

Asociačník

Číslo 2/2010

MAREC – APRÍL 2010



Editorial

MUDr. Ladislav Pásztor, MSc.



Dňa 12. júna 2010 občania SR rozhodnú o tom, kto bude riadiť náš štát v nasledujúcich štyroch rokoch. Nebudem komentovať vyhliadky, šance, ani obsadenie postu ministra zdravotníctva. Nemôžem sa však nezamyslieť nad programom v oblasti zdravotníctva jednotlivých strán. O tom, že zdravotníctvo nie je v „móde“, svedčí pozornosť, akú jednotlivé strany zdravotníctvu venujú.

Pri hodnotení programov jednotlivých politických strán v časti zdravotníctvo môžeme nájsť mnoho podnetných a pozitívnych návrhov. Jedno je však isté: podstatný problém zdravotníctva, a to nielen slovenského, sú rastúce náklady na zdravotnú starostlivosť následkom dobrej dostupnosti najmodernejších a najdrahších diagnostických a liečebných postupov a následkom zvýšenia dopytu po zdravotnej starostlivosti z dôvodu starnutia obyvateľstva. Nikto neponúka riešenie na tento problém a nikto ho ani nechce riešiť. Tým pádom všetky programy zostávajú len politickým prehlásením, ale bez obsahu. Druhým základným problémom slovenského zdravotníctva je starnutie lekárov všeobecne, ale najmä všeobecných lekárov. Ignorancia tohto problému môže znamenať zhoršenie dostupnosti všeobecnej starostlivosti už v najbližších rokoch. Zostáva veriť, že strana, ktorá bude zostavovať novú vládu SR a obsadí post ministra zdravotníctva, si tieto hlavné problémy slovenského zdravotníctva uvedomuje, a pokúsi sa problémy riešiť. Novému ministrovi zdravotníctva určite nebudeme mať čo závidieť. Tak tipnime si, kto to bude?

Z domova

Už len šesť týždňov a bude po parlamentných voľbách. Už len tento čas máme na to, aby sme sa rozhodli, komu dáme svoj hlas. Aby sme sa vedeli správne rozhodnúť, možno si stačí prečítať volebný program jednotlivých strán v oblasti zdravotníctva. Z dôvodu obmedzenej kapacity bulletinu uvádzame programy politických

Obsah

Editorial	1
Z domova	1
Názory	8
Legislatívne okienko	13
Aktuality	16

strán – zdravotníctvo, ktoré sa na základe referencií agentúr môžu dostať počtom hlasov do parlamentu. Zdroj IT stránky jednotlivých politických strán, uvádzané v abecednom poradí.

KDH Zakladné východiská zdravotnej politiky KDH

KDH považuje fungujúce zdravotníctvo za kľúčové pre spoločnosť a budúcnosť Slovenska. Pre KDH sú hlavnými cieľmi zdravotný stav, zvyšujúca sa spokojnosť a finančná ochrana občanov pred zvýšenými výdavkami. Spolu so solidaritou, spoluzodpovednosťou za vlastné zdravie a kvalitou zdravotníckych služieb pre každého občana Slovenskej republiky tvoria hlavné východiská zdravotnej politiky KDH. KDH je za riešenie dlhodobých potrieb v oblasti zdravotníctva, preto navrhujeme založiť iniciatívu Zdravotníctvo 2020, ktorá umožní dohodu politických strán a odborných spoločností so stanovením priorit na 10 rokov o systéme, organizácii a financovaní zdravotnej starostlivosti na Slovensku.

Za kľúčový cieľ v zdravotnej starostlivosti považujeme dobrý zdravotný stav jednotlivca a jeho zlepšovanie. Budeme sa zasadzovať o zabezpečenie rovnakej kvality a dostupnosti zdravotnej starostlivosti v rámci všetkých regiónov Slovenska. Preto budeme presadzovať definovanie zákonného nároku na rozsah zdravotnej starostlivosti hradenej z verejného povinného zdravotného poistenia (tzv. základný balík) vrátane definovania časových štandardov. Proces stanovovania štandardov bude realizovaný nezávislým inštitútom. Pre zvýšenie informovanosti zavedieme elektronickú kartu poistenca, ktorá prinesie výrazné zefektívnenie administratívy, prehľad o cenách poskytnutej zdravotnej starostlivosti a pomôže zamedziť plytvaniu zdrojmi. Budeme presadzovať posilnenie zodpovednosti pacienta za vlastné zdravie a motivovať ho v oblasti prevencie.



Kvalita zdravotníckej starostlivosti by nemala závisieť od finančnej situácie jednotlivca. Finančnú spoluúčasť pacienta vidíme ako nástroj spoluzodpovednosti za užívanie zdravotnej starostlivosti a nie ako nástroj na získavanie finančných prostriedkov. KDH sa zasadí o to, aby výška spoluúčasti bola nastavená v prijateľnom rozmedzí a bola platbou za nadštandardné služby.

Pre zabránenie nárastu výdavkov na zdravotnú starostlivosť bude KDH presadzovať zavedenie maximálneho limitu na spoluúčasť seniorov, invalidných dôchodcov a držiteľov preukazu ZŤP a zavedenie adresnej sociálnej dávky.

Presvedčenie KDH je založené na hlbokom rešpekte každej ľudskej bytosti a jej dôstojnosti i v pokročilom veku. Preto sa zasadíme o skvalitnenie zdravotnej a sociálnej starostlivosti o seniorov. Zrovnoprávnime podmienky opatrovania ťažko chorých pacientov v domácej starostlivosti s nemocničnou starostlivosťou a zvýšime príspevok pre opatrovateľa pacienta v domácej starostlivosti na úroveň minimálnej mzdy.

Postavenie pracovníkov v zdravotníctve, vzdelávanie, veda a výskum

KDH si vysoko váži vedomostný potenciál a obetavú prácu lekárov, sestier a ostatných zdravotníckych pracovníkov. Preto budeme podporovať zlepšenie spoločenského postavenia slovenských zdravotníkov vrátane rozvoja nedostatkových profesií (všeobecných lekárov, záchranárov a stomatólogov).

Zlepšením ocenenia práce zdravotníkov a ich zvýšenou motiváciou chceme zamedzovať odchodu kvalifikovaného lekárskeho, sestierskeho i ostatného personálu mimo oblasť zdravotníctva, resp. mimo SR. Budeme presadzovať zvýšenie hodinovej mzdy za prácu v LSPP a UPS.

KDH kladie dôraz na rozvoj zdravotníckeho školstva s cieľom dosiahnuť úroveň vyspelých európskych krajín. Budeme preto podporovať vybudovanie univerzitnej nemocnice s dobudovaním lekárskej fakulty v Bratislave. Zjednodušíme a formálne zjednotíme obsahovú štruktúru postgraduálneho vzdelávania so zvýšením jeho podielu na decentralizovaných pracoviskách. Veda a výskum budú riadené grantovým systémom, ktorý bude vychádzať zo skutočnej potreby a vyhodnocovať efekt výsledkov v praxi v trvaní 3 rokov po ukončení grantu.

Financovanie a organizácia zdravotníctva

Vzhľadom na demografický vývoj Slovenska a rastúce požiadavky obyvateľov na zdravotnú starostlivosť budú výdavky na zdravotníctvo v porovnaní s rastom HDP rásť rýchlejšie. Financovanie tohto rastu iba z verejných zdrojov by v budúcnosti viedlo k zvyšovaniu deficitu verejných financií. Preto KDH bude presadzovať také financovanie zdravotníctva, ktorým sa zamedzí ďalšie prehlbovanie dlhu s negatívnymi následkami pre ďalší rozvoj. Budeme presadzovať zachovanie plne solidárneho financovania zdravotníctva zrovnoprávnením všetkých druhov príjmov spolu so vznikom doplnkového zdravotného poistenia. Otvoríme diskusiu o financovaní zdravotníctva zo všeobecných daní.

V ambulantnej zdravotnej starostlivosti sa budeme usilovať o zvýšenie kvality posilnením odborných kompetencií všeobecných lekárov spolu s ich motiváciou znižovať náklady. Budeme presadzovať rovnoprávnosť vo financovaní nemocníc spolu so zavedením platby za diagnózu (DRG systém) a zavedenie špecifického programu akreditácie nemocníc zameraný na zabezpečenie kvality zdravotnej starostlivosti. KDH bude presadzovať, aby rozmiestnenie staníc záchrannej zdravotnej služby bolo prehodnocované na základe rovnomernej dostupnosti z ktoréhokoľvek bodu na

území SR tak, aby nedošlo k ohrozeniu života a zdravia občanov. KDH sa zasadí, aby Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou získal nové kompetencie ako posudzovateľ najmä právnych a ekonomických vzťahov medzi poskytovateľmi a zdravotnými poisťovňami. Pre zvýšenie jeho nezávislosti budeme presadzovať voľbu jeho najvyšších predstaviteľov Národnou radou SR.

Ochrana zdravia, verejné zdravotníctvo a zdravotné poisťovníctvo

Budeme podporovať dôslednú realizáciu celoštátnych preventívnych programov ako Matka a dieťa, Starostlivosť o seniorov, Onkologický program, Srdcovocievny program a Program mentálneho zdravia. Existujúce preventívne programy sa podrobia revízií na podklade medicíny založenej na dôkazoch, ako aj revízií z pohľadu ekonomickej efektivity.

Verejné zdravotníctvo bude hodnotené na základe dosiahnutia stanovených parametrov, najmä v schopnosti zlepšovať zdravotný stav obyvateľstva, znižovať rozdiely v zdravotnom stave rôzne diferencovaných populačných skupín a zvyšovať zdravotnú bezpečnosť obyvateľstva zlepšovaním štátneho zdravotného dozoru. Budeme presadzovať dôslednú a silnú kontrolu štátu nad financiami vo verejnom zdravotnom poistení a nad zdravotnými poisťovňami. Predstavenstvo Všeobecnej zdravotnej poisťovne, a. s., bude volené Národnou radou SR. V oblasti zdravotného poistenia KDH považuje za potrebné vykonať aspoň nasledujúce kroky:

- rozšíriť kompenzáciu rizikovej štruktúry poistencov (tzv. prerozdelenia mechanizmu) o kritériá zdravotného stavu so zahrnutím finančne náročných výkonov,
- definovať ukazovatele efektivity a kvality výkonu zdravotných poisťovní a zabezpečiť o nich informovanie verejnosti v pravidelných intervaloch.

Bioetika a rozvoj biotechnológií

Rozvoj biotechnológií rozširuje možnosti konať v prospech človeka, ale umožňuje aj nový typ zasahovania do ľudského života. Technologický pokrok priniesol nové otázky moci jedného človeka nad osudom iného v prípade interrupcií, manipulácií s embryami či eutanázie, ako aj elimináciu tradičného a prirodzeného chápania rodičovstva a rodiny. Považujeme slobodu vedy a výskumu za nevyhnutnú, avšak sme si vedomí jej hraníc z etických dôvodov. Chceme dať jasne najavo, že sloboda vedy sa končí tam, kde sa dotýka hranice neporušiteľnej dôstojnosti človeka, lebo jej je podriadená. Preto je trvalou snahou KDH pomoc človeku, dôsledná ochrana života od počatia po prirodzenú smrť, nie jeho manipulácia alebo dokonca zničenie.

Ochrana spotrebiteľa

KDH stavia na jasných pravidlách, výrazných označeniach, informačných povinnostiach a vzdelávaní spotrebiteľov. Bezpečné potraviny majú pre nás prioritu. Budeme podporovať spotrebu domácich, zdravých a čerstvých potravín a ich predaj chceme čo najviac priblížiť k spotrebiteľovi. Naším cieľom je záväzná národné označenie pôvodu s ohraničením na miesto spracovania. Budeme sa zasadzovať o takú spotrebiteľskú politiku, ktorá ľudí chráni pred neistými a zdraviu škodlivými produktmi a pomáha im, keď boli oklamaní. Chceme, aby boli spotrebiteľia chránení pred stratami spôsobenými nesprávnym finančným poradenstvom. Vytvoríme preto jednotné pravidlá pre všetky sprostredkovateľov. Musia dokázať svoju kvalifikáciu a mať poistenie povinného ručenia v zamestnaní. Sprostredkovateľ ponúkajúci finančné produkty musí byť kontrolovateľný štátnym finančným dozorom.

Pri používaní internetu a elektronického obchodu sa zasadíme o ochranu pred obťažovaním a podvodmi. Zároveň budeme lepšie informovať občanov, obzvlášť mladých, o bezpečnom zaobchádzaní s osobnými dátami.

Porušovanie ochrany osobných údajov budeme dôsledne trestať.



