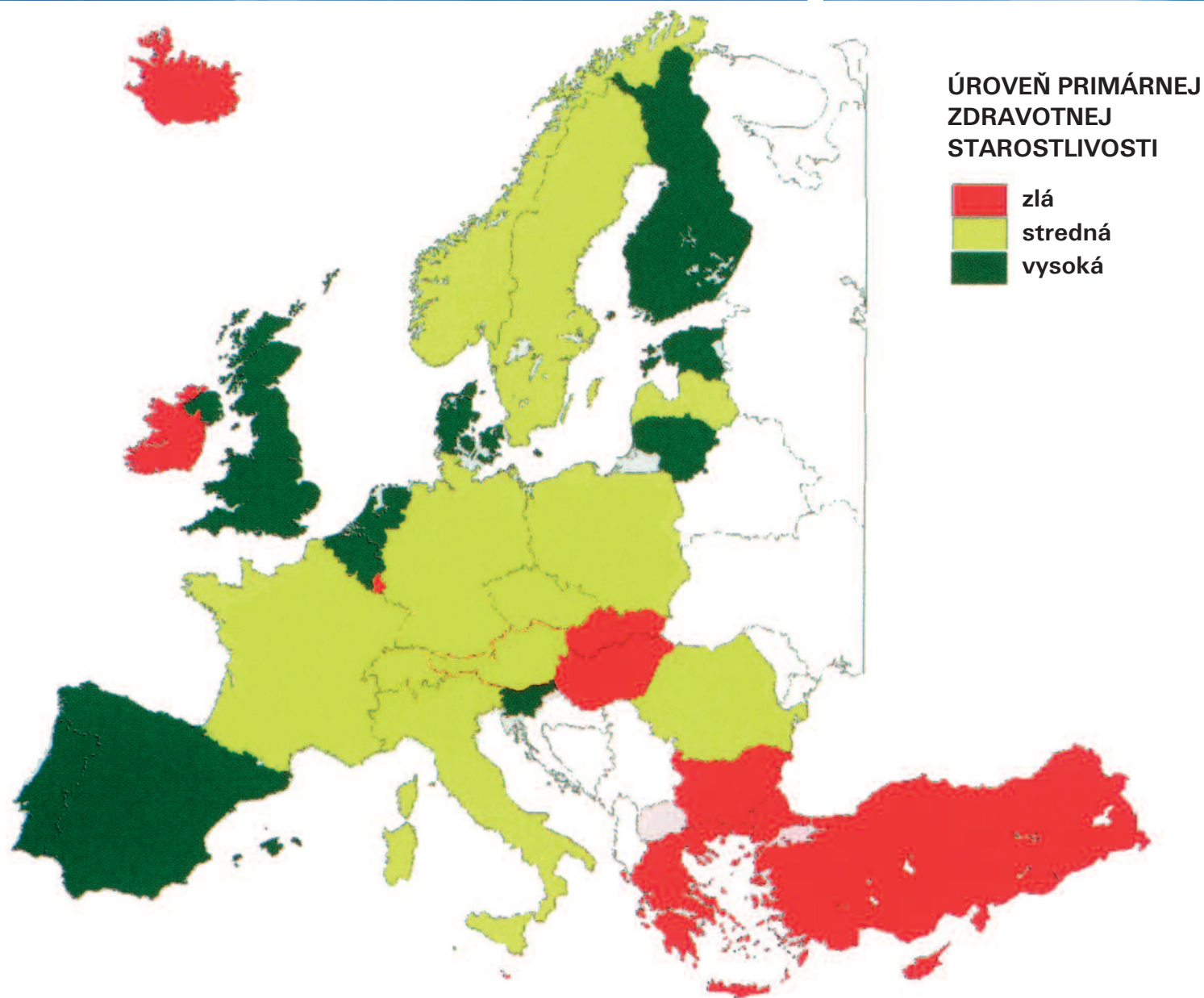




Všeobecný praktík



Zlá úroveň primárnej zdravotnej starostlivosti v Európe:
Turecko, Grécko, Malta, Cyprus, Bulharsko, Maďarsko,
Slovensko, Luxembursko, Írsko, Island

**MONITORING PRIMÁRNEJ ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI
A ODPORÚČANIA SVETOVEJ ZDRAVOTNÍCKEJ ORGANIZÁCIE
PRE SLOVENSKO**



Vážené kolegyně,
vážení kolegovia,

máme za sebou úspešnú XXXIII. Konsolidačnú konferenciu SSVPL SLS, na pôde ktorej sme privítali zástupcov WHO, MZ SR, SLK, SKSaPA, zdravotných poisťovní aj patientskych organizácií. Dlhodobou snahou výboru SSVPL SLS a jedným z hlavných cieľov konferencie bolo poskytnúť priestor na informovanie, výmenu názorov, návrhov a spoluprácu pri konsolidovaní všeobecných lekárov. Sme odbornosť s najväčším počtom lekárov, teda najsilnejšia skupina. V zjednotení máme silu na presadenie požiadaviek na poskytovanie kvalitnej primárnej zdravotnej starostlivosti pre pacientov a kvalitných pracovných podmienok pre nás. Zjednotenie – konsolidácia všetkých všeobecných lekárov v požiadavkách voči zdravotným poisťovniam a MZ SR je najdôležitejším a dlhodobým cieľom výboru SSVPL SLS. Na jar roku 2011 sme založili spolu s predstaviteľmi Zdravoty a SLK tzv. „Alianciu“ za účelom jednotného postupu pri rokovaní so zdravotnými poisťovňami. Výsledkom našej aktívnej práce pri informovaní a vysvetľovaní potreby podpisovania mandátnych zmlúv je aj fakt, že SLK a Zdravita má mandát na rokovanie od viac ako 70 % všetkých VLD a všetci sme svedkami dosiahnutých čiastočných výsledkov. Podporujeme spoločný postup SSVPL SLS so SLK a Zdravitou. Privítali sme osobnú garanciu danú prezidentom SLK MUDr. Marianom Kollárom, ktorú dal VLD na mimoriadnom sneme SLK v Bratislave 20.10.2012. V predsedníctve sekcie VLD SLK a v zdravotnom výbore SLK máme svojich zástupcov, ktorí nesú zodpovednosť za presadzovanie spravodlivých požiadaviek VLD. Naša predchádzajúca komunikácia

na pôde MZ SR od roku 2010, ako aj odborná diskusia medzi odborníkmi – predstaviteľmi WHO, SSVPL SLS a MZ SR na konferencii, priniesla výsledky v podobe posunu v komunikácii a spolupráci s MZ SR, ktoré deklaruje podporu požadovaným zmenám v odbore všeobecné lekárstvo – riešenie problému koncepcie a reality v primárnej zdravotnej starostlivosti, kompetencií v praxi, potreby riešenia LSPP, otázok pre- a aj postgraduálneho vzdelávania. Oficiálna prezentácia zámerov a neformálne rozhovory s novovymenovanou hlavnou odborníčkou pre VLD sú príslubom na spoločný postup pri vypracovávaní riešení dlhodobých problémov nášho odboru. Výsledkom diskusie počas konferencie je aj možnosť spolupodieľania sa našich kolegov na tvorbe výučbového plánu na Katedre všeobecného lekárstva SZU v Bratislave. Taktiež medzinárodná spolupráca SSVPL SLS a partnerskej českej SPL ČLS JEP na príprave svetovej konferencie praktických/rodinných lekárov WONCA 2013 v Prahe je výzvou pre nás a ponukou pre vás na nové zážitky a inšpirácie pre svoju prácu. Je to možnosť prezentovať sa na medzinárodnom fóre a nadviazať nové kontakty a spoluprácu. Nie všetky dohody sa rodia ľahko, a preto sme radi, že aj skupina lekárov okolo MUDr. Nedelkovej sa zúčastnila našej konferencie a aktívne prispela do diskusie (MUDr. Vasiľová, MUDr. Marko). Plne rešpektujeme mandát a miesto vo výbore SSVPL SLS, ktorí získali MUDr. Nedelková, MUDr. Vasiľová, MUDr. Marko a MUDr. Herbaček od členskej základne vo voľbách. Veríme, že pri nasledujúcich spoločných stretnutiach dospejeme k riešeniu a k forme spolupráce v prospech nás všetkých. Súčasná situácia v slovenskom zdravotníctve a v našom odbore si vyžaduje čo najviac aktívnych ľudí. Ponúknutá konsolidácia – spoločné úsilie o zlepšenie nášho postavenia - je ponukou pre každého všeobecného lekára. Všetky doterajšie úspechy sú výsledkom maličkých krôčikov pri maximálnom úsilí. Je to o nás, pre nás. Dovoľte, aby som vám v mene celého výboru SSVPL SLS zažehnala pokojné Vianoce a šťastný rok 2013.

MUDr. Iveta Vaverková, MPH
prezidentka SSVPL SLS

Príhovor prezidentky SSVPL SLS	2
Členské príspevky na rok 2013.....	4
Zmena zmluvných vzťahov so SLS	4
Návrh dodatku č.2 k zmluve o spolupráci	5
XXXIII. Konsolidačná výročná konferencia SSVPL SLS	6
Wonca World konferencia 2013	20
Vyhodnotenie projektov Dní žíl 2012 a Dní zdravého srdca 2012	21
Ptali jsme se Doc. Seiferta, předsedy organizačního výboru WONCA 2013	22
Otázky pro MUDr. Nelu Šrámkovou, reprezentantku Mladých praktiků ve vědeckém výboru WONCA 2013.....	22
Stanovisko výboru SSVPL SLS ku konsolidácii všeobecných lekárov z 22.11.2012	24
Internistická propedeutika – prof. Š. Hrušovský a kol.	24
Pozvánky na odborné podujatia	25
Kontakty na členov výboru SSVPL SLS	25
Sekcia VLD SLK informuje	26
Kontakty na členov predsedníctva sekcie VLD SLK a predsedníctva sekcií VLD jednotlivých RLK	30
Noví členovia SSVPL SLS v roku 2012	30

Vložené materiály:

- 1. Aktualizácia údajov (prihláška) člena SSVPL SLS**
- 2. Návratka projektu**

Členské príspevky na rok 2013

Zostávajú v nezmenenej sume 20,00 Eur. Upozorňujeme, že od minulého roku sa zmenil spôsob úhrady členských príspevkov a to nasledovne:

1. Členský príspevok na rok 2013 do Slovenskej spoločnosti všeobecného praktického lekárstva SLS, sídliacej na Námestí SNP 10 v Bratislave, vo výške 20,00 Eur platíte na pošte poštovou poukážkou, ktorú sme zasielali členom koncom minulého roka. Ústrižok o zaplatení slúži ako členský preukaz na rok 2013 a spolu s plastickou ID kartou je dokladom o členstve v SSVPL SLS a preto si ho starostlivo odložte. Všetci novoprijatí členovia SSVPL SLS dostanú ešte do konca roka 2012 alebo v prvých dňoch roku 2013 aj nové plastické ID karty so svojim identifikačným číslom člena.

2. Podľa stanov SSVPL SLS čl.IV. odsek 7 – členovia, ktorí majú prerušený výkon povolania, nepracujúci dôchodcovia a študenti majú povinnosť platiť členské príspevky v polovičnej výške. Omylom sme všetkým poslali poukážku na 20,00 €. Takže nepracujúci dôchodcovia a ďalší uvedení stačí samozrejme zaplatiť polovičný poplatok.

Ak Ste už zaplatili 20 € budeme Vám to počítať ako zaplatenie členského už aj za rok 2014. Potrebujeme si ale upresniť kto je nepracujúci dôchodca alebo študent alebo z iného dôvodu bez príjmu aby sme si to mohli zaviesť do našej evidencie. Preto venujte pozornosť aktualizácnému formuláru v tomto čísle a oznámte nám aj tieto údaje. Za vzniknutú chybu sa ospravedľujeme. Všetci sa učíme a máme dobrú vôľu zlepšovať svoju prácu.

3. Ostatné poplatky, členské príspevky, ktoré vyžaduje Slovenská lekárska spoločnosť so sídlom na Cukrovej 3 v Bratislave na rok 2013 uhrádzajte na základe zloženky, ktorá Vám bude doručená zo SLS. Na tejto zložene už podľa dohody so SLS nemá byť uvedená položka 055 pre odbornú spoločnosť všeobecných lekárov. Ak by tam bola ešte omylom uvedená suma aj pre našu spoločnosť, poukážku neplaťte a počkajte si, až Vám SLS vystaví a pošle opravenú poukážku osobitne iba s poplatkami do SLS. Pošlite nám zmlúčnú poukážku SLS alebo jej kópiu na adresu: SSVPL SLS, Námestie SNP 10, 814 66 Bratislava a my zabezpečíme nápravu.

4. Členské príspevky platené SLS v roku 2011 aj v roku 2012 nám SLS zadržáva a usiluje sa brániť nášmu ekonomickému osamostatneniu. Napriek tomu sa blížime ku korektnej dohode. Vzhľadom k nedorozumeniam, ktoré nastali pri platení členského v roku 2012, na ktorých nemala žiadnu vinu naša členská základňa, spoločnosť SSVPL SLS nežiada doplatenie žiadnych členských príspevkov od pomýlených členov, ale už v roku 2013 chceme mať v platení členských príspevkov poriadok.

Preto Vás žiadame o rešpektovanie odporúčaného postupu. Chceme sa vyhnúť nedorozumeniam, ktoré sa vyskytli v tomto roku a preto ešte raz zdôrazňujeme že, SSVPL SLS je právne samostatné občianske združenie. Ako samostatne hospodáriaca organizácia si svoje peniaze, svoje členské príspevky budeme spravovať vo vlastnej réžii.

5. V prípade akýchkoľvek nejasností nás kontaktujte (**SSVPL SLS - Slovenská spoločnosť všeobecného praktického lekárstva SLS, Námestie SNP 10, 814 66 Bratislava, www.vpl.sk, e-mail: vpl@vpl.sk, fax: +421 2 578 87 259**)

Za výbor SSVPL SLS

MUDr. Iveta Vavrková, MPH
Prezident SSVPL SLS

Zmena zmluvných vzťahov so SLS

SSVPL SLS je nezávislá od SLS od roku 1996, kedy sme vznikli ako samostatné občianske združenie. Naše vzťahy sú upravené zmluvou o spolupráci. Na dosiahnutie prehľadnej spolupráce so SLS na základe otvorených partnerských a priateľských vzťahov toľko potrebných pre zjednotenie odbornej verejnosti v tomto zložitom období, výbor SSVPL SLS spracoval dodatok k zmluve so SLS, ktorý zakotvuje symetrické a spravodlivé vzťahy medzi obidvoma občianskymi združeniami lekárov, tak aby sa dosiahol maximálny synergický efekt. Vychádzame z porekadla: „Dobré zmluvy robia dobrých priateľov“. Za účelom dosiahnutia vzájomne prospešnej dohody pokračujú rokovania prezidentky SSVPL SLS Ivety Vavrkovej a prezidenta SLS Petra Krištúfka. Návrh výboru SSVPL SLS je nižšie. Predkladáme členskej základni na diskusiu a na schválenie postup výboru. Prosíme o zaslanie návratky – vložená v čísle na samostatnom liste – na adresu SSVPL SLS, Námestie SNP 10, 814 66 Bratislava do konca januára 2012. Z návratiek vylosujeme dvoch členov SSVPL SLS, ktorým zašleme knižnú publikáciu „Internistická propedeutika“ – prof. Š. Hrušovský a kol., ktoré nám poskytlo vydavateľstvo HERBA.

Návrh dodatku č.2 k zmluve o spolupráci zo dňa 18.5.2000 č. 37-055.07-SLS

Zmluvná strana I.

Slovenská lekárska spoločnosť, občianske združenie (skratka „SLS“)

Sídlo: Cukrová 3, 813 22 Bratislava

Zastúpená: prof. MUDr. Peter Krištúfek, CSc. prezident SLS

IČO : 00178624, IČ DPH : SK 2020795689

Bankové spojenie: VÚB Bratislava, Číslo účtu: 4532012/0200

SLS zapísaná na MV SR v registri združení s potvrdenou činnosťou, pod č. VVS/1-909/90-172

(ďalej len Zmluvná strana I.)

a

Zmluvná strana II.

Slovenská spoločnosť všeobecného praktického lekárstva SLS, občianske združenie (skratka „SSVPL SLS“)

Sídlo : Námestie SNP 10, 8914 66 Bratislava

Zastúpená : MUDr. Iveta Vaverková, MPH, prezidentka SSVPL SLS

IČO:35607131, DIČ : 2020971502

Bankové spojenie: Volksbank Slovensko, Číslo účtu: 4 001 173 809/ 3100

Zapísaná v registri občianskych združení MV SR č. spisu VVS/1-900/90-11564.

(ďalej len Zmluvná strana II.)

uzatvárajú po vzájomnej dohode tento dodatok:

Predmetom tohto dodatku je zapracovanie zmeny vyberania členských príspevkov a zmeny v spravovaní členskej databázy SSVPL SLS.

1. Zmluvná strana I. sa zaväzuje, že si bude zabezpečovať

- a) inkaso ročných členských príspevkov do SLS a jej organizačných zložiek s výnimkou odbornej spoločnosti SSVPL SLS podľa Príspevkového poriadku SLS,
- b) inkaso zápisného SLS podľa Príspevkového poriadku SLS (platného pre všetkých novoprijatých členov SLS),
- c) zasielanie materiálov (napr. legislatívnych návrhov) z MZ SR na pripomienkové konanie, vrátane návrhov do rôznych komisií, rád a návrhov na menovanie hlavných odborníkov MZ SR, vydávané časopisy a iné odborné publikácie podľa reálnych možností SLS a pod.,
- d) zabezpečovanie objednaných prác a služieb, ktoré súvisia s predmetom činnosti SLS,
- e) elektronické zasielanie aktuálneho Príspevkového poriadku SLS a ďalších vnútorných predpisov SLS,
- f) informovať o prihláške člena SSVPL SLS do ďalšej odbornej spoločnosti SLS,
- g) bude rešpektovať skutočnosti vyplývajúce zo Stanov SSVPL SLS

2. Zmluvná strana II. sa zaväzuje, že si bude zabezpečovať

- a) inkaso ročných členských príspevkov do SSVPL SLS
- b) správu databázy členskej základne SSVPL SLS
- c) bude plniť povinnosti vyplývajúce zo Stanov SLS a vnútorných predpisov SLS a bude bez zbytočného odkladu zasielať Zmluvnej strane I.:
 - podklady k registrácii odborných vedeckých vzdelávacích podujatí,
 - elektronické zasielanie aktualizovaných Stanov SSVPL SLS a ostatných vnútorných predpisov SSVPL SLS
 - vydávané časopisy a iné odborné publikácie v počte 2 ks,
 - vlastný štatút pôct a cien a raz ročne zoznam udelených vlastných pôct a cien,
 - aktuálne zoznamy členov výboru a revíznej komisie,
 - polročne k 30.06. (do 25.07. bežného kalendárneho roka) a k 31. 12. (do 25.01. nasledujúceho kalendárneho roka) si vzájomne poskytovať zoznamy členov za účelom porovnania databáz.

3. Zmluvné strany sa zaväzujú dodržiavať ochranu osobných údajov v zmysle príslušných ustanovení platného zákona o ochrane osobných údajov.

4. Zmluvná strana II. je povinná upozorniť svojich členov na všetky práva a povinnosti vyplývajúce z kolektívneho členstva SLS a na povinnosť platiť členské príspevky do SLS podľa platného Príspevkového poriadku SLS. V prípade, že člen odbornej spoločnosti nebude mať vyrovnané členské príspevky v SLS a príslušnom spolku lekárov/farmaceutov, zmluvná strana I. sa zaväzuje upozorniť menovite zmluvnú stranu II. na túto skutočnosť. Zmluvná strana II sa zaväzuje upozorniť svojich členov opakovane na povinnosti vyplývajúce z kolektívneho členstva v SLS.

5. Dodatok sa uzatvára na dobu neurčitú s polročnou výpovednou lehotou.

6. Ostatné dojednania zmluvných vzťahov zostávajú v platnosti.

7. Tento dodatok je vypracovaný v dvoch vyhotoveniach po jednom vyhotovení pre obidve zmluvné strany.

8. Dodatok nadobúda platnosť dňom jej podpisu obidvoma zmluvnými stranami a účinnosť od 1.1.2013.

V Bratislave dňa.....

Za zmluvnú stranu I.

prof. MUDr. Peter Krištúfek, CSc.
prezident SLS

Za zmluvnú stranu II.

MUDr. Iveta Vaverková, MPH
prezidentka SSVPL SLS

XXXIII. Konsolidačná výročná konferencia SSVPL SLS

Slovenskí všeobecní lekári pre dospelých sa stretli v dňoch 11. až 13. októbra 2012 v Starom a Hornom Smokovci na svojom najväčšom odbornom podujatí pod heslom Tatry zastrešujú Slovensko a my, všeobecní lekári, zastrešujeme pacientov Slovenska.

Na úvod niekoľko čísiel: registrovaných bolo 847 účastníkov, z toho 646 lekárov, 137 zdravotných sestier, 64 zástupcov farmaceutických firiem, odznelo 60 hodín odborných prednášok, 10 workshopov, prednášalo 9 zahraničných a 64 domácich hostí, 17 všeobecných lekárov, zúčastnilo sa 30 vystavovateľov a 10 partnerov.

