**BOSS VLD**

**Inovatívny, efektívny a ekonomicky udržateľný spôsob poskytovania komplexnej zdravotnej starostlivosti v odbore Všeobecné lekárstvo pre dospelých.**

Predslov:

V zmysle uznesenia Správnej rady z 18.01.2019, Správna rada ZVLD SR o.z. berie na vedomie koncept BOSS VLD ako alternatívne koncepčné riešenie budúcnosti zdravotnej starostlivosti neurgentného prvého kontaktu v názorovej línii, ktorú združenie presadzuje v záujme komplexnej reformy financovania a riadenia zdravotnej starostlivosti a segmentu VLD v Slovenskej Republike. **Predkladaný základný rámcový dokument je vypracovaný MUDr. Dušanom Brázom.**

ZVLD SR o.z. je bezpochyby názorovým lídrom v otázkach organizácie všeobecnej ambulantnej zdravotnej starostlivosti. Budúcnosti sa budeme musieť postaviť čelom – to je fakt. Požiadavka na komplexnú reformu financovania a riadenia segmentu VLD v Slovenskej republike vyplýva s odporúčaní nadnárodných autorít a predkladaný koncept BOSS VLD je jedným z možných východísk z nepriaznivej situácie.

ZVLD SR o.z. iniciovalo koncom októbra 2018 diskusiu organizácií VLD pod vedením hlavnej odborníčky pre všeobecné lekárstvo, v záujme formulácie spoločného stanoviska segmentu VLD, ako iniciatívy na komplexné legislatívne riešenie rozširovania kompetencií VLD, organizácie a financovania segmentu všeobecnej ambulantnej starostlivosti o dospelých v reakcii na stanovisko Svetovej Banky zverejnené Ministerstvom zdravotníctva SR v septembri 2018. Vyzývame na zodpovednosť predovšetkým štátnu správu. ZVLD SR o.z. je pripravené prispieť k realizácii riešení v prospech všeobecných lekárov pre dospelých a najmä na úžitok našich pacientov.

**Staré Hory, 15.02.2019 MUDr. Pavol Štec, predseda ZVLD SR o.z.**

Princípy: 1. Efektivita

 2. Systém a systematizácia výkonu/zmena organizácie práce

 3. Orientácia na pacienta,

 4. Prospoločenský rozmer

1. EFEKTIVITA

1. Väčšie obvody – 5.000 - 7.000 kapitovaných u 1 poskytovateľa
2. Zmena štruktúry personálu u poskytovateľa
3. Implementácia princípov subsidiarity
4. Rozširovanie spektra výkonov v kompetencii všeobecného lekára
5. Rozširovanie služieb poskytovaných poskytovateľom v odbore všeobecné lekárstvo pre dospelých
6. Zefektívnenie komplexného manažmentu pacienta

2. SYSTÉM A SYSTEMATIZÁCIA VÝKONU/ZMENA ORGANIZÁCIE PRÁCE

1. Unifikácia kvality a výkonnosti jednotlivých poskytovateľov. Unifikácia vedenia a obsahu zdravotnej dokumentácie. Skvalitnenie elektronizácie v celom systéme. Unifikácia vedenia zdravotnej dokumentácie s implementáciou nových diagnosticko-terapeutických postupov. Userfriendly software.
2. Zefektívnenie deľby výkonov medzi jednotlivé kategórie zdravotníckych pracovníkov
3. Nastavenie pracovných procesov u poskytovateľov. Zefektívnenie procesov u jednotlivých poskytovateľov v diagnosticko-terapeutickom postupe pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti.

3. ORIENTÁCIA NA PACIENTA

1. Zlepšenie dostupnosti komplexnejšej zdravotnej starostlivosti
2. Skvalitnenie a poskytovanie komplexnejších služieb
3. Zlepšenie časového manažmentu poskytovanej zdravotnej starostlivosti

4. PROSPOLOČENSKOSŤ

1. Zefektívnenie využitia zdrojov určených na poskytovanie zdravotnej starostlivosti v odbore, komplexnosť poskytovanej zdravotnej starostlivosti a služieb na ňu nadväzujúcich
2. Pozitívny dopad na individuálne zdroje, zdroje v odbore všeobecné lekárstvo, zdroje v celom systéme.
3. Mnohostranný pozitívny  dopad na hospodárstvo krajiny ( potrebná diferenciácia hospodárstva a zmena orientácie hospodárstva na odvetvia s vyššou pridanou hodnotou)
4. a) Väčšie obvody.

