ZDRUŽENIE VŠEOBECNÝCH LEKÁROV SLOVENSKEJ REPUBLIKY
ZVLD SR

INFORMAČNÍK 2/2018

Fonendoskop

Združenie všeobecných lekárov pre dospelých SR, o.z.

www.zvld.sk • facebook.com/zvldsr • Tel.: +421 944 000 825

- *Rokujeme za mandatárov ZVLD SR v zdravotných poisťovniach a Sociálnej poisťovni*
- *Príhovor hlavnej odborníčky MZ SR pre všeobecné lekárstvo MUDr. Jany Bendovej, PhD.*
- *Skrátená prevádzka ambulantnej pohotovostnej služby do 22:00 hod.*
- *Nové vykazovanie výkonov pre VšZP a Dôveru mandatármi ZVLD SR*
- *Obhliadky mŕtvych od 1.7.2018 sprofesionalizované organizátormi*
- *Union poisťovňa ponúka všeobecným lekárom v ZVLD SR poistenie na mieru*
- *Ako bude pokračovať skríning kolorektálneho karcinómu od 1.1.2019?*
- *Aké sú vlastnosti softvérov pre manažovanie pacientov čakajúcich na ošetrenie?*
- *Kedy eZdravie skutočne pomôže našej ambulantnej praxi ?*
- *Online registrácia na Festival kazuistík Nižná 25.4.-27.4.2019 prebieha elektronicky cez portál www.lekor.eu. Účasť lekárov a sestier hodnotená 20 kreditmi CME a SKSaPA*

Union
Poisťovňa

Poisťujeme **všeobecných lekárov**

Poistenie profesijnej zodpovednosti členov ZVLD SR

Union v spolupráci so Združením všeo-becných lekárov pre dospelých SR pripra- vila **exkluzívne** poistenie už od **59 EUR**. Rozsah poistenia aj cena sú garantované zmluvne medzi Unionom a ZVLD SR.

Poistenie ambulancie členov ZVLD SR

Máte možnosť online poistiť zariade-nia (nábytok, prístroje) v ambulancii, zároveň spotrebný materiál a aj svoju vlastnú nehnuteľnosť **s cenou zníženou až o 35 %.**

Garantujeme **prístup 24 hodín** a účinnosť zmluvy momentom potvrdenia návrhu pois-tenia samotným používateľom. Obidva produkty sú k dispozícii **len pre členov ZVLD SR a možno ich dohodnúť len prostredníctvom chránenej zóny vipunion.sk.**

Platte menej

Používatelia služby VIP Union získavajú prístup k poistným produktom spoločnosti UNION poisťovňa, a. s., ešte výhodnejšie. Táto možnosť platí nielen pre vás, ale aj pre vašich rodinných príslušníkov.

www.union.sk
www.vipunion.sk
www.facebook.com/zvldsr
www.zvld.sk

„Horúce zemiaky“ všeobecného lekárstva alebo **aké témy aktuálne riešime v našom odbore**

MUDr. Jana Bendová, PhD.
Hlavná odborníčka MZ SR pre všeobecné lekárstvo
jana_bendova@hotmail.com

15. mája 2018 ma pani ministerka Doc. MUDr. Andrea Kalavská, PhD. vymenovala do funkcie hlavnej odborníčky pre všeobecné lekárstvo. Moja päťročná misia poskytuje priestor na presadzovanie zásadných zmien v zdravotníckom systéme. Verím, že tento priestor dokážem využiť v prospech nášho odboru, v prospech všeobecných lekárov celého Slovenska. Verím, že budem úspešná aj preto, že okrem potrebných profesionálnych i praktických skúseností a veľkej miery angažovanosti, mám za sebou kľúčovú podporu vás kolegovia, a taktiež dôležitých a rešpektovaných lekárskych kruhov. Nominovala ma Slovenská spoločnosť všeobecného praktického lekárstva spolu so Slovenskou lekárskou komorou a podporili ma aj Asociácia súkromných lekárov SR a Zväz ambulantných poskytovateľov. A to je dôvera, ktorú nechcem sklamať.

Spoločne nás čaká veľa práce, aby sme dokázali presadiť kvalitnú a silnú primárnu zdravotnú starostlivosť. Je najvyšší čas posunúť sa od kritizovania k efektívnej komunikácii a hlavne k skutočnej a dôslednej práci. Potrebujeme konštruktívnu kritiku s návrhom riešení, ktoré vychádzajú z každodennej praxe. Som pripravená komunikovať na všetkých úrovniach, aby sa takéto riešenia začali skutočne realizovať. Mojim cieľom je posilnenie všeobecného lekárstva, pozdvihnutie jeho odbornej úrovne, ako aj adekvátne ohodnotenie našej náročnej, no zmysluplnej práce. Adekvátne ohodnotenie tak po stránke finančnej ako aj spoločenskej.

Aké sú teraz najhorúcejšie témy? Paleta problémov, ktoré si vyžadujú riešenie je naozaj pestrá. Od kritickej situácie so syfilisom v Trebišove, cez APS, prehliadky mŕtvych, elektronické zdravotníctvo, až po Národný onkologický program.

Ambulantná pohotovostná služba

Od 1. júla 2018 došlo v organizácii pohotovostí k zmenám, ktoré sme pocítili všetci. Už nemusíme slúžiť do rána a za mizerný plat. Konečne si po službe smieme oddýchnuť, aby sme sa na druhý deň ráno svieži opäť dokázali venovať našim pacientom. Zánik LSPP a začiatok fungovania APS však rozpútal vášne v médiách, samosprávach a dokonca aj v vo výbore pre zdravotníctvo Národnej rady SR. Hrozilo, že pozitívne zmeny parlament zruší a my budeme musieť pokračovať v pôvodných LSPP. Aktuálne je obsadených 90% bodov APS a ministerstvo pokračuje v hľadaní organizátorov tých chýbajúcich 3. kolom výberového konania. Pred pár dňami sme rokovali s pani ministerkou o navýšení paušálu na APS tak, aby bolo možné vykryť všetky mzdové náklady, vrátane príplatkov za víkendy a sviatky. Zdá sa, že naše argumenty a analýzy pani ministerku presvedčili a dôjde k navýšeniu paušálu.

Prehliadky mŕtvych tiel

Od 1. júla 2018 došlo tiež k zmenám v organizácii prehliadok mŕtvych tiel. Aj tu sa nám, všeobecným lekárom, v niektorých regiónoch výrazne uľavilo, hoci má systém ďaleko od dokonalosti. Zlepšilo sa aj financovanie. V niektorých regiónoch fungujú obhliadky

iba vďaka nasadeniu všeobecných lekárov, kde práve súčasné znenie zákona komplikuje pokrytie služieb. Dúfame, že sa problémy podarí vyriešiť v spolupráci s ÚDZS pokojným spôsobom, bez zbytočnej hystérie a vyvolávania paniky.

eZdravie

Už čoskoro sa na program rokovania parlamentu dostane návrh novely zákona o elektronickom zdravotníctve. V náročných rokovaniach sa nám podarilo presadiť, aby informácie do pacientskeho sumáru „nenahadzovali" lekári ručne, ale aby ich softvér „ťahal" do eZdravia priamo z databázy našich ambulancií. Boli sme aktívni aj v rámci pripomienkového konania. eZdravie síce zostáva povinné, no zdá sa, že sankcie za jeho nepoužívanie budú zo zákona vypustené. V súčasnosti sa ešte rieši prístup zastupujúceho lekára ako aj prístup neatestovaných lekárov (vrátane rezidentov) do zdravotnej dokumentácie. Pretože ma zaujímali skúsenosti VLD so zavádzaním eZdravia v ambulanciách, zrealizovala som v auguste 2018 online dotazníkový prieskum. Ďakujem všetkým kolegom, ktorí si našli čas a vyplnili dotazník, ale najmä tým, ktorí mi napísali aj svoje postrehy a pripomienky. Malo to zmysel, pretože som dostala možnosť odprezentovať výsledky prieskumu nielen na pôde NCZI ale aj na Ministerstve zdravotníctva.

Kompetencie všeobecných lekárov

Jedným z mojich cieľov je aj rozširovanie našich kompetencií, ktoré považujem za nezmyselne okliešťené – čo sa diagnostiky, ošetrovania ale najmä terapie týka. Na jeseň bude ministerstvo zdravotníctva prezentovať výsledky najnovšej správy Svetovej banky, ktorá odporúča ministerstvu zdravotníctva rozšíriť naše kompetencie pri chronických ochoreniach (napríklad ICHS a diabetes mellitus) ale aj napríklad pri drobných chirurgických výkonoch. S procesom rozširovania našich kompetencií súvisí aj príprava Štandardných preventívnych, diagnostických a terapeutických postupov.

Národný onkologický program

V rámci prevencie onkologických ochorení sa pripravujú veľké zmeny, ktoré budú mať dopad aj na našu každodennú prácu. Zmeny sa dotknú najmä skríningu rakoviny hrubého čreva, ktorý sa doteraz realizoval v našich ambulanciách. Po novom by mali skríning manažovať zdravotné poisťovne a testy na skryté krvácanie svojim poistencom zasielať poštou. Tieto zmeny sme spolu s krajskými odborníkmi kritizovali a žiadame ponechať tento skríning v našej kompetencii. Na druhej strane sa snažíme získať možnosť opäť vyšetrovať onkomarker PSA v rámci skríningu rakoviny prostaty v našich ambulanciách.

Krajskí odborníci

Kolegovia, na základe predchádzajúcich riadkov si iste dokážete urobiť obraz o tom, koľko úloh pred nami stojí. Je jasné, že tieto úlohy nedokáže plniť hlavný odborník sám. Preto som rada, že „v tom" nie som sama, ale podarilo sa mi vytvoriť **tím odborníkov**, ktorí mi s mojou prácou pomáhajú. V každom z ôsmych krajov mám „styčného dôstojníka" - krajského odborníka pre všeobecné lekárstvo. Dovoľte mi predstaviť Vám ich:

- Bratislavský kraj - **MUDr. Peter Lipovský**, Slovenská spoločnosť všeobecného praktického lekárstva (SSVPL) peter.lipovsky.md@gmail.com
- Trnavský kraj **MUDr. Zuzana Nedelková**- Združenie všeobecných lekárov pre dospelých Slovenskej republiky (ZVLD SR) krajsky.odbornik.vld.tt@gmail.com
- Nitriansky kraj - **MUDr. Milan Jedlička**, Asociácia súkromných lekárov SR (ASL SR) mudr.milan.jedlicka@gmail.com
- Trenčiansky kraj - **MUDr. Renáta Raclavská**, Asociácia súkromných lekárov SR (ASL SR) krajsky.odbornik.vld.tn@gmail.com
- Banskobystrický kraj - **MUDr. Eva Hudobová** - Slovenská spoločnosť všeobecného praktického lekárstva (SSVPL) krajsky.odbornik.vld.bb@gmail.com
- Žilinský kraj - **MUDr. Rastislav Zanovit** - Združenie všeobecných lekárov pre dospelých Slovenskej republiky (ZVLD SR) zanovit@orava.sk
- Košický kraj **MUDr. Diana Ganajová** - Spoločnosť všeobecných lekárov Slovenska (SVLS) ganajova.diana@gmail.com
- Prešovský kraj - **MUDr. Melánia Ryníková** - Slovenská spoločnosť všeobecného praktického lekárstva (SSVPL) krajsky.odbornik.vld.po@gmail.com

Pri zostavovaní tímu krajských odborníkov bolo pre mňa dôležité, aby boli zastúpení odborníci zo všetkých odborných spoločností a združení všeobecných lekárov, ktoré dnes na Slovensku fungujú. Som totiž presvedčená o tom, že rôznorodosť názorov, hľadanie a hlavne nachádzanie riešení prijateľných pre všetkých všeobecných lekárov prispeje k rozvoju nášho odboru, v prospech všeobecných lekárov a v neposlednom rade aj v prospech našich pacientov. Doteraz sme boli rozdrobení a naše sily sa trieštili. No ja verím, že dokážem byť tým mediátorom, ktorý obrúsi hrany. Že dokážem byť akýmsi „tmelom", ktorý všeobecných lekárov dokáže spojiť v záujme riešenia problémov, ktoré nás dlhodobo trápia. Všeobecné lekárstvo bolo dlhodobo v tieni. V tieni nemocničnej medicíny, stavanej na piedestál. V tieni špecializovanej zdravotnej starostlivosti, ktorá sa cítila nám byť nadradená. Verím, že sa nám spoločnými silami podarí vykročiť z tohto tieňa a presadiť kroky, ktoré náš odbor zatraktívnia. Verím, že sa jedného dňa budú absolventi medicíny biť o rezidentské miesta. A my budeme právom hrdí na to, že sme všeobecnými lekármi.

MUDr. Jana Bendová, PhD. (1973): Od mája 2018 je hlavnou odborníčkou ministerstva zdravotníctva pre všeobecné lekárstvo. Vyštudovala LF UK v Bratislave. Má atestáciu zo všeobecného, vnútorného aj posudkového lekárstva a v roku 2017 ukončila doktorandské štúdium. Pracuje 12 rokov v ambulancii vo Veľkom Bieli. Predtým pracovala v Odbornom liečebnom ústave TBC a respiračných ochorení v Nitre, neskôr v Národnom ústave TBC a respiračných ochorení v Bratislave. Tri roky pôsobila v oblasti klinického skúšania liekov. Vyučuje na Lekárskej fakulte UK všeobecné lekárstvo a vo svojej ambulancii aj školí rezidentov. Je členkou Slovenskej spoločnosti všeobecného praktického lekárstva, podieľa sa na organizácii vzdelávacích podujatí na národnej i európskej úrovni. Aktívne pracuje aj v Svetovej organizácii všeobecných lekárov WONCA. MUDr. Bendová niekoľko rokov spolupracuje s pacientskou organizáciou Slovenský pacient na viacerých projektoch, napr. na projekte "Život bez antibiotic" zameranom na prevenciu zbytočného užívania antibiotík. Na svojom blogu www.janabendova.blog píše články o prevencii ako aj komentáre k aktuálnym otázkam slovenského zdravotníctva.

EUROLAB LAMBDA

VÁŠ SPOĽAHLIVÝ PARTNER
V AMBULANTNEJ DIAGNOSTIKE

STANDARD F

moderné multiparametrové POCT analyzátory
novej generácie pre ambulantné použitie

- vysokocitlivá fluorescenčná imunoanalýza
- rýchla dostupnosť výsledku
- vzorka: kapilárna krv/sérum/moč/likvor/výter

SD BIOSENSOR

F100

F200

CRP			
hs-CRP	PCT (Procalcitonin)	TnI (Troponin I) *	PSA *
D-Dimer	RSV Ag	CK-MB *	TSH *
HbA1c	S. pneumoniae Ag	β-hCG *	T3 *
qFOB	Legionella Ag	LH *	T4 *
U-Albumin	Chikungunya		
StrepA	Zika		
Influenza A/B	Dengue		

* *čoskoro dostupné*

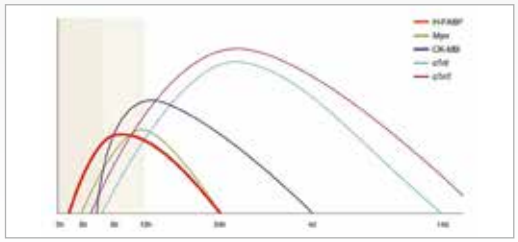
SensAheart

ultrasenzitívny rýchly test na včasnú
detekciu infarktu myokardu v plnej krvi

NOVINKA

- unikátna kombinácia dvoch kardiomarkerov v jednom prúžku (hFABP a cTnI)
- hFABP včasný marker AMI (detekcia už od 30 minút po AMI)
- kombinácia hFABP a cTnI zaručuje vysokú citlivosť
- hFABP ≥ 5-7 ng/ml
  cTnI ≥ 0,3 ng/ml
- vzorka: krv 30 µl
- výsledok do 10 minút

senzitivita %	**77**
špecificita %	**96**
PPV %	**97**
NPV %	**70**



EUROLAB LAMBDA a.s.
T. Milkina 2 • 917 01 Trnava • tel.: 033 / 5341 448 - 9 • fax: 033 / 5443 094
eurolambda@eurolambda.sk www.eurolambda.sk

Aké chceme všeobecné lekárstvo?

