy národního zdraví

<sup>23</sup> Konkrétně nařízením ministra zdravotnictví č. 24/1952 Sb., o organizaci preventivní a léčebné péče.

územní působnosti. Měly tak dokonalý přehled o personálních potřebách ve zdravotních zařízeních i v rámci jednotlivých lékařských oborů. Mohly tak účinně a s předstihem reagovat na případné personální nedostatky.

V oblasti pediatrické péče došlo v období na přelomu 70. a 80. let k velkému rozmachu. Ten se týkal také katedry pediatrie na IPVZ. *„V 80. letech zaznamenává klinika velký rozmach. Začíná se rozvíjet i kontinuální vzdělávání. Pozornost se obrací k pediatrické primární péči. Rozvíjí se sociální a preventivní pediatrie.“* (117, Svobodová, 2003) Právě v tomto období můžeme nalézt základy vzniku současné populace lékařů v oboru PLDD, kteří jsou v předdůchodovém věku. Na obrázku č. 10 je srovnání populace lékařů v oboru pediatrie v roce 1992 a PLDD v roce 2012, která nám jasně ukazuje, že současná silná věková kohorta lékařů v předdůchodovém věku vznikla právě v období na počátku 80. let 20. století.

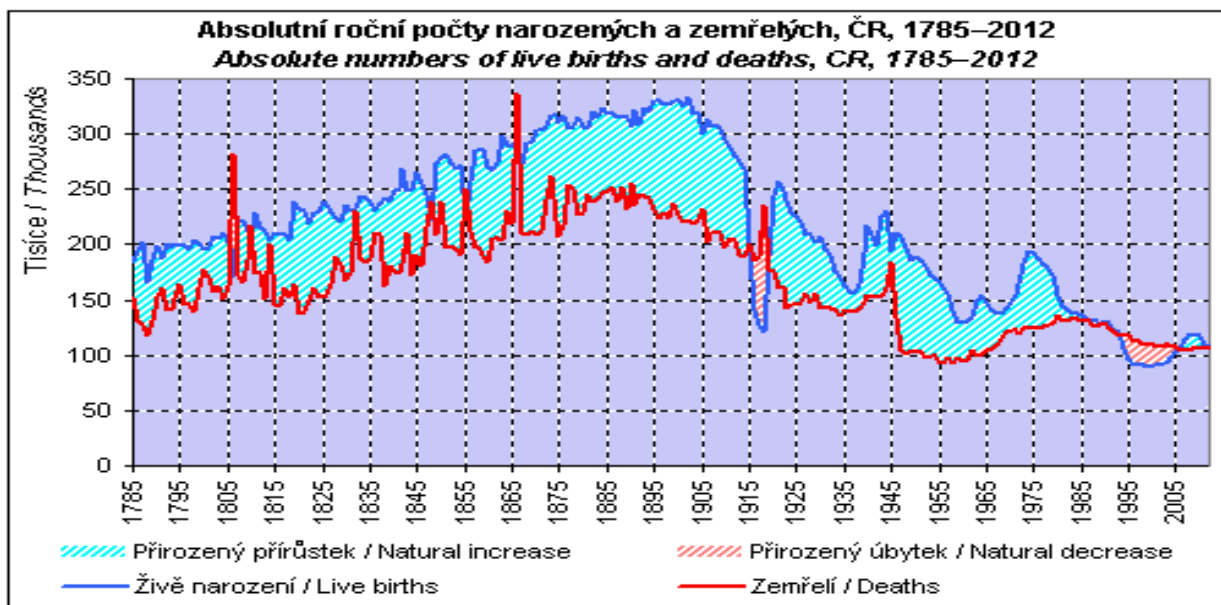
Důvodem vzniku této demografické vlny byla opatření přijatá v 70. a 80. letech 20. století, kdy během krátkého období došlo k navýšení porodnosti v Československé republice k populačnímu boomu tzv. generaci Husákových dětí. *„Druhým hlavním důvodem jsou historické souvislosti v sedmdesátých letech minulého století byla přijata opatření, která vedla k výrazné produkci mladých lékařů během krátkého časového období. Jelikož následně došlo opět ke snížení počtu absolventů lékařských fakult, vytvořila se zde početně silná kohorta osob, která téměř bez povšimnutí prochází zdravotnickým systémem dodnes.“* (2, Šídlo, 2011) V rámci dlouhodobého vývoje populace se jednalo o velmi výrazný nárůst narozených dětí, kterým bylo potřeba zajistit dostatečnou zdravotní péči.

V tomto období došlo také k rozmachu primární péče. Na její důležitost v systému zdravotní péče upozorňovala na konferenci v roce 1978 také WHO. Na konferenci v Alma Atě vznikla deklarace o potřebě začlenění primární péče do zdravotnických systému jako nejúčinnějšího a finančně nejefektivnějšího způsobu organizace zdravotní péče. Společně s populačním trendem a předpokladem jeho pokračování byl v rámci koncepční činnosti navýšen počet pediatriů v primární péči. V této době ještě neexistoval samostatný obor specializačního vzdělávání PLDD.



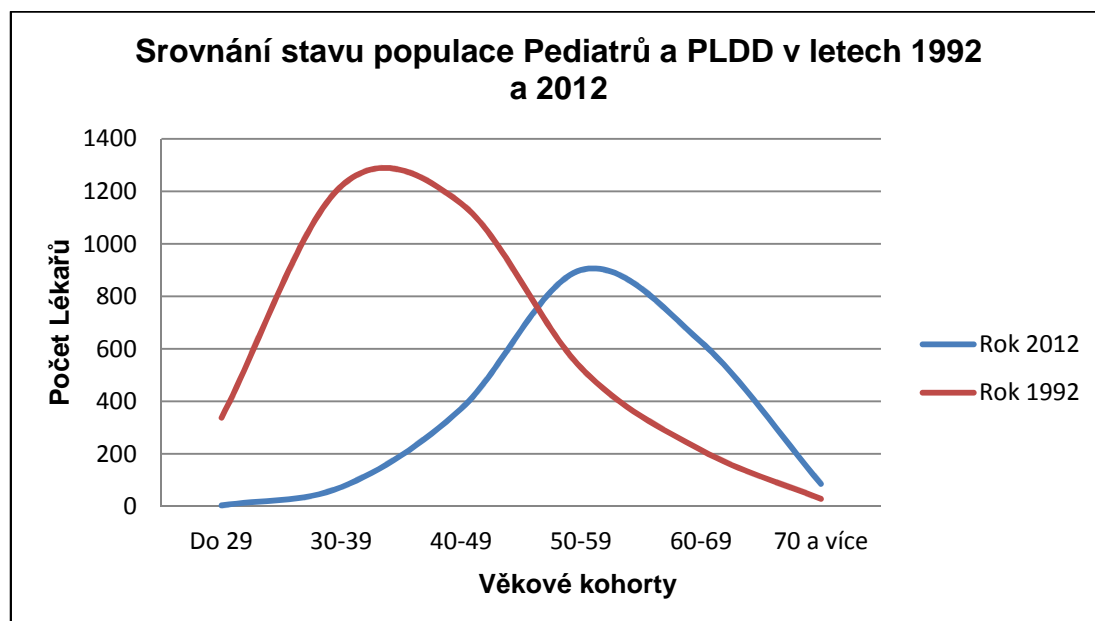
Právě tito lékaři jsou nejsilnější věkovou kohortou v rámci oboru PLDD v České republice.

**Obrázek 9: Absolutní počty narozených a zemřelých v ČR 1785-2012**



Zdroj: ČSÚ, 2014

**Obrázek 10: Srovnání stavu populace v oboru dětská pediatrie a PLDD v letech 1992 a 2012**



Zdroj: ÚZIS, statistická ročenka 2012 a 1992

### 5.2.2 Období 1990-1997 Transformace systému

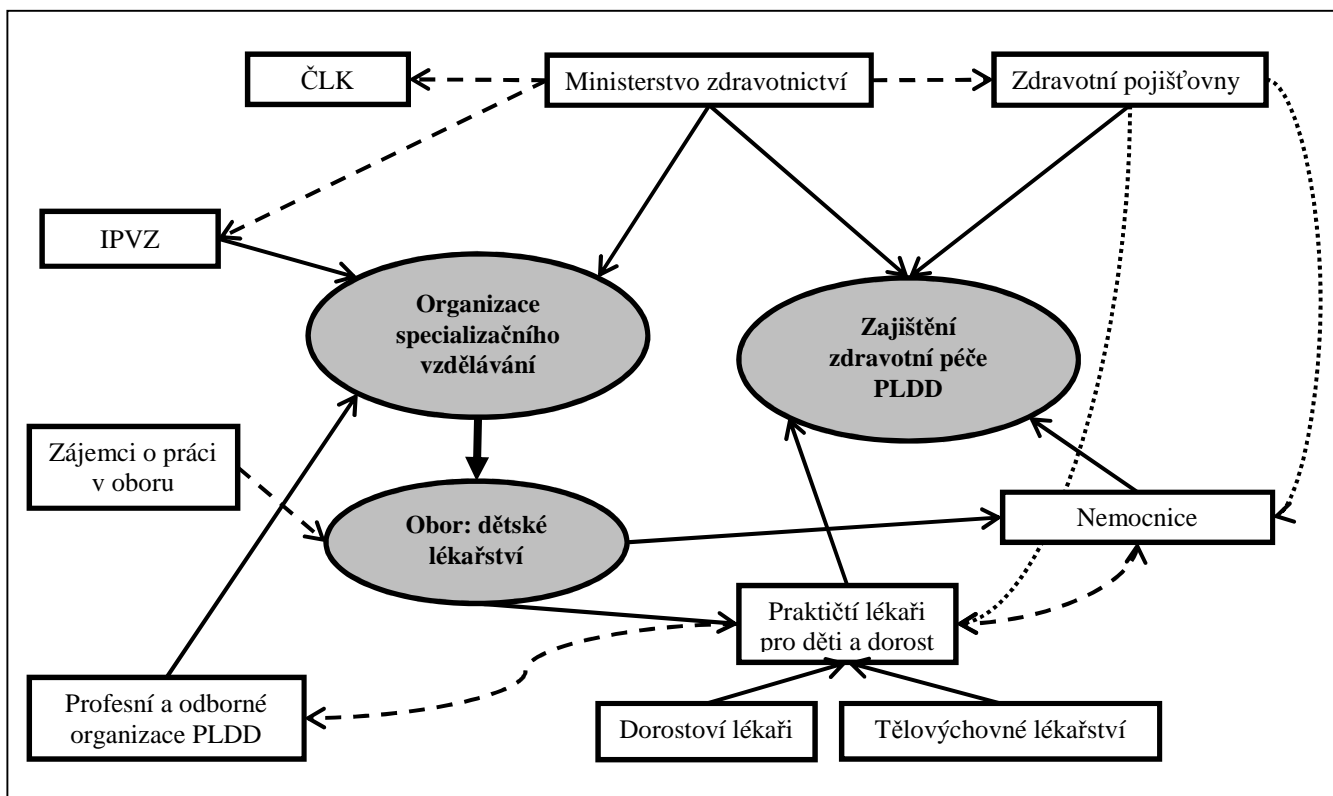
Významným mezníkem v celkovém vývoji zdravotní politiky v České republice bylo období na počátku 90. let 20. století po pádu komunismu. Ve společnosti došlo k transformaci, která zahrnovala i změny v poskytování zdravotních služeb. V systému začaly dominovat nové hodnoty založené především na liberálních principech, kde rozhodující sílu měly především aktuální potřeby trhu. *„Česká transformace byla v mnohém postavena na předpokladech o trhu jako přirozeném stavu společnosti a tržním chování jako „druhé přirozenosti člověka.“* (259, Večerník, 1997) Reakcí na tyto skutečnosti bylo vytvoření Zákona č. 550/1991 Sb., České národní rady o všeobecném zdravotním pojištění<sup>24</sup>. Zdravotnický systém přestal být financován ze státního rozpočtu a odpovědnost za jeho financování byla přesunuta na systém veřejného zdravotního pojištění. Nově vzniklé zdravotní pojišťovny se tak okamžitě staly jedním z nejvýznamnějších aktérů zdravotní politiky v České republice. *„Výrazným počátečním úkolem transformace zdravotnictví se stala privatizace spolu se zavedením zdravotního pojištění. Politicky žádoucí bylo splnit tento úkol co nejrychleji.“* (6, Holčík, 1998) Tento zákon byl nahrazen v roce 1997 Zákonem č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů byla nově vymezena působnost zdravotních pojišťoven. Jako jejich kompetence bylo uzákoněno zajištění dostupnosti zdravotní péče. Proto bylo i v jejich zájmu, aby byla primární péče poskytovaná prostřednictvím PLDD zachována v dostačujícím rozsahu a podpořena generační výměna lékařů, tak aby mohla probíhat bez komplikací. K tomuto tématu se vyjádřil také náměstek ředitele Všeobecné zdravotní pojišťovny pro zdravotní péči MUDr. JUDr. Petr Honěk. *„Podle Zákona č. 48/1997 Sb., jsou zdravotní pojišťovny povinny zajistit svým pojištěncům místní a časovou dostupnost hrazených služeb. Časovou a místní dostupnost tedy nejen praktických lékařů stanovuje nařízení vlády č. 307/2012 Sb. Podle tohoto nařízení musí být například všeobecný praktický lékař, praktický lékař pro děti a dorost, gynekolog či zubní lékař*

---

<sup>24</sup> dvakrát novelizován v úplném znění Předpisem č. 295/1993 Sb., a Předpisem č. 79/1995 Sb., zrušen v roce 1997 a nahrazen Zákonem č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů

dostupný v dojezdové době 35 minut, přičemž uvedený čas je nejzazší možný.“  
(Medical tribune, 2014)

Obrázek 11: Síť aktérů 1990-1997



Zdroj: Autor

V systému došlo k celkové decentralizaci a pod vlivem tržních mechanismů došlo k utlumení analytické činnosti a vytváření dlouhodobých koncepcí, jako predikce nebezpečí selhávání trhu. „Proměnami ve skladbě a zabezpečení institucí veřejné správy, které se projevily v organizační struktuře ministerstev, jak pozitivně (ministerstva se zbavila některých byrokratických přítěží), tak negativně na ministerstvech byla vesměs zrušena resortní analytická pracoviště (zdravotnictví, obrana, hospodářství, školství) a nebyla nahrazena odpovídajícími analytickými zdroji pro rozhodování.“ (170, Potůček, 1996) Předpokladem této skutečnosti bylo, že zdravotní systém bude regulován tržními mechanismy, včetně jeho personálních potřeb. Poskytování zdravotních služeb a s tím spojená problematika se měla stát zcela nezávislá na státní veřejné správě. Tento proces reflektuje i zrušení OÚNZ a KÚNZ z roku 1991, jako završení decentralizace

systemu, ale také kapitulace v oblasti analytické a plánovací činnosti ve zdravotnickém systému. Tento postup se v následujících letech ukázal jako nešťastný. „Decentralizace by měla být posílena lepší koncepční prací centra, uvážlivým přenesením některých kompetencí na nižší články řízení, vytvořením kontrolního systému a na něj navazující regulací.“ (7, Holčík, 1998)

Významným mezníkem v organizaci lékařských povolání byl vznik České lékařské komory. Je zřízena na základě Zákona č. 220/1991 Sb., o České lékařské komoře, České stomatologické komoře a České lékárnické komoře. Tato organizace sdružuje všechny lékaře na území České republiky. Jejich cílem je dohled nad kvalitou odbornosti lékařů při výkonu povolání. Zaručuje jejich kvalitu a hájí profesní zájmy svých členů. V rámci svých stavovských předpisů (Stavovský předpis č. 16) se zabývá také organizací celoživotního vzdělávání lékařů, jehož součástí je také postgraduální specializační vzdělávání v jednotlivých oborech. „Celoživotní vzdělávání dle tohoto stavovského předpisu též splňuje podmínky celoživotního vzdělávání dle Zákona č. 95/2004 Sb., Každý lékař – člen České lékařské komory má povinnost účastnit se systému celoživotního vzdělávání lékařů. Naplnění tohoto stavovského předpisu splňuje kritéria kontinuálního vzdělávání lékařů-zaměstnanců dle zákoníku práce.“ (Stavovský předpis č. 16, ČLK)

#### **Obrázek 12: Výňatek Zákona č. 220/1991 Sb. § 2 odstavec 1**

- |   |
|---|
| <p>(1) Komory</p> <ul style="list-style-type: none"><li>a) dbají, aby členové komor vykonávali své povolání odborně, v souladu s jeho etikou a způsobem stanoveným zákony a řády komor,</li><li>b) zaručují odbornost svých členů a potvrzují splnění podmínek k výkonu lékařského, stomatologického a lékárnického povolání podle zvláštních předpisů,</li><li>c) posuzují a hájí práva a profesní, sociální a hospodářské zájmy svých členů,</li><li>d) chrání profesní čest svých členů,</li><li>e) vede seznam členů.</li></ul> |
|---|

Zdroj: Zákon č. 220/1991 Sb.

Celospolečenskými změnami byla ovlivněna také primární péče pro děti a dorost. Došlo k privatizaci ordinací PLDD a vytvoření soukromých lékařských

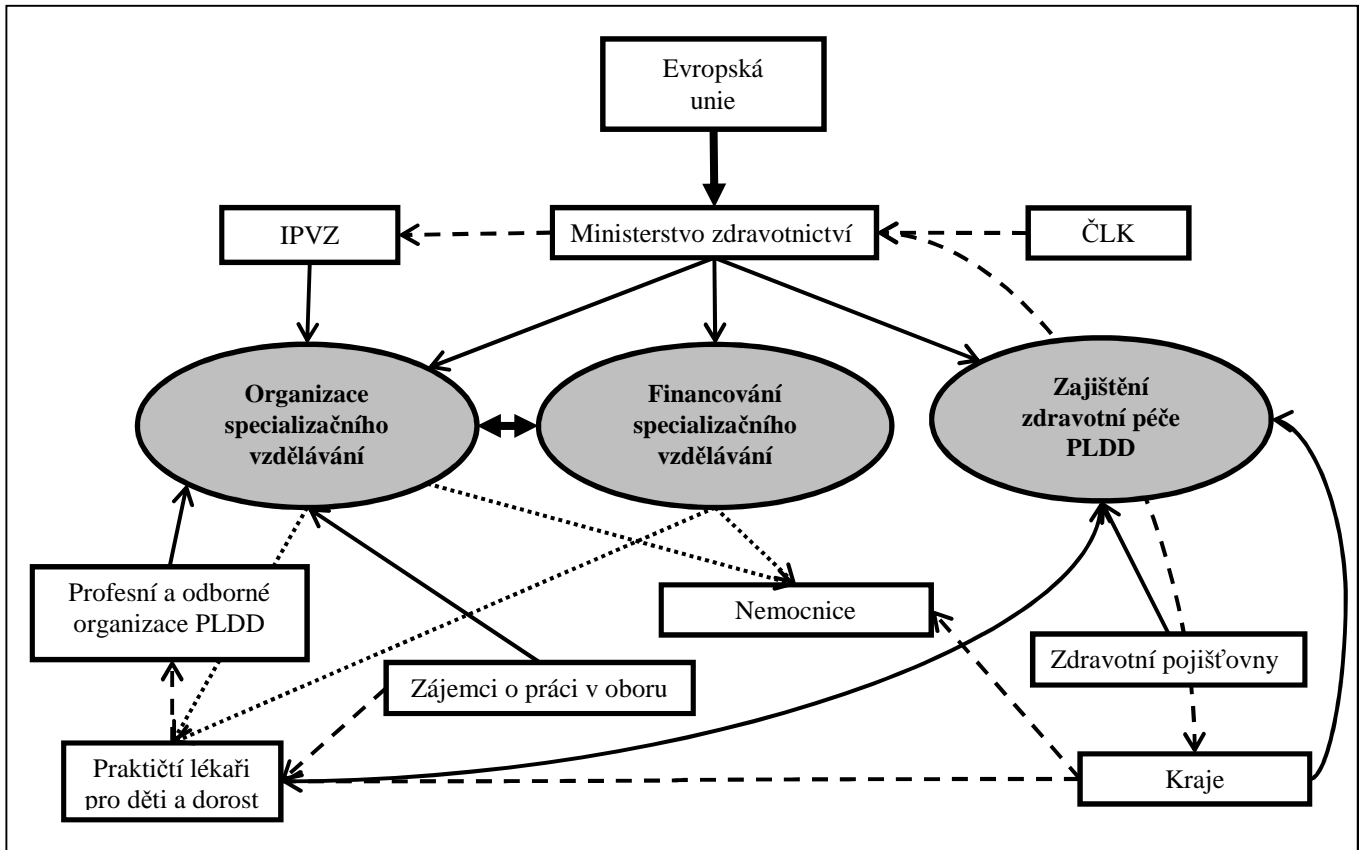
praxí. „*Obvodní pediatři se rychle privatizovali, vznikla jejich profesní organizace Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost, která brzy získala dobrou pozici vůči resortu i ostatním subjektům. Koncem 90. let vznikla dokonce odborná společnost praktických dětských lékařů.*“ (7, Janda, 2003) Po roce 1990 došlo k rozšíření nároků na praktické lékaře, vznikem zdravotních pojišťoven přibylo také administrativních povinností. Zároveň s rozvojem diagnostických možností došlo ke zvýšení kvality poskytované péče. (rozhovor s MUDr. Šebkovou) Praktičtí lékaři stejně jako celý zdravotní systém se začali přizpůsobovat především poptávce a tržním mechanismům. V tomto období došlo k praktickému zrušení do té doby fungujícího dorostového lékařství a jeho spojení v praktické lékařství pro děti a dorost. Došlo tak ke zvětšení agendy dětských praktických lékařů, což přineslo zvýšení jejich ekonomických zisků, ale i administrativní zátěže. Obor zároveň odolal některým názorům na zrušení jeho agendy a vytvoření tzv. „rodinného lékaře“ „*Primární péče prosadila myšlenku, že děti mají právo na to, aby je ošetřoval pediatr a dětská sestra. Neprosadila se naštěstí myšlenka tzv. rodinného lékaře, to by bylo jistě znamenalo tehdy (ale i dnes) snížení úrovně péče o děti i dorost.*“ (7, Janda, 2003)

### **5.2.3 Období 1998-2006 Příprava ke vstupu do Evropské unie**

Od rozhodnutí o přistoupení České republiky z roku 1996 započala harmonizace české legislativy s normami Evropské unie. Ta se nevyhnula ani oblasti zdravotní politiky a specializačního vzdělávání lékařů. Tyto změny měly za cíl sblížit normy českého zdravotního systému a s ním spojenou legislativu se systémy členských zemí Evropské unie. EU zajišťuje volný pohyb pracovníků ve zdravotnictví na základě vzájemného uznávání získané kvalifikace v jednotlivých členských zemích. Proto byla potřeba přesného definování standardů těchto kvalifikací ve všech zemích Evropské unie. Vytvoření přesné standardizace ve vzdělávání zdravotnických pracovníků pomůže překonat kulturní a organizační bariéry. Transformace specializačního vzdělávání v jednotlivých zemích by měla být zásadním krokem k výchově profesionálních odborníků potřebných k zajištění kvalitní dětské zdravotní péče ve všech členských zemích Evropské unie. (Wolfe, 2013) V oblasti specializačního vzdělávání šlo především o oblast

harmonizace kvalifikačních požadavků v lékařských a nelékařských oborech, k možnosti uznávání získané atestace k samostatnému výkonu povolání.

Obrázek 13: Síť aktérů 1998-2006



Zdroj: Autor

V roce 1998 došlo ke vzniku systému akreditovaných pracovišť a oborů specializačního vzdělávání lékařů jako reakce na vstup České republiky do Evropské unie. „Sjednocení akreditačních postupů je zapříčiněno možností volného pohybu pracovních sil v rámci členských zemí.“ (Vlček, 2010) Došlo tak ke standardizaci českého specializačního vzdělávání v mezinárodním vzdělávacím systému. Atestovaný lékař v České republice tak může vykonávat své povolání i v jiných zemích EU bez nutnosti přezkušování v rámci jejich národních atestací a naopak. Rozhodující pravomoc mají ustanovené akreditační komise. Jejich zřizovatelem je MZČR. Členové jsou jmenováni Ministrem zdravotnictví na základě návrhu odborných společností, vysokých škol, České lékařské komory, Ministerstva práce a sociálních věcí, České správy sociálního zabezpečení a zájmového sdružení

poskytovatelů zdravotní péče s ohledem na obory, které mají být specializačním vzděláváním zabezpečeny nebo s ohledem na zaměření doplňující odborné praxe. Mělo by se jednat o vzájemnou spolupráci, na jejímž základě by složení akreditačních komisí mělo odpovídat potřebám jednotlivých lékařských oborů. Tyto komise rozhodují o požadavcích specializačního vzdělávání v jednotlivých oborech a přidělení statusu akreditovaného pracoviště pro výuku lékařů v jednotlivých oborech.

