

Problematika praxe ambulantných kardiológov na Slovensku – výsledky anonymnej ankety SKS.

V roku 2015 vznikol v pôsobnosti PSAmK pri SKS písomný dokument, podrobne mapujúci problematiku ambulantných kardiológov, ktorý súčasne navrhoval konkrétne legislatívne a organizačné riešenia problémov. Na riešení mali spolupracovať výbor SKS, vtedajší hlavní odborníci pre kardiológiu a všeobecné lekárstvo, kompetentní pracovníci MZ SR, ako aj zdravotné poisťovne. K obsahu materiálu definovaného ako „podnety ministromi“ vo forme otvoreného listu sa konalo aj jedno stretnutie na pôde výboru SKS, ktoré na konci nervózne neúprimnej diskusie neprineslo nič. Zo strany hlavného odborníka a čiastočne aj výboru SKS pre servilnosť k reprezentantom MZ a zo strany reprezentantov MZ (MVDr. Strachotová, šéfka odboru stratégie, pôvodne riaditeľka SAFS a Mgr. Ivan Poprocký z Inštitútu zdravotnej politiky) pre nepochopenie problému, čo neprekvapilo pri základnom vzdelaní a odbornej praxi, hlavne však pre absolútny nezáujem veci riešiť. Viac sa vo veci neudialo nič, aj keď sa občas niektoré čiastkové problémy pertraktovali na rokovaníach výboru SKS, ako aj v príspevkoch a diskusiách na kongresoch SKS.

Preto sa novozvolený výbor PSAmK rozhodol konať inak. Anketa k aktuálnym problémom ambulantných kardiológov mala dať objektívne podklady ku konaniu členov PSAmK na pôde výboru SK s tým, že ďalším krokom bude oficiálne rokovanie poverených reprezentantov SKS (v spolupráci s hlavným odborníkom pre kardiológiu) s reprezentantami MZ a zdravotných poisťovní. Výsledkom by mala byť úprava legislatívy a organizačných pravidiel o spolupráci primárnej a špecializovanej zdravotnej starostlivosti. Problémy ambulantných kardiológov (mnohé z nich napriek upozorneniam a písomným pripomienkam pretrvávajúce už 10 rokov !) možno definovať takto:

- Rastúci počet pacientov pri limitovaných zdrojoch poisťovní (nárast predoperačných vyšetrení a vyšetrení nekomplikovaných hypertonikov, akútne vyšetrenia, nové diagnózy).
- Nejasné pravidlá spolupráce medzi všeobecným lekárom a kardiológom (zdravotná dokumentácia, preskripcia, periodické kontroly, laboratórne vyšetrenia).
- Neakceptácia platných kardiologických guidelines inými odborními (AK liečba a jej korekcia pri nekardiologických operáciách).

Pretože sa miera závažnosti problémov môže líšiť regionálne, ako aj individuálne (podľa druhu pracoviska, vzťahu s poisťovňou a pod.) a pre rokovania treba objektívne dáta, uskutočnila sa anonymná anketa. 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. Vzhľadom k ich počtu, ako aj vzhľadom na formuláciu otázok považujeme výsledky ankety za reprezentatívnu vzorku názorov ambulantných kardiológov na najpálčivejšie problémy v praxi. Tu zverejňujeme prehľad výsledkov ankety s tým, že k niektorým konkrétnym problémom vyžadujúcim komplexné riešenie na základe podrobnejšieho popisu, sa vrátíme v ďalšom príspevku. Stručne k výsledkom (počtu) odpovedí na jednotlivé otázky ankety

Limit poisťovní:

35 - stačí k výkonom, ktoré robím

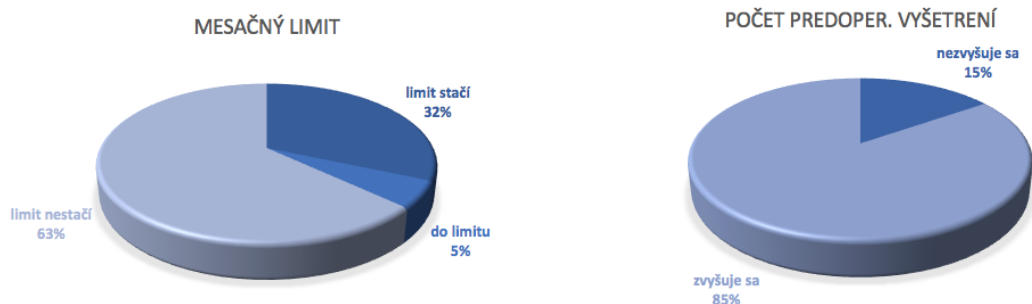
6 - žiadal som zvýšiť neúspešne – pracujem do limitu

