

Kompetencie všeobecného lekárstva – neverending story?

prof. MUDr. Ján Gajdošík, PhD.

Ambulancia všeobecného lekára pre dospelých, Nové Zámky

Polemika o kompetenciách všeobecných lekárov pre dospelých (VLD) prebieha od vzniku odboru všeobecného lekárstva (VL). Pôvodne vecná diskusia začína byť i medializáciou vnímaná ako konflikt lekárskeho odboru, prebiehajúci za sledovania viac či menej (ne)zúčastnených riadiacich inštitúcií. Prvotne odborný problém hrozí politizáciou so sprievodnými negatívami. Argumenty vychádzajú často z úzkeho pohľadu diskutujúceho, systémový pohľad nahrádza bojovnosť, diskusia sa posúva od „ad rem“ k „ad personam“. Pozabúda sa na vecné jadro – náplň primárnej ambulantnej starostlivosti (PAS), ktorú tvorí zdravotná starostlivosť (ZS) prístupná v mieste bydliska a akceptovaná pacientom, zabezpečujúca spravodlivú distribúciu zdrojov, integrované a koordinované poskytovanie ZS – liečebnej, rehabilitačnej, paliatívnej, preventívnej, posilňujúcej zdravie, racionálne využívanie technológií liekov, služieb špecializovanej ambulantnej starostlivosti (ŠAS), ekonomickú efektívnosť ZS (1).

Koncepcné problémy – uvádzame len tie najpálčivejšie. Spočívajú predovšetkým v ambivalentnom prístupe k riešeniu problematiky PAS. Na jednej strane programové vyhlásenia vlád (2) a hlásaná podpora. Na druhej strane reálny svet poskytovania ZS, legislatívy, metodických opatrení, preskripčných obmedzení, ktoré tento trend popierajú. Efektívne systémy ZS vo vyspelých krajinách EÚ majú potenciál riešiť na úrovni PAS 60 – 70 % zdravotných problémov populácie, v ŠAS 20 – 25 %, v nemocniciach 10 – 15 %, v terciálnej starostlivosti 1 % (3). Sú budované na moderne koncipovanej PAS (mimo adekvátneho počtu zdravotníkov rozšírená o sociálne zložky a poradenstvo, psychologické služby, agentúry domácej starostlivosti), v ktorej VLD preberajú zodpovednosť za zdravotný stav príslušnej časti populácie, klientov, nielen za ich priebežné ochorenia, stávajú sa manažérmi ZS. Podmienkou úspechu je efektívna spolupráca so ŠAS a nemocnicami. Zmenu prístupu si vyžaduje i starnutie populácie, sprievodný nárast chronických chorôb. Problémom je i nerovnomerná geografická distribúcia a starnutie VLD, nedostatok mladších ročníkov. Hrozí ich chýbanie a kolaps PAS, na riziká

poukazujeme už 10 – 15 rokov. Ružová nie je ani budúcnosť – záujem o prácu VLD by podľa nášho zisťovania prejavilo len 8 % študentov V. a VI. ročníka LF UK (4). Nevšimavosť študentov LF k odboru VL podmieňujú limitované možnosti odbornej sebarealizácie, nízka atraktivita odboru. Príčinou je nelepšie ekonomických a organizačných podmienok práce, chýbajúca podpora vybavenia ambulancií, nedostatočná emancipácia odborná a profesijná, okresané kompetencie. Dnešný stav VL je zrkadlom (ne)záujmu spoločnosti, postojov politickej reprezentácie a riadiacich orgánov. Samozrejme i odbor VL si musí položiť otázky akí sme, akí príklad poskytujeme, čo sme dosiahli (5), či využívame možnosti poskytnuté koncepciou a (6) špecializačnou náplňou odboru VL (7). Je až prekvapujúce, že predatestačná príprava vôbec prebieha (skôr vďaka entuziazmu VLD ako podpore), napriek množstvu nedoriešených otázok – organizačných, odborných, ekonomických (neochota zamestnať lekára v príprave na atestáciu z VL v lôžkovom zariadení, ekonomická nemožnosť pre školiteľa zamestnať školencu na vlastné náklady). Požiadavkou dňa sú potom zmeny v edukácii VLD – určiť profil absolventa LF zodpovedajúci koncepcii ZS (orientácia na PAS), zlepšiť informovanosť o systéme ZS, možnostiach odboru VL, ktoré podmieňujú výber špecializácie. Pre špecializačnú prípravu je jednou z možností rezidenčný program (8), samozrejme nie je všeliakom na choroby VL a určite si vyžaduje komplexný prístup. Otvárajú sa i otázky riadenia CME a jeho zamerania. Pre úspech edukácie je určujúca zdravotná politika štátu, finančná a organizačná podpora vzdelávania, školiteľov, lekárov v príprave, akreditácia, atraktivita odboru. Je nevyhnutné si uvedomiť, že ak sa dnes rozhodneme pre zmeny, výsledky vo vzostupe počtu VLD môžeme očakávať zhruba o 10 rokov. Ak sa chceme vyjadriť symbolicky – je 10 minút po dvanástej. Mimoriadne negatívne pociťujeme v PAS to, na čo sa po roku 1990 pozabudlo – edukačné programy pre populáciu v starostlivosti o vlastné zdravie a prípravu na zmeny, ktoré ju očakávajú. Pretrváva paternalistický pohľad občana, predstava neviditeľnej, všeobjímajúcej ruky štátu, ktorá rieši osobné problémy jednotlivca