Další reakcí na požadované reformy bylo vytvoření Zákona č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta a Zákona č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů. Na jeho základě má hlavní odpovědnost za organizaci a fungování specializačního vzdělávání stát v zastoupení ministerstva zdravotnictví České republiky. O jednotlivých změnách v oborech rozhoduje MZČR ve spolupráci s univerzitami, Českou lékařskou komorou a odbornými společnostmi. MZČR v oblasti specializačního vzdělávání zajišťuje výkon státní správy a jeho financování<sup>25</sup>. V rámci tohoto zákona byly také vymezeny podmínky získávání způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání v jednotlivých lékařských oborech na území České republiky. Nahradil dosud stávající systém atestací 1. a 2. stupně, novým jednostupňovým modelem specializačního vzdělávání v rámci akreditovaných školících pracovišť. Nová forma získané atestace odpovídala dřívějším atestacím 2. stupně. Byl vytvořen nový seznam akreditovaných základních oborů, ve kterých lze absolvovat specializační vzdělávání.

---

<sup>25</sup> Zákon č. 95/2004 Sb., Ministerstvo spolufinancuje specializační vzdělávání zdravotnických pracovníků formou dotací na rezidenční místa. Dotace na rezidenční místo je poskytována ze státního rozpočtu prostřednictvím rozpočtové kapitoly ministerstva. Na poskytnutí dotace není právní nárok. Ministerstvo uveřejní ve Věstníku ministerstva a způsobem umožňujícím dálkový přístup do 31. prosince Metodiku dotačního řízení pro následující kalendářní rok.

Problémem je, že společně s novým zákonem o specializačním vzdělávání nevznikl právní předpis o činnostech lékařů. Tento dokument by měl vymezovat kompetence a povinnosti spojené s poskytováním zdravotní péči v jednotlivých oborech. Došlo by tak k jasnému legislativnímu vymezení poskytované péče nejenom u praktických lékařů pro děti a dorost, ale i jiných oborů. Takový legislativní dokument by jasně definoval, jaké znalosti musí lékaři v jednotlivých oborech během svého vzdělávání získat. (rozhovor s Mgr. Podhrázkým) Zamezila by také dohadům mezi lékaři z různých oborů o jejich kompetencích a vzájemnému přebírání agendy poskytovaných služeb. Tento dokument vznikl pro zdravotnické pracovníky-nelékaře ve formě Vyhlášky č. 424/2004 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků<sup>26</sup>

Významným momentem bylo v pediatrii rozdělení specializačního vzdělávání v oborech dětské lékařství a PLDD. V rámci zemí Evropské unie tak vznikl zcela unikátní vzdělávací obor, který existuje pouze v České republice. Lékaři atestovaní v oboru PLDD tak mohou svoji praxi vykonávat pouze na jejím území. Jelikož se nejedná o kompatibilní obor se zeměmi Evropské unie, nemohou tito lékaři vykonávat své povolání v ostatních členských zemích bez nutnosti složení atestace z některého oboru, který je v těchto státech uznáván. (rozhovor s Mgr. Podhrázkým) *„Touha po emancipaci praktických lékařů pro děti a dorost (dále PLDD) motivovaná především tím, aby byli postaveni na úroveň všeobecným lékařům, praktickým lékařům pro dospělé populaci, jinými slovy, aby byl zachován odborník v základní péči o děti a nebyl nahrazen „rychloukašeným“ rodinným lékařem Povede tok tomu, že praktické dětské lékařství se stane pro postgraduální vzdělávání zřejmě základním samostatným oborem zakončeným atestací.“* (Novák, 2004) Jedním z důvodů byl vývoj specializace v současném oboru PLDD, který se v mnoha ohledech odlišuje od klasické pediatrie (ve specializačním vzdělávacím oboru dětské lékařství). *„Nepovažovala bych to za oddělení oboru PLDD. Tato praxe tady existovala již v minulosti. Vznikl tak na základě tohoto historického*

---

<sup>26</sup> nahrazena v roce 2011 Vyhláškou č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků



*podtextu a potřeby jeho legislativního ukotvení. Dalším důvodem jsou specifické diagnostické postupy u praktických lékařů, manažerská a administrativní činnost. Ten záběr obou oborů je v dnešní době poměrně rozdílný.“* (rozhovor s MUDr. Alenou Šebkovou) Přesto v tomto pohledu na potřebu vytvoření samostatného oboru PLDD nepanoval konsensus. Před jeho vznikem, jako cesty ke zlepšení generační obměny v tomto oboru varoval už v roce 2002 v odborném časopise Vox Pediatrice Doc. MUDr. Jozef Hoza, CSc., vědecký sekretář ČPS JEP. Podle jeho názoru nebylo motivací k vytvoření samostatného oboru PLDD ve specializačním vzdělávání zlepšení odborné připravenosti mladých lékařů, ale ekonomické důvody. (16, Hoza, 2002) *„Předávání praxí současných PLDD (senior–junior) zajišťované vznikem nového oboru ukazuje na jeden z hlavních důvodů snahy současného vedení SPLDD a Odborné společnosti praktických dětských lékařů ČLS JEP. Nepůjde o zachování kontinuity dostupnosti kvalitního poskytování primární péče dětem a dorostu příslušné oblasti ČR, ale vytvoření bariéry pro vstup do primární péče o dítě a dorost jiným lékařům než těm, kteří absolvují absurdní přípravu oboru praktického dětského lékařství. Motivace vytvoření nového oboru nespočívá v odborných medicínských potřebách, ale jen a jen v rovině ekonomické.“* (13, Hoza, 2002) Tento krok považoval za neopodstatněný, jelikož mohl vést k zablokování možnosti převzetí privátní praxe atestovanými dětskými lékaři v oboru Dětská pediatrie.

V rámci zákona č. 95/2004 Sb. byly také vymezeny podmínky pro vytvoření akreditovaného pracoviště, které umožňuje specializační vzdělávání lékařům-rezidentům. Zároveň byly definovány povinnosti rezidentů, podmínky pro udělení rezidenčního místa a financování specializačního vzdělávání. Tento zákon byl následně novelizován v úplném znění v roce 2008<sup>27</sup>

---

<sup>27</sup> Předpis č. 338/2008 Sb. Úplné znění Zákona č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, jak vyplývá z pozdějších změn

#### Obrázek 14: Výňatek ze Zákona č. 95/2004 Sb.

- (1) Tento zákon zapracovává příslušné předpisy práva Evropských společenství a upravuje
- a) podmínky získávání způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta v České republice,
  - b) celoživotní vzdělávání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta,
  - c) uznávání způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta
    1. osob, které získaly způsobilost v jiném členském státě než v České republice (část sedmá)
    2. osob uvedených v části osmé a
  - d) volné poskytování služeb hostující osoby (část sedmá).
- (2) Tento zákon se vztahuje na uznávání způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře nebo farmaceuta, který hodlá vykonávat povolání na území České republiky jako osoba samostatně výdělečně činná nebo jako zaměstnanec anebo jako osoba usazená nebo hostující.
- (3) Na vzdělávání zdravotnických pracovníků podle tohoto zákona se nevztahuje zákon o uznávání výsledků dalšího vzdělávání (1a).
- (4) Tento zákon se nevztahuje na získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotních služeb, které stanoví zvláštní právní předpis.

Zdroj: Zákon č. 95/2004 Sb.

Oblast specializačního vzdělávání PLDD zajišťují společně s IPVZ a MZČR také profesní organizace Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR a Odborná společnost praktických dětských lékařů ČLS JEP. SPLDD ČR je dobrovolná profesní organizace pro praktické lékaře pro děti a dorost, která se zabývá zvyšováním jejich odbornosti a ochranou společných zájmů. Spoluorganizuje další vzdělávání lékařů v rámci oboru. Úzce spolupracuje zejména s Odbornou společností praktických dětských lékařů J. E. Purkyně a dalšími profesními a zdravotnickými organizacemi. Profesní sdružení se na vzdělávání aktivně podílí již od svého založení. „*Dovoluji si podotknout, že alespoň v našem oboru PLDD systém profesního vzdělávání byl zaveden před dvaceti lety se vznikem profesní organizace SPLDD ČR, jejíž součástí byla vědecká rada a jejíž zásluhou byla později založena Odborná společnost praktických lékařů pro děti a dorost ČLS JEP. Semináře a kongresy od té doby za garance ČLS JEP nebo ČLK probíhají s dostatečnou frekvencí na úrovni okresů, krajů i celorepublikové.*“ (Roškotová, 2011) Tyto podmínky jsou specifikovány v rámci Vyhlášky č. 393/2004 Sb., kterou se zrušuje Vyhláška č. 77/1981 Sb., o zdravotnických pracovnících a jiných odborných pracovnících ve zdravotnictví a Vyhlášky č. 395/2004 Sb., Vyhláška, kterou se

stanoví zkušební řád pro atestační zkoušky a pro aprobační zkoušky lékaře, zubního lékaře a farmaceuta. Vyhláška č. 395/2004 Sb., se zaměřuje na definici podmínek atestační zkoušky, jako závěru specializačního vzdělávání. Její součástí je vymezení předpokladů k přistoupení k atestační zkoušce, její obsah, průběh a způsob hodnocení. Jednou z největších překážek ve specializačním vzdělávání PLDD je absolvování povinné stáže v rámci akreditovaných pediatrických oddělení v nemocnicích. Právě praxe vidí jako jeden z klíčových problémů také vedoucí katedry Praktického lékařství pro děti a dorost IPVZ Praha MUDr. Hana Cabrnachová. „*To je možná náš největší problém. Systém rezidenčních míst u členů vedení některých lůžkových zařízení vytvořil pocit, že primární péče je vlastně dobře zafinancována a že není problém, když tito školenci budou za stáže platit. Chtějí třeba i pět set korun na den. Žádali jsme ministerstvo zdravotnictví a máme jeho podporu, aby alespoň u státem řízených organizací se tak nedělo. Dotace na rezidenční místo je vlastně příspěvkem na mzdu školence.*“ (Ondřichová, 2010) Vysoké finanční nároky ze strany nemocnic jsou jeden z hlavních problémů financování rezidenčních míst. Po zaplacení všech vyžadovaných kurzů a praxí nezbyvá držitelům těchto míst dostatek prostředků na mzdu pro rezidenta. Tento stav může být pro řadu zájemců o obor značně demotivující.

Dalším významnou událostí bylo zrušení okresních úřadů a rozdělení jejich kompetencí mezi místní a krajské samosprávy k 1. lednu 2003. Na základě zákona č. 290/2002 Sb. o změně a zrušení některých zákonů v souvislosti s ukončením činnosti okresních úřadů<sup>28</sup>. Krajské úřady získaly kompetence v oblasti kontroly nad poskytováním zdravotnických služeb na území jednotlivých krajů v České republice. Společně s působnostmi byly do majetku jednotlivých krajů převedeny i zdravotnická zařízení (například bývalé okresní nemocnice). Jelikož tato zařízení byla z převážné části ztrátová, krajské úřady vnímaly přesun těchto zařízení a s nimi spojenými kompetencemi negativně.<sup>29</sup> (IZPE, 2003)

---

<sup>28</sup> Část 31- Změna Zákona č. 20/1966 Sb., o péči a zdraví lidu , Část 33- změna Zákona č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotních zařízeních, Část 34- změna Zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů

<sup>29</sup> Viz- Seminární práce skupiny studentů Vacátko, Baranková k předmětu Proces tvorby politik na téma Transformace krajských a okresních nemocnic na akciové společnosti z roku 2013

Úloha krajů je tak v současném decentralizovaném systému poskytování zdravotní péče a privátních praxí ordinací PLDD především v monitoringu vývoje a vytváření koncepcí zajištění zdravotní péče. Vzhledem k nedostačujícím kapacitám mladých atestovaných lékařů, kteří by nahradili své starší kolegy, hrozí v mnoha oblastech uzavření jejich ordinací. Kraje tento problém již reflektují především v odlehklých a pro lékaře méně atraktivních oblastech. (Medical tribune, 2014) Jejich cílem by mělo být vytvoření dlouhodobé koncepce poskytování zdravotní péče na svém území, která by jim umožnila lépe reagovat na potřeby oborů všeobecného praktického lékařství a PLDD, kde bude docházet vzhledem k demografickému vývoji populace lékařů k uzavírání ordinací. Problémem v jejich fungování je především nedostatečné legislativní vymezení jejich kompetencí a především nástrojů, které mohou využít k regulačním a motivačním zásahům. (rozhovor s Mgr. Podhrázským)

#### **5.2.4 Období 2007-2014 Omezování finančních prostředků**

Vytvoření Zákona č. 95/2004 Sb., a vznik samostatného oboru specializačního vzdělávání PLDD změnilo možnosti získávání atestací pro lékaře v tomto oboru. V průběhu několika let došlo ke zjištění, že podoba zákona nevyhovuje potřebám specializačního vzdělávání. Došlo tak k jeho několikanásobné novelizaci. V roce 2008 došlo k novele Zákona č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, v rámci které byla implementována směrnice Evropské unie č. 2005/36/ES, o uznávání odborných kvalifikací. Tato novela byla vydána jako Zákon č. 189/2008 Sb., Nově zde byly upraveny podmínky získávání a uznávání způsobilosti k výkonu povolání v lékařských oborech. Následně byl Zákon č. 95/2004 Sb., v reakci na několikanásobnou novelizaci v průběhu minulých let novelizován<sup>30</sup> v úplném znění jako Zákon č. 338/2008 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta. V rámci této novely došlo ke změně přidělování

---

<sup>30</sup> Změny provedené Zákonem č. 125/2005 Sb., Zákonem č. 124/2008 Sb., a Zákonem č. 189/2008 Sb.

dotací na rezidenční místa ve specializačním vzdělávání. Na základě tohoto zákona byla vydána Vyhláška č. 185/2009 Sb., o oborech specializačního vzdělávání lékařů, zubních lékařů a farmaceutů a oborech certifikovaných kurzů<sup>31</sup>, která vymezuje jednotlivá specializační vzdělávání včetně praktického lékaře pro děti a dorost. Na jejím základě byly vytvořeny vzdělávací programy pro lékařské obory.<sup>32</sup> Jednalo se především o připomínky vůči spravování agendy specializačního vzdělávání ze strany Ministerstva zdravotnictví od ČLK, profesních a odborných organizací lékařů, jejichž názory by mělo reflektovat a přizpůsobit vzdělávání jejich požadavkům ohledně potřeb jednotlivých oborů. Tyto organizace si dlouhodobě stěžují na nefungující spolupráci s MZČR. Ke špatné spolupráci se vyjádřil také doc. MUDr. Petr Bartůněk, CSc. *„Se zděšením sleduji několik let pokračující destrukci původně vcelku uspokojivého a lékařskou veřejností respektovaného dvoustupňového systému postgraduálního vzdělávání. Za více než znepokojivá mám rozhodnutí anonymních úředníků MZ, kteří vytrvale ignorují stanoviska odborných společností České lékařské společnosti J. E. Purkyně, doporučení Vědecké rady ČLK, resp. doporučení děkanů lékařských fakult. To, co z ministerské dílny v tomto kontextu vychází, nelze označit jinak než jako paskvil.“* (8, Sojka, 2009)

Jednou z reakcí na nespokojenost těchto lékařských organizací byla v roce 2011 změna v zajišťování organizace specializačního vzdělávání. MZČR delegovalo svou pravomoc na lékařské fakulty<sup>33</sup>. Prostřednictvím veřejnoprávních smluv na ně převedlo organizaci specializačního vzdělávání ve všech lékařských oborech (kromě všeobecného praktického lékařství a PLDD) z Institutu postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví. IPVZ zajišťuje v současné době pouze specializační vzdělávání u lékařských oborů všeobecné praktické lékařství a praktické lékařství pro děti a dorost. Společně spolupracují na pořádání vzdělávacích kurzů a školení, které jsou součástí studijních programů v oborech specializačního vzdělávání.

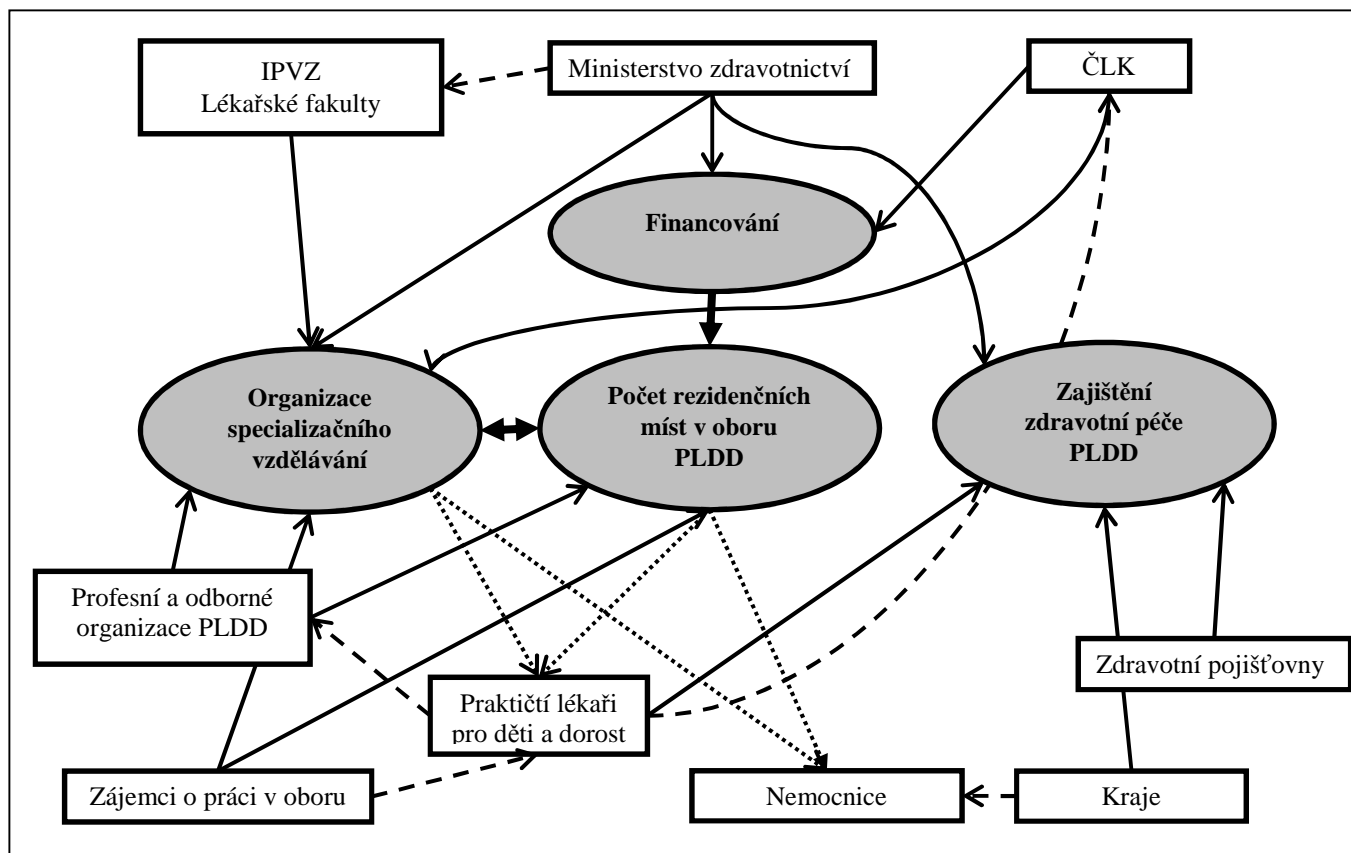
---

<sup>31</sup> Novelizována Vyhláškou č. 361/2010 Sb., Vyhláškou č. 286/2013 Sb., Vyhláškou č. 8/2014 Sb.

<sup>32</sup> V roce 2011 byly vydány nové vzdělávací programy pro všechny obory, kromě oborů všeobecné praktické lékařství a praktické lékařství pro děti a dorost.

<sup>33</sup> Univerzita Karlova v Praze, Univerzita Palackého v Olomouci a Masarykova univerzita v Brně

Obrázek 15: Síť aktérů 2007- 2014



Zdroj: Autor

I přes tuto změnu je i nadále ze strany ČLK snaha o získání celkové kontroly nad systémem specializačního vzdělávání. Vznikl projekt „Lékaři sami sobě“. Toto řešení podporuje předseda ČLK MUDr. Milan Kubek. V jeho rámci předpokládá, že celková organizace a dohled nad systémem specializačního vzdělávání převezme ČLK, jelikož má prostřednictvím registru lékařů nejlepší přehled o jejich dosažené kvalifikaci a aktuálních potřebách v jednotlivých oborech. Ministerstvo zdravotnictví by v tomto návrhu zajišťovalo, dohled nad čerpáním finančních prostředků a jejich využití. Teoretickou a odbornou přípravu by zajišťovaly nadále IPVZ, lékařské fakulty a akreditovaná pracoviště ve spolupráci s odbornými a profesními společnostmi jednotlivých lékařských oborů. Ty by také měly zajišťovat závěrečné atestační zkoušky a přezkušování odbornosti v rámci svých oborů. ČLK by od této změny očekávala zvýšení flexibility systému především v ohledu na obory, kde dochází a bude docházet k problémům

s personálním zajištěním zdravotní péče. S tímto návrhem souhlasil také doc. MUDr. Petr Bartůněk, CSc. člen Vědecké rady ČLK. „*V chaosu, který na tomto úseku panuje, při nesnadnosti konsenzu řady participantů jistě nesmírně komplexního, ale zásadního procesu se mi jeho koncept jeví jako více než přijatelný.*“ (9, Sojka, 2009)

V rámci České pediatrické společnosti probíhá již od roku 2004 diskuse o specializačním vzdělávání v oboru PLDD. Debatovalo se především o náplni specializačního vzdělávání, především o rozdílech a náplni práce praktického lékaře a pediatra pracujícího v nemocnici. Na jednání výboru 20. 3. 2014 projednala Česká pediatrická společnost problematiku specializačního vzdělávání v pediatrii, především rozdíly v oborech dětského lékařství a PLDD. Jsou názory, že tyto rozdíly jsou zbytečně veliké a oběma oborům by z odborného i personálního hlediska prospělo jejich spojení a společné úpravy. S tímto řešením nesouhlasí profesní a odborné společnosti PLDD. V našem rozhovoru se k tomu vyjádřila také předsedkyně odborné společnosti praktických dětských lékařů ČLS JEP MUDr. Alena Šebková. „*Rozsah oboru PLDD je rozdílný od nemocniční pediatrie. Pediatr, který přestoupí přímo z nemocnice, by vzhledem ke složitosti agendy měl bez odborné přípravy problém tuhle práci zvládnout.*“ (Rozhovor s MUDr. Šebkovou) Současný systém postgraduálního vzdělávání v oboru PLDD považuje za vyhovující také vedoucí katedry praktického lékařství pro děti a dorost na IPVZ MUDr. Hana Cabrnová. „*Z odborného hlediska nám současná úprava vzdělávání v dětském lékařství v zásadě vyhovuje. Pokud jde o její náplň, dá se na ní stavět. Jistě lze najít řadu nedostatků, ale tak je tomu i jinde v Evropě.*“ (Oldřichová, 2007) Současný problém ve specializačním vzdělávání PLDD vidí především v celkovém systému jeho financování. Ukazuje se tak snaha lékařů v PLDD a udržení samostatnosti ve vzdělávání oproti sílícímu tlaku ze strany pediatrické společnosti o opětovné sloučení oborů.

