



# Všeobecný praktík



**Mobilizácia lekárov v SLK.  
Stop kriminalizácii  
zdravotníkov!**





### Vážené kolegyně a kolegovia, všeobecní praktickí lékaři.

Menom celého výboru Vám chcem poďakovať za prejavovanú dôveru a zároveň prezentovať našu vôľu naďalej pracovať na rozvoji nášho odboru. Na vlastnú žiadosť doterajšej pani prezidentky sme si vymenili funkcie. Pani prezidentka Iveta Vaverková odvieďla úžasnú prácu. Pod jej vedením sme pripravili stále lepšie a lepšie výročné konferencie pod Tatrami, výrazne sa posilnili naše vzťahy s Českou spoločnosťou všeobecného lekárstva. Na konferencii všeobecných lekárov pokrstila novú učebnicu všeobecného praktického lekárstva v Českej republike, ktorú pripravil Bohumil Seifert, Václav Beneš, Svatopluk Býma a kolektív. Súčasťou tejto publikácie sú aj doporučené diagnostické a liečebné postupy SVL ČLS JEP pre všeobecných praktických lekárov. Keďže chorobnosť, organizácia zdravotníctva sú si veľmi blízke, môžeme tieto postupy uplatňovať aj u nás, kým si nepripravíme vlastné plne adaptované na Slovensko. Podporujeme a aktívne sa zúčastňujeme na príprave Československého dňa počas medzinárodnej konferencie WONCA Praha.

Za doteraz vykonanú prácu jej chcem poďakovať a zároveň som rád, že mi bude pomáhať ako viceprezidentka.

*Peter Makara, MPH, prezident SSVPL SLS*

### Dňa 19. mája sme oslávili 4. medzinárodný deň všeobecných lekárov. WONCA ho ustanovila v mexickom Cancúne v roku 2010



Prvý svetový deň všeobecných lekárov bol oslavovaný dňa 19. mája 2010. Bolo to prijaté s nadšením po celom svete. Máme príležitosť osláviť našu prácu aj na Slovensku, poukázať na dôležité otázky a význam práce všeobecného lekára, ktorú vykonávame pri podpore zdravotnej starostlivosti pre všetkých ľudí v našich miestnych komunitách. **Existuje veľa dôkazov, že dobrý vzťah medzi slobodne zvoleným všeobecným lekárom a pacientom počas mnohých rokov, je spojený s lepšou a primeranejšou starostlivosťou, lepším zdravím a vyššou kvalitou života pri oveľa nižších nákladoch.** Budeme mať čo oslavovať, pretože vlády po celom svete si naozaj začali uvedomovať hodnotu našej špecializácie. V niektorých krajinách je stále čo robiť, a oslava Svetového dňa všeobecných lekárov otvára veľa možností upozorniť na dôležitý prínos všeobecných lekárov pre zdravie populácie.

Vzhľadom na situáciu, kedy finančné prostriedky z členských poplatkov za rok 2011, 2012 sú viazané v depozite SLS, výbor SSVPL SLS na základe mandátu členskej schôdze rozhodol, že členské príspevky od roku 2012 si budeme vyberať samostatne. Vami zaplatené členské príspevky vo výške 20 € poukázané priamo na účet SSVPL SLS vedený vo Volksbank Slovensko a.s., č.ú: 4 001 173 809/ 3100 sú použité výlučne na organizáciu nášho výročného kongresu v Tatrách a vydávanie časopisu, ktorý slúži na informovanie o aktivitách SSVPL SLS. Za poukávanie prostriedkov na náš účet vám ďakujeme a považujeme to zároveň za prejav vašej dôvery v náš výbor. Táto vaša podpora nám v súčasnosti veľmi pomáha udržať si energiu na našu prácu.

**S prezidentom SLS prof. MUDr. Krištúfkom som sa dohodol, že v tomto roku 2013 budeme plne akceptovať všetkých členov, ktorí zaplatili členské na účet SSVPL SLS alebo na účet SLS.**

**Členovia výboru naďalej aktívne reagujú na problémy týkajúce sa našej práce.**

Komunikácia a spolupráca s kompetentnými bola a je mimoriadne náročná. A preto aj vyčerpávajúca. V poslednom období sledujeme návrat ku výmenným lístkom, v oblasti očkovania sme sa vrátili k pôvodnému systému predpisu očkovacích látok na predpis, ale ako sa ukazuje aj na základe reakcií kolegov, optimálny by bol duálny systém. Kto by chcel, vakcíny by si nakupoval a skladoval na ambulancii a iný by ich predpisoval na recept podľa toho, ako to vyhovuje lekárovi a jeho pacientom.

Podporujeme súčasnú aktivitu MZ SR a nášho hlavného odborníka MUDr. Moniky Paluškovéj, MBA za uvedenie takzvaného rezidentského systému do našej praxe, ktorý už funguje v Českej republike. Aj tento systém by mohol pomôcť pri skvalitnení výučby budúcich praktických lekárov a našim kolegom pomôže pri odovzdaní svojej praxe lekárovi, ktorý sa vzdelával na ich ambulancii a pozná tak už dobre obvod a pacientov, ktorých preberá.

Stále zostáva nedoriešená otázka LSPP a spravodlivé odmeňovanie lekárov vykonávajúcich túto službu.

Naďalej podporujeme stratégiu: **JEDNY SPOLOČNÉ POŽIADAVKY, JEDEN SPOLOČNÝ ROKOVACÍ TÍM**, ktorá už dosiahla prvé úspechy. Preto, **vážení nemandanti VLD, podporte svojich kolegov.** Dajte mandát na vyjednávanie s poisťovňami. Stále je **potrebný každý mandát. Ako sa stať mandatárom SLK?** Je potrebné doplniť a podpísať v dvoch výtlačkoch mandát zmluvu SLK a ďalej doplniť svojimi údajmi a podpísať v troch výtlačkoch plnomocnenstvo SLK. Všetky tieto tlačivá potom poslať na adresu: Slovenská lekárska komora, Račianska 42/A, 831 02 Bratislava.

## Vzdelávanie 2013

Ďalšou dôležitou činnosťou našej odbornej spoločnosti je samozrejme oblasť vzdelávania. Uskutočnil sa ďalší ročník projektov – **Dni zdravých žíl**. Pripravujeme aj Dni chrbta na ambulanciách všeobecných lekárov a Dni zdravého srdca 2013. Vaša aktívna účasť na týchto projektoch pomáha vytvárať priaznivý obraz o všeobecných lekároch v očiach pacientov a výsledky prieskumov naopak použijeme ako dôkaz, že naši lekári vedia pracovať, a že na našich ambulanciách odvádzame veľké množstvo naozaj kvalitnej práce.

Naše vrcholové podujatie XXXIV. Výročná konferencia SSVPL SLS sa uskutoční vo Vysokých Tatrách 17-19.10.2013. Týmto Vás všetkých pozývam na našu konferenciu. Aj tento ročník plánujeme organizovať spoločne so Slovenskou komorou sestier a pôrodných asistentiek (SKSaPA) a už tradične s podporou Regionálneho úradu Svetovej zdravotníckej organizácie pre Európu (WHO/EURO), Európskeho fóra pre primárnu starostlivosť (EFPC) celosvetovej vedeckej organizácie všeobecných lekárov Wonca a Asociácie na ochranu práv pacientov (AOPP). **Hlavnou myšlienkou konferencie 2013 bude prevencia.**

Sledujte našu internetovú stránku a vzájomne sa informujte. **Píšte nám na adresu spoločnosti alebo na kontakty na jednotlivých členov výboru zverejnené na našej web stránke.** Kontakty na vedenie našej spoločnosti:

MUDr. Peter Makara, MPH, prezident:

[makara.peter@vpl.sk](mailto:makara.peter@vpl.sk),

MUDr. Iveta Vaverková, MPH, viceprezident:

[vaverkova.iveta@vpl.sk](mailto:vaverkova.iveta@vpl.sk),

MUDr. Peter Pekarovič, vedecký sekretár:

[pekarovic.peter@vpl.sk](mailto:pekarovic.peter@vpl.sk)

Každý člen ktorý má záujem o e-mailovú adresu vo formáte [priezvisko.meno@vpl.sk](mailto:priezvisko.meno@vpl.sk) pošlite e-mail na [vpl@vpl.sk](mailto:vpl@vpl.sk).

### Členská prihláška do SSVPL SLS

Nečlenovia, ktorí sa zúčastňujete našich akcií, podporte nás a staňte sa našimi riadnymi členmi. Prihláška za člena SSVPL SLS je v prílohe tohto čísla VP.

*MUDr. Peter Makara, MPH  
prezident SSVPL SLS*

## Podpora pre indikáciu enterálnej výživy v ambulanciách VLD

Vážené kolegyně, vážení kolegovia,

týmto by sme Vás radi informovali o aktuálnej situácii v oblasti kategorizácie dietetických potravín na Slovensku.

Ako členovia výboru zastávame názor, že enterálna výživa je neoddeliteľnou súčasťou liečebného procesu našich pacientov. Výskyt malnutricie sa s pribúdajúcim vekom zvyšuje, u pacientov nad 75 rokov sa dokonca vyskytuje u 45% populácie. Malnutričia v domovoch dôchodcov dosahuje 40%. V tejto súvislosti má manažment liečby pacientov spoločne s enterálnou výživou veľký význam.

V súčasnosti sú realizované indikácie enterálnej výživy v ambulanciách na základe potreby určenej lekárom. Tento stav je podmienený skutočnosťou, že definícia malnutricie *nie je žiaľ* v platnej legislatíve definovaná *dostatočne a jednoznačne*. Viacerí sme boli svedkami rozsiahlych kontrol zo strany zdravotných poisťovní. Táto situácia len komplikuje liečebný proces našich pacientov a je *nevyhnutné* podniknúť kroky, ktoré lekárom umožnia postupovať v súlade so súčasnými poznatkami medicíny a indikovať enterálnu výživu u všetkých pacientov, ktorí na ňu majú z hľadiska medicíny nárok.

Od začiatku roka prebehlo niekoľko stretnutí zástupcov MZ SR, kategorizačnej komisie a zdravotných poisťovní, ktorých výsledkom je nová podoba indikačných a preskripčných obmedzení, ktorá nadobudne platnosť 1.7.2013. Súčasťou dokumentácie každého pacienta, ktorému bude indikovaná enterálna výživa bude univerzálny protokol, ktorého podobu nájdete na [www.vpl.sk](http://www.vpl.sk) a v **prílohe tohto čísla VP**. Navyše od 1.7.2013 môžu všeobecní lekári pre dospelých indikovať enterálnu výživu všetkým svojim pacientom, ktorých majú vo svojej starostlivosti (neplatí už podmienka o výlučnej starostlivosti pacienta).

Sme presvedčení, že používaním tohto protokolu, ktorý nám umožní preskripciu enterálnej výživy v indikovaných prípadoch, úplne eliminujeme možné udelenie pokuty zo strany zdravotných poisťovní.

Našou povinnosťou je poskytnúť nutričnú podporu všetkým pacientom, ktorí ju potrebujú.

*MUDr. Mária Voleková  
Prezidentka SSPEV<sup>1)</sup>*

*MUDr. Peter Makara, MPH  
Prezident SSVPL SLS*

<sup>1)</sup> Slovenská spoločnosť parenterálnej a enterálnej výživy

<b>Príhovor prezidenta SSVPL SLS</b> .....	2
<b>Podpora pre indikáciu enterálnej výživy v ambulanciách VLD</b> .....	4
<b>Výročná správa SSVPL SLS za rok 2012 (MUDr. Iveta Vaverková, MPH)</b> .....	5
<b>Prečo je všeobecný lekár na Slovensku iba vrátnikom? Rozhovor ZN s P.Makarom</b> .....	6
<b>Stop kriminalizácii lekárov! Mobilizácia lekárov v SLK!</b> .....	8
<b>Uznesenie výboru SSVLD SLS a list MUDr.P. Beňa (SSVLD SLS) prof. P. Krištúfkovi</b> .....	9
<b>E-mailová správa priameho účastníka z kongresu SSVLD v Žiline</b> .....	9
<b>Odpoveď prof. P. Krištúfka MUDr. P. Beňovi</b> .....	9
<b>Návrh na predčasné voľby výboru MUDr. P.Pekarovič podporený uznesením výboru SSVPL SLS</b> .....	10
<b>K rezidenčnému programu. Rozhovor P. Makaru pre Slovak Spectator z 3.6.2013</b> .....	11
<b>Výmenné lístky</b> .....	12
<b>Právne stanoviská advokátskej kancelárie SLK k aktuálnym zmenám legislatívy</b> .....	16
<b>Význam očkovania (doc. MUDr. Zuzana Krištúfková, PhD)</b> .....	18
<b>Krátke správy zo zahraničných konferencií (MUDr. Iveta Vaverková, MPH)</b> .....	19
<b>XX. Svetová konferencia WONCA Praha 2013 (MUDr. P. Lipták)</b> .....	20
<b>Abstrakty z ČS dňa zúčastnených členov SSVPL SLS</b> .....	21
<b>Aktuality zo zasadnutia výborov WONCA v Prahe (MUDr. Jana Bendová)</b> .....	26
<b>Všeobecné praktické lékařství (prof. MUDr. Bohumil Seifert)</b> .....	27
<b>Slovenskí všeobecní lekári na konferencii Wonca Praha 2013 (MUDr. Iveta Vaverková)</b> .....	27

#### Vložené materiály:

**Prihláška za člena SSVPL SLS**

**Protokol na indikovanie enterálnej výživy –vzor na kopírovanie**

**Pozvánka na preventívnu XXXIV. Výročnú konferenciu SSVPL SLS**

**Prihláška na túto konferenciu**

#### Všeobecný praktik ISSN 1339-2840

Adresa redakcie: Všeobecný praktik, SSVPL SLS, Námestie SNP 10, 814 66 Bratislava

Email: [vseobecny.praktik@vpl.sk](mailto:vseobecny.praktik@vpl.sk)

Editor MUDr. Peter Lipták, autori fotografií Milan Kapusta a Peter Lipták, grafické práce Barbora Gerthoferová a Viktor Vadkerti. Tlač Kníhtlač Gerthofer. Distribúcia FARMI-PROFI spol. s r.o.

Všeobecný praktik je časopis Slovenskej spoločnosti všeobecných praktických lekárov SLS (SSVPL SLS), Námestie SNP 10, 814 66, Bratislava, IČO: 35607131, DIČ: 2020971502



# Výročná správa SSVPL SLS za rok 2012



V roku 2012 výbor SSVPL SLS svoju činnosť zamerlal na oblasť sústavného kontinuálneho vzdelávania, prípravu a realizáciu preventívnych projektov v našich ambulanciách, problematiku organizácie primárnej starostlivosti a finanč-

ného ohodnotenia. Pokračovala medzinárodná spolupráca. Ďalším dôležitým cieľom bola príprava XXXIII.výročnej konferencie našej spoločnosti.

**Výbor pracoval v zložení: MUDr. Iveta Vaverková, MPH – prezidentka, MUDr. Peter Makara, MPH – viceprezident, MUDr. Peter Pekarovič – vedecký sekretár, MUDr. Jana Bendová, MUDr. Eva Bérešová, MUDr. Karol Herda, MUDr. Martina Jandzíková, MUDr. Ján Kaňuch, MUDr. Marián Šiška – aktívni členovia výboru. Do výboru boli ďalej zvolení aj MUDr. Imrich Herbaček, MUDr. Peter Marko, MPH a MUDr. Zuzana Nedelková a MUDr. Valéria Vasilová. MUDr. Peter Lipták – pracoval ako riaditeľ sekretariátu.**

V roku 2012 pribudlo do SSVPL SLS 104 nových členov.

Výbor pokračovala v spolupráci so SLK a ASL v rámci platformy „Aliancia“. Aktívne sme sa podieľali na príprave rokovaní so zdravotnými poisťovňami aj na základe podpory členskej základe mandátnymi zmluvami. Našou aktivitou a zviditeľnením práce všeobecným lekárom sa podarilo presadiť do štruktúr SLK v nových voľbách dostatok všeobecných lekárov, aby sme mali do budúcnosti dobrú pozíciu pri rokovaní a presadzovaní našich požiadaviek.

V roku 2012 sme pripravili 2 cykly o problematike očkovania (jar/jeseň spolu 16 seminárov) v 8 mestách Slovenska. Pripravili sme regionálne semináre s problematikou ATB liečby infekčných ochorení a využitia merania CRP v ambulancii, ako spôsobu zníženia preskripcie ATB. Odborne sme garantovali regionálne semináre zamerané na liečbu KV ochorení, internetové vzdelávanie –autodidaktické testy.

Pokračovali sme v realizácii projektov „Dni zdravých žíl“, Dni zdravého srdca“. Spustili sme projekt „PROKOP“ zameraný na prevenciu KV ochorení. Výsledky všetkých spomínaných projektov budú kolegovia prezentovať na celosvetovej konferencii WONCA 2013.

Taktiež pokračovala naša spolupráca s redakciou HERBA, kde sme prispeli návrhmi do redakčného plánu vydavateľstva a poskytli sme odbornú garanciu a podporu 3 publikáciám, ktoré sú určené nielen pre všeobecné ambulancie.

SSVPL SLS bola prizvaná aj k mediálnej kampani ohľadne

zdravej výživy, kde sme pripravili nielen články, ale aj krátke vstupy pre televíziu.

Na poli medziodborovej spolupráce sme sa aktívne zúčastnili na IV. Slovenskom vakcinologickom kongrese, XVI. Kongrese SLS, 6. Kongrese „Medicína pre prax“, 22. Konferencii Slovenskej spoločnosti pre parenterálnu a enterálnu výživu.

Dôležitá a významná bola aj naša medzinárodná spolupráca a aktívna účasť na konferencii LINNEAUS „Patient safety“ v Lodzi (PL), konferencii ECDC „Inform, protect, immunise: engaging underserved populations“ v Dubline (VB), európskej konferencii WONCA 2012 vo Viedni (AU) a konferencie CEVAG „Adult Vaccination Group Meeting“ v Istanbule (TU). Vďaka usilovnej práci v rámci WONCA a dlhoročnej spolupráci s českými kolegami (ČSVL ČLSJEP) sme spoluorganizátormi ČS dňa na celosvetovej konferencii WONCA 2013 v Prahe. Je to pre nás veľká česť a uznanie našej práce.

XXXIII. výročná konsolidačná konferencia SSVPL SLS bola doposiaľ najväčšou konferenciou svojho druhu na Slovensku. **Registrovaných bolo 847 účastníkov, z toho 646 lekárov, 137 zdravotných sestier, 64 zástupcov farmaceutických firiem, odznelo 60 hodín odborných prednášok, 10 workshopov, prednášalo 9 zahraničných a 64 domácich hostí, z toho 17 všeobecných lekárov, zúčastnilo sa 30 vystavovateľov a 10 partnerov.**

Financovanie SSVPL SLS v roku 2012 bolo vďaka dostatočnému získaniu finančných grantov vyrovnané, pokrylo všetky náklady na plánované aktivity spoločnosti. Písomné zápisy a podrobné vyúčtovanie je uložené na sekretariáte.

Pri vyhodnocovaní roku 2012 môžeme konštatovať, že SSVPL SLS naďalej pokračovala v rozvoji svojich aktivít a podarilo sa jej ponúknuť svojim členom kvalitné vzdelávacie aktivity a taktiež aktívne vystupovala v koordinácii pri podpore profesijných záležitostí.

Výbor SSVPL SLS ďakuje za všetky podnety, ktoré by prispeli k zlepšeniu jeho činnosti v roku 2013. Podnety je možné zasielať na mailovú adresu spoločnosti [vpl@vpl.sk](mailto:vpl@vpl.sk), alebo telefonicky na sekretariát spoločnosti, všetky informácie a kontakty na [www.vpl.sk](http://www.vpl.sk) v záložke "O nás".