i globálne spoločnosti, bez nutnosti/možnosti osobného príspevia. Závažnou je zotrvačnosť myslenia populácie, nároková mentalita a spomienkový optimizmus.

Obzvlášť citlivo je vnímaný prístup masmédií k transformácii zdravotníctva, zrejme i následkom nekonceptnej mediálnej politiky, neschopnosťou zdravotníkov zrozumiteľným spôsobom podať problém. Zrejme z nedostatočnej informovanosti o skutočnej situácii, sú prezentované občanovi skôr nedostupné úspechy lekárskej vedy v ekonomicky vzdialených krajinách, navodzujú dojem nedostatočnej odbornosti nášho zdravotníctva. Chýbajú pozitívne informácie poukazujúce na schopnosť našich zdravotníkov dosahovať výsledky porovnateľné s ekonomicky nedostupným zahraničím, napriek neporovnateľne horším podmienkam. Z domácich informácií prevažujú negatívne príklady, zlé skúsenosti jednotlivých pacientov, informácie o reorganizácii lôžkovej sféry vzbudzujúce dojem možného poškodenia pacienta. Vo všeobecnosti sa smerom k zdravotníkom pestuje kultúra obviňovania, hľadania vinníka, dokázanie jeho viny, trestania a zahanbovania aj prostredníctvom médií. Do úzadia sa dostáva poznanie, že 99 % všetkých zlyhaní v zdravotníctve je chybou systému, len 1 % je zlyhaním jednotlivca (9).

Aktuálne problémy práce VLD sú napriek proklamáciám o podpore PAS neustále živé. Negatívnym spôsobom poznamenávajú kvalitu práce VLD, skracujú čas na pacienta, odrážajú sa na vzťahu lekár – pacient. Problémy môžu byť diferentné okrem čo okrem, dané lokalizáciou ambulancie vo väčšom meste či izolovanom regióne s inou dostupnosťou laboratórnych a prístrojových vyšetrovaní, ŠAS, nemocníc. Zlyháva i všeobecná informovanosť o aktuálne platnej (často sa meniacej) legislatíve, negatívne poznamenáva spoluprácu lekárov, vzťah lekár – pacient (nedostatočná informovanosť o výmenných lístkoch). Pokiaľ sa pokúsime o zjednodušujúcu faktografiu práce VLD, objaví sa ich rozsah. Mnohé sú riešiteľné okamžite, bez nárokov na prísun ekonomických prostriedkov, bez nutnosti zásadných systémových zmien, medziodborových konfliktov. Na zvýšenie atraktivity odboru VLD

Via pract., 2014, 11(1): 31–34

postačuje pozitívny a aktívny prístup riacich orgánov, zdravotných poisťovní (ZP), korektná diskusia lekárov o spolupráci s poskytnutím východísk, výchova občana. V zjednodušenej a skrátenej verzii uvádzame niektoré z nich.

Rozsah v praxi (ne)ohodnotených výkonov VLD, ktoré sú už vykonávané v mnohých ambulanciách. Sú odborné zaujímavé pre lekára, dostupnosťou a atraktivnosťou pre pacienta, prinášajú skvalitnenie ZS. V praxi realizované bez úhrady výkonu ZP. Napríklad ambulantly monitoringu tlaku krvi – TK Holter, spirometria, niektoré chirurgické výkony v rozsahu „malej chirurgie“, vyšetrenie CRP a glykémie v aktuálnom čase diagnostiky, starostlivosť o epidémiu diabetu, irigácia ušného mazu. Kľúčovým pre atraktivitu odboru VL je podporiť záujem VLD o ich vykonávanie formou motivačnej bonifikácie ZP ku kapitácii.

