

úvodník

Současnost a budoucnost psychiatrie aneb jde také o peníze

Při volbě lékařského povolání si člověk na prvním místě představuje pomoc trpícím lidem. Třeba je to někdy trochu naivní, ale určitě to není špatně. Později v praxi pozná, zvláště pokud je v nějaké vedoucí funkci, nebo má svou soukromou ambulanci, že jde také o to, kdo a kolik za poskytnutou péči zaplatí.

Výši finančních prostředků určenou na duševní zdraví lze prý vykládat jako určitý ukazatel zájmu společnosti o duševně nemocné. V tom případě v ČR nalézáme značný rozpor mezi verbálně deklarovanou ochotou pečovat o duševní zdraví a finančními prostředky, které do psychiatrie, jednoho z hlavních poskytovatelů této péče, skutečně přicházejí. Péče o duševně nemocné se stala jednou z priorit evropské zdravotní politiky, což zdůraznila Helsinská konference v roce 2005, kde byla přijata Deklarace o duševním zdraví, k níž se připojila i ČR. Odpovídají výdaje na duševní zdraví v ČR tomuto závazku?

Dvě na sobě nezávislé studie dr. Dlouhého a dr. Pěče odhadují, že na psychiatrickou péči jde 3,5 % z celkových výdajů na zdravotní péči. Pavel Horák, ředitel VZP ČR, prezentoval před psychiatrickou odbornou veřejností již vícekrát informace o výdajích na psychiatrii. Vystoupil i v červnu 2010 na konferenci ve Špindlerově Mlýně a jeho odhad výdajů na psychiatrickou péči činil 3,5 % z celkových výdajů VZP ČR na zdravotní péči. Největší část prostředků míří do psychiatrických léčeben, které od VZP ČR v roce 2009 dostaly 4 mld. Kč. Akutní psychiatrická péče spolu s psychiatrickými ambulancemi finančně spotřebovaly pouze čtvrtinu prostředků oproti psychiatrickým léčebnám. To jasně ukazuje na to, kde se rozhoduje o tom, jak budou využity prostředky pro psychiatrii.

Jaké jsou výdaje na duševní zdraví ve srovnatelných zemích? V mezinárodní studii uveřejněné v časopise *The Lancet* v roce 2007 se uvádí, že průměrná evropská země dává na výdaje na duševní zdraví 6,3 % z celkových výdajů na zdravotnictví. Srovnajte to s hodnotou 3,5 %, kterou udává VZP ČR. Jiné mezinárodní srovnání podílů výdajů na duševní zdraví je uvedeno v tzv. Zelené knize, kterou vydala Evropská komise. Z 19 zařazených zemí se ČR umístila na 18. místě před Slovenskem.

Jaká je aktuální situace v potřebě psychiatrické péče? Potřeba psychiatrické péče nepochybně roste. Mezi lety 2000 a 2008 byl zaznamenán téměř třetinový nárůst v počtu pacientů (o 29 %) a čtvrtinový nárůst v počtu vyšetření. Svobodná společnost si zřejmě vybírá svou daň, neboť svoboda a kapitalismus jsou spojeny i s negativními jevy. Projevil se tento nárůst potřeb také ve financování? Bohužel ne.

Někteří čeští odborníci namítají, že tyto údaje jsou poněkud zavádějící, protože nezohledňují skutečnost, že léčebny částečně suplují i roli sociálních zařízení a že část jejich pacientů nevyžaduje hospitalizaci, ale mohli a měli by být opatřováni v ústavech sociální péče. Je pravda, že tímto posunem by se dosáhlo značné nápravy. Nemuseli bychom snad už nacházet pokoje po 10 až 20 pacientech, ale na skutečnosti, že na psychiatrii jde stále jen 3,5 % výdajů, to nemění nic.

Jak se nedostatek financí projevuje v praxi? V psychiatrických léčebnách i v nemocnicích nejsou dostatečné prostředky na potřebné rekonstrukce. Copak deseti- a vícelůžkové pokoje mohou důstojně sloužit k léčbě? Nejenom nízké platy, ale také nízká atraktivita takovýchto pracovních podmínek vyhání pryč mladé psychiatry, kteří záhy po atestaci odcházejí do zahraničí nebo do soukromých ambulaní. Na nedostatku zdravotníků ztroskotávají snahy o zlepšení stávajícího systému péče – jde například o zavedení nového kódu intenzivní psychiatrické péče pro akutní a nebezpečné pacienty. Dále je to neochota pojišťoven investovat do stacionářů a denních klinik. Z finančních důvodů zdravotní pojišťovny nechtějí navazovat smlouvy pro psychiatrické sestry, které by zajišťovaly tolik potřebnou komunitní péči.

