

Kapitola 6

ORGANIZACE ZDRAVOTNICTVÍ, PRÁCE ZDRAVOTNÍKŮ, LÉČITELSTVÍ

Organizace zdravotnictví

Obecně

Zdravotní péči zabezpečují ve většině zemí poskytovatelé jak veřejní, tak soukromí. Veřejné poskytovatele představují instituce zřízené státem či územní samosprávou.

Soukromý sektor představuje sektor neziskový, který před zvláště církevní instituce a družstva a komerční. Opomíjet nelze ani lékaře provozující osobní lékařskou praxi.

Právní forma se v některých případech rozchází s realitou. Veřejný sektor může být organizován jako soukromý. Poskytovatelé jsou formálně akciové společnosti či jiné obchodní společnosti, avšak nadále je ovládá stát či územní samospráva. Veřejný sektor může být řízen státem či příslušnou územní samosprávou s různou intenzitou. Leckdy bývá komercializován. Státem či samosprávou dosazení ředitelé a další manažeři těší značné volnosti. Naopak soukromý sektor zdravotnictví může být svázán řadou zákonů týkajících se dostupnosti a jakosti jím poskytované zdravotní péče, nýbrž také práce zdravotnických pracovníků.

Výhody a nevýhody jednotlivých voleb jsou přesto patrné. Veřejný sektor má určitý sklon k nehospodárnosti a k zaostávání. Naopak snaha soukromých podnikatelů o zisk může jít na úkor dostupnosti zdravotní péče obyvatelstvu. Mnohé státy se tak snaží vhodně mísit oba dva sektory a ovlivnit jejich vlastnosti. Užitečnou se zpravidla jeví soutěž poskytovatelů.

Privatizace zdravotnictví byla a zůstává spornou záležitostí. V některých zemích je soukromý sektor dobře zapojen do poskytování zdravotní péče. Jinde se privatizace a komercializace naopak neosvědčily a stát či územní samospráva přebíraly poskytovatele znovu do své správy a vlastnictví.

Vyspělé státy kvůli obavám z tlaku na privatizaci a komercializaci zdravotnictví vesměs odmítly sektorovou liberalizaci v rámci Všeobecné dohody o obchodu službami (GATS).

Sektory zdravotnictví v zahraničí

V jednotlivých zemích je různý poměr jednotlivých sektorů poskytovatelů zdravotní péče. Podoba zdravotnictví samozřejmě úzce souvisí s organizací jeho financování

Některé státy zabezpečují své obyvatelstvo prostřednictvím státního zdravotnictví, tzv. národní zdravotní služba. Ikonickým je National Health Service v jednotlivých zemích Velké Británie. Vedle zde působí hojně soukromé nemocnice, poskytující zdravotní péči na základě přímé úhrady či soukromého pojištění. Národní zdravotní služby zcela převažují též ve skandinávských zemích, víceméně zde chybí soukromý sektor, protože péče je dobrá a společnost je rovnostářská. Národní zdravotní služby mohou vykazovat různou míru (de)centralizace.

Krajní podobou národní zdravotní služby bylo ostatně zcela postátněné zdravotnictví v socialistických zemích, tzv. Semaškův model.

Řada států světa má zvláštní státní instituce poskytující zdravotní péči pro vybrané skupiny obyvatel: armáda, policie, vězení, školy, sociálně vyloučené skupiny obyvatel (Indiáni v USA) či pro pacienty trpící některými vážnými onemocněními (například tuberkulóza, AIDS, zranění váleční veteráni).

Velké a specializované nemocnice bývají ve správě státní moci a ve velkých státech s decentralizací pak dílčích státních útvarů (dílčích států, spolkových zemí, regionů). Tyto

velké nemocnice či specializované nemocnice běžně slouží též výuce mediků a souvisejícímu výzkumu.

Malé nemocnice se naopak vesměs svěřují jednotkám územní samosprávy: krajům, okresům, městům či obcím. Odvisí to pochopitelně též od uspořádání územní samosprávy. Jednotlivé státy mají obrovské rozdíly v lidnatosti a počtu obcí a podobě vyšších územněsprávních a samosprávných celků.

Podoba řízení a správy těchto nemocnic se liší stát od státu. Existují nejrůznější modely správních rad a řídicích grémií odrážejících jednotlivé zájmy. V některých nemocnicích jsou dokonce patrné prvky profesní samosprávy.

Ve středověku a raném novověku poskytovala církev podstatnou část zdravotní a sociální péče. Dodnes církevní zdravotnictví hraje nepřehlédnutelnou roli v zemích, kde má náboženství značný význam (například Polsko – až 10% nemocnic). Nalézt lze rovněž neziskové právnické osoby jako poskytovatele zdravotní péče – nadace, obecně prospěšné společnosti či družstva.

Část zdravotnictví byla vždy soukromá a zaměřená na dosahování zisku v úzkém slova smyslu pro své majitele, jakkoli běžně se nemalá část tohoto zisku proměnila ve vysoké příjmy pro vedoucí lékaře, kteří jsou pravidelně majiteli či podílňiky, protože mají vlastní majetek využitelný pro investice jako kapitál.

Řada vyspělých států se rozhodla během posledních desetiletí pro značnou komercializaci a částečnou privatizaci zdravotnictví. Poskytovateli se vesměs staly malé obchodní společnosti založené a ovládané zpravidla přímo vedoucími lékaři. Potřeba investic a možnost zisku však přinesla angažmá institucionálních investorů. V některých zemích se objevily řetězce nemocnic či ambulancí.

Organizace zdravotnictví v Československu a v ČR od socialismu do současnosti

Za Rakouska-Uherska a v meziválečném Československu bylo zdravotnictví smíšené. Veřejné byly největší nemocnice – třeba Zemská veřejná nemocnice v Brně (nemocnice u svatě Anny). Spravovaly je jednotlivé země či stát. Mnohá další zdravotnická a zaopatřovací zařízení provozovala římskokatolická církev a s církvemi spojené instituce. Nepřehlédnutelné bylo vojenské zdravotnictví. Existovala rovněž soukromá sanatoria. Praktičtí lékaři byli bezvýjimečně soukromí. Na venkově tito lékaři obsluhovali státem vymezené obvody.

Socialistické Československo zdravotnictví zcela postátnilo (uvedený Semaškův model). Poskytovatelé představovaly instituce zřizované státem – po federalizaci především republiky – a jednotlivé krajské, okresní a místní ústavy národního zdraví sdružující jednotlivé nemocnice a léčby ambulance a polikliniky (střediska) krajského, okresního či místního významu. Některá odvětví hospodářství a správy – doly, hutě, železnice, armáda, další ozbrojené složky – měly vlastní zdravotnictví.

Po roce 1990 československé, respektive české (obdobně také slovenské) zdravotnictví neminula privatizace a komercializace. Ještě předtím však proběhla reorganizace okresních a krajských ústavů národního zdraví na zdravotnická zařízení s vlastní právní subjektivitou. Právní rámec pro zakládání a provoz nestátních zdravotnických zařízení stanovoval zvláštní zákon č. 160/1992 Sb.