Prečo? Obvody o 1500 kapitovaných pacientoch nie sú a ani nemajú šancu byť efektívne v porovnaní s obvodmi o počte 5000-7000 zazmluvnených pacientov z mnohých dôvodov.

* Nemožnosť efektívnej deľby výkonov v rámci kompetencií jednotlivých kategórií zdravotníckych pracovníkov. Neefektívne využitie personálnych zdrojov. Ak zdravotnícky pracovník vykonáva činnosti pod pre neho ohraničené kompetencie je jednoducho neefektívny. Lekár neobsluhuje EKG, nenakladá Holter, nepoučuje o diéte, nemanažuje jednoduché činnosti diagnosticko – terapeutického postupu. Sestra nevykonáva „sekretárske“ činnosti, nestráca čas organizovaním jednoduchých činností ako je poradie pacientov atď.

Pri aktuálne prevažne fungujúcom modele organizácie práce v zložení 1 lekár +1 sestra príp. 1 lekár + 2 sestry, logicky dochádza k realizácii výkonov pod hranicou kompetencii jednotlivých kategórii zdravotníckych pracovníkov.

* Pri malých obvodoch (až nezmyselný počet bodov) na ktoré sú viazané zdroje, ktoré je minimálne viac ako vhodné využiť na poskytovanie samotnej zdravotnej starostlivosti a nie na neefektívne pokrytie nákladov s poskytovaním zdravotnej starostlivosti súvisiacich. Od priestorov cez energie, ale aj neefektívne využitie prístrojového vybavenia a iných.
* Vzhľadom na kumulovaný investičný schodok v posledných desaťročiach je nutné zamyslieť sa aj nad možnosťami obnovy priestorov a vybavenia poskytujúceho priestor na rozširovanie diagnosticko-terapeutických postupov v odbore všeobecné lekárstvo pre dospelých u jednotlivých poskytovateľov. V týchto súvislostiach treba brať na zreteľ i predpokladaný/predpokladateľný demografický vývoj populácie Slovenska a to určite v minimálne dvoch pohľadoch: celkový počet a veková štruktúra obyvateľstva a tomu prirodzene nadimenzovať i sieť poskytovateľov.
1. Zmena štruktúry personálu u poskytovateľa. V tejto oblasti je vhodné porovnať pomery lekári/ sestry/ iné kategórie zdravotníckych pracovníkov v našom odbore s krajinami na ktorých systém chceme ten náš transformovať. Vo väčšine je práve tento pomer diametrálne odlišný od u nás zabehnutého 1:1 event. 1:2. Môžeme namietať a argumentovať iným systémom či inou organizáciou práce či celkovo systému/filozofii poskytovania zdravotnej starostlivosti v konkrétnych porovnávaných krajinách. To však nemení nič na fakte, že pomer v primárnom kontakte je iný. Systém BOSS VLD ráta so zastrešením činností zabezpečujúcich širokú primárnu zdravotnú starostlivosť inak, lepšie, systémovo inak organizovanými poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti.
2. Jedným z nástrojov efektívnejšej organizácie hlavne v oblasti využívania zdrojov je implementácia princípov subsidiarity. A to z mnohých dôvodov, niektoré spomeniem. V oblasti dostupnosti zdravotnej starostlivosti: Považujem za omyl domnievať sa, že dostupnosť terapie kedysi prevažujúcich diagnóz riešených v kompetencii všeobecných lekárov ( infekty dýchacích ciest, lumbalgie a pod.) zásadným spôsobom zvrátia nelichotivé porovnania poskytovanej zdravotnej starostlivosti na Slovensku v porovnaní s inými rozvinutými krajinami. Za principiálne považujem dostupnosť zdravotnej starostlivosti o diagnózy, ktoré sa závažným spôsobom podieľajú na vysokej úmrtnosti, či zlej kvalite života vo vyššom veku. Za jednu z kľúčových podmienok preto považujem zvýšenie dostupnosti čo najväčšieho množstva výkonov ( odbery, preskripcia chronickej terapie, atď.) práve do blízkosti pacienta – k všeobecnému lekárovi. Tieto triviálne kroky by mali oveľa väčší vplyv na kvalitnejší, efektívnejší ale hlavne dostupnejší manažment komplexnej starostlivosti o pacienta. Súčasne by sa tento efekt znásobil ekonomickou výhodnosťou ( hlavne pri kvalitnej podpore elektronizácie zdravotníctva). Zredukovala by sa polypragmázia, došlo by k redukcii duplicity laboratórnych či iných diagnostických výkonov. Súčasne je to mechanizmus ako zmeniť pomer lekár/setra v primárnej sfére. Vytvorili by sa podmienky na presun sestier zo špecializovaných ambulancií, bližšie k pacientom. Čoho výsledkom je i zvýšenie efektívnosti práce sestier a ich dostupnosti pre pacientov v kontexte ich kompetencií.
