

Deskripcia praxe ambulantných kardiológov

Výsledky anonymnej ankety

Beňačka J¹, Beňačka O²

¹Benimed s. r. o., Kardiologická ambulancia, Piešťany, Slovenská republika

Písomný dokument zaoberajúci sa problematikou ambulantných kardiológov vznikol v roku 2015. Okrem konštatovania faktov, ktoré dlhoročne komplikujú prácu lekárov, navrhol aj ich konkrétne riešenia. Jedno z rokovaní výboru SKS v roku 2015 sa písomnému dokumentu venovalo za prítomnosti zástupcov Ministerstva zdravotníctva SR a vtedajšieho hlavného odborníka pre kardiológiu. Konkrétny výstup z rokovania nebol ale žiadny, zrejme pre nezujem problematiku riešiť. Problémy ambulantných kardiológov (pretrvávajúce už viac ako 10 rokov aj napriek písomným pripomienkam) možno definovať takto:

- rastúci počet pacientov (predoperačné, akútne a zbytočné vyšetrenia) pri limitovaných zdrojoch poisťovní, nereálnych cenách výkonov a nenaplnenej sieti kardiologických ambulancií,
- nejasné a zmätočne interpretované pravidlá spolupráce medzi všeobecným lekárom a kardiológom (zdravotná dokumentácia, preskripcia, periodické kontroly, laboratórne vyšetrenia, kompetencie),
- neakceptácia platných kardiologických guidelines inými odborníkmi (antikoagulačná liečba NOAK-mi a jej korekcia pri nekardiologických operáciách),
- nevyjasnené zásady úhrady výkonov podľa zmlúv s poisťovňami (15 rokov nefunkčný „bodovník“, nezmyselné hodnotiace koeficienty, žiadny „inštitút dohodovacieho konania“),
- k tomu v roku 2020 pribudla problematika fungovania v čase pandémie Covid-19.

Pretože sa miera závažnosti problémov môže odlišovať regionálne, ako aj individuálne (druh pracoviska a vzťahu s poisťovňou a podobne), uskutočnila sa v roku 2018 anketa s cieľom objektivizovať lekármi popisované dlhoročne neriešené problémy, podmienené hlavne neúplnou, často

obsoletnou a najmä opakovane nesystematicky korigovanou legislatívou, využívanou poisťovňami (vo vzťahu k poskytovateľom) pre vlastný prospech, ako aj trvalým deficitom racionálnych regulačných vstupov kompetentných osôb a inštitúcií (napríklad aj na základe dobre mienených podnetov od lekárov z praxe). Mailom boli oslovení všetci členovia SKS pracujúci v ambulantnej sfére, aby vyplnili dotazník s 15 otázkami, ktoré sa týkali vyššie uvedenej problematiky. Vrátilo sa 120 vyplnených dotazníkov, kompletné výsledky ankety boli zverejnené na webovej stránke SKS, komentár k ankete v časopise *Cardiology Letters* (1). Ďalšie pokračovanie, ktoré by viedlo k riešeniu zistených problémov, žiaľ, nebolo žiadne.

V ostatnom roku sa podmienky zdravotníckej starostlivosti zásadne skomplikovali pandemiou Covid-19. Tá priniesla do ambulantnej sféry špecifické problémy, zároveň však bola aj modifikujúcim faktorom pre už známe problémy slovenského ambulantného kardiológa. Preto sme sa rozhodli anketu zopakovať. Časť otázok boli úplne nové otázky a týkali sa nielen pandémie Covid-19, ale aj aktuálnych problémov obsahu zmlúv s poisťovňami (konkrétne hodnotiacich koeficientov v zmluvách so VŠZP), časť otázok sa v totožnej alebo ľahko modifikovanej forme týkala problematiky riešenej v predchádzajúcej ankete. Na 21 otázok zverejnených na inovovanej webovej stránke SKS (umožňujúcej cieľový zber dát) odpovedalo anonymne 104 lekárov – členov SKS, oslovených hromadným mailom.

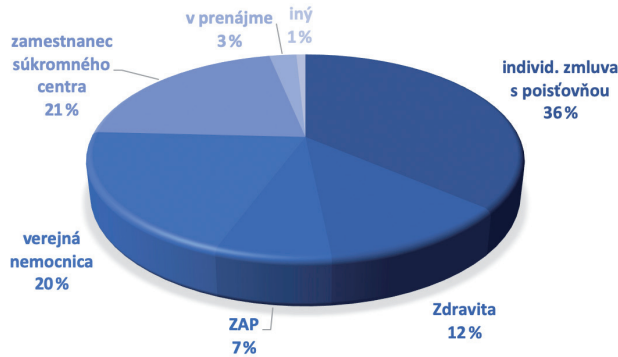
Zastúpenie ambulantných lekárov (vzhladom na ich formu a spôsob zmluvného vzťahu) bolo v porovnaní s rokom 2018 prakticky nezmenené (**grafy 1 a 2**).

Aktuálnou a hlavnou témou ankety bola pandémia COVID-19 a fungovanie ambulancií v nej. Odpovede dali okrem iného odpovede na otázku, koľko lekárov infekciu prekonalo (**graf 3**).

