



# Všeobecný praktik

*Všeobecné praktické lekárstvo –  
na pacienta zameraná zdravotná  
starostlivosť!*

**Tohtoročná XXXVIII. Výročná konferencia  
SSVPL sa uskutoční 12. – 14. októbra  
v Starom Smokovci.**

**Všetkých všeobecných praktikov srdečne  
pozývame!**

## Príhovor prezidenta SSVPL



### **Pozvanie na XXXVIII. Výročnú konferenciu SSVPL vo Vysokých Tatrách.**

*Vážení kolegovia, v tomto roku sa stretneme na našej výročnej konferencii už tridsiaty ôsmykrát. Chcem Vám všetkým poďakovať za vašu podporu a aj za vašu skvelú prácu. Iba vďaka Vášmu záujmu vzdelávať sa, môžeme túto konferenciu usporiadať a neustále ju zlepšovať.*

*Chcem sa poďakovať všetkým členom výboru ale aj členom SSVPL, ktorí reprezentujú našu odbornú spoločnosť doma aj v zahraničí a pomáhajú pripraviť kvalitný odborný program konferencie. V tomto roku prijali naše pozvanie profesor Richard Hobbs, z Oxfordu a Rob Dijkstra, prezident holandskej spoločnosti všeobecných praktíkov.*

*Program konferencie bude obohatený aj o množstvo zaujímavých workshopov. Kto má záujem o pohybové aktivity, môže aj v tomto roku využiť možnosť tréningu Nordic Walking. Preto si nezabudnite doniesť voľné oblečenie a športovú obuv. Pripravili sme aj tréning zručností vo využívaní POCT prístrojov v rámci rýchlej diagnostiky na ambulancii alebo pri lôžku pacienta. Dúfajme, že zdravotné poisťovne tieto nové možnosti diagnostiky (CRP, INR, Glykovaný Hb, meranie ABI) podporia aj platbami za vykonanie týchto vyšetrení pre ich pacientov bez ďalších prekážok, rôznych podmienok a obštrukcií.*

*Učiť sa musíme od najlepších, a som presvedčený, že si určite vyberiete témy, ktoré Vás zaujmú a ktoré pre nás odprezentujú špičky v jednotlivých odboroch. Máme možnosť si vypočuť prednášky z kardiológie, endokrinológie, hepatológie, angiológie, psychiatrie, posudkového lekárstva, ale aj praktické prednášky našich kolegov, všeobecných lekárov.*

*Pred pár dňami naša kolegyňa všeobecná lekárka MUDr. Jana Bendová úspešne ukončila doktorandské štúdium na Slovenskej zdravotníckej univerzite a obhájila vedeckú prácu Včasná diagnostika CHOCHP v ambulancii všeobecného lekára. Výsledky tejto práce bude prezentovať aj na našom kongrese. Viem a verím, že v najbližších rokoch sa ku nej pripoja aj ďalší „obvodáci“, vrátane kolegov z výboru. Tieto úspechy našich kolegov zlepšujú pohľad špecialistov na nás praktických lekárov a zvyšujú úroveň našej odbornej spoločnosti. Pri tejto príležitosti chcem dať prísľub, že naša odborná spoločnosť, pokiaľ to bude v jej silách, podporí každého člena v publikačnej a inej odbornej činnosti.*

*V roku 2017 sa naši členovia aktívne zúčastňovali rokovaní v zdravotných poisťovniach cestou ZAP-u a pripomienkových konaní na MZSR cestou SLK.*

*Naši zástupcovia požadujú zlepšenie súčasných úhrad a aj preto odmietli podpísať zmluvy, ktoré boli nevýhodné a zlepšovali úhrady iba naoko a s mnohými ďalšími podmienkami (viac v článku Dr. Liptáka). Neúspech vo vyjednávaní lepších podmienok pre nás všetkých je aj v tom, že veľká časť našich kolegov podpísala zmluvy ešte pred „prázdnicami“. Iba ZAP odmietol nevýhodné podmienky a ostal za rokovacím stolom. Aj to je dôvod, prečo výbor SSVPL nateraz podporuje naše zjednotenie pod hlavičkou ZAP-u. Stačí podporiť tento tím svojim členstvom v ZAP-e. Iba tak môžeme dosiahnuť lepšie ohodnotenie našej práce ale aj viac financií do primárneho*

*segmentu. Aj keď všetci vedia, že pracujeme za minimum financií a prakticky o 30% viac ako naši kolegovia v Českej republike a možno 2x viac ako naši kolegovia v Rakúsku, Dánsku, Nemecku alebo UK za polovičnú mzdu, zodpovední podmieňujú ďalší nárast zdrojov pre nás „zlepšením našej práce“ (viac v mojej úvahe o nedofinancovaní ambulantnej sféry). Skôr vidíme snahu konzervovať tento nepriaznivý stav s tendenciou „privatizácie“ nášho segmentu cestou EU fondov, pričom paradoxne dôvodom ich čerpania bude práve tento nepriaznivý stav, za ktorý sú zodpovedné vlády v posledných 10 rokoch.*

*Pripravili sme analýzu zákona o prehlídkach mŕtvych u nás a v Českej republike, na základe čoho sme pripomenovali zákon o obhlídkach mŕtvych a navrhovali praktické riešenia. Treba skonštatovať, že aj napriek obetovaniu veľkého množstva času sa nám nepodarilo presadiť prakticky nič. Je to demotivujúce, že sú odmietané naše návrhy z praxe, ale nesmieme upustiť z aktivít. V tomto zmysle ste našim hnacím motorom práve vy naši členovia. Prejavom vašej podpory je aj úhrada členských príspevkov. Tieto financie používame na základnú prevádzku SSVPL a úhradu poplatkov do medzinárodných spoločností, kde sme členmi (WONCA, EFPC).*

*Všetky prednášky budú simultánne prekladané a preto si nenechajte ujsť výnimočnú príležitosť vypočuť si našich zahraničných kolegov a ich pohľad na našu prácu.*

*Vzhľadom na veľké množstvo zaujímavých tém, príspevky na ktoré budeme mať súhlas od autorov, si budú môcť účastníci kongresu ale aj tí lekári, ktorí sa nebudú môcť osobne zúčastniť pozrieť na stránke [www.meditrend.sk](http://www.meditrend.sk), stránke zaoberajúcej sa elektronickým vzdelávaním pre lekárov a medicínskych pracovníkov. Z konferencie bude vydané kompendium v Zdravotníckych novinách a kniha abstraktov z prednášok, ktoré nám boli dodané.*

*Vo štvrtok 12.10. 2017 sa uskutoční o 17.30 hod členská schôdza SSVPL. Pozývame všetkých členov SSVPL. V roku 2018 sa uskutočnia voľby do výboru SSVPL. Vyzývam všetkých kolegov, ktorí majú záujem o aktívnu prácu vo výbore aby sa prihlásili. Môžete ma kontaktovať cestou mailu na adrese [peter.makara@gmail.com](mailto:peter.makara@gmail.com)*

*Tešíme sa na účasť Vás všetkých, ale najmä mladých všeobecných lekárov a našich sestier na tohtoročnej výročnej konferencii.*

MUDr. Peter Makara, MPH  
Prezident SSVPL

## Obsah

<b>Príhovor prezidenta SSVPL</b> (Peter Makara) .....	2
<b>Všeobecných lekárov je stále menej</b> (Peter Makara) .....	4
<b>Všeobecné lekárstvo - ľudská stránka medicíny</b> (Jana Bendová) .....	5
<b>Hostia našej výročnej konferencie: Richard Hobbs, Rob Dijkstra</b> .....	5
<b>Mladí Praktici pozývajú na XXXVIII. Výročnú konferenciu</b> (Ľudmila Resutíková) .....	6
<b>Včasná diagnostika chronickej obštrukčnej choroby pľúc v ambulancii všeobecného lekára pre dospelých</b> (Jana Bendová) .....	7
<b>K našej pozícii v liekovej politike</b> (Peter Lipták) .....	9
<b>Vypočutie expertov SSVPL na mítingu s predstaviteľmi Európskej komisie</b> (Peter Lipták) .....	9
<b>Mladí Praktici na VdGM Prekonferencii Wonca Praha 2017</b> (Ľudmila Resutíková) .....	10
<b>Z jarných konferencií 2017</b> (Michaela Macháčová, Jana Bendová) .....	12
<b>Správa z EFPC - Riga 2017</b> (Štefan Krnáč) .....	13
<b>EQUIP Záhreb, Konferencia EQUIP Dublin</b> (Štefan Krnáč) .....	14
<b>Pozícia VLD, hodnotenie budovania CIZS z eurofondov, sa nemení</b> (Peter Lipták) .....	15
<b>Ako ďalej v rokovaní so ZP?</b> (Peter Lipták) .....	16
<b>Otázky k realizácii projektu eZdravie na Slovensku</b> (Peter Lipták) .....	17
<b>eHEALTH, resp. eZdravie, BL Online, eRecept</b> (Juraj Zoň) .....	18
<b>Prínos primárnej starostlivosti pre tvorbu klinických guidelineov</b> (Michael Kidd) .....	19
<b>Nové kritériá skutočnej efektivity v PZS - Zmena filozofie „Náklady na pacienta, nie na lekára!“</b> (Peter Lipták) .....	22
<b>Deväťdesiatročný všeobecný lekár Karol Mika: Kým dá Pán Boh, budem pracovať</b> (Jana Čunderlíková) .....	24
<b>Pozvánka do Bardejova - Dni praktickej obezitológie a metabolického syndrómu</b> (Mária Belovicová, Peter Makara,) .....	25

### Prílohy:

1. Prihláška kandidáta do volieb za člena výboru SSPVL - apríl 2018
2. Žiadosť o vydanie elektronického preukazu zdravotníckeho pracovníka
3. Sprievodca všeobecného lekára hematologickými ochoreniami
4. Objednávka pre vykonanie externej kontroly kvality prístrojov POCT (CRP, INR, HbAc, atď)

### Všeobecný praktik ISSN 1339-2840

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

E-mail: vseobecny.praktik@vpl.sk

Editor: Peter Lipták. Redakčná rada: Prof. Ján Murín, CSc., MUDr. Michaela Macháčová, MUDr. Adriana Šimková, PhD., MUDr. Peter Pekarovič. Autori fotografií: Štefan Krnáč, Vladimír Benko, Janka Liptáková, Peter Lipták a autori článkov.

Grafické práce: Barbora Gerthoferová a Viktor Vadkerti.

Tlač a distribúcia: Knihtlač Gerthofer Zohor.

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



## Všeobecných lekárov je stále menej

### Nedofinancovanie ambulancií a nedostatok lekárov spôsobí kolaps systému

Všeobecný lekár je najbližšie svojim pacientom v zmysle dostupnosti miestnej, časovej, ekonomickej aj kultúrnej. Aj preto musíme vychovávať svojich vlastných praktických lekárov a nečakať na tých zo zahraničia. Medicína je čoraz zložitejšia a nové produkty medicíny a nové prístupy sú čoraz nákladnejšie. **Demografické trendy sú jasné a preto iba zdravotné systémy s personálne zabezpečenou a silnou primárnou zdravotnou starostlivosťou budú schopné poskytovať kvalitné a finančne dostupné zdravotné služby.** Tieto systémy sú efektívnejšie ako systémy s malým dôrazom na primárnu zdravotnú starostlivosť.

Základnou úlohou všeobecných lekárov bude predlžovať život našich pacientov v zdraví s dôrazom na primárnu aj sekundárnu prevenciu. Aby sme tento základný cieľ, pomáhať starnúť našim občanom/pacientom v zdraví mohli splniť, musí sa stať primárna starostlivosť jednou z hlavných priorít nových ministrov zdravotníctva, pretože je to úloha na najbližšie desaťročia. Preto bude dôležitá kontinuita a jasné kroky. **Zatiaľ sme svedkami, vychádzajúc z údajov vo vestníku Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou, že počet lekárskejších miest (všeobecných lekárov pre dospelých) klesá a počet lekárskejších miest v špecializovanej starostlivosti stúpa, čo je v rozpore s odporúčaniami expertov pre efektívne zdravotné systémy.**

Zároveň pretrvávajú nedostatok alebo neplnenie normatívoiv hlavne v prípadoch dlhodobej chronickej ZS (doliečovacích, geriatrických a paliatívnych lôžok). Aj keď normatívy pre všeobecnú ambulanciu starostlivosť ZP plnia, je to iba preto, že je výrazne poddimenzovaná a to zakladá podstatu jeho stagnácie. Minimálny počet VLD je stanovený na 1733 LM. To je priemerne na jednu ambulanciu viac ako 2300 pacientov. Pritom optimum by bolo niekde okolo 1500 pacientov na ambulanciu a počet ambulancií by mal byť väčší cca 2700.

Už z týchto čísel vyplýva, že počet ambulancií alebo počet všeobecných lekárov by mal byť o viac ako 1000 väčší ako je stanovená minimálna sieť a viac ako 500 oproti súčasnému reálnemu počtu. **Počet ambulancií alebo všeobecných lekárov by mal vzrásť asi o 23%.** Viac ambulancií (všeobecných lekárov) je možné zabezpečiť primeraným nárastom investovaných financií do segmentu VLD. Iba tak je možné zvýšiť kvalitu poskytovanej starostlivosti pre pacienta.

Podiel nákladov na VAS (všeobecnú ambulanciu starostlivosť) je na Slovensku 3% v roku 2016, pričom bežný podiel na VLD (všeobecných lekárov pre dospelých) by mal byť viac ako 5%. **Celkový nárast zdrojov by podľa tohto parametra mal narástť minimálne z 3% na 5% čo je nárast o 66%.** Priemerný príjem na pacienta v roku 2016, pri odhadovanom počte 4 mil. kapitovaných pacientov je cca 2,6€ na mesiac. Ak by sme sa chceli dostať na primeraný počet kapitovaných 1500 na ambulanciu/lekára, tak potom príjem na jedného registrovaného pacienta by mal byť aspoň 3,40€. **To znamená minimálny nárast o 30%.** Celkový deficit zdrojov, ktoré sektor potrebuje už dnes tak dosahuje cca 50 mil. € ročne.

Požiadavka na lekárov, že nárast financovania môžu očakávať iba keď zlepšia „manažment pacienta“ je neadekvátna. Zlepšiť manažment je možné len keď sa zníži počet pacientov na jedného lekára. Ten bude mať nielen viac času na ošetrovanie pacienta, ale pri nižšom dennom počte pacientov im bude môcť poskytnúť aj vysnívaný manažment. Dnes pri priemernom počte ošetrovaných 50 pacientov denne a nezriedka ich býva aj 100, je zlepšenie manažmentu pacienta ilúziou. **Bude to možné iba pri radikálnom zlepšení financovania ambulancií minimálne o 30%. Takéto zvýšenie môže zabezpečiť viac ambulancií, alebo viac lekárov v ambulancii, prípadne viac zdravotných sestier s primeranou mzdou.** Zvýšenie napríklad o 5% môže maximálne tak zabezpečiť prevádzku ambulancii a udržiavať súčasný stav.

Za neefektívnosť zdravotníctva na Slovensku pokladáme niekoľko príčin. Je to najmä nelogické obmedzovanie kompetencií VL, napríklad preskripcnými obmedzeniami, ktoré nútia VL odosielať pacienta opakovane ku špecialistom na predpis chronickej liečby. To spôsobuje nárast pacientov v ambulanciách špecialistov, dlhšie čakanie pacientov na ošetrovanie a v konečnom dôsledku menej času špecialistu na akútnych pacientov.

Ďalším dôvodom sú „kritériá kvality“ alebo lepšie povedané „nákladové kritériá“ ktoré zdravotné poisťovne nesprávne interpretujú ako kritéria kvality. To spôsobuje (resp. je dôvodom), že pacient nie je na určitej ambulancii kompletne vybavený (predpis všetkých liekov, ktoré potrebuje, indikácia SVLZ vyšetrení a vypísanie žiadaniek) ale je odosielaný do inej ambulancie, najčastejšie na ambulanciu všeobecného lekára, čo znovu zbytočne zvyšuje počet pacientov v čakárni, zbytočne preháňa pacientov po systéme, oberá čas a peniaze na dopravu a z všeobecného lekára robí sekretárku na vyplnenie žiadaniek a iných „delegovaných“ činností. Pravdepodobnou motiváciou na takéto správanie je „koeficient kvality“, zníženie indikovaných nákladov na svoj kód a teda ochrana svojho príjmu, ktorý je už dnes nedostatočný a preto je toto správanie nielen očakávané, ale aj pochopiteľné. Výsledkom je uštvaný pacient, ktorý musí v slovenskom systéme navštíviť viac ako 11 ambulancií priemerne ročne. Preto jednou z našich požiadaviek je aj zrušenie týchto „koeficientov kvality“. Očakávame, že to prinesie benefit nielen lekárom, ale hlavne pacientom.

Podľa štatistických údajov z Trexima pre MPSVR SR o cene práce vyplýva, že priemerný zárobok lekára špecialistu (po špecializačnej skúške) je priemerne 2100 € a zdravotnej sestry 842€ v hrubom. **Celková cena práce na ambulanciu je cca 3900 €.** To platí prakticky pre všetky ambulancie. Po pripočítaní prevádzkových nákladov na ambulanciu VL je potrebný príjem cca 5200€, aby sa mohla zabezpečiť kvalitná zdravotná starostlivosť a splniť národné požiadavky na prevádzku ambulancie. Podľa ÚDZS sú celkové výdavky na ambulancie všeobecných lekárov pre dospelých 126 219 246€ v roku 2016 a počet zazmluvnených lekárskejších miest (LM) vo VŠZP bol 2141. Priemerný príjem na ambulanciu (1-LM) je 4900€. **Deficit príjmov na prevádzku, pri snahe udržať mzdové náklady je v roku 2016 minimálne 6%.**

Pokiaľ nebudú mať ambulancie (VLD ale aj ŠAS) dostatok zdrojov na zaplatenie platu sestier (v niektorých ambulanciách optimálne aj dvoch ZS) a lekárov nebude možné udržať kvalitnú ambulanciu starostlivosť. Tieto chýbajúce zdroje súčasných všeobecných lekárov de facto dotujú nízku cenu svojej práce, bez možnosti rozvíjať svoje ambulancie a bez možnosti odovzdať ich lekárske mu dorastu, pretože nie je ani záujem, ani dorast.

V prípade ambulancií ŠAS je potrebné tiež vychádzať z personálnych nákladov a prevádzkových nákladov v závislosti od prístrojového vybavenia (nutnosť servisu, pravidelnej obnovy a pod). Pokiaľ sa pozrieme iba modelovo na ambulanciu ŠAS s nízkymi prevádzkovými nákladmi, tak aj tá potrebuje vytvoriť príjem minimálne na úrovni 5200€ na vykrytie mzdových nákladov (1 LM + 1 sestra). Ak je mesačne ordinačná doba 120 hodín (20 pracovných dní, 30 hod/5 dní), tak potom minimálny hodinový príjem ambulancie by mal byť 43€. Preto napríklad pri platbe 8€ za prvovýšetrenie musí špecialista ošetriť minimálne 5 pacientov za hodinu a pri cene 5€ za kontrolné vyšetrenie minimálne 8 pacientov za hodinu (cca 7 min/pacient). Pri ambulancii ŠAS s vyššími prevádzkovými nákladmi musí byť hodinová dotácia ešte vyššia.

Iba výrazné navýšenie ceny práce špecialistu môže znížiť počet vyšetrených pacientov a teda zabezpečiť kratšie čakacie doby na špecializované vyšetrenie a reálne predĺžiť čas lekára na jedného pacienta, čo pacienti aj očakávajú. Na internete sú populárne hodnotiace portály a osobne som sa stretol predovšetkým so sťažnosťami, že lekár venoval pacientom iba málo času.

Niekedy si kladiem otázku či ide o zámer alebo iba neschopnosť zodpovedných politikov riešiť túto vážnu situáciu. Čakáme snáď na kolaps systému a až potom sa preberieme? Dnes už nikto nepochybuje, že situácia je vážna a keď sa nič nezmení, tak v najbližšom období desiatich rokov môže byť kritická.

Vyšlo v ZN 8/2017, MUDr. Peter Makara, MPH



## Všeobecné lekárstvo - ľudská stránka medicíny

To je motto 24. európskej konferencie WONCA, ktorá sa uskutoční v dňoch 26.-29. júna 2019 v Bratislave. Konferenciu organizuje SSVPL, ktorá je riadnym členom WONCA.

Hoci do tejto prestížnej konferencie zostáva ešte viac ako jeden a pol roka, s prípravami začal výbor SSVPL už počas svojho zasadnutia v auguste 2017.

Prezidentka kongresu MUDr. Michaela Macháčová už oslovila 4 prednášajúcich kľúčových posolstiev a všetci 4 svoju účasť prisľúbili. Na prezradenie všetkých mien ešte nenastal čas, ale prezradiť môžeme aspoň toľko, že pozvanie prijala súčasná prezidentka WONCA World Prof. Amanda Howe z Veľkej Británie, ktorá sa na konferencii SSVPL 12. októbra 2017 v Tatrách počas slávnostného otváracieho ceremonálu prihovorí svojim videoposolstvom slovenským všeobecným lekárom.

