



Slovenská spoločnosť všeobecného praktického lekárstva Slovenskej lekárskej spoločnosti – SSVPL SLS

(The Slovak Society of General Practice of The Slovak Medical Association – SKSGP SKMA), Námestie SNP 10, 814 66 Bratislava, Slovakia
tel. +421 2 57887258, fax +421 2 57887259, www.vpl.sk

Ministerstvo zdravotníctva SR
MUDr. Richard Raši, MPH
minister zdravotníctva SR
Limbová 2, 837 52 Bratislava

Bratislava 9.7.2009

Vec: Primárna zdravotná starostlivosť.

Vážený pán minister dovoľte, aby som Vás informoval o stave primárnej zdravotnej starostlivosti (v ďalšom texte PZS). PZS na Slovensku nemá kompetencie a to potom deformuje celý zdravotnícky systém.

Môj list má túto štruktúru:

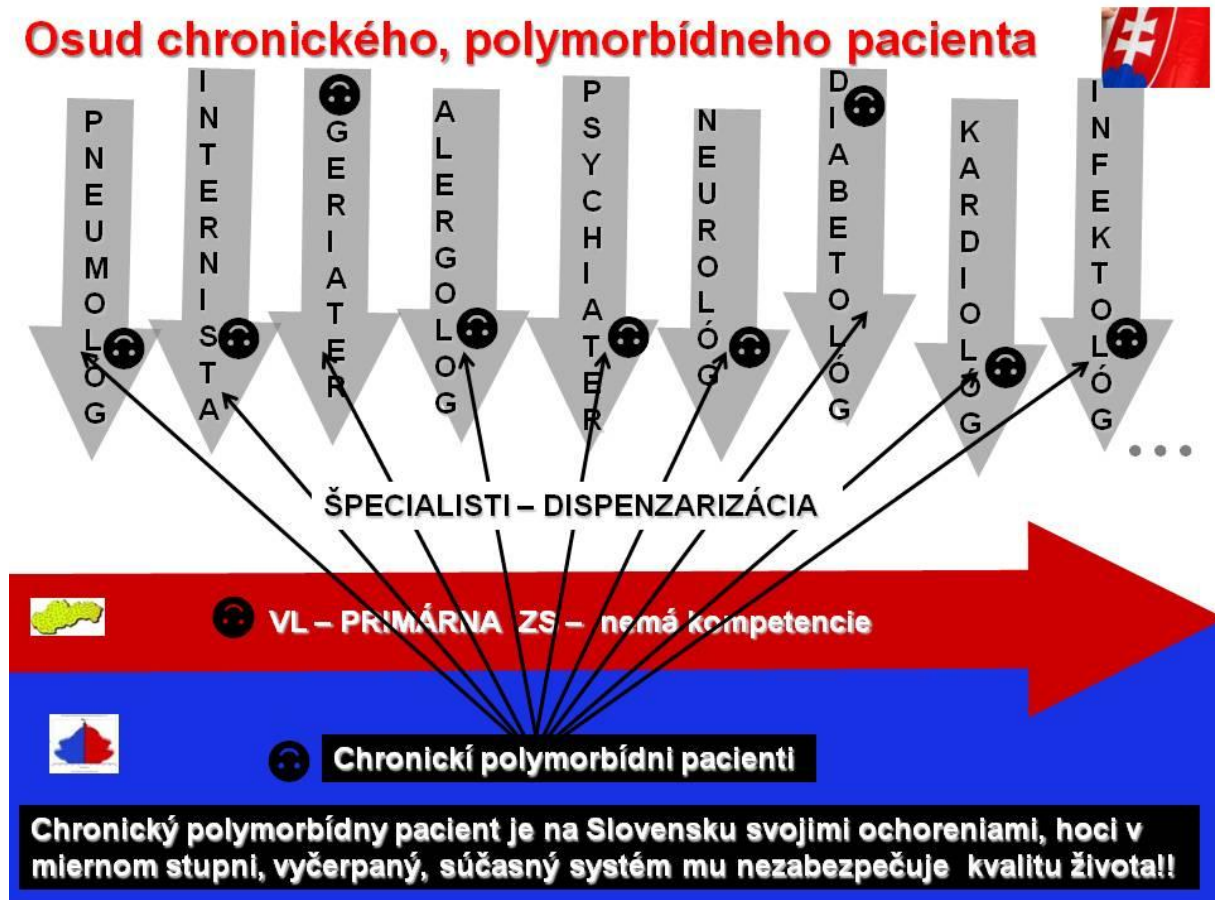
Úvod

- 1. Osud chronicky chorého polymorbídneho pacienta podľa stupňa fungovania PZS**
- 2. Prevencia a PZS**
- 3. Prínos Prof. Barbary Starfield**
- 4. Priebeh kategorizačnej komisie 8.-12.6.2009**
- 5. Z Rezolúcie o PZS 62.Svetového zdravotníckeho zhromaždenia z 22. mája 2009**
- 6. Postup pri rozvíjaní zdravotného systému postaveného na PZS**
- 7. Konkrétne návrhy na riešenie situácie PZS na Slovensku**