Pri otvorení konferencie prezidentka Slovenskej spoločnosti všeobecného praktického lekárstva Slovenskej lekárskej spoločnosti (SSVPL SLS) **MUDr. Iveta Vaverková, MPH** ocenila, že toto podujatie podporila kancelária SZO na Slovensku a Svetová organizácia všeobecných lekárov (Wonca), ako aj už tretí rok pokračujúcu spoluprácu so Slovenskou komorou sestier a pôrodných asistentiek. „Verím, že sa podarilo pripraviť podujatie, ktoré účastníkom okrem odborných znalostí ponúkne aj priestor na diskusiu o témach, ktoré nás dennodenne trápia“, povedala MUDr. Vaverková. Ako dodala, „išlo nám o vytvorenie platformy pre lekárov, odborníkov z ministerstva zdravotníctva, zdravotných poisťovní, Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou i Asociácie na ochranu práv pacientov“.

Generálny riaditeľ Sekcie zdravia Ministerstva zdravotníctva SR **MUDr. Mario Mikloši, PhD.** pozdravil účastníkov konferencie v zastúpení ministerky zdravotníctva JUDr. Zuzany Zvolenskej. „Dovoľte mi odozdať vám pozdravy od pani ministerky s tým, že primárna starostlivosť je prioritou vlády a treba riešiť jej problémy, či už sa to týka lekárov pre dospelých alebo pre deti, lebo situácia nie je taká, že je za päť minút dvanásť, ale už je dvanásť desať. Musíme problémy riešiť, aby nás budúcnosť nezaskočila nepripravených či inak ohrozených“, uviedol MUDr. Mikloši, podľa ktorého je treba „veci pohnúť dopredu“. Zároveň oznámil, že za novú hlavnú odborníčku MZ SR pre všeobecné lekárstvo bola menovaná **MUDr. Monika Palušková, MBA.**, k čomu jej zablahoževal a poďakoval prechádzajúcemu hlavnému odborníkovi **prof. MUDr. Jozefovi Gajdošikovi, PhD.**

Riaditeľka Kancelárie SZO na Slovensku **MUDr. Darina Sedláková, MPH.** zdôraznila, že kancelária je dlhodobým partnerom rôznych aktivít a projektov primárnej zdravotnej

starostlivosti na Slovensku. „Spolupráca vyústila pred dvoma rokmi do veľkého projektu na báze prieskumu Hodnotenie štruktúry a poskytovania primárnej starostlivosti v SR“, povedala MUDr. Sedláková. Ako pokračovala, „pre SZO je primárna starostlivosť nosným pilierom poskytovania zdravotnej starostlivosti, je to skutočne entry point pre každého občana a pacienta a práve kompetencie, kvalita a dostupnosť služieb primárnych lekárov by mali byť v centre pozornosti aj regulátorov na národnej úrovni“. Ubezpečila účastníkov konferencie, že SZO bude aj naďalej nápomocná pri realizácii a posúvaní kvality a najmä dostupnosti pre pacientov.

Prezidentka Asociácie na ochranu práv pacientov **JUDr. Eva Madajová** pripomenula, že asociácia združuje viac ako 80 patientskych organizácií špecificky chronicky chorých s celkovo 40 diagnózami. Infomovala aj o tom, že zástupcovia AOPP rokovali s ministerkou zdravotníctva o problémoch diabetikov. „Je tam veľa vecí, ktoré sa dajú zmeniť, je ochota ministerstva rokovať“, povedala JUDr. Madajová. Uviedla tiež, že „od Európskej komisie sme dostali grant na projekt, aby sme sa mohli na budúci rok monitorovať starostlivosť o diabetikov na Slovensku, ktorá by mala začínať práve v ambulancii primárneho lekára a v zložitejších prípadoch by mala prejsť k špecialistom“. Požiadala v tejto súvislosti lekárov o námety do pripravovaného projektu.

V mene Slovenskej lekárskej komory a v mene jej prezidenta MUDr. Mariána Kollára rokovanie XXXIII. konferencie pozdravila členka prezídia SLK **MUDr. Valéria Vasilová**. Prečítala účastníkom list prezidenta SLK, ktorý vyzval praktických lekárov k zjednoteniu. „Mojim krédom ostáva – len vtedy budeme silní a úspešní, ak sa spojíme a pôjdeme spoločnou cestou my, všetci lekári.“ **MUDr. Vasilová vyjadrila myšlienku, že členovia spoločnosti sa nedelia, na liptákovcov, nedelkovcov či vaverkovcov, ale sú členovia jednej spoločnosti.** Účastníkov pozdravil pri otvorení konferencie aj podpredseda Spoločnosti všeobecného lekárstva Českej lekárskej spoločnosti Jana Evangelistu Purkyně **MUDr. Otto Herber**. Ocenil bohatý odborný program konferencie, z ktorého by mnohé informácie mohli byť inšpiráciou aj pre českých kolegov. „Výmena skúseností a názorov je veľmi dôležitá a je dobre v nej pokračovať aj v budúcnosti“, zdôraznil MUDr. Herber, ktorý zároveň pozval kolegov zo Slovenska na svetovú Woncu 2013 do Prahy, kde sa pripravuje aj československý deň v spolupráci SVL ČLS JEP a SSVPL SLS.

WHO a ministerský blok

V tomto bloku sa zástupcovia SZO, Netherlands institute for health services research (NIVEL), ktorý v súčasnosti formuluje politiku WHO v EÚ, ministerstva zdravotníctva a poisťovní venovali štruktúre a poskytovaníu primárnej starostlivosti na Slovensku z pohľadu výsledkov prieskumu SZO z roku 2011.

1) Strategické smerovanie SZO k multidisciplinárnej primárnej zdravotnej starostlivosti a integrovanému poskytovaniu zdravotnej starostlivosti

Dr. Christine Beerepoot (NIVEL) oslovila účastníkov prednáškou Strategické smerovanie SZO k multidisciplinárnej primárnej zdravotnej starostlivosti a integrovanému poskytovaniu zdravotnej starostlivosti. „Vlani v novembri sme na Slovensku začali diskusiu o výsledkoch prieskumu primárnej zdravotnej starostlivosti, kde boli prítomné všetky strany zainteresované v hodnotení, a preto máme väčšiu dôveru v implementáciu odporúčaní“, konštatovala. SZO vytvorila hlavné priority – akčný plán pre verejné zdravotníctvo a stratégiu pre zdravé starnutie a všetky členské krajiny EÚ a ďalších 30 krajín vyjadrili takýmto stratégiám podporu. Zamerala sa na dva hlavné akčné programy SZO, ktoré sa týkajú primárnej starostlivosti a majú 10 kľúčových bodov súvisiacich so zameraním SZO. Hlavným stavebným kameňom je rezolúcia SZO a akčný plán SZO, ktoré majú 10 hlavných programov, ktoré môžu krajiny prijať a na ktorých môžu pracovať pod vedením SZO. Hlavným cieľom je posilniť služby verejného zdravotníctva a jeho kapacity. Primárna starostlivosť môže zohrávať väčšiu úlohu pri prevencii niektorých ochorení a práca s verejnosťou je veľmi podstatná pri poskytovaní zdravotníckych služieb v rôznych regiónoch. **Zdravie občanov je podľa Dr. Beerepoot v súčasnom svete najpodstatnejšie pre ekonomický rozvoj, lebo zdraví ľudia sú obrovským ekonomickým zdrojom pre národnú ekonomiku.** Preto podľa nej SZO vytvorila tento akčný plán pre 4 hlavné strategické oblasti – zdravé starnutie, zdravie a dlhodobá starostlivosť o starnúcu populáciu, podporné prostredie pre seniorov, a hľadanie a sumarizácia dôkazov, ktoré by podporili tieto stratégie. „SZO v spolupráci s ďalšími organizáciami pracovali na oblasti primárnej zdravotnej starostlivosti v posledných piatich rokoch v 10 štátoch vášho regiónu. V súčasnosti začíname mapovať situáciu v Andore, čo je popri Slovensku a Slovinsku tretia krajina EÚ, ktorá sa zainteresovala do hodnotenia primárnej zdravotnej starostlivosti. Situácia bola diskutovaná s odbornými kruhmi každej krajiny ako zástupcami univerzít, ministerstiev, či nemocníc a ľuďmi z praxe primárneho sektoru, aby boli akceptovateľné záverečné odporúčania a výzvy na

zlepšenie primárnej starostlivosti.“ **Ako zdôraznila, „primárna starostlivosť je veľmi dôležitá aj preto, že je zo všetkých typov zdravotnej starostlivosti najlacnejšia, minimalizuje hospitalizácie, umožňuje znižovať využívanie špecialistov, dokáže viac uspokojiť potreby pacientov, efektívnejšie využíva zdroje, znižuje riziká polypragmázie s dôrazom na bezpečnosť pacientov.** Kľúčovými hráčmi primárnej starostlivosti sú podľa Dr. Beerepoot praktickí lekári, sestry, lekárnici, ale aj regionálne a centrálné štátne orgány, zákonodárne orgány, ktoré do týchto procesov vstupujú. Pri príležitosti 35. výročia prijatia deklarácie v Alma-Ate, ktoré si SZO pripomenie na budúci rok, stanovila SZO konkrétne aktivity pre primárnu starostlivosť.

„Primárna starostlivosť je prístup, zameraný na ľudí a v jej rámci je rovnako ako liečba podstatná aj prevencia, ktorá dokáže predchádzať rozvinutiu mnohých ochorení“, zdôraznila Dr. Beerepoot. Zároveň upozornila, že „nedokáže zabezpečiť všetko sama a sú potrebné múdre rozhodnutia na úrovni ministerstiev zdravotníctva.“ SZO aktívne presadzuje potrebu podpory primárnej starostlivosti, ktorá dokáže predchádzať hospitalizáciám a začiatkom septembra sa uskutočnil v Goteborgu workshop Budúcnosť primárnej starostlivosti v rámci integrovaných služieb v súvislosti so starnutím a neinfekčnými chorobami. „Boli sme veľmi radi, že sme získali spojenie medzi rôznymi medicínskymi disciplínami a kľúčovými témami diskusie boli spôsoby lepšieho reagovania na potreby pacientov. Potvrdilo sa, že integrácia disciplín dokáže znásobiť a zdokonaľiť starostlivosť, hovorilo sa aj o budúcej úlohe hospitalizácií – mali by sme mať na mieru ušitý model poskytovania zdravotných výkonov“, priblížila workshop Dr. Beerepoot. Dôležitú úlohu podľa nej v rámci intervencií zohráva práve primárna starostlivosť a SZO sa venuje tejto problematike nielen konkrétnymi aktivitami na národnej úrovni, ale boli vytvorené tzv. kolaboračné centrá – jedno v Holandsku sa napr. zaoberá prevenciou a včasnou liečbou diabetu a kardiovaskulárnych ochorení v primárnej starostlivosti. Ako zdôraznila, „v prvom rade sa snažíme o úsporné opatrenia v primárnej starostlivosti. Sestry, inštruktori, praktickí lekári sa zúčastňujú týchto intervencií. Systematickým spôsobom dokážeme v primárnej starostlivosti urobiť veľmi veľa. Dôležitá je aj úloha sestier. Napr. intervencie v prevencii fajčenia, ktoré robili sestry dosahovali lepšie výsledky ako intervencie praktických lekárov. Potrebne je aj vzdelávanie pacientov prostredníctvom sestier a lekárov, táto otázka sa stáva stále dôležitejšou pri chronických chorobách“. Podľa odborníčky SZO je potrebné v primárnej starostlivosti zdôrazniť „komplexný prístup k poskytovaní služieb, v prvom rade musíme lepšie koordinovať starostlivosť, musíme sa venovať problémom starnúcej populácie, treba si uvedomiť, že každý jednotlivec má individuálne potreby. Musíme povedať, že primárna starostlivosť

sa vyvíja v súčinnosti s ostatnými službami ako je verejné zdravotníctvo a nemocničná starostlivosť. Inovatívne spôsoby poskytovania primárnej starostlivosti sú veľmi podstatné. SZO podporuje aj globálne iniciatívy, ktoré riešia otázky hospitalizácií v koordinácii s primárnou starostlivosťou, pracujeme s vládami, s rôznymi organizáciami, s ktorými si vymieňame tie najlepšie osvedčené skúsenosti a stratégie, ktoré sa ukázali ako akceptovateľné a adekvátne pre poskytovanie služieb. Na záver pripomenula aj potrebu spolupráce s OECD v oblasti finančných aspektov, konkurenčných mechanizmov, indikátorov kvality a spoluprácu s pracovnou skupinou EÚ na tzv. cestovnej mape k zdraviu jednotlivcov. „Chceme, aby sa členské krajiny EÚ začlenili aktívnejšie do práce tejto pracovnej skupiny, oceňujeme, že krajiny pochopili podstatu a dôležitosť primárnej starostlivosti, ktorá dokáže efektívne pomôcť riešiť problémy starúcej populácie“, ukončila prezentáciu Dr. Beerepoot.

2) Výsledky SZO - vyhodnotenie primárnej starostlivosti na Slovensku

Dr. Sanne Snoeijs, MSc. z NIVEL sa v prezentácii venovala prieskumu, ktorý sa uskutočnil minulý rok na Slovensku. Pripomenula napr. že je nedostatočný počet lekárov v niektorých regiónoch Slovenska. „Nie je normatívne stanovené, koľko pacientov má praktický lekár mať. Identifikovali sme aj to, že na Slovensku je ohrozená základná funkcia všeobecných lekárov ako strážcov vstupnej brány do ďalšej sekundárnej starostlivosti (Gate-keeping)“. Ako Dr. Snoeijs stučne poukázala, „nejestvuje samostatné oddelenie v rámci ministerstva pre primárnu starostlivosť, okrem roku 2006 sa vyvinulo málo konkrétnej politiky pre primárnu starostlivosť, jestvujú rozdiely v poskytovaní služieb na úrovni regiónov, neexistujú obligatórne povinnosti pre prácu so sťažnosťami pacientov - niekoľko legislatívnych dokumentov opisuje práva pacientov existujú patientske organizácie, ale panuje malá informovanosť o právach pacientov medzi pacientmi a poskytovateľmi“. Dr. Snoeijs pripomenula, že „menej ako 20 % lekárov pracuje v primárnej starostlivosti, jestvujú 4 lekárske fakulty a rôzne postgraduálne školenia a kurzy, ale popritom neexistuje v praktickom/rodinnom lekárstve podpora formálneho vzdelávania, ktorá by reálne umožňovala mladým lekárom získať špecializáciu zo všeobecného lekárstva a všeobecné lekárstvo nie je uznané ani ako vedecká špecializácia. V roku 2009 len 10 % absolventov lekárske fakulty sa rozhodlo pre všeobecnú medicínu, čo je dosť nízke číslo“. Podľa odborníčky sa dá očakávať nedostatok všeobecných lekárov na Slovensku, keďže priemerný vek týchto lekárov bol 54 rokov už v roku 2007 a „prílev nových mladých lekárov sa znižuje, pretože atraktivita tohto zamerania sa na Slovensku oslabuje“, zdôraznila Dr. Snoeijs. Ako uviedla, z rozpočtu pre zdravotníctvo v roku

2009 išlo iba 4,4 % pre primárnu starostlivosť. „Pacienti uvádzali, že existuje aj spoluúčasť a platby za zdravotnícke služby a výkony, 6 % uviedlo, že museli zaplatiť pri návšteve u praktického lekára a 83 % muselo zaplatiť pri návšteve praktického lekára doma“, informovala Dr. Snoeijs. Zamerala sa aj na získané poznatky pracovnej záťaže lekárov, ktorá je v priemere dosť vysoká – v priemere 43 kontaktov s pacientmi denne a ešte plus 10 pacientov denne si príde pre recept. Ďalej majú denne v priemere 7 telefonických a 5 mailových komunikácií, návštevy doma sú nízke, len 4 až 5 týždenné. „Veľká väčšina pacientov potvrdila, že praktickí lekári sa stavajú pomerne odmietavo k návštevám doma, ale až 89 % lekárov prišlo na návštevu v deň vyžiadania, 99 % ordinácií je otvorená od pondelka do piatku, neordinuje sa večer ani cez víkendy“. Z prieskumu vyplynulo, že 66 % pacientov mohlo navštíviť lekára v deň, kedy potrebovali, a 33 % bolo objednaných na neskôr. Prieskum zisťoval od pacientov názory na kvalitu starostlivosti – dobrý prístup pre vozičkárov či s kočíkom ocenilo len 48 %, 45 % nepovažuje čakárne za pohodlné a príjemné, 86 % konštatovalo, že nie je priestor a podmienky na to, ak by sa chceli sťažovať, 38 % pacientov sa sťažovalo na dlhé čakanie, 90 % ocenilo jasne označené ordinačné hodiny a 48 % respondentov uviedlo, že ambulancie nie sú dobre vybavené. Lekárske záznamy, ako zistil prieskum, sú veľmi dobre udržiavané, ale nie vždy sú v digitálnej forme, najmä u pediatrov. Len 60 % lekárov uviedlo, že je ľahké generovať cez počítač informácie o špecifickej skupine pacientov.

„Keď sme zisťovali koordináciu s inými poskytovateľmi, bola väčšinou dobrá, lebo zvyčajne pracujú v jednej budove a diagnostické zariadenia sú často spoločné, pravidelná je spolupráca s lekármi, ale len 45 % má pravidelné pracovné stretnutia so sestrami, dokonca niektorí lekári ich nemajú v tíme, hoci existuje legislatívna povinnosť zamestnávať sestru“, uviedla odborníčka z NIVEL. Prieskum zisťoval aj spoluprácu so špecialistami, s ktorými praktickí lekári konzultujú, 10 % ich kontaktov je práve so špecialistami, ale na druhej strane je zrejme nedostatočná komunikácia lekárov so zástupcami patientských organizácií. Pritom ale napr. až 70 % všeobecných lekárov pre dospelých sa zapájalo aj do liečenia kardiovaskulárnych chorôb, absolútna väčšina pediatrov bola zapojená do vakcinácií detí. Čo sa týka vybavenia ambulancií, „v porovnaní s EÚ 18 % ambulancií pediatrov a 19 % ambulancií pre dospelých bolo vybavených na dobrej úrovni“, poznamenala Dr. Snoeijs, ktorá na záver poďakovala okrem iného aj 353 lekárom a 2224 pacientom, ktorí sa do prieskumu zapojili.

3) História odboru všeobecné lekárstvo na Slovensku pred rokom 1989

Ako uviedol MUDr. Karol Herda, „konceptia odboru bola prijatá a schválená 1. januára 1981, ale nemali sme tu žiadnu terra incognita, lebo pôsobila skupina 1800 až 2000 závodných a obvodných lekárov, ktorí v neľahkých podmienkach poskytovali primárnu starostlivosť od roku 1951 a ktorí boli následníkmi bývalých rodinných a praktických lekárov, v roku 1951 zoštatnených.“

V roku 1951 vznikol model zjednoteného zdravotníctva podľa sovietskeho vzoru, ktorého otcom bol sovietsky akademik Nikolaj Alexandrovič Semaško. Boli zriadené OÚNZ a v okresoch boli vytvorené obvodné a závodné ambulancie, na ktoré boli administratívnym spôsobom posielaní absolventi lekárske fakúlt po krátkom niekoľkomesačnom pobyte na lôžkových oddeleniach nemocníc bez patričnej praxe a špecializácie. Od roku 1954 sa u nich požadovala atestácia z interny I. stupňa, ktorú títo lekári v skrátenej lehote vykonávali na Doškološovacom ústave pre lekárov v Trenčíne. Po získaní špecializácie boli nazývaní všeobecní internisti. V roku 1966 bol prijatý zákon 20/1966 o starostlivosti o zdravie ľudu, ktorý komplexne riešil celú zdravotnú starostlivosť vo vtedajšej ČSSR. Pre primárnu starostlivosť stanovoval zákon rozsiahle úlohy, na ministerstve zdravotníctva bol jeden z námestníkov poverený organizovaním liečebno-preventívnej starostlivosti a bol zriadený odbor primárnej zdravotnej starostlivosti. Úlohy primárnej starostlivosti sa sústredili na dispenzárne a preventívne prehliadky, hygienu a epidemiológiu, zdravotnú výchovu a osvetu. „Vyhláška určila, ktoré ochorenie sú obvodní lekári povinní dispenzarizovať a vyšetrovať, ktoré podliehajú prevencii a ktoré musia evidovať. Napr. dispenzárnym prehliadkam u všeobecných lekárov podliehali hypertonici, nekomplikované ischemické choroby srdca, diabetes, TBC, CHOCHP, reumatici a chronické renálne insuficiencie.

