

VOJENSKÉ ZDRAVOTNICKÉ LISTY

ROČNÍK LX

DUBEN 1991

ČÍSLO 1

356.33:005

ANALÝZA ÚROVNĚ ZDRAVOTNICKÉHO ZABEZPEČENÍ V ČSA A NÁVRHY OPATŘENÍ K JEHO ZLEPŠENÍ

Referát ze zasedání vědecké rady NZS FMO v Praze dne 20. 11. 1990

Plk. MUDr. Milan SUCHOMEL

náčelník zdravotnické služby ČSA

Chtěl bych k danému tématu analýzy ve svém příspěvku přistoupit poněkud netradičně. Jedná se o pohled někoho, kdo se po 20 letech vrátil do armády, je v ní necelé 4 měsíce a seznamuje se s její tušenou problematikou.

Myslím, že bychom se tentokrát mohli obejít bez různých tabulek a údajů dokumentujících v podstatě nám dnes již nic neříkající situaci, pokud jde o zdravotní stav vojsk v roce 1989, neboť od té doby se stalo mnohé, co celý tento soubor změnilo, a ten tak není pro dnešní situaci příliš signifikantní. Předpokládám, že z tisku jistě všichni znáte čísla týkající se odchodu důstojníků mimo aktivní službu i příčiny těchto odchodů, znáte i alarmující údaje o počtu mladých mužů, kteří před vojenskou základní službou dali přednost tzv. civilní službě, buďto a priori před jejím nástupem, či dokonce během jejího výkonu, zkrátka se i vojenská základní služba jako taková. Zajímavé by nebyly pro náš účel ani již takřka věčné pravdy o struktuře nemocnosti či příčinách oslabeného zdravotního stavu v obou základních kategoriích. Stejně tak si asi můžeme odpustit obvyklé údaje o počtu lůžek; všichni dávno víme, jaké problémy jsou s úrazovostí, zejména nepracovní, nepřekvapí nás skutečnost, že např. důstojníci na ministerstvu jsou nemocnější než ti na nižších stupních velení. Víme své o kvalitě branecké populace a kvalitě odvodního řízení i o následné enormní zátěži našich lékařů od útvarových přes nemocniční až po členy vojenských lékařských komisí, kteří všichni musí obvyklé následky odstraňovat. Zajisté nás potěší miliónové počty osob vyšetřených ambulantně ve vojenských nemocnicích, nic ovšem neříkající o kvalitě vyšetření, což je obecný jev, různě kalkulovat bychom mohli pro různé účely se statistici vyšetřených civilistů, obdobně s desetitisíci hospitalizovaných, několik z nás jistě zarazí pětina tzv. čistých civilistů z tohoto počtu. Všechny tyto údaje budou jistě nalezeny v posterech k základnímu elaborátu. Takto provedená analýza by nám ovšem pravý stav věci neosvětlila a těžko by byla použitelná jako východisko pro řešení situace, což se již několikrát prokázalo. Prosím, aby to, co jsem až dosud řekl, nebylo v žádném případě chápáno jako nedocenění významu těchto údajů či statistických ukazatelů vůbec pro práci organizačních stupňů velení či centra, pokud jde o informovanost a komplexní pohled na danou problematiku. Stejně tak to neznamená zpochybnění jistě pečlivé práce příslušných zpracovatelských týmů v tomto směru. Své poznatky jsem tentokrát čerpal

převážně z dobře zpracovaných komplexních zpráv zdravotnické služby obou okruhů, svazu LPVOS, Vojenské lékařské akademie a dalších připomínek z terénu.