Stejně problematický je také přechod mezi obory dětského lékařství a PLDD. Jednou z možností pro zlepšení situace v oboru PLDD je, aby lékaři, kteří pracují v nemocnicích, po složení atestací z oboru dětské lékařství následně doplnili

potřebné kurzy a praxe k možnosti složit atestaci z oboru PLDD. Tato možnost se může zdát atraktivní pro mnohé pediatry, kteří si chtějí otevřít soukromou praxi v oboru praktického lékaře pro děti a dorost. „*Tito kolegové považují obor praktického lékařství pro děti a dorost za příležitost svobodně zúročit své nabyté medicínské vědomosti a schopnosti a rozvíjet praktickou činnost do větší mezioborové šíře. Je radost naslouchat jejich plánům, co všechno hodlají ve svých ordinacích pacientům nabídnout.*“ (Roškotová, 2011) Tuto možnost podporují i profesní a odborná organizace PLDD OPSDL ČLS JEP a SPLDD ČR. Tento způsob ovšem v dnešní době blokuje tzv. kvalifikační dohody, které musí mladí lékaři podepisovat při nástupu do nemocnice. Ty nahradily v roce 2012 tzv. stabilizační dohody, které lékaři podepisovali pro udělení dotace na specializační vzdělávání. „*Palčivým problémem blokujícím volný pohyb pracovních sil mezi zdravotnickými zařízeními byly a stále jsou pravděpodobně neústavní a otevřeně nevolnické kvalifikační dohody, které obyčejně zavazují lékaře setrvat v zaměstnaneckém poměru u zaměstnavatele ještě 5 let po složení atestační zkoušky.*“ (16, Šedo, 2012) Nemocnice jejich zavedením chtějí zajistit udržení kvalifikované pracovní síly i po ukončení specializačního vzdělávání například v oboru dětského lékařství. V tomto případě je možnost otevření ordinace PLDD pro atestovaného lékaře reálná až ve věku kolem 40 let. Negativní postoj nemocnic k plánům lékařů uplatnit se v primární péči popisuje také MUDr. Hana Cabrnchová. „*Když lékaři v přípravě, kteří pracují na dětských odděleních, řeknou, že chtějí jít do primární péče, často se setkávají se silně negativní reakcí. Dokonce se stává, že po nich zaměstnavatel chce, aby mu zpětně uhradili náklady na jejich vzdělávání. Chtěli bychom dosáhnout toho, aby se nikdo nemusel stydět za svůj úmysl být dětským praktickým lékařem.*“ (Ondřichová, 2011)

Změny bylo nutné provést také v systému financování specializačního vzdělávání. V roce 2009 byl vyhlášen tzv. rezidenční program, v rámci kterého měly být mezi jednotlivé obory specializačního vzdělávání rozdělena částka 1 miliardy korun za dva roky. (MZČR, 2009) Ačkoli již byl kodifikován v roce 2004, reálnou podobu dostal až v roce 2009. Tyto dotace se vztahovaly na celý proces vzdělávání u vybraných lékařů, ale množství poskytnutých finančních prostředků se



odrážel v počtu přidělených rezidenčních míst pro jednotlivé obory. *„Lékařská rezidenční místa byla vytipována na základě dat z ÚZIS, údajů o potřebě specialistů z jednotlivých krajů, analýzy ministerstva zdravotnictví a podle počtu absolventů studijního magisterského oboru všeobecné lékařství v roce 2007. U nelékařských zdravotnických pracovníků byl počet vypsaných rezidenčních míst určen dle potřeby odborníků v příslušných oborech a výše celkové dotace pro rok 2009.“* (MZČR, 2009) Právě systém přidělování rezidenčních míst a množství finančních prostředků byl důvodem sporu mezi MZČR a ČLK. Při rozhodování o počtu přidělených rezidenčních míst pro jednotlivé obory má MZČR spolupracovat na základě Zákona č. 95/2004 Sb. § 21a odstavec 1<sup>34</sup>, s Českou lékařskou komorou. Česká komora dlouhodobě upozorňovala na nezákonný postup ze strany MZČR při přidělování počtu rezidenčních míst u jednotlivých oborů, jelikož byl vypracován bez jakékoli spolupráce s ČKL i dalších profesních organizací. Tento stav vyvrcholil v roce 2009 podáním stížnosti ČLK v této věci ministryni zdravotnictví Daně Juráskové. Ze strany ČLK je dlouhodobě snaha o změnu způsobu financování rezidenčních míst. Prohloubení spolupráce s MZČR by měla zajistit adekvátní rozložení přísunu financí do jednotlivých oborů na základě hrozícího nedostatku lékařů. Jejich cílem je převedení současné finanční podpory na rezidenční místo, která směřuje školícím akreditovaným pracovištím přímo jednotlivým lékařům, kteří by tak získali větší volnost při výběru pracoviště, kde by chtěli absolvovat svojí předatestační přípravu.

Přestože tato dotace měla sloužit primárně jako náhrada mzdy mladých lékařů, jsou z ní hrazeny také školení, kurzy a praxe požadované k atestační zkoušce. *„Finanční prostředky státní dotace jsou přísně účelově vázány, určeny na mzdové náklady na rezidenta, odvody na zdravotní a sociální pojištění zaměstnavatele, na odměnu školitele, úhradu povinných kursů a stáží stanovených*

---

<sup>34</sup> **Zákon č. 95/2004 Sb., v ustanovení § 21a odstavec 1)** určuje povinnost Ministerstvu zdravotnictví stanovit počet rezidenčních míst a výši dotace na rezidenční místo ve spolupráci s Českou lékařskou komorou a dalšími v zákoně určenými institucemi.

*platným vzdělávacím programem a na materiálové náklady, které zahrnují pracovní oblečení pro rezidenta.*“ (Roškotová, 2010)

V roce 2012 došlo na základě novely Zákona č. 95/2004 Sb., k zásadní změně v systému rezidenčních míst. U většiny oborů došlo ke změně ve způsobu vyplácení dotací na rezidenční místa. Ta se nově vztahovala pouze na dobu 24 měsíců na získání základního kmene. Klíčová byla především změna v tom, že specializačním vzdělávání nevznikal ze strany rezidenta žádný závazek vůči svému školiteli. Ten tak mohl odejít v průběhu specializačního vzdělávání k jinému zaměstnavateli s akreditací. Akreditovaná pracoviště tak mohla získat dotaci na maximální počet rezidentů, na které měla udělenou akreditaci. Naopak akreditovaná zařízení k získání dotace musela umožnit těmto lékařům absolvování celého specializačního vzdělávání bez zbytečných odkladů. Vznikl tak dvoucestný systém rezidenčních míst. Starý způsob dotace po celou dobu vzdělávání se vztahoval především na specializované obory (VPL, PLDD). (Šedo, 2013) Došlo ke zrušení tzv. stabilizačních dohod, které byly v rámci udělovaných dotací na rezidenční místo uzavírány mezi rezidenty a MZČR, které zaručovaly, že lékaři po ukončení specializačního vzdělávání budou svojí odborností vykonávat 5 let po získání atestace na území České republiky. Tento systém tak umožňoval MZČR zajistit využívání poskytovaných dotací v regionech, kde hrozily personální problémy v některých oborech. (Rozhovor s Mgr. Podhrázkým) Lékaři tyto dohody považovali za diskriminující, „nevolnické“. *„Zásadním posunem je v novele obsažené zrušení „feudálních principů“ – stabilizačních dohod s MZ, kdy lékař po atestaci musel pod hrozbou statisčových pokut zůstat pracovat v oboru 5 let na území ČR.*“ (Bezděková, 2011) Ačkoli byly tyto dohody zrušeny, mobilita v lékařských oborech se nezvýšila, jelikož je především ze strany nefakultních nemocnic nahradila praxe uzavírání tzv. „kvalifikačních dohod“ na základě Zákona č. 262/2006 Sb., zákoník práce § 234.

**Tabulka 9: Srovnání starého a nového systému rezidenčních míst**

Dotace na celou dobu vzdělávání	Počet míst	Dotace pouze na dobu 24 měsíců (získání základního kmene)
<b>PLDD</b>	15	Všechny zbylé obory
VPL	100	
Radiologie	70	
Patologie	30	
Soudní lékařství	15	
Lékařská Mikrobiologie	15	
Klinická Biochemie	15	
-Omezený počet rezidenčních míst -Nutnost výběrových řízení na rezidenty		- Neomezený počet míst - Nárok má každý absolvent - Pouze pro akreditovaná zařízení v oboru

Zdroj: Šedo, 2013

Samotný vývoj počtu těchto míst pro obor PLDD se v letech 2009 až 2013 pohyboval v rozmezí 20 až 30 přidělených míst

**Tabulka 10: Počet přidělených rezidenčních míst v letech 2009-2013**

Rok	Počet přidělených míst
2009	21
2010	24
2011	28
2012	15
2013	21

zdroj: MZČR, 2013

V roce 2012 bylo zažádáno v rámci České republiky o 26 rezidenčních míst. Ministerstvo zdravotnictví České republiky uvolnilo finanční prostředky pro pokrytí pouze patnácti míst. Proti tomuto postupu se ohradila akreditační komise pro přidělování rezidenčních míst, jako nedostačující pro potřeby specializačního vzdělávání v oboru.<sup>35</sup> V následujícím roce 2013 byl tento počet navýšen na 21 rezidenčních míst. I tak je tento počet podle názoru OSPDL JEP nedostačující. Pro zlepšení situace v oboru je potřeba umožnit získání atestace nejméně 50 lékařům ročně. (Roškotová, 2010)

<sup>35</sup> Zveřejněno na webových stránkách Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR-  
<http://www.detskylekar.cz/content/jednani-akreditacni-komise-prideleni-rezidecnich-mist>

Samotnou kapitolou je také zajištění dostatečného počtu lékařů v oboru PLDD. Největší ohrožení primární péče hrozí především ve venkovských oblastech, které jsou již pro tak malý počet nově atestovaných lékařů málo atraktivní. Všichni identifikovaní aktéři tento stav vnímají jako problém, přesto jejich postupy nevedou k žádnému zlepšení. MZČR si uvědomuje špatný demografický vývoj u populací praktických lékařů. K jeho prohloubení přispívá i současný model specializačního vzdělávání. V roce 2014 se k této problematice vyjádřil také ministr zdravotnictví MUDr. Svatopluk Němeček. *„Je to dlouhodobý problém, který vznikl dvacet let a my ho teď nevyřešíme za měsíc ani za rok. Hlavní problém vidím v přestřelených podmínkách pro získání atestace a vzdělání, vše trvá zbytečně dlouho. Jednotlivé obory mají dneska spíše podobu cechu a mladí doktoři se tam dostávají jen obtížně. Situaci jsem už začal řešit, předně chci zkrátit dobu potřebnou na vzdělání pro výkon činnosti praktického lékaře a zjednodušit přechod na praktika pro současné internisty a chirurgy. Nezbytné bude získat více peněz na podporu systému vzdělávání praktických lékařů, tady chci více zapojit zdroje z evropských fondů. Navíc už jsem jednal se šéfem správní rady VZP Jiřím Běhounekem o záměru vyššího honorování praktických lékařů v regionech. V praxi by to znamenalo, že praktici v regionech by byli honorováni lépe než ti ve velkých městech.“* (Medical tribune, 2014)

Situaci na regionální úrovni mají v rámci svých kompetencí možnost ovlivnit také jednotlivé kraje. Mají možnost podniknout motivační kroky. Především se jedná o snahu nalákat atestované lékaře, aby převzali ordinace po svých předchůdcích, kteří odcházejí do důchodu. Dnes již můžeme tuto snahu pozorovat na místní úrovni, kde některé obce nabízejí lékařům zadarmo obecní byty, případně výhodný nákup pozemků pro stavbu domu v případě převzetí praxe v jejich lokalitě. (Petrášová, 2014) Významnou roli mohou hrát kraje a obce v motivaci současných PLDD v předdůchovém věku k vytvoření podmínek pro specializační vzdělávání mladého lékaře (získání statusu akreditovaného pracoviště, získání rezidenčního místa), který by po získání atestace mohl převzít

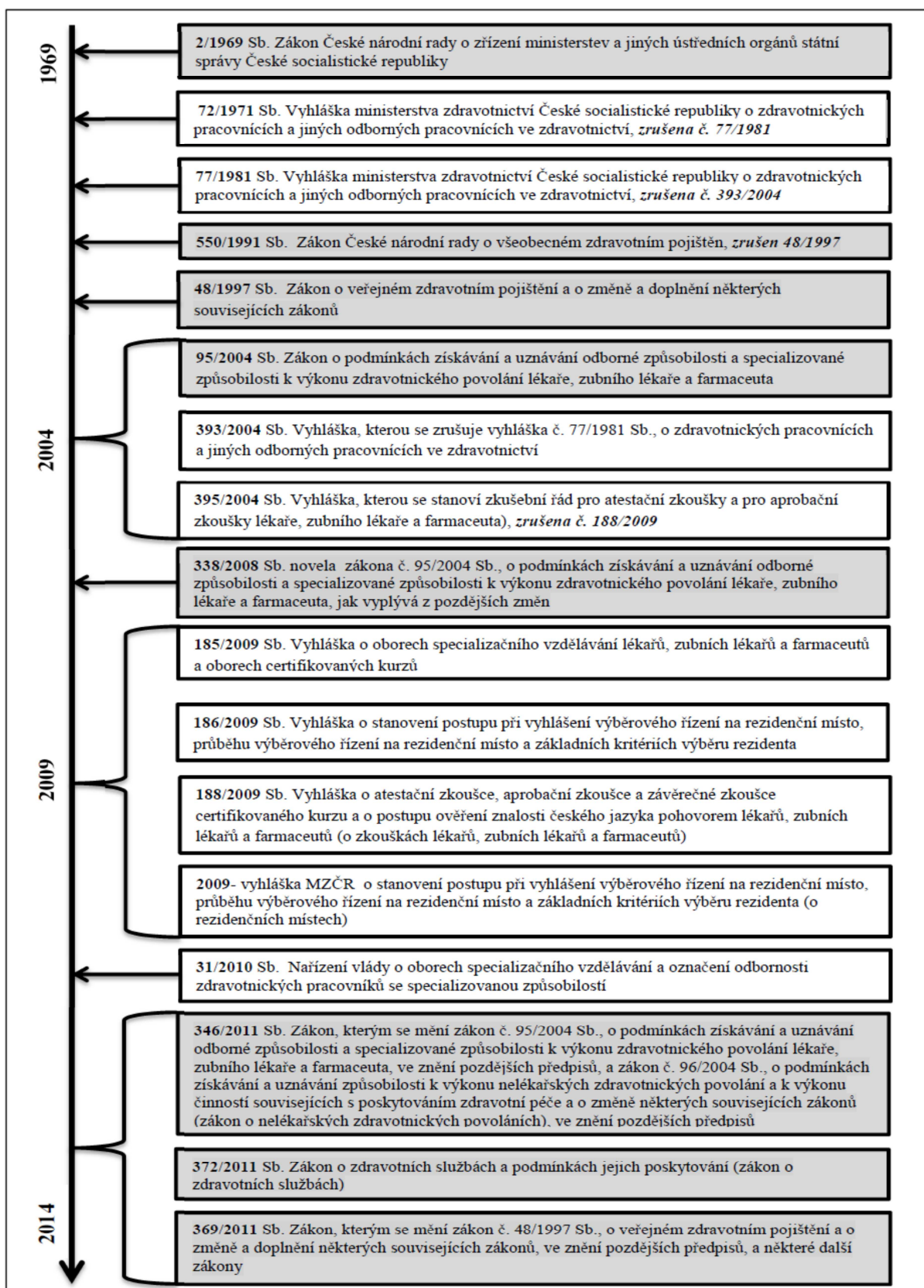
ordinaci. (Medical tribune, 2014) S možností finanční podpory akreditovaných pracovišť a rezidentů ze strany krajů a obcí souhlasí také MUDr. Alena Šebková

Zajištění dostupnosti péče mají jako svoji povinnost také zdravotní pojišťovny. Měly by především zajistit, aby lékařské praxe především ve venkovských odlehlejších oblastech nezanikaly. Tyto ordinace mají většinou menší počet registrovaných pacientů, tudíž i menší ekonomickou rentabilitu. Přesto se v mnoha případech jedná o jedinou dostupnou zdravotní péči pro místní obyvatele. Vzhledem k nízkému počtu mladých atestovaných lékařů je pro ně neatraktivní práce v těchto ordinacích, které jsou na pokraji ekonomické udržitelnosti. O této problematice se vzhledem ke zdravotním pojišťovnám vyjádřila předsedkyně Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR MUDr. Ilona Hülleová. *„Mladí lékaři nemají zájem o praxe, které jsou leckdy na hranici přežití. Ztratí zájem o obor, když zjistí jeho ekonomické možnosti. Třetím negativním faktorem je stále se zvyšující administrativní zátěž praktických lékařů.“* (Medical tribune, 2014) Zdravotní pojišťovny by měly klást zvýšený důraz především na zajištění dostupné zdravotní péče. Vhodnou motivací by měla být dostatečná úhrada péče PLDD a prohloubení spolupráce s dalšími aktéry (krajské úřady), které jsou zodpovědné za dostupnost a kvalitu poskytované péče ve své územní působnosti. Zdravotní pojišťovny mají v problematice zajišťování komplexní zdravotní péče nevýhodnou pozici vzhledem k jejich pluralitě. Ačkoli mají ze zákona vymezenou povinnost zajištění dostupnosti zdravotní péče pro své klienty, již nejsou legislativně vymezené nástroje, které by k tomu mohly využít.

Jako reakci na současnou nepříznivou situaci v oboru předložila své návrhy na zlepšení také Profesní organizace PLDD. Jednou z možných změn bylo vytvoření systému koordinace vzájemných kontaktů mezi staršími lékaři a zájemci o převzetí jejich praxí. *„Vzhledem k tomu, že vedení profesní organizace si je vědomo nepříznivé demografické situace v našich řadách a nechce pouze nečinně přihlížet, vytvořilo před několika lety program generační výměny PLDD. Tento program si bere za cíl koordinovat kontakty lékařů – zájemců o převzetí praxe od stávajících našich kolegů, kteří se rozhodli v blízké budoucnosti odejít do důchodu nebo alespoň*

*ukončit provozování svého nestátního zdravotnického zařízení.“*  
(Vox pediatrie, 2002) Součástí této snahy bylo také spolupráce s ČSOB na vytvoření výhodných úvěrů pro zájemce o odkup ordinací od svých odcházejících předchůdců. I přes tyto pobídky je počet mladých lékařů stále nedostačující. *„Profesní organizace Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost a Odborná společnost praktických dětských lékařů ČLS JEP předpokládají v rámci svých dlouhodobých plánů výměny praxí průměrný příliv padesáti lékařů do oboru ročně.“* (Roškotová, 2010)

Obrázek 16: Vývoj právního rámce specializačního vzdělávání PLDD v České republice



Zdroj: Autor

### 5.3 Specializační vzdělávání PLDD v zahraničí

V rámci Evropy se setkáváme s třemi hlavními způsoby poskytování primární péče pro děti a dorost. Model, specializovaného praktického lékaře pro děti, který využívá také Česká republika, funguje ve dvanácti zemích (např. Španělsko). Pouze všeobecný praktický lékař slouží k zajištění primární péče v šesti zemích (např. Anglie, Holandsko, Švédsko). Šestnáct evropských zemí praktikuje tzv. kombinovaný systém (např. Německo, Švýcarsko). (Janda: 2003, Soukup: 2003)

Specializační vzdělávání lékařů je vzhledem k vývoji současné medicíny a diagnostických postupů nejenom u dětských praktických lékařů, velmi diskutovaným tématem především v zemích Evropské unie a USA. Ve světě jsou reflektovány změny v problematice poskytování péče o děti a mládež. V posledních desetiletích vlivem zkvalitnění poskytované péče došlo k výraznému poklesu dětské úmrtnosti. V současné době stojí zdravotní systém před novými výzvami, jako jsou dětská obezita, chronická onemocnění, psychické problémy u dětí nebo prevence kouření a užívání alkoholu. (Wolfe: 2014, Kuo:2012) Jednotlivé země se snaží reagovat na měnící se potřeby v oblasti dětských zdravotních služeb. Evropské zdravotní systémy potřebují vyvinout nové modely poskytování zdravotní péče, aby vyhovovaly současným a měnícím se potřebám péče o zdraví dětí a demografickým trendům v Evropě. Na to reagují různými způsoby, které by měly být podrobeny vzájemnému srovnání k posouzení jejich účinnosti. Současné lékařské obory, v našem případě praxe dětských praktických lékařů, se musí snažit přizpůsobit současným potřebám společnosti, rozšíření nových zdravotních problémů a účinně na ně reagovat. Stále významnější je především role prevence. (Wolfe, 2013) To je spojeno i s narůstajícími nároky na vzdělávání lékařů. Hrozí růst organizačních a finančních problémů k zajištění adekvátní úrovně vzdělávání, především v rizikových oborech, kde hrozí nedostatek personálního zajištění zdravotní péče. Jelikož v současné době stále více dochází k rozvoji především všeobecného vzdělávání lékařů, přijaly v rámci reakce na rostoucí složitost léčebných postupů a jejich finanční náročnosti některé země (Švédsko, Finsko) opatření k urychlení



specializačního vzdělávání lékařů v primární péči. V rámci zdravotní politiky je tak práce s lidskými zdroji a plánování počtu lékařů v jednotlivých oborech významnějším problémem. Švédsko tento problém řeší například finančními pobídkami a stipendijními programy pro studenty, kteří se zaváží, že po absolvování nastoupí do oblastí s nízkým počtem pracovníků. Toto řešení lze využít nejen v rámci jednotlivých oborů, ale i v regionálních oblastech s nízkým počtem lékařů. (Figueras 2012) Zdravotní systémy evropských zemí se změnám v potřebách dětského lékařství přizpůsobují velmi pomalu. Zatím zde převládají ve zdravotní politice trendy přizpůsobování systémů aktuálním problémům a krátkodobým řešením. Vzhledem k novým výzvám a pokroku v oblasti výzkumu bude nutná jejich transformace v oblasti poskytování zdravotní péče pro děti. Například Anglii se diskurz péče o děti a mládež věnuje především řešení problémů spojených se současnými zdravotními komplikacemi mládeže v kontextu společenského vývoje a role prevence. Důraz je kladen také na rozvoj výzkumné a koncepční činnosti. (Wolfe, 2014) Na rozdíl od USA zde existuje poměrně velký deficit v oblasti výzkumné práce, která by na vývoj těchto problémů efektivně reagovala. Jednalo se především o zdůraznění role primární a preventivní péče, jako nejučinnějšího nástroje boje proti nemocem. Důležitá je především snaha o nalezení inovativních postupů ke zlepšení veřejného zdraví společnosti. Tomu by měla dopomoci i hlubší mezinárodní spolupráce a výměna získaných zkušeností. (Wolfe, 2013)

Evropské země mají své zdravotní systémy založené na rozdílných historických, organizačních a finančních základech. Právě tyto rozdíly jsou jednou z cest jak lépe pochopit a zefektivnit fungování zdravotního systému prostřednictvím získaných zkušeností z mezinárodního diskursu. (Wolfe, 2013) V rámci Evropské unie je právě obor PLDD ojedinělým úkazem. Specializační vzdělávání v něm probíhá pouze v České republice. Přesto je dnes tento obor vnímán v zahraničí velmi pozitivně vzhledem k vývoji nároků na medicínské, diagnostické a manažerské dovednosti praktických lékařů pro děti a dorost. O jeho zavedení do specializačního vzdělávání uvažují v současné době například ve Španělsku a Německu. *„V Evropě je příklon k tomu, aby v terénní praxi byl zkušený dětský praktický lékař.*

*Například v Německu a Španělsku se hovoří o zavedení atestací z oboru PLDD ve specializačním vzdělávání. Myslím si, že ten náš obor je v zahraničí poměrně kvitován.“ (Rozhovor s MUDr. Šebkovou) Snahu o rozšíření primární péče poskytované pediatry můžeme reflektovat například v Německu, kde sami rodiče dětí požadují, aby péči nad dětmi převzali pediatři, nikoliv všeobecní praktičtí lékaři. (8, Janda, 2003) „Z mnoha jednání a kontaktů na mezinárodní úrovni vyplývá, že evropské pediatry jsou teprve na počátku velmi pomalého procesu sjednocování vlastní organizace zdravotní péče na této úrovni a vzniku jakési budoucí europediatric.“ (14, Soukup, 2003)*

Příklon k potřebě rozvoje poskytované primární péče specializované na děti prostřednictvím PLDD můžeme reflektovat i mezi evropskými pediatrickými společnostmi. Primární péči pro děti nemohou zajišťovat všeobecní praktičtí lékaři, kteří na to nemají dostatečnou odbornost. Pediatři studují svoje specializace v průměru 5-8 let, oproti tomu všeobecní praktičtí lékaři prošli pediatrickým školením maximálně v rozmezí několika měsíců. Nemohou tak pokrýt potřebnou odbornost. (14, Barak, 2010) S tím je spojena i potřeba rozvoje jejich specializačního vzdělávání.