Dostupná zdravotná starostlivosť pre všetkých

- 1) Zastavíme šikanovanie občanov tým, že na návštevu lekára v špecializovanej ambulancii zdravotnej starostlivosti už nebudú potrebovať odporúčanie od lekára všeobecnej ambulancii zdravotnej starostlivosti.
- 2) Sme za poskytovanie pohotovostnej lekárskej služby počas 24 hodín, aby bola dostupná pre pacienta z hľadiska nepretržitej prevádzky aj vzdialenosti od jeho bydliska.
- 3) Platby za poistencov štátu na zdravotné poistenie zvýšime minimálne na 5 % zo zákonom stanoveného vymeriavacieho základu.
- 4) Zrušíme poplatky za prednostné ošetrenie u lekárov, ktoré diskriminujú občanov pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti.
- 5) Zrušíme čiastočnú úhradu za lieky u detí do 6 rokov a dospelých nad 70 rokov veku. Stanovíme ročný finančný limit, po dosiahnutí ktorého budú lieky poistencom plne uhrádzané na základe verejného zdravotného poistenia.
- 6) Prijmeme účinné opatrenia na odhalenie a spravodlivé potrestanie korupcie a klientelizmu v zdravotníctve, zároveň vytvoríme podmienky pre zvýšenie mzdového ohodnotenia lekárov a ostatných zdravotníckych pracovníkov.
- 7) Zreálnime ohodnotenie zdravotných výkonov vo všetkých segmentoch zdravotnej starostlivosti, v ústavnej starostlivosti budeme presadzovať platbu za diagnózu (DRG) a zasadíme sa za vytvorenie fondu na úhradu ekonomicky náročných zdravotných výkonov.
- 8) Budeme presadzovať, aby záchranná zdravotná služba, poskytovanie laboratórnych vyšetrení a vyšetrenia pomocou zložitej zdravotníckej techniky (CT, NMR, USG a pod.) boli začlenené najmä do zdravotníckych zariadení, ktorých zriaďovateľom je štát alebo obec.
- 9) Umožníme chronicky chorým občanom, ale aj dôchodcom lepší prístup ku zdravotnej starostlivosti v prírodných liečebných kúpeľoch v mesiacoch mimo sezóny. Táto zdravotná starostlivosť by mala byť približne o tretinu lacnejšia.
- 10) Zrealizujeme účinné preventívne programy v zdravotníctve a zdokonalíme starostlivosť o pacientov s najzávažnejšími ochoreniami, ako sú ochorenia obehovej sústavy, onkologické ochorenia, alergické ochorenia, ako aj starostlivosť o matku a dieťa.

MOST HÍD
az együttműködés pártja • strana spolupráce

Obnovenie dôvery alebo „Prvoradý musí byť pacient“

Na Slovensku treba obnoviť dôveru občanov k poskytovateľom zdravotnej starostlivosti a humanizovať prístup zdravotníkov k pacientom. V roku 2001 bola prijatá vládou SR Charta práv pacientov, ktorá nebola doteraz v súlade s novou legislatívou plne uvedená do života. Práve preto Strana MOST – HÍD je za včasné

a operatívne doriešenie tohto nedostatku v zdravotníckej praxi SR. Je vyjadrením prirodzenej úcty pred pacientmi, že chorému človekovi v prípade možnosti treba poskytovať komunikáciu o svojom zdraví v materinskom jazyku. **Treba si veľmi jasne uviesť, že je to pacient, a nie štát, ktorý formou platenia nemocenského alebo prostredníctvom svojich daní financuje zdravotníctvo.**

Systém zdravotnej starostlivosti musí byť výstupom dlhodobého procesu a spoločenského konsenzu, pričom musí byť zachovaný princíp humanizmu, zdravého trhového mechanizmu, rovnosti a solidarity. Pri príprave a tvorbe príslušných legislatívnych noriem predpokladáme a očakávame aj spoluúčasť zdravotníckych pracovníkov z každej oblasti.

Pri vylepšovaní jednotlivých článkov zdravotníctva treba dosiahnuť, aby systém bol zameraný na pacienta a poskytovateľa, pričom potreby pacienta musia mať prioritu.

Pri voľbe lekára a poskytovateľa zdravotnej starostlivosti treba vytvoriť trhové podmienky, **aby priestor dostali hlavne takí lekári, ktorým pacienti dôverujú.** Zároveň treba zlepšiť dostupnosť zdravotnej starostlivosti a výrazne posilniť aj systém rodinnej a odbornej lekárskej starostlivosti. Treba doriešiť minimálnu sieť špecializovanej ambulancii starostlivosti a ústavnú starostlivosť (aký spád, koľko lekárov špecialistov a koľko pacientov má byť v danom regióne). Z dôvodu ťažkej finančnej situácie sa však optimálne riešenie nezaobíde bez prehodnotenia siete zdravotnej starostlivosti a reštrukturalizácie siete poskytovateľov. Považujeme za potrebné podporovať nové, objektívnejšie mechanizmy oceňovania výkonov v zdravotníctve, aby nevznikali bezdôvodne cenovo zvýhodnené odbory poskytovania zdravotnej starostlivosti, hradené z verejného zdravotného poistenia, na úkor výkonov základnej zdravotnej starostlivosti.

Treba dokončiť transformáciu veľkých nemocníc na akciové spoločnosti a prijať zákonnú úpravu umožňujúcu premenu neziskových organizácií na akciové spoločnosti. Je potrebné umožniť vstup súkromného kapitálu do nemocničnej siete a verejný záujem strážiť cez legislatívu a cez kontrolné a regulačné úrady.

Je nepripustný stav politicky a ekonomicky motivovaného plytvania v štátom vlastnených zdravotníckych zariadeniach, pričom nie sú splnené mnohé základné kvalitatívne a kvantitatívne ukazovatele poskytovaných služieb. Neplytvanie, odstránenie korupcie a stály tlak na efektivitu je predpokladom zvyšovania platov kvalitných odborníkov, pričom je potrebné usilovať sa aj o zvýšenie prísunu verejných a súkromných zdrojov do zdravotníckeho systému.

Protimonopolný úrad musí oveľa účinnejšie zakročiť proti prípadným kartelovým dohodám poskytovateľov a zároveň aj poisťovní pri rokovaniach o cenách. Udeľovanie licencií na rýchlu zdravotnú pomoc sa musí udiť formou elektronickej aukcie.

Financovanie zdravotníctva alebo „Prevencia, kvalita a efektivita“

Veľkú úlohu budú mať rôzne motivačné programy a preventívna starostlivosť, resp. podpora zdravej životosprávy.

Treba dosiahnuť, aby pre občanov, ktorí sa vzorne starajú o svoje zdravie, bola prípadná lekárska starostlivosť lacnejšia ako pre tých, ktorí sa oň nestarajú. Musí sa vytvoriť aj možnosť odmeňovania poskytovateľov zdravotnej starostlivosti v závislosti od kvality výkonu a preukázanej zodpovednosti. V rámci povinného zdravotného poistenia je potrebné presne určiť tie sociálne a spoločenské skupiny, ktoré sú oslobodené od úhrady zdravotnej

starostlivosti, a presne vymedziť služby a výdavky financované zdravotnou poisťovňou. Poistný systém má byť založený na princípe plurality, zároveň musí umožniť aj zapojenie občanov do programov poskytujúcich starostlivosť na vyššej úrovni. Je potrebné vrátiť poisťovníam možnosť tvorenia zisku za presne stanovených podmienok. **Poisťovne musia vyvíjať tlak na poskytovateľov zdravotníckych služieb smerom k efektívnosti a ku kvalite, pričom musia chrániť záujem svojho poistenca – pacienta.**

Štát je povinný platiť za poistencov štátu v súlade so zákonom o zdravotnom poistení sumu, ako každý iný platiteľ, ale v štátnom rozpočte každý rok stanoví túto sumu iba na jemu vyhovujúce minimum. Tento stav dlhodobo zadlžuje poisťovne aj poskytovateľov zdravotnej starostlivosti. Je nevyhnutné prijať systémové riešenia vychádzajúce zo súčasnej legislatívy plurality zdravotných poisťovní. Pri riešení týchto zložitých otázok treba vychádzať zo skúseností európskych systémov zdravotného poistenia. Považujeme za potrebné vykonať podrobnú analýzu súčasného stavu zdravotného poistenia. Podľa aktuálnych možností treba minimalizovať mieru úhrady za poskytnuté lieky pri liečbe detí. Pomocou špeciálneho podporného systému treba zabezpečiť dostatočný prísun liekov pre každého v liečbe niektorých chronických ochorení (ochorenia srdca, choroby obehového ústrojenstva, cukrovka). **V maximálnej miere podporujeme úplné financovanie programov zameraných na prevenciu a liečbu onkologických a srdcovo-cievnych ochorení, novorodenecký program, ako aj bezplatnú zdravotnú starostlivosť pri liečbe cukrovky.**

Je nevyhnutné prijať legislatívne opatrenia v oblasti liekov, liečiv a zdravotníckych pomôcok, ktoré zabezpečia primeranú reguláciu farmaceutického trhu. Ceny, za ktoré predávajú na slovenskom trhu, sú v priemere vyššie ako ceny v niektorých iných štátoch EÚ. Proces povoľovania vstupu nových liekov na náš trh je netransparentný a výsledkom sú ceny, ktoré sú vysoké oproti referenčným cenám v zahraničí. Je potrebné zmeniť procesy kategorizácie liekov a liečiv tak, aby prvoradé kritérium uhrádzania lieku z verejného zdravotného poistenia bola jeho klinicky preukázaná účinnosť, určená na základe medicíny založenej na poznatkoch a nákladová efektívnosť na základe farmaceuticko-ekonomických štúdií.

Finančné krytie prevádzkovania zdravotných zariadení sa má určiť v závislosti od poskytovaných služieb. Za poskytovanie rovnakých služieb by mali dostať rovnaké prostriedky. Nakoľko hradenie výdavkov spojených s nemocničným ošetrením musí závisieť od diagnózy, je potrebné, aby sa pri liečení rovnakej choroby v každej nemocnici postupovalo tým istým spôsobom. Je potrebné zabezpečiť, aby každý poistenec mohol posúdiť skutočné náklady na svoju zdravotnú starostlivosť a mal možnosť tieto výsledky porovnať s databázou kompetentného orgánu, ktorý momentálne pre túto oblasť absentuje. **Treba zaviesť elektronickú dokumentáciu pacienta – on-line,** tak, aby lekár, ktorý vyšetruje pacienta napr. v Bratislave, a pacient je z Košíc, mohol otvoriť jeho zdravotnú dokumentáciu, čo by zamedzilo zbytočnému, duplicitnému predpisovaniu liekov a zjednotila by sa zdravotná dokumentácia a lekár by mal dostatočné informácie o zdravotnom stave pacienta (predchorobie, chronické ochorenia, už predpísaná medikácia) a zároveň by nedochádzalo k duplicitným vyšetreniam. Je potrebné zúčastniť sa na príprave kvalitných návrhov legislatívnych noriem o cezhraničnej zdravotnej starostlivosti. Podieľať sa na stanovovaní rámcového návrhu priorít pri poskytovaní cezhraničnej zdravotnej starostlivosti. Budúci

systém poskytovania cezhraničnej zdravotnej starostlivosti musí zároveň zohľadniť aj zaistenie kvality a bezpečnosti zdravotnej starostlivosti bez ohľadu na to, v akom členskom štáte je poskytovaná.



Positívny dopad 5,7 mil. Eur

Na slovenskom trhu dnes pôsobí málo poisťovní, čo v konečnom dôsledku znižuje kvalitu poskytovania zdravotnej starostlivosti a obmedzuje pacientov vo výbere. Je potrebné v systéme vykonať také zmeny, aby podnikaniu na trhu zdravotného poistenia nestáli v ceste zbytočné prekážky.

Je potrebné v systéme vykonať také zmeny, aby podnikaniu na trhu zdravotného poistenia nestáli v ceste zbytočné prekážky.

SaS navrhuje:

Znížiť bariéry pre vstup nových subjektov na trh poskytovateľov zdravotného poistenia, napríklad znížením minimálneho základného imania na 1 milión Eur. Zdravotné poisťovne nebudú musieť mať celoštátnu pôsobnosť, bude možné vytvoriť aj lokálne a špecializované poisťovne alebo napríklad poisťovne vytvorené zamestnávateľmi.

Zrušiť ustanovenia o zákaze zisku zdravotných poisťovní. Jeho vyplatenie bude upravené striktnými pravidlami a rozpočtovými obmedzeniami.

Zvýšiť percento poistného, ktoré nebude predmetom prerozdelenia z aktuálnych 5 % na 15 %. Súčasne zaviesť ďalšie nástroje oceňovania rizika podľa nákladových skupín.

Rozdeliť štátnu Všeobecnú zdravotnú poisťovňu na tri rovnaké (počtom aj zložením klientov) subjekty. Štát si ponechá jeden, dva ostatné takto vzniknuté subjekty sa následne predajú na medzinárodnom trhu za maximálnu možnú cenu.

Zabezpečíme tým ľahší vstup do podnikania v tejto oblasti a tým väčšiu konkurenciu medzi jednotlivými poisťovňami. Poistenci budú mať viac možností na výber, čo zvýši kvalitu poskytovaných služieb.

Bez dopadu na rozpočet verejnej správy

Ústava síce garantuje bezplatnú zdravotnú starostlivosť na základe poistenia, no nie je špecifikované, v akom rozsahu a v akom čase. To umožňuje prípady, kedy pacienti čakajú na dôležité vyšetrenia alebo zákroky mesiace, niekedy roky. Na druhej strane, ak pacient má záujem o starostlivosť na vyššej úrovni, dnes je pre neho komplikované sa k nej dostať.