Rada by som na záver poďakovala všetkým aktívnym členom výboru, všetkým aktívnym členom našej spoločnosti a aj všetkým „tichým“ podporovateľom za pomoc a spoluprácu v roku 2012. Verím, že sa počet aktívnych kolegov bude z roka na rok zvyšovať a naša práca nám bude potešenie.

MUDr. Iveta Vaverková, MPH  
Prezidentka SSVPL SLS 15.3.2013





# Prečo je všeobecný lekár na Slovensku iba vrátnikom?

Článok MUDr. Makaru v ZN č.19 v máji 2013

Pýta sa Branislav Janík

## 1. Aké je reálne postavenie primárnej zdravotnej starostlivosti?

Primárna starostlivosť na Slovensku je dlhodobo zanedbávaná. Keď sa pozrieme na vývoj po roku 1990 tak PZS je stále viac obmedzovaná v kompetenciách a tak vytláčaná na okraj. Napriek podpore WHO sa nám nedarí zaujať v zdravotnom systéme na Slovensku také postavenie, ktoré by umožnilo naplno využiť efektívnosť, kvalitu a dostupnosť zdravotnej starostlivosti poskytovanej zdravotným systémom s rozvinutou PZS. Výsledkom je „zdecimovaná“ primárna starostlivosť. Ako vidíme na výsledkoch štatistík, ide o prestarnutie bez adekvátnej náhrady mladšími kolegami. Mnohé nepríjemné povinnosti sú prenášané na primárnu starostlivosť bez zabezpečenia zdrojov na adekvátnu odmenu za vykonanú prácu. Iba všeobecní lekári majú ako ambulantní lekári povinnosť slúžiť LSPP, obhliadať mŕtvych podľa rozpisu UDZS, poskytovať priestory svojej ambulancie pre potreby posudkového lekára Sociálnej poisťovne, riešiť sociálne potreby pacientov a vypisovať tlačivá pre potreby UPSVaR bez valorizácie platieb už niekoľko rokov. Preto sa nečudujeme, že naši kolegovia sú vyhorení, unavení a v ambulanciách a na LSPP sa množia pochybenia, ktoré sú obratom zverejnené v TV. V prehľadoch UDZS sú v počte sťažností na 3. mieste za chirurgickými odborníkmi, a preto predpokladám, že sú na 1. mieste v sťažnostiach na ambulantných lekárov. Pri tom všetkom je primárna ambulantná starostlivosť nenahraditeľná. Podľa prieskumu WHO sú naše ambulancie primerane technicky vybavené, denne ošetríme viac ako 50 pacientov. Potrebuje viac kompetencií, aby mohla efektívne riadiť čerpanie obmedzených zdrojov v zdravotníctve.

## 2. Aká by mala byť? Kto by mal byť lídrom, ukazujúcim priority? Rezort, hlavná odborníčka, vaša spoločnosť?

Lídrom je jednoznačne WHO. Aj na blížiacej sa svetovej konferencii všeobecných lekárov Wonca World 2013 v Prahe vystúpi ako hlavný arbiter primárnej zdravotnej starostlivosti generálna riaditeľka WHO pani Margaret Chan. No a samozrejme za naplnenie odporúčaní WHO zodpovedá v každej krajine vláda. Naša odborná spoločnosť disponuje potenciálom odborníkov, ktorí sú zapojení do štruktúr Wonca, EFPC (Európskeho fóra primárnej starostlivosti) a spolupracujeme s inštitútom Nivel, ktorý aj stanovil ako spolupracujúci vedecký inštitút WHO, na základe prieskumu situácie v PZS v roku 2011 na Slovensku, „diagnózu“ a odporúčania pre rozvoj PZS, čo bolo v roku

2012 opakovane prezentované aj na MZSR.

Ako som, už uviedol v predchádzajúcej otázke, potrebujeme viac kompetencií, aby sme mohli vykonávať naše poslanie efektívne, príprava nových lekárov už na fakultách s primeranou praxou pred atestáciou. Nie, niekoľko týždňových lekárov primárneho kontaktu, ako reakciu na dlhodobú nečinnosť kompetentných, čo pociťujeme ako výsmech našej špecializácii. Preto líderstvo na Slovensku v našom obore by malo prevziať Ministerstvo Zdravotníctva s úzkou spoluprácou s odbornou/odbornými spoločnosťami a SLK.

## 3. Ako sa menili kompetencie všeobecných lekárov s meniacimi sa vládami? V čom sa ukrajovali, čo lekárom reálne chýba?

Kompetencie sa výrazne nemenili, šlo skôr o spolitizovanie výmenných lístkov ako nejakého „buzerovania“ občanov. Ich základnou funkciou je však to, aby sa zdravotná starostlivosť čerpala cielene a maximálne efektívne, keďže takéto poskytovanie ZS by mali uhrádzať zdravotné poisťovne. Práve pre opakované zmeny v legislatíve svoju funkciu nenaplnili. **Najväčší problém súčasnosti je, že po návrate výmenných lístkov zostali obmedzené kompetencie VL, to znamená, že VL musí pacienta odoslať k špecialistovi iba za účelom predpisu liekov na bežné, stabilizované ochorenie, ktoré zhodnotenie špecialistu vôbec nevyžaduje a tiež na jednoduché diagnózy niektorých systémov (napríklad kožné, ušné, očné, diabetes, hypertenzia...) potrebné lieky môžu písať iba špecialisti. Všeobecný lekár je tak na Slovensku postavený do úlohy vrátnika, ktorý vydáva vstupenky na rôzne vyšetrenia k špecialistom. Zavedenie výmenných lístkov iba nasmerovalo pacientov k vrátnikovi, čo samozrejme pacientov neuspokojuje. A ani lekárov-vrátnikov, ktorí majú zakázané liečiť a majú povolené robiť iba vrátnikov. Pacienti namiesto toho aby šetrili čas a sily tým, že ochorenia rôznych orgánových systémov im lieči všeobecný lekár po ten stupeň zložitosti, ktorý zvládne tak musia obiehať špecialistov aj s jednoduchými problémami. Súčasne z toho potom vyplýva nedostatok kapacity špecialistov, ktorí nemajú vôbec čas sa venovať ambulantne zložitým pacientom dôkladne, vlastne pracujú ako všeobecní lekári pre jeden orgán- riešia všetky jednoduché prípady a zložité možno radšej posielajú na hospitalizáciu. Tým sa stráca akákoľvek efektívnosť spolupráce medzi VL, ambulantnými špecialistami a nemocnicami.**

#### 4. Prečo nie je vzťah lekár – zdravotná poisťovňa rovnoprávny a prečo sú lekári permanentne nespokojní s preplácaním poskytnutých výkonov?

Lekári sú permanentne nespokojní s výškou kapitácie preto, lebo stále neodzrkadľuje reálne náklady na primeranú odmenu lekára so špecializáciou a zdravotnej sestry pracujúcej na ambulancii. **Zodpovední odmietajú stanoviť ceny výkonov podľa ich reálnych nákladov.** Kapitáčná platba sa zvyšuje iba po nátlakových akciách, čo všetkých zbytočne vyčerpáva. **Mnohí dodnes nepochopili, že ambulantní lekári zo zdrojov, ktoré im prichádzajú z poisťovní zabezpečujú poskytovanie zdravotnej starostlivosti, ktorá má mať v primárnej starostlivosti určitú štruktúru a rozsah. Ak zdroje nekryjú potrebnú zdravotnú starostlivosť musí sa zákonite znížiť jej kvalita a dostupnosť.** Keď pridáme neustále sa meniacu legislatívu, tak pozornosť lekárov musí byť zameraná na „sebaobranu“ a nie na liečenie pacientov. Napríklad presadenie zmeny legislatívy súvisiacej s nákupom očkovacích látok, aj napriek našim odborným intervenciám v zdravotnom výbore NRSR, priniesla zmätok a pravdepodobne najnižšiu preočkovanosť v EU.

#### 5. Občas sa objavia názory, že by bolo potrebné prehodnotiť systém kapitácií. Váš názor?

Kapitácia je v primárnej starostlivosti základná platba, ktorá by mala pokryť 80% nákladov ambulancií. Rešpektovanými vedeckými inštitúciami ako je inštitút Nivel je považovaná za základný nástroj šetrenia finančných zdrojov v zdravotnom systéme. Je to logické, keďže kapitáčná platba nenúti lekára aby pacienta „točil“ a ani aby pacienta odosielať k špecialistovi, ktorý je platený výkonom platbou, ktorá ho práve motivuje aby pacienta „točil“ a tým sa vyčerpávajú neúčelne zdroje verejného zdravotného poistenia. Problém dneška je v tom, že napríklad naša kapitáčná platba, keď si ju porovnáme s kapitáciami všeobecných lekárov v susednom Česku je v priemere asi na úrovni 60%. Preto aj základnou našou požiadavkou je dorovnanie kapitácie na úroveň českých kolegov. Z tohto pohľadu je systém kapitácií správny. Potrebuje však zlepšovať tak, aby odzrkadľoval potreby pacientov v jednotlivých vekových skupinách. Dnes vidíme nedostatok lekárov v dnes „neatraktívnych“ lokalitách, ďaleko od nemocníc s malým počtom (napr. do 1000) starých pacientov. Preto vyššia kapitácia vo vysokých vekových skupinách, prípadne s koeficientom navýšenia pre neatraktívny región by zabezpečila primárnu zdravotnú starostlivosť práve tam, kde to občania tohto štátu potrebujú. Príplatok za sledovanie rizikových pacientov - napr. hypertonikov, momentálne konzultovaný na úrovni ZP, prinesie v budúcnosti zníženie nákladov na liečbu komplikácií a lepšie financovanie primárnej starostlivosti.

#### 6. Bude podľa vás unitárny systém plusom či mínusom pre konkrétneho lekára v konkrétnej ambulancii?

Pri primeraných a jasných pravidlách financovania je pre primárnu starostlivosť jedno, aký systém bude na Slovensku fungovať. Problém je však komplexný a zložitejší. Uvidíme ako bude fungovať systém.

#### 7. Vekový priemer všeobecných lekárov sa zvyšuje a ani nie 20 percent aktívnych lekárov pracuje v primárnej starostlivosti. Ako dosiahnuť, aby pre mladých absolventov medicíny bol tento odbor atraktívnejší? Na vysokej škole, v praxi?

Recept je veľmi jednoduchý a súvisí iba s normalizáciou pomerov

- a) v pregraduálnom a postgraduálnom vzdelávaní
- b) v obnovení kompetencií nášho odboru a
- c) v normalizácii platieb za našu prácu.

Poznáme situáciu v zahraničí, v krajinách kde primárna zdravotná starostlivosť príkladne funguje patrí odbor všeobecné lekárstvo k najatraktívnejším a preto aj my presne vieme ako to jednoducho dosiahnuť. V súčasnosti podporujeme aktivity hlavnej odborníčky pri presadzovaní tzv. rezidentského programu, ktorý naša spoločnosť už viac rokov presadzuje. Tento program už funguje v Českej republike. Dúfajme, že sa podarí presadiť spravodlivé pravidlá a aj nevyhnutné finančné zdroje na jeho budúce fungovanie.

#### 8. Je vôbec vzdelávanie, ale aj profesionálny rozvoj na dostatočnej úrovni?

V súčasnosti nie je. V pregraduálnom vzdelávaní chýbajú katedry všeobecného lekárstva so štandardným zakotvením v akademickej pôde. Chýba preto školská a vedecká báza nášho odboru. V postgraduálnom vzdelávaní nám chýba rezidentský program, ktorý by zabezpečil materiálne postgraduálne vzdelávanie vo všeobecnom lekárstve. Dnešní mladí všeobecní lekári na postgraduálnom školení, žijú bez akéhokoľvek oficiálneho príjmu a sú odkázaní na neštandardné financovanie, na podporu svojich rodín alebo svojich kolegov.

#### 9. Vystihla minuloročná analýza WHO postavenie primárneho kontaktu na Slovensku?

Myslím si, že primerane poukazuje na kľúčové problémy primárnej starostlivosti na Slovensku, o túto analýzu sa opierame aj pri svojich návrhoch na zmeny v nastavení systému zdravotnej starostlivosti na Slovensku.

#### 10. Spomínaná analýza odporučila znovuzavedenie výmenných lístkov, čo sa od 1. apríla stalo realitou a názory sa rôznia... V čom je podľa vás reálny prínos tohto kroku, keď pacient sedí najprv v ambulancii svojho všeobecného lekára?

Podľa WHO si pacient zaslúži komplexnú starostlivosť u svojho všeobecného lekára. Táto ale nesmie zostať oklieštená tak ako to je v súčasnosti na Slovensku čo spôsobuje jej neúnosnú fragmentáciu a to zťažuje zbytočne pacientov. Legislatíva sa neustále mení a reakcia na ňu nie je možná zo dňa na deň. Výsledky sa dostavia po určitom čase. Hlavnou úlohou, je aby pacient zodpovedne pristupoval ku čerpaniu zdrojov. Aby pred rozhodnutím čerpať tieto zdroje najprv navštívil svojho lekára a svoje laické rozhodnutie konzultoval. Pacient by mal nielen najprv sedieť u svojho všeobecného lekára, ale mal by ním byť aj komplexne ošetrovaný a od neho by nemal chodiť k špecialistom ale vo väčšine prípadov by mal ísť domov. Iba v zložitých prípadoch by mal všeobecný lekár pacientov odosielať na konzultáciu k špecialistom.

Zmena by si vyžadovala od MZSR aj jednu jednoduchú vec. Okrem vyriešenia kompetencií všeobecných lekárov by to chcelo aj oprášiť vyhlášku o dispenzarizácii, ktorú zrušil minister Zajac a ktorá je dodnes základom pre spoluprácu všeobecných lekárov a špecialistov v susednej Českej republike. Dnes prijatý zákon je znovu iba bič na lekárov, lebo jeho formulácia umožňuje sankcionovať buď lekárov primárneho kontaktu, keď výmenný lístok nevypláca správne alebo nevypláca špecialistovi poskytnutú zdravotnú starostlivosť. To podľa môjho názoru nie je správny prístup.

### 11. Ani primárna sféra sa nevyhne sofistikovaným informačným systémom. Vzhľadom na vekový priemer sú všeobecní lekári schopní i ochotní novinky eHealth prijímať a využívať?

Aj táto otázka tu nemusela byť, keby mal prístup zodpovedných za riadenie zdravotníctva a aj primárnej starostlivosti za posledných 20 rokov nejakú víziu a cieľ. Dnes tu máme situáciu, ktorú by mali zodpovední brať na zreteľ, ináč ich dobrý úmysel môže dopadnúť aj ináč ako očakávajú. Využitie eHealth v primárnej starostlivosti má svoje špecifiká. Zaoberáme sa nimi aj v pracovnej skupine Wonca informatics working party alebo v rámci EFPC. O náš názor na túto problematiku v zahraničí je záujem ale doma o to zatiaľ nebol záujem. Myslíme si, že takéto zmeny budú fungovať iba ak sa podarí dosiahnuť všeobecný konsenzus zúčastnených strán. Inak to budú opäť iba vyhodené peniaze.

### 12. Už roky sa ťahá rozkol medzi praktickými lekármi, jestvujú dve spoločnosti, ktoré nedokážu nájsť spoločný jazyk a zdá sa, že aj zastrešujúca Slovenská lekárska spoločnosť nevie nájsť riešenie... O čo vlastne komu ide, aké je riešenie?

Situáciu medzi praktickými lekármi nemožno chápať ako rozkol. Vo výbore našej spoločnosti SSVPL SLS sú zastúpené paritne všetky strany podľa toho ako boli jednotliví členovia zvolení členskou základňou vo voľbách v roku 2010. V jednom výbore sedím s kolegami Vaverkovou,

Pekarovičom, Nedelkovou aj Markom a myslím si, že nám nič nebráni spolupracovať na rozvoji všeobecného praktického lekárstva.

Našu činnosť dokresľuje napríklad to, že sa nám podarilo podporiť účasť viac ako 50-tich všeobecných lekárov na svetovú konferenciu Wonca v Prahe kde SSVPL SLS spoluorganizuje Česko-Slovenský deň. Ďalej v súčasnosti spoluorganizujeme unikátny projekt Dni zdravých žíl, pripravujeme našu medzinárodnú XXXIV. Výročnú konferenciu tentoraz pod heslami : „Prevencia – štít zdravia“ a „Všeobecný praktik- štít prevencie“. Konferencia sa už tradične uskutoční vo Vysokých Tatrách v Starom Smokovci 17.-19. 10.2013. Tak ako každoročne tu privítame zástupcov všetkých zoskupení všeobecných lekárov a budeme riešiť ako ďalej po konferencii Wonca, ktorá určite zmení situáciu a prinesie nové pohľady na rozvoj primárnej starostlivosti aj na Slovensku. Obidve skupiny ukázali svoje organizačné a odborné schopnosti. Ustáva vzájomné osočovanie. Predpokladám, že sa blížíme ku vyriešeniu tejto nepríjemnej situácie.

*MUDr. Peter Makara, MPH, prezident SSVPL SLS*

## Stop kriminalizácie lekárov! Mobilizácia lekárov v SLK!

### Vyhlásenie Rady SLK

Slovenská lekárska komora oceňuje prístup prezidenta SR, že sa rozhodol vrátiť na opätovné prerokovanie NR SR zákon z 22. mája 2013, ktorým sa mení a dopĺňa zákon č. 300/2005 Z. z. Trestný zákon v znení neskorších predpisov a ktorým sa menia a dopĺňajú niektoré zákony.

Slovenská lekárska komora vyzýva poslancov NR SR, aby využili túto príležitosť a prijali taký zákon, ktorý bude plne rešpektovať ústavnosť a nebude diskriminovať zdravotníckych pracovníkov.

*V Bratislave, 11.6.2013 Rada SLK*

**Výbor SSVPL SLS podporil aktivity SLK vedené prezidentom M. Kollárom proti kriminalizácii lekárov. Aktívne sme sa zúčastňovali protestov pred NR SR v máji 2013 a podporujeme aj súčasné aktivity SLK chrániace záujmy zdravotníkov ale aj pacientov.**



## Uznesenie výboru SSVLD SLS o vymáhaní členských príspevkov od SLS 3. osobou zo zahraničia

Výbor SSVLD SLS poveril uznesením dr. Beňa aby informoval prof. Krištúfka, že výbor SSVLD SLS pod vedením MUDr. Nedelkovej pripravuje odpredaj pohľadávky voči SLS s nevysořiadaným členským tretej strane do zahraničia.

MUDr. Beňo píše:

„Vážený pán profesor, počas celoslovenského kongresu SSVLD SLS v Žiline, ktorý prebiehal za obrovského záujmu médií, zasadal aj výbor SSVLD SLS, ktorý ma uznesením poveril dať Vám informáciu, že ak nebude vysporiadané členské od r.2010 až doteraz, k termínu 30.5.2013, odpredáme pohľadávku 3.osobe. Z osloveným záujemcom o odkúpenie pohľadávky (ide o sumu cca 80 000 eur) som absolvoval úvodné stretnutie. Prosím o urýchlenie úhrady pohľadávky, aby som vedel, či mám pokračovať v jednaní s 3.osobou, nakoľko tá je zo zahraničia a zbytočne sa navyšujú náklady na cesty, čo tiež v konečnom vyúčtovaní zaplatíte Vy. Mimochodom celý kongres, ako aj minulý a predminulý sme financovali bez členských príspevkov a členská základňa si, vytvára negatívny obraz o praktikách SLS, ktorý keď sa preniesie aj na širšie forum, ohrozí aj existenciu SLS ako takej, čo nechceme.

S úctou

*MUDr.Peter Beňo, viceprezident SSVLD SLS pre komunikáciu.“*

### Z e-mailovej pošty, správa priameho účastníka kongresu SSVLD SLS v Žiline:

Chcel by som Vám len ozrejmiť ako to bolo na tom tak“ silno médiami „podporovanom „megakongrese“ všeobecných lekárov v Žiline, ako to v emaili popisoval MUDr. Beňo.