USA reflektují v současné době nedostatečné kapacity v oblasti primární péče pro děti a dorost. Vzhledem k populačnímu růstu se jeví zajištění zdravého vývoje dětí jako „investice do budoucnosti národa“. K jejímu zajištění je nutné zvýšení počtu mladých lékařů ve vzdělávacích programech pro výkon povolání dětského praktického lékaře. (Basco: 2013, Shugerman: 2013) Funguje zde systém vytváření rezidenčních míst na částečný úvazek v lékařských oborech. To může být jednou z možností jak zlepšit situaci v oborech, které jsou postiženy nedostatečným množstvím odborné pracovní síly, případně zlepšit mezigenerační obměnu v soukromých praxích lékařů, kde by starší lékaři mohli uvolnit část svého úvazku mladším kolegům, kteří by tak mohli získat potřebné pracovní a odborné zkušenosti. K tomu je potřeba vytvoření vhodných podpůrných programů, které by pokryli především finanční náklady těchto částečných závazků v soukromých ordinacích. (Cull, 2008) Tento model praktikují především v USA, kde jsou vytvářena sdílená

rezidenční místa, na které tak může na částečný úvazek obsadit hned několik rezidentů. Vzhledem k nízkému příjmu v případě plného úvazku u rezidenčních míst v oboru se rozvíjí tento model na pozicích dětských praktických lékařů. Sdílení rezidenčních pozic se ukázala jako jedna z možných variant řešení pro zájemce, pro které je tradiční rezidenční místo neslučitelné s jejich povinnostmi, případně finanční situací. Tento přístup umožní rezidentům splnit požadavky pro jejich odbornou přípravu (délka praxe je u sdílených i tradičních míst stejná). Cílem je zvýšit zájem o práci v tomto oboru a umožnit získání potřebné odborné kvalifikace i těm, kteří by v případě tradičních rezidenčních míst neměli možnost tohoto dosáhnout například z ekonomických nebo rodinných důvodů. (Holmes, 2005) Mladí lékaři si tak mohou zajistit dostatečný příjem například prací v nemocnici a zároveň se připravovat na profesní dráhu v oboru dětského praktického lékaře. Tento model je zajímavý například i pro skloubení pracovních a rodinných povinností. V USA přibližně 4 z 10 dětských lékařů hledají zaměstnání na částečný úvazek po ukončení studia. Tento trend bude i nadále velmi významný především u žen, které jako nejčastější důvod práce na částečný úvazek uvádějí možnost trávit více času péčí o své děti. Pro ně je tato varianta vhodným řešením k vyvážení pracovních povinností lékaře a rodinných potřeb. (Cull, 2008)

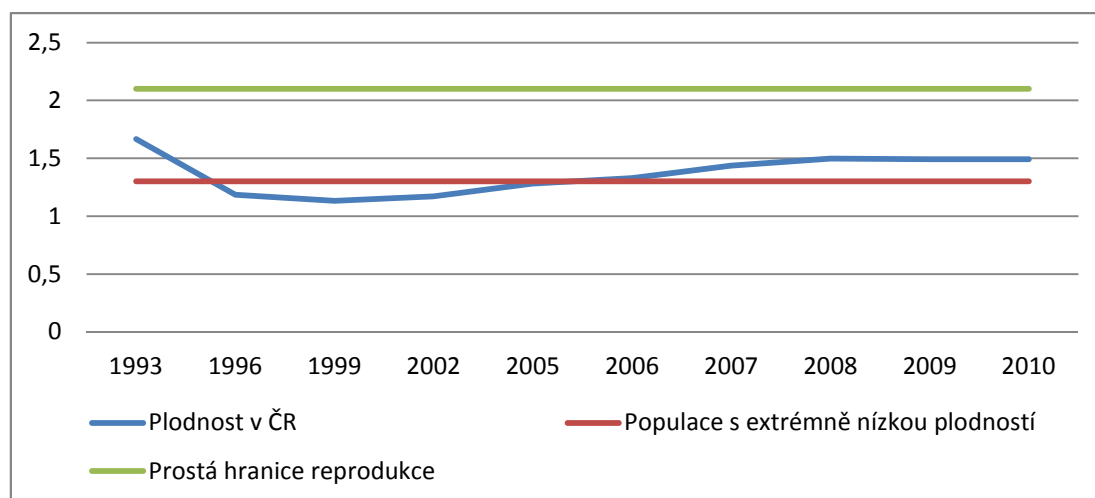
Vstupem České republiky do Evropské unie v roce 2004 se otevřela také možnost nahradit nedostačující tuzemské zdroje odborníky ze zahraničí. V rámci Evropské unie a volnému pohybu pracovních sil neexistují překážky, které by bránily k jejich přesunu za prací. Důležitá je v tomto ohledu především standardizace vzdělávání zdravotnických pracovníků. Řízená migrace pracovních sil bude stále důležitější v budoucnu z důvodu demografických změn a pokračování rozšiřování EU. Ta by mohla mít formu zavádění vzdělávacích středisek pro zájemce o práci v zahraničí, podpora dvoustranných dohod mezi vládami, zaměstnavateli a vysokými školami, aby se vyrovnaly ztráty jednotlivých zemí způsobené „odlivem mozků“. (Figueras, 2012) V ohrožených oborech existuje možnost doplnění stavu lékařů prostřednictvím migrace pracovních sil ze zahraničí. Tímto způsobem lze v krátkém časovém horizontu přinést výhody, avšak nedokáže zcela vyřešit systémový problém, jako je celkové stárnutí populace lékařů v určitých

oborech. Mnohem účinnější metodou je vytváření více flexibilních pracovních míst, které umožní plynulý přechod a mezigenerační výměnu lékařů při jejich odchodu do důchodu. (44-45, IZPE, 2004) V případě oboru PLDD je tento způsob řešení stárnutí lékařů prakticky nereálný, jelikož je jejich specializační vzdělávání v České republice nekompatibilní s ostatními členskými zeměmi. V případě zájmu o obor by tak musel zahraniční lékař získat atestaci v oboru PLDD (musel by také projít aspoň částečně specializačním vzděláváním v oboru PLDD).

#### 5.4 Vývoj počtu lékařů v oboru PLDD v kontextu demografických změn v České republice

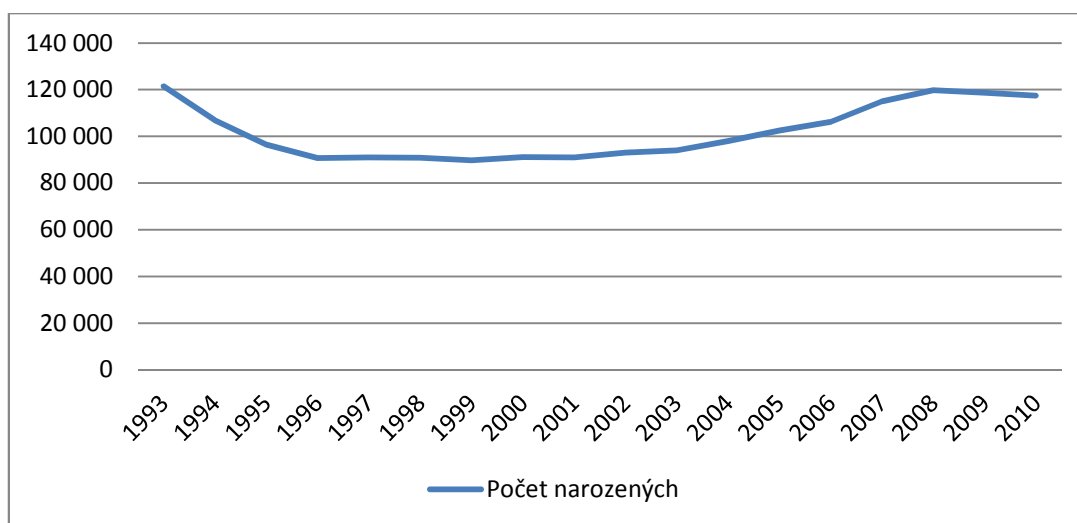
V České republice došlo po roce 1990 k demografickým změnám především v oblasti reprodukce obyvatelstva. Nízká míra plodnosti a celkově nízký počet narozených měl za následek snížení počtu potenciálních pacientů pro lékaře v oboru PLDD. Tento vývoj by pro ně z dlouhodobé perspektivy znamenal ohrožení ohoření rentability jejich ordinací. To hrozí především v odlehlých oblastech. V 90. letech tak PLDD vědomi si tohoto nepříznivého vývoje snažili o rozšíření agendy svých služeb. Došlo tak k pohlcení do té doby samostatného oboru dorostového lékařství a dlouhodobé diskusi o věkové hranici přechodu pacientů k všeobecným praktickým lékařům.

**Obrázek 17: Vývoj plodnosti ČR v letech 1993-2010**



Zdroj: Autor, Pramen: ČSÚ, 2011

**Obrázek 18: Vývoj porodnosti v ČR v letech 1993 až 2010**

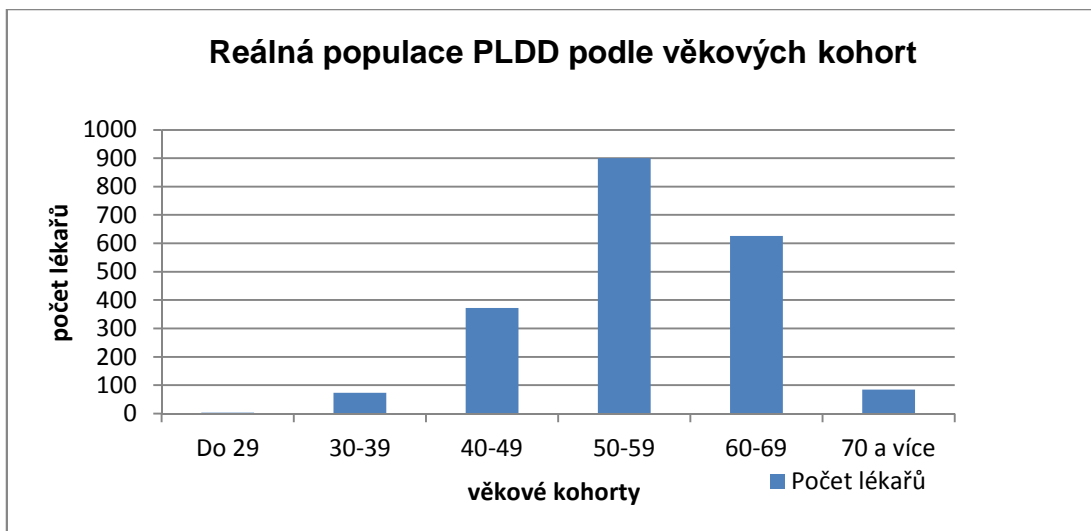


Zdroj: Autor, Pramen: ČSÚ, 2011

Politika České republiky na demografický vývoj reaguje především prostřednictvím regulačních opatření, snižování personálních stavů a snahou snížit náklady na finanční zabezpečení zdravotní péče. Vlivem tohoto politického vývoje nebyla reflektována potřeba uskutečnění generační výměny lékařů v tomto oboru dostatečně vážně. Vlivem zvýšení porodnosti v posledních letech se toto pochybení, vzhledem ke zvýšené poptávce po kvalitních praktických lékařích pro děti a dorost a věkovému složení jejich populace, jeví jako velmi nešťastné.

V současné době dochází ke stárnutí populace PLDD. Hlavním problémem je, že neexistují dostatečné školící kapacity (z organizačních a finančních důvodů), které by dokázaly produkovat mladé atestované lékaře v oboru. Praktičtí lékaři v důchodovém věku tak ani v případě svého zájmu nemohou ukončit lékařskou praxi, aniž by nehrozilo celkové uzavření ordinace. Jedná se tak i o odpovědnost vůči svým pacientům. Mnozí lékaři tak provozují své ordinace až do pokročilého důchodového věku. Druhým stimulem pro pokračování v práci jsou ekonomické důvody, především snížení finančního příjmu v případě odchodu do důchodu a pobírání starobní penze.

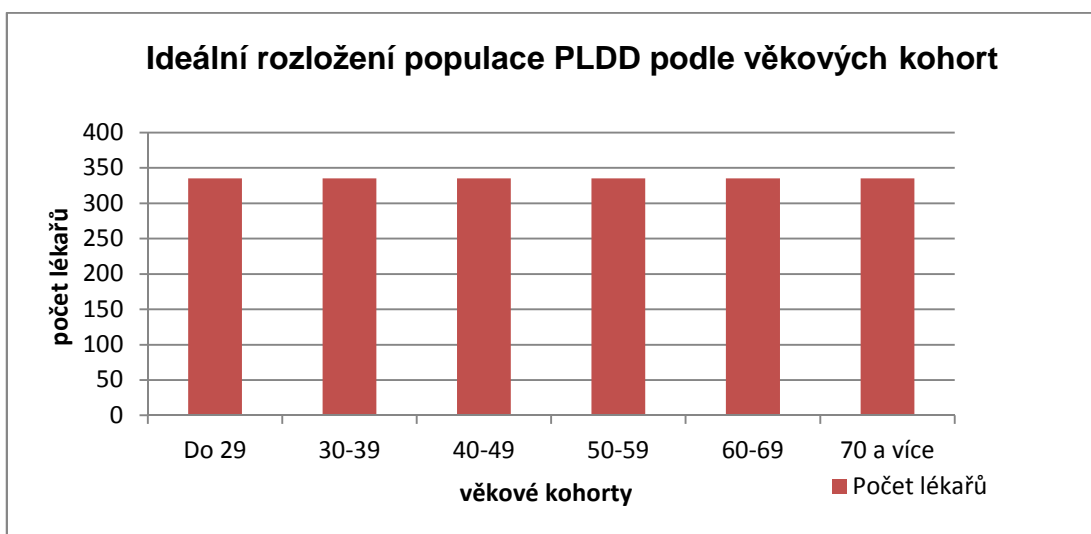
**Obrázek 19: Reálná populace PLDD podle věkových kohort**



Zdroj: Autor, Pramen: Ročenka ÚZIS 2012

V případě pokračování současného vývoje počtu získaných atestací v oboru může během následujících deseti let (vzhledem k průměrnému věku dožití občanů v ČR) dojít k situaci, kdy nebudou existovat kapacity, které by zajišťovaly primární péči pro děti a dorost. Pro obor PLDD by bylo ideální, aby existovala úměra mezi počtem lékařů, kteří v jednom kalendářním roce odejdou do důchodu a počtem nově atestovaných lékařů, kteří by převzali jejich ordinace.

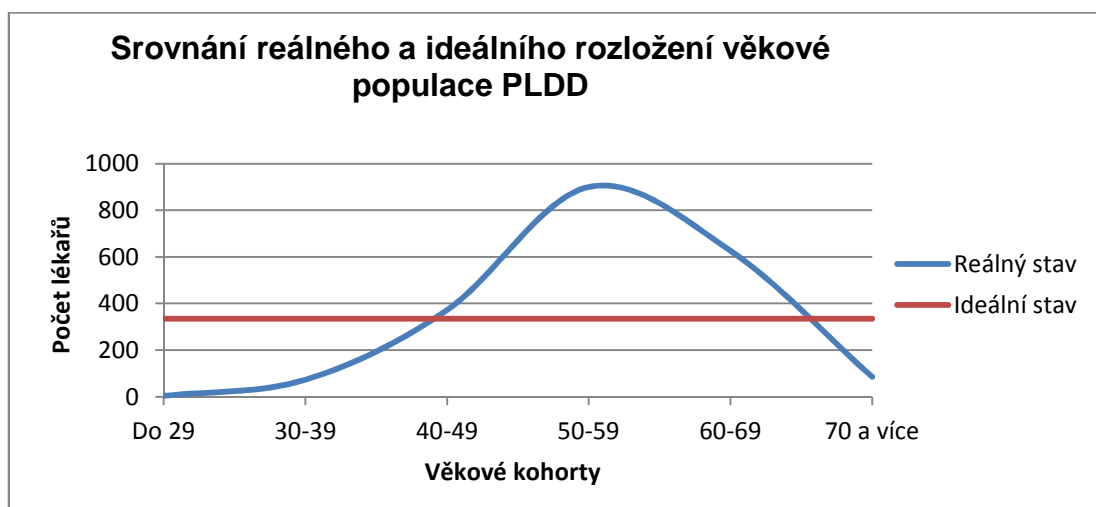
**Obrázek 20: Ideální rozložení populace PLDD podle věkových kohort**



Zdroj: Autor, Pramen: Ročenka ÚZIS 2012

V ideálním stavu by v dlouhodobém horizontu došlo k vyrovnání počtu lékařů v jednotlivých věkových kohortách. K přiblížení se tomuto stavu, s ohledem na požadavky specializačního vzdělávání v oboru PLDD, je potřeba dlouhodobé koncepční a analytické činnosti v oblasti predikce personálních potřeb tohoto oboru. Důležitá je především snaha o vyrovnání počtu odcházejících a nově příchozích atestovaných lékařů do oboru. Profesní organizace PLDD uvádějí jako nejmenší možný počet 50 nově atestovaných lékařů v oboru každý rok, aby nedošlo k ohrožení poskytované péče. (Roškotová, 2010) „*Generační výměna třeba v Plzni proběhla obstojně, ale jedná se samozřejmě o velké město. Problémy mají venkovské nebo odlehlé oblasti, které mají malý počet pacientů. Pro doktora tam není jednoduché se uživit. Mladí lékaři tak nemají zájem tyto ordinace přebírat a vykonávat v nich praxi. V těchto oblastech by měl vytvořit přijatelné podmínky pro lékaře stát, případně jednotlivé kraje, které by měly mít zájem na neukončení těchto praxí. Obecně bylo pro obor PLDD stanoveno, aby každý rok atestovalo nejméně 50 nových lékařů.*“ (Rozhovor s MUDr. Šebkovou) Reálný stav se tomuto počtu ani zdaleka nepřibližuje. Podle dat České pediatrické společnosti bylo v letech 2010 až 2012 celkem atestováno pouze 59 lékařů v oboru PLDD (v jednotlivých letech viz. příloha). Jedná se tak přibližně o pouhou třetinu požadovaného stavu.

**Obrázek 21: Srovnání reálného a ideálního stavu populace PLDD**

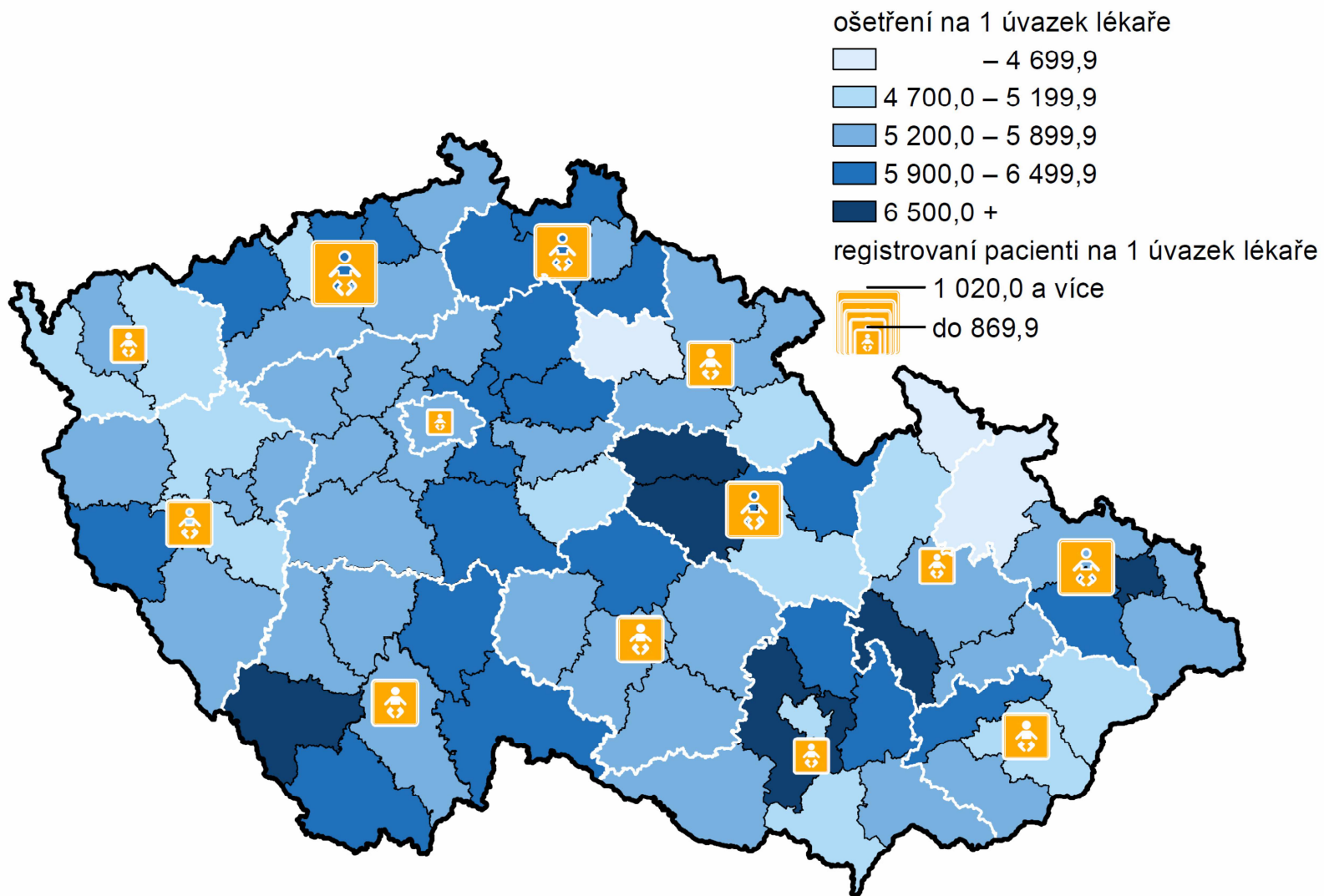


Zdroj: Autor, Pramen: Ročenka ÚZIS 2012

Důležité je si také uvědomit, že problematika věkového složení populace PLDD je regionálně rozdílná. V České republice existují na okresních úrovních velké odlišnosti v poskytování primární péče pro děti a dorost. Zatímco v některých oblastech jsou ordinace vzhledem k velmi malému počtu pacientů a vykonaných výkonů na hranici ekonomického přežití, v jiných oblastech se naopak již projevuje nedostatečný počet lékařů v oboru zahlcením současných praxí pacienty. Problematika poskytování primární péče pro děti a dorost a s tím spojené vzdělávání lékařů v oboru je tak úzce spjaté s demografickými a regionálními změnami v České republice.



Obrázek 22: Počet ošetření a počet registrovaných pacientů na 1 průměrný roční úvazek lékaře v oboru PLDD



Zdroj: Marková, ÚZIS, 2012

## 6 Diskuse

Problematika organizace specializačního vzdělávání PLDD a s ním spojená generační obměna lékařů v tomto oboru se ukázala vzhledem k rozdílným zájmům významných aktérů jako velmi problematická. Na počátku 90. let byl vzhledem k předcházejícímu vývoji počet dětských pediatrů a praktických lékařů více než dostačující. Transformační změny, spojené s privatizací primární zdravotní péče utlumily do té doby fungující analytickou a koncepční činnost. Hlavním regulátorem systému se staly tržní mechanismy. V období příprav vstupu České republiky do Evropské unie došlo ke zpřísnění požadavků specializačního vzdělávání lékařů a z iniciativy praktických lékařů pro děti a dorost ke vzniku v evropských zemích zcela ojedinělého oboru PLDD. Toto osamostatnění oboru kritizovali především dětské pediatri pracující v nemocnici, kteří za ním viděli především ekonomické zájmy praktických lékařů a zabránění jejich vstupu do privátní praxe. (Hoza, 2002) Spor o organizaci specializačního vzdělávání praktických lékařů pro děti a dorost probíhá do dnes mezi zástupci profesních a odborných organizací PLDD, kteří požadují zachování současného samostatného oboru PLDD ve specializačním vzdělávání, a ČLK společně s pediatrickými společnostmi, které prosazují opětovné spojení oborů PLDD a dětské lékařství. *„V oblasti pediatrie by se měly opět spojit nyní bezdůvodně oddělené obory dětské lékařství a praktické lékařství pro děti a dorost – atestace by měla být znovu společná. Takový stav bude logický, bude odpovídat situaci v ostatních státech Evropy i vyspělého světa a umožní větší flexibilitu dětských lékařů v průběhu jejich kariéry.“* (Peychl, 2013) Hlavním stimulem těchto aktérů ke spojení oborů je rychlé řešení personálních problémů v oborech dětského lékařství (zjednodušení mobility mezi PLDD a pediatrií) Praktičtí lékaři pro děti a dorost s tímto řešením nesouhlasí především kvůli snížení kvality poskytované péče. Současná praxe praktických lékařů se v mnoha ohledech odlišuje od práce pediatrů v nemocnicích. Především diagnostické postupy a schopnost odhalení závažnosti zdravotních problémů u dětí je klíčová. Praktický lékař musí také zvládat manažerskou a administrativní činnost spojenou s vedením

ordinací, což by mohlo u lékařů, kteří by neprošli specializací v oboru způsobit problémy v zajištění kvalitní zdravotní péče. (Rozhovor s MUDr. Alenou Šebkovou)

Obor PLDD je v současné době v rámci Evropské unie specifikem v České republice. V zemích Evropské unie jsou specialisté na primární péči o děti školeni v oboru dětské lékařství společně s ostatními pediatry. Hlavním argumentem profesních a odborných organizací PLDD pro zachování tohoto vzdělávacího oboru je jeho potřebnost vzhledem k současným požadavkům v primární péči o děti a dorost, které jsou zcela odlišné od práce v nemocnicích. Rozdílnost v potřebách specializačního vzdělávání pediatriů v primární péči (především v potřebě rozvoje manažerského vzdělání k řízení soukromé praxe) reflektují také například v USA. (Basco, 2013) Tento fakt ovšem znemožňuje vzhledem k české a evropské legislativě vzájemnou mezioborovou mobilitu bez absolvování dalšího specializačního vzdělávání a složení atestační zkoušky. Jelikož je tento obor nekompatibilní s ostatními zeměmi EU, nemohou čeští praktičtí lékaři vykonávat svojí praxi v zahraničí. Zároveň je zabráněno v možné migraci zahraničních pracovníků do oboru, bez nutnosti absolvovat specializační vzdělávání v oboru PLDD.

