

MEDIKUM



Optimalizácia - nová stratifikácia?

Slovenská lekárska komora si posvietila na reformu z dielne MZ SR



Kam smeruje výchova medikov

Rozhovor s prodekanom LF UK o dištančnom vzdelávaní budúcich lekárov

Volebný snem SLK

Na jeseň nás čakajú voľby do orgánov komory

Aby sme nezabúdali

Alzheimer nás straší už 150 rokov

Plytvanie v zdravotnej starostlivosti

Viceprezident SLK analyzuje, ako obmedziť výdavky

BIZNIS NA VYŠŠEJ ÚROVNI

PROFIÚVER bez ohľadu na dĺžku podnikania
pre členov SLK s predschráveným limitom až 50 000 €

 **VÚB BANKA**

Oficiálny časopis
Slovenskej lekárskej komory
Číslo 4-5/2021, XI. ročník

Periodicita vydávania:
8-krát ročne

Dátum vydania:
júl 2021

Registrované pod číslom
MK SR EV 3430/09

ISSN 1338-340X

Oznámenie o štruktúre
vlastníckych vzťahov
vydavateľa periodickej tlače:

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

YDAVATEL:
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

Vedúci redakčnej rady:
MUDr. Jaroslav Šimo

Redakčná rada:
MUDr. Jozef Weber, MPH
MUDr. Zuzana Teremová
MUDr. Valéria Vasiľová
doc. MUDr. Norbert Lukán, PhD.
MUDr. Ján Boldizsár
Mgr. Zdenko Senesi

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

Tlač a distribúcia:
Pandan, s. r. o.
www.pandan.kiwi

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

Jazyková redaktorka:
Jana Juríčkova

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.

VÁŽENÉ KOLEGYNE, KOLEGOVIA,

a máme tu čas, ktorý je pre mnohých najmilší. Čas prázdnin a s nimi aj čas našich zaslúžených dovolení. Nikdy sa slovíčko „zaslúžených“ nehodilo viac ako v tomto postcovidovom (medzicovidovom?) období. Celá naša spoločnosť sa po roku ťažkostí a problémov, prísnych obmedzení a opatrení nevie dočkať oddychu aj cesty za hranicami všedných dní. Všetci však dnes už vieme, že táto dovolenka bude iná, na aké sme boli zvyknutí po iné roky. Nie všetci z nás si ju budú môcť dovoliť takú, akú by si predstavovali a akú by naše telo i duša potrebovali. Čo je hlavný dôvod? Naši pacienti čakajú, že po uvoľnení opatrení sa konečne dostanú na poposúvanie termínov operácií, vyšetrení, prevencií. Všetci sa budeme snažiť využiť čas do jesene, aby sme stihli za toto obdobie čo najviac. Nikto dnes však nevie, čo nás bude čakať po pár mesiacoch. A nikto si nemôže byť istý, či po dovolenke v zahraničí neskončí v karanténe...

Podme však k ostatným udalostiam, ktoré rozhýbali, v žiadnom prípade nie pokojnú, hladinu nášho zdravotníctva.

OSN – Optimalizácia siete nemocníc. Televízny klasik by povedal: „Nič nové na svete, dáme si repete.“

Obdobie pandémie, ktoré ťažko preskúšalo naše zdravotníctvo, nám dalo tie najlepšie informácie o jeho súčasnom stave, v ktorom sa reálne nachádza a ako by boj s covidom vyzeral, keby sa návrh stratifikácie nemocníc minulej vlády, aj s predpokladaným zatváraním nemocníc, naplnil. Preto sme asi my všetci boli riadne zaskočení, keď svetlo sveta uzrel spomínaný materiál, ktorý nielenže vychádzal z predchádzajúcej stratifikácie nemocníc (čo autori ani netajili), ale opäť bol pomenovaný ako zásadná reforma slovenského zdravotníctva, bez ktorej nie je možný nielen Plán obnovy, ale predovšetkým – údajne nie je možné ani čerpanie finančných zdrojov z Európskej únie. Uvedený návrh je nielen vytrhnutý z konceptu potreby riešenia zásadných problémov slovenského zdravotníctva, ale v navrhovanej podobe neprinesie žiadne zlepšenie, ani dostupnosť zdravotnej starostlivosti a už vôbec nie kvality jej poskytovania.

Základným mottom reformy, ako i OSN, nemôže byť zmena akútnych postelí na chronické a zatváranie nemocníc!!!

Každému, kto pozná dôvernejšie situáciu a problémy nášho zdravotníctva, je jasné, že jeho základným problémom nie je optimalizácia siete nemocníc, ale personálna stabilizácia a medzinárodná konkurencieschopnosť našich zdravotníkov, ich finančné ohodnotenie, ako aj kvalitnejšie pracovné podmienky. Len ich stabilizáciou sa nám môžu zmeniť dáta, ktorými pracuje predkladaný návrh OSN. Súčasná dáta sú spôsobené predovšetkým zatvorením niektorých oddelení alebo ich častí nie pre nedostatok pacientov, ale pre nedostatok sestier a lekárov.

Budem sa asi opakovať, ale pandémie, okrem jej sily, ukázala nielen nám, ale celej Európe, že zdravotníctvo stojí nie na peniazoch,

budovách, prístrojoch, ale na zdravotníckom personále. Preto aj slovenské zdravotníctvo musí byť personálne konkurencieschopné. A riešiť túto otázku je potrebné už dnes. Sme jednou z posledných krajín v tomto regióne, ktorá ešte nenavýšila platy zdravotníckym pracovníkom. Preto sa úplne legitímne natiska otázka, či tu vôbec zaujíma niekoho, kto nás bude liečiť o rok, o desať rokov. Jediná možnosť,



ako opätovne otvoriť zatvorené oddelenia v našich nemocniciach, optimalizovať, a teda doplniť sieť ambulancij zdravotnej starostlivosti, je finančná stabilizácia personálu.

Aj to bol dôvod, prečo Slovenská lekárska komora otvorila túto tému spolu s našimi partnerskými organizáciami – LOZ, sesterskou komorou a ich odborníkmi. Naš návrh na úpravu plátov, a tým aj personálnu stabilizáciu, minister už má. My máme zase jeho prísľub, že spraví všetko preto, aby lekári a sestry zo Slovenska a ani z rezortu neodchádzali. Sme tomu radi, ale aby si to uvedomili i všetci tí, ktorí o tom budú rozhodovať, bude treba niečo spraviť. Lekári v nemocniciach už začali. Deklarácia po 10 rokoch je tu opäť...

Situácia je kritická a neznesie odklad. To si musíme uvedomiť všetci.

Je dôležité dávať peniaze na nové budovy, prístroje, nové projekty, ale sú zbytočné, keď v nich nebude mať kto liečiť a s prístrojmi kto pracovať. Ľudský faktor je tá najvyššia, ale i najdôležitejšia hodnota.

A o tom musí byť reforma a jej najbližšie kroky.

Marian Kollár, prezident SLK

wustenrot

generálny partner Slovenskej lekárskej
komory pre poistenie majetku a vozidla

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 meno, priezvisko a adresa bydliska za účelom distribúcie časopisu MEDIKOM®.

Od roku 2012 názov MEDIKOM® registrovaný pod ochrannou známkou.



TÉMA ČÍSLA OPTIMALIZÁCIA ALEBO STRATIFIKÁCIA?

20

Pripravovaná reforma zdravotníctva pod taktovkou ministerstva čelí kritike odborných kruhov

ROZHOVOR

Otvorene o medikoch

6

Ako prebiehala dištančná výučba, čo sme zanedbali a čo by sme mali zmeniť, prezradil prodekan LF UK prof. MUDr. Juraj Payer, PhD., MPH, FRCP

AKTUÁLNA TÉMA

Prehliadky mŕtvych po novom

14

Novela bude podľa SLK znamenať ohrozenie dostupnosti zdravotnej starostlivosti



14

ÚVAHA

Očkovanie, kampaň a iné

16

Predseda redakčnej rady prináša zamyslenie na top tému

LEGISLATÍVA

Zmeny v sprístupnení zdravotnej dokumentácie

18

Čo všetko sa mení od 1. augusta tohto roku?