MUDr. Pavol Štec
predseda ZVLD SR
V Kežmarku, 1.10.2018

Všeobecné lekárstvo prešlo na Slovensku od roku 1989 autentickým vývojom, ktorý bol v zásadnej miere určovaný spoločenským vývojom a vývojom ekonomických vzťahov. Paralelu v uvedenom kontexte môžeme hľadať v Českej republike, ale stav českého praktického lékařství a slovenského všeobecného lekárstva je dnes z hľadiska medicínskych kompetencií a rozsahu poskytovanej zdravotnej starostlivosti, ako aj stavu personálnej základne odlišný. Tento rozdiel je identifikovateľný aj vo financovaní, **a vo vynakladaných verejných zdrojoch na neurgentný prvý kontakt pre dospelých Slovenská republika zaostáva**.

Zdravotná starostlivosť a sociálne zabezpečenie majú v európskom priestore tradične štátotvorný charakter. Dynamika celospoločenských zmien a trendov v širokom sociálno-ekonomickom kontexte a v kontexte rozvoja technologických možností medicíny je preto otázkou náročnou na správne politické rozhodnutia a manažment zdravotnej starostlivosti. Zdravotná starostlivosť o občana sa vždy začína prvým kontaktom, a to z podstatnej časti v neurgentnom režime. Urgentný prvý kontakt je potrebné považovať za samostatný segment a nevyhnutnú súčasť zdravotnej starostlivosti.. Medicínsky význam neurgentného prvého kontaktu je možné z podstatnej časti koncentrovať do jeho dostupnosti, a to ako z hľadiska miestnej, tak z hľadiska časovej. **V prvej línii je tlak na poskytnutie zdravotnej starostlivosti najväčší, a za približne 2,5 % z celkových verejných zdrojov vynakladaných na zdravotnú starostlivosť je v prvom kontakte vybavených viac ako 25% pacientov**.

Najväčšou výzvou súčasnosti pre systém zdravotnej starostlivosti je **starnutie populácie a vysoký dopyt po zdravotnej starostlivosti zo strany seniorov**. Tento problém súvisí bezpochyby čiastočne s technologickým pokrokom v medicíne a starnutie populácie sa môže javiť aj ako „vedľajší produkt“ technologického vývoja a úspešného liečenia kardiovaskulárnych komplikácií chronických stavov a onkologických ochorení . Časťou problému zvyšujúceho sa dopytu po zdravotnej starostlivosti je však aj **zanedbanie výchovy ku zdraviu a to vo všetkých vekových kategóriách u jednotlivcov, ako aj na úrovni komunít**. Konfrontáciu dopytu po zdravotnej starostlivosti so starnutím populácie a otázku systémovej výchovu ku zdraviu v rámci preventívnej starostlivosti o pacienta, vnímame ako dve najväčšie výzvy pre všeobecné lekárstvo na Slovensku v blízkej a strednodobej budúcnosti.

Za kľúčové premenné z hľadiska budúcnosti prvého kontaktu pre dospelých v Slovenskej Republike je potrebné považovať:

1. nezávislosť poskytovania zdravotnej starostlivosti v prvom kontakte na veľkokapitálovom podnikaní a na veľkokapitálových investoroch na trhu so zdravotnou starostlivosťou.
2. navýšenie celkového počtu lekárskych miest všeobecných lekárov na Slovensku o 300 až 400 s navýšením o zodpovedajúci počet sestier, alebo zdravotníckych asistentov
3. zabezpečenie prirodzenej generačnej výmeny všeobecných lekárov pre dospelých na Slovensku organizačne a finančne
4. dostupnosť zdravotnej starostlivosti v prvom kontakte. V otázke organizácie centier integrovanej zdravotnej starostlivosti (CIZS) musí byť dostupnosť

EZEN®
ezetimib

Ďalší krok k redukcii LDL-C

EFEKTÍVNA REDUKCIA CHOLESTEROLU

Ďalší stupeň liečby hypercholesterolémie.[1]

1. SPC lieku Ezen, dátum revízie textu September 2015

Skrátená informácia o lieku

Názov lieku: Ezen 10 mg tablety. **Farmakoterapeutická skupina:** látky upravujúce lipidy , iné látky upravujúce lipidy. ATC kód: C10A X09. **Zloženie:** každá tableta obsahuje 10 mg ezetimibu. **Terapeutické indikácie:** primárna hypercholesterolémia - súčasne s inhibítorom HMG-CoA reduktázy (statínom) je indikovaný ako adjuvantná terapia k diéte u pacientov s primárnou (heterozygotnou familiárnou a non-familiárnou) hypercholesterolémiou, ktorí nie sú dostatočne kontrolovaní samotným statínom. V monoterapii indikovaný ako adjuvantná terapia k diéte u pacientov s primárnou (heterozygotnou familiárnou a non-familiárnou) hypercholesterolémiou, u ktorých je statín považovaný za nevhodný alebo nie je tolerovaný. podávaný súčasne so statínom je indikovaný ako adjuvantná liečba k diéte u pacientov s HoFH. Pacienti môžu tiež dostávať doplňujúcu liečbu (napr. LDL aferézu). Priaznivý účinok lieku Ezen 10 mg na kardiovaskulármu morbiditu a mortalitu zatiaľ nebol preukázaný. **Dávkovanie a spôsob podávania:** môže sa podávať kedykoľvek v priebehu dňa , s jedlom alebo bez jedla. Odporúčaná dávka Ezenu 10 mg je 10 mg jedenkrát denne. Keď sa Ezen 10 mg pridá k statínu, má sa pokračovať buď v indikovanej zvyčajnej počiatočnej dávke príslušného statínu, alebo sa má pokračovať v už určenej vyššej dávke. Ezen 10 mg sa má podať ≥2 hodiny pred alebo ≥4 hodiny po podaní sekvestrantu žlčovej kyseliny. U starších pacientov úprava dávky nie je potrebná. U pediatrickej populácie sa liečba musí začať pod dohľadom špecialistu. Klinická skúsenosť u pediatrických a adolescentných pacientov (10 až 17-ročných) je však limitovaná. Keď sa Ezen 10 mg podáva so statínom, majú sa vziať do úvahy pokyny pre dávkovanie statínu u detí a dospievajúcich. U pacientov s miernou hepatálnou insuficienciou (Childovo-Pughovo skóre 5 až 6) úprava dávky nie je potrebná. Neodporúča sa u pacientov so stredne ťažkou (Childovo-Pughovo skóre 7 až 9) alebo ťažkou pečeňovou dysfunkciou. U pacientov s poruchou funkcie obličiek úprava dávky nie je potrebná. **Kontraindikácie:** precitlivenosť na liečivo alebo na ktorúkoľvek z pomocných látok, pri súčasnom podávaní so statínom, oboznámte sa s SPC príslušného lieku, gravidita a dojčenie, súčasne podávaný so statínom je kontraindikovaný u pacientov s aktívnym ochorením pečene alebo nevysvetliteľným pretrvávaním elevácie sérových transamináz. **Osobitné upozornenia a opatrenia pri používaní:** súčasné podanie so statínom, má sa na začiatku terapie a ďalej podľa odporúčaní pri príslušnom statíne urobiť vyšetrenie hepatálnych enzýmov. Pri použití ezetimibu v praxi sa vyskytli prípady myopatie a rabdomyolýzy. Rabdomyolýza však bola hlásená veľmi zriedkavo pri monoterapii ezetimibom a veľmi zriedkavo po pridaní ezetimibu k iným látkam, u ktorých je známa súvislosť so zvýšeným rizikom rabdomyolýzy. Vzhľadom na neznáme účinky zvýšenej expozície ezetimibu sa u pacientov so stredne ťažkou alebo ťažkou hepatálnou insuficienciou Ezen 10 mg neodporúča. Účinnosť a bezpečnosť ezetimibu podávaného spolu so simvastatinom u pacientov vo veku 10 až 17 rokov s heterozygotnou familiárnou hypercholesterolémiou sa hodnotila v kontrolovanom klinickom skúšaní u dospievajúcich chlapcov (Tannerovo štádium II alebo vyššie) a dievčat a nebol zistiteľný žiadny vplyv na rast alebo sexuálne dozrievanie, ani akýkoľvek vplyv na dĺžku menštruačného cyklu u dievčat. Bezpečnosť a účinnosť ezetimibu podávaného s fibrátmi nebola stanovená. Ak sa začína podávať ezetimib počas liečby cyklosporínom, je potrebná opatrnosť. Ak je Ezen 10 mg pridaný k warfarínu, k inému kumarínovému antikoagulantu alebo k fluindiónu, je potrebné náležite monitorovať International Normalized Ratio (INR). Pacienti so zriedkavými dedičnými problémami galaktózovej intolerancie, deficitu laktázy alebo glukózo-galaktózovej malabsorpcie nemajú užívať tento liek. **Liekové a iné interakcie:** ezetimib neindukuje enzýmy cytochrómu P450, ktoré metabolizujú lieky. Nepozorovali sa žiadne klinicky významné farmakokinetické interakcie medzi ezetimibom a liekmi, o ktorých je známe, že sú metabolizované cytochrómami P450 1A2, 2D6, 2C8, 2C9 a 3A4 alebo N-acetyltransferázou. Ezetimib nemal žiadny vplyv na farmakokinetiku súčasne podávaného dapsonu, dextrometorfánu, digoxínu, perorálnych kontraceptív (etinylestradiol a levonorgestrel), glipizidu, tolbutamidu alebo midazolamu. Cimetidín podávaný s ezetimibom nemal žiadny vplyv na biologickú dostupnosť ezetimibu. Súčasné podávanie antacíd znížilo mieru absorpcie ezetimibu, ale nemalo žiadny vplyv na jeho biologickú dostupnosť. Ak je u pacienta užívajúceho ezetimib a fenofibrát podozrenie na cholelitiázu, je indikované vyšetrenie žlčníka a táto liečba sa má prerušiť. Súčasné podávanie fenofibrátu alebo gemfibrozilu mierne zvýšilo celkové koncentrácie ezetimibu (približne 1,5 resp. 1,7-násobne). Pri súčasnom podaní ezetimibu s atorvastatínom, simvastatínom, pravastatínom, lovastatínom, fluvastatínom alebo rosuvastatínom sa nepozorovali žiadne klinicky signifikantné farmakokinetické interakcie. U pacientov užívajúcich ezetimib a cyklosporín sa majú monitorovať koncentrácie cyklosporínu. Ak je ezetimib pridaný k warfarínu, k inému kumarínovému antikoagulantu alebo fluindiónu, je potrebné náležite monitorovať INR. **Gravidita a laktácia:** Ezen 10 mg súčasne podávaný so statínom je kontraindikovaný počas gravidity a laktácie. Ezen 10 mg sa má podávať gravidným ženám iba v nevyhnutných prípadoch. Nie sú k dispozícii žiadne údaje o použití ezetimibu počas gravidity. Ezen 10 mg sa nemá užívať počas laktácie **Nežiaduce účinky:** časté: bolesť brucha; hnačka; flatulencia, únava, bolesť hlavy, myalgia, zvýšená ALT a/alebo AST. **Ovplyvnenie schopnosti viesť vozidlá a obsluhovať stroje:** neuskutočnili sa žiadne štúdie o účinkoch na schopnosť viesť vozidlá a obsluhovať stroje. Pri vedení vozidiel alebo obsluhovaní strojov sa však má vziať do úvahy, že bol hlásený závrat. **Veľkosť balenia:** 28, 30 alebo 90 tabliet. **Držiteľ rozhodnutia o registrácii:** Zentiva, k. s., U kabelovny 130, 102 37 Praha, Česká republika. **Výdaj lieku viazaný na lekársky predpis. Pred predpísaním lieku sa oboznámte s úplným znením Súhrnu charakteristických vlastností lieku. Dátum poslednej revízie textu SmPC: September 2015.**

Určené pre odbornú verejnosť.

Aupark Tower, Einsteinova 24, 851 01 Bratislava, Slovenská republika
Tel.: (+421) 233 100 100, Fax: (+421) 233 100 199, E-mail: zentiva@zentiva.sk, www.zentiva.sk

Dátum prípravy: september 2018
Kód materiálu: 885/2018/09

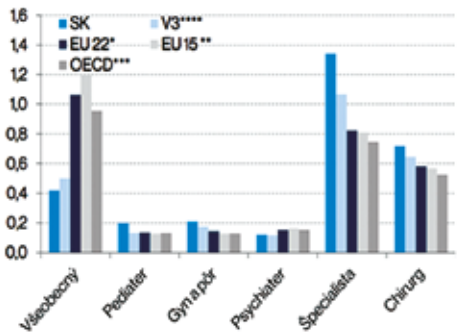
ZENTIVA

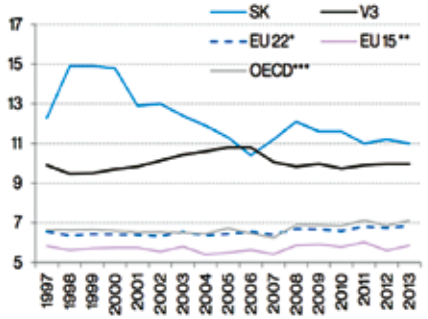
prioritou. Z hľadiska zabezpečenia efektívnej miestnej a časovej dostupnosti vnímame ako prioritnú horizontálnu medicínsku a ekonomickú integráciu ambulancií všeobecných lekárov pre dospelých a nie „centralizáciu" prvého kontaktu do CIZS.

1. Nezávislosť prvého kontaktu na veľkokapitálovom podnikaní je zásadnou otázkou z hľadiska udržateľného nastavenia organizácie zdravotnej starostlivosti prvého kontaktu v záujme plynulosti a dostupnosti služby nezávislej na prípadných poruchách v dostupnosti a plynulosti následnej zdravotnej starostlivosti – či už na špecializovaných ambulanciách, alebo v ústavných zariadeniach. Z tohto pohľadu ide o nezávislosť vnútornej ekonomiky segmentu na hospodárení a spotrebe v systéme zdravotnej starostlivosti ako celku a vnútorná organizácia ekonomických vzťahov a vlastnícka (podnikateľská) štruktúra prvého kontaktu má byť odolná voči istej miere vonkajšej nestability a voči nežiaducim (politickým) zásahom do systému zdravotnej starostlivosti ako celku. Nezávislosť v uvedenom kontexte znamená aj vnútornú schopnosť financovania vlastnej reprodukcie poskytovateľov zdravotnej starostlivosti a schopnosť personálnej, ako aj technickej obnovy. Nezávislosť prvého kontaktu na financovaní ostatných foriem a stupňov zdravotnej starostlivosti je dôležitá aj z hľadiska plnenia koncepcie odboru všeobecného lekárstva, ako stupňa zdravotnej starostlivosti na báze pyramídy systému zdravotnej starostlivosti, ktorá za najmenšie celospoločenské náklady vybaví najviac dopytov pacientov po poskytnutí zdravotnej starostlivosti.

2. Navýšenie celkového počtu lekárskych miest všeobecných lekárov na Slovensku s navýšením o zodpovedajúci počet sestier sa javí ako logickým a nevyhnutným opatrením v záujme riešenia prirodzene sa zvyšujúceho dopytu po zdravotnej starostlivosti najmä v súvislosti so starnutím populácie. **Na Slovensku je v súčasnosti extrémny nedostatok všeobecných lekárov v pomere k ambulantným špecialistom**, ak sa porovnáme s krajinami OECD, s krajinami EU, alebo s krajinami V4 pri súčasne vysokom počte kontaktov pacienta so zdravotnou starostlivosťou (návštev u lekára). Je takmer isté, že ide o systémové zlyhanie nesprávne nastavenej organizácie ambulantnej starostlivosti v otázke pomeru všeobecnej ku špecializovanej zdravotnej starostlivosti na Slovensku.

