



**Sekcia sociológie zdravotníctva Slovenskej sociologickej spoločnosti pri Slovenskej
akadémii vied**

**Ústav sociálneho lekárstva a lekárskej etiky, Lekárska fakulta Univerzity Komenského
Katedra sociológie Vysokej školy zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety**

ZDRAVOTNÍCKI PRACOVNÍCI V SYSTÉME ZDRAVOTNÍCTVA A V SPOLOČNOSTI

Zborník referátov z medzinárodnej vedeckej konferencie konanej dňa 9. Decembra 2016
v Bratislave

Bratislava 2017

Editorská poznámka

Medzinárodná vedecká konferencia „Zdravotnícki pracovníci v systéme zdravotníctva a v spoločnosti“ sa konala 9 decembra 2016 v Bratislave v priestoroch Inštitútu pre výskum práce a rodiny v Bratislave. Organizátormi konferencie boli Sekcia sociológie zdravotníctva Slovenskej sociologickej spoločnosti pri Slovenskej akadémii vied, Ústav sociálneho lekárstva a medicínskej etiky Lekárskej fakulty Univerzity Komenského a Katedra sociológie Vysoké školy zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave.

Cieľom konferencie bolo vytvoriť priestor pre výmenu poznatkov medzi sociológmi a pre ich dialóg s odborníkmi, ktorý k danej tematike pristupujú z pohľadu medicíny, verejného zdravotníctva, ekonómie a práva. Konferencia mala multidisciplinárny charakter.

Na konferencii odzneli 9 príspevkov, ktoré nám boli všetky poskytnuté na uverejnenie v tomto zborníku.

Editori: prof. PhDr. Jozef Matulník, PhD.

Mgr. et Mgr. Silvia Capíková, PhD

Recenzenti: doc. PhDr. Kamil Kardis, PhD.

PhDr et Mgr. Roman Kollár, PhD.

© Sekcia sociológie zdravotníctva Slovenskej sociologickej spoločnosti pri SAV

ISBN 978-80-85447-27-9

EAN 9788085447279

OBSAH

Postavenie zdravotníckych pracovníkov na Slovensku a presadzovanie ich profesiových záujmov

Miroslav KOLLÁR, Zuzana PAČESOVÁ 4

Zmeny v postavení lekárov na Slovensku v 60. rokoch 20. storočia

Silvia CAPÍKOVÁ, Vojtech OZOROVSKÝ, Anna FALISOVÁ 15

Spoločenské postavenie lekárov v Argentíne

Silvia CAPÍKOVÁ, Armando Marcio OCHOA VENTURA 24

Několik poznámek ke zvládání a řešení konfliktů ve zdravotnických zařízeních

Martina URBANOVÁ 38

Mediace ve zdravotnictví jako specializovaná oblast mediace

LENKA HOLÁ 46

Основные исторические и культурные тенденции в образовании и подготовке персонала для системы неотложной медицинской помощи в Украине

Valeriy BOYKO, Petro ZAMIATIN, Nadiya DUBROVINA, Denis ZAMIATIN 57

Opatrovanie vo verejnej a súkromnej sfére

Rastislav BEDNÁRIK 70

Význam multidisciplinárneho tímu v paliatívnej starostlivosti

Michaela KOSTIČOVÁ, Magdaléna VESELSKÁ, Vojtech OZOROVSKÝ 79

Aktuálne výzvy socializácie poslucháčov medicíny pre výkon ich profesie

Mária MOJZEŠOVÁ 86

Postavenie zdravotníckych pracovníkov na Slovensku a presadzovanie ich profesiových záujmov

Position of Healthcare practitioners in Slovakia and promotion of their professional interests

Miroslav KOLLÁR, Zuzana PAČESOVÁ

Abstrakt

Po roku 1989 celá naša spoločnosť, vrátane zdravotníctva, očakávala že dôjde k zlepšeniu spoločenského, ekonomického a politického vývoja spoločnosti. Je to 27 rokov tápania a predkladania reforiem zo strany ministrov. V priemere boli ministri vo funkcii 20 mesiacov, ani jeden minister svoju predloženú predstavu reforiem nemohol za toto obdobie realizovať. Rezort zdravotníctva sa preto prepadal a dostal prívlastok najproblémovnejšieho rezortu, ktorému chýbala vízia, odbornosť, kontinuita a je s najväčšou mierou korupcie. Riešili sa dôsledky, a nie príčiny zlého stavu v zdravotníctve, čo prehlbovalo i zadlžovanie rezortu. Doteraz sa na Slovensku nepodarilo ani jednému ministrovi zdravotníctva zrealizovať a dokončiť komplexnú ucelenú reformu zdravotníctva, Slovenské zdravotníctvo je ako tak funkčné, nie vďaka reformám ministrov, ale zásluhou poctivej práce väčšiny zdravotníckych pracovníkov. Je najvyšší čas, aby sa vážna situácia v Slovenskom zdravotníctve začala poctivo a seriózne riešiť. Túto úlohu na seba prevzal ostatný minister zdravotníctva SR, krízový manažér Tomáš Drucker. Len čas ukáže, s akými výsledkami a s akým prospechom pre pacienta a zdravotníckeho pracovníka sa bude naplňovať deklarované Programové vyhlásenie Vlády SR na roky 2016 až 2020, že pacient je na prvom mieste a zdravotnícky pracovník s ním.

Kľúčové slova: Zdravotníctvo, reforma zdravotníctva, zdravotnícky pracovník, pacient, korupcia, klientelizmus, stavovské organizácie, štrajk lekárov, transformácia nemocníc na akciové spoločnosti, tvorba zisku zdravotných poisťovní, privatizácia zdravotníctva.

Abstract

After 1989, our entire society, including health service expected to be improved the social, economic and political development of the society. It has been 27 years of rambling and reform proposals by the Ministers. On average, the Ministers were in office for 20 months, not even a single minister could realize his vision of reform in this period of time. The health sector was therefore malfunctioned and got the epithet of the most problematic sector, which lacked the vision, expertise, continuity and it is the most corrupted one. They dealt with the consequences and not with the causes of ill-health state, which deepened indebtedness of the sector. So far, none of the Minister of Health managed to implement a complete integrated comprehensive health care reform. Slovak health service is quite functional, not because of the reform of ministers, but thanks to the honest work of most of the medical professionals. It is high time that the serious situation in the Slovak health service begin to be handled honestly and seriously. This task is assumed by the other crisis minister of health service Tomáš Drucker who should accomplish the mission. Only time will tell us with what results and with what benefits to patients and healthcare professionals will meet the declared Manifesto of the Government of the Slovak Republic for the next years from 2016 to 2020, that the patient comes first and the healthcare professionals with him.

Keywords: Health service, health care reform, health care professional, patient, corruption, clientelism, professional organizations, doctors strike, the transformation of hospitals into joint stock companies, for profit health insurance companies, the privatization of health care.

1. Charakteristika vývoja zdravotníctva od roku 1989

Ústava SR

Čl. 40 Každý má právo na ochranu zdravia. Na základe zdravotného poistenia majú občania právo na bezplatnú zdravotnú starostlivosť a na zdravotnícke pomôcky za podmienok, ktoré ustanoví zákon.

Čl. 32 Občania majú právo postaviť sa na odpor proti každému, kto by odstraňoval demokratický poriadok základných ľudských práv a slobôd uvedených v tejto ústave, ak činnosť ústavných orgánov a účinné použitie zákonných prostriedkov sú znemožnené.

Po roku 1989 celá naša spoločnosť, vrátane zdravotníctva očakávala, že dôjde k zlepšeniu spoločenského, ekonomického politického vývoja spoločnosti. Boli sme presvedčení, že Slovenskému zdravotníctvu, teda i pacientom sa predloží funkčný model s ktorým budú spokojní zdravotníci pracovníci aj pacienti. Je to 27 rokov tápania a predkladania reforiem zo strany ministrov(ktorých sa vymenilo celkom 16) pričom ani jeden z nich okrem Javorského, nebol vo funkcii celé volebné obdobie. V Priemere boli ministri vo funkcii 20 mesiacov, ani jeden minister svoju predloženú predstavu reforiem nemohol za toto obdobie realizovať.

Prof. Anton Molnár	1989
MUDr. Stanislav Novák	1990
MUDr. Alojz Rakús	1990-1992
MUDr. Viliam Soboňa	1992-1993
MUDr. Irena Belohorská	1993-1994
doc. MUDr. Tibor Šagát, CSc.	1994
MUDr. Ľubomír Javorský	1994 -1998
prof. MUDr. Tibor Šagát, CSc.	1998-2000
MUDr. Roman Kováč, CSc.	2000- 2002
MUDr. Rudolf Zajac	2002- 2006
MUDr. Ivan Valentovič	2006- 2008
MUDr. Richard Raši	2008- 2010
MUDr. Ivan Uhliarik	2010- 2012
JUDr. Zuzana Zvolenská	2012 -2014
MUDr. Viliam Čislák, MPH	2014 -2016
JUDr. Ing. Tomáš Drucker	2016 - doteraz

Rezort zdravotníctva sa preto prepadal a dostal prívlastok najproblémovnejšieho rezortu, ktorému chýbala vízia, odbornosť, kontinuita a je s najväčšou mierou korupcie. Chýbala mu ucelená predstava o reforme, chýbala odvaha presadiť bolestivé, nepopulárne systémové kroky na jeho ozdravenie. Prijímali sa čiastkové opatrenia, kozmetické ad hoc úpravy, ktoré nemali za cieľ meniť chorý systém od základov, zvýšiť jeho efektívnosť a finančne ho stabilizovať, ale mali len na určitý čas zmiernovať bezprostredné problémy v zdravotníctve, a zároveň ich riešenie definitívne odsúvali do budúcnosti. Dávala sa záplata na záplatu, ale diera sa napriek tomu nezmenšovala, ba práve naopak, dlh každým mesiacom narastal. Riešili sa dôsledky, a nie príčiny zlého stavu v zdravotníctve. Takéto postupy prehľbovali zadlžovanie rezortu, alebo jednoducho presúvali túto ťarchu na ostatných poskytovateľov zdravotnej starostlivosti. Príkladmi boli nedostatočné platby štátu za svojich poistencov, nedostatočne finančne kryté cenové opatrenia týkajúce sa maximálnych a minimálnych cien pre zdravotnícke zariadenia, ako aj finančne nepokryté zvyšovanie plátov zdravotníckych pracovníkov.

Preto neprekvapuje, že sa doteraz na Slovensku nepodarilo ani jednému ministrovi zdravotníctva zrealizovať a dokončiť komplexnú, ucelenú reformu zdravotníctva počas jedného volebného obdobia. Buďto chýbali “osvietení” politici – reformátori, alebo ak sa aj našli, chýbal im ďalší čas či väčšia politická podpora na dokončenie reformného úsilia..

Dovoľme si prehlásiť, že slovenské zdravotníctvo je ako tak funkčné, nie vďaka „reformám ministrov“ ale zásluhou poctivej práci väčšiny zdravotníckych pracovníkov. Je najvyšší čas, aby sa vážna situácia v Slovenskom zdravotníctve začala poctivo a seriózne riešiť. Túto úlohu na seba prevzal ostatný minister zdravotníctva – krízový manažér, Tomáš Drucker. Len čas ukáže, s akými výsledkami a s akým prospechom pre pacienta a zdravotníckeho pracovníka sa bude naplňať deklarované Programové vyhlásenie Vlády SR na roky 2016 až 2020, že pacient je na prvom mieste a zdravotnícky pracovník s ním.

2. Charakteristika postavenia zdravotníckych pracovníkov na Slovensku

Zdravotnícky pracovník je, v zmysle Zákona č. 578/2004 o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov, fyzická osoba vykonávajúca zdravotnícke povolanie napr. lekár, zubný lekár, farmaceut, sestra, pôrodná asistentka, fyzioterapeut, atď. pri výkone svojho povolania sa zdravotnícky pracovník riadi etickým kódexom, ktorý tvorí prílohu č. 4 predmetného zákona. V súvislosti so špecializáciou profesií v zdravotníctve dnes hovoríme o lekárskej etike, ošetrovateľskej etike a etických aspektoch práce ostatných odborných pracovníkov v zdravotníctve.

Etický kódex zdravotníckeho pracovníka

Poslaním zdravotníckeho pracovníka je vykonávať zdravotnícke povolanie svedomito, statočne, s hlbokým ľudským vzťahom k človeku, v súlade s právnymi predpismi, s dostupnými poznatkami lekárskeho vied a biomedicínskymi vedami a s prihliadnutím na technické a vecné vybavenie zdravotníckeho zariadenia, v ktorom poskytuje zdravotnú starostlivosť.

Všeobecné povinnosti zdravotníckeho pracovníka

(1) Stavovskou povinnosťou zdravotníckeho pracovníka je profesionálna starostlivosť o zdravie jednotlivca a spoločnosti v súlade so zásadami ľudskosti, v duchu úcty k ľudskému životu od jeho počiatku až do konca s rešpektovaním dôstojnosti ľudského jedinca.

(2) Povinnosťou zdravotníckeho pracovníka je zachovávať život, chrániť, podporovať a obnovovať zdravie, predchádzať chorobám, mierniť utrpenie bez ohľadu na národnosť, rasu, vierovyznanie, sexuálnu orientáciu, politickú príslušnosť, spoločenské postavenie, morálnu či rozumovú úroveň a povesť pacienta.

(3) Zdravotnícky pracovník pri výkone svojho povolania postupuje v súlade so všeobecne záväznými právnymi predpismi.

(4) Povinnosťou zdravotníckeho pracovníka je byť za všetkých okolností vo svojich profesionálnych rozhodnutiach nezávislý, zodpovedný a spoľahlivý.

(5) Zdravotnícky pracovník napomáha pacientom uplatňovať právo slobodného výberu zdravotníckeho pracovníka.

Zdravotnícky pracovník a výkon jeho povolania

(1) Zdravotnícky pracovník v rámci svojej odbornej spôsobilosti a kompetencie vykonáva preventívne výkony, diagnostické výkony, liečebné výkony spôsobom zodpovedajúcim súčasným poznatkom vedy.

(2) Zdravotnícky pracovník plní svoje povinnosti aj v situáciách verejného ohrozenia a pri katastrofách prírodnej alebo inej povahy.

(3) Od zdravotníckeho pracovníka nemožno vyžadovať taký výkon alebo spoluúčasť na ňom, ktorý odporuje jeho svedomiu, okrem prípadov na ochranu života, zdravia alebo práv pacienta.

(4) Zdravotnícky pracovník nesmie predpisovať a podávať lieky, od ktorých vzniká závislosť, alebo také lieky, ktoré majú účinky dopingu, na iné ako liečebné účely.

(5) Zdravotnícky pracovník u nevyliciteľne chorých a zomierajúcich zmierňuje bolesť, rešpektuje ľudskú dôstojnosť, prania pacienta v súlade s právnymi predpismi a zmierňuje utrpenie. Eutanázia a asistované suicídium sú nepripustné.

(6) Zdravotnícky pracovník, ktorý vykonáva povolanie, je povinný dbať o svoj odborný rast a sústavne sa vzdelávať.

(7) Zdravotnícky pracovník je povinný pri výkone povolania primerane chrániť zdravotnú dokumentáciu pred neoprávnenou zmenou, zničením alebo zneužitím.

(8) Zdravotnícky pracovník nesmie sám alebo po dohovore s inými ordinovať neúčelné diagnostické, liečebné ani iné výkony.

(9) Pri predpisovaní a odporúčaní liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín sa zdravotnícky pracovník nesmie riadiť komerčnými hľadiskami, ale výlučne poznatkami lekárskej vedy, profesionálnym úsudkom, svojím svedomím a potrebou pacienta.

(10) Zdravotnícky pracovník sa môže zúčastňovať na prezentácii odborných zdravotníckych tém na verejnosti, v tlači, rozhlase a televízii a na diskusii k nim.

(11) Zdravotnícky pracovník nemôže používať nedôstojné praktiky smerujúce k rozšíreniu počtu pacientov. Je zakázané takéto aktivity iniciovať prostredníctvom druhých osôb. Reklama a inzercia súkromnej praxe, zdravotníckych zariadení a používaných diagnostických a liečebných metód sú povolené. Reklama musí byť pravdivá, striedma, výsostne informujúca a nesmie mať znaky nekalej súťaže. Text reklamy a jej zverejnenie nesmú znížiť vážnosť povolania zdravotníckeho pracovníka.

(12) Zdravotnícky pracovník si musí byť vedomý svojho postavenia, svojej úlohy v spoločnosti a svojho vplyvu na okolie.

Zdravotnícky pracovník a pacient

(1) Zdravotnícky pracovník si vo vzťahu k pacientovi plní svoje profesionálne povinnosti.

(2) Zdravotnícky pracovník sa k pacientovi správa korektne, s pochopením, s rešpektovaním intimity a trpezlivosťou a neznižuje sa k hrubému alebo nemravnému konaniu. Zdravotnícky pracovník rešpektuje pacienta ako rovnocenného partnera so všetkými občianskymi právami i povinnosťami vrátane zodpovednosti za svoje zdravie.

(3) Zdravotnícky pracovník nesmie napomáhať porušovaniu cti a dôstojnosti človeka alebo sa na ňom zúčastňovať. Každý zdravotnícky pracovník je povinný oznámiť príslušným

orgánom podozrenie z hrubého alebo krutého zaobchádzania a týrania pacienta, a to najmä maloletej osoby a osoby zbavenej spôsobilosti na právne úkony.

(4) Zdravotnícky pracovník je povinný v rozsahu svojich kompetencií zrozumiteľným spôsobom poučiť pacienta alebo jeho zákonného zástupcu o charaktere ochorenia, zamýšľaných diagnostických a liečebných postupoch vrátane rizík o uvažovanej prognóze a o ďalších dôležitých okolnostiach, ktoré môžu nastať v priebehu diagnostiky a liečby.

(5) Zdravotnícky pracovník je povinný získať informovaný súhlas pacienta, jeho zákonného zástupcu alebo splnomocneného zástupcu pred poskytnutím nezvratného zdravotníckeho výkonu.

(6) Zdravotnícky pracovník nijakým spôsobom nesmie zneužiť dôveru a závislosť pacienta. Všetky informácie získané pri výkone povolania sú dôverné počas života pacienta, ako aj po jeho smrti.

Vzťahy medzi zdravotníckymi pracovníkmi

(1) Základom vzťahov medzi zdravotníckymi pracovníkmi je vzájomné uznávanie jednotlivých zdravotníckych profesií, čestné, slušné a spoločensky korektné správanie spolu s kritickou náročnosťou, rešpektovaním kompetencií a priznaním práva na odlišný názor.

(2) Zdravotnícki pracovníci, ktorí súčasne alebo následne vyšetrujú, liečia alebo ošetrojú toho istého pacienta, vzájomne spolupracujú.

(3) Zdravotnícki pracovníci sú povinní požiadať ďalšieho zdravotníckeho pracovníka o konzílium vždy, keď si to vyžadujú okolnosti a pacient s tým súhlasí. Majú právo navrhnúť osobu konzultanta. Závery konziliárneho vyšetrenia majú byť dokumentované písomne a je povinnosťou informovať o nich pacienta s osobitným dôrazom v prípadoch, keď sa názory zdravotníckych pracovníkov rôznia.

(4) Zdravotnícki pracovníci nesmú poskytovať zdravotnú starostlivosť za prítomnosti osoby, ktorá nie je zdravotníckym pracovníkom. Výnimkou z uvedených zásad je osoba, ktorá zdravotníckemu pracovníkovi umožňuje poskytnúť prvú pomoc, alebo taká osoba, ktorá sa v zdravotníckom zariadení vzdeláva, a ďalšia osoba, s ktorej prítomnosťou pacient súhlasí.

(5) Zdravotnícky pracovník nesmie podporovať činnosť nezdravotníckeho pracovníka vykonávajúceho činnosť, ktorú môže vykonávať len zdravotnícky pracovník.

Lekár, zubný lekár a ostatní pracovníci v zdravotnictve

(1) Lekár a zubný lekár nesmú poskytovať zdravotnú starostlivosť za prítomnosti osoby, ktorá nie je lekárom alebo zubným lekárom a nepatrí k zdravotníckym pracovníkom. Výnimkou z uvedených zásad je osoba, ktorá lekárovi a zubnému lekárovi umožňuje poskytnúť prvú pomoc, alebo taká osoba, ktorá sa u lekára vzdeláva alebo pracuje, a ďalšia osoba, s ktorej prítomnosťou pacient súhlasí.

(2) Zdravotnícky pracovník nesmie podporovať osoby vykonávajúce činnosť, ktorú môže vykonávať len zdravotnícky pracovník.

Zdravotná starostlivosť a služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti poskytuje poskytovateľ a zdravotnícky pracovníci za podmienok ustanovených zákonom č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov (zákon o zdravotnej starostlivosti).

3. Presadzovanie profesiových záujmov zdravotníckych pracovníkov na Slovensku.

Všetci ministri zdravotníctva prijímali neúspešné reformy. Pôvodné strategické zámery reformy zdravotníctva sa nenaplnili a reformátori nevnímali realitu, pričom ani reformná legislatíva nebola profesionálne zvládnutá.

Transformáciou štátnych poskytovateľov zdravotnej starostlivosti na akciové spoločnosti sa mal zaviesť proces odštátňovania zdravotníckych zariadení, ktorý sa začal v roku 1992 a mal skončiť do konca roku 2006.

Cieľom bolo, podobne ako pri zdravotných poisťovniach, vytvoriť tvrdé rozpočtové pravidlá a prehľadné účtovníctvo (povinnosť overiť účtovnú závierku nezávislým audítorom). Odmenou za dobré hospodárenie mal byť zisk, použitie ktorého nepodlieha na rozdiel od zdravotných poisťovní zvláštnym obmedzeniam.

Ekonomizácia tým bola uprednostnená nad ústavným právom občana na ochranu zdravia, pričom odmeňovanie zdravotníckych pracovníkov naďalej zaostávalo a priem. plat lekára v štátnom zdravot. zariadení bol roku 2006 na úrovni 600€ a mzda sestry necelých 400€, päť rokov neboli platy zdravotníckym pracovníkom valorizované platy. Lekári a sestry, aby uživilí svoje rodiny, museli odpracovať neúmerne množstvo nadčasovej práce, čím bol porušovaný zákonník práce a pacient bol ohrozovaný, pretože lekári boli vyčerpaní.

Ako najdôležitejší externý kontrolný subjekt v zdravotníctve bol zákonom zriadený Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou (ÚDZS). Úrad získal rozsiahle kompetencie pri vydávaní povolení a pri dohľade nad zdravotnými poisťovňami s dôrazom na kontrolu ich solventnosti

a obsahu a rozsahu nakúpených zdravotníckych služieb v rámci solidárneho balíka, ale aj na kontrolu zdravotníckych zariadení v otázkach financovania a poskytovania zdravotnej starostlivosti “lege artis”. Zákon stanovil, že ÚDZS bude financovaný z príspevkov zdravotných poisťovní.

Zákon o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch a stavovských organizáciách v zdravotníctve upravoval transformáciu štátnych poskytovateľov zdravotnej starostlivosti (nemocnice, polikliniky, sanatóriá) na akciové spoločnosti, stanovil podmienky na výkon zdravotníckeho povolania, definoval vznik, postavenie, orgány a pôsobnosť stavovských organizácií (komôr), povinnosti poskytovateľov a zdravotníckych pracovníkov, ako aj dozor nad dodržiavaním povinností a sankcie. Zákon rozšíril okruh subjektov, ktoré si po splnení zákonných podmienok mohli nárokovať vydanie povolenia na prevádzkovanie zdravotníckeho zariadenia. Zámerom bolo zaručenie voľného vstupu licencovaných poskytovateľov na zdravotnícky trh, a tým aj zvýšenie konkurencie. Napriek mnohým ústupkom a zľavení oproti pôvodným predstavám reformátorov bola Zajacova reforma zdravotníctva vnímaná občanmi ako jedna z najnepopulárnejších. Minister Rudolf Zajac však tvrdil, že občania hodnotia skôr nedobrá úroveň poskytovaných služieb v zdravotníctve, a nie samotnú reformu.

Obdobný negatívny prístup k napĺňaniu Zajacových reforiem mala aj celá zdravotnícka verejnosť, najmä však lekári. To po neúspešných vyjednávaniach s Vládou SR vyústilo k verejným protestom a štrajkovej pohotovosti v roku 2006, pod vedením Lekárskeho odborového združenia (LOZ), ktoré sa vyčlenilo ako nezávislá odborová organizácia lekárov zo Slovenského odborového zväzu zdravotníckych pracovníkov zdravotníctva a sociálnych služieb (SOZZ a SS).

Požiadavky LOZ (2006)

Zastaviť transformáciu verejných zdravotníckych zariadení na obchodné spoločnosti. Okamžité primerané zvýšenie platu lekárov, strednému zdravotníckemu personálu a ostatným zamestnancom v zdravotníctve. Dostupnosť zdravotníckych služieb každému pacientovi a chýbajúce zdroje zdravotných poisťovní doplniť zo štátneho rozpočtu. Zmenu pracovnoprávnej legislatívy, ktorá umožní zdravotníckym pracovníkom presadzovať svoje hospodárske a sociálne práva.

Vláda M. Dzurindu nakoniec nerealizovala transformáciu nemocníc a nastupujúca prvá vláda R. Fica sa vzdala transformácií nemocníc na a.s. (2006 – 2010).

Radičovej vláda si dala za cieľ dokončiť transformáciu štátnych nemocníc na akciové spoločnosti a v zákone stanovila termín na jej dokončenie do konca roku 2011, v odôvodnených prípadoch sa tento termín mohol posunúť o pol roka. Cieľom transformácie malo byť zavedenie prísnejších a transparentnejších pravidiel pri riadení a hospodárení štátnych nemocníc, čo im malo pomôcť aj pri zvyšovaní efektívnosti. Lekárske odbory, ako aj politická opozícia kritizovali tento proces a boli proti nemu. Obávali sa, že po transformácii budú tieto zariadenia privatizované, čo však aj Radičovej vláda vehementne odmietala. Verejná diskusia prebiehala aj vo veci, či sa transformácia všetkých štátnych nemocníc stihne do stanoveného termínu, a či budú ministerstvom financií uvoľnené prostriedky na oddĺženie nemocníc pred ich transformáciou. Nakoniec vláda preklasifikovala Ficovu návratnú štátnu výpomoc vo výške 130 mil. EUR na nenávratnú a ešte k tomu schválila 350 mil. EUR na ďalšie oddĺženie štátnych nemocníc. Po páde vlády na jeseň 2011 a po prevzatí viacerých vládnych kompetencií v zásadných hospodárskych a sociálnych otázkach prezidentom SR, tento aj pod tlakom protestujúcich lekárov pozastavil transformáciu nemocníc. Protestujúcim lekárom to však nestačilo a žiadali zrušiť transformáciu nemocníc aj legislatívne, čo sa im nakoniec i podarilo.

Požiadavky LOZ (rok 2011)

1. Dodržiavať Zákonník práce a Vyhlášku týkajúcu sa minimálneho materiálneho a personálneho zabezpečenia vo všetkých zdravotníckych zariadeniach na Slovensku.

2. Legislatívnu garanciu postupného navýšenia platov lekárom a ostatným zdravotníckym zamestnancom tak, aby do 1. januára 2013 platy lekárov dosiahli 1,5 až 3 násobok priemernej mzdy v národnom hospodárstve.

3. Zabezpečiť dostupnosť a primeranú kvalitu zdravotníckych služieb každému pacientovi a chýbajúce zdroje zdravotných poisťovní doplniť z ich zisku a štátneho rozpočtu.

4. Zastaviť transformáciu nemocníc na akciové spoločnosti. (K uvedenej problematike zabezpečiť širokú odbornú diskusiu s profesijnými a odborovými organizáciami.)

Zneužívanie Slovenského zdravotníctva je jednou z najtragickejších kapitol vývoja Slovenska po roku 1989. Jedným z mnohých ukazovateľov jeho úpadku bola likvidácia nemocničných lôžok. Nielenže za 20 rokov od revolúcie štát nepostavil jedinú nemocnicu, ale

potom čo v lete 2011 došlo k zrušeniu 150 oddelení a v nich zhruba 300 lôžok, bol v slovenských nemocniciach rovnaký počet lôžok ako v roku 1975 t.j. 6,6 na 1000 obyvateľov. Na dôvažok bol v Parlamente schválený zákon o transformácii (privatizácii) nemocníc, ktorý mal nadobudnúť účinnosť k 1.1.2012. To všetko spôsobilo narastanie odporu zdravotníckych pracovníkov pod vedením Lekárskeho odborového združenia. Začiatkom septembra 2011 sa stala na Slovensku po 20 rokoch nevídaná vec. Veľká skupina lekárov sa vzoprela svojvôli politickej mafii, ktorá ovládala štát a viac ako 2400 lekárov podalo výpoveď k 1.12.2011, aby vyvinuli tlak na podporu svojich štyroch požiadaviek. 2400 lekárov bolo na začiatku kompetentným na smiech. Nikto z nich neveril, že sa odvážili zdvihnúť hlavu a riskovať svoju existenciu. Slová rezortného ministra Uhliarika, že má situáciu pod kontrolou, sa však nakoniec ukázali mlátením prázdnej slamy. Ak je Slovensko demokraciou, je nepripustné, aby štátna moc potláčala kohokoľvek právo na odpor v medziach zákona. Vyhlásenie núdzového stavu, ako prostriedok na zlomenie odporu a doraz štrajkujúcich lekárov je hanbou, akú žiadna vláda v novovekých dejinách nespôsobila. Napriek obrovskému mediálnemu a politickému tlaku na predstaviteľov LOZ, vedenému jej predsedom Marianom Kollárom, napriek tlaku vedeniu jednotlivých nemocníc, ich riaditeľov a námestníkov na jednotlivých lekárov, napriek dezinformáciám a očierňovaniu médiami sa rozhodlo 1300 lekárov vo svojom boji pokračovať. Nakoniec v noci z 1. na 2.decembra 2011 dočasná vláda premiérky Ivety Radičovej kapitulovala a podpísala na pôde parlamentu Memorandum o úprave pomerov v zdravotníctve. Aktívny postoj lekárov k odmietnutiu transformácie nemocníc bol na základe prijatého Memoranda medzi LOZ a Vládou SR nakoniec úspešný. Parlament 14.12.2011 s konečnou platnosťou zrušil „Uhliarikov“ Zákon o transformácii nemocníc na a.s., ktorý mal nadobudnúť účinnosť už od 1.1.2012.

