


Reforma „zdola“ alebo „Zdolá pripravovaná reforma pacientov aj lekárov?“


Peter Lipták, člen výboru SSVPL, prezident SSIS, predseda sekcie VLD SLK


Ako uvádza Ministerstvo zdravotníctva SR (MZSR) oblasť primárnej zdravotnej starostlivosti je jednou z jeho priorít, a predmetom tzv. „reformy zdola“. Zahŕňa aj tímové poskytovanie zdravotnej starostlivosti, zvyšovanie kompetencií všeobecných lekárov a primeranú starostlivosť ľudí o svoje zdravie. Má tiež udržať mladých lekárov v ambulanciách prvého kontaktu. Podrobne pripravenú reformu definuje dokument Strategický rámec starostlivosti o zdravie pre roky 2014 – 2030, ktorý schválila vláda SR.

Názory dotknutých strán sú ale rôzne.

V roku 2011 sa uskutočnilo WHO hodnotenie stavu primárnej starostlivosti na Slovensku. Uskutočnilo sa získavanie informácií od lekárov a od pacientov, ktoré vyhodnocoval inštitút NIVEL, bola spracovaná štandardná správa WHO o situácii v PZS na Slovensku a boli spracované odporúčania vláde SR, ktoré formulovali názory expertov WHO a NIVEL na zmeny, ktoré je potrebné uskutočniť na Slovensku potrebné pre zlepšenie starostlivosti v PZS. Výsledky hodnotenia a odporúčania boli prednesené okrem iného na konferencii všeobecných lekárov v októbri 2012:

 [Christine Beerepoort \(WHO EURO\): WHO strategy directions on multidisciplinary PHC and integrated health services. \(Strategické smerovanie WHO k multidisciplinárnej PZS a integrovanému poskytovaniu zdravotnej starostlivosti\).](#)

 [Sanne Snoeijs, MSc \(NIVEL\): Results of the WHO evaluation of primary health care in Slovakia \(Výsledky WHO vyhodnotenia primárnej starostlivosti na Slovensku\).](#)

 [Wienke Boerma, PhD \(NIVEL\): Recommendations made on the basis of the WHO primary health care evaluation in Slovakia \(Odporúčania WHO pre rozvoj PZS na Slovensku založené na výsledkoch vyhodnotenia WHO\)](#)

Experti odporúčali reformu riadenia, vytvorenie na MZSR jedného oddelenia pre riadenie PZS, reformu financovania, rozšírenie kompetencií, tvorbu klinických guidelinov najlepšie adaptáciou už existujúcich (SVL ČLS JEP, ČR) a zmeny v systéme prípravy mladých lekárov.

 [Odporúčanie WHO vláde SR na zmeny v PZS na základe prieskumu v roku 2011](#)

Čo sa udialo od zverejnenia týchto odporúčaní a ich prerokovania na MZSR v roku 2012?

Reforma riadenia sa zatiaľ neuskutočnila, na MZSR zaznamenávame rekordne nízky počet zamestnaných lekárov. Ak odpočítame ministra, štátneho tajomníka, riaditeľa sekcie zdravia, riaditeľa kategorizačnej komisie a riaditeľku kancelárie WHO, tak nám zostanú ešte traja zamestnanci lekári. Neexistuje naďalej oddelenie pre primárnu zdravotnú starostlivosť.

Ani reforma financovania sa neuskutočnila a podiel PZS na celkovom ročnom objeme pre zdravotníctvo, ktorý je obdivuhodných cca 8 mld Eur, zostal na 4%. Všeobecní lekári dostávajú mesačne kapitáciu v priemere 2 Eurá na pacienta, hoci ich náklady sú už dnes na úrovni 3 Eurá na kapitovaného pri priemernej kapitácii cca 1500 pacientov. Preto povinné vybavenie napríklad aj CRP prístrojmi v ambulanciách je iba v rovine neuskutočniteľných legislatívnych povinností.

Bol spustený rezidentský program, problém je, že nie je financovaný štandardne z verejných zdrojov

ale vzdelávanie v základnom odbore PZS existuje zatiaľ iba vďaka eurofondom. Ďalšiu jeho nevýhodu vidím v tom, že rezidentské miesta sa vytvorili na lekárske fakultách a v SZÚ a nie v ambulanciách v praxi tak ako to je napríklad v ČR. Takže nie je vytvorený model staršieho lekára a mladšieho lekára-rezidenta, ktorý považujem z hľadiska kvality a efektivity vzdelávania a odovzdávania skúseností za optimálny a taktiež nie sú vytvorené v dostatočnom počte.

