



Všeobecný praktík

PRIMÁRNA ZDRAVOTNÁ STAROSTLIVOSŤ KLÚČ K ZLEPŠENIU ZDRAVOTNÍCKEHO SYSTÉMU

SSVPL SLS NA CESTE 2006 – 2010

Odborné konferencie:

2006

47. Konferencia – Novinky v infektológii

48. Konferencia – Prevencia v ambulancii VPL

2007

49. Konferencia – Na hranici života a smrti

50. Konferencia – Kompetencie VPL

2008

XII. Kongres SLS – Hypertenziologická konferencia s účasťou SSVPL SLS

51. Konferencia – XXIX. Výročná konferencia – I. WHO konferencia

2009

XIII. Kongres SLS – I. Fórum spolupráce všeobecných lekárov pneumológov, alergológov a ORL

XXX. Výročná konferencia všeobecných praktíkov

Regionálne aktivity SSVPL SLS

Trenčín, Žilina, Tatry, Prešov, Košice, Lučenec, Nové Zámky, Banská Bystrica, Bratislava

Projekty 2010

Dni zdravých žíl 2. až 3. marec 2010

Svetový deň zdravého trávenia 28. máj 2010

Svetový deň srdca 28. september 2010



Pozývame Vás na členskú schôdzu SSVPL SLS, ktorá sa uskutoční dňa 30. 4. 2010 o 18.00 hod na Táloch v Tálskej Bašte pri hoteli Partizán.

Vol'by nového výboru sa uskutočnia korešpondenčným spôsobom 15. 5. až 15. 6. 2010. Informácie vo vnútri čísla.

Očkovanie proti HA a HB, nové hrazené indikácie

(podľa indikačných obmedzení kategorizačného zoznamu liekov od 1.7.2009)

• Očkovanie proti hepatitíde A:

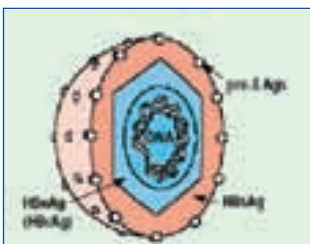


Vakcína ako hrazená liečba sa indikuje v rámci odporúčaného očkovania podľa § 9 ods. 4 vyhlášky MZ SR č.585/2008 Z. z. u osôb dispenzarizovaných pre chronické ochorenia pečene (dg. K70 - K76).

Očkuje sa dvoma dávkami vakcíny proti hepatitíde A, pričom druhá dávka by mala byť podaná po 6 mesiacoch maximálne do 5 rokov od prvej. Očkovanie ak ho hradí zdravotná poisťovňa má vykonať všeobecný lekár bezplatne. V súčasnosti, výkon očkovania proti HA je hrazený zdravotnými poisťovňami okrem poisťovne Dôvera. Vykazujeme dg. Z 24.6 kód výkonu 252b. Pacient si za očkovaciu látku neplatí. Vpredu na recept napíšeme dg. Z24.6, na zadnú stranu receptu napíšeme „Hradí poisťovňa“ a číslo dg. podľa MKCH10. Vakcínu proti HA pacientom s chronickým ochorením pečene musí hraď aj Dôvera, nehradí iba výkon očkovania VLD.

• Očkovanie proti hepatitíde B:

Vakcína ako hrazená liečba sa indikuje v rámci odporúčaného očkovania podľa § 9 ods. 3 vyhlášky MZ SR č. 585/2008 Z. z. u



- a) osôb dispenzarizovaných pre chronické ochorenia pečene – K70 - K76,
- b) hemofilikov D66 - D68,
- c) diabetikov E10 - E14,
- d) osôb s cystickou fibrózou E 84,
- e) intravenózných narkomanov F11 - F19,
- f) homosexuálov,
- g) promiskuitných osôb.

Očkuje sa tromi dávkami vakcíny proti hepatitíde B v intervale 0-1-6 mesiacov. Očkovanie ak ho hradí zdravotná poisťovňa má vykonať všeobecný lekár bezplatne, výkon očkovania je hrazený zdravotnou poisťovňou VŠZP a UNION. Vykazujeme dg. Z 24.6 kód výkonu 252b. Pacient si za očkovaciu látku neplatí. Vpredu na recept napíšeme dg. Z24.6, na zadnú stranu receptu napíšeme „Hradí poisťovňa“ a číslo príslušnej dg. podľa MKCH10. Homosexualita a promiskuita nemajú kód MKCH10, napíšeme „Hradí poisťovňa podľa vyhlášky MZSR 585/2008“. Vakcínu proti HA s vyššie uvedenými indikáciami musí hraď aj Dôvera, nehradí iba výkon očkovania VLD, ktorý pacientom účtujeme podľa našich cenníkov.

Všeobecní lekári očkujte! Nenechávajte peniaze pacientov v poisťovniach!

Obsah:

SSVPL na ceste	2
Regionálna sekcia v Bratislave	4
Oznamy SSVPL	5
- Voľby nového výboru SSVPL SLS	5
- XIV. Kongres SLS - Fórum spolupráce SSVPL SLS	5
- Členská schôdza SSVPL SLS	5
Z ekonomickej kuchyne výboru SSVPL SLS	6
- Dodatok č. 1	6
- Stanovisko výboru SSVPL SLS k spojeniu ZP, dopad na PZS	7
- Návrh výboru SSVPL SLS na zmluvné ceny výkonov na rok 2010	8
- Stanovisko výboru SSVPL SLS k k uzatváraniu „Dohôd o poskytovaní zdravotnej starostlivosti“ a úhrade kapitácie	9
Stanovisko výboru SSVPL SLS k súčasnému modelu LSPP	12
Projekt „Dni zdravých žíl“	14
Očkovanie	16
- Memorandum účastníkov I. Slovenského vakcinologického kongresu z 16.1.2010	16
- Očkovanie proti tetanu a diftérii	17
- Očkovanie proti HA a HB - nové hrazené indikácie	17
- Očkovanie proti pandemickej chrípke	18
- Vírusy v médiách, alebo môžu byť médiá choré?	19
Zahraničný fokus	21
- Dobré správy zo Slovenska	21
- Konferencia EFPC - Nikózia, 7.-8. Máj 2009	21
- 9.svetová Wonca konferencia vidieckej medicíny - Kréta 12.-14. Júna 2009	23
- Výročná konferencia RCGP- Britskej kráľovskej spoločnosti všeobecných lekárov	24
Fokus WHO	26
Primárna zdravotnícka starostlivosť, kľúč k posilňovaniu zdravotníckeho systému	26
Ako sa aktívne zúčastniť na konferencii Wonca 2010 Malaga	29
Vložené dokumenty:	
1. Kalendár akcií SSVPL na rok 2010	
2. Nálepka očkovanie dieťa	
3. Leták prístroja Bosso ABI 100	
4. Návrh na kandidáta výboru	
5. Prihláška za člena SSVPL SLS	
6. List prezidenta Wonca World prof. Chris van Weela	

SSVPL, jedna loď, na ktorej sú naložené všetky problémy VLD • Cieľ SSVPL - rozvoj odboru VL. Efektívny zdravotný systém postavený na potrebách ľudí • Odborné postupy a projekty • Bezpečnosť pacienta • Orientácia na pacienta a na komunitu • Orientácia na celkové zlepšenie zdravotného stavu pacienta, nie iba na izolované riešenie jeho určitého zdravotného problému • SPOLUPRÁCA - vnútroodborová aj medziodborová, národná aj medzinárodná.

SSVPL na ceste

Vážené kolegyně a kolegovia,

kde sa teraz nachádzajú všeobecní lekári na Slovensku?

Čo ich v súčasnosti najviac trápi?

1. Politikum?

Chronické pretrvávanie problémov nášho odboru môžeme chápať ako politikum. Už niekoľko rokov opakovane predkladáme návrhy, ako riešiť komplexne problematiku kvalitatívnej zdravotnej starostlivosti, postavenej na rozvoji primárnej starostlivosti na Slovensku. Narážame ale na nezáujem riešiť nahromadené problémy. Súčasný všeobecný pokles úrovne poskytovania zdravotnej starostlivosti je výsledkom dlhodobej ignorancie zdravotných potrieb občanov našimi politikmi.

Pokiaľ napríklad britský minister zdravotníctva tvrdí, že: **„Primárna starostlivosť má charakter verejnej služby a preto je podporovaná vládou, pričom zvýšenie jej kvality znamená zlepšenie zdravotného stavu populácie a zníženie výdavkov na zdravotníctvo“**; a rešpektovaný vládny expert to podčiarkuje keď zdôrazňuje: **„V čase ekonomickej krízy keď vidíme škrtenie rozpočtov a výdavkov musí byť podpora primárnej starostlivosti na prvom mieste.“**, tak sa nemôžeme čudovať, že v britskom systéme zodpovednosť za výsledky komplexnej zdravotnej starostlivosti o pacienta nesie všeobecný lekár. Lekár, ktorý má všetky kompetencie pre prevenciu, včasnú diagnostiku a komplexnú starostlivosť o chronických pacientov je základným prvkom zdravotného systému a prirodzene nesie aj zodpovednosť za zdravotný stav pacienta. Keď sa na to pozrieme cez optiku odporúčaní WHO môžeme povedať, že britský systém je systém riadeného zdravotníctva a slovenský systém je systém „brownovho pohybu molekúl“.

Doplácajú na to „molekuly“, pacienti a poskytovatelia.

Tieto všeobecné reči ale, ani našich lekárov, VLD, nezaujímajú. Oprávnené, ich prezentovaním sme nič nevyriešili, ani nedosiahli. Na Slovensku sú to prázdne reči.

2. Kompetencie v starostlivosti o chronických pacientov?

Naši chronickí pacienti sú vyčerpaní. Nielen svojim ochorením ale aj našim zdravotným systémom. V systéme postavenom na špecialistoch sa polymorbídni pacienti nachodia. Jednoduché zdravotné opatrenia sú umelo viazané na špecialistov iba byrokratickými predpismi. Je narušené právo pacientov na dostupnosť starostlivosti, zásada rovnosti v zdraví. Takže nestačí iba zaviesť výmenné lístky. Je potrebné zaviesť aj prax, že všeobecný lekár sa stará o pacienta po ten určitý stupeň zložitosti, ktorý vie zvládnuť sám a až potom ho konzultuje so špecialistom. Alebo inak povedané špecialisti sú v systéme preto, aby sa starali o zložitých pacientov a nie o každého pacienta s ochorením určitého orgánového systému. Napríklad, dnes sa stretávame s veľmi prekvapujúco štylizovanými prepúšťacími správami z nemocníc. V závere je množstvo pokynov - pacienta dispenzarizovať - neurológom, urológom, diabetológom, internistom, pneumológom... ale kolegovia ošetrojúci lekári v nemocniciach nezvyknú odporúčať ošetrojúcemu všeobecnému lekárovi pacienta ako sa on má starať o tohto spoločného pacienta po jeho prepustení domov. Mnohí pacienti po prepustení z nemocnice sú konečne doma a ich zdravotný stav sa často iba z tohto jednoduchého dôvodu stabilizuje a jediný lekár, ktorého starostlivosť objektívne potrebujú je práve iba ten ich ošetrojúci všeobecný lekár. Takže chýba tu adekvátna komunikácia, potrebná pre kontinuum kvalitatívnej starostlivosti o chronických pacientov v domácom prostredí pacienta.

3. LSPP, tento jednoduchý ale nekonečný, neriešený problém.

a) Treba priznať, že LSPP nemá dnes už charakter poskytovania prvej pomoci pri neodkladných stavoch. Na to je dnes RZP.

b) Nemyslí sa ani na personálne, ani na finančné pokrytie tejto služby. Direktívne presúvanie lekárov z ambulancií VLD, kde plnia svoju generálnu funkciu nevyhnutnú pre kvalitné poskytovanie primárnej starostlivosti do LSPP, kde sú pod rúškom určenia poskytovať prvú pomoc v skutočnosti určení iba na riešenie odkladných, čo sú pre prezentovanú emergentnú službu, banálne problémy, ktoré neodôvodňujú jej existenciu. Sú zbytočne vyčerpané fyzické sily lekárov, keďže sú týmto spôsobom nútení k viac ako 32 hodinovým súvislým pracovným výkonom. A to všetko za neprimerane nízke platby neodpovedajúce ich vzdelaniu a spoločenskému postaveniu.

4. Zmluvy s poisťovňami sú pre nás rozhodujúcim kritériom.

Intersektorálne rozdelenie zdrojov hovorí o stupni rozvoja primárnej starostlivosti, čo dnes vypovedá o schopnosti poisťovní efektívne využívať zdroje verejného zdravotného poistenia. Všetky poisťovne už uznali, že všeobecný lekár pre dospelých je kompetentný sa postarať o dospelých pacientov a začali nám hrať kapitáciu od dovŕšenia 18 rokov. Presadzujeme naďalej zvýšenie kapitačných platieb u starých, polymorbídnych pacientov a myslíme si, že vyžadujú aspoň tolko našej starostlivosti ako detský pacient. Usilujeme sa presadiť úhradu za očkovanie vo všetkých prípadoch, v ktorých vakcínu uhradza poisťovňa, presadiť samozrejmu úhradu EKG, CRP a zaviesť ďalšie laboratórne vyšetrenia POCT (Point of care treatment), ako vyšetovanie HbA1C, INR, mikroalbuminúrie a presadiť ich úhradu. Usilujeme sa zaviesť v starostlivosti o chronických pacientov preplácanie výkonu tzv. edukácie (diabetika, odvykanie od fajčenia a podobne).

5. Odborné problémy a postavenie všeobecného lekára v spoločnosti.

Usilujeme sa organizovať priestor komunikácie pacientov a VLD, aby pacienti mali možnosť oceniť našu prácu. Sú to edukačné projekty, koordinované akcie kedy VLD majú možnosť spoločne a pritom každý sám na najnovšej odbornej úrovni edukovať svojich pacientov v určitých druhoch odbornej problematiky. Napríklad je to Deň zdravého trávenia, Svetový deň srdca a tento rok začíname s akciou Dni zdravých žíl. Je veľmi potrebné, aby pacienti začali identifikovať VLD ako niekoho, kto má o ich dobré zdravie aktívny záujem a je svojimi vedomosťami zárukou jeho udržania.

VLD si musia uvedomiť, že dôležitosť nášho postavenia v spoločnosti sa odvíja od spokojnosti pacientov s našou starostlivosťou. A keďže každý občan má svojho všeobecného lekára, tak naše postavenie by mohlo byť veľmi silné a pomohlo by nám presadiť potrebné zmeny v zdravotnom systéme.

Odbornému rastu všeobecných lekárov a k zvyšovaniu úrovne poskytovanej starostlivosti má napomôcť aj komplexný projekt zvyšovania kvality SSVPLSLS.

6. Súčasné školstvo, vzdelávanie a všeobecné lekárstvo.

Keďže na fakultách stále neexistuje systematická výučba všeobecného praktického lekárstva, primárnej starostlivosti, tak študenti ani absolventi lekárskeho fakúlt nevedia, že existuje náš odbor, ani aké má úlohy. Na lekárske fakultách sa nedozvedia, ako vlastne vyzerá v praxi fungovanie základnej bunky zdravotníckeho systému - ambulancie všeobecného lekára. Aj preto nám chýba prílev nových kolegov a máme generačné problémy. Toto je tiež dôvod prečo nemocničnii kolegovia píšu prepúšťacie správy, ktoré nemožno vždy považovať za komunikáciu medzi ošetrojúcim lekárom v nemocnici a všeobecným ošetrojúcim lekárom pacienta, zabezpečujúcim kontinuitu starostlivosti v domácom prostredí. Stretávame sa aj s tým, že kardiológovia, nefrológovia, neurológovia atď. keďže na lekárskej fakulte sa počas študentských čias o nás nič nedozvedeli tak v praxi, v nemocniciach či odborných ambulanciách, vôbec netušia, čo vlastne všeobecní lekári robia v zdravotnom systéme. Nepochopia to, že jeden všeobecný lekár musí mať dôkladné vedomosti z každého odboru, aj keď iba po taký stupeň zložitosti problematiky, aby

bol schopný samostatne poskytovať komplexnú zdravotnú starostlivosť väčšine chronických pacientov na vysokej úrovni a súčasne aby vedel aj komplexne integrovať úsilie špecialistov z rôznych odborov a ostatných služieb v prípade komplikovaných pacientov. Nevedomosť špecialistov je jeden fenomén. Druhým problémom sú nedostatočné vedomosti všeobecných lekárov, čo je často uvádzané ako dôvod obmedzovania ich odborných kompetencií. Treba zdôrazniť, že kompetencie, ktoré by umožnili všeobecnému lekárovi poskytovať starostlivosť pacientom vo všetkých oblastiach po určitý stupeň zložitosti tak, aby ju mohol komplexne integrovať, sú pre náš odbor esenciálne. Tiež musím povedať, že bez týchto kompetencií vlastného odboru, nemožno očakávať odborný rast všeobecných lekárov. Po vytvorení primeraných podmienok dobre nastavené kontinuálne vzdelávanie vie zabezpečiť výchovu kvalitných všeobecných lekárov presne tak, ako to je aj v iných odboroch. Tu by nemali byť žiadne pochybnosti.