Obmedzenia v indikácii laboratórnych, prístrojových vyšetrení pre VLD, medziregionálne rozdiely. Napríklad vyšetrenie TSH pri vylúčení sekundárnej dyslipidémie (10), vyšetrenia mikroalbuminúrie (11) – tento parameter zásadným spôsobom určuje možné kardiovaskulárne riziko pacienta a prístup k liečbe artériovej hypertenzie, vyšetrenie PSA u mužov. Modelovým príkladom môže byť riešenie aktuálnej epidémie DM. Ak má byť starostlivosť o diabetikov efektívna, ponúka sa odborná pomoc VLD (ďalších odborností, ktoré sa stretávajú s problémom – internista, kardiológ, nefrológ). Podmienkou sú kompetencie – ordinovanie glykovaného hemoglobínu, predpis základných antidiabetík. Konsenzuálnym riešením môže byť u pacientov s DM s nekomplikovaným priebehom stanovenie odborného postupu v diagnostike, kritérií kompenzácie, indikátorov kvality, časového limitu pre dosiahnutie cieľových parametrov liečby pacienta liečeného lege artis. Ak ich do určitej doby (pol roka) nedosiahne, je samozrejmosťou konzultácia diabetológa. Podobne sa otvára i otázka polymorbidity pacienta a kompetencií. Stúpajúci počet lekárov rôznych odborností podieľajúcich sa na ZS o pacienta prináša roztrieštenie zodpovednosti, nejasnosti v kompetenciách. Prirodzená je snaha každého lekára informovať občana o svojich zisteniach, názoroch. Veľké percento zdesených chorých nechápe, že každý zdravotník môže mať „vlastnú“ pravdu v rámci postavenia, delegovanej právomoci v systéme ZS. Občasné použitie rozmanitých výrazových prostriedkov lekárskeho žargónu prináša situácie, že pacient vníma mylne a takmer protichodne rovnaké závery rôznych lekárov. Výsledkom je, že sa stráca v komplikovanom systéme, často sa nevie rozhodnúť, koho

pokyny akceptovať. Neodborne určené indikačné a preskripčné obmedzenia sťažujú až znemožňujú integrujúcu úlohu VLD. Nápomocné v riešení môžu byť kvalifikované usmernenia určujúce indikácie vyšetrenia, kompetencie spolupracujúcich lekárov. Odvážnejšou myšlienkou a odborne určite správnejšou je zrušenie obmedzení v dostupnosti vyšetrení pre VLD a prípadná kontrola ich odbornej indikácie. Ak je aktuálny problém kvality ZS, je namieste audit, ktorý určí krízové momenty. Od neho sa odvíjajú korekčné opatrenia, organizačné zmeny, edukácia a podobne.

Preskripčné obmedzenia (PO) nezodpovedajúce odbornému problému a koncepcii PAS. Je takmer zábavou sledovať odbornosť niektorých PO. Napríklad liek, ktorý je preskripčne obmedzený pre VLD a zároveň voľnopredajný, zmeny PO uvádzajúce do predpisovania a výdaja liekov zmätky. Príkladom neodborne aplikovaného PO sú pre riešenie artériovej hypertenzie nevyhnutné prvotníkové (už dlhšie používané) liečivá, napríklad metoprolol s riadeným uvoľňovaním, nebivolol, sartany, urapidil. VLD je prinútený odosielať pacientov, ktorých je odborne schopný doriešiť vo vlastnej kompetencii, k lekárom ŠAS. Tým zvyšuje ich nadbytočnú záťaž konzultáciou, ktorá je formálnym potvrdením možnosti predpisu VLD v určených intervaloch bez opodstatnenosti špecializovaného vyšetrenia. Popritom výkony ŠAS i tak považuje ZP neraz za nadlimitné, nehradené. Nehovoriac o záťaži pacienta, ktorý sa nedostáva v ním očakávanom termíne na vyšetrenie, vinou komplikovane (ne)fungujúceho systému. Obdobným problémom je predpis ortopedickej pomôcky – barla pri fraktúre a prechodnej imobilite pacienta, predpis pomôcky pre inkontinentného pacienta. Sprievodnou známkou obmedzení sú potom „trápne“ otázky pacientov v ambulancii VLD „Pán doktor môžete mi tento liek, pomôcku, predpísať aj Vy?“ (podtón, aký ste vlastne odborník, keď ani nemôžete predpisovať lieky), „Prečo musím ísť zasa od rána čakať len na predpis lieku k špecialistovi?“, „Ako môžem zobrať na vyšetrenie imobilného príbuzného?“ Istým, nie vždy príjemným, rozptýlením je paleta vyjadrení lekárov ŠAS k predpisu liekov preskripčne obmedzených. Diapazón je od korektného (vzájomnú úctu prejavujúceho, ale žiaľ hodne zriedkavého) „dovoľujem si Vás požiadať o predpis preskripčne obmedzených liekov na dobu 6 mesiacov“, až po „zakazujem predpisovať preskripčne obmedzené lieky, povoľujem predpis lieku na môj kód“. Respektíve pri dehospitalizácii na prepúšťacej správe pre imobilného pacienta – text: „neodporúčam/zakazujem predpisovať pomôcky na môj kód“, čím sa pre príbuzných pacienta a ošetrojúceho VLD utvára

