

# Asociačník

Číslo 3/2010

MÁJ – JÚN 2010



## Editorial

MUDr. Ladislav Pásztor, MSc.



V týchto dňoch sa stretávame v jednotlivých regiónoch Slovenska s vybranými členmi Zdravity. Krajskí volení zástupcovia sa snažili vybrať z každého okresu predstaviteľa všeobecných lekárov pre dospelých, všeobecného lekára pre deti a dorast, gynekológa, špecialistu. Analyzujeme a spoločne sa zamýšľame, kam sa Zdravita dostala ako občianske združenie. O zmenách vo vonkajšom prostredí uvažujeme v štyroch okruhoch.

**Zmeny na poistnom trhu** na Slovensku priniesli situáciu existencie dvoch obrov a jedného trpaslíka, ktoré zásadne zmenili postavenie poskytovateľov. Môžeme očakávať snahu o monopolné postavenie, až kartelové dohody o cenách. Najmä preto, že Protimonopolný úrad SR vydal zásadné rozhodnutie, že v zdravotnom poistení nemôže ísť o hospodársku súťaž...

**Legislatívne zmeny** – môžeme konštatovať, že Národná rada SR sa činila a priniesla perly typu povinnosť uzatvárať zmluvy pre všeobecných lekárov so zdravotnými poisťovňami. De facto každá takáto zmluva je od začiatku platnosti neplatná...

**Hospodárska kríza** – obľúbená výhovorka zdravotných poisťovní za posledné dva roky. Kríza určite tak skoro neskončí a my sa na to musíme pripraviť. Každá kríza má víťazov aj porazených. Bohatší sa stávajú ešte bohatšími a chudobní ešte chudobnejšími. Asi netreba hádať, do ktorej skupiny chcú súkromní lekári patriť...

**Volby do Národnej rady SR** – síce už vieme, kto voľby vyhral, ale ešte nevieme, ako bude vyzerať budúca vláda. Nie sú zodpovedané otázky, ktorá strana dostane rezort zdravotníctva a kto bude ministrom zdravotníctva. Vzhľadom na postavenie ministra zdravotníctva vo VŠZP a. s. je to pre súkromný sektor v zdravotníctve zásadná otázka. Prichádzame k záveru, že Zdravita ako občianske združenie už dosiahla vrchol svojich možností. V rokoch 2005 až 2006 sme ako súkromný ambulatný sektor dosiahli zvýšenie našich príjmov o viac ako 30 %. Posledné dva až tri roky sme v skutočnosti nedokázali pokračovať v tomto trende. Síce v čase hospodárskej krízy každá nula znamená vlastne plus, ale nemôžeme byť spokojní. Hľadáme nové

## Obsah

Editorial .....	1
Z domova .....	1
Názory .....	4
Legislatívne okienko .....	7
Aktuality .....	8

možnosti zmien organizačnej štruktúry Zdravity napr. smerom k holdingovému usporiadaniu zmluvného typu, a to vytvorením organizácie typu PPO (Provider Preferred Organisation) s prvkami manažovanej starostlivosti či P4P. Vzhľadom na veľkosť Zdravity, ktorá zastupuje v súčasnosti viac ako 2 100 subjektov a viac ako 2 600 ambulancií, ako aj na zastúpenie všetkých segmentov ambulatného zdravotníctva, potrebujeme vytvoriť niečo nové. Usilovne na tom pracujeme. Na začiatok by sme určite mohli vyskúšať projekt stabilizácie nákladov na lieky. Diskusie s vybranými členmi Zdravity sú kreatívne, živé aj kritické. Jednoznačne cítim odhodlanie byť aktívnymi pri presadzovaní oprávnených ekonomických záujmov.

Prajem Vám, milí priatelia, príjemný oddych počas letných mesiacov. Vedenie Zdravity, popri oddychu, bude tvrdo pracovať na organizačných zmenách, ako aj na nových nástrojoch zvýšenia našich príjmov. Predstavíme ich už v septembri na Valnom zhromaždení ASL SR a potom aj v jednotlivých regiónoch Slovenska. Verím, že na VZ ASL SR privítame aj nového ministra zdravotníctva.

## Z domova

Pod záštitou International Family Doctors Association sme už po štvrtý raz organizovali Medzinárodný kongres medicíny pre každodennú prax, ktorý sa uskutočnil 29. a 30. mája 2010 v hoteli Radisson Blue Carlton Bratislava. Zúčastnilo sa ho 180 lekárov z Francúzska a 160 slovenských všeobecných lekárov pre dospelých. Tradične, vysoká úroveň prednášok a prezentujúcich, ako zo Slovenska tak aj z Francúzska, opäť splnila cieľ tohto podujatia. Analýza medicínskych postupov, rozšírenie si vedomostí na základe dôkazov a pretransformovanie nadobudnutých poznatkov do



praxe bolo hlavným motívom odborných blokov – kardiológia, infektológia, urológia, gynekológia, neurológia, depresie v ambulancii všeobecného lekára, moderné trendy antiagregačnej liečby a európske odporúčania diabetes typu 2.

**Ďalší kongres bude 16. a 17. októbra 2010 v Bratislave.**

V ASO budeme publikovať abstrakty z kongresu.



## Očkovanie zdravotníckych pracovníkov proti chrípke

*Krištúfková, Z., SZU Bratislava*

Zaočkovanosť populácie proti chrípke vo veľkej miere závisí od postoja ošetrojúceho lekára k očkovaniu. Zdravotnícky pracovník má zodpovednosť nielen za svoje zdravie, ale aj za zdravie svojej rodiny a zdravie svojich pacientov.

V roku 2009, pred pandémiou, sa konal medzi 319 lekármi v okrese Nové Zámky prieskum. V ostatných 3 rokoch bolo očkovaných proti chrípke 103 (32,3 %) lekárov. V prípade pandémie by sa vtedy dalo zaočkovať 194 (60,8 %). Zo 103 očkovaných 85 sa dalo očkovať, aby chránili svoje zdravie, 52, aby chránili aj svoju rodinu. Pocit zodpovednosti voči svojim pacientom malo 36 lekárov a 30 nechcelo absentovať v práci.

