

ZDRAVOTNÍ POLITIKA A PSYCHIATRICKÁ PÉČE V MOLDAVSKU

původní práce

Martin Dlouhý¹
Jan Jaroš²

¹Vysoká škola ekonomická v Praze

²Sdružení pro výzkum zdravotnické soustavy, Praha

Kontaktní adresa:

doc. Ing. Mgr. Martin Dlouhý, Dr., MSc.,
Vysoká škola ekonomická v Praze
nám. W. Churchilla 4
130 67 Praha 3
e-mail: dlouhy@vse.cz

Článek byl podpořen
Grantovou agenturou ČR,
projekt č. P403/10/0041

SOUHRN

Dlouhý M, Jaroš J. Zdravotní politika a psychiatrická péče v Moldavsku

Cíl: Cílem této studie bylo získat informace o systému zdravotní péče a zejména o péči o duševní zdraví v Moldavsku.

Materiál a metoda: Analýza veřejných dokumentů, analýza interních materiálů a konzultace s moldavskými odborníky, které proběhly v Kišiněvě v roce 2011.

Výsledky: Hlavním zdrojem financování zdravotnictví v Moldavsku je veřejné zdravotní pojištění, avšak část populace není veřejným systémem pokryta. Existují velké rozdíly v dostupnosti péče mezi městy a venkovem. Psychiatrická péče zaostává za moderními trendy péče o duševně nemocné. Je zde nedostatek kvalifikovaných zdravotnických profesionálů. Nejvyšší úroveň péče poskytují tři psychiatrické kliniky. Psychiatrická komunitní péče není dosud dostatečně rozvinuta.

Závěr: Přes finanční problémy, chudobu i zadluženost země si moldavská vláda uvědomuje význam zdravotnictví pro rozvoj země a kontinuálně zvyšuje jeho rozpočet.

Klíčová slova: psychiatrie, Moldavsko, zdravotní politika.

SUMMARY

Dlouhý M, Jaroš J. Health policy and psychiatric care in Moldova

Aims/Objectives: The objective was to gain information on health care system and particularly on mental health care in Moldova.

Methods: Analysis of public documents, analysis of internal materials and interviews with experts from Moldova that took place in Chisinau in 2011.

Results: The main source of health financing in Moldova is public health insurance. However, the part of population is not fully insured by public system. There are large differences in access to services between urban and rural areas. Psychiatric care does not follow modern trends of care about mentally ill. There is a lack of qualified medical professionals. The highest level of care is provided in three psychiatric clinics. The psychiatric community care is not sufficiently developed.

Conclusion: In spite of financial problems, poverty, and national debt, the government of Moldova is aware of importance of health system for the national development and health budget grows continually.

Key words: psychiatry, Moldova, health policy.

ÚVOD

Moldavsko je pouze jednou částí historického území „Moldávie“, která leží mezi rumunskými Karpaty na západě a na východě řekou Dněstr při západní hranici Ukrajiny. Východní část Moldávie se nazývá také Besarábii. Krátce před druhou světovou válkou a znovu po válce se stalo Moldavsko součástí SSSR. Po rozpadu SSSR v roce 1991 vyhlásilo Moldavsko samostatnost. I přes jistý pokrok v posledních letech je Moldavsko nejchudší zemí Evropy. Země má příznivé klima a půdní podmínky pro intenzivní zemědělství a pěstování některých subtropických plodin, zejména zeleniny, ovoce, tabáku a také vína. Naopak nedisponuje žádným významnějším nerostným bohatstvím a průmyslem. Podle Indexu lidského rozvoje OSN je Moldavsko zdaleka nejméně rozvinutou evropskou zemí s indexem lidského rozvoje podobně vysokým, jako má mimo Evropu např. Egypt, Mongolsko či Botswana.

Administrativně se země člení na 32 okresů (rajonů), dvě samosprávná města se statusem okresů (Kišiněv a Balti), Gagauzskou autonomní oblast a separatistické Podněstří pod ruskou kontrolou. Moldavsko mělo k 1. lednu 2011 celkem 3,6 milionu obyvatel, s Podněstřím celkem asi 4,1 milionu obyvatel. Od roku 1990 počet obyvatel stále klesá a obyvatelstvo stárne díky negativnímu přirozenému přírůstku. Střední délka života mužů je 65,0 a žen 73,4 roku.

