

Acta Medica Christiana

Spravodaj zväzu kresťanských lekárov a zdravotníkov
Ročník 2. 1995 Číslo 2

Obsah

| | | | |
|--|----|--|----|
| ✓ Úvodom | 1 | – Individuální zdravotní účty V. Klaus | 13 |
| ✓ Príspevky a materiály | 2 | ✓ Informácie | 15 |
| – Umelé oplodnenie a eugenika (2. časť) E. Sgreccia | 2 | – Členský príspevok ZKLZ | 15 |
| – Stav a smerovanie slovenského zdravotníctva J. Bielik | 7 | – Stanovisko Výboru FEAMC k encyklike Sv. Otca Jána Pavla II. <i>Evangelium vitae</i> ... | 15 |
| – Ako pomáham trpiacemu chorému? M. Babál | 11 | – Kurzy medicínskej etiky | 15 |
| – Zdravotníctvo – kam ideš? A. Hrádocký | 12 | – Vitae a.s. informuje | 16 |
| | | – International Conference „Patients and Carers“ – Stretnutie mladých Pro life | 16 |

Úvodom

„Ochrana a podpora ľudského života je prejavom účasti na kráľovskom poslaní Krista, a preto má mať charakter služby lásky, ktorá sa vyjadruje osobným svedectvom, rôznymi formami volontariátu, spoločenskej aktivity i politického zaangažovania. Je to potreba mimoriadne naliehavá v prítomnej chvíli, keď „kultúra smrti“ tak agresívne napáda „kultúru života“ a často sa zdá, že má nad ňou prevahu. Predovšetkým je to však potreba, zrodená z viery, „činnej skrze lásku“ (Gal 5, 6), ako to pripomína List sv. Jakuba: „Bratia moji, čo osoží, keď niekto hovorí, že má vieru, ale nemá skutky? Môže ho taká vieru spasiť? Ak je brat alebo sestra bez šiat a chýba im každodenná obživa a niekto z vás by povedal: „Chod'te v pokoji! Zohrejte sa a najedzte sa!“, ale nedali by ste im, čo potrebujú pre telo, čo to osoží?! Tak aj vieru: ak nemá skutky, je sama v sebe mŕtva“ (2, 14 - 17).” ● „Služba lásky vzhľadom na život musí zahŕňať všetko a všetkých: nemôže pripustiť jednostrannosť a diskrimináciu, lebo ľudský život je posvätný a nenarušiteľný v každej svojej fáze a v každej situácii: je nedeliteľným dobrom. Treba sa preto „starat' o celý život a o život všetkých“. Potrebne je teda ísť ešte hlbšie, až ku koreňom života a lásky.” ● „Znovu treba venovať osobitnú pozornosť úlohe nemocníc, kliník a liečebných domov. Ich pravá totožnosť nespočíva len v tom, že sú zariadeniami, v ktorých sa venuje starostlivosť chorým a umierajúcim, ale predovšetkým v tom, že si v nich možno uvedomiť a prežiť pravý kresťanský zmysel choroby, utrpenia a smrti. Táto identita by mala byť osobitne výrazná v zariadeniach, ktoré vedú rehole, alebo sú nejakým iným spôsobom zviazané s Cirkvou.” ● „Osobitnú zodpovednosť má zdravotnícky personál: lekári, farmaceuti, ošetrovatelky a ošetrovatelia, kapláni, rehoľníci a rehoľníčky, administratívni pracovníci a dobrovoľníci. Ich profesia im káže chrániť ľudský život a slúžiť mu.” ● „V dnešnom kultúrnom a spoločenskom kontexte, v ktorom lekárska veda a lekárske umenie akoby strácali svoj pôvodný vnútorný etický rozmer, často sú silno pokúšané manipulovať životom, alebo priamo spôsobovať smrť. Vzhľadom na toto pokušenie nesmierne vzrastá ich zodpovednosť, ktorá má svoj najhlbší zdroj a najsilnejšiu oporu v nevyhnutnom etickom rozmere lekárskej profesie, o čom svedčí starobylá, ale stále aktuálna Hippokratova prísaha, podľa ktorej je každý lekár povinný preukazovať najvyššiu úctu ľudskému životu a jeho posvätnosti.” ● „Absolútne rešpektovanie každého nevinného ľudského života vyžaduje si aj využívať právo námitok svedomia vzhľadom na umelý potrat a eutanáziu. „Usmrtenie“ nikdy nemožno považovať za liečebný úkon, ani vtedy, keď jeho jediným zámerom je splniť žiadosť pacienta: je to skôr sprenevera lekárskeho povolaniu, ktoré možno definovať ako rozhodné a vrúne „áno“ životu. Aj v oblasti biolekárskych výskumov, ktorá fascinuje a sľubuje veľké objavy pre dobro ľudstva, treba sa stále vyhýbať bádaniu, pokusom a aplikáciám, ktoré znevážujú nenarušiteľnosť ľudského bytia, a tak prestávajú slúžiť človeku: hoci mu zdanlivo pomáhajú, v skutočnosti sú namierené proti nemu.”

E. Sgreccia

b) Umelé oplodnenie a jednota rodiny

Druhý etický problém predstavuje jednota rodiny: želanie mať dieťa vedie niektoré manželské páry k tomu, aby prijali darované mužské, alebo ženské gaméty, alebo embryá. Heterológna umelá inseminácia a heterológne oplodnenie *in vitro* privádzajú do manželskej intimity tretieho, alebo dokonca štvrtého partnera a tým kompromitujú základnú zásadu manželstva, t. j. jednotu medzi manželmi a porušujú „výlučné právo, že jeden sa môže len cez druhého stať otcom, alebo matkou“ (II, 2) (38). Aj keď obaja partneri súhlasia so žiadosťou o heterológne oplodnenie, ostáva (keďže je podmienené darovaním cudzích gamét) toto vniknutie do manželskej a rodičovskej jednoty faktom.

Táto zmena vzťahu medzi manželmi vedie nevyhnutne k zmene vzťahu medzi rodičmi a deťmi. Dieťa bude mať rozličných rodičov: už nie jediného otca a jedinú matku, ktorí dieťa splodia a vychovávajú, ale dvoch otcov a jednu matku, alebo jedného otca a dve, alebo tri matky, alebo dvoch otcov a tri matky, ba až šesť rodičov, t. j. dvoch genetických rodičov, dvoch sociálnych rodičov, vypožičanú matku a jej manžela.

Táto situácia je pre dieťa prekážkou nájsť svoju biologickú a právnu identitu, ako aj svoju identitu v psychologickom dozrievaní a odporuje monogamnému poňatiu rodiny a pravému dobru dieťaťa. Vytvára aj cestu pre „nové“ vzťahy otec – matka – dieťa: pojem „rodina“ sa tak stane iba jedným spôsobom, ako vyjadriť a usporiadať súbor vzťahov bez ohľadu na právne väzby medzi dospelými, alebo na pokrvné príbuzenstvo. Išlo by jednoducho o istý druh katalogizácie. Paradoxne sa môže takto stať práve to za každú cenu chcené dieťa, eugenicky selektované dieťa, v konečnom dôsledku v rámci paradoxného a rozdeleného rodičovstva dieťaťom úplne bez identity.

Je veľa iných paradoxných a eticky neprijateľných situácií, ktoré môžu vzniknúť pri darovaní gamét: pomyslime na heterológnu umelú insemináciu a oplodnenie *in vitro* u slobodnej, odovodenej, alebo homosexuálnej ženy, alebo na skutočnosť, že anonymné darovanie semena môže slúžiť na oplodnenie viacerých žien s možnosťou manželstva medzi pokrvnými príbuznými, alebo na oplodnenie post mortem.

Následky sú ešte vážnejšie, ak je v hre „vypožičaná“ matka (angl. surrogate mother – náhradná matka): môžeme postaviť hypotézu, že dieťa dostane dedičné vlastnosti od dvoch osôb, vitálny vplyv v maternici „vypožičanej“ matky a výchovu od ďalších dvoch osôb. U vypožičanej matky treba brať do úvahy aj problém „komerčného“ použitie tela tejto ženy. „Vypožičané“ materstvo predstavuje objektívny priestupok voči povinnostiam materskej lásky, manželskej vernosti a zodpovedného materstva, zraňuje dôstojnosť a právo dieťaťa byť počaté, vynosené, privedené na svet a vychované vlastnými rodičmi, vedie k poškodeniu rodiny, k rozdeleniu medzi fyzickými, psychickými a morálnymi prvkami, ktoré tvoria rodinu“ (II, 3) (39). Mnohými používané porovnanie heterológneho oplodnenia s adopciou nie je správne a nemôže nič zmeniť na negatívnom etickom posúdení heterológneho oplodnenia. Adopcia sa neprehrešuje proti manželskému vzťahu, pretože dieťa malo dvoch rodičov, ktorí mu spolu darovali život v akte vzájomného darovania sa: adopciou je zverené inému páru k výlučnej úlohe výchovy.

Aj v rámci jedného páru sú v dôsledku heterológneho (ale aj nie heterológneho) umelého

oplodnenia možné vážne problémy. Pomyslime na úlohu legálneho otca, ktorý vie, že nie je biologickým otcom: tento muž je za určitých okolností konfrontovaný s ťažkými psychologickými problémami, ktoré spočívajú v spracovaní vlastnej neplodnosti, materskej túžby manželky a konečne v spracovaní vlastného nie biologického otcovstva: manželský vzťah nie je prežívaný ako paritný a pocity viny a frustrácie ohrozujú za určitých podmienok samotný manželský vzťah (40).

A ako nemáme myslieť na dôsledky pre samotnú ženu, ktorej materská úloha je postavená úplne na hlavu? Ján Pavol II. píše: „Materstvo obsahuje zvláštnu jednotu s tajomstvom života, ktorý dozrieva v lone ženy: matka užasnuto stojí pred týmto tajomstvom a so zvláštnou intuíciou zachytáva, čo sa v nej deje. Vo svetle „začiatku“ prijíma matka dieťa, ktoré nosí v lone, ako osobu a miluje ho. Tento jedinečný spôsob kontaktu s novým človekom, ktorý sa formuje, vytvára svojím spôsobom taký postoj k človeku – nielen k vlastnému dieťaťu, ale k človeku ako takému – že ním je hlboko poznačená celá osobnosť ženy” (Mulieris dignitatem, 18) (41). Materstvo, ponímané len ako tehotenstvo alebo ako genetické materstvo, odľučuje pôvodnú fyziognómiu materstva a mení jeho charakteristické rysy. Spojenie manželov ako osôb sa stáva „zbytočnosťou”. Možnosti pôvodu sa zmnožia tým, že sa od seba oddelia. Od ženy sa žiadajú „gaméty”, alebo v určitých prípadoch maternica. Jej osoba sa „používa” a je akoby odľudštená: zdá sa však, že mnohé ženy si toho nie sú vedomé (42).

Rozpad rodiny a rodičovských úloh sa potom prejavuje v celej spoločnosti, ktorej základnou bunkou je rodina.

c) Jednota a dôstojnosť plodiaceho aktu

Tento aspekt sa týka všetkých techník umelého oplodnenia – heterológneho aj homológneho, umelého oplodnenia v tele i mimo tela matky. Odhliada od bežnej straty embryí a zahŕňa všetky metódy, ktoré nahrádzajú manželský plodiaci akt, resp. významy manželského aktu, t.j. ktoré oddeľujú milujúce spojenie od rozmnožovania. Ide tu o najpálčivejší bod pre pochopenie etického a antropologického charakteru umelého oplodnenia. Zachovať túto jednotu predstavuje totiž jedinú cestu, ako odstrániť vonkajšiu moc nad rozmnožovaním, t.j. každú selektívny nárok človeka na človeka v okamihu počatia.

