

MEDIKUM



Dánsky pokus na Slovensku

Stratifikácia nemocníc je podľa ministerky správnym liekom pre naše choré zdravotníctvo, podľa odborníkov skôr klincom do jeho rakvy

12

Biznis nad zdravie

Prezident SLK otvorene o stave nášho zdravotníctva

6

Kreditov ubudlo

Plusy a mínusy novej vyhlášky o vzdelávaní

26

Bojovať sa oplatilo

Slovenská lekárska komora vyhrala niekoľkoročný súdny spor so Sociálnou poisťovňou pre licencie L1A

22

Kto zachráni ambulancie?

ZAP varuje pred kolapsom

32

VERÍME VAŠIM SKÚSENOSTIAM

Poskytneme vám Profihypoúver
aj bez predkladania finančných výkazov

VŠETKO, ČO JE MOŽNÉ



VÚB BANKA

Oficiálny časopis
Slovenskej lekárskej komory
Číslo 3/2019, IX. ročník

Periodicita vydávania:
5-krát ročne

Dátum vydania:
september 2019

Registrované pod číslom
MK SR EV 3430/09

ISSN 1338-340X

**Oznámenie o štruktúre
vlastníckych vzťahov
vydavateľa periodického tlače:**

Jediným akcionárom
vydavateľa je SLK
Račianska 42/A
831 02 Bratislava
IČO: 17 313 317

YDAVATEĽ:
LEKÁR, a.s., IČO: 35 947 349

ADRESA REDAKCIE:
MEDIKOM
Slovenská lekárska komora
Račianska 42/A
821 03 Bratislava
Tel. +421/2/4911 4309
media@lekom.sk
www.lekom.sk

Šéfredaktor:
Mgr. Nancy Závodská

Redakčná rada:
MUDr. Jozef Weber, MPH
MUDr. Zuzana Teremová
MUDr. Valéria Vasilová
doc. MUDr. Norbert Lukán, PhD.
MUDr. Ján Boldizsár
Mgr. Zdenko Seneš
MUDr. Jaroslav Šimo

Grafické spracovanie:
SOFT DESIGN, s. r. o.
www.softdesign.sk

Tlač a distribúcia:
DIW print
www.diw.sk

Marketing a inzercia:
SALES SOLUTIONS s.r.o.
peter.drobena@salessolutions.sk
mobil: +421 908 979 367

LEKÁR, a.s.
sekretariat@lekarnet.sk
mobil: +421 911 175 762

Jazyková redaktorka:
Jana Juríčková

Foto na obálke:
Tony Štefunko, Michal Smrčok

Reprodukcia diela ako celku
alebo v častiach je možná len
s predchádzajúcim súhlasom
vydavateľa.

Redakcia si vyhradzuje právo
na publikovanie uverejnených
príspevkov na internete pri
zachovaní autorských práv.

Inzeráty neprešli jazykovou
korektúrou.

*Jediný stavovský časopis pre všetkých lekárov
prichádza s novým obsahom a v novom šate.*

Váš nový MEDIKOM je tu!

Budúci rok oslávi Slovenská lekárska komora 30. výročie svojho vzniku. Cesta k samostatnej stavovskej organizácii lekárov rozhodne nebola jednoduchá. Za tridsať rokov sa toho odohralo veľa. Vo vedení lekárskej komory sa vystriedali viacerí prezidenti, menilo sa aj ďalšie vedenie, pribúdali výbory, funkcie, rozbehli sa nové aktivity. Úloha a poslanie Slovenskej lekárskej komory však zostali rovnaké – jediná profesionálna organizácia lekárov má byť strážcom etiky lekárskeho povolania, bojovníkom za dôstojné postavenie lekárov v spoločnosti, za ich práva, ale zároveň má byť aj strojom zmien, ktoré naše zdravotníctvo tak nutne potrebuje. Lekárska komora však neobhajuje len práva lekárov, ale aj miliónov slovenských pacientov, pretože vzťah lekárov s pacientmi je taký starý, ako je lekárske povolanie a ako nám ho definoval už zakladateľ európskej medicíny Hippokrates vo svojej prísaha.

Všetci vieme, že slovenské zdravotníctvo je choré. Už veľmi dlho. Ozdraviť ho sa snažili za tie roky mnohí, ale doteraz sa to nepodarilo nikomu. Najnovšie „liečebné procedúry“, ktorými prechádza, sú veľmi turbulentné a – ruku na srdce – vo väčšine prípadov aj neobdobné a nekoncepčné. Plánovaná stratifikácia nemocníc, nové legislatívne pravidlá, budovanie univerzitnej nemocnice na Rázsochách, masívny prílev ukrajinských lekárov, ezdravie, hroziaci kolaps ambulantného sektora, neprehľadný sanitkový tender, chaos okolo záchraniek, nedostatok lekárov i ostatného zdravotníckeho personálu... Treba pokračovať? Určite nie. Vy všetci sa s tým predsa stretávate denne.

Vy, lekári viete, čo trápi slovenské zdravotníctvo. A preto chceme o tom hovoriť. Nielen na tlačových konferenciách, v ambulanciách,

na kongresoch či iných odborných podujatiach. O tom, čo sa v našom zdravotníctve deje a čo preň môžeme my všetci urobiť, chceme hovoriť aj na stránkach nášho vynoveného stavovského časopisu.

Slovenské zdravotníctvo môžu uzdraviť iba odborníci. Tak, ako si choré srdce nebudete liečiť u automechanika alebo ekonóma, aj zdravotníctvo potrebuje pre svoju liečbu odborníkov. Takých, čo vedia a neboja sa. Aj o tom hovorí v rozhovore v prvom čísle nového Medikomu prezident SLK MUDr. Marian Kollár. Otvorene, bez servítky, natvrdo. Spomínaná stratifikácia je tiež témou tohto čísla. Vlastne hlavnou, lebo sa dotýka nás všetkých. Ako to vidí ministerka zdravotníctva? Prečo si myslí, že práve táto zmena prinesie konečne poriadok do nášho zdravotníctva? Prečítajte si názory aj ostatných odborníkov, čo si myslia o plánovanej stratifikácii. O hroziacom kolapse ambulantného sektora zase píše predsedníčka predstavenstva ZAP-u v článku „Kto zachráni naše ambulancie?“. No a aby sme nezabudli a mohli ste sa zorientovať v množstve nových legislatívnych zmien, pripravili sme pre vás ich stručný a jasný prehľad. Pekne „po lopate“, zrozumiteľne, ale odborne.

V novom čísle nájdete aj množstvo iných, zaujímavých článkov. A o to sa budeme snažiť každý mesiac. Priniesť vám všetky potrebné informácie, rozhovory, analýzy a rady, ktoré by vás mohli zaujímať. Nový Medikom s novými témami a v novom šate bude, pevne veríme, sprievodcom všetkých lekárov. Bez vašej pomoci sa však nezaobídeme. Budeme vám preto vďační za všetky vaše pripomienky, návrhy aj kritické postrehy. Tešíme sa na spoluprácu.

Nancy Závodská
šéfredaktorka



wustenrot

generálny partner Slovenskej lekárskej
komory pre poistenie majetku a vozidiel

Oznámenie o poverení sprostredkovateľa spracovaním osobných údajov

Slovenská lekárska komora v súlade so zákonom č. 428/2002 Z. z. o ochrane osobných údajov v znení neskorších predpisov poverila dňa 22. 2. 2011 spoločnosť Alfa print, s. r. o., ako sprostredkovateľa spracúvaním osobných údajov členov SLK v rozsahu mena, priezviska a adresa bydliska za účelom distribúcie časopisu MEDIKOM®.

Od roku 2012 názov MEDIKOM® registrovaný pod ochrannou známkou.

TÉMA ČÍSLA

Stratifikácia nemocníc

Zdravá zmena, alebo iba neodborne pripravená reforma? Prečítajte si názory odborníkov aj rozhovor s ministerkou zdravotníctva.

12



ROZHOVOR

Biznis na úkor zdravia je neprípustný hazard

Prezident SLK otvorene o katastrofálnom stave nášho zdravotníctva a návrhoch, čo by sme s tým mohli urobiť.



AKTIVITY SLK

Čo nové v Slovenskej lekárskej komore?

10

ÚSPECHY SLK

Bojovať sa oplatilo

Kauza okolo licencií L1A skončila víťazstvom pre SLK aj pre všetkých dotknutých lekárov. Bude nasledovať odškodné?

22

LEGISLATÍVA

Klinický audit, zápis konečného užívateľa výhod do obchodného registra, ako aj prehľad všeobecne záväzných právnych predpisov na tento rok

24

VZDELÁVANIE

Cieľom vzdelávania nie je marketing

28

O novej vyhláške, ale aj o problémoch pri deklarovaní konfliktu záujmu prehovoril predseda Stáleho výboru pre vzdelávanie SLK.

Budeme si navzájom uznávať kredity?

31

Stretnutie zdravotníckych komôr prinieslo iba čiastočnú dohodu.

NAŠI PARTNERI

Kto zachráni naše ambulancie?

32

Predsedička predstavenstva ZAP-u varuje pred kolapsom ambulatného sektora.

PUBLICISTIKA

Lekom Tour**– mladšia sestra Lekom Ski**

Ako to vyzeralo na prvom ročníku letného turistického podujatia v Bojniciach? A kde bude ďalší ročník?



Z EURÓPSKEJ ÚNIE

Národné združenia lekárov apelujú na politikov Únie, aby sa zdravotná starostlivosť stala témou číslo jeden

38

Rovnaký
na pohľad,
presnejší
a stabilnejší
vo vnútri ²



Euthyrox®

so zmeneným zložením pomocných látok

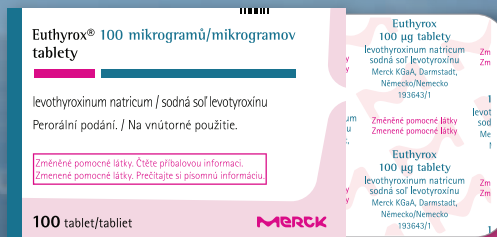
- presnejšia dávka levotyroxínu ²
- zmenené pomocné látky ¹
- rovnaká bezpečnosť a účinnosť ^{1,2}

Skrátená informácia o lieku:

Euthyrox 25 mikrogramov; 50 mikrogramov; 75 mikrogramov; 88 mikrogramov; 100 mikrogramov; 112 mikrogramov; 125 mikrogramov; 137 mikrogramov; 150 mikrogramov; 175 mikrogramov; 200 mikrogramov **Indikácie:** liečba eutyroidnej strumy, profylaxia relapsov po operácii eutyroidnej strumy, substitučná liečba pri hypotyreóze, supresívna liečba pri rakovine štítnej žľazy, sprievodná liečba v priebehu liečby hypertyreózy antityroidálnymi liekmi, diagnostické použitie pri vyšetrení supresie funkcie štítnej žľazy. **Dávkovanie a spôsob podávania** dávkovanie určí endokrinológ podľa individuálnych potrieb pacienta. Denná dávka sa môže podať naraz. **Kontraindikácie:** Precitlivosť na liečivo alebo na niektorú z pomocných látok. Neliečená nedostatnosť nadobličiek, neliečená nedostatnosť hypofýzy a neliečená tyreotoxikóza. Liečba Euthyroxom sa nesmie začať pri akútnom infarkte myokardu, akútnej myokarditíde a akútnej pankreatitíde. **Nežiaduce účinky:** Po prekročení individuálneho limitu tolerancie pre sodnú soľ levotyroxínu alebo po predávkovaní, je možný výskyt nasledujúcich klinických príznakov typických pre hypertyreózu, najmä ak sa dávka na začiatku liečby zvyšovala príliš rýchlo: srdcové arytmie (napr. atriálna fibrilácia a extrasystoly), tachykardia, palpitácie, anginózne ťažkosti, bolesť hlavy, svalová slabosť a kŕče, návaly tepla, horúčka, vracanie, poruchy menštruácie, pseudotumor cerebri, triaška, nepokoj, nespavosť, zvýšené potenie, úbytok hmotnosti, hnačka. **Špeciálne upozornenia:** Pred začatím liečby Euthyroxom je potrebné vylúčiť alebo liečiť nasledujúce ochorenia: koronárna nedostatnosť, angina pectoris, artérioskleróza, hypertenzia, nedostatnosť funkcie hypofýzy, nedostatnosť nadobličiek, tyreoidálna autonómia. **Interakcie:** **Antidiabetické lieky:** Levotyroxín môže redukovať účinok liečiv, ktoré znižujú hladinu cukru v krvi. **Propyltiouracyl, glukokortikoidy, beta-blokátory, amiodarón a jód obsahujúce kontrastné látky:** inhibujú periférnu konverziu T3 na T4. Vzhľadom na svoj vysoký obsah jódu môže amiodarón spôsobiť hypertyreoidizmus aj hypotyroidizmus. Zvláštna pozornosť sa odporúča v prípade nodulárnej strumy s možnou nerozpoznanou autonómiou. **Používanie v gravidite a počas dojčenia:** Liečba hormónmi štítnej žľazy sa má predovšetkým počas tehotnosti a dojčenia vykonávať veľmi dôsledne. Požiadavky na dávku môžu počas tehotnosti dokonca stúpať. Doteraz neboli hlásené žiadne riziká pre plod. Pred použitím sa oboznáňte s kompletnou informáciou v SPC. Výdaj lieku je viazaný na lekársky predpis. **Dátum poslednej revízie textu:** 6/2019. **Držiteľ rozhodnutia o registrácii lieku:** MERCK, spol. s r.o., Dvořákovo nábřeží 4, 810 06 Bratislava 16, Slovensko. Informácie o lieku nájdete v spoločnosti MERCK, spol. s r.o., Slovensko, tel.: 02/49 26 71 11, fax: 02/49 26 77 77.

Referencie:

1. SPC lieku Euthyrox, dátum revízie textu jún 2019
2. Gottwald-Hostálek U, Uhl W, Wolna P, Kahaly GJ. New levothyroxine formulation meeting 95–105% specification over the whole shelf-life: results from two pharmacokinetic trials. *Curr Med Res Opin.* 2017;33(2):169–74 doi:10.1080/03007995.2016.1246434



MERCK

BIZNIS NA ÚKOR ZDRAVIA JE NEPRÍPUSTNÝM hazardom

Prezident SLK MUDr. Marian Kollár otvorene o slovenskom zdravotníctve

? Pán prezident, oslovili sme vás v súvislosti s vydávaním nášho starého komorového časopisu „Medikom“ v novom šate, ktorý má ambíciu, okrem iného, objektívne informovať nielen lekárov, ale i širokú odbornú verejnosť o skutočnej situácii, pretrvávajúcich, ale i nových problémoch slovenského zdravotníctva, a to z pohľadu kľúčovej stavovskej organizácie zdravotníckych pracovníkov. Slovenská lekárska komora sa nesústreďuje len na problémy a úlohy spojené s výkonom a reguláciou povolania lekár na Slovensku, ale má širší záber, keď nielen kritizuje, ale aj navrhuje systémové riešenia, ktoré majú pomôcť slovenskému zdravotníctvu. Prejdime teda k tomu základnému. Čo je podľa vás najväčší problém súčasného slovenského zdravotníctva?

Jednoznačne odklon od základného poslania zdravotníctva ako takého. Slovenské zdravotníctvo sa stáva stále viac a viac neosobným, s výrazným narušením vzťahov na všetkých úrovniach. Odkláňa sa od toho základného – od dôvery pacienta a lekára – zdravotníka. Pacient, jeho ťažkosti, diagnostika, liečba a spokojnosť sú prirodzene základným objektom v oblasti zabezpečenia ochrany zdravia.

Dnes sa ale naše zdravotníctvo točí okolo financovania, peňazí, analýz, efektivity, racionalizácie, elektronizácie, prístrojov, štatistik, vyjednávani s poisťovňami, legislatívy a podobných vecí a pacient aj s jeho problémami, starosťami, chorobami, očakávaniami sa nám vyláča na okraj celého systému. A to i napriek tomu, že práve pacient – občan celý tento systém finančne zabezpečuje, ale nevie a nemôže v ňom ovplyvniť vôbec nič.

? To znie pre pacientov dosť hrozivo...

■ Žiaľ, je to tak. Pacient je odkázaný na hry mocných a záujmy jednotlivých skupín a vlád, ktoré nielen posledné obdobie vnímajú zdravotníctvo ako vzácny nástroj na vytváranie svojho zisku a sledovanie výhradne vlastných záujmov, čím ho pochopiteľne deformujú. Výsledkom toho je, že pacient, ktorý si platí za zdravotnú starostlivosť, ju nedostáva v takej kvalite, ako ju očakáva a lekári i ostatní zdravotníci sa stávajú len obyčajnými figúrkami na šachovnici, ktorej pokojne môžeme hovoriť ekonomicko-analytické pole. Pomaly si zvykáme na fakt, že rozhodujúce pre to, či sa vôbec bude niekde poskytovať ako a aká zdravotná starost-

livosť, už nie je otázka toho, či ju tam potrebujeme, ale toho, či je to ekonomicky výhodné. A tu sa už potláča základný rozmer a poslanie zdravotníctva ako takého. Tento biznis v našom slovenskom zdravotníctve na úkor najvyššej hodnoty, a tou je zdravie, je neprípustným hazardom.

? Čím si vysvetľujete tento nelichotivý stav?

■ Tých príčin je niekoľko. Niektoré z nich spočívajú v tom, že sa snažíme za každú cenu napodobňovať zdravotnícke systémy iných štátov, ktoré majú inú históriu, celé roky fungovali v inom režime, vrátane spoločnosti, ale aj iným systémom financovania. Ďalšie vychádzajú z nelogických, nepripravených, ale často i účelových zmien, ktoré sa snažili presadiť rôzne vlády a neskôr silné záujmové skupiny. V poslednom období je to vyslovený amaterizmus, neprofesionalita tých, ktorí sa dostali k riadeniu a ovplyvňovaniu nášho zdravotníctva.

Ako som už uviedol, základný problém je v tom, že rezort zdravotníctva je dlhodobo vnímaný zo strany tých, ktorí o vedení štátu rozhodujú, ako značne lukratívny biznis a nie ako rezort, ktorého primárnym zá-

ujmom je zabezpečenie starostlivosti o zdravie občanov. Práve tento rezort by preto určite mal byť s ohľadom na vzácnosť jeho dosahu v rukách takých odborníkov, ktorí odborne, hodnotovo a cieľavedome budú viesť jeho pôsobenie v ústrety presadzovaniu komplexných a systémových opatrení v prospech všetkých občanov. Od najslabších, najchorľavejších, najzraniteľnejších na jednej strane s elimináciou tých, ktorí sa na opačnej strane systém snažia korumpovať, využívať a deformovať.

? Dlhodobo sa hovorí, že základným problémom slovenského zdravotníctva je nedostatok financií a jeho nízka efektivita.

■ S prvým výrokom sa dá súhlasiť, s druhým nie. Som zásadne proti tomu, aby sa nemocnica prirovnávala k továrni na výrobu klinčov, alebo k pekárni. Naším najvyšším princípom musí byť zdravie, život a bezpečnosť pacienta.

? Myslíte si, že z rozpočtu sa dáva na zdravotníctvo málo?

■ Nemyslím si to. Je to fakt. Treba sa porovnať s okolitými európ-

“
Základný problém
je v tom, že sme
pouvýšili peniaze
nad zdravie.”

“

Je potrebné zastaviť korupciu, klientelizmus, používanie, resp. zneužívanie prostriedkov verejného zdravotného poistenia na iný účel, ako je úhrada zdravotnej starostlivosti. To sú podľa mňa prvoradé a najzákladnejšie kroky.

skými štátmi, alebo by stačilo porovnať sa len so susednou Českou republikou. Ak by sme sa mali porovnať s Rakúskom, tak to už sme niekde úplne inde. Jediné, čo máme v zdravotníctve lacnejšie, sú platy zdravotníkov. A aj tie niektorým kolú oči!? Všetkým nám je jasné, že rozpočet vyspelých krajín je iný, ale tváriť sa, že dávať päť miliárd eur do zdravotníctva na Slovensku je nadmieru veľa, je neprofesionálne.

Štát pridal najnovšie na dofinancovanie zdravotníctva 90 miliónov eur. Bude to stačiť?

Dnes už všetci vieme, že to určite nebude stačiť, lebo tých 90 miliónov nakoniec ani nie je 90 miliónov. Bol to úplne antisystémový krok, ktorý sa už pomaly stáva tradíciou – dáme nejaký preddavok, potom čakáme, ako sa situácia vyvinie a následne permanentne oddľujeme nemocnice. A pre ostatné subjekty poskytujúce zdravotnú starostlivosť už nič nezostane, aj keď situácia je alarmujúca. Toto dofinancovanie nepokrylo ani všetky nevyhnutné výdavky nemocníc, pričom o sľúbenom dofinancovaní ambulantného sektora v druhom polroku 2019 či laboratórnych zariadení sa viac-menej ani nediskutovalo. Pani ministerka sa tvári, že všetci sú spokojní, ale vyzerá to tak, že jedinou spokojnou je asi len ona ako regulátor.

Kolko peňazí potrebuje naše zdravotníctvo, aby fungovalo, ako by malo?

Ťažko povedať. Tento rezort je permanentne podfinancovaný minimálne 20 rokov, takže odhadovo by sme potrebovali začať zhruba s 8 miliardami eur, aby sme mohli tie diery postupne začať plátať a nastaviť východiskový bod na realizáciu nevyhnutných systémových zmien. Ako prvé by sme mali začať určite platiť nemocniciam a ambulanciám reálne ceny za výkony.

Veľa sa v súčasnosti hovorí aj o chýbajúcich lekároch. Je situácia naozaj taká vážna?

Áno, je. Chýba nám to najzákladnejšie, čo tvorí kostru každého zdravotníctva. Chýbajú nám ľudia, zdravotnícky personál. Počnúc lekármi, končiac sanitármi. Na všetkých úrovniach. Najvypuklejšia je situácia asi s lekármi a sestrami. Som presvedčený, že tí, ktorí fahajú nitkami v pomyselnom bábkovom divadle slovenského zdravotníctva, dlhodobo robili a robia dnes veľmi málo pre to, aby sa naši slovenskí lekári necítili nedocenení a zostali pracovať na Slovensku.



Máte pocit, že vláda nerobí pre zdravotníctvo dost? Ako ju hodnotíte?

Úvodom treba skonštatovať, že nielen súčasná vláda, ale aj rezort zdravotníctva je dlhodobo vedený ľuďmi, ktorí nemajú odvahu (nemôžu?) robiť také opatrenia a reformy, ktoré by boli v prvom rade pre pacienta. O zdravotníctve, a nielen o ňom, je verejne známe, že je riadené záujmovými skupinami. A tu sa opäť dostávame k jadrú problému, že biznis v tomto rezorte potláča jeho primárny záujem, a tým je pacient a ochrana jeho zdravia a života.

Napriek tomu Slovenská lekárska komora počas dvojročného ministrovania Tomáša Druckera dostala konečne po dlhom čase možnosť aktívne sa spolupodieľať a naštartovať niekoľko pozitívne prijatých zmien projektov v rezorte – zmena LSPP na APS, zmena filozofie zabezpečenia obhliadok mŕtvych tiel, nová lieková politika, naštartovanie filozofie postavenia novej koncepcie univerzitnej nemocnice, rozbehli sa nové nákupy, masívna rekonštrukcia niektorých nemocníc v Bratislave, dokončil sa návrh legislatívy na zmenu povinného členstva v komore. Podnikli sme s ním aj prvé kroky, akým spôsobom zlepšiť personálnu politiku v našich nemocniciach. Bohužiaľ, veci sa už nestihli dotiahnuť dokonca...