Vzbúreným lekárom právom patrí uznanie a obdiv, že sa nenechali ani rozbiť, ani skorumpovať masívnou kampanou a zastrašovaním. Lekári obnovili našu nádej, že ešte nie sme všetci nevoľníci skorumpovaných politických strán a oligarchov.

Miesto záveru:

Keď právo sa zmení na bezprávie, je povinnosťou vzbúriť sa proti tomu!

Bertolt Brecht

Najskôr Ťa ignorujú, následne sa Ti smejú, potom s Tebou bojujú a nakoniec zvíťaziš!

Mahátma Gándhí

Literatúra:

- [1] Memorandum o úprave platových pomerov v zdravotníctve medzi Vládou SR a LOZ zo dňa 2.12.2011
- [2] Ústava SR
- [3] Zákon č. 578/2004 o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov
- [4] <https://vimeo.com/120367210>
- [5] https://www.youtube.com/watch?v=c-hA_wzX95Q&feature=youtu.be

Kontakt:

Miroslav, Kollár, Ing., Mgr.
Vysoká škola sociálnej práce a zdravotníctva sv. Alžbety n.o.
Nám. 1. Mája č. 1
Kontaktný e-mail: kollar.vsz@gmail.com

Zmeny v postavení lekárov na Slovensku v 60. rokoch 20. storočia *

Changes in the Status of Physicians in Slovakia in the 60 Years of the 20th Century

Silvia CAPÍKOVÁ, Vojtech OZOROVSKÝ, Anna FALISOVÁ

* Príspevok je súčasťou riešenia projektu VEGA č. 2/0100/16 Zdravotníctvo na Slovensku v rokoch 1948 – 1966.

Abstrakt

Cieľom príspevku je priblíženie zmien v postavení lekárov na Slovensku, najmä ich pozíciu v zdravotníckom systéme a vo vzťahu lekár-pacient, v historickom období 60. rokov 20. storočia. V tomto období boli nastavené normatívne očakávania, ktoré pretrvávajú v istom rozsahu ako rezíduá aj v súčasnosti. Hlavné zmeny v postavení lekárov vyplynuli z radikálneho obratu v oblasti predefinovania úloh štátu a úloh zdravotníctva.

Kľúčové slová: Sociológia medicíny, postavenie lekárov, profesia lekára, Slovensko, ČSSR, 60. roky 20. storočia

Abstract

The aim of the study is to show the light on the changes in position of physicians in Slovakia, especially their position in the health system and in doctor-patient relationship, in the 60 years of the 20th century. In that period, the normative aspirations were established that are – in some extent – still present. Crucial changes in position of physicians were stemming in a radical turn definition of functions of the state and the health system.

Key words: Sociology of medicine, status of physicians, medical profession, Slovakia, CSSR, 60. years of the 20. century

Úvod

Cieľom príspevku je priblíženie zmien v postavení lekárov na Slovensku, najmä ich pozíciu v zdravotníckom systéme a vo vzťahu lekár-pacient, v historickom období 60. rokov 20. storočia. V tomto období boli nastavené normatívne očakávania, ktoré pretrvávajú v istom rozsahu ako rezíduá aj v súčasnosti.

Rekapitulácia vývoja zdravotníctva a sociálny kontext zmien

Hoci liečenie ľudí patrí medzi činnosti ktoré prispievajú k spoločnému dobru obyvateľstva, zdravotná starostlivosť bola dlho poskytovaná prevažne formou súkromnej praxe a snahy štátu o jej výkon kvalifikovanými osobami ako predpoklad ochrany verejného zdravia sa opierali najmä o zdravotno-polícijnú paradigmu. V medzivojnovom období sa menilo pojmá úloh štátu, v medicíne sa etabloval sociálno-lekársky prístup a menila sa aj organizácia zdravotníctva. Popri súkromných lekároch a súkromných sanatóriách a kúpeľoch existoval aj

malý počet liečebných zariadení s „právom verejnosti“ a bola vyvíjaná snaha o vytvorenie siete úradných lekárov. Úradní lekári boli štátnymi zamestnancami a vykonávali úlohy zdravotnej polície, disponovali širokými kontrolnými právomocami, poskytovali prvú pomoc, poučenie o prevencii, očkovanie proti kiahňam, a vykonávali hlásenia právne definovaných epidemiologicky významných skutočností. Sieť zdravotníckych zariadení bola roztrieštená, nemocnice „s právom verejnosti“ boli materiálne nedostatočne vybavené. (Falisová, 1999) Druhá svetová vojna mala ničivé následky na infraštruktúru dovtedy nepostačujúcich zariadení a okrem ekonomických problémov viedla k nepriaznivej situácii v zdravotno-sociálnej oblasti. Jej dôsledky vyvolali potrebu celospoločenského riešenia akútnych problémov.

Viacere požiadavky zdravotnej politiky boli zakotvené už v Košickom vládnom programe, ktorý ale neobsahoval špeciálne ustanovenie o zdravotnej starostlivosti, len pasáž o zabezpečení pre prípad nezamestnanosti, nemoci, úrazu, invalidity a staroby. Koncepčné zmeny sa v zdravotníctve presadzovali pomaly. Existovali dva základné modely. Pre nekomunistické strany bol zásadným vzorom britský systém National Health Service uzákonený v roku 1946 s platnosťou od júla 1948. Vznikol v rámci povojnových reforiem a bol založený na systéme všeobecnej bezplatnej zdravotnej starostlivosti poskytovanej verejnými aj súkromnými poskytovateľmi. Zákon odzrkadľoval najmä návrhy britského ekonóma Wiliama Henryho Beveridgea (1879-1963), ktorý od roku 1941 zastával vedúcu funkciu na britskom ministerstve práce. Podstatou tzv. Beveridgeovho plánu bola všeobecná štátna poisťovacia povinnosť, ktorá poskytovala všetkým občanom ochranu, najmä pri ochorení. (Rákosník, 2010) Bol to v západoeurópskych krajinách priekopnícky zásah štátu do systému zdravotnej starostlivosti. Všetci občania mali nárok na bezplatné zdravotnícke služby zahŕňajúce zásobovanie liekmi, ošetrovanie zubov, starostlivosť o ženy v tehotenstve a pomoc pri pôrode, školskú lekársku službu a poskytovanie zdravotnej starostlivosti pacientovi v domácom ošetrovaní.

Druhý model jednej z najvplyvnejších strán – KSČ, bol známy ako tzv. Nedvěďův plán. Plán vypracoval kolektív lekárov pod vedením Dr. Miloša Nedvěďa, ktorý v roku 1942 bol uväznený a o rok neskôr zahynul v koncentračnom tábore. Už v máji 1945 bol tento plán publikovaný pod názvom „Návrh na novou úpravu veřejného zdravotnictví a školení zdravotnického personálu.“ Presadzoval sovietske vzory v modifikovanej forme v duchu stredoeurópskych tradícií sociálneho lekárstva. Plán ráatal s tým, že všetci činitelia zdravotnej starostlivosti budú štátnymi zamestnancami a zdravotná starostlivosť bude centralizovaná a riadená štátom. Základnú starostlivosť mali zabezpečovať obvodní lekári (teritoriálny

princíp) s odstránením slobodnej voľby lekára. Alternatívou k uvedenej koncepcii bol tzv. Albertův plán, ktorý bol menej radikálny. (Rákosník, 2010; Mášová – Křížová – Svobodný, 2005)

Vo februári v roku 1948 bol uskutočnený štátny prevrat a štátneho aparátu sa zmocnila Komunistická strana Československa (KSČ). Politické udalosti vo februári 1948 priniesli zásadné zmeny aj v zdravotníctve. Po roku 1949 sa do popredia dostalo úsilie o zjednotenie zdravotníctva. V roku 1950 sa uskutočnila študijná cesta československých lekárov do ZSSR, o rok neskôr bola pozvaná početná delegácia sovietskych lekárov do ČSR. Došlo k výmene vedúcich vedeckých pracovníkov obidvoch krajín a skúsenosti sovietskeho zdravotníctva boli zakotvené v našom systéme zdravotníctva. Celoštátna konferencia, ktorú organizovalo Ministerstvo zdravotníctva s Poverením zdravotníctva v apríli 1950 vo Veľkých Losinách sledovala konkrétne formy sovielizácie zdravotníctva. (Kol., 1960)

V priebehu niekoľkých rokov došlo k rozsiahlej etatizácii, poštátneniu dovtedy existujúcich samosprávnych, profesijných i záujmových organizácií a spolkov a ich podriadeniu rozhodnutiam vlády (de facto vedeniu vládnucej komunistickej strany). Politické zmeny v roku 1948 akcelerovali budovanie spoločnosti nového typu, ktorých súčasťou bolo aj budovanie socialistického zdravotníctva. Nová legislatíva postupne zakotvila právo občanov na všeobecne dostupnú, bezplatnú a štátom garantovanú preventívnu a liečebnú starostlivosť. Došlo k zoštátneniu zdravotníckych zariadení lekárenskej, liečebnej i kúpeľnej starostlivosti a centralizácii riadenia zdravotníctva. Od roku 1953 bol základnou zložkou zdravotníctva obvodný systém práce. Zákonodarstvo prijaté v zdravotno-sociálnej oblasti bolo zamerané na široko pojatú prevenciu, zdravotnú výchovu, zohľadňovala sa sociálna determinácia zdravia a dokumenty tohto obdobia hovoria o potrebe hmotného i kultúrneho pozdvihnutia obyvateľstva vytváraním vhodných životných a pracovných podmienok. Dôraz sa kládol na bezplatnosť a dostupnosť liečebno-preventívnej starostlivosti ako aj sociálnych služieb ktorých zabezpečenie a riadenie bolo jednou z úloh štátu. Menilo sa pojetie spoločnosti – slovenská (resp. československá) spoločnosť bola oficiálne prezentovaná ako „socialistická“ v protiváhe ku spoločnosti „kapitalistickej“ od ktorej ju odlišoval princíp jej fungovania, pojetie úloh štátu ako aj sociálna štruktúra.

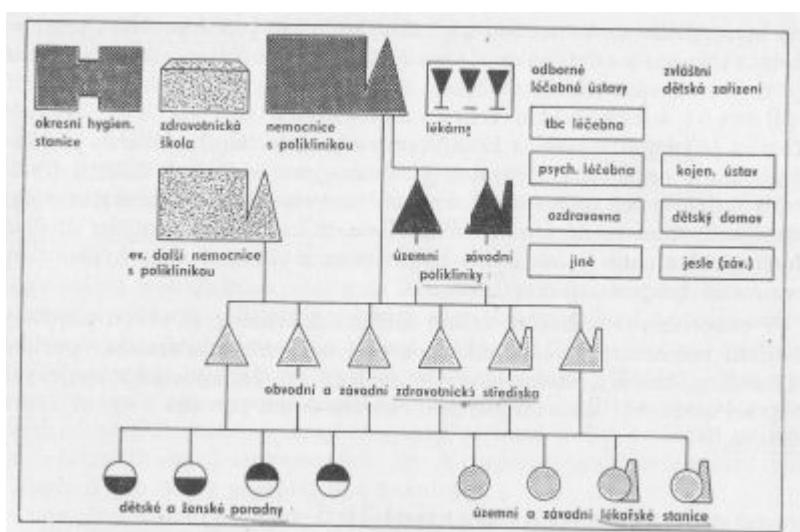
Rozvoj zdravotníctva a jeho úlohy sa bezprostredne po roku 1948 včlenili do päťročných plánov. Už v prvom päťročnom pláne na roky 1949 – 1953 sa konkrétnejšie formulovali aj úlohy zdravotníctva. KSČ a vláda vydali koncom roka 1952 spoločné **Uznesenie strany a vlády o ďalšom rozvoji nášho zdravotníctva**. Bol to prvý dokument v nových politických podmienkach a stal sa základom zdravotnej politiky až do roku 1964, kedy vstúpil

do platnosti druhý dokument – **Uznesenie strany a vlády o rozvoji starostlivosti o zdravie v socialistickej spoločnosti**. Zdôrazňoval úlohu komunistickej strany a vlády o ochranu zdravia vrátane preventívnej starostlivosti, utvárania zdravých životných podmienok a zvyšovania životnej úrovne obyvateľstva. (Makovický a kol., 1974, s.13-18)

Všetky druhy nemocenského, úrazového, invalidného a dôchodkového poistenia sa zlúčili do jednotného systému národného poistenia, ktoré sa v roku 1949 transformovalo na sociálne zabezpečenie. Správa zdravotníctva vrátane všetkých jeho zložiek bola centralizovaná, organizačné zjednotenie všetkých zložiek československého zdravotníctva sa uskutočnilo zákonom č. 103/1951 o jednotnej liečebno-preventívnej starostlivosti. Zákonom č. 4/1952 o hygienickej a protiepidemickej starostlivosti boli zriadené hygienické stanice a výskumné ústavy. Nemocnice a iné liečebné a ošetrovacie ústavy, kúpeľné zariadenia, prešli do rúk štátu rovnako ako výroba a distribúcia zdravotníckych pomôcok a liečív. Základným prvkom zdravotnej starostlivosti sa stal systém zdravotných obvodov. Vytvorili sa ústavy národného zdravia a do zdravotníckych stredísk sa zlúčili ambulantné liečebné a preventívne zariadenia. (kol., 1970, Makovický a kol., 1974) Zdravotná starostlivosť sa stala pre občanov „bezplatnou“ bez priamej úhrady. Finančné prostriedky zo štátneho rozpočtu pridelovalo Ministerstvo zdravotníctva krajským a okresným národným výborom, účelovým spôsobom. (Gladkij, 2003) V 60. rokoch 20. storočia sa sústava zdravotníckych zariadení zreorganizovala tak, aby aj v regiónoch bola zaistená dostupnosť základnej aj špecializovanej liečebno-preventívnej starostlivosti, dôležitým prvkom sa stali polikliniky, čo približuje obrázok 1.

Obrázok 1.: Štruktúra okresného ústavu národného zdravia.

Zdroj: kol., 1970, s.229.



Zánik združovania na stavovskom princípe

Zásadnou zmenou v postavení lekárov po roku 1948 bolo, že došlo k zrušeniu poskytovanej zdravotnej starostlivosti na základe výkonu slobodného povolania, a potlačeniu stavovského princípu. „*Pre lekárov ako profesionálnu skupinu sa na prelome 40. a 50. rokov prestal oficiálne, napr. v právnych normách a v lekárskejších časopisoch, používať názov stav.*“ (Remišová, 1986, s. 121) Ako uvádza M. Remišová, keďže štát prevzal zodpovednosť za vytváranie systému na ochranu zdravia a teda i právo kontroly tohto systému. V takto budovanom systéme zdravotníckej starostlivosti nemohlo byť miesto pre pôsobenie takej profesionálnej skupiny, ktorú možno charakterizovať ako „*slobodnú akademickú profesiu s prvkami súkromnopodnikateľského charakteru*“ a tým vlastne zanikla črta ktorá charakterizovala profesionálnu skupinu lekárov v určitom historickom období ako stav. (Remišová, 1986, s. 121)

Koncom 40. rokov 20. storočia na Slovensku lekárov združovala ako základná stavovská organizácia Lekárska komora, zriadená zákonom č. 113 v roku 1929, popri nej však pôsobila aj Ústredná jednota československých lekárov a formovala sa aj odborová organizácia lekárov na platforme Revolučného odborového hnutia – ROH. (Remišová, 1986) Zákon 170/1950 Zb. o zdravotníckych povolaniach zrušil záujmové korporácie zdravotníckych pracovníkov s povinným členstvom, likvidáciu a prevod majetku a zamestnancov zveril Ministerstvu zdravotníctva. Zároveň určil, že na výkon zdravotníckych povolaní sa nevzťahujú predpisy živnostenského poriadku (živnostenského zákona). Pôvodné funkcie Lekárskej komory prevzalo ROH a orgány štátnej správy. Lekári sa smeli združovať ohľadom odborných otázok na báze vedeckej spoločnosti.

V roku 1968 sa lekári pokúsili obnoviť stavovskú organizáciu a bol založený Zväz slovenských lekárov, jeho činnosť bola pozastavená už v roku 1970. Perzekúcie ktorým členili predstavitelia vedenia ale tiež radoví členovia ktorí neemigrovali z krajiny naznačil vo svojej reflexii R. Žák. (Žák, n.d.) Stavovská organizácia lekárov, Lekárska komora, obnovila svoju činnosť až v roku 1990.

Keď sa uskutočnilo poštátne zdravotníckych zariadení, výkon povolania lekára už nebol povolený na základe profesijnej autonómie ale len v pracovnoprávnom vzťahu. Lekári museli byť zamestnancami zdravotníckych zariadení, ktoré vlastnil a prevádzkoval štát. Nezriedka lekári zostali pôsobiť v rovnakých priestoroch ktoré predtým sami vlastnili, a v niektorých prípadoch museli i naďalej splácať pôžičky na vybavenie ordinácie hoci tá im už nepatrila.

Lekári vo víre zmien

V roku 1953 bolo v Československu zrušené vládny nariadením č. 60 Sb. o vedeckých hodnostiach a o označení absolventov vysokých škôl udeľovanie titulov MUDr. Absolventi lekárskech fakúlt dostávali titul „promovaný lekár“, k obnoveniu došlo až v roku 1966 (vyhláškou ministra vysokých škôl č. 248/1953 Ú. l.).

Postavenie lekárov bolo ovplyvnené presadzovaním stierania sociálnych rozdielov v spoločnosti zdôrazňovaním egalitárstva, sprevádzané i nivelizáciou zárobku. Lekári ako špecifická profesijná skupina boli „zhora“ zosadení z pozície príslušníkov vzdelanostnej a kultúrnej elity a bola im určená nová pozícia v triednej štruktúre – pracujúca inteligencia v službách robotníkov a roľníkov.

M. Filip hodnotí obdobie rokov 1948 – 1964 takto: *„Bolo to obdobie intenzívneho rozvoja kvantity zdravotníckych služieb, ale zároveň obdobie do značnej miery poznačené deformáciou postoja voči zdravotníckym pracovníkom ako k inteligencii vôbec. Tieto deformácie sa prejavili nie len nedocenením zdravotníckej práce vo forme nedostatočného odmeňovania, nielen dehonestáciou vo forme zrušení tradičných označení lekára, ale často aj absolútne pomýleným názorom, že v zdravotníckej inteligencii treba vidieť zvyšky starej buržoáznej triedy.“* (kol., 1970, s.421-422)

Zákom č. 170/1950 sa zaviedla kategorizácia zdravotníckych pracovníkov. Zákon stanovil, že *„výkon zdravotníckych povolání musí smerovať k tomu, aby zdravotná starostlivosť bola vykonávaná podľa súčasného stavu vedy, plánovite a hospodárne, aby sa tak účelne zabezpečilo právo ľudu na ochranu zdravia a plné uplatnenie zdravotníckych pracovníkov pri výstavbe socializmu“*. Na dosiahnutie tohto cieľa mal organizovať a kontrolovať výkon zdravotníckych povolání štát, pritom najmä mal určovať pôsobiská zdravotníckych pracovníkov a ukladať im pracovné záväzky v odbore zdravotnej starostlivosti, mimoriadne úlohy a pod. Nariadenie č. 24/1951 Zb. o lekároch utvrdilo princíp plánovania aj vo vzťahu k lekárom. Ministerstvo zdravotníctva malo viesť rozmiest'ovanie lekárov podľa jednotného hospodárskeho plánu tak, aby sa zabezpečila predovšetkým zdravotná starostlivosť v rámci národného poistenia, zvlášť však zdravotná starostlivosť o pracujúcich na závodoch. Pôsobisko lekárov určovali krajské národné výbory podľa smerníc Ministerstva zdravotníctva; o premiestení lekára na pôsobisko v inom kraji, alebo ak to vyžadoval iný dôležitý všeobecný zdravotný záujem, určilo pôsobisko Ministerstvo zdravotníctva. Pre toto obdobie prelomu 40. a 50. rokov 20. storočia je typický výskyt retroaktivity – uvedené nariadenie bolo prijaté dňa 13. februára 1951, avšak účinnosť určilo už dňom 1. januára 1951, čiže spätne.

Plánovaním a „umiestenkami“, ukladáním zvláštnych úloh sa malo zamedziť nedostatku lekárov v menej atraktívnych okresoch a zlepšiť dostupnosť ošetrovania. Tzv. „umiestienky“ boli zrušené až v polovici 60. rokov, potom ako sa počet lekárov i ďalších zdravotníckych pracovníkov výrazne zvýšil.

Uznesenie Sekretariátu UV KSČ k ideologickej výchove lekárov a ostatných zdravotníkov z roku 1959 zdôraznilo význam spoločenskej funkcie a spoločenského pôsobenia lekárov. (kol., 1970, s. 422)

Politický dokument Rozvoj starostlivosti o zdravie v socialistickej spoločnosti z roku 1964 odrážal optimizmus 60. rokov. Podľa M. Filipa (tamže) došlo ku kvalitatívnemu zlepšeniu spoločenského postavenia lekárov, čomu napomohla nová legislatíva – zákon č. 20/1966 Sb. a a na neho nadväzujúce vyhlášky, najmä vyhláška č. 44/1966 Sb. o zdravotníckych pracovníkoch a iných pracovníkoch v zdravotníctve.

Okrem zjednocovania a definovania úloh zdravotníctva a jeho zložiek, zákon sa venoval aj vzťahu lekár – pacient. Kým dovtedajšia legislatíva (zákon 170/1950 Sb.) zmieňovala ako povinnosť lekára voči pacientovi iba zachovanie mlčanlivosti, zákon č. 20/1966 Sb. už širšie definoval postavenie lekára vo vzťahu k pacientovi, okrem povinnej mlčanlivosti najmä poučenie a súhlas chorého a ošetrovanie bez súhlasu pacienta vrátane nedobrovoľnej hospitalizácie. § 23, ods. 1 stanovoval: *„Lekár bol povinný poučiť vhodným spôsobom chorého, prípadne členov jeho rodiny o povahe ochorenia a o potrebných výkonoch tak, aby mohli aktívne spolupracovať pri poskytovaní liečebno-preventívnej starostlivosti.“* Vo vzťahu lekár-pacient tak bola zachovaná prirodzená dominancia lekára. Zákon platil takmer tri dekády, nahradený bol až od 1.1.1995 zákonom č. 277/1994 Zb. o zdravotnej starostlivosti.

Záver

Hlavné zmeny v postavení lekárov v sledovanom období vyplynuli z radikálneho obratu v oblasti predefinovania úloh štátu a úloh zdravotníctva. Zdravotníctvo bolo ponímané ako sektor verejných služieb, plne v kompetencii štátu, jeho orgánov. Zanikol záväzkový charakter vzťahu, resp. ekonomický vzťah medzi pacientom a lekárom, keďže žiadnu zmluvu s lekárom ani zdravotníckym zariadením pacient neuzatváral a za poskytnutú starostlivosť pacient neplatil. Organizačné zjednotenie zdravotného poistenia umožnilo bezplatné poskytovanie zdravotnej starostlivosti a jeho finančnú dostupnosť pre obyvateľstvo. Bol etablovaný Semaškov model zdravotníctva. Uskutočnilo sa organizačné zjednotenie zdravotníctva, vytvorenie sústavy štátnych zdravotníckych zariadení. Zmeny boli legislatívne zavŕšené zákonom č. 20/1966 Zb., ktorý „predbehol“ svoju dobu a platil na našom území takmer tri

dekády. Boli zmiernené niektoré opatrenia, ktoré postavenie lekárov mali nivelizovať a zrovnoprávniť túto profesijnú skupinu s inými pracujúcimi.

Zmeny v postavení lekára v rámci zdravotníctva, aj vo vzťahu lekár-pacient, ktoré boli zavedené v 60. rokoch 20. storočia ovplyvnili na niekoľko desaťročí vzťah spoločnosti i pacientov k lekárom. S určitými rezíduami týchto očakávaní sa stretávame aj v súčasnosti. Uvedené obdobie pokladáme za zlomovú etapu vo vývoji zdravotníctva, a doterajší výskum odhaľuje nové či nedostatočne prebádané oblasti.

Literatúra:

- [1] Právne predpisy citované v texte.
- [2] FALISOVÁ, Anna : *Zdravotníctvo na Slovensku v medzivojnovom období*. Bratislava : Veda, 1999. 203 s. ISBN 80-224-0544-2.
- [3] GLADKIJ, Ivan: *Management ve zdravotnictví*.1.vyd. Brno: Computer Press, 2003. 380s .ISBN 978-80-7226-996-8.
- [4] Kol.: *Sociální lékařství*. Praha : Avicenum, 1970. 472s. ISBN 08-006-71.
- [5] Kol.: *15 let nového československého zdravotnictví 1945-1960*. Praha : Státní zdravotnické nakladatelství, 1960.
- [6] MAKOVICKÝ, Emil a kol.: *Organizácia zdravotníctva*. 1.vyd. Martin : Osveta, 1974. 207s.
- [7] MÁŠOVÁ, Hana – KŘÍŽOVÁ, Eva – SVOBODNÝ, Petr (eds.): *České zdravotnictví: vize a skutečnost*. Praha : Karolinum, 2005. 252s. ISBN 80-246-0944-4.
- [8] RÁKOSNÍK, Jakub: *Sověťizace sociálního státu. Lidově demokratický režim a sociální práva občanů v Československu 1945-1960*. Praha : Filozofická fakulta Univerzity Karlovy, 2010. 503s. ISBN 978-80-7308-303-8
- [9] REMIŠOVÁ, Miluše: *Zápas o nové poslanie lekára v spoločnosti*. Martin : Osveta, 1986. 136s. ISBN 70-103-86.
- [10] ŽÁK, Rudolf: Poznámky k začiatkom činnosti Slovenskej lekárskej komory. In: *20. výročie slovenskej lekárskej komory*. [online]. Bratislava: Slovenská lekárska komora. Nedatované. 28s. [cit. 2016-11-22]. Dostupný z [www: <http://www.olds.lekom.sk/upload/SLK/XX.%20vyrocie/brozura_1285580661.pdf>](http://www.olds.lekom.sk/upload/SLK/XX.%20vyrocie/brozura_1285580661.pdf).

Kontakt:

Mgr. et Mgr. Silvia Capíková, PhD.

Ústav sociálneho lekárstva a lek. etiky, Lekárska fakulta Univerzity Komenského v Bratislave
Sasinkova 2, 813 72 Bratislava
silvia.capikova@fmed.uniba.sk

Doc. MUDr. Vojtech Ozorovský, CSc.

Ústav sociálneho lekárstva a lek. etiky, Lekárska fakulta Univerzity Komenského v Bratislave
Sasinkova 2, 813 72 Bratislava
vojtech.ozorovsky@fmed.uniba.sk

PhDr. Anna Falisová, PhD.

Historický ústav SAV
P. O. Box 198
Klemensova 19
814 99 Bratislava
anna.falisova@savba.sk

Spoločenské postavenie lekárov v Argentíne

Social Position of Physicians in Argentina

Silvia CAPÍKOVÁ, Armando Marcio OCHOA VENTURA

Abstrakt

Cieľom príspevku je priblížiť postavenie lekárov v Argentíne v *súčasnosti*. Prvé časti štúdie približujú zdravotnícky systém, v ktorom lekári pôsobia. V ďalších častiach autori približujú postavenie lekárov, popularitu štúdia medicíny, platové pomery a na základe dostupných oficiálnych údajov analyzujú štruktúru lekárov. Väčšina z celkového počtu registrovaných lekárov je sústredená vo veľkých mestách, zatiaľ čo vo vnútorných provinciách je nedostatok lekárov. Distribúcia lekárov je nerovnomerná nie len geograficky, ale aj vo vzťahu k špecializáciám. Prejavuje sa nedostatok špecialistov v niektorých odboroch. Ako dominantný trend vystupuje feminizácia medicíny.

Kľúčové slova: Lekári, zdravotníctvo, Argentína, feminizácia medicíny

Abstract

The aim of the paper is to describe contemporary position of physicians in Argentina. First sections of the paper are focusing the health system, in which the physicians perform the profession. In the following parts, the authors are focusing position of physicians, their income, attractivity of medical education among the youth, and the structure of the workforce is analysed. Majority of the total number of registered physicians is concentrated in big cities, while peripheral provinces are suffering by the shortage. Distribution of physicians is unequal along geographical areas but also medical specialisations. There exist shortage of specialists in several branches of medicine. Feminization of medicine is identified as a dominant trend.

Key words: Physicians, health system, Argentina, feminization of medicine

Úvod

Žiaden zdravotnícky systém ani zdravotnícke zariadenie nemôže fungovať bez dostatočného počtu kvalifikovaných zdravotníckych pracovníkov. Cieľom príspevku je priblížiť situáciu a postavenie lekárov v Argentíne. Prvé časti štúdie približujú charakteristiku krajiny a jej zdravotníctva, teda spoločenské a inštitucionálne prostredie v ktorom lekári pôsobia.

V ďalších častiach autori približujú postavenie lekárov, ich platové pomery, podmienky výkonu povolania, štruktúru lekárov na základe dostupných oficiálnych údajov.

Regionálne rozdiely v Argentíne

Argentína je federatívna prezidentská republika s rozlohou 3 761 274 km², ktorá sa administratívne člení na 23 provincií a autonómnu oblasť hlavného mesta *Ciudad Autónoma de Buenos Aires*. Podľa údajov z roku 2015 má 43 417 000 obyvateľov. Stredná dĺžka života je 76,3 rokov (WHO - 2015).