Toto sú len v krátkosti naše problémy. Tak ako je náš odbor zložitý, tak aj ony sú veľmi komplexné. Riešenia sú komplikované a dlhodobé. Máme možnosť trpezlivo postupovať touto cestou. Dnes to chce veľa entuziazmu.

V Bratislave 23.2.2010

MUDr. Peter Lipták, prezident SSVPL SLS

Vzniká regionálna sekcia SSVPL SLS v Bratislave

Vážení kolegovia,

rada by som Vás informovala o vzniku Regionálnej sekcie Slovenskej spoločnosti všeobecného praktického lekárstva v Bratislavskom samosprávnom kraji.

Dňa 6. januára 2010 sa v Bratislave zišiel prípravný výbor sekcie BSK a odsúhlasil návrh na založenie regionálnej sekcie. K rozhodnutiu vytvoriť regionálnu sekciu nás viedlo niekoľko dôvodov:

- vytvoriť priestor na častejšie stretávanie sa a diskusiu nielen na odborné medicínske témy
- vytvoriť priestor na riešenie problémov špecifických pre náš región
- vytvoriť priestor aj na neformálne stretnutia, radi by sme prebudili a vytvorili profesijnú súdržnosť.

Výbor SSVPL SLS na svojom zasadnutí dňa 23.januára 2010 schválil zriadenie regionálnej sekcie SSVPL SLS v BSK. Regionálna sekcia sa riadi stanovami SSVPL SLS. Pripravujeme zvolanie Členskej schôdze regionálnej sekcie. Je potrebné zvoliť Výbor regionálnej sekcie a Revízora. Voľby budeme organizovať korešpondenčným spôsobom v období od 15.3. do 15.4. 2010. O všetkých informáciách budú členovia regionálnej sekcie SSVPL v BSK informovaní poštou a všetky potrebné a aktuálne informácie budú zverejnené aj na stránke **www.vpl.sk** v sekcii Regióny. Dúfam, že naše stretnutia budú inšpirujúce pre našu prácu.

MUDr. Iveta Vaverková, predsedníčka prípravného výboru regionálnej sekcie BSK

mobil: 0908 724 955

Korešpondenčná adresa: Ambulancia všeobecného lekára, Poliklinika Karlova Ves, Líščie údolie 57, 841 04 Bratislava

Adresa pre elektronickú komunikáciu: **i.vaverkova@gmail.com** alebo pre BSK bola zriadená aj adresa na doméne vpl: **region.bsk@vpl.sk**

Oznam o voľbách nového výboru SSVPL SLS!!!

Vážené kolegyne, vážení kolegovia!

V súlade so stanovami SSVPL SLS výbor Slovenskej spoločnosti všeobecného praktického lekárstva SLS vyhlasuje voľby o výboru SSVPL SLS. Počet volených členov výboru je 13. Právo voliť a byť zvoleným do výboru SSVPL SLS má každý riadny člen SSVPL SLS.

Preto, aby uvedené právo bolo naplnené, výbor rozhodol v súlade so stanovami o korešpondenčnom spôsobe volieb v termíne od 15.5. do 15.6. 2010 (rozhoduje razítko pošty). Aby bolo možné zostaviť kandidačnú listinu, výbor SSVPL SLS Vás žiada aby, ak máte aj Vy osobne záujem aktívne pracovať pre pozdvihnutie všeobecných lekárov na Slovensku alebo poznáte aktívnu kolegyňu/ kolegu a viete ich presvedčiť a získať, aby zastupovali vo výbore váš región, vaše názory, reflektovali vaše problémy a podobne, vyplňte priložený „Návrh na kandidáta“ a po jeho vyplnení a zaslaní na adresu SSVPL SLS, sa budete môcť uchádzať o prácu vo výbore SSVPL SLS. Zbytočne neváhajte, slovenskí všeobecní lekári potrebujú v tomto období určitej stagnácie možno práve Vás.

Vyplnené tlačivo „Návrh na kandidáta“ vložte do obálky. V ľavej hornej štvrtine adresnej strany obálky vyznačte text „Návrh na kandidáta“ a DOPORUČENE ju zašlite na adresu Námestie SNP 10, 814 66 Bratislava. Ako už bolo uvedené „Návrh na kandidáta“ môže spracovať a podať každý sám osobne alebo kandidáta môže navrhnúť kolega, kolegyňa z jeho okolia. Na akceptovanie návrhu je potrebné, aby bol doplnený o požadované údaje o kandidátovi a podpísaný vlastnoručne kandidátom. Na základe doručených návrhov výbor zostaví kandidačnú listinu do nastávajúcich volieb výboru SSVPL SLS, ktorú zašle členom spolu s podrobnými pokynmi do 15.5.2010 tak, aby mohli uskutočniť korešpondenčné hlasovanie. Posledná príležitosť členskej základne podať návrhy a vyjadriť názory k nadchádzajúcim voľbám nového výboru, bude na členskej schôdzi SSVPL SLS 30.4.2010 na Tálloch. Na túto dôležitú členskú schôdzu vás všetkých osobne pozývam.

Peter Lipták, prezident SSVPL SLS

Pozvanie na 14. kongres SLS - Fórum spolupráce SSVPL

Slovenská lekárska spoločnosť, Slovenská hepatologická spoločnosť, Slovenská gastroenterologická spoločnosť, Slovenská spoločnosť všeobecného praktického lekárstva, Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou, Slovenská zdravotnícka univerzita v Bratislave vás pozývajú na

14. KONGRES SLOVENSKEJ LEKÁRSKEJ SPOLOČNOSTI PRAKTICKÁ HEPATOLÓGIA A GASTROENTEROLÓGIA FÓRUM SPOLUPRÁCE PRAKTICKÉHO LEKÁRA A ŠPECIALISTU TÁLE, 29. APRÍL - 1. MÁJ 2010, hotel Partizán

Je pripravený bohatý program, pozývame VLD k účasti na našom podujatí.

Organizačný a vedecký výbor 14. kongresu SLS

(podrobnejšie informácie budú rozposielané poštou a sú v aktualizovanej podobe dostupné na našej web stránke www.vpl.sk)

Pozvanie na členskú schôdzu Slovenskej spoločnosti všeobecného praktického lekárstva SLS - SSVPL SLS,

ktorá sa uskutoční v rámci 14. kongresu SLS, dňa 30.4.2010 t. j. v piatok, od 18.00 hod v priestoroch Tálskej Bašty, ktorá je situovaná cca 50 m od hotela Partizán.

Pozývame na našu členskú schôdzu všetkých členov našej spoločnosti. Budeme spoločne riešiť problematiku dotýkajúcu sa slovenských všeobecných lekárov. Tešíme sa na stretnutie s vami.

Výbor SSVPL SLS

Z ekonomickej kuchyne výboru SSVPL SLS:

1. Dodatok stanov umožňuje SSVPL SLS široké aktivity zastupujúce ekonomické záujmy svojich členov:

Dodatok č. 1

k stanovám občianskeho združenia Slovenská spoločnosť všeobecného praktického
lekárstva Slovenskej lekárskej spoločnosti, registrovaného Ministerstvom vnútra SR
pod č. VVS/1-900/90-11564



Na základe rozhodnutia Členskej schôdze SSVPL SLS zo dňa 25. apríla 2009 boli schválené nasledovné zmeny stanov občianskeho združenia:

Článok I. sa dopĺňa o bod 6 takto:

„6. SSVPL SLS podporuje myšlienky a odporúčania Svetovej zdravotníckej organizácie (WHO) a realizuje jej ciele pri rozvoji primárnej zdravotnej starostlivosti na Slovensku.“

Článok I. sa dopĺňa o bod 7 takto:

„7. SSVPL SLS zastupuje svojich členov pri presadzovaní spravodlivých podmienok v zmluvných vzťahoch so zdravotnými poisťovňami, ako aj v iných vzťahoch a s inými za účelom skvalitnenia podmienok výkonu všeobecného praktického lekárskeho.“

Článok II. sa dopĺňa o bod 8 takto:

„8. Presadzovať spravodlivé zmluvné podmienky pre členov SSVPL SLS vo vzťahoch so zdravotnými poisťovňami a inými partnermi za účelom skvalitnenia podmienok výkonu všeobecného praktického lekárskeho.“

Článok III. sa dopĺňa o bod 8 takto:

„8. Podávanie písomných a ústnych návrhov, pripomienok, stanovísk a vyjadrení zmluvným ako aj nezmluvným partnerom (napríklad zdravotným poisťovňami, Ministerstvom zdravotníctva Slovenskej republiky, Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou). Účasť na príslušných rokovaníach a prípravách na tieto rokovania. Týmto nie je dotknuté právo členov SSVPL SLS rozhodovať o uzavretí či neuzavretí zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti s konkrétnou zdravotnou poisťovňou.“



Ministerstvo vnútra Slovenskej republiky
Zmena stanov vzaté na vedomie
dňa: 19. 4. 2009
Číslo spisu: VVS/1-900/90-11564-5

JUDr. Oľga F. ČERNÁKOVÁ
Rudítelska odpora všeobecnej
vnútornej správy

2. Stanovisko výboru SSVPL SLS k spojeniu ZP - dopad na PZS

(Pracovná verzia z 17.2.2010)

Keď sa pozrieme na kolobeh financií v zdravotníctve, tak tu v súčasnosti panuje veľká neprehľadnosť, ktorá zvyhodňuje „určité“ medzičlánky, t. j. aj zdravotné poisťovne a na nich naviazaných politikov a finančníkov, ktorým umožňuje platiť poskytovateľom menej za služby, než sú ich vynaložené náklady a na druhej strane im umožňuje zdôvodňovať občanom a poistencom, prečo za svoje peniaze nedostávajú všetko to, čo im garantuje dnešný povinný rozsah zdravotnej starostlivosti.

Ako zaplatiť poskytovateľom menej peňazí a ako poskytnúť občanom menej starostlivosti, to ako by bol rébus riaditeľstiev dnešných poisťovní. Jednoducho rozmýšľajú nad tým, ako ušetriť.

Myslíme si, že politici a finančníci nepristúpili k zjednodušeniu systému financovania preto, že by to chceli sami od seba, ale ich k tomu donútila finančná kríza. Spojenie piatich fondov do troch, je do budúcnosti veľké plus a je tu nádej, že keď kríza ešte postúpi, nakoniec vznikne jeden fond, v ktorom sa budú zhromažďovať prostriedky verejného zdravotného poistenia a odpadnú ďalšie medzičlánky, ktoré vyčerpávajú zdroje. A možno, že v oblasti financovania zdravotnej starostlivosti budeme dotlačení krízou aj k dlho avizovanému vzniku pripoistenia. Znamenalo by to vstup ďalšieho, teraz už skutočne súkromného kapitálu adresne do zdravotníckeho segmentu. Boli by to nemalé zdroje, možno predpokladať, že by to znamenalo cca 1 mld EUR každoročne navyše. Výbor SSVPL SLS podporuje tento vstup potrebného súkromného kapitálu do zdravotníctva v SR, toľko potrebného aj pre rozvoj primárnej zdravotnej starostlivosti.

Samozrejme, v tomto prechodnom období musíme počítať s tým, že poisťovne využijú situáciu a opäť nám vnútia nevýhodné zmluvy. Väčšie - menšie problémy pri uzatváraní nových zmlúv budú zrejme realitou najbližšieho pol roka.

Z dlhodobejšieho hľadiska ale situácia zlučovania poisťovní pre nás znamená nemalú výhodu. V konečnom dôsledku je to možnosť presadiť lepšie financovanie zdravotníctva, výhodnejšie pre poskytovateľov a tým aj pre pacientov. Sprehľadnenie systému financovania nám dáva väčšie možnosti ukázať na skutočné príčiny klesajúcej úrovne zdravotnej starostlivosti o pacientov, totiž nie na našu neschopnosť, ale na neschopnosť v manažovaní a financovaní systému. Veríme, že kvalitu poskytovanej zdravotnej starostlivosti na primeranej úrovni sa nám bude dariť udržať aj zvyšujúcim sa objemom priamych platieb od občanov. Ak zdravotné poisťovne budú naďalej blokovať rozvoj primárnej zdravotnej starostlivosti a tým efektívne využitie zdrojov verejného zdravotného poistenia, je paralelné financovanie na báze priamych platieb od občanov - poistencov možnou alternatívou, ako si môžu zabezpečiť dostupnosť kvalitnej primárnej zdravotnej starostlivosti. Správna otázka by mohla byť, či ľudia, ktorí si budú chcieť zabezpečiť primerane kvalitnú a dostupnú zdravotnú starostlivosť, sa budú ešte cítiť ako poistenci.

V segmente primárnej zdravotnej starostlivosti očakávame oveľa väčšiu spoluprácu všetkých všeobecných lekárov. Ich spoločný postup. Očakávame tiež, že dôjde k oveľa väčšiemu prepojeniu všeobecných lekárov a ich pacientov v spoločnom úsilí dosiahnuť cieľ, rozvinutie efektívne fungujúceho zdravotníckeho systému, v ktorom je spokojný pacient aj poskytovateľ. Taký je zdravotný systém orientovaný na pacienta a na poskytovateľa. Prepojenie pacient - poskytovateľ, je najdôležitejší prvok fungujúceho zdravotného systému. Poisťovne a úrady majú význam iba po úroveň nevyhnutného servisu. Takže ešte sú tu nemalé možnosti ubrať v poisťovniach a na úradoch.

Cesta od dnešného zdravotného systému orientovaného na poisťovne a úrady k systému, ktorý je orientovaný na pacientov a poskytovateľov sa začala.

Stanovisko spracoval prezident SSVPL SLS MUDr. Peter Lipták, na základe pripomienok členov výboru spoločnosti, odoslané na schválenie výborom elektronickým hlasovaním dňa 17.2.2010. Predložené členskej základni k širokej diskusii, možnosť reagovať na vp1@vp1.sk alebo písomne na adrese: SSVPL SLS, Námestie SNP 10, 814 66 Bratislava

2. Návrh Výboru SSVPL SLS, na zmluvné ceny výkonov na rok 2010

(Pracovná verzia zo 17.2.2010)

1. Ceny kapitácie

od 15 do 18 rokov vrátane	2,00 EUR
od 18 do 28 rokov vrátane	2,00 EUR
od 28 do 40 rokov vrátane	2,30 EUR
od 40 do 60 rokov vrátane	3,60 EUR
od 60 do 80 rokov vrátane	5,00 EUR
nad 80 rokov	6,00 EUR

(ceny kapitácií odpovedajúce priemernej kapitácii 3,30 EUR)

Poistenci EÚ, bezdomovci, cudzinci a poistenci podľa § 9 ods. 3 zákona č. 580/2004 Z.z. v znení neskorších predpisov nie sú kapitovaní

2. Cena bodu

- za preventívne zdravotné výkony (aj poistenci EÚ) 0,04 EUR
- za výkony z I. časti Zoznamu výkonov pre poistencov EÚ, bezdomovcov, cudzincov a poistencov podľa § 9 ods. 3 zákona č. 580/2004 v znení neskorších predpisov 0,04 EUR
- za výkony z II. časti Zoznamu výkonov, výkony SValZ (pre nekapitovaných a poistencov EÚ) 0,02 EUR
- za neodkladnú starostlivosť o nekapitovaných 0,04 EUR
- za prístrojové a laboratórne výkony 0,02 EUR
- návštevna služba 0,04 EUR

3. Nad rámec kapitácie sa uhrádzajú:

- Preventívne prehliadky - 1x za dva roky výkon č. 160 - 350 bodov = 14 EUR
 - OK test - 1x za rok test na okultné krvácanie do stolice, vykazovať ako výkon 159a pri vydaní testu s úhradou paušálneho nákladu = 1 EUR (cena testovacej súpravy), pri vyhodnotení testu vykazovať kódy 159an - negatívny test a 159ap - pozitívny test, výkony vykazovať spolu s diagnózou Z00.0. Hodnota výkonu 159ap je rovnaká ako výkonu 159an, t. j. 180 bodov = 7,2 EUR.
 - Očkovanie ak očkovaciu vakcínu hradí poisťovňa - výkon 252b (70bodov) + výkon 4a (80 bodov) = 150 bodov = 6 EUR
 - EKG vyšetrenie výkon č. 5702 - 550 bodov x 0,02 EUR = 11 EUR
- Úhrada ďalších prístrojových a laboratórných vyšetrení nad rámec kapitácie (Spirometria, Glykémia, CRP, Mikroalbuminúria, Holter TK, meranie ankylo-brachiálneho indexu, USG Doppler ciev DK a pod.) sa stanoví individuálne podľa rozpracovaných projektov zvyšovania kvality SSVPL SLS.
- Úhrada edukačných aktivít nad rámec kapitácie sa stanoví individuálne, podľa rozpracovaných projektov zvyšovania kvality SSVPL SLS (odvykanie fajčenia, intervencia u obezity, edukácia u diabetu...)
 - Návštevna služba - výkony č. 25, 26, 29 (285 bodov) = 11,4 EUR

4. Lieky so symbolom úhrady "A" zaradené do zoznamu liekov podľa osobitného predpisu, pokiaľ tieto nebudú preukázateľne nadobudnuté v súlade so všeobecne záväzným predpismi, v súlade so zákonom č. 147/1998 Z.z. o liekoch a zdravotníckych pomôckach, zákonom č. 147/2001 Z.z. o reklame, zákonom č. 18/1996 Z.z. o cenách, zákonom č. 431/2002 Z.z. o účtovníctve a súvisiacich predpisoch a vykázané v súlade s platným Metodickým usmernením Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou.

