

356.33(437.1/.2)

VOJSKOVÁ ZDRAVOTNICKÁ SLUŽBA

Mjr. MUDr. Roman BLANAŘ
Úřad zdravotnického zabezpečení AČR, Hradec Králové
(ředitel: mjr. MUDr. R. Blanař)

V současné době není zajisté nutné zdůrazňovat vojenské zdravotnické veřejnosti existenci nového systému poskytování primární zdravotní péče vojákům v činné službě. Proto bych rád poukázal na základní příčiny, které k reorganizaci vojenské zdravotnické služby vedly, a stručně bych charakterizoval stávající systém posádkových zdravotnických zařízení, jeho klady a nedostatky.

Po společenských změnách v listopadu roku 1989 došlo k výrazným změnám v Československé armádě. Proces demokratizace a humanizace vojenské služby umožnil všem důstojníkům svobodný odchod do zálohy bez nutnosti respektovat předchozí závazky vůči armádě. Této možnosti využila řada vojenských lékařů a v letech 1990 a 1991 došlo k masovému odchodu lékařů-vojáků z povolání do zálohy. Personální situace zdravotnické služby se stala kritickou, zejména na teritoriu dnešního 1. armádního sboru.

Ve vojenské zdravotnické službě se vytvořila paradoxní situace. V jedné posádce existovaly vedle sebe vojenské útvary s minimálním počtem vojáků v činné službě a vlastním zdravotnickým zabezpečením (včetně lékaře) a útvary na plných počtech vojsk bez jakéhokoli reálného zdravotnického zabezpečení nebo jen s jedním lékařem. Očekávaná vzájemná výpomoc mezi lékaři různých útvarů byla nabourávána jednak různou podřízeností jednotlivých útvarů v posádce, ale i vlastnickým přístupem velitelů ke "svým" lékařům. Lékaři pracující u velkých útvarů se ocitli ve svízelné situaci. Do rozporu se dostaly oba základní atributy jejich povolání - lékař a voják. Při přetížení léčebně-preventivní činnosti se každá běžná vojenská činnost, včetně zabezpečení výcviku, stala pro lékaře neúnosnou zátěží.

Za této situace vyvstal jednoznačný požadavek útvarových lékařů - osvobodit se od vojenských povinností, a vytvořit tak prostor pro léčebně-preventivní činnost. Tento požadavek byl opakovaně uplatňován na odborných shromážděních terénních vojenských lékařů a vykristalizoval v požadavek na osamostatnění zdravotnické služby od velitelských orgánů.

Jako základní příčinu vzniku potřeby reorganizovat zdravotnickou službu lze tedy označit její **tíživou personální situaci**. Dala by se vyjmenovat také řada dalších důvodů, například zavedení pojišťovenského systému apod., ale tyto považuji za sekundární.

Vyhodnocení situace, která vznikla ve zdravotnické službě, vedlo Odbor vojenského zdravotnictví Generálního štábu k přehodnocení celého systému zdravotnického zabezpečení armády. Zejména zásluhou zástupce náčelníka zdravotnické služby plk. MUDr. Procházky vznikla nová koncepce vojenské zdravotnické služby postavená na teritoriálním principu. Byl navržen systém posádkových zdravotnických zařízení sdružující síly a prostředky zdravotnické služby

útvárů v dané posádce. Cílem navrhované koncepce nebylo zbavit lékaře vojenských povinností, jak je někdy prezentováno, ale vytvořit jim lepší podmínky pro plnění úkolů jak v oblasti léčebně-preventivní, tak v oblasti specificky vojenské. K ověření funkčnosti nového systému zdravotnického zabezpečení byl v letech 1991 a 1992 realizován tzv. experiment k ověření nové koncepce zdravotnické služby. V posádkách Žatec, Chrudim, Kroměříž a Hodonín byly vytvořeny posádkové ošetrovny formou odvelení personálu a techniky k jednomu pracovišti.

Činnost experimentálních ošetroven byla průběžně vyhodnocována a závěrečné hodnocení vyznělo jednoznačně kladně ve prospěch navrhované nové koncepce. Základní pozitiva, která vedla k tomuto závěru jsou:

- experimentální ošetrovny v plném rozsahu zabezpečily plnění úkolů v oblasti léčebně-preventivní;
- podařilo se odstranit rozdíly v pracovním vytížení jednotlivých lékařů posádky;
- koncentrací zdravotnického personálu byla navozena kontinuita v poskytování péče, vyřešena otázka zastupitelnosti lékařů a vytvořeny podmínky pro další vzdělávání lékařů;
- experimentální ošetrovny zabezpečily výcvik všech útvárů posádky při daleko racionálnějších využití personálu a zdravotnické techniky;
- vytvoření funkce "důstojníka pro organizační věci" zabránilo nárůstu administrativních úkonů u lékařů;
- experiment prokázal výhody jednotného velení zejména v oblasti operativního řízení - v některých posádkách se podařilo redukovat počet útvarových ošetroven a tím snížit i náročnost personální a finanční (zejména při provozu a údržbě ošetroven).

