

## **S platy lékařů za poskytnutou zdravotní péči jsou problémy odjakživa. Dokládá to i malý exkurs do postavení a příjmů lékařů v 18. století.**

**„Protože se všichni nemocní neuzdraví, neznamená to, že neexistuje umění lékařské.“**  
(Cicero)

Péče a obavy o zdraví jsou staré jako lidstvo samo. Zdraví a nemoc, život a smrt – to byla po celá staletí nejen častá témata úvah a rozhovorů, ale i zdroj houževnaté snahy o přemožení chorob a oddálení konce života. Proto nás úspěchy i prohry medicíny tak zajímají ze všech pohledů dodnes – včetně její finanční stránky. Té pak zvláště v posledních letech neustálých diskuzí a vznášení dalších požadavků na státní rozpočet nejen vlastní lékařskou komunitou, ale také laickou veřejností. Jak říkají latiníci, ani v tomto případě to není nic nového pod Sluncem.

Problémy s finančním oceněním lékařů a dalších zdravotníků prolínají historii medicíny odjakživa. Neexistuje snad žádná jiná profese, ve které se v průběhu její historie neustále řeší platové problémy. V roce 1960 udělal významný britský politik jménem Enoch Powell energující objev, že totiž každý ministr zdravotnictví buď hned, nebo brzy po nástupu zjistí, že „jediná věc, kterou je nucen trvale projednávat se zástupci lékařského stavu, jsou platy.“ Přitom státní zdravotní péče „je jako auto, které bylo vyrobeno v pátek odpoledne: od začátku potřebuje pořád jen samé opravy.“

Platilo to také ve druhé polovině 18. století, které je nesmírně dynamickým historickým obdobím, které v relativně krátkém čase přineslo řadu hospodářských, sociálních, politických, vědeckých (první etapa tzv. průmyslové revoluce) a kulturních změn. Ty se přirozeně více či méně odrazily v oblasti odměňování lékařů a dalších zdravotnických pracovníků, jejichž příjmy byly mnohdy nedůstojné, velmi rozdílné, a navíc ještě nepravidelné. Přitom obraz zdravotního stavu obyvatelstva byl velmi neutěšený. Většina populace na venkově i ve městech trpěla jednostrannou výživou či spíše podvýživou a vyčerpáním z těžké fyzické práce. Bytové podmínky byly velmi primitivní. Stísněné, špatně větrané, nevhodně vytápěné příbytky napomáhaly rychlému šíření nemocí. Čeled' na venkově bydlela většinou ve chlévech spolu s dobytkem, který dokonce býval umisťován do obytných místností. Kvalita vody, zejména ve městech, byla často špatná, osobní hygiena byla hrubě podceňována.

Obecně lze říci, že ani v dobře situovaných vrstvách se nevěnovala pozornost lehkým onemocněním a počátečním fázím závažných chorob. Omezené vyšetřovací prostředky umožňovaly stanovení diagnózy obvykle až na základě výrazných symptomů; u nižších a středních vrstev se lékař volal teprve při smrtelném ohrožení. Odhaduje se, že až přes 80 % obyvatelstva nebyla lékařská péče vůbec dostupná. Oproti této realitě je v dějinách evropské medicíny za zlatou éru peněžních příjmů lékařů považováno právě 18. století, protože mnoho z

nich mělo v této době neobvykle vysoké platy a tomu odpovídající společenské postavení. Tak například výdělek prestižního berlínského lékaře Ernsta Ludwiga Heima (1747–1834) byl odhadován na 26 až 30 tisíc marek ročně v době, kdy se platilo za oběd 20 feniků. Byl to obrovský příjem, když uvážíme, že dělník vydělal za rok jen asi 150 marek a kuchařka marek 25. Heim byl ale mnohými svými kolegy v zahraničí daleko překonán, když podle Podivuhodných dějin lékařství z pera autora slavného románu Doktor v domě Richarda Gordona například jakýsi anglický lékař Lettsome měl podle dobových záznamů roční příjem v přepočtu 240 tisíc marek.

### **„Lékař, který nepřijímá honorář, ho nezasluhuje.“**

(Talmud)

Za vystavení receptu se v té době platily čtyři feniky, avšak již první konzultace stála tři marky, jedna návštěva při obvyklých onemocněních pět marek, při nakažlivých chorobách o jednu marku více. Rovněž chirurgické zákroky nebyly nijak laciné: jedna až dvě marky byly počítány za obvázání lehké rány, ošetření zlomeniny nohy stálo patnáct marek, porod v závislosti na složitosti případu devět až třicet marek.

Tyto příjmy však nelze zevšeobecňovat. Společensky nebyli lékaři počítáni k prvnímu stavu a většina z nich si o pohádkových počtcích některých svých kolegů mohla nechat pouze zdát; například pozdější slavný německý romantický básník a překladatel Friedrich Schiller (1759–1805) měl od armády jako plukovní lékař pouze 30 marek měsíčně. Velmi špatná byla také situace lékařů na venkově, kde nebylo tolik bohatých klientů, o které by mohli pečovat jako rodinní lékaři. Chudé obyvatelstvo si nemohlo lékařskou péči dovolit, a proto se raději uchýlovalo k různým ranhojičům, lazebníkům či mastičkářům, jejichž ceny mu nepřipadaly tak vysoké. Výsledkem pak také bylo, že záznamy komisařů při konskripcích obyvatelstva pro armádu uvádějí ve druhé polovině 18. století až polovinu mladých mužů neschopných vojenské služby ze zdravotních důvodů. Začaly narůstat i specifické problémy spojené s rozvojem průmyslu a koncentrací dělnictva. Významná část venkovských obyvatel dala přednost penězům majitelů továren před staletým poddanstvím a o překot se stěhovala do nehygienického a s přibývajícím počtem obyvatel stále se zhoršujícího prostředí městských chudinských čtvrtí.