V roku 1974 bola vydaná vyhláška Ministerstva zdravotníctva SSR o spôsobilosti vykonávať zamestnanie obvodný/závodný lekár. „Lekári, ktorí pracovali v ambulanciách k 1. septembru 1974 päť rokov a viac boli v 2 osemhodinových kurzoch preškolení a potom preskúšaní, tí ktorí pracovali menej ako 5 rokov boli zaradení do 6-týždňového predatestačného kurzu pre obvodných lekárov a získali tak spôsobilosť na výkon funkcie obvodného/závodného lekára. Situácia sa zmenila v roku 1981 po prijatí koncepcie odboru všeobecného lekárstva a začali sa robiť atestácie I. a II. stupňa v Bratislave, Banskej Bystrici a Košiciach a ročne atestovalo 100 až 120 lekárov. Atestácia I. stupňa zo všeobecného lekárstva bola podmienkou vykonávania praxe v primárnej starostlivosti. Príprava vo všeobecnom lekárstve trvala 36 mesiacov, z toho 6 na školiacom obvode pod dohľadom školiťela, lekári sa ďalej kontinuálne vzdelávali. Odborná spoločnosť všeobecného lekárstva SLS vznikla v roku

1979. „Smelo možno povedať, že 80. roky boli zlatým obdobím budovania a rozvoja odboru všeobecného lekárstva, tento stav trval aj po roku 1990, až kým sa za ministra Rudolfa Zajaca nezačal devalvovať“. MUDr. Herda tiež pripomenul, že všeobecní praktickí lekári boli zapájaní do celospoločenských preventívnych programov na zlepšenie zdravotného stavu obyvateľstva, napr. do plošného očkovania obyvateľstva nad 30 rokov proti tetanu v rokoch 1972 – 1973, kde zaočkovanosť dosiahla až 90 %. Ďalším programom, do ktorého sa praktickí lekári zapojili, bol kardiovaskulárny a onkologický program u dospelých v rokoch 1985 – 1989, pričom KV ochorenia vtedy predstavovali 67 % podiel úmrtí a onkologické 25 % podiel. „Za 5 rokov mala byť vyšetrená celá dospelá populácia, potom sa mala akcia zopakovať, ale dobre myslená akcia dokončená nebola a po roku 1990 sa v nej nepokračovalo.“

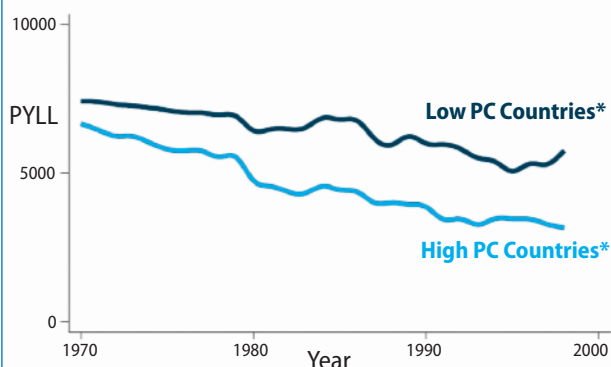
4) O systematickom oslabovaní primárnej starostlivosti na Slovensku

Ako uviedol MUDr. Peter Lipták, primárna starostlivosť sa do roku 1989 budovala a zlepšovala a po roku 1989 sa odovzdávala novému systému na takej úrovni, že to neraz spĺňalo aj dnešné kritériá SZO. Potom ale nasledovalo obdobie systematického oslabovania primárnej starostlivosti. Pripomenul, že v roku 1989 mala primárna starostlivosť postavenie a úlohy stanovené zákonom v súlade a s cieľmi SZO, na ministerstve zdravotníctva pracoval odbor riadiaci primárnu starostlivosť, vzdelávanie bolo zabezpečené riadnym financovaním postgraduálneho vzdelávania, systematická bola práca s ľudskými zdrojmi, bolo zabezpečené nákladové financovanie primárnej starostlivosti, preventívne programy boli uskutočňované v primárnej starostlivosti, vyhláška o dispenzarizácii určovala starostlivosť o chronicky chorých a v komunite pracovali geriatrické sestry. Ako MUDr. Lipták zdôraznil, „ceníme si ľudí, ktorí takéto pozitívne výsledky v primárnej starostlivosti v tých rokoch dosiahli“. V ďalšom MUDr. Lipták poukázal na to, že populácia starne, prevláda polymorbidita, čo znamená, že lekár na Slovensku nemôže byť nikdy nezamestnaný, je tu neuveriteľný, exponenciálny rast požiadaviek na jeho služby a to môže zvládnuť iba systém zdravotnej starostlivosti postavený na primárnej starostlivosti. Pre 4 mil. obyvateľov nad 18 rokov máme na Slovensku cca 2300 všeobecných lekárov pre dospelých. Súčasná prax na Slovensku je taká, že „tu máme typickú obrovskú fragmentáciu, starostlivosť je orientovaná na jednotlivé diagnózy a vôbec nie na celého pacienta, plytvá sa jeho časom a silami. Vôbec sa nemyslí na finančnú efektivitu, nikomu neprekáža, že tu zúri finančná kríza a je potrebné sa správať efektívne“. Pripomenul štúdiu z roku 2003, podľa ktorej v 18 krajinách OECD s vysoko rozvinutou primárnou starostlivosťou žijú ľudia dlhšie a tam,

kde je jej rozvoj na nižšej úrovni, žijú kratšie. (graf 1.) Chronickí polymorbídni pacienti na Slovensku musia so svojimi ochoreniami chodiť k rôznym špecialistom, obchádzajúc praktického lekára, pretože ten nemá základné kompetencie. Ako to vyzerá s rozvojom primárnej starostlivosti v EÚ je uvedené v grafe č. 1:

graf č. 1

Vplyv rozvoja PZS na predčasnú mortalitu v 18 krajinách OECD



*Predicted PYLL –Potential Years of Life Lost (both genders) estimated by fixed effects, using pooled cross-sectional time series design. Analysis controlled for GDP, percent elderly, doctors/capita, average income (ppp), alcohol and tobacco use. $R^2(\text{within})=0.77$.

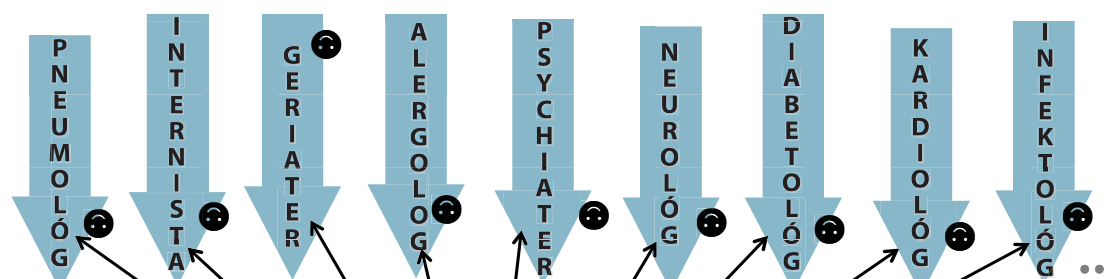
Source: Macinko et al, Health Serv Res 2003; 38:831-65.

Starfield 09/04
IC 2953

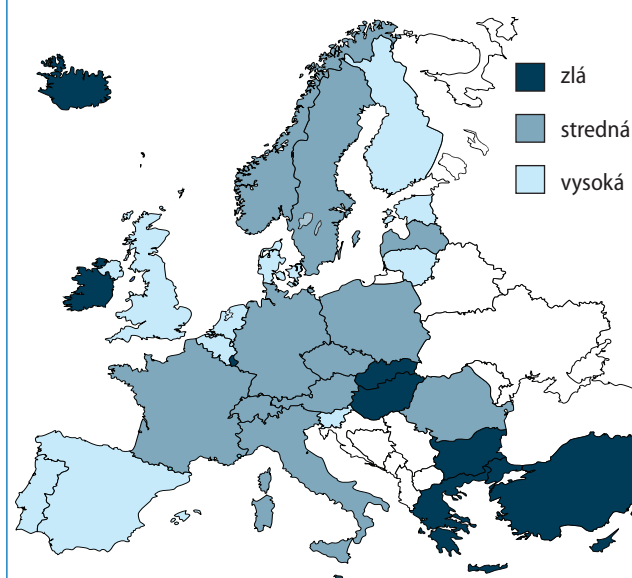
Slovensko patrí medzi krajiny so zle rozvinutou primárnou starostlivosťou. Preto je chronický polymorbídny pacient na Slovensku svojimi ochoreniami, hoci v miernom stupni, neustálym chodením po špecialistoch vyčerpaný a súčasný systém mu nezabezpečuje dostatočnú kvalitu života. (graf č. 2) V súvislosti s národnými preventívnymi programami pripomenul, že „100 % zdravých ľudí chodí k praktickým lekárom, k špecialistom chodí 0 % zdravých a z toho logicky vyplýva, že kde by sa mala robiť prevencia.

graf č. 2

Osud chronického, polymorbídneho pacienta



Úroveň primárnej zdravotnej starostlivosti



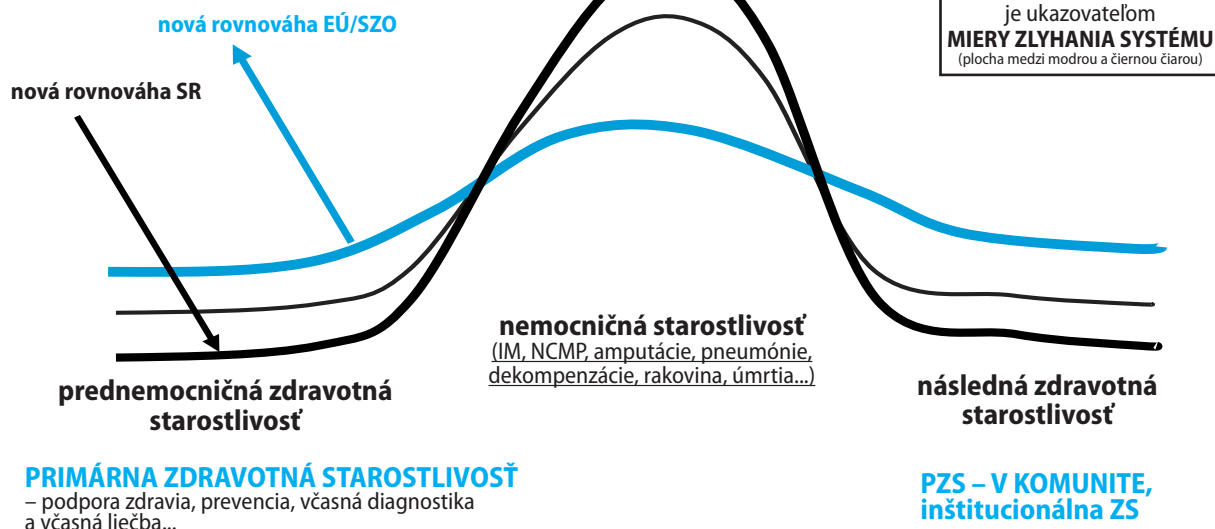
Prečo kardiovaskulárny preventívny program robia kardiológovia? Prečo pričasnej diagnostike rakoviny prostaty onkomarker PSA, ktorý bol zabehnutý u všeobecných lekárov, sa im jednoducho zobral? V krajine, kde stúpa výskyt rakoviny prostaty a je tu katastrofálna úroveň jejčasnej diagnostiky? Prečo sa v čase rozvoja epidémie diabetu mellitu zobralo vyšetovanie glakovaného hemoglobínu HbA1c z primárnej starostlivosti?”

Moderný trend v EÚ podporovaný SZO presadzuje zmenu modelu zdravotnej starostlivosti. „Motorom zmeny sú potreby pacientov, ktoré SZO monitoruje a chce nastaviť nový systém tak, aby uspokojoval maximálne potreby pacientov. Ustanovuje sa nová rovnováha, kde sa viac prostriedkov, financií, vzdelania, kompetencií, dáva do primárnej starostlivosti, vďaka čomu je menej pacientov s pokročilými ochoreniami v nemocniciach a v starostlivosti špecialistov. V primárke sa rozvíja podpora

graf č. 3

MODERNÝ trend EÚ/SZO - zmena modelu ZS

Motorom zmeny sú potreby pacientov

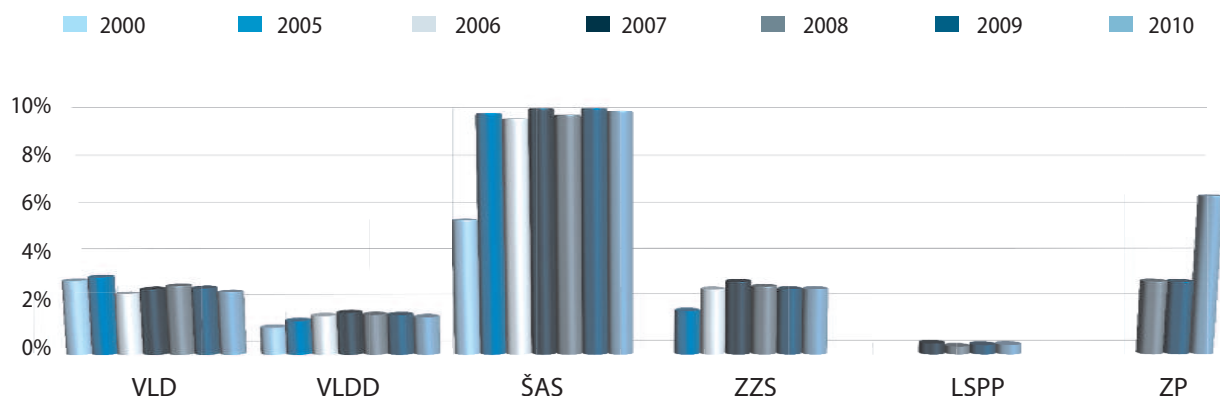


Upravené podľa: Christopher Riley, Department for Health and Social Services, Welsh Assembly Government, 2008

zdravia, prevencia, včasná diagnostika a včasná liečba a tak vzniká nová rovnováha, zabezpečujúca lepšiu kvalitu života pacientov." MUDr. Lipták ďalej ale upozornil, že „nová rovnováha na Slovensku je presne naopak a znamená, že do primárnej starostlivosti sa každý rok dáva menej a menej, odnímajú sa jej kompetencie, úplne sa znemožnilo vzdelávanie primárnych lekárov, necítíme žiadnu prácu s ľudskými zdrojmi v PZS. Dôsledkom je viac chorých, viac hospitalizácií, viac zlyhaní v nemocniciach. Programovo sa vytvára viac priestoru na biznis a uberá sa z efektívnych nástrojov zdravotného systému. Taká je situácia, keď sa na náš zdravotný systém pozrieme reálnymi okuliarmi". (graf 3)

Keď MUDr. Lipták bilancoval vývoj po roku 1989, uviedol, že sa „vymazala definícia primárnej zdravotnej starostlivosti v zákone, kde bolo jasne definované jej postavenie, jej úlohy a kompetencie. Odstránilo sa usmernenie pre starostlivosť o chronicky chorých, príslušná dispenzarizačná vyhláška bola bez náhrady zrušená. Na vzdelávanie VL nie sú určené žiadne zdroje, vstup do odboru je umožnený hotovým špecialistom akéhokoľvek druhu po minimálnom školení. **MZ SR pripravilo pre VL taký druh riadneho vzdelávania, že mladý lekár po skončení štúdia nedostane žiadny finančný príjem ale naopak si musí ešte on platiť všeobecného lekára, aby ho nejakým spôsobom formálne zamestnal, aby mohol deklarovať na vzdelávacej**

graf č. 4

VÝVOJ PODIELU Z CELKOVÝCH NÁKLADOV NA ZS V %

Podiel z celkových nákladov na ZS v roku 2010 v %: ústavná ZS 26,71; lieky 27,60; distribúcia liekov a lekárne 3,18; SVLZ 9,91; ŠAS 9,99; **VLD 2,58; VLDD 1,55; ZP 6,51.**

Údaje z vestníkov ÚDZS

inštitúcii pracovný pomer u VL a byť zaradený do odboru a potom si ešte musí zaplatiť aj všetky predpísané stáže na odborných oddeleniach. Túto trojročnú finančnú tortúru si môže dovoliť iba málokto. Je teda logické, že pri takomto manažmente vzdelávania všeobecných lekárov, mladých všeobecných lekárov nemôžeme mať.“ Pripomenul aj chronické nedofinancovanie praxí, nerešpektujúce reálne náklady praxí, likvidáciu preventívnych programov v primárnej starostlivosti, pokračovanie okliešťovania kompetencií, zrušenie gate-keepingu, ale aj to, že „na MZ SR nefungujú žiadni kompetentní odborníci – aj hlavný odborník pre všeobecné lekárstvo prof. MUDr. Jozef Gajdošík pri svojom odchode uviedol, že je veľmi sklamaný a že to bola len čestná funkcia. Na celom ministerstve zdravotníctva sú dnes zamestnaní iba 4 lekári, majú tím hlavných odborníkov, ktorý by im mali radiť, ale toto sú zrejme tí lekári, ktorí tam tú plnia čestnú funkciu“.

K financovaniu primárnej starostlivosti MUDr. Lipták konštatoval, že „podiel z celkových zdrojov v zdravotníctve je spolu pre všeobecných lekárov pre deti a dorast a všeobecných lekárov pre dospelých cca 4 %, napr. v roku 2010 to bolo 1,58 % pre VLDD a 2,58 % pre VLD. Od roku 2006 zaznamenávame každoročný pokles zdrojov pre primárnu starostlivosť napriek tomu, že celkové disponibilné zdroje pre zdravotníctvo každoročne stúpajú. Pritom pre zefektívnenie zdravotného systému cestou rozvinutia PZS je potrebné aspoň 10 % z celkových zdrojov umiestniť do PZS. Inštitúcie, ktoré neliečia a nemajú konkrétny význam pre liečenie pacientov, teda zdravotné poisťovne, spotrebúvajú nepriemerane vysoký podiel celkových zdrojov a dokonca mali v roku 2010 nezdôvodnitelný nárast o viac ako 3 % na 6,51 % z celkových zdrojov na zdravotnú starostlivosť (graf 4.).“

V ďalšej časti prezentácie pripomenul MUDr. Lipták rezolúciu SZO z roku 2009 Primárna zdravotná starostlivosť - kľúč k zlepšeniu zdravotného systému a Svetovú správu SZO 2008 – Primárna zdravotná starostlivosť - teraz viac než kedykoľvek predtým. „Kedy chceme rozvíjať primárnu starostlivosť, ktorá dokáže efektívne šetriť zdroje, ak nie teraz, keď je kríza, keď nie sú peniaze? Politická deklarácia OSN o primárnej starostlivosti z 20. septembra 2011 jasne hovorí o tom, že treba pokračovať v komplexnom posilňovaní zdravotníckych systémov, ktoré podporujú primárnu zdravotnú starostlivosť, zabezpečiť účinné, trvalo udržateľné a koordinované opatrenia založené na dôkazoch, nákladovo-efektívne, spravodlivé a obsahujúce integrované základné služby potrebné na odstránenie rizikových faktorov neprenosných ochorení, ich prevenciu a liečbu. Podporovať posilnenie orientácie na pacienta a celoživotný prístup daný často chronickou povahou neprenosných ochorení“, naliehavo upozornil MUDr. Lipták.

Sú to podľa neho „jasné a jednoduché šlabikárové posolstvá, ktoré by mali byť úplne zrozumiteľné každej vláde. Ale všeobecný lekár na Slovensku má neuveriteľné kompetenčné obmedzenia a v takej situácii nie je možné poskytovať kvalitnú primárnu zdravotnú starostlivosť. Všeobecný lekár nemá kompetencie liečiť ani banálne ochorenia ako je nádcha či zápcha, všeobecný lekár nemôže ani napr. pacientom s dekubitmi a vredmi predpísať antidekubitné pomôcky, ani obvazy, ktoré su liekom voľby, čiže nemôže predpísať ani tú najzákladnejšiu liečbu“. Sú mnohé nezmyselné obmedzenia v kardiovaskulárnych liečivách.

Diabetologická starostlivosť:

MUDr. Lipták sa zamerlal podrobne aj na súčasný stav v diabetologickej starostlivosti na Slovensku. „MZ SR vydalo odborné usmernenie, podľa ktorého je iba v kompetencii diabetológa starať sa o diabetikov. Ak si predstavíme manažment státisícov diabetikov 150-timi diabetológmi, je ťažké pochopiť, čo chce ministerstvo takto systémovo riešiť. V Českej republike sa uskutočnil v roku 2009 projekt monitoringu efektívnej terapie DM2 pod názvom MOET DM2. Na projekte participovalo 50 diabetológov a 100 praktických lekárov. Vyhodnotením 2091 pacientov s diabetom sa ukázalo, že všeobecní lekári poskytujú pacientom rovnako kvalitnú starostlivosť ako diabetológovia – špecialisti. Po 12 mesiacoch došlo k poklesu HbA1c pod vedením praktických lekárov z pôvodných 7,3 % na 5,8 % a v skupine diabetológov zo 7,6 % na 6,3 %. Podobne porovnateľne úspešné boli aj terapeutické zásahy vyjadrené v hodnotách glykémie nalačno a v hodnotách postprandiálnej glykémie. Výsledkom záverov MOET DM2 bolo zavedenie starostlivosti o diabetikov do praxe všeobecných lekárov v ČR. V tomto roku (2012) v ČR vstúpil do platnosti nový Národný diabetologický program 2012 kde je o zapojení praktických lekárov uvedené: „V systéme starostlivosti o pacienta s diabetom musí byť inštitucionálne podporované úsilie o zapojenie praktických lekárov s príslušnými kompetenciami tak, aby boli pacienti s diabetom včas diagnostikovaní a mohli byť nimi komplexne intenzívne liečení bez súčasných preskripčných obmedzení, aby nedochádzalo k diskriminácii pacientov s týmto ochorením podľa toho či navštevujú ambulanciu všeobecného lekára alebo špecialistu. Je potrebné prehĺbenie medziodborovej spolupráce.“ Dnes v ČR je v starostlivosti všeobecných lekárov cca 20% z celkového počtu diabetikov 2. typu. (Napríklad vo Švajčiarsku je to 35%, v Holandsku a Veľkej Británii viac ako 90%) MUDr. Lipták zdôraznil, že i na Slovensku by sa dokázal postarať všeobecný lekár o diabetikov rovnako kvalitne. Základom vzdelania všeobecných lekárov je Euroatestácia zo VL, ktorá zabezpečuje vo všetkých krajinách EÚ porovnateľný rozsah školenia a na základe svojho vzdelania je všeobecný lekár uznaný v EÚ za diabetológa prvého kontaktu. Predovšetkým pacienti v po-

čiatocných štádiách a nekomplikovaných a stabilizovaných prípadoch by mohli byť lacnejšie a rovnako efektívne manažovaní v blízkosti svojho bydliska aj na Slovensku bez nutnosti dochádzania za diabetológom. Dôležité je, aby títo pacienti, keď sa rozhodnú navštevovať iba svojho všeobecného lekára, neboli diskriminovaní a správna intenzívna moderná liečba aby nebola pre týchto pacientov nedostupná. Tento stav je žiaduci z pohľadu nasledujúcich alarmujúcich a všeobecne známych čísiel. V našej republike máme dispenzarizovaných približne 300 000 diabetikov. Avšak podľa odhadu je rovnako početná skupina dosiaľ nediagnostikovaných pacientov. A v nasledujúcich 20 rokov sa pritom predpokladá až zdvojnásobenie počtu pacientov s diabetom. Dostávame sa tak v relatívne nie tak vzdialenej budúcnosti k ohromujúcemu číslu 1,2 milióna diabetikov na Slovensku. Pri aktuálnom počte 150 diabetológov v ambulantných praxiach na Slovensku nemožno počítať ani pri ich miernou možnom náraste s efektívnou, správnou a dostupnou starostlivosťou poskytovanou len uvedenými špecialistami. V ČR majú dnes 500 diabetológov a napriek tomu sa nebránia zapojeniu praktických lekárov do liečenia diabetikov. 80 000 diabetikov, ktorí navštevujú slovenských diabetológov, je pritom len na diéte a nemajú predpísaný metformín, ktorý odborníci dnes považujú pre túto skupinu pacientov za liek voľby. Takáto liečba bez metformínu je dnes odborníkmi považovaná za hrubú medicínsku chybu. Úroveň starostlivosti o diabetikov na Slovensku bola nedávno na 26. mieste v EÚ, celkom chýba podiatrická starostlivosť. Na situácii nič nemení ani fakt, že z nedávneho 26. miesta v úrovni starostlivosti o diabetikov v Európe sme sa zakrátko v tomto roku dostali na 16. miesto hoci v praxi sa situácia v diabetologickej starostlivosti nijako nezmenila k lepšiemu. Dokumentuje to aj vysoký počet neskoro diagnostikovaných a nedostatočne liečených pacientov, ktorí sa zisťujú až v štádiu komplikácií, unikajú z diabetologických ambulancií vo včasných štádiách a až potom, keď majú závažné komplikácie sa im dostáva dostatočnej starostlivosti u špecialistu. Compliance diabetikov v počiatočnom štádiu ochorenia by podľa MUDr. Liptáka bola v prípade ich manažovania praktickým lekárom oveľa vyššia a na základe výsledkov v krajinách s rozvinutou primárnou starostlivosťou by mohol poklesnúť aj počet závažných komplikácií diabetu.