Záver

1. Osud chronického polymorbídneho pacienta podľa stupňa fungovania PZS

Osud chronického, polymorbídneho pacienta



Obrázok č.1

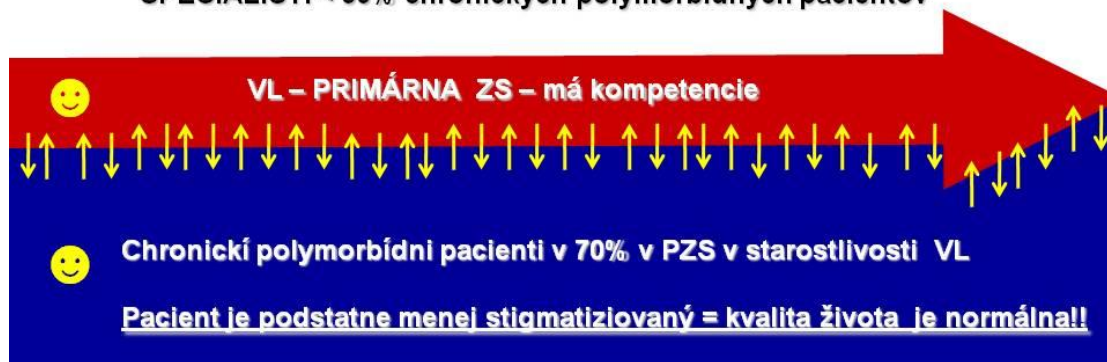
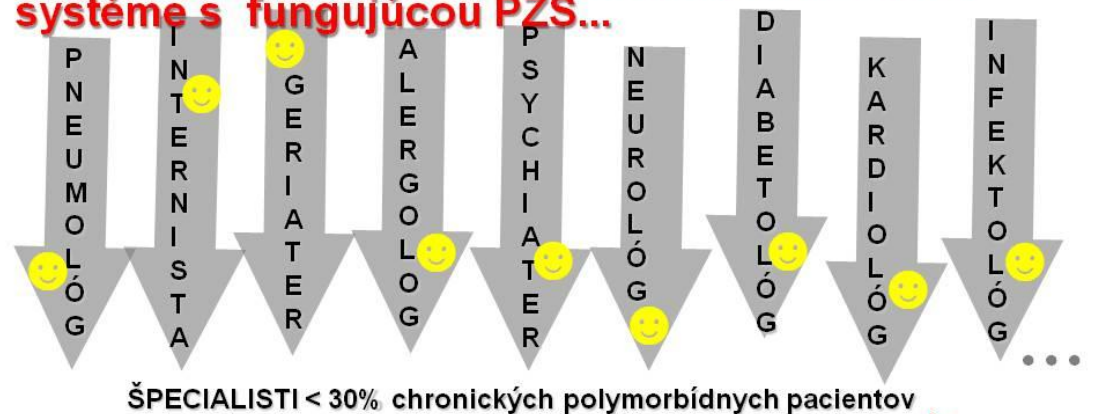
Na obrázku 1 je systém, v ktorom nemá PZS kompetencie v starostlivosti o pacientov. Chronickým polymorbídny pacientom neposkytuje starostlivosť PZS, ktorá je najbližšie k ich prirodzenému prostrediu a mala by poskytovať komplexnú zdravotnú starostlivosť zameranú nie na jednotlivé diagnózy, ale starostlivosť zameranú na pacienta komplexne, v súvislostiach a s previazanosťou na komunitu. Pacient musí s každou dielčou diagnózou dochádzať k inému špecialistovi. Čím je pacient komplikovanejší a má viac chronických diagnóz, tým má menej fyzických síl, ale musí dochádzať k tým väčšiemu počtu špecialistov. Život takéhoto pacienta je vlastne vyčerpávajúci cestovný plán po jednotlivých zdravotníckych zariadeniach, ktoré sa nachádzajú často ďaleko od jeho bydliska napríklad v okresnom meste. Hranicou dostupnosti takejto starostlivosti je potom compliance pacienta. Podobný systém funguje aj v akútnej starostlivosti, tu lekár PZS, ktorý je vysunutý k pacientovi, nemá kompetencie liečiť bežné akútne ochorenia ako je napríklad zápal spojiviek a nádcha, niektoré kožné ochorenia, z infekčných napríklad pásový opar. Takíto „jednoduchí“ pacienti musia tiež cestovať desiatky kilometrov a vysedať v ambulanciách špecialistov s ochorením, ktoré vie diagnostikovať a liečiť každý všeobecný lekár. Otázka výmenných lístkov. V systéme, kde o odoslaní nerozhodujú schopnosti všeobecného lekára, ktorý by mal odosielať iba zložitého pacienta, na ktorého už jeho schopnosti a skúsenosti nestačia, ale odoslanie je dopredu administratívne dané, pacient po čase zistí, že s niektorými druhmi ochorení mu všeobecný lekár nemôže pomôcť a dožaduje sa už od dverí výmenného lístka. Treba povedať, že oprávnené považuje zastávku u všeobecného lekára za zbytočnú, všeobecnému lekárovi bolo legislatívnym opatrením znemožnené liečiť pacientovo jednoduché ochorenie. Riešením vychádzajúcim v ústrety pacientovi by bolo, buď umožniť všeobecnému lekárovi liečiť pacientov s nekomplikovanými ochoreniami, alebo zrušiť

výmenné lístky. Tie majú význam iba ak má všeobecný lekár možnosť sa rozhodnúť, či bude liečiť pacienta sám alebo ho odošle k špecialistovi.

Neefektívnosť systému. Prečo ochorenia každého druhu po určitý stupeň zložitosti nelieči všeobecný lekár v blízkosti prirodzeného prostredia pacienta? Prečo miesto jednoduchého postupu diagnostikuj a lieč u všeobecného lekára je potrebné za to isté zaplatiť ešte lekára špecialistu? Za čo je vlastne v systéme zaplatený všeobecný lekár? A za čo vlastne špecialista?

Osud chronického polymorbídneho pacienta v systéme postavenom na fungujúcej PZS je na obr.č.2. Cca 70% pacientov rieši vo svojej kompetencii všeobecný lekár. Pacienti sú spokojní, sú vybavení komplexne vo svojom prirodzenom prostredí. Všeobecný lekár lieči svojich pacientov podľa svojich vedomostí, schopností a skúseností. Má veľkú satisfakciu zo svojej práce. Špecialisti tu nefungujú ako tzv. „orgánoví špecialisti“, ktorí riešia každý stav jednotlivého orgánového systému, čo znamená, že pri veľkom počte jednoduchých prípadov supľujú prácu všeobecných lekárov a na zložitých pacientov nemajú čas, tak ich odosielajú ďalej do nemocníc. Špecialisti z obrázku č.2 sú skutoční špecialisti, riešiaci iba komplikované stavy. Majú za deň 6-10 zložitých pacientov a každému sa môžu venovať pol až 1 hodinu. Môžu mať stacionár. Ich efektivita spočíva v tom, že keďže sa zložitým pacientom venujú intenzívne, neskončia všetci zložití pacienti v nemocniciach ale sú často vyriešení ambulantne. Tento systém zameraný na pacienta, vedie k tomu, že kvalita života aj chronického pacienta môže byť po určitý stupeň rozvoja jednotlivých ochorení optimálna.