MUDr. Jana Bendová, PhD, poverená prípravou odbornej časti programu, v súčasnosti zostavuje vedecký výbor konferencie. Workshopy, orálne prezentácie vo viac ako 10 paralelných sekciách, postery ako aj nové konferenčné formáty – to všetko bude pripravené pre všeobecných a rodinných lekárov z celej Európy. Veríme, že atraktívny program priláka do Bratislavy aj slovenských všeobecných lekárov.

WONCA konferencie totiž nie sú len miestom nasávania nových vedomostí, ale aj dôležitou spoločenskou akciou – príležitosťou spoznať nových kolegov a podeliť sa o naše skúsenosti s medzinárodnou lekárskou komunitou.

MUDr. Jana Bendová  
viceprezidentka konferencie WONCA Europe 2019



## Hostia našej výročnej konferencie:

### Richard Hobbs

MA, FRCGP, FRCP (London),  
FESC, FMedSci, FRCP (Edin)



Profesor a vedúci katedry Nuffield všeobecného praktického lekárstva univerzity v Oxforde, riaditeľ Anglického inštitútu NIHR pre výskum primárnej starostlivosti (od 2009) a spoluzakladateľ výboru pre kontrolu kvality výsledkov v PZS (QOF) v rokoch 2005-2009, riaditeľ NIHR - inštitútu pre výskum a starostlivosť v oblasti aplikovaného zdravia (NIHR CLAHRC) v Oxforde. Je členom mnohých národných a medzinárodných vedeckých a výskumných výborov pre financovanie výskumu v PZS, v Rade British Heart Foundation (do roku 2012), v Rade British Cardiovascular Society pre primárnu starostlivosť a je predsedom Európskej kardiovaskulárnej spoločnosti v PZS (EPCCS- European Primary Care Cardiovascular Society).

Výskumné záujmy zameriava na kardiovaskulárnu epidemiológiu a klinické štúdie, najmä v súvislosti s rizikom cievnych mozgových príhod a srdcovým zlyhaním. Celkovo jeho publikácie zahŕňajú 28 samostatných kapitol v knihách, 13 editovaných kníh a viac ako 350 originálnych článkov v časopisoch, ako sú Lancet, Annals of Internal Medicine, BMJ, Atherosclerosis, EHJ a Stroke. Jeho výskum ovplyvnil medzinárodnú zdravotnú politiku a klinické smernice. V rámci NHS konzultoval rámce národných služieb pre CHD, fibriláciu predsieni a srdcové zlyhanie a je autorom niekoľkých recenzií Národného inštitútu pre klinickú excelenciu (NICE). Pôsobí ako všeobecný praktík v mestskej praxi viac ako 30 rokov.

### Rob Dijkstra

Rob Dijkstra študoval medicínu 1979-1988 na univerzite St Radboud, Nijmegen, Holandsko. Po prípravnom tréningu v chirurgii a pôrodníctve sa presťahoval do Tanzánie, kde pracoval od roku 1990-1994 vo vedení v nemocnici Bukumbi. Po návrate do Holandska absolvoval postgraduálne vzdelávanie v oblasti rodinnej medicíny a začal so svojím PhD výskumom na implementácii usmernení pre diabetes na ambulanciách GP. V roku 2004 ukončil doktorandské štúdium a pokračoval ako vedúci výskumník v spoločnosti IQ Healthcare, Nijmegen. Súčasne pôsobil ako rodinný lekár v malej komunite s približne 2500 obyvateľmi, neďaleko mesta Nijmegen. V roku 2007 odišiel zo spoločnosti IQ Healthcare a začal pôsobiť v Holandskej spoločnosti všeobecných praktikov kde bol zodpovedným za implementáciu nových vedomostí a odborných postupov do každodennej praxe. V roku 2012 bol zvolený za prezidenta tejto spoločnosti a zástupcu Holandska vo výbore Wonca Europe.



## Mladí Praktici pozývajú na XXXVIII. Výročnú konferenciu

MUDr. Ľudmila Resutíková



**Mladí Praktici pozývajú aj skúsených všeobecných lekárov na workshop „Hľadám ambulanciu versus hľadám svojho nástupcu. Stretíme sa a pomôžeme si navzájom!“**

Mladí praktici sú lekári zaradení do odboru Všeobecné lekárstvo alebo všeobecní lekári do 5 rokov po atestácii. My slovenskí mladí praktici sme sa rozhodli v roku 2017 pozvať na náš tvorivý workshop **dňa 13.10.2017 v piatok o 14.30 hod. v Dámskom salóniku na výročnej konferencii SSVPL v Starom a Hornom Smokovci** aj skúsených kolegov, ktorí by chceli začať spolupracovať s novopečeným všeobecným praktikom.

Mladé praktičky MUDr. Andrea Michalková z Bratislavy a MUDr. Eva Hudobová z Banskej Bystrice sa podelia so svojimi aktuálnymi zážitkami a skúsenosťami pri preberaní, či zakladaní všeobecnej ambulancie. Tešíme sa aj na skúsenosti ďalších kolegyň z ich praxe. Doktorka Lucia Kukučková sa podelí s vedomosťami o diagnostike Clostrídiovej kolitídy a doktorka Ľudmila Resutíková načne tému povinného vybavenia všeobecnej ambulancie, ktoré bude konfrontovať s kvalitným prístrojovým vybavením, ktoré súčasnosť ponúka alebo už priam vyžaduje.

Mladí praktici Vás všetkých tiež srdečne pozývajú aj na interaktívny seminár s názvom **“EKG - čo nemá uniknúť všeobecnému lekárovi pri jeho čítaní?”**

Seminár je zameraný na konkrétne prípady, kedy všeobecný lekár na základe EKG rozhoduje o ďalšom manažmente pacienta. Pod vedením pani docentky Slavomíry Filipovej, prezidentky Slovenskej Hypertenziologickej Spoločnosti a doktorky Ľudmily Resutíkovej sa všetci spolu budeme podieľať na správnom vyriešení jednotlivých kazuistík **13.10.2017 v piatok od 10:20 hod v prednáškovej sále 2.**

Keďže Mladé praktičky aktívne svoju prácu aj vykazujú poisťovniam podelia sa o svoje skúsenosti a tipy pre všetkých všeobecných lekárov, na rannom workshope **SPRÁVNE VYKAZOVANIE VÝKONOV V AMBULANCI VŠEOBECNÉHO LEKÁRA A ZMENY 2017.**

**Prebudíme Vás správnou dávkou adrenalínu už 8.00 hod v prednáškovej sále 1, ako inak v piatok 13.10.2017.**

Tešíme sa na osobné stretnutie, ale aj na virtuálnu komunikáciu, tak sa registrujete medzi Mladých Praktikov aj na našom webe a čítajte ďalej ako na to!

Všeobecní praktickí lekári pracujú individuálnou formou, predsa však potrebujeme svoje problémy konzultovať a diskutovať o nich.

Preto vznikli slovenskí Mladí praktici - odborná sekcia SSVPL (Slovenskej Spoločnosti Všeobecných Praktických Lekárov). Mladí praktici sú mladí lekári zaradení do odboru všeobecné lekárstvo, alebo všeobecní lekári do 5 rokov od atestácie.

### VÝHODY

Medzi **výhody členstva Mladých Praktikov** patrí predovšetkým **vstup zdarma na výročnú konferenciu Slovenskej spoločnosti všeobecného praktického lekárstva SSVPL**, ktorá sa koná **každoročne v októbri vo Vysokých Tatrách**. Okrem toho **aktívni členovia** zapájajúci sa do odbornej sekcie Mladí Praktici majú možnosť **získať bezplatnú účasť na medzinárodných fórach a konferenciách** mladých všeobecných lekárov. A hlavne je to **možnosť vyjadriť svoj názor a posunúť ho ďalej! Ak chceme zmenu, musíme sa k tomu postaviť aktívne.**

### REGISTRÁCIA:

K registrácii potrebujeme Vaše meno, korešpondenčnú adresu, miesto pôsobenia, rok zaradenia do VL, univerzitu zaradenia, prípadne zaradenie do rezidentského programu. Tieto informácie nám pošlite na našu mailovú adresu [mladi.obvodaci@gmail.com](mailto:mladi.obvodaci@gmail.com). **Pre čerpanie výhod členstva je potrebné stať sa členom Slovenskej spoločnosti všeobecného praktického lekárstva (SSVPL)**. Vyplnenú **PRIHLÁŠKU** za člena SSVPL posielajte na adresu:

**Slovenská spoločnosť všeobecného praktického lekárstva SSVPL  
Stredná 80, 821 04 Bratislava**

Zaregistrujte sa aj na webovú stránku [www.mladipraktici.sk](http://www.mladipraktici.sk).

V prípade ďalších otázok nás kontaktujte na už spomenutú mailovú adresu [mladi.obvodaci@gmail.com](mailto:mladi.obvodaci@gmail.com).

*S priateľským pozdravom*

*MUDr. Ľudmila Resutíková, predsedníčka slovenských Mladých praktikov  
- odbornej sekcie SSVPL (Slovenskej Spoločnosti Všeobecných Praktických Lekárov).*

# Včasná diagnostika chronickej obštrukčnej choroby pľúc v ambulancii všeobecného lekára pre dospelých

MUDr. Jana Bendová, PhD<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Lekárska fakulta, Slovenská zdravotnícka univerzita, Bratislava,

<sup>2</sup>Ambulancia všeobecného lekára pre dospelých, Veľký Biel

## Abstrakt

Chronická obštrukčná choroba pľúc (CHOCHP) je časté, ale celosvetovo signifikantne poddiagnostikované ochorenie. Včasná diagnostika znižuje mortalitu a zlepšuje kvalitu života pacientov. Diagnostika CHOCHP sa opiera o spirometrický dôkaz bronchiálnej obštrukcie, avšak na Slovensku nepatrí spirometrické vyšetrenie medzi rutinné diagnostické metódy v primárnej starostlivosti. V našej práci sme zistili, že včasná diagnostika CHOCHP pomocou dotazníka a spirometrie v ambulancii VLD je možná a spirometriu bez bronchodilatačného testu je možné integrovať do bežnej ambulantnej praxe VLD.

## Kľúčové slová:

chronická obštrukčná choroba pľúc, diagnostika, spirometria, ambulancia všeobecného lekára

## Úvod

CHOCHP patrí v súčasnosti medzi vedúce príčiny morbiditu a mortality na svete. Podľa Svetovej zdravotníckej organizácie (WHO) trpelo v roku 2012 na CHOCHP asi 600 miliónov ľudí na celom svete a približne 3,1 milióna ich v roku 2012 zomrelo<sup>1)</sup>. CHOCHP sa podieľa na 5,6% všetkých úmrtí globálne, čo ju radí na 3. priečku v príčinách úmrtí<sup>1)</sup>.

Alarmujúci je tiež vývojový trend - zvyšuje sa prevalencia CHOCHP a tento trend bude pokračovať, keďže stúpa očakávaná dĺžka života obyvateľov Slovenska, ale aj celej Európy a súčasne prevalencia CHOCHP stúpa s vekom<sup>2)</sup>. WHO varuje, že stúpajú tiež ekonomické dôsledky, priame i nepriame náklady spojené s CHOCHP<sup>1)</sup>.

CHOCHP je celosvetovo signifikantne poddiagnostikované ochorenie. Rozsah poddiagnostikovania nie je presne zistený. Často sa uvádza, že 50% pacientov s CHOCHP nie je diagnostikovaných, ale tento údaj nemá vedeckú oporu<sup>3)</sup>. Napríklad v 2 štúdiách v Španielsku o svojej diagnóze CHOCHP vedelo len 25% pacientov<sup>4)5)</sup>.

Závažnou skutočnosťou je, že príznaky CHOCHP sa zvyčajne rozpozajú až v čase, keď už ide o pokročilé štádium CHOCHP a keď už došlo k významnému zníženiu pľúcnych funkcií. Tak ako pri väčšine ochorení aj pri CHOCHP platí, že včasná diagnostika je kľúčom k lepšiemu manažmentu pacienta, k zlepšeniu jeho kvality života a v neposlednom rade aj k zlepšeniu jeho prognózy<sup>6)</sup>.

Ambulancia VLD je jedinou ambulanciou, kam bežne prichádzajú bezpríznakoví jedinci, resp. pacienti s minimálnymi príznakmi. K špecialistovi už prichádzajú zvyčajne pacienti s rozvinutými príznakmi a pokročilým ochorením. Z tohto dôvodu je ambulancia VLD ideálnym miestom pre realizáciu preventívnych programov, či už primárnej alebo sekundárnej prevencie, vrátane skríningu.

Hoci je predstava skríningu CHOCHP lákavá, v súčasnosti neexistujú dôkazy, že je skrínung CHOCHP v populácii bezpríznakových jedincov efektívny. Hromadia sa ale dôkazy, že vykonávanie včasnej diagnostiky efektívne je, ak sa vykonáva v rizikovej populácii - populácii fajčiarov, resp. fajčiarov vo vyššom veku (nad 35 rokov, alebo ešte lepšie nad 40 rokov).

V mnohých európskych krajinách sú chronické ochorenia, vrátane CHOCHP manažované (diagnostikované a liečené) práve všeobecnými lekármi, napríklad vo Veľkej Británii alebo Holandsku<sup>7)</sup>. Podľa OECD môže práve správny manažment CHOCHP v primárnej starostlivosti redukovať exacerbácie a nákladné hospitalizácie<sup>8)</sup>.

Podľa odporúčenia GOLD je potrebné diagnózu CHOCHP zvážiť u každého pacienta, ktorý má dyspnoe, chronický kašeľ a/alebo produkciu spúta a anamnézu expozície rizikovým faktorom<sup>9)</sup>. Diagnostika CHOCHP sa opiera o spirometrický dôkaz bronchiálnej obštrukcie. Spirometria by sa mala preto vykonať u všetkých pacientov s podozrením na CHOCHP. Spirometria je pre klinickú diagnózu CHOCHP nevyhnutná, aby sa predišlo nesprávnej diagnostike a aby sa zaistilo stanovenie závažnosti obštrukcie dýchacích ciest (Global, 2014). Spirometriu vykonávajú bežne praktickí lekári napríklad v Dánsku alebo Grécku, vo Veľkej Británii dokonca školené zdravotné sestry v ambulanciách praktických lekárov.

**Ciel:** Cieľom našej práce bolo zistiť, či je včasná diagnostika CHOCHP v ambulancii všeobecného lekára možná.

**Materiál a metódy:** Do štúdie boli zaradení všetci fajčiar vo veku  $\geq 40$  rokov, ktorí navštívili ambulanciu VLD počas jedného mesiaca s minimálne jedným respiračným príznakom, vyplnili Klinický dotazník CHOCHP (CCQ) a podstúpili spirometriu v ambulancii VLD s použitím spirometra MCRO Plus.

Obr. 1: Spirometrické vyšetrenie v ambulancii všeobecného lekára



## Výsledky

Súbor tvorilo 180 pacientov, 83 mužov (46%) a 97 žien (54%). Priemerný vek bol 52,5 rokov, BMI 26,6 kg/m<sup>2</sup>, v priemere 28,9 rokov fajčenia 15,2 cigariet denne. Vyplnenie dotazníka CCQ trvalo 4,15 minúty, priemerné skóre bolo 0,80.

Najčastejšími respiračnými príznakmi boli kašeľ (78,9%), produkcia spúta (65%) a dyspnoe pri fyzickej námahe (49,4%). S výslednou diagnózou CHOCHP dobre korelovalo nielen celkové skóre dotazníka CCQ, ale aj skóre ponáhavého dyspnoe a depresie. Spirometria trvala v priemere 12,8 minúty. Čím vyšší bol vek a čím vyššie bolo celkové skóre dotazníka, tým dlhšie trvala spirometria. U pacientov s CHOCHP trvala spirometria o 2 minúty dlhšie.

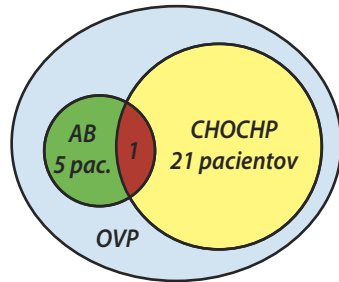
Normálny výsledok spirometrie malo 84% (n=151) pacientov, 15% (n=27) malo obštrukčnú ventilačnú poruchu (OVP), z toho u 22 pacientov (12,2%) sme diagnostikovali CHOCHP.

Z celkového počtu 27 pacientov s obštrukčnou ventilačnou poruchou mala viac ako polovica ľahký stupeň obštrukcie (59,3%), tretina stredne ťažký (33,3%) a 2 pacienti (7,4%) mali prítomný ťažký stupeň obštrukcie.

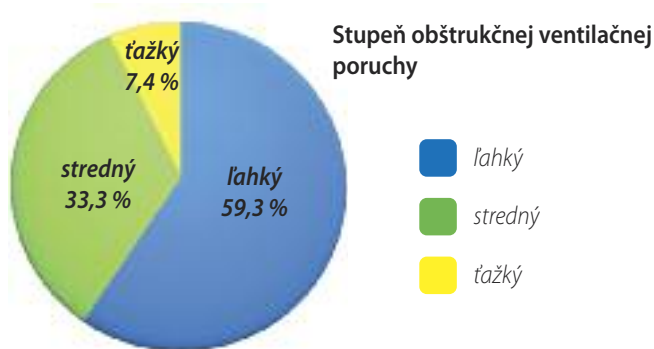
Obr. 2: Výsledky spirometrie

OVP – obštrukčná ventilačná porucha

AB – bronchiálna astma



Obr. 3 Diagnostikovaná obštrukčná ventilačná porucha podľa stupňa obštrukcie



Za závažné považujeme zistenie, že títo 2 pacienti s ťažkou obštrukčnou ventilačnou poruchou predtým neboli ani diagnostikovaní ani dispenzarizovaní v pneumologickej ambulancii. Pritom obaja pacienti boli podľa dotazníka CCQ symptomatickí (skóre 1,8 resp. 2,4), spontánne však pre svoje respiračné ťažkosti všeobecného lekára nevyhľadali.

Počet pacientov s novozistenou diagnózou CHOCHP v reálnej populácii fajčiarov  $\geq 40$  rokov s aspoň jedným respiračným príznakom bol v našom výskume 22, čo predstavuje 12,2%. Tento výsledok je oveľa vyšší ako výsledok získaný zo štatistických hlásení z ambulancií pneumológov SR (1,54%)<sup>10</sup>. V porovnaní s odhadmi Drugdovej - prevalencia CHOCHP v populácii  $>40$  rokov 5,2-5,4%<sup>11</sup> a Rozborilovej v populácii vo veku  $>45$  rokov 5%<sup>12</sup> sú výsledky v našom výskume viac ako dvojnásobné (12,2%). Tieto odhady prevalencie však nie je možné porovnať s našimi výsledkami priamo, pretože naše výsledky nereprezentujú prevalenciu v celej populácii, len v populácii fajčiarov  $\geq 40$  rokov s minimálne jedným respiračným príznakom. Výsledná prevalencia v celej populácii bude preto nižšia.

Miera poddiagnostikovania CHOCHP bola až 54% (58% u mužov a 50% u žien), čo je naozaj alarmujúce zistenie, pretože pacienti, ktorí nie sú diagnostikovaní, nie sú ani adekvátne liečení.

V našej práci sme dokázali, že vyhľadávanie pacientov s CHOCHP v rizikovej populácii fajčiarov vo veku  $\geq 40$  rokov s minimálne jedným respiračným príznakom je v ambulancii VLD možné. Okrem CHOCHP sme spirometricky diagnostikovali aj 5 prípadov bronchiálnej astmy u fajčiarov a jeden prípad overlap syndrómu (CHOCHP a bronchiálna astma súčasne).

Pacienti so spirometricky diagnostikovanou obštrukčnou ventilačnou poruchou v ambulancii VLD sú následne odosielaní do špecializovanej pneumologickej ambulancie za účelom ďalšej diagnostiky – potvrdenie, príp. nepotvrdenie obštrukčnej ventilačnej poruchy a bronchodilatačný test, na základe ktorého sa odlíši, či ide o diagnózu CHOCHP (nepítomnosť reverzibility) alebo o bronchiálnu astmu (pítomnosť reverzibility) obštrukcie v dýchacích cestách, prípadne kombináciu oboch diagnóz (tzv. overlap syndróm).

## Záver

Naša štúdia je prvou štúdiou realizovanou so slovenskou verziou dotazníka CCQ a tiež prvá štúdia skúmajúca včasnú diagnostiku CHOCHP

pomocou spirometrie v reálnej populácii v podmienkach primárnej starostlivosti na Slovensku.

Navrhnúť diagnostický postup (dotazník CCQ a spirometria) síce vyžadoval čas lekára i zdravotnej sestry navyše, ale naše výsledky dokázali, že použitý dotazník ako aj spirometria bez bronchodilatačného testu môžu byť integrované do bežnej ambulantnej praxe VLD. Domnievame sa, že diagnostika CHOCHP v ambulancii VLD je prvým krokom k tomu, aby sa časť starostlivosti o pacientov s CHOCHP presunula do ambulancií VLD. Presun kompetencií manažmentu chronických ochorení na plecia všeobecných lekárov sa javí aj z finančného hľadiska ako efektívna stratégia zohľadňujúca starnutie svetovej populácie ako aj stúpajúci výskyt mnohých chronických ochorení.