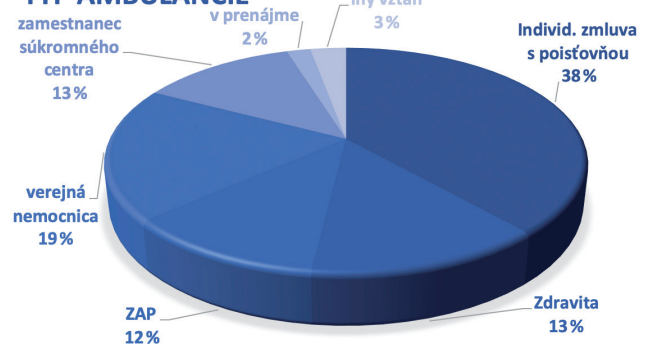
Z ¹Benimed s. r. o., Kardiologická ambulancia, Piešťany a ²Národného ústavu srdcových a cievnych chorôb, a. s., Bratislava, Slovenská republika
Do redakcie došlo dňa 6. marca 2021; prijaté dňa 12. marca 2021

Adresa pre korešpondenciu: doc. MUDr. Jozef Beňačka, PhD., MBA, MPH, Kardiologická ambulancia Benimed, s. r. o. Javorová 25, 921 01 Piešťany, Slovenská republika, e-mail: benimed@gmail.com

TYP AMBULANCIE - V ROKU 2018

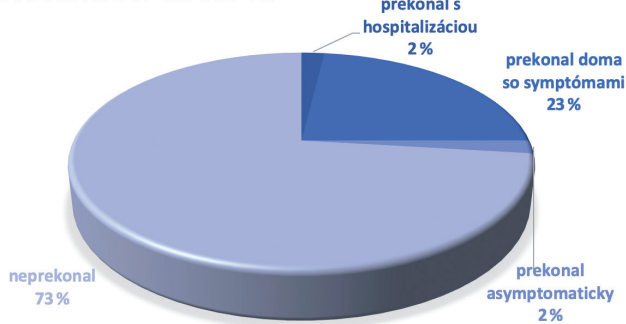


TYP AMBULANCIE



Grafy 1 a 2 Zastúpenie lekárov v ankete (vľavo rok 2018, vpravo rok 2021)

PREKONANÝ COVID-19



Graf 3 Prekonané Covid-19 ochorenie kardiológom

- 2 – prekonan s hospitalizáciou
- 24 – prekonan doma so symptómami
- 2 – prekonan asymptomaticky
- 76 – neprekonan

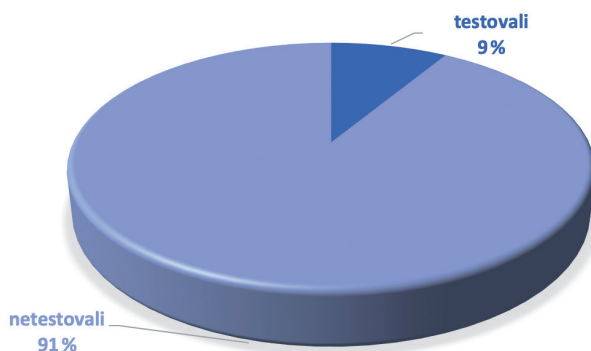
Pri otázkach na testovanie pacientov na Covid-19 pozitivitu sme chceli zistiť objektívne dáta o podmienkach na vyšetrenie, ako aj o tom, či sa aj kardiologické ambulancie

aktívne zapájajú do testovania. Pacientov testovalo priamo v ambulancii 9 % ambulancií (graf 4), negatívny test pred vyšetrením vždy vyžaduje 6 % ambulancií, ďalších 25 % kardiologických ambulancií žiadalo negatívny test len v čase kulminácie pandémie. 69 % ambulancií pri plánovanom alebo akútnom vyšetrení v kardiologickej ambulancii nevyžaduje od pacienta negatívny test na Covid-19 – sú teda (na rozdiel od novinárskych tvrdení) pre každého pacienta dostupné bez akýchkoľvek problémov a prekážok (graf 5).

S prácou v podmienkach pandémie Covid-19 úzko súvisí aj úhrada výkonov poisťovňami (graf 6) – s tým ambulancie nemali závažnejšie problémy, viacerí lekári však v poznámkach upozorňovali na neúplné hradenie výkonov („známe“ aj z obdobia mimo pandémie), neodôvodnenú redukciu výšky hodnotiacich koeficientov (IPP – pozri ďalej), žiadne príspevky poisťovní na ochranné pomôcky.

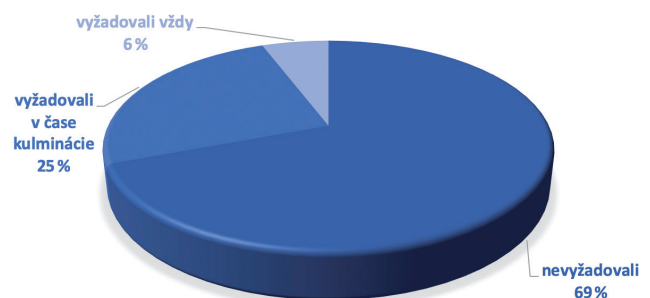
Často sa v nelekárskych médiách objavujú informácie o dostupnosti, respektíve nedostupnosti lekárskej starostlivosti, respektíve o pandémii indukovanom zhoršovaní zdravotného stavu pacientov s chronickými aj akútnymi ochoreniami. Približne polovica (49 %) odpovedajúcich sa vyjadrila v tom

NA AMBULANCII SME PACIENTOV



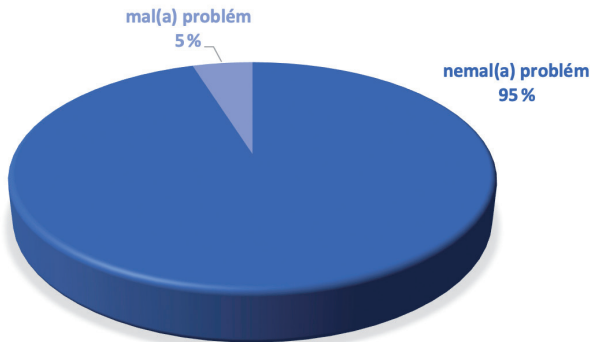
Graf 4 Testovanie na Covid-19 v ambulancii