V oblasti kompetencií došlo v priebehu roku 2014 k uvoľneniu kompetencie vykonávať predoperačné vyšetrenia lekármi v PZS, čo využilo dosiaľ podľa štatistiky VŠZP už viac ako 700 všeobecných lekárov a začali toto vyšetrenie u svojich pacientov vykonávať. Množstvo predoperačných vyšetrení, ktoré nasledovali po odstránení administratívnej úradníckej prekážky, odhaľuje náš obrovský potenciál, ktorého význam je umelo skreslený.

Naproti tomu v roku 2014 bola znovu vydaná vyhláška MZSR o starostlivosti o chronicky chorých v ktorej boli všeobecní lekári zo starostlivosti o chronicky chorých znovu vynechaní.

Po protestoch MZ SR informovalo, že najprv musí urobiť zmeny v zákone, ktoré umožnia aby mohli chronicky chorým pacientov znovu po odstupe 10-tich rokoch poskytovať starostlivosť aj všeobecní lekári.

T.č. vláda už schválila túto úpravu v zákone a návrh zákona sa posunul do parlamentu. Po schválení zákona bude môcť MZSR vydať novelizovanú vyhlášku a potom bude možné aby v ambulanciách všeobecných lekárov sa začala poskytovať starostlivosť o chronicky chorých legálne.

Treba uznať, že v roku 2014 došlo k niektorým pozitívnym zmenám v kompetenciách a je pozitívne aj to že rezidentský program vôbec začal.

Ale najnovšia novinka z roku 2014 je, že MZSR chce pokračovať nie v realizácii odporúčaní WHO ale pripravuje radikálnu zmenu primárnej starostlivosti zmenou jej súčasnej infraštruktúry spojenou so zmenou vlastníckych vzťahov. Plánuje sa vytvorenie novej plošnej sieťovej štruktúry- siete centier integrovanej starostlivosti do ktorých sa majú fyzicky presťahovať dnešné ambulancie. Túto informáciu predostrelo MZSR lekárskej a patientskej verejnosti na odbornom seminári na MZSR až v decembri 2014. Je to definované v dokumente Strategický rámec starostlivosti o zdravie pre roky 2014 – 2030, ktorý schválila vláda SR.

Zdolá pripravovaná reforma pacientov aj lekárov?

MZSR v roku 2014 pripravilo reformu ambulancií všeobecných lekárov zdola(?), ktorá nekorešponduje s nedávnymi odporúčaniami WHO a NIVEL, a ktorú avšak dole- t.j. pacienti a ani všeobecní lekári neiniciovali a ani sa nepodieľali na jej príprave. Ako ukázalo stretnutie na MZ SR 16.12.2014 o nej nie sú dobre informovaní a jej zmysel nechápu pozitívne ani zástupcovia lekárov, ani zástupcovia pacientov, ani predstavitelia regiónov a nakoniec ani zástupcovia zdravotných poisťovní jej nevyjadrili podporu. Hore na MZSR sa ňou zaoberá iba niekoľko mesiacov reformná skupina zložená z inžinierov, magistrov a jedného zverolekára s praxou vo farmaceutických firmách a jej členovia asi sami celkom nebudú vedieť o čo by malo presne ísť, keďže v priebehu niekoľkých mesiacov predložili už jej x-tú verziu. MZSR pre svoju reformu zdola neuskutočnilo reprezentatívny prieskum potrieb alebo očakávaní pacientov alebo dotknutých lekárov, či iných stránok. Spracovalo svoj plán reformy asi v nadväznosti na ponuku Ministerstva pôdohospodárstva a rozvoja vidieka SR, že v prípade

realizácie zdravotníckej reformy v regiónoch môže sprostredkovať poskytnutie 280 mil EUR z Eurofondov, z fondu pre rozvoj vidieka.

Ako som porozumel, podstatou reformy je rušenie doterajších ambulancií všeobecných lekárov, ich presun do nových cca 140 centier vybudovaných z eurofondov. Základnými procesmi majú byť jednak organizovaný presun ambulancií VL z komunít do centier a potom vznik zamestnaneckého pomeru ošetrojúcich všeobecných lekárov u majiteľov centier. To znamená oddelenie majiteľov nových centier od doterajších poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, čiže z dnešných samostatne hospodáriacich a poskytujúcich zdravotnú starostlivosť vo svojich ambulanciách viac ako 2000 lekárov sa majú stať zamestnanci cca 140 centier. Vytvoria sa tak akési družstvá zamestnancov poskytujúce zdravotnú starostlivosť pacientom v takom rozsahu a kvalite, aby centrum efektívne prosperovalo a prinášalo maximálny zisk svojmu majiteľovi. Stratia sa tak dôležité funkcie primárnej zdravotnej starostlivosti, ktorá musí:

„A. Zabezpečovať na komunite založené služby, ktoré sú realizované klinikom, ktorý v danej komunite pôsobí, z pohľadu orientácie na osobu (pacienta) t.j. všeobecným lekárom. B. Podporovať bezpečnosť pacienta tým, že sa zabezpečí aby všeobecní lekári mohli ďalej konať ako samostatní obhajcovia svojich pacientov – s dôrazom na osobu (pacienta) a nie pod vplyvom zamestnávateľa a inštitúcií.“ (Amanda Howe, Wonca 2014).