Asi sa všetci pamätáme, že po zverejnení *Inštrukcie Donum vitae* sa aj v katolíckom svete objavili názorové rozdiely (43), ktoré spochybňovali toto zotrvávanie na princípe nerozdeliteľnosti významu spojenia a rozmnožovania – zotrvávanie, ktoré už bolo oznámené v encyklike *Humanae vitae*.

„Manželský akt, ktorým sa manželia jeden druhému vzájomne darujú, vyjadruje zároveň otvorenie sa daru života: je to nedeliteľne súčasne telesný a duchovný akt. V svojom tele a prostredníctvom svojho tela uskutočňujú manželia manželstvo a môžu sa stať otcom a matkou. Aby sa rešpektovala reč tela a jej prirodzená plnosť, musí sa manželské spojenie odohrať v úcte pred otvorením sa rozmnožovaniu a splodenie osoby musí byť ovocím a cieľom manželskej lásky. Pôvod ľudskej bytosti je tak ovocím splodenia, ktoré ‘nie je viazané len na biologické, ale aj na duchovné zjednotenie rodičov, ktorí sú zjednotení vo zväzku manželstva’” (II, 4) (44).

Aby sme pochopili tento aspekt, musíme sa rozpamätať na niektoré základné pravdy:

1. Plodiaci akt u človeka je „osobný” a nie iba biologický akt, ide o akt, ktorý koná osoba, nie iba biologický organizmus.

2. Tento osobný akt musí byť aj vyjadrený celou osobou a odovzdaním sa osôb v una caro (v jednom tele), v ktorom sa toto odovzdanie vyjadruje a symbolizuje cez štruktúru sexuálnej dimenzie človeka. V tomto ohľade je treba spomenúť, že v ľudskej osobe môžu byť vyjadrené tri roviny činnosti: biologická rovina, ktorá je vlastná funkciám autonómneho

organického života (trávenie, látková výmena, atď.), rovina produktivity, ktorá pochádza z osoby a veci má ako predmety, a vlastná osobná rovina, ktorá do vzťahov ducha a Ja zahŕňa znaky tela a reč tela, ako je to vo všetkých ľudských vzťahoch (45). Plodiaci akt nemôže byť ani čisto biologickým aktom – ako miešanie biochemických prvkov, ani konaním produktívneho typu – ako pri výrobe vecí. Ale, aby sa v osobnej rovine súčasne realizovala opätovaná sexualita a interpersonálna vzájomnosť, uskutočňuje sa vzájomným darovaním sa osôb. Ide o dar, ktorý povznáša (transcenduje) a premieňa biologickú udalosť, a to s duchovným rozmerom, ktorý jednoducho nemožno prirovnať k nijakej technike produktívneho typu, alebo púhej kombinácii gamét.

3. Ľudský plodiaci akt je vyjadrením stvoriteľského aktu Božieho a to z dvoch dôvodov: (1) pretože Boh umiestnil a štrukturoval miesto rozmnožovania práve do ľudskej osoby s jej aj sexuálnou a na spoločnosť zameranou fyziológiou, a (2) pretože Boh sa podieľa na priamom stvorení každého duchovného Ja, ktoré nemôže byť produktom ľudského konania.

Z týchto dôvodov je umelé rozmnožovanie, ak nahrádza akt milujúceho spojenia manželov oplodňovacou technikou, cudzie osobnej dôstojnosti rodičov a dieťaťa a odporuje jej. Stavia sa tiež proti vôli Stvoriteľa, pretože (1) oddeľuje rovinu duchovného spojenia od roviny biologickej; (2) privádza niekoho – manželom cudzieho, kto vlastne v danom prípade koná; (3) uskutočňuje sa konaním, ktoré charakterizuje inštrumentálny determinizmus a vyjadruje sa prostredníctvom štruktúry materiálnej kauzality, ktorá je oddelená od manželského láskavého darovania sa a bola by skôr vhodná na produkciu predmetov.

4. Na toto všetko treba myslieť, odhliadnuc aj od logických a prirodzených následkov (avšak bez toho, aby sa ignorovali), ktoré sú možné pri rozmnožovaní oddelenom od manželskej lásky: na mechanický determinizmus, selekciu embryí, technizáciu postupov umelého rozmnožovania a možnosť vykonávať najťažšie manipulácie na ľudskej bytosti. Tieto veci by sa nielen iba nemali robiť, ale malo by sa zabrániť aj tomu, aby boli vôbec možné: „Pôvod ľudskej osoby je v skutočnosti výsledkom darovania. Počatý človek musí byť plodom lásky svojich rodičov. Nemôže byť chcený, alebo počatý ako púhy produkt zásahu medicínskych techník: toto by znamenalo jeho poníženie na objekt vedeckej technológie. Nikto nemôže podriaďiť príchod dieťaťa na svet podmienkam technickej efektívnosti, ktoré sa hodnotia podľa kritérií kontroly a ovládania“ (II, 4) (46). Súhrmom – iba manželská láska môže zabrániť tomu, aby tu neprevládala moc selekcie.

Na tomto mieste nemožno ignorovať námietku vznesenú zástancami prípustnosti umelého rozmnožovania, aspoň v jeho homológnej forme. Katolíckemu učiteľskému úradu sa vyčíta, že sa odvoláva na biologický a rigidný pojem prírodného zákona, keď učí, že sa musí rešpektovať prirodzená štruktúra plodiaceho aktu. Ľudská technika pochádza od človeka a preto by rozmnožovanie s pomocou techniky nebolo neľudské. Ďalej je zastávaný názor, že Stvoriteľ nedal človeku iba schopnosť ovládať vonkajšiu prírodu, ale aj svoju vlastnú – ako to predsa robí mnohými inými medicínskymi technikami a postupmi.

V tomto ohľade chcem ponúknuť len niekoľko podnetov na rozmýšľanie, pretože táto téma by mala byť rozobraná podrobnejšie – počínajúc zodpovedajúcou diskusiou o pojme prírodného zákona.

Keď dokumenty učiteľského úradu hovoria o prírode a jej rešpektovaní, rozumie sa tým nielen biologická príroda – bios, ale aj príroda v metafyzickom význame, t.j. štruktúrna vlastnosť ľudskej osoby, vďaka ktorej je osoba tým čím je, individualitou, v ktorej sú duch a telo natoľko jedno, že duch sa v tele stelesňuje a manifestuje, ale zároveň aj tvorí telesnosť, štrukturuje a oživuje telesnosť. Príroda je teda to, čo tvorí ľudskú bytosť v jej celostnom bytí.

Zákon, o ktorom je reč v dokumentoch katolíckeho učiteľského úradu, je prirodzený morálny zákon – nie fyzikálny alebo biologický zákon. Biologický zákon je naplnený aj pri umelom oplodnení, pretože keby sa nezachovala jeho podstata a účinok pri kontakte medzi

mužskou a ženskou gamétou, nenastalo by ani oplodnienie. Čo sa však v tomto prípade nerešpektuje, je prirodzený morálny zákon, ktorý nás zaväzuje chápať človeka ako osobu v jeho úplnosti a sexuálny plodiaci akt ako výraz ducha a osobnej lásky v darujúcej sa telesnosti.

To, čo sa odsudzuje, nie je ani technika, ako taká, ani použitie technológií na ľudskom tele, ale skutočnosť, že tento spôsob použitia zavádza rozdelenie a dualizmus medzi biologicko – reprodukčnou a duchovnou rovinou manželského Ja.

Záver

Niet pochybnosti o tom, že bezdetnosť môže byť pre neplodný manželský pár zdrojom strasti a utrpenia – a že túžba po rozmnožovaní je výrazom povolania k otcovstvu a materstvu obsiahnutému v samotnej manželskej láske. Na základe púheho želania však nemožno odôvodniť použitie ktorejkoľvek techniky umelého oplodnenia, ani nemožno zmeniť toto želanie na akési právo.

Zočí – vočí snahe po dieťati, snahe, ktorá často vedie až do posledných dôsledkov, musí byť snaha katolíkov zameraná na to, aby sa na jednej strane zachovala dôstojnosť ľudského zárodka (embrya) a každého človeka; na druhej strane aby sa chránila jednota rodičovského spojenia a rozmnožovací akt sa zachoval v rovine chrániacej dôstojnosť ľudskej osoby, bohatou na duchovnosť, slobodnej od meniaceho sa a manipulujúceho ovládania. Treba však otvárať aj nové cesty pre kultúru plodnosti, ktorá má nielen biologickú, ale aj emocionálnu – duchovnú rovinu. Súčasne je potrebné podporovať aj tie výskumy, ktoré prinášajú skutočnú liečbu neplodnosti, t.j. liečbu, ktorá vráti organizmu jeho generatívnu integritu.

Chcel by som svoj referát zakončiť slovami Blondela: „Problém života je pre všetkých, vedome či nevedome, zároveň metafyzickým, morálnym a vedeckým problémom. Jeho správne uchopenie pozostáva zo syntézy hodnôt, vedomostí a bytia. Ide o správne spojenie všetkého, z čoho pozostáva človek a čo nemôže byť odtrhnuté od seba bez toho, aby nebolo zničené všetko, čo sa rozdelilo. Ono je tým bodom, v ktorom sa stretáva celý svet myslenia – morálny a vedecký. Keď sa tieto dva svety nezjednotia, je všetko stratené.” (47).