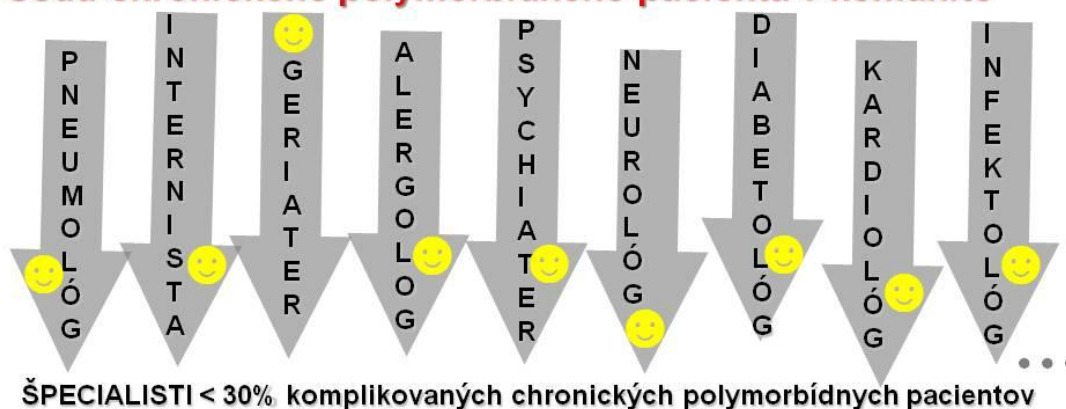
Osud chronického polymorbídneho pacienta v systéme s fungujúcou PZS...



Obrázok č.2

Na obrázku č. 3 je potom situácia, kedy kompetentná PZS zostúpila medzi pacientov do komunity. Takto PZS môže poskytovať ešte lepšiu starostlivosť a zabezpečovať ešte vyššiu kvalitu života aj chronického polymorbídneho pacienta. Toto je súčasný trend PZS orientovanej na pacienta a na komunitu. Pokiaľ ale na Slovensku nedosiahneme aspoň PZS kompetentnú v ambulancii, ťažko môžeme uvažovať o starostlivosti orientovanej na pacienta v komunite. Na Slovensku môže všeobecný lekár v rámci služieb PZS v komunite napríklad roznášať pacientom výmenné lístky až domov.

Osud chronického polymorbídneho pacienta v komunite



Obrázok č.3

2.Prevenca a PZS

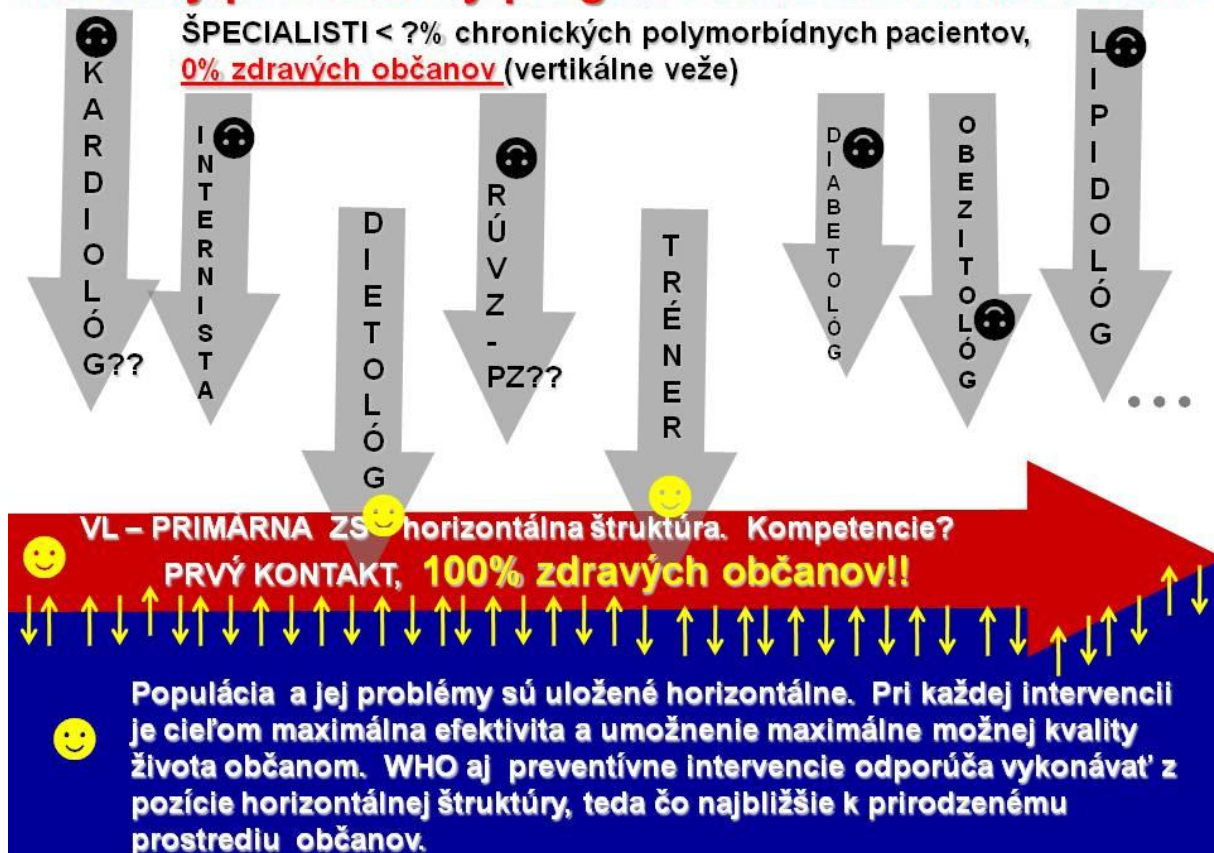
Podľa podkladov WHO už mierny pokles tlaku krvi, obezity, hladiny cholesterolu a používania tabaku by viac ako o polovicu znížil incidenciu kardiovaskulárnych ochorení. Zmyslom preventívneho programu je **zmena orientácie zdravotného systému doteraz zameraného prevažne na liečbu, na zdravotný systém orientovaný na prevenciu.**

Podľa môjho názoru, ktorý som vyjadril v zásadných pripomienkach k materiálu Národný program prevencie ochorení srdca a ciev, pre fungujúcu prevenciu potrebujeme:

1. Kompetentnú primárnu zdravotnú starostlivosť- predovšetkým preto, lebo 100% zdravých občanov navštevuje PZS, tu je miesto výkonu preventívnych prehliadok v populácii.
2. Sieť dietológov naviazanú na PZS.
3. Tréningové centrá naviazané na PZS.