3. Rozširovanie spektra výkonov v kompetencii všeobecného lekára. V tejto oblasti mám za to, že práve zmena personálnej štruktúry zdravotníckych pracovníkov u konkrétnych poskytovateľov primárnej zdravotnej starostlivosti v súbehu s kumuláciou pacientov do väčších obvodov a tým tiež kumuláciou lekárov a sestier je jediným možným efektívnym riešením pri rozširovaní kompetencií/spektra realizovateľných výkonov v rámci primárnej sféry. Základným predpokladom pre moje tvrdenie je práve efektívne využívanie odborných možností jednotlivých kategórií zdravotníckych pracovníkov. Možnosti pri štruktúre 1:1 či 1:2 sú logicky pri prakticky najlepšej možnej organizácii práce v tomto zložení podstatne menej efektívne a znemožňujú pracovať efektívnejšie. Súčasne sú práve z týchto dôvodov ekonomicky náročnejšie.
4. Rozširovanie služieb poskytovaných poskytovateľom v odbore všeobecné lekárstvo pre dospelých. V tejto oblasti za spôsob ako procesy zefektívniť považujem: Pričlenenie t.č. ADOS do pôsobnosti všeobecných lekárov. V kontexte celého systému ak sa u poskytovateľa v primárnej sfére podieľa na zabezpečení zdravotnej starostlivosti v prospech 5000 -7000 pacientov 4-7 sestier ADOS je suplovateľná sestrou, ktorá pacientov pozná/ je im bližšia ako „externá“ sestra ADOS, súčasne zdieľanie dát/informácii je omnoho jednoduchšie a kvalitnejšie. Podobný no o niečo širší kontext má i pridruženie DZS do pôsobnosti poskytovateľa primárnej starostlivosti. Pri aktuálnom nastavení je horšia dostupnosť a celková koordinácia zdravotnej starostlivosti. Za nesprávne to považujem z dôvodu horšej dostupnosti zdravotnej starostlivosti pre veľkú skupinu vekom a mobilnosťou handicapovanú skupinu. Práve táto skupina pacientov tvorí výraznú časť rehospitalizácií, ktoré priamo súvisia s horšou dostupnosťou zdravotnej starostlivosti. Súčasne sa opomína aj dopad na celkové hospodárstvo krajiny: zvyčajne príbuzný nepracuje, ale sprevádza pacienta na rôzne vyšetrenia k všeobecnému lekárovi či špecialistom, ktorí pri aktuálnom nastavení celkového fungovania systému pracujú málo organizovane.
5. Zefektívnenie komplexného manažmentu pacienta. Táto oblasť má tiež viac spolu súvisiacich rovín. Súbeh už vyššie spomenutých opatrení: preskripcia na 1 mieste, ambulancia primárneho kontaktu ako 1 odberové miesto pre celý ambulantný systém, na to nadväzujúci ADOS či DZS spolu s elektronizáciou a pri vyššom množstve pacientov starostlivosti 1 poskytovateľa vytvára priestor aj na plnohodnotné využitie pracovnej sily – „koordinátor“, ktorého úlohou je organizačná-materiálová -technická- logistická podpora poskytovateľa. Pri malých obvodoch nemysliteľné. I toto je relatívne veľký priestor na zlepšenie organizovanosti a funkčnosti, v ktorom práve PZS v odbore všeobecné lekárstvo môže výrazne vyššou mierou koordinovať pohyb konkrétneho pacienta v celom systéme.
6. Unifikácia kvality a výkonnosti jednotlivých poskytovateľov. Unifikácia vedenia a obsahu dokumentácie. Veľmi široká a v oblasti kvality poskytovanej zdravotnej starostlivosti jedna z kľúčových oblastí. Počnúc zjednodušením zdieľania informácii s priamym vplyvom na kvalitu poskytovanej zdravotnej starostlivosti. No nesmie sa opomenúť ani potenciál mnohostranného vplyvu na formovanie hospodárskeho smerovania krajiny. Mám za to, že unifikácia dokumentácie je kľúčový prvok, na ktorom je viac ako vhodné výraznejšie spolupracovať s NCZI. Spolupodieľať sa na odbornom obsahu a štruktúrovanej forme zdieľaných informácií. Práve unifikácia dokumentácie je v dobe medicíny založenej na dôkazoch  najschodnejšia a najprirodzenejšia cesta k skokovému skvalitneniu celého zdravotníctva na Slovensku.
7. Zefektívnenie deľby výkonov medzi jednotlivé kategórie zdravotníckych pracovníkov. Ako som už vyššie spomenul za kľúčové považujem čo možno najefektívnejšie využívanie odborného potenciálu všetkých kategórií zdravotníckych pracovníkov. Jedine toto je cesta k efektívnemu a kvalitnému odboru/zdravotníctvu. Lekár nech je lekár, sestra sestrou, iní pracovníci inými pracovníkmi. Deľba práce je jednoduchšia a najefektívnejšia v primerane veľkej skupine. V porovnaní so systémom 1+1 prípadne 1+2, respektíve ako v príliš veľkých skupinách. Súčasne v celkovom kontexte model 1+1 príp. 1+ 2 resp. príliš veľký PZS v odbore všeobecné lekárstvo pre dospelých okrem faktoru neefektivity výkonu, nereflektuje demografické prognózy a ani predpokladané vnútroštátne (mestá/prímestské časti/ vidiek) rozmiestnenie populácie.
8. Nastavenie pracovných procesov u poskytovateľov v odbore všeobecné lekárstvo pre dospelých. Lepšie raz vidieť ako dvakrát počuť. Kvalitná organizácia práce u každého PZS je jediná správna cesta ku vyššej kvalite a efektivite. Má 3 kľúčové predpoklady: erudovaný personál, priestory, kvalitný a userfriendly software. Ako by som chcel pracovať?