Nadále nicméně existují státní, resp. samosprávná zdravotnická zařízení, resp. poskytovatelé, jakkoli v různých právních formách. Privatizovat zdravotnictví ještě více usilovaly vlády pravicové či pravostředové (kde dominovala ODS). Podobně částečně privatizovaly či přinejmenším komercializovaly svěřené zdravotnictví pravicí od svého vzniku desetiletí ovládané kraje.

Naopak ČSSD se pokoušela zdravotnictví znovu postátnit. Zákon 245/2006 Sb. o veřejných neziskových ústavních zdravotnických zařízeních (ministr Rath) zamýšlel zdravotnictví dílem postátnit vyhrazením veřejného financování pouze takto reorganizovaným poskytovatelům. Reorganizaci učinil nicméně dobrovolnou Ústavní soud kvůli narušení autonomie krajů a jejich vlastnictví.

Po roce 2010 žádná vláda neplánuje zásadní reorganizaci zdravotnictví. Další komercializace a privatizace zdravotnictví se ukázala být citlivou. Různé dílčí změny se však navrhuji průběžně.

Realita: ambulance, polikliniky

Ambulance, polikliniky, specializované ordinace a lázně jsou zpravidla soukromé. V mnoha případech se na privatizaci podíleli vedoucí lékaři těchto zdravotnických zařízení. Stále je běžné, že společníci jsou především samotní lékaři či jejich příbuzní. V rostoucí míře však též do zdravotnictví vstupují institucionální investoři.

Polikliniky zůstávají vesměs provozované samostatnými obchodními společnostmi. Řetězce poliklinik a ambulancí s více zdravotnickými zařízeními (pracovišti) zůstávají zatím výjimečné - Moje ambulance.

Patrná je tendence přecházet na formu obchodní společnosti – tu lze nyní snadno založit bez rozsáhlejšího kapitálu – též u individuálních praxí. Důvodem je bezpochyby omezení osobní odpovědnosti lékaře při rostoucí odpovědnosti za újmu na zdraví či svobodě (kapitola 4). Četnější reorganizaci lékařských praxí na korporace patrně brání neochota veřejných zdravotních pojišťoven připustit přechod smluvních vztahů (kapitola 7).

Některá města a obce se nicméně rozhodla zachovat některé polikliniky jako veřejné poskytovatele zdravotní péče (například reorganizované polikliniky Žerotínovo náměstí a Zahradníková v Brně).

Je třeba zdůraznit, že ambulantní a jednodenní zdravotní péči poskytují rovněž malé střední a velké nemocnice, některé zřizují ve svých areálech zvláštní zdravotnická zařízení.

Nemocnice

Nemocnice Zabezpečují zejména hospitalizaci pacientů – akutní, následnou (doléčovací). Samozřejmě mohou poskytovat též jednodenní a ambulantní péči, což je praktické pro další zabezpečení dříve či pravidelně hospitalizovaných pacientů.

Stát zřizuje a spravuje fakultní nemocnice – tak nazvané stejně jako další specializované nemocnice (v Brně Masarykův onkologický ústav). Ty se ve spolupráci s lékařskými fakultami podílejí na praktické výuce. Jedna z minulých vlád navrhovala proměnit v akciové společnosti (ovšem bez klíčových rysů), opakovaně se objevovaly a objevují záměry reorganizovat fakultní nemocnice na univerzitní a vybavit je samostatnými správními či dozorčími radami.

Oblastní nemocnice byly po ustavení krajů v roce 2000 převedené do správy těchto jednotek územní samosprávy. Kraje následně mají různou politiku. Některé transformovaly nemocnice do akciových společností či společností s ručením omezeným. Některé zřídily obchodní společnost pro každou nemocnici, jiné provozují prostřednictvím jedné právnické osoby více nemocnic zároveň. Jiné kraje provozují nemocnice nadále jako příspěvkové organizace nebo neziskové právnické osoby.

Některé kraje některé své nemocnice privatizovaly. Nejvýznamnější řetězec soukromých nemocnic provozuje zejména v Moravskoslezském a Olomouckém kraji koncern AGEL.

V Česku působí jen ojediněle církevní nemocnice (Praha), patrné je církevní angažmá při poskytování léčebně-rehabilitační a paliativní péče (hospice).

Funkční hierarchie nemocnic vyplývá z poskytovaných oborů zdravotní péče na základě oddělení, klinik, center a dalších pracovišť v nich existujících, jejich financování (proměnlivě vstřícném či skoupém vůči jednotlivým oborům medicíny jednotlivými zdravotními pojišťovnami – kapitola 7).

Rozlišit se tak mohou velké nemocnice s desítkami často specializovaných klinik a dalších oddělení. V nich nalezneme pracoviště, které poskytují nákladnou léčbu některých závažných onemocnění (centrová léčba). Vybrané velké nemocnice v univerzitních městech se podílejí na výuce mediků a adeptů dalších zdravotnických povolání úzce propojenými lékařskými a zdravotnickými fakultami. Za velké nemocnice se dá označit dvě až tři desítky nemocnic. Velké nemocnice a specializované nemocnice a léčebny (níže) sdružuje Asociace nemocnic České republiky.

Celostátní či nadregionální význam mají dále psychiatrické nemocnice (léčebny), odborné léčebné ústavy pro léčebně-rehabilitační péči v jednotlivých oborech a léčebny dlouhodobě nemocných (LDN).

Malé nemocnice působí zpravidla v okresních a mívají jenom několik základních klinik a oddělení. Poskytují základní hospitalizace. Je patrný trend pacienty vyžadující specializovanou péči posílat na složité zákroky do velkých nemocnic. Některé malé nemocnice mají dlouhodobé problémy udržet některé kliniky a oddělení. Pravidelně se pochybuje o smysluplnosti nejmenších nemocnic. Sídlní města těchto nemocnic se je však vesměs snaží udržet. Malých nemocnic je více než stovka. Odlišné pohledy a zájmy týkající se organizace a souvisejícího veřejného financování (kapitola 7) ztělesnila Asociace českých a moravských nemocnic.

Armáda České republiky provozuje vojenské zdravotnictví, jehož důležitou složkou jsou vojenské nemocnice. Tyto nemocnice v nemalé míře zabezpečují s ohledem na úpadek branné povinnosti a její zrušení po roce 2000 nicméně též civilní obyvatelstvo. Armáda má rovněž své polní zdravotnictví, které se osvědčuje na vojenských misích.

Zdravotnická záchranná služba

Zdravotnická záchranná služba (záchranka) se zřizuje a spravuje zvláštním zákonem č. 374/2004 Sb. Organizuje se na úrovni jednotlivých krajů České republiky jako zvláštní příspěvková organizace se základnami, lékaři, zdravotnickými záchranáři a řidiči sanitních vozů velkých a malých.

Jednotlivé krajské záchranné služby využívají různé modely zdravotnické záchranné služby - rychlá lékařská pomoc, resp. rychlá zdravotnická pomoc spolupracující v systému rendez-vous, či klasický model.

