



Všeobecný praktik

Všeobecné lekárstvo v tieni!

Tohtoročná XXXIX. Výročná konferencia SSVPL sa uskutoční 11. – 13. októbra v Starom Smokovci.

Všetkých všeobecných praktikov srdečne pozývame!



Príhovor prezidenta SSVPL a pozvanie na XXXIX. Výročnú konferenciu SSVPL vo Vysokých Tatrách

Vážené kolegyně a kolegovia, najskôr Vám chcem vysloviť poďakovanie, nielen za Vašu každodennú skvelú prácu v ambulanciách, ale aj za podporu a reprezentáciu nášho odboru. Verím, že najmä vďaka vašim aktivitám je náš hlas pri presadzovaní čo najlepšieho záujmu pacientov v spoločnosti stále zreteľnejší.

Osobitné poďakovanie patrí členom výboru našej spoločnosti, bez ktorých obetavej a nezištnej práce by sme dnes neboli jednou veľkou rodinou. Naše úspechy boli a sú vždy výsledkom tímovej práce a dúfam, že aj nový výbor SSVPL bude v ich dosahovaní aj vďaka Vašej podpore naďalej vytrvalo pokračovať. S každou novou skúsenosťou sa posúvame ďalej, rastieme na odborníkov aj v nemedicínskych oblastiach, sme bohatší o skvelých organizátorov, prednášateľov, o ľudí, ktorí dokážu sebavedomo obhajovať záujmy primárnej starostlivosti pred autoritami.

Napriek tomu však zostáva stále najpodstatnejšia naša práca pre pacienta. K jej ďalšiemu zlepšovaniu určite prispeje aj XXXIX. výročná konferencia spoločnosti, pretože jej ústredným motívom je najmä vzdelávanie, základný predpoklad kvality a bezpečnosti všeobecného praktického lekárstva. Naše stretnutie je príležitosťou bilancovať, ale hovoriť aj o budúcnosti postavenia všeobecného praktického lekára v spoločnosti.

Čo sa teda udialo za ten rok, čo sme sa nevideli?

Osobne ho považujem za úspešný rok, v ktorom sme si po štvorročnom období zvolili nový výbor SSVPL, do ktorého sme okrem „starých“ členov pribrali aj „nové tváre“. Určite nás obohatia o ďalšie nové myšlienky a impulzy.

Pracovali sme na viacerých dôležitých témach, ktoré boli obsahovo i časovo náročné. Spomeniem len niektoré. Pripomienkovali sme zákon o E-health, kde sa nám podarilo na absolútne možnú mieru znížiť neprimerané sankcie, ktoré lekárom hrozili. Aktívne sme komunikovali a komunikujeme potrebu propagácie a rozvoja rezidenčného programu. Veľkou témou bolo hľadanie riešení v obhliadkach mŕtvych, či v poskytovaní ambulantnej pohotovostnej služby.

Za ďalší významný úspech považujem realizáciu prvej konferencie všeobecných praktických lekárov európskeho formátu EQuIP, na ktorej sme privítali špičkových zahraničných odborníkov, dlhodobu sa zaoberajúcich kvalitou, bezpečnosťou ako aj efektivitou zdravotnej starostlivosti v jednotlivých štátoch celej Európy.

Sme veľmi radi, že nový hlavný odborník MZ SR pre všeobecné lekárstvo MUDr. Jana Bendová pochádza z radov našej odbornej spoločnosti. Jej menovanie je známkou dôvery, ale aj perspektívou zlepšovania možností komunikovať naše problémy smerom k nadriadeným orgánom.

A k najdôležitejším úspechom našej práce patrí najmä neustále sa zvyšujúca úroveň dôvery pacientov v prácu všeobecného lekára. Čísla niektorých prieskumov poukazujúce na 80-90% dôvery k práci všeobecných praktických lekárov zo strany pacienta hovoria dosť samé za seba.

Tento rok nás na našej odbornej konferencii čaká viac ako 85 zaujímavých prednášok domácich aj zahraničných odborníkov a množstvo inšpiratívnych workshopov. Odborný program sa nám poradilo pripraviť vďaka spolupráci s deviatimi slovenskými odbornými spoločnosťami. Budeme mať príležitosť vypočuť si prednášky z kardiológie, dermatológie, diabetológie, hepatológie, angiológie, psychiatrie a adiktológie, epidemiológie a ďalších oblastí. Dozvieme sa teda nové informácie o najnovších poznatkoch a najmodernejších postupoch pri liečbe ochorení z iných odborov. Spolupráca so špecialistami nám pomáha čo najlepšie radiť vlastným pacientom. Učíme sa od tých najlepších, aby sme ich skúsenosti vedeli preniesť do vlastnej praxe a pomoci našim pacientom.

Kľúčová téma konferencie – vzdelávanie – reflektuje súčasnú situáciu v odbore všeobecného lekárstva na vysokých školách a v postgraduálnom štúdiu. A práve o vzdelávaní v rodinnom lekárstve bude prednáška Prof. Zalky Klemenc Ketiš, vedúcej Katedry rodinného lekárstva na Lekárskej fakulte univerzity v Maribore zo Slovinska. Podľa nej je práve vzdelávanie jedným z kľúčových faktorov, ktoré zabezpečujú kvalitu a bezpečnosť praxe rodinného lekárstva. Vzdelávaniu vo všeobecnom lekárstve sa budú venovať aj slovenský odborníci za účasti Doc. PhDr. Zuzany Slezákovej z Ministerstva zdravotníctva, Sekcia zdravia, odbor zdravotníckeho vzdelávania, Doc. MUDr. Gazdíkovej, vedúcej Katedry všeobecného lekárstva Slovenskej zdravotníckej univerzity v Bratislave a Prof. MUDr. Ota Masára, prednostu Kliniky urgentnej a všeobecnej medicíny Lekárskej fakulty UK v Bratislave. Blok s hosťami z Českej republiky bude venovaný už tradične v sobotu diabetológii.

V rámci workshopov určite zaujmú aj praktickými ukážkami škola chrbta, nácvik resuscitácie a život zachraňujúcich úkonov, workshop na tému – ako zvládať ranné odbery bez stresu, diagnostika z jazyka, či tvárová diagnostika, workshop o odporúčaniach pre bezpečnú a účinnú redukciu hmotnosti, ale aj workshop ako nielen vytvoriť, ale aj profitovať z príťažlivého

profilu Vašej ambulancie na sociálnych sieťach. Čakajú nás aj prednášky o novinkách v diagnostike a v liečbe klieštovej encefalitídy, prevencii kolorektálneho karcinómu, či o postupoch pri HIV infekcii v ambulancii všeobecného praktického lekára.

Na konferenciu sme pozvali aj všetkých kľúčových „hráčov“, ktorí rozhodujú o osude všeobecných lekárov. Účastníci konferencie budú mať vo štvrtok príležitosť stretnúť sa so zástupcami Ministerstva zdravotníctva SR, so zástupcami všetkých troch poisťovní, a s predstaviteľmi Národného centra zdravotných informácií a diskutovať s nimi o aktuálnych problémoch všeobecného lekárstva.

Z ďalšieho programu dávam do pozornosti diskusiu s predstavenstvom Zväzu ambulantných poskytovateľov (ZAP), kde sa lekári viac dozvedia o vyjednávaní zmluvných podmienok s poisťovňami.

Účasť na konferencii prisľúbila aj samotná ministerka MUDr. Andrea Kalavská. Minulý rok sa zástupcovia ministerstva zúčastnili na konferencii vôbec po prvý krát a tohtoročný opätovný záujem je dôkazom ochoty a snahy o dialóg a spoločné riešenie problémov všeobecného lekárstva na Slovensku z oboch strán.

Kongres uzavrieme právnickým blokom, kde si preberieme aktuálne najzávažnejšie zmeny legislatívy v poslednom období.

XXXIX. Výročná konferencia SSVPL 2018, zaoberajúca sa postupmi a návodmi pre každodennú ambulantnú prax je inšpirujúcou príležitosťou aj pre ambulantné sestry a pôrodné asistentky zo Sekcie ambulantných sestier a pôrodných asistentiek SKSaPA, pre ktoré je v sobotu pripravený program so zaujímavými prednáškami z praxe, ale aj témami, ktoré môžu zvýšiť právne povedomie v ich povolani.

Vzhľadom na množstvo zaujímavých tém, dôležité prednášky budú pre tých kolegov, ktorí sa konferencie nemôžu zúčastniť prístupné v archíve na www.meditrend.sk, stránke zaoberajúcej sa vzdelávaním pre lekárov a medicínskych pracovníkov, s ktorou SSVPL dlhodobo spolupracuje. Z konferencie bude vydané

compendium v Zdravotníckych novinách a kniha abstraktov z prednášok, ktorá vám bude dodaná.

Aj vo Vysokých Tatrách pokračujeme v rozvíjaní intenzívnej spolupráce s občianskymi združeniami. Tento rok dostalo priestor na odbornú prezentáciu Združenie pacientov s pľúcnou hypertenziou a iné občianske a patientske združenia sme zasa podporili vytvorením možnosti propagácie v infostánkoch. Ich prítomnosť na konferencii považujem za dôležitú, pretože pacient a lekár majú k sebe najbližšie.

Vo štvrtok 17:30 sa uskutoční v salóniku KRISTAL v hoteli Bellevue členská schôdza SSVPL. Pozývame všetkých členov SSVPL a očakávame vašu vysokú účasť. Dnes je členmi našej odbornej spoločnosti viac ako 1400 všeobecných praktických lekárov. Svojou prácou sa usilujeme vytvoriť efektívnu platformu na presadzovanie záujmov všeobecných lekárov, ktoré sú v končenom dôsledku v prospech pacientov. Aby sme mohli pracovať v tomto smere nezávisle potrebujeme aj Vašu finančnú podporu v podobe členských príspevkov. Tieto zdroje investujeme späť do spoločnosti, ale vďaka nim zabezpečujeme aj členstvo našej odbornej spoločnosti vo WONCA a EEPK, ktorými získavame podporu silnej medzinárodnej komunity všeobecných praktických/rodinných lekárov.

Viac ako 1000 lekárov z celého Slovenska, renomovaní domáci aj zahraniční prednášatelia, zdravotné sestry, bez ktorých si nevieme našu prácu predstaviť a aj samotní pacienti, pre ktorých to všetko vlastne robíme...

Aj tento rok sa opäť stretneme ako jedna veľká rodina. Teším sa spolu s Vami na síce náročný program našej konferencie, ale rozhodne obohacujúce „tatranské“ inšpirácie.

V Snine 24.9.2018

MUDr. Peter Makara, MPH
prezident SSVPL

Obsah

Príhovor prezidenta SSVPL SLS (Peter Makara)	2
Prínos primárnej starostlivosti pre tvorbu klinických guidelinov Prednáška (Michael Kidd)	4
Stanovisko k nepriamej novele zákona o zdravotníckej starostlivosti (Peter Makara)	5
Vzdelávanie, prax aj relax (Peter Lipovský)	6
e-Zdravie ma oberá takmer o tretinu z ordinačných hodín (Ján Kaňuch)	7
„Horúce zemiaky“ všeobecného lekárstva alebo aké témy aktuálne riešime v našom odbore (Jana Bendová)	10
Rakovina hrubého čreva: ovplyvniteľné riziká a možnosti prevencie (Peter Minárik, Dana Mináriková, Peter Makara)	12

Výpoved' VŠZP (oznam na dvere)	14
Prečo ZAP vypovedal zmluvu s VŠZP (Peter Lipták)	16
Ako nabodovať Dôveru? (Peter Lipták)	18
Informovaný súhlas - Dôvera (prevzatie pacienta s chronickým ochorením do komplexnej starostlivosti)	20
TLAČOVÁ SPRÁVA Zväzu ambulantných poskytovateľov a Slovenskej spoločnosti všeobecného praktického lekárstva	22
Osúchy, či koláče? (Jana Bendová)	23
Otázky a odpovede z krajských stretnutí ZAP (Peter Lipták)	25
Problémy s APS pokračujú (Michaela Macháčová)	26

Prílohy: **Oznam na dvere (strana 14), informovaný súhlas (strana 20)**



Prínos primárnej starostlivosti pre tvorbu klinických guidelinov

Prednáška Michaela Kidda

na konferencii IHCO 2017 v Bratislave 15. 3. 2017

(interdisciplinárna konferencia o inováciách v zdravotnej starostlivosti, ktorá sa uskutočnila 15. a 16. marca 2017 v Bratislave. 15. marca program začal o 9.00 úvodným vystúpením ministra zdravotníctva Tomáša Druckera, ktoré predniesla štátna tajomníčka Andrea Kalavská a bezprostredne v nasledujúcom bloku prednášok, vystúpil aj prof. Michael Kidd s prednáškou o prínose primárnej starostlivosti pre tvorbu klinických guidelinov. Témami podujatia boli inovatívne prístupy k zlepšeniu zdravia a zdravotnej starostlivosti, medicína založená na dôkazoch a dobrej klinickej praxi. Podrobnosti <http://www.healthconferences.eu/>)

Dobrý deň, volám sa Michael Kidd a som bývalý prezident Svetovej organizácie všeobecných praktických lekárov.

Mrzí ma, že nemôžem byť dnes s vami v Bratislave, ale som veľmi rád, že sa vám môžem v tejto telekonferencii prihovoriť z môjho domu v austrálskom Sydney a povzbudiť vás v práci, ktorú odvádzate pri úsilí o vytvorenie národných usmernení, predovšetkým vás v primárnej zdravotnej starostlivosti a všeobecnom praktickom lekárstve.

Francúzsky filozof Voltaire raz povedal, že umenie medicíny spočíva v zabávaní pacienta, kým chorobu vylieči príroda. Všetci vieme, že za našou prácou je oveľa viac. Ako všeobecný praktický lekár potrebujem prístup k dôveryhodným a spoľahlivým informáciám, aby som sa mohol rozhodnúť a poskytnúť pacientom čo najlepšiu starostlivosť a radu na základe najlepších dostupných dôkazov, preferencií pacienta a dostupných zdrojov.

Wonca, Svetová organizácia všeobecných praktických lekárov, vypracovala usmernenia pre vytváranie usmernení. V tejto príručke Wonca hovorí, že usmernenia pre všeobecnú praktickú medicínu by mali jasne zlepšovať kvalitu zdravotnej starostlivosti, znižovať výskyt nepotrebných, neefektívnych alebo škodlivých zásahov a uľahčovať liečbu pacientov s maximálnou pravdepodobnosťou výhod a minimálnym rizikom ublíženia.

Spôsob, akým sa usmernenia vypracúvajú, sa za posledné roky zmenil. Usmernenia by dnes mali byť založené na dôkazoch. Ich vypracúvanie by malo byť explicitné a systematické a mali by brať do úvahy preferencie pacienta a zvažovať aj náklady. Vieme, že medicína založená na dôkazoch posilňuje vedeckú základňu medicíny, umožňuje náležite zdôrazniť kľúčové informácie a podporiť klinické rozhodovanie. A samozrejme, medicína založená na dôkazoch poskytuje informácie pre usmernenia, ktoré sa v našej praxi odporúčajú.

Medicína založená na dôkazoch ale má aj nevýhody. Niekedy sú dôkazy neúplné. Alebo môžu pochádzať z výskumu, ktorý prebiehal v špecifických podmienkach, ktoré nemusia byť automaticky prenosné do všeobecnej praktickej medicíny alebo primárnej starostlivosti. Niekedy dôkazy nie sú také spoľahlivé, ako by sme potrebovali. Takže musíme byť opatrní s dôkazmi, ktoré použijeme na vypracovanie usmernení. Usmernenia by nám predovšetkým mali pomôcť znížiť ujmu, utrpenie pacienta.

Niekedy môže byť vo všeobecnej praktickej medicíne a primárnej starostlivosti problém s príliš veľkým počtom usmernení. Môže hroziť naozaj niekedy až preťaženie usmerneniami. Máme usmernenia, ktoré existujú pre celú škálu klinických problémov, ktorým čelíme v každodennej praxi. A každý deň po celom svete vznikajú nové usmernenia. Našťastie existujú skvelé zdroje, napríklad NHS Evidence (<https://www.evidence.nhs.uk/>) a iniciatíva NICE (National Institute for Health and Care Excellence <https://www.nice.org.uk/>) v Spojenom kráľovstve.

Dôveryhodnosť usmernení je tiež ohrozená. Správa Inštitútu medicíny USA (IOM) z roku 2009 hovorí o konflikte záujmov pri vypracúvaní usmernení. A najmä o nevhodnom vplyve obchodných záujmov farmaceutického priemyslu na klinické usmernenia v USA. Konflikt záujmov je veľmi dôležitý a Inštitút medicíny USA v roku 2012 vypracoval vlastné normy pre vypracúvanie dôveryhodných usmernení pre klinickú prax, ktoré majú za cieľ stanoviť, do akej miery je vplyv obchodných záujmov vhodný.

Musíme sa uistiť, že používané usmernenia spĺňajú najvyššie štandardy. Našťastie máme viacero opatrení, ktoré nám pomôžu určiť kvalitu usmernení, skvelú metodiku a kritické posúdenie v rámci medzinárodných opatrení kvality usmernení, ktoré sa používajú. Myslím, že naše usmernenia musia spĺňať najmä tieto tri pravidlá: Musia byť dostupné lekárom a pacientom (1), musia byť zrozumiteľné pre nás aj našich pacientov (2) a to, čo navrhujú, musí byť cenovo prijateľné (3). A potom sa musíme aj stále uisťovať, že nespôsobujú pacientom žiadnu ujmu.

