

## 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 poskytovaniu 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 capacity. 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 národné ekonomiky.** 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 poskytovaniu 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 fakult 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.“

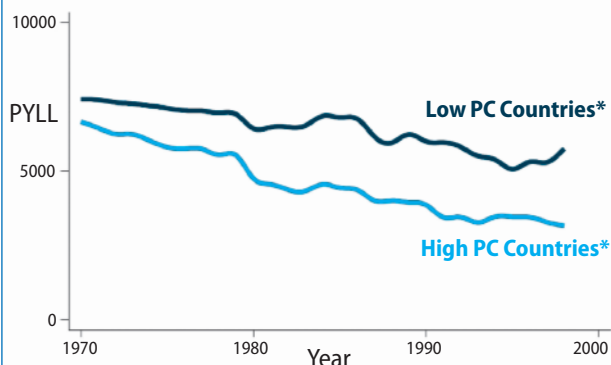
### 4) O systematickom oslabovaní primárnej starostlivosti na Slovensku

**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.  $R^2(\text{within})=0.77$ .

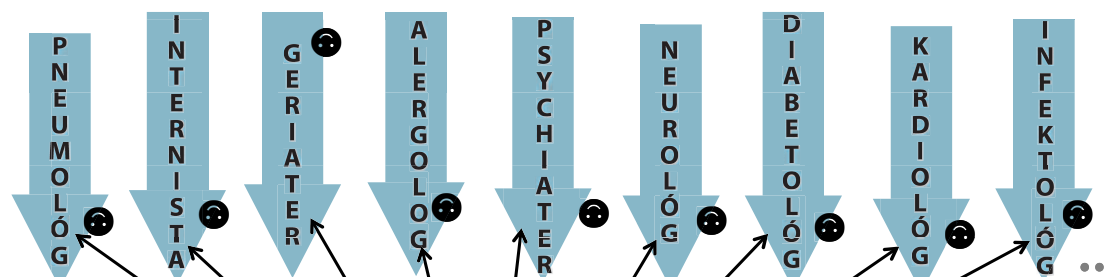
Source: Macinko et al, Health Serv Res 2003; 38:831-65.

Starfield 09/04  
IC 2953

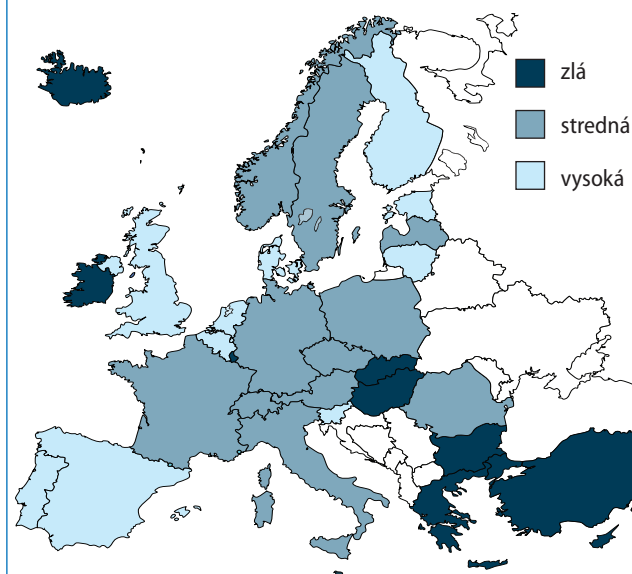
Slovensko patrí medzi krajiny so zle rozvinutou primárnou starostlivosťou. Preto je chronický polymorbídny pacient na Slovensku svojimi ochoreniami, hoci v miernom stupni, neustálym chodením po špecialistoch vyčerpaný a súčasný systém mu nezabezpečuje dostatočnú kvalitu života. (graf č. 2) V súvislosti 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