Veľkým a dlhodobým problémom krajiny, ktorý ovplyvňuje aj zdravotníctvo a zdravotný stav obyvateľstva, je obrovská regionálna nerovnosť. Federálny systém je založený

na politickej autonómii každej provincie. Hoci politický federalizmus na demokratických princípoch je už konsolidovaný, zostáva úlohou dosiahnuť aj ekonomicky federalizmus. Vývoj v posledných troch desaťročiach zmenil produktívnu a sociálnu mapu krajiny, aj úlohu štátu a súkromného kapitálu v argentínskej ekonomike. Napriek dosiahnutému pokroku, aj po desaťročiach demokratického vývinu provincia Buenos Aires (BsAs) predstavuje 39% z celkového počtu obyvateľov a približne 32% z HDP a 34% z celkového počtu exportu, kým 10 provincií v severnej Argentíne (La Rioja, Catamarca, Tucuman, Salta, Jujuy, Santiago, Formosa, Chaco, Corrientes a Misiones) spolu predstavujú 21,3% z celkového počtu obyvateľov, a prispievajú 10,3% z HDP a 8,1% z celkového počtu exportu. V poľnohospodársko-priemyselnej osi Rosario-Buenos Aires-La Plata (300km lineálne) žije asi 15 miliónov ľudí, kým medzi El Calafate a Esquel (900 km) iba 100 000 ľudí. (Rohme, 2015)

Často sa hovorí, že Argentína je „depopulated country“, ale vhodnejšie by bolo označiť ju za „bad-populated country“. Jej ľudské zdroje, zamestnanosť, vzdelávanie a zdravotná starostlivosť sú príliš sústredené vo východnej časti krajiny. Výrazné rozdiely v ukazovateľoch zdravotného stavu vidíme pri porovnaní medzi provinciou Buenos Aires Capital Federal a severnými provinciami. Priemerná dĺžka života v provinciách je výrazne nižšia ako v Buenos Aires (BsAs). Napr. muž v Jujuy žije 11 rokov menej ako muž v BsAs. Pomer dojčenskej a detskej úmrtnosti v Chaco je 31,8/1000, to je závažné, pretože predstavuje 2 ½ viac ako pomer v BsAs. Zdravotné ukazovatele v BsAs sú podobné ukazovateľom rozvinutých krajín. Situácia je odlišná v provinciách ako Formosa a Chaco. Podľa posledného sčítania, takmer polovica populácie tam nemá prístup k pitnej vode a kanalizácii, čo jednou z príčin vyššej chorobnosti. Kým v týchto severných provinciách v roku 1997 bolo zaznamenaných viac ako 500 prípadov cholery, BsAs nemal a nemá žiadne významné prípady cholery už dávno. (Nicholls, 2001)

Organizácia zdravotníctva v Argentíne

Ústredným orgánom správy zdravotníctva je federálne Národné ministerstvo zdravotníctva (Ministerio de Salud de la Nación) so sídlom v hlavnom mesta Buenos Aires. Okrem toho, každá z 23 provincií ma svoje vlastné ministerstvo zdravotníctva (Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba, MS de la Provincia de Sante Fe, atď..) a Capital Federal Buenos Aires má svoje vlastné ministerstvo zdravotníctva (Ministerio de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires). Každá provincia je zodpovedná za plánovanie, riadenie a reguláciu zdravotníctva vo vlastnej jurisdikcii.

Argentínsky model zdravotníctva je zvláštny kvôli svojej vysokej vnútornej členitosti. Uspokojovanie zdravotných potrieb obyvateľstva zabezpečujú tri paralelne existujúce sektory,

líšiace sa spôsobom financovania: verejný sektor, sektor „obras sociales“ (sociálneho poistenia) a súkromný sektor. Poukazuje sa na zlú koordináciu medzi jednotlivými čiastkovými sektormi. (Tobar et al., 2012)

Tabuľka 1: Štruktúra sektorov zdravotného systému Argentíny (podľa Navarro Pérez et al., 2015, s. 12):

A. Sector Público (Verejný sektor): - Nacional (Národné) - Provincial (Regionálne, Krajské) - Municipal (Mestské)
B. Seguridad Social/Obras Sociales - OS (Sociálne poistenie): - Obras Sociales Nacionales, (284 OS) (národné sociálne poistenie) - Obras Sociales Provinciales, (24 OS) (regionálne sociálne poistenie) - Obras de las Fuerzas Armadas y de Seguridad (Sociálne poistenie pre armádu a políciu) - Obras Sociales de las Universidades Nacionales y de los Poderes Legislativo y Judicial (sociálne poistenie pre študentov verejných vysokých škôl a pracovníkov legislatívnej a sudnej moci)
C. Sector Privado (Súkromný sektor): - Seguros Voluntarios (Dobrovoľné, Predplatené Poistenie)

A.Sector Público (Verejný Sektor) sa skladá z národných a provinčných ministerstiev a siete statných nemocníc a ambulancií. Argentína má 3.323 nemocníc, z toho 60% sú súkromné nemocnice, 38% sú štátne nemocnice a 2% sú nemocnice patriace k OS. (Arce –Clarín, 2016) Verejný sektor poskytuje bezplatné starostlivosť každému, kto o to požaduje, a to predovšetkým ľuďom bez sociálneho poistenia OS a tým ktorí nie sú schopní platiť. Poskytuje bezplatne aj generické lieky. (Acuña - Chudnovsky, 2002) Pokrýva cca. 38% populácie. (Abuelafia et al., 2002) Ekonomicky je zabezpečený z daňových zdrojov. (Bello - Mera, 2003)

B.Seguridad Social / Obras Sociales - OS (Sociálne poistenie) poskytuje zdravotnú starostlivosť zamestnancom a ich rodinám. Pokrýva cca. 55% populácie. (Abuelafia et al., 2002) Väčšina OS pôsobí prostredníctvom zmlúv so súkromnými poskytovateľmi a sú financované sociálnymi príspevkami zamestnávateľov a zamestnancov. (Acuña - Chudnovsky, 2002) OS si väčšinou prenajímajú služby od súkromných polikliník, aby ich členovia boli šetrení tam. Financovanie: 8% z miezd aktívnych pracovníkov, zamestnanec hradí 3% a zamestnávateľ hradí 5%. (Belló - Becerril-Montekio, 2011)

Okrem toho, Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y

Pensionados/Programa de Asistencia Médica Integral – INSSJyP/PAMI (Národný inštitút sociálnych služieb pre dôchodcov a Program integrovanej lekárskej pomoci) poskytuje zdravotnú starostlivosť dôchodcom. (Abuelafia et al., 2002)

Keď je niekto poistený súkromne, ošetrí ho v jednej z tých súkromných nemocníc, ktoré majú podpísanú zmluvu s jeho OS, ale v súčasnej dobe vysoký podiel ľudí s OS (20-45%) chodíeva sa ošetriť do štátnych nemocníc. (Perez, 2014) To sa vyskytuje prevažne keď ide o vážne choroby a drahé lekárske procedúry ako CT, MR, atd. a zložité liečebne procedúry (chemoterapia, rádioterapia, atd.), ktoré ich OS im nezaplatia. V niektorých prípadoch verejný sektor dostane dodatočné platby od OS, keď ošetruje ich členov.

C. Sector Privado (Súkromný Sektor) tvoria zdravotnícke zariadenia (súkromné polikliniky), poskytujúce súkromnu zdravotnú starostlivosť pacientom, užívateľom OS a užívateľom súkromného poistenia. Pokrytie: cca. 7% populácie. (Abuelafia et al., 2002)

V Argentíne 46% populácie má OS; 16% populácie má nejakú formu predplateného zdravotného poistenia a cca 38% populácie nemá žiadne, čo predstavuje cca. 14 miliónov Argentínčanov (Tobar et al., 2012), ktorí v prípade potreby, dostávajú zdravotnú starostlivosť iba v štátnych nemocniciach, ktoré sú v 24 zdravotníckych systémoch fungujúcich v krajine (jeden v každej provincii a vrátane Buenos Aires) a niektoré z nich, majú vážne problémy, ako napr. je nedostatok zdravotníckeho personálu, základného vybavenia a nedostatočná infraštruktúra. (Ahumada, 2015)

Právne predpoklady na výkon povolania lekára v Argentíne

Právne požiadavky sú viazané na vzdelanie a sú definované ***Zákomom č. 17.132: Pravidlá pre lekársku prax, stomatológiu a kolaboratívne činnosti uvedených disciplín - "Umenie liečiť"*** (Ley 17.132 - Reglas para el ejercicio de la medicina, odontología y actividad de colaboración de las mismas - Arte de curar), (www.infoleg.gob.ar) vyhlásený 24. januára 1967, v článku 13. Povolanie lekára môžu v Argentíne vykonávať:

- a) tí, ktorí majú platný titul udelený argentínskou štátnou alebo súkromnou vysokou školou uznanou štátom.
- b) tí, ktorí majú titul udelený zahraničnou vysokou školou a uznaný jednou argentínskou vysokou školou.
- c) tí, ktorí majú titul udelený zahraničnou vysokou školou, ktorý je podľa medzinárodných zmlúv schválený jednou argentínskou univerzitou.
- d) zahraniční odborníci, od ktorých sa požaduje odborná medicínska konzultácia, pričom povolenie udelí na žiadosť Ministerstvo zdravotníctva.
- e) zahraniční odborníci zamestnaní súkromnými alebo štátnymi zariadeniami na účel výskumu,

poradenstva, výučby a/alebo konzultácie, v priebehu trvania zmluvy, s nemožnosťou súčasne pracovať samostatne.

f) odborníci, ktorí nemajú trvalé bydlisko v krajine, od ktorých sa požaduje konzultácia, musia obmedziť svoju činnosť na prípad, pre ktorý boli konzultovaní

g) zahraniční odborníci - utečenci, ktorí majú trvale bydlisko v krajine a podľa článku 4, odsek f) vyhlášky č 6216/44 (Zákon 12 912) majú povolenie od Ministerstva Zdravotníctva.

Ako uvádzajú Bello a Mera (2003), regulácia výkonu povolania lekára je pridelená provinciám, pričom platia nasledovné pravidlá:

- Lekár potrebuje, ako predchádzajúci krok na výkon povolania lekára, získať príslušnú *Licencia* alebo *Matricula* (registráciu) v príslušnej jurisdikcii (buď v jednej provincii alebo v Capital Federal), kde bude vykonať prácu lekára.

- Ak lekár potom chce spraviť hociktorý špecializačný program, musí požiadať o špeciálne povolenie v tej istej jurisdikcii, ktorá mu udelila *Matriculu*. ”

- V Buenos Aires, sídlo Capital Federal, tradične Ministerstvo zdravotníctva udelí obidve povolenia, po splnení požiadaviek zo strany žiadateľa. V mnohých provinciách, miestna vláda preniesla tieto funkcie na *Colegios Medicos*, ktoré fungujú v Buenos Aires, Cordoba, Jujuy, La Pampa, Mendoza, Misiones, Rio Negro, Salta, Santa Cruz, Santa Fe a Santiago del Estero.

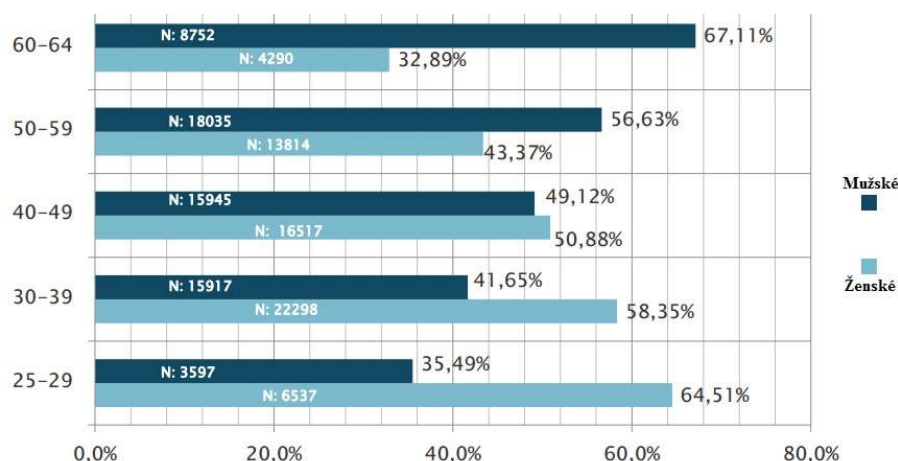
- Bez ohľadu na tieto právne požiadavky, rôzne vedecké spoločnosti, spojené pod názvom *Consejo de Certificación de Profesionales Médicos* sponzorované *Academia Nacional de Medicina*, vytvorila proces profesionálneho hodnotenia s názvom *Certificación* (osvedčenie). Toto akademické osvedčenie je rovnocenné s americkým osvedčením “board certified”. (Bello - Mera, 2003)

Počet lekárov

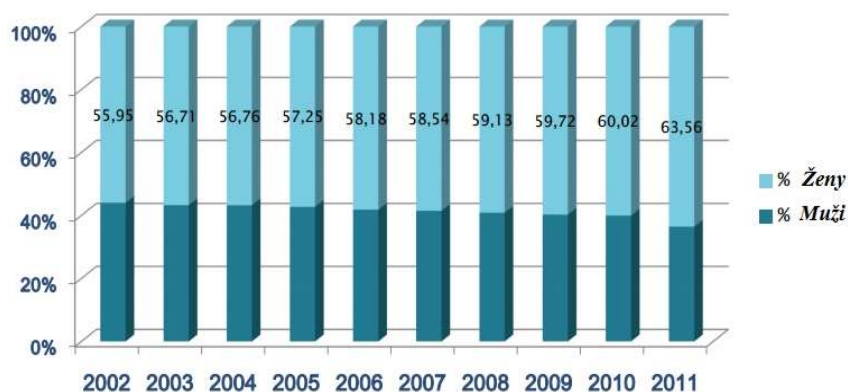
Absolútny počet registrovaných lekárov v roku 2012 podľa organizácie Red Federal de Registros de Profesionales de la Salud en SIISA bol 160 041. Pomer lekárov k počtu obyvateľov: 3,88 lekárov/ 1000 obyvateľov. (Williams, 2013 , 2012)

Každý rok získava titul lekára 4 800 medikov, 75 - 85% promovovaných lekárov sú ženy, a z toho dôvodu, v poslednom čase výber špecializácií sa zmenil na prevahu internej medicíny, chirurgie, gynekológie a dermatológie. (Román, 2012) Počet lekárov podľa veku a pohlavia znázorňuje graf 1, prehľad študentov medicíny podľa veku a pohlavia poskytuje graf 2.

Graf 1: Počet lekárov podľa veku a pohlavia (Williams, 2013):



Graf 2: Počet študentov medicíny podľa pohlavia (Williams, 2013)



Z uvedených údajov je zrejmý trend feminizácie medicíny. Tento jav je známy aj v zahraničí a vo všeobecnosti – kým v 70. rokoch 20. storočia bol pomer študentov medicíny k študentkám 3:1, v súčasnosti je to opačne. Ako uvádza Ballerino (2012), podľa niektorých expertov je vysvetlenie tohto javu ekonomické: muži hľadajú ľahšie cesty k zárobku a prácu s atraktívnejším platovým ohodnotením. Pozitívnym dôsledkom feminizácie medicíny je podľa niektorých autorov všeobecne „humánnejší“ charakter medicíny a „viac citu“. Muži – lekári sa zvyčajne sústredili len na diagnostiku a liečbu. Avšak vo všeobecnosti v manažérskych pozíciách prevažujú muži, napr. za 100 rokov svojej existencie mala Argentine Society of Pediatrics iba dve prezidentky – lekárky. (Ballerino, 2012)

Počty lekárov v roku 2014 na základe údajov oficiálnych štatistík podľa regiónov približuje Tabuľka 2. Zreteľné je nerovnomerné rozdelenie počtu lekárov s aj bez špecializácie v neprospech periférnych regiónov. Podrobnejší pohľad na distribúciu lekárov podľa údajov z roku 2014 poskytuje Tabuľka 3. Podľa rovnakého zdroja je možné v Tabuľke 4 vidieť distribúciu lekárov so špecializáciou v jednotlivých odboroch medicíny.

Tabuľka 2: Počty lekárov podľa regiónov (Navarro Perez, et al. 2015, s. 88):

	Total Number of Physicians	Physicians without Specialization	Physicians with Specialization
Central Region	164 627	99 220	71 407
Cuyo Region	14 215	5 310	8 905
Nort-eastern Region	10 973	5 553	5 420
North-western Region	14 996	7 806	7 190
Patagonia Region	11 003	4 688	6 315

Tabuľka 3: Počty lekárov podľa provincií: (Navarro Perez et al., 2015, s. 96)

Province	Number of Physicians	Province	Number of Physicians
Ciudad Autónoma de Bs.As.	58 021	Mendoza	8.413
Buenos Aires	64 846	Misiones	2 331
Catamarca	1 315	Neuquén	2 734
Córdoba	18 980	Río Negro	2 971
Corrientes	4 142	Salta	3 328
Chaco	3 223	San Juan	2 667
Chubut	2 031	San Luis	1 566
Entre Rios	4 977	Santa Cruz	1 134
Formosa	1 277	Santa Fe	17 803
Jujuy	1 886	Santiago del Estero	2 258
La Pampa	1.359	Tucumán	6 209
La Rioja	1.569	Tierra del Fuego	774

Tabuľka 4: Počty lekárov podľa špecializácií na národnej úrovni : (Navarro Perez et al., 2015, s. 102-103)

Speciality	Number of Physicians	Speciality	Number of Physicians	Speciality	Number of Physicians
Pediatrica	14 611	Intenzívna Medicína	2 347	Infektológia	1.086
Vnútorné Lekárstvo	12 659	Dermatovenereológia	2 298	Endokrino- lógia	1.073
Gynekológia a Pôrodnictvo	9 681	Detská chirurgia	438	Onkológia	970
Neonatológia	2 177	Gastroenterológia	1 694	<i>Clinical Nutriton (Poruchy výživy)</i>	898
Všeobecné Lekárstvo	6.196	Detská Intenzívna Medicína	352	Urgentná Medicína	760
Chirurgia	7 342	Otorinolaryngológia	1 632	Neurochirurgia	867
Kardiológia	6 239	Plastická Chirurgia	1 460	Hematológia - Transfuziológia	787
Psychiatria	5 940	Urológia	1 407	Imunológia a Alergológia	721
Ortopédia a Traumatológia	4 528	Neurológia	1 389	FyziatRIA a Lieč. Rehabilitácia	408
Oftalmológia	3 443	Patologická Anatómia	1 300	Klinická Toxikológia	147
Anestéziológia	3 072	Nefrológia	1 291	Lekárska Genetika	88
Nukleárna Medicína	2 933	Pneumológia a Ftizeológia	1 340	Epidemiológia	25

Rozloženie lekárov je nerovnomerné, pretože väčšina z celkového počtu registrovaných lekárov je sústredená vo veľkých mestách, zatiaľ čo vo vnútorných (periférnych) provinciách je nedostatok lekárov - v Buenos Aires pripadá 1 lekár na 30 osôb, zatiaľ čo v Santiago del Estero, Formosa, Misiones, Chaco pripadá 1 lekár až na 1000 osôb. (ACAMI, 2011)

Hoci neexistujú žiadne oficiálne štatistiky o zahraničnej pracovnej migrácii lekárov, historicky sa eviduje že argentínski lekári odchádzajú pracovať do zahraničia (do Španielska, USA, Talianska a Brazílie).

Platové pomery lekárov

a. Vo verejnej sfére:

Podľa Ministerstvo zdravotníctva, lekár by mal zarábať mesačne 22 000 *pesos argentinos* (cca. 1 400 USD). Lekár s 20-ročnou skúsenosťou by mal dostať 28 600 *pesos argentinos* (cca. 1800 USD). (Del Pópolo, 2016)

Plat začínajúceho lekára bez špecializácií závisí od nemocnice, regiónu, špecializačného programu, a je v rozmedzí od 5 000 *pesos argentinos* (cca. 400 USD) do 13 600 *pesos argentinos* počas rezidenčného programu (cca. 900 USD). (Urgente24, 2016)

b. V ambulantnej súkromnej sfére:

Mzdy sú "kolísavé", v rozmedzí od 4000 *pesos argentinos* (cca. 280 USD) do oveľa vyšších súm, ktoré sú dohodnuté individuálne medzi vlastníkom súkromnej kliniky a konkrétnym lekárom. Presnejšie údaje je problematické získať. (Del Pópolo, 2016)

c. V porovnaní s ostatnými vysokoškolsky vzdelanými ľuďmi:

Vo verejnom sektore, učitelia zarábajú 8 500 *pesos argentinos* (cca. 550 USD), administratívni účtovníci, obchodní zamestnanci zarábajú 13 907 *pesos argentinos* (cca. 890 USD), právnici, účtovníci a inžinieri zarábajú 8500 - 10000 *pesos argentinos* (cca. 550 – 680 USD) a tí, s väčšou skúsenosťou zarábajú 18 000 - 22 000 *pesos argentinos* (cca. 1 150 - 1 400 USD). Kým zatiaľ čo v súkromnom sektore, je to veľmi variabilné, priemerná mzda je v rozmedzí 13 400 - 16 200 *pesos argentinos* (cca. 850 - 1 100 USD). (Del Pópolo, 2016)

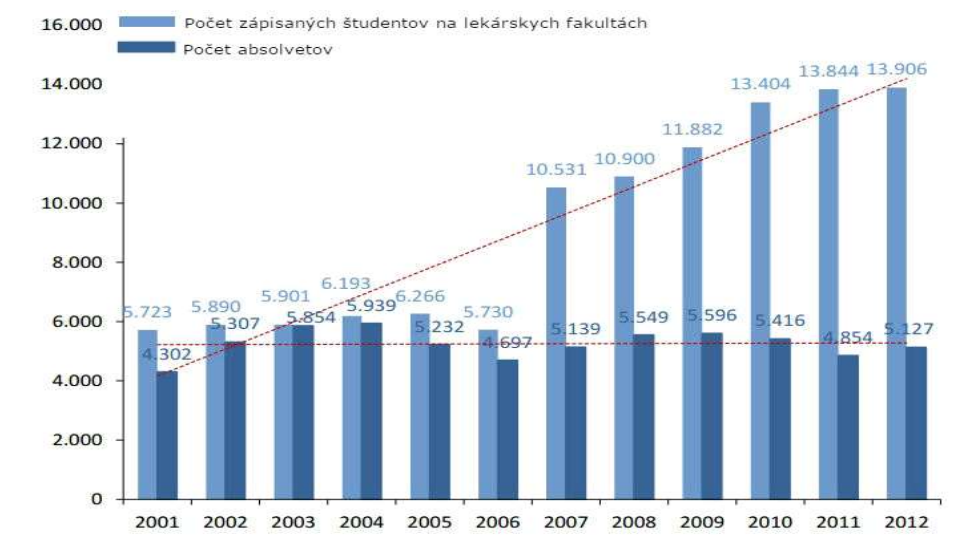
Popularita lekárskeho povolania

Podľa výskumu Univerzity Buenos Aires (UBA) (Mizrahi, 2013), kariéry medicína a práva, zostávajú ako najobľúbenejšie u mladých Argentínčanov, ale v posledných 20 rokoch záujem pomaly klesá. Podľa toho výskumu v roku 1992 Právnická fakulta UBA mala 18% a Lekárska fakulta UBA mala 16% celkového počtu študentov na UBA., ale v roku 2012, počet študentov obidvoch fakúlt poklesol na 12%. Naopak výrazne stúpol záujem o odbory Fakulty sociálnych vied (z 5 na 11% počtu zapísaných študentov). Psychológia je v súčasnosti jedna z najobľúbenejších kariér v krajine. (Mizrahi, 2013)

V Argentíne existuje 33 lekárske škôl, ktoré sú distribuované v 12 argentínskych provinciách (13 verejných a 20 súkromných lekárske škôl). (Navarro Perez et al., 2015) - Z tých 13 štátnych lekárske fakúlt vychádza 82% z celkového počtu lekárov. (Román, 2012) (Telam, 2013) Každý rok cca. 5200 medikov získava titul lekára. (Navarro Perez et al., 2015) Vývoj

počtu zapísaných študentov a absolventov lekárskeho fakúlt znázorňuje graf 3.

Graf 3: Počet zapísaných študentov a absolventov lekárskeho fakúlt v období 2001-2012 (Navarro Perez et al., 2015):



Problémy lekárov v Argentíne

Lekári sa musia vysporiadať s rôznymi problémami, ktoré ovplyvňujú nie len ich osobný život, ale aj fungovanie zdravotníctva. Systém postgraduálneho vzdelávania je náročný. Zákon o Vysokoškolskom vzdelávaní N° 24 521 nepovažuje rezidenčný program za postgraduálne štúdium. Nie všetky školy odovzdávajú titul špecialistu. (Román, 2012) Polovica absolventov lekárskeho fakúlt (cca. 3000 z 5200 každoročne končiacich nových lekárov) sa neprihlasujú na žiadny rezidenčný program. Väčšina nich pracuje na dočasný pracovný úväzok, alebo na pohotovostnej službe nemocníc ďalekých miest, alebo pracuje mimo medicíny. (Román, 2012)

Rezidenčné programy by mali mať podobný počet voľných miest rozdelených v 722 nemocniciach ako počet absolventov medicíny, ale v skutočnosti sa to nestáva. (Telam, 2013) Lekári, ktorí si spravia rezidenčný program trvajúci 3 alebo 4 roky sa rozhodujú pre špecializácie, ktoré nie sú prioritné k zdravotnej situácii krajiny. V súčasnej dobe existuje nedostatok anesteziológov, pôrodníkov, pediatrov, psychiatrov, epidemiológov, a iné. (Román, 2012) Je to komplexný problém, v niektorých mestách nie sú voľné pracovné miesta, ale v iných, kde sú v ponuke, neponúkajú sa pracovné podmienky zaujímavé pre lekárov. Napr. špecializácie ako neonatológia alebo anesteziológia potrebujú viac lekárov, ale prihlasuje sa málo záujemcov. (OPS, 2011) (Román, 2012) Rovnako rozmiestnenie zdravotníckeho personálu v regiónoch nie je rovnomerné. (Bello - Mera, 2003)

Nízke platové ohodnotenie spôsobuje že pracovať na odľahlých miestach nie je atraktívne, a ak periférny zdravotný systém nefunguje, následne centrálné nemocnice sú preplnené a prestávajú normálne fungovať. (Ahumada, 2015) Ak na odľahlých oblastiach problémom je nízky plat, vo veľkých mestách odradzujú násilné útoky, napr. v pohotovostnej službe nemocníc. (Ahumada, 2015)

Ďalším problémom je to, že veľa lekárov má obavy z trestného stíhania zo strany pacientov vo veci *mala praxis* (zanedbanie starostlivosti). Preto si nevyberajú určité špecializácie (ako napr. traumatológia, gynekológia, anesteziológia, plastická chirurgia) ktoré pokladajú za rizikovejšie. (Román, 2012)

Záver

Dlhodobým problémom krajiny, ktorý ovplyvňuje aj zdravotníctvo a zdravotný stav obyvateľstva, sú hlboké regionálne nerovnosti. Zdravotníctvo v krajine charakterizuje nerovnosť a nespravodlivosť. Medzi subsystémami ako aj provinciami pretrvávajú hlboké nerovnosti vo financovaní zdravotníctva aj dostupnosti a kvalite zdravotnej starostlivosti. (Navarro Pérez et al., 2015) Prístup k zdravotnej starostlivosti je široký, ale rozdiel v kvalite medzi verejnou a súkromnou sférou je veľký. Argentína udržiava 50-ročný model vedenia a administrácie nemocníc, čo spôsobuje že systém je skôr neefektívny než nedostatočný. (Tobar et al., 2012) Nie je to problém rozpočtu, ale je to administratívny problém pretože v roku 2010 výdavok na zdravotníctvo bol 132 000 000 000 *pesos argentinos* (8 300 000 000 USD), čo zodpovedá 8,5% z HDP, teda najvyšší v celom regióne. (Ahumada, 2015)

Väčšina z celkového počtu registrovaných lekárov je sústredená vo veľkých mestách, zatiaľ čo vo vnútorných provinciách je nedostatok lekárov. Distribúcia lekárov je nerovnomerná nie len geograficky, ale aj vo vzťahu k špecializáciám. Prejavuje sa nedostatok špecialistov v niektorých odboroch. Podľa nedávneho prieskumu (Mizrahi, 2013), povolanie lekára a právnika zostávajú ako najpopulárnejšie a najobľúbenejšie u mladých Argentínčanov. Ako dominantný trend vystupuje feminizácia medicíny.

Literatúra:

[1] ABELEDO Anahí, (23.05.2010): *La salud en el país: cuánto se gasta y quién la paga*. [online] Diario Clarín, [cit. 04.12.2016] Dostupný z www: <http://www.ieco.clarin.com/ieco/economia/salud-pais-gasta-paga_0_r1ZxklM0wXx.html>.

[2] ABUELAFIA Emmanuel, BERLINSKI Samuel, CHUDNOVSKY Mariana, PALANZA Valeria, RONCONI Lucas, SAN MARTÍN M. Eugenia, TOMMASI Mariano: *El*

Funcionamiento del Sistema de Salud Argentino en un Contexto Federal, Centro De Estudios Para El Desarrollo Institucional, Documento 77, Septiembre 2002.

[3] ACUÑA Carlos, CHUDNOVSKY Mariana: *El Sistema de Salud en Argentina*, Documento de Trabajo Nro. 60. Centro de Estudios para el Desarrollo Institucional - CEDI. Fundación Gobierno, 2002.

[4] AHUMADA RIOJA, Matías, (13.04.2015): *Salud enferma: la crisis de los hospitales públicos argentinos*. [online] Diario La Nación, [cit. 06.12.2016] Dostupný z [www: <http://www.lanacion.com.ar/1783941-salud-enferma-la-crisis-de-los-hospitales-publicos-argentinos>](http://www.lanacion.com.ar/1783941-salud-enferma-la-crisis-de-los-hospitales-publicos-argentinos).

[5] ARCE Hugo E., (28.03.2016): *Cambiar el modelo de hospital público*. [online] Diario Clarín, [cit. 06.12.2016] Dostupný z [www: <http://www.clarin.com/opinion/Cambiar-modelo-hospital-publico_0_4kQGRQbA1.html>](http://www.clarin.com/opinion/Cambiar-modelo-hospital-publico_0_4kQGRQbA1.html)..

[6] ARCE Hugo E.: *Organización Y Financiamiento Del Sistema De Salud En La Argentina*, [REV. MEDICINA \(BUENOS AIRES\) 2012; VOL.72, 414-418, ISSN 0025-7680.](#)

[7] ASOCIACIÓN CIVIL DE ACTIVIDADES MÉDICAS INTEGRADAS (ACAMI): *XIV Congreso Argentino de Salud*, 2011.

[8] [ASPIAZU](#) Eliana: *Los Conflictos Laborales En La Salud Pública En La Argentina*, Ministerio De Trabajo, Empleo Y Seguridad Social, 2010.