Literatúra

1. Congregazione per la Dottrina della Fede, Istruzione su il rispetto della vita umana nascente e la dignità della procreazione (22. 2. 1987), Libreria Ed. Vaticana, Città del Vaticano, 1987, II. 4. Sul tema vedi anche: Pio XII, Allocuzione ai partecipanti al II Congresso Mondiale della Fertilità e Sterilità, 19 maggio 1956, AAS, 1956, pp. 468 – 471; ID., Allocuzione alle partecipanti al convegno della Unione Cattolica delle Osterreichhe, 29 ottobre 1951, AAS, 1951, p. 850; Paolo VI, Enciclica Humanae Vitae, 25 luglio 1968, n. 12, AAS, 1968, pp. 488 – 489. 2. Ibi., II.3. 3. Cfr. a questo proposito: Di Pietro M.L., Analisi comparata delle leggi e degli orientamenti normativi in materia di fecondazione artificiale, Medicina e Morale 1993/1: 231 – 282. 4. Testart J.: Le désir du gène, Francois Bourin, Paris 1992, pp. 44 ss. Ricordiamo, tra le banche del seme, quella dei Premi Nobel fondata da Robert Graham. 5. Ibi., p. 41. 6. Ibi. pp. 48 – 49. 7. Serra A.: La sperimentazione sull'embrione umano: una nuova esigenza della scienza e della medicina? Medicina e Morale, 1993/1: 97 – 116; Dyson A., Harris J.: Experiments on embryos, Routledge, London 1990; Dunstan G., Sellar M.J. (eds.): The status of human embryos, King's Fund, London 1990. 8. Testart J.: Le désir..., p. 90 ss. 9. Ibi., p. 143. 10. Cfr., ad es.: Still K., Kolat T. et al.: Early third trimester selective feticide of a compromising twin, Fetal Therapy, 1989/4: 83–87. Le fasi dello sviluppo embrionale e fetale su cui si interviene a scopi selettivi sono tante e non descrivibili in poco spazio, per cui ci sia sufficiente richiamare alcune parole di Testart: „L'intrusion biomédicale dans la procréation implique la meilleure maîtrise possible de la qualité du produit. Elle porte, en toute naïveté perverse, une conception eugénique du monde qui s'impose en décid du débat officiel. Elle met en place une mécanique irréversible et insidieuse de contrôle du vivant qui trouvera mieux à s'exprimer avec le développement de nouvelles technologies” (Testart, J.: La désir du..., p. 122). 11. Riportato da La Croix, L'événement, 3 novembre 1987. 12. Serres M.: Préface, in: Testart J.: L'oeuf transparent, Flammarion, Paris 1986, pp. 17 ss. 13. Edelman E.: Entretiens, Cattolica 1993, septembre, p. 67. 14. Testart J.: La désir..., pp. 164 ss. 15. Di Pietro M. L., Spagnolo A. G., Sgreccia E.: Meta-analisi dei dati scientifici sulla GIFT: un contributo all'riflessione etica, Medicina e Morale 1990/1: 13 – 40; Medical Research International – The American Fertility Society: In vitro fertilisation – embryo transfer (IVF-ET) in the United States: 1990 results from the IVF-ET registry, Fertility and Sterility 1992 (57)/1: 15 ss; Hull M. G. R.: Infertility treatment: relative effectiveness of conventional and assisted conception methods, Human Reprod., 1992 (7/6): 785 – 796; Seppala M.: The world collaborative report on in vitro fertilization and embryo replacement: current state of art in January 1984, Annals of New York Academy of Sciences, 1985 (442): 1 – 22. 16. Engelhardt H. T.: Manuale di Bioetica, Il Saggiatore, Milano, 1991, pp. 126 ss. 17. „Enfin, il est urgent de déborder la discussion du „statut de l'embryon”, come on l'a fait avec celle du sexe des anges, pour en apercevoir les enjeux...” (Testart J.: La désir..., pp. 176). 18. Per una disamina delle varie correnti di pensiero, vedi: Palazzani L., Sgreccia E.: Il dibattito sulla fondazione etica in bioetica, Medicina e Morale, 1992/5: 847 – 870. 19. Di Pietro M.L.: Analisi comparata delle ... In difesa – pur se talora parziale – dell'embrione umano si sono pronunciati a più riprese sia il Consiglio d'Europa che il Parlamento Europeo. Vedi a questo proposito:

Assemblée Parlementaire du Conseil l'Europe: **Recommandation 1100 (1989) sur l'utilisation des embryos et foetus humains dans la recherche scientifique**, Strasbourg 1989, in offset; ID: **Recommandation 1046 (1986) relative à l'utilisation d'embryos et foetus humains à des fins diagnostiques, thérapeutiques, scientifiques, industrielle et commerciales**, Strasbourg 1986, in offset; ID: **Recommandation 934 (1982) relative à l'ingénierie génétique**, Strasbourg 1982, in offset; Parlamento Europeo: **Risoluzione (doc. A 2-372/88) concernente la fecondazione artificiale in vivo e in vitro**, Strasbourg 16. 3. 1989, comma 4; ID: **Risoluzione (doc. A 2-327/88) sui problemi etici e giuridici della manipolazione genetica**, Strasbourg 16. 3. 1989, comma 31. Il testo delle due risoluzioni è riportato da Medicina e Morale 1989 (3): 579 – 590. **20**, D'Ottavio G., Simonelli C.: **Andrologia e psicopatologia del comportamento sessuale**, N.I.S., Roma 1990; Marrama P., Carani C., Pasini W., Baldaro Verde I.: **L'inseminazione della discordia**, Franco Angeli, Milano 1987; Ancona L.: **La procreazione artificiale: considerazioni psicologiche**, in: Sgreccia E. (a cura di): **Il dono della vita**, Vita e Pensiero, Milano 1987, pp. 147 ss. **21**, Donati P.: **Transformazioni socio-culturali della famiglia e comportamenti relativi alla procreazione**, Medicina e Morale 1993/1: 117 – 163; Rossi Sciumé G.: **Problemi sociologici emergenti nel merito del dibattito sulla procreazione assistita**, ibi, pp. 165 – 181; Baldaro Verde J.: **Avere un figlio o essere genitori?** in: Marrama P., Carani C., Pasini W., Baldaro Verde I.: **L'inseminazione della discordia**, Franco Angeli, Milano 1987, pp. 115 ss; Blangiardo G., Rossi G.: **Viaggio tra le contraddizioni del comportamento riproduttivo: dal rifiuto alla ricerca del figlio „a tutti i costi“**, in: Donati P. (a cura di): **III Rapporto sulla famiglia in Italia**, Paoline-CISF, Cinisello Balsamo, 1993. **22**, Berlinguer G.: **Questioni di vita, Etica, scienza e salute**, Einaudi, Torino 1991. E' stato, ad esempio, rilevato che la microchirurgia tubarica ha costi analoghi alle tecniche di procreazione artificiale a fronte di migliori percentuali di successo. Vedi: Haan G., Van Steen R.: **Costs in relation to effects of in vitro fertilization**, Human Reprod. 1992 (7/7): 982 – 986. **23**, Jones H. W.: **The ethics of in vitro fertilization – 1982**, Fertil. Steril., 1982 (37): 146 – 149; Curran Ch. E.: **Écécindation in vitro et tranfer d'embriun du point de vue de la théologie morale**, Le Supplement 1979 (130), p. 319; Verspiren P.: **L'aventure de la fecondation in vitro**, Etudes 1982 (375/5): 485 – 488. **24**, Le opinioni di questi autori sono riportati da: Rodriguez Luno A., Lopez Mondejar R.: **La fecondazione in vitro: aspetti medici e morali**, Città Nuova, Roma 1986, pp. 83 – 87. **25**, A questo proposito vedi: Serra A., Sgreccia E., Di Pietro M. L.: **Nuova genetica e embriopoesi umana**, Vita e Pensiero, Milano 1991; Serra A.: **Quando è iniziata la mia vita**, Civiltà Cattolica 1989 (3348): 575 – 585. Riassumendo brevemente le obiezioni che vengono avanzate all'inizio della vita individuale umana con la fecondazione, ricordiamo: la teoria della 21 ora (la vita individuale umana ha inizio dopo la fusione dei nuclei dello spermatozoo e della cellula uovo, poiché in quel momento è possibile evidenziare la presenza di un nuovo essere umano dotato di un patrimonio genetico nuovo e individuale); la teoria del 14 giorno (la vita individuale umana ha inizio dopo la formazione della stria primitiva o quando non esiste più la possibilità dei fenomeni di gemellazione o a conclusione dell'impianto in utero); la teoria del 40 giorno (la vita individuale umana ha inizio dopo che vi è stato un sufficiente sviluppo del sistema nervoso centrale). **27**, Vedi quanto riportato da Bausola A.: **Premessa**, in: Sgreccia E. (a cura di): **Il dono della vita**, Vita e Pensiero, Milano 1987, pp. 45 – 49. A questo proposito ricordiamo che P. Singer sostiene che è persona chi possiede autocoscienza, senso del passato, senso del futuro, capacità di porsi in rapporto con gli altri, riguardo per gli altri, comunicazione e curiosità: perciò, se il valore della vita dipende dall'essere persone, bisognerebbe rifiutare – secondo questo autore – „la teoria per cui la vita dei membri della nostra specie ha più valore di quella dei membri di altre specie. Alcuni esseri appartenenti a specie diverse dalla nostra sono persone; alcuni esseri umani non lo sono. Nessuna valutazione oggettiva può attribuire alla vita di altre specie che non lo sono (ad es., le scimmie antropomorfe). Al contrario abbiamo ragioni molto forti per dare più valore alla vita delle persone che a quella delle non-persone. E così sembra che sia più grave uccidere, per esempio, uno scimpanzé, piuttosto che un essere umano gravemente menomato, che non è una persona” (Singer P.: **Etica pratica**, Liguori, Napoli 1989, p. 102). **28**, Ribes B.: **Pour une réforme de la législation française relative à l'avortement**, Etudes, 1973 (1): 66 – 69. **29**, Riportato da: Di Menna R.: **Umanizzazione e animazione del concepimento umano**, in: AA.VV.: **Scienza e origine della vita**, Oriente Medico, Roma 1990, pp. 36 – 72. **30**, Qualqueheu B.: **La volontà di procreare. Réflexion philosophique**, Lumière et Vie, 1982 (agosto – ottobre): 64. **31**, Il testo del documento è riportato in Medicina e Morale 1989/4, suppl. **32**, Vanni Rovighi S.: **Elementi di filosofia**, La Scuola, Brescia, 1982, pp. 102 – 103. **33**, Tra gli autori che sostengono una presenza personale fin dal concepimento, citiamo: Crosby J. F.: **Are some human beings not persons?** Anthropos (ora Anthropotes), 1986 (2): 215 – 232; Sgreccia E.: **Manuale di Bioetica**, Vita e Pensiero, Milano 1994, pp. 361 ss; Tettamanzi D.: **La comunità cristiana e l'aborto**, Paoline, Alba 1975; ID: **Bambini fabbricati**, Piemme, Casale Monferrato 1985; Carrasco De Paula I.: **Personalità dell'embrione ed aborto**, in AA.VV.: **Persona, verità e morale**, Atti del II Congresso Internazionale di Teologia Morale, Roma 7 – 12 aprile 1986, Città Nuova, Roma 1987, pp. 277 – 290. **34**, Congregazione per la dottrina fede, **Istruzione su il rispetto della vita umana nascente e la dignità della procreazione** (22. 2. 1987), I. 1. **35**, Ibidem. **36**, Ibidem. **37**, Giovanni Paolo II: **Discorso ai partecipanti ad un seminario di studio sulla procreazione responsabile** (17. 9. 1983), in: **Insegnamenti di Giovanni Paolo II**, Libreria Ed. Vaticana, Città del Vaticano, 1983, VI, 2: 562. **38**, Congregazione per la dottrina fede, **Istruzione su il rispetto della vita...**, II, 3. **39**, Ibi, II, 3. **40**, Isidori A.: **La figura del partner maschile nella inseminazione da donatore (AID)**, documento di lavoro del Comitato Nazionale per la Bioetica, in dattiloscritto. **41**, Giovanni Paolo II: **Lettera Apostolica Mulieris Dignitatem** (15 agosto 1988), n. 18, Libreria Ed. Vaticana, Città del Vaticano, 1988. **42**, Di Pietro M.L.: **Fecondazione artificiale e frammentazione della maternità: considerazioni etiche e giuridiche**, La Famiglia 1992/154: 5 – 19. **43**, Vedi ad es: Cahill L. S.: **Moral traditions, ethical language and reproductive technologies**, J. Med. Philos. 1989 (14): 497 – 522; Carlson J. W.: **Donum vitae on homologous interventions: is IVF-ET a less acceptable gift than GIFT?** ibi, pp. 523 ss; Mc Cormick R. A.: **The importance of naturalness and conjugal gametes**, Annals New York Academy of Sciences. **44**, Congregazione per la dottrina fede, **Istruzione su il rispetto della vita...**, II, 4. **45**, Sgreccia E.: **Manuale di Bioetica**, Vita e Pensiero, Milano 1994, pp. 123 ss. **46**, Congregazione per la dottrina fede, **Istruzione su il rispetto della vita...**, II, 4. **47**, Blondel M.: **L'azione**, Paoline, Cinisello Balsamo 1993, p. 114.