AKTIVITY SLK

Predprázdninový boj

36

Komora riešila reformu, pandémiu aj chystané novely zákonov

PUBLICISTIKA

Tancom proti Parkinsonovi

39

Dve sestry nezištne pomáhajú pacientom s ťažkou diagnózou – aj netradičnými metódami



39



Fotografia zo Snemu SLK v roku 2019.

Volebný snem bude V OKTÓBRI!

Pandémia koronavírusu zasiahla aj do komorových volieb a posunula všetky termíny

VOLEBNÝ SNEM SLK
1. 10. – 2. 10. 2021

Hoci pôvodne sa mal volebný snem Slovenskej lekárskej komory konať vlni na jeseň, pandémia COVID-19 všetko zmenila. Najprv to vyzeralo tak, že dôjde iba k jeho presunu na leto tohto roka, celková pandemická situácia však znovu zamiešala karty. Posledné rozhodnutie padlo na zasadnutí Rady SLK 8. júna tohto roku. Aké je teda konečné rozhodnutie ohľadom volieb?

Rada SLK rozhodla o konaní volieb **na úrovni regionálnych lekárskech komôr v týždni od 6. 9. 2021 do 10. 9. 2021. Volebný Snem SLK sa bude následne konať v dňoch 1. a 2. 10. 2021 v Bratislave.** Rada SLK, vzhľadom na pandemickú situáciu, schválila XXXVI. pracovný snem bez osláv 30. výročia SLK.

Na zhromaždeniach delegátov RLK sa volí prezident RLK, 8 členov Rady RLK, 7 členov Kontrolného výboru príslušnej RLK, delegáti na Snem SLK a členovia štyroch

stálych výborov SLK (pre vnútorný život, pre legislatívu, pre sústavné vzdelávanie, pre zahraničné). Kandidátov do tých funkcií môže spravidla navrhnúť Rada RLK, Rada SRLK a delegáti Zhromaždenia delegátov RLK, a to písomne listom doručeným na sekretariát príslušnej RLK najneskôr 10 dní pred konaním Zhromaždenia delegátov. Zhromaždenie delegátov je uznášaniaschopné pri akomkoľvek počte delegátov.

Delegáti Snemu SLK volia Prezidenta SLK, členov Rady SLK, predsedov štyroch stálych výborov, ktorí sa stávajú členmi Rady SLK, 9 členov Kontrolného výboru SLK a 9 členov Disciplinárnej komisie. Kandidátov do týchto funkcií môže spravidla navrhnúť Rada SLK, delegáti Snemu SLK, Zhromaždenie delegátov RLK písomne listom doručeným na sekretariát SLK najneskôr 10 dní pred konaním Snemu SLK.

Prípravil: Mgr. Zdenko Senesi



Kam kráčajú **MEDICI?**

S prodekanom Lekárskej fakulty Univerzity Komenského profesorom MUDr. Jurajom Payerom, PhD., MPH, FRCP., sme sa rozprávali nielen o vzdelávaní mladých lekárov, ale aj o budúcnosti medicíny na Slovensku

? Pán prodekan, ako hodnotíte „rok covidu“ z pohľadu pedagóga LF UK? Skúste pár slovami zhodnotiť priebeh štúdia, dištančné vzdelávanie – ako bola presunutá praktická výučba, čo sa zmenilo, aké boli negatíva, prípadne aj pozitíva...

Určite bolo viac negatív ako pozitív a zmenilo sa extrémne veľa. Najmä od prvej vlny, keď sme nabehli na dištančné štúdium (v podstate až do minulého mesiaca), na čo sme neboli naučení. Celá výučba prebiehala u nižších ročníkov len dištančne, ale snažili sme sa, aby aspoň 6. ročník – teda študenti, ktorí fungujú kvázi ako sekundárni lekári – mohli viac chodiť na prax. A v nejakom rozsahu, hoci obmedzene, sme sa to snažili zabezpečiť aj pre piatakov. Dostať ich do nemocníc však bol problém. Boli jasne stanovené pravidla zo strany univerzity aj ministerstva, kto môže a za akých podmienok vstupovať do nemocníc, takže toto celkom logicky ovplyvnilo možnosti pre našich študentov. Navyše oddelenia v nemocniciach, kam chodia študenti bežne pracovať, boli reprofelizované na covidové a tam sme študentov nepustili. A hoci už potom bolo obdobie, keď teoreticky mohli byť na bežných oddeleniach, tak tie stále neboli funkčné...

Jednoducho, prebiehalo to kombinovane a komplikovane. A navyše tu potom bola aj požiadavka MZ SR, aby sme im na mesiac uvoľnili študentov 4. a 5. ročníkov, aby pomáhali v nemocniciach v mieste svojho bydliska. Takže oni síce boli v nemocniciach, ale nerobili takú tú klasickú lekársku prácu, ale skôr ošetrovateľskú.

? Chýbajúca prax u medikov je dosť vážny problém. Dobehnú niekedy, čo zameškali?

Dobrá otázka. Ja si myslím, že to nikdy nedobehnú... Ale rovnako nedobehnú zameškané ani maturanti, ani iní študenti. Možno medici by praxou počas leta mohli časť toho dobehnúť. Naša snaha bola urobiť maximum, ale prax rozhodne nebola taká ako v bežnom režime.

? Hovorili ste, že študenti pomáhali v nemocniciach, hoci to nebola klasická lekárska práca. Na covidové oddelenia ísť nemohli, ale otázka je – prejavili záujem?

Veľmi dobrá otázka. Keď som sa mojich študentov pýtal, ostal som prekvapený – väčšina nechcela... Bolo to pre mňa trochu sklamaním... Nevieť, či to platí pre väčšinu, ja som sa pýtal len v nejakom krúžku, ale čo viem, tak ani ostatní nezažili nejaký tlak študentov, že by chceli ísť pomáhať na covidové oddelenia. Dokonca aj neskôr, keď sme im dávali na výber, že už môžu študovať prezenčne, tak niektorí naďalej radšej ostali pri dištančnej forme. Na druhej strane však musím povedať, že keď sa situácia uvoľnila, tak bolo vidieť pokoru a radosť medikov, ktorí prišli do nemocníc.

? Po roku už aj skúšky a štátnice začínajú prebiehať prezenčne. Je to príjemná zmena aj pre pedagógov?

Určite áno. Minulý týždeň som po vyše roku skúšal prezenčne a bolo to veľmi príjemné.

? Ako to študenti zvládli? Predsa len, ten rok bol iný ako predošlé...

Zvládli to, ale logicky aj naše nároky boli trochu iné. Museli sme brať do úvahy, že ani z našej strany sme študentom ne-

dali toľko ako zvyčajne – nemali sme toľko pedagógov, mnohí nám pre covid vypadli, takže toto sme museli všetko zreflektovať.

? Čiže boli nižšie nároky pri štátniciach?

■ Zaujímavá otázka. Vnútorne to určite každý z nás cítil. A tie online skúšania sú také... Máte občas aj ľahké podozrenie, či študent robí všetko sám... Čiže zhrnul by som to asi takto – boli odskúšaní lege artis, ale prezenčným skúškam sa to nevyrovná.

“
Čo treba hlavne zmeniť, sú podmienky pre hotového lekára. To je základ – hodnotný a fungujúci zdravotný systém.”

? Ktovie, či sme takto „nevyrobili“ nejakých doktorov Cvachov...

Určite sme vyrobili, ale rovnako potom môžeme povedať, že sme vyrobili aj veľa zlých maturantov a podobne, prostě „taká bola doba“.

? Ako fungovali lekárske fakulty v zahraničí?

Podobne ako u nás. V Česku však napríklad viac zaangažovali medikov aj na covidové oddelenia.

? Na nedávnom stretnutí s ministrom zdravotníctva ste hovorili o potrebe zmien vo vzdelávaní lekárov, napríklad aj preto, aby sme prilákali viac študentov – mužov. Je štúdium medicíny naozaj natoľko prefeminizované?