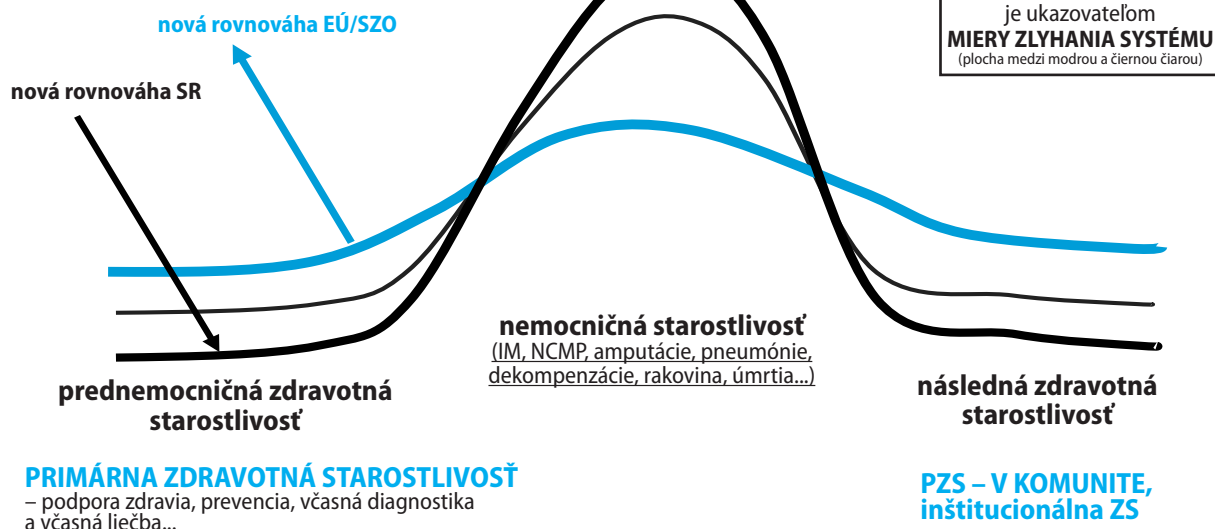
Prečo kardiovaskulárny preventívny program robia kardiológovia? Prečo pri včasnej diagnostike rakoviny prostaty onkomarker PSA, ktorý bol zabehnutý u všeobecných lekárov, sa im jednoducho zobral? V krajine, kde stúpa výskyt rakoviny prostaty a je tu katastrofálna úroveň jej včasnej diagnostiky? Prečo sa v čase rozvoja epidémie diabetu mellitu zobralo vyšetovanie glukovaného 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

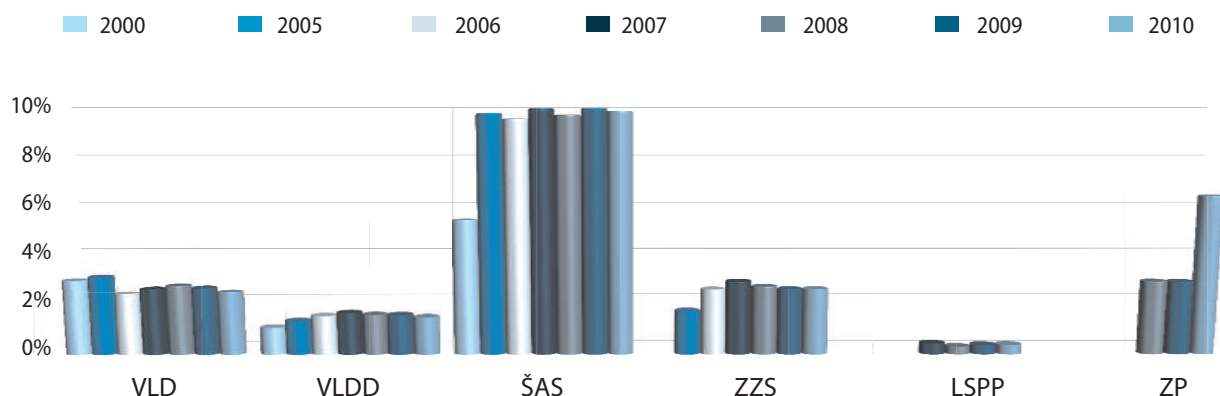


Upravené podľa: Christopher Riley, Department for Health and Social Services, Welsh Assembly Government, 2008

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 sú liekom voľby, čiže nemôže predpísať ani tú najzákladnejšiu liečbu“. Sú mnohé nezmyselné obmedzenia v kardiovaskulárnych liečivách.

### Diabetologická starostlivosť:

MUDr. Lipták sa zameriaval 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 manažovanie 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 kontraktálnych 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 existujú 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 koľají“. 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. Lipťáka 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 multimorbidita 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 % ordináciej 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 vedú 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.**