Takže znovu je tu veľký priestor pre fungujúcu primárnu zdravotnú starostlivosť.

Národný preventívny program ochorení srdca a ciev?



Čo potrebuje národný preventívny program ochorení srdca a ciev na Slovensku??

3.Prínos Prof. Barbary Starfield

Barbara Starfield, uznávaná univerzitná profesorka primárnej zdravotnej starostlivosti z Johns Hopkins Univerzity, Baltimore, USA, predniesla na 9.Wonca konferencii na Kréte 12.6.2009 inšpirujúcu prednášku o prínose primárnej zdravotnej starostlivosti k rovnosti v zdraví. V úvode upozornila, že WHO vydala v roku 2008 Svetovú správu o zdraví „**Primárna zdravotná starostlivosť – teraz viac ako kedykoľvek predtým**“, kde po zohľadnení dôkazov z početných štúdií odporučila všetkým krajinám sveta primárnu zdravotnú starostlivosť za základ ich zdravotníckych systémov pre jej lepšiu kvalitu dosahovaného zdravia v populácii, lepšiu ekonomickú efektivitu a rovnosť v dostupnosti zdravotnej starostlivosti.

Primárna zdravotná starostlivosť sa zaoberá väčšinou zdravotných problémov väčšiny ľudí väčšinu času. Jej priority sú – byť „po ruke“, keď zdravotné potreby vzniknú; byť zameraná na človeka počas dlhého obdobia; ponúkať komplexnú starostlivosť pre všetky bežné problémy; a koordinovať služby, keď je potrebná starostlivosť niekoho iného (vrátane navigácie k sekundárnej a terciárnej starostlivosti).

Profesorka Starfield položila otázku: **Prečo je primárna zdravotná starostlivosť dôležitá?**

Má lepšie výsledky, čo sa zdravia týka, nižšie náklady a poskytuje väčšiu rovnosť v zdraví.

Je veľa dôkazov, že **dobrý vzťah medzi slobodne zvoleným lekárom primárnej starostlivosti počas viacerých rokov je spojený s lepšou a primeranejšou starostlivosťou, lepším zdravím a oveľa nižšími nákladmi.**

Mnohé štúdie realizované v rámci krajín, či už rozvojových alebo industrializovaných, preukázali, že oblasti s lepšou primárnou starostlivosťou majú lepšie zdravotné výsledky, vrátane celkovej úmrtnosti, úmrtnosti na kardiovaskulárne ochorenia, detskej úmrtnosti ako aj včasnej diagnostiky onkologických ochorení, najmä kolorektálneho karcinómu, karcinómu prsníka, krčka maternice a melanómu. Opakom je starostlivosť s vyšším podielom špecializovanej zdravotnej starostlivosti, ktorá bola spojená s horšími výsledkami. Jeden príklad z USA: keď pribudne jeden lekár primárnej starostlivosti ubudne 1,44 úmrtí na 10.000 obyvateľov.

Barbara Starfield zhrnula výhody primárnej zdravotnej starostlivosti nasledovne:

- prvý kontakt **chráni pred návštevami špecialistov**, ak nie sú nevyhnutné,
- na človeka orientovaná starostlivosť chráni pred starostlivosťou orientovanou iba na jednotlivé diagnózy (**robí starostlivosť kvalitnejšou**),
- komplexnosť chráni pred odosielaním k špecialistom pri bežných ťažkostiach (**robí starostlivosť efektívnejšou**),
- koordinácia chráni pred duplicitou a protichodnými intervenciami (**robí starostlivosť menej nebezpečnou**).

V súčasnosti stúpajúci trend smerníc zameraných na jednotlivé ochorenia ako aj technologický imperatív a čoraz väčšia špecializácia sú hrozbou pre primárnu starostlivosť v mnohých krajinách, dokonca aj v tých najbohatších. **Je to súčasne hrozba aj pre pacientov.** Zdravotná starostlivosť by nemala byť zameraná na jednotlivé ochorenia, diagnózy, ale na človeka a jeho potreby. Je nutné, aby sa zdravotnícke systémy organizovali okolo silnej, na pacienta orientovanej starostlivosti - primárnej starostlivosti. **Primárna zdravotná starostlivosť je pilierom dobrej medicíny** – zdôraznila na záver svojej prednášky prof. Starfield.

4. Priebeh kategorizačnej komisie 8.-12.6.2009

Naša odborná spoločnosť SSVPL SLS žiadala rozšírenie preskripčných kompetencií v mnohých oblastiach. Situácia je dnes taká, že mnoho jednoduchých diagnóz dnes nie je možné liečiť v primárnej starostlivosti iba pre to, že príslušné lieky sú umelo administratívnym opatrením zablokované pre použitie v PZS.

Uvediem iba najvypuklejšie udalosti z tejto kategorizácie:

4.1. ORL

Podľa guidelinov sú dnes základom liečby rinitídy inhalačné kortikosteroidy. Liečba dekongestívnymi kvapkami je dnes považovaná za toxickú a sama pri dlhšom užívaní vedie k chronickej rinitíde. Včasná liečba topickými nasálnymi kortikosteroidmi predchádza bakteriálnym komplikáciám a znižuje spotrebu antibiotík. Táto dnes základná liečba nádchy nie je dostupná pre všeobecných lekárov. Podľa vyjadrenia doc. MUDr. Krošláka, HO MZSR pre ORL a predsedu OPS je nevhodné z medicínskych dôvodov aby nádchu liečili všeobecní lekári lege artis. Kategorizačná komisia odhlasovala aby nádchu naďalej nemohli všeobecní lekári liečiť lege artis.

4.2. Očné

Pre liečbu zápalu spojiviek aktuálne nemajú dostupné všeobecní lekári žiadne kvapky a ani vhodnú očnú masť až na Ophthamo Framykoin, ktorý ale oční lekári neodporúčajú pre jeho veľký alergizujúci potenciál. Navrhovali sme niekoľko alternatív tak aby sa liečba zápalu spojiviek sprístupnila všeobecným lekárom. Napriek podpore, ktorú sme mali od zástupkyne oftalmológa v komisii, ktorá vysvetľovala, že očné ambulancie sú už dnes dosť preťažené,

nie všade sú dostatočne dostupné a nemôžu predsa liečiť každý zápal spojiviek, kategorizačná komisia odmietala sprístupniť liečbu zápalu spojiviek všeobecným lekárom. Absurditu tejto situácie si nakoniec uvedomila aj kategorizačná komisia a v druhom pokuse schválila pre použitie v PZS Kanamycin očné masť aj kvapky. Takže všeobecní lekári získajú od 1.10.2009 konečne kompetenciu vo svojich ambulanciách liečiť zápal spojiviek.