Jednoznačne áno, ale nielen u nás. Prefeminizovaná medicína je celosvetový problém. Jednak sa chlapci horšie učia na stredných školách a za ostatné roky je obrovský boom IT, kam odchádza enormné množstvo študentov – chlapcov. Súvisí to aj s peniazmi. Pri medicíne skončíte školu a ešte 10 rokov poriadne nezarábate, kým v takom IT už po dvoch-troch rokoch ste takpovediac za vodou.

? Aký je pomer študentov a študentiek medicíny?

■ Chlapcov máme asi 20 percent.

? Čo by teda pomohlo?

■ Čo sa týka štúdia, tak zvažujeme napríklad zaradiť na prijímačky fyziku, ktorá kedysi bola súčasťou prijímacích pohovorov. Chlapci sú na ňu viac zaťaženi. Čo však treba hlavne zmeniť, to sú celkové podmienky pre hotového lekára. To je základ – hodnotný a fungujúci zdravotný systém. Treba však zdôrazniť, že celý svet má tento problém. Medicína jednoducho zažíva krízu.

A keď som už spomínal tie prijímacie pohovory, tak je tu ešte jeden problém – medicínu by mal robiť niekto, kto má na to aj osobnostnú predispozíciu. Dnes je všetko online, nie sú žiadne ústne pohovory, takže vy vlastne zoberiete niekoho, kto má síce z testu veľa bodov, ale pokojne to môže byť človek s nejakou osobnostnou poruchou, bez empatie, ktorý nie je schopný robiť dobre medicínu. Takže ja si myslím, že zaviesť ústne pohovory by možno nebolo zlé. Zatiaľ je to však len v rovine úvah.

? Lekárske fakulty zatiaľ na tento akademický rok od štátu podporu nedostali (malo by to byť 2,5 milióna eur). V roku 2019/2020 ste ju však dostali a mohli ste tak prijať viac slovenských študentov na úkor zahraničných. Je toto cesta, ako dostať na fakulty a neskôr aj do nemocníc slovenských lekárov?

S tou podporou je to takto: Ministerstvo chcelo po nás, aby sme prijali nových študentov a suma, ktorú sme dostali, bola

na tých, ktorých sme prijali navyše. Keby sme však chceli tieto počty navyšovať stále, to by sme potrebovali každoročne nanovo takúto sumu. Je to proste nesyntetické.

❓ Vaším cieľom je však prijať viac slovenských študentov, či nie?

Áno, o tom to celé je. Pretože najjednoduchšie by bolo zobrať gro zahraničných, lebo to sú peniaze. No my sa snažíme mať čo najviac Slovákov, hoci faktom je, že bez zahraničných študentov (LF UK ich má cca 30 %) by sme fakultu neutiahli.

❓ Je teda problém aj to, že máme málo študentov a potom aj málo lekárov?

Nie, my mávame v prvom ročníku tak 350 slovenských a 70 zahraničných študentov, a to nie je málo. Cesta nie je navyšovať prvkov. Problém je, že po skončení školy nám odchádzajú do zahraničia a toto treba riešiť! Nepotrebujeme viac študentov, nám tie tri fakulty na Slovensku úplne stačia. Naša spoločnosť si stále neuvedomuje, že u nás lekár naozaj nemá problém odísť. Lekára vám zoberú všade a okamžite. A ja sa tým mladým ani nedivím.

❓ Čo teda treba urobiť, aby nám po skončení štúdií neutekali do zahraničia?

To sú komplexné veci, o ktorých neustále hovoríme – pracovné podmienky, financie, celkové postavenie lekára v spoločnosti. Ide aj o prístup k mladým lekárom, ktorí musia cítiť, že máte o nich záujem. Pracovné podmienky sú možno ešte viac ako peniaze. Lebo dnes už tie platy nie sú až taká úplná tragédia ako predtým. Všetci však vieme, ako vyzerajú naše nemocnice.

❓ V súvislosti s reformou zdravotníctva sa hovorí o redukcii lôžok o 9000. Nebude to problém pri výučbe, keďže nám potom reálne hrozí ešte väčší nepomer medzi počtom študentov a lôžok (dnes je to cca 4,5 - 5 študentov na lôžko)? Hrozí nám potom prípadne aj odobratie akreditácie pri tituloch MUDr. v rámci EÚ?

Ťažko sa mi k tomu vyjadruje, keďže nepoznám detaily plánovanej reformy. Výučba beží v univerzitných nemocniciach a ja neviem, do akej miery sa spomínaná redukcia lôžok bude týkať UN. To, že lôžok na výučbu je už teraz málo, je fakt. Na druhej strane si však myslím, že je to taký trochu archaický ukazovateľ, lebo my by sme mohli mať dobrú výučbu, keby sme mali aj

dobrý poliklinický systém výučby. Veď všetko nemusíme učiť pri lôžku. Problém je, že nemáme toľko ambulancií a priestoru, aby aj tam bežala výučba. Keby sme to vedeli urobiť, tak by to ani s tými lôžkami nebola taká dráma.

❓ A nehrozí teda, že prideme o akreditáciu?

Na to vám neviem teraz presne odpovedať. Čo sa týka samotnej reprofilizácie, osobne s ňou nemám nejaký dramatický problém, hoci redukcia o 9000 sa mi zdá veľa. Tým, že robím na akútnych lôžkach, tak vidím, aký akútny je problém s chronickými lôžkami. Malo by ich byť rozhodne viac, ale to nie je vec výučbová. Treba to presne vypočítať, ale zároveň je dôležité si uvedomiť, že počas covidu to nebolo o lôžkach, ale o personále.

❓ Čo si vy osobne, ako lekár aj prodekan LF UK, myslíte o reforme a optimalizácii siete nemocníc, ktorú pripravilo MZ SR?

Nemám k tomu potrebné dáta ani informácie, takže sa neviem k tomu vyjadriť.

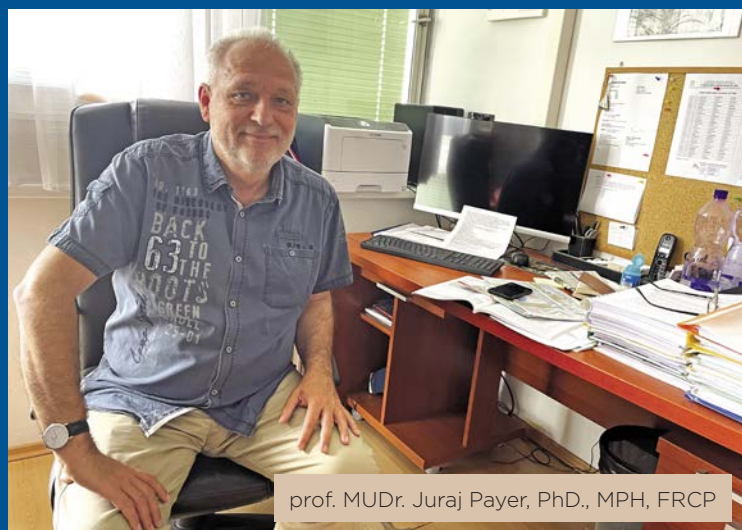
❓ Prejdeme k špecializačnému štúdiu, ktoré súvisí s tým, čo tiež trápí naše zdravotníctvo – nedostatok špecialistov. Vraj ich nemáme odkiaľ naberať, pretože ich príprava sa často zbytočne predlžuje, cirkulácia na oddeleniach jednoducho trvá prídlho. Je to tak?

Je veľa dôvodov, prečo to tak je, ale snažíme sa to riešiť. Napríklad už dlhodobo sa snažíme o to, aby sa lekári mohli na špecializačné štúdium prihlásiť na mesačnej či dvojmesačnej báze a snažíme sa prehodnotiť aj dĺžku vzdelávania v jednotlivých odbornostiach v rámci EÚ. Je to aj o diverzifikácii vzdelávania – v mnohých inštitúciách, kde máme medikov, sú špecialisti, takže aj iní odborníci by mohli vzdelávať pod hlavičkou univerzity.