Musíme sa uistiť, že používané usmernenia spĺňajú najvyššie štandardy. Našťastie máme viacero opatrení, ktoré nám pomôžu určiť kvalitu usmernení, skvelú metodiku a kritické posúdenie v rámci medzinárodných opatrení kvality usmernení, ktoré sa používajú. Myslím, že naše usmernenia musia spĺňať najmä tieto tri pravidlá: Musia byť dostupné lekárom a pacientom (1), musia byť zrozumiteľné pre nás aj našich pacientov (2) a to, čo navrhujú, musí byť cenovo prijateľné (3). A potom sa musíme aj stále uisťovať, že nespôsobujú pacientom žiadnu ujmu.

Povinné dodržiavanie usmernení je tiež zaujímavá myšlienka. Myslím si, že povinné dodržiavanie môže dokonca ohroziť profesionálnu nezávislosť. Viem, že mnohí politici zbožňujú usmernenia a radi by ich zmenili na pravidlá, aby mohli riadiť správanie odborníkov.

Ale usmernenia nie sú pravidlá, sú to usmernenia. Majú nás usmerňovať pri klinickom rozhodovaní pri práci s pacientmi. A nemajú byť súborom pravidiel. Usmernenia sú však len také dobré ako dôkazy, na ktorých sa zakladajú.

Bývalý prezident Wonca Richard Roberts z USA pripomenul, že „ak chceme prax založenú na dôkazoch, potrebujeme dôkazy založené na praxi“.

To znamená, že usmernenia pre primárnu prax musia byť založené na dôkazoch z výskumov, ktoré prebiehali v primárnej starostlivosti a všeobecnej praktickej medicíne. Profesorka Trish Greenhalgh učí všeobecnú prax na Oxfordskej univerzite a nedávno uviedla, že „medicína založená na dôkazoch sa zakladá na uvažovaní od populácie k jednotlivcovi“. Ale väčšina pacientov v primárnej starostlivosti nie celkom zapadá do takýchto dôkazov. Medicína založená na dôkazoch pracuje s víziou logiky a istoty, ale život nie je vždy taký.

Tiež sa mi páči výskum profesorky Barbary Starfield z Johns Hop-



kins University v USA. Barbara viedla základný výskum, ktorý preukázal, že krajiny, ktoré majú najsilnejšie systémy primárnej starostlivosti môžu očakávať lepšie výsledky. T.j. vyššiu kvalitu pri nižších nákladoch na zdravotnú starostlivosť, lepší prístup k starostlivosti a menšie nerovnosti v poskytovaní starostlivosti obyvateľom.

Ale Barbara si tiež kladla otázku, ako zostaviť výskum v primárnej starostlivosti, aby sme riešili problém starostlivosti o ľudí s komorbiditami, pretože mnohé usmernenia, ktoré majú slúžiť v primárnej starostlivosti, sa týkajú jednotlivých chorôb. Ale mnohí pacienti trpia viacerými chorobami. Neexistujú zatiaľ usmernenia, ktoré by nám pomohli starať sa o ľudí s viacerými komorbiditami.

Takže ako sa rozhodneme, či je usmernenie pre klinickú prax vhodné v našej praxi? Ja sa zvyčajne pozriem na usmernenie a pýtam sa: Je relevantné pre mojich pacientov? Je jasne napísané? Je ľahko uplatniteľné? Je napísané alebo odporúčané niekým, koho rešpektujem? Je aktuálne a dobre načasované? Sústredí sa na výsledky, ktoré sú dôležité pre pacientov a nie na výsledky, ktoré sú dôležité pre lekárov či farmaceutický priemysel?

Než použijem usmernenie, musím si byť istý, že berie do úvahy všetky relevantné výhody a nevýhody, že explicitne opisuje dôkazy slúžiace na vypracovanie usmernenia, prešlo externou revíziou, uvádza okolnosti, za ktorých sa má použiť a opisuje silu alebo flexi-

bilitu odporúčaní. Samuel Gray, bývalý hlavný odborník na hodnotenie vedomostí v National Health Service v Spojenom kráľovstve, mi raz povedal: „V 19. storočí sme potrebovali čistú pitnú vodu. V 21. storočí potrebujeme čisté informácie.“ A také majú byť aj informácie, z ktorých sa zostavujú klinické usmernenia.

V dnešných časoch veľkých zmien naša práca všeobecných praktických lekárov v primárnej starostlivosti pokračuje ďalej. Primárna starostlivosť musí zostať v centre poskytovania zdravotnej starostlivosti vo všetkých krajinách. Ale musíme dostať podporu na prácu s pacientmi a dosiahnuť čo najlepších výsledkov, a to v podobe adekvátne vypracovaných usmernení zameraných na potreby pacientov v primárnej starostlivosti. Akákoľvek zmena vo všeobecnej praktickej medicíne si vyžaduje starostlivý a obozretný prístup. Takže vás podporujem v práci, ktorú odvádzate, aby usmernenia, na ktorých pracujete, boli starostlivé a obozretné.

Želám vám veľa šťastia, dúfam, že dnešné stretnutie bude skvelé a teším sa, že spolu s kolegami navštívim Bratislavu a zistím, ako pokračuje vaša práca.

Prajem vám všetko dobré.

*Profesor Michael Kidd,
past prezident Wonca World*

www.globalfamilydoctor.com



Stanovisko k nepriamej novele zákona o zdravotníckej starostlivosti

Stanovisko k nepriamej novele zákona o zdravotníckej starostlivosti, kedy všeobecnú ambulatnú starostlivosť pre

dospelých môže poskytovať aj poskytovateľom určený všeobecný lekár a poskytovateľom určená praktická sestra:

Slovenská spoločnosť všeobecného praktického lekárstva (SSVPL) uvítala návrh nepriamej novely o zdravotnej starostlivosti predsedu Výboru NR SR pre zdravotníctvo Štefana Zelníka, podľa ktorej, v ambulanciách všeobecných lekárov pre dospelých, by chýbajúce zdravotné sestry, mohli nahradiť zdravotnícki asistenti, ktorí sú po novom premenovaní na „praktické sestry“. Všeobecnú ambulatnú starostlivosť pre dospelých by tak mohla poskytovať aj poskytovateľom určená praktická sestra.

„Vysokoškolsky vzdelané zdravotné sestry odchádzajú do zahraničia, dnes ich nám už chýba niekoľko tisíc. Tiež nám chýba asi 500 všeobecných lekárov, mnohí sú v dôchodkovom veku a predpokladá sa, že budú ubúdať ďalej. Stúpa počet starších a chronických chorých ľudí. Z viacerých uvedených dôvodov sa slovenské zdravotníctvo ocitá v kríze. Daná novela zákona nám momentálne umožňuje zabezpečiť aby v každej ambulancii bol na pozícii sestra zamestnaný niekto, buď sestra alebo praktická sestra. Taktiež praktická sestra ako menej kvalifikovaná pracovná sila bude pre nás znamenať menšie personálne náklady a to môže pomôcť stabilizovať finančnú situáciu dnes najviac podvyživených

ambulancií VLD. Treba povedať, že z hľadiska zabezpečenia kvality a dostupnosti primárnej starostlivosti by bolo optimálne, keby na každej ambulancii VLD pracovala jedna sestra a jedna praktická sestra. Bolo by to v súlade s moderným trendom vytvárať v ambulanciách VLD tímy, ktoré zabezpečujú starostlivosť s presahom do komunity pacientov a ich domácností. Práve návštevnú službu v domácnostiach a tým potrebnú starostlivosť o starých a chronicky chorých by pod odbornou gesciou VLD a jeho sestry mohli vykonávať praktické sestry. Z hľadiska odbornosti praktických sestier zostáva nevyriešeným problémom to, že nie sú zaradené do kontinuálneho vzdelávania SKSaPA, keďže nie sú členmi tejto komory a ich vlastná komora kontinuálne vzdelávanie nezabezpečuje. Pokiaľ má byť zachovaná potrebná odbornosť ich práce v našich ambulanciách, tak je potrebné doriešiť túto dôležitú oblasť ich vzdelávania. Bez garantovaného kontinuálneho vzdelávania dôjde zákonite k poklesu kvality a ich výkonu a to hlavne z dlhodobého hľadiska. Pre systém ktorý sa nachádza na pokraji závažnej krízy budú aj praktické sestry bez kontinuálneho vzdelávania prínosom, ale z hľadiska kvality a dostupnosti primárnej starostlivosti to bude znamenať krok späť.

Vzhľadom k súčasnej krízovej situácii nedostatku sestier, lekárov aj finančných prostriedkov, kedy je ohrozené aj poskytovanie základnej zdravotnej starostlivosti, ktorú predstavuje práve primárna zdravotná starostlivosť, sme momentálne v situácii, že chceme túto novelu podporiť, ako okamžité riešenie, ktoré môže zabezpečiť prílev potrebného personálu do našich ambulancií za cenu, ktorú si dnes môže dovoliť väčšina lekárov VLD...“ uvádza Peter Mária, prezident SSVPL.

Vzdelávanie, prax aj relax

... aj na odborných konferenciách majú Mladí praktici príležitosť rásť

Peter Lipovský

Odborné obohacovanie, zbieranie skúsenosti z iných odborov, aj zo zahraničia, inšpirácie na zlepšovanie existujúcej situácie, vytváranie nových profesionálnych kontaktov, ale aj osobných priateľstiev a samozrejme aj príležitosť na aktívny oddych, či spoločenské využitie...

To všetko nájdete na významných odborných stretnutiach, ktoré na slovenských všeobecných praktických lekárov čakajú v najbližšom období.

Aj v tomto roku nebudú 11.-13. októbra na XXXIX. ročníku Výročnej konferencie SSVPL chýbať Mladí praktici. Tento rok konferencie je venovaný téme Všeobecné lekárstvo v tieni a pre jej účastníkov je pripravený program s približne 100 prednáškami doplnenými praktickými workshopmi.

Štvrtok popoludní od 13.00 je workshop vyhradený práve Mladým praktikom. Vedie ho ich predseda MUDr. Peter Lipovský: „Na tomto stretnutí budeme hovoriť o praktických záležitostiach, ktoré sa mladých všeobecných lekárov bytostne týkajú. Napríklad ako získať a ako si rozbehnúť prax, ako prevziať prax od staršieho kolegu, ako správne riešiť ekonomické a praktické záležitosti. Budeme hovoriť o vzťahoch s poisťovňami, o vzťahoch so združeniami, ktoré všeobecných lekárov na Slovensku zastrešujú,“ konkretizoval MUDr. Peter Lipovský.

Jednou z diskutovaných tém nielen workshopu Mladých praktikov, ale aj celej konferencie bude rezidentský program, ktorý by mal motivovať absolventov medicíny, aby sa chceli stať práve všeobecnými lekármi pre dospelých. Ministerstvo zdravotníctva teda finančne podporuje trojročnú prípravu lekárov, ale niekedy výhody rezidentského programu nevhodne komunikuje. „Takto nešťastne bola v prípade lekárk komunikovaná téma rezidentského programu a materskej a rodičovskej dovolenky. Novela zákona hrozbu vracania financií síce už zmenila, ale my teraz musíme začať opäť dôraznejšie komunikovať fakt, že po atestácii sa materská a rodičovská dovolenka nebude počítat' do piatich rokov, ktorými sa lekár v rezidentskom programe zaväzuje, že ich odrobí na Slovensku, ale že v prípade materskej a rodičovskej dovolenky sa dá tých päť rokov rozdeliť do dlhšieho obdobia, prerušovaného práve materskou a rodičovskou dovolenkou. Študentky medicíny by v tom mali mať jasno, pretože mnohé by sa aj rady stali všeobecnými lekárkami, ale obávajú sa sankcií,“ spresnil MUDr. Peter Lipovský a dodal, že mladí účastníci kongresu môžu kreovať program aj ochotou podeliť sa s vlastnými skúsenosťami, čo ich trápi, čo ich zaujíma, kde vidia rezervy.

SSVPL organizuje v termíne 26.-29. júna 2019 v Bratislave 24.konferenciu WONCA EUROPE, na ktorej sa stretnú reprezentanti všeobecného lekárstva z celej Európy. Pred samotnou konferenciou sa uskutoční dvojdná pre-konferencia s kapacitou približne 120 miest určená mladým lekárom zaradeným do odboru všeobecné lekárstvo alebo všeobecným lekárom do 5 rokov po atestácii. Mladých lekárov čakajú odborné prednášky a zaujímavé workshopy a kľúčových prednášajúcich môžu stretnúť aj na hlavnej konferencii.

Predseda združenia Mladých praktikov MUDr. Peter Lipovský pozýva na pre-konferenciu mladých praktikov z celého Sloven-

ska nielen ako jej účastníkov, ale aj ako aktívnych vystupujúcich. Informácie o konferencii sa budú približne aktualizovať na webových stránkach www.mladipraktici.sk a na facebookovej stránke Mladí praktici Slovenska. „Pripravujeme štyri workshopy – dva teoretické a dva praktické, radi by sme prezentovali témy ako brušná sonografia, prvá pomoc v ambulancii všeobecného lekára alebo mimo ambulancie. Ďalšie témy sa kreuujú, ale veríme, že budú pre účastníkov konferencie prínosné. Aj starší a skúsenejší kolegovia majú teda ešte stále dosť času a priestoru prispieť do programu konferencie aktuálnou témou,“ konkretizoval MUDr. Lipovský.

V júni budúceho roka sa teda v Bratislave za prítomnosti asi 2 000 všeobecných lekárov z celej Európy uskutoční veľký sviatok všeobecného lekárstva, ktorý by mal nielen lekárom, ale najmä slovenskej spoločnosti zdôrazniť význam primárnej starostlivosti v systéme celkovej zdravotnej starostlivosti.

„Ani pacient nechce mať u praktického lekára starostlivosť typu, že ho „od dverí“ vyšetří a buď mu predpíše antibiotiká alebo rovno dá do ruky výmenný lístok. Toto nie je primárny kontakt. A aj keď to takto nikdy nefungovalo, za posledných 10-15 rokov sa situácia vo vnímaní všeobecného lekárstva zhoršila. Čím skôr tento trend otočíme, tým lepšie pre pacientov, samotných lekárov, ale najmä pre celú spoločnosť.“

Pre SSVPL je organizácia samotnej konferencie WONCA EUROPE na Slovensku veľkou poctou a zároveň výzvou. Pre mladých praktikov je to zasa podľa MUDr. Lipovského neoceniteľná príležitosť stretnúť európske kapacity všeobecného lekárstva, získať informácie nielen o diagnostických a terapeutických postupoch, ale aj o fungovaní odboru v iných krajinách, precvičiť si komunikačné zručnosti v angličtine, príležitosť nadviazať užitočné a obohacujúce kontakty s kolegami z celej Európy. Pre všetkých ide o veľkú inšpiráciu ako posunúť situáciu na Slovensku ďalej a zlepšiť starostlivosť v primárnom kontakte.

„Chceme, aby mladí praktici potom ďalej šírili podnetné myšlienky z konferencie svojim známym a kolegom. Aby sa stali pre túto odbornosť akými „advokátmi“, aby ich to viac motivovalo k práci a aby to v nich posilňovalo presvedčenie, že ich zaradenie sa do odboru všeobecného praktického lekárstva má zmysel. A že to má zmysel aj u nás na Slovensku a že v prípade potreby vždy nájdú podporu starších kolegov a organizácií, v ktorých sa všeobecní lekári združujú,“ uviedol predseda Mladých praktikov MUDr. Peter Lipovský.

V posledných rokoch našťastie hlas lekárov primárnej praxe silnie a všeobecní lekári sa stále viac aktivizujú. „Pri priemernom veku všeobecného lekára 56 rokov, v porovnaní napríklad so škandinávskymi krajinami, kde je to 46-47 rokov, nám všetkým musí ísť o jednu vec – vychovať vzdelaných a skúsených nasledovníkov. Ak by sme problémy v odbore neriešili, o desať rokov môže mať všeobecné lekárstvo na Slovensku vážne problémy. Mladým treba povedať, že toto už „starí“ nevyriešia a to, kto sa bude starať o našich rodičov a o nás je len a len v našich rukách. Sami musíme bojovať o vlastné kompetencie a o lepšie spoločenské postavenie,“ uzatvoril MUDr. Peter Lipovský, predseda Mladých praktikov pri Slovenskej spoločnosti všeobecných praktických lekárov.

e-Zdravie ma oberá takmer o tretinu z ordinačných hodín

MUDr. Ján Kaňuch, VLD Raslavice

Elektronické zdravotníctvo vítam, ale nie pod tlakom sankcií a súčasnej podobe, ktorá ho zdržiava a znamená pre neho dvojnásobne viac administratívy.

Kedy ste dostali elektronický preukaz zdravotníckeho pracovníka?

Kartička došla v júli, v priebehu mesiaca po podaní žiadosti. Ale PIN nebol, bol dodaný až 22. 11. 2017 – po mojom telefonickom vyzvaní. Certifikácie firiem boli tesne pred Vianocami. Ak NCZI hovorí, že firmy boli certifikované včas, tak realita bola opačná. Mnohí IT-čkári potvrdia, že certifikát obdržali tesne pred Vianocami v r. 2017.

Ako vyzerali vaše prvé dni práve s e-Zdravím?

Pred Vianocami som si musel zobrať dovolenku, aby ma programátor zaškolil, ako to obsluhovať. Nebolo to extra náročné, ale zdržuje to časovo. Zoberie mi to jednu tretinu z ordinačných hodín každý deň. Každý deň mi ten systém ukradne 100 minút. Priznám sa, že aj dnes som bol skoro celý deň vypnutý, lebo systém si zakaždým pýtal PIN kód. Stačí jeden klik a spadne program, musím sa reštartovať a nanovo prihlásiť.

Koľkokrát denne sa to opakuje?