Nejzávažnějším a určujícím problémem současné vojenské zdravotnické služby je praktické zhroucení systému primární péče u vojsk, tak jak by tato měla být zabezpečena vojáky z povolání, na území České republiky, zejména v Čechách. Je to odrazem toho, že mladí vojenští lékaři začátkem tohoto roku masově od vojsk odcházeli, z čehož rezultují šokující čísla 17% obsazenosti útvarových lékařů u 1. armády, 40% u 4. armády, 25% u 3. divize LPVOS, přičemž celková obsazenost lékařů - vojáků z povolání je u tohoto svazu 61 %. Tzv. nejlepší situace v armádě je u VVO, který má obsazenost vojenskými lékaři z povolání na 70 %. Jen u ZVO odešlo od 1. 1. 1990 celkem 99 lékařů - vojáků z povolání, vysoká je i odchodovost naší zálohy - posluchačů VLA, která ve školním roce 1989-90 činila 34 %. Odešli převážně mladí vojenští lékaři, jak už bylo zdůrazněno, školící se 6 let na naší VLA, když využili legálních cest daných novou zákonnou úpravou či resortními směrnici FMO, vše na přechodu roku 1989/90, a přispěli tak svým dílčím způsobem do známých anket či úvah o tom, jak naše lékařské fakulty vychovávají své posluchače pro tvrdou a náročnou práci v primární péči a v terénu vůbec.

Co k těmto odchodům vedlo? Jedná se o nahromaděné problémy zejména za léta normalizace a totality, které vyvrcholily tímto masovým exodem. Tento jev byl stručným a jasným vyjádřením toho, co si tito mladí vojenští lékaři mysleli o armádě a o jejím tehdejší velení a nakonec i o vojenské zdravotnické službě a jejím řízení. Všechny sliby a dílčí opatření, byť dobře míněná, v konfrontaci s touto skutečností dostávají naprosto jasné dimenze. Toto byl výsledek, který znamenal jasnou prohru, byť hra by se zdála sebelibivější a úmysl sebelepší. Necháme-li stranou naprosto jasný politický pohled na celou záležitost o nespokojenosti mladých důstojníků v daném období vůbec s nedokonalou demokratizací armády a nedůslednou a pomalou očistou velitelského sboru od osob zkompromitovaných spoluprací s totalitním režimem, pak nejčastěji, pokud jde o příčiny odchodů nejen těchto lékařů, ale dlouhodobé nespokojenosti vojenských lékařů vůbec, vidíme tři základní skutečnosti asi v tomto pořadí a významu:

1) Nespokojenost s odměňováním, zejména ve srovná-

ní s odpovídajícími pracovníky primární péče v civilním sektoru v celém komplexu problému, včetně např. neplacení posádkových LSPP.

2) Velitelská podřízenost vševojskovým důstojníkům a z toho rezultující účast na samoúčelných či zbytečných akcích, plnění neodborných úkolů na úkor práce odborné, laické hodnocení lékařů veliteli atd.

3) Ztráta odborné perspektivy včetně nemožnosti pravidelných kontaktů s vojenskou nemocnicí, omezení možností dalšího vzdělávání od zajištění odborné literatury až po stážování v ústavech či malá možnost změny zařazení do oboru všeobecného lékařství pro schopné a pro jiný obor talentované jedince.

K dalším příčinám nespokojenosti prokazatelně a dlouhodobě patří:

- nedostatečné obsazení míst zdravotníků - vojáků z povolání (např. u VZVO celá polovina) a zdravotních sester (např. u VZVO i z toho mála, kde jsou plánovány, opět celá polovina), z čehož rezultuje zátěž lékařů zejména v povinnostech materiálního zabezpečení a v některých případech i nahrazování práce sester;

- špatné stavebně-ubytovací podmínky ošetřoven, kdy péče o ně stojí na okraji zájmů odpovědných funkcionářů armády, znemožňující de facto instalaci modernizujícího či rozšiřujícího vybavení (např. rehabilitačních pracovišť);

- obtíže s realizací dopravy nemocných od útvarů na místa další odborné pomoci, počínaje limity PHM a kilometrů přes nemožnost pružného použití dopravních prostředků až po zastaralost současných vozů UAZ;

- velká zátěž posádkovou LSPP v některých posádkách s menším počtem lékařů;

- přebujelá administrativa s prakticky absolutním nedostatkem výpočetní techniky;

- interpersonální konflikty, rodinné problémy, pracovní vyčerpanost, vše jako následek současného stavu u zbytku vojenských lékařů z povolání;