Ja som napríklad garant endokrinológie a mám veľa kolegov, ktorí vzdelávajú aj na svojich ambulanciách, ale urobia to len preto, lebo ich poprosím, pretože za tie smiešne peniaze to nikto robiť nechce. A aj toto by sme chceli zmeniť.

Ďalším problémom je aj to, že veľké odbory majú jednu atestáciu, čo nie je veľmi šťastné – kedysi sme mali napríklad dve. Dnes si musí medik tri mesiace po škole vybrať, čo chce, pretože nám to tak káže Európska únia. Takže sa snažíme presadiť, aby mohol prípadne aspoň dvakrát prestúpiť, ak si nesprávne vybral.

prof. MUDr. Juraj Payer, PhD., MPH, FRCP



prof. MUDr. Juraj Payer, PhD., MPH, FRCP

- prednosta V. internej kliniky LF UK a UNB, Nemocnica Ružinov, UNB
- prodekan LF UK pre spoluprácu fakulty so zdravotníckymi zariadeniami, zdravotnú starostlivosť, špecializačné štúdium a pre zastupovanie dekana LF UK
- predseda Akreditačnej komisie MZ SR
- hlavný odborník MZ SR pre endokrinológiu
- 1. viceprezident Slovenskej lekárskej spoločnosti

Čo sa týka cirkulácie na oddeleniach, ja osobne som na mojom pracovisku taký problém nezažil, ale viem si predstaviť, že v malých nemocniciach to môže byť problém. Pretože im odborníci jednoducho chýbajú, tak ich nepustia cirkulovať. Čiže tam by sa dalo urobiť iba to, že by cirkulovali aj na iných pracoviskách, ktoré nie sú výučbové.

Možno by sa dalo uvažovať aj o iných parametroch v rámci špecializačnej výučby ako o dĺžke, napríklad v niektorých krajinách to majú nastavené aj podľa počtu výkonov. Ak ich lekár splní, môže atestovať skôr. Je to tiež na zváženie, ale rozhodne by cesta nemala byť, že budeme vytvárať odborníkov, ktorí nesplňajú parametre.

Čo by sa ešte podľa vás malo zmeniť v systéme vzdelávania?

Študenti by mali mať čo najviac praxe. Majú jej málo a sú frustrovaní, hoci to tak bolo vždy. Je veľa študentov, málo lôžok. Napríklad dnes som mal vizitu a so mnou bolo asi 20 medikov, čo nie je ideálne. Potrebovali by sme aj viac výučbových možností, kvalitnú univerzitnú nemocnicu. Problém nášho vzdelávania je v tom, že v podstate máme také „rakúsko-uhorské“ nastavenie. Zbytočne veľa memorovania. Ja si myslím, že to nie je cesta, že musíte poznať každý zárez na kosti. O to viac, že neustále pribúda nesmierne veľa iných nových vecí, ktoré by lekár mal vedieť.

Boli sme napríklad na návšteve v USA, v jednej špičkovej newyorskej nemocnici. Viete, ako tam učili srdce? Začali anatómiou a skončili chirurgiou. Je to úplne iná cesta, nad ktorou aj my uvažujeme. Ide o to, aby sme študentov viac individualizovali ešte predtým, ako skončia. To sú tie viace, možnosti a veci, ktoré by ich možno vtiahli a oni by ostali.

Ako by ste zhodnotili prvé mesiace ministra Lengvarského vo funkcii?

Na mňa jeho kroky, ktoré predviedol, pôsobia sympaticky. Hovorí vecne, jeho komunikácia je čitateľná.

A to, že spochybnil dostavbu Rázsoch, vám neprekáža?

Samozrejme, že by som veľmi privítal, keby Bratislava mala slušnú UN, najradšej by sme boli, aby to boli Rázsochy, lebo sú optimálnou možnosťou pre budúcnosť. Bory nie, lebo sú malé. Či ich štát prevezme a dostavia, to neviem. Jedna vec je však budúcnosť a druhá prítomnosť – a v nej je potrebné revitalizovať tie nemocnice, ktoré sú. Pretože lekári jednoducho musia mať kvalitné podmienky na svoju prácu. To je jedna z vecí, prečo mnohí mladí odchádzajú. Napríklad Ružinov je dodnes jedna z lepších nemocníc, a pritom má 40 rokov a nikdy nebol stavaný ako UN! Takže my sa hráme na niečo, čo nie sme.

Čo ešte potrebuje akútne slovenské zdravotníctvo?

Potrebuje univerzálnu víziu, ktorá sa nemení voľbami a personálnymi zmenami. Víziu, na ktorej sa dá seriózne politicky dohodnúť.

Nie je to len o peniazoch, ale aj o komunikácii a o tom, na čo máme. Napríklad nárok pacienta. To je to najťažšie povedať ľuďom, na čo majú nárok. Keby ste sa ich dnes opýtali, tak by vám každý občan povedal, že to, na čo majú nárok, je málo. My sme však doslova zhýčkaní všetkým, čo máme. Takže si myslím, že by sme si mali poriadne zdefinovať, na čo a akým spôsobom máme nárok, k tomu sa treba porozprávať o pripoistení a podobne. Stačí sa pozrieť do okolitých krajín, netreba vymýšľať teplú vodu.

Prípravila: Nancy Závodská

V SR chýbajú diabetológovia, neurológovia či alergológovia

Asociácia súkromných lekárov už dlhodobo upozorňuje zdravotné poisťovne aj rezort zdravotníctva na nedostatok lekárov – špecialistov. Chýbajú diabetológovia, alergológovia, neurológovia či pneumológovia. Problémom je tiež ich veková štruktúra. Pre TASR to uviedol Andrej Zlatoš z ASL. „Geograficky je v podstate vecou náhody, v ktorom regióne aké špecializácie sú nedostatkové, no pri súčasnom nastavení politiky ministerstva zdravotníctva voči ambulantnej sfére je jej personálny kolaps otázkou nie veľmi vzdialenej budúcnosti,“ skonštatoval Zlatoš. Prieskum ASL v roku 2017 ukázal, že v tom roku 40,9 percenta špecialistov bolo vo veku nad 61 rokov a 17 percent vo veku 56 až 60 rokov. „Ambulancie špecialistov zanikajú bez náhrady a je už bežnou praxou, že nám volajú zo zdravotných poisťovní s prosbou o prijatie ich poistenca u našich členov,“ priblížil Zlatoš.



Nechcený Sputnik odkúpili od nás Rusi späť

Ruská federácia kúpila od MZ SR 160 000 dávok nevyužitej vakcíny Sputnik V. Ruská strana ich kúpila za identickú cenu, za ktorú ich nakupovalo Slovensko – 9,95 dolára za dávku. „V zmysle zmluvy je dohodnutá splatnosť kúpnej ceny v lehote 20 pracovných dní odo dňa dodania,“ povedala Zuzana Eliášová z MZ SR. Predané vakcíny sú už mimo Slovenska. „Zostali nám tie, ktoré sú určené občanom prihláseným na očkovanie,“ dodala Eliášová. Vakcínou Sputnik V je zaočkovaných prvou dávkou približne 10 500 ľudí.



Pohľad na študentov počas letného vzdelávania v predmete anatómia.

Dobiehajú zameškané

Na Lekárskej fakulte UPJŠ v Košiciach začala LETNÁ ŠKOLA – študentom pomôže k osvojeniu a zlepšeniu praktických zručností v predklinických aj klinických predmetoch.

V polovici júna začali naplňovať praktičárne na Lekárskej fakulte UPJŠ v Košiciach prví medici v rámci projektu LETNÁ ŠKOLA. Študenti všeobecného a zubného lekárstva v slovenskom aj anglickom jazyku dostali možnosť nadobudnúť a zdokonaľiť si praktické zručnosti a vedomosti z viacerých nosných predklinických a klinických predmetov formou mimoriadnych praktických cvičení. Tie sa realizujú mimo bežného semestra, aby si doplnili chýbajúce znalosti z praktickej výučby z dôvodu dištančného štúdia v období pandémie ochorenia COVID-19 počas tohto akademického roka.