K VYŠETRENIU SME NEGAT. TEST



Graf 5 Vyžadovanie negatívneho testu

HRADENIE VÝKONOV POISŤOVŇAMI



Graf 6 Hradenie výkonov poisťovňami

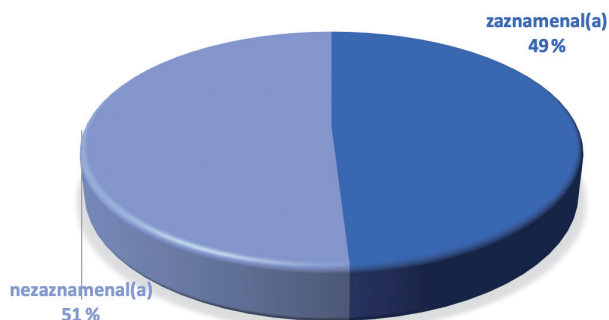
zmysle, že v podmienkach redukovanej zdravotnej starostlivosti je zdravotný stav pacientov horší (graf 7). Dôvodov môže byť veľa, nie všetky sú priamo identifikovateľné, mohli by sa týkať aj fungovania kardiologických ambulancií. Média totiž často neodôvodnene bez objektívnych podkladov prezentujú nedostatok špecializovaných ambulancií bez bližšej

špecifikácie. Sociálne siete sú tiež zdrojom dezinformácií bez objektívnych podkladov, do debát sa často zapájajú aj zdravotníci a lekári so vzájomným obviňovaním. Viaceré otázky v anketе sa preto týkali aj tohto problému.

Malá časť pacientov svoje plánované návštevy u lekára zrušila z vlastného rozhodnutia, podľa odhadu kardiológov to bolo väčšinou asi 10 – 20 % plánovaných kontrol (graf 8). Redukcia návštev však vôbec nebola z rozhodnutia kardiológov, keďže iba desatina ambulancií redukovala svoju aktivitu len na akútne stavy, ostatných asi 90 % kardiologických ambulancií fungovalo pre všetkých pacientov bez rozdielu, či boli akútne alebo to boli plánované kontroly (graf 9). Toto zistenie je nevyhnutné konfrontovať s vyjadreniami niektorých reprezentantov pacientov (aj patientskych organizácií), ktorí v médiách neobjektívne prezentovali názor o nedostupnosti špecialistov a obetavosti primárnej sféry. Tejto problematike sa týkajú aj ďalšie vyhodnotenú odpovede (pozri nižšie).

Dostupnosť ambulancií aj pre plánované kontroly bola podľa odpovedí v dvoch tretinách pracovísk doplnená okrem telefonovania aj inými formami komunikácie s pacientmi, teda aj s tými pacientmi, ktorí z vlastného rozhodnutia svoje kontroly u kardiológa preložili na neskôr (graf 10).

ZHORŠENIE ZDRAVOTNÉHO STAVU



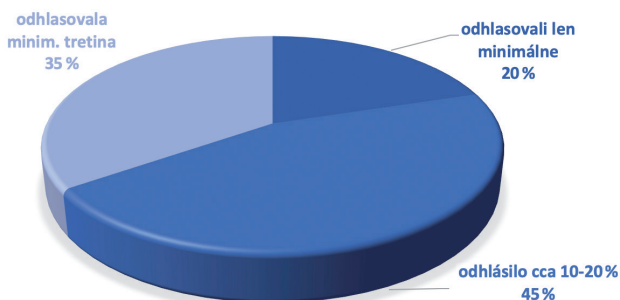
Graf 7 Zhoršenie zdravotného stavu pacientov

VYŠETR. POČAS KULMINÁCIE EPIDÉMIE



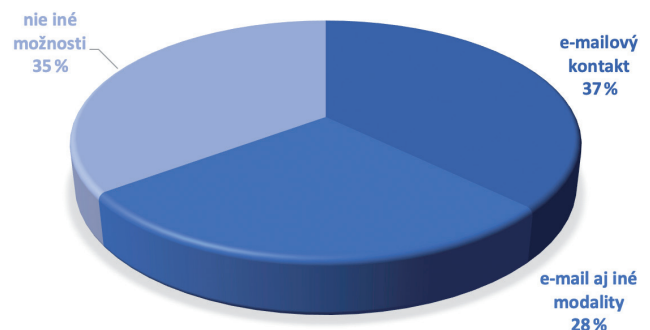
Graf 9 Pracovný režim ambulancií v pandémii

V ČASE KULMINÁCIE COVID SA PACIENTI



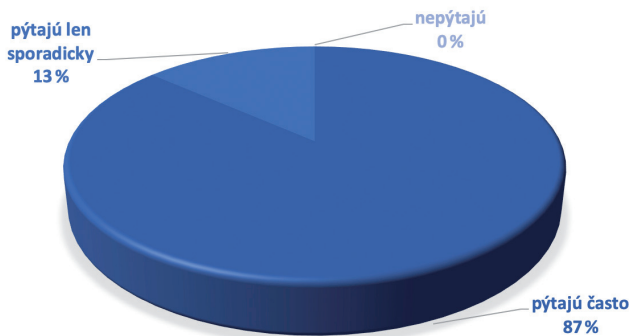
Graf 8 Odhlásenie pacientov z plánovaných počas pandémie Covid-19 termínov

OKREM TELEFONOVANIA KONTAKT AJ CEZ



Graf 10 Spôsoby komunikácie s pacientom

NA NÁZOR K OČKOVANIU SA PACIENTI



Graf 11 Záujem pacientov v očkovanie

Positívne treba hodnotiť záujem pacientov o očkovanie, lebo úplne všetci lekári uviedli, že pacienti si od nich žiadajú ďalšie informácie o očkovaní, a to v 9 z 10 prípadov „veľmi často“ (graf 11).

