

Od vnútorného lekárstva ku kardiológii

Vážená redakcia,

prechod z akademického prostredia na internej klinike do samostatnej kardiologickej ambulancie mi umožnil prežiť výhody i úskalia oboch foriem lekárskej práce. Dovoľte mi podeliť sa s čitateľmi so skúsenosťami poskytovania zdravotníckej služby v odbore kardiológia a jej väzby na vnútorné lekárstvo.

V ostatných desaťročiach bol obrovský rozvoj kardiológie v zahraničí aj u nás. Oddelenie sa od internej medicíny umožnilo zabezpečiť kvalitatívny i kvantitatívny rozvoj odboru. V súčasnosti vzhľadom na rozsah náplne internistu je nemožné, aby tento zvládol jednotlivé nadstavbové odbory tak, aby mohol zodpovedne poskytovať kvalitnú lekársku starostlivosť pre svojich pacientov.

Vo väčších centrách sa aj samotná kardiológia špecializuje na invazívnu a neinvazívnu diagnostiku a liečbu, na arytmológiu, do ktorej spadá aj implantácia kardiostimulátorov a ICD, oddelenie pre srdcové zlyhanie vrátane prípravy na transplantáciu srdca, oddelenie pre diagnostiku a monitorovanie srdcovej bolesti s nadväznosťou na koronárnu jednotku a katetrizačné laboratórium. Chlopňové chyby si tiež zasluhujú špecializovaný prístup k diagnostike a liečbe. Obdobne vrodené srdcové chyby. Po uskutočnení analýzy diagnostického procesu nastupuje fáza syntézy, určenie definitívnej diagnózy a určenie optimálneho terapeutického plánu. Pokiaľ sú takto vysoko špecializované oddelenia na jednom pracovisku s možnosťou vzájomnej komunikácie, môžu poskytnúť pre pacienta chorého na srdce vysoko špecializovanú starostlivosť. Zriadenie NÚSCH v Bratislave, Banskej Bystrici a Košiciach významne zlepšilo starostlivosť o kardiologických pacientov na Slovensku, a to je veľká zásluha týchto centier a ich pracovníkov.

Hypertenziológia svojím odčlenením od Kardiologickej spoločnosti v súlade so zvyklosťami v zahraničí prispela tiež k zlepšeniu starostlivosti o hypertonikov. Angiológia tak spravila už dávnejšie. Obe dva odbory zasahujú aj do kardiológie, ale aj do iných medicínskych odborov. Zriadenie hypertenziologických a angiologických ambulancií zlepšilo starostlivosť o pacientov. Pritom zostávajú v integračnej spolupráci s kardiológiou aj vnútorným lekárstvom. Do hypertenziológie zasahuje diabetológ, endokrinológ, neurológ, dorastový lekár, a aj praktický lekár pre dospelých. Nie je na škodu, ale na prospech pacientov, ak sa o pacienta s hypertenziou a diabetom stará aj hypertenziológ, ktorý si všima stav kompenzovanosti diabetu, aj diabetológ, ktorý za zaujíma o optimalizáciu liečby hypertenzie.

To, o čom som doteraz hovoril, platí pre akademické prostredie veľkého mesta. Inú situáciu má samostatne pracujúci kardiológ v menšom okresnom meste, ktorý musí zvládnuť celú škálu úkonov od poskytnutia akútnej starostlivosti cez kompletnú funkčnú diagnostiku až po monitorovanie, liečenie a prevenciu chronických stavov.

Dezintegráciu medicínskych odborov si vynútil pokrok v diagnostickej aj terapeutickej technike a nahromadenie obrovského množstva nových poznatkov. To prinieslo však aj úzky pohľad vysoko špecializovaného odborníka na širokú škálu diagnóz kardiologického pacienta, pri ktorých je potrebná konziliárna spolupráca iných odborov vnútorného lekárstva. Netýka sa to strednej a staršej generácie súčasných kardiológov, ktorí takmer všetci začínali na internej klinike alebo internom oddelení. Bude sa to týkať mladej generácie, ktorá sa čo najskôr chce špecializovať v kardiológii. Niektorí poslucháči medicíny sa už vo štvrtom ročníku rozhodli, že sa budú venovať kardiológii a po skončení prednášok z kardiológie už prestanú chodiť na prednášky z ostatných častí vnútorného lekárstva. Potom však majú problém na štátnici, ale najmä v praxi.

Mladí lekári sa stále viac spoliehajú na výsledky pomocných laboratorných vyšetrení, zobrazovaciu techniku a zabúdajú, že základom pre diagnózu je dôkladná anamnéza a pre pacienta je zásadnou otázkou aj vysvetľujúci rozhovor po vyšetrení s určením terapeutickú stratégiu, možných alternatív s rešpektovaním stanoviska pacienta s určením terapeutického cieľa a prognózy. Pokiaľ je takýto mladý kolega súčasťou teamovej práce, kolektívna zodpovednosť ho zbavuje snahy po samostatnom doriešení prípadu. Ak by sa však chcel osamostatniť a pracovať v samostatnej ambulancii, stretne sa s diferenciálne diagnostickými problémami, pokiaľ nemal dostatočnú internistickú prípravu. Domnievam sa, že na získanie kardiologickej atestácie by mala byť podmienkou predchádzajúca atestácia z vnútorného lekárstva. Samotná atestácia nie je zárukou kvality, pokiaľ sa nebude mladý lekár trvalo vzdelávať, ale je zárukou, že absolvoval dostatočný čas na internom oddelení a získal tam príslušné vedomosti a skúsenosti.