4.3. Infektológia

Pásový opar je diagnóza veľmi častá v našich ambulanciách. Nemáme možnosť predpisovať kauzálnu antivirotickú liečbu. Predložili sme preto žiadosti na uvoľnenie preskripcie pre VLD. Na moje prekvapenie prof. MUDr. Ivan Schréter, HO MZSR pre infektológiu odporučil u polymorbídneho, imobilného pacienta vo vidieckej praxi nasledovný manažment: Ak VLD na návšteve pacienta diagnostikuje pásový opar, nepostupuje jednoducho podľa schémy diagnostikuj a lieč, ale dá zavolať sanitku a pacienta s doprovodom transportuje desiatky kilometrov do najbližšieho miesta kde sa slúži infektologická alebo dermatologická pohotovostná služba Tu lekár špecialista INF alebo DER rozhodne či bude pacient hospitalizovaný alebo liečený ambulantne. Ak sa rozhodne, že bude liečený ambulantne tak mu predpíše príslušnú antivirotickú liečbu. Prof. Ivan Schréter komisiu informoval, že vôbec nepochybuje o tom, že VLD v byte pacienta je schopný správne diagnostikovať pásový opar, ale tu je strategické to, aby u každého prípadu pásového oparu, ktorý diagnostikuje lekár VLD u pacienta v domácom prostredí, rozhodol lekár INF alebo DER slúžiaci v nemocnici, či bude tento pacient hospitalizovaný alebo liečený ambulantne. Moje námietky, že tento postup je očividne aj ekonomicky náročnejší, vôbec nerešpektuje právo pacienta na dostupnosť tejto jednoducho indikovateľnej a účinnej liečby v blízkosti jeho prostredia a dokonca hrozí a v praxi sme toho často svedkami, že pre komplikovanosť tohto postupu dôjde k časovému oneskoreniu začatia kauzálnej liečby a častejšiemu vzniku postherpetických neuralgií s ďalším postihnutím zdravotného stavu pacienta a násobným predražením liečby, neboli komisiou akceptované. Potvrdený bol doterajší postup a možno dokonca tvrdiť, že jednoznačne týmto manažmentom bude naďalej dochádzať k poškodzovaniu zdravia pacientov a k plytvaniu zdrojov verejného zdravotného poistenia.

4.4. Diabetológia.

Naša odborná spoločnosť si uvedomuje súčasnú krízu v diabetologickej starostlivosti na Slovensku. Preto sme pripravili Diaprojekt SSVPL SLS štandardne podľa odporúčaní Európskeho fóra primárnej starostlivosti v zhode s odporúčaniami WHO vychádzajúc aj zo skúseností podobných fungujúcich projektov v ČR, Rakúsku a Nemecku. O tomto projekte sme už informovali aj MZ SR. Je potrebné na tomto mieste povedať, že prístup diabetológov kedy predseda diabetologickej spoločnosti verejne označil tento projekt za „šialený“ nehovorí nič o nevyhnutnosti integrácie vertikálnej(diabetológov) a horizontálnej(všeobecných lekárov) zložky v systéme zdravotnej starostlivosti o diabetikov. Diabetológovia ako keby ešte nemali žiadne vedomosti o moderných trendoch v populačnom manažmente tejto diagnózy.

Z vyjadrení tohto pána profesora uverejnených v ZN citujem: „Mali by sme dopustiť zrútenie ťažko budovaného systému starostlivosti o diabetika? Dopustiť vážne ohrozenie jeho zdravia pri vedení jeho liečby neodborníkom? Akým právom môžeme zahodiť za seba všetko pre aktivitu niekoľkých dobrodruhov?... Tu sa nemôže v žiadnom prípade do tohto procesu zapojiť „neodborný, profesionálny nediabetológ“ vidiaci okrem iného len ďalšie „n“ v počte svojich pacientov, komerciu...“ Toľko profesor Marián Mokáň v zdravotníckych novinách. Celý text dostupný na stránke SDS <http://www.diaslovakia.sk/spolocnost/news/0171/> Ďalej by som chcel uviesť, že som sa oboznámil s návrhom odborného usmernenia, kde SDS a prof. Marián Mokáň uvádzajú:

„Frekvencia návštev a vyšetrení v diabetologickej ambulancii diabetikov 2. typu

liečených inzulínovou pumpou 12 krát ročne, intenzifikovaným inzulínovým režimom 6 krát ročne, konvenčným inzulínovým režimom 4 krát ročne, orálnymi antidiabetikami (OAD) 3-4 krát ročne, diétou 1-2 krát ročne. V prípade potreby (akúte komplikácie – časté hypoglykémie, akútne sprievodné ochorenia a pod.) aj častejšie.“

Dnes máme podľa dát NCZI na Slovensku spolu 320 000 diabetikov. Podľa závažnosti je to		
Len na diéte 90 000 - kontrola 1-2x ročne	spolu	135 000 návštev
PAD 140 000 - kontroly 3-4x ročne	spolu	500 000 návštev
Inzulín neintenzifik. 40 000 - kontroly 4x ročne	spolu	160 000 návštev
Intenzifikovaný inzulín 25 000 kontroly 6x ročne	spolu	150 000 návštev

Spolu je to cca 1 000 000 milión návštev u diabetológov ročne.

Ročný pracovný fond diabetológa:

8 hod pracovná doba x 220 pracovných dní = 2 705 hod = 105 600 min.

150 diabetológov, ak by ordinovali všetci 8 hodín denne, má ročný pracovný fond pre svojich pacientov cca 15 000 000 minút. Z toho vyplýva, že na návštevu jedného pacienta má diabetológ dnes 15 minút. Ak ale ordinuje v priemere menej ako 6 hodín denne tak ako je to na Slovensku, **čas na jednu návštevu pacienta u diabetológa už dnes klesá aj pod 10 min.** Denne vybaví diabetológ 30-60 pacientov. Akú kvalitu poskytuje tento „ťažko budovaný systém starostlivosti o diabetika“??

