

Postgraduální vzdělávání: dostupnost, kompetence, transparentnost

Diskuse Mladých lékařů v Poslanecké sněmovně Parlamentu ČR

Spolek Mladí lékaři ve spolupráci s mladými poslanci PSP ČR – lékaři a zástupci spolku Mladí praktici uspořádali 18. května 2026 na půdě Poslanecké sněmovny Parlamentu ČR kulatý stůl, kam přizvali zástupce Ministerstva zdravotnictví, České lékařské společnosti JEP, IPVZ a fakultních i soukromých nemocnic. Hlavními tématy diskuse byly zjednodušení přístupu k postgraduálnímu a specializačnímu vzdělávání, transparentnost tohoto procesu, legislativní rámec i work-life-balance mladých lékařů. Nešlo o konkrétní návrhy změn, ale o pojmenování problému a ujasnění shody mezi všemi zodpovědnými aktéry.

Kulatý stůl byl organizován pod záštitou poslankyň Evy Šrámkové, Ivany Mádlové, Michaely Šebelové a poslanců Jana Síly a Štěpána Slováka.

Základní nedostatky postgraduálního vzdělávání

Podle většiny prezentací (MUDr. Albert Štěrba, Ph.D., MBA, MUDr. Dalibor Veselý, MUDr. Marika Svatošová) tkvějí slabiny současného systému specializačního vzdělávání v několika oblastech. Je kladen důraz na čas, což znamená sledování a dokládání, kolik času – dní, týdnů či měsíců – a kde mladý lékař či lékařka stráví, aniž by se kontrolovala nebo evidovala konkrétní náplň. Již vůbec se nezohledňuje, zda ve vykázaném čase školenec získal potřebné **kompetence**. Stanovený počet výkonů, aby

školenec mohl složit atestaci, v českých podmínkách nebývá reálně splnit.

Aby mohl model založený na kompetencích fungovat, je nutné zrevizovat jednotlivé podmínky daných oborů, a to nepůjde bez široké debaty s odbornými společnostmi, s akreditačními komisemi, s ministerstvem. Náplň specializačního vzdělávání je nutné přizpůsobit tomu, co v současnosti mladý lékař či lékařka reálně potřebuje v praxi, a vše, co každodenní praxe přímo nevyžaduje, pak lze převést do nadstavbových oborů, specializovaných kurzů apod.

Klíčovým pilířem jsou **školitelé**, jejichž roli se již podařilo definovat. Chybí však zakotvení dostatečné a motivační odměny pro školitele. Vzdělávání musí být zaměřeno na praxi a v tomto bodě se lze inspirovat v příkladech dobrých zkušeností v zahraničí.

Základy **transparentnosti** přístupu k atestacím jsou částečně vytvořeny systémem administrace, na němž se stále pracuje. Digitalizace specializačního vzdělávání má poskytnout kvalitní zpětnou vazbu, zázemí a metodickou podporu jak školencům, tak školitelům.

Ke změnám bude zapotřebí **novelizace legislativního rámce**, a to na základě shody s odbornými společnostmi, se zdravotními pojišťovnami a případně s akreditačními komisemi.

Mladí lékaři v regionech

Pozornost byla věnována problematice regionálních „venkovských“ praxí, zejména jejich podpoře a umožnění specializačního vzdělávání přímo v regionech. Pokud se mladý lékař školí



K hlavním tématům diskuse patřily zjednodušení přístupu k postgraduálnímu a specializačnímu vzdělávání i work-life-balance mladých lékařů. Cílem bylo pojmenovat problémy a najít shody mezi zodpovědnými aktéry.

Foto: PSP ČR

ve fakultní nemocnici po šesti letech studia, pak se po 9–12 letech strávených v akademickém prostředí zpravidla nechce vracet do mateřského regionu, nebo tam dokonce nově hledat své místo lékaře.

Nejde jen o praktické lékaře, ale i o typicky nemocniční obory. Jako příklad zde byla zvolena chirurgie, což je obor, který by měl být regionálně dostupný, ale náročné výkony se provádějí ve specializovaných centrech. Otázkou specializačního vzdělávání je přítomnost školitele přímo na operačním sále/ve zdravotnickém zařízení nebo distanční dozor nad školením. Ambiciózním cílem je dosáhnout přibližně stejné dostupnosti a kvality péče ve všech regionech ČR.

Specializační vzdělávání probíhá v akreditovaných zdravotnických zařízeních, která nemusejí být regionálně dostupná, zejména v případech vyšší specializace, kde jsou podmínky akreditace nadhodnocené. To naráží na současnou restrukturalizaci lůžkového fondu, kdy se ruší například porodnické oddělení, ale tím zařízení nesplní podmínky akreditace.