S novou ministerkou ste nenašli spoločnú reč?

Pri nástupe sme novej pani ministerke Andrei Kalavskej ponúkali za SLK úzku spoluprácu, pomoc pri riešení nedostatku lekárov. Bohužiaľ, napriek pozitívnemu ohlasu sa nič viac neudialo. A pritom najväčšia výzva v súčasnosti je, ako zabezpečiť personálne slovenské zdravotníctvo na najbližšie roky. Preto tu máme dnes problém napr. so zdokladovaním odbornej úrovne ukrajinských lekárov,

keď je evidentne pohodlnejšie akceptovať obchádzanie zákona namiesto toho, aby sme sa viac sústredili na to, akým spôsobom stabilizovať lekárov a získať späť tých, ktorí odišli.

? **Masívne odchody lekárov do zahraničia sú naozaj vážny problém. Ako sa tomu dá zabrániť? Ako ich udržať doma?**

V prvom rade treba začať budovať nové nemocnice a zlepšovať pracovné prostredie na všetkých úrovniach. Začína to novou univerzitnou nemocnicou v Bratislave, ktorá vyrastie na Rázsochách a ktorá je prvým svetielkom nádeje na konci tunela. Nejde však len o budovy, ale aj o vybavenie týchto nemocníc. Nevyhnutné bude stabilizovať zdravotníckych pracovníkov aj finančne. Nie je možné, aby sestra alebo lekár dostávali odmenu, akú dostáva akýkoľvek iný vysokoškôlak bez primeranej alebo podobnej zodpovednosti a náročnosti povolania, ako je to v prípade zdravotníckych pracovníkov.

Povolanie lekár sa stáva čoraz menej atraktívnym. V poslednom čase sa nám chlapi na medicínu už ani nehlásia, pretože chlap si dokáže zariadiť podstatne jednoduchšie a výrazne viac v iných odvetviach. A to je nielen demotivujúce, ale predovšetkým je to varovný signál pre budúcnosť slovenského zdravotníctva. Jednoducho musíme nájsť finančné zdroje, ktoré zastabilizujú starších zdravotníkov a ukážu cestu aj mladým, že sa tu oplatí vyštudovať, zostať tu pracovať a rozvíjať svoju odbornosť.

? **Každý by mal začať od seba. Čo môže urobiť pre slovenské zdravotníctvo SLK?**

SLK dlhodobo dáva návrhy, ponúka riešenia, pripomienkuje legislatívu, ale, bohužiaľ, veľmi, veľmi málo je z toho čo i len čiastočne akceptované. Je to taký klasický slovenský folklór. Ministerstvo nás síce vypočuje, ale ide si ďalej vlastnou cestou. A takto to ide celé roky a roky a slovenské zdravotníctvo upadá a upadá. Pritom pre lepšie zdravotníctvo, pre občana, pacienta, sa dá, ak by bol zo strany kompetentných vo vedení rezortu záujem, urobiť celý rad opatrení okamžite. Najdôležitejšie bude zmeniť finančné zabezpečenie celého systému, aby boli peniaze nielen na platy, zdravotnú starostlivosť, ale aj na budovanie nových nemocníc, vedu, výskum i výchovu nových zdravotníkov. Zmeny musia prísť aj na inej úrovni. Je potrebné zastaviť (a to nielen v zdravotníctve) korupciu, klientelizmus, používanie, resp. zneužívanie prostriedkov verejného zdravotného poistenia na iný účel, ako je úhrada zdravotnej starostlivosti. To sú podľa mňa prvoradé a najzákladnejšie kroky, ktoré sa musia vykonať. Je potrebné konečne prijať legislatívu, ktorá zavedie osobnú hmotnú zodpovednosť, vrátane trestnoprávnej, za výkon verejných a riadiacich funkcií, a to na všetkých úrovniach. A nemocniciam treba vrátiť prevádzky a činnosti, ktoré im boli odňaté privatizáciou.

? **Aké konkrétne?**

Koncové nemocnice musia byť kompletne samostatné jednotky, to znamená s kompletným poskytovaním zdravotnej starostlivosti, s laboratóriami, diagnostikou, prevozovou službou, lekárňami... Je neefektívne, aby prakticky všetky laboratória a lekárne boli len v súkromných rukách. Treba si uvedomiť, že ak sú takéto činnosti lukratívne pre súkromné subjekty, nepochybne budú lukratívne aj pre štátne nemocnice a môžu významne prispieť k vyrovnanému hospodárstvu nemocníc.

? **Keď ste sa znovu dotkli súkromného sektora – ako vidíte fungovanie súkromného a verejného sektora v zdravotníctve? Vidíte tam možnú spoluprácu?**

Spolupráca je nevyhnutná a úloha oboch je nezastupiteľná, ale fakt je jeden – súkromné zdravotníctvo nikdy nemôže nahradiť štátne a nemôže byť garanciou zabezpečenia zdravotnej starostlivosti pre občanov. Na druhej strane aj súkromný sektor hrá dôle-

žitú, až nenahraditeľnú úlohu. Je alternatívou, ktorá by mala byť doplnkom služieb verejného zdravotníctva. Avšak za jasne stanovených pravidiel výhodných pre všetkých účastníkov tohto systému.

? **Máte pocit, že dnes to u nás funguje naopak? Že sa súkromný sektor tlačí do oblasti verejného zdravotníctva? Ved' aj vy a ďalší ambulantní lekári ste súkromní...**

Áno, ambulantní poskytovatelia zdravotnej starostlivosti sú tí, ktorí pracujú na seba, za seba a sú to vlastne odborníci, ktorí poskytujú komplexný primárny zdravotnícky servis vo svojich ambulanciách. Oproti nim však súkromné nemocnice či zariadenia sa môžu rozhodnúť, či a komu budú zdravotnú starostlivosť poskytovať. A výsledkom ich práce je zisk. Preto sa prirodzene orientujú hlavne na „lukratívnu činnosť“ poskytovania zdravotnej starostlivosti, kde ekonomika funguje trochu inak. Máme skúsenosti so súkromným domácim hráčom, ktorý dnes už vlastní prakticky všetky zložky zdravotníctva vrátane zdravotnej poisťovne, ale nemáme pocit, že by to na kvalite zdravotnej starostlivosti bolo vidieť. A jeho apetít nie je konečný...

? **A čo s tým navrhujete urobiť? Máme predsa trhovú spoločnosť a v rámci zákonov si môže podnikáť každý. Aj v zdravotníctve...**

V prvom rade musí byť štát garantom toho, že ochrana zdravia bude zabezpečená každému. Nielen ústavne, ale aj prakticky. Preto štát prostredníctvom vlády a rezortného ministerstva musí mať pevne v rukách nastavenie a fungovanie všetkých zložiek systému a rozhodovať a konať bez akéhokoľvek ovplyvňovania či nátlaku zo strany tých, ktorí biznis, zisk a peniaze povýšili nad zdravie. V tomto duchu sa musí následne tvoriť i legislatíva. Bude to znieť ako klíšé, ale je nepochybne faktom, že peniaze nie sú všetko a zdravie si za ne nikto nekúpi.

? **A čo zdravotné poisťovne? Ako vidíte ich úlohu?**

Zdravotné poisťovne nevykonávajú klasické poistenie, len prerozdeľujú peniaze, ktoré im my všetci i štát povinne posielať každý mesiac na účet. Ony nie sú žiadne obchodné spoločnosti, ktoré vytvárajú hodnoty, tovar, z ktorého sa môže odvíjať zisk. Vôbec nie sú zainteresované na tom, aké sú čakacie doby na špecialistov v regiónoch, či ich je tam dosť, či sa tam poskytuje zdravotná starostlivosť dostatočne a či lekári dostávajú za svoje výkony to, čo reálne odpracovali. Ak hovoríme o konkurencii, tak to je úplne iluzórna predstava – všetky poisťovne robia viac-menej to isté. A pre mňa osobne je absolútne nepochopiteľné to, aby poisťovne z týchto peňazí, z týchto verejných zdrojov, tvorili zisk v čase, keď sa všetci tí, ktorí poskytujú zdravotnú starostlivosť, zadlžujú.

? **To ste mysleli pod zneužívaním prostriedkov verejného zdravotného poistenia na iný účel, ako je úhrada zdravotnej starostlivosti?**

Áno. Je naďalej neprípustný legislatívny stav, keď občan na základe zákona odvádza poisťné zdravotnej poisťovni a bez toho, aby poisťovňa pre pacienta čokoľvek urobila, peniaze sa stanú akoby jej majetkom. Je neprípustné, že zdravotná poisťovňa má dostatok možností plne v súlade s legislatívou z týchto prostriedkov vytvoriť zisk, napriek tomu, že zdravotná starostlivosť poskytovateľom nie je uhradená, resp. je uhradená vo výške nedosahujúcej ani len reálne náklady, nieto ešte primeraný zisk zdravotníckeho zariadenia. Nepáči sa nám aj to, že z prostriedkov verejného zdravotného poistenia je financovaná činnosť Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou. Predovšetkým časť činnosti úradu, ktorá s verejným zdravotným poistením nemá nič spoločné, ako napríklad dohľad nad poskytovaním zdravotnej starostlivosti. Činnosť štátneho orgánu, štátneho dozoru, má financovať štát, na to platíme dane.

❓ Tak čo teda navrhujete? Ako by mali poisťovne fungovať?

Zdravotné poisťovne, ktoré fungujú len ako distribútori verejných financií, nám do systému neprinášajú žiadnu pridanú hodnotu. Ich hospodárenie je nekontrolovateľné, peniaze občanov sa v nich strácajú v rôznych fondoch či neadekvátnych odmenách, namiesto toho, aby boli alokované späť pre pacientov prostredníctvom poskytovateľov zdravotnej starostlivosti. Riešením je preto zriadenie takej inštitúcie, ktorá by transparentne, účelne a spravodlivo vybraté poisťné občanov z verejného zdravotného poistenia prerozdělila medzi poskytovateľov zdravotnej starostlivosti.

❓ Mnohé z problémov v našom zdravotníctve by mohli zrejme vyriešiť stratifikácia nemocníc. Čo na ňu hovoríte?

Stratifikácia nemocníc je niečo, čo potrebujeme a čo je nevyhnutné. S tzv. stratifikáciou nemocníc mám veľmi bohaté a dobré skúsenosti z predchádzajúceho predrevolučného obdobia. To, že sme ju opustili, je výsledkom situácie, ktorú som už spomínal. Avšak stratifikácia v tej podobe, ako je momentálne zadefinovaná, nemá nárok na úspech a my sme ju ako komora odmietli. A pridali sa aj ďalšie odborné organizácie, ktoré ju kritizujú. (Aktuálne info o stratifikácii prinášame v osobitnom článku, pozn. red.)

❓ Podme sa teraz pozrieť trochu do domácej kuchyne... Napriek mnohým snahám a aktivitám pôsobí často SLK ako bezzubá organizácia. V čom je problém?

Situácia zvonka sa na prvý pohľad tak môže zdať. Je pravda, že naše komory nemôžu plniť naplno tie úlohy, aké by mali a ako sme zvyknutí u postavení komôr v zahraničí. V tomto máme ešte čo doháňať. Zdravotnícke komory ako také nie sú samoúčelné organizácie, založené na báze záujmového združovania, ale sú to organizácie zriadené z vôle štátu, zákonom a s cieľom plniť úlohu regulátora prístupu k vybraným povolaniam.

Činnosť komory teda v konečnom dôsledku nie je v prvom rade v záujme lekárov, ako sa chybné argumentuje pre zdôvodnenia dobrovoľného členstva, ale je predovšetkým v záujme pacientov, pretože chráni ich najzákladnejší záujem a potreby – a to, aby mu zdravotnú starostlivosť poskytovali iba lekári, ktorí plne splňajú podmienky na výkon povolania. Slovenská lekárska komora preto oprávnene požaduje takú legislatívnu úpravu,

v ktorej bude vzťah ku komore rovnaký pre všetkých lekárov. Mala by to byť komora a nie formálne zriadený úrad, ktorý bude hodnotiť po stránke odbornej správnosti poskytnutej zdravotnej starostlivosti.

Výlučne komory majú prostredníctvom svojich členov, aktívnych lekárov, jediné právo a spôsobilosť stanoviť etické kritériá výkonu príslušného povolania. Je absurdné, aby etické kritériá výkonu lekára boli stanovené v zákone na základe návrhu ministerstva zdravotníctva.

Rovnako je absurdné, aby pri zabezpečovaní zákonných úloh a povinností, ktoré komore ukladá štát v mene svojich občanov vo forme povinnosti zabezpečiť prenesený výkon verejnej správy, sa na túto činnosť skladali lekári, ako si to predstavujú naši zákonodarcovia. Tento postoj mnohých poslancov len svedčí o ich nevedomosti o úlohách a postavení komory ako takej.

❓ Hovoríte o etike, a nie ste sám. Všade sa o nej hovorí čoraz viac, a pritom sú vzťahy v zdravotníctve, nielen medzi pacientmi a lekármi, čoraz horšie. Čo sa stalo?

Žiaľ, dnes to vyzerá tak, že pacient sa nám stráca a je posledný článok v reťazi. A to nám ukazuje v plnej nahote, ako tento systém nefunguje. Všetko sa odráža od vzťahu lekár – pacient, a práve preto, že tento fakt doteraz všetky vlády ignorovali, dnes zbierame plody naštrbených vzťahov, neúcty a nedôvery. To je to, čo musíme teraz riešiť a urýchlene.

❓ Ako?

Riešenie tohto problému je beh na dlhé trate. A už dnes je neskoro. Nestačí, aby tento problém riešil parciálne len niekto, toto musíme riešiť my všetci. Vláda to však musí mať ako prioritu! Komora opakovane predstavila projekt zlepšovania týchto vzťahov, ale nenašli sme podporu kompetentných.

Nechcem sa opakovať, ale na záver by som ešte rád zdôraznil: Do tohto rezortu musia prísť ľudia, ktorí to myslia s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a s pacientmi úprimne a vážne. Ľudia, ktorí vidia problémy a vedia, ako ich riešiť. Potrebujeme ľudí, ktorí budú mať nielen ambíciu túto zlú situáciu riešiť, ale ktorí aj reálne budú mať na to, aby to vyriešili. Nesmú stáť za nimi politickí dobrodruhovia a finančná oligarchia. Slovenské zdravotníctvo z tohto marazmu nevyvedú „biele kone“, ale musia sem prísť ľudia, ktorí svojou prácou a výsledkami už dokázali, že im na úrovni a pozitívnej zmene slovenského zdravotníctva naozaj a úprimne záleží.



PRIPRAVUJEME

Slovenská lekárska komora

Vás pozýva na odborné podujatie



LEKÁR

PREVENTÍVNA MEDICÍNA IX.

6.11.2019

Konferenčná sála MZ SR
Limbová 2
837 52 Bratislava

Výživa

jej význam
v patogenéze
v prevencii
a liečbe

Varia

témy
z psychológie

Obezita

jej zdravotné
komplikácie
a sociálne
dopadyTEŠÍME SA
NA VAŠU ÚČASŤ

Čo nové

V SLOVENSKEJ LEKÁRSKEJ KOMORE?

Text: (red) | Foto: NZ



júl - august

LETU DOMINOVALA STRATIFIKÁCIA

SLK sa opakovane počas júla a augusta vyjadrovala na tlačových konferenciách k zákonu o stratifikácii nemocní, ktorý z odborného hľadiska považuje za absolútne nedostatočne pripravený. (Stratifikácii sa venujeme v hlavnej téme tohto čísla Medikomu, pozn. aut.)

Prezident SLK, ako aj zástupcovia právnej kancelárie Škodler & Partners sa viackrát zúčastnili aj medzirezortného pripomienkového konania k tomuto zákonu. Žiaľ, pripomienky komory neboli ministerstvom akceptované. Len pripomíname, že celkovo mal spomínaný zákon vyše 600 pripomienok, ktoré ministerstvu adresovali odborné združenia a organizácie.

27. júna

STRETNUTIE S KOMORAMI Z DÔVODU UZNÁVANIA KREDITOV

Vedenie SLK iniciovalo 27. 6. 2019 pracovné stretnutie v sídle SLK s niektorými zdravotníckymi komorami k vzájomnému uznávaniu kreditov. Rokovanie viedla MUDr. Teremová, viceprezidentka SLK, a zároveň aj ako predsedníčka Predstavenstva spoločnosti LEKÁR, a.s. Jeho cieľom bolo dohodnúť vzájomné pravidlá a podmienky uznávania si kreditov pri vzdelávacích aktivitách, ktoré sa uskutočňujú ako prienikové aktivity medzi viacerými komorami. Vzhľadom na skutočnosť, že na tomto úvodnom rokovaní nedošlo ku konsenzu, pripravujeme ďalšie spoločné rokovania so všetkými zdravotníckymi komorami. Viaceré komory však zaslali písomné stanovisko, za akých podmienok by kredity uznávali.

25. júna

SPOLOČNÉ SEKcie SLK A SLS

Prezident SLK viedol v sídle SLK 25. 6. 2019 rokovanie s predseda-ami Odborných sekcií SLK. Cieľom stretnutia bolo stanoviť si spoločnú filozofiu a nájsť riešenie, ako by mohli odborné spoločnosti SLS užšie spolupracovať s odbornými sekciami SLK. Diskutovalo sa aj o tom, že prepojenie odborných spoločností SLS a odborných sekcií SLK komplikuje fakt, že členom SLS môže byť ktokoľvek, nielen lekár, čiže pomer a zloženie odborného výboru SLS nemusí vždy odzrkadľovať danú odbornosť. Preto by podľa niektorých zástupcov odborných sekcií SLK nebolo reprezentatívne, keby sa tieto odborné spoločnosti a sekcie preklápali. Jednoznačne padol názor, že výbory SLS by nemali voliť sekcie SLK.

Vzhľadom na nízku účasť predsedov odborných sekcií SLK na stretnutí však nebol prijatý jasný záver z rokovania. Padol iba návrh, že by bolo dobré, keby sa sekcie SLK stretávali minimálne jedenkrát za rok, aby mala komora prehľad, ako pracujú a čo je v nich nové.

19. júna

STRETNUTIE NA PÔDE MZ SR KVÔLI CIZS

Vedenie SLK, v zložení prezident SLK MUDr. M. Kollár a viceprezident SLK MUDr. J. Weber, iniciovalo 19. 6. 2019 pracovné rokovanie so zástupcami MZ SR, Sekcie európskych programov a projektov, na ktorom komora požiadala MZ SR o informácie o stave schvaľovania projektov výstavby Centier integrovanej zdravotnej starostlivosti (CIZS), vrátane splnenia indikátorov pre ich definitívne schválenie i na všetkých troch regionálnych úrovniach Slovenskej republiky.



21. mája

KOMORA NA ZDRAVOTNÍCKOM VÝBORE

Vedenie SLK, v zložení prezident SLK MUDr. M. Kollár, viceprezidentka SLK MUDr. Z. Teremová, JUDr. Škodler a Mgr. Závodská, z iniciatívy SLK rokovalo 21. 5. 2019 s poslancami Výboru NR SR pre zdravotníctvo o etických problémoch výkonu zdravotníckych povolání a potrebe prijatia legislatívnych zmien. Takmer dvojhodinová diskusia však nepriniesla nič nové, hoci sa debatovalo nielen o etike, ale v tejto súvislosti aj o nepovinnom členstve v SLK.



21. mája

ŠTUDENTI VERZUS LEKÁRI

V ten istý deň, ako mal prezident SLK spolu s ďalšími predstaviteľmi komory namierené do parlamentu za poslancami zdravotníckeho výboru, sa MUDr. Marian Kollár stretol aj so študentmi Slovenskej zdravotníckej univerzity. Priblížil im nielen význam a poslanie komory, ale dotkli sa aj citlivých tém, ako sú napríklad vzájomné vzťahy lekárov a študentov. Ako vyplynulo z diskusie, viacerí študenti sa už stretli s odmietavým postojom zo strany svojich budúcich kolegov – starších lekárov, ktorí nemajú, nechcú, alebo sa jednoducho nestíhajú venovať mladým medicom. Vyzerá to tak, že komunikácia v zdravotníctve sa stáva tiež jedným veľkým problémom, na ktorý doplácajú všetci.

3. mája

DLHODOBÁ STAROSTLIVOSŤ NA REZORTE FINANCIÍ

Prezident SLK spoločne s viceprezidentom SLK MUDr. Weberom rokovali začiatkom mája v sídle SLK s predsedom Rady pre rozpočtovú zodpovednosť Ing. I. Šramkom a riaditeľom kancelárie RRZ Ing. V. Novysedlákom o dlhodobej zdravotnej starostlivosti a následne v sídle MF SR rokoval s riaditeľom Útvary hodnoty za peniaze p. Kiššom o dlhodobej starostlivosti a ďalšom spoločnom postupe pri riešení tejto otázky.

5. apríla

MEMORANDUM O SPOLUPRÁCI

Začiatkom apríla bolo na Rade SLK, ktorá sa konala v Zuberci na Orave, podpísané Memorandum o spolupráci medzi Nadáciou Lekár a LEKÁR, a.s., čo ešte výraznejším spôsobom prepôjilo činnosť oboch dcérskych organizácií SLK v oblasti vzdelávania. Memorandum je predpokladom na ďalší rozvoj spoločných aktivít v tejto oblasti. Slávnostne ho podpísali viceprezidentka SLK a predsedníčka Predstavenstva LEKÁR, a.s., MUDr. Zuzana Teremová a za Nadáciu Lekár predsedníčka Správnej rady MUDr. Eva Bérešová. Prítomný bol aj doc. Norbert Lukán, predseda Stáleho výboru pre vzdelávanie SLK



BLÍŽI SA XXXV. SNEM SLK

V JASNEJ SA BUDE HOVORIŤ JASNE: AKO ĎALEJ V NAŠOM ZDRAVOTNÍCTVE

Už o pár týždňov, v dňoch 4. a 5. októbra, sa v Jasnej v hoteli Družba uskutoční XXXV. Snem Slovenskej lekárskej komory. Na snem sú pozvaní ministerka zdravotníctva SR A. Kalavská, predseda Výboru NR SR pre zdravotníctvo Š. Zelník, prezident Slovenskej lekárskej spoločnosti Dr. h. c. prof. MUDr. Ján Breza, DrSc., MHA, prezident Českej lekárskej komory MUDr. Milan Kubek, prezidenti Slovenskej komory zubných lekárov I. Moravčík a Slovenskej lekárskej komory O. Sukeľ, predstavitelia ASL SR, ZAP, ANS, AFN, LOZ, spolky medikov z Martina, Košíc a Bratislavy. Na sobotňajšie rokovanie snemu sú pozvaní aj zástupcovia zdravotných poisťovní, Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou, NCZI.



Slávnostný snem sa začne v piatok popoludní privítaním všetkých delegátov a príhovorom prezidenta SLK MUDr. Mariana Kollára. Nasledovať budú správy o činnosti orgánov a stálych výborov SLK, správa o činnosti a hospodárení obchodnej spoločnosti LEKÁR, a.s., ako aj Nadácie LEKÁR. Prítomní hostia sa dozvedia aj všetky potrebné informácie k pozemkom vo Veternej Porube. K legislatívnym návrhom sa vyjadrí predseda stáleho výboru pre legislatívu MUDr. Ernest Sivík a správu o tom, kam smeruje SLK, prednesie jej prezident.