Minimálne 10 krát. Dnes som preto bol zo systému vypnutý, lebo by som nestihol ošetriť 79 pacientov a sedel by som tu do piatej. Teraz sa musím vrátiť, dokončiť a poslať záznamy do e-Zdravia, lebo nemám záruku, že mi niekto nedá pokutu a nezoberie mi licenciu. Viete, administratíva pribúda a ja vítam e-Zdravie, ale nevitám toto násilné tlačenie pod rúskom sankcií, pod rúskom odobratia licencií. Je to z môjho pohľadu neľudské, neetické a vytvára to napätie, nedobré vzťahy, človek sa nemôže v klude venovať pacientovi.

Kolko vás stálo pripojenie do systému e-Zdravie?

V rámci Slovenskej spoločnosti všeobecného praktického lekárstva SR navštívili naši zástupcovia pobočku Európskej komisie v Bratislave a od nich máme potvrdenú informáciu, že celý tento projekt je financovaný z eurofondov a my lekári by sme nemali byť týmto ekonomicky zaťažovaní, lebo my niekomu preplácame to, na čo už raz peniaze dostal, aj prirovnajúc to k tomu, ako sa koncipovala virtuálna pokladňa, kde sme dostali prístupové kódy a nič sme neplatili, nemuseli sme kupovať hardvér ani meniť softvér. Aj virtuálna pokladňa mýlím bola hradená z eurofondov a to isté by malo byť aj s e-Healthom. Iste, poburuje nás to, lebo za softvér treba zaplatiť v priemere 400 eur. Ak má človek sieť dvoch-troch počítačov, preexportovať na Windows 7, dokúpiť nejaký počítač, tlačiareň, už sa to nabalí aj na dve tisícky Eur.

Zdravotné poisťovne hovoria o bonifikácii lekárov v súvislosti s e-Zdravím. Dostávajú teda vyššie platby?

Ja som zatiaľ žiadne bonifikácie do dnešného dňa v tomto kontexte na účet nedostal.

Zverejnili ste zoznam 12 bodov, ktoré vyčítate systému e-Zdravie, jedna z chýb je už odstránená. Čo ostatné?

Keď si otvorím dekurz, nie je to taký rýchly proces, ako si to predstavujeme.

Pomerne často je chyba na serveri, napr. pri pacientke, ktorá tu chodí pravidelne, mi systém napíše, že kód je prázdny a keby som chcel napísať objektívny nález, to, čo napíšem, chcem odoslať, mi nie vždy zoberie. Keď to chcem poslať do e-Zdravia, trvá 5 sekúnd, kým to načíta a pošle. Nehovorím, sú aj hladké dni, kedy to odošlem a idem ďalej. Ale mám tu pacienta, ktorý je u mňa v evidencii od roku 2014, včera bol v ambulancii a dnes mi systém ukazuje, že nie je načítaný v NCZI. Nejde mi načítať niektorých EÚ poistencov, ktorí majú kartičky vydané na pobočkách u nás a pracujú napr. v Čechách alebo Rakúsku ale firmy sú slovenské, nie všetci sú načítaní v NCZI. Informoval som o tom Call Centrum v NCZI, vedia že je to problém, ktorý je v štádiu riešenia.

Podotýkam že som napojený na optickú internetovú sieť T-Comu, teda vysokorychlostnú internetovú sieť a splnil som technické požiadavky na prácu s e-Zdravím.

Ako to vyzerá, keď posielate pacienta k špecialistovi?

Musím mu manuálne vytlačiť výmenný lístok, ten je pod identifikačným kódom v systéme e-Zdravie a cez tento kód sa špecialista dostane k jeho E- karte.

Je to neskutočné papierové zdržiavanie.

Kolko receptov denne vytlačíte?

Priemerne do 150 receptov. To sú zvýšené náklady na toner, papier a samozrejme, čas, ktorý by vám e-Zdravie malo šetriť...

Nič nám neušetrí, práve naopak, oberá ma o peniaze, čas, o zdravie, vytvára napätie, ľudia na chodbe sú nervózni, nie je to „pôrod malého dieťaťa“ to je zablokovaný pôrod, ktorý chce cisársky rez. Lekár by mal ošetrovať, a nie preklikávať sa. To mi zoberie mentálnu i medicínsku sústredenosť, len aby som neurobil chybu. Lekársku správu pošlem a musím ju aj vytlačiť a dať pacientovi podpísať informovaný súhlas, pretože e-Dekurz na toto nemyslí. Lekár nemá v e-Dekurze zakomponovaný podpis na informovaný súhlas pacienta o liečbe, a to znamená nulovú právnu ochranu pre lekára. Poriešené by to bolo vtedy, keby všetci pacienti mali elektronické občianske preukazy, čo dnes 90% ľudí nemá.

Keď je problém, voláte najprv programátorovi?

Vždy si odotím chybovú hlášku a najprv volám programátorovi. Chcem si overiť, či to je chyba v programe a na jeho pokyn volám potom na NCZI.

Ako vyzerá vaša spolupráca so sestrou v systéme e-Zdravia?

Sestra nemá prístup do e-Zdravia. O kartu požiadala v zmysle zákona ako ja v júli 2017. Karta prišla, PIN kód dodnes nemá. Čiže sestrička mi tu nepomôže, musím robiť za ňu všetko. Keby

toto mala u seba, mohla by odosielať, písať výmenné lístky, ale nemôže robiť nič v e-Zdraví.

Otvorene hovoríte, že sa odpájate od e-Zdravia. Nebojíte sa sankcií?

Pracujem s tým denne dovtedy, pokiaľ to neohrozuje zdravie pacienta aj moje. Keď mi to začne padať, tak sa musím odpojiť, lebo tu mám denne priemerne 70 čakajúcich ľudí a nemôžem sa venovať technickým problémom. Odpájam sa dovtedy, pokiaľ sa neodstránia závady.

NCZI hovorí o vysokom stupni zabezpečenia dát v systéme e-Zdravie, vy sa naopak obávate o to, kto môže mať prístup k citlivým údajom pacientov. Prečo?

Nie som IT odborník, ale moje informácie od IT odborníkov od Svidníka až po Prahu sa zhodujú s aférou heknutia citlivých údajov na elektronických občianskych preukazoch. Každú informáciu, ktorá ide cez internet na server, je možné heknúť. Obávam sa zneužitia súkromných údajov. Záchrana by bola individuálne elektronické čipové karty pre pacientov s vylúčením internetu.

Keďže na projekt eHealth či e-Zdravie dostal štát podľa tvrdení ministra 45 miliónov, pán Blaškovič hovorí, že je to vyše 87 miliónov a keďže milióny sa nesmú vracat', pýtam sa aký a pre koho má význam spustiť niečo s toľkou nepresnosťou?

Či aj my lekári máme byť presne takí nepresní?

Ako po mesačných skúsenostiach hodnotíte e-Zdravie?

Vítam takú elektronizáciu, ktorá prácu uľahčuje. e-Zdravie má byť pre nás pomoc, aby nám nepribúdali papiere, veď ich nemáme kde skladovať. A zrazu zisťujem, že to je dvojnásobná administratíva, ktorá ma právne nechráni, od poisťovni necítim finančnú bonitu. Mám z toho zmiešané pocity. V médiach niekto tvrdí základe zistení,/mne dodnes neznámej inštitúcie/ že v úrovni poskytovania zdravotnej starostlivosti na Slovensku sme sa posunuli už na 13. miesto v rámci EÚ, že aj preto, lebo zdravotná starostlivosť u všeobecného lekára je dostupná bezprostredne a bez čakania. Pýtam sa na čí účet?

Prečo sa vo Veľkej Británii, Nemecku, Slovinsku objednáva k všeobecnému lekárovi na čas? No lebo tam funguje spravodlivý systém ohodnotenia práce lekára a za objednávku na čas k obvodnému lekárovi platí poisťovňa. Pacienti v Slovinsku majú eHealth a čipové karty, objednávajú sa elektronicky na čas a napr. ak je akútne chorý pacient ošetrovaný v daný deň plus mínus v 15 minútach. Ak nie je ošetrovaný, tak tých 10 eur, ktoré poisťovňa platí lekárovi na čas, musí lekár vrátiť poisťovni. Poisťovňa časuje pacientov, na deň ich má doktor v priemere 30-časovaných pacientov. Okrem toho má platbu za výkony a kapitáciu. Ale kapitácia je iná ako u nás, v priemere sa pohybuje v ČR 5,50 eur, v Slovinsku 6,50 eur. (Info od kolegov v zahraničí).

Sme dostupní, no my sme vyťažení a nezaplatení a finančne nezaujímaví pre mladú generáciu kolegov.

Komory lekárov hovoria o lekároch, ktorí pre eZdravie ztvárajú ambulancie. Ako je to tu v regióne? V mojej rodnej obci pod Tatrami sú veľmi zdatní kolegovia všeobecní lekári, obidvaja sú v dôchodkovom veku.

Jeden z nich odišiel aj kvôli e-Zdraviu a tak ambulanciu predal, keďže nemal komu zo Slovenska, tak kolegov z Ukrajiny,

ktorý síce mal prax na LDCH oddelení, avšak neviem ako to má poriešené s euroatestáciou u nás. V susednej obci skončila dorastová ambulancia, kolegyňa dovšila dôchodkový vek a obrazne „zavesila“ ambulanciu na klince.

Preberáte jej pacientov?

Jedného dňa mi zaklopal kuriér s kartami, obvod sa rozložil medzi príslušné ambulancie v Prešovskom kraji. Nie veľmi potešujúca správa.

Kolko ďalších pacientov ste ešte schopní prijať?

Ani jedného.

Pomohol by rezidentský program?

Nevnímam jeho prínos v tomto regióne, možno to cítia lekári vo veľkých mestách. Nemám z toho nijaký osoh, aby mi niekto povedal – môže ti tu prísť na tri roky pomôcť a my ho zaplatíme. Lebo ja ho zo svojich peňazí zaplatiť neviem. Nikto tu nebude robiť obvodáka za 750-850 eur. Tento odbor je ekonomicky poddimenzovaný a nie je atraktívny pre mladých lekárov. Paušálna platba na kapitáciu je nízka, z týchto peňazí nie je možné zamestnať človeka a ľudí tu ani niet. Systém aktívneho vzdelávania všeobecných lekárov zaostal, od rozdelenia republiky zlyhal.

Viete si predstaviť, že by ste dnes začínali?

Ja by som v týchto podmienkach nezačínal. Sú to nulové podmienky. Rozumiem tomu, keď sa mladí lekári zamestnávajú v nemocnici s garanciou platu.

Mám dvoch synov, jeden odišiel do farmaceutického priemyslu, druhý je na chirurgickej klinike a ekonomický postup je evidentný, založili si rodinu. Tu by si to nemohol dovoliť.

Minister Tomáš Drucker má za sebou dva roky práce. Ako ich vnímate?

S nástupom ministra prišla ústretovosť z jeho strany a konštruktívny dialóg. Ako človeka ho chválím, vie načúvať.

Jeho štart bol dobrý a mal sa držať dlhodobej komunikácie s lekárskou komorou a odbornými spoločnosťami.

No jeho konanie vnímam z môjho pohľadu akoby zviazané a vždy keď má snahu o kreativitu, „niekto“ mu jeho plány zmrazí a to je už politika.

Ako to myslíte?

Začalo to nešťastným schválením ordinačných hodín. Pri-pomienkovali sme, že nie je možné nás ukameňovať, lebo tu nesedíme do 17,00 hod. Keď mám o 16,00 hod byť na pohotovosti, tak kde mám sedieť? Nie je možné stanoviť ordinačné hodiny celoplošne, ale individuálne v danom regióne. Iné je to v Bratislave, iné na vidieku, kde ľudia prídu podľa spojov do jednej – do druhej. Ale do piatej mi tu nikto nepríde. A potom okrádam ležiacich pacientov z návštevnosti. Ak minister povie, že ordinačné hodiny sú aj návštevná činnosť, tak potom kde sa nachádzame v Kocúrkove?

Jedno sú ordinačné hodiny a druhé je návštevná činnosť. Rozhodnutie 35 ordinačných hodín týždenne je nezmysel, viditeľný už teraz.

Nie je to ani v Českej republike, veď český lekár je viacetážovito bonitovaný aj podľa dĺžky ordinačného času. My sme „kvázi“ bonitovaní omrvinkami za dĺžku ordinačného času „pri-

čom sme len šikanovaní podľa zákona – lebo dostaneš pokutu alebo ti zoberiem licenciu, alebo Ti príde revízná kontrola, ktorá Ti aj tak „niečo“ nájde, no proste pod takým tlakom sa nedá robiť v pohode.

Za čo by ste ministra pochválili?

Za konštruktívny dialóg, za pohotovosti. Chválím ministra ako človeka za prejav dobrej vôle, vnímam ho ako muža konštruktívneho dialógu, ale v poslednej dobe myslím si že nemá tých správnych radcov.

Mohol by niektoré zákony poopraviť.

Čo konkrétne?

Dať eZdravie na dobrovoľnosť, žiadne odobratie licencie a považovať nad jedoeurovým symbolickým poplatkom okrem onkologických pacientov v ambulancii. Ak chce minister ušetriť a na pohotovosti sa môžu vyberať 2 eurá a na urgente ďalších 10 eur, tak v ambulancii by sa mohlo vyberať jedno euro paušálne. A ušetrilo by sa 38% - tak ako to bolo v minulosti.

Lebo tých 38% ľudí sa chodí do doktora naozaj aj vyžalovať. Som zástancom paušálnej platby, s výnimkou onkologických pacientov. To jedno euro nám chýba. Už som to raz písal - dajte mi jedno euro a zamestnám ďalšieho obvodného lekára. Lebo keď mám 1800 pacientov,

tak mám na výplatu jedného mladého lekára. A možno by sa našartovali aj nové ambulancie vo vidieckych sídlach, ktoré vymierajú. A možno by mali poisťovne považovať aj nad bojitou periférnych vidieckych ambulancií, ako to je v ČR, kde má doktor fixný plat a výkonnosť. Česká republika si chráni vidiecke ambulancie, aby tam bola dostupnosť v ťažkých, nerentabilných podmienkach, lebo aj tam ľudia potrebujú lekára. Ako sa tí 70-roční ľudia dostanú do mesta, keď nemajú auto alebo nemajú deti? To nie sú humánne kroky voči starším.

Sila sociálnej spoločnosti stojí na jej schopnosti postarať sa hlavne o sociálne slabých a tým naši rodičia a starí rodičia sú.

Zmysel života nie je o zisku, kvantite a biznise, zmyslom života je služba jeden druhému a raz za to budeme musieť predložiť účet. Ja za úroveň služby a štát a politici za spravodlivé odmeňovanie tejto služby.

*Uverejnené v ZN č.8 vo februári 2018,
autorka Monika Toporcerová*

MUDr. Ján Kaňuch



MUDr. Ján Kaňuch začal v roku 1989 ako sekundárny lekár na internom oddelení nemocnice v Bardejove. Po atestácii pracoval ako všeobecný lekár na poliklinike, od roku 1996 má privátnu prax v Raslaviciach. Je predsedom dozornej rady Slovenskej spoločnosti všeobecného praktického lekárstva.

eZdravie – obštrukcia ohrozujúca poskytovanie zdravotnej starostlivosti pokračuje

(Z mailovej pošty – aktualizácia stavu eZdravia na Slovensku, k dátumu 26. 9. 2018, spracoval MUDr. Peter Lipták)

Ministerka zdravotníctva je t.č. MUDr. Andrea Kalavská a tu je súčasný nefalšovaný obraz eZdravia, za ktorého stav na Slovensku dnes ona osobne prevzala zodpovednosť. Uvidíme, či sa jej tento projekt podarí zmeniť k lepšiemu.

E-Zdravie, svedectvo z jednej ambulancie všeobecného praktika na Slovensku:

Jediné pozitívum: čas napísania jedného eReceptu je 2 sekundy, čo je 7x rýchlejšie ako napísanie papierového receptu aj s podpisom (14 sekúnd), s tým súvisí úspora toneru, papierov.

Negatíva: Z priemerného počtu 60 pacientov t.č. denne, mi príde so správou od odborníka napríklad 20 pacientov. Ak chcem načítať elektronickú správu trvá to 30 sekúnd čo je **10 minút straty**.

Počas načítavania správy sa stáva že v 17 prípadoch program stvrdne a treba ho reštartovať, čo je strata času pri jednom prípade aj 3-4minúty x 17 = **68 minút straty**.

Medzitým prídu 4-5 pacienti, ktorým z nejasných dôvodov nefunguje REPETETUR - **strata času** s opravou v histórii receptov a s opakovaným predpisom liekov **cca 20 minút**.

V zápale elektronickej preskribcie sa zablokuje celý program pri jednom recepte a strata času je 2 minúty čo sa zopakuje 20x cez deň = **40 minút strata**.

Do 1.8.2018 sme nemuseli písať dátumy preskribčných obmedzení, stačilo iba meno doporučujúceho lekára - teda zase sa hrabeme v listoch, čo nemá nič spoločné s eZdravím - strácam aj **30 minút denne hrabaním sa za dátumami**.

Čas čakania za vytlačením výmenného lístku cca 30 sekúnd, za napr. 20 výmenných lístkov/na rôzne diagnózy nie na pacientov = **10 minút straty**.

Skutkový stav písania odborníkov do eDekurzu - v spádovej NSP žiadne prepúšťacie správy, iba záznamy z ambulancií. Intermitentné správy sú z kardiocentra Prešov. Pravidelné správy sú z VUSCH KE, NUSCH BB, BA, Onkologické ústavy v rámci SR a OLÚ V. Háygy.

Nepísal som, že cez deň aj 30 - 40 x musím zadať PIN kód - teda blbne program, pričom mám nový PC, nový program všetko full aj optiku internet najvyššej kvality T-COM.