Krajské zdravotnické záchranné služby v některých oblastech země doplnily nestátní záchranné zdravotnické služby. Letecká záchranná služba je organizována celostátně s desítkou základen. Integrovaný záchranný systém představuje vedle zdravotnických záchranných služeb též Hasičský sbor České republiky, Policie České republiky a další organizace.

Zakotvuje se součinnost poskytovatelů akutní lůžkové péče (tj. nemocnic) přijímat pacienty na základě stálé pohotovosti. Pro zdravotnickou záchrannou službu zákon stanoví řadu standardů provozu a dokumentace své činnosti.

Míra plánování a trhu ve zdravotnictví

Ve zdravotnictví nelze spoléhat pouze na působení trhu. Hrozí závažná selhání. Zdravotnictví potřebuje mimo jiné totiž mít určité rezervy pro mimořádné situace. Na druhé straně je třeba zvažovat rozumné rozmístění vzácných zdrojů: personálu, zařízení (lůžek, přístrojů, zázemí) a zásob (léčiva, zdravotnické prostředky) kvůli hospodárnosti. Bez jakéhokoli plánování převážně veřejně financované zdravotnictví nemůže fungovat nikde ve světě. Na druhé straně přehnané zasahování, zvláště pak nevhodné plánování, může zapříčinit úpadek zdravotní péče vyloučením jakékoli soutěže mezi poskytovateli.

Po roce 1989 v Československu a v Česku převládla a dodnes zůstává silná „rétorika volného trhu a proti plánování“. Zdravotnictví se všeobecně komercializovalo a částečně privatizovalo. Na druhé straně trvání veřejnosti na převážně veřejně financovaném zdravotnictví bez větších doplatků (kapitola 7) si žádá značné státní angažmá.

Samo udělování oprávnění k poskytování zdravotní péče či jiných zdravotních služeb však nástrojem plánování zdravotnictví není. Tím je především veřejné financování na základě smluv mezi veřejnými zdravotními pojišťovnami a poskytovateli. Při omezené ochotě českých pacientů platit soukromě za zdravotní péči je však třeba připustit, že zabezpečené veřejné hrazení péče představuje pravidelně nezbytný předpoklad obstarání personálu a materiálu pro zabezpečení příslušného oboru zdravotní péče a dalších zdravotních služeb.

Spádovost v organizaci zdravotní péče

Za socialismu bylo stanoveno každému, které zdravotnické zařízení mu poskytovalo zdravotní péči. Vymezení pro obyvatele bylo pomocí spádových území, nepřislušel-li jednotlivec do určitého zdravotnického zařízení na základě svého postavení. Volba zdravotnického zařízení byla možná jenom omezeně, na základě uvážení poskytovatelů či jejich vedoucích pracovníků a vedoucích lékařů. Po roce 1990 se tedy okamžitě zakotvilo právo na volbu lékaře, respektive poskytovatele.

Nyní se sice v rámci licencování a uzavírání smluv o financování zdravotní péče uzavíráním smluv s jednotlivými poskytovateli vytváří sítě poskytovatelů pokrývajících území. Stát pro tento účel stanoví dojezdové doby či čekací doby. Veřejné zdravotní pojišťovny pochopitelně při vytváření takových sítí vycházejí z lidnatosti oblastí, které pro tento účel vymezují a chápou jako spádové obvody. Ve velkoměstech naopak žádné spádové obvody víceméně neexistují, lékařské praxe a polikliniky si konkurují.

Pacient-pojištěnec samotný nicméně podle práva však nemůže být obecně odkazován na takové plánované spádové obvody. Výjimkou představuje odmítání kvůli překročené kapacitě. Nedokáže-li pojištěnec nalézt ochotného poskytovatele, tak mu má na žádost jej pojišťující zdravotní pojišťovna zabezpečit vyjednáváním poskytovatele ve zmíněných předepsaných dojezdových vzdálenostech.

Soutěž a spolupráce ve zdravotnictví

Poskytovatelé soutěží o pacienty a o veřejné peníze, zejména pak při odvětvovém vyjednávání a následně při výběrových řízeních organizovaných veřejnými zdravotními pojišťovnami. Dále pak pochopitelně soutěží o jednotlivé kapacity. České zdravotnictví má určitý nadbytek kapacit, netýká se to však zdaleka všech oborů zdravotní péče ve všech částech země. To přináší určitou soutěž mezi jednotlivými poskytovateli.

Na druhé straně právo států očekává spolupráci poskytovatelů při poskytování zdravotní péče. Taková spolupráce je nezbytná při urgentní péči. Pacienti mohou volně přecházet mezi jednotlivými poskytovateli. Poskytovatelé zdravotní péče si nemohou své pacienty připoutávat podobně jako poskytovatelé jiných služeb, mají si je být schopní předávat a

přebírat. Povinné je poskytnutí či předání informací týkající se pacienta včetně dokumentace (kapitola 5).

Klasické soutěžní právo zahrnující zákaz kartelů jako dohod včetně zastřených omezujících hospodářskou soutěž a zneužití dominance na trhu se tedy rozhodně ve zdravotnictví nemůže obecně uplatnit. Koneckonců se nevyskytují kvůli omezením vyvolaným úhradami a nemožnosti žádat doplatek kartely či zneužití dominance na vrub pacientů jako zákazníků.

Současná legislativa pro poskytovatele – licencování

Poskytovatelem zdravotní péče smí být dle ZZS jednotlivec či právnická osoba, která k tomu získala oprávnění. Jak je patrné z přehledu poskytovatelů, tuzemské odvětvové právo nestanoví obecně požadavky na právní formu poskytovatele. Je nicméně patrné, že nároky pro řadu oborů mohou splnit pouze právnické osoby.

Stanoví se podrobně způsob licencování poskytovatelů zdravotních služeb a zdravotní péče - §§ 11-14 ZZS obecné podmínky a §§ 15-27 podmínky poskytování zdravotní péče a jiných zdravotních služeb. Stanoví se řada povinností poskytovatele - §§ 45-48 ZZS.

Personální požadavky – stanoví mimořádně podrobně pro jednotlivé obory zdravotní péče a dalších zdravotních služeb vyhláška 99/2012 Sb. o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb.

Materiální požadavky na vybavení poskytovatele zabezpečující zdravotní péči na půdě příslušného zdravotnického zařízení pak stanoví Vyhláška 92/2012 Sb. o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení zabezpečujících jednotlivé obory a kontaktních pracovišť domácí péče.

Finanční požadavky – například peněžní rezervy – české právo nestanovuje. Ve skutečnosti řada poskytovatelů zůstává bez větších peněžních rezerv. Příkladuje se nicméně povinné pojištění odpovědnosti za újmu způsobenou pochybením při poskytování zdravotní péče a dalších zdravotních služeb (podrobně kapitola 4).

Licencování poskytovatelů v Česku se děje na základě splnění poměrně náročných personálních a materiálních požadavků. Lze si založit poskytovatele zdravotní péče, nicméně reálně rozhoduje ochota/neochota veřejných zdravotních pojišťoven uzavřít smlouvu v rámci plánování sítě poskytovatelů.