Dnešné ambulance sa premenia z miest poskytovania zdravotnej starostlivosti na efektívne organizované odvetvie tvorby zisku zo zdravotných odvodov a z eurofondov na trhu chorôb. Viem si predstaviť, že MZ SR sa darí po predstavení svojej reformy, získavať lojálnych záujemcov na miesta majiteľov centier čím sa vytvára aj sociálna základňa presadzujúca tento projekt.

Čím zdôvodňujú na MZ SR svoj integrovaný model?

Podľa ich názoru ak sú všeobecné ambulance integrované v komunitách pacientov tak sa jedná o rozdrobenú zdravotnú starostlivosť. Je zrejmé, že nepochopili alebo nechcú pochopiť zmysel horizontálnej integrácie v komunitách a ani dnešné možnosti virtuálnej integrácie, ktorá vie nahradiť ich model vertikálnej integrácie - centralizácie do centier s podstatne nižšími nákladmi a bez nevýhod spojených s fyzickým premiestnením poskytovateľov.

Ďalej MZ SR uvádza dva dôvody pre vertikálnu integráciu do centier hoci nevysvetľuje ako táto **vertikálna centralizácia služieb** povedie k zlepšeniu uvedených parametrov a tak k zlepšeniu zdravotnej starostlivosti:

1. „Priemerný ročný počet návštev slovenských pacientov u lekára je takmer dvakrát vyšší (11,3) ako priemer OECD (6,4) (Mgr. Ivan Poprocký MZ SR riaditeľ Inštitútu zdravotnej politiky MZSR).“

Moje vysvetlenie: V zahraničí chodia pacienti väčšinou iba k všeobecnému lekárovi a domov. V Británii je to 90%, v EÚ v krajinách s rozvinutou primárnou zdravotnou starostlivosťou

v priemere 80%. V Holandsku dokonca iba 4% pacientov potrebuje pokračovať k špecialistovi, pretože 96% pacientom všetky potrebné vyšetrenia naordinuje a vykoná vo svojej ambulancii a tiež všetky potrebné recepty napíše všeobecný lekár. Pritom v Holandsku je stredná dĺžka života bez choroby 65 rokov a na Slovensku činí dnes iba 52 rokov. Takže je vidieť, že všeobecní lekári v Holandsku sú schopní to zvládnuť lepšie ako celý zdravotný systém na Slovensku. Na Slovensku má všeobecný lekár platnou legislatívou zakázané napísať chronickému pacientovi bežné lieky a má tak isto legislatívne zakázané ho riadne vyšetriť a liečiť, nemá ani kompetenciu mu dať vyšetriť krv na dôležité štandardné vyšetrenia potrebné na monitorovanie chronicky chorých pacientov. Podľa vyhlášky MZSR má prikázané, že chronického pacienta môže iba odoslať k špecialistovi. Pacient má zasa prikázané najprv navštíviť všeobecného lekára, lebo existuje tu akože Gatekeeping. Takže systém je právne nastavený tak, že s každým problémom musí pacient navštíviť najprv všeobecného lekára, potom špecialistu, ktorý ho odošle znovu k všeobecnému lekárovi na doplnenie laboratórnych testov a vyšetrení, ktoré špecialista neurobí ale ich iba deleguje na praktika. Namiesto jednej návštevy tu máme 2-3 návštevy. Keď použijeme jednoduchú matematiku a počet návštev pacientov u lekára na Slovensku delíme napríklad iba dvomi tak sa dostaneme pod priemer v OECD. Takže niežeby bol u nás vysoký počet návštev slovenských pacientov u lekárov ale politici s pomocou úradníkov na MZSR legislatívu tak nastavili (a v poisťovniach a ÚDZS dodržiavanie legislatívy kontrolujú) aby pacient s každým jedným problémom musel chodiť následne po sebe minimálne na dve návštevy k dvom lekárom. Môžu vari za takéto nastavenie zdravotného systému, ktorý vedie k zbytočným návštevám a vyšetreniam lekári vykonávajúci prax? Slovenskí praktici nielen že nemajú kompetencie predpisovať bežné lieky na chronické ochorenia ale nemôžu ani indikovať štandardné laboratórne vyšetrenia potrebné pre zdravotnú starostlivosť o chronicky chorých pacientov.