Problém dostupnosti ambulancií bol čiastočne komentovaný vyššie, ďalšie dve otázky v ankete sa tejto témy týkali tiež. Problém preskripcie liekov s indikačným obmedzením začal už počas prvej vlny pandémie „vdaka“ oficiálnym aj neoficiálnym „interným“ (napokon predsa dostupným a svojim obsahom prekvapivým) odporúčaniam reprezentantov všeobecných lekárov. Tu nie je priestor na podrobnú analýzu „scestnej“ (áno – scestnej!) interpretácie platnej legislatívy (zákon o lieku č. 362), ktorú v médiách podporili aj právnici, prezentujúci samých seba ako odborníkov na medicínske právo. Účelový postoj reprezentantov VL, žiaľ, nijako nemoduloval do rozumných medzí nikto z poisťovní ani z ministerstva. Ďalšia vlna pandémie tento problém odsunula „ako nepodstatný“ (taký nie je), zároveň ho však do dôsledkov amplifikovala, čo reprezentujú odpovede v ankete. Prezentujú nielen negativistický postoj všeobecných lekárov k preskripcii liekov s indikačným obmedzením, ale aj problém preskripcie akýchkoľvek liekov v ambulancii VL počas pandémie. To má samozrejme súvislosť s už začatým problémom (ne)dostupnosti lekárov v ambulancii. Ako fungovali kardiológovia, vidieť z odpovedí. Medzi všeobecnými lekármi je určite tiež veľa obetavých, ale v ankete bolo viacero doplnkových komentárov kardiológov k neudržateľnej realite, ktorú kvantifikujú odpovede na otázku: „Počas núdzového stavu ma k preskripcii liekov žiadajú pacienti z dôvodu. ...“ odpovedala vyše polovica kardiológov „... častejšie z dôvodu nedostupnosti všeobecného lekára“ (graf 12). A to bol pre čas pandémie doplnený zákon o lieku, že recept môže predpísať aj vysokoškolsky vzdelaná sestra. To je dobré, aj keby v tejto zvláštnej dobe nemala ten vysokoškolský titul (takých bude „majorita“), len aby napísala, čo odporučil špecialista a nie „podľa lístočka“ (problém „zamknutých zdravotných kariet“) a aby tam sestra vôbec bola. A ak už

POŽIADAVKY NA PRESKRIPCIU

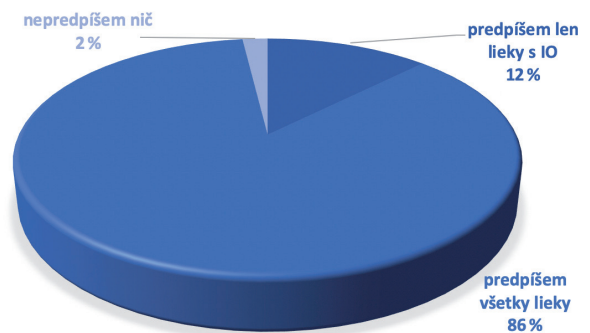


Graf 12 Dôvod požiadavky na preskripciu

pacient k predpisu liekov mimo plánovanú kontrolu do kardiologickej ambulancie príde (alebo ju kontaktuje telefonicky), kardiológ mu v 86 % napíše všetko, čo potrebuje (t. j. nielen lieky s IO) (graf 13). Možno je podružná vec, ak sa nebudeme súčasne zaoberať nákladmi ambulanta ŠAS na lieky, ktoré poisťovne sledujú a premietajú do hodnotiacich koeficientov (samozrejme negatívne – koeficientov sa týkali iné otázky v ankete, pozri nižšie). Tu však treba spomenúť nedávny „boj“ všeobecných lekárov o tzv. delegované odbery zbytočne komplikujúce spoluprácu VL a ŠAS pri starostlivosti o spoločného pacienta. Ich zavedenie bolo zdôvodnené tým, že indukovaný SV a LZ výkon poškodí všeobecnému lekárovi hodnotu kapitácie (čo tiež nie je celkom pravda). Problém odberov k laboratórnym vyšetreniam je nevyhnutné riešiť, súčasný stav je neudržateľný, nie je to však téma pre tento text.

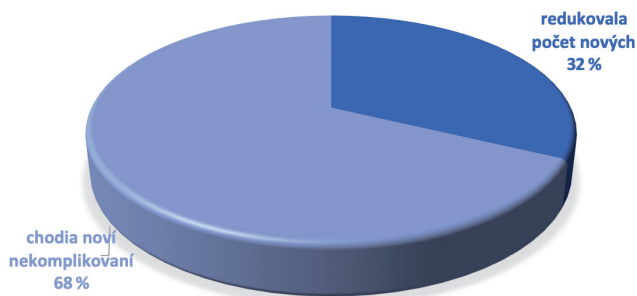
Ak sme už spomenuli spoluprácu všeobecného lekára a špecialistu, treba sa znova vrátiť k téme liečby pacienta s hypertenziou. V predchádzajúcej ankete sa tejto témy týkali viaceré otázky. Jedna z nich sa opakovala aj v novej ankete, lebo kompetencia VL liečiť hypertonika platí už päť

PRI POŽIADAVKE RP MIMO NÁVŠTEVU

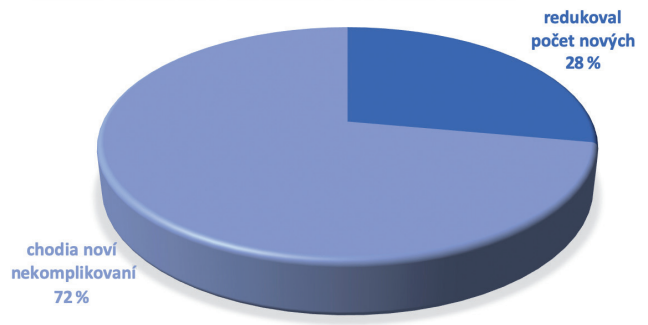


Graf 13 Druh predpísaných liekov kardiológom

KOMPETENCIA VL LIEČIŤ HYPERTONIKA 2018



KOMPETENCIA VL LIEČIŤ HYPERTENZIU



Grafy 14 a 15 Vplyv kompetencie VL liečiť hypertonika na počet nových nekomplikovaných hypertonikov v kardiologickej ambulancii (vľavo rok 2018, vpravo rok 2021)