Nemôžem mať na ploche zapnutú inú stránku napr. gmail alebo info o liekoch - pretože hneď sa zadrhne program e-Zdravia a to o čom som písal v rámci PP 20 minút, mi za 1 sekundu zničí všetko. Psychická trauma pre mňa aj pre pacienta, ktorý musí čakať, proste robím to preto, aby som poukázal na absolútnu neschopnosť ľudí, ktorí sú podľa mňa amatéri v tejto oblasti a objavujú niečo, čo už dávno niekto má v malíčku.

Bol som dnes v jednej súkromnej poliklinike - tie isté problémy a je tam asi 15 ambulancií a jeden majiteľ - videl som frustrovaných a našťvaných kolegov.

Moji známi kolegovia majú tie isté problémy vo fakultnej aj univerzitnej nemocnici, preto nepíšu správy. V malých nemocniciach - okrem SIETE Zdravia - som nenašiel dodnes žiadnu prepúšťачku - naozaj žiadnu...

Spolu stratím denne 188 minút čo je 3,13 hod denne x 5dni = 15,65 hodín, čo je 44,71 % z čistého ordinačného času 35 hodín týždenne.

Tento horor zažívajú dnes lekári denne na Slovensku. Zdravotná starostlivosť postavená na hlavu.

„Horúce zemiaky“ všeobecného lekárstva alebo aké témy aktuálne riešime v našom odbore

15. mája 2018 ma pani ministerka Doc. MUDr. Andrea Kalavská, PhD. vymenovala do funkcie hlavnej odborníčky pre všeobecné lekárstvo. Moja päťročná misia poskytuje priestor na presadzovanie zásadných zmien v zdravotníckom systéme. Verím, že tento priestor dokážem využiť **v prospech nášho odboru**, v prospech všeobecných lekárov celého Slovenska. Verím, že budem úspešná aj preto, že okrem potrebných profesionálnych i praktických skúseností a veľkej miery angažovanosti, mám za sebou kľúčovú podporu vás, kolegovia a tiež dôležitých a rešpektovaných lekárskejších kruhov. Nominovala ma Slovenská spoločnosť všeobecného praktického lekárstva spolu so Slovenskou lekárskou komorou a podporili ma aj Asociácia súkromných lekárov SR a Zväz ambulantných poskytovateľov. A to je dôvera, ktorú nechcem sklamať.

Spoločne nás čaká veľa práce, aby sme dokázali presadiť **kvalitnú a silnú primárnu zdravotnú starostlivosť**. Je najvyšší čas posunúť sa od kritizovania k efektívnej komunikácii a hlavne k skutočnej a dôslednej práci. Potrebujeme konštruktívnu kritiku s návrhom riešení, ktoré vychádzajú z každodennej praxe. Som pripravená komunikovať na všetkých úrovniach, aby sa takéto riešenia začali skutočne realizovať. Mojim cieľom je posilnenie všeobecného lekárstva, pozdvihnutie jeho odbornej úrovne, ako aj adekvátne ohodnotenie našej náročnej, no zmysluplnej práce. Adekvátne ohodnotenie tak po stránke finančnej ako aj spoločenskej.

Aké sú teraz najhorúcejšie témy?

Paleta problémov, ktoré si vyžadujú riešenie je naozaj pestrá. Od kritickej situácie so syfilisom v Trebišove, cez APS, prehliadky mŕtvych, elektronické zdravotníctvo, až po Národný onkologický program.

Ambulantná pohotovostná služba

Od 1. júla 2018 došlo v organizácii pohotovostí k zmenám, ktoré sme pocítili všetci. Už nemusíme slúžiť do rána a za mizerný plat. Konečne si po službe smieme oddýchnuť, aby sme sa na druhý deň ráno svieži opäť dokázali venovať našim pacientom. Zánik LSPP a začiatok fungovania APS však rozpútal vášne v médiách, samosprávach a dokonca aj v vo výbore pre zdravotníctvo Národnej rady SR. Hrozilo, že pozitívne zmeny parlament zruší a my budeme musieť pokračovať v pôvodných LSPP. Aktuálne je obsadených 90% bodov APS a ministerstvo pokračuje v hľadaní organizátorov tých chýbajúcich 3. kolom výberového konania. Pred pár dňami sme rokovali s pani ministerkou o navýšení paušálu na APS tak, aby bolo možné vykryť všetky mzdové náklady, vrátane príplatkov za víkendy a sviatky. Zdá sa, že naše argumenty a analýzy pani ministerku presvedčili a dôjde k navýšeniu paušálu.

Prehliadky mŕtvych tiel

Od 1. júla 2018 došlo tiež k zmenám v organizácii prehliadok mŕtvych tiel. Aj tu sa nám, všeobecným lekárom, v niektorých regiónoch výrazne uľavilo, hoci má systém ďaleko od do-

konalosti. Zlepšilo sa aj financovanie. V niektorých regiónoch fungujú obhliadky iba vďaka nasadeniu všeobecných lekárov, kde práve súčasné znenie zákona komplikuje pokrytie služieb. Dúfame, že sa problémy podarí vyriešiť v spolupráci s ÚDZS pokojným spôsobom, bez zbytočnej hystérie a vyvolávania paniky.

eZdravie

Už čoskoro sa na program rokovania parlamentu dostane návrh novely zákona o elektronickom zdravotníctve. V náročných rokovaniach sa nám podarilo presadiť, aby informácie do patientskeho sumáru «nenahadzovali» lekári ručne, ale aby ich softvér «ťahal» do eZdravia priamo z databázy našich ambulancií. Boli sme aktívni aj v rámci pripomienkového konania. eZdravie síce zostáva povinné, no zdá sa, že sankcie za jeho nepoužívanie budú zo zákona vypustené. V súčasnosti sa ešte rieši prístup zastupujúceho lekára ako aj prístup neatestovaných lekárov (vrátane rezidentov) do zdravotnej dokumentácie. Pretože ma zaujímali skúsenosti VLD so zavádzaním eZdravia v ambulanciách, zrealizovala som v auguste 2018 online dotazníkový prieskum. Ďakujem všetkým kolegom, ktorí si našli čas a vyplnili dotazník, ale najmä tým, ktorí mi napísali aj svoje postrehy a pripomienky. Malo to zmysel, pretože som dostala možnosť odprezentovať výsledky prieskumu nielen na pôde NCZI ale aj na Ministerstve zdravotníctva.

Kompetencie všeobecných lekárov

Jedným z mojich cieľov je aj rozširovanie našich kompetencií, ktoré považujem za nezmyselne oklieštené – čo sa diagnostiky, ošetrovania ale najmä terapie týka. Na jeseň bude ministerstvo zdravotníctva prezentovať výsledky najnovšej správy Svetovej banky, ktorá odporúča ministerstvu zdravotníctva rozšíriť naše kompetencie pri chronických ochoreniach (napríklad ICHS a diabetes mellitus) ale aj napríklad pri drobných chirurgických výkonoch. S procesom rozširovania našich kompetencií súvisí aj príprava Štandardných preventívnych, diagnostických a terapeutických postupov.

Národný onkologický program

V rámci prevencie onkologických ochorení sa pripravujú veľké zmeny, ktoré budú mať dopad aj na našu každodennú prácu. Zmeny sa dotknú najmä skríningu rakoviny hrubého čreva, ktorý sa doteraz realizoval v našich ambulanciách. Po novom by mali skrínig manažovať zdravotné poisťovne a testy na skryté krvácanie svojim poistencom zasielať poštou. Tieto zmeny sme spolu s krajskými odborníkmi kritizovali a žiadame ponechať tento skrínig v našej kompetencii. Na druhej strane sa snažíme získať možnosť opäť vyšetrovať onkomarker PSA v rámci skríningu rakoviny prostaty v našich ambulanciách.

Krajskí odborníci

Kolegovia, na základe predchádzajúcich riadkov si iste dokážete urobiť obraz o tom, koľko úloh pred nami stojí. Je jasné, že tieto úlohy nedokáže plniť hlavný odborník sám. Preto som rada, že „v tom“ nie som sama, ale podarilo sa mi vytvoriť **tím odborníkov**, ktorí mi s mojou prácou pomáhajú. V každom z ôsmich krajov mám „styčného dôstojníka“ - krajského odborníka pre všeobecné lekárstvo. Dovoľte mi predstaviť Vám ich:

- Bratislavský kraj - **MUDr. Peter Lipovský**, Slovenská spoločnosť všeobecného praktického lekárstva (SSVPL) peter.lipovsky.md@gmail.com
- Trnavský kraj **MUDr. Zuzana Nedelková** - Združenie všeobecných lekárov pre dospelých SR (ZVLD) krajsky.odbornik.vld.tt@gmail.com
- Nitriansky kraj - **MUDr. Milan Jedlička**, Asociácia súkromných lekárov Slovenska (ASL SR) mudr.milan.jedlicka@gmail.com
- Trenčiansky kraj - **MUDr. Renáta Raclavská**, Asociácia súkromných lekárov Slovenska (ASL SR) krajsky.odbornik.vld.tn@gmail.com
- Banskobystrický kraj - **MUDr. Eva Hudobová** - Slovenská spoločnosť všeobecného praktického lekárstva (SSVPL) krajsky.odbornik.vld.bb@gmail.com
- Žilinský kraj - **MUDr. Rastislav Zanovit** - Združenie všeobecných lekárov pre dospelých SR (ZVLD) zanoovit@orava.sk
- Košický kraj - **MUDr. Diana Ganajová** - Spoločnosť všeobecných lekárov Slovenska (SVLS) ganajova.diana@gmail.com
- Prešovský kraj - **MUDr. Melánia Ryníková** - Slovenská spoločnosť všeobecného praktického lekárstva (SSVPL) krajsky.odbornik.vld.po@gmail.com

Pri zostavovaní tímu krajských odborníkov bolo pre mňa dôležité, aby boli zastúpení **odborníci zo všetkých odborných spoločností a združení všeobecných lekárov**, ktoré dnes na Slovensku fungujú. Som totiž presvedčená o tom, že rôznorodosť názorov, hľadanie a hlavne nachádzanie riešení prijateľných pre všetkých všeobecných lekárov prispeje k rozvoju nášho odboru, v prospech všeobecných lekárov a v poslednom rade aj v prospech našich pacientov.

Doteraz sme boli rozdrobení a naše sily sa trieštili. No ja verím, že dokážem byť tým mediátorom, ktorý obrúsi hrany. Že dokážem byť akýmsi „tmelom“, ktorý všeobecných lekárov dokáže spojiť v záujme riešenia problémov, ktoré nás dlhodobo trápia.

Všeobecné lekárstvo bolo **dlhodobo v tieni**. V tieni nemocničnej medicíny stavanej na piedestál. V tieni špecializovanej zdravotnej starostlivosti, ktorá sa cítila nám byť nadradená. Verím, že sa nám spoločnými silami podarí vykročiť z tohto tieňa a presadiť kroky, ktoré náš odbor zatraktívnia. Verím, že sa jedného dňa budú absolventi medicíny biť o rezidentské miesta. A my budeme právom **hrdí na to, že sme všeobecnými lekármi**.

Zdroje:

- (1) Expert panel on effective ways of investing in health (EXPH): Definition of a frame of reference in relation to primary care with a special emphasis on financing systems and referral system. Dostupné na internete: https://ec.europa.eu/health/expert_panel/sites/expertpanel/files/004_definitionprimarycare_en.pdf Prípadne v slovenskom jazyku dostupné na internete: http://www.vpl.sk/files/file/uvodna/004_definitionprimarycare_sk.pdf
- (2) Michael Kidd: Prínos všeobecného praktického lekárstva pre zlepšovanie zdravotných systémov 2013, slovenské vydanie 2016. Dostupné na internete: <http://www.vpl.sk/files/file/vzdelavanie/Prinos%20vpl%20KIDD%20o.pdf>
- (3) Eurostat
- (4) Inštitút zdravotnej politiky, Dostupné na internete: <http://www.teraz.sk/ekonomika/izp-financovanie-zdravotnictva-v-sr-jen/328729-clanok.html>
- (5) OECD Health at a Glance: Europe 2016
- (6) Vestník č. 10/2017: Správa o stave vykonávania verejného zdravotného poistenia za rok 2016, Dostupné na internete: http://www.udzs-sk.sk/documents/14214/81402/VE_10_2017_S_stav+VZP.pdf/46e19241-65f7-4954-92ad-19e8b61c05d4
- (7) Kringos, D.S., W.G., W. Boera, A. Hutchinson and R.B. Saltman (editors). 2015. „building Primary Care in a Changing Europe“. Issue 38 of Observatory Studies. WHO. Dostupné na internete: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/271170/BuildingPrimaryCareChangingEurope.pdf

MUDr. Jana Bendová, PhD. (1973)



Od mája 2018 je hlavnou odborníčkou ministerstva zdravotníctva pre všeobecné lekárstvo. Vyštudovala LF UK v Bratislave. Má atestáciu zo všeobecného, vnútorného aj posudkového lekárstva a v roku 2017 ukončila doktorandské štúdium. Pracuje 12 rokov v ambulancii vo Veľkom Bieli. Predtým pracovala v Odbornom liečebnom ústave

TBC a respiračných ochorení v Nitre, neskôr v Národnom ústave TBC a respiračných ochorení v Bratislave. Tri roky pôsobila v oblasti klinického skúšania liekov. Vyučuje na Lekárskej fakulte UK všeobecné lekárstvo a vo svojej ambulancii aj školí rezidentov. Je členkou Slovenskej spoločnosti všeobecného praktického lekárstva, podieľa sa na organizácii vzdelávacích podujatí na národnej i európskej úrovni. Aktívne pracuje aj v Svetovej organizácii všeobecných lekárov WONCA. MUDr. Bendová niekoľko rokov spolupracuje s patientskou organizáciou Slovenský pacient na viacerých projektoch, napr. na projekte Život bez antibiotík zameranom na prevenciu zbytočného užívania antibiotík. Na svojom blogu www.janabendova.blog píše články o prevencii ako aj komentáre k aktuálnym otázkam slovenského zdravotníctva.

Podpora praktických lekárov pri propagácii preventívnej životosprávy a vzdelávaní verejnosti o ochrane pred zhubnými nádormi

Peter & Dana Minárikovci, 0903 437 888 | peterminarik57@gmail.com

Rakovina hrubého čreva: ovplyvniteľné riziká a možnosti prevencie

Stručný sprievodný list k edukačnému a motivačnému plagátu:

„KOLOREKTÁLNY KARCINÓM – TÝKA SA KAŽDÉHO Z NÁS“

© Peter Makara & Peter Minárik

Kolorektálny karcinóm (KRK) je celosvetovo tretím najčastejším zhubným nádorom a predstavuje celosvetový zdravotnícky problém. V roku 2008 sa zaznamenalo 1,2 milióna prípadov KRK. Výskyt KRK sa zvyšuje s narastajúcou industrializáciou a urbanizáciou. Kým pôvodne bol karcinóm hrubého čreva a konečníka podstatne častejší v ekonomicky vyspelých krajinách, v poslednom období sa jeho výskyt zvyšuje aj v krajinách s nižším a stredným ekonomickým štandardom. Muži sú postihnutí KRK o niečo častejšie než ženy. Necelá polovica prípadov KRK má fatálny priebeh. KRK je štvrtou najčastejšou príčinou úmrtnosti na zhubné nádory. Podľa panelu expertov Svetového fondu pre výskum rakoviny (**World Cancer Research Fund, WCRF**) mimoriadne významnú úlohu pri prevencii i príčinách KRK hrajú vyvážená strava a zdravá výživa, udržiavanie optimálnej telesnej hmotnosti a pravidelná, primerane intenzívna telesná aktivita. Sú to všetko opatrenia primárnej prevencie, ktoré pri systematickom pôsobení majú potenciál znížiť výskyt KRK. V kombinácii s dlhodobými a dobre organizovanými preventívnymi skrínigovými programami, zameranými na včasnú diagnostiku KRK, sú optimálnym riešením umožňujúcim dosiahnuť priaznivé výsledky v boji proti KRK, a to tak na individuálnej úrovni jednotlivcov, ako aj v celospoločenskej rovine.

Slovensko dlhodobo obsadzuje popredné priečky vo výskyte tohto závažného nádorového ochorenia. Nadpriemerne vysoká nie je len incidencia a prevalencia karcinómov hrubého čreva a konečníka, ale aj úmrtnosť na toto zákerné ochorenie. Zlepšenie a priaznivý zvrät možno očakávať jedine vtedy, ak sa čo najviac ľudí naučí preventívne a zodpovedne správať k sebe a k svojim blízkym. Vyznávanie zásad zdravého životného štýlu (ideálne, ak sa praktizuje už od detstva) a absolvovanie preventívnych skrínigových vyšetrení v pravý čas sú jediným riešením pre zlepšenie individuálneho i populačného zdravia. Zodpovedné správanie jedincov však musí byť kopírované aj zodpovedným prístupom celej spoločnosti a jej jednotlivých predstaviteľov vo všetkých jej oblastiach – od zdravotníctva, cez školstvo, kultúru, obchod, priemysel, až po politických činiteľov na celoštátnej i regionálnej úrovni.