Počet pacientov : 5.000 - 7.000

Počet lekárov: 1,6 – 2

Počet sestier : 4 -7

Iný personál : administratívny pracovník: 1 - 1,3

 Zdravotnícky asistent/vodič: 1 - 1,3

Priestory: sektorovaná „telocvičňa“

Software: NCZI dimenzovaný v duchu vyššie spomenutých parametrov, userfriendly

POPIS PRIESTOROV:

* Pri vstupe administratívny pracovník organizátor čakárne/recepčný, logista, koordinátor dopravy.
* Čakáreň spoločná: všeobecný lekár(i) + špecialista

– externý špecialista – podľa potreby:

Napr: 2 dni INT

 1 deň KARDIO

 1 deň ORTO

 1 deň NEURO

 ½ dňa URO

 ½ dňa ENDOKRIN

 1 deň DIA

 ½ dňa PSYCH

 ½ dňa GASTRO

 ½ dňa HEMAT

Atď.p.p.

Po zaregistrovaní sa na recepcii pacient smeruje do čakárne. V čakárni vyplní formulár – bližšie špecifikuje dôvod návštevy – papier/elektronicky – stáva sa súčasť dokumentácie. Po vyplnení formulára oznámi elektronicky pripravenosť. V poradí je elektronicky vyzvaný do prípravovne. Vstupuje do kabínkovej prípravovne – 6 kabínok. Z prípravovne smeruje na určené 1 zo 6 -7 stanovíšť/systém intimitu zabezpečujúcich kójí / vhodne popredeľovaná telocvičňa vzájomne spojených prechodovou chodbou. (objednávanie na presný čas je absolútna samozrejmosť)

1. Stanovište – odbery/infúzie/injekčne stanovište/základné RHB stanovište
2. – 6. Stanovište – vyšetrovacie lôžka/miesta

Každé zo stanovíšť má štandardnú výbavu + špecifickú: napr. 3 kóje EKG, ABI, SPIRO a pod. Pacienti sú dľa ich požiadaviek zaslaných elektronicky/papierový formulár smerovaný na konkrétne stanovište (dľa ťažkostí).

Sestry pracujú na každom zo stanovíšť: odoberú štruktúrovanú anamnézu, urobia dľa manuálu vyšetrenia. K takto erudovanou sestrou predvyšetrenému pacientovi prichádza lekár. Dokončí dopytovaním anamnézu, vyšetrí, stanoví dg, a odporučí.