Odpoveďou na projekt MOET bol na Slovensku pokus SSPVL SLS o projekt **Diagnostika a starostlivosť o diabetikov**. Podarilo sa zapojiť 70 lekárov od začiatku roka 2009 a snahou bolo naštartovať starostlivosť o diabetikov v primárnej starostlivosti. Na webovej stránke SSVPL SLS sú uvedené odporúčania v diagnostike a liečbe a prepracovaný algoritmus postupu.

Súčasný postoj zdravotných poisťovní však uzurpoval starostlivosť o diabetikov do rúk špecialistov, pretože **od septembra 2012 nie je z verejného zdravotného pois-**

tenia uhrádzané vyšetrenie HbA1c pacientom praktických lekárov. Vôľu na spoluprácu praktickí lekári nenachádzajú ani v súčasnom vedení SDS. Primárny kontakt bol vynechaný v novom znení slovenského Národného diabetologického programu a absentuje aj v odbornom usmernení MZ SR. Fakt, že k špecialistom chodí 0% doteraz zdravých pacientov, kým k všeobecným lekárom ich chodí až 100% nebol ešte objavený a odborná spoločnosť VL bola z prípravy Národného diabetologického programu vynechaná. Diabetologická starostlivosť u praktických lekárov teda prešľapuje na mieste a pretrvávajú diskriminácia pacientov v primárnej starostlivosti. MUDr. Lipták však prezradil, že má informácie, že v súčasnosti sa predsa len bude tvoriť nové odborné usmernenie aj s účasťou všeobecných lekárov. SZO vo svojich odporúčaniach pre MZ SR jednoznačne zapojenie všeobecných lekárov podporuje. To predstavuje istú nádej a povzbudenie uvedených snáh. Situácia by sa mala zmeniť k lepšiemu predovšetkým v mene pacientov, ktorí by to iste privítali a ocenili.

Očkovanie:

Za ďalšiu katastrofu označil MUDr. Lipták súčasný stav v očkovaní, ktoré podľa odborníkov speje na Slovensku k zániku. „Manažment očkovania je spravený tak, že zdravotné poisťovne, inštitúcie, kam pacienti platia odvody, neobstarávajú vakcíny. Je ohrozené očkovanie detí, lebo je to celé postavené na tom, že pediatri, ktorí chcú udržať vysokú zaočkovanosť dávajú do toho vlastné prostriedky a už začínajú finančne zlyhávať. V očkovaní proti chrípke sme mali vyše 12 % zaočkovanosť, vlani to kleslo na menej ako 6 %. Túto jeseň poisťovne vakcíny neobstarali a teraz majú všeobecní lekári nakúpiť vakcíny proti chrípke a proti pneumokokom z vlastných prostriedkov. Ohrozené je najmä očkovanie seniorov“, konštatoval reálnu situáciu MUDr. Lipták. Ako v závere zdôraznil, „v každom momente vývoja zdravotného systému je možná veľmi rýchla náprava, ktorá spočíva v tom, že zdravotný systém sa postaví prioritne na potrebách ľudí, ktoré je potrebné neustále monitorovať a vyhodnocovať. Na to má slúžiť MZ SR. Ľudia potrebujú starostlivosť integrovať a nie fragmentovať. SSVPL SLS podľa svojich stanov sa usiluje naplňovať ciele SZO. Vieme, čo je fragmentácia, integrácia, holistický prístup a podobne, ale napriek tomu, že sa usilujeme veľmi intenzívne, už roky presadiť na Slovensku odporúčania SZO, reálne výsledky sú z roka na rok stále horšie“, uzavrel MUDr. Peter Lipták.

5) Odporúčania SZO pre rozvoj primárnej zdravotnej starostlivosti na Slovensku založené na výsledkoch vyhodnotenia SZO z 2011

Dr. Wienke Boerma, MSc., PhD. z NIVEL zoznámil účastníkov konferencie so sformulovanými odporúčaniami, ktoré boli prediskutované so zainteresovanými stranami na Slovensku. „V rámci zdravotníctva úlohu viesť, stanovovať konkrétne ciele a definovať, určovať kto do akej aktivity bude zainteresovaný, má ministerstvo zdravotníctva a toto má definovať aj úlohy primárnej starostlivosti v spoločnosti zoči-voči špecialistom a nemocniciam. V rámci tohto základného usmerňovania zo strany ministerstva musia všetci zainteresovaní, vrátane spoločnosti praktických lekárov, zaujať veľmi aktívny postoj k realizácii a napĺňaniu predkladaných odporúčaní.“ Ako uviedol, boli sformulované 4 skupiny odporúčaní – tie ktoré sa týkajú riadenia a regulácií, to sa týka hlavne ministerstva, ale aj tých, ktorí vedú profesionálne expertné skupiny. Ďalšia skupina odporúčaní sa týka vzdelávania a profesionálneho rozvoja so zameraním hlavne na tých, ktorí vzdelávajú v oblasti praktického lekárstva. Treťou skupinou je oblasť financovania a stimulácie rozvoja primárnej starostlivosti a posledná sú odporúčania k poskytovaniu služieb (obsah, kvalita, spolupráca).

1. Riadenie a regulácia

Čo sa týka riadenia, koherentná primárna starostlivosť by mala byť vytvorená a mala by odrážať meniacu sa populáciu a jej meniace sa potreby a aktuálne výzvy, na čo je potrebné vytvoriť na centrálnej a lokálnej úrovni vhodné politiky. Toto odporúčanie zdôrazňuje lídersku úlohu, pretože ak nebude líder, ktorý ukáže, ktorým smerom treba ísť, čo sú priority, bude si každý rozhodovať sám za seba a výsledkom bude fragmentovaný systém, kde absentuje koordinácia. Týmto centrálnym miestom by malo byť ministerstvo, ktoré má ukazovať smer a vízie aj pre primárnu starostlivosť a malo by sa zmeniť to, že praktickí lekári na Slovensku sa nezapájajú do mnohých aktivít, výkonov a služieb, ako to vidíme v iných štátoch. Dr. Boerma pripomenul aj veľké množstvo odporúčaní špecialistom v súvislosti s oklieštením kompetencií všeobecných lekárov, čo spôsobuje, že veľa pacientov sa dostáva do ambulancií špecialistov a do nemocníc, hoci by mohli ostať v primárnej starostlivosti a byť dostatočne správne liečení aj u všeobecných lekárov. Podľa neho, „je potrebné mať sadu základných pravidiel týkajúcich sa domény primárnej starostlivosti, mali by existovať jasné štandardy, normy a adekvátne podmienky, ale aj adekvátne zdroje“. Rovnako je podľa holandského odborníka „potrebné zvážiť organizačné zodpovednosti v primárnej starostlivosti na úrovni ministerstva, kde sú 4 oddelenia, ktoré majú na starosti primárnu starostlivosť, všeobecní lekári a pediatria majú hlavných od-

borníkov, ktorí by mali túto problematiku na úrovni rezortu zastrešovať, ale máme pocit, že na ministerstve je nedostatok koordinácie, čo sa týka primárnej starostlivosti. Preto navrhujeme, aby bola vytvorená špeciálna jednotka koordinácie primárnej starostlivosti na ministerstve“. Podľa Dr. Boermu nebol dobrý nápad zrušenie systému odporúčaní, výmenných lístkov pred 2 rokmi a „preto odporúčame, aby bol znovu zavedený systém výmenných lístkov od praktických lekárov k špecialistom“. Ako vysvetlil, odporúčajú to aj preto, „lebo z mnohých krajín sú dôkazy, že systém, kde sa pacienti dostanú k špecialistovi s odporúčaním od praktického lekára, je koordinovanejší a efektívnejší“.

Dr. Boerma v súvislosti s ľudskými zdrojmi upozornil na to, že len 19 % všetkých aktívnych lekárov pracuje v primárnej starostlivosti a na starnutie populácie praktických lekárov. „Nemyslím si, že je to pohroma, ľudia môžu v pohode pracovať aj do 70 rokov, ale mali by ste sa nad tým zamyslieť, lebo krivka veku lekárov vypovedá o tom, že niečo nie je v poriadku a z dlhodobého hľadiska sa tento problém prejaví, lebo nemáte dostatok mladých lekárov, ktorí nahradia tých, čo odídu – to je problém“, konštatoval Dr. Boerma, podľa ktorého táto odbornosť nie je pre mladých dostatočne atraktívna. Poukázal aj na potrebu informatizácie primárnej starostlivosti a využívania sofistikovaných informačných systémov. „Preto odporúčame aktívnejšie využívanie počítačov na zdravotné záznamy a výmenu elektronických informácií medzi lekármi, teda aj medzi primárnou sférou a špecialistami a nemocnicami. Praktickí lekári nevyužívajú počítače do takej miery, ako by bolo využiteľné.“ Upozornil aj na využívanie znalostí a informácií pacientov, ktorí sú zdrojom na zlepšenie poskytovaných služieb a tvoria veľký potenciál v tomto smere. Podľa neho by bolo potrebné kriticky sa pozrieť aj na normy a vybavenie priestorov praktických lekárov, ktoré treba novelizovať podľa aktuálnych potrieb. Upozornil aj na to, že úloha samosprávnych celkov nie je dostatočná, čo vyplýva z toho, že nemajú dostatočné nástroje, kapacity a kompetencie.

2. Vzdelávanie a profesionálny rozvoj

Pri ďalšej skupine odporúčaní – pre vzdelávanie a profesionálny rozvoj sa Dr. Boerma zmienil o dvoch. „Treba podporovať špeciálne klinické usmernenia pre primárnu starostlivosť, ktoré by mali mať praktické zameranie a mali by byť implementované po profesionálnej línii, ministerstvom. Na Slovensku neexistuje žiadna štruktúra na vypracúvanie a aktualizovanie klinických usmernení. Prieskum ukázal, že menej ako polovica praktických lekárov využíva smernice. Kvalita primárnej starostlivosti by sa zlepšila, ak by sa zlepšila kvalita usmernení a ich využívanie v praxi. Spoločnosť praktických lekárov by tu mala zohrať svoju dôležitú úlohu a napr. iniciovať aj väčšie využívanie smerníc z Česka ako podklad na adaptovanie aj u nás.“ V súvislosti s postgraduálnym vzdelávaním upozornil, že by bolo potrebné

„analyzovať do akej miery brzdi mladých lekárov pri kariére praktických lekárov, že počas 36 mesiacov ich špecializácie a certifikácie nedostávajú žiadny plat, musia si toto obdobie platiť sami, lebo nenájdu sponzora, a teda je to pre mnohých nemožné. Je preto potrebné nájsť spôsob úhrady tohto vzdelávacieho obdobia“.

3. Oblasť financií a stimulácií rozvoja primárnej starostlivosti

Na margo financovania a stimulov podpory Dr. Boerma uviedol tiež dve odporúčania. Prvé sa týka úlohy zdravotných poisťovní, ktoré by „mali byť schopné využívať svoju úlohu ako kontraktčných orgánov a nákupcov zdravotných služieb na zlepšenie efektívnosti kvality a reakcieschopnosti v rámci primárnej starostlivosti, aby sa predišlo geografickým rozdielom v poskytovaní služieb“. Podľa neho treba vnímať úlohu poisťovní širšie ako mali doteraz, keď len preplácali účty a faktúry a zohrávali okrajovú úlohu pri udržiavaní a zlepšovaní kvality starostlivosti. Ako Dr. Boerma konštatoval, ich doterajšia úloha bola skôr „v polohe účtovníkov a je tak nevyužitá ich kapacita v dozeraní na kvalitu poskytovaných služieb. Poisťovne majú príležitosť v spolupráci s regionálnymi úradmi, použiť variabilitu zmlúv s poskytovateľmi na stimuláciu kvality poskytovania služieb, potrebných v určitých geografických oblastiach“. **Pacienti by podľa neho mali mať možnosť, ak si poisťovne nebudú takéto úlohy plniť neodvážať im celú čiastku odvodov** a „pod takýmto tlakom by sa mali z poisťovní postupne stať strážcovia kvality nad primárnou starostlivosťou“. Ku kapitálnemu systému Dr. Boerma poznamenal, že by tento platobný systém mal jasne definovať výkony v ňom zahrnuté. „V súčasnosti výkony, ktoré majú praktickí lekári vykonávať, nie sú dostatočne popísané, nie je jasne definovaný balík služieb, ktorí majú robiť sami a ktoré majú poslať ďalej k špecialistom, čím trpí kvalita služieb“. Prioritami by mali byť podľa neho starostlivosť o chronicky chorých a prevencia, ktoré nie sú dostatočne poskytované kvôli nejasnému financovaniu. Definícia služieb by mohla zahŕňať aj kvalitatívne ukazovatele.

4. Poskytovanie služieb

K odporúčaniam, týkajúcim sa poskytovania služieb Dr. Boerma uviedol, že „ide o komplexnosť služieb, poskytovaných praktickými lekármi. Rozsah výkonov počínajúc chronickými ochoreniami, menšími chirurgickými zákrokmi až po prevenciu by mal byť rozšírený vzhľadom na starnúcu populáciu a jej potreby. Rozšírenie by malo byť implementované krok po kroku do praxe“. Prieskum podľa Dr. Boermu ukázal, že jestvujú právne prekážky, ktoré bránia praktickým lekárom takéto služby poskytovať. Odporúčanie sa týka zrušenia týchto bariér a rozšírenia o množstvo výkonov. Ďalšie odporúčanie sa týka tímovej práce a súdržnosti v primárnej starostlivosti, lebo podľa prieskumu možností účinnej spo-

lupráce a tímovej práce nie sú dostatočne využívané. Zmluvy so zdravotnými poisťovňami by mohli byť tým rámcom, ktorý by to mohol podporovať. Ako v závere Dr. Boerma konštatoval, „mali by sme byť vedení jasnou víziou vlády v primárnej zdravotnej starostlivosti, zainteresované strany by mali pracovať koordinovaným a vyváženým spôsobom smerom k ďalšiemu rozvoju primárnej starostlivosti v SR. Ministerstvo by malo odovzdať reguláciu odborným spoločnostiam do takej miery, aká je možná, ministerstvo nemôže robiť úplne všetko“.

6) Postoj MZ SR k rozvoju primárnej starostlivosti na Slovensku

V závere tohto bloku vystúpil generálny riaditeľ Sekcie zdravia MZ SR MUDr. Mario Mikloši, PhD. Ako pripomenul, už v roku 2006 bolo pri analýzach jasné, že viac ako 50 % lekárov primárnej zdravotnej starostlivosti je starších ako 50 rokov. Ak k tomu pripočítame ďalších 6 rokov, je situácia skutočne alarmujúca. V rokoch 2004 až 2007 sa prostredníctvom SZU vyvzdelávalo 400 až 500 lekárov, ďalej sa to už ale neplatilo. Lekárov, ktorý chcú byť všeobecní, je len 10 % na lekárske fakultách. „Oslovili sme ministerstvo školstva i lekárske fakulty, aby sa predmet všeobecné lekárstvo vyučoval a bol zatriktívnený už na fakultách, lebo s ohľadom na vekovú štruktúru bude za 10 rokov veľký problém, ak si uvedomíme, že 6 rokov trvá štúdium na lekárskej fakulte plus 36 mesiacov vzdelávanie“. MUDr. Mikloši hovoril aj o výnose, podľa ktorého sa každý špecialista po 6 mesiacoch pobytu v ambulancii všeobecného lekára a po preskúšaní mohol stať – „bol zrušený a vrátilo sa to do starých kolají“. Ako dodal, „je požiadavka aj cez kapitolu ministerstva zdravotníctva na prostriedky, ktoré by sa mohli dávať do vzdelávania VL. ČR od roku 2009 má programy, kde dáva určité financie nielen na vzdelávanie všeobecných lekárov, ale aj na vzdelávanie iných špecialistov, ktorí sú v daných regiónoch, resp. v rámci globálneho počtu potrební“. Všeobecní lekári sa podľa MUDr. Miklošiho bránia vstupu špecialistov, ktorí si otvárajú praxe všeobecných lekárov, lebo im odobierajú pacientov a kapitácie. „Otázkou je tiež, čo s praxou, keď lekár končí, komu patrí dokumentácia – ak má lekár s. r. o., je to jednoduché a prevod je čisto obchodná záležitosť. Nikdy ale nie je predmetom predaja zdravotná dokumentácia, ktorá de facto a de jure lekárovi nepatrí“, povedal MUDr. Mikloši. Vrátil sa aj k predošlým prezetáciám poznámkou, že „vyzerá to tak, ako keby pred rokom 1990 všetko fungovalo a dnes nie. Súhlasím s tým, že všeobecný lekár by mal byť tým gate keeper, cez ktorého prechádza pacient. Názor na výmenné lístky mám z terenu aj taký, aj taký. Mať na výmennom lístku napísané – prosím o vyšetrenie je o ničom, výmenný lístok by mal mať v slušnej spoločnosti štábnu kultúru. Ani 100 % pool všeobecných lekárov nie je

dnes pripravený na to, aby mohol robiť tie veci, o ktorých hovoríme ako o malej chirurgii a pod., teda zvládnuť rozšírenie kompetencií. Ak doteraz nerobil niekto napr. malú chirurgiu, už to vo veku 65 rokov robiť nebude. Ale nebránime sa tomu, lebo je hlúposť, aby napr. odber na PSA u muža po 50 nemohol urobiť všeobecný lekár. Ale musí vedieť, čo to PSA je, akú má dynamiku a že sa nerobí každé tri mesiace“. MUDr. Mikloši zdôraznil, že všeobecné lekárstvo treba propagovať už na lekárske fakultách, aby sa do terénu dostalo viac všeobecných lekárov. Avizoval, že sa úprava vzdelávania pripravuje aj u pediatriov, lebo „tých 60 mesiacov je nehorázne dlhá doba, dôjde tam k určitému skráteniu“. Zdôraznil, že „vzdelávanie musíme riešiť, ale nielen postgraduálne, ale už v pregraduálne medicíny povedať, kto je všeobecný lekár, čo robí, aké má kompetencie, ktoré sú ale vonku širšie“. Mladých musíme podľa neho učiť, aby nebolo toľko odporúčaní k špecialistom, aby zvládli viac práce v ambulancii všeobecného lekára.

M. Mikloši reagoval aj na analýzu SZO. „Sú tri druhy klamstva – veľké klamstvo, malé klamstvo a štatistika. Zaujali ma v správe ambulantné hodiny, počet pacientov v ambulancii a čas, ktorý lekár venuje pacientovi je v nej uvedený 15 minút. Ak je 47 pacientov u pediatriov, resp. 39 u všeobecného lekára pre dospelých. keď to vynásobíme, je to 12 hodín v ambulancii, vzdelávanie, konferencie, študijné programy vychádza 1 hodina denne, návštevy pacientov ďalšia 1 hodina denne, 6 hodín musí aj lekár spať, 3 hodiny má na iné aktivity – vie niekto povedať, koľko ambulancií je otvorených 12 hodín denne, koľko 8 hodín denne?“. V ďalšej časti vystúpenia sa MUDr. Mikloši vrátil k nedostatku lekárov globálne v Európe. „Štúdia SZO z roku 2007, ale aj EÚ avizujú, že v roku 2020 bude v Európe chýbať najmenej 1 mil. zdravotníckych pracovníkov, z toho 150 000 lekárov a 500 000 sestier. Vyzerá to tak, že v roku 2020 – 2030 sa budeme musieť starať sami o seba, jeden lekár bude mať na starosti násobne viac pacientov ako dnes. Musíme sa sebareflektovať a začať to robiť inak“, konštatoval MUDr. Mikloši.