SaS navrhuje:

Zadefinovať zákonný nárok na rozsah zdravotnej starostlivosti hradenej z verejného poistenia. Tento bude rovnaký pre všetkých a každá zdravotná poisťovňa pôsobiaca na trhu ho bude povinná zabezpečiť.

Umožniť zdravotným poisťovníam vyberať poistné, ktoré bude pokrývať úhrady nad rámec tohto zákonného nároku.

Jasným zadaním zákonného nároku na rozsah zdravotnej starostlivosti zabezpečíme transparentné a solidárne čerpanie zdravotnej starostlivosti pre všetkých a v potrebnom čase. Zároveň dáme občanom možnosť rozhodovať o tom, akú kvalitnú zdravotnú starostlivosť dostanú.

Bez dopadu na rozpočet verejnej správy

Systém platenia poistného na zdravotné poistenie je komplikovaný a zamestnanci a živnostníci nemajú pri platbách zdravotných odvodov rovnaké podmienky. Štát okrem toho musí platiť poistné za poistencov štátu – nezaopatrené deti (vrátane väčšiny

študentov SŠ a VŠ, vrátane doktorandov do 30 rokov), dôchodcov, matky na rodičovskom príspevku, matky starajúce sa o dieťa vo veku do 6 rokov, evidovaných nezamestnaných atď.

SaS navrhuje:

Zrovnoprávniť v rámci zavedenia odvodového bonusu podmienky platieb odvodov pre zamestnancov a živnostníkov a zaviesť jednotnú sadzbu zdravotných odvodov (svojím charakterom zdravotná daň) vo výške 9 % z akéhokoľvek príjmu až po dosiahnutie stropu (10x životné minimum, t. č. 1 850 eur). Štát nebude platiť poisťné, občania bez vlastného príjmu budú platiť poisťné vypočítané zo štátnych sociálnych dávok.

Zjednoduší sa systém platenia poisťného na zdravotné poistenie. Zdravotné poistenie sa plne solidárne bude platiť zo všetkých príjmov, nový systém tak bude spravodlivý a najmä solidárny a nebude zvyhodňovať ani znevýhodňovať žiadnu skupinu občanov.

Negatívny dopad 39 mil. Eur

V súčasnosti takmer nikto, komu je zdravotná starostlivosť poskytovaná, netuší, koľko zaňho zdravotná poisťovňa platí. Existuje veľká skupina poistencov, ktorí sú solidárnymi prispievateľmi v určitom období svojho života, teda platia zdravotné poistenie, no vôbec zdravotnú starostlivosť nečerpajú.

SaS navrhuje:

Zaviesť bonus pri platbách na zdravotné poistenie pre všetkých dospelých obyvateľov. Pokiaľ poistenec vyčerpal na zdravotnú starostlivosť sumu v hodnote menšej ako polovica mesačného životného minima za celý rok a absolvoval predpísané preventívne prehliadky, bude mu vrátená polovica priemerného mesačného odvodu, minimálne však 30 Eur.

Zaviesť povinné informovanie o cene poskytnutej zdravotnej starostlivosti, priamo ako súčasť informovaného súhlasu. Pri poskytovaní starostlivosti tak vznikne základná predstava o reálnych cenách. Poisťovňa nepreplatí žiadny úkon, pokiaľ v dokumentácii nebude uvedená cena podpísaná pacientom.

Zaviesť výpisy vyčerpanej zdravotnej starostlivosti. Zdravotná poisťovňa povinne zašle každému poistencovi, ktorému bola poskytnutá zdravotná starostlivosť, 1x ročne výpis úhrad za vyčerpanú starostlivosť.

Zabezpečíme tak vyššiu transparentnosť v zložitom systéme uhrádzania platieb za poskytovanie zdravotnej starostlivosti, obmedzíme možnosti falošného vykazovania a poskytneme občanom reálnu predstavu o skutočne zaplatenej cene. Dáme ľuďom motiváciu nezneužívať poskytovanie zdravotnej starostlivosti a vrátime poistencom časť prostriedkov, v prípade že nečerpajú zdravotnú starostlivosť. Zároveň podporíme záujem o zdravotnú prevenciu.

Bez dopadu na rozpočet verejnej správy

Odporúčacie lístky potrebné na návštevu špecialistov sú zbytočným šikanovaním, oberajúcim lekárov i pacientov o čas. Voľný trh zdravotníckych služieb je stále nedostatočne rozvinutý.

SaS navrhuje:

Zrušiť povinnosť vystavovania odporúčacích lístkov k špecialistom. Dáme tým občanom možnosť slobodnejšie rozhodovať o výbere svojich lekárov a šetriť svoj čas.

Bez dopadu na rozpočet verejnej správy

Na základe súčasného stavu v dohľade nad starostlivosťou je možný politický vplyv na rozhodnutia Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou. Ďalej je možné donekonečna a ľubovoľne

podávať sťažnosti na zdravotnú starostlivosť bez reálnej zodpovednosti za takéto konanie.

SaS navrhuje:

Vrátiť nezávislosť Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou. Zaviesť poplatok za podanie sťažnosti, ktorý bude vrátený v prípade, že sťažovateľovi bolo dané za pravdu.

Znížime tým náklady na administráciu zbytočných sťažností, zatiaľ čo možnosť podania opodstatnenej sťažnosti ostane zachovaná.

Bez dopadu na rozpočet verejnej správy

Rôzne právne formy nemocníc (poskytovateľov lôžkovej starostlivosti) umožňujú rozličné dezinterpretácie a často nežiaduce vládne zásahy.

SaS navrhuje:

Dať všetkým nemocniciam právnu formu kapitálových spoločností bez ohľadu na majiteľa. Štát nesmie povoliť neštandardné ochranné opatrenia pre zdravotnícke zariadenia.

Zjednotíme tým podmienky na správu zdravotníckych zariadení na Slovensku a vytvoríme priestor pre väčšiu flexibilitu trhu poskytovania zdravotnej starostlivosti.

Bez dopadu na rozpočet verejnej správy

Stanice RZP a RLP sú dnes bez spolplatnenia vo výberovom konaní rozdeľované jej prevádzkovateľom, následne sú možné vlastnícke zmeny (napríklad predaj poskytovateľa so ziskom tretím osobám). Ďalej existujú podozrenia z nejasných kritérií výberu s preferenciou štátnych firiem.

SaS navrhuje:

Vyhlasovať na prevádzku RZP a RLP v osemročných intervaloch verejné obstarávanie.

Rozdeliť výberové konania na štyri časti tak, aby nedochádzalo k súčasnému výberu všetkých poskytovateľov. Prakticky by sa vždy štvrtina staníc obsadzovala každý druhý rok.

Zabezpečíme tým kontinuitu vo výberových konaniach. Súčasne nebude možné vybrať všetkých poskytovateľov naraz.

Bez dopadu na rozpočet verejnej správy

Súčasný systém povinných očkovaní vyvoláva obavy niektorých rodičov z prípadných nežiaducich reakcií dieťaťa na očkovanie.

SaS navrhuje:

Dať rodičom možnosť nedať očkovať deti proti nasledovným ochoreniam: žltáčka typu B (vírusová hepatitída B), hemofilové invazívne infekcie, pneumokokové invazívne ochorenia, mumps, rubeola (ružienka). Tieto očkovania sa dostanú do odporúčaných s plnou úhradou zdravotnej poisťovne, bez akéhokoľvek postihu v prípade neočkovania.

Možnosťou upustiť od niektorých druhov očkovaní zvýšime zodpovednosť rodičov za zdravotný stav svojich detí so zachovaním možnosti slobodne sa rozhodnúť o plnej očkovacej ochrane.

Čl. 40: Každý má právo na ochranu zdravia. Na základe zdravotného poistenia majú občania právo na bezplatnú zdravotnú starostlivosť a na zdravotnícke pomôcky za podmienok, ktoré ustanoví zákon.

Za každých 100 tisíc poistencov sa povinné minimálne imanie navýši o jeden milión Eur.

Napríklad cestou vytvárania technických rezerv na ohlásené, ale doteraz nezaplatené poisťné udalosti a na potenciálne poisťné udalosti.

Nákladové skupiny podľa predpísaných liekov a/alebo podľa diagnóz.

Do čerpania sa nebude započítavať účasť na preventívnych prehliadkach (napríklad gynekológ, stomatológ) a očkovanie.

V zákone č. 581/2204 Z. z. v § 22 vypustením odseku 11.

Osem rokov je približná životnosť sanitky.

Po splnení administratívnych požiadaviek (notársky overené vyjadrenie o porozumení všetkým rizikám a potvrdenie o absolvovaní poučenia u pediatra zaoberajúceho sa očkovaním).

Ostatné očkovania (tuberkulóza, záškrt, tetanus, čierny kašeľ, detská obrna, osýpky), ktoré sa nachádzajú v aktuálnej schéme považujeme za natoľko zásadné, že nie je možné pripustiť neočkovanie akejkoľvek časti populácie, pretože by prípadná epidémia mohla spôsobiť príliš rozsiahle škody.



DEMOKRATICKÁ STRANA

Kvalitnejšie zdravotníctvo

Ochránime pacientov pred rastúcimi doplatkami

Platby mnohých pacientov za lieky či návštevy lekárov sa počas terajšej vlády prudko zvýšili. Zatiaľ čo v roku 2005 zaplatil priemerný občan na

doplatkoch za lieky a rôznych platbách a poplatkoch v zdravotníctve v hotovosti 3 800 korún ročne, v roku 2009 to bolo už priemerne 215 Eur (6 500 Sk). Zavedieme preto ochranný limit na spoluúčasť v zdravotníctve. Maximálna platba pacienta na doplatkoch za lieky či na poplatkoch u lekára bude 120 Eur ročne, teda v priemere 10 Eur mesačne. Ak bude jeho spoluúčasť vyššia, zdravotná poisťovňa mu ju preplatí.

Zrušíme odporúčacie lístky

Zavedenie odporúčacích lístkov v roku 2007 prinieslo pacientom len stratu času a veľa zbytočných nepríjemností. Pacienti predtým, ako navštívia špecialistu, musia navštíviť všeobecného lekára pre nezmyselný papierik. Tieto lístky preto okamžite zrušíme a obnovíme slobodnú voľbu lekára – špecialistu. Vrátime do zdravotníctva slobodu.

Zvýšime spokojnosť poistencov so zdravotnými poisťovňami

Po zjednotení výberu daní a odvodov už nebudú zdravotné poisťovne vyberať poistné. Budú sa môcť sústrediť na svoju najdôležitejšiu úlohu, ktorou je zabezpečenie kvalitnej zdravotnej starostlivosti pre poistencov a kontrola využívania zdrojov v zdravotníctve. Navrhujeme podávanie ročného zúčtovania zdravotného poistenia v rámci daňového priznania a prenesenie jeho vykonania na komunikáciu medzi daňovými úradmi a zdravotnými poisťovňami. Umožníme zdravotným poisťovňam, aby sa mohli v ponuke svojich služieb odlišovať. Podporíme medzi nimi súťaž, ktorá povedie k vyššej spokojnosti poistencov. Podporíme individuálne zdravotné poistenie.

Presadíme spravodlivé ohodnotenie lekárov aj nemocníc

Lekári i nemocnice musia mať zmluvnú istotu, aby sa mohli sústrediť na svoju prácu. Aj pacient musí mať istotu, že ak začne liečbu u lekára, v jej priebehu s ním jeho poisťovňa nezruší zmluvu. Nie je možné, aby rovnaké výkony mali výrazne odlišné ceny v rôznych zariadeniach. Presadíme spravodlivé ohodnotenie zdravotníckych výkonov. Zavedieme spravodlivé úhradové mechanizmy pre nemocnice a ambulancie. Podporíme také odmeňovanie lekárov a nemocníc, ktoré oceňuje kvalitu a výsledky zdravotnej starostlivosti. Na navýšenie zmluvných objemov a miezd zdravotníkov získame zdroje zastavením plytvania v zdravotníctve.



Starostlivosť o zdravie – kľúčový pilier sociálneho štátu

Zdravie občanov je najväčšia hodnota a zdroj bohatstva spoločnosti. Poslaním zdravotníctva je významne prispievať k zvyšovaniu kvality života občanov prostredníctvom znižovania úmrtnosti, chorobnosti, trvalých a dočasných následkov chorôb a úrazov, poskytovaním zdravotnej starostlivosti, pôsobením verejného zdravotníctva, podporou individuálnej a komunitnej starostlivosti o zdravie.

Zdravotná politika vlády vychádza z európskych tradícií a skúseností, s prihliadnutím na špecifiká Slovenskej republiky. Právo na zdravotnú starostlivosť je základné ľudské právo a verejný záujem prioritného významu. Základným princípom musí byť rovnosť a solidarita občanov pri poskytovaní kvalitnej zdravotnej starostlivosti. Zdravie občana je najlepšou investíciou pre silnú ekonomiku a spokojnú spoločnosť.

Po zásadných systémových zmenách, uskutočnených v tomto volebnom období, vláda zameria pozornosť na nasledovné oblasti:

Kvalita zdravotnej starostlivosti

Vysoká kvalita zdravotnej starostlivosti je nevyhnutnou podmienkou pre spokojnosť a dôveru občanov v systém poskytovania zdravotnej starostlivosti. Snahou vlády bude aj naďalej, aby sa na celom území SR poskytovala zdravotná starostlivosť na úrovni súčasných poznatkov medicíny, čo dosiahneme pokračovaním zavádzania štandardných diagnostických a liečebných postupov, kontinuálnym vzdelávaním zdravotníckych pracovníkov a vyhodnocovaním indikátorov kvality u poskytovateľov zdravotnej starostlivosti.