Návrh spracoval prezident SSVPL SLS MUDr. Peter Lipták, na základe pripomienok členov výboru spoločnosti, odoslané na schválenie výborom elektronickým hlasovaním 17.2.2010. Predložené členskej základni k širokej diskusii, možnosť reagovať na vp1@vp1.sk alebo písomne na adrese: SSVPL SLS, Námestie SNP 10, 814 66 Bratislava

3. Stanovisko výboru SSVPL SLS k uzatváraniu „Dohôd o poskytovaní zdravotnej starostlivosti“ a úhrade kapitácie

(Pracovná verzia zo 17.2.2010)

Na základe nejednotného postupu pri uzatváraní „Dohôd o poskytovaní zdravotnej starostlivosti“ s poisťovcami, dochádza k stavu, že poisťovne ušetria ročne cca 10 % prostriedkov na nevyplatenú kapitáciu (ak počítame pre celý segment VLD). Tieto prostriedky potom chýbajú vo všeobecnej ambulantnej starostlivosti a podieľajú sa na jej nedofinancovaní. Výbor SSVPL SLS pripravil pre VLD tento informačný a odporúčací materiál:

Citácie a komentár k príslušným zákonom, ktoré by mal každý VLD ovládať a ktoré mu umožňujú praktický a účelný postup:

1. V zmysle ust. §12 ods.1 zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti v znení neskorších predpisov (ďalej len „**Zákon**“) právny vzťah, ktorého predmetom je poskytovanie zdravotnej starostlivosti, vzniká na základe dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti, ktorú osoba uzatvorí s poskytovateľom (ďalej len „**Dohoda**“). V prípade, že poskytovateľ zdravotnej starostlivosti poskytuje zdravotnú starostlivosť v súlade s platným povolením ako právnická osoba (napr. spoločnosť s ručením obmedzeným) „**Dohodu**“ uzatvára poskytovateľ ako právnická osoba (nie lekár - fyzická osoba) a podpisuje štatutárny zástupca poskytovateľa, resp. osoba oprávnená konať za poskytovateľa na základe splnomocnenia. „**Zákon**“ v citovanom ustanovení jednoznačne určuje, že „**Dohodu**“ uzatvára poskytovateľ zdravotnej starostlivosti a nie ošetrojúci lekár. „**Dohodu**“ za poistenca podpisuje vlastnoručne sám poistenec, resp. jeho zákonný zástupca, ak ide o maloletého poistenca.

2. „**Dohoda**“ sa považuje za dvojstranný právny úkon, ktorý pre svoju platnosť musí obsahovať podstatné náležitosti. V zmysle ust. § 37 ods. 1 **Občianskeho zákonníka** sa každý právny úkon musí urobiť slobodne a vážne, určite a zrozumiteľne: inak je neplatný. V tomto prípade „**Dohoda**“ musí obsahovať identifikáciu oboch zmluvných strán (poskytovateľ a poistenec), predmet dohody (poskytovanie ZS), dátum uzavretia a vlastnoručné podpisy oboch zmluvných strán. V prípade, že „**Dohoda**“ neobsahuje vlastnoručné podpisy oboch zmluvných strán, je neplatná. Samotné označenie „**Dohody**“ len pečiatkou poskytovateľa bez doloženia jeho vlastnoručného podpisu v danom prípade nestačí a spôsobuje jej absolútnu neplatnosť.

V zákone sa nehovorí o tom, že „Dohoda“ musí byť označená kódom poisťovne, z jeho dikcie vyplýva, že „Dohoda“ sa uzatvára medzi dvomi zmluvnými stranami, poskytovateľom a poistencom a to v akej poisťovni sa poistenec práve nachádza, nie je zákonná náležitosť „Dohody“. Je zrejmé, že pri zmene poisťovne nie je prerušený zmluvný vzťah poskytovateľa a poistenca a preto nie je potrebné uzatvárať novú dohodu. Pôvodná dohoda zakladá zákonný nárok poskytovateľovi na úhradu kapitácie v novej poisťovni poistenca. Takisto pri odchode poistenca do zahraničia existujúca „Dohoda“ nezaniká a po jeho návrate zo zahraničia a opätovnom prihlásení sa poistenca do ktorejkoľvek zdravotnej poisťovne, má pôvodný poskytovateľ nárok na úhradu kapitácie odo dňa opätovného prihlásenia sa poistenca do zdravotnej poisťovne.

3. V zmysle ust. § 12 ods. 7 „**Zákona**“ „**Dohoda**“ o poskytovaní všeobecnej ambulantnej starostlivosti sa uzatvára v písomnej forme, najmenej na šesť mesiacov; jej prvopis je súčasťou zdravotnej dokumentácie a druhopis sa odovzdá osobe alebo jej zákonnému zástupcovi.

Zákon nezakladá povinnosť poskytovateľovi doručovať ďalšiu kópiu alebo rovnopis „Dohody“ zdravotnej poisťovni.

4. V zmysle ust. §12 ods. 10 „**Zákona**“ „**Dohoda**“ o poskytovaní zdravotnej starostlivosti zaniká smrťou osoby, smrťou alebo zánikom poskytovateľa alebo po doručení písomného odstúpenia od dohody prvým dňom kalendárneho mesiaca nasledujúceho po kalendárnom mesiaci, v ktorom bolo doručené písomné odstúpenie od dohody. V prípade, že „**Dohoda**“ bola uzavretá

na dobu určitú (minimálne na 6 mesiacov), zaniká takisto uplynutím doby, na ktorú bola uzavretá. Z dikcie tohto ustanovenia je zrejmé, že uvedený výpočet právnych dôvodov zániku „Dohody“ je taxatívny a preto **pokiaľ nenastane niektorá z vyššie uvedených skutočností, nedôjde k platnému zániku predchádzajúcej „Dohody“**. Samotné podpísanie novej „Dohody“ s iným poskytovateľom bez predchádzajúceho písomného odstúpenia od predchádzajúcej „Dohody“, nezakladá de iure automaticky zánik predchádzajúcej „Dohody“. V prípade smrti osoby, resp. poskytovateľa (alebo jeho zániku ak je právnická osoba) zaniká „Dohoda“ týmto dňom.

„Odstúpenie od dohody“ ako tzv. jednostranný právny úkon musí byť písomné a doručené. Na jeho platnosť a účinnosť sa nevyžaduje súhlas druhej strany, pričom však z neho musí byť zrejmé kto ho urobil, komu je určené, dátum podpísania a vlastnoručný podpis osoby odstupujúcej od „Dohody“. „Odstúpenie od dohody“ nadobúda účinnosť až dňom jeho doručenia druhej strane, pričom k samotnému zániku „Dohody“ dochádza prvým dňom kalendárneho mesiaca nasledujúceho po kalendárnom mesiaci, v ktorom bolo doručené písomné „Odstúpenie od dohody“. Z tohto dôvodu je nevyhnutné v sporných prípadoch preukázateľné doručenie písomného odstúpenia (osobné prevzatie proti podpisu druhej strany, alebo vrátená doručienka s dátumom prevzatia a podpisom).

Zdravotná poisťovňa nemôže odmietnuť zaplatiť kapitáciu pôvodnému poskytovateľovi a zdôvodňovať to konfliktom u poskytovateľov alebo tým, že platí novému poskytovateľovi. Musí svoj postup doložiť písomným dokladom. Písomný doklad oprávňujúci zdravotnú poisťovňu neuhrádzať kapitáciu žiadnemu poskytovateľovi neexistuje. Dôkaz, ktorý ju oprávňuje zmeniť poskytovateľa, ktorému platí kapitáciu (teda začať platiť kapitáciu novému poskytovateľovi) je písomné „Odstúpenie od dohody“ preukázateľne doručené pôvodnému poskytovateľovi poisťovňou. Takýto doklad nie je nová „Dohoda“. Preto výbor SSVPL SLS odporúča lekárom VLD presne dodržiavať zákon, zaviesť „Odstúpenie od dohody“ ako nové tlačivo. Možný vzor je v prílohe. Navrhujeme ho vyhotovovať v dvoch výtlačkoch, jeden pre poisťovňu a jeden pre poskytovateľa. Týmto spôsobom vie poskytovateľ pred poisťovňou jednoznačne obhájiť kmeň svojich pacientov, či už v rámci prestupov medzi jednotlivými poskytovateľmi alebo pri odchodoch a návratoch poisťencov zo zahraničia alebo prestupoch poisťencov medzi poisťovňami. Takisto poisťenec vie jednoznačne preukázať, že zmenil poskytovateľa. Navrhujeme aby novú dohodu, a malo by to byť podmienkou jej platnosti, mohol nový poskytovateľ uzavrieť iba v prípade, že mu je:

a) doručená zdravotná dokumentácia pacienta, ktorá je ukončená pôvodným poskytovateľom napríklad vetou: Dokumentácia ukončená dňa XXYYZZZZ, poisťenec vyradený z našej evidencie; podpis a pečiatka pôvodného poskytovateľa.

alebo

b) ak sa nový poisťenec preukáže „Odstúpením od dohody“, ktoré bolo preukázateľne doručené pôvodnému poskytovateľovi (osobné prevzatie proti podpisu druhej strany alebo vrátená doručienka s dátumom prevzatia a podpisom). Kópiu tohto „Odstúpenia od dohody“ odporúčame tiež založiť v dokumentácii pacienta u nového poskytovateľa. Spolu s novou „Dohodou“ je nespochybniteľným dôkazom oprávnenosti jeho nároku na kapitačnú platbu.

5. V zmysle ust. §11 ods. 6 „Zákona“ má každý právo na slobodný výber poskytovateľa zdravotnej starostlivosti (výnimku tvoria špecifické skupiny osôb odsúdených, žiadateľov o azyl alebo ako policajti, ozbrojené sily SR, ZVJS, hasiči, SIS, NBÚ...) čím je zabezpečená tzv. slobodná voľba lekára. V prípade prevzatia obvodu po predchádzajúcom poskytovateľovi (z dôvodu smrti alebo skončenia poskytovania ZS) nedochádza automaticky súčasne aj k prevzatíu všetkých poisťencov, s ktorými mal predchádzajúci poskytovateľ uzavreté „Dohody“. Prevzatie obvodu určené rozhodnutím príslušného orgánu (samosprávny kraj) je len administratívnym prevzatím územného obvodu. Každý poskytovateľ je preto povinný v takýchto prípadoch uzavrieť novú „Dohodu“ s poisťovňou, ktorého bude mať v trvalej zdravotnej starostlivosti (tzv. kmeňový stav). V prípade, že takéto nové „Dohody“ nebudú uzavreté, nevzniká novému poskytovateľovi nárok na úhradu kapitácie.

6. Zdravotná poisťovňa uhradza kapitáciu poskytovateľovi, s ktorým má platne uzavretú zmluvu o poskytovaní a úhrade zdravotnej starostlivosti za poistencov, s ktorými má poskytovateľ platne uzavreté „Dohody“.

V prípade, vzniknutých konfliktov pri vykazovaní počtu kapitovaných poistencov, ak máme podpísanú „Dohodu“, tak doložením „Odstúpenia od dohody“ môžeme právne relevantným spôsobom preukázať nárok na kapitačnú platbu.

Výbor SSVPL SLS odporúča všetkým lekárom VLD postupovať vyššie odporúčaným postupom. Na zakotvení tohto zákonného spôsobu preukazovania nároku na kapitačnú platbu do nových zmlúv, budeme trvať aj pri rokovaníach so zdravotnými poisťovňami.

Príloha: vzor navrhovaného tlačiva „Odstúpenie od dohody“.

Stanovisko spracoval a predložil výboru SSVPL na diskusiu dňa 17.2.2010

prezident SSVPL SLS, Peter Lipták, Predložené členskej základni k širokej diskusii, možnosť reagovať na vpl@vpl.sk alebo písomne na adrese: SSVPL SLS, Námestie SNP 10, 814 66 Bratislava

Príloha:

Odstúpenie od dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti

Dole podpísaná/podpísaný:

meno a priezvisko:..... R.č.:

bydlisko:

kód zdravotnej poisťovne:

v súlade s §12 zákona SR č. 576/2004 Z.z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov,

odstupujem

týmto od dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti uzatvorenej

dňa:.....

s poskytovateľom zdravotnej starostlivosti:

Meno lekára

Adresa ambulancie

Dátum odstúpenia:

.....
vlastnoručný podpis poistenca

Odstúpenie od dohody prevzal

dňa:

.....
vlastnoručný podpis a pečiatka doterajšieho poskytovateľa

Stanovisko výboru SSVPL SLS k súčasnému modelu LSPP

Výbor SSVPL SLS, tvorený všeobecnými lekármi slúžiacimi LSPP, sa zaoberá touto problematikou kontinuálne. V súvislosti s jej súčasným stavom zaujímate toto stanovisko:

I. V súčasnosti je LSPP zbytočná služba.

Lekársku službu prvej pomoci považujeme dnes za nadbytočnú zložku poskytovania všeobecnej ambulantnej starostlivosti, dokonca si dovoľíme tvrdiť, že do jej poskytovania vnáša prvky dezorganizácie.

1. Už neposkytuje prvú pomoc pri neodkladných stavoch.

Z odborného hľadiska nie je už dnes prípustné, aby LSPP poskytovala občanom prvú pomoc pri neodkladných stavoch. Práve na toto historicky vznikla LSPP, ale dnes túto svoju základnú funkciu už stratila, pretože dnes na riešenie neodkladných stavov slúži hustá sieť RZP a CP nemocníc s podstatne lepšími výsledkami. Práve podstatne horšie výsledky pacientov s akútnymi život ohrozujúcimi stavmi, ktorí zo zotrvačnosti vyhľadali prvú pomoc na LSPP a stratili tak dôležitý časový priestor prvej zlatej hodiny po infarkte, po cievnej mozgovej príhode, po akútnej embolizácii atď. by mali nútiť kompetentných neváhať a okamžite zrušiť LSPP.

2. Poskytovanie všeobecnej ambulantnej starostlivosti formou LSPP je odborný nezmysel.

Každý občan má svojho všeobecného lekára, tento mu poskytuje všeobecnú ambulantnú starostlivosť vo svojej ambulancii počas svojich ordinačných hodín. Jej základnými atribútmi sú okrem jednoduchej dostupnosti, komplexnosť a kontinuálnosť. To znamená poskytovanie komplexnej zdravotnej starostlivosti jedným konkrétnym lekárom po dlhú dobu. Komplexnú a kontinuálnu všeobecnú ambulantnú starostlivosť nie je možné poskytovať formou LSPP, ktorú slúžia rôzni lekári, ktorí nemajú dlhodobú väzbu na konkrétneho pacienta, nemajú dôkladné vedomosti o pacientovom zdravotnom stave tak, ako ich má jeho ošetrojúci všeobecný lekár. Takisto z hľadiska času (nočné hodiny) sa poskytuje LSPP v neštandardných podmienkach. Charakteristiky pomoci pri neodkladných stavoch sú typické pre poskytovanie prvej pomoci v rámci RZP, ale pre všeobecnú ambulantnú starostlivosť sú nevhodné, pretože neumožňujú jej kvalitné poskytovanie. Prečo by mali pacienti so stavmi, ktoré nie sú neodkladné blúdiť po nociach po pohotovostiach? Veď ich vlastný všeobecný lekár ich čaká v ordinačných hodinách vo svojej ambulancii, pripravený poskytnúť im komplexnú všeobecnú ambulantnú starostlivosť. Takže napríklad načo je dobré, ak pacient s močovou infekciou si zavolá cudzieho všeobecného lekára domov o 2.45, keď od 7.00 už ordinuje jeho všeobecný lekár? Tú istú otázku si kladieme, keď ošetrojeme v nočných hodinách cudzích pacientov s hnačkou, kašľom, teplotou, náhle vzniknutým zápalom priedušiek, nádchou, bolesťami hrdla, chrptice a i pri všetkých ostatných stavoch, pri ktorých je jasne indikované odloženie poskytnutia lekárskej pomoci a ponechanie tohto prvého ošetrovania na kvalifikovanejšieho pacientovho všeobecného lekára.