Na základě takto vyhodnoceného experimentu a po oponentuře provedené lékařskou veřejností i veliteli armádních sborů předložil náčelník zdravotnické služby v roce 1993 Kolegiu ministra obrany návrh nové koncepce zdravotnické služby, který byl schválen.

Dnem 1. 1. 1994 byl vytvořen systém posádkových zdravotnických zařízení, která do své podřízenosti převzal Úřad zdravotnického zabezpečení AČR (ÚZZ). Vytvořením úřadu a definováním velitelské podřízenosti byl dnem 1. 1. 1994 ukončen proces osamostatnění zdravotnické služby jako druhu vojska.

Stávající systém posádkových ošetroven

Vzhledem k potřebě diferencovat velikost posádkových zdravotnických zařízení v závislosti na počtu vojáků v posádce, byla vytvořena typová struktura ošetroven. Původní rozdělení zahrnovalo 3 typy posádkových ošetroven (POŠ), posádkové lékařské stanice (PLS) a atypické posádkové ošetrovny Prahu a Brno. Další tabulková diferenciací ošetroven pak byla provádná posílením z tabulkové zálohy ředitele ÚZZ. Vzhledem k tomu, že NGŠ nařídil zrušit tabulkovou zálohu, byla potřebná variabilita velikostí ošetroven řešena vytvořením vícestupňové struktury (jednotlivé typy ošetroven byly rozčleněny do subtypů).

Všechny další číselné údaje ilustrující současný stav typizace posádkových zdravotnických zařízení a personální odbornosti uvádím podle tabulek mírových počtů platných od 1. 10. 1995, v kterých se odráží nejen úprava struktury, ale i realizace významného snížení celkových počtů zdravotnické služby.

Nadále zůstávají tabulkově netypizované POŠ Praha a Brno, 8 posádkových ošetroven typu I. (rozdělených do 6 subtypů), 20 POŠ typu II. (6 subtypů), 37 POŠ typu III. (8 subtypů) a 20 PLS.

Úkoly posádkových zdravotnických zařízení

Úkoly v oblasti léčebně-preventivní zůstaly v podstatě nezměněny. Nadále přetrvává obecná platnost předpisu Zdrav 1-1, přestože vyžaduje urgentní novelizaci. Jeho znění je průběžně modifikováno metodickými nařízeními náčelníka zdravotnické služby Armády České republiky a rozkazy ředitele Úřadu zdravotnického zabezpečení Armády České republiky. Standardní součástí léčebně-preventivní činnosti se stalo vykazování výkonů zdravotním pojišťovnám. Pro zjednodušení komunikace s lékaři ošetroven zakoupila Vojenská zdravotní pojišťovna pro všechna ambulantní pracoviště osobní počítače.

Výrazná změna nastala v ostatních oblastech. Posádková zdravotnická zařízení jsou samostatnými útvary s vlastním velitelem - náčelníkem, jehož velitelská pravomoc je postavena na úroveň velitele praporu. Se změnou postavení náčelníků ošetroven se adekvátně zvětšil i rozsah jejich povinností. Pro řešení otázek organizace chodu ošetroven, jejich materiální zabezpečení, plánování zabezpečení výcviku vojsk a řešení administrativních otázek byly u ošetroven vytvořeny funkce organizačních důstojníků, kteří mají v maximální možné míře odbřemenit lékaře od jiných povinností než lékařských.

Od modelové situace, která byla navozena v rámci "experimentu", došlo k řadě odchylek a tím k nárůstu úkolů, zejména díky reorganizaci armádní logistiky a finanční služby. Předpokládali jsme, že útvary poskytnou posádkovým zdravotnickým zařízením potřebný servis podobně, jak ho zcela samozřejmě přijímají v oblasti zdravotní péče. Realita je však odlišná. Vznikly sice finanční úřady, ale každý samostatný útvar musí mít svůj výplatčí orgán (tedy i ošetrov-

ny). Osamostatnila se armádní logistika, ale doposud nevznikly posádkové komplety, které mají materiálně zabezpečovat útvary posádky. Další nárůst povinností s sebou přinesl rovněž nový způsob účtování (od 1. 1. 1995 zavedeno podvojné účetnictví) a plánování rozpočtových prostředků.

K zabezpečení plnění těchto úkolů musely být provedeny úpravy v tabulkách mírových počtů ošetřoven. Nezdravotnický personál tvoří 10,5 % z celkového počtu pracovníků ošetřoven, přestože původní záměr byl nižší.