Po vzniku pandémie boli zdravotnícki pracovníci určení Pandemickou komisiou vlády SR ako prioritná skupina na očkovanie proti pandemickej chrípke. Zaočkovanosť zdravotníkov však bola veľmi nízka, menej ako 5 %.

Najčastejšie príčiny odmietania očkovania zdravotníkmi boli:

**1. Cítim sa odolný.** Voči pandemickému kmeňu sú lekári rovnako vnímaví, ako ostatná populácia, čoho dôkazom sú ochorenia u lekárov.

**2. Bojím sa vedľajších účinkov, pretože vakcína je „šitá horúcou ihlou“, vyvinutá za 6 mesiacov.** Nie je to pravda, vývoj vakcíny trvá 10 – 15 rokov, 6 mesiacov trvá výroba.

**3. Nepotrebujem sa očkovať, pri prvých príznakoch ochorenia začnem ihneď užívať antivirotiká.** Neindikované nadmerné užívanie antivirotiká môže viesť ku vzniku rezistencie a k rýchlejšími antigénnym zmenám vírusu chrípky. Antivirotiká majú tiež nežiaduce účinky.

**4. Pandemická chrípka je u zdravých ľudí ľahké ochorenie.** Do 22. 4. 2010 bolo na Slovensku hlásených 424 ťažkých akútnych respiračných ochorení (SARI), z nich malo len 248 (58,5 %) základné chronické ochorenie, ktoré mohlo ovplyvniť klinický priebeh chrípky, ostatní boli dovtedy zdraví. Zomrelo 86 osôb. Po tom, čo bola dostupná očkovacia látka, bolo každé úmrtie zbytočné.

**5. Očkovať sa malo význam len v septembri.** Nie, očkovať má stále význam. Pandemický vírus sa šíri ďalej, pandemický kmeň je obsiahnutý vo vakcíne pre sezónu 2010/11.

**6. Vírus už zmutoval a nezhoduje sa s vakcinálnym.** Zatiaľ neboli zistené zmeny vírusu, ktoré by znížovali účinnosť očkovacej látky. Zdravotníci by si mali uvedomiť, že pacienti očakávajú od lekára pomoc, nie chrípku!

## Očkovanie proti H1N1, kde sa nachádzame?

*Avdičová, M., Regionálny úrad verejného zdravotníctva Banská Bystrica  
Hudečková, H., Ústav verejného zdravotníctva JLF UK Martin*

**Úvod:** Očkovanie proti chrípke spôsobenej novým pandemickým vírusom AH1N1 predstavuje strategické preventívne opatrenie, ktoré má za cieľ obmedziť a spomaliť šírenie pandémie. Je zahrnuté do pandemických plánov všetkých krajín a to v zmysle odporúčaní Svetovej zdravotníckej organizácie (SZO).

**Cieľom** prezentácie je podať informáciu o vývoji očkovacích látok proti novému vírusu chrípky AH1N1, ich bezpečnosti a efektívnosti, a o súčasnom stave v tejto oblasti.

**Vývoj vakcíny** proti novému vírusu chrípky AH1N1 odporučila SZO ihneď potom, ako došlo k rozšíreniu vírusu AH1N1 do 5 svetadielov sveta, na ktorých vírus spôsoboval chrípku nového typu.

Ako prvá bola vyvinutá monovalentná vakcína s obsahom vírusu A/California/7/2009(H1N1) – like vírus v r. 2009. V jeseni v roku 2009 boli k dispozícii viaceré monovalentné vakcíny a to adjuvantné alebo non-adjuvantné.

V marci v roku 2010 na základe dôkladnej analýzy aktivity chrípkových vírusov v období september 2009 – január 2010 vydala SZO odporúčanie pre zloženie vakcíny pre sezónu 2010/2011, ktorá by mala pre severnú pologuľu obsahovať:

- A/California /7/2009(H1N1)-like vírus;
- A/Perth/16/2009 (H3N2)-like vírus;
- B/Brisbane/60/2008)-like vírus.

To znamená, že v budúcej sezóne bude vírus novej pandemickej chrípky súčasťou tzv. sezónnej vakcíny. V súčasnosti prebieha vývoj tejto kombinovanej vakcíny a klinické testovanie vrátane hodnotenia imunogenicity. Vakcína bude podobne ako v predchádzajúcich sezónach určená predovšetkým rizikovým skupinám obyvateľstva, avšak bude dostupná aj pre ostatné obyvateľstvo podľa záujmu.

**Záver:** Jednotlivé krajiny sa v zmysle odporúčaní SZO zodpovedne pripravujú na ďalšiu sezónu chrípky s cieľom ochrániť obyvateľstvo pred výskytom pandémie a jej dopadmi na zdravie. Kľúčovým sa stáva potreba dostatočne využiť dostupné vakcíny vhodnou propagáciou očkovania tak u odbornej ako i laickej verejnosti.

## Pandémia chrípky v Slovenskej republike

*Hudečková, H., Ústav verejného zdravotníctva JLF UK Martin  
Avdičová, M., Regionálny úrad verejného zdravotníctva Banská Bystrica*

**Úvod:** Prvotná zmienka o chrípke pochádza zo staroveku a pripisuje sa Hipokratovi. Prvá popísaná pandémia pochádza z roku 1580 a v období rokov 1580 – 1900 bolo zaevidovaných ďalších 28 pandemických výskytov. V 20. storočí sa vyskytli tri pandémie so závažnými následkami nielen pre jednotlivcov, ale i pre spoločnosť.

**Materiál a metodika:** Pri retrospektívno-prospektívnej analýze sme použili údaje o hlásenom výskyte prípadov pandemickej chrípky v sezóne 2009 – 2010 na Slovensku, ktorý sme porovnali s hláseným výskytom v sezóne 2008 – 2009. Analyzovali sme vekovo špecifickú chorobnosť a porovnali výskyt hlásených ochorení podľa krajov. Pokúsili sme sa vyhodnotiť získané údaje o úmrtnosti populácie na SARI (Severe Acute Respiratory Infection).