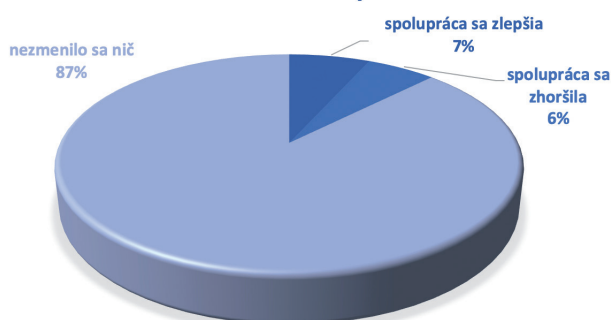
rokov. Na tú istú otázku: „Z hľadiska rozšírenia kompetencií všeobecných lekárov pri manažmente hypertonikov pred 5 rokmi sa počet hypertonikov odosielaných na kardiologickú ambulanciu:

1. redukoval
2. neredukoval a sú stále odosielaní aj tí, ktorí by podľa odporúčaní nemuseli byť vyšetrovaní a manažovaní kardiológom“ odpovedalo „redukoval“ v roku 2018 32 % lekárov, v roku 2021 28 % lekárov (grafy 14 a 15).

Hoci sa to niektorým nebude páčiť, tu treba už konečne úplne otvorene skonštatovať dve veci (nie pre vyvolanie konfliktu, ale pre pomenovanie reality s cieľom hľadať racionálne riešenie):

1. Nikdy nebol zverejnený predpis (zákon, nariadenie, vyhláška), ktorý by všeobecnému lekárovi odobral kompetenciu liečiť hypertonika (takže „nie je čo vracat“).
2. Mediálny boom o tom, ako „vrátenie kompetencie“ všeobecnému lekárovi zlepši fungovanie zdravotnej starostlivosti a odľahčí špeciálne ambulancie, je bublina, ktorá už dávno praskla a nikto si to nevšimol (alebo nechcel všimnúť).

ŠDTP 2020 K HYPERTENZII A VL/ŠAS



Graf 16

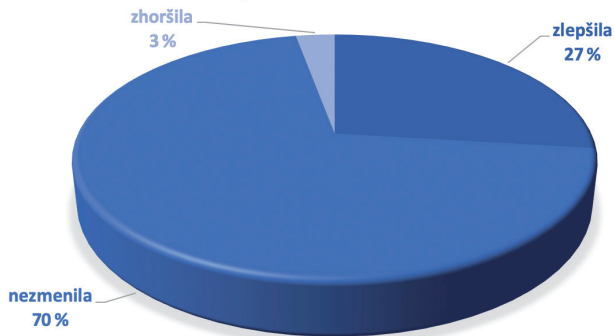
O tom, že opatrenia nefungujú, svedčia aj odpovede na otázku, týkajúcu sa zavedenia ŠDTP liečby hypertonika všeobecným lekárom (jar 2020). Hoci to priamo nesúvisí s výsledkami ankety, je nevyhnutné stručne popísať okolnosti, za ktorých sa ŠDTP na MZ SR rodili. Pôvodný text pripravili reprezentanti VL. Text bol predložený kardiologickej a hypertenziologickej spoločnosti na korekciu. Vo veľmi veľkej časovej tiesni („včera bolo neskoro“, lebo „na MZ SR vedeli, prečo, za čo a dokedy to treba“) sa text korigoval tak, aby bol použiteľný a koncízny, čo nie vždy konvenovalo reprezentantom VL, ale napokon text vznikol. Dodnes som sa (ako aktívny účastník) k procesu tvorby verejne nevyjadroval, aj keď k tomu bolo dokonca oficiálne vyzvanie zo strany koordinátora (MZ SR), pretože obsah predložený a schválený „jednou partiou VL“ ostro kritizovali iní reprezentanti VL (existujú totiž viaceré odborné spoločnosti VL – neviem si predstaviť existenciu troch slovenských kardiologických spoločností...). No dnes je aj na základe výsledkov ankety správny čas otvorene o probléme hovoriť a najmä ho riešiť. Na konci ankety napísali viacerí lekári komentáre o preťažení kardiológa nekardiologickými pacientmi, ako aj o nelogickej ekonomickej diskrepancii v hradení totožného výkonu u totožného pacienta pre VL a kardiológa ako produktu deformovaných princípov financovania (17-ročný problém nereálnych cien výkonov v zozname výkonov!).

V grafe 16 sú odpovede na otázku: „Priятие ŠDTP pre liečbu hypertonikov všeobecnými lekármi (jar 2020) som v praxi:

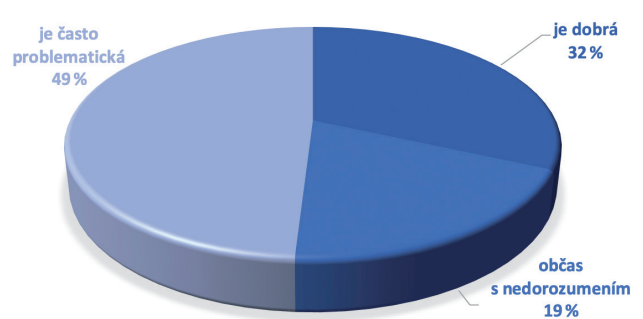
- pocítil(a) – spolupráca medzi VL a ŠAS sa zlepšila
- pocítil(a) – spolupráca medzi VL a ŠAS sa zhoršila
- nepocítil(a) – nezmenilo sa nič zásadné.