Graf: 1. Profesijná štruktúra lekárov na 100.000 obyvateľov (2007)
Graf: 2. Počet návštev u lekára (na obyvateľa)
Zdroj: MF SR, MZ SR, Revízia výdavkov na zdravotníctvo, október 2016





eČasenka

UŽ **3 ROKY** S NAMI ZARÁBATE
350 spokojných lekárov
1,8 milióna vybavených pacientov

· žiadne hádky u vás v čakárni,
· jednoduchá obsluha,
• **100% identifikácia pacienta**
· prístup aj z internetu,
· jediní už 3 roky **VRACIAME** lekárom **PENIAZE**
· eČasenka kompatibilná s **Vašim** systémom:
• MEDICOM • CURO

Pre viac informácií nás kontaktujte priamo
na +421 907 401 421, info@ecasenka.sk

+421 **907 401 421**
www.**ecasenka**.sk
info@ecasenka.sk

eČasenka

PARTNER PRE
LEKÁRA

3. Na zabezpečenie prirodzenej generačnej výmeny všeobecných lekárov na Slovensku sa posledné desaťročia nemyslelo. Ambulancie všeobecných lekárov boli nastavené akoby na „jedno použitie". Financovanie prirodzenej generačnej výmeny by malo byť založené na vnútornej schopnosti reprodukcie segmentu všeobecnej ambulantnej starostlivosti o dospelých, ako už bolo spomenuté, a malo by vyplývať z vnútornej organizácie ekonomických vzťahov a z vlastníckej (podnikateľskej) štruktúry poskytovateľov zdravotnej starostlivosti prevádzkujúcich jednotlivé ambulancie všeobecných lekárov pre dospelých. Kľúčové je správne vymedzenie pojmov, právnych skutočností a právnych vzťahov pri prevode lekárskej praxe vyplývajúcich z obchodného práva medzi odstupujúcim a nadobúdajúcim lekárom so súčasným rešpektovaním práv a nárokov zúčastnených strán, vyplývajúcich z ostatných všeobecne záväzných právnych predpisov, najmä občianskeho a pracovného práva. **Pošpecializačný program Združenia všeobecných lekárov pre dospelých Slovenskej republiky o.z. (ZVLD SR) je praktickým príkladom, že je možné realizovať generačnú výmenu všeobecných lekárov na základe zmluvného vzťahu o budúcom prevode lekárskej praxe plynule a pod verejnou kontrolou**.

4. Vo vzťahu k „centrám integrovanej zdravotnej starostlivosti" (CIZS) nevidíme podmienku „centralizácie" poskytovateľov VAS ako nevyhnutnú, ale ako potenciálne škodlivú, pretože centralizácia môže pacientovi komplikovať dostupnosť zdravotnej starostlivosti prvého kontaktu. Integráciu procesov zdravotnej starostlivosti, ako nástroj na zvýšenie medicínskej a ekonomickej efektivity zdravotného systému nie je možné na úrovni neurgentného prvého kontaktu stotožňovať s „centralizáciou". Integrácia lekárskych a sesterských miest pod menší počet poskytovateľov zdravotnej starostlivosti je logickým východiskom pre naplnenie požiadavky na zvýšenie ekonomickej efektivity systému. Z hľadiska medicínskej efektivity ide v tomto zmysle o horizontálnu integráciu procesov poskytovania zdravotnej starostlivosti s dopadom na kvalitu výstupov meranú z medicínskeho hľadiska predovšetkým, ale nie výlučne, dostupnosťou všeobecného lekára pre dospelých (VLD) a výkonnosťou ambulancie pri preventívnej starostlivosti, pri realizácii medicínskych kompetencií prvého kontaktu a pri zabezpečovaní ambulantnej starostlivosti na vyčlenených pracoviskách v domovoch sociálnych služieb pre seniorov.

ZHRNUTIE:

Pohľad na formovanie a budúcnosť neurgentnej zdravotnej starostlivosti prvého kontaktu musí byť komplexný a musí byť plnená predovšetkým **požiadavka na jej dostupnosť**, ďalej **požiadavka na jej vnútornú a vonkajšiu stabilitu** založenú na udržateľnej vnútornej štruktúre vlastníckych a ekonomických vzťahov, zabezpečujúcich schopnosť jej vlastnej reprodukcie, včítane obnovy personálnych kapacít a požiadavka na priamu verejnú kontrolu štátu z hľadiska koncepcie všeobecného lekárstva ako samostatného špecializačného medicínskeho odboru.

NOVÉ VYKAZOVANIE PRE VšZP

(Dodatok č.5 platný od 1.7.2018 do 30.6.2019)

MUDr. Viliam Chromý
2. podpredseda ZVLD SR
V Nižnej, 3. októbra 2018

✔ **60** .... Komplexné vyšetrenie pri prevzatí dospelej osoby do ZS / zaevidovanie nového pacienta s vystavením zdrav. záznamu (zdravý): Z00.0 **(5,80EUR)**

✔ Zaevidovanie nového pacienta s chronickým ochorením: napr. I 10/ E11/ E78/ M10 / M05.... **60**, pri úprave liečby + výkon 10 **(5,80 + 2,99 EUR)**

✔ **10** ..... rozbor a plánovanie cielených terapeutických postupov na ovplyvnenie chron. ochorení (úprava liečby pri AH, DLP a len v kombinácii s 60, H0003, H0004, H0005) so záznamom v ZD **(2,99 EUR)**

✔ **H0003** .... iniciálne vyšetrenie AH,DLP **(12 EUR)**

✔ **H0004** .... kontrolné vyšetrenie AH, DLP, ½ roka roku po inicálnom vyšetrení, vykazuje se 1x ročne **(12 EUR)**

✔ **H0005** .... cielené vyšetrenie akútneho hypertenzného stavu **(6,00 EUR)**

✔ **H0006** .... tabulka SCORE /vek, pohlavie, fajčiar, TK, tChol., LDL,HDL / **(5,00 EUR)**
nad 40 rokov veku, 1x ročne iba pri 3 výkonoch 160, H0003, H0004

ako vykazovať: SKOR01 SCORE pod 1%
SKOR02 SCORE 1-5%
SKOR03 SCORE 5-10%
SKOR04 SCORE nad 10%

s dg. Z00.0, I 10 a E 78
pri Fibrilácii / Flutteri predsení s diagnózou I48.9

✔ **H0007** .... kvantitatívne INR vyš. z kapilárnej krvi – POCT monitoring napr. CoaguChekom ..... spravidla 1x/ 2 mesiace, max. 8x/rok. Treba viaceré doklady – nákup, zaškolenie, ŠÚKL zhoda, kurz, externá kontrola kvality á 12 mes. **(5,20 EUR)**

✔ **H0008** ..... stanovenie indexu ABI oscilometricky ..... 1x/2 roky iba pri preventívnej prehliadke u všetkých symptomatických a nad 60r., asymptomatickí nad 50r. pri min. 1 RF (fajčiar, obezita, AH, DLP, patolog. Ekg, a i.) **(4,50 EUR)**

✔ **5702p** (preventívne Ekg) ..... iba pri preventívnej prehliadke nad 40r. **(4,20 EUR)**

✔ **5702** (diagnostické Ekg)..... všetky ostatné stavy –> akútny pacient, predoperačné vyš., chronický pac. na kontrole, AH, DLP, FA, iné **(4,02 EUR)**

✔ **5715** .... 24-hodinové TK Holter monitoring – naložení + zosnímanie **(12,44 EUR)**

✔ **5716** .... vyhodnocení TK Holtera lekárom **(3,98 EUR)**
!!! časový úsek mezi naložením a vyhodnocením nesmí být více než 7 dní !!!
Pri súčasnom vykázaní H0004 !

✔ **159 a** .... TOKS pozit. **(12 EUR)**

✔ **159 z** .... TOKS negat. **(12 EUR)**

✔ **159 x** .... TOKS nevrátený / znehodnotený **(3,02 EUR)**

✔ **252b** ..... očkovanie **(2,87 EUR)**

✔ **250D**.... Delegovaný odber krvi venep. v amb. VLD pre potreby ŠAS v súlade s OÚ **(1,05 EUR)**

✔ **25** .... návšteva doma u pacienta v prac. čase = počas OH **(4,73 EUR)**

26 .... návšteva doma mimo OH **(8,30 EUR)**

✔ **PREVENTÍVNA PREHLIADKA:**
- do 40 rokov: Z00.0 ..... 160 + (event. H0003, H0004)
- nad 40 rokov: Z00.0 ..... 160, 5702p, 159a,z,x, H0006
- nad 50 rokov: Z00.0 ..... 160, 5702p, 159a,z,x, H0006,event. pri splnení kritérií aj H0008
- nad 60 rokov: Z00.0..... 160, 5702p, 159a,z,x, H0006, H0008

✔ **NOVODIAGNOSTIKOVANÁ ARTÉRIOVÁ HYPERTENZIA**
- I 10.00 H0003 **(12 EUR)**
- I10.00 5702 **(4,02 EUR)**
- I10.00 H0006 **(5,00 EUR)**
- I10.00 10 **(2,98 EUR) ..... spolu 24 EUR**

✔ **NOVODIAGNOSTIKOVANÁ DLP**
- E78.9 H0003 **(12 EUR)**
- E78.9 5702 **(4,02 EUR)**
- E78.9 H0006 **(5,00 EUR)**
- E78.9 10 **(2,98 EUR) ..... spolu 24 EUR**

✔ **NOVODIAGNOSTIKOVANÁ DLP + ART.HYPERTENZE**
- E78.9 H0003 **(12 EUR)**
- I10.00 H0003 **(12 EUR)**
- E78.9 5702 **(4,02 EUR)**
- E78.9 H0006 **(5,00 EUR)**
- E78.9 10 **(2,98 EUR) ..... spolu 36 EUR**

✔ **KONTROLNÉ VYŠETRENIE DLP + ART. HYPERTENZIE**
- E78.9 H0004 **(12EUR)**
- I10.00 H0004 **(12EUR)**
- 5702 **(4,02 EUR)**
- 10 **(2,98 EUR) ..... spolu 31 EUR, 1x za rok !!!**

✔ **CELOROČNÁ STAROSTLIVOSŤ o novodiagnostikovaného pacienta s A.H. a/alebo DLP**
- A.H. H0003 + H0004 24 iniciálne + 12 kontrolné **36 EUR**
- DLP H0003 + H0004 24 iniciálne + 12 kontrolné **36 EUR**
- A.H. + DLP 2x H0003 + H0004 2x24 iniciálne + 12 kontrolné **60 EUR**

Hypertonik s dyslipidémiou? Vy máte pre neho riešenie:

