

Vztah a postavení zdravotnické služby v armádě

Především se chci zmínit o státním zdravotnictví, poněvadž je jen málo odvětví v armádě, kde by závislost na civilním sektoru byla tak bezprostřední a také z toho důvodu, že ve vojenské nemocnici pracuje velké množství občanských pracovníků, kteří se víceméně řídí předpisy ministerstva zdravotnictví.

Zdravotnictví dosáhlo za uplynulá léta od roku 1945 bezesporu velkých úspěchů, a to díky obětavosti, píli a disciplíně zdravotnických pracovníků. Je však také nesporné, že za éry ministra zdravotnictví Josefa PLOJHARA, Dr. h. c., se zdravotnictví stalo — velmi mírně řečeno — posluhující Popelkou. Proto všichni zdravotníci pohlíželi k poslednímu zasedání ÚV s nadějí, že se v akčním programu přízná zdravotnictví správné a důstojné společenské postavení. Zatím však akční program odbyl zdravotnictví 7 řádky povšechných frází (na rozdíl od akčního programu pro školství). Myslíme, že je to přinejmenším křivda na zdravotnících a hlavně na nemocných.

Přitom není třeba zdůvodňovat, že ve zdravotnictví pracuje vysoce kvalifikovaný personál s převážně středoškolským vzděláním a z 1/4 se vzděláním vysokoškolským.

Podle akčního programu by se tedy mohlo zdát, že ve zdravotnictví je vše v pořádku. Musím však uvést, že značně neutěšená situace je i tady a týká se všech oblastí zdravotnictví. Je těžké si vysvětlit, že koncem roku 1967 nebyly mimo četné léky i léky život zachraňující — údajně proto, že nebyly valuty. Je pak trapné i tragické, že nemocní píší o léky do západního Německa. Je jasné, že tato situace je v souvislosti s dosavadním diletantským řízením ekonomiky.

Neutěšená situace je i v jiných oblastech zdravotnictví. V RP ze dne 13. 2. 1968 se uvádí, že vysokoškolák v průmyslu si vydělá celoživotně méně než vyučený dělník zastávající funkci technika. Bylo by otřesné, kdyby byl proveden podobný průzkum v nedoceněné kvalifikaci ve zdravotnictví. Víme, že přerozdělení národního důchodu je t. č. z určitých důvodů nemožné, ač by bylo jedině spravedlivé. Jak vysvětlit, že maturant na průmyslovce má až o 700 Kčs vyšší plat po stejné době než maturant zdravotní školy.

Proto nemohu také pochopit, proč z přiděleného fondu na mzdy se strhávají 4 %, čili mzdový fond je kryt na 96 % a z toho jen je kryt na střed.

Přece práci za nemocného pracovníka musí někdo udělat a tato práce zůstává nezaplacena. Při menší nemocnosti než 4 % pak dochází k tomu, že není z čeho pracovníky zaplatit. Slyšel jsem ke konci roku (bylo to v civilním sektoru) naříkat vedoucího pracovníka, že by potřeboval, aby si někdo zlomil nohu a byl dlouho neschopen práce, poněvadž mu nevychází mzdový fond. Situace je nutné řešit vždy dodatečně dotacemi. Relativně lépe jsou na tom ti, kteří mají nekvalifikované pracovníky — paradoxní situace.

Platová úprava SZP je zcela nedostačující. Zvýšení platu u sester bylo v průměru o 110 Kčs, a přitom plat uklízečky s prémie je stejný jako plat sestry. Sestra nahradí uklízečku hned, uklízečka by musela nejdříve 4 roky studovat, aby mohla dělat práci sestry. Je mi trapné, že o mzdových otázkách musíme hovořit, ale zdravotnictví je hrubě platově podceňováno již 20 let. Myslíme si, že zdravotnictví by mělo dostat za své úkony zaplacené od podniků, složek na stejném principu, jak

účtují tyto podniky výsledky své práce ostatním. Situace je taková, že na zdravotnictví se dávají prostředky podle hesla — až co zbude. Tím by se musely podniky starat více o hygienu a bezpečnost práce a byl by to i prostředek proti zneužívání nemocenské péče.

Nezdravá situace je i ve vojenském zdravotnictví, které ve vztahu s ostatními složkami armády je v nerovnoprávném postavení, jako služka pro všechno.

