



INFORMAČNÍK 2/2017

Fonendoskop

Združenie všeobecných lekárov pre dospelých SR, o.z.

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

- ✓ Termíny a miesta stretnutí všeobecných lekárov v regiónoch (tiež na webe www.zvld.sk)
- ✓ Splnomocnenie (dobrovoľné) pre vyjednávanie so zdravotnými poisťovňami
- ✓ LSPP, nezisková organizácia už úspešne prevádzkuje pohotovostné ambulancie
- ✓ Kto bude vykonávať prehliadky mŕtvych – naozaj to pôjde bez všeobecných lekárov?
- ✓ Riadny snem ZVLD SR v Liptovskom Mikuláši 27. 5. 2017. Nová správna rada a rozhodcovská komisia.
- ✓ Úspešné prezentácie ZVLD SR na WONCA Europe konferencii v Prahe 30. júna 2017. Stretnutia s kolegami zo Združení praktických lekárov Českej republiky.
- ✓ Preventívne prehliadky a novinky v očkovaní proti pneumónii dospelých od 1.10.2017
- ✓ Pozvánka na festival kazuistik „Oravské interaktívne fórum 2018“ v Nižnej nad Oravou 3. 5. - 5. 5. 2018. Elektronická registrácia na www.lekor.eu 20 kreditov CME za pasívnu účasť.

Pozývame vás na jesenné stretnutia všeobecných lekárov pre dospelých

miesta stretnutí nájdete na **www.zvld.sk**

telefón sekretariát: **0944 000 825**

September

27. 09. 2017 (streda) **Banská Bystrica** – Hotel Kaskády

Október

3. 10. 2017 (utorok) **Púchov** – 15:00 hod.

5. 10. 2017 (štvrtok) **Žilina** – 15:00 hod.

10. 10. 2017 (utorok) **Ružomberok** – 15:00 hod.

12. 10. 2017 (štvrtok) **Horný Smokovec** – 15:00 hod.

13. 10. 2017 (piatok) **Horný Smokovec** – 15:00 hod.

18. 10. 2017 (streda) **Bratislava** – 15:00 hod.

19. 10. 2017 (štvrtok) **Prešov** – 15:00 hod.

25. 10. 2017 (streda) **Trnava** – 15:00 hod.

26. 10. 2017 (štvrtok) **Vranov nad Topľou** – 15:00 hod.

November

8. 11. 2017 (streda) **Piešťany** – 15:00 hod.

8. 11. 2017 (streda) **Levice** – 15:00 hod.

9. 11. 2017 (štvrtok) **Galanta** – 15:00 hod.

15. 11. 2017 (streda) **Košice** – 15:00 hod.

15. 11. 2017 (streda) **Michalovce** – 15:00 hod.

21. 11. 2017 (utorok) **Detva** – 15:00 hod.

22. 11. 2017 (streda) **Trenčín** – 15:00 hod.

Vážené kolegyně a kolegovia, všeobecní lékaři pre dospelých!

Podľa sociologického prieskumu z novembra 2015 bol rezort zdravotníctva na prvom mieste nespokojnosti obyvateľov Slovenska, zmenilo sa od vtedy niečo? Podľa generálneho tajomníka OECD p. Gárciu **máme najmenej VLD/1000 obyvateľov** zo všetkých krajín OECD, zmenilo sa na tom niečo?

Čo vieme zmeniť my (VLD)?

Vydávame 2. číslo nášho občasnika – presne 4 mesiace od prvého vydania, opätovne by som si dovoľil zacitovať slová **Dr. Šmatláka expredsdu** nášho partnerského **Sdružení praktických lékařů České republiky** (ďalej SPL ČR), ktoré združuje viac ako 27 rokov takmer 4.600 z celkového počtu 5.200 VLD:

„Mám radost, že jste se i na Slovensku rozhodli **osamostatnit. Jiná cesta ke zlepšení postavení praktických lékařů nevede.** Své zájmy si musíme hájit sami – není jich tak moc – zejména kompetence a úhrady. **Nejpracnější je o tom přesvědčit samotné praktické lékaře a získat jejich podporu.** Pak už to jde celkem snadno.“ V ČR je iba jedna odborná spoločnosť SVL ČLS JEP. V ČR nemajú žiadny ZAP ani Zdravitu.

Keď už nemôžeme mať jednu odbornú spoločnosť, nech **máme jediné Združenie VLD!** Nech veci u nás fungujú aspoň tak, ako v ČR. **Čo vy na to, kolegovia všeobecní lékaři?**

ZVLD SR má aktuálne viac ako 300 členov. Dnes má **Zdravita** cca 1700 členov, z toho cca **700 VLD.** ZAP má cca 1500 členov, z toho cca **600 VLD.** Ak všetci VLD vstúpime do **ZVLD SR**, staneme sa najväčšou organizáciou s počtom **1.600 čisto VLD.** Podobný počet členov by teoreticky mali spolu 2 multiodborové organizácie **ZAP a Zdravita (spolu cca 1800).** Takéto usporiadanie však **určite umožní všeobecným lekárom pre dospelých lepšie presadzovať svoje oprávnené záujmy.**

Zmena si vyžaduje jediné: **vstúpiť čo najskôr do ZVLD SR.** Ďalší vývoj záleží len na nás. 1. riadny snem ZVLD SR, ktorý sa uskutočnil v sobotu 27. mája 2017 v Liptovskom Mikuláši, v hoteli Jánošík, schválil najmä **zvýhodnenie vstupu do ZVLD do 30.11.2017**, keď každý člen **má znížené zápisné na 10,- Eur a v roku 2017 neplatí žiadne členské.** Teda ak patríte k tej prvej tretine ktorá uvažuje o vstupe do ZVLD SR, tak **vypíšte prihlášku**, ktorú nájdete vo fonendoskope a staňte sa členom združenia, súčasne sa **pokúste osloviť ešte jedného kolegu**, ktorý patrí k tej druhej tretine VLD, ktorý sa sám pre vstup nerozhodne.

Ak si nie ste istí, prečítajte si články ostatných kolegov – VLD, členov správnej rady, ktorí sa zaoberajú jednotlivými témami, ktoré sú pre nás dôležité.

Súčasne si Vás dovoľujem **pozvať na stretnutia v regiónoch**, ktoré sa uskutočnia **v mesiacoch október a november**, termíny a miesta nájdete v **informačníku a na webovej stránke**, podobne ako informácie k **splnomocneniam, vykonávaniu LSPP (LSPP, n.o.)**, generálnej obnove, teda k **pospecializačnému programu** (odpredaj a kúpa ambulancií) a **vyjednávaniu so zdravotnými poisťovňami.**

Ako ste sa rozhodli? Zmeníme to spolu? Alebo zostaneme rozdelení?

Ján Hencel, Podolíneč 14. 9. 2017



Rozhovor s Januszom Kabatom MD, PhD, MBA, generálnym riaditeľom spoločnosti MedConsult Ltd a spoločnosti GP4Research



Zameriavate sa na skupinu slovenských všeobecných lekárov, povedzte nám prosím, ako ste sa dostali ku klinickému výskumu?

Narodil som sa vo Varšave, ale medicínu som študoval v Gdaňsku na severe Poľska. Počas

štúdií som sa začal intenzívne zaujímať o laboratórnu medicínu. Po ukončení fakulty som sa stal členom tímu laboratórnych lekárov na Lekárskej univerzite v Gdaňsku pod vedením profesora Angielskeho, kde som ukončil doktorantské štúdium a získal titul PhD. Tým sa odštartovala moja medzinárodná kariéra, pracoval som na medzinárodných lekárskech univerzitách v Bazileji a v Glasgowe, kde som sa oboznámil s klinickým výskumom. Táto oblasť vedy bola pre mňa ako mladého lekára pochádzajúceho spoza „železnej opony“ veľmi zaujímavá.

Založil som spoločnosť špecializujúcu sa na poskytovanie služby, kde v domácnostiach pacientov zdravotné sestry robia úkony spojené s klinickým výskumom. Prijali sme niekoľko tisíc zdravotných sestier po celom svete. Pracovali sme so špecifickými pacientami, trpiacimi zriedkavými chorobami v najvzdialenejších kútoch sveta.

Prečo ďalej tento model nepoužívate?

Postupom času mi bolo jasné, že model má niekoľko závažných obmedzení. Jedná sa o problém s dochádzaním a kontaktovaním. Nemôžete si byť istí, že daná zdravotná sestra je skutočne profesionál a môžete jej plne dôverovať. Ale najzávažnejšie zo všetkých obmedzení je fakt, že tieto služby sa robia „bez vedomia“ pacientovho všeobecného lekára. Je bežné, že všeobecní / rodinní lekári nevedia o tom, že ich pacienti majú účasť na klinickom výskume. To môže spôsobiť vážne problémy.

Ako sa dá tento problém vyriešiť?

Spojiť klinický výskum a rodinnú medicínu.

Mohli by ste túto problematiku bližšie objasniť?

Rodinná medicína bola súčasťou lekárstva od počiatkov, napriek tomu je pomerne novou lekárskou špecializáciou. Jej hlavným cieľom je starať sa o pacientov pri zahájení liečby ich ochorenia. Rodinná medicína sa stará o pacienta aj po „prepustení domov“ a ukončení špecializovanej liečby poskytovanej nemocnicami. Preto musí rodinná medicína mať holistický prístup k pacientovi a jeho dôležitosť, čo si žiada klinický výskum v súčasnosti. Všeobecný lekár dlhodobo a úzko spolupracuje s pacientmi, s ich rodinami, s ich najbližším okolím.

Vedeli ste, že takmer 80% všetkých chorôb liečia všeobecní lekári? A v konečnom dôsledku títo lekári nie sú zapojení do klinického

výskumu do takej miery, do akej by mohlo, alebo skôr malo správne byť.

Prečo je to tak?

Doteraz bol klinický výskum považovaný za „vedu s raketovým štartom“, ku ktorej má prístup iba hrstť vyvolených z radov špecialistov, ktorí pracujú v akademických centrách alebo renomovaných nemocniciach. V súčasnosti, keď klinický výskum zdôrazňuje význam pacienta, sú to práve všeobecní lekári, ktorí si vedú záznamy o pacientoch, ktorí sú pod ich dohľadom. Ich úlohou nie je len doporučiť pacientov do akademických centier klinického výskumu.

Máte na mysli GP4research? Čo vlastne GP4research predstavuje?

GP4research je model, ktorý som vytvoril spolu s mojim spoločníkom Bohdanom Tillackom. Bohdan je bývalý bankár a nováčik, čo sa týka klinického výskumu. Ako rád hovorí, jeho kontakty s medicínou sa obmedzovali na čas, keď bol sám pacientom. Spoločne sme vytvorili celý program na rozvoj spoločnosti, zameraný na racionalizáciu farmaceutického priemyslu, vybudovanie siete všeobecných lekárov, ktorí majú zájem robiť niečo viac vo svojom profesionálnom živote a obohatiť svoje služby, ktoré pacientom poskytujú.

Aktívne pracujeme v Poľsku, Rumunsku a Českej republike. Teraz chceme prebudiť záujem o klinický výskum u slovenských všeobecných lekárov. Sme presvedčení, že lekári v našej časti regiónu sú veľmi dobre profesionálne pripravení plniť úlohy klinického výskumu.

Čo môže GP4research ponúknuť slovenským všeobecným lekárom a ako sa môžu stať členmi?

Tým, že sa aktívne zapoja do našej siete všeobecných lekárov, dostanú prístup k novým liečebným postupom, budú sa podieľať na ďalšom rozvoji medicíny ako vedy a stanú sa súčasťou medzinárodného združenia výskumných pracovníkov. Vďaka profesionálnemu postaveniu sa pozícia všeobecných lekárov bude zlepšovať. Lekár si môže osvojiť nové techniky pri budovaní a upevňovaní vzťahu s jeho pacientom. Naše štandardné operačné postupy, ktorými sa riadia ambulancie, sa môžu stať zdrojom ďalších príjmov. Stať sa výskumným pracovníkom v rámci siete GP4research je celkom jednoduché. Stačí prejavíť záujem a podpísať dve dohody: dohodu o zachovaní mlčanlivosti o dôverných zistenostiach a dohodu o spolupráci, ktorá je rámcom dohodou. Pre každý výskumný projekt sa podpisuje samostatná dohoda. Poskytujeme našim lekárom a zdravotným sestram certifikát o absolvovaní výcviku GCP (Good Clinical Practice).

Žilinský samosprávny kraj sankcionuje všeobecných lekárov za poskytovanie zdravotnej starostlivosti – ambulantnej lekárskej služby prvej pomoci pre dospelých v Námestove!

(alebo Veľké trampoty malých doktorov na Orave s LSPP...)



MUDr. Rastislav Zanolit
Člen Správnej rady LSPP, n.o.
Ambulancia VLD Námestovo

Slovensko je z pohľadu organizácie LSPP rôznorodé. Sú kolegovia, ktorí sú spokojní (či už sú doma v pokoji s tým, že nie sú vôbec rozpisovaní alebo naopak – indukovaním a vyrábaním veľkého množstva výkonov počas LSPP napr. aj v noci) a sú kolegovia, ktorí sú nespokojní. Sú takí, čo to organizujú z pozície „poskytovateľa“ a sú takí, čo sú „vykonávatelia“ – povinní zúčastňovať sa nútených prác – väzni. Jeden z dôvodov, prečo ZVLD o.z. vzniklo, bola aj predtucha, že niekto nás chce nechať v tejto pozícii väzňov aj na ďalšie dlhé roky. Že to bolo tak, vieme zdokladovať. Ani ASL SR ani SLK nereflektovala na nami avizované hrozby. Preto sa skupina všeobecných lekárov, ktorí neboli spokojní a boli v pozícii väzňov, rozhodla založiť aj po príklade kolegov z ČR profesijné jednodoborové združenie, ktoré háji výlučne záujmy všeobecných lekárov pre dospelých. A LSPP bola a je stále našou témou...

My v Námestove cca 10 rokov bojujeme za svojbytnosť pri výkone LSPP. Dokonca už v roku 2004 sme dostali ponuku „odšlátnuť“ LSPP. Ale zlyhalo to na hygienickej spôsobilosti. To, čo dovtedy fungovalo pod štátnou inštitúciou, nemohlo fungovať pod neziskovou organizáciou združujúcou lekárov. Ani druhý pokus v roku 2010, kedy sme mali čisto nové priestory a chceli žiadať o skrátenie do 22.00 hod. neuspel z rovnakého dôvodu: nemôže byť spoločná čakareň pre detských a dospelých pacientov. Ale napr. v Čadci to takto funguje doteraz pod súkromným poskytovateľom. Aká to rovnoprávnosť pred zákonom, že?

Naše snahy o skrátenie LSPP do 22.00 v Námestove boli neúspešné. Úradníci zo Žilinského samosprávneho kraja (ďalej ŽSK) už od roku 2013 nám sľubovali, že si to vedia predstaviť od toho a toho dátumu. Prešlo veľa času, ale stále nič... Posledný pokus zlyhal na tom, že o skrátenie musí požiadať poskytovateľ, ktorým je zariadenie ŽSK. A ten nevedel prečo by to mal urobiť, keď priemerne po 22.00 je ošetrovaných 1.4 pacienta! Väčšina povinných poskytovateľov v Námestove nemá zmluvu s poskytovateľom LSPP a tento rok sme už neposielali ani faktúry (42 EUR malá služba / 16hod, 92 EUR veľká služba/24hod) poskytovateľ neplatil. Podobne sa situácia vyvinula aj v okrese Tvrdošín a Dolný Kubín. Takto chceli poskytovatelia LSPP donútiť povinnosť služiacich väzňov, aby podpísali zmluvu tým, že im neplatil. Až na našu výzvu, aby

QuikRead go®

Váš pomocník pri rozhodovaní o liečbe

CRP

Najrýchlejší CRP test na trhu

CRP+Hb

2 výsledky z jednej analýzy

iFOBT

Voliteľné jednotky cut-off 75 ng/ml alebo 15 µg/g

Strep A

Otestovaný v SKUP*

*Report from the evaluation SKUP/2015/106, www.skup.eu



nedošlo k bezdôvodnému obohacovaniu z ich strany si manažéri zariadení pod správou ŽSK uvedomili toto riziko svojho konania a začali si plniť záväzky, aby sa nedostali do konfliktu s justíciou.