Treba pripomenúť že v rámci hodnotenia The Euro Consumer Diabetes Index 2008 report publikovaný na:

http://www.healthpowerhouse.com/index.php?option=com_content&view=article&id=55&Itemid=54
slovenská starostlivosť o diabetika skončila na 25 mieste v Európe.

Ak k súčasne identifikovaným a dispenzarizovaným diabetikom pripočítame cca predpokladaných 100 000 diabetikov ktorí ešte nie sú diagnostikovaní a 100 000 prediabetikov a uvažíme aj prognostický fakt, že počet diabetikov v priebehu 10 rokov narastie o cca až 50%, tak potom metodické usmernenie starostlivosti o diabetikov, ktoré predkladá SDS a menovite prof. MUDr. Marián Mokáň nie je o zabezpečení kvalitnej starostlivosti ale o organizovaní nedostupnosti kvalitnej zdravotnej starostlivosti pre slovenských diabetikov.

Diabetes má dnes populačné rozšírenie a jeho zvládnutie si vyžaduje organizáciu rozdelenia zdravotnej starostlivosti medzi špecialistov a PZS v súlade s rezolúciou WHA (pozrite bod 5), kde sa uvádza aj, že je potrebné vertikálnu starostlivosť vyvíjať a implementovať do integrovanej horizontálnej starostlivosti. Čiže podľa môjho chápania sa tým myslí, že počínajúce a jednoduché prípady po určitý stupeň zložitosti WHO odporúča riešiť v PZS s maximálnym využitím komplexného na človeka zameraného prístupu maximálne integrovaného do prirodzenej komunity pacienta. Vertikálna špecializovaná starostlivosť má riešiť zložité prípady jednotlivej diagnózy, teda u DM stavy s komplikáciami, ktoré si vyžadujú špecializované liečebné prístupy aj to by sa malo diať v spolupráci s PZS, ktorá má nezastupiteľnú komplexnú integrujúcu funkciu, nakoľko diabetes a jeho kompenzácia je u komplikovaného pacienta iba jedna z mnohých diagnóz.

Takže v rámci nášho diaprojektu sme žiadali o rozšírenie preskripčných oprávnení všeobecného lekára o bezpečné deriváty sulfonylurey a glitazóny. Dovolím si zdôrazniť, že o možnosť tejto preskripcie žiadame preto, aby sa zlepšila starostlivosť, zvýšila sa dostupnosť súčasných možností kvalitnej liečby diabetikom aj na Slovensku. Treba povedať, že použitie

týchto liekov je určené medzinárodnými guidelinami, ktoré nie sú určené iba diabetológom ale sú určené všeobecným lekárom, internistom, geriatrom, endokrinológom,... teda všetkým odbornosťami, ktoré sa zaoberajú liečbou pacienta diabetika a v našej odbornej spoločnosti moderné trendy kvalitatívnej liečby Diabetu mellitu v primárnej starostlivosti veľmi podrobne monitorujeme. Naši, slovenskí diabetológovia nevymysleli diabetológiu ani medzinárodné guideliney. Tí, ktorí ich vymysleli a dbajú nad ich správnosťou a nad tým aby zodpovedali súčasným EBM možno ani nevedia, že na Slovensku existuje diabetológia ako samostatný odbor.

Musím povedať, že vyslovujem počudovanie nad postojom diabetológov, ktorí pre obranu svojho odboru zabudli, alebo prestali rozumieť pacientovi diabetikovi. Takže diabetológovia s prehľadom a s podporou kategorizačnej komisie odmietli rozšírenie preskripčných kompetencií pre všeobecných lekárov a „uchránili“ si tak liečbu Diabetu mellitu lege artis iba pre seba.

4.5. Pneumológia a alergológia

Tu sme žiadali o odstránenie preskripčných obmedzení z inhalačných kortikosteroidov a dlhodobopôsobiacich inhalačných bronchodilatancií (LABA) a ich kombinácií tak aby sme mohli svojich pacientov s AB a CHOCHP v počínajúcich a stabilizovaných formách ochorenia samostatne manažovať, tak ako to predpokladajú guideliney GINA – globálna iniciatíva proti astme. Vo výkonnom výbore tejto iniciatívy je aj kolega všeobecný lekár z Británie prof. Levy takže nevidíme dôvod prečo by sme sa nemohli riadiť týmito odporúčaniami pri liečbe našich pacientov s AB a CHOCHP. Tieto odporúčania nie sú určené iba pre pneumológov a alergológov ale sú určené všeobecným lekárom, internistom, geriatrom,... teda všetkým klinickým odbornosťami, ktoré sa zaoberajú liečbou pacientov s CHOCHP a AB. Všeobecný lekár sa má zaoberať týmito diagnózami po určitý stupeň zložitosti práve preto, lebo je integrujúcim prvkom v modernej primárnej zdravotnej starostlivosti orientovanej na pacienta a na komunitu v zmysle odporúčaní WHO a v zmysle aj rezolúcie WHA z mája 2009. Kategorizačná komisia naše žiadosti o sprístupnenie liečby týchto diagnóz odmietla. Odmietla tým aj rezolúciu o primárnej starostlivosti WHA z mája 2009, kde je doslova uvedené: **„WHA urguje členské štáty, aby zlepšili dostupnosť tých liekov, zdravotníckych výrobkov a technológií, ktoré sú potrebné na rozvoj primárnej zdravotnej starostlivosti.“** **Netransparentný je v tejto situácii postoj predstaviteľov MZSR v kategorizačnej komisii, odmietajúcich takto nepokryte akceptovať rezolúciu WHA, Záverečnú správu Komisie o sociálnych determinatoch zdravia a ostatné oficiálne výstupy WHO, alebo aspoň hľadať cestu k ich akceptácii, napriek tomu, že ich plnením je zaviazaná vláda SR.**

Za ďalší závažný krok považujem odmietnutie kategorizačnej komisie odstrániť preskripčné obmedzenie z lieku EpiPen. Jedná sa o autoinjektor s obsahom adrenalínu, ktorý je život zachraňujúcim liekom v prípade anafylaktickej reakcie a mal by byť súčasťou protialergického balíčka u všetkých pacientov, ktorí v minulosti prekonali prudkú alergickú reakciu napríklad po poštípaní hmyzom alebo po expozícii iným alergénom (potravínové, inhalačné...). Takýchto pacientov má každý všeobecný lekár niekoľko. Títo pacienti sú naďalej v ohrození, liek nie je dostupný v primárnej starostlivosti, o pacientov nie je postarané lege artis.