Celý kongres sa niesol v duchu „príde aj ministerka“

Pozývanie a kampaň kongresu bola založená na medializácii pripravovaného rezidentského programu, a ťahúňom bola HO MZ SR a hypotetická návšteva ministerky. Na kongres nakoniec ministerka ani neprišla, ospravedlnila sa vraj na poslednú chvíľu. Takže im odpadol ministerský blok. Ešte v ten deň mali v programe aj Doc. MUDr. Filipovú - na prednášku o Ekg - 30 min interaktívne. Doc. MUDr. Filipová sa na poslednú chvíľu ospravedlnila, prednáška sa nekonala. Nesledoval som celý program, ale ani iné prezentácie z programu sa nekonali.

V prvý deň bolo na kongrese tak 100-120 ľudí, počítali sme ich spoločne...Aj to väčšina z nich prišla kvôli ministerke. V sobotu sme ich narátali 70 - 80 v sále, a to už aj s reprezentantmi firiem, keďže pomedzi stánky nemal kto chodiť, chodby boli prázdne a tak reprezentanti sedeli v sále.

Spoločenský večer - 50 účastníkov, a po 22 hodine asi 30 skalných.

Členská schôdza - do 20 prítomných, spolu aj s náhodnými účastníkmi, ktorí sa tak nevedomky zrejme stali ich členmi...

### Záver a poučenie:

1. Je smutné, že kolegovia nemajú záujem o vzdelávanie.
2. Musíme reputáciu všeobecných lekárov napraviť na výročnej konferencii SSVPL SLS na jeseň v Tatrách. (meno a adresu máme v redakcii)

### Odpoveď prof. MUDr. Krištúfka MUDr. Beňovi zo SSVPL SLS z 3.6.2013:

Vážený pán, MUDr. Peter Beňo, viceprezident pre komunikáciu SSVLD SLS, dňa 3. 06. 2013 som si po návrate zo zahraničnej pracovnej cesty prečítal mail od Vás, v ktorom mi nedôstojným spôsobom oznamujete závažné skutočnosti, týkajúce sa predaja údajnej pohľadávky vo výške cca 80.000,- € do zahraničia, ako aj údajného negatívneho vytvárania obrazu členskou základňou o praktikách SLS a tým ohrozenia existencie SLS ako takej.

Uznesenie, ktorým Váš výbor SSVLD SLS poveril napísaním tohto oznámenia, ste nám nepredložili. O obsahu mailu budem informovať Prezídium a Dozornú radu SLS a zároveň požiadam obidva výbory odbornej spoločnosti všeobecných lekárov o zaujatie stanoviska.

Slovenská lekárska spoločnosť vždy pravidelne, podľa zmluvy, poukazovala vybrané členské príspevky všeobecných lekárov. Problém vznikol až vtedy, keď v odbornej spoločnosti nastali vnútorné rozpory a vznikli dva výbory. Každý z nich, prostredníctvom svojich predstaviteľiek písomne oznámil SLS nový bankový účet, na ktorý žiadal poukázať vybrané členské príspevky v plnej výške.

**Opakovane sme vyzývali predstaviteľov obidvoch výborov, aby nám písomne oznámili výsledok dohody, na ktorý z účtov máme previesť členské príspevky všeobecných lekárov, aby sme mohli pripraviť dodatok k zmluve a poukázať im tieto finančné prostriedky. Bohužiaľ, do dnešného dňa nám nebola doručená písomná dohoda a ani právoplatný rozsudok súdu v tejto veci.**

**Z uvedeného jednoznačne vyplýva, že SLS neporušuje žiadne dohody a preto bude nútená vykonať potrebné kroky na ochranu pred poškodzovaním svojho mena a zavádzaním našej členskej základne a odbornej verejnosti nepravdivými informáciami.**

K Vášmu konštatovaniu, ktoré sa týka financovania kongresov SSVLD SLS poznamenávam, že odborné spoločnosti SLS si bežne zabezpečujú finančné prostriedky na realizáciu vzdelávacích podujatí predovšetkým z edukačných grantov, nie z členských príspevkov. V prípade kongresov SSVLD SLS som sa viac razy osobne úspešne angažoval, aby Vám boli poskytnuté edukačné granty.

S pozdravom

*prof. MUDr. Peter Krištúfek, CSC  
prezident SLS*

### Email MUDr. Petra Pekaroviča, vedeckého sekretára SSVPL SLS, ktorým reagoval na situáciu, z 5.6.2013:

Vážený pán prof. MUDr. Peter Krištúfek, CSc., prezident SLS!

Stotožňujem sa s Vaším názorom na e-mail od Dr. Beňa. Myslím si, že je to nenáležitý nátlak na Vás a na SLS, nenáležitý pokus získať peniaze druhých.

Výbor SSVPL SLS prijal uznesenie na riešenie vnútornej situácie v odbornej spoločnosti všeobecných lekárov. Nakoľko sa doteraz nepodarilo racionálne a za rešpektovania elementárnych pravidiel slušnosti a poriadku vyriešiť situáciu v odbornej spoločnosti a postoj oboch skupín sa nezbližili,

SSVPL SLS navrhuje nasledujúce riešenie:

1. Predložíme našej členskej schôdzi návrh na skrátenie terajšieho funkčného obdobia nášho výboru. Tým sa otvorí priestor na vyhlásenie predčasných volieb, z ktorých by vzišiel nový výbor, ktorý by bol rešpektovaný všetkými VL.
2. Kandidovať môžu všetci členovia, ktorí si platia členské do odbornej spoločnosti. Nik nebude z volieb vylučovaný.
3. Volby sa uskutočnia prostredníctvom nezávislej inštitúcie - SLK. SLK má vytvorenú inštitúciu Lekár, a.s., prostredníctvom ktorej SLK organizuje konferencie, kongresy a podobné podujatia. SLK má technické aj morálne kapacity na nezávislé vykonanie takejto akcie.
4. Nebude prijaté predvolebné moratórium, nakoľko pri jeho prípadnom porušení od kohokoľvek by mohli byť volby opäť spochybňované.
5. SLK vykoná volby do odbornej spoločnosti VL za režijnú, neziskovú cenu. Tieto náklady budú uhradené z prostriedkov členského, ktoré sú t. č. deponované na účte SLS.
6. Nový výbor bude 13 - členný a zostaví sa podľa kľúča tzv. regionálneho princípu, podľa ktorého boli vyhlásené aj volby v r. 2010. To znamená, že v záujme zastúpenia všetkých regiónov Slovenska, bude členom výboru ten VL, ktorý v danom regióne získa najvyšší počet hlasov. Takto sa určia mená 8 členov výboru. Zvyšných 5 mien sa určí podľa poradia v celkovom počte získaných hlasov za celé Slovensko.
7. Výbor, ktorý vzíde z týchto volieb si zvolí prezidenta odbornej spoločnosti, určí oficiálny názov odbornej spoločnosti a vykoná právoplatný zápis do registra na MV SR.
8. Následne budú na účet nového výboru prevedené členské príspevky VL, ktoré sú t. č. deponované na účte SLS.
9. Týmto sa vytvorí priestor na ukončenie všetkých súvisiacich súdnych sporov a na stiahnutie všetkých žalôb.
10. Tento postup sa tiež predloží na odsúhlasenie členskej schôdzi, aby v budúcnosti nebolo možné tieto volby a ich výsledky nikým spochybňovať.
11. Rovnaký postoj a postup, ako je uvedený v bodoch 1.-10., očakávame aj od skupiny okolo Dr. Nedelkovej.
12. Týmto sa skonsoliduje situácia v odbornej spoločnosti VL a vytvorí sa priestor na konštruktívnu prácu v prospech všetkých, po čom väčšina VL na Slovensku nástojčivo volá.

V tejto súvislosti tiež uvádzam, že riešenie, ako je uvedené v bodoch 1.-12., sme mali pripravené na nové stretnutie SLS a oboch skupín VL, ktoré bolo Vami navrhnuté. Ako prípadné termíny sme prostredníctvom prezidenta SSVPL SLS navrhli 21.-23.5.2013. SSVPL SLS na tento návrh nedostala žiadnu odozvu.

Taktiež pripomínam, že na stretnutí SLS a oboch skupín VL na sklonku r. 2012 na pôde SLS a neskôr aj v Žiline, v oboch prípadoch Dr. Nedelková verejne vyhlásila, že nemá problém odstúpiť z funkcie prezidentky svojej skupiny, ak tak učiní aj prezidentka SSVPL SLS Dr. Vaverková. Tá tak učinila. Dr. Vaverková z funkcie prezidentky odstúpila a pracuje ďalej v našom tíme ako viceprezidentka. Prezidentom SSVPL SLS bol zvolený Dr. Peter Makara.

Dr. Nedelková svojmu verejnému príslubu doteraz nedostala.

Vážený pán profesor! Riešenie vlekkej škodlivej situácie v odbornej spoločnosti VL, ako je uvedené v bodoch 1.-12., považujeme za jediné čestné, nespochybniteľné, nikoho nepoškozujúce, a pritom najmenej komplikované. Komu naozaj záleží na rozvoji odboru VL, nemal by mať problém dohodnúť sa na takomto riešení a nechať členov aby rozhodli.

Preto Vás prosíme o podporu takéhoto spoločného postupu, aby už konečne táto smutná kapitola odišla do histórie.

Ďakujeme za porozumenie a za Vaše zasadenie sa o spravodlivé vyriešenie problémov.

S pozdravom,

Hlohovec, 5.6.2013

MUDr. Peter Pekarovič,  
vedecký sekretár SSVPL SLS

### Výbor SSVPL SLS k problematike vyriešenia situácie v SSVPL SLS schválil 19.6.2013 toto uznesenie:

**Výbor SSVPL SLS trvá na nových voľbách tak, ako to bolo v podrobnostiach navrhnuté v emaili Dr. Pekaroviča. Až nový výbor, ktorý takto vznikne bude plne legitímny narábať s financiami, ktoré sú v depozite SLS.**



## K rezidenčnému programu

**MUDr. Peter Makara, MPH**  
prezident Slovenskej spoločnosti všeobecného praktického lekárstva SLS (SSVPL SLS)

Odpovede pre týždenník The Slovak Spectator, vyšlo 3.6.2013:

[http://spectator.sme.sk/articles/view/50240/3/ministry\\_to\\_boost\\_general\\_practice.html](http://spectator.sme.sk/articles/view/50240/3/ministry_to_boost_general_practice.html)

**- Ako vnimate tzv. Rezidentský program, ktorý minulý týždeň predstavilo ministerstvo zdravotníctva?**

Dnešná situácia vo vzdelávaní bola legislatívne zakotvená MZ SR v roku 2005. Lekár absolvent LF, ktorý sa rozhodne stať po skončení štúdia na vysokej škole napríklad internistom, sa zamestná v nemocnici a dostane nástupný plat (dnes cca 1000 Eur). Ten, ktorý sa rozhodne stať všeobecným lekárom nemá kde nastúpiť. V nemocnici ho nezamestnajú a má teda nástupný plat 0,00 Eur. To ale nie je všetko. Potrebuje odšťažovať. Napríklad má predpísaných 12 mesiacov na internom oddelení. Nielen, že za túto prácu nedostáva plat, ale musí nemocnici za to, že tam stázuje a pracuje zaplatiť. Sumy za mesiac stážovania sú rôzne od 100-400 Eur mesačne. Takže vznikla dokonalá finančná bariéra, aby sa ktorýkoľvek absolvent mohol stať všeobecným lekárom.

Rezidentský program musí byť predovšetkým o poskytnutí financií absolventovi medicíny, na niekoľkoročné obdobie do atestácie a tiež na uhradenie jeho stáží. Sme radi, že po dlhom čase MZ SR priznalo neudržateľnosť súčasnej situácie. Už dnes sú pacienti ktorí majú dostupnosť primárnej zdravotnej starostlivosti sťaženú a musia za svojím všeobecným lekárom cestovať aj do väčších vzdialeností a v krátkej budúcnosti ubudne ďalších 700 lekárov VLD(GP). Teraz očakávame že MZ SR získa potrebné financie a predstaví konkrétny plán a pravidlá tak, ako to je napríklad v ČR.

Financovanie projektu je totiž jeho podstatnou komponentou a bez vyriešenia detailov financovania nemôžeme hovoriť o úspešnom spustení projektu časť lekárov. V ČR je rezidentský program od roku 2009. Tam v súčasnosti majú cca 500 rezidentských miest. To znamená, že v ambulanciách všeobecným lekárom vytvorili pracovné miesta pre všeobecných lekárov rezidentov dotované štátom. Miesto jedného

rezidenta v ČR dotujú cca 1200 € mesačne. 55% z tejto sumy na plat a odvody rezidenta, 20% dostáva školiaca ambulancia VLD a zvyšok je na zaplatenie stáží. Zdôrazňovanie toho, že VLD na Slovensku budú školiť zadarmo zatiaľ svedčí o tom, že predstavený projekt MZ SR nie je ešte finančne krytý.

**- Ambíciou tohto programu je zatriktívnenie povolania všeobecného lekára a posilnenie teoretických vedomostí a praktických zručností medikov a absolventov lekárskej fakulty. Má podľa Vás tento program potenciál dosiahnuť tieto ciele?**

Tento program bol len teraz predstavený a my sa s ním oboznamujeme. To čo sme sa dozvedeli z tlačovej besedy sú zatiaľ pomerne chudobné informácie. Chápeme to ako deklarovanie, že MZ SR si reálne uvedomuje súčasnú veľmi vážnu situáciu. Za organizáciu a riadenie primárnej zdravotnej starostlivosti tak ako to podčiarkol vo svojich adresných odporúčaní MZ SR aj Dr. Wienke Boerma (WHO- Nivel v októbri 2012) nesie MZ SR plnú zodpovednosť. MZ SR nám teraz prezentuje svoju vôľu niečo s tým urobiť. Môžeme to chápať aj ako volanie MZ SR o pomoc pri získavaní potrebných finančných zdrojov na rok 2014. V tomto naša odborná spoločnosť SSSVPL SLS podporuje hlavnú odborníčku MZ SR pre všeobecné lekárstvo MUDr. Moniku Paluškovú.

**- Aké sú podľa Vás najakútnejšie problémy, ktorým všeobecné lekárstvo musí čeliť?**

1. Neexistencia reálneho vzdelávacieho programu, ktorý by mal potenciál kontinuálne dopĺňať ľudské zdroje v našom odbore a to vedie k súčasnej kritickej situácii. Ako uviedol dr. Wienke Boerma(WHO-Nivel): „ **Nebolo by problémom, že u vás pracujú lekári aj vo veku 70 rokov, ale problémom je, že nemáte mladých lekárov, ktorí by ich mohli nahradiť.**“
2. Výrazné podfinancovanie celého segmentu primárnej starostlivosti. Financie dnes pokrývajú menej ako 60% nákladov našich ambulancií a to maximálnou mierou prispieva k neatraktívnosti odboru. Chýbanie financií spôsobuje, že súkromný lekár si nie je schopný vyplatiť dostatočnú mzdu, ktorú garantuje zákon lekárom v nemocniciach. **A kto by chcel pracovať niekde, kde zarobí podstatne menej ako v nemocnici?**
3. Okliešťovanie našej práce, jej obmedzovanie preskripčnými a kompetenčnými obmedzeniami. Nelogickými legislatívnymi obmedzeniami je nám znemožnená komplexná a kvalitná starostlivosť o pacientov.

**Očakávame, že MZ SR bude presadzovať odstránenie legislatívnych prekážok v našej práci a tak zlepšiť dostupnosť, komplexnosť a kvalitu poskytovanej primárnej zdravotnej starostlivosti. Úspešný rezidentský program by mohol znamenať prvú zmenu k lepšiemu.**

*MUDr. Peter Makara, MPH, prezident SSVPL SLS*

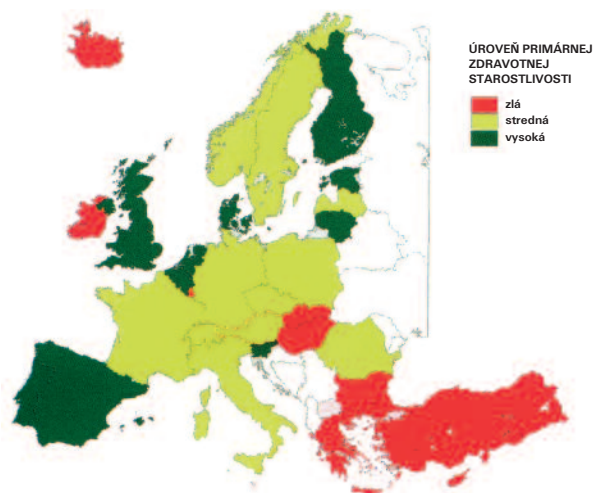


# Výmenné lístky

Z [www.blog.sme.sk](http://www.blog.sme.sk)

**Výmenné lístky verus kompetencie**

SZO (Svetová zdravotnícka organizácia) urobila v SR v roku 2011 prieskum úrovne poskytovania zdravotnej starostlivosti. Výsledky v priebehu roku 2012 opakovane diskutovala s MZ SR a so zástupcami zdravotných poisťovní, odborných spoločností lekárov, SLK a inými zástupcami poskytovateľov zdravotnej starostlivosti. V hodnotení primárnej starostlivosti sme v súčasnosti medzi najhoršími v Európe. Patríme ku krajinám ako je Turecko, Grécko, Bulharsko a Maďarsko. Lepšie výsledky má ČR ale aj Rumunsko. Prečo je tomu tak?



1. **SZO poukázala na to, že v SR existujú právne prekážky, ktoré bránia praktickým lekárom poskytovať pacientom komplexné služby.** Jedná sa o množstvo neobvyklých preskripčných a kompetenčných obmedzení, ktoré prekážajú všeobecným lekárom aby mohli účinne liečiť pacientov. Význam primárnej starostlivosti je v komplexnosti služieb poskytovaných praktickými lekármi a preto **SZO odporúča zrušiť tieto právne bariéry** a rozšíriť služby všeobecných lekárov o množstvo výkonov a kompetencií aj vzhľadom na starnúcu populáciu.
2. Podľa SZO nebol dobrý nápad zrušenie systému odporúčaní, výmenných lístkov, pred 2 rokmi a preto **SZO odporúča, aby bol znovu zavedený systém výmenných lístkov od praktických lekárov k špecialistom.** SZO uvádza dôkazy z mnohých krajín, že **systém, kde sa pacienti dostanú k špecialistovi s odporúčaním od praktického lekára, je koordinovanejší, efektívnejší a zabezpečuje pacientom kvalitnejšiu a spravodlivejšiu dostupnú zdravotnú starostlivosť.**
3. V súčasnosti výkony, ktoré majú praktickí lekári vykonávať, nie sú dostatočne popísané, nie je jasne definovaný balík služieb, ktoré majú robiť sami a ktoré problémy majú poslať ďalej k špecialistom, čím trpí kvalita aj dostupnosť služieb. Vyhláška o dispenzarizácii, ktorá to zabezpečovala a úspešne roky riešila spoluprácu všeobecných lekárov a špecialistov pri starostlivosti o chronicky chorých pacientov bola zrušená ministrom Zajacom. **Táto sabotáž zdravotnej starostli-**

**vosti o chronických a starých pacientov** vytlačila z nej všeobecných lekárov a zabezpečila väčší zisk pre trhovo orientovaný systém tzv. riadeného zdravotníctva na úkor zdravia pacientov. Preto dnes konštatuje SZO, že na Slovensku nemajú všeobecní lekári v starostlivosti o chronických pacientov potrebné kompetencie. Podľa SZO by **starostlivosť o chronicky chorých a prevencia, mali byť prioritami primárnej starostlivosti. Tieto dnes nie sú dostatočne poskytované kvôli nejasnostiam v kompetenciách ale aj kvôli nedostatočnému financovaniu primárnej starostlivosti.** Nejasnosti v kompetenciách a nedostatočné financovanie zdravotníctva sú výsledkom činnosti ponovembrových vlád a každým rokom sa prehlbujú.