[9] [BALLARINO](#), Florencia (03.03.12) *En hospitales y facultades de Medicina, hoy reinan ellas. Tradicionalmente considerada una carrera masculina, en la actualidad la mayoría de los nuevos médicos son mujeres*, [online] Diario El Perfil y Newsletter de Facultad de Medicina UBA, Buenos Aires, Ed. Marzo 2012. [cit. 05.12.2016] Dostupný z [www: <http://www.fmed.uba.ar/facultad/gobierno/NewsletterMarzo.pdf>](http://www.fmed.uba.ar/facultad/gobierno/NewsletterMarzo.pdf).

[10] BELLO Julio N, MERA Jorge A.: *Organización y financiamiento de los servicios de salud en Argentina: una introducción*, 1. ed. Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud, 2003. 224 p, ISBN 950-710-078-4.

[11] BELLÓ Mariana, BECERRIL-MONTEKIO Víctor: *Sistema de Salud de Argentina*, In: *Salud Pública México*, vol.53, supl.2, 2011, pp. S96-S108, ISSN: 0036-3634

[12] DEL PÓPOLO, Bárbara (03.07.2016): *Salario público vs privado ¿quiénes cobran más?* [online] MDZ-Diario de Mendoza, [cit. 03.12.2016] Dostupný z [www: <http://www.mdzol.com/nota/681037-salario-publico-vs-privado-quienes-cobran-mas/>](http://www.mdzol.com/nota/681037-salario-publico-vs-privado-quienes-cobran-mas/).

[13] INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y CENSOS (INDEC), 2015. [online] Dostupný z [www: <http://www.indec.gob.ar/>](http://www.indec.gob.ar/).

- [14] LEY 17.132 - Reglas para el ejercicio de la medicina, odontología y actividad de colaboración de las mismas - Arte de curar, Buenos Aires, 24 de enero de 1967. [online] Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, Presidencia de la Nación. Información Legislativa Dostupný z [www: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/15000-19999/19429/norma.htm>](http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/15000-19999/19429/norma.htm).
- [15] MIZRAHI Darío, (16.02.2013): *Los jóvenes eligen carreras alejadas de las necesidades del país*. [online] Infobae, [cit. 01.12.2016] Dostupný z [www: <http://www.infobae.com/2013/02/16/696801-los-jovenes-eligen-carreras-alejadas-las-necesidades-del-pais/>](http://www.infobae.com/2013/02/16/696801-los-jovenes-eligen-carreras-alejadas-las-necesidades-del-pais/).
- [16] NAVARRO PÉREZ Pilar, CONTRERAS SÁNCHEZ Antonio, JUNCO GÓMEZ, Maria del Carmen, SÁNCHEZ VILLEGAS Pablo, SÁNCHEZ-CANTALEJO GARRIDO Carmen,
- [17] LUQUE MARTIN Nuria: *Análisis De La Distribución Geográfica De Médicos Especialistas en La República Argentina*, 2015, p.280.
- [18] NICHOLLS Jason: *Salud en la Argentina: Desigualdades y Oportunidades*. In: Revista Médicos - Medicina Global, Roč.5, Edición nº XVI Enero/Febrero, Buenos Aires, 2001
- [19] ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD - OPS: *El sistema de salud argentino y su trayectoria de largo plazo: logros alcanzados y desafíos futuros*. 1, ed. Buenos Aires: Programa Naciones Unidas para el Desarrollo-PNUD, 2011, 88s., ISBN 978-987-1560-32-5.
- [20] PÉREZ Carina L, (14.10.2014) Tendencia que crece: tienen obra social pero van al hospital público. [online] *Diario Uno Mendoza*, Dostupný z [www: <http://www.diariouno.com.ar/mendoza/tendencia-que-crece-tienen-obra-social-pero-van-al-hospital-publico-20141014-n140147.html>](http://www.diariouno.com.ar/mendoza/tendencia-que-crece-tienen-obra-social-pero-van-al-hospital-publico-20141014-n140147.html).
- [21] ROHME Matías, (12.07.2015): Poblacion, Federalismo E Infraestructura - Desigualdad Regional. [online] *Diario Página 12*, [cit. 06.12.2016], Dostupný z [www: <https://www.pagina12.com.ar/diario/suplementos/cash/17-8639-2015-07-14.html>](https://www.pagina12.com.ar/diario/suplementos/cash/17-8639-2015-07-14.html).
- [22] ROMÁN, Valeria, (25.06.2012): Se reciben 6.000 médicos y la mitad no hace la residencia. [online] *Diario Clarín*, [cit. 05.12.2016], Dostupný z [www: <http://www.clarin.com/sociedad/reciben-medicos-mitad-hace-residencia_0_H1h9cGhD7e.html>](http://www.clarin.com/sociedad/reciben-medicos-mitad-hace-residencia_0_H1h9cGhD7e.html).
- [23] TÉLAM, Agencia Nacional de Noticias, (31.10.2013): *La cantidad de médicos por habitante favorece el acceso a la salud en Argentina*. [online] [cit. 02.12.2016], Dostupný z [www: <http://www.telam.com.ar/notas/201310/38960-la-cantidad-de-medicos-por-habitante-favorece-el-acceso-a-la-salud-en-argentina.html>](http://www.telam.com.ar/notas/201310/38960-la-cantidad-de-medicos-por-habitante-favorece-el-acceso-a-la-salud-en-argentina.html).

- [24] TOBAR Federico, MONTIEL Leticia, VENTURA Graciela, FALBO Rodrigo: *El gasto en salud en Argentina y su método de cálculo*. Argentina: Ediciones Isalud N° 5., 2002.
- [25] TOBAR Federico, OLAVIAGA Sofía, SOLANO Romina: *Complejidad y fragmentación: las mayores enfermedades del sistema sanitario argentino*. Documento de Políticas Públicas/Análisis N°108. Buenos Aires: CIPPEC, 2012.
- [26] TOBAR Federico, OLAVIAGA Sofía, SOLANO Romina; *Retos postergados y nuevos desafíos del sistema de salud argentino*, Documento de Políticas Públicas/Análisis N°99, CIPPEC, Buenos Aires, 2011.
- [27] URGENTE 24, (26.04.2016): *En terapia intensiva: Muchos médicos, mal remunerados y peor aprovechados*, [cit. 06.12.2016] Dostupný z www: <<http://www.urgente24.com/251994-en-terapia-intensiva-muchos-medicos-mal-remunerados-y-peor-aprovechados>>.
- [28] WILLIAMS Guillermo: *Médicos en Argentina* Red Federal de Registros de Profesionales de la Salud. Sistema Integrado de Información Sanitario Argentino. Ministerio de la Salud, Presidencia de la Nación, 2013.
- [29] WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) 2015. [online] [cit. 05.12.2016], Dostupný z www: <<http://www.who.int/en/>>.

Kontakt:

Mgr. et Mgr. Silvia Capíková, PhD.
Ústav sociálneho lekárstva a lekárskej etiky
Lekárska fakulta Univerzity Komenského v Bratislave
813 72 Bratislava
e-mail: silvia.capikova@fmed.uniba.sk

MUDr.Armando Marcio Ochoa Ventura, e-mail: ventu.armandomar@gmail.com

Několik poznámek ke zvládání a řešení konfliktů ve zdravotnických zařízeních

A few notes on resolving conflicts in medical facilities

Martina URBANOVÁ

Abstrakt

Po připomenutí role konfliktů v životě člověka se text orientuje na možnosti jeho řešení se zaměřením na oblast zdravotnických zařízení. Pozornost je věnována úloze komunikace v konfliktu a konfliktních situacích. V závěru příspěvku je připomenuta nutnost dalšího nejen teoretického, ale i praktického vzdělávání v oblasti zvládání a řešení konfliktu, zejména vzhledem k současné stále se měnící společnosti přinášející nové typy konfliktů.

Klíčová slova: konflikt, zdraví, zdravotnická zařízení, komunikace

Abstract

For reminder the role of conflict in human life, the text focusing on possible solutions with a focus on medical equipment. Attention is paid to the role of communication in conflict and conflict situations. In conclusion, the author reminds the need to further not only theoretical but also practical training in managing and resolving conflict, especially with today's ever-changing society, which bringing new types of conflicts. The role of conflict in human life, the text focusing on possible solutions with a focus on medical equipment.

Keywords: conflict, health, health facilities, communication

Konflikty hrají odnepaměti důležitou roli v historii lidstva. Jejich řešení přitom může být prováděno rozličnými způsoby od agresivních až po ty pokojné. Ve vyspělé společnosti je přitom nasnadě právě rozvoj snah o pokojná řešení založená na spolupráci a konsenzu.

Konflikt (z lat. conflictus, srážka), lze velmi zjednodušeně vnímat jako "střet něčeho s něčím", přičemž každý konflikt může být funkční nebo nefunkční.

Funkční konflikt je forma konfliktu, která je konstruktivní, vede k něčemu novému, ke zlepšení, plnění cílů. Nefunkční konflikt je destruktivní. Nevede k něčemu pozitivnímu, naopak je destruktivní. K neřešitelným konfliktům vedou bariérové postoje jako je xenofobie, extremismus, fanatismus, závist, švejkování, fatalismus a často typ chování nazvaný „NIMBY“ (z anglického not in my backyard – tedy např. starejme se o duševně nemocné, ale zařízení pro ně nebudujte v mé blízkosti).

V následujícím textu se zaměřím na konflikt ve zdravotnických zařízeních, tj. zařízeních, jejichž cílem je poskytovat zdravotní péči. Patří sem nemocnice, polikliniky, ordinace lékařů, zdravotnická záchranná služba, lékárny, specializované léčebné ústavy, výzkumné ústavy, laboratoře a řada dalších zařízení, kde se poskytují zdravotní služby. Konflikty, které jsou

běžnou součástí života, se tedy zákonitě objevují i v provozu těchto zařízení. Zaslouží si však mimořádnou pozornost, protože v těchto zařízeních dochází k ochraně zdraví a zdraví je dnes vnímáno jako jedna z nejdůležitějších společenských hodnot. (Na otázku, co pokládáte za základ svého štěstí, odpovědělo 75 % respondentů, že jde o zdraví. Na dalších místech se umístila láska 41 %, práce 40 % a peníze 32 %.) (Eurobarometr, 2012) Jak uvádí Roman Džambazovič a Daniel Gerbery (2014) zdraví je důležitý atribut kvality života a životní pohody, který představuje nejen funkční, ale i instrumentální hodnotu a má význam pro vlastní identitu člověka. Určuje kým vlastně člověk je.

Konflikt a jeho řešení

Jiří Plamínek uvádí, že zhruba 45 % konfliktů má hlavní příčinu ve střetu věcných zájmů. To v zásadě znamená, že je možné je řešit racionálně jako problémy, obvykle po nezbytné depersonifikaci. 35 % konfliktů spočívá v oblasti mezilidských vztahů, 20 % v mezilidské komunikaci. Věcné jádro v těchto sporech slouží jen jako krystalizační jádro vztahových disfunkcí, obvykle doprovázených komunikačními poruchami. Řešení tedy spočívá obvykle v zlepšení komunikace. (Plamínek, 2012, s. 45)

Spouštěčem konfliktu může být cokoliv, čemu dovolíte, aby nás nabudilo ke konfliktní reakci. Může to tedy být situace vnějšího okolí: horko, zima, mnoho hluku, málo zdrojů k dispozici, náročné procesy, izolace, nedostatek informací atd. Spouštěčem konfliktu mohou být lidé, nám nepříjemná osoba, mnoho lidí v okolí či na menším prostoru, osoby mající jiná očekávání, jiné hodnotové orientace, postoje, světonázor. V neposlední řadě to může být i naše „já“ v podobě aktuálního zdravotního stavu, osobní emocionality, strachu, obav, temperamentu. Konfliktu se tedy nevyhneme, jak ale bylo uvedeno již výše, konflikt může mít i pozitivní funkci, vést k něčemu jinému, lepšímu. Společnost je produktivní a vyvíjí se právě díky konfliktům. S vývojem lidstva můžeme sledovat snahu o kultivaci řešení konfliktních situací.

Při řešení konfliktu se opakuje v různých variantách několik možností, které zaznamenali jak etologové, studující chování zvířat, tak i historikové, popisující tisíciletou tradici konfliktů mezi lidmi. Nejjednodušší z těchto nápadů je nedělat nic a čekat, že se konflikt vyřeší sám i při nečinnosti těch, kterých se týká.

Aktivní řešení konfliktů bývá v zásadě variací na motivy soutěžení uvnitř kruhu subjektů zainteresovaných v konfliktu, vnější intervence do kruhu těchto subjektů nebo motivy spolupráce mezi těmito subjekty. Možnosti řešení konfliktů jsou v zásadě čtyři. U pasivity spíše vyčkáváme a neděláme nic. Násilím řešíme konflikt fyzickou silou či psychickým nátlakem.

Řešení konfliktu můžeme také delegovat na jiné. Můžeme se ale i sami zapojit do řešení konfliktu za pomoci vyjednávání.

Rozdíly mezi řešeními čtyř základním typů konfliktů přehledně shrnuje Jiří Plamínek:

(Plamínek 1994:18)

Základní typ	Modelový příklad	Kontrola věci	Kontrola procesu	Předmět řešení	Výsledek řešení
Pasivita	Vyčkávání	Nikdo	Nikdo	Problém/Spor	Náhodný
Násilí	Válka	Nikdo/Vojáci	Nikdo/Vojáci	Spor/Problém	???
Delegace	Soud	Soudci	Soudci	Spor/Problém	Rozsudek
Jednání	Vyjednávání	Účastníci	Účastníci	Spor	Dohoda

Jak je patrné z tabulky, nejlepší výsledek přináší řešení konfliktů jednáním, tedy za vlastního přičinění. Je tedy vhodné získat dovednosti k řešení konfliktních situací.

Někdy pomůže např. převod pozornosti na jiné téma, překvapení, humor, pauza, ocenění či jídlo a pití. To je patrné i z československého televizního seriálu ze 70. tých let minulého století Nemocnice na kraji města. V jednom z dílů Cvach při pondělním nástupu do nemocnice ke kolegům Strossmajerovi a Blažejovi: *Zdravím pánové, jak jste se měli? Teda já báječně - celou neděli jsem si četl Suireté, jak tam ti doktoři z Massachusetts . . . ,. četli jste to pánové, že? Strossmajer na to lakonicky: Já ne, já jsem si celou neděli četl Káju Mařika!*

Odlehčení možné konfliktní situace je patrné i z dialogu, kdy se primář Blažej ptá Štrosmajera, zda-li by pro něj mohl něco udělat. Štrosmajer mu na to říká: *Chceš, panáka, peníze, nebo nějakou holku? Že to ale „ujede“ i takovým expertům na vtipné řešení konfliktu, jakým byl i Strossmajer je zřejmé ze scény v níž zazní nesmrtelný výrok na adresu poněkud méně chápavé sestry Huňkové: "Kdyby hloupost nadnášela, tak vy se tady budete vznášet jako holubička."* Také pak ze situace, kdy Štrosmajer zakončil debatu s paní zelinářovou Dobiášovou, dělající operačnímu týmu ortopedie jenom problémy za údajně "zpackanou" operaci manžela, výrokem: *"Vy kráááááááááááávo nebeská!!!!"*

Význam komunikace v konfliktu

Jak uvedl Antoine de Saint Exupéry, řeč je pramenem všeho nedorozumění. Kdo by neznal situaci, kdy ze strany lékaře dojde k neadekvátnímu sdělení, zejména ve vztahu k času a prostoru, kdy chybí přizpůsobení se pacientovi, jeho mentalitě, neexistuje zpětná vazba. Vzniklá situace je často vysvětlována přetížeností lékařského personálu, stresem atd., které však může vést ke konfliktu zatěžujícím daleko více všechny zúčastněné a to ani nemluvě o

ekonomických nákladech soudní pře. Na straně pacienta jsme často svědky, jak se ať již z důvodu vzdělání či napjaté situace, informace špatně interpretují či nechápou. Vzhledem k těmto skutečnostem je dobré si připomenout základy komunikace.

Komunikujeme totiž nejen slovy, ale i gesty, hlasitostí projevu a dalšími formami ať již neverbální či paralingvistické komunikace. To vše je součástí předávané zprávy. Komunikujeme vlastně i mlčením. Určité sdělení předáváme i tím, že např. nejsme přítomni v místnosti. Jak již bylo uvedeno výše, komunikaci můžeme dělit na verbální, neverbální a paralingvistickou. Údaje, které vycházejí ze statistických měření a jsou pouze orientační, napovídají o velké důležitosti neverbální a paralingvistické komunikace. Druzí nás tedy hodnotí více než podle obsahu řeči na základě toho, jak se chováme a jakým způsobem informaci říkáme. (Urbanová a kol. 2009, s. 36)

- verbální (slovní) tj. písemný i mluvní projev - 7%
- neverbální (neslovní a mimoslovní) - 55 %
- paralingvistika (vokální - hlasová) - 38 %

K lepšímu pochopení mluveného slova vede soulad mezi výše uvedenými typy komunikace.

K vzájemnému pochopení může vést i identifikace komunikujícího na základě slovní zásoby. Zatímco identifikaci na základě temperamentu či inteligence provádíme poněkud běžně, je toto dělení poměrně méně známé. Východisko tohoto přístupu spočívá v tom, že člověk komunikuje podle slovní zásoby o velikosti přibližně čtyř tisíc slov. V rámci této slovní zásoby má často mnohý z nás preferovaný způsob vyjadřování. Tento způsob ukazuje, jak mozek zachází s informacemi. (Thomson, 2001, s. 53 an.) Všimněme si, jak lidé různě popisují stejnou událost. Někdo se zaměří na pocit z ní, jiní popisují vzhled prostoru, další akustiku a sluchové vjemy. Pokud pomocí pozorného naslouchání porozumíme „mapě“ druhého člověka a použijeme jeho způsob vyjadřování, umožníme, aby zcela jasně porozuměl, co mu chceme říci. Lze rozlišit vizuální typ, který mluví často rychle a preferuje slova spojená s viděním, haptický typ, který mluví pomaleji a používá slova spojená s cítěním a auditivní, který mluví ještě pomaleji a používající slova spojená se sluchem. (Mikuláščík, 2001, s. 80)

V rámci komunikace ve vztahu ke konfliktu je nezbytné využívat i techniky tzv. aktivního naslouchání. Již řecký stoický filosof Epiktétos se vyjádřil v tom smyslu, že člověk má dvě uši a pouze jeden jazyk, měl by tedy více poslouchat než mluvit. K technikám aktivního naslouchání patří povzbuzování, aby se pokračovala v rozhovoru, objasňování vedoucí ke snaze přimět druhého ke konkretizaci sdělovaných informací, dále pokládání otevřených otázek.

Velmi vhodná je i technika parafrázování, sloužící k prověření pochopení významu sdělení a poskytnutí prostoru pro jeho případné dokončení.

Přes výše uvedené, které lze získat i výcvikem, nesmíme zapomenout na důvěru, pověst, autoritu ať již lékaře, lékařského personálu či celé nemocnice. Důvěra se buduje obtížně a ztracená důvěra se o to hůře získává zpět. Míra důvěry je přitom závislá na jedné straně na důvěryhodnosti samotné instituce, na její pověsti a výkonu, na druhé na obecné ochotě lidí důvěřovat. Právě ochota důvěřovat je dnes malá a i děti v rámci socializace jsou učeni spíše nedůvěřovat či důvěřovat osobám mimo rodinu.

Některá pravidla chování v konfliktu

V konfliktní situaci je nutné:

Respekt (dát pocítit druhým, že si jich vážíte, že jsou pro vás důležití);

Upřímnost (vystupovat jako opravdoví lidé, ne pouze herci, či hráči rolí);

Empatii (vidět věci z jiné perspektivy než jen z naší, a to i v případě, že nesouhlasíte);

David Gruber uvádí ve svém díle *Řečnické triky* (1996), těchto sedm pravidel.

1. Tvůj oponent není nepřítelem, ale partnerem při hledání pravdy. Účast v dialogu vyžaduje trojí úctu: k pravdě, ke druhému, k sobě.

2. Snaž se porozumět druhému. Neporozumíš-li správně argumentům, nemůžeš je ani zastávat ani vyvracet. Ptejme se vehementního zastávce či odpůrce na podrobnosti. Není-li schopen o nich zasvěceně hovořit, nezbyvá než jej politovat a myslet si o něm své.

3. Tvzení bez věcných důkazů nevydávej za argument. Jelikož jde pouze o naše mínění, oponent mu může a nemusí přiznat váhu argumentu. Tím, že nemusí, není nijak dotčeno jeho právo nám třeba bez jediného argumentu stoprocentně věřit. Podle suverénních tvrzení, zejména s nádechem hodnocení složitých záležitostí se dobře pozná omezenec a hlupák.

4. Neutíkej od tématu. Nesnažte se vyhnout nepříjemným otázkám tím, že svedete diskusi jinam.

5. Nesnaž se mít za každou cenu poslední slovo. Umlčení oponenta neznamena vyvrácení jeho argumentů a myšlenek. Ten kdo nám neoponuje, nemusí s námi souhlasit, může to dělat z přesvědčení, že vůbec nemá cenu se s námi bavit.

6. Nesnižuj osobní důstojnost oponenta

7. Nezapomeň, že dialog vyžaduje kázeň, a nezaměňuj jej s monologem. Buď srozumitelný, stručný, važ si času druhého.

Obecně lze doporučit ovládnut zákony tzv. funkčního konfliktu, jak je patrné i z „konstruktivní hádky“. (Kratochvíl 1981. S. 96-97)

Výsledky hádky mohou být jak pozitivní tak negativní, což znázorňuje následující tabulka:

Styl hádky	+(plusy)	- (minusy)
1. konkrétnost	v hádce o něco jde, útok nebo obrana směřuje k určitému pozorovatelnému a konkrétnímu jednání "zde a teď"	zevšeobecňuje se, chování se nazývá "typickým", referuje se o událostech starých nebo nemajících s věcí co dělat
2. zapojení	oba se zapojují, hodně se "rozdává a dostává"	jeden z účastníků se neangažuje a vyhýbá se hádce, uráží se, končí hádku předčasně
3. komunikace	jasná, otevřená, každý mluví za sebe, myslí to, jak to říká, je jí rozuměno a odpovídá se za ni, dobrá "zpětná vazba"	nadbytečné opakování svého a špatné poslouchání druhého, skryté náznaky a nejasnosti, skrývání se za jiné."šum"
4. fair play	nepoužívá se úderů pod pás a bere se v úvahu, kolik partner snese	argumenty nejdou k věci, ale mají zasáhnout na citlivém místě
Výsledky hádky	+(plusy)	- (minusy)
1. informace	něco se dozvěděl nebo pochopil, naučil se něčemu novému	nedověděl se nic, co by neslyšel už dřív
2. odreagování	uvolnilo se napětí, snížila se zlost, ventilovaly se stížnosti	nedošlo k uvolnění, napětí zůstává nebo se zvýšilo
3. sblížení	hádky přispěla k vzájemnému porozumění a sblížení, partneři mají pocit, že k sobě patří, mají pro sebe hodnotu	partneři jsou si vzdálenější než předtím, mají pocit, že si nerozumí nebo se cítí ukřivdění
4. náprava	došlo k odstranění problému, vyřešení situace, omluvě, odpuštění, rozhodnutí pro budoucnost	nevyřešilo se nic, účastník se nesnaží o nápravu nebo odmítá takovou snahu od druhého, nechce odpustit

Závěr

Současné období vývoje společnosti je označováno za dobu přelomu nebo přechodu, vyznačujícího se neustálými změnami a profilováním. Je spojováno s procesem pozdní modernizace (postmodernizace), jehož základem je změněný způsob vidění světa, nová paradigmatata vnímání, změněný životní styl či životní postoj. Jak poznamenává Ulrich Beck (2004) v současné postmoderní společnosti existuje celá škála sociálních konfliktů, které předchozí typy společnosti nepoznaly. Jsou to konflikty, které vznikají v souvislosti s řešením otázek kvality života, rovnosti práv v souvislosti s emancipací jednotlivých sociálních skupin, tedy konflikty, které souvisejí právě s měnící se společností. Postmoderní pojetí reality je tak spojeno s přesvědčením, že každý má svoji pravdu a není možno objektivně zjistit, zda pravda jedné strany je lepší nebo horší než pravda druhé strany. (Škop, 2008) Každá strana předkládá svůj příběh, který lze různě „dekonstruovat“. Úspěch v komunikaci a i v konfliktu však stále stojí na umění poznat sám sebe, druhého a umění odhadnout situaci a to jsou věci, v kterých se dá i zdařile zdokonalovat, což platí i pro oblast zdravotnictví.

V oblasti řešení konfliktů ve zdravotnictví se ukazuje nutnost vzhledem k výše uvedenému dalšího vzdělávání pracovníků v oblasti v komunikace, vyjednávání, argumentaci, předcházení konfliktu atd. Toto vzdělávání musí vycházet z dosavadního teoretického poznání, ale musí být nutně zaměřeno na praktické řešení problémů, neboť teoretická znalost ještě neznamena dovednost, tj. schopnost teorii dobře využít v praxi, toho je možné docílit jen vhodným nácvikem a praxí.

Literatura:

- [1] EUROBAROMETR 2012. The Values of Europeans: report. In: *Evropská komise* [online]. European Commission, [2012] [cit. 2015-02-20]. Dostupné z [www:<http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/eb/eb77/eb77_value_en.pdf>](http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/eb/eb77/eb77_value_en.pdf).
- [2] DŽAMBAZOVIČ, Roman, GERBERY, Daniel. *Sociálno-ekonomické nerovnosti v zdraví: sociálno-ekonomický status ako determinant zdravia*. In: *Sociológia*. ISSN 0049-1225, 2014, 46, č. 2, s. 194-219.
- [3] PLAMÍNEK, Jiří. *Konflikty a vyjednávání. 3 upravené a doplněné vydání*. Praha : Grada Publishing. 2012. 134 s. ISBN 978-80-247-4485-8.
- [4] PLAMÍNEK, Jiří. *Řešení konfliktů a umění rozhodovat*. 1. Vydání. Praha: Argo, 1994. 198 s. ISBN 80-85794-14-4.

- [5] URBANOVÁ, Martina a kol. *Rétorika*. 1 vydání, Plzeň Aleš Čeněk, 2009. 279 s. ISBN 978-80-7380-217-2.
- [6] THOMSON, Peter. *Tajemství komunikace*. Brno Altman, 2001. 246 s. ISBN 80-86135-16-0.
- [7] MIKULÁŠTÍK, Milan. *Interpersonální komunikace*. I. Vydání, Zlín: Univerzita Tomáše Bati, 2001. 187 s. ISBN 80-7318-047-2.
- [8] GRUBER, David. *Řečnické triky*. 2. Vydání, Ostrava: Gruber - techniky duševní práce. 1996. 117 s. ISBN 80-85624-13-3.
- [9] KRATOCHVÍL, Stanislav. *Jak žít s neurózou*. 1. vydání. Praha Avicenum, 1981. 155 s.
- [10] BECK, Ulrich. *Riziková společnost: Na cestě k jiné moderně*. Praha: Sociologické nakladatelství, 2004. 431 s. ISBN: 80-86429-32-6.
- [11] ŠKOP, Martina. *Právo v postmoderní situaci*. Brno: MU, 2008. 191 s. ISBN 978 -80 - 210 -4543 -9.

Kontakt:

Doc. PhDr. Martina Urbanová, Ph.D.
Právnická fakulta Masarykovy univerzity, Katedra právní teorie
Veveří 70, 611 80 Brno
Česká republika
urbanovam@law.muni.cz

Mediace ve zdravotnictví jako specializovaná oblast mediace

Mediation in health care as a specialized area of mediation

Lenka HOLÁ

Abstrakt

Zdravotnictví v České republice je jednou z mála oblastí společenské praxe, kde mediace jako nástroj řešení konfliktů není dosud efektivně uplatňována. Přitom veřejný zájem na kvalitě poskytovaných zdravotních služeb je zřejmý. S nárůstem sporů ve zdravotnictví a jejich náročností pro všechny zainteresované pak logicky vyvstává otázka, jaké podmínky je potřeba splnit, aby i zde mohla být mediace, stejně jako v zahraničí, s úspěchem využívána? Cílem příspěvku je otevřít multidisciplinární diskurz možností řešení konfliktů ve zdravotnictví prostřednictvím mediace a možností její aplikace v systému zdravotnictví. Zaměřujeme se přitom na problematiku specializace mediátorů a forem poskytování mediace v systému zdravotní péče.

Klíčová slova: mediace, zdravotnictví, kompetence, specializace, mediátor

Abstract

Healthcare in the Czech Republic is one of the few areas of social practice, where mediation as a tool for conflict resolution has not yet been effectively implemented. While public interest in the quality of healthcare services is obvious. With the increase in health care disputes and difficulty for all involved, then logically the question arises, what conditions need to be met in order and there could be mediation, as well as abroad, successfully used? The aim of this paper is to open a multidisciplinary discourse possibility of resolving conflicts through mediation in health care and the possibility of its application in the healthcare system. We focus on the issue of specialization of mediators and mediation ways of providing health care system.

Key words: mediation, health care, competence, specialization, mediator

Nové trendy v řešení sporů ve zdravotnictví

Při současném překotném rozvoji vědy a techniky narůstá počet variant, mezi kterými je v léčbě možno volit. Tím narůstá i míra rizika takového rozhodování, které již není ryze zdravotnickým, odborným, ale také hodnotovým a morálním. Proto byly přibližně před dvaceti lety formulovány *principy bioetiky* (Munzarová, 2005, s. 16) určující základní etická kritéria pro poskytování léčebné péče. Ve své podstatě vyjadřují základní specifika *vztahu lékaře a pacienta*. Důraz je kladen na autonomii jedince. Hranice autonomie pacienta, jedné individuality, končí tam, kde začíná hranice individuality druhé, tj. lékaře.

Právě v souvislosti s principy bioetiky se konstatuje, že vztah lékaře a pacienta se mění na *vztah partnerství*. Tyto principy mají být respektovány, pokud se neobjeví závažný důvod, který nad nimi převáží a odůvodní jejich nedodržení (Munzarová, 2005, s. 46). Z právního hlediska lékař, zejména vzhledem k apriori deklarované volní autonomii pacienta, stojí v roli poskytovatele a pacient v roli zákazníka, kterému je poskytována služba. Jde o vztah smluvní, byť zvláštní právní úprava tohoto smluvního typu zde chybí (Kovářová-Kochová In. Holá, et al., 2013, s. 245).