Súbežne s rozbehom ZVLD, o.z. sme založili aj dcérsku organizáciu-LSPP, n.o. - ako nástroj na riešenie LSPP. Komunikovali sme s VUC-kou, informovali ich o našej nespokojnosti a tiež o tom, že žiadame MZ SR o vydanie povolenia. Naším cieľom, želaním, prosbou bolo len skrátenie do 22.00 hod. v rovnakých priestoroch. Žiadne finančné nároky. Chceme sa starať o našich pacientov od dýchnutí cez deň! Po istých peripetiách s priestormi nám nakoniec MZ SR povolenie na poskytovanie vydalo s účinnosťou od 23.6.2017. Po opakovaných deklaráciach, že ŽSK nemajú problém so skrátením do 22.00 hod., že len doterajší poskytovateľ o to nepožiadala, som očakával, že náš prechod pod samosprávu, bude hladký - od 1.8.2017 už bude LSPP skrátená do 22:00 hod., ako sa tomu udialo za posledný rok vo viacerých mestách Slovenska a tiež samostatne hospodáriaci - čo si zarobíme, si aj rozdelíme. No ťažko som sa mýlil. Kvôli dovolenke vedúcej odboru sme sa stretli a oficiálne požiadali o vydanie ordinačných hodín 25.7.2017. Vedúca odboru deklarovala, že vidí dva problémy. 1. ako rozdeliť obvod a 2. kto zabezpečí starostlivosť po 22.00... K tomu chcela zorganizovať stretnutie s poskytovateľmi. Na vysvetlenie u nás v okrese je 16 poskytovateľov povinných a z nich 12 podpísalo s LSPP, n.o. zmluvu o výkone LSPP. Stretnutie sa konalo 22.8.2017 u susedného poskytovateľa NsP Trstená, kde všetkých 14 povinných lekárov písomne deklarovalo, že po 22:00 hod. preberú starostlivosť o 1,4 nočného pacienta, ktorý si to nakoniec zaiste rozmyslí - ak by mal cestovať 19 km k najbližšej nemocnici s nejakou banalitou. Opäť som čakal hladký priebeh a definitívny verdikt. Nič také sa neudialo. Riaditeľ NsP Trstená sa nesmierne čudoval, akoby ani nechcel ošetriť toho 1.4 pacienta na svojom novom urgentne a vedúca odboru zdravotníctva apelovala na to, že ona stále žiadne rozhodnutie z MZ SR s naším povolením nedostala. A to už naša nová LSPP n.o. visela na stránke VÚC ŽSK ako poskytovateľ - no bez ordinačných hodín! Chceli sme jej „Povolenie“ priamo odovzdať pri stretnutí, ale nechala si ho poslať poštou - zrejme aby sa opäť natiahol čas.

MZSR sme informovali o vzniknutej situácii a o tom, že pokiaľ sa nám do 28.8.2017 VUC-ka nevyjadrí k

ordinačným hodinám, tak začneme poskytovať LSPP bez ordinačných hodín. A tak na výročie SNP sme začali, tí ktorí mali zmluvu s LSPP, n.o., poskytovať pohotovosť v priestoroch LSPP, n.o. A čo nasledovalo potom ??? Telefonáty, vyhrážanie pokutami. Doterajší poskytovateľ Oravská poliklinika do času ďalších neplodných rokovaní (4.9.17) spolu 5 dní nedokázala zabezpečiť lekársku službu prvej pomoci. Na „zmierovacích rokovaniach“ sa dohodli 3 varianty ako situáciu vyriešiť. My sme znova ponúkli ústupok, že zmeníme priestory výkonu naspäť do Oravskej polikliniky a tiež, že by sme zahájenie našej činnosti preklenuli až do volieb do VÚC. Dohodli sme sa na prímerí do konca týždňa, ale už vo štvrtok bolo jasné, že asi dohoda nebude, lebo VÚC začali zháňať po susedných okresoch medzi kolegami VLD a internistami „žoldnierov“, ktorí by im v Oravskej poliklinike zabezpečili služby, ibaže za niekoľkonásobne vyššie sumy, než dostávali domáci - podľa rozpisu ŽSK „povinní“ VLD. A zrazu sa našli peniaze na zaplatenie takýchto lekárov. Veľmi rýchlo sa na ŽSK poponáhľali s vydaním nového rozpisu služieb na október 2017, ktorý z pohľadu VÚC hodnotia ako najvyššiu a záväznú právnu normu na nastúpenie nezmluvných lekárov do miesta doterajšieho výkonu LSPP. A okrem tradičného (neustále vyhrážanie sa kolegom pokutami za nenastúpenie) ŽSK dal podnet na MZ SR na preskúmanie povinného materiálovo-technického vybavenia našej novej LSPP n.o. ambulancie, ktorú som LSPP, n.o. prenajal za symbolické 1eur / deň komplet so všetkým. Námietať sa vzťahovala na bezbariérový prístup. Tú som vyriešil okamžitým zakúpením schodolezu od predajcu z Námestova na mojich 5 postupných schodov (parkovisko nad mojou ambulanciou je o necelú etáž vyššie. Zajímavosťou je, že ani súčasný poskytovateľ Oravská poliklinika bezbariérovosť vo svojom priamom prístupe do LSPP nemá !!! Takýto je momentálny „patový“ stav. Naša horooravská revolta sa riešila aj na pôde parlamentu. Nakoľko štátny úradník má v moci aj sankcie, rozhodli sme sa, presne ako naši partizáni počas SNP, na dočasný ústúp do hôr a pokračujeme v boji partizánskou vojnou. V neprehľadnej situácii je nateraz otázne či a aký výsledok dosiahneme v tomto nerovnom boji s aroganciou vládnej moci, neboli establishmentu (známy citát V.Havla) O tom však neskôr, momentálne situáciu monitorujú právnici a pripravujeme ďalšie kroky...

Verím, že o našich výsledkoch budete ešte počuť kolegovia.

PREHLIADKY MŔTVYCH TIEL – ďalší novelizovaný Damoklov meč nad všeobecnými lekármi?

Od začiatku tohto leta nabrala situácia na Slovensku v problematike prehliaďok mŕtvych tiel a pripravovanej novely zákonov s touto súvislosťou (576,578 a 580/2004) vskutku rýchly a nečakaný spád.



MUDr. Viliam Chromý
Člen Správnej rady ZVLD SR
Ambulancia VLD Nižná

Potom, čo skupina odvážnych a statočných kolegov zo stredného Považia (okr. PB,PU,IL,TN) vypovedala ÚDZS Poverenia na vykonávanie obhliaďok mŕtvych došlo zo strany ÚDZS prijatím nového Metodického usmernenia č.01/01/2014 takmer k okamžitému navýšeniu sumy za vykonanú obhliaďku mimo zdravotníckeho zariadenia na 25 Eur. Ani táto suma s medializáciou problému cestou TV JOJ celkom neupokojila zložitú situáciu, ktorá plne obnažila scestnosť inak dávno platnej legislatívnej úpravy, kedy je všeobecný lekár počas poskytovania zdravotnej starostlivosti v čase riadnych ordinálnych hodín alebo LSPP nútený s veľkým rizikom z toho plynúcim opúšťať živých chorých pacientov a súčasne nie je nijako chránený počas výkonu prehliaďky. V tomto období na tému zareagovala aj hlavná odborníčka pre všeobecné lekárstvo článkom, v ktorom okrem správneho zhodnotenia chronického (už 12 ročného!) problému doslova uviedla, že pri prehliaďkach mŕtvych

netreba vykopávať otvorené dvere. Konanie kolegov bolo zhodnotené ako účelové a protiprávne, zainteresovaný kolega teraz čelí trestnému oznámeniu za úmyselné zanedbanie dôležitej povinnosti. Chcem dôrazne poukázať na fakt, že tvrdosť zákona o LSPP a o Obhliaďkach nedopadá rovnako na každého a že je tu početná skupina VLD, ktorí sú dlhodobo doslova v situácii vazalov vinou ne/kompetentných, ktorí roky zanedbávajú koncepčné riešenie urgentnej a neurgentnej ambulantnej pohotovostnej služby a obhládania mŕtvych, so zreteľom na podstatné odlišnosti medzi regiónmi, na úkor mnohých VLD, ktorí sa „ocitajú v nesprávny čas na nesprávnom mieste“,..... Napr. kolegov z BA a okolia sa problém obhliaďok t.č. netýka a prehliaďky dlhodobo vykonáva profesionálna koronárska služba s úhradou za dopravu v paušálnej sume od ÚDZS údajne 1.20 €/km, pričom mnohí VLD cestujú za nebhými do odľahlejších regiónov v sume 0.13-1.1 €/km, pokiaľ majú platnú zmluvu s ÚDZS na vykonávanie obhliaďok. Dátum, odkedy je možné získať novelizovanú sumu 25 Eur za obhliaďku v teréne je ďalej podmienený zverejnením Dodatku platnej zmluvy s ÚDZS v Centrálnom registri zmlúv, o čom mnohí kolegovia vôbec netušia. O zmluvu/dodatok je teda potrebné od júla 2017 aktívne sa uchádzať.

Ako mnohí už iste viete, v balíku novelizovaných zákonov sa v týchto dňoch pripravuje aj novela prehliaďok mŕtvych

tiel. Zákondarca v snahe predísť problémom s čakaním na vykonanie obhliaďky najmä z etických a morálnych dôvodov označuje činnosť prehliaďajúceho lekára ako výkon vo verejnom záujme. Novela naďalej rozlišuje medzi prehliaďkou v a mimo zdravotníckeho zariadenia. Ten, kto sa dozvie o úmrtí osoby mimo zdravotníckeho zariadenia túto skutočnosť bezodkladne ohlásí operačnému stredisku ZZS alebo policajnému zboru, ktorí ďalej zabezpečia obhliaďku. V pôsobnosti ÚDZS zostáva nielen organizovanie školení, vydávanie osvedčení, ale aj celková organizácia prostredníctvom vyhlasovania výberových konaní, uzatvárania zmlúv s „organizátormi“, či vypracovania a zverejňovania rozpisov lekárov podľa samosprávnych krajov.

K vykonaniu prehliaďky bude oprávnený ktorýkoľvek lekár s vydaným oprávnením od ÚDZS. Takýchto dobrovoľných lekárov si bude organizovať každý samosprávny kraj prostredníctvom „organizátorov prehliaďok“, ktorí zídu z verejných obstarávaní. Zmluvný lekár u takéhoto organizátora potom bude nepretržite k dispozícii na základe rozpisu na daný kalendárny mesiac a výkon prehliaďky mimo zdravotníckeho zariadenia mu bude honorovaný sumou 40 Eur, podľa dostupných informácií a návrhu ÚDZS však včítane dopravy!

Podotýkam, že prehliaďajúcimi „zmluvnými lekármi“ môžu byť aj lekári iných odborností alebo aj zamestnanci ÚDZS. Len v prípade, že ÚDZS nedokáže v rámci samosprávneho kraja nájsť takého organizátora alebo dobrovoľnú skupinu lekárov skupiny a úplne zabezpečiť obhliaďky - vtedy ÚDZS „pristúpi k povinnosti“ a doplní do zoznamu poskytovateľa, ktorý poskytuje všeobecnú zdravotnú starostlivosť. Zákon ďalej upravuje podmienky kto a za akých okolností vykonáva obhliaďky (bezúhonnosť, poskytnutie kontaktných údajov, bezodkladne po nahlásení jej vykonanie) Sankcie: ÚDZS môže za porušenie povinnosti lekárovi udeliť pokutu do výšky 1000 Eur, organizátorovi až do výšky 33 193 Eur. Verejné obstarávania na uzatváranie zmlúv budú do 31.3.2018, po novom zákon začne platiť od 1.7.2018. kedy staré Poverenia na obhliaďka stratia platnosť.

Podľa štatistik zomiera ročne na Slovensku 25000 ľudí mimo zdravotníckych zariadení, čo je priemerne 7 ľudí/1 deň/samosprávny kraj.

Zákon sa snaží aktívne pripomienkovať mnohé subjekty - najmä SLK, SSVPL, ZAP, ASL SR, MPSVaR, ktorí napospol požadovali zníženie záťaže VLD a rozšíriť obhládanie aj na lekárov ZZS, lekárov-zamestnancov ÚDZS, znížiť sankcie za porušenie predpisov, predĺženie lehoty na doručenie dokumentov na ÚDZS, či rovnomernosť a spravodlivosť pri rozpisovaní kolegov v rámci územia, resp. zabrániť, aby organizátorom neboli pohrebné služby... Príliš ale nepochodili... Dokonca samotný ÚDZS v pripomienkovom konaní vyslovil obavy, že túto finančnú záťaž z rozpočtu neutiahne, dokonca mal výhrady voči výberovým konaniam na organizátora. Niektoré zásadné pripomienky sa opakovali – asi najske v snahe vytvoriť väčší tlak na zákondarca. Z napísaného sú zrejmé viaceré úskalía: Legislatívny návrh opäť nič nehovorí o tzv. „vychovávaní koronérov“ - tak ako nám to sľubovali pred 12 rokmi. Bude to prebiehať pravdepodobne „samovýchovou“ vďaka motivačnej sume, pričom nádejného koronéra „organizátor“ alebo ÚDZS veľmi ochotne a rýchlo zaškoli... Pokiaľ sa na túto činnosť nenájdu dobrovoľní lekári alebo organizátor s partiou koronérov, ÚDZS nariadi a povinne rozpíše v danom kraji všeobecných lekárov podľa „vlastných“ pravidiel. Znova teda vznikne povinnosť s hamletovskou otázkou – Kto má prednosť - živiť, či mŕtiť?

Je a bude potrebné, aby sa na danom samosprávnom území (kraj, okres) táto povinnosť rovnomerne rozdelila medzi čo najviac lekárov (napr. byť k dispozícii 1x/2-3 mesiace). Inak môže byť problém.

Situácia nám silno pripomína situáciu s organizátormi LSPP – lekárov nakoniec možno bude organizovať 3. osoba, napr. majiteľ veľkej pohrebnéj služby. Zverejnenie rozpisu na webe sa považuje za doručené a opäť vzniká povinnosť... Dobrou radou teda zostáva asi len nemať / nedvíhať telefón, no čo na to povedia ostatní VLD kolegovia - v pozícii vazalov ÚDZS, čo ten telefón zodvihnúť? Komu zostane „Čierny Peter“?

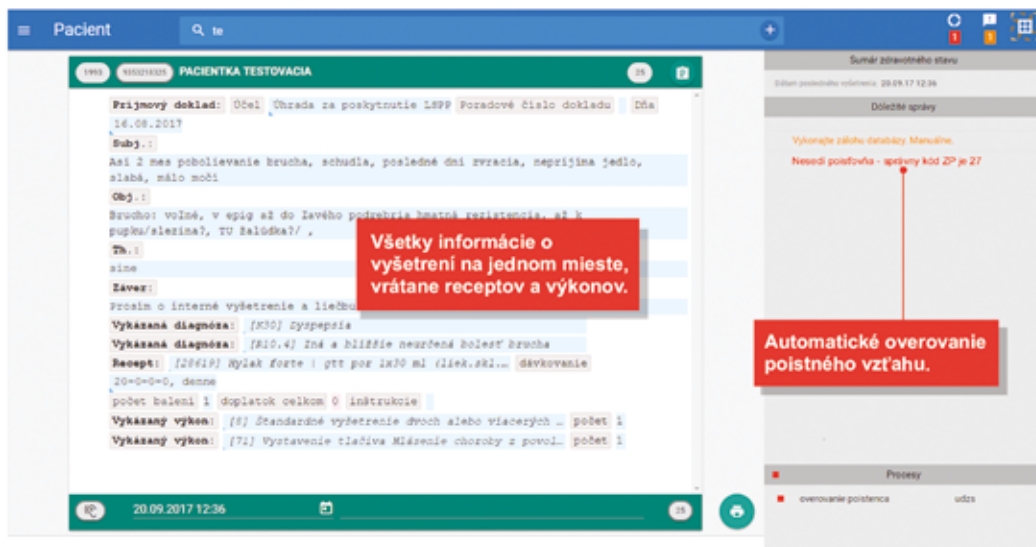
Ak ešte máme šancu, je potrebné sa zjednotiť na spoločnej platforme všeobecných lekárov. Do úvahy snád ešte pripadá Petícia občanov. Každý z nás VLD však dosiaľ vnímal tento problém inak. Perspektívu ja vidím do budúcnosti jedine v zjednotení síl všeobecných lekárov na ZVLD platforme.



Moderný ambulantný systém

vytvorený pre lekára a elektronické zdravotníctvo

Využite výhody trendov elektronického zdravotníctva, minimalizujte potrebu papiera, pracujte v modernom a bezpečnom prostredí prispôbennom Vášmu štýlu práce.