4. Ako ukázala **XXXIII. Konsolidačná výročná konferencia všeobecných lekárov** (SSVPL SLS) ale aj mimoriadny snem Slovenskej lekárskej komory (SLK), súčasné MZ SR sa dôkladne oboznámilo so správou a odporúčaniami SZO. Posledné udalosti v parlamente potvrdili, že sa akceptovalo znovuzavedenie výmenných lístkov, to znamená manažovanie pacienta všeobecným lekárom ako základný predpoklad efektívneho fungovania zdravotného systému. **Ak ale nepôjde znovuzavedenie výmenných lístkov ruka v ruku so zrušením kompetenčných a preskripčných obmedzení všeobecných lekárov, potom pacient bude opäť iba vohnaný do našich umelo nekompetentných ambulancií.** Opäť to skončí fiaskom, nahnevanými pacientmi dožadujúcimi sa vo dverách našich ambulancií iba vystavenia výmenných lístkov. Všeobecný lekár v normálnom systéme nie je určený na vypisovanie výmenných lístkov, ale ako ukazujú jednoznačné skúsenosti napríklad z Holandska dokáže oveľa viac. V Holandsku až v 96% všetkých prípadoch všeobecný lekár definitívne vyrieši problémy pacientov a iba v 4% potrebuje pacienta konzultovať so špecialistami. Pritom holandský systém je považovaný za jeden z najlepších v EÚ. Vyznačuje sa nielen pluralitným súkromným zdravotným poistením ale aj maximálnym využitím potenciálu primárnej zdravotnej starostlivosti. Tu je treba pripomenúť, že slovenskí všeobecní lekári absolvujú v rámci euroatestácie ten istý rozsah školenia ako holandskí všeobecní lekári. Je na poslancoch v parlamente a na vláde, aby nielenže zaviedli výmenné lístky, ale aby aj zrušili legislatívne kotrmelce, ktoré bránia všeobecným lekárom liečiť pacientov. Bolo by chybou nevyužiť obrovský potenciál všeobecných lekárov práve v tomto neľahkom období finančnej krízy, kedy sa hľadá efektívny systém, ktorý by dokázal zabezpečiť kvalitné a spravodlivo dostupné zdravotníctvo pre občanov.

**Budú pacienti aj naďalej absolútnymi rukojemníkmi nekompetentných politikov, ktorí nerešpektujú potreby pacientov ani názory odbornej verejnosti a menia nastavenia zdravotného systému neustále k horšiemu?**

**Alebo sa navráti vláda pacientom?**

Peter Lipták, streda 6. februára 2013 15:22

<http://liptak.blog.sme.sk/c/320175/Vymenne-listky-verus-kompetencie.html#ixzz2Wj7DwOtW>

## Z e-mailu MUDr. Petra Liptáka pani Michaele Laktišovej z Inštitútu zdravotníckej politiky MZSR o súčasných kompetenčných obmedzeniach VLD:

### „Prečo si myslíte, že sú dnešní VLD schopní vykonávať svoju prácu?“

VLD/GPs v SR sú schopní vykonávať svoju prácu jednoducho preto lebo sú na to školení a majú z tohto odboru atestáciu, to znamená najvyššie vzdelanie, ktoré je možné v tomto odbore v tomto štáte. Je uznávané aj v krajinách EÚ. To znamená, že po 10-tich rokoch štúdia sme špecializovaní na všeobecné lekárstvo, školení na zvládnutie ochorenia každého orgánového systému. Pacienta zvládame komplexne to znamená, že zohľadňujeme opatrenia potrebné pre zvýšenie alebo aspoň udržanie celkového zdravia pacienta a nie iba optimálne nastavenie jednotlivých orgánových systémov. Preto náš odbor v súčasnosti v ére multimorbidít a ageingu získava aspoň v ostatných krajinách OECD na význame. Stali sme sa špecialistami na multimorbidítu u staršou populácie, na imobilných, inkontinentných aj umierajúcich pacientov. Totiž každý z týchto pacientov uprednostňuje domáce prostredie, chce byť liečený doma a tam chce aj zomrieť. Predpokladám, že to tak chcete a cítite aj Vy, pani Laktišová. Takže ono to nie je ani také ťažké tieto myšlienky prijať keďže sa dotýkajú každého.

Sme radi, že naše najvyššie vzdelanie v odbore a našu kompetentnosť uznáva niekedy aj MZSR. Veď aj v rámci plánovaného rezidenčného programu chce vyvzdelávať VLD prostredníctvom školiacich ambulancií našich súčasných VLD. Keď budú vyvzdelaní dnešnými VLD potom im chce dať kompetencie. **Ale prečo potom nechce dať prirodzené kompetencie aj súčasným VLD?**

Všeobecný lekár zabezpečuje prvé poschodie zdravotnej starostlivosti a chodí k nemu celá populácia (čo je významné hlavne pre preventívne programy) a je darom pre každého pacienta keď má takého všeobecného lekára, že môže chodiť iba k nemu a domov. To znamená, že všeobecný lekár rieši všetky problémy pacienta po ten stupeň zložitosti, ktorý vie zvládnuť. O tom, čo už nevie zvládnuť rozhoduje všeobecný lekár. Rozhodnutie koho poslať k špecialistovi a koho liečiť vlastnými silami je strategické rozhodnutie VLD a na to aby sme sa rozhodli správne, sme špeciálne školení. V Holandsku napríklad 96% všetkých pacientov chodí iba takto k VL a domov. Keď sa praktik zo Slovenska presťahuje do Holandska tak začne automaticky fungovať, so svojím vzdelaním, takto.

Na Slovensku je taká paradoxná situácia. Štát investuje do lekára VLD, aby po cca 10-tich rokoch štúdia mu nedovolil robiť to na čo ho nechal vyškoliť, nemôže liečiť pacientov vo svojom odbore údajne, že preto lebo na to nemá dostatok vedomostí. A kto by to mal vedieť lepšie než ten kto to študoval 10 rokov?

Takže pacienti v SR nemôžu byť liečení u svojho lekára musia obiehať tzv. orgánových špecialistov. Kolko len tisícok kilometrov sa u nás pacienti nachodia namiesto toho aby sa s nimi jeden lekár komplexne zaoberal. Do primárnej starostlivosti nechodia pacienti preto aby ich tam lekári, ktorí 10 rokov študovali liečili, ale iba aby ich poslali ďalej. Pacienti sú najradšej keď im VLD podajú lístok, „do kina“ cez dvere. Lekár nie je lekár ale iba vrátnik. Investujeme toľko prostriedkov aby sme nútili odborníkov s doktorským titulom robiť vrátnikov. Takúto nelogickú anomáliu v inej krajine nenájdeme.

Konkrétne keď si zoberieme epidémiu neprenosných ochorení, ktorá je aktuálne pod drobnohľadom OSN tak tu existujú tieto nelogické obmedzenia:

1. Chronické ochorenia kardiovaskulárneho systému - hypertenzia- všeobecný lekár má preskripčné obmedzenia na mnohé lieky, ktoré majú byť dostupné aby pacienti si nemuseli k nemu chodiť iba pre lístok. Napríklad nebivolol, najviac kardioselektívny betablokátor, ktorý je liekom voľby napríklad pre mladých inak celkom zdravých mužov s ľahkou hypertenziou, čiže neexistuje žiadny dôvod aby chodili za špecialistom. Všeobecný lekár mu ordinuje iný betablokátor a urobí z neho impotent. Iba špecialista môže ordinovať nebivolol ktorý z mladého muža s hypertenziou impotentu neurobí. Problémom môže byť, že špecialista rieši súčasne zložité stavy, kde je rád, že pacient prežije a tak problém s impotenciou u mladého muža ho ani nenapadne riešiť. A tak dostane mladý muž zasa iba betablokátor spôsobujúci impotenciu. Pohľady lekára primárnej a sekundárnej starostlivosti sa líšia.

Nemôžeme písať všetky sartany hoci sa všetky preplácajú iba do výšky valsartanu. Nemôžeme písať urapidil hoci je to vynikajúci liek metabolicky neutrálny a cenovo prístupný a hlavne do kombinácie je často nepostrádateľný. Nemôžeme písať niektoré fixné kombinácie, hoci práve fixné kombinácie boli vyvinuté pre primárnu prax. Adherencia na liečbu hypertenzie je u špecialistov 30-50%, čo znamená že lieky od špecialistov užíva iba 30-50% pacientov. Takže 50-70% liekov ktoré ordinujú špecialisti aj tak idú rovno do koša. Najčastejší dôvod neúspechu liečby hypertenzie je neužívanie liekov pacientmi. U praktikov je adherencia na liečbu hypertenzie a dosahovanie cieľových hodnôt krvného tlaku viac ako 90%. Takže sa vyhodí iba 10% predpísaných liekov.

- zlyhávajúce srdce - nemôžeme písať pomaly a dlhodobo pôsobiace betablokatory a preto pacienti s počínajúcim zlyhávaním srdca nie sú vôbec správne liečení a musia čakať až sa ich zlyhávanie zhorší a potom vstupujú do systému cestou RZP alebo zomrú, nemôžeme ani ordinovať pacientom indikované kardiometabolické lieky, u pacientov s fibriláciou predsiení nemôžeme indikovať ani u tých, ktorí spĺňajú indikačné kritériá nové p.o. antikoagulantia, a namiesto včasnej liečby pacienti mesiace čakajú, kým im konečne niekto predpíše liek, ktorý potrebujú.

2. lipidy - nemôžeme titrovať u pacientov liečbu statínmi a tak ich musíme posielat k zázračným internistom, ktorých

zázrak spočíva vo zvýšení dávky nami ordinovanej liečby a potom si ich už dispenzarizujú a prispievajú k bezdôvodnej fragmentácii starostlivosti u stabilizovaných pacientov.

2. Chronické ochorenia dýchacieho systému - obmedzenia pri liečbe nádchy, astmy a CHOCHP bránia všeobecným lekárom v akejkoľvek účinnej pomoci pacientom, ktorí sú v blízkosti ich ambulancií. Namiesto bezprostrednej pomoci pacienti musia dochádzať do vzdialených ambulancií špecialistov. Špecialisti píšú presne to čo by sme písali aj my. Dnes sa používajú štandardné fixné kombinácie liečiv podľa štandardných guidelinov a všade na svete ich píšú GP aj v ČR. Dokonca pri GINA guideline – ktorý je základom pre liečbu A. bronchiale podľa ktorého u nás liečia naši špecialisti astmatikov je jedným z jeho autorov všeobecný lekár. Britský všeobecný lekár je tvorca guidelineu pre slovenských špecialistov a naši všeobecní lekári majú legislatívne zakázané používať tento guideline, ktorý vytvoril náš kolega GP z Veľkej Británie.

Taká istá situácia je v CHOCHP a zvlášť komická je situácia v nádche. Slovenskí špecialisti na nádchu- alergológovia používajú guideline pre liečbu nádchy, ktorý je zostavený aj európskymi všeobecnými lekármi aj pre všeobecných lekárov. Keď chce liečiť nádchu podľa guidelineu VLD na Slovensku tak si musí pacient liečbu hradiť v plnej výške. Pacienti to radi robia, vzhľadom k cene do 10 Eur si dostupnosť tejto liečby u všeobecného lekára radi zaplatia.

3. Diabetes. Zvláštna kapitola slovenskej medicíny. Starostlivosť o týchto pacientov, v rozpore so všetkými odporúčaniami WHO vyzývajúci k spolupráci zainteresovaných segmentov, si na Slovensku uzurpovala nespolupracujúca skupina lekárov diabetológov, ktorí systematicky blokujú horizontálny model starostlivosti, pritom ich vlastný originálny vertikálny model sám nemá dostatočnú kapacitu a je príčinou zlyhávania diabetologickej starostlivosti na Slovensku. Nevedia sa dostatočne postarať o diabetikov a to hlavne nie o tých, ktorí majú počínajúce ochorenie a prediabetes, kde včasná správna intervencia v našej ambulancii VLD môže predĺžiť obdobie bez komplikácií až o 20 rokov. V ČR beží diabetologický program v primárnej starostlivosti zásluhou príkladnej spolupráce diabetológov s VLD. Je aktuálne nastavený tak, že o 20% diabetikov sa starajú VLD a o zvyšok diabetológovia. Pacient si môže sám vybrať, či chce byť liečený u VLD alebo u špecialistu. Výsledky starostlivosti u VLD a diabetológov sú vyhodnocované a sú porovnateľné. Na Slovensku nielen že máme preskripčné obmedzenia prakticky na všetky lieky ale aby sa zablokovala aj možnosť používať metformin tak diabetológovia zablokovali preplácanie základného nástroja na monitorovanie liečby diabetu – zablokovali preplácanie vyšetrenia glykovaného hemoglobínu ambulanciám VLD. Diabetologická starostlivosť má možnosť pokračovať v ambulanciách VLD iba ak si pacienti zaplatia za vyšetrenie glykovaného hemoglobínu 10 Eur každé tri mesiace. Je to 40 Eur ročne a napríklad ja som nútený organizovať systém solidárnych patientských darov len preto aby mal každý pacient dostupnú štandardnú

diabetologickú starostlivosť aj v mojej ambulancii všeobecného lekára.

V iných krajinách ako je ČR a SR diabetológovia neexistujú takže tam lekári VLD prirodzene sa starajú o pacientov s diabetom vrátane predpisovania a liečby inzulínom.

4. Onkologické ochorenia – VLD nemajú ambíciu indikovať a manažovať protinádorovú liečbu. Problémom je, že sú preskripčne obmedzené lieky proti bolesti. Čo iné ako bolesť by mal mať možnosť liečiť každý lekár podľa guidelineu WHO? To isté platí o liečbe chronických rán a vredov. VLD nemôžu písať žiadne moderné obvazy na vredy, pritom vredov a dekubitov majú u svojich pacientov v domácom ošetrovaní najviac zo všetkých špecializácií. K imobilným pacientom domov chodí iba VLD. Ďalej sú tu obmedzenia na inkontinenčné pomôcky, na prípravky enterálnej výživy...

Mohol by som pokračovať do neurológie, gastroenterológie, psychiatrie, očné, ORL, kožné...

Mohol by som zmieniť obmedzenia v dostupnosti interných predoperačných vyšetrení...

Mohol by som zmieniť rozsiahle obmedzenia pri indikáciách laboratórnych vyšetrení, CT, MR, rtg vyšetrení. Nedávno som riešil prípad sťažnosti pacienta na všeobecného lekára, kde všeobecný lekár bol obmedzený tým, že poisťovňa neprepláca RTG chrbtice ak ho indikuje VLD...

Takže keď to zhrniem a zovšeobecním. Na liečenie pacientov sú potrební kompetentní lekári. Kompetencie by mali súvisieť s dosiahnutým vzdelaním. Vzdelanie je u nás splnené ale napriek tomu nemáme prislúchajúce kompetencie.

Ďalej je treba dostatok liekov. Lekári liečia liekmi. Či je liekov dostatok to súvisí aj s adhérenciou pacientov na liečbu, ktorá je základným predpokladom efektívneho vynakladania finančných prostriedkov na lieky. Je predpoklad oveľa lepšej adhérencie na liečbu u VLD ako u špecialistu.

Na Slovensku máme nedostatok lekárov špecialistov aj praktikov ale ani nie všetci dnešní lekári môžu predpisovať lieky podľa svojej odbornosti.

Je to zle zorganizované, systém nie je efektívne nastavený nie je postavený na potrebách pacientov.

Pacienti kým vládzu tak je až obdivuhodné koľko sa do ambulancií špecialistov nachodia.

Keď už nevládzu a zostanú doma, tak sa im stane potrebná liečba administratívnymi opatreniami nedostupná.

Nielen všeobecní lekári ale hlavne ich pacienti sú dnes na Slovensku diskriminovaní.

*MUDr. Peter Lipták, 31.5.2013*



## Z [www.blog.pravda.sk](http://www.blog.pravda.sk)

“Výmenné lístky” ako prostriedok „preháňania” pacienta. Nie ministerstvom, ale odbornými lekármi.

Zo svojho okolia neustále počúvam za a proti výmenným lístkom. Najskôr boli politickým bojom opozície a koalície, namiesto toho, aby pomohli pacientom. Politický boj sa skončil a nastala každodenná realita. Lekár špecialista potrebuje „odporúčanie obvodčaka na špecializované vyšetrenie”. To je v poriadku, že váš obvodčak má vedieť kedy a čo vám bude nejaký špecialista liečiť, veď on má vedieť o vás najviac. Ale ak už ste liečený u špecialistu napríklad na cukrovku, tak ďalšie kontroly tejto liečby by už nemali obvodčaka zaujímať. Napriek tomu špecialisti neustále vyžadujú aj na sebou predpísanú kontrolu „výmenný lístok” od odvodného lekára. Vrcholom bolo neurológom vyžadovanie výmenného lístka od pacientky, ktorá bola prepustená z nemocnice po mozgovej príhode. Ten „špecialista” vyžadoval výmenný lístok od obvodčaka, pričom pacientka bola poslaná na špecializovanú kontrolu lekárom neurológom z nemocnice, odkiaľ ju prepustili po ukončení hospitalizácie. Neurológ „špecialista” ju nevyšetрил, ale vrátil k svojmu obvodčakovi po výmenný lístok. Tak som sa spýtal ako to má byť a dostal som odpoveď od kompetentných. AHA:

Dobrý deň,

Lekári špecialisti (interné kožné, chirurgia, neurológia, kardiológia... atď okrem zubárov a gynekológie) **neustále vyžadujú písať znova a znova výmenné lístky** od obvodnej ambulancie aj na tých pacientov, **ktorých majú v dispenzári** a už ich liečia špecialisti. Oni si objednávajú pacienta na kontrolu a vyžadujú po pacientovi doniesť výmenný lístok od obvodného lekára. Je to normálny postup? Tento poznatok mám z ambulancie obvodného lekára.

### ODPOVEĎ Z ÚDZS:

Od 1.4.2013 platí novela zákona (č. 576/2004 Z. z), ktorá zavádza tzv. výmenné lístky pri návšteve lekárov – špecialistov. To znamená, že váš všeobecný lekár, ktorý vás na vyšetrenie k špecialistovi pošle, získa lepší prehľad o vašom celkovom zdravotnom stave, o tom, aké vyšetrenia ste absolvovali a aké lieky užívate, aby sa predišlo prípadným kontraindikáciám a poškodeniu vášho zdravia.

- Odporúčanie všeobecného lekára potrebujete pri liečbe ochorení, ktoré nie je možné z odborného hľadiska komplexne realizovať v ambulancii všeobecného lekára. Odporúčanie sa vyhotovuje **pri prvom odoslaní** pacienta do príslušnej špecializovanej ambulancie.
- **Pri následnej kontrole** v špecializovanej ambulancii, ktorá súvisí s doriešením daného ochorenia už ďalšie odporúčanie od všeobecného lekára nepotrebujete.

- **Ak si vaše ochorenie vyžaduje návštevu ďalších špecialistov**, nepotrebujete už ďalšie výmenné lístky od všeobecného lekára. Každé takéto poskytnutie špecializovanej zdravotnej starostlivosti v inej špecializovanej ambulancii, súvisiace s daným ochorením, určí lekár špecialista, ku ktorému vás odoslal váš všeobecný lekár. Týka sa to ochorení, ktoré vyžadujú interdisciplinárny prístup pri liečbe, prípadne potrebnú následnú zdravotnú starostlivosť (napr. indikovanie potrebnej rehabilitácie po úrazoch, cievnych príhodách a pod.).
- **Odporúčanie nie je potrebné** na poskytnutie špecializovanej zdravotnej starostlivosti **v odbore psychiatria, dermatovenerológia a oftalmológia pri predpise okuliarov**.
- Odporúčanie nie je potrebné **do 24 hodín od vzniku úrazu** alebo inej náhlej zmeny zdravotného stavu osoby, ktorej sa poskytuje zdravotná starostlivosť.
- Odporúčanie nie je potrebné **pri dispenzárnej zdravotnej starostlivosti**.
- Odporúčanie nie je potrebné **v prípade ochranného ambulatného liečenia**.
- **Výkony jednodňovej zdravotnej starostlivosti** môže indikovať len príslušný lekár špecialista; odporúčanie k lekárovi špecialistovi vystavuje všeobecný lekár.