- výkon funkcí NZS svazků mladými nezkušenými lékaři, často direktivně dosazenými, přičemž problémem je i obsazenost funkcí u NZS armád, ale i např. na zdrav. správě ZVO, kde prakticky chybí polovina plánovaných lékařů;

- vyřazování absolventů VLA v neodpovídající hodnosti k jejich věku a vzdělání, navíc bez diplomu Karlovy univerzity;

- neztotožnění se se službou vojáka z povolání a vojenského lékaře z povolání;

- pocit marnosti při chronickém poukazování na nedostatky a uplatňování návrhů na zlepšení za současné mladé respondentnosti a úspěšnosti nadřízených složek v tomto směru.

Některé z těchto příčin nespokojenosti vojenských lékařů zejména na úseku primární péče se ovšem v armádě táhnou již mnohá léta. Řadu z nich se pokoušela řešit na sklonku 60. let tehdy mladá reformní generace vojenských lékařů. Výsledkem těchto snah byla akce POLIKLINIKA, snažící se rozbit zejména podřízenost zdravotnické služby týlu a efektivní a dostupnou formou využívat síly a prostředky teritoriálním způsobem, akce KORUNA, která vnesla systém a stanovené vertikální a horizontální roviny do odměňování vojenské zdravotnické služby a na určitý čas dosáhla její preference jak vůči civilnímu sektoru, tak vůči ostatním vojákům z povolání, a konečně akce

PŘEDPIS, legislativním způsobem zakotvující tehdy progresivní zásady zejména zákona č. 20/1966 Sb., vyhlášek k jeho provedení a některé jiné tehdejší civilní stejně progresivní právní úpravy péče o zdraví do základních řádů a našich předpisů.

Tyto snahy byly po srpnové okupaci a při následné normalizaci označeny za pravicové a elitářské, zejména pokud jde o akci POLIKLINIKA, bez ohledu na to, že část z nich byla realizována a využita, resp. později nebyla zrušena, zvláště pokud jde o akci PŘEDPIS a KORUNA, a protagonisté těchto snah byli z armády odstraněni a bylo jim "umožněno" konfrontovat své teoretické představy s tvrdou realitou tzv. linie prvního kontaktu v civilním sektoru. Po více než 20 letech dochází k renesanci těchto myšlenek v nových podmínkách, a tak lze či by bylo možné meditoval nad tím, co by bylo, kdyby... např. fungoval již tehdy navrhovaný a propracovaný subsystém posádkových poliklinik, jak by tento subsystém vydržel současný stav a co vše z výše uvedených příčin by a priori eliminoval.

Vraťme se však k současné situaci. Zdá se, že nejjednodušším a logickým řešením by bylo negovat uvedené negativní příčiny a tím vlastně dosáhnout žádoucí pozitivní jevu. Znamená to tedy:

- 1) Výrazně zlepšit odměňování lékařů na úrovni vojenské zdravotnické služby s cílem dosáhnout podstatné preference proti primární péči v civilním sektoru s využitím všech civilních zvyklostí (odměňování pohotovostních služeb, nadúvazky, neatraktivní příplatky, povolení vedlejší pracovní činnosti, účast na privatizaci).

- 2) Vymanit minimálně lékaře primární péče z podřízenosti vševojskovým velitelům, organizovat je do funkčních, organizačních a dostupných celků typu posádkových ošetřoven či poliklinik a odborně je podřídit nejlépe spádové vojenské nemocnici (zemské, sborové).

- 3) Zabezpečit těmto lékařům všestranný odborný růst odpovídající adekvátním možnostem v civilním sektoru a navíc ponechat talentovaným jedincům perspektivu uplatnit se i v jiném oboru, než je všeobecné lékařství.

- 4) Do jisté míry odpovídajícím způsobem zabezpečit naplněnost funkcí zdravotníků - vojáků z povolání, profesionalizovat úsek středního zdrav. personálu zdravotními sestrami a vytvořit zejména finanční předpoklady pro skutečnou realizaci této myšlenky.

