



Všeobecný praktik

XXXVI. Výročná konferencia SSVPL

*Pozývame Vás na najväčšie odborné podujatie
všeobecných lekárov na Slovensku*

**Prínos všeobecného
praktického lekárstva**

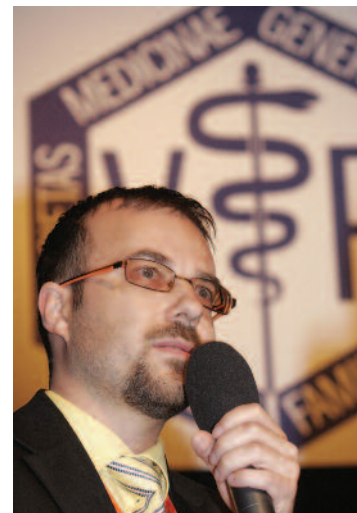
**VYSOKÉ TATRY – STARÝ SMOKOVEC
15. – 17. OKTÓBER 2015**

Vážené kolegyne a kolegovia,

naša odborná spoločnosť, ktorej históriu začal písať František Klimo po prelomovej konferencii v Alma-Ate(1978) už od roku 1979, tento rok pre Vás pripravuje svoju XXXVI. Výročnú konferenciu vo Vysokých Tatrách. Ako darček pripravujeme preklad publikácie o prínose všeobecného lekárstva od Michaela Kidda s úvodom od Margaret Chan, prezidenta WONCA a generálnej riaditeľky WHO, ktorá vyšla v roku 2013 a tiež tento rok vydávame nové učebné texty vo všeobecnom praktickom lekárstve, ktoré napísali naši kolegovia z Kliniky urgentnej a všeobecnej medicíny LF UK. Tento rok sa podieľame na konzultáciách pre MZ Európskej Komisie(DG SANCO) a pre WHO, ktorá pripravuje nový zásadný dokument Workforce 2030, ktorý bude veľkou podporou všeobecného praktického lekárstva aj na Slovensku. Tak ako sa nám podarilo po minulé roky, aj tento rok sme zorganizovali a podporili účasť našich kolegov, ktorým prijali ich odborné práce a postery, na WONCA Europe 2015 v Istanbule a na konferencii Európskeho fóra primárnej starostlivosti(EFPC) v Amsterdame. Iba rozvíjaním spolupráce a podporou aj medzinárodných kontaktov môžeme získavať nové skúsenosti a vedomosti o práci všeobecných praktikov vo svete a zúročiť to pre vás. Podali sme aj prihlášku na organizáciu WONCA konferencie v Bratislave v roku 2018 a práve na blížiacu sa konferenciu v Istanbule budeme našu kandidatúru obhajovať.

Je to škoda, že práve v dobe existencie veľkého objemu práce a otvárajúcich sa nových možností pred našim odborom, keď je potrebné zjednotenie, dochádza ku vzniku novej spoločnosti. Vznikla ďalšia spoločnosť pre všeobecných lekárov pod vedením exministerkou zdravotníctva JUDr. Zuzanou Zvolenskou menovanou hlavnou odborníčkou MUDr. Monikou Paluškovou, PhD., MBA. Z nášho výboru odišli do novo vzniknutej spoločnosti MUDr. Martina Jandžíková, MUDr. Peter Bakič, MUDr. Jana Senčáková, MUDr. Iveta Vaverková a MUDr. Peter Marko. Prajeme si, aby sa im v novej spoločnosti darilo a budeme sa usilovať integrovať našu ďalšiu spoluprácu tak, aby to bolo v prospech rozvoja všeobecného praktického lekárstva na Slovensku.

Naša odborná spoločnosť SSVPL môže pokračovať vo svojej intenzívnej práci vďaka tomu, že sa nám podarilo nájsť tím mladých ambiciózných všeobecných praktikov. Keďže sa situácia u nás vyčistila, skončilo sa obdobie nestability, ktoré sme riešili po niekoľko rokov nulovým členským, tak v tomto roku sa vraciame k vyberaniu ročného členského poplatku. Výbor SSVPL schválil členské na rok 2015 vo výške 10 €. Potrebujeme dofinancovať vydávanie nášho časopisu Všeobecný praktik a tiež naše prekladateľské a vydavateľské aktivity, ktoré Vám budú sprístupnené.



Rozhodli sme sa Vás osloviť a požiadať o podporu. Potrebujeme nielen finančnú injekciu ale aj morálnu podporu od Vás, celej našej členskej základne. Zaplatením členského príspevku podporíte našu odbornú spoločnosť, našu cestu posilňovania postavenia všeobecného praktika v slovenskom zdravotnom systéme.

V riešení finančných otázok zabezpečenia našich praxí, vytvárame jeden spoločný tím v rámci SLK. Podieľame sa na transformácii Zdravotného výboru SLK na ZAP - Združenie ambulantných poskytovateľov, kde zástupcovia SSVPL reprezentujú segment VLD. V súčasnosti nás v Zdravotnom výbore aj v ZAP zastupuje MUDr. Pekarovič, MUDr. Makara, MUDr. Ostrovská. Podporujeme to, že kapitálna platba má pokrývať paušálne náklady na prevádzku našich ambulancií, čo máme vykalkulované na priemernú kapitálnu platbu 3€ na pacienta. Až následný vyšší príjem má byť viazaný na výkonovú zložku, ktorá by sa mohla pohybovať na úrovni 25 % príjmu (t.j. dodatkový príjem priemerne +1 € na pacienta). Chceme aby sa naša situácia vyrovnala financovaniu všeobecných praktikov v ČR, kde je už dnes v priemere 4 € na poistenca mesačne. Podporujeme to, aby bola finančne podporená naša súčasná sieť a nie aby sa peniaze poistencov míňali na budovanie paralelnej siete centralizovaných (integrovaných) centier, na úkor financovania existujúcej siete našich ambulancií integrovaných v komunitách pacientov, ktorá sa budovala po desaťročia. Sme za zvyšovanie takých kompetencií, ktoré nám umožnia plnohodnotne sa postarať o našich mobilných ale aj imobilných pacientov, a to odstránením zbytočných preskripčných obmedzení na lieky, pomôcky a vyšetrenia a ostatných umelých kompetenčných reštrikcií. Sme presvedčení, že všeobecní praktici sú dnes plne kompetentní prevziať zodpovednosť za integrovanú komplexnú starostlivosť v komunitách a budeme ich podporovať odborným a organizačným zázemím.

*Dovidenia v októbri na našej konferencii,
Peter Makara, prezident SSVPL*

Príhovor prezidenta SSVPL

Pozývame Vás na XXXVI. Výročnú konferenciu SSVPL (Peter Makara)	2
Zväz ambulantných poskytovateľov (Peter Pekarovič)	4
Slovenská lekárska komora a Zväz ambulantných poskytovateľov (Marián Kollár, Edita Hlavačková)	6
Dni zdravého srdca 2015 (Michaela Macháčová)	6
Rezidenti, mladí praktici, budúcnosť slovenského všeobecného lekárstva ... čo nás teší a čo trápi? (Ludmila Resutíková)	7
KAPITÁCIA versus platba za VÝKONY (Peter Makara)	10
Zavolaj svojho chlapa (Beata Blahová)	11
Slovenskí praktici: „Českí lekári sú na tom lepšie“ (Iva Bezděková: Rozhovor s Petrom Makarom)	12
Toto je môj názor na zdravotníctvo a poisťovne (Vladimír Turanský, rozhovor doktora Liptáka)	14
Rozuzlenie kauzy: Vyšetrovatelia po 5 mesiacoch vyšetrovania zistili, že „skutok sa nestal“	15
Zavedenie Pregraduálnej prípravy všeobecného lekárstva na Klinike urgentnej a všeobecnej medicíny Lekárskej fakulty UK v Bratislave (Oto Masár)	16
K terminológii dotýkajúcej sa nášho odboru (Peter Lipták)	17
Nesúhlasíme s hlavnými odborníkmi (Slavomíra Filipová)	17
Funkcie zdravotníctva, význam štátnej zdravotnej politiky a úloha všeobecného praktika ako arbitra pacientov	18
Kardiológia v praxi všeobecného lekára pre dospelých	19
Prínos všeobecných praktikov pre posilnenie zdravotnej starostlivosti	20
Semináre SSVPL- Kardiológia v praxi všeobecného lekára pre dospelých (Adriana Šimková)	19
Prínos všeobecných praktikov pre posilnenie zdravotnej starostlivosti (Michael Kidd)	20
Šopy a felčiari ?! (Marián Kollár)	22
Z listu JUDr. Ing. Štefana Mesároša PhD. prezidentovi SLK	22
Poznámka na margo EFPC Amsterdam 2015 (Peter Lipták)	23
Profesor Mike Pringle, hosť XXXVI. Výročnej konferencie SSVPL	23
Správa zo zasadnutia výboru EURACT (Jana Bendová)	24
MUDr. Iveta Vaverková, MPH - nový národný zástupca v EURACTe	24
Z diskusie P. Liptáka s V. Čislákom, I. Uhliarikom, L. Pástorom a L. Kuželom na TA3	25
WORKFORCE 2030 - Globálna stratégia ľudských zdrojov v zdravotníctve	26

Prílohy:

1. Diabetológia VIP 2015
2. Onkológia VIP 2015
3. List prezidenta SSVPL / Poukážka na zaplatenie členského
4. Prihláška / Aktualizácia údajov člena SSVPL
5. Organizačné pokyny a informácia o programe XXXVI. Výročnej konferencie SSVPL
6. Združenie Ambulantných Poskytovateľov (ZAP)
7. Dotazník Dni zdravého srdca 2015

Všeobecný praktik ISSN 1339-2840

Adresa redakcie: Všeobecný praktik, Dobrovičova 10, 811 09 Bratislava

E-mail: vseobecny.praktik@vpl.sk

Editor Peter Lipták. Redakčná rada: Prof. Ján Murín, CSc., MUDr. Michaela Macháčová, MUDr. Adriana Šimková, PhD., MUDr. Peter Pekarovič. Autori fotografií Milan Kapusta, Vladimír Benko, Janka Liptáková, Peter Lipták a autori článkov. Grafické práce: Barbora Gerthoferová a Viktor Vadkerti.

Tlač a distribúcia: Knihlaň Gerthofer Zohor.

Všeobecný praktik je časopis Slovenskej spoločnosti všeobecných praktických lekárov SSVPL, Stredná 80, 821 04 Bratislava, IČO: 35607131, DIČ: 2020971502, zapísaná v registri občianskych združení MV SR č. spisu VVS/1-900/90-11564.



Aktuálna téma: ZAP

(Zväz ambulantných poskytovateľov)



Dlho sa ozývali hlasy na zjednotenie vyjednávacej sily lekárov voči zdravotným poisťovniam, MZ, ÚDZS, SP, komerčným poisťovniam a pod. Situácia, keď Zdravita jednala osobitne a ZV SLK tiež osobitne, nebola dobrá. Jedni „číhajú“, druhí „hota“ a navzájom sa obviňovali, kto nesie zodpovednosť za nejednotu, a aké to mohlo byť vyjednané lepšie, keby tí druhí... Nemá význam na tomto mieste zachádzať do podrobností,

bol by to nekonečný príbeh podľa tej istej šablóny.

V polovici roka 2014 sa prevažne z prostredia ASL vynorila konkrétna snaha vytvoriť ZAP, ktorý by zjednotil sily lekárov do „jednotnej, nezávislej a profesionálnej inštitúcie“, ktorá by podľa nemeckého vzoru jednala za lekárov. Po komunikácii s SLK bol navrhnutý model s jeho vnútornou štruktúrou a náčrtom činnosti. Zastúpenie malo byť matematicky paritné 50%/50% medzi ASL a SLK. V pozadí celého procesu boli obe strany podozrievavo ostražité, aby „tí druhí“ zase nevykonali nejaký úskok.

Na konci jesene 2014 bolo vyhlásené, že čas súri, a preto treba vec realizovať obratom. Stále nedochádzalo k dohode v konkrétnostiach, vytvárali sa vyjednávacie skupiny a v zákulisí podozrievania nevyhasínali. Situácia stagnovala v začarovanom kruhu s ukazovaním na „tých druhých“. V SLK sme zhodnotili, že takto pôvodne navrhovaný ZAP by bol alebo v područí vedenia ASL, alebo by bol v patovej situácii pol/pol, a teda nefunkčný. Preto SLK navrhla do vedenia ešte jedného svojho zástupcu. Toto ASL odmietla a trvala na pôvodnom návrhu zabezpečujúcom jej majoritu.

V tejto napätej atmosfére ZV SLK dospel k názoru, že ZP Dôvera nie je ochotná dať PZS to, na čo majú nárok a bolo navrhnuté vypovedanie zmluvy 30.4.2015. Podmienkou bolo, že sa pridá aj Zdravita, nakoľko ani jedna skupina sama nemala dosť mandantov. ASL podmienila vypovedanie podpisom SLK pod pôvodne navrhnutý ZAP do 30.4.2015 do 12.00 hod.

Toto SLK odmietla. ASL už potom v ten deň nekomunikovala. Podľa vedomosti SLK, ktorá bola na Dôvere prítomná, ASL 30.4.2015 do poobedia výpoveď nepodala. Preto výpoveď nepodala ani SLK, aby neohrozila svojich mandantov. O 3-4 dni začiatkom mája 2015 ASL oznámila, že 30.4.2015 výpoveď na Dôvere podala. Vedenie SLK je presvedčené, že to bol dodatočný antedatovaný krok.

Za tejto situácie vedenie SLK zvolalo na sobotu 1.5.2015 mimoriadnu Radu SLK s cieľom riešiť danú situáciu okolo ZAP. Boli aktuálne 4 možnosti vývoja:

1. Nezakladať žiadny ZAP,
2. Prijatť ZAP podľa návrhu ASL,
3. Založiť ZAP otvorený všetkým aj bez podpisu ASL,
4. Jednať v bludnom kruhu tak, ako tomu bolo už od jesene.

Po zvažovaní všetkých možností sa väčšina členov rady SLK priklonila k názoru, že za danej situácie bude najmenším zlom (nie najlepším dobrom!) založenie ZAP, do ktorého budú preklopení mandanti SLK, bude otvorený aj mandantom Zdravity, ako aj tým, ktorí neboli mandantmi nikde. Tak sa nakoniec aj stalo.

Výsledkom bolo zle-nedobre zo strany ASL, ako SLK ublížila lekárom, atď. Svojich mandantov ASL vyzvala, aby ZAP bojkotovali. Vyzerá to možno tak, že jednota lekárov na Slovensku musí byť dôsledne rozbíjaná, alebo dôkladne ustrážená, aby sa lekári ani náhodou skutočne nezjednotili, lebo to si zákulisná oligarchia nepraje.

Dezinformácie rozbíjajúce jednotu sú vymýšľané aj okolo odbornej spoločnosti všeobecných lekárov, kedy Slovenská spoločnosť všeobecného praktického lekárstva (SSVPL) majúca 1.400 členov, bola hlavnou odborníčkou MZSR na kongrese v Žiline vyhlásená za zrušenú a nahradenú jej vlastnou spoločnosťou, ktorú založila v novembri 2014. Pritom opak je pravdou, SSVPL existuje už od roku 1979 a aktívne pripravuje svoju výročnú konferenciu aj tento rok. My akceptujeme, že popri našej odbornej spoločnosti existujú aj spoločnosti MUDr. Paluškovcej, MUDr. Pásztorovej a MUDr. Marka a usilujeme sa s každým o dobrú spoluprácu.

Dnešný stav

ZAP

- ZAP existuje, prístupujú do neho mandanti. T.č. ich je značne viac, než tisíc a ich počet stále stúpa. Najviac tých, ktorí boli mandantmi ZV SLK, tiež aj členovia Zdravity, ako aj tí, ktorí doteraz neboli mandantmi nikde, ale pochopili, že ZAP treba viesť do života najmä tým, že bude mať dosť mandantov na vyjednávanie z pozície sily (inak sa na Slovensku nedá). V tejto chvíli sa jednania so ZP dejú cestou ZV SLK a Zdravity oddelene. ZAP bude aktívne vyjednávať v budúcom období, kedy ukončí svoju činnosť ZV SLK.

ZV SLK

- Dokončieva jednania so ZP. Perspektívne ukončí svoju činnosť a za jeho mandantov, ktorí podpísali splnomocnenie do ZAP, už bude vyjednávať len ZAP. Tí terajší mandanti ZV, ktorí v krátkom čase nepodpíšu splnomocnenie do ZAP (je k dispozícii na SLK/RLK, www.lekom.sk), potom už nebude vyjednávať nikto a budú musieť jednať sami za seba (neodporúča sa!).

VŠZP

- ZV SLK nepodpísal dodatok od 1.7.2015, lebo VŠZP nebola ochotná zohľadniť požiadavky PZS. Dodatok bude podpísaný od 1.8. 2015. PZS dostanú navýšenie platieb.

Dôvera

- ASL slúbila, že nestiahne svoju výpoveď na Dôvere. Preto ZV SLK podal výpoveď od 1.6.2015. Skutočnosť – ASL svoju výpoveď stiahla... Vo výpovedi pokračuje t.č. ZV SLK. Nakoľko sám nemá dosť mandantov, bude musieť prijať to, čo chce Dôvera a tiež stiahnuť svoju výpoveď. PZS dostanú pridané na platbách.

Union

- Pokračujú jednania so ZV SLK. Zdravita už prijala ponuku Unionu. ZV SLK neplánuje výpoveď zmluvy a po dohode s Unionom t.č. prijme navýšenie platieb pre PZS.

Otázky v súvislosti so ZAP

Prečo všeobecní lekári nemajú svoje zastúpenie v predstavenstve ZAP?

Všeobecní lekári majú prostredníctvom členov výboru SSVPL zastúpenie v ZAP. V najvyššom orgáne v správnej rade ZAP je P. Pekarovič a P. Makara, v dozornej rade ZAP je Soňa Ostrovská. Aktívne sa zúčastňujeme rokovaní so ZP (t.č. ešte pod hlavičkou ZV SLK). Požadujeme aj ustanovenie zástupcu VLD vo výkonnom orgáne v predstavenstve ZAP.

Prečo je predsedom predstavenstva ZAP právnik?

Je to pozícia s veľkými časovými nárokmi a zatiaľ nedošlo k dohode o obsadení tejto funkcie konkrétnym lekárom. Právnik zbehlý v zdravotníckej problematike je na prechodnú dobu dobrým riešením. A zostáva tu aj ešte neobsadená funkcia výkonného riaditeľa ZAP.

Bude ZAP vyberať členské?

T.č. je členstvo v ZAP bezplatné. V budúcnosti sa počíta s určitým členským, nakoľko práca v ZAP stojí nevyhnutné režijné náklady. ZAP nemôže byť financovaný SLK, nakoľko ZAP je nezávislá (!) organizácia. Nie je to súčasť SLK. Členské bude takmer určite nižšie, než t.č. v ASL a Zdravite.

Orgány ZAP sú dosadené „zhora“ zakladateľmi. Ako môžu presadzovať záujmy členov (mandantov)? Nebudú presadzovať záujmy zakladateľov?

T.č. ide o prechodné obdobie tvorenia ZAP. ZAP sa nedá vytvoriť „na zelenej lúke“, ale musia ho viesť ľudia schopní a ochotní. V krátkej dobe bude vedenie ZAP na základe volieb všetkých členov (mandantov). V štruktúre bude zachovaný princíp zastúpenia všetkých skupín odborností PZS. Aj VL vo všetkých úrovniach orgánov.

Čo treba robiť teraz

1. Kto už podpísal splnomocnenie do ZAP, pochopil dobu a urobil krok správnym smerom.
Mal by však urobiť ešte niečo dôležité – osloviť kolegov, ktorí ešte splnomocnenie nepodpísali. V prvom rade VL. Ak doteraz nepodpísal ten, ktorý bol (momentálne ešte je na krátky čas fungovania ZV) mandatárom ZV SLK, je to nepochopiteľný postoj. Na čo ten lekár čaká? To nechce, aby za neho vyjednávali jeho zmluvy so ZP (aj iné)? Zatiaľ ZV SLK už nebude – ukončí svoju činnosť.
Osloviť treba aj pediatrov, gynekológov, kolegov ŠAS. ZAP môže byť úspešný len vtedy, ak bude mať dosť mandantov. Bez takejto pozície sily to bude pokrívkať. Preto treba prekonať svoju prípadnú pohodlnosť a ísť za kolegom-kolegyňou. Postoj „ja ešte počkám“ je presne taký, aký by nám najradšej naordinovali naši protivníci. Ak nebudeme robiť my, oni robíť svoje budú určite.
2. Nedať sa strašiť, ako to na Slovensku je vo zvyku. „Nevstupujte do ZAP, lebo...“ Najmenej riskujeme, ak do ZAP vstúpime. Nedať sa manipulovať s konečným cieľom zakonzervovať naše rozdelenie. ZAP je otvorený všetkým lekármi. Budú v ňom voľby a každý bude môcť byť volený – vrátane všetkých členov ASL. Viac spravodlivej demokracie sa nedá dosiahnuť.
3. Nedať sa klamať (ako to je na Slovensku tiež vo zvyku). Sledujte www.vpl.sk, ako aj www.lekom.sk. Tento rok sme už tých klamstiev zaznamenali nemálo. Ako napr. aj hromadné oznámenie istej „spoločnosti“ voči všetkým farmaceutickým firmám, že konferencia SSVPL v Starom Smokovci tento rok nebude, a preto nech idú na inú konferenciu... Je jasné, že konferencia bude a bude na nej preberaná aj problematika ZAP. Pozývame!
4. Pokúste sa rozumieť, že ZAP nikoho nelikviduje, ale chce byť spoločným krokom vpred v prospech všetkých PZS. Pri voľbách budú môcť byť všetci do funkcií volení. Čo ešte by niekto chcel?
5. Na záver jedna glosa: Prosím, toto naozaj nie je proti Dr. Lacovi Pásztorovi, do ktorého naozaj nejdeme vráť, ale v týchto dňoch som sa pobavil na reakcii jednej kolegyne: „Neviem, čo toľko jednáte? Nakoniec aj tak bude, ako povie Pásztor...“ Aby neboli takého podozrenia, treba mať silný (t.j. s množstvom mandátov!!) demokratický ZAP.