*S pozdravom*

*Oddelenie ekonomicko právne ÚDZS*

Takže VÁŽENÍ ŠPECIALISTI – zbytočne využívate výmenné lístky na „preháňanie pacientov”. Neviem či to robíte z politických dôvodov, aby každý nadával na vládu čo je momentálne pri moci, alebo len z nevedomosti. V každom prípade NEMÁTE PRÁVO na výmenný lístok od obvodčaka pri následnej kontrole VAŠEJ liečby pacienta. Takže poprosím všetkých, čo si toto prečítajú, aby si odpoveď vytlačili a ukázali ju svojmu špecialistovi, keď bude od nich požadovať výmenný lístok na kontrolu, na ktorú si ich sám zavolať. Ďakujem taktiež za Vaše postrehy a skúsenosti k danej téme o ktorých by sa mohlo pod blogom podiskutovať. Ja len tolko.

Simon22, 4. Jún 2013 18:06,

<http://simon22.blog.pravda.sk/>

## Právne stanoviská advokátskej kancelárie SLK

### Prehľad zmien v zdravotníckych zákonoch od 01.04.2013

[http://www.lekom.sk/upload/pravna\\_poradna/2013/Prehľad\\_zmien\\_v\\_zdravotnickych\\_zakonoch\\_od\\_01\\_04\\_2013\\_doplnene\\_1364889917.pdf](http://www.lekom.sk/upload/pravna_poradna/2013/Prehľad_zmien_v_zdravotnickych_zakonoch_od_01_04_2013_doplnene_1364889917.pdf)

Dňa 01.04.2013 nadobúda účinnosť zákon č. 41/2013 Z.z., ktorým sa mení a dopĺňa zákon č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov a o zmene a doplnení niektorých zákonov, ktorý zároveň novelizuje zákon č. 576/2004 Z.z. i zákon č. 577/2004 Z.z. V nasledovnom texte Vám prinášame prehľad najdôležitejších zmien.

#### Odporúčania (výmenné lístky)

Opätovne sa zavádzajú odporúčania (výmenné lístky). Písomné odporúčanie všeobecného lekára sa vyžaduje na poskytovanie špecializovanej ambulantnej starostlivosti, okrem gynekologickej a zubno - lekárskej, uhrádzanej na základe verejného zdravotného poistenia. V odporúčaní všeobecný lekár uvedie:

- osobné údaje osoby, ktorej sa poskytuje zdravotná starostlivosť, v rozsahu nevyhnutnom na jej identifikáciu a zistenie anamnézy,
- identifikačné údaje príslušnej zdravotnej poisťovne pacienta,
- identifikačné údaje odporúčajúceho poskytovateľa (svoje údaje),
- stručný opis aktuálneho zdravotného stavu, predbežné stanovenie choroby vrátane jej kódu, rozsah a cieľ odporúčania vyšetrenia a odôvodnenie odporúčania.

Odporúčanie všeobecného lekára sa nevyžaduje ani:

- na poskytnutie špecializovanej ambulantnej starostlivosti poskytovanej v špecializačnom odbore psychiatria, v špecializačnom odbore dermatovenerológia a v špecializačnom odbore oftalmológia, ak ide o predpísanie okuliarov,
- na každé ďalšie súvisiace poskytnutie špecializovanej zdravotnej starostlivosti, ktoré následne určí lekár špecialista
- do 24 hodín od vzniku úrazu alebo inej náhlej zmeny zdravotného stavu osoby, ktorej sa poskytuje zdravotná starostlivosť,
- v prípade dispenzarizácie,
- v prípade ochranného ambulantného liečenia.

O poskytnutí špecializovanej ambulantnej starostlivosti je ošetrujúci lekár povinný bezodkladne vyhotoviť pre všeobecného lekára alebo lekára, ktorý odporučil osobu na ďalšie poskytovanie zdravotnej starostlivosti (napr. v prípade odoslania pacienta špecialistom k inému špecialistovi) správu o poskytnutej zdravotnej starostlivosti. Správa obsahuje:

- dátum a čas zápisu,
- dátum a čas poskytnutia zdravotnej starostlivosti, ak je odlišný od dátumu a času zápisu,

- rozsah poskytnutej zdravotnej starostlivosti a služieb súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti, d) výsledky iných vyšetrení, ak sú súčasťou poskytovanej zdravotnej starostlivosti, o ktorej sa vykonáva zápis,
  - identifikáciu ošetrujúceho zdravotníckeho pracovníka,
  - identifikáciu osoby, ktorej sa zdravotná starostlivosť poskytla,
  - stanovenie choroby vrátane jej kódu.
- Správu nie je povinný vyhotoviť ošetrujúci lekár poskytujúci ambulantnú gynekologickú alebo zubno-lekársku zdravotnú starostlivosť.

V súvislosti so zavedením výmenných lístkov sa ukladá ošetrujúcemu zdravotníckemu pracovníkovi povinnosť na vyžiadanie poskytnúť výpis zo zdravotnej dokumentácie v rozsahu ním poskytnutej zdravotnej starostlivosti všeobecnému lekárovi alebo lekárovi, ktorý odporučil osobu na ďalšie poskytovanie zdravotnej starostlivosti.

#### Lekárska služba prvej pomoci

Upravuje sa spôsob doručovania rozpisu vykonávania lekárskej služby prvej pomoci. Rozpis vykonávania lekárskej služby povinnosti budú samospráve kraje zverejňovať na svojom webovom sídle najneskôr 15 dní pred začiatkom obdobia, na ktoré sa rozpis vyhotovuje. Rozpis vykonávania lekárskej služby prvej pomoci sa bude považovať za doručený poskytovateľom zdravotnej starostlivosti povinným vykonávať lekársku službu prvej pomoci desiatym dňom od jeho zverejnenia na webovom sídle samosprávneho kraja.

#### Nepretržité poskytovanie zdravotnej starostlivosti v zariadeniach ústavnej zdravotnej starostlivosti

V nemocniciach musí byť zabezpečené nepretržité poskytovanie zdravotnej starostlivosti. Nepretržité poskytovanie zdravotnej starostlivosti môže poskytovateľ zabezpečiť

- prácou vo všetkých zmenách v trojzmennej prevádzke alebo v nepretržitej prevádzke,
  - prácou v dvojzmennej prevádzke a pracovnou pohotovosťou na pracovisku, alebo
  - prácou v jednozmennej prevádzke a pracovnou pohotovosťou na pracovisku,
- pričom uvedené pracovné režimy možno doplniť aj pracovnou pohotovosťou na dohodnutom mieste mimo pracoviska. Konkrétny typ pracovného režimu na príslušnom pracovisku pre jednotlivé povolania určí poskytovateľ po prerokovaní so zástupcami zamestnancov.

#### Ďalšie nové povinnosti

Poskytovateľom prevádzkujúcim všeobecnú nemocnicu sa ukladá povinnosť na požiadanie príslušníka Policajného zboru vydať písomné vyjadrenie, či osoba, ktorá je zjavne pod vplyvom alkoholických nápojov, omamných látok, psychotropných

látok alebo liekov, zranená, alebo ktorá upozorní na svoju závažnú chorobu alebo zranenie, môže byť umiestnená v cele policajného zaistenia (v článku v časopise Medikom je na základe nepresnej informácie o schválenom znení zákona nesprávne uvedené, že povinnosť sa ukladá poskytovateľom všeobecnej ambulantnej zdravotnej starostlivosti). Avšak zákon neurčuje, lekár akej špecializácie je oprávnený na vydanie vyjadrenia o zdravotnej spôsobilosti osoby na jej umiestnenie do cely a ani nestanovuje žiadne kritériá na posúdenie fyzickej a psychickej spôsobilosti osoby, ktorá má byť do cely umiestnená. V tejto súvislosti je nutné podotknúť, že lekár bez toho, aby posudzujúca osoba poskytla informovaný súhlas s poskytnutím zdravotnej starostlivosti, nemôže takúto osobu vyšetriť s výnimkou prípadov kedy sa informovaný súhlas nevyžaduje (§ 6 ods. 9 zákona č. 576/2004 Z.z.).

Vzor písomného vyjadrenia, či osoba môže byť umiestnená v cele policajného zaistenia, ustanoví všeobecne záväzný právny predpis, ktorý vydá ministerstvo zdravotníctva. Náklady na vydanie písomného vyjadrenia, či osoba, ktorá je zjavne pod vplyvom alkoholických nápojov, omamných látok, psychotropných látok alebo liekov, zranená, alebo ktorá upozorní na svoju závažnú chorobu alebo zranenie, môže byť umiestnená v cele policajného zaistenia, vrátane zdravotných výkonov potrebných na vydanie takéhoto písomného vyjadrenia hradí štát prostredníctvom Ministerstva vnútra Slovenskej republiky (tieto náklady nie sú hradené z verejného zdravotného poistenia).

Ďalej sa poskytovateľom zdravotnej starostlivosti ukladá povinnosť pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti podávať humánne lieky a používať zdravotnícke pomôcky, ktoré obstarala zdravotná poisťovňa v súlade so zákonom č. 581/2004 Z.z. Táto povinnosť sa nevzťahuje na humánne lieky a zdravotnícke pomôcky, ktorých podanie alebo použitie je z medicínskych dôvodov pre pacienta nevhodné

### Preventívne prehliadky

Menia sa podmienky vykonávania urologickej preventívnej prehliadky hradenej z verejného zdravotného poistenia. Podľa znenia účinného od 01.04.2013 sa na základe verejného zdravotného poistenia vykoná jedna preventívna prehliadka poistenca od 50 rokov veku raz za tri roky alebo poistenca vo veku nad 40 rokov veku s hodnotami PSA  $\leq 1,0$  ng/ml s výskytom karcinómu prostaty v prvostupňovom príbuzenstve raz za tri roky alebo poistenca nad 40 rokov veku s hodnotami PSA 1,1 ng/ml – 2,5 ng/ml s výskytom karcinómu prostaty v prvostupňovom príbuzenstve raz za dva roky alebo poistenca vo veku nad 40 rokov veku s hodnotami PSA 2,6 ng/ml – 4,0 ng/ml s výskytom karcinómu prostaty v prvostupňovom príbuzenstve raz za jeden rok u lekára so špecializáciou v špecializačnom odbore urológia.

Precizujú sa ustanovenia o náplni preventívnych preventívnych prehliadok pre dorast a dospelých. V ustanoveniach náplne preventívnych prehliadok pre dorast a dospelých sa

slovné spojenie „resp. 40 alebo 41 rokov“ nahrádza slovným spojením „u poistencov starších ako 40 rokov“. Súčasťou obsahu preventívnej prehliadky pre dorast a dospelých sa stáva kontrola výšky. Z obsahu preventívnej prehliadky pre dorast a dospelých sa vypúšťa palpačné vyšetrenie prostaty per rectum.

V niektorých častiach sa menia ustanovenia náplne preventívnych urologických prehliadok:

- v časti obsah sa slová „ultrazvukové vyšetrenie prostaty“ nahrádzajú slovami „ultrazvukové vyšetrenie močových ciest a obličiek“.
- v časti okruh poistencov sa za slovo „veku“ vkladá bodkočiarka a slová „muži od 40 roku veku s výskytom karcinómu prostaty v prvostupňovom príbuzenstve“.
- v časti periodicita sa za slovo „roky“ vkladá bodkočiarka a slová „raz za tri roky nad 40 rokov veku s hodnotami PSA  $\leq 1,0$  ng/ml v prípade výskytu karcinómu prostaty v prvostupňovom príbuzenstve alebo raz za dva roky nad 40 rokov veku s hodnotami PSA 1,1 ng/ml – 2,5 ng/ml v prípade výskytu karcinómu prostaty v prvostupňovom príbuzenstve alebo raz za jeden rok vo veku nad 40 rokov veku s hodnotami PSA 2,6 ng/ml – 4,0 ng/ml s výskytom karcinómu prostaty v prvostupňovom príbuzenstve“.
- v časti zoznam výkonov sa vypúšťajú slová „Sedimentácia erytrocytov – FW“ a slová „malej panvy muža transabdominálne“ sa nahrádzajú slovami „močových ciest a obličiek“

Do náplne preventívnych gastroenterologických prehliadok sa vkladá časť - Skríning rakoviny konečníka a hrubého čreva. Obsahom tejto časti gastroenterologickej preventívnej prehliadky je skríning rakoviny konečníka a hrubého čreva zameraný na aktívne a organizované vyhľadávanie rakoviny konečníka a hrubého čreva. Skríning vyhodnocuje Referenčné skríningové centrum. Výkon vykonáva lekár so špecializáciou v špecializovanom odbore všeobecné lekárstvo – štandardizovaný test na okultné krvácanie a lekár so špecializáciou v špecializačnom odbore gastroenterológia, chirurgia alebo vnútorné lekárstvo a s certifikátom v certifikovanej pracovnej činnosti diagnostická a intervenčná kolonoskopia - primárna skríningová kolonoskopia pri pozitívnom štandardizovanom teste na okultné krvácanie. Vyšetrenie sa vykonáva mužom a ženám vo veku nad 50 rokov. Periodicita štandardizovaného testu na okultné krvácanie je jedenkrát za dva roky vo veku nad 50 rokov, primárna skríningová kolonoskopia pri pozitívnom štandardizovanom teste na okultné krvácanie.

Advokátska kancelária  
ŠKODLER & PARTNERS s.r.o.



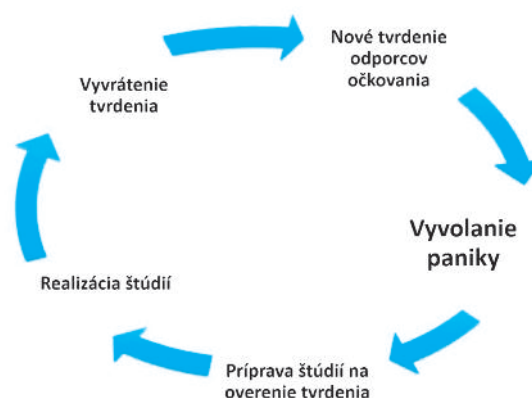
## Význam očkovania je nepochybniteľný Antivakcinačné názory z pohľadu lekára - epidemiológa



V ostatných rokoch sa laická verejnosť, najmä mamičky malých detí stretávajú s pomerne agresívnou kampanou zameranou proti očkovaniu, ktorá sa snaží vytvoriť dojem, že očkovanie je veľmi nebezpečný lekársky zákrok, ktorý vedie k závažnému poškodeniu zdravia a zároveň spochy-

bňujú jeho význam. Na obavách až panike obyvateľstva sa podieľajú spravidla dobre organizované a veľmi aktívne osoby bez medicínskeho vzdelania. Svoje názory a tvrdenia prezentujú najmä na internete, ktorým ovplyvňujú predovšetkým mladých ľudí. Začali vznikať rôzne diskusné fóra, ktoré sú zasycované negatívnymi skúsenosťami matiek s očkovaním svojich detí. Treba však zdôrazniť tri faktory: po prvé, že príspevky v diskusiách sú anonymné, mnohé z nich pripomínajú jeden rukopis, po druhé, matky ovplyvnené takýmito náladami dávajú za vinu očkovaniu všetky zdravotné problémy dieťaťa, ktoré sa vyskytnú aj v časovej, nielen príčinnej súvislosti s očkovaním a po tretie dramaticky popisujú aj očakávané reakcie, na ktoré by ich mal očkujúci lekár upozorniť. Fakt, že hlavný protagonisti odporcov očkovania nemajú medicínske vzdelanie a ich názory nie sú vedecky podložené sa snažia nahradiť tvrdeniami typu, že „študujú po nociach a vedia o očkovaní viac ako ktorýkoľvek očkujúci lekár“, alebo sa prezentujú článkami, ktoré pôsobia vedecky, pretože sú podložené citáciami článkov vo vedeckých časopisoch, alebo „novými vedeckými štúdiami“. Podstatné argumenty, ktoré používajú na odradenie od očkovania však preberajú z iných, rovnako ladených zahraničných stránok. Pri podrobnom preštudovaní uvádzaných citácií odborníkov zistí, že buď sú výsledky štúdií dobre zmanipulované, alebo je tvrdenie vytrhnuté z kontextu. Žiaľ tvrdenia sú prezentované veľmi sugestívne a niekedy im podľahnú aj zdravotnícki pracovníci. Typickým príkladom bol v roku 2010 strach niektorých lekárov z očkovania proti pandemickej chrípke, ktorý sa neskôr ukázal ako bezdôvodný. Zato však počas pandémie zomrelo na Slovensku minimálne 108 ľudí, z toho 6 tehotných žien na chrípku spôsobenú potvrdeným pandemickým kmeňom vírusu chrípky.

Cieľom odporcov očkovania je vyvolávanie aspoň pochybností, keď už nie paniky. Do súvislosti s očkovaním dávajú choroby, ktorých príčiny nie sú známe, ako napr. autizmus, detský diabetes a pod. A to je atraktívne najmä pre médiá, ktoré si senzáciami zvyšujú sledovanosť, resp. čítanosť. Je smutné, keď tomu podľahnú aj médiá, ktoré sú považované za seriózne. Čitateľ akéhokoľvek nerecenzovaného časopisu si dnes musí uvedomiť, že jeho majiteľa zaujíma predovšetkým zisk z predaja. Boj s odporcami očkovania sa nedá vyhrať, nemožno v ňom však poľavovať. Je to *circulus vitiosus*: Vysloviť a zverejniť pochybnosti je totiž veľmi jednoduché a rýchle, potvrdiť, alebo vyvrátiť ich vyžaduje seriózne dlhodobé sledovania a štúdie. Keď sa však štúdiami vyvráti jedno tvrdenie, odporcovia očkovania prídu s novým a o starom, nepotvrdenom, už nehovoria. (obrázok)



**Obr.: Bludný kruh (Circulus vitiosus) „škodlivosti očkovania“**

Typickým, dnes už vedecky vyvráteným príkladom je súvislosť medzi vznikom autizmu a prítomnosťou thiomersalu (látky s obsahom „ortuti“) vo vakcínach, ktorou vysvetľovali antivakcinisti nárast počtu autistických detí v USA. V roku 2003 využil pri svojej kampani vo voľbách za senátora Kalifornie A. Schwarzeneger argument, že v prípade zvolenia zakáže používať vakcíny s obsahom thiomersalu. Po nástupe do funkcie senátora sľub dodržal a vakcíny s thiomersalom zakázal. Po rokoch sledovania sa ukázal objektívny výsledok: Napriek zákazu thiomersalu vo vakcínach sa v Kalifornii výskyt autizmu nezmenil a stúpa tak ako v štátoch, ktoré thiomersal stále používajú. Na stránke [www.prevencaoockovanim.sk](http://www.prevencaoockovanim.sk) je 123 citácií odborných článkov, ktoré serióznymi štúdiami vyvracajú tento vzťah. Diskusia okolo thiomersalu ako príčiny vzniku autizmu viedla tak ďaleko, že toto tvrdenie označili autori jedného odborného článku za „najškodlivejší lekársky podvod posledných 100 rokov“.

Z ďalších bombastických a „zaručených“ tvrdení treba spomenúť napr., fámy, ktoré sa šírili pri zavádzaní očkovania proti vírusovej hepatitíde typu B v roku 1986, že očkovaním sa prenáša AIDS, alebo, že očkovanie je príčinou syndrómu náhleho úmrtia detí, alebo vznik autizmu po očkovaní proti osýpkam mumpsu a rubeole a mnoho iných. Vyvolávanie strachu z očkovania bolo príčinou odmietania očkovania aj v iných štátoch. Vždy to malo za následok vznik epidémií ochorení, ktorým sa dalo zabrániť očkovaním. Odborná i laická verejnosť tak prišla na to, že tvrdenia kritikov očkovania nie sú založené na pravde a dnes sú na okraji záujmu, nielen verejnosti, ale aj médií. V roku 2008, keď USA zachvátila veľká epidémia osýpok adresovalo 88 oficiálnych národných a lokálnych zdravotníckych inštitúcií otvorený list Kongresu Spojených Štátov Amerických, s výzvou, aby politici podporovali očkovanie ([www.prevencaoockovanim.sk](http://www.prevencaoockovanim.sk)).