II. Bezpečnosť pacientov v našich ambulanciách je ohrozená.

Pýtame sa, že načo vlastne z medicínskeho hľadiska má byť stále dostupný všeobecný lekár určený na ošetrovanie pacientov s hnačkou, nádchou, pálením pri močení, teplotou. O to viac, že takýto lekár po noci strávenej ošetrovaním banalít pacientov iných všeobecných lekárov si ráno sadne do svojej ambulancie a musí riešiť aj zložité problémy svojich vlastných pacientov. Čo keď takýto lekár vyčerpaný po nočnej službe urobí závažnú medicínsku chybu a poškodí zdravie svojho pacienta? Kto vlastne nesie zodpovednosť, ak takto dôjde k poškodeniu zdravia pacienta? Kto vytvára takúto neštandardnú, vyčerpávajúcu situáciu pre slúžiacich všeobecných lekárov? Kto by mal dbať o bezpečnosť pacientov a vytvárať pre poskytovanie všeobecnej ambulantnej starostlivosti štandardné podmienky? Službami LSPP za súčasných neštandardných podmienok, keď lekár je donútený pracovať 32 hodín bez prerušenia, je ohrozená bezpečnosť pacientov.

III. Úhrada neefektívnej LSPP zo zdrojov verejného zdravotného poistenia je plytvaním.

Položme si otázku, prečo by mala byť LSPP hradená zo zdrojov verejného zdravotného poistenia? Neodkladné stavy sa hradia RZP a CP nemocníc. Prečo má byť hradené okamžité ošetrovanie, infektov močových a dýchacích ciest pohotovostným všeobecným lekárom, keď je dostupná kvalifikovaná starostlivosť v ambulanciách kapitulujúcich všeobecných lekárov do niekoľkých hodín od vzniku týchto ťažkostí? Podľa nášho názoru duplikovanie bežnej ambulantnej starostlivosti všeobecného lekára je neospravedliteľným plytvaním. O to viac, že sa hovorí, že tu máme finančnú krízu. Nie sú peniaze na rozvoj efektívnej primárnej zdravotnej starostlivosti, ale na to, aby podnikatelia prevádzkujúci LSPP neprišli o svoje živobytie a mohli naďalej žiť na úkor pacientov a svojich kolegov, tak na to sa peniaze zo zdrojov verejného zdravotného poistenia stále uvoľňujú. Možno sa v období finančnej krízy iba počudovať, že na Slovensku nemáme nikoho, kto by bol braný na zodpovednosť za neefektívne vynakladanie prostriedkov zo zdrojov verejného zdravotného poistenia. Nie sú analýzy? Prečo dochádza k plytvaniu? Myslíme si, že práve vďaka neefektívnemu finančnému manažmentu zdravotníctva v takýchto „maličkostiach“, chýbajú zdroje a dochádza k zhoršovaniu celkového zdravotného stavu slovenského obyvateľstva a k prehlbovaniu zaostávania v rámci krajín EÚ.

IV. Všeobecní lekári, ako ďalej s LSPP?

1. V rámci poskytovania LSPP poskytujeme pacientom striktne iba nevyhnutné ošetrovanie, vo všetkom ostatnom orientujeme pacientov na ich kapitulujúcich všeobecných lekárov. Čiže v žiadnom prípade sa neusilujeme poskytovať pacientom v LSPP starostlivosť na úrovni, na akej ju poskytujeme vo svojich ambulanciách. V podmienkach LSPP to nie je reálne možné, preto poskytujeme iba minimálny núdzový rozsah starostlivosti. Skutočnú kvalitnú všeobecnú ambulantnú starostlivosť vie poskytnúť iba kapitulujúci všeobecný lekár, ktorý dôkladne a dlhodobo pozná pacienta. Myslíme si, že prvým krokom, by malo byť prísne obmedzenie preskripcie antibiotík v LSPP. Tu sa robí podľa názoru výboru SSVPL veľa chýb a pacienti by sa mali dozvedieť jasnú správu, že v pohotovosti LSPP sa antibiotiká prakticky vôbec nepredpisujú a celá práca pohotovostného všeobecného lekára spočíva iba z dôkladného telesného vyšetrenia pacienta, aby sa v ojedinělých prípadoch nezanedbali neodkladné stavy, na ktorých riešenie sa povolá RZP. Vo väčšine prípadov jediným záverom vyšetrenia na LSPP by malo byť: Nejedná sa o neodkladný stav, dnes (zajtra, v pondelok) kontrola u kapitulujúceho všeobecného lekára. Zatiaľ symptomatický postup. Pacient poučený.

2. Ak by mala zostať LSPP zachovaná, potom výbor SSVPL navrhuje jej dĺžku cez pracovný deň a aj vo sviatkoch obmedziť do 22.00 hod. Ak by niekto trval na dlhšej pracovnej dobe, potom musí prevziať aj zodpovednosť za následky, ktoré môže spôsobiť unavený všeobecný lekár druhý deň vo svojej vlastnej ambulancii. Preto je potrebné do zmlúv s poskytovateľmi LSPP jasne zakotviť, že v takýchto prípadoch poškodenia zdravia pacientov nesie zodpovednosť príslušný poskytovateľ LSPP. Bez jednoznačného zadefinovania zodpovednosti poskytovateľa LSPP za poškodenie zdravia pacientov lekárom vyčerpaným nočnou službou LSPP, nie je možné predkladané zmluvy považovať za akceptovateľné a výbor SSVPL ich neodporúča podpisovať.

3. Jednoznačne môžeme všeobecným lekárom odporúčať, aby trvali na zodpovedajúcom finančnom ohodnotení svojej práce. Ak vychádzame z toho, že dnes maximálne ponúkaných 7 EUR za hodinu je čiastka, ktorá sa pohybuje na úrovni hodinovej mzdy upratovačky, potom naša požiadavka na minimálnu platbu 20 EUR za hodinu nadčasovej práce a práce počas dní pracovného voľna u našej profesie, ktorá patrí v spoločnosti medzi profesie s najvyššou odbornou kvalifikáciou, je plne oprávnená. Ako sme už uviedli, podľa nášho názoru je sporné, či spoločenská užitočnosť dnešnej služby LSPP vôbec oprávňuje k jej uhrádzaniu zo zdrojov verejného zdravotného poistenia. Ak ale niekto vyhodnotil, že je potrebné slúžiť LSPP v súčasnej podobe, tak potom musí aj zabezpečiť finančné zdroje v objeme potrebnom na pokrytie mzdových nákladov vo výške zodpovedajúcej kvalifikácii požadovanej od pracovníkov LSPP. Ak nie sú zabezpečené potrebné finančné zdroje, tak riešenie situácie donucovacím zákonodarstvom, ktoré donucuje

pracovníkov LSPP poskytovať túto službu občanom na svoje vlastné náklady, nie je pre demokratickú krajinu žijúcu v mierových podmienkach štandardné. Malo by to byť dôvodom pre okamžité zabezpečenie dostatočných zdrojov alebo pre okamžité zrušenie LSPP.

Stanovisko spracoval prezident SSVPL SLS MUDr. Peter Lipták, schválené výborom SSVPL SLS elektronickým hlasovaním k 15.2.2010
Predložené členskej základni k širokej diskusii, možnosť reagovať na vp1@vp1.sk alebo písomne na adrese: SSVPL SLS, Námestie SNP 10, 814 66 Bratislava



Vážené kolegyně a kolegovia,
oslovil som Vás s projektom „Dni zdravých žíl“. Verím, že sa ho zúčastníte. Je to úvodný krok k účasti v našom projekte zvyšovania kvality „Všeobecný lekár - diagnostika a liečba cievnych ochorení“. Súčasťou tohto projektu je aj podpora vybavenia našich ambulancií kvalitnými prístrojmi. Na skriningové vyšetrenie stavu tepien, ankylobrachiálneho indexu, čo najväčšieho počtu pacientov oscilometrický automatický prístroj BOSSO ABI - 100 a ambulatný doppler Hadeco, na profesionálnu detailnú diagnostiku ochorení tepien a žíl. „Dni zdravých žíl“ organizujeme vzhľadom k finančnej náročnosti iba pre cca 800 VLD/VPL, pravidelne zúčastňujúcich sa našich konferenciách. Ospravedlňujeme sa, ak sme vynechali niekoho, kto by mal skutočne záujem. Informácie o našich cievnych aktivitách sú určené pre každého. Každý sa môže kedykoľvek zapojiť do nášho angiologického projektu a veľmi radi spoznáme nových aktívnych ľudí. Projekt koordinujem v spolupráci s naším cievny expertom, všeobecným lekárom z Raslavič, MUDr. Jankom Kaňuchom. V spolupráci s Angiologickou spoločnosťou, prof. MUDr. Vierou Štvrtinovou a MUDr. Andrejom Ďzupinom a Angiochirurgickou spoločnosťou, prof. MUDr. Vladimírom Še-fránkom pripravujeme kreditované kurzy pre všeobecných lekárov. Na poli vzdelávania v angiológii nám pomáha aj angiologička MUDr. Katarína Dostálová. Takže v takomto tíme sme sa rozhodli podporovať všeobecných lekárov v tejto dôležitej problematike.

Všeobecní lekári, ambulancie ktorých budú označené logom projektu, by mali byť pre pacientov zárukou vysokej úrovne starostlivosti o ich cievy. Tento projekt môže byť dôležitým stupienkom na ceste k zvýšeniu kreditu všeobecných lekárov na Slovensku.

Verím, že sa projekt podarí a do systematickej starostlivosti o cievy sa zapojí veľa všeobecných lekárov a budem im môcť poďakovať za aktivity podporujúce rozvoj všeobecného lekárstva na Slovensku, ako prestížneho odboru.

MUDr. Peter Lipták, prezident SSVPL SLS



AKČNÁ PONUKA: cena 458 € s DPH, platná do 30.06.2010 !!

**Bidop™
ES-100V3**

Hadeco

Hadeco, Inc.
Kawasaki, Japan
www.hadeco.co.jp

- **OBOJSMERNÝ RUČNÝ DOPPLER S LCD**
Zobrazuje krivky, číselné údaje (rychlosť prútu, tepová frekvencia)
- **HADECO MICROPROCESSOR**
Automatické nastavenie všetkých potrebných hodôt
Jednoduchá obsluha, pamäť 30 kriviek
- **KOMUNIKÁCIA S PC PROSTREDNÍCTVOM USB**
Prenos kriviek a dát do počítačovej pamäte.
Počítačový software, Smart-V-Link.
- **OVLÁDANIE PRÍSTROJA JEDNÝM TLAČÍTKOM**
- **ŠIROKÝ VÝBER SOND**
2, 4, 5, 8 a 10 MHz.
- **PLETHYSMOGRAFIKÁ SONDA- DOPLNKOVÁ VÝBAVA**
Rozlišuje arteriálnych a venózných zmeraní.



SONDY

Standard



Pero



Plochá

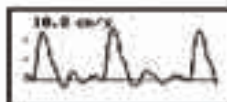


Fetal (2 MHz)



DISPLAY

Prútovej krivka



Číselné údaje

SI	22.88 cm/s
PSI	4.72 cm/s
SI	8.24 cm/s
SI	8.95
SI	95.22
PSI	5.74
SI	60 BPM

KLINICKÉ APLIKÁCIE

- Periférne cievne merania
- Tlaky na dolných končatinách
- Prstové tlaky (sonda PPG)
- Venózne reflux (PPG)
- Tepová frekvencia plodu (2 MHz)

OPTION

Smart-V-Link PC software for Windows



PARAMETRE

Zdroj: DC 9V, 6V alkalická batéria
Batéria výdrž: Približne 2.5 hod.
Automatické vypnutie
Reproduktor výstup: 200 mW
Sondy : 2, 4, 5, 8, 10 MHz
Pamäť : 30 kriviek
Nastavenia: Pamäť, Smot, Mierka, Jazyk

LCD displej: 128x64 bodov, STN LCD
Krivka, numerické údaje, tepová frekvencia
Súchadlá, Reproduktor
Port: USB
Rozmery: 75 (Š) x 140 (D) x 25 (V) mm
Váha: 350 g (vrátane batérie a sondy)
Elektrická bezpečnosť: IEC60001-1

Prístroj odporúča Slovenská spoločnosť všeobecného praktického lekárstva SLS, www.vpl.sk
všeobecným lekárom, ktorí sa zapoja do projektu SSVPL SLS:

Všeobecný lekár - diagnostika a liečba pacientov s cievnyvm ochorením*



(od 1.3.2009 môžu byť investície do hodnoty 1.700 € vrátane DPH jednorázovo odpísané do nákladov v kalendárnom roku)

Očkovanie

1. Posolstvo účastníkov I. Slovenského vakcinologického kongresu z 16.1.2010

My, účastníci kongresu, sa chceme s plnou zodpovednosťou podieľať na spoločnom riešení otázok spojených s problematikou vakcinácie a na jej propagácii v každodennej zdravotníckej starostlivosti v rámci svojho odborného zamerania a pôsobenia. Uvedomujeme si dôležitosť prenášania najnovších vedeckých poznatkov v oblasti vakcinológie do rutínnej praxe, ktorej cieľom je chrániť zdravie.

Analýza súčasného vnímania problematiky vakcinácie zo strany médií a nedostatočne informovanej alebo manipulovanej verejnosti odкрýva nevyhnutnosť aktívnej práce s verejnou mienkou, zo strany všetkých inštitúcií zaoberajúcich sa zdravotníckou starostlivosťou, verejným zdravím a v prvom rade aktívnym a nealibistickým prístupom samotných lekárov, ktorí sú v priamom kontakte s pacientmi.

V bohatom multidisciplinárne zameranom programe kongresu zaznelo veľké množstvo konkrétnych dôkazov o tom, že očkovanie zdravie neohrozuje, ale chráni a my sme pripravení o týchto nezvratných argumentoch presvedčať laickú verejnosť a svojich kolegov aj svojím osobným príkladom.

Veľké postavy medicíny považujú očkovanie za najväčší objav ľudstva. Kto ho považuje za neužitočné a nebezpečné, ten o ňom veľa nevie.



2. Očkovanie proti tetanu a diftérii.

K očkovaniu proti tetanu (Te) sa pridalo aj očkovanie proti záškrtu (di).

Odporúčam nalepiť si samolepku s touto informáciou na dvere ambulancie tak, aby všetci pacienti mohli byť presne informovaní. Každý dospelý človek podľa schémy zistí, kedy má byť preočkovaný a mal by dbať spolu s ošetrojúcim lekárom o dodržanie termínov očkovania. Iba tak má zabezpečenú ochranu proti tetanu a záškrtu.

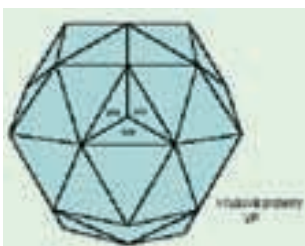
● **Prvé preočkovanie dospelých.** Očkovanie detí proti diftérii a tetanu sa naposledy vykonáva u 12 ročných adolescentov t. j. v 13. roku života. Imunologické prehľady umožňujú vykonať prvé preočkovanie dospelých až u 30 ročných a potom preočkovať každých 15 rokov. Očkovací kalendár 2010 odporúča systematické preočkovanie dospelých (IMOVAX d.T. adult) po dosiahnutí 30., 45., 60., 75. a 90. roku života. ● **Očkovanie po poranení** alebo pohryzení je mimoriadne očkovanie proti tetanu (ALTEANA, TETAVAX a možno použiť aj IMOVAX d.T. adult). Aby sa predišlo hypersenzitívnej reakcii po preočkovaní, SPC IMOVAX d.T. adult odporúča dodržať medzi očkovaniami 5 ročný interval. Preto ak sa vykonalo mimoriadne očkovanie v čase kratšom ako 5 rokov pred plánovaným preočkovaním podľa veku, toto systematické preočkovanie posunieme a vykonáme ho až o 5 rokov od dátumu mimoriadneho očkovania. Ďalej pokračujeme u pacienta v pravidelnom očkovaní po dosiahnutí určeného veku (30, 45, 60, 75, 90). Ak od mimoriadneho očkovania uplynulo viac ako 5 rokov, nemá to vplyv na zmenu termínov pravidelného očkovania.

● **Premeškané očkovanie.** Pokiaľ je pri očkovaní proti diftérii a tetanu riadne zdokumentovaná základná schéma tromi dávkami a premeškal sa interval preočkovania, odporúča sa preočkovať osobu len 1 dávkou a ďalej sa pokračuje v očkovaní až po dosiahnutí určeného veku (30, 45, 60, 75, 90). ● **Neznámy status očkovania.** U dospelých osôb s neznámym statusom očkovania proti diftérii a tetanu (utečenci, migranti a podobne) sa vykoná očkovanie v základnej schéme tromi dávkami podanými v odporúčaných intervaloch: 1. dávka teraz, 2. dávka o 6-8 týždňov po 1. dávke a 3. dávka o 6-8 mesiacov po 2. dávke. Ďalšie preočkovanie sa už vykonáva po dosiahnutí určeného veku (30, 45, 60, 75, 90).