V Hlohovci 23.8.2015

MUDr. Peter Pekarovič, člen správnej rady ZAP za VLD
člen Rady SLK, Vedecký sekretár SSVPL
bývalý člen poradného zboru Zdravity za VLD



Vážené kolegyně, vážení kolegovia,

Slovenská lekárska komora sa rozhodla podpísať so zdravotnými poisťovňami zmluvy, avšak nejde o konečnú dohodu.

Minulý týždeň sme dostali ešte o niečo lepšie podmienky, ako boli dlhodobo predkladané. Vzhľadom na to, že sme zostali v rokovaní nakoniec sami a nechceme, aby poisťovne použili pacienta ako rukojemníka, rozhodli sme sa ponuku podpísať, **avšak len na krátke obdobie - t.j. do konca roka 2015**. Zároveň chceme naďalej pokračovať v rokovaní a obhajovaní Vašich oprávnených požiadaviek.

Podpísanie blanco zmluvy s prísľubom navýšenia „len ak budú navýšené zdroje do zdravotníctva“ nepovažujeme za správny postup a nasledujúce mesiace využijeme na ďalšie intenzívne rokovania.

Za všetkých členov rokovacieho tímu - t.j. Zdravotného výboru SLK, Vám chceme poďakovať za podporu a prejav odhodlania a súdržnosti.

To, že sa na SLK vrátila väčšina zmlúv, ktoré lekárom poslali poisťovne, je dôkazom, že na Slovensku sa situácia medzi lekármi pohla dopredu.

Dnes už je jasné, že sa nedáme umlčať.

Že sa zrodila jednota a obnovil sa pocit stavovskej hrdosti a spolupatričnosti - a to všetko len vďaka Vám.

Že heslo „JEDNOTA-SILA-ÚSPECH“ nie sú len slová, že ste ich význam už dokázali a získali si tak rešpekt všetkých partnerov.

Od **1.9.2015** preberá funkciu ZV SLK **Zväz ambulancných poskytovateľov**.

Väčšina z Vás už do ZAP-u prestúpila a môže sledovať aj novú stránku **www.zapsk.sk**.

My, ktorí sme absolvovali vyčerpávajúci maratón rokovaní, sa už teraz tešíme, že v spolupráci s novými silami, na ďalšie budovanie nášho spoločného Zväzu ambulancných poskytovateľov.

Prajem všetkým ešte pekný zvyšok leta a aj naďalej veľa odvahy, hrdosti a optimizmu.

A ešte raz všetkým ďakujeme, aj naďalej sme tu s Vami a za Vás.

*MUDr. Marián Kollár, prezident SLK
MUDr. Edita Hlavačková, predsedníčka ZV SLK*

Dni zdravého srdca 2015



Michaela Macháčová

Milí kolegovia praktickí lekári, rada by som Vám prostredníctvom môjho príspevku, pripomenula náš Celoročný projekt dni zdravého srdca, ktorý je zameraný na pacienta s fibriláciou predsiení (FP) a na pacienta potencionálne ohrozeného vznikom FP (pacient s arteriálnou hypertenziou, diabetes mellitus, srdcovým zlyhávaním, obezitou...).

Projekt pripravila naša spoločnosť SSVPL a bol prvýkrát odprezentovaný na poslednej XXXV. Výročnej konferencii SSVPL, ktorá sa konala v októbri 2014 v Starom Smokovci.

Fibrilácia predsiení predstavuje jednu z epidémii 21. storočia, jej prevalencia sa zvyšuje s vekom.

Závažné riziko, ktoré so sebou fibrilácia predsiení prináša je tromboembolická príhoda.

Za posledných 10 rokov sa úmrtnosť na komplikácie FP viac ako zdvojnásobila, čo ostro kontrastuje s poklesom úmrtnosti iných kardiovaskulárnych ochorení. Pacient s FP má **5-násobné riziko vzniku NCMP**.

Hlavným cieľom nášho projektu Dni zdravého srdca je zdokumentovanie výskytu FP na ambulancii všeobecného lekára pre dospelých, **prevalencia FP, skrining FP** – vyhľadávanie asymptomatických pacientov s rizikovými faktormi vzniku FP a následne **včasne zahájená a vedená antikoagulačná terapia** u indikovaných pacientov. Mnohí z nás majú možnosť monitorovania INR prostredníctvom POCT analyzátoru, vyšetrovaním tohoto laboratórneho parametra priamo vo svojich ambulanciách a tak môžeme dosiahnuť veľmi dobré nastavenie pacientov, ktorí potrebujú antikoagulačnú liečbu. To zvyšuje účinnosť a bezpečnosť tejto liečby. Pacienti sú účinne chránení pred komplikáciami fibrilácie predsiení a súčasne sú bezpečne chránení pred hemoragickými komplikáciami nadmernej antikoagulačnej liečby.

V prílohe nášho časopisu prikladáme dotazník, prostredníctvom ktorého tieto údaje z Vašej ambulancie môžeme získať.

Prvých sto lekárov, ktorí odošlú vyplnený dotazník na uvedené adresy alebo mail, nebude platiť kongresový poplatok na XXXVI. Výročnej konferencii SSVPL, ktorá sa uskutoční **15. - 17.10.2015 v Starom Smokovci**, na ktorú Vás zároveň srdečne pozývam.

Všetky dotazníky pôjdu do zlosovania o atraktívne ceny, ktoré pre Vás pripravujeme.

Prajem Vám úspešné sledovanie zdravotného stavu a včasne zahájenú antikoagulačnú liečbu u pacientov s FP a teším sa na Vaše vyplnené dotazníky.

Údaje, ktoré nám poskytnete z Vašich ambulancií budú veľmi zaujímavé a prispievajú k prevencii vzniku cievnej mozgovej príhody u pacientov s FP.

Rezidenti, mladí praktici, budúcnosť slovenského všeobecného lekárstva

... čo nás teší a čo trápi?

MUDr. Ľudmila Resutíková, predsedníčka Mladých Praktikov – Odbornej sekcie SSVPL



Už viac ako rok sa často hovorí o Rezidentskom programe a potrebe mladých všeobecných lekárov.

Tak ako to skutočne v praxi funguje? Budú na Slovensku čoskoro mnohí mladí praktici? Zníži sa postupne **vekový priemer** zo súčasných **55,2 rokov u všeobecných lekárov**? Bude mať v prvom kontakte kto liečiť? Budú tu záujemcovia o prebratie všeobecných

ambulancií? Motivovať je potrebné už medikov, predovšetkým kvalitným pregraduálnym vzdelávaním a praxou v odbore praktického všeobecného lekárstva.

Teda postupne, najprv teória...

Rezidentský program je projekt Ministerstva zdravotníctva SR financovaný zo štrukturálnych fondov EÚ, umožňuje lekárom zaradeným do štúdia všeobecného lekárstva a pediatrie hradiť výdavky na mzdu, aj všetky poplatky za vzdelávanie, a tým uľahčuje získanie uvedených špecializácií pre mladých lekárov. Cieľovou skupinou projektu sú lekári vo veku do 36 rokov, pričom je predovšetkým určený pre absolventov.

Upravila sa aj **príprava na špecializačnú skúšku, v odbore všeobecné lekárstvo** pre dospelých trvá **tri roky**, v odbore pediatria štyri roky. Miestom pôsobenia rezidentov sú vybrané fakultné, univerzitné a regionálne nemocnice. Poslednou časťou výučby bude polročná stáž v ambulancii všeobecného lekára. Počas celého programu má mať prijatý uchádzač garantované pracovné miesto v nemocnici, s rovnakým finančným ohodnotením ako iní neatestovaní lekári. Rezident si už počas výberového konania môže vybrať pracovisko, kde bude zamestnaný, a to predovšetkým podľa svojej regionálnej preferencie. Musí pôsobiť 5 rokov po špecializačnej skúške na Slovensku.

K 1. októbru 2014 sa do programu zapojilo 135 študentov na troch lekárskech fakultách na Slovensku, bolo ich 95 vo všeobecnom lekárstve a 40 v pediatrii. Najviac rezidentov zaevidovali na Slovenskej zdravotníckej univerzite v Bratislave, kde sa do programu zaradilo 90 študentov, z toho 33 na odbor pediatriu. Na Univerzitu Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach sa do programu zapísalo 37 záujemcov, z toho päť na odbor pediatriu a Jesseniova lekárska fakulta Univerzity Komenského v Martine mala pri zahájení programu osem rezidentov, dvoch pre pediatriu.

A teraz podíme do praxe - priblížime si skutočnú situáciu, reálne skúsenosti mladých lekárov a lekároch z rezidentského programu i mimo neho, ich názory a dojmy z prvého roku

fungovania projektu. Ako sa hovorí „Iný kraj, iný mrav.“ platí aj tu, názory sa rôznia.

- Rezidentka z Trnavského kraja - je spokojná.

„Ja som bola na tlačovke minulý rok keď to všetko začalo, dost informácií tam bolo predostretých, neviem, či je vhodné teraz písať o problémoch vzhľadom k tomu, že sme štartovací (skúšobný) ročník... aj keď ja nemám zvlášť nejaké pripomienky k tomuto vzdelávaniu...

Som rada za rezidentský program a zatiaľ som dosť spokojná.

Každý rezident mal možnosť si vybrať mesto, resp. nemocnicu, kde by chcel predatestačnú prípravu absolvovať. Najväčšiu časť praxe zaberá práca na internom oddelení, ďalej rezident prejde aj iné oddelenia, ambulancie, prax zakončí u PL.

Mne osobne sa rezidentský program veľmi pozdáva, vzhľadom k tomu, že som o prácu praktického lekára mala záujem, nemohol prísť v lepšiu dobu a mohla som zostať v meste, v ktorom som chcela.

Práca na oddeleniach spočíva v štandardnej ústavnej praxi, ev. v asistencii pri výkonoch na ambulanciách, kde práve predatestačná prax prebieha.

Možno by som rozpis cirkulácií mierne upravila, niekde skrátila, ev. predĺžila, samozrejme bude to vyžadovať čas, ale aj tak je navrhnutý dosť dobre pre nadobudnutie praxe pri samostatnej práci na ambulancii.

SZU organizuje vzdelávacie aktivity na rôzne témy, zamerané predovšetkým na prax všeobecného lekára. Akcie sú organizované v priebehu roka, sú povinné. Spolupráca so SZU je na dobrej úrovni, v prípade akýchkoľvek otázok dostaneme odpoveď.

Program pre mňa t.č. predstavuje istotu v práci, nadobúdanie praxe, možnosť atestácie z oboru, o ktorý mám záujem, v budúcnosti nezávislosť a samostatnosť v praxi, samozrejme **očakávam aj navyšovanie kompetencií pre PL, čím sa dosiahne aj rozmanitosť práce.**

Čo sa týka praxe na ambulancii zatiaľ nevieme kto bude náš školiteľ.

Po zložení atestácie by som rada zostala v Trnavskom kraji a prebrala prax po lekárovi, ev. si založila svoju ambulanciu, podľa toho aká bude situácia. **Vyhovovalo by mi pracovať sama na seba, nie byť zamestnanec.**

- Rezidentka z Trenčianskeho kraja, pôsobiaci v Trnavskom kraji - má na situáciu iný názor.

„Dôvody, prečo som sa rozhodla pre RP:

- VEĽMI ma oslovila myšlienka školiť, ktorý je začínajúcemu lekárovi k dispozícii a je za to odmenený - toto podľa mňa začínajúcim lekárom často veľmi chýba, aby sa mali s kým poradiť, aby ich niekto sprevádzal v začiatkoch,
- **doteraz pre bežného smrteľníka nebola možnosť stať sa všeobecným lekárom**, nakoľko žiadna nemocnica neprihlási na atestáciu všeobecného lekára a spätne sa neuznáva žiadna prax,
- **máme hradené všetky poplatky spojené s predatestačnou prípravou**,
- garancia, že odídeme cirkulovať v stanovenom termíne a predatestačná príprava sa nebude ľubovoľne predlžovať podľa svojvoľne primárov,
- predatestačná príprava obohatená o ambulantnú zložku, čo v pôvodnej predatestačnej príprave pre VL podľa mňa dosť chýbalo.“

„V praxi:

- **školiť údajne za školenie rezidenta nemá žiadne benefity, čo v praxi - aj podľa ostatných rezidentov, s ktorými som sa stretla - vyzerá tak, že sa nám nikto nevenuje**. Nemám na mysli nejaké „vodenie za ručičku“, ale to, aby k dispozícii bol skúsený, atestovaný lekár, ktorý si dokáže vyhradiť pre rezidenta napr. 20 minút denne a prejsť si me-nežment rezidentovi zverených pacientov, v rýchlosti prejsť správnosť indikovanej terapie a vychytať chyby začiatč-níka. Stretla som sa s jednou rezidentkou, u ktorej to takto funguje a bola už po pár mesiacoch som mala pocit, že má predomnou výrazný náskok a musela som jej v dobrom závidieť. Z duše neznášam vetu starších lekárov: „však aj my sme boli hodení do vody, prečo by sa vám mal niekto venovať, keď ste takisto už lekári“. Rozdiel je v tom, že naša predatestačná príprava v nemocnici trvá 2,5 roka a nie 5 rokov. Nemáme čas ani priestor (ani to nepovažujem za morálne) sa domnievať, skúšať, domýšľať si - ide predsa o pacientov. My sa musíme dobre pripraviť na samostatnú prax za veľmi krátky čas a všetci vieme, že to, čo sa píše v knižkách, často je v praxi úplne inak. **Toto vnímam ako najväčší problém a pre mňa najväčšie sklamanie.**

- som spokojná s cirkuláciami, na ktoré odchádzame včas, bez akýchkoľvek prietahov,
- taktiež som spokojná s hradením poplatkov - napr. poplatok za špecializačné štúdium, ktorý som si nemusela platiť ja, ale išlo to z projektu,
- **rezidentský program môžem prerušiť z dôvodu materskej dovolenky a mám garantované, že ho môžem dokončiť po MD** - túto výhodu práve idem aktívne využiť,
- myslím si, že záverečná polročná príprava u praktického lekára by mala byť trochu flexibilnejšia - nie je podľa mňa nevyhnutné, aby lekár mal akreditáciu, ale skôr je dôležitá jeho ochota a to, čo chce rezidentovi odovzdať. **Poznám dobrého lekára, ktorý ale nespĺňa kritériá akreditovaného pracoviska, a tak si budem musieť zrejme hľadať iného, ku ktorému pôjdem na prax.** Viem, že môže požiadať aj tento lekár o akreditáciu, no zrejme nespĺní kritériá (napr. minimálny počet pacientov).

Ešte toľko, že pracujem vo FN Trnava, ale pôvodne som chcela ísť do FN Trenčín. Keď som sa v Trenčíne v lete 2014 informovala, tak mi povedali, že oni rezidentský program neotvorila - tak som oslovila FN Trnava. Nakoniec som sa niekedy v novembri dozvedela, že FN Trenčín nakoniec rezidentský program otvorila... Momentálne som štúdium prerušila z dôvodu materskej dovolenky, takže mám určitý čas na premyslenie.“

Skúsenosti z východného Slovenska opisuje

- rezidentka z Prešovského kraja - obáva sa budúcnosti a integrovaných centier zdravotnej starostlivosti. Verí, že vlastná ambulancia sa zmení z predstavy na realitu.

„Tak od začiatku sme boli na geriatrici, po 2 týždňoch som mala niekedy aj po 4 izby keď boli kolegovia po službe... veľmi sa nám nikto nevenoval, to ma dosť mrzí. Jasné, skon-zultuješ, aj máš vedúceho lekára, za ktorým môžeš ísť, no ak by som si niečo nevšimla, tak neviem...fungujeme ako všetci ostatní lekári, ako riadni zamestnanci.“

Vlastne až teraz ideme cirkulovať ďalej, jedna kolegyňa ešte ostáva, začala až vo februári.

Zmluvy máme s nemocnicou podpísané do októbra, pri-sľúbili, že podpíšu aj ďalej a o postgraduálnom vzdelávaní máme zmluvy s LF(aspoň myslím), s tým že **3 roky rezident-ský program a potom by sme mali 5 rokov zostať pracovať v danom kraji. Platy, dovolenku a všetko máme ako ostatní, akurát neslúžime.** Čoskoro tiež mením pracovisko, tak uvidím.“

„Teší ma na tom celom to, že **mám istotu, že po tých troch rokoch na tú atestáciu pôjdem, že ma žiaden primár ne-môže nepustiť cirkulovať** atď... a to že sa nám nikto nejako veľmi nevenuje, to som ani nečakala a ani to až tak neriešim (ako tie kolegyne čo sú po škole, a čakali, že im každý bude všetko vysvetľovať...). Ak by sa to celé nejako pokazilo mini-málne na 2 roky mám postarané o robotu a verím že aj o atestáciu. Nech by sa to potom akokoľvek vyvinulo, už s atestáciou je v istom smere stále ľahšie...“

„Perspektívne **mám jedného lekára, čo by som potom mohla postupne prevziať jeho ambulanciu, riešim teraz akurát, aby mohol byť už aj ten posledný polrok môj ško-liteľ** (vychádza to tak na začiatok roku 2017), verím, že to vyjde, vyhovovalo by mi to tam po všetkých smeroch. Kole-gyne majú obavy z centier, veď trochu aj ja, no myslím, že to ani veľmi ovplyvniť nedokážem. Akurát **sa snažím veriť, že vlastná ambulancia sa zmení z celkom konkrétnej pred-stavy na realitu** a že to tam všetko zvládnem, z tej zodpo-vednosti mám trochu strach...“

- Mladý praktik z Bratislavského kraja - sa do rezidentského programu zaradiť nemohol a vníma to ako nespravodlivosť.

„V rámci spoločného interného kmeňa som pôsobil v **Malackách**. Je to mesto ktoré síce spadá pod Bratislavský kraj, ale keďže nebola možnosť odcirkulovať všetky stáže priamo v nemocnici, **musel som za cirkuláciami dochádzať do Bratislavy na vlastné náklady**, plus nemocnica si vyúčtovala so spätnou platnosťou všetky náklady spojené s mojimi cirkuláciami, čo ma po prepočte stálo niekoľko tisíc eur, ktoré som musel nemocnici splácať.

Som z toho sklamaný, že napriek týmto všetkým skutočnostiam /neautonómnosť zariadenia, nutnosť cestovať kvôli cirkuláciám inam, nedostatok praktických lekárov v regióne/ **bolo mesto vyňaté spod rezidentského programu s argumentáciou, že to je Bratislavský kraj, v ktorom je všetko maximálne dostupné a bezproblémové.**“

- Mladá praktička zo Žilinského kraja - už prevádzkuje vlastnú všeobecnú ambulanciu a rezidentský program vníma len okrajovo, trápí ju iné. Poistovne!

„Mám 31 rokov a otvorenú ambulanciu všeobecného lekára od septembra 2014 v centre mesta, **začínala som od nuly**, lebo tu sa ceny predaja ambulancií pohybujú od 40 tisíc eur vyššie...

A moja práca? No v skratke mi vadí, že **poistovne nemajú jednotné názory na vykazovanie** napr.klasických odberov do uzavretého systému a podobne.. . A či sa cítim diskriminovaná? Vadí mi, že staršie kolegyne ma neakceptujú ako rovnocennú partnerku a neochota z ich strany keď ku mne prestupujú ľudia... Do rezidentskeho programu moc nevidím, ale asi im nezávidím, keďže údajne ich môžu poslať, kde všeobecný lekár chýba napr.do rómskej osady a podobne... A možno sa mylím, neviem...”

Na zväzanie by boli výhodné nízkoúročné pôžičky pre mladých praktikov na odkúpenie súkromnej praxe.

Ja osobne sa vyjadrim ako - mladá praktička z Banskobystrického kraja - ktorá už takmer rok pracuje na súkromnej všeobecnej ambulancii v obci Želovce na vidieku okresu Veľký Krtíš.

„Svoju **všeobecnú ambulanciu som prebrala postupne po vzájomnej spolupráci a dohode so staršou kolegyňou**, ktorá si ma zvolila za svoju nástupkyňu. **Ambulanciu som zmodernizovala, vybavila** prístrojovým vybavením **EKG a CRP**. Svoju prácu robím s radosťou, maximálnym nasadením a precíznosťou. Mimoriadne sa teším novej kompetencii – dispenzarizácii hypertonikov. Verím, že budú pribúdať postupne ďalšie, nech aspoň dobehne českých kolegov.

Komplikácie práce vidím v nejednotnom vykazovaní pre poistovne, verím, že postupne bude EKG vyšetrenie pri prevencii u VL preplácané aj pacientom do 40 rokov a aj súkromné poistovne začnú hradiť akútne EKG pri ťažkostiach. CRP naopak hradí ako výkon len Union, ostatné poistovne ho majú zahrnuté v rámci kapitácie, nehradia výkon, čo je pri vstupných nákladoch na prístroj a sety úplne odradzujúce.

Hlavný problém v spolupráci s poistovňami je podľa mňa **„MIZNUTIE POISTENCOV“**. Ak sa poistenec z EU vráti, neviem o ňom, kým ma nevyhladá...alebo ho nevystopujem cez Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou a nenaháňam s dohodou. Všetko prídje k lekárovi, keď mu nie je zle? A účtovať pokuty za nenahlásenie mi pripadá naozaj nevhodné, nie som polícia. Ale keď niekto do EU odíde, v ten deň je v poistovni evidovaný a ubúda z kapitácie automaticky. Aj prírastok z EU po návrate musí fungovať tak jednoducho, však migrácia je v súčasnosti na dennom poriadku.

S poistovňami pri nejasnostiach komunikujem a vždy sa snažíme nájsť vysvetlenie situácie, aby boli naše vzťahy maximálne korektné.

Verím, že skúsenosti mladých všeobecných lekárov a rezidentov z praxe Vás zaujali a inšpirovali. Diskutovať na načatú tému budeme na **výročnej konferencii SSVPL – Slovenskej spoločnosti všeobecného praktického lekárstva v Starom Smokovci 15.-17.10.2015**, kde spolu uvítame mladých i starších kolegov a radi rozprúdime podnetnú diskusiu!

Do povedomia dávam aj **3 interaktívne workshopy: EKG v praxi všeobecného lekára**, kde sa budeme dňa **16.10.2015** zdokonaľovať pod odborným vedením osvedčených pedagógov **Doc. MUDr. Slavomíry Filipovej, CSc. z NUSCCH** a **Doc. MUDr. Jána Lietavu, CSc. z II. internej kliniky LF UK z Bratislavy**. v hodnotení EKG záznamu v rôznych situáciách a preberieme si i správne vykazovanie výkonu EKG pre poistovne.