Působení mimo rámec licence

Požadavky na jednotlivé poskytovatele jsou českou legislativou stanovené podrobně. Lze samozřejmě debatovat, zda některé požadavky nejsou přehnané.

Překročení kompetence poskytovatele, péče poskytovaná jinými subjekty. V případě překročení kompetence zdravotnického zařízení je možný správní postih (pokuty, omezení či odnětí licence) nebo jednotlivého lékaře (kárný postih ze strany ČLK). V úvahu připadá dokonce postih trestní: nedovolené podnikání (kapitola 4).

Především pak péče nebude uhrazená veřejnou zdravotní pojišťovnou, takže by neměl být důvod takovou péči poskytovat. Při uzavírání smluv veřejných zdravotních pojišťoven se předpokládá určité personální a materiální vybavení poskytovatele zdravotní péče či jiných zdravotních služeb.

Svoboda usazování a svoboda poskytování zdravotních služeb

Právo Evropské unie zaručuje možnost usazení se občanů jiných členských států a obchodních společností založených v nich. Většinou se nicméně nepůsobí přímo, nýbrž investicí kapitálu do obchodní společnosti působící na území dalšího členského státu.

Přes veškerou snahu napomoci přeshraničnímu poskytování služeb v Evropské unii je z praktických důvodů stěžejí představitelné dočasné působení poskytovatele za hranicemi. Výjimkou by mohla představovat dočasná oficiální výpomoc mezi nemocnicemi či přeshraniční výjezd vozidel zdravotnické záchranné služby. Při takové výpomoci však musí poskytovatel.

Lidská práce ve zdravotnictví

Zdravotničtí pracovníci – vymezení

Zdravotničtí pracovníci (kratší výraz zdravotníci je neoficiální) jsou lidé, kteří sami či především jako zaměstnanci poskytovatelů ve skutečnosti zabezpečují zdravotní péči.

Bez definice se užívalo v ZPZL (např. § 55). Vymezovaly se povinnosti. Z výčtu a okolností vyplývalo, že se rozlišují zdravotničtí pracovníci aktivní a neaktivní (nevykonávající zdravotnická povolání například kvůli odchodu do penze). Neaktivní měli jenom některé povinnosti (mlčenlivost – kapitola 4).

Povinnosti zdravotnického pracovníka při poskytování zdravotní péče

ZZS stanoví mnoha povinností poskytovatele při poskytování zdravotní péče, které nemohou být naplněné jinak než působením lékaře, zdravotní sestry či jiného zdravotnického pracovníka.

ZZS za tímto účelem vymezuje ošetřujícího zdravotnického pracovníka, který jedná s pacientem, zkoumá jeho zdravotní stav, promýšlí, navrhuje a provádí zdravotnické výkony.

Výhrada svědomí

V omezeném rozsahu mají zdravotničtí pracovníci oprávnění, mimo jiné možnost výhrady svědomí. Není zřetelné, kterých zdravotnických zákroků se týká. Je nesporné, že jím jsou interrupce či asistovaná reprodukce.

V Česku se totiž výhrada svědomí uplatní jenom výjimečně, nepočtení zdravotničtí pracovníci se vyhýbají zdravotnickým výkonům, které by nechtěli vykonávat.

Zdravotnické kvalifikace

Zdravotnickým pracovníkem nemůže být každý. Musí mít příslušnou kvalifikaci. Tyto kvalifikace se získávají ve školském vzdělání, nyní vesměs na vysoké škole (zákon o vysokých školách), respektive v navazujícím vzdělání a výcviku.

Československé a české právo mělo po celá desetiletí. To se změnilo se vstupem do Evropské unie v roce 2004. Nyní podrobné zákony 95/2004 Sb. a 96/2004 Sb. Tyto zákony jsou transpozicí směrnic EU. Umožňují ovšem snadné uznávání kvalifikací jak získaných v tuzemsku, tak z jiných členských států Evropské unie v Česku. Lze spoléhat na uznávání kvalifikací

Jednotlivý zdravotnický pracovník může být nositelem více kvalifikací či specializací. Pak by mohl vykonávat činnosti více zdravotnických pracovníků, pochopitelně není-li při zdravotnickém výkonu nezbytná součinnost více zdravotnických pracovníků.

Zdravotnická povolání těšící se samostatnému výkonu představují povolání lékaře, zubního lékaře (stomatologové) a farmaceuta (lékárníci). Výkon těchto povolání dozorují profesní komory s povinným členstvím: Česká lékařská komora, Česká stomatologická komora a Česká lékárnická komora.

Předpokladem výkonu povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta je ukončené šestileté, resp. pětileté vysokoškolské vzdělání (nedělené magisterské vzdělání) a absolvování specializačního vzdělání zahrnující rozsáhlou praxi a atestační zkouška.

Příprava na povolání lékařů po absolvování univerzitního studia prošla po roce 2000 zásadními změnami. Skončil systém dvou atestací, V roce 2004 byl zaveden v mezinárodním srovnání vyloženě obrovský počet specializací.

Původní počet specializací byl: alergologie a klinická imunologie, anesteziologie a resuscitace, angiologie, audiologie a foniatrie, cévní chirurgie, dermatovenerologie, dětská a dorostová psychiatrie, dětská dermatovenerologie, dětská gastroenterologie a hepatologie, dětská gynekologie, dětská chirurgie, dětská kardiologie, dětská nefrologie, dětská neurologie, dětská onkologie a hematoonkologie, dětská otorinolaryngologie, dětská pneumologie, dětská radiologie, dětská revmatologie, dětská urologie, dětské lékařství, diabetologie, dorostové lékařství, endokrinologie, epidemiologie, gastroenterologie, geriatrie, gerontopsychiatrie, gynekologie a porodnictví, hematologie a transfúzní lékařství, hrudní chirurgie, hygiena a epidemiologie, hygiena dětí a dorostu, hygiena obecná a komunální, hygiena výživy, hyperbarická medicína a oxygenoterapie, chirurgie, infekční lékařství, intenzivní medicína, intervenční radiologie, kardiochirurgie, kardiologie, klinická biochemie, klinická farmakologie, klinická onkologie, korektivní dermatologie, lékařská genetika, lékařská mikrobiologie, maxilofaciální chirurgie, návykové nemoci, nefrologie, neonatologie, neurochirurgie, neurologie, neuroradiologie, nukleární medicína, oftalmologie, otorinolaryngologie, ortopedie, paliativní medicína a léčba bolesti, patologická anatomie, plastická chirurgie, popáleninová medicína, posudkové lékařství, pracovní lékařství, praktické lékařství pro děti a dorost, praktické lékařství pro dospělé, psychiatrie, radiační onkologie, radiologie a zobrazovací metody, rehabilitační a fyzikální medicína, reprodukční medicína, revmatologie, rodinné lékařství, sexuologie, soudní lékařství, tělovýchovné lékařství, tuberkulóza a respirační nemoci, úrazová chirurgie (traumatologie), urgentní medicína, urologie, veřejné zdravotnictví a vnitřní lékařství.

Kvůli kritice se systém následně výrazně reformoval. Úprava byla vyvedená ze zákona 95/2004 Sb. do ministerské vyhlášky 185/2009 Sb. Posléze se vytvořilo několik společných základů (kmenů) a 46 základních specializací a 50 nastavbových oborů.