LIPERTANCE®

1. polypill: atorvastatín / perindopril arginín / amlodipín

Anglo-Scandinavian ascot Cardiac Outcomes Trial

Lipertance 10 mg/5 mg/5 mg, Lipertance 20 mg/5 mg/5 mg, Lipertance 20 mg/10 mg/5 mg, Lipertance 20 mg/10 mg/10 mg, Lipertance 40 mg/10 mg/10 mg filmom obalené tablety
ZLOŽENIE*: Lipertance 10 mg/5 mg/5 mg, 20 mg/5 mg/5 mg, 20 mg/10 mg/5 mg, 20 mg/10 mg/10 mg, 40 mg/10 mg/10 mg filmom obalené tablety obsahujú 10 mg atorvastatínu (ator)/ 5 mg perindoprilarginínu (per)/ 5 mg amlodipínu (amlo), 20 mg ator/ 5 mg per/ 5 mg amlo, 20 mg ator/10 mg per/5 mg amlo, 20 mg ator/10 mg per/10 mg amlo, 40 mg ator/10 mg per/10 mg amlo. Obsahuje laktózu ako pomocnú látku. **INDIKÁCIE***: Substitučná liečba esenciálnej hypertenzie a/alebo stabilnej ischemickej choroby srdca v spojení s primárnou hypercholesterolémiou alebo kombinovanou hyperlipidémiou u dospelých pacientov primerane kontrolovaných s atorvastatínom, perindoprilom a amlodipínom podávaných súbežne v rovnakých dávkach ako vo fixnej kombinácii. **DÁVKOVANIE A SPÔSOB PODÁVANIA*:** Jedna tableta jedenkrát denne ráno pred jedlom. Lipertance nie je vhodný na začiatočnú liečbu. Ak sa vyžaduje zmena dávkovania, titrácia sa má vykonať s jednotlivými zložkami. *Starší ľudia* a pacienti so zlyhaním obličiek: časté monitorovanie kreatinínu a draslíka. Klirens kreatinínu (Clcr) < 60 ml/min: nevhodné. *Porucha funkcie pečene:* má sa používať s opatrnosťou. Lipertance je kontraindikovaný u pacientov s aktívnym ochorením pečene. *Pediatrická populácia:* nemá sa používať. **KONTRAINDIKÁCIE*:** Precitlivenosť na liečivo alebo na ktorýkoľvek iný inhibitor ACE, alebo deriváty dihydropyridínu, alebo statín, alebo na ktorúkoľvek z pomocných látok, aktívne ochorenie pečene alebo neobjasnené pretrvávajúce zvýšenia sérových transamináz prekračujúce 3-násobok hornej hranice normálu, počas gravidity, počas dojčenia a u žien v reprodukčnom veku, ktoré nepoužívajú vhodné antikoncepčné opatrenia (pozri časť GRAVIDITA* a LAKTÁCIA*), ťažká hypotenzia, šok (vrátane kardiogénneho šoku), obštrukcia prietoku ľavej komory (napr. hypertrofická obštrukčná kardiomyopatia a vysoký stupeň aortálnej stenózy), hemodynamicky nestabilné srdcové zlyhávanie po akútnom infarkte myokardu, anamnéza angioedému (Quinckeho edém) súvisiaceho s predchádzajúcou liečbou inhibitorom ACE, hereditárny alebo idiopatický angioedém, súbežné použitie s liekmi obsahujúcimi aliskiren u pacientov s diabetom mellitus alebo poruchou funkcie obličiek (GFR < 60 ml/min/1,73 m²) (pozri časť INTERAKCIE*), súbežné užívanie so sakubitrilom/valsartanom (pozri časti UPOZORNENIA* a INTERAKCIE*), extrakorporálne terapie vedúce ku kontaktu krvi s negatívne nabitými povrchmi (pozri časť INTERAKCIE*), významná bilaterálna stenóza renálnej artérie alebo stenóza artérie jednej funkčnej obličky (pozri časť UPOZORNENIA*)**. **UPOZORNENIA*:** *Osobitné upozornenia a opatrenia pre používanie: Vplyv na pečeň:* testy funkcie pečene sa majú vykonávať pravidelne a v prípade zvýšenia hladín transamináz sa majú pacienti monitorovať až do odstránenia tohto zvýšenia. Zastaviť liečbu, ak sa vyskytne žltačka alebo výrazné zvýšenie hepatálnych enzýmov (sérové transaminázy prekračujúce 3-násobok hornej hranice normálu (ULN)) a u pacientov s aktívnym ochorením pečene. Používať s opatrnosťou u pacientov s poškodením funkcie pečene, ktorí konzumujú alkohol a/alebo majú ochorenie pečene v anamnéze. *Vplyv na kostrový svaľ:* zastaviť liečbu, ak zvýšenie hladín kreatínkinázy (CK) > 10 x ULN alebo ak sa objavia svalové symptómy so zvýšením CK hladín > 5 x ULN alebo pri podozrení na rabdomyolýzu. S opatrnosťou je potrebné postupovať, keď sa Lipertance používa s niektorými liekmi, ktoré môžu zvýšiť plazmatickú koncentráciu atorvastatínu, a tým riziko rabdomyolýzy, ako sú silné inhibítory CYP3A4 alebo transportné proteíny (napr. cyklosporín, ketokonazol, ritonavir...). Súbežne podávanie s liekovými formami kyseliny fusidovej na systémové použitie alebo v priebehu 7 dní od ukončenia liečby kyselinou fusidovou sa neodporúča. Pokiaľ je použitie nevyhnutné, má byť počas liečby kyselinou fusidovou liečba Lipertance prerušená**. *Interstitiálne ochorenie pľúc:* ak je podozrenie, liečba sa má prerušiť. *Diabetes mellitus:* U diabetických pacientov sa má kontrola glykémie starostlivo monitorovať počas prvého mesiaca liečby. *Srdcové zlyhávanie:* používať s opatrnosťou. *Hypotenzia:* monitorovať krvný tlak, renálnu funkciu a draslík u pacientov s vysokým rizikom symptomatickej hypotenzie (hypovolémia alebo závažná renín-dependentná hypertenzia) alebo so symptomatickým srdcovým zlyhávaním (s alebo bez renálnej nedostatočnosti), alebo s ischemickou chorobou srdca alebo cerebrovaskulárnym ochorením. Prechodná hypotenzná odpoveď nie je kontraindikáciou na podávanie ďalších dávok, ktoré je možné podať zvyčajne bez ťažkostí, keď sa krvný tlak zvýši po zväčšení objemu. *Stenóza aortálnej a mitrálnej chlopne/ hypertrofická kardiomyopatia:* používať s opatrnosťou a pozri časť KONTRAINDIKÁCIE*. *Transplantácia obličky:* nie sú skúsenosti po nedávnej transplantácii. *Renovaskulárna hypertenzia:* zvýšené riziko hypotenzie alebo renálnej insuficiencie u pacientov s bilaterálnou stenózou renálnej artérie alebo stenózou artérie jednej funkčnej obličky, liečených ACE inhibitormi. Liečba diuretikami môže byť podpomý faktor. Strata renálnej funkcie sa môže objaviť (s minimálnymi zmenami sérového kreatinínu) dokonca u pacientov s unilaterálnou stenózou renálnej artérie**. *Porucha funkcie obličiek:* monitorovať draslík a kreatinín; individuálna titrácia dávky s jednotlivými zložkami sa odporúča ak Clcr < 60 ml/min. U pacientov so stenózou renálnej artérie môže byť zvýšená hladina urey v krvi a kreatinínu; s renovaskulárnou hypertenziou, riziko ťažkej hypotenzie a renálnej insuficiencie. Amlodipín sa môže používať v normálnych dávkach u pacientov so zlyhaním obličiek. Amlodipín nie je dialyzovateľný. *Hemodyalizovaní pacienti:* používať s opatrnosťou. *Precitlivenosť/Angioedém:* zastaviť liečbu a monitorovať až do úplného vymiznutia symptómov. Angioedém spojený s edémom hrtana môže byť fatálny. Kombinácia perindoprilu so sakubitrilom/valsartanom (kontraindikovaná v dôsledku zvýšeného rizika angioedému. Sakubitril/valsartan nesmie byť podaný skôr ako 36 hodín po užití poslednej dávky perindoprilu. Liečba perindoprilom sa nesmie začať skôr ako 36 hodín po poslednej dávke sakubitrilu/valsartanu. Súbežné používanie iných inhibítorov NEP (napr. racekadotril) a inhibítorov ACE môže takisto zvýšiť riziko angioedému**. Súbežné použitie inhibítorov mTOR: zvýšené riziko angioedému. *Anafylaktoidné reakcie počas aferézy lipoproteínov s nízkou hustotou (LDL):* zriedkavo, pacienti zaznamenali život ohrozujúce anafylaktoidné reakcie, dočasne ukončiť liečbu pred aferézou. *Anafylaktoidné reakcie počas desenzibilizácie:* dočasne ukončiť podávanie pred liečbou. Tieto reakcie sa po náhodnej opätovnej expozícii objavili znova. *Neutropénia/ Agranulocytóza/Trombocytopénia/Anémia:* používať s najvyššou opatrnosťou u pacientov s kolagénovým vaskulárnym ochorením, imunosupresívnou liečbou, liečbou s alopurinolom alebo prokaínamidom, odporúča sa pravidelne monitorovať počet leukocytov. *Rasa:* perindopril môže byť menej účinný a spôsobuje vyššie percento angioedému u pacientov čiernej rasy ako u pacientov iných rás. *Kašeľ:* ustupuje po ukončení liečby. *Operácia/anestézia:* zastaviť liečbu jeden deň pred operáciou. *Hyperkaliémia:* časté monitorovanie draslíka v krvi v prípade renálnej insuficiencie, zhoršenia renálnej funkcie, vek (> 70 rokov), diabetes mellitus, dehydratácie, akútnej srdcovej dekompenzácie, metabolickej acidózy a súbežného používania draslík šetriacich diuretík a doplnkov draslíka alebo soľných náhrad s obsahom draslíka. *Kombinácia s lítiom:* neodporúča sa. *Duálna inhibícia systému renín-angiotenzín-aldosterón (RAAS):* súbežné použitie inhibítorov ACE, blokátorov receptorov angiotenzínu II alebo aliskirenu zvyšuje riziko hypotenzie, hyperkaliémie a zníženej funkcie obličiek (vrátane akútneho zlyhania obličiek). Duálna inhibícia RAAS sa preto neodporúča. Inhibítory ACE a blokátory receptorov angiotenzínu II sa nemajú súbežne používať u pacientov s diabetickou nefropatiou. *Primárny aldosteronizmus:* užívanie sa neodporúča u pacientov s primárnym hyperaldosteronizmom (neodpovedajúcim na liečbu pôsobiacu prostredníctvom inhibície renín-angiotenzínového systému)**. *Galaktózová intolerancia/glukóza-galaktózová malabsorpcia/lapónsky deficit laktázy:* nemá sa užívať. **INTERAKCIE*:** *Kontraindikované:* aliskiren (u pacientov s diabetom mellitus alebo poruchou funkcie obličiek), extrakorporálne terapie**, sakubitril/valsartan. *Neodporúča sa:* silné inhibítory CYP3A4, aliskiren, súčasná liečba s inhibítormi ACE a blokátorom receptora angiotenzínu, estramustín, lítium, kotrimoxazol (trimetoprim/sulfametoxazol)**, draslík šetriace diuretiká (napr. triamterén, amiloríd, eplerenón, spironolaktón), soli draslíka, dantrolén (infúzia), grapefruit alebo grapefruitový džús. *S opatrnosťou:* induktory CYP3A4, digoxín, ezetimib, kyselina fusidová, gemfibrozil/deriváty kyseliny fibrovej, inhibítory transportných proteínov, warfarín, antidiabetiká (inzulíny, perorálne antidiabetiká), baklofén, nesteroidné protizápalové lieky (NSAID) (vrátane aspirínu ≥ 3 g/deň), racekadotril, inhibítory mTOR (napr. sirolimus, everolimus, temsirolimus), kolchicín, kolestipol, perorálna antikoncepcia, gliptíny (linagliptín, saxagliptín, sitagliptín, vildagliptín), sympatomimetiká, tricyklické antidepresíva/antipsychotiká/anestetiká, zlato, digoxín, atorvastatín, warfarín alebo cyklosporín, takrolimus, antihypertenzíva a vazodilatanciá. **GRAVIDITA A LAKTÁCIA*:** Lipertance je kontraindikovaný počas gravidity a laktácie. **FERTILITA*:** Reverzibilné biochemické zmeny spermií u niektorých pacientov liečených blokátormi kalciového kanálu. **OVPLYVNENIE SCHOPNOSTI VIESŤ VOZIDLÁ A OBSLUHOVAŤ STROJE*:** Schopnosť viesť vozidlá a obsluhovať stroje môže byť znížená v prípade závratu, bolesti hlavy, únavy, slabosti a nauzei. Opatrnosť sa odporúča najmä na začiatku liečby. **NEŽIADUCE ÚČINKY*:** *Veľmi časté:* edém. Časté: nazofaringitída, hypersenzitivita, hyperglykémia, somnolencia, závrat, bolesť hlavy, dysgeúzia, parestézia, vertigo, porucha zraku, diplopia, tinnitus, palpitácie, hypotenzia (a účinky súvisiace s hypotenziou), sčervenanie, faryngolaryngeálna bolesť, epistaxa, kašeľ, dyspnoe, nauzea, vracanie, bolesť v hornej a dolnej časti brucha, dyspepsia, hnačka, zápcha, zmenená činnosť čriev, flatulencia, vyrážka, pruritus, opuch kĺbov, opuch členka, bolesť v končatine, artralgia, svalové spazmy, myalgia, bolesť chrbta, asténia, únava, abnormálne hodnoty pečeňových testov, zvýšená hladina kreatínkinázy v krvi. *Menej časté:* rinitída, eozinofília, hypoglykémia, hyponatriémia, hyperkaliémia reverzibilná po ukončení liečby, anorexia, insomnia, zmenená nálada (vrátane úzkosti), porucha spánku, depresia, nočné mory, tremor, synkopa, hypestézia, amnézia, arytmia (vrátane bradykardie, ventrikulárnej tachykardie a atriálnej fibrilácie), rozmazané videnie, tachykardia, vaskulitída, bronchospazmus, sucho v ústach, pankreatitída, eruktácia, hepatitída buď cytolytická alebo cholestatická, urtikária, purpura, zmeny sfarbenia pokožky, hyperhidróza, exantém, alopécia, angioedém, pemfigoid, fotosenzitívne reakcie, bolesť krku, svalová únava, porucha močenia, noktúria, polakiúria, zlyhanie obličiek, erektilná dysfunkcia, gynekomastia, bolesť na hrudi, bolesť, malátnosť, periférny edém, pyrexia, zvýšená hladina urey v krvi, zvýšená hladina kreatinínu v krvi, zvýšená telesná hmotnosť, pozitívny nález bielych krviniek v moči, zníženie telesnej hmotnosti, pád. *Zriedkavé:* trombocytopénia, stav zmätenosti, periférna neuropatia, cholestáza, zhoršenie psoriázy, Stevensov-Johnsonov syndróm, toxická epidermálna nekrolýza, multiformný erytém, myopatia, myozitída, rabdomyolýza, tendinopatia, niekedy komplikovaná ruptúrou, zvýšenie pečeňových enzýmov, zvýšená hladina bilirubínu v krvi. *Veľmi zriedkavé:* leukopénia/neutropénia, agranulocytóza alebo pancytopénia, hemolytická anémia u pacientov s vrodenou deficienciou G-6PDH, znížený hemoglobín a znížený hematokrit, anafylaxia, zvýšený svalový tonus, strata sluchu, infarkt myokardu pravdepodobne sekundárny v dôsledku nadmernej hypotenzie u vysokorizikových pacientov, angína pektoris, cievna mozgová príhoda, pravdepodobne sekundárna v dôsledku nadmernej hypotenzie u vysokorizikových pacientov, eozinofilná pneumónia, gastritída, gingiválna hyperplázia, žltačka, zlyhanie pečene, exfoliatívna dermatitída, akútne zlyhanie obličiek. *Neznáme:* imunitne sprostredkovaná nekrotizujúca myopatia, extrapyramidálna porucha (extrapyramidálny syndróm). SIADH môže byť považovaný za veľmi zriedkavú, ale možnú komplikáciu spojenú s liečbou ACE inhibitormi**. **PREDÁVKOVANIE*. VLASTNOSTI*:** Atorvastatín je selektívny, kompetitívny inhibítor HMG-CoA reduktázy. Perindopril je inhibítor enzýmu, ktorý konvertuje angiotenzín I na angiotenzín II (angiotenzín-konvertujúci enzým, ACE). Amlodipín je inhibítor vstupu kalciových iónov z dihydropyridínovej skupiny (blokátor pomalého kanála alebo antagonista kalciových iónov) a inhibuje transmembránový vstup kalciových iónov do hladkých svalov srdca a ciev. **BALENIE*:** 30 alebo 90 (3 balenia po 30) filmom obalených tabliet lieku Lipertance 10mg/5mg/5mg, 20mg/5mg/5mg, 20mg/10mg/5mg, 20mg/10mg/10mg, 40mg/10mg/10mg. **DÁTUM REVÍZIE TEXTU:** 03/2018
Držiteľ rozhodnutia o registrácii: ANPHARM Przedsiębiorstwo Farmaceutyczne S.A., ul. Annopol 6B, 03-236 Varšava, Poľsko.
Výdaj lieku je viazaný na lekársky predpis. Liek je čiastočne uhrádzaný na základe verejného zdravotného poistenia.
* Podrobné informácie sú uvedené v Súhrne charakteristických vlastností lieku, ktorý vám poskytneme na adrese miestneho zástupcu držiteľa: Servier Slovensko, spol. s r. o., Pribinova 10, 811 09 Bratislava, tel.: 02/59204111, fax: 02/54432690
**Všimnite si, prosím, zmenu v informácii o lieku

LIP-11-2018-ADV

Literatúra: 1. C. Vlachopoulos. et al., Effectiveness of perindopril/amlodipine fixed dose combination in everyday clinical practice: results from the EMERALD study, Current Medical Research and Opinion, 2016; 32:9, 1605-1610,
2. Law MR et al. BMJ. 2003;326:1423-1427, **3.** S. Watson, A. Gupta, N.R. Poulter et al, Journal of Hypertension Volume 32, e/Supplement 1, 2014, **4.** Huffman MD. PLOS Med. 2015;12(8):e1001862.

SERVIER Život vďaka objavom

Servier Slovensko, spol. s r. o., Pribinova 10, 811 09 Bratislava,
tel.: +421 2 59 20 41 11, fax: +421 2 54 43 26 94

IDK - ***Individuálna dodatková kapitácia*** – základ pre výpočet je v jednotnej sume **0.65 EUR** pre všetky vekové skupiny bez ohľadu na reálne plnenie ďalších doplnkových ukazovateľov
(***KEF, UKoL*** a minimálne **35 (30 VšZP)** ***ordinačných hodín***/týždenne + tzv. ČOČ - ***čistý ordinačný čas*** 1 deň v týždni do 16:00 hod.) Pri splnení všetkých týchto ukazovateľov možno získať IDK doplatok ku kapitácii v max. výške až **0.77 EUR**

NOVÉ VYKAZOVANIE PRE DÔVERU

(Zmluva uzatvorená od 1.8.2018 na dobu neurčitú)

- Okrem kapitačného navýšenia dochádza k navýšeniu sumy za **ZPP** **(18.92 EUR)** **a TOKS** **(8.73 EUR)**, včítane znehodnoteného (nevráteného) TOKS testu.
- Taktiež sa navyšuje za výkon **Ekg, očkovania a návštevnej služby** (ceny sú vyššie v porovnaní s VšZP)
- **CRP** je hradený nad rámec kapitácie **(4.00 EUR)**
- **Výkon 10** (Rozbor a plánovanie cielených Th postupov na ovplyvnenie chron. ochorení alebo och. viacerých orgánových systémov na účely racionálnej farmakoTh, vrátane rád a dokumentácie)
  – 1x/ 6 mesiacov **(8.00 EUR)**
  = tento výkon možno jednoznačne chápať ako ekvivalent H-výkonov u VšZP
- **Dodatková kapitácia** nateraz v jednotnej sume **(0.442539 EUR)** **do 31.12.2018** pri zohľadnení **43% KKI** (Koeficient Kvality a inovácií) a **71 % KE** (Koeficient efektívnosti) = uvedené koeficienty budú zohľadňovať po 1.1.2019 viaceré parametre, v prípade KKI najmä využívanie eReceptu, eZúčtovania, bezpečných liekov, ako aj prístrojového (POCT) vybavenia a v prípade KE sledovanie starostlivosti o pacienta (počtu návštev), SVaLZ a liekových nákladov, ako aj prevencií. Výsledná hodnota bude po 1.1.2019 premietnutá do zvýhodnenej dodatkovej kapitácie **(ZDK)** až do max. hodnoty **1.019 EUR**

Záverom: Je nanajvýš vhodné mať naštudované najnovšie Zmluvy, resp. Dodatky s poisťovňami s pochopením jednotlivých parametrov a pojmov - pokiaľ si chce lekár finančne prilepšiť novo zazmluvnenými výkonmi a ich kombináciami, resp. prostredníctvom individuálnej dodatkovej kapitácie (IDK), čo môže najmä v prípade VšZP zabezpečiť slušné navýšenie príjmu našim ambulanciám.