- 5) Prosadit stavebně-ubytovací úpravy ošetřoven, prioritně posádkových, u zodpovědných funkcionářů a zlepšit jejich vybavení, zejména zařízením pro rychlou diagnostiku (EKG, analyzátory, screening).

- 6) Dopravní službu v primární péči řešit obdobným způsobem jako v civilním sektoru, nejlépe profesionalizací řidičů sanitek a vyčleněním této služby z běžné útvarové praxe.

- 7) Nově koncipovat posádkovou LSPP s využitím spolupráce s civilním sektorem a důsledně ji odměňovat dle celostátních zásad.

- 8) Výrazně omezit a současně zefektivnit záznamnictví a výkaznictví, perspektivně s využitím výpočetní techniky.

- 9) Přehodnotit tzv. organizační funkce vojenské zdravotnické služby na stupni velení svazek - svaz z hlediska teritoriálního a delimitačního.

- 10) Prosadit vyřazování absolventů VLA v hodnosti

kapitána a s diplomem absolventa KU při současném přehodnocení výuky posluchačů dle nových představ o vzdělávání lékařů a vojenském vysokém školství vůbec.

Samozřejmě aktuálně pro řešení nejzákladnějšího problému - neobsazenosti funkcí lékařů-vojáků z povolání u vojsk - je nutno i nadále počítat s pomocí absolventů již zrušených VKVŠ a záložníků, takže dospíváme k tomu, a jsme nuceni přihlížet k této skutečnosti, že v rámci snah o profesionalizaci naší armády nám zajišťují to nejdůležitější, tj. primární péči, vlastně amatéři. Rovněž i nadále musíme počítat s výraznou podporou a využitím civilního sektoru zejména v péči o malé a odloučené jednotky tak, jak to známe ze současné praxe, a dokonce zkoumáme možnosti použití civilistů pro primární péči o útvary, ať již jako občanských pracovníků či exteritoriální formou nadúvazku, a kalkulujeme dokonce se zvýšenou poptávkou z civilního sektoru v tomto směru, jak to věští prognózy reformy civilního zdravotnictví. Za přezívacích mechanismů řešení připomínek a návrhů v armádě by se návrh tohoto řešení mohl stát pouhým slohovým cvičením na téma negace-negace s předem odhadnutelnou odezvou u příslušných složek, jejichž souhlas je k provedení těchto změn až dosud bezpodmínečně nutný, pokud se bude postupovat obvyklým, což lze nazvat referentským, způsobem.

Dosavadní snahy v tomto směru, i když chvályhodné, byly a jsou podle mého názoru roztržité, nedostatečně koncipované, málo agresivní, příliš beroucí v potaz a respektující některá vžitá dogmata armády a jejich zneužívání, jako je nedílná velitelská pravomoc, kterou je ovšem zajisté nutno respektovat, organizační začlenění zdravotnické služby do horizontální i vertikální struktury armády, staré pojetí přechodu na válečnou organizaci bez dostatečné korekce tím, co možno nazvat "dostatečností" v tomto směru a co by vycházelo z nové obranné vojenské doktríny našeho státu, dosavadní dogmatická centralizace tabulek mírových počtů, něco jako právo veta ze strany finanční správy, a na druhé straně nedocení významu koordinovaného postupu vojenské zdravotnické služby jako celku, preferující zejména komisionální řešení problému, odpovídající delegaci do těchto komisí, nezkrácené podání s jasnými prognózami jeho řešení na existenci zdrav. služby ČSA vůbec, včetně celoarmádního odrazu.

