

VOJENSKÉ ZDRAVOTNICKÉ LISTY

ROČNÍK XXXVIII

ÚNOR 1969

ČÍSLO 1

NAŠE SOUČASNÉ ÚKOLY

Generálmajor MUDr. Miroslav HEMALA, CSc.

V minulém roce jsme na stránkách našeho časopisu informovali byť i rámcově, o stadiu, ve kterém se nacházelo teoretické přehodnocení a vědecká analýza současných organizačních forem zdravotnické služby. Rozsáhlé a jak časově, tak i věcně velmi náročné studie byly dovedeny do takových závěrů, že byly v roce 1968 experimentálně přezkoušeny. Na základě kladných výsledků, které byly vyhodnoceny ve zkoumaných posádkách, jsou předkládány velení návrhy na realizaci teritoriálního poliklinického zabezpečení vojsk, útvarů, útavů a zařízení Československé lidové armády.

Příprava k realizaci těchto návrhů je prvořadým a hlavním úkolem vojenské zdravotnické služby v letošním roce. Význam tohoto úkolu není dán pouze tím, že v uceleném komplexu rozhodujícím způsobem likviduje staré a neúnosné podmínky pro odborné využití hlavního lékaře, ale i v tom, že souběžně řeší i celou řadu ostatních, dosud neřešených chronických nedostatků zdravotnické služby vojskového týlu.

K odstranění této tíživé a nesmírně obtížné situace byla vyslovena celá řada názorů, námětů a připomínek. Do roku 1964 vesměs převládal názor řešit nazrávající problematiku zvyšováním počtů — jak odborných, tak i středních kádrů. Úvodní studie a analýzy provedené v témže roce však odhalily i jiné souvislosti a příčiny. Jednoznačně se totiž prokázalo, že žádná jednoduchá a jednorázová akce nemůže okamžitě odstranit celý nesmírně složitý komplex příčin, z nichž některé leží mimo úroveň velitelské i odborné pravomoci, byť i nejvyšších orgánů zdravotnické služby. Dále se ukázalo, že řešení — má-li být efektivní — bude vyžadovat velmi hluboký a zásadní zásah zejména do tradičních vazeb vojenského zdravotnictví na složitou a roztříštěnou strukturu armádního organismu a že nelze mírovou organizaci řešit bez postihnutí intimních vazeb na organizaci válečnou. Už na základě těchto skutečností bylo zřejmé, že tak zásad-

ní a hluboký zásah do citlivého organismu vojenského zdravotnictví je možný pouze na základě všestranných hlubokých analýz, závěrů z nich a po předchozím experimentálním přezkoušení v reprezentativním počtu posádek. Byly zadány výzkumné úkoly některým katedrám VLVDÚ. Katedra společenských disciplín téhož ústavu realizovala hluboké a cenné sociologické práce, jejichž výsledky byly cenným podkladem pro zdůvodnění návrhu nové organizační struktury. Není smyslem tohoto úvodního článku podat vyčerpávající přehled vykonané práce jednotlivých pracovních týmů, které se na řešení problému podílely. Chceme tím

1. odmítnout diletantská a lacině demagogická tvrzení doporučit řešit ihned a za každou cenu — bez ohledu na možné negativní důsledky nedomyšlených návrhů a
2. zdůraznit závažnost této problematiky.

Vezmeme-li v úvahu, že hlavní lékař bude pracovat v posádkové ošetrovně pod vysloveně odborným velením a řízením, že bude zbaven těch prací, které s výkonem odborně lékařské a vojenskolékařské funkce nijak nesouvisí a zbytečně vedou ke konfliktním situacím, že dále v úzké součinnosti s místními orgány státní zdravotní správy může být na určitý podíl úvazku zapojen do prakticky všech druhů služeb na příslušné úrovni — potom jednoznačně pochopíme k jakému radikálnímu obratu zde dochází. Podrobnosti i zásady řeší příslušné prováděcí směrnice — proto se blíže těmito otázkami zabývat nebudeme.

Experiment, který probíhal ve vybraných posádkách a který měl dát základní odpověď na otázku, zda premisy a teoretické závěry je možno realizovat v praxi — se ve svém celku ukázal přijatelným jako model zdravotnického zabezpečení ČSLA v míru a byl velení doporučen k realizaci v roce 1970. Stručně shrnuto, bylo dosaženo těchto výsledků:

- Principiálně bylo ve všech posádkách, které byly zvoleny k přezkoušení, docíleno pozitivního ovlivnění kvality poskytované péče. To se v první řadě projevilo u těch útvarů, které byly zabezpečovány mladými a nezkušenými lékaři katedristy. Možnost týmové práce a konzultace mezi lékaři patří ke kladným stránkám proběhlého experimentu. Léčebně preventivní péče se zvýšila zejména ve vyšší úrovni diagnostiky, k čemuž přispělo vyšší a kvalitnější využití pomocných vyšetření (biochemická, ekg, rtg a jiné). Centralizace materiálu umožnila lépe vybavit fyzikální terapii, jakož i odborné vyšetřovny (ORL a oční).
- Využití personálu pro odbornou péči vzrostlo. Týká se to nejen lékařů, ale i všech ostatních kvalifikačních kategorií. Tím se podařilo vcelku odstranit onen nepříznivý jev, který byl velmi často a oprávněně kritizován: plnění těch úkolů odborným zdravotnickým personálem, které s jeho posláním a prakticky i s jeho funkční náplní nijak nesouvisí.
- Bezesporně došlo rovněž i ke zkvalitnění hromadných preventivních akcí (prohlídky, rtg vyšetření, očkování). Určité obtíže byly však zaznamenány s vlastní organizací a realizací těchto akcí. Obtíže vznikaly zejména v těch posádkách, kde velitelským orgánům nebyl zcela správně a beze zbytku objasněn význam experimentu, který nepřijali jednoznačně kladně.
- Beze změn — tedy i bez markantního žádoucího zlepšení — zůstala oblast individuální dispenzární péče. Formálnost dosavadního systému a určitá složitost dokumentace se znovu objevila zejména při realizaci preventivních opatření, zejména u osob pod zvláštním lékařským dohledem. Tyto skutečnosti spolu s některými dalšími, byť i méně podstatnými nedostatky si vyžádaly principiální i formálně technické změny v systému i dokumentaci dispenzarizovaných osob. Tato zjednodušující a přitom modernizovaná opatření budou zafixována v novelizovaných zdravotnických základních předpisech.
- Zřetelně příznivý vliv experimentu se projevil v efektivnosti vynakládaných materiálních a finančních prostředků. Podstatně stoupá využití lůžek v ošetrovnách — z 30 až 35 % na 40 až 70 %. Celkově se snížily výdaje na léčiva. V jedné experimentující posádce, kde bylo provedeno podrobné srovnání se stejným obdobím předcházejícího roku, došlo k úspoře o 34 %. Současně však zde vzrostly náklady na obvazový materiál o 27 procent. Toto zvýšení je jednoznačně způsobeno rozšířením drobných chirurgických výkonů. Jde zde tedy o přesun nákladů z jednoho zařízení — kam byli dříve nemocní odesíláni — na druhé.