Študenti medicíny, rezidenti a registrovaní Mladí Praktici do 5 rokov po atestácii budú mať po predložení príslušného dokladu na **KONFERENCIU VOĽNÝ VSTUP!!!**

S pozdravom **MUDr.Ludmila Resutíková**,
predsedníčka Mladých Praktikov – Odbornej sekcie SSVPL –
Slovenskej spoločnosti všeobecného praktického lekárstva
kontakt: mladi.obvodaci@gmail.com
web: www.mladipraktici.sk
Facebook Page: Mladí Praktici Slovensko / dajte nám like :-)

Zdroje: <http://www.vpl.sk/sk/klinika-urgentnej-a-vseobecnej-mediciny-lfuk-bratislava-2014/>
<http://www.health.gov.sk>
<https://www.jfmed.uniiba.sk>
<http://www.primarnykontakt.sk>
mladi.obvodaci@gmail.com

KAPITÁCIA versus platba za VÝKONY

Peter Makara



Na úvod chcem vyjadriť nesúhlas s tvrdeniami kolegu Dr. Beňačku o financovaní všeobecných lekárov. Súčasťou mojej firmy je aj ambulancia špecialistu, a preto problémy financovania špecialistov sú mojej osobe blízke. Napriek tomu by som si nedovolil kritizovať segment ŠAS, pretože sa vyznam v práci všeobecného lekára a nie v práci špecialistu. Pritom určite existujú roz-

diely aj vo financovaní jednotlivých segmentov ŠAS. Na rozdiel od nášho kolegu, ja doprajem špecialistom príjem za ich odvedenú prácu a uznávam, že niekoľko rokov nevalorizovaná cena bodu spôsobila, že práca špecialistu je podfinancovaná. To však nie je dôvod na „útok“ na našu odbornosť a kapitačnú platbu, ktorá je základom financovania primárneho kontaktu. Dovolím si tvrdiť, že segment všeobecných lekárov nežije na úkor špecialistov, o čom svedčia celkové výdavky na náš segment, ktoré sú na úrovni 2,8 % na rozdiel od vyspelých krajín, kde dosahujú výšku až do 10 % z celkových zdrojov. O tom, že segment primárnej zdravotnej starostlivosti potrebuje navýšiť zdroje, niet pochyb. Je to vidieť aj pri porovnaní príjmu ambulancie všeobecného lekára v Čechách (cca 4 €/pacient/mesiac) a na Slovensku (cca 2,30 €/pacient/mesiac), pričom Slovenská republika vynakladá na jedného obyvateľa (1 580 €) viac eur ako Česká republika (1 560 €) podľa správy OECD 2014. Aj to naznačuje, že nedostatok financií pre ŠAS je niekde inde a nie vo výške kapitačnej platby všeobecných lekárov. Ani nové kompetencie nemajú potenciál ubrať segmentu ŠAS výrazne veľa zdrojov. O dlhodobom nedofinancovaní VLD svedčí napríklad aj to, že ambulancie všeobecných lekárov nepribúda (na rozdiel od počtu ambulancií ŠAS), skôr naopak, ubúda. Súčasná pozornosť primárnemu kontaktu prichádza 5 minút po dvanástej, kde chýbajú nielen financie, ale aj lekári. V horizonte 10 rokov je potrebné doplniť cca 1000 všeobecných lekárov a tiež rozšíriť sieť všeobecných lekárov. Aj keď sa práve začal realizovať rezidentský program, ktorý zabezpečí možno 100 nových všeobecných lekárov, už dnes vieme, že to bude veľmi málo.

Na tvrdenie kolegu o financovaní kapitáciou za „nič“, a to, že všeobecný lekár najviac zarobí, keď nikoho neošetrí, môžem s čistým svedomím povedať, že takého kolegu nepoznám. Každý o ňom hovorí, ale ešte nikto ho nikdy nevidel. Ja poznám iba kolegov, ktorí denne ošetrili 50 až 80 pacientov. Ide o nepochopenie rozdielov medzi financovaním pri-

márneho kontaktu a segmentu špecializovanej zdravotnej starostlivosti.

Primárny kontakt je vstupná brána do systému zdravotnej starostlivosti. Služby primárnej zdravotnej starostlivosti musia byť dostupné a nesmú pacientom spôsobovať žiadne prekážky, čo zabezpečuje kapitačná platba. Finančnou alebo aj technickou bariérou môže byť aj nutnosť cestovať za zdravotnou starostlivosťou pri zrušení ambulancií na vidieku (na ktoré nie sú určené financie EÚ, pri projekte budovania CIZS), alebo strata času a výpadok zo zamestnania pri nedostatku všeobecných lekárov v mestách. Hovorí sa o tom, že všeobecný lekár dostane peniaze aj za pacienta, ktorý príde napr. 1x za rok, ale už sa zabúda na pacientov, ktorých ošetríme aj niekoľkokrát mesačne, tiež za kapitáciu 2€. Kapitačná platba je do určitej miery akoby zmluvný objem u špecialistu, čo sa týka mesačného limitu príjmu, akurát pacient musí byť vždy ošetrený keď príde, a nemôže byť odložený na iný mesiac. Kapitačná platba by mala zabezpečovať zdroje (na prevádzku ambulancie) na primeranú sieť všeobecných lekárov tak, aby boli lekári primárneho kontaktu čo najbližšie ku pacientom, v komunitách a aj v oblastiach, ktoré nie sú atraktívne pre „biznis“, ale žijú tam ľudia, naši pacienti. Navyšovanie príjmu ambulancie môže prebiehať buď navýšením kapitácie, pridávaním hrađených výkonov, ktoré chceme aby sa viac vykonávali na ambulanciách všeobecných lekárov a ktoré budú mať prínos aj pre pacienta (preventívne a skríningové programy, manažment chronických stavov, dispen-

Teoreticky by platby mali odzrkadľovať kvalitu zdravotnej starostlivosti, reagovanie na potreby a zlepšenie zdravia pacientov, efektívnosť nákladov a podobne.

Prakticky, ako základný kameň financovania primárnej zdravotnej starostlivosti podporujeme kapitačnú platbu, ktorá má pokrývať naše paušálne (fixné) náklady starostlivosti.

zarizácia a sledovanie chronických ochorení, ktoré naberajú epidemické rozmery), alebo kombináciou týchto platieb.

Teoreticky by platby mali odzrkadľovať kvalitu zdravotnej starostlivosti, reagovanie na potreby, zlepšenie zdravia pacientov, efektívnosť nákladov a pod. V praxi však neexistuje metóda, ktorá by sama o sebe dokázala obsiahnuť všetky ciele, každá má výhody a nevýhody a žiadna sama o sebe nevedie

k zlepšeniu kvality zdravotnej starostlivosti. Zatiaľ čo poplatok za výkon(službu), v porovnaní s kapitáciou (alebo platom) nabáda ku aktivite, zároveň povzbudzuje aj nadmerné liečenie. Vidíme, že čisté metódy (iba kapitácia alebo iba výkon) obsahujú protichodné stimuly na produktivitu a kontrolu nákladov a zriedka nabádajú ku kvalite. Je potrebné ich upraviť tak, aby sa dali dosiahnuť želané výsledky.

Zdravotné systémy v EÚ ukazujú trend ku zmiešaným systémom platieb poskytovateľom primárnej zdravotnej starostlivosti, v ktorých sa kombinuje podľa rizika upravená kapitácia s určitým podielom priplácania za službu (napríklad podpora domácich ošetrovaní a preventívnych prehliadok).

Medzi krajinami sú výrazné rozdiely vo veľkosti príplatkových platieb za výkon (P4P bonus payments). Ich príspevok ku odmeňovaniu v EÚ sa pohybuje v rozpätí od 1 % do 25 %, hoci vysoký podiel je oveľa menej častý ako malý podiel (Cashin et al 2014). Vo všeobecnosti platba za výkon nepreukazuje nijaký výrazný zlom v zlepšovaní kvality. Toto zistenie, spolu s dôkazmi o negatívnych, nezamýšľaných dôsledkoch, naznačuje, **že opatrenia v oblasti výkonu a platby vo forme stimulov by mali byť skôr podporným, a nie hlavným nástrojom financovania.**

V budúcnosti môžu byť platby viazané na kvalitu výstupov (zlepšenie zdravotného stavu pacienta alebo jeho kvality života dobrým manažmentom chronického stavu), ktoré robia poskytovateľa zodpovedného nielen za objem, ale aj za procesy a výsledky.

Platby za výkon:

- by mali byť v súlade s klinickými smernicami, ktoré zainteresované strany akceptujú,

- by mali dopĺňať platobný systém,
- sú účinnejšie, keď sú zamerané na konkrétne problémy, ktoré chceme zlepšiť,
- štruktúra platby za službu je dôležitá v zmysle toho, či poskytovatelia môžu alebo nemôžu reagovať na tieto stimuly,
- by sa mali mať jednoduchú a transparentnú štruktúru programu tak, aby sa nekladla ďalšia administratívna záťaž na poskytovateľov.

Podľa panelu expertov (10.7.2014, EXPH) existuje čoraz väčšia „medikalizácia“ denného života a vedie k tomu, čo sa považuje za fabrikovanie nových ochorení (Moynihan 2003). Popisuje sa to ako pacientsky paradox, pričom komerčné záujmy podporujú „nadmerné liečenie“ zisk prinášajúcich stavov (nenáročný pacient na náklady a čas, opakovane vyšetrený a vykázaný) vrátane asymptomatických stavov zistených na základe skríningu (nevýhoda veľmi citlivých skrínigových vyšetrení), čo vedie ku nedostatku zdrojov pre pacientov s komplikovaným a nákladným stavom ako sú multimorbidita u nevládných starších ľudí (McCartney 2012).

Preto naša odborná spoločnosť podporuje ako základný kameň financovania primárnej zdravotnej starostlivosti kapitálnu platbu, ktorá má pokrývať paušálne(fixné) náklady starostlivosti. Táto má byť podporená príplatkami za vytypované výkony (preventívne programy, liečba chronických ochorení, ošetrovanie pacientov v domácom prostredí a pod.). A najviac potrebujeme to, čo je v primárnej starostlivosti esenciálne – dostatočne široké kompetencie, aby sa pacienti dostali bez prekážok ku starostlivosti, ktorú potrebujú.

Zavolaj svojho chlapa

Beata Blahová

Jedným zo spôsobov ako zlepšiť zdravotný stav obyvateľstva je prevencia. Včasný odhľad chorôb a ich liečba môže predĺžiť život. Rozdiel v strednej dĺžke života u mužov a žien na Slovensku bol v roku 2012 cca 7 rokov. V Litve v r. 2012 to bolo cca 11,2 roka. V Holandsku, Švédsku a vo Veľkej Británii to bolo len 3,7 r.

V našich ambulanciách pozorujeme nižšie množstvo vyšetrených mužov a teda aj menej preventívnych prehliadok u mužov. Vzhľadom na tieto skutočnosti je potrebné zvýšiť ich počet.

Nezabudnite na pravidelnú preventívnu prehliadku !

Máte na riu nárok každé 2 roky. Ku preventívnej prehliadke patrí fyzikálne vyšetrenie, vyšetrenie krvi a moču. U poistencov nad 50 rokov sa vykonáva skrining na karcinóm hrubého čreva (u poistencov vo Všeobecnej zdravotnej poisťovni a v poisťovni Union od 40. rokov).

Včasný záchyt ochorenia Vám môže predĺžiť život !

Zavolaj svojho chlapa



Ženy, zavolajte svojich mužov, manželov, svokrov, synov, otcov, bratov, priateľov, aby prišli na preventívnu prehliadku.

Zavolaj svojho chlapa, je pozvánka zároveň pre ženy, ktoré už prišli do ambulancie a tiež pre ich rodinu, priateľov a známych. Plagát v čakárni informuje pacientov za Vás.

Zdroj:

http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Mortality_and_life_expectancy_statistics

Slovenskí praktici: „Českí lékaři sú na tom lepšie“

Iva Bezděková: Rozhovor s Petrom Makarom pre Medical Tribune (1.5.2015)

Jaká je výše kapitační platby na Slovensku? Také u vás probíhají diskuse o její valorizaci, o motivaci praktických lékařů?

| Priemerná výška kapitácie je u nás 2 € a priemerný príjem na pacienta aj s výkonmi (preventívne prehliadky, očkovania, od januára 2015 aj predoperačné vyšetrenia a od apríla možnosť vykazovania kontroly hypertonika vo VŠZP je to priemerný príjem cca 2,30 € na pacienta a mesiac. Navyšovanie kapitácie a príjmov je iba v rukách zdravotných poisťovní a vyjednávania s nimi. Ministerstvo do zlepšovania financovania primárnej starostlivosti nezasahuje, hoci by bolo logické očakávať vyššiu finančnú podporu z VŠZP kde je MZSR 100% akcionárom. **Naše potreby sú dnes kalkulované na úroveň 3€ na pacienta, tak aby bola zabezpečená finančná stabilita siete a ambulancií s počtom okolo 1700 pacientov.**

Čeští praktičtí lékaři si stěžují, že pojišťovny nedostatečně využívají potenciálu, který primární péče má. „Týkájí se zejména schopnosti využít potenciál, který primární péče jako taková nabízí. Jsou to například koordinační úloha praktického lékaře, management vybraných chronických onemocnění, prevence nemocí,“ uvedl předseda SPL Václav Šmatlák. Jaká je situace na Slovensku?

| Podľa mojich informácií je situácia na Slovensku horšia ako u Vás, a pre nás ste v mnohom inšpiráciou. Na Slovensku je situácia horšia hlavne v tom, že MZSR nevyužíva prirodzené vlastnosti a potenciál primárnej starostlivosti, ale politici ho vedome alebo nevedome oslabujú legislatívnymi zásahmi ktoré majú negatívny vplyv na financovanie ale aj vzdelávanie ambulantných lekárov, napríklad neustálym negatívnym regulovaním poplatkov za výkony nehradené poisťovňami, novinkou je zdaňovanie lekárov zrážkovou daňou za nepeňažné plnenie (kávu a vodu ...) keď sa zúčastnia na vzdelávacích akciách a ich povinnosť kvartálne to hlásiť na daňové úrady. Rovnako opakovane medializované plány MZSR na znižovanie kapitačných platieb, plánmi na presunutie podstatnej časti kapitačnej platby do platieb za výkony, presúvaním manažovania pacientov a koordinácie starostlivosti na zdravotné poisťovne a podobne. V celom systéme je zreteľné neprimerané posilňovanie postavenia zdravotných poisťovní a oslabovanie postavenia a významu všeobecných lekárov ale aj ambulantných špecialistov.

3) Druhým steskom praktických lékařů v ČR je to, že pojišťovny lékaře nemotivují ke kvalitní práci, naopak sledují jeho náklady na pacienta - lékaře s nízkými nebo nejnižšími náklady ocení, lékaře přesahující limity potrestá. Také se pojišťovny na Slovensku chovají takto jako u nás?

| Rovnaký princíp je aplikovaný aj u nás a to takým spôsobom, že lekár ktorý dosahuje určité parametre dané zdravotnou poisťovňou (u nás je to ZP Dôvera a Union) má vyššiu kapitáciu ako je základná. Zatiaľ ku trestaniu našťastie

nedochádza. Pri nesprávnej **preskripcii** alebo pri nesprávnom vykázaní niektorých výkonov, napríklad preventívnych prehliadok už boli udelené aj vysoké „zmluvné“ pokuty. Rozdiel je v tom, že v SR lekár nemá záväzný finančný limit na lieky takže môže pacientovi teoreticky predpisovať také lieky aké pacient potrebuje. V skutočnosti toto je do veľkej miery obmedzené tým, že drahšie lieky sú pre všeobecných lekárov preskripčne obmedzované. Vyššia cena lieku a niekedy aj záujem špecialistov je pre našu kategorizačnú komisiu dôvodom aby liek nebol uvoľnený pre všeobecných lekárov. Preto v SR je pravdepodobne oveľa viac liekov preskripčne obmedzených ako v ČR a tak sú nedostupné pre našich pacientov v PZS. To potom indukuje zbytočné vyšetrenia u špecialistov...

4) Na konferenci v Praze jste zmiňoval vysoký počet návštěv slovenských pacientů u lékařů – zatímco v ostatních evropských zemích sledovaných OECD jde průměrně pacient k lékaři jen 6 krát za rok, na Slovensku chodí pacient více než jedenáctkrát za rok. Průměrný Slovák užívá antibiotika 26 dní v roce, Čech 19 dní a v Rakousku 13 dní. Čím je podle vás dáno toto vysoké číslo? Ve Švédsku je počet návštěv u lékařů malý, ale zase se dožívají vyššího věku - Slováci naopak žijí o čtyři roky kratší dobu než průměrný občan v zemích EU. Nelze tedy vysvětlit to vysoké číslo návštěv tím, že mají Slováci obecně horší zdravotní stav než pacienti v Evropě?

| Za našu odbornú spoločnosť a na úrovni poskytovania zdravotnej starostlivosti **vidíme hlavnú príčinu veľkého počtu návštev v umelých legislatívno- administratívnych prekážkach, ktoré sú kladené všeobecným lekárom pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti.** Mám na mysli napríklad veľký počet preskripčných obmedzení pri predpise liekov, pomôcok, niektorých laboratórnych vyšetrení keď pacient musí s tým istým problémom najskôr navštíviť všeobecného lekára, ktorého všeobecný lekár musí odoslať ku špecialistovi a ten ho s odporúčaním potrebných vyšetrení a liečby pošle naspäť k všeobecnému lekárovi. **A už máme namiesto 1 návštevy 3.** Keď použijeme jednoduchú matematiku a počet návštev pacientov u lekára na Slovensku delíme napríklad iba dvomi tak sa dostaneme pod priemer v OECD. Aj napriek našej snahe presadiť úhradu CRP na ambulanciách všeobecných lekárov ako jeden z nástrojov ako znížiť spotrebu ATB na Slovensku ju poisťovne stále nehradia.

Takže tu sa ponúka táto celkom jednoduchá odpoveď.

5) Jak je u vás vyřešena dostupnost primární péče v odpoledních hodinách, o svátcích a o víkendech? Myslím tím systém pohotovostních služeb? V ČR přibývá počet výjezdů záchranné služby, tento fakt je dáván do souvislosti právě s nedostatečným zajištěním pohotovostních služeb.

| Na Slovensku je povinnosť lekára podľa zákona nastúpiť do služieb LSPP (lekárska služba prvej pomoci) ku „cudziemu“

poskytovateľovi na základe rozpisu samosprávneho kraja pod hrozbou pokuty bez ohľadu na zmluvu a odmenu dohodnutú s poskytovateľom LSPP v danom meste. **Už niekoľko rokov prebieha snaha o skrátenie tejto služby do 22:00 hodiny**, aby bol zabezpečený odpočinok všeobecného lekára pred nástupom do práce na druhý deň ráno. **Počet ošetrov na LSPP po 22:00 hodine je minimálny a sú to stavy odkladné**, to znamená, že pacient, ktorý neprišiel k lekárovi do 22.00 hod môže počkať napríklad s infektom močových ciest do rána a ráno navštíviť svojho všeobecného lekára. Ak sa jedná o akútne život ohrozujúce stavy tak pokrytie záchrannou službou je na Slovensku výborné a určite by nedošlo ku jej preťaženiu, keďže tieto stavy má primárne riešiť záchranná služba a pri smerovaní takýchto pacientov cez LSPP môže dochádzať k poškodeniu zdravia pacientov z časového oneskorenia. **Rozumné vyriešenie situácie v prospech pacientov však naráža na politickú neochotu skrátiť túto službu.** Politici si nenechajú poradiť od zdravotníkov, rozumejú zdravotníctvu najlepšie sami. Pritom zdravotná starostlivosť pre stavy ohrozujúce zdravie je zabezpečená dobre platenou záchrannou službou, kde je dodržaný zákonník práce a lekár po službe ide domov a tiež ústavnou pohotovostnou službou v nemocniciach. Lekár pokračuje v službe LSPP po svojej riadnej 8 hodinovej pracovnej dobe a po 16 hodinovej LSPP pokračuje zasa vo svojej normálnej 8 hodinovej pracovnej dobe a tak pracuje v kuse 8+16+8 hodín čo možno považovať nielen za vykorisťovanie ale unavený lekár môže byť aj problematický pre bezpečnosť svojich pacientov. **V niektorých regiónoch táto služba musela byť pre úbytok všeobecných lekárov skrátená iba do 22:00 a nevznikli žiadne problémy.** Aj túto povinnosť, ktorú majú všeobecní lekári ako jediní ambulantní lekári, ktorá v dnešnej dobe ohrozuje nielen pacienta (nemožnosť na LSPP zabezpečiť komplexnú diagnostiku a liečbu, keď lekární s 24 hodinovou službou by sme na Slovensku napočítali na jednej ruke) ale aj zdravie lekára považujem za dôvod menšieho záujmu byť ambulantný všeobecný lekár.

Jak je podľa vás vyřešena dostupnost primární péče v odlehlejších oblastech na Slovensku - v horách, v pohraničí a pod? Je tato dostupnost primární péče v těchto oblastech dostatečná?

| Dnes dostupnosť primárnej starostlivosti v odľahlých oblastiach nikto komplexne nerieši. Je to iba v rukách starostov obcí a miest, ktorí na to nemajú financie. Aj keď niekde ponúknu ambulanciu za nízky nájom, ani to nemusí stačiť na prevádzku to znamená plat pre zdravotnú sestru a lekára. Veľmi problematické je aj dopĺňanie mladými všeobecnými lekármi, rezidenčný program je u nás v plienkach a otázne je jeho dlhodobé financovanie po vyčerpaní EU fondov, a do odľahlých oblastí po starých kolegoch v prípade ich úmrtia nemá kto nastúpiť. **Aj nový program budovania Centier primárnej zdravotnej starostlivosti nepočíta s podporou cca 30% ambulancií umiestnených práve v odľahlých oblastiach.**

Na konferenci v Praze jste varoval před současným nápadem slovenského ministerstva zdravotnictví vybudovat tzv. integrovaná centra zdravotní péče. Ministerstvo tím

chce řešit „současnou rozdrobenost poskytování zdravotní péče na Slovensku“. Pokud odmyslíme to, v jakém právním vztahu by lékaři byli k novému subjektu (zda jako zaměstnanci nebo stále samostatní lékaři), pomohla by tato změna k lepší péči o slovenské pacienty?

| Nevaroval som, iba som informoval o tomto zámere, o ktorom máme málo informácií, a preto to v nás všeobecných lekároch vyvoláva pochybnosti nielen o našej budúcnosti, ale aj o prospechu pre systém. **Zatiaľ je v danom projekte veľa otáznikov, na ktoré nemáme odpoveď.** Otázne tiež je, ako by sa reálne zlepšila zdravotná starostlivosť a aký vplyv by mali centrá na predĺženie života. Nesúhlasíme s názorom MZSR, ktoré hodnotí súčasné poskytovanie PZS ako rozdrobené, pričom podľa nás máme dnes na Slovensku funkčnú sieť ambulancií všeobecných lekárov silno integrovanú do komunit pacientov čo spĺňa všetky odporúčania a kritériá WHO na kvalitnú infraštruktúru v našom segmente starostlivosti.