Sobotňajšie rokovanie už bude patriť aktuálnym problémom slovenského zdravotníctva z pohľadu SLK. Hovoriť sa bude aj o financovaní dlhodobej zdravotnej starostlivosti, smernici o sústavnom vzdelávaní, obhlídkach mŕtvych tiel, ako aj o ambulantnej pohotovostnej službe. O činnosti Zväzu ambulantných poskytovateľov budú informovať jeho predstavitelia. Po diskusiách k uvedeným témam bude nasledovať záver snemu a spoločný obed.



ZDRAVÁ *zmena?*

Plán stratifikácie nemocníc, ktorý predložilo ministerstvo zdravotníctva, má všetkým priniesť kvalitnejšiu, dostupnejšiu a bezpečnejšiu zdravotnú starostlivosť. Väčšina odborníkov o tom pochybuje.

STRATI

Bezzubý, vágny, nedostatočne pripravený, mačka vo vreći. To sú len niektoré vyjadrenia odborníkov z lekárskej obce či politikov na adresu najväčšej plánovanej reformy nemocníc na Slovensku – na zákon o nároku na kvalitu, bezpečnosť, miestnu a časovú dostupnosť zdravotnej starostlivosti. Úplne jednoznačne sa k nemu postavila Slovenská lekárska komora, ktorá hovorí: **„Je to tá najlepšia cesta, ako rozbiť ako-tak fungujúce slovenské zdravotníctvo.“**

Podme však pekne po poriadku. Na tom, že slovenské zdravotníctvo potrebuje radikálnu reformu, sa zhodnú všetci – lekárska obec aj politici. Problém je len v tom, ako si túto zásadnú premenu slovenského zdravotníctva obe strany predstavujú. A posledné týždne sú jasným dôkazom toho, že plány ministerky zdravotníctva Andrei Kalavskej veľkú zhodu na oboch frontoch zatiaľ nenašli. Dokonca ani v tom politickom košári.

POLITICKÉ ČACHRE

Podrobnosti reformy nemocníc predstavila ministerka spolu s premiérom Petrom Pellegrinim ešte v polovici apríla tohto roku. Návrh vyvolal búrlivú diskusiu a v niekoľkých následných medzirezortných pripomienkových konaniach mal vyše 600 pripomienok. V júli Kalavskú na vysvetlenie stratifikácie vyzval predseda Smeru Robert Fico. Ministerka ho presvedčila

a dohodli sa, že základy reformy zakotvia v ústave. O mesiac neskôr však už bolo všetko inak a ministerka sa rozhodla predložiť do vlády stratifikáciu cez obyčajný zákon.

Ako to napokon dopadlo, dnes už vieme. 21. augusta tohto roku vláda síce zákon odobrila, ale časti, ktoré sa týkajú samotnej reformy, nateraz vypustila. Ministri odklepli iba paragrafy o dlhodobej starostlivosti. **„Nie som sklamaná. Bola by som sklamaná, keby prišla stopka a nebola by nádej,“** povedala ministerka po rokovaní vlády. Tá jej totiž dala druhú šancu. Do 27. septembra musí šéfka rezortu zdravotníctva presvedčiť poslancov, aby získala pre svoj zákon podporu v parlamente. **„Budem presvedčať všetky parlamentné politické subjekty, aby zahlasovali za dobrú zmenu, a teda oslovím aj stranu Smer,“** povedala odhodlane Kalavská. Podme sa teda pozrieť na to, čo pani ministerka vlastne plánuje s našimi nemocnicami urobiť.

STRATIFIKÁCIA PODĽA MINISTERSTVA

Slovenský pacient je v porovnaní s ostatnými štátmi Únie častejšie hospitalizovaný (premierne 8,5 dňa, pričom v ostatných krajinách je to o cca dva dni menej), a napriek tomu máme 2,5-krát viac (!) prípadov zbytočných, odvrátiteľných úmrtí. **„Je tu zlý manažment pacienta,“** hovorí ministerka Kalavská, ktorá chce aj preto na Slovensku spustiť najväčšiu zdravotníč-



STRATIFIKÁCIA VŠEOBECNÝCH NEMOCNÍC



Lokálna nemocnica



**Zabezpečenie
vysokej
dostupnosti
akútnej
starostlivosti**



Regionálna nemocnica



**Regionálna
centralizácia
komplexnejšej
starostlivosti**



Národná nemocnica



**Zabezpečenie
starostlivosti
s najvyššou
komplexitou**

ku reformu za ostatných 15 rokov. Inšpiráciu hľadali v cudzine. „Porovnávali sme systémy ústavnej starostlivosti všetkých krajín západnej Európy, najmä severských. Chceme robiť reformu podobne, ako ju robili v Dánsku, kde s ňou začali v roku 2004,“ hovorí Kalavská. Podľa nej treba prekopať celý systém zdravotnej starostlivosti, najmä delenie nemocníc na nemocnice všeobecného typu a špecializované.

Na základe demografických analýz, chorobnosti, ale aj regiónov navrhuje ministerstvo rozdeliť nemocnice do troch úrovní. Čo a ktoré nemocnice či oddelenia budú robiť, sa bude určovať podľa tzv. indikátorov kvality a minimálneho počtu zdravotníckych výkonov. Zmeny v nemocniciach majú zabezpečiť, aby všetky nemocnice nerobili všetko, ale aby sa špecializovali, ako aj to, aby sa určili minimálne počty výkonov, ktoré musia oddelenia urobiť. Platí totiž, že čím väčšiu prax lekári majú, tým je to pre pacienta bezpečnejšie.

Nemocnice na Slovensku by podľa návrhu ministerstva zdravotníctva mali byť rozdelené do troch typov:

Lokálne nemocnice – 46

Po roku 2025 ich má byť 46 a mali by byť v takmer všetkých okresných mestách. Budú v nich poskytovať základnú akútnu zdravotnú starostlivosť v dostupnosti do 30 minút pre 91 percent obyvateľov Slovenska (stopercentná dostupnosť je z dôvodu niektorých odľahlých regiónov nemožná). Bude v nich interné oddelenie, neurológ, chirurgia, gynekológ, pediatrické oddelenie a oddelenie ARO a intenzívnej medicíny. V lokálnej nemocnici vám napríklad vyoperujú slepé črevo alebo ošetrí úraz.

Regionálne nemocnice – 6

Väčšie regionálne nemocnice, ktoré budú poskytovať viac odbornosti (špecializujú sa na ťažšie výkony), by mali byť dostupné do

60 minút od miesta bydliska. Bude tam urgent tzv. 2. typu. Sem by mali byť transportovaní pacienti, ktorým nedokážu pomôcť v lokálnej nemocnici. Regionálnych nemocníc by malo byť šesť: Trenčín, Poprad, Prešov, Michalovce, Lučenec, Nitra.

Národné nemocnice – 4

Ide o komplexné zdravotné zariadenia, v ktorých by mali byť dostupní všetci špecialisti, okrem klasických aj špecialisti na diabetológiu, gastroenterológiu, oftalmológiu, plastickú chirurgiu, klinickú onkológiu... Národné nemocnice budú štyri (Bratislava, Martin, Banská Bystrica, Košice) a dostupné by mali byť do 120 minút. Mali by v nich byť napríklad aj špecialisti na hrudnú chirurgiu, popáleniny, chirurgiu tváre, neurochirurgiu či chirurgiu chrbtíc. Po zvládnutí akútneho stavu by mal byť pacient prevezený na následné doliečenie do nemocnice nižšieho typu.

Okrem týchto troch úrovní nemocníc budú naďalej **fungovať tzv. kompetenčné centrá**, zaoberajúce sa iba jednou odbornosťou, teda známe onkologické a kardiologické ústavy či detské kompetenčné centrá.

SLK: IDE IM LEN O VOLEBNÉ PREFERENCIE

Slovenská lekárska komora sa niekoľkokrát verejne vyjadrila, že projekt stratifikácie oceňuje a víta, na druhej strane je však takáto reforma takým zásadným zásahom do

činnosti nemocníc vo všetkých ohľadoch ich fungovania, že je potrebné sa vyvarovať unáhlených riešení, ktoré by boli nedostatočné nielen po právnej, ale aj realizačnej stránke, teda schopnosti aplikovať reformu v reálnych podmienkach slovenského zdravotníctva.

Podľa názoru lekárskej komory, ktorý sa opiera výhradne o odborné a nie politické argumenty, je návrh stratifikácie pri-

“**Zmeny v nemocniciach majú zabezpečiť, aby všetky nemocnice nerobili všetko, ale aby sa špecializovali, ako aj to, aby sa určili minimálne počty výkonov, ktoré musia oddelenia urobiť.**”

pravený nedostatočne a jeho zavedenie v súčasnej podobe by nezabezpečilo požadovanú kvalitu poskytovanej zdravotnej starostlivosti ani bezpečnosť pacientov. Aj preto Slovenská lekárska komora vyzvala ministerku Kalavskú ešte pred augustovým zasadnutím vlády, aby zákon o stratifikácii stiahla. Podľa názoru komory sa totiž stratifikácia stala predmetom politických hier a pacient ostal v úzadí. „Vytvorili sa nám dva politické tábory s istou silou hlasov v parlamente, z ktorých jeden trvá na stratifikácii formou ústavného zákona a druhý na návrhu formou obyčajného zákona. Ani jednu stranu však dnes už nezaujímajú, že ani jeden z týchto návrhov nie je dostatočne odborne pripravený na to, aby mohol byť predložený do parlamentu. Ústavný zákon preto, lebo je celý nezmyslom, a návrh obyčajného zákona preto, lebo nikto nevie, či vôbec nejaké pripomienky boli zohľadnené a či sa nimi vôbec niekto na MZ SR zaoberal,“ povedal prezident SLK MUDr. Marian Kollár na tlačovej konferencii pred zasadnutím vlády. „Opakovane sme sa vyjadrili, že nepovažujeme za správne, ak hlavným, a zrejme aj jediným kritériom stratifikácie nemocníc má byť ekonomická efektívnosť. Ale dnes sa nám javí, že jediným kritériom stratifikácie nemocníc sú volebné preferencie politických strán.“

BEZ ĽUDÍ A PEŇAZÍ TO NEPÔJDE

Podrobnejšie prezentovala komora svoje odborné výhrady ešte v polovici júla. K zásadným pripomienkam patrilo napríklad fakt, že hrozí, že lokálne nemocnice nebudú schopné pokrývať základné výkony. „Aj tie najjednoduchšie nemocnice musia robiť základné výkony, ktoré zachráni ľudský život. V každej základnej nemocnici musí byť interné, chirurgia,

gynekológia, detské a ARO. Ak počujeme pani ministerku, že budeme presúvať lekárov z nemocnice do nemocnice a robiť silné oddelenia, nevieme si predstaviť, že v niektorých nemocniciach nebude gynekológia, nebude chirurgia, nebude interné, pretože nemáme dostatok personálu. Novú nemocnicu postavíme za tri roky, ultrazvuk kúpime obratom, najmodernejšie CT zaplatíme, kúpime, namontujeme do troch týždňov, ale lekára za dva roky nevyhováme,“ hovorí prezident SLK MUDr. Marian Kollár.

Nedostatok personálu je jeden zo zásadných problémov, ktorý – nielen podľa názoru SLK – návrh stratifikácie nerieši. „Bez personálnej saturácie a personálnych normatívov nie je možné vykonať kvalitnú, odbornú a úspešnú stratifikáciu,“ tvrdí komora.

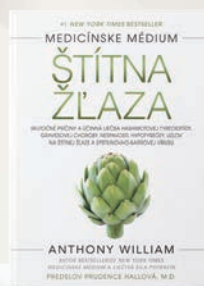
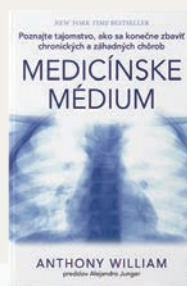
V tomto duchu sa vyjadrila aj Asociácia nemocníc Slovenska, ktorá je proti plánovanej stratifikácii. Upozorňuje, že ak nemocnice nebudú mať dosť kvalitných lekárov a sestier na jednotlivé odbornosti, stratifikácia nemôže dobre dopadnúť. Navyše je tu aj problém s financovaním, ktoré predložený plán stratifikácie nerieši. „Tam, kde stratifikácia nemocníc prebehla, v tých štátoch na to boli zvýšené finančné prostriedky.“ ANS odmieta stratifikáciu aj z dôvodu, že hovorí len o nemocniciach a nie aj o ambulatnom sektore (to je ich prvá pripomienka), druhou je to, že zákon hovorí pri operačných výkonoch len o ústavnej zdravotnej starostlivosti a nezaobera sa napríklad aj pracoviskami jednotnovej zdravotnej starostlivosti. Podľa ANS totiž hrozí nebezpečenstvo pre pacienta, že nemocnice by museli spĺňať počty výkonov, ale pracoviská jednotnovej zdravotnej starostlivosti nie.

Názory ostatných odborných združení a odborníkov si môžete prečítať v našej ankete.

Skvelý výber pre náročných

Anthony William

Odhaľte tajomstvá záhadných chorôb a pomôžte sebe a svojim blízkym liečivou silou ovocia a zeleniny.

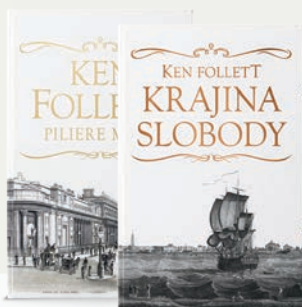


Január 2020

TATRAN
www.slovatran.sk

Ken Follett

Majster historického románu, jeho strhujúci štýl, autentická atmosféra a vášnivé intrigy sú zárukou výborného čítania.



Dale E. Bredesen

Prvý program s cieľom zabrániť kognitívnemu úpadku a zvrátiť ho.



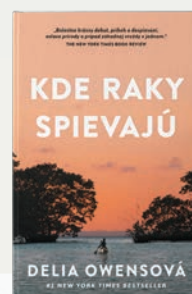
Moc faktov

Zásadne zmení náš spôsob vnímania a hodnotenia sveta.



Kde raky spievajú

Neuveriteľný príbeh o samote, zúfalstve, odvahe prežiť, vytrvalosti, boji s predsudkami, ale aj o láske a nádeji.



Džentlmen v Moskve

Múdre svedectvo krásy a potreby ľudského porozumenia v ťažkej životnej skúške počas nástupu bolševizmu. Kniha sa po vydaní stala literárnym fenoménom.



Čo na stratifikáciu VRAVIA ODBORNÍCI?

SLOVENSKÁ LEKÁRSKA KOMORA

Otázka stratifikácie nemocníc sa v tejto chvíli prijíma alebo odmieta výlučne na základe politických záujmov a predvolebného boja. Naším hlavným dôvodom jej odmietania je fakt, že inštitút stratifikácie vrátane jeho odborného-legislatívnej podoby nie je dostatočne pripravený, aby bol uvedený do života. Rozhodujúci musí byť prínos stratifikácie pre pacienta, nie prínos pre zdravotné poisťovne a pre finančné záujmy v zdravotníctve. Slovenská lekárska komora vo svojich pripomienkach k návrhu zákona okrem iného upozornila na vytvorenie neprimeraného vplyvu zdravotných poisťovní na existenciu nemocníc alebo ich súčastí. Poukázali sme

na zásadný nedostatok legislatívneho riešenia, ktoré sa zaoberá iba tým, ako niektoré nemocnici odňať jej kompetencie, ale návrh zákona nerieši, čo bude s pacientom, ktorý týmto prišiel o svoju nemocnicu, o svojho ošetrojúceho lekára. Návrh zákona nerieši, ako zdravotné poisťovne zabezpečia poskytnutie zdravotnej starostlivosti u iného poskytovateľa, ako bude riešená jeho materiálna a predovšetkým personálna spôsobilosť prevziať starostlivosť o týchto pacientov. Zotrvávanie na návrhu riešenia personálnych otázok „dočasnou sťažou“ osôb z tretích krajín nie je a nemôže byť riešením slovenského zdravotníctva.

ASOCIÁCIA NEMOCNÍC SLOVENSKA

Návrh rieši len poskytovanie ústavnej zdravotnej starostlivosti bez toho, aby riešil aj iných poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, pričom aj ich pracovná činnosť má výrazný vplyv na kvalitu, bezpečnosť, miestnu a časovú dostupnosť pre všetkých pacientov. Poskytovanie veľkého spektra zdravotnej starostlivosti sa deje v ústavnej zdravotnej starostlivosti aj jednodňovej

zdravotnej starostlivosti. Sme toho názoru, že rovnaké kritériá na kvalitu a bezpečnosť pacienta by mali byť uplatnené i na ochranu pacienta v jednodňovej zdravotnej starostlivosti. Zvyšovanie kvality zdravotnej starostlivosti vyžaduje aj zvýšené investície, a preto ANS navrhuje, aby bolo v zákone zakotvené aj financovanie, a to vo výške 5 % za poistencov štátu.

ASOCIÁCIA SÚKROMNÝCH LEKÁROV

Zmena v systéme zdravotníctva je nevyhnutná, treba si však položiť otázku, aká tá zmena má byť a predpokladať dopady na budúce obdobie. Ambulantný sektor predstavuje viac ako dve tretiny zdravotnej starostlivosti a na to sa zabúda. Zlá stratifikácia v nedofinancovanom a zanikajúcom ambulatnom sektore bude mať za následok likvidáciu celého zdravotného systému na Slovensku. Za ambulantný sektor musím zdôrazniť i dopad na ambulancie z pohľadu zabezpečenia zdravotnej starostlivosti pred nemocničnou, ako aj po nemocničnej starostlivosti,

ambulancie VLD, ŠAS a aj ADOS. Z toho dôvodu vnímam súčasné snahy o prerokovanie „stratifikácie“ ako násilné a prehnané, bez dôslednej analýzy následkov na všetky spomenuté oblasti, financie nevynímajúc. Materiál, ktorý je predkladaný, vnímam ako neucelený, opakovane deformatovaný a násilnou formou pretláčaný na schválenie. Zakaždým v modifikovanej podobe bez jednoznačného dopadu na súčasný rozpočet, ktorý je najhorší za všetky doterajšie obdobia. Takže dovoľm si povedať, že v súčasnej podobe nebude v prospech nikoho.

LEKÁRSKE ODBOROVÉ ZDRUŽENIE

„Ak má byť ústrednou myšlienkou stratifikácie centralizácia výkonov, malo byť jasne zadefinované, koľko má mať národná nemocnica Slovenska lôžok, štruktúru oddelení a ako bude zabezpečená dostupnosť. Na stratifikáciu budeme potrebovať viac personálu v nemocniciach, a toto nikto nerieši. Ak by sa aj zavrelo niekoľko malých nemocníc, tak pôjde možno len o pár sestier, ktoré budú schopné ďalej pracovať a premiestniť sa inde,“ vyjadril sa predseda LOZ Peter Visolajský.

Návrh považuje LOZ za neúplný a kritériá za nekonkrétne. „Jediným kritériom je minimálny počet výkonov, ale to je stanovené tak, že keď to nemocnica nedodrží, tak poisťovne nemusia uzatvoriť zmluvu. To môže znamenať, že keď jedna súkromná finančná skupina vlastní nemocnicu a aj zdravotnú poisťovňu, tak tá poisťovňa neuzatvorí zmluvu so štátnou, ale so súkromnou nemocnicou,“ upozornil predseda LOZ.

ÚNIA POSKYTOVATEĽOV LEKÁRENSKEJ STAROSTLIVOSTI SLOVENSKEJ REPUBLIKY

Navrhuje zadefinovať aj dostupnosť ambulantnej a lekárskej zdravotnej starostlivosti na všetkých úrovniach, čo znamená, že by sa určila miestna a časová dostup-

nosť a povinnosti zdravotných poisťovní voči týmto poskytovateľom.

STRATIFIKÁCIA AKO PREDVOLEBNÁ ZBRAŇ

Plánovaná reforma nemocníc sa stala v letnej uhorkovej sezóne pre politikov témou číslo jeden. Nečudo, každá strana akosi cíti, že na nej môže vytŕcť politické body. Diskusie na tému stratifikácie nabrali na obrátkach najmä po tom, čo sa predseda Smeru-SD Robert Fico vyjadril, že on vlastne vôbec nevie, čo si má pod tým predstaviť a potrebuje, aby mu to ministerka osobne vysvetlila. A tak pani ministerka (napriek tomu, že samotný premiér Peter Pellegrini, člen Smeru-SD, dal stratifikácii spočiatku zelenú a s ministerkou usporiadal niekoľko tlačových konferencií) pekne napochodovala do centrály Smeru na Súmracnú ulicu v Bratislave a pekne expremiérovovi vysvetlila, čo vlastne tá stratifikácia znamená. A výsledok?

Ministerka sa po stretnutí s Robertom Ficom rozhodla predložiť návrh ako ústavný návrh zákona. Podľa nej bolo totiž dôležité, aby získal podporu naprieč celým politickým spektrom. Nuž, tento postoj jej nevydržal dlho. Potom, čo sa ozvali hlasy (aj z ministerstva spravodlivosti), že by predložený zákon mohol byť protiústavný, sa ministerka rozhodla otočiť a zákon na vládu predložila ako „obyčajný“. Výsledok všetci poznáme. Zákon ministri síce odobrili, ale schválili iba časť o dlhodobej zdravotnej starostlivosti. Stratifikácia nemocníc však predsa dostala druhú šancu. Ministerka musí do 27. septembra nájsť politický konsenzus, aby mohla zákon predložiť do parlamentu. Ak by ho poslanci do konca roka schválili, od roku 2020 by sa začal realizovať. Kompletne by mala v takom prípade stratifikácia fungovať od roku 2024.

Čo sa týka názorov politických strán na stratifikáciu, jednoznačne ju zatiaľ podporil len Most-HÍD. SNS plánovala počkať na stanovisko Smeru-SD po koalícnej rade (pripomíname, že koalícna dohoda platí len do konca septembra, čo tiež môže nahráť Kalavskej, pozn. autorky). Z opozičných strán podporu stratifikácii v prvom čítaní v podobe obyčajného zákona prisľúbila SaS. Hnutie Sme rodina sa chce vyjadriť až potom, čo bude známy finálny návrh zákona. OĽaNO si myslí, že ak Smer-SD nepodporí vlastnú ministerku, mala by podať demisiu. LSNS vníma nepredloženie stratifikácie v podobe ústavného zákona negatívne.

NÁZORY ČLENOV PARLAMENTNÉHO VÝBORU NR SR PRE ZDRAVOTNÍCTVO



Štefan Zelník, predseda výboru (nominant SNS)

„Ja túto stratifikáciu vítam, škoda, že je to rozplánované na 11 rokov, dalo by sa to urobiť za kratšiu dobu.“



Tibor Bastrnák, podpredseda výboru (Most-Híd)

„Stratifikáciu nemocníc považujem za nevyhnutný reformný krok, ktorý by sme nemali odkladať, a hlavne by nemala byť zneužitá na politikárčenie. Reforma je potrebná, pretože prinesie vyššiu kvalitu v poskytovaní zdravotnej starostlivosti a predíde personálnej kríze v nemocniciach... V klube ešte prebehne diskusia, ale samotný zámer podporujeme.“



Zuzana Šebová, členka výboru (Sme rodina)

„Zhodneme sa na tom, že zlepšenie dostupnosti nemocníc, nižší počet opakovaných operácií a hospitalizácií a v konečnom dôsledku kvalitnejšia a bezpečnejšia zdravotná starostlivosť je to, čo pacienti potrebujú. Súhlasíme tiež, že treba zaviesť kritérium výsledkov liečby. Zákon však veľmi vážnym spôsobom spomína časovú a miestnu dostupnosť a už vôbec nespresňuje typológiu jednotlivých nemocníc.“



Marek Krajčí, člen výboru (OĽaNO)

OĽaNO chce vidieť zákon, ktorý zafinancuje nárok pacienta a určí maximálne čakacie lehoty na plánované operácie a diagnostické operácie. „Chceme, aby to bolo tak, že ak sa pacient do určitého termínu na operáciu nedostane pre nízku kapacitu, prichádza na rad možnosť B, že sa pacient môže obrátiť na iné pracovisko v Európskej únii, ktoré mu tú operáciu urobí. A poisťovňa by to mala preplatiť,“ povedal Krajčí. OĽaNO tiež vyčíta reforme, že nemá jasne zafinancovanú otázku financovania a personálnej saturácie nemocníc.