neriešiteľná situácia (pri dodržiavaní legislatívy – PO). Negatívna konotácia takto prezentovanej odbornej „nadradenosti“ určite nezbudzuje dôveru v kompetentnosť VLD. Riešením by určite bolo prehodnotenie odbornej odôvodnenosti PO, legislatívne ošetrovanie kompetencií, určenie intervalu kontrol u lekára ŠAS. Možným problémom sú liekové interakcie, nežiaduce účinky liekov (NÚL), duplicity predpisu. Príkladom negatívneho dosahu i dobrého úmyslu (až iatropatogenizácie) je hodnotenie rizika interakcií predpísaných liekov programovým vybavením a písomné poučenie pacientov ZP o riziku novej interakcie (odborne často neodôvodnené). Každý VLD, ktorý už v praxi zažil podobné situácie, vie, ako ťažko je možné vysvetliť pacientovi riziko liekovej interakcie, NÚL. Utrpením je vysvetliť pacientovi nevhodnosť užívania určitého lieku napriek jeho predpisu lekárom ŠAS, ktorý ho považuje za indikovaný z úzkeho pohľadu svojej odbornosti.

Konzultačný a odosielačny systém práce VLD – v publikáciách (16) sme poukázali na množstvo problémov zo všetkých strán – VLD, ŠAS a nemocnice. Nejasnosti sprevádzajú (ne)spoluprácu ako nekonečný príbeh nevraživosti, poznamenávajúci kvalitu ZS a vzbudzujúci nedôveru v zdravotníctvo vôbec. Zo strany VLD je častým negatívom ponímanie konzultácie, ako povinnosti vypísať formálny výmenný lístok, nie snaha poskytnúť informácie, názor na problém. Pacient je často prekvapený, keď mu iný VLD odovzdá epikrízu lege artis, občas sa domáha len nič nehovoriaceho bezobsažného výmenného lístka. Pri konzultáciách vznikajú nejasnosti v kompetenciách jednotlivých odborností, ktoré ochorenia, výkony riešiť v tom-ktorom odbore. Výber/odmietanie pacientov vhodných na konzultáciu niektorými ambulanciami ŠAS je občas odbornou záhadou. Dôsledkom je potom „triediaci“ prístup zdravotných sestier v niektorých užšie špecializovaných ambulanciách a odmietanie pacientov bez vyšetrenia lekárom. S patričným komentárom – „Načo Vás sem vôbec poslal, mal Vás poslať na iné vyšetrenie“. Odmietnutie pacienta bez toho, že by lekár posúdil odôvodnenosť konzília, zrejme nedoceňuje riziko možného poškodenia, je len ťažko možné označiť postupom lege artis. Ďalším príkladom sú lekári ŠAS (často sestry) s „radosťou a patričným komentárom“ prehánajúci pre výmenný lístok v situáciách, kde to legislatíva nevyžaduje. Prekvapením nie je ani lekár ŠAS tvrdiaci, že nepotrebuje ku konzília epikrízu, len výmenný lístok požadovaný ZP. Výsledkom takýchto postojov je dezorientovaný a nespokojný pacient, intenzívne masírovaný rôznymi vyjadreniami médií, politikov, zdôvodňujúcimi meniacu sa legisla-

tívu. Iným negatívom je odborne neodôvodnené odmietnutie hospitalizácie vyjadrením „odoslať na hospitalizáciu môže len odborne príslušný lekár ŠAS“. Toto obmedzenie (regionálne diferentný postup) na povinnosť posúdenia vyjadrenia o vhodnosti hospitalizácie výlučne pre lekára príslušného odboru, je až zlyhaním systému v neprospech pacienta. Spolupráca lekárov sa môže zlepšiť najmä zmenou vo výchove a vzdelávaní, optimálnym využívaním odporúčenia na vyšetrenie a vhodnou stratégiou pre spoluprácu VLD a špecialistov. Určite by bola prínosom interkolegiálna diskusia v regiónoch, metódy zlepšovania kvality ZS. Na jednej strane vyhodnotenie indikácie na hospitalizáciu a konzílium, na druhej strane zhodnotenie prínosu záveru konziliárneho vyšetrenia, hospitalizácie.