My vidíme cestu v podpore a rozšírení súčasnej už integrovanej siete lekárov a rozšírení ich kompetencií. Centralizácia, presun do iných budov, zmena vlastníckych vzťahov, kde budú všeobecní lekári prevažne zamestnancami centier, odsun našich ambulancií z dnešného umiestnenia v komunitách pacientov bude znamenať narušenie kontinuity, zhoršenie dostupnosti a v konečnom dôsledku zhoršenie kvality primárnej zdravotnej starostlivosti a efektivity v poskytovaní našich služieb. Vytvorením novej podnikateľskej infraštruktúry – siete centier sa zlepšia iba podmienky pre podnikanie a tvorbu zisku zo zdravotných odvodov. **Súčasnú sieť našich ambulancií považujeme za silno integrovanú, nepotrebujeme centralizáciu, ale ako som už uviedol posilnenie kompetencií tak aby odpovedali nášmu vzdelaniu a úlohe v zdravotnom systéme a zlepšenie financovania minimálne na úroveň našich fixných nákladov.**

Zmiňoval jste, že existuje již pilotní projekt v Kežmarku. Znamená to tedy, že tam již lékaře sestěhovali do jedné budovy - polikliniky a už projekt zcela běží?

| Projekt ešte nebeží. Mal to byť jeden z vytipovaných regiónov, kde by lekári, za určitých podmienok privítali tento projekt, ktorý by zlepšil ich súčasné pracovné podmienky a v tomto prípade aj možnosti poskytovania lepšej zdravotnej starostlivosti. Zatiaľ je známe to, že infraštruktúra (budovy a zariadenie) má byť vo verejnom vlastníctve a to formou Vlastníckych neziskových organizácií. Vznikať by mali iba na základe potrieb regiónov, miest a obcí. Postup sa však môže podobáť na ten, keď cca pred 10-timi rokmi sa začala cesta ovládnutia súkromných lekární vlastnených farmaceutmi- lekárnikmi reťazcami finančných skupín. Išlo o postupné kroky rozplánované na 10 rokov dopredu. Najprv to bude 5 rokov vo verejnom vlastníctve a vybuduje sa to z eurofondov, aby neskôr politici zistili, že tie centrá vie najlepšie spravovať určitá finančná skupina. A v tzv. PPP projektoch (Public-Private-Partnership) kde z verejných zdrojov profitujú vybraní podnikatelia máme na Slovensku tradíciu. Jedinou garanciou, že centrá zostanú trvalo spravované štátom, by bol asi len ústavný zákon o vlastníctve takýchto centier.

Toto je môj názor na zdravotníctvo a poisťovne

Vladimír Turanský, rozhovor doktora Liptáka pre HN z 20.2.2015

Poplatky od pacientov Peter Lipták odmieta, lebo rozdeľujú pacientov a doktorov. Dary chce naďalej prijímať, lebo mzdu si nemá z čoho vyplatiť.

Patríte k najväčším kritikom vlády a ministerstva zdravotníctva. Prečo?

| Ministerstvo nechce riešiť problémy zdravotníctva tak, aby sa situácia zlepšovala, ale snaží sa všetko ešte viac pokaziť. Vlni boli podľa štatistiky OECD zdravotnícke výdavky na jedného občana 1 580 eur. Takže peňazí je v systéme dosť. No všeobecný lekár, ako som aj ja, dostane z toho ročne na pacienta len 30 eur. Ale na to, aby sme mohli fungovať, potrebujeme pridať mesačne na jedného pacienta jedno euro. To znamená 40 až 45 eur ročne. Potom by sme dokázali zabezpečiť vysokú úroveň primárnej zdravotnej starostlivosti. Pre ambulancie na Slovensku by to bolo ročne 80 miliónov eur. To je z osem miliardového balíka na zdravotníctvo malá suma.

Máte zmluvy so všetkými zdravotnými poisťovňami a platia vám rovnako?

| Rozdiely sú malé a pohybujú sa od dvoch do troch eur mesačne na jedného pacienta. Celkový príjem lekára závisí od ich počtu, ale aj veku, lebo na starších je kapitácia vyššia.

Dá sa so zdravotnými poisťovňami rokovať o zvýšení mesačnej platby na pacienta (kapitácie)?

| Rozumne sa s nimi rokovať nedá. Odmietajú akceptovať jednoduchý vzorec, ktorý hovorí, že ich platby nám musia pokryť náklady. Pripadá mi to tak, že poisťovne majú najhlúpejších manažérov. Lebo už desiatky rokov to nevedia uznať.

Zaujímali sa niekedy poisťovne o vaše prevádzkové náklady?

| Nikdy. Snažili sme sa im to povedať, ale nikdy sa o to nezájímali. Vždy nám dávali oveľa menej peňazí a vždy to mali vykalkulované tak, aby to bolo menej o plat lekára.

Prečo vám nechcú poisťovne pridať?

| Lebo asi nepočuli o tom, že ak chceme niečo prevádzkovať, musíme zaplatiť najprv náklady. Nedajú nám viac preto, lebo nechcú, aby zdravotnícky systém u nás fungoval. Oni chcú, aby nefungoval, aby sa to tu všetko zrútilo.

Aký by mali mať na to motív?

| Motív je jednoduchý. Chcú zreprivatizovať primárnu zdravotnícku starostlivosť, utlmiť nás. Aby to mohli urobiť,

musia najprv ľudí presvedčiť, že naša starostlivosť je nanič, že nefunguje. Ak nám nedajú peniaze, hoci nie je problém nás dofinancovať z peňazí, ktoré dostávajú od pacientov, tak nemôžeme poskytovať starostlivosť na takej úrovni, na akej by sme mohli, a potom vyzeráme ako blbci.

Ako by vás mohli reprivatizovať, keď vy ste súkromný lekár...

| Jednoducho. Veď existuje projekt 140 centier integrovanej starostlivosti. Štát by mohol povedať, že my nefungujeme, a poisťovniám navrhne, aby s nami zrušili zmluvy, lebo sú k dispozícii tieto nové centrá, a preto sa môžu uzavrieť zmluvy s nimi. Potom nám ponúknu, aby sme sa v tých centrách zamestnali.

Toto je oficiálna politika štátu?

| Áno. Chce zrušiť naše ambulancie a urobiť z nich 140 integrovaných centier. Je v tom však klamstvo. Lebo práve naše ambulancie sú integrované do komunity. Veď integrácia sa v medicínskom zmysle chápe tak, že lekári sú blízko k ľuďom, tam, kde pacienti žijú, bývajú. Druhá strana zasa tvrdí, že integrované centrá sú také, ktoré sa scentralizujú mimo komunity. Primárna zdravotná starostlivosť by tak zanikla, lebo je viazaná na komunitu.

Vráťme sa k vášmu financovaniu. Hovoríte, že na lízing a splácanie dlhov dávate mesačne 2 000 eur. Ako ste vybavený technikou?

| V ambulancii mám všetko, čo potrebujem. To znamená EKG, prístroj na meranie pružnosti ciev a tlakov, spirometer na kontrolu pľúc, prístroje na meranie zrážanlivosti krvi, čo je dôležité pre pacientov so srdcovou arytmiou, na meranie cukru, autokláv na sterilizáciu nástrojov a materiálov a iné. Mnohí kolegovia si to však nemôžu dovoliť. Takže zdôrazňujem – stačí dať lekárom o jedno euro na pacienta viac a primárna zdravotná starostlivosť bude na Slovensku fungovať excelentne.

Ordinujete v nových priestoroch. Zrekonštruovali ste si ambulanciu aj čakáreň pre pacientov. Koľko vás to stálo?

| Keď som na súde uspel v spore s Pentou (poisťovňou Dôvera), dostal som výpoveď z nemocnice u milosrdných bratov. Takže som hľadal nové priestory. Na ich rekonštrukciu som dal stotisíc eur.

(Liptáka Dôvera žalovala za výroky v polemickom článku Kríza zdravotníctva je krízou jeho financovania).

Odkiaľ ste mali na rekonštrukciu?

| Musel som si vziať úver, požičala mi manželka, aj svokra... Preto mám také veľké splátky. Žijem v podstate z darov. Som však veľmi spokojný s tým, ako sa mi podarilo zma-

nažovať túto, pre mňa na prvý pohľad katastrofálnu situáciu. Novú ordináciu som si vybudoval na úrovni svojich predstáv.

Ak vám chýbajú peniaze, prečo ste nevyberali po 10 eur za každé prednostné objednanie pacienta?

| Je mi to proti srsti. Štát zaviedol poplatky od pacientov preto, aby ich rozdelil od lekárov. Lebo ak lekár chce od vás peniaze, pozeráte sa na neho krivým okom. Jediná sila, ktorá to môže napraviť, je práve spojenie pacientov s doktorami a o to mi ide.

Poplatok za prednostné ošetrenie je úplatok. Lebo človek, ktorý môže zaplatiť desať eur, alebo aj viac, predbehne tých chudobnejších, ktorí čakajú v rade.

Ale tí, ktorí zrušenie tohto poplatku kritizujú, hovoria, že práve teraz sa začne kvôli prednostnému ošetreniu podplácať.

| Keby zdravotné poisťovne zvýšili lekárom mesačné platby na pacienta o jedno euro, nemuseli by od pacientov nič žiadať. My nepotrebujeme takéto čudné platby. Poplatková story je o tom, aby rozdelila pacientov a lekárov do dvoch táborov.

Po zrušení platieb za prednostné ošetrenie hrozí, že lekári si ho nahradia zvýšením cien iných poplatkov. Súhlasíte?

| Lekári budú musieť rozmyšľať, ako si to kompenzovať. Možno budú prijímať dary. Môže sa to prejaviť aj v zdražení výkonov, za ktoré môžu vyberať peniaze. Lebo lekár musí

získať fixné náklady na prevádzku ambulancie. V opačnom prípade ju môže zatvoriť. Ak budem mať dostatočný príjem z darov, pacientom oznámim, že som zrušil všetky poplatky a prijímam len dary.

U vyšetrovateľa ste boli pomerne dlho. Tri hodiny. Aký máte z toho pocit?

| Dobrý. Lebo sme prebrali veľmi veľa vecí. Hovorili sme aj o veľkej korupcii v zdravotníctve. Napríklad, že každý rok sa stratia z odvodového štvormiliardového balíka peňazí viac ako dve miliardy eur. V mediálnych debatách, v ktorých to spomeniem, to totiž nikto zatiaľ nevyvrátil. Myslím si, že stretnutie s vyšetrovateľom bolo aj preto také dlhé, že sme rozoberali tieto veci. Verím, že sa veľká korupcia bude riešiť. Lebo si neviem predstaviť, že keď som na tomto najvyššom orgáne ktorý korupciu vyšetruje, hovoril o megakorupcii, že by sa to neriešilo.

Čo asi bude teraz nasledovať, čo čakáte?

| Súčasnú situáciu vnímam ako ticho pred búrkou. Očakávam, že polícia začne zatýkať všetkých korupčníkov. Očakávam spravodlivú „krištáľovú“ noc, že korupcia zo Slovenska zmizne. (Krištáľovou nocou sa pomenoval pogrom voči Židom v roku 1938 v Nemecku, Sudetoch a v Rakúsku).

Zhovárať sa Vladimír Turanský, vyšlo v HN 20.2.2014

Rozuzlenie kauzy: Vyšetrovatelia po 5 mesiacoch vyšetrovania zistili, že „skutok sa nestal“

Agentúra SITA 23.6.2015 vo svojej správe uviedla:

Prokurátor Úradu špeciálnej prokuratúry sa stotožnil s rozhodnutím vyšetrovateľa, ktorý trestné stíhanie vedené vo veci týkajúcej sa podozrenia zo spáchania zločinu prijímania úplatku a prečinu podplácania zastavil. Rozhodnutie prokurátora potvrdila hovorkyňa Úradu špeciálnej prokuratúry Jana Tökölyová. Hovorkyňa zdôraznila, že je nepochybné, že sa nestal skutok, pre ktorý bolo vedené trestné konanie. Uznesenie nadobudlo právoplatnosť 16. júna.

Tökölyová dodala, že sa preverovali vyjadrenia lekára v médiách k možnému prijímaniu úplatkov v súvislosti s poskytovaním zdravotnej starostlivosti. „Napriek masívnej medializácii prípadu žiadny z pacientov tohto lekára neoznámil orgánom činným v trestnom konaní možnú

korupčnú trestnú činnosť v súvislosti s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a rovnako orgánmi činnými v trestnom konaní nebola zistená žiadna osoba, ktorá mala poskytnúť úplatok,“ zdôraznila.

„na Slovensku sa nikto nemusí báť dať dar a prijať dar. Forma dofinancovania chodu ambulancie pomocou darov je v súlade so zákonom“

Rozhodnutie orgánov činných v trestnom konaní vníma Peter Lipták ako „uláhčenie“. Pozícia svedka, ktorému kontrolovali údaje v počítačoch a ktorého pacientov vyšetruvala polícia, bola zaťažujúca, zdôraznil v reakcii. Toto rozhodnutie

podľa neho ukázalo, že „na Slovensku sa nikto nemusí báť dať dar a prijímať dar. Forma dofinancovania chodu ambulancie pomocou darov je v súlade so zákonom“ uzavrel Lipták.

Prof. MUDr. Oto Masár, PhD.

Zavedenie Pregraduálnej prípravy všeobecného lekárstva na Klinike urgentnej a všeobecnej medicíny Lekárskej fakulty UK v Bratislave



Sumár

Klinika urgentnej a všeobecnej medicíny (pôvodne Klinike urgentnej medicíny a medicíny katastrof) Lekárskej fakulty v Bratislave dva roky zabezpečuje výuku predmetu Všeobecné lekárstvo v systéme povinne voliteľných predmetov. Predkladaný článok sa pokúša sumarizovať skúsenosti s touto výukou.

Kľúčové slová

Všeobecná medicína, lekárska fakulta, klinika

Charakteristika kliniky

Budovanie akademického zázemia je bazálnou potrebou pre vznik – ale hlavne akceptáciu a rast odboru v akademickom medicínskom prostredí. Vedenie LF UK myšlienku vzniku kliniky podporilo, súhlasilo i so zmenou názvu kliniky tak, aby mohlo toto pedagogické pracovisko zabezpečovať i pregraduálnu výuku všeobecného lekárstva. Keďže Všeobecné lekárstvo je názov i študijného programu, podobne ako napríklad Stomatológia, musel predmet mať názov „Praktická medicína“. Klinika zmenila názov – z Kliniky urgentnej medicíny a medicíny katastrof sa stala Klinikou urgentnej a všeobecnej medicíny Lekárskej fakulty Univerzity Komenského v Bratislave a etablovala sa do Univerzitnej nemocnice Milosrdní bratia, ktorá ochotne poskytuje priestory na výuku i sociálne zázemie pre pracovníkov kliniky.

*Sylabus predmetu a hodinová dotácia predmetu
Prednášky: 12, cvičenia: 12. Počet kreditov: 2*

Stručná osnova predmetu

Základné pojmy a zásady, klinické vyšetrowanie, monitorovanie, laboratórna a prístrojová diagnostika, diagnostický komplex, klinické odporúčenia, vedenie dokumentácie, predpisovanie liekov a zdravotných pomôcok, farmakoekonomické aspekty, kompetencie, medziodborová spolupráca, odporúčanie pacienta na odborné vyšetrenie. Interpretácia odborných správ a nálezov, výsledkov komplementárnych vyšetrení, koordinácia zdravotnej starostlivosti o pacienta.

Organizácia všeobecnej praxe - základné podmienky pre zriadenie a organizovanie praxe, legislatívne predpoklady, organizácia práce lekára a sestry, prípadne ďalších členov tímu, práva pacientov a bezpečnosť pacientov v primárnej praxi.

Zdravotná a sociálna problematika všeobecnej praxe - zodpovednosť primárnej starostlivosti na starostlivosť sekundárnu a terciárnu, celospoločenské preventívne programy postavené na primárnej starostlivosti (KV, ONK, očkovanie).

Podmienky na absolvovanie predmetu

100% účasť na stážach. Záverečná skúška: absolvovať písomný test minimálne na 60%, 2 teoretické otázky na ústnej skúške.

Pedagogika

Vyučujúci predmetu

Garantom predmetu je prednosta kliniky, ktorý má atestácie z odboru Všeobecné lekárstvo a je garantom a úväzkovým lekárom ambulancie všeobecného lekára UN MB v Dunajskej Lužnej. Ostatní vyučujúci sú externisti, praktickí lekári s kvalifikáciou, prípadne i s vedeckou hodnosťou. Treba zdôrazniť, že externisti vyučujú **bez nároku na honorár**.

Literatúra

Veľkým problémom boli pri zabezpečovaní výuky i študijné materiály. Rozhodli sme sa, že urýchlíme vypracujeme študijnú literatúru a to nielen pre pregraduálnu výuku, ale i pre celoživotné vzdelávanie praktických lekárov. Aby bola zabezpečená okamžitá dostupnosť vysokoškolskej učebnice, skriptá **„Vybrané kapitoly zo všeobecného lekárstva pre študentov medicíny“** boli vydané v elektronickej forme – dostupné na stránke LF UK.

Kto pozná proces schvaľovania učebníc, edičných plánov na fakultách, tak vie, že toto je jediná cesta. Univerzita Komenského pridáva elektronickým skriptám i ISBN, takže je to rovnocenný študijný materiál, keďže sú kvalifikovane recenzované. Takmer súčasne vyjde i kniha **„Vybrané kapitoly zo všeobecného lekárstva“**.

Skriptá a učebnicu sme mohli v rekordnom čase vydať vďaka enormnému úsiliu kolektívu autorov (hlavne autoriek) a vynikajúcej spolupráci s recenzentami pánom profesorom Murínom, a profesorom Kresánkom. Pán profesor Murín s nadšením a jemu vlastnou precíznosťou počas Vianočných sviatkov korigoval text publikácií a patrí mu veľká vďaka autorského kolektívu.

Kniha vyšla v náklade 100 exemplárov, **pripravuje sa druhé, rozšírené vydanie v náklade 800 kusov, ktoré budú súčasťou kongresových materiálov na kongrese na jeseň 2015.**

Pochopiteľne, že literatúra musí odrážať potreby študijných programov a sylabov predmetov. Samoučelné publikácie, jednostranne zamerané, sú často kontraproduktívne.

Študenti

V piatom ročníku k nám prichádzajú študenti v podstate ako teoretici, s minimálnym klinickým myslením. Modelové situácie nezvládajú, keďže nepoznajú pravdepodobnosť výskytu diagnóz, ale i napríklad možnosti laboratórnych a zobrazovacích techník. S nadšením prijali možnosť samostatnej práce na prenosných laboratórnych prístrojoch, ktoré sú fakultatívnou výbavou mnohých ambulancií praktických lekárov.

Možnosti prechodu z povinne voliteľného predmetu na povinný

Pri zaradení nového predmetu medzi povinné predmety je základným problémom priradenie kreditov novému predmetu. Keďže počet kreditov v študijnom programe je konštantný, je potrebné kredity prerozdeliť, teda zredukovať niektorému predmetu počet kreditov, prípadne predmet zrušiť. To má za následok i spravidla redukciu pracovníkov na postihnutom pra-

covisku, čo naráža, pochopiteľne, na problémy. Tieto problémy komplikujú zaradenie samostatného predmetu medzi základné, povinné predmety.

Samozrejme, že povinný predmet je v inej situácii ako predmet voliteľný. Na stáži povinného predmetu prichádzajú i budúci mikrobiológovia, biofyzici, teda študenti, ktorí sa chcú orientovať na teoretické predmety. Títo majú redukovanú snahu o predmet, ale povinný predmet im nedovolí pokračovať v štúdiu bez jeho teoretického a praktického zvládnutia aspoň na úrovni nepodkročiteľného minima.

Záver

Predkladaná práca sa snaží všetkých kolegov upozorniť na potrebu zaradenia predmetu všeobecné lekárstvo do študijných programov lekárske fakulty ako základného, povinného predmetu a vytvorením príslušných klíník tak, aby tento predmet bol etablovaný podľa odboru a nevyučovali ho pracovníci iných medicínskych špecializácií. **Je však potrebné spojiť sily, aby táto výuka bola v rámci ČR a SR štandardná (pre mobilitu študentov i lekárov).**

Cieľom a výsledkom nášho snaženia bude lekár, ktorý vie, čo je všeobecné lekárstvo v prvom kontakte a môže sa pre tento medicínsky odbor slobodne rozhodnúť.



MUDr. Peter Lipták: K terminológii dotýkajúcej sa nášho odboru

V terminológii rozlišujeme medzi primárnou zdravotnou starostlivosťou, ako stratégiou na dosiahnutie zdravia pre všetkých, a primárnou starostlivosťou, ako zdravotnou starostlivosťou prvého kontaktu. Primárna zdravotná starostlivosť ako stratégia zahŕňa rozvoj vysokokvalitných zdravotných služieb primárnej starostlivosti (v prvom kontakte). Napriek tomuto presnému vymedzeniu pojmov sa tieto dva termíny často zamieňajú a pri hodnotení významu textu musíme vychádzať z celkového kontextu.

Rodinné lekárstvo je komponent primárnej zdravotnej starostlivosti, pričom v niektorých krajinách je známe ako všeobecné praktické lekárstvo. Lekár špecializovaný v tomto odbore sa nazýva rodinný, v iných krajinách sa používa termín všeobecný praktický lekár alebo výstižnejšie všeobecný praktik (general practitioner). Líšia sa od všeobecných lekárov (general doctors), čo sú lekári bez špecializácie, hneď po ukončení štúdia medicíny, ktorí môžu v komunite pôsobiť aj bez ďalšieho špecializovaného výcviku hneď po ukončení štúdia. V našej krajine sú zavedené zavádzajúce termíny všeobecné lekárstvo a všeobecný lekár, ktoré nevystihujú reálnu situáciu. Mali by sme preto používať termíny rešpektujúce medzinárodnú terminológiu - **všeobecné praktické lekárstvo a všeobecný praktik**.