Alan Suchánek, člen výboru (nezaradený)

Stratifikáciu schvaľuje, má však výhrady voči schváleniu tohto zákona ako ústavného. „Ak by bolo potrebné v budúcnosti v tomto zákone niečo zmeniť, tak by bol potrebný súhlas 90 poslancov, čo by SMER-SD v opozícii určite zablokoval a zväzoval ruky budúcej vláde. Preto tento zákon ako ústavný nepodporíme.“



Igor Janckulík, člen výboru (nezaradený)

„S ideou tejto reformy, ako bola predstavená na výbore, som v zásade súhlasil, samozrejme, ak by sa nerušili nemocnice a bola by zohľadnená reálna infraštruktúra aj v odľahlejších regiónoch, čo má vplyv na časovú a miestnu dostupnosť zdravotnej starostlivosti.“



Jana Cigániková, členka výboru (SaS)

„Ako je známe, SaS podporuje optimalizáciu siete nemocníc, ak povedie k zvýšeniu efektivity systému. Musí však byť jasná a koncepčná, s presne určenými zodpovednosťami jednotlivých účastníkov a merateľnými ukazovateľmi, aby sa dal kvantifikovať prínos takéhoto opatrenia pre pacienta.“



MINISTERKA OTVORENE *o stratifikácii*

Šéfka rezortu zdravotníctva reaguje na odborné výhrady Slovenskej lekárskej komory a hovorí, prečo je podľa nej reforma dobrá.

Rozhovor s pani ministerkou sa nerodil ľahko. Nielen pre jej pracovnú vyťaženosť, ale najmä preto, akú turbulenciu na všetkých frontoch zákon o stratifikácii vyvolal. Slovenská lekárska komora sa ministerky opýtala na všetky sporné, a podľa nášho názoru aj podstatné výhrady a riziká, ktoré v zákone o stratifikácii vidíme. Posúďte sami, či vás pani ministerka presvedčila.

? Stratifikácia, ktorú SLK v princípe víta, sa označuje ako reforma zdravotníctva. Reforma by to však bola v tom prípade, keby sme zavádzali niečo nové. Pravdou však je, že po 30 rokoch sa vraciame k systému, ktorý sa osvedčil a spoľahlivo fungoval v predchádzajúcom režime – pred rokom 1989. Vtedajšie rozdelenie na nemocnice I., II., a III. typu bolo logickejšie (mali aj presne vymedzené kompetencie a rozsah poskytovanej zdravotnej starostlivosti), ako nové plánované názvy lokálna, regionálna a národná nemocnica. Tieto názvy môžu pacientov miast a môžu mať pocit, že v nich nedostanú primeranú zdravotnú starostlivosť. Môžete pár vetami ako ministerka „presvedčiť“, že stratifikácia vo vami prezentovanej podobe bude naozaj prínosom pre pacientov?

Možno by stačilo parafrázovať znenie otázky: „Pravdou však je, že po 30 rokoch sa vraciame k systému, ktorý sa osvedčil a spoľahlivo fungoval v predchádzajúcom režime – pred rokom 1989.“ Prínosy stratifikácie boli prezentované na viacerých fórach. Základným pilierom je predovšetkým opätovné zavedenie typológie nemocníc, ktoré spolu s novými určujúcimi znakmi zabezpečí dostatočné pokrytie akútnej starostlivosti vrátane nadväzujúcich

odborností. Významnou súčasťou je aj nahradenie koncovej siete, v ktorej je dnes 13 všeobecných nemocníc, na novú verejnú minimálnu sieť nemocníc, ktorá rozširuje zoznam povinne zazmluvnených subjektov na celkový počet 46. Aj tento krok má viesť k zabezpečeniu optimálnej dostupnosti. Asi jednou z najväčších zmien je implementácia kvalitatívnych kritérií a koncept minimálneho počtu vybraných výkonov. Pri týchto výkonoch vieme sledovať s ich narastajúcou koncentráciou a zvyšovaním počtu aj pozitívne dopady na kvalitatívne ukazovatele, predovšetkým v prípade rehospitalizácií a reoperovanosti. Je potrebné spomenúť, že stratifikácia sa dá vnímať aj ako kostra, na ktorej sa bude stavať v rámci viacerých iných reforiem, ako je napríklad dlhodobá starostlivosť, nové normatívy, platobné mechanizmy či nová sieť ambulantných poskytovateľov.

? **Aj v prípade predchádzajúceho režimu na Slovensku, aj v prípade Dánska išlo o podobný systém riadenia zdravotníctva - systém bez existujúcej poisťovne, financovanie zo štátneho rozpočtu, riadenie cez systém národnej zdravotnej služby (u nás systém ústavov národného zdravia), systém s absolútnou prevahou štátnych, krajských, mestských zariadení, nie súkromných. Ako chcete zabezpečiť dosah na súkromných poskytovateľov zdravotnej starostlivosti - ambulantných, nemocničných?**

Kvalitatívne kritériá, resp. kritériá minimálneho počtu vybraných výkonov, budú povinnou súčasťou zmluvy medzi zdravotnou poisťovňou a poskytovateľom zdravotnej starostlivosti. Súčasne zavádzame povinnosť zazmluvniť poskytovateľa v určitom minimálnom rozsahu podľa jej typu. Toto však platí obojstranne. Aj poskytovateľ sa musí snažiť zabezpečiť starostlivosť v tomto rozsahu, v opačnom prípade nebude schopný získať povolenie na prevádzku. Ide preto o štandardný mechanizmus regulácie, tak ako to funguje v mnohých iných krajinách. Predstava, že by štát vlastnil všetky nemocnice, a len tie systémy sú efektívne a kvalitné, je mylná. Príkladom je napríklad Holandsko, ale aj Španielsko či Nemecko.

? **SLK vyjadřila obavu najmä v súvislosti s tým, že v základných (podľa stratifikácie lokálnych) nemocniciach budú chýbať základné odbory, napr. gynekológia, interné, detské... V pripomienkovom konaní SLK uvádza: „Absencia lôžkového gynekologického zariadenia (aspoň pôrodnice) vo výbave lokálnej nemocnice je súčasťou plánu na výraznú redukciu tohto typu zariadení na Slovensku...“ Môžete k tomu zaujať stanovisko?**

Povinnou súčasťou lokálnej nemocnice budú interná chirurgia, ARO, pediatria a minimálne zabezpečená dostupnosť gynekologickej ambulancie alebo oddelenia gynekológie. V procese prípravy vykonávacích predpisov sme komunikovali aj s jednotlivými odbornými spoločnosťami, pričom práve slovenská gynekologicko-pôrodnická spoločnosť (SGPS) bola asi najväčším prispievateľom k našej reforme. Radi by sme si dovolili pripomenúť, že v predsedníctve SGPS sú momentálne predstavitelia svetových rozmerov s mnohými zahraničnými skúsenosťami a so znalosťou tých najmodernejších konceptov. Nad rámec určujúcich kritérií budú zdravotné poisťovne povinné zazmluvniť aj minimálny počet lôžok, tak ako tomu bolo dnes v Nariadení 640/2008. Poisťovne teda budú musieť aj cez tento indikátor zazmluvňovať starostlivosť, čo zabezpečí to, že služby budú dostupné a zabezpečené.

? **Parametre kvality a limity pre minimálny počet zdravotných výkonov sú podľa SLK tiež zle nastavené. Nerozlišuje sa totiž pracovisko, ktoré poskytuje urgentnú zdravotnú starostlivosť (s pochopiteľne vyšším počtom komplikácií a reoperácií) a pracovisko, ktoré poskytuje väčšinou len elektívnu zdravotnú starostlivosť (väčšinou kompetenčné centrá). Navyše, podľa návrhu by lokálne a regionálne nemocnice poskytovali hlavne urgentnú starostlivosť. Lokálne a regionálne nemocnice však nemôžu poskytovať len urgentnú zdravotnú starostlivosť, pretože by sa tým popreli princípy poskytovania zdravotnej starostlivosti. Majú tvorcovia „reformy“ predstavu, že sa v týchto nemocniciach budú vykonávať z chirurgických výkonov len cholecystektómie a apendektómie?**

Daná otázka javí nepochopenie filozofie stratifikácie ako takej, ktorú sme opakovane dlhodobo vysvetľovali, pracovali na nej aj odborné spoločnosti a bola nimi akceptovaná. Minimálne počty výkonov v sebe zahŕňajú tak výkony akútnej, ako aj elektívnej zdravotnej starostlivosti a základnou myšlienkou pri ich implementácii bolo umožnenie vykonávania aj komplikovanejších elektívnych výkonov v akejkoľvek nemocnici v rámci jej určujúcich znakov, tá však musela naplniť požadovaný počet. V prípade, že by ho nenaplnila, došlo by v budúcom období k odzmluvneniu predmetného výkonu, nie však k odzmluvneniu poskytovateľa alebo oddelenia. Čo sa detailov týka, tento vykonávací predpis ešte stále precizujeme a bude mať samostatný legislatívny proces, aby sme zabezpečili správne definície jednotlivých skupín. Spomínaná SGPS nám už aj oficiálne pripravila návrh delenia výkonov podľa jednotlivých typov nemocníc, ako aj vyšpecifikovala, ktoré konkrétne výkony na úrovni 5M DRG kódu by sa mali centralizovať.

66

V súčasnosti majú zdravotné poisťovne veľkú silu a môžu rozhodovať o činnosti niektorých nemocníc. Stratifikáciou chceme práve priniesť poriadok a kontrolu do systému v prospech pacientov a lekárov, sestier a iných zdravotníckych pracovníkov.

? **Úloha zdravotných poisťovní v projekte stratifikácie tiež naráža na odborné pripomienky. Zdravotné poisťovne budú totiž podľa návrhu rozhodovať aj o existencii niektorých činností nemocníc. Legislatívne bude totiž zdravotnej poisťovni daná možnosť neuzatvoriť s poskytovateľom zmluvu na výkony, ktoré nedosiahli stanovený počet, ale pri povinnosti poisťovne zabezpečiť ZS svojim pacientom tieto zákonné ustanovenia už aplikované nebudú. Môžete sa k tomu vyjadriť?**

Treba si uvedomiť, že práve v súčasnosti majú zdravotné poisťovne veľkú silu a môžu rozhodovať o činnosti niektorých nemocníc. Stratifikáciou chceme práve priniesť poriadok a kontrolu do systému v prospech pacientov a lekárov, sestier a iných zdravotníckych pracovníkov. Ministerstvo zdravotníctva konečne chce nastaviť kritériá kvality. Pôvodný zámer bolo prehodnocovať kritériá každé 2 roky, ale legislatívne máme túto možnosť na ročnej báze, v prípade, že by sa dané indikátory kvality a bezpečnosti neplnili.

? **SLK mala pripomienky aj ku kompetenčným centrom, ktoré podľa nej predstavujú nesytemové riešenie. Sú to izolované centrá, ktoré nedokážu poskytovať komplexnú starostlivosť. Systémové riešenie by bolo, keby boli tieto centrá vytvárané v rámci väčších nemocníc, kde by mohli profitať z ich zázemia a recipročne by tieto centrá mohli poskytovať starostlivosť pre nemocničných pacientov. Takýto postup by bol aj ekonomicky zdôvodniteľný a funguje vo vyspelých krajinách. Nie sú kompetenčné centrá iba výsledkom lobovania záujmových skupín v zdravotníctve?**

Chcela by som zdôrazniť, že už v súčasnosti sú kompetenčné centrá a srdcovo-cievne a onkologické ústavy, ktoré poskytujú komplexnú špičkovú starostlivosť v danom odbore na európskej úrovni a predefinovať niečo, čo v súčasnosti dobre funguje, sa mi zdá ako krok späť. Kompetenčné centrá môžu vzniknúť aj v rámci nemocnice a aj samostatne. Predpokladom je predovšetkým naplnenie určujúcich znakov. Práve špecializačná náročnosť a potreba niektorých vysokošpecializovaných odborností viedla k rozhodnutiu, že práve onkologické a kardio-angiologické kompetenčné centrá má zmysel definovať mimo typológie všeobecných nemocníc. Ak by sme nedefinovali kompetenčné centrá, tak by sme umožnili vznik súkromných centier, čo je v rozpore s našou koncepciou. Ak teda trváte na svojom, tak budete mať túto možnosť podať ako pripomienku k MPK aj s odôvodnením, prečo obhajujete tento nežiaduci jav v systéme.

? **Súčasný návrh stratifikácie ignoruje otázku personálneho zabezpečenia nemocníc. Akútny nedostatok zdravotníckych pracovníkov nedáva reálny predpoklad prevzatia výkonov iným poskytovateľom, zvlášť v prípade, ak pôjde o finančne neatraktívne výkony. Ako toto chcete riešiť?**

Súbežne s projektom stratifikácie ministerstvo zdravotníctva pracuje aj na ďalších zásadných zmenách, ktoré spolu úzko súvisia. Áno, nedostatok lekárov je problém, ktorý je už dlhoročný, a to nielen na Slovensku, ale aj v ostatných krajinách. Ministerstvo zdravotníctva robí všetko pre to, aby sa situácia postupne zlepšovala. Doteraz rezidentský program ukončilo už viac ako 100 absolventov z oblasti všeobecného lekárstva a pediatrie. Naším cieľom je záujem o rezidentské štúdium zvýšiť, preto sa uskutočnili mnohé prednášky a stretnutia pre študentov 5. a 6. ročníka lekárske fakúlt s cieľom spropagovania rezidentského štúdia a väčšej informovanosti o tejto možnosti špecializačného štúdia. Takisto pokračujeme v práci ohľadom rezidentského štúdia so zameraním sa aj na užšiu súčinnosť s VÚC, hlavnými odborníkmi MZ SR a zdravotnými poisťovňami pri umiestňovaní rezidentov do všeobecných ambulancií v príslušných regiónoch a zatraktívneniu rezidentského štúdia. Vnímame ho ako dôležitý nástroj na riešenie personálnej problematiky. Je to jedna z možností, ako v budúcnosti dostať do regiónov nedostatkové špecializácie lekárov, program sme rozšírili aj o sestry, v špecializačných odboroch: anestéziológia a intenzívna medicína, inštrumentovanie v operatívnej sále a ošetrovateľská starostlivosť v psychiatrii.

Uvádžame do praxe aj ďalšiu novinku – stabilizačnú pôžičku poskytovanú študentom bakalárskeho programu ošetrovateľstvo od letného semestra akademického roka 2018/2019, ktorú považujeme za jeden z krokov, ktorý prinesie väčší počet sestier do systému. Hľadáme pozitívne riešenia, ako motivovať absolventov lekárske fakúlt zostať na Slovensku. Systémovým krokom na zvýšenie počtu lekárov je aj zjednodušený vstup na náš trh pracovníkov zo zahraničia, zjednodušujú sa administratívne podmienky pre lekárov, ako aj sestry.

? **Slovenská lekárska komora práve v tejto súvislosti vyjadrila obavy, že zjednodušený prístup pre lekárov z tretích krajín je možným rizikom pre našich pacientov...** Čo sa týka lekárov z iných krajín, na Slovensku môžu pracovať len tí, ktorí splnia stanovené podmienky. Ministerstvo má

záujem, aby v systéme pracovali kvalifikovaní odborníci, ktorí spĺňajú požiadavky na výkon príslušných regulovaných povolání, podľa smernice Európskeho parlamentu a Rady 2005/36/ES o uznávaní odborných kvalifikácií, ktorá je transponovaná do príslušných právnych predpisov SR. Vítaní sú všetci záujemcovia z členských štátov EÚ, ako aj z ďalších krajín, ktorí spĺňajú tieto požiadavky tak, aby bola zabezpečená kvalita poskytovanej zdravotnej starostlivosti a zároveň bezpečnosť a zdravie pacientov. Táto skutočnosť je pre ministerstvo zdravotníctva prioritná.

Zavádzame taktiež inštitút dočasnej odbornej stáže osôb, ktoré získali doklad o vzdelaní lekára na území tretích krajín a ktorý sa uplatňuje pred úplným uznaním odbornej spôsobilosti. Zámerom MZ SR je umožniť lekárovi výkon odborných pracovných činností pod vedením tzv. dohliadajúceho lekára s príslušnou odbornou spôsobilosťou, maximálne v období jedného roka. Dočasnú odbornú stáž bude regulovať MZ SR. Cieľom je, aby prispela k efektívnejšiemu zaradeniu stážistu do systému poskytovania zdravotnej starostlivosti na Slovensku ešte pred úplným uznaním jeho odbornej spôsobilosti na MŠVVaŠ SR.

? **Vráťme sa ešte k tomu, ako získať a udržať našich absolventov lekárske fakúlt na Slovensku.**

Jedným zo systémových krokov na zvýšenie počtu lekárov je napríklad aj zvýšenie počtu novoprijatých študentov na lekárske fakulty. Lekárske fakulty vlni prijali študentov, ktorí úspešne absolvovali

prijímacie skúšky, no skončili pod čiarou. Čo sa týka významu jednorazového navýšenia počtu medikov, určite to význam má a pozitívny prínos to prinesie v budúcnosti. Je to riešenie, ktoré je efektívne z dlhodobého hľadiska, nakoľko o niekoľko rokov nám začnú vychádzať absolventi, ktorí postupne nahradia lekárov vo vyššom dôchodkovom veku.

Ako sme už spomenuli, stratifikácia je jedným z krokov, ktoré je potrebné vykonať. Nové definície materiálno-technického zabezpečenia a personálneho zabezpečenia, podobne ako aj nové modely vzdelávania a personálnej politiky sú ďalšou nevyhnutnou súčasťou procesu optimalizácie zdravotníctva na Slovensku. V prvom kole by stratifikácia viedla ku koncentrácii zdrojov okolo menšieho celkového počtu akútnych lôžok, pričom by aj mnohí pacienti, ktorí si nevyžadujú priamo akútnu starostlivosť, mohli byť umiestnení v nemocniciach následnej zdravotnej starostlivosti. Personálne požiadavky v týchto zariadeniach by mali byť pochopiteľne menej náročné na vysokošpecializovaný personál, ako v prípade všeobecných akútnych nemocníc.

? **Legislatívne riešenia otázok súvisiacich so zákonným právom pacienta na poskytnutie ZS z prostriedkov verejného ZP, na právo výberu poskytovateľa či právo pacienta na poskytnutie ZS poskytovateľom v rozsahu povolenia môže viesť k tomu, že v niektorých ústavných zariadeniach bude časť výkonov poskytovaná za priamu úhradu pacienta, čím sa zvýši priama finančná záťaž pacienta aj v prípadoch, keď má zákonné právo na úhradu zdravotnej starostlivosti z prostriedkov verejného zdravotného poistenia. Ako chcete riešiť tento problém?**

Prepáčte, ale toto sú absolútne mylné informácie. Nie je mi jasné, z čoho ste dedukovali, že by pacient mal v niektorých zdravotníckych zariadeniach dôsledkom stratifikácie platiť. Absolútne to vylučujeme. Naš koncept nemá a nesmeruje k navýšeniu finančného zaťaženia pacienta. ■

“
Jedným zo systémových krokov na zvýšenie počtu lekárov je napríklad aj zvýšenie počtu novoprijatých študentov na lekárske fakulty. Lekárske fakulty vlni prijali študentov, ktorí úspešne absolvovali prijímacie skúšky, no skončili pod čiarou.



PRÉMIOVÉ ZNAČKY S BONUSOM

Využite exkluzívnu ponuku pre členov Slovenskej lekárskej komory na vozidlá JAGUAR a LAND ROVER a odličte sa.

- Získajte zaujímavé cenové zvýhodnenia na celú paletu výrobkov prémiových značiek JAGUAR a LAND ROVER.
- Zvýhodnené cenové podmienky sa vzťahujú na člena Slovenskej lekárskej komory ako fyzickú osobu, fyzickú osobu – podnikateľa, ako aj právnické osoby, v ktorých má člen lekárskej komory kapitálovú účasť.
- Ponuku pre členov SLK pre vybrané modely značiek JAGUAR a LAND ROVER je možné kombinovať s akciovým financovaním 0,000 % bez navýšenia a skrytých poplatkov pri zakúpení vozidla do 31. 12. 2019!

Viac na www.lekom.sk v zóne „Len pre členov SLK“, alebo u ktoréhokoľvek autorizovaného obchodníka JAGUAR LAND ROVER.

Zoznam autorizovaných obchodníkov:

T.O.P. AUTO Bratislava a.s.
Rožňavská 30
821 04 Bratislava
+421 220 511 000

FINAL – CD premium, s. r. o.
Dlhá 85
010 01 Žilina
+421 907 917 188

AUTOŠTÝL, a.s.
Trenčianska Turná 1030
913 21 Trenčianska Turná
+421 905 899 948

Tempus – Car s.r.o.
Rastislavova 110
040 01 Košice
+421 917 194 775



Text: (red) | Foto: NZ

Bojovať SA OPLATILO

Dlhotrvajúci spor o licencie L1A, v ktorom išlo o pokutovanie lekárov Sociálnou poisťovňu, skončilo po rokoch víťazstvom.

30. apríl tohto roku si Slovenská lekárska komora, jej právna kancelária, ale najmä stovky lekárov istotne zapisujú do kalendára ako prelomový. V tento deň totiž vydal Veľký senát Najvyššieho súdu SR rozhodnutie, ktorým sa konečne po troch rokoch dočkali lekári zadosťučinenia. Najvyšší súd SR rozhodol, že postup Sociálnej poisťovne (SP), ktorá žiadala od lekárov platby poistného a penále v súvislosti s licenciami na výkon samostatnej zdravotníckej praxe (licencie L1A), bol v rozpore so zákonom. Rozhodnutie Veľkého senátu Správneho kolégia Najvyššieho súdu SR je síce rozhodnutím v jednom konkrétnom súdnom spore, ale má zásadný význam pre všetkých lekárov, ktorí sa nepodrobili diktátu Sociálnej poisťovne a rozhodli sa bojovať za svoju pravdu. Rozhodnutie je precedensom pre všetky ostatné súdne kona-

nia a postup Sociálnej poisťovne, a tak by aj v ostatných súdnych sporoch výsledok nemal byť rozdielny. Spoločný tlak Slovenskej lekárskej komory a jednotlivcov ukázal cestu, ktorá síce nebola jednoduchá, ale priniesla svoje ovocie.

AKO TO CELÉ ZAČALO?