70 - pracujem aj nad limit

Počet predoperačných kardiologických vyšetrení sa v posledných 2-3 rokoch:

99 - zvyšuje

18 - nezvyšuje



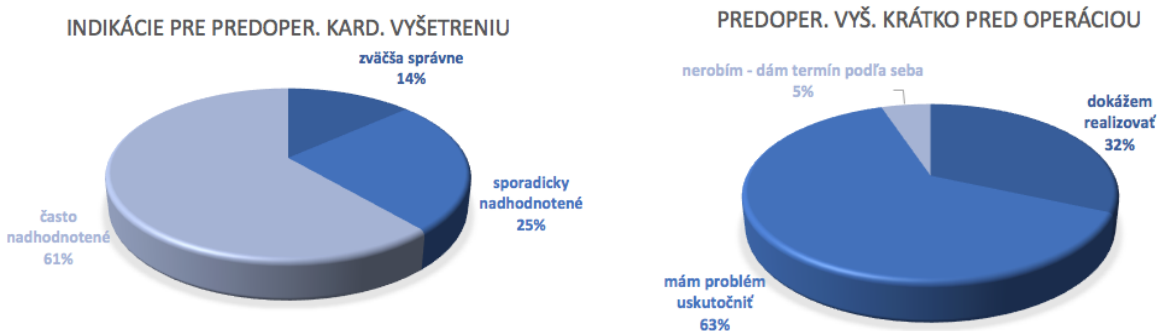
Hradenie výkonov v špecializovanej zdravotnej starostlivosti je od leta 2018 definované poisťovňami ako „bezlimitné“. Realita ešte stále nie je taká ako bola definovaná, aj keď sú „opravné faktúry“ a dobropisy v nižšej sume. Kardiologické ambulancie sú preťažené výkonmi aj preto, lebo pri stúpajúcom počte ambulantných pacientov počty kardiologických ambulancií nestúpajú. Naše návrhy na zvýšenie koeficientu definujúceho počet ambulancií na 10 tis. obyvateľov, sú prehlíadané, poisťovne argumentujú, že ambulancií je dosť. Niektorí kolegovia už vydieranie zo strany poisťovní vzdali a robia do limitu. Dve tretiny lekárov sa ešte stále „po komunisticky“ obetujú pre pacienta zadarmo (v čase, keď už zadarmo nie je nič – aj tie vlaky nakoniec niekto zaplatí ...). Je možné, že sú to hlavne staršie ročníky lekárov. Z mojich osobných kontaktov mám dojem, že mladí lekári sa k spôsobu práce „za vatikánsku menu“ stavajú oveľa radikálnejšie, čo môže už v blízkej budúcnosti bez navýšenia limitov alebo zvýšenia počtu ambulancií ešte viac zhoršiť ich dostupnosť.

Indikácie ku kardiologickému predoperačnému vyšetreniu sú:

- 16 - správne
- 30 - sporadicky nadhodnotené
- 73 - často zbytočné

Predoperačné vyšetrenia požadované krátko pred operáciou:

- 36 - dokážem realizovať
- 74 - mám problém uskutočniť
- 6 - nerobím – dám termín podľa seba