Jednou ze zásadních otázek v současném systému specializačního vzdělávání v oboru PLDD je problematika jeho financování. *„Financování atestačního výcviku by měl plně převzít stát a to ve všech oborech, podobně jako je tomu v jiných západních zemích. Nelze očekávat, že atestační přípravu budou svým lékařům hradit nemocnice, sami lékaři to ze svých příjmů také dělat nemohou. Za kvalitu systému zdravotnictví včetně kvalitního odborného výcviku lékařů je před svými občany odpovědný stát.“* (Peychl, 2013) Systém rezidenčních míst poskytuje podporu pouze omezenému počtu zájemců o tuto profesní dráhu a i tyto prostředky se ukazují jako nedostačující vzhledem k vysokým nákladům na specializační vzdělávání (především praxe v nemocnicích, které požadují vysoké poplatky za vzdělávání školenců). V tomto ohledu je důležitá otázka celkové organizace vzdělávacího programu v oboru PLDD. Z jejich strany převažuje názor, že by specializační vzdělávání vzhledem k rozdílným potřebám při výkonu povolání PLDD a dětského

pediatra v nemocnici, mělo probíhat především na pracovištích praktických lékařů, nikoliv v nemocnicích (v současné době 1 rok u PLDD a 3 roky v nemocnici) „*Má-li příspěvek na specializační vzdělávání formou rezidenčních míst splnit svůj cíl podporu oboru PLDD a přispění k žádoucí změně jeho věkové struktury, pak nejlepším způsobem je, aby školitel byl hlavním aktérem specializačního vzdělávání školenice po celou dobu jeho vzdělávacího cyklu.*“ (Roškotová, 2010) Tento současný systém se tak ukazuje jako zcela demotivující, vzhledem k nízkým platovým vyhlídkám pro rezidenta. Od poskytování specializačního vzdělávání odrazuje také případné školitele, kteří vzhledem k nízké finanční odměně a vysoké administrativní zátěži nemají zájem o vzdělávání svých případných nástupců. „*Pro akreditovaná pracoviště PLDD, která už třetím rokem pro své mladší kolegy dotaci získala, to představuje obrovskou administrativní zátěž při provozování praxe a plném pracovním nasazení v ordinacích.*“ (Roškotová, 2011) Vedoucí katedry PLDD na IPVZ MUDr. Hana Cabrnchová vidí jako jedno z částečných řešení nalezení dalších cest pro získání finanční podpory specializačního vzdělávání PLDD. „*Zde se naskytá jen několik možností, které problém neřeší systémově, ale jen částečně - prostředky ze strukturálních fondů EU na vzdělávání, krajské dotační projekty, částečné úvazky při lůžkových odděleních, financování asistenta v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost a jeho vysílání na stáže s následným započítáním finančního objemu na mzdu k ceně převáděné praxe a podobně.*“ (Ondřichová, 2007) Podporu specializačního vzdělávání PLDD prostřednictvím krajů vidí jako jednu z možných variant zlepšení generační obměny lékařů také předsedkyně OSPDL ČLS JEP MUDr. Alena Šebková.

Budoucí úloha krajů je v systému poskytování primární péče pro děti a dorost klíčová. Ze zákona mají povinnost zajistit kvalitní a dostupnou zdravotní péči, přesto nemají legislativně jasně určené pravomoci, které by jim umožňovaly provádět kontrolu a regulaci nad poskytovanou zdravotní péčí v rámci své územní působnosti. Jejich větší angažovanost by uvítala také OSPDL ČLS JEP. „*Celkově je objem peněz na rezidenta malý. MZČR říká, že se jedná pouze o příspěvek, ale když si uvědomíme, že toho lékaře musíte na tři roky poslat*

*jinam na praxi, tak mi v ordinaci není vůbec platný. Proto jako privátní ordinace, pokud ho nechci vychovávat jako svého zaměstnance, nevidím důvod vynakládat další finanční prostředky. Zde vidím jednu z možností, kde by se měly více angažovat kraje a v případě personální potřeby podporovat finančně specializační vzdělávání lékařů, kteří by mohli převzít ohrožené ordinace.“* (Rozhovor s MUDr. Šebkovou) Vhodný model decentralizovaného systému zajištění zdravotní péče můžeme nalézt v Rakousku. Zde dochází ke koordinaci lékařských kapacit na národní a regionální úrovni. Vláda v rámci decentralizace úkol správy zdravotnictví přenáší na jednotlivé spolkové země (v ČR úroveň krajů), které mají významný podíl nejen na plánování, ale také na regulaci systému poskytování zdravotní péče. Koncepční činnost na úrovni spolkových zemí tak má klíčový význam pro rozvoj zdravotní péče. Personální zajištění poskytované primární péče je spojené s objemem a cenou poskytovaných výkonů na jednotlivé lékaře. Při jejich vytváření spolupracují rakouské spolkové vlády s profesními organizacemi lékařů. Tržní mechanismy tak jsou regulovány na národní i regionální úrovni. (Barták, 2003) V České republice je v současné době nedostatečná mezi-úrovňová spolupráce mezi zdravotními pojišťovnami, kraji a MZČR, kteří by se vzájemně měly podílet na analyzování situace v oboru a následné vytvoření společné koncepce řešení problematiky (Rozhovor s Mgr. Podhrázským) Právě koncepční činnost se ukazuje jako klíčová vzhledem k demografickému vývoji obyvatelstva vzhledem k regionálním potřebám zajištění kvalitní zdravotní péče. Její důležitost je diskutována také například v USA. Role dlouhodobé koncepční činnosti a práce s lidskými zdroji je významnou součástí zdejších výzkumů s ohledem na demografický vývoj v jednotlivých regionech a predikce ohrožených oblastí, kde bude potřeba zajištění adekvátních lékařských služeb

V tomto ohledu je analytická a koncepční činnost důležitá, i s ohledem na financování systému, vyváženost a spolupráce lékařů z různých specializací na regionálních úrovních. (Goodman, 2005) Hlavním smyslem je zajištění dostatečně efektivních zdravotních služeb, které jsou kapacitně adekvátní k potřebám jednotlivých regionů.

Role krajů je ve specializačním vzdělávání významná i z důvodu jejich vlivu na současné krajské nemocnice, které využívají specializační vzdělávání externích lékařů jako prostředek ekonomického zisku a levné pracovní síly. *„Nefunguje také spolupráce s nemocnicemi. Ty mají nesmyslně vysoké finanční požadavky na poskytování specializačního vzdělávání u externích doktorů. Přitom tento lékař u nich pracuje po tři roky, kdy je placen z dotace. Pro nemocnici se tak jedná o velmi výhodnou pracovní sílu. Možné důvody špatné spolupráce vidím v určité rivalitě mezi našimi obory.“* (Rozhovor s MUDr. Šebkovou)

## Závěr

V rámci mezinárodního diskurzu má koncept primární péče, jako klíčového bodu poskytování zdravotních služeb, stále narůstající podporu. Její nezastupitelná role je především v oblasti prevence. Význam primární péče roste především v péči o děti, kde je spojená s osvojením správných návyků člověka v péči o vlastní zdraví a zajištění dlouhého, kvalitního života. V tomto konceptu má nenahraditelnou roli praktický lékař pro děti a dorost, který ovšem pro výkon svého povolání potřebuje získat adekvátní odborné vzdělání.

Důležitost kvalitní péče pro děti a dorost se v Československu začala projevovat v 80. letech 20. století, kdy došlo vlivem zvýšení porodnosti, mezinárodního diskurzu potřebnosti primární péče a prorůstové politiky ČSSR k nárůstu počtu lékařů v oboru Dětského lékařství. Právě z této generace se po roce 1989 rekrutovala dnešní nejsilnější věková kohorta PLDD, kteří postupně dosahují důchodového věku. Vzhledem k nepokračování vysoké porodnosti ve společnosti došlo již v 90. letech z důvodu zajištění dostatečného počtu pacientů a zvýšení ekonomických zisků dětských lékařů k asimilaci s oborem dorostového lékařství, jehož agendu PLDD převzali. Dopady demografického vývoje v české společnosti se tak ukázaly jako jedna z klíčových proměnných pro vývoj a organizaci oboru PLDD.

V České republice došlo po roce 1989 ke společenským změnám, které prostřednictvím transformačních procesů ovlivnily vývoj poskytování zdravotních služeb. Vlivem neoliberalních idejí došlo k zavedení tržních mechanismů do zdravotního systému, jako hlavního regulátora jeho fungování. V oblasti primární péče byl privatizován sektor poskytovaných služeb praktickými lékaři pro děti a dorost. Došlo také k utlumení analytické a koncepční činnosti ze strany státu. Diskuse nad směřováním dalšího vývoje poskytování zdravotních služeb byla ponechána především jednotlivým zájmovým skupinám.

Významným momentem ve specializačním vzdělávání zájemců o práci v oboru PLDD byla standardizace jeho postupů s Evropskou unií v rámci přípravy ke vstupu České republiky v roce 2004. PLDD dokázali i přes odpor dětských pediatrů, kteří pracují mimo primární péči, prosadit osamostatnění vzdělávacího oboru PLDD od dětského lékařství. Vznikl tak v rámci Evropské unie zcela unikátní obor, do něhož nelze vstoupit, či odejít, bez nutnosti absolvovat další specializační vzdělávání v jiném lékařském oboru. Tento postup byl kritizován především ze strany pediatrů, kteří ho považovali za zablokování mobility mezi obory PLDD a dětské lékařství. Praktičtí lékaři vznik oboru hájili především z důvodu vývoje diagnostických a medicinských postupů v oboru, potřeb primární péče o děti a dorost a rozvoje manažerských dovedností. V rámci Zákona č. 95/2004 Sb., došlo ke změně do té doby dvouступňového systému atestací na jednostupňový, s nutností absolvování specializačního vzdělávání na akreditovaných pracovištích. Čtyřletý studijní program PLDD je rozdělen na povinnou tříletou pracovní stáž na akreditovaném pracovišti dětského lůžkového oddělení v nemocnicích a jednoletou odbornou přípravu na pracovišti PLDD. Právě odborné stáže v nemocnicích a ceny povinných vzdělávacích kurzů se ukázaly jako největší finanční zátěž ve specializačním vzdělávání lékařů.

V rámci Zákona č. 95/2004 Sb., byl také určen způsob financování vzdělávání prostřednictvím rezidenčních míst, který ovšem v reálu začal fungovat až v roce 2009. Financování rezidenčních míst má mít formu dotace na pokrytí nákladů specializačního vzdělávání lékaře, jeho plat a odměnu pro školitele. Tyto prostředky jsou procentuálně rozděleny na pokrytí jednotlivých položek. Vzhledem k výši finanční dotace a z toho plynoucího nízkého platu lékařů-rezidentů se tento model ukazuje jako velmi demotivující a pro případné mladé lékaře snižuje atraktivitu vstupu do oboru.

Odborné a profesní organizace PLDD by jako možnou cestu ke zlepšení situace v oboru viděly přechod a dokončení atestace v oboru u lékařů z oboru Dětského lékařství. Této praxi ovšem brání nemocnice, kde je běžnou praxí uzavírání tzv. kvalifikačních dohod, které zabraňují nejenom odchodu lékařů na jiné



pracoviště, ale také mobilitu mezi obory. Tato praxe nahradila tzv. stabilizační dohody, které byly součástí poskytování dotace ze strany MZČR a které měly zajistit setrvání vyškolených lékařů v absolvovaném oboru. MZČR tak touto formou mělo možnost určité regulace počtu lékařů v oborech a jejich regionální umístění. Tyto dohody byly zrušeny v roce 2012. Opětovné sloučení oborů PLDD a dětské lékařství prosazují jako cestu ke zlepšení mobility zástupci pediatriů, kteří s odtržením již od jeho vzniku nesouhlasí a považují ho pouze za způsob zablokování volné mobility mezi obory a zajištění ekonomických zájmů lékařů v oboru PLDD. Podařilo se nám tak odhalit neformální vzájemné vztahy mezi jednotlivými aktéry především lékaři v oboru PLDD, lékaři v oboru dětské lékařství v zastoupení jejich profesní organizace a nemocnicemi, kde převládají především jejich vlastní ekonomické zájmy před vzájemnou spoluprací. V tomto ohledu je opět potřeba zmínit nedostačující analytickou činnost ze strany MZČR na základě Zákona č. 2/1969 Sb., a v legislativě nedostatečně vymezené nástroje k zajištění dostupnosti zdravotní péče ze strany zdravotních pojišťoven a krajů. Samotný počet přidělených rezidenčních míst pro obor PLDD se od roku 2009 pohyboval přibližně mezi 20 až 30 rezidenčními místy ročně. Profesní organizace PLDD by požadovaly každoročně nejméně 50 nově atestovaných lékařů.

V rámci mezinárodního diskurzu je obor PLDD ve specializačním vzdělávání českým unikátem. V zemích Evropské unie existují rozdílné přístupy k poskytování primární péče pro děti a dorost. Přesto je v mezinárodním společenství reflektována její důležitost a nutnost poskytování ze strany odborníků v péči o děti. Cesty podpory specializačního vzdělávání můžeme pozorovat například ve Skandinávii prostřednictvím grantů a dotací pro lékaře, kteří se rozhodnou pro profesní dráhu v personálně nedostatečném oboru nebo vykonávají svoji praxi v odlehlých, málo atraktivních oblastech. V USA je praktikováno specializační vzdělávání mladých lékařů, například formou sdílených flexibilních pracovních úvazků na školících pracovištích dětských lékařů. Tento model jim umožňuje získat odpovídající vzdělání a zároveň se věnovat i dalším aktivitám (finančně výhodnější pracovní úvazek v nemocnici, péče o rodinu).

Česká republika dnes stojí vzhledem k nepříznivému demografickému vývoji populace na rozcestí, zda bude i nadále podřizovat svoji politiku pod vlivem zájmových ekonomických skupin, především ekonomickému růstu, za cenu omezení poskytování veřejných služeb. Práce s lidskými zdroji ve zdravotnictví tak podléhá především ekonomickým a politickým vlivům a nereflexuje aktuální potřeby jednotlivých lékařských oborů. Jednou z těchto oblastí je i primární zdravotní péče pro děti a dorost, kde dlouhodobě dochází k selhávání fungování státu jako dohledu a regulátora práce s lidskými zdroji, což vzhledem k demografickému (nízká porodnost, stárnutí populace) a regionálnímu (velké rozdíly mezi jednotlivými okresy v dostupnosti primární péče pro děti a dorost) vývoji ohrožuje nejenom generační obměnu lékařů v oboru PLDD, ale samotnou kvalitu a dostupnost poskytované zdravotní péče a s ní spojené závazky České republiky vůči svým občanům a mezinárodnímu společenství.

## Summary

This thesis dealt the theme of Specialized education practitioners for children and adolescents in the Czech Republic. The issue of providing primary care for children and adolescents passed long way in the last twenty years. Due to the development of diagnostic, medical and administrative requirements for practitioners need to customize their education to current and future needs in health care.

The situation in the field is pretty much affected by the demographic trends. Low number of births in the 90s and neoliberal ideas of transformation in the Czech Republic caused pressure from the interest groups that promoted economic interests. As part of this trend Fields primary care pediatricians and Adolescent Medicine were merged. Because of excessive number of doctors in the field was not reflected generational issue.

In 2004 Czech Republic joined the European Union. Its resulted in a change of specialized education and adaptation o fit to European standards. Czech republic generated unique educational program of PLDD. A new way of specialized education proved to be very expensive. A view of the low income were unattractive for young doctors.

In the Czech Republic after 1989 failed analytical and conceptual activity on the provision of health care. In political discourse are solved especially economic aspect of the problem and ensure the sustainability of financing.Cooperation in not working as well at national and regional levels of government. Work with human resources is subject especially for economic and political influences, and does not reflect the actual needs of the various medical specialties. Work with human resources is primarily affected by economic and political conditions and it does not reflect actual needs of the various medical specialties.

## Seznam pojmů

ČLK- Česká lékařská komora

EU- Evropská unie

IPVZ- Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví

KÚNZ- Krajské ústavy národního zdraví

MZČR- Ministerstvo zdravotnictví České republiky

SPLDD ČR- Profesní organizace Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR

OECD- Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj

OSPDL ČLS JEP- Odborná společnost praktických dětských lékařů ČLS JEP

OÚNZ- Okresní ústavy národního zdraví

PLDD- Praktičtí lékaři pro děti a dorost

VPL- Všeobecné praktické lékařství

WHO- Světová zdravotnická organizace

## Seznam Obrázků a Tabulek

<b>Obrázek 1:</b> Celková míra plodnosti v zemích Evropské unie v roce 2011.....	10
<b>Obrázek 2:</b> Shrnutí postupu plánu výzkumu .....	19
<b>Obrázek 3:</b> Konceptuální mapa .....	20
<b>Obrázek 4:</b> Prvky „AAAQ“ .....	42
<b>Obrázek 5:</b> Základní fáze a procesy pohybu PLDD na trhu práce podle Wheelera .....	45
<b>Obrázek 6:</b> Analytický rámec faktorů ovlivňujících vzdělávací systém ve zdravotnictví podle Markéty Roškotové (2009) .....	46
<b>Obrázek 7:</b> Model specializačního vzdělávání v České republice.....	48
<b>Obrázek 8:</b> Síť aktérů do roku 1989 .....	57
<b>Obrázek 9:</b> Absolutní počty narozených a zemřelých v ČR 1785-2012.....	60
<b>Obrázek 10:</b> Srovnání stavu populace v oboru dětská pediatrie a PLDD v letech 1992 a 2012.....	60
<b>Obrázek 11:</b> Síť aktérů 1990-1997 .....	62
<b>Obrázek 12:</b> Výňatek Zákona č. 220/1991 Sb. § 2 odstavec 1 .....	63
<b>Obrázek 13:</b> Síť aktérů 1998-2006.....	65
<b>Obrázek 14:</b> Výňatek ze Zákona č. 95/2004 Sb. ....	69
<b>Obrázek 15:</b> Síť aktérů 2007- 2014.....	73
<b>Obrázek 16:</b> Vývoj právního rámce specializačního vzdělávání PLDD v České republice .....	82
<b>Obrázek 17:</b> Vývoj plodnosti ČR v letech 1993-2010.....	87
<b>Obrázek 18:</b> Vývoj porodnosti v ČR v letech 1993 až 2010 .....	88
<b>Obrázek 19:</b> Reálná populace PLDD podle věkových kohort.....	89
<b>Obrázek 20:</b> Ideální rozložení populace PLDD podle věkových kohort .....	89
<b>Obrázek 21:</b> Srovnání reálného a ideálního stavu populace PLDD.....	90
<b>Obrázek 22:</b> Počet ošetření a počet registrovaných pacientů na 1 průměrný roční úvazek lékaře .....	92
<b>Tabulka 1:</b> Věkové složení dětských praktických lékařů po regionech ČR v roce 2010.....	13
<b>Tabulka 2:</b> Výzkumné otázky a metody sběru dat a analýzy dat.....	21
<b>Tabulka 3:</b> Návrh tabulky k historické a institucionální analýze.....	22
<b>Tabulka 4:</b> Návrh tabulky k analýze historických událostí .....	26
<b>Tabulka 5:</b> Návrh tabulky k analýze jednání zúčastněných aktérů.....	30
<b>Tabulka 6:</b> Výňatek ze Zákona č. 2/1969 Sb. o zřízení ministerstev a jiných ústředních orgánů státní správy České republiky.....	35
<b>Tabulka 7:</b> Požadavky na akreditovaná pracoviště ve vzdělávacím programu PLDD .....	53
<b>Tabulka 8:</b> Vývoj institucionálního rámce specializačního vzdělávání PLDD .....	55
<b>Tabulka 9:</b> Srovnání starého a nového systému rezidenčních míst .....	78
<b>Tabulka 10:</b> Počet přidělených rezidenčních míst v letech 2009-2013 .....	78

# Literatura

## Česká literatura:

BARTÁK, Miroslav a Bohumila ČABANOVÁ. *Rakousko 1*. Kostelec nad Černými lesy: IZPE, 2003.

BEZDĚKOVÁ, Iva. Senát schválil lepší podmínky pro mladé lékaře. *Medical tribune*. 2011, č. 25.

BLAHOŽ, Josef. Sjednocující se Evropa a lidská práva. *Aplikované právo*. 2003, č. 1.

BÝMA, S. Celoživotní vzdělávání všeobecných praktických lékařů v ČR a nová pravidla ČLK. *Praktický lékař*. 2011, roč. 91, č. 9, s. 522-524.

BÝMA, S. Potřeba specializačních míst pro všeobecné praktické lékaře v ČR. *Practicus*. 2008, č.6

BÝMA, Svatopluk a Václav ŠMATLÁK. *Návrhy týkající se primární péče a možných opatření vedoucích ke zefektivnění systému zdravotního pojištění v ČR*. Praha, 2007. Dostupné z: <http://www.kulatystul.cz/cs/system/files/P%C5%99%C3%ADsp%C4%9Bvek+SPL+CR.pdf>

CASSIDY, J. Jak selhávají trhy. Logika ekonomických kalamit. Praha, Academia 2012

Co je třeba udělat pro udržení dostupnosti primární péče?. *Medical tribune*. 2014, č. 6. Dostupné z: <http://www.tribune.cz/clanek/32617-co-je-treba-udelat-pro-udrzeni-dostupnosti-primarni-pece>

FRYČ, Pavol. Světlé a stinné stránky neformálních sítí v postkomunistické společnosti. *Sociologický časopis*. 2008, roč. 44, č. 2, s. 295-319.

HÁVA, Petr. České zdravotnické právo po roce 1990 v kontextu lidských práv se vztahem ke zdraví 1. *Zdravotnictví v České republice*. 2011, XIV, 2-3.

HÁVA, Petr. České zdravotnické právo po roce 1990 v kontextu lidských práv se vztahem ke zdraví 2. *Zdravotnictví v České republice*. 2011, XIV, č. 4.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum*. Praha : Portál, 2005. 408 s. ISBN 80-7367-040-2.

HOLČÍK, Jan. Transformace zdravotnictví v České republice: naděje, realita a perspektivy. *Zdravotnictví v České republice*. 1998, roč. 1, 1-2, s. 6-8.

HOLČÍK, J. Praktičtí lékaři jsou nepostradatelným článkem veřejného zdravotnictví. *Praktický lékař*. 2012, roč. 92, č. 8, s. 470-472.

HOLÍK, Martin. Nová definice „LEGE ARTIS“ a zákon o zdravotních službách. *Epravo.cz* [online]. 2012 [cit. 2014-03-25]. Dostupné z: <http://www.epravo.cz/top/clanky/nova-definice-lege-artis-a-zakon-o-zdravotnich-sluzbach-81282.html>

HOZA, Jozef. Potřebujeme nový obor v pediatrii?. *Vox Paediatricae*. 2002, roč. 2, č. 2, s. 12-13

IZPE. *Cesty k efektivně fungujícím zdravotnickým systémům*. Kostelec nad Černými lesy: IZPE, 2004. ISBN 80-86626-18-4.

IZPE. *Politika rozvoje lidských zdrojů ve zdravotnictví*. Kostelec nad Černými lesy: IZPE, 2003. ISSN 1213-8096

JANDA, Jan. Vývoj české a evropské pediatrie do roku 1989, v současnosti a perspektivy do roku 2010. *Vox Paediatricae*. 2003, roč. 3, č. 7.

