**Expanding GP competencies in the Slovak Republic: policy routes and recommendations**

**Komentár hlavnej odborníčky pre všeobecné lekárstvo k správe Svetovej banky**

VL = všeobecný lekár (tu sa myslí najmä všeobecný lekár pre dospelých)

PZS = primárna zdravotná starostlivosť

Na základe analýzy kompetencií všeobecných lekárov (VL) na Slovensku v prvej správe Svetovej banky ponúka druhá správanávrhy možností ako docieliť posilnenie primárnej zdravotnej starostlivosti (PZS) na Slovensku.

Súhlasím, že na prvom mieste potrebujeme **dlhodobý a výslovný záväzok vlády a MZ posilňovať primárnu zdravotnú starostlivosť**. Záväzok, ktorý sa premení na efektívne konanie prostredníctvom reformy, s jednoznačným cieľom – zlepšením postavenia PZS v zdravotnom systéme. Tieto reformné zmeny už nie je možné dlhšie odkladať.

S niektorými návrhmi **plne súhlasím**, napríklad:

* s nutnosťou **zvýšenia počtu všeobecných lekárov** (VL) a zníženia ich vekového priemeru - cestou zatraktívnenia odboru všeobecné lekárstvo ako aj zatraktívnenia rezidentského programu (rezidenti by mali mať plat vyšší ako je plat neatestovaného lekára v nemocnici),
* s nutnosťou **investícií** do PZS, ktorá je dlhodobo podfinancovaná,
* s **rozširovaním kompetencií** VL, najmä v oblasti prevencie a manažmentu chronických neinfekčných ochorení (diabetes mellitus, ischemická choroba srdca, CHOCHP a cerebrovaskulárne ochorenia, najmä prevencia náhlych cievnych mozgových príhod).

Podľa mojich skúseností by mal byť proces rozširovania kompetencií **postupný**, v krátko- až strednodobom horizonte. V krátkodobom horizonte si viem predstaviť ako reálny presun kompetencií pri chronických neinfekčných ochoreniach v 2 krokoch:

* vytvorenie **ŠDTP** na diabetes mellitus, ICHS, CHOCHP, príp. ďalšie chron. ochorenia,
* a súčasne**zrušenie preskripčných obmedzení** na príslušné lieky.

Tento prirodzený presun kompetencií by uvítali nielen VL, ale najmä chronicky chorí a polymorbídni pacienti. Samozrejme očakávam negatívny postoj špecialistov (diabetológov, internistov, kardiológov a pneumológov).

S niektorými návrhmi **nesúhlasím**, napríklad s presunom **skríningu rakoviny krčka maternice** na VL a to z viacerých dôvodov:

* na Slovensku máme hustú sieť primárnych gynekológov,
* nie je tu tradícia gynekologického vyšetrovania u VL,
* problematiku zvýšenia účasti žien na skríningu rakoviny krčka maternice rieši Národný onkologický program (aktuálne v pripomienkovom konaní
* VL nemajú potrebné technické vybavenie - gynekologické vyšetrovacie kreslá.

Pri pokuse presadiť tento postup isto narazíme na odpor nielen gynekológov, pacientiek samotných ale aj samotných VL. Možno by sa o presune tejto kompetencie dalo uvažovať v strednodobom horizonte, až po úspešnom presune tých kompetencií, ktoré sú VL oveľa bližšie (už spomínaný manažment chronických ochorení. Keď už budeme mať príklady úspešných zmien implementovaných v praxi, potom budú pacienti aj VL naklonení ďalšiemu presúvaniu kompetencií, ale za súčasnej situácie určite nie.