Těmito obory nyní zůstávají alergologie a klinická imunologie, anesteziologie a intenzivní medicína, angiologie, cévní chirurgie, dermatovenerologie, dětská a dorostová psychiatrie, dětská chirurgie, dětské lékařství, dětská neurologie, endokrinologie a diabetologie, gastroenterologie, geriatrie, gynekologie a porodnictví, hematologie a transfúzní lékařství, hygiena a epidemiologie, chirurgie, infekční lékařství, kardiochirurgie, kardiologie, klinická biochemie, klinická onkologie, lékařská genetika, lékařská mikrobiologie, nefrologie, neurochirurgie, neurologie, nukleární medicína, oftalmologie, ortopedie a traumatologie pohybového ústrojí, otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku, patologie, plastická chirurgie, pneumologie a ftizeologie, pracovní lékařství, praktické lékařství pro děti a dorost, psychiatrie, radiační onkologie, radiologie a zobrazovací metody, rehabilitační a fyzikální medicína, revmatologie, soudní lékařství, traumatologie, urgentní medicína, urologie, vnitřní lékařství a všeobecné praktické lékařství.

Oproti nelékařským zdravotnickým povoláním se přes zákonné zmocnění nepodařilo přijmout ministerskou vyhlášku popisující zdravotnické výkony, které smějí provádět pro jednotlivé specializace lékařů, zubních lékařů a farmaceutů.

Pro získávání potřebné praxe mladých lékařů se vytvářejí státem dotovaná tzv. rezidenční pracovní místa.

Nelékařská zdravotnická povolání jsou hojná, z nichž mnohé nepřicházejí do přímého styku s pacienty, nýbrž napomáhají poskytování zdravotní péče.

Člení se na povolání představující činnosti vykonávané samostatně bez odborného dohledu po získání odbornosti, činnosti bez odborného dohledu po získání odborné a specializované způsobilosti a činnosti pod odborným dohledem či přímým vedením.

Nejdůležitější je všeobecná sestra, oficiálně nikoli zdravotní sestra (muž-všeobecný ošetřovatel), dále porodní asistentka (asistent), ergoterapeut, radiologický asistent, zdravotní laborant, zdravotně-sociální pracovník, optometrista, ortoptista, asistent ochrany a podpory veřejného zdraví, ortotik-protetik, nutriční terapeut, zubní technik, dentální hygienistka (hygienista), zdravotnický záchranář, farmaceutický asistent, biomedicínský technik, biotechnický asistent, radiologický technik a adiktolog.

Činnosti bez odborného dohledu po získání odborné a specializované způsobilosti jsou: klinický psycholog, klinický logoped, zrakový terapeut, fyzioterapeut, radiologický fyzik, odborný pracovník v laboratorních metodách a v přípravě léčivých přípravků, biomedicínský inženýr, odborný pracovník v podpoře a ochraně veřejného zdraví.

Činnosti pod odborným dohledem nebo přímým vedením: zdravotnický asistent, laboratorní asistent, ortoticko-protetický technik, nutriční asistent, asistent zubního technika, dezinfektor, řidič vozidla zdravotnické záchranné služby, ošetřovatel (nezaměnit se všeobecným ošetřovatelem – „bratrem“), masér a nevidomý a slabozraký masér, laboratorní pracovník, zubní instrumentářka, řidič dopravy nemocných a raněných, autoptický laborant a sanitář.

Zákon vymezující tyto kvalifikace doplnily podzákonné předpisy týkající se zkoušek a zejména vyhláška 55/2011 Sb. podrobně vymezující obsah práce a kompetence k jednotlivým zákrokům jednotlivých nelékařských zdravotnických pracovníků.

Zásadní změna ve vzdělávání a profesní přípravě zdravotnických pracovníků postupně zaváděný požadavek bakalářského vysokoškolského vzdělání pro kvalifikace, které nepracují pod přímým dozorem. To vedlo k zániku středního zdravotnického školství a k vytváření studijních programů a oborů na lékařských fakultách či na nově zakládaných zdravotnických či zdravotnicko-sociálních fakultách.

Na základě přechodných ustanovení dřívější středoškolské kvalifikace se uznávaly a dodnes uznávají jako dostačující. Kvůli nedostatku zdravotnických pracovníků řady oborů nebylo možné požadovat rychlé zvýšení kvalifikace.

Kvalifikační rozdíly jednotlivých generací zdravotníků – zejména zdravotních sester – pochopitelně mohly vyvolat pnutí v nemocnicích. Formálnímu vzdělání nemusí vždy odpovídat faktická zkušenost a dovednosti.

Někteří zdravotničtí pracovníci si naopak museli získat dodatečné vzdělávání v předepsaných lhůtách, což se leckterým pracovníkům nepodařilo, takže se zakládaly dodatečné úlevy a možnost odstranění tvrdosti.

Bezúhonnost zdravotnických pracovníků

Bezúhonnost je nastavená v přísně podobě pro lékaře. Lékař nesmí být odsouzen k nepodmíněnému trestu v souvislosti se zdravotnictvím. Obdobně se bezúhonnost postuluje též pro nelékařská zdravotnická povolání.

Zdravotní způsobilost

Těž zdravotníci pochopitelně musejí být zdravotně způsobilí pro výkon profese. Vedle obecných nezpůsobilostí a onemocnění se stanoví ještě zvláštní vyhláškou 271/2012 Sb. psychická onemocnění či poruchy vylučující práci ve zdravotnictví.

Práce ve zdravotnictví sebou nese zvláštní zdravotní rizika, hrozí úrazy včetně nákazy či onemocnění z povolání. Zdravotničtí pracovníci se proto těší a jsou podrobena zvláštní péči: očkování proti hepatitidám, popřípadě další nebo četnější vyšetřování v případě rizikových činností.

Těhotenství tak bývá obvyklý důvod pracovní nezpůsobilosti k výkonu práce lékařky, zdravotní sestry či jiné zdravotnické pracovnice. Pracovnice ve zdravotnictví hojně využívají možnosti rodičovské dovolené zpravidla v plném rozsahu. S těhotenstvím a mateřstvím musí počítat personalisté poskytovatelů zdravotní péče.

Náročnost práce ve zdravotnictví obecně

Práce ve zdravotnictví je náročnější než mnohá další povolání. Zejména lékaři měli a mají pravidelně výrazně delší dobu práce, přičemž se ještě musí brát v úvahu pohotovost pro případ potřeby. Dokonce rutinní zdravotnické zákroky se mohou stát dramatem. Tuto práci doprovází vysoký akutní a chronický stres. Přes veškerou odolnost – proověřenou již náročným studiem a výcvikem.

České právo obecně nestanovuje – vedle pracovního práva – omezení zátěže lékaře či dalšího zdravotnického práva zaměřené na ochranu pacienta (podobně jako se kvůli bezpečnosti silniční dopravy předepisují přestávky řidičům kamionů a autobusů).