Dokumentáciu vytvára/vstupuje do nej dľa kompetencie každý podieľajúci sa na dg.- terap. procese. Lekár sa presúva k ďalšiemu pacientovi, sestra dovysvetlí nepochopené, berie si následného pacienta.

Okrem odberovo/ infúzno/rehabilitačnej a vyšetrovacej časti 2 pracovne s vyšetrovacím lôžkom. 1 krát ambulancia VLD + 1 krát ambulancia špecialistu INT/KARDIO/NEURO atď.

4.

a) Zefektívnenie využitia zdrojov určených na poskytovanie zdravotnej starostlivosti v odbore. Tento model zabezpečenia primárnej zdravotnej starostlivosti zohľadňuje aktuálne potreby. Vzhľadom na logickú nutnosť nadčasovosti s výhľadom na minimálne 30-40 ročné nasledujúce obdobie je nutné kreovať sieť poskytovateľov s primeraným zreteľom na predpokladateľný demografický vývoj Slovenska, vekovú štruktúru ale aj geografické rozmiestnenie obyvateľstva. V porovnaní s vyspelými krajinami patríme medzi krajiny s relatívne vysokým percentom obyvateľstva žijúcim v menších mestách a na vidieku. Súčasne však technologický pokrok – masívna automobilizácia obyvateľstva výrazne mení/ovplyvňuje dostupnosť zdravotnej starostlivosti. V súvislosti s vyššie uvedeným a v kontexte celého programu BOSS VLD mám za to, že primeraná redukcia bodov poskytovateľov primárnej zdravotnej starostlivosti je racionálne odôvodniteľná a vhodná. Aktuálne je v starostlivosti všeobecných lekárov pre dospelých približne 4,3 milióna pacientov čo pri dimenzovaní 5000 pac./PZS je počet PZS v rozmedzí 850-900 bodov. V  súvislosti s vyššie spomenutým a v kontexte nutného dorovnania investičného dlhu do infraštruktúry , ktorý sa kumuloval v posledných desaťročiach je tento koncept logický a vhodný. Treba však mať na zreteli, že mnohé priestory nie sú z mnohých dôvodov vyhovujúce na zabezpečenie dobe primeranej a už vôbec nie v budúcnosti adekvátnej, kvalitnej a ekonomicky efektívnej zdravotnej starostlivosti . Napriek na prvý pohľad možno privysokým nákladom, mám za to, že investície do budovania nových vhodných priestorov prinesú kvalitatívny a z ekonomického pohľadu výraznú vyššiu efektívnosť vynaložených zdrojov.

b) Pozitívny dopad na individuálne zdroje, zdroje v odbore všeobecné lekárstvo, zdroje v celom systéme. Tento spôsob zabezpečenia zdravotnej starostlivosti v primárnej zdravotnej a na ňu nadväzujúcej špecializovanej starostlivosti je funkčnou, nadčasovou a ekonomicky udržateľnou alternatívou oproti aktuálnemu stavu. Zabezpečuje od tohto odboru logicky očakávané parametre ako kvalita, spektrum výkonov a dostupnosť. Súčasne zabezpečuje možnosť skokového kvalitatívneho zlepšenia, systémovú a ekonomickú efektivitu.

c) Mnohostranný pozitívny  dopad na hospodárstvo krajiny. Okrem mnohých iných benefitov tohto riešenia zabezpečenia primárnej zdravosti, má BOSS VLD pre mnohých prehliadaný/neviditeľný potenciál. A to pri politickej vôli môže byť jedným zo základných prvkov pri potrebnej diverzifikácii hospodárstva Slovenska. Vzhľadom na polohu, rozlohu, počet a štruktúru obyvateľstva ale tiež spôsob financovania zdravotníctva má Slovensko potenciál stať sa MedicalValley.

CAVE: Pri aplikácii tohto modelu fungovania odboru všeobecné lekárstvo pri dospelých predpokladám výrazný nárast príjmov PZS v našom odbore už pri dnešnej štruktúre prerozdelenia zdrojov. My však budeme aj napriek tomu budeme žiadať priblíženie percentuálneho podielu z celkových zdrojov pre náš segment. A že budeme zarábať v porovnaní s inými výrazne nadštandardne? A čo? Nech si urobia poriadok i ostatní, nik a nič im v tom nebráni 