Intuitívny

- ✓ Vyhľadávanie stále rovnakým spôsobom
- ✓ Prehľadné prostredie
- ✓ Informácie zobrazené v správnom čase

eRecept

- ✓ Plná podpora
- ✓ Certifikovaný
- ✓ Nepreťahuje prácu
- ✓ Funguje automaticky

eZdravie

- ✓ Plná podpora
- ✓ Spĺňa zákonnú povinnosť
- ✓ Nepreťahuje prácu
- ✓ Funguje automaticky

Bezpečné

- ✓ Plná podpora
- ✓ Nepreťahuje prácu
- ✓ Funguje automaticky

Aktualizácie

- ✓ Stačí prístup na internet
- ✓ Dva kliky a systém je aktualizovaný
- ✓ Zahrňa NCZI číselníky

Moderný IS

- ✓ Pracuje pre lekára
- ✓ Integrácia s externými službami
- ✓ Dáta sú Vaše

Jednoduchá licenčná politika

Platíte len jednu licenciu za ambulanciu.

Je len jeden typ licencie a tá zahŕňa aktuálnu a aj v budúcnosti implementovanú funkcionálnu program (sieťová verzia, eRecept, BLO, eZdravie) žiadne ďalšie skryté poplatky.

Databáza pacientov a dekurzov je Vaša, žiadne poplatky ak chcete preniesť dáta do iného systému

Automatická kontrola dekuru pred zatvorením je obrovským šetričom času pri exparte dávok. Chyby sú detekované pri písaní dekuru a viem ich hneď odstrániť (napr. dekuru chýba výkon, diagnóza a veľa iných).

MUDr. Ján Hencel

Viac informácií nájdete na www.curo.sk alebo píšete na info@curo.sk

Ambulantný program CURO je nasadený na troch LSPP ambulanciách, 30+ lekárov sa ho naučilo používať s minimálnym školením. Program sa ukázal ako vysoko intuitívny. Nastaviteľné šablóny/vzory, klávesové skratky a možnosť nepoužívať myš robia program veľmi efektívnym pomocníkom pri práci.

MUDr. Pavol Štec

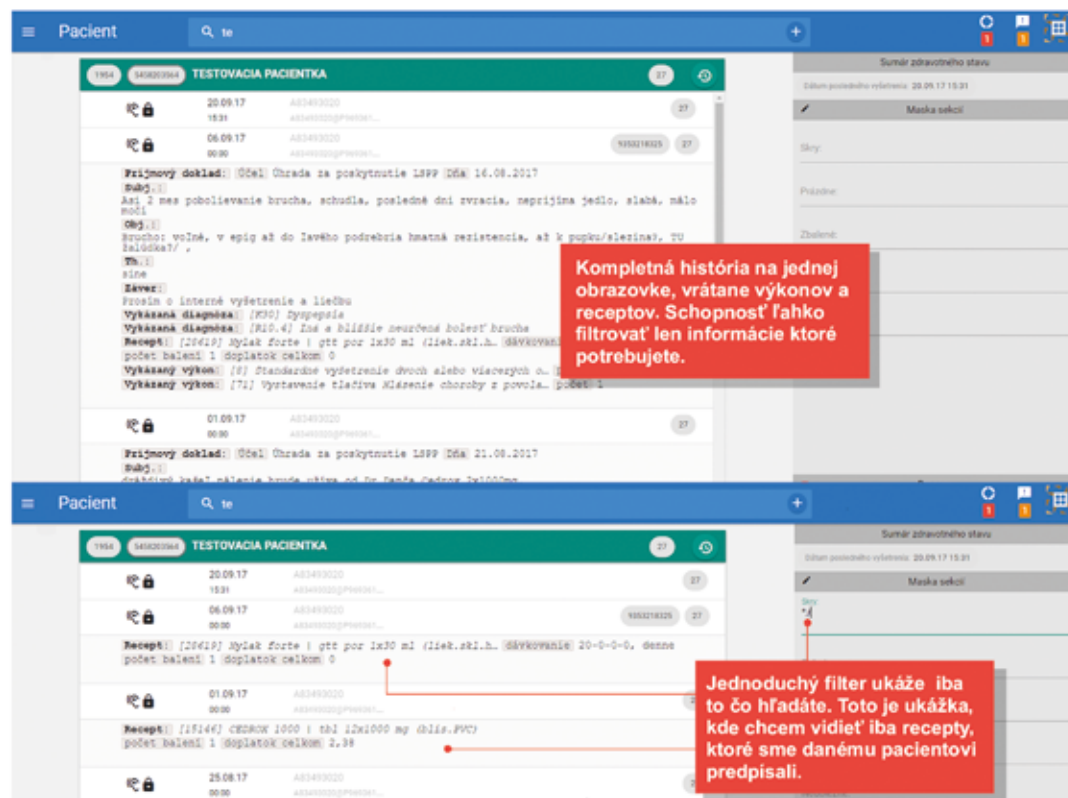
<https://www.curo.sk>

Uvádžacia cena iba

12.00 € / mesiac

Licencia zahŕňa aktuálnu a aj v budúcnosti implementovanú funkcionálnu program

Licencia platí pre celú ambulanciu nie počítač



Moderný ambulantný systém

vytvorený pre lekára a elektronické zdravotníctvo

Viac informácií nájdete na www.curo.sk alebo píšete na info@curo.sk

Dovoľte mi robiť lekárku. Alebo ako sa cítim po 29 rokoch praxe...



MUDr. Zuzana Nedelková
Členka Správnej rady ZVLD SR
Ambulancia VLD Piešťany

Ked som takmer pred 20-timi rokmi odchádzala z interného oddelenia v Piešťanoch, (kde som odpracovala 10 rokov) plná entuziazmu, za vídinou samostatne pracujúcej lekárky, ktorá bude mať absolútny priestor venovať sa len a len svojim pacientom, ohromne som sa mýlila. Každým rokom sa presviedčam o čoraz väčšej papierovej byrokrácii, ktorá nezahŕtala len štátnu správu, ale žiaľ i zdravotníctvo. Písal sa rok 1998 keď som preberala ambulanciu všeobecnej lekárky po mojom predchodcovi, ktorý pracoval s jedným staručkým písacím strojom, niektoré písomky nepísali, preto písal všetko rukou, fonendoskopom, ortuťovým tlakomerom a perom. O počítači, internete a mobilnom telefóne ani nechyroval. V tom čase sme museli viesť evidenciu práceneschopnosti a každý piatok zahŕňať na „Hygienu - chrípky a iné infekčné ochorenia“. Ak sa nemýlim to bolo všetko. Mala som čas venovať sa pacientovi, dokonca som si robila mnohé štúdie v súvislosti so zaraďovaním pacientov do novovznikajúceho dispenzáru a ich nastavovaním na novú modernú liečbu, mala som čas sledovať a zapisovať účinok liečby pri infekčných ochoreniach atď. Napísala som množstvo myslím úspešných prednášok, ktoré sa stretli s veľmi dobrým ohlasom doma i v zahraničí. A stíhala som si sama, v svojom rajóne robiť obhliadky mŕtvych, ktorých bolo aj vďaka mojej starostlivosti a manažmentu pacientov z roka na rok menej. Kúpeľnú liečbu predpisovali oddelenia, z ktorých pacient odchádzal po operácii, resp. špecialisti, ktorí sledovali jednotlivé ochorenia, priebeh liečby a vývoj uzdravovania, v tej ktorej ambulancii. Návrh na invalidný dôchodok som vypisovala až vtedy, keď posudkový

lekár pri posudzovaní dlhodobej práceneschopnosti usúdil, že nie možné očakávať výrazné zlepšenie a on sám dal návrh na začatie invalidného konania. Vyúčtovanie spočívalo v zasielaní sestričkou rukou písaných výkonov na poisťovne bez väčších zúčtovacích problémov. Absolvovala som jednu nočnú LSPP mesačne bez väčšieho zaťaženia, lebo ju navštevovali naozaj iba tí, ktorí to nevyhnutne potrebovali. Chodiť na návštevy a školenia ma nezaťažovalo, lebo mi na ne zostávalo dosť času. Nikdy ma práca neunavovala a nefrustovala. **Zlaté roky.**

Začal však proces digitalizácie a elektronizácie a zlaté časy boli razom preč. Z pozície zamestnancov sme sa v priebehu doslova pár dní na nátlak štátu stali podnikateľmi, ktorí o podnikaní prakticky nič nevedeli. V priebehu niekoľkých dní bolo treba zakúpiť počítače, tlačiarne, softvér, absolvovať zaškolenie a doslova za pár hodín zvládnuť chod ambulancie, písanie receptov i vyúčtovania poisťovním po novom - elektronicky. Ale my sme sa tešili !!! Lebo nám všetci hovorili, že už nebudeme papierovať. A opak je pravdou. Čo všetko dnes robíme na počítači a preposielame si to krížom krážom na priech celým Slovenskom, a čo všetko vytlačíme v papierovej forme? No predsa všetko !!! No tak sa pozrime spolu čo neubudlo a čo pribudlo.

- PN a OČR - evidencia papierová neskončila (prečo si evidenciu nevedie výlučne Sociálna poisťovňa? prečo komerčné poisťovne nežiadajú výpis PN za posledných 5 rokov zo Sociálnej poisťovne ale odo mňa?)
- návrhy na KL vypisujeme už takmer výlučne my (lebo sa za ne nemôže vyberať poplatok a stali sa súčasťou liečby. Pýtam sa ktorej? mojej? nie je náhodou súčasťou pokračovania liečby po hospitalizáciách resp. špecializovaných ambulancií? A prečo nestačí zaslať návrh elektronicky, prečo musí mať písomnú formu?)
- lekárske správy pre účely posúdenia invalidity vypisujem ako na bežiacom páse, lebo dnes vďaka nezmyselnému zákonu môže požiadať o invalidný dôchodok ktokoľvek v tejto republike (Aj vďaka tomu sa čakacie doby na posúdenie neúmerne predlžujú.)
- lekárske nálezy pre účely posúdenia odkázanosti a rôznych kompenzačných príspevkov (stalo sa módom:

„keď má suseda, chcem aj ja“, čo tam na tom, že pacient nespĺňa kritéria). Čiže žiadne kompetencie všeobecného lekára, iba povinnosť vypísať ...

- pre lekárske nálezy pre komerčné poisťovne si pacienti chodia ako pre teplé rožky (a komerčné poisťovne majú tú drzosť, že mi láskavo zašlú nimi vytvorený cenník mojich výkonov)
- preventívne prehliadky aj do zamestnania, aj pre držiteľov vodičských oprávnení, aj pre držiteľov zbrojných pasov sa nezaobídu bez vypisovania rôznych dotazníkov, čestných prehlásení,
- vedenia evidencie pod konkrétnym evidenčným číslom, aby toho nebolo málo, kópie treba zaslať príslušnému oddeleniu PZ SR
- výpisy zo zdravotnej dokumentácie pre rôzne účely vďaka nezmyselnej legislatívy vypracovávame ako jediný odbor zo všetkých (pritom stačí zmeniť jednu vetu v zákone 576/2004 a síce aby bol za zdravotnú dokumentáciu zodpovedný pacient a nie všeobecný lekár (my sa nemusíme báť ani forenzných stránky, veď máme predsa všetko v počítačoch) pán minister veľkoryso navrhol platbu za výpis zo ZD 2 Eur. Som presvedčená, že nielenže nepoznám pojem čo je to výpis zo zdravotnej dokumentácie, ale ani ho v živote z blízka nevidel. Posledný, ktorý som robila pre úradné účely mal 4,5 strany A4. Ktorému inému súkromnému podnikateľovi (tých z nás urobil štát) niekto diktuje cenu tovaru, cenu služby, cenu práce, alebo ktorému podnikateľovi niekto určuje otváracie hodiny resp. pracovnú dobu?
- odpisovanie Úradom pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou na nezmyselné a mnohokrát vyfabulované sťažnosti sú osobitná kapitola (ako jediný v tomto štáte máme nad sebou dohľad !!! vo forme úradu a 85 % neopodstatnených sťažností nie je spoľahlivých)
- podpisovanie tzv. informovaného súhlasu nás takisto iba oberá o drahocenný čas (pritom fundovaný právnik ma informoval, že v samotnom znení zákona o informovanom súhlase je obrovský nedostatok, nakoľko v texte zákona je uvedené iba to, že pacient bol informovaný, ale nie je tam napísané, že pacient aj porozumel, a preto je to z právneho hľadiska vágne)
- vyúčtovanie musíme robiť bez reptania (nikto sa nás nepýtal ako to zvládneme) výlučne elektronickou formou, v papierovej ich však musíme archívovať. Sociálna poisťovňa sa ani neunúva zasielať faktúru resp. dobropis

resp. ľarchopis, jednoducho zaplatia čo uznajú za vhodné. Fakturáciu za LSPP, aj za obhliadky treba robiť zvlášť, tentokrát však v papierovej forme

- na LSPP za 2,79 EUR/hod. resp. (5,60 cez víkend) v hrubom slúžim 1 - 2krát v mesiaci a ľudia si tam zo mňa robia trhací kalendár. Neviem či mám vybavovať chorých alebo ísť na návštevu alebo na obhliadku mŕtvol (donedávna sme robili aj obhliadky v nemocnici na oddeleniach - také doliečovacie oddelenie žiadalo aj tri za noc)
- čo myslíte kto za mňa robí objednávky tovaru? nákup tovaru? niekedy aj dovoz tovaru?
- „Zmluvy“ s poisťovňami, ktoré sú jednostranne pripravené, na šťastie ešte podpisujem sama, ale to nemení nič na fakte, že som najsľabsie ohodnotená (v rámci segmentu VLD) v porovnaní s tými ostatnými.

Nikto neurobil skutočný audit v ambulancii všeobecného lekára a tak som pána ministra vyzvala, aby niekoho kompetentného do mojej ambulancie poslal. Aspoň by videl, že priemer ošetrovaných za deň je 50, (z toho vygooglených doktorov čerpajúcich hlavne zo stránok „Modrého koníka“ cca 50%, počet vyriešených absolútne nemedicínskych prípadov cca 25%), počet preventívnych prehliadok je 60-80/ mesiac, predoperačných vyšetrení cca 2/ týždeň, počet návštev cca 20/mesiac, počet hodín z pracovnej doby strávených nad nezmyselnou administratívou, dovoľm si tvrdiť že viac ako 40%. Ak treba zaskočím aj sestričku. Dodnes som nedostala ani odpoveď nieto ešte kompetentný audit.

Prácu lekárky dodnes robím z láskou, ale už nie s entuziazmom. Pracujem pod enormným tlakom, s množstvom príkazov, zákazov a obmedzení, pod hrozbou rôznych pokút, necítim sa slobodná. Čítim sa unavená, frustrovaná, manipulovala, vďaka kompetentným s odchodom do dôchodku v nedohľadne...

Na pacientov mám stále menej a menej času. A tak sa pýtam kompetentných: „akým právom zo mňa robí niekto otroka? Akým právom dostáva VLD segment, ktorého som súčasťou najmenšie finančné ohodnotenie? Akým právom som takto diskriminovaná? Aké práva má dnes lekár v našej spoločnosti? Akým právom uberáte čas pacientovi, o ktorého sa chcem postarať podľa svojho svedomia a vedomia? A pritom by stačilo len tak málo: nechať ma robiť to čo viem a to čo som vyštudovala - lekárku, s rovnakými právami ako majú ostatní v tomto štáte. V opačnom prípade neviem dokedy vydržím. Verím a na základe doterajších skúseností som presvedčená, že ZVLD SR je správna cesta!

Chcú nás pokutovať za to, že sa staráme o našich pacientov?

Absurdné? Nie. Je to fakt. Odbor zdravotníctva Žilinského samosprávneho kraja (ŽSK) by chcel v správnom konaní pokutovať všeobecných lekárov pre dospelých za to, že na vlastné náklady odvrátili hroziacu škodu, ktorá by vznikla Oravskej poliklinike Námestovo (ďalej OPNAM) v súvislosti s neposkytnutím zdravotnej starostlivosti tým, že všeobecní lekári zabezpečili LSPP pre dospelých v Námestove v dňoch 29.08. a 31.08. – 03.09.2017, keď zlyhala OPNAM ako samostatný organizátor LSPP pre dospelých.



MUDr. Pavol Štec
Podpredseda ZVLD SR
Ambulancia VLD Kežmarok

OPNAM dlhodobo zneužíva svoje monopolné postavenie organizátora LSPP v Námestove za účelom vytvárania zisku zo zdrojov zdravotných poisťovní určených na LSPP pre dospelých, a to na úkor povinných vykonávateľov LSPP, ktorými sme my – VLD. V Námestove OPNAM už roky nemá uzatvorené zmluvy o výkone LSPP s väčšinou tamojších VLD. Lekárov vníma ako lacnú pracovnú silu, zo zákona si urobila „biznisplán“ a pre úspešné podnikanie s LSPP jej stačí rozpis služieb zverejňovaný ŽSK.