Pripravované ďalšie novinky: Pravdepodobne v priebehu niekoľkých rokov dôjde k rozšíreniu súčasného pravidelného očkovania dospelých o očkovanie proti čiernemu kašľu. Vakcína BO-OSTRIX je dostupná a odporúča sa aj dnes na prvé preočkovanie u 30-ročných ak plánujú rodinu alebo aj u starších, ak sa môže vyskytnúť v ich okolí novorodenec. Preneseným čiernym kašľom z dospelých sú totiž ohrození novorodenci, ktorí ešte nemajú základné očkovanie. U dospelých cestujúcich napríklad do Indie alebo do Južnej Ameriky sa odporúča preočkovanie aj proti detskej obrne, odporúča sa preočkovať ich štvorvakcínou Boostrix POLIO. Všetky tieto nové odporúčania budú podrobne uvedené v pripravovanom Diagnostickom a liečebnom postupe pre všeobecných lekárov: **Očkovanie v ambulancii všeobecného lekára, profylaxia malárie a cestovných hnačiek.**

3. Očkovanie proti HA a HB, nové hradené indikácie podľa indikačných obmedzení kategorizačného zoznamu liekov od 1.7.2009:

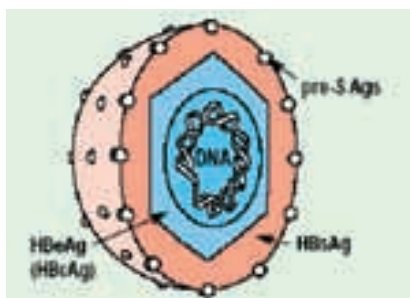
● **Očkovanie proti hepatitíde A: Vakcína ako hradená liečba sa indikuje v rámci odporúčaného očkovania podľa § 9 ods. 4 vyhlášky MZ SR č. 585/2008 Z. z. u osôb dispenzarizovaných pre chronické ochorenia pečene (dg. K70 - K76).**



Očkuje sa dvoma dávkami vakcíny proti hepatitíde A, pričom druhá dávka by mala byť podaná po 6 mesiacoch maximálne do 5 rokov od prvej. Očkovanie, ak ho hradí zdravotná poisťovňa má vykonať všeobecný lekár bezplatne. V súčasnosti, výkon očkovania proti HA je hradený zdravotnými poisťovňami okrem poisťovne Dôvera. Vykazujeme dg. Z 24.6 kód výkonu 252b. Pacient si za očkovaciu látku neplatí. Vpredu na recept napíšeme dg. Z24.6, na zadnú stranu receptu napíšeme „Hradí poisťovňa“ a číslo dg. podľa MKCH10. Vakcínu proti HA pacientom s chronickým ochorením pečene musí hradieť aj Dôvera, nehradí iba výkon očkovania VLD.

Zabudlo sa na zdravotníkov? §10 vyhlášky č.585/2008 MZ SR - Odporúčané očkovanie osôb, ktoré sú profesionálne vystavené zvýšenému nebezpečenstvu vybraných nákaz hovorí, že očkovanie proti HA možno indikovať u zamestnancov v zdravotníckom zariadení ambulantnej zdravotnej starostlivosti VLDD a VLD, infekčnom a gastroenterologickom oddelení ústavného zariadenia. Vakcínu a očkovanie zdravotné poisťovne v týchto prípadoch, podľa schválených indikačných obmedzení kategorizačného zoznamu, v súčasnosti nehradia.

● **Očkovanie proti hepatitíde B: Vakcína ako hradená liečba sa indikuje v rámci odporúčaného očkovania podľa § 9 ods. 3 vyhlášky MZ SR č. 585/2008 Z. z. u**



- a) osôb dispenzarizovaných pre chronické ochorenia pečene - K70 - K76,
- b) hemofilikov D66 - D68,
- c) diabetikov E10 - E14,
- d) osôb s cystickou fibrózou E 84,
- e) intravenózných narkomanov F11 - F19,
- f) homosexuálov
- g) promiskuitných osôb.

Očkuje sa tromi dávkami vakcíny proti hepatitíde B v intervale 0-1-6 mesiacov. Očkovanie ak ho hradí zdravotná poisťovňa má vykonať všeobecný lekár bezplatne, výkon očkovania je hradený zdravotnou poisťovňou VŠZP a UNION. Vykazujeme dg. Z 24.6 kód výkonu 252b. Pacient si za očkovaciu látku neplatí. Vpredu na recept napíšeme dg. Z24.6, na zadnú stranu receptu napíšeme „Hradí poisťovňa“ a číslo príslušnej dg. podľa MKCH10. Homosexualita a promiskuita nemajú kód MKCH10, napíšeme „Hradí poisťovňa podľa vyhlášky MZSR 585/2008“. Vakcínu proti HA s vyššie uvedenými indikáciami musí hradiť aj Dôvera, nehradí iba výkon očkovania VLD, ktorý pacientom účtujeme podľa našich cenníkov.

Všeobecní lekári očkujte! Nenechávajte peniaze pacientov v poisťovniach!

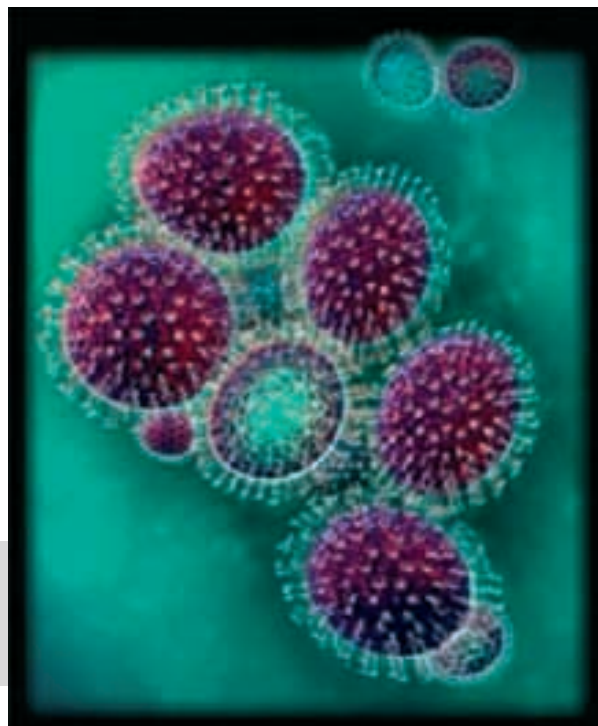
4. Očkovanie proti pandemickej chrípke

Zo zdravotného hľadiska je indikované zaočkovať predovšetkým osoby s najvyšším rizikom komplikácií:

1. Tehotné ženy vo všetkých trimestroch.
2. Dospelých so závažnými chronickými ochoreniami s vysokým rizikom komplikácií alebo úmrtia pri ochorení pandemickou chrípkou.
3. Deti od šiestich mesiacov a dorast so závažnými chronickými ochoreniami s vysokým rizikom komplikácií alebo úmrtia pri ochorení.

Ďalej prednostne očkujeme:

4. Osoby v najvyššom riziku nákazy t. j. zdravotníckych pracovníkov v priamom kontakte s pacientom.
5. Osoby zabezpečujúce zachovanie chodu hospodárstva a verejného života.



Od 5.2.2010 je očkovanie pandemickou vakcínou prístupné pre všetkých záujemcov.

Dôležitá informácia!!!

Po otvorení ampulky sa z nej pri dodržaní chladového reťazca môže očkovať až 7 dní. Ozývajú sa pacienti, ale aj niektoré inštitúcie, že ich lekári nezaočkovali lebo sa nenazbieralo 10 ľudí. RNDr. MUDr. Ján Mikas, vedúci odboru epidemiológie ÚVZ SR vyzval očkujúcich lekárov („aby sme sa vyhli zbytočným otázkam, resp. nedorozumeniam“) aby nečakali kým sa im nazbiera 10 osôb na očkovanie, ale aby aj za cenu určitého odpadu pandemickej vakcíny očkovali žiadateľov okamžite. Počíta sa so stratou cca 33 %, to znamená, že z jednej ampulky stačí stihnúť zaočkovať v priemere 6-7 záujemcov. Súčasne je zručená aj povinnosť získavať písomný informovaný súhlas pacienta.

Ako hradia poisťovne očkovanie pandemickej vakcínou?

VŠZP - očkovanie hradí pre všetkých záujemcov tak ako sezónne očkovanie, vykázat ako výkon č. 252s spolu s diagnózou Z25.1.

UNION - očkovanie hradí pre všetkých záujemcov, vykázat výkon 252b spolu s kódom Z25.1.

Dôvera - očkovanie pandemickej vakcínou **nehradí**. Poistenci poisťovne Dôvera si musia uhradiť očkovanie pandemickej vakcínou podľa našich platných cenníkov, ako očkovanie nehradené zdravotnou poisťovňou.

5. Vírusy v médiách alebo môžu byť médiá choré?

Dôvody jestvovania médií dnes:

- informovanie
- vytváranie zábavného prostredia
- hlavný alebo skrytý dôvod je ekonomický - cieľom je úsilie o čo najväčší náklad, to znamená čo najväčšia veľkosť reklamného priestoru. Znamená to úsilie o maximalizáciu zisku u majiteľov a u zamestnancov o maximalizáciu ich finančného ohodnotenia.

Ekonomika versus etika mediálneho priemyslu je každodenný problém a dnes to vidíme na všadeprítomnom posune od mienkotvornosti k bulváru.

Ako to dnes funguje?

Médiá hľadajú udalosti, ktoré sú schopné produkovať emotívne príťažlivé informácie a tým priťahovať maximálnu pozornosť, ale ich hlavný cieľ nie je informovať, ale získať diváka - konzumenta, aby ho mohli predat' reklamnému priemyslu.

Simulakrum a hyperrealita.

Znakové simulakrum (imitácia, virtualita) tvorí akúsi hyperrealitu, ktorá zatláča skutočnosť do úzadia a sama sa stáva reálnou. Preložíme to z jazyka filozofie a semiotiky do bežnej reči. Kedysi sme klebetili o ľuďoch, ktorých sme dôverne poznali. Ešte pred sto rokmi bolo hlavnou témou rozhovorov ľudí to, čo sa stalo v susednom dome, v susednej ulici, na dedine, v meste. Vedeli sme o životoch našich sesterníc a príbuzných, vedeli sme, kto je na dedine bohatý a kto nie. Dnes hovoríme o tom, čo sa stalo v televíznom seriáli, akého milenca má tá - ktorá herečka ..., zaujímajú nás stále viac príbehy ľudí, ktorých máme každý deň doma, ale namiesto pri spoločnom rodinnom krbe - doma na obrazovke. Virtualita prebíja realitu, ba zdá sa nám reálnejšia, ako skutočnosť. Simulakrum vyprázdňuje realitu a nahrádza ju svojou mocou, mýtami, vlastnou pravdivosťou a emocionalitou. Dnes už nie je kópiou reality, ale realite predchádza a determinuje ju. Infotainment (infozábava) a spravodajstvo.

Troma základnými témami masových médií sú sex, smrť a peniaze. Tieto slová vyberáme ako ikony, ale sú aj najčastejšími témami našich ľudských rozhovorov. Pod sexom pritom rozumieme nielen samotný akt párenia sa, ale aj celú škálu vzťahov, náklonností, komunikácie ľudí medzi sebou - partnerstvo, rodinné vzťahy, lásky a nenávisti, príbuzenstvo, pohlavnosť, ale aj príťažlivosť a odpudivosť. Smrť nie je iba konečné štádium, ale symbolizácia všetkého, čo sa týka násillia, katastrof, reálnej smrti, vojen, tematizáciou mágie, čarovna, horoskopov. **Pod tematizáciou smrti chápeme aj okruhy tém zdravia, ktoré je akýmsi donkichotským bojom s všadeprítomnou smrťou.** Peniaze nie sú len majetkové pomery, bohatstvo a chudoba, ale aj sociálne vzťahy

medzi mocnými (výnimočnými) a masou (obyčajnými ľuďmi), politické vzťahy, z ľudských emócií súvisia so závišťou či ohúrením.

Komunikačné posolstvo.

Choroby a médiá. Problematika komunikácie o vírusoch v médiách sa nepodriaduje logike zdravotníctva, verejnej prospešnosti či vzdelávania a nutnosti objektivizovať informácie. Vírusy, choroby, zdravie sú témy, ktoré sa musia prispôbovať komunikácii médií. Čo bude zaujímať médiá? Výnimočnosť, inakosť, hraničné situácie. Nie stotisíc vyliečených, ochránených, žijúcich, ale jeden mŕtvy. O čom sa hovorí v súvislosti s vírusovými ochoreniami? O hrozbách, možných úmrtiach, o strachu. Prečo? Psychologicky sa nás téma strachu zo smrti seba či našich blízkych dotýka existenciálne. Bojíme sa a strach je dobrý marketingový nástroj.

Vírusy. Téma vakcinácie opakovane naráža v médiách na problematiku kombinácie vedeckých, verifikovaných, odborných faktov s názormi antivakcinačnej lobby, akoby šlo o dva rovnocenné názory. Prečo sa to tak deje? Dôvodov je niekoľko:

1. Uplatňovanie stratégie „spektrálnosti“ názorov, ktorá ale vznikla v procese politického boja. Televízie/médiá sa stavajú do pozície nestranných „informátorov“, preto dávajú „spravodlivo“ hlas aj za aj proti. Takáto stratégia je ale vo vedeckej medicínskej oblasti neoprávnená.

2. Zábavnosť informácie - divák, čitateľ dostáva na stôl tému, ktorá je napínavá vo svojom konflikte, teda má akýsi príbeh, napätie, emóciu.

3. Alternatívne a antivakcinačné prístupy sú menšinové, kontrakultúrne vo význame bojovnejších, fanatickejších zástancov, preto ich v médiách radi prezentujú.

4. Nízke vzdelanie novinárov v oblastiach, ktorým sa venujú. Novinári (ale ani majitelia médií) nemajú akademický odstup, nepátrajú po faktoch, nekonfrontujú, nerozmyšľajú analyticky, ale spravodajsky a ekonomicky.

Riešenie?

Aktívnejší a systematický prístup v oblasti propagácie zdravia, vysvetľovanie dôležitosti a bezpečnosti vakcinácie nielen pre život jedinca, ale aj ako kolektívnej ochrany - to je vplyv na verejnú mienku. Nepochybne dôležitý je aktívnejší prístup lekárov vo vzťahu k pacientovi tak, aby pacient vedel, že lekár je presvedčený o užitočnosti vakcinácie. Tlak zo strany autorít na nekorektné, neodborné a zavádzajúce informácie v médiách zo strany inštitúcií dbajúcich o etiku v médiách. Ak zostane len pri konštatovaní, že máme nekorektný prístup zo strany médií, zmeny vo vnímaní vakcinácie médiami sa neudejú.

Prednášku PhDr. Martina Kasardu z Fakulty masmédií Bratislavskej vysokej školy práva, ktorá odznela na I. vakcinologickom kongrese na Štrbskom Plese v januári 2010, zaznamenal a spracoval MUDr. Peter Lipták.

Materiály o očkovaní spracoval MUDr. Peter Lipták
Viac informácií o očkovaní na www.vpl.sk

Zahraničný fokus

Dobré správy zo Slovenska

Slovenská spoločnosť všeobecných lekárov zorganizovala svoju výročnú konferenciu v Bojniciach 15-17 októbra. V rámci tejto konferencie v jednom bloku odzneli prednášky o zdravotných systémoch v okolitých krajinách Slovenska a úlohe všeobecných(rodinných) lekárov u susedov. Mňa požiadali, aby som kolegov oboznámil so situáciou v Maďarsku.

Kongres na mňa pôsobil silnými dojmami, lebo z celkového počtu asi 2500 všeobecných lekárov bolo prítomných cca 25 percent. Kde by bola organizácia s takým veľkým počtom lekárov a s takým veľkým kongresom všeobecných lekárov v Maďarsku?

V dvoch paralelných sekciách, v dvoch veľkých prednáškových sálach, so slovenským, anglickým a českým simultánnym prekladom mohli lekári sledovať bohatý program. Na konferencii bolo prítomných veľa vystavovateľov, farmaceutických firiem, medzi nimi aj maďarské.

Zdieľame mnoho ich problémov: starnúci lekári poskytovatelia zdravotnej starostlivosti, nedostatočné financovanie, konfrontácia s poisťovňami. Na Slovensku funguje systém viacerých poisťovní: na začiatku ich bolo ešte viac, v súčasnosti už len 5, z toho sú 2 štátne.

Diskusné fórum, kde zdravotné poisťovne a predstavitelia Ministerstva zdravotníctva s lekármi v auditóriu vášnivo diskutovali, bolo veľmi zaujímavé. **Zistil som, že na Slovensku, tak ako v každom civilizovanom štáte, ktorý túži po sofistikovanej zdravotnej starostlivosti, poisťovne majú zvyk diskutovať o podmienkach financovania s lekármi, ktorí poskytujú zdravotnú starostlivosť.**

Jedna dôležitá, argumentmi podložená požiadavka bola, že ak sa všeobecní lekári lepšie starajú o pacientov, klesá počet odosielaní na odborné vyšetrenia alebo na hospitalizácie. Potom ale všeobecní lekári oprávnene žiadajú vyplatenie časti peňazí, ktoré poisťovne ušetria.