Nesúhlasíme s hlavnými odborníkmi

So znením odborného usmernenia MZ SR na poskytovanie ambulantnej zdravotnej starostlivosti dospelým pacientom s arteriálnou hypertenziou, ktoré je v platnosti od 29. decembra 2014, keď vyšlo vo vestníku ministerstva zdravotníctva súhlasili hlavný odborník MZ SR pre kardiológiu doc. MUDr. Gabriel Kamenský, CSc., a hlavný odborník MZ SR pre vnútorné lekárstvo a prof. MUDr. Juraj Payer, CSc., ako osoby a odborníci.

So spoločnosťami nekonzultovali

Pritom na moju otázku ako prezidentky Slovenskej hypertenziologickej spoločnosti (SHS) mi ešte pred kongresom spoločnosti oznámili, že nenašli v texte odborného usmernenia žiadne nedostatky. S tým však predstavitelia Slovenskej kardiologickej spoločnosti (SKS), ale ani SHS nesúhlasia.

Upozorňujem, že text odborného usmernenia ministerstva zdravotníctva ani obaja spomínaní hlavní odborníci nekonzultovali a nedali na vyjadrenie dotknutým odborným spoločnostiam. S určitosťou viem, že neoslovili SKS ani SHS. Obe odborné spoločnosti sa k odbornému usmerneniu na poskytovanie ambulantnej zdravotnej starostlivosti dospelým pacientom s arteriálnou hypertenziou v najbližšom čase vyjadria a svoje oficiálne stanovisko zverejnia. Dôvodom je to, že odborné usmernenie vo významnom počte údajov nie je v súlade s oficiálnymi európskymi odporúčaniami. Pod textom usmernenia nie sú uvedení žiadni autori, podpísaný je minister zdravotníctva Viliam Čisláč. Takže oficiálne stanovisko primárne oznámime jemu.

Akceptujeme európsky text

Odborníci špecialisti aktuálne nemajú problém v manažovaní hypertenzie. SKS a SHS odborne totiž stále akceptujú text, vydaný pre európske krajiny spoločnosťami European Society of Hypertension/European Society of Cardiology (ESH/ESC) v roku 2013, publikovaný v European Heart Journal aj v Journal of Hypertension a následne v roku 2014 v plnom originálnom anglickom znení v oficiálnom časopise SKS a SHS Cardiology Letters, tiež v skrátenom vreckovom vydaní po slovensky ako praktický servis pre všetkých lekárov, diagnostikujúcich a liečiacich hypertenziu, vrátane všeobecných lekárov.

Tento text považujeme za dokument vyššej, európskej akceptovateľnosti a platnosti. SKS aj SHS sú kolektívnymi členmi ESC a ESH a pravidelne a systematicky implementujú odporúčania, vytvorené na európskej úrovni a komentujú ich.

Doc. MUDr. Slavomíra Filipová, CSc., FESC,
prezidentka SHS a predsedníčka PS
preventívnej kardiológie SKS

Uverejnené v ZN č. 15 16.4.2015

MUDr. Peter Lipták:



Funkcie zdravotníctva, význam štátnej zdravotnej politiky a úloha všeobecného praktika ako arbitra pacientov

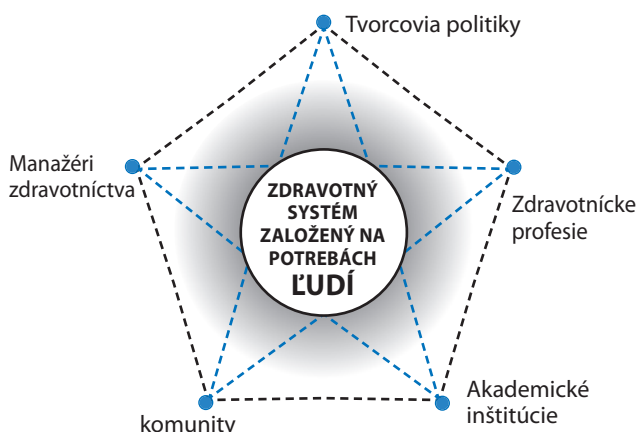
Zdravotníctvo má objektívne dve základné funkcie:

- 1) **systém zabezpečujúci zdravie populácie,**
- 2) **ekonomické odvetvie** umožňujúce maximalizáciu zisku na trhu s chorobami z prostriedkov zhromažďovaných v spoločnosti na zabezpečovanie zdravia.

Na jednej strane stoja záujmy pacientov, Svetovej zdravotníckej organizácie (WHO), Svetovej organizácie všeobecných praktikov (WONCA), Európskeho fóra primárnej starostlivosti (EFPC) a poskytovateľov v primárnej zdravotnej starostlivosti (VPL) na vybudovaní čo najlepšieho, najefektívnejšieho a udržateľného zdravotného systému, ktorý by umožňoval dosahovať čo najlepšie zdravie v populácii.

Základnou prioritou je „Zdravotný systém založiť na potrebách ľudí“¹.

Pentagón spolupráce



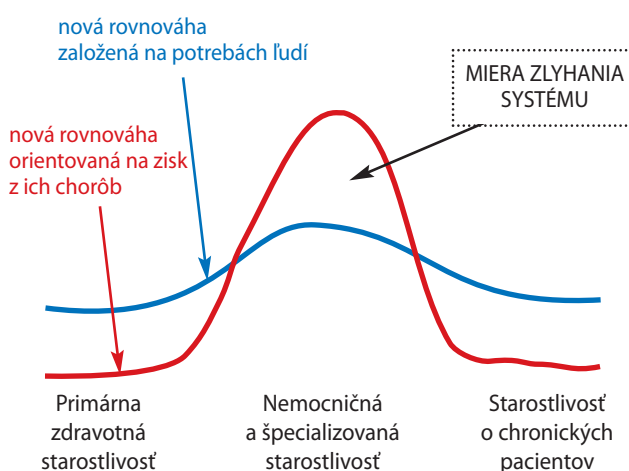
Na druhej strane stoja záujmy svetových finančných kruhov, Medzinárodného menového fondu (MMF), Svetovej banky (SB) a miestnych obchodných skupín (MOS) na vybudovaní ekonomického odvetvia postavenom na trhu s chorobami, za účelom dosahovania čo najvyšších finančných ziskov. Jedna skupina za základ zdravotníctva považuje silnú primárnu zdravotnú starostlivosť integrovanú v komunitách. Druhá skupina primárnu zdravotnú starostlivosť považuje za hlavnú prekážku k maximalizácii zisku v tomto ekonomickom odvetví a presadzuje tzv. manažované systémy, ktoré sú budované podľa ekonomických kritérií trhu s chorobami. Príkladom takto manažovaných systémov sú aj dnešné vertikálne budované centrá integrovanej starostlivosti (CIS). Veľmi dôležité je, aby v tej, ktorej krajine bola dosiahnutá prijateľná rovnováha medzi obidvomi objektívne existujúcimi tendenciami. Aká je výsledná rovnováha a ako sa darí vybudovať dlhodobu ekonomicky udržateľnú zdravotnú politiku.

Dynamický model rovnováhy v zdravotnom systéme (ZS)

Záujmy dvoch rozdielnych skupín:

WHO-WONCA-EFPC-VPL a MMF-SB-MOS

Potreby ľudí verus Zisk z ich chorôb



- rovnováha medzi potrebami ľudí a ziskom z ich chorôb
- rovnováha medzi PZS + starostlivosťou o chronických pacientov a nemocničnou + špecializovanou starostlivosťou
- rovnováha medzi zdravotnou starostlivosťou a trhom s chorobami

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

Ako je vidieť zdravie obyvateľov a sociálno-ekonomické kapacity a politiky krajiny navzájom súvisia². Každá krajina by mala mať eminentný záujem podporovať a zlepšovať zdravotný stav svojich obyvateľov. Vláda, jej inštitúcie, školy, organizácie zdravotnej starostlivosti, finančné systémy a občianska spoločnosť plnia osobitné a vzájomne sa dopĺňajúce funkcie v oblasti dohľadu, tvorby a rozvoja komplexných zdravotných systémov. Tieto skupiny ovplyvňujú politiku, organizáciu, personálne zabezpečenie, financovanie a poskytovanie zdravotnej starostlivosti, ktoré následne majú vplyv na hospodárstvo ako aj výsledky v oblasti zdravia jednotlivcov aj celej populácie krajiny. Tento recipročný vzťah umocňuje závažnosť požiadavky, aby vláda efektívne využívala vymedzený rozpočet a dostupné zdroje pri snahe dosiahnuť maximálne výsledky v oblasti zdravia, čo si vyžaduje úsilie a aktívnu spoluprácu všetkých sektorov populácie.

Aktívna sieť ambulancií všeobecných praktických lekárov pokrývajúca celú populáciu môže mať veľký vplyv pri jej všeobecnej mobilizácii za presadzovanie spravodlivých záujmov v problematike zdravia. **Všeobecný praktík sa stáva hlavným arbitrom pacientov.**

Pre posilnenie primárnej zdravotnej starostlivosti je základná podmienka „Dobrá politika“. Na podporu systému so silnou primárnou zdravotnou starostlivosťou a zabezpečenie ľudských zdrojov pre oblasť zdravia je potrebná zdravotná politika, ktorá rieši existujúce protikladné záujmy a nerovnosti a zabezpečuje adekvátne zdroje a stimuly³.

Poznatky získané zo skúseností vo svete ukazujú, že riešenie musí byť v každej krajine špecifické, založené na silných dôkazoch a citlivo reflektujúce miestne podmienky. Svetová správa o zdraví WHO 2008 uvádza štyri samostatné reformy nevyhnutné na fungovanie systémov silnej primárnej zdravotnej starostlivosti⁴.

1. Reformy univerzálneho pokrytia:

- zabezpečiť, aby zdravotné systémy prispievali k spravodlivosti a zamedzili nedostupnosti spôsobenej takými premennými ako je výška finančného príjmu, vzdelanie, etnický pôvod a pohlavie;
- investovať adekvátne zdroje na fungovanie systémov silnej primárnej zdravotnej starostlivosti, tak aby bola všeobecne dostupná a kompetentná.

2. Reformy verejnej politiky:

- integrovať verejné zdravotníctvo s primárnou zdravotnou starostlivosťou a podporovať politiku verejného zdravotníctva naprieč sektormi;
- podporovať spoluprácu medzi všeobecnými praktikmi, komunitami, vládou a súkromnými sektormi a akademickými inštitúciami s cieľom riešiť vyvíjajúce sa potreby v oblasti zdravia spoločnosti; a zabezpečiť nábor, vyškolenie, rozmiestnenie a udržanie zdravotníkov podľa potrieb populácie.

3. Reformy v oblasti vedy a výskumu:

- podporovať inkluzívne, participatívne rozhodovanie založené na rokovaní a na hodnotách solidarity, sociálnej spravodlivosti a zodpovednosti; realizovať výskum na posúdenie kvality, spokojnosti a výsledkov a revidovať starostlivosť na základe silných dôkazov;
- podporovať globálnu solidaritu a vzájomné kontinuálne učenie sa.

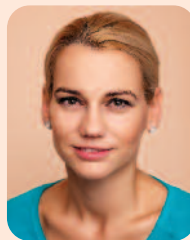
4. Reformy poskytovania starostlivosti a reformy vzdelávania:

- reorganizovať zdravotnú starostlivosť tak, aby tímy zdravotníkov poskytovali zdravotnú starostlivosť orientovanú na ľudí, ktorá bude vhodná v danej kultúre, komunite, rodinách, orientovanú na podporu zdravia, preventívne služby a primárnu starostlivosť;
- školiť všeobecných praktikov a ďalších zdravotníkov, aby vedeli kvalitne zvládať všeobecné problémy na úrovni komunity a riešiť problémy pacientov na mieste v komunite alebo ich v prípade potreby správne odosielať k ďalším potrebným špecialistom alebo do nemocníc.

Literatúra:

1. Boelen C. Towards Unity for Health: challenges and opportunities for partnership in health development. A working paper. Geneva: World Health Organization, 2000
2. World Bank. World Development Report 1993: Investing in Health. Available at: <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/5976>
wdonline.worldbank.org/worldbank/a/c.html/world_development_report_1993/abstract/WB.0-1952-0890-0.abstract1
3. Kidd Michael et al. The Contribution of Family Medicine to Improving Health Systems. A guidebook from the WONCA 2013
4. World Health Organization. World Health Report 2008: primary health care (now more than ever). Available at: www.who.int/whr/2008/en/

Kardiológia v praxi všeobecného lekára pre dospelých



Slovenská spoločnosť všeobecného praktického lekárstva (SSVPL) v nadväznosti na úspešnú XXXV. výročnú konferenciu SSVPL konanú v Starom Smokovci

16. - 18. októbra 2014 sa podujala na zorganizovanie odborných seminárov pre všeobecných lekárov s názvom Kardiológia v praxi všeobecného lekára pre dospelých. Nosnou tématickou boli dva závažné medicínske problémy – srdcové zlyhávanie a fibrilácia predsiení, čo by mal vedieť praktík o ochorení a ako správne menežovať pacienta v spolupráci so špecialistami. Zdôraznený bol aj benefit účinnej antikoagulačnej liečby pre pacienta s fibriláciou predsiení, taktiež ako správne postupovať pri jej iniciovaní v kontexte zohľadnenia sprievodných rizikových faktorov jednak možných tromboembolických príhod alebo na druhej strane odhadnúť pravdepodobnosť hemorágie. Odborným garantom akcie a zároveň aj hlavným prednášajúcim bol prof. MUDr. Ján Murín, CSc. Ďalšími prednášateľkami boli doktorky Michaela Macháčová, Romana Compagnon a Adriana Šimková. Semináre sa uskutočnili postupne v Bratislave (december 2014), Nitre (február 2015), Banskej Bystrici (marec 2015) a v Poprade (máj 2015). Po prednáškach bola bohatá diskusia, z ktorej vidieť, že účastníkov tématika zaujala. Edukačný grant poskytla firma Bio G spol. s r.o. Organizáciu a propagáciu akcie zabezpečila firma Farmi-Profi spol. s r.o. Odborné podujatie bolo zaradené do kontinuálneho medicínskeho vzdelávania.

Na záver sa chceme poďakovať všetkým účastníkom, ktorí si našli čas a prišli si vypočuť nové a najmä praktické informácie zo závažnej oblasti kardiológie. Získané cenné poznatky si zaiste nájdu uplatnenie v každodennej praxi na ambulancií. V neposlednom rade sa chceme poďakovať aj prof. Murínovi a samozrejme aj vyššie uvedeným firmám.

Slovenská spoločnosť všeobecného praktického lekárstva aj organizáciou regionálnej „siete“ seminárov po Slovensku podporuje ďalšie vzdelávanie praktických lekárov.

Adriana Šimková

Prínos všeobecných praktikov pre posilnenie zdravotnej starostlivosti

Z pripravovaného prekladu knihy „Prínos všeobecného lekárstva...“ od Michaela Kidda

(Kidd Michael et al. The Contribution of Family Medicine to Improving Health Systems. A guidebook from the WONCA 2013)



Jedinečná kombinácia atribútov, ktoré charakterizujú všeobecných praktikov zároveň popisuje ich prínos pre rozvoj zdravotnej starostlivosti. Tieto charakteristiky sú jadrom pri plnení ich úloh poskytovateľov primárnej zdravotnej starostlivosti a ich funkcií v tímoch primárnej zdravotnej

starostlivosti. Ich prínos súvisí osobitne s poskytovaním primárnej zdravotnej starostlivosti, integráciou komplexnej starostlivosti priamo v komunitách pacientov (horizontálna integrácia). **Všeobecný praktik sa stará o jednotlivého pacienta v kontexte rodiny, o rodinu v kontexte komunity a o komunitu v kontexte verejného zdravotníctva bez ohľadu na rasu, pohlavie, kultúrne alebo sociálne postavenie.**

Svetová správa o zdraví WHO z r. 2008¹⁰ pripomína svetu, že primárna zdravotná starostlivosť je potrebná „Teraz viac, ako kedykoľvek predtým“, aby sa zabezpečila spravodlivá dostupnosť zdravia pre všetkých. Na dosiahnutie tohto spravodlivého zabezpečenia starostlivosti pre všetkých je potrebné získať politických vodcov pre reformy verejnej politiky založené na uznaní faktu, že srdcom poskytovania zdravotných služieb, ktoré kladú „ľudí na prvé miesto“, je primárna zdravotná starostlivosť³⁰. V mnohých zdravotných systémoch všeobecní praktici sú mozgom (riadiacim centrom) aj srdcom (motorom rozvoja) primárnej zdravotnej starostlivosti a sami sa podieľajú na efektívnom vodcovstve.

Atribúty a princípy sú preniknuté zameraním pozornosti na celú osobu⁴. Rozsah praxe všeobecného praktika do veľkej miery určujú potreby človeka⁵. Prístupovanie k riešeniu týchto potrieb odráža rigoróznú medicínsku prípravu, ktorá zabezpečí potrebný základ na poskytovanie kompetentnej starostlivosti v kontexte primárnej zdravotnej starostlivosti, kam prichádzajú pacienti s širokou škálou zdravotných problémov.

Všeobecné praktické lekárstvo je kombináciou širokej praxe a hlbkej odbornosti. Všeobecní praktici takto pridávajú hodnotu v systémoch so silnou primárnou zdravotnou starostlivosťou, umocňujú tak prínos rovnako orientovaných zdravotníckych (sestier, zdravotníckych asistentov a ostatných zdravotníkov v komunite) a sociálnych pracovníkov, ktorí vzájomne posilňujú svoju činnosť na dosiahnutie čo najlepšieho výsledku.

Všeobecní praktici majú ideálne postavenie na to, aby dosahovali zlepšovanie zdravotného stavu ľudí, ktorí patria do ich praxe aj tým, že ich vnímajú ako určitú zadanú

skupinu, komunitu. To lekárom umožňuje analyzovať potreby a zdravotné riziká konkrétnej populácie, zabezpečovať efektívne opatrenia na predchádzanie ochorení a propagovať stratégie na podporu zdravia, najmä ak boli vyškolení aj v oblasti podpory zdravia a prevencie.

Všeobecný praktik sa potrebuje vzdelávať aj v oblasti kultúrnej kompetentnosti. Spoločenská rozmanitosť sa potrebuje reflektovať v komunikačných zručnostiach, v schopnosti počúvať ale aj primerane informovať a neúnavne edukovať v rámci starostlivosti sústredenej na konkrétnu osobu⁸. Mnohé princípy a atribúty primárnej zdravotnej starostlivosti sú spoločné aj pre lekárov a poskytovateľov zdravotnej starostlivosti iných odborností. Ako celok však definujú typ lekára, ktorého odbornosť pozoruhodne zodpovedá požiadavkám na optimálnu primárnu zdravotnú starostlivosť predstavenú v Deklarácii z Alma-Aty⁹.

Základné charakteristiky ako prvý kontakt, dostupnosť, zameranie na osobu, personalizácia, holistický (celostný) princíp, kontinuálna starostlivosť, komplexnosť a koordinácia...definujú prístup, ktorý je jedinečný pre primárnu zdravotnú starostlivosť. Zdravotné systémy s týmito charakteristikami sa spájajú s lepšími výsledkami, väčšou mierou spokojnosti pacientov, menším počtom hospitalizácií a nižšími nákladmi^{1,3,7}. Primárna zdravotná starostlivosť má preto lepšie výsledky v kvalite poskytovanej starostlivosti, má oveľa nižšie náklady a poskytuje väčšiu rovnosť v dostupnosti zdravotníckych služieb, ako iné spôsoby starostlivosti.

Všeobecné praktické lekárstvo môže plniť nezastupiteľnú úlohu ak existuje v krajine úsilie o zorganizovanie efektívneho, kvalitného a spravodlivo dostupného zdravotného systému.

Medzinárodné porovnania výsledkov primárnej zdravotnej starostlivosti⁶ ukazujú, že najväčšie rozdiely v zdraví medzi krajinami sú spojené s tým, do akej miery sa uplatňujú nasledujúce princípy v systéme poskytovania zdravotných služieb:

- spravodlivá distribúcia a financovanie zdravotných služieb,
- podobná zárobková úroveň všeobecných praktikov, špecialistov a lekárov v nemocniciach,
- komplexnosť služieb primárnej zdravotnej starostlivosti, stupeň administratívneho oklieštenia preskripčnými a kompetenčnými obmedzeniami,
- absencia alebo veľmi nízka miera úhrad od pacientov za služby primárnej zdravotnej starostlivosti,
- funkcia gatekeepingu kde všeobecní praktici zabezpečujú

starostlivosť prvého kontaktu a vstup do systému poskytovania ďalších služieb starostlivosti o zdravie,
- dlhodobá starostlivosť zameraná na osobu od ranného detstva až po starobu.

Všeobecné praktické lekárstvo môže plniť nezastupiteľnú úlohu ak existuje v krajine úsilie o zorganizovanie efektívneho, kvalitného a spravodlivo dostupného zdravotného systému. Na dosiahnutie týchto pozitívnych výsledkov je však potrebné, aby všeobecní praktici pracovali v zhode so zástupcami komunit pacientov, s profesionálmi verejného zdravotníctva a so všetkými ostatnými spojencami – pracovníkmi v oblasti zdravia².

Je potrebné tiež rozvíjať systém úhrad, vhodných stimulov a pozitívne pracovné podmienky, aby sa vykonávali aj činnosti, ktoré majú širší dosah ako zdravotná starostlivosť o jednotlivého pacienta a môžu mať ešte väčší dopad na zdravie jednotlivcov. Tieto aktivity zahŕňajú spoluúčasť na analyzovaní potrieb populácie, analyzovaní reflektovania týchto potrieb v klinickej praxi a v pracovných tímoch primárnej zdravotnej starostlivosti a v rámci koordinácie činností ďalších profesionálnych pracovníkov ale aj laických dobrovoľníkov podieľajúcich sa na primárnej zdravotnej starostlivosti v komunitách pacientov.