Začiatok problému okolo licencií L1A sa začal generovať ešte pred rokom 2014 a dotýkal sa približne 600 lekárov. Išlo najmä o tých, ktorí ukončili poskytovanie zdravotnej starostlivosti ako fyzické osoby a pretransformovali si ambulancie na eseročky. Hoci sa v SP odhlásili z povinného poistenia, vo vzťahu ku komore si aj napriek upozorneniam nezrušili licencie L1A, ktoré majú charakter živnosti, ale ktoré samostatne neumožňu-

jú vykonávať poskytovanie zdravotnej starostlivosti, a tým teda prakticky vykonávať živnosť.

V roku 2015 požiadala Sociálna poisťovňa SLK v zmysle zákonnej povinnosti o zaslanie zoznamu držiteľov licencie L1A a následne tým lekárom, ktorí boli v zozname, ale neplatili predpísané poistné, bez ďalšieho skúmania, či lekár naozaj danú prax ako SZČO vykonáva, alebo nie, poslala rozhodnutia o povinnosti doplatiť poistné vrátane penále. **V mnohých prípadoch išlo o niekoľkotisícové čiastky, v jednom prípade sa výška úhrady vyšplhala dokonca až na 14-tisíc eur.**

Podľa právneho stanoviska SLK nemala SP nárok požadovať úhradu poistného od lekárov, nakoľko objektívne a riadne neskúmala, či títo lekári na základe licencie L1A naozaj vykonávajú činnosť ako SZČO. Rovnako ako zdôvodnil Najvyšší súd SR, aj komora opakovane zdôrazňovala a argumentovala tým, že vydanie samotnej licencie ešte automaticky neznamená vykonávanie činnosti na jej základe, a preto SP nemôže bez ďalšieho skúmania požadovať od lekárov úhradu poistného len z titulu vydananej licencie L1A. Komora preto odporučila všetkým dotknutým lekárom, aby predpísané poistné a penále neuhrádzali a aby sa voči rozhodnutiu SP bránili právnou cestou.

BOJ SLOVENSKEJ LEKÁRSKEJ KOMORY

SLK podnikla množstvo krokov na nápravu tohto stavu. Usporiadala niekoľko tlačových konferencií, na ktorých túto zvrátenosť opakovane vysvetľovala, oslovila niekoľkokrát Ministerstvo zdravotníctva SR, Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny SR, poslancov NR SR, rokovala s vedením Sociálnej poisťovne. Komora podala aj podnet na Generálnu prokuratúru na preskúmanie zákonnosti postupu SP a navrhla legislatívny postup, ktorý by celú vec vyriešil.

Začiatkom marca 2017 SLK dokonca usporiadala aj protestné zhromaždenie pred Ministerstvom práce, sociálnych vecí a rodiny SR, kde ministri Jánovi Richterovi odovzdali zástupcovia komory otvorený list. Minister Richter si totiž ani raz nenašiel čas, aby sa osobne so zástupcami SLK na túto tému stretol. Svojím odmeraným a zjavne protizákonným prístupom sa k problému nepostavil ako minister „sociálnych vecí“ a sociálnej vlády, ktorý zastupuje občanov tejto krajiny diskriminovaných sociálnymi zákonmi. Naopak, arogantným tónom umravňoval a obviňoval aj Slovenskú lekársku komoru, ktorá sa od vzniku tohto problému snažila brániť zákon, poriadok, spravodlivosť, rovnaký prístup a morálku.

Slovenská lekárska komora preto ešte v júni tohto roku vyzvala ministra práce Jána Richtera, aby odstúpil z funkcie. Zbytočne. Pán minister svoje morálne zlyhanie v celej kauze zjavne nevidí. Cez svojho hovorecu iba odkázal, že sa vždy snažil v medziach zákona pomôcť dotknutým lekárom v kauze Sociálna poisťovňa vs. Licencia L1A. Treba k tomu niečo dodať?



Podľa nášho právneho stanoviska Sociálna poisťovňa nemala nárok požadovať úhradu poistného od lekárov, nakoľko objektívne a riadne neskúmala, či títo lekári na základe vydananej licencie L1A naozaj vykonávajú činnosť ako SZČO.

DOSTANÚ LEKÁRI PENIAZE NASPÄŤ?

Hoci bitku SLK a jej právnicki vyhrali, drobné boje – hoci nie o drobné – pokračujú ďalej. Teraz totiž začína boj o vrátenie peňazí. SLK po rozhodnutí NS vyzvala všetkých dotknutých lekárov, aby sa na ňu obrátili. Prostredníctvom svojej právnej kancelárie im poradí, ako ďalej v ich konkrétnom prípade postupovať

a ako je možné požadovať vrátenie už zaplatených peňazí. Slovenská lekárska komora je pripravená poskytnúť všetkým lekárom adekvátnu a náležitú právnu pomoc na účely eliminovania nepriaznivých následkov nezákonného správneho rozhodnutia Sociálnej poisťovne v ich neprospech.

INZERCIA



SLOVENSKÁ SPOLOČNOSŤ PRE FYZIATRIU, BALNEOLÓGIU A LIEČEBNÚ REHABILITÁCIU a SLOVENSKÁ LEKÁRSKA KOMORA

USG diagnostika v praxi lekára FBLR

BEST PRACTICE BASED MEDICINE



NÁPLŇ KURZU

Muskuloskeletálna anatómia v oblasti hlavných častí pohybového aparátu v USG obraze

Komplementácia sono nálezov s termografickými, RTG, MR, prípadne CT nálezmi

Význam sonomuskuloskeletálneho vyšetrenia pre výber cielej liečby (targeted treatment) a liečby šitej na mieru (tailored treatment)

ODBORNÝ GARANT

MUDr. Jozef Gabrhel, CSc.

MIESTO KONANIA

Súvoz 1, Trenčín

PRIHLÁSENIE NA KURZ

LEKÁR a.s.

Matej Huml

0911 199 723

vzdelavanie@lekarnet.sk



TERMÍN
15. 9. 2019
28. 9. 2019
16. 11. 2019
17. 11. 2019

KLINICKÝ AUDIT

S účinnosťou od 1. 6. 2019 bol zákonom č. 578/2004 Z. z. zavedený inštitút klinického auditu. Klinickým auditom sa rozumie systematické preverovanie a hodnotenie dodržiavania:

- štandardných postupov na výkon prevencie, štandardných diagnostických postupov a štandardných terapeutických postupov (štandardy sú zverejňované na www.standardnepostupy.sk),
- interného systému hodnotenia bezpečnosti pacienta a minimálnych požiadaviek na interný systém hodnotenia bezpečnosti pacienta – interný systém hodnotenia bezpečnosti pacienta ustanoví všeobecne záväzný právny predpis, ktorý vydá MZ SR; predpis zatiaľ nebol vydaný.

Klinický audit vykonáva MZ SR a osoby odborne spôsobilé na výkon zdravotníckeho povolania na základe písomného poverenia MZ SR.

Ministerstvo zdravotníctva SR vyhotoví o vykonaní klinického auditu záznam o klinickom audite. Výsledkom vykonaného klinického auditu môže byť:

- zhoda, ak poskytovateľ poskytuje zdravotnú starostlivosť v súlade so štandardnými postupmi, interným systémom hodnotenia bezpečnosti pacienta a minimálnymi požiadavkami na interný systém hodnotenia bezpečnosti pacienta, alebo
- nesúlad, ak poskytovateľ neposkytuje zdravotnú starostlivosť v súlade so štandardnými postupmi, interným systémom hodnotenia bezpečnosti pacienta alebo s minimálnymi požiadavkami na interný systém hodnotenia bezpečnosti pacienta.

Ak je výsledkom klinického auditu zhoda, klinický audit je skončený dňom oboznámenia sa poskytovateľa so záznamom o klinickom audite; túto skutočnosť potvrdí osoba oprávnená konať v mene poskytovateľa v zázname o klinickom audite.

Ak je výsledkom klinického auditu nesúlad, klinický audit je skončený dňom prerokovania záznamu o klinickom audite vrátane dodatku k záznamu o klinickom audite, ak bol vyhotovený. Dodatok k záznamu sa vyhotovuje, ak poskytovateľ podal písomnú námietku a osoba oprávnená na výkon klinického auditu zistila opodstatnenosť predloženej námietky. Záznam o klinickom audite vrátane dodatku k záznamu sa považuje za prerokovaný aj vtedy, ak sa poskytovateľ bezdôvodne nedostaví v termíne určenom na prerokovanie, ak odmietne podpísať zápisnicu o prerokovaní záznamu o klinickom audite alebo odmietne podpísať dodatok k záznamu; tieto skutočnosti uvedie osoba oprávnená na výkon klinického auditu v zápisnici o prerokovaní záznamu o klinickom audite.

Ministerstvo zdravotníctva SR po skončení klinického auditu:

- uverejni na svojom webovom sídle údaje o poskytovateľovi, u ktorého sa vykonal klinický audit, obdobie vykonávania klinického auditu, ako aj názov a miesto prevádzkovania zdravotníckeho zariadenia, v ktorom sa vykonal klinický audit,
- vydá poskytovateľovi certifikát o dodržiavaní štandardných postupov a certifikát o dodržiavaní interného systému hodnotenia bezpečnosti pacienta a minimálnych požiadaviek na interný systém hodnotenia bezpečnosti pacienta za obdobie, za ktoré sa vykonal klinický audit, ak je výsledkom klinického auditu zhoda.

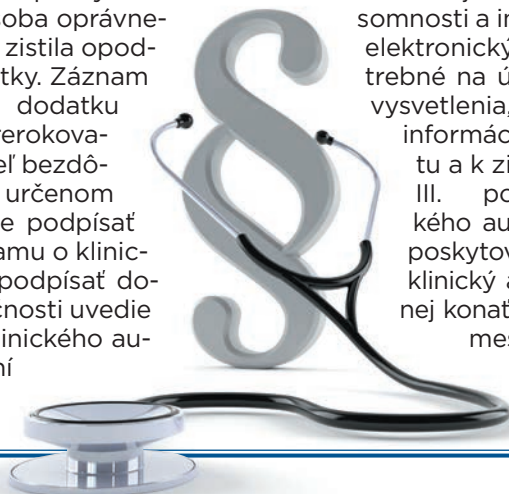
Práva a povinnosti poskytovateľa, u ktorého sa vykonáva klinický audit:

Práva poskytovateľa, u ktorého sa vykonáva klinický audit:

- namietat zaujatost osoby opravnenej vykonavat klinicky audit,
- podat písomnú námietku k údajom uvedeným v zázname o klinickom audite do 30 dní od doručenia záznamu o klinickom audite; na písomné námietky predložené po lehote ustanovenej v časti vety pred bodkočiarkou sa neprihliada,
- požiadať do 90 dní od skončenia klinického auditu, ktorého výsledkom je nesúlad, o opätovný výkon klinického auditu.

Povinnosti poskytovateľa, u ktorého sa vykonáva klinický audit:

- podrobiť sa výkonu klinického auditu,
- zdržať sa konania, ktoré by mohlo mariť výkon klinického auditu a utvárať vhodné materiálne a technické podmienky na výkon klinického auditu,
- umožniť osobe oprávnenej na výkon klinického auditu výkon jej oprávnení:
 - I. vstupovať na pozemky, do budov a iných priestorov poskytovateľa, v ktorých poskytovateľ zabezpečuje svoju činnosť,
 - II. požadovať od poskytovateľa, u ktorého sa vykonáva klinický audit, a jeho zamestnancov súčinnosť, najmä vyžadovať, aby jej v určenej lehote poskytli: doklady, iné písomnosti a informácie vrátane informácií na elektronických nosičoch dát, ktoré sú potrebné na účely výkonu klinického auditu, vysvetlenia, vyjadrenia, ústne a písomné informácie k predmetu klinického auditu a k zisteným nedostatkom,
 - III. požadovať na účely výkonu klinického auditu preukázanie totožnosti od poskytovateľa, u ktorého sa vykonáva klinický audit, alebo od osoby oprávnenej konať v mene poskytovateľa a od zamestnancov poskytovateľa,
 - IV. nahliadať do zdravotnej dokumentácie osoby.



PREHĽAD VŠEOBECNE ZÁVÄZNÝCH PRÁVNÝCH PREDPISOV ZVEREJNENÝCH

v Zbierke zákonov od 1. 1. 2019 v oblasti zdravotníctva

26/2019 Z. z.	Oznámenie Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky o vydaní opatrenia z 28. januára 2019 č. 12702-2018-OL, ktorým sa mení opatrenie Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 07045/2003 z 30. decembra 2003, ktorým sa ustanovuje rozsah regulácie cien v oblasti zdravotníctva	
39/2019 Z. z.	Vyhláška Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky, ktorou sa mení a dopĺňa vyhláška Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 435/2011 Z. z. o spôsobe určenia štandardnej dávky liečiva a maximálnej výšky úhrady zdravotnej poisťovne za štandardnú dávku liečiva v znení neskorších predpisov	
47/2019 Z. z.	Vyhláška Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky, ktorou sa mení a dopĺňa vyhláška Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 67/2018 Z. z., ktorou sa ustanovujú podrobnosti o mesačnom prerozdeľovaní preddavkov na poistné na verejné zdravotné poistenie a o ročnom prerozdeľovaní poistného na verejné zdravotné poistenie	
58/2019 Z. z.	Nariadenie vlády Slovenskej republiky, ktorým sa mení nariadenie vlády Slovenskej republiky č. 115/2018 Z. z., ktorým sa ustanovuje výška úhrad zdravotnej poisťovne za poskytovanie zubno-lekárskej pohotovostnej služby a ambulantnej pohotovostnej služby, spôsob výpočtu a pravidlá výpočtu týchto úhrad	Zvýšenie paušálu na 9 800 €
59/2019 Z. z.	Nariadenie vlády Slovenskej republiky, ktorým sa mení a dopĺňa nariadenie vlády Slovenskej republiky č. 640/2008 Z. z. o verejnej minimálnej sieti poskytovateľov zdravotnej starostlivosti v znení neskorších predpisov	Zaradenie Univerzitnej nemocnice Bratislava – Nemocnica Ružinov a Fakultnej nemocnice s poliklinikou Žilina do pevnej siete poskytovateľov ústavnej zdravotnej starostlivosti, ktorí poskytujú ústavnú pohotovostnú službu na urgentnom príjme 2. typu
73/2019 Z. z.	Vyhláška Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky, ktorou sa mení a dopĺňa vyhláška Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 266/2012 Z. z., ktorou sa ustanovujú podrobnosti o výpočte indexu rizika nákladov	
74/2019 Z. z.	Vyhláška Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky o kritériách a spôsobe hodnotenia sústavného vzdelávania zdravotníckeho pracovníka	
139/2019 Z. z.	Zákon, ktorým sa mení a dopĺňa zákon č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov a ktorým sa menia a dopĺňajú niektoré zákony	Zavedenie klinického auditu, zmeny v rezidentskom štúdiu, regulácia dopravnej zdravotnej služby
164/2019 Z. z.	Opatrenie Ministerstva zdravotníctva SR, zo 7. júna 2019 č. 07648-2019-OL, ktorým sa mení a dopĺňa výnos Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky z 11. marca 2009 č. 10548/2009-OL, ktorým sa ustanovujú podrobnosti o záchranej zdravotnej službe v znení neskorších predpisov	
163/2019 Z. z.	Vyhláška Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky, ktorou sa mení a dopĺňa vyhláška Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 84/2016 Z. z., ktorou sa ustanovujú určujúce znaky jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení v znení vyhlášky č. 387/2016 Z. z.	Regulácia dopravnej zdravotnej služby
189/2019 Z. z.	Vyhláška Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky, ktorou sa ustanovujú minimálne požiadavky na personálne zabezpečenie a materiálno-technické vybavenie ambulancie dopravnej zdravotnej služby a dispečingu, podrobnosti o označovaní ambulancie dopravnej zdravotnej služby, označovaní ochranných odevov zamestnancov ambulancie dopravnej zdravotnej služby a vzor žiadanky na prepravu	

Cielom vzdelávania NIE JE MARKETING

**Rozhovor s doc. MUDr. Norbertom Lukánom, PhD.,
predsedom Stáleho výboru pre vzdelávanie SLK**

Ako vidí súčasnosť i budúcnosť vzdelávania našich lekárov? Kde sú najväčšie medzery a v čom zaostávame v porovnaní so zahraničím? Aj o tom sme sa porozprávali s predsedom Stáleho výboru pre vzdelávanie SLK
doc. MUDr. Norbertom Lukánom, PhD.

Text: Nancy Závodská | Foto: NZ



doc. MUDr. Norbert Lukán, PhD.
predseda Stáleho výboru pre vzdelávanie SLK

? Od 15. marca tohto roku vstúpila do platnosti nová vyhláška MZ SR č. 74/2019 Z. z. o kritériách a spôsobe hodnotenia sústavného vzdelávania zdravotníckeho pracovníka. Hoci uplynul iba krátky čas, máte už nejaké ohlasy z lekárskej obce, prípadne vidíte vy jej pozitívny, alebo negatívny vplyv? Kde sú podľa vás jej riziká?

Začal by som tým, že od roku 2004, keď začali platiť Zajacove zákony, v podstate bola platná tá istá vyhláška, ktorá prikazovala, aby kritériá hodnotenia sústavného vzdelávania boli podľa pôvodnej vyhlášky. Prešlo už 15 rokov, takže došlo k určitému prežitiu mnohých vecí. Preto nielen z našej strany, ale aj zo strany ministerstva zaznievali hlasy, že je potrebné túto vyhlášku, týkajúcu sa uznávania kreditov, upraviť. Došlo teda k návrhu zníženia počtu kreditov potrebných pre 5-ročný vzdelávací cyklus.

? A nie je to na úkor kvality, keďže lekárom teraz stačí získať menej kreditov?

V pôvodnej vyhláške bolo uvedené, že za výkon praxe a samoštúdium vyplývajúce z praxe sa vám automaticky naráta 100 kreditov. Načo má niekto, kto vykonáva prax, formálne dokázať, že ju vykonáva? Bolo logické, že sa to odstránilo, pretože ak niekto má špecializáciu a robí, tak nie je treba, aby sa mu to dávalo do zápisu. A ak niekto nevykonáva prax, tak mu je tých 100 nemeateľných kreditov aj tak k ničomu. Vo vyhláške došlo k redukcii z pôvodných merateľných 150 kreditov za 5 rokov na 90 kreditov, takže celkovo sa znížil počet kreditov na 60 za 5 rokov.

Uvediem príklad – lekár, ktorý raz do roka išiel trebárs na trojdňový kongres, dostal automaticky 24 kreditov. Pre vidieckych lekárov to mohlo byť diskriminačné. Preto im teraz bude umožnené to, že ak sa zúčastnia v priebehu školského roka na deviatich dvojhodinových seminároch, napríklad ústavných seminárov v spádovej nemocnici alebo na spolku lekárov príslušného regiónu, tak získajú potrebný počet kreditov na rok.

Myslím si, že je to veľmi ústretové voči lekárom a nemyslím si, že by to narážalo na kvalitu vzdelávania. V poslednom čase sme totiž zaznamenávali doslova honbu za kreditmi. Verím, že novou vyhláškou sa honba za kreditmi znormalizuje.

Je vo vyhláške ešte niečo nové, čo je dôležité spomenúť?

Treba spomenúť modernizáciu a elektronizáciu, veľa sa dnes hovorí o podpore e-learningových vzdelávacích aktivít. Aj tam je však potrebná určitá regulácia, ale to bude skôr otázka vnútorných predpisov cestou ARS CME v kontexte s medzinárodnými smernicami, ktoré navrhuje UEMS. Spolu s profesorom Glasom sa dvakrát ročne zúčastňujeme na zasadnutiach UEMS-u, na ktorých sa hovorí práve o podpore elektronických foriem vzdelávania.

Vzdelávacie aktivity sa za ostatné roky zmenili, a to nielen z hľadiska elektronizácie. Ako by ste zhodnotili úroveň súčasných vzdelávacích aktivít?

V posledných rokoch zaznamenávame enormný nárast nemedicínskych inštitútov, ktoré sa vďaka komerčným aktivitám niektorých firiem snažia vyryžovať ekonomický kapitál práve na takýchto podujatiach. Pritom sa tvária, že vzdelávajú... A to je ďalšia vec, ktorú by bolo treba nejako osetriť. Pretože cieľom vzdelávania nie je marketing. Keďže na Slovensku máme prísny zákon o reklame a o liekoch, tak sa to niektorí jednotlivci snažia obísť takýmto spôsobom – marketingové aktivity sa prelievajú cez inštitúty, ktoré sprostredkujú vzdelávanie pre lekárov.

Vidíte teda riziká v tom, že dnes sa do vzdelávacích aktivít začína viac pretláčať marketing a biznis?

Áno, ale nemožno to vidieť čierno-bielo. Každá minca má dve strany.

Otázka teda znie – treba tomu zabrániť? Alebo čo s tým môžeme urobiť?

My sa tomu v zásade ani nechceme nejako brániť, pretože peniaze prospievajú k vzdelávaniu, ale všetko treba dostať do určitých mantinelov. Napríklad spomínaná elektronizácia by mala v tomto výrazne pomôcť, a to tak, že by bol centrálny portál testov, ktorý by spravovala SLK, cez ktorý by sa zaznamenávali elektronické formy vzdelávania. Keď daná firma dodá do systému 20 otázok, tak elektronický systém by pre človeka, ktorý sa prihlási na web, vybral 10 otázok a ešte aj vymenil poradie otázok aj odpovedí. Tým by sme eliminovali možné špekulácie a prípadné machinácie, s ktorými sa, žiaľ, v praxi stále stretávame.

Teraz ten systém takto nefunguje?

Nie, resp. nie vždy. Stáva sa, že firmy vytvoria AD test, dajú ho akreditovať, po schválení a pridelení kreditov ide následne na webový portál. Oficiálne dnes dostanete za hodinu vzdelávania 1 kredit, ale produkcia AD testov pomaly smeruje k tomu, že si za 10 minút prečítate jednu prednášku a dostanete za AD test k nej 2 kredity. Toto treba zmeniť.

Ako to funguje napríklad v Česku?

V Česku je povinné členstvo v lekárskej komore, takže pozícia komory je tam úplne iná, silnejšia. Spôsob vzdelávania je tam trochu voľnejší. Oni musia získať kredity len vtedy, ak dajú požiadavku na lekársku komoru, že chcú ísť na nejakú pozíciu. Lekárska komora tam dáva dobrozdanie, že spĺňate kvalifikačné predpoklady na daný konkurz.

Aké vidíte ďalšie problémy pri sústavnom vzdelávaní zdravotníckych pracovníkov? Teda okrem tých, ktoré sme pomenovali?

To, že vyhláška je spoločná pre všetkých zdravotníckych pracovníkov. Samozrejme, že sú rozdielne kredity pre lekárnikov, sestry atď. Napriek tomu sa však budeme musieť zaoberať vyššou špecifikáciou kreditov aj ich modifikáciou.

Takže sa bude opäť novelizovať?

Vyhláška sa rodila dva roky, teraz bude nasledovať akési prechodné obdobie, počas ktorého sa budeme snažiť na základe podnetov z terénu zbierať informácie, aby sa v priebehu dvoch-troch rokov tieto záležitosti vyčistili. V Európskej únii sa teraz napríklad používa výraz CPD (sústavný profesionálny rozvoj), zameraný na vedecký rast, technický rast, osvojovanie si znalostí právnych predpisov, tréningy komunikačných zručností, teda na také aktivity, ktoré iba nepriamo súvisia so vzdelávaním lekárov. To bol totiž ďalší problém – u nás začali rásť vzdelávacie aktivity, ktoré nepodporovali priamo odbornosť lekára. Osobne si myslím, že odbornosť má tvoriť 80 % a až zvyšok ostatné. Každý z nás predsa chce, aby sa oňho staral lekár s dostatočnou odbornosťou.