Předpokládá se, že v zahraničí pracuje stále kolem 500 tisíc obyvatel. Pro ekonomiku je charakteristický vysoký přínos financí z výdělků Moldavanů pracujících v zahraničí (30 % HDP v roce 2011 podle oficiálních údajů vlády). Vzdor energetické závislosti na Rusku a jeho imperiální politice země od roku 2007 vykazovala pozoruhodný růst ekonomiky až o 6 % ročně.

Cílem této studie bylo získat informace o systému zdravotní péče a zejména o péči o duševní zdraví v této opomíjené evropské zemi. Stojí za připomenutí, že ČR v rámci Koncepce zahraniční rozvojové spolupráce na období 2010–2017 řadí mezi pětici prioritních zemí Afghánistán, Bosnu a Hercegovinu, Etiopii, Mongolsko a právě Moldavsko. Studie vychází z analýzy veřejných dokumentů, interních materiálů a z konzultací s moldavskými odborníky, které proběhly v Kišiněvě v roce 2011.

ZDRAVOTNICKÉ KAPACITY

V letech po vyhlášení samostatnosti čelilo moldavské hospodářství rapidnímu poklesu finančních zdrojů zejména v letech 1993–1999, také v souvislosti s finanční krizí Ruska v roce 1998, kdy HDP klesl až o 60 %, což se nemohlo neprojevit na financování zdravotnictví.¹ V 90. letech nebyly prostředky ani znalosti na implementaci nutně rozsáhlé reformy systému. S pomocí mezinárodních organizací (Světové banky, MME, WHO) však tehdy došlo k širokým diskusím a podařilo se zpřesnit představu o žádoucím budoucím stavu i přípravu nutné legislativy.

V tomto období (zejména mezi lety 1995 a 2002) rovněž došlo k dramatické redukci lůžkového fondu. V roce 1991 bylo v Moldavsku 335 nemocnic s 57 000 lůžky. V roce 2010 bylo v zemi 84 nemocnic s 22 000 lůžky² (62

lůžek na 10 000 obyvatel, z toho akutních 49,3, ošetrovatelských a LDN 8). Celkové úspory představovaly zhruba 25 % zdravotnického rozpočtu. Nutno podotknout, že tato redukce se dotkla také psychiatrických lůžek, jejichž počet poklesl z 6,4 na 10 000 obyvatel v roce 2001 na 5,1 na 10 000 obyvatel v roce 2010.³ Rovněž poklesly počty zdravotnického personálu. Ze 335 lékařů na 100 000 obyvatel v roce 1990 na 310 v roce 2010. Počet psychiatrů poklesl z 9 na 100 000 obyvatel na 8 na 100 000. U zdravotních sester byl v té době pokles z 978 na 773 na 100 000 obyvatel. V Moldavsku však existuje rovněž profese felčarů, tedy paramediků na úrovni bakaláře v počtu 42 na 100 000 obyvatel. V Moldavsku je značný rozdíl mezi urbanizovanými a rurálními oblastmi. Zatímco v urbanizovaných oblastech je lékařů i paramedicínských profesí dostatek, v rurálních oblastech je tomu naopak a jsou činitelna opatření na straně zlepšeného odměňování.

Celkově je nutno říci, že zdravotnický systém je organizačně i technicky zastaralý. Vzdor redukci lůžkového fondu je stále poddimenzována péče primární a odborná ambulantní. Ještě stále se velké množství případů, ve vyspělých zemích téměř výhradně v gesci ambulantní péče, řeší při hospitalizacích. Často hospitalizace řeší problémy spíše sociální povahy. Systém ošetrovatelské a následné péče je málo rozvinutý. Existuje řada reformních návrhů a plánů, ale ekonomické možnosti státu jsou zřejmě limitující pro rozsáhlou a hlubokou reformu.

V každém okrese je jedna zdravotnická správa s vlastní právní subjektivitou, která zahrnuje všeobecnou okresní nemocnici, zařízení primární péče (rodinní lékaři) a venkovská zdravotní centra (54 % populace žije na venkově v zemědělských oblastech). Tato centra obhospodařují obvykle území s cca 50 000 obyvateli. 550 praktických lékařů primární péče pracuje v samostatných ordinacích na venkově s populací přes 1000 pacientů. V územích s méně nežli 1000 obyvateli pracují paramedicínské odborníci (felčari), poskytující základní zdravotní péči. Významné postavení má 6 centrálních institucí a 25 specializovaných klinik, sídlících vesměs v Kišiněvě a v Balti, a to včetně psychiatrických klinik. Řízeny jsou v drtivé většině z ministerstva zdravotnictví, kterému přímo podléhají.