Zameral sa aj na problém LSPP. Ako povedal, „viem, kde sú tam problémy, viem že VŠZP bude riešiť platby LSPP a jej motiváciu. Máme 273 bodov zdravotnej záchranné služby, máme LSPP, urgentné príjmy, ale pacient čaká a čaká aj hodiny. Niekedy volajú ľudia aj s blbosťami, sanitka ide hore dole len preto, že nie je dobre zorganizovaná LSPP. Sú regióny ako Michalovce, kde v malom mestečku sú 2 organizátori a 2 LSPP, čo je úplná blbosť“. Súhlasil tiež s tým, že národné programy, ktoré sú schválené a fungujú, sú reálne „neefektívne, pretože benefit z nich sa nedostavil, či už je to kardiovaskulárny alebo onkologický program“. Na margo odborného usmernenia o diabetológii na adresu MUDr. Lipátka uviedol, že „ho nepísali tí 4 lekári na ministerstve, ktorých ste spomínali, písali ho diabetológovia. Viem, že tam boli tvrdé tlaky od všeobecných lekárov, aby sa zvýšili ich

kompetencie, ale je to začarovaný kruh. Keby som navštevoval všetkých špecialistov, všetci si budú tlačiť to svoje k sebe, to je jednoznačné, ale rozumná kompetencia dôjde k tomu, že prečo bude chodiť 12-krát stabilizovaný diabetik k diabetológovi, môže chodiť k všeobecnému lekárovi, s tým nemám absolútne problém“. Konštatoval tiež, že národný diabetologický program, prezentovaný na webovej stránke Slovenskej diabetologickej spoločnosti „nejestvuje, ale oni si ho tam dali. Boli rokovania s VŠZP a ďalšími poisťovňami ohľadne tohoto, lebo diabetikov pribúda, ale zase – prevencia týchto ochorení musí byť tiež už niekde na škole, aby deti nejedli fastfoody a nepili presladené nápoje“. V súvislosti so stimuláciou všeobecných lekárov platbami MUDr. Mikloši pripomenul, že „kapitácia je kapitácia, ale nad rámec je platená práve prevencia. Ak má lekár 1700 pacientov v priemere, koľko prevencií by musel spraviť, aby to stihol u všetkých za dva roky – najmenej troch pacientov denne“. Ako v závere zhrnul – „výnos je vrátený, vzdelávanie je naspäť tak ako bolo, národný diabetologický program neexistuje, odborné usmernenie robili diabetológovia, nebránim sa po stretnutí s diabetológmi a s vami upraviť kompetencie všeobecných lekárov, lebo vy máte k pacientovi najbližšie“.

7) Kam kráčaš slovenský pacient? Ako vnímame svoj osud my pacienti

Prednáška prezidentky Asociácie na ochranu práv pacientov JUDr. Evy Madajovej, v úvode reagovala na dokument SDS „Národný diabetologický program“. „Keď som si prečítala tento 6-stranový program, bola som zhrozená. Ako právnička som videla, že niektoré ustanovenia sú v rozpore so zákonmi, dokonca tam je aj rozpor s ústavou. Prečítala som si, čo v poslednej kategorizácii pripomienkovali diabetológovia, ktorým najviac v kategorizácii, čo sa týka skupiny D a liekov pre diabetikov prekážali doplatky detských diabetikov, tehotných žien a dojčiacich matiek, diabetičiek, kde sa doplatky pohybovali podľa nich až okolo 13 €. To boli pre nich najväčšie problémy. Neriešia to, že v navrhovanom diabetologickom národnom programe nie je ani len zmienka v rámci bodu prevencia o všeobecných /praktických lekároch, ani slovo o ich úlohách, o spolupráci, je tam len zmienka o tom, že sa bude spolupracovať s niektorými pacientskymi organizáciami“, povedala JUDr. Madajová, ktorú tieto skutočnosti, ako dodala, „nahnevali, lebo sa tejto problematike venujem od roku 1990 ako právnička, ale aj ako pacientka“. Preto sa aj obrátila na ministerku zdravotníctva, ktorá ju aj na takmer dvojhodinové rokovanie prijala. Ako informovala, „ministerka jasne povedala – toto nie je národný program, ministerstvo ho nevypracovalo, neschválilo, len bolo požiadané o politickú podporu“. JUDr. Madajová si položila otázku: „Čo takýto národný program prinesie diabetikom a kedy bude diabetik u praktického lekára, kedy

bude už u diabetológa, kde sa ale bežne čaká dve, tri aj viac hodín na kontrolu, ktorá je často formálna?“ Uvažovala aj nad tým, že „diabetológ pacienta s komplikáciami pošle k ďalším špecialistom, ale ak ho nepošle, pacient sám chodí od dverí k dverám a nikto ho nemanuže – a čaká aj tri mesiace, aby mu bolo vyšetrené EMG, alebo môže ísť do nemocnice, kde sa mu vyšetří hneď...“. V tejto súvislosti JUDr. Madajová upozornila, že „takto sa vzácné zdroje nešetria, hospitalizácie sú oveľa nákladnejšie ako by bolo vyšetrenie EMG a starostlivosť u praktického lekára“.

Prezidentka AOPP pripomenula aj pozíciu Slovenska v hodnotení zdravotnej starostlivosti. V roku 2008 bolo na 26. mieste, teda tretie od konca. „Hodnotiace dotazníky neboli diabetológmi vyplnené úplne, aj preto sa Slovensko tak umiestnilo“, uviedla JUDr. Madajová príčinu, ktorú asociácia vypátrala. V tomto roku sa SR umiestnila na 16. mieste. Podľa nej „sa to zdá potešujúce, že sme si polepšili. Ale ak sme vyplnili tento rok dotazníky úplne a kompletne, nebolo to zlepšenie až také reálne, lebo my, ako pacienti nejaké veľké zlepšenie nepociťujeme“, zdôraznila JUDr. Madajová.

8) Prednáškový blok: „Kam kráčaš všeobecné lekárstvo?“

Uvodnú prednášku tohto bloku Úlohy praktického lekárstva v ére starnutia populácie a multimorbidity mala prof. MUDr. Hana Kubešová, CSc., z LF Masarykovskej univerzity v Brne, prednostka Klinika internej, geriatrickej a praktického lekárstva FN Brno. „Napĺňajú sa prognózy, na ktoré ako geriatrici upozorňujeme už 20 rokov a v Česku môžeme sledovať konečne malý posun od populistických novinových článkov k rokovacím stolom. Ako vy, aj my pociťujeme nárast nákladov na zdravotnú a sociálnu starostlivosť, narastajúci počet seniorov s kognitívnym deficitom a narastajúci počet nesebestačných seniorov. Demografický vývoj –ukazuje, že 15,5 % populácie má v ČR viac ako 65 rokov, stredná dĺžka života pri narodení je u mužov 75 rokov, u žien je to 81 rokov“, charakterizovala súčasnú situáciu prof. Kubešová. Upozornila, že prvýkrát v 90. rokoch viac ľudí v Česku umrelo ako sa narodilo a že v oboch štátoch bývalej federácie sa v 90. rokoch vytvorila takáto nepriaznivá situácia. Vzhľadom na geriatrickú populáciu sa v ČR, a zrejme aj v SR, „menia nemocničné systémy, redukovávajú sa lôžka akútnej starostlivosti, redukovávajú sa ale aj akútne geriatrické lôžka v nemocniciach. Situácia v dostupnosti lôžok JIS pre seniorov je neuspokojivá, je potrebné ale zmeniť kritériá pre prijatie seniorov na JIS. Ako priaznivý sa javí rozvoj postakútnej starostlivosti“. Podľa prof. Kubešovej ale stále pretrvávajú názor, že geriatrická starostlivosť je vlastne starostlivosť v liečebniach dlhodobo chorých a že u týchto pacientov je na všetko čas. Upozornila aj na to, že premena lôžok akútnej starostlivosti na lôžka následnej starostlivosti

si vyžaduje adekvátnu reedukáciu personálu a tvorba modelu dlhodobej starostlivosti, o ktorej sa v Česku intenzívne diskutuje má byť optimálnou kombináciou zdravotných a sociálnych služieb, kde sa stretnú zdroje oboch odborov.

„U staršieho človeka sa všetko radí do kaskád, ak necháme jednu patológiu fungovať dlhšie, naštartuje sa fatálna kaskáda ďalších patológií, ktoré pacienta vrhnú do oveľa horšieho stavu s horšou vyhládkou na návrat k sebestačnosti a do jeho prostredia. Chorý vyššieho veku nie je pacientom primárne dlhodobým“, podčiarkla prof. Kubešová. Uviedla ďalšie informácie – občania starší ako 65 rokov tvoria 15,5 % populácie v ČR, v roku 2050 to bude nad 30 %, pritom občania nad 60 rokov spotrebujú 60 % nákladov na zdravotnú starostlivosť, 80 % seniorov žije vo vlastnom prostredí buď samostatne alebo za pomoci príbuzných a susedov, 20 %, teda 160 000 žije v ústavnej starostlivosti. Ako doplnila, „praktický lekár už dnes venuje 80 % ordináčnej doby pacientom nad 65 rokov, **je vlastne geriatrom 1. línie, zachytáva prvé komplikácie, nepriaznivé trendy vo vývoji zdravotného stavu seniorov**“. V prednáške hľadala prof. Kubešová spôsoby, čo robiť. Ako povedala, „môžeme maximálne podporiť terénne služby – domácu starostlivosť, home care s cieľom zachovať sebestačnosť seniorov a ich schopnosť zotrvať vo vlastnom prostredí, vytvoriť a zaviesť systém akreditácií poskytovateľov služieb, zaviesť systém kontroly kvality všetkých seniorských zariadení. Z nárastu počtov seniorov bude vyplývať aj potreba adekvátneho a efektívneho financovania zdravotnej a sociálnej starostlivosti, zabezpečenia dostupnosti liekov, zdravotníckeho materiálu, kompenzačných pomôcok“. Stále sú podľa prof. Kubešovej neuspokojivo riešené oblasti, ako je dlhodobé sledovanie, odborný dohľad nad seniormi, žijúcimi vo vlastnom prostredí. „Niektoré choroby sú poddiagnostikované a významne ovplyvňujú celkový zdravotný stav a kvalitu života seniorov, dokážu ich obráť o sebestačnosť – ide napr. o demenciu, depresiu, osteoporózu a sarkopéniu. Problémom je aj to, že populácia dospelých v strednom veku má minimálne povedomie o možnosti prevencie geriatrických syndrómov“, konštatovala prof. Kubešová.

Dôsledkom neriešených situácií je, že 29 – 50 % hospitalizácií seniorov spôsobia chyby v užívaní liekov, liekové interakcie a nežiaduce účinky liekov. Českí seniori užívajú v priemere 4 až 8 druhov liekov, pritom o nákupe voľnopredajných liekov sa geriatrici často ani nedozvedia – až 60 % seniorov si kupuje vitamíny, vyše 40 % analgetiká, 30 % nesteroidné antireumatiká. „Ak senior užíva 2 druhy liekov, sú možné 4 interakcie, keď užíva 8 druhov liekov je možných teoreticky až 64 interakcií, ak užíva 1 až 2 lieky budú mať nežiaduce účinky 2 % seniorov, nežiaduce účinky ak užíva 10 a viac liekov bude mať až 18 %“, vyčíslila prof. Kubešová. Ďalším dôsledkom je 15 % seniorov v domácom prostredí

a 30 % seniorov v inštitúciách je depresívnych, ale reálne diagnostikovaných a liečených je len 10 % z nich. Prof. Kubešová uviedla ako ďalší dôsledok neriešených situácií aj to, že „prevažná väčšina demencií sa diagnostikuje až v štádiu závažných porúch správania, teda minimálne v strednom stupni demencie, kedy liečenie už len pozastavuje chorobu. Pritom pri včasnom záchyťe demencie má liečba excelentné výsledky“. Ďalšou skupinou dôsledkov je, že až 66 % žien po umelej menopauze, 50 % žien po prirodzenej menopauze a 33 % mužov má osteoporózu, ale liečených je cca 10 % z nich.

V prezentácii konkretizovala prof. Kubešová navrhované opatrenia, o ktoré by sa mali usilovať spoločne geriatri a praktickí lekári. „Ide o posilnenie úlohy praktického lekára ako gate keepera seniorov, obnovenie pozície geriatrickej sestry zrušenej v roku 1990, kedy seniori tvorili menej ako 15 % populácie. Podali sme ministrom zdravotníctva návrh na začlenenie screeningových testov na depresiu a demenciu do pravidelných preventívnych prehliadok od 65. roku veku, ako aj návrh na masívnu informačnú kampaň zameranú na prevenciu geriatrických syndrómov“, informovala účastníkov prof. Kubešová. Ako na záver zdôraznila, tým, že sa geriatri a praktickí lekári staráme o značnú časť populácie, vynárajú sa problémy, ktoré majú celospoločenský charakter a z tohto pohľadu je ich potrebné v oboch našich štátoch aj riešiť“.

9) Aktuálna problematika odboru všeobecného lekárstva na Slovensku

MUDr. Monika Palušková, MBA, novovymenovaná hlavná odborníčka. oslovila publikum spoločnou prezentáciou troch lekáriek nazvanou „Aktuálna problematika odboru všeobecného lekárstva na Slovensku“. Podľa novej hlavnej odborníčky pre všeobecné lekárstvo to, že „máme problémy vieme všetci, ale nestačí o nich len hovoriť, musíme začať niečo robiť, ako ich aj riešiť, už je najvyšší čas“. Aktuálnych problémov odboru je podľa MUDr. Paluškovvej veľmi veľa, prezentovala ich v niekoľkých bodoch. „Je to vysoký vekový priemer lekárov a je možné, že ak otvoríme brány edukácie, omladíme sa. Absentuje pregraduálna výučba, nedostatky postgraduálnej edukácie ste možno zažili aj vy. Stará známa vec je neexistencia učebných textov, ale myslím, že do 3 rokov najneskôr by sme predložili učebné texty, ktoré by doplnili to, čo si môže všeobecný lekár zohnať a „vygúglovať“. Vieme o oklieštených kompetenciách odboru, rovnosť v úhradách za prácu je tiež stará známa vec. Ťažko sa to vysvetľuje zahraničným kolegom, ale my vieme, že je rozdiel, ak všeobecný lekár pracuje niekde na lazoch či v rómskej osade a iný pracuje v meste v pohodlí dobre vybavenej ambulancie. Nároky a očakávania na oboch sú veľké, každý z nich má špecifické cesty, ako ich na-

pĺňať. Ten, kto nemá k dispozícii pohodlie ambulancie v meste, kto musí chodiť aj v gumákoch po lazoch, by mal byť motivovaný k tomu, aby na svojom mieste ostal, aby neutekol. S tým súvisí aj nerovnomerné rozdelenie ambulancií, vieme aká je situácia na vidieku a v mestách. Cítíme aj neexistenciu znalcov, trvalé znevažovanie odboru a nedostatočný lobing je, tak povediac naša vec, môžeme si za to aj sami. Lobujeme málo a nedostatočne, často aj nekvalifikovane a dovoľíme, aby nás znevažovali“, uzavrela aktuálne problémy MUDr. Palušková.

Spôsob, ktorý by mohol problémy odboru riešiť pri edukácii medikov, ktorí vedia o odbore málo, je zaradenie prednášok z odboru na všetkých lekárske fakultách v 4. a 5. ročníku s povinnými zápočtami, ale aj povinná prázdninová prax, napr. celková dĺžka 2 týždne na zmluvných LSPP a ambulanciách. „Musíme medikov naučiť, ako to vyzerá vonku v praxi, ako vyzerá obhliadka mŕtveho, ako sa spisuje dokumentácia, ako sa správne diagnostikuje a lieči, ako sa komunikuje s pacientom. To sa nikdy nikdo nenaučil v učebni, alebo niekde za počítačom“, zdôraznila MUDr. Palušková. Čo sa týka tém ŠVOČ z odboru všeobecné lekárstvo, za posledné roky nebola vypracovaná žiadna takáto práca. Ďalšie návrhy prezentovala hlavná odborníčka pri edukácii lekárov. „Zrušenie výnosu MZ SR o doplnkovom odbornom vzdelávaní, ktoré má platiť od 1. októbra, zefektívnenie predatestačnej prípravy – lekár ktorý má záujem o odbor by mal povinnosť absolvovať aspoň 10 služieb LSPP, RZP alebo RLP, lebo nestačí sedieť v teple ambulancie, ale treba ísť von do terénu, treba sa naučiť riešiť aj konfliktne situácie. Za veľmi podstatné považujeme vytvorenie rezidentských miest pre mladých lekárov, pričom preberme skúsenosti z ČR či odinakaďaľ, neobjavujme Ameriku, tá už je a učešme ich na naše pomery. Som presvedčená, že v priebehu 9 mesiacov dokážeme vytvoriť veľmi relevantný program tvorby, fungovania a financovania rezidentských miest“, vyjadrila presvedčenie MUDr. Palušková. Medzi ďalšie návrhy vzdelávania patrí vytvorenie ponuky kreditovaných kurzov na katedre VL SZU, napr. vykonávanie a hodnotenie EKG, právna problematika či komunikácia v praxi všeobecného lekára, pracovná zdravotná služba, či pravidelné kurzy resuscitácie.

Z návrhov týkajúcich sa praxe lekárov MUDr. Palušková prezentovala novelizáciu zákona 363/2009 o očkovaní, ktorou sa vráti vakcinácia od 1. januára 2013 do pôvodného stavu a aktívnu účasť všeobecných lekárov na tvorbe systému eHealth. „Musíme si spoločne sadnúť a prediskutovať, ako môžeme prispieť k tvorbe eHealth. Veľa sa o tom pohovorilo, málokto ale vie, čo v súčasnom návrhu na ministerstve zdravotníctva je. Je našou morálnou povinnosťou voči odboru a povinnosťou voči sebe ako podnikateľom zabezpečiť reálne finančné fungovanie ambulancií v súlade s platnou legislatívou. Ak sa do tohto procesu nezapojíme, darmo

budeme nariekať o pár mesiacov, že nám nikto nič nepovedal. Pokiaľ sa nedáme dohromady a nepovieme, čo v eHealth chceme, nikto nám to neponúkne“, zdôraznila MUDr. Palušková.

Medzi ďalšie návrhy patrí povinné vedenie zdravotnej dokumentácie pacientov elektronicky, taxatívne vymedzenie veku pacientov v kompetencii všeobecných lekárov, povinný kreditovaný kurz pracovnej zdravotnej služby v ambulancii všeobecného lekára, rozšírenie kompetencií všeobecného lekára v rámci pracovnej zdravotnej služby, ktorá má v ambulanciách veľké, aj finančné rezervy, preventívne prehliadky, ktorých súčasný design je nedostatočný (odbery, EKG, okultné krvácanie, vekové obmedzenia), úspory pri SValZ – DRG, duplicita, objednávateľia a ich povinnosti, úhrada, kompetencie, podpora všeobecných lekárov v problematických regiónoch (rómske osady, malé obce a lazy, geriatrickí pacienti) napr. dovybavením ambulancií, účasť pri riešení komplexnej zdravotnej starostlivosti o ohrozené skupiny obyvateľov, povinný kurz vyhotovenia a interpretácie EKG, bez čoho všeobecný lekár nie je všeobecným lekárom, úspora pri výkonoch a preskripcii v ŠAS (vyšetrenia ŠAS, prevozy, odporúčanie na predpis liekov predĺžiť na 1 rok), zásadné je uvoľniť predpis zdravotníckych pomôcok pre imobilných pacientov (plienky, vložky) pre všeobecných lekárov.

„LSPP ako všetci vieme je zneužívaná a podľa môjho názoru aj zbytočná. Nie je mysliteľné, aby sme cestovali k pacientovi 40 či 50 km o tretej nadržanom len preto, že ho dva dni škriabe v hrdle a nakoniec ho musíme budiť, lebo spí. To je absurdné, aby sme tam išli, pozreli mu do hrdla a nechali recept, na ktorý si lieky vyberie na druhý deň. A náš výjazd stál približne 100 €“, komentovala MUDr. Palušková požiadavku na zákonné vymedzenie LSPP do 22.00 hodiny. Cestou k minimalizovaniu zneužívania LSPP by podľa nej mohlo byť aj hlásenie zneužitia zdravotnej poisťovni, ktorá by mala trvať na náhrade, rozhodná požiadavka na uzákonenie toho, aby zdravotníci počas služby mali inštitút verejného činiteľa a boli tak chránení. MUDr. Palušková tiež upozornila na potrebu súdnych znalcov v odbore, doteraz nie je ani jeden a prácu všeobecných lekárov na súdoch posudzujú iní odborníci, zväčša internisti alebo chirurgovia. Je tiež zámer ponúknuť znalcov aj pre ÚDZS a zdravotné poisťovne. Potrebná je aj podpora pozitívnej prezentácie práce všeobecných lekárov v médiách a lobing, pravidelné konzultácie na MZ SR so snahou o racionalizáciu práce všeobecných lekárov a boj o využívanie fondov EÚ na rozvoj ambulancií. Ako na záver MUDr. Palušková zdôraznila, „naš odbor je v systéme nepostrádateľný, musí byť zviditeľnený a rešpektovaný. Máme ho radi, ale bude iba taký, aký si ho vytvoríme“.

Dikantova cena

Výbor SSVPL SLS udelil Dikantovu cenu za rok 2011 pani **MUDr. Jane Bendovej z Veľkého Biela**, za prednášku

„Odporúčané postupy SSVPL SLS v onkológii“.

Ktorá odznela 13.10.2011 na XXXII. výročnej konferencii SSVPL SLS.