Ak VLD dokáže identifikovať pacientov s CHOCHP, môže ich lepšie manažovať, napríklad akútne exacerbácie CHOCHP nebude považovať za „bežné“ bronchitídy. Vie tiež s pacientom pracovať v procese odvykania od fajčenia, alebo v rámci prevencie ponúknuť očkovania vhodné pre pacientov s CHOCHP a to očkovanie proti chrípke ako aj očkovanie proti pneumokokom. Tak VLD dokáže svojich pacientov lepšie ochrániť pred ďalšími akútnymi exacerbáciami CHOCHP, ktoré by viedli k ďalšiemu poklesu pľúcnych funkcií a tým aj k poklesu dĺžky života, ale aj k poklesu kvality života pacientov.

Je všeobecne akceptované, že zdravotníci v primárnej starostlivosti zohrávajú dôležitú úlohu v diagnostike CHOCHP vo včasných štádiách<sup>13</sup>. Je potrebné realizovať ďalšie kroky, aby tomu tak bolo aj na Slovensku.

## Literatúra:

- 1) World Health Organization (WHO). Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) (updated October, 2013). [online]. 2013. [cit. 29.12.2016] Dostupné na internete: <<http://www.who.int/respiratory/copd/en/>>.
- 2) Vestbo, J. et al. 2013. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease: GOLD executive summary. In *Am J Respir Crit Care Med*, 2013, roč. 187, č. 4, s. 347-365.
- 3) Tinkelman, D.G. et al. 2007. COPD screening efforts in primary care: what is the yield? In *Prim Care Respir J*, 2007, roč. 16, č. 1, s. 41-48.
- 4) Miravittles, M. et al. 2009. Prevalence of COPD in Spain: impact of undiagnosed COPD on quality of life and daily life activities. In *Thorax*, 2009, roč. 64, č. 10, s. 863-868.
- 5) Gómez Sáenz, J.T. et al. 2014. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica: morbimortalidad e impacto sanitario (Chronic obstructive pulmonary disease: morbimortality and healthcare burden). In *Semergen*. 2014, roč. 40, č. 4, s. 198-214.
- 6) Decramer, M. - Cooper, C.B. 2010. Treatment of COPD: the sooner the better?. In *Thorax*, 2010, roč. 65, č. 9, s. 837-841.
- 7) Tirimanna, P.R.S. et al. 1996. Prevalence of asthma and COPD in general practice in 1992: has it changed since 1977?. In *Br J Gen Pract.*, 1996, roč. 46, č. 406, s. 277-281.
- 8) OECD: Health at a Glance Europe, 2012, [online]. 2012, [cit. 18.12.2016] Dostupné na internete: <<http://www.oecd.org/els/health-systems/HealthAtAGlanceEurope2012.pdf>>.
- 9) Global strategy for the diagnosis, management and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. In *goldcopd* [online]. 2014. [cit. 29.12.2016] Dostupné na internete: <<http://www.goldcopd.org>>.
- 10) Národné centrum zdravotníckych informácií štatistický prehľad: Činnosť ambulancií pneumológie a ftizeológie v SR 2015. [online]. 2016, [cit. 18.12.2016] Dostupné na internete: <<http://www.nczisk.sk/Aktuality/Pages/Cinnost-ambulancii-pneumologie-a-ftizeologie-v-SR-2015.aspx>>
- 11) Drugdová, M. a kol. 2011. Chronická obštrukčná choroba pľúc. *Národné smernice pre prevenciu a terapiu*. 1. vyd. Bratislava: Slovenská pneumologická a ftizeologická spoločnosť, 2011. 63 s.
- 12) Rozborilová, E. 2014. Chronická obštrukčná choroba pľúc - súčasné pohľady. In *Via pract.*, 2014, roč. 11, č.3-4, s. 87-89.
- 13) Price, D.B - Yawn, B.P. - Jones, R.C. 2010. Improving the differential diagnosis of chronic obstructive pulmonary disease in primary care. In *Mayo Clin Proc*. 2010, roč. 85, č. 12, s. 1122-1129.

**Adresa autora:** MUDr. Jana Bendová, PhD.  
Ambulancia všeobecného lekára pre dospelých  
Poľovnícka 14, 900 24 Veľký Biel  
jana.bendova@hotmail.com

## K našej pozícii v liekovej politike

(Dokument Rady RLK Bratislava, 17.5.2017 spracoval MUDr. Peter Lipták)

Rada RLK Ba súhlasí s materiálom *Lieky s rozumom* v tom zmysle, že tento projekt spolupráce je v záujme pacientov aj poskytovateľov a Rada RLK Ba ho v tomto zmysle jednoznačne podporuje a jeho prostredníctvom navrhuje Rade SLK aby ho prijala a usilovala sa jeho prostredníctvom dosiahnuť tieto dôležité úlohy a ciele:

1. Uvoľnenie preskripčných kompetencií všeobecných lekárov (všeobecných praktikov) a tým posilnenie kompetencií primárnej zdravotnej starostlivosti, aby sa znížil počet návštev v ambulantnom sektore z 11 na 6 (na priemer krajín OECD) a ušetrili sa tak, iba touto zmenou manažmentu pacientov, značné finančné zdroje, ktoré sa môžu reinvestovať do zdravotníctva (predpoklad je, že by sa jednalo o minimálne 500 mil. €).

2. Prehodnotenie významu generickej substitúcie a jej dopadov na šetrenie nákladov a bezpečnosť pacientov. Prečo stimulovať zvyšovanie užívania generík, keď sa podieľajú na trhu v SR 40% a keď priemer OECD je 20%? Nevyhadzujú pacienti vo zvýšenej miere práve generiká? Je známy fakt, že väčšina starších ľudí nikdy nepochopí, že keď má liek iný názov, tak to je ten istý liek a takýto neznámy liek vyhadzujú alebo skladujú, keďže si už nespomenú na čo ho dostali a pýtajú si ten, ktorému roky rozumejú.

3. Riešenie otázky negatívneho vplyvu informácií z príbalových letákov na compliance pacienta a celkový výsledok liečby. Ako keby tvorcovia tohto dizajnu starostlivosti neboli informovaní o informačnej asymetrii a fakte, že pacient nie je a nemôže byť ani v budúcnosti v systéme preto, aby sám rozumel a rozhodoval o všetkých detailoch liečby rovnako, ako to robia za preskripciu a liečbu zodpovedajúci zdravotníci. Nepochopenie významu liekov pre zdravie pacientov na základe letákov a informácií z internetu je ďalšou príčinou ich vyhadzovania. Už tu máme antivakcinačné kampane, antistatinové kampane a prerastá to do celkovej antiliekovej kampane. Tu je veľké miesto v rámci tohto projektu spolupráce s AOOP vplyvať na tieto dezinformačné kampane aby pacienti neprišli o úžitok z modernej medikamentózne liečby na základe týchto toxických informácií. V 19. storočí pacienti najviac potrebovali čistou pitnú vodu. V 21. storočí potrebujeme najviac čisté informácie!

4. Skutočné šetrenie zdrojov v zdravotnom systéme. Je treba dobre uvážiť, či naplnenie cieľa projektu, zníženie spotreby liekov u individuálneho lekára povedie k zlepšeniu zdravotného stavu pacientov. Lekára predsa nemožno stimulovať, že za to ak bude pacientovi predpisovať menej liekov dostane z ušetrených peňazí na liečbu pacienta svoj podiel. Lekára možno stimulovať, že ak jeho pacienti budú zdravší, chronicky chorí dosiahnu cieľové hodnoty sledovaných parametrov z dôvodu že budú lepšie liečení a budú mať lepšiu kvalitu života, alebo ak sa dobrým manažmentom znížia celkové náklady na pacienta v systéme, tak dostane z ušetreného zaplatené viac. Je treba hľadať kontrolné mechanizmy posudzujúce vplyv liečby na zdravie pacientov a celkové náklady na pacienta v systéme nie hodnotiť vytrhnuto partikulárne náklady jednotlivých lekárov.

Zjednodušene hodnotiť lekára podľa celkových nákladov na pacienta v systéme nie izolovane iba podľa jeho vlastných nákladov. O pacienta sa v modernej medicíne stará systém a celkové náklady na pacienta

sú výsledkom koordinácie a spolupráce celého tímu. Čím nižšie celkové náklady tým viac je treba oceniť každého v tíme aj toho, kto miňa zdanlivo nadpriemerne, ak súčasne to vedie k tomu že ostatní členovia tímu majú nízke náklady a preto celkové priemerné náklady na pacienta sú nízke.

5. Optimalizácia spotreby liekov. Je treba uvážiť či na Slovensku je v súčasnosti nadmerná spotreba liekov a keď áno aké sú jej skutočné príčiny. Stredná dĺžka života je na Slovensku 52 rokov oproti priemeru EÚ 65 rokov, to znamená, že u našich pacientov sa chronické ochorenia začínajú v priemere vyskytovať o viac ako o 10 rokov skôr než v iných krajinách EÚ, máme tu nevládnutú problematiku trojuhoľníka smrti (Veľký Krtíš, Rimavská Sobota, Lučenec), máme tú nevládnutú problematiku pol miliónovej rómskej menšiny. Máme tu nevládnutú problematiku nárastu chronických neprenosných chorôb, máme tu nevládnutú problematiku starnutia a nárastu multimorbidít. V tejto situácii nemusí platiť že menej liekov = viac zdravia, pretože objektívne viac pacientov potrebuje viac kvalitných liekov.

6. Problematika výživových doplnkov. Je treba súčasne posudzovať aj problematiku výživových doplnkov. Na trhu sa predáva viac ako desaťtisíc druhov výživových doplnkov, ktoré dováža na Slovensko viac ako 2600 firiem. Trh alternatívnej liečby vďaka dobrej reklame v masmédiách neustále rastie a dnes predstavuje na Slovensku viac ako 3 mld Eur (zdroje verejného zdravotného poistenia sú dnes 4,4 mld Eur). Je treba nastoliť otázku či sa majú výživové doplnky predávať v lekárnach čo je mierne zavádzajúce, keďže sa deklaruje, že nemajú liečivé účinky a či by sa nemali predávať iba v potravinách. Ľudia mňajú na alternatívne postupy miliardy, ktoré nám potom chýbajú v zdravotníctve.

Otázka na spoluprácu AOOP so SLeK je, či mikroprojekt „Zodpovedný lekárnik“ by nemal byť pre tých lekárnikov, ktorí vo svojej lekárni nepredávajú žiadne výživové doplnky ale venujú sa výhradne iba distribúcii liečiv. Aby projekt neskľzol z polohy „Menej liekov“ do komerčnejšej pozície „Viac výživových doplnkov“.

7. Zameranie na pacientov s chronickými neprenosnými chorobami.

Treba projekt zamerať viac na starostlivosť o pacientov s chronickými neprenosnými chorobami aj v duchu Politickej deklarácie o prevencii a kontrole neprenosných ochorení zasadnutia na najvyššej úrovni VZ OSN z 16. septembra 2011. To znamená na starostlivosť o pacientov s diabetom, chronickými ochoreniami dýchacích ciest, chronickými kardiovaskulárnymi chorobami a onkologickými chorobami a nielen na ich liečbu ale aj na prevenciu a výchovu k zdravému životnému štýlu u ešte zdravej populácie a mládeže. Projekt nemôže byť asymetrický, zameraný na záujmy hlavných platiacich partnerov projektu (farmafirmy, distributéri liekov a výživových doplnkov a iné lobingové zoskupenia), ale musí byť zameraný na presadzovanie a podporu záujmov pacientov na lepšom zdraví a na univerzálnej dostupnosti kvalitnej zdravotnej starostlivosti vrátane kvalitných liekov.

8. Zameranie na prevenciu a výchovu k zdravému životnému štýlu.

V rámci komplexného prístupu a uvedomujúc si obrovský význam aj preventívnej práce, a nutnosti vypracovať v spolupráci s AOOP aj de-

taily preventívnej edukácie, navrhujeme premenovať projekt z menej-  
liekov.sk na viaczdravia.sk. Prevencia a otázky zdravého životného štýlu  
by mali byť nosné témy komunikácie AOPP smerom k pacientom.

Názov projektu Silný pacient – Lepšie zdravotníctvo je asi nejaký mar-  
ketingový omyl. Správne má byť asi Edukovaný pacient – Lepšie zdra-  
votníctvo alebo skôr Silná zdravotná starostlivosť – Lepšie  
zdravotníctvo. Silná sa myslí v tomto zmysle posilnená o tímová prácu  
kde všetky prvky systému majú svoju úlohu. Od lekára cez sestru, le-  
kárnika a pacienta. Spolu vytvárajú orchester v ktorom v rámci delby  
práce každý vykonáva svoje úlohy. Nakoľko je farmakoterapia v tomto  
orchestri úlohou pacienta to je otázka, ale určite je to jedna zo základ-  
ných úloh lekára. Silný teda obézny pacient je naopak pacient, ktorý  
vyžaduje a bude vyžadovať veľa liekov. Pacient edukovaný v prevencii  
a zdravej životospráve zostane zdravý a ušetrí financie aj na lieky a aj  
svoje peniaze namiesto na výživové doplnky bude vynakladať na  
zdravé potraviny a rôzne pohybové a rekreačné aktivity.

9. Vytvorenie projektu eZdravie, ktorý lekárovi umožní viac času venovať  
pacientovi.

Ako jeden z krokov v rámci mikroprojektu "Zodpovedný lekár" s cieľom  
zapojiť lekárov do e- preskripcie navrhujeme zrušiť predpisovanie lie-  
kov na papierové recepty a využívať iba elektronické zapisovanie re-  
ceptov - preferujeme zapisovanie na pamäťovú kartu (využiť  
pripravený projekt elektronického Občianskeho preukazu) alebo po-

sielaním receptov do centrálného úložiska na server, tak ako to dnes  
už 5 rokov funguje v Nemocnici milosrdných bratov v Bratislave (a  
v iných zariadeniach), kde dnes lekári už vôbec nepoužívajú recepty.  
Ušetriť sa tak veľké množstvo času, ktorý môže lekár venovať pacien-  
tovi. Iba ambulancie, v ktorých lekári nebudú používať tlačenie recep-  
tov v papierovej podobe potom označiť nálepkou, „Zodpovedný lekár  
má viac času pre pacienta“. Logicky keď bude lekár viac vyšetrovať  
a premýšľať, kontrolovať interakcie a podobne, venovať sa viac pa-  
cientovi než tlačiarňami, tak jeho výsledky starostlivosti budú zodpoved-  
nejšie.

10. Sankcionovanie lekárov za prekročenie preskripcie, ktorý je deklaro-  
vaný ako cieľ tohto projektu, považuje SLK za prekročenie platného  
právneho rámca. Pacient má právo na lieky hrazené poisťovňou v roz-  
sahu platnej legislatívy a lekár ak postupuje lege artis tak nemôže zná-  
šať sankcie. Ústavný súd v ČR(2011) rozhodol, že sankcionovanie  
lekárov za prekročenie limitov preskripcie je protiústavné.

Odporúčame aby SLK rozhodne akceptovala túto ponuku prevziať od-  
bornú garanciu nad pripravovaným projektom spolupráce s AOPP  
a presadila v ňom vyššie definované ciele.

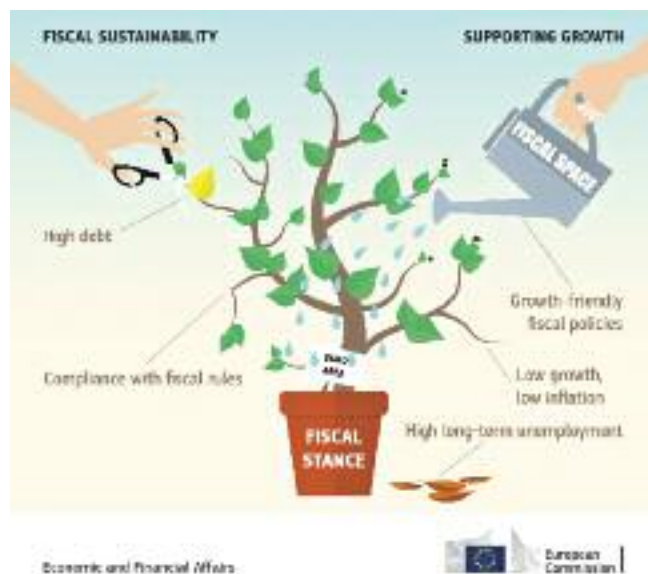
V Bratislave 17.5.2017, Rada RLK Bratislava

## Vypočutie expertov SSVPL na mítingu s predstaviteľmi Európskej komisie

Spoločne s finančníkmi a expertmi EK budeme hľadať pre slovenské  
zdravotníctvo jednoduchý recept. Aj strom zdravia bude založený na  
finančnej udržateľnosti a podpore rastu. Efektivita a kvalita iba ruka  
v ruke s dofinancovaním, s rastom kompetencií a ľudských zdrojov.

V stredu 11.10.2017 sa už po tretíkrát stretnú v Bratislave zástupcovia  
SSVPL s predstaviteľmi EK DG SANTE(Directorate-General for Health and  
Food Safety) a DG ECFIN (Directorate-General Economic and Financial  
Affairs). Boli sme požiadaní, aby sme vyslovili svoje názory a poskytli in-  
formácie o situácii v slovenskom zdravotníctve. Sme veľmi potešení, že  
nás opätovne oslovili z EK a veríme, že tak ako po iné roky to dokážeme  
využiť v prospech našich pacientov aj poskytovateľov. Máme pripravené  
odpovede na otázky ako vidíme úsilie MZSR na vytvorenie ICZS, ako hod-  
notíme pripravenosť spustenia projektu eHealth, v čom vidíme pozitíva  
a negatíva uskutočňovaného rezidentského programu ako súčasť práce  
s ľudskými zdrojmi v primárnej starostlivosti na Slovensku.

V tejto oblasti HR budeme hovoriť aj o prestarnutej populácii lekárov  
a o dodržiavaní ľudských práv zdravotníkov vo verejnom ambulantnom  
sektore v zmysle nepomeru medzi vyžadovaným pracovným zaťažením  
a nespravodlivým platovým ohodnotením. Dotkneme sa problematiky  
efektívnosti primárnej starostlivosti a jej previazanosti na efektívnosť ce-  
lého zdravotného systému, predstavíme našu novú ekonomickú filozofiu  
„náklady na pacienta, nie na lekára“. Sme pripravení informovať o pre-  
biehajúcej a z nášho pohľadu neohraničenej koncentrácii v segmente  
zdravotníctva, ktorá v súčasnosti najviac ohrozuje kvalitu a dostupnosť  
zdravotných služieb na Slovensku. Dotkneme sa bezpečnosti pacienta  
aj bezpečnosti lekára pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti.



Budeme informovať ako sme postúpili v spolupráci na spoločných  
projektoch v rámci našich aktivít v organizáciách WONCA, EFPC a EQuIP  
so zameraním na tvorbu guidelinov a starostlivosť o chronicky chorých  
pacientov.

EK prejavila záujem aj o naše názory na liekovú politiku, tu sa budeme  
venovať nadmernej preskripcii, generickej preskripcii, pretrvávaniu ne-  
logických kompetenčných obmedzení VLD v preskripcii a tiež chceme  
upozorniť na otázky informačnej asymetrie a chýb, ktoré v jej dôsledku  
vznikajú.

Verím, že expertov EK dokážeme opäť flexibilne informovať a to pre-  
dovšetkým v oblastiach dotýkajúcich sa rozvoja primárnej zdravotnej  
starostlivosti (PZS). Tak ako po minulé roky budeme očakávať ich pomoc  
a podporu v našom úsilí o plnohodnotný rozvoj PZS v našej krajine.

MUDr. Peter Lipták, poverený vedením tímu SSVPL  
na rokovaníach s predstaviteľmi EK

## Mladí Praktici na VdGM Prekonferencii Wonca Praha 2017

MUDr. Ludmila Resutíková



V dňoch 27.- 28.6.2017 sa konala v priestoroch Kaiserštejnského paláca v Prahe VdGM Prekonferencia ktorej sa zúčastnilo 130 mladých praktických lekárov z tridsiatich krajín sveta. Konferencia prilákala aj zástupcov z Číny, Brazílie a Austrálie. Motto konferencie bolo „Let's grow together in...“ (Vyvíjajme sa spolu v ...) vychádzajúceho z hlavnej témy 22nd Wonca Europe Conference Prague 2017 „Growing together in diversity“ (Vyvíjajme sa spolu v rôznorodosti). Ako tradične, tak aj tento rok bola súčasťou prekonferencie jednodňová návšteva ordinácií českých praktických lekárov

- VdGM Pre-conference Exchange, 18 záujemcov dňa 26.7.2017 navštívilo všeobecné ambulancie v Prahe a v Brne. Na konci dňa sa konala prvá neoficiálna večera za účelom zoznámenia sa a zdieľania prvých dojmov a skúseností z praxe.

V utorok 27.6.2017 to všetko vypuklo. V priebehu zahajovacieho ceremoniálu prekonferenciu poctila návštevou a krátkym príhovorom prezidentka Wonca Europe Anna Staval, keynote- kľúčové poslanstvo na tému *Growing together in diversity* si pre mladých praktikov pripravila prezidentka EURACTu Jo Buchanan. Potom odštartovala po príhovore českých organizátorov samotná konferencia.