Druhá časť textu prednášky na Výročnom kongrese Asociácie katolíckych lekárov Švajčiarska, 26. – 28. 5. 1994, Sion (Švajčiarsko). Slovenský preklad z nemeckého originálu poskytla pre náš časopis láskavo organizácia „Donum vitae“ (MUDr. A. Hrádocký), ktorej redakcia touto cestou vyzdvhuje poďakovanie. Prvú časť textu sme uverejnili v predošlom čísle nášho časopisu (AMCS 2(1)1995). Odkazy na literatúru sa týkajú oboch častí príspevku.

Prof. Mons. Elio Sgreccia je v súčasnosti generálnym sekretárom Pápežskej rady pre rodinu. Mnoho rokov pôsobil ako riaditeľ Centra di Bioetica na Katolíckej univerzite Najsvätejšieho Srдца v Ríme. Je autorom početných publikácií v odborných časopisoch, ako aj impozantného súhrnného diela – dvojzväzkovej učebnice bioetiky (Manuale di Bioetica). Je hlavným redaktorom odborného časopisu Medicina e Morale.

STAV A SMEROVANIE SLOVENSKEHO ZDRAVOTNÍCTVA

J. Bielik

1. Stručný súhrn podstatných momentov vývoja

Pri pokuse o charakteristiku zdravotníctva Slovenskej republiky je vhodné aspoň rámcovo označiť východiská jeho transformačného procesu, ktorý sa začal po novembri 1989. Do tohto času charakteristiku zdravotníctva v SR určoval z legislatívneho hľadiska Zákon o starostlivosti o zdravie ľudu č. 20/1966 Zb. a naň nadväzujúce vládne vyhlášky a rezortné smernice. Uvedený zákon zabezpečoval činnosť zdravotníctva ako systému v danom systéme spoločnosti, aj keď s postupom času bolo čoraz ťažšie sklbiť napísané s realitou.

Po novembri 1989 sa v rámci značného nadšenia a pracovného nasadenia vytvárali rôzne zoskupenia, zaoberajúce sa transformáciou slovenského zdravotníctva. V júli 1990 sa už formálne vytvorila skupina expertov pre reformu, ktorej hlavná skupina koordinovala činnosť ďalších 14 pracovných skupín. Výsledkom ich spoločnej práce boli „Zásady reformy štruktúry, riadenia a financovania zdravotníctva Slovenskej republiky“. Tento materiál bol schválený uznesením vlády SR 24.XI.1990. Podľa pôvodných predstáv sa predpokladalo, že transformačný vývoj v zdravotníctve bude prebiehať v niekoľkých fázach. Prvou mal byť rok 1991, ktorý sa mal venovať najmä príprave novej potrebnej legislatívy a zmene spôsobu financovania. Roky 1992 a 1993 mali byť určitým prechodným obdobím, v ktorom sa mali uskutočniť zásadné zmeny vo financovaní, vzdelávaní i výskume. Rovnako sa malo zaviesť zdravotné poistenie. Od roku 1994 sa uvedený systém mal stabilizovať. Prvým legislatívnym predpokladom bola prijatá novela zákona 20/66 Zb. v septembri 1991. Na uvedenú novelu mali nadviazať zákony o organizácii zdravotníctva a o podmienkach poskytovania starostlivosti o zdravie.

V roku 1991 sa uskutočnila dekompozícia okresných ústavov národného zdravia na ich jednotlivé články. Z nich pomerne najmenej vyjasnenú úlohu mali dovtedajšie okresné hygienické stanice (OHS), premenované na Ústavy hygieny a epidemiológie (ÚHE). Predstaviteľmi štátnej správy sa stali štátni obvodní a štátni okresní lekári, ktorí prevzali určitú časť kompetencií OHS a zdravotného odboru predchádzajúceho okresného národného výboru. Významným krokom bola formulácia Národného programu podpory zdravia, v ktorom boli sformulované prioritné medicínske programy. Podstatnou črtou uvedeného programu bolo jasné definovanie účasti štátu, resp. jednotlivých rezortov na uvedenom programe, s vyjadrením príslušnej zodpovednosti. V roku 1995 sa Ústavy hygieny a epidemiológie transformovali na štátne zdravotné ústavy (SZÚ).

2. Základné údaje

V rezorte zdravotníctva SR pracovalo k 31. XII. 1994 celkom 116 568 pracovníkov. Z tohto počtu (nasledujú údaje bez údajov z vedecko-výskumných zariadení a kúpeľov) bolo 16 476 lekárov, kým stredných zdravotníckych pracovníkov bolo 48 714. Počet hospodársko-technických pracovníkov dosiahol 6 205 osôb, počet robotníkov 23 136 osôb. Počet pracovníkov bývalej lekárenskej služby sa udával na 4 427 osôb (daný údaj je z roku 1993). Počet pracovníkov v kúpeľoch a vedecko-výskumných zariadeniach bol 10 400 osôb. Celkový počet zamestnancov sa oproti roku 1994 znížil o cca 3 047 osôb, a od roku 1992 o 6 319 osôb, z toho v príspevkových organizáciách o 4 558, v rozpočtových organizáciách o 1 145 a v hospodárskych organizáciách o 438 osôb..

Sústavu zdravotníckych zariadení tvorilo: 5 fakultných nemocníc, 76 všeobecných nemocníc, 19 ústavov (liečebných, výskumných, vzdelávacích, rehabilitačných), 44 polikliník, 12 odborných liečební, 11 dojčenských ústavov, detských domovov a geriatrických rehabilitačných ústavov, 5 servisných služieb, 40 ústavov hygieny a epidemiológie a 35 stredných zdravotníckych škôl. Celkový počet postelí v zdravotníckych zariadeniach sa odhaduje na cca 62 000 (počet postelí sa neustále mení, súčasná tendencia je znižovanie posteľového fondu). Privatizácia lekární výrazne pokročila v r. 1994. Nemocničných lekární je približne 80, zo zostávajúcich 800 – 850 lekární je asi 600 – 650 lekární súkromných a asi 150 – 200 ešte zostáva v štátnom sektore. Nakoľko sa nepodarilo prijať zákonnú normu o hlásnej a evidenčnej službe, uvedené čísla treba považovať za približné. Distribučnou činnosťou sa zaoberalo cca 130 distribučných privatných firiem a jedna štátna firma – Medika, š.p.

Z celkového počtu úmrtí v Slovenskej republike podiel kardiovaskulárnych ochorení tvoril cca 52%, podiel onkologických ochorení cca 20% a podiel respiračných ochorení cca 7,5%. Priemerná dĺžka života nejaví v posledných rokoch výraznejšiu zmenu. Ešte v roku 1989 bola u mužov 67,7 roka a u žien 75,3 roka. Priemerné percento pracovnej neschopnosti podľa dosiahnuteľného údaja z roku 1992 bolo 5,32 %.

Charakteristickou črtou bol trvale znižujúci sa objem finančných prostriedkov pre zdravotníctvo. Kým v r. 1992 tento objem obsahoval cca 19,1 mld korún, v r. 1993 plánovaný objem bol len 16,7 mld Sk a v r. 1994 15,7 mld Sk.

3. Základná filozofia reformy

Základnou filozofiou reformy bolo odštátnenie časti poskytovaných zdravotníckych služieb, zmena spôsobu financovania, ustanovenie nového poisťného zdravotného systému a privatizačný proces.

Uvedená filozofia dosahovala určité praktické výsledky do r. 1992. V tomto roku sa koncepcia modifikovala hlavne v predstave o spôsobe financovania. Predstavoval ho výkonový spôsob hodnotenia, znásobení znížením príspevkov štátu do fondu zdravotného poistenia z pôvodne plánovaných 100% z 13,7% minimálnej mzdy na 10% tejto sumy. Koncepcia nebola nahradená ucelenou novou koncepciou. Výsledný stav v súčasnosti sa preto javí ako sústava zmiešaných, i protichodne pôsobiacich prvkov, ako vari najzreteľnejšie dokumentuje spôsob financovania zdravotníckych služieb.

4. Financovanie

Základné údaje o financovaní zdravotníctva boli spomenuté vyššie. V r. 1993 možno vyčísliť deficit uvedeného objemu z hľadiska udržania základnej úrovne zdravotníckych služieb vo výške cca 5 mld Sk, pričom priamy dlh voči zdravotníctvu v r. 1994 bol cca 3 mld Sk. V r. 1993 činil tento dlh cca 1,8 mld Sk. Na r. 1995 priznalo samotné MZ SR deficit v objeme pridelených prostriedkov cca 3,5 mld Sk, znovu len na zachovanie doterajšej úrovne poskytovanej zdravotníckej starostlivosti.

Stav v podstate tzv. permanentnej vonkajšej zadĺženosti významne negatívne vplyva na udržanie základnej úrovne zdravotníckych služieb. Na rok 1994 bolo v rozpočte SR rezortu zdravotníctva určených 15,7 mld Sk. Na r. 1995 sa v štátnom rozpočte počítá s príjmami poisťovní vo výške cca 23 mld Sk. V danej sume sú pritom skryté odvody poisťného vo výške 38%, t.j. cca 3 mld Sk, 10% úprava tarifných plátov, t.j. cca 1 mld Sk a vplyv 10% rastu inflácie, t.j. cca 1 mld Sk. Pre investičné výdaje je vyčlenených v kapitole MZ SR 2,645 mld Sk. Skrytým, o to však závažnejším problémom je tzv. vnútorná alebo skrytá zadĺženosť zdravotníckych zariadení, ktorá sa odhaduje na cca 30 až 50 mld Sk. V prvoradej pozornosti sa ocitajú prevádzkové náklady, a to hlavne náklady na lieky, potraviny, energie a palivá. Náklady na lieky z nich tvoria podstatnú časť – z tohtoročného rozpočtu sa ich výška odhaduje na cca 7 – 7,5 mld Sk. Prevádzkové prostriedky v každom doterajšom roku umožňovali udržiavať prevádzku zdravotníckych zariadení na hranici únosnosti, pričom charakteristickou črtou sa stalo odsúvanie riešení na nasledujúce obdobia. Objem investičných prostriedkov bol spomenutý vyššie. Je potrebné konštatovať, že t.č. je na Slovensku rozostavaných napr. cca 100 stavieb, s celkovým nákladom každej z nich priemerne 10 ml Sk, pričom doteraz bolo preinvestovaných cca 4,3 mld Sk. Aj v prípade, že sa na Slovensku nezačnú budovať žiadne nové stavby, dostavba rozostavaných sa pri súčasnom tempe môže dokončiť nanajviš v priebehu 7 – 9 rokov. Situáciu komplikuje v podstate každoročné prenášanie dlžoby predchádzajúceho roka do roka nasledujúceho. Dlžoby z roku 1993 obnášali výšku 1,8 mld Sk, dlžoby z r. 1994 už spomenutých cca 3 mld Sk. Otázka tzv. skrytej zadĺženosti bola spomenutá vyššie.

Situáciu rovnako komplikuje a bude komplikovať úverové zaťaženie rezortu vo výške 2,46 mld Sk venovaných na výstavbu Ústavu kardiovaskulárnych chorôb v Bratislave. Iný úver vo výške 1,48 mld Sk poskytna firma Siemens a úver vo výške cca 1,2 mld Sk firma Inter–G. Pri uvedených firemných úveroch bude treba počítať s nárastom prinajmenej prevádzkových prostriedkov a v určitej miere i prostriedkov mzdových. Uvedené výdaje nie sú pritom zahrnuté do rozpočtu rezortu. Všeobecná zdravotná poisťovňa ako možný vplyv rozpočtu na r. 1995 odhadovala zníženie rozsahu poskytovania zdravotníckej starostlivosti až o 18%, najmä v sfére nemocničných a sociálnych služieb.