Nebolo by logické keby MZSR najprv uvoľnilo tieto kompetencie, počkalo ako sa zmení situácia a potom po vyhodnotení prišlo s ďalšími krokmi? Prečo robiť všetky také zásadné navzájom sa ovplyvňujúce reformné kroky súčasne a zvyšovať tak neistotu v systéme?

2. „Všeobecní lekári odporúčajú viac ako 60% slovenských pacientov s chronickými ochoreniami k špecialistom (MUDr. Monika Palušková, MBA, PhD). “

Vysvetlenie: Podľa platných zákonov všeobecný lekár dnes vôbec nemá kompetenciu mať v starostlivosti čo i len jedného pacienta s chronickým ochorením (Zákon 580, 581, Platná vyhláška o dispenzarizácii). Napriek tomu všeobecní lekári dnes liečia mimo akýkoľvek legislatívny rámec a mimo akúkoľvek štatistiku až 40% slovenských chronických pacientov „na čierno“. Ak by dodržiavali všeobecní lekári zákon a liečili by 0% chronických pacientov, tak ako to nastavili politici v spolupráci s MZSR a vyžadujú to zdravotné poisťovne a kontroluje UDZS tak by došlo k zrúteniu slovenského zdravotníctva.

Nebolo by logické keby MZSR najprv uvoľnilo kompetencie v starostlivosti o chronicky

chorých, počkalo ako sa zmení situácia a potom po vyhodnotení prišlo s ďalšími krokmi? Ako ukazuje nárast všeobecných lekárov vykonávajúcich predoperačné vyšetrenia po zmene legislatívy v lete 2014 tak všeobecní lekári majú veľký potenciál. V prípade starostlivosti o chronicky chorých je o to väčší, že sa bude jednať iba o legalizáciu činnosti, ktorú s rizikom postihu vykonávajú aj dnes v priemere u 40% svojich pacientov. Ale poznám lekárov, ktorí liečia aj dnes až 90% svojich pacientov a dennodenne podstupujú vysoké riziko finančného postihu od zdravotných poisťovní a UDZS.

3. Podľa toho ako to cíti MUDr. Monika Palušková, hlavná odborníčka MZSR pre VL, ktorá zastáva tento post ako politická nominantka bývalej ministerky JUDr. Zuzany Zvolenskej, dnes **všeobecné lekárstvo charakterizuje nízka efektivita, neatraktivita, dehonestácia odboru a zaznanie profesie všeobecného lekára.** Ale keď sa pozrieme na ostatné prvky zdravotného systému v sekundárnej či terciárnej starostlivosti tak vidíme, že tieto charakteristiky sa dotýkajú celého zdravotníctva a nielen všeobecného lekárstva. Koho vizitkou je dnešný všeobecný úpadok zdravotníctva? **Neodhaľuje to zlyhanie zhora u dnešných politikov a zamestnancov MZSR, vedúce cez nízku efektivitu riadiacich procesov ministerstva zdravotníctva k dehonestácii a úpadku celého zdravotného systému?** Nie lekári, zdravotné sestry a pacienti sú na vine, že z fungujúceho zdravotníctva tu máme dnes po toľkých rokoch úsilia nefunkčný zdravotný systém.

Ako by sme si my lekári pôsobiaci dole v komunite predstavovali integráciu zdravotnej starostlivosti tak aby podporovala poskytovanie PZS v komunitách a rodinách pacientov? Tak napríklad viem si predstaviť úplne jednoduché usporiadanie v oblasti všeobecného lekárstva. Žiadna na papieri tzv. "reforma zdola" ale iba vrátenie vecí do pôvodného stavu, ktorý tu fungoval ešte pred 10-timi rokmi než sa začalo vo veľkom reformovať. To znamená vrátenie kompetencií všeobecným lekárom tak, aby mohli normálne pracovať a poskytovať starostlivosť svojim pacientom bez legislatívnych prekážok. Aj dnes napriek legislatívnym prekážkam všeobecné lekárstvo ešte môže fungovať celkom dobre. Vyžaduje si to dennodennú statočnosť všeobecných lekárov pri porušovaní nevykonateľnej legislatívy. Sme skutočnou základňou zdravotného systému. Máme výbornú geografickú sieť ambulancií, dostupnosť pomoci je ešte v ten deň ako pacientovi vznikne problém. Podľa prieskumov a aj podľa našich skúseností z dennodennej praxe v ambulanciách si udržujeme medzi pacientmi stále vysokú dôveru. A to si dovoľím tvrdiť aj napriek negatívnym pocitom, ktoré artikulovala MUDr. Monika Palušková, pravdepodobne na základe skúseností zo svojej vlastnej praxe. **Sme „kufříkovi“ doktori,** ktorí navštevujú svojich pacientov doma ale dnes v tých kufříkoch môžeme mať obdivuhodné technické vybavenie. Z ekonomického pohľadu sme jediný segment v zdravotníctve ktorý platí odvody a dane a je bez dlhov. Je rozumné aby vznikla štruktúra, ktorá sa bude podobne ako sieť nemocníc neustále zadlžovať? Nie, potrebujeme prehĺbiť horizontálnu integráciu to znamená dostať patričné kompetencie a financie aby sa dnešné pokročilé medicínske technológie, moderné lieky a prístroje dostali čo najbližšie k pacientom. Vertikálnu integráciu spoluprácu so vzdialenejšími kolegami je dnes moderným