Českí Mladí praktici pripravili 4 workshopy - 2 praktické a 2 teoretické. Všetci účastníci boli rozdelení do 8 skupín. Každú skupinu viedol jeden facilitátor (moderátor skupiny, diskusie). Týchto 8 skupín bolo potom rozdelených tak, aby každá absolvovala jeden praktický a jeden teoretický workshop.

Prvý praktický workshop „Focused on prevention“ - „Upriamené na prevenciu“, bol pripravený neziskovou organizáciou Loono zastúpenou Luciou Hoznauerovou a Maximom Sirotinom. Loono sa zaoberá vzdelávaním v oblasti prevencie onkologických a kardiovaskulárnych ochorení. Účastníci workshopu si mohli vyskúšať správnu techniku samovyšetrenia na špeciálnych modeloch prs a semenníkov, kde boli ukryté rôzne nádory. Cieľom workshopu bolo naučiť sa, ako efektívne pacientovi podať informácie o samovyšetrení v rámci bežnej konzultácie. Diskutovala sa tiež otázka výťažnosti samovyšetrenia a názory na túto problematiku naprieč jednotlivými európskymi krajinami.

Druhý praktický workshop pod vedením Pavla Kellnera a Emmanuely Fernandovej „Personal experience as motivation tool for long living prevention“ - „Osobná skúsenosť ako motivácia pre celoživotnú prevenciu“, bol zameraný na starších pacientov a na patológie staršieho veku. Boli tu pripravené modely, ktoré simulovali ako sa cíti človek vo vyššom veku. Účastníci workshopu si mohli modely obliecť a prejsť sa v nich po budove. Jednalo sa o špeciálne upravené okuliare, slúchadla, rukavice a ďalšie pomôcky obmedzujúce hybnosť veľkých kĺbov a chrbtice.

Posledné dva workshopy boli zamerané na paliatívnu starostlivosť a psychosomatiku. Prvý, „Delivering serious news about palliative care“ - „Podávanie vážnych správ v paliatívnej starostlivosti“, bol pod vedením Adama Housku z *Cesty domov/ Centra paliatívnej starostlivosti* a jeho kolegu Martina Loučku z *Centra paliatívnej starostlivosti*. Zohrali modelovú situáciu kardiologicky chorého pacienta v terminálnom štádiu ochorenia a s našimi kolegami mladými praktikmi z rôznych krajín „riešili, ako by s pacientom v terapii pokračovali, ako by komunikovali s jeho rodinou apod. Poskytovanie vážnych správ pacientom, najmä o diagnóze a zlej prognóze je jednou z najobtiažnejších oblastí medicíny. Každý praktický

lekár by mal byť schopný čeliť takýmto situáciám a hovoriť so svojimi pacientmi o ich preferenciách a prioritách na konci života. Cieľom workshopu bolo zdieľať praktické odporúčenia pre komunikáciu v takýchto situáciách na základe medzinárodných pokynov a vedeckých dôkazov.

Druhý workshop „Drawing family circles“ - „Kreslenie rodinných kruhov“ bol vedený rakúskym kolegom pánom doktorom Panhoferom za asistencie Martina Seiferta. Metóda kreslenia rodinných kruhov patrí do rodinnej diagnostiky a má tiež terapeutický prínos, je psychosomatickým nástrojom. Indikácia : Kedykoľvek sa lekár dozvie, že problém pacienta má niečo spoločné s jeho rodinou alebo nie je jasný dôvod pre konzultáciu, vyzve pacienta, aby kreslil rodinné kruhy. Pacienta požiadame, aby kreslil seba a členov svojej rodiny, skupiny rovesníkov atď. Ako menšie alebo väčšie kruhy vo vnútri alebo mimo veľkého kruhu. Tiež priatelia, nepriatelia, práca, koničky atď môžu nájsť miesto. Následne pacienta vyzveme, aby nám obrázok interpretoval a hovoril o svojich pocitoch. Dôležité je prijať všetky vysvetlenia pacienta, aj keď sa zdajú byť zvláštne. Veľmi dôležité je o úvahách s pacientom diskutovať, pacient je sám na seba odborníkom. Človek vidí a cíti viac, než o čom dokáže hovoriť.

Celý deň bol potom zakončený spoločenskou večerou s živým hudobným doprovodom českého mladého praktika Vojtecha Muchu a jeho kapely The D E Am, ktorá sa konala v nádherných priestoroch Kaiserštejnského paláca v Krištáľovej sále.

Nasledujúci deň, v stredu 28.6.2017 program prekonferencie pokračoval. Prišiel čas facilitátorov, ich úlohou bolo, aby každý z nich so svojou skupinou vytvoril z absolvovaného workshopu tzv. „take home message“ - „odkaz domov“ - formy boli rôzne, väčšinou sa jednalo o krátke scény a powerpointové prezentácie na záverečnom ceremoniale.

Počas ceremoniálu vystúpila so svojou motivačnou prezentáciou určenou mladým všeobecným praktickým lekárom aj prezidentka svetovej WONCA Amanda Howe. Celú konferenciu uzavrela prezidentka Vasco da Gama Movement Claire Marie Thomas svojím príhovorom „Growing together in empathy“ - „Vyvíjajme sa spolu v empatii“. Hovorila o rozdieloch medzi empatiou a sympatiou, zdôrazňovala, že empatia nesúdi, zatiaľ čo sympatia vynáša mnoho rozsudkov. Pri prejave empatie cítime tak, ako cíti ten druhý, naopak pri prejave sympatie len vieme alebo si myslíme, ako sa ten druhý cíti. Spomenula problém v deficite empatie, ktorý zdôraznil už bývalý prezident USA Barack Obama ako jeden z morálnych testov našej doby – chýba schopnosť obuť sa do topánok druhého, vidieť svet očami niekoho iného. Vzťah empatie a liečenia vo svojej prezentácii vysvetlila slovami prezidenta Americkej asociácie lekárskej fakulty: „Každý pacient chce dobre akademicky pripraveného lekára, ale v rovnakej miere si praje lekára s personálnymi atribútmi zodpovedajúcimi jeho profesionalite.“ Marcel Proust kedysi povedal, „Skutočný akt objavu nespočíva v hľadaní novej zeme, ale v pozorovaní novými očami.“ Mali by sme pracovať na empatických rozhovoroch, vytvárať empatické tímy, tvoriace empatické systémy na národnej úrovni. Nemali by sme zabúdať na rozdiel medzi aktívnou a pasívnou empatiou. Je jednoduché sa v empatii stratit a ťažké rásť, ale mali by sme sa o to spolu usilovať.

Po organizačnej stránke sa na prekonferencii výraznou mierou podieľali aj českí mladí praktici Norbert Král a Petra Kanská, ďalej Ivana Franková z Kaiserštejnského paláca, spoločnosť SVL ČLS JEP a GUARANT International spol., s.r.o.

Upravila MUDr. Ludmila Resutíková podľa MUDr. Kristýny Kožouškové a MUDr. Markéty Pfeiferovej, VdGM Pre – konference WONCA Prague 2017, *Let's grow together in...“*, Practicus 7, august 2017, str.14-15.

Tohročná jar bola plodná na vzdelávacie aktivity našej Slovenskej spoločnosti všeobecného praktického lekárstva (SSVPL) doma aj v Európe.

## Madrid

Začiatkom marca sme mali možnosť sa zúčastniť aj vďaka firme Pfizer, prvýkrát aj všeobecní lekári zo Slovenska ( MUDr. Macháčová, MUDr. Šimková), konferencie Masterclass VII ( Learning Excellence for Stroke Prevention in NVA, and the Treatment and Prevention of VTE) , ktorá sa konala v Madride. V priebehu dva a pol dňa sme sa dozvedeli najnovšie poznatky v liečbe a prevencii tromboembolizmu, hlavne pri fibrilácii predsiení od prednášajúcich nielen z Európy ale aj z Kanady a z Austrálie. Jedným z prednášateľov bol aj pán prof. Róbert Hatala.



v Dánsku a tu na Slovensku sa nedá vôbec porovnávať. Zhrniem to jednou vetou...lekári v Dánsku pracujú do pohody a sú patrične ohodnotení a čo je hlavné, majú veľa času na pacienta. Boli sme výborní tím zo Slovenska , prof. MUDr. Gazdíková , Prof. Remková, Prof. Hatala, Prof . Murín, MUDr. Šimková a ja. A priniesli sme si množstvo nových poznatkov a nápadov .... Len pevne dúfam, že ich budeme mať možnosť v tejto hektickej dobe aj aplikovať.

*MUDr. Michaela Macháčová*

## Trenčín

V Trenčíne sa konala Interdisciplinárna akadémia profylaxie dňa 18. 3. , kde odborným garantom bola SSVPL a Slovenská kardiologická spoločnosť. Vďaka firme Pfizer, ktorá celú akciu výborne zorganizovala, sme sa mohli celý deň tešiť z bohatého odborného programu venovanému úskaliam tromboembolizmu. Okrem špecialistov (kardiológov, neurológov, angiológov) priestor na prednášku sme dostali aj my , všeobecní lekári. S aktívnou účasťou som sa zúčastnila s prednáškou Spolupráca praktického lekára so špecialistami v tromboprofylaxii- pohľad praktického lekára.

## Bratislava

Vzhľadom k úspechu tejto akcie , sa konalo pokračovanie Interdisciplinárnej akadémie tromboprofylaxie – Antikoagulačná „TOUR DE SLOVAQUIE“, odborným garantom bola SSVPL, organizačnú zložku zabezpečila firma Pfizer. Konala sa 3. mája v Bratislave a súčasne prostredníctvom telemostu aj v ďalších mestách (Košice, Žilina, Michalovce, Nové Zámky, Trenčín , Zvolen), kde boli tiež pripravení jednotliví prednášatelia. Atmosféra bola úžasná, počas jedného dňa sa spojilo skoro „celé“ Slovensko a diskutovalo na danú problematiku. Za všeobecných lekárov aktívnu účasť mali MUDr. Adriana Šimková, PhD. A MUDr. Michaela Macháčová vo forme kazuistik.

Spoluprácu s firmou Pfizer sme uzatvorili poslednou akciou (určite nie však do budúcnosti) v júni.

## Silkeborg a Viborg Dánsko

V Dánsku sa konal v dňoch od 7.-9. júna Workshop – ACF Learning exchange, venovaná fibrilácii predsiení a prevencii cievnej mozgovej príhody v meste Silkeborg a následne jeden deň sme absolvovali okrem workshopov aj návštevu nemocnice v meste Viborg, kde sme mali možnosť vidieť ako funguje ich zdravotný systém, okrem návštevy kardiologickej kliniky, sme od vedúceho oddelenia kardiologickej kliniky dostali zaujímavé informácie nielen o fungovaní zdravotníctva v ich krajine ale aj o ekonomickej situácii v Dánsku. Fungovanie zdravotníctva



## Informácia z konferencie

V portugalskom Porte sa v dňoch 3. - 4. apríla 2017 uskutočnilo I. Európske fórum o prevencii v primárnej starostlivosti, ktoré zorganizoval EUROPREV (European Network for Prevention and Health Promotion in Family Medicine and General Practice). Hlavnou témou fóra bola Kvartérna prevencia, alebo umenie "primum non nocere".

Slovensko reprezentovali aktívnou účasťou 4 postery s tematikou prevencie autorov MUDr. Jana Bendová, MUDr. Katarína Dostálová, MUDr. Lucia Kukučková a MUDr. Michaela Macháčová.

Všetky 4 úspešné postery si môžete pozrieť počas konferencie SSVPL v Tatrách - budú vystavené v priestoroch kongresového hotela Bellevue.

*MUDr. Jana Bendová, PhD*

## Správa z EFPC

### (Európske fórum pre primárnu zdravotnú starostlivosť) Riga 2017



V dňoch 4.- 6. Septembra 2016 som sa najprv zúčastnil prekonferencie EFPC – navštívili sme najskôr súkromné diagnostické centrum – veľmi dobre vybavené avšak čakacie doby až 6 mesiacov, pre pacientov, ktorí majú pripojenie (v Lotyšsku je možné špeciálne zdravotné pripojenie) dostanú termín vyšetrenia do mesiaca. Vykonávajú GFS, kolonoskopie, litotrypsie kameňov obličiek litotriptomom, CT vyšetrenia, MR vyšetrenia, mamografie a podobne. Avšak toto zariadenie, ako sme sa zhodli nebola primárna zdravotná starostlivosť ale sekundárna!

Následne sme navštívili detskú polikliniku, ktorú vlastní mesto, taká istá ako u nás a nevolajú ju centrum ale poliklinika. Aký je vlastne rozdiel medzi poliklinikou a centrom ?? Doteraz nerozumiem, avšak poliklinika asi je len socialistický pojem a centrum novodobý pojem. Iný rozdiel ne-nachádzam, ani som nenašiel. Pracovali tam všetci špecialisti, z čoho boli naši západní kolegovia nejak dekompenzovaní, ako je to možné a že je to veľmi dobré !!!! Nerozumiem preto, prečo sa porušili u nás polikliniky po 89 roku aby sme teraz budovali centrá?!

Na druhý deň pokračovala vlastná konferencia EFPC, predniesol som vlastnú prednášku o zdrav starostlivosti na Slovensku - čo je dobré a čo zlé, výhody a nevýhody. Nechceli veriť, že nemocnice vytvárajú straty!! Neverili, že poisťovňa platí za dorast 2,58 eura a za starých len 3,18 eurá!! za deti pritom platí štát kapitáciu až 6 eur !! V Anglicku je to systém takzvanej vaničky – platba za deti taká istá ako za starých ľudí. Chýbajú nám peniaze, potom, že prečo je starostlivosť o starých ľudí na Slovensku taká insuficientná!!

Po prednáške som zožal potlesk, čo ma prekvapilo a dostal som aj v diskusií otázku na organizáciu mentálnej starostlivosti u geriatrických pacientov a dostupnosť zdravotníckeho personálu v tejto oblasti – vyjadril som, že u nás táto starostlivosť výrazne zaostáva ak vôbec nejaká je, existujú len psychiatri, ktorých je v súčasnosti nedostatok, psychiatrické zariadenia a oddelenia sa skôr zatvárajú, psychológovia sú dostupní len za poplatok, sociálne zariadenia sú úzkoprofilový tovar a vytvorené sú skôr na biznis ako na poskytovanie zdravotnej starostlivosti. Chýbajú nám špecializované sestry na prácu so starými a postihnutými pacientmi s rôznymi chorobami ( po NCMP, s diabetom, mentálne ochorenia atď.). Systém ADOS živorí.

Anglickí kolegovia – lekári ma zastavili a povedali, že taktiež u nich je veľký problém s personálom. V zdravotníctve zarábajú ľudia, čo v zdravotníckej starostlivosti nič konkrétne nerobia, len riadia alebo radia

a zdroje potrebné v starostlivosti sa neefektívne tratia, avšak na lekárov, sestry a priamych účastníkov zdravotnej starostlivosti, na tých financie neostanú. V pléne a na večeri som dostal ďalšie množstvo otázok a vyjasňovali sme si s kolegami situáciu v jednotlivých krajinách, radili sme sa ako to riešiť.

Z môjho pohľadu je jasné, že už aj západné krajiny majú problém s platením pracovníkov, ktorí priamo poskytujú zdravotnú starostlivosť. Je veľa iných ľudí bez zdravotníckeho vzdelania (Ing., JUDr., atď.), ktorí vlastnia centrá, manažujú ich a vyberajú peniaze z peňazí určených na samotnú zdravotnú starostlivosť. Preto začínajú chýbať lekári, sestry a ostatní pracovníci aj v iných krajinách, navyše kríza ich donútila rozmyšľať čo zmeniť na systéme, aby bolo poskytovanie zdravotnej starostlivosti čo najviac zamerané na pacienta a na poskytovanie vlastnej zdravotnej starostlivosti a nie na iné doplnkové služby.

Preto by sme sa mali zamyslieť, kde centrá potrebujeme, kto ich bude vlastniť a či my zdravotnícki pracovníci nebudeme len nejaká lacná pracovná sila pre veľkých podnikateľov.

Alebo niekto z nás lekárov vlastní stavebnú firmu?? Právnu kanceláriu?? Banku? Je najvyšší čas sa nad tým zamyslieť inak náš stav postupne stratí svoje meno a miesto.

Už po druhý krát som sa zúčastnil EFPC a čoraz viac som presvedčený, že lekári, sestry a pracovníci vykonávajúci priamo prácu pre pacienta nepotrebujú žiadnych iných ľudí na túto starostlivosť a mali by byť zaplatení a nie vykorisťovaní inými osobami zapojenými do zdravotného systému.

Nuž je len na nás lekároch čo s nami bude - či budeme len slepo ako otroci pracovať pre iných, alebo máme vlastný rozum a dokážeme poskytnúť zdravotnú starostlivosť bez sponzorovania iných ľudí parazitujúcich na systéme, ktorí o zdravotnej starostlivosti nevedia úplne nič, len z nej potrebujú vytriahnuť peniaze.

*Dr. Krnáč Štefan, SSVPL, národný delegát v EQuIP, EFPC a EMA*



Profesori EFPC Jan De Maeseneer a Christos Lionis v kruhu svojich štúpcov (foto autor)



## EQuIP (Európska spoločnosť pre kvalitu a bezpečnosť v rodinnom lekárstve) Záhreb

V dňoch 24.11 - 27.11.2016 som sa zúčastnil konferencie organizácie EQuIP v Záhrebe. Stretnutia sa zúčastnili len národní delegáti z jednotlivých krajín. Preberali sa organizačné veci - finančná situácia, vyhodnotenie kongresov WONCA v Prahe, Kodani a Rio de Janeiro.

Predstavil som moju kandidatúru Slovenska na EQuIP 2018. V hlasovaní táto kandidatúra získala najviac hlasov, takže EQuIP – otvorená konferencia pre všetkých - 2018 by mala byť v Bratislave koncom marca – termín ešte upresníme na kongrese v Dubline v marci 2017. Súperi z Nórska, Španielska, Francúzska a Švajčiarska mi po tajnom hlasovaní prišli zagrulovať k víťazstvu Bratislavy.

V malých pracovných skupinkách po 6 ľudí sme sa 2 dni venovali projektom EQuIP na zlepšenie kvality a bezpečnosti zdravotnej starostlivosti - Quality circles, overdiagnosis, overtreatment, teaching quality, e Health,



Tools and methods atď. Spoločne sme zhodnotili program a spíkrov pre pripravovaný EQuIP kongres v Dubline. Takmer všetko bolo pre mňa nové ale zároveň poučujúce a motivujúce k ďalšej práci.

V piatok večer sme sa všetci spolu stretli v krásnom prostredí v horách na salaši v Krapine blízko hraníc so Slovinskom, kde sme si vymieňali skúsenosti z jednotlivých krajín s fungovaním zdravotníctva.

V poslednom bloku som sa dostal do skupinky ktorá sa zaoberala samotným kongresom na Slovensku - členovia boli z ČR, Švajčiarska, Írska, Francúzska. Vybrali sme ako hlavnú tému a názov našej konferencie v Bratislave – Všeobecný praktík základ kvalitnej, správnej a bezpečnej zdravotnej starostlivosti. Bolo viacero návrhov avšak najviac hlasov získal práve tento názov a to je pre nás zaväzujúce, aby to nezostalo na Slovensku iba pri názve. Termín kongresu v Bratislave sme nakoniec stanovili po dohode na 23. - 24.3.2018. Chce to zorganizovať skupinu aktívnych ľudí pre zlepšenie našej situácie na Slovensku. Bude to príležitosť ukázať, čo to vlastne znamená pojem kvalitná zdravotná starostlivosť, aké sú jej skutočné parametre a aké požiadavky pacientov musí naplniť. Nesmieme predsa nechať iba na úradníkoch v zdravotných poisťovniach túto oblasť kvality starostlivosti, ale takéto zložité komplexné procesy budeme konfrontovať so súčasnými vedomosťami odbornej medicínskej verejnosti. Na Slovensko prídu najlepšie experti na kvalitu primárnej starostlivosti v Európe a to nás môže konečne posunúť ďalej.

*Dr. Krnáč Štefan, SSVPL, národný delegát v EQuIP, EFPC a EMA*

## Konferencia EQuIP Dublin 2. - 5. Marec 2017

Témou kongresu bola bezpečnosť v praktickom lekárstve. Konferencia bola pokračovaním konferencie z Prahy 2016, kde bola rovnaká téma kongresu. K organizácii kongresu som osobne prispel vyberaním najlepších abstraktov, ktoré boli prezentované na konferencii. Zároveň som hlasoval za najlepšiu prezentáciu a poster, ktoré boli na konci konferencie ohodnotené cenami.

Kongres sa konal v Írskom Dubline v krásnom Hoteli Royal Marine na brehu Írskeho mora. Zúčastnili sa ho 130 GP z celej Európy.

Deň pred konferenciou sa konal míting národných delegátov z 25 krajín. Novým členom je Rumunsko. Prebrali sa finančné otázky, správy z kongresov, pracovných skupín, nasledovala moja prezentácia konferencie v Bratislave (dátum, rozpočet, miesto konania...), prezentácia prešla hlasovaním a môžeme sa tešiť na prvú medzinárodnú konferenciu praktických lekárov na Slovensku v dňoch 23. až 24. marec 2018 v Hoteli Sheraton. Hlavné témy by mali byť vzdelávanie, E-health, nadmerná diagnostika a liečba (overdiagnosis and overtreatment) pacientov.

