

Niekoľko poznámok k LSPP

Hoci pojem **primárna zdravotná starostlivosť** sa v **zákone o zdravotnej starostlivosti už nevyskytuje**, problematika LSPP ostáva problematikou prvého kontaktu s pacientom, následne vzťahu LSPP a ÚPS a nevyhnutne sa týka aj vzťahov LSPP a ZZS, prípadne LSPP a DZS. Myslím, že kým sa zmeny nedotknú všetkých týchto úsekov, k zmysluplnému riešeniu sa nedopracujeme.

V prvom rade treba povedať, že všeobecní lekári pre dospelých a pre deti a dorast (ďalej len všeobecní lekári) sú zvyčajne súkromní poskytovatelia, t.j. podnikatelia, a teda ich činnosť nespadá pod ustanovenia Zákonníka práce (ZP), ale Obchodného zákonníka (ObZ) a ten nijako neupravuje pracovný čas podnikateľa a teda ani nadčasovú prácu. Povinnosť slúžiť LSPP je priamo vymedzená v povolení na poskytovanie zdravotnej starostlivosti, o ktoré každý žiadateľ žiadal **dobrovoľne**. Aj poskytovateľ LSPP žiadal o povolenie **dobrovoľne**; no a podpisom zmluvy akceptoval finančné podmienky zdravotných poisťovní. Avšak v zmysle ObZ a Občianskeho zákonníka (OZ) platí slobodná vôľa a rovnosť zmluvných strán, takže by malo byť neprijateľné, aby poskytovateľ všeobecnej ambulantnej starostlivosti bol povinný podpísať akúkoľvek zmluvu s LSPP ako podnikateľským subjektom za nevýhodných podmienok pre seba.

Ďalším problematickým bodom je typ zmluvného vzťahu lekára s LSPP. Ak je poskytovateľom všeobecnej ambulantnej starostlivosti pre dospelých a pre deti a dorast (ďalej len všeobecnej starostlivosti) fyzická osoba, môže s poskytovateľom LSPP uzavrieť zmluvu podľa OZ alebo ObZ (nie je vylúčené aj podľa ZP). Ak je poskytovateľom všeobecnej starostlivosti právnická osoba, zvyčajne s.r.o., tá sama nemôže vykonávať zdravotnú

starostlivosť v LSPP, pretože túto vykonávajú len zdravotnícki pracovníci (§2 ods.1 zák. 576/2004 Z.z.). Do úvahy prichádza dohoda o dočasnom pridelení zamestnanca medzi zamestnávateľom a zamestnancom podľa §58 ZP (v tomto prípade je lekár zamestnancom, síce „svojej“ s.r.o., tá je však samostatným právnym subjektom), mzdu za LSPP mu vypláca jeho s.r.o. a tá si môže tieto náklady uplatňovať u LSPP. Avšak v tomto prípade už platia pre lekára ustanovenia ZP, napr. o pracovnom čase či o nadčasoch. A v prípade, že v s.r.o. je zamestnaný jeden všeobecný lekár a VÚC rozpíše služby popri schválených ordinačných hodinách, zjavne tým tlačí s.r.o. do porušenia ZP. Možno sa dožijeme paradoxnej situácie, že lekár v (svojej) s.r.o. (zamestnanec a odborný garant) podá proti s.r.o. (t.j. proti sebe ako konateľovi) podnet na inšpektorát práce, že zamestnávateľ porušuje ustanovenia ZP o nadčasoch a maximálnom trvaní pracovného času za 24 hodín. A je možné, že sa s tým nakoniec bude musieť vysporiadať VÚC.

K skráteniu LSPP do 24,00 hod. treba povedať, že LSPP pre deti a dorast niekde bývali len do 22,00 hod. To nerobilo problémy, pretože vo väčšine nemocníc existovali detské oddelenia, ktoré disponovali v ÚPS pediatrom a kde mohlo byť dieťa vyšetrené a ošetrené (všeobecný detský lekár a nemocničný pediater majú rovnakú atestáciu). V prípade LSPP pre dospelých to tak nie je, nemocnice nedisponujú ÚPS v odbore všeobecné lekárstvo. Dať toto do kompetencie ÚPS interného oddelenia nemocnice je sporné. Nielenže nemocnica bude musieť, **napriek istému nesúhlasu**, rozšíriť náplne práce internistov. Aj ÚDZS pri svojom rozhodovaní opakovane preukázal, že prísne dbá na kompetencie vyplývajúce zo špecializácie lekára. A **odbory vnútorné lekárstvo a všeobecné lekárstvo sú síce príbuzné, ale určite nie totožné**. Ak by sme pripustili, že internista je plne kompetentný vo všeobecnej ambulantnej starostlivosti pre dospelých v LSPP, musíme pripustiť, že to

platí aj mimo LSPP. Takže by mal byť aj spôsobilý otvoriť súkromnú všeobecnú (obvodnú) ambulanciu pre dospelých (podobne ako pediater).