6. Ďalšie oblasti kde kategorizačná komisia umelo blokuje liečebné kompetencie všeobecných lekárov sú gastroenterológia, okrem iného tu nemáme dostupnú laktulózu, jediné netoxické preháňadlo, nekompletne kompetentní sme v kardiológii, urológii, neurológii, myoskeletálnej medicíne, psychiatrii... Pacienti nie z medicínskych ale z administratívnych dôvodov musia byť odosielení z PZS k tzv. orgánovým špecialistom.

5. Z Rezolúcie o PZS 62. Svetového zdravotníckeho zhromaždenia(WHA)

62. Svetové zdravotnícke zhromaždenie 22. mája 2009 prijalo rezolúciu o primárnej zdravotnej starostlivosti, v ktorej potvrdzuje kľúčovú úlohu, ktorú zohráva WHO v globálnej podpore PZS. Zaznamenalo rastúci konsenzus v globálnej zdravotníckej komunite, že vertikálne prístupy, t.j. programy zamerané na špecifické ochorenia a horizontálne prístupy (primárna zdravotná starostlivosť t.j. do komunity integrované zdravotnícke systémy) sa navzájom posilňujú. Privítalo **Svetovú správu o zdraví 2008 – Primárna zdravotná starostlivosť teraz viac ako kedykoľvek predtým**, publikovanú pri príležitosti 30. výročia medzinárodnej konferencie v Alma-Ata, ktorá identifikuje štyri obsiahle postupy ako: (1) znižovať nerovnosti v zdraví a zlepšovať zdravie pre všetkých; (2) riešiť nerovnosti v zdraví prostredníctvom univerzálneho pokrytia; (3) dávať ľuďom do centra starostlivosti; (4) integrovať zdravie do širších verejných politík; zároveň privítajúc **Záverčnú správu Komisie o sociálnych determinatoch zdravia**. Zhromaždenie WHA sa postavilo dôrazne za hodnoty a princípy PZS, vrátane rovnosti, solidarity, sociálnej spravodlivosti, univerzálneho prístupu k službám, multisektorálnych činností, decentralizácie a komunitnej participácie ako základu pre posilnenie zdravotníckych systémov.

WHA URGUJE členské štáty aby:

- (1) potvrdili politický záväzok na všetkých úrovniach posilňovať rokovania o problematike zdravotníckych systémov založených na koncepte primárnej zdravotnej starostlivosti, aby využívali primerane výhody z partnerstva spolupráce a iniciatív s tým súvisiacich, hlavne na podporu dosiahnutia miléniových rozvojových cieľov;
- (2) zrýchlili postupy smerujúce k univerzálnemu prístupu k primárnej zdravotnej starostlivosti rozvojom komplexných zdravotníckych služieb a rozvojom národných spravodlivých, efektívnych a trvalo udržateľných finančných mechanizmov, pamätajúc pritom na potrebu zaistenia sociálnej ochrany a chrániac zdravotnícke rozpočty v kontexte súčasnej medzinárodnej finančnej krízy;
- (3) dali ľuďom do centra zdravotnej starostlivosti osvojením si modelov zameraných na lokálne a regionálne úrovne, ktoré zabezpečujú komplexné služby primárnej zdravotnej starostlivosti, vrátane podpory zdravia, prevencie ochorení, liečebnej a paliatívnej starostlivosti, ktoré sú integrované a koordinované podľa potrieb občanov, súčasne zabezpečujú efektívny systém vertikálneho odosielania.
- (4) podporili aktívnu účasť všetkých ľudí a znovu zdôraznili posilňovanie komunit, obzvlášť žien, v procese vývoja a implementácie postupov a zlepšovania zdravia a zdravotnej starostlivosti, aby tak podporili obrodu primárnej zdravotnej starostlivosti;
- (5) vyškolili a udržali si adekvátny počet zdravotníckych pracovníkov, vybavených primeraným mixom zručností, vrátane sestier v primárnej

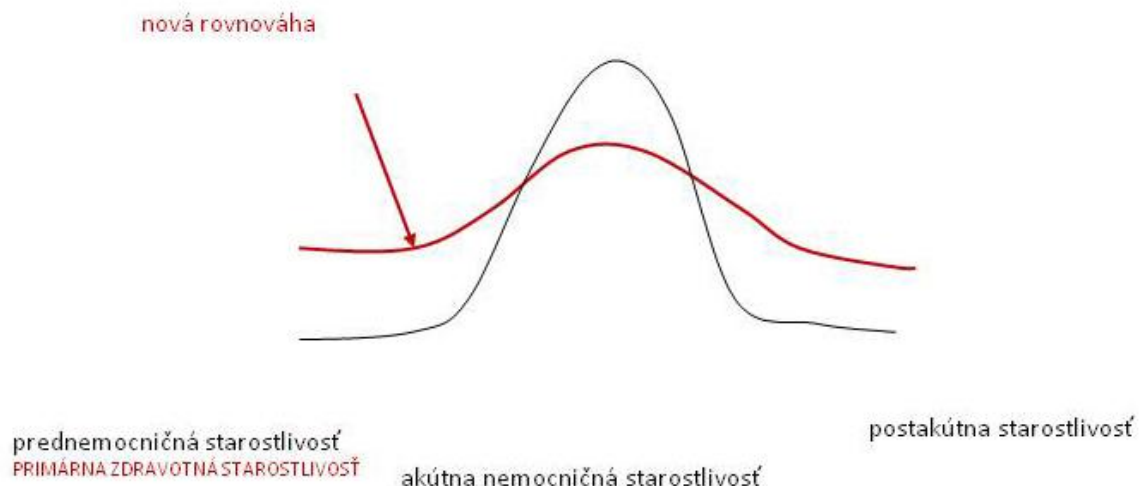
zdravotnej starostlivosti, pôrodných sestier, ostatných zdravotníckych pracovníkov a rodinných lekárov, ktorí sú spôsobilí pracovať v multidisciplinárnom kontexte, v spolupráci s neprofesionálnymi komunitnými zdravotníckymi pracovníkmi, aby reagovali efektívne na zdravotné potreby ľudí;