Konferencie sa zúčastnila aj nová prezidentka WONCA Europe Anna Stavdal z Nórska, ktorá prezentovala činnosť WONCY a jej plány. Prezidentku WONCA Europe som osobne pozval na Slovensko na našu konferenciu EQuIP 2018 a WONCA 2019.

Samotná konferencia trvala 2 dni, hlavní spíkri boli prof. Charles Vincent z univerzity v Londýne, Kathyana Aparicio z WHO organizácie zo Ženevy, prof. Walter Cullen z univerzity v Dubline.

Zaujala ma téma „Zdravotnícki pracovníci ako sekundárne obeť pri zle poskytnutej zdravotnej starostlivosti“. Autorka bola z Grécka a rozobrala príčiny zlyhania zdravotnej starostlivosti a možnosti odstránenia chýb, prevenciu psychickej a fyzickej únavy u zdravotníkov. Na moju otázku či niekde ordinujú VLD 32 hodín sa len pousmiala. Nie je to u nich možné je to dokonca zakázané !!



Na workshopoch ma zaujala prezentácia, kde lekárne spracovávali prehľady o interakciách predpísaných liekov, ktoré posielali samotnému GP, aby ho upozornili na možné interakcie v jeho preskripcii. Potom aj ďalšie témy ako malá chirurgia na GP ambulancii, liečba DM na ambulancii VLD a management a prevencia konfliktov s problémovými pacientmi na ambulanciách v jednotlivých krajinách.

Na záver konferencie som zopakoval svoje pozvanie všetkých delegátov na našu konferenciu do Bratislavy v marci 2018.

Týmto pozývam aj Vás slovenských všeobecných praktíkov a teším sa na Vašu účasť na konferencii EQuIP- organizácie pre kvalitu a bezpečnosť pacientov na ambulanciách VLD.

*Dr. Krnáč Štefan, SSVPL, národný delegát v EQuIP, EFPC a EMA.*

## Pozícia VLD, hodnotenie budovania CIZS z eurofondov, sa nemení

### Ako zhodnotiť pokračujúce snahy o vybudovanie paralelnej siete centier integrovanej zdravotnej starostlivosti popri sieti našich ambulancií?



Plán MZSR akoby predpokladal vyčistenie komunit pacientov od doterajších poskytovateľov PZS a ich transformáciu na zamestnancov centier umiestnených mimo prirodzených komunit pacientov.

#### Ale aký je význam takejto transformácie, ak by sa nejednalo iba o privatizačné aktivity určitých skupín, ktoré dnes riadia MZSR?

Model ktorý presadzuje MZSR, v kontexte vývoja od roku 2005 bohužiaľ možno vnímať iba ako ďalší krok k likvidácii súčasných poskytovateľov – VLD a celej primárnej zdravotnej starostlivosti. Fungujúce integrované centrá v komunitách sú predsa naše dnešné ambulancie v počte cca 2100 a bolo by potrebné ich dofinancovať, uvoľniť im kompetencie a rozvinúť tímy PZS tak ako to funguje v ostatných krajinách. Integrované centrá tak ako ich plánuje MZSR znamenajú centralizáciu ambulancijných služieb z 2100 ambulancií v komunitách do 300 centier s vybraným majiteľom, kde budú terajší od inštitúcií nezávislí ale na pacientov fixovaní všeobecní lekári v pozícii zamestnancov, alebo ich ambulancie zaniknú. Nejde o navýšenie kapacít a ľudských zdrojov nasledované zvýšením celkového percenta financií na poskytovanie primárnej zdravotnej starostlivosti, ale iba o presunutie súčasných kapacít do tzv. nových centier a to umelým uvrhnutím do krachu súčasných poskytovateľov, organizovaním ich nedofinancovania cestou zdravotných poisťovní a vytvorením konkurencie v CIZS podporovaných čerpaním zdrojov EU a poisťovňami. Z hľadiska pravidiel hospodárskej súťaže je tak založená jej nerovnomernosť a nekalosť diskrimináciou súčasných poskytovateľov. Nejedná sa o integráciu s pacientmi ale o opačný proces, odchod starostlivosti z komunit do centier, ktoré vzniknú centralizáciou poskytovateľov. Takýto druh starostlivosti ale už nespĺňa kritériá primárnej zdravotnej starostlivosti (PZS), je to v rozpore s rezolúciami WHO o integrovanej starostlivosti orientovanej na osobu a komunitu. WHO vždy odporúča rešpektovať historické a miestne nastavenia zdravotného systému v tej, ktorej krajine a pre Slovensko je typická dnešná hustá sieť ambulancií a polikliník po desaťročia slúžiaca pacientom v komunitách.

Stále je možná iná cesta, cesta rozvoja dnes existujúcich integrovaných centier PZS v komunitách pacientov, **teda našich súčasných ambulancií** a to rozvinutím a rozšírením súčasných ľudských zdrojov – všeobecných lekárov a sestier. Malo by existovať úsilie o vytvorenie tímov integrovaných v komunitách, zložených z viacerých lekárov a sestier, zdravotníckych asistentov, fyzioterapeuta, psychológa, komunitných aktivistov a podobne. Úhrada personálnych nákladov takehoto tímu by bola najefektívnejšia zavedením paušálu na úrovni platov porovnateľných zamestnancov nemocníc. Tento proces prebieha dnes v celom svete.

Podľa WHO centrom integrovanej zdravotnej starostlivosti je komunita pacientov.

Je potrebné začať, v rámci premeny našich súčasných ambulancií na plnohodnotné centrá integrovanej starostlivosti v komunitách pacientov, budovať tímy PZS zložené zo zdravotníckych pracovníkov (všeobecný lekár, niekoľko sestier, asistentov, psychológ, fyzioterapeut), administratívnych pracovníkov, komunitných sociálnych pracovníkov a dobrovoľníkov

z radov rodín pacientov. Toto si vyžaduje podporu zo strany vlády v súlade s dokumentom Workforce 2030, ktorý WHO schválila na zasadnutí v máji 2016 v Ženeve(WHA) aj vďaka podpore našej vlády. Súčasná umelo navodzovaná zlá finančná situácia ambulancií všeobecných lekárov neumožňuje transformáciu na plnohodnotné centrá integrovanej starostlivosti v komunitách so štruktúrovanými tímami ako bolo uvedené. Súčasná fixná platba - výška kapitačnej platby je na pokrytie potrebných fixných nákladov starostlivosti (personálnych, prevádzkových a investičných) nedostatočná. V rámci plnenia cieľov WHO pri budovaní vysokokvalitnej primárnej starostlivosti na Slovensku v tomto prechodnom období presadzujeme, aby ambulancie so zdravotnou sestrou (ktorá má stále viac kompetencií než zdravotný asistent a môže lekárovi pomôcť napríklad aj s edukáciou pacienta) mali vyššiu kapitačnú platbu pokrývajúcu ich vyššie personálne náklady a postupné dopĺňanie na komplexnejšie tímy, ako bolo uvedené, by malo byť vždy pokryté navýšením fixných nákladov o plat ďalšieho člena tímu. Nakoľko lekárov je stále menej a menej a nedarí sa naštartovať fungujúci rezidentský program, tak PZS ponúka zvýšiť svoju kapacitu prechodom na prácu v komplexných tímoch pracujúcich v komunitách pacientov. Lekár nemusí ošetrovať každý problém pacienta, ale problémy je treba stratifikovať na tie čo zvládne samostatne sestra, tie čo zvládne asistent a ostatní pracovníci tímu. Lekár spolu so svojou vedúcou sestrou zodpovedá za vedenie tímu. Zo zahraničných skúseností takýto tím môže poskytovať vysokokvalitnú starostlivosť pre cca 4000 pacientov, Priemerne dnes na jedného VLD pripadá v krajinách EÚ cca 1000 pacientov, na Slovensku je to dnes cca 1800 pacientov ale po odchode ďalších cca 500 GP do dôchodku, čo môže nastať už na budúci rok v súvislosti so zavádzaním eHealth za každú cenu sa v prípade, že nezačneme pracovať v uvedených tímoch, prejaví výrazný nedostatok lekárov a dočkáme sa ešte výraznejších nerovností v pokrytí zdravotnou starostlivosťou. To že by sa zvýšil počet VLD fungujúcim rezidentským programom za tejto vlády neočakávame.

Ako by mohol končiť plán MZSR na vytvorenie 300 centier integrovanej (scentralizovanej) zdravotnej starostlivosti vo vlastníctve vybraných súkromných majiteľov, môže napovedať sieť existujúcich súkromných centier(polikliník) ProCare, ktoré vlastní rovnaký majiteľ ako ten, ktorý sa pripravuje postaviť súkromnú nemocnicu v Bratislave (Penta). Ročný poplatok pacienta registrovaného v súkromných centrách je dnes cca 500 €, hoci ide o zdravotnú starostlivosť poskytovanú zo zdrojov verejného zdravotného poistenia. Toto hovorí veľa o perspektíve dostupnosti zdravotnej starostlivosti, ktorá by mohla byť poskytovaná v tzv. integrovaných centrách, ktorá v žiadnom prípade by už nemala formát primárnej zdravotnej starostlivosti postavenej na 8 princípoch WHO/WONCA. Aktivity súčasného MZSR veľa napovedali akoby o organizovaní zdravotníckeho biznisu v prospech vybranej skupiny podnikateľov a majiteľov na úkor rozvoja efektívnej a vysokokvalitnej zdravotnej starostlivosti o obyvateľstvo. Alebo je to celé utópia?

## Makroekonomické poznámky

### 1. Analýza efektivity ambulantného sektora zdravotníctva

#### Porovnaní poskytovateľa ambulantných zdravotníckych služieb:

1. Ambulantné polikliniky ProCare (=dnešné už existujúce CIZS)
2. Systém ambulancií verejného zdravotného poistenia(=dnešné ambulancie VLD a ŠAS)

## Vstupné informácie:

1. Partner Penty zodpovedný za zdravotníctvo Eduard Maták 7.6.2017 v Trende informoval, že poplatky ktoré platia na ambulancii v Pro Care pacienti (v priemere 500 € ročne) tvoria 25% tržieb v Pro Care. Z toho vyplýva, že ročne na jedného pacienta v Pro Care majú spolu tržby 2000€. 1500 € dokážu dostať zo zdravotnej poisťovne? Ale napriek tomu ako informoval pán Maták, za uplynulý rok skončili v strate 1,5%.
2. MUDr. Marián Faktor expert ZP Dôvera na rokovaníach so zástupcami ZAP upozornil, že podľa registra účtovných závierok, ambulancie verejného sektora hospodária s priemerným prebytkom 20%. Prítom ich tržby zo zdravotných poisťovní (platí aj od ZP Dôvera) na jedného pacienta za rok sú v segmente VLD priemerne 35 € a spolu aj s ostatným ambulantom sektorom (ŠAS) sú tržby celého verejného ambulantom sektora cca 150 € (podľa údajov UDZS).

**Vyhodnotenie:** Dnešný verejný ambulantom sektor zo zdravotných poisťovní dostáva 10x menej finančných prostriedkov na 1 pacienta než dostávajú v sieti polikliník Pro Care. Napriek tomu hospodári s prebytkom 20%, oproti 1,5% ročnej strate v poliklinikách Pro Care, ktorú vykazujú aj napriek tomu, že ešte vyberajú 25% v tržbách navyše v priamych platbách od pacientov. **Z uvedeného vidno, že verejný ambulantom sektor dokáže poskytovať zdravotnú starostlivosť viac ako 200x efektívnejšie ako reťaz polikliník Pro Care. Dosahujeme pri 10x nižšom financovaní viac ako 20x lepšie hospodárske výsledky, pri porovnateľnej kvalite poskytovanej zdravotnej starostlivosti.**

**Jedna otázka do diskusie:** Nemožno popísané rozdielne financovanie verejného ambulantom sektora a polikliník Pro-Care hodnotiť ako podporu nekalej súťaže zo strany ZP? Nemal by sa tým zaoberať protimonopolný úrad?

**Záver:** Zaplatiť poskytovanie zdravotnej starostlivosti svojim poistencom v ambulanciách verejného ambulantom sektora, vo výške pokrývajúcej ich ekonomicky oprávnené náklady by sa zdravotnej poisťovni rozhodne oplátilo ak by myslela na efektívnosť. Zdravotné poisťovne ale radšej podporujú systém dojenia verejných zdrojov v sieti polikliník Pro Care než aby zvýšili napríklad ambulanciám VLD príjem z dnešných 35 o požadovaných 12€ na kapitovaného poistenca ročne.

Treba sa na aktivity podnikateľskej skupiny PENTA v zdravotníctve pozeráť komplexne a v súvislostiach. Iba keď nefungujú dobre ambulancie verejného zdravotníctva tak sú pacienti stále vo väčšej miere odkázaní využívať neefektívne služby súkromných polikliník, služby nemocničnej

siete Svet zdravia alebo nakupovať voľnopredajné lieky a potravinové doplnky v sieti lekární Dr.Max.

Čím menej funguje verejný zdravotníctvo, tým viac stúpajú tržby podnikateľskej skupiny PENTA. Čím väčšia strata vo verejnom a štátnom tým väčší zisk v tzv. súkromnom zdravotníctve.

Generálny riaditeľ ZP Dôvera Martin Kultán je autorom týchto múdrych slov: „**Je čudné, ekonomicky iracionálne až hlúpe myslieť si, že stratu v štátnom zdravotníctve vyrieši regulácia zisku. Je to ako keby sme riešili nedostatok vody v subsaharskej Afrike reguláciou nadbytku vody na Sibíri.**“

Avšak podľa európskej legislatívy činnosť zdravotných poisťovní vo verejnom zdravotnom poistení je nezisková sociálna neekonomická činnosť vo verejnom záujme. Alebo kvôli tomu, aby si majitelia zdravotnej poisťovne dobre žili, pustíme zdravotníctvu žily a zlikvidujeme verejný ambulantom sektor? Nie je to zo strany MZSR čudné, ekonomicky iracionálne až hlúpe podporovať takýto systém?

## 2. Ako funguje dnes Penta v zdravotníctve

Penta vlastní zdravotnú poisťovňu a súčasne vlastní poskytovateľov. Môže preto ako jediná na Slovensku uplatňovať systém dojenia verejných zdrojov, keďže nakupuje sama u seba, nie za svoje vlastné peniaze ale za peniaze poistencov. Nižšie je zabezpečená ochrana verejných zdrojov. Verejné ambulancie stoja v protiklade aj so sieťou nemocníc Svet Zdravia a so sieťou lekární Dr.Max.

K tomu pristupuje ešte reklama produkovaná mediálnym domom Penty, ktorá roztáča špirálu overdiagnostiky a overliečby.

Čím horšie budú fungovať verejné ambulancie následkom umelého nedofinancovania organizovaného MZSR, tým väčšie zisky budú vykazovať siete nemocníc a polikliník Penty a lekární Dr. Max, ktoré najviac zarábajú na doplnkoch a voľnopredajných liekoch práve pre zlyhávajúcu sieť verejných ambulancií.

Ako dnes MZSR organizuje poškodzovanie verejného ambulantom sektora?

Všeobecní lekári sú umelo zväzovaní obmedzeniami kompetencií a insuficientným financovaním a ŠAS je umelo zväzovaná limitmi, dlhými čakacími lehotami a krátkym časom na pacienta. A celý ambulantom sektor je zväzovaný veľmi nízkou cenou práce.

Prečo v tomto prípade koncentrácie a zneužívania dominantného postavenia nekoná protimonopolný úrad? <http://www.antimon.gov.sk/>

MUDr. Peter Lipták

## Ako ďalej v rokovaníach so ZP?

Dosiahli sme v rokovaníach určitý úspech, ktorý je dobrým východiskom pre ďalšie rokovania. Už v októbri a novembri sa chystáme v nich pokračovať tak, aby sme predostreli a riešili naše nové podmienky od 1.1.2018. Za najväčší doterajší úspech považujem, že sa nám podarilo zpochybníť a možno už aj celkom odstrániť doterajšie koeficienty kvality, postavené na šetrení na liekoch a SVALZ-och, ktoré poskytujeme pacientom a ukázali sme, že náklady sa musia počítať v systéme nie na jednotlivých lekárov a segmenty starostlivosti, ale na pacienta. Tak sa otvára cesta k presadeniu efektívnych regulácií v našom zdravotníctve. To umožní zvýšiť cenu práce zdravotníkov zo zdrojov, ktoré sa ušetria na dnes nadmernej diagnostike a nadmernej liečbe.

V cenových požiadavkách budeme tvrdo vyžadovať aby nám poisťovne hradili nákladové ceny starostlivosti, pretože s tým priamo súvisí jej rozsah a kvalita, ktorú pacienti vieme poskytnúť a priamo s výškou zdrojov súvisí aj bezpečnosť pacientov, ale aj bezpečnosť nás, zdravotníkov. Používame presný kalkulátor nákladov a vieme si naše ekonomicky oprávnené požiadavky počítať do posledného centa.

Takže tých pridaných 5 % od Dôvery považujeme len za začiatok normalizácie cenovej politiky voči ambulanciám verejného sektora. Všetky procesy v zdravotníctve sa musia začať zameriavať na pacienta. Zdravotné poisťovne sú iba správcami verejných fondov a zdravotníctvo nemôže byť zneužívané na tvorbu neprimeraných ziskov na úkor zdravia pacientov. Veď predsa z odvodov pacientov sa verejné fondy vytvárajú.

Pre to, aby sme boli úspešní potrebujú VLD zosilniť. Preto apelujem na všetkých VLD na Slovensku, odmietnime umelé rozdeľovanie našich síl na skupiny. Máme predsa absolútne tie isté záujmy! Predstavili sme naše spoločné požiadavky. Všetci ste mali možnosť a máte aj naďalej, preštudovať si ich a podporiť na našej web stránke ([www.vpl.sk/files/file/zmluvy/2017/poziadavkyVLDk9\\_7\\_2017\\_.pdf](http://www.vpl.sk/files/file/zmluvy/2017/poziadavkyVLDk9_7_2017_.pdf)). Sme prístupní samozrejme každej diskusii o ich doplnení a zlepšení. Všetci predsa dobre vieme, že spojenie síl ZAP (SSVPL) + Zdravita + ZVLD by predstavovalo takú energiu, akú dnes my VLD potrebujeme, na ich urýchlené uskutočnenie.

Preto hľadajme cesty na spájanie našich síl!

Peter Lipták

člen správnej rady ZAP za VLD

## Otázky k realizácii projektu eZdravie na Slovensku

Peter Lipták

### Ako pri cukrovke existujú v zásade dva typy eHealth, typ 1 a typ 2.

**(1) Podstatou eHealth typ 1 je centralizácia všetkých informácií na centrálnom serveri,** kde sa zapisujú všetky údaje o pacientoch, na ktorý majú cez **identifikačné** čipové kartičky prístup lekári a pacienti. Na začiatku dôležitú úlohu majú všeobecní lekári, ktorí musia urobiť o každom pacientovi základnú kartu a zapísať ju na centrálny server. Nevýhodou tohto systému je, že sa treba pri každom ošetrovaní pacienta (aj s banalitou) pripájať, čakať na spojenie a keď sa to nepodarí (porucha prenosu alebo v súčasnosti stále častejšie realizované útoky zahraničných hackerov) tak improvizovať a poskytovať starostlivosť v núdzovom režime a ak to počítač inak neumožní, tak bude potrebné aj hodiny iba čakať na spojenie. V lepšom prípade si to vyžiada častú on-line podporu dobre zaplatených servisných technikov. V tomto type eHealth sa bude jednať o vytváranie virtuálneho pacienta, paralelne k reálnemu pacientovi. Virtuálnemu pacientovi sa doktor bude intenzívne venovať študovaním množstva virtuálnej dokumentácie a zapisovaním ďalšej, ale reálny pacient zatiaľ bude tíško sedieť v kúte a možno sa aj nenápadne z ordinácie vytratí. Ale to nevedí, „liečiť“ budeme môcť svojho virtuálneho pacienta. Ako nezmyselný sa tento systém javí aj vo zvýšenej spotrebe papiera. Napríklad recepty budeme musieť tlačiť v dvojnásobnom počte, lebo na jeden recept sa bude môcť tlačiť iba jeden liek. Načo je dobrá táto drobná zlomyselnosť, ktorá zoberie čas lekárovi, minie viac papiera a tonera? Vedia realizátori projektu, že za 20 rokov, čo v ambulanciách používame počítače, svetoví výrobcovia tlačiarň neboli schopní vymyslieť tlačiareň, ktorá by tlačila bez problémov formát A6? Takže ani zasekávaniu receptov eHealth neurobí koniec? Načo je nám vlastne informácia v elektronickej podobe keď sa bude komunikovať s lekárňou cez papier? Ešteže, na vyťahovanie zaseknutých receptov z tlačiarne, mám svoj peán, keďže v tomto elektronickej systéme eZdravie tlačiareň zostane najdôležitejším prístrojom ordinácie. Ďalšou nevýhodou je možnosť úniku informácií o pacientoch a hrozba ich zneužitia aj na prípadné obchodné, lobingové a reklamné účely, čo ale z iného pohľadu je dôležitou pridanou hodnotou tohto systému, ktorá umožňuje individualizovať ponuku firmám v rámci obchodného marketingu a tiež umožňuje obchodovanie s databázami. Životy ohrozujúce zneužitie by mohlo znamenať odcudzenie dát pacientov napríklad hackermi pracujúcimi pre zahraničné transplantčné centrá, čo by týmto zločineckým sieťam umožnilo vyberať si darcov orgánov pre svojich bohatých klientov aj z našich radov.