„OÚ AH“ nájdete vo Vestníku MZ SR 2014 Ročník 62 z 29.12.2014 čiastka 45-60, strany 258-293 Normatívna časť 33. **Odborné usmernenie Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky na poskytovanie ambulantnej zdravotnej starostlivosti dospelým pacientom s artériovou hypertenziou:**
www.health.gov.sk/Zdroje?/Sources/.../vestniky_mz_sr/2014/vestnik-45-60-2014.pdf

„OÚ DLP“ nájdete vo Vestníku MZ SR 2015 Ročník 63 (z 27.11.2015) čiastka 14-30 strany 83-128 Normatívna časť 18. **Odborné usmernenie Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky na poskytovanie zdravotnej starostlivosti dospelým pacientom s dyslipidémiou v ambulantnej zdravotnej starostlivosti:**
www.health.gov.sk/Zdroje?/Sources/.../vestniky_mz_sr/2015/Vestnik-2015-14-30.pdf

Vybavenie práve do Vašej AMBULANCIE

Ponúkame Vám výrazné zvýšenie štandardu vybavenia Vašej ambulancie a zlepšenie vyšetrovacích metód.

MESI mTABLET EKG:

Vykonné riešenie pre diagnostiku a spoluprácu na dlani Vašej ruky kedykoľvek a kdekoľvek.

✔ rýchlo a presne
✔ automatická diagnostika
✔ prenosné
✔ tlač na A4

ABI: Včasné zistenie periférneho arteriálneho ochorenia (PAO/ ICHDK) zabraňuje vážnym komplikáciám.

Väčšina pacientov je asymptomatická a takmer 70% pacientov necíti žiadnu bolesť alebo zmeny v dolných končatinách. Skutočnou hrozbou pre ochorenie ICHDK je skupina pacientov ktorí nemajú žiadne príznaky, ale môžu mať závažné ochorenie.

✔ zmeranie ABI za 1 minútu
✔ rýchlo a presne
✔ automatické okamžité vyhodnotenie
✔ prenosné, nezávislé od el. prúdu
✔ zmeranie brachialneho tlaku
✔ zmeranie tepovej frekvencie
✔ možnosť rozšírenia o meranie rýchlosti šírenia pulzovej vlny **(PWV)**

Rizikové faktory: diabetes mellitus, dyslipidémia, renálna insuficiencia, hypertenzia, abnormálne EKG, nikotinizmus, obezita, vysoká hladina cholesterolu, porucha metabolizmu lipidov, pacienti s postihnutím koronárnych alebo cerebrálnych artérií.

Kód výkonu v rámci preventívnej prehliadky: H0008 **www.mesi-abi.sk**

Ďalší sortiment, ktorý u nás môžete zakúpiť do svojej ambulancie:
24-hodinové tlakové holtre, oxymetre, váhy, fonendoskopy, plnoautomatické defibrilátory, INR, resuscitačné sety komplet – (stanovené výnosom MZ SR č.09812/2008-OL) **– doplnenie a tlakové skúšky kyslíkových fliaš, hrudné a končatinové elektródy a iné.**

Radi poradíme a odpovieme na Vaše otázky:
Medi Plus Servis, s.r.o., sídlo: Strážna 11, 831 01 Bratislava
E-mail: **obchod@mesi-abi.sk** Mobil: **+421 905 518 078**

www.zdravearterie.sk

Aby nebolo **"dusno" v čakárni**, alebo ako si plánovať svoj čas v ambulancii

MUDr. Valéria Machová Husarovičová
V Bratislave, 1. októbra 2018

Mnohé zahraničné štúdie poukazujú na stúpajúcu nespokojnosť pacienta, čakajúceho v čakárni. Ako hranica subjektívne únosného času bolo pacientami vyhodnotených približne 30 minút. Ako by dopadla podobná štúdia na Slovensku v preplnených čakárňach u všeobecných lekárov?

Pred 3 rokmi som si sadla na stoličku v štandardnej všeobecnej ambulancii, v ktorej jediným objednávajúcim prvkom bola sestrička a lekár, neustále rušení telefónom a vyklopkávaním na dvere. Dovtedy som pracovala v súkromnom zdravotnom centre, kde bola každá minúta kontaktu s pacientom naplánovaná a mimo objednaných termínov sa na vyšetrenie dostali len pacienti so závažnou zmenou zdravotného stavu. V oboch ambulanciách som sa cítila pod tlakom a v neustálom strese. Chýbal mi pocit, že svoju prácu organizujem sama, chýbal mi time-manažment a možnosť plánovania. Hľadala som systém, ktorý by mi ponúkol kompromisné riešenie a po dlhom porovnávaní som sa rozhodla pre variabilný objednávací systém. Z tých, ktoré boli na Slovenskom trhu, som si vybrala internetový portál www.navstevalekara.sk.

Pomocou objednávacieho systému cez internet a za asistencie pána Michala Šveca sme moju ordinačnú dobu rozdelili nasledovne na **3 časové zóny**:

1. **Ranné hodiny**, kde sme umožnili vstup všetkým neobjednaným a akútnym pacientom. Vytvorením priestoru pre voľný vstup bez objednania sme zabezpečili možnosť dostupnosti zdravotnej starostlivosti pri náhlej zmene zdravotného stavu, pri nemožnosti nájsť voľný termín v objednávacom systéme a pre pacientov, ktorí z rôznych dôvodov nemajú možnosť internetového objednávania.
2. **Čas pre objednaných pacientov cez internet**. V tomto časovom úseku sa väčšinou objednávajú samotní pacienti. Slúži na predpisy liekov, potvrdenia do práce, riešenie dlhodobých zdravotných problémov a využívajú ho aj príbuzní starších pacientov, ktorí potrebujú sprievodcu a dovoz na vyšetrenie.
3. **Čas pre lekárom a sestrou objednaných pacientov**. Tento priestor je pre každú ambulanciu mimoriadne dôležitý pre finančný manažment ambulancie a je v plnej kompetencii zdravotnej sestry všetky termíny naplánovať a obsadiť. Objednávame na presný čas pacientov na preventívne prehliadky, predoperačné vyšetrenia, dispenzáre a rôzne potvrdenia na priamu platbu.

Čo sa na mojej ambulancii zmenilo?

1. Citeľne klesla nervozita pacientov čakárni a priamo úmerne stúpla moja pracovná pohoda
2. Oddelili sme pacientov s akútnymi infekčnými a chronickými ochoreniami
3. Umožnili sme pracujúcim si naplánovať vyšetrenie a predpis liekov u svojho lekára
4. Plánujeme dopredu potrebný počet preventívnych prehliadok a vyšetrení na priamu úhradu, čím aktívne strážime finančný manažment
5. Pri výpadku sestry , lekára, alebo pri akejkoľvek potrebe prerušenia ordinačných hodín vieme pomocou objednávkového systému a v ňom povinne zadaných mobilných telefónnych čísel a mailov pacientov preobjednať na iný termín
6. Nemusíme riešiť nákup drahého objednávacieho zariadenia a pri možnom časovom sklze neriešime sťažnosti pacientov, ktorí sa objednali na čas/poradie a zaplatili spätnú sms, keďže je tento nami používaný objednávací systém pre pacienta zdarma aj s sms pripomienkou termínu vyšetrenia.
7. V blízkej budúcnosti plánujeme využiť objednávací systém www.navštevalekara.sk aj na predpis liekov elektronicky chronickým stabilizovaným pacientom, ktorí si lieky cez tento systém budú objednávať. Pomocou preddefinovanej spätnej sms/mailom bude možné dať pacientovi na vedomie, či môže ísť rovno do lekárne alebo sa na ambulanciu musí z rôznych dôvodov dostaviť osobne a predpis online nie je možný.

Kedy **eZdravie** pomôže našej praxi? Kedy dostaneme **„hodnotu za peniaze“**?

MUDr. Peter Marko, MPH
hovorca ZVLD SR, o.z.
Vo Veľkej Lomnici, 3.10.2018

Keďže elektronickú zdravotnú dokumentáciu pacientov vediem v programe WinAmbulancia Vyptech od roku 1999, s príchodom eHealth/eZdravie som očakával skorú likvidáciu papierových nálezov a archaickej kartotéky. Hoci manipulácia so zdravotnou kartou je zreteľne definovaná v legislatíve, bez papierovej karty mi pacientov mnohokrát odmietli vyšetriť špecialisti, alebo operovať, či hospitalizovať v nemocnici.
Prvou lastovičkou elektronickej online medicíny bola aplikácia „Bezpečné lieky“ pre poistencov zdravotnej poisťovne Dôvera už od decembra 2014. Užívateľom EPZP som sa stal v decembri 2016, aby som sa mohol od 1. januára zapojiť do testovania eZdravie. K elektronickým lekárskym nálezom pribudli koncom apríla 2018 taktiež elektronické preskripcie liekov klientom VšZP a Dôvera. Mohli sme takto ukončiť vystavovanie papierových tlačených receptov s čiarovým kódom, ktoré majú honosné označenie „ eRecept“... V rámci ekológie teda už nie 1 liek na 1 papierový recept. Takáto byrokracia ma motivovala dosiahnuť čo najskôr plnohodnotné elektronické predpisovanie liekov. Portfólio elektronického predpisovania liekov a zdravotníckych pomôcok doplnila v auguste 2018 zdravotná poisťovňa Union. Týmto sa podstatne zrýchlilo a zjednodušilo predpisovanie liekov, odpadlo tlačenie papierových receptov, odpadli rôzne straty receptov pacientom.
V systéme eZdravie bohužiaľ nenachádzam stále dôležité operačné a prepúšťacie správy z nemocníc. Zároveň nedokážem dosledovať výdaj predpísaných liekov, ktoré pacient vybral z lekárne. Ako závažný problém vidím neschopnosť systému rozlíšiť medzi preskripciou na tlačený papierový recept s čiarovým kódom (vakcíny) a medzi elektronickým liekom so zaručeným elektronickým podpisom ! Diabetici, ktorých som očkoval proti hepatitíde B Engerixom (na papierový eRecept) a súčasne im predpísal elektronicky chronické lieky, mi po odchode z ambulancie priniesli do 15 minút druhú vakcínu Engerixu, ktorú im vydali vo verejnej lekárni. Napriek tomu, že Engerix som vybral z chladničky, zaočkoval, vytlačil papierový eRecept !
Nechcem si predstaviť, aké dopady bude mať takýto stav na predpisovanie a aplikáciu vakcín proti chrípke v nadchádzajúcej očkovacej sezóne od 1. októbra 2018. Uvedomujem si, že pokrok sa nedá zastaviť, ale iba zlepšená komunikácia NCZI so spätnou väzbou od VLD v prvom kontakte by mohla uľahčiť súčasnú situáciu.
Za podstatné nedostatky v súčasnom užívaní eZdravie považujem:

1. Nemožnosť dobrovoľného sa zapojenia VLD do eZdravie, súčasne existencia legislatívnych sankcií pre poskytovateľov ZS za nepripojenie sa...
2. Opakované samoodpájanie ambulantného PC od servera NZIS/eZdravie

3. Chýbajúci varovný systém upozorňujúci VLD na nefunkčnosť predpisovania liekov elektronicky napriek skutočnosti, že v mabulantnom softwéri prebehne preskripcia korektne, vrátane zaručeného elektronického podpisu
4. Nemožnosť rozlíšenie preskripcie lekárnikom medzi tlačeným papierovým eReceptom s čiarovým kódom a elektronicky predpísaným liekom
5. Nemožnosť pripojenia sestry online do eZdravie s emitovaným EPZP, nedotiahnutá legislatíva diskvalifikujúca sestru z tohto dôležitého procesu. Taktiež nie je vyriešená dostupnosť dokumentácie zastupujúcemu všeobecnému lekárovi
6. Chýbajúce prepúšťacie správy z nemocníc, nálezy špecialistov, medikácie od ostatných poskytovateľov zdravotnej starostlivosti

Za prínos pri súčasnom používaní eZdravie považujem:

1. Zrýchlené a zjednodušené predpisovanie liekov a zdr. pomôcok elektronicky, bez časovej straty tlačou čiarového kódu a potreby tlačiť preskripčné odporúčania na zadné strany receptov a poukazov na zdravotnícke pomôcky
2. Možnosť predpisovania preskripčne obmedzených liekov na odporúčanie špecialistu až 12 mesiacov, dostupnosť repetitívneho receptu chronickým pacientom v eZdravie
3. Možnosť predpisovania chronických liekov stabilizovaným pacientom (hypertenzia, dyslipidémia, diabetes mellitus II.typu) po komunikácii cez objednávkový systém (napr. www.navstevalekara.sk) , alebo cez mobilnú aplikáciu telemedicíny (www.maiamd.sk)
4. Redukcia opakovanej preskripcie receptov pacientom, ktorí tie tlačené z najrôznejších dôvodov „stratili“
5. Potenciál systematickej kontroly všeobecným lekárom nad správaním pacienta pri farmakoterapi: predpisy rôznych špecialistov, vybranie liekov vo verejnej lekárni, odporúčaná liečba pacientovi pri prepúšťaní domov z hospitalizácie...

Systém vzájomnej komunikácie v sieti eZdravie stále považujem za nedostatočný. Chýba efektívny systém varovania VLD pri výpadkoch eZdravie z najrôznejších príčin. O týchto problémoch pravidelne komunikuje pracovná skupina MZ SR, kde zastupuje profesijné združenie ZVLD SR MUDr.Anita Pomothyová.
O zlepšovaní systému budeme komunikovať s autoritami NCZI najbližšie 26. apríla 2019 na celoštátnom Festivale kazuistík v Nižnej nad Oravou, kam všetkých aktívnych lekárov a sestry srdečne pozývame ! Informácie a elektronická registrácia na „Festival kazuistík 2019“ hodnotenom 20 kreditmi CME sú dostupné na portále: www.lekor.eu

Poisťovňa Union ponúka všeobecným lekárom **poistenie na mieru**

Poisťovňa Union v rámci svojej ponuky poistenia ponúka poistenie zodpovednosti prevádzkovateľa zdravotníckeho zariadenia pre ambulancie. Inými slovami ide o poistenie škody, ktorú spôsobí lekár. Mohli by ste nám priblížiť tento typ poistenia?

Na otázky odpovedá
Ing. Pavol Chovan
riaditeľ odboru predaja VIP klientom
Union poisťovňa, a.s.
V Bratislave, 3.10,2018

Prevádzkovateľ zdravotníckeho zariadenia (myslíme tým najmä lekára, ktorý prevádzkuje svoju ambulanciu), je rovnako ako každý iný podnikateľ zodpovedný za škody, ktoré spôsobil pri vykonávaní činnosti inému. Môže to byť pacient, klient, sused, návštevník priestorov ale aj vlastný zamestnanec. Pri vykonávaní zdravotnej starostlivosti je najčastejšou príčinou vzniku škody inému poškodenie zdravia pacienta. V prípade, ak poškodenému bude uznaný nárok na úhradu vzniknutej škody a lekár bude povinný tieto nároky uspokojiť, hrozí mu vysoká finančná záťaž s hrozbou zániku vlastnej praxe pre nesolventnosť. Aby sa nároky poškodeného uspokojili hneď a nebol ohrozený chod ambulancie, preberie Union na seba prostredníctvom poistenia zodpovednosti prevádzkovateľa zdravotníckeho zariadenia tieto povinnosti a vysporiada za lekára uznané finančné nároky poškodeného. Oproti bežnému podnikateľovi je potrebné pripomenúť, že prevádzkovateľovi ZZ je uložená povinnosť toto poistenie uzavrieť aj v Zákone č. 578/2004 Z.z.

Čo všetko kryje toto poistenie?

V prípade vzniku škody môžu byť poškodenému uznané rôzne typy náhrad. Najčastejšie je to odškodnenie v prípade poškodenia zdravia. Jedná sa o finančné ohodnotenie trvalých následkov, ktoré boli spôsobené poskytovaním zdravotnej starostlivosti. Iným typom sú škody na majetku, kedy sa návštevníkom ambulancie môže zničiť ich majetok. V prípade smrti alebo trvalého poškodenia zdravia súd často prihliada na nemožnosť vykonávať svoje povolanie a byť živiteľom rodiny. Preto sú často súčasťou odškodnenia aj také náklady ako je sťažené spoločenské uplatnenie, ale aj rôzne regresy zo strany iných poisťovní, ktoré v prípade škody museli plniť a preto sa tiež domáhajú náhrad škôd, pretože ak by škoda nevznikla, nemali by ani oni tieto náhrady. Okrem zdravotných poisťovní to môžu byť aj komerčné poisťovne a v istých prípadoch aj sociálna poisťovňa. Lekár používa pri svojej práci rôzne nástroje a prístroje a práve pri ich používaní sa môže preniesť vážna infekcia ako je napr. HIV na pacienta, alebo zamestnanca. Aj na takéto prípade poistka od Unionu pamätá.