**„Stačí třetina honoráře – toho, který jste mi chtěl dát, než jsem přišel.“**  
(pradávná lékařská zkušenost)

Mezi doktory medicíny v zemích Koruny české zaujímali nejčelnější a nejvíce honorované postavení profesori lékařské fakulty (současně jen 3 až 4) a vedle nich zejména zemští fyzikové v pražských městech a v českých zemích. Ti měli za úkol vedle řady dalších povinností léčit chudé nemocné. Ostatní lékaři se usazovali ve městech, v některých případech jako úřední lékaři (městští fyzikové), placení městskou radou, nebo jako soukromě praktikující. Osobní lékaře měli ve svých službách vedle panovníka také vysocí církevní hodnostáři i bohatá aristokracie. Zvláštní postavení měli lékaři židovští, kteří v ojedinělých případech léčili také zámožné křesťany. Minimálně ještě ve druhé polovině století bylo běžné, že pacienti, kteří si to mohli dovolit, používali služeb několika zdravotníků současně. Málokdy ovšem mezi nimi došlo ke shodě, především v názorech na terapii. Tyto rozpory byly o to trapnější, že probíhaly před pacientem. Jediné, na čem se shodli, byla výše honoráře, odstupňovaná podle jejich postavení v hierarchii zdravotníků. K elitě svého stavu patřili lázeňští lékaři, jejichž synové po nich výnosné místo dědili, pochopitelně až po vystudování lékařské fakulty, na niž představovali dost vysoké procento posluchačů.

U nás v Rakousku se císařovna Marie Terezie snažila bránit venkovské lékaře před nízkými a nedůstojnými příjmy tím, že vymezila oblasti, ve kterých si nesměl jiný lékař otevřít svou praxi. Chtěla tím zamezit lékařské konkurenci, „protože žádný by nemohl žít a byl by nucen zanedbávat své umění.“ Ani v předrevoluční Francii nebyla situace jiná; mnozí lékaři byli odkázáni na vedlejší zaměstnání, například jako venkovští hostinští. Ale i ve městě samotném mohla ztráta jednoho movitého pacienta znamenat pro rodinného lékaře problém. Jen snížení velmi malého okruhu zámožnějších potenciálních klientů, kteří si zajišťovali lékařskou péči zaplacením paušální roční sumy, znamenalo pro lékaře zpravidla citelnou finanční újmu. Lékaři si také často stěžovali, že bohatí pacienti s nimi jednají jako jejich nadřízení. Museli se nehledě na osobní uskromňování přizpůsobovat jejich společenským manýrům a nedovolovali si ordinovat léčebné prostředky a použít postupy, které si pacienti nepřáli.

**„Vyhněte se městu bez doktora!“**  
(Židovské přísloví)

V letech 1752–1753 (nejdříve pro Moravu, poté pro Čechy a Slezsko) byly vydány základní zdravotnické normy pro naše země, tzv. Generální zdravotní řády, které se snažily poprvé souborně shrnout zásady zdravotní politiky osvíceneckého absolutistického státu, vycházející z myšlenky, že panovník a stát se mají starat o své poddané jako otec o děti a pečovat o jejich

blaho, bezpečnost a zdraví. Generálním zdravotním řádem pro Království české se měli řídit všichni zemští, krajští a městští fyzikové, doktoři, lékařští praktikové, chirurgové, lékárníci, oční lékaři (okulisté), lazebníci, kýlořezci, kamenorezci, porodní báby a bradýři. Tento výčet nám poskytuje představu o všech kategoriích tehdejších zdravotníků.

Roku 1770 byl vydán zdravotní řád pro celou rakouskou monarchii – Generální zdravotní normativ (Generale normativum in re sanitas). Výnosem z roku 1806 byla ustanovena funkce zemského protomedika jako nejvyšší řídicí a kontrolní orgán veřejného zdravotnictví v zemi. Mezi jeho kompetencemi bylo také řešení otázek výše honoráře za poskytnuté lékařské služby. Jejich rozhodnutí byla závazná a konečná, bez možnosti jakýchkoliv protestů či dokonce nesouhlasného počínání ze strany tehdejších zřizovatelů i samotných zdravotníků.

**„Ochota brát léky je asi hlavním rysem, jenž odlišuje člověka od zvířat.“**

(Sir William Osler)

Od této doby se během několika staletí díky postupnému rozvoji lékařské péče (zejména bezplatné) stala pozvolně také schopnost neomezeně polykat jakékoli tablety charakteristickým rysem lidské populace. A nejen léky, ale pokud možno dostávat zdarma moderní brýle, běloskvoucí zuby, protézy a implantáty všeho druhu, paruky různých barev a pokud možno ještě druhý exemplář do zásoby. Potenciál lékařské vědy je do budoucna nekonečný a požadavky nemocných na léčení nelze omezovat – avšak finanční zdroje vždy byly a bohužel zůstávají omezené dodnes. Nepopulární kompromis mezi těmito třemi složkami se nejen u nás stále hledá....

*Bohumil Tesařík*