Centralizací pracovišť dále zřetelně stoupla využití přístrojů i ostatní zdravotnické techniky, jejíž běžná poruchovost neovlivňu-

je tolik úroveň poskytované péče jako při její roztržitésti;

- na centralizovaných pracovištích se podstatně lépe zabezpečuje jeden ze základních principů socialistického zdravotnictví: nepřetržitost a dostupnost. Týká se to jak pohotovostních lékařských služeb, tak i dozorčích služeb v ošetrovnách a nakonec i zdravotnických automobilů. Odpadají dále potíže s překrýváním služeb zejména u těch útvarů, kde je lékař sám a jakákoli jeho legální nepřítomnost (dovolená, stáže, nemoc) značně komplikovala dostupnost lékařské péče.

Plně se osvědčila forma odloučených vyšetřoven u vzdálených útvarů, kam pravidelně dojíždí ordinovat lékař. Kategoricky však nemůžeme souhlasit s tím, aby na těchto vyšetřovnách ordinoval zdravotník a mimo jiné tak vytvářel „filtr“ pro nemocné, které by pak lékaři prezentoval podle vlastního uvážení.

Považujeme za nezbytné zmínit se kromě citovaných kladných stránek i o některých úzkých místech a obtížích, s nimiž se při realizaci nové organizační struktury můžeme setkat.

- a) Je nutno počítat s tím, že u všech vedoucích funkcionářů zdravotnické služby — počínaje náčelníkem posádkové ošetrovny — dojde k podstatnému zvýšení odpovědnosti a že jim přibudou některé organizační povinnosti. Týká se to zejména nedílné odpovědnosti za zabezpečovaný spád (nebo oblast), za vnitřní organizaci lékařského provozu, za péči o zdravotnický personál, jeho přípravu, doškolování aj. Zdůrazňuji, že jde o přirozený atribut v povinnostech každého vedoucího pracovníka bez ohledu na počet podřízených.
- b) Nová organizace vojenské zdravotnické služby za žádných okolností nesmí být důvodem ani příčinou možného odtržení pozornosti vojenského lékaře od vojsk. Životem výcviku a zaměstnání vojsk je nutno se zabývat v té nutné a rozumné míře, která má právě vyslovené medicínské nebo sociálně lékařské souvislosti. Je krajně žádoucí velmi ostře vidět právě onu hranici, za kterou buď začínají, nebo končí specificky vojenské odborné aspekty, které podmiňují specifický charakter vojenské zdravotnické služby. V míru to jsou zejména: zdravotnické problémy všech druhů výcviku vojsk, zdravotnická příprava vojsk, zvláštní úkoly a příprava jednotlivých článků zdravotnické služby pro zabezpečení činnosti ČSLA v jiných situacích, než je situace mírová.

Realizace teritoriálních principů zdravotnického zabezpečení naší armády bude vyžadovat maximum tvůrčích sil všech rovin zdravotnických pracovníků, kteří se na celé akci budou podílet. V podstatě jde o to, že místní podmínky jsou v různých posádkách různé a tuto skutečnost je nutno brát na zřetel. Analýza těchto rozdílných podmínek a možností, jejich perfektní zhodnocení a závěry z nich, jsou nezbytnými věcnými i metodickými předpoklady správného

rozhodnutí pro konečné řešení v té či oné po-
sádce. Je tedy zřejmé, že ani MNO, ani VO ne-
může vypracovat jednotný závazný model do
všech detailů. Naproti tomu základní normativní
dokumenty, které budou MNO a zdravotnickou
správou vydány, dávají dostatečný prostor a
možnosti, aby byly rozdílné místní podmínky
rozumně respektovány a uplatněny.

Na závěr nemůžeme nezdůraznit toto:

Souhrn základních opatření realizovaných při
plném pochopení a podpoře velení Českosloven-

ské lidové armády vytváří v dosud nebývalé
míře a rozsahu dobré podmínky pro činnost
hlavních lékařů, tedy toho prvotního článku
zdravotnické služby, který byl dosud velmi málo
atraktivní a kde rozpory v celé řadě velmi váž-
ných otázek a problémů byly nejzávažnější. Jsme
toho názoru, že v dnešní etapě výstavby zdra-
votnické služby Československé lidové armády
v tak složitých podmínkách našeho současného
vnitropolitického vývoje a zejména ekonomick-
kých možností bylo uděláno maximum.