K základním požadavkům – lépe cílům – patří:

- dostupná primární péče;
- rozhodnutí, které výkony mají být součástí atestace;
- kde a které výkony mají být poskytovány a vyučovány (regiony vs. centra);
- s výjimkou centrových oborů by mladí lékaři hned po promoci měli mít možnost pracovat a vzdělávat se v regionech.

Primární péče – budoucnost českého zdravotnictví

Demografický vývoj obyvatel České republiky naráží na limity především primární zdravotní péče, a to i z pohledu stárnoucích praktických lékařů. Minimálně třetina lékařů v následujících 10 letech skončí. Do ordinací nebo do zdravotnického systému bude v té době přicházet největší seniorská kohorta v historii. To jsou pacienti už jenom na základě svého věku polymorbidní, kteří potřebují kontinuální, koordinovanou a velmi komplexní péči,

jež je náročná nejenom zdravotně, ale i pro sociální péči. Kompetence praktických lékařů narůstají, ale je jen otázkou času, kdy překročí jejich kapacitu. Pokud primární péče nebude fungovat, zhroutí se celý zdravotní systém. Kvalitní praktický lékař zvládne 90 % zdravotních potřeb a spotřebuje pouze za 14 % celkového rozpočtu zdravotnictví.

Mladý lékař složí zkoušku po kmeni a zařadí se do předatestační přípravy a nastoupí na rezidenční místo. Existuje však velká skupina lékařů jiných specializací, kteří už mají atestaci v jiném oboru, takže nemohou zažádat o státem dotované rezidenční místo a veškeré výlohy si platí sami. Pro edukaci na praktického lékaře je zásadní role školitele, který garantuje kvalitu stáží, a tím i získaných kompetencí. Klíčovou výzvou v rámci specializačního vzdělávání je v první řadě nedostatek rezidenčních míst a finančních ohodnocení školitelů. V tuto chvíli je rezidenčních míst 140 a snahou je navýšení jejich počtu na 200. Finanční ohodnocení školení v primární péči je v současnosti poloviční, nebo dokonce třetinové oproti

absolventům, kteří nastupují do nemocnic. Proto se minulý rok obsadilo 120 míst, zejména kvůli finančnímu podhodnocení, které mnohdy neumožňuje pokrýt náklady na běžný život. Školitelé často z vlastního přispívají školencům.

Dalším nedostatkem je rozdílná kvalita postgraduální výuky. Jsou školitelé vynikající, ale také takoví, kteří vůbec nejsou v kontaktu se svým školencem, což platí spíše pro (fakultní) nemocnice.

Pokud se medicíci během studia dostanou i na venkov do školicích ordinací, poznají jinou medicínu než ve městech a často je nadchne. Pak také mnohem pravděpodobněji zvolí venkovskou praxi jako své profesní zaměření. K tomu přispívá i projekt „Pojď na venkov“, tedy Podpora vzdělávání v oblasti primární péče v regionech.

Projekt běží přes rok a ohlasy mediků z posledních ročníků medicíny jsou velmi pozitivní. Projekt vytvořili MUDr. David Halata, MUDr. Kateřina Javorská a MUDr. Ludmila Bezdíčková, kteří za něj dostali ocenění jako za nejlepší projekt z 90 přihlášených na mezinárodní konferenci EURACT (podrobně Medicína po promoci 3/2025). Z nedávných průzkumů vyplynulo, že mladé lékaře k práci na venkově motivují dostupnost kvalitního vzdělání pro děti, finanční ohodnocení a práce pro partnera.

Mezigenerační spor se nekonal

Velmi emotivní bylo představení rodinného života mladé lékařky, matky dvou

malých dětí (MUDr. Veronika Vlachová). Work-life balance je pro mladé lékaře a lékařky zcela klíčová. Nechtějí trávit v zaměstnání naprostou většinu svého času, ale chtějí se věnovat rodině a svým zájmům.

Následně se k názorům a cílům mladých lékařů vyjadřovala ředitelka IPVZ (MUDr. Irena Maříková), zástupci ČLS JEP (prof. MUDr. Jan Škrha, DrSc.), fakult (prof. MUDr. Marek Babjuk, CSc., doc. MUDr. Ján Dudra, PhD.) a nemocnic (MUDr. Petr Polouček, MBA, MUDr. Jakub Mach). Pozoruhodné bylo, že v ničem nebyl shledán zásadní rozpor, a to včetně požadavku na dostatečný prostor pro soukromý život. Kde může realizace cílů narazit, jsou právní překážky a ekonomické aspekty (včetně pojištění).

miš



Ke kulatému stolu v Poslanecké sněmovně PČR Mladí lékaři přizvali zástupce Ministerstva zdravotnictví, České lékařské společnosti JEP, IPVZ a fakultních i soukromých nemocnic

Foto: PSP ČR