Veľa sa dnes hovorí o potrebe zlepšenia komunikácie medzi pacientmi a lekármi.

Myslíte si, že súčasný systém vzdelávania a ďalších vzdelávacích aktivít je nedostatočný?

Určite áno. Myslím si, že by to malo byť už súčasťou pregraduálu, medik vo vyšších ročníkoch by sa mal naučiť získavať tieto skúsenosti. Komunikácia by mala byť aj v atestačných programoch. Napríklad vo Veľkej Británii, keď niekto ide atestovať napríklad zo všeobecného lekárstva, má časť skúšky tzv. role play, aby sa otestovala jeho schopnosť komunikovať. U nás v tomto smere veľmi zaostávame, ale obávam sa, že toto ani nová vyhláška nevyriešila. Treba to rozhodne riešiť na širšej báze.

Podme sa trochu pozrieť bližšie na Deklarovanie konfliktu záujmov, ktoré je významnou súčasťou spomínanej novej vyhlášky Ministerstva zdravotníctva SR. Myslíte si, že doteraz sme ho nemali dostatočne zadefinované v iných zákonoch? Máme to predsa v Zákone o lieku, Zákone o reklame... Myslíte si, že Deklarácia konfliktu záujmov je u nás stále problémom? Spýtam sa na rovinu – majú s ňou podľa vás organizátori jednorazových vzdelávacích aktivít sústavného vzdelávania problém? Ak áno, tak kde je podľa vás príčina?



V Európe sa už hovorí o tom, že bude urobený akýsi „blacklist“ – a budú uprednostňovaní tí organizátori, ktorí budú dodržiavať pravidlá.

VYHLÁŠKA MZ SR Č. 74/2018 Z. z. o kritériách a spôsobe hodnotenia sústavného vzdelávania zdravotníckeho pracovníka

- Hodnotiaci cyklus ostáva päťročný a začína sa počítať odo dňa registrácie,
- obdobie dočasne pozastavenej registrácie alebo zrušenia registrácie sa do hodnoteného obdobia nezapočítava,
- ak bude registrácia obnovená až po štyroch rokoch od jej pozastavenia alebo zrušenia, od obnovenia registrácie začína plynúť nové hodnotené obdobie,
- ak lekár vykonáva viacero špecializácií, kredity za sústavné vzdelávanie v jednotlivých špecializáciách sa mu sčítajú; nehodnotí sa sústavné vzdelávanie v každej špecializácii osobitne,
- nehodnotí sa sústavné vzdelávanie v certifikovanej pracovnej činnosti; kredity získané za sústavné vzdelávanie v certifikovanej pracovnej činnosti sa započítajú k špecializačnému odboru, na ktorý certifikovaná pracovná činnosť nadväzuje,
- nehodnotí sa prax,
- lekár splní podmienky sústavného vzdelávania, ak získa v hodnotenom období 90 kreditov,
- ak lekár získa v hodnotenom období vyšší počet kreditov, môže si do nasledujúceho hodnoteného obdobia preniesť max. 18 kreditov,
- v hodnotenom období možno získať najviac 18 kreditov z autodidaktických testov; ak bol autodidaktický test súčasťou jednorazovej vzdelávacej aktivity alebo akreditovaného vzdelávacieho programu sústavného vzdelávania, lekár za úspešné riešenie autodidaktického testu kredity nezíska,
- za rok absolvovania špecializačného štúdia počas hodnoteného obdobia získa lekár 18 kreditov a za polrok absolvovania certifikačnej prípravy počas hodnoteného obdobia získa 9 kreditov,
- v hodnotenom období môže lekár získať max. 18 kreditov za aktivity zamerané na sústavný profesionálny rozvoj zručností zdravotníckeho pracovníka – aktivity zamerané na vedecký rast, technický rast, etický rast, osvojovanie si znalostí právnych predpisov súvisiacich s výkonom zdravotníckeho povolania, tréning komunikačných zručností, oblasť elektronického zdravotníctva a na inovácie, ktoré prispievajú ku kvalitnému, bezpečnému a efektívnemu výkonu zdravotníckeho povolania,
- vyhláška nadobudla účinnosť 15. 3. 2019,
- ak lekárovi skončí hodnotené obdobie najneskôr do 14. 3. 2019, musí preukázať získanie kreditov podľa doterajšej vyhlášky, t.j. 250 kreditov; ak hodnotené obdobie skončí po tomto dátume, stačí preukázať získanie 90 kreditov, aj keď hodnotené obdobie začalo za účinnosti doterajšej vyhlášky.

V tomto stále dobiehame Európu. Už možno viac ako 10 rokov, keď idete aktívne na konferenciu, tak musíte deklarovať to, akým spôsobom ste zapojení do komerčných aktivít, alebo ako medicínsky podporujete komerčné aktivity farmaceutického priemyslu. A nielen farmaceutického priemyslu, ale týka sa to aj iných komodít. Môže ísť napríklad o rôzne medicínske zariadenia a podobne.

❓ V čom je teda najväčší problém?

■ My to nedeklarujeme, naši lekári sa hanbia, lebo potom podľa nich asi každý vidí, koľko „peňazí“ zarobia.

❓ A teraz to teda ako funguje?

■ Keď lekár prednáša na vzdelávacej aktivite, na druhom slide by mal deklarovať konflikt záujmov. Či participuje na štúdiách, či je účastníkom nejakých poradných orgánov farmaceutických spoločností, či robí reporty, alebo či nejakým iným spôsobom – priamym alebo nepriamym – participuje na komerčných aktivitách.

❓ A to sa nedeje?

■ Nechcem paušalizovať, ale vo väčšine prípadov sa to stále nedeje. Ono to pritom nie je reštrikčné opatrenie. Aj lekár, ktorý má konflikt záujmu v tom, že je poradcom v niekoľkých napríklad farmaceutických firmách, nemusí byť hodnotený negatívne.

Naopak, keď si ho vyberajú, lebo je taký dobrý, tak to je skôr pozitívne. Má to však, samozrejme, aj druhú stránku. Keď ako poslucháč v sále vidím, že daný lekár spolupracuje s nejakou firmou, tak už mám určitú prizmu, cez ktorú sa na tú prednášku pozerám. Čiže na jednej strane je to výhoda, pretože ide aj o akési vyzdvihnutie honoru dotyčného, ale na druhej strane to tiež znamená, že musím tú prednášku „filtrvať“.

❓ Nová vyhláška to nejakým spôsobom pritvrdila?

■ Áno, vyžaduje sa, aby všetci autori prednášok deklarovali konflikt záujmov. Mnohí to však stále obchádzajú, hoci to odporúča európska smernica. Veď aj keď chcete napríklad publikovať v zahraničnom časopise, musíte dať čestné prehlásenie, či máte, alebo nemáte konflikt záujmov.

❓ Ale žiaden postih za obchádzanie tejto smernice momentálne nie je...

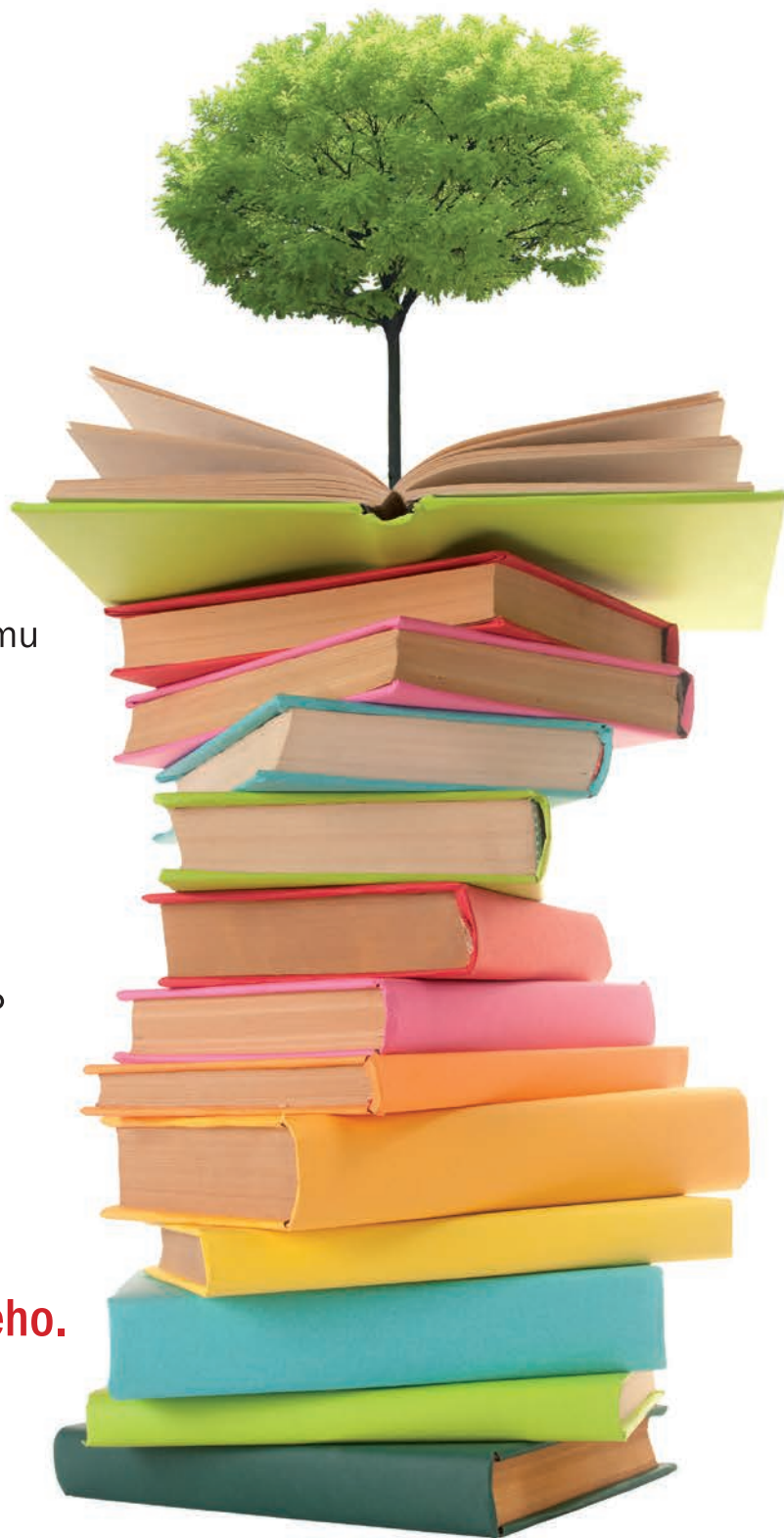
U nás zatiaľ nie, ale v Európe sa už hovorí o tom, že bude urobený akýsi „blacklist“ a budú uprednostňovaní tí organizátori, ktorí budú dodržiavať pravidlá. V prípade autorov z tzv. „blacklistov“ môže byť dokonca rozhodnuté, že u toho a toho nebude daná vzdelávacia aktivita akreditovaná. Kým to však príde k nám, prejde aj pätnásť rokov.

Život sa
mení rýchlo.

- Povinné zmluvné poistenie
- Havarijné poistenie KASKO
- Komplexné poistenie rodinného domu
- Komplexné poistenie bytu
- Poistenie za škodu spôsobenú poskytovateľom ambulantnej zdravotnej starostlivosti
- Poistenie majetku a zodpovednosti podnikateľov
- Poistenie finančnej straty SuperGAP

Všetky uvedené produkty môžete získať so zľavou z výsledného ročného poistného.

Nehľadajte v knihách, všetko nájdete u nás...



Zľavy špeciálne pre členov Slovenskej lekárskej komory

wüstenrot

KTO ZACHRÁNI NIELEN NAŠE



AMBULANCIE



JUDr. Zuzana Dolinková
predseda predstavenstva a výkonný riaditeľ
Zväzu ambulancných poskytovateľov

Zväz ambulancných poskytovateľov o potrebe dofinancovania slovenského zdravotníctva a hroziacom kolapse



Je smutné, že sa čoraz častejšie stretávame s ľuďmi, ktorí prešli podobnou skúsenosťou. Štát musí zabezpečiť a garantovať dostupnosť zdravotnej starostlivosti pre každého občana bez ohľadu na jeho sociálnu situáciu. V rovnici, v ktorej štát šetrí na lekároch, aby udržal vyrovnaný a priaznivý rozpočet v čase, keď sa štátu naozaj darí, je výsledkom nedostatočný počet ambulancií, dlhé čakacie doby, nespokojný pacient a v neposlednom rade úbytok lekárov, ktorí majú túto službu zabezpečovať.

DOKEDY EŠTE?

Lekári, a nielen ambulancní, sú na Slovensku čoraz vzácnejší. Všetci lekári vykonávajú svoje povolanie so snami, predstavami a túžbou pomáhať druhým. Ak im nevytvoríme dostatočné podmienky, budeme ich mať stále menej a menej. Už dnes každý vie, že ich máme ako šafranu. **Napriek tomu stále nepocítujeme kroky, ktoré by smerovali k zastaveniu a odvráteniu nedostatku zdravotníkov.** Neradi spomíname na situáciu z konca roku 2018, keď aj napriek reálnej personálnej i materiálno-ekonomickej nedostatčnosti to boli zase len ambulancní lekári, ktorí na úkor svojho vlastného vnútorného dlhu ako jediní dokázali odvrátiť hroziaci rozpad poskytovania ambulancnej zdravotnej starostlivosti v našej krajine. Je možné rátať s entuziazmom a odhodlaním ľudí, ktorí už raz na svoj vlastný dlh situáciu riešili, že to budú robiť aj naďalej. V danej chvíli však ambulancní poskytovatelia už vyčerpali všetky svoje vnútorné rezervy.

VÝZVA MINISTERKE

Zväz ambulancných poskytovateľov (ZAP), ktorý združuje a zastupuje asi tretinu zo všetkých ambulancných poskytovateľov na Slovensku, z dôvodu vážnej obavy o ďalšie fungovanie slovenského zdravotníctva preto opakovane v máji a júni 2019 vyzval ministerku zdravotníctva SR A. Kalavskú, aby konala. „Ak neu-

Každý z nás sa môže stať pacientom a potrebovať lekára, jeho pomoc a starostlivosť. Žiadny pacient sa nechce ocitnúť v situácii, keď mu nebude mať kto pomôcť, alebo sa k lekárskej pomoci dostane len s ťažkosťami. Nikto sa nechce ocitnúť v situácii, keď sa bude bezradne prizerať tomu, ako sa jeho blízky v prípade núdze nedokáže dostať k poskytnutiu adekvátnej zdravotnej starostlivosti.

robíte nič Vy, pani ministerka, ani my, ambulantní poskytovatelia, je isté, že systém skolabuje bez akýchkoľvek ďalších varovných signálov. Ak sa tak stane, nepôjde o prechodnú záležitosť, ale o flagrantné porušovanie povinnosti zabezpečiť zdravotnú starostlivosť.“

ZAP detailne zanalyzoval potrebu dofinancovania nášho zdravotníctva a na základe tejto analýzy informoval pani ministerku o tom, že **na zastabilizovanie systému je potrebné zvýšiť odvody za poisťencov štátu minimálne na úrovni 4,2 %**. **V prípade žiadanej rozvoja a dostupnosti zdravotnej starostlivosti by mal byť tento odvod optimálne vo výške 5 %**. Tieto informácie nezávisle od seba potvrdili pri rokovaniach aj všetky zdravotné poisťovne. Vynára sa teda otázka, či pani ministerka zdravotníctva danú situáciu z pozície moci a nezájmu jednoducho ignoruje, alebo je za tým skrytý iný cieľ? Nechce sa nám ani pomyslieť, že by pre niekoho mohlo byť prínosom, ak by celý systém skolaboval a rozpadol sa. Preto žiadame kompetentných a zodpovedných, aby sa popri riešení vzdušných zámok v podobe stratifikácie, ktorá z nášho pohľadu nie je dostatočne dopracovaná, začali zaujímať aj o každodennú realitu v našom zdravotníctve.

ZAVÁDZAJÚCA ANALÝZA

Dnes už z reakcií pani ministerky vieme, že Ministerstvo zdravotníctva SR sa na svoju doterajšiu nečinnosť voči nášmu volaniu o stabilizáciu ambulantného sektora odvoláva predovšetkým na závery a analýzy vypracované organizáciou INEKO. Táto agentúra definuje, že peňazí v ambulanciách je dostatok, ba dokonca príliš, a jedným dychom dáva za pravdu postojú pani ministerky zdravotníctva, že situáciu v ambulantnom sektore netreba riešiť. Zachádzať do detailov na tomto mieste nechceme. **Veríme však, že organizácia INEKO sa snaží neslúžiť štátnej moci a chce byť objektívna. A preto musí zarážať každého, kto túto analýzu čítal, že je vypracovaná buď na základe nedostatku informácií, čo deformuje schopnosť analyzovať situáciu, alebo v nej ide o neschopnosť analyzovať problém v reálnych súvislostiach.** Ak hociktorá agentúra alebo organizácia prijme realitu, že lekári si vyplácajú minimálnu mzdu, len aby udržali chod ambulancií, za samozrejmosť, ba dokonca za akceptovateľný a prínosný fakt, je isté, že každá vláda, ktorá sa bude opierať o takéto údaje, bude rovnako ako tá súčasná smerovať ku kolapsu poskytovania ambulantnej zdravotnej starostlivosti.

Je viac ako pravdepodobné, že mladí ľudia sa nebudú cítiť oslovení vábivou predstavou minimálnej mzdy a prevádzkovaní ambulancií na hranici straty. Neveríme, že geniálna myšlienka doviest lekárov z tretích krajín s tým, že im ponúkne „super podmienky“ našich ťažko udržateľných ambulancií, bude pre nich atraktívna z iného dôvodu než z toho, že sa dostanú na trh Európskej únie a budú cestovať ďalej za normálnym a reálnym vykonávaním zdravotníckeho povolania, ktoré ich nebude smerovať do sociálnej núdze.

DOŠŤ BOLO SLUBOV

Jediným východiskom z tejto nekončiacej ságy o slovenskom zdravotníctve je zmena. Musí dôjsť k zmene vo vedení rezortu a k prebratíu zodpovednosti do rúk tých, ktorým skutočne nie sú zdravie, životy a osudy našich občanov ľahostajné. Zdravotníctvu ako jednému z najdôležitejších rezortov štátu musí veliť zodpovedný činiteľ, ktorý dokáže systém dlhodobo nastaviť, a nie len v pravidelných intervaloch plátať diery neštandardnými a populistickými postupmi. V tejto súvislosti už ZAP vyjadril znepokojenie nad faktom, že v aktuálnom predvolebnom čase sme ani po oboznámení sa s programami súčasných koalíčných

i opozičných politických strán, vrátane tých, ktorí do aktívnej politiky vstupujú, nezaregistrovali zatiaľ žiadny jasný a konkrétny politický program smerujúci ku stabilizácii a pokroku nášho zdravotníctva.

Lúbivých sľubov sme sa už napočúvali neúrekom. Zo sľubov a rečí sa však pacienti nevylicia, lekári nevychovejú, na Slovensku nezostanú, ani sa naň nevrátia a nemocnice sa nepostavia. Preto pokiaľ sa veci nezačnú skutočne diať a posúvať pod taktovkou odhodlaných a odvážnych zástupcov ľudu, nemôžeme čakať ani zázračné ozdravenie nášho chorľavého zdravotníctva.

STRUČNE ZO ZDRAVOTNÍCTVA

ATE BUDE ĎALEJ PREVÁDZKOVÁŤ VRTULNÍKOVÚ ZDRAVOTNÚ SLUŽBU

Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou sa rozhodol vydať spoločnosti Air - Transport Europe (ATE) povolenie na prevádzkovanie ambulancie vrtulníkovej záchranej zdravotnej služby (VZZS) vo všetkých siedmich strediskách na Slovensku aj na nasledujúcich šesť rokov. Úrad sa rozhodol na základe výberového konania. Spoločnosť Air - Transport Europe (ATE) pôsobí v leteckej záchrane viac ako 28 rokov. Spoločnosti sa postupne podarilo získať pozíciu prevádzkovateľa všetkých základní leteckej záchranej služby na Slovensku. Od roku 2017 sa stala prevádzkovateľom aj stanice leteckej záchranej služby Olomouc v susednom Česku.

ANS CHĎE OD POISŤOVNE VIAC PEŇAZÍ

Predstavitelia Asociácie nemocníc Slovenska sa chcú v septembri stretnúť so zástupcami Všeobecnej zdravotnej poisťovne (VŠZP) a zdravotnej poisťovne Dôvera, aby spolu hovorili o zvýšení úhrad nákladov spojených s vyplácaním sociálnych balíčkov a rekreačných poukazov a pokrytí zvýšených prevádzkových nákladov nemocníc združených v ANS v roku 2019.

V súvislosti s návrhom na zvýšenie minimálnej mzdy na rok 2020 vypracuje asociácia analýzu dopadov pre jej nemocnice, ako aj analýzu dopadov zákonného zvýšenia miezd, sociálneho balíčka, rekreačných poukazov a zvýšenia prevádzkových nákladov v roku 2020. Jej výsledky v súvislosti s prípravou štátneho rozpočtu pre rezort zdravotníctva na rok 2020 poskytne ANS zástupcom rezortov zdravotníctva a financií, Výboru Národnej rady (NR) SR pre zdravotníctvo aj zdravotným poisťovňam.

Asociácia združuje 25 000 zamestnancov v 75 nemocniciach. Od októbra by malo byť podľa jej prezidenta Mariána Petka jasné, koľko zamestnancov si bude chcieť uplatniť rekreačné poukazy.



Text: Zuzana Teremová | Foto: archív SLK

Lekom Tour

MLADŠIA SESTRA LEKOM SKI

Turistické podujatie v Bojniciach má za sebou úspešný prvý ročník. Kto nebol, môže ľutovať a tešiť sa na budúci rok do Košického kraja.

Lekom Ski má dlhoročnú tradíciu a v roku 2019 už SLK organizovala 13. ročník. Na podujatie sa mnohí „komoráci“ veľmi tešia. Lekári sa chcú stretávať, mnohí sú športovo založení, iní len tak povediac „športovci sviatoční“. Jedno i druhé je však fajn, hlavne je, že sa hýbeme a nesedíme stále za počítačmi či v ambulancii.

Aj preto Rada SLK, po krátkej diskusii na svojom zasadnutí ešte koncom roku 2017, schválila organizovanie športového podujatia aj v lete a vybrala názov Lekom Tour. Vyzerá to tak, že rozhodnutie bolo správne.

ODŠARTOVAL TO HRUŠTÍN

Nultý ročník sa konal minulý rok v júni v Hruštíne. Podujatie sme organizovali s podporou „mercedesákov“ a vydarilo sa. Bol teda dôvod začať sa takýmito aktivitami zaoberať vážne a pokúsiť sa vytvoriť obdobnú tradíciu, akou dnes už Lekom Ski nesporne je. Hneď na najbližšej Rade SLK sme sa dohodli, že nasledujúci rok budú lekári spoločne v lete športovať v Bojniciach. Urobili sme prieskum hotelov, vybrali termín konania, šikovné pracovníčky sekretariátu sa pustili do organizácie a par-



tia miestnych nadšencov pripravila turistické trasy aj trasy pre cyklistov.