Za **výborné návrhy**považujem:

* potrebu vypracovania koncepcie/stratégie/vízie PZS,
* vytvorenie oddelenia pre rozvoj PZS na MZ, ktoré by sa venovalo implementácii stratégií posilňovania PZS,
* potrebu optimalizovať zber epidemiologických dát, systematicky ich analyzovať a interpretovať,
* rozširovanie kompetencií sestier v ambulanciách VL,
* úpravu osnov (curricula) v pregraduálnom aj postgraduálnom vzdelávaní,
* zvýšenie atraktivity odboru všeobecné lekárstvo,
* zmeny v rezidentskom programe (platy vyššie ako lekárov v nemocnici, štúdium viac orientované na prax v ambulancii, nie orientované „nemocnične“ ako doteraz),
* zadefinovanie, čo je obsahom kapitačnej platby (rozsah kapitácie),
* výška kapitačnej platby diferencovaná nielen podľa veku, ale aj na chorobnosti (tzv. vážená kapitácia), so zohľadnením „vidieckosti“ a príp. podielu Rómskej populácie,
* investície MZ SR do vzdelávania VL aj sestier, investície do zlepšenie materiálno-technického vybavenia ambulancií VL, platov i do upgradu priestorov.

Zároveň si dovoľujem upozorniť na **opatrnosť a nutnosť širokej diskusie**pri:

* zadefinovaní obsahu kapitačnej platby (rozsahu kapitácie),
* preventívne výkony (preventívne prehliadky, očkovanie), ale aj napríklad relatívne nová kompetencia – manažment pacientov s arter. hypertenziou sú výkony, ktoré sú v súčasnosti hradené nad rámec kapitácie. Čím viac týchto výkonov VL zrealizuje, tým vyššiu platbu od zdravotnej poisťovne dostane. Nesúhlasím s ich navrhovaným začlenením do kapitácie a domnievam sa, že by to viedlo k demotivácii VL tieto výkony vykonávať. Respektíve, ak by sa do kapitácie začlenili, musela by byť kapitačná platba výrazne vyššia,
* navrhovaných zmenách pri spolupráci so špecialistami formou „konzultácií“, vrátane emailových konzultácií,
* navrhovaných podstatných**zmenách v platobnom mechanizme** - nutné vopred detailne prediskutované so všetkými zainteresovanými stranami (MZ, zdravotné poisťovne a VL).

Údaje na strane 20 o počte VLD a VLDD pracujúcich na skrátený úväzok považujem za neaktuálne, vzhľadom na legislatívne zmeny v októbri 2017, kedy došlo k stanoveniu minimálneho počtu ordinačných hodín na 35.

V súlade s informáciami uvádzanými v správe Svetovej banky považujem za potrebné upozorniť na to, že pokusy implementovať stratégiu rozširovania kompetencií VL s existujúcimi **ľudskými zdrojmi** (viac ako 500 chýbajúci VL pre dospelých) môže viesť k zníženiu dostupnosti primárnej zdravotnej starostlivosti z dôvodu už existujúcej preťaženosti VLD, najmä v niektorých vidieckych regiónoch.

Správa Svetovej banky:

* zdôrazňuje úlohu prevencie, ktorá má byť prioritou v reforme rozširovania kompetencií VL,
* uvádza, že investície do preventívnej starostlivosti realizovanej VL sa oplatia,
* uvádza, že ďalšie oblasti rozširovania kompetencií VL (technické procedúry, VL ako prvý kontakt a manažment chronických ochorení) by mohli byť asociované so znižovaním morbidity a mortality ako aj so zvyšovaním efektivity slovenského zdravotníckeho systému.

Do komunikačnej stratégie je bezpodmienečne nutné zapojiť aj **pacientske organizácie** (skúsenosti pacientov ako presvedčivé svedectvo), napr. občianske združenie Slovenský pacient, ktoré napríklad realizovalo prieskum dôvery občanov vo všeobecných lekárov.

Od začiatku je potrebné komunikovať s **odbornými spoločnosťami všeobecných lekárov**, ale aj **so špecialistami** a zapojiť najmä tých špecialistov, ktorí sú prirodzene presvedčení o nutnosti zmien v prospech zvyšovania kompetencií VL.

05. augusta2018 MUDr. Jana Bendová, PhD.