Personální obsazení

Vzhledem k tomu, že o personální naplněnosti se v dnešní době velmi často diskutuje a není vždy přesně prezentována, uvedu některé základní statistické údaje.

Tabulka 1

Plánované a skutečné počty lékařů podle ČVO

ČVO	plán	obsazeno		% obsazení
		vzp	o. z.	
828	222	152	28	81
827	4	4	0	100
834	16	7	2	56
840	52	21	25	88,5

Tabulka 2

Plánované a skutečné počty zdravotníků a organizačních důstojníků (manažerů zdravotnické služby)

ČVO	plán	obsazeno		% obsazení
		vzp	o. z.	
802	78	72	0	92
852	3	3	0	100
860	92	64	16	87

Z uvedených tabulek vyplývá, že personální situace posádkových zdravotnických zařízení není v souvislosti s obsazením platných tabulek mírových počtů kritická. Statistika však nepostihuje rozmístění personálu. V současnosti máme řadu POŠ bez lékaře-vojáka z povolání a některé i bez lékaře civilního (POŠ Kozlov, Radošov a Kolín, PLS Dětřichov a Chotěboř - Bílek). Pro dokreslení personální situace je potřeba doplnit základní údaje o odchodovosti:

- v roce 1994 bylo propuštěno do zálohy 16 lékařů s atestací ze všeobecného lékařství a 5 stomatologů,
- v první polovině roku 1995 to byli 4 lékaři s atestací ze všeobecného lékařství a 2 stomatologové.

Tabulka 3

Věková struktura vojáků z povolání podle ČVO

ČVO	věkové složení									průměrný věk vzp
	-25	-30	-35	-40	-45	-50	-55	-60	>60	
828	0	27	29	43	27	10	5	9	2	38,6
827	0	0	0	1	1	1	0	0	1	49,2
834	0	5	1	0	1	0	0	0	0	30,7
840	0	5	5	5	2	1	3	0	0	36,7
802	2	9	13	19	14	9	5	1	0	38,4
852	0	0	2	0	1	0	0	0	0	34,1
860	28	14	6	8	3	1	3	1	0	29,3

Legenda ČVO	828	všeobecný lékař
	827	sportovní lékař
	834	letecký fyziolog
	840	stomatolog
	802	organizační důstojník zdravotnické služby
	852	organizační důstojník zdravotnické služby
	860	zdravotník

Shrnutí

Rozhodujícím momentem pro reorganizaci zdravotnické služby AČR byla tíživá personální situace a jí způsobená neschopnost zdravotnické služby zabezpečit úkoly v požadovaném rozsahu.

Po celkovém snížení počtů vojsk AČR, zrušení řady útvarů a zařízení a po adekvátní redukci zdravotnické služby je procentuální naplněnost funkcí zdravotnického personálu podstatně vyšší. Kritická personální situace přetrvává pouze místně v neatraktivních nebo sociálně nezabezpečených posádkách. Odchodovost vojenských lékařů se výrazně snížila.

Jak z hlediska našich poznatků, tak ze závěrů Inspekce Ministerstva obrany ČR a hodnocení převážné většiny velitelů je nový systém zdravotnického zabezpečení vojsk funkční a přínosný. Při řádném plánování a s možností operativního řízení bylo zabezpečeno splnění úkolů ve všech oblastech činnosti při hospodárném využití sil a prostředků zdravotnické služby. Část velitelského sboru se dosud nesmířila s nutností vyžadovat zdravotnické zabezpečení a provádět součinnost s posádkovými zdravotnickými zařízeními.

Lékaři posádkových ošetřoven nejsou v názoru na funkčnost systému jednotní. Jejich hodnocení je ovlivňováno personální situací konkrétní ošetřovny a tím i rozsahem úkolů kumulovaných na jednotlivé funkcionáře. Neadekvátní

a nepředpokládaný je nárůst úkolů v oblasti logistického zabezpečení a administrativně-hospodářských úkonů, což je hlavním negativem celého posádkového systému zdravotnického zabezpečení.

Závěrem musím podtrhnout krátkost doby trvání systému, který vznikl 1. 1. 1994. Po celou dobu jeho existence probíhá kontinuální reorganizace AČR s výrazným snižováním počtů a tvorbou nových organizačních struktur. Opakovaně proběhly změny i ve zdravotnické službě. Poděkování si jistě zaslouží všichni příslušníci posádkových ošetřoven, kteří kromě realizace řady organizačních opatření zabezpečili trvalou a kvalitní péči o všechny vojáky v činné službě i veškerý výcvik vojsk AČR. Předpokládám, že v blízké době bude doceněn význam zdravotnických zařízení prvního kontaktu i v armádě a že se nám podaří zlepšit alespoň pracovní podmínky v posádkových zdravotnických zařízeních.