

## úvodník

### PSYCHIATR V LEGISLATIVNÍ DŽUNGLI

V posledních letech došlo k řadě legislativních změn, které se dotýkají naší každodenní psychiatrické praxe. Jak už to tak někdy bývá, některé z nich nemusejí být ku prospěchu ani pacientů, ani nás (dle dikce zákona již ne lékařů, ale „poskytovatelů zdravotní péče“). Pokusím se zmínit části zákonů a vyhlášek, které se mi jeví jako problematické.

Příštím rokem měl vstoupit v účinnost zákon o elektronických receptech, dle něhož nebude možné předepsat lék bez internetového spojení. Údaje o pacientovi i konkrétním léku měly být shromažďovány v centrálním úložišti receptů bez upřesnění, kdo toto úložiště bude spravovat – zda stát, nebo pověřená soukromá firma. Namísto byly silné obavy ze zneužití intimních dat, z nefunkčnosti systému, z finančního tunelování při zadávání IT zakázek. Dosavadní příklady z praxe jiných oborů jsou dost silným mementem. Lichý není ani argument, že podobný nucený systém elektronických receptů ve světě funguje pouze v Dánsku. Doufejme tedy, že dojde k naplnění slibu ministra zdravotnictví, že se zasadí o zrušení zákona.

Dle *silničního zákona* jsme povinni zajistit odebrání řidičského průkazu každému pacientovi, u kterého zjistíme závislost na psychoaktivních látkách, s tím, že řídit může až po dvou letech prokázané abstinence. Sankcionování tedy budou ti závislí, kteří budou spolupracovat a snažit se svou závislost léčit. Ti, které hrozba odebrání řidičáku od léčby odradí, budou pod vlivem řídit dál.

Nový občanský zákoník (NOZ) přináší řadu novinek, jednou z nich je návrat pojmu *svéprávnost*. Nově je možno osobu pouze omezit ve svéprávnosti s tím, že oblasti tohoto omezení musejí být taxativně vymezeny. Po nejdéle třech letech musí být omezení přezkoumáno. Důsledkem tohoto jistě bohužel zamýšleného nařízení bude zahlcení znalců a soudů i případy, u kterých opakovaně prováděné přezkumy ztrácejí smysl (pacienti s mentální retardací, chronickým postpsychotickým defektem, demencí...). Jak se příhodně vyjádřil dr. Ivan David, je to jako opakovaně zkoumat, jestli jednoohému nedorostla náhodou druhá noha.

Zrušení poplatků za hospitalizaci Ústavním soudem bez náhrady a rozhodnutí vlády je neobnovovat přináší finanční problémy lůžkovým zařízením. Slíbené kompenzace jsou již v dohledu, není ovšem jasné, jak se v příštím roce budou kompenzovat výpadky regulačních poplatků v ambulanci a za recept. Se zavedením těchto poplatků v roce 2008 přitom klesla *úhrada za bod o 6 haléřů* a lékárnám se adekvátně snížila marže. Bez kompenzací bychom se tedy mohli v úhradách za poskytnutou péči dostat pod úroveň roku 2008.

Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), zachovává předešlé podmínky pro nedobrovolné léčení, navíc nám ale i v případě nesouhlasu pacienta ukládá povinnost poskytnout „pouze neodkladnou péči, pokud by její neposkytnutí znamenalo vážné ohrožení zdraví či života“. Výklad a pokyny k takto vágně formulované povinnosti ministerstvo nevydalo a zdravotníci jsou tak uváděni v právní nejistotu, jak se v těchto závažných situacích zachovat. Již by bylo načase ve zvažovaném zákoně o duševním zdraví problém nedobrovolné léčby odborně zpracovat a přiblížit legislativu většině vyspělých zemí Evropy, kde rozhoduje většinou zástupce státní správy na podkladě odborného vyjádření lékaře. V situacích, kdy je člověk „kvůli duševní poruše nebezpečný sobě nebo okolí“, jsme přece odborníci na duševní poruchu – otázku nebezpečnosti bychom měli přenechat odborníkům jiným. Pokud se někdo chystá skočit z okna nebo probodnout se nožem, vyhodnocení nebezpečnosti je vcelku jasné. Jiná situace ale nastává, pokud např. majitel nebo ředitel firmy v mánii plýtvá penězi, nabírá či propouští pracovníky, neadekvátně se sociálně chová a ohrožuje firmu bankrotem... Posuzovat takové situace psychiatrům rozhodně nepřísluší a spolurozhodovat by měl soudce nebo státní zástupce. Právní a finanční dopady rozhodnutí o nucené léčbě či hospitalizaci mohou být velmi zásadní.

Zákonnou normou nastavované úhrady léků vedou k tomu, že z trhu mizí některé klasické, osvědčené léky (namátkou perfenazin, maprotilin, mianserin...) a u jiných kvůli drasticky se snižující úhradě ze zdravotního pojištění hrozí, že zmizí také (dosulepin, imipramin, klomipramin, chlorprotixen, klasická depotní antipsychotika). Navíc snížení úhrady a zvýšení doplatků u tricyklických antidepressiv se projeví nárůstem finančních nákladů kvůli preskripci většinou dražších, ale plně hrazených SSRI. Postoj ministerstva zdravotnictví k problému těchto medikamentů je velmi laxní, naše argumenty ani na druhý pokus nebyly vyslyšeny.

Bylo by možno zmínit ještě další problémy zdravotnictví a psychiatrie se týkající, nechci ale být za příliš velkého pesimistu či škarohlída. Vždyť řada z nás si pamatuje doby (ne)dávno minulé, kdy z lékáren pravidelně vycházel na formátu A4 cyklostylovaný seznam léků, které zrovna nejsou k dispozici (např. někdy i penicilin nebo diazepam), spotřeba zahraničních léků (Ludiomil, Noveril) se musela plánovat dopředu, Brufen se pašoval z Jugoslávie a krajští odborníci zasahovali skoro do všeho. Povinně se musela citovat sovětská literatura a Freudovy spisy byly v depozitu knihovny.

Míra svobody ve vzdělávání, léčení a provozování psychiatrické praxe je opravdu nesrovnatelná.

*MUDr. PhDr. David Vaněk  
Psychiatrická ambulance Slaný*