Ľudia môžu vo svojej životospráve voliť správne a pre svoje zdravie prospešné riešenia jedine vtedy, ak majú dostatok informácií o rizikových i preventívnych determinantoch zdravia, ktorých účinnosť je garantovaná vedecko-medicínskymi dôkazmi. **Kto iný je kompetentnejší poskytovať širokej verejnosti takéto informácie a šíriť „evidence-based“ zdravotnú osvetu založenú na vedeckých dôkazoch, než samotní zdravotnícki pracovníci?**

Všeobecní praktickí lekári – ideálne v kombinácii s **verejnými lekárnikmi** – sú zdravotníckymi pracovníkmi v prvej línii pri styku so širokou verejnosťou zdravých i chorých jedincov. Jednou z hlavných úloh **Slovenskej spoločnosti všeobecného praktického lekárstva (SSVPL)** je propagácia prevencie chronických neprenosných ochorení a príprava podkladov pre vzdelávanie všeobecných lekárov v oblasti prevencie a podpory zdravia. Spolu MUDr. Petrom Minárikom, s občianskym združením Slovenský pacient, ako aj s ďalšími koordinátormi, začíname s aktivitami užitočného projektu, ktorý sme nazvali **„PRAKTICKÍ LEKÁRI A PREVENIA RAKOVINY“**. V rámci tohto projektu budeme venovať pozornosť postupne jednotlivým témam, ktoré sú súčasťou primárnej prevencie zhubných nádorov, alebo majú k prevencii nádorových ochorení vzťah. **Víziou a cieľom tohto projektu** je dlhodobo pomáhať všeobecným lekárom pri šírení osvetu širokej verejnosti o možnostiach, ako sa lepšie a účinnejšie chrániť pred zhubnými nádormi.

Ako prvú sme zaradili tému prevencie kolorektálneho karcinómu. Veríme, že o aktivity tohto preventívneho projektu prejaví záujem a aktívne sa doňho zapojí čo najviac praktických lekárov. Nepochybujeme o pozitívnom prístupe a podpore preventívnych opatrení zo strany lekárov-praktikov. Naše presvedčenie vyplýva o.i. aj z výsledkov prieskumu, zameraného na zisťovanie súčasnej praxe poskytovania protinádorovej osvetu, ako aj očakávaní konkrétnych aktivít, ktorý sme pred nedávnom uskutočnili medzi všeobecnými lekármi. Tešíme sa na aktívnu spoluprácu a čo najširšiu účasť našich kolegov-praktikov na propagácii preventívnej životosprávy a na vzdelávaní verejnosti o ochrane pred zhubnými nádormi.

KOLOREKTÁLNY KARCINÓM



Týka sa každého z nás

Kolorektálny karcinóm (KRK), zhubný nádor hrubého čreva a konečníka, je jedno z najčastejších nádorových ochorení v ekonomicky rozvinutých krajinách. Na kolorektálny karcinóm zomiera asi tretina pacientov, ktorým bol diagnostikovaný. Smutnou pravdou je, že Slovensko dlhodobo obsadzuje popredné priečky vo výskyte tohto závažného ochorenia.

OHROZENÉ SKUPINY



> 50 r.
90 % všetkých prípadov KRK majú pacienti po 50. roku života



KRK má o **35 %** viac mužov ako žien

3 OBLASTI PREVENČIE

1.

Dodržiavať zásady pestrej a zdravej výživy

2.

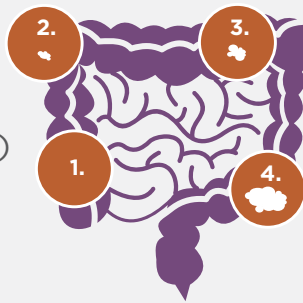
Udržiavať optimálnu telesnú hmotnosť!

3.

Pestovať systematickú pravidelnú telesnú aktivitu!

KASKÁDA VÝVOJA

1. normálna sliznica
2. hyperplastický polyp (výbežok)
3. adenóm (nezhubný nádor)
4. karcinóm (zhubný nádor)



VÝSKYT OCHORENIA



1 z 20

KOLOREKTÁLNY KARCINÓM



2. najčastejším zhubným nádorom
3. najčastejším zhubným nádorom

215 000 ľudí

ročne zomrie na následky KRK v EÚ

UEG (United European Gastroenterology)

RIZIKO ZVÝŠUJE

- ↑ konzumácia červeného mäsa
- ↑ konzumácia údeného mäsa
- ↑ obezita
- ↑ pitie alkoholu
- ↑ nedostatok aktívneho pohybu a sedavá životospráva
- ↑ fajčenie*

RIZIKO ZNIŽUJE

- ↓ pravidelná telesná aktivita
- ↓ strava s obsahom vlákniny
- ↓ konzumácia nasledujúcich potravín alebo živín:
 - mlieko,
 - vápnik,
 - cesnak,
 - vitamín D*,
 - ovocie,
 - zelenina.

*World Cancer Research Fund

VAROVNÉ PRÍZNAKY

(POZOR NAJMÄ PO 50 ROKU ŽIVOTA)

- ! Krv v stolici alebo na toaletnom papieri
- ! Nechcené chudnutie bez dôvodu
- ! Zmeny v konzistencii stolice - hnačky, zápchy, tenká stolica
- ! Nové a nejasné kŕče a bolesti v bruchu
- ! Trvalá potreba vyprázdňovania stolice aj po vykonaní potreby
- ! Slabosť a únava (nápadná a nevysvetliteľná)

PREVENTÍVNE PREHLIADKY

Súčasťou preventívnej prehliadky nad 50 rokov je test na KRK.

Blízki príbuzní pacientov, ktorí ochoreli na KRK, majú test na okultné krvácanie už pred 50. rokom života.

PREVENČIA VIE ZACHRÁNIŤ KAŽDÉHO 2. ČLOVEKA

- Dodržujte optimálny životný štýl!
- Udržujte si zdravú telesnú hmotnosť!
- Cvičte, športujte a hýbte sa - ideálne každý deň a akýmkoľvek spôsobom!
- Každodenne jedzte rastlinnú potravu bohatú na vlákninu!
- Obmedzte konzumáciu červeného mäsa a nejedzte žiadne údeniny z mäsa!
- Nepite alkoholické nápoje!

Výpoved' VŠZP!

Zväz ambulantných poskytovateľov (ZAP) vypovedal zmluvu s VŠZP pre výraznú podfinancovanosť ambulantného sektora oproti poisťovniam Dôvera a UNION.

V prípade nedohody s VŠZP do 30. novembra 2018 bude naša ambulancia v nezmluvnom vzťahu s VŠZP. Do 30.11.2018 bude zdravotná starostlivosť v našej ambulancii poskytovaná aj poistencom VŠZP za nezmenných podmienok ako doteraz.

Prečo ZAP vypovedal zmluvu s VŠZP



Peter Lipták

ZAP, ktorý združuje viac ako 2000 ambulantných lekárov, z toho počtu cca 800 VLD vypovedal zmluvu VŠZP z dôvodu jej nekorektného správania sa pri rokovaní. S VŠZP rokujeme vyše roka a vieme objektívne preukázať, že VŠZP odmieta pokryť poskytovanie zdravotnej starostlivosti v ambulanciách svojim pacientom, na úrovni porovnateľnej so ZP Dôvera

a UNION, napriek tomu, že odvody platia všetci poistenci rovnako. Podrobne pozrite porovnanie ponuky VŠZP a plnenie v poisťovniach Dôvera a Union (**tabuľka 1** a **tabuľka 2**). Namiesto dofinancovania ambulancií vedenie poisťovne presúva peniaze od poistencov do zisku. V roku 2017 vykázala VŠZP zisk 35 mil € a v roku 2018 už avizovala zisk 70 mil €! Preto sme prikočili ku krajnému kroku a zmluvu s VŠZP sme od 1.10.2018 vypovedali. Žiadame všetkých VLD o zjednotenie a podporu. Nenechajte sa oklamať, nepodľahnite nátlaku a nepodpisujte nevýhodné zmluvy. Pošlite ich na ZAP. Nenechajte sa popliesť ani dr. Paluškovou, ktorá namiesto toho aby podporila našu požiadavku voči VŠZP ako spoločnú, odporúča tieto nevýhodné zmluvy podpísať a dokonca sama chodí s VŠZP a robí ich bodovaniu reklamu. My v mesiacoch október a november budeme vo výpovednej lehote, kedy platby z VŠZP budeme dostávať ako doteraz a od 1.12.2018 budeme v nezmluvnom vzťahu. Pripravujeme spolu s dvomi právnymi kancelárkami podrobné pokyny ako budeme postupovať.

Naše požiadavky sú rovnaké vo všetkých poisťovniach

VŠZP neustále ponúkame dohodu tak ako sme ju dosiahli v ostatných poisťovniach. Žiadame navýšenie hodnoty kontraktu

o reálnych 12-15%. My žiadame moderný kontrakt zameraný na paušálne plnenie, čo je typické pre financovanie primárnej starostlivosti, ktorej základnou vlastnosťou je že lekár nie je stimulovaný k vykonávaniu zbytočných výkonov. Potrebujeme sa uvoľniť pre pacienta, nie zahltiť sa nielen eZdravím ale ešte aj bojovať o dofinancovanie ambulancií excesívnym bodovaním, na úkor času.

Preto máme tieto zásadné požiadavky:

1. zvýšenie základnej kapitácie, ktorá zostáva našim hlavným príjmom, ktorý musí pokryť všetky paušálne náklady, vrátane personálnych. Cieľom je aby naše personálne náklady sa dostali na úroveň ako je dnes v nemocniciach.
2. zvýšenie dodatkovkej kapitácie navietať na parameter efektivity - celkové náklady na pacienta v systéme,
3. navýšenie platieb v starostlivosti o chronicky chorých navietať na OU, nedávať tak RL zbraň na vyškrtanie reálne vykonaných výkonov. Predsa ten lekár má byť odmenený, ktorý dobre a efektívne lieči pacienta a nie iba ten, ktorý hlavne excelentne boduje.
4. úhradu CRP poskytovať nad rámec kapitácie a konečne ho zaviesť aj do manažmentu akútnych poistencov VŠZP.

VLD opakovane žiadajú zaviesť hodnotenie efektivity - manažment na pacienta nie na lekára. Tak sa nám to podarilo dosiahnuť v Dôvere aj v Unione. Hodnotenie efektivity doterajšími parametrami na úkor pacientov, ktoré obmedzujú dostupnosť potrebných vyšetrení a liekov odmietame. Všetko sú to legitímne požiadavky, ktorých splnenie je nutnosťou pre poskytovanie kvalitnej primárnej zdravotnej starostlivosti pacientom.

tabuľka 1: Porovnanie kapitácií v €

Kapitácia	Dôvera			VŠZP			UNION		
	od 1.7. bez DK	s DK 0,42 € od 1.7.	CHCH + 1,33 € od 1.7.	teraz bez DK	teraz s MAX DK +0,61	návrh MAX +0,77€ DK (+ 0,16) CHCH dtto	teraz	MAX od 1.10.	CHCH +1,33 € od 1.10.
Dôvera/VŠZP/UNION porovnateľné vekové intervaly									
do dovŕšenia 19. roku života do 19. roku života vrátane	3,22	3,64	4,97	2,58	3,19	3,35			
od 19 rokov veku do dovŕšenia 27 od 20-28 vrátane	2,13	2,55	3,88	2,03	2,64	2,80			
od 27 rokov veku do dovŕšenia 45 od 29-39 vrátane	2,24	2,66	3,99	2,03	2,64	2,80	2,22	2,67	4,00
od 45 rokov veku do dovŕšenia 51 od 40-44 vrátane od 18 do 50 vrátane	2,26	2,68	4,01	2,07	2,68	2,84			
od 51 roku veku do dovŕšenia 53 od 45-49 vrátane	2,40	2,82	4,15	2,12	2,73	2,89			
od 53 roku veku do dovŕšenia 57 od 50-54 vrátane	2,60	3,02	4,35	2,19	2,90	3,06	2,43	3,00	4,33
od 57 roku veku do dovŕšenia 61 od 55-59 vrátane od 51 do 60 vrátane	2,84	3,26	4,59	2,30	2,91	3,07			
od 61 roku veku do dovŕšenia 64 od 60-64 vrátane	3,14	3,56	4,89	2,43	3,04	3,20			
od 64 roku veku do dovŕšenia 68 od 65-69 vrátane	3,33	3,75	5,08	2,54	3,15	3,31			
od 68 roku veku do dovŕšenia 72 od 70-74 vrátane	3,59	4,01	5,34	2,66	3,27	3,43	2,87	4,04	5,37
od 72 roku veku do dovŕšenia 87 od 75-79 vrátane od 80-84 vrátane od 61 do 80 vrátane	4,03	4,45	5,78	2,77 3,11	3,38 3,72	3,54 3,88			
od 87 roku veku od 85 rokov a viac od 81 a viac	4,00	4,42	5,75	3,18	3,79	3,95	3,08	4,39	5,72

CHCH - starostlivosť o chronicky chorých

tabuľka 2: Porovnanie úhrad, návrh VŠZP od 1.10.2018 verzus skutočnosť Dôvera od 1.7. do 31.12.2018

kód výkonu	VŠZP	Dôvera
10* paušál		2x8,00
10*	2,99	0,00
60	5,81	0,00
4571a, CRP	0,00	4,00
5702ZV		4,41
5702	4,02	4,50
5715+5716	16,43	0,00
H0003 OU	12,00	0,00
H0004 OU	12,00	0,00
H0005 OU	6,00	0,00
H0006 OU	5,00	0,00
prevencia	0,04 - 0,045	0,04851
poistenci EÚ	0,018257	0,022973
neodkladná	0,006639	0,022973
očkovanie	0,041	0,04851
návšteva 25,26, 29	0,016597	0,022089

* sú to iné výkony, Dôvera paušál bez OU, VŠZP nad rámec kapitácie nutnosť dodržania OU a hrozba nezaplatenia po kontrole RL

Starostlivosť o chronicky chorých

Podstata, ktorú je tu treba pochopiť je, že v Dôvere sa nám podarilo presadiť dofinancovanie starostlivosti o chronicky chorého pacienta výkonom č.10 vo výške 2x8€ ročne. Aby bola starostlivosť u VLD lege artis podľa OÚ a guidelineov, to predsa v maximálnej miere garantuje kontinuálne vzdelávanie a zodpovednosť pred zákonom. Čo sa týka financovania platba za výkon č. 10 nie je postavená ako stimulačný príplatok, ktorý by mohol byť viazaný napríklad na dodržiavanie OU, ale je to základná platba zabezpečujúca pokrytie reálnych nákladov tejto starostlivosti. Je potrebná preto, lebo starostlivosť o chronického pacienta, vyžaduje objektívne pokrytie vyšších ná-

kladov, aby mohla byť táto starostlivosť dostupná u VLD. Je to plne v duchu filozofie "z peňazí hodnota ako je uvedené nižšie".

Ako to mám odkomunikované s MUDr. Mariánom Faktorom (Dôvera), každý pacient môže mať x chorôb, ale iba raz môže byť uznaný za chronicky chorého pre tento účel zaplattenia. Či má iba jednu chronickú dg. alebo je multimorbídny, každý takýto pacient v Dôvere má raz za pol rok nárok iba na jeden výkon č. 10 (8 €). Netreba nič vykonávať navyše, iba pri návšteve pacienta popri doterajších výkonoch 4 alebo 8, nabodovať aj výkon 10 s prílušnou dg. chronického ochorenia. Takže toto je druh paušálnej platby za chronického pacienta podobný ako kapitácia a môžeme povedať, že v Dôvere sa vytvoril nový druh príplatkovej kapitačnej platby kde sa ku kapitácii podľa veku pripočítava u chronického pacienta paušálne 1,33 € mesačne. Preto potom mesačné paušálne platby na chronických pacientov vyzerajú úplne inak (16 € / 12 = 1,33 €) keďže platba za výkon 10 sa tak vlastne u chronických chorých pripočítava k základnej kapitácii (tabuľka 3, strana 19).

Bodovanie alebo paušálne platby

Vo VŠZP je starostlivosť o chronicky chorých riešená výkonmi nad rámec kapitácie a príplatky za tieto výkony nedostane každý ale iba ten, kto ich vykoná navyše, musí pritom dodržať OU a tiež ich aj navyše musí stihnúť nabodovať. A keď to konečne ideme nabodovať tak zistíme

čo nám podľa OU ešte chýba a musíme znovu pacienta otravovať vyšetreniami, hoci to nemá nijaký pozitívny vplyv na jeho starostlivosť. V tejto súvislosti je zaujímavé pripomenúť, aké percento z nás už boduje dotazník NCMP alebo má čas realizovať predoperačné vyšetrenia a podobne. Pritom peniaze potrebuje navýšiť každý a nie každý dokáže hrať tie hry na bodovanie. Podľa štatistiky, ktorú uviedla VŠZP pri našich rokovaniach, vieme že z objemu ponúkaných bodovaných výkonov nad rámec kapitácie vieme dostať do svojho rozpočtu maximálne 10 % a dokonca podľa aktuálnej prezentácie dr. Havelkovej je to iba niečo okolo 3 %. Nestíhame nabodovať, alebo ak aj nabodujeme tak revízni lekári vo VŠZP sa o naše peniaze vedú dobre postarať.

Takže cesta reálneho navýšenia financií do našich ambulancií vedie štandardne cez navýšovanie paušálnych platieb.

To čo robí dnes VŠZP spolu s Dr. Paluškovou nie je celkom v poriadku z hľadiska etiky a morálky a nijako to nepomôže zlepšeniu starostlivosti o chronických pacientov ani to reálne nezlepší našu ekonomickú situáciu. Tlačíť nás do excesívneho bodovania na úkor starostlivosti?

Tu dávam do pozornosti tabuľku „Paušálne platby na chronicky chorých v €“ uvedenú na strane 19, kde je porovnaná starostlivosť o chronicky chorých medzi poisťovňami. Z nej spolu s tabuľkami 1, 2 vyplýva veľká bieda dr. Havelkovej a dr. Paluškovej, ktoré dnes promujú chabú ponuku VŠZP a zneužívajú tak dôverčivosť kolegov.

Kde sú peniaze z VŠZP?

Otázka môže byť, že kde sa strácajú peniaze z VŠZP keď pacienti platia do všetkých ZP rovnaké odvody a ešte z prerozdelenia ide do VŠZP z Unionu 50 mil ročne a z Dôvery 100 mil ročne. Veď vo VŠZP ponúkajú až o 40 % nižšie platby na chronicky chorých pacientov!