Tým, že sa včas nevytvorila koncepcia vnútorného lekárstva, nadstavbové odbory odčerpali prevažný počet pacientov a internistovi zostalo málo pacientov okrem predoperačných vyšetrení. Postavenie internistu však nezanklo a jeho uplatnenie vidím v spojení s niektorým nadstavbovým odborom (internista – kardiológ) alebo v spojení s primárnou starostlivosťou, do ktorej, žiaľ, nás súčasní praktickí lekári neradi pripúšťajú alebo ako internista v nemocnici na internom oddelení, ktorý má veľmi náročnú a široko koncipovanú prácu a z toho vyplývajúcu aj mimoriadnu zodpovednosť. Starší internista na oddelení je nevyhnutný na ďalšie vzdelávanie budúcich odborných lekárov, udržanie vysokej kvality práce interného oddelenia s perspektívou vedúceho oddelenia. To je potrebné najmä v menších mestách, kde nemôže viesť interné oddelenie endokrinológ ani nefrológ ani iný vysoko špecializovaný primár. Viedlo by to k zbytočnej migrácii pacientov za adekvátnym odborníkom.

Uvažovať o interferencii medzi internou medicínou a kardiológiou bolo nekonštruktívne. Ale vyčlenenie Ischemickej choroby srdca a hypertenzie do pôsobnosti internistu bola asi len „náplast na boľavú dušu“ internistu, ale tieto diagnózy nemožno vyčleniť z kardiológie, kam primárne patria. Praktický lekár vie poradiť danému pacientovi, či má navštíviť kardiológa, alebo internistu. Možnosť a právo správne sa rozhodnúť má aj sám pacient. Zdravotné poisťovne vedú zabezpečiť, aby sa pacienti nevyšetrenie nezdvajovali.

Boľavou stránkou je nízke honorovanie našej práce v kardiologickej ambulancii. Týka sa to najmä podhodnotenia intelektuálneho vkladu, ktorý kardiológ vkladá do diagnostického a terapeutického postupu. Bodové hodnotenie 63 znamená, že za odobratie anamnézy, fyzikálneho vyšetrenia (celého pacienta, nielen jedného orgánu ako je v bodovníku), stanovenie diagnózy a diferenciálnej diagnózy, určenie ďalšej diagnostickej stratégie, určenie správneho terapeutického postupu s následným poučením pacienta a napísaním správy kardiológ dostane 84 SK. Spolu s natočením a vyhodnotením EKG je to 189 SK. Na vyšetrenie dispenzarizovaného alebo kontrolného pacienta sa ráta 20 minút, pre nového pacienta 30 minút. Ak kardiológ ordinuje šesť hodín denne, z toho mu administratíva odčerpá hodinu a okrem bežných kontrol, na ktoré stačí 20 minút, má priemerne troch- až štyroch ťažších alebo nových pacientov, ktorí vyžadujú minimálne 30 minút na pacienta, zarobí 49 140 SK mesačne. Ak z toho odpočítame výdavky (plat a odvody za sestru, nájomné, upratovanie, energie, poisťky, finančný poradca, materiál), spolu 37 700 SK mesačne, čo je veľmi reálny odhad, zostáva mzda kardiológa 11 440 SK mesačne (poznámka redakcie: údaje boli platné v čase prijatia tohto listu do redakcie). Akú ma alternatívu? Pracovať viac nemôže, lebo mu to neumožní limit poisťovne. Bolo by to na úkor kvality. 300 SK za vyšetrenie po ordinovaných hodinách veľa nepomôže. Pri súčasnom stave nemožno ani pomyslieť na návrat investícií a už vôbec nie na rozvoj (nákup echokardiografu). Jediným riešením je zvýšenie bodovej hodnoty za vyšetrenie/63 bodov, prípadne akceptovanie bodovej hodnoty 60 aj pre kontrolné vyšetrenie a vyšetrenie v rámci dispenzarizácie pre kardiologické vyšetrenie.