„Výhodou“ je tiež, že po nakrmení serverov všeobecnými lekármi bude možné liečiť pacientov už aj bez nich, keďže siete operujúce v zdravotníckom biznise získajú prístup k potrebným údajom na serveroch. Tento systém je v podstate alternatívou k primárnej starostlivosti a bude ju vedieť nahradiť. Otázka je, či ľuďom bude stačiť starostlivosť počítačov a biznismenov, či by radšej neuprednostnili predsa len ľudské bytosti v komunite, doktora a sestru a prípadne aj bez počítačov. Nedostatkým eHealthu typ 1 zatiaľ je, že nikto sa nezaobráva návodom ako bude tento systém fungovať v núdzovom režime pri nedostupnosti centrálnych serverov, aby mohla aspoň základná zdravotná starostlivosť pokračovať za každých okolností.

A nakoniec „výhodou“ pre ambulantných lekárov má byť fakt, že realizácia tohto projektu je síce financovaná z eurofondov ale náklady na softvérové vybavenie a prevádzku v ambulanciách majú hradí poskytovatelia vo výške cca 50-100€ mesačne a tiež prácu navyše spojenú so zadávaním dát majú poskytovatelia vykonávať bezplatne. S nákladmi na zaplatenie ambulantných softvérov a ľudských zdrojov projekt s rozpočtom

viac ako 100 mil € nepočíta.

Otázka je, či tento systém rigidnou centralizáciou informácií nevytvára účinnú prekážku medzi lekárom a jeho pacientom a vytvorením virtuálneho pacienta nepovedie nie k zlepšeniu ale k zhoršeniu kvality a dostupnosti zdravotnej starostlivosti pre ľudí z mäsa a kostí.

### **(2) eHealth typ 2 je založený naopak na decentralizácii informácií a na podpore práce lekára s pacientom.**

Je to systém založený na osobných pamäťových čipových kartičkách. Nič sa nezapisuje na centrálny server ale potrebné informácie v elektronickej podobe má pacient zapísané na svoj osobný pamäťový čip, ktorý si nosí pri sebe. Na tento čip všeobecní lekári zapisujú pacientovi potrebné informácie o zdravotnom stave a tiež pri každej návšteve aktuálne predpísané lieky a odporúčania, čo znamená, že odpadne dôvod na tlač akýchkoľvek receptov a pre komunikáciu s lekárňou stačí tento zápis. Bolo by možné využiť aj pripravované elektronické OP, čo by viedlo k zjednodušeniu, každý by si so sebou nosil svoju pamäťový čipovú kartičku(OP) so všetkými potrebnými údajmi aj pre iné úradné účely. Namiesto pripájania sa na servery a diaľkového prenosu informácií by sa využívali iba lokálne univerzálne čítačky, tie isté v ambulanciách aj na úradoch, ktoré by komunikovali s akýmkoľvek miestnym počítačom. Namiesto hľadania karty pacienta na vzdialenom serveri by nám pacient podal svoju pamäťovú ID kartu (čip, OP), ktorú by sme na začiatku vložili do čítačky, údaje by sa hneď načítali a my by sme sa mohli hneď venovať pacientovi, mohli by sme pristupovať k riešeniu jeho problémov tak ako doteraz z nášho počítača a všetky výstupy potrebné na komunikáciu s lekárňou a s kolegami špecialistami, či s nemocnicou by na jeho čipovú kartu zapísal automaticky náš ambulantný softvér. Tak isto by sa zapisovali na osobnú pamäťovú kartu pacienta aj správy od špecialistov a z nemocníc a zo sociálnych úradov. Nemíňal by sa žiadny ďalší čas pri čakaní na spojenie alebo pri tlačením receptov a správ. Zamedzil by sa únik informácií. A aká by to bola v tomto bezpapierovom systéme úspora papiera a času potrebného dnes na tlačenie nekonečných papierov! Aj v prípade ošetrenia pri havárii alebo inom akútnom ošetrovaní na APS, RZP, CP by pacient iba strčil čipovú kartičku(OP) do miestnej čítačky napríklad v sanitke a hneď na mieste by o ňom všetko potrebné vedeli. A ak by kartičku aj pacient nemal tak by sme ho ošetrili tak ako doteraz aj bez čipovej kartičky a elektronický zápis by sa bez problémov realizoval niekedy v budúcnosti. A nakoniec bude určite aspoň 10% pacientov, ktorí budú ignorovať všetky čipovo-kartičkovo-serverové systémy, a čo týchto nebudeme ošetrovať?

eHealth typ 2 nepotrebuje žiadne väčšie investície, vôbec nepotrebuje eurofondy, dá sa realizovať step by step zo súčasnej úrovne našich ambulantných softvérov hneď už od zajtra a z vlastných zdrojov. A eurofondy by bolo možné využiť na podporu financovania súčasných ambulantných, kde finančné zdroje stratené v eurofondoch chýbajú.

### **eHealth typ 1 sa realizuje na Slovensku už skoro 10 rokov a minulo sa naň už viac ako 100 mil. €.**

Peniaze sme minuli hoci zatiaľ nie sú nijaké hmatateľné výsledky. A teraz náhle od budúceho roku má byť spustená plná funkcionálna nového systému? Nič nie je pripravené, vyskúšanie zistilo že nič nefunguje, ale sme na Slovensku. 500 všeobecných lekárov v ambulanciách v dôchodkovom veku zvažuje preto odchod do dôchodku od januára 2018, v súvislosti so zavádzaním tohto nezrozumiteľného, zdravotnú starostlivosť až neúnosne komplikujúceho, nepodareného systému. Stojí to ministromi zdravotníctva Tomášovi Druckerovi, študovanému IT expertovi zato, položiť v januári 2018 celý ambulantný sektor? On bude tým, kto za tento krok a vzniknutú situáciu poniesie plnú zodpovednosť.

**Vo väčšine krajín sa vzhľadom k bezpečnosti pacientov realizuje eHealth typ 2.** Ale experiment **eHealth typ 1** má pre Slovensko asi jednu zásadnú výhodu. Umožňuje efektívne využívať eurofondy smerom k vládou vybraným firmám a osobám, ktoré realizujú už 10 rokov nákup (obstarávanie) tohto projektu (zatiaľ za cca 100 mil €). Potom je to spôsob ako nahradiť ľudské zdroje počítačmi, uskutočniť v systéme reprivatizáciu ambulantného sektora, transformáciu na centrá integrovanej zdravotnej starostlivosti, ktorých siete pripravujú tie isté vládou vybrané firmy a osoby vybudovať za účelom nahradenia dnešnej siete primárnej starostlivosti, všeobecných lekárov, pediatrov ale aj súčasnej siete ambulantných špecialistov. Predsa len ako zamestnanci týchto sietí privátnych centier lekári, ak si budú chcieť udržať zamestnanie a plat, tak sa budú musieť podrobiť sieťovým reguláciám nových majiteľov, čo isto bude základom novej efektivity fungovania ambulantného sektora k spokojnosti biznismenov ale nie pacientov.

**Tak ako pokrok zdravotníctva v 19. storočí potreboval čistú pitnú vodu, tak v 21. storočí potrebujeme čisté informácie.** Je preto logické, že musíme dostať kvalitnú informačnú podporu aby sme mohli dosiahnuť čo najlepšie výsledky v starostlivosti o pacientov. **Dvojnásobne ale musí platiť, že akákoľvek zmena v systéme zdravotníctva si vyžaduje starostlivý a obozretný prístup. Obchodné záujmy v starostlivosti o zdravie ľudí nesmú byť uprednostňované pred potrebami pacientov.**

## Otázky pre kompetentných:

1. Čo s regiónmi, ktoré nie sú pokryté vysokorychlostným internetom? Teda čo s lekármi čo majú slabé počítače, slabé internety a Windows XP?
2. Ako je zabezpečené poskytovanie zdravotnej starostlivosti v situáciách ohrozenia štátu- kedy sa dá predpokladať, že nebude fungovať internet?
3. Ako je zabezpečená ochrana dát pred zneužitím tretími stranami?
4. Prečo sa pre eZdravie vybral ekonomicky najmenej efektívny model vyžadujúci budovanie novej infraštruktúry a nerieši sa tento projekt na základe existujúcej infraštruktúry s využitím prenosu dát na pamäťových patientskych nosičoch, tak ako sa to rieši v iných krajinách? Prečo bez akéhokoľvek efektu zmizlo v projekte už viac ako 100 mil.€. Prečo, keďže projekt je financovaný z Eurofondov, sa majú lekári poskladať a zaplatiť ho druhý raz zo svojho vlastného vrečka? Lekári dostávajú faktúry aj na 160€ do konca roka 2017 a bude to pokračovať? Kde sú Eurofondy, ktoré boli už čerpané na projekt? Alebo eurofondy sa čerpajú iba na ambulancie ICZS?
5. Ako je zabezpečená kontinuita poskytovania zdravotnej starostlivosti lekárm, ktorí sa odmietnu zapojiť alebo vzhľadom k veku aj z dôvodu obštrukcií spojených s eHealthom (eZdravím) si vyberú odchod do dôchodku? Upozorňujem, že sa môže jednať o viac ako 500 všeobecných lekárov pre dospelých a to bude znamenať plošné ohrozenie poskytovania základnej zdravotnej starostlivosti v našom segmente. Sú prednejšie počítače ako ľudské zdroje zdravotníctva? Či pacienti nepotrebujú lekárov ale vrkot počítačov?
6. Kedy bude fungovanie slovenského projektu odskúšané v praxi? Doterajšie pokusy preverovali vždy iba jednotlivé funkcie aj to iba u vybraných lekárov a nikdy nebolo ešte preukázané, že je tento projekt po technickej stránke pripravený na použitie vo viacerých(všetkých) ambulanciách súčasne.

**Mnohí lekári ale aj iní odborníci varujú, že po jeho zavedení možno predpokladať zrútenie doterajšieho systému poskytovania zdravotnej starostlivosti zablokovaním zdravotníctva už od 1.1.2018.**

**Mnohí odmietajú zodpovednosť za ohrozenie zdravia pacientov v takomto nemysliteľnom rozsahu.**

MUDr. Peter Lipták

## eHEALTH, resp. eZdravie, BL Online, eRecept (Z vyjadrení publikovaných Ing. Zoňom Softprogres)

Dňa 19.9.2017 sme sa s NCZI zúčastnili poslaneckého prieskumu. Opozičné, koalíčné a naše vyjadrenia nájdete na [www.softprogres.sk](http://www.softprogres.sk) v sekcii ezdravie-eHealth. Podľa vyjadrenia kompetentných je všetko OK a pripravené. Nezdíelame tento názor, tak ako ho nezdieľajú ani opoziční poslanci. Sme presvedčení, že sme pre tento projekt urobili maximum. Roky sme chodili na vlastné náklady do Bratislavy konzultovať, pomohli sme odstrániť množstvo chýb a maximálne objektívne sme upozornili všetkých kompetentných na chyby a Achillove päty, ktoré to ešte má.

Tým, že sme objektívne informovali o tomto projekte, vytvorili sme si aj pár nepriateľov. Očakávali sme, že sa k nám pripojíte a konečne začne diskusia na najpálčivejšie témy.

### Tie momentálne sú:

1. Veľa z Vás síce má kartičky, ale nemá druhú obálku s PINom. Tak ako si z kreditnej karty bez PINu nevyberiete peniaze z bankomatu, tak isto sa bez PINu nepripojíte k eHealth.
2. Veľa z Vás má slabé počítače, slabé internety a Windows XP
3. K eHealth sa budete pripájať sami. My sme schopní Vám dodať na poslednú chvíľu certifikované programy, ale nie sme schopní osobne Vás navštevovať. Na to sme plánovali vyškoliť 3 posádky a celý rok 2017 chodiť po Slovensku - zmeny na poslednú chvíľu toto znemožnili a systém receptov s kartičkami zatiaľ nefunguje.

### Z listu riaditeľom

Ing. Peter BLÁŠKOVITŠ, riaditeľ NZCI,  
Mgr. Miroslav KOČAN, predseda predstavenstva a generálny riaditeľ ZP VŠZP,  
Ing. Martin KULTAN, predseda predstavenstva a GR ZP Dôvera  
Mgr. Michal ŠPAŇÁR, MBA predseda predstavenstva a GR ZP Union

**Uvedomujete si vy a vaši nadriadení, že pomerne veľká skupina lekárov v dôchodkovom veku je už taká znechutená týmto necitlivým direktívnym presadzovaním elektronizácie, že zvažuje odchod do dôchodku?**

Kompletné texty nájdete aj na odkaze, alebo na našej stránke v sekcii [ezdravie-eHealth]  
<http://www.softprogres.sk/index.php?menu=info&info=ezdravie>

**Na našej stránke sme v tejto sekcii vytvorili diskusné fórum, kde môžete napísať svoj názor. My ho potom prepošleme kompetentným.**

Ing. Juraj Zoň

**V prílohe tohto čísla je Žiadosť o vydanie elektronického preukazu zdravotníckeho pracovníka. Žiadosť vyplňte, chodte na notársky úrad, nechajte si overiť podpis a potom pošlite doporučené na adresu NZCI (Lazaretská 26, 811 09 Bratislava 1) do 31. 10. 2017. Nezabudnite, je to vaša zákonná povinnosť!** [www.ezdravotnictvo.sk](http://www.ezdravotnictvo.sk)

## Prínos primárnej starostlivosti pre tvorbu klinických guidelinov

Prednáška Michaela Kidda

na konferencii IHCO 2017 v Bratislave 15. 3. 2017

(interdisciplinárna konferencia o inováciách v zdravotnej starostlivosti, ktorá sa uskutočnila 15. a 16. marca 2017 v Bratislave. 15. marca program začal o 9.00 úvodným vystúpením ministra zdravotníctva Tomáša Druckera, ktoré predniesla štátna tajomníčka Andrea Kalavská a bezprostredne v nasledujúcom bloku prednášok, vystúpil aj prof. Michael Kidd s prednáškou o prínose primárnej starostlivosti pre tvorbu klinických guidelinov. Témami podujatia boli inovatívne prístupy k zlepšeniu zdravia a zdravotnej starostlivosti, medicína založená na dôkazoch a dobrej klinickej praxi. Podrobnosti <http://www.healthconferences.eu/>)

Dobrý deň, volám sa Michael Kidd a som bývalý prezident Svetovej organizácie všeobecných praktických lekárov.

Mrzí ma, že nemôžem byť dnes s vami v Bratislave, ale som veľmi rád, že sa vám môžem v tejto telekonferencii prihovoriť z môjho domu v austrálskom Sydney a povzbudiť vás v práci, ktorú odvádzate pri úsilí o vytvorenie národných usmernení, predovšetkým vás v primárnej zdravotnej starostlivosti a všeobecnom praktickom lekárstve.

Francúzsky filozof **Voltaire raz povedal, že umenie medicíny spočíva v zabávaní pacienta, kým chorobu vylieči príroda.** Všetci vieme, že za našou prácou je oveľa viac. Ako všeobecný praktický lekár potrebujem prístup k dôveryhodným a spoľahlivým informáciám, aby som sa mohol rozhodnúť a poskytnúť pacientom čo najlepšiu starostlivosť a radu na základe najlepších dostupných dôkazov, preferencií pacienta a dostupných zdrojov.

Wonca, Svetová organizácia všeobecných praktických lekárov, vypracovala usmernenia pre vytváranie usmernení. V tejto príručke Wonca hovorí, že usmernenia pre všeobecnú praktickú medicínu by mali jasne zlepšovať kvalitu zdravotnej starostlivosti, znižovať výskyt nepotrebných, neefektívnych alebo škodlivých zásahov a uľahčovať liečbu pacientov s maximálnou pravdepodobnosťou výhod a minimálnym rizikom ublíženia.

Spôsob, akým sa usmernenia vypracúvajú, sa za posledné roky zmenil. Usmernenia by dnes mali byť založené na dôkazoch. Ich vypracúvanie by malo byť explicitné a systematické a mali by brať do úvahy preferencie pacienta a zvažovať aj náklady. Vieme, že medicína založená na dôkazoch posilňuje vedeckú základňu medicíny, umožňuje náležité zdôrazniť kľúčové informácie a podporiť klinické rozhodovanie. A samozrejme, medicína založená na dôkazoch poskytuje informácie pre usmernenia, ktoré sa v našej praxi odporúčajú.

Medicína založená na dôkazoch ale má aj nevýhody. Niekedy sú dôkazy neúplné. Alebo môžu pochádzať z výskumu, ktorý prebiehal v špecifických podmienkach, ktoré nemusia byť automaticky prenosné do všeobecnej praktickej medicíny alebo primárnej starostlivosti. Niekedy dôkazy nie sú také spoľahlivé, ako by sme potrebovali. Takže musíme byť opatrní s dôkazmi, ktoré použijeme na vypracovanie usmernení. Usmernenia by nám predovšetkým mali pomôcť znížiť ujmu, utrpenie pacienta.

Niekedy môže byť vo všeobecnej praktickej medicíne a primárnej starostlivosti problém s príliš veľkým počtom usmernení. Môže hroziť naozaj niekedy až preťaženie usmerneniami. Máme usmernenia, ktoré existujú

pre celú škálu klinických problémov, ktorým čelíme v každodennej praxi. A každý deň po celom

svete vznikajú nové usmernenia. Našťastie existujú skvelé zdroje, napríklad NHS Evidence (<https://www.evidence.nhs.uk/>) a iniciatíva NICE (National Institute for Health and Care Excellence <https://www.nice.org.uk/>) v Spojenom kráľovstve.

**Dôveryhodnosť usmernení je tiež ohrozená.** Správa Inštitútu medicíny USA (IOM) z roku 2009 hovorí o **konflikte záujmov** pri vypracúvaní usmernení. A najmä o nevhodnom vplyve obchodných záujmov farmaceutického priemyslu na klinické usmernenia v USA. Konflikt záujmov je veľmi dôležitý a Inštitút medicíny USA v roku 2012 vypracoval vlastné normy pre vypracúvanie dôveryhodných usmernení pre klinickú prax, ktoré majú za cieľ stanoviť, do akej miery je vplyv obchodných záujmov vhodný.

Musíme sa uistiť, že používané usmernenia spĺňajú najvyššie štandardy. Našťastie máme viacero opatrení, ktoré nám pomôžu určiť kvalitu usmernení, skvelú metodiku a kritické posúdenie v rámci medzinárodných opatrení kvality usmernení, ktoré sa používajú. Myslím, že naše usmernenia musia spĺňať najmä tieto tri pravidlá: Musia byť dostupné lekárom a pacientom(1), musia byť zrozumiteľné pre nás aj našich pacientov(2) a to, čo navrhujú, musí byť cenovo prijateľné(3). A potom sa musíme aj stále uistiť, že nespôsobujú pacientom žiadnu ujmu.

**Povinné dodržiavanie usmernení je tiež zaujímavá myšlienka. Myslím si, že povinné dodržiavanie môže dokonca ohroziť profesionálnu nezávislosť. Viem, že mnohí politici zbožňujú usmernenia a radi by ich zmenili na pravidlá, aby mohli riadiť správanie odborníkov.**

Ale usmernenia nie sú pravidlá, sú to usmernenia. Majú nás usmerňovať pri klinickom rozhodovaní pri práci s pacientmi. A nemajú byť súborom pravidiel. Usmernenia sú však len také dobré ako dôkazy, na ktorých sa zakladajú.

Bývalý prezident Wonca Richard Roberts z USA pripomenul, že „**ak chceme prax založenú na dôkazoch, potrebujeme dôkazy založené na praxi.**“

To znamená, že usmernenia pre primárnu prax musia byť založené na dôkazoch z výskumov, ktoré prebiehali v primárnej starostlivosti a všeobecnej praktickej medicíne. Profesorka Trish Greenhalgh učí všeobecnú prax na Oxfordskej univerzite a nedávno uviedla, že „**medicína založená na dôkazoch sa zakladá na uvažovaní od populácie k jednotlivcovi.**“ Ale väčšina pacientov v primárnej starostlivosti nie celkom zapadá do takýchto dôkazov. Medicína založená na dôkazoch pracuje s víziou logiky a istoty, ale **život nie je vždy taký.**

Tiež sa mi páči výskum profesorky Barbary Starfield z Johns Hopkins



University v USA. Barbara viedla základný výskum, ktorý preukázal, že krajiny, ktoré majú najsilnejšie systémy primárnej starostlivosti môžu očakávať lepšie výsledky. T.j. vyššiu kvalitu pri nižších nákladoch na zdravotnú starostlivosť, lepší prístup k starostlivosti a menšie nerovnosti v poskytovaní starostlivosti obyvateľom.