FINANCOVÁNÍ ZDRAVOTNICTVÍ

Do roku 1991 fungoval v tehdy sovětské republice klasický Semaškovův model státem řízeného zdravotnictví. Roku 1998 bylo rozhodnuto o zavedení zdravotního pojištění s jedinou Národní zdravotní pojišťovnou (NZP). V život byl však systém pojištění uveden až v roce 2004.¹ Národní zdravotní pojišťovna (NZP) má 11 teritoriálních poboček. Teritoriální pobočky NZP kontrahují pro každý rajon jednoho pověřeného šéflékaře. Ten je zodpovědný za distribuci okresního rozpočtu jednotlivým centrům rodinné či rurální medicíny, specialistům a nemocnicím. Relace financování těchto jednotek určuje MZ, které kontrahuje dohody uzavřené NZP. Od roku 2008 jsou zařízení primární péče formálně finančně samostatná, rozpočet ovšem opět určuje MZ a pobočka NZP. Důvodem měl být přesun prostředků z lůžkové péče k ambulantní a zvláště k primární péči. Záměrem bylo alokovat do primární péče

35 % prostředků, 45 % do lůžkové péče, 15 % do urgentní medicíny a 5 % do superspecializované lůžkové péče. Ve skutečnosti je však stále ještě do lůžkové péče alokováno více prostředků, a to podle rajonů od 52 do 80 %.

Osoby v zaměstnaneckém poměru platí povinně 7 % z příjmu, napůl platí zaměstnanec a zaměstnavatel. Samostatně výdělečně činní platí jednotnou, zákonem stanovenou částku 90–120 € za rok. Pojištěny ze zákona (státem hrazeným pojištěným) jsou všechny děti do 14 let a všichni senioři nad 65 let. Nepojištěných je v průměru 24 % (ve věkové skupině 25–54 let 40–50 %),¹ z toho 70,5 % je ekonomicky aktivních. Ekonomicky aktivní jedinec ztrácí výhody pojištění, pokud nezaplatí pojištění dva měsíce po sobě (týká se především samostatně hospodařících zemědělců a živnostníků). Za občany bez vlastního příjmu (děti, studenti, důchodci, registrovaní nezaměstnaní) hradí státní rozpočet pojišťovně pevnou sumu. NZP získává prostředky za definované skupiny nepojištěných přímo ze státního rozpočtu prostřednictvím MZ.

Moldavsko vydává mimořádně vysoké procento HDP na zdravotnictví, různé odhady se pohybují od 11 až do 15 %. To má své historické kořeny. Po osamostatnění v roce 1991 poklesla celková ekonomická aktivita v zemi, což se odrazilo i ve snižujících se výdajích na zdravotnictví v letech 1993–2003. Zejména v souvislosti s finanční krizí Ruska v roce 1998 poklesly vládní výdaje ze 4,3 % až na 2,9 % HDP a celkové výdaje na zdravotnictví ze 7,1 % na 5,6 % HDP. Od zavedení zdravotního pojištění výdaje na zdravotnictví trvale rostou. Veřejné výdaje dosahují 70 % celkových výdajů na zdravotnictví (vládní výdaje a platby z pojištění).

Mimořádně vysoké jsou platby ze soukromých zdrojů, které se skládají jednak z legálních i nelegálních (úplatků) plateb, jednak z plateb za jednotlivé výkony. Přesný údaj o podílu není MZ schopno poskytnout, nutný je dopočet z jiných zdrojů. Podle těchto odhadů klesly privátní výdaje mezi lety 2000 a 2005 ze 64,7 na 42,3 % a do roku 2011 na 30,7 %.

Legální přímé platby za péči a léky jsou vysoké, srovnáme-li moldavské hodnoty s ostatními evropskými zeměmi. Platí se za služby a produkty nekryté povinným pojištěním nebo krytým jen částečně. V roce 2004 byl podíl těchto legálních hotovostních plateb 43,2 % z výdajů na zdravotnictví a reprezentoval 1,402 mld. lei (1 lei byl 1,50 Kč, relace lei/USD je 12,37). Ve stejném roce byl kvalifikovaný odhad nelegálních hotovostních plateb (úplatků, ať již poskytovateli vyžadovaných, či „dobrovolně“ placených) 408 mil. lei. To znamená, že na úplatky byla celkem vydána suma rovnající se 12,6 % z výdajů na zdravotnictví.