S preťažením ambulancií úzko súvisí nárast predoperačných vyšetrení – cíti to 85% lekárov. Dôvodov je viac. Tlak médií a Úradu pre dohľad vedie k tomu, že každý operatér chce byť „čo naviac“ krytý. Preč sú časy, keď stačilo interné predoperačné vyšetrenie, kardiologické (na cyklostylovanom poučení) žiadajú mnohé chirurgické pracoviská paušálne len preto, že pacient má v zdravotnej dokumentácii (možno celkom omylom – a na Slovensku veľmi často) uvedené napr. ICHS. Nádej na zlepšenie nepriniesla ani kompetencia všeobecných lekárov vykonať predoperačné vyšetrenie (inak hradené nad rámec kapítácie). Pre neistotu vo vyhodnotení (napr. EKG) s komentárom „doktorovi sa niečo nezdá“ absolvuje pacient interné a následne aj kardiologické vyšetrenie. To je tých cca 60% dôvodov, ktoré by dôvodom k predoperačnému vyšetreniu nemuseli byť. Vyšetrenie sa opakuje, prvé je hradené, druhé a tretie možno nad limit (zadarmo) a hlavne tesne pred operáciou, lebo na dôvod urobiť aj kardiologické vyšetrenie sa príde na poslednú chvíľu. Dve tretiny lekárov (teda ten istý počet ako v prípade akýchkoľvek nadlimitných výkonov) sa nakoniec obetuje a termín v strese nájde. Už len ako úsmevná pointa je fakt, že kód „predoperačné vyšetrenie“ je určený len internistom, kardiológ ho použiť nemôže, vyšetrenie teda vykáže ako kontrolu (s menšou úhradou ...). Zoznam výkonov je samostatná smutná 15-ročná kapitola neschopnosti ministerstva.

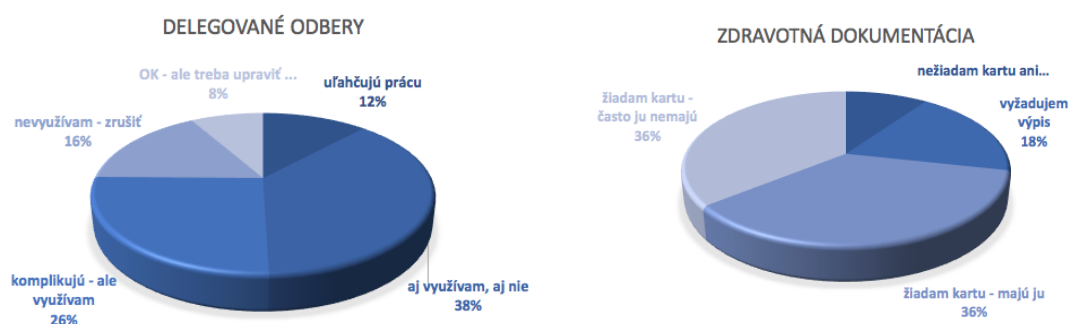
Starostlivosť o pacienta s KV ochorením (napr. s hypertenziou) je efektívnejšia pri spolupráci všeobecného lekára (VL) a internistu, resp. kardiológa. Tejto témy sa týkali viaceré otázky:

Zavedenie delegovaných odberov:

- 13 - mi uľahčuje prácu
- 41 - niekedy využívam, niekedy radšej nie
- 28 - mi komplikuje prácu, ale tolerujem ich
- 18 - nevyžívam, treba ich zrušiť
- 9 - je dobrá myšlienka, len treba korigovať

K vyšetreniu:

- 12 - nevyžadujem ani zdravotnú kartu ani výpis
- 23 - vyžadujem len výpis z dokumentácie
- 44 - vyžadujem zdravotnú kartu – pacienti ju nosia
- 44 - vyžadujem zdravotnú kartu a mám s tým často problém



Rozšírenie kompetencií všeobecných lekárov k liečbe hypertonikov:

- 36 - pomohlo – počet hypertonikov sa redukoval
- 76 - nepomohlo – prichádzajú noví nekomplikovaní hypertonici

Pri liečbe hypertonika sú od všeobecného lekára v dokumentácii:

- 18 - dostatočné údaje o kontrolách tlaku aj preskripcii
- 21 - len údaje o preskripcii - nie o tlaku krvi
- 75 - nedostatočné údaje o preskripcii aj hodnotách tlaku krvi