Zaměstnání ve zdravotnictví

Obecný právní rámec

V Česku pro zdravotnické pracovníky obecně platí zákoník práce. Chybí celostní zvláštní právní úprava pro zaměstnávání. Zvláštní pravidla však mohou stanovovat zdravotnické či další zákony, uplatnily by se jako *lex specialis*.

Drtivá většina pracovníků ve zdravotnictví pracuje na základě pracovní smlouvy. Výjimku v Česku představuje vojenské zdravotnictví. Lékaři a další zdravotničtí pracovníci, kteří jsou vojáci z povolání, mají služební poměr.

České právo otevírá prostor pro regulovanou dobrovolnickou práci, tj. práci bez nároku na odměnu. Obecně se nevylučuje její využívání ve zdravotnictví.

Pracovní doba a její překračování

Přetrvávání takové zátěže dodnes, byť snaha snížit (v případě zaměstnanců), což ale zvyšuje náklady na zdravotní péči.

V Česku zákoník práce stanoví maximální rozsah pracovní doby a rozsah přesčasů. Některé podoby pohotovosti na pracovišti (služby a příslužby) a pohotovost doma „na telefonu“ se nicméně nepočítaly do běžné pracovní doby. Zlomem byl vstup do Evropské unie, jehož harmonizační směrnice pojímají pohotovost na pracovišti jako práci. České právo bylo uvedeno obecně v souladu.

Ve zdravotnictví se nicméně do nemalé míry přípustné přesčasy překračují – vykazováním kratší odpracované doby než byla skutečná, více úvazky pro uměle rozdělené zaměstnavatele a podobnými kličkami. Úřady pochopitelně odhalí jenom část takové praxe a není vůle ji postihovat. Zejména lékaři na protiprávně delší pracovní dobu přistupují dobrovolně, protože jim přináší větší výdělky.

Odbory a kolektivní vyjednávání

Odborů zdravotnických pracovníků jsou kastované podle povolání. Socioekonomické postavení jednotlivých povolání totiž není stejné. V Česku tak působí všeobecný Odborový svaz zdravotnictví a sociální péče České republiky, tak elitní Lékařský odborový klub – Svaz českých lékařů.

Socioekonomické požadavky však pravidelně postulují též další odborné organizace jako Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně či Česká lékařská komora jako profesní organizace lékařů či Česká asociace sester. Není to zcela nemístné, protože pracovní podmínky obecně a jmenovitě pak mzdy vyplývají z financování zdravotní péče a pracovní podmínky pochopitelně výrazně ovlivní kvalitu a bezpečnost zdravotní péče.

Nutnost poskytování zdravotní péče jako důvod omezení práva na stávkou v rámci kolektivního vyjednávání (§ 20 písm. g ZKV): nelze stávkovat odepíráním urgentní péče. Ostatní činnosti přerušené být mohou.

Odměňování lékařů, zdravotních sester a dalších zdravotnických pracovníků

Vysoké nároky kladené na zdravotnické pracovníky obecně a na lékaře zvláště se mají odrážet v jejich odměňování. V Česku se zdá být stále nižší než v leckterých západních zemích, porovnáme-li ji s průměrnou mzdou pracujících obecně a jmenovitě s průměrnou mzdou vysokoškolský vzdělaných pracovníků.

V každém případě snaha dobře odměňovat zvyšuje náklady a tak jeho podíl zdravotnictví na hrubém domácím produktu. Není řešitelná bez jak zavedení či zvýšení spoluúčasti či navýšení daní či pojistného na veřejné zdravotní pojištění (kapitola 7), tak samozřejmě zvýšení hospodárnosti (v čem se jeví nehospodárné?).

Samostatná osobní výdělečná činnost ve zdravotnictví

Jako samostatně výdělečně činné osoby (OSVČ) působí běžně lékaři, zubní lékaři a farmaceuti jako provozovatelé individuální lékařské praxe praktického lékaře či specialisty.

Jenom někteří další nelékařští zdravotničtí pracovníci jsou způsobilí působit jako samostatně výdělečně činné osoby – viz výše zdravotničtí pracovníci pracující bez odborného dohledu a vedení.

Osoby samostatně výdělečně činné si samy určují rozsah svého působení. Ve zdravotnictví s převládajícím veřejným financováním si nicméně samozřejmě musejí zvážit, zda jim omezený rozsah práce umožní financovat samostatnou praxi. Jsou zde ještě opatření na ochranu pacientů: například ordinační doba, nutnost zajistit náhradu či informování v případě nepřítomnosti či nezpůsobilosti.

Zvláštní povinnosti zdravotnických pracovníků a jejich zvláštní ochrana při práci

Povinnost zdravotnických pracovníků pečovat

V zahraničí mají zejména lékaři, popřípadě další zdravotničtí zvláštní povinnosti a režim v případě (přírodní pohromy, dopravní a průmyslové nehody). Mohou být povoláni sloužit též na jiných pracovištích než je jejich vlastní. Mohou být žádáni pracovat dokonce tehdy, když ve zdravotnictví sami nepůsobí.

České právo nemá soudržnou soustavu pravidel pro takovou mobilizaci lékařů a dalších zdravotníků. Úkoly se ukládají jednotlivým poskytovatelům jako institucím. Povinnosti nad rámec obvyklých povinností by bylo možné zavést v případě epidemie.

Výkon vojenské služby mediků, lékařů, ošetřovatelů a dalších zdravotníků

Zpravidla zvláštní režim pro muže-lékaře v rámci vojenské služby. Zpravidla jsou medicí či absolvovaní lékaři povoláni k výkonu branné povinnosti v armádní zdravotní službě.

Armády koneckonců rozvíjejí své vlastní zdravotní služby s ohledem na obrovskou potřebu zdravotní péče o své vojáky stejně jako civilisty v případě válek. Řada lékařů či ošetřovatelů získala či zvýšila svoji kvalifikaci během vojenské služby.

Potřeba ošetřovatelů vedla již před stoletím k jinak zcela nebývalému zapojení žen ve vojsku jako jinak výlučně mužském světě.

Upřednostnění a ochrana zdravotnických pracovníků

Široké upřednostňování včetně právního za účelem zajištění přístupu pro poskytování pomoci. Jako příklad lze uvést například všeobecnou přednost zdravotnické záchranné služby v silničním provozu, možnost vstupu do budov, možnost součinnosti policie.

Mají lékaři a zdravotničtí záchranáři oprávnění ukládat povinnosti dalším osobám, je-li to nezbytné pro zabezpečení urgentní zdravotní péče? V Česku si mohou přiměřenou osobní či věcnou součinnost vyžádat například pracovníci záchranné zdravotní služby. Odepření součinnosti by se hodnotilo jako neposkytnutí potřebné pomoci (kapitola 3).

V některých cizích zemích se zdravotničtí pracovníci při výkonu povolání či v souvislosti s ním těší zvláštní trestněprávní ochraně. Útoky na ně se vyhodnocují a trestají přísněji. Též v Česku by se u některých zločinů mohlo vykládat, že útok na zdravotníka při plnění jeho úkolů či v souvislosti s ním by byl přitěžující okolností.