Určitým pozitívnym krokom mala byť kategorizácia liekov, ktorá sa stala súčasťou zákona o Liečebnom poriadku. Kým v r. 1994 hradila poisťovňa v plnom rozsahu 3 152 liečiv (z toho 1 957 na recepty a 1 195 na žiadanky v nemocnici), v r. 1995 to bude až 3 529 plne hrađených liečiv (2 037, resp. 1 492). Predstavuje to 15% nárast plne hrađených liečiv. V tomto svetle sa javí ako výrazne podhodnotený „žiadateľský poplatok“ vo výške 1 000 Sk a za zaradenie do zoznamu liečiv vo výške 5 000 Sk. Ako nedostatok možno hodnotiť fakt, že napriek proklamovanej efektívnosti v rámci snahy o úsporu výdajov v zdravotníctve, nebola v tomto smere zverejnená žiadna štúdia. Pritom v r. 1994 sa vydalo na potrebu liečiv cca 7,5 mld Sk. Paradoxne vychádza potom predpoklad VŠZP, že spomenutý rozpočet bude znamenať zníženie úhrad liekov a zdravotníckych pomôcok takmer o 2 mld Sk.

Nepríjemnou situáciou bolo zverejnenie názvov Ústavného súdu SR dňa 29. XII. 1994 v Zbierke zákonov, podľa ktorých Liečebný poriadok a vyhláška 221/1993 Z.z. o určovaní úhrady poisťovne zmluvným zdravotníckym zariadeniam sú v rozpore s ústavou. Uvedený stav sa v podstate riešil až prijatím zákona o liečebnom poriadku v marci 1995. Riešením je zmena príslušného článku ústavy alebo akúkoľvek zmenu v príslušnom 900–stránkovom dokumente treba riešiť zdĺhavou procedurálnou formou, ktorá predchádza schváleniu každého zákona.

5. Zdravotné poistenie a poisovníctvo

Prvotný legislatívny rámec zdravotného poistenia určoval zákon č. 7/93 Zb. O zriadení Národnej poisovne a zákon č. 9/93 Zb. O zdravotnom poistení a o hospodárení s fondom zdravotného poistenia. Doplnilo ho nariadenie vlády SR č. 220/93, ktorým sa vydal Liečebný poriadok a vyhláška MZ SR 221/93 o rozsahu a podmienkach úhrad poisovne za poskytnutú zdravotnícku starostlivosť zmluvným zdravotníckym zariadeniam. Systém hodnotenia založený na báze bodovej hodnoty definovaných výkonov pre všetky odbery sa ukázal ako úplne nevhodný a neefektívny. Zdanlivo logicky vyústil do princípu plávajúcej hodnoty bodu, čo znamenalo použitie fiktívnej ceny výkonu, ktorá sa prakticky vo všetkých prípadoch líšila od tzv. reálnej ceny. Zákon umožňoval tvorbu pluralitného systému poisovní, čo využili rezorty vnútra, obrany ako aj dopravy a spojov. Úrazová poisovnía a úrazové poistenie má byť riešené samostatne. Rok 1995 je charakterizovaný zánikom Národnej poisovne a jej následným rozdelením do podoby Všeobecnej zdravotnej poisovne a Sociálnej poisovne. Legislatívny rámec uvedeného kroku tvoril zákon č. 273/94 z.z. o zdravotnom poistení.

6. Privatizácia

Na tomto mieste je vari vhodné spomenúť delimitáciu farmaceutických podnikov, ako sú: Slovakoфарма š.p. Hlohovec, Biotika š.p. Slovenská Lupča a Výskumný ústav liečiv Modra, do pôsobnosti Ministerstva hospodárstva SR ešte v r. 1990. Pre prvú vlnu privatizácie boli určené štátne podniky: Imuna Šarišské Michaľany, Očná optika Bratislava, Zdravoprojekt Bratislava a Protetika Bratislava. Privatizačný projekt š.p. Medika Bratislava schválený nebol. Pre druhú vlnu privatizácie boli určené štátne podniky: Slovenské liečebné kúpele (SLK) Bardejov, SLK Sliač, SLK Dudince, SLK Trenčianske Teplice, SLK Lúčky, SLK Rajecké Teplice, SLK Piešťany, SLK Nový Smokovec, SLK Bojnice, Slothermae Bratislava, Východoslovenské žriedla Santovka, Východoslovenské žriedla Prešov, Ústav lekárskej kozmetiky Bratislava. Smerovanie privatizácie ozrejmovalo uznesenie vlády SR č. 726/92 o „Konceptii ďalšieho postupu procesu privatizácie“, a materiál MZ SR – „Zásady privatizácie zdravotníckych zariadení“.

Zo zdravotníckych zariadení sa mali v prvej etape privatizovať obvodné zdravotné strediská, samostatné ambulancie primárnej starostlivosti a experimentálne vybraných 6 väčších zdravotníckych zariadení, detské sanatóriá a závodné zdravotnícke zariadenia. Za preferenčný spôsob bol zvolený priamy predaj vo pred určenému vlastníkovi alebo prevod vlastníctva štátu na obec. V prípade priameho predaja sa zvolila forma prostredníctvom privatizačného projektu, pričom súčasťou kúpnej zmluvy mala byť podmienka poskytovania zdravotníckej starostlivosti.

Najvýraznejšie sa prejavil privatizačný proces v lekárenstve, ako bolo spomenuté vyššie. Privatizácia v ostatných odboroch bola zanedbateľná. Do konca januára 1995 mala VŠZP uzavretých 303 zmlúv s praktickými lekármi (z celkovej počtu 2 208), 148 zmlúv s pediatriami (celkovo 1 252), 391 zmlúv so stomatológmi (celkovo 2 125) a 54 zmlúv s gynekológmi (celkovo 414). Súhrnom možno vyjadriť, že cca 13% lekárov primárneho kontaktu má uzavreté zmluvy s poisovňou. Začiatkom roku to bolo cca 2% až 2,5%. Pôvodný podiel stomatologických pracovníkov, ktorý činil prakticky 75%, sa znížil na cca 45%. Privatizačný proces primárnej starostlivosti vymedzovala smernica MZ SR č. 3/1994.

7. Personalistika

Doterajší stav bol podmienený celkovou politickou situáciou, či už pri zmene vlády v r. 1992, v marci 1994 a v decembri 1994. Rok 1992 znamenal odchod viac ako 100 pracovníkov MZ SR a približne 60 odvolaných vedúcich pracovníkov priamo riadených zdravotníckych organizácií. Marec 1994 znamenal výmenu vedúcich pracovníkov MZ SR na úrovni riaditeľov sekcií a cca 40 vedúcich pracovníkov, terajšia obmena priamo na MZ SR je obdobná, kým v riadenej sfére sa týka cca 20 ostatných vedúcich pracovníkov (do apríla 1995). Jediné v druhom spomínanom období dominovala snaha o riadne konkurzné konanie, ktorého rámcom bol prijatá smernica MZ SR. Výmeny riadiacich pracovníkov prinášali zvyčajne pokračujúce zmeny na úrovniach námestníkov a vedúcich sestier, prípadne i primárov či vedúcich ostatných úsekov.

Ako nevhodný možno hodnotiť pokyn ministra zdravotníctva o rušení miest námestníkov pre liečebnú starostlivosť v r. 1993, v ktorom neboli zohľadnené napr. veľkosť nemocnice alebo rozsah pracovných úloh.

Obmedzenie finančných prostriedkov znamenalo hľadanie úspor aj v mzdových prostriedkoch, ktoré sa najvýraznejšie prejavilo v r. 1993. Okrem obmedzenia až zrušenia fakultatívnych dávok sa niektoré opatrenia pohybovali na hranici zákonnosti, prípadne i za ňou – ako napr. odmeňovanie ústavných pohotovostných služieb na základe osobitných zmlúv. Paradoxné bolo, že k tomuto kroku vydalo pokyny práve MZ SR. Obdobne možno kvalifikovať aj nátlak na pracovníkov na čerpanie neplateného voľna. Citeľná pozitívna zmena sa udiala v 4. štvrtroku 1994, čo znamenalo prísun mzdových prostriedkov (aj keď iba na dané obdobie) v celkovej výške cca 1,4 mld Sk. Realizovalo sa tak nariadenie vlády SR č. 279/94 na zlepšenie úrovne odmeňovania zdravotníckych pracovníkov.

Oproti r. 1992 sa zaznamenal nárast priemernej mzdy o 277 Sk, t.j. na celkovú úroveň 4 997 Sk v roku 1993, resp 5 685 Sk v r. 1994. Od účinnosti zákona č. 143/1992 Zb. sa odmena za pracovnú pohotovosť nepovažuje za plat, a nezapočítava sa do priemernej mzdy. Priemerná mzda lekárov v r. 1994 bola 8 302 Sk, farmaceutov 7 759 Sk, stredných zdravotníckych pracovníkov 5 405 Sk, technicko-hospodárskych pracovníkov 5 672 Sk. Pri porovnaní rezortov z hľadiska vývoja priemernej mzdy nevyznieva situácia v prospech zdravotníctva. Na porovnanie uvádzame vývoj od r. 1991: peňažníctvo a poisťovníctvo – 223,8%, energetika – 195,7%, verejná správa – 175,5%, priemysel – 167,3%, doprava – 172,8%, školstvo – 145,4%, a zdravotníctvo – 138,1%.

8. Vzdelávanie

Vzdelávanie sa stalo oblasťou, ktorej sa od júla 1992 do februára 1994 dostávalo v podstate iba deklaratívnych vyhlásení. Štrukturálne ani obsahovo sa prakticky vo vzdelávaní nič podstatné nezmenilo ešte z obdobia pred rokom 1989. Systém dvojstupňových a špecializačných atestácií pretrvával. Určitým pokrokom bolo rozšírenie Inštitútu pre ďalšie vzdelávanie pracovníkov v zdravotníctve o detašované pracoviská, ktoré sa nachádzali mimo Bratislavy. Na zrušenie krajských ústavov národného zdravia nenadviazal, tak ako bolo plánované, systém akreditácie pracovísk a zmena postgraduálneho vzdelávania lekárov, ktorej návrh bol spracovaný pracovnou skupinou pre ďalšie vzdelávanie lekárov v júli 1992. Návrh koncepcie IVZ pre ďalšie vzdelávanie pracovníkov v zdravotníctve SR zanikol ako izolovaný pokus v 2. polovici roka 1993 pre nedostatočnú podporu samotného MZ SR ako aj pre nedostatočnú formalizáciu tejto snahy. Určitým čiastkovým pokrokom sa stalo vysokoškolské štúdium ošetrovateľstva na Filozofickej fakulte UK v Bratislave a Lekárskej fakulte v Martine.