- KAČEROVÁ, Eva. Obyvatelstvo- roční časové řady. *Český statistický úřad* [online]. 2012 [cit. 2014-05-01]. Dostupné z:[http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/obyvatelstvo\\_hu](http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/obyvatelstvo_hu)
- KREBS, Vojtěch. *Sociální politika*. 3., přeprac. vyd. Praha: ASPI, 2005, 502 s. ISBN 80-735-7050-5.
- KŘEČKOVÁ TŮMOVÁ, Naděžda. Analýza vztahu lékaře a pacienta v systému primární zdravotní péče: Současný vztah a analýza faktorů působících na tento vztah. In: *Vztah lékaře a pacienta v primární péči – teoretický souhrn poznatků a diskuse vlastního modelu*. IZPE, 2002.
- KOUTECKÝ, Josef. *Étos Hippokrates: Vyprávění o 2. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze*. Praha, 1993.
- KUCHAŘ, Pavel. *Trh práce: sociologická analýza*. Vyd. 1. V Praze: Nakl. Karolinum, 2007. ISBN 80-246-1383-2.
- KUBEK, Milan. Nezákonný postup ministerstva zdravotnictví. *Tempus Medicorum*. 2010, roč. 19, č. 1, s. 16.
- MAREŠ, Petr. Nezaměstnanost jako sociální problém. 1.vyd. Praha: Slon - sociologické nakladatelství, 1994, 151 s. ISBN 80-901-4249-4.
- MAZOUCH, Petr a Jakub FISCHER. *Lidský kapitál: měření, souvislosti, prognózy*. Vyd. 1. V Praze: C.H. Beck, 2011. Beckova edice ekonomie. ISBN 978-80-7400-380-6.
- MLČOCH, L. Ekonomie a štěstí: pro více někdy není lépe. *Politická ekonomie*, 2007, č.2: 147-163
- MZČR. Vzdělávací program oboru PRAKTICKÉ LÉKAŘSTVÍ PRO DĚTI A DOROST. In: *Věstník MZČR*. Praha, 2009. 10.
- MZČR. Tomáš Julínek rozjel dotační program na podporu vzdělávání lékařů a sester: tisková zpráva. In: *MZČR*[online]. 2009 [cit. 2014-05-07]. Dostupné z: [http://www.mzcr.cz/dokumenty/tomas-julinec-rozjel-dotacni-program-na-podporu-vzdelavani-lekaru-a-sester\\_1208\\_868\\_1.html](http://www.mzcr.cz/dokumenty/tomas-julinec-rozjel-dotacni-program-na-podporu-vzdelavani-lekaru-a-sester_1208_868_1.html)
- NOVÁK, Ivan. Slovo úvodem: Pediatrie - jak dál?. *Pediatrie pro praxi*. 2004, č. 1. Dostupné z:<http://www.pediatriepropraxi.cz/artkey/ped-200401-0001.php>
- ONDŘICHOVÁ, Lucie. Chceme, aby peníze šly za školencem. *Medical tribune*. 2007, č. 11. Dostupné z:<http://www.cabrnochova.cz/t-medical-tribune-4-2007.html>
- ONDŘICHOVÁ, Lucie. V pediatrii se nám podařilo dosáhnout rozumného konsensu. *Medical tribune*. 2010, č. 6.
- OŠANEC, F.R. *Poskytování, financování a reformy zdravotní péče v pěti demokraciích*. Praha: Institut sociologických studií Fakulty sociálních věd Univerzity Karlovy, 1997.
- POTŮČEK, Martin, Petr HÁVA a Miroslav PURKRÁBEK. *Analýza událostí veřejné politiky v České republice*. Vyd. 1. Praha: Institut sociologických studií Fakulty sociálních věd Univerzity Karlovy, 1996, 211 s. Veřejná a sociální politika. ISBN 80-238-0046-9.
- ROŠKOTOVÁ, Markéta. *Specializační a další vzdělávání lékařů a sester v ČR*. Praha: Univerzita Karlova, Fakulta sociálních věd, Institut sociologických studií, 2009. Vedoucí diplomové práce MUDr. Petr Háva, CSc.
- ROŠKOTOVÁ, Olga. Specializační vzdělávání praktických lékařů pro děti a dorost. *Zdravotnické noviny* [online]. 2011 [cit. 2014-02-05]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/prakticky-lekaru-pro-deti-a-dorost-462433>

- ROŠKOTOVÁ, Olga. Vzdělávání v oboru PLDD atestací nekončí. *Medical tribune*. 2010, č. 13. Dostupné z: <http://www.tribune.cz/clanek/17978-vzdelavani-v-oboru-pldd-atestaci-nekonci>
- SOJKA, Michal. Stát dobře nechápe význam postgraduálního vzdělávání: říká druhý držitel Ceny prezidenta ČLK docent Petr Bartůněk. *Tempus Medicorum*
- SOUKUP, Tomáš. Pediatrická primární péče v Evropě a v ČR. *Vox Pediatrae*. 2003, roč. 3, č. 7.
- SVOBODOVÁ, Ivana. IPVZ. *Sborník k 50. výročí založení IPVZ*. Praha: AF BKK, s.r.o, 2003.
- ŠEDO, Jiří. Co přináší nový systém rezidenčních míst. *Medical tribune*. 2013, č. 8.
- ŠÍDLO, Luděk. Primární zdravotní péče v ohrožení?. *Zdravotnictví v České republice*. 2011, XIV, č. 1, s. 2-8.
- ŠRUBAŘ, Ilja. Neoliberalismus, transformace a občanská společnost. *Sociologický časopis*. 1996, 1, s. 67-78.
- PEYCHL, Ivan. Ohrožená pediatrie?. *Medical tribune*. 2013.
- PEYCHL, Ivan. Ohrožená pediatrie? Během deseti let bude v Česku málo dětských lékařů. *Vitalia.cz*. 2013. Dostupné z: <http://www.vitalia.cz/clanky/ohrozena-pediatrie-behem-deseti-let-bude-v-cesku-malo-detskych-lekaru/>
- PETRÁŠOVÁ, Lenka. Obce lákají lékaře na byty a pozemky za hubičku. Marně. *MF DNES*. 2014. Dostupné z: [http://zpravy.idnes.cz/chybi-prakticti-lekari-obce-se-je-snazi-prilakat-fte-domaci.aspx?c=A140327\\_201919\\_domaci\\_vez](http://zpravy.idnes.cz/chybi-prakticti-lekari-obce-se-je-snazi-prilakat-fte-domaci.aspx?c=A140327_201919_domaci_vez)
- VAVREČKOVÁ, Jana. *Riziko odlivu lékařů a odborníků IT/ICT z České republiky do zahraničí*. 1. vyd. Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, 2007, 100 s. ISBN 978-808-7007-501.
- VEČERNÍK, Jiří. *Změny na trhu práce a v materiálních podmínkách života v České republice v období 1989-1995*. Praha: Národohospodářský ústav Josefa Hlávky, 1995.
- VEČERNÍK, Jiří. Výzkum společenské transformace a česká sociologie\*. *Sociologický časopis*. 2002, XXXVIII, 1-2.
- VESELÝ, Arnošt. Teorie mnohačetných forem kapitálů. *Veřejná politika a prognostika PPF* -. 2006, č. 14, s. 1-22.
- VLČEK, František. Řízení lidských zdrojů ve zdravotnictví. *Zdravotnictví v České republice*. 2010, XIII, č. 1, s. 182-188.
- VYCHYTIL, P. Pohled mladých českých praktiků na specializační vzdělávání – dotazníkový výzkum. *Praktický lékař*. 2011, roč. 91, č. 9, s. 528-531.



### **Zahraniční literatura:**

ANHEIER, Helmut a Hagai KATZ. *Global Civil Society: NETWORK APPROACHES TO GLOBAL CIVIL SOCIETY*. London: SAGE Publications Ltd, 2005, s. 206-221. ISBN 9781412903073.

BASCO, William T. Pediatrician Workforce Policy Statement. *Pediatrics*. 2013, č. 132, s. 390-397.

BARAK, S. The future of primary paediatric care in Europe: reflections and Report of the EPA /UNEPSA Committee. *Acta Paediatrica*. 2010.

BÖRZEL, Tanja A. What's So Special About Policy Networks? - An Exploration of the Concept and Its Usefulness in Studying European Governance. *European Integration Papers*. 1997, roč. 16, č. 1.

BUSE, Kent. *Making Health Policy*. New York: Open university press, 2005. ISBN 0 335 21839 3.

DAVIES, Ron. Promoting fertility in the EU Social policy options for Member States. *Library Briefing: Library of the European Parliament*. 2013.

DUBOIS, Carl-Ardy. *Human resources for health in Europe*. Berkshire: Open university press, 2006. ISBN 10: 0 335 21855 5.

CULL, William L. Many Pediatric Residents Seek and Obtain Part-time Positions. *Pediatric*. 2008, roč. 121, č. 2, s. 276-281.

FAIRCLOUGH, Norman. *Critical discourse analysis: the critical study of language*. New York: Longman, 1995, xiii, 265 p. ISBN 05-822-1984-1.

FAIRCLOUGH, Norman. Critical discourse analysis. *International Advances in Engineering and Technology (IAET)*. 2012, č. 7.

FIGUERAS, Josep. *Health Systems, Health, Wealth and Societal Well-being: Assessing the case for investing in health systems*. New York: Open university press, 2012. ISBN 10: 0-335-24430-0.

FLICK, U. Design and Process in Qualitative Research. In: FFLICK, U., von KARDORFF, E., STEINKE, I. (eds.). *A Companion to Qualitative Research*. London – Thousand Oaks – New Delhi : Sage Publications, 2004. Str. 146–152. ISBN 0-7619-7374-5.

GRUSKIN, Sophia; TARANTOLA, Daniel. Health and Human Rights, *The oxford textbook of public health*. 2004, s. 1-39

GOODMAN, David C. The Pediatrician Workforce: Current Status and Future Prospects. *Pediatrics*. 2005, roč. 1, č. 116, s. 156-173.

JOZWIAK, J., KOTOWSKA, I.E. Decreasing birth rates in Europe: reasons and remedies. *European View* 2008, 7: 225-36

HARDY, Mellisa A., Alan BRYMAN a Paul ALLISON. *Handbook of data analysis: Event history analysis*. SAGE, 2004, s. 369-387. ISBN 1446206912.

HOLMES, Alison Volpe. Part-time Residency in Pediatrics: Description of Current Practice. *Pediatrics*. 2005, roč. 116, č. 1, s. 32-37.

KLIEGMAN, R.M. et al. *Nelson Textbook of Pediatrics*. 19th edition. Philadelphia, Elsevier 2011.

KNOEPFEL, Peter. *Public policy analysis*. Brisol: The Policy Press University of Bristol, 2007. ISBN 13 978 1 86134 907 1.

- KUO, Alice A. Primary Care Pediatrics and Public Health: Meeting the Needs of Today's Children. *American Journal of Public Health*. 2012, roč. 12, č. 102, s. 17-23.
- MODI, Neena. A healthy nation: strengthening child health research in the UK. *The Lancet*. 2013, roč. 381, January 5, s. 73-87.
- MORGAN, Glenn. *The Oxford handbook of comparative institutional analysis*. New York: Oxford University Press, 2010. Oxford handbooks. ISBN 0199233764.
- MURRAY, Christopher. A framework for assessing the performance of health systems. *Bulletin of the World Health Organization*. 2000, 78 (6), s. 717-731.
- NORTH, Douglass C. *Institutions, institutional change, and economic performance*. New York: Cambridge University Press, 1990, viii, 152 p. ISBN 05-213-9734-0.
- OECD. *Value for money in health spending*. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development, 2010. ISBN 978-926-4088-801.
- OECD. Guidelines on Measuring Subjective Well-being, 2013. Paris: OECD, 2013
- OECD. *Society at a Glance 2014: OECD SOCIAL INDICATORS*. Paris: OECD Publishing, 2014. ISBN 978-92-64-20666-3.
- SIRAGUSA, L. Research into the effectiveness of online learning in higher education: Survey findings. *Proceedings Western Australian Institute for Educational Research Forum 2002*. 2002 <http://www.waier.org.au/forums/2002/siragusa.html>
- SALTMAN, R. B., RICO, A., BOERMA, W. Primary care in the driver's seat. Organizational reform in European primary care. England, Open University Press 2006
- SCHARPF, Fritz W. *Games real actors play: actor-centered institutionalism in policy research*. Boulder, Colo.: Westview Press, c1997, xvi, 318 p. ISBN 08-133-9968-8.
- SHUGERMAN, Richard P. Scope of Practice Issues in the Delivery of Pediatric Health Care. *Pediatrics*. 2013, č. 131, s. 1211-1216.
- SCHNEIDER, Volker. *Policy-Networks in a Complex Systems Perspective. A new look on an old data set*. Constance: University of Constance, 2005.
- RECHEL, Bernd, Carl-Ardy DUBOIS a Martin MCKEE. *The health care workforce in Europe: learning from experience*. Geneva: World Health Organization, c2006, xii, 147. ISBN 92-890-2297-3.
- YAMAGUCHI, Kazuo. *Event History Analysis*. London: SAGE, 1991. ISBN 9780803933248.
- WHO. *Human resources for health in the WHO European Region*. Copenhagen: WHO, 2006.
- WODAK, Ruth a Michael MEYER. *Methods of critical discourse analysis*. Thousand Oaks [Calif.]: SAGE, 2001, viii, 200 p. ISBN 07-619-6154-2.
- WOLFE, Ingrid. Health services for children in western Europe. *The Lancet*. 2013, roč. 381, s. 1224-1234.
- WOLFE, Ingrid a Martin MCKEE. STRENGTHENING CHILD HEALTH AND HEALTH SERVICES IN EUROPE. *Eurohealth*. 2014, roč. 20, č. 1, s. 3-8.

### **Zákony a legislativní dokumenty:**

ČESKOSLOVENSKO. 20/1966 Sb., Zákon o péči o zdraví lidu. In: *Sbírka zákonů Československé socialistické republiky*. Praha: Ministerstvo spravedlnosti, 1966, roč. 1966, 7.

ČESKOSLOVENSKO. 2/1969 Sb., Zákon České národní rady o zřízení ministerstev a jiných ústředních orgánů státní správy České socialistické republiky. In: *Sbírka zákonů Československé socialistické republiky*. Praha: Ministerstvo spravedlnosti, 1969, roč. 1969, 1.

ČESKOSLOVENSKO. 72/1971 Sb., Vyhláška ministerstva zdravotnictví České socialistické republiky o zdravotnických pracovnících a jiných odborných pracovnících ve zdravotnictví. In: *Sbírka zákonů Československé socialistické republiky*. Praha: Ministerstvo spravedlnosti, 1971, roč. 1971, 21.

ČESKOSLOVENSKO. 77/1981 Sb., Vyhláška ministerstva zdravotnictví České socialistické republiky o zdravotnických pracovnících a jiných odborných pracovnících ve zdravotnictví. In: *Sbírka zákonů Československé socialistické republiky*. Praha: Ministerstvo spravedlnosti, 1981, roč. 1981, 19.

ČESKOSLOVENSKO. Zákon č. 104/1991 Sb., Úmluva o právech dítěte. In: *Sbírka zákonů České a Slovenské federativní republiky*. 1991, 22.

ČESKOSLOVENSKO. 550/1991 Sb., Zákon České národní rady o všeobecném zdravotním pojištění. In: *Sbírka zákonů České a Slovenské federativní republiky*. Praha: Ministerstvo spravedlnosti, 1991, roč. 1991, 104.

ČESKO. 48/1997 Sb., Zákon o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Praha: Ministerstvo spravedlnosti, 1997, roč. 1997, 16.

ČESKO. 95/2004 Sb., zákon o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta. In: *Sbírka zákonů Česká republika*. Praha: Ministerstvo Spravedlnosti, 2004, roč. 2004, 30.

ČESKO. 393/2004 Sb., Vyhláška, kterou se zrušuje vyhláška č. 77/1981 Sb., o zdravotnických pracovnících a jiných odborných pracovnících ve zdravotnictví. In: *Sbírka zákonů Česká republika*. Praha: Ministerstvo Spravedlnosti, 2004, roč. 2004, 128.

ČESKO. 262/2006 Sb., Zákoník práce. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2006, 84.

ČESKO. 185/2009 Sb., Vyhláška o oborech specializačního vzdělávání lékařů, zubních lékařů a farmaceutů a oborech certifikovaných kurzů . In: *Sbírka zákonů České republiky*. Praha: Ministerstvo Spravedlnosti, 2009, roč. 2009, 56.

ČESKO. 186/2009 Sb., o stanovení postupu při vyhlášení výběrového řízení na rezidenční místo, průběhu výběrového řízení na rezidenční místo a základních kritériích výběru rezidenta (o rezidenčních místech). In: *Sbírka zákonů České republiky*. Praha: Ministerstvo Spravedlnosti, 2009, roč. 2009, 56.

ČESKO. 188/2009 Sb., vyhláška o atestační zkoušce, aprobační zkoušce a závěrečné zkoušce certifikovaného kurzu a o postupu ověření znalosti českého jazyka pohovorem lékařů, zubních lékařů a farmaceutů (o zkouškách lékařů, zubních lékařů a farmaceutů). In: *Sbírka zákonů České republiky*. Praha: Ministerstvo Spravedlnosti, 2009, roč. 2009, 56.

ČESKO. 31/2010 Sb., nařízení vlády o oborech specializačního vzdělávání a označení odbornosti zdravotnických pracovníků se specializovanou způsobilostí. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Praha: Ministerstvo Spravedlnosti, 2010, roč. 2010, 10

ČESKO. 369/2011 Sb., zákon kterým se mění zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a některé další zákony. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Praha: Ministerstvo Spravedlnosti, 2011, roč. 2011, 129.

ČESKO. 372/2011 Sb., zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). In: *Sbírka zákonů České republiky*. Praha: Ministerstvo Spravedlnosti, 2011, roč. 2011, 201.

#### **Statistická data:**

ČSÚ. *Porodnost a Plodnost 2006 až 2010*. 2011. Dostupné z: <http://www.czso.cz/csu/2011edicniplan.nsf/p/4008-11>

ČSÚ. *Obyvatelstvo- roční časové řady*. Praha, 2014. Dostupné z: [http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/obyvatelstvo\\_hu](http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/obyvatelstvo_hu)

MARKOVÁ, Jitka. *Činnost oboru dětského a dorostového v ambulantní péči v roce 2012: aktuální informace*. Praha: ÚZIS, 2013.

ÚZIS. *Zdravotnická ročenka České republiky 2012*. Praha: ÚZIS, 2013. ISBN 978-80-7472-083-3.

ÚZIS. *Zdravotnická ročenka České republiky 1992*. Praha: ÚZIS, 1993.

ÚZIS. *Lékaři, zubní lékaři a farmaceuti 2012*. Praha: ÚZIS, 2013. ISBN 978-80-7472-089-5.

ÚZIS. *Činnost zdravotnických zařízení ve vybraných oborech léčebně preventivní péče 2012*. Praha: ÚZIS, 2013. ISBN 978-80-7472-063-5.

ÚZIS. *Činnost zdravotnických zařízení ve vybraných oborech léčebně preventivní péče 2003*. Praha: ÚZIS, 2004. ISBN 80-7280-381-6.

ÚZIS. *Činnost zdravotnických zařízení ve vybraných oborech léčebně preventivní péče 2000*. Praha: ÚZIS, 2001. ISBN 80-7280-065-5.

## Přílohy

### Seznam příloh:

**Příloha 1:** Seznam úspěšných žadatelů o rezidenční místa v oboru Praktické lékařství pro děti a dorost pro rok 2013

**Příloha 2:** Strom problému

**Příloha 3:** Vysvětlení důležitých pojmů

**Příloha 4:** Minimální požadavky na specializační vzdělávání v PLDD

**Příloha 5:** Průvodní dopis o poskytnutí rozhovor

**Příloha 6:** Demograficko-ekonomický paradox

**Příloha 7:** Tabulky s počty PLDD v jednotlivých věkových skupinách

**Příloha 8:** Věková pyramida populace PLDD v ČR v letech 2000 a 2007

**Příloha 9:** Projekce pravděpodobného vývoje populace PLDD v České republice při současném trendu vývoje

**Příloha 10:** Náklady na specializační vzdělávání rezidenta ve vybraných oborech

**Příloha 11:** Počet nově atestovaných lékařů v oborech dětské lékařství a PLDD v letech 2010-2012

**Příloha 12:** Staré a nové schéma poskytování rezidenčních míst

**Příloha 13:** Historická analýza

**Příloha 14:** Identifikace aktérů

**Příloha 15:** Vývoj úmrtnosti dětí do 5 let ve světě

**Příloha 16:** Plodnost v zemích OECD v roce 2009 a její změna mezi roky 1984 a 2009

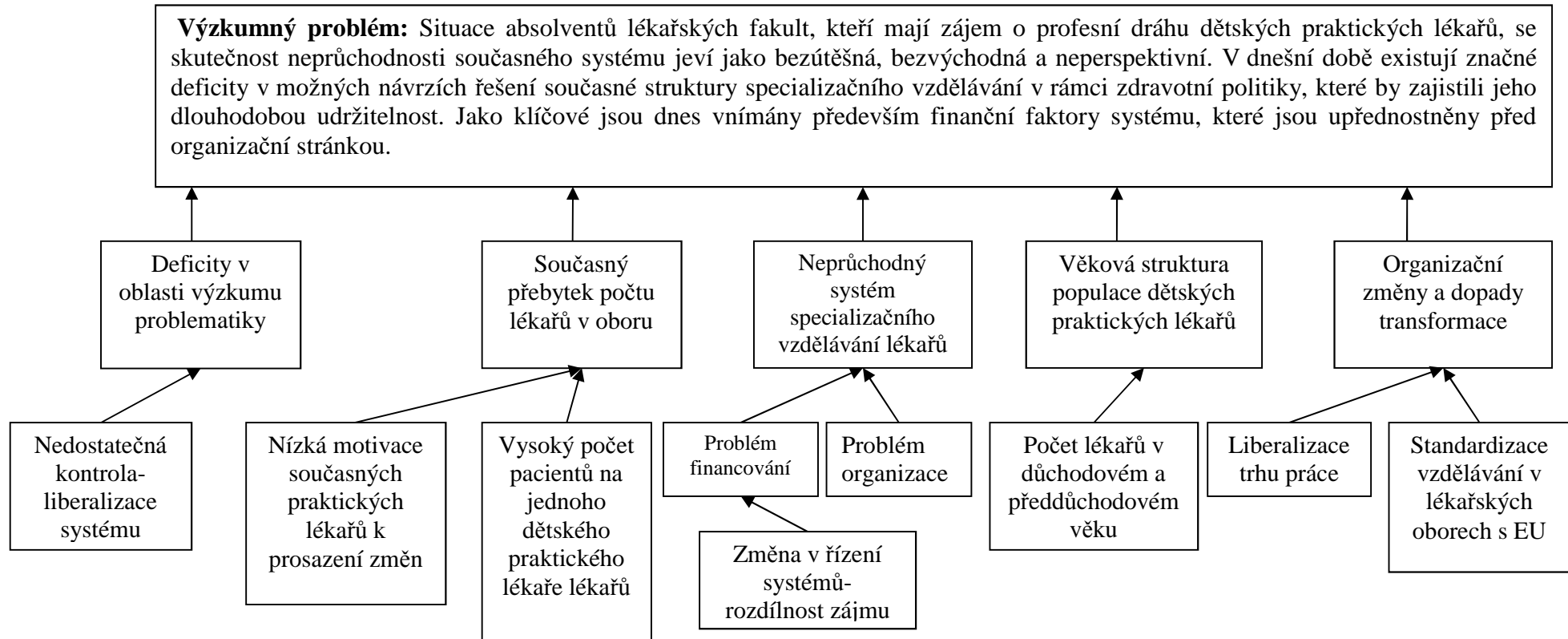
**Příloha 17:** Vývoj počtu registrovaných pacientů na jednoho lékaře v oboru PLDD v krajích

**Příloha 1: Seznam úspěšných žadatelů o rezidenční místa v oboru Praktické lékařství pro děti a dorost pro rok 2013**

Seznam úspěšných žadatelů v oboru Praktické lékařství pro děti a dorost		
Název zdravotnického zařízení	Kraj	Počet přiznaných RM
Alšová Jiřina MUDr.	Liberecký	1
Bolková Marie MUDr.	Jihočeský	1
Fakultní nemocnice Plzeň, p.o.	Plzeňský	1
Hejlová Eva MUDr.	Olomoucký	1
Júnová Jana MUDr.	Liberecký	1
MUDr. Jana Babánková s.r.o.	Praha	1
MUDr. Nedělková s.r.o.	Praha	1
MUDr. Schutová Vlasta, pediatrie s.r.o.	Praha	1
MUDr. Skálová Zdeňka s.r.o.	Praha	1
MUDr. Zdeňka Soukopová s.r.o.	Vysočina	1
Rychlíková Blanka MUDr.	Královéhradecký	1
Szitányi Natália MUDr.	Praha	1
Vitoušová Eva MUDr.	Středočeský	1
Weiss Zdeněk MUDr.	Středočeský	1
Soudková Zdenka MUDr.	Pardubický	1
MEDICENTRUM 6 s.r.o.	Praha	1
Němeček Jan MUDr.	Středočeský	1
Nulíčková Ivana MUDr.	Praha	1
Oblastní nemocnice Mladá Boleslav, a.s., nem. Středoč, kraje	Středočeský	1
Adamová Zdenka MUDr.	Jihomoravský	1
Orlickoústecká nemocnice a.s.	Pardubický	1

Zdroj: MZČR

## Příloha 2: Strom problému



Zdroj: Autor

### **Příloha 3: Vysvětlení důležitých pojmů**

#### **Akreditovaný zdravotnický magisterský studijní program-**

studijní program všeobecné lékařství nebo zubní lékařství nebo farmacie, který splňuje podle stanoviska Ministerstva zdravotnictví minimální požadavky stanovené prováděcím právním předpisem k získání odborné způsobilosti jeho absolventů k výkonu zdravotnického povolání a který získal akreditaci Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy.

#### **Vzdělávací program-**

dokument, který stanoví celkovou délku, rozsah a obsah příprav, zejména délku povinné praxe v oboru, včetně doplňkové praxe a typ pracoviště, na němž praxe má probíhat. Dále stanoví požadavky na teoretické znalosti a praktické dovednosti a další nezbytné podmínky pro získání specializované způsobilosti. Vzdelávací program nahrazuje dosavadní specializační náplně. Vzdelávací program nově stanoví rozsah a obsah části přípravy nezbytné pro vydání certifikátu o absolvování základního kmene příslušného specializačního oboru

#### **Rezidenční místo-**

je školicí místo na akreditovaném pracovišti, které je spolufinancováno ze státního rozpočtu

#### **Odbornou způsobilost k výkonu povolání-**

získává lékař absolvováním nejméně šestiletého prezenčního studia, které obsahuje teoretickou a praktickou výuku v akreditovaném zdravotnickém magisterském studijním programu všeobecné lékařství. Poté je oprávněn k provádění vymezených činností pod odborným dohledem lékaře se specializovanou způsobilostí. Bez odborného dohledu může lékař s odbornou způsobilostí vykonávat činnosti stanovené prováděcím právním předpisem na základě certifikátu o absolvování základního kmene příslušného specializačního oboru, který vydalo ministerstvo, popřípadě pověřená organizace. Výkon těchto činností však není považován za samostatný výkon povolání. Specializovanou způsobilost získává lékař absolvováním a úspěšným ukončením specializačního vzdělávání atestační zkouškou a vydáním diplomu o specializaci ministerstvem. Získání specializované způsobilosti je podmínkou pro samostatný výkon povolání lékaře. Získání specializované způsobilosti doložení diplomem, případně osvědčením či rozhodnutím MZ je podmínkou pro samostatný výkon povolání lékaře ve vedoucí funkci nebo jako



osoby samostatně výdělečně činné nebo jako odborného zástupce zdravotnického zařízení podle jiného právního předpisu o nestátních zdravotnických zařízeních.