Zdravotnícki pracovníci

Zlepšovanie mzdového ohodnotenia pracovníkov v rezorte zdravotníctva je jednou z priorit v oblasti zdravotníctva. Vláda zavedie také mechanizmy do spôsobu financovania rezortu, aby bol dostatok prostriedkov na zvyšovanie odmeňovania zdravotníckych pracovníkov. V oblasti vzdelávania zdravotníckych pracovníkov podporí návrhy na úpravu systému vzdelávania tak, aby nedochádzalo k nedostatku niektorých špecializácií, potrebných na správne a komplexné poskytovanie zdravotnej starostlivosti.

Verejné zdravotníctvo

Bude sa pokračovať v dopracovaní strategických materiálov, vrátane národných programov podpory zdravia a preventívnych programov v najdôležitejších oblastiach, ako sú starostlivosť o deti a mladistvých, starostlivosť o ženy, o seniorov, onkologických pacientov s osobitnou pozornosťou k regiónom so zhoršenými podmienkami životného prostredia a o ďalšie najviac ohrozené skupiny obyvateľstva.

Poskytovatelia zdravotnej starostlivosti

Problém, zdedený z minulosti, bol najmä spôsob financovania nemocníc, ktorým boli násilne odobraté ekonomicky lukratívne činnosti, čím dochádzalo k zadlžovaniu zariadení ústavnej zdravotnej starostlivosti zaradených do koncovkej siete. Vláda chce tento problém riešiť optimalizovaním vo financovaní zdravotných výkonov. Zachováme sieť poskytovateľov zdravotnej starostlivosti pod kontrolou štátu v podmienkach, ktoré budú garantovať rozsah a dostupnosť zdravotnej starostlivosti hradenej z verejného zdravotného poistenia.

Lieková politika

V rokoch 2006 – 2010 boli zavedené viaceré pozitívne prvky v liekovej politike. Rezort zdravotníctva bude pokračovať v kro-

koch, ktoré zabezpečia znižovanie nákladov a zároveň zvýšia dostupnosť liekov a zdravotníckych pomôcok bez doplatkov pre všetky závažnejšie ochorenia.

Zdravotné poisťovne

Prijaté opatrenia zabránili zdravotným poisťovniam používať zo zákona vybrané prostriedky od obyvateľov na iné účely, ako na zdravotnú starostlivosť. V ďalšom volebnom období budú zavedené také legislatívne a organizačné opatrenia, aby nedochádzalo k neefektívnemu nakladaniu prostriedkov, určených zo zákona na zdravotnú starostlivosť.

Elektronické zdravotníctvo (eHealth)

Využívanie elektronických informačných systémov je považované za jednu zo základných podmienok k zvýšeniu kvality poskytovanej zdravotnej starostlivosti, za prostriedok vyššej efektivity pri nakladaní s verejnými prostriedkami určenými na zdravotníctvo. Po ich implementácii sa očakáva vyššia kvalita poskytovania zdravotnej starostlivosti pre občana, vyššia informovanosť, prepojenie a pružnejšia komunikácia medzi všetkými článkami zdravotníckeho systému, výrazná úspora a ekonomizácia (efektívne, racionálne nakladanie s verejnými zdrojmi) a samozrejme, zníženie administratívneho zaťaženia všetkých účastníkov systému, ako aj občana.

Urgentné príjmy a traumacentrá

Urgentná a úrazová medicína predstavujú významný prvok integrovaného záchraného systému a v užšom ponímaní sú kľúčovými multidisciplinárnymi špecializačnými medicínskymi odborníkmi. Chceme preto dobudovať sieť urgentných príjmov a traumacentier.

Optimalizácia siete poskytovateľov zdravotnej starostlivosti

Vláda podporí optimalizáciu siete poskytovateľov zdravotnej starostlivosti s dôrazom na zabránenie nekontrolovateľného rastu najmä v ambulantnej starostlivosti a navrhne doriešenie problematiky LSPP.

Bude navrhnutá ešte výraznejšia ochrana nefajčiarov.

Poskytovanie zdravotnej starostlivosti s celoslovenskou pôsobnosťou

S prihliadnutím na výsledky medicínskeho, prevádzkového a technického auditu, vláda podporí dostavbu moderného celoslovenského medicínskeho komplexu Rázsochy, ktorý zabezpečí zdravotnú starostlivosť s dosahom pre celú SR. Zároveň sa tak vyrieši aj vzdelávacia základňa slovenského zdravotníctva.

Rezort zdravotníctva bude naďalej aktívne spolupracovať, komunikovať a hľadať riešenia so stavovskými, profesijnými a odborovými organizáciami, ktoré zastupujú pracovníkov v zdravotníctve, pri všetkých zásadných otázkach v oblasti fungovania zdravotného systému v SR.

Vláda bude podporovať starostlivosť o seniorov formou vytvárania zariadení zdravotno-sociálneho charakteru.



Súčasnú zdravotnú poisťovňu si vyžaduje rozvoj a korekcie, pričom sa musí zúžiť okruh subjektívnych prvkov rozhodovania o podpore jednotlivých inštitúcií.

Zohľadníme rozumné kritériá hospodárnosti.

Zdravotnú starostlivosť považujeme za službu, na ktorú má každý občan principiálne právo. **Zvýšime dôstojnosť verejnej lekárskej starostlivosti.** Pri zabezpečovaní zdravotnej starostlivosti zohľadníme ľudskú dimenziu a princíp regionality – zabezpečením dostupnosti zdravotníckych inštitúcií.

Chceme spustiť **programy na zachovanie zdravia od detstva až do seniorského veku.**

Nesmieme dovoliť, aby si pri odvolaniach na hospodárske argumenty zanikla zdravotná starostlivosť v zaostávajúcich regiónoch.

SLOVENSKÁ NÁRODNÁ STRANA – nezverejnila volebný program na svojej IT stránke do uzávierky bulletinu

NÁZORY

Na minútku členovia asociácie...

V Asociačníku 2/2010 sme predstavili odbor gastroenterológie z pohľadu odboru, vývoja, zhodnotenia súčasnej situácie, aktuálnych problémov a žiadostí na riešenia.

V tomto čísle predstavujeme odbor psychiatria



MUDr. Ján Dúžek

člen poradného zboru prezidenta ASL SR

1. Predstavenie odboru, definícia, krátky pohľad späť, zhodnotenie súčasnej situácie

Téma duševného zdravia je u nás dlhé desaťročia tabuizovaná a verejnosť má skreslené a nesprávne názory na psychické poruchy. Duševne chorí ľudia trpia stigmu, sú vylučovaní zo spoločnosti a diskriminovaní.

Stále prevláda názor, že psychické poruchy sú dôsledkom určitej slabosti človeka, nedostatočnej vôle a silou prekonávať problémy a neschopnosti vyrovnat sa s nimi.

Najzávažnejším predsudkom je považovanie duševne chorých ľudí za menejcenných (predstava, že nevedia fungovať v normálnom živote, že sa nedokážu vrátiť do pracovného procesu). Ľudia sa vyhýbajú návštevám psychiatra, hoci veľká časť pacientov sa k nemu nikdy nemusí vrátiť, lebo sa vyliečia.

Duševne chorí sú považovaní za nebezpečných a ohrozujúcich spoločnosť. Pravda je často opačná: práve oni sú častejšie terčom agresívneho správania iných.

Vývoj starostlivosti v odbore psychiatria sa má odvíjať od viacerých strategických dokumentov - od Reformy psychiatrickej starostlivosti (1991), Deklarácie SZO o duševnom zdraví pre Európu a Akčného plánu duševného zdravia pre Európu (Helsinki, 2005) s cieľom vyrovnat rozdiely v poskytovaní psychiatrickej starostlivosti v jednotlivých regiónoch Slovenskej republiky a zavádzať nové a moderné formy psychiatrickej starostlivosti. V Slovenskej republike vláda SR schválila Národný program duševného zdravia (2004) a Plán realizácie Národného programu duševného zdravia na obdobie rokov 2005 až 2015. Zámerom je destigmatizácia osôb s duševnou poruchou, rozvoj Agentúr domácej ošetrovateľskej starostlivosti v odbore psychiatria, vytvorenie služieb krízovej intervencie a rozvoj programov v záujme ochrany duševného zdravia. Tieto návrhy sú zároveň v súlade s trendmi, ktoré sa presadzujú v krajinách EÚ a ich rozvoj je zakomponovaný v materiáloch EK (Zelená kniha – Green paper on mental health, 2006). Hodnotenie doterajšieho procesu plnenia týchto zámerov je však rozpačité.

Psychiatrická starostlivosť ako historicky okrajová súčasť zdravotníckeho systému je personálne i ekonomicky naďalej poddimenzovaná. Bohužiaľ ju môžeme, napriek nevyhnutnej potrebe dostatku času na pacientove problémy, charakterizovať ako „vysookoobrátkovú“. Psychiater tak stále musí za krátky čas ošetriť veľa pacientov. Priemerný čas na jedného pacienta je cca 20 min. V minulých rokoch bola snaha riešiť tento problém zvýšením počtu psychiatrov. S týmto zvýšením však zároveň došlo ku kontinuálnemu zvýšeniu počtu pacientov v psychiatrických ambulanciách. Podotýkame, že došlo k zvýšeniu pacientov a nie frekvencie vyšetrení. Táto skutočnosť je v súlade s celosvetovým trendom pokračujúceho narastania incidencie psychických porúch. Problém teda ostal nevyriešený.

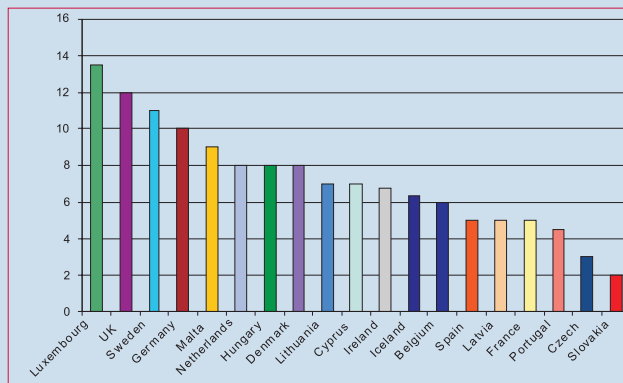
Následne sa vykryštalizoval ďalší problém – vykazovanie preventívnych výkonov a financovanie ambulancií. Samotné výkony, tak ako sú definované v katalógu výkonov, majú istú časovú náročnosť, ktorú nie je možné za podmienok poskytovania starostlivosti v SR dodržať. Vykazovanie výkonov v súčasnosti slúži viac menej len ako vyjadrenie fakturačného nároku na prevádzku ambulancie. Tento problém bol čiastočne vyriešený v roku 2004 – 2005 upustením od časovania jednotlivých výkonov v ambulantnej psychiatrii. Tento spôsob fakturácie je potrebné zachovať, kým nebude akceptovaná reálna časová nákladová cena a adekvátne personálne pokrytie dopytu po psychiatrickej starostlivosti.

2. Aktuálne problémy odboru všeobecne

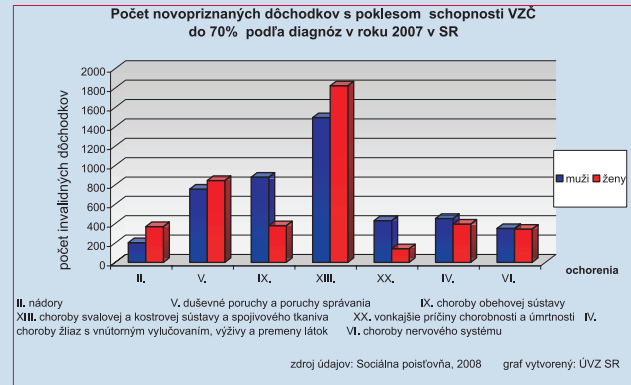
Vyššie spomínané okrajové postavenie psychického zdravia nie je len postojom laickej verejnosti, ale aj odbornej a politickej. Príčiny tejto situácie sú rôzne – od neznalosti problematiky až po bagatelizovanie významu duševného zdravia. Za týmito postojmi je aj chýbanie aktuálnych poznatkov o príčinách a možnostiach liečby duševných porúch, ich prognóze a perspektíve znovuzaradenia sa do života a pracovného procesu. Akoby sa pokrokové postoje a názory patriace k 21. storočiu psychiatrii vyhýbali, a to aj napriek tomu, že mnohé poznatky z oblasti psychických porúch sa dnes už opierajú o relevantné zistenia najmodernejších diagnostických a výskumných metód (rádionuklidové metódy, magnetická rezonancia, jednofotónová emisná počítačová tomografia...).

Psychiatrická starostlivosť na Slovensku je výrazne dotovaná nízkou cenou práce lekára, napriek tomu, že odborná spôsobilosť psychiatra je plne porovnateľná s kolegami ostatných rozvinutých štátov EÚ. Miera % podielu výdavkov na psychiatrickú starostlivosť v zdravotníctve SR je najnižšia v európskom regióne.