V súvislosti so slovenskými aktivistami treba zdôrazniť, že odporcovia očkovania nemajú žiadnu zodpovednosť za zdravie ľudí a jasne to deklarujú na svojich webových stránkach. Na webovej stránke Iniciatívy pre uvedomenie si rizík očkovania je napísané: „Obsah týchto stránok odráža výlučne názor jej autorov a slúži len na informačné účely. Prezentované názory sa nesmú chápať ako lekárske odporúčanie. Podrobnosti o okolnostiach

ktorejkoľvek osoby by mali byť konzultované s kvalifikovaným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti, a až na základe toho robiť rozhodnutie, ktoré môže ovplyvniť zdravie tejto osoby alebo kohokoľvek v jej starostlivosti.“ Na webovej stránke Slo-body v očkovaní je jasne napísané, že „Obsah článku je názorom autora a je určený výlučne na informovanie verejnosti. Nesmie sa chápať ako lekárske odporúčanie. Autori nepreberajú zod-povednosť za prípadné škody“. Aktivisti sa týmito vyhláseniami zbavujú zodpovednosti a zároveň tým škody pripúšťajú. To však neznamená, že sa bezpečnosti vakcín a výkonu očkovania nemá venovať pozornosť. Práve naopak. Hlásenie závažných a neočakávaných nežiaducich účinkov každého lieku vrátane očkovacej látky je vecou profesionálnej cti každého lekára. Nikto z očkujúcich nechce očkovaného poškodiť. K prirodzeným obavám z očkovania zo strany rodičov je potrebné pristupovať s porozumením. Odborná verejnosť musí trvale sledovať vedľajšie účinky očkovania a podrobne skúmať príčinnú súvislosť medzi vzniknutou komplikáciou s predchádzajúcou vakcináciou. Závažné nežiaduce reakcie po očkovaní sú však mimoriadne zriedkavé a riziko komplikácii po prekonaní ochorenia je mnohonásobne vyššie.

Vakcíny, rovnako ako iné lieky podliehajú zložitému procesu skúšania a schvalovania pred registráciou a sú predmetom komplexného sledovania aj po registrácii. Spochybňovaním inštitúcií, ako je EMA (European Medicines Agency), FDA (Food and Drug Administration) CDC (Centers for Disease Control and Preven-

tion), ECDC (European Centre for Disease Prevention and Control), WHO a pod. sa môže spochybňovať medicína založená na dôkazoch ako taká. Ako lekár - epidemiológ cítim zodpovednosť za zdravie verejnosti a preto dôrazne odmietam vyvolávanie paniky okolo očkovania. Náklady na vakcíny, napriek tomu, že sa aplikujú všetkým, nielen chorým, predstavujú len 2% nákladov na lieky na Slovensku ročne. Ich význam v predchádzaní chorôb a šetrení nákladov na liečbu je dnes nespochybiteľný. Očkovaním je vedecky overený a najúčinnější spôsob, ako predchádzať ochoreniam. Jeho spochybňovanie patrí síce k módnym a pre médiá atraktívnym fenoménom, avšak môže viesť k tragickým následkom.

**Zdravotnícki pracovníci by mali dôsledne propagovať očkovanie a nepodliehať pravidelným „novým odhaleniam“. Po vakcinológii môžu totiž odporcovia prejsť na ktorýkoľvek iný medicínsky odbor a spochybňovať akékoľvek vedecky overené liečebné postupy.**

To, čo človek má, často ocení, až keď to stratí. Treba len dúfať, že zdravý rozum zvíťazí a nebude tomu tak aj na Slovensku s výbornou situáciou vo výskyte prenosných chorôb, ktorým sa dá zabrániť očkovaním!

*Epidemiológ doc. MUDr. Zuzana Krištúfková, PhD.  
Prodekan Fakulty verejného zdravotníctva,  
Slovenská zdravotnícka univerzita v Bratislave  
Prezident Slovenskej epidemiologickej a vakcinologickej spoločnosti SLS*

### Krátka správa: Konferencia ECDC: „Inform, protect, immunise: engaging underserved populations“ 4. – 6. 9. 2012 Dublin

SSVPL SLS bola pozvaná na konferenciu organizovanú ECDC (European Center for Disease Prevention and Control) k aktívnej účasti na stretnutí ohľadne problematiky očkovania a eliminácie osýpok v euroregióne. Za SSVPL SLS sa s prezentáciou o situácii v SR zúčastnila MUDr. Iveta Vaverková, MPH. Konferencie sa zúčastnilo 17 krajín. Program bol zameraný predovšetkým na prevenciu ochorenia (očkovanie) u vulnerabilných skupín – rómska populácia, utečenci z krajín 3. Svetu, sociálne slabé a neprispôsobiteľné skupiny obyvateľstva v jednotlivých krajinách. Slovenská republika má vďaka fungujúcemu systému očkovania – NIP – takmer nulový výskyt ochorenia na osýpky. Posledné autochtónne ochorenia sa na Slovensku vyskytlo v roku 1998, ostatné sporadické prípady sem boli zavlečené zo zahraničia. Podobnú dobrú situáciu prezentovali aj kolegovia z ČR. Naopak niektoré západné krajiny, napr. Veľká Británia prezentovali lokálne epidémie osýpok v dôsledku nedostatočnej zaočkovanosť detí. Hlavnou témou bola výmena skúseností, ako zlepšiť zaočkovanosť detí najmä vo vulnerabilných komunitách. Prínosom bola najmä diskusia o rôznych stratégiách informovania o ochorení, komunikácie, práce terénnych pracovníkov, dobrovoľníkov.

*MUDr. Iveta Vaverková, MPH  
Zúčastnila sa ako prezidentka SSVPL SLS, 10.9.2012*

### Krátka správa: CEVAG – „Adult Vaccination Group meeting“, 2.11.2012, Istanbul

CEVAG (Central European Vaccination Awareness Group) je združenie 12 krajín „centrálnej“ Európy, ktoré združuje zástupcov z radov lekárov a tvorcov legislatívy z oblasti očkovania. V svojich začiatkoch sa orientovalo predovšetkým na problematiku očkovania detí. Vzhľadom na meniace sa demografické pomery, nové poznatky o zmene imunitného systému v dospelosti, vývoj nových vakcín a ich indikácií sa do popredia dostáva aj problematika očkovania dospelých populácie. Cieľom stretnutia bola pracovná diskusia ohľadne skúseností s očkovaním dospelých populácie a ich legislatívneho rámca v jednotlivých krajinách. Diskutovala sa najmä problematika očkovania rizikových skupín – vek nad 65 rokov, osoby s chronickým ochorením, imunokompromitovaní pacienti, alebo riziková z dôvodu profesie, ekonomického statusu, životného štýlu. V porovnaní s trendom v „západnej“ Európe, je očkovanie dospelých v bývalých postkomunistických krajinách skoro okrajovou záležitosťou. Väčšina krajín má očkovanie proti tetanu a chrípke. Každá krajina má iné intervaly preočkovania, iné podmienky finančného krytia očkovania. Aspekt prevencie a tým úspory financií nie je vládami braný v úvahu. Vzhľadom na veľkú rozdielnosť v systéme očkovania dospelých populácie sa v budúcnosti bude pracovná skupina zameriavať na vypracovanie medzinárodne akceptovateľných doporučení.

*MUDr. Iveta Vaverková, MPH  
Zúčastnila sa ako prezidentka SSVPL SLS, 5.11.2012*

## XX. Svetová konferencia WONCA Praha 2013 už za dva mesiace

(Zdravotnícke noviny 14.5.2013)



Od začiatku konferencie Wonca World Praha 2013 nás delia necelé dva mesiace. Praha sa 25.-29.6.2013 stane Mekkou všeobecného praktického lekárstva. „Palác kultury“ očakáva návštevu do 5000 všeobecných praktikov z celého sveta.

SSVPL SLS má prisľúbený grant na podporu kolegov, ktorí budú mať aktívnu účasť individuálnu alebo v projektoch SSVPL SLS na WONCA2013 – či už v česko-slovenskej časti, alebo v anglickej časti a uhradí za nich registračný poplatok na konferenciu (do výšky grantu). Aj pre tých menej odvážnych, ktorí si netrúfajú na aktívnu prezentáciu máme dobrú správu. Po rokovaníach s českými kolegami sa podarilo dohodnúť len polovičnú sumu registračného poplatku, t.j. to bude 330 €. Pre lekárov do 5 rokov po atestácii 295 €, pre postgraduálnych študentov 160 € a získali sme 10 voľných registrácií pre slovenských medikov. Treba spomenúť aj výhodu, že cena registračného poplatku zahŕňa voľný cestovný lístok na metro a ostatnú pražskú mestskú dopravu. Taktiež sú pre účastníkov pripravené zaujímavé sprievodné kultúrne aktivity. Konferencia odpovedá cca 30 kreditom CME.

Na konferencii je plánovaných viac ako 100 workshopov, v 73 sekciách odznie 360 prednášok a bude vystavených 1143 posterov. Konferencia bude plynúť v 17 paralelných sálach s vlastným programom. Hlavné poslanstvo svetových lídrom všeobecného lekárstva a generálnej riaditeľky WHO odznejú v Kongresovom sále s kapacitou 2700 miest. Pre účastníkov z Čiech a Slovenska bude jedným z vrcholov Česko-Slovenský deň v piatok 28.6.2013. Veľkou výhodou tejto akcie je, že rokovacím jazykom sú Čeština a Slovenčina. Tým sa otvára naozaj jedinečná možnosť pre všetkých, ktorí robia dobre svoju prácu, ale ktorým nie je angličtina blízka, aby bez stresu zažili atmosféru a energiu podujatia a mohli si vymeniť skúsenosti so svojimi kolegami na takomto medzinárodnom fóre. Všetci ste srdečne pozvaní a ako si môžete pozrieť program budeme hovoriť aj o našich spoločných aktivitách.

Najväčšie očakávania sú spojené s vystúpením generálnej riaditeľky WHO Dr. Margaret Chan, ktorá je dnes hlavným arbitrom rozvoja primárnej starostlivosti. Svoje názory na zabezpečenie dostupnej a kvalitnej zdravotnej starostlivosti v dnešnej ére ageingu a multimorbidity s dôrazom na poskytovanie komplexnej primárnej starostlivosti pacientom s neprenosnými ochoreniami boli už opakovane prezentované a sú zásadnou oporou pre rozvoj nášho odboru v každej krajine. Z ministrov samozrejme vystúpi český minister zdravotníctva Leoš Heger a naša ministerka Zuzana Zvolenská sa zúčastní ako spoluautorka prednáškou v úvode ČSD 28.6.2013 v piatok, ktorú prednesie hlavná odborníčka MZ SR pre VL MUDr. Monika Palušková a jej náplňou budú plány MZ SR na rozvoj primárnej starostlivosti na Slovensku.

Aj ostatní hlavní rečníci sú unikátni. Veľký záujem je o pandémiu diabetu a jej zvládnutie v primárnej starostlivosti o čom bude mať kľúčové posolstvo prof. Jan Škrha z Prahy. Do funkcie prezidenta Wonca World nastupuje na tejto konferencii prof. Michael Kidd, teraz pôsobiaci ako dekan fakulty medicíny v austrálskej Adelaide, ktorého sme spoznali osobne ešte ako charizmatického všeobecného praktika zo Sydney na našej 49. Výročnej konferencii v Bojniciach v roku 2007. Na konferencii prednesie svoju víziu rozvoja organizácie WONCA v najbližších rokoch.

Konferencia ponúka okrem aktuálnych odborných informácií aj jedinečnú príležitosť stretnúť sa s kolegami z celého sveta, vymeniť si skúsenosti a získať nové inšpirácie a energiu na zlepšenie situácie na Slovensku. Tešíme sa na stretnutie v Prahe. Podrobné informácie o programe a registrácii na stránkach [www.vpl.sk](http://www.vpl.sk)

*MUDr. Peter Lipták koordinátor projektov SSVPL SLS pre konferenciu Wonca 2013*



CS DEN

## 28.6. 2013 WONCA Praha 2013

9.00 – 10.10  
(70')

A

**Zahájení + úvodní přednášky***předsedající: Herber Otto, Vaverková Iveta, Seifert Bohumil, Býma Svatopluk.*

1. Mladí praktici v ČR – organizace v ČR a účast v mezinárodních společnostech, Král Norbert (10')
  2. Mladí praktici – kazuistiky, Král Norbert (15')
  3. *Quo vadis, všeobecné lékařstvo na Slovensku?*  
Zvolenská Zuzana, Palušková Monika /SR/ (10')
  4. Doporučené postupy ve VPL 2003 – 2013, Býma Svatopluk /CR/ (10')
  5. *Aký je záujem o prácu v odbore VL – prieskum u študentov LF V. ročníka, Pekarovič Peter /SR/ (10')*
- Diskuze (10')

10.10 – 10.30

Coffee Break

10.30 – 11.30  
(60')

B

**Kardiovaskupární prevence a režimová opatření***předsedající: Hamouz Zdeněk, Lipták Peter*

1. Kapitoly z kardiologie pro praktické lékaře, Herber Otto /CR/ (10')
  2. FIAKR – projekt KVO prevence, Býma Svatopluk /CR/ (10')
  3. Je kvalita nemocných s kardiostimulátorem a defibrilátorem kompromitována? Kořenková Marie /CR/
  4. *Ambulantný software – základný nástroj kontroly kvality liečby (hypertenzia), Tesárová Katarína, Krnáč Štefan /SR/ (10')*
  5. Prediabetické stavy, Hamouz Zdeněk /CR/ (10')
- Diskuze (10')

11.30 – 11.35

Break

11.35 – 12.45  
(70')

C

**Očkování v ordinaci všeobecného praktického lékaře***předsedající: Karen Igor, Vaverková Iveta*

1. Vývoj očkování v Evropě, Prymula Roman /CR/ (10')
  2. Mezioborové přístupy k očkování, Chlíbek Roman /CR/ (10')
  3. Vakcinace v ordinaci PLDD, Cabrnová Hana /CR/ (10')
  4. Vakcinace v ordinaci VPL, Karen Igor /CR/ (10')
  5. Prevence v ambulanci všeobecného lékaře, Běrešová Eva /SR/ (10')
  6. *Aktuálny pohľad na očkovanie v SR, Vaverková Iveta /SR/ (10')*
- Diskuze (10')

12.45 – 13.30

Lunge Break

13.30 – 15.00  
(90')

D

**Cévní nemoci v ordinaci všeobecného praktického lékaře + VARIA***předsedající: Vojtíšková Jana, Lipták Peter*

1. *Dni zdravých žil 2010–2013, Lipták Peter /SR/ (10')*
  2. MOET – ICHDK, Vojtíšková Jana /CR/ (10')
  3. MOET – DM, Karen Igor /CR/ (10')
  4. KAPR – projekt, Herber Otto /CR/ (10')
  5. *PROKOP – Blahová Beata /SR/ (10')*
  6. *Dni zdravého srdce 2009–2012, Jandzíkova Martina, Makara Peter /SR/ (10')*
  7. *Včasná diagnostika AKS, Senčáková Jana /SR/ (10')*
  8. Nasycené mastné kyseliny – nepodceňujme je, Brát Jiří /CR/ (10')
- Diskuze (10')

15.00 – 15.30

Coffee Break

15.30 – 16.30  
(60')

E

**Inkontinence + Hojení chronických ran***předsedající: Moravčíková Dana, Běrešová Eva*

1. DP inkontinence, Moravčíková Dana /CR/ (10')
  2. Problematika inkontinence z pohledu praktického lékaře – Šonka Petr /CR/ (10')
  3. Stresová inkontinence – Švandrlíková Jaroslava /CR/ (10')
  4. *Urgentná inkontinencia – Marko Peter /SR/ (10')*
  5. *Hojenie chronických rán v komunitě – Lipták Peter /SR/ (10')*
- Diskuze (10')

16.30 – 17.00

**Představení knihy** – křest- Všeobecné lékařství, Ota Košta /CR/**Závěr:** Herber Otto /CR/, Vaverková Iveta /SR/

# Abstrakty Česko-Slovenského dňa Wonca konferencie Praha 2013 (prednášatelia za SSVPL SLS)

## A5 Aký je záujem o prácu v odbore všeobecného lekárstva na Slovensku?

**Autor:** MUDr. Peter Pekarovič, všeobecný lekár Hlohovec

**Úvod:** Vekové rozloženie všeobecných lekárov (VL) na Slovensku vykazuje hrozivý nedostatok mladých kolegov v odbore. Naliehavo je potrebné prijať opatrenia na nápravu tohto stavu inak zostane Slovensko bez všeobecných lekárov.

**Súhrn:** Na základe dotazníkovej metódy sú predložené predstavy študentov V. ročníka medicíny na ich plánovanú profesionálnu budúcnosť. Osobitne sa rozoberá otázka ich prípadného zamerania na budúcnosť v profesii VL. Hodnotia sa kladné a záporné pohľady dnešných študentov na náš odbor. Diskusia o úrovni výučby predmetu VL na lekárske fakultách.

Cesta ku získaniu atestácie zo VL je na Slovensku obtiažna. Príčiny sú najmä v prístupe štátnych orgánov, ktoré nezabezpečujú žiadne financie pre postgraduálnych študentov.

VL majú neatraktívne ocenenie svojej práce, borí sa s umelými prekážkami zo strany lobingu iných odborností, existujú deštruktívne vplyvy zo strany štátnych orgánov, zdravotných poisťovní, je podiel viny aj medzi VL individuálne aj skupinovo.

Odbor VL napriek tomu vykonáva aj mnoho kvalitnej práce.

Diskusia k možnostiam nápravy terajšieho stavu.

**Metodika:** Dotazníková akcia medzi medikmi V. ročníka lekárske fakult na Slovensku.

**Záver:** Bude konštatovaná súčasná situácia a sformulované tézy, ktoré by mohli viesť k náprave situácie v našej krajine.

**Kontakt:** MUDr. Peter Pekarovič, Hlohová 13, 920 01 Hlohovec, SR. Email: pekarovic.peter@vpl.sk

## B4 Ambulantný softvér – základný nástroj kontroly kvality liečby (hypertenzia)

**Autori:** MUDr. Katarína Tesárová, všeobecný lekár Bratislava, MUDr. Peter Lipták, všeobecný praktík Bratislava, MUDr. Štefan Krnáč, všeobecný lekár Detva.

**Úvod:** Arteriálna hypertenzia je ochorenie často riešené v ambulanciách všeobecných lekárov. Konkrétne v roku 2013 bola diagnostika a liečba arteriálnej hypertenzie v našej modelovej ambulancii dôvodom návštevy ambulancie všeobecného lekára v 26% zo všetkých ošetrovaných.

Skvalitniť diagnostiku a liečbu hypertenzie nám pomáha aplikácia ambulantného softvéru, ktorý je súčasťou štandardnej výbavy ambulancie. Aplikácia vyžaduje minimum času a spätná väzba, ktorú poskytuje pomáha lekárovi v terapeutickom úvahe.

**Súhrn:** Pre popisanie práce na zvyšovaní kvality v diagnosticko-terapeutickom procese je vhodné využiť princípy manažmentu kvality prenesené do dennej praxe všeobecného lekára: plánovanie diagnosticko-terapeutických krokov (**Plan**), liečba pacienta s využitím všetkých dostupných poznatkov a odporúčení a s prihliadnutím na individualitu pacienta (**Do**), kontrola kvality a úspešnosti liečby pri opakovaných návštevách pacienta (**Check**), úprava liečby pri nedostatočnej kontrole hypertenzie (**Act**).

