

Guidelines AF 2024 a špecifiká Slovenska

Na implementačnom mítingu na kongrese SKS (2025) v jednej z prednášok odznelo, že implementácia aktuálnych odporúčaní v podmienkach Slovenska nemusí byť jednoduchá. Zdôraznila skutočnosť, že ročná incidencia fibrilácií predsiení (AF) prekračuje možnosti kardiologických ambulancií venovať sa všetkým novozisteným. Súhlasím (ak sa vôbec zistili). Škoda, že sa v rámci mítingu nevyužil potenciál prítomnosti lekárov z centier, ako aj ambulantov na konštruktívnu diskusiu s definovaním problémov a ich riešení pri implementácii (za prekážku diskusie považujem SLIDO: poslucháči napíšu otázky a predsedajúci odpovie, diskusia ale žiadna – ak by to záviselo odo mňa, SLIDO by som nepoužil). Avšak k problematike: počet ambulancií nie je jediný, a ani nie hlavný problém starostlivosti o pacientov s AF. Zhrniem to vo viacerých konštatovaniach s vierou, že bude inšpirovať ku konkrétnym riešeniam (zmene legislatívy, odstráneniam prekážok) konaním kompetentných osôb aj inštitúcií.

1. Záchytnosť AF – preventívne prehliadky (Z. 577/2004) môžu odhaliť asymptomatických pacientov, ich povinnou súčasťou je EKG. Prehliadku absolvuje asi 40 % populácie (mnohí nemajú motiváciu – o tej nižšie, niektorí sa nedostanú). Nie všetci všeobecní lekári (VL) majú EKG prístroje (dnes ich cena je do 1000 €), a tak na vykávanie a uhradenie poisťovňou stačí EKG zaznamenané „niekedy predtým“, čo možnosť záchytu AF redukuje.

2. Od roku 2004 platí nezmyselný zákon, že zdravotná dokumentácia musí byť trvalo u VL. Dlhé roky som slúžil „na záchranke“, pri príchode k pacientovi bola dokumentácia pripravená, bolo s čím porovnávať. Dnes obdivujem posádky RLP, keď o pacientovi „ani nič netušia“. Našťastie mnohí pacienti majú zdravotnú kartu „protizákonne“ doma. Sú aj takí, čo majú dve karty: jednu doma a druhú u VL, no každú s iným obsahom. A tak zhodnotiť, či je AF čerstvá, (o iných zmenách EKG ani nehovorím) je niekedy nemožné. Asi pred 30 rokmi som hlavnému odborníkovi oficiálne navrhol, aby každé EKG zostalo v karte. Nereagoval. Opakované rokovania na MZ, aby sa zákon o „zamknutých kartách“ upravil, nezmenili nič. A na moju otázku pred viacerými

svedkami: „Čo s tými, čo s kartou chodia protizákonne aj na základe žiadosti veľkých ústavov“ odpovedal právnik MZ (cit.): „Tak ich udávajte“. V tom čase bol štátny tajomník MZ zamestnancom jedného z ústavov, ktorý karty k operáciám explicitne žiadal. Ďalším zásadným dôvodom zrušenia tohto nezmyslu je vykonávanie liekových štúdií: zdrojová dokumentácia (nevyhnutná na vykonanie štúdie podľa zásad „good clinical practice“) sa používa protizákonne.

3. Užívanie NOAK v súlade s odporúčaniami prežívanie pacientov s AF efektívne zlepšuje. Mnohí reprezentanti chirurgických odborov, žiaľ, platné odborné usmernenia neakceptujú. Denne bojujeme s pacientami, ktorí majú dilemu (a najmä strach) ukázať operatérovi naše odporúčanie, lebo ten žiada najmenej 7-dňový pôst a potom dlhodobu „včeličky“ (0,4 fraxiparin raz denne). Ako člen výboru SKS som pred 10 rokmi navrhol, aby SKS a hlavný odborník cez MZ vydali pre všetky odbory záväzné nariadenie k lege artis liečbe. Postoj SKS: Zbytočné, máme európske guidelines. Máme, už 15 rokov, ale mnohí o nich nevedia a ordinujú „ako v čase warfarínu“. „Kazuistiky“ v ambulantnej praxi vidíme, oficiálna štatistika o zbytočných komplikáciách nie je. Ak sa odporúčania neuplatňujú, je na zváženie legislatívny príkaz a definovaná osobná zodpovednosť za predoperačný postup non lege artis.

4. Vzťah medzi AF a kaliémiou je známy (na mítingu o tom, žiaľ, nebolo ani slovo). Preto ku každej kontrole pacienta s AF žiadam vyšetrenie kália. Uplatňovalo sa to, kým sa nevymysleli tzv. delegované odbery. Sú VL, ktorých by som navrhol na ocenenie za spoluprácu. Sú aj takí, ktorí krv nevyšetria s nepravdivým odôvodnením: „lebo im to poisťovňa nezaplatí“ (poisťovňa predsa platí laboratóriu). Pacient (aj zďaleka) k nám príde najprv na odber krvi a potom na kontrolu. Ak príde bez výsledkov, tak príde ešte dvakrát. Zťažuje to sestru aj pacienta. Súčasný systém nemá logiku, bol krokom späť, kompetentní by mali zvážiť legislatívne zmeny vyžadujúce spoluprácu ambulancií.