trendom nahrádzať tzv. virtuálnou integráciou. V priestore primárnej starostlivosti, dole v komunitách potrebujeme stále viac interdisciplinárnej spolupráce. Potrebujeme aby tu začali pôsobiť v potrebnom rozsahu psychológovia, fyzioterapeuti, sestry, opatrovatelky, lekárnici, neformálni opatrovatelia z rodín pacientov. Integrovať a koordinovať sa do spoločnej starostlivosti o pacientov. Je potrebné aby tieto služby boli ako základné služby v primárnej starostlivosti dostupné a hradené zo zdrojov verejného zdravotného poistenia v potrebnom rozsahu spolu s potrebným materiálnym zabezpečením. Peniaze z eurofondov môžu byť využité na rekonštrukciu súčasnej infraštruktúry našich ambulancií a zlepšenie ich vybavenosti. To ale nemôže vyriešiť ich financovanie ani financovanie ostatných profesií patriacich do primárnej starostlivosti. Na zlepšenie finančnej situácie naše ambulancie potrebujú zvýšiť podiel z celkových zdrojov alokovaných pre zdravotníctvo z dnešných 4% na aspoň 6% (priemer v EÚ je 8%). Zlepší sa tak nielen financovanie všeobecného lekárstva ale celková efektivita slovenského zdravotníctva.

Potrebujeme sieť centier ale nie centier PZS, lež centrá integrovaných diagnostických a špecializovaných služieb tak aby mal každý všeobecný lekár vysunutý do komunity možnosť rýchlo zabezpečiť konziliárne diagnostické a špecializované služby bez zbytočného blúdenia a zdržiavania pacientov. Aj tu je potrebná virtuálna integrácia komunitných lekárov a ostatných komunitných pracovníkov navzájom a potom s týmito centrami ale aj s ostatnými vzdialenejšími prvkami zdravotného systému.

Zhrnutie na záver

Základom aj reformy všeobecného lekárstva je reforma riadenia celého zdravotníctva a potom nastavenie nových kompetencií a financovania. Čiže nie „Reforma zdola“ ale najprv je potrebná „Reforma hore t.j. meniť priority politikov a vytvoriť potrebné štruktúry riadenia na MZSR a potom nasleduje reálna reforma kompetencií a financovania“.

Je nevyhnutné postaviť akékoľvek reformy na potrebách a očakávaniach pacientov.

Súčasný navrhovaný systém tzv. vertikálnej integrácie VL do centier integrovanej starostlivosti, mimo komunit pacientov, neznamená zlepšenie starostlivosti, ktorá sa premiestni od pacientov do vzdialenejších centier. Dôjde k vytrhnutiu súčasných ambulancií integrovaných do komunity a ich premiestnenie do vzdialených centier. Tento proces skôr než rozvoj bude znamenať deštrukciu PZS nakoľko bude narušených niekoľko jej základných atribútov – spravodlivá dostupnosť, kontinuita, komunitná orientácia. Bude sťažené aj poskytovanie domácej starostlivosti v rodinách. Pacienti, ktorí dnes majú istotu, že vedia nájsť všeobecných lekárov na miestach kde sú zvyknutí chodiť po desaťročia budú blúdiť už pri hľadaní svojho všeobecného lekára. Mnohí starší občania už svojho lekára prvého kontaktu, v novom systéme integrovaných centier, pravdepodobne vôbec nenájdu a na modernú zdravotnú starostlivosť môžu celkom rezignovať.

Písané pre zdravotnícke noviny, 12.1.2015. Kontakt: lipp@pobox.sk