

úvodník

PRESKRIPTČNÍ OMEZENÍ, REFORMA PSYCHIATRICKÉ PÉČE A EVROPSKÉ MILIARDY

Děsí mě představa medicíny založené nikoli na vědecké evidenci, ale na zdravotním pojištění. Pacient vyplní dotazník doporučený v Doporučených postupech Vodítek (Guidelines) odborné společnosti. Počítač podle vyplněného dotazníku stanoví diagnózu podle MKN-11 nebo DSM-V a vybere léčivo, které má podle jeho registračního výměru (nebo Souhrnu údajů o přípravku v příbalové informaci) pro počítačem stanovenou diagnózu schválenou indikací, a „doporučí“ to nejlevnější, nebo podle Pozitivního listu to, kde je nejmenší riziko, že pojišťovna nebude lékaře za předpis pokutovat. Pacient dostane z výstupu počítače „recept“, se kterým půjde do lékárny. Lékárník ověří podle databáze receptů, že u daného pacienta (personalizace!) nehrozí nevhodná léková interakce, a vydá léčivo po zaplacení příslušného poplatku, eventuálně také doplatku. Pak teprve počítač informuje lékaře, co se stalo, a požádá o elektronický podpis, že s tím lékař souhlasí. Tím se stane lékař pro pojišťovnu za celou transakci finančně zodpovědným a počítá se mu to do výdajů za léčiva.

Psychofarmakologická sekce Psychiatrické společnosti ČLS JEP uspořádala na téma preskripčních omezení první zářijovou středu 2013 panelovou diskusi. Jaromír Švestka (Brno) navrhl, aby k podobnému rokování byl příště pozván právník a zástupce SÚKL a informoval o novinkách, protože ani v USA nemůže každý lékař sledovat všechna upozornění FDA včetně nových a nových verzí SPC. K tomu lze ještě dodat, že náš pacient často bloudí mezi lékárnami, poněvadž se dozvídá, že lék není t. č. v distribuci, ale v jiné lékárně ho mají, nemluvě o různých doplácích a poplatcích, které jsou také v různých lékárnách různé. Dnes se mne dokonce pacienti ptají, zda u Dr. Maxe dostanou padesátikorunu, když tam půjdou s receptem.

Problematiku preskripčních omezení řeší často Sdružení ambulantních specialistů SAS. Jeho čestný předseda, psychiatr Pavel Tautermann doporučil, abychom využili vysokých pokut za předpis levnějšího Denibanu místo dražších přípravků amisulpridu Oborovou zdravotní pojišťovnou (OZP) a vstoupili do jednání s OZP dříve, než zkrachuje část ambulantních psychiatrů při uplatnění těchto srážek. Nepoměr mezi cenami léků a cenou naší práce (zvl. pak v minulých letech, ze kterých se teď srážky počítají) je zcela markantní. S trochou nadsázky přežijí jen samostatně pracující lékaři, kteří léčí zdravé lidi a píší jim benzodiazepiny, které si pacient platí. Jinak máme preskripční omezení s různým stupněm smysluplnosti skoro u všech léků. Většina z nás se celá léta domnívala, že můžeme použít lék i jinak než jen podle SPC. Předpokládali jsme, že stačí postup *lege artis* odborně zdůvodnit – což bychom měli mít samozřejmě napsané v dokumentaci. Nicméně při současné revizi OZP se ukazuje, že jsme se mýlili. Většinou nemáme vůbec šanci s revizním lékařem na toto téma hovořit. „Revize“ je ryze administrativně počítačová a po kontaktu s revizním lékařem marně voláme. Měli bychom umět prosadit jako samozřejmost, že máme podobně jako soudci možnost volné úvahy.

Zřejmě na tom nejsme jako soudci (podle slovesa soudit nebo usoudit) a jsme tlačeni do role rozhodčích. Rozhodovat máme bez dlouhého uvažování a souzení podle Doporučených postupů atd. My však léky předepisujeme po dialogu s nemocným, který musí být psychoterapeuticky zaměřen, a léky předepíšeme, když zjistíme, že samotná psychoterapie problémy nemocného nevyřeší. Při psychoterapii jsme omezení jen časem, který na ni máme.

Vědecká tajemnice psychofarmakologické sekce Simona Papežová se opírala o dikci zákonných opatření o preskripčních omezeních. Navrhla uspořádat v průběhu sjezdu Psychiatrické společnosti ve Špindlerově Mlýně poradu za účasti zástupců ministerstva, pojišťoven, SAS a právníků.