Z rozpočtu zdravotníctva ide 8 percent na primárnu zdravotnú starostlivosť a podľa našich kolegov na Slovensku je toto poskytovanie zdravotnej starostlivosti pod financované na rozdiel od rýchlej zdravotnej pomoci. Dostávajú síce aj platby nad rámec kapitácie, ale len symbolickú, sumu za preventívne vyšetrenia.

Na uliciach alebo medzi kolegami nebolo ani stopy po tých negatívnych náladách, ktoré žiaľ niektoré skupiny vyvolávajú v oboch krajinách zabraňujúc tým zblíženiu sa oboch národov. Jedna slovenská kolegyňa, ktorá sa nedávno začala učiť po maďarsky bola veľmi milá, keď si nechala vysvetliť, že aký je rozdiel medzi obvodným a „domovým“ lekárom. Cítil som sa ako doma aj na cestách, keďže kvalita pokrytia ciest a rozmiestnenie dopravných značiek sa ničím nelíšili od toho, čo máme doma.

Profesor Dr. Imre Rurik, Ústav rodinnej medicíny Univerzity v Debrecíne
Originál je dostupný na portáli vzdelávania maďarských lekárov www.webdoki.hu

Konferencia EFPC - Nikózia 7.- 8. máj 2009

EFPC - Európske fórum primárnej starostlivosti vzniklo začiatkom roka 2005. Základným cieľom tohto fóra je zlepšiť zdravie európskych občanov podporou silnej primárnej starostlivosti. Fórum spája tri zainteresované skupiny a to z oblasti praktickej zdravotnej starostlivosti (zdravotnícki pracovníci, farmaceuti, sociálni pracovníci, patientske organizácie a združenia), z oblasti tvorby zdravotnej politiky (politici) a z oblasti vedy a výskumu o zdravotnej starostlivosti (z univerzít, iné vedecké skupiny, odborné spoločnosti).

V dôsledku starnutia obyvateľstva v Európe, rastie znepokojenie z nárastu nákladov na kvalitnú zdravotnú starostlivosť a na zabezpečenie prístupu k zdravotnej starostlivosti vo všetkých európskych krajinách. Pritom iniciatívy v oblasti zdravotnej politiky a zdravotnej starostlivosti v jednotlivých

krajinách často nie sú zamerané na podporu a rozvoj primárnej zdravotnej starostlivosti. V máji sa konalo tretie stretnutie EFPC aj za účasti zástupcov SSVPL SLS. Motto konferencie bolo: „Primary care: Interdisciplinary and Community Oriented.“ (Primárna starostlivosť: orientovaná na interdisciplinárnu spoluprácu a komunitu). Zdravotná starostlivosť v Európe čelí nedostatočnej koordinácii v starostlivosti o chronicky chorých. Okrem toho existujú dôkazy o nedostatočnej liečbe chronických ochorení, nedostatkoch v self-managmente, v nedostatočnej preventívnej starostlivosti, v nedostatočnej kvalite poskytovanej zdravotnej starostlivosti. Dochádza k zvyšovaniu nákladov na chronickú starostlivosť a neefektívne využívanie zdrojov. V záujme prekonania týchto problémov boli v európskych systémoch zdravotnej starostlivosti navrhnuté a zavedené niektoré prístupy na ich zlepšenie. Konferencia si postavila za cieľ šírenie osvedčených prístupov v oblasti multidisciplinárnej spolupráce v rámci celej Európy a cieľom bolo nájsť odpovede na otázky:

Ako môžu zdravotné strediská orientované na komunitu prispieť k zlepšeniu zdravotnej starostlivosti o obyvateľstvo?

Aké interdisciplinárne zloženie PHC tímov je najvhodnejšie pre primárnu prax?

Aká je súčasná situácia v práci PHC tímov (tímov primárnej starostlivosti) v praxi?

Aké sú výhody medziodborovej spolupráce? Existujú nevýhody tímového prístupu?

Aký je vývoj v zapojení nových povolání do zdravotnej starostlivosti a prenesenie zodpovednosti do primárnej starostlivosti? Aké sú optimálne zručnosti pre primárnu prax?

Ako môžeme zabezpečiť vzdelávacie nadácie pre potrebu ďalšieho vzdelávania?

Akú úlohu môže mať pacient v systéme spolupráce?

Ako môže mimovládna platforma pacientov prispieť k zvyšovaniu kvality ZS?

Strhujúca bola prednáška „duše“ EFPC prof. Jana De Maeseneera o budúcnosti lekára primárnej starostlivosti. Zdôraznil, že vzhľadom na meniaci sa svet a tým aj meniace sa požiadavky na zdravotnú starostlivosť, je potrebné zmeniť aj pohľad na koncepciu poskytovania zdravotnej starostlivosti a orientovať ju na potreby ľudí. S tým súvisí aj naliehavosť zmeny výučby na školách, čo si vyžiada medzirezortnú spoluprácu ministerstiev - zdravotníctva, školstva a práce a sociálnych vecí. Je potrebné, aby svoj pohľad zmenili pacienti, poskytovatelia zdravotnej starostlivosti, ale aj vlády, politici a ostatné zainteresované inštitúcie. Vnútro odborová a medziodborová spolupráca je potrebná a nevyhnutná.

Ms. Tapakoude z MZ Cypru, ktorá má na starosti problematiku poskytovania zdravotnej starostlivosti zdravotnými sestrami hovorila o koncepcii postgraduálnych vzdelávacích kurzov pre zdravotné sestry, ako napr. komunitná sestra, zdravotná sestra pre divadlo, domáca sestra, sestra pre primárny kontakt, sestra pre zraniteľné skupiny obyvateľstva, sestra so zameraním na administratívu, sestra so zameraním na mentálne zdravie.

O reformách vo Francúzsku, kde bol schválený nový zákon o zdravotnej starostlivosti informovala prof. Marianne Samuelson, z University of Caen. V zákone je po prvýkrát v histórii Francúzska definovaná primárna zdravotná starostlivosť, je zadefinovaná decentralizácia riadenia, avšak sú veľké rozdiely v organizovaní primárnej starostlivosti v mestách a na vidieku, existujú samostatné praxe primárnej starostlivosti a aj PHC centrá. Taktiež existuje problém so získavaním nových mladých lekárov pre odbor všeobecného lekárstva, problémom je ich motivácia pre túto náročnú prácu.

Uskutočnili sa workshopy s témou pripravovaných Position Papers - odporúčaní pre vlády krajín EÚ: 1. primárna starostlivosť a chronickí pacienti s rakovinou; 2. primárna starostlivosť a starostlivosť o starých ľudí. Viedla sa diskusia a pracovalo sa na odporúčaníach pre manažment v daných oblastiach, ktoré by mali slúžiť ako vodítko pre vlády, organizácie a všetkých pracovníkov v zdravotníctve v jednotlivých krajinách. Tieto odporúčania budú po sformulovaní vydané pod hlavičkou EFPC, mali by byť preložené do jazykov jednotlivých štátov a mali by byť s nimi oboznámené všetky zainteresované strany. Tým by sa mala zabezpečiť lepšia kvalita poskytovania zdravotnej starostlivosti, ktorá by mala byť orientovaná na potreby pacienta.

V záverečnej reči D. Aarendonk koordinátor EFPC z Holandského inštitútu primárnej starostlivosti NIVEL zdôraznil dôležitosť práce fóra, ktorou môžu predstavitelia primárnej starostlivosti

a pacientov vplývať na politikov a tým presadzovať rozvoj primárnej zdravotnej starostlivosti, ako starostlivosti postavenej na potrebách ľudí.

Podrobné informácie sú na www.euprimarycare.org

MUDr. Iveta Vaverková, zástupca SSVPL v EFPC, i.vaverkova@gmail.com
Ambulancia všeobecného lekára, Poliklinika Karlova Ves, Líščie údolie 57, 841 04 Bratislava

9. svetová WONCA konferencia vidieckej medicíny - Kréta 12.-14. júna 2009

WONCA (Svetová organizácia všeobecných lekárov) spolu s Lekárskou fakultou Krétskej univerzity zorganizovali 12.-14. júna 2009 na Kréte 9. svetovú konferenciu o vidieckom zdraví. **Dominantnou témou kongresu boli nerovnosti v zdraví** - téma, ktorú WHO označila za jednu z najväčších výziev moderného sveta. Veľký priestor bol venovaný aj technológiám vhodným pre vidiecke praxe, medicíne imigrantov a malých ostrovov.

Konferenciu otvoril **Dr. Christos Lionis**, profesor všeobecného lekárstva, prednosta Kliniky sociálnej a rodinnej medicíny Krétskej Univerzity. Charizmatický Dr. Lionis bol v októbri 2007 hosťom 50. odbornej konferencie Slovenskej spoločnosti všeobecného praktického lekárstva SLS. Konferenciu podporila **WHO**, organizovala tu workshop venujúci sa logistike dosahovania rovnosti v zdravotnej starostlivosti poskytovanej na vidieku a v mestskej populácii. WHO pripravuje projekt umožňujúci rozvoj vidieckej medicíny.

Podporu a koordináciu za **EFPC prezentoval Prof. Jan De Maeseneer**, Chairman European Forum for Primary Care z Ghentu. Podčiarkol dôležitosť fungujúcej primárnej starostlivosti orientovanej na pacienta a na komunitu. Hovoril o práci v komunite, je potrebné v komunitách vytvárať tímy primárnej starostlivosti. Prof. De Maeseneer má blízko ku Slovensku, pracuje ako rodinný lekár v Gente a má vo svojej starostlivosti aj rómsku komunitu presídlenú do Gentu zo sídliska Luník IX v Košiciach.

Prof. Barbara Starfield, uznávaná univerzitná profesorka primárnej starostlivosti z Johns Hopkins Univerzity, Baltimore, USA, predniesla inšpirujúcu prednášku o prínose primárnej zdravotnej starostlivosti k rovnosti v zdraví.

WHO vydala v roku 2008 Svetovú správu o zdraví „Primárna zdravotná starostlivosť - teraz viac ako kedykoľvek predtým“, kde po zohľadnení dôkazov z početných štúdií odporučila všetkým krajinám sveta primárnu zdravotnú starostlivosť za základ ich zdravotníckych systémov. Prof. Starfield na príkladoch z mnohých krajín ilustrovala prospech zdravotnej starostlivosti založenej na primárnej starostlivosti nielen pre zdravie a rovnosť v zdraví, ale aj pre ekonomiku týchto krajín. Primárna zdravotná starostlivosť sa zaoberá väčšinou zdravotných problémov väčšiny ľudí väčšinu času. Jej prioritami sú - byť „po ruke“, keď zdravotné potreby vzniknú; byť zameraná na človeka počas dlhého obdobia; ponúkať komplexnú starostlivosť pre všetky bežné problémy; a koordinovať služby, keď je potrebná starostlivosť niekoho iného, vrátane navigácie k sekundárnej a terciárnej starostlivosti.

Profesorka Starfield položila otázku „**Prečo je primárna zdravotná starostlivosť dôležitá?**“ Jej odpovede a komentár:

Má lepšie výsledky, čo sa zdravia týka, nižšie náklady a poskytuje väčšiu rovnosť v zdraví. Je veľa dôkazov, že dobrý vzťah medzi slobodne zvoleným lekárom primárnej starostlivosti počas viacerých rokov je spojený s lepšou a primeranejšou starostlivosťou, lepším zdravím a oveľa nižšími nákladmi.

Mnohé štúdie realizované v rámci krajín, či už rozvojových alebo industrializovaných, preukázali, že oblasti s lepšou primárnou starostlivosťou majú lepšie zdravotné výsledky, vrátane nižšej celkovej úmrtnosti, úmrtnosti na kardiovaskulárne ochorenia, detskej úmrtnosti ako aj včasnej diagnostiky onkologických ochorení, najmä kolorektálneho karcinómu, karcinómu prsníka, krčka maternice a melanómu. Opakom je starostlivosť s vyšším podielom špecializovanej zdravotnej

starostlivosti, ktorá bola spojená s horšími výsledkami. Jeden príklad z USA: keď pribudne jeden lekár primárnej starostlivosti, ubudne 1,44 úmrtí na 10.000 obyvateľov.

Barbara Starfield zhrnula výhody primárnej zdravotnej starostlivosti nasledovne:

- prvý kontakt chráni pred návštevami špecialistov, ktoré nie sú nevyhnutné,
- na človeka orientovaná starostlivosť chráni pred starostlivosťou orientovanou na jednotlivé diagnózy a robí starostlivosť kvalitnejšou,
- komplexnosť chráni pred odosielaním k špecialistom pri bežných ťažkostiach, čo robí starostlivosť efektívnejšou,
- koordinácia chráni pred duplicitou a protichodnými intervenciami a robí starostlivosť menej nebezpečnou

Jednou z pracovných skupín WONCA je Asociácia európskych vidieckych a izolovaných praktikov (**EURIPA**). Bola založená v roku 1997; od roku 2008 patrí medzi jej aktívnych členov. EURIPA presadzuje kľúčové ciele WONCA adaptované pre vidiecke oblasti - kvalitu, výskum a vzdelávanie. Sleduje potreby vidieckeho obyvateľstva, problémy vidieckych obyvateľov ako aj problémy vidieckych praktikov a hľadá vidiecke riešenia. EURIPA zorganizovala počas konferencie 6 workshopov. Témou netradičnou pre lekárske kongresy ma zaujal workshop o klimatických zmenách a ich vplyve na vidiecku prax, ktorý nás donútil zamýšľať sa nad tým, ako zmenšiť „uhlíkovú stopu“, ktorú každý z nás zanecháva a ako zorganizovať svoju prax tak, aby bola čo najšetrnejšia k životnému prostrediu.

Na Kréte sme boli svedkami kontrastujúcich prezentácií: na jednej strane sa praktická lekárka z Nórska zamýšľala nad tým, ako plne využiť potenciál informačných technológií a telemedicíny a na strane druhej lekár z Nigérie prezentoval centrifúgu, ktorú zostrojil z bicykla.

Počas konferencie bolo veľa možností na diskusie s kolegami z celého sveta. Zaujímavé boli porovnávanie medzi jednotlivými krajinami - či sa praktický lekár stará len o dospelých, alebo aj o deti, aký je systém platieb (kapitácia, paušál či platba za výkony), koľko času lekár strávi starostlivosťou o svojich pacientov a koľko v službách, atď. Pre mňa boli najzaujímavejšie rozhovory s Dr. Diane Weissman, praktickou lekárkou z USA, ktorá má ambulanciu priamo v indiánskej rezervácii, s Raquel Gomez Bravo zo Španielska, ktorá pracuje v organizácii mladých všeobecných/rodinných lekárov Vasco da Gama a Dr. Ullrichom Buschom, kolegom z Rakúska. Vďaka tomuto kontaktu sa podarilo nadviazať spoluprácu s Rakúskou spoločnosťou všeobecných a rodinných lekárov ÖGAM a zorganizovať prvé stretnutie slovenských a rakúskych lekárov na kongrese ÖGAM vo Viedni 27. júna a pozvať rakúskych kolegov na našu výročnú konferenciu do Bojníc.

MUDr. Jana Bendová, jana_bendova@hotmail.com

Ambulancia všeobecného lekára, Polovnička 14, 900 24 Veľký Biel

Výročná konferencia RCGP - Britskej kráľovskej spoločnosti všeobecných lekárov

V čase od 5. do 8. novembra 2009 sa v Glasgowe uskutočnila výročná konferencia Britskej kráľovskej spoločnosti všeobecného lekárstva. Na pozvanie jej prezidenta profesora Davida Haslama sa jej zúčastnila aj deväťčlenná skupina všeobecných lekárov zo SSVPL:

Peter Makara, Dana Buzgová, Jana Bendová, Iveta Vaverková, Romana Compagnon, Peter Lipták, Lucia Kukučková, Peter Pekarovič, Tomáš Hybský.

Vzhľadom na dôležitú úlohu primárnej starostlivosti vo Veľkej Británii vystúpili na úvodnom plenárnom zasadnutí aj predstavitelia škótskej a britskej vlády, Shona Robinson škótska ministerka verejného zdravotníctva a športu a Mike O'Brien minister zdravotníctva Veľkej Británie.