Primární péče je proplácena systémem kapitací. NZP alokuje do primární péče cca 30 % disponibilních prostředků a tato suma je pak dělena počtem všech pojištěných (včetně státních pojištěnců). Neexistuje úprava podle stupně rizika pacientů/klientů. Tento způsob plateb může být navýšen o platby za speciální služby (vakcinace, preventivní programy).

Specializovaná ambulantní péče, poskytovaná vesměs v rajonních a terciálních nemocnicích, bývá nasmlouvána v objemu a cenách na jeden rok dopředu na základě rozpočtu a reálných výdajů minulého roku. Platby za specializovanou ambulantní péči jsou však odděleny od roz-

počtů a financování lůžkové péče. Služby vázané na užití moderních technologií se obvykle platí systémem platby za výkon.

Nemocniční péče je financována systémem globálního ročního rozpočtu a case-mix za jednu hospitalizaci. Pacienti jsou rozděleni do 90 case-mix skupin v rámci pěti základních nemocničních oddělení (interna, infekce, chirurgie, porodnictví a gynekologie, pediatrie). Tři okresní nemocnice mají rovněž TBC oddělení. Republikové a municipální nemocnice jsou financovány a kontrahovány NZP na základě schváleného rozpočtu z minulého roku.

Systém case-mix skupin se stále rozrůstá a rovněž se zpřesňuje způsob financování lůžkové péče. Aby se zabránilo excesivním hospitalizacím nad kontrahovaný objem péče, je zaveden regresivní systém plateb. Důležitou roli v těchto kontraktačních jednáních na okresní úrovni mívá smluvní šéflékař NZP v daném okrese, který může část rozpočtu přesouvat mezi jednotlivými segmenty péče, což se také často děje a je to zdrojem velké kritiky poskytovatelů, zejména z primární péče.

Interakce mezi poskytovateli a plátcí nemá za sebou ani jedno desetiletí existence, je proto v neustálém vývoji a je charakterizována snahou o optimalizaci. Kontrakty se uzavírají mezi NZP (a jejími 11 pobočkami) na straně jedné a zdravotnickými zařízeními na straně druhé. Kontrakty s republikovými a municipálními nemocnicemi a klinikami musejí být kontrasignovány MZ, na úrovni okresů pak příslušnými orgány okresní zdravotní správy jakožto zřizovateli příslušných zařízení.

Obvykle je dopředu stanoven poměr mezi primární a nemocniční péčí, málokdy bývá ale dodržován zcela striktně. Pobočky NZP mají právo provádět audit hospodaření a poskytované péče jednotlivých kontrahovaných zdravotnických zařízení. V případě podstatných odchylek od dohodnutého kontraktu může NZP odmítnout platit. V realitě ovšem moldavská zdravotnická zařízení čelí pro nás nepředstavitelné chudobě. Často jde o nedostatky nábytku, telefonních linek apod., nikoliv pouze o drahá zařízení a přístroje.

PSYCHIATRICKÁ PÉČE

V Moldavsku byla nemocnost v případě duševních onemocnění v roce 2010 v počtu 435 na 10 000 obyvatel všech věkových kategorií.³ Duševní onemocnění tvoří necelých 6 % celkové nemocnosti a za poslední desetiletí tato nemocnost mírně klesá. Roste nemocnost způsobená drogovými závislostmi z 27,7 na 100 000 obyvatel v roce 1995 na 255,6 v roce 2010, zatímco nemocnost v důsledku alkoholismu je dlouhodobě stabilní. Úmrtnost způsobená duševními poruchami v posledním desetiletí mírně vzrůstá, a to zejména u mužů a zejména v důsledku alkoholismu. Zajímavé je, že nárůst úmrtnosti je poněkud větší v zemědělských částech země. Úmrtnost na duševní poruchy tvoří však jen cca 0,4–0,5 % celkové úmrtnosti.