Je to prekvapujúce? Odkedy LSPP n.o. úspešne začala prevádzku ambulancie LSPP pre dospelých v Kežmarku, sme konfrontovaní s neuveriteľným odporom správnych orgánov. To je moja odpoveď na predchádzajúcu otázku. Osobne nie som prekvapený, hoci sa mi postup ŽSK zdá neuveriteľný. Podobne ako v Prešovskom samosprávnom kraji, kde LSPP n.o. čaká na vydanie rozhodnutia o

zdravotnom obvode a na súhlas s ordinačnými hodinami v Starej Ľubovni, rovnaká situácia je aj v Námestove. V Námestove sme však už ďaleko za lehotou 30 dní! LSPP n.o. má pritom vydané platné povolenie na poskytovanie zdravotnej starostlivosti a na rozdiel od OPNAM v Námestove a Ľubovnianskej nemocnice n.o. v Starej Ľubovni, má LSPP n.o. zazmluvnených povinných vykonávateľov LSPP!

Pletú si snáď úradníci výkon verejnej správy s podnikaním? Vnímajú, alebo sú schopní vnímať diskrimináciu LSPP n.o. a súčasne zvýhodňovanie zdravotníckych zariadení v pôsobnosti ich samosprávnych krajov? Vnímajú úradníci pojmy ako konflikt záujmov a zneužívanie právomoci verejného činiteľa? Vnímajú úradníci svoju zodpovednosť za dostupnosť a plynulosť poskytovania všeobecnej ambulantnej zdravotnej starostlivosti? Komu v skutočnosti vadí samospráva LSPP pre dospelých všeobecnými lekármi, ktorí jediní sú zo zákona zodpovední nielen za zmysluplnú a dostupnú LSPP, ale aj za poskytovanie zdravotnej starostlivosti vo svojom špecializačnom odbore?

Otázok je zdanlivo viac ako dosť. Riešenia sú však jednoduché a súčasne stačí dodržiavať platné právo. Vážení úradníci samosprávnych krajov! Nechajte nás prosím pracovať. ZVLD SR o.z. nedopustí šikanovanie lekárov. Úvaha na záver? Čo nám priniesie nová legislatíva k LSPP? Je to len na nás, vážení kolegovia...

Ako na generačnú výmenu VLD – kto to zaplatí?

Odpoveďou je projekt ZVLD SR o.z., ktorý má ambíciu zabezpečiť plynulú generačnú výmenu všeobecných lekárov pre dospelých, včítane jej financovania – „pošpecializačný program ZVLD SR o.z.“ Mať ambíciu obnoviť (omladiť) svoju lekársku prax, znamená mať ambíciu kapitalizovať ju. Ako teda na to?



Z hľadiska práva sa program prakticky realizuje formou „Zmluvy o prevode“, alebo budúcom prevode lekárskej praxe medzi účastníkmi programu. Pridanou hodnotou programu je súčasná horizontálna integrácia praxe pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti na úrovni neurgentného prvého kontaktu s pridanou hodnotou, ktorou je **integrováná ambulancia prvého kontaktu (IAPK)**. IAPK je neoddeliteľnou súčasťou programu a je založená na zmluvne zakotvených vzťahoch medzi budúcim odstupujúcim a budúcim nadobúdateľom lekárskej praxe. ZVLD SR o.z. má ambíciu presvedčiť zdravotné poisťovne o výhodnosti projektového financovania programu formou paušálnej úhrady (navýšenia kapitačnej platby) na IAPK. Budúcnosť vidíme v zákonomnom nároku IAPK na vyššiu úhradu za poskytovanie zdravotnej starostlivosti na ambulanciách VLD formou IAPK.

Základným pravidlom programu je stanovenie garantovanej ceny lekárskej praxe. ZVLD SR o.z.

ponúka konkrétny vzorec na výpočet ceny lekárskej praxe a spolu s ostatnými náležitosťami a pravidlami, ktorými sa program definuje, je uverejnený na webe ZVLD SR o.z. Účasť na programe je pre všetkých jeho účastníkov bezplatná a nie je podmienená členstvom v ZVLD SR o.z. Súčasťou programu sú verejne prístupné zoznamy účastníkov programu, ktoré vedie ZVLD SR o.z.

Vo vzťahu k „centrám integrovanej zdravotnej starostlivosti“ (CIJS) nevidíme podmienku „centralizácie“ poskytovateľov všeobecnej ambulantnej zdravotnej starostlivosti pre dospelých ako nevyhnutnú, ale ako potenciálne škodlivú, pretože centralizácia môže pacientovi skomplikovať dostupnosť zdravotnej starostlivosti prvého kontaktu. Integráciu procesov zdravotnej starostlivosti, ako kľúčovej premennej z hľadiska medicínskej a ekonomickej efektivity zdravotného systému nie je možné na úrovni neurgentného prvého kontaktu stotožňovať s „centralizáciou“.

Prevenencia pneumokokových zápalov pľúc u dospelých

Podľa štatistík WHO sú pneumónie treťou najčastejšou príčinou mortality, ktorá je najvyššia v rozvojových krajinách. Na zápal pľúc zomiera ročne až 5 miliónov ľudí.



doc. MUDr. Ivan Solovič, CSc.
NÚTPCHaHCH Vyšné Hágy
Expert WHO pre TBC
v Slovenskej republike

Kpneumónii dochádza najčastejšie v detstve do 5 rokov, výskyt spolu s úmtnosťou opäť stúpa vo veku nad 50 rokov. Rizikovou populáciou sú osoby s chronickými chorobami, fajčiari, alkoholici, drogov závislí a seniori v sociálnych zariadeniach. Najčastejší je výskyt v zimných mesiacoch, pričom potreba hospitalizácie sa odhaduje na 20-30 % všetkých prípadov.

Pacienti s onkologickým, chronickým obličkovým ochorením, alebo chronickým ochorením dýchacích ciest majú až 38- násobne vyššie riziko vzniku pneumónie v porovnaní so zdravým dospelým jedincem. Pneumokokové ochorenie môže postihnúť každého jedinca bez ohľadu na vek či ročné obdobie. Ľudia s chronickým ochorením pečene, srdca, alebo diabetes mellitus majú až 11- násobne vyššie riziko ochorenia na pneumóniu.

Problémom liečby pneumokokových infekcií je vysoká rezistencia pneumokokov na antibiotiká. Dôvodom je nadužívanie ATB a zbytočné využívanie širokospektrálnych foriem. Očkovanie je jediná účinná prevencia pneumokokových ochorení, navyše znižuje rezistenciu patogénov. Významným úspechom vo vakcinológii za ostatných 20



rokov je vyvinutie konjugovaných vakcín proti bakteriálnym patogénom s polysacharidovým puzdrom. Imunitná odpoveď na polysacharidové antigény sa omnoho viac zlepši vďaka konjugácii s proteínovým nosičom, čím sa vytvorí protektívne protilátky a imunologická pamäť.

Európska komisia schválila novú indikáciu pneumokokovej vakcíny Prevenar 13, preto je možné vakcínu použiť na prevenciu pneumokokových pneumónií u dospelých ľudí, spôsobených vakcinálnymi sérotypmi. Slovenská pneumologická a ftizeologická spoločnosť SLS už v roku 2013 vydala k problematike očkovania proti pneumokokom nasledovné stanovisko: „Najčastejším patogénom pneumónie získanej v komunite je Streptococcus pneumoniae. Účinnosť v prevencii invazívnych pneumokokových ochorení (IPO) a pneumónií u osôb nad 65 rokov potvrdzuje veľmi dobrú imunogenicitu 13-valentnej pneumokokovej vakcíny v tejto kategórii. Prevenar 13 znižuje nosičstvo pneumokokov v nose a ústach, čím obmedzuje šírenie baktérií a nepriamo chráni aj neočkovaných. Ide o doposiaľ jedinú konjugovanú pneumokokovú vakcínu, pomáhajúcu chrániť proti sérotypom, ktoré sú najčastejšími pôvodcami invazívnych pneumokokových ochorení na Slovensku. Podanie tejto vakcíny nepodlieha sezónnosti, preto môže byť aplikovaná v každom období roka“

Dobrá zmluva robí dobrých partnerov

Uplynulo 23 rokov, ako som v regióne Brezno, v rámci privatizácie segmentu VLD, podpísal zmluvu s vtedy jedinou štátnou zdravotnou poisťovňou. Osobne som mal z toho neuveriteľný stres a u pacientov, ale i kolegov, to bol nehorázny čin, hraničiaci s vykorisťovaním pacienta. Ale doba sa menila a súkromných kolegov pribúdalo. Postupne som pochopil, že ja ako jednotlivec mám minimálnu šancu vyjednávania so zdravotnými poisťovňami.



MUDr. Vladimír Hudec
Člen Správnej rady ZVLD SR
Ambulancia VLD Brezno

Vtom období sa zrodila myšlienka vytvorenia ASL SR. Ako zakladajúci člen som dlhé roky aktívne pracoval v tomto združení. Situácia v posledných rokoch sa začala dramaticky meniť, segment VLD sa dostával pomaly, ale isto do úzadia. To bol aj dôvod, prečo ma oslovila myšlienka ZVLD SR. Po polroku práce v Správnej rade ZVLD SR som bol tohto roku z ASL SR vylúčený. Po 23 rokoch som zase dostal na podpis dodatok so ZP, nakoľko už som nebol mandátárom Zdravoty. Oblbil ma pot, tak ako vtedy dávno, ale prelúskal som sa cez to a podpísal. Pochopil som, že toto nie je cesta. Jednotlivec, pokiaľ čo i len trochu chce chápať všetky

podrobnosti zmluvy, strávi jej študovaním veľa času. Jednou z hlavných úloh ZVLD SR je túto problematiku riešiť a hlavne, maximálne hájiť záujmy segmentu VLD, aby sme sa postupne dostali aspoň na úroveň príjmu českých ambulancií VLD, za ktorými v príjmovej oblasti poriadne zaostávame. Zrejme aj vďaka /ne/ činnosti ASL SR v segmente VLD.

ZVLD SR má pripravené návrhy mandátnych zmlúv, tím odborníkov, ktorý bude vyjednávať pri rokovaniach so zdravotnými poisťovňami len a len za segment všeobecných lekárov. Tým kolegom, ktorí majú mandátne zmluvy so ZAP-om prípadne Zdravitou, pomôže na našej webovej stránke www.zvld.sk vzor výpovede k príslušným mandátnym zmluvám.

Vytvorme spoločne silné jednoodborové profesijné združenie VLD, pričom podávame ruku na spoluprácu aj iným organizáciám, ktoré majú úprimný záujem zastupovať záujmy nás, všeobecných lekárov pre dospelých, a našich pacientov!



Včasná iniciácia liečby eplerenónom signifikantne znižuje riziko morbidít a mortality u pacientov po IM so systolickou dysfunkciou ľK a známami SZ¹

Súčasť štandardnej liečby pacienta pre tieto terapeutické indikácie²:

Ako doplnok k štandardnej liečbe zahŕňajúcej betablokátory, na zníženie rizika kardiovaskulárnej mortality a morbidít u stabilizovaných pacientov s dysfunkciou ľavej komory (ejektčná frakcia ľavej komory LVEF ≤ 40 %) a klinickými znakmi srdcového zlyhávania po nedávno prekonanom infarkte myokardu.

Ako doplnok k štandardnej optimálnej liečbe na zníženie rizika kardiovaskulárnej mortality a morbidít u dospelých pacientov so srdcovým zlyhávaním triedy NYHA II (chronickým) a systolickou dysfunkciou ľavej komory (LVEF ≤ 30 %).

**4755B Aldepla 25mg tbl flm 30x25mg* 4763B Aldepla 50mg tbl flm 30x50mg*
4757B Aldepla 25mg tbl flm 90x25mg* 4765B Aldepla 50mg tbl flm 90x50mg***

Vysvetlivky: IM - infarkt myokardu, ľK - ľavá komora, SZ - srdcové zlyhávanie, AB - aldosterónový blokátor, ACEI/ARB - blokátory receptoru pre renín-angiotenzinový systém, BB - betablokátory
* Preskripcné a indikačné obmedzenia

Skrátená informácia o lieku Aldepla 25 mg a 50 mg filmom obalené tablety.

Liečivo: Každá tableta obsahuje 25 alebo 50 mg eplerenónu. **Indikácie:** Eplerenón je indikovaný: 1./ Ako doplnok k štandardnej liečbe zahŕňajúcej betablokátory, na zníženie rizika kardiovaskulárnej mortality a morbidít u stabilizovaných pacientov s dysfunkciou ľavej komory (ejektčná frakcia ľavej komory LVEF ≤ 40 %) a klinickými znakmi srdcového zlyhávania po nedávno prekonanom infarkte myokardu. 2./ Ako doplnok k štandardnej optimálnej liečbe na zníženie rizika kardiovaskulárnej mortality a morbidít u dospelých pacientov so srdcovým zlyhávaním triedy NYHA II (chronickým) a systolickou dysfunkciou ľavej komory (LVEF ≤ 30 %). **Dávkovanie:** Pre pacientov so srdcovým zlyhávaním po infarkte myokardu: Odporúčaná udržiavacia dávka eplerenónu je 50 mg raz denne. Liečba má začať dávkou 25 mg raz denne a titrovat' k cieľovej dávke 50 mg raz denne, najlepšie počas 4 týždňov, pri kontrole hladiny draslíka v sére. Liečba eplerenónom sa má začať do 3-14 dní po akútnom infarkte myokardu. Pre pacientov so srdcovým zlyhávaním triedy NYHA II (chronickým): liečba má začať dávkou 25 mg jedenkrát denne a titrovat' na cieľovú dávku 50 mg jedenkrát denne, najlepšie počas 4 týždňov, pričom je potrebné vziať do úvahy sérovú hladinu draslíka. Liečba eplerenónom sa nemá začínať u pacientov s hladinou draslíka v sére > 5,0 mmol/l. **Kontraindikácie:** Precitlivosť na eplerenón alebo na ktorúkoľvek z pomocných látok. Hladina draslíka v sére > 5,0 mmol/l pri začatí liečby. Ťažká renálna a/alebo hepatálna insuficiencia. Súbežné užívanie draslíkových diuretik, draslíkových suplementov alebo silných inhibítorov CYP3A4. Kombinácia inhibítora angiotenzín konvertujúceho enzýmu a blokátora receptora angiotenzínu s eplerenónom. **Osobitné upozornenia a opatrenia pri používaní:** Počas liečby sa má starostlivo monitorovať hladina draslíka v sére. **Interakcie:** Cyklosporín a takrolimus môžu viesť k poškodeniu obličiek a zvýšeniu rizika hyperkalémie. Súbežnému používaniu eplerenónu s cyklosporínom alebo takrolimusom sa treba vyhnúť. Kombinácia s alfa-1 blokátormi, tricyklickými antidepresívami, neuroleptikami, amifostínom a baklofénom môže viesť k posturálnej hypotenzii. **Nežiaduce účinky:** Časté: hyperkalémia, hypercholesterolémia, insomnie, závrat, synkopa, bolesť hlavy, infarkt myokardu, zlyhanie ľavej komory, fibrilácia predsiene, hypotenzia, kašeľ, hnačka, nauzea, zápcha, vracanie, vyrážka, pruritus, svalové kŕče, bolesť chrbta, porucha funkcie obličiek, asténia, zvýšená hladina močoviny v krvi, zvýšená hladina kreatinínu v krvi. **Veľkosť balenia:** 30x25 mg; 90x25 mg; 30x50 mg; 90x50 mg. **Držiteľ rozhodnutia o registrácii:** EGIS Pharmaceuticals PLC, Maďarsko. **Dátum poslednej revízie textu:** Júl 2015.

Pred predpisáním lieku si pozorne prečítajte Súhrn charakteristických vlastností lieku. Liek je viazaný na lekársky predpis. Úplná informácia o lieku na vyžiadanie.

1. Zannad F. et al.: How early should eplerenone be initiated in acute myocardial infarction complicated by heart failure? An analysis of early vs. late initiation in the EPHEUS trial, European Heart Journal 2007; Vol. 28 (Abstract Supplement): S2.
2. SPC lieku Aldepla

EGIS SLOVAKIA spol. s r.o., Apollo BC II, blok E, Prievozská 4D, 821 09 Bratislava.
Tel.: 02/3240 9422, fax: 02/3214 4900, e-mail: sekretariat@egis.sk; www.egis.sk.