Prezident spoločnosti všeobecných lekárov Prof. David Haslam v úvode, vzhľadom na očakávaný

demografický vývoj spoločnosti, zdôraznil potrebu silnej primárnej starostlivosti so zameraním na prevenciu, včasnú diagnostiku, ako aj komplexnú starostlivosť o chronicky chorých. Minister Mike O'Brien potvrdil centrálnu úlohu primárnej starostlivosti v systéme britskej zdravotnej starostlivosti. **Primárna starostlivosť má charakter verejnej služby a preto je podporovaná vládou, pričom zvýšenie jej kvality znamená zlepšenie zdravotného stavu populácie a zníženie výdavkov na zdravotníctvo.** Túto myšlienku podporil profesor všeobecného lekárstva Steve Field, pôsobiaci ako všeobecný lekár v Birminghame, expert britskej vlády na primárnu zdravotnú starostlivosť, keď uviedol: „**V čase ekonomickej krízy, keď vidíme škrtenie rozpočtov a výdavkov, musí byť podpora primárnej starostlivosti na prvom mieste.**“

Medzinárodný prieskum hodnotiaci jedenásť vyspelých krajín (Austrália, Kanada, Francúzsko, Nemecko, Taliansko, Holandsko, Nový Zéland, Nórsko, USA, Veľká Británia) potvrdil prvenstvo britskej primárnej starostlivosti vo viacerých hodnotených kritériách. Britský model zdravotníctva kde má primárna starostlivosť esenciálnu úlohu, je v konečnom dôsledku nie len „cost effective“, ale je aj bližšie k pacientovi a zabezpečuje rovnosť v prístupe k zdraviu.

Úspechy národnej zdravotnej služby (NHS) postavené na vysokej úrovni primárnej starostlivosti si berú za vzor aj v USA. Profesor všeobecného lekárstva Gordon Moore z Harvardskej univerzity: „Primárna starostlivosť v Spojených štátoch amerických je neorganizovaná, fragmentovaná, nemá štruktúru a existuje len slabá kooperácia medzi všeobecným lekárom a špecialistom. Tieto skutočnosti neumožňujú komplexné riešenie pacientových problémov.“ Vyzdvihol najdôležitejšie piliere úspechu britskej primárnej starostlivosti, ktorá má silnú a etablovanú štruktúru, vysokú kvalitu poskytovaného produktu, rozvinuté akademické zázemie, čo prispieva k faktu, že všeobecné lekárstvo je najžiadanejšou špecializáciou mladých lekárov.

V britskom systéme zodpovednosť za výsledky komplexnej zdravotnej starostlivosti o pacienta nesie všeobecný lekár. Lekár, ktorý má všetky kompetencie pre prevenciu, včasnú diagnostiku a komplexnú starostlivosť o chronických pacientov, je základným prvkom zdravotného systému a prirodzene nesie aj zodpovednosť za zdravotný stav pacienta.

Informácie z konferencie sú na stránke www.rcgpannualconference.org.uk
Informáciu spracoval, **MUDr. Peter Lipták**, lipp@pobox.sk

WHO fokus

Rezolúcia o primárnej starostlivosti z 22. Mája 2009 je dôležité vyhlásenie 192 národných vlád, vrátane vlády Slovenskej republiky:

62. Svetové zdravotnícke zhromaždenie
Agenda, položka 12.4

WHA62.12
22.máj 2009

Primárna zdravotná starostlivosť, kľúč k posilňovaniu zdravotníckeho systému.

62. svetové zdravotnícke zhromaždenie,

Vítajúc snahy generálnej riaditeľky a uznávajúc kľúčovú úlohu, ktorú zohráva WHO v globálnej podpore primárnej zdravotnej starostlivosti;

Berúc do úvahy správu WHO o primárnej zdravotnej starostlivosti, a v nej obsiahnuté posilňovanie zdravotníckeho systému; ¹

Znovu potvrdzujúc deklaráciu z Alma-Aty (1978) a Miléniovú deklaráciu OSN (2000);

Odvolávajúc sa na Ottawskú chartu na podporu zdravia (1986) a následné relevantné rezolúcie Regionálnych výborov WHO a svetových zdravotníckych zhromaždení; ²

Pripomínajúc si tiež diskusie na sérii samitov a na globálnych, regionálnych a národných konferenciách, ktoré znovu potvrdili záväzky členských štátov voči primárnej zdravotnej starostlivosti pri posilňovaní zdravotníckych systémov; ³

Zaznamenajúc rastúci konsenzus v globálnej zdravotníckej komunite, že vertikálne prístupy, t. j. programy zamerané na špecifické ochorenia a horizontálne prístupy (primárna zdravotná starostlivosť, t. j. do komunity integrované zdravotnícke systémy) sa navzájom posilňujú a tým prispievajú k dosahovaniu miléniových cieľov;

Uznávajúc potrebu čerpať z pozitívnych, ale aj negatívnych skúseností z primárnej zdravotnej starostlivosti v rokoch po prijatí Alma-Atskej deklarácie a Miléniovej deklarácie;

Vítajúc **Svetovú správu o zdraví 2008 - Primárna zdravotná starostlivosť teraz viac ako kedýkoľvek predtým** ⁴ publikovanú pri príležitosti 30. výročia medzinárodnej konferencie v Alma-Ata, ktorá identifikuje štyri obsiahle postupy ako: (1) zmenšovať nerovnosti v zdraví a zlepšovať zdravie pre všetkých; (2) riešiť nerovnosti v zdraví prostredníctvom univerzálneho pokrytia; (3) dávať ľudí do centra starostlivosti; (4) integrovať zdravie do širších verejných politík; zároveň vítajúc **Záverečnú správu Komisie o sociálnych determinatoch zdravia**; ⁵

Znovu potvrdzujúc potrebu vybudovať trvalo udržateľné národné zdravotnícke systémy posilnením národných kapacít, rešpektovaním záväzku plného financovania zabezpečeného národnými vládami a ich partnermi tak, aby bolo možné lepšie vyplňať nedostatky v zdrojoch zdravotníckeho sektoru;

Znovu taktiež potvrdzujúc potrebu prijať konkrétne, efektívne a včasné opatrenia pri implementácii všetkých dohodnutých záväzkov, pri kontrole účinnosti ich realizácie a predvídateľnosti ich výsledkov, zároveň rešpektujúc odlišnosti v riadení a vlastníckych vzťahoch jednotlivých krajín pri

posilňovaní ich zdravotníckych systémov, navyše zdôrazňujúc potenciálny dopad súčasnej medzinárodnej finančnej a potravinovej krízy a klimatických zmien na zdravie a zdravotnícke systémy;

Dôrazne znovu potvrdzujúc hodnoty a princípy primárnej zdravotnej starostlivosti, vrátane rovnosti, solidarity, sociálnej spravodlivosti, univerzálneho prístupu k službám, multisektorálnych činnosti, decentralizácie a komunitnej participácie ako základu pre posilnenie zdravotníckych systémov;

1. Nalieha na členské štáty, aby:

1) potvrdili politický záväzok na všetkých úrovniach posilňovať rokovania o problematike zdravotníckych systémov založených na koncepte primárnej zdravotnej starostlivosti, aby využívali primerane výhody z partnerstva spolupráce a iniciatív s tým súvisiacich, hlavne na podporu dosiahnutia miléniových rozvojových cieľov;

2) zrýchlili postupy smerujúce k univerzálnemu prístupu k primárnej zdravotnej starostlivosti rozvojom komplexných zdravotníckych služieb a rozvojom národných spravodlivých, efektívnych a trvalo udržateľných finančných mechanizmov, pamätajúc pritom na potrebu zaistenia sociálnej ochrany a chrániac zdravotnícke rozpočty v kontexte súčasnej medzinárodnej finančnej krízy;

3) dali ľudí do centra zdravotnej starostlivosti osvojením si modelov zameraných na lokálne a regionálne úrovne, ktoré zabezpečujú komplexné služby primárnej zdravotnej starostlivosti, vrátane podpory zdravia, prevencie ochorení, liečebnej a paliatívnej starostlivosti, ktoré sú integrované a koordinované podľa potrieb občanov, súčasne zabezpečujúc efektívny systém vertikálneho odosielania.

4) podporili aktívnu účasť všetkých ľudí a znovu zdôraznili posilňovanie komunít, obzvlášť žien, v procese vývoja a implementácie postupov a zlepšovania zdravia a zdravotnej starostlivosti, aby tak podporili obrodu primárnej zdravotnej starostlivosti;

5) vyškolili a udržali si adekvátny počet zdravotníckych pracovníkov, vybavených primeraným mixom zručností, vrátane sestier v primárnej zdravotnej starostlivosti, pôrodných sestier, ostatných zdravotníckych pracovníkov a rodinných lekárov, ktorí sú spôsobilí pracovať v multidisciplinárnom kontexte, v spolupráci s neprofesionálnymi komunitnými zdravotníckymi pracovníkmi, aby reagovali efektívne na všetky zdravotné potreby ľudí;

6) podporili to, aby vertikálne programy, zahrnujúce programy zamerané na špecifické ochorenia sa vyvíjali a implementovali v kontexte integrovanej primárnej zdravotnej starostlivosti;

7) zlepšili dostupnosť tých liekov, zdravotníckych výrobkov a technológií, ktoré sú potrebné na rozvoj primárnej zdravotnej starostlivosti;

8) vyvíjali a posilňovali zdravotnícke informačné systémy a kontrolné systémy, ktoré sa týkajú primárnej zdravotnej starostlivosti tak, aby sa urýchlilo využitie postupov a programov založených na dôkazoch a vyhodnocovanie dát z primárnej zdravotnej starostlivosti;

9) posilnili ministerstvá zdravotníctva tak, aby sa umožnilo poskytovanie kompletného, transparentného a zodpovedného vedenia zdravotníckeho systému s dôrazom na podporu multisektorálnych činností ako súčasť rozvoja primárnej zdravotnej starostlivosti;

2. ŽIADA generálnu riaditeľku, aby:

1) zabezpečila, aby WHO reflektovalo hodnoty a princípy Alma-Atskej deklarácie vo svojej práci a aby všetky organizačné snahy na všetkých úrovniach prispievali k obnove a posilneniu primárnej zdravotnej starostlivosti, v súlade so závermi **Komisie o sociálnych determinatoch zdravia**;

2) posilnila kapacity sekretariátu, vrátane kapacít regionálnych a národných kancelárií, aby podporila členské štáty v ich snahe presadiť 4 obsiahle politické smerovania na obrodu a posilnenie primárnej zdravotnej starostlivosti, ktoré sú identifikované v **Svetovej správe o zdraví 2008 - Primárna zdravotná starostlivosť teraz viac ako kedykoľvek predtým**⁴;

3) porovnala a analyzovala minulé i súčasné skúsenosti členských krajín v implementácii primárnej zdravotnej starostlivosti a uľahčila výmenu skúseností, dôkazov a informácií o správnej liečebnej praxi, o dosahovaní jej univerzálneho pokrytia a dostupnosti a v posilňovaní zdravotníckych systémov;

4) podporila zladenie a koordináciu globálnych intervencií na posilnenie zdravotníckych systémov, ich založenie na koncepte primárnej zdravotnej starostlivosti, v spolupráci s členskými krajinami, relevantnými medzinárodnými organizáciami, medzinárodnými zdravotníckymi iniciatívami a inými zainteresovanými stranami tak, aby sa zvýšili synergie medzi medzinárodnými a národnými prioritami;

5) zabezpečila adekvátne financovanie posilňovania zdravotníckych systémov a revitalizácie primárnej zdravotnej starostlivosti v Programovom rozpočte na obdobie 2010-2011;

6) pripravila plán implementácie štyroch hlavných postupov: (1) odstraňovať nerovnosti smerom k univerzálnemu pokrytiu; (2) dávať ľuďom do centra poskytovania služieb; (3) usilovať o presadzovanie multisektorálnych činností a zdravia vo všetkých politikách; (4) zabezpečiť komplexné riadenie a kompetentných riadiacich pracovníkov, ktorí budú zárukou, že tieto plány budú obsiahnuté v práci celej WHO a aby o týchto plánoch podala správu prostredníctvom výkonnej rady 63. svetovému zdravotníckemu zhromaždeniu a následne informovala o pokroku každé 2 roky.

8. plenárne zasadnutie, 22. máj 2009
A62/VR/8

LITERATÚRA:

1 Document A62/8.

2 Resolutions WHA54.13, WHA56.6, WHA57.19, WHA58.17, WHA58.33, WHA60.22, WHA60.24, WHA60.27, WHA61.17 and WHA61.18.

3 Including summits on health system strengthening, such as the G8 Hokkaido Toyako Summit (2008), International Conference on Global Action for Health System Strengthening (Tokyo, 2008), International Conference dedicated to the 30th Anniversary of the Alma-Ata Declaration of WHO/UNI CEF on primary health care (Almaty, 2008), and G15 Summit (2004); WHO regional meetings on primary health care, such as those at Buenos Aires (2007), Beijing (2007), Bangkok (2008), Tallinn (2008), Ouagadougou (2008), Jakarta (2008) and Doha (2008); and conferences on health promotion, such as Ottawa (1986), Adelaide (1988), Sundsvall (1991), Jakarta (1997), Mexico City (2000), Bangkok (2005) and the MERCOSUR Task Force on Health (since 1995).

4 *The world health report 2008: Primary health care - now more than ever*. Geneva, World Health Organization, 2008.

5 Commission on Social Determinants of Health. *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health*. Geneva, World Health Organization, 2008.

Ako sa aktívne zúčastniť na konferencii **WONCA 2010 Malaga**



V dňoch 6.-9. októbra 2010 sa v španielskej Malage uskutoční 16. konferencia Európskej spoločnosti praktických a rodinných lekárov - **WONCA Europe 2010**.

Podrobné informácie o konferencii možno nájsť na webovej stránke

<http://www.woncaeurope2010.org/modules.php?name=webstructure&idwebstructure=441>

Motto konferencie je:

RODINNÉ LEKÁRSTVO BUDÚCNOSTI - SPÁJANIE ZDRAVIA A KULTÚR

Výbor Slovenskej spoločnosti všeobecného praktického lekárstva (SSVPL) podporí a zabezpečí účasť všeobecných praktikov zo Slovenska na tejto konferencii. Finančná podpora zahŕňa úhradu cestovných nákladov, ubytovania, konferenčného poplatku a čiastočne aj stravovania.

O výbere rozhodne výbor SSVPL. Záujemcovia nech sa čo najskôr prihlásia na elektronickej adrese vpl@vpl.sk alebo doporučeným listom na adrese spoločnosti, **Námestie SNP 10, 814 66 Bratislava**, čo najskôr. Je potrebné sa elektronicke prihlásiť do systému web stránky konferencie.

Postup:

1. Najprv na stránke na

<http://www.woncaeurope2010.org/modules.php?name=registro&sec=3>

vyplňte svoje údaje, ako affiliation zadajte Slovak Society of GP, ako username uveďte napríklad Meno Priezvisko a heslo si zadajte podľa svojho uváženia, odporúčam aspoň 9 miestne zložené z písmen a číslíc, pozor na veľké písmená, heslo je potrebné zadať opakovane. Odošlite - **Send**. Za niekoľko sekúnd dostanete na zadanú e-mailovú adresu, prístupové heslá k svojmu abstraktu - Username a Password, takže ich budete mať v e-mailovej schránke a nemusíte si ich zvlášť zapisovať.

2. Potom prejdite na stránku login page na

http://www.woncaeurope2010.org/modules.php?name=login&lo_mod=papers&lo_sec=&sec=4

tu zadajte Username a Password a sprístupní sa Vám online pracovná verzia Vášho abstraktu. Tu môžete pracovať na svojom abstrakte do termínu **19.4.2010** podľa predlohy. Spracovaný abstrakt musíte ale zaslať najneskôr do **19.4.2010** pomocou tejto web aplikácie vedeckému výboru konferencie.

Ak tak urobíte samostatne, informujte súčasne výbor - zašlite na adresu vpl@vpl.sk konfirmačný mail, ktorý dostanete obratom po zaslaní abstraktu a tiež samotný spracovaný abstrakt. Ak máte záujem sa prezentovať, ste mladí, alebo aj starší, ale máte dobrý nápad a nevíete ako na to, ohláste sa čo najskôr. Poskytneme Vám potrebnú asistenciu, podporu tak, aby Ste zvládli vytvorenie a zaslanie abstraktu včas a mohli sa úspešne uchádzať o aktívnu účasť na tejto prestížnej WONCA konferencii a o finančnú a organizačnú podporu našej spoločnosti. Termín zaslania abstraktu je naozaj **iba do 19.4.2010**, preto sa ohláste čo najskôr.

Rozhodnutie o prijatí, resp. neprijatí abstraktu obdrží každý prihlásený najneskôr do konca júna 2010. Výbor SSVPL potrebuje byť priebežne informovaný tak, aby vedel rozhodnúť o finančnej podpore uchádzačov z radov SSVPL.

Pre uľahčenie procesu prihlásenia abstraktu slúži nasledujúca inštrukcia:

1. Abstrakt sa prihlasuje výlučne elektronicke, cez hore uvedenú webovú stránku konferencie.

Abstrakty zaslané faxom alebo e-mailom nebudú posudzované, ani akceptované.

2. Pracovať na abstrakte môžete **do 19.4.2010** na stránke, ktorá sa Vám sprístupní po registrácii ako už bolo uvedené. Jednoducho na stránke login page zadáte svoje „USERNAME“ a „PASSWORD“, ktoré budete mať zaslané do svojej e-mail schránky po registrácii a môžete pracovať, môžete sa opakovane prihlásiť a odhlásiť, Vaša predchádzajúca práca zostane zapamätaná a budete môcť pokračovať.