Nie sme proti VŠZP ale sme proti takémuto manažovaniu odvodov od pacientov vo VŠZP. Presúvať odvody poisťencov zo starostlivosti do zisku? Minulý rok mala VŠZP 35 mil zisk a tento rok plánuje 70 mil zisk? Je to o peniazoch, keď sa stromčekom zdravia v poisťovniach Dôvera a Union darí a keď stromu zdravia vo VŠZP opadávajú listy (obrázok).

V Bratislave 26.9.2018

MUDr. Peter Lipták, člen správnej rady ZAP za VLD

z peňazí hodnota poskytovanie zdravotnej starostlivosti



Stromu zdravia pacientov zo ZP VŠZP opadávajú listy



Economic and Financial Affairs



Stromčekom zdravia pacientov zo ZP Dôvera a ZP Union sa pekne darí

Peniaze zdravotnej poisťovne sú potrebné v kvetnáci aj na zalievanie.

Stromu zdravia pacientov z VŠZP schnú listy. Stromčeky zdravia pacientov Dôvera a Unionu sa zelenia.

Ako nabodovať Dôveru?

Nový typ kontraktu, ktorý sa nám podarilo tento rok vyrokovať pre VLD ZAP v Dôvere je charakteristický celkovým navýšením platieb o 12-15%. Došlo k navýšeniu základnej kapitácie o 9%, dodatkovkej kapitácie do konca roku 2018 o 47% a v oblasti bodovaných výkonov je navýšenie minimálne 9% s tým že sa zavádza nový výkon č. 10, starostlivosť o chronicky chorých pacientov a do úhrady sa zaradilo aj preplácanie CRP. Navýšili sa aj body za prevencie, návštevy, ošetrovanie nekapitovaných a poistencov z EÚ.

V novom kontrakte tvorí základná kapitácia približne 75 %, DK- dodatková kapitácia cca 10-13 % a prevencie a ostatné bodovanie cca 15 %.

Základnú kapitáciu -75 %, dostane každý lekár a došlo k jej navýšeniu o 9 %. Takže aj lekári, ktorí majú veľa poistencov a nestíhajú bodovať budú mať slušne navýšené platby.

DK - dodatková kapitácia (10 - 13 %)

Dodatková kapitácia je do konca roku 2018 v rovnakej výške pre všetkých + 0,425 € paušálne.

Od 2019 začne diferenciacia poskytovateľov podľa efektivity a z nich 10 % najmenej efektívnych bude mať DK = 0,00 € ale 20 % najviac efektívnych bude mať DK až 1,13 €. 70 % poskytovateľov medzi nimi bude mať DK podľa ich vypočítanej individuálnej DK podľa vzorca:

$$DK = ((DK \text{ zvýhodnená} - DK \text{ základná}) \times KI \text{ koeficient} + DK \text{ základná}) \times TCC \text{ koeficient}$$

kde:

DK - dodatková kapitácia

KI - koeficient Kvality + Inovácií

TCC - koeficient efektivity náklady na pacienta (Total Cost of Care)

Nové parametre, na ktoré má vplyv každý lekár sú koeficienty KI a TCC.

KI koeficient

KI to je koeficient kvality a inovácií, ktorý sa skladá zo 4 parametrov kvality (eLAB-25%, eNávrhy-15%, eZúčtovanie-15%, eRecept- 15%) a 2 parametrov kvality (Prístrojové vybavenie-15% a Bezpečná medikácia-15%). Jeho výsledná hodnota vyplynie zo súčtu percent, ktoré daný lekár splní. Keď niekto plní eNávrhy+ eZúčtovanie+eRecept+Prístroje tak má spolu 60%. Dnes je hodnota koeficientu KI stanovená paušálne na 44%, to znamená ak bude lekár plniť na 60% potom dostane od 1.1.2019 viac ako je DK dnes 0,425€. Ale iba v prípade, že bude plniť aj koeficient TCC aspoň na dnešnej úrovni, kedy je paušálne stanovený na 58%.

Prístrojové vybavenie (15 %)

- vybavenie ambulancie prístrojom typu POCT (Point of Care Testing) (s výnimkou CRP) a prístrojom ABI
- v prípade vybavenia ambulancie len jedným prístrojom je plnenie parametra 50%

Bezpečná medikácia (15 %)

- na 100% plnenie kliknite aspoň raz denne na elektronickú liekovú knižku 1 pacienta a to počas 90% vašich ordinačných dní (ak ordinujete v mesiaci 20 pracovných dní, musíte kliknúť aspoň na jednu liekovú knižku denne počas 18 dní)

eRecept (15 %)

- aspoň 75% liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín predpísať elektronicky, v prípade menšieho počtu, parameter nie je splnený
- príklad: ak denne predpíšete 10 receptov alebo poukazov, aspoň 8 ich musí byť elektronicky
- ak nepredpíšete žiaden recept za celý polrok, parameter sa považuje za splnený

eZúčtovanie (15 %)

- najmenej 75% zúčtovacích dokladov zaslaných a potvrdených
- elektronicky, prostredníctvom Elektronickej pobočky alebo
- softvéru Poskytovateľa. Pozor na elektronické potvrdzovanie faktúr.
- v prípade menšieho počtu nie je parameter splnený

Návrhy Online (15 %)

- aspoň 10% vašich návrhov napr. na kúpele zaslaných elektronicky, t.j. 2 z 20
- ak polročne vypíšete menej ako 10 návrhov na kúpele, na splnenie je treba predpísať aspoň 1 elektronicky
- v prípade menšieho počtu, nie je parameter splnený
- ak nevypíšete žiaden návrh za celý rok, parameter sa považuje za splnený

eLab (25 %)

- najmenej 75% elektronických žiadaniek o vykonanie laboratorných a zobrazovacích
- vyšetrení objednaných po zobrazení už existujúcich žiadaniek poistenca
- ak po spustení služby denne vypíšete 10 žiadaniek, na splnenie je treba pozrieť
- existujúce žiadanky aspoň u 8 pacientov a vypísať ich elektronicky
- v prípade menšieho počtu nie je parameter splnený
- zatiaľ tento parameter nie je aktuálny, eLab sa spustí až v priebehu roku 2019

TCC koeficient

- cieľom je odmeňovať efektívnejších lekárov- na tento koeficient má tiež vplyv každý lekár.
- efektívnosť meraná podľa modelu, „TCC = total cost of care = celkové náklady na zdravotnú starostlivosť“ navrhnutého MUDr. P. Liptákom
- lekári budú hodnotení podľa výšky celkových nákladov podelených svojim rizikovo váženým kmeňom kapitovaných poistencov
- do celkových nákladov budú zahrnuté všetky náklady na zdravotnú starostlivosť (t.j. nielen na kapitáciu a preventívky, ale všetkých špecialistov, laboratórne vyšetrenia, hospitalizácie, zdravotnícke pomôcky, lieky a všetky ostatné náklady z verejného zdravotného poistenia)
- Dohoda, že v prípade, ak naša skupina VLD v ZAP dosiahne úsporu v celkových nákladoch na kapitovaných poistencov, bude táto úspora zohľadnená v ďalšom rokovaní o výške úhrad.

Rizikové vázanie

Rizikové vázanie zohľadňuje rozdiely v nákladoch na zdravotnú starostlivosť. Zjednodušene platí, že čím sú pacienti starší a polymorbídnejší, tým sú nákladnejší. Lekár, ktorý ošetril väčší podiel starších pacientov, musí mať aj vyššie náklady ako lekár, ktorý ošetruje mladších pacientov. Spriemerovanie kmeňa lekára na priemerného pacienta umožní objektívne porovnávať efektívnosť jednotlivých VLD.

Rozdiely v riziku týchto poistencov sme zohľadnili pomocou národných indexov rizika a to zohľadňujúc nákladovosť kmeňa každého VLD z hľadiska veku, pohlavia, zamestnanosti a diagnóz jeho pacientov. Tak dosiahneme aby zloženie kmeňa nemalo vplyv na plnenie parametrov a aby sa tak dali lekári objektívne a spravodlivo porovnávať. Okrem toho sme vylúčili 2% najdrahších poistencov.

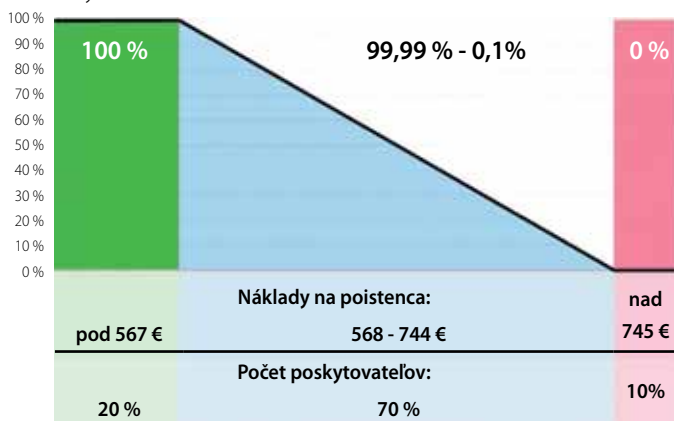
Vzorec pre výpočet TCC:

celkové náklady na kmeň poistencov v systéme

váha kmeňa

(vek, pohlavie, zamestnanosť, dg)

Potom dostaneme takéto rozloženie lekárov podľa dosiahnutých hodnôt TCC:



Príklady výpočtu u konkrétneho lekára:

$$DK = ((DK \text{ zvýhodnená} - DK \text{ základná}) \times KI \text{ koeficient} + DK \text{ základná}) \times TCC \text{ koeficient}$$

$$DK = ((DK \text{ zvýhodnená} - DK \text{ základná}) \times 0,44 + DK \text{ základná}) \times 0,58 = 0,425 - \text{dnes}$$

$$DK = ((DK \text{ zvýhodnená} - DK \text{ základná}) \times 0,45 + DK \text{ základná}) \times 0,00 = 0,00$$

$$DK = ((DK \text{ zvýhodnená} - DK \text{ základná}) \times 1,00 + DK \text{ základná}) \times 1,00 = 1,13$$

Možno je v tom veľa matematiky ale to bude prepočítavať automaticky ZP. Dôležité je si uvedomiť, že každý má svoje TCC vo vlastných rukách. Ten lekár bude mať vyššiu DK, ktorý pacienta bude liečiť, bude ho vyšetřovať a predpisovať lieky. Nebude ho zbytočne odosielat k špecialistom a keď sa bude o pacienta dobre starať tak jeho pacient ani neskončí tak často s nejakým zlyhaním v nemocnici. To bude platiť aj keď sa bude dobre starať o svojich imobilných v domácom ošetrovaní. Takže nie ako doteraz, keď mal najvyššie hodnotenie lekár s najnižšími nákladmi na lieky a na vyšetřenia. Teraz to bude presne na-

opak, takýto lekár bude mať pravdepodobne DK=0,00€. Teraz našu prácu z hľadiska uvedenej novej efektivity už hodnotí ZP a od 1.1.2019 už budeme mať stanovené konkrétne hodnoty DK na konkrétnu ambulanciu podľa efektivity nákladov na pacienta. Nenechajme sa prevkapiť.

Prevenie a ostatné bodovanie -15% kontraktu

Došlo k navýšeniu o 9%

► preventívny bod, ► očkovací bod, ► nekapitovaný bod (nekapitovaní + EÚ), ► návštevny bod

Tu máme novú možnosť bodovania CRP ale najdôležitejšia zmena sa týka starostlivosti o chronických chorých nový výkon č. 10, kde u kapitovaného poistenca, chronicky chorého pacienta, ktorého prevzeme do svojej starostlivosti si môžeme 2x ročne vykázat tento výkon viazaný na platbu 8 € (je potrebné s ním spísať informovaný súhlas- viď vzor v tomto čísle). Takže vlastne dostaneme na neho ku kapitácii paušálny príplatok ku kapitácii $8 \times 2 = 16/12 = 1,33$ €. Takáto istá paušálna úhrada je dohodnutá aj v Unione ale zatiaľ iba u chronických pacientov hypertonikov. Potom porovnávací tabuľka paušálnych platieb vyzerá nasledovne.

Tabuľka 3: Paušálne platby na chronicky chorých v €

Dôvera / VŠZP / UNION	Dôvera +1,33 € od 1.7.2018	VŠZP najnovší návrh (+ 0,16 €)	UNION +1,33 € od 1.10.2018
od 53 roku veku do dovŕšenia 57 od 50-54 vrátane	4,35	3,06	4,33
od 57 roku veku do dovŕšenia 61 od 55-59 vrátane od 51 do 60 vrátane	4,59	3,07	
od 61 roku veku do dovŕšenia 64 od 60-64 vrátane	4,89	3,20	5,37
od 64 roku veku do dovŕšenia 68 od 65-69 vrátane	5,08	3,31	
od 68 roku veku do dovŕšenia 72 od 70-74 vrátane	5,34	3,43	
od 72 roku veku do dovŕšenia 87 od 75-79 vrátane od 80-84 vrátane od 61 do 80 vrátane	5,78	3,54 3,88	5,72
od 87 roku veku od 85 rokov a viac od 81 a viac	5,75	3,95	

Takto vzniká tzv. kapitácia na chronicky chorého pacienta a to sa v Dôvere dostávame niekde celkom inde ako vo VŠZP. Nie je potrebné bodovanie navyše, keďže to nie je platba za dodržiavanie OÚ. Táto starostlivosť o chronického pacienta nevyžaduje pevnú väzbu na OÚ pričom je samozrejme, že starostlivosť o chronického pacienta je vykonávaná v súlade so súčasnými poznatkami a je šitá na mieru pre konkrétneho pacienta. Iba ak peniaze z poisťovne pokryjú naše náklady, tak vieme vytvárať hodnotu = kvalitnú zdravotnú starostlivosť.

Ak poisťovňa poskytne peniaze, potom vieme z týchto finančných prostriedkov pacientom poskytnúť kvalitnú zdravotnú starostlivosť.

Záver: Kolegovia, postavme financovanie zdravotníctva z hlavy na nohy! Podrobne sme sa venovali vysvetleniu nového kontraktu na krajských stretnutiach v septembri a októbri a tiež sa tomu budeme dôkladne venovať na konferencii SSVPL.

Bratislava 26.9.2018

Peter Lipták

Prevzatie pacienta s chronickým ochorením do komplexnej starostlivosti u kapitujúceho VLD – poučenie a písomný informovaný súhlas pacienta v zmysle § 6 zákona č. 576/2004 Z. z. (pre pacienta)

Pacient:

Súhlasím, aby ma môj všeobecný lekár VLD prevzal do komplexnej starostlivosti so všetkými mojimi chronickými ochoreniami a dostával za to á pol roka 8€(výkon č. 10) od mojej poisťovne Dôvera. Podporujem tímovú spoluprácu svojho lekára VLD a mojich dispenzarizujúcich špecialistov.

Záväzok lekára:

Prevzal som svojho kapitovaného pacienta do komplexnej starostlivosti aj z hľadiska komplexnej starostlivosti o jeho chronické ochorenia.

Pacient:

Dátum, miesto:

.....
Meno, priezvisko, dátum narodenia, podpis

Lekár:
Pečiatka, podpis

Prevzatie pacienta s chronickým ochorením do komplexnej starostlivosti u kapitujúceho VLD – poučenie a písomný informovaný súhlas pacienta v zmysle § 6 zákona č. 576/2004 Z. z. (pre lekára)

Pacient:

Súhlasím, aby ma môj všeobecný lekár VLD prevzal do komplexnej starostlivosti so všetkými mojimi chronickými ochoreniami a dostával za to á pol roka 8€(výkon č. 10) od mojej poisťovne Dôvera. Podporujem tímovú spoluprácu svojho lekára VLD a mojich dispenzarizujúcich špecialistov.

Záväzok lekára:

Prevzal som svojho kapitovaného pacienta do komplexnej starostlivosti aj z hľadiska komplexnej starostlivosti o jeho chronické ochorenia.

Pacient:

Dátum, miesto:

.....
Meno, priezvisko, dátum narodenia, podpis

Lekár:
Pečiatka, podpis

Prevzatie pacienta s chronickým ochorením do komplexnej starostlivosti u kapitujúceho VLD – poučenie a písomný informovaný súhlas pacienta v zmysle § 6 zákona č. 576/2004 Z. z. (archív)

Pacient:

Súhlasím, aby ma môj všeobecný lekár VLD prevzal do komplexnej starostlivosti so všetkými mojimi chronickými ochoreniami a dostával za to á pol roka 8€(výkon č. 10) od mojej poisťovne Dôvera. Podporujem tímovú spoluprácu svojho lekára VLD a mojich dispenzarizujúcich špecialistov.

Záväzok lekára:

Prevzal som svojho kapitovaného pacienta do komplexnej starostlivosti aj z hľadiska komplexnej starostlivosti o jeho chronické ochorenia.

Pacient:

Dátum, miesto:

.....
Meno, priezvisko, dátum narodenia, podpis

Lekár:
Pečiatka, podpis



GENERAL PRACTICE: The Human Side of Medicine



24 WONCA EUROPE CONFERENCE

BRATISLAVA
SLOVAKIA

2019
26 - 29 JUNE



www.woncaeurope2019.org

SLOVAK SOCIETY OF GENERAL PRACTICE (Sks GP)
www.vpl.sk

TLAČOVÁ SPRÁVA

Zväzu ambulantných poskytovateľov a Slovenskej spoločnosti všeobecného praktického lekárstva

spracovala Michaela Macháčová

1.