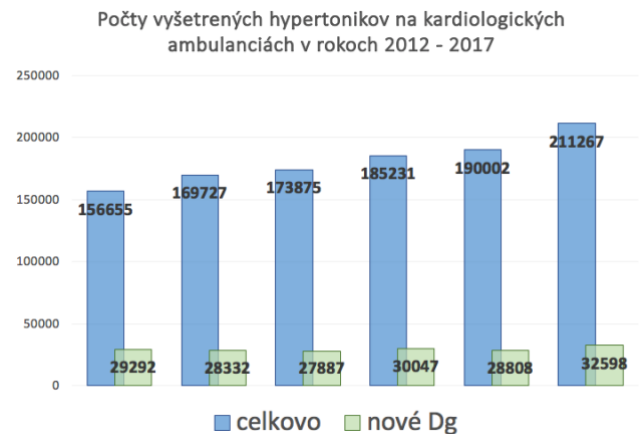


Súčasťou kontrol u špecialistu je zhodnotenie niektorých laboratórných výsledkov. Pôvodná normálna (!) prax, keď podľa odporúčania špecialistu všeobecný lekár odoberal krv a výsledky vložil do dokumentácie, skončila. Časť všeobecných lekárov odbery nerobilo vôbec, urobil si ich špecialista sám, ak to nemal pacient do ambulancie špecialistu ďaleko a zároveň to nezvyšovalo nadlimitné výkony (väčšinou však áno). MZ zaviedlo delegované odbery hlavne pre tých pacientov, ktorí mali bližšie k svojmu VL: sestra špecialistu vypíše žiadanku (nevykázateľná práca), VL krv odoberie „na pečiatku špecialistu“ a výsledky prídu k špecialistovi (nie však vždy...). Dôvod pre delegované odbery bol však hlavne ten, že tzv. „indukované náklady“ narastali u VL na základe toho, čo si „objednal“ špecialista. Koeficienty upravujúce výšku kapitácie pre VL reflektujú aj tieto indukované náklady, sú to však „centové záležitosti“. A pointa? Podľa platných inštrukcií poisťovní môže VL vykonať laboratórne vyšetrenia „na kód špecialistu“ aj bez toho, aby bola na žiadanke jeho pečiatka. A tak sa objavujú aj situácie, že sa na kód špecialistu objedná aj také laboratórne vyšetrenie, ktoré nikdy nežiadal. Problém? Áno, principiálny. Aj špecialista má hodnotené indukované náklady a premietajú sa mu do úhrad od poisťovní (ani o tom nemusí vedieť). To už tvorcov systému delegovaných odberov nezaujímal, riešili sa hlavne protestujúci a lobujúci všeobecní lekári. A čo systém okrem tejto nespravodlivosti a občasných konfliktov na tému „kto to urobí“ a „kde máte výsledky“ priniesol? Podľa výsledkov ankety asi veľa nie – na špeciálnych ambulanciách je 12% spokojných.

O probléme zdravotnej dokumentácie sme písali kompetentným na MZ už pred 8 rokmi. Zákon 576/2004 v §24 definuje zásady manipulácie so zdravotnou dokumentáciou. Stručne: Produkt ministra Zajaca určuje, že zdravotná karta pri odoslaní pacienta špecialistovi zostáva u VL a pacient má okrem výmenného lístku (s dôvodom vyšetrenia a diagnózou) výpis z dokumentácie v rozsahu určenom špecialistom. Prax „mimo zákon“ je úplne iná (dokumentuje aj výsledok ankety): Výmenný lístok často neobsahuje nič, výpis je zriedkavosťou, veľká časť pacientov porušuje zákon a kartu nosí (často aj preto, lebo nemocnice pri hospitalizácii trvajú na tom písomne – protizákonne – že pacient musí prísť s kartou), časť pacientov si nálezy kopíruje (a má aj dve, tri karty, každú neúplnú) a časť pacientov karty nenesie vôbec, lebo im ju VL nedá (a nedá ani výpis). Konflikty s pacientom sú časté a zbytočné. Opakované oficiálne pokusy upraviť legislatívu (naposledy pripomienkovaním novely zákona pred 2 rokmi) stroskotali na neochote MZ s odôvodením, že „vynesením karty“ z ambulancie VL sa zvyšuje riziko, že sa v nej niečo účelovo zmení. Tento absolútne paranoidný blud z roku 2004 sa nedá komentovať. Uchovanie karty na ambulancii VL má však aj iný dôvod, o ktorom sa nepíše: pacient „s kartou pod pazuchou“ sa môže vybrať inému všeobecnému lekárovi. Možno sa niečo zmení až vtedy, ak sa niektorému z kolegov prihodí nepríjemnosť s následkami pre pacienta len preto, lebo bez prístupu ku kompletnej dokumentácii nemal o pacientovi všetky potrebné informácie. Doterajšia legislatívna úprava je neudržateľná a je úlohou všetkých zdravotníkov presvedčiť nekompetentných úradníkov MZ tvoriacich legislatívu, že súčasné znenie zákona je vykonateľné len tak, že takmer všetci zákon porušujú. No a tí čo nie, majú permanentné konflikty.