S rozvojem medicíny, bioetiky, stárnutím populace a uplatňováním práv pacientů roste počet *konfliktů ve zdravotnictví*. Souvisí to s otázkami zapojení pacienta do rozhodování o své léčbě a uplatňováním jeho práv v případě, že mu vznikla újma. Hovoříme-li o újmě, pak toto slovo je užíváno jako pojem širší, zahrnující v sobě jak újmu materiální, tak i újmu imateriální. Spory o náhradu újmy na zdraví ve zdravotnictví patří k mimořádně složitým soudním sporům. Nejen skutkově, ale i právně složitým s ohledem na možné posouzení odpovědnosti za ně a stanovení adekvátní výše odškodnění. I přesto musí být v léčbě pokračováno. Vztah mezi lékařem a pacientem je však konfliktem narušený. Tradiční postupy řešení, jako je stížnost či zahájení soudního řízení, jejich vztah ještě více polarizují. Zdravotnická zařízení mají proto dnes již zavedené *systemy práce se stížnostmi pacientů*.¹ Přesto se účastníci konfliktu často necítí spokojeni s tím, jak byla jejich stížnost vyřízena. Přitom jsou to právě zdravotnická zařízení, která mají při volbě způsobu, jak spory s pacienty řešit, silnější postavení, a mohou se nepříjemností spojených se soudním sporem mnohdy vyvarovat.

Jednou z možností, jak tuto situaci uspokojivě zvládnout, je *mediace*. Zde se chceme zastavit a učinit jisté *terminologické vyjasnění*. Nejprve považujeme za potřebné vyjasnit, co je *předmětem mediace* využívané ve zdravotnictví. Vyjasnění typu konfliktů nám pak pomůže terminologicky přesněji označit i samotnou mediaci. V této souvislosti odlišujeme pojmy „*bioetické konflikty*“ a „*konflikty ve zdravotnictví*“. Za bioetické považujeme všechny konflikty, které vznikly nenaplněním nebo porušením základních bioetických principů při poskytování zdravotní péče. Jedná se například o konflikty v souvislosti s hodnotami života a zdraví, etiky výkonu profese, rozhodováním o blahu pacienta, možnostech léčby a záchranou života (např. resuscitace, hemodialýza, transplantace orgánů, interrupce) či kvalitou komunikace a vztahu s pacientem a jeho rodinou. Konflikty ve zdravotnictví zahrnují široké spektrum konfliktů v prostředí zdravotnických zařízení a péče. Jedná se například o konflikty mezi zdravotnickými

¹ V souvislosti se zákonem č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), který nabyl účinnosti 1. 4. 2012. Zákon mimo jiné upravuje práva a povinnosti pacientů, poskytovatelů zdravotních služeb a zdravotnických pracovníků při poskytování zdravotních služeb.

pracovníky a pacienty, jejich zákonnými zástupci, rodinou či přáteli, mezi zdravotnickým zařízením a jeho pracovníky, mezi zdravotnickými zařízeními navzájem, mezi zřizovatelem a poskytovatelem zdravotních služeb, mezi poskytovatelem zdravotních služeb a pojišťovnou, dodavateli zařízení a dalších služeb. „Konflikty ve zdravotnictví“ jsou nadřazeným pojmem a zahrnují v sobě jak bioetické konflikty, tak široké spektrum konfliktů všech subjektů zdravotní péče a služeb.

V souvislosti s tím pak rozlišujeme *bioetickou mediaci* ke zvládání a řešení bioetických konfliktů a *mediaci ve zdravotnictví*. Pojem „*mediace ve zdravotnictví*“ je pojmem širším, který v sobě zahrnuje bioetickou mediaci a mediaci všech konfliktů nastalých v prostředí zdravotních služeb a v souvislosti s nimi. Pojem „*mediace ve zdravotnictví*“ dobře vyhoví skutečnosti, že se mediace může zabývat všemi oblastmi, které souvisí s poskytováním zdravotních služeb. Je pochopitelně i věcí dalšího vývoje, jaký název pro mediaci v této aplikační oblasti, a pro jaký typ konfliktů, se v českém prostředí ustálí.

V roce 2012 byla realizována studie HOPE (European Hospital and Healthcare Federation)², která zkoumala, zda členské země Evropské unie (dále EU) umožňují spory ve zdravotnictví řešit mediací. Možné je to zejména v Estonsku, Francii, Lucembursku, Lotyšsku, Maltě, Velké Británii a Slovinsku. V ostatních zemích není mediace ve zdravotnictví systémově zaváděna. Ukázalo se, že mediace je vnímaná stále jako poměrně nový postup. Není zavedena do běžné praxe zdravotnických zařízení, nejsou zpracovány vnitřní předpisy a rámcové metodické postupy k jejímu využívání. To vede k nejistotě, kde a kdy mediaci využít, tím ke skepsi v její možnosti. Na straně pacientů chybí informace o mediaci, nízké je povědomí lidí o možnostech jejího využití. Nespokojenost (v tom nejširším slova smyslu) se zdravotnickou péčí je stále primárně řešena soudní cestou. Je zpochybňována spolehlivost a nezávislost mediátorů, zejména v malých zemích (např. Lucembursko) a zejména pokud jsou placeni nemocnicemi. Chybí mediátoři mimo systém zdravotní péče. Např. ve Velké Británii je mediace ve zdravotnictví využívána od r. 2002 a přináší velmi dobré výsledky i v nejednoznačných případech. Bylo zjištěno, že existují dva hlavní systémy, v rámci kterých je v členských státech EU mediace poskytována, a to: 1. mediace v rámci soudního řízení (příp. v souvislosti se soudním řízením) a 2. mediace mimo soudní systém.

² HOPE, Evropská federace nemocnic a zdravotnických zařízení, je mezinárodní nezisková organizace, která vznikla v roce 1966. Zastupuje vnitrostátní veřejné a soukromé sdružení nemocnic a vlastníky nemocnic, a to buď sdružení místních a regionálních orgánů, nebo národní zdravotní služby. Jejími členy je 35 organizací z 28 členských států Evropské unie, Švýcarska a Srbska. Posláním HOPE je podporovat zlepšení zdraví občanů v celé Evropě, vysoký standard nemocniční péče a na podporu účinnosti s lidmi v organizaci a provozu nemocnic a zdravotnických služeb.

Kde je mediace nabízena poskytovatelem zdravotní péče, může být provedena:

1. mediátory, kteří pracují pro tohoto poskytovatele zdravotní péče (interní mediátoři),
2. mediátory sjednanými smluvně (externí mediátorů),
3. smíšeným způsobem, kdy jeden mediátor je pracovník zdravotnického zařízení a druhý externí, smluvní mediátor.

Mediace ve zdravotních věcech může být poskytována různými profesními asociacemi, komorami a dalšími organizacemi působícími ve zdravotnictví, nebo poskytovateli mediačních služeb, kteří působí mimo zdravotnictví.

Specifika mediace ve zdravotnictví

V této části příspěvku se budeme věnovat specifikám mediace ve zdravotnictví. Komplexností a intenzitou vztahů, zejména mezi lékařem a pacientem, a vysoko postavenými hodnotami života, zdraví, lidské důstojnosti, svobody, o něž v těchto sporech jde, je považována za jednu z nejnáročnějších aplikačních oblastí mediace.

Cíle mediace ve zdravotnictví vidí Dublerová a Liebmanová (2011, s. 14 – 15) na úrovni výsledků jako sjednání akčního plánu péče dohodnutého zainteresovanými stranami, který byl vybrán z více přijatelných či přípustných voleb. Dohoda na řešení musí obstát před měřítky klinickými, etickými, právními a mediačními. Mediace ve zdravotnictví tak má svá specifika, která ji od ostatních aplikačních oblastí mediace odlišují. Základ při zpracování této části vychází z publikací Dublerové a Liebmanové. Ty jsme doplnili poznatky z dalších zdrojů, které jsme pak rozšířili i na základě vlastních úvah a zkušeností.

Příprava na mediaci

Bioetická mediace vyžaduje důkladnou přípravu. Tato praxe není v jiných oblastech mediace obvyklá, resp. vyžadována. Mediátor se musí seznámit s povahou sporu, zdravotní dokumentací, možnými způsoby kompenzace vzniklé újmy, konzultovat aktuální zdravotní stav pacienta a zvážit možnost jeho osobní účasti na mediaci, spolurozhodnout o účasti dalších osob na mediaci (např. rodinných příslušníků, zástupců početnějšího lékařského týmu, právních zástupců, zástupců pojišťovny), naplánovat vhodný čas a místo mediačního jednání. Součástí přípravy bývají i individuální jednání s každou ze stran. Mediátor získá základní informace a orientaci v problému, identifikuje zdroje pro mediaci, vůli se dohodnout, tj. přijmout zodpovědnost za důsledky vlastního jednání, současně také potenciální rizika společného osobního jednání. To vše při vnímání času jako podstatné veličiny a důležitého kritéria rozhodování.

Účastníci mediace a jejich vztahy

Konflikty ve zdravotnictví se nejčastěji vztahují k otázkám „správné“ nebo „vhodné“ zdravotní péče o pacienta (Dublerová, 2011, s. 185). Proto jsou účastníky mediace ti, kteří jsou takovým konfliktem bezprostředně zasaženi. Tedy ošetřující lékař, příp. další člen zdravotnického týmu a pacient. Z dalších odborníků to může být psycholog, sociální pracovník, zdravotní sestra, etický poradce. Jejich roli je však potřebné na začátku jasně definovat (Holá, 2011, s. 82). Někdy se účastní pacient sám, někdy společně se členem své rodiny (Karpová, Woodová, 2004, s. 20-23). I když mediace obecně staví na přímé osobní účasti aktérů konfliktu, přesto nebývá zapojení pacienta standardní. Dublerová s Liebmanovou (2011, s. 141) se domnívají, že zejména u osamocených, duševně oslabených a nezletilých pacientů je jejich osobní účast na mediaci riziková, účast jejich zákonného či právního zástupce považují za vhodnou, neboť po právní stránce se i běžně informovaný dospělý pacient často necítí kompetentní spor sám rozhodnout. Pokud se rozvine ve spor o náhradu újmy na zdraví, mohou se mediace zúčastnit další subjekty jako zástupce vedení zdravotnického zařízení, zástupce pojišťovny, soudní znalec a další.

Mediátor a jeho role

Mediátor je vždy nestranný. Tento požadavek se mu bude dařit naplňovat tak, jak si také on sám svou nezávislost ochrání. Jak uvedeme dále, jeden z rozdílů mezi mediací ve zdravotnictví a jinými aplikačními oblastmi mediace je, že mediátor může být v určitém vztahu ke zdravotnickému zařízení, které mediaci využívá. S tím pak vyvstává etická otázka jeho vnímané a projevované nestrannosti. Mediátor zcela mimo zdravotnické zařízení by reálněji naplňoval požadavek nestrannosti, avšak byl by pro lékaře či zástupce zdravotnického zařízení důvěryhodným odborníkem, znalým aspektů nemoci a problematiky zdravotní péče?

Potřeba odborných znalostí věcného obsahu vyplývá také z role, kterou mediátor ve zdravotnictví zastává. Mediátor není jen zprostředkovatelem informací o medicínských, etických a právních normách lékařské praxe, ale v důsledku také harmonizátorem těchto norem v rámci kultury a praxe daného zdravotnického zařízení (Dublerová, 2011, s. 186). Vzhledem k nárokům pracují mediátoři ve zdravotnictví zpravidla ve dvojici. Přičemž je vhodné, aby se jejich pregraduální vzdělání kombinovalo a vzájemně doplňovalo (např. psycholog – právník, sociální pracovník – lékař, sociolog – právník).

Objasňování lékařských faktů a informací

Mediátor ve zdravotnictví podporuje jasné a úplné předávání všech relevantních informací. Činí tak způsobem pro pacienta či jeho rodinu přijatelným a psychicky zvládnutelným. Mnoho

konfliktů vzniká právě pro nepochopení informací lékaře. To může být způsobeno nejasným vyjadřováním lékaře nebo dezinterpretací na straně pacienta. Pokud o pacienta pečují tým specialistů, každý může popisovat jeho zdravotní stav pouze ze svého pohledu. Pacient je pak zmatený, nerozumí svému celkovému zdravotnímu stavu a nemůže se vyjádřit k další léčbě. Současně dostává odpovědi jen na dílčí otázky, avšak ne na ty pro něj zásadní – jaká je naděje na uzdravení, kdy se mu zlepší kvalita života, jak dlouho to celé bude trvat? Mediátor tedy podporuje objasňování, hledání souvislostí, jednoduché a osobní vyjadřování. S informacemi k diagnóze i prognóze pracuje jako s pravděpodobnostmi, spolu s účastníky mediace identifikuje faktory, které výsledek léčby mohou ovlivnit. Klienti lépe rozliší, co je známé a poznatelné a co je pouze odhadnutelné. Mediátor vytváří sdílené porozumění rizikům, přínosům a nejistotám různých léčebných postupů. To je předpokladem pro produktivní zvážení možností.

Informování klientů o právních a etických normách

To, čím se mediace ve zdravotnictví hodně odlišuje od ostatních kontextů mediace, je její vztah ke skupinovým normám a práce s nimi. Mediace obecně je proces normu generující. Účastníci si mediační dohodou vytváří normy a pravidla, která budou vodítkem řešení konfliktu. Stávající sociální nebo právní normy jsou, velmi zjednodušeně řečeno, v mediaci irelevantní. V mediaci ve zdravotnictví bude snahou stanovená pravidla péče zohlednit. Ať je výsledná dohoda jakákoliv, vždy musí obstát před ústavou, zákony, pravidly, stavovskými předpisy a jinými nepřekročitelnými normami. Mediace, její průběh i výsledek, musí zohledňovat tato objektivní kritéria. Jedním z příkladů je právo pacienta odmítnout veškerou léčbu, a to i v případě, že důsledkem takového odmítnutí bude jeho smrt. Právo pacienta nebýt léčen je silnější než lékařova povinnost léčit (Mach, 2012, s. 3). To musí být respektováno i v mediaci.

Distribuce možností řešení

V mediaci ve zdravotnictví mají všichni její účastníci společný zájem na prospěchu a blahu pacienta. Možnosti jeho naplnění však mohou být různé. Ve sporech např. na pracovišti může být celá řada možných výsledků - zaměstnanec může být propuštěn, ponechán na místě, převeden na jinou práci, může být ověřována jeho kompetence. V medicínských sporech se zdá, že konflikt nelze řešit kompromisem. Narážíme na otázku distribuce předmětu sporu, jeho dělitelnosti (či nedělitelnosti). Pacient bude resuscitován, nebo nebude. Lékař provede operaci nebo neprovede. U nedělitelného problému ve zdravotnictví je podle Hoffmanové (1994, s. 854) vhodnost mediace sporná. Autorka k tomu sděluje, že pokud účastníci konfliktu vidí pouze

jedno správné, spravedlivé, etické řešení, mediace nemusí být účinná. Jakékoliv jiné řešení je pro ně normativně slabé.

Avšak, možnosti léčby se nemusí vždy vzájemně vylučovat. Mediátor vychází z toho, že vždy existuje více možností pro léčebný postup (Dublerová, Liebmanová, 2011, s. 72–74). V tom je zřetelný rozdíl od poskytovatelů zdravotní péče, kteří mají sklon vidět postup pouze nejlepší. Lékaři postupují v nejlepším zájmu pacienta. Avšak kritéria posouzení, co je v nejlepším zájmu pacienta, by neměla být jen biologická. V souladu s biopsychosociálním modelem jde o komplex biopsychosociálních faktorů (Engel, 1977, s. 132). Tím se i nemedicínské aspekty stávají pro mediaci relevantní a platné.

Mediátoři jako pracovníci v systému zdravotnictví

Předpoklady pro výkon *profese mediátora* dle našeho názoru zahrnují osobnostní předpoklady, vzdělání a vzdělávání mediátorů, odborné znalosti a dovednosti, požadavky stanovené zákonem či jinou normou (Holá et al., 2013, s. 39). Kvalifikační požadavky na mediátora se stále vyvíjejí a není na ně, ani v celosvětovém měřítku, jednotný pohled. Názorová různost je dána: - právními podmínkami využívání mediace v jednotlivých státech, - jejím organizačním začleněním v právním a soudním systému, - aplikační oblastí, - multidisciplinaritou mediace, - růzností přístupu k mediaci a jejímu pojetí, - růzností pohledu odborníků různých profesí, které se při mediaci uplatňují (Holá, 2011, s. 233). Současně nemůžeme opominout také evropský kontext, volný pohyb pracovníků a s tím související sladování podmínek výkonu a požadavků na jejich kvalifikace. Není naším cílem zabývat se metodami identifikace kompetencí, avšak podtrhnout jejich význam pro stanovení *požadavků na kompetence mediátorů*, kteří chtějí vykonávat svou praxi v oblasti konfliktů ve zdravotnictví. Se zájmem o věc jsme proto v roce 2012 provedli orientační komparaci požadavků na kompetence a vzdělávání mediátorů v 21 zemích Evropy. Došli jsme k závěru, že v žádné z uvedených zemí není vzdělávání mediátorů nastaveno tak, aby vycházelo z identifikovaných kompetencí pro výkon profese mediátora a systematicky zajišťovalo počáteční i další vzdělávání v mediaci. Praxe vzdělávání mediátorů je v evropských státech, včetně České republiky, dosud roztržštěná, chybí propojování teoretických poznatků s praxí, systém profesního vzdělávání mediátorů, diferenciací dle jejich specializace a stupně profesního vývoje (Holá In. Holá et al., 2013, s. 46 – 54). Dle zjištěných informací nemají absolventi základního výcviku ve většině evropských zemí možnost dále se vzdělávat úměrně svému *oborovému zaměření*. Specializační výcviky tvoří základ pro získání specializace mediátora podle předmětu sporu. U mediace ve zdravotnictví je jejich cílem prohloubit znalosti o podstatě

předmětu sporu (konflikty ve zdravotnictví), specifikách mediace ve zdravotnictví, právním rámci (např. medicínské právo) a získat mediační dovednosti nácvikem v modelových situacích a supervizní podporou. Otázka, či spíše dilema polyvalence a specializace je v mediaci obdobná, jako v jiných pomáhajících profesích. Jedná se o dva vůči sobě opačné přístupy k praktickému provádění činnosti (Matoušek, 2012). Při polyvalentním přístupu vykonává svou činnost mediátor prakticky ve všech oblastech. Za základní kompetence má ty, které se vztahují k procesní a vztahové stránce řešeného konfliktu. Specializace znamená mediátora vybaveného hlubšími znalostmi oblasti řešeného problému. Pracuje se specifickou skupinou klientů (např. lékař a pacient). Za základní kompetence má, kromě procesně-vztahových, také znalosti dané oblasti sporu, právních aspektů, specifik klientů či mediace.

McClung et al. (1996) provedli studii účinnosti mediace ve zdravotnictví nejen z pohledu lékařů a sester, ale i pacientů a členů rodiny pacientů. Je zajímavé, že do té doby provedené studie se zaměřovaly pouze na názory a postoje jen lékařů a zdravotních sester (např. LaPluma et al., 1992, Siegler a Singer, 1988). Výzkum byl proveden dotazníkovou metodou ve dvaceti sporech týkajících se léčebných postupů v nemocnici. Výsledky ukázaly, že 96% lékařů, 95% zdravotních sester, ale jen 65% pacientů a jejich rodin považovalo mediaci za užitečnou. Všichni její hlavní přínos spatřovali zejména v kvalitnější komunikaci. Přičemž pouze 13% lékařů a 20% zdravotních sester si mysleli, že příčinou vzniklých konfliktů byla špatná komunikace. Výsledky byly podobné jako u otázky, zda mediace měla pozitivní vliv na kvalitu léčby. Kdy 83% lékařů a 90% zdravotních sester se domnívalo, že to mělo pozitivní vliv. Z pacientů a jejich rodin však pouze 59%. Pro objasňování etických otázek si 96% lékařů a 100% sester myslelo, že byla mediace užitečná. Ale opět pouze 65% pacientů a jejich rodin odpovědělo, že díky mediaci se jim staly etické otázky jasnější. Pacienti a jejich rodiny byli primárně nespokojeni s mírou jejich zapojení do rozhodování o všech otázkách souvisejících s léčbou. Na základě těchto poznatků doporučuje výzkumný tým McClunga využití mediace dříve, než byla dosavadní praxe. Mediace byla vnímána jako „poslední možnost“ a aplikovaná tehdy, kdy konflikty byly již silně eskalované. Současně doporučil důkladnější školení všech lékařů a sester v řešení konfliktů. A konečně, doporučil provádět opakované výzkumy faktorů a účinnosti mediace ve zdravotnictví se zaměřením na specifické emoční reakce a obavy pacientů a rodin.

To klade na mediátory ve zdravotnictví *poměrně vysoké nároky*. Aby byli schopni všem profesním požadavkům dostát, měli by splňovat určité kompetence. Americká společnost pro bioetiku a humanismus (American Society for Bioethics and Humanities', 2009) je rozdělila na znalosti a specifické dovednosti. Znalosti by měl mediátor ve zdravotnictví mít o etických

teoriích a morálním vývoji člověka, bioetice, zdravotní politice, systémech zdravotní péče, zdravotnických zařízeních a jejich organizaci, o medicíně, zdravotnické psychologii, profesních a etických kodexech ve zdravotnictví a právních aspektech poskytování zdravotních služeb. Ze specifických dovedností by měl být schopen identifikovat a analyzovat povahu konfliktu, hodnot a nejistot v něm, umět využívat institucionální struktury a zdroje s cílem usnadnit prováděné možnosti, umět komunikovat a efektivně spolupracovat se zainteresovanými osobami a institucemi, facilitovat setkání, zprostředkovávat etické aspekty mezi účastníky mediace, rozpoznat a reagovat na překážky v komunikaci a nakládat se zdravotnickou dokumentací.

Jak jsme uvedli výše, mediátor ve zdravotnictví vykonává svou činnost ve třech základních režimech - jako interní mediátor, externí mediátor a kombinovaným způsobem. Z povahy vlastního řešení sporu vždy úzce spolupracuje s dalšími profesionály. Jeho činnost lze tedy považovat za týmovou v multidisciplinární mezioborové spolupráci. V této souvislosti je vedle cílů řešení sporů ve zdravotnictví potřeba definovat základní principy činnosti, s nimiž by se mohli (a také měli) všichni členové týmu identifikovat (Jankovský In. Jankovský et al., 2015, s. 8). Jedním z podstatných je *princip partnerství*. Všechny zainteresované profese se navzájem stávají respektovanými partnery s osobní odpovědností za svou oblast práce.

Závěr

Zkušenosti zemí, kde má mediace delší historii, ukazují, že při jejím zavádění do praxe existují dvě etapy. První spočívá ve vytváření rámce pro mediaci (zejména vytvořením zákonných podmínek a vzděláváním mediátorů). Ve druhé je důležité dosáhnout toho, aby lidé mediaci využívali. V oblasti sporů ve zdravotnictví po právní stránce využití mediace nic nebrání. Chybí naplnění dalších dvou oblastí, tedy příprava mediátorů – specialistů pro oblast zdravotnictví a vlastní využívání mediace jako vhodného nástroje řešení sporů ve zdravotnictví. Přitom jsou to právě zdravotnická zařízení, která mají při volbě způsobu, jak spory s pacienty řešit, silnější postavení. Mohou nabídnout lepší alternativu, než soudní řešení, které narušené vztahy ještě více polarizuje. Jednou z možností je mediace. A to zejména pro její soukromost, důvěrnost, dobrovolnost a neformálnost. Smyslem je zachování vztahu mezi lékařem a pacientem, kompenzace pacientů, kteří byli postupem zdravotnického zařízení poškozeni, motivace zdravotnických pracovníků a zařízení ke zlepšení kvality poskytované péče, uspokojení z vlastní práce a efektivnost vynaložených nákladů. Mediace může nabídnout příležitost k tvůrčímu řešení. Ošetřit emoce, uspokojit plněji zájmy, řešit obavy stran. To podpoří komunikaci a spolupráci, které jsou při léčbě nezbytné. Má-li být mediace účinná, měla

by splňovat co nejvíce stanovených cílů. Avšak samotná její aplikace vzbuzuje i v zahraničí polemiku a mnoho zatím nezodpovězených otázek. V jejich diskusi by měli být zapojeni mediátoři, zdravotničtí pracovníci, právníci, filozofové, psychologové a sociologové. Je pravděpodobné, že v této multidisciplinární spolupráci se podaří nalézt mediaci ve zdravotnictví v České republice tu nejlepší cestu, jejíž součástí bude vnímavá reflexe.

Literatura:

- [1] *Clinical Ethics Task Force. Improving competence in clinical ethics consultation: An education guide.* Glenview, IL: American Society for Bioethics and Humanities, 2009.
- [2] DUBLER, N. N. A principled resolution: the Fulcrum for bioethics mediation. In: *Law and Contemporary Problems*. 2011, Vol. 74, pp. 177-200.
- [3] DUBLER, N. N., LIEBMAN, C. B. *Bioethics mediation: A guide to shaping shared solutions*. 6. Revised and Expanded Edition. Nashville, Tenn : Vanderbilt University Press, 2011. 320 s. ISBN 9780826517715.
- [4] ENGEL, G. L. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. In: *Science*. 1977, 196 (4286): 129–136.
- [5] HOFFMANN, D. Mediating life and death decisions. In: *Arizona Law Review*. 1994, 36, pp. 821-877.
- [6] HOLÁ, L. *Mediace v teorii a praxi*. Praha : Grada Publishing, 2011. 272 s. ISBN 80-247-3134-6.
- [7] HOLÁ, L. Systém vzdělávání mediátorů. In: HOLÁ, L. et al. *Mediace a možnosti využití v praxi*. Praha : Grada Publishing, 2013. s. 37-64. ISBN 978-80-247-4109-3.
- [8] JANKOVSKÝ, J. Multidisciplinární tým z hlediska sociálního pracovníka. JANKOVSKÝ, J. et al. *Sociální pracovník v multidisciplinárním týmu*. Praha: MPSV, 2015. 55 stran. Sešit sociální práce; 3/2015. ISBN 978-80-7421-088-4.
- [9] KARP, N., WOOD, E. Incapacitated and alone: healthcare decision- making for unbefriended older people. In: *Human Rights: Journal of the Section of Individual Right and Responsibilities*. 2004, Vol. 31(no. 2), pp. 20-23.
- [10] KOVÁŘOVÁ-KOCHOVÁ, I. Mediace a náhrada újmy na zdraví vzniklé ve zdravotnictví. In: HOLÁ, L. et al. *Mediace a možnosti využití v praxi*. Praha : Grada Publishing, 2013. s. 243-256. ISBN 978-80-247-4109-3.
- [11] LaPLUMA, J., STOCKING, C., DARLING, C., SIEGLER, P. Community hospital ethics consultation: Evaluation and comparison with a university hospital service. In: *American Journal of Medicine*. 1992, 92, pp. 346–351.

- [12] MACH, J. Lege artis - náležitá odborná úroveň a profesní standardy. In: *Zdravotnické fórum*. ISSN 1804-9664, 2012, č. 8, s. 2-4.
- [13] MATOUŠEK, O. *Základy sociální práce*. Praha : Portál, 2012. 312 s. ISBN 978-80-262-0211-0.
- [14] McCLUNG, J., KAMER, R., DeLUCA, M., BARBER, H. Evaluation of a medical ethics consultation service: Opinions of patients and health care providers. In: *American Journal of Medicine*. 1996, 100, pp. 456–460.
- [15] MUNZAROVÁ, M. *Zdravotnická etika od A do Z*. Praha : Grada Publishing, 2005. 153 s. ISBN 80-247-1024-2.
- [16] SIEGLER, M., SINGER, P. Clinical ethics consultation: Godsend or God squad? In: *American Journal of Medicine*. 1988, 85, pp. 759–760.

Kontakt:

Lenka Holá, doc. PhDr., Ph.D.
Univerzita Palackého v Olomouci, Právnická fakulta
tř. 17. listopadu 8, 771 11 Olomouc
lenka.hola@upol.cz

Основные исторические и культурные тенденции в образовании и подготовке персонала для системы неотложной медицинской помощи в Украине

The main historical and cultural trends in the education and training of the personnel for the emergency health care in Ukraine

Valeriy BOYKO, Petro ZAMIATIN, Nadiya DUBROVINA, Denis ZAMIATIN

Аннотация

В статье рассматриваются исторические этапы формирования скорой и неотложной помощи в Украине. Показан вклад отдельных выдающихся личностей в развитие общей и неотложной хирургии, начиная с дореволюционного периода и до наших дней. Подчеркивается влияние социально-экономических, исторических и культурных особенностей на становление и развитие скорой и неотложной помощи в Украине. Представлены основные задачи реформирования системы скорой и неотложной помощи в Украине с учетом международных тенденций и глобальных вызовов.

Ключевые слова: первая помощь, скорая помощь, исторические этапы, хирургия, здравоохранение

Abstract

In the article the historical stages of the rescue and emergency services formation are considered in Ukraine. The contribution of separate leading persons is shown to the development of the general and emergency surgery since from pre-revolutionary period and till present time. The influence of the social, economic, historical and cultural features is emphasized on the formation and development of the emergency health care in Ukraine. The main purposes of the reforms in emergency health care are given in Ukraine taking into account the international tendency and global challenges.

Keywords: first aid, emergency, historical stages, surgery, health care

Введение. Система подготовки персонала для системы скорой и неотложной медицинской помощи имеет длительные исторические традиции, начиная от дореволюционного периода в царской России, довоенного и послевоенного периода в СССР, периода перестройки и распада СССР и нового периода Украины как независимого государства. Исторические, экономические, социальные и культурные предпосылки повлияли на особенности формирования системы подготовки персонала для скорой и неотложной медицинской помощи. В настоящее время осуществляется серия реформ в системе здравоохранения и других ведомств по созданию и совершенствованию системы экстренной медицинской помощи в Украине с учетом передовых западноевропейских стандартов [5]. Однако при проведении серии реформ системы экстренной медицинской помощи нужно учитывать не только передовые

западные подходы, но и сложившуюся ситуацию в системе здравоохранения Украины, новые сложные социально-экономические и политические вызовы, которые вызвали новые потребности при формировании системы кадрового обеспечения служб скорой и неотложной медицинской помощи, военной медицины, гражданской обороны. В связи с этими вызовами перед службами скорой и неотложной медицинской помощи, военной медицины и обеспечения защиты населения Украины возникли новые задачи, которые необходимо решать, как с учетом отечественного опыта, так и передовых мировых тенденций [Пацюрко Ю., 2011].