Spolupráca Združenia všeobecných lekárov pre dospelých Slovenskej republiky, o.z. (ZVLD SR) so Sdružením praktických lekárov České republiky (SPL ČR)



MUDr. Dušan Lipták
Predseda rozhodcovskej komisie ZVLD SR
Ambulancia VLD Veľký Šariš

SPL ČR vzniklo už v roku 1990, krátko po „zamatovej revolúcii“, v snahe vytvoriť pre praktických lekárov určitú platformu pri jednaniach s centrálnymi organizáciami a tvorbe celkom nového systému zdravotnej starostlivosti v ČR. Veľmi rýchlo – v podstate behom jedného roka – sa z niekoľkých nadšených zakladajúcich členov, ktorí jeho činnosť v začiatkoch organizovali vo svojom voľnom čase a vo svojich bytoch, rozrástlo vo veľkú, funkčnú a rešpektovanú organizáciu. V súčasnej dobe má SPL ČR 4.600 členov (z celkového počtu 5400 praktických lekárov pre dospelých v ČR), čo z neho činí vôbec najväčšiu dobrovoľnú profesijnú organizáciu lekárov v ČR. Čiže jednodoborové profesijné združenie, starajúce sa o vzťahy s MZ ČR, zdravotnými poisťovňami (ZP) a ostatnými centrálnymi inštitúciami a jedna odborná spoločnosť všeobecného lekárstva, ktorej úlohou okrem iného je aj rast odbornej úrovne praktických lekárov a ktorá je samozrejme súčasťou Českej lekárskej spoločnosti Jana Evangelistu Purkyňa (ČSL JEP), viď stránka <https://www.svl.cz/>. Odborná spoločnosť zároveň vydáva časopis PRAKTICUS -10x ročne! <http://www.practicus.eu/>.

Na Slovensku máme viacero odborných spoločností: **SVL SLS** = Spoločnosť všeobecného lekárstva Slovenskej lekárskej spoločnosti, založenej prof. MUDr. Jánom Gajdošikom a MUDr. Ladislavom Pásztorom
SVLS = Spoločnosť všeobecných lekárov Slovenska, prezidentka MUDr. Monika Palušková;
SSVPL = Slovenská spoločnosť všeobecných praktických lekárov, prezident MUDr. Peter Makara
Ostatné dve sú však súkromné odborné spoločnosti, ktoré podľa môjho názoru dokážu ťažšie komunikovať s ostatnými odbornými spoločnosťami, ktoré sú súčasťou Slovenskej lekárskej spoločnosti (SLS).

Zástupcovia ASL SR sa od roku 2000 pravidelne zúčastňovali celoštátneho pracovného stretnutia, ktoré sa každoročne v októbri počas 3 dní uskutočňuje v moravských Milovách. Je to pracovno-spoločenské stretnutie okresných, krajských predsedov a členov prezídia SPL ČR; spolu sa tam stretáva 150 až 180 delegátov z celej ČR. Pracovný program je od 8.30 do 19.00 h, po ktorom tak v piatok, ako aj v sobotu nasleduje spoločný spoločenský večer. Ráno však v stanovenom čase sú všetci na svojich pracovných stoličkách a rokovania prebiehajú ďalej. V začiatkoch sa tohto stretnutia zúčastňoval prezident ASL SR, potom dostali možnosť zúčastňovať sa aj členovia poradného zboru VLD – Šimaljak, Francová, od roku 2004 sa daných stretnutí zúčastňujem pravidelne a snažím sa, aby sa ich zúčastňovali aj naši mladší, mienkotvorní kolegovia (Jandžíková, Chromý, Ráclavská, Zanolit, Štec, Hencel). Počas troch dní máme možnosť zúčastniť sa kompletného jednania okresných a krajských predsedov

Česká republika				Slovenská republika			
základná kapitácia 54,- ČK				základná kapitácia + IDK (0,35 €)			
vek	koefficient	ČK	€	vek	€	rozdiel	
0 - 4	3,97	214,00	7,94	do 1 roku	6,98 €	-0,96 €	
			7,94	1 do 2	6,20 €	-1,74 €	
			7,94	3 do 5	5,36 €	-2,58 €	
5 - 9	1,80	97,00	3,60	6 do 9	3,72 €	+0,12 €	
10 - 14	1,35	73,00	2,70	10 do 19	2,93 €	+0,23 €	
15 - 19	1,00	54,00	2,00	do 19 rokov vrátane	2,93 €	+0,93 €	
20 - 24	0,90	48,40	1,93		2,38 €	+0,45 €	
25 - 29	0,95	51,30	1,90	20 do 28	2,38 €	+0,48 €	

Porovnanie kapitačných platieb ČR a SR

SPL ČR, boli sme prítomní pri jednaní s generálnymi riaditeľmi zdravotných poisťovní, t.č. je v ČR 8 (osem) zdravotných poisťovní - samozrejme bolo to v jednom bloku.

Každoročne sa tohto pracovného stretnutia zúčastňuje osobne aj minister zdravotníctva ČR. Blok s ministrom trvá 2 – 3 hodiny, pričom sa nepripravuje plánovaná diskusia, nie sú vopred schválené otázky. Každý z prítomných delegátov má možnosť a právo položiť komukolvek otázku k danej problematike a diskutovať. Demokracia??? Zároveň je prerokovávaná „Cenová vyhláška“ (vydávaná MZ ČR po ukončení jednaní so zástupcami SPL ČR), ktorá určuje pravidlá pre kapitáciu a výkony hrazené mimo kapitačnej platby na ďalší kalendárny rok. O cenách sa rozhoduje na MZ ČR pre všetky základné výkony a akceptujú ich všetky ZP. Číže iba 1x ročne dodatok ku zmluve !!! Mimo tohto základného balíka, každá ZP má ešte pre svojich klientov, ale aj poskytovateľov bonusy. Priemerný počet poistencov na jedného VLD v ČR je 1700-1800 a priemerný mesačný príjem je od 8 do 10 tis. EUR, mimokapitačné výkony z toho tvoria 40%. Tieto čísla odzneli na spoločnom stretnutí od Jiřího Bartoša, krajského predsedu Juhomoravského kraja aj pred čelnými predstaviteľmi VŠZP. Priemerná kapitačná platba v segmente VLD je v ČR vyššia o 1,5 až 1,8 €. V segmente VLDD je kapitačná platba skoro rovnaká. V ČR od 15 roku života môže kapitaovať pacienta VLDD ale

aj VLD a od 18 roku života ich kapituujú iba VLD. Sdružení praktických lekárov vydáva 6x ročne časopis APPEL, ktorý pojednáva o konkrétnych právnych, ekonomických veciach, vysvetľuje zákony a postupy pre všetkých svojich členov. Ďalší časopis BULLETIN, pojednáva o odborných potrebách svojich členov, kazuistiky a krátke články s aktuálnou medicínskou problematikou. Toto jednodobrové profesijné združenie úspešne a efektívne pracuje už 26 rokov !!!

Každoročne pri ceste domov zo stretnutia z Milov rozmýšľam, čo by sa mohlo najjednoduchšie zmeniť aj u nás na Slovensku v prospech kvality poskytovanej zdravotnej starostlivosti, ako požiadať a presadiť úhradu niektorých výkonov, ktoré sú samozrejmosťou v celej slušnej Európe... Podľa štatistických údajov OECD úroveň nášho zdravotníctva je niekde v poslednej tretine z 28 štátov, čiže môže to byť 17. ale aj 28 miesto. ČR sa pohybuje od 8 do 14 miesta; myslíte si, že nie je nad čím rozmýšľať? Náš segment VLD, ktorý má byť nosným pilierom poskytovania základnej zdravotnej starostlivosti je ekonomicky na tom najhoršie. Podľa zverejnených štatistik ÚDZS za rok 2016 je priemerný mesačný príjem na jednu ambulanciu 4.870€ (VLDD-5.900€, ŠAS-7.000€, GYN-8.000€, SVLZ, MR, CT som už nepočítal). Pritom máme ako jediní v štáte zákonom danú povinnosť slúžiť LSPP (v prípade

Česká republika				Slovenská republika			
základná kapitácia 54,- ČK				základná kapitácia + IDK (0,35 €)			
vek	koefficient	ČK	€	vek	€	rozdiel	
30 - 34	1,00	54,00	2,00	29 do 39	2,38	+0,38	
35 - 39	1,05	56,70	2,10		2,38	+0,28	
40 - 44	1,05	56,70	2,10	40 do 44	2,42	+0,32	
45 - 49	1,10	59,40	2,20	45 do 49	2,47	+0,27	
50 - 54	1,35	72,90	2,70	50 do 54	2,54	-0,16	
55 - 59	1,45	78,30	2,90	55 do 59	2,65	-0,25	
60 - 64	1,50	81,00	3,00	60 do 64	2,78	-0,22	
65 - 69	1,70	91,80	3,40	65 do 69	2,89	-0,51	
70 - 74	2,00	108,00	4,00	70 do 74	3,01	-0,99	
75 - 79	2,40	129,60	4,80	75 do 79	3,12	-1,68	
80 - 84	2,90	156,60	5,80	80 do 84	3,46	-2,34	
85 +	3,40	183,60	6,80	85 rokov a viac	3,53	-3,27	

Porovnanie kapitačných platieb ČR a SR k 1.4.2017

služby nepretržite 32 hodín) ... Výška odmeny za túto službu je pre celý medicínsky svet nepochopiteľná, smiešna (od 1 do 10 €/hod, pritom viac ako 70% lekárov slúži za 4,- €). Avšak ako segment pre nejednotnosť s tým nevieme, či nechceme nič urobiť? Verte mi, že ak to neurobíme sami, nikto nám z týchto problémov nepomôže!

Po vzniku ZVLD SR o.z. nám českí kolegovia určili zo svojho predsedníctva „styčného dôstojníka“, krajského predsedu Juhomoravského kraja MUDr. Jiřího Bartoša, ktorý nám ochotne poradí, vysvetlí a podľa potreby sa aj osobne zúčastní našich stretnutí, tak ako tomu bolo na 1. riadnom sneme združenia v L. Mikuláši a na Oravskej konferencii. Týchto stretnutí sa osobne zúčastnil aj MUDr. Zdeněk Hromek, krajský predseda Moravskoslezského kraja. Vyššie som sa zmienil o kapitácii - porovnanie VLD SR a VLD ČR a teraz ešte malá tabuľka aspoň niektorých výkonov, ktoré sú uhrádzané mimo kapitácie v ČR. Naše výkony techniky uhrádzané nad rámec kapitácie poznáte...

Ceny jednotlivých výkonov prístrojovej techniky – Česká republika

INR	180 bodů	x 1,08 = 194,0 Kč = 7,20 € – max. 32 krát do roka u pacienta
CRP	132 bodů	x 1,08 = 142,5 Kč = 5,28 € – neobmedzené
ABI	119 bodů	x 1,08 = 128,5 Kč = 4,76 € – podľa zadaných kritérií
EKG	122 bodů	x 1,08 = 131,0 Kč = 4,88 € – neobmedzené
Holter TK	345 bodů	x 1,08 = 372 Kč = 13,80 € – podľa zadaných kritérií
HbA1c	155 bodů	x 1,08 = 167 Kč = 6,20 € – podľa zadaných kritérií

Tieto a ďalšie výsledky českí kolegovia nedosiahli zo dňa na deň, chcelo to hodne práce, úsilia a veľa času (aj na úkor svojho voľného času); nám to určite nespadne samo z neba. Z veľkej časti už nemusíme tvoriť a pripravovať nové veci, argumentácie, pretože celá problematika v ČR bola už zvládnutá. Naše zdravotné poisťovne uvedené skutočnosti v ČR veľmi dobre poznajú. Aby sme to všetko dokázali presadiť aj v našich podmienkach, k tomu nám chýba jednotnosť segmentu VLD. Som presvedčený, že ak počet členov v ZVLD o.z. bude minimálne 700 a viac, staneme sa skutočným partnermi pre všetky inštitúcie....

Ako sa môže privátny všeobecný lekár zapojiť do klinických štúdií?

Pridajte sa do našej siete súkromných ambulancií GP4research

Výhody pre vás:

- Certifikované medzinárodné zaškolenie v hodnote 1.000 EUR
- Zvýšenie tržnej ceny vašej privátnej praxe pri odpredaji
- Zapojenie sa do inovatívneho vývoja liekov
- Zaujímavý finančný príjem lekára i sestry

GP4research bude sprostredkovateľom medzi zadávateľom klinických štúdií a vašou všeobecnou ambulanciou. Zabezpečíme vám certifikáciu praxe, prísun klinických štúdií, súhlas etickej komisie, pomoc pri náboře pacientov, administratívnu podporu.



gp4research
bringing clinical research
to family medicine

gp4research.com
Partneri projektu:
zvld.sk

Ako prebieha vyjednávací proces v zdravotných poisťovniach?



MUDr. Dušan Lipták
Predseda rozhodcovskej
komisie ZVLD SR
Ambulancia VLD Veľký Šariš

D o 30.06.2015 za Zdravitu rokovania končil a zmluvy podpísal štatutár Zdravity MUDr. Pásztor, od 01.10.2015 za Zdravitu podpisuje MUDr. Šoth; za SLK-ZAP od svojho nástupu prezident SLK MUDr. Kollár. **VLD segment** - napriek rozdeleniu ZAP a Zdravita - predkladá rovnaké požiadavky - 95% ich požiadaviek je navýšenie kapitácie a vzhľadom na „vraj“ málo sa rodiacich detí, ich požiadavky sa splnia. **ŠAS segment** - príchodom MUDr. Hlavačkovej do ZAPu - získalo silné postavenie a spoločne s MUDr. Zlatošom zo Zdravity - pripravila, predložila ucelené návrhy, ktoré sú zväčša ZP akceptované. SVLZ a MRI + CT je samostatnou kapitolou, do ktorej sme počas mojej 15 ročnej prítomnosti pri vyjednávaniach nehovorili, nevstupovali, bola to doména vyššie postavených ... **Segment VLD** - za SLK-ZAP sa vystriedalo niekoľko kolegov /5-7/; v Zdravite bol vytvorený poradný zbor VLD, ktorý pripravoval požiadavky a tieto po schválení v správnej rade Zdravity predkladal v ZP. Napriek opakovaným snahám o jednotný výstup požiadaviek SLK-ZAPu a ZDRAVITY – sa tak doposiaľ nestalo... **Segment VLD** v počte cca 2300 ambulancií pri spojení sa do jedného celku určite by predstavoval najväčšiu silu v celom zdravotníctve a vo vyjednávacom procese so ZP, čo si mnohí na vyšších miestach uvedomujú a možno k nejednotnosti aj napomáhajú. O nás sa hovorí, že sme robotníci v zdravotníctve. V roku 2016 vydali ZP celkovo na náš segment 116 mil. €, pri priemernom mesačnom príjme 4.850 €.

Sme segmentom, ktorý má najnižší mesačný príjem, ošetríme ročne 27-29 % pacientov, náklady na lieky a SVLZ činia od nášho segmentu 18%. Robotníci, pešiáci – podobne ako na šachovnici majú silu iba ak sú jednotní. Prešlo skoro 20 rokov

spoločného vyjednávania a výsledok: prehlbovanie priepasti v príjmoch jednotlivých segmentov sa nezmenil. Rovnaké % navyšovania pre jednotlivé segmenty túto priepasť iba prehľbuje. A okrem toho, v každom vyššie menovanom segmente je množstvo intersegmentálnych trecích plôch, ktoré pri spoločnom rokovaní neprinášajú pozitívny výsledok pre VLD. Opakovane uvádzame ako príklad kolegov VLD z ČR, kde z počtu 5400 je ich v SVL /Spoločnosť všeobecného lekárství/ 4800.... Táto organizácia, ako samostatný segment VLD existuje od roku 1990.

Súčasná požiadavka k ZP sú deklarované za členov ZVLD o.z. na našej stránke v uzneseniach, ktoré prijal snem 27.5.2017 v L. Mikuláši. Plánované stretnutia v jeseni tohto roku - október, november v rámci celého Slovenska umožnia všetkým prítomným zapojiť sa do diskusie a pripraviť výstup k spoločným požiadavkám za segment VLD k ZP, ale aj iným inštitúciám. K vyjednávaniu o financiách je potrebné mať ekonomické vedomosti, poznať vývoj čísiel, vstupné a výstupné údaje a ak je to možné, poznať aj charakter partnera, spôsoby a možnosti vyjednávania.