Pred troma rokmi sa rozšírili kompetencie VL o liečbu hypertonikov. Správny krok, aj keď bol spojený s turbulentnými diskusiami. Možno preto, že sa predpisy nekoordinovali so špecialistami, a to ani zo strany hlavných odborníkov špecialistov. K tomu moja poznámka: zakázal niekedy niekto všeobecnému lekárovi, aby sa staral o hypertonika? Kompetencie teda sú, poisťovne platia za kontrolu navyše, pacienti by nemali zaťažovať špecialistov. Realitu reflektuje výsledok ankety. A nielen ten, ale aj štatistika

NCZI: zmena v kompetencii nezmenila trend v raste počtu hypertonikov u kardiológa.



O tom, koľko sa špecialista dozvie o pacientovi pri periodickej kontrole, hovoria dáta z ankety. Časť problému môže mať dôvod v absencii zdravotnej karty pri kontrole, časť má však prozaičnejší dôvod a hovorí sa o ňom ťažko: periodické kontroly tlaku s úpravou dávky liekov sa u VL jednoducho nerobia (pacienti to často potvrdia aj osobne pri cielej otázke: sestra prepíše lieky - lekára nevidia). Ďalšie dve otázky sa týkali odporúčanej preskripcie, resp. akceptácie odporúčaní:

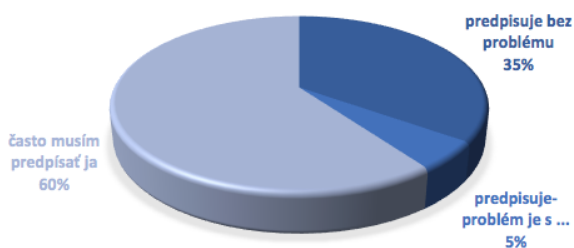
Odporúčané lieky medzi dvoma kontrolami všeobecný lekár predpisuje:

- 40 - bez problémov
- 6 - ale problém je napr. s predpisom liekov
- 69 - ale pacient žiada predpis aj na mojej ambulancii

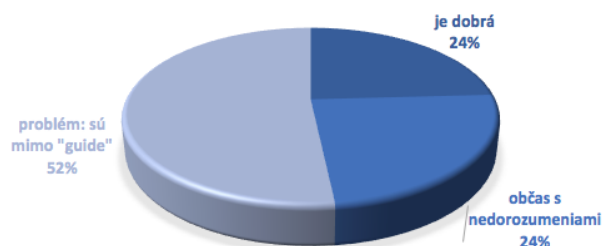
Spolupráca s chirurgickými pracoviskami pri úprave dávky NOAK pred zákrokom:

- 28 - je dobrá
- 28 - vedie občas k nedorozumeniam pri dávkovaní
- 60 - je problematická pre neakceptovanie odporúčaní

ODPORÚČANÉ LIEKY VŠEOB. LEKÁR



SPOLUPRÁCA S CHIR. U "NOAK-PACIENTA"



Poslednou otázkou týkajúcou sa spolupráce s VL je problém delegovanej preskripcie na obdobie medzi dvoma kontrolami. Priznám sa, že som očakával vyššie percento bezproblémovej spolupráce. Neodôvodnené príčiny problému, že sa pacient obracia s prosbou o predpis na špecialistu, sú viaceré, napr.: VL prepíše lieky na jeden mesiac, stačí pár dní nedostupnosti VL z akýchkoľvek dôvodov a je problém. Okrem toho (absolútne neodôvodnene) odmieta VL predpísať mnohé nové drahšie lieky. Lekári v ankete udávali napr.: Entresto, Brilique, NOAK-y, Eplerenon, Ivabradin, LMWH. V tejto súvislosti som sa osobne snažil s vedením ASL SR dohodnúť, aby sa v „newsletteri“ pre členov ASL SR objavila informácia, že VL môže písať odporúčané lieky na tri mesiace bez toho, aby sa to akokoľvek premietlo do hodnotenia. Moja prosba bola ignorovaná. A preskripcia „drahých liekov“ (často s iracionálnym odôvodnením, ktoré pacienti tlmočia: „poisťovňa nám to nepreplatí“) je rovnako odmietaná neodôvodnene.