Záťaž VLD neodbornými činnosťami – často suplovanie (ne)činnosti rôznych zložiek spoločnosti, najčastejšie sociálneho systému. Napriek deklarovanej snahe o odbúranie nadbytočnej administratívy sa neustále, ako lavína, objavujú nové tlačivá a nové požiadavky zo všetkých strán. VLD sa frustrovaným pacientom snaží pomôcť, a keďže často ide o sociálnu pomoc pre občana, s ktorým žije v dlhodobom tesnom kontakte a nechce nalomiť i tak krehký vzťah vzájomnej dôvery, vychádza pacientovi v ústrety a vyplní tlačivá rôzneho pôvodu, i keď je presvedčený o ich nadbytočnosti/zbytočnosti. Príkladom môže byť potvrdenie, či pacient bol alebo nebol počas určitej doby hospitalizovaný – čo niekedy môže prebehnúť bez informovanosti VLD. Určite riešiteľné zaangažovaním pacienta a väčšou dôverou v jeho konanie, napríklad čestným prehlásením. V prípade občianskeho zlyhania neposkytnutím korektných údajov a po zverejnení obdobných prípadov s možným dosahom, by určite prišlo k upokojeniu situácie a poskytovaniu korektných údajov občanom bez jeho zbytočného preháňania po úradoch, ambulanciách, nemocniciach.

Výkony pre sociálny systém – vystavenie lekárskeho nálezu, výpis zo zdravotnej dokumentácie pre Úrad práce, sociálnych vecí a rodiny, podobne niektoré výkony požadované pre sociálnu poisťovňu. Vyjadrenie VLD o zdravotnom stave pacienta sú často zrejme, odborne korektne podložené. Napriek tomu je požadované potvrdenie nálezu lekárom ŠAS i pri zrejmých zmenách zdravotného stavu. Napríklad doplniť u pacienta s artériovou hypertenziou interné vyšetrenie, i keď je pacient dlhodobo stabilizovaný a vo výlučnej starostlivosti VLD. Podobne u pacienta po amputácii končatiny je potrebné potvrdenie zrejmej straty končatiny chirurgic-

kým nálezom. Samozrejme to spochybňuje odbornosť VLD, navádza dojem, akoby údaje a nález VLD neboli validnou informáciou.

Potvrdenie o pracovnej neschopnosti (PN). Pomerne vysoké percento návštevnosti ambulancií VLD tvoria pacienti s akútnymi vírusovými ochoreniami dýchacích ciest najmä v sezóne ich zvýšeného výskytu. Deje sa to napriek tomu, že veľká časť pacientov už je schopná posúdiť svoj stav a začať liečbu zrejme vírusového ochorenia symptomaticky, vlastným rozhodnutím, prípadne po telefonickej konzultácii. Tým nezaťažuje ambulancie VLD, ani sociálny systém nadbytočným administrovaním krátkodobých prípadov PN. Samozrejmým riešením, ktoré sa ponúka, je legislatívne umožniť občanovi čerpanie do roka niekoľko dní voľna bez potvrdenia lekára, jednorázovo v trvaní do 3 dní. Iným problémom sa stáva odôvodnenosť vystavovania potvrdenia o PN pre nezamestnaných, pôvodne na tlačivách ŠEVT, dnes na rôznych potvrdeniach vydávaných regionálnymi úradmi. Sprievodným problémom sú opakované a „vhodne“ medializované sťažnosti na nadmernú PN nezamestnaných. Popritom (niektorí) zamestnanci úradov často priamo poučajú rôznymi formuláciami občanov o výhodách PN pre nezamestnaného. Určite je vhodné zvážiť, či je vôbec nutné riešiť zdravotné problémy nezamestnaných občanov formou administrovanej PN. Najmä v situácii, keď je táto skutočnosť vnímaná ako forma sociálnej pomoci, či to nie je skôr nadbytočná záťaž ambulancií VLD a suplovanie sociálnej dávky zdravotníctvom, riešiteľná v kompetencii sociálneho systému.