Целями данной статьи являются: рассмотрение социальных, культурных и исторических особенностей формирования системы неотложной медицинской, в том числе хирургической, помощи в Украине; выделение основных этапов и личностей, оказавших значимое влияние на формирование современной системы неотложной медицинской помощи в Украине; характеристика основных задач и перспектив развития, которые в настоящее время стоят перед системой экстренной медицинской помощи в Украине.

Рассмотрим основные этапы и их особенности при формировании системы скорой медицинской помощи и неотложной хирургии в нашей стране.

1. Развитие отечественной школы скорой помощи и неотложной хирургии – известные личности и их судьбы

Следует отметить, что при характеристике социальных, культурных и исторических особенностей формирования системы неотложной медицинской помощи в Украине необходимо выделить ряд известных личностей, врачей, медицинских работников, общественных деятелей, которые внесли большой вклад в формирование и развитие отечественного здравоохранения.

Среди известных личностей, внесших фундаментальный вклад как в формирование дореволюционного этапа развития системы скорой помощи в Украине, так и повлиявших на дальнейшие традиции этой системы в России и Украине, следует назвать имена известных хирургов Николая Ивановича Пирогова и Николая Васильевича Склифосовского, а также общественного деятеля графа Михаила Михайловича Толстого [Кнопов М.Ш., Тарануха В.К., 2012].

Николай Иванович Пирогов – известный русский хирург и анатом, естествоиспытатель и педагог, основоположник русской военно-полевой хирургии, основатель русской школы анестезии, создатель первого атласа топографической анатомии. Во время Крымской войны Пирогов впервые в истории русской медицины

применил гипсовую повязку, разработал новые подходы в оперативной хирургии и лечении раненных, разработал подход к сортировке раненных по степени тяжести их состояния, что привело к более эффективному и своевременному лечению, уменьшению осложнений и смертности. Во время осады Севастополя Пирогов руководил обучением и работой сестер Крестовоздвиженской общины сестер милосердия. С учетом многих заслуг Николая Ивановича Пирогова считают основоположником отечественной военно-полевой хирургии. Однако не следует забывать и тот факт, что Николай Пирогов внес большой вклад в развитие не только медицинского образования в Украине и в России, но и многое сделал для развития общества и доступности образования в целом. Пирогов выполнял функции попечителя Одесского учебного округа, затем попечителя Киевского учебного округа, был членом Главного управления училищ, пожизненно состоял советником при Министерстве народного просвещения. Николай Иванович Пирогов многое сделал полезного при попытках реформирования сложившейся системы образования, много внимания уделял вопросам формирования личности, оказывал большую поддержку талантливым студентам, способствовал продвижению русских медиков за границей, возможности их стажировок и защиты диссертаций у лучших западных профессоров. В своем небольшом имении Вишня Н.И. Пирогов основал бесплатную больницу, где оказывал необходимую медицинскую помощь бедным. Пирогов был избран почетным гражданином Москвы, членом нескольких российских и зарубежных академий наук. Работы Н.И. Пирогова и его самоотверженная деятельность сформировали традиции русской и украинской школы хирургии, стали наглядным медицинским и духовным примером при воспитании последующих поколений медиков.

Николай Васильевич Склифосовский – известный профессор, директор Императорского клинического института в Санкт-Петербурге, автор многочисленных трудов по военно-полевой хирургии и хирургии брюшной полости [Кнопов М.Ш., Тарануха В.К., 2012]. Степень доктора медицины Склифосовский получил в Харькове в 1863 году, затем несколько лет работал в Германии в патологоанатомическом институте профессора Вирхова и хирургической клинике профессора Лангенбека, принимал участие в нескольких военных кампаниях, работал на перевязочных пунктах в прусской армии, стажировался во Франции и Англии в ведущих клиниках. Благодаря авторитету и активной гражданской позиции Николаю Васильевичу Склифосовскому удалось крупные пожертвования среди купечества на строительство клиники на Девичьем Поле в Москве. В этой клинике Склифосовский создал свою школу учеников, которая внесла вклад в развитие отечественной хирургии. Склифосовскому многое удалось сделать по

внедрению антисептики в медицинских учреждениях того времени. Склифосовский был почетным членом Московского университета и председателем Русского хирургического общества. Похоронен Склифосовский на Украине, в своей усадьбе Яковцы, неподалеку от Полтавы.

Имя графа Михаила Михайловича Толстого, видного общественного деятеля в дореволюционной России, известно тем, что он высказал мысль о создании в Одессе городской станции скорой помощи, которая была открыта в 1903 году благодаря стараниям его вдовы и сына.

Можно еще приводить много примеров, как стараниями врачей и известных общественных деятелей были открыты первые станции скорой помощи в России и на Украине. В Российской империи первые станции скорой помощи возникли, начиная с 1897 года в Варшаве, Лодзи, Вильно, Киеве, Одессе, Риге, Харькове, Москве и Санкт-Петербурге. Например, уже с первых дней работы Московской скорой помощи сформировался тип бригады, который сохранился во многих случаях и до наших дней: врач, фельдшер и санитар. В дореволюционные времена на многих станциях скорой помощи было всего лишь по одной карете. Каждая карета скорой помощи была оснащена укладкой с медикаментами, инструментарием и перевязочным материалом. Несмотря на то, что скорая помощь выезжала к месту происшествия для оказания медицинской помощи всем слоям населения в царской России, но право вызова кареты скорой помощи имели только официальные лица: полицейский, дворник или ночной сторож.

С начала двадцатого века городские власти в крупных городах Российской империи начали субсидировать работу станций скорой помощи, появились специальные кареты для перевозки рожениц, начали создаваться районные станции, количество карет скорой помощи начало увеличиваться. Однако важным источником финансирования скорой помощи в дореволюционной России были различного рода пожертвования общества Красного Креста и частных лиц. Постепенно работе служб скорой помощи привлекаются волонтеры: врачи и студенты медицинских вузов. Так, на частные пожертвования в 1912 году в Москве Обществом скорой медицинской помощи был куплен первый санитарный автомобиль, оборудованный по проекту доктора Поморцова и создана Долгоруковская станция скорой помощи.

Революционный и послереволюционный период ознаменовался в России и Украине страшными последствиями Первой мировой войны, разрухой, голодом, массовыми эпидемиями тифа, холеры, туберкулеза, масштабами трагедий гражданской войны. Многие медицинские учреждения и клиники были разрушены или находились в

плачевном состоянии, катастрофически не хватало медицинского персонала, часть российской интеллигенции, в том числе врачи, ученые, эмигрировала либо была расстреляна, сослана в лагеря, другая часть - находилась по разную сторону баррикад. Все это сказалось и на самой системе здравоохранения, которая в то время находилась в разоренном состоянии. Всю трагедию того периода, в том числе глазами врача, можно понять, прочитав роман Б. Пастернака «Доктор Живаго», когда тесно переплетались личные трагедии вместе с профессиональными.

Одной из значимых фигур, сыгравших важную роль в создании системы здравоохранения после революции, является Николай Александрович Семашко [Семашко Н.А., 1947]. Семашко – один из организаторов системы здравоохранения в СССР, его модель государственной системы здравоохранения известна за рубежом. Семашко с юности увлекался революционным движением, был членом марксистского кружка, участвовал в подготовке Октябрьского вооруженного восстания в Москве, организовывал медицинскую помощь его участникам. С 1918 по 1930 гг. Семашко народный комиссар здравоохранения РСФСР, под руководством Семашко создается сеть научно-исследовательских медицинских институтов. Во время Великой Отечественной войны Семашко занимается вопросами медицинских высших учебных заведений, эвакуацией, развитием санитарной службы. В период 1947-1949 гг. был директором института организации здравоохранения и истории медицины АМН СССР, который с 1965 г. назывался ВНИИ социальной гигиены и организации здравоохранения им. Семашко.

Другим интересным примером этого сложного периода является личность известного врача-хирурга Сергея Ивановича Спасокукоцкого, прожившего и работавшего на смене исторических рубежей. Сергей Иванович закончил медицинский факультет Московского университета в 1893 году, добровольцем принимал участие в мероприятиях по борьбе с эпидемией сыпного тифа, работал военным врачом-хирургом в русской армии во время Русско-японской войны и Первой мировой войны. Перед революцией заведовал хирургическим отделением Смоленской земской больницы. Работы Спасокукоцкого были связаны с изучением послеоперационных осложнений, новыми подходами к лечению острого аппендицита, хирургии печени и желчных путей, оперативным лечением язвы и рака желудка. В 1912-1926 году Спасокукоцкий руководит кафедрой госпитальной хирургии Саратовского университета, а с 1926 года становится руководителем факультетской клиники и факультетской хирургии 2-го Московского медицинского института им. Н.И. Пирогова. Спасокукоцкий добился

введения поликлинического приема и экстренной хирургии, строжайшего соблюдения правил асептики, предложил замену хлороформного наркоза местной анестезией новокаином, меры по профилактике операционного шока, меры по переливанию крови в фронтовых медсанбатах во время Отечественной войны. Спасокукоцкий был одним из организаторов Всесоюзного исследовательского центра переливания крови в хирургии, возглавлял его хирургическое отделение, был избран членом Академии наук СССР [Юдин С.С. , 1944, Спасокукоцкая М.Г., 1960].

Крайне важный вклад в развитие отечественной школы неотложной хирургии внесли военные медики и хирурги времен Великой Отечественной войны. Среди них следует упомянуть имена Николая Ниловича Бурденко, Сергея Сергеевича Юдина, Войно-Ясенецкого и многих других [Юдин С.С. , 1944; Войно-Ясенецкий В.Ф., 1978]. У этих людей были разные судьбы, одни из них были в фаворе тогдашней власти, другие – были репрессированы и сосланы в лагеря. Тем не менее, вклад этих известных хирургов в развитие отечественной школы хирургии очень весомый. Так, Н.Н. Бурденко считают одним из известных советских военных хирургов, основоположником советской школы нейрохирургии. Первый боевой хирургический опыт Бурденко приобрел на полях русско-японской и Первой мировой войны. Там Бурденко организовывал перевязочно-эвакуационные пункты, полевые лечебные учреждения, оказывал неотложную хирургическую помощь тяжело раненым на передовых перевязочных пунктах, занимался вопросами сортировки и эвакуации раненных. В послереволюционный период и в период Второй мировой войны Бурденко занимался вопросами профилактики и лечения шока, лечения ран и обширных инфекций, переливания крови, обезболивания. В 1929 г. по инициативе Бурденко была создана кафедра военно-полевой хирургии на медицинском факультете Московского университета. В 1937-1946 гг. Бурденко был главным хирургом Красной Армии, в 1944-1946 гг. возглавлял АМН СССР, был почетным членом Лондонского королевского общества хирургов и Парижской академии хирургов. Очень много внимания Бурденко уделял вопросам подготовки военно-врачебных кадров и развитию военной медицины. По его инициативе в годы Великой отечественной войны в фронтовых госпиталях начали применяться первые антибиотики – пенициллин и грамицидин; много работ Бурденко посвящено учению о ранах, методах хирургического лечения ран, профилактике и лечению шока. Другим известным хирургом военного и послевоенного времени являлся С.С. Юдин. Юдин был главным хирургом НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского, возглавлял НИИ хирургии им. А.В. Вишневского. Славившийся своим хирургическим мастерством С.С. Юдин достиг

значительных результатов в хирургии желудка, выполнил более 3 тысяч операций на желудке, в 1930 году применил для переливания трупную кровь. В период 1948-1953 гг. Юдин был репрессирован, провел эти годы в сталинских лагерях и ссылке. Крайне интересной является и судьба другого известного хирурга и епископа Русской православной церкви – Валентина Феликсовича Войно-Ясенецкого (Архиепископа Луки) [Войно-Ясенецкий В.Ф., 1978]. До революции, после окончания медицинского факультета Киевского университета, молодой врач Войно-Ясенецкий устроился работать в Киевский медицинский госпиталь Красного Креста, участвовал в русско-японской войне, работал в эвакуационном госпитале в Чите, заведовал хирургическим отделением и оперировал раненных. Много занимался вопросами организации работы земского врача, участвовал в проведении профилактических и организационных работ по борьбе с эпидемиями брюшного тифа, оспы, кори. В научной деятельности начал заниматься вопросами регионарной анестезии, интересовался вопросами гнойной хирургии. Профессор медицины Войно-Ясенецкий был глубоко верующим человеком, в 1921 году принял сан иерея, при этом не переставал оперировать и консультировать больных и раненных. С 1923 года архиепископ Лука (в миру В.Ф. Войно-Ясенецкий) был репрессирован и отправлен в Сибирь. В ссылке он продолжал консультировать больных, выполнял функции врача и хирурга в Туруханской больнице. После возвращения из первой ссылки профессор Войно-Ясенецкий продолжал заниматься частной врачебной практикой в Ташкенте, однако в 1930 году вновь арестован. В этот же период он заканчивает свою известную монографию «Очерки гнойной хирургии». В 1934 г. Войно-Ясенецкий возвращается в Ташкент, а затем в Андижан, где оперирует, читает лекции, руководит отделением Института неотложной помощи. В 1937 году известный хирург и епископ был арестован в третий раз, с марта 1940 года работал хирургом в ссылке в небольшой районной больнице недалеко от Красноярска. С октября 1941 года профессор Войно-Ясенецкий стал консультантом всех госпиталей Красноярского края и главным хирургом эвакуационного госпиталя. После войны профессор Войно-Ясенецкий (архиепископ Лука) продолжал консультировать и оперировать больных, занимался научной работой и духовной деятельностью. Судьба этого уникального человека, ученого и хирурга послужила примером для многих молодых врачей, особенно в период, когда начались демократические изменения в обществе и свобода в мировоззрении.

Говоря о развитии советской украинской школы неотложной хирургии, нельзя не упомянуть об именах известных хирургов – Николае Михайловиче Амосове, Александре Алексеевиче Шалимове, Владимире Терентьевиче Зайцеве и многих других, которые

создали фундамент современной хирургии в Украине [Амосов Н.М., 1988, Бойко В., Тарабан И., 2010].

Николай Амосов – известный советский и украинский торакальный хирург, автор многочисленных новаторских методик в кардиологии и торакальной хирургии, ученый, развивавший смежные с медициной области знания (медицинская кибернетика, искусственный интеллект, геронтология, здоровый образ жизни и долголетие). Во время Великой отечественной войны работал хирургом в передвижном полевом госпитале. В 1963 г. провел первое в СССР протезирование митрального клапана сердца. В период с 1955 по 1970 гг. возглавлял кафедру грудной хирургии Института усовершенствования врачей в Киеве. В 1983 г. возглавил Институт сердечно-сосудистой хирургии, который сейчас носит его имя.

Александр Шалимов основал Институт хирургии и неотложной помощи в Харькове, сделал более 100 открытий в хирургии, в Киеве был одним из основателей Института экспериментальной хирургии и трансплантологии. Шалимов был высокопрофессиональным хирургом-универсалом, в течение нескольких часов подряд проводил ряд уникальных операций. В частности, им были разработаны ряд органосберегающих операций при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, что позволило резко сократить инвалидность и смертность. Шалимовым подготовлена целая плеяда учеников, которые развивают современную школу украинской хирургии. Национальный институт хирургии и трансплантологии имени Александра Шалимова является ведущей клиникой Украины и главной хирургической школой страны [Бойко В., Тарабан И., 2010].

Владимир Терентьевич Зайцев в течении двадцати пяти лет возглавлял Харьковский научно-исследовательский институт общей и неотложной хирургии и около тридцати лет – кафедру госпитальной хирургии Харьковского национального медицинского университета. В. Т. Зайцев – один из учеников А. Шалимова, развивал органосберегающие подходы при оперативном лечении гастроэнтерологических заболеваний. В 1974 году В.Т. Зайцев был назначен директором Харьковского НИИ общей и неотложной хирургии МЗ Украины. Руководимый им Институт занимался изучением проблем травматического шока, политравмы, ожоговой болезни, острых заболеваний сердечно-сосудистой системы. В стенах института разрабатывались также вопросы организации и совершенствования неотложной хирургической помощи населению. Как и А. Шалимов, В. Зайцев был универсальным хирургом, проводившим множество различных операций на сердце, легких, органах брюшной полости. Под

руководством В. Зайцева были изданы десятки монографий, учебные пособия, получены авторские свидетельства и патенты, получили новое развитие направления в неотложной хирургии, а также подготовлена целая плеяда молодых хирургов и ученых [Бойко В., Тарабан И., 2010].

Среди достойных учеников профессора В.Т. Зайцева следует особо выделить выдающегося хирурга современности – профессора Валерия Владимировича Бойко, заслуженного деятеля науки и техники Украины, лауреата Государственной премии Украины, который руководит Институтом с 1999 года (ныне – ГУ «Институт общей и неотложной хирургии им. В.Т. Зайцева НАМН Украины») и является заведующим кафедрой хирургии №1 Харьковского национального медицинского университета. В. Бойко является Членом Президиума Ассоциации хирургов Украины, Европейской Ассоциации хирургов и онкологов. Им создана огромная хирургическая школа и разрабатываются новые оригинальные способы диагностики сложных заболеваний и техники оперативных вмешательств с применением новейших современных хирургических технологий. Богатый опыт клиники Института, накопленный при непосредственном участии В. Бойко, успешно внедряется в лечебных учреждениях нашей страны и за рубежом, делает более действенной хирургическую помощь, а значит – возвращает здоровье и жизнь больным [Тарабан И., 2012].

Следует также отметить, что на формирование современной школы украинской неотложной и военной хирургии оказало влияние также поколение врачей и хирургов, прошедших Афганистан и другие «горячие точки».

2. Особенности современной системы скорой и неотложной помощи в Украине

Современная сложная политическая ситуация в Украине, равно как и в мире, диктует новые вызовы в виде военных территориальных конфликтов, террористических актов, вспышек насилия, угрозы природных и техногенных катастроф [Москаленко В. Ф., 2005; Пацюрко Ю., 2011].

Поэтому перед молодой генерацией врачей и хирургов стоят новые непростые задачи. И если в советский период уделялось значительное внимание к подготовке кадров среди медицинского персонала и гражданского населения (обязательные курсы гражданской обороны в средних школах и вузах, военная подготовка юношей и девушек в медицинских и в ряде немедицинских вузов, формирование кадрового резерва); было массовое донорство крови (основные доноры – медицинские работники, военнослужащие, работники крупных предприятий и учреждений) и развитая система скорой медицинской помощи в городах и в сельской местности, то сейчас в условиях

недостаточного финансирования здравоохранения многие из этих составляющих отсутствуют. Так, в советский период была развитая сеть санитарной авиации, крупные медицинские центры были оснащены специальными вертолетными площадками, сейчас же подобный транспорт используется в крайне редких случаях, в основном в зоне АТО.

Если раньше, в советский период было приоритетным создание профильной сети крупных медицинских учреждений и центров, специализирующихся на оказании высокоспециализированной экстренной медицинской помощи в крупных городах, Киеве, Харькове, Донецке, то в период начала 90-х годов в связи с острым финансовым и социально-экономическим кризисом в Украине во многих небольших городах и поселках закрывались больницы, поликлиники, фельдшерско-акушерские пункты.

Начало тяжелой трансформации экономики вызвало волну безработицы, кризиса неплатежей, многие медицинские работники уехали за рубеж или были вынуждены переквалифицироваться. Безусловно, этот период формирования рыночной экономики был крайне тяжелым для системы здравоохранения Украины, которая создавалась по правилам плановой экономики и достаточного государственного финансирования. Тем не менее, в новых условиях начали формироваться негосударственные коммерческие медицинские центры, в том числе и для оказания неотложной медицинской помощи. Хотя, конечно, услуги в таких центрах не были доступны большинству населения Украины, имеющих крайне низкие доходы.

Период конца 90-х годов и до «оранжевой революции» ознаменовался тем, что была достигнута некоторая стабилизация острого кризиса в здравоохранении, были осуществлены попытки реформ в системе здравоохранения, в частности проводилось обсуждение механизма обязательного медицинского страхования, которое так и не было внедрено в Украине. Однако в этот период продолжилось развитие негосударственной медицины и коммерциализация медицинских услуг, в медицинских вузах появились возможности платного обучения, не за счет средств государственного бюджета. Отсутствие эффективной модели финансирования в системе здравоохранения Украины приводило в этот период к расширению теневой зоны в этой системе и усилению коррупции на различных уровнях. В тоже время нарастали кризисные явления в системе скорой медицинской помощи, в сфере военной медицины, медицины катастроф и различных спасательных службах; наблюдалось значительное сокращение объема подготовки гражданских лиц и студентов медицинских вузов при обучении правилам оказания доврачебной и первой медицинской помощи.

Новые вехи в истории Украины: период «оранжевой революции», проведения «Евро-2012», Майдана и проведения военных действий в зоне конфликта привели к некоторым важным изменениям в системе здравоохранения, и экстренной медицины в частности. Так, наблюдается усиление внимания возникновению различного рода угроз для жизни и здоровья населения (террористические акты, вооруженные действия и вооруженное противостояние, криминальная активность и пр.); проводится более активное развитие сотрудничества по международным программам, учениям и пр., связанным с обеспечением массовой безопасности населения; сделан акцент на усиление системы военной медицины, осуществляется необходимая подготовка военнослужащих к оказанию самопомощи и первой медицинской помощи; возникла сеть различных негосударственных курсов первой медицинской помощи для гражданского населения и молодежи.

3. Внедрение государственной программы создания единой системы оказания экстренной медицинской помощи в Украине

Планомерно осуществляется реализация государственной программы создания единой системы оказания экстренной медицинской помощи в Украине. В Украине функционирует 551 городская больница, из них 316 выполняют функции бригад скорой медицинской помощи, 12 специализированных больниц скорой медицинской помощи. В Украине ежегодно возможно спасти 30–50 тысяч людей при условии своевременного оказания экстренной медицинской помощи. Но необходимо внедрение унифицированных технологий оказания медицинской помощи различных уровней медицинскими работниками, спасателями и работниками. Необходимо также создать на базе приемных отделений больниц скорой медицинской помощи и многопрофильных больниц отделений неотложной медицинской помощи, укомплектованных врачами по специальности “медицина неотложных состояний”.

Важными задачами реализации государственной программы создания единой системы оказания экстренной медицинской помощи в Украине являются:

- 1) Оснащение центральных районных больниц стационарными и передвижными радиостанциями, работающими в полосах частот национальной системы связи, для службы экстренной помощи;
- 2) Проведение поэтапного оснащения современными телекоммуникационными средствами учреждений и предприятий Государственной службы медицины катастроф для обеспечения многоканальной связи с центральными и местными органами исполнительной власти;
- 3) Внедрение оказания через телекоммуникационные средства

Украинским научно-практическим центром экстренной медицинской помощи и медицины катастроф и территориальными центрами экстренной медицинской помощи и медицины катастроф информационно-консультативной помощи медицинским работникам учреждений здравоохранения и гражданам по вопросам диагностики и лечения неотложных состояний.

Решение этих задач требует: 1) создание системы подготовки и переподготовки медицинских работников по вопросам оказания медицинской помощи, а также спасателей и работников, профессиональные обязанности которых связаны с эксплуатацией автомобильного, железнодорожного, водного и воздушного транспорта, военнослужащих; 2) создание кафедр экстренной медицинской помощи и медицины катастроф в высших медицинских учебных заведениях I-IV уровней аккредитации, внедрение государственного экзамена по специальности “медицина неотложных состояний”;

3) развитие партнерских отношений с международными организациями по вопросам медицинской помощи.

Заключение. Учитывая большой опыт и мощный кадровый потенциал украинской медицины, пример сохранения и развития традиций, созданных основоположниками отечественной школы неотложной хирургии и медицинской помощи, можно с уверенностью сказать, что наша система здравоохранения все же найдет свою эффективную модель функционирования; необходима более активная форма кооперации с зарубежными коллегами, заключающаяся в широких возможностях обмена опытом, проведения стажировок, реализации совместных образовательных и научных программ. Тогда приобретенный зарубежный опыт с учетом наших особенностей при подготовке медицинского персонала, оснащения клиник и медицинских центров позволит выработать свой подход к созданию эффективной современной системы экстренной и неотложной помощи населению в Украине.

Литература:

1. Амосов Н.М. Моя система здоровья. // Наука и жизнь. – М., 1988. - № 5.
2. Бойко В., Тарабан И., Виленский Ю. Владимир Терентьевич Зайцев – немеркнущая звезда харьковской хирургической орбиты. – Хірургія України. – 2010. № 3. – С.122-124.
3. Бойко В.В. Библиографія. / За заг. ред. І.А. Тарабана. - Харків, НТМТ, 2012. – 288 с.
4. Войно-Ясенецкий В.Ф. Дух, душа и тело. – Брюссель, 1978.

5. Закон України «Про екстрену медичну допомогу» від 5 липня 2012 р. № 5018-VI (відомості Верховної Ради (ВВР), 2013, № 30, ст. 340).

6. Кнопов М.Ш., Тарануха В.К. Н.В. Склифосовский – один из основоположников отечественной клинической медицины. // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. – М.: Медиа Сфера, 2012. – № 10. – С. 77-79.

7. Москаленко В. Ф., Рошнін Г. Г., Нацюк М. В. та ін. Стандарти надання невідкладної медичної допомоги на догоспітальному етапі за протоколами. В кн.: Проблеми військової охорони здоров'я. Київ, 2005.

8. Проблемні питання організаційних та медичних аспектів надання допомоги на догоспітальному етапі / Ю. Пацюрко, Л. Сирота, Я. Пилипець, Л. Гера, П. Римаренко // Журнал «Медицина неотложных состояний». – 4 (35) 2011 р. – С. 123–125.

9. Семашко Н.А. Очерки по теории организации советского здравоохранения: принципиальные основы советского здравоохранения. – М.: АМН РСФСР, 1947.

10. Спасокукоцкая М.Г. Жизнь и деятельность С.И. Спасокукоцкого. – М. 1960.

11. Юдин С.С. Образы прошлого и силуэты некоторых военно-полевых хирургов. – М. Медгиз, 1944. – 48 с.

Примечание. Данная статья подготовлена в рамках проекта «Crisis Management in Organizational Measures, Technical and Staff Health Care Capacities on Natural and Technical Disasters in SR, PL and UA, поддержанного Вышеградским Фондом.

Kontakt:

Prof. Petro Zamiatin, Dr.Sc.,
GI Zaytcev V.T. Institute of General and Emergency Surgery
of NAMS in Ukraine/ Kharkov National Medical University
Kharkiv, Ukraine
e-mail: zamyatinp@mail.ru
Doc. Nadiya Dubrovina, CSc.,
University of Economics in Bratislava (EUBA)
Dolnozemska cesta, 1, Bratislava
e-mail: nadija@mail.ru

Opatrovanie vo verejnej a súkromnej sfére

Care in the public and private spheres

Rastislav BEDNÁRIK

Abstrakt

Autor prezentuje údaje o raste sektoru opatrovania na Slovensku – raste počtu klientov i pracovníkov. Osobitne sa zamýšľa nad pôsobením poskytovateľov sociálnych služieb, a to verejných poskytovateľov a neverejných poskytovateľov. Upozorňuje na nedostatok zdrojov a na opatrenia štátu na podporu starostlivosti o nevládných občanov.

Kľúčové slová: Opatrovanie, trh práce, poskytovateľ sociálnych služieb,

Abstract

The author presents data on the growth of the care sector in Slovakia - an increase in the number of clients and workers. It specifically contemplates the work of social service providers, namely public providers and non-public providers. Draws attention to the lack of resources and state measures to support care for disabled citizens.

Key words: Care, labour market, social services provider

Problematika opatrovania sa na Slovensku čoraz viac dostáva do pozornosti širokej verejnosti. Je to dané najmä rastom počtu osôb, ktoré sú čiastočne alebo úplne nevládne a potrebujú pomoc pri bežných úkonoch starostlivosti o vlastnú osobu. Z celospoločenského hľadiska je to aj následok predlžovania dĺžky života, kedy s rastom veku rastie riziko zdravotných problémov. Zvýšenie rizika sa premieta do potreby rozširovania kapacít personálnych, materiálnych, finančných a ďalších na zabezpečenie starostlivosti o nevládných ľudí. Je zrejmé, že do riešenia problémov starostlivosti o nevládných ľudí sa postupne začleňuje čoraz širší okruh inštitúcií. Potreba finančného pokrytia rastúcich takýchto potrieb opatrovania vyvoláva otázky o dostupných zdrojoch a spoločenských prioritách ich využitia. Sektor opatrovania sa stáva konkurentom voči iným sektorom a postupne tu vzniká (zatiaľ ešte málo rozvinutý) trh práce.

Doteraz na Slovensku bolo opatrovanie predmetom aktivity najmä domácej starostlivosti, doplnené inštitucionálnou starostlivosťou zabezpečovanou v zariadeniach pre rozličné kategórie osôb zdravotne postihnutých či nevládných. Z pohľadu vlády a regionálnych autorít je však potrebné riešiť najhorúcejšie prípady – a to je zabezpečiť opateru pre tých, o ktorých sa už nemá kto doma postarať, prípadne pre ktorých ústavná starostlivosť je nevyhnutná z hľadiska zdravotnej starostlivosti – týka sa to najmä (nevládných) starších. Domáca

starostlivosť je potom doplnková a je zabezpečovaná najmä opatrovaním a osobnou asistenciou. Názorom vlády je, že primárne (nevládna) osoba je členom svojej rodiny, a táto rodina sa o ňu postará. Takto je to definované aj v zákone o rodine č. 36/2005 Z.z., kde v § 66 sa uvádza, že deti, ktoré sú schopné samy sa živiť, sú povinné zabezpečiť svojim rodičom primeranú výživu, ak to potrebujú. Obmedzené verejné zdroje je tak potrebné kombinovať so súkromnými zdrojmi rodiny. Štát v tejto súvislosti dohliada, aby sa k potrebným osobám dostalo primerané sociálne poradenstvo, tlmočnícka služba pre osoby so sluchovým postihnutím a pre hluchoslepé osoby, sociálna rehabilitácia, prepravná služba, sprievodcovská služba a predčitateľská služba pre nevidiacich, sprostredkovanie osobnej asistencie, požičiavanie pomôcok, monitorovanie a signalizovanie potreby pomoci, krízová pomoc poskytovaná prostredníctvom telekomunikačných technológií; podporné služby (napr. odľahčovacia služba, podpora samostatného bývania, jedáleň, pracovňa, stredisko osobnej hygieny...). Funguje tu navyše systém sociálnych služieb poskytovaných osobitným sociálnym skupinám v sociálnej núdzi vo všeobecnosti a nielen pre nevládných (napr. osobám so zdravotným postihnutím, osobám vo vyššom veku, bezdomovcom), ktorý zabezpečujú samosprávy obcí a miest, vyššie územné celky, verejní a neverejní poskytovatelia.