Existuje maximálna výška poistného plnenia pri tomto type poistenia?

Pre lekára s jednou ambulanciou je postačujúce vybrať si limit na úrovni 50 000 EUR. Samozrejme ak má poskytovateľ viac činností, resp. viac ambulancii a lekárov odporúčame zvýšiť krytie na 75 000 EUR. Výberom limitu krytia si poskytovateľ zároveň zvolí aj maximálnu výšku poistného plnenia. Ak by niektorý klient požadoval ešte vyššie krytie, individuálne mu Union vie vyjsť v ústrety.

Prečo nestačí lekárovi len bežné poistenie zodpovednosti pri výkone povolania?

Poistenie zodpovednosti pri výkone povolania je určené zamestnancovi a nepokrýva riziká za ktoré zodpovedá prevádzkovateľ ambulancie - firma. Poistenie zodpovednosti prevádzkovateľa zdr. zariadenia je určené firme, teda lekárovi - podnikateľovi. Inak povedané, ak vznikne škoda pacientovi, musí náhradu škody uhradiť prevádzkovateľ ambulancie a neskúma sa ktorý konkrétny zamestnanec škodu zavinil. Ak však zamestnanec porušil svoje povinnosti a práve preto vznikla škoda pacientovi, má prevádzkovateľ ambulancie právo po vzniku škody, tú časť nákladov, ktorá finančne zaťažila chod ambulancie vymáhať od svojho zamestnanca, ale obvykle len do výšky 4 násobku platu zamestnanca. Preto má každé poistenie rozdielnu funkciu a je určené pre rozdielne prípady i zákazníka.

Ako si môže lekár toto poistenie uzavrieť?

Veľmi jednoducho a okamžite z pohodlia ambulancie. Stačí kliknúť na www.vipuinion.sk, zadať svoju e-mailovú adresu a svoje registračné číslo člena ZVLD SK. Po prihlásení je na portáli k dispozícii jednoduchá aplikácia na poistenie a po zadaní údajov o poistenom subjekte (firme) a zvolení výšky krytia si vie lekár poistenie uzavrieť už od 59 EUR na celý rok od ktorého-koľvek dátumu ako potrebuje.

Tiež nás môžete kontaktovať e-mailom na ***vip@union.sk***

Populačný **skríning kolorektálneho karcinómu** na Slovensku začne 1.1.2019.

Prvá informácia pre laickú verejnosť spojená s výzvou na aktívnu účasť.

MUDr. Rudolf Hrčka, CSc.
Gastroenterológ
V Bratislave 28. 8. 2018

Kolorektálny karcinóm (KRCa)je v industrializovaných krajinách veľkou výzvou. Výzvou preto, že spolu s karcinómom pľúc, prostaty a prsníka patria k najčastejším smrteľným onkologickým ochoreniam. Slovensko patrí navyše k 5 krajinám s najvyšším výskytom kolorektálneho karcinómu na svete. Na rozdiel od spomínaných ochorení by KRCa nemusel byť smrteľný. Stačilo by ak by populácia nad 50 rokov chodila na pravidelné preventívne vyšetrenia. Tieto vyšetrenia majú potenciál zistiť KRCa v štádiu keď sa dá ešte bezpečne odstrániť a zachrániť si tak plnohodnotný život.

Trochu histórie.

Ostatných 20 rokov vyspelé krajiny s týmto ochorením aktívne bojujú. Hľadajú sa najúčinnejšie spôsoby ako presvedčiť najohrozenejšiu časť populácie t.j. mužov a žien starších ako 50 rokov, aby sa zúčastňovali v čo najvyššej miere pravidelných skríningových vyšetrení.
Slovensko sa do tohto procesu zapojilo spolu s Českou republikou ešte v roku 2002 medzi prvými. Dôraz sa kládol na Všeobecného lekára pre dospelých (VLD). Verilo sa, že VLD bude aktívne svojim pacientom ponúkať test na skryté krvácanie v stolici. Verilo sa, že takýmto spôsobom bude možné v pravidelných intervaloch testovať viac než 50% ohrozenej populácie. Pri takejto účasti by sa podarilo znížiť výskyt nových ochorení aj počet úmrtí na toto ochorenia v celej populácii.
Skutočnosť však bola iná. Nielen u nás ale i v ostatných krajinách Európskej únie. Tento model tzv. oportúnneho skríningu sa po 5 rokoch existencie ukázal ako nedostatočne efektívny. VLD nedokázali presvedčiť viac než 20% ohrozenej populácie na pravidelnú účasť v skríningu. Hľadali sa preto ďalšie spôsoby ako účasť ohrozenej populácie na skríningu zvýšiť.
Európska gastroenterologická spoločnosť sa inšpirovala systémom aktívneho pozývania ohrozenej populácie v severských štátoch Európy. Tento spôsob totiž efektívne fungoval pri vyhľadávaní včasných štádií rakoviny prsníka i krčku maternice. Prvé pilotné štúdie vo viacerých európskych štátoch ukázali, že systém adresného pozývania aj s odoslaním testu na adresu pacienta zvýšil účasť ohrozenej populácie aj na skríningu KRCa nad 50%.
V roku 2010 preto vyšli európske odporúčania , ktoré preferujú tento spôsob skríningu aj pre KRCa. Na Slovensku sme na tento vývoj zareagovali už v roku 2008. Pripravili sme prepilotný projekt na pôde OZ Europacolon, ktorý sa zrealizoval na populácii 20 000 poistencov nad 50 rokov. Účasť bola 56%.
V roku 2009 sme uviedli do života v spolupráci s Ministerstvom zdravotníctva Slovenskej republiky (MZSR) legislatívu, podľa ktorej má každý poistenec na Slovensku možnosť po dovršení 50 rokov absolvovať zdarma primárnu skríningovú kolonoskopiu raz za 10 rokov. V roku 2011 sme pripravili v spolupráci s MZ SR odborné usmernenie, ktoré utvorilo predpoklady pre možnosť realizácie skríningu KRCa pozývacím spôsobom na základe odporúčaní európskych gajdlajnov z roku 2010.
V roku 2013 bol skupinou zodpovednou za skríning KRCa na Slovensku pri Slovenskej gastroenterologickej spoločnosti spolu s MZSR a Všeobecnou zdravotnou poisťovňou pripravený pilotný projekt . Tento mal zistiť či je slovenská populácia schopná akceptovať adresný spôsob pozývania na skríning KRCa minimálne s 50% účasťou. Projekt sa nakoniec neuskutočnil. VSZP sa rozhodla, že finančnou stimuláciou VLD dokáže zvýšiť aktivitu VLD a následne účasť ohrozenej populácie na skríningu. Tento cieľ sa naplnil iba čiastočne, pretože účasť sa z pôvodných 8 až 15% zvýšila na 30% v roku 2017.
Výsledky pozývacieho skríningu vo vyspelých krajinách Európy ukázali, že účasť ohrozenej populácie na skríningu KRCa pri adresnom pozývaní spolu s odoslaním testu stúpla nad 50%. Po zvážení našich možností a doterajších výsledkov s oportúnnym skríningom KRCa sme sa s podporou odborných spoločností, MZSR a všetkých zdravotných poisťovní dohodli na realizácii projektu pozývacieho populačného pilotného skríningu KRCa na 20 000 poistencoch od 1. 1. 2019.

Ako to bude vyzerať v praxi?

V princípe ide o to aby VLD vyšetril čo najviac svojich kapitovaných poistencov nad 50 rokov na prítomnosť alebo neprítomnosť rakoviny hrubého čreva a konečníka, pomocou štandardizovaného imunochemického testu. Tento pozývací spôsob by mal teda zmeniť doterajšiu situáciu. Do ambulancie VLD by malo prísť viac než 30% pacientov na skríningové vyšetrenie ako je tomu doteraz. Mali by sa objaviť poistenci , ktorí budú aktívne s testom v rukách žiadať VLD o vyšetrenie.
V tejto prvej pilotnej fáze bude pozvaná na vyšetrenie reprezentatívna vzorka 20 000 poistencov všetkých zdravotných poisťovní v priebehu január - február 2019. Náhodne vybraní poistenci dostanú poštovú obálku s vysvetľujúcim pozývacím listom a štandardizovaným imunochemickým testom. V priloženom návode nájdu zrozumiteľný text ako si odobrať stolicu, do čoho ju bezpečne a hygienicky uložiť a kedy a komu ju odniesť na definitívne vyšetrenie. Poistenec, ktorý si rozhodne test urobiť zanesie test s odobranou vzorkou stolice svojmu VLD, ktorý test vyhodnotí , zaeviduje do zdravotnej dokumentácie, vykáže tento výkon poisťovni a poistencovi v ideálnom prípade dokáže do 5 minút po odčítaní testu povedať aj výsledok.
Ak je test negatívny pacientovi oznámi, že o dva roky sa tento test zopakuje. Ak sa zistí pozitivita testu, pacienta poučí o potrebe vykonania kolonoskopického vyšetrenia. Na základe kolonoskopického vyšetrenia , ktoré mu odporučí vykonať v jednom zo 100 certifikovaných kolonoskopických pracovísk po celom Slovensku sa dozvie pacient definitívnu diagnózu i ďalší postup od vyšetrujúceho kolonoskopistu. Adresy kolonoskopických pracovísk sú uvedené na stránke www.krca.sk. Z doterajších 6 ročných skúseností z týchto kolonoskopických pracovísk vieme, že asi 2,5% ľudí ktorým sa zistil pozitívny test na skryté krvácanie malo KRCa. 30% z pozitívnych malo polyp, ktorý sa pri kolonoskopii aj odstránil. Znamená to, že nie každý pozitívny test znamená rakovinu. Vo viac ako v 60% ide o nerakovinové príčiny pozitivity testu. VLD by tieto fakty mal poznať a povzbudiť pacientov pred obavami z kolonoskopického výsledku.
Do konca októbra 2019 budú mať pacienti čas na rozhodnutie sa, či si dodaný test urobia, odnesú na vyhodnotenie do ambulancie VLD alebo nie. Po tomto termíne sa Pilotný projekt ukončí a vykoná sa štatistické vyhodnotenie. Ak sa pilotu zúčastní 50% a viac, bude to signál pre medicínske a politické autority, že spoločnosť na Slovensku je natoľko vyspelá, aby akceptovala tento doteraz najúčinnejší spôsob skríningu KRCa. Bude to znamenať, že bude potrebné pripraviť populačný skríning pre asi 600 tis. poistencov ročne. Ak si z pozvaných poistencov dá urobiť test na skryté krvácanie do stolice každý rok aspoň 300 tis. je reálny predpoklad, že výskyt kolorektálneho karcinómu a počet úmrtí na toto ochorenie začne aj na Slovensku postupne, no trvale klesať. Je to beh na dlhé trate. Efekt pre pozitívneho jednotlivca bude okamžitý. Efekt pre celú populáciu bude postupný , no trvale prospešný
v podobe poklesu zbytočných úmrtí na toto ochorenie. Prvé metre tohto maratónu chceme s vašou aktívnou účasťou odštartovať 1.1.2019.

Za realizačný tím MZSR, zdravotných poisťovní, gastroenterologickú spoločnosť, onkologickú spoločnosť, odborné spoločnosti VLD a administrátora tejto stránky, vyjadruje nádej na úspešné zavŕšenie projektu MUDr. Rudolf Hrčka CSc. (člen Komisie ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky pre skríning onkologických chorôb v Slovenskej republike.)

Ako zvládate nápor pacientov?

MUDr. Soňa Čuláková
všeobecná lekárka

"Dva roky plne využívam MEDASY BOX a bez jeho pomoci si už ani neviem predstaviť fungovanie mojej ambulancie. V čakárni máme príjemnú atmosféru, pacienti sa nehádajú a pokojne čakajú na vyšetrenie.

Vďaka prechodu na novší typ BOXu s identifikáciou pacientov máme presný prehľad o pacientoch v čakárni. Sestrička vie mená pacientov a môže si pripraviť ich zdravotnú dokumentáciu. Lekár tým získa čas k dobru a hneď vie, či pacient prišiel na kontrolné vyšetrenie alebo už dávno nebol na vyšetrení alebo prišiel s výsledkami atď...

Pacient je milo prekvapený, že pri vstupe do ambulancie ho čaká pripravená zdravotná dokumentácia, čo urýchľuje prípravu na vyšetrenie.

MEDASY BOX si pacienti chvália, lebo im umožňuje čas čakania stráviť v kľude a v pohode."

MUDr. Iveta Vaverková, MPH
viceprezidentka Spoločnosti všeobecných lekárov Slovenska

"Máme veľmi dobré skúsenosti s MEDASY BOXom. Po jeho zavedení pociťujeme výrazne pokojnejšiu atmosféru v čakárni a navyše máme lepší prehľad o pacientoch čakajúcich na vyšetrenie."

MUDr. Michal Kovár
všeobecný lekár

"Zavedenie MEDASY BOXu nám uľahčilo prácu s organizovaním pacientov. Podarilo sa nám vniesť pokojnejšiu atmosféru do našej čakárne a aj vieme, ktorý pacient čaká na vyšetrenie."

Reforma segmentu **VLD** je nutná!

Sme odbor, ktorý prešiel a prechádza zmenami, žiaľ často menej správnymi. V súčasnosti je zrejmé, že jednotlivé zmeny sú nezastaviteľné a smerujú k zefektívneniu systému v zmysle zvýšenia kvality poskytovanej zdravotnej starostlivosti, organizačnej a samozrejme ekonomickej efektívnosti. Za vzor si berieme krajiny kde je poskytovaná zdravotná starostlivosť kvalitnejšie.