Odbery biologického materiálu – problémom sú odbery slúžiace na odborný postup lekára ŠAS, ním vyžiadané na vykonanie v ambulancií VLD. Z pohľadu odbornosti VLD je možné odbery odmietnuť so slovami: „*Vráťte sa ku kolegovi, ktorý Vám ich indikoval.*“ Ale v skutočnosti celý konfliktný proces, pacientom vnímaný ako lekárom ŠAS „nariadený“ odber na vykonanie u odborne „podriadenej inštancie“, často končí tým, že empatický VLD odbery vykoná. Len preto, aby nevznikol konflikt s dezorientovaným pacientom, ktorého má v dlhodobej starostlivosti, a ktorému nechce ubližovať preháňaním a dokazovaním „svojej odbornej pravdy“ o povinnosti vykonať odbery lekárom ŠAS (ktorý ich potrebuje na postup). Pochopiteľne, tým ďalej „konzervuje“ dlhodobu neudržateľnú záťaž VLD odbermi, ktoré ani nepotrebuje pre vlastnú odbornú činnosť. Treba korektne poznamenať, že sú špecializácie i regióny, kde lekári ŠAS vykonávajú bez problémov potrebné odbery.

Odborne nikto nepochybuje, že systémovo ich má vykonať lekár, ktorý vyšetrenie indikuje a potrebuje na poskytovanie ZS. Ambulancie VLD určite nie sú „servisnými“ strediskami pre ŠAS. Ďalším problémom je často rozsah odberov odporučený lekárom ŠAS, na racionálnu diagnostiku neraz nepotrebný/nadbytočný, zdravotným stavom pacienta nepodmieneny (diskrepancia voči dostupným odborným usmerneniam, odbornej literatúre). Určite by vhodné odborné usmernenie MZ pomohlo v riešení situácie občanovi, VLD i ZP. Podobný problém tvorí i otázka interných predoperačných vyšetrení – odborné publikácie sú k dispozícii (13, 14). Inou otázkou je opakovanie laboratórnych vyšetrení, pacient absolvuje odbery biologického materiálu u VLD a takmer simultánne u rôznych lekárov ŠAS. Neuvedomuje si ich duplicitu, multiplicitu, necíti povinnosť informovať o realizovaných odberoch. Problémom sú i opakované odbery po prijatí pacienta na hospitalizáciu predtým (s krátkym odstupom) vykonané v ambulantnej sfére. Prekvapením je, v čase elektronizácie, nedostupnosť výsledkov vyšetrení pacienta pre všetkých lekárov poskytujúcich ZS. Dôsledkom sú nadbytočné vyšetrenia, predražujúce ZS, skoro v každom okrese to isté laboratórium slúži pre ambulancie i lôžka.

Byrokratizácia medicíny, prebytočná administratíva, takmer do nekonečna stúpajúce množstvo rôznych hlásení, vykazovaní vyžadovaných prakticky zo všetkých strán tiež neúmerne zvyšujú záťaž VLD. Popritom ide často o dáta, ktoré je možné ľahko získať z množstva údajov vykazovaných pre ZP, bez záťaže VLD.

Záver

Problémy PAS sú neoddeliteľnou súčasťou transformácie. Poznamenáva ju posun od humánneho rozmeru (k čomu sú zdravotníci vychovávaní a čo od nich spoločnosť očakáva) smerom k prevažujúcej ekonomizácii. V snahe o zisk prevládajú razantné škrtý, úsporné opatrenia, zodpovednosť za ich realizáciu je prenesená na bedrá zdravotníkov (limity na lieky, vyšetrenia, bonifikácia za úspory). Politická reprezentácia s pravidelnosťou zabúda, že jej úlohou je poučiť občanov o ekonomických možnostiach štátu, skutočných nákladoch na ZS v porovnaní s transformujúcimi sa ekonomikami postkomunistických alebo vyspelých štátov, tomu zodpovedajúcich prioritách zdravotnej politiky, možnom vplyve na sieť zariadení, zdravotný stav populácie. Nezastupiteľnou úlohou politikov je informovať a pripraviť populáciu na závažné rozhodnutia – o miere finančnej spoluúčasti, zmeny