V Bojniciach sme si dali stretnutie 1. júna ráno v Hoteli pod Zámkom. Pri registrácii každý účastník dostal tričko, ako inak – modré so znakom SLK, aby sme sa už z diaľky poznali. Na cestu nám nabalili ľahký plecniak, v ňom zopár drobností a malé občerstvenie. Po spoločnom nástupe a informáciách o pripravených turistických trasách a cyklotrasách sme sa rozdelili do štyroch skupín, pridelili sme si aj potrebné popisy trás, mapy a vyrazili sme.

S RUKSAKMI A DOBRU NÁLADOU

Tá najkratšia a najmenej náročná turistická trasa viedla z Bojníc okolo kempingu cez Kalváriu až po kaplnku sv. Vendelína. Touto trasou sa vydali hlavne tí, ktorí prišli do Bojníc aj so svojimi malými ratoľkami. Po krátkom oddychu turisti ešte zvládli aj cestu k vyhladkovej veži Čajka v oblakoch. Počasie bolo perfektné a z veže vysokej 30 metrov bol pekný výhľad na celé Bojnice, Prievidzu a priľahlé dedinky, pohorie Ždiar, Vtáčnik a Kremnické vrchy. Väčšina z nás zišla z veže klasicky „po svojich“, ale našli sa aj takí, čo sa z veže zviezli za pár sekúnd toboganom. V blízkosti vyhladkovej veže je veľké detské ihrisko, lanová dráha a možnosť príjemného posedenia, takže bol dôvod zdržať sa dlhšie a urobiť zopár fotografií.

Tí trochu zdatnejší sa od Hotela pod Zámkom vydali pešou trasou cez lesík s miernym stúpaním popri zámočkom múre ku kaplnke sv. Vendelína, odtiaľ pokračovali na Šútovské sedlo, s prevýšením od hotela asi 250 m. Tu sa skupina rozdelila. Prevažne turistov zamierila smerom nadol k poľovníckej chate Bohatka, kde si krátko posedeli, občerstvili sa a pokračovali cestou späť. Popod lanovú dráhu zamierili k Čajke v oblakoch, kde sa stretli so svojimi kolegami, modrotříčkovými turistami. Skupina ôsmich najzdatnejších turistov si zvolila ešte vzdialenejší cieľ a zo Šútovského sedla pokračovala ďalej po Panský háj a Plešinu. tejto skupine „velil“ MUDr. Jozef Weber, pričom jeho fyzickú

kondíciu obdivovali aj mladší kolegovia. Inak – v oblasti, kde sa táto skupinka pohybovala, sa vraj len pred pár dňami objavil medveď. Našťastie, keď tam boli „naši“, sa chlpláč zrejme potuloval inde. Jediný, kto ho vraj počul v neďalekej húštine, bol dr. Pekarovič. Našťastie, aj on napokon dorazil na spoločný guláš v zdraví.

NA DVOCH KOLESÁCH

Cykloturisti sa podľa náročnosti trasy rozdelili ráno do dvoch skupín. Početnejšia skupina sa rozhodla pre cyklotrasu „rekrea“, ktorá viedla väčšinou po cyklochodníkoch s vylúčením dopravy a nízkym prevýšením, spoznať okolie Bojnického zámku, ktorý počas celej cesty vlastne videli. Trasa viedla popri vyše 700-ročnej Lipe kráľa Mateja, ktorá rastie v zámočkom parku, okolo kúpaliska Čajka cez obec Opatovce nad Nitrou a povedľa rieky Nitry do Novák. Cesta naspäť smerovala cez poddolované územie (podpovrchovou ťažbou hnedého uhlia) obcou Koš. V tejto časti vplyvom postupného poklesu terénu vzniklo viacero vzácných mokradí, kde sa vyskytuje a hniezdi vyše 180 druhov vtákov. Po krátkej prestávke s občerstvením v Prievidzi skupina cyklistov pokračovala popri rieke Nitra Hornonitrianskou kotlinou s nádherným výhľadom na kopec Klak. Nasledovalo ešte krátke (ale prudké) stúpanie do Kanianky, najväčšej obce v Trenčianskom kraji. Lahôdkou bol 3 km dlhý zjazd z Kanianky do Bojníc do Hotela pod Zámkom, ktorý si cyklisti ozaj vychutnali. Celá trasa mala 36 km.

A keďže aj cyklisti mali hlad, čakal ich ešte krátky, no o to náročnejší úsek cyklotrasy so stúpaním na salaš Víglaš.

Druhá cyklotrasa bola „horská“ a vyžadovala určitú kondíciu. Asi 30 km trasa viedla prevažne po lesných cestách, krátky úsek bol vedľajšou cestnou komunikáciou do Kanianky. Zvládnuť celkové prevýšenie z najnižšieho (východzieho) bodu v Bojniciach s výškou 280 m nad morom do najvyššieho bodu vo výške 805 m pod hrebeňom Malej Magury dalo cyklistom zabráť. Odmenu im však boli krásne výhľady na Hornonitriansku kotlinu, hre-





bene pohorí Vtáčnik, Veľká a Malá Fatra a ich najvyššie vrcholy – Vtáčnik, Ostredok a Veľký Kriváň. Po cyklovýlete padlo veľmi vhod aj tejto skupine občerstvenie v bojnickom salaši Víglaš.

NAJPRV GULÁŠ, POTOM TOMBOLA

Salaš Víglaš, ktorý stojí na úpätí Strážovských vrchov, bol povinnou zastávkou všetkých účastníkov Lekom Tour. Tu sme si všetci vo veľkom altánku dali gulášik, pivečko či kávičku, deti aj sladký koláčik. Relaxovali sme v pekne upravenej záhrade s veľkým detským ihriskom a prekrásnym výhľadom na hornú Nitru.

Celú športovú aktivitu sme ukončili spoločnou večerou v hoteli. Samozrejme, nechýbala ani hudba – na počúvanie aj do tanca. Priebeh večera spestrilo losovanie tomboly, kde mal každý účastník výhru istú. Lístkom do tomboly bolo totiž už samotné prihlásenie sa účastníka na turistiku či cykloturistiku. Ceny do tomboly venovali naši sponzori: Všeobecná úverová banka, a. s., VÚB Leasing, a. s., ZEPTER SLOVAKIA spol. s r.o., LEKÁR, a. s., Wüstenrot poisťovňa, a. s., a Slovenské pramene a žriedla, a. s. K výhre v tombole si každý vybral červené či biele upomienkové vínko s nálepkou podujatia.

KOŠICE, PREDVEĎTE SA!

Lekom Tour 2019 je už minulosťou. Tí, čo neboli, môžu ľutovať, ale máme pre nich dobrú správu. Lekom Tour 2020 je tu čoskoro! Pripraví ho sekretariát SLK v spolupráci s Regionálnou lekárskou komorou Košice. A v košickom regióne o prírodné krásy, zaujímavé pešie trasy či cyklotrasy určite nie je núdza. Už dnes sa tešíme. Príďte aj vy – tešíme sa aj na vás! Určite bude zase perfektne. Bližšie informácie vám prinesieme v najbližších číslach nášho Medikomu, ako aj na našej webovej stránke.





VŽDY VOĽNÝ PREJAZD

SKRÁTENÁ INFORMÁCIA O LIEKU: Názov lieku: Cornusan 10 mg/10 mg, Cornusan 10 mg/20 mg, Cornusan 10 mg/40 mg, Cornusan 10 mg/80 mg tablety. **Farmakoterapeutická skupina:** Hypolipidemiká, inhibitory HMG CoA-reduktázy v kombinácii s inými hypolipidemikami. **ATC kód:** C10BA02. **Zloženie:** Každá tableta obsahuje 10 mg ezetimibu a 10, 20, 40 alebo 80 mg simvastatínu. **Terapeutické indikácie:** Prevencia kardiovaskulárnych príhod. Cornusan je indikovaný na zníženie rizika kardiovaskulárnych príhod (pozri časť 5.1) u pacientov s koronárnou chorobou srdca (KCHS) a akútnym koronárnym syndrómom (AKS) v anamnéze, v minulosti liečených alebo neličených statínom. **Hypercholesterolemia:** Cornusan je indikovaný ako podporná liečba k diéte u pacientov s primárnou (heterozygotnou familiárnou a non-familiárnou) hypercholesterolemiou alebo zmiešanou hyperlipidemiou, kde je vhodné použitie kombinovaného lieku: u pacientov, ktorí nie sú dostatočne kontrolovaní samotným statínom, u pacientov, ktorí už sú liečení statínom a ezetimibom. **Homozygotná familiárna hypercholesterolemia (HoFH):** Cornusan je indikovaný ako podporná liečba k diéte u pacientov s HoFH. Pacienti môžu podstupovať aj iné podporné liečby (napr. aferézu lipoproteínov s nízkou hustotou [LDL]). **Dávkovanie a spôsob podávania:** **Hypercholesterolemia:** 10 mg/10 mg/deň až do 10 mg/80 mg/deň podávaných večer. Zvyčajná dávka je 10 mg/20 mg/deň alebo 10 mg/40 mg/deň podávaná jednorazovo večer. Dávka 10 mg/80 mg len u pacientov so závažnou hypercholesterolemiou a s vysokým rizikom kardiovaskulárnych komplikácií. Úpravy dávkovania v intervaloch nie kratších ako 4 týždne. Podávať s jedlom alebo bez jedla. Tableta sa nemá deliť. **Pacienti s koronárnou chorobou srdca a príhodou AKS v anamnéze:** Začiatková dávka 10 mg/40 mg podávaná raz denne večer. Dávka 10 mg/80 mg sa odporúča len ak sa očakáva, že prínosy prevážia nad možnými rizikami. **Homozygotná familiárna hypercholesterolemia:** Odporúčaná začiatková dávka 10 mg/40 mg/deň podávaná večer. Dávka 10 mg/80 mg len ak sa očakáva, že prínosy prevážia nad možnými rizikami. **Súbežné podávanie s inými liekmi:** Počas aspoň 2 hodiny pred alebo najmenej 4 hodiny po podaní sekvestrantu žľočových kyselín. Keď sa súbežne užívajú amiodarón, amiodipín, verapamil, diltiazem alebo lieky obsahujúce elbasvir alebo grazoprevir nemá dávka prekročiť 10 mg/20 mg/deň. Ak sa súbežne užívajú niacin v dávkach znižujúcich lipidy (≥ 1 g/deň), nemá dávka Cornusanu prekročiť 10 mg/20 mg/deň. **Starší pacienti:** Nie je potrebná žiadna úprava dávkovania. **Pediatrická populácia:** Liečba sa musí začať pod dohľadom odborného lekára. Dospievajúci nad 10 rokov: odporúčaná zvyčajná začiatková dávka je 10 mg/10 mg raz denne večer. Odporúčané rozmedzie dávkovania je 10 mg/10 mg až maximálne 10 mg/40 mg/deň. Neodporúča sa používať u detí mladších ako 10 rokov. **Porucha funkcie pečene a obličiek:** Mierna porucha funkcie pečene a obličiek nie je potrebná žiadna úprava dávkovania. Chronické ochorenie obličiek – odporúča sa dávka 10 mg/20 mg raz denne večer. U pacientov so stredne ťažkou alebo ťažkou poruchou funkcie pečene sa liečba neodporúča. **Spôsob podávania perorálne ako jednorazová dávka večer.** **Kontraindikácie:** Precitlivosť na liečivá alebo na ktorúkoľvek z pomocných látok. Gravidita a dojčenie. Aktívne ochorenie pečene alebo neobjasnené pretrvávajúce zvýšenie sérových transamináz. Súbežné podávanie silných inhibitorov CYP3A4 (liečivá zvyšujúce AUC približne 5-násobok alebo viac) (napr. itraconazol, ketokonazol, posakonazol, vorikonazol, erytromycín, klaritromycín, telitromycín, inhibitory HIV proteázy (napr. neflavinir), boceprevir, telaprevir, nefazodón a lieky obsahujúce kobaltidát). Súbežné podávanie gemfibrozilu, cyklosporínu alebo danazolu. Súbežné podávanie lomitapidu s Cornusanom v dávke vyššej ako 10 mg/40 mg u pacientov s HoFH. **Osobitné upozornenia a opatrenia pri používaní:** Zvýšené riziko myopatie a rabdomyolýzy. Veľkí pacienti, u ktorých sa začína s liečbou Cornusanom alebo pacienti, ktorým sa zvyšuje dávka, musia byť upozornení s rizikom myopatie a upozornení, aby okamžite hlásili akúkoľvek nevyšvetliteľnú svalovú bolesť, citlivosť alebo slabosť. Opatrnosť je potrebná u pacientov s predispozícnymi faktormi vzniku rabdomyolýzy. Kvôli stanoveniu základnej referenčnej hodnoty sa má hladina CK merať pred začiatkom liečby v nasledujúcich prípadoch: starší pacienti (vek nad 65 rokov), ženské pohlavie, porucha funkcie obličiek, neliečená hypotenzia, dedičné muskulárne poruchy v osobnej alebo rodinnej anamnéze, muskulárna toxicita pri statíne alebo fibráte v anamnéze, závislosť od alkoholu. Je potrebné zvážiť riziko liečby vo vzťahu k možnému prínosu a odporúča sa klinické sledovanie. Ak sú výskyskové hladiny CK významne zvýšené (> 5 násobok HHN), liečba sa nesmie začať. Ak sa počas liečby vyskytne svalová bolesť, slabosť alebo kŕče, je potrebné zmerať jeho hladiny CK. Ak sú namerané hladiny aj bez namáhavého cvičenia významne zvýšené (> 5 násobok HHN), liečba sa má ukončiť. Ak je podozrenie na myopatiu z akéhokoľvek iného dôvodu, liečba sa má prerušiť. Funkčné vyšetrenia pečene sa odporúča vykonať pred začiatkom liečby Cornusanom a potom, ak je to počas liečby vyskytne závažné poškodenie pečene s klinickými symptómami a/alebo hyperbilirubinemiou alebo žltičkou, liečbu ihneď prerušiť. Ak je Cornusan pridaný k warfarínu, k inému kumarínovému antikoagulanciu alebo k flutidónu, je potrebné náležite sledovať medzinárodný normalizovaný pomer INR. Tento liek obsahuje laktózu. **Liekové a iné interakcie:** Ohľadom možných interakcií si pozrite informácie o predpisovaní všetkých súbežne užívaných liekov. **Liekové interakcie spojené so zvýšeným rizikom myopatie/rabdomyolýzy:** Kontraindikované s Cornusanom: Silné inhibitory CYP3A4, napr. itraconazol, Ketokonazol, Posakonazol, Vorikonazol, Erytromycín, Klaritromycín, Telitromycín, Inhibitory HIV proteázy (napr. neflavinir), Boceprevir, Telaprevir, Nefazodón, Kobaltidát, Cyklosporín, Danazol, Gemfibrozil. Neodporujú sa s Cornusanom: ostatné fibráty, Kyselina fusidová. Neodporujú sa s Cornusanom u pacientov s dŕžiským pôvodom: Niacin (kyselina nikotínová) (≥ 1 g/deň). **Ne prekročiť dávku 10 mg/20 mg Cornusanu denne.** Amiodarón, Amiodipín, Verapamil, Diltiazem, Niacin (≥ 1 g/deň), Elbasvir, Grazoprevir. **Ne prekročiť 10 mg/40 mg Cornusanu denne.** Lomitapid. Vyhnuť sa grapefruitovému džúsu, keď sa užíva Cornusan. **Gravidita a laktácia:** Kontraindikovaný počas gravidity a dojčenia. **Ovplyvnenie schopnosti viesť vozidlo a obsluhovať stroje:** Opatrnosť. Bol hlásený závrat. **Nežiaduce účinky:** porucha spánku, závrat, bolesť hlavy, bolesť brucha, abdominálny diskomfort, bolesť v hornej časti brucha, dyspepsia, nadúvanie, nevoľnosť, vracanie, pruritus, vyrážka, artralgia, svalové spazmy, svalová slabosť, muskuloskeletárny diskomfort, bolesť krku, bolesť v končatinách, asténia, únava, nepokoj, periférny edém, zvýšenie ALT a/alebo AST, zvýšenie CK v krvi, zvýšenie bilirubínu v krvi, zvýšenie kyseliny močovej v krvi, zvýšenie gama-glutamyltransferázy, zvýšenie medzinárodného normalizovaného pomeru (international normalized ratio), prítomnosť bielkoviny v moči, zníženie hmotnosti. **Veľkosť balenia:** 30, 100 a 300 tableť. **Držiteľ rozhodnutia o registrácii:** Zentiva, s.r.o., U kabelovny 130, Praha, Česká republika. **Výdaj lieku viazaný na lekársky predpis.** Pred predpísaním lieku sa oboznámte s úplným znením Súhrnu charakteristických vlastností lieku. **Dátum poslednej revízie textu SmpC:** 03/2019.

EURÓPSKE zdravotníctvo pod drobnohľadom CPME

Národné združenia lekárov z celej Európy apelujú na to, aby sa zdravotná starostlivosť stala číslom jeden v agende politikov EÚ.

Text: Pavel Oravec | Foto: NZ

Slovenská republika sa stala členom Európskej únie 1. mája 2004. Zdieľame rôzne výhody nášho členstva v tomto spoločenstve štátov, ale stále nedosahujeme hospodársku úroveň krajín, ktoré sú súčasťou EÚ už dlhší čas. Podľa štatistiky, ktorú zverejnila Európska komisia v r. 2017, boli výdavky Slovenskej republiky na zdravotníctvo v r. 2015 vo výške 6,9 % HDP (1538 eur na obyvateľa), kým priemer EÚ bol 9,9 % HDP (2797 eur na obyvateľa). Prakticky vo všetkých ukazovateľoch zdravotného stavu obyvateľstva zaostávame za priemerom krajín EÚ.

V období rokov 2007 – 2017 bol priemer zvyšovania výdavkov do zdravotníctva v krajinách európskej dvadsaťosmičky, podľa údajov Eurostatu, vo výške +0,8 % HDP. Reálne zvyšovanie nákladov na zdravotníctvo je však vyššie a deficit prostriedkov je pociťovaný s rôznou intenzitou vo všetkých krajinách EÚ. Snaha politikov šetriť na výdavkoch na zdravotnú starostlivosť sa tak týka väčšiny, ak nie všetkých európskych krajín.

V nasledujúcich riadkoch vás chceme **informovať o agende CPME s názvom Health Check 2019 – Európske voľby**. Stály výbor európskych lekárov (CPME), ktorý zastupuje najreprezentatívnejšie národné lekárske združenia z celej Európy, vyzval na čo najširšiu účasť vo voľbách do Európskeho parlamentu, ktoré sa uskutočnili v máji 2019. Súčasne **apeloval na tvorcov rozhodnutí v orgánoch EÚ**, aby:

- zaradili zdravotnú starostlivosť do popredia agendy Európskej únie,
- podporili prácu a vzdelávanie kvalifikovaných lekárov a ich pracovné podmienky,
- uľahčili prístup občanov ku zdravému životnému štýlu,
- investovali do zabezpečenia zdravotnej bezpečnosti spoločnosti,
- posilnili dôveru v bezpečné zdieľanie zdravotníckych údajov a informácií,
- zaručili prístup ku liekom a liečbe.

Dovoľujeme si priniesť preklad tejto výzvy. Originál agendy nájdete na stránke www.cpme.eu – <http://cpme.dyndns.org:591/adopted/2018/CPME.Health.Check2019.pdf>

Health Check European Elections 2019

SCIENCE FORUM EUROPEAN SOCIETY OF MEDICINE EXPERTS
STANDING COMMITTEE OF EUROPEAN DOCTORS

The Standing Committee of European Doctors (CPME) represents national medical associations across Europe. We are committed to contributing the medical profession's point of view to EU institutions and European policy-making through pro-active cooperation on a wide range of health and healthcare related issues.

Invest in health security

We ask for constant efforts to contain the spread of antimicrobial resistance (AMR) and to increase vaccination coverage. Resistance to antibiotics is progressing at a rapid pace and old, vaccine-preventable diseases are reappearing. Policies must strengthen doctors and other health professionals in playing an active role in the fight against AMR and vaccine hesitancy.

Foster trust in sharing of health data

We ask for ethically sound governance on how to share health data. Medical research is essential for the development of new treatments and medicines. However, research opportunities using big data should not result in the waiving of applicable ethical standards. Patient autonomy and the right to self-determination must always be guaranteed.

Guarantee access to medicines

We ask that the availability and affordability of medicines be tackled. Due to soaring drug prices and to sometimes declining production, European citizens increasingly experience a lack of access to certain medicinal therapies. Some citizens even have to wait for their health status to deteriorate before getting access. This goes against the medical profession's obligation to serve the patient's best interest and raises serious ethical questions as to non-maleficence and equity.

Future of health

We ask that health always be put high on the EU agenda, thus safeguarding Universal Health Coverage for every patient. Even in times of budgetary restraints, there can be no economic growth without investments in health. Health is an essential element of the European social model and contributes to social cohesion, inclusive growth and nurtures a sound economic environment as a prerequisite for investment.

European doctors call on EU decision-makers to:

- ✓ Put health high on the EU agenda
- ✓ Support skilled doctors and safe conditions
- ✓ Enable healthy living
- ✓ Invest in health security
- ✓ Foster trust in the sharing of health data
- ✓ Guarantee access to medicines

CPME SCIENCE FORUM EUROPEAN SOCIETY OF MEDICINE EXPERTS
STANDING COMMITTEE OF EUROPEAN DOCTORS

1. ZDRAVIE DO BUDÚCNOSTI

Žiadame, aby **zdravotná starostlivosť** bola vždy zaradená na **najvyšších miestach** agendy EÚ tak, aby ochrana zdravia bola dostupná pre každého pacienta. Aj v časoch rozpočtových obmedzení nemôže dôjsť k hospodárskemu rastu bez investícií do zdravia. Zdravotná starostlivosť je základným prvkom európskeho sociálneho modelu a prispieva k sociálnej súdržnosti, inkluzívnemu rastu, rozvíja a podporuje hospodárske prostredie ako predpoklad pre ďalšie investície.

2. KVALIFIKOVANÍ LEKÁRI, BEZPEČNÉ PODMIENKY

Žiadame, aby boli zaistené a dodržiavané **bezpečné a prítiažlivé pracovné podmienky pre lekárov v celej Európe**. Musia byť započaté koordinované opatrenia a politické rozhodnutia na zníženie násilia voči zdravotníckym pracovníkom. Lekári sa musia vedieť spoľahnúť na bezpečné, zákonné a etické pracovné podmienky, na uznanie ich práce a kvalifikácie a na poskytnutie možností na kontinuálne vzdelávanie a zlepšovanie svojich zručností. Podpora takéhoto prostredia posilňuje vzťah medzi pacientom a lekárom, profesionálnu identitu a autonómiu lekárov. Toto je kľúčom k udržaniu povolania lekára atraktívnym počas celej kariéry a priamo prispieva k **bezpečnej a kvalitnej zdravotnej starostlivosti pre pacienta**.

3. ZDRAVÝ ŽIVOTNÝ ŠTÝL

Žiadame, aby **prevencia bola jedným z primárnych cieľov celej zdravotnej politiky**. Potrebujeme, aby sa každý občan venoval tomuto životne dôležitému cieľu a zaoberal sa rizikovými faktormi ako napríklad tabak, nezdravá strava, fyzická nečinnosť a škodlivé užívanie alkoholu. Napríklad jasné označovanie alkoholických výrobkov a obmedzenie priemyselnej produkcie nasýtených tukov pomáha lepšie chrániť zdravie európskych občanov a predchádzať chorobám. Podpora zdravia a prevencia chorôb sú dôležitá úloha vlád členských štátov a podstatná súčasť primárnej zdravotnej starostlivosti.