V celom tom článku som doposiaľ nespomenul hlavnú odborníčku MZ SR pre VL, MUDr. Moniku Paluškovú, ktorá opakovane vstúpila do vyjednávacieho procesu so ZP a jej návrhy prešli vo VŠZP,a.s.; neboli však oddiskutované ani s jednou skupinou, či je to už ZAP alebo ZDRAVITA a tohto času ani so ZVLD o.z. Netvrdím, že to boli zlé vstupy, ale po spoločnej konzultácii v ZP sa musel doplniť výkon H0005. Jej váhou slova a odborného postavenia určite by mohlo byť aj vyšetrenie INR bezproblémové, podobne ako v ČR.

Som presvedčený, že hlavný odborník pre daný segment je hlavným odborníkom nielen pre lekára VLD v Bratislave, Komárne, Nových Zámkoch, ale musí byť hlavným odborníkom aj pre lekárov zo Zvolena, Žiliny, Bardejova, Prešova, Sniny, či Kežmarku. Jeho povinnosťou je komunikovať s každou skupinou a prejaviť vôľu a schopnosť tento segment nielen riadiť, ale aj sceliť. ZVLD SR o.z. 4-krát navrhlo spoločné jednanie, zaslalo pozvánku a pripravilo priestory pre spoločné stretnutie všetkých zástupcov odborných a profesijných skupín VLD pre možnosť a potrebu tento segment zjednotiť, čo sa mu však do dnešného dňa nepodarilo.

Ako ochránime našich pacientov pred pneumokokovým ochorením od 1. septembra 2017?

Na najčastejšie otázky z prvého kontaktu odpovedá
MUDr. Peter Marko, MPH

Prečo je doposiaľ používaná vakcína Pneumo 23 nedostupná vo verejných lekárňach od tohto leta?

Výrobca Sanofi – Pasteur ukončil výrobu vakcíny a jej distribúciu v EÚ k 30.6.2017 z ekonomických dôvodov.

Áká sú možnosti zabezpečiť slovenským pacientom potrebné očkovanie proti invazívnym pneumokokovým ochoreniam a proti pneumónii spôsobenej pneumokokmi od 1. septembra 2017?

Ministerstvo zdravotníctva SR rozhodnutím z 12.6.2017 reagovalo na vzniknutú situáciu s vykonateľnosťou od 1.9.2017 aj pre pacientov vo veku nad 18 rokov nasledovne: pneumokoková konjugovaná vakcína (PCV) Prevenar 13 ako plne hrazená liečba sa indikuje v rámci **povinného očkovania** u osôb umiestnených v zariadeniach sociálnych služieb. Vakcína ako plne hrazená v rámci **odporúčaného očkovania** sa podáva osobám od dovŕšeného 18. roku života dispenzarizovaným pre chronické ochorenie dýchacích ciest, srdcovo-cievneho aparátu, s metabolickými, obličkovými a imunitnými poruchami. Patria sem taktiež osoby pred splenektómiou s funkčnou, alebo anatomicou aspléniou. Širokú skupinu odporúčané očkovaných tvoria osoby vo veku 59 rokov a starší.

Áká je očkovacia schéma pneumokokovou konjugovanou vakcínou u dospelých pacientov?

Dospelých pacientov očkujeme vo vekovej skupine 59 rokov a starších. Spomedzi mladších očkujeme rizikové skupiny. Postačuje aplikácia jedinej injekcie Prevenar 13 do musculus deltoideus. Potreba preočkovania ďalšou dávkou Prevenaru 13 nebola stanovená. Ak sa považuje za vhodné podanie 23-valentnej polysacharidovej vakcíny bez ohľadu na predchádzajúci stav očkovania proti pneumokokom, ako prvý sa má podať Prevenar 13.

Čo všetko musí byť uvedené na recepte vystavenom všeobecným lekárom, ak sa jedná o pacienta vo veku 18-59 rokov a pacienta staršieho ako 59 rokov?

Správna diagnóza je vždy zhodná Z-23.8, tzn. potreba očkovania proti inej bakteriálnej chorobe. U pacientov mladších ako 59 rokov sa jedná o dispenzarizované osoby pre chronické ochorenie srdcovo-cievneho aparátu, chronické ochorenie dýchacích ciest, metabolické, renálne, alebo imunitné poruchy. V takomto prípade všeobecný lekár na zadnej strane receptu uvedie diagnózu ochorenia, dátum predpisu, opečiatkuje a podpíše. V skupine pacientov 59-ročných a starších prislúcha nárok na očkovanie automaticky a nie je potrebné uvádzať na zadnú stranu receptu žiadne diagnózy.

Odrátava sa preskripcia PCV 13 z mesačného limitu na lieky všeobecného lekára?

Nie, náklady na preventívnu starostlivosť, vrátane vakcíny PCV 13 sa nezapočítavajú do celkových nákladov za predpisované lieky v sledovanom mesiaci, ide o položky mimo mesačnej preskripcie liekov.

Áká je definícia dispenzarizovaného pacienta pre potreby očkovania PCV 13 vo veku 18-59 rokov?

Dispenzarizácia je aktívne a systematické sledovanie zdravotného stavu osoby, u ktorej je predpoklad zhoršovania zdravotného stavu, jej vyšetrenie a liečba. V súlade so zákonom 581/2004 Z.z. zaraďuje zdravotná poisťovňa pacientov do dispenzárenej starostlivosti na základe návrhu špecialistu. Medzi diagnózy patria:

- 1) Choroby obehovej sústavy – hypertenzia, ICHS, AV blokády, implantované kardiovertery a kardiostimulátory, febris rheumatica, kardiomyopatie, stavy po transplantácii srdca, ICHDKK, stavy po flebotrombóze, stavy po endovaskulárnych výkonoch, chronické venózne insuficiencie...
- 2) Pľúcne ochorenia – CHOCHP, bronchiektázie, asthma bronchiale, cystická fibróza pľúc, stavy po TECH, primárna pľúcna hypertenzia...
- 3) Metabolické ochorenia – diabetes mellitus I. a II. typu, diabetes insipidus, nutričné problémy
- 4) Renálne ochorenia – nefritidy, nefrotický syndrom, tubulointericiálne nefropatie, obštrukčné uropatie, terminálne choroby obličiek, chronické uroinfekcie, stavy po transplantácii obličiek...

Preventívna prehliadka v ambulancii všeobecného lekára pre dospelých



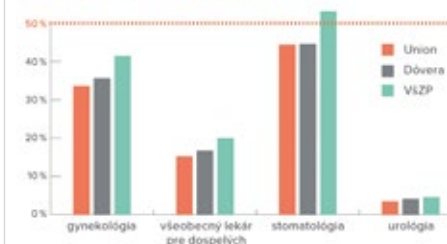
MUDr. Peter Marko, MPH
Člen Správnej rady ZVLD SR
Ambulancia VLD Veľká Lomnica
www.marko.medikarta.sk

V ambulancii všeobecného lekára pre dospelých (ďalej VLD) periodická preventívna prehliadka predstavuje základ preventívnej starostlivosti. Vďaka intervencii VLD je možné predchádzať najčastejším rizikovým faktorom kardiovaskulárnych a onkologických ochorení. Vo vnímaní širokej verejnosti je význam periodickej preventívnej prehliadky (ďalej PPP) stále podceňovaný, čomu zodpovedá iba približne 25 % účasť dospelých populácie na pravidelných prehliadkach u VLD. Trend účasti sa však trvale zvyšuje.

Áká je situácia vo vykonávaní preventívnych prehliadok? Lekár môže pri PPP objasniť ochorenie v štádiu, keď je ešte úplne vyliečiteľné. Význam prevencie spočíva v tom, že sa pacienti včas dozvedia pravdu o svojom zdravotnom stave – v čase, keď ešte nepocitujú žiadne zdravotné problémy. Bohužiaľ iba približne 25 % dospelých populácie absoljuje preventívne prehliadky u svojho všeobecného lekára. Dôvodom nízkej návštevnosti je nižšie povedomie o možnosti prevencie rizikových faktorov, pracovná zaneprázdnenosť, netrpelivosť časti pacientov, ale najmä pocit typu „pokiaľ nemám bolesti, tak som zdravý“. Ženy sú v prevencii všeobecne disciplinovanejšie ako muži, lepšie spolupracujú ľudia s vyšším vzdelaním. V ženskej populácii prevažujú na prehliadkach ženy v produktívnom veku (35 – 45 rokov). Muži prichádzajú na preventívnu prehliadku najmä vo vekovej kategórii nad 45 rokov, nezriedka vďaka iniciatíve manželky alebo partnerky. Vďaka klinickým a laboratorným vyšetreniam v rámci PPP je možné odhaliť vysoký krvný tlak, poruchu glukózovej

tolerancie, diabetes mellitus, dyslipidémiu, zápalový stav v organizme. Cieľom skríningového programu je odhaliť nádorové ochorenie už v inčialnom štádiu: karcinóm krčka maternice, karcinóm prsníka, karcinóm hrubého čreva. Najzanebávanejšou prevenciou je preventívna prehliadka u gastroenterológa, nakoľko sa jej nezúčastňuje ani 1 % oprávnených pacientov. K urológovi na preventívnu prehliadku chodia iba 4 % mužov.

Graf č. 1: Účasť na preventívnych prehliadkach v roku 2014
Zdroj: dáta zdravotných poisťovní SR



Frekvencia preventívnych prehliadok u dospelých pacientov

Náplň a periodicitu PPP legislatívne upravuje príloha č. 2 zákona č. 577/2004 Z. z., v súlade s jeho novelou 41/2013, platnou od 1. 4. 2013. Štandardný interval u VLD je každé 2 roky, v prípade darcov krvi, orgánov, alebo tkanív je interval 12 mesiacov. Poskytovateľ zdravotnej starostlivosti môže vykonať a vykázať prehliadku po uplynutí najmenej 23 mesiacov + 1 deň od predchádzajúcej prehliadky pre Union, to znamená, v zhodnom kalendárnom mesiaci každé 2 roky. Ak sa prehliadka realizuje skôr, nebude zo strany poisťovni uhradená. V prípade Dôvery a VŠZP sa termín uvoľnil a stačí, aby vykázaný termín PPP zodpovedal kalendárnemu roku, v ktorom sa má realizovať najbližšia preventívna prehliadka, s určenou periodicitou približne každé 2 roky.

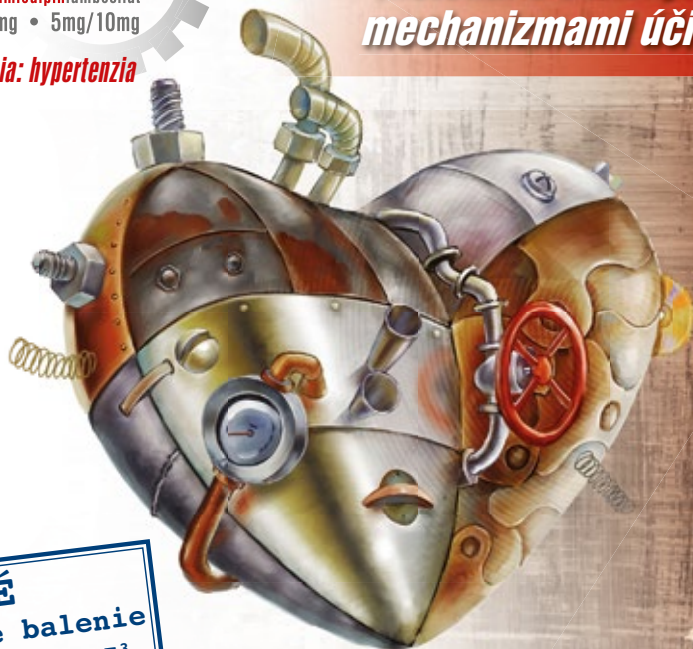
Na tieto skutočnosti treba myslieť najmä vtedy, ak VLD vykonáva prehliadku u nového pacienta, prichádzajúceho od pediatra, alebo od iného všeobecného lekára pre dospelých.

BIGITAL

Bisoprololiumfumarát a amlodipiniumbesilát
5mg/5mg • 10mg/5mg • 5mg/10mg

Terapeutická indikácia: hypertenzia

**Optimálna kombinácia
molekúl s odlišnými
mechanizmami účinku^{1,2}**



NOVÉ
90 tabletové balenie
od 1. októbra 2017³

Bigital 30/90 tbl: 5mg/5mg • 10mg/5mg • 5mg/10mg

Skrátaná informácia o lieku Bigital 5 mg/5 mg; 5 mg/10 mg; 10 mg/5 mg tablety. Liečivo: Každá tableta Bigitalu 5 mg/5 mg obsahuje 5 mg bisoprololiumfumarátu a 5 mg amlodipinu; každá tableta Bigitalu 5 mg/10 mg obsahuje 5 mg bisoprololiumfumarátu a 10 mg amlodipinu; každá tableta Bigitalu 10 mg/5 mg obsahuje 10 mg bisoprololiumfumarátu a 5 mg amlodipinu. **Indikácie:** Liečba hypertenzie ako substitučná terapia u pacientov, ktorí sú dostatočne kontrolovaní jednotlivými liekmi podávanými súčasne na rovnakej úrovni dávok aká je v kombinácii, ale v samostatných tabletách. **Dávkovanie:** Odporúčaná denná dávka je jedna tableta danej sily. Liečba nesmie byť náhle prerušená, keďže môže dôjsť ku dočasnemu zhoršeniu zdravotného stavu, najmä u pacientov s ischemickým ochorením srdca. **Odporúčania** po postupnej znížení dávky. **Kontraindikácie:** Súvisiace s amlodipinom: závažná hypotenzia, šok (vrátane kardiogénneho), obštrukcia výtoky z ľavej srdcovej komory, hemodynamicky nestabilné srdcové zlyhanie po akútnom infarkte myokardu. Súvisiace s bisoprololom: akútne srdcové zlyhanie, kardiogénny šok, AV blok II. alebo III. stupňa, sick sinus syndróm, sinoatriálna blokáda, symptomatická bradykardia, symptomatická hypotenzia, závažná bronchiálna astma, ťažké formy periférneho arteriálneho okluzívneho ochorenia alebo ťažké formy Raynaudovho syndrómu, neličený feochromocytóm, metabolická acidóza, Súvisiace s Bigitalom: precitlivosť na liečivá, dihydropridínové deriváty a/alebo na ktorúkoľvek z pomocných látok. **Osobitné upozornenia a opatrenia pri používaní:** Súvisiace s amlodipinom: opatrnosť je potrebná u pacientov so srdcovým zlyhaním, u pacientov s poruchou funkcie pečene, u starších pacientov pri zvyšovaní dávky. Súvisiace s bisoprololom: u pacientov s ischemickou chorobou srdca nesmie byť liečba náhle prerušená, opatrnosť je potrebná u pacientov s hypertenziou/anginou pectoris so sprievodným srdcovým zlyhaním, pri diabete mellitus, prísom hladovaní/diète, prebiehajúcej desenzibilizačnej liečbe, A-V blokáde I. stupňa, Prinzmetalovej angine, periférnom arteriálnom ochorení, psoriáze, hypertyreóze, feochromocytóme, pri nachádzajúcej operácii pacienta pod celkovou anestéziou, pri bronchiálnej astme alebo iných chronických obštrukčných pľúcnych chorobách. **Liekové a iné interakcie:** Súvisiace s amlodipinom: s inhibítormi/induktormi CYP3A4, grapefruitom/grapefruitovou šťavou, dantrolénom, takrolimom, cyklosporinom, simvastatínom; Súvisiace s bisoprololom: Kombinácie, ktoré sa neodporúčajú: antagonisty vápnika typu verapamil/diltiazem, centrálné pôsobiace antihypertenzíva, Kombinácie, pri ktorých je nutná zvýšená opatrnosť: antagonisty vápnika dihydropyridínového typu, antiarytmiká I. a III. triedy, parasymptomimetiká, lokálne betablokátory, inzulín a perorálne antidiabetiká, anestetiká, srdcové glykozidy, NSAID, β -symptomimetiká, sympatomimetiká aktivujúce β -aj- adrenoceptory; Kombinácie, ktorých použitie je nutné zvážiť: fleocifón, MAO inhibitory, rifampicin, deriváty ergotamínu. **Nežiaduce účinky:** Súvisiace s amlodipinom: Časté: bolesti hlavy, závraty, somnolencia, poruchy zraku, palpitácie, začervenanie, dyspnoe, nauzea, bolesti brucha, dyspepsia, porucha činnosti čriev, opuch členkov, svalové kŕče, edém; Súvisiace s bisoprololom: Časté: závraty, bolesti hlavy, pocit chladných a mraťových končatín, nauzea, vracanie, hnačka, zápcha, únava. **Dátum poslednej revízie textu:** Máj 2017. **Výdaj lieku je viazaný na lekársky predpis.** Pred použitím lieku si pozorne prečítajte Súhrn charakteristických vlastností lieku. Úplná informácia o lieku na vyžiadanie.