Podhodnotenie a neadekvátne odmeňovanie práce ambulantného lekára ohrozuje existenciu ambulantnej zdravotnej starostlivosti na Slovensku

Bratislava (6. 9. 2018) – Zväz ambulantných poskytovateľov (ZAP) sa stále nedohodol so Všeobecnou zdravotnou poisťovňou (VŠZP) na nových zmluvných a cenových podmienkach. Rokovania sú od júna tohto roku na bode mrazu...

Ambulancia – zvyčajne prvé dvere, na ktoré pacient zaklope...

Ambulantná sféra je základným pilierom poskytovania zdravotnej starostlivosti. Na skvalitňovanie jej poskytovania by preto mali byť vytvárané čo najlepšie podmienky. Dlhoročná kríza v dofinancovaní ambulancií však vedie aj ku kríze s ľudskými zdrojmi v odbore. Lekári a sestry idú pracovať buď do nemocníc alebo odchádzajú do zahraničia a ambulancia sa rušia.

Ten, kto na tento stav dopláca je v prvom rade pacient!

Keď sa šetrí tam, kde sa nemá...

Investičné, prevádzkové a personálne náklady na chod ambulancií, ako i požiadavky na modernizáciu a elektronizáciu zdravotníctva z roka na rok stúpajú. Navyšovanie úhrad zo strany zdravotných poisťovní však tieto skutočnosti dostatočne nereflektuje. Riešenia v podobe navýšenia úhrad sa ako prvá chopila Dôvera zdravotná poisťovňa, a.s., ktorá na rok 2018 navýšila ambulanciám platby v priemere o 12 %. Ďalšia súkromná zdravotná poisťovňa Union, zdravotná poisťovňa, a.s ponúka v štádiu rokovania členom ZAP zatiaľ navýšenie platby na ambulanciu v priemere o 10 %. Rokovania však nie sú stále ukončené.

Najväčšia štátna zdravotná poisťovňa VŠZP mala v roku 2017 zisk 35 miliónov eur a v medializovanom vyhlásení odhaduje na konci roka 2018 zisk na úrovni približne 70 miliónov eur. Je zrejmé, že VŠZP zdrojmi pre ambulantnú sféru disponuje, napriek tomu sa so ZAP – organizáciou, ktorá zastupuje cca 2000 poskytovateľov ambulantnej zdravotnej starostlivosti sa nevie, či nechce dohodnúť na nových zmluvných a cenových podmienkach. „V priebehu augusta ZAP vyzval VŠZP na rokovanie trikrát. VŠZP výzvy na rokovanie zatiaľ bez akejkoľvek reakcie ignoruje. Zväz naďalej trvá na tom, aby úprava zmluvných a cenových podmienok s VŠZP bola vo všetkých segmentoch minimálne na úrovni dorovnania súčasného kontraktu ZAP a Dôvery,“ uviedol MUDr. Miroslav Kotek, predseda Správnej rady ZAP. Na základe doterajšieho postoja sa VŠZP ukazuje ako nedôveryhodný rokovací a zmluvný partner, čo vnímame ako problém, ktorý nepriamo ohrozuje systém, vrátane nastavenia financovania a nevýhodného odmeňovania v slovenskom zdravotníctve.

Úlohou štátnej poisťovne nie je tvorba zisku z verejných zdrojov, ale efektívna návratnosť a opätovné využívanie finančných zdrojov

v systéme zdravotnej starostlivosti. MUDr. Peter Slezák, člen predstavenstva a správnej rady ZAP zdôraznil: „ZAP je stále pripravený rokovať s VŠZP. Napriek opakovaným neúspešným výzvam na rokovaniu dúfame, že nebudeme musieť pristúpiť ku krajnému riešeniu. Podľa zákona o zdravotných poisťovniach je poskytovateľ oprávnený vypovedať zmluvu, ak má možnosť uzatvoriť zmluvu s inou zdravotnou poisťovňou za vyššiu cenu.“

Vybrať si to lepšie môže aj poistenec. Do konca septembra majú poistenci možnosť zmeniť zdravotnú poisťovňu a vybrať si tú, ktorá im ako poistencom a pacientom vychádza najviac v ústrety čo do rozsahu ponúkaných služieb v rámci poskytovania zdravotnej starostlivosti.

„Neriešenie krízovej situácie v ambulantnom sektore, ktorého existencia je pred reálnym kolapsom je v dnes skutočným hazardom so systémom poskytovania zdravotnej starostlivosti a so zdravím našich pacientov,“ varovala MUDr. Soňa Ostrovská, členka SSVPL a predsedka predstavenstva ZAP.

2.

Ambulantná pohotovostná služba

Od 1. júla 2018 funguje Ambulantná pohotovostná služby (ASP), ktorá nahradila Lekársku službu prvej pomoci (LSPP). Zavedením novej APS sa skrátil čas jej poskytovania do 22:00 hod., lekári by mali slúžiť najmä dobrovoľne a konečne po dlhých rokoch aj za lepších podmienok odmeňovania. Po prvých mesiacoch fungovania APS prax ukazuje, že nie všetci organizátori APS dodržia rovnaké, zákonom garantované pravidlá odmeňovania lekárov, ktorí na ambulantných pohotovostiach slúžia.

Prezident Slovenskej lekárskej komory MUDr. Marian Kollár skonštatoval: „Lekári zmenu fungovania ambulantných pohotovostí, po ktorej sme roky volali, privítali. Fungovanie pohotovostí v takmer všetkých pevných bodoch svedčí o tom, že lekári o služby na pohotovostiach majú záujem a chcú v nich slúžiť. Je však legitímne, ak chcú, aby boli za služby odmeňovaní tak, ako im to garantuje legislatíva, ktorá v súvislosti s novým systémom fungovania ambulantných pohotovostí vstúpila do platnosti od 1. júla tohto roka.“

Problémom sú najmä odmeny počas víkendov a štátnych sviatkov

Organizátori APS uzatvárajú s lekármi v rôznych regiónoch Slovenska rôzne zmluvy o odmeňovaní za služby. Niektorí organizátori príplatky za prácu počas víkendov a štátnych sviatkov akceptujú, iní nie.

„Ako príklad môžeme uviesť dohody predkladané všeobecným lekárom v Topoľčianskom okrese, kde je organizátorom nemocnica patriaca do siete nemocníc Svet zdravia. Organizátor ponúka lekárom hrubú hodinovú mzdu 12 € bez ohľadu na to, či pracujú počas pracovného dňa, štátneho sviatku alebo dňa pracovného pokoja. Okrem toho to-



poľčianska nemocnica uzatvorila s niektorými slúžiacimi lekármi na APS pracovno-právne zmluvy, iným zase ponúkla obchodno-právne zmluvy medzi organizátorom (nemocnicou) a poskytovateľom – všeobecným lekárom pre dospelých, ktorý ambulanciu prevádzkuje formou s.r.o. Legislatíva hovorí, že mzda lekára (na základe pracovnej zmluvy) i odmena poskytovateľa, ktorý APS poskytuje ako s.r.o., má byť rovnaká. Napriek tomu, že Ministerstvo zdravotníctva SR vydalo usmernenie o mzdovom zvýhodnení, organizátor APS v Topoľčanoch ho v odmeňovaní zatiaľ neakceptuje," uviedla viceprezidentka Slovenskej spoločnosti všeobecného praktického lekárstva MUDr. Michaela Macháčová.

Ministerka zdravotníctva Andrea Kalavská na tlačovej konferencii dňa 18. 6. 2018 uviedla, že MZ SR po dvoch mesiacoch fungovania APS vyhodnotí jej fungovanie. Jedným z cieľov novej legislatívnej úpravy bolo (okrem dobrovoľnosti výkonu služieb a skrátenia času poskytovania APS) aj lepšie odmeňovanie lekárov.

V rámci očakávaného hodnotenia fungovania nového systému APS by teda mali byť aj jasné odpovede a hľadanie riešení na otázky:

1. **Slúžia skutočne všetci lekári v ambulanciách pevnej APS za zákonom garantovaných podmienok?**
2. **Dostávajú lekári k zákonom garantovanej hrubej hodinovej mzde za výkon služby v APS vo výške 12 eur aj mzdové zvýhodnenia za služby cez víkendy a dni pracovného pokoja?**

„Všetkým lekárom, či už pracujúcim v ambulanciách alebo v nemocniciach, záleží v prvom rade na zdraví pacienta. Na zabezpečenie čo najvyššej kvality poskytovanej zdravotnej starostlivosti však musia mať zabezpečené aj optimálne podmienky. Je nepochybné, že všetci lekári, ktorí APS poskytujú, musia byť aj za tieto služby odmeňovaní bez porušenia zákonov a diskriminácie, to bez ohľadu na to, v ktorom kúte Slovenska pracujú," uzatvoril prezident Slovenskej lekárskej komory MUDr. Marian Kollár.

Fakty hovoriace jasnou rečou:

- ✓ už dnes na Slovensku chýba 500 všeobecných lekárov pre dospelých;
- ✓ v priebehu ďalších 5 rokov odíde do dôchodku ďalších 500, ktorí sú dnes vo veku
- ✓ 65-75 rokov;
- ✓ rezidentský program končí dnes v priemere len 30 rezidentov ročne, ktorí sa kvôli nízkej finančnej atraktivite ambulantnej zdravotnej starostlivosti radšej zamestnávajú v nemocniciach a centrách, čím ambulancie najmä na vidieku zanikajú;
- ✓ plat všeobecného lekára pre dospelých a personálne náklady na jeho sestru sú o polovicu nižšie ako v nemocniciach;
- ✓ z približne 1 100 primárnych pediatrov je 333 lekárov nad 65 rokov.

Osúchy, či koláče?

Ideálny koncept financovania primárnej zdravotnej starostlivosti nehľadá len Slovensko. Faktom je, že takýto ideálny systém, s ktorým by boli spokojní všetci, neexistuje. Každý systém má svoje výhody aj nevýhody.

Za optimálny a dobre fungujúci systém považuje WHO kapitačno-výkonový systém. Už v roku 2014 panel expertov Európskej komisie pre účinné spôsoby investovania do ľudského zdravia prezentoval stanovisko, že optimálne financovanie primárnej zdravotnej starostlivosti predstavuje kapitácia pokrývajúca fixné náklady ambulancie a nad jej rámec sa pridávajú výkonové platby za tie aktivity, ktoré zlepšujú zdravie populácie. (1)

Súčasnú nastavenie kapitácie nepovažujem za adekvátne. Nejde len o absolútnu výšku kapitačnej platby Táto nepokryva fixné náklady jednej ambulancie pri počte 1500 pacientov, ale až pri oveľa vyššom počte pacientov. Ambulancia s 1500 pacientami teda nie je rentabilná. Takto nízko nastavená kapitačná platba stimuluje všeobecných lekárov pre dospelých (VLD) ku kvantite a nie ku kvalite, teda k snahe prijať čo najviac pacientov. Kvalitná zdravotná starostlivosť si totiž vyžaduje menej pacientov na jedného všeobecného lekára než je to v súčasnosti. Vyššia kapitačná platba dáva lekárovi viac času na vypočutie pacienta, na klinické vyšetrenie, liečbu a tiež poradenstvo.

V súčasnosti sa výška základnej kapitácie odvíja len od veku pacienta. Domnievam sa, že vhodnejšie by bolo zavedenie tzv. „váženej kapitácie“, ktorá by okrem veku zohľadňovala aj zdravotný stav pacienta a tiež atraktivnosť/neatraktivnosť daného regiónu, „vidieckosť“. Práve vidiecke ambulancie najviac trpia nedostatkom zdrojov vzhľadom k malému počtu pacientov pripadajúcich na jednu ambulanciu. To je podľa mňa cesta, aby všeobecní lekári nelákali do svojich ambulancií len tých mladých a zdravých a aby okrem veľkých miest bol záujem všeobecných lekárov aj o vidiecke obvody. Takúto „váženú kapitáciu“ používa napr. Holandsko a Veľká Británia, kde tvorí asi 60 % príjmu ambulancie.

Keď som si pred pár rokmi vypočula prednášku profesorky všeobecného lekárstva lony Heath „Umenie ničnerobenia“ bola som v šoku – predstava, že všeobecný lekár len tak sedí na svojej ambulancii a „nič nerobí“, len pacienta vypočuje, porozpráva sa s ním a poradí mu, sa mi zdala kacírka. No čím dlhšie svoju prax všeobecného lekára vykonávam, tým viac myslím na tú prednášku. Koľkokrát ma nutká naordinovať ďalšie a ďalšie vyšetrenia a liečbu, hoci vnímam, že problém pacienta nebude vo fyzickej rovine, no naordinovať tisíc ďalších vyšetrení a dať mu výmenný lístok k 5 špecialistom sa javí jednoduchšie, ako dôkladne sa s ním porozprávať. No práve o tom všeobecné lekárstvo je. Práve v tom spočíva jeho sila a potenciál šetriť zdroje v zdravotníctve a zvyšovať jeho efektívnosť. Efektívna primárna starostlivosť je viac ako len jednoduchý súčet jednotlivých výkonov. Por-

denstvo a usmerňovanie pacientov je totiž charakteristickou črtou praxe všeobecného lekára. (2)

Definícia, čo všetko obsahuje kapitačná platba neexistuje. Okrem diagnostiky, liečby a prevencie obsahuje kapitačná platba aj menej uchopiteľné aspekty, napríklad spoločenskú potrebu mať pokrytú sieť primárnej zdravotnej starostlivosti. Teda to, že v danom regióne všeobecný lekár vôbec je. Že sedí v ambulancii, že je svojim pacientom k dispozícii, že je jeho starostlivosť dostupná pre všetkých. Že sa napríklad pacient prepustený z nemocnice, či jeho príbuzní majú na koho obrátiť. Samozrejmosť? V niektorých regiónoch to už samozrejmosťou nie je. Už teraz v systéme chýba viac ako 500 všeobecných lekárov pre dospelých. Všeobecní lekári starnú, odchádzajú do dôchodku a naštartovaný rezidentský program nestíha vychovávať do praxe nových všeobecných lekárov takým tempom, ako Slovensko potrebuje. No pri súčasnom nastavení financovania primárnej zdravotnej starostlivosti a obmedzených kompetenciách všeobecných lekárov sa ani nemôžeme čudovať, že sa pre „kariéru“ všeobecného lekára rozhoduje príliš málo absolventov medicíny.

Slovenská republika má HDP o 23% nižšie ako priemer 28 krajín EU. (3) Do zdravotnej starostlivosti ide len 6,6-6,9% HDP (4), čo je o tretinu menej ako je priemer EU (9,9%) (5). Žiaľ do primárnej zdravotnej starostlivosti nakoniec doputuje len niečo viac ako 6% (VLD 3%, VLDD 1,77% a gynekológovia 1,5%) zdrojov určených na zdravotnú starostlivosť (6). V porovnaní s výdavkami krajín OECD na primárnu starostlivosť vo výške 12% je to fakt bieda. Napriek týmto nehostinným finančným podmienkam dokážu slovenskí všeobecní lekári vyčarovať veľa – dokážu vyriešiť až 72% problémov, s ktorými za nimi pacienti prichádzajú a len 28% pacientov putuje do systému ďalej (7). Nie je teda pravdou to, čo sa medzi špecialistami posmešne traduje – že VLD je len „rozdávačom výmenných lístkov“, že vybaví len 20% problémov pacientov a až 80% putuje ďalej v systéme. 72% je však príliš málo, európskym štandardom je totiž 90%. Ak sa chce Slovensko k tomuto štandardu priblížiť, bez rozšírenia kompetencií VLD a bez navýšenia finančných zdrojov do primárnej zdravotnej starostlivosti to rozhodne nepôjde.

Je to podobné ako v kuchyni, ak máme k dispozícii len múku a vodu, koláče z týchto surovín nečarujeme, maximálne tak osúchy. Dokážete si spolu so mnou predstaviť, čo by v súčasnej situácii dokázalo s kvalitou všeobecnej zdravotnej starostlivosti urobiť hoci len 1%-né navýšenie zdrojov? Je totiž dokázané, že investície do primárnej starostlivosti sa oplatia a silná primárna starostlivosť sa spája s lepším zdravotným stavom populácie

Positívne hodnotím, že sa postupne zvyšuje kapitačná platba vo všetkých zdravotných poisťovniach. Pozitívnym krokom je aj hradenie starostlivosti o chronicky chorých pacientov s artériovou hypertenziou a dyslipidémiou ako aj hradenie výkonu CRP zdravotnou poisťovňou Dôvera. Diskutovať o tom, aký pomer kapitácie a výkonov je optimálny by sa dalo dlho, no môj názor je, že pokles podielu kapitácie pod 70% by bol cestou „do pekla“. Vyšší podiel výkonov by totiž roztočil špirálovitý rast nákladov v dôsledku stimulu platiť za výkony (2). Dôsledkom tlaku na zvyšovanie výkonnej zložky by bolo v konečnom dôsledku oslabovanie funkcie všeobecného lekárstva, ktorý má zabezpečiť starostlivosť kontinuálnu, koordinovanú a komplexnú.

Pozerať na pacienta „výkonovými“ očami znamená hľadať na

ňom príležitosti vykonať čo najviac výkonov (a teda čo najviac zvýšiť svoj príjem) bez ohľadu na to, či budú uvedené výkony pre pacienta prínosné a bez ohľadu na to, čo pacient skutočne potrebuje. Napríklad zrealizovať CRP pri akútnej gastroenteritíde namiesto poučenia o diéte. Len preto, že je výkon CRP hradený navyše a poučenie o diéte nie.