Posledné roky je stále častejší problém príprava pacienta užívajúceho warfarin alebo NOAK pred operáciou alebo akýmkoľvek invazívnym zákrokom. Odporúčania sú jasné, prax „s včeličkami“ dubiózna, hlavne pre neakceptovanie odporúčaní kardiológa zo strany lekára vykonávajúceho zákrok. Často sa dožaduje „off label“ viacdňového nezmyselného premost'ovania, nie zriedka aj priamo „cez pacienta“, ktorý trvá na postupe podľa odosielajúceho lekára – a dôvera sa stráca. Ak je problémová spolupráca pri antikoagulačnej liečbe v polovici prípadov, je to tragické a treba s tým konečne niečo systémovo robiť. Tento problém bol aj témou viacerých diskusií na poslednom kongrese SKS. Výsledok ankety potvrdil, že problém trápi podstatne viac kolegov, ako ich na kongrese diskutovalo. Ďalšie dve otázky sa týkali možností ambulantov naberať nových pacientov a problému čakacích dôb:

Nových pacientov do starostlivosti:

- 62 - prijímam aj mimorajónnych
- 22 - prijímam, ale len z rajónu
- 30 - prijímam len obmedzene
- 5 - neprijímam

Čakacie doby pre nových pacientov sú:

- 12 - do týždňa
- 32 - do 2-3 týždňov
- 29 - do mesiaca
- 32 - do 2-3 mesiacov
- 11 - do pol roka



Odpovede na tieto otázky dokumentujú, že napriek rastúcemu tlaku na kardiologické ambulancie (t.j. pri preťažení špecialistov) s problémom s limitmi ešte stále pretrvávajúca tendencia vyšetřovať aj nových pacientov, a to aj mimorajónnych, čo je dobre. Svedčí to o pretrvávajúcom záujme lekárov o pacienta. Termíny k prvému vyšetřeniu kolíšu od týždňa do pol roka, ale do mesiaca je určite vyšetřených cca 60% nových nie akútnych pacientov, čo je pozitívny údaj. Aké dáta majú k tejto téme poisťovne, nie je známe. Ale ak by náhodou používali k hodnoteniu čakacích dôb dátum na výmennom lístku, z mnohých dôvodov známych z praxe sú dáta absolútne nepoužiteľné.

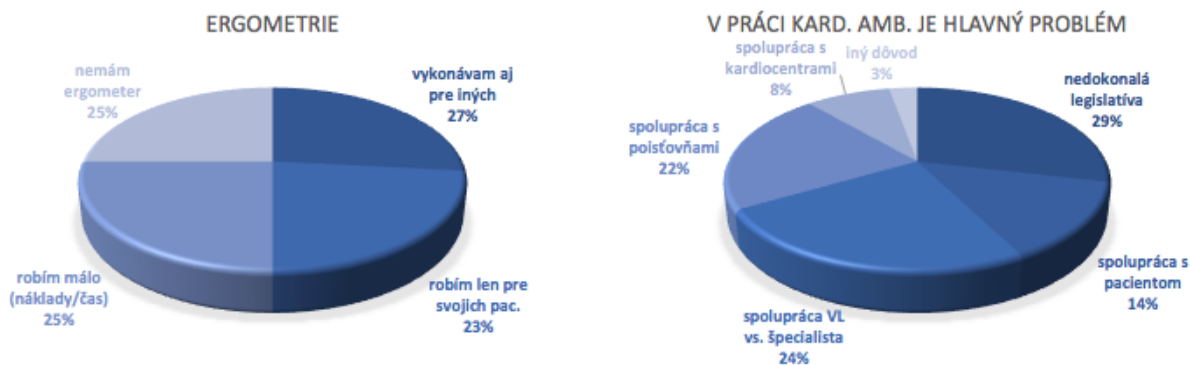
V texte prezentované štatistické dáta sa týkajú všetkých 120 odpovedajúcich. Pri spracovaní všetkých odpovedí 64 súkromných ambulantov (t.j. individuálna zmluva s poisťovňami, člen Zdravíty alebo člen ZAP) sa ukázalo, že percentuálne rozdelenie ich odpovedí bolo len s minimálnymi rozdielmi, a často takmer totožné s celým hodnoteným súborom. Teda zamestnanci aj „súkromníci“ majú rovnaké problémy. Posledné otázky:

Ergometrické vyšetřenia:

- 32 - vykonávam aj pre iné pracoviská
- 28 - vykonávam len pre svojich pacientov
- 30 - vykonávam len obmedzene (čas a náklady)
- 30 - nevykonávam, nemám ergometer

V práci ambulantného kardiológa je problém (môže byť viac odpovedí):

- 60 - nedokonalá legislatíva
- 29 - spolupráca s pacientami
- 51 - spolupráca špecialistov a praktikov
- 46 - spolupráca s poisťovňami
- 18 - spolupráca s kardiocentrami
- 6 - iný



Problematika vykonávania, resp. nevykonávania ergometrických vyšetrení má mnoho „premenných“, jednou z nich je aj evidentné podhodnotenie ocenenia výkonu, vzniknuté ešte v roku 2005. Napriek osobným rokovaniam a opakovaným písomným pripomienkam nedokázalo MZ chybný obsah zoznamu výkonov upraviť dodnes.

Čo je dnes na Slovensku hlavný problém kardiológa, na to sa snaží odpovedať posledný graf. K odpovediam mali kolegovia možnosť pridať aj individuálny komentár. Bolo ich veľa, preto nie je v tomto príspevku priestor na ich zverejnenie. Najviac kritických pripomienok bolo k delegovaným odberom, k doporučenej preskripcii liekov, k preťaženosti ambulancií neodôvodnenými vyšetreniami. Jeden z komentárov k poslednému grafu to asi zhrnul najvýstižnejšie (cit.): „Jedna katastrofa“.

Správa o výsledkoch ankety bude predložená výboru SKS spolu s návrhmi na možné riešenia. Súčasťou správy budú aj pripomienky pediatrických kardiológov, ktorí majú špecifické problémy (rovnako komplikujúce ich prácu) a nebolo možné ich všetky zakomponovať do ankety (tá sa týkala len časti ich problémov). Myslím si, že podobne ako to je v okolitých krajinách, aj na Slovensku by sa mala stať agenda ambulantných kardiológov regulárnou súčasťou práce výboru SKS. A že to nie je len môj názor, to potvrdzuje aj účasť lekárov na ankete, ktorá bola porovnateľná s účasťou lekárov na elektronických voľbách do výboru SKS. Dáta z ankety by mali byť podkladom pre vypracovanie stanoviska výboru SKS k popísaným problémom, ako aj k následným rokovaniam s kompetentnými inštitúciami ohľadom korekcie odporúčaní, legislatívy a spolupráce s ostatnými poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti. Legislatívne podmienky pre prácu ambulantných kardiológov sa posledné roky menili opakovane, takmer nikdy v spolupráci s odbornou spoločnosťou a v spolupráci s lekármi na ambulanciách. Opakované pokusy o korekciu legislatívy neboli úspešné pre nedostatočnú koordináciu aktivít všetkých kompetentných, a často aj pre nezáujem Ministerstva zdravotníctva a zdravotných poisťovní. Objektívne získané argumenty z ankety by to mohli zmeniť. Popísané problémy sú riešiteľné, mnohé bez akýchkoľvek požiadaviek na financie. Vyžaduje to od všetkých zúčastnených (reprezentantov VL, špecialistov, MZ a poisťovní) dostatočnú sebareflexiu a ochotu pomenovať problémy, definovať možnosti ich riešenia a hlavne vôľu problémy spoločne a bezodkladne riešiť.

MUDr. Jozef Beňačka, PhD.