Držiteľ rozhodnutia o registrácii: EGIS Pharmaceuticals PLC, Maďarsko, EGIS SLOVAKIA spol. s r.o., Apollo BC II, blok E, Prievozská 4D, 821 09 Bratislava.
Tel.: 02/3240 9422, fax: 02/3214 4900, e-mail: sekretariat@egis.sk; www.egis.sk.

Citácie:
1. SPC, 2. Concor COMBI (amlodipin/bisoprolol): nová fixná kombinácia v liečbe hypertenzie, MUDr. J. Šíva, PhD., Ústavy farmakológie 2. a 3. LF UK Praha, Hypertenzie&kardiovaskulárna prevencia, Česká spoločnosť pro hypertenziu, 1 2012; 3. <http://www.health.sk>. Zoznam kategorizovaných liekov 1.10.2017 – 31.10.2017.

EGIS SLOVAKIA spol. s r.o., Apollo BC II, blok E, Prievozská 4/D, 821 09 Bratislava.
Tel.: +421 2/3240 9422, fax: +421 2/3214 4900, e-mail: sekretariat@egis.sk; www.egis.sk.



Čo je súčasťou preventívnej prehliadky realizovanej sestrou?

Plánovanie a realizácia odberu krvi, vykonanie EKG záznamu pacientom nad 40 rokov, antropometrické merania (výška, hmotnosť, BMI, obvod pása), meranie krvného tlaku a pulzu, imunochemický test na okultné krvácanie v stolici (TOKS) pacientom nad 50 rokov a kontrola očkovaní. Tieto činnosti sú predpísanou náplňou prehliadky, vyžadujúce zručnú a komunikatívnu sestru. Rozhovor s pacientom, pri aktualizácii anamnestických údajov za uplynulé 2 roky, zefektívňuje využitie pracovného času v praxi. Angažovanosť zdravotníckeho personálu v prevencii pozitívne vplyva na spoluprácu pacienta pri nasledujúcich PPP a na jeho ochotu rešpektovať odporúčania, týkajúce sa prevencie a zmeny životného štýlu. Vykonanie elektrokardiografického záznamu 12-zvodovým prístrojom (EKG), a interpretácia všeobecným lekárom, sú povinnou súčasťou prehliadky u pacientov po dovŕšení 40. roku života. Ak ambulancia prvého kontaktu nedisponuje EKG prístrojom, predlžuje sa realizácia PPP a zhrňuje jej výsledku. To často negatívne ovplyvňuje pohľad pacienta na lekárovu odbornosť a erudíciu.

Aké laboratórne vyšetrenia sú súčasťou preventívnej prehliadky?

Legislatívne určené parametre v súčasnosti nezodpovedajú reálnym potrebám komplexného skriningu, ani očakávaniam pacienta. Patria sem: sedimentácia erytrocytov, krvný obraz vrátane diferenciálneho rozpočtu, glykémia, kreatinín, hladina celkového cholesterolu a triacylglycerolov (vo veku 17 – 18 rokov, 40 rokov, neskôr každé 2 roky). Od 1. apríla 2013 do rozsahu vyšetrení u VLD nepatria ALT (alanínaminotransferáza), AST (aspartátamínotransferáza), GMT (gamma-glutamyltransferáza), PSA (prostatický špecifický antigén). ZVLD SR navrhuje znovu zaradiť rozsah týchto vyšetrení do základných odberov v rámci periodickej preventívnej prehliadky, nakoľko tieto považujeme v prevencii za nevyhnutné. Všeobecní lekári sú zo strany pacientov často vystavení požiadavkám na realizáciu odberov na vyšetrenie tumormarkerov k včasnej diagnostike „skrytého nádorového ochorenia“. V tomto prípade je nutné citlivo pacientovi vysvetliť, že plošné odbery markerov bežne neposkytnú prehľad o prítomnom nádorovom ochorení, a preventívne odbery sú realizované na základe medicíny dôkazov. Treba zdôrazniť význam dynamiky rastu markerov – nielen absolútne hodnoty.

Tabuľka rizika č. 1a: SCORE muži

viek	nefajčiar								fajčiar							
	180	185	190	195	200	205	210	215	180	185	190	195	200	205	210	215
65 rokov	1.1	1.6	2.2	2.9	3.7	4.6	5.6	6.7	1.1	1.6	2.2	2.9	3.7	4.6	5.6	6.7
60 rokov	0.9	1.1	1.3	1.5	1.6	1.8	2.1	2.4	0.9	1.1	1.3	1.5	1.6	1.8	2.1	2.4
55 rokov	0.8	0.9	1.0	1.1	1.2	1.3	1.4	1.5	0.8	0.9	1.0	1.1	1.2	1.3	1.4	1.5
50 rokov	0.7	0.8	0.9	1.0	1.1	1.2	1.3	1.4	0.7	0.8	0.9	1.0	1.1	1.2	1.3	1.4
45 rokov	0.6	0.7	0.8	0.9	1.0	1.1	1.2	1.3	0.6	0.7	0.8	0.9	1.0	1.1	1.2	1.3
40 rokov	0.5	0.6	0.7	0.8	0.9	1.0	1.1	1.2	0.5	0.6	0.7	0.8	0.9	1.0	1.1	1.2
35 rokov	0.4	0.5	0.6	0.7	0.8	0.9	1.0	1.1	0.4	0.5	0.6	0.7	0.8	0.9	1.0	1.1
30 rokov	0.3	0.4	0.5	0.6	0.7	0.8	0.9	1.0	0.3	0.4	0.5	0.6	0.7	0.8	0.9	1.0
25 rokov	0.2	0.3	0.4	0.5	0.6	0.7	0.8	0.9	0.2	0.3	0.4	0.5	0.6	0.7	0.8	0.9
20 rokov	0.1	0.2	0.3	0.4	0.5	0.6	0.7	0.8	0.1	0.2	0.3	0.4	0.5	0.6	0.7	0.8
15 rokov	0.1	0.1	0.2	0.3	0.4	0.5	0.6	0.7	0.1	0.1	0.2	0.3	0.4	0.5	0.6	0.7
10 rokov	0.1	0.1	0.1	0.2	0.3	0.4	0.5	0.6	0.1	0.1	0.1	0.2	0.3	0.4	0.5	0.6
5 rokov	0.1	0.1	0.1	0.1	0.2	0.3	0.4	0.5	0.1	0.1	0.1	0.1	0.2	0.3	0.4	0.5
0 rokov	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.2	0.3	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.2	0.3

Urológ odoberá prostatický špecifický antigén (ďalej PSA) z tumormarkerov a podľa získaných výsledkov určuje periodicitu ďalších vyšetrení. Štandardne sa odbery a prehliadka realizujú mužom vo veku nad 50 rokov, ale v prípade pozitívnej rodinnej anamnézy rakoviny prostaty preventívne vyšetrenie u urológa absolvujú už 40-roční pacienti. Pri hladine PSA menej ako 1,1 ng/ml sa realizuje prehliadka každé 3 roky, pri hodnotách PSA 1,1 – 2,5 ng/ml jedenkrát za 2 roky, pri hodnotách PSA 2,6 – 4,0 ng/ml každoročne. Gynekológ vyšetruje tumormarker CA-125 ženám s dokázanou mutáciou BRCA 1 génu vo veku nad 30 rokov každých 6 mesiacov, ženám nad 35 rokov s pozitívnou rodinnou anamnézou rakoviny vaječníka krv odoberá jedenkrát za rok. (2)

Ako stanoviť absolútne kardiovaskulárne riziko u asymptomatických jedincov?

U asymptomatických jedincov, ktorí majú výrazne zvýšené hodnoty jednotlivých rizikových faktorov (celkový cholesterol ≥ 8 mmol/l, LDL-cholesterol ≥ 6 mmol/l alebo krvný tlak $\geq 180/110$ mmHg) alebo

Betadine®

povidonum iodatum

Dezinfekcia,
KTORÚ NÁJDETE V KAŽDEJ LEKÁRNI

pre milióny laikov a profesionálov



Upozornenie: Betadine je liek na vonkajšie použitie, ktorý obsahuje povidonum iodatum a nie je viazaný na lekárske predpis. Pred použitím si pozorne prečítajte príbalový leták. Pri objavení sa nežiadúcich účinkov sa poraďte so svojim lekárom alebo lekárnikom.

EGIS SLOVAKIA spol. s r.o.
Apollo BC-II, blok E, Prievozská 4/D, 821 09 Bratislava
tel.: +421 2 32409451, fax: +421 2 32144900, e-mail: sekretariat@egis.sk, web: www.egis.sk



diabetes mellitus 2. typu alebo diabetes mellitus 1. typu s mikroalbuminúriou, je absolútne kardiovaskulárne riziko automaticky vysoké. Ihneď by mali byť zahájené príslušné liečebné a preventívne opatrenia. Vyhodnotenie stupňa absolútneho kardiovaskulárneho rizika – napr. podľa tabuliek SCORE – v tomto prípade nemá zmysel. U väčšiny asymptomatických jedincov sa rozhodnutie o zahájení preventívnych opatrení a ich intenzite riadi podľa absolútneho kardiovaskulárneho rizika, nielen podľa jedného mierne zvýšeného rizikového faktoru. Jediní s vysokým kardiovaskulárnym rizikom by mali byť čo najskôr diagnostikovaní, mala by im byť odporúčaná zásadná zmena životného štýlu a mala by im byť poskytnutá príslušná farmakoterapia. V súčasnej dobe na stanovenie absolútneho kardiovaskulárneho rizika sa odporúča systém **SCORE (Systematic Coronary Risk Evaluation)**. Tabuľky tohto systému, z ktorých sa odčítava absolútne kardiovaskulárne riziko, boli vypracované na základe rozsiahleho súboru dát z európskych epidemiologických štúdií. Absolútne kardiovaskulárne riziko sa z nich určuje ako pravdepodobnosť smrteľnej arteriosklerotickej kardiovaskulárnej príhody v nasledujúcich 10 rokoch alebo do veku 60 rokov. Vysoké kardiovaskulárne riziko je definované ako viac než päťpercentná alebo päťpercentná pravdepodobnosť výskytu smrteľnej kardiovaskulárnej príhody v nasledujúcich 10 rokoch. Na stanovenie tohto rizika sa používajú tieto rizikové faktory: pohlavie, vek, status fajčiar/nefajčiar, hodnota systolického krvného tlaku a hodnota plazmatickej koncentrácie celkového cholesterolu. Tabuľky systému SCORE sú vypracované zvlášť pre európske krajiny s nízkym kardiovaskulárnym rizikom (Belgicko, Francúzsko, Grécko, Taliansko, Luxembursko, Španielsko, Švajčiarsko, Portugalsko) a zvlášť pre krajiny s vysokým kardiovaskulárnym rizikom (všetky ostatné európske krajiny, vrátane Slovenska).

Tabuľky desaťročného rizika smrteľného kardiovaskulárneho ochorenia (zvlášť pre mužov a pre ženy) sú určené na stanovenie kardiovaskulárneho rizika jedincov dlhodobo žijúcich v SR (platia aj pre určenie rizika v ostatných krajinách EÚ s vysokým rizikom). V príslušnej tabuľke podľa pohlavia vyhľadajte, vek, status fajčiar/nefajčiar, hodnotu systolického krvného tlaku v mmHg a plazmatickú koncentráciu cholesterolu v mmol/l. Na mieste prieniku nájdete absolútne riziko smrteľnej kardiovaskulárnej príhody v nasledujúcich 10

Tabuľka rizika 4. 1b: SCORE ženy

systolický krvný tlak (mmHg)	nefajčiar										fajčiar										vek
	120	130	140	150	160	170	180	190	200	210	120	130	140	150	160	170	180	190	200	210	
65 rokov	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	65 rokov
60 rokov	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	60 rokov
55 rokov	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	55 rokov
50 rokov	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	50 rokov
45 rokov	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	45 rokov
40 rokov	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	40 rokov
35 rokov	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	35 rokov
30 rokov	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	30 rokov
25 rokov	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	25 rokov
20 rokov	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	20 rokov
15 rokov	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	15 rokov
10 rokov	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	10 rokov
5 rokov	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	5 rokov

rokov. Jedincom s nízkym kardiovaskulárnym rizikom (< 5 %) poskytnite rady, ako tento priaznivý stav udržať. U jedincov s vysokým kardiovaskulárnym rizikom (≥ 5 %) a u tých, ktorí vysoké riziko dosiahnu vo veku do 60 rokov života, ihneď začnite s preventívnymi opatreniami. Pre stanovenie relatívneho kardiovaskulárneho rizika porovnajte absolútne kardiovaskulárne riziko vyšetreného jedinca s absolútnym rizikom nefajčiara rovnakého veku a pohlavia pri systolickom krvnom tlaku 140mmHg a celkovom cholesterole 5 mmol/l. Tabuľky alebo ich elektronická verzia môžu slúžiť aj na demonštráciu zmien kardiovaskulárneho rizika v dôsledku zmien životného štýlu, ako je napríklad skoncovanie s fajčením alebo ovplyvnenie iných rizikových faktorov.

Nové možnosti preventívneho vyšetrenia ankylob-rachiálneho indexu (ABI) a rýchlosti pulzovej vlny (PWV) v praxi všeobecného lekára pre dospelých
Všeobecná zdravotná poisťovňa, a. s. hradí svojim poistencom nad 60 rokov od 1. 4. 2016 v rámci prevencie vyšetrenie artériového systému dolných končatín ako citlivého indikátora hrozacej kardiovaskulárnej príhody.

boso ABI system 100

- H0008 – hrazení výkonu při prevenci
- Možnost rozšíření o měření rychlosti šíření pulzové vlny



boso TM-2430 PC 2

- 24 hodinové monitorování tlaku krve
- Jedna databáze pro ABI a TM-2430
- Zlava při zakoupení spolu s ABI



COMPEK MEDICAL SERVICES, s.r.o.
 EDUARD CSIBA
 Strážna 11, 831 01 Bratislava

pobočka Žilina
 MARTIN ZÁŘÍVEC
 Bytčická 89, 010 09 Žilina

Tel: 0908 758 793

Tel: 0905 805 546



Výška úhrady je 4,50 EUR/vyšetření s vykazováním výkonu H0008 k PPP. Na základě medicíny důkazů má toto vyšetření shodnou míru doporučení z hlediska senzitivity a specifickosti, ako elektrokardiografické vyšetření srdce. Toto přínosné rychle a nebolestivé vyšetření je v rámci prevence dostupné těmto poistencům VŠZP, a. s.: symptomatickým pacientům s podezřením na ischemickou chorobu dolních končetin, a asymptomatickým rizikovým pacientům VŠZP nad 50 rokov, ktorí majú tieto rizikové faktory – arteriální hypertenze, diabetes mellitus, dyslipidémie, obezita, nikotinismus. V důsledku úhrady tohoto

výkonu bolo k 1. januáru 2017 celkovo inštalovaných 99 ABI prístrojov v ambulanciách prvého kontaktu na celom území Slovenska. Novinkou od 1.1.2017 je možnosť doinštalovať navyše k štandardnému prístroju BOSO voliteľný modul k meraniu rýchlosti pulzovej vlny (ďalej PPV), ktorá je dôležitým indikátorom tuhosti cievej steny a má veľkú prognostickú hodnotu. Upresňuje prognózu oproti klasickým kardiovaskulárnym rizikovým faktorom ako sú krvný tlak, hladina cholesterolu, alebo fajčenie. Čím väčšia je tlaková záťaž cievného systému, tým vyššia je PPV. Toto nové vyšetrenie pacientom s arteriálnou hypertenziou odporúčajú Európska spoločnosť pre hypertenziu (ESH) aj Európska kardiologická spoločnosť (ESC). Dostupnosť vyšetrenia si pacienti môžu overiť na portáli <http://www.boso-abi.sk/referencie.htm> s referenčnými adresami vyšetrujúcich lekárov (aj za platbu v hotovosti).