ZÁUJEM JE VEĽKÝ

Takáto forma štúdia sa na Lekárskej fakulte UPJŠ dosiaľ nerealizovala a pre študentov je dobrovoľná, no záujem o ňu je veľký. Letná škola odštartovala na Ústave histológie a embryológie LF UPJŠ, kde sa na praktické cvičenia prihlásilo vyše šesťdesiat medikov. Ako konštatovali účastníci prvých cvičení, učiť sa za počítačom a sedieť pri mikroskope sú dve odlišné situácie a vidieť reálne preparáty nič nenahradí – rovnako ako živý kontakt s pedagógmi a spolužiakmi.

V júni, júli a auguste absolvujú prváci, druháci a tretiaci – študujúci všeobecné lekárstvo v slovenskom aj anglickom jazyku – praktické cvičenia na piatich teoretických ústavoch z predmetov anatómia (kde si v pitevni na kadáveroch preberú anatómiu ľudského tela), histológia



Na Ústave histológie a embryológie sa na praktické cvičenia prihlásilo vyše 60 medikov.



Dekan LF UPJŠ v Košiciach prof. MUDr. Daniel Pella, PhD., je presvedčený, že Letná škola pomôže študentom doplniť si znalosti aj praktické zručnosti.



Budova Lekárskej fakulty UPJŠ v Košiciach, kde sa uskutočňuje Letná škola pre študentov medicíny.

a embryológia (osvoja si základy mikroskopovania a zoznámia sa s histologickými preparátmi fyziologického charakteru všetkých orgánov ľudského organizmu), patologická anatómia (oboznámia sa s histopatologickou diagnostikou patologických stavov v jednotlivých orgánových systémoch), biochémia (budú realizovať vyšetrenia telových tekutín počas rôznych patologických stavov) a mikrobiológia (prakticky sa oboznámia so základmi kultivácie mikroorganizmov a nacvičia si farbivé metódy na ich znázorňovanie).

PRAX NA KLINIKÁCH

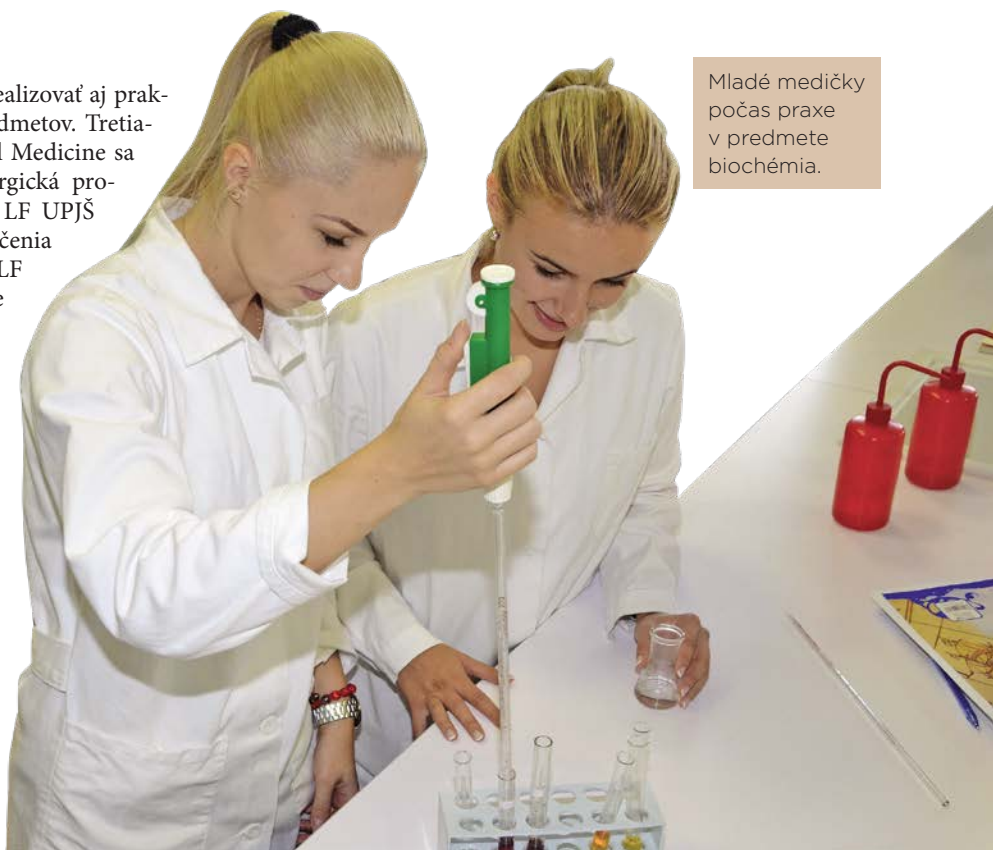
Vzhľadom na záujem študentov sa budú realizovať aj praktické cvičenia z niektorých klinických predmetov. Tretiaci študujúci všeobecné lekárstvo a General Medicine sa môžu zúčastniť výučby predmetov chirurgická propedeutika na I. a II. chirurgickej klinike LF UPJŠ a UNLP a interná propedeutika, pričom cvičenia sa uskutočnia na I., II. a IV. internej klinike LF UPJŠ a UNLP a I. a II. kardiologickej klinike LF UPJŠ a VÚSCH, a. s.

Ako vysvetľuje dekan Lekárskej fakulty UPJŠ v Košiciach, prof. MUDr. Daniel Pella, PhD., cieľom tejto špeciálnej prezenčnej výučby je umožniť študentom osvojiť si základné praktické vedomosti z dôležitých predmetov, o ktoré boli ukrátení pri dištančnej výučbe počas zimného a letného semestra. „Učiť medicínu a ďalšie zdravotnícke odbory dištančnou formou je nesmierne náročné pre pedagógov aj študentov, zvlášť pri realizácii praktickej výučby. Naši študenti sa

v nižších ročníkoch potrebujú detailne zoznámiť napríklad s anatómiou ľudského tela, mikroskopovaním a rozlišovaním histologických preparátov a vo vyšších ročníkoch je nevyhnutný ich kontakt s pacientmi v rámci klinickej výučby. Zatiaľ čo študenti vyšších ročníkov mohli vzhľadom na udelenie vládnej výnimky od februára absolvovať prezenčne aspoň praktickú výučbu, nižšie ročníky navštevovali školu iba prvý týždeň v letnom semestri. Obzvlášť to pocítili najmä prváci, ktorí stihli sotva „ochutnať“ nový systém vysokoškolskej výučby a už sa presunuli z praktikárni k domácim počítačom... Dištančné vyučovanie je pre lekárske fakulty dlhodobo neprijateľné a my chceme urobiť maximum preto, aby mohli naši študenti získať potrebné vedomosti. LETNÁ ŠKOLA im má pomôcť doplniť znalosti a praktické zručnosti a mňa veľmi teší, že medici oceňujú túto našu ústretovosť, pretože v naozaj v hojnom počte využijú príležitosť, ktorú sme im ponúkli. Na jednotlivé predmety sa prihlásili desiatky záujemcov, na cvičenia z anatómie dokonca vyše 260 medikov,“ hovorí prof. MUDr. Daniel Pella, PhD., podľa ktorého je Letná škola postavená na dobrovoľnej báze a praktické cvičenia sa budú realizovať v zmysle platných protipandemických nariadení.

Pripravila:

RNDr. Jaroslava Oravcová, PhD.



Mladé medičky počas praxe v predmete biochémia.

A DOŠŤ!