Mezinárodní migrace zdravotníků

Mezinárodní migrace lékařů a zdravotních sester je značná. Tito zdravotníci jsou – oproti jiným profesím vázaným na stát a národ - obecně použitelní. Zdravotní péče se poskytuje v jednotlivých zemích světa srovnatelně. Na tom nic nemění potřeba znalosti jazyka pro jednání s pacienty. Zdravotnictví leckterých států trpí takovým nedostatkem zdravotníků, že vyloženě lékaře a zdravotní sestry láká. Oproti jiným přistěhovalcům za prací se tak těší nepřehlédnutelnému zvýhodnění.

Všeobecné uvolnění pohybu pracovních sil umožnilo profesní migraci zvláště v Evropské unii. Ta mírní nedostupnost lékařů a zdravotních sester v bohatších členských státech a vytváří nebezpečí nedostatku v méně vyspělých zemích.

Neoficiální zdravotní péče

Léčení sebe sama či léčení svých blízkých

Které zákroky by se měly považovat za zakázané provádět „po domácku“ – vymezuje právní úprava upravující činnosti v domácím prostředí pacienta: ošetřovatelská, léčebně-rehabilitační či paliativní péče. Vymezují se dokonce některé zákroky, které se takto smějí poskytovat: například stálá ventilace.

Tyto činnosti musejí však též provádět zdravotničtí pracovníci a naplnit přitom požadavky práva: například musejí od pacientů získávat informovaný souhlas či vést zdravotnickou dokumentaci.

Nemusejí-li se pacienti léčit, mohou se nicméně léčit také sami. Mohou při této příležitosti využít též pomoci svých příbuzných a blízkých. Mezi nimi mohou být pochopitelně též lékaři, zdravotní sestry a další zdravotničtí pracovníci včetně neaktivních. Nejedná se totiž o výdělečnou činnost.

Je zjevné, že taková neoficiální zdravotní péče nepodléhající běžnému právnímu rámci existuje a je dokonce podporována.

Diagnostikovat si onemocnění či úrazy dokáží pacienti sami. Koneckonců první odborná diagnostika navazuje po výskytu příznaků onemocnění či utrpění úrazu. Pacienti se dokonce nabádají, aby si sledovali a prováděli určitá jednoduchá vyšetření.

Chronicky nemocní pacienti trpící leckterými vážnými onemocněními či jejich blízcí si koneckonců musejí osvojit určité léčebné či ošetrovatelské zákroky sami, některé poměrně invazivní. Běžné je ošetřování zranění nad rámec potřebné pomoci (níže).

Jaké zákroky by si nicméně pacienti už neměli dělat sami či s pomocí svých blízkých včetně lékařů a dalších zdravotnických pracovníků. Jak bychom to postihovali v případě újmy – zvláště pokud by tam byl souhlas, ten by totiž do nemalé míry měl představovat výluku protiprávnosti.

Potřebná pomoc v případě nouze

Lékaři, zdravotní sestry a další zdravotničtí pracovníci samozřejmě zvýšenou povinnost poskytovat první pomoc. Potřebnou pomoc včetně zdravotnické mají poskytnout také ostatní, zvláště pak pracovníci dalších pomáhajících a chránících povolání. Neposkytnutí je trestný čin (kapitola 3 a 4).

Kdy ale povinná potřebná zdravotnická pomoc přechází v zakázanou zdravotní péči, kterou nelze poskytovat jinak než regulovaně (bez ohledu na režim veřejné úhrady)? S ohledem na zpravidla rychlou dostupnost zdravotní péče je minimum případů, kdy by po první pomoci nenásledovala profesionální péče a kdy by bylo dlouhodobě potřeba poskytovat intenzivní zdravotní péči pacientovi mimo zdravotnická zařízení.

Léčitelství jako obtížně uchopitelný a sporný jev

Již vymezení léčitelství či alternativní medicíny ostatně není snadné. Sama terminologie je sporná. Skeptici vyzdvihují, že není žádná alternativní medicína, nýbrž že se jedná o omezeně účinné či zcela neúčinné postupy, mezi nimiž některé mohou být vyloženě škodlivé samy o sobě či souběžným nevyužitím běžné zdravotní péče.

Mezi běžnou konvenční, vědeckou (západní) medicínou a alternativní medicínou je hraniční pásmo. To představují menšinové názory na určité stavy či postupy, které se však snaží vysvětlovat postupy obvyklými pro vědeckou medicínu. Některým směrům se dostává jenom zdrženlivého přijetí – psychosomatická medicína (obtížné a odmítané začlenění Společnosti). Některé postupy byly součástí alternativní medicíny, aby je – jakkoli opatrně - přijala konvenční medicína, byla-li ochotná zvažovat zkušenosti.

Alternativní medicína není jednodušší. Existují desítky méně či více propracovaných druhů (škol, nauk) alternativní medicíny. Vesměs se zakládají na alternativních interpretacích života, jeho těla a duše. Nezřídka se váží na některá náboženství či zvyklosti. Některé se snaží stát součástí konvenční medicíny. Jiné se vůči konvenční medicíně či některým jejím částem staví zdrženlivě, odmítavě až nenávislně.

Díky globalizaci a imigraci se objevují či stávají běžné tradiční etnické medicíny jako „čínská tradiční medicína“ či indická „ajurvéda“.

Léčitelství v širším slova smyslu se dále překrývá s řadou praktik či počínů majících za cíl zlepšení tělesného a duševního zdraví v širším slova smyslu (kondice) a společenských vztahů. Uvést lze různé sportovní aktivity, výživové praktiky (bylinky, postní pravidla, odmítání určitých potravin, abstinence), náboženské a světonázorové myšlení a činnosti.

Alternativní medicína je různorodá také z hlediska angažmá léčitelů a hospodářského rozměru. Návody na některé praktiky se šířily lidovým podáním a nyní zejména prostřednictvím Internetu. Pacienti využívají léčitelské praktiky sami. Jiné prakticky sice šíří

léčitelé, omezují se však na nabádání, radu a návod. Další praktiky vykonávají jenom léčitelé, přičemž pacienti uznávají. Někteří léčitelé se snaží přesvědčit své pacienty o své výlučnosti. Mnozí léčitelé působí bezplatně a léčitelství není hlavní životní činnost. Jenom někteří na léčitelství založili přívýdělek či výdělek. Někteří léčitelé jsou o správnosti své metody hluboce přesvědčení, doplnila jim či vyplývá z jejich náboženského či světonázorového přesvědčení. Najdou se však též léčitelé, kteří své metodě nevěří, ale stala se jim výdělkem.

Právo a politika do značné míry konvenční medicínu od alternativní medicíny vsutku oddělují. Pravidelné je neproplácení z veřejných peněz. Obvyklé je nepřipuštění na půdu lékařských a zdravotnických fakult stejně jako nemocnic.

Pedagogové lékařských fakult koneckonců patří mezi vyhraněné odpůrce alternativní medicíny. Leckteří se dokonce angažují v aktivitách snažících se léčitelství potlačit či přinejmenším zesměšnit (Sysifos – Český klub skeptiků).