3. Abstrakt musí byť vypracovaný v angličtine a jeho maximálny rozsah je 2000 znakov (počítajú sa písmená aj medzery), alebo 300 slov, pričom sa nesmú používať skratky.

4. V prvej, samostatnej časti prihláškového formulára autor uvedie svoje meno (uviest' aj prípadných spoluautorov), ďalej nasleduje TITLE, čiže názov prednášky (maximum 200 znakov, ktoré sa nepočítajú do spomínaných 2000 znakov) a KEY WORDS, t. j. kľúčové slová prihlásenej práce.

5. Vo vlastnom abstrakte sa neuvádza meno autora, aby bola zabezpečená anonymita pri posudzovaní abstraktu medzinárodnou vedeckou komisiou konferencie, ktorá uskutočňuje výber a rozhoduje o zaradení, či zamietnutí prihláseného abstraktu.

6. V prihlasovacom formulári sa Vás budú pýtať na TOPIC, teda okruh do ktorého by ste svoju prednášku tematicky zaradili. Ponúkané možnosti okruhov si vopred nájdite v časti CONGRESS TOPIC, na odrážke webovej stránky konferencie a potom zaškrtnete v úvodnom dotazníku svojho abstraktu. Môžete si vybrať aj svoju vlastnú tému, tým ale riskujete vyradenie svojho abstraktu.

7. Abstrakt musí mať požadovanú štruktúru:

AIM or PURPOSE: cieľ prezentovanej práce

DESIGN and METHOD: opis vlastnej štúdie, alebo iného predmetu prednášky, včítane metodiky, ktorá bola použitá pri získavaní prezentovaných výsledkov

RESULTS: zrozumiteľne sa uvedú výsledky štúdie alebo pozorovania

CONCLUSIONS: záverečné zhrnutie významu výsledkov prezentovanej práce, napríklad pre dennú prax praktického lekára.

8. Jeden autor má možnosť zaslať najviac 2 abstrakty.

9. Abstrakt má svojím obsahom presvedčiť členov medzinárodnej vedeckej komisie o prínose informácií ponúkanej prednášky pre dennú prax praktických lekárov.

10. Autor abstraktu musí na prihlasovacom formulári na príslušnom mieste uviesť akú formu prezentácie výsledkov svojej práce preferuje: Oral presentation, Workshop or Poster (prednáška, workshop alebo poster-plagát).

11. Vyjadrenie medzinárodnej vedeckej komisie o prijatí, resp. zamietnutí abstraktu obdrží autor na e-mailovú adresu, uvedenú pri prihlasovaní abstraktu, najneskôr do konca júna 2010.

12. Prednosť bude daná abstraktom, ktoré neboli v minulosti prihlásené, ani odprezentované.

13. V prípade problémov pri prihlasovaní abstraktu môže autor žiadať informáciu e-mailom na adrese organizačného výboru registrationwonca2010@semfyc.es alebo sa môže obrátiť na vpl@vpl.sk.

Podrobná in_trukcia s aktívnymi webov_mi linkami je dostupná na domovskej stránke www.vpl.sk

Ak Vás to zaujalo a trúfate si, tak sa ohláste. Všetkých potenciálnych kolegov vyzývame k tejto aktivite, máme veľký záujem podporiť všetkých, ktorí sa prejavia a zašlú informácie o sebe a svojich projektoch.

Informácia výboru SSVPL SLS zo 4.1.2010



30. december 2009

Vážení kolegovia,

rád by som vám a vašim členom na záver roka zaželel v mene Wonca veselé Vianoce a šťastný rok 2010. Plnenie záväzkov Vašou organizáciou je nanajvýš dôležité, aby ste úspešne napĺňali všeobecné poslanie Wonca. V mene vedenia Wonca, predstavenstva, výkonných riaditeľov, generálneho riaditeľa a sekretariátu vám týmto ďakujem za vašu podporu.

Rok 2009 bol pre Wonca rušný rok. Ako organizácia sme sa zúčastnili ako organizátori minimálne na siedmich konferenciách. Regionálne konferencie Wonca sa uskutočnili v Muscate (Omán) v januári, v apríli v San Juan (Portoriko), v júni v Hongkongu, v septembri vo švajčiarskom Bazileji a v októbri juhoafrickom meste Rustenburg; a všetky pritiahli veľké počty účastníkov. Druhá konferencia na tému Medicína zameraná na človeka sa uskutočnila v máji v Ženeve a v júni sa v hojnom počte stretli vidiecki lekári v Heraklione na Kréte. To len signalizuje nárast záujmu o rodinné/všeobecné lekárstvo a primárnu zdravotnú starostlivosť vo svete.

Pre mňa však bolo nepopierateľne udalosťou roka veľkého významu uznesenie, ktoré jednomyselne prijalo Svetové zdravotnícke zhromaždenie na presadzovanie primárnej zdravotnej starostlivosti. To opäť zdôrazňuje záväzok Svetovej zdravotníckej organizácie voči primárnej zdravotnej starostlivosti a pokračovanie procesu, ktorý začal prezieravými vyhláseniami v Alma Ate v roku 1978. V tomto uznesení však, za ktoré sa Wonca, TUFH a ďalšie organizácie všeobecnej primárnej starostlivosti pevne zasadzovali, je zakotvená oveľa konkrétnejšie sformulovaná definícia vývoja primárnej zdravotnej starostlivosti. Tá konkretizuje sestry, pôrodné asistentky a rodinných lekárov ako odborných, profesionálnych nositeľov tímu primárnej zdravotnej starostlivosti a požaduje ich školenie. Je dobré si uvedomiť, že toto je vyhlásenie – nie primárnej starostlivosti, ale 192 národných vlád.

Ďalším dôležitým počínom bolo uvedenie termínu „primárna zdravotná starostlivosť, zahŕňajúca rodinných lekárov“ v Index Medicus. www.nlm.nih.gov

Po prvýkrát sú tak časopisy s výskumným a vedeckým poslaním právom zoradené v doméne primárnej zdravotnej starostlivosti. To otvára možnosť lepšej bibliografickej analýzy a monitorovania výskumu v primárnej starostlivosti – nevyhnutných pre ďalšie presadzovanie výskumu v primárnej zdravotnej starostlivosti v plnom rozsahu. Dôležitým bodom programu je teraz presvedčiť rozsiahle vedecké databázové webové publikácie ako ISI Web of Knowledge www.isiwebofknowledge.com a Thompson Reuters www.thomsonreuters.com aby sme v nich obstáli. Je naším želaním v roku 2010 v nej oveľa viac publikovať.

Toto zdôrazňuje dôležitosť pre Wonca, aby organizácia užšie spolupracovala s fakultnými zariadeniami univerzitného typu v oblasti primárnej starostlivosti, rodinného/všeobecného lekárstva, výskumnými ústavmi a školiacimi programami. Novú členskú kategóriu Wonca „Akademickí členovia“ sme uviedli koncom roka 2008 a hneď pritiahla prvé ohlasy. S potešením očakávam, že sa k nám pripojí rozsiahla väčšina týchto ústavov, ak nie všetky.



Minulý rok som zaznamenal, že rastúci dôraz na vývoj primárnej starostlivosti vo svete označuje jasný úspech Wonca. Avšak tento úspech prichádza s rastúcou požiadavkou na našu organizáciu, aby sme celému svetu sprístupnili naše expertízy a vedomosti a splnili tak jeho očakávania. A toto je tiež, ktorý náš úspech zastiera, nárast v aktivitách vytvára tlak na organizačnú a finančnú životaschopnosť Wonca. Všeobecná hospodárska a finančná kríza prehľbuje tlak na financovanie aktivít Wonca. Začiatkom roka začali výkonní riaditelia Wonca s auditom účtov, financií a finančných operácií organizácie. Výsledky budú predstavené na zasadaní Svetovej Rady Wonca v Cancúne.

A to mi pripomína nadchádzajúci rok, ktorý je pre Wonca vzrušujúci práve 19. - tou svetovou konferenciou Wonca, ktorá sa má uskutočniť v Mexiku od 19. do 23. mája, kedy sa Cancún stane miestom stretnutia pre odborníkov v svetovej primárnej starostlivosti. Naši mexickí hostitelia pripravujú úžasnú konferenciu v rozprávkovo skvelom konferenčnom prostredí. To tiež bude miesto pre dôležité rozhodnutia Rady, ktoré sformujú budúcnosť Wonca. Iba ak budeme vedieť dať dokopy najlepšie ženy a mužov, aby viedli primárnu zdravotnú starostlivosť; zorganizovať obrovskú, silnú organizáciu, ktorá umožní častejšie stretnutia zamerané na sformovanie akademickej stratégie a obhajobu primárnej zdravotnej starostlivosti; zabezpečiť svet aj seba, že Wonca môže sedieť za jedným stolom s tými, ktorí rozhodujú o primárnej zdravotnej starostlivosti - iba vtedy bude možné získať kapitál z nášho spoločného potenciálu. O nič veľké tu nejde, inými slovami žiadne otázky veľkého významu nie sú v hre na nadchádzajúcom stretnutí Rady. Cancún signalizuje čas, kedy treba začať konať v tejto problematike, vrátane podstatných zmien v logistickej štruktúre Wonca a jej stanov.

Máme pred sebou rušný a vzrušujúci rok. Teším sa, že sa v máji s vami všetkými stretnem na zasadaní Rady a na Konferencii v Cancúne a želám vám mimoriadne šťastný, úspešný a plodný rok 2010!

Chris van Weel

Prezident Wonca
Katedra rodinného lekárstva
Department of Family Medicine
Radboud University Nijmegen Medical Centre, Nijmegen
Holandsko

Plánovací kalendář vzdělávacích aktivit a projektů všeobecného lékaře v roce 2010

JANUÁR
2010

1 st
2 nd
3 rd
4 th
5 th
6 th
7 th
8 th
9 th
10 th
11 th
12 th
13 th
14 th
15 th
16 th
17 th
18 th
19 th
20 th
21 st
22 nd
23 rd
24 th
25 th
26 th
27 th
28 th
29 th
30 th
31 st

FEBRUÁR
2010

1 st
2 nd
3 rd
4 th
5 th
6 th
7 th
8 th
9 th
10 th
11 th
12 th
13 th
14 th
15 th
16 th
17 th
18 th
19 th
20 th
21 st
22 nd
23 rd
24 th
25 th
26 th
27 th
28 th

MAREC
2010

1 st
2 nd
3 rd
4 th
5 th
6 th
7 th
8 th
9 th
10 th
11 th
12 th
13 th
14 th
15 th
16 th
17 th
18 th
19 th
20 th
21 st
22 nd
23 rd
24 th
25 th
26 th
27 th
28 th
29 th
30 th
31 st

APRÍL
2010

1 st
2 nd
3 rd
4 th
5 th
6 th
7 th
8 th
9 th
10 th
11 th
12 th
13 th
14 th
15 th
16 th
17 th
18 th
19 th
20 th
21 st
22 nd
23 rd
24 th
25 th
26 th
27 th
28 th
29 th
30 th

MÁJ
2010

1 st
2 nd
3 rd
4 th
5 th
6 th
7 th
8 th
9 th
10 th
11 th
12 th
13 th
14 th
15 th
16 th
17 th
18 th
19 th
20 th
21 st
22 nd
23 rd
24 th
25 th
26 th
27 th
28 th
29 th
30 th
31 st

JÚN
2010

1 st
2 nd
3 rd
4 th
5 th
6 th
7 th
8 th
9 th
10 th
11 th
12 th
13 th
14 th
15 th
16 th
17 th
18 th
19 th
20 th
21 st
22 nd
23 rd
24 th
25 th
26 th
27 th
28 th
29 th
30 th

29.4. - 1.5.2010 Fórum spolupráce –XIV. Kongres SLS Tále

JÚL
2010

1 st
2 nd
3 rd
4 th
5 th
6 th
7 th
8 th
9 th
10 th
11 th
12 th
13 th
14 th
15 th
16 th
17 th
18 th
19 th
20 th
21 st
22 nd
23 rd
24 th
25 th
26 th
27 th
28 th
29 th
30 th
31 st

AUGUST
2010

1 st
2 nd
3 rd
4 th
5 th
6 th
7 th
8 th
9 th
10 th
11 th
12 th
13 th
14 th
15 th
16 th
17 th
18 th
19 th
20 th
21 st
22 nd
23 rd
24 th
25 th
26 th
27 th
28 th
29 th
30 th
31 st

SEPTEMBER
2010

1 st
2 nd
3 rd
4 th
5 th
6 th
7 th
8 th
9 th
10 th
11 th
12 th
13 th
14 th
15 th
16 th
17 th
18 th
19 th
20 th
21 st
22 nd
23 rd
24 th
25 th
26 th
27 th
28 th
29 th
30 th

OKTÓBER
2010

1 st
2 nd
3 rd
4 th
5 th
6 th
7 th
8 th
9 th
10 th
11 th
12 th
13 th
14 th
15 th
16 th
17 th
18 th
19 th
20 th
21 st
22 nd
23 rd
24 th
25 th
26 th
27 th
28 th
29 th
30 th
31 st

NOVEMBER
2010

1 st
2 nd
3 rd
4 th
5 th
6 th
7 th
8 th
9 th
10 th
11 th
12 th
13 th
14 th
15 th
16 th
17 th
18 th
19 th
20 th
21 st
22 nd
23 rd
24 th
25 th
26 th
27 th
28 th
29 th
30 th

DECEMBER
2010

1 st
2 nd
3 rd
4 th
5 th
6 th
7 th
8 th
9 th
10 th
11 th
12 th
13 th
14 th
15 th
16 th
17 th
18 th
19 th
20 th
21 st
22 nd
23 rd
24 th
25 th
26 th
27 th
28 th
29 th
30 th
31 st

Projekty:

2. -3.3.2010 Dni zdravých žil
28.5.2010 Deň zdravého trávenia
28.9.2010 Svetový deň srdca

6.10. - 9. 10. 2010 WONCA konferencia Malaga
4.11. - 6.11.2010 Výročná konferencia SSVPL SLS,
Banská Bystrica



MERANIE TK

BOSO ABI 100

Včasný screening a diagnostika ICHDK

CE 0124

- jednoduché zistenie indexu členok–rameno (ABI index)
- súčasné meranie TK na všetkých štyroch končatinách
- oscilometrická metóda merania
- zobrazenie oscilačných pulzov
- spustenie vyšetrenia priamo z obsluhovaného PC
- prehľadné zobrazenie nameraných hodnôt
- grafické porovnanie viacerých meraní
- konfigurovateľná záverečná správa
- komunikácia s programami pre vedenie ambulancie

AKČNÁ PONUKA !

~~2690,- €~~

1990,- €

Platnosť cien do:

30.6.2010

ceny s DPH

**KLINICKY
OVERENÉ**



Prístroj BOSO ABI 100 prináša úplne novú metódu merania indexu členok-rameno (ABI – Ankle Brachial Index).

Periférne arteriálne ochorenie (PAOD, ICHDK) vedie často ku kardiovaskulárnej príhode s dramatickým priebehom. Hlavne u rizikových skupín (fajčiari, diabetici a starší ľudia) je toto ochorenie veľmi často neskoro diagnostikované. Prístroj BOSO ABI 100 zmeria ABI index rýchlo, presne a spoľahlivo, čo je klinicky overené.

Jednoduchá a rýchla obsluha umožňuje široké použitie tejto vyšetrovacej metódy. Tým je možné včasné rozpoznanie, predovšetkým, keď sa u pacienta ešte nevyskytujú žiadne potiaže. Prístroj BOSO ABI 100 tak otvára dvere k riešeniu ochorení vo včasnom štádiu.

Po meraní sú hodnoty prenesené prostredníctvom USB káblu do PC, kde SW automaticky vypočíta ABI index. Program ABI obsahuje databázu s dátami pacientov, grafické zobrazenie nameraných hodnôt a GDT rozhranie k prenosu výsledkov merania do ambulantného programu.

Prístroj odporúča Slovenská spoločnosť všeobecného praktického lekárstva SLS, www.vpl.sk všeobecným lekárom, ktorí sa zapoja do projektu SSVPL SLS:

„Všeobecný lekár - diagnostika a liečba pacientov s cievny ochorením“



www.boso-abi.sk

COMPEK
MEDICALSERVICES
DODÁVATEL KOMPLETNEJ ORDINÁCIE

XXXI. Výročná konferencia SSVPL SLS

Banská Bystrica, 4. – 6. NOVEMBER 2010



Nastal čas na zmenu.

Naše konferenčné aktivity sa po rokoch sťahujú z Bojníc do stredu Slovenska, do Banskej Bystrice. Chceme, aby kvalitné vzdelávanie, o ktoré sa usilujeme, bolo dostupné všeobecným lekárom rovnako z celého Slovenska. Všetkých Vás srdečne pozývame.

Výbor SSVPL SLS