v sociálnom systéme, prevzatie spoluzodpovednosti za vlastné zdravie. Nedostatkom ich ochoty verejne prevziať zodpovednosť vzniká permanentný konflikt lekára s občanom. Lekári musia často nepopulárne rozhodnutia, s ktorými nie sú vnútorne stotožnení, tlmočiť prekvapenej klientele. V očiach populácie sa stávajú prekážkou v dosiahnutí očakávanej výhody – doplatok znemožňujúci užívanie lieku, predpis pomôcky, priznanie sociálnej výhody. V priamom protiklade k deklarovaným cieľom reformy, za účinnej podpory médií, prichádza k narušeniu vzájomnej dôvery vo vzťahu lekár – pacient. Akoby sa pozabudlo, že zdravotnícky systém i reforma sú pre ľudí, že cieľom je snaha zlepšiť zdravie populácie. Transformácia musí rešpektovať a rozvíjať základné humánne hodnoty, to jej dáva zmysel. Cesta k zdraviu ľudí nevedie len cez strohé účtovnícke úpravy, nemala by byť dláždená rezignáciou na vierohodné údaje, komplexné informácie, skúsenosti a ich analýzu. MZ, ZP nie sú generálne riaditeľstvo výrobného koncernu a nemocnice nie sú podniky, ktoré majú maximalizovať zisk z peňazí klientov (13). Iným problémom je tvorba legislatívy, organizácia ZS, ktorá často neodzrkadľuje ciele reformy, nemotivuje na skvalitnenie a zefektívnenie ZS. Nad snahou o systémové riešenie širokým konsenzom (i keď je to strastiplná cesta, ale jediná správna) v odbornej i laickej verejnosti, v politickom spektre prevažuje občasná aktivizovanie rôznych „záujmových skupín, jednotlivcov“ presadzujúcich pod rúškom celospoločenských záujmov osobné, skupinové ciele. Opatrenia často spúšťané s mediálnou pompou napriek názorom odborníkov sa mňajú účinkom miesto toho, aby riešili alebo aspoň „hasili“ problémy, skôr zvyšujú napätie v odbornej i laickej verejnosti. Niet divu, že takýto prístup nemotivuje, skôr prehľbuje pasivitu známu z minulosti, umožňujúcu „prežitie“ i v krízových dobách. Letargiu, v ktorej sa i dobre mienené a pripravené opatrenia mňajú účinkom.

Koncepcné problémy PAS a ich riešenie je predpokladom úspechu transformácie, zásadnou otázkou sú korektné informácie na rozhodovanie. Mnohé rozhodnutia navodzujú dojem, akoby chýbala kontinuita reformy a každá administratíva MZ začínala od začiatku, ako keby množstvo odborných publikácií, koncepcných materiálov spracovaných pre MZ, diskusných stretnutí s dosiahnutým konsenzom neexistovalo (14, 15). Dôležité je zohľadnenie historických súvislostí a vývoja v našich podmienkach pred a po roku 1990. Podobne vyhodnotenie dnešného systému ZS, skúseností v postkomunistických

krajinách, vyspelých systémov ZS a možnosti ich aplikácie. Chýbajú informácie o názoroch pacientov, údaje z pravidelných prieskumov verejnej mienky v otázkach spokojnosti populácie s priebehom reformy, kvalitou a rozsahom poskytovanej ZS, akceptovaní miery spoluúčasti, trendy umožňujúce adresné zameranie pôsobenia. Podobne informácie o názoroch širokej odbornej verejnosti, ktoré sú skôr výnimkou (12).

Aktuálne problémy PAS poznamenáva už dnes postupné starnutie populácie a vývoj chorobnosti. Vyžadujú stratégie približujúce starostlivosť občanovi, efektívnu PAS, spoluprácu lekárov v systéme. Odbúranie nadbytočných činností by znamenalo na jednej strane vyššiu kvalitu práce VLD, posilnenie dôverného vzťahu lekár – pacient, atraktivitu odboru, dostupnosť ZS občanovi. Na druhej strane, by znížilo legislatívne a zvyklostami indukovanú, nadbytočnú a ZP prakticky nehradenú záťaž ŠAS. V každej ambulancii by bolo viac času na riešenie zdravotných problémov pacienta. Racionalizačné opatrenia sú priamo v kompetencii riadiacich orgánov, neznamenajú ekonomickú záťaž, ani zásadný organizačný problém, nezaťažujú spoluprácu lekárov, sú predpokladom vzostupu spokojnosti občana. V rukách reprezentácie lekárov je lepšia spolupráca pri konzultáciách, hospitalizáciách pacienta, vzájomná informovanosť. Stále aktuálnejším sa stáva obnovenie odborných fór v komunitách lekárov s možnosťou vydiskutovania problému, v minulosti klinicko-patologické konferencie. Samozrejým predpokladom je výchova občana vysvetľujúca postavenie, úlohy a kompetencie lekárov v štruktúre ZS, poukazujúca na to, čo sa od neho očakáva. I preto, aby vývoj názorov od (bohužiaľ) v populácii pretrvávajúceho, občana i v odbornej verejnosti podporovaného pohľadu na VLD ako dispečera, smeroval k naplneniu jeho manažérskeho postavenia v systéme s primeranými kompetenciami a adekvátnym rozsahom odborného záberu v prospech zvýšenia dostupnosti i kvality ZS.