Obecné školství přispívá jenom omezeně spíše vyzdvihováním konvenční medicíny v rámci občanské nauky či zdravotní výchovy zahrnuté do jiných předmětů. Lze předpokládat, že alternativní medicína nebývá při vzdělávání dětí a mladistvých jakkoli tematizována. V Česku není patrná žádná vzdělávací politika ohledně napětí mezi konvenční a alternativní medicínou.

Tisk, rádio a televize přistupují vůči konvenční a alternativní medicíně různě. Veřejnoprávní média mají poskytovat objektivní a vyvážené informace. Žádné zřetelné zadání podporovat konvenční medicínu a odrazovat od alternativní medicíny však nemají a snaha skeptiků jej prosazovat bývá jenom omezeně úspěšná. Soukromá média mají svobodu jakéhokoli postoje vůči konvenční stejně jako alternativní medicíně. Snadné šíření informací o alternativní medicíně umožnil po roce 2000 Internet.

V Česku se léčitelství obecně nevnímá jako podvod. Předpokládá se patrně, že pacient dokáže rozeznat alternativní medicínu od medicíny konvenční. Nehodnotí se tak ani obecně tehdy, je-li nabízeno či poskytováno ve stavu nouze pacientům trpícím vážnými či smrtelnými onemocněními. Léčitelské praktiky se jenom ojediněle hodnotí jako ublížení na zdraví. Omezování osobní svobody či nepřijatelný nátlak jsou patrně při léčitelských praktikách zcela ojedinělé.

České soudy již nicméně postihly lékaře, kteří používali alternativní namísto konvenčních medicínských metod, byla-li výsledkem působení smrt či výrazné zhoršení zdravotního stavu, a to bez ohledu na informovaný souhlas tohoto pacienta.

Jinak však mnozí lékaři používají některé metody alternativní medicíny. Uvádí se, že až 10% praktických lékařů nabízí svým pacientům homeopatii. Děje se tak vedle konvenční medicíny. Převládá mínění, že si takto přivydělávají. Je patrné, že Česká lékařská komora jako profesní samospráva je rozpolcená ohledně postoje a přístupu vůči těmto lékařům.

Po léčitelství existuje poptávka. Zejména u vážných onemocnění s hrozbou úmrtí po uvědomění si mezi konvenční medicíny je vyhledávání léčitelů běžnou odpovědí pacienta či některého jeho blízké v určité fázi vypořádávání se s onemocněním. Nepřehlédnutelná obyvatelstva navíc o konvenční medicíně do určité míry pochybuje či

Léčitelé vesměs působí na okraji hospodářství nebo tvoří šedou zónu. Česko léčitelství nijak neupravuje. Někteří léčitelé působí pod různými zástěrkami umožněnými volným podnikáním v oblasti. Léčitelství může být podstatou či součástí působení nejen obchodních společností, ale také nadací, zapsaných spolků či náboženských společností.

Některé země – například Německo - ukládají léčitelům požadavek registrace a stanoví jim obecné povinnosti: profesní mlčenlivost, nutnost informování o povaze své léčitelské

praktiky. Neočekává se samozřejmě, že by ji představovali správně z hlediska konvenční medicíny. Pochopitelně se připouští, že poskytují alternativní medicínu a že jejich působení není zdravotní péče *lege artis*. Dlužno dodat, že německá regulace Heilpraktiker je předmětem debat a kritiky.

Léčitelé mohou být samozřejmě podle českého práva postihováni, pokud mají soustavnou výdělečnou činnost. Stát se pochopitelně může soustředit na řádné zdanění – někdy značných – výdělků léčitelů. Je třeba připustit, že stát obecně nesvede vybírat daně z výdělků z dalších neupravených činností (prostituce), ale stěží dokáže řádně zdanit celá odvětví hospodářství (stavebnictví).

Potlačování léčitelství standardy týkající se potravin a potravních doplňků a jejich reklama. Dobře představitelná a vskutku se uplatnila přísná úprava této reklamy, jestliže se omezuje či přímo zakazuje reklama na běžné léčivé přípravky.

Ve svobodné společnosti a liberálním státu západního typu má ovšem potlačování, odmítání a zesměšnění alternativní medicíny své zřetelné meze. Pacienti totiž obecně nemají povinnost využívat klasickou zdravotní péči. V případě, že ji vyhledají a diagnostické úkony ukáží onemocnění či úraz, tak – s několika výjimkami - nemají povinnost se léčit. Nemá pak důvod jim zakazovat, aby hledali vyléčení.

Existuje řada přípustných aktivit v liberální společnosti, jež se hodnotí jako škodlivé: alkohol a cigarety, hazardní hry, leckteré vyhraněné životní styl, ba dokonce jisté práce. Zavedená a prosazovaná omezení a zákazy nebývají úplně úspěšná.

Lidem se konečně nebrání, aby své peníze vydávali za zboží a služby nízké hodnoty, pokud tak chtějí činit. Klamání spotřebitele obvykle nelze vyvodit, většina alternativní medicíny se totiž nepředstavuje jako konvenční medicína.

Nezbytný je dále široký výklad svobody náboženství a světonázoru. Ten zahrnuje též alternativní výklady biologických, medicínských, psychologických a koneckonců také technických, politických, ekonomických, sociálních a dalších skutečností. Svoboda znamená též svobodu volit hlouposti.

Konečně ochrana, ba dokonce podpora alternativní medicíny může vyplývat z tolerance žádané ve vazbě na uvolnění mezinárodního obchodu, přijímání přistěhovalců a kapitálu a se snahou být zadobře s dalšími státy. Příkladem je legitimizace tradiční čínské medicíny ve vazbě vstřícnost části politické elity.

Většina lidí koneckonců nepřijímá alternativní medicínu nekriticky. Obyvatelstvo využívá konvenční zdravotní péče v daleko větší míře než alternativní medicínu.

Vedle profesionální znalosti školených zdravotníků existuje zdravotnická zkušenost, jednotlivých národů a skupin, často intuitivní. Bylo by přehnané zkušenost zavrhnout jen proto, že její součástí je alternativní medicína včetně škodlivé. Zkušenost je součástí znalosti lidí o svém zdraví, napomáhá zdravému a přiměřenému životnímu stylu. Také na výchovu a vzdělávání nemají monopol profesionálové, stejně tak na právo a politiku.

V liberálních zemích jim nutně pak vyjde nějaká politická strana či hnutí vstříc. Většina obyvatel nemusí být přesvědčená o účinnosti alternativní medicíny, může však být vstřícná vůči menšině tuto alternativní medicínu.

Potlačovat tak lze ve svobodné společnosti jen nejškodlivější druhy alternativní medicíny, nemá-li přestat být svobodnou společností. Na druhé straně je však zcela přípustné, jestliže se stát rozhodne konvenční medicínu různými nástroji upřednostňovat a podporovat a od alternativní medicíny odrazovat.

Jak je patrné, v Česku můžeme hovořit o vysoké míře tolerance alternativní medicíny, avšak jejímu velmi omezenému uznání. Najdeme jak země, kde je alternativní medicína předmětem důraznějšího vytlačení, stejně jako země, kde se přijímá více.