**Výsledky:** Situácia vo výskyte novej pandemickej chrípky bola od začiatku vyhlásenia 5. neskôr 6. fázy pandemickej pripravenosti WHO v apríli a júni 2009 denne monitorovaná. Prvý laboratórne potvrdený prípad ochorenia vyvolaný vírusom A H1N1 bol hlásený na Slovensku v 22. kalendárnom týždni. Prvá vlna pandemickej chrípky s postupným nástupom od 43. kalendárneho týždňa (2009) bola prerušená vianočnými prázdninami, počas ktorých sme zaevidovali významný pokles hlásených ochorení. Následne sme zaznamenali opätovný vzostup chorobnosti najmä u školo-povinných detí. Druhá pandemická vlna kulminovala v 6. a 7. kalendárnom týždni a po nasledujúcich jarných prázdninách sme zaevidovali postupný pokles celkovej chorobnosti. Od 3. novembra 2009 do 8. apríla 2010 bolo spolu hlásených 420 prípadov SARI, z toho 86 úmrtí. Najviac prípadov sme zaevidovali vo vekovej skupine 15 – 64-ročných (305 prípadov – 73 %). U detí 0 – 14-ročných sa vyskytlo 60 prípadov (14 %) a vo vekovej skupine 65-ročných a starších 55 (13 %). Najväčší podiel na úmrtí pri dg. SARI mali 15 – 64-roční (71 prípadov – 82,6 %). V 56 prípadoch (65,1 %) boli úmrtia na pandemickú chrípku A H1N1 potvrdené laboratórne vo virologickom laboratóriu.

**Záver:** Napriek poklesu hlásených ochorení na Slovensku stále venujeme zvýšenú pozornosť pandemickej chrípke a problémom, ktoré s ňou súvisia.

## NÁZORY

### Na minútku členovia asociácie...

V predchádzajúcich číslach ASO sme predstavili špecializácie gastroenterológia a psychiatria z pohľadu odboru, vývoja, zhodnotenia súčasnej situácie, aktuálnych problémov a žiadostí na riešenia.

## V tomto čísle predstavujeme odbor Spoločné vyšetrovacie a laboratórne zložky (SValZ)



**MUDr. Peter Sečník**  
člen Správnej rady ASL SR a volený zástupca Zdravíta o. z.

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

a) laboratórne SValZy sa spolu so zobrazovacími metódami podstatným spôsobom podieľajú na diagnostike ochorení – posky-

tujú viac ako 70 % informácií pre ošetrojúceho lekára a monitorovaní liečby v rámci všetkých ostatných segmentov (VLD, VLDD, ŠAS). Činnosť mnohých odborností (diabetológia, endokrinológia, onkológia, nefrológia...) bez kvalitnej laboratórnej diagnostiky nie je mysliteľná;

b) laboratórne vyšetrenia sú súčasťou mnohých preventívnych programov, vyplývajúcich zo zákona (sledovanie glykémie a lipidov u detí, laboratórne vyšetrenia v rámci sledovania tehotných žien a pod. ...). Existujú i preventívne programy organizované zdravotnými poisťovňami (ZP Apollo – program „Zdravé srdce“...); c) pri návrhu a schvaľovaní týchto preventívnych programov sa v minulých rokoch neuvažovalo o financovaní laboratórnych vyšetrení, ktoré tieto programy generujú – jednoducho sa „vtesnali do existujúceho limitu“ príslušného PZS;

d. na medziročnom náraste počtu vykonaných laboratórnych vyšetrení za ostatné roky sa do značnej miery podieľajú i preventívne programy. Pričom je nutné konštatovať, že medziročný nárast (rok 2007 – 2008) počtu vykonaných laboratórnych vyšetrení v najväčšom laboratórnom odbore – **klinickej biochémii predstavuje + 3,2 %** (89 087 081 vyšetrení v r. 2007 a 91 942 622 vyšetrení v r. 2008) *viď tabuľky – zdroj: www.uzis.sk.*

#### Tabuľka 1

Počet vyšetrení vykonaných v r. 2007 v odbore klinická biochémia

Prehľad činnosti v oddeleniach a ambulanciách klinickej biochémie				
Územie	Počet nestatimových statimových vyšetrení			
	spolu	na jedného lekára	na jedného laboranta	na jedného obyvateľa
<b>Slovenská republika</b>	<b>89 087 081</b>	<b>947 735</b>	<b>74 861</b>	<b>16,50</b>
Bratislavský kraj	16 906 787	592 389	93 506	27,76
Trnavský kraj	6 617 990	575 477	74 359	11,90
Trenčiansky kraj	9 644 955	2 074 184	73 851	16,07
Nitriansky kraj	7 773 489	844 944	63 561	11,00
Žilinský kraj	11 652 168	2 062 331	95 096	16,75
Banskobystrický kraj	9 702 877	683 301	56 448	14,81
Prešovský kraj	14 047 725	1 596 332	72 877	17,53
Košický kraj	12 741 090	1 111 788	70 725	16,47

### 2. Aktuálne problémy odboru všeobecne

a) charakteristické pre laboratórne SValZy je to, že nemajú téměř žiadne možnosti regulácie prísunu vzoriek biologického materiálu na vyšetrenia. Neexistuje priamy kontakt s pacientom – prípadná možnosť preobjednania na vyšetrenie pri naplnení limitu pracoviskom a pod.;