V Moldavsku mírně roste incidence duševních poruch. V roce 2010 to bylo dle WHO 576,1 na 100 000 obyvatel všech věkových kategorií. Prevalence těchto poruch byla v roce 2010 podle stejného zdroje 4,34 %. Všech případů duševních poruch bylo na konci roku 2010 cel-

kem 154 473. Z tohoto hlediska se může jevit problematickou redukce počtu psychiatrických lůžek, která sleduje obecný trend redukce lůžkového fondu.

Psychiatrická péče o duševně nemocné v Moldavsku je specifická „malým rozměrem“ země jako takové a tím omezeným počtem organizací poskytujících tuto péči, které jsou často vyjmenovatelné po jednotlivých institucích.

Péče o duševní zdraví je poskytována již lékaři primární péče, byť na značně rozdílné úrovni podle odborné erudice jednotlivých lékařů. K primární péči je přístup velmi snadný. Zhruba 90 % populace žije do vzdálenosti 5 km od nejbližšího poskytovatele primární péče a doba potřebná k dosažení této péče je obvykle kratší než jedna hodina.

Přístup k odborné ambulantní a lůžkové péči je dán existencí těchto služeb v sídelních místech okresů. Ani při poměrně chudé dopravní infrastruktuře to pro většinu venkovského obyvatelstva nepředstavuje významnou bariéru v přístupu k psychiatrické péči. Skutečnou bariérou (vedle nedostatku erudovaných odborníků – psychiatrů) je nutnost soukromých plateb za léky, které jsou zejména při dlouhodobé nemocnosti neúměrně vysoké pro nemalou část populace.

Psychiatrická péče obecně trpí nedostatkem kvalifikovaných odborníků. V řadě okresů chybějí odborníci na dětskou psychiatrickou péči, a v některých okresech chybějí dokonce i odborníci na dospělou populaci. Z toho plyne vysoká pracovní zátěž jednotlivých lékařů, z nichž mnozí pracují na úvazky vyšší nežli 1,0. Doba předpokládaná normativy MZ a NZP na psychiatrické vyšetření (20 minut) je zcela nedostatečná. V zařízeních ambulantní psychiatrické sféry se ale potýkají pracovníci i s takovými problémy, jako je nedostatek telefonů, nábytku apod. Lékaři často předepisují nedostatečné množství léků a jejich skladba neodpovídá vždy požadavkům na komplexní péči. Časté jsou dlouhé čekací doby na ošetření a vztah pacienta a lékaře zdaleka neodpovídá moderním trendům na respektování lidské důstojnosti pacientů.

Nemalým problémem je sociální zázemí řady hospitalizovaných pacientů, z nichž mnozí jakékoliv takové zázemí postrádají, případně je jejich příbuzní nechávají dlouhodobě v nemocnicích, nenavštěvují je, čímž zhoršují jejich zdravotní stav apod. Vývoj organizace a poskytování nemocniční péče často ustrnul, pacientům není umožněno opustit oddělení, dlouhodobí pacienti nemají žádné pracovní a další aktivity, vyskytuje se diskriminace pacientů ze strany personálu. Nemocniční péče je orientována především na překonání kritických fází onemocnění, málo však na dlouhodobou terapii. Psychiatrické nemocnice trpí nedostatky ve vybavení a tím možnosti poskytovat relativně komfortní péči.

Počet konzultací s psychiatry nelze přesně určit. Počet konzultací (kontaktů) s ambulantní sférou za rok je 6,3. Z toho na lékaře primární péče připadá 2,7 konzultace. Kolik z nich se ale týká problémů s duševním zdravím, nelze určit. Podle odhadu 40 % populace nevykazuje žádné kontakty s ambulantní sférou, což platí jak pro pojištěné, tak i pro nepojištěné.

Péče o duševní zdraví je organizována následovně. Ambulantní psychiatrická péče je teoreticky základem péče o duševní zdraví. Tuto péči poskytují ze zákona léka-

ři primární péče (rodinní lékaři) a lékaři ve venkovských zdravotnických centrech. Tito lékaři, v případě závažnější poruchy, odesílají pacienty k vyšetření na okresní psychiatrická oddělení do psychiatrických oddělení rajonních nemocnic, které poskytují specializovanou ambulantní péči. Tato péče zahrnuje vyšetření, konzultace, psychoterapii, případně krátkodobou hospitalizaci a předpis léků, pokud možno hrazených z povinného zdravotního pojištění NZP. Problémem je, že ze všech rajonních nemocnic má psychiatrická oddělení pouze 35 nemocnic, disponujících celkem 72 psychiatry (přepočteno na plné úvazky) se 300 lůžky, tj. s 0,3 lůžka na 10 000 obyvatel. Průměrná ošetrovací doba v těchto odděleních je 9 dní. Lékaři z center vykazují průměrně 25 konzultací denně, což reprezentuje zcela nedostatečnou dobu na jednoho pacienta. Regionální psychiatři rovněž navštěvují pacienty odeslané k další hospitalizaci, pokud jsou k tomu vyzváni.