MUDr. Dušan Bráz
člen Správnej rady ZVLD SR
V Chminianskej Novej Vsi, 2. októbra 2018

Často sú interpretácie „odborníkov na zdravotníctvo" zavadzajúce. Ako príklad použijem populistický blog s vypichnutím jednej nemocnice (hoci táto konkrétna nemocnica poskytuje komplexne najkvalitnejšiu zdravotnú starostlivosť): https://visolajsky.blog.sme.sk/c/491494/univerzitna-nemocnica-v-bratislave-famy-a-realita.html Aby som to vysvetlil, na jednu nemocnicu to sedí. Avšak na celú výrazne predimenzovanú sieť nemocníc by boli čísla ďaleko iné. Pri hlbšej analýze by sa napríklad zistilo, kde hľadať potenciálnych kolegov do ambulantnej sféry vrátane všeobecných lekárov. Práve teraz si mnohí z vás možno položili otázku „Čo to má spoločné s nami, s primárnou sférou?" Z môjho pohľadu všetko! Napríklad pri zabezpečení adekvátnej zdravotnej starostlivosti v regiónoch. Prečo? Koľko internistov, neurológov či iných špecialistov pripadá na starostlivosť o pacientov vo Vašom regióne a ako sú rozmiestnení? Koľkí pôsobia v nemocnici? Koľkí pôsobia v ambulantnej sfére? A koľko je vás/nás, v primárnej sfére? V kontexte tu spomenutého dávam do pozornosti zastúpenie jednotlivých medicínskych špecializácií v zdravotníckych systémoch krajín EÚ. https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/healthcare_personnel_statistics_-_physicians. Z uvedeného vyplýva, že Slovensko neposkytlo Európskej komisii dáta a tiež, že v efektívnych systémoch je pomer lekárov v nemocniciach oveľa nižší ako tomu je v postkomunistických krajinách s výnimkou Estónska, Macedónska a čiastočne Slovinska. Nemyslím si, že sme tak výrazne „chorý národ", aby sme mali mať viac ako 70 nemocníc. V niektorých regiónoch pacienti od menej ako 20 VLD napĺňajú jednu nemocnicu, čo predstavuje spádovo cca 35 000 potenciálnych pacientov. Tento problém sa demaskoval práve v takýchto regiónoch, kde v UPS službách jednotlivých špecializácií sa strieda 5-6 špecialistov a súčasne do 20 VLD v službách APS. V ambulantnej sfére v regióne však pôsobí menší počet špecialistov ako v nemocnici! Tento stav je ďaleko od čo i len náznaku efektívneho nastavenia systému. Ako som vyššie spomenul chceme sa systémom podo-

bať na germánske, severské, prípadne angloamerické systémy. Ste si tým naozaj istí? Mám za to, že z časti áno, hlavne tej odbornej. No z ekonomického pohľadu som výrazne zdržanlivejší, ba dokonca tvrdím, že je to nežiaduce. Pomaly ale iste sa k tomu stavu hlavne NAŠOU NEČINNOSŤOU blížime! Čo mi vadí? Nuž zásadná výhrada je percento zamestnaných v.s. percento samostatných v podobe, ako to poznáme ešte aktuálne aj MY – slovenskí VLD. Žiaľ presné čísla sa mi napriek enormnej snahe nájsť nepodarilo. Spojil som si to však s uverejnenými inzerátmi ponúk práce pre GP/VLD. Absolútne prevládajú ponuky v prospech „veľkopodnikateľov" v zdravotníctve, ktorí majú v portfóliu i segment VLD. Iná, no z nášho pohľadu nie principiálne iná, je situácia v severských krajinách, kde vzhľadom na štátne politiky je v popredí VLD ako zamestnanec obce/územného celku/štátu. VŠADE PREVLÁDAJÚ VLD ako ZAMESTNANCI! A s týmto faktom mám principiálny problém. Som jednoznačne za zachovanie autonómie VLD ako ju poznáme. Isté zmeny sú však práve z dôvodu konkurencieschopnosti nevyhnutné. Nevyvrátiteľným a správnym cieľom všetkých politík je snaha o efektivitu vynakladaných zdrojov. Stav v západnej či severnej Európe jednoznačne svedčí o efektivite veľkokapitálu. Či sa nám to páči alebo nie, je to nevyvrátiteľný fakt. Veľkokapitál respektíve štátom plne ovládaný systém je efektívnejší ako rozdrobenosť, v akej aktuálne pracujeme/pôsobíme. Zdroje z celkového balíka samostatní poskytovatelia jednoducho nemajú šancu využiť tak efektívne ako vyššie organizované „kolosy" napriek ich „košatému" manažmentu! Jediným pre nás zachraňujúcim riešením je naša efektivita! Preto mám za to, ak chceme byť i o niekoľko rokov samostatní poskytovatelia zdravotnej starostlivosti so štatútom samostatného poskytovateľa, je absolútne nevyhnutné začať sa spájať, spolupracovať a organizovať na rôznych úrovniach. Spájať sa v absolútne všetkých smeroch, pretože len tak dokážeme konkurovať „veľkokapitálu", prípadne štátu. Rozdrobenosť nám absolútne škodí, nakoľko X organizácií pracuje na principiálne tom istom, pričom žiadna nezabezpečuje v dostatočnej šírke potrebnú podporu a nepôsobí konkurencieschopne voči relevantnej konkurencii. Starší kolegovia spomínajú rôzne spory a „neprekonateľné rozdiely". Práve táto realita brzdí ozaj efektívnu prácu v prospech odboru. Súčasne bráni zapojiť sa väčšiemu počtu kolegov, ktorí by boli iste prínosom pri riešení veľkého množstva výziev. Pri pokračovaní tohto trendu v priebehu pár rokov už nebude čo riešiť a práve pre chyby dneška bude percentuálne rozdelenie aj VLD podobné tomu v západných či severských krajinách (záleží len od štátu, ktorým smerom sa vydá, ale MY budeme tak či onak len štatisti, a hlavne zamestnanci).

Čo treba z môjho pohľadu urobiť?

1. Spojiť sa do jednej VLD organizácie, zastupujúcej na prvom mieste záujmy VLD. Rôzne multiodborové organizácie z pochopiteľných dôvodov limitujú náš rozvoj. Netvrdím, že bránia, no výrazne limitujú hlavne strategický ale aj odborný rozvoj VLD segmentu. ODBOR POTREBUJE VŠETKÝCH OCHOTNÝCH A ŠIKOVNÝCH. Rokovania akokoľvek efektívne medzi početnými organizáciami VLD, kedy každá z nich zastrešuje len niekoľko stoviek VLD, sú zdĺhavé, časovo náročné, neefektívne a vyčerpávajúce. Súčasne nejednotnosť celého odboru je kontraproduktívna pri jednaniach s poisťovňami či štátom. Jednotnosť segmentu je nutná, na druhej strane nejednotnosť úplne zbytočná. Z uvedeného je jasné, že prvotné jednania niekoľkých rozdrobených organizácií o ďalšom postupe voči štátu či poisťovniam sú zbytočnou stratou času, ktorý môžeme omnoho efektívnejšie využiť v prospech riešenia množstva ďalších otázok. Vskutku elegantným riešením je práve vytvorenie jednej organizácie a rôzne názorové prúdy sú v takomto usporiadaní len výhodou hlavne pri zachovaní princípov demokracie a férovej súťaže riešení. Principiálny rozdiel je v tom, že diskusia sa deje vo vnútri a navonok vystupujeme jednotne s najlepšou stratégiou pre celý odbor. Z pohľadu poisťovní či štátu je to tiež krok k efektivite minimálne z pohľadu časového manažmentu (otázne je, či úprimne žiadanej zo strany poisťovní).
2. Z rôznych objektívnych dôvodov je rezidentský program síce v aktuálnej situácii tá povestná slamka topiaceho sa, avšak z dlhodobého hľadiska veľmi neefektívna cesta. Toto musíme zvládnuť sami a v podstate ukázať cestu štátu, ako sa to dá. Na začiatku to boli VLD a VLDD, no už teraz sa spúšťajú programy pre ďalšie odbornosti. Čo bude nasledovať? Už nik nebude vychovávať svojich nástupcov? Čo bude v čase hospodárskej stagnácie? Padne systém, prípadne vypadne celá generácia? Nie. Riešením je urobiť to inak zo zdrojov v systéme! Túto otázku v kooperácii riešia de facto všetky vyššie spomínané sekcie. Áno mnohí budete namietať, veď to rieši Ministerstvo zdravotníctva. Je nutné uvedomiť si, že len týmto spôsobom to vieme urýchliť a tým sami sebe naozaj pomôcť. Na to, aby sa táto pomoc aj reálne pomocou stala, je nutné dostať ju do našich softwérov. To tiež nemá šancu riešiť len úzka skupinka ľudí starajúca sa o „všetko". Nech sú akokoľvek šikovní a ochotní, jednoducho deň má len 24 hodín! Tiež je nutné riešiť a sledovať dianie na politickej scéne, pripravovanú legislatívu atď. Ak chceme byť ozaj úspešní a pre systém čo možno najužitočnejší, bolo by viac ako vhodné, aby sekcia legislatívy spolupracovala so zákonodarcami a strategicky ovplyvňovali smerovanie nášho odboru. Jedine takýmto spôsobom môžeme vytvárať relevantný tlak v náš prospech a súčasne byť rešpektovaní štátom a stať sa ozajstnou konkurenciou veľkokapitálu.
3. Nutné je zmeniť aj organizáciu našej práce. Aj vďaka vyššie popísaným zmenám celkového fungovania segmentu VLD máme šancu urobiť razantný krok a každý jeden slovenský pacient by zažil „ prekvapenie stredoeurópana pri návšteve Taiwanskej pohotovosti" https://www.facebook.com/DundeeVsSvet/photos/a.1091503870859815/2145008078842717/?type=3&theater

Mnohých z Vás napadne „Ale veď toto je emergency´´. Použil som to ako vzor systému práce s implementovanými guidelines v našom software. Ako dostať guidelines do našich softwarov? Jednoducho. Ako veľkokapitál, ktorý si vytvára svoj software. Aj my sa môžeme stať veľkokapitálom práve vďaka spojeniu sa, avšak s výraznou mierou zachovanej autonómie.

1. Isté je, že čokoľvek z vyššie spomenutého je de facto nerealizovateľné ak budeme po pár stovkách v rôznych rovnako orientovaných organizáciách. Nebudeme naozaj efektívni ani v našich ambulanciách. Mám za to, že ak nevytvoríme funkčný vyššie organizovaný systém prostredníctvom ktorého riešime „VŠETKO", konkurencia a neefektívnosť nás jednoducho „zomelú".
2. Stále tomu nerozumiete? Zdá sa Vám to nereálne? Nuž tak skúste spočítať, koľko spolu/každý z nás osobitne zaplatíme za málo pomocný software? Viete, že by sme všetci spolu mohli software firmu založiť, prípadne výrazne zmeniť zmluvné vzťahy? Pri 500 členoch nemožné! Rozdiel by bol však principiálny a kvalitatívne zásadný, ak by sme boli v jednej organizácii! Skúste si spočítať koľko spolu/každý z nás osobitne platí za ekonomické a účtovné služby? Viete, že našou spoločnou by mohla byť celkom veľká účtovná firma? Viete si predstaviť robiť ako to opísali na Taiwane – na 2 kliky ? Ja viem. Robil som podobne, a čo je dôležité, s oveľa vyššou kvalitou a nižšou pravdepodobnosťou omylu. Myslíte, žeby to tí menej IT zdatní kolegovia neocenili? Samozrejme že áno, ocenili by sme to všetci!

„ Ako budeme v systéme pôsobiť o 5 či 10 rokov? "
Ak nezačneme veci meniť teraz, tak ako zamestnanci ich tak či onak budeme robiť čo možno najefektívnejšie, avšak už len ako „ZAMESTNANCI" štátu či veľkokapitálu! Jediná cesta je efektivita a konkurencieschopnosť. Len tá nám zabezpečí autonómne prežitie v systéme, rešpekt po ktorom voláme, a taktiež zlepšenie pracovného prostredia!

Jedno mužstvo

Tí z nás, ktorí sa aktívne alebo rekreačne venovali nejakému kolektívnemu športu vedia, že výsledok zápasu-súťaže závisí od práce celého mužstva. Väčšinou to funguje tak, že v rámci tímu sa jednotliví hráči viac menej špecializujú na konkrétne činnosti napr. obrana, útok, nahrávač, blokár, pravé, či ľavé krídlo, atď. Každé mužstvo má väčšinou jedného kapitána. Je to človek, ktorý požíva medzi spoluhráčmi prirodzenú autoritu, či už je to vďaka skúsenostiam alebo kvalite svojich schopností. A sú to práve kapitáni, ktorí dokážu v kritických chvíľach mužstvo podržať, prevziať zodpovednosť do svojich rúk a rozhodnúť zápas.

MUDr. Rastislav Zanovit
Člen Správnej rady ZVLD SR
Člen výboru SSVPL
V Námestove, 3. októbra 2018

Hoci je vo všeobecnom lekárstve väčšina žien, uvediem ešte jeden príklad z čisto mužského prostredia. Každé regulárne vojsko má danú štruktúru a všetky jednotky so svojimi veliteľmi podliehajú generálnemu štábu, na čele ktorého stojí vždy jeden generál.
Ak by som to nazval športovou terminológiou, tak poviem o sebe, že už 16. sezónu obliekam dres Námestovo Green Barrets. Nie je to veľa, lebo určite sú tu aj služobne skúsenejší kolegovia, ale dosť na to, by som mohol mať na niektoré veci názor a právo sa k nim vyjadriť. Musím sa priznať, že som nikdy nemal ambíciu stať sa veliteľom, či kapitánom nejakého družstva a aj moja úloha partizánskeho veliteľa v 6VvOZ (Šesťdňová vojna v Oravskom Zálive) bola historickou nutnosťou. Verím tomu, že keď mám snahu urobiť niečo v prospech celku, prinesie to osoh aj pre môj život a moju prácu.

Pár historických faktov. Z útrob slovenského všeobecného lekárstva vzišla, ba priam bola katapultovaná jedna výrazná osobnosť, ktorá dlhé roky ovplyňovala figúrky na šachovnici slovenského zdravotníckeho systému. Veľmi šikovný hráč, ktorý prácou v exekutíve rozbehol popri svojom klubíku ekonomicky veľmi úspešný projekt. Do akej miery sme my, všeobecní lekári, zohrali v jeho business stratégii úlohu, ostane už len v úrovni konšpirácií... Možno sa jeho dres niekedy objaví v sieni slávy všeobecného lekárstva.
Výraznou, ale pomerne kontroverznou osobnosťou bol / je určite aj Dr. Peter Lipták. Nemôžno mu uprieť snahu o zjednotenie všeobecných lekárov, bol dokonca jeden z mála, ktorý sa v roku 2007 ohradili voči postupu vtedajšieho prezidenta ASL SR, kedy boli všeobecní lekári "obetovaní". A je to asi aj lekár, ktorý drží prím v počte súdnych sporov so zdravotnými poisťovňami. Nemožno mu uprieť snahu aj o odborné pozdvihnutie nášho segmentu. Ale ako jednotiaci prvok nebol úspešný. Čakalo sa, či nebude menovaný hlavným odborníkom po prof. Gajdošíkovi, ale zrejme jeho povahové črty boli natoľko známe, že na ministerstve

mali iný názor. A prekvapením z jasného neba bola voľba Dr. Moniky Paluškovej. K historickým míľnikom patrí aj stretnutie, ktoré sa uskutočnilo vo februári 2013 za účasti novej HO MZ SR, krajských odborníkov, zástupcov Zdravity a SLK, kde skrsla iskra nádeje, že sa nejako dáme ako segment dokopy. Napriek tomu, že vytvorené pracovné skupiny začali komunikovať a pripravovať materiály, ktoré sa neskôr pretavili vďaka HO MZ SR do konkrétnych výsledkov pre segment, jednota sa nenastolila. Možno aj vďaka osobnostným inkompatibilitám, či nejakým starým hriechom. To, že v auguste 2016 vzniklo ZVLD SR bola opäť historická nutnosť, nakoľko nebolo toho, kto by sa zastal všeobecných lekárov v boji za oslobodenie spod jarma LSPP a všetci naši zástupcovia sa v tejto veci začali správať ako čistí politici. A boli sme presvedčení, že sa treba postaviť na obranu drobného podnikania v zdravotníctve. Možno sme svojou činnosťou nepresvedčili väčšinu kolegov, verím však aj tomu, že mnohí tomu nerozumejú a ani nechcú rozumieť. Chcú len svoju prácu a spravodlivú odmenu za ňu. Každý z nich vám povie, že kedy už konečne bude len jedna organizácia, ktorá nás bude zastupovať. Presne toto chce ZVLD SR, aj po vzore českých kolegov. Chce to jedno mužstvo s jedným kapitánom. Možno by bol priechodný model generálneho štábu, kde by boli zastúpení veliteľia jednotlivých divízií, či partizánskych skupín, pričom by sa po roku rotovala stolička generála ? Poviem za seba. Zo Zdravity som odišiel, lebo… som do toho videl... Zo SLK som vystúpil po tom, čo mi prezident SLK do očí zaklamal a ZAP je jeden veľký podvod.
ZVLD SR som spoluzakladal s nádejou, že raz budeme zastupovať 2200 všeobecných lekárov Slovenska. Budeme ešte dlho čakať, kým sa prelomia vzájomné animozity, regionálne, ideologické a kultúrne rozdiely a budeme k sebe viac tolerantní ? Budeme niekedy jedno mužstvo ? Čas a záujmové skupiny v zdravotníctve idú neúprosne proti nám...

Komunita všeobecných lekárov pre dospelých na **FB** platforme "**VLD izba**".