Mental Health Expenditure in European Economic Area countries (% of total health expenditure)



Duševné poruchy a poruchy správania



Podľa správy WHO o zdraví vo svete, tvoria duševné poruchy 15 % z celkových nákladov na všetky ochorenia. V SR sú to len cca 2 % pre duševné zdravie z celkových výdavkov na zdravotníctvo!!!

Keď analyzujeme ostatné socioekonomické ukazovatele je nedostatočné financovanie psychiatrickej starostlivosti ešte zarážajúcejšie:

1. duševné choroby patria medzi hlavné príčiny predčasného odchodu do dôchodku a priznania invalidného dôchodku v EÚ.

Na Slovensku sú tretou najčastejšou príčinou invalidizácie, hneď za onkologickými a srdcovo-cievnyimi ochoreniami (1 300 novopriznaných dôchodkov s poklesom VZČ nad 70 %, 1 500 novopriznaných dôchodkov s poklesom VZČ do 70 %, oba údaje sú za rok 2007). Od roku 2004 zaznamenávame každoročný postupný nárast novopriznaných invalidných dôchodkov. Kým invalidizovaní pacienti so srdcovo-cievnyimi a onkologickými ochoreniami sú väčšinou vo vyššom veku, pacienti s najzávažnejšími duševnými poruchami sú často v adolescencii alebo v najefektívnejšej fáze produktívnej dospelosti. Výpadky z trhu práce sú tým ekonomicky závažnejšie.

2. duševné ochorenia patria medzi najčastejšie príčiny dočasnej pracovnej neschopnosti:

Údaje, ktoré zverejnila Svetová banka, poukazujú na to, že práve psychické poruchy sa stávajú stále väčším socioekonomickým bremenom pre každú spoločnosť a práve psychické poruchy zaujímajú v rámci všetkých ochorení popredné miesta.

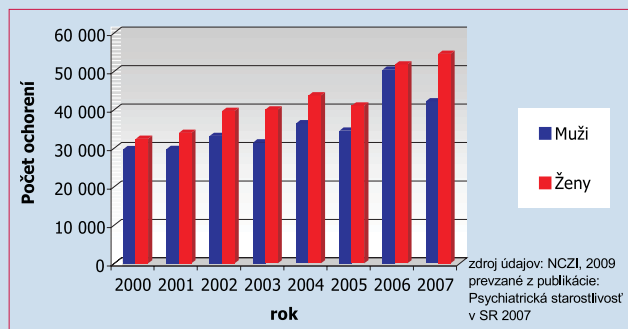
Svetová banka očakáva, že do roku 2020 bude depresia najvýznamnejšou príčinou chorôb v rozvinutých krajinách a v zmysle ekonomických kalkulácií bude najdrahším ochorením sveta (najmä v dôsledku straty pracovnej produktivity).

Odhaduje sa, že len depresia v súčasnosti stojí krajiny EÚ zhruba 1 % HDP, pritom len tretina pacientov s depresiou bola v kontakte s odborníkom a väčšina z nich nedostáva potrebnú liečbu.

Celkovo zlé duševné zdravie stojí EÚ približne 3 % – 4 % HDP, najmä v dôsledku straty produktivity práce.

3. počet psychiatrických ochorení neustále narastá. Podľa posledných epidemiologických štúdií je len výskyt depresie na Slovensku cca 22 %. Toto číslo tvorí takmer štvrtinu dospelaj populácie a pritom nezachytáva ostatné duševné ochorenia. Predpokladá sa, a hovoria o tom aj európske štatistiky, že až 50 % populácie môže v priebehu života trpieť duševnými chorobami. Najbežnejšími formami zlého duševného zdravia v EÚ sú úzkostné poruchy a depresia.

Vývoj incidence duševných porúch správania v SR (2000 – 2007)



4. duševné ochorenia (najmä depresia) sú hlavnou príčinou samovrážd.

V EÚ zomiera každý rok asi 58 000 obyvateľov v dôsledku samovraždy, čo je viac ako počet úmrtí spôsobených dopravnými nehodami, vraždami alebo HIV/AIDS. Významový podiel verejných financií na uvedené oblasti v porovnaní s duševnými ochoreniami je pritom neporovnateľný!

Iným problémom súčasnej ambulantnej psychiatrickej praxe je nerovnomerné regionálne nasýtenie psychiatrickej siete, nerovnomerná dostupnosť a výrazne disproporcionálne toky verejných financií v rámci krajov v SR (voľná interpretácia na základe článku MUDr. V. Haceka v Konzílium 6/2009).

Za nevyhnutné považujeme vyrovnanie medzioblastných rozdielov vo finančných tokoch a limitoch jednotlivých psychiatrických ambulancií.

Pri neustále stúpajúcom trende v incidencii duševných ochorení a jeho dopadoch na ekonomiku, pri zvyšujúcom sa dopyte po psychiatrických službách opätovne narážame na otázku nedostatku psychiatrov.

V roku 2008 bolo vo verejnej sieti 386 ambulancií s 322,62 LM. Na jedno LM v ambulantom psychiatrickom zariadení priemerne pripadlo 16 760 obyvateľov. V štátoch rozvinutej časti Európskej únie však na psychiatra pripadá 11 000 občanov, čo je menej o vyše 34 %. *Chýbajú nám teda traja psychiatri na 100-tisíc obyvateľov.* Samostatnou kapitolou je incidencia duševných porúch v SR, kde nepriaznivé sociálne a ekonomické faktory preukázateľne vedú k zvýšenej chorobnosti občanov SR na depresie, úzkostné poruchy, závislosť od alkoholu, ale aj poruchy z okruhu schizofrénie. Z uvedeného vyplýva, že *dostupnosť psychiatrickej liečby je u nás minimálne o 34 % horšia ako v rozvinutých krajinách EÚ* (MUDr. V. Hacek, Konzílium 6/2009).

Na tomto mieste chceme znovu poukázať na nedostatky v personálnom zabezpečení psychiatrickej starostlivosti v SR, ktorá vedie k preťažovaniu a nedoceneniu existujúcich poskytovateľov.

Akútnym problémom je „sankcionovanie“ poskytovateľov za nedodržovanie SPC registrovaných indikácií (off label liečba) a nedodržovanie indikačných obmedzení (IO).

Pravdepodobne oveľa častejšie ako v iných odboroch medicíny, sa v psychiatrii kolízne stretávame s trendom prístupu registrácie liekov podľa zásad EBM (Evidence Based Medicine). V psychiatrii stále ešte liečime najmä symptómy a syndrómy a nie konkrétne diagnostické jednotky. Prístup EBM pritom pracuje viac menej len s konkrétnymi diagnostickými jednotkami. Čoraz častejšie zachytávame, pre psychiatriu značne znepokojujúce, redukcionis-

tické stotožňovanie lege artis liečby s registrovanými indikáciami lieku podľa SPC. Nerešpektovanie obmedzení metodiky EBM a jej rígidna aplikácia v klinickej psychiatrickej praxi (len podľa SPC) nás vo viacerých prípadoch paradoxne tlačí k non lege artis postupom (až príliš obmedzuje klinické využívanie ostatných relevantných medicínskych poznatkov) a zakladá našu *bazálnu právnu neistotu poskytovania zdravotnej starostlivosti.*

Staré a často *obsolentné psychiatrické lieky z 50. – 70. rokov minulého storočia* boli registrované (SPC) na liečbu symptómov, syndrómov a prakticky ich možno použiť na všetky diagnostické jednotky. Od cca 80. rokov min. stor. sa lieky začali registrovať len na klasifikačné diagnostické jednotky, aj v závislosti od ekonomických záujmov a možností farmaceutických spoločností.

V súčasnej psychiatrickej praxi sa naliehavo stretávame s výrazným rozkolom v základnej zákonnej požiadavke liečiť na podklade nových postupov (lege artis), ktoré sú odporúčané v odbornej literatúre (vrátane psychiatrických učebníc) a registračnými (SPC) a indikačnými obmedzeniami (IO).

Pacientov sa snažíme liečiť *lege artis*. Mnohokrát sa jedná o život zachraňujúcu liečbu (či už pacient ohrozuje seba alebo spoločnosť), pričom iné liečebné možnosti boli vyčerpané alebo podľa SPC akoby neexistovali...

Dlhodobá zaužívaná prax v liečbe syndrómov a nie diagnóz (vrátane fakultných ústavných psychiatrických zariadení), ktorá je odrazom liečby lege artis, ďalej medzery v postgraduálnom vzdelávacom systéme, nečinnosť predchádzajúcich vedení MZ SR a predchádzajúcich odborných psychiatrických spoločností, mnohoročné zanedbávanie revíznej činnosti zo strany zdravotných poisťovní (ZP) vyústilo do dnešných nezrovnalostí v ordinovaní psychiatrických liekov.

Chceme zdôrazniť, že sa nejedná „len“ o nejakú ohraničenú skupinu poskytovateľov, ktorí by sa snád vedome pod tlakom marketingu farmaceutických spoločností chceli obohatiť zo zdrojov verejného poistenia.

Je to problém, ktorý sa týka každého jedného ambulatného i ústavného poskytovateľa psychiatrickej starostlivosti!

Uvedomujeme si svoj podiel zodpovednosti, ale ako už bolo uvedené, máme za to, že pochybenia sú aj na strane zdravotných poisťovní (ZP), MZ SR, odborných spoločností, vzdelávacieho systému, a v niektorých prípadoch aj možného účelového dezinformovania zo strany farmaceutických firiem.

Zásadne odmietame likvidačný spôsob spätného získavania finančných prostriedkov do ZP (náhrady za lieky preskribované 5 rokov dozadu, podľa neoverených informácií až 10 rokov dozadu). *Problém nedodržovania indikácií je systémový, netýka sa len ambulatných psychiatrov a je zdrav. poisťovníam známy už niekoľko rokov na základe mesačných pravidelných revízií výstupov. Likvidačné vymáhanie financií od ambulatných zariadení preto vnímame ako nekorektné až hranične nezákonné riešenie zlej ekonomickej situácie zdravotných poisťovní.*

3. Aktuálne problémy v zdravotnom poistení: spôsob úhrad, výhody a nedostatky, problémy, konkrétne návrhy riešenia.

V roku 2009 ZP Apollo pristúpila k automatizovaným svojvoľným reštrikčným revíznym opatreniam. Automaticky boli vylúčené niektoré prevedené výkony. Táto svojvoľná revízia bola podľa našich zistení v rozpore s platným katalógom/zoznamom výkonov, kde sú jednotlivé výkony jasne a presne definované. Napríklad svojvoľné obmedzenie frekvencie výkonu 3 362 (Poučenie a vedenie rodinného príslušníka...).

Tieto revízne rozhodnutia mali niekedy za následok nenaplnenie zmluvného mesačného finančného objemu. V ďalšom nadväzujúcom kroku mohlo dôjsť v nových dodatkových zmluvách k zníženiu objednaného objemu zdravotnej starostlivosti (nové dodatky – spojenie ZP Apollo a Dôvera).

Sumárne zhrnutie súvisiacich sporných faktov:

1. Zmena jasne definovaných výkonov v katalógu zdravotných výkonov – na zmeny katalógu/zoznamu výkonov je oprávnená len komisia zriadená ministerstvom zdravotníctva (§ 3, 576/2004 Z. z.).
2. Došlo k obmedzeniu (3 362) až úplnému odmietnutiu (836) poskytovania zdravotnej starostlivosti poisťovcom, na ktorú majú zákonný nárok, jasne definovaný obsahovo aj frekvenciou použitia platnými právnymi predpismi (223/2005 Z. z., 226/2005 Z. z.).
3. Poskytovatelia neboli vopred upovedomení o tejto zmene, napriek tomu im neboli uznané už prevedené výkony. Navyše zmena ponímania výkladu jednotlivých výkonov zdravotnou poisťovňou prebehla bez odbornej diskusie s kompetentnými zástupcami príslušnej odbornosti.
4. Revízia prebehla len administratívne „na diaľku“, bez riadnej kontroly zdravotníckej dokumentácie.

Žiadame vyrovnanie nedoplatkov ZP Apollo za rok 2009 (do výšky zmluvne dohodnutých limitov) a prehodnotenie (navýšenie) zmluvných limitov v príslušných dodatkoch na r. 2010 (spojenie ZP Apollo a Dôvera) u jednotlivých dotknutých poskytovateľov ambulantnej psychiatrickej starostlivosti.

Opakovane boli zaznamenané snahy o revízne kontroly časovania psychiatrických výkonov, pričom dodržiavanie časovania výkonov je od roku 2005 pozastavené.

Žiadame o okamžité zastavenie týchto revíznych snáh zo strany ZP. Otázkou časovania výkonov považujeme za uzavretú do obdobia, kým nebude dostatočne saturovaná ambulantná psychiatrická starostlivosť po stránke personálnej i finančnej (so zreteľom na celkové reálne nákladové ceny poskytovania starostlivosti). Žiadame akceptovať tieto skutočnosti aj s avizovaným príchodom nového (respekt. čiastočne prepracovaného) katalógu výkonov.

Zo strany ZP Dôvera žiadame prehodnotiť váhu jednotlivých posudzovaných parametrov psychiatrickej zdravotnej starostlivosti.