Máme k dispozícii aplikáciu „Preventívna karta pacienta“, ktorá umožňuje zhromažďovať pacientske dáta a ich analýzou vykonávať kontrolu kvality liečby (hypertenzie) metódou spätnej väzby. Kontinuálne vyhodnocuje kvalitu liečby u jednotlivého pacienta a umožňuje populačný skrining hypertenzie v zverenej populácii pacientov

s grafickým výstupom a možnosťou sledovania aj ďalších parametrov (cholesterol, glykémia) a druhu podávaných liekov.

Softvér po zadaní dátumu, hodnoty tlaku krvi, ordinovanej terapie a diagnóz vykoná zápis a štatistické zhodnotenie. Zároveň ponúka pri preventívnej prehliadke po zadaní antropometrických údajov, abúzu nikotínu a vybraných laboratórnych parametrov aj výpočet BMI, skóre kardiovaskulárneho rizika a výpočet glomerulárnej filtrácie.

Softvérovú aplikáciu sme testovali v pilotnom projekte po dobu troch mesiacov v piatich ambulanciách všeobecných lekárov. V jednej ambulancii sa aplikácia používa kontinuálne 5 rokov. Prinášame štatistické výsledky, ktoré ukazujú, že liečba hypertenzie môže byť v ambulanciách všeobecných lekárov kvalitná, že je možné touto metódou vytvoriť kontinuálny virtuálny obraz jej incidencie, prevalence a úspešnosti liečby. V našej modelovej ambulancii sme v období 2008-2013 prešetrili 93% kapitovanej populácie (1782 pacientov) a potvrdili sme u 38% výskyt hypertenzie. Preukázali sme vynikajúcu adhérenciu na liečbu zavedenú a manažovanú v ambulancii všeobecného lekára s dlhodobým dosahovaním cieľových hodnôt krvného tlaku u viac ako 90% liečených pacientov. To kontrastuje s referenciami špecialistov, ktorí uvádzajú 30-50% dlhodobú adhérenciu pacientov na liečbu hypertenzie (1).

Dôvody výbornej kontroly hypertenzie v ambulancii všeobecného lekára sú

**a) na strane pacienta:** 1. vzťah pacient – lekár, dôvera v lekára, ktorý mu je ľudsky najbližšie. 2. ochota spolupracovať - keď sú pacienti prístupne vysvetlené informácie o jeho chorobe a jej terapii. 3. zodpovednosť za seba a svoje zdravie prichádza, keď je pacient primerane informovaný a zaangažovaný do svojej liečby. 4. compliance - súvisí s kvalitou informovanosti pacienta, jeho motiváciou, pochopením významu liečby – aby optimálne hodnoty tlaku krvi boli cieľom nielen pre ošetrojúceho lekára, ale aj pre pacienta;

**b) na strane lekára:** 1. vzťah lekár – pacient, kontinuita a komplexnosť starostlivosti – pacient a lekár sa stretávajú v ambulancii opakovane, pri rôznych situáciách, dlhodobá (roky). 2. plán diagnostickú a terapeutickú časť 3. kontrola správnosti liečby – spätná väzba dáva informáciu pre korekciu. Ak dosiahnuté hodnoty krvného tlaku nie sú vyhovujúce vykoná sa úprava liečby s využitím teoretických vedomostí a praktických zručností.

**Metóda:** populačný skrining a kontinuálne monitorovanie kvality liečby hypertenzie pomocou štandardného ambulantného softvéru. Vytvorenie virtuálneho obrazu sledovaného znaku v reálnom čase.

**Záver:** Opakované návštevy pacienta, pri rôznych príležitostiach, dávajú priestor a čas na úpravu ordinovanej liečby, aby bola účinná a aj pacientom dobre akceptovaná. Zistili sme že adhérenca k liečbe v ambulancii všeobecného praktika môže byť dlhodobá viac ako 90%. Pacienti majú právo na dostupnosť kontinuálnej a komplexnej starostlivosti, tak aby im bola poskytovaná kvalitne a bez narušovania kompetencií všeobecných praktických lekárov.

**Literatúra:** (1) Schroeder K, Fahey T, Ebrahim S. How can we improve adherence to blood pressure-lowering medication in ambulatory care?: systematic review of randomized controlled trials. Arch Intern Med 2004;164:722-32. [CrossRefMedlineWeb of Science](#)

**Kontakt:**

MUDr. Katarína Tesárová, Námestie slobody 16, 811 06 Bratislava, SR. Email: [tesarova.katarina@vpl.sk](mailto:tesarova.katarina@vpl.sk)

MUDr. Peter Lipták, Námestie SNP 10, 814 66 Bratislava, SR. Email: [liptak.peter@vpl.sk](mailto:liptak.peter@vpl.sk)

MUDr. Štefan Krnáč, Nám. SNP 256/5, 96212 Detva, SR. Email: [krnac.stefan@vpl.sk](mailto:krnac.stefan@vpl.sk)

## C5 Prevencia v ambulancii všeobecného lekára pre dospelých v SR

**Autori:** MUDr. Eva Berešová, všeobecný lekár Vysoké Tatry, MUDr. Peter Lipták, všeobecný praktík Bratislava

**Úvod:** Rozsah preventívneho vyšetrenia v SR je určený vyhláškou, ktorej obsah nie vždy korešponduje s požiadavkami a predstavami pacienta a/alebo lekára.

**Súhrn:** Základným nástrojom prevencie v dospelosti je preventívna prehliadka, na ktorú má každý poistenec nárok 1x za dva roky. Pravidelne sa týchto komplexných prehliadok u všeobecných lekárov zúčastňuje iba 25% poistencov. Na tomto nízkom čísle sa podieľajú nedostatky aj na strane všeobecných lekárov (VL), chýba adresné pozývanie. Stále sa znižujúci počet VL spôsobuje, že narastá počet kapítovaných pacientov u jedného lekára, čo je markantné v niektorých vidieckych regiónoch. Súčasne aj zvyšovanie priemerného veku VL, ktorý v súčasnosti už presahuje 60 rokov sú príčinou znižujúcej sa kapacity nášho segmentu pre vykonávanie potrebného objemu pravidelných preventívnych prehliadok. Pri organizovaní preventívnych prehliadok stále chýba manažment poistencov poisťovňami. Zdravotné poisťovne nestanovujú poistné riziko poistenca podľa toho či má, alebo nemá vykonanú preventívnu prehliadku a všetci majú stanovenú rovnakú výšku odvodov napriek tomu, že poistenci, ktorí nemajú preventívnu prehliadku majú vyššie poistné riziko.

Osobitne sa uskutočňuje projekt prevencie kolorektálneho karcinómu a mamografický skrining. Na skriningovú mamografiu majú možnosť odoslať ženy nad 40 rokov aj VL v dvojiročných intervaloch. Chýba kompetencia indikovať preventívne USG vyšetrenie prsníkov u žien mladších ako 40 rokov a kompetencia odoslať ženy na diagnostické vyšetrenie prsníkov. Chýba vyhodnocovanie mamografického skriningu vykonávaného VL.

Národný skriningový program KRCa sa uskutočňuje od roku 2002. Sú do neho zapojení VL a gastroenterológovia. Jedná sa o oportúnny skrining. Do roku 2007 bol pre VL prekážkou komplikovaný zber údajov do monitorujúceho centra a súčasne aj do zdravotných poisťovní bez využitia kódovania. V rokoch 2007 – 2012 súhrnne monitorovali skrining iba zdravotné poisťovne, čo viedlo k strate údajov. Od začiatku roku 2012 sa údaje kódujú elektronicky, sú zasielané v mesačných intervaloch do zdravotných poisťovní, ktoré majú možnosť ich štatisticky spracovávať a majú povinnosť ich poskytovať do spoločného monitorovacieho centra. VL vykonávajú skrining KRCa v rámci dvojiročných preventívnych prehliadok u pacientov od 50 do 75 rokov vyšetrovaním FOBT. Klasický guajakový test tromi testovacími papierikmi sa nahradil kvalitatívnym imunochemickým testom. Ojedinele sa začína používať aj kvantitatívny imunochemický FOBT v rámci POCT testovania. V prípade zvýšeného rizika (pozitívna rodinná anamnéza, riziková osobná anamnéza) je vyšetrenie FOBT hradené každý rok, alebo je možné už od 40. roku života. Od 1.4.2009 je taktiež hradená primárna kolonoskopia ako forma skriningu u ľudí nad 50 rokov každých 10 rokov. Po viac ako 10-tich rokoch skriningu sa vyšetrenie FOBT stalo štandardným nástrojom prevencie v ambulanciách VL na Slovensku a je dnes neoddeliteľnou súčasťou prevencie u pacientov nad 50 rokov.

Skriningový program na včasné zistenie Ca prostaty bol z ambulancii VL v roku 2011 presunutý do ambulancii urológov, ktorých je nedostatok a nie sú priamo dostupní pre pacientov a tak táto obštrukcia spôsobuje, že sa ho zúčastňuje menej ako 5% indikovaných mužov, čo znamená, že v praxi sa systematická urologická prevencia na Slovensku prestala vykonávať. Skrining Ca krčku je v rukách gynekológov, priemerná účasť na skriningu je tiež nízka (cca 20%). V súčasnosti aj v tejto oblasti zohrávajú svoju úlohu VL – máme možnosť mladé ženy očkovať proti HPV infekcii. Súčasťou prevencie je aj očkovanie, ktoré sa považuje za základné preventívne opatrenie v medicíne.

**Záver:** Analýza súčasnej situácie predchádza sformulovanie návrhov na jej zlepšenie. Veľmi nám môžu pomôcť aj skúsenosti kolegov z ČR,

s ktorou sme mali spoločný štart.

### **Kontakt:**

MUDr. Eva Berešová, PK Nový Smokovec, 06201 Vysoké Tatry, SR. Email: [beresova.eva@vpl.sk](mailto:beresova.eva@vpl.sk)

MUDr. Peter Lipták, Námestie SNP 10, 814 66 Bratislava, SR. Email: [liptak.peter@vpl.sk](mailto:liptak.peter@vpl.sk)

## C6 Aktuálny pohľad na očkovanie v SR

**Autor:** MUDr. Iveta Vaverková, MPH, všeobecný lekár Bratislava

**Úvod:** História očkovania na území dnešnej SR siaha až do doby Márie Terézie v druhej polovici 18. storočia. Meniace sa spoločensko – politické pomery v čase, rôzne reagovali na zdravotné potreby obyvateľstva a tým aj na systém poskytovania zdravotnej starostlivosti. Očkovanie nevyvíjajú.

**Súhrn:** Ešte za bývalého Československa sa postupne zaviedlo plošné očkovanie detí proti rôznym infekčným, očkovaním preventabilným ochoreniam. V r. 1986 vznikol Národný imunizačný program (NIP) Slovenskej republiky, ako komplexný preventívny program. Legislatívne je dnes zabezpečený zákonom NR SR č. 355/2007 Z.z. a Vyhláškou MZ SR č. 585/2008 Z.z. V súčasnej dobe Očkovací kalendár pre deti zahŕňa podanie 10 povinných vakcín. Meniaci sa demografická štruktúra obyvateľstva, starnutie, pribúdanie ľudí s multimorbiditou, zvýšený cezhraničný pohyb, zväčšovanie socio-ekonomických rozdielov, prináša nové potreby pre zabezpečenie zdravia obyvateľstva. Očkovanie ako jedna z najúčinnějších foriem prevencie infekčných ochorení začína nadobúdať väčšiu dôležitosť aj v dospelom veku. Očkovanie dospelých v SR vychádza z odporúčaní SZO, ECDC a pracovnej skupiny pre imunizáciu, hlavného hygienika SR, ktorá bola menovaná ministrom zdravotníctva SR v r. 2006. Od r. 2009 má SR Očkovací kalendár pre dospelých, ktorý zahŕňa pravidelné povinné očkovanie proti tetanu a diftériu každých 15 rokov. Ostatné odporúčané očkovania (povinné, odporúčané, očkovanie na vlastnú žiadosť, mimoriadne) sú legislatívne podložené Vyhláškou MZ SR o prevencii a kontrole prenosných ochorení. Budú prednesené dáta o súčasnej situácii v očkovaní vybraných ochorení v dospeljej populácii v SR.

**Metóda:** Výber a spracovanie dát z celonárodných štatistických registrov.

**Záver:** SR má výborné výsledky v rámci očkovania detskej populácie. Avšak povedomie dospelého obyvateľstva, osveta, antivakcinačné aktivity, ako aj niektoré legislatívne kroky v posledných rokoch viedli k zhoršeniu práce lekárov primárneho kontaktu a úrovne zaočkovanosti dospeljej populácie. Základom úspešnosti NIP je zmysluplná spolupráca všetkých zainteresovaných.

**Kontakt:** Ambulancia VLD, Líščie údolie 57, Bratislava, SR. Email: [vaverkova.iveta@vpl.sk](mailto:vaverkova.iveta@vpl.sk)

## D1 „Dni zdravých žíl“ 2010 -2013

**Autor:** MUDr. Peter Lipták, všeobecný praktík Bratislava a kolektív(1)

**Úvod:** Od roku 2010 sa uskutočňuje vo vybraných ambulanciách všeobecných lekárov pravidelne na jar tento skriningový a edukačný program.

**Súhrn:** Z doteraz vyšetrených 7558 pacientov v rokoch 2010-2012 sme zistili, že problémy so žilami dolných končatín trápia v súčasnosti až 79% z nich. Najčastejšie sa vyskytujú pocity ťažkých nôh(61%), ich bolesti(54%) a opuchanie(39%). Ťažkosti sa najčastejšie vyskytujú na konci dňa (55%) alebo po dlhom státi (34%). Mnoho ľudí podceňuje varovné príznaky svojich nôh a lekára navštívia až po niekoľkých rokoch trápenia s bolestivými a opuchnutými nohami, vo vyšších štá-



diách ochorenia, napríklad pre nehojaci sa vred predkolenia.

V roku 2011 sme mapovali aj hemoroidálne ochorenie. Problémy s hemoroidmi sme zistili u 13,4% vyšetrených pacientov. Z vyšetrených vzorky 2444 mali pacienti hemoroidálne uzly v 11,8%, aktuálnu bolestivosť udalo 4,5%, svrbenie 3,5% a krvácanie 2,3%. 1,7% pacientov bolo pre túto dg. už práceneschopných.

Tento program je krokom ku kontinuálnej a komplexnej stratégii v našich ambulanciách, ktorá by mala nadväzovať na periodickú preventívnu prehliadku v intervale 1x za dva roky. Skladá sa z diagnostiky a liečby. Diagnostika zahŕňa stanovenie diagnózy podľa klasifikácie CEAP(C0-C6). Liečba zahŕňa edukáciu pacientov k správnej životospráve(1) a včasnú indikáciu kompresnej(2), medikamentózne(3) a chirurgickej liečby(4). Dôraz kladieme na dobrú spoluprácu všeobecných lekárov a špecialistov angiológov a angiochirurgov.

**Metóda:** Získavanie dát s využitím dotazníka a jednoduchého vyšetrenia v ambulancii všeobecného lekára, ich štatistická analýza.

**Záver:** Včasná diagnostika a liečba chronických žilových ochorení už v ich počiatkových štádiách v ambulanciách všeobecných lekárov je predpokladom zníženia výskytu ich závažných štádií a sprievodných komplikácií spôsobených zanedbaním známych preventívnych opatrení alebo liečby. Pre včasnú diagnostiku je potrebné zdôrazniť veľký význam dodržiavania dvojročného intervalu komplexnej preventívnej prehliadky, aj so zameraním na včasnú diagnostiku chronického žilového ochorenia(CHŽO). CHŽO je chronické progresujúce zápalové ochorenie. Ak začneme komplexnú protizápalovú liečbu pacientov už v prvých štádiách (C0 – C2), úplne predídeme vzniku závažných komplikácií.

#### Kontakt:

MUDr. Peter Lipták, Námestie SNP 10, 814 66 Bratislava, SR. Email: [liptak.peter@vpl.sk](mailto:liptak.peter@vpl.sk) (1)Všetci spoluautori uvedení na web stránke projektu: [www.vpl.sk/sk/dni-zdravych-zil](http://www.vpl.sk/sk/dni-zdravych-zil)

## D5 Prevencia rizika ochorenia kardiovaskulárneho aparátu v ordináciách praktického lekára („PROKOP“)

**Autori - všeobecní lekári zo Slovenska:** MUDr. Peter Bakič, Jana Bendova, MUDr. Eva Béresová, MUDr. Bezáková Danica, MUDr. Beáta Blahová, MUDr. Mária Dúhová, MUDr. Martina Jandžíková, MUDr. Stefan Krnáč, MUDr. Peter Lipták, MUDr. Dana Martišková, MUDr. Soňa Ostrovská, MUDr. Peter Pekarovič, MUDr. Amália Popovičová, MUDr. Melánia Ryníková, MUDr. Šusta Vojtech, MUDr. Katarína Tesárová, MUDr. Iveta Vaverková, MUDr. Branko Vírth

**Súhrn:** Kardiovaskulárne ochorenia sú významnou príčinou morbiditu a mortality v Slovenskej republike. Hlavne populácia vo veku od 45 do 65 rokov je vysoko ohrozená vzhľadom a asymptomatickému priebehu. Prvé prejavy choroby sa môžu prejaviť až pri akútne vzniknutej komplikácii. Mortalita je vysoká. V roku 2009 zomrelo v Slovenskej republike na kardiovaskulárne ochorenia viac ako 28 tisíc osôb a aj keď mortalita mierne klesá, ostávajú kardiovaskulárne ochorenia stále prvou príčinou úmrtí na Slovensku.

Úloha praktických lekárov vo vyhľadávaní rizikových pacientov je nezastupiteľná. V rámci preventívnych prehliadok sú to práve lekári prvej línie, ktorí rizikových pacientov identifikujú a iniciujú liečbu smerovanú ku zníženiu KV rizika pred vznikom akútnych komplikácií (akútneho IM a CMP).

#### Ciele:

1. zhodnotiť podiel pacientov s vysokým kardiovaskulárnym rizikom (u kohorty osôb bez známej KV choroby)
2. zhodnotiť zmenu rizika a objektívnych ukazovateľov (TK, hladiny li-

pidov) u pacientov s iniciálnym vysokým rizikom za 9 mesiacov po zahájení terapeutickú (farmakologickej/ nefarmakologickej) intervencie

3. prepočítať náklady na zmenu rizika v období 9 mesiacov od identifikácie vysokého rizika.

#### Popis a metodika:

Pacienti vo veku 45 - 65 rokov, ktorí neabsolvovali prevenciu za posledných 18 mesiacov budú pozvaní na preventívnu prehliadku. Zhodnotenie rizika bude prebiehať dľa (a) SCORE, (b) budú zhromaždené údaje, ktoré umožnia prepočítať Framinghamské riziko. Ďalej sa zaznamenajú základné údaje (hmotnosť, BMI, anamnéza). Požadované výkony nepresiahnu štandardne prevádzané.

U pacientov so zisteným vysokým rizikom, či patologickými hodnotami lipidov, alebo vyššími hodnotami tlaku krvi budú zahájené základné opatrenia (nefarmakologické, neskôr aj farmakologické) podľa štandardných odporúčaní.

Časový harmonogram: 1. čas=0, zaradenie pacienta, preventívna prehliadka(PP), vstupný protokol, zhodnotenie rizika2. 3 mesiace nefarmakologické opatrenia3. 6mesiacov štandardný manažment, aj farmakologické opatrenia4. o 9 mesiacov od PP záverečný protokol, zhodnotenie rizika po intervencii.

Predpokladáme na základe publikovaných dát zo Slovenskej republiky 15% podiel screenovaných pacientov vo vysokom riziku KV ochorenia. Na tomto projekte sa zúčastnilo 20 lekárov pre dospelých, ktorí formou dotazníkov zhromaždili potrebné údaje. Výsledky budú prezentované v júni 2013 WONCA konferencii v Prahe.