Tieto problémy ukazujú, že je nevyhnutné prijať koncepciu zdravotnej a sociálnej politiky konsenzom naprieč politickým spektrom. Nikto nespochybuje riešenia podľa politickej orientácie úkonom doľava/doprava, sú akceptované v každej spoločnosti. Ale rozhodne by mali prestať politickým rozhodnutím podmienené zásadné obraty v smerovaní o 180 stupňov, plošné personálne rošády, ktoré zneisťujú i tak už rozkolísanú odbornú i laickú verejnosť. Úspech transformácie zdravotníctva, akejkolvek zmeny, podmieňuje komunikácia, diskusia, akceptovanie kvalifikovaného názoru odbornej

verejnosti, konsenzus, poučenie zúčastnenej populácie. Nevyhnutné sú jednoznačné vyjadrenia riadiacich štruktúr o koncepcii postavenej na nezastupiteľnom mieste VL v duchu odporúčania WHO, vývoja v EÚ, o vzájomne sa dopĺňujúcich úlohách PAS, ŠAS, nemocníc. Nutnosťou je podporiť trend efektívnymi zákonnými ustanoveniami a vykonávacími predpismi, zmenami vo vzdelávaní včítane cieľného budovania plnej dôvery v PAS v očiach laickej verejnosti, jej prestíže v očiach zdravotníckych pracovníkov.

Literatúra

1. Frame work for Professional and Administrative Development of General Practice/Family Medicine in Europe. World Health Organization, Regional Office for Europe, Copenhagen, Denmark; 1998.
2. Programové vyhlásenie vlády Slovenskej republiky. Máj 2012.
3. Gladkij I. Zajišťování kvality zdravotní péče a její ekonomické stránky. ČLČ. 1995;134(1).
4. Gajdošík J, Brukkerová D, Dukát A. Ako vnímajú dnešní študenti LF postavenie lekára v spoločnosti? *Praktický lékař*. 2006;86(4):227–229.
5. Seifert B. Všeobecné lékařství jako akademický obor. ČLČ. 2003;142(11).
6. Vestník MZ SR. Koncepcia zdravotnej starostlivosti v odbore všeobecné lékařství.
7. Výnos MZ SR z 5. februára 2014 č. 10938-OL-2013, ktorým sa mení a dopĺňa výnos MZ SR zo 17. septembra 2010 č. 12422/2010-OL, ktorým sa ustanovujú minimálne štandardy pre špecializačné študijné programy, minimálne štandardy pre certifikačné študijné programy a minimálne štandardy pre študijné programy sústavného vzdelávania a ich štruktúra v znení neskorších predpisov. „Minimálny štandard pre špecializačný študijný program v špecializačnom odbore všeobecné lékařství.“
8. Býma S. Lékařské fakulty a všeobecné/praktické lékařství v ČR. ČLČ. 2004;143(4).
9. Redakčný článok: Aj lekári chýbia. Treba o tom hovoriť. *ZN*. 2013;17.
10. Dyslipidémie. Odporúčania ESC/EAS pre manažment dyslipidemií. European Society of Cardiology. 2011.
11. 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension.
12. Gajdošík J, Brukkerová D, Svoreňová A. Aká je dnešná spokojnosť všeobecných lekárov s výkonom profesie? *Practicus*. 2006;5(5):200–202.
13. Holčík J. Perspektivy péče o zdraví. *Časopis lékařů českých*. 2011;150(9).
14. Dukát A, Gavorník P, Mistríková L, Baláž L, Gajdošík J, Gašpar L. Predoperačné vyšetrenie kardiaka pred nekardiálnou chirurgickou operáciou. *Interná medicína*. 2012;12(7–8).
15. Dukát A, Gavorník P, Mistríková L, Baláž L, Gajdošík J, Gašpar L. Predoperačná príprava pacienta s kardiálnym ochorením. Farmakologické stratégie na zníženie rizika. *Interná medicína*. 2012;12(9).
16. Gajdošík J, et al. Konziliárne vyšetrenia v práci všeobecného lekára. *Lekársky obzor*. 1985;54 (34):531–537.

prof. MUDr. Ján Gajdošík, PhD.
Ambulancia praktického lekára
pre dospelých
Komárňanská 24, 940 76 Nové Zámky
gajdosik@nz.psg.sk