5. Boli časy, keď chronického pacienta videl nejaký lekár raz za tri mesiace. Raz pri predpise liekov u svoj-

ho všeobecného lekára, raz pri kontrole u špecialistu. Reprezentanti primárnej sféry presadili zákon, že lieky predpisuje iba špecialista. OK, ale stabilného pacienta vidí teraz lekár raz za pol roka, záchytnosť možnej AF (napríklad pri meraní TK) sa logicky znížila. Niekomu môže napadnúť riešenie: kontrola u kardiológa o tri mesiace. Stabilný pacient má kontrolu o pol roka, pri častejších kontrolách by bol denný počet nezvládnuteľný. Ani poisťovňa nechce častejšie kontroly: za kontrolu skôr ako po pol roku zaplatí 5,50 namiesto 7,- € (plat murára je dnes 14 – 18 €/h). Okrem toho mi poisťovňa zníži hodnotu tzv. individuálnej pripočítateľnej položky (IPP) k výkonu vo výške od 0,8 do 1,9 €, ak plním jej podmienky: nie skoršie kontroly ako po pol roku, najmenej 10 % nových pacientov mesačne a preskripcia liekov je „pod priemer“. Od doby delegovanej preskripcie nebude pod priemerom žiadny špecialista, a aj keď plním kritérium frekvencie kontrol (hlavne aby sme stíhali) už nikdy nebudem ako dlhoročne fungujúca ambulancia plniť kritérium 10 % nových (mám dispenzarizovaných už viac nepozývať na kontrolu?). O nezmyselných koeficientoch som bol rokovať na vedení VŠZP. Moja pôvodná predstava bola, že rokovanie bude pod oficiálnou hlavičkou SKS. Nebolo, lebo výbor sa s problémom nestotožnil. Bol som „za seba a kolegov“. Termín opakovane určila MUDr. Havelková, napokon sa mi aj tak venovali traja mladí úradníci, ktorí problému nerozumeli. A nezmenilo sa nič. Ani podmienky na určenie výšky IPP, ani ekonomicky pokrivený 20-ročný katalóg výkonov.

6. Hypokaliémia sa často vyskytuje u hypertonikov (ako rizikových k AF). K liečbe hypertenzie (nielen pre možnú hypokaliémiu) stručne: podobne ako u NOAK-ov sa realita stále viac vzdáva nielen odporúčaniam, ale aj v minulosti dosiahnutej úrovni účelnej farmakoterapie. Príčin je veľa, na samostatný príspevok. Projekt Charta na vybraných ambulanciách hovorí o kontrole (nie o cieľových hodnotách) u 70 % liečených. A tak jeden z prvkov primárnej prevencie AF podľa nových guidelines nemusí u nás fungovať.

7. Je málo špecializovaných ambulancií? Je – a bude menej (lekári starnú, noví nepribúdajú). Každoročne sa

zvyšujú zdravotné odvody, dane, všetko zdraželo, za 15 rokov asi o 100 %. Pred 15 rokmi poisťovňa platila za jeden bod (podľa zoznamu s nereálnymi hodnotami výkonov) 0,0183 €, dnes platí 0,0281 €, nárast asi o 50 %. Ak som pred 15 rokmi mal reálne hrazené všetky náklady (je jasné, že nemal), tak dnes štvrtinu mojich nákladov hrazenú nemám. Nový katalóg tvorí MZ 20 rokov, o tzv. pilotnom projekte MZ som už písal inde (portál Médicína), MZ nemá záujem definovať reálne ceny výkonov, lebo by sa odhalil deficit financií v ambulantnej sfére. Lekár zamestnanec s platovým automatom dnes do neštátnej praxe skôr nepôjde.

8. Motivácia k chudnutiu a zdravému životnému štýlu je dôležitá primárna prevencia aj podľa nových odporúčaní pre liečbu AF. Slovenskí pacienti sa o svoje zdravie aktívne nestarajú, nič ich nemotivuje. Štát zdanil nezdravé potraviny s argumentom, aby prinútil ľudí zdravo žiť (dôvod zdanenia je iný: štát nemá peniaze, je otázne, čo to prinesie, ak ľudia „nezdravé potraviny“ nebudú kupovať). Ak chce štát motivovať, môže tých 35 % pacientov, čo neužívajú odporúčané lieky pravidelne (respektíve ani ich nevyberú z lekárne). Cez zdravotné poistenie to nejde (za dôchodcov platí štát). Dnes nie je problém podľa liekovej karty zistiť tých, ktorí si lieky nevyberú alebo zreteľne chýba efekt liečby: u hypertonikov, u dyslipidemikov. Nech si u lekára a v lekárni doplácajú „v súlade s motivačnými predpismi“ vydanými štátom (ak vôbec chce motivovať).

Na záver: Liečba a prevencia AF sú aktuálne témy. Dokazujú to aj najnovšie odporúčania. Nepochybujem, že kolegovia kardiológovia urobia všetko pre ich aplikáciu v praxi, s prínosom pre pacientov. Žiaľ, z mnohých dôvodov dnes existujú prekážky (opísané v texte), ktoré prínos aplikácie nových guidelines môžu (a pravdepodobne aj budú) redukovať. Nemuseli by, keby sa aktívnou intervenciou kompetentných osôb aj inštitúcií / organizácií legislatívne a organizačné prekážky čo najskôr odstránili. Som ochotný tomu aktívne pomôcť.

doc. MUDr. Jozef Beňačka, PhD., MBA, MPH
Kardiologická ambulancia Benimed, Piešťany