Z těchto (rajonních) pracovišť mohou být pacienti doporučení ke specializovanější léčbě na jedné ze tří psychiatrických klinik (nemocnic). Lékaři v těchto nemocnicích prodělali většinou profesní výcvik v zahraničí (Rusko, Ukrajina, Rumunsko, v řídkých případech Francie či jiné západní země). Nemocniční psychiatrická péče spotřebovává 80–85 % finančních zdrojů alokovaných do psychiatrické péče.⁴

Psychiatrická klinika v Kišiněvě, založená již v roce 1895, poskytuje své služby hlavnímu městu (750 000 obyvatel) a 22 okresům části centrální a jižní oblasti země se 2,35 milionu obyvatel. Zaměstnává 110 lékařů, 300 paramedicínských sil, 400 sester a ošetrovatelek vč. štábu techniků, 3 psychology a 1 sociálního pracovníka. Má 1 665 lůžek v 19 odděleních vč. pediatrických, psychoterapeutických a intenzivní péče. Vedle lůžkových oddělení poskytuje rovněž péči při tzv. jednodenní hospitalizaci. Průměrná ošetrovací doba je 30 dní. Nemocnice se potýká s nedostatkem personálu, jehož věková struktura je nevyhovující (stárnutí). Část lékařů pracuje na 1,5 úvazku. Část péče je poskytována neplaticím pacientům na základě soudního rozhodnutí, podle něhož jsou tito pacienti nebezpeční pro společnost. Část pacientů zůstává v péči dlouhodobě, poněvadž „nemají kam jít“, nemají příbuzné apod. To vyvolává další finanční tlaky.

Psychiatrická klinika v Balti operuje od roku 1976 v severní části země v 11 okresech a municipalitě Balti. Spádová oblast přibližně 1 milion obyvatel. Má 770 lůžek v 10 odděleních vč. pediatrického. Poskytuje jak lůžkovou, tak i jednodenní péči s průměrnou ošetrovací dobou 30 dnů. Vedle popsanych problémů nemocnice v Kišiněvě se nemocnice v Balti potýká s nedostatkem finančních prostředků na léky. Místo 1,8 USD/den dostává nemocnice od NZP pouze 1 USD na den. Totéž se týká norem na stravování, kde nemocnice místo denní normy 1,4 USD/den dostává pouze 0,96 USD (tyto finanční údaje jsou za období 2007–2009).

Psychiatrická klinika v Orhei poskytuje péči od roku 1958 pro obyvatele 4 okresů v centru země. Pracuje zde 6 psychiatrů, 1 narkolog, 1 internista, 1 laboratorní asistent a odpovídající počet sester. Tato nemocnice bývala organizační součástí nemocnice v Balti, plně samostatná je od roku 2009. Má 200 lůžek ve 4 odděleních. Poskytuje péči pouze dospělým. Průměrná ošetrovací doba je rovněž

30 dní. Potýká se s nedostatkem základního technického vybavení, například nábytku. Má málo prostor pro poskytování terapie. Nemá žádného sociálního pracovníka.

Vedle této „klasické“ struktury v Moldavsku operují tři komunitní zdravotnická centra.⁴ Hnutí za tuto podobu komunitní psychiatrické péče bylo podporováno švýcarskými nadacemi a začalo operovat v roce 2004. Péče těchto center je vysoce oceňována klienty, daleko více nežli péče nemocnic či jiných složek systému. Přístup k této péči je jiný nežli k lékařské péči ve striktním slova smyslu. Není vždy nutné doporučení lékaře, centra si vyvíjejí vlastní systém podmínek, jejichž splnění vyžadují k akceptaci pacientů. Centra se potýkají s nedostatkem léčiv, ale také s malým počtem pacientů, za které platí péči NZP. Rovněž mají centra potíže s úhradou stravy pro klienty. Je referováno o komplikacích v komunikaci mezi komunitními centry a ostatními složkami péče o duševně nemocné. Zejména pracovníci center si stěžují na špatnou komunikaci. V současnosti existují tři taková centra, jejichž služby využívá cca 5 000 osob za rok. Rozšíření tohoto typu komunitní péče by bylo velmi žádoucí, naráží však na nedostatek odborníků i disponibilních prostor.