Naším cieľom liečby je čo najrýchlejšie, najúčinnnejšie a dlhodobé dosiahnutie remisie/kompenzácie zdravotného stavu pacienta s rýchlym a plnohodnotným zaradením do pracovného procesu. To si často vyžaduje použitie moderných netlmivých liekov s nízkym rizikom nežiaducich účinkov. Dôležité a pacientom i najčastejšie vítané je zvládnutie choroby bez hospitalizácie v rodinnom domácom prostredí s prechodne zvýšenou frekvenciou kontrol a verbálnych intervencií, prípadne psychoterapeutických sedení.

Nastavenie váhy parametrov podľa nás diskriminuje takéto ciele a nepriamo preferuje opačný postup – ekonomicky nenáročný liek s vysokými rizikami, hospitalizáciu uprednostňuje pred časťšími ambulantnými kontrolami.

Navrhujeme alikvótnu presunutie parametrickej váhy. Smerom od parametrov ekonomickej náročnosti farmakoterapie a frekventovanosti kontrol k alikvótnu vyššej váhe parametra počtu hospitalizácií. Inými slovami – počet hospitalizácií je podľa nás najsignifikantnejší negatívny ukazovateľ ambulantnej kvality liečby (aspoň podľa nastavenia súčasných indikátorov) a navrhujeme, aby mal preto parametrovo najvyššiu váhu.

4. Konkrétne požiadavky na rok 2010 (na podklade už vyššie uvedených faktov).

1. Psychiatrická starostlivosť je historicky neprávom nedocenená po všetkých stránkach (spoločensky, medicínsky i ekonomicky). Odmietame túto podsúvanú poddimenzovanú pozíciu na okraji záujmu celého zdravotníctva. Apelujeme na rozsiahly celospoločenský vplyv na **produktivitu práce a rast HDP**. Vzhľadom na neustále stúpajúci trend výskytu psychických ochorení, a tým aj stúpajúcu zaťaženosť psychiatrických ambulancií žiadame v roku 2010 plošné navýšenie zmluvných limitov. Uvedomujeme si prítomnosť finančnej krízy a **žiadame od 01. 04. 2010 navýšenie len o 5 %** oproti objemom z roku 2009.

2. Žiadame prechodné obdobie v riešení vysoko aktuálnej problematiky nedodržiavania registrovaných indikácií (SPC) a indikačných obmedzení (IO). Uvedomujeme si svoj podiel zodpovednosti a nechceme spochybňovať potrebu a zásady farmakoekonomickej. Viacvrstvosť celého problému je však taká široká, že ambulantný sektor psychiatrie odmieta „sankcie“ zo strany ZP. *Žiadame prechodné obdobie minimálne do konca roku 2010*. Toto obdobie je potrebné na finalizáciu konkrétnych krokov a potrebu postupného zosúladenia farmakoterapie s nastolenými požiadavkami, v rámci ambulantného i lôžkového sektora psychiatrickej starostlivosti. *Unáhľená úprava liečby by v mnohých konkrétnych prípadoch prinášala neúnosné riziko ohrozenia zdravia a života pacientov a ich okolia.*

3. Žiadame o spätné uznanie a úhradu (do výšky zmluvných limitov) svojvoľných revíznych opatrení poisťovne **Apollo** v roku 2009 u dotknutých poskytovateľov **do 31. 03. 2010**.

4. Následne žiadame aj prehodnotenie znížených zmluvných limitov v nových dodatkoch na r. 2010 (spojenie **Apollo + Dôvera**) u dotknutých poskytovateľov **do 31. 03. 2010**.

5. Žiadame o okamžité zastavenie revíznych snáh zameraných na časovanie psychiatrických výkonov. Otázkou časovania výkonov považujeme za uzavretú do obdobia, kým nebude dostatočne saturovaná ambulantná psychiatrická starostlivosť po stránke personálnej i finančnej (so zreteľom na celkové reálne nákladové ceny poskytovania starostlivosti aproximované na časovú jednotku). Žiadame akceptovať túto požiadavku aj na avizovaný príchod nového (de facto len čiastočne prepracovaného) katalógu výkonov.

6. Žiadame vyrovnanie medzioblastných rozdielov v limitoch objemu zdravotnej starostlivosti psychiatrických ambulancií **do 30. 06. 2010**. Žiadame o súčinnosť ZP v poskytnutí potrebných informácií na doriešenie tohto procesu.

7. Žiadame zo strany ZP Dôvera prehodnotiť váhu jednotlivých posudzovaných parametrov poskytovanej zdravotnej starostlivosti **do 31. 03. 2010**.

Stručný prehľad činnosti

Regionálnych asociácií súkromných lekárov SR a odborných sekcií ASL SR

RASL Lučenec

zo stretnutia Regionálnej asociácie súkromných lekárov, ktoré sa konalo dňa 24. marca 2009 v reštaurácii Hviezda v Lučenci.

Mimo vydaného programu stretnutia sa zúčastnila vedúca oddelenia posudkových činností Úradu práce sociálnych vecí a rodiny v Lučenci Mgr. Zuzana Pašková. Účelom jej účasti bolo, aby sa

dohodli spoločné postupy pri vystavovaní lekárskeho nálezov na tlačivách určených pri poskytovaní kompenzácií a aby sa zjednotilo vykazovanie práce lekára, ktorú uhrádza Úrad práce sociálnych vecí a rodiny.

Posudkoví lekári Úradu práce môžu vychádzať z nálezov nie starších ako 6 mesiacov. Často sú doložené dvoj- trojročné nálezy a v mnohých prípadoch sa stáva, že nález lekára prvého kontaktu nekorešponduje s nálezom odborného lekára. Takéto chyby sa stávajú pri prepisovaní nálezov, preto je vhodnejšie nálezy odborných lekárov prefotiť, kópie potvrdiť pečiatkou a podpisom lekára prvého kontaktu a tak ich doložiť, ako prílohu lekárskeho nálezov. Ďalším problémom je vyplňovanie tlačiva rukopisom, ktorý sa v mnohých prípadoch nedá prečítať. Tento problém sa dá vyriešiť jednoducho vypisovaním na stroji alebo na počítači.

Lekárske nálezy vystavené za účelom kompenzácie majú platnosť 6 mesiacov. To znamená, že ak pacient podal žiadosť na jeden typ kompenzácie a o mesiac príde s požiadavkou na iný typ kompenzácie, stačí ak sa prefotia už vystavené nálezy, ktoré nie sú staršie ako 6 mesiacov.

MUDr. Pauerová, posudková lekárka Úradu práce doplnila Mgr. Paškovú a upozornila na to, že **závery odborných lekárskeho vyšetrení musia byť uvedené s citáciou plného mena vyšetrujúceho lekára a dátumom vyšetrenia.** Nedajú sa akceptovať napríklad stupne inkontinencie bez nálezov urológa alebo gynekológa alebo neurológa. Ak tieto nálezy chýbajú, posudkový lekár je nútený vyžiadať celú dokumentáciu pacienta, čo v konečnom dôsledku predlžuje a komplikuje vybavenie žiadosti.

Ak diagnózy majú určené zatriedenia, treba presne uviesť toto zatriedenie. Nestačí len slovné určenie, že ide o arteriálnu hypertenziu, treba uviesť aj stupeň podľa WHO, to isté sa týka aj ischemickej choroby srdca, pri ktorej musí byť uvedený stupeň NYHA. Pri onkologických ochoreniach tiež nestačí uviesť len napríklad karcinóm prsníka a podobne.

Vykazovanie výkonov pre Úrad práce bolo pôvodne dohodnuté v trojmesačných intervaloch. Vzhľadom na zvýšený počet žiadateľov o kompenzáciu je výhodnejšie mesačné zúčtovanie.

Aby preplatenie práce lekára nebolo výlučne závislé od toho, či pacient odovzdá vyplnený formulár, v praxi sa osvedčil nasledovný postup (niektorí lekári to už tak robia): lekár prvého kontaktu vyberie od pacienta zálohu 7 Eur a vydá mu vyplnené tlačivo. Spolu s tlačivom vydá aj dokument malého formátu (môže to byť aj prefotená prvá strana lekárskeho nálezov), kde sú napísané základné údaje pacienta s požiadavkou o potvrdenie odovzdania tlačiva. Keď sa pacient vráti s týmto potvrdením, lekár mu vráti zálohu a zapíše ho do výkazu odoslaných lekárskeho nálezov. Pre Úrad práce je výhodnejšie mesačné zúčtovanie výkonov, pretože všetky dokumenty na kontrolu výkonov sú ešte k dispozícii a nie sú uložené v archíve.

V záujme urýchlenia identifikácie pacientov by bolo výhodnejšie uvádzať vo výkaze **rodné číslo** namiesto dátumu narodenia.

Taktiež by bolo výhodnejšie odoslať najprv výkazy na odsúhlasenie a potom len vystaviť faktúru – ako sa to robí pri úhrade za vypísanie uchádzačov o zamestnanie na dočasnú pracovnú neschopnosť. Tieto opatrenia slúžia k tomu, aby bola čo najväčšia spokojnosť na oboch stranách.

Vyhodnotenie činnosti RASL v Lučenci za rok 2009

V roku 2009 mala RASL v Lučenci 95 členov.

V uplynulom roku bolo plánovaných 5 stretnutí a to 4. februára, 15. apríla, 10. júna, 23. septembra a 9. decembra.

Prvé stretnutie v roku bolo venované vyhodnoteniu činnosti RASL za predošlý rok. V ďalšej časti boli prítomní podrobne informovaní zástupcami Zdravoty o stave rokovani so zdravotnými poisťovňami. V rámci organizačných aktualít sme členov informovali o povinnostiach poskytovateľov zdravotnej starostlivosti pri vystavení lekárskeho nálezov na základe vyžiadania príslušného úradu. V ďalšej časti sme sa podrobne venovali novému zákonu o cestnej premávke, kde sme sa zamerali najmä na lekárske prehliadky vodičov a záujemcov o získanie vodičského preukazu. Aprílového stretnutia sa zúčastnil aj prezident ASL SR MUDr. Ladislav Pásztor, MSc. Vo svojom prejave nás podrobne informoval o problémoch okolo uznaných a nepreplatených nadlimitných výkonov, ako aj o stanovení spravodlivých limitov pre špecializovanú ambulantnú starostlivosť. Ďalej sa venoval systému objednávaní pacientov na odborné vyšetrenia a na konkrétnom príklade poukázal na úskalia právne neošetrených objednávacích lístkov vydaných pre pacientov. Lekárov prvého kontaktu informoval o reálnych možnostiach získania ďalších finančných prostriedkov v rámci prevencie, kde len jedna štvrtina určeného finančného objemu sa využívala na preplatenie týchto výkonov.

V závere svojho vystúpenia informoval prítomných o smerovaní Zdravoty v stave, kde hospodárska kríza vážne zasiahla aj do financovania zdravotníctva. Vzhľadom na vzniknutú situáciu Zdravota organizovala stretnutia so svojimi členmi v každom krajskom meste.

Vzhľadom na to, že koncom mája sa konala členská schôdza Zdravoty v Banskej Bystrici a RASL organizovala júnovú vedeckú pracovnú schôdzu v Lučenci, plánované stretnutie RASL v júni sa neuskutočnilo.

Na septembrovom stretnutí sme podrobne informovali členov o minimálnych požiadavkách na personálne a materiálno-technické vybavenie ambulancií. Ďalej sme informovali o povinných a odporúčaných očkovaníach osôb proti vybraným nákazám. Dôležitou informáciou bolo, že pobočka Všeobecnej zdravotnej poisťovne v Lučenci premiestnila svoju ekonomickú agendu do Banskej Bystrice. Pre poskytovateľov to znamenalo zmenu adresy na odosielanie faktúr.

Neprítomnosť lekára v práci viac ako päť dní musí byť písomne alebo elektronickou formou nahlásené na BBSK – aj táto informácia odznela na tomto stretnutí.

Prílohou tejto zápisnice bolo aj paragrafové znenie povinnosti poskytovateľa zdravotnej starostlivosti a podrobná informácia s návratkou o divadelnom predstavení (13. novembra) vo Zvolene. Decembrové stretnutie sa venovalo, v spolupráci s Úradom pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou, zásadám pri obhliadke mŕtveho tela.

V ďalšej časti odznela podrobná informácia o Valnom zhromaždení ASL SR v Banskej Bystrici. V rámci organizačných aktualít sme upozornili prítomných na trestnú zodpovednosť lekárov, ktorí na nátlak pacientov predpíšu alebo podajú liek, ktorý nie je registrovaný v našej republike.

V závere stretnutia – ako každý rok na decembrovom stretnutí – predseda RASL blahoželal všetkým členom, ktorí sa dožili významného životného jubilea a odovzdal im malé darčeky.

O všetkých stretnutiach sa vyhotovili podrobné zápisnice, ktoré poštou dostal každý člen bez ohľadu na to, či sa stretnutia zúčastnil alebo nie.

Plán činnosti na rok 2010

Plán stretnutí:

24. marca (streda), **9. júna** (streda), **22. septembra** (streda – školenie BOZP, spolu aj so zdravotnými sestrami po dvoch rokoch), **8. decembra** (streda).