9. Organizácie v zdravotníctve

Predstaviteľom štátnej moci je ministerstvo zdravotníctva v rámci rezortu zdravotníctva. Výkon štátnej moci z hľadiska štátnej správy dopĺňa inštitúcia štátnych okresných a obvodných lekárov. Inštitúcie činné v zdravotnom poistení sú Všeobecná zdravotná poisťovňa, v podstate rezortnými poisťovňami sú poisťovne ministerstva vnútra, vojenská a železničarska zdravotná poisťovňa. Povolenu činnosť z komerčných poisťovní majú Vzájomná životná poisťovňa a poisťovňa Apollo. Licencie pre ich činnosť udeľuje MZ SR. Odborovú organizáciu predstavuje Slovenský odborový zväz pracovníkov v zdravotníctve a sociálnej starostlivosti. Stavovskými organizáciami sú: Slovenská lekárska komora, Slovenská lekárska komora, Slovenská komora zubných lekárov, Slovenská komora stredných zdravotníckych pracovníkov, Slovenská komora vysokoškolsky vzdelaných pracovníkov v zdravotníctve. Nevládnymi organizáciami sú Asociácia nemocníc Slovenska (ANS) a Asociácia samostatných polikliník Slovenska. Slovenská lekárska spoločnosť združuje jednotlivé odborné spoločnosti na odbornom základe. Na podnet ANS bolo v r. 1993 formálne ustanovené tzv. voľné združenie organizácií v zdravotníctve, ktoré zahŕňa organizácie uvedené v posledných 4 odstavcoch. Cieľom vzniku tohto združenia bola vzájomná informovanosť, ako aj, v prípade potreby, kooperácia, resp. koordinácia určitých postupov, podľa aktuálnej situácie.

10. Organizácia zdravotníctva

Z formálneho hľadiska sa prvou zmenou po júli 1992 stalo nové organizačné členenie MZ SR, keď k funkcii štátneho tajomníka a vedúceho úradu ministerstva pribudlo nové členenie na sekcie. Zmenou bolo preradenie väčšiny zdravotníckych zariadení z kategórie rozpočtových organizácií do kategórie organizácií príspevkových. Výnimkou sa stali Ústavy hygieny a epidemiológie, t.č. už Štátne zdravotné ústavy, ďalej stredné zdravotnícke školy a niektoré výskumné ústavy. Otázka stanovenia siete zdravotníckych zariadení, ako aj aspoň základnej kvalitatívnej a prístrojovej štandardizácie sa okrem spracovania prvého rámcového materiálu – Sieť zdravotníckych zariadení Slovenskej republiky od E. Kováča (v r. 1993), nedostala ani do prvého štádia prípadnej realizácie. Úsilie MZ SR v r. 1994 bolo poznamenané skôr snahou o znižovanie posteľového fondu formou odporúčaného počtu postelí, ktorý mal byť reflektovaný výškou platieb vtedy ešte Fondom zdravotného poistenia Národnej poisťovne, nemalo však atribúty stanovenia siete, tobôž stanovenia kritérií príslušného postupu. Nedokonale vyjasnenými ostali vzťahy ministerstva zdravotníctva s ministerstvom vnútra a orgánmi miestnej samosprávy, hlavne z hľadiska zabezpečenia zdravotníckych služieb. Zákon č. 277/1994 Z.z. o zdravotnej starostlivosti zmenil kompetencie v povoľovaní neštátnych zdravotníckych zariadení, ktoré presunul z MZ SR na ministerstvo vnútra SR, presnejšie na okresné úrady. S uvedeným úzko súvisí oblasť nezávislého a kvalifikovaného štátneho dozoru na úseku hygieny a epidemiológie. V dostatočnej pozornosti nebola ani problematika informačného a monitorovacieho systému, i keď Národná poisťovňa udávala ako dôvod nedostatok financií na jeho zavedenie. Kategorizácia liekov, platná od 1. X. 1993, sa neukázala ako výrazný regulačný mechanizmus vplývajúci na liekovú spotrebu. Podmieňuje to práve osiadenosť tohto prvku v systéme liekovej politiky, ktorá takisto nebola doteraz komplexne definovaná.

11. Legislatíva

Legislatívna činnosť sa v uplynulom období nejavila ako dostatočná. Nosnou zákonnou normou je už uvedený zákon č. 277/1994 z.z. o zdravotnej starostlivosti, ktorý sa zaoberá organizáciou zdravotníctva a podmienkami poskytovania tejto starostlivosti. Ostatnými základnými okruhmi pre riešenie ostávajú: lieky a liečivá, poskytovanie závodnej zdravotníckej starostlivosti, obstarávanie a využívanie veľkej zdravotníckej techniky, organizácia RZP, organizácia transfúznej služby, preventívne prehliadky a vyšetrenia, ochrana pred alkoholizmom a inými toxikomániami, organizácia primárnej, sekundárnej a následnej zdravotníckej služby. V tejto podobe, pridajúc ešte zákon na ochranu a bezpečnosť dát osobného charakteru, vyjadřila svoj názor Asociácia nemocníc Slovenska ešte v r. 1993.

Presnejší obraz o tejto oblasti v konkrétnom vyjadrení dáva skôr plán legislatívnych úloh vlády SR na r. 1995, ako jej programové vyhlásenie, ktoré je formulované viac vo všeobecnej podobe, aj keď označuje najväčšie oblasti rezortu, ktorými sú: kvalita a dostupnosť zdravotníckych služieb, previazaný systém poistenia, liekovej politiky, investičnej politiky, zdravotného dozoru, medzinárodnej spolupráce. Prioritnými programami by mal byť: onkologický, transplantačný, plazmaferetický, kardiovaskulárny a dialyzačný. Stanovenie štandardov pre technickú a personálnu oblasť, ako aj kritériá akreditácie pracovísk, privatizácia, spriehľadnenie financovania a vypracovanie siete zdravotníckych zariadení, rozvoj medzinárodných vzťahov a rozvoj informačného systému sú tiež súčasťou tohto programu.

V pláne sa ocitá schvaľovanie návrhov zákonov: o liečebných poriadkoch Železničiarkej zdravotnej poisťovne, Vojenskej zdravotnej poisťovne, o úrazovom poistení a Úrazovej poisťovni, o ochrane pred zneužívaním alkoholických nápojov, o ochrane zdravia pred nepriaznivými účinkami chemických látok a prípravkov, o návykových látkach ako aj o liečivách, zdravotníckych pomôckach a zdravotníckych potrebách.

12. Záver

Smerovanie slovenského zdravotníctva je v podstate určené: cieľom bolo dosiahnuť určité oddštnutie zdravotníctva, založené na poistnom princípe solidarity, pluralite poisťovní a umožnení privatizácie.

Dosiahnutie uvedeného cieľa sa však nezaobíde bez čo najdokonalejšieho zvládnutia súbežných opatrení, z ktorých najdôležitejším je doriešenie spôsobu financovania. Nemenej dôležitým bude určenie základnej siete zdravotníckych zariadení, spojené so štandardizáciou základných služieb a prístrojového vybavenia. Takisto nevyhnutná bude zmena určitých prvkov vo vzdelávaní zdravotníckych pracovníkov, rovnako ako definovanie základných postulátov v liekovej politike. Tieto opatrenia si vyžadujú nielen organizačné riešenia, ale aj značné legislatívne úsilie. Časový horizont reformy systému v zmysle jeho prebudovania a následnej stabilizácie bude závisieť od celkového politického i hospodárskeho vývoja štátu a spoločnosti. Pre úspech reformy v jej konečnom dôsledku je dôležité nielen jej patričné časové rozplánovanie, ale aj jeho prijatie vládou SR v tomto časovom horizonte. Pritom by mal byť jasne definovaný význam vývoja zdravotníctva (aj so špecifikáciou jeho jednotlivých súčastí) pre rozvoj spoločnosti. Izolované úsilie iba samotného rezortu zdravotníctva má oveľa menšiu šancu uspieť, rovnako ako chápanie uvedenej problematiky iba ako rezortného významu a charakteru.

A: MUDr. Ján Bielik, CSc., Ul. M. R. Štefánika 19,
915 01 Nové Mesto n/Váhom

apríl 1995

Ako pomáham trpiacemu chorému?

M. Babál

Humánne uvedomelý lekár a zdravotník, veriaci či neveriaci, pristupuje ohľaduplne ku chorému s fyzickou, duševnou alebo sociálnou bolesťou. Tak to hlása medicínska etika. Tak to žiadal už antický lekár Hippokrates. O to viac sa to týka nás, kresťanských lekárov. Je preto na mieste, aby sme si pravidelne, i denne, spýtovali v tomto smere svoje svedomie. Nech aj toto krátke uvažovanie je nám povzbudením a inšpiráciou.

1. Mám dostatočné odborné vedomosti o liečbe bolesti? Študujem najnovšie terapeutické postupy u perakútnych a akútnych chorobných stavov, kde je rozhodujúce tmenie bolesti? (Nap. infarkt myokardu, šokové stavy pri kontúziách, popáleninách, fraktúrach?) Mám pripravené vhodné lieky proti bolesti vo svojej praxi? Kontrolujem to občas?

2. Dávam prednosť chorým, ktorých vidím v čakárni alebo na oddelení, že majú bolesti a trpia? (napr. pri migréne, žľčníkovom, obličkovom záchvate, exacerbácii pankreatitídy, neural-

giách, otitíde, herpes zoster, a pod.)

3. Evidujem v pamäti a v kartotéke chorých s malígnymi ochoreniami? Dodržiavam postupnosť pri voľbe analgetík a pri zvažovaní dávok? Dbám u týchto chorých, aby analgetiká užívali dlhodobe a neprerušovane podľa stavu ich ochorenia a bolesti? Dbám na to, aby mali zaistené potrebné lieky v dostatočnom množstve a vhodnom spôsobe podania (najmä p.o., p.r.)? Nezľahčujem si ľahkomyseľným ordinovaním analgetík „podľa potreby“ a analgetík v injekčnej forme? Pamätám aj na pomocné lieky a postupy v liečbe malígnej bolesti (antidepresíva, myorelaxanciá, kortikoidy, atď., fyzikálna liečba, rehabilitácia, psychoterapia, sociálna pomoc; nezabúdam na otázku duchovnej podpory a vedenia chorého?)

4. Venujem sa, okrem malígnych nádorov, štúdiu liečby dlhotrvajúcej bolesti aj u iných chronických ochorení (ako je napr. vredová choroba žalúdka, progresívna polyartritída (reuma), artrózy, neuritídy, dyspepsie, a pod.)?

5. Uvedomujem si, že len ten lekár môže skutočne dávať, ktorý sám má potrebné odborné vedomosti, zručnosti a schopnosti? Ktorý navyiac pristupuje k svojim pacientom s empatiou, a skutočne ľudskou solidaritou? Čítim potrebu a povinnosť neustále študovať a zaobstarávať si príslušnú literatúru?

6. Neutekám od svojich chronických chorých? Nájdem si pre nich čas? Sadnem si s nimi (k nim) občas a vysvetlím im, čo potrebujú vedieť o svojom ochorení a bolesti? (Chorý často trpí najviac pocíťovanou bezperspektívnosťou pri chronických chorobách, pocitmi beznádeje a opustenosti. Neraz mu chýbajú aj najpotrebnejšie informácie a rady, ako s bolesťou bojovať, ako ju lepšie znášať. Táto situácia si vyžaduje individuálny prístup, duševnú i duchovnú silu a povzbudenie.) Nevyhýbame sa zbabelo pri rozhovore s chorými vážnym a ťažkým témam? Postupujeme pritom citlivo a taktne? Pokúsili sme sa zlepšiť svoje schopnosti komunikácie, najmä s ťažko chorým a trpiacim pacientom? Pripomenieme vhodným spôsobom pacientovi duchovný rozmer bolesti a utrpenia? Možnosť obetovať svoje utrpenie – za seba, za iných? Vieme, že vtedy sa duchovne prijaté utrpenie stáva záslužným a duchovne tvorivým?