#### **Specializační vzdělávání-**

probíhá jako celodenní průprava v akreditovaných zařízeních v rozsahu odpovídajícím stanovené týdenní pracovní době dle § 83a zákoníku práce a je odměňována; specializační vzdělávání může probíhat jako rozvolněná příprava, to je při nižším rozsahu, než je stanovená pracovní doba, ale celková délka, úroveň a kvalita nesmí být nižší než v případě celodenní průpravy. Specializační vzdělávání se uskutečňuje při výkonu lékařského povolání podle vzdělávacích programů jednotlivých specializačních oborů a zahrnuje účast na veškerých lékařských výkonech v oboru, ve kterém specializační vzdělávání probíhá, včetně případné účasti na službách v nepřetržitém provozním režimu práce. Specializační vzdělávání může být přerušeno z důvodů pracovní neschopnosti, mateřské a rodičovské dovolené, vojenské činné služby, civilní služby nebo vědecké činnosti, avšak nesmí být tímto přerušením zkráceno.

#### **Atestační zkouška-**

se koná v závěru specializačního vzdělávání po splnění všech požadavků stanovených vzdělávacím programem (povinný základ, povinná odborná praxe v oboru a doplňková praxe seznam provedených výkonů potvrzených v logbooku, povinné vzdělávací akce). Zkouška se koná podle zkušebního řádu (vyhl. č. 395/2004 Sb.) před oborovou atestační komisí (3-5 členů) jmenovanou ministerstvem. Přihlášku k atestační zkoušce lze podat vždy k termínu 15. ledna pro jarní zkušební termín a 30. června pro podzimní termín atestace. Vlastní atestační zkouška se skládá zpravidla z části teoretické (3 losované odborné otázky, z nichž jedna může být nahrazena obhajobou atestační práce) a části praktické (vyšetření pacienta, diagnostika, navržená léčba aj.), jejíž provedení je dáno charakterem oboru a uvedeno ve vzdělávacím programu. Po úspěšném vykonání zkoušky vydá ministerstvo diplom o specializaci. Možnost odstoupení od atestace je pouze před zahájením zkoušky, odstoupení v průběhu zkoušky je klasifikováno jako neúspěšná zkouška. V případě neúspěchu může být opakována nejvýše dvakrát a s odstupem minimálně 1 roku.

**Akreditace-**

oprávnění k uskutečňování vzdělávacího programu udělené ministerstvem zdravotnickému zařízení, jiné právnické osobě nebo fyzické osobě.

**Celoživotní vzdělávání-**

je průběžné obnovování vědomostí, dovedností a způsobilostí odpovídající získané odbornosti v souladu s rozvojem oboru a nejnovějšími vědeckými poznatky.

**Zdroj:** Změny v podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání, IPVZ

## Příloha 4: Minimální požadavky na specializační vzdělávání v PLDD

### 1. Část vzdělávání: Všeobecná povinná praxe

Akreditované pracoviště		Počet měsíců
dětské lékařství <sup>1), 2), 3)</sup> – dětské lůžkové oddělení (s minimálním počtem 30 lůžek) s akreditací I. typu nebo II. typu		20
z toho	dětské lůžkové oddělení s akreditací II. typu <sup>1), 3)</sup>	3
	pracoviště intenzivní péče v dětském lékařství (JIP) <sup>4)</sup>	2
anesteziologie a intenzivní medicína <sup>1), 5)</sup>		1
dětské lékařství <sup>1), 3)</sup> – dětské lůžkové oddělení s akreditací II. typu – novorozenecká lůžka		3

### 2. Část vzdělávání: Povinná doplňková praxe

Akreditované pracoviště		Počet měsíců
dětské lékařství <sup>1), 2), 3)</sup> – dětské lůžkové oddělení (s minimálním počtem 30 lůžek) s akreditací I. typu nebo II. typu		12
z toho	dětské lůžkové oddělení s akreditací II. typu <sup>1), 3)</sup>	3
	perinatologické centrum (neonatální intenzivní a resuscitační péče v neonatologii) <sup>6)</sup>	1
	chirurgie <sup>1), 7)</sup> a/ nebo dětská chirurgie <sup>1), 8)</sup> – lůžkové oddělení chirurgických oborů	1

### 3. Část vzdělávání: Povinná praxe v oboru

Akreditované pracoviště	Počet měsíců
praktické lékařství pro děti a dorost (dále jen „PLDD“) <sup>1), 9)</sup>	12

### 4. Část vzdělávání: Vzdělávací aktivit

#### d) účast na vzdělávacích aktivitách – povinná

Kurzy, semináře	Počet dní
kurz Lékařská první pomoc <sup>10)</sup>	3
kurz Základy lékařské etiky, komunikace, managementu a legislativy <sup>10)</sup>	2
kurz Prevence škodlivého užívání návykových látek a léčba závislosti <sup>10)</sup>	1
kurz Radiační ochrana <sup>11)</sup>	1
kurz Základy dětského lékařství <sup>12)</sup>	5
kurz Management soukromé praxe <sup>12)</sup>	6 hod.
kurz Očkování v praxi praktického lékaře pro děti dorost <sup>12)</sup>	4 hod.
kurz Základy ATB terapie v primární péči <sup>12)</sup>	5 hod.
kurz Dorostové lékařství se zaměřením na rizikové chování v dospívání <sup>12)</sup>	1

#### e) účast na vzdělávacích aktivitách – doporučená

Kurzy, semináře	Délka trvání
odborné akce: oficiální specializační vzdělávací akce pořádané Českou lékařskou komorou (dále jen „ČLK“) nebo Institutem postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví (dále jen „IPVZ“) nebo lékařskými fakultami nebo jinými akreditovanými institucemi a garantovanými příslušnou odbornou společností, aj.	v rozsahu min. 20 hod.

**Zdroj:** Vzdělávací program oboru Praktické lékařství pro děti a dorost, MZČR, <http://www.ipvz.cz/pracoviste/2200/vzdelavaci-programy.aspx> ze dne 15. 3. 2014

## **Příloha 5: Průvodní dopis o poskytnutí rozhovoru**

### **Průvodní dopis:**

V Plzni dne 25. 3. 2014

#### *Žádost o rozhovor*

Dobrý den,

jsem studentem oboru veřejná a sociální politika na Fakultě sociálních věd, Univerzity Karlovy v Praze.

V rámci mé diplomové práce na téma Specializační vzdělávání lékařů v oboru Praktický lékař pro děti a dorost v České republice se na vás obracím s žádostí o poskytnutí expertního rozhovoru k tématu mé diplomové práce. V rámci diplomové práce s názvem „Specializační vzdělávání lékařů v oboru Praktický lékař pro děti a dorost v České republice“, která je vypracována pod záštitou FSV UK, jsem se rozhodl vás požádat o spolupráci na této analýze. Cílem mé práce je zhodnotit současný stav specializačního vzdělávání v oboru Praktických lékařů pro děti a dorost a jeho následná reflexe.

Vaše spolupráce je zcela dobrovolná. Případný rozhovor by byl pro potřeby diplomové práce nahráván na záznamové zařízení. V případě vaší žádosti mohou být získané informace zveřejněny anonymně. Získané informace budou využity pouze pro studijní potřeby v rámci zpracování této diplomové práce.

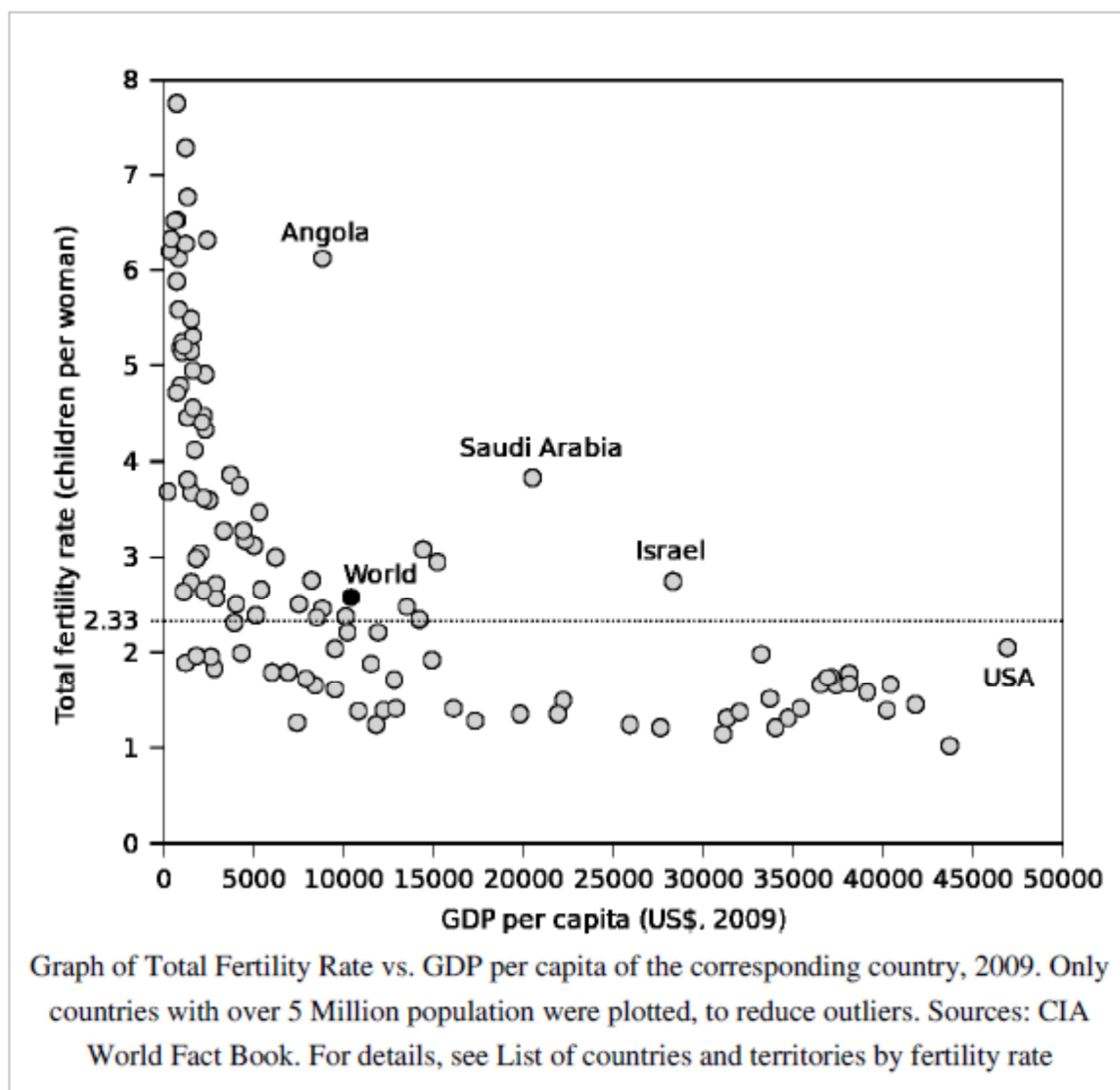
V případě dotazů kontaktujte výzkumníka ([vacatkom@gmail.com](mailto:vacatkom@gmail.com), tel.: 736 172 534) nebo vedoucího bakalářské práce MUDr. Petra Hávu, CSc. (email: [petr.hava@gmail.com](mailto:petr.hava@gmail.com)).

Těším se na případnou spolupráci.

S pozdravem

Bc. Michal Vacátko

## Příloha 6: Demograficko-ekonomický paradox



**zdroj:** Wikipedia, 2014 [http://en.wikipedia.org/wiki/Demographic-economic\\_paradox](http://en.wikipedia.org/wiki/Demographic-economic_paradox)

## Příloha 7: Tabulky s počty PLDD v jednotlivých věkových skupinách

Tabulka: Počet lékařů podle hlavního oboru činnosti v jednotlivých věkových kategoriích

### 4.4.3 Lékaři (fyzické osoby) podle hlavního oboru činnosti – muži a ženy

*Physicians (natural persons) by main branch of activity – males and females*

2/2

Obor Branch	Věková skupina Age group						Celkem Total
	-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70+	
dermatovenerologie	70	131	244	245	136	37	863
klinická onkologie	41	75	76	59	36	6	293
radiační onkologie	28	83	85	53	33	7	289
dorostové lékařství	-	-	-	2	2	-	4
tělovýchovné lékařství	1	3	5	11	14	3	37
lékařská genetika	6	24	32	27	14	5	108
posudkové lékařství	-	15	50	143	168	64	440
všeobecné praktické lékařství	100	503	970	2 174	1 253	327	5 327
praktické lékařství pro děti a dorost	3	73	372	900	626	85	2 059
perinatologie	-	1	1	-	1	-	3

zdroj: ÚZIS ročenka 2012

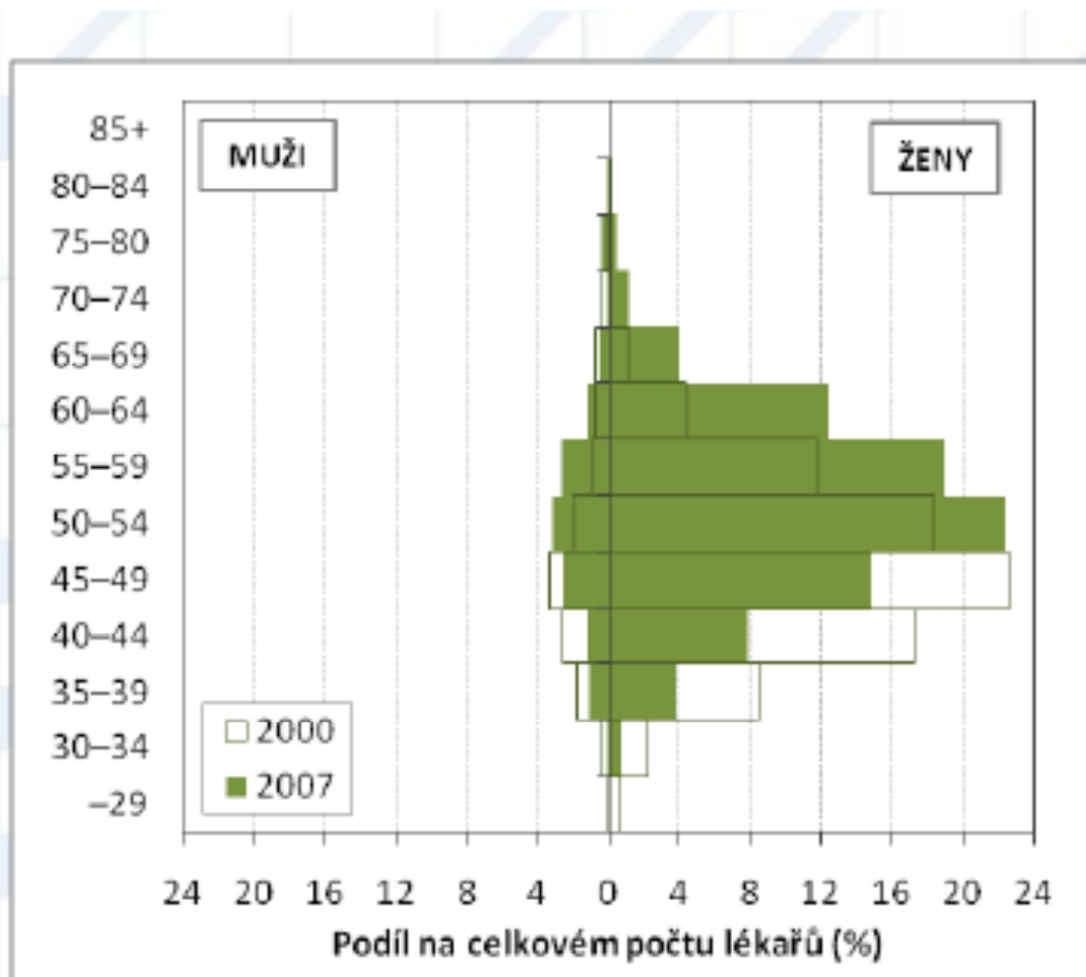
Tabulka: Podíl lékařů podle věkových kategorií v ČR v roce 2007 v %.

Tabulka 1 Podíl lékařů podle věkových kategorií za jednotlivé obory primární zdravotní péče, Česká republika, 31. 12. 2007, v %								
Věková kategorie	Všeobecné praktické lékařství		Praktické lékařství pro děti a dorost		Gynekologie a porodnictví		Zubní lékařství	
	relativně	rel. kum.	relativně	rel. kum.	relativně	rel. kum.	relativně	rel. kum.
-29	0,5	0,5	0,2	0,2	10,8	10,8	7,5	7,5
30-34	3,2	3,7	0,9	1,1	9,8	20,6	5,9	13,3
35-39	6,5	10,2	4,9	6,0	11,7	32,3	7,9	21,3
40-44	8,2	18,4	9,1	15,1	9,6	41,8	7,2	28,5
45-49	15,9	34,2	17,3	32,4	13,4	55,2	8,2	36,7
50-54	25,8	60,0	25,6	58,0	14,2	69,4	28,2	64,9
55-59	15,8	75,8	21,6	79,6	12,3	81,7	18,8	83,6
60-64	13,1	88,9	13,6	93,2	10,3	92,0	10,8	94,4
65-69	6,3	95,2	4,5	97,8	4,5	96,4	4,1	98,5
70-74	2,8	98,0	1,3	99,1	2,1	98,5	1,1	99,6
75-79	1,7	99,7	0,8	99,9	0,8	99,2	0,3	100,0
80-84	0,3	99,9	0,1	100,0	0,7	99,9	0,0	100,0
85 a více	0,1	100,0	0,0	100,0	0,0	100,0	0,0	100,0
<b>Celkem</b>	<b>5 172 lékařů</b>		<b>2 140 lékařů</b>		<b>2 386 lékařů</b>		<b>6 685 lékařů</b>	

Zdroj: ÚZIS ČR, 2009, vlastní výpočty.

Zdroj: Šídlo, 2011

## Příloha 8: Věková pyramida populace PLDD v ČR v letech 2000 a 2007

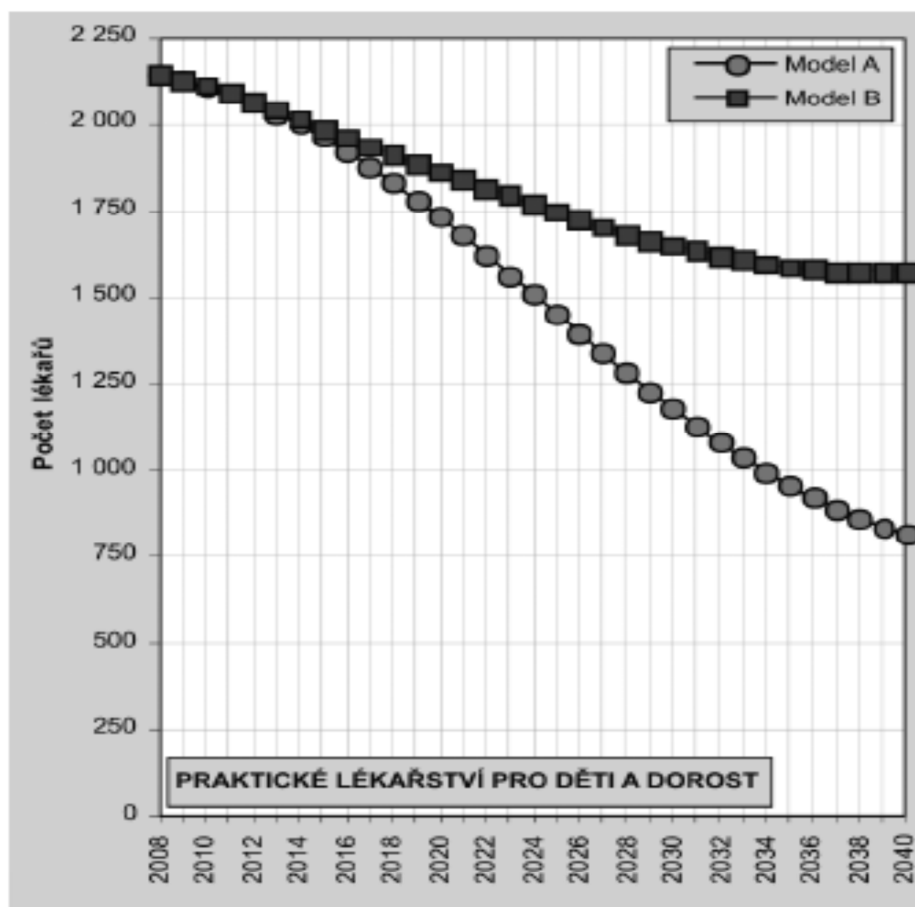


**Struktura lékařů podle věku a pohlaví,  
Česká republika, 2000 a 2007 (koncové stavy)**

Zdroj: Šídlo, 2010-prezentace



## Příloha 9: Projekce pravděpodobného vývoje populace PLDD v České republice při současném trendu vývoje



Obr. 2 Projekce počtu lékařů podle modelů A a B k 1.1. daného roku

Zdroj: Šídlo, 2011

### Model A

Model zachování současného počtu vstupujících do systému (model A) byl založen na myšlence, že roční počet nově vstupujících lékařů do jednotlivých oborů primární zdravotní péče zůstane stejný, resp. že bude odpovídat průměrným hodnotám z období 2005–2007. Dalšími vstupními hypotézami byl předpoklad nulového migračního salda, kdy bylo prokázáno, že odliv/příliv lékařů primární zdravotní péče není v současné době významný [viz např. Vavrečková a kol., 2008], a zachování stejné intenzity výstupů ze systému podle věku lékařů po celé projekční období.

### Model B

Model optimálního budoucího vývoje (model B) si dává za cíl odhadnout co možná nejméně pravděpodobný, resp. co nejvíce realistický budoucí vývoj počtu a struktury lékařů primární zdravotní péče podle jednotlivých oborů činnosti. Model poukazuje na nutné kroky, které by vedly k zachování současného systému dostupnosti a kvality primární zdravotní péče. Pojem „optimální“ v názvu tohoto modelu pak není myšlen ve vztahu k pozitivním výstupům, jak by se možná mohlo z prvního pohledu zdát (a spojovalo s termínem „optimistický“), ale spíše právě k určité optimální koncepci, jak řešit již vzniklé problémy, a to často i za vědomí dočasně zhoršení daného stavu.