Tabuľka 2

Počet vyšetrení vykonaných v r. 2008 v odbore klinická biochémia

Prehľad činnosti v oddeleniach a ambulanciách klinickej biochémie				
Územie	Počet nestatimových statimových vyšetrení			
	spolu	na jedného lekára	na jedného laboranta	na jedného obyvateľa
<b>Slovenská republika</b>	<b>91 942 622</b>	<b>963 254</b>	<b>77 136</b>	<b>17,00</b>
Bratislavský kraj	17 511 750	573 404	104 032	28,53
Trnavský kraj	6 914 968	776 963	77 331	12,37
Trenčiansky kraj	10 665 469	2 770 252	79 162	17,78
Nitriansky kraj	9 845 015	1 096 327	72 630	13,93
Žilinský kraj	11 852 231	1 454 261	90 163	17,03
Banskobystrický kraj	10 905 415	762 616	57 533	16,67
Prešovský kraj	11 279 457	1 622 943	72 161	14,05
Košický kraj	12 968 317	941 097	69 479	16,74

Zdravotnícka ročenka r. 2008, Národné centrum zdravotníckych informácií, www.uzis.sk

b) vzorky biologického materiálu po doručení do laboratória je potrebné spracovať – **nie je možné zriaďovať „čakacie listiny“**, pretože po istom čase i pri zamrazení vzorky sa vyšetrujúce parametre vo vzorkách spontánne znehodnotia;

c) po naplnení finančného limitu, ktorý má SValZ pracovisko stanovený, nie je možné jednoducho prestať vyšetruvať prichádzajúce vzorky biologického materiálu z vyššie uvedených dôvodov. Tým vznikajú **nadlimitné výkony**, ktoré predstavujú pri neadekvátne stanovenom limite v súčasnosti najväčší problém z hľadiska spolupráce so ZP;

d) **žiadanka na laboratórne vyšetrenia z hľadiska neodkladnosti vykonania** na nej ordinovaných vyšetrení znamená pre laboratórne SValZy analogickú situáciu ako recept s ordinovanými liekmi pre lekáreň. Podstatný je však rozdiel v prístupovaní zdravotných poisťovní pri preplácaní liekov, ordinovaných na recepte, kde neexistuje limitácia a preplácajú sa všetky lieky, pričom v prípade laboratórných SValZov existujú finančné limity a výkony, vykonané nad určený limit, nie sú hrazené.

### 3. Aktuálne problémy v zdravotnom poistení

#### a) Cena bodu

I. **v laboratórných SValZ-och nebola cena bodu valorizovaná viac ako 5 rokov, u VŠZP pre odbornosť klinická biochémia dokonca cena bodu poklesla.** Pokles z ceny bodu 0,22 Sk na cenu bodu 0,19 Sk (- 13,6 %) od 1. 7. 2007. V súčasnosti je cena bodu 0,006307 Eur (0,19 Sk) pre odbornosť klinická biochémia najnižšia zo všetkých laboratórných SValZ-ov;

II. **žiadame navýšenie minimálnej základnej ceny bodu pre laboratórne SValZy Zdravoty u VŠZP o 10 %, teda o 0,000664 Eur (0,02 Sk) na minimálnu hodnotu 0,006971 Eur (0,21 Sk);**

III. **u akreditovaných pracovísk** (akreditácia cez SNAS) žiadame základnú cenu **navýšiť ďalej o 0,000332 Eur (0,01 Sk);**

IV. pracoviská s nepretržitou prevádzkou – u vyšetrení, vykonávaných v pohotovostnej službe žiadame základnú cenu navýšiť o 0,000332 Eur (0,01 Sk) len u tých vyšetrení, ktoré boli v pohotovostnej službe;

V. **pracoviská, zabezpečujúce si zvoz biologického materiálu na vlastné náklady – žiadame základnú cenu navýšiť ďalej o 0,000332 Eur (0,01 Sk);**

VI. úpravy ceny bodu **premietnuť do adekvátneho navýšenia finančnej objednávky** (limitov).

#### b) Stanovenie finančného objemu objednávky

I. konečným cieľom je dosiahnuť v prípade laboratórných SValZov bezlimitný stav. Finančný limit považujeme za nutné zlo v prechodnom období;

II. **mesačná objednávka vznikne ako súčin všetkých medicínskych uznaných výkonov v bodech za priemerný mesiac roku 2009 (aritmetický priemer) a dohodnutej ceny bodu;**

III. **zachovať kumulatívne zúčtovanie v období účtovného roka** (nedočerpaný limit v „slabých“ letných mesiacoch sa uplatní pri prečerpaní v „silných“ mesiacoch);

IV. pri dlhodobom prekračovaní finančného limitu zo strany laboratória – za obdobie 3 po sebe nasledujúcich mesiacov **prekročovanie viac ako o 5 % – požadujeme individuálne dohodovacie konanie s prehodnotením limitu;**

V. migrácia poistencov sa zohľadní tým spôsobom, že sa porovná objem medicínsky uznaných výkonov u príslušného PZS v bodech za priemerný mesiac I.Q. 2009 a I.Q.2010. Zistí sa nárast/pokles a limit vypočítaný podľa bodu 3b. sa adekvátne upraví;

VI. **nové objemy realizovať od 1. 4. 2010**, úprava objemov vzhľadom na migráciu poistencov od 1. 7. 2010. Platnosť nových objemov do 30. 3. 2011.

#### c) Predstava riešenia nadlimitných výkonov

I. **možné je uvažovať o degresnej platbe pri prekročení limitu, iba však za predpokladu, že limit (objem objednávky) bude stanovený tak, ako je uvedené v bode 3b;**

II. presné pravidlá degresnej platby (nastavenie % degresu...) je nutné prerokovať a dohodnúť;

III. pri zavedení degresnej platby by problém nadlimitných výkonov prestal existovať.

#### d) Laboratórne vyšetrenia v rámci preventívnych prehliadok

I. pokiaľ nebolo pamätané na tieto vyšetrenia pri konštrukcii limitu (objemu objednávky) v r. 2009, **žiadame tieto vyšetrenia hradíť mimo limit;**

II. v spolupráci s informatikmi navrhne spôsob vykazovania týchto vyšetrení.

#### e) Dobropisovanie nadlimitných výkonov, fakturácia

I. v prípade, že sa dohodne riešenie nadlimitných výkonov ako je navrhované v bode 3c., tento problém prestane existovať;

II. **v prípade, že sa nedohodneme ako je navrhované v bode 3b., vypustiť články o dobropisovaní nadlimitných výkonov z textovej časti zmlúv.**

#### f) Úhrada nadlimitných výkonov za rok 2009

I. výkony, ktoré boli v roku 2009 medicínskou revíziou službou uznané (evidované výkony) a neboli uhradené z dôvodu prekročenia limitu žiadame uhradiť v ročnom doúčtovaní.