4. INVESTÍCIA DO ZDRAVOTNEJ BEZPEČNOSTI

Žiadame o neustálu snahu o **zastavenie šírenia antimikrobiálnej rezistencie (AMR) a o zvýšenie vakcinačného pokrytia**. Rezistencia na antibiotiká postupuje rýchlym tempom a známe choroby, ktorým možno predchádzať očkovaním, sa znovu objavujú. Politici a politika musia povzbudzovať a posilňovať lekárov a ostatných zdravotníckych pracovníkov v aktívnej role v boji proti AMR a odmietaniu očkovania.

5. POSILNENIE DÔVERY V ZDIELANIE ZDRAVOTNÝCH ÚDAJOV

Žiadame o **eticky spoľahlivé spravovanie v súvislosti so zdieľaním zdravotníckych dát**. Lekársky výskum je nevyhnutný na vývoj nových spôsobov liečby a liekov. Avšak výskumné projekty, využívajúce „veľké údaje“, by nemali mať za následok oslabenie používaných štandardov etických noriem. Autonómia pacienta a právo na sebaurčenie musia byť vždy zaručené.

6. ZARUČENIE PRÍSTUPU KU LIEČBE

Žiadame, aby bola vyriešená **dostupnosť liekov a liečby**. Vzhľadom na prudký nárast cien liekov, a niekedy na klesajúcu výrobu, európski občania stále viac pociťujú nedostatok v prístupe k určitým liečebným postupom. Niektorí občania sa dokonca dostanú k liečbe, až keď sa ich stav neúmerne zhorší. Toto je proti profesijnému záväzku vyplývajúcejmu z lekárskeho povolania pomáhať pacientovi v jeho najlepšom záujme. Táto situácia vyvoláva vážne etické otázky voči záväzku nepoškodiť a dodržať rovnaký prístup ku každému pacientovi.

Slovenská lekárska komora je členom CPME a jej prostredníctvom sa zapája do reprezentácie a činnosti samosprávnych organizácií lekárov na celoeurópskej úrovni.



MUDr. Pavel Oravec
predseda Stáleho výboru SLK pre zahraničie

STRUČNE ZO ZDRAVOTNÍCTVA

JEDENKRÁT A DOŠŤ?

Nový národný projekt „Rozšírenie portfólia služieb a inovácia služieb elektronického zdravotníctva“ za 9,3 milióna eur by mal trvať 40 mesiacov a mal by odbremeniť lekárov. Národné centrum zdravotníckych informácií (NCZI) by vďaka nemu malo byť schopné dáta do výkazov nahráť priamo z eZdravia. Cieľom projektu je rozšíriť rozsah poskytovaných služieb elektronického zdravotníctva na Slovensku, priniesť nové služby, ktoré administratívne odbremení lekárov a sprístupní údaje zo systému aj pacientom. Taktiež by malo dôjsť k úprave a rozšíreniu služieb evyšetrenia, evykazovania, eprevencie, eZdravia a k rozšíreniu elektronickej zdravotnej knižky.

„V súčasnosti zbierané údaje nie sú dostatočne štruktúrované, lekári dáta vkladajú viackrát, raz v rámci vykazovania pre NCZI a opätovne ako poskytovatelia ZS pre zdravotné poisťovne,“ približuje aktuálnu situáciu Boris Chmel z NCZI. Cieľom je zaviesť princíp jedenkrát a došť, a to práve zmenou štruktúrovania údajov. „Po ukončení projektu dôjde k zmene a informácie o výkonoch pôjdu do zdravotných poisťovní priamo zo systému poskytovateľov zdravotnej starostlivosti.“

ŠTVRTÁ VÝZVA NA BUDOVANIE CIZS

MZ SR plánuje počas tohtoročnej jesene vyhlásiť štvrtú výzvu na predkladanie projektov pre budovanie centier integrovanej zdravotnej starostlivosti. Spolu je k dispozícii 102 miliónov eur.

V rámci ukončených troch výziev bolo celkovo prerozdelených 33,6 milióna eur. Predložených bolo 90 projektových zámerov a následne 61 žiadostí o príspevok. Schválených bolo 44 žiadostí. Projekty sú rozmiestnené po celom Slovensku s výnimkou Bratislavského kraja, ktorý nie je oprávnený čerpať tieto finančné prostriedky. Cieľom projektu je vytvoriť alebo rekonštruovať 140 zariadení. Predpokladalo sa, že dnes už bude väčšina zo 102 miliónov eur rozdelených. V skutočnosti je ešte stále k dispozícii 68,4 milióna eur.

Aby mestá a obce mohli získať prostriedky z európskeho fondu, musia tak ako nemocnice preukázať, že si plnia povinnosti voči štátu a odvodové povinnosti. Medzi ďalšie požiadavky patrí aj právna forma centier, ich organizácia práce, ako i predpísaný počet lekárov. Práve táto podmienka je pre niektoré mestá a obce problémom vzhľadom na všeobecný nedostatok zdravotníkov.

Neúspešný bol napríklad projekt obce Dechtice, kde lekári odmietli podpísať s obcou zmluvu, naopak úspešné boli mesto Vysoké Tatry či Lednické Rovne. V Tatrách zrekonštruujú súčasné stredisko za 1,6 milióna eur, pričom mesto dá 53-tisíc. Lednické Rovne budú mať nové stredisko – z európskych peňazí naň pôjde 652-tisíc eur, obec dá 34-tisíc.

Nemocnice Havlíčkův Brod, příspěvková organizace
prijme do pracovního poměru

Zástupce primáře dětského oddělení.

Nástup: ihned

Nabízíme: odpovídající platové ohodnocení • možnost přidělení městského bytu • zaměstnanecké benefity

NÁBOROVÝ PŘÍSPĚVEK

Kontakt: Nemocnice Havlíčkův Brod, p.o. Husova 2624,
580 22 Havlíčkův Brod, www.onhb.cz,
e-mail: jana.egartova@onhb.cz; tel. +420 569 472 122

Nemocnice Havlíčkův Brod, příspěvková organizace, ČR
prijme do pracovního poměru

Primáře pro ORL oddělení.

Nástup: ihned

Nabízíme: náborový příspěvek 300 tis. Kč • městský byt 3+1
• odpovídající platové ohodnocení • možnost dalšího profesního růstu • zaměstnanecké benefity

Kontakt: Nemocnice Havlíčkův Brod, p.o. Husova 2624,
580 22 Havlíčkův Brod, www.onhb.cz,
e-mail: jana.egartova@onhb.cz; tel. +420 569 472 122

POZVÁNKA

KURZ – XII. ročník OSTEOPORÓZA – KOMPLEX LIEČBY – KINEZIOTERAPIA

(komplex prednášok o osteoporóze, nácvik cvičenia svalstva panvového dna a špeciálnej cvičebnej zostavy podľa Ďurišovej pre pacientov s bolesťami chrbta a osteoporózou)

Kedy? 25. októbra 2019

Kde? Reumatologicko-rehabilitačné centrum, Hlohovec
Bližšie informácie na www.rrc.sk

SLOVENSKÁ LEKÁRSKA KOMORA a SLOVENSKÁ RÁDIOLOGICKÁ SPOLOČNOSŤ

VÁS POZÝVAJÚ NA KURZ ŠKOLA SONOGRAFIE

0911 199 723
vzdelavanie@lekarnet.sk

vedúci kurzu

MUDr. Emil Tvrđík, PhD.
Hotel pod Zámkom, Bojnice

20. - 21. 9. 2019 BRUCHO

pankreas, pečeň, žlčník a žľčové cesty, portálny prietok, slezina, obličky, obličkové cievy, nadobličky, močový mechúr, retroperitoneum, brušná stena

22. - 23. 11. 2019 CIEVY

aorta, tepny aortálneho oblúka, tepny horných a dolných končatín, žily horných a dolných končatín, cievy A-V fistuly u dialyzovaných

13. - 14. 12. 2019 BRUCHO

pankreas, pečeň, žlčník a žľčové cesty, portálny prietok, slezina, obličky, obličkové cievy, nadobličky, močový mechúr, retroperitoneum, brušná stena



Partnéri
podujatia:

s&t

PHILIPS



InMed
Slovakia, s.r.o.

Canon
CANON MEDICAL SYSTEMS
OFFICIAL DISTRIBUTOR

Wobenzym®

- Kombinácia enzýmov (*trypsín, chymotrypsín, pankreatin, bromelaín, papaín, amyláza, lipáza a flavonoid rutín*)

Liek Wobenzym po operáciách a pri zápalových ochoreniach

- urýchľuje vstrebávanie opuchov (hematómov)
- optimalizuje priebeh zápalovej reakcie
- pozitívne ovplyvňuje reologické vlastnosti krvi
- zlepšuje cievnu a lymfatickú mikrocirkuláciu
- skracuje proces hojenia
- tlmí bolesť
- podporuje prienik antibiotík do tkanív¹



800 tbl.

300 tbl.

200 tbl.

www.wobenzym.sk

Wobenzym – skrátená informácia o používaní: Zloženie: Pancreatinum: 300 F.I.P.-E. proteasum, 4000 F.I.P.-E. amylasum, 4500 F.I.P.-E. lipasum, Trypsinum 360 F.I.P.-E., Chymotrypsinum 300 F.I.P.-E., Bromelaina 225 F.I.P.-E., Papainum 90 F.I.P.-E., Amylasum 50 F.I.P.-E., Lipasum 34 F.I.P.-E., Rutosidum trihydricum 50 mg. Farmakoterapeutická skupina: varium, enzýmový prípravok. **Charakteristika:** Zmes enzýmov s rutínom, ktoré majú schopnosť účelne ovplyvňovať imunitu a tlmieť zápal a opuchy. **Indikácie:** Poúrazové opuchy, lymfedémy rôznej etiológie, fibrocystická mastopatia. **Ako podporná liečba:** niektoré pooperačné stavy v chirurgii, zápaly povrchových žíl, potrombotický syndróm dolných končatín, reumatoidná artritída, reumatizmus mäkkých tkanív, artróza, mnohopočetná mozgomiešna skleróza, chronické a recidivujúce zápaly, podporná liečba pri podávaní antibiotík. **Kontraindikácie:** stavy spojené so zvýšeným sklonom ku krvácaniu alebo so zvýšenou fibrinolýzou, známa precitlivosť na účinné alebo pomocné látky. **Osobitné upozornenia:** Príležitostne môže pri chronických ochoreniach po začiatku liečby nastať zhoršenie príznakov. V tomto prípade by nemal byť liek vysadený, ale malo by sa zväžiť eventuálne prechodné zníženie doterajšieho dávkovania. **Nežiaduce účinky:** ojedinele nevýrazná zmena konzistencie, farby a zápachu stolice, pocity plnosti, nafukovania, výnimočne nevoľnosť, zriedka alergické reakcie (kožná vyrážka). **Dávkovanie:** Zahájenie liečby: 3x5 až 3x10 tabliet denne, s ústupom chorobných prejavov sa postupne znižuje až na udržiavaciu dávku 3x3 tabliet denne. **Deti:** 1 tableta na 6 kg telesnej hmotnosti denne. Počas gravidity a laktácie by malo byť podávanie Wobenzymu kriticky zvážené. **Balenie:** 40, 200, 300 a 800 tabliet. **Uchovávanie:** na suchom, tmavom mieste pri teplote do 25°C. **Držiteľ registračného rozhodnutia:** MUCOS Pharma GmbH & Co. KG, Berlín, Nemecko.

Voľno predajný liek. Bez úhrady verejného zdravotného poistenia. Dátum poslednej revízie textu SPC: 02/2019.

Úplné informácie o lieku sú k dispozícii v Súhrne údajov o prípravku a na adresách: MUCOS Pharma CZ, s.r.o., Uhřetěveská 448, 252 43 Průhonice, Česká republika, tel.: +420 267 750 003, fax: +420 267 751 148, e-mail: mucos@mucos.cz, dr.rzachar@gmail.com, +421 911 723 175, www.wobenzym.sk

Určené pre odbornú verejnosť: **Dátum prípravy:** august 2019

Referencia: 1. SPC lieku Wobenzym, dátum revízie textu 02/2019

Infúzie s vitamínom C

FARMAKOKINETIKA SKRÝVA NOVÉ BIOMEDICÍNSKE PERSPEKTÍVY

Infúzna liečba je podporná, dobre tolerovaná a cenovo dostupná možnosť pri infekciách, chronických zápalových a onkologických ochoreniach.

VYSOKÉ HLADINY VITAMÍNU C V KRVI MOŽNO DOSIAHNUŤ IBA INTRAVENÓZNOU APLIKÁCIOU

Preto aj výsledky štúdií, v rámci ktorých bol vitamín C podávaný ako doplnok stravy, nie sú porovnateľné s výsledkami štúdií, v ktorých bol vitamín C podávaný pomocou infúzií. Vitamín C zo stravy alebo z doplnkov stravy sa resorbuje v čreve pomocou špeciálnych transportérov za spotreby energie. Biologickú dostupnosť limituje počet a funkčnosť týchto transportérov. Tie môžu ešte viac klesnúť pri chronických zápalových ochoreniach čriev, chemoterapii alebo pri rádioterapii. Infúzia, napríklad so 7,5 g vitamínu C, umožňuje dosiahnuť 10-krát vyššie hladiny v krvi, ako je možné dosiahnuť pomocou doplnkov stravy (pozri obr.). Aplikácia vitamínu C pomocou infúzií je v mnohých krajinách ako Slovensko, Česko alebo Rakúsko viazaná na lekárske predpis.

NEDOSTATOK VITAMÍNU C NIE JE ZRIEDKAVÝ

Príliš často sa vychádza z toho, že nedostatok vitamínu C už dnes nie je relevantný. Opak je však pravdou: Pacienti s infekciami, chronickými zápalovými ochoreniami ako alergie alebo artritída a onkologickými ochoreniami, často trpia jeho nedostatkom [1-4]. Situácia sa zdá byť zvlášť závažná u kriticky chorých pacientov [5]. Z biologického hľadiska je to pochopiteľné, keďže každý zápal generuje takzvané voľné radikály. Tie sú dôležité, aby bojovali proti patogénom a aby podporovali zápal. V správny čas musia byť zneškodnené antioxidantmi, ako je vitamín C, a musí sa to udiť skôr, než zničia zdravé tkanivo a spôsobia chronický zápal.

NEDOSTATOK VITAMÍNU C BOLÍ

Práve tento aspekt zápalu – nedostatok vitamínu C a nadbytok voľných radikálov – sa často neberie do úvahy. To je rozhodujúce pre priebeh liečby, pretože oxidačný stres poškodzuje zdravé tkanivové štruktúry a je (spolu)zodpovedný za mnohé symptómy ako napríklad bolesti, edémy, únavu a infekcie [6].

Vitamín C nie je len jedným z najdôležitejších antioxidantov, ale je aj kofaktorom dôležitých enzymatických reakcií, a preto má zásadný vplyv na hojenie rán, imunitu a funkciu nervovej sústavy. Bez vitamínu C sa nemôže tvoriť pevný a funkčný kolagén. Príznaky nedostatku preto postihujú hlavne krvné cievy, spojivové tkanivo, chrupavky a kosti. Sú to zápal, edémy a bolesti [7].

INTRAVENÓZNE APLIKOVANÝ VITAMÍN C AKO PRÍRODNÉ ANALGETIKUM

Je dobre známe, že oxidačný stres, spôsobený poškodením tkaniva a nervov, má dôležitú úlohu pri vzniku bolesti. Nedostatok vitamínu C, ktorý sa vyskytuje pri zápaloch, navyše zvyšuje citlivosť tela na bolesť. Vitamín C chýba nielen ako účinný antioxidant na ochranu pred oxidačným stresom, ale aj ako enzymatický kofaktor pre tvorbu endogénnych analgetických látok, ako sú napríklad endomorfíny. Vedci teda považujú vitamín C za dobre tolerovanú prídavnú terapiu na zmiernenie akútnych a chronických bolesti pri ortopedických a nádorových bolestiach a pri bolestiach spôsobených infekciami [6, 8].

INTRAVENÓZNE APLIKOVANÝ VITAMÍN C ZLEPŠUJE KVALITU ŽIVOTA

Účinnosť infúzií s vitamínom C na kvalitu života súvisiacu so zdravotným stavom možno zreteľne pozorovať u onkologických pacientov – môže dôjsť k zmierneniu únavy, depresii, porúch spánku, bolesti a gastrointestinálnych príznakov ako nevoľnosť, vracanie a strata chuti do jedla [9].

Z infúznej liečby profitujú aj pacienti s chronickými zápalovými ochoreniami, ako sú napríklad alergické ochorenia [3]. Úžitok sa pritom nevzťahuje iba na špecifické symptómy ako svrbenie a rinitída, ktoré vplyvom liečby vitamínom C signifikantne ustupujú, ale aj na všeobecné symptómy ako únava, poruchy koncentrácie a depresívne rozladenia [3].

VÝVOJ VÝSKUMU

Infúzie s vitamínom C boli doteraz terapeuticky využívané na rýchlu liečbu nedostatku vitamínu C bez spotreby energie. Vitamín C je tak k dispozícii pre dôležité protizápalové, neuroprotektívne a bolesť zmiernujúce metabolické procesy.

Počas posledných piatich rokov sa skúmalo veľa ďalších farmakologických účinkov vitamínu C. V súčasnosti sa výskum zameriava napríklad na rakovinu a sepsu. Skúmajú sa napríklad účinky na expresiu génov a epigenetický profil. Skúmanie prebieha v celosvetovom rozsahu – aktuálne publikácie pochádzajú aj z univerzít v Bratislave a v Košiciach [10, 11].

Zoznam použitej literatúry u autora.

Tradícia Pascoe od roku 1895

Vitamin C-Injektapas 7,5 g

Registrovaný liek

Dôverujte originálu!

- ✓ Infúzny roztok
- ✓ Okamžitá biologická dostupnosť¹
- ✓ Vysoká efektivita vďaka dosiahnutým terapeutickým koncentráciám²
- ✓ Priama neutralizácia oxidačného stresu pri nedostatku vitamínu C²
- ✓ Bez stabilizátorov a konzervačných látok



1 Levine, M., S. J. Padayatty and M. G. Espey (2011). „Vitamin C: a concentration-function approach yields pharmacology and therapeutic discoveries.“ Adv Nutr 2(2): 78-88.
2 Frei, B., L. England and B. N. Ames (1989). „Ascorbate is an outstanding antioxidant in human blood plasma.“ Proc Natl Acad Sci U S A 86(16): 6377-6381.
3 IH Galaxy NPI Jan. 2018

SKRÁTENÁ INFORMÁCIA O LIEKU: Vitamin C-Injektapas 7,5 g*

Zloženie: 1 injekčná liekovka s 50 ml infúzneho roztoku obsahuje 7,5g kyseliny askorbovej, pomocné látky: hydrogenuhlíčan sodný, voda na injekciu. **Terapeutické indikácie:** Liečba nedostatku vitamínu C alebo jeho zvýšenej potreby, ktorú nie je možné dostatočne zabezpečiť príjmom potravy alebo podávaním perorálnych prípravkov. **Dávkovanie a spôsob podávania*:** Dávka parenterálneho vitamínu C, ktorá je potrebná na účinnú liečbu, závisí od stupňa oxidačného stresu a následného orgánového poškodenia a dysfunkcie. Pokiaľ nie je predpísané inak, podáva sa až do objemu 50 ml injekčného roztoku denne pomalou intravenóznou infúziou. Periférna intravenózna infúzia (trvanie približne 20 minút) lieku Vitamin C-Injektapas (približne 100 mg/kg telesnej hmotnosti) po rozriedení 50 ml roztoku so 100 ml izotonického roztoku chloridu sodného alebo 50 ml vody na injekciu, môže udržať plazmatické hladiny askorbátu na suprafyziologických až normálnych fyziologických hladinách 4 hodiny (až do 6 hodín). Toto sa odporúča za účelom rýchleho dosiahnutia tkanivových hladín a na potlačenie oxidačného stresu. Pri chronických stavoch oxidačného stresu možno podanie opakovat po niekoľkých dňoch, pokiaľ sa nedosiahne úľava od klinických symptómov. **Kontraindikácie:** Precitlivosť na liečivo alebo na ktorúkoľvek z pomocných látok. Vitamin C-Injektapas 7,5 g sa nesmie používať u pacientov s ochorením alebo predispozíciou na obličkové kamene alebo u pacientov s obličkovou nedostatočnosťou, alebo pri ochorení s akumuláciou železa (talasémia, hemochromatóza, sideroblastická anémia). **Osobitné upozornenia*:** Pacientom s obštrukčným a restrikčným bronchiálnym a pľúcny ochorením sa môžu podávať dávky len do 7,5 g kyseliny askorbovej za deň. **Interakcie*:** Informácia pre diabetikov: Parenterálne podávanie kyseliny askorbovej môže interferovať s niektorými krvnými testami na stanovenie glukózy, ktoré sa používajú u diabetikov a ktoré sú citlivé na redoxný potenciál. **Nežiaduce účinky*:** Kyselina askorbová je vo všeobecnosti dobre tolerovaná. Menej časté: hnačka. Pri akútnych infekciách sa podanie lieku Vitamin C-Injektapas 7,5 g spájalo so zimnicou a zvýšenou teplotou. Predávkovanie: Prípady predávkovania nebol zaznamenaný. **Balenie*:** 1x50ml **Dátum prvej registrácie:** 05. máj 2010 **Posledná revízia textu:** December 2017. **Upozornenie:** Liek je viazaný na lekársky predpis. **Držiteľ rozhodnutia o registrácii:** Pascoe Pharmazeutische Präparate GmbH, Schiffenberger Weg 55, D-35394 Giessen, Nemecko www.pascoe.sk info@pascoe.sk

* Podrobné informácie o lieku uvedené v súhrne charakteristických vlastností je možné získať na adrese: Pascoe Slovensko, s.r.o., Suché mýto 1, 811 03 Bratislava

ODPORÚČA



ANNO 1769

GEMERKA

PRÍRODNÁ MINERÁLNA VODA



LIMITOVANÁ JASKYNNÁ EDÍCIA

Domovom GEMERKY sú jaskyne SLOVENSKÉHO KRASU, ktoré obohacujú GEMERKU o prírodné **magnézium + vápnik** v optimálnom pomere.



www.gemerka.sk

NOVÝ PEUGEOT 508 SW A ČO POHÁŇA VÁS?



INOVATÍVNY PEUGEOT i-Cockpit®

INFRAČERVENÁ KAMERA S NOČNÝM VIDENÍM

ADAPTÍVNY TEMPOMAT STOP & GO



MOTION & e-MOTION

PEUGEOT

AUTO ROKA 2019 V SLOVENSKEJ REPUBLIKE!

Odvážne kombi s radikálnym dizajnom, štýlovými bezrámovými oknami, variabilným priestraným interiérom a veľkým batožinovým priestorom je víťazom novinárskej ankety Auto roka 2019 v SR a finalistom najprestížnejšieho titulu Car of the Year 2019. Nový Peugeot 508 SW v sebe spája sebavedomého ducha športových modelov, pohodlie prémiových limuzín a praktickosť obľúbených kombi. Zvonku zaujme dravými líniami, zvnútra zasa unikátnym interiérom Peugeot i-Cockpit® novej generácie, vďaka ktorému sa jazda mení na doteraz nepoznaný zážitok.

PEUGEOT odporúča TOTAL Kombinovaná spotreba 3,9 – 5,7 l/100 km, emisie CO₂ 101 – 132 g/km.