**Kontakt:** MUDr. Beáta Blahová, P. Horova 10, Prešov 080 01, SR. Email: [blahova.beata@vpl.sk](mailto:blahova.beata@vpl.sk)

## D6 „Dni zdravého srdca“ 2009 - 2012

**Autori:** MUDr. Martina Jandžíková, všeobecný lekár pre dospelých, Žilina, MUDr. Peter Makara, všeobecný lekár Snina, MUDr. Peter Lipták, všeobecný praktík Bratislava, a kolektív(1)

**Úvod:** Na podporu Svetového dňa srdca, ktorý je určený každoročne na

29. september, organizuje SSVPL SLS od roku 2009 každoročne svoj vlastný vzdelávací a skrínigový projekt pod názvom „Dni zdravého srdca“. Tento projekt premostuje aktivity na Slovensku a vo svete.

**Súhrn:** Každoročne oslovujeme viac ako 2000 ambulancií všeobecných praktických lekárov pre dospelých (ďalej VPL) na Slovensku. V rokoch 2009-2012 sa do projektu celkovo zapojilo 441 ambulancií VPL. Edukácia pacientov bola zameraná na kardiovaskulárnu prevenciu, propagáciu zdravého stravovania a pohybu pre zachovanie zdravia.

Ústrednou informáciou v kampani je KÓD ZDRAVÉHO ŽIVOTA:

**0! – 30 – 5 – 120/80 – 70 – 80/94**

(0! – počet cigariet • 30 a viac – minimálna denná minútáž pohybu • 5 a menej – optimálna hodnota cholesterolu • 120/80 a menej – optimálny krvný tlak • 70 a menej - optimálna pulzová frekvencia • 80/94 a menej – optimálny obvod pásu žena/muž). Po zistení individuálnych hodnôt kódu u pacientov sme realizovali intervenciu životného štýlu so zameraním na zdravé stravovanie a pohybové aktivity.

Spolu bolo vyšetrených 10 242 pacientov. Zisťovali sme fajčiarske návyky, každému sme merali krvný tlak, priemerná hodnota krvného tlaku bola 134/81 torr. Krvný tlak nad 140/90 sme zistili u 27,3% vyšetrených jedincov, u mužov až 29,6%. Ďalej sme zisťovali výšku a váhu, obvod pásu, hodnoty krvných lipidov sme hodnotili podľa dokumentácie z poslednej preventívnej prehliadky.

Rok 2012 bol sústredený na kampaň zameranú na prvé príznaky akútneho srdcového infarktu, tak aby ich bol schopný rozpoznať každý pacient, alebo jeho rodina čo najskôr. Kampaň sa niesla

v duchu hesla: Nechodte na LSPP, volajte RZP (číslo tel. 155 alebo 112).

Dni srdca budú v ambulanciách všeobecných lekárov pokračovať aj v tomto roku.

**Metóda:** Celonárodná edukačná kampaň. Získavanie dát s využitím dotazníka a jednoduchých meraní v ambulancii VPL. Štatistické zhodnotenie.

**Záver:** Každý pacient má svojho všeobecného praktického lekára a tak celospoločenské povedomie o dostupnosti prevencie a informácií o správnej životospráve v našich ambulanciách je pre dosiahnutie dobrej úrovne zdravia populácie veľmi významné.

V edukačných kampaniach je veľmi dôležité, aby ľudia zistili, že absolvovanie preventívnej prehliadky u svojho všeobecného praktika v intervale 1x za dva roky je poistkou zdravia.

**Kontakt:** MUDr. Martina Jadžiková, Košická 2, 010 62 Žilina, SR. Email: [jandzikova.martina@vpl.sk](mailto:jandzikova.martina@vpl.sk)

MUDr. Peter Makara, Strojárska 607, 06901 Snina, SR. Email: [makara.peter@vpl.sk](mailto:makara.peter@vpl.sk)

MUDr. Peter Lipták, Námestie SNP 10, 814 66 Bratislava, SR. Email: [liptak.peter@vpl.sk](mailto:liptak.peter@vpl.sk)

(1) Všetci spoluautori na web stránke projektu: [www.vpl.sk/sk/dni-zdraveho-srdca](http://www.vpl.sk/sk/dni-zdraveho-srdca)

## D7 Včasná diagnostika akútneho koronárneho syndrómu v ambulancii VL

**Autor:** MUDr. Jana Striško Senčáková MPH

**Súhrn:** Potreba záchytnosti pacienta s AKS so skorými príznakmi sa považuje na základe štatistických meraní pre úspešnosť liečby signifikantne najúspešnejšia metóda a následná skorá reperfúzna liečba.

Preferencie v prednemocničnej diagnostike:

- časový harmonogram AKS:
  - 0 – 3 hod. – priamo PCI centrum
  - 3 – 12 hod. – priamo PCI centrum
  - nad 12 hod. – cieľová NsP
- management v ambulancii VL:
  - anamnéza, EKG – 12-zvodové – prakticky ihneď odliši STAKS (STEMI) alebo NSTAKS(non - STEMI)
  - čo je dôležité pre včasnú reperfúznú liečbu
  - i.v. kanyla, O2 maska, anopyrin, nitráty

Trvanie bolesti menej ako 12 hodín s prítomnou eleváciou ST segmentu, alebo novou blokádu Tawarova ramienka má mať pacient 90 minút od prvého medicínskeho kontaktu urobené priamo priamo. Aj keď na stanovenie diagnostiky AIM a reperfúznej liečby nie je potrebné stanovenie kardiomarkerov, začal sa používať kardiodektest test, záchyt už 20 min. od začiatku AIM – senzitivita 96%, špecifickosť 88%. Zmeny na EKG – senzitivita 45%, špecifickosť 40%.

**Metóda:** Priame vyhodnotenie vyšetrení v ambulancii VL s priamou štatistikou v priebehu 5 rokov – s bolesťami na hrudi 3852, z toho potvrdených stenokardií 1058, dodiagnostikovaných AKS 763, z toho AIM 59 pacientov.

**Výsledky:** Z vyšetrených 3852 pacientov sa potvrdilo 30% stenokardií priamo, s následným priamym potvrdením AIM bolo 8%, zvyšných 70% bolo potvrdených AKS 50% - na základe kardiomarkerov, t.j. 1400 pacientov, u ktorých bola u 10% urobená reperfúzna liečba, pričom u 380 ľudí nebolo dodržané časové pravidlo a neskoré stanovenie kardiomarkerov.

**Záver:** Záchytnosť AKS v prednemocničnej fáze je 60 – 70% v ambulancii VL. Na správne smerovanie pacienta je dôležité časové rozpätie a správna distribúcia pacienta. Nespoliehajme sa na iníciaľny záznam

EKG. Potvrdenie klinického obrazu AKS a kardiodektest test je zlatý štandard v krajinách EU.

**Kontakt:** MUDr. Jana Striško Senčáková MPH, Námestie 1. Mája, 903 01 Senec, SR. Email: [striskosencakova@vpl.sk](mailto:striskosencakova@vpl.sk)

## E5 Hojenie chronických rán v komunite

**Autor:** MUDr. Peter Lipták, všeobecný praktík Bratislava

**Úvod:** Kľúčovú úlohu v primárnej starostlivosti orientovanej na pacienta, pri jej komplexnom manažovaní, by mali zohrávať všeobecní lekári. Mali by nielen koordinovať zdravotné a sociálne služby v primárnej komunite (spolupráca s agentúrami domácej ošetrovateľskej starostlivosti -ADOS a aj s inými podobne pôsobiacimi poskytovateľmi) ale aj samostatne sa zapájať do poskytovania komplexnej zdravotnej starostlivosti orientovanej na ošetrovanie a liečenie chronických pacientov v teréne.

**Súhrn:** Dekubity a chronické rany sa vyskytujú u imobilných polymorbídnych pacientov. Pacienti sa nachádzajú v domácom prostredí v opatrovateľskej starostlivosti svojich príbuzných alebo sú dlhodobo umiestnení (inštitucionalizovaní) v domovoch dôchodcov a v ošetrovateľských ústavoch. Rovnako, chronické kožné lézie veľmi často novovzniknú počas hospitalizácie pre akútnu dekompenzáciu chronických ochorení. Všeobecný lekár je jediný lekár, ktorý navštevuje pacientov v domácom prostredí a musí sa s problematikou domácej starostlivosti vyrovnávať komplexne.

V prístupe k pacientovi s dekubitmi v domácom prostredí je potrebná

- Stabilizácia chronických ochorení optimalizáciou medikamentózne liečby s cieľom dosiahnuť optimálnu funkciu všetkých orgánových systémov v domácich podmienkach.
- Zvrátenie katabolického stavu zabezpečením enterálnej nutrične definovanej výživy.
- Lokálne ošetrovanie modernými materiálmi na vlhké hojenie, ktoré sa dnes považujú v lokálnom ošetrovaní chronických defektov za metódu prvej voľby.
- Pre dlhodobu ležiacich pacientov je dôležitá kvalitná antidekubitná podložka, osvedčilo sa mi vybavenie lôžka pacienta antidekubitným matracom s kompresorom.
- Nevyhnutné je používanie kvalitných inkontinenčných pomôcok.

Osobitnou kapitolou je starostlivosť o umierajúcich v domácom prostredí, kde správne ošetrovanie dekubitov a chronických rán môže byť tiež pre domáceho lekára veľmi naliehavé.

**Metodika:** Zdokumentovanie starostlivosti na kazuistikách z vlastnej praxe v komunite.

**Záver:** Cieľom komplexnej starostlivosti je stabilizácia chronických pacientov a zlepšenie kvality ich života. Vedie to k spokojnosti samotných pacientov, ako aj ich rodinných príslušníkov. Komplexná liečba imobilného pacienta s chronickými ranami a dekubitmi v domácom prostredí je dôležitou výzvou aj pre všeobecných lekárov a dá sa riešiť úspešne, ako dokumentujú kazuistiky. V oblasti primárnej starostlivosti poskytovanej v teréne je možná a často potrebná aj spolupráca so špecialistami. Pri vzájomnej spolupráci všetkých zúčastnených sa dajú úspešne zvládnuť v domácom prostredí aj zložité chronické stavy.

**Kontakt:** MUDr. Peter Lipták, Námestie SNP 10, 814 66 Bratislava, SR. Email: [liptak.peter@vpl.sk](mailto:liptak.peter@vpl.sk)

## Aktuality zo zasadnutia európskeho a svetového výboru WONCA Praha 21.-24. júna 2013



Zľava Jana Bendová zo Slovenska, Janko Kersnik prezident EURACT, Mateja Bulc prezidentka EUROPREV (obaja zo Slovinska), vpredu Pratap Narayan, novo zvolený prezident WONCA Južná Ázia z Nepálu

Pred otvorením svetovej konferencie WONCA v Prahe sa konalo zasadnutie európskeho aj svetového výboru WONCA. Za Slovensko sa zúčastnila národná reprezentantka Jana Bendová a Peter Lipták ako pozorovateľ.

Tony Mathie, prezident európskej WONCA, ktorého si mnohí pamätajú z našej výročnej konferencie v Tatrách v roku 2012, ukončil svoje prezidentské obdobie. Za nového prezidenta bol zvolený 51-ročný Prof. Job FM Metsemakers z Holandska. Novým prezidentom WONCA World po Prof. Rich Robertsovi z USA sa stal 53-ročný Prof. Michael Kidd z Austrálie. Profesor Kidd sa aktívne zúčastnil našej výročnej konferencie v roku 2007 v Bojniciach. Nový prezident veľmi podporuje výskum vo všeobecnom/rodinnom lekárstve, žiada aby sme zhromažďovali viac vedeckých dôkazov zo všeobecnej praxe a aby sa viac zaktivizovalo EGPRN. Vyjadril veľkú podporu pre prácu s mladými praktikmi.

Veľkou zmenou prešla webstránka [www.woncaeurope.org](http://www.woncaeurope.org) kde je teraz možné nájsť aj pekné podstránky jednotlivých pracovných skupín – EGPRN pre výskum, EURACT pre vzdelávanie, EUROPREV pre prevenciu, EQUIP pre kvalitu, EURIPA pre vidiecke a izolované praxe a tiež najprogressívnejšiu a rýchlo rastúcu pracovnú skupinu pre mladých všeobecných lekárov **Vasco da Gama Movement**. Na predkonferenciu pre mladých je tohto roku z celého sveta prihlásený rekordný počet účastníkov - až 150, pričom Slovensko budú reprezentovať 5 mladí všeobecní lekári.

Niektoré krajiny v snahe platiť nižšie členské príspevky do WONCA stále deklarujú menší počet členov, ako reálne majú. Je tlak na členské krajiny aby platili príspevky podľa aktuálneho počtu členov. O situácii za Slovensko informoval Dr.P.Lipták. SSVPL SLS je korektná, v roku 2013 sme zaplatili za aktuálny počet 1412 členov.

WONCA oslovila európske krajiny, ktoré nie sú členmi WONCA, aby vstúpili. Všetky krajiny susediace so Slovenskom členmi tejto svetovej organizácie sú. Výnimkou je len Maďarsko, ktoré ale o členstvo momentálne nemá záujem (nemajú odbornú spoločnosť všeobecných lekárov a zúčastňujú sa aktivít WONCA iba ako individuálni členovia).

Hodnotiace správy o situácii vo všeobecnom praktickom lekárstve z jednotlivých krajín, ktoré dodali národní reprezentanti budú umiestnené na webe. Zatiaľ správu spracovali a dodali reprezentanti 15 krajín, za Slovensko Dr. Bendová. Ešte chýbajú správy z viac ako 20 krajín.

Časopis European Journal of General Practice ponúka 3-mesačný prístup zadarmo aj pre našu spoločnosť, v prípade záujmu výboru a členov budeme kontaktovať šéfredaktora EJGP (píšte na [vpl@vpl.sk](mailto:vpl@vpl.sk)).

EURACT po rezignácii Dr. Jurgovej z pozície národnej reprezentantky v súčasnosti nemá zastúpenie zo Slovenska, preto prezident EURACT-u Dr. Janko Kersnik požiadal o návrh nášho kandidáta do tejto zaujímavej pracovnej skupiny orientujúcej sa na problematiku pregraduálnej i postgraduálnej výučby všeobecného lekárstva ako aj kontinuálneho vzdelávania všeobecných lekárov. EURACT pripravil a vedie kurzy o výučbe všeobecného lekárstva pre súčasných ale aj budúcich edukátorov. Zájemcovia zo Slovenska môžu požiadať o grant na tieto kurzy. Najbližší kurz sa bude konať v Skopje začiatkom apríla 2014.

Organizácia OpenMindes sa zaoberá bolesťou a jej liečbou v podmienkach primárnej praxe. Je síce sponzorovaná Mundipharma, ale deklaruje že farmaceutická firma nemá vplyv na prácu tejto skupiny, ktorá je nezávislá. V rámci WONCA bude založená špeciálna skupina so záujmom o bolesť (bez podpory farmaceutického priemyslu) – hľadajú sa zájemcovia z jednotlivých krajín, ktorí by chceli participovať.

Veľký priestor bol venovaný spolupráci WHO a WONCA, ktorá sa stáva komplexnejšou nakoľko WHO si uvedomuje a jednoznačne deklaruje, že bez posilnenia primárnej sféry nie je možné budovať efektívny zdravotný systém v žiadnej krajine. Oficiálne politickí predstavitelia všetkých členských krajín OSN, vrátane Slovenska, sa hlásia k tejto iniciatíve. Realita vo väčšine krajín však nezodpovedá deklarovanej podpore politikov a zdravotné systémy zostávajú priveľmi fragmentované s pretrvávaním neefektívneho modelu vertikálnej starostlivosti. WONCA a WHO pripravujú kroky na posilnenie primárnej starostlivosti v každej krajine.

Ďalej sa hovorilo o ICPC-3, klasifikácii chorôb pre primárnu starostlivosť, ktorú používa stále viac krajín. Táto klasifikácia diagnóz zohľadňuje aj duševný a sociálny status pacienta.

Naši zástupcovia počas prestávok diskutovali s reprezentantmi nielen európskych krajín, ale nadviazali aj nové kvalitné kontakty napríklad s národnými reprezentantmi z Chile, Brazílie, Južnej Kórey, Kuby ako aj regionálnou prezidentkou WONCA pre Južnú Ameriku Mariou Inéz Padula.

Nasledujúca konferencia WONCA Europe sa bude konať v Lisabone 2.-5. júla 2014. Jedným z hlavných speakrov bude prezident WONCA World Michael Kidd, ktorý predbežne prisľúbil aj účasť na našej výročnej konferencii 2014 vo Vysokých Tatrách. Nasledujúca svetová WONCA bude v roku 2016 v Rio de Janeiru v Brazílii.

24.6.2013, MUDr. Jana Bendová



„Výuka v praktickém lékařství je oproti výuce v jiných lékařských oborech odlišná tím, že pracuje s již dříve sdělenými odbornými informacemi a získanými dovednostmi. Tyto uvádí do praxe a dává je do souvislostí tak, jak si to klinická situace vyžaduje. Proto vznikl před lety pokus zachytit tyto odlišnosti a zformulovat základní rysy oboru všeobecné praktické lékařství (VPL) v České republice. Již druhé vydání této učebnice přináší novelizovanou a upravenou úvodní teoretickou část, známou z minulého vydání, ale jako novinku uvádí speciální část - souhrnné vydání doporučených postupů Společnosti všeobecného lékařství, guidelines pro praxi VPL.“

*Knihu odporúča ako základný vzdelávací materiál aj pre slovenských všeobecných praktických lekárov výbor SSVPL SLS.*

Bohumil Seifert  
Václav Beneš  
Svatopluk Býma et al.

## VŠEOBECNÉ PRAKTICKÉ LÉKAŘSTVÍ



Druhé, doplnené  
a přepracované vydání



## Slovenskí všeobecní lékaři na konferencií Wonca Praha 2013

Slovenská spoločnosť všeobecného praktického lekárstva Slovenskej lekárskej spoločnosti (SSVPL SLS) združuje v súčasnosti viac ako 1400 všeobecných lekárov pre dospelých. Je najväčšou odbornou spoločnosťou Slovenskej lekárskej spoločnosti. Bola založená v roku 1979. Slovenská spoločnosť všeobecného praktického lekárstva sa stala členom Európskej spoločnosti praktických lekárov (SIMG) a od splynutia SIMG s Wonca sme členom Wonca World. Intenzívna bola spolupráca s českými kolegami a to aj po rozdelení republiky v roku 1993. V priebehu týchto dvoch desaťročí sa naše kontakty stále viac prehĺbujú. Plne zdieľame tézy Wonca a Svetovej zdravotníckej organizácie a našou snahou je vybudovanie primárnej zdravotnej starostlivosti postavenej na potrebách pacientov. Existuje veľa dôkazov, že dobrý vzťah medzi slobodne zvoleným všeobecným lekárom a pacientom, počas mnohých rokov, je spojený s lepšou a primeranejšou starostlivosťou, lepším zdravím a vyššou kvalitou života pri oveľa nižších nákladoch.

Spolupráca na organizovaní odborného programu na tejto celosvetovej konferencii je pre SSVPL SLS veľmi významná z niekoľkých hľadísk. Je to možnosť ukázať v blízkej Prahe našim kolegom zo Slovenska, ako funguje primárna zdravotná starostlivosť v Európe a vo svete a aké je miesto všeobecného lekára v zdravotnom systéme v iných krajinách. Máme tiež možnosť prezentovať našu prácu na medzinárodnom fóre a prehĺbiť spoluprácu s medzinárodnou komunitou všeobecných lekárov a zapojiť sa do pripravovaných projektov. V neposlednej rade vítame možnosť upriamiť pozornosť aj našich politikov na problémy a potreby primárnej zdravotnej starostlivosti, bez ktorých vyriešenia nie je reálna reforma zdravotného systému v žiadnej krajine.

MUDr. Iveta Vaverková, MPH  
viceprezidentka SSVPL SLS



# Wonca World konferencia Praha 2013 25. – 29. Jún