Paradoxně, za to málo peněz, jež přichází z veřejných zdrojů, funguje česká psychiatrie až překvapivě dobře. Na ulicích se téměř nepohybují bezdomovci trpící psychotickými poruchami, jako je tomu třeba v USA. Pokud český pacient potřebuje léčbu v nemocnici, relativně snadno se k ní dostane a je léčen kvalitními léky. Problémy tedy nejsou na první pohled vidět, neboť jsou skryté za zdmi léčeben a nemocnic. V těch je však nedostatek sester i sociálních pracovníků, nedostatek psychoterapie a nalezneme i pokoje s 15 pacienty. To je ostuda českého zdravotnictví.

Přítom víme, že až třetina pacientů z akutních oddělení by mohla být léčena ve stacionářích. Ale do jaké péče vlastně chroničtí psychiatrickí pacienti patří, respektive kdo za tuto péči odpovídá?

Klíčová otázka zní, kdo je zodpovědný za realizaci změn a kdo a jak je ke změnám motivován. Omezení počtu lůžek asi nelze očekávat od ředitelů léčeben, právě proto, že jejich zařízení jsou financována převážně na základě celkového

počtu jejich hospitalizovaných pacientů. Připravovali by se tedy o peníze. Naděje v tomto případě by snad mohla být ve slibu ředitele VZP, že léčebnám, které omezí počet svých lůžek, peníze VZP brát nehodlá. Tlak na změnu vycházející od organizací uživatelů péče je zatím příliš slabý. Bohužel, patientské organizace nemají ani zdaleka takový vliv, aby se na jejich pomoci zviditelňovali politici. Zájem politiků a státních úředníků se projeví teprve ve chvíli, kdy je určitý problém medializován. Peníze přitahují ti, kdo umějí nejvíce křičet. V psychiatrii takové medializované problémy dosud často nevznikaly. To máme také na mysli, když uvádíme, že psychiatrie funguje až příliš dobře.

Jednou z cest, jak se skrytý problém zaostávající úrovně psychiatrické péče dostal do centra pozornosti veřejnosti, jsou soudní spory. Například rozšíření komunitní péče v USA napomohl Nejvyšší soud, který v roce 1999 vynesl precedenční rozhodnutí v procesu *Olmstead versus L. C.* V tomto procesu dvě mentálně retardované ženy, z nichž jedna byla léčena též pro schizofrenii a druhá pro poruchu osobnosti, obě dobrovolně hospitalizované v Atlantě, žalovaly stát Georgia. Podle mínění ošetřujících lékařů byla komunitní péče pro obě vhodná a indikovaná, nebyla ovšem dostupná. Nejvyšší soud rozhodl, že „institucionalizace vážně poškozuje aktivity denního života, včetně rodinných vztahů, sociálních kontaktů, pracovních a vzdělávacích příležitostí a možností kulturního vyžití“. V případě, kdy ošetřující personál dojde k závěru, že komunitní péče je indikovaná, ošetřovaná osoba s ní souhlasí a takovéto péče může být rozumně dosaženo, stát je povinen ji zajistit. Nic takového si v ČR zatím nedokážeme představit.

Jinou a zřejmě lepší cestou je zlepšení měření kvality péče. Právě kvalita péče byla hlavním tématem pravidelné konference ve Špindlerově Mlýně. Jednu z plenárních přednášek přednesla prof. Helen Killaspy z Londýna, která je vedoucím evropského projektu DEMO-Binc, kterého se zúčastní prostřednictvím Psychiatrické kliniky VFN i ČR. V jeho rámci byl vytvořen nástroj k hodnocení kvality poskytované péče o dlouhodobě nemocné osoby s duševní poruchou. Tuto metodiku budeme mít brzy k dispozici a budeme se moci porovnávat jak v rámci jednotlivých tuzemských institucí, tak s ostatními státy EU. Pokud má však změnu systému prosadit psychiatrická společnost, pak se posunuje z pozice odborné organizace, garantující nestranné poznatky, na pozici lobbistické skupiny a poskytování nezkreslených údajů nepatří k charakteristikám úspěšných lobbistů. Bohužel, právě do této pozice psychiatrickou společnost nezajem politiků tlačí. Domníváme se, že z dlouhodobého hlediska více než jednorázové zvýšení financování potřebuje psychiatrie politiky, kteří se zajímají o věc a jsou ochotni provádět změny. Psychiatrie také potřebuje představitele, kteří umějí s politiky a úředníky komunikovat a sdělit jim své názory v řeči, které rozumějí.

doc. MUDr. Jan Vevera, prof. MUDr. Jiří Raboch, doc. Ing. Martin Dlouhý