Predchádzajúca anketa sa týkala aj problematiky užívania NOAK pred chirurgickým, respektíve invazívnym výkonom. Problémom praxe je neakceptácia platných guidelines viacerých-

SPOLUPRÁCA KARD/CHIRURG PRI NOAK



SPOLUPRÁCA S CHIRURGOM PRI TH NOAK



Grafy 17 a 18 Predoperačná spolupráca kardiológa a chirurga u pacienta s liečbou NOAK

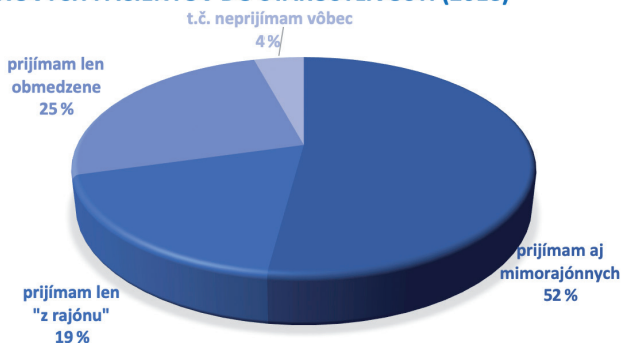
mi odbornými komunitami. Výsledky predchádzajúcej ankety upozorňujúcej na problém neakceptácie odporúčaní, pod ktoré sa podpísali v spoločnom materiáli „všetky odborné spoločnosti, ktorých sa to týka“, sa zo strany SKS neriešili nijako. Odpovede po vyše dvoch rokoch ukázali, že čosi sa trochu zlepšilo (graf 17), ale problematická spolupráca (bez akceptácie guidelines) sa sama určite nevyrieši, pretože stále polovica lekárov pociťuje spoluprácu ako problematickú: pred dvoma rokmi boli odpovede: 24 % dobrá a 52 % problematická, teraz dobrá v 32 % a problematická v 49 % (graf 18).

Problém preťaženia kardiologických ambulancií počtom pacientov nie je nový. Bezlimitné hradenie výkonov nie je úplne pravda (v čase Covidu vôbec nie), pretože „bezlimitné prostredie“ sa netýkalo vykazovaných SVaLZ výkonov (t. j. ECHOKG), o čom nikto z poisťovní (pochopiteľne!) otvorene nehovoril. PS ambulancných kardiológov má spracované dáta o „plnení smerných čísel“ (o štátom definovanom a reálnom počte kardiologických ambulancií, zatiaľ bez zverejnenia, pretože bol ešte pred druhou vlnou pandémie predpoklad, že materiál bude podkladom pre rokovania s MZ SR). No aj

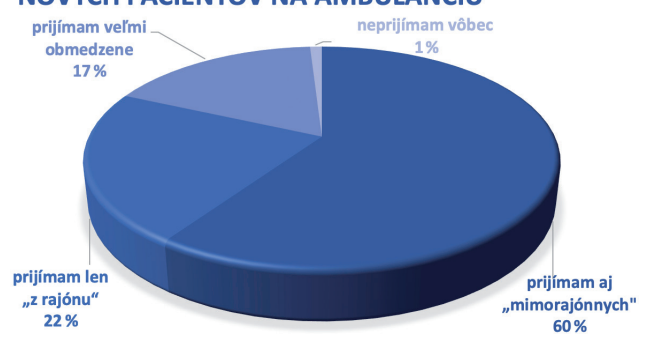
napriek diskrepancii medzi „ústretoivosťou“ poisťovní hradit výkony v plnej výške a reálnym zaťažením kardiológov svedčia výsledky ankety o tom, že práca „pre blaho národa za božiu menu“ prevažuje (aj pri mediálnych útokoch „o nechote lekárov pracovať“) nad racionálnym postojom zvyšku populácie fungujúcej na platných ekonomických princípoch. Pri porovnaní odpovedí pred dvoma rokmi a dnes je prekvapivé (a chvályhodné), že aj v čase pandémie a hradenia výkonov „podľa predstáv poisťovní“ sú kardiológovia ochotní venovať sa ďalším novým, aj „mimorajónnym“ pacientom – príjem nových pacientov stúpol zo 71 % na 82 % (grafy 19 a 20).

Novou témou v ankete bola problematika tzv. hodnotiacich koeficientov, ktoré by podľa predstáv poisťovní mali spôsobovať cieľový tlak na racionálnosť, efektívnosť a počet výkonov a zároveň finančne ohodnocovať racionálne a efektívne liečiaceho lekára. Plnením koeficientov sa mení hodnota individuálnej pripočítateľnej položky – IPP (inak v sume asi 1 €, výška kolíše v centoch), ktorá sa pripočítava ku každému základnému výkonu. V zmluvách so VŠZP je takých koeficientov viac, preto nás zaujímal názor ambulancných lekárov.

NOVÝCH PACIENTOV DO STAROSTLIVOSTI (2018)

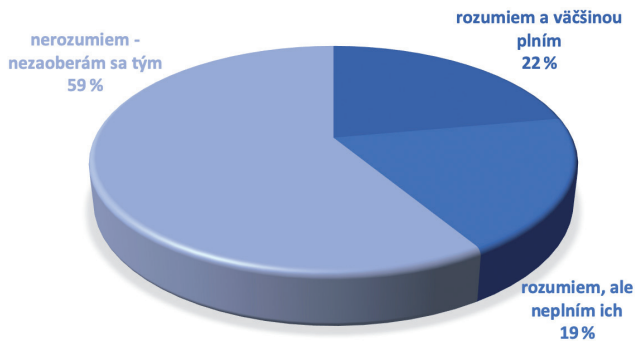


NOVÝCH PACIENTOV NA AMBULANCIU



Grafy 19 a 20 Prijímanie nových pacientov do starostlivosti v roku 2018 (vľavo) a 2021 (vpravo)