Kvalitná podrobná anamnéza s komplexným vyšetrením – základ pre budúcnosť elektronickej dokumentácie (eHealth / eZdravie)

Starostlivý odber anamnézy, najmä pri prvej PPP u nového pacienta, tvorí základ kompletného prehľadu



Tabuľka č. 1: Prehľad vykazovania prehliadky a EKG

Periodická preventívna prehliadka	Diagnóza	Výkon	Počet bodov k 1. 6. 2017	Úhrada ZP (EUR)
Periodičita á 2 roky	Z-00.0	160	Dôvera 390 x 0,0462	18,02
			Union 350 x 0,0440	15,40
			VšZP 390 x 0,0410	15,99
Darcovia krvi á 12 mesiacov	Z-52.0	160	dtto	dtto
EKG vyšetrenie 12-zvodovým prístrojom vrátane opisu a vyhodnotenia záznamu	Z-00.0	5702	Dôvera 550 x 0,0078	4,29
	Z-00.0	5702	Union 550 x 0,0076	4,18
	Z-00.0	5702p	VšZP 550 x 0,007635	4,20

Tabuľka č. 2: Vykazovanie preventívneho očkovania

Druh očkovania	Diagnóza	Výkon	Počet bodov k 1. 6. 2017	Úhrada ZP (EUR)
Difteria-tetanus alebo fakultatívne	Z-00.0	252b	Dôvera 70 x 0,044	3,08
	Z-00.0	252b	Union 70 x 0,0266	1,86
Difteria-tetanus-pertussis	Z-00.0	252b	VšZP 70 x 0,041	2,87
Chripka	Z-25.1	252b	Dôvera 70 x 0,044	3,08
			Union 70 x 0,0482	3,37
			VšZP 70 x 0,041	2,87
Vírusová hepatitída A	Z-20.5	252b	Dôvera 70 x 0,044	3,08
Vírusová hepatitída A/B	Z-24.6		Union 70 x 0,0266	1,86
Kliešťová encefalitída	Z-24.1		VšZP 70 x 0,041	2,87
Pneumokokové infekcie	Z-23.8			

o pacienti a jeho pokrvných príbuzných (eHealth, eZdravie). Rodinná anamnéza sa zameriava na kardiovaskulárne ochorenia, diabetes mellitus, endokrinopatie, nádorové ochorenia, trombozy, poruchy hemostázy, náhle úmrtia mužov do 55. roku života a žien do 65. roku života. V osobnej anamnéze je potrebné cieľene sa pýtať na údaje o absolvovaných operáciách, hospitalizáciách, úrazoch, alergické prejavy, u žien tiež počet pôrodov, aborty, menštruačný cyklus, menopauzu, klimakterické ťažkosti. Veľmi dôležitý je monitoring aktuálne užívaných liekov, ktoré majú pacienti neraz duplicitne predpisované viacerými lekármi, bez vzájomnej koordinácie. V procese zosúladenia preskripcie liekov má všeobecný lekár kľúčové miesto. K tomuto napomáha prehľad elektronickej preskripcie a liekových interakcií v ambulancii prvého kontaktu s využitím najnovších informačných technológií. K 15. júnu 2017 je možné kontrolovať liekové interakcie poisťcom Všeobecnej zdravotnej poisťovne, a.s., cez online aplikáciu e-Recept, a poisťcom Dôvera, zdravotnej poisťovne, a.s., cez aplikáciu „bezpečné lieky“. K týmto

je možné využívať záznam dekurzov a preventívnych prehliadok do portálu eHealth/eZdravie. Z abúзов sa treba v anamnéze zameriavať na fajčenie, konzumáciu kávy, alkoholu, prípadne mäkkých a tvrdých drog. Sociálna a pracovná anamnéza sa využíva na komplexné posúdenie rizík u pacienta. Zisťujú sa aj ďalšie dôležité informácie, akými sú: zmena telesnej hmotnosti, pravidelnosť močenia a stolice, ťažkosti s vyprázdňovaním moču alebo stolice, prípadná inkontinencia, kvalita spánku a celkový pocit zdravia/choroby. Realizujeme podrobné fyzikálne vyšetrenie, auskultáciu, palpáciu, základné vyšetrenie venózneho systému, zisťujeme deformity chrbtice a dolných končatín. Interpretácia záznamu EKG vyšetrenia 12-zvodovým prístrojom sa vykonáva u pacientov po 40. roku života. Zdravotné poisťovne vyžadujú k zazmluvneniu výkonu a úhrade EKG doklad o vzdelaní lekára, faktúru o úhrade prístroja a certifikát o zhode prístroja. Po splnení predpisovaných podmienok a zazmluvnení zdravotnej poisťovne akceptujú a uhrádzajú tento výkon nad rámec kapitácie v rámci PPP, diagnosticky pri bolestiach na hrudníku. Taktiež je

Tabuľka č. 3: Spôsob vykazovania a úhrada TOKS k 1. 6. 2017

Zdravotná poisťovňa	Diagnóza	Frekvencia	Vykazovanie výkonu podľa výsledku testu (cena za výkon zahŕňa aj náklady na kúpu testu TOKS)	Vek pacienta	Úhrada ZP (EUR)
Dôvera	Z-12.1	1 x á 2 roky	159z – negatívny výsledok	nad 50 rokov	159z – 8,316
			159a – pozitívny výsledok		159a – 8,316
			159x – nevrátený/znehodnotený test		159x – 8,316
Union	Z-00.0	1 x á 2 roky			159z – 6,04
					159a – 6,04
					159x – 2,01
VšZP	Z-12.1	1 x á 2 roky			159z – 12,0
					159a – 12,0
					159x – 3,02

potrebné ho používať k predoperačným vyšetreniam a prehliadkam pracovnej zdravotnej služby. Pri kontrolnej činnosti vykonaných PPP vyžadujú revízi lekári EKG vyšetrenie v ambulancii prvého kontaktu, prípadne realizované špecialistom/internistom s časovým odstupom maximálne 1 mesiac. Prehľad vykazovania prehliadky a EKG je uvedený v tabuľke č. 1. (3) Vykazovanie preventívneho očkovania v tabuľke č. 2.

Kontrola vykonaného očkovania u dospelých. Zmena vakcíny v preventívnom očkovaní proti pneumokokovým infekciám (Prevenar 13) od 1.septembra 2017!

Jediné povinné očkovanie dospelých, plne hrazené z verejného zdravotného poistenia (ďalej VZP), je očkovanie proti tetanu + záškrtu. Preočkovanie sa vykonáva spoločnou vakcínou každých 15 rokov, mladí pacienti sú u pediatra naposledy očkovaní vo veku 13 rokov a preočkovanie dospelých sa realizuje vo veku 30 rokov. Pacientom je možné odporučiť aj očkovanie trivalentnou vakcínou s doplatkom, táto pokrýva profylaxiu proti tetanu + záškrtu + čiernemu kašlu. U diabetikov 1. aj 2. typu je potrebné kontrolovať očkovanie proti hepatitíde B v súlade s platným OÚ MZ SR. Rizikových pacientov a starších ako 59 rokov očkujeme taktiež proti pneumokokovým infekciám a chripke. Novinkou od 1. septembra 2017 je preplácanie vakcíny Prevenar 13 (laboratória Pfizer) rizikovým skupinám, ktoré sú ohrozené streptokokovými infekciami. Prevenar 13 má preukázanú účinnosť u osôb nad 65 rokov proti invazívnym pneumokokovým ochoreniam a proti pneumóniám spôsobenými pneumokokmi. Účinnosť

vakcinácie Prevenarom 13 bola potvrdená rozsiahlou klinickou štúdiou CAPITA v hodnotenom súbore 84.496 pacientov nad 65 rokov. Bezpečnostný profil vakcíny bol overený tak u detí, ako aj v dospeljej populácii. Dospelých postačí podať 1 dávku Prevenaru 13 intramuskulárne do m. deltoideus, bez nutnosti ďalšieho preočkovania! Takto bola zabezpečená účinná náhrada za ukončenú dodávku vakcín Pneumo 23 (Sanofi-Pasteur).

Imunochemický test na okultné krvácanie v stolici (TOKS)

Poisťenci, Dôvera ZP a.s. po dovŕšení veku 50 rokov, majú nárok na vyšetrenie stolice každé 2 roky. Klienti VšZP a.s. a Union ZP a.s. majú hrazené vyšetrenie stolice po dovŕšení 40. roku v rámci periodickej preventívnej prehliadky. V prípade pozitívneho testu je nevyhnutné pacienta poslať na kolonoskopické vyšetrenie, nakoľko nezanedbateľná časť pacientov s hemoroidmi môže mať súčasne v hrubom čreve adenomatózný polyp alebo karcinóm. Súčasné imunochemické testy zaručujú dostatočnú senzitivitu a špecifickosť vyšetrenia. Od 1. 7. 2014 zvýšila VšZP úhradu za zrealizovaný TOKS na 12 EUR (pozitívny aj negatívny). Najnovšie iFOB (imunochemické / fecal occult blood) testy zlepšili komfort odberu stolice pre pacienta tým, že obsahujú pribalené papierové podložky, ktoré umožňujú zachytenie stolice a presnejší odber vzorky z troch miest stolice. Spôsob vykazovania a úhrada TOKS k 1. 6. 2017 sú uvedené v tabuľke č. 3:

Odporúčanie urologickej preventívnej prehliadky

Pri prehliadke mužov je vhodné anamnesticky sa zamerať na mikčné ťažkosti, nyktúriu, polakizúriu, pocit nedo-



Vysokoenergetická
a vysokoproteínová
výživa pre pacientov

Fresubin®

Fresubin® 2 kcal DRINK
Fresubin® 2 kcal Crème

Potraviny na osobitné výživové účely
– potraviny na osobitné lekárske účely.

Fresenius Kabi s.r.o., o.z.
Lakeside Park, Tomášikova 64
831 04 Bratislava, Slovenská republika
tel.: +421 2 32 101 625, fax: +421 2 32 101 629
e-mail: czech-info@fresenius-kabi.com

EN194-1(09/2017)-SK

**FRESENIUS
KABI**
caring for life

statočného vyprázdenia, erektilnú dysfunkciu. Mnohí muži očakávajú túto otázku od svojho lekára, proaktívny prístup uľahčí komunikáciu o intímnych problémoch. Niekedy si muži priamo na výmennom lístku žiadajú odporúčanie k urológovi, s ktorým komunikujú svoje ťažkosti. Asymptomatickí muži majú nárok na urologickú preventívnu prehliadku po dovršení 50. roku života, v rámci nadštandardov VŠZP a.s. prepláca takúto prehliadku už po 40. roku života s periodicitou každé 3 roky a Union, zdravotná poisťovňa a.s. hradí preventívne vyšetrenie prostaty po 40. roku života každé 2 roky, pričom hradí Union taktiež vyšetrenie špecifického markera p2PSA k skoršiemu záchytu prípadného karcinómu.

Elektronická komunikácia pri pozývaní na preventívne prehliadky

V súčasnosti môžu klienti všetkých zdravotných poisťovní v SR využívať možnosť bezplatnej pozvánky na termín preventívnej prehliadky ku gynekológovi, stomatológovi, všeobecnému lekárovi. Po aktivácii služby cez webovú stránku príslušnej zdravotnej poisťovne príde klientovi 1 mesiac pred výročným termínom prehliadky „preventívna pripomenka“ formou SMS správy, elektronicky e-mailom, alebo v listovej poštovej zásielke. Táto služba výrazne napomáha zvyšovať percentuálny podiel pacientov, ktorí absolvujú predpísaný rozsah prevencie. Komunikácia lekára s pacientom je taktiež možná elektronicky cez objednávkové systémy, ktoré umožňujú objednať sa k lekárovi na určenú hodinu (napr. www.medikarta.sk, navstevalekara.sk).

Autorita lekára a rešpektovanie odporúčaní pacientom

Zodpovední lekári prvého kontaktu v súčasnosti realizujú zväčša defenzívnu medicínu. Často postupujú takto z obavy pred podnetmi (sťažnosťami) svojich pacientov. Z vyhodnotených štatistík Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou býva približne 85 % podaných podnetov/ročne na všeobecných lekárov posúdených ako neopodstatnených. Pacienti nerešpektujúci lekárske odporúčania – napr. diétne stravovanie, zmena životného štýlu, redukcia telesnej hmotnosti, zvýšenie pohybovej aktivity, zanechanie fajčenia a konzumácie alkoholu – sú paradoxne lekármi a zdravotnými poisťovňami nepostihnuteľní. Disciplinovaní pacienti naopak nežískavajú za svoj zodpovedný prístup od zdravotnej poisťovne

motivačný bonus. Nevyvážená pozícia vo vzťahu lekár – pacient – zdravotná poisťovňa, a možnosť voľného odchodu od „nepohodlného lekára“, ako i každoročná možnosť slobodnej zmeny zdravotnej poisťovne znižujú efektivitu preventívnych aktivít. Dlhoročná informovanosť všeobecného lekára o rodine pacienta, o pacientovom zdravotnom a psychickom stave, jeho životnom štýle, mu dávajú najväčšiu šancu pozitívne motivovať jeho zodpovednosť za vlastné zdravie. V komunikácii s pacientom je nevyhnutné rešpektovať jeho schopnosť pochopiť a akceptovať rady lekára, stupeň vzdelania i povahové črty. Tento problém komunikácie a „nespolupráce“ pacienta je najzreteľnejší v ambulanciách prvého kontaktu, ktoré majú vysoký podiel pacientov z marginalizovaných skupín. Individuálny a trpezlivý prístup sestry i lekára k pacientovi je umením, ktoré sa lekári učia počas celého profesionálneho života.

Použitá literatúra:

1. Kordač, V.: Vnitřní lékařství. Úvod do odboru. Praha, Univerzita Karlova, 1989, 60-044-89
2. Zákon č. 577/2004 Z. z.: Zákon o rozsahu zdravotnej starostlivosti uhrádzanej na základe verejného zdravotného poistenia a o úhradách za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti. Príloha č.2.
3. Zmluvy so zdravotnými poisťovňami o úhrade preventívnej zdravotnej starostlivosti z verejného zdravotného poistenia: Dôvera, zdravotná poisťovňa, a. s., Union, zdravotná poisťovňa, a. s., Všeobecná zdravotná poisťovňa, a. s.

* Podrobné informácie sú uvedené v Súhrne charakteristických vlastností lieku, ktorý vám poskytneme na adrese: Servier Slovensko, spol. s r. o., Pribinova 10, 811 09 Bratislava, tel.: 02/59204111, fax: 02/54432690.

**Členovia združenia majú možnosť získať vozidlá OPEL
za exkluzívne ceny po predložení preukazu**



Konstruktívna atmosféra pri diskusii poslucháčov s moderujúcimi všeobecnými lekármi

WONCA Europe konferencia v Prahe 28.6.-1.7.2017

Myšlienka konferencie:
„Spolu rastieme v rôznorodosti“



Stretnutie s projektovou riaditeľkou Darinou Czakovou zo spoločnosti Group 4 Research ku klinickému skúšaniam liekov v ambulanciách VLD na Slovensku



Aktívna účasť ZVLD SR na Česko-Slovenskom dni počas Wonca Europe konferencie v Prahe 30.6.2017



Interaktívna prezentácia Dr. Hencela a Dr. Muchu o elektronickom zdravotníctve počas Česko-Slovenského dňa



Návšteva nového sídla Spoločnosti všeobecného lekárství ČLS JEP v Prahe

Váš spoľahlivý partner v ambulantnej diagnostike



CRP prístroje

NycoCard READER II

- bezkonkurenčná cena
- záruka 10 rokov

Afinion
plnoautomatický POCT analyzátor



semikvantitatívny test na stanovenie CRP

stanovenie CRP bez prístroja

NOVINKA

- < 10 mg/l
- 10 - 30 mg/l
- 30 - 80 mg/l
- > 80 mg/l

SureScreen FOB

najpoužívanejší imunologický test
na stanovenie okultného krvácania na Slovensku



HemoCue® WBC Diff

ambulantný prístroj na stanovenie 5-populačného diferenciálu leukocytov z kapilárnej krvi

- neutrofil
- lymfocyt
- monocyt
- eozinofil
- bazofil

PocketChem™ UA

močový analyzátor

- špičková japonská kvalita
- 10 parametrové pružky



Festival kazuistík

ORAVSKÉ INTERAKTÍVNE FÓRUM 2018

ambulantných lekárov a sestier

s medzinárodnou účasťou

3.mája – 5. mája 2018

(štvrtok – sobota)

Nižná nad Oravou, sála Ostražica,
školiaca sála **hotel Arman**

lekári 20 kreditov CME

sestry 8 kreditov SKSaPA

Informácie a registrácia:
www.lekor.eu



Festival pod záštitou Dr. Tatula Hakobyana, kancelária Svetovej zdravotníckej organizácie na Slovensku.
Odborný garant: mim.prof. MUDr. Katarína Gazdíkova, PhD., MHA, MPH - katedra všeobecného lekárstva,
Lekárska fakulta Slovenskej zdravotníckej univerzity Bratislava