Cenu prezidentky SSVPL SLS MUDr. Ivety Vaverkovej

Tlakový Holter Physioquant od firmy Envitec v hodnote 1200 €

na XXXIII. Konsolidačnej výročnej konferencii SSVPL SLS

získala ambulancia **MUDr. Mariana Makucha z Kapušian pri Prešove.**

Wonca World konferencia 2013, 25.-29. Jún 2013 Praha



Na budúci rok v júni privíta Praha všeobecných/ praktických/ rodinných lekárov z celého sveta – 25. Júna 2013 sa začne XX. Konferencia WONCA WORLD 2013. Je to udalosť, ktorej sa zúčastňuje 3 až 4 tisíc lekárov z celého sveta. Konferencia ponúka okrem aktuálnych odborných informácií aj jedinečnú príležitosť stretnúť sa s kolegami z celého sveta, vymeniť si skúsenosti a získať nové inšpirácie a podnety. Po prvý krát v histórii nielen tejto konferencie, ale aj v histórii našej odbornej spoločnosti sa staneme aj my významnou súčasťou tejto udalosti. SSVPL SLS bola prizvaná ako spoluorganizátor Česko – Slovenského dňa, ktorý sa uskutoční 28.6.2012. Veľkou výhodou tejto akcie je, že rokovacím jazykom sú čeština a slovenčina. Tým sa otvára naozaj jedinečná možnosť pre všetkých kolegov, ktorým nie je angličtina blízka, aby bez stresu zažili atmosféru a energiu podujatia. Všetci ste srdečne pozvaní.

Je možné zúčastniť sa celosvetovej konferencie WONCA aktívne – zaslaním abstraktu do 31.12.2012 v angličtine, podrobné pokyny nájdete na stránke www.wonca2013.com. Pre tých, ktorí sa chcú zúčastniť Česko – Slovenského dňa môžu zaslať abstrakt do 28.2.2013 v slovenčine na wonca@vpl.sk. SSVPL SLS má prisľúbený grant na podporu kolegov, ktorí budú mať aktívnu účasť individuálnu alebo v projektoch SSVPL SLS na WONCA 2013 – či už v česko-slovenskej časti, alebo v anglickej časti a uhradí za nich registračný poplatok na konferenciu (do výšky grantu).

Aj pre tých menej odvážnych, ktorí si netrúfajú na aktívnu prezentáciu máme dobrú správu. Po rokovaníach s českými kolegami sa podarilo dohodnúť len polovičnú sumu registračného poplatku, ktorý bude 425 USD. Treba spomenúť aj výhodu, že cena registračného poplatku zahŕňa voľný cestovný lístok na metro a ostatnú pražskú mestskú dopravu. Taktiež sú pre účastníkov pripravené zaujímavé sprievodné kultúrne aktivity. Konferencia odpovedá cca 30 kreditom CME.

Na svetovú konferenciu lekárov prvého kontaktu vás pozývajú a tešia sa na stretnutie v Prahe. kolegovia zapojení do príprav WONCA 2013:

Vedecký výbor WONCA 2013: MUDr. Jana Bendová

Organizačný výbor: MUDr. Beáta Blahová

Medzinárodný poradný výbor: MUDr. Pavol Štec

Čestný výbor: MUDr. Iveta Vaverková, MPH

Abstract reviewers: MUDr. Bendová, MUDr. Blahová, MUDr. Bérešová, MUDr. Štec, MUDr. Vaverková, MPH,
MUDr. Jurgová, CSc., MUDr. Marko, MPH

Predsedenstvo v AJ sekciách: MUDr. Bendová, MUDr. Jurgová, CSc., MUDr. Marko, MPH, MUDr. Vaverková, MPH

Predsedenstvo v Č-S sekciách: MUDr. Jandžíková, MUDr. Bérešová, MUDr. Makara

Koordinátor projektov SSVPL SLS pre Wonca World konferenciu: MUDr. Peter Lipták

O svetové konferencii praktických lekárov WONCA 2013

Fakt, že Spoločnosť všeobecného lekárství ČLS JEP je pořadatelem světové konference praktických a rodinných lékařů WONCA a Praha se stane v červnu 2013 Mekkou všeobecného lékařství, si ještě mnozí praktici u nás ani neuvědomují. Českému praktickému lékaři přitom může účast na prestižní akci kromě aktuálních odborných informací přinést unikátní možnost kontaktu s kolegy z celého světa, mezinárodní výměny zkušeností a získání globální perspektivy. Konference může přinést odborné společnosti i oboru doma i v zahraničí velký respekt a uznání. Příprava takové konference je ale velký závazek pro výbor SVL a vyžaduje vysoké osobní nasazení organizátorů.

Vyhodnotenie projektov Dní žíl 2012 a Dní zdravého srdca 2012

Dni žíl 2012

Projektu sa zúčastnilo 61 všeobecných lekárov. 38 zaslalo aspoň 30 správne vyplnených dotazníkov a z nich sme vylosovali ceny pre týchto kolegov:

1x Boso ABI system 100-komplet v hodnote 2 388,00 €,
1x Tonometer Boso Mercurius-E v hodnote 165,60 €,
1x Tonometer Boso Profitest v hodnote 45,60 €,
1x Tonometer Boso Prestige v hodnote 98,40 €,
1x Tonometer Boso Clinicus v hodnote 45,60 €,
1x Tonometer Boso Kil v hodnote 32,40 €,
1x Oxymeter Heal Force Prince100A v hodnote 92,40 €,
1x Oxymeter Heal Force Prince v hodnote 166,80 €,
1x Oxymeter Heal Force Prince v hodnote 130,80 €,
1x Fonendoskop Boso Boli v hodnote 25,20 €,
1x Fonendoskop Boso Cardioscope v hodnote 202,80 €,

[MUDr. Oľga Mišovcová, Topolčany](#)
[MUDr. Anna Androvičová, Liptovský Mikuláš](#)
[MUDr. Juraj Dušák, Humenné](#)
[MUDr. Monika Palušková, Bátorové Kosihy](#)
[MUDr. Ján Vojcek, Nové Zámky](#)
[MUDr. Cyril Ivančo, Jelšava](#)
[MUDr. Eva Janíčková, Špišské Podhradie](#)
[MUDr. Jarmila Kohoutová, Myjava](#)
[MUDr. Eleonóra Bellová, Bratislava](#)
[MUDr. Gabriela Kuniková, Nitra](#)
[MUDr. Viera Murcková-Kuzmická, Bratislava](#)

Dni zdravého srdca 2012

Projektu sa zúčastnilo 33 všeobecných lekárov. Vylosovali sme ceny pre týchto kolegov:

3x POCT (point of care testing) prístroj BeneCheck PLUS
v hodnote 80,00€ na vyšetrenie glukózy a cholesterolu:

1x Tonometer Boso Mercurius-E v hodnote 165,60 €,
1x Tonometer Boso Profitest v hodnote 45,60€,
1x Tonometer Boso Prestige v hodnote 98,40 €,
1x Tonometer Boso Clinicus v hodnote 45,60 €,
1x Tonometer Boso Kil v hodnote 32,40 €,
1x Oxymeter Heal Force 100A v hodnote 92,40 €,
1x Oxymeter Heal Force 100C1 v hodnote 166,80€,
1x Oxymeter Heal Force 100B3 v hodnote 130,80€,
3x Fonendoskop Boso Cardioscope v hodnote 202,80€

[MUDr. Emília Čičková, Zborov nad Bystricou](#)
[MUDr. Andrej Kriššák, Svätý Jur](#)
[MUDr. Viliam Chromý, Nižná nad Oravou](#)
[MUDr. Peter Pekarovič, Hlohovec](#)
[MUDr. Mária Puklušová, Spišská Nová Ves](#)
[MUDr. Kamil Jurko, Spišská Nová Ves](#)
[MUDr. Juraj Semjan, Sečovská Polianka](#)
[MUDr. Eleonóra Pintérová, Nové Zámky](#)
[MUDr. Daniela Šustáková, Banská Bystrica](#)
[MUDr. Tatiana Vejmělková, Trnava](#)
[MUDr. Beáta Kopáčiková, Bratislava](#)
[MUDr. Marián Sivoň, Popudinské Močidlany](#)
[MUDr. Mária Tothová, Banská Bystrica](#)
[MUDr. Katarína Tesárová, Bratislava](#)

Prístroje doručí vylosovaným kuriér v najbližšej dobe, veríme, že to stihne do Vianoc 2012.

Výhercom blahoželáme.

Ďakujeme za účasť všetkým zúčastneným a tešíme sa na väčšiu účasť v projektoch SSVPL SLS v roku 2013.

MUDr. Peter Lipták, koordinátor projektov.

Ptali jsme se Doc. Seiferta, předsedy organizačního výboru WONCA 2013

1. Jak to vypadá s přípravou konference WONCA?

Těch 5 let od přidělení kongresu naší společnosti strašně uteklo, ale mohu konstatovat, že se držíme stanoveného časového plánu. Letos v červenci jsme otevřeli na webových stránkách wonca2013@guarant.com registraci a příjem abstrakt. A již registrujeme první zájemce. Daří se nám marketing v zahraničí, máme vysoké hodnocení od reprezentantů světové organizace WONCA. Získali jsme vynikající osobnosti jako klíčové řečníky, máme již kostru odborného programu. Máme podporu domácích autorit. Roste zájem sponzorů.

2. Kdo všechno se podílí na přípravě konference?

Především máme silného a zkušeného partnera ve společnosti Guarant. Od začátku mám po boku Dr. Václava Beneše, který organizoval v Praze Evropskou konferenci WONCA v roce 1997, a mám zásadní podporu předsedy SVL, doc. Svatoopluka Býmy. Postupně byly ustaveny potřebné výbory; organizační a vědecký, ve kterých jsou angažovány zhruba tři desítky našich kolegů. Významnou roli hrají zástupci mladých praktiků. Do výborů byli pozváni i slovenští kolegové, v čele s Dr. Ivetou Vavřkovou, předsedkyní partnerské slovenské organizace. Funkci předsedy Čestného výboru konference přijal prof. Jaroslav Blahoš, předsedou Mezinárodního poradního výboru je prof. Igor Šváb, ze Slovinska, který byl hostem naší konference před 2 lety. Již teď mně agenda konference zabírá desítky hodin týdně. To právě ale začne v lednu příštího roku.

3. Jaké jsou odhady účasti?

Na evropské konference jezdí tak 2 až 3 tisíce lékařů. Je třeba si uvědomit, že na rozdíl od kongresů specialistů, polovina účastníků kongresů WONCA si kongres hradí sama; buď

z vlastních nebo grantových prostředků. Proto je důležité, že naše konference je o den delší a přitom levnější než byly evropské konference loni ve Varšavě nebo letos ve Vídni. S využitím internetu i osobními návštěvami kongresů dáváme o sobě vědět i mimo Evropu. Naposledy na kongresu Americké akademie rodinných lékařů ve Filadelfii, kde byl zájem o Prahu veliký. Věřím, že účast přesáhne tři tisíce, těším se na čtyři a sním o pěti. Hlavně aby nebe nad Islandem bylo čisté...

4. Jakou očekáváte účast českých lékařů?

Přál bych si, aby vzali naši praktici konferenci za svou, jako oslavu naší práce. Věřím, že se představíme i odborně, že budou české příspěvky; postery, vystoupení, že naši lékaři povedou odborné sekce. Poplatky pro násince jsou redukovány na polovinu (425 dolarů), věřím i v podporu firem. Navíc je tu Česko-slovenský den, který bude v českém a slovenském jazyce. Bude-li na konferenci registrováno méně než 200 Čechů a Slováků, budu zklamaný.

5. Mohou se čeští praktičtí lékaři zapojit do přípravy konference?

Postupně do práce v obou výborech, organizačním i vědeckém, zapojujeme více a více lidí. K reklamě konference mohou přispět všechny možné profesní kontakty kolegů ve světě. V Praze a okolí budu vděčný za lékaře, kteří nabídnou návštěvu své ordinace účastníkům konference. Budeme organizovat sbírku na podporu účasti lékařů z rozvojových zemí. Nejvýznamnější podporou konference je ale vlastní účast. V rámci kongresu tady v Karlových Varech, v pátek 9. listopadu v 15 hod, pořádáme informativní setkání se zájemci o světovou konferenci WONCA 2013, kde bude možné jít do detailů.

Otázky pro MUDr. Nelu Šrámkovou, reprezentantku Mladých praktiků ve vědeckém výboru WONCA 2013

1. Jak jsou Mladí praktici zapojeni do přípravy konference WONCA 2013?

Několik členů naší organizace se podílí na přípravách konference v organizačním a vědeckém výboru, další členové pomáhají na tvorbě vědeckého programu (hodnotitelé abstrakt). Mladí praktici se také snaží propagovat konferenci WONCA 2013 nejen mezi českými lékaři, ale také na zahraničních konferencích (Wonca Europe ve Varšavě a ve Vídni). V první řadě se ale připravujeme na organizaci Prekonference WONCA Prague 2013, kterou chystáme ve spolupráci se sdružením Vasco da Gama.

2. O čem bude Vaše prekonference?

Jde o 2-denní setkání mladých praktických lékařů, které se koná tradičně před zahájením samotné konference WONCA. Prekonference probíhá formou workshopů, které vždy spojuje jedno téma (pro rok 2013 bude korespondovat s tématem konference WONCA - "Care for Generations"). Zakončením je společné setkání účastníků, na kterém jednotlivé pracovní skupiny prezentují svoje závěry (často velmi originální formou - v podobě krátkého filmu, ilustrací, power pointu). Velkou ctí pro naši prekonferenci bude vystoupení dvou klíčových řečníků, kterými budou současný a budoucí prezident WONCA World, Dr. Richard Roberts (USA) a prof. Michael Kidd (Austrálie).

3. Co je to organizace Vasco da Gama?

Organizace Vasco da Gama je sdružení evropských mladých praktických lékařů (lékařů ve specializační přípravě a do 5 let po atestaci), které nabízí prostor pro setkávání, inspiraci a získávání nových zkušeností mezi mladými PL. Vasco da Gama tradičně připravuje prekonferenci v Evropě, nyní však má před sebou větší výzvu - prekonferenci světovou. Ze zahraničí se budou na prekonferenci podílet i americké sdružení mladých praktiků (Waynakay) a asijské skupiny (Spice Route, Rajakumar).

4. Jakou účast předpokládáte ?

Vzhledem ke světové prekonferenci, která je vůbec první oficiální prekonferencí tohoto druhu, uvítáme lékaře nejen z Evropy, ale také z Asie, Ameriky nebo Afriky. Očekáváme účast 100 - 150 lidí. Na prekonferenci je standardní účast vždy maximálně dvou zástupců z jedné země. Navíc lékaři z méně rozvinutých zemí si budou moci požádat o příspěvek na konferenční poplatek od hostitelské organizace nebo od sdružení Vasco da Gama.

5. Jak se mohou zapojit ostatní Mladí praktici?

Mladí praktici jsou zváni k účasti na konferenci WONCA 2013, stejně jako na prekonferenci WONCA Prague 2013. Kromě toho rádi využijeme nabídky našich kolegů, kteří by chtěli pomoci nejen při organizaci prekonference ale i doprovodných akcí (společenský program, ubytování, nabídka návštěvy praxí apod.)

Na otázky odpovídá MUDr. Václav Beneš, předseda Vědeckého výboru WONCA 2013

1. O čem se bude na konferenci jednat?

Rámcové téma konference je „Care for Generations“. Zvolili jsme toto co nejširší téma, aby bylo možné zařadit příspěvky z co nejširšího spektra práce PL a navíc s cílem do programu angažovat i pediatrii a geriatrii jejichž kompetence mnohde v zahraničí rodinní lékaři plní. Takže v plánovaných 15 paralelních sekcích budou probíhat jednání na nejrozličnější ušší problémy tak, aby si každý mohl vybrat podle svého zájmu a měl naplněný svůj vzdělávací cíl.

2. Jak se může český/slovenský praktik aktivně účastnit na programu?

Pro účast na hlavním programu konference WONCA je třeba se zaregistrovat na zmíněných webových stránkách WONCA2013.com; pak je umožněn přístup do „participants ´ personal area“, kde jsou vyjmenována pravidla pro zaslání abstraktu. Tentokrát pouze v elektronické formě, což je již světový standard, a navíc umožňuje snadnější rozesílání hodnotitelům abstrakt, sestavení programu konference, zhotovení knihy abstrakt a jiných operací.

3. Dokdy je možné zaslat abstrakt a kdy se praktik dozví, že byl přijat?

Systém k příjmu abstrakt je přístupný od července t.r. a poslední termín k dodání abstraktu je 31. prosince 2012. Poté proběhne hodnocení abstrakt a zařazení do programu; účastník bude vyrozuměn o přijetí/nepřijetí do konce února 2013.

4. Co je to Česko-Slovenský den?

Původní myšlenka o Česko-Slovenském dnu byla obnovit tradiční společné konference bývalé federální Československé společnosti VL. Dalším přínosem této aktivity je umožnit přístup na největší mezinárodní konferenci kolegům, kteří z nejrozličnějších důvodů (nejčastěji jazykových) se jich v minulosti nezúčastňovali. Možnost „nasát“ atmosféru velké konference, kde jsou samozřejmě i kolegové mluvící jinak než anglicky a současně využít této možnosti ke vzdělávání v rodném jazyce na ČS dnu, který bude probíhat v paralelním programu WONCA.

Navíc přístup na konferenci WONCA bude mít cenové zvýhodnění pro kolegy z ČR a SR. Více o programu této části konference má dr. Herber, který ji organizačně zajišťuje.

5. Je možné od organizátorů konference získat finanční podporu na účast pro české nebo slovenské kolegy?

Bohužel ČR a SR již nepatří mezi ekonomicky hendikepované země, podle měřítek WHO a jiných mezinárodních organizací, takže nárok na stipendium (bursary) budou mít jen kolegové PL lékaři z vyjmenovaných států, které naleznete na webových stránkách konference. Je však samozřejmě, že podporu si mohou PL domluvit s vlastní odbornou/profesionální společností, Univerzitou, MZ či jiným vhodným subjektem.

*Srdečně zvou zájemce o světovou konferenci WONCA Praha 2013 na **INFORMATIVNÍ SETKÁNÍ S ORGANIZÁTORY***

Pátek, 9.listopadu, od 15 do 16 hod hod v místnosti.....

Doc. MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D., předseda organizačního výboru konference WONCA 2013

Stanovisko výboru SSVPL SLS ku konsolidácii všeobecných lekárov z 22.11.2012

Výbor SSVPL SLS sa dlhodobo usiluje o zjednotenie všetkých všeobecných lekárov. Z tohto dôvodu sme XXXIII. výročnú konferenciu nazvali konsolidačnou a tak sme si vytýčili neľahkú úlohu. V prípravnom období všetky naše aktivity smerovali k zjednoteniu všeobecných lekárov. Navrhli sme vznik platformy „Aliancie VLD“, v rámci ktorej sa spojili všeobecní lekári v Zdravite, SLK a SSVPL SLS do spoločného bloku pre rokovania so zdravotnými poisťovňami. Pritom sme sa nijako neusilovali posilniť sebecky iba našu pozíciu, ale cielene sme posilňovali pozíciu celej spoločnej platformy a v nej predovšetkým pozíciu SLK. Prostredníctvom nášho časopisu „Všeobecný praktik“ sme opakovane vyzývali všeobecných lekárov k odovzdaniu mandátu pre SLK a organizovali sme podpisovanie mandátnych zmlúv. Preto má dnes SLK spolu so Zdravitou viac ako 70% všetkých VLD. Sme najsilnejšia zorganizovaná skupina lekárov a veríme, že sa to VLD aj podarí zužitkovať pri rokovaní so zdravotnými poisťovňami. K ďalšiemu prehĺbeniu konsolidácie nášho segmentu došlo na úspešnej výročnej konferencii vo V. Tatrách. Okrem toho, že sa jej zúčastnilo cca 800 účastníkov z celého Slovenska, na diskusných blokoch s WHO, s MZ SR a so zdravotnými poisťovňami sme zaznamenali ďalší posun k skutočnému koordinovanému postoju predstaviteľov Zdravity, predsedníctva sekcie VLD a výboru SSVPL SLS. Nadviazali sme lepšie kontakty aj s VLDD, so zdravotnými sestrami a organizáciami pacientov. Pozitívne vnímame, že aj skupina VLD okolo MUDr. Zuzany Nedelkovej sa zúčastnila našej konsolidačnej konferencie. Konkrétne za túto skupinu vystupovali v diskusii k problémom a návrhom ich riešenia najčastejšie MUDr. Peter Marko a MUDr. Valéria Vasilová. Je to ďalší signál o zjednocovaní všeobecných lekárov. Táto skupina VLD má v našom 14 člennom výbore štyroch zástupcov (MUDr. Zuzana Nedelková, MUDr. Peter Marko, MUDr. Valéria Vasilová a MUDr. Imrich Herbáček). Plne rešpektujeme ich mandát od členskej základne, ktorým získali svoje postavenie vo výbore SSVPL SLS. Ako ukázala aj náročnosť skončenej konsolidačnej konferencie, slovenskí VLD, ich odborná spoločnosť SSVPL SLS a jej výbor potrebujú prácu všetkých svojich zvolených členov výboru a ostatných členov spoločnosti, tak aby sme sa mohli čo najlepšie zhostiť veľkého objemu práce, ktorú je potrebné vykonávať pre spoločnú vec VLD. Ponúknutá konsolidácia je ponukou pre každého VLD, ktorý sa chce zjednotiť - podporiť a zapojiť sa do spoločného úsilia. Izolovaný postup alebo dokonca presadzovanie osobných záujmov a ambícií dnes nie je v záujme SSVPL SLS ani VLD.