HODNOTIACOM KOEFICIENTOM VŠZP



Graf 21

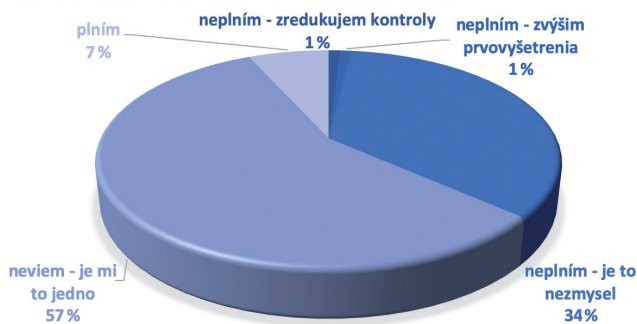
Graf 21: Na otázku „Hodnotiacim koeficientom plnenia podmienok, od ktorých závisí výška platby IPP od poisťovne a ktoré sú definované v zmluve so VŠZP:

- rozumím a väčšinou ich plním
- rozumím, ale neplním ich
- nerozumiem – nezaoberám sa tým“

odpovedalo 78 % lekárov, že ich hodnotiace parametre nezaujímajú, asi aj preto, lebo sledované parametre majú ďaleko od racionality.

Dôkazom, že hodnotiace koeficienty sú definované zle, je aj problematika tzv. prvovýšetrení: IPP je vyššie (v centoch), ak je počet prvovýšetrení viac ako je „cut off“ hodnota pomeru „nových a pôvodných pacientov“ podľa poisťovne (napríklad 0,8 %). Ambulancia s veľkým počtom pacientov (ktorých je väčšina, keďže ambulancií je málo a pacientov veľa) má k dosiahnutiu pomeru iba dve možnosti: „vyhodit“ pôvodných pacientov a zrušiť ich plánované kontroly, alebo „robiť nábor nových na ulici“. Tento „premýšlený“ koeficient (od autora „mimo reality“) reflektovali aj odpovede lekárov: viac ako 90 % kardiológov parameter ignoruje, keďže zvolili odpoveď c, alebo d, (graf 22).

KOEFICIENT POČTU PRVOVÝŠETRENÍ



Graf 22 Plnenie koeficientu počtu prvovýšetrení

Otázka znela: „Pre plnenie kritérií má byť počet prvovýšetrení nad určené percento všetkých vyšetrení, tento parameter:

- neplním – preto plánujem redukovať počet všetkých kontrolných vyšetrení
- neplním, chcem zvýšiť počet prvovýšetrení
- neplním – považujem ho za nezmyselný
- neviem či plním, nezaoberám sa tým
- plním“

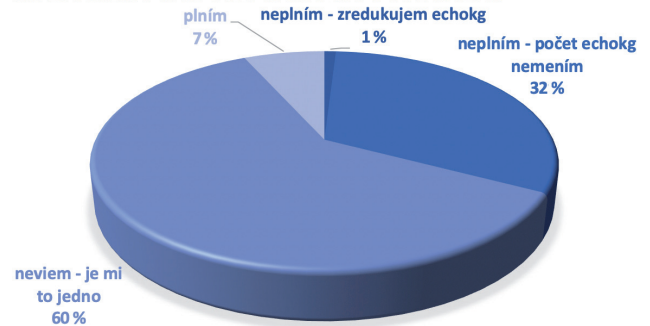
Podobne je to aj s iným parametrom VŠZP, ktorý by mal lekára „vychovať“ k racionalite diagnostiky a liečby. Indukované laboratórne vyšetrenia a indukované SVALZ vyšetrenia zhoršujú výšku hodnoty IPP (v centoch). Inak: kardiológ vykonávajúci na ambulancii ECHOKG (prípadne – ak taký ešte je – odosielajúci na ECHOKG) je horší a má nižšie IPP, lebo indukuje ďalšie výkony. Názor kardiológov na predstavy VŠZP vyjadrujú odpovede (graf 23) na otázku: „Hodnotiaci koeficient ambulancie sa podľa zmlúv so VŠZP zhoršuje počtom (cenou) tzv. indukovaných SVALZ vyšetrení (počtom vykonaných ECHOKG vyšetrení, na ktoré bol pacient odoslaný, respektíve ktoré sa uskutočnilo v ambulancii), toto hodnotiace kritérium:

- neplním – plánujem redukovať počet ECHOKG vyšetrení u mojich pacientov
- neplním – počet ECHOKG vyšetrení nebudem redukovať pre toto kritérium
- neviem, či plním, nezaoberám sa tým
- plním

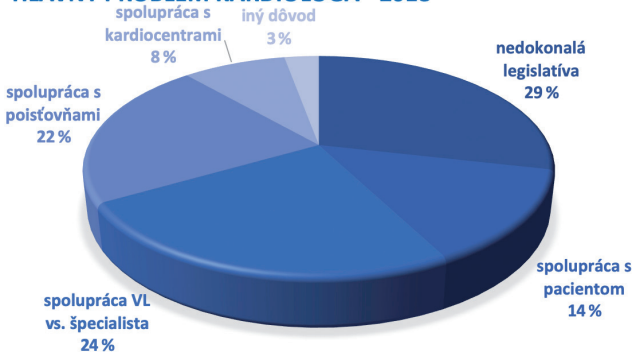
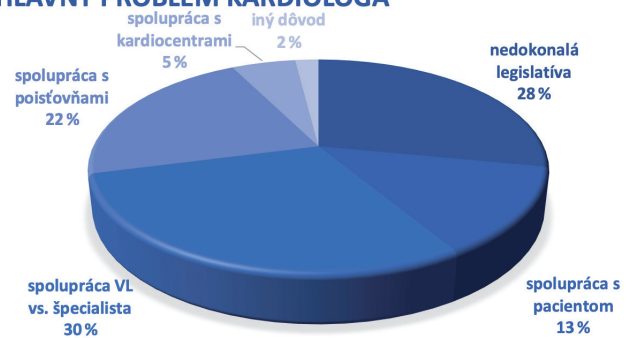
Inak, aj pre 92 % ambulantov je prioritou správna diagnostika pacienta a nie nelogické predstavy VŠZP „o efektívnej diagnostike založenej na redukcii počtu ECHOKG vyšetrení“.