Organizačné aktuality

S platnosťou od 1. marca 2010 vyšlo osobitné vydanie Vestníka Ministerstva zdravotníctva SR s obsahom: **Odborné usmernenie MZ SR o náplni lekárskeho preventívnych prehliadok vo vzťahu k práci.** V prílohách sú náplne lekárskeho preventívnych prehliadok osôb exponovaných vybraným chemickým, fyzikálnym, biologickým faktorom a osôb exponovaných faktorom fyzickej záťaže. Ďalej sú uverejnené **náplne preventívnych lekárskeho prehliadok**, pri ktorých zdravotnú spôsobilosť vyžadujú osobitné predpisy. Poslednými prílohami sú **vzory posudkov spôsobilosti na prácu.** Vestník (za cenu 5,20 Eur) sa dá objednať písomne na adrese: V OBZOR, s.r.o., P.O.Box 64, 820 12 Bratislava alebo telefonicky na čísle 02/529 61 251; taktiež na adrese e-mail: obzor@obzor.sk.

Mestské a obecné úrady v zmysle Zákona 448/2008 začali poskytovať finančné prostriedky na sociálne služby ako je: opatrovateľská služba, zariadenie pre seniorov, zariadenie opatrovateľskej služby a prepravná služba. Podmienkou posúdenia odkázanosti na sociálnu službu je aj doloženie lekárskeho nálezu na tieto účely. Vzhľadom na to, že tlačivo na lekársky nálezu je veľmi podobné tomu, ako je to v prípade pre potreby Úradu práce sociálnych vecí a rodiny (kompenzačné), podrobnejšie si treba všimnúť účel vystavenia lekárskeho nálezu.

Vystavenie lekárskeho nálezu obecné úrady preplácajú obdobne, ako ich prepláca úrad práce (v zmysle opatrenia MZ SR č. 07045-25/2008-OL zo dňa 8. 10. 2008) na základe vyplneného Výkazu k úhrade za zdravotné výkony na účely odkázanosti na sociálnu službu.

Mestský úrad v Lučenci, oddelenie školstva a sociálnych vecí prostredníctvom RASL v Lučenci žiada všetkých pediatrov **o lepšiu súčinnosť pri riešení problémov záškoláctva** školopovinných detí. Od určitého počtu neospravedlnených hodín žiaka sa postupuje v zmysle trestného zákona – zanedbania výchovy. Stáva sa, že deti sú dlhodobo zneužívané na zobrazenie v zahraničí alebo iným spôsobom. Po začatí trestného stíhania zákonných zástupcov žiaka dochádza k mareniu úradného výkonu na základe vydaného lekárskeho potvrdenia o chorobe dieťaťa.

V prípade, ak sa zistí podrobným šetrením, že lekárske potvrdenie bolo vydané na základe nepravdivých údajov, aj pediater môže mať nepríjemnosti za vydanie takého potvrdenia.

Do 15. apríla 2010 je potrebné zaslať ročný výkaz E (MZ SR) 2 – 01 o ekonomike organizácií v zdravotníctve na adresu: Národné centrum zdravotníckych informácií, Lazaretská 26, 811 09 Bratislava

V závere stretnutia členovia RASL diskutovali o aktuálnych otázkach.

LEGISLATÍVNE OKIENKO



JUDr. Dagmar Šišková

Na rokovanie poradných orgánov vlády SR bol zaradený návrh zákona, ktorým sa mení a dopĺňa zákon č. 331/2005 Z. z. o orgánoch štátnej správy vo veciach drogových prekurzorov a o zmene a doplnení niektorých zákonov a o zmene a doplnení zákona č. 140/1998 Z. z. o liekoch a zdravotníckych pomôckach o zmene zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní (živnostenský zákon) v znení neskorších predpisov a o zmene a doplnení zákona Národnej rady Slovenskej republiky č. 220/1996 Z. z. o reklame v znení neskorších predpisov.

Návrh zákona bol vypracovaný z dôvodu nutnosti prijať opatrenia na riešenie problémov zneužívania určených látok obsiahnutých vo voľnopredajných liekoch bez toho, aby sa obmedzila možnosť ich dostupnosti pre pacientov, ktorí trpia príslušnými syndrómami. Navrhovaný zákon tiež rieši slabé stránky v oblasti registrácie prevádzkovateľov využívajúcich určené látky kategórie 2 na legálne účely.

Novela rozširuje oblasť udelovania pokuty za správne delikty, pri ktorých nie je podozrenie priameho nelegálneho zneužitia na výrobu omamných a psychotropných látok a precizuje možnosti získavania údajov o určených látkach potrebných na zamedzenie ich nelegálneho použitia.

I. Doplnenie a zmena zákona č. 331/2005 Z. z. o orgánoch štátnej správy vo veciach drogových prekurzorov a o zmene a doplnení niektorých zákonov

1) Novela rozšíri kontrolné, evidenčné, registračné a povoľovacie oprávnenia **Štátneho ústavu pre kontrolu liečiv** (ďalej len „ŠÚKL“) voči držiteľom povolenia (registrácie) a osobitného povolenia (osobitnej registrácie) na zaobchádzanie s určenými látkami na výrobu omamných a psychotropných látok.

2) Zavádza sa povinnosť ŠÚKL-u doručiť kópiu rozhodnutia o vydaní povolenia a osobitného povolenia na zaobchádzanie s omamnými a psychotropnými látkami, kópiu oznámenia o registrácii alebo zrušení alebo pozastavení činnosti prevádzkovateľovi **ministerstvu hospodárstva a spoločnému pracovisku na sledovanie drogových prekurzorov** zriadené na základe dohody s ministerstvom vnútra a colným riaditeľstvom.

3) Novela dopĺňa kompetencie ministerstva hospodárstva o **oprávnenie ministerstva hospodárstva**, na základe ktorého môže ministerstvo na základe podnetu ministerstva vnútra, colného riaditeľstva, colného kriminálneho úradu alebo na základe vlastných zistení vyžiadať od prevádzkovateľov **údaje o všetkých objednávkach** určených látok alebo **o všetkých úkonoch** uskutočnených s určenými látkami **nad rámec hlásenia prevádzkovateľov** zaslaných ministerstvu hospodárstva pre potreby vypracovania **súhrnných správ** o medzinárodnom obchode s určenými látkami a o uvádzaní určených látok na trh vypracovaných pre Európsku komisiu.

4) Na základe novely bude môcť ŠÚKL, Ministerstvo hospodárstva SR, Ministerstvo vnútra SR, Colné riaditeľstvo SR, colné úrady, colný kriminálny úrad **vstupovať do prevádzkových priestorov prevádzkovateľov za účelom získania dôkazov** o akýchkoľvek porušeníach tohto zákona.

5) Vkladá sa do zákona *nové ustanovenie*, ktoré stanovuje, že: na výdaj liekov, ktoré obsahujú určené látky sa nevzťahujú ustanovenia týkajúce sa požiadaviek *uvádzania určených látok na trh*, vyhlásenia odberateľa podľa osobitného predpisu a oznamovania súhrnných ročných množstiev určených látok, **ak ide o výdaj liekov v množstvách potrebných na terapeutické účely na jeden liečebný cyklus**

a tiež nové ustanovenie:

fyzická osoba oprávnená na podnikanie alebo právnická osoba, ktorá odoberá určené látky kategórie 2 za účelom ich *legálneho spracovania alebo zneškodnenia* sa považuje za **prevádzkovateľa zúčastneného pri ich uvádzaní na trh**.

II. Doplnenie a zmena zákona č. 140/1998 Z. z. o liekoch a zdravotníckych pomôckach a o zmene zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní (živnostenský zákon) v znení neskorších predpisov a o zmene a doplnení zákona Národnej rady Slovenskej republiky č. 220/1996 Z. z. o reklame v znení neskorších predpisov.

1) Novela dopĺňa zákon o *nové ustanovenie* v § 35:

Zásielkový výdaj registrovaných liekov (povolených na uvedenie na trh ŠÚKL-om a Ústavom kontroly veterinárnych liečiv) s obsahom určených látok, ktorých **výdaj nie je viazaný na lekársky predpis** sa obmedzuje na **počet balení potrebných na jeden liečebný cyklus na jeden výdaj**.

2) Mení sa § 38 v odseku 7, ktorý znie:

(7) **Osoba oprávnená vydávať lieky**, ktorých výdaj **nie je viazaný na lekársky predpis** môže vydať liek s obsahom určených látok **len v takom počte balení**, v akom je to potrebné **na jeden liečebný cyklus**.

V pôvodnom znení, ktoré sa vypustilo bolo, že osoba oprávnená vydávať lieky, ktorých výdaj nie je viazaný na lekársky predpis, môže obmedziť množstvo vydaného lieku s obsahom drogového prekurzora, ak má podozrenie, že osoba požadujúca výdaj takého lieku ho používa často a vo veľkom rozsahu a za iných ako určených podmienok podania. Množstvo vydaného lieku môže obmedziť na počet balení potrebných na jeden liečebný cyklus.

Rozbor novely zákona č. 355/2007 Z. z. o ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov a o zmene doplnení niektorých zákonov (č. 124/2006 Z. z., č. 576/2004 Z. z.)

I. Zmena a doplnenie zákona č. 355/2007 Z. z.

1) Do 1. mája 2010 bude Úrad verejného zdravotníctva SR viesť evidenciu vydaných oprávnení na výkon pracovnej zdravotnej služby právnickým osobám a fyzickým osobám – podnikateľom a *uverejňovať* ich zoznam vrátane ich identifikačných údajov spolu s menom, priezviskom a titulom vedúceho tímu odborníkov pracovnej zdravotnej služby. Doteraz viedol evidenciu Národný inšpektorát práce. Ide o *presun* kompetencie.

Zákon zaviedol pre Úrad verejného zdravotníctva SR súčasne povinnosť viesť aj evidenciu lekárov a verejných zdravotníkov s určenou špecializáciou (napr. z odboru pracovné lekárstvo, preventívne pracovné lekárstvo a toxikológia, služby zdravia pri práci a verejné zdravotníctvo...), ktorí vykonávajú samostatne úlohy pracovnej zdravotnej služby v rámci dohľadu nad pracovným prostredím u zamestnancov, ktorí nevykonávajú rizikové

práce u zamestnávateľov, ktorí zamestnávajú menej ako 19 zamestnancov, a ich zoznam bude uverejňovať na svojej internetovej stránke.

2) *Podľa súčasného znenia zákona* lekár, ktorý posudzuje zdravotnú spôsobilosť na prácu, doručuje lekárovi, s ktorým má zamestnanec uzatvorenú dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti *kópie posudku o zdravotnej spôsobilosti na prácu*.

Podľa novej právnej úpravy od 1. mája 2010 *na požiadanie* poskytnie lekárovi aj *výsledky vyšetrení* získaných pri výkone lekárskej preventívnej prehliadky vo vzťahu k práci.

V tomto prípade došlo k zmene v navrhovanom znení po pripomienkovom konaní, nakoľko v pôvodnej novele sa navrhovalo, že sa výsledky vyšetrení automaticky poskytnú (teda nie na požiadanie ako je to teraz v zákone) lekárovi, s ktorým má zamestnanec uzatvorenú dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti. Pripomienka bola zohľadnená do nového znenia zákona.

3) Novela zákona dáva priestor pre možnosť úpravy povinnosti *znášať náklady*, ktoré vznikli v súvislosti s posudzovaním zdravotnej spôsobilosti na prácu inak ako podľa platnej legislatívy, ktoré v súčasnosti uhrádza zamestnávateľ alebo fyzická osoba – podnikateľ, ktorá nezamestnáva iné fyzické osoby. Nové znenie zákona to pripúšťa doplnením vety v časti textu pri znášaní úhrady nákladov zo strany zamestnávateľa, **„...ak osobitný predpis neustanovuje inak“**.

II. Zmena a doplnenie zákona č. 576/2004 Z. z.

1) V návrhu zákona sa dopĺňa vymedzenie pojmu „prevencia“, ktorá je súčasťou zdravotnej starostlivosti. V rámci *lekárskych preventívnych prehliadok* vo vzťahu k práci sa zaviedla nová definícia prevencie ako *aktívne vyhľadávanie možných príčin chorôb v súvislosti s prácou*, ich odstraňovanie a predchádzanie vzniku chorôb z povolania v súvislosti s výkonom lekárskej preventívnej prehliadky vo vzťahu k práci.

Ide o novú povinnosť poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, na ktorú nadväzuje aj *novela zákona č. 355/2007 Z. z., podľa ktorej* lekár, ktorý posudzuje zdravotnú spôsobilosť na prácu je povinný *na požiadanie* poskytnúť všeobecnému lekárovi aj *výsledky vyšetrení* získaných pri výkone lekárskej preventívnej prehliadky vo vzťahu k práci.

2) Zo zákona sa po pripomienkovom konaní *vypustila* povinnosť všeobecného lekára poskytnúť výpis zo zdravotnej dokumentácie lekárovi pracovnej zdravotnej služby v rozsahu vyžiadania, t. j. bez toho, aby bol oprávnený za uvedený výpis účtovať náhradu. Do nového znenia zákona sa zapracovala len povinnosť poskytovateľa zdravotnej starostlivosti poskytnúť, *na základe písomného vyžiadania* výpis zo zdravotnej dokumentácie v rozsahu, ktorý priamo súvisí s účelom vyžiadania lekárovi pracovnej zdravotnej služby na účel posúdenia zdravotnej spôsobilosti na prácu.