Ale Barbara si tiež kladla otázku, ako zostaviť výskum v primárnej starostlivosti, aby sme riešili **problém starostlivosti o ľudí s komorbiditami**, pretože mnohé usmernenia, ktoré majú slúžiť v primárnej starostlivosti, sa týkajú jednotlivých chorôb. Ale mnohí pacienti trpia viacerými chorobami. **Neexistujú zatiaľ usmernenia, ktoré by nám pomohli starať sa o ľudí s viacerými komorbiditami.**

Takže ako sa rozhodneme, či je usmernenie pre klinickú prax vhodné v našej praxi? Ja sa zvyčajne pozriem na usmernenie a pýtam sa: Je relevantné pre mojich pacientov? Je jasne napísané? Je ľahko uplatniteľné? Je napísané alebo odporúčané niekým, koho rešpektujem? Je aktuálne a dobre načasované? Sústreď sa na výsledky, ktoré sú dôležité pre pacientov a nie na výsledky, ktoré sú dôležité pre lekárov či farmaceutický priemysel?

Než použijem usmernenie, musím si byť istý, že berie do úvahy všetky relevantné výhody a nevýhody, že explicitne opisuje dôkazy slúžiace na vypracovanie usmernenia, prešlo externou revíziou, uvádza okolnosti, za ktorých sa má použiť a opisuje silu alebo flexibilitu odporúčaní. Samuel Gray, bývalý hlavný odborník na hodnotenie vedomostí v National Health Service v Spojenom kráľovstve, mi raz povedal: „**V 19. storočí sme potrebovali čistou pitnú vodu. V 21. storočí potrebujeme čisté informácie.**“ A také majú byť aj informácie, z ktorých sa zostavujú klinické usmernenia.

V dnešných časoch veľkých zmien naša práca všeobecných praktických lekárov v primárnej starostlivosti pokračuje ďalej. Primárna starostlivosť musí zostať v centre poskytovania zdravotnej starostlivosti vo všetkých krajinách. Ale musíme dostať podporu na prácu s pacientmi a dosiahnutie čo najlepších výsledkov, a to v podobe adekvátne vypracovaných usmernení zameraných na potreby pacientov v primárnej starostlivosti. **Akákoľvek zmena vo všeobecnej praktickej medicíne si vyžaduje starostlivý a obozretný prístup.** Takže vás podporujem v práci, ktorú odvádzate, aby usmernenia, na ktorých pracujete, boli starostlivé a obozretné.

Želám vám veľa šťastia, dúfam, že dnešné stretnutie bude skvelé a teším sa, že spolu s kolegami navštívim Bratislavu a zistím, ako pokračuje vaša práca.

Prajem vám všetko dobré.

## Profesor Michael Kidd, past prezident Wonca World

dekan Fakulty medicíny, ošetrovateľstva a zdravotných vied Flinders University, Adelaide, Austrália.

AM, F.A.H.M.S., M.B.B.S. (Hons), (Melbourne), M.D. (Monash), D.C.C.H. (Flinders), Dip.R.A.C.O.G., F.R.A.C.G.P., F.A.C.H.I., F.A.C.N.E.M. (Honorary), F.R.C.G.P. (Honorary) United Kingdom, F.R.N.Z.C.C.G.P. (Honorary) New Zealand, F.A.F.P.M. (Honorary) (Malaysia), F.H.K.C.F.P. (Honorary) (Hong Kong), F.C.G.P.S.L. (Honorary) Sri Lanka, F.S.S.G.P. (Honorary) Slovakia, M.A.I.C.D.

## Ponuka kontroly povinného resuscitačného vybavenia ambulancie

Spoločnosť MEDIC HELPS spol. s r.o., zabezpečuje poradenskú službu ohľadom resuscitačných pomôcok a kontrolu povinného resuscitačného vybavenia ambulancie (v zmysle výnosu Ministerstva zdravotníctva SR č.09812/2008-OL o minimálnych požiadavkách na personálne a materiálne – technické vybavenie jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení v znení neskorších zmien - časť I., bod 7,8).

### Ponuka pozostáva z:

- kontroly funkčnosti a expirácie pomôcok na resuscitáciu,
- kontroly funkčnosti kyslíkovej fľaše, zabezpečenie plnenia a tlakovej skúšky,
- poradenskej činnosti v oblasti nových pomôcok a správneho použitia resuscitačných pomôcok,
- možnosti vyskúšania pomôcok na resuscitačnej figuríne priamo v ambulancii,
- predaja resuscitačných pomôcok (setov) a defibrilátorov,
- zaškolenie na rôzne druhy automatických externých defibrilátorov.

### Poradenská služba a prihlasovanie na kontroly ambulancií:

e-mail: [obchod@medichelps.com](mailto:obchod@medichelps.com) alebo telefonicky +421 907 125 699



## Nové kritériá skutočnej efektivity v PZS (ZAP a SSVPL 2017) Zmena filozofie „Náklady na pacienta, nie na lekára!“

Ide o to, aby bol všeobecný lekár (VLD) motivovaný k zníženiu celkových nákladov v systéme, čo predstavuje úsporu verejných zdrojov a nie iba svojich vlastných nákladov, čo môže na inom mieste systému indukovať vynaloženie oveľa vyšších nákladov ZP.

**Dnes sa miňa veľa peňazí a napriek tomu sú ľudia veľmi chorí.** Príčinou tohto stavu sú dnešné kritériá efektivity zamerané na simplexné znižovanie spotreby liekov a diagnostických laboratórnych, prístrojových a pomocných vyšetrení (tzv. „SVALZ-ov“), ktoré sa vyhodnocujú na jednotlivých ambulantných lekárov, ktorí sú tak nútení obmedzovať zdravotnú starostlivosť na úkor zdravia pacientov a spolu s administratívnym obmedzením kompetencií to indukujú zbytočné návštevy pacientov na iných miestach systému (špecialisti, APS, CP, hospitalizácie...).

**Namiesto súčasných simplexných kritérií navrhujeme zaviesť pre primárnu zdravotnú starostlivosť (PZS) nasledujúce kritériá efektivity ako štandard pre všetky zdravotné poisťovne (ZP):**

**I. Počet návštev pacienta v systéme za jeden rok (kritérium OECD).**

Čím menej tým vyššie ohodnotenie. Zníženie návštev z dnešných 11 na 6 ako je priemer v krajinách OECD, prinesie značné finančné úspory, ale aj skompenzovanie dnešných nedostatočných kapacít systému riešiť indikovanú starostlivosť o pacientov.

**II. S tým súvisí využívanie ako spätnej väzby pre ohraničenie nákladov, počítanie KEF celkových nákladov systému na pacienta a nie ich rozpočítavanie na jednotlivých lekárov.** Teda hodnotenie lekára podľa celkových vynaložených nákladov systému na jeho pacientov k priemeru nákladov v systéme korigovaný indexom rizikovosti nákladov rôznych skupín pacientov. Možno stanoviť rozdielne priemerné náklady v skupinách pacientov podľa veku, pohlavia, diagnóz, geografických faktorov a sociálneho statusu pacientov. Čím nižšie náklady na pacienta v systéme oproti priemeru dosiahne lekár, tým vyššie ohodnotenie a naopak.

**III. Preventívne prehliadky** – čím viac vykonanej prevencie tým vyššie ohodnotenie. V rámci preventívnych prehliadok podporujeme osobitné ohodnotenie očkovania a skríningu kolorektálneho karcinómu a žiadame zaviesť aj osobitné ohodnotenie manažmentu mamografického a gynekologického skríningu z ambulancií VLD.

**Ten, kto robí dobre prevenciu ušetrí zdroje pre každého v systéme. Zvýšenie úrovne zdravia v populácii zníži finančnú spotrebu nášho zdravotného systému.**

Z bodov I, II, III navrhujeme do zmlúv výpočet dodatkovej kapitácie (DK) ako je uvedené nižšie. Je to tak jednoduché, že sa to dá aplikovať do zmlúv okamžite.

**IV. Počet domácich návštev** – domáce návštevy presúvajú starostlivosť z nemocníc a iných zdravotníckych zariadení do domáceho prostredia a výrazne šetrí zdroje. Čím viac domácich návštev vykoná VLD u svojich pacientov tým vyššie ohodnotenie.

**V. Prístrojové vyšetrenia vrátane POCT vyšetrení** ako EKG, ABI, USG, CRP, INR, Glykovaný Hb atď. ušetria mnohé drahé prístrojové a laboratórne výkony u špecialistov a v kamenných laboratóriách v neskorších štádiách ochorení, prispievajú k správnej včasnej diagnostike a spresňujú liečbu a sú dôležité pre bezpečnosť pacientov. Čím viac vykonaných POCT vyšetrení v ambulancii tým vyššie ohodnotenie.

**VI. Podpora zavádzania nových kompetencií pre VLD.** Osvedčuje sa osobitné uhrádzanie predoperačných vyšetrení a rozširovanie kompetencií VLD v starostlivosti o pacientov s chronickými neprenosnými ochoreniami.

Opatrenia I. - VI. majú veľký potenciál viazať pacientov v primárnej

zdravotnej starostlivosti a udržiavať ich v dobrom zdraví. PZS je ten najefektívnejší segment zdravotného systému pre uskutočňovanie podpory zdravia, prevencie, včasnej diagnostiky a včasnej liečby. Je to priestor, kde sa majú pohybovať nekomplikovaní a stabilizovaní pacienti a majú tu byť diagnostikovaní a liečení včas, komplexne a v súvislostiach. A potom je tu aj miesto pre najťažších multimorbídnych imobilných pacientov, ktorým je umožnené mať najvyššiu mysliteľnú kvalitu života vtedy, keď im poskytuje komplexnú zdravotnú starostlivosť VLD v komunite v ich vlastnom domácom prostredí.

Týchto šesť opatrení považujeme za zásadné pre zvýšenie efektivity celého zdravotného systému. Zvýšenie efektivity zdravotníctva umožní zdravotným poisťovňam **dodržiavanie zákona 577/2004 Z.z. o plnej úhrade zdravotnej starostlivosti zo zdrojov verejného zdravotného poistenia** bez nutnosti dofinancovania cestou solidárnych ambulantných poplatkov od pacientov.

**Efektívne fungujúca primárna zdravotná starostlivosť (PZS) je podstatným ekonomickým prínosom pre všetkých poskytovateľov aj pacientov!**

**Už včera bolo neskoro?!**

**„Efektivita dnes znamená presun starostlivosti o chronických pacientov do ambulancií všeobecných praktikov. Prioritným cieľom musí byť preto zvýšenie kompetencií VLD“**

**Zo stanoviska výboru SSVPL:**

„V rámci ekonomických regulácií sme identifikovali dva, dnes veľmi nepriaznivo nastavené faktory, ktorých náprava by mohla viesť k výraznému zefektívneniu využitia dnešných finančných prostriedkov. Jedná sa o tieto dva mechanizmy:

- 1. Zníženie počtu návštev pacientov za rok v systéme z dnešných 11 na 6 ako je priemer v krajinách OECD**
- 2. Zvýšenie strednej dĺžky života bez choroby z 54 rokov v SR na priemer tohto ukazovateľa v EÚ, ktorý je 65 rokov.**

**Keď sa VLD pridajú kompetencie, zvýšia sa o niečo náklady u VLD ale podstatne klesnú celkové náklady na pacienta v systéme uvedenými dvoma mechanizmami (viď obrázok-graf „náklady na pacienta nie na lekára“). Kompetentný segment VLD (PZS) je základný ekonomický regulátor systému a tento jav sa ozrejmi hneď ako sa začnú vyhodnocovať celkové náklady na pacienta v systéme a nie na jednotlivých lekárov.**

Kedy keď nie hneď teraz (ozdravný plán VŠZP...) je potrebné začať efektívne využívať zdroje verejného zdravotného poistenia? V záujme pacientov aj poskytovateľov trváme na „zмене filozofie“ a predložených požiadavkách. Apelujeme na všetkých zodpovedných aby sa začali vážne zaoberať návrhmi, ktoré odborná lekárska verejnosť na riešenie dnešnej kritickej situácie vo financovaní zdravotníctva opakovane predkladá.

V Bratislave, 3.7.2017

Za výbor SSVPL

MUDr. Peter Makara, prezident,

MUDr. Michaela Macháčová, viceprezidentka,

MUDr. Peter Lipták riaditeľ sekretariátu, MUDr. Karol Herda,

MUDr. Soňa Ostrovská

# náklady na pacienta, nie na lekára

## do ambulancií špecialistov iba ¼ dnešných pacientov



Zvýšenie kompetencií VLD vedie k malému zvýšeniu nákladov VLD, ale k podstatnému zníženiu nákladov systému na pacienta. Vyššie náklady u VLD = zníženie celkových nákladov, zvýšenie efektivity (prerozdelenie starostlivosti medzi VLD, špecialistov a nemocnice, zníženie celkového počtu návštev a zvýšenie ceny práce ambulantných lekárov).

**Úspora 3/4 indukovaných nákladov v ambulanciách špecialistov znamená, že novým nastavením zdravotného systému sa nám podarí ušetriť na dnes nadmernej liečbe a diagnostike. Toto bude jedna z horúcich tém na konferencii EQUIP na jar v Bratislave (overdiagnosis and overtreatment).**

### Dodatková kapitácia (DK)

„Dodatková kapitácia“ je paušálna mesačná úhrada poskytovateľovi vypočítaná individuálne podľa jeho efektivity, ktorá zohľadňuje celkové „náklady na pacienta“.

Postup výpočtu:

- Poistovňa z údajov svojho informačného systému zistí údaje uvedené v **Tabulke 1**, označenej ako „Parametre pre výpočet dodatkovej kapitácie“.
- Poistovňa použije pre zistenie a výpočet hodnoty každého parametra uvedeného v **Tabulke 1**, údaje za dva po sebe nasledujúce kalendárne štvrťroky, z ktorých posledný kalendárny štvrťrok bezprostredne predchádza tomu kalendárnemu štvrťroku, v ktorom sa vykonáva výpočet.
- Poistovňa zistí a vyhodnotí samostatne každý z parametrov uvedených v **Tabulke 1**, týmto spôsobom:
  - zistí každý z parametrov  $I_1 - I_4$  za všetkých poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, ktorí poskytujú ambulatnú zdravotnú starostlivosť v rovnakom špecializačnom odbore ako Poskytovateľ;
  - zradí hodnoty týchto parametrov zistené za všetkých poskytovateľov zdravotnej starostlivosti vzostupne;
  - neprihliada na hodnoty parametrov tých poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, ktorí v poradí podľa písm. b. dosiahli 20 % najnižších hodnôt a 20 % najvyšších hodnôt;

d. z hodnôt parametrov zistených u poskytovateľov zdravotnej starostlivosti s výnimkou tých, na ktorých hodnoty parametrov neprihliada podľa písm. c., vypočíta strednú hodnotu (priemer) a hodnotu štandardnej odchýlky.

- Poistovňa vypočíta koeficient efektivity Poskytovateľa (ďalej aj „KEF“) podľa vzorca:

$$KEF = h_1 \times v_1 + h_2 \times v_2 + h_3 \times v_3 + h_4 \times v_4$$

kde  $h_1$  až  $h_4$  je hodnota príslušného parametra uvedená v **Tabulke 2**. Pre výpočet použijeme číselný formát percenta kde 100%= 1,0. Pričom použijeme hodnotu uvedenú v tabulke v stĺpci „v pásme“, ak hodnota príslušného parametra  $I$  dosiahnutého Poskytovateľom sa nachádza v pásme definovanom ako stredná hodnota parametra  $I$  +- štandardná odchýlka (podľa bodu 3. písm. d.), alebo „pod pásmom“, alebo „nad pásmom“, ak sa príslušná hodnota poskytovateľa nachádza pod alebo nad takto definovaným pásmom.

Čísla  $v_1$  až  $v_4$  znamenajú váhu príslušného parametra uvedenú v **Tabulke 2**.

- Výška Dodatkovej kapitácie(DK) sa vypočíta ako násobok základu pre výpočet Dodatkovej kapitácie uvedeného v Cenníku(ZH) a KEF:

$$DK = ZH \times KEF$$

(Dodatková kapitácia sa zaokrúhli matematicky na dve desatinné miesta)

**Tabuľka 1.: Parametre pre výpočet Dodatkovej kapitácie**

Názov parametra	Určenie hodnoty parametra
(11) Priemerný počet ošetrovaných poistencov za kalendárny mesiac	= počet poistencov, ktorým Poskytovateľ poskytol zdravotnú starostlivosť / počet Kapitovaných poistencov
(12) Priemerná hodnota celkových nákladov na poistenca do dovŕšenia 60. roku života	= celkové náklady na všetkých poistencov daného lekára do dovŕšenia 60. roku života(*) k poslednému dňu hodnoteného obdobia v celom zdravotnom systéme/ počet Kapitovaných poistencov (*) nezahŕňajú sa náklady na liečbu 1% najdrahších pacientov ak majú Cystickú fibrózu, HIV/AIDS, renálne zlyhanie na dialýze, liečbu rastovým hormónom, reumatoidnú chorobu liečenú inhibítormi TNF, malignity, alebo inú „orphan“ diagnózu.
(13) Priemerná hodnota celkových nákladov na poistenca od dovŕšenia 60. roku života	= celkové náklady na všetkých poistencov daného lekára od dovŕšenia 60. roku života(*) k poslednému dňu hodnoteného obdobia v celom zdravotnom systéme/ počet Kapitovaných poistencov (*) nezahŕňajú sa náklady na liečbu 1% najdrahších pacientov ak majú Cystickú fibrózu, HIV/AIDS, renálne zlyhanie na dialýze, liečbu rastovým hormónom, reumatoidnú chorobu liečenú inhibítormi TNF, malignity, alebo inú „orphan“ diagnózu.
(14) Preventívne prehliadky	= počet Kapitovaných poistencov s vykonanou preventívnou prehliadkou / počet Kapitovaných poistencov

**Tabuľka 2.: Váhy a pásma pre jednotlivé parametre**

Názov parametra	$h_n$			$V_n$
	pod pásmom	v pásme	nad pásmom	
(11) Priemerný počet ošetrovaných poistencov za kalendárny mesiac	150%(1,5)	100 % (1,0)	0 % (0,0)	$V1 = 25 \%(0,25)$
(12) Celkové náklady na pacienta do 60 rokov	150%(1,5)	100 % (1,0)	0 % (0,0)	$V2 = 25 \%(0,25)$
(13) Celkové náklady na pacienta nad 60 rokov	150% (1,5)	100 % (1,0)	0 % (0,0)	$v3 = 25 \%(0,25)$
(14) Preventívne prehliadky	0 % (0,0)	100 % (1,0)	150 % (1,5)	$V4 = 25 \%(0,25)$

**Základná hodnota (ZH) uvedená v cenníku v zmluve:**

Základ pre výpočet Dodatkovej kapitácie	Základná hodnota (ZH) v €
<b>VLD</b>	<b>0,50</b>

*MUDr. Peter Lipták*

Ďalšie podrobnosti v publikáciách WONCA, WHO, EFPC a EK:

1. Prínos všeobecného praktického lekárstva pre zlepšovanie zdravotných systémov (prof. Michael Kidd) <http://www.vpl.sk/files/file/vzdelavanie/Pri-nos%20vpl%20KIDD%20o.pdf>
2. Panel expertov EK pre účinné spôsoby investovania do zdravia (prof. Jan De Maeseneer) [http://www.vpl.sk/files/file/uvodna/004\\_definiti-onprimarycare\\_sk.pdf](http://www.vpl.sk/files/file/uvodna/004_definiti-onprimarycare_sk.pdf)



NOVINY ZO SLOVENSKEJ SPOLOČNOSTI VŠEOBECNÉHO PRAKTICKÉHO LEKÁRSTVA SSVPL 1/2017

## Všeobecný praktik

**Všeobecné praktické lekárstvo –  
na pacienta zameraná zdravotná  
starostlivosť!**

**Tohtoročná XXXVIII. Výročná konferencia  
SSVPL sa uskutoční 12. – 14. októbra  
v Starom Smokovci.  
Všetkých všeobecných praktikov srdečne  
požívame!**

## Deväťdesiatročný všeobecný lekár Karol Mika: Kým dá Pán Boh, budem pracovať

Jana Čunderlíková, Aktuality.sk

Po nežnej revolúcii ho chceli za ministra. Zrazu mal tolko poradcov, že by sa do Bratislavy nezmestili. Na vysokú školu nastúpil štyri roky po skončení druhej svetovej vojny. Všeobecné lekárstvo nebola jeho voľba, napriek tomu mu ostáva dlhé rokov verný. Karol Mika (90) ešte aj dnes, deň čo deň, zamieri do svojej ordinácie, aby pomáhal pacientom. Robí tak už od roku 1956. Slovičko neviem nemal v medicíne rád, a tak veľa študoval. „Čím viac človek z medicíny vie, tým viac si uvedomuje, koľko toho ešte nevieme,“ hovorí dlhoročný všeobecný lekár, ktorý celý profesionálny život strávil v Banskej Bystrici. Je autorom viacerých kníh o fytoterapii (liečba pomocou rastlín), beletrie, rozhlasovej hry aj zdravotníckych amatérskych filmov.

**Aké bolo detstvo na Starých Horách?** Nebol som tam dlho, mal som asi tri roky, keď odtiaľ rodičia odišli. Otec bol notár, kedykoľvek mu nadriadení povedali, musel naklusať na obvod hocikde inde v republike. Takže my sme chodili ako komedianti z mesta do mesta. Väčšinu detstva som prežil na Baďane, pod Sítnom. To bola nádhera, pod lesom, predtým na tom mieste býval horár. Potom aj na Prenčove.