Nastavenie parametrov kvality, inovácií a efektivity v nových zmluvách s Dôverou je zmyslupľnejšie ako pôvodné nastavenie, ktoré nemotivovalo VLD sa o svojich pacientov skutočne starať. Pri prekročení hornej hranice za SVALZy bol totiž všeobecný lekár potrestaný znížením dodatkovej kapitácie. Rovnako bol potrestaný za prekročenie parametra predpisovania liekov u pacientov nad 60 rokov, čo prirodzene viedlo k tendencii VLD „zbavovať sa“ zariadení sociálnych služieb pre seniorov. Od 1.7.2018 nastavené parametre kvality motivujú k zvyšovaniu kvality zdravotnej starostlivosti, k zlepšovaniu prístrojového vybavenia ambulancií, k zvyšovaniu bezpečnosti pacienta prostredníctvom sledovania liekových interakcií ako aj k podpore využívania elektronického zdravotníctva.

Na záver

Osúchy boli v stredoveku bežným jedlom. A možno aj vďaka tomu mali ľudia normálnejšie hodnoty cholesterolu. No sú dnes osúchy naozaj tým, čím majú všeobecní lekári vo svojich ambulanciách nasýtiť svojich pacientov? Vážení, už nie je stredovek...

MUDr. Jana Bendová, PhD.

Hlavná odborníčka pre všeobecné lekárstvo

Zdroje:

- (1) Expert panel on effective ways of investing in health (EXPH): Definition of a frame of reference in relation to primary care with a special emphasis on financing systems and referral system. Dostupné na internete: https://ec.europa.eu/health/expert_panel/sites/expertpanel/files/004_definitionprimarycare_en.pdf Prípadne v slovenskom jazyku dostupné na internete: http://www.vpl.sk/files/file/uvodna/004_definitionprimarycare_sk.pdf
- (2) Michael Kidd: Prínos všeobecného praktického lekárstva pre zlepšovanie zdravotných systémov 2013, slovenské vydanie 2016. Dostupné na internete: <http://www.vpl.sk/files/file/vzdelavanie/Prinos%20vpl%20KIDD%20o.pdf>
- (3) Eurostat
- (4) Inštitút zdravotnej politiky, Dostupné na internete: <http://www.teraz.sk/ekonomika/izp-financovanie-zdravotnictva-v-sr-je-n/328729-cla-nok.html>
- (5) OECD Health at a Glance: Europe 2016
- (6) Vestník č. 10/2017: Správa o stave vykonávania verejného zdravotného poistenia za rok 2016, Dostupné na internete: http://www.udzs-sk.sk/documents/14214/81402/VE_10_2017_S_stav+VZP.pdf/46e19241-65f7-4954-92ad-19e8b61c05d4
- (7) Kringos, D.S., W.G., W. Boer, A. Hutchinson and R.B. Saltman (editors). 2015. „building Primary Care in a Changing Europe“. Issue 38 of Observatory Studies. WHO. Dostupné na internete: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0018/271170/BuildingPrimaryCareChangingEurope.pdf

Otázky a odpovede z krajských stretnutí ZAP

Ktorým chronickým chorým môžeme v Dôvere nabodovať výkonom č.10?

Všeobecne platí, že ľahšie a stabilizované formy chronických neprenosných ochorení má dnes v starostlivosti spravidla VLD samostatne, v prípade zhoršenia zdravotného stavu pacienta poskytuje VLD komplexnú starostlivosť, v rámci ktorej koordinuje aj starostlivosť príslušných orgánových špecialistov poskytujúcich dispenzarizáciu.

Chronicky chorý je pacient, ktorý má:

1. iba jednu diagnózu - hypertonik, diabetik, astmatik... Diagnózy chronických ochorení sú uvedené podrobne vo vyhláske MZSR (*Vyhláška č. 127/2014 Z. z.*)
2. polymorbídny, multimorbídny, ktorý má viac diagnóz z vyhlášky, kde do popredia vystáva úloha VLD ako špecialistu na multimorbiditu (prof. Barbara Starfield, WONCA).

Z hľadiska lekára, ktorý poskytuje starostlivosť sa chronickí pacienti delia na:

1. iba v starostlivosti VLD.
2. v starostlivosti VLD a ŠAS.

Poznámka: chronickí pacienti, ktorí by boli iba v starostlivosti ŠAS neexistujú.

Pretože potrebná starostlivosť o chronicky chorého pacienta nesie so sebou zvýšené náklady aj v ambulancii VLD, tak jej zlepšenie si vyžaduje ich pokrytie. Tu je veľmi účelný postup poisťovne Dôvera, ktorá zaviedla do praxe od 1.7.2018 úhradu výkonu č. 10, čo je paušálna platba á pol roka 8€, alebo po prepočítaní to je paušálny príplatok 1,33€ ku kapitácii pacienta, ktorý je definovaný ako chronicky chorý s dg. podľa vyhlášky č. 127/2014 Z.z. Čiže tento výkon môžeme nabodovať u všetkých našich pacientov, ktorí majú chronické ochorenie uvedené v tejto vyhláske. S výkonom 10 je potrebné uviesť príslušný kód diagnózy z vyhlášky. Zmluvné podmienky v Dôvere vyžadujú kapitovaného pacienta s chronickým ochorením osobitne prevziať do komplexnej starostlivosti. Za týmto účelom odporúčame dať pacientovi podpísať informovaný súhlas, na ktorom súčasne lekár deklaruje, že prevzal pacienta s chronickým ochorením do komplexnej starostlivosti. Vzor dokumentu je v tomto čísle VP. Keď už máme s pacientom spísaný informovaný súhlas tak ho vyšetříme ako obvykle, nabodujeme 4, alebo 8 a k tomu pridáme 10 s tou istou dg. a máme ho hotového. Tento spôsob pokrytia zvýšených nákladov umožní rozvoj starostlivosti o chronických pacientov z poisťovne Dôvera a tým jej podstatné zlepšenie.

Má byť úhrada starostlivosti o chronických chorých u VLD viazaná na OU?

Ani platby za dispenzárne prehliadky u špecialistov nie sú viazané na kontrolu dodržiavania OÚ. Odborné usmernenia sú pre VLD v tejto oblasti len 2 (Hypertenzia, Hyperlipidémia). Čo by poisťovne kontrolovali u ostatných chronických pacientov? Vo vyhláske sú stovky diagnóz.

Dodržiavať OU, odporúčané postupy, guideliney je pre všetkých lekárov denný chleba, je to vlastne postup „lege artis“, kde lekár je zodpovedný pred zákonom. Vysoká odborná úroveň je garantovaná kontinuálnym vzdelávaním, ktoré zabezpečujú odborné spoločnosti a je kontrolované SLK v 5 ročných cykloch. Nie je úlohou poisťovní kontrolovať odbornosť lekárov, na to

nemajú úradníci poisťovne dostatočnú odbornú spôsobilosť. Úlohou poisťovní je financovať reálne náklady potrebnej zdravotnej starostlivosti a kontrolovať môžu účelnosť a efektívnosť vynaloženia zdrojov verejného zdravotného poistenia. Komplexná starostlivosť o chronicky chorých v našich ambulanciách je nepochybne potrebná pre platiteľov zdravotného poistenia a je základným kameňom efektívnosti nášho zdravotníctva.

Bude Dôvera dodržiavať zmluvu a preplatí výkon č. 10?

Toto je dikcia zmluvy s Dôverou a zmluvné strany sú zaviazané ju dodržiavať:

„Výkon 10: Rozbor a plánovanie cieľných terapeutických postupov na ovplyvnenie chronických ochorení alebo ochorení viacerých orgánových systémov na účely racionálnej farmakoterapie, vrátane rád a dokumentácie.

Výkon 10 vykazuje lekár prvýkrát pri prevzatí kapitovaného pacienta s chronickým ochorením do komplexnej starostlivosti a poisťovňa ho akceptuje a uhrádza osobitne nad rámec kapitácie vo frekvencii jedenkrát za 6 mesiacov (maximálne 2x za rok). V prípade vyššej frekvencie návštev je ďalšia poskytnutá zdravotná starostlivosť uhrádzaná prostredníctvom kapitácie.

Výkon 10 zahŕňa aj príslušné doplnkové prístrojové a laboratórne výkony súvisiace so starostlivosťou o chronického pacienta.“

Revízny lekár môže kontrolovať, či máme podpísaný informovaný súhlas a či sme nabodovali výkon č. 10 pri vyšetrení pacienta v ambulancii, popri ostatnej štandardnej starostlivosti, ktorú mu poskytujeme ako chronicky chorému. **Sám výkon č. 10 neznamená nijaké ďalšie výkony u pacienta, jedná sa o zápis epikrízy do dokumentácie o stave pacientových chronických ochorení s poučením pacienta o životospráve a aktuálnom liečebnom postupe.**

Podpora spolupráce so špecialistami

Zaplatené dostane za starostlivosť u toho istého pacienta aj VLD za komplexnú starostlivosť aj špecialista za dispenzarizáciu. Platby nestavajú VLD a ŠAS proti sebe ako to bolo doteraz, keď kompetovali o tie isté peniaze. Lekár VLD dostane zaplatené aj vtedy, keď jeho pacient navštevuje s chronickým ochorením špecialistov, pretože zvýšený objem práce musia odvieť obaja. Takže teraz dostane zaplatené za svoju prácu vždy každý. Preto sa otvára cesta k dobrej spolupráci špecialistov a VLD v starostlivosti o chronicky chorých.

Delegované odbery stratili zmysel

Lekári už nie sú hodnotení podľa objemu vyšetrení v jednotlivých ambulanciách ale podľa všetkých nákladov na pacienta v systéme. A náklady za delegovaný odber sú pokryté aj vo výkone č. 10.

Čo sa stane keď nemám podpísanú vo VŠZP novú dohodu?

Členovia ZAP sú dva mesiace vo výpovednej lehote a spoločne tlačíme na VŠZP aby prijala také zmluvné podmienky, ktoré pokrývajú reálne náklady našej starostlivosti. Nie je predsa možné aby VŠZP ponúkala zmluvy s cca o 40% nižším plnením za chronicky chorých ako ostatné poisťovne. Má byť VŠZP zdravotná poisťovňa pre občanov II. kategórie?

28.9.2018 už odstúpil generálny riaditeľ VŠZP tak uvidíme ako budeme nakoniec úspešní, keď nepoľavíme so svojím tlakom.

Koho rukojemníkom je pacient z VŠZP?

Určite budú skloňovať pracovníci VŠZP, že si berieme pacientov za rukojemníkov. Treba im odpovedať, že VŠZP platí na chronických pacientov o 40% menej na paušálnych platbách mesačne, ale o tomto svojich poistencov vôbec neinformuje! Logicky by sa mohli rozhodnúť prepoistiť. Teraz ako majú odísť, keď to bolo možné iba do konca septembra? Oni vo VŠZP ich držia ako rukojemníkov, občanov II. kategórie. Prečo im nezaplatia starostlivosť v porovnateľnej hodnote ako ostatné poisťovne? Predsa poisťenci vo všetkých poisťovniach platia rovnaké odvody tak majú dostávať porovnateľné plnenie. A to ešte dostáva každý rok VŠZP z prerozdelenia z Dôvery 100 mil€ a z Unionu 50 mil€. Prečo presúva VŠZP odvody od pacientov do zisku? Treba zopakovať, že generálny riaditeľ VŠZP rezignoval a my trváme na tom aby došlo

vo VŠZP k posunu financovania v prospech pacientov.

Ako môžu pomôcť lekári, ktorí sú v Zdravite, ZVLD, Aliancii, či si podpisujú zmluvy samostatne?

Teraz je našim cieľom dosiahnuť navýšenie ako v Dôvere aj vo VŠZP.

Všetci lekári VLD sú zjednotení tým, že majú spoločný záujem. Každý nás môže podporiť tým, že zväzi výpoveď svojej zmluvy s VŠZP alebo bude takto tlačiť na svoje vedenie. Nakoniec všetci chceme dosiahnuť lepšie podmienky a preto je dôležité vytvoriť si priestor pre úspešné rokovanie. A keď zlepšenie dosiahol ZAP, tak sa to doteraz vždy premietlo aj v zlepšení podmienok pre ostatné skupiny VLD.

Peter Lipták 30.9.2018

Problémy s APS pokračujú

BRATISLAVA 6. septembra (WebNoviny.sk)

Lekári na pohotovosti v topolčianskej nemocnici nemusia mať príplatky počas sviatkov. Vyplýva to z oficiálneho vyhlásenia siete nemocníc Svet zdravia. Reagovala tak na informácie, ktoré odzneli na štvrtkovej tlačovej besede Zväzu ambulantných poskytovateľov (ZAP) a Slovenskej spoločnosti všeobecného praktického lekárstva (SSVPL).

„Organizátor ponúka lekárom hrubú hodinovú mzdu 12 eur bez ohľadu na to, či pracujú počas pracovného dňa, štátneho sviatku, alebo dňa pracovného pokoja,“ uviedla na tlačovej besede so zástupcami lekárov viceprezidentka SSVPL Michaela Macháčová o spôsobe, ako v Topolčanoch odmeňujú za prácu na pohotovosti.

Prezident Slovenskej lekárskej komory Marian Kollár dodal, že lekári nedostávajú peniaze, ktoré im zákonne patria, čo je demotivujúce.

Sieť nemocníc Svet zdravia označila obvinenie Macháčovej za neopodstatnené a zavádzajúce. **„Nemocnica sa dohodla so všetkými poskytovateľmi na úrovni všeobecných obvodných lekárov v okrese na jednotnej hodinovej sadzbe 16,25 eur (superhrubá mzda). Táto sadzba platí pre všetkých lekárov, ktorí poskytujú zdravotnú starostlivosť v rámci ambulantnej pohotovostnej služby ako podnikateľské subjekty (právnické osoby zriadené podľa Obchodného zákonníka). Práve z dôvodu, že títo lekári nepôsobia ako fyzické, ale právnické osoby, ustanovenia Zákonníka práce sa vo vzťahu dvoch podnikateľských subjektov neuplatňujú,“** uviedla sieť nemocníc.

Podľa nej nemocnica v Topolčanoch vyšla pacientom v ústrety a na poslednú chvíľu zabezpečila pohotovosť pre dospelých. Pôvodne nebola personálne ani materiálne vybavená. **Nemocnica** okamžite posilnila urgentný príjem a v priebehu niekoľkých týždňov sa nová ambulancia pohotovosti pre dospelých zriadila. Slúžia v nej všetci obvodní lekári z okresu okrem doktorky Macháčovej, tvrdí Svet zdravia.

Zdroj - Webnoviny.sk - Lekári na pohotovosti v Topolčanoch nemusia mať príplatky počas sviatkov, tvrdí Svet zdravia (c) SITA Všetky práva vyhradené.

<https://lionsline.sk/lekari-na-pohotovosti-v-topolcanoch-nemusia-mat-priplatky-pocas-sviatkov-tvrdi-svet-zdravia/>

Rozdiely v odmeňovaní

Lekári ambulantných pohotovostných služieb (APS) u rozličných zriaďovateľov sa zase sťažujú na nerovnaké odmeňovanie a mzdy za prácu nadčas, vo sviatok a cez víkend. Tvrdia, že zdravotnícke zariadenia porušujú Zákonník práce.

Príkladom je podľa nich APS v Topolčianskom okrese, ktorá patrí do siete Svet zdravia. Lekárom ponúka hrubú hodinovú mzdu 12 eur bez ohľadu na to, či pracujú počas pracovného dňa, štátneho sviatku alebo dňa pracovného pokoja.

„Napriek tomu, že Ministerstvo zdravotníctva vydalo usmernenie o mzdovom zvýhodnení, organizátor APS v Topolčanoch ho v odmeňovaní zatiaľ neakceptuje,“ tvrdí viceprezidentka Slovenskej spoločnosti všeobecného praktického lekárstva Michaela Macháčová.

Lekárom oponujú

Svet zdravia reagoval, že lekári v topolčianskej nemocnici fungujú ako podnikateľské subjekty.

Tvrdia, že lekári nepôsobia ako fyzické, ale právnické osoby zriadené podľa Obchodného zákonníka a ustanovenia Zákonníka práce sa vo vzťahu dvoch podnikateľských subjektov neuplatňujú.

„Nemocnica sa dohodla so všetkými poskytovateľmi na úrovni všeobecných obvodných lekárov v okrese na jednotnej hodinovej sadzbe 16,25 eura (superhrubá mzda),“ uviedol hovorca siete nemocníc Svet zdravia Tomáš Král.

O personálnom pokrytí pohotovostných služieb povedal, že „služby sú rozpisované spravodlivo v abecednom poradí, na každého lekára to vychádza v priemere raz mesačne“.

Skupina Penta je menšinovým akcionárom spoločnosti <https://domov.sme.sk/c/20908238/lekari-v-ambulanciach-sa-stazu-na-zle-financovanie.html>

CHRÁNIME NAŠICH PACIENTOV



Očkujeme sa proti chrípke

- Očkovaním lekárov a sestier znižujeme riziko prenosu ochorenia na pacientov.
- Podporte projekt zodpovednosti zdravotníckych pracovníkov za svoje zdravie a zdravie pacientov.
- Zapojiť sa do projektu môžu všetky zdravotnícke zariadenia a ambulancie, ktorých 50 % a viac pracovníkov je zaočkovaných proti chrípke.
- Staňte sa aj vy osobne ambasádorom očkovania

Pridajte sa k nám na:
www.chranimenasichpacientov.sk



Odborná garancia:



Hlavní partneri:



Sponzori:



Výpoved' VŠZP!

Zväz ambulantných poskytovateľov (ZAP) vypovedal zmluvu s VŠZP pre výraznú podfinancovanosť ambulantného sektora oproti poisťovniam Dôvera a UNION.

V prípade nedohody s VŠZP do 30. novembra 2018 bude naša ambulancia v nezmluvnom vzťahu s VŠZP. Do 30.11.2018 bude zdravotná starostlivosť v našej ambulancii poskytovaná aj poistencom VŠZP za nezmenených podmienok ako doteraz.