- (6) podporili to, aby vertikálne programy, zahrnujúce programy zamerané na špecifické ochorenia sa vyvíjali a implementovali v kontexte integrovanej primárnej zdravotnej starostlivosti;
- (7) zlepšili dostupnosť tých liekov, zdravotníckych výrobkov a technológií, ktoré sú potrebné na rozvoj primárnej zdravotnej starostlivosti;
- (8) vyvíjali a posilňovali zdravotnícke informačné systémy a kontrolné systémy, ktoré sa týkajú primárnej zdravotnej starostlivosti tak, aby sa urýchlilo využitie postupov a programov založených na dôkazoch a vyhodnocovanie dát z primárnej zdravotnej starostlivosti;
- (9) posilnili ministerstvá zdravotníctva tak, aby sa umožnilo poskytovanie kompletného, transparentného a zodpovedného vedenia zdravotníckeho systému s dôrazom na podporu rozvoja multisektorálnych činností ako súčasť podpory primárnej zdravotnej starostlivosti;

(celá rezolúcia WHA je priložená)

6. Postup pri rozvíjaní zdravotného systému postaveného na PZS

6.1. Prvými krokmi by mala byť zmena intersektorálneho prerozdelenia ľudských aj finančných zdrojov v prospech PZS a vybavenie PZS kompetenciami. Smerovanie k novej rovnováhe, k čomu vyzýva deklarácia WHA možno jednoducho graficky vyjadriť takto:



Upravené podľa: Christopher Riley, Department for Health and Social Services, Welsh Assembly Government, 2008

Intersektorálne prerozdelenie v prospech PZS zlepší zdravotný systém, zlepší sa zdravotný stav obyvateľstva, ubudnú akútni pacienti s AIM, NCMP, obličkovým zlyhaním, oslepnutím, amputovanými končatinami a podobne. Zvýši sa efektivita systému.

6.2. Malo by nasledovať budovanie toho, čo sa nazýva integrovaná primárna zdravotná starostlivosť orientovaná na pacienta a na komunitu. Táto výrazne šetrí zdroje verejného zdravotného poistenia, je to budovanie trvalo udržateľného zdravotného systému charakterizovaného optimálnou efektívnosťou využívania zdrojov pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti v maximálne možnej kvalite a dostupnosti. Napríklad, ak pacient má súčasne diabetes, AB, hypertenziu, trpí depresiou a dostane pásový opar, tak ak existuje kompetentný všeobecný lekár, potom vie všetky tieto choroby, po určitý stupeň zložitosti, zvládnuť sám vo svojej ambulancii v blízkosti prirodzeného prostredia pacienta kvalitne a v komplexných súvislostiach, alebo priamo poskytuje tieto služby integrované v pacientovej komunite a nepotrebuje k tomu diabetológa, pneumológa, internistu, kardiológa, psychiatra, infektológa, dermatológa... Všeobecní lekári majú byť trénovaní tak, aby boli spôsobilí multisektorálnych činností a schopní pracovať v multidisciplinárnom kontexte v spolupráci s neprofesionálnymi komunitnými zdravotníckymi pracovníkmi tak, aby reagovali na všetky zdravotné potreby ľudí. Toto všetko predstavuje výrazné úspory v systéme a na tomto sú postavené jasné dôkazy o efektívnosti, kvalite a dostupnosti obsiahnuté v Svetovej zdravotnej správe 2008 – Primárna zdravotná starostlivosť, teraz viac ako kedykoľvek predtým.

Špecialisti takto získavajú priestor aby sa mohli venovať skutočne komplikovaným pacientom a riešiť ich ambulantne, čo predstavuje ďalšie úspory tohto systému. Celkové finančné úspory systému potom umožňujú rozvoj, zavádzanie nových diagnostických a liečebných technológií.

7. Konkrétne návrhy na riešenie situácie PZS na Slovensku.

1 - navrhujem na MZ SR posilniť, podľa odporúčaní WHA, skupinu PZS tak, aby sa umožnilo poskytovanie kompletného, transparentného a zodpovedného vedenia zdravotníckeho systému s dôrazom na podporu multisektorálnych činností ako súčasť rozvoja primárnej zdravotnej starostlivosti.

2 - pre zlepšenie dostupnosti tých liekov, zdravotníckych výrobkov a technológií, ktoré sú potrebné v primárnej zdravotnej starostlivosti navrhujem zriadiť, v rámci kategorizačných komisií pre liečivá, pre zdravotnícke pomôcky a pre dietetiká odbornú pracovnú skupinu (OPS) PZS tak, aby pri rozhodovaní o preskripčných obmedzeniach bolo prezentované vždy paralelne a rovnocenne v rámci každej liekovej skupiny aj stanovisko odborníkov z PZS k zabezpečeniu daného lieku alebo pomôcky v PZS.

3 - navrhujem aby OPS kategorizačnej komisie pre farmakoekonomiku dostala za úlohu vyhodnotiť farmakoekonomické štúdie uvedené v rámci **Svetovej zdravotnej správy 2008 – Primárna zdravotná starostlivosť teraz viac ako kedykoľvek predtým**, ktoré preukazujú finančnú efektívnosť liečebných postupov realizovaných v PZS tak, aby sa aj na našej národnej úrovni vydokladovala a mohla sa jednoznačne vydiskutovať táto problematika. Je to dôležité pre zrýchlenie postupov smerujúcich k univerzálnemu prístupu ku kvalitnej zdravotnej starostlivosti v rámci primárnej zdravotnej starostlivosti, rozvojom komplexných zdravotníckych služieb a rozvojom národných, spravodlivých, efektívnych a trvalo udržateľných finančných mechanizmov, pamätajúc pritom na potrebu zaistenia sociálnej ochrany a chrániac zdravotnícke rozpočty v kontexte súčasnej medzinárodnej finančnej krízy.

Vážený pán minister, ďakujem Vám za doterajšiu podporu, ktorú smerujete rozvoju primárnej zdravotnej starostlivosti na Slovensku. Dovoľujem si Vás vyzvať, aby Ste v tom pokračovali. Som rozhodnutý prispievať svojimi vedomosťami, kontaktmi a pracovným elánom k priaznivému rozvoju primárnej zdravotnej starostlivosti na Slovensku.

MUDr. Peter Lipták
Prezident SSVPL SLS



Kontakt: peter.liptak.vpl@gmail.com