Podporujeme spoločný postup SSVPL SLS so SLK a Zdravitou. Vyzývame aj naďalej váhajúcich VLD k odovzdaniu mandátov SLK alebo Zdravite. Potrebujeme sa naozaj zjednotiť. SSVPL SLS podporuje SLK a nemáme dôvod pochybovať, či SLK bude presadzovať naše ekonomicky oprávnené požiadavky. Privítali sme osobnú garanciu danú prezidentom SLK Marianom Kolárom, ktorú dal VLD na mimoriadnom sneme SLK v Bratislave 20.10.2012. V predsedníctve sekcie VLD SLK a v zdravotnom výbore SLK máme svojich zástupcov (Miroslav Baník, Peter Lipták, Peter Makara, Peter Pekarovič), ktorí nesú zodpovednosť za presadzovanie spravodlivých požiadaviek VLD.

Výbor SSVPL SLS

MUDr. Iveta Vaverková, MPH – prezidentka SSVPL SLS

MUDr. Peter Makra, MPH – viceprezident SSVPL SLS

MUDr. Peter Pekarovič – vedecký sekretár SSVPL SLS

Internistická propedeutika – prof. Š. Hrušovský a kol.

novinka vydavateľstva HERBA – upútavka : monografia určená pre pre – a postgraduálne vzdelávanie lekárov. Kniha je skoncipovaná na systematické štúdium, na encyklopedické čítanie, aj ako repetitórium na overenie konkrétnej informácie. Obsahuje 13 kapitol, 60 záznamov EKG, 100 tabuliek, 160 panelov, 1200 pôvodných obrázkov, miniatlasy a minigalériu. Informácie nájdete na www.herba.sk



Slovenská epidemiologická a vakcinologická spoločnosť SLS

v spolupráci s

Úradom verejného zdravotníctva SR v Bratislave

Slovenskou pediatrickou spoločnosťou

Slovenskou infektologickou spoločnosťou

Slovenskou spoločnosťou všeobecného praktického lekárstva

Fakultou verejného zdravotníctva Slovenskej zdravotníckej univerzity v Bratislave

Jesseniovou lekárskou fakultou Univerzity Komenského v Martine

Lekárskou fakultou Univerzity Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach

Úradom pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou

Vydavateľstvom **SAMEDI**

si Vás dovoľujú pozvať na



IV. SLOVENSKÝ VAKCINOLOGICKÝ KONGRES

určený pre lekárov a odborných zdravotníckych pracovníkov

17. - 19. január 2013, Hotel PATRIA, Štrbské Pleso

Viac informácií na www.sevs.sls.sk

Kontakty na členov výboru SSVPL SLS:

1. MUDr. Miroslav **Baník** – Prešov
mbanik@centrum.sk,
mobil: 0905 263 420
2. MUDr. Jana **Bendová** – Veľký Biel
jana_bendova@hotmail.com
mobil: 0903 131 311
3. MUDr. Eva **Bérešová** – Poprad
eberesova@mail.t-com.sk
mobil: 0903 630 023
4. MUDr. Imrich **Herbáček** – Kalinovo
herbacek@stonline.sk
mobil: 0907 321 290
5. MUDr. Karol **Herda** – Bojnice
karol.herda@zoznam.sk
mobil: 0907 361 739
6. MUDr. Martina **Jandzíkova** – Žilina
m.jandzikova@gmail.com
mobil: 0902 366 472
7. MUDr. Ján **Kaňuch** – Raslavice
kanuch2@gmail.com,
mobil: 0910 946 762
8. **Viceprezident** – MUDr. Peter **Makara**, MPH – Snina,
peter.makara@gmail.com
mobil: 0903 705 055
9. MUDr. Peter **Marko**, MPH – Kežmarok
mudrmarko@mail.t-com.sk
mobil: 0907 330 880, 0905 840 000
10. MUDr. Zuzana **Nedelková**
– Piešťany
nedamb@kios.sk,
mobil: 0905 263 115
11. **Vedecký sekretár** –
MUDr. Peter **Pekarovič** – Hlohovec
peterpekarovic@pobox.sk
mobil: 0904 878 628
12. MUDr. Marián **Šiška** – Veľké Zálužie
siska.mudr@gmail.com
mobil: 0905 266 343
13. MUDr. Valéria **Vasilová** – Košice
valeria.vasilova@netkosice.sk
mobil: 0903 635 550
14. **Prezidentka** –
MUDr. Iveta **Vaverková**, MPH –
Bratislava
i.vaverkova@gmail.com
mobil: 0908 724 955

PREDPOKLADANÝ
MINIMÁLNY POČET
KREDITOV SACCME: 15

1. informácia



Slovenská hypertenziologická spoločnosť SLS
Pracovná skupina preventívnej kardiológie SKS

Vás pozývajú na

XXVIII. kongres

Slovenskej hypertenziologickej spoločnosti

11. - 13. apríla 2013
Nízke Tatry,
hotel Partizán - Tále

a
Konferenciu
Pracovnej skupiny
preventívnej kardiológie SKS

Viac informácií na www.hypertenzia.org



1. Pokračuje zjednocovanie VLD

Po integračnej XXXIII. konferencii pokračovali kontakty predstaviteľov všeobecných lekárov. V Žiline 24. 11. 2012 sa stretli predstavitelia skupiny dr. Nedelkovej (dr. Nedelková, dr. Marko,

dr. Cehulová, dr. Hrebe-nárová, dr. Jurgová, dr. Lipčák, dr. Rutkovský, dr. Vasilová) s výborom SSVPL SLS (dr. Vaverková, dr. Pekarovič, dr. Jandžíková, dr. Baník, dr. Herda, dr. Šiška) za účasti prezidenta SLS prof. P.Krištúfka a prezidenta SLK dr. M.Kollára. Ďalej sa zúčastnil dr. P. Lipták predseda sekcie VLD SLK a dr. P.Bakič člen revíznej komisie SSVPL SLS. Nová hlavná odborníčka dr. Monika Palušková pozdravila prítomných listom, vyjadrila veľkú podporu prebiehajúcej procesu zjednocovania síl VLD, ktorý je potrebný pre rast odboru a pre dosiahnutie úspechov pri rokovaní s MZ SR a zdravotnými poisťovňami. Stretnutie sa odohrávalo v korektnom pracovnom ovzduší.

Dr. Vaverková za výbor SSVPL SLS konštatovala, že súčasnú situáciu hodnotí pozitívne ako pokračujúcu integráciu VLD. Dr. Nedelková, dr. Vasilová, dr. Herbáček aj dr. Marko sú rešpektovanými členmi výboru SSVPL SLS, ktorý je existujúcou spoločnou platformou na riešenie akýchkoľvek vnútorných problémov v spoločnosti. Spájajú nás spoločné vonkajšie problémy, ktoré musíme naliehavo spoločne riešiť.

Takisto dr. Vasilová už na konsolidačnej konferencii vo svojom slávnostnom príhovore vyjadrila presvedčenie, že členovia spoločnosti sa nedelia, na liptákovcov, nedelkovcov či vaverkovcov, ale sú členovia jednej spoločnosti.

Prof. Krištúfek zdôraznil nevyhnutnosť rešpektovať zákonný rámec pri riešení vnútorných problémov v tomto prípade základným zákonným predpisom sú stanovy SSVPL SLS.

Dr. Marian Kollár prezentoval svoju veľkú podporu všeobecným lekárom a ocenil stretnutie ako úspešné zbližovanie stanovísk veľmi potrebné pre akcieschopnosť všeobecných lekárov v súčasnej zložitej situácii. Upozornil, že situácia v roku 2013 bude ešte komplikovanejšia a pre dosiahnutie plnenia našich cieľov je nevyhnutné zjednotiť sily nielen všeobecných lekárov ale celého lekárskeho stavu.

2. Musíme si uvedomiť všetky zložitosti vyplývajúce zo základného rámca rokovanií

Je zákonité, že po toľkých rokoch tzv. reforiem, sa stávame realistami

Reálne dnes situáciu pri rokovaní so ZP a s MZSR hodnotím takto:

Na jednej strane stola sú lekári, profesionáli vedomí si kvality, efektívnosti a spravodlivosti zdravotného systému založenom na primárnej starostlivosti. Naplníme potreby pacientov a ako ukázala aj XXXIII. konferencia máme podporu Svetovej zdravotníckej organizácie. Avšak na druhej strane stola ako keby sedeli predstavitelia zastupujúci skupiny, ktoré prišli do zdravotníctva zarábať na úkor poskytovateľov aj pacientov. Žiadne naše odporúčania ani odporúčania WHO nie sú im dosť dobré. Legalizácia biznisu v zdravotníctve a systematická delegácia a diskvalifikácia nielen primárnej starostlivosti, ale celej zdravotnej starostlivosti politikmi nás dostávajú do pozície, v ktorej sme nútení, my lekári, hrať pri liečení pacientov druhé husle. Je to paradox, veď lekár je podstatný prvok zdravotného systému, nositeľ liečenia. Zdravotníctvo podľa našej definície nie je prevodníkom verejných zdrojov na súkromné, ale má slúžiť na poskytovanie zdravotnej starostlivosti obyvateľstvu.

Na jednej strane stojí fungujúca zdravotná starostlivosť nepochybne aj s plne funkčnou primárnou zdravotnou starostlivosťou, na druhej strane sa tlačí trhový model riadenej zdravotnej starostlivosti síce s rozvojom medicínskych technológií, ale s úmyselným potláčaním podpory zdravia, prevencie, včasnej diagnostiky a včasnej liečby. A tak vzniká viac chorých aby sa na nich v procese trhovej medicíny mohlo viac zarobiť. Na jednej strane stoja zdravotné potreby obyvateľstva spoločne s lekármi, WHO, OECD a dnešným faktom limitovaných finančných zdrojov, ale na druhej strane víťazia záujmy domácich a globálnych finančných elít, MMF, Svetovej banky a Svetovej obchodnej organizácie (Správa WHO 2008, P. Mašková a P. Háva Spoločnosť pro sociálny lékařství a řízení péče o zdraví ČLS JEP 2009, OECD 2010).

Slovenské zdravotníctvo, napriek tomu, že v systéme je až priveľa zdrojov, funguje rok od roka horšie. Každý vidí, že situácia sa nezlepšuje ale sa, zdanlivo nepochopiteľne, neustále zhoršuje. Z povinných odvodov pacientov vznikajú verejné zdroje, ktoré každým rokom rastú ale slúžia na úhradu zdravotnej starostlivosti v stále menšej miere. Stále vo väčšej miere sa transformujú na privátne účely. Dnes tak každoročne zmizne už viac ako ich ¼ (Ekonomický ústav SAV, prof. Peter Staněk). Časť sa stráca v zisku, časť sa stráca tunelovaním, časť sa stráca úmyselne neefektívnym nastavovaním systému. Umelo sa vyvoláva nespokojnosť pacientov aby bolo možné zdôvodniť stále

menej štátu a stále viac tunelovania. Nie je to náhoda, ale je to cynický systém budovaný ako obchodný koncern, ktorého primárnou funkciou je vydojiť zo zdrojov verejného zdravotného poistenia maximálny diel pre podielnikov, ktorí ovládli štát a po tomto procese užívajú verejné zdroje ako svoj súkromný majetok. Vládnuca oligarchia ničí verejno-právny systém zdravotnej starostlivosti. Presadzuje svoje biznis záujmy celkom nepokryte pomocou lobisticky nadiktovaných zákonov. Zdravotníctvo sa mení k horšiemu a ako sa mení majetkové pozadie 150-tich poslancov slovenského parlamentu? Spojenie vlády SR a Penty pokračuje a predstavuje jednu z mafiánskych sietí, ktoré sa vynorili v Strednej a Východnej Európe počas postkomunistickej éry (Martin Danko Penta 2006, Peter Staněk 2012, Václav Umlauf – Umlaufoviny 2011, Gorila – priebežne a opakovane, Európska federácia lekárov FEMS 2011, Radičovej oligarchická demokracia 31.12.2012).

Fakt, že oni nie sú nekompetentní, ale že im ide iba o peniaze pacientov a nie o pacientov, si najprv musíme uvedomiť. Z tohto poznania môžeme načerpať toľko energie, aby sme to dokázali zmeniť. Potrebujeme zjednotenie lekárov a zjednotenie lekárov a pacientov. Spomeniete si ešte na Prešovskú výzvu a Iniciatívu „Všeobecní lekári za práva pacientov“? Ak poisťovne nebudú uhrádzať zdravotnú starostlivosť v potrebnom rozsahu, pacienti by im nemali odvádzať odvody a situácia by sa mala riešiť pokladničným systémom. Prioritou musí byť udržanie zabezpečenia financovania zdravotnej starostlivosti v potrebnom rozsahu.

Z uvedených dôvodov sú rokovania so zdravotnými poisťovňami vždy veľmi zložitá a úsilie o dosiahnutie úspechu, alebo aspoň rozumného kompromisu, je pre rokovací tím vždy veľkou výzvou.

3. Dnešný stav v rokovaní so zdravotnými poisťovňami

Po dosiahnutí určitého navýšenia v prvom polroku 2012, ktoré reflektovalo na našu nespokojnosť, hlavnou úlohou pre prvý polrok 2013 sa ukázalo udržať doterajšie platby, nedovoliť ich zníženie na úroveň pred rokom 2012. Napriek veľkému úsiliu ZP vrátiť financovanie PZS späť sa podarilo zdravotnému výboru SLK ho udržať a možno aj mierne zlepšiť. V kapitácii došlo k navýšeniu iba u VLD a to o 5 centov iba u 81 ročných a starších, čo ale nepokryje ani 2% infláciu a v skutočnosti došlo

k plošnému zníženiu kapitácií (pozrite tabuľku 2). V prevencii sa podarilo navýšiť preventívny bod z 0,0312 € na 0,0350 €, čo môže znamenať navýšenie v prevenciách až o 10 - 12% a stimulovaním k zvýšenému obratu preventívnych činností aj viac. Poďakovanie patrí našim zástupcom v zdravotnom výbore SLK (P. Bakič a P. Makara). Teraz máme pol roka na ďalšiu konsolidáciu, spracovanie našich jednotných požiadaviek na financovanie primárnej starostlivosti. Je potrebné hneď od začiatku roka 2013 aby sme na tom začali pracovať, spresnili ich ale aj získali posledných váhajúcich s podpismi mandátnych zmlúv. Potrebujeme aktívny prístup každého všeobecného lekára. Potrebujeme vaše pripomienky a návrhy na riešenia. **Iba keď sa dáme všetci dokopy, tak nás a naše požiadavky budú musieť akceptovať i poisťovne!**

4. Súčasná požiadavka VLD

Predkladám členom sekcie VLD SLK na diskusiu návrh na spoločnú požiadavku VLD spracovanú na základe doterajšieho vývoja. Ako ukázala naša anketa na www.vpl.sk, 94 % všeobecných lekárov žiada od poisťovní iba pokrytie svojich prevádzkových nákladov, ktoré sú dnes pokryté iba na cca 60 %. Navýšenie až o 70-90 % našich súčasných platieb je úplne logická a legitímna požiadavka. Na výpočet prevádzkových nákladov máme k dispozícii auditovaný kalkulátor (na stiahnutie na našej web stránke).

A. Kapitácia

Definícia: Pomocou kalkulátora nákladov ambulancie vieme vypočítať celkové náklady ambulancie. Počítame so všetkými ekonomicky oprávnenými nákladmi potrebnými na chod ambulancie (investičné, prevádzkové, mzdové). Ak má fungovať ambulancia potom platby musia pokryť tieto náklady. Dnes cca 80% platieb v ambulancii VLD predstavuje kapitácia a 20% výkony nad rámec kapitácie a priame platby. **Kapitáciu dnes najjednoduchšie definujeme ako platbu pokrývajúcu 80% celkových nákladov ambulancie potrebných na jej prevádzku.**

V ČR bola situácia v kapitačných platbách v roku 2011 ako je uvedené v tabuľke 1 a aj preto neexistuje dôvod prečo by sme mali v SR akceptovať dnešné nedostatočné platby.

Tabuľka 1 Kapitačné platby v ČR v roku 2011 stanovené podľa indexu nákladov pre jednotlivé vekové skupiny poistencov:

Veková skupina	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-99
Index nákladov	3,91	1,70	1,35	1,00	0,90	0,95	1,00	1,05	1,10	1,35	1,45	1,50	1,70	2,00	2,4	2,90	3,40
Kapitácia ČR 2011 €	7,73	3,36	2,67	1,98	1,78	1,88	1,98	2,06	2,18	2,67	2,87	2,97	3,36	3,96	4,94	5,74	6,72

Tabuľka 2 Vývoj kapitačnej platby PZS v SR a návrh požiadavky od 7/2012:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Veková skupina	VŠZP 12 2011 €	VŠZP 1-6 2012 €	VŠZP 7-12 2012 €	Zvýšenie od 12 2011 %	VŠZP 1-6 2013 €	Reálne ceny 2013 so zohľadnením inflácie 2 % (pokles cien)	Reálny pokles cien od 12/2012 %	SR nákladové indexy podľa veku (prepočet indexov z ČR)	Požiadavka na kapitácie od 7/2013 €	Požiadavka na navýšenie od 7/2013 %
do 1	4,95	4,95	5,73	16	5,73	5,62	-1,92	3,77	7,84	36,82
1-5	3,45	3,45	3,93	14	3,93	3,85	-2,04	3,03	6,30	60,30
6-14	2,56	2,56	2,92	14	2,92	2,86	-2,05	1,43	2,98	34,25
15-18	1,78	1,78	2,04	15	2,04	2,00	-1,96	1	2,08	1,96
18	1,79	1,85	2,04	14	2,04	2,00	-1,96	1	2,08	1,96
19-40	1,66	1,72	1,89	14	1,89	1,85	-2,12	1	2,08	10,05
41-50	1,66	1,72	1,89	14	1,89	1,85	-2,12	1,13	2,34	23,81
51-60	1,83	1,89	2,08	14	2,08	2,04	-1,92	1,35	2,81	35,10
61-80	1,99	2,06	2,31	16	2,31	2,26	-2,17	1,85	3,85	66,67
od 81	2,06	2,13	2,62	27	2,67	2,62	0,00	3,01	6,26	138,93

Komentár k tabuľke 2:

V **stĺpci 6** su dnes platné kapitácie. Ako ukazuje **stĺpec 7 a 8**, ak započítame existujúcu infláciu 2% tak v skutočnosti došlo k zníženiu kapitačných platieb pod úroveň dohodnutú na minulý polrok. V **stĺpci 9** som prepočítal nákladové indexy používané pre výpočet kapitácie všeobecných lekárov v ČR na u nás používané rozdelenie na vekové skupiny. V **stĺpcoch 10 a 11** je návrh našej požiadavky. Základom je jednotková kapitácia u 18 ročných, ktorá bola 7-12/2012 2,04 €. Po jej zvýšení o infláciu 2 % v roku 2013 to predstavuje 2,08 €. Po prepočítaní indexom nákladov v **stĺpci 10** sú uvedené odpovedajúce kapitačné platby pre jednotlivé vekové skupiny. V **stĺpci 11** je potom požadované percentuálne navýšenie od 7/2013 oproti dnešnej situácii. Tento stĺpec je alarmujúci, ukazuje o koľko dostávame menej než odpovedá zabezpečeniu kvalitnej primárnej starostlivosti konkrétnej vekovej skupine pacientov. Ako vidieť z tabuľky, najlepšie sa dnes máme možnosť postarať o zdravých 18 ročných pacientov.

B. Výkony uhrádzané nad rámec kapitácie
Tabuľka 3 Požiadavky na výkony uhrádzané nad rámec kapitácie

	Výkon číslo/počet bodov	Výška úhrady €/bod	Výška úhrady za výkon €
1	Preventívne zdravotné výkony výkon 160/350 bodov (aj poistenci EÚ)	0,050	17,50
2	Očkovanie (výkony 252b/70+4a/80, spolu 150 bodov)	0,035	5,25
3	Návštevy - výkony 25; 26; 29; 30;	-	10,00; 25,00; 35,00; 30,00;
4	Vyšetrenie CRP 4548/380 bodov	0,016	6,08
5	EKG preventívne + diagnostické 5702/550 bodov	0,010	5,50
6	TOKS výkony 159a; 159z; 159x;	-	6,04; 6,04; 3,02;

Komentár k tabuľke 3:

Riadok 1 – výška preventívneho bodu by mala odpovedať nenahraditeľnej úlohe prevencie pri znižovaní celkových nákladov v zdravotnom systéme, pre zlepšenie kvality života pacientov, predĺženie strednej dĺžky života bez choroby, predĺženie strednej dĺžky života absolútne a zmenšenie parametra PYLL (potenciálne stratené roky života). Sú to všetko významné ekonomické parametre a aby sme ušetrili finančné prostriedky je potrebné logicky zvýšiť hodnotu preventívneho bodu aspoň o 50 %.

Riadok 2 – očkovanie (ak očkovaciu vakcínu hradí zdravotná poisťovňa) je preventívny výkon, ktorý sa skladá z vyšetrenia pred očkovaním a zo samotného výkonu očkovania. Vieme predložiť dôkazy, že každé euro vložené do očkovania sa spoločnosti niekoľkonásobne vráti. Žiadame toto zohľadniť pri stanovení ceny za očkovanie.

Riadok 3 – návštevy. Prebieha diskusia o LSPP. Hovorí sa o jej skrátení do 22.00 hod. Alternatívou k LSPP je zlepšiť ohodnotenie návštevných služieb. Ak by každý všeobecný lekár urobil 1-2 návštevy svojich pacientov denne tak by LSPP stratila úplne zmysel.