Po desiatich rokoch sú lekári opäť nútení konať a hromadne opäť podpisujú deklarácie

Pri pandémie, ktorá naplno ukázala stav nášho zdravotníctva a pri ktorej Slovensko mohlo zažiť jeho dôležitosť, sme mali istú nádej, že kompetentní začnú problémy nášho zdravotníctva konečne riešiť. Počas pandémie sme zažili viaceré momenty, na ktoré sa ťažko zabúda. Verejné uznanie premiéra, že naše nemocnice sú Potemkinove dediny. Uznanie vlády, že Slovensku chýbajú zdravotníci, vyjadrenia štátneho tajomníka MZ SR, že COVID PN-ky slovenskí zdravotníci nedostanú, lebo by to vraj mohli

zneužívať, že vojaci a policajti majú 100 % COVID PN inak zabezpečenú. Povolávanie zdravotníkov políciou, nútené práce a núdzový stav, príchod zahraničných lekárov a sestier do našich nemocníc a prekladanie pacientov do Nemecka vládnym špeciálom, trápna debata o odmenách pre zdravotníkov, odmeny a ohodnotenie zdravotníkov v okolitých krajinách a vyjadrenia našich politikov, ako treba udržať núdzový stav, lebo vraj „treba udržať unavených slovenských zdravotníkov v nemocniciach“... Zažili sme za uplynulé mesiace veľa, ale asi sa zhodneme, že pocit zadostučinenia za našu prácu od nášho ministerstva necítíme.

A ZASE SME TAM, KDE SME BOLI

Dnes už je, žiaľ, jasné, že po tom, čo pandémia na Slovensku dočasne opadla, opadol aj záujem politikov naše zdravotníctvo riešiť. LOZ, SLK, ale aj Slovenská komora sestier a Odborové združenie sestier a pôrodných asistentiek sa snažia na problémy zdravotníctva upozorňovať, ale, žiaľ, napriek našej snahe o konštruktívny dialóg a napriek jasnej argumentácii, z druhej strany stola sme sa zatiaľ nedočkali skutočného riešenia aspoň najväčších problémov nášho zdravotníctva.

Asi nemusím pripomínať, že stále viac ľudí sa nevie dostať lekárovi, hrozivá časť obvodných lekárov je vo vysokom dôchodkovom veku, v nemocniciach chýbajú skúsení lekári, že preplnené oddelenia sú redukované a zatvárajú sa na nich lôžka pre nedostatok sestier. Avšak kompetentní akoby mali iné priority. Vymýšľame tu akési „reformy“, kde a aké oddelenie zavrieť a akú povinnosť lekárom vymyslieť.

Dostali sme sa do bodu, v ktorom už nestačí argumentovať a vysvetľovať. Je potrebné jasne ukázať, že naše zdravotníctvo ešte ako-tak funguje len z dôvodu obety zdravotníkov, čo ostali pracovať na Slovensku, napriek lukratívnym ponukám zo zahraničia a napriek narastajúcemu tlaku verejnosti na nás, na našich kolegov a kolegyné. **Slovenské zdravotníctvo funguje len na dobrej vôli nás lekárov dobrovoľne robíť nadčasy a kompetentní to stále berú ako samozrejmosť. Je načase im ukázať, že je to naša dobrá vôľa a rozhodne to nie je samozrejmosť.**

Všetky medové reči sa rok čo rok vždy zaseknú na debate o rozpočte na zdravotníctvo, ktorý ignoruje systémové riešenia, a preto je nevyhnutné ukázať našim politikom, ešte predtým ako zas zdravotníctvo skončí na periférii záujmu, že chod nemocníc je postavený na našej dobrovoľnej nadčasovej práci. **A keďže si to doteraz nevšimli, musíme im ukázať, ako by to**

Deklarácia o pripravenosti k výpovediam zo služieb

„Aby sme mohli zachraňovať, musíme zachrániť zdravotníctvo pred kolapsom“

Ja, nižšie podpísaný lekárik, zamestnanec jednej zo slovenských nemocníc, deklaram svoju pripravenosť a rozhodnutie ukončiť svoj súhlas s vykonávaním služieb výpoveďou v tejto nemocnici v prípade, že nebudú splnené, alebo aspoň podniknuté základné kroky k splneniu nasledujúcich požiadaviek.

1. Zabezpečiť pre nemocnice platby zo zdravotných poisťovní tak, aby mali zdravotnícke zariadenia pokryté všetky náklady súvisiace s adekvátne poskytnutou zdravotnou starostlivosťou.
2. Navýšiť počet lekárov, sestier a pôrodných asistentiek, tak aby bola zabezpečená kvalitná zdravotná starostlivosť pre pacienta, garantovať tieto počty zákonom a zaviesť trestnú zodpovednosť v prípade ich nedodržania.
3. Zrušiť pontujúce a diskriminačné nepeňažné plnenie
4. Zabezpečiť lekárske fakulty tak aby mohli produkovať viac kvalitných slovenských lekárov.
5. Zreformovať vzdelávanie mladých lekárov. Je potrebné prehodnotiť dĺžku trvania a miesto prípravy, flexibilitu a dostupnosť vzdelávacích inštitúcií. Jasné určenie osoby zodpovednej za vedenie mladších kolegov, s ich adekvátnym ohodnotením za mentoring.
6. Nerušiť oddelenia v nemocniciach, až kým nebude pomerne zvýšený personálny stav v nemocniciach na tých oddeleniach, ktoré majú prebrať zdravotnú starostlivosť za zrušené oddelenia či nemocnice. **Ziadna reforma nemôže byť vykonaná bez zabezpečenia dodatočného zdravotníckeho personálu.** Ďalšiu záťaž preťaženi zdravotníckych pracovníkov nezvládnu.
7. Nielen západ, ale už aj okolité štáty ako Poľsko, Maďarsko a Česko pristúpili k radikálnemu zvýšeniu miezd lekárov. Ak Slovensko na túto situáciu adekvátne nezareaguje, zdravotný systém sa personálne zrúti. Otázka už preto nestojí tak, či si lekári alebo sestry zaslúžia alebo nezaslúžia zvýšenie miezd, ale či budeme alebo nebudeme mať lekárov a sestry. **Slovensko nesmie stratiť konkurencieschopnosť pri získavaní lekárov a sestier pre pacientov a preto žiadame, aby bola neatestovanému lekárovi priznaná základná zložka mzdy vo výške 1,7 násobku priemernej mzdy v národnom hospodárstve, atestovanému lekárovi priznaná základná zložka mzdy vo výške 2,5 násobku priemernej mzdy v národnom hospodárstve, so zohľadnením aktívne vykonávaných špecializácií a certifikovaných činností a so zohľadnením dĺžky praxe a to zvýšením koeficientu za každý rok praxe o 0,03 násobok priemernej mzdy v národnom hospodárstve (aktuálne teda cca o 30 eur za každý rok praxe).**
8. Čas materskej a rodičovskej dovolenky pre účely mzdového ohodnotenia započítavať do času odbornej praxe.

Vyzývam kolegov, zamestnancov všetkých nemocníc, aby sa k tejto deklarácii pripojili.

V Dňa 2021

Meno a Príezvisko:

Nemocnica:

Podpis:

Takto vyzerá deklarácia, ktorú v súčasnosti lekári podpisujú.



MUDr. Peter Visolajský, šéf Lekárskeho odborového združenia.

vyzeralo, ak by sme využili právo ostatných zamestnancov a vykonali len toľko nadčasov a pohotovostí, koľko nám určuje zákon.

Platí staré príslovie, že cenu niektorých vecí si človek uvedomí až v momente, keď o to príde.

Lekári si uvedomujú aj vážnu situáciu s nedostatkom sestier, a preto LOZ plne podporuje navýšenie miezd nemocničných sestier.