Poslednou otázkou (s možnosťou viacerých odpovedí) bola otázka, čo považuje ambulantný kardiológ za problém vo svojej praxi. Rovnaká otázka bola aj v ankete v roku 2018. Preto je možné sledovať trendy v tom, čo považujú kardiológovia za menší a čo za väčší problém (grafy 24 a 25). Z preddefinovaných položiek sa tri nemenia (legislatíva, prístup pacienta, spolupráca s poisťovňami), spoluprácu

KOEFICIENT INDUKOVANÝCH VÝŠETRENÍ



Graf 23 Plnenie koeficientu indukovaných vyšetrení

HLAVNÝ PROBLÉM KARDIOLÓGA - 2018**HLAVNÝ PROBLÉM KARDIOLÓGA****Grafy 24 a 25 Hlavné problémy kardiológa v roku 2018 (vľavo) a v roku 2021 (vpravo)**

s kardiocentrami považuje za problém menej kardiológov (pokles z 8 na 5 %), spoluprácu so všeobecnými lekármi viac kardiológov (nárast z 24 na 30 %), čo je len ďalším potvrdením vyššie uvedených faktov. Zdôrazňujeme ešte raz: nie je zámer vzbudzovať vášne ani vyvolávať konflikt, ale len objektívne popísať realitu (výsledky ankety možno považovať za reprezentatívne aj vzhľadom na mnohé anketou zistené dáta kopírujúce odpovede z roku 2018). Na základe reálnych dát potom možno definovať ciele a hlavne možnosti a spôsoby riešenia neuspokojivej situácie.

Súčasťou ankety boli aj komentáre lekárov k problematike ambulantnej kardiológie. Sú len internou informáciou pre výbor SKS a PS ambulantných kardiológov. Nie všetky sú zverejniteľné, úprimné slová kolegov sú pochopiteľné aj vzhľadom na vyššie uvedené výsledky ankety, ktoré určite možno považovať za reprezentatívne, keďže podľa dát z viacerých relevantných zdrojov je na Slovensku v súčasnosti asi 120 ambulantných kardiológov s úväzkom nad 0,7 (v ankete bolo 104 odpovedí).

Po vyhodnotení ankety v roku 2018 sme konštatovali, že agenda ambulantných kardiológov by sa mala stať regulárnou súčasťou práce výboru SKS. Zatiaľ sa tak nestalo. Medzitým pandémie Covid-19 prispela k tomu, že niektoré vôbec nie nové, ale prehliadané problémy, sa demaskovali ešte viac a anketa potvrdila ich existenciu. Zrejme nie všetkým participujúcim na starostlivosti o pacienta bude popísaná realita konvenovať. Zároveň treba skonštatovať, že nie sú známe výsledky z nejakej inej podobnej ankety, ktorá by výsledky tejto (v mnohom totožnej s výsledkami 2018) poprela. Preto je nevyhnutné upraviť „na normálne“ legislatívne normy a predpisy, ktoré sa týkajú:

- koordinovanej preskripcie liekov (s redukciami liekov s IO na minimum) so zrušením mylných interpretácií platnej legislatívy a súčasne s úpravou legislatívy tak, aby nebola možná jej účelová interpretácia tak ako doposiaľ,
- spolupráce VL a ŠAS pri spoločnej starostlivosti o pacienta vrátane pravidiel pre laboratórne vyšetrenia a výkony

SVaLZ (zrušením nelogických pravidiel „delegovaných odborov“),

- manipulácie so zdravotnou dokumentáciou tak, aby do doby úplnej funkčnosti elektronického zdravotníctva mohla „zdravotná karta“ plniť svoj hlavný účel: lekárovi poskytnúť kompletne informácie o pacientovi zozbierané systematicky v čase (dnes to tak nie je – chybný zákon 576),
- hodnotenia výkonnosti ambulantných lekárov pomocou hodnotiacich koeficientov, ktoré sú v súčasnej podobe nefungujúce, pretože ich plnenie (ak je vôbec možné) vôbec neprispieva k ekonomizácii liečebnej starostlivosti, ani nemá žiadny zásadný ekonomický dopad pre lekára, ktorý ich plní – v tej súvislosti treba spomenúť 17 rokov (!) príprav nového zoznamu výkonov namiesto dnes používaného absolútne nereflektujúceho reálnu cenu výkonov. Okrem toho je stále problémom dôsledná a jednoznačná aplikácia platných odporúčaní pri starostlivosti o pacientov s liečbou NOAK (v predoperačnej príprave), ako aj množiace sa principiálne chyby vo farmakoterapii hlavných civilizačných ochorení (závažná téma na samostatný príspevok).

Veríme, že dáta z ankety budú podkladom k efektívnym rokovaniam s kompetentnými inštitúciami (MZ SR) vzhľadom na korekcie legislatívy a následnej dohody o spolupráci s ostatnými poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti. Popísané problémy sú riešiteľné, mnohé bez akýchkoľvek požiadaviek na financie. Vyžaduje to od všetkých zúčastnených (reprezentantov VL, spoločností reprezentujúcich špecialistov, MZ SR a poisťovní) dostatočnú (doteraz často neodôvodnene chýbajúcu) sebareflexiu a najmä vôľu problémy spoločne a bezodkladne riešiť – pre prospech poskytovateľov aj pacientov.

Literatúra

1. Beňačka J. Problematika praxe ambulantných kardiológov na Slovensku – výsledky anonymnej ankety. *Cardiology Lett.* 2019;28:114-115.