Úplne by postačovala LSPP cez víkendy a sviatky od 8.00 do 18.00 hod. LSPP dnes poskytuje zásadne iba starostlivosť, ktorá má odkladný charakter. Určite pacienti s týmito diagnózami vydržia odklad od večera do rána. V prípade akútnych život ohrozujúcich stavov a úrazov je dostupná akútna pomoc cestou RZP. Žiadame pokryť finančne návštevnu službu v primárnej starostlivosti tak, aby boli pokryté všetky jej nákladové položky. Na pokrytie financovania lekárskech návštev všeobecných lekárov u ich pacientov sa nachádza dosť prostriedkov v dožívajúcom segmente LSPP.

Riadok 4 – CRP. Vyšetrenie CRP na mieste v ambulancii je kľúčom k znižovaniu zbytočnej antibiotickej liečby, čo predstavuje nemalé finančné úspory zdravotných poisťovní a predovšetkým to zvyšuje kvalitu liečby a bezpečnosť pacientov. Aby bolo možné realizovať [výnos MZ SR o materiálno - technickom vybavení ambulancií z roku 2008 zavádzajúci aj vybavenie ambulancií VLD aj prístrojmi CRP](#), je najprv potrebné konečne stanoviť jeho úhradu zdravotnými poisťovňami a to vo výške prepočítanej podľa skutočných nákladov na jedno vyšetrenie t.j. cca 6 €.

Riadok 5 – EKG. EKG preventívne aj diagnostické má rovnaké náklady, diagnostické EKG má dokonca pre pacienta oveľa vyššiu cenu a od lekára vyžaduje vyššiu odbornú erudíciu. Je nelogické uhrádzať za diagnostické EKG menej ako za preventívne. EKG prístroje sú drahé a je potrebné sa v úhradách priblížiť reálnym cenám, tak aby si mohli všeobecní lekári svoje ambulancie dovoliť vybaviť kvalitnými prístrojmi.

Riadok 6 – TOKS. Toto vyšetrenie dnes odráža reálne náklady. Vo VŠZP dnes ale vyžadujú guajakový test tromi papirikmi, čo je už považované za obsolentné vyšetrenie a preferuje sa jedno vyšetrenie imunochemickým testom kvalitatívne alebo dokonca kvantitatívne stanovenie OKS.

Cena modernejších vyšetrení je porovnateľná a VŠZP by v definícii TOKS mala akceptovať súčasné trendy v prevencii KRCa.

Úhrada ďalších laboratórnych a prístrojových vyšetrení nad rámec kapitácie ako POCT vyšetrenia (glykémia, INR, HbA1c, mikroalbuminúria...), spirometria, holter TK, screening ankylo-brachiálneho indexu pomocou ABI-100 alebo USG Doppleru ciev DK a pod. a stanovenie kódov a úhrada osobitnej starostlivosti o chronických pacientov (diabetici, fajčiari, pacienti s obezitou...) nad rámec kapitácie by mala byť predmetom budúcich rokovaní.

C. Výkony zdravotnej starostlivosti poskytované neregistrovaným poistencom, (nekapitovaní poistenci slovenských ZP, poistenci EÚ a bezdomovci)

Okruh osôb	Výška úhrady €/bod
neregistrovaní poistenci	0,040

Starostlivosť poskytnutá pacientovi neregistrovanému u poskytovateľa sa uhrádza na základe bodovania. Požiadavka na výšku bodu je nasledovná:

Nekapitovaní poistenci slovenských ZP, poistenci EÚ aj bezdomovci majú spoločné to, že sú to poistenci neregistrovaní. Náklady na ošetrovanie pacientov sú rovnaké, nech sa jedná o bezdomovca či poistencu EÚ. Pacienti by nemali byť diskriminovaní v prístupe k základnej t.j. primárnej starostlivosti.

Za týchto pacientov nedostávame kapitáciu, preto by výška bodu mala odpovedať reálnym nákladom na ošetrovanie(jednoduché vyšetrenie cca 10€, komplikovanejšie vyšetrenie cca 20€).

5. Makroekonomický rámec

V súčasnosti sa na celý segment primárnej starostlivosti (VLD 2,58% aj VLDD 1,55%) spotrebuje ročne 4,13% celkových zdrojov zdravotníctva t.j. cca 170 mil. €. V EÚ je objem zdrojov v rámci intersektorálneho členenia zdrojov 8-15% pre primárnu starostlivosť. V súčasnosti žiadame navýšenie zdrojov o cca 60% t.j. o cca 100 mil. € tak, aby sme dosiahli aspoň 7% z celkových zdrojov slovenského zdravotníctva.

Výdaje na LSPP (0,41% z celkových zdrojov) ročne predstavujú cca 20 mil. € a to je finančný objem, ktorý je dostatočnou rezervou pre úhradu nákladov návštevnej služby, t.j. toľko preferovanej komunitnej orientácie v primárnej starostlivosti.

Avšak kde vziať tých 100 mil. €? Komu zobrať? Pediatrom? Učiteľom? Špecialistom? Kňazom?

Odpoveď je jednoduchá. Efektivita slovenského zdravotníctva je dlhodobo na úrovni cca 65% (MUDr. Rudolf Zajac 2004, prof. Peter Staněk 2012) a nijako sa nemení. Z odvodov vyzbieraných od občanov sa minimálne 1,33 mld. € každoročne stráca v zisku ZP, premysleným tuneľovaním zdrojov a úmyselne neefektívnym nastavovaním systému. Máme záujem o časť týchto peňazí a žiadame ZP a MZ SR, ktorí regulujú tieto procesy, aby potrebných 100 mil. € pre primárnu starostlivosť uvoľnili z týchto zdrojov.

MUDr. Peter Lipták
predseda sekcie VLD SLK

Kde sa strácajú peniaze občanov, ktoré odvádzajú v povinných odvodoch, keď zdravotné poisťovne nemajú ani na financovanie tej najzákladnejšej t.j. primárnej zdravotnej starostlivosti?

Kontakty na členov predsedníctva sektie VLD SLK a predsedníctva sekcií VLD jednotlivých RLK (zvolení na obdobie 2011-2015)

1. Predsedníctvo sektie VLD SLK

- Peter Lipták** Nám. SNP 10, Bratislava
02/57887258 • 0903440016 lipp@pobox.sk
- Baník Miroslav** Lemešany 292, Lemešany
051/7931224 • 0905263420 mbanik@centrum.sk
- Pekarovič Peter** Hlohová 13, Hlohovec
033/7424446 • 0904878628 peterpekarovic@pobox.sk

2. Predsedníctvo sektie všeobecného lekárstva RLK Bratislava

- Valér Husarovič** Bulharská 72, Bratislava
02/43295743 • 0905454055 husarovic@nextra.sk
- Peter Lipták** Nám. SNP 10, Bratislava
02/57887258 • 0903440016 lipp@pobox.sk
- Mariana Galatová** Ružinovská 12, Bratislava
02/48211051 m.galatova@chello.sk

3. Predsedníctvo sektie všeobecného lekárstva RLK Žilina

- Viliam Chromý** Závodná 480, Nižná
043/5381468 • 0907704134 viliam.chromy@centrum.sk
- Vlastimil Kapcát** Jánošíkovo nábr.2, L. Mikuláš
044/5595319 • 0903803030 vlastik.kapcat@post.sk
- Rastislav Zanoš** Štefánikova 82, Námestovo
043/2388286 • 0908941493 zanoš@orava.sk

4. Predsedníctvo sektie všeobecného lekárstva RLK Trnava

- Pekarovič Peter** Hlohová 13, Hlohovec
033/7424446 • 0904878628 peterpekarovic@pobox.sk
- Krištofik Štefan** Starohájska 2, Trnava
033/5501551 • 0908999880 s.kristofik@stonline.sk
- Janíková Beata** OZS, Suchá nad Parnou
033/5580123 bjanikova@mail.t-com.sk

5. Predsedníctvo sektie všeobecného lekárstva RLK Trenčín

- Kováčová Žofia** Zlatovská 17, Trenčín
032/6526226 • 0905480910 doktoricaz@centrum.sk
- Chudíková Vlasta** Bratislavská 36, Trenčín
032/6563203 chudikova@centrum.sk
- Krehlík Milan** Súvoz 1, Trenčín
032/7412701 • 0903412561 mkrehlik@centrum.sk

6. Predsedníctvo sektie všeobecného lekárstva RLK Prešov

- Baník Miroslav** Lemešany 292, Lemešany
051/7931224 • 0905263420 mbanik@centrum.sk
- Kanuch Ján** Sekčovská 26, Raslavice
054/4792106 • 0918631132 kanuch2@gmail.com
- Makara Peter** Sládkovičova 300/3, Snina
057/7624716 • 0915560579 peter.makara@gmail.com

7. Predsedníctvo sektie všeobecného lekárstva RLK Košice

- Vasíľová Valéria** Cottbuská 13, Košice
055/6437802 • 0903635550 valeria.vasilova@netkosice.sk
- Otília Ostróová** Rastislavova 45, Košice
055/6780782 • 0905294797 dr.ostroova@netkosice.sk
- Sakal Slavomír** Špitálska 1, Rožňava
058/771 206 • 0905743250 rvsrlk@yahoo.com

8. Predsedníctvo sektie všeobecného lekárstva RLK Banská Bystrica

- Kuniaková Mária** Cesta k nem.23, B. Bystrica
048/4197875 • 0903601752 mkuniakova@mail.t-com.sk
- Hudec Vladimír** M. R. Štefánika 11, Brezno
048/6111793 • 0905606447 drhudec@bb.telecom.sk
- Tóthová Mária** Spojová 25, B. Bystrica
048/4136691 tothova.maria@stonline.sk

9. Predsedníctvo sektie všeobecného lekárstva RLK Nitra

Noví členovia SSVPL SLS v roku 2012

od XXXII. výročnej konferencie nám pribudlo 66 nových členov. V súčasnosti máme 1426 členov.

Do SSVPL SLS boli v tomto období prijatí:

Bažíková Ľubomíra, Rosina; Blahová Beáta, Prešov; Cikora Ladislav, Lozorno; Compagnone Romana, Bratislava; Daňová Alžbeta, Bratislava; Fečík Miroslav, Stará Ľubovňa; Frivaldská Petra, Humenné; Gazdík Peter, Kapušany pri Prešove; Godál Igor, Selec; Gubricová Hana, Banská Štiavnica; Guller Dušan, Horná Súča; Gullerová Nataša, Trenčín; Harhová Martina, Rožňava; Hasarová Zlatica, Rimavská Sobota; Herková Zdena, Slovenská Lupča; Hubáčková Gabriela, Spišská Nová Ves; Chrisafidu Elena, Nové Zámky; Ingeliová Danka, Horné Saliby; Jakubčíková Mária, Lietavská Lúčka; Jakubíková Monika, Michalovce; Knižková Valéria, Tornaľa; Kohútová Marta, Považská Bystrica; Korček Vladimír, Nová Bystrica pri Čadci; Koščová Mária, Bardejov; Kovalová Magdaléna, Vyšný Kubín; Krajčíková Katarína, Most pri Bratislave; Králiková Mária, Bánovce nad Bebravou; Kyšková Andrea, Vrútky; Lepeyová Katarína, Topolčany; Lipták Dušan, Veľký Šariš; Lorenčíková Monika, Jarovnice; Lörcincová Miroslava, Banská Bystrica; Lörcinc Juraj, Svit; Magala Miloš, Stupava; Majorová Adriana, Tvrdosovce; Martišková Dana, Bratislava; Migaľa Július, Hnúšťa; Mihalečková Jana, Michalovce; Murcková-Kuzmická Viera, Bratislava; Nemeček Pavel, Žilina; Novacseková Miriam, Bratislava; Pashchenko Eva, Poprad; Pavelková Marta, Poprad; Petriková Iveta, Svidník; Pogány Gustáv, Beluša; Radošínská Jana, Bratislava; Rosocha Fedor, Michalovce; Róza Jozef, Nitra; Savinová Eva, Malacka; Soták Štefan ml., Humenné; Struňáková Dagmar, Humenné; Šináková Jana, Martin; Štetina Stanislav, Vrbové; Šudíková Jana, Ohradzany; Šustáková Daniela, Banská Bystrica; Švajlen Michal, Kovarce; Švajlenová Anna, Topolčany; Švirlochová Anna, Poprad; Teliarová Nagyová Kristína, Rúbaň; Timková Mária, Poprad; Tothová Katarína Stupava; Vargová Gabriela, Veľké Kapušany; Víznerová Jana, Kežmarok; Vlková Eva, Bratislava; Weinzierlová Ľubica, Bratislava; Zbojovský Peter, Prešov;

Výbor SSVPL SLS sa usiluje podporovať odborný rast a riešiť problémy každého člena SSVPL SLS. Na to, aby sme mali silu obhájiť naše záujmy potrebujeme zvýšiť aktivitu našich členov. Preto sme veľmi radi, že nám pribúdajú noví členovia a veríme, že v roku 2013 bude dosť príležitostí podporiť aj ich aktivitu. Členské plastové ID karty dostanú všetci noví členovia v prvých dňoch nového roka 2013. Ospravedľujeme sa ale z technických príčin sme sa s ich zasielaním oneskorili.

Ambulancia VLD v Bratislave

**hľadá lekára s atestáciou zo všeobecného lekárstva
nástup 1.4.2013, trvalý pracovný pomer,
nadštandardné finančné ohodnotenie a odborný rast**

Kontakt: MUDr. Jana Bendová
jana.bendova@hotmail.com, Mobil: 0903 131 311

INTERNISTICKÁ PROPEDEUTIKA

Kapitola 1 – MEDICÍNSKA ETIKA

**Kapitola 2 – ZÍSKAVANIE A SPRACOVANIE
INFORMÁCIÍ**

Kapitola 3 – ANAMNÉZA

Kapitola 4 – FYZIKÁLNE VYŠETRENIE

Kapitola 5 – SYNDROMOLÓGIA

Kapitola 6 – LABORÁTORNA DIAGNOSTIKA

Miniatlas 1 Mikroskopické vyšetrenie kostnej drene
a krvi

Miniatlas 2 Mikroskopické vyšetrenie moču
Minigaléria

Kapitola 7 – DIAGNOSTICKÉ ZOBRAZOVANIE

Miniatlas 3 Rádiodiagnostické zobrazenia
Minigaléria

Kapitola 8 – ENDOSKOPIE

Miniatlas 4 Endoskopia tráviacej trubice

Kapitola 9 – ELEKTROGRAFIA

Kapitola 10 – BIOPSIE ORGÁNOV A TKANÍV

Miniatlas 5 Biopsie orgánov a tkanív
Minigaléria

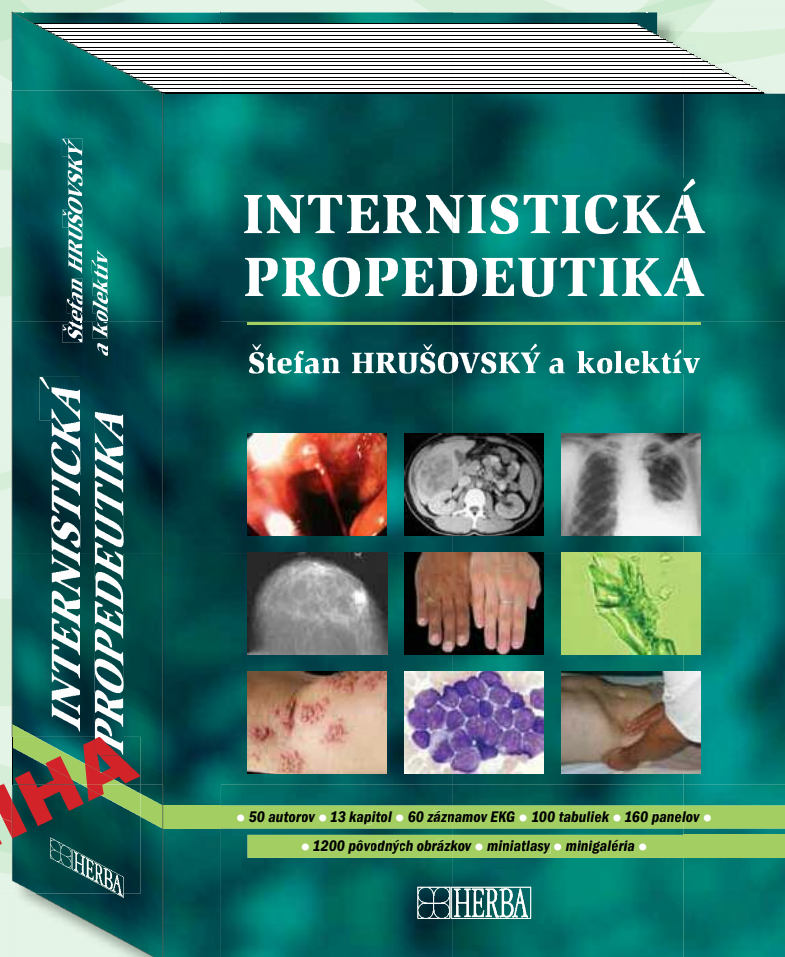
**Kapitola 11 – DIAGNOSTICKÉ A TERAPEUTICKÉ
VÝKONY**

Minigaléria

Kapitola 12 – TERAPIA VNÚTORNÝCH CHORÔB

**Kapitola 13 – INTENZÍVNA STAROSTLIVOSŤ VO
VNÚTORNOM LEKÁRSTVE**

Miniatlas 6 Jedovaté huby



NOVÁ KNIHA

**50 autorov * 13 kapitol * 60 záznamov EKG * 100 tabuliek * 160 panelov
* 1200 pôvodných obrázkov * miniatlasy * minigaléria osobností**

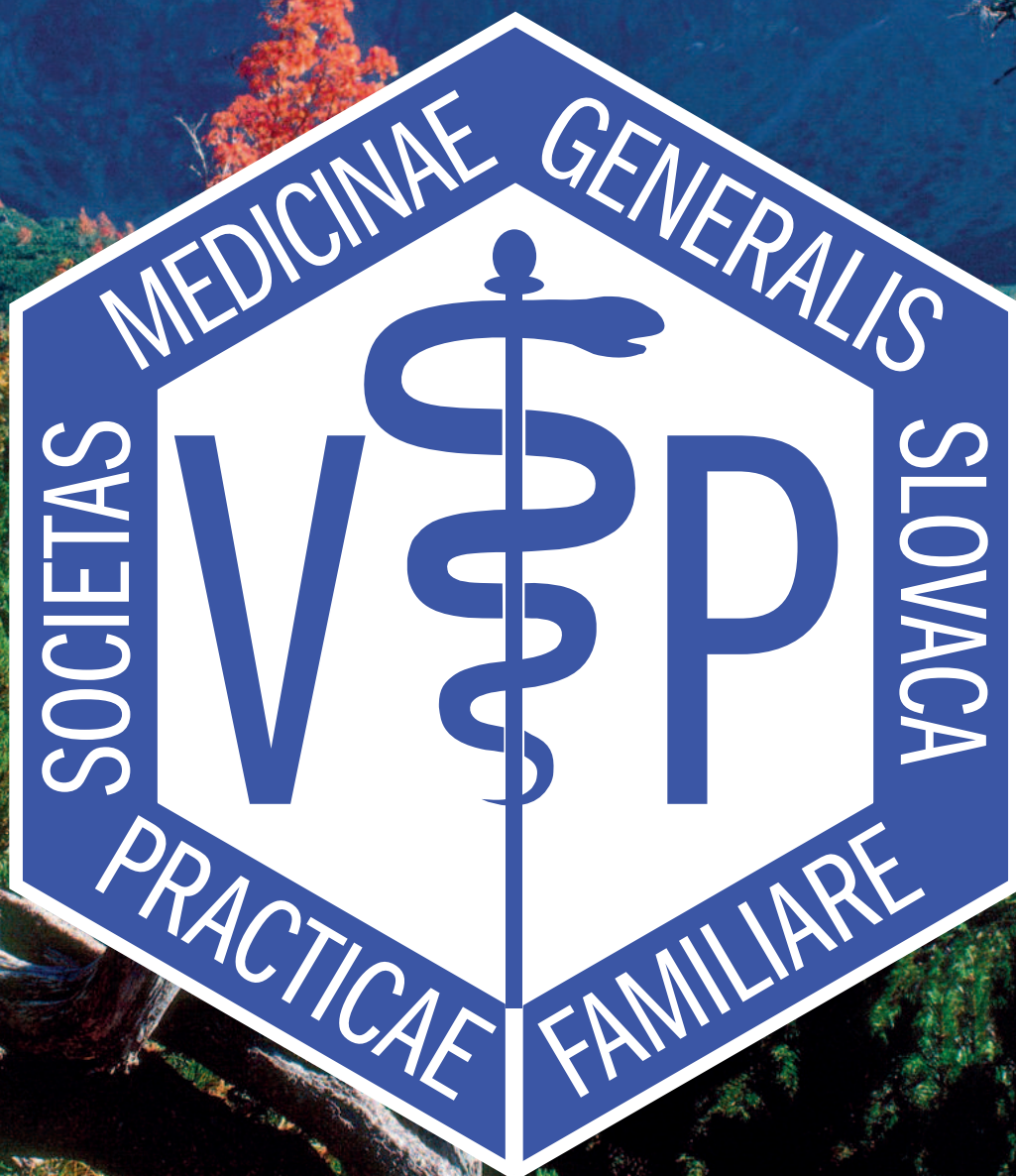
www.herba.sk

**POZOR: Študenti lekárskeho fakúlt pri osobnom odbere, pri registrovaní sa do
www.shopherba.sk a platbe v hotovosti zľava až 40 percent (index nutný!)**



**Herba, spol. s r.o.
Limbová 14 (budova SZU, č.dverí B-290)
Bratislava-Kramáre
02/54 77 66 83 (Po-Pi 8:30 – 16:00)
www.shopherba.sk**

**Pozývame Vás
na XXXIV. výročnú konferenciu
SSVPL SLS**



**VYSOKÉ TATRY – STARÝ SMOKOVEC
17. – 19. OKTÓBER 2013**