III. Zmena a doplnenie zákona č. 124/2006 Z. z.

1) Nové znenie zákona bolo doplnené povinnosťou zamestnávateľa *zaradovať* zamestnancov na výkon práce až na základe *výsledku posúdenia ich zdravotnej spôsobilosti na prácu*, a súčasne povinnosti zamestnávateľa *priebežne posudzovať* zdravotnú spôsobilosť zamestnancov na vykonávanú prácu na základe *výsledkov lekárskeho preventívneho prehliadok* vo vzťahu k práci a výsledkov hodnotenia rizika z expozície faktorom práce a pracovného prostredia.

2) Novela zákona podrobnejšie rozpracovala podmienky, za ktorých sú povinní zamestnávateľia zabezpečovať pre zamestnancov rekondičné pobyty.

- Pribudol nový druh rekondičného pobytu – *rehabilitácia v súvislosti s prácou*.
- Rehabilitácia nie je časovo ohraničená a zamestnávateľ ju zabezpečuje priebežne, jej termín nemusí nadväzovať na čerpanie dovolenky. Zákon stanovil dĺžku rehabilitácie v súvislosti s prácou, ktorá je najmenej *80 hodín v priebehu dvoch rokov*.
- Zákon konkretizuje podmienky, za ktorých má zamestnávateľ povinnosť zabezpečiť zamestnancom rekondičný pobyt. Ide o splnenie dvoch obligatórnych podmienok. Prvou je **podmienka účelnosti** rekondičného pobytu z hľadiska **prevencie profesionálneho poškodenia zdravia**. Druhou podmienkou je, že zamestnanci musia vykonávať práce zaradené **do 3. alebo 4. kategórie**. Zákon však pripúšťa možnosť zabezpečiť rekondičný pobyt aj pre zamestnancov vykonávajúcich práce *2. kategórie*, ak pobyt plní *účelnosť prevencie* profesionálneho poškodenia zdravia.
- Tým, že zo zákona musí byť splnená podmienka účelnosti z hľadiska prevencie, preto zákon uvádza, kedy nie je splnená táto povinnosť, teda kedy zamestnávateľ nemá povinnosť poskytnúť rekondičný pobyt pre zamestnancov zaradených do 3. alebo 4. kategórie. Ide o zamestnancov, ktorí sú pri práci exponovaní niektorému z faktorov pracovného prostredia, a to:
 - faktoru spôsobujúcemu vznik profesionálnej kožnej alergie,
 - biologickému faktoru,
 - elektromagnetickému, ultrafialovému a infračervenému žiareniu,
 - laseru.
- Zákon z časového hľadiska bližšie konkretizuje *podľa jednotlivých kategórií prác* obdobie, kedy vzniká zamestnávateľovi povinnosť zabezpečiť rekondičné pobyty. A to pri prácach v 3. kategórii na 5 nepretržite odpracovaných rokov a v 4. kategórii najmenej 4 nepretržite odpracované roky. Predtým zákon zohľadňoval počet rokov len v kontrolovaných pásmach prác bez ohľadu na kategórie prác.
- Novou podmienkou vyplývajúcou zo zákona je, že pred nástupom na rekondičný pobyt je zamestnanec povinný preukázať zamestnávateľovi, že nemá príznaky akútnej choroby alebo prenosného ochorenia. Pôvodne sa navrhovalo len čestné vyhlásenie, po pripomienkovom konaní sa zakotvila povinnosť túto skutočnosť preukázať *lekárskym potvrdením*.
- Ostáva v platnosti, že náklady na rekondičný pobyt znáša v plnom rozsahu zamestnávateľ.
- Nové znenie zákona podrobnejšie konkretizuje, v akých klimatických podmienkach a zariadeniach sa má rekondičný pobyt poskytovať.
- Do zákona sa zapracovala povinnosť zamestnávateľa vypracovať obsah rekondičného pobytu, o ktorom musí byť zamestnanec pred jeho nástupom informovaný.
- Novelizované znenie zákona stanovuje, akú odbornosť má spĺňať osoba, ktorá vedie, usmerňuje a programovo zabezpečuje rekondičný pobyt a s kým táto osoba má spolupracovať

Ostatné podmienky poskytovania ďalšieho rekondičného pobytu sa nezmenili.

3) Do zákona bol premietnutý presun kompetencií v evidencii vydaných oprávnení na výkon pracovnej zdravotnej služby a zverejňovanie zoznamov z Národného inšpektorátu práce na Úrad verejného zdravotníctva SR, tak ako to vyplýva aj z novely zákona č. 355/2007 Z. z.

Evidencia vydaných oprávnení na výkon *bezpečnostno-technickej služby* právnickým osobám a fyzickým osobám, ktoré sú podnikateľmi a nie sú zamestnávateľmi a ich uverejňovanie ostáva i naďalej v kompetencii *Národného inšpektorátu práce*.

4) Od 1. mája 2010 sa upravilo vykonávanie dohľadu nad pracovným prostredím, a to samostatne *lekárom alebo verejným zdravotníkom* u zamestnancov v kategórii 1 bez obmedzenia počtu zamestnancov, s ktorým má zamestnávateľ uzatvorený pracovnoprávny vzťah alebo obdobný pracovný vzťah.

Osobitne je upravený zdravotný dohľad nad pracovným prostredím u zamestnávateľa, ktorý má zamestnancov zaradených v kategórii 1 a 2 alebo sú všetci zamestnanci zaradení len v kategórii 2. V tomto prípade sa aplikuje doterajšie kritérium – obmedzený počet zamestnancov na menej ako 19.

Zákon udelil výnimku na prechodné obdobie od 01. 05. 2010 do 31. 12. 2011, počas ktorého u zamestnávateľov, ktorí zamestnávajú menej ako 50 zamestnancov, ktorí nevykonávajú rizikové práce (teda vykonávajú len práce kategórie 1 a 2, resp. práce kategórie 2). Títo zamestnávateľia nemusia mať počas uvedeného obdobia na výkon úloh pracovnej zdravotnej služby tím odborníkov, ale len pracovnoprávny alebo obdobný pracovný vzťah s lekárom alebo s verejným zdravotníkom s určenou špecializáciou.

Súčasne zákon upravuje podmienky na vykonávanie dohľadu nad pracovným prostredím samostatne lekárom alebo verejným zdravotníkom, a to na základe písomného ohlásenia Úradu verejného zdravotníctva SR s predložením dokladov o vzdelaní. Toto nadväzuje tiež na novelu zákona č. 355/2007 Z. z., ktorá ukladá Úradu verejného zdravotníctva SR povinnosť viesť aj evidenciu týchto lekárov a verejných zdravotníkov a ich zoznam uverejňovať na svojej internetovej stránke.

Zamestnávateľ si teda bude môcť zabezpečiť pracovnú zdravotnú službu vlastnými odbornými zamestnancami alebo môže zmluvne dohodnúť jej vykonávanie dodávateľským spôsobom s právnickou osobou alebo fyzickou osobou – podnikateľom, ktoré majú oprávnenie vydané na výkon pracovnej zdravotnej služby vydané Úradom verejného zdravotníctva SR pri dodržaní zákonných obmedzení v súvislosti s počtom zamestnancov a kategóriami prác.

5) K zákonu č. 124/2006 Z. z. o bezpečnosti a ochrane zdravia pri práci a o zmene a doplnení niektorých zákonov sa navrhuje pripraviť vykonávací predpis o rekondičných pobytoch, aby sa mohol konkretizovať účel, obsah a rámcové programy rekondičných pobytov a rehabilitácie v súvislosti s prácou pre zamestnancov vykonávajúcich rizikové práce.

6) Samostatne lekárom sa upravuje aj vykonávanie dohľadu nad pracovným prostredím, ktorý získal špecializáciu podľa predpisov účinných do 20. 3. 2002 v špecializačnom odbore hygiena a epidemiológia alebo hygiena práce a pracovné lekárstvo a vykonáva prax v odbore preventívne pracovné lekárstvo a toxikológia. Uvedené špecializácie boli od uvedeného dátumu nahradené u lekárov špecializáciami verejné zdravotníctvo, preventívne pracovné lekárstvo a toxikológia, pracovné lekárstvo a služby zdravia pri práci.

AKTUALITY

Lekárska spoločnosť naturálnej medicíny
Sekcia akupunktúry ASL SR
Sekcia homeopatie ASL SR
Slovenská lekárska homeopatická spoločnosť
Ústav experimentálnej medicíny UPJŠ Košice

si dovoľujú pozvať lekárov všetkých odborov na

XIV. lekársky kongres naturálnej medicíny

24. – 25. septembra 2010 v Košiciach,

ktorý bude zameraný na prezentáciu najnovších poznatkov naturálnej medicíny a možnosti jej ďalšieho rozvoja v komplexnej zdravotníckej starostlivosti.

Miesto: Inštitút vzdelávania veterinárnych lekárov
Cesta pod Hradovou 13/A, 041 77 Košice

Prihlášky k aktívnej účasti do 30. mája 2010 (o zaradení do programu rozhodne Programový a vedecký výbor, preto prosíme priložiť súhrn prednášky) na adresu:

tmochnac.akupunktura@gmail.com

Prihlášky k pasívnej účasti na adresu gajdosi@tt.psg.sk

Kongresový poplatok:

do 30. 06. 2010 20,- Eur, potom 25,- Eur, študenti 3,- Eur
(v poplatku nie je zahrnuté ubytovanie, stravovanie, satelitný workshop a spoločenský večer)

Ubytovanie a stravovanie je možné v mieste aj v blízkom okolí kongresu, informácia bude na stránke www.akupunktura.sk

Sprevodné podujatia: výstava a prezentácia firiem
Satelitný workshop v sobotu popoludní
(poplatok 10,- Eur, pre členov LSM bez poplatku)
Spoločenský večer

Informácie o kongrese budú na www.akupunktura.sk

Sídlo organizačného výboru:

Centrum akupunktúry, Ivánska cesta 23, Bratislava
tel.: +421 915 502 602 v prac. dňoch od 13:00 do 14:00 hod.
e-mail: centrum@akupunktura.sk

Bližšie informácie budú v II. informácii pre záväzne prihlásených účastníkov do 15. 7. 2010

Kongres bude mať pridelené kredity SACCME

MUDr. Gustáv Solár,
prezident kongresu

MUDr. Teodor Mochnáč,
predseda programového
a vedeckého výboru

MUDr. Juraj Gajdoš
predseda organizačného
výboru

Asociačník 2/2010, vydáva Asociácia súkromných lekárov SR, Vazovova 9/B, 811 07 Bratislava, www.aslsr.sk.
Redakcia, administrácia, inzercia: Vazovova 9/B, 811 07 Bratislava, tel.: 02/5263 2134-5, fax: 02/5263 2136,
e-mail: aslsr@aslsr.sk
Redakčná rada: JUDr. Eva Červeňanská, prof. MUDr. Ján Gajdošík, PhD., PhDr. Lujza Hanová, MUDr. Peter Olajoš

BMW Group Slovakia

Zľavy len pre členov ASL SR v 2. kvartáli 2010

ASL SR pokračuje aj v tomto roku v spolupráci s BMW Group Slovakia s výhodnými zľavami na vybrané modely len pre členov ASL SR.

Ponuku budeme aktualizovať každý kvartál 2010.

Platnosť nižšie uvedených podmienok je od 1. 4. do 30. 6. 2010.

Podmienky tohto programu platia pre nové vozidlá predané na člena ASL SR.

1. BMW radu 1 – modelový rad E87/E81/E82/E88:

- a) Ponuka pre klienta pri platbe v hotovosti = zľava z ceny vozidla
Celková zľava pre člena ASL SR je vo výške od -25,0 % z klientskej ceny vozidla.
Ponuka pre člena ASL SR pri financovaní BMW FS takisto vychádza zo zľavenej ceny vozidla vo výške -25,0 % z cenníkovej ceny vozidla.

2. BMW radu 3 - modelový rad E90/E91:

- a) Ponuka pre člena ASL SR pri platbe v hotovosti = zľava z ceny vozidla
Celková zľava na klienta je vo výške -25,0 %
b) Ponuka pre člena ASL SR pri financovaní BMW FS = špeciálna ponuka
Celková podpora je vo výške -25,0 % z klientskej ceny vozidla.

3. BMW radu 3 Coupé alebo Cabrio, modelový rad E92/E93 vyrobené do februára 2010:

- a) Ponuka pre člena ASL SR pri platbe v hotovosti = zľava z ceny vozidla
Celková zľava na klienta je vo výške -25,0 % z klientskej ceny vozidla.
b) Ponuka pre člena ASL SR pri financovaní BMW FS takisto vychádza zo zľavenej ceny vozidla vo výške -25,0 % z cenníkovej ceny vozidla.

Kontakt: aslsr@aslsr.sk

VÝROKY...

Nevčítaj životu čo Ti nedal, uč sa oceňovať čo Ti dal.

Láska je jediné bohatstvo, ktoré sa nedá ukradnúť.

Pokiaľ nedokážeš premôcť hnev, premôže on Teba.