### 4. Kontrola a riadenie kvality v odbore a u členov Zdravoty

#### a) Interná kontrola kvality v Lab. SValZoch Zdravoty, o. z.

I. **Všetky členské laboratória Zdravoty majú zavedený interný operatívny systém riadenia kvality**, ktorý je implementovaný do dennej prevádzky laboratória spravidla cez informačný laboratórny systém;

II. Závery meraní kontrolných vzoriek biologického materiálu slúžia k operatívne monitorovaniu kvality a flexibilným zásahom pri vybočení zo sledovaných hraníc.

b) Externá kontrola kvality v Lab. SVaLZoch

**I. Všetky členské laboratória Zdravity majú uzavretú zmluvu s akreditovanými medzinárodnými organizátormi externého posudzovania kvality (EHK).** Pravidelne sa zúčastňujú kontrolných cyklov podľa časového harmonogramu objednávky;

II. Závery meraní kontrolných vzoriek EKH slúžia k monitorovaniu kvality jednotlivých laboratórnych vyšetrení z dlhodobého hľadiska a slúžia tiež k medzilaboratórnemu porovnávaniu kvality zúčastnených pracovísk na medzinárodnej báze.



## Stručný prehľad činnosti Regionálnych asociácií súkromných lekárov SR a odborných sekcií ASL SR

### RASL Lučenec

**Zápisnica zo stretnutia Regionálnej asociácie súkromných lekárov, ktoré sa konalo dňa 9. júna 2010 v reštaurácii Hviezda v Lučenci.**

Stretnutie viedol MUDr. Ján Zachar, predseda RASL v Lučenci. Po úvodnom odbornom programe stretnutie pokračovalo v organizačnom programe.

Prítomní si s veľkým záujmom vypočuli prednášku MUDr. Ladislava Pásztor, MSc., prezidenta ASL SR.

Jeho prednáška bola zameraná na hodnotenie súčasného stavu zdravotníctva, na postavenie Zdravity po zlúčení zdravotných poisťovní a na možné východiská, o ktorých ASL SR a najmä Zdravita uvažuje.

Pri hodnotení súčasného stavu konštatoval, že zlúčením zdravotných poisťovní vznikli dve veľké zdravotné poisťovne – Všeobecná a Dôvera a ostala jedna malá – Union. Vyjednávacie možnosti Zdravity v súčasnej organizačnej štruktúre sú značne sťažené. Legislatívne zmeny, ktoré sa za posledné štyri roky udiali, boli výhodné pre štátne „dirigentstvo“. Napríklad zákaz zisku pre zdravotné poisťovne, ďalej to bola uzákonená povinnosť pre všeobecných lekárov slúžiť LSPP. Je tu stále hospodárska kríza, ktorá v značnej miere ovplyvňuje chod zdravotníctva. Ktokoľvek bude tvrdiť, že kríza je už za nami, nehovorí pravdu. Každá kríza má víťazov a porazených. Výsledkom krízy bude, že bohatí budú ešte bohatší a chudobní budú ešte chudobnejší.

Zmeny nastali aj na poistnom trhu. VŠZP má približne 3,7 milióna poistencov, Dôvera má približne 1,4 milióna poistencov. Zo strany VŠZP je snaha vytvoriť novú textovú časť zmlúv, aby sa priblížila k modelu Dôvery. Je veľká snaha zo strany VŠZP do zmlúv dostať sankcie pre lekárov. Nečlenovia Zdravity ich už tam majú. Zdravita so sankciami naďalej nesúhlasí, preto Zdravitou podpísané zmluvy sankcie nemajú zakotvené.

S Dôverou sú zmluvy platné do 31. 3. 2011. Hodnotiace koeficienty sa nebudú meniť, pretože návrh Dôvery, ktorý bol predložený, bol nesplniteľný. Budú mierne zmeny v cenách. O konkrétnych cenách v tejto situácii nemá význam hovoriť.

Zdravotná poisťovňa Union nemení podmienky, všetko ostáva tak, ako doteraz.

Je potrebné urobiť analýzu súčasného stavu vo všetkých segmentoch a stanoviť prognózu vývoja cien. Najväčšia rezerva je v stanovení ceny práce lekára. Sú aj ďalšie úvahy, napríklad znížiť

množstvo predpísaných liekov, ale táto možnosť sa dá využiť iba jeden alebo dva roky.

Zdravita v súčasnej dobe už dosiahla vrchol svojich možností. Sú potrebné organizačné zmeny a sú potrebné aj nové nástroje. Záverom svojho vystúpenia MUDr. Pásztor konštatoval, že zmeny na poistnom trhu sú tak významné a pre súkromných poskytovateľov zdravotnej starostlivosti tak nepriaznivé, že sa musí zmeniť celý systém Zdravity, aby sa ako protiváha pre zdravotné poisťovne mohla postaviť organizácia, ktorá bude rovnocenným a akceptovaným partnerom pri zmluvných vyjednávaniach. Veľa závisí aj od toho, aká bude štátna zdravotná politika novej vlády.

**Ďalším bodom organizačného programu bola prezentácia riaditeľa JVT Partners s. r. o. Ing. Sobotu.**

Ide o samostatného finančného agenta oprávneného na podnikanie v oblasti sprostredkovania úverov a sprostredkovanie poistenia na základe licencie NBS. JVT Partners poskytuje finančné služby v oblasti poistenia, úverov, leasingov a auditu existujúcich zmlúv. JVT Partners ponúka svoje služby aj členom ASL SR za veľmi výhodných podmienok, na základe zmluvy o spolupráci s ASL SR. Podrobné informácie sú uvedené v prílohe zápisnice.

