

## Úvodem pár vět pro pochopení

Od roku 2006 registruje především odborná veřejnost poměrně zásadní změnu ve financování zdravotní péče zavedením institutu „úhradových vyhlášek“. Počínaje Vyhláškou ministerstva zdravotnictví č. 546/2005 Sb. tehdejšího ministra zdravotnictví Ratha, ale zejména se současnou prohlubující se resp. pokračující celosvětovou hospodářsko - ekonomickou recesí, která se samozřejmě nevyhýbá ani České republice, sílí i tlak na úsporná opatření v resortu zdravotnictví, úhradové vyhlášky zpřísňují pro smluvní zdravotnická zařízení jak limity preskribce (předpis léků), tak vlastní i indukované péče (vyšetření laboratorní, zobrazovací – rentgen, ultrazvuky atd, a další klinická vyšetření). Ekonomické tlaky se dotýkají jak lékařů účastných procesu léčebně preventivní péče (LPP) tak přirozeně i pacientů. O tom, že by systém našeho zdravotnictví, jeho legislativní rámce a celé prostředí, včetně řídicího managementu, fungovaly optimálně lze s úspěchem pochybovat. O nutnosti všeobecného zefektivnění naopak myslím nepochybuje nikdo alespoň trochu zasvěcený.

Mezi lékaři primární péče, ambulantní a nemocniční specializované péče existuje řada styčných a mnohdy i třecích momentů, ale našim primárním zájmem by mělo být jejich ujasnění, racionální zdůvodnění a následné praktické respektování a dodržování. Usnadnilo by to práci jak praktickým lékařům tak ambulantním specialistům (privátním i nemocničním), ale mnohdy by z nich v první řadě profitoval právě pacient. A jsem přesvědčen, že v neposlední řadě by to přineslo ekonomický benefit pro celý systém.

Jednání na našem okrese probíhala na půdě představenstva OS ČLK od roku 2005. Záštitou Komorou je bezpochyby zásadní pro již tehdy efektivní aplikaci v praxi (přelom roků 2005/2006). Nemohu v této souvislosti nevzpomenout MUDr. Ilonu Rybářovou, bývalou ředitelku Nemocnice Blansko, členku představenstva okresního sdružení ČLK. Byla odborně vzdělaná a až vizionářsky prozíravá. Stála na počátku snah o přesné vymezení kompetencí, práv i povinností lékařů v systému léčebně preventivní péče. Byla lékařkou, která měla aktivní zájem na odborné, ale i přátelské a kolegiální spolupráci všech lékařů, v zájmu pacienta i lékařů samotných. Bylo mi cti s ní nejen na tvorbě pravidel spolupracovat, stejně jako s celým stávajícím představenstvem okresního sdružení lékařské komory.

### “Úsporná opatření se v této podobě bohužel (významně) dotknou pacientů”

Nejprve pár slov, jak by situace při realizaci názoru paní ředitelky a jich pokynů vypadala. Pacient by byl odeslán k registrujícímu praktikovi pro předpis pravidelné medicíny. Pominu-li níže popsání zdůvodnění, proč k této situaci nemůže dojít, muselo by nutně následovat objednání pacienta k lékaři, případně jeho čekání na ošetření. Lékař je povinen se seznámit s dosavadním průběhem léčby daného onemocnění na odborné ambulanci, s pořízenou zdravotní dokumentací specialisty, kterou musí mít podle Zákona o zdravotních službách č. 372/2011Sb. kompletně k dispozici včetně všech záznamů o dispenzárních prohlídkách pacienta, jeho laboratorními výsledky, zavedenou medikací, případně kontrolními laboratorními a dalšími vyšetřeními. Teprve poté by mohl/měl, především z forenzních důvodů, lék předepsat, jinak se vystavuje riziku poškození pacienta a z toho plynoucí právní odpovědnosti. Pacient bude muset k praktikovi, pokud není z Blanska, cestovat, následně cestovat pro léky do lékárny a v neposlední řadě zaplatit další regulační poplatky u svého registrujícího praktika. Toto martirium jej čeká v případě, že mu jeho specialista, zaměstnanec Nemocnice Blansko, na základě pokynu vedení odmítne lék předepsat.