PREČO DEKLARÁCIA

Dobre si uvedomujeme, že nemocnica, ktorá dá viac financií len na lieky a diagnostiku, ako je jej celkový príjem od poisťovne, nemôže dostatočne reflektovať mzdové nároky svojich zamestnancov. Rovnako nemôžeme dopustiť nespravodlivosť, že daňoví poplatníci pravidelne od-
dlžujú nedofinancované nemocnice, hoci tie by mali byť financované zo zdravotných odvodov, ktoré už daňoví poplatníci raz zaplatili zdravotným poisťovniam. Tým poisťovniam, ktoré sú stále zlatou baňou na peniaze pre finančné skupiny. Nedostatok lekárov na Slovensku vyplýva aj z toho, že veľa našich študentov je vzhľadom na obmedzené kapacity našich fakúlt nútených študovať v zahraničí, kde následne aj zostanú pracovať. Na druhej strane naše lekárske fakulty si musia privyrábať výučbou zahraničných študentov, a tým sa zase obmedzuje počet študentov pre Slovensko. Vážnym dôvodom odchodu mladých lekárov do zahraničia je komplikovaná atestácia plná nezmyselných obmedzení a v porovnaní s krajinami EÚ aj nadmerných cirkulácií. Obrovský problém nášho zdravotníctva je veľký nedostatok skúsených lekárov. To sekundárne ovplyvňuje aj exodus mladých lekárov, ktorí sa na Slovensku často nemajú

od koho učiť a aj to je dôležitý dôvod ich emigrácie.

Každá reforma nášho zdravotníctva musí byť postavená na potrebe pacientov. Žiadne oddelenie ani nemocnica nie je zbytočná, ak má svojich pacientov. Ak pacienti – chorí ľudia sú, je ústavnou úlohou štátu zabezpečiť im lekára, sestru a oddelenie. Nie je reformou, že zrušíme niekoľko oddelení a pacientov necháme dochádzať na zostávajúce oddelenie, ktoré sa nezabezpečí adekvátne personálom ani priestorovo. Tam, kde sa zruší nemocnica, taký región ministerstvo pripraví aj o nových obvodných lekárov a špecialistov.

Rokujeme s ministerstvom zdravotníctva okrem iného aj o reakcii Slovenska na výrazné navýšenie miezd lekárov a sestier v Českej republike, Maďarsku a Poľsku a o kritickej personálnej situácii v našich nemocniciach a ambulanciách.

Navýšenie miezd pre lekárov v Maďarsku

Od januára 2021 o 100 %, o rok neskôr o ďalších 20 %.

Základný plat absolventa od januára **1 908 eur**

6-ročná prax po atestácii **3 400 eur**

10-ročná prax prax **3 900 eur**

20-ročná prax **4 600 eur**

30-ročná prax **5 200 eur**

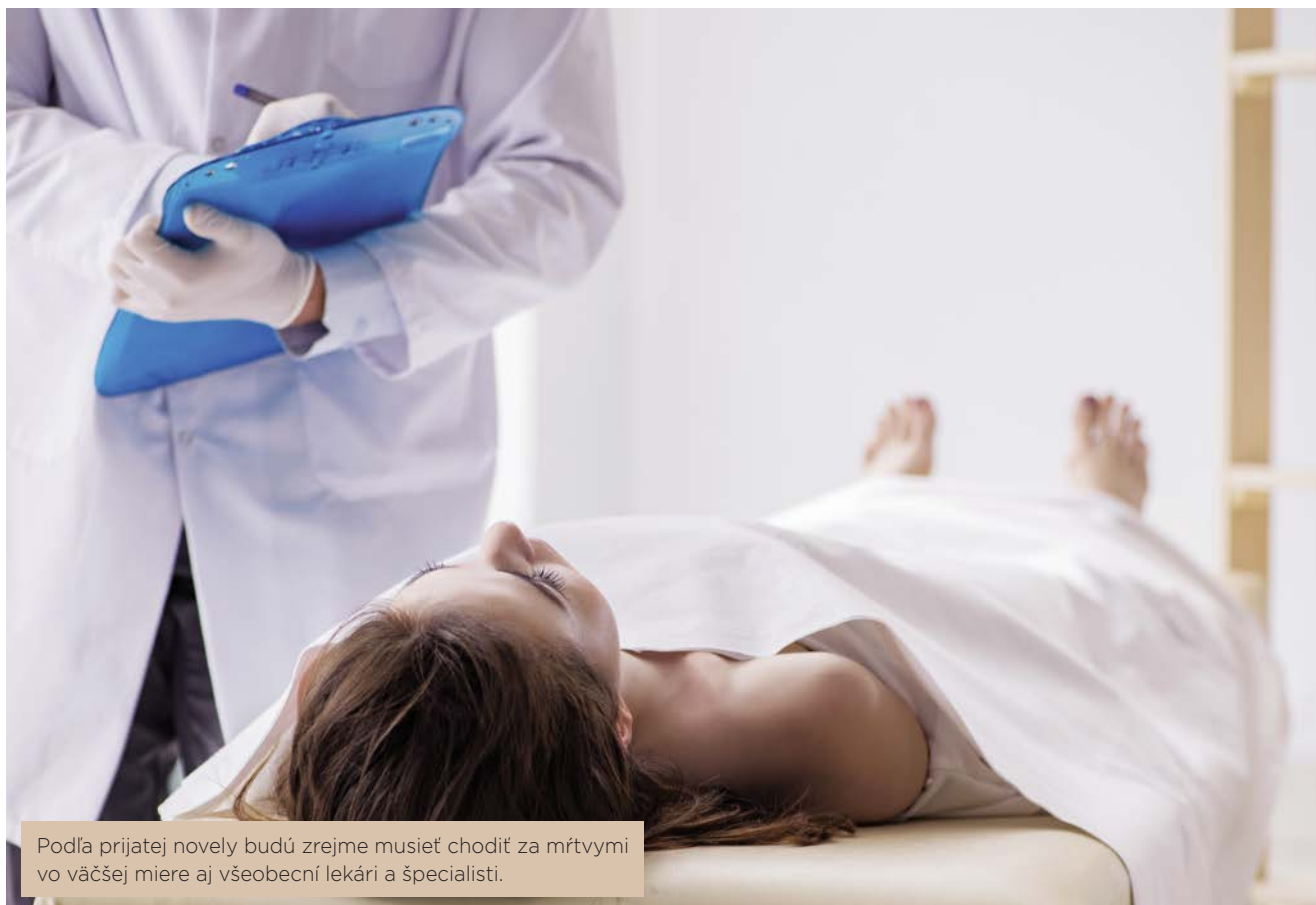
Preto sme sa celoslovensky rozhodli konať a chceme jasne ukázať našim politikom, že naše požiadavky myslíme vážne. **V súčasnosti nemocniční lekári podpisujú deklarácie, kde sme sformulovali bazálne požiadavky na najnutnejšie kroky pre fungovanie nemocníc. Vyzývame všetkých lekárov v nemocniciach, podpíšte túto deklaráciu a podporte snahu LOZ o ich splnenie.**

Nie je naším cieľom ochromiť starostlivosť o našich pacientov, a práve preto ideme najskôr cestou upozornenia. A na druhej strane práve preto sme sa rozhodli konať, aby naše nemocnice neskolabovali.

Chorý zdravotný systém ohrozuje každého.

Ak chcete podporiť požiadavky LOZ, prosím, podpíšte deklaráciu a doručte nám ju.

Prípravil: MUDr. Peter Visolajský, predseda LOZ



Podľa prijatej novely budú zrejme musieť chodiť za mŕtvymi vo väčšej miere aj všeobecní lekári a špecialisti.

Bojovali sme márne?

Prehliadky mŕtvych tiel sa po schválenej novele vracajú pred rok 2018, komora to považuje za ohrozenie dostupnosti zdravotnej starostlivosti pre pacientov.

Nepomohli ani výzvy, ani rokovania, ani spoločná tlačová konferencia predstaviteľov Slovenskej lekárskej komory a Zväzu ambulantných poskytovateľov, ktorí sa postavili pred médiá 17. 6. rovno pod oknami parlamentu. Poslanci Národnej rady SR napokon schválili novelu zákona, ktorá sa týka aj zmien pri prehliadkach mŕtvych tiel.

POD HROZBOU POKUTY

Novela zákona, ktorá vstúpi do platnosti 1. októbra tohto roku, hovorí jasne. Od októbra má Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou zabezpečiť vykonávanie prehliadok

mŕtvych tiel a vypracovávať ich rozpis, a to na každý mesiac pre územie jednotlivých okresov. Do rozpisu majú byť prednostne zaraďovaní okrem zamestnancov úradu lekári, ktorí majú záujem o vykonávanie prehliadok a na tento účel požiadali o vydanie oprávnenia. Predpokladom na vydanie oprávnenia je absolvovanie školenia o prehliadkach mŕtvych tiel.