Zníženie počtu LSPP bolo argumentované vyťaženosťou. Tú však musíme hodnotiť v dlhšom čase a **so zreteľom na také obdobia ako: chrípkové epidémie, mimoriadne situácie**, dovolenkové obdobia. V regióne, kde žijem, boli rozhodnutím zdravotných poisťovní zrušené dve chirurgické oddelenia a teda aj ich pohotovostné ambulancie – záplavy čakajúcich ľudí, ich nervozita aj stres personálu v ambulancii, čo ostala, sú len nevyhnutným dôsledkom. A toto sa stane častým aj v LSPP. A keďže dnešné **zdravotnícke zákony nepoznajú pojem mimoriadna udalosť**, nie je upravené ani konanie poskytovateľov – aj ako zamestnávateľov, ani zdravotných poisťovní v takejto situácii. Len lekár sa ani pri päťdesiatom pacientovi nemôže pomýliť a musí poskytnúť zdravotnú starostlivosť správne.

Zníženie počtu LSPP a teda aj jej dostupnosti dosť výrazne zasiahne aj do činnosti ZZS. K nej sa nebudem podrobnejšie vyjadrovať, ale obísť sa nedá. Hoci bolo nevyhnutné doplniť sieť ZZS tam, kde absentovala, už dnes je zjavné, že efektívnosť sa výrazne znížila. Počet výjazdov RLP, hoci pri rozšírení siete ZZS, stúpol niekde takmer 2-násobne na jedno stredisko, **RLP vo veľkej miere supluje nielen činnosť RZP, LSPP, ale aj DZS, čo spôsobuje riziko jej nedostupnosti v naozaj neodkladnej situácii a výrazná redukcia LSPP by tento stav ešte zhoršila**. Ak by sme napr. hasičom pridali viac povinností, kedy majú zasahovať, spolu s redukciou počtu staníc (aby boli dostatočne vyťažení a zasahovali povedzme aspoň 5-krát denne), tak by to znamenalo, že v skutočne mimoriadnej situácii by asi neboli v čo najkratšom čase k dispozícii. **S rozšírením ZZS sa súčasne zrušil systém regionálnych (okresných) dispečingov, ktoré koordinovali RLP, LSPP a DZS**, dispečerky podrobne poznali nielen „svojich“

pacientov, ale hlavne svoje zásahové územie, vrátane ulíc a orientačných bodov, čo je v prípade KOSu dubiózne. **Dojazd k pacientovi maximálne do 15 minút bol len politickou rétorikou, už dnes nie sú výnimkou 20-30 minútové**, keďže zásahy idú často aj obokres. A vodič RLP nemôže podrobne poznať celé svoje zásahové územie (t.j. územie SR), takže informácia, že má v 40 km vzdialenej obci „za školou odbočiť doprava“, je na nič, keď nevie kde je škola. To tiež predlžuje dobu dojazdu.

Argument, že nemocnice disponujú oddeleniami centrálnych (urgentných) príjmov, patrí do sféry sci-fi. Ak aj na Slovensku niekde existujú oddelenia urgentných príjmov, kde pacient môže prísť bez odporúčenia, prípadne kde pacienta bez problémov odovzdáte, **s vlastným zdravotníckym personálom, vrátane vlastných lekárov, neodbiehajúcich z lôžkového oddelenia (!)**, sú len svetlou výnimkou. A vzhľadom na to, že došlo k nešťastnému „rozčesnutiu“ urgentnej medicíny na prednemocničnú a (takmer neexistujúcu) nemocničnú, to asi sci-fi ešte pár rokov aj ostane.

Redukcia LSPP by vážne zasiahla do práce hlavne ZZS (a interných oddelení). Najazdených kilometrov by bolo viac, čo by prevádzkovateľov potešilo, ale ich efektivita by bola sporná a **RLP, ako služba pre mimoriadne okolnosti, by v podstate už úplne stratila tento zmysel**. RLP nemá určené pacienta liečiť doma (§5 ods.1 písm.f zák. 579/2004 Z.z.), podávanie napr. infúzie ju zbytočne blokuje a podať pri renálnej kolike kardiakovi 1 amp. algifenu i.v. a po 5 minútach odísť by sa dalo považovať za pokus o profesnú samovraždu (aj vzhľadom na spôsob rozhodovania ÚDZS); ale ak pacient počká po injekcii 30 minút v čakárni, tak môžu byť všetci pokojní, že už sa asi nič neudeje.

Možno by stálo za úvahu opäť vrátiť do zákona primárnu zdravotnú starostlivosť a túto upraviť komplexne, napr. aj sa vrátiť k regionálnym

(okresným) dispečingom – mimochodom **v prípade hasičov a policajtov, ako zložiek integrovaného záchranného systému, to takto aj ostalo.** Ale to by sme sa asi museli vrátiť k legislatíve spred 1.1.2005 a nadviazať na ňu o niečo zmysluplnejšie.

Miroslav Pavlák, Zdravotnícke noviny 28/2009, uverejnené pod názvom: „Primárnu starostlivosť treba upraviť komplexne“.