Nedostatečně zatím bylo podle mého názoru reagováno zdrav. službou ČSA, resp. jejími představiteli, na probíhající změny v civilním sektoru zdravotnictví, nebyla doceněna nutnost jejich nezbytné aplikace zejména v tzv. nadresortních zásadách na podmínky zdravotní péče v ČSA, nebyla projevována dostatečná pružnost a předvídatost v tomto směru a vojenská zdravotnická služba je v nebezpečí, že se ocitne v roli pasivního příjemce celostátně prováděných změn bez možnosti jejich aktivního ovlivnění. Tento stav nelze připustit i při předpokládané obtížnosti a náročnosti tohoto úkolu vzhledem k nutnosti provedení určité symbolizace mezi navrhovanými novými systémy zdrav. péče v České republice a Slovenské republice před jejich aplikací nejmaximálnějším, ale i nejzodpovědnějším způsobem do jednak vojenského a jednak federálního organismu. První kroky již byly učiněny a na referentské úrovni již máme připraveny některé nejdůležitější prvky nového systému, tj. lékařské komory, nemocniční rady a konkursní řízení,

jimiž hodláme prosvětlit současnou zdravotnickou službu.

Z dalších základních zásad nového systému zdravotní péče je nutno reagovat na:

- celospolečenskou strategii obnovy a podpory zdraví,
- promítnutí zásad zdrav. politiky státu na podmínky ČSA,
- podíl občanů na péči o zdraví,
- vymezení rozsahu práv a povinností státní zdravotní správy jako garanta péče o zdraví a delegace části jejích pravomocí na jiné instituce, např. na lékařské komory či zdravotní pojišťovny,
- svobodnou volbu lékaře a zdravotnického zařízení,
- síť tzv. veřejných zdravotních zařízení jako samostatného právního a hospodářského subjektu se statutem příspěvkové organizace,
- nové pojetí subsystémů zdravotní péče, jako je:
 - podpora a výchova ke zdraví
 - preventivní péče
 - léčebná péče
 - rehabilitační péče,

kteří budou zahrnuti do tzv. **přiměřené** zdravotní péče, kterou bude zaručovat stát s tím, že těžištěm péče **léčebné** bude péče **ambulantní**, zejména **primární** péče, zatímco péče **nemocniční** bude využívána jen v nezbytně nutných případech, a péče **následná**, která bude pojata jako přechod z léčby do péče,

- povinné zdravotní pojištění s dotací státu pro obyvatele bez příjmu, v našem případě např. pro vojáky základní služby,

- zavedení nového informačního systému

- a v neposlední řadě na privatizaci zdravotní péče.

V současné době má ministerstvo zdravotnictví ČR stejně tak jako ministerstvo zdravotnictví SR vytvořeny zásady postupu, má je konkretizovány do etap prakticky až do konce roku 1992 s konkretizací provedení hlavních úkolů, kterých je celkem 10 a které jsou termínovány do konce roku 1991. Oba materiály jsme z úrovně zdravotnické správy připomínkovali a zúčastnil jsem se projednávání celého meziposortního připomínkového řízení na MZd ČR, kde naše připomínky, týkající se zejména spolupráce s civilním sektorem v duchu dosavadní legislativní úpravy - zejména léčebného řádu - byly akceptovány.

Domnívám se, že je nutno využít takto připravený materiál těchto ministerstev, který máme k dispozici, a obdobným způsobem komisionálně a reprezentativně vytvořit paralelní projekt vycházející z úkolů a termínů státní zdravotní správy a využít ho jak pro řešení vzniklé specifické situace ve vojenské zdravotnické službě, tak jak je uvedeno v první části tohoto příspěvku, pro zapojení vojenské zdravotnické služby do nového systému zdravotní péče v našem státě a jeho odrazu v armádě jako významného faktoru tzv. prosvětlení civilními pohledy a osobami. Garantem této akce musí být zdravotnická správa FMO s využitím odborníků zejména VLA, ÚVN, VÚHEM, zdravotnické služby VZVO, VVVO a LPVOS, organizací typu Sdružení vojenská obroda, Svazu vojáků z povolání a samozřejmě odborů. Tuto komisi je třeba urychleně jmenovat (podklady jsou připraveny), tím vytvořit autorský tým z uvedených reprezentací, k tomu uložit konkrétní úkoly, termíny, zodpovědnosti a koordinace a jeho práci považovat do konce tohoto roku za prioritní pro celou vojenskou zdravotnickou službu.