Truchu inú, nie lepšiu situáciu majú kolegovia kardiológovia, ktorí vlastnia echokardiograf. Majú vyšší limit od zdravotných poisťovní, ale to im veľa nepomôže. Naopak, návratnosť investície je v nedohľadne a hrubý zárobok podľa štatistik po odpočítaní nákladov je rovnako biedny. Aké ma kolega riešenie? Robiť ECHOKG vyšetrenie aj pri menej indikovaných prípadoch. Je to náročné na čas a kontrolovateľné zdravotnou poisťovňou. Ak nevyšetrí denne dostatočný počet pacientov, nie je to efektívne. Ak je sám v menšom okresnom meste, nemá optimálne riešenie. Riešenie by mohol mať kolega vo väčšom meste. Ak by kardiológ, ktorý vlastní ECHOKG prístroj, poskytol ECHOKG vyšetrenie skupine ambulantných kardiológov. Mohol by na to zamestnať a vyškolil mladého lekára, ktorý by bol rád, že má miesto, robil by rutinné vyšetrenia a komplikovanejšie prípady by ponechal svojmu školiteľovi. Kardiológ, ktorý vlastní ECHOKG prístroj, by si mohol svojich zaujímavých pacientov vyšetřovať naďalej, ale zbavil by sa rutinnej menej zaujímavej práce. Podobne je to v zahraničí. Zabezpečila by sa návratnosť investície, možnosť nákupu novej techniky, čo pri súčasnom rozvoji odboru je potrebné. Pracovisko by získalo potrebnú skúsenosť, ktorú možno získať len pri sústavnej práci pri väčšom počte pacientov. Zvýšili by sa príjmy pracoviska. Bolo by to výhodné aj pre zdravotnú poisťovňu. Odpadla by námietka, že kardiológ si sám sebe ordinuje pomerne drahé ECHOKG vyšetrenie. Výber pacientov pre vyšetrenie by bol cieľnejší.

Stavovské organizácie vyžadujú pomerne vysoké členské príspevky, ale ak sa objaví aktivita, ktorá by mohla byť prospešná pre lekárov, vznikne dcérska spoločnosť, ktorá vyžaduje ďalšie poplatky. Vrcholom komerčného využitia našich povinností, ktoré vyplývajú z profesionálne nesprávne pochopeného zákona pri jeho tvorbe i realizácii, sú tzv. certifikáty kvality, za ktoré v prvej fáze účelovo vzniknuté organizácie žiadali za informovanosť o kritériách 20 000 SK a za vydanie certifikátu ďalších 40 000 SK. Aj keď sa tieto nereálne ceny znižujú, sám princíp je chybný. Uvedená organizácia zložená z právnikov, ekonómov, môže posudzovať našu prácu len formálne (prepáčte, prosím, simplifikáciu: počet muškátov na balkóne). Mladý kolega – konzultant nás presviedčal, že medicínskym kritériom kvality je počet vyliečených pacientov. Svedčí to o jeho neskúsenosti. Zo školenia, ktoré

absolvujem vyplýva, že nejde o kvalitu našej medicínskej práce, ale o formálne otázky. Ekonomické otázky rovnako nemožno naplniť, keď systém príjmov je uzavretý a výdavky sa zvyšujú. Veľmi dobre by sme vedeli, ako zlepšiť komfort pre pacienta, skrášliť prostredie, zabezpečiť najnovšiu techniku, keby príjmový systém nebol zablokovaný. Lekár, ktorý má pre svoj odbor atestáciu, dostal na výkon povolenia licenciu, plní kritéria doškofovania (kontrolovane SLK), spĺňa kritériá potrebnej kvality pre prácu v danom odbore. To, či má, alebo nemá pacientov, tiež svedčí o jeho kvalite. Pokiaľ nebudú vytvorené objektívne medicínske kritériá na posudzovanie práce lekára, čo je neobyčajne ťažké vytvoriť, mali by sa kompetentní zamyslieť aspoň na oddialení realizácie certifikátov kvality, inak to začnú používať zdravotné poisťovne na zníženie honoráru za našu prácu.

Pod vplyvom mediálnych informácií sa množia sťažnosti na prácu lekárov. Vedomé pochybenie v tak zodpovednej práci je hodné odsúdenia. Ale pri rizikovitom povolaní, ako je naše, povzbudzovať verejnosť, aby si na prácu lekára sťažovala, je nezodpovedné. Psychopat sa môže spojiť s právnikom a zničiť lekára, ktorého sa nikto nezastane. Nestretol som sa s tým, že by sa stavovské organizácie takýmto sťažnosťami, často neoprávnenými, zaoberali. Žijeme pod tlakom zvyšujúcich sa požiadaviek pacientov, pod tlakom médií, kontrolujú nás početné organizácie Ministerstva zdravotníctva, Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou, zdravotné poisťovne, SLK, ASL, proti ktorým je samostatne pracujúci lekár bezmocný a žije s pocitom, že môže ľahko prísť nielen o investície, ktoré vložil do revitalizácie zdravotníctva, ale aj ohroziť svoju rodinu. Neistota v stále sa meniacich predpisoch, ale aj v meniacich sa princípoch poskytovania zdravotníckej starostlivosti, spolu s ekonomickou neistotou robia z práce samostatne pracujúceho kardiológa vysokorizikové zamestnanie.

Budem rád, ak sa od čitateľov dozviem ďalšie podnety, skúsenosti, problémy, s ktorými sa stretávajú, ale aj odpoveď na moje otázky a návrhy riešenia. Po ich zhrnutí by sme mohli naše stanovisko tlmočiť stavovským organizáciám ako podklad na riešenie.

Prof. MUDr. Ivan Balažovjeh, DrSc.
Kardiologická ambulancia, Bratislava