Téma opatrovania bola aj predmetom medzinárodného porovnávacieho prieskumu zadaného Európskou komisiou pre Eurofound, Dublin. Osobitne bola zisťovaná Rola súkromných poskytovateľov v ošetrovatelstve a službách rezidenčnej starostlivosti (v roku 2016). Tento prieskum si kládol za cieľ odpovedať na nasledujúce otázky:

- Do akej miery a v ktorých oblastiach sú aktivity súkromných poskytovateľov rozširované a / alebo zamieňajú verejný sektor pri poskytovaní služieb v domovoch dôchodcov / rezidenčnej starostlivosti ?
- Aké sú dôsledky širšieho zapojenia súkromného sektora na kvalitu, dostupnosť a efektívnosť služieb ?

Definície použité v tomto výskume boli tie, ktoré vyvinula Svetová zdravotnícka organizácia (2004). Rezidenčná starostlivosť je tu definovaná ako ubytovanie a podpora pre ľudí, ktorí nemôžu alebo ktorí nechcú žiť doma. Môže obsahovať osobnú starostlivosť, pomoc s plnením každodenných úloh (pohyb, obliekanie, osobná hygiena, stravovanie) a zdravotnej starostlivosti (rôzne úrovne ošetrovateľskej starostlivosti a terapie služieb).

Domy s opatrovateľskou službou sú definované Svetovou zdravotníckou organizáciou ako opatrovateľské zariadenia pre osoby vysoko závislé, ktoré sa primárne zaoberajú poskytovaním lôžkovej ošetrovateľskej a rehabilitačnej služby pre jednotlivcov, ktorí si vyžadujú ošetrovateľskú starostlivosť. Zamestnanci môžu tiež poskytnúť akútnu zdravotnú starostlivosť,

pomoc pri každodenných úkonoch životnej starostlivosti a môžu pomôcť pri aktivitách nezávislého života. To korešponduje s definíciou zariadení dlhodobej ošetrovateľskej starostlivosti v systéme zdravotných účtov (OECD, Eurostatu a WHO 2011), ktorý zahŕňa zariadenia ako sú domovy pre seniorov s ošetrovateľskou starostlivosťou, opatrovateľské domy, domovy s opatrovateľskou službou a domovy pre prípad odľahčovacej služby.

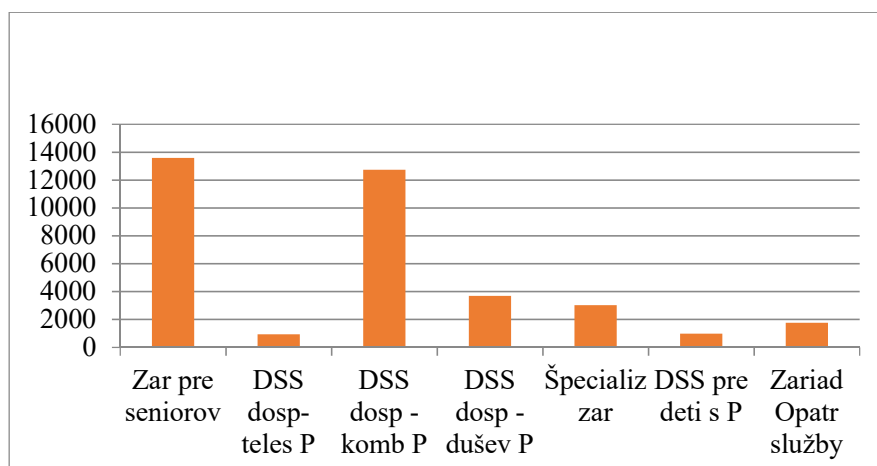
Klienti a pracovníci

V nasledovnom poukážeme na zatiaľ skromný rozsah poskytovaných služieb v dlhodobej starostlivosti. Aj keď rozličné štatistické výkazy deklarujú tisíce prípadov rozličných úkonov, celkove to „zasahuje“ len malú časť populácie. Konkrétne³ v zariadeniach sociálnych služieb ku koncu roku 2015 poskytovali sociálnu službu spolu 50 165 prijímateľom (je to mierny nárast oproti predchádzajúcemu roku o 3 tis. osôb). Z celkového počtu prijímateľov v zariadeniach sociálnych služieb bolo 29 644 osôb v dôchodkovom veku (59,0 %), 15 114 osôb podstúpilo psychotickú liečbu (30,1 %), 9 497 osôb užívalo antidepresíva (18,9 %), 8 038 osôb bolo opatrovaných na lôžku (16,0 %). Neverejní poskytovatelia poskytli sociálne služby celkom 75 544 prijímateľom (čo je mierny pokles oproti minulému roku o 2,9 tis. osôb). Opatrovateľská služba v domácnosti bola v roku 2015 poskytovaná verejnými poskytovateľmi pre 12,3 tis. osôb a neverejnými poskytovateľmi pre 4,3 tis. osôb. Opatrovanie v domácnosti je podporované „príspevkom na opatrovanie“. Tento dostávajú blízki príbuzní opatrovanej osoby, ale len tí, ktorí nemajú dostatok príjmov a tento príspevok im pomáha preklenúť ťažšiu finančnú situáciu. Celkove tak v roku 2015 štát priemerne mesačne poskytoval príspevok na opatrovanie pre 56,6 tis. opatrovateľov, ktorí sa starali o 58,1 tis. opatrovaných osôb.

Pripomeňme si štruktúru zariadení sociálnych služieb. Najviac klientov žilo v Zariadeniach pre seniorov (13,6 tis. osôb) a v Domovoch sociálnych služieb pre dospelých s kombinovaným postihnutím (12,7 tis. osôb).

³ Pozri Správu o sociálnej situácii obyvateľstva za rok 2016

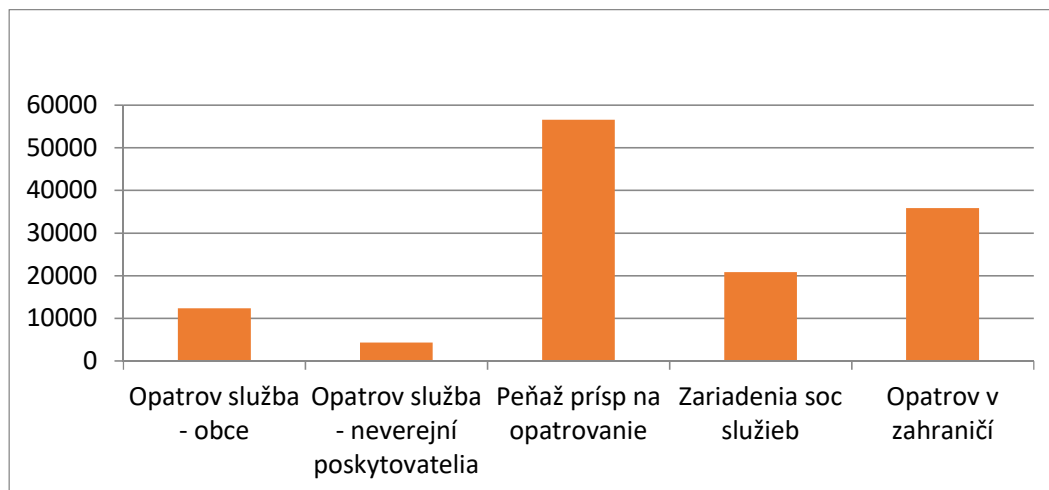
Graf 1. Počet obyvateľov v zariadeniach sociálnych služieb v roku 2014



Zdroj: Správa o sociálnej situácii obyvateľstva, MPSVR SR, 2016

V takomto prostredí sa pohybuje nie veľký počet pracujúcich. Tých 56,6 tis. opatrovateľov je vlastne najväčšou pracovnou silou na trhu práce v sektore dlhodobej starostlivosti. Keď k tomu priradíme profesionálne opatrovateľky pôsobiace v zahraničí (v roku 2015 cca 35,8 tis. osôb), potom mimo verejných či neverejných poskytovateľov pôsobí 92,4 tis. osôb. A organizácie „poskytovateľov sociálnych služieb“ zastrešujú menšiu časť pracovnej sily v sektore – 37,4 tis. osôb.

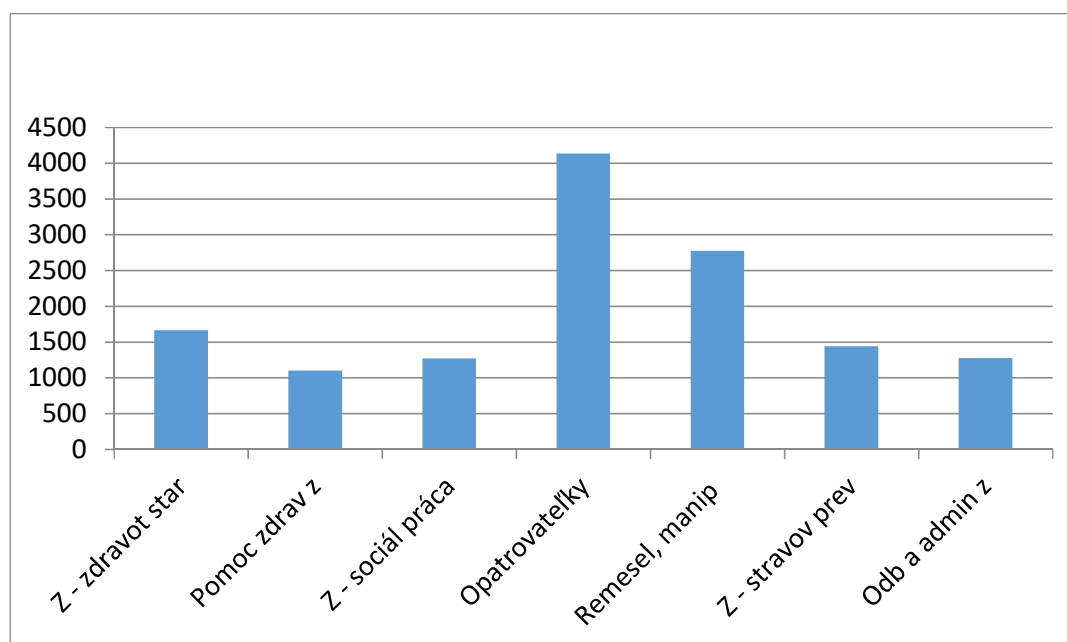
Graf 2. Počty osôb, ktoré poskytujú sociálne služby (najmä opatrovanie) v roku 2015



Zdroj: Správa o sociálnej situácii obyvateľstva, MPSVR SR, 2016

Aké povolania sa uplatnia v dlhodobej starostlivosti? Pomôžeme si výkazom o počte zamestnancov v zariadeniach sociálnych služieb za rok 2015.

Graf 3. Počty zamestnancov vo vybraných kategóriách v Zariadeniach sociálnych služieb v r. 2015



Zdroj: Správa o sociálnej situácii obyvateľstva, MPSVR SR, 2016

Najviac je opatrovateliek z povolania (4,1 tis.) a remeselných, manuálnych alebo manipulačných zamestnancov (2,8 tis.). Ďalej sú to zamestnanci zabezpečujúci poskytovanie zdravotnej starostlivosti (1,7 tis.), pomocní zdravotnícki zamestnanci (1,1 tis.), zamestnanci vykonávajúci sociálnu prácu (1,3 tis.) a ďalšie profesie zabezpečujúce chod ZSS – v stravovaní či administratíve.

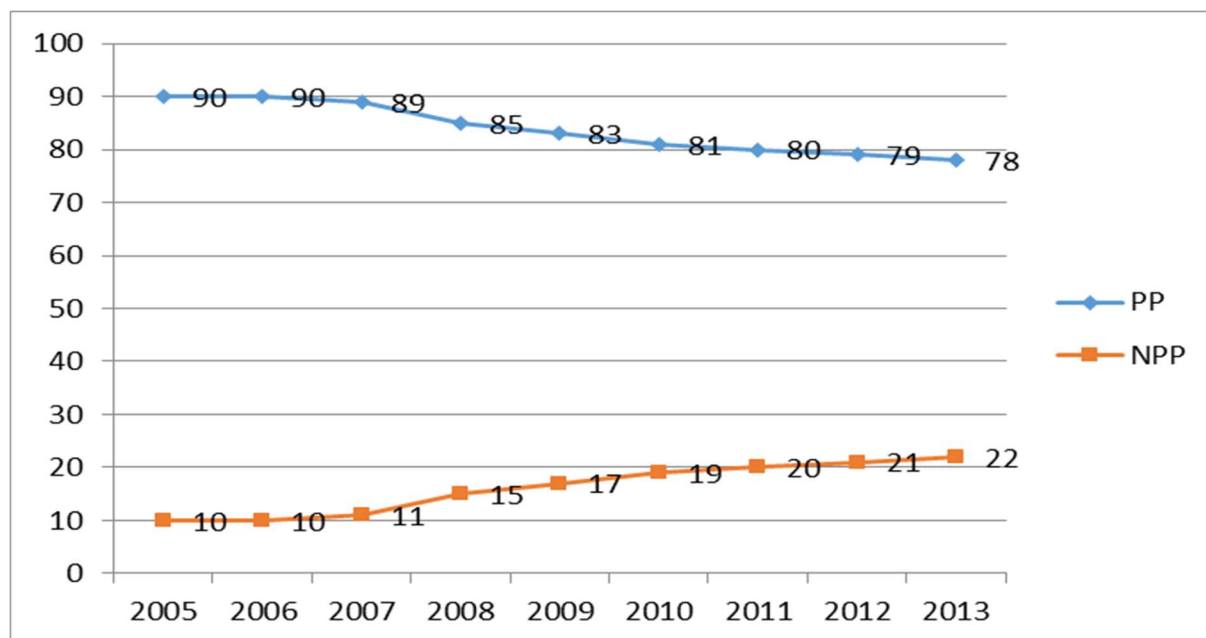
Priemerný počet klientov na 1 zamestnanca ZSS je tak na úrovni 1,44 v špecializovaných zariadeniach, 1,5 v domovoch sociálnych služieb a relatívne najmenej personálne náročné sú zariadenia pre seniorov, kde pripadajú priemerne na jedného zamestnanca vyše dvaja klienti.

Prevádzkovanie zariadení sociálnych služieb nie je lacná záležitosť. Zatiaľ štát na túto sféru vyčleňuje ročne vyše 350 mil. Eur (v roku 2015 to bolo 369 mil. Eur). Oproti tomu na opatrovanie v domácnosti štát poskytol prostredníctvom príspevku na opatrovanie v roku 2015 celkovú sumu vyše 97 mil. Eur. Platí, že štát vyjde prevádzka ZSS zhruba tri až štyrikrát drahšie ako podpora opatrovateľov.

Zariadenia sociálnych služieb spĺňajú dôležitú funkciu – sú najdostupnejším prostriedkom na starostlivosť o nevládných či nesebestačných občanov v prípade, že rodina zlyhá v pomoci. Stále platí, že väčší podiel ZSS má vo svojej gescii štát a menší súkromný sektor. Presnejšie, slovenská legislatíva hovorí o verejných a neverejných poskytovateľoch sociálnych služieb. Postupom času sa však podiel súkromného v prípade sociálnych služieb rozširuje. Za posledné

desaťročie sa posilnil podiel neverejných poskytovateľov asi dvakrát, z 10% v roku 2005 na 22% v roku 2013.

Graf 4. Podiel klientov v zariadeniach sociálnych služieb u verejných a neverejných poskytovateľov v SR (v %)



PP = verejný poskytovateľ, NPP = neverejný poskytovateľ

Zdroj: Repková, K. (2016): The role of the private providers in nursing homes and residential care in Slovakia, Eurofound, Dublin

Do súkromného sektora môžeme zaradiť domácich opatrovateľov (poberateľov príspevku na opatrovanie) a neverejných poskytovateľov sociálnych služieb. K tomu sa pridáva celkom slušný počet opatrovateľiek pôsobiach v zahraničí. Trend je dokonca stúpajúci. Ženy najmä v strednom veku, z východného a južného Slovenska, chodia za prácou opatrovateľky do zahraničia, najmä do Rakúska. Kým v roku 2008 takto pracovalo 8,3 tis. osôb, v roku 2012 ich bolo 16,9 tisíc a v roku 2016 to bolo už 39,6 tisíc osôb. Tieto ženy totiž doma prácu nenašli a tak pracujú v zahraničí. Domáci trh práce ich v sektore opatrovania neláka – najmä pre nízke zárobky. Kým v roku 2016 v priemere mesačný hrubý plat opatrovateľky v zariadení sociálnych služieb na Slovensku bol 608 Eur, v zahraničí to bolo dvakrát toľko.

Podpora v sektore opatrovania

Vláda sa snaží podporovať poskytovateľov sociálnych služieb. V poslednej dekáde možno spomenúť niekoľko smerov opatrení:

1. Zákonné opatrenia v rámci zákona 448/2008 o sociálnych službách a 447/2008 o príspevkoch na kompenzáciu ťažkého zdravotného postihnutia – zákon dosiahol už niekoľko noviel, kde sa valorizujú jednotlivé dávky.

2. Memorandum o spolupráci medzi vládou a ZMOS o mimoriadnych dotáciách pre samosprávy z r. 2009 – išlo o doplnenie finančných zdrojov na zabezpečenie nových druhov sociálnych služieb.
3. Rozhodnutie Ústavného súdu z r. 2010 ohľadne zamedzenia diskriminácii neverejných poskytovateľov pri poskytovaní sociálnych služieb – ÚS vyhovel sťažnosti – aby sa nerobili rozdiely medzi verejnými a neverejnými poskytovateľmi sociálnych služieb pri poskytovaní štátnych dotácií.
4. Národné priority rozvoja, transformácie a deinštitucionalizácie sociálnych služieb – v priebehu rokov 2009 až do súčasnosti (aj národné priority na roky 2015-20)
5. Zavedenie účelových dotácií na vybrané sociálne služby od MPSVR SR – od marca 2012.
- 6: Poskytovanie finančného príspevku na prevádzkovú činnosť poskytovateľov sociálnych služieb od r. 2014
- 7: Zavádzanie a rozširovanie úhrady ošetrovateľských činností v rezidenčnej sociálnej starostlivosti (platených zo zdravotného poistenia) – od r. 2014. Postupne sa mení postoj zdravotníckeho rezortu a podporuje zvyšovanie financovania opatrovateľských činností.

V roku 2016 Inštitút pre výskum práce a rodiny uskutočnil empirický prieskum o rozsahu a podiele nákladov na poskytované sociálne služby u vybraných 36 poskytovateľov v 80 zariadeniach sociálnych služieb v rámci celého Slovenska.

Hlavnými zdrojmi príjmov u väčšiny poskytovateľov boli dotácie či už od svojho zriaďovateľa (Vyšší územný celok, obec), alebo z Ministerstva práce, sociálnych vecí a rodiny. Aj neverejní poskytovatelia vykazovali masívne zdroje od VUC či MPSVR SR. Viacero poskytovateľov vyberalo podľa zákona od klientov peniaze za poskytnuté služby, čo vo viacerých prípadoch tvorilo významný zdroj ich príjmov.

Náklady na prevádzku v týchto sledovaných zariadeniach sociálnych služieb v roku 2015 v priemere na 1 klienta za mesiac dosahovali rozličnú úroveň, ale najčastejšie 550 až 750 Eur. Vyššie náklady boli vtedy, keď išlo o intenzívnejšiu starostlivosť. Neboli zaznamenané zásadnejšie rozdiely v nákladoch podľa regiónov.

Najväčšie položky v nákladoch činili výdavky na mzdy (a s tým súvisiace odvody do poisťných fondov), cca 65% . V niektorých prípadoch sa ukázalo, že položku „mzdy“ možno znížiť využitím služieb zvonku; viac to bolo využívané najmä neverejnými poskytovateľmi. Prevažná časť poskytovateľov však zabezpečovala sociálne služby svojpomocne, s využitím nákladov na energie a materiál. Malý bol však podiel nákladov na odpisy u viacerých poskytovateľov.

Hlavným záverom výskumu bolo zistenie, že do budúcnosti sa treba pripraviť na výrazne zvýšené finančné náklady pri poskytovaní sociálnych služieb u aktuálnych poskytovateľov. Problémom je najmä nízka úroveň miezd zamestnancov. Aj programové vyhlásenie vlády 2016 konštatuje, že v spolupráci so zriaďovateľmi bude treba riešiť aj problematiku odmeňovania pracovníkov v sociálnych službách, ktorí patria medzi najhoršie platených zamestnancov. Keď si pripomenieme, že asi 2/3 súčasných nákladov v zariadeniach sociálnych služieb tvoria mzdové náklady, pri potrebnom raste miest zamestnancov sa prudko zvýšia celkové náklady. Iste je možné hľadať rezervy v ostatných nákladoch. U verejných zriaďovateľov napr. by bolo možné zvažovať prenesenie časti výkonov na externé služby (čím sa znížia mzdové náklady). Taktiež je možné hľadať viac zdrojov mimo verejných zdrojov (či už od VÚC, obcí alebo MPSVR SR), najmä zväziť spoluúčasť prijímateľov sociálnych služieb.

Výsledky výskumu signalizujú, že treba zvážiť zameranie činnosti zariadení sociálnych služieb: napr. či pôjde o väčšinovo samofungujúce podniky, alebo o sprostredkovateľne pôsobenia rozličných externých dodávateľov, alebo či do týchto zariadení prijímať menej klientov, alebo či neprenášať viac výkonov na neverejných poskytovateľov. Zásadnejšie zmeny bude však treba výrazne konzultovať so samotnými klientmi a ich rodinami, aby sa prijímanie sociálnych služieb nestalo ekonomicky nedostupné pre širšie skupiny populácie. Výskumníci odporúčajú dávkovať zmeny v súlade s ekonomickými možnosťami (rastom príjmov) obyvateľstva v príslušných regiónoch.

Výber štúdií o poskytovaní súkromnej opatrovateľskej starostlivosti

- [1] BEDNÁRIK, R. (2008): *Analýza podmienok a práce odborných pracovníkov vo vybraných zariadeniach sociálnych služieb* Inštitút pre výskum práce a rodiny, Bratislava.
- [2] REPKOVÁ, K. (2011): *Analýza vývoja v zabezpečovaní nových kompetencií na úseku sociálnych služieb na Slovensku v rokoch 2009-2010*, Inštitút pre výskum práce a rodiny, Bratislava.
- [3] BEDNÁRIK, R., Di SANTO, P., LEICHSENTRING, K. (2013): "The 'Care Gap' and migrant carers", in K. Leichsenring, K., Billings, J., Nies, H. (eds), *Long-term Care in Europe: Improving policy and practice*, Palgrave Macmillan, London.
- [4] RADVANSKY, M. LICHNER, I. (2013): *Impact of Ageing on Long Term Care Demand and Supply in Slovakia. Supplement to NEUJOBS Working Paper D12.2.*, SAV, Bratislava
- [5] REPKOVÁ, K. (2014): *Odkázanosť na pomoc inej osoby pri sebaobslužbe vo verejnej politike – vybrané výskumné otázky*. Inštitút pre výskum práce a rodiny, Bratislava.

[6] BEDNÁRIK, R., TUMPACH, M. (2016): *Nákladovosť v sociálnych službách (prieskum nákladov vo vybraných zariadeniach sociálnych služieb)*, IVPR, Bratislava

[7] REPKOVÁ, K. (2016): *The role of the private providers in nursing homes and residential care in Slovakia*, Eurofound, Dublin

Kontakt:

Rastislav Bednárík, doc., PhDr., CSc.

Inštitút pre výskum práce a rodiny, Bratislava, www.ivpr.gov.sk

Župné nám. 5, 81241 Bratislava

Rastislav.bednarik@ivpr.gov.sk

Význam multidisciplinárneho tímu v paliatívnej starostlivosti

The importance of multidisciplinary team in paliative care

Michaela KOSTIČOVÁ, Magdaléna VESELSKÁ, Vojtech OZOROVSKÝ

Abstrakt

Multidisciplinárny tím je integrálnou súčasťou paliatívnej starostlivosti. Efektívne fungovanie multidisciplinárneho tímu je nevyhnutným predpokladom zabezpečenia vysokej kvality poskytovanej paliatívnej starostlivosti a holistického prístupu k pacientovi. Cieľom nášho príspevku je zmapovať situáciu v oblasti multidisciplinárnej spolupráce a identifikovať bariéry efektívneho fungovania multidisciplinárnych tímov v hospicioch na Slovensku.

Kľúčové slová: multidisciplinárny tím, paliatívna starostlivosť, hospic

Abstract

Multidisciplinary team is an integral part of palliative care. Effective functioning of the multidisciplinary team is a prerequisite for ensuring the high quality of provided palliative care and a holistic approach to the patient. The aim of the paper is to map the situation in multidisciplinary cooperation and to identify barriers to the effective functioning of multidisciplinary teams in hospices in Slovakia.

Key words: multidisciplinary team, palliative care, hospice

Úvod

Paliatívna starostlivosť je prístup, ktorý zlepšuje kvalitu života pacientov a ich rodín zoči-voči život ohrozujúcemu ochoreniu tak, že včas identifikuje a neodkladne diagnostikuje a lieči bolesť a iné fyzické, psychosociálne a duchovné problémy a tým predchádza a zmierňuje utrpenie (WHO, 2002; Koncepcia, 2006). Život ohrozujúce ochorenie je v tomto prípade ochorenie, ktoré zahŕňa pacientov všetkých vekových skupín so širokou skupinou diagnóz, ktoré negatívne ovplyvňuje ich každodenné fungovanie alebo prežívanie. Paliatívna starostlivosť zahŕňa obdobie od diagnózy ochorenia až po trúchlenie pozostalých. Paliatívna starostlivosť je integrovaná do trajektórie ochorenia spolu s kuratívnou liečbou (Siouta a kol., 2016). Nie je možné stanoviť presný čas vo vývoji ochorenia, kedy kuratívna liečba prechádza do paliatívnej (Radbruch, Payne, 2009). Paliatívna starostlivosť je poskytovaná podľa potrieb a prání pacienta v domácom alebo inštitucionálnom prostredí a to v lôžkových zariadeniach (nemocnica, hospic) a v ambulantných zariadeniach (ambulancia, denný stacionár).

Informovanosť verejnosti na Slovensku o paliatívnej starostlivosti je malá. Podľa prieskumu z roku 2016, ktorý realizovala na vzorke 811 laikov, 111 zdravotných sestier a 426 lekárov nezisková organizácia Viaticus zameraného na postoj verejnosti a zdravotníckych pracovníkov na Slovensku k problematike umierania a liečby nevylečiteľne chorých, väčšina (79%) respondentov zo súboru laikov nevedelo, čo je to paliatívna starostlivosť (Žáčková, 2016)

V paliatívnej starostlivosti sa zdôrazňuje holistický prístup k pacientovi a riešenie jeho stavu z hľadiska všetkých možných spolupôsobiacich činiteľov. Preto je dôležité, aby takúto komplexnú starostlivosť zabezpečoval tím odborníkov. Okrem toho sú potrební aj dobrovoľníci, ktorí sprevádzajú a svojou prítomnosťou a záujmom pomáhajú ťažko chorým aj ich rodinám. Tímová spolupráca je integrálnou súčasťou paliatívnej starostlivosti a všetci profesionáli pracujúci v paliatívnej starostlivosti musia byť ochotní a schopní pracovať ako integrálna časť tímu (Dobříková - Porubčanová a kol., 2005, s.65). Podľa Koncepcie zdravotnej starostlivosti MZ SR v odbore paliatívna medicína, paliatívnu starostlivosť zabezpečuje multidisciplinárny tím (MDT) a táto starostlivosť zahŕňa zdravotnú starostlivosť poskytovanú lekárom (diagnostiku a liečbu), ošetrovateľskú starostlivosť, rehabilitáciu, psychologickú starostlivosť, liečebno – pedagogickú starostlivosť – u detí, duchovnú starostlivosť a sociálne poradenstvo (Koncepcia, 2006). Paliatívnu starostlivosť by mal preto zabezpečovať multidisciplinárny tím lekárov, sestier a iných zdravotníckych pracovníkov, psychológov, špeciálnych pedagógov/liečebných pedagógov, sociálnych pracovníkov, duchovných a dobrovoľníkov. Ministerstvo zdravotníctva (Health Department) vo Veľkej Británii definuje MDT ako skupinu ľudí z rôznych disciplín, ktorá sa stretáva v určitom čase (fyzicky alebo na diaľku) s cieľom konzultácie konkrétneho pacienta, pričom každý člen tímu je schopný samostatne prispieť k rozhodnutiam ohľadom diagnostiky, liečby a starostlivosti o pacienta (Fleissig a kol., 2006). Viaceré štúdie v zahraničí poukazujú na potrebu a význam zabezpečovania paliatívnej starostlivosti multidisciplinárnym tímom, zároveň však poukazujú na bariéry a konflikty tímovej spolupráce. Medzi prínosy multidisciplinárnej starostlivosti patria (Siouta a kol., 2006; Fleissig a kol., 2006):

- Zlepšenie konzistencie, kontinuity, koordinácie a efektívnosti poskytovanej starostlivosti;
- Zlepšenie komunikácie medzi profesionálmi, pacientmi a rodinou
- Zlepšenie klinických výsledkov;
- Zvýšenie spokojnosti a zlepšenie kvality života pacientov;
- Príležitosť vzdelávanie pre jednotlivých členov tímu;
- Vzájomná podpora medzi členmi tímu;
- Zvýšená spokojnosť s prácou a zlepšenie psychického wellbeing u členov tímu.