Požiadavky na posilnenie primárnej zdravotnej starostlivosti

1. Budovať také zdravotné systémy, ktoré reagujú na potreby obyvateľov a sú dlhodobo udržateľné. Aby sa to dosiahlo, treba kriticky zvážiť mimoriadny význam vyvážených, vzájomne sa dopĺňajúcich pohľadov a navzájom súperiace priority tých, ktorí prispievajú k zdravotnej starostlivosti. Tieto navzájom sa rozchádzajúce pohľady sa dajú riešiť zameraním pozornosti na základné zjednocujúce priority:

- A) zdravotný stav každého človeka v komunite,
- B) kolektívne zdravie obyvateľov,
- C) spravodlivé rozdeľovanie zdravotnej starostlivosti.

Takým spôsobom sa dajú navrhnúť spoločné riešenia, pri ktorých sa v maximálnej miere využijú silné stránky a schopnosti partnerov, ktorých príspevok je neodmysliteľný na dosiahnutie koherentného prístupu k poskytovaniu zdravotných služieb. Tieto riešenia sa odlišujú v závislosti na socioekonomickej situácii a miere rozvoja spoločnosti. Je zodpovednosťou lídrov riešiť problémy a prijať dôležité rozhodnutia tak, aby v ich príslušných krajinách všeobecné praktické lekárstvo fungovalo optimálnym spôsobom.

2. Skúmať charakteristiky a funkcie systémov poskytovania zdravotnej starostlivosti. Pomôže to usmerniť rozhodovanie tam, kde sú prítomné navzájom súperiace záujmy. Zdravotná starostlivosť čelí rozmanitým aktuálnym výzvam, ktoré situáciu komplikujú. Pri bližšom pohľade na zložité otázky sa vynára čoraz viac dôkazov, že kľúčovým určujúcim faktorom na dosiahnutie lepšieho zdravotného stavu je spôsob ako krajina dokáže organizovať svoje zdroje. Ekonomicky najvýhodnejší spôsob zníženia mortality a morbidita obyvateľov je dobre rozvinutý systém služieb primárnej zdravotnej starostlivosti, ktorý zabezpečuje dostupnú, komplexnú, koordinovanú a na človeka orientovanú starostlivosť – charakteristiky, ktoré sa

spájajú s pozitívnymi výsledkami v oblasti zdravia. Mimoriadne dôležitá je štruktúra pracovnej sily v takom systéme, nie len v záujme poskytovania vysokokvalitnej primárnej zdravotnej starostlivosti, ale aj aby sa predchádzalo nadmernému využívaniu nedostatkových ľudských zdrojov a nenáležitému spoliehaniu sa na drahé technológie, pričom jedno aj druhé patrí medzi určujúce faktory neefektívneho zvyšovania nákladov na starostlivosť.

3. Objasniť prečo všeobecní praktici môžu významnou mierou prispieť k zlepšeniu zdravotnej starostlivosti.

Je potrebné sa zamerať na atribúty všeobecného praktického lekárstva, úlohy a povinnosti, kvalitu a nákladovú efektívnosť práce všeobecných praktikov. Ich spôsobilosť sa rozvíja účasťou na rigorózne príprave zameranej tak, aby zodpovedala potrebám populácie, ktorej budú poskytovať starostlivosť. Ich prínos sa ďalej zvyšuje, keď ich odborná príprava je preniknutá väčším dôrazom na verejné a komunitné zdravie. Špecificky školení všeobecní praktici sú pripravení poskytovať na človeka orientovanú starostlivosť komplexným a kontinuálnym spôsobom všetkým pacientom v komunite. Koordinujú starostlivosť medzi poskytovateľmi, prepájajú komunitu aj s akademickými medicínskymi centrami, koordinujú terénnych zdravotníckych pracovníkov s odbornými lekármi a konzultantmi a pacientov usmerňujú v širokej škále dostupných riešení zdravotných ťažkostí. Flexibilita im umožňuje prispôbiť sa a reagovať na konkrétne potreby komunity a jednotlivcov, ako aj na meniace sa epidemiologické vzorce a na zmeny v dostupných zdrojoch. Týmto kvalitami všeobecní praktici systému primárnej zdravotnej starostlivosti pridávajú vysokú hodnotu. Všeobecní praktici a podobne orientovaní profesionálni zdravotníci v komunitách ako sestry...sociálni pracovníci sa navzájom posilňujú.

Literatúra

1. Bindman AB, Grumbach K, Osmond D, et al. Preventable hospitalizations and access to health care. *Journal of the American Medical Association*. 1995; 274(4): 305–11.
2. Folsom Group. Communities of solution: #e Folsom Report revisited. *Annals of Family Medicine*. 2012; 10: 250–60.
3. Forrest CB, Starfield B. #e effect of first-contact care with primary care clinicians on ambulatory health care expenditures. *Journal of Family Practice*. 1996; 43(1): 40–8.
4. McWhinney IR. *A Textbook of Family Medicine*. Oxford University Press, 1997.
5. Phillips WR, Haynes DG. #e domain of family practice: scope, role and function. #e Keystone papers: formal discussion papers from Keystone iii, 2001; 33(4): 273–7.
6. Starfield B. *Primary Care: balancing health needs, services and technology*. Oxford University Press, 1998.
7. Starfield B. Primary care: an increasingly important contributor to effectiveness, equity, and efficiency of health services. *SESPAS report 2012*. *Gac Sanit*. 2012; 26(Suppl. 1): 20–6.
8. Sutton M. Improving patient care. Cultural competence, it's not just political correctness, it's good medicine. *Family Practice Management*. 2000; 7: 58–60.
9. World Health Organization/UNICEF. *Primary Health Care: report of the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6–12 September 1978*. Geneva: World Health Organization, 1978 (Health for All Series, No.1).
10. World Health Organization. *World Health Report 2008: primary health care (now more than ever)*. Available at: www.who.int/whr/2008/en/

Marián Kollár: Šopy a felčiar?!

Z fóra SLK na www.lekom.sk



V dňoch 15. a 16. 5.2015 sa v hoteli Holiday Inn v Žiline konal kongres Spoločnosti všeobecných lekárov Slovenska, ktorý bol organizovaný pod záštitou ministra zdravotníctva Slovenskej republiky MUDr. Viliama Čisláka, MPH, MBA, ktorý sa okrem iného venoval aj problematike centier integrovanej zdravotnej starostlivosti.

K téme vystúpil aj JUDr. Ing. Štefan Mesároš, PhD. z Inštitútu zdravotnej politiky MZ SR, ktorý pred celým zhromaždením povedal: „...ak nechcete CIZS, nemusíte ich mať a môžete ďalej robiť v tých šopách, ako doteraz“... a ďalej: „... ja som chodil do Polikliniky Tehelná, ale už som si odtiaľ zobral kartu a chodím do centra, nepatrí Pente, ale ja do šopy k nejakému felčiarovi už nikdy nepôjdem!“

Kolegyne, kolegovia, zamestnanec MZ SR má o nás takúto mienku - **pracujeme v šopách a sme felčiar**. MZ SR chce zlepšiť stav zdravotníctva na Slovensku, ale urážaním a deho-nestáciou lekárov sa dočká pravého opaku.

Lekári sú demotivovaní, vyčerpaní, unavení a neustále šikanovaní administratívnymi úlohami, ktoré im na striedačku ukladajú poisťovne a MZ SR. Neustálym kritizovaním a prenasledovaním lekárov sa spolupráca vybuduje len veľmi ťažko a ťažko sa dosiahnu očakávané výsledky.

Budovanie CIZS tak, ako to plánuje MZ SR, nie je liekom na problémy, v ktorých sa zdravotníctvo na Slovensku ocitlo. Za peniaze EU sa buduje ľahko. To, čo naši lekári dnes majú, vy-budovali z vlastných peňazí - nedávali si primeraný plat tak, ako by im náležalo, ale investovali do zvýšenia komfortu svojich pacientov. A niekto sa opováži povedať, že sú to felčiar, ktorí pracujú v šopách!

K tomu už niet čo dodať. Ale predsa jedna myšlienka na záver: **neviem, kde chce nájsť MZ SR cca 3 000 lekárov do integrovaných centier - alebo sa felčiar prekročením prahu v CIZS zmenia na odborníkov?**

Nižšie v texte je zverejnená oficiálna odpoveď JUDr. Ing. Štefana Mesároša k Otvorenému Listu pána Prezidenta SLK, Ing. Mesároš sa obracia k prezidentovi SLK a vysvetľuje konfliktnú, kontroverznú situáciu na kongrese všeobecných lekárov spoločnosti SVLS v Žiline:

„Dňa 15. mája 2015 som mal možnosť na kongrese Spoločnosti všeobecných lekárov Slovenska v Žiline prezentovať projekt Centier integrovanej zdravotnej starostlivosti, o ktorom sa už v slovenskom zdravotníctve aj mimo neho rozpráva skoro rok a tieto informácie sú viac rozporuplné ako pravdivé.

Preto bolo aj zámerom na tomto podujatí objasniť tento projekt a informovať o ňom „z prvej ruky“. Žiaľ tento zámer sa nevydaril.

V kultúrnej spoločnosti býva zvykom, že ak chcem argumentovať proti niečomu, tak si najprv vypočujem názor, akokoľvek sa s ním nestotožňujem, pripravím si konštruktívne argumenty a vo vzájomnej komunikácii sa dopracujeme k niečomu, čo je pre všetky zainteresované subjekty vzájomne výhodné. **Takéto prostredie na konferencii SVLS v Žiline nebolo. V priebehu mojej prezentácie sa hlučná skupina „poslucháčov“ začala nemiestne a ne-náležite vyjadrovať k mojej osobe vulgárnymi nadávkami hodnými piatej cenovej skupiny a nie lekárov, ktorí majú zachraňovať životy nás všetkých.**

Kto ma pozná viac, vie že som umiernený človek, ktorý sa snaží riešiť konflikty pokojnou a diplomatickou cestou a predovšetkým konfliktom predchádzať. Za svoj profesionálny život som mal tisíce prednášok doma alebo v zahraničí pred rôznymi skupinami poslucháčov, ktorí súhlasili, resp. nesúhlasili s mojimi názormi. **Nikdy som sa však nestretol s toľkou nekultúrnosťou a vulgárnosťou auditória, aká bola počas môjho vystúpenia 15. mája t.r. v Žiline.** Možno aj preto v dôsledku týchto okolností som v slabej chvíli povedal nasledovne „**Je úplne na vás či sa zapojíte, alebo nezapojíte do etablovania Centier integrovanej zdravotnej starostlivosti, či peniaze využijete, alebo zostanú v Bruseli. Ja ako budúci pacient si rozhodne radšej vyberiem kultúrnejšie prostredie hodné 21. storočia a nie nejakého felčiaru.**“

Vážim si každé povolanie, či už je to lekár, kominár, pekáť alebo ktokoľvek, kto čestne a zodpovedne vykonáva svoju prácu pre spokojnosť ostatných. Nemožno však žiadne povolanie nadradovať nad iné a treba sa držať známeho „Pred nikým sa neponižuj, nad nikým sa nepovyšuj.“. Žiaľ často krát to v našej spoločnosti neplatí.

Ak som sa teda slovom „felčiar“ dotkol auditória, verejne sa ospravedlňujem, aj keď nečakám reciprocitu, že auditórium sa mne ospravedlní za neslušné a vulgárne poznámky k mojej osobe.

Avšak nebudem sa ospravedlňovať za slová, ktoré z mojich úst nikdy neboli vyrieknuté, a ktoré mi začali neprajníci vkladať do úst. Ako profesionál si vždy svoje prednášky počas môjho vystúpenia nahrávam na diktafón. Po analýze zvukového záznamu som zistil, že slovo „šopa“ vôbec nezaznelo z mojich úst. Toto slovo zaznelo z úst diskutujúcej z Košíc, ktorá začala svoju otázku nasledovne: „To čo tu rozprávate, že sme felčiar a ako keby sme pracovali v nejakých šopách? ...“. Od tejto chvíle ste ma ako prezident SLK začal spájať s týmto výrazom.

Je zarážajúce, že ako prezident SLK sa musíte prikloniť k takémuto krivému obviňovaniu. Ako vrcholní zástupcovia SLK sa od 18. marca 2015 každé dva týždne pravidelne zúčastňujete stretnutí na MZ SR k problematike Centier integrovanej zdravotnej starostlivosti na tzv. okrúhlych stoloch a nevyslovili ste k ich existencii žiadne zásadné pripomienky resp. protiargumenty.

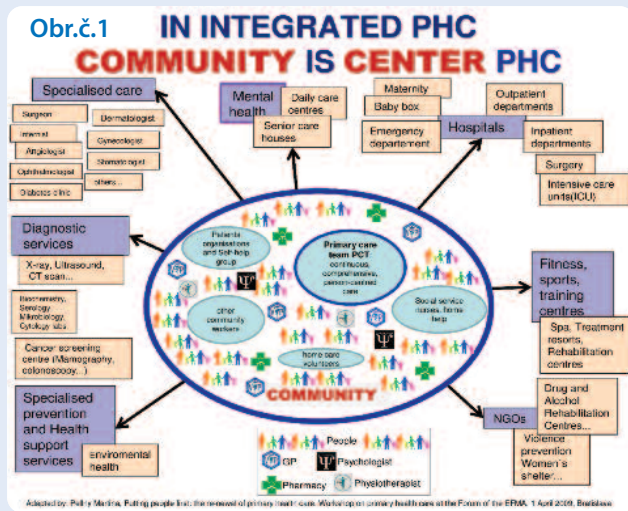
s úctou,

JUDr. Ing. Štefan Mesároš, PhD
Inštitút zdravotnej politiky MZ SR

Komentár Peter Lipták

Nuž na záver by som dodal, že slúži predsa len ku cti ministra zdravotníctva SR Viliama Čisláka, že tento úradník „ovládajúci“ základné postupy priateľskej komunikácie už na MZ SR nepracuje. Pán Mesároš asi zámerne neuvádza, že nielen SLK ale aj ostatná odborná a dokonca aj občianska verejnosť opakovane uviedla zásadné argumenty a protestovala proti projektu CIS.

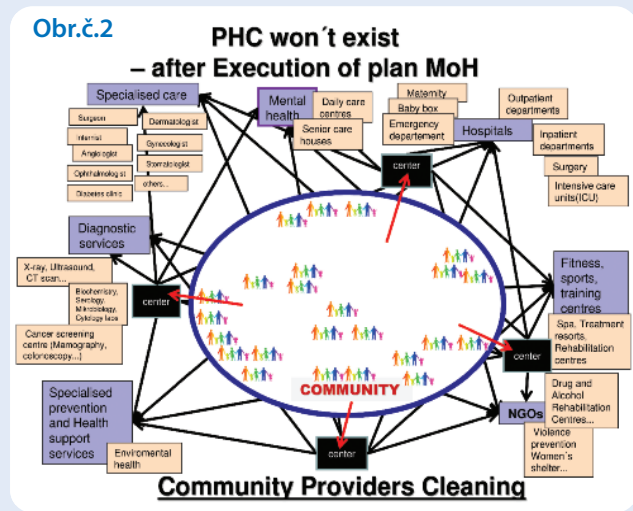
Aktuálnu situáciu v procesoch integrácie dokresľujú dva obrázky z prednášky, ktorá zaznela na Európskom fóre primárnej starostlivosti v Amsterdame 1. 9. 2015.



Na tomto fóre sa zišli odborníci z celej Európy, aby sa zaoberali integrovanou starostlivosťou. Viac na našej konferencii - pozrite program.

1. Obr.č.1 V integrovanej primárnej zdravotnej starostlivosti (PZS) je centrom PZS komunita s veľmi komplexnou sieťou poskytovateľov.

2. Obr.č.2 Po exekúcii PZS, ktorú plánuje uskutočniť MZSR, PZS prestane existovať. Jej podstatou je vyčistenie komunit od poskytovateľov.



Profesor Mike Pringle, bude reprezentovať Wonca World na našej XXXVI. Výročnej konferencii



Profesor Mike Pringle, bude reprezentovať Wonca World na našej XXXVI. Výročnej konferencii, od novembra 2012 je prezidentom Kráľovskej spoločnosti praktických lekárov RACGP, ktorá zastrešuje viac ako 50 000 všeobecných praktických lekárov vo Veľkej Británii.

30 - rokov pôsobil ako všeobecný praktík, teraz je už na dôchodku ale naďalej je aktívny na University of Nottingham, kde je emeritným profesorom všeobecného praktického lekárstva. Počas svojho života bol predsedom mnohých odborných výborov a riaditeľom mnohých celospoločenských projektov, ktoré sa podieľali na premenách britského zdravotníctva. Podieľal sa tiež na rozvoji rôznych dobrovoľníckych združení a organizácií zastupujúcich práva pacientov.

Na našej konferencii 16. Októbra prednesie kľúčovú prednášku na tému:

“Všestrannosť, profesionalita a zodpovednosť”, v ktorej poukáže na fakt, že všeobecný lekár má v systéme najlepšiu pozíciu z hľadiska prevzatia komplexnej zodpovednosti za zdravie svojich pacientov. Bude hovoriť o konkrétnom vývoji vo svojej krajine.

Súčasný trendy v oblasti zdravotnej starostlivosti v Británii zahŕňajú pokračujúci rast čoraz užšej špecializácie, to viedlo u lekárov postupne k devalvácii profesionality a k zvýšeniu chýb z prehliadnutia problémov, skrytých v prílišnej špecializácii. Tieto trendy postupne nahradili pozíciu lekára ako takého, v spoločnosti ale najmä devalvovali pozíciu všeobecného praktika. Muselo sa pristúpiť k rozsiahlym zmenám v nastavení systému. Táto prednáška sa zameria na nedávne skúsenosti s tým čo sa udialo vo Veľkej Británii s posilnením postavenia všeobecných praktikov.

Tiež vysvetlí, ako úloha odborného praktického lekára je znovuoceňovaná a atraktívna v dôsledku uskutočnených zmien v možnostiach kariéry všeobecných praktikov v teréne ako aj spolupráce s lekármi v nemocniciach. Bude hovoriť o politickom znovuoobjavení primárnej zdravotnej starostlivosti ako vysokoprioritného odvetvia v súčasnom systéme v Británii, dôležitom pre efektívnosť vynakladaných nákladov, pre kvalitu aj spravodlivú dostupnosť zdravotnej starostlivosti.. Dôležité je riadenie tohto odboru, vrátane recertifikácie, ktorá garantuje kvalitu, a ktorú musia v Británii podstúpiť všeobecní praktici raz za päť rokov. Prednáška bude zakončená poučením z britských skúseností pre európsku prax všeobecného praktického lekárstva a verí, že ich skúsenosti dobre zúžitkujeme aj na Slovensku.

(lipp)

MUDr. Jana Bendová

Správa zo zasadnutia výboru EURACT

(European Academy of Teachers in General Practice/ Family Medicine)

23. - 24. apríl 2015, Praha



Zasadnutia výboru sa zúčastnilo 31 členov výboru (národných reprezentantov) z celkového počtu 38 členov. Platí pravidlo, že ak sa národný reprezentant nezúčastní dvoch po sebe idúcich zasadnutí, hrozí jeho vylúčenie z výboru.

Zasadnutie viedol prezident Janko Kersnik, členovia pracovali väčšinu času v pracovných skupinách a prezentovali výsledky práce členom ostatných skupín. Ja som pracovala v skupine BME (basic medical education) a Hodnotenie učiteľov všeobecného lekárstva na medzinárodnej úrovni (projekt financovaný z fondov EÚ).

V pracovnej skupine BME sme analyzovali výsledky európskeho prieskumu, ktoré aktivity môžu prispieť k zvýšeniu úrovne všeobecného lekárstva, so zameraním najmä na pregraduálnu výučbu VL a spracovanie výsledkov za účelom publikovania.

Veľa času sme sa venovali príprave 1. EURACT konferencie, ktorá sa bude konať na jeseň 2016 v Dubline v spolupráci s Írskou spoločnosťou rodinného lekárstva (ICGP) – identifikácii kľúčových tém, speakrov a tém workshopov.

Reprezentant ČR Jáchym Bednár prezentoval historický vývoj ako aj súčasnosť systému zdravotnej starostlivosti v ČR. Prezentácia bude na webe. J. Bednár poďakoval Slovenskej spoločnosti všeobecného lekárstva, ktorá sumou 500 Eur podporila zasadnutie výboru v Prahe.

Slovensko má v EURACTe 12 členov, za posledný rok nepribudli žiadni noví členovia. Najviac nových členov pribudlo z Grécka, až 16. Členské na rok 2015 stúplo na 40 Eur pre slovenských členov, nakoľko stúplo HDP/obyvateľa. EURACT si praje, aby členské príspevky boli platené členmi priamo národnému reprezentantovi, ktorý zaplatí za všetkých členov v hotovosti počas najbližšieho stretnutia výboru (jeseň 2015). EURACT si nepraje, aby boli členské príspevky hradené jednotlivými členmi priamo na účet EURACTu.

Národný reprezentant SR, MUDr. Bendová, rezignovala na svoju funkciu na konci pražského zasadnutia. Národný reprezentant vzíde z volieb, ktoré sa uskutočnia na jar 2015. Proces volieb bude iniciovať sekretárka EURACTu Barbara Toplek v priebehu mája 2015.

V pláne sú:

1. prvá EURACT konferencia v septembri 2016 v Dubline „First International EURACT Medical Education conference“.
2. kurz Leonardo da Vinci level 1 – Gruzínsko 15.-17.10.2015 registračný poplatok je 250 €, už nie je možné prihlásiť sa na sponzorované miesta.
3. kurz Leonardo da Vinci 2 sa plánuje v oktobri 2016 v Estónsku, v Tartu. Bude k dispozícii asi 12 sponzorovaných miest.
4. nasledujúce zasadnutie výboru EURACTu sa uskutoční v Sarajeve, 8.-11.10.2015.
5. EURACT pripravil 2 workshopy na WONCA Europe Istanbul 2015.

6. 24. Bled kurz 15.-19.9.2015 „Learning and teaching managing multimorbidity in general practice“ kurzy sa konajú v Slovinskom Bledě a majú vysokú úroveň.

| Komentár Peter Lipták

Janka Bendová odviedla obrovský kus práce na poli reprezentácie našej spoločnosti v zahraničí a to nielen v Euracte ale roky pôsobila ako naša zástupkyňa vo výboroch WONCA. Vždy odvádzala perfektnú prácu a často to nebolo jednoduché. Patrí jej za to veľké poďakovanie.