Utrpenie a bolesť na svete sa nedá celkom odstrániť. My, lekári a zdravotníci, sa len snažíme trpiacemu chorému pomôcť, uľaviť mu v bolesti (nezabúdajme, že dnes už máme na to k dispozícii i veľmi účinné medicínske prostriedky!). Nesmieme však zabúdať ani na svoju povinnosť prinášať našim chorým autentické duchovné poslanstvo o vykúpení a nekonečnom rozmere, dôstojnosti a hodnote ľudského života.

Duchu Svätý osvieť môj rozum a vôľu, aby som včas a správne liečil svojich chorých v ich bolesti a utrpení. Daj mi nájsť taktnú a citlivú cestu k nim v hlbokej ľudskej úcte a porozumení, aby som im bol dobrým pomocníkom a sprievodcom na ťažkej ceste ich utrpenia a sprostredkovateľom Tvojho pokoja.

A: Doc. MUDr. M. Babál, CSc., Ambroseho ul., 851 01 Bratislava (SR)

Zdravotníctvo - kam ideš ?

A. Hrádocký

„Reforma zdravotníctva“ - často, prečasto omieľané slová. Čo pod tým rozumieme, čo si pod tým konkrétne predstavujeme? Vidíme, v akom stave sa zdravotníctvo nachádza dnes. Vieme, v akom stave bolo a je po štyridsiatich rokoch diktatúry. Vieme, aké medziľudské vzťahy vo vnútri zdravotníctva ho formovali a deformovali v minulosti a dnes. Vieme, vieme, vieme... A čo ďalej?... Myslím, že všetci sa zhodneme v tom, že na to, aby naše zdravotníctvo v nefahkých podmienkach fungovalo, je potrebná systémová zmena. Zmena doterajšieho systému centrálného a monopolného plánovania, riadenia a financovania na systém iný.

Ale aký systém ?

Sloboda jednotlivca a sloboda rozhodovania je vecou, ktorú Katolícka cirkev i iné kresťanské cirkvi a mnohé inštitúcie chránili, a budú chrániť so všetkým potrebným dôrazom. Človek - v kresťanskom pohľade - je stvorený na obraz Boží, so slobodou rozhodovania - i so zodpovednosťou za svoje rozhodnutia. Túto slobodu mu nemožno upierať.

V demokratickom štáte by mal štát slúžiť ľuďom, rešpektovať vôľu ľudí a snažiť sa dať v rámci zákonodárstva jednotlivcovi možnosť slobodne rozhodovať o svojich veciach.

To napríklad znamená, že jednotlivec má právo sa slobodne rozhodnúť, s kým uzavrie „zmluvu“ o zdravotnej starostlivosti, s kým sa dohodne o tom, že sa o neho v prípade choroby postará. Táto „zmluva“ sa obyčajne nazýva **zdravotné poistenie** a človek ju nevyhnutne nemusí uzatvoriť práve len so štátom: mal by mať možnosť voľby určitej alternatívy voči štátu. Žiada sa to i preto, že štát nebyva väčšinou najlepším hospodárom, jeho hospodárenie majú na starosti rôzni „správcovia“ (ministerskí úradníci, úradníci zo štátnych inštitúcií, a pod.). Teda ľudia, ktorí nemajú spravídla priveľkú motiváciu zlepšovať a inovovať veci a služby, ktoré poskytujú - alebo majú poskytovať (česť výnimkám!). Je to tak nielen u nás, ale i vo svete. Štátom spravované a monopolizované zdravotníctva sú temer všade chronicky problémové, neefektívne, málo výkonné, často nefunkčné.

Systém zdravotného poistenia (a jeho zmena) je kľúčovým bodom akejkoľvek reformy zdravotníctva. Konkurencia a alternatíva v zdravotnom poistení je dôležitou podmienkou funkčného zdravotníctva. Sloboda jedinca = možnosť voľby a zodpovednosť za svoje konanie.

V našom štáte sa otvorila možnosť, aby sa tento reformný krok - majúci umožniť konkurenciu v zdravotnom poistení - realizoval, v auguste 1994, a to prijatím Zákona č.273/1994 Z.z. Ide o závažný krok, ktorý má prispieť k správnejšiemu zaradeniu zdravotníctva v spoločenskom systéme a odštartovať reálnu privatizáciu zdravotníctva a jeho ďalšie potrebné zmeny.

Novela zákona - niekoľko (k) rokov späť

Táto už rozbehnutá pozitívna zmena systému financovania zdravotníctva, zmena akceptujúca slobodu jednotlivca i slobodu voľby, ako aj patričné ekonomické zákonitosti, je ale dnes **závažným spôsobom ohrozená**. Súčasný minister zdravotníctva so svojimi spolupracovníkmi navrhuje novelu zákona č.273/1994 Z.z. Táto **novela** je v podstate **likvidačným opatrením** pre pluralitu zdravotného poistenia, odoberá pacientovi možnosť slobodnej voľby ako aj možnosť zasahovať do toho, ako sa hospodári s peniazmi odvodenými na jeho zdravotné poistenie. Je likvidačná (svojimi ekonomickými mechanizmami) pre neštátne zdravotné poisťovne. Znamená návrat zdravotníctva ako systému v istom zmysle pred rok 1989: k štátnemu monopolu jeho riadenia a financovania. Jednotlivcovi sa opäť chce upierať možnosť alternatívneho riešenia svojho zdravotného poistenia voči tomu, ktoré mu prikáže (pontúkne?) štát. Zvyčajne i so „samozrejmosťou“ uhrádzania výkonov, na ktoré by možno konkrétne človek - poisťenec, zo svojej zdravotnej poistky ani v najmenšom nechcel prispievať. Nespomíname tu vôbec rozobšovanie pomaly nabiehajúcich ekonomických a partnerských vzťahov a mechanizmov fungovania nášho zdravotníctva v priebehu reformy (dnes už aj tak veľmi oklieštenej a retardovanej).

Komu vyhovuje návrat späť? Komu vyhovuje návrat k preukázateľne nefunkčnému systému spojenému s korupciou a nedostatkom?

Vieme, môžeme si domyslieť, „budeme uvidieť“: návrh novely Zákona č.273/1994 Z.z. a hlasovanie o nej by sa mali dostať na program nášho parlamentu v druhej polovici roku 1995. Bude zaiste poučné sledovať rôzne stanoviská k novele zákona - jednak zo strany politických zoskupení (a overiť si, ako to naozaj myslia s „reformami“ v praxi) ale i profesných organizácií (Asociácia nemocníc, Lekárska komora, Únia sestier, a iné).

Novela zákona č.273/1994 Z.z. je bod, okolo ktorého sa točí slovenské zdravotníctvo. Čo, a ako rýchlo môže spôsobiť odsocializovanie a pluralita v zdravotníctve, môžeme sledovať v Českej republike. I to pozitívne, i to negatívne.

To, čo Cirkev obraňuje počas celého obdobia svojej existencie - dôstojnosť a slobodu jednotlivca - by sme mali brániť i my, ak sa k Cirkvi hlásime. Týka sa to i nášho zdravotníctva, týka sa i zdravotného poistenia nás, našich detí, našich pacientov. Skúsme i my spočiatku brániť aspoň svoje práva, medzi nimi i svoje - a naše, právo na pluralitu zdravotného poistenia.

A: MUDr. A. Hrádocký - Vitae - Ľudová zdravotná poisťovňa a.s., Čajakova 28, 831 01 Bratislava

Individuálny zdravotný účty

V. Klaus

V našom zdravotníctví je neklid. Častečne oprávnený, čiastočne neoprávnený, v niečom špecificky náš, tedy dobové podmienený, v niečom shodný s vyspelými zemiami sveta, tedy večný. Časť kritikú dnešného stavu nášho zdravotníctví rýchle zapomnela na zdravotníctví socialistické a na problémy, ktoré jsme s ním všichni měli. Časť kritikú zapomnela i na to, že jsme - at jsme chtěli nebo nechtěli - zdědili určitou výkonnost ekonomiky a s ní spojenou životní úroveň nás všech. Časť kritikú zapomíná na to, že je žádoucí denivelizace mezd a platů, proveditelná - bez neúnosných sociálních ořesů - pouze při pohybu vpřed, to znamená při nestejně rychlém tempu růstu jednotlivých mezd a platů, tedy nikoli jednorázovým posunutím jedné skupiny pracovníků na jakousi pomyslnou světovou úroveň.

Jisté odsocialističtění zdravotníctví jsme již provedli. Jednak tím, že se zdravotní zabezpečení převedlo ze státního rozpočtu na systém zdravotního pojištění - ti, kteří si nevybrali nejlépe fungující pojišťovnu, už dnes vědí, v čem tkívá onen zásadní rozdíl. Časť zdravotníctví jsme zprivatizovali (a budeme privati-

zovat dál) a opět mám pocit, že pacienti i lékaři nemalý rozdíl vidí. I nezprivatizovaná část zdravotnictví žije v jiném celkovém ovzduší, rozšíření ekonomického vidění světa do všech sfér našeho života a lepší sledování nákladů i v nemocnicích také jistě efekty přinesly.

Do zdravotnictví se dostalo více peněz a s nimi i dražší přístroje i léky a najrůznější zdravotní pomůcky a materiál. I toto pacienti a zdravotníci vidí.

V čem je problém? Zdá se mi, že ho občanská veřejnost zas tak moc necítí, že ho spíše cítí veřejnost zdravotnická. Problém je v tom, že se ve zdravotnictví utápí moc peněz

- aniž by lékaři i sestry cítili výrazné zvyšování svých mezd a platů (resp. aniž by se jim prováděné zvyšování zdálo dostatečné),

- aniž by došlo k odstranění napjatosti finančního hospodaření zejména nemocnic (v poslední době dokonce spíše roste),

- aniž by nevznikaly problémy uvnitř zbytečně přlíš rozvětveného systému zdravotních pojišťoven.

Stalo se módou hovořit

- o nevýraznosti, nedůslednosti, názorové proměnlivosti či dokonce nekoncepčnosti práce ministerstva zdravotnictví (či přímo ministra) a

- o nedostatečné legislativě.

Nemyslím, že naše ministerstva fungují ideálně a že je naše legislativa dokonalá, ale v tom skutečný problém opravdu není. Nemáme ani alternativní úředníky, ani alternativní poslance, a právě oni dost přesně než zobrazují nás, naše schopnosti a vědomosti, naše zájmy i naše názory.

Rozhodujícím problémem je, jak zajistit kontrolu struktury i objemu nákladů zdravotní péče. Konec konců mohou tuto kontrolu vykonávat jen tři subjekty:

- stát, určitým „přídělovým“ systémem zdravotní péče,

- zdravotní pojišťovny regulací zdravotní péče (výkonů i léků),

- individuální pacienti.

Státní systém jsme vyzkoušeli za socialismu, pojišťovací systém v posledních letech, a teď je - podle mého nejhlubšího přesvědčení - nejvyšší čas udělat zásadní krok k posílení úlohy pacientů, protože jedině oni mohou vyvolat zásadní změnu.