Kľúčovými faktormi podľa Jüngera a kol. (2007) pre efektívne fungovanie MDT v paliatívnej starostlivosti sú: úzka komunikácia, existencia filozofie tímu (vzájomné ocenenie cieľov a zmysluplnosti tímových úloh), vysoká tímová angažovanosť, autonómia členov tímu a schopnosť vysporiadať sa so smrťou a zomieraním. Fleissig a kol. (2006) zdôrazňujú potrebu splnenia nasledujúcich podmienok :

- Dobré vodcovstvo a pozitívna tímová dynamika;
- Adekvátne administratívna podpora;
- Kvalitné a kompletne informácie;
- Dostatok času a adekvátne podmienky pre pravidelné stretávanie sa MDT
- Dostatok finančných zdrojov.

Podľa prieskumu organizácie Viaticus na Slovensku (pozri vyššie), takmer všetci zdravotnícki pracovníci zdôrazňujú význam tímovej spolupráce v starostlivosti o nevyliciteľne chorých (Žáčková, 2016).

Ciele a metódy

My sme sa v našom príspevku zamerali na zmapovanie situácie v oblasti multidisciplinárnej spolupráce v hospicioch na Slovensku. V čase realizácie nášho prieskumu, v roku 2015, na Slovensku existovalo 11 hospicov a paliatívnych oddelení, pričom 5 z nich fungovalo samostatne, 3 v kombinácii so sociálnymi službami a 3 ako súčasť liečebne alebo nemocnice. Na Slovensku okrem tzv. kamenných hospicov existuje veľa mobilných hospicov, z ktorých najznámejší a najväčší je detský mobilný hospic Plamienok. Napriek tomu, že v každom hospici starostlivosť zabezpečuje multidisciplinárny tím, existuje viacero limitácií, ktoré bránia ich efektívnemu fungovaniu. Cieľom nášho prieskumu bolo identifikovať tieto limitácie a navrhnúť možné riešenia na ich odstránenie. V prieskume sme použili metodiku štruktúrovaného rozhovoru s členmi multidisciplinárneho tímu v 8 kamenných hospicioch na Slovensku.

Výsledky

Tabuľka 1 zobrazuje personálne zloženie jednotlivých 8 skúmaných multidisciplinárnych tímov. Podľa minimálnych požiadaviek na personálne zabezpečenie MDT v lôžkových hospicioch zadaných vo Výnose MZ SR č.09812 z roku 2008, základný zdravotnícky tím tvorí: jeden vedúci lekár, jeden lekár so špecializáciou v odbore paliatívna medicína, vedúca zdravotná sestra, zdravotná sestra a zdravotnícky asistent. Túto požiadavku spĺňalo všetkých 8 hospicov. Väčšina hospicov zamestnáva ešte sociálneho pracovníka, v troch hospicioch podľa

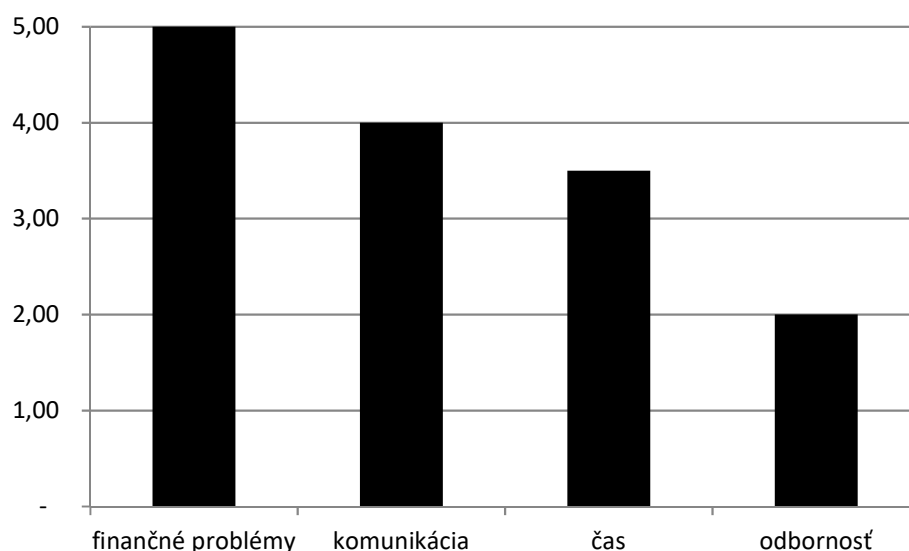
potreby pracuje fyzioterapeut a v dvoch psychológ, dva hospice majú denne k dispozícii duchovného. Vo všetkých hospicoch pomáhajú dobrovoľníci, chýba však ich koordinátor.

Tabuľka 1. Personálne zloženie multidisciplinárneho tímu v hospicoch

Člen multidisciplinárneho tímu	Počet hospicov, ktoré majú minimálne jedného	Poznámka
Vedúci lekár	8	Základný zdravotnícky tím. Minimálna požiadavka na personálne zabezpečenie podľa Výnosu MZ SR . 09812/2008 - OL
Lekár so špecializáciou v odbore paliatívna medicína	8	
Vedúca sestra	8	
Sestra	8	
Zdravotnícky asistent	8	
Sociálny pracovník	7	Plný úväzok
Fyzioterapeut	3	Podľa potreby, nie na plný úväzok
Psychológ	2	Na plný úväzok alebo podľa potreby
Duchovný	2	K dispozícii denne
Dobrovoľníci	8	Chýba koordinátor

Podľa našich zistení, v každom hospici sa pravidelne, každý deň stretáva základný zdravotnícky tím, s cieľom konzultácie medicínskych aspektov zdravotného stavu pacienta. Nie všetky hospice majú pravidelné stretnutia MDT, na ktorých sa rieši pacient komplexne. V jednom hospici sa MDT stretáva každý deň, v dvoch hospicoch je to raz za týždeň a v dvoch raz za mesiac.

Za hlavné problémy, ktoré limitujú efektívne fungovanie MDT, považujú zamestnanci hospicov najmä nedostatok financií, problémy v komunikácii a nedostatok času (graf č.1)



Graf.č. Bariéry v efektívnom fungovaní multidisciplinárneho tímu v hospicoch.

Poznámka: Hodnoty na osi Y znázorňujú hodnotenie na škále 1-5. Pričom 1 znamená najlepšie hodnotenie (problém nie je) a 5 znamená najhoršie hodnotenie (najväčší problém)

Diskusia

Podľa našich zistení v každom hospici pracuje MDT, vo väčšine z nich však nejde o kompletný tím zahrňujúci všetkých potrebných odborníkov. Zabezpečená je prioritne odborná zdravotná starostlivosť o klienta, ktorú konzultuje zdravotnícky tím na každodenných sedeniach. Miera naplnenia psychologických a duchovných potrieb klientov a ich rodín je limitovaná dostupnosťou odborníkov. Ak aj existuje v hospici MDT, pravidelné stretnutia celého tímu sa realizujú len v niektorých hospicoch. Hlavné bariéry efektívneho fungovania MDT v hospicoch sú nedostatok financií, času a problémy v komunikácii.

Podľa Crawforda a Pricea (2003) koncept tímovej spolupráce v paliatívnej starostlivosti limituje aj štýl vedenia v zdravotníckych zariadeniach, ktorý je tradične hierarchistický. Pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti sú väčšinou profesionálne identity jasne zadefinované. Každý pracovník má jasné zadefinované svoje miesto v celkovej starostlivosti o pacienta a svoju expertízu poskytuje izolovane od ostatných. Ako autori ďalej zdôrazňujú, nejasne zadefinovanie authority a individuálnych zodpovedností a rolí, neochota spolupracovať a robiť kompromisy, to všetko oslabuje kapacitu tímu dosahovať ciele a prispieva k vzniku konfliktov. Na základe kvalitatívneho prieskumu, Jüngera a kol. (2007) identifikovali dva typy konfliktov, ktoré sa vyskytujú v tíme: vzťahové konflikty a konflikty v súvislosti plnením úloh.

Záver

Záverom možno konštatovať, že efektívne fungovanie MDT pri poskytovaní paliatívnej a hospicovej starostlivosti na Slovensku je limitované viacerými prekážkami a to ako vo vnútornom, tak v externom prostredí zdravotníckych zariadení. Tento stav ide na úkor kvality poskytovanej starostlivosti v hospicoch a v neprospech záujmu a uspokojenia potrieb klientov a ich rodín. Je preto potrebné uvítať iniciatívu Slovenskej katolíckej charity, ktorá pripravuje manuál a štandardy ratifikované Európskou katolíckou charitou, ktoré by mohli charitatívnym zariadeniam, vrátane hospicov, pomôcť zvýšiť ich efektivitu a transparentnosť so zameraním na požiadavky a potreby svojich klientov.

Literatúra:

- [1]CRAWFORD, GB; PRICE SHD. Team working: palliative care as a model of interdisciplinary practice. In: *Medical Journal of Australia*, 2003 179 (15): 32-34
- [2]DOBRÍKOVÁ - PORUBČANOVÁ, P. a kol. *Nevyliečiteľne chorí v súčasnosti. Význam paliatívnej starostlivosti*. Trnava: SSV, 2005. 280 s. ISBN 80-7162-581-7
- [3]FLEISSIG, A; JENKINS, V; CATT, S; FALLOWFIELD, L. Multidisciplinary teams in cancer care: are they effective in the UK? In: *Lancet Oncol* 2006; 7: 935–43
- [4]JÜNGER, S; PESTINGER, M; ELSNER, F; KRUMM, N; RADBRUCH, L. Criteria for successful multiprofessional cooperation in palliative care teams. In: *Palliative Medicine* 2007; 21: 347–354
- [5]*Koncepcia zdravotnej starostlivosti v odbore paliatívna medicína vrátane hospicovej starostlivosti*. In: Vestník MZ SR, roč. 54, 2006. [online] [cit. 2016-12-07] Dostupné z: www.hospice.sk
- [6]RADBRUCH, L; PAYNE, S. White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 1 Recommendations from the European Association for Palliative Care. In: *Eur J Palliat Care*. 2009;16(6):278–89.
- [7]SIOUTA, N. et al. Integrated palliative care in Europe: a qualitative systematic literature review of empirically-tested models in cancer and chronic disease. In: *BMC Palliative Care* (2016) 15:56 DOI 10.1186/s12904-016-0130-7
- [8]*Výnos Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 09812/2008-OL z 10. septembra 2008 o minimálnych požiadavkách na personálne zabezpečenie a materiálno-technické vybavenie jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení*. In: Vestník MZ SR, ročník 56, čiastka 32-51. [online] [cit. 2016-12-06] Dostupné z: <http://www.health.gov.sk/?vestniky-mz-sr-2008>
- [9]*World Health Organization. World Health Organization Definition of Palliative Care*. [online] [cit. 2016-12-05] Dostupné z: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en>
- [10]ŽÁČKOVÁ, L. *Umírání a péče o nevyléčitelně nemocné. Závěrečná zpráva z kvantitativního výzkumu pro Viaticus*. In: Stemmark: 2016. [online] [cit. 2016-12-06] Dostupné z: <http://www.viaticus.sk/files/zaverecna-zprava-umirani-sr-final.pdf>

Kontakt:

Michaela Kostičová, MUDr., PhD., MPH
Ústav sociálneho lekárstva a lekárskej etiky
Lekárska fakulta UK v Bratislave
Sasinkova 2
81372 Bratislava
e-mail: michaela.kosticov@fmed.uniba.sk

Aktuálne výzvy socializácie poslucháčov medicíny pre výkon ich profesie

Actual challenges of medical students socialization for their profession

Mária MOJZEŠOVÁ

Abstrakt

Sociálny rozmer medicínskeho konania pramení zo základného dynamizmu inšpirácie medicíny – z altruizmu. V edukácii budúcich lekárov, teda poslucháčov lekárske fakulty má byť zahrnuté nielen úsilie o kvalitný rozvoj ich osobnosti v smere ich odborného rastu, ale rovnako o schopnosť realizovať ľudsky správne etické postoje voči tým, ktorí sú plní bolesti a utrpenia, ktorí sú tí najzraniteľnejší. Autorka v texte analyzuje základné atribúty lekárskej profesie s dôrazom na význam formovania správnych etických postojov k pacientovi v rámci výučby predmetu Medicínska etika a vysvetľuje dôležitosť socializácie študentov medicíny ako ich adaptácie na budúcu každodennú lekársku prax.

Kľúčové slová: Súčasná medicína. Profesia lekára. Medicínska etika. Socializácia budúceho lekára.

Abstract

Social size of medical activities is based on the basic dynamics of medicine inspiration – on an altruism. It should be given - into the context of future medical professionals education - not only efforts about their optimal personal development in the direction of their professional growth, but about their ability to realise human right ethical attitudes towards those who are full of pain and suffering, who are the most vulnerable. Author analyses the basic attributes of medical profession in the text with concern on the importance of formation of right ethical attitudes to patient within education of subject Medical Ethics and explains importance of socialization of medical students as their adaptation on the future daily medical practice.

Key words: Contemporary Medicine. Profession of Physician. Medical Ethics. Socialization of future physicians.

Úvod

Prudký technický a technologický progres súčasnej medicíny a zdravotníctva prináša okrem neustáleho zdokonaľovania rozličných diagnostických a terapeutických metód, objavovania nových možností predlžovania ľudského života, zachraňovania donedávna nezachrániteľných, využívania moderných metód lekárskej asistovanej ľudskej reprodukcie a mnohých ďalších prináša i veľmi veľa nových etických problémov, ktoré súvisia nielen s doposiaľ nepoznanými možnosťami diagnostiky a liečby, ale aj s ich rizikami. Rovnako tak aj otázky používania moderných biotechnológií a nanotechnológií, celúlnu a molekulárnu biológiu a genetiky vytvárajú v dnešnej pluralitnej spoločnosti potrebu odpovede na to, či všetko to, čo je technicky možné, je aj eticky správne a prijateľné nielen z hľadiska jednotlivca pacienta/klienta, ale aj celej ľudskej spoločnosti či budúcich generácií.

Každý lekár je v dnešnej dobe vo svojej dennodennej lekárskej praxi vystavený nielen nevyhnutnosti kvalitnej erudície a neustále aktualizovaného vedeckého poznania v oblasti medicíny v rámci výkonu svojej profesie *lege artis*, ale aj eticky optimálneho prístupu ku všetkým ľuďom, odkázaným na jeho pomoc.

Medicína je povolanie so silným etickým nábojom. Lekárske konanie má výrazne sociálny aspekt, ktorý pramení z personálnej štruktúry ľudského bytia. Je to odbor ľudskej činnosti, aplikujúci poznatky prírodných vied do sveta ľudských vzťahov. Práve kombinácia praktických postupov, vedy, empirie a ľudskosti robia z lekárstva odbor stále prítiažlivý pre nových adeptov medicínskej profesie (Fialová a kol., 2008). Lekár sa zaoberá biológiou ľudského tela a zároveň odpoveďami na otázky svojich pacientov alebo ich najbližších: „Prečo práve táto choroba? Prečo práve ja? Musím skutočne zomrieť?“ Medicína je veda a umenie zároveň. Medicína je spätá s najvyššími ľudskými hodnotami, akými sú život a zdravie. Je to veda prírodná, sústreďujúca poznatky biologické, biofyzikálne, biochemické a iné, a zároveň veda humanitná, ktorá sústreďuje poznatky antropológie, sociológie, psychológie, teológie a etiky. Lekár sa zaoberá človekom zdravým, ale najmä chorým v rámci prevencie, diagnózy, liečby a prognózy ochorení.

Povolanie lekára

Povolanie lekára v sebe spája záujem o človeka, ochotu pomôcť a službu. Táto špecifická služba druhému vyžaduje nielen určitý požadovaný stupeň vzdelania, ale aj kvalitné osobnostné dispozície, schopnosť odriekania i ochotu prinášať obeť. Integrálnou súčasťou lekárstva odpradáвна bola mravnosť, čo predpokladá aj dnes rýdzosť charakteru a vedomie osobnej zodpovednosti za všetky vykonané činy či skutky. K étosu lekárskeho poslania patrí najmä úcta a rešpekt k ľudskému životu v akejkoľvek etape jeho vývoja – ontogenézy. Kořenek definuje étos lekára (Kořenek, 2002) ako mravné odborné zakotvenie vlastného života lekára, ako etickú zodpovednosť pri praktickej realizácii lekárskeho rozhodnutia, postojov, ktoré sú výsledkom vnútorného dialógu so svedomím. Morálna integrita človeka je tvorená tromi kategóriami a to morálny zmysel, morálna myseľ a morálne konanie (Krámek, 2015). Étos lekára je dynamická veličina, ktorú je potrebné neustále kultivovať prostredníctvom kriticky orientovaného a formovaného svedomia, lekárskej etiky a lekárskeho stavovského konania. V každom človeku je základ svedomia, vnútorného regulátora správania sa všetkých ľudí. Slovo „svedomie“ sa používa v rozmanitých súvislostiach. Hovoríme o svedomitých ľuďoch – napríklad lekároch, vyznačujúcich sa presným plnením si svojich každodenných povinností, ale hovoríme aj o svedomí, keď niektorý lekár zanedbá tieto povinnosti. Svedomie označujeme za

svätyňu každého človeka, ktorú treba rešpektovať a ktorú chráni aj ústava. Uvažovať o svedomí znamená uvažovať o dôstojnosti človeka, o tom, že človek nie je individuálnym prípadom čohosi všeobecného, exemplárom nejakého druhu, ale každý človek je ako jednotlivec totalitou (Spaemann, 1994).

Náročnosť lekárskeho povolania predstavuje zvláštne požiadavky na osobnosť lekára, ktoré vyplývajú z jeho profesionálnej funkcie a činnosti. Etymologický základ gréckeho slova *profesión* znamená „som poslaný k tomu, kto ma potrebuje“. V prvom rade by mal byť lekár telesne a duševne zdravý. Funkčné zaťaženie lekára je výrazné, čomu by mal zodpovedať jeho telesný fond. Lekár je povinný myslieť i na seba v rámci etiky vlastného zdravia, k čomu patrí nielen zdravá životospráva a stravovanie, ale aj celková telesná a najmä duševná hygiena. Je ideálne, keď sa lekár dokáže vyhýbať konfliktným situáciám, o ktoré v našom zdravotníctve niet núdze. Ak sa aj v takejto situácii ocitne, mal by mať v sebe určitý psychický, ba i spirituálny potenciál na jej zvládnutie. Je azda samozrejmé, že lekár sa vyhýba užívaniu drog, nadmernému požívaniu alkoholu, nefajčí a lieky užíva len v prípade choroby a jej prevencie. Ku komplexnej osobnostnej výbave lekára patrí jeho odborná zdatnosť, dopĺňovaná sústavným, celoživotným štúdiom. Prosociálnosť, skutočný, nefalšovaný súcit s tými, ktorí majú dočasné alebo trvalé telesné alebo mentálne ťažkosti, empatia a solidárnosť spolu so zodpovednosťou a vycibreným svedomím patria neoddeliteľne k atribútom, charakterizujúcim dobrého lekára. Za ďalšiu dôležitú osobnostnú črtu lekára považujeme optimálnu verbálnu i neverbálnu komunikatívnosť, ktorá podporuje vzájomnú dôveru medzi lekárom a jeho pacientom/klientom, resp. jeho najbližšími príbuznými.

Súčasná spoločnosť kladie na lekára vyššie etické požiadavky a vyžaduje vo všeobecnosti vyššiu úroveň mravného rozhodovania v nespočetných etických dilemách, s ktorými je táto profesia spojená. Preto neuškodí vymenovať si na tomto mieste hlavné stavovské cnosti lekára, ktorými sú: stavovská česť, mlčanlivosť, poctivosť, pravdovravnosť, usilovnosť, dochvilnosť, ochota, nezištnosť, zhovievavosť, veľkorysosť, vládnosť, trpezlivosť a obetavosť (Šoltés, 2001).

Svedomie je naša požiadavka voči nám samým. Keď niekoho nespravodlivo poškodím, zarmútim, urazím, poškodzujem aj seba. Mám, ako sa hovorí, „zlé svedomie“. Analogicky toto platí aj v lekárskom povolaní – „zlé svedomie“ je napríklad základom postabortívneho syndrómu, komplexu príznakov, ktoré sú súčasťou diagnózy, vyskytujúcej sa nielen u žien, ktoré absolvovali umelé ukončenie svojho tehotenstva, ale aj u lekárov a sestier, ktorí ho vykonávajú....Naše svedomie nepozostáva vždy z istoty, že robíme objektívne to najlepšie. Politik, lekár, otec alebo matka nevedia vždy naisto, či to, čo robia alebo radia, je to najlepšie,

keď sa uvažia všetky následky. Ale bezpečne môžu vedieť, že je to najlepšie z možností, ktoré sa im momentálne podľa ich vedomostí javí. Jemné citlivé svedomie je znakom vnútorne otvoreného a slobodného človeka (Spaemann, 1994). Kiežby formovanie tohto základného ľudského atribútu – teda svedomia - bolo bázou, na ktorej prebieha vzdelávanie a výchova budúcich lekárov.

Formovanie správnych etických postojov poslucháčov medicíny

Obrovský rozmach vedeckých poznatkov a technických prostriedkov dáva súčasným vedcom a lekárom nepredstaviteľné možnosti pozitívnej či negatívnej manipulácie s ľudským životom nielen na jeho začiatku, ale i na jeho konci.

Biológia a medicína sú vedné odbory veľmi úzko späté s najvyššími hodnotami, akými sú život a zdravie. Práve preto sa predmetom veľkého záujmu a pozornosti v posledných desaťročiach stali etické otázky súčasnej biomedicíny. Etika ako filozofia mravnosti alebo praktická filozofia sa stala neoddeliteľnou súčasťou pregraduálnej a postgraduálnej výchovy a výučby poslucháčov lekárskeho štúdia, lekárov všetkých disciplín a ostatných zdravotníckych pracovníkov. Už zo samotnej univerzálnej povahy medicíny a jej významu vyplýva, že je vo svojej povahe etická.

Výchova budúcich lekárov a formovanie ich správnych etických postojov nie je individuálna záležitosť, ale má celospoločenský význam. Morálna integrita lekárskeho povolania - poslania vyžaduje od lekára nielen celoživotné štúdium a každodennú prax na aktualizovanie profesionálnej kompetencie, ale rovnako aj dôraz na dodržiavanie etických princípov a noriem. Cieľom lekára je byť dobrým lekárom v rámci realizácie dobrej medicíny. Ale čo je dobrá medicína a kto je dobrým lekárom? Práve toto sa snažia počas výučby a výchovy povinného predmetu Medicínska etika zdôrazňovať pedagógovia na Lekárskej fakulte UK v Bratislave. Poslucháči lekárskeho štúdia však nie sú iba „nádobou“, ktorú je potrebné naplniť vedomosťami, definíciami, etickými princípmi a normami, ale skôr „pochodňou“, ktorú je potrebnú zapáliť.

Medicínska etika je konanie dobra pre človeka so špecifickým zreteľom na ochranu jeho života a zdravia (Šoltés a kol., 2001). Tento vedný odbor aplikuje všeobecné humanistické postoje v duchu ontologického personalizmu tak, aby slúžili v prospech konkrétneho človeka, celého ľudstva a jeho budúcich generácií. Hlavným atribútom medicínskej etiky, to znamená etiky lekárov, je úcta k ľudskému životu, najmä voči tomu, ktorý je ohrozený a znevýhodnený chorobou, zlyhávaním životne dôležitých orgánov, voči tomu, kto je bezbranný – jedinec, ktorý už svoj život začal, ale ešte sa nenarodil (prenatálne dieťa) a takisto voči tomu, kto odchádza (zomierajúci).

V pluralitnej spoločnosti sa môže etika v medicíne uplatňovať len ako etika dialógu. Je dôležité, aby poslucháči pochopili, že lekár plní mnoho úloh vo svojej profesii, ktorá je zároveň neoddeliteľnou súčasťou jeho osobného života. Byť dobrým diagnostikom, liečiteľom, poradcom v pacientových osobných, neraz intímnych problémoch, byť obhajcom záujmov chorých ako vedúci zdravotnícky pracovník, ako vedec, ako učiteľ, ale rovnako ako občan, otec, príbuzný, priateľ, sused, to všetko nie je stav, ale proces. Byť dobrým znamená snahu takým byť a vytrvalosť takým ostať. Je to teda dobro, ktoré robí medicínu etickou. Ciele medicíny sa realizujú v konkrétnej práci lekára, vo vzťahu lekár a pacient a to nielen na úrovni liečiť a vyliečiť, ale starať sa o pacienta aj vtedy, keď vyliečenie už nie je možné a pacientovi sa treba naučiť žiť so svojou chorobou a jej dôsledkami tak telesnými ako aj psychickými a sociálnymi, ba neopustiť ho ani v terminálnom období jeho života (Šoltés, Pullmann a kol., 2008).

Za najúčinnšie formy výučby a výchovy medicínskej etiky považujeme diskusie a semináre v malých študijných skupinách s dobre volenou kazuistikou, na ktorej sa najlepšie uskutočňuje formovanie etických postojov a ktorá poslucháčov k etickým postojom priamo motivuje.

Medzi hlavné problémy, ktorými sa súčasná medicínska etika a bioetika zaoberá a ktoré sú súčasťou kurikula poslucháčov medicíny v rámci výučbového predmetu Medicínska etika, patrí starostlivosť lekára o človeka na začiatku jeho života (génová diagnostika a liečba, reprogenetika a regeneratívna medicína, prenatalná a predimplantačná diagnostika, najnovšie lekárske asistované metódy umelého oplodnenia, zástupné (surogátne) materstvo, výskum s účasťou živých ľudských embryí), problematika starostlivosti lekára o človeka na konci jeho života (paliatívna medicína a starostlivosť, terminálna a hospicová starostlivosť vs. eutanázia), ako aj staronové problémy vzťahov lekár-pacient, lekár-najbližší príbuzní pacienta, lekár-lekár. Súčasťou výučby a výchovy budúcich lekárov je aj problematika starostlivosti o chronicky chorých a osoby s hendikepom až po problematiku nanotechnológií, antropotechník, ako aj redefinovania cieľov medicíny.

Aktuálne výzvy socializácie budúcich lekárov

Súčasná medicína poskytuje liečbu tam, kde predtým neexistovala, umožňuje nové formy zlepšenia narušeného zdravia, predĺženie ľudského života, záchranu 500-gramových novorodencov. Zároveň vzrastá inštrumentálna moc človeka nad jeho vlastnými biologickými vlastnosťami... Je však paradoxné, že často očakávame, že keď nás medicína zbaví zdravotných problémov, zároveň sa vyriešia problémy sociálne...

Na mieste je otázka, či pozná dnešná medicína mieru medikalizácie ľudského života. Či napríklad aplikáciou najnovších, technicky možných, ale z etického aspektu sporných, metód ide skutočne o prospech (dobro, benefit) jednotlivca, ľudstva a budúcich generácií? Okrem toho, čo ešte je a čo už nie je v kompetencii súčasnej medicíny?

Príprava na to, ako by mal lekár fungovať v špecifických sociálnych vzťahoch pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti, sa nazýva socializácia. Je to proces sociálneho učenia, adaptačný mechanizmus, v ktorom si jednotlivec osvojuje sociálne normy svojho prostredia, a formuje sa ako sociálna a individuálna bytosť. Budúci lekári si osvojujú nielen „technické“ zručnosti, ale aj hodnoty a postoje typické pre lekárske povolanie.

Socializácia do roly lekára znamená formálne aj neformálne učenie v prostredí školiacich pracovísk, v učebni aj pri lôžku pacienta. Na procese socializácie sa podieľa množstvo faktorov, ale aj osôb („dobré“ a „zlé“ vzory – „*takýto nechcem byť, až budem lekárom...*“)

Odlíšna aplikácia hodnotového základu lekárskej profesie nezriedka, žiaľ, dáva priestor na vznik etických dilem, konfliktných či krízových situácií. A práve optimálna socializácia budúcich lekárov, t.j. prispôbenie sa človeku naplnenému bolesťou, utrpením, úzkosťou, strachom a obavami, možno samoty, beznádeje a bezvýhodiskovosti umožňuje pravdivú a dôveryhodnú komunikáciu s chorým človekom.

Záver

Úsilie lekára rešpektovať dôstojnosť a základné ľudské práva každej ľudskej osoby môže byť úspešné iba vtedy, ak sú jeho ciele založené na súlade dobra a základných ľudských hodnôt, ktoré predstavujú najvyššie aspirácie ľudstva tak z hľadiska jednotlivca ako aj celej ľudskej spoločnosti. Z tohto dôvodu je nesmierne dôležité vkladať socializačné prvky aj do výučby a výchovy budúcich lekárov, aby boli skutočne dobrom pre každého jedného svojho pacienta.

Literatúra:

- [1] FIALOVÁ, L., KOUBA, P., ŠPAČEK, M. (eds.): *Medicína v kontextu západního myšlení*. Galén : Praha 2008. ISBN 978-80-7262-513-0.
- [2] GLASA, J.: *Vybrané etické problémy v neurologii*. In: *Medicínska etika a bioetika*, 2010, 17 (3-4): 4-13.
- [3] HAŠKOVCOVÁ, H. *Etika a komunikace v lékařské praxi*. In PTÁČEK, R., BARTUNĚK, J. a kol. *Etika a komunikace v medicíne*. Praha: Grada Publishing, 2011.
- [4] KOŘENEK, J.: *Lékařská etika*. Praha : Triton, 2002.

- [5] KRÁMSKÝ, D.: Filosofické základy psychologie morálky. Nakladatelství Bor, Liberec: 2015. ISBN 978-80.87607-43-5.
- [6] MOJZEŠOVÁ, M. et al.: *Public Health Ethics*.
- [7] SPAEMANN, R.: Hovoríme o etike. Vydavateľstvo Don Bosco, 1994. ISBN 80-85405-34-2.
- [8] ŠOLTÉS, L. a kol.: Vybrané kapitoly z medicínskej etiky. UK: Bratislava, 2001. ISBN 80-223-1562-1.
- [9] ŠOLTÉS, L., PULLMANN, R. a kol.: Vybrané kapitoly z medicínskej etiky. Martin: Osveta, 2008. ISBN 80-223-1562-1.
- [10] TRIZULJAKOVÁ, J. a kol.: Medicínska etika - vybrané kapitoly. 1. časť. UK: Bratislava 2016. ISBN 978-80-223-4093-9.

Kontakt:

Mária Mojzešová, doc., MUDr., PhD.
Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave
Ústav sociálneho lekárstva a lekárskej etiky Lekárskej fakulty UK v Bratislave
Sasinkova 2, 813 72 Bratislava
maria.mojzesova@fmed.uniba.sk