### Organizačné aktuality

Bližšie sa dovolenkové obdobie. Neprítomnosť lekára v ambulancii viac ako 5 dní treba nahlásiť na VÚC e-mailom na adresu zdenka.kadasiova@vucbb.sk alebo písomne na adresu Mgr. Zdenka Kádašiová, BBSK, Námestie SNP 23, 974 01 Banská Bystrica. V nahlásení dovolenky treba uviesť dátumy (od – do), meno a adresu pracoviska zastupujúceho lekára.

**Odbery biologického materiálu** na prvé odborné vyšetrenie vykoná lekár prvého kontaktu v rozsahu základného skriningu. Naďalej platí prijatá zásada, že ostatné špeciálne odbery si robí príslušný odborný lekár. Dôvod je jednoduchý. Špeciálne laboratórne vyšetrenia indikované lekárom prvého kontaktu zdravotné poisťovne nepreplatia.

### Diskusia

MUDr. Sečník, volený zástupca Zdravity o. z., vo svojom príspevku zdôraznil potrebu zmeny v organizačnej štruktúre Zdravity a uviedol, že už niekoľko mesiacov sa schádzajú krajskí koordinátori spolu s vedením Zdravity, aby vypracovali konkrétne opatrenia na to, aby sa zo Zdravity stala organizácia, ktorá bude akcie schopná najmä voči dvom najväčším zdravotným poisťovňam. Vo všetkých krajoch sa plánujú zasadnutia s výbormi RASL, na ktorých sa dohodnú spoločné postupy. Otázky sa týkali vládou schválených opatrení pre LSPP.

*Odpovedal MUDr. Pásztor, MSc.:* ASL SR vyvíja obrovský tlak na Ministerstvo zdravotníctva SR kvôli LSPP s konečným cieľom zrušiť povinnosť slúžiť LSPP, prevádzkovať LSPP do 22:00 hodiny za minimálnu hodinovú mzdu 10 Eur a aby LSPP mohol slúžiť lekár s akoukoľvek atestáciou. Schválené cenové opatrenie MZ SR určuje minimálne úhrady za LSPP, čo sa považuje za revolučnú zmenu. Doteraz boli stanovené maximálne ceny, ktoré mohli zdravotné poisťovne uhrádzať. Dňom 1. 7. 2010 minimálna hodinová mzda pre lekárov je stanovená na 6,704 Eur na všedný deň, 8,704 Eur na soboty a nedele a 10,704 Eur na štátom uznané sviatky. Tieto ceny sú uvedené na web stránke Ministerstva zdravotníctva SR v časti zdravotná starostlivosť v stanovisku MZ SR k LSPP, príloha číslo 7, v ktorej je zverejnený výpočet týchto cien. Z povedaného vyplýva, že prevádzkovateľ LSPP na základe cenového opatrenie

môže žiadať od zdravotných poisťovní zvýšenie platieb, a tým aj zvýšiť hodinovú mzdu lekára slúžiaceho LSPP. V niektorých okresoch sa už takéto ceny dohodli.

Ďalšie príspevky v diskusii sa venovali organizačným otázkam LSPP v Lučenci. Kolegyňa, ako poskytovateľka LSPP uviedla, že využíva prítomnosť väčšiny slúžiacich lekárov LSPP, aby upriamila pozornosť na nedostatky, ktoré sa pomerne ľahko dajú riešiť. Ide najmä o lieky podané v LSPP v injekčnej forme. Ak lekár podá liek, má vypísať recept na meno toho pacienta, ktorému liek podal, aby sa zásoby liekov mohli doplniť pre ďalšiu potrebu. Zatiaľ to robia asi len traja lekári. Ďalej upriamila pozornosť na pomerne veľkú chybovosť pri vykazovaní výkonov pre nepresné rodné čísla pacientov. Táto záležitosť sa dá dodatočne veľmi ťažko napraviť, preto je tu zbytočný únik financií, ktoré by mohli byť využité napríklad na zvýšenie hodinovej mzdy službu konajúcich. V poslednej dobe sa niektorí lekári vyjadrili, že zrušia zmluvu s poskytovateľom LSPP. Pokiaľ sa nezruší zákonom určená povinnosť slúžiť LSPP pre každého poskytovateľa zdravotnej starostlivosti prvého kontaktu, nie je možné túto zákonnú povinnosť nerešpektovať. Ďalším nedostatkom bolo, že niektorí lekári prišli do LSPP v podnapitom stave. Zatiaľ sa riešila jedna sťažnosť v súvislosti s alkoholom. Ak sa v budúcnosti vyskytne niečo také, bude nekompromisne postupovať v zmysle platných predpisov. Aj k tejto časti reagoval MUDr. Pásztor, MSc. K organizačným záležitostiam sa zámerne nevyjadril, prízvukoval však potrebu vzájomnej komunikácie medzi poskytovateľom LSPP a službu konajúcimi lekármi. Uviedol, že si myslí, že v Lučenci je spokojnosť s cenami práce, lebo zatiaľ nebol požiadany, aby rokoval s poskytovateľom LSPP. Ak o to bude požiadany, ochotne príde a verí, že v Lučenci sa dohodne.

Predseda RASL sa vyjadril k tomuto problému v tom zmysle, že sa nedá povedať, že by lekári boli spokojní s cenami práce v LSPP, ale poskytovateľka LSPP len začala svoju činnosť a rysuje sa, že dohody s ňou budú možné, preto sa nežiadala spolupráca ASL SR pri vyjednávaniach.

MUDr. Sečník sa podakoval všetkým lekárom, ktorí spolupracujú s SK-LAB-om aj napriek ponukám iných biochemických laboratórií. K odberom biologického materiálu dodal, že zdravotné poisťovne viažu špeciálne laboratórne vyšetrenia na príslušnú odbornosť a skutočne nepreplatia výkony indikované lekárom prvého kontaktu. Podľa jeho informácií si prevažná väčšina odborných ambulancií odbery robí sama.