**Ako si spomínate na obdobie druhej svetovej vojny?** Okolité krajiny mali biedu a my pomerne na to, že nám do Maďarska odpadol najbohatší juh, tak tu nebol nedostatok. Na druhej strane, našich občanov vyvážali do koncentrákov, to bola hanebná nezákonnosť.

**Prečo ste sa rozhodli pre medicínu?** V roku 1949 som nastúpil na vysokú školu. Mal som dve veľké lásky a to bola medicína a výtvarné umenie. Povedal som si, že ako akademický maliar nemôžem liečiť, ale ako lekár môžem maľovať. Tak som si vybral medicínu, ale žiaľ ku štetcu som sa dostal len veľmi zriedka. Myslím si, že zdravotníci sú jediní, na koho sa nevzťahuje ochrana zdravia pri práci. Podľa predpisov by sme mali mať po nočnej službe náhradné voľno, ale len ak to „prevádzkové pomery dovoľia“. Za celú moju prax som si toto ani raz nemohol uplatniť. Pracovali ste v sobotu aj v nedeľu a v pondelok ste zase museli nastúpiť do práce.

**Napriek tomu stále pracujete.** Nočné služby boli jediná vynútená obeť v mojom povolaní. Ale poviem vám, pokiaľ som mal po nočnej službe dennú, vždy som sa modlil, Pane Bože daj, aby som neprehliadol nejakú dôležitú vec. Po nevypatej noci to človeku nemyslí, tak ako by malo.

**Kde ste začínali po vysokej škole?** V tom čase lekárom pridelovali miesta. Ja som bol z Banskej Bystrice, tak ma pridelili sem, do Krajského ústavu národného zdravia. Tu som musel povymetať všetky kúty. A to je správne, lekár má mať prax zo všetkých odborov. Potom som odišiel na vojenskú základnú službu do Hradca Králové, odtiaľ ma po 56 dňoch preložili už na obvod.

Pôvodne som poškúľoval po iných odboroch, nie po všeobecnom lekárstve, ale vtedy to fungovalo tak, že „Chceš robiť neurológiu? Nie, my máme voľné ORL“. Takže žiadne vyberanie, lekár musel ísť robiť aj to, k čomu nemal vzťah.

**Aký odbor by ste si vybrali vy?** Chcel som robiť neurológa, alebo psychiatra. No ale, pri tom všeobecnom lekárstve robíte aj neurológa aj psychiatra (úsmev).

**Na obvod ste sa dostali opäť do Bystrice?** Áno, pridelil mi staré mesto. Ja som to volal generalita, strana a vláda. Bývali tam väčšinou papaláši. Prišiel som raz k pacientke, manželke tajomníka okresného výboru strany. Vstúpim do predsiene, tam busta Lenina, Stalina, no ako na strelnici.



Prejdem do jedálne a tam veľká októbrová revolúcia po stenách. Zišiel som za pacientkou do spálne a tam po stenách všetci svätci a kríž. Hovorím si, tak takito ste vy komunisti (smiech).

**Celý život ordinujete v tom istom meste?** Áno. A ako sa stavalo nové sídlisko, tak všetko, čo vybudovali, som dostal automaticky do obvodu. Robil som aj 12 hodín denne. Sestričku som poslal domov. Keďže som mal stále veľa pacientov, ostal som, kým bolo treba. Platili mi mizerne, len za predpísaných osem hodín práce.

Roky, každý mesiac, ma volali na krajský národný výbor, že prekračujem limity. To bola ukrutná nespravodlivosť. Keď namiesto 30 pacientov, ošetríte 70 a viac, tak sa samozrejme nezmestíte do sumy predpísaných nákladov.

Napokon som týmto zástupcom moci povedal: „Toto si zapamätajte – závidím každému jednému lekárovi, ktorý pracuje aj kdesi v Ugande, ktorý nemusí pozerieť na pacienta cez tie vaše prekliatie, odporné peniaze. Zaslúžil by som si aspoň raz poďakovanie, že som robil navyše, no vy ma za to ešte bohapuste trestáte.“ Všetci zmĺkli, od tých čias ma už na výbor nevolali.

**Robil vám režim problémy?** Klamal by som, keby som povedal nie. Ani jednu z mojich dcér som nenahováral na medicínu, ale zistil som, že naše deti nerobia to, čo im kážeme, ale čo máme radi my. Videli, že otec príde uťahany, ale má tu prácu rád.

Hovoril som im, ste šikovné, ale je veľa ľahších povolaní v živote. Predstavoval som si ich v situáciách, v akých som sa ocital ja, vo fujavici, v búrke, keď šofér zastal a musel som ísť na kopce pešo a sám. Toto by som im neprial. Keď prišlo na lámanie chleba, všetky tri si vyvolili medicínu.

Avšak za socializmu lekár nemal právo, v mojom prípade určite, dať svoje dieťa na medicínu. Pri všetkých troch som s tým mal problém. Najstaršiu dcéru štyri roky neprijali na školu, vyštudovala teda pôrodnú asistenciu. Nakoniec sa predsa len, veľkou okľukou, dostala na toto štúdium. Bol to zázrak. Prijali ju do Bukurešti, kde otvárali desať miest pre Čechov a Slovákov.

To je tá Božia spravodlivosť. Nedovolili mi, aby som ju študoval na moje náklady tu, takto išla do Bukurešti so štátnym štipendiom. Keď sa o tom dozvedeli tunajší komunisti, div ich zrádnik nevychytil, ale nemohli už nič robiť.

**Bolo náročnejšie medicínu robiť vo vašich začiatkoch, alebo teraz?** Vždy záležalo od vzťahu pacienta a lekára. Aby lekár mal cit voči pacientovi a zase, aby pacient videl v lekárovi toho, kto mu chce pomáhať.

A po medicínskej stránke, aj v stredoveku lekári mohli úspešne liečiť na tej úrovni medicíny, ktorá bola. Napríklad dnes vieme zabrániť tisícim úmrtím na chrípku, pokiaľ sa nenájde záškodník, ktorý začne v národe rozširovať fámu, že na očkovanie chcú firmy len zarábať a pacienti na to zomierajú. Naklamú a ľudia sa nedajú očkovať.

Mám pacienta, ktorý má po chrípke zápal srdcového svalu, takže dnes žije len na umelom elektrickom zariadení a čaká kedy niekto zomrie, aby

mu transplantovali srdce. Matka dvoch detí zomrela na chrípku, nedala sa očkovať, pretože počula nejakého inžiniera hlásať, že je to veľmi nebezpečné. Ostali po nej dve deti.

**Sú dnes pacienti tvrdohlavejší?** Áno. Niektorí fanaticky odolní proti zdravému rozumu.

**Bojujete s tým aj vy, že pacient príde s našudovanými informáciami z internetu, už s diagnózou?** Veru prídu. Ja im len poviem, že ak sa budú liečiť podľa tohto, tak na to môžu veľmi škaredo doplatiť. Na internete sa totiž na jednu overenú vec musíte prehrýzť desiatkami neprávd a poloprávd.

**Platilo v minulosti, že čo povedal lekár, tomu pacient veril?** Určite v mnohých prípadoch áno, ale našli sa mnohí, čo verili nepodloženým tvrdeniam. Istý druh človeka si vždy musí hľadať nejaké povery. Vy si to už asi nebudete pamätať, nosili sa magnetické náramky – to bolo na vysoký tlak, proti skleróze, jednoducho proti všetkému, len proti ľudskej hlúposti nie. Potom prišlo mľaganie oleja. Človek mal mlskať v ústach olej a potom ho vypluť a zahrabať minimálne 25 centimetrov do zeme, pretože je to vraj plné bacilov. Hektolitre oleja išlo navničo.

Ľudia si vždy musia nájsť nejakú sprostosť a proti tejto sprostosti je ťažší boj, ako proti sedemhlavému drakovi.

**Odhladnúc od týchto nezmyslov, utkvel vám za tie roky v pamäti nejaký prípad pacienta?** Do ambulancie mi volala pani, že jej syn

doma vracia, bolí ho pod pravým rebrovým oblúkom. Podľa jej objektívnych údajov som dedukoval zápal netypicky uloženého slepého čreva.

V žiadnom prípade som sa od takých pacientov nemohol vybrať na byt chorého. Poslal som ju okamžite do nemocnice s tým, že syn má

zápal slepého čreva, ktoré nie je tam, kde by malo byť, ale ukryté pod pečenu. Hovorím jej, nepovedzte im, že som vám to povedal cez telefón, lebo by to vopred zavrhl.

Za tri týždne za mňou prišiel študent, taký bledý bol a doniesol mi kvety. Ja som ho nepoznal, nevedel som za čo to je. Bol to ten, ktorého som poslal do nemocnice, kde mu povedali, že slepé črevo bolo už na prasknutie. Prišiel sa mi poďakovať. To bol taký krásny happy end, bol som dojatý. Aj preto sa oplatí robiť medicínu.

**Čo je to pekné na praktickom lekárstve?** Medicínske vedomosti sú dnes tak obsiahle, že to ich ľudský mozog neobsiahne, čiže medicínu treba rozdeliť. Ale musí tu byť aj niekto, kto to všetko stmeluje. A to je aj všeobecný lekár, ktorý musí mať krk ako sova: čiže musí vedieť čo je vpredu, na bokoch aj vzadu, musí mať prehľad.

**Je všeobecne známe, že nám chýbajú všeobecní lekári, súčasní starnú a mladí neprichádzajú. Ako sa na to pozeráte?** Nie je to pre nich dosť atraktívne. Ja keď som bol mladý, bol som zvedavý, čo budem robiť, ale dnes sa väčšina pýta, koľko dostanem. Keď som začínal na obvod, mal som menší plat ako sestrička.

**Čo Vás drží ešte stále v ambulancii?** Keby to bolo kvôli nejakému zisku, tak by som to pri tých odvodoch a poplatkoch daniach, ktoré dnes máme, nerobil.

Stane sa mi, že päť, šesť mesiacov mám menší príjem ako výdaje, doplácam to z dôchodku.

Ktorý blázon by robil preto, aby musel doplacať? Keby ma tu nedržala láska k práci a k tým, pre ktorých robím, ušiel by som odtiaľto.

A ešte k tomu, ja aj dnes musím robiť pohotovostnú službu. Vo Švajčiarsku a Anglicku a vo všetkých kultúrnych štátoch je to zariadené, že nočné a sviatočné nadčasy robia tí, ktorí chcú a môžu. Žiadne, že musíš zo zákona, veď to je proti morálke, aby človek musel robiť, to čo nevláda.

**Pri vašich dlhoročných skúsenostiach, nikdy vás nelámali na ministerské kreslo?** Ale áno. Mal som byť prvý minister zdravotníctva po

nežnej revolúcií. Prišli za mnou z Bratislavy na hrdom aute, na nový rok. Nevieť, ako na mňa prišli, ale vraj sa jednoznačne uzhodli, dodnes neviem kto. Povedal som im, že si to nesmierne vážim, že je to dôležitá funkcia, ale ja nie som ten vhodný na túto dôležitú činnosť. Nemám výčitky svedomia, že som to nezobral, ale predstavte si, koľko nepriateľov som si preto urobil. Keď sa to kolegovia dozvedeli, pýtali sa, prečo som to nevzal, že by mi robili poradcov. Toľko poradcov by som len z Bystrice mal, že by sa ani do Bratislavy nezместili (smiech).

**Ktorý z ministrov podľa vás urobil najviac?** Minister nemá absolútnu moc. Keď chce niečo presadiť, musí o to bojovať. Neposudzoval by som to. Ale ak sa nejaký minister oháňa zákonmi, čo ten lekár musí robiť, ináč mu vezmeme povolenie na prácu, tak to sú tí najhorší, ktorí môžu byť na vedúcim mieste. Pretože takto sa s ľuďmi nejedná.

**Čo vás okrem tých nariadených pohotovostných služieb v praxi ešte trápi?** Administratíva. Keď dostanem niečo zo štatistického úradu, tak mám pokazenú náladu. Viete, aké nezmysly od človeka chcú? Kód mesta, ktorý mi nikto nevedel povedať. Ani sám primátor. A s takýmito sprostosťami musíte zabíjať čas. Každý, kto sa pričiňuje o to, aby nás bezdôvodne ukracoval o drahocenné minúty a hodiny, kradne ich pacientovi. Veď ak mám čas, preštudujem si niečo, čo mu môže pomôcť.

**Ako prišlo k tomu, že ste sa začali zaoberať fytoterapiou?** Keď som ako malé dieťa bol s rodičmi v prírode, pýtal som sa ich nielen: Čo to je?

ale aj: Na čo to je? Veľmi ma to zaujímalo, siahal som po dostupnej literatúre, doslova som to hltal. Zoberte si, že ešte tu neboli ani lekári a už tu boli lieky v podobe bylín. Keď som mal 14 rokov, ležal som v nemocnici a na izbe. Lekár hovoril druhému pacientovi: Vy máte zriedkavú chorobu.

Vymernoval príznaky a ja som sa do

toho zamiešal. Povedal som, že je to choroba nadobličiek s nedostatočnou činnosťou. Doktor sa na mňa pozrel: „A ty to odkiaľ vieš?“ Čítal som to. Mne to bolo samozrejmé, že spájam určité možnosti. Nerobil som to s tým, že sa to musím naučiť, mňa to jednoducho bavilo.

**Áké rastliny a na čo by ste nám odporučili?** Pri psychosomatických chorobách dajme tomu medovka, alebo ak nemôžete spať, tak chmeľové šišťice. Cesnak je anitiparazitický, spazmolitický, anitimikrobiálny, antimikotický, anitisklerotický a ešte má aj ďalšie vynikajúce vlastnosti.

Napríklad pri príhlave radšej ako výluh skonzujete celú biomasu. Urobte si príhlavový prívarok, pretože ak zjete celú biomasu, je to ohromný liek, napríklad na krvinky. Zjedzte medovku, tak že si ju pokrájajte a dáte do šalátu. Dajte si kôprovú vňať do rezancov s tvarohom.

**Prädokladám, že sú bežnou súčasťou vašej stravy. To áno.**

**Zájdete si ich nazbierať aj do prírody?** Na to nemám čas. Mám ale záhradku pri dome.

**Ako relaxujete?** Ako oddychuje srdce? Je to kratučká pauza v diastole, len tá chvíľa a srdcu to stačí. Keď máte to, čo milujete ako svoje povolanie, je to požehnanie Božie. Pocit, že ste niekomu pomohli, poslúžili, aspoň trochu poradili, vedieť, že to čo robíte, má veľmi pozitívny dosah.

**Plánujete ísť do dôchodku?** Už som dávno v ňom. Ale kým mi Pán Boh dáva tú milosť, že vládzem a viem, je pre mňa privilégium, že môžem robiť.

Zdroj: [Aktuality.sk/](https://www.aktuality.sk/) Jana Čunderlíková. Foto: [Aktuality.sk/](https://www.aktuality.sk/) Jana Čunderlíková. <https://www.aktuality.sk/clanok/507077/devatdesiatrocnny-lekar-karol-mikaym-da-pan-boh-budem-pracovat/>

## Doplnenie:

Výbor SSVPL udelil MUDr. Karolovi Mikovi Dikantovu cenu za rok 2017 za celoživotný prínos pre slovenských všeobecných lekárov a dňa 19.09.2017 bol MUDr. Karol Mika z Banskej Bystrice uvedený do Dvorany slávy SLS.

(pl)

# Pozvánka do Bardejova

Vážené a milé kolegyně a kolegovia!

V mene Slovenskej spoločnosti všeobecného praktického lekárstva (SSVPL) a Slovenskej spoločnosti praktickej obezitológie (SSPO) Vás chceme co najsrdečnejšie pozvať na 5. ročník podujatia „Dni praktickej obezitológie a metabolického syndrómu“ ktorý sa uskutoční v priestoroch kongresového hotela Alexander v Bardejovských Kúpeľoch v dňoch 21. 06. – 22. 06. 2018.

Podujatie budeme znovu organizovať spoločne so Slovenskou komorou sestier a pôrodných asistentiek (SKSaPA). Považujeme za veľmi dôležité súčasné vzdelávanie lekárov a zdravotných sestier v tejto závažnej problematike.

Znova oslovíme zástupcov jednotlivých vysokých škôl: Vysokej školy zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety Bratislava (VŠZaSP), Lekárskej fakulty Univerzity Komenského v Bratislave (LFUK), Katedry verejného zdravotníctva Fakulty zdravotníctva a sociálnej práce Trnavskej univerzity (FZaSP) a Ústavu verejného zdravotníctva Jesseniovej Lekárskej fakulty Univerzity Komenského v Martine (JLFUK).

Budú prezentovať pohľad vzdelávacích a vedeckých inštitúcií na problematiku obezity a metabolického syndrómu, zameranie na výchovu k zdravému životnému štýlu a vedecké

riešenie tejto problematiky. Na konferencii v sekcii posterov zároveň odznejú aj práce mladých odborníkov a študentov.

V spolupráci s jednotlivými odbornými spoločnosťami sa budeme usilovať pripraviť pre Vás bohatý odborný program, ktorý určite prinesie nové poznatky, ale poslúži aj na prehĺbenie našich vedomostí z oblasti obezitológie.

Podujatie má celoslovenský charakter a znova sa budeme usilovať zabezpečiť významných zahraničných prednášateľov z Českej republiky, Poľska a Ruska aby sme pokračovali v doterajšej už dobrej tradícii, odborného podujatia na výmenu poznatkov z nám blízkych krajín.

Tešíme sa na účasť každého z Vás. Veríme, že krásne prostredie Bardejovských Kúpeľov prispeje počas konferencie nielen k nadobudnutiu odborných poznatkov, ale umožní aj nadviazanie osobných kontaktov, odbornej ako aj ľudskej spolupráce medzi účastníkmi konferencie. Dovidenia v Bardejovských Kúpeľoch!

*doc. MUDr. Mária Belovicová, PhD.*

*MUDr. Peter Makara, MPH.*

## 1. INFORMÁCIA

**Predpokladaný počet kreditov 16**



Slovenská spoločnosť všeobecného praktického lekárstva SSVPL,  
Slovenská spoločnosť praktickej obezitológie SSPO  
a Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek SKSaPa  
Vás pozývajú na

## Dni praktickej obezitológie a metabolického syndrómu

**21. – 22. jún 2018**  
**Hotel Alexander Bardejovské Kúpele**



# 53<sup>rd</sup> EQuIP Assembly Meeting

GP - corner stone  
for health care of high quality



Hosted by  
Slovak Society  
of General Practice



**SHERATON BRATISLAVA HOTEL**  
**23. - 24. MARCH 2018, BRATISLAVA, SLOVAKIA**

## Konferencia organizácie Wonca pre kvalitu v primárnej starostlivosti a bezpečnosť pacientov EQuIP

Konferencia organizácie Wonca pre kvalitu v primárnej starostlivosti a bezpečnosť pacientov EQuIP bude prvýkrát v Bratislave. Pozývame všetkých VLD sa jej zúčastniť. Všetky prednášky budú simultánne tlmočené. Účasť našich VLD na tejto konferencii bude pre posilnenie našej pozície pri rokovaniach s poisťovňami veľmi dôležitá. Na túto konferenciu pozývame aj poisťovne a MZSR a budeme s nimi diskutovať zo silnej po-

zície. Na tejto našej pôde budeme mať silného arbitra v medzinárodne rešpektovanej organizácii a kolegov praktikov uznávaných odborníkov z celej Európy. Nebojme sa a zobudíme sa! Témy budú veľmi aktuálne: Kvalita a efektivita starostlivosti závisí od kvality vzdelávania; Ako môže eHealth priniesť kvalitu a bezpečnosť do všeobecnej praxe; Úlohy GP pri redukcii nadmernej liečby a nadmernej diagnostiky.

[www.equip2018.sk](http://www.equip2018.sk)



Slovenská epidemiologická a vakcinologická spoločnosť SLS organizuje **aktivizačný osvetový projekt**

# TÝŽDEŇ OČKOVANIA PROTI CHRÍPKE

**16. – 20. októbra 2017**



- V médiách bude prebiehať kampaň o začiatku očkovacej sezóny.
- V tom čase môže medializácia vyvolať zvýšený záujem o očkovanie.
- Všeobecným lekárom odporúčame vyčleniť si viac priestoru na komunikáciu s pacientmi a očkovanie v čase mimo ordinačných hodín pre chorých pacientov.

**Svetová zdravotnícka organizácia odporúča očkovať najmä rizikové skupiny:**

- Tehotné ženy
- Staršie osoby nad 59 rokov
- Chronicky chorých pacientov
- Deti vo veku od 6 mesiacov do 5 rokov
- Zdravotníckych pracovníkov

Očkovacie látky hradia v plnej výške všetky zdravotné poisťovne aj pre sezónu 2017 – 2018

Odborná garancia



Slovenská epidemiologická  
a vakcinologická spoločnosť SLS

Partneri projektu



World Health  
Organization  
Country Office in Slovakia  
Kancelária WHO na Slovensku



DŮVERA  
ZDRAVOTNÁ POISŤOVNA



VŠEBOECNÁ  
ZDRAVOTNÁ  
POISŤOVNA

BRATISLAVA

Sponzor projektu

SANOVI PASTEUR