### A nyní proč by k tomu nemělo dojít

Pomineme-li akutní změnu zdravotního stavu tak pacient obecně navštěvuje pravidelně odborné, specializované ambulance z důvodu tzv. dispenzarizace. Definice dispenzarizace je stanovena rovněž Zákonem o zdravotních službách jako péče jejímž účelem je aktivní a dlouhodobé sledování zdravotního stavu pacienta ohroženého nebo trpícího nemocí nebo zhoršením zdravotního stavu,

u kterého lze podle vývoje nemoci důvodně předpokládat takovou změnu zdravotního stavu, jejíž včasné zjištění může zásadním způsobem ovlivnit další léčbu a vývoj nemoci. Jedná se medicínsky o významný počin, který ve svém konečném důsledku zlepšuje kvalitu a prodlužuje délku života. Metodika dispenzární péče je upravena zákonem a vyhláškami Ministerstva zdravotnictví. To podstatné, co pro nás z ministerské metodiky (veřejně přístupné na stránkách ministerstva zdravotnictví [http://www.mzcr.cz/Odbornik/obsah/informace-a-metodika-mz-k-dispenzarni-peci\\_2550\\_3.html](http://www.mzcr.cz/Odbornik/obsah/informace-a-metodika-mz-k-dispenzarni-peci_2550_3.html)) vyplývá je následující: **Dispenzarizující lékař kontroluje zdravotní stav dispenzarizovaného pacienta ..... ..zajišťuje i všechny ostatní úkony, související s diagnózou, pro kterou je u něj pacient dispenzarizován, včetně předepisování léků pro léčbu dispenzarizovaného onemocnění,** indikace potřebných doplňujících vyšetření, ale také zdravotní dopravu, vedení dočasné pracovní neschopnosti apod.

To byla „stručná“ zdůvodnění proč nemůžeme přijmout požadavky a argumenty paní ředitelky. Odmítáme dělat práci, která je povinností někoho jiného, práci, která pro nás znamená riziko forenzní a riziko finančního postihu ze strany zdravotní pojišťovny pacienta, jednak za právně nekorektní předpis léků, druhak za překročení našich finančních limitů, a to jen proto, aby se jim druhý subjekt vyhnul. Chápal bych tlak na přesun celé dispenzární péče o konkrétního pacienta do první linie, přesun pouze preskribce léků, s tím, že výkon, respektive, jeho finanční ohodnocení, bude proplacen jednomu zařízení zatímco na druhé zbydou náklady, je ale zcela neakceptovatelný.

#### **Pár slov na závěr:**

Dnešní obor VPL byl v poválečné historii, markantně od konce 60tých let, popelkou medicíny. Omezován v kompetencích i pravomocích. Moderní medicína si tuto skutečnost uvědomuje. Ač je to mnohým trnem v oku, právem se snaží obor pozvednout, přilákat zájem mladých perspektivních lékařů podporou předatestačního vzdělávání a bonifikacemi systému existujících praxí. Že cílových hodnot kvality péče i erudice lékařů ještě ne zcela dosahujeme je ale třeba objektivně přiznat. Vinu ale, jak jsem zmínil, nelze svalovat jen na PL, ale především na historicky etablovaný systém. Praktický lékař (PL) vykonával donedávna, v mnoha ohledech, práci odborně vzdělané sestry, ambulantní specialista (AS) práci, která by v moderní medicíně měla být na bedrech praktika a nemocniční lékař (NL) léčí na lůžku pacienty, kteří by mnohdy léčbu zvladli ambulantně. Dědictví uplynulých desetiletí si s sebou lékaři i pacienti nesou doposud, náš systém zdravotní péče je vzhledem k počtu obyvatel objektivně předimenzován počtem lůžek i ambulantních specialistů. Zde bych chtěl ale jasně a srozumitelně říct, že to bezpochyby není případ našeho regionu. Tady nám medvědí službu dělají velké aglomerace a jejich nemocnice a přesycená síť zařízení ambulantní specializované péče plná souběhu praxí, o jejichž efektivitě a přínosu pro systém zdravotní péče pochybuje kde kdo, o ekonomické výhodnosti pro zdravotní pojišťovny ani nemluvě. Ale realizace redukce sítě probíhá velmi složitě a pomalu. Je to běh na dlouhou trať.

5.4.2013

MUDr. Ivo Procházka