## LEGISLATÍVNE OKIENKO



### JUDr. Dagmar Šišková

**ASO: Ktorý zákon alebo interný predpis MV SR ukladá policajtom povinnosť zabezpečiť vyšetrenie občana pred umiestnením do väzby alebo cely policajného zaistenia?**

1) Zákon NR SR č. 171/1993 Z.z. o Policajnom zbore v znení neskorších predpisov v ust. § 44 ods. 2 zakotvil, že:

„ak policajt zistí, že osoba, ktorá má byť umiestnená do cely, je zjavne pod vplyvom alkoholických nápojov, omamných látok, psychotropných látok alebo liekov, zranená, alebo osoba upozorní na svoju závažnú chorobu alebo zranenie, policajt zariadi jej lekárske ošetrovanie a vyžiada vyjadrenie lekára, či môže byť umiestnená v cele.“

Toto ustanovenie obsahuje niekoľko závažných skutočností, ktoré vzájomne súvisia:

- ide o **povinnosť policajta zistiť**, či je zadržaná osoba, **zo zdravotného hľadiska**, spôsobilá byť umiestnená v cele policajného zaistenia;
- musí existovať v danom prípade prítomnosť **objektívnych dôvodov** (viditeľných zranení) na zabezpečenie **lekárskeho ošetrovania**, ktoré **zistí samotný policajt**;
- alebo keď zadržaná osoba **sama upozorní** na svoju **závažnú chorobu alebo zranenie**, policajt je taktiež **povinný** zariadiť jej **lekárske ošetrovanie**;
- vo všetkých prípadoch je jednoznačne – explicitne uvedené, že policajt zabezpečí **lekárske ošetrovanie**, čiže lekár LSPP toto **lekárske ošetrovanie** aj v skutočnosti **vykoná**;
- z uvedeného vyplýva, že **len v prípadoch**, keď sa poskytuje **lekárske ošetrovanie**, má právo policajt si vyžiadať **vyjadrenie lekára**, či môže byť po tomto lekárskom ošetrovaní **zadržaná osoba umiestnená v cele policajného zaistenia** alebo je potrebná jej hospitalizácia, medikamentózna liečba alebo je potrebné vykonať iné odborné vyšetrenia;
- zákon jasne uvádza **spojitosť** lekárskeho **ošetrovania s vyjadrením lekára**;
- toto ustanovenie zákona **neopravňuje policajta** bezdôvodne, t. j. bez toho, aby sa zadržaná osoba dožadovала ošetrovania alebo nemala žiadne viditeľné zranenia alebo vykazovala požitie návykovej látky, ktoré by zistil policajt, **žiadať vyjadrenie lekára LSPP či môže byť umiestnená v cele.**“  
To by išlo o obchádzanie úmyslu tvorcu zákona.

2) Nariadenie ministra vnútra SR č. 41/2003 o celách policajného zaistenia v znení nariadenia ministra vnútra SR č. 52/2005 v článku 4 ods. 9 hovorí:

**ak policajt postupuje podľa ust. § 44 ods. 2 zákona č. 171/1993 Z. z. (teda vyššie uvedeným postupom) záznam o výsledku lekárskej prehliadky a vyjadrenie lekára, či môže byť osoba umiestnená alebo ponechaná v cele, sa založí do vyšetrovacieho spisu spoločne so záznamom o spôsobe vzniku zranenia, spísaným odovzdávajúcim policajtom alebo príslušníkom Železničnej polície.**“

Aj v tomto prípade sa jednoznačne hovorí o vzniku zranenia, záznamu o výsledku lekárskej prehliadky a vyjadrenie lekára, či môže byť osoba umiestnená alebo ponechaná v cele.

3) Ďalším prípadom je častokrát skutočnosť, že na zadržanie páchatel'a musia použiť príslušníci PZ donucovacie prostriedky, ktorými sú hmaty, chmaty, údery a kopy sebaobrany, slizotvorné prostriedky alebo obušok. Tieto prípady tiež rieši zákon NR SR č. 171/1993 Z.z. o Policajnom zbore v znení neskorších predpisov v ust. § 63:

„ak policajt zistí, že pri použití donucovacích prostriedkov došlo k zraneniu osoby, je povinný, ak to okolnosti dovoľia, poskytnúť zranenej osobe prvú pomoc a zabezpečiť jej lekárske ošetrovanie.“  
Avšak o použití donucovacích prostriedkov sa musí vo vyšetrovacom spise spísať samostatný **záznam**.

**ASO: Dostávame dotazy od členov ASL SR k otázke kompetencií posudkových lekárov pri dočasnej pracovnej neschopnosti**

Lekárska posudková činnosť pri výkone sociálneho poistenia je legislatívne upravená v ust. §§ 153 až 156 zákona č. 461/2003 Z. z.

o sociálnom poistení v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon o sociálnom poistení“). Člení sa na lekársku posudkovú činnosť:

- **nemocenského poistenia,**
- dôchodkového poistenia,
- úrazového poistenia.

Podľa § 153 ods. 2 písm. a), písm. b) zákona o sociálnom poistení **lekársku posudkovú činnosť nemocenského poistenia** vykonáva posudkový lekár sociálneho poistenia príslušnej pobočky Sociálnej poisťovne so zreteľom na účelné vynakladanie prostriedkov na nemocenské poistenie a zahŕňa kontrolu:

- posudzovania spôsobilosti na prácu **ošetrojúcim lekárom**
- a dodržiavanie liečebného režimu **dočasne práceneschopného poistenca.**

Ide teda výlučne o kontrolu posudzovania spôsobilosti na prácu, ktorú diagnostikoval ošetrojúci lekár (zmluvný poskytovateľ zdravotnej starostlivosti) a na druhej strane o oprávnenie na kontrolu dodržiavania stanoveného liečebného režimu poistencom (pacientom), a to zreteľne **z dôvodu účelne vynaložených prostriedkov na nemocenské poistenie.**

Súčasný znenie zákona o sociálnom poistení stanovuje, že posudkový lekár pri výkone lekárskej posudkovej činnosti spolupracuje s praktickým lekárom, ošetrojúcim lekárom a s revíznym lekárom zdravotnej poisťovne a v prípade dlhodobého nepriaznivého zdravotného stavu poistenca aj s lekárom so špecializáciou v príslušnom špecializačnom odbore.