Nedávno byly na ministerstvu zdravotnictví zahájeny práce na vytvoření systému individuálních zdravotních účtů, na které by byla převáděna větší část platby dnešního zdravotního pojištění a ze kterých by si pacienti čerpali na krytí svých vlastních, rutinních (nekatastrofických) zdravotních výdajů. Zbytek platby by šel do solidárního systému zdravotního pojištění, v podstatě jako dnes. Zdravatní účet by byl formou spoření, jeho stav by se převáděl z roku na rok, byl by záručen a bylo by možno obohatit tento nápad o řadu dalších věcí, např. o to, že by se nadměrný zůstatek účtu mohl převádět do systému důchodového připojištění nebo do něčeho podobného.

Efekt by byl zřejmý. Významná část nákladů na zdravotní péči (zejména věci malé a rutinní) by šla mimo pojišťovací systém, což by znamenalo obrovskou administrativní úsporu - s každým škrábnutím auta také nejdeme do pojišťovny.

Bylo by jasné, kdo čerpá a kdo nečerpá. Jedna americká studie nedávno ukázala, že v USA 2% občanů skutečně 33% veškerých zdravotních výdajů a 30% občanů 90% výdajů. To je obrovský nepoměr (i u nás by se jistě dal takový odhad učinit) a naznačuje, že je třeba individuální rozhodování pacienta za sebe sama zvýraznit.

Kritikové (nejčastěji z řad lékařů) argumentují, že je zdravotní péče tak složitá, že pacienti nejsou schopni udělat žádní rozumné rozhodnutí. Argumentují i tím, že budou pacienti odkládat léčbu (nebo že budou vynechávat preventivní prohlídky). Argumentují, že bude tento systém výhodný pro zdravé, a nikoli pro nemocné. Nezdá se mi to dostatečně přesvědčivé. Nemyslím si, že jsou pacienti tak nezodpovědní, jak tito kritikové předpokládají, naopak si myslím, že jsou jedině oni schopni tláčit na skutečné snižování nákladů. Rada studií ve světě ukazuje, že přímé podílení se pacientů na nákladech (mimo standardní pojišťovací systém) výrazně snižuje jejich nároky na léčebnou péči. Nevidím důvod, proč by tomu nemohlo být stejně u nás. Netrivializujme si to - bude-li někdo mít infarkt nebo autonehodu, jistě nebude hledat nejspornější léčebný program, ale případů nutně okamžité pomoci je méně než 15% všech návštěv lékaře.

Jde jedině o to, tento systém zavést rychle a bezbolestně vyřešit přechodné období. Legislativní opatření, nové zákony, lepší vládní či ministerské vyhlášky, přísnější kontrola pojišťoven mohou dnešní situaci zlepšit, ale ne vyřešit. Jedině individuální zdravotní účty budou znamenat skutečný vstup trhu do zdravotnictví.

Pozn. red.: Článek Václava Klause, uveřejněný v Lidových novinách, 29. 7. 1995, str. 5., preberáme pre jeho aktuálny pohľad na otázky zdravotného poistenia. -J.G.-

Informácie

● Úhrada členského príspevku ZKLZ na rok 1995 - informácia

Výbor ZKLZ si Vás dovoľuje informovať, že na základe Uznesenia Celoslovenského snemu ZKLZ v Bratislave, zo dňa 18. decembra 1994, zabezpečil registráciu ZKLZ na MV SR ako samostatného právneho subjektu (občianske združenie), ako aj zriadenie vlastného bankového účtu ZKLZ v LB Bratislava. **Bankové spojenie ZKLZ** teda je:

**Ludová banka Bratislava a.s., Nám. SNP 15, P.O. Box 81,
810 00 Bratislava, kód banky 3100,
názov účtu (korunový): ZKLZ,
č.ú. 4 000 706 300/3100.**

To umožňuje poukazovať príspevky a finančné dary v prospech ZKLZ a tiež riadne poukazovať členské príspevky zväzu (poštovou poukázkou alebo bankovým prevodom) podľa výšky schválenej spomínaným celoslovenským snemom (pozn. red.: úplný text uverejnený v AMCS č. 2/1994), t. j. **vysokoškoláci 200.- Sk, dôchodcovia 100.- Sk, stredoškoláci 100.- Sk, dôchodcovia 50.- Sk, študenti bezplatne.**

Pripomíname, že členský príspevok zahŕňa predplatné časopisu Acta Medica Christiana Slovaca (pozn. red.: úplný rozpočet ZKLZ, schválený na vyššie spomínanom celoslovenskom sneme sme uverejnili v AMCS č. 2/1994).

Prosíme všetkých členov o včasnú úhradu členských príspevkov!

-J.G.-

● Stanovisko Výboru Európskej federácie asociácií katolíckych lekárov (FEAMC) zo zasadnutia v Prahe, 6. mája 1995, k encyklike Sv. Otca Jána Pavla II. *Evangelium vitae*.

Ako sme Vás už informovali v predošlom čísle nášho časopisu, prijal Výbor FEAMC na svojom pražskom zasadnutí dňa 6. mája 1995 na návrh slovenského delegáta stanovisko k novej encyklike Sv. Otca Jána Pavla II. *Evangelium vitae*. Prinášame oficiálny text uvedeného stanoviska v preklade z anglického originálu, ktorý sme v týchto dňoch obdržali od generálneho sekretára FEAMC Dr. E. Pavesi-ho (uverejnený v Acta Medica Catholica (Bruxelles) 2/1995):

„My, Výbor Európskej federácie katolíckych lekárov, zhromaždení na zasadnutí v Prahe v máji 1995, vítame encykliku *Evangelium vitae* pre jej úžasnú obranu ľudského života od jeho počatia po prirodzenú smrť. Sme vďační za lásku a pastoračnú starostlivosť vyjadrenú v encyklike. My, katolícki lekári, sme pripravení splniť úlohy, ktoré sa od nás očakávajú. V Prahe, 6. mája 1995, Dr. Paul Deschepper, prezident, za Výbor FEAMC.“

-J.G.-

● Kurzy medicínskej etiky poriadané Ústavom medicínskej etiky a bioetiky IVZ a LFUK v Bratislave v školskom roku 1995/1996

V týchto dňoch sme zaregistrovali vydanie **“Zoznamu školiacich akcií Inštitútu pre ďalšie vzdelávanie zdravotníckych pracovníkov (IVZ) v Bratislave”** na školský rok 1995/96. Dnes Vám teda prinášame **prehľad plánovaných školiacich akcií Ústavu medicínskej etiky a bioetiky**. Prihlásiť sa možno obvyklým spôsobom (cestou oddelenia personálnej práce Vášho pracoviska), alebo priamo na adrese ústavu (formulár prihlášky uverejnený v tomto čísle časopisu!).

* **Workshop: Etické komisie.** 24. 11. 1995, IVZ Bratislava.

* **Workshop: Etické problémy v onkológii.** 15. 12. 1995, IVZ Bratislava.

* **Základný kurz medicínskej etiky.** 8. 2. - 9. 2. 1996, IVZ Košice.

* **Workshop: Etické problémy transplantácií.** 27. 4. 1996, IVZ Bratislava.

Na plánované kurzy sa možno prihlásiť obvyklým spôsobom (cestou personálneho

útvary Vášho pracoviska, prípadne priamo na adrese ÚMEB - Katedra medicínskej etiky IVZ, Limbová 12, 833 03 Bratislava).

● **International Conference: "Patients and Carers"**. (v spolupráci s International Association of Law, Ethics and Science), 5. – 7. 10. 1995, Bratislava, kontakt: Dr. J. Klepanec, Prof. L. Šoltés, ÚMEB – Katedra medicínskej etiky IVZ, Limbová 12, 833 03 Bratislava, Tel: (+42-7)374560/kl. 222, or 223.

● **Vitae - ľudová zdravotná poisťovňa informuje**

1. Vitae - ľudová zdravotná poisťovňa a. s., požiadala po splnení zákonom stanovených podmienok dňa 2. 6. 1995 Ministerstvo zdravotníctva SR o vydanie licencie pre svoju činnosť. Ministerstvo túto žiadosť stále skúma a má k nej technicko-právne pripomienky. O týchto pripomienkach rokujeme. Z uvedených dôvodov zatiaľ nemôžeme konkretizovať termín začatia riadnej činnosti.

Túto informáciu podávame všetkým záujemcom o zdravotné poistenie v našej poisťovni.

Naša adresa: Vitae - ľudová zdravotná poisťovňa a.s.,

Čajkova 28, 831 01 Bratislava, tel.: 07/525 2139, 259 251.

2. Súčasne **hľadáme farmaceutov** z celého Slovenska, ktorí by chceli vykonať svoju prácu v zmysle pro-life, v súlade s encyklikou Evangelium vitae, bez propagovania a predaja prostriedkov likvidujúcich ľudský život a poškodzujúcich zdravie. Záujemcov prosíme o zaslanie krátkeho curriculum vitae na horeuvedenú adresu.

31.7.1995

MUDr. Andrej Hrádocký

● **Konferencia ZKLZ na tému „Aktuálne problémy pastorálnej medicíny“**, Košice, termín: november 1995 (bude upresnený), informácie: MUDr. A. Záborská, tajomníčka ZKLZ (písomne na sekretariát ZKLZ, Žabotova 2, 811 04 Bratislava). – J.G. –

● **Stretnutie mladých – „Povolanie chrániť život“**, Nemčiňany (okr. Nitra), 28. – 30. júla 1995. Program: Evangelium vitae, Tertio milenio adveniente, príhovor Svätého Otca Jána Pavla II. na stretnutí s mladými v Nitre. **Odhalenie symbolického náhrobu deťom usmrteným umelým potratom**. Krížová cesta, adorácia kríža, sv. omše, svedectvá, práca v skupinách v prírode, apoštolát v rodinách, kultúrny program. Informácie: RK farský úrad, 951 81 Nemčiňany. – J.G. –

● **Púť k Panne Márii „Ochránkyni života“ (Maria Hilf bei Zuckermantel), 23. augusta 1995**. Medzinárodné (ČR, SR, SRN, Poľsko) stretnutie aktivít Pro – life na severnej Morave. Informácie: MUDr. Andrej Hrádocký, Vitae – ľudová zdravotná poisťovňa a.s., Čajkova 28, 831 01 Bratislava, tel.: 07/525 2139, 259 251. – J.G. –

Acta Medica Christiana Slovaca je spravodaj Zväzu kresťanských lekárov a zdravotníkov na Slovensku. Uverejňuje pôvodné práce, materiály, informácie a prehľady s tematikou medicíny, zdravotníctva, medicínskej etiky a bioetiky, ako aj teologické a duchovné príspevky. Stojí dôsledne na strane ochrany ľudského života od jeho počatia a na rešpektovaní zásad kresťanskej etiky. Vychádza štvrtročne v slovenskom jazyku.

Redakčná rada: M. Babál, J. Bielik, J. Glasa (vedúci redaktor), J. Porubský, A. Rakús (predseda RR), M. Troščák, E. Vnenčáková, A. Záborská (tajomníčka RR)

Adresa pre korešpondenciu a zasielanie príspevkov: Dr. J. Glasa, Landauova 20, 841 02 Bratislava.

Podávanie novinových zásielok povolené Riaditeľstvom pôšt Bratislava, č. j. 3396 – P, zo dňa 26.7.1994.

Dohliadacia pošta Bratislava 37. Registrované Ministerstvom kultúry SR, r.č. 1071/94. ISSN 1335 – 1028

Vydáva Charis s.r.o., Ipeľská 3, Bratislava, pre Zväz kresťanských lekárov a zdravotníkov na Slovensku.