V korešpondenčných voľbách sme zvolili za jej nástupcu v EURACTe Ivetu Vaverkovú. Som rád, že do tejto dôležitej pozície bola zvolená práve ona ako integrujúca osobnosť, ktorá vyrástla za niekoľko rokov pôsobenia v SSVPL z radovej členky na vedúce posty prezidentky a viceprezidentky našej spoločnosti a v posledných rokoch sa najvýraznejšou mierou podieľala na transformácii a rozvoji SSVPL. V súčasnosti je viceprezidentkou novej spoločnosti SVLS a to je zárukou dobrej spolupráce oboch spoločností v prospech nás všetkých.

MUDr. Iveta Vaverková, MPH

- zo životopisu spracované podľa
Všeobecného praktika 1/2014



Doterajšie aktivity

- Členka SSVPL SLS 2002-2014,
- 2010-2013 prezidentka SSVPL SLS,
- 2013-2014 viceprezidentka SSVPL SLS,
- organizovanie a aktívna účasť na odborných a vzdelávacích akciách,
- v rámci SR a v zahraničí, zastupovanie SSVPL SLS pri jednaniach s MZ SR, SLK, SLS, ZP,
- 7. 11. 2014 rezignovala na pozíciu viceprezidentky a vystúpila zo SSVPL aby bola v novembri menovaná hlavnou odborníčkou MZ SR, v práve založenej spoločnosti SVLS, viceprezidentkou,
- v máji 2015 zvolená členmi SSVPL a SVLS za národného reprezentanta vo výbore EURACTu.

Ciele s ktorými kandidovala MUDr. Iveta Vaverková vo voľbách do výboru SSVPL v roku 2014 boli:

1. rozvoj odboru, 2. úprava kompetencií VL, 3. financovanie primárnej zdravotnej starostlivosti.

S týmto programom, ale aj vďaka osobnému nasadeniu a šarmu, získala veľa hlasov od členov SSVPL. Aj my sme prijali s uspokojením, že sa nám ju podarilo zvoliť za národného reprezentanta do Euractu. Bude mať ďalšie príležitosti preukázať svoje integrujúce schopnosti na poli rozvoja odboru, jeho vzdelávania a našej zahraničnej reprezentácie. Prajeme jej do tejto náročnej úlohy veľa síl.

(lipp)

Z diskusie P. Liptáka s V. Čislákom, I. Uhliarikom, L. Pástorom a L. Kuželom na TA3

(15.02.2015; Televízna stanica TA 3; V politike; 11:00; por. 2/2;

Peter Hlávek, Ľuba Oravová / Ľuba Oravová)

• **Ľuba Oravová:** „Pán Lipták, som rada, že ste prijali pozvanie do diskusie. Rozvírili ste diskusiu nielen vlastne v súvislosti s darmi, ale vôbec aj v súvislosti so situáciou v zdravotníctve. K tomu sa samozrejme dostaneme, to bude vlastne aj gro dnešnej našej diskusie. Predsa len nedá mi neopýtať sa, hovorili ste o daroch. Boli dobrovoľné dary, o ktorých ste hovorili?“

• **Peter Lipták:** „No ja by som chcel, pani redaktorka, viete, lebo zaznel tu taký úvod, kde nejakým spôsobom som bol tu uvedený, ako keby som bol ja nejaký korupčník, alebo proste ... v negatívnom svetle. Ja by som chcel ako na taký úvod, aby sme hneď od začiatku si vyčistili vlastne karty, povedať, že ako keby ja som aj v tom šote s Markízou hovoril o megakorupcii. Hovoril som o tom, že každý rok sa z tohto systému stratia cez nákupy zdravotnej starostlivosti v zdravotných poisťovniach a riaditeľmi nemocníc pod gesciou ministerstva zdravotníctva až dve miliardy eur zo štyroch miliárd, čiže až polovica všetkých zdravotných odvodov, ktoré pacienti odvedú v neefektívnych nákupoch. Čiže toto bolo, taký ten hlavný message, ktorý som ja hovoril Televízii Markíza v pondelok. Tu by som chcel práve ešte pozrieť sa na svojich spolubesedníkov, a vidím tu pána ministra Čisláka. Treba povedať, že pán minister Čislák, ako keby pracoval ako vrcholový manažér Penty, prevzal ministerstvo zdravotníctva po Zuzane Zvolenskej, ktorá tiež prišla z Penty, ale sa zjavne vyčerpala. Predpokladám, že Penta už s ňou nebola spokojná, takže pán Čislák bol teda ako posunutý, na tú ministerskú funkciu. A treba povedať, že základnou úlohou pána ministra Čisláka je, že plní dva projekty privatizácie v prospech Penty. Jeden z tých projektov je budovanie integrovaných centier zdravotnej starostlivosti, kde ide o projekt privatizácie našich ambulancií a v prípade PPP projektov ide o projekt privatizácie dnešných štátnych nemocníc. Čiže ja by som chcel takýto úvod urobiť. Čiže žiadny zdravotný systém budovaný na potrebách podľa očakávaní ľudí, ale obyčajná majetková privatizácia. Takže to k pánovi Čislákovi...“

• **Ľuba Oravová:** „Dobre. Pán Lipták, samozrejme necháme zareagovať aj pána ministra. Ale moja otázka smerovala k vašej konkrétnej osobe,... Dobre, ďakujem pekne. Pán Lipták, moja otázka znela, ak dovoľíte... Moja otázka znela, čo sa týka darov, o ktorých ste hovorili, boli to dary dobrovoľné, pán Lipták? ...Dobre, pán Lipták, moja otázka. Dobre. Pán Lipták, ja vás budem musieť prerušiť, ak mi nebudete odpovedať na moje otázky. Ďakujem veľmi pekne. Dostanete... Ste ochotný reagovať na otázky? Pán Lipták, pán Lipták moja otázka znela...“

• **Ľuba Oravová:** „...moja otázka znela. Skúsme teda sa držať tejto otázky. Dary, o ktorých ste spomínali, boli dobrovoľné? Ako vlastne prebiehala vlastne tá celá záležitosť? Ten konkrétny pacient sám iniciatívne prišiel za vami?“

• **Peter Lipták:** „No, ja už som, pani redaktorka, vypovedal, ja som už vypovedal sprava aj zľava na polícii. Mal som asi desať relácií a tak ďalej. V novinách som o tom písal a tak ďalej. Môžem povedať, že ja na to, že mi pacient dá dar, ani v mysli na to nemyslím, keď sa oňho starám. To znamená, že ak niekto mi chce dať dar, lebo viete, definícia daru je o tom, že to ten pacient dáva ako dar, to znamená dobrovoľne a nezištné. Nie, že ak si to niekto pýta alebo ak on za tým sleduje nejaký účel. To je úplatok, to nie je dar. Čiže dávať dar, to je základné ako keby občianske právo každého človeka dať niekomu dar a ďalšie základné občianske právo druhého človeka je prijať dar. Čiže nevidím v tom absolútne žiadnu trestnú činnosť, žiadny úplatok som v živote, počas

svojej tridsaťročnej praxe, žiadny úplatok som od nikoho neprijal. Môžem to takto vyhlásiť. A ak teda nie, tak môžem sa tu rovno prepadať...“

• **Ľuba Oravová:** „Dobre, ďakujem veľmi pekne. Pán minister, keďže boli tu slová adresované aj na vašu osobu, môžete zareagovať. Ale skúsme sa možno pozrieť na tú celkovú situáciu v rámci zdravotníctva. Pán Lipták hovoril o tom, že v podstate on chcel poukázať na to, že veľká suma, viac ako dve miliardy neputujú tam, kam majú z toho balíka štyri miliardy. Ako na to reagujete?“

• **Viliam Čislák:** „Ak dovoľíte ja si myslím, že divák si urobí vlastný obraz o tom, čo teraz videl a čo teraz počul. Pán Lipták dostal otázky a odpovedal na niečo absolútne iné. Ja osobne uznávam štatút alebo prezumpciu neviny, preto som sa vyjadril k tomu, keď nastala tá kauza v pondelok večer. Keď sme to videli v televízii, okamžite sme kontaktovali ministerstvo vnútra. Vedeli sme, že v utorok ráno bude pán doktor Lipták predvolaný na vypočutie, čiže toho času je vyšetrovaný...No, čo sa týka pána doktora Liptáka a jeho vyjadrení, akože zaútočil na mňa, že som bol vrcholový manažér v manažmente Penty, privatizácia nemocníc a tak, ja si myslím, že je to absolútne scestné, pretože nič teraz, čo v zdravotníctve sa deje, nič tomu nenasvedčuje a ja to absolútne, absolútne odmietam. Myslím si, že dali ste veľmi dobrú otázku, a už sme sa niekde posunuli. A bavíme sa o daroch...“

• **Ľuba Oravová:** „Dobre a teraz k tej mojej otázke. Argument pána Liptáka, že vlastne týmto chce poukázať na to, že sa strácajú financie v rámci zdravotného systému. Hovoril o tom, že strácajú sa dve miliardy zo sumy štyri miliardy. Máte vy takéto informácie?“

• **Viliam Čislák:** „No dobre, vyjadrím sa aj k tomu, ale bavíme sa tu teraz o ambulanciách, takže ja by som najprv povedal o tom, pretože už niekoľko dní, pomaly týždňov tu bude rezonovať otázka, že ako keby ambulantní lekári, teda všeobecní a špecialisti boli nútení získavať peniaze či už poplatkami, darmi, alebo nejakým spôsobom ináč. Povedzme si otvorene, že dnes priemerný, pardon, lekár, ktorý má všeobecnú ambulanciu, mesačne dostáva do všeobecnej ambulancie okolo troch tisíc eur... Môžeme k tomu pripočítať, že v dnešných časoch sme k tomu dali aj zvyšné kompetencie, to znamená tie, čo boli predtým u špecialistov. To znamená, ak dneska chce všeobecný lekár liečiť choroby, ktoré predtým nemohol, od prvého štvrtý bude zazmluvnená hypertenzia napríklad, doteraz môže robiť predoperačné vyšetrenia, tak samozrejme tie financie môžu byť vyššie. Nakoniec na Slovensku vieme dobre, že v rámci prevencií alebo preventívnych prehliadok je návštevnosť malá, dvadsaťpäť až tridsať percent, tak ja si myslím, že bolo by namieste, aby všeobecní lekári si požívali týchto pacientov aktívne, keď majú za jednu preventívnu prehliadku desať eur. Takže tam sme pri poplatkoch. Takže ja si vôbec nemyslím, že by v dnešnej dobe ambulantní lekári všeobecní a špecialisti mali tých finančných prostriedkov z poisťovni Všeobecnej, ale takisto aj zo súkromných málo. Treba ešte povedať, že za posledné tri roky minimálne Všeobecná zdravotná poisťovňa navýšila svoje platby každoročne o sedem percent, takže ja si myslím, že tieto finančné prostriedky sú absolútne v poriadku...“

(Minister zdravotníctva odpovedá na niečo úplne iné, než ako sa ho pýtala redaktorka. Ale posúďte sami, celý rozhovor je zverejnený na stránke www.vpl.sk v časti „Presscentrum“).

(lipp)

WORKFORCE 2030

Globálna stratégia ľudských zdrojov v zdravotníctve

WHO pripravuje zásadný document na podporu financovania a vzdelávania všeobecných praktických lekárov. Dokument - **Globálna stratégia ľudských zdrojov v zdravotníctve: WORKFORCE 2030**, bude prijatý na WHA v máji 2016, celý pracovný dokument je zverejnený v slovenskom jazyku na www.vpl.sk.

V origináli je materiál dostupný na stránke:

http://who.int/hrh/resources/online_consult_globstrat_hrh/en/

Z dokumentu vyberáme:

ÚVOD

1. Nultý návrh *Globálnej stratégie ľudských zdrojov v zdravotníctve: pracovná sila 2030* je základný materiál na prerokovanie s regiónmi WHO, členskými štátmi a ďalšími partnermi v období jún až august 2015. Tento globálny dialóg bude viesť k ďalšiemu zdokonaľovaniu návrhu, ktorého finálna verzia bude predložená Výkonnej rade WHO v januári 2016.
2. WHO stanovuje agendu v oblasti pracovnej sily v zdravotníctve od čias vydania Svetovej správy o zdraví 2006 – Spolu sa usilujeme o zdravie, ktorá upriamila bezprecedentnú pozornosť ľudským zdrojom v zdravotníctve (**Human Resources for Health; HRH**). Správa vyzývala k desaťročiu akcií pre HRH a pôsobila ako katalyzátor početných iniciatív v oblasti politiky a viedla k prijatiu niekoľkých rezolúcií k tejto oblasti: WHA63.16 - WHO Globálny kódex praxe pri medzinárodnom náboře zdravotníckych pracovníkov (2010); WHA64.6 – Posilňovanie pracovnej sily v zdravotníctve (2011); WHA64.7 – Posilňovanie profesie zdravotných sestier a pôrodných asistentiek (2011); WHA66.23 – Transformácia vzdelávania zdravotníckych pracovníkov na podporu univerzálneho pokrytia zdravotnou starostlivosťou (2013) a WHA67.24 – Následná činnosť po Recifskej politickej deklarácii o ľudských zdrojoch v zdravotníctve: obnovené záväzky smerujúce k univerzálnemu pokrytiu zdravotnou starostlivosťou (2014). 68. Svetové zdravotnícke zhromaždenie v roku 2015 potvrdilo centrálnu postavu zdravotníckych pracovníkov v rôznych oblastiach činnosti WHO vrátane diskusie, okrem iného, aj o odolných zdravotných systémoch a rezolúcií o pracovníkoch chirurgickej starostlivosti a globálnych pohotovostných zdravotníckych pracovníkoch.
3. WHO tiež rozbehla svetový dialóg o politike univerzálneho pokrytia zdravotnou starostlivosťou (**Universal Health Coverage; UHC**)¹ prostredníctvom Svetovej správy o zdraví 2010 – Financovanie zdravotných systémov: cesta k univerzálnemu pokrytiu zdravotnou starostlivosťou. V r. 2013 Tretie svetové fórum o ľudských zdrojoch prijalo Recifskú politickú deklaráciu o HRH, ktorá uznáva kľúčovú úlohu pracovnej sily v zdravotníctve pri dosahovaní UHC. Rezolúcia WHA67.24 z mája 2014 potvrdila Recifskú politickú deklaráciu a žiada Generálnu riaditeľku, aby vypracovala globálnu stratégiu ľudských zdrojov v zdravotníctve, ktorá bude predložená členským štátom WHO na 69. Svetovom zdravotníckom zhromaždení v máji 2016.
4. *Globálna stratégia ľudských zdrojov v zdravotníctve: pracovná sila 2030* je primárne zameraná na tvorcov plánov a politik členských štátov WHO, ale jej obsah bude relevantný aj pre ďalších partnerov a zainteresované strany v oblasti pracovnej sily v zdravotníctve vrátane zamestnancov súkromného a verejného sektora, profesijných združení, vzdelávacích a školiacich inštitúcií, odborov, partnerov bilaterálneho a multilaterálneho rozvoja, medzinárodných organizácií a občianskej spoločnosti.

Globálna stratégia ľudských zdrojov v zdravotníctve: **pracovná sila 2030**

VÍZIA

Zrýchliť napredovanie k univerzálnemu pokrytiu zdravotnou starostlivosťou a k dosiahnutiu udržateľných rozvojových cieľov zabezpečením spravodlivosti v dostupnosti k zručnému a motivovanému zdravotníckemu pracovníkovi v rámci fungujúceho zdravotného systému.

ZASTREŠUJÚCI CIEĽ

Zabezpečiť dostupnosť, prístupnosť, akceptovateľnosť a kvalitu pracovnej sily v zdravotníctve prostredníctvom adekvátnych investícií a implementácie efektívnej politiky na národnej,¹ regionálnej a globálnej úrovni s cieľom zabezpečiť zdravý život všetkým v každom veku a podporovať spravodlivý sociálnoekonomický rozvoj prostredníctvom dôstojných pracovných príležitostí.

¹ Pre celý dokument platí, že politika a opatrenia na „úrovni krajiny“ alebo na „národnej úrovni“ sa majú chápať v každej krajine v súlade s povinnosťami na nižšej ako národnej alebo národnej úrovni.

PRINCÍPY

- Podporovať vlády pri budovaní optimálnych modelov pracovnej sily v zdravotníctve na zabezpečenie integrovaných zdravotných služieb sústredených na ľudí, ktoré reagujú na sociokultúrne očakávania pacientov a posilňovať a angažovať komunity k aktívnej účasti na procese tvorby zdravotnej starostlivosti.
- Garantovať právo zdravotníckych pracovníkov na ochranu pred rodovou diskrimináciou a násilím na pracovisku a zabezpečiť dôstojnú prácu pre všetkých.
- Podporovať integráciu služieb zdravotnej a sociálnej starostlivosti prostredníctvom holistického prístupu zameraného na potreby populácie.
- Podporovať medzinárodnú spoluprácu a solidaritu založenú na vzájomnom záujme a zdieľanej zodpovednosti a zabezpečiť uplatňovanie praxe etického náboru.
- Mobilizovať politickú záväznosť a podporovať spoluprácu naprieč sektormi a skupinami (vrátane verejnej aj súkromnej sféry) za účelom efektívnej akcie v oblasti HRH.
- Zabezpečiť, aby podpora WHO pre oblasť noriem a technickej spolupráce bola na všetkých úrovniach organizácie koherentná a integrovaná.

CIELE

1. Implementovať na dôkazoch založené politiky HRH, a tak optimalizovať dopady aktuálnej situácie v oblasti pracovnej sily v zdravotníctve, zabezpečiť zdravý život, efektívne univerzálne pokrytie zdravotnou starostlivosťou a prispieť ku globálnej zdravotnej bezpečnosti.
2. Zosúladiť investičné rámce pre HRH na národnej a globálnej úrovni s budúcimi potrebami zdravotných systémov a požiadavkami trhu práce v zdravotníctve, maximalizovať možnosti vytvárania zamestnanosti a hospodárskeho rastu.
3. Budovať kapacity národných a medzinárodných inštitúcií v oblasti efektívneho líderstva a spravovania činností HRH actions.
4. Zabezpečiť, aby na národnej a svetovej úrovni monitorovanie a zodpovednosť za úsilie v oblasti HRH bolo zosúladené a podopreté dôkazmi, aktuálnymi poznatkami a dátami o HRH.

GLOBALNE ŠPECIFICKÉ CIELE

- 1.1. Všetky krajiny: do r. 2030, 80% krajín zníži o polovicu nerovnosti v rozmiestnení zdravotníckych pracovníkov medzi mestskými a vidieckymi oblasťami.
- 2.1 Všetky krajiny: do r. 2030, 80% všetkých krajín alokuje minimálne [xx]% HDP vytváraniu pracovných síl pre zdravotníctvo, ich nábor, nasadenie a udržanie, v rámci vyváženého alokovania brať do úvahy ďalšie priority v oblasti zdravotného a sociálneho rozvoja.
- 2.2 Vysoko a strednopriemerné krajiny: do r. 2030, všetky krajiny naplnia minimálne 90% svojich potrieb zdravotníckeho personálu vlastnými ľudskými zdrojmi v zdravotníctve, v súlade s ustanoveniami WHO Kódexu praxe pri medzinárodnom nábore zdravotníckych pracovníkov.
- 2.3 Nízko a strednopriemerné krajiny: do r. 2030 vytvoriť, obsadiť a udržať min. 10 miliónov ďalších pracovných miest v sektore zdravotníctva a sociálnej starostlivosti na riešenie nenaplnených potrieb pre zabezpečenie spravodlivého a efektívneho pokrytia zdravotnými službami.
- 2.4 Vysokopriemerné krajiny: zabezpečiť, aby do r. 2030 všetky krajiny OECD mohli preukázať, že min. 25% všetkej rozvojovej pomoci pre zdravotníctvo alokujú pre oblasť HRH.
- 3.1. Všetky krajiny: do r. 2030, 80% všetkých krajín bude mať zavedené inštitucionálne mechanizmy na efektívne riadenie a koordinovanie medzisektorovej agendy pracovnej sily v zdravotníctve.
- 4.1. Všetky krajiny: do r. 2030, 90% krajín bude mať zavedené mechanizmy na zdieľanie dát HRH cez národnú evidenciu pracovnej sily v zdravotníctve a každoročne hlásiť základné ukazovatele HRH Sekretariátu WHO a zverejňovať ich.

HLAVNÉ AKTIVITY SEKRETARIÁTU WHO NA PODPORU IMPLEMENTÁCIE STRATÉGIE

- | | | | |
|--|--|--|---|
| <p>Vypracovať normatívne usmernenie, podporovať operačný výskum s cieľom určiť možnosti politiky založené na dôkazoch a poskytnúť technickú spoluprácu podľa potreby členských štátov – v oblastiach: vzdelávanie pracovnej sily v zdravotníctve, rozsah praxe rôznych kádrov, na dôkazoch založené stratégie pre nasadenie a udržanie pracovnej sily, zlepšenie kontroly kvality a výkonu činnosti, prístupy vrátane regulácie.</p> | <p>Poskytnúť normatívne smernice a technickú spoluprácu v oblasti plánovania a prognózovania pracovnej sily v zdravotníctve, pri analýze trhu práce v zdravotníctve a stanovení nákladov na národnú stratégiu HRH. Posilniť dôkazy a prijatie makroekonomickej politiky a politiky financovania smerujúcej k väčším a strategicky zacieleným investíciám do oblasti HRH.</p> | <p>Poskytnúť členským štátom technickú spoluprácu a budovanie kapacít na rozvoj základných spôsobilostí v rámci politiky HRH, ich plánovanie a riadenie. Podporovať efektívnu koordináciu, zosúladenie a zodpovednosť globálnej agendy HRH podporovaním siete medzinárodných zainteresovaných strán a aktérov v oblasti HRH. Systematicky vyhodnocovať implikácie v oblasti pracovnej sily v zdravotníctve, ktoré vyplývajú z technických a politických odporúčaní prezentovaných na Svetovom zdravotníckom zhromaždení a regionálnych výboroch.</p> | <p>Vyvíjať, revidovať použiteľnosť a aktualizovať nástroje, smernice a databázy týkajúce sa dát a dôkazov HRH. Podporovať proces, ktorým krajiny majú Sekretariátu WHO odovzdávať každoročné výkazy s minimálnym súborom ukazovateľov ako základ pre rámec vykonávania činností a zodpovednosti v súvislosti s touto stratégiou. Podporovať krajiny pri zvyšovaní kvality a úplnosti dát o ich pracovnej sile v zdravotníctve. Zracionalizovať a zintegrovať všetky požiadavky, ktoré WHO kladie na členské štáty v oblasti vykazovania údajov o HRH. Adaptovať, integrovať a prepojiť monitorovanie cieľov v Globálnej stratégii HRH s pripravovaným rámcom povinností v súvislosti s Cieľmi udržateľného rozvoja.</p> |
|--|--|--|---|



Minimálna dávka – maximálny efekt

Vysoko β_1 selektívny betablokátor
vo fixnej kombinácii s ultra nízkou dávkou diuretika¹

Až 84% odpoveď na liečbu²

Merck Serono CardioMetabolic Care



Skrátaná informácia o lieku: Lodoz® 2,5/6,25; 5/6,25; 10/6,25.