MUDr. Valéria Machová Husarovičová
Administrátorka FB platformy „VLD IZBA"
V Bratislave, 2.októbra 2018

Na začiatku bol nápad. Nie môj, aby som bola férová, ale nášho kolegu, ktorý nám ukázal cestu ako sa virtuálne stretávať aj mimo zrušeného diskusného fóra na stránke Slovenskej lekárskej komory. Lekom fórum nám mnohým chýbalo, zvykli sme si tam chodiť po rady, čítať názory skúsenejších kolegov, nezriedka sa aj posťažovať. Dôvod zrušenia tohto fóra nepoznáme dodnes, aj keď niektorí možno tušíme prečo, keďže sťažností na ťažký údel VLD pribúdalo... V novembri 2017 sme sa s pár kolegami rozhodli, že prišiel čas, aby sme vytvorili nové debatné fórum pre "našich" VLD kolegov. Prívlastok "naši" neznamená názorovú, geografickú, ani politickú uniformnosť, dokonca ani príslušnosť vo VLD zastrešujúcich organizáciách. Cieľom bolo a zostane združiť VLD kolegov, ktorí majú vlastné ambulancie a každodenne sa pasujú s rovnakými problémami.

Do dnešného dňa sme vytvorili uzavretý FB priestor pre 160 kolegov. Priestor na otázky a odpovede, ktoré sa postupne sformovali do ucelených tém, slúžiacich ako návody a rady pri našej medicínskej praxi, v komunikácii so ZP, SP, ÚPSVaR. Radíme si ako a kde nakupovať prístrojové vybavenie, ako správne bodovať a lepšie zarábať, kedy potvrdiť alebo nepotvrdiť rôzne povolenia. Spolu sa prehrýzame témami PZS, APS, obhliadkami, delegovanými odbermi. Zdieľame a vytvárame spoločnú znalostnú databázu.

FB nie je najvhodnejším priestorom na otvorenú komunikáciu a na VLD izbe sú mnohé príspevky, ktoré nie sú určené na zverejnenie, preto naše "súkromie" strážime.

1. VLD izba ma status "tajná", to znamená, že príspevky vidia len členovia a nie je možné ju na FB vyhľadať nikým iným, len členom.
2. Členom sa vie stať len VLD, ktorý je pozvaný už existujúcim členom a prejde procesom schválenia administrátormi. Administrátori overujú v prvom kroku, či má pozvaný VLD svoju ambulanciu, prípadne je zamestnancom malej s.r.o., skontrolujú jeho existenciu na stránke VÚC. V prípade nejasností kontaktujú člena, ktorý overovaného VLD navrhol. Tento proces je dôležitý, aby sme si svoje problémy riešili len medzi sebou.
3. Ako sa teda stať členom vo VLD izbe? V prvom rade treba mať založené svoje osobné konto na FB. Všetci, ktorí už sú členmi VLD izby vedia pozvať nových záujemcov. Ak nemáte okolo seba nikoho, kto Vás vie pridať, máte chuť na VLD debaty, potrebujete s niečím pomôcť, alebo sa len spojiť so svojimi kolegami, treba kontaktovať cez FB alebo FB messenger administrátorov (na FB Valika Husarovičová, Darinka Šteffeková).

Čo dodať na záver? Ešte pred rokom sme sa mnohí cítili na ambulancii sami, nemali sme čas sa stretnúť s kolegami a popýtať sa na všetko, čo potrebujeme vedieť, vypustiť paru alebo sa posťažovať. Vznikom FB VLD izby sa to zmenilo. Vždy sa niekto nájde, kto je práve online a odpovie. Cieľ je teda takmer splnený. Mnohí VLD sme už spolu, aj keď virtuálne. Sme rôzni, ale vo VLD izbe sme "naši". Niektorí členovia len čítajú, niektorí sa pýtajú, iní odpovedajú. Sledujeme zmeny, ktoré sa nás týkajú, nové vyhlášky, zákony a vzájomne sa informujeme.

Nikto z nás sám nedokáže odsledovať celé spektrum noviniek, ale máme vytvorený dobrý informačný systém, ktorý nám pomáha "odchytiť" to dôležité. Pre našu budúcnosť je dôležité, aby sme spolu komunikovali, aktívne sa zapájali, pokúsili sa meniť udalosti v náš prospech a spoločne sa podieľali sa na našom VLD živote !

Rokovania so Sociálnou poisťovňou zaspali na dlhých 15 rokov

MUDr. Zuzana Nedelková
Členka Správnej rady ZVLD SR
V Piešťanoch, 2. októbra 2018

Aktuálne zmluvy , ktoré sú medzi jednotlivými poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti a Sociálnou poisťovňou v platnosti, boli vypracované jednostranne Sociálnou poisťovňou bez možnosti ich pripomienkovania jednotlivými poskytovateľmi resp. ich zástupcami t.j. nebola splnená podmienka slobodného prejavu vôle jedného z právnych subjektov.

Keďže cena bodu za výkony pre Sociálnu poisťovňu nebola upravovaná od 30.12.2003 , napriek tomu že v rokoch 2003 – 2016 sa inflácia pohybovala od – 0,49 do 9,26 % (v priemere 2,88%) k valorizácii cien pre poskytovateľov zdravotnej starostlivosti nedošlo za 15 rokov ani raz.

Správna rada ZVLD SR schválila vypracované podklady a poverila členov Správnej rady MUDr. Z.Nedelkovú, MUDr. A. Pomothyovú a MUDr. V. Chromého rokovať na MF SR, MPSVaR a Sociálnej poisťovni o možnostiach úpravy legislatívnych i finančných podmienok pre VLD.

Spolupráca je realizovaná na základe Z.č.461/2003 §153, §154, §156 a Z.č.576/2004 §24 a §25.

Posudkový lekár pri výkone lekárskej posudkovej činnosti spolupracuje so všeobecným lekárom...kontroluje zdravotné výkony na účely sociálneho poistenia, vykazované pobočke zdravotníckymi zariadeniami, so zreteľom na účelné vynakladanie prostriedkov
sociálneho poistenia. V tomto procese spolupráce má všeobecný lekár **niekoľko povinností:**

Podľa § 154 Z.č.461/2003

(3) Na vykonanie kontroly posudzovania spôsobilosti na prácu **ošetrujúci lekár je povinný**

a) predložiť potvrdenie o dočasnej pracovnej neschopnosti,
b) predložiť zdravotnú dokumentáciu posudzovanej fyzickej osoby
c) umožniť vykonanie kontroly v termíne určenom posudkovým lekárom
d) **predvolať posudzovanú fyzickú osobu na kontrolu**, ak posudkový lekár neurčí inak
e) doplniť vyšetrenia a zabezpečiť ústavné liečenie posudzovanej fyzickej osoby, ak o to písomne požiada posudkový lekár a ak tomu nebránia závažné dôvody,
f) prerokovať trvanie dočasnej pracovnej neschopnosti posudzovanej fyzickej osoby, ak trvá dlhšie ako 21 dní
g) prerokovať s pobočkou vývoj obnovy pracovnej schopnosti každého poistenca, ktorého dočasná pracovná neschopnosť trvá dlhšie ako 26 týždňov
h) prerokovať s pobočkou vývoj obnovy pracovnej schopnosti poistenca, ktorého dočasná pracovná neschopnosť má trvať dlhšie ako 52 týždňov.

Zákon však taxatívne neurčuje miesto výkonu kontroly posudzovania spôsobilosti na prácu (KPSP) a rovnako taxatívne neurčuje ako často je nutné KPSP vykonávať.

V súčasnej dobe poskytujeme pre Sociálnu poisťovňu výkony podľa nižšie uvedenej tabuľky

Tab. zdravotných výkonov, ich bodového a cenového ohodnotenia: (súčasná + navrhovaná)

Výkon	Skratka	Body	Cena bodu	Výsledná cena	Navrhovaná cena
62	CIEV	250	0,023236	5,809	ŠAS
63	ODBV	200	0,023236	4,6472	ŠAS
	KOIV				
71	TDPN	35	0,023236	0,81326	1,05
	VYR				
	PPM				
	CHZP				
	URAZ				
	EULS				
	REGR				
	DPN	35	0,028547	0,999145	1,05
	OCR	35	0,028547	0,999145	1,05
74	BODN	300	0,023236	6,9708	9,0
	BODS				
	PZAK				
74a	VOPS	**0 !!!**	**0 !!!**		2,30/pac
	VYZI				

62 – cielená vyšetrenie 2 alebo viac. orgánov. systémov trvajúce viac ako 20min
63 – cielené vyšetrenie 1orgán.systému alebo kontr. vyšetr. vrátane rád a dokumentácie trvajúce viac ako 15 min (výkon 62 a 63 je hradený ŠAS)
71 – vystavenie preukazu o trvaní PN (TDPN)
potvrdenia o potrebe preradenia na inú prácu (VYR)
potvrdenia o očakávanom dni pôrodu (PPM)
tlačiva "Hlásenie choroby z povolania" (CHZP)
hlásenia o úraze (URAZ)
krátka lekárska správa v prípade DPN pre uplatnenie nároku na dávku v inom členskom štáte EU (EULS)
regresné hlásenie (REGR)
potvrdenia o DPN (DPN)
potvrdenie o OČR (OCR)
74 – Vystavenie lekárskeho nálezu alebo výpis zo ZD na účely:
a) vystavenia bodového ohodnotenia pracovného úrazu alebo vystavenie bodového ohodnotenia sťaženia spoločenského uplatnenia
b) sociálneho poistenia podľa osobitného predpisu
74a – prerokovanie vývoja obnovy pracovnej schopnosti (KPSP)

Podľa Opatrenia MZ SR č. 07045/2003 o rozsahu regulácie cien v oblasti zdravotníctva, podľa prílohy č.4, položka 85.12.12 a položka 85.13.11 odst. 2:
Sekundárna zdravotná starostlivosť a následná zdravotná starostlivosť podľa písmena b) **na sociálne účely:** cena bodu za uvedené výkony je stanovená nasledovne:
minimálna cena bodu 0,40 SK t.j. **0,01 Eu**
maximálna cena bodu 0,99 SK t.j. **0,03 Eu (preto požadujeme maximálnu cenu)**

Navrhované úpravy a opatrenia :

Frekvencia KPSP : 1x/2 mesiace u poistenca , kde DPN prekročila 31 dní
v 26. týždni trvania DPN jednotlivého poistenca
v 52. týždni trvania DPN jednotlivého poistenca

z KPSP vyňať:
1.onkologické ochorenia,
2. stp.operáciách chrbtice
3. stp. náročných operáciách srdca
4. stp. TEP
5. stp. transplantovaní orgánov
6. ťažké polytraumy

Teda ochorenia, u ktorých je jednoznačný predpoklad trvania DPN 12 mesiacov .

Navrhovaná úprava ceny bodov :
Výkony **71** a **74** jednotná cena 0,03 Eu s pôvodných 0,023236 Eu.
Výkon **74a** ohodnotiť počtom bodov **100** s cenou bodu **0,023 Eu (t.j.2,30 /pac)**

Navrhované zmeny ZVLD SR prekonzultovalo s hlavnou odborníčkou MZ SR pre VLD MUDr. Janou Bendovou i SSVPL, s ktorým máme podpísané Memorandum o spolupráci, pričom došlo k vzájomnej zhode. Pri výbornej konštalácii hviezd by navýšenie pre jednotlivú ambulanciu VLD predstavovalo čiastku cca 660 Eur/rok. Je to veľa alebo málo ?

Benefity členov ZVLD SR platné po predložení preukazu

Preukazy emitované v roku 2017 zostávajú v platnosti do 31.03.2019!

Záujemcovia dotazy a požiadavky adresuje e-mailom na: zvldsr@gmail.com

1. **VIP Union**: od **59,- EUR poistenie zodpovednosti lekára** pri výkone praxe, vrátane výkonu APS a zodpovednosti rezidenta v špecializačnej príprave - 35% zľava z ceny poistenia zariadenia a prístrojového vybavenia ambulancie - 35 % zľava z ceny PZP a havarijného poistenia motorových vozidiel
   E-mail: vip@union.sk • Webportál: www.vipunion.sk

2. **Čerpacie stanice GAS** na celom území SR po predložení FLEET čipovej karty **- 0,14 EUR / liter - okamžitá zľava** zo základnej trhovej ceny prémiového paliva s obsahom aditív (natural, diesel)
   www.gas.sk • www.tankujlacno.sk

3. **OPEL** automobily u všetkých predajcov na území celej Slovenskej republiky **až do – 25 % z cenníkovej ceny nových vozidiel**
   E-mail: jozef.fabian@gm.sk

4. **VÚB banka a VÚB leasing**: **zľavy z poplatkov a úverov** v pobočkách v SR
   Podrobnosti v jednotlivých pobočkách po predložení členského preukazu ZVLD SR

5. **O2** služby mobilného operátora so zľavami až **do – 30% z cenníkových cien**
   Možnosť splácania telefónov a zariadení v mesačnej faktúre za mobilné služby
   E-mail: vladimir.antoska@o2.sk • Tel: 0948/ 321 897

6. **BANCHEM** dezinfekčné a čistiace prostriedky s dovozom do ambulancie
   Bezplatný dovoz priamo do ambulancie pri objednávke v hodnote nad 100 € s DPH
   - 20% zľava z ceny dezinfekčných prípravkov
   - 10% zľava z ceny čistiacich prostriedkov
   E-mail: banchem@banchem.sk • Web: www.banchem.sk

7. **EUROLAB Lambda**: bezplatná doprava prístrojov do amb. a odborné zaškolenie
   - 10% zľava z ceny reagenčných súprav, diagnostík, vrátane iFOB testov SureScreen
   - 124,-EUR zľava z ceny 1.reagenčnej súpr. pri kúpe CRP prístr. NycoCard Reader II
   66,- EUR zľava z ceny 3 balení urinálnych prúžkov pri kúpe močového analyzátora PocketChem UA
   E-mail: eurolambda@eurolambda.sk • Tel: +421 33 5341 448

8. **SPINERGO** patentované zdravotné **stoličky so zľavou – 40%** z bežnej predajnej ceny
   Spinergo Medical - stolička všeobecným lekárom ZVLD SR za členskú cenu 199,90 € bez DPH
   E-mail: info@spinergo.sk • Tel: +421 917 127 460

LEKOR profesionalita · vzdelávanie · skúsenosti

SOLEN MEDICAL EDUCATION Via practica

FESTIVAL KAZUISTÍK 2019

NIŽNÁ NAD ORAVOU

ORAVSKÉ INTERAKTÍVNE FÓRUM

ambulantných lekárov a sestier

25. apríla - 27. apríla 2019
(štvrtok – sobota)
Nižná nad Oravou, sála Ostražica

lekári **20 kreditov CME**
sestry **20 kreditov SKSaPA**

Elektronická registrácia
a informácie:
www.lekor.eu

Festival pod záštitou Dr. Tatula Hakobyana, kancelária Svetovej zdravotníckej organizácie na Slovensku
Odborný garant festivalu kazuistík: mim.prof. MUDr. Katarína Gazdíková, PhD., MHA, MPH, katedra všeobecného lekárstva, Lekárska fakulta Slovenskej zdravotníckej univerzity Bratislava
Podujatie s účasťou MUDr. Jany Bendovej, PhD. - hlavnej odborníčky MZ SR pre všeobecné lekárstvo

Návšteva Lekára.sk

Najväčší portál na vyhľadávanie lekárov a objednanie na vyšetrenie online na Slovensku a v Českej republike

Objednávanie pacientov online je univerzálny a interaktívny rezervačný systém, ktorý umožňuje pacientom rezerváciu termínu vyšetrenia 24 hodín denne

Výhody NávštevaLekára.sk

+ Menej telefonátov do ambulancie

Znížte počet telefonátov do ambulancie alebo na recepciu, a zároveň počet pacientov, ktorí sa nemôžu dovolať pro rezerváciu termínu

+ K dispozícii Non-stop

Umožnite pacientom zvoliť si najvhodnejší termín vyšetrenia a vytvoriť rezerváciu i večer, alebo cez víkend

Znížená cena pre všeobecných lekárov pre dospelých

20 €/mesiac

Kontaktujte nás

www.navstevalekara.sk
partner@navstevalekara.sk
0902 131 054

Novinka: Internetové objednanie predpisu liekov na papierový recept, alebo elektronicky cez internet

+ Progresívna služba šetrí čas lekárom i pacientov
+ Pre členov ZVLD SR je služba objednania receptov zadarmo!

> Výborná služba objednania online namiesto pokúšania sa dovolať do ordinácie v pondelok ráno.
>
> Zuzana, Nitra