ZÁVĚR

Psychiatrická péče je poskytována v souladu s dokumenty moldavského MZ týkajícími se této problematiky. MZ

chystá novelizaci Institucionálního plánu rozvoje⁵ pro roky 2009–2011 plánem pro období 2012–2016, který není zatím hotov. Tento materiál má mít speciální část, týkající se psychiatrické péče a obecněji péče o mentální zdraví. Spolupracují na něm odborníci z Kišiněva i z Balti. Nakolik tento materiál bude spíše proklamativní, se nedá odhadnout. Snaha odborníků je, aby se jednalo o akční plán s definovanými finančními nároky na vytváření komunitních center, konkrétních aktivit konkrétních týmů, vzdělávací aktivity pro lékaře a sestry v primární péči apod.

Jakkoliv jsme se snažili nezastírat mnohdy velké problémy, se kterými se moldavské zdravotnictví potýká, je nutno zároveň konstatovat, že vzdor finančním problémům, chudobě i zadluženosti země si moldavská vláda uvědomuje význam zdravotnictví pro rozvoj země, kontinuálně zvyšuje jeho rozpočet a snaží se toto odvětví rozvíjet i legislativně. Pracovní nasazení a entuziasmus na centrální i regionální úrovni řízení je obdivuhodný. Např. samo MZ má jen 80 pracovníků, kteří však produkují kvalitní analýzy a další materiály, jakkoliv je patrná podpora z vyspělých zemí (Norsko, Švýcarsko, Německo a v neposlední řadě i ČR).

Poděkování

Autoři děkují za pomoc Ministerstvu zdravotnictví ČR, Velvyslanectví ČR v Kišiněvě a moldavskému ministerstvu zdravotnictví při zpracování studie.

LITERATURA

1. Atun R, Richardson E, Shishkin S, Kavecicius G, Ciocanu M et al. Moldova: Health system review. Health Systems in Transition. 2008; 10 (5): 1–138.
2. National Bureau of Statistics of the Republic of Moldova. Moldova in Figures – Statistical pocket-book 2011, Chisinau: National Bureau of Statistics; 2011.
3. National Bureau of Statistics of the Republic of Moldova. Statistical Yearbook of the Republic of Moldova 2011, Chisinau: National Bureau of Statistics 2011.
4. Cheianu-Andrei D. Feasibility study regarding the development of the mental health services in the Republic of Moldova. Chisinau: Swiss Agency for Development and Cooperation; 2010.
5. Ministry of Health of the Republic of Moldova. 2009–2011 Institutional Development Plan. Chisinau: Ministry of Health of the Republic of Moldova; 2008.

referáty o literatuře

Song HR, Jung Y-E, Wang H-R et al. Platelet count alterations associated with escitalopram, venlafaxine and bupropion in depressive patients

(Změny počtu trombocytů spojené s escitalopramem, venlafaxinem a bupropionem u depresivních pacientů) Psychiatry and Clinical Neurosciences 2012; 66 (5): 457–459

Cílem prezentované studie jihokorejských autorů (specializované univerzitní pracoviště v Soulu) bylo hodnotit změny v počtu trombocytů u tří různých druhů antidepressiv. U všech osob (n = 131), neužívajících léky, byla

diagnostikována deprese. Těmto pacientům byly předepsány escitalopram (n = 42), venlafaxin (n = 50) a bupropion (n = 39). Počet trombocytů byl stanoven před léčbou a po jednom měsíci a následně porovnán. Pokles v počtu trombocytů u escitalopramu byl významný, ale ne u jiných antidepressiv. Tyto nálezy naznačují, že escitalopram může být spojen se snížením počtu trombocytů. Bupropion ovlivňuje jejich počet s menší pravděpodobností. (Pozn. překl.: Dříve byl v literatuře popisován vliv trazodonu na počet trombocytů s doporučením měřit jejich počet.)

MUDr. Jaroslav Veselý