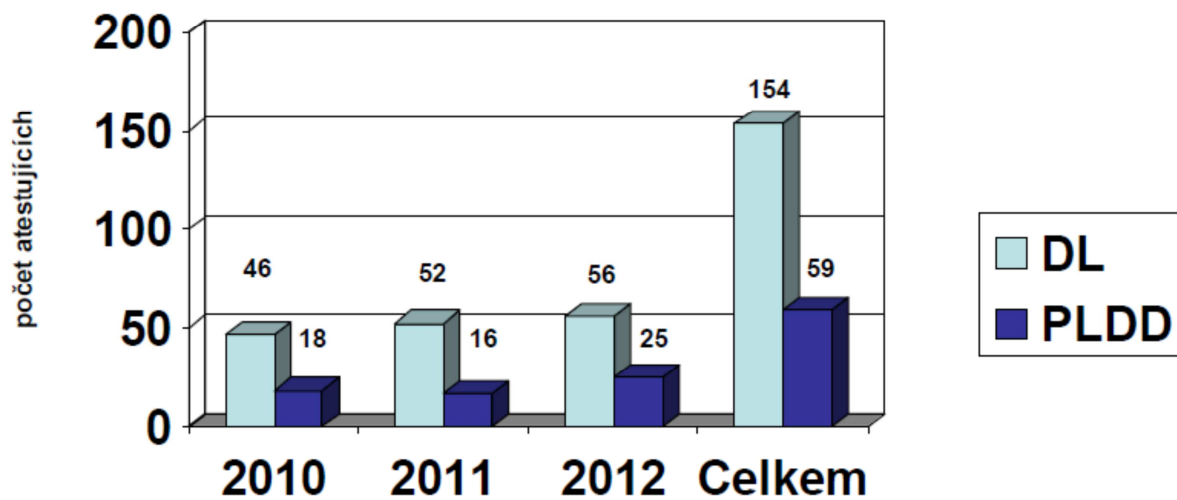
Autorem projekce je Luděk Šídlo, zveřejněno v článku Primární péče ve zdravotnictví časopise Zdravotnictví v České republice v roce 2011

**Příloha 10: Náklady na specializační vzdělávání rezidenta ve vybraných oborech**

Obor specializačního vzdělávání	Počet rezidentů	Minimální délka specializačního vzdělávání/roky	Celková dotace na 1 rezidenta za celé SV	Celková dotace na rezidenty za celé specializační vzdělávání
Všeobecné praktické lékařství	100	3	1 008 000	100 800 000
Radiologie a zobrazovací metody	70	5	444 000	31 080 000
Patologie	30	5	444 000	13 320 000
<b>Praktické lékařství pro děti a dorost</b>	<b>15</b>	<b>4</b>	<b>1 176 000</b>	<b>17 640 000</b>
Soudní lékařství	15	5	480 000	7 200 000
Lékařská mikrobiologie	15	5	444 000	6 660 000
Klinická biochemie	15	5	480 000	7 200 000
Finanční prostředky vynaložené celkem na RM 2013				183 900 000

Zdroj: Ministerstvo zdravotnictví České republiky 2013

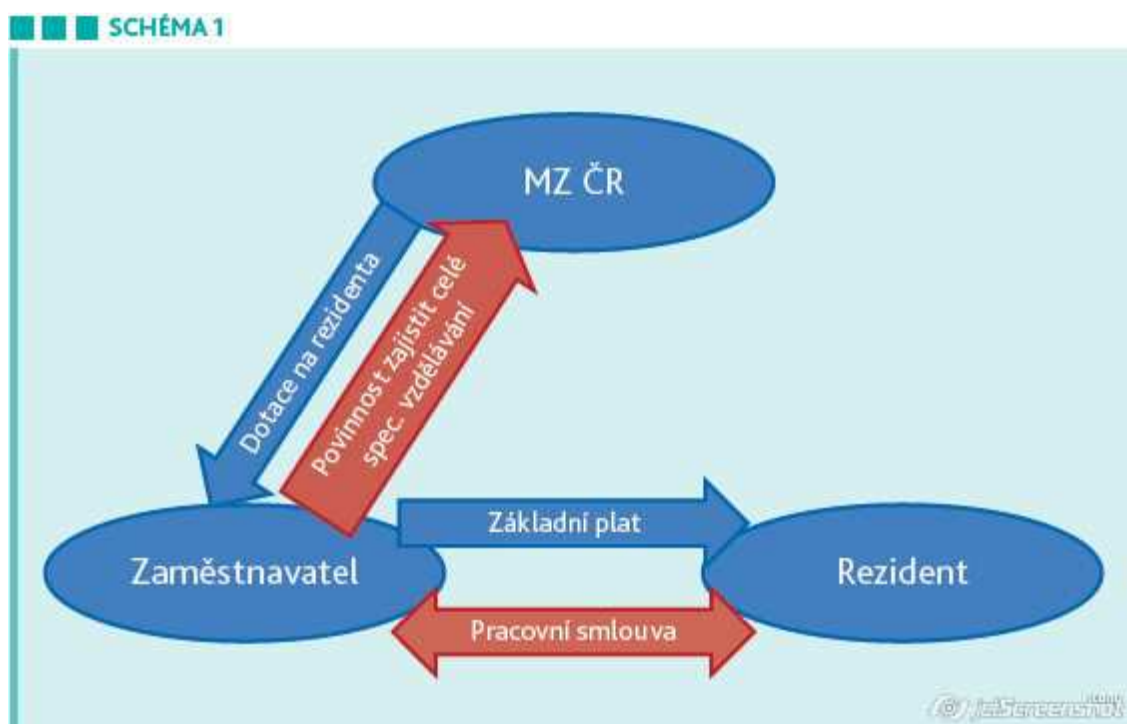
**Příloha 11: Počet nově atestovaných lékařů v oborech dětské lékařství a PLDD v letech 2010-2012**



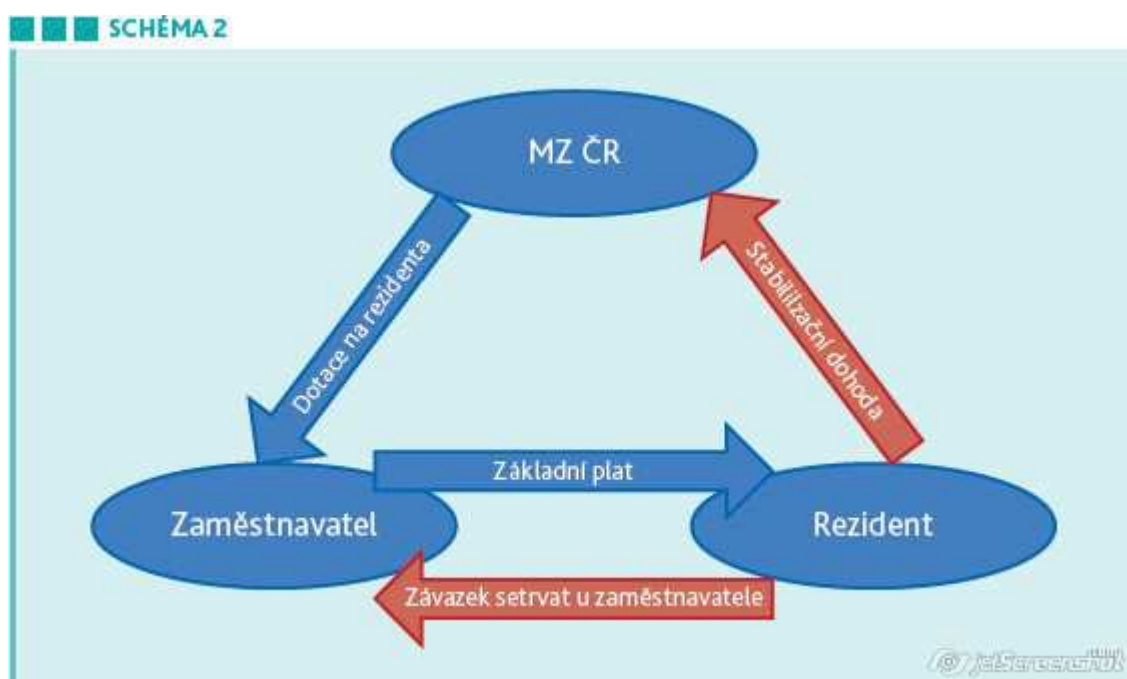
Zdroj: Česká pediatriká společnost, <http://www.pediatrics.cz/specializacni-vzdelavani/>

## Příloha 12: Staré a nové schéma poskytování rezidenčních míst

### Staré schéma, současný PLDD



### Nové schéma, ostatní obory



Zdroj: Šedo, 2013

## Příloha 13: Historická analýza

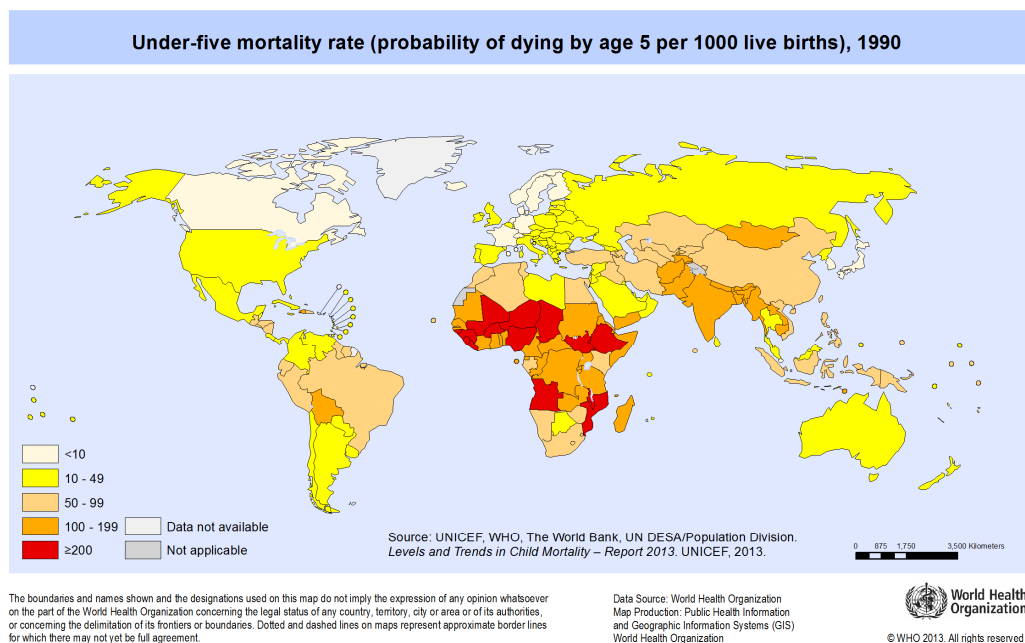
	Do roku 1990	1990-1997	1998-2006	2007-2014 (po současnost)
<b>KONCEPCE</b>	Komplexní centrálně plánovaný a řízený systém	Transformace trhu práce- tržní mechanismy Liberalizace systému Odstátnění	Vliv vstupu do EU- standardizace systému	EU- Zelená kniha o pracovnících v Evropě 2009
<b>LEGISLATIVA</b>	2/1969 Sb. Zákon České národní rady o zřízení ministerstev a jiných ústředních orgánů státní správy České socialistické republiky 72/1971 Sb. Vyhláška ministerstva zdravotnictví České socialistické republiky o zdravotnických pracovnících a jiných odborných pracovnících ve zdravotnictví, <i>zrušena č. 77/1981</i> 77/1981 Sb. Vyhláška ministerstva zdravotnictví České socialistické republiky o zdravotnických pracovnících a jiných odborných pracovnících ve zdravotnictví, <i>zrušena č. 393/2004</i>	550/1991 Sb. Zákon České národní rady o všeobecném zdravotním pojištění, <i>zrušen 48/1997</i> 48/1997 Sb. Zákon o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů	95/2004 Sb. Zákon o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta 393/2004 Sb. Vyhláška, kterou se zrušuje vyhláška č. 77/1981 Sb., o zdravotnických pracovnících a jiných odborných pracovnících ve zdravotnictví 395/2004 Sb. Vyhláška, kterou se stanoví zkušební řád pro atestační zkoušky a pro aprobační zkoušky lékaře, zubního lékaře a farmaceuta), <i>zrušena č. 188/2009</i>	338/2008 Sb. novela zákona č. 95/2004 Sb. 185/2009 Sb. Vyhláška o oborech specializačního vzdělávání 186/2009 Sb. Vyhláška o stanovení postupu při vyhlášení výběrového řízení na rezidenční místo, průběhu výběrového řízení na rezidenční místo a základních kritériích výběru rezidenta 188/2009 Sb. Vyhláška o atestační zkoušce 2009- vyhláška MZČR o stanovení postupu při vyhlášení výběrového řízení na rezidenční místo, 31/2010 Sb. Nařízení vlády o oborech specializačního vzdělávání a označení odbornosti zdravotnických pracovníků se specializovanou způsobilostí 346/2011 Sb. Zákon, kterým se mění zákon č. 95/2004 Sb. 372/2011 Sb. Zákon o zdravotních službách 369/2011 Sb. Zákon, kterým se mění zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění
<b>ORGANIZACE</b>	Kontrola KÚNZ, OÚNZ	Decentralizace, Zodpovědnost- Okresy, zrušení OÚNZ, KÚNZ	Reforma veřejné správy 2003- Zrušení okresů zavedení krajů	2009- rezidenční program MZ Rozhodovací pravomoc převedena na soukromou firmu
<b>FINANCOVÁNÍ</b>	Státní rozpočet	Zavedení systému zdravotních pojišťoven 1990- VZP 1994- ZZP	Nedostatky v systému financování- vytváření deficitů 95/2004 Sb. - Financování specializačního vzdělávání prostřednictvím dotací na rezidenční místa	Reforma veřejných financí- škrty Zavedení systému financování rezidenčních míst ministerstvem zdravotnictví- 2009
<b>VÝSLEDEK</b>	Centrálně řízený systém	Ztráta kontroly nad systémem Liberální fungování systému, zdravotnictví mělo fungovat jako nezávislá instituce	Změna ve specializačním vzdělávání lékařů	Změny v systému

## Příloha 14: Identifikace aktérů

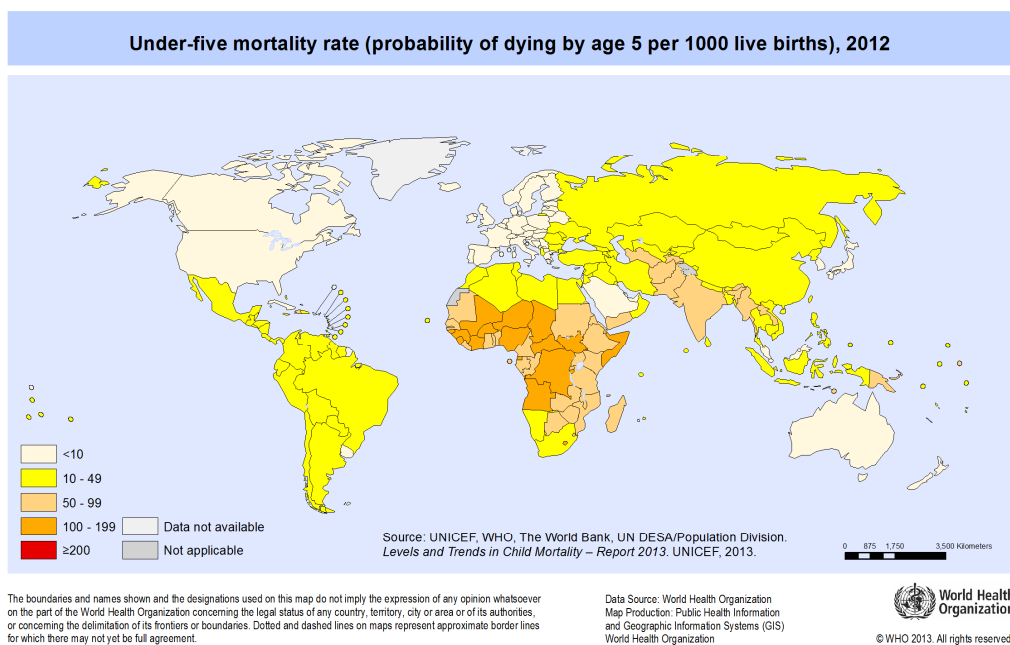
Aktér	Vztah k problematice	Primární kompetence	Odpovědnost+ Dopady	Možnosti vlivu
	<i>Právní subjektivita K čemu jsou aktéři oprávněni</i>	<i>Vymezení pozice ve zkoumaném systému</i>	<i>Spojené i s morálními a sociálními důsledky, problémy spojené s aktivní participací na problematice</i>	
Ministerstvo zdravotnictví	- Na základě zákona č. 95/2004 Sb. - Zákon č. 2/1069 Sb.	-Kontrola, dohled a analýza systému -Regulace vzdělávacího procesu -Financování	-Nedostatečné analytické kapacity -Špatná spolupráce s dalšími aktéry - Ústup před ekonomickými zájmy	Vytvoření vyhlášky o činnostech Zlepšení spolupráce a vymezení kompetencí s dalšími aktéry
PLDD+ Poskytovatelé rezidenčních míst	- Poskytovatelé primární péče - Školitelé lékařů v oboru	-Zajištění poskytování primární péče -Školitelé	-Složitá administrativa -Finanční rizika- Neochota odchodu do důchodu Motivace ekonomický zisk	- Zlepšení spolupráce s lékaři z oboru dětské lékařství
Nemocnice	- V rámci problematiky specializačního vzdělávání PLDD poskytovatelé vzdělávacích praxí - Zaměstnavatelé lékařů v oboru dětské lékařství	-Praxe v nemocnicích součástí specializačního vzdělávání v oboru PLDD -Školitelé v rámci oboru Dětská pediatrie- možný přechod na PLDD	- Kvalifikační dohody- úpisy na 5 let - Neochota přijímat zájemce o PLDD - Ekonomické zájmy	- Zlepšení spolupráce při poskytování specializačního vzdělávání
Profesní organizace SPLDD ČR, OSPLD PLS JEP	- Zástupci poskytovatelů primární zdravotní péče pro děti a dorost	- Spolupráce s IPVZ a MZČR	- Špatná spolupráce s MZČR - Špatné vztahy s Pediatrickými společnostmi	- Ekonomické zájmy - Organizace vzdělávání
Zájemci o práci v oboru PLDD (absolventi lékařských fakult)	- Mladí lékaři - Zájemci o práci v oboru	- Příjemci dotací na rezidenční místo		
IPVZ	- Delegovaná působnost MZČR- veřejnoprávní smlouva	- Zajištění specializačního vzdělávání PLDD, vzdělávací kurzy - Zajištění průběhu specializačního vzdělávání lékařů v oborech VPL a PLDD	- Organizace a dohled na specializační vzdělávání PLDD	- Analytická činnost v oblasti potřeb specializačního vzdělávání v oboru PLDD
ČLK	- Zákon č. 220/1991 Sb., o lékařské komoře - Stavovský předpis č. 16 o celoživotním vzdělávání	- Zajištění zdravotní péče v rámci své územní působnosti	- Snaha o celkové převzetí agendy a organizace specializačního vzdělávání	-Špatná spolupráce s MZČR -Snaha o převzetí agendy
Pojišťovny	- Zákon č. 48/1997 Sb., zajištění dostupnosti zdravotní péče	- Zajištění zdravotní péče klientům	Ze Zákona zajištění dostupnosti a kvality zdravotní péče	- Omezené možnosti vlivu vzhledem k jejich pluralitě a nejasnému vymezení nástrojů
Lékařské fakulty	- Delegovaná působnost MZČR- veřejnoprávní smlouva	-Kurzy, vzdělávání Zajištění specializačního vzdělávání dětské lékařství -Zajištění průběhu specializačního vzdělávání lékařů ve všech lékařských oborech, kromě VPL a PLDD	Poskytování odborné přípravy  Univerzitní vzdělávání Specializační vzdělávání v ostatních oborech	Přizpůsobení vzdělávání současným trendům, Možnost specializace již při vysokoškolském studiu

## Příloha 15: Vývoj úmrtnosti dětí do 5 let ve světě

### 1. V roce 1990

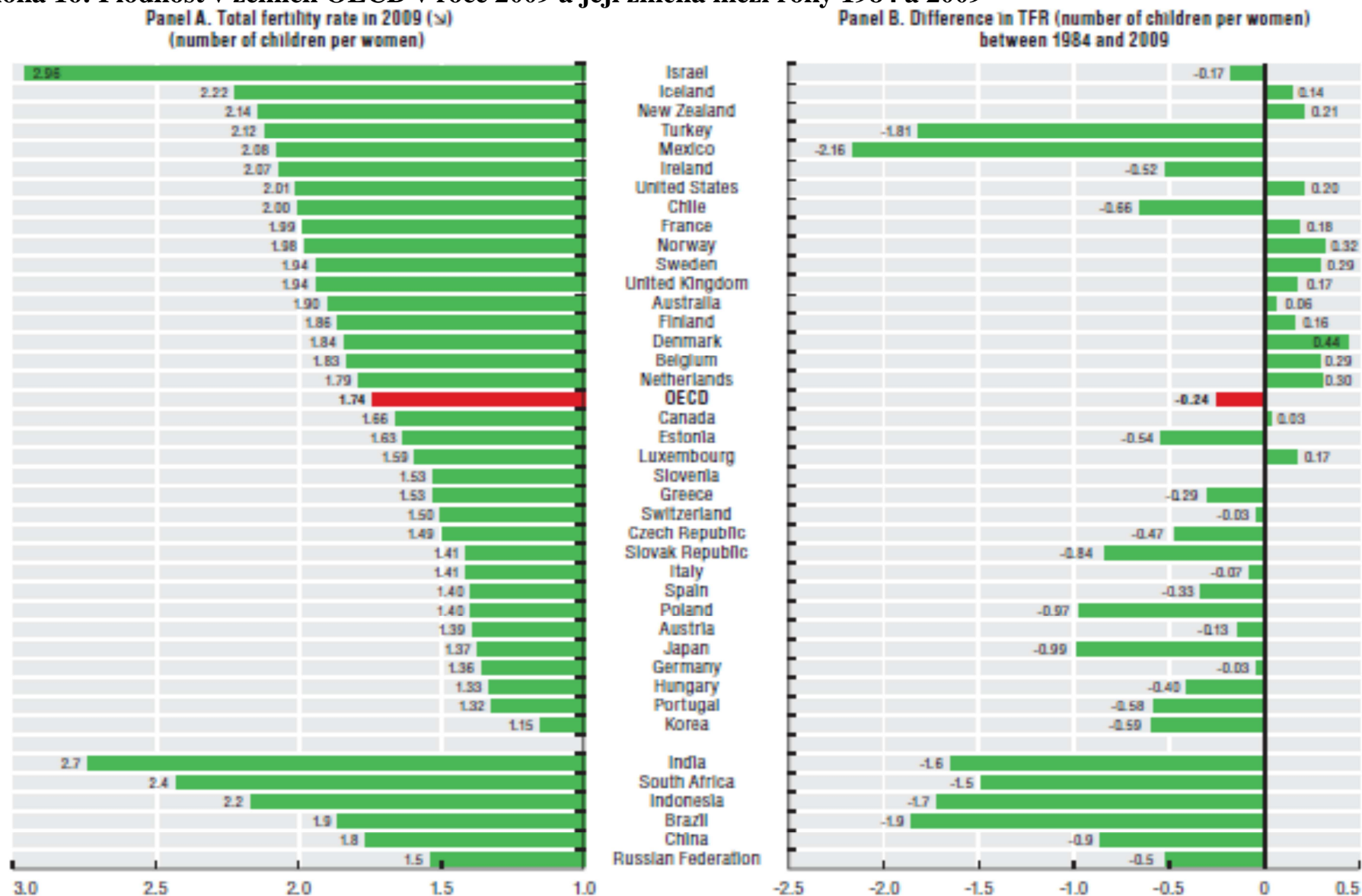


### 2. V roce 2012



zdroj: <http://gamapserver.who.int/mapLibrary/app/searchResults.aspx>

# Příloha 16: Plodnost v zemích OECD v roce 2009 a její změna mezi roky 1984 a 2009



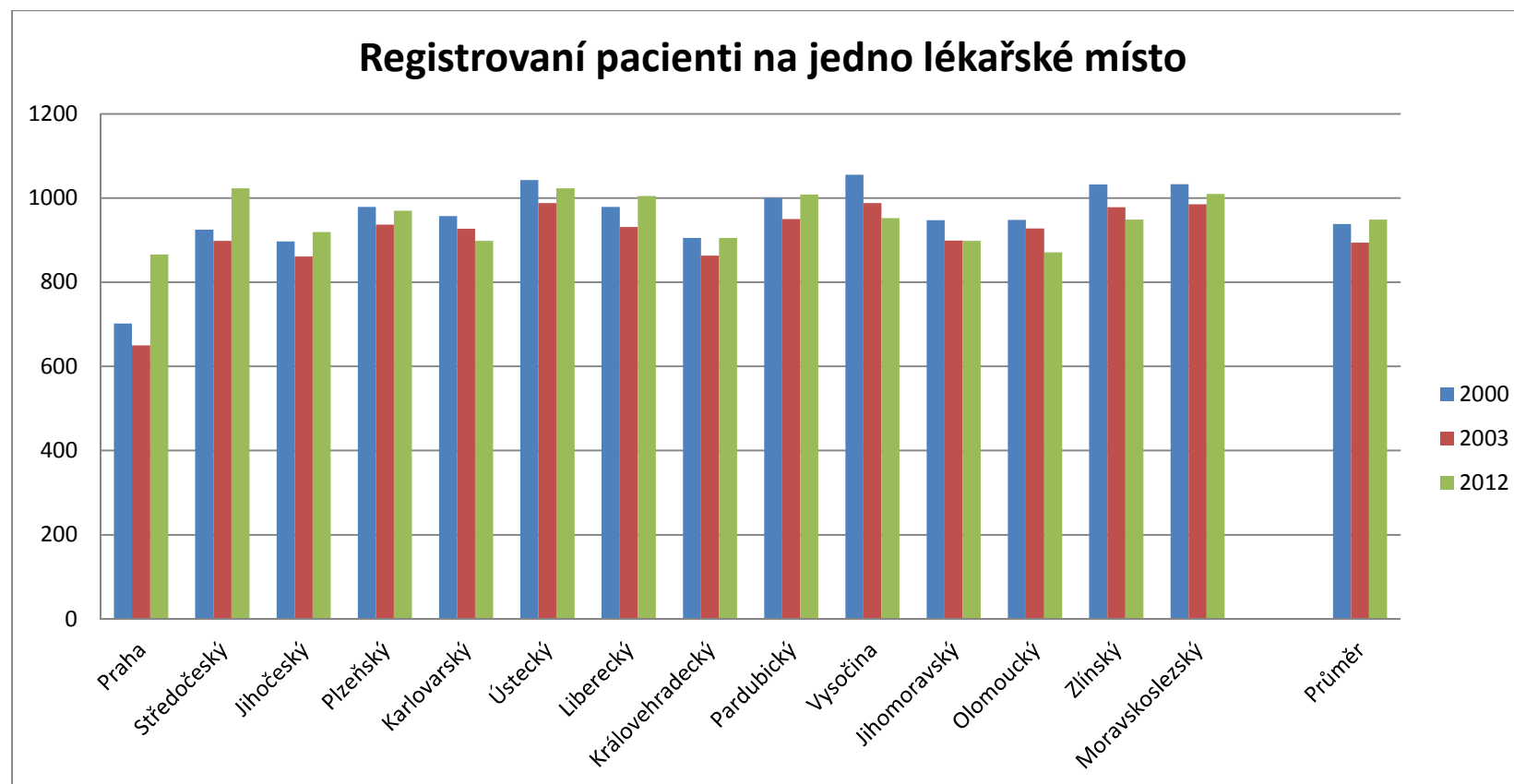
zdroj:

OECD, 2011 Society at a Glance



## Příloha 17: Vývoj počtu registrovaných pacientů na jednoho lékaře v oboru PLDD v krajích

	Praha	Středo	Jihočeský	Plzeňský	Karlovarský	Ústecký	Liberecký	Králove	Pardubický	Vysočina	Jihomo	Olomoucký	Zlínský	Průměr
<b>2000</b>	702	925	897	979	957	1 043	979	905	1 000	1055	947	948	1 032	<b>1033</b>
<b>2003</b>	650	898	861	937	927	988	931	863	950	988	899	928	978	<b>985</b>
<b>2012</b>	866	1023	919	970	898	1023	1005	905	1008	952	898	871	949	<b>1010</b>



Zdroj: Autor, Pramen: ÚZIS: 2001, ÚZIS: 2004, ÚZIS: 2013