V prípade dočasnej pracovnej neschopnosti kontrola posudzovania spôsobilosti na prácu zo strany posudkového lekára zahŕňa kontrolu **odbornej úrovne posudzovania spôsobilosti na prácu** ošetrojúcim lekárom a kontrolu **diagnostického a liečebného procesu** vo vzťahu k dĺžke dočasnej pracovnej neschopnosti. Zákon taxatívne priznáva posudkovému lekárovi len tieto oprávnenia vo vzťahu k výkonu jeho posudkovej činnosti v prípadoch posudzovania dočasnej pracovnej neschopnosti.

Kontrolu posudzovania spôsobilosti na prácu vykonáva posudkový lekár podľa územnej rajonizácie v rámci príslušnej pobočky Sociálnej poisťovne v súčinnosti s ošetrojúcim lekárom, na pracovisku ošetrojúceho lekára za účasti posudzovanej fyzickej osoby, alebo ak v odôvodnených prípadoch na základe dohody medzi posudkovým lekárom a ošetrojúcim lekárom sa neurčí iné miesto kontroly.

Ošetrojúci lekár je povinný pri výkone kontroly posudzovania spôsobilosti na prácu poskytnúť posudkovému lekárovi **náležitú súčinnosť**, a to predloženie tlačiva PN, predloženie zdravotnej dokumentácie, rešpektovaní stanoveného termínu kontroly určenej posudkovým lekárom, predvolaním posudzujúceho poistenca na kontrolu. Ošetrojúci lekár je tiež povinný na základe písomného požiadania zo strany posudkového lekára doplniť vyšetrenia a zabezpečiť ústavné liečenie posudzujúceho poistenca. Súčasne zákon o sociálnom poistení stanovuje povinnosť ošetrojúceho lekára (len) **prerokovať**:

- trvanie dočasnej pracovnej neschopnosti posudzovanej fyzickej osoby, ak trvá dlhšie ako 21 dní;
- vývoj obnovy pracovnej schopnosti každého poistenca, ktorého dočasná pracovná neschopnosť trvá dlhšie ako 26 týždňov;

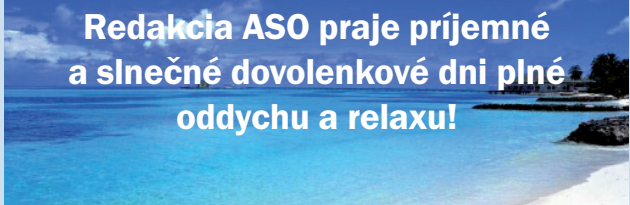
- vývoj obnovy pracovnej schopnosti poistenca, ktorého dočasná pracovná neschopnosť má trvať dlhšie ako 52 týždňov.

Na základe uvedeného vyplýva, že v súčasnosti absentuje podrobnejšia legislatívna úprava dočasnej pracovnej neschopnosti a Sociálna poisťovňa nie je oprávnená zasahovať do rozhodnutia ošetrojúceho lekára vo veci dočasnej pracovnej neschopnosti. Konanie ošetrojúceho lekára vo veci dočasnej pracovnej neschopnosti je teda **plne v jeho kompetencii**. Ošetrojúci lekár vždy **samosťatne rozhoduje o začiatku, o trvaní a o skončení dočasnej pracovnej neschopnosti.**

V prípade, že posudkový lekár Sociálnej poisťovne v rámci kontroly posudzovania spôsobilosti na prácu sa domnieva, že u poistenca vzhľadom na zdravotný stav nie je dôvod na trvanie dočasnej pracovnej neschopnosti, je oprávnený dať podnet na ukončenie dočasnej pracovnej neschopnosti a vykonať zápis z kontroly posudzovania spôsobilosti na prácu na tlačivo Potvrdenie o dočasnej pracovnej neschopnosti ako záznam posudkového lekára. Avšak samotné rozhodnutie týkajúce sa ďalšieho trvania resp. ukončenia dočasnej pracovnej neschopnosti je **výlučne v kompetencii ošetrojúceho lekára.**

Ak posudkový lekár Sociálnej poisťovne nesúhlasí s odbornou úrovňou posudzovania spôsobilosti na prácu ošetrojúcim lekárom a diagnostickým a liečebným procesom vo vzťahu k dĺžke dočasnej pracovnej neschopnosti, môže písomne prostredníctvom vedúceho útvaru lekárskej posudkovej činnosti oznámiť postup ošetrojúceho lekára lekárovi VÚC – samosprávneho kraja alebo Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou. Inak zákon posudkovému lekárovi nepriznáva žiadne iné oprávnenia voči postupu ošetrojúceho lekára v súvislosti s trvaním, dĺžkou alebo ukončením práceneschopnosti posudzovaného poistenca.

## AKTUALITY



Redakcia ASO praje príjemné  
a snečné dovolenkové dni plné  
oddychu a relaxu!

## VÝROKY

Optimizmus je spôsobený nedostatkom informácií

Telo ponorené do vane spôsobí, že začne zvoniť telefón  
Šťastie nezávisí od peňazí. Ale aj tak sa ľahšie plače v limuzíne než v autobuse...

Asociačník 3/2010, vydáva Asociácia súkromných lekárov SR, Vazovova 9/B, 811 07 Bratislava, [www.aslsr.sk](http://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](mailto:aslsr@aslsr.sk).  
Redakčná rada: JUDr. Eva Červeňanská, prof. MUDr. Ján Gajdošík, PhD., PhDr. Lujza Hanová, MUDr. Peter Olajoš