Pojišťovny mají právo mluvit do toho, co za léčbu platí, poněvadž jim na to musejí stačit peníze z pojistného. Omezení neplatí tam, kde si léky platí pacient sám. Platí to i o otázce domácích porodů, kterou dnes řeší Evropský soudní dvůr ve Štrasburku. Může pojišťovna zaplatit špičkovou porodnickou péči v domově rodičky? Může pojišťovna zaplatit laparoskopické rozdrčení žlučnickových kamenů doma? Může pojišťovna platit jednoho osobního asistenta – kouče – pro jednoho nebo pět pacientů trpících schizofrenií? Nemohu přece vyloučit, že pro dlouhodobou prognózu průběhu schizofrenie by se vyplatilo, kdyby při akutním propuknutí psychózy měl pacient tři nebo čtyři kouče, kteří by ho uchránili před nedobrovolnou hospitalizací, která, jak známo, stigmatizuje a prognózu zhoršuje.

Jsmo dnes v záviděníhodném postavení, že nám na reformu psychiatrické péče přihrála miliardy Evropská unie. Už jsem se setkal s pesimistickými názory, že lví podíl dostanou reklamní agentury za destigmatizační kampaň a betonová lobby za stavbu zdí Center duševního zdraví.

Řada našich nejlepších psychiatrů přešla do role psychoarchitektů. Bourali zdi mezi zdmi léčeben, stavěli kliniky. Peníze na reformu psychiatrické péče by však do stavby zdí jít neměly. Věřím, že investice do stavby Národního ústavu duševního zdraví přinese užitek nemocným.

Obecně prospěšná společnost Paraple je populární a nepotřebuje ani billboardy, ani finančně motivovat novináře, aby ji zviditelňovali. Peníze by však mohly ve prospěch duševně nemocných využít např. Focus, Bona, Ondřejov nebo jiné obecně prospěšné společnosti.

Psychiatrie potřebuje vyjít zpoza zdí ústavů, pracovat extramurálně a ne stavět nové zdi. Z evropských peněz by se dalo přidat na platech zdravotním sestřám a sociálním pracovnícím. Peníze bychom měli investovat do lidí, kteří se duševními poruchami profesionálně zabývají, a do jejich vzdělávání. Revizní lékaři by neměli být pouhými úředníky, ale specialisty různých oborů s autoritou u kolegů a podle toho by měli být placeni. Centra duševního zdraví by měla mít Radu, ve které by *ex officio* bylo nabídnuto členství ambulantním psychiatrům, kteří v regionu Centra mají svou ambulanci. Jsem si vědom, že administrativně proúřadovat realizaci takových kroků nebude jednoduché. Nepotřebujeme k tomu experty, kteří nám vysvětlí, proč to nejde. Hledejme odborníky, kteří najdou cesty, jak to jde.

Ex officio by v radě center měli být také policisté a právníci. Prioritou k řešení jsou nejčastější duševní poruchy, jako je závislost na drogách včetně alkoholu, hazardu a touze po moci a penězích, poruchy související se stárnutím, a tedy hlavně s Alzheimerovou nemocí. Tyto priority mají však různou důležitost v různých regionech. Jiné to je v místech, kde žije mnoho Romů, jiné v místech, kde jsou čtvrti s mladou populací, jeslemi, školkami a školami, jiné v blízkosti kampusů vysokých škol nebo tam, kde žije mnoho seniorů. Legislativně by se měl řešit problém s lidmi, kteří se léčit nechťejí a následkem své poruchy jsou ohniskem „infekce“ a trápení lidí kolem sebe.

Centra duševního zdraví by mohla být na regionální úrovni zárodkem řešení politicko-ekonomického problému, který se nedaří řešit na úrovni centrální. Finanční prostředky státu určené pro sociální péči jsou mnohonásobně vyšší než částky určené pro zdravotnictví a jsou od nich administrativně odděleny. Pracovník sociálního odboru obecního úřadu nebo městské části v radě Centra by měl vědět o lidech pobírajících příspěvky v nezaměstnanosti nebo sociální důchod. Policista zase ví o problémových občanech, nebo o lidech, kteří opustili vězení a hledají uplatnění. Jde o prevenci a také psychiatr ví, že „bída z lidí vlky činí“.

Nejsme vůči pojišťovnám bezmocní. Jsme jejich smluvními partnery a musíme dbát na to, co jsme podepsali. Z právního hlediska platí, že zákonné normy mají svou hierarchii vyhlášek a zákonů, kde vyšší normy přebíjejí nižší. Pro lékaře je nejvyšší normou SALUS AEGROTI ULTIMA LEX.

doc. MUDr. Oldřich Vinař, DrSc.
e-mail: admed.vinar@ecn.cz