Filmom obalené tablety obsahujú bisoprololiumfumarát/ hydrochlortiazid.

• **Indikácia:** ľahká až stredne ťažká hypertenzia. • **Dávkovanie:** jedna tableta raz denne, ráno a nerozhryznutá.

• **Osobitné skupiny pacientov:** dospievajúci (bez kardiostimulátora), sick sinus syndróm, SA blokáda, symptomatická bradykardia, ťažká bronchiálna astma alebo ťažká CHOCHP, ťažké formy Raynaudovho syndrómu, neliečený feochromocytóm, ťažká porucha funkcie obličiek (klírens kreatinínu ≤ 30 ml/min.) alebo pečene, metabolická acidóza, refraktérna hypokaliémia.

• **Kontraindikácie:** precitlivosť na bisoprolol, tiazidy, sulfónamidy alebo na ktorúkoľvek z pomocných látok, akútne srdcové zlyhanie, kardiogénny šok, AV blokáda 2. alebo 3. stupňa (bez kardiostimulátora), sicker sinus syndróm, SA blokáda, symptomatická bradykardia, ťažká bronchiálna astma alebo ťažká CHOCHP, ťažké formy Raynaudovho syndrómu, neliečený feochromocytóm, ťažká porucha funkcie obličiek (klírens kreatinínu ≤ 30 ml/min.) alebo pečene, metabolická acidóza, refraktérna hypokaliémia. • **Osobitné upozornenia:** liečba nesmie byť náhle prerušená, pokiaľ to nie je jasne indikované. **Opatrnosť u pacientov:** so srdcovým zlyhaním, s DM s veľkými výkyvmi hodnôt glukózy v krvi, s príslym hladovaním, s AV blokádou prvého stupňa, s Prinzmetalovou angínou, s okluzívnym ochorením periférnych artérií, s hypovolémiou, s poruchou funkcie pečene. Bisoprolol môže zvyšovať citlivosť na alergény, pacientom so psoriázou možno podávať iba po starostlivom zvážení pomeru prínosu a rizika liečby. Počas dlhodobej liečby Lodozom sa odporúča sledovať hladiny elektrolytov v sére. **Interakcie:** Neodporúča sa: lítium, antagonisty vápnika non-dihydropyridínového typu, centrálne pôsobiace antihypertenzíva. Zvýšená opatrnosť: anestetika, antiarytmiká I. triedy, antiarytmiká III. triedy, antagonisty vápnika dihydropyridínového typu, inzulín a perorálne antidiabetiká, parasimpatikomimetiká, lokálne s-blokátory, sympatomimetiká, srdcové glykozidy, látky bez antiarytmického potenciálu, ktoré môžu indukovať torsade de pointes, lieky vyvolávajúce stratu draslíka, ACE inhibítory. • **Gravidita a laktácia:** neodporúča sa. • **Nežiaduce účinky:** Časté: závraty, bolesť hlavy, pocity chladu alebo necitlivosti končatín, GI ťažkosti ako nauzea, vracanie, hnačka, obštipácia, slabosť. Menej časté: nechutenstvo, hyperglykémia, hyperurikémia, poruchy vodného a minerálneho metabolizmu, depresia, poruchy spánku, bradykardia, poruchy AV vedenia, zhoršenie existujúceho srdcového zlyhania, ortostatická hypotenzia, bronchospazmus u pacientov s bronchiálnou astmou alebo obštrukčnou chorobou v anamnéze, zvýšene hladiny amyláz, reverzibilné zvýšenie sérového kreatinínu a urey, zvýšene hladiny triacylglycerolov a cholesterolu, glykózúria. • **Dátum revízie textu:** 9/2015. Výdaj lieku je viazaný na lekársky predpis. Pred použitím si prečítajte súhrn charakteristických vlastností lieku. MERCK spol. s r. o., Dvořákovo námestie 4, 810 06 Bratislava, Slovensko, tel.: +421 2 49 267 111, fax: +421 2 49 267 777. LOD-II-09-AUG/2015

1. SPC Lodoz, dátum poslednej revízie textu máj 2014. 2. NEUTEL et al., Cardiovasc Rev Rep. 1996; 17: 33 – 45.

Merck Serono

Merck Serono is a
division of Merck.



Xarelto (rivaroxaban)

V súčasnosti jediné z NOAK schválené v 5 indikáciách¹



PREVENCIA CMP A SE PRI FP¹

SCHVÁLENIE EMA + LIEK JE HRADENÝ
Z VEREJNÉHO ZDRAVOTNÉHO POISTENIA^{1,2}

◆ Prevencia CMP a SE u dospelých pacientov s nevalvulárnou fibriláciou predsieni

- 20 mg 1x denne (15 mg 1x denne pri stredne ťažkom a ťažkom poškodení funkcie obličiek)

PREVENCIA VTE¹

SCHVÁLENIE EMA + LIEK JE HRADENÝ
Z VEREJNÉHO ZDRAVOTNÉHO POISTENIA^{1,2}

- ◆ U dospelých pacientov, ktorí absolvovali elektívny chirurgický výkon na nahradenie bedrového alebo kolenného kĺbu
 - 10 mg 1x denne



NOAK - Nové perorálne antikoagulanty
CMP - Cievna mozgová príhoda
SE - Systémová embolizácia
FP - Fibrilácia predsieni
HŽT - Hlboká žilová trombóza
PE - Pľúcna embólia
VTE - Venózne tromboembolizmus
ACS - Akútny koronárny syndróm

Referencie:

1. Xarelto, SPC, Súhrn charakteristických vlastností lieku, Január 2015
2. Zoznam kategorizovaných liekov s platnosťou od 1.1.2015, <http://www.health.gov.sk/Clanok?lieky201501>

Skrátená informácia o lieku - Xarelto 2.5 mg, 10mg, 15 mg, 20 mg filmom obalené tablety

▼ Tento liek je predmetom ďalšieho monitorovania. To umožní rýchle získanie nových informácií o bezpečnosti. Od zdravotníckych pracovníkov sa vyžaduje, aby hlásili akékoľvek podozrenia na nežiaduce reakcie. Tlačivo na hlásenie nežiaducej reakcie je dostupné na http://www.sukl.sk/sk/bezpecnost-liekov/hlasenie-o-neziaducich-ucinkoch?page_id=536.

Zloženie lieku: liečivo: 2,5 mg/10 mg/15 mg/20 mg rivaroxabanu. **Lieková forma:** Filmom obalená tableta. **Terapeutické indikácie:** 2,5 mg: Prevencia aterosklerotických príhod u dospelých pacientov po akútnom koronárnom syndróme (ACS) pri zvýšených hodnotách kardiálnych biomarkerov, pri súčasnom podaní so samotnou kyselinou acetylsalicylovou (ASA) alebo s ASA a klopidoogrelom alebo tiklopidinom. 10 mg: Prevencia venózneho tromboembolizmu (VTE) u dospelých pacientov, ktorí absolvovali elektívny chirurgický výkon na nahradenie bedrového alebo kolenného kĺbu. 15 mg/20 mg: Prevencia cievnej mozgovej príhody (CMP) a systémovej embolizácie (SE) u dospelých pacientov s nevalvulárnou fibriláciou predsieni (FP) s jedným alebo viacerými rizikovými faktormi, ako je kongestívne srdcové zlyhanie, hypertenzia, vek ≥ 75 rokov, diabetes mellitus, prekonaná cievna mozgová príhoda alebo tranzitórny ischemický atak. Liečba hlbokéj žilovej trombózy (DVT) a pľúcnej embólie (PE) a prevencia rekurencie DVT a PE u dospelých. 10 mg/15 mg/20 mg: *Osobitné skupiny pacientov: Pacienti podstupujúci kardioverziu: u pacientov, u ktorých môže byť potrebná kardioverzia, sa liečba Xareltom môže začať alebo sa môže v liečbe pokračovať. **Kontraindikácie:** Precitlivosť na liečivo alebo na ktorúkoľvek z pomocných látok; aktívne, klinicky významné krvácanie; zranenie alebo stav, ak sa považuje za významné riziko závažného krvácania; súbežná liečba inými antikoagulantami s výnimkou osobitných okolností pri prestávaní antikagulačnej liečby alebo pri podávaní UHF v dávkach nevyhnutných na udržanie otvorených centrálnych žilových alebo arteriálnych katétrov; ochorenie pečene súvisiace s koagulopatiou a klinicky významným rizikom krvácania, vrátane cirhotických pacientov s Childovým-Pughovým typom B a C; gravidita a laktácia. 2,5 mg: súbežná liečba ACS s antiagregačnou liečbou u pacientov s prekonanou mozgovou príhodou alebo tranzitórnym ischemickým atakom (TIA). **Osobitné upozornenia a opatrenia pri používaní:** V súlade s praxou antikoagulačnej liečby sa počas liečby odporúča klinické sledovanie. Liečbu Xareltom treba pri výskyte krvácania prerušiť. S rastúcim vekom sa môže zvyšovať riziko krvácania. **Neodporúča sa:** u pacientov s ťažkým poškodením funkcie obličiek (klírens kreatinínu < 15 ml/min); u pacientov, ktorí súbežne dostávajú systémovú liečbu silnými inhibítormi CYP3A4 a P-gp, napr. azolové antimykotiká alebo inhibítory proteázy HIV; u pacientov so zvýšeným rizikom krvácania; u pacientov ktorým sú súbežne podávané silné indukcie CYP3A4, ak nie sú starostlivo sledované príznaky a prejavy trombózy. **Neodporúča sa z dôvodu nedostatku klinických údajov:** u pacientov mladších ako 18 rokov; u pacientov súbežne liečených s dronadronom. 2,5 mg: v kombinácii s antiagreganciami inými než sú ASA a klopidoogrel/ tiklopidín. 15 mg/20 mg: u pacientov s náhradnými chlopňami, u hemodynamicky nestálych pacientov s pľúcnou embóliou alebo u pacientov, u ktorých sa vyžaduje trombolyza alebo pľúcna embolektómia. **Použitie s opatrnosťou:** stavy so zvýšeným rizikom krvácania; u pacientov s ťažkým poškodením funkcie obličiek (klírens kreatinínu 15-29 ml/min) alebo u pacientov s poškodením funkcie obličiek, ktorí súbežne užívajú iné lieky, ktoré zvyšujú plazmatické koncentrácie rivaroxabanu; u pacientov súbežne liečených liekmi ovplyvňujúcimi hemostázu; v prípade neuroaxiálnej anestézie (spinálna/ epidurálna anestézia) alebo spinálnej/epidurálnej punkcie; 2,5 mg: pacienti nad 75 rokov alebo s nízkou telesnou hmotnosťou. Pacienti liečení Xareltom a ASA alebo Xareltom a ASA a klopidoogrelom/ tiklopidinom, majú dostávať súbežnú liečbu nesteroidnými antiflogistikami, len ak prínos prevyšuje riziko krvácania. 15 mg/20 mg: u pacientov so stredným až závažným poškodením funkcie obličiek je potrebné sa riadiť špecifickými odporúčaniami a v prípade DVT/PE pacientov je potrebné posúdiť mieru rizika krvácania a rekurencie DVT/PE. U pacientov s rizikom vzniku ulcerózneho gastrointestinálneho ochorenia možno zvážiť vhodnú profylaktickú liečbu. Hoci liečba rivaroxabanom nevyžaduje rutinné sledovanie expozície, hladiny rivaroxabanu možno merať kalibrovanými kvantitatívnymi testami na prítomnosť anti-faktora Xa, čo môže byť užitočné vo výnimočných situáciách. Xarelto obsahuje laktózu. **Nežiaduce účinky:** Časté: anémia, závrat, bolesť hlavy, krvácanie do oka, hypotenzia, hematóm, krvácanie z nosa, hemoptýza, krvácanie z ďasien, krvácanie do gastrointestinálneho traktu, bolesť brucha a bolesť v gastrointestinálnom trakte, dyspepsia, nauzea, zápcha, hnačka, krvácanie, pruritus, vyrážka, ekchymóza, krvácanie do kože a podkožné krvácanie, bolesť v končatinách, krvácanie do urogenitálneho traktu (menoragia, veľmi časté u žien < 55 rokov liečených na DVT, PE a prevenciu rekurencie), poškodenie funkcie obličiek, horúčka, periférny edém, znížená celková sila a energia, zvýšenie transamináz, postprocedurálna hemoragia, kontúzia, mokvanie rany. **Menej časté:** trombocyténia, alergická reakcia, alergická dermatitída, cerebrálna a intrakraniálna hemoragia, synkopa, tachykardia, sucho v ústach, abnormálna funkcia pečene, žihľavka, hemartróza, pocit nepohody, zvýšenie: bilirubín, alkalická fosfatáza v krvi, LDH, lipáza, amyláza, GGT. **Zriedkavé:** žltáčka, svalová hemoragia, lokalizovaný edém, zvýšený konjugovaný bilirubín, cievne pseudoaneurizmy (menej časté pri prevencii u pacientov po ACS (po perkutánnej koronárnej intervencii). **Neznáme:** syndróm kompartmentu alebo zlyhanie obličiek (akútne) sekundárne po krvácaní, Postregistračné sledovanie (frekvencia sa nedá odhadnúť): angioedém a alergický edém, cholestáza a hepatitída (vrátane poškodenia pečeneových buniek), trombocytopenia*.

*Všimnite si prosím zmenu v Súhrne charakteristických vlastností lieku

Výdaj lieku: Výdaj lieku je viazaný na lekársky predpis.

Držiteľ rozhodnutia o registrácii: Bayer Pharma AG, Berlín, Nemecko.

Registračné číslo: EU/1/08/472/001-037.

Pred predpísaním lieku sa, prosím, podrobne oboznámte s úplným znením Súhrnu charakteristických vlastností lieku. **Dátum revízie textu:** 07/2015. **Dátum revízie materiálu:** 07/2015.

Bayer, spol. s r.o., Digital Park II, Einsteinova 25, 851 01 Bratislava
bayer@bayer.sk, tel.: +421 2 592 13 321

Reklama lieku Xarelto



Bayer HealthCare



ASPIRIN[®] PROTECT



**zabráni
1 z 3
infarktov
myokardu¹**

**zabráni
1 zo 4
ischemických
cievnych
mozgových
príhod¹**



**vdďaka
enterosolventnej
forme chráni
sliznicu žalúdka²**

Referencie:

1. Antithrombotic Trialists' (ATT) Collaboration. Aspirin in the primary and secondary prevention of vascular disease: collaborative meta-analysis of individual participant data from randomised trial. *Lancet* 2009;373:1849-60.

2. Súhrn charakteristických vlastností lieku Aspirin Protect 100 mg, www.sukl.sk, 2.5.2011



Skrátená informácia o lieku:

Názov lieku: ASPIRIN PROTECT 100. **Zloženie lieku:** 1 enterosolventná tableta obsahuje 100 mg kyseliny acetylsalicylovej. **Lieková forma:** Enterosolventná tableta. **Indikácie:** Nestabilná angina pectoris – ako súčasť štandardnej liečby; akútny infarkt myokardu - ako súčasť štandardnej liečby; Prevencia reinfarktov; Po operáciách alebo iných intervenciách na arteriálnych cievach (napr. po ACVB – aortokoronárny venózy bypass, pri PTCA – perkutánna transluminálna koronárna angioplastika); Prevencia tranzitórnych ischemických záchvatov (TIA) a mozgového infarktu po prejavoch predstupňov. ASPIRIN PROTECT 100 nie je vhodný na liečbu bolesti. **Dávkovanie a spôsob podávania:** Na nestabilnú anginu pectoris: Denná dávka sa pohybuje medzi 75 mg a 300 mg kyseliny acetylsalicylovej. Na akútny infarkt myokardu: Denná dávka sa pohybuje medzi 100 mg a 160 mg kyseliny acetylsalicylovej. Na prevenciu reinfarktov: Odporúča sa denná dávka tri enterosolventné tablety ASPIRIN PROTECT 100 denne (zodpovedá 300 mg kyseliny acetylsalicylovej). Po operáciách alebo iných intervenciách na arteriálnych cievach (napr. po ACVB, pri PTCA): Denná dávka sa pohybuje medzi 100 mg a 300 mg kyseliny acetylsalicylovej. Prevencia tranzitórnych ischemických záchvatov (TIA) a mozgového infarktu po prejavoch predstupňov: Denná dávka sa pohybuje medzi 30 mg a 300 mg kyseliny acetylsalicylovej. Na zlepšenie tolerancie sa odporúča denná dávka jedna enterosolventná tableta ASPIRIN PROTECT 100 denne (zodpovedá 100 mg kyseliny acetylsalicylovej). **Kontraindikácie:** Precitlivosť na liečivo kyselinu acetylsalicylovú alebo na iné salicyláty alebo na ktorúkoľvek z pomocných látok, s anamnézou astmy, ktorá bola vyvolaná podávaním salicylátov alebo látok s podobným účinkom, najmä po nesteroidových protizápalových liekoch, aktívne peptické vrede, hemoragická diatéza, závažné zlyhanie obličiek, závažná hepatálna insuficiencia, závažné srdcové zlyhanie, kombinácia s metotrexátom v dávkach 15 mg/týždeň alebo vyššie, posledný trimester gravidity. **Osobitné upozornenia a opatrenia pri používaní:** Kyselina acetylsalicylová sa má používať s osobitnou opatnosťou v prípadoch precitlivosti na iné analgetiká, protizápalové lieky alebo antireumatiká alebo pri iných alergiách, gastrointestinálnych vredoch, gastrointestinálnom krvácaní v anamnéze, súbežnej liečbe antikoagulantmi, u pacientov s poškodenou funkciou obličiek, závažným nedostatkom glukózo-6-fosfát-dehydrogenázy, poškodenou funkciou pečene. **Liekové a iné interakcie:** Kontraindikované interakcie sú s metotrexátom. Kombinácie vyžadujúce si opatnosť pri použití sú s ibuprofénom, antikoagulantmi, trombolitikami/inými inhibítormi agregácie trombocytov, inými nesteroidovými antiflogistikami, inhibítormi spätného vychytávania serotonínu, digoxínom, antidiabetikami, diuretikami, systémovými glukokortikoidmi, inhibítormi angiotenzín konvertujúceho enzýmu, valproovou kyselinou, alkoholom, urikozurikami. **Nežiaduce účinky:** Ochorenia hornej a dolnej časti gastrointestinálneho traktu, ako sú celkové znaky a symptómy dyspepsie, gastrointestinálnej a abdominálnej bolesti, zriedkavého gastrointestinálneho zápalu, gastrointestinálnych vredov, potenciálne no veľmi zriedkavo spojené s krvácaním a perforáciou gastrointestinálnych vredov s príslušnými laboratórnymi a klinickými znakmi a symptómami. Pozorovali sa krvácania, ako je perioperačné krvácanie, hematómy, epistaxa, urogenitálne krvácanie, krvácanie z ďasna. Zriedkavo až veľmi zriedkavo sa hlásili závažné krvácania, ako je krvácanie do gastrointestinálneho traktu a krvácanie do mozgu (najmä u pacientov s nekontrolovanou hypertenziou a/alebo so súbežnou liečbou antihemostatickými látkami), ktoré môžu byť v ojedinelých prípadoch potenciálne život ohrozujúce. Krvácanie môže spôsobiť akútnu alebo chronickú posthemoragickú anémiu/anémiu z nedostatku železa (napr. v dôsledku skrytého mikrokrvácania) s príslušnými laboratórnymi a klinickými znakmi a symptómami, ako je asténia, bledosť, hypoperfúzia. U pacientov so závažnými formami nedostatku glukózo-6-fosfát-dehydrogenázy sa hlásilo hemolýza alebo hemolytická anémia. Hlásilo sa poškodenie funkcie obličiek a akútne renálne zlyhanie. Reakcie precitlivosti s príslušnými laboratórnymi a klinickými prejavmi zahŕňajú astmatický syndróm, mierne až stredne závažné reakcie potenciálne ovplyvňujúce kožu, dýchací systém, gastrointestinálny trakt a kardiovaskulárny systém vrátane symptómov, ako je vyrážka, urtikária, edém, pruritus, nádcha, kongescia nosa, ťažkosti s dýchaním a srdcom, a veľmi zriedkavo závažné reakcie vrátane anafylaktického šoku. Veľmi zriedkavo sa hlásilo prechodné poškodenie funkcie pečene so zvýšenými pečeňovými transaminázami. Hlásil sa závrat a hučanie v ušiach, ktoré môžu byť znakom predávkovania. **Držiteľ rozhodnutia o registrácii:** Bayer, spol. s r.o., Bratislava, Slovenská republika, **Registračné číslo:** 16/0810/96-S. **Dátum revízie textu:** 04/2011, **Dátum prípravy materiálu:** 7/2015, pre viac informácií pozri Súhrn charakteristických vlastností lieku. **Výdaj lieku nie je viazaný na lekársky predpis.**

Združenie ambulantných poskytovateľov

ZAP

www.zap.sk

Nezabudnite na pravidelnú preventívnu prehliadku !

*Máte na ňu nárok každé 2 roky. Ku preventívnej prehliadke patrí fyzikálne vyšetrenie, vyšetrenie krvi a moču. U poistencov nad 50 rokov sa vykonáva **skrining na karcinóm hrubého čreva** (u poistencov vo Všeobecnej zdravotnej poisťovni a v poisťovni Union od 40. rokov).*

Včasný záchyt ochorenia Vám môže predĺžiť život !

Zavolaj svojho chlapa



Ženy, zavolajte svojich mužov, manželov, svokrov, synov, otcov, bratov, priateľov, aby prišli na preventívnu prehliadku.