Nedosáhne-li lékař předepsané kvalifikace (atestace), strhává se mu z funkčního platu 300 Kčs. Jsem všemi deseti pro. Na druhé straně jsou však funkce vysokoškolských obsazeny osobami, které vysokoškolské vzdělání nemají, ale srážky z funkčního platu také nemají. Měří se zde tedy dvojnásobným metrem. Jsem pro přesnější metr na všechny. Vysoká škola není všechno, ale kdo chce přiměřenou funkci zastávat a brát plat za tuto funkci, musí prokázat znalosti a schopnosti. K lůžku nemocného si nikdo nedovolí postavit nelékaře, ztráta i život by byl ohrožen bezprostředně. Je-li ale nekvalifikovaný na místě, kde bezprostřední ohrožení nebo ztráty nehrozí, projeví se ale určitě za čas. Výsledkem takového neodpovědného jednání je i nynější naše hospodářská situace. Z toho důvodu si myslím, že výše platu lékařů neodpovídá stupni vzdělání, požadavkům kvalifikace a zvláště relacím funkcí v armádě.

Není ani možné, aby lékař byl povýšen, když nesplní požadovanou atestaci. Přitom je u nás situace taková, že podplukovníkem je důstojník se 4 měsíčníky, lékaři s atestací 2. stupně, náčelníci oddělení i náčelník oddělení kandidát věd. Na druhé straně náčelníci oddělení jsou do hodností plukovníků při splnění všech požadavků povyšování neuvěřitelně těžce. Vidíme v tom diskriminaci zdravotníků.

Z těchto důvodů nemohu souhlasit také s přehodnocením čl. 4 Kádr-1-1. Vidím v tom tlumení deníkového procesu a pokračování v lživé politice. Situaci lze, myslím, řešit jedině přes zlepšení ekonomiky národního hospodářství, eventuálně finančními příspěvky, ale nikoli umísťováním na vedoucí místo. I v armádě jedině schopný důstojník může zastávat odpovědné místo.

Chtl bych se zde ještě zmínit o službách lékařů. Tisíc hodin služeb za rok představuje 4 měsíce 8 hod. práce doby navíc. Kde vzít potom čas na studium, bez kterého lékař přestává být lékařem. Odejít po noční službě domů se sice teoreticky umožňuje, ale prakticky je nemožné. Tak se stane, že lékař po noční službě nastu-

puje na svůj úsek, neboť by svým odchodem narušil celý chod oddělení, zvláště když je na ambulanci nebo operačním sále.

Nechci zde hovořit o placení služeb, které jako u jiných pracovníků v civilu je samozřejmostí. Chci se zmínit o tom, že dosavadní systém dělá z kvalifikovaného lékaře velmi dobrého písaře. Troufám si tvrdit, že odborné využití práce lékaře a celé jeho kapacity je jen z jedné třetiny. Potvrdil mi to i jeden lékař PU, který v NDR při dokonale zabezpečené administrativní práci a práci pomocné vyšetřil a ošetřil 3krát více nemocných, než je schopen udělat u nás, když musí vše psát sám. V NDR diktoval souběžně s vyšetřováním. Znamená to, že zvyšování počtu lékařů by nebylo tak naléhavé, kdyby lékaři byli zbaveni práce, která jim nepřísluší. Je třeba, aby se touto otázkou někdo zabýval, protože je to velké zvýšení produktivity práce. Vyřešením této otázky by byl čas na studium, volno po službě i rodinný život. Bude-li se situace vyvíjet dále, bude zdržovat lékaře od skutečné jejich práce, tj. léčení. Myslím, že i v jiných oborech vojenského života odbourání nepříslušející práce by život funkcionářů usnadnilo.

Zaostávání materiálně zdravotnického zabezpečení není jen v mírových podmínkách, ale i v podmínkách pro pole. Vybavení doplňků je zastaralé, stany jsou zcela nevhodné. Zřízení laboratoří a rtg. kabinetů by mohlo být zcela snadné ve skříňových vozídech jako jsou laboratoře chemické nebo radiologické. Zatímco však se buduje nová bojová technika, vybavení zdravotnictví je téměř stejné jako v roce 1957. Jsou možné změny i v tabulkách: místo instruktora zříditi funkci náčelníka štábu doplňku, který by osvobodil náčelníka nemocnice od jisté práce a náčelník doplňku by se mohl daleko více věnovat práci odborné. Za současné feminizace medicíny bude lékařů velký nedostatek. Je třeba vypracovat dlouhodobou koncepci. Myslím, že z daného vyplývá jedna nutnost, a to vyřadit zdravotnickou službu z podřízenosti týlu. Péče o nemocné a raněné vyžaduje kvalitativně odlišný přístup jak řízení PHM, proviantu a intendantního materiálu. Každý mezičlánek je škodlivý. Vymaňování zdravotní služby z týlu by přineslo větší prostor pro realizaci jejich potřeb.

Myslím si, že by hlavně velitelské orgány měly se problémy zdravotní služby více zabývat, nechovat se k nim macešsky a znát je jen tehdy, když onemocní. Zastavení degradace zdravotnictví je životně nutné.