Ak sa úradu podarí dohodnúť s lekármi, ktorí robili doteraz pre súkromné firmy, nebudú musieť robiť prehliadky lekári, ktorí o to nemajú záujem. Ak! Ak dobrovoľníkov nebude dosť, dostanú to „prikazom“ aj všeobecní lekári či špecialisti. Narovinu to priznali aj poslanci: „Pri ich prípadnom nedostatku budú do rozpisu rovnomerne zaraďovaní aj lekári



Na tlačovej konferencii 17. 6. pred budovou parlamentu vystúpili spoločne predstavitelia Zväzu ambulantných poskytovateľov a Slovenskej lekárskej komory, pred mikrofónom je MUDr. Peter Pekarovič.

všeobecnej ambulantnej starostlivosti a špecializovanej ambulantnej starostlivosti na základe zákonnej povinnosti," uviedli pre médiá. A to nie je všetko! Lekári zaradení v rozpise majú v prípade nesplnenia povinnosti dostať pokutu.

AKO TO BOLO DOTERAZ

Od roku 2018 doteraz zabezpečovali prehliadky mŕtvych tiel súkromné firmy, iba v prípade krajnej núdze ich mohol úrad pre dohľad nariadiť vykonávať aj lekárom. Sprofesionalizovať túto službu sa podarilo po takmer 13-ročnom úspešnom boji SLK a ďalších organizácií. Vtedajší minister zdravotníctva Tomáš Drucker vo februári 2018 takto zdôvodnil zmenu: „Naším cieľom bolo zabezpečiť rýchlu a dostupnú prehliadku zosnulých a zároveň dostupnú zdravotnú starostlivosť.“ (zdroj: MZSR). Dnes však kompetentní na ÚDZS tvrdia, že Inštitút organizátorov mŕtvych tiel, zavedený v roku 2019 vo forme súkromných obchodných spoločností, sa podľa nich ukázal ako nehospodárny a málo funkčný.

„Ak niekomu ide o hospodárnosť na úkor pacientov, asi nepochopil poslanie a princíp poskytovania zdravotnej starostlivosti," povedal na mimoriadnom brífingu 17. júna tohto roku pred Národnou radou SR prezident SLK MUDr. Marian Kollár. „Je to len ďalšia záťaž pre ambulantných lekárov, na ktorú doplatí pacient. Žiadame preto, aby prehliadky mŕtvych tiel prebiehali tak ako doteraz – na profesionálnej úrovni, zabezpečovanej profesionálnymi organizáciami, ktoré sa tomu venovali. ÚDZS musí byť tým orgánom, ktorý si bude túto činnosť pociťovo kontrolovať. A ambulantní lekári sa musia venovať svojim pacientom.“

A ČO ŽIVÍ?

Takýto nútený krok vo forme spomínanej novely môže podľa SLK prispieť aj k tomu, že neošetrených a zanedbaných pacien-

tov bude viac a niektorí sa svojho ambulantného lekára dočkať už ani nemusia. „Okrem toho je vysoko pravdepodobné, že viacerí ambulantní lekári, najmä v dôchodkovom veku, svoje ambulancie zrejme zatvoria," skonštatoval MUDr. Marian Kollár. Narovinu povedal, že po prijatí takejto novely bude ohrozená dostupnosť zdravotnej starostlivosti pre pacientov.

“ Lekárov potrebujú predovšetkým živí pacienti

„Lekárov potrebujú predovšetkým živí pacienti," zaznelo na tlačovej konferencii aj z úst všeobecných lekárov a Zväzu ambulantných poskytovateľov, ktorí sa na mimoriadnom brífingu zúčastnili. Za komoru svoje stanovisko jasne deklaroval všeobecný lekár MUDr. Peter Pekarovič, prezident RLK Trnava, ktorý si nevie predstaviť, ako by to lekári mali popri svojej práci stíhať. „Nie je možné, aby sa v rovnakom čase jeden a ten istý lekár venoval svojim živým pacientom, a tiež zomrelým osobám, ktorých počet, rozmiestnenie v území a čase sa nedá predpovedať," vysvetlil bližšie. „Nutne sa bude musieť stávať, že nebudú ošetrení živí pacienti toho lekára, alebo nebude v primeranom čase vykonaná obhliadka zomrelej osoby. Ani jedna takáto situácia nie je žiaduca. Je treba vážne odpovedať na otázku, z akého zreteľného dôvodu sa ide rozbiť systém, ktorý sa obtiažne nakoniec vytvoril v roku 2018 a ktorý dodnes funguje? Nový systém nebude fungovať lepšie. Prinesie viac problémov ako úžitku. Načo je to dobré?" pýta sa MUDr. Pekarovič.

A nielen on. Zatiaľ však odpovede nepoznáme a nateraz to vyzerá tak, že lekári (alebo lepšie povedané pacienti) v tomto boji prehrávajú...

O ďalších krokoch, ktoré v tomto smere SLK plánuje, vás budeme informovať.

Pripravila:
Nancy Závodská

Takto to vidím ja...

Úvaha predsedu redakčnej rady o očkovaní

Foto: Archív SLK, Adobe Stock



MUDr. Jaroslav Šimo
člen Rady SLK

Keď niekedy v zimných mesiacoch padali obvinenia vlády z toho, že neobjednala dostatok vakcín na očkovanie, mal som iný názor. Tvrdil som od začiatku, že vakcín bude v skutočnosti dostatok, chýbať budú ľudia ochotní sa zaočkovať.

JEDNA CHYBA STRIEDALA DRUHÚ

K tomuto presvedčeniu ma viedli okolnosti, ktoré od začiatku spravádzali očkovaciu kampaň vakcínou proti covidu (to, čoho sme boli svedkami, vyzeralo skôr ako antikampaň), ale hlavne znalosť mentality slovenského občana (a pacienta). Od začiatku zle nastavená stratégia očkovania (tvorili ju dátoví analytici), ktorá sa upravovala častejšie ako predpoveď počasia a bola zdrojom neveriteľných zmätkov, problémy s prihlasovaním sa na očkovanie, reklamná kampaň, ktorá nezdôrazňovala zdravotné efekty očkovania, ale hovorila o slobode, cestovaní, rôznych hrozbách pri neočkovaní a podobne.

Okrem toho, aj voľba „tváří kampane“ bola veľmi sporná... Väčšina z nich by ma nepresvedčila ani o tom, aby som si čokoľvek kúpil, nieto ešte, aby som sa dal očkovať – a bolo jedno, či to boli vedci, politici, športovci a podobne. Kreovanie očkovacích centier bolo zo začiatku zverené výlučne zdravotníckym zariadeniam, ktoré sa úlohy zhostili úspešne aj napriek častému nedostatku personálu. Zaznamenali sme snahu pomôcť zo strany samosprávnych krajov, ktorých vedúci činitelia v snahe urýchliť proces očkovania začali vytvárať očkovacie megacentrá, ktoré vznikali podľa vzoru zo zahraničia na štadiónoch, vo veľkých halách a podobne a ktoré po pôvodnej veľkolepej reklamnej kampani (ktorej súčasťou bolo aj spochybňovanie činnosti očkovacích centier v nemocniciach) sú nútení tentoraz potichu zatvárať. Méta 70 %, neskôr 60 % zaočkovanosti sa ukazuje byť v nedohľadne, záujem o očkovanie klesá.

POVINNÉ OČKOVANIE PRE SENIOROV?

Pre evidentný neúspech očkovacej kampane sa začali vymýšľať náhradné riešenia. V snahe o dosiahnutie aspoň 60 %-nej zaočkovanosti na Slovensku sa objavili úvahy o povinnom očkovaní obyvateľstva nad 60 rokov. Aj keď ide o rizikóvu skupinu (ale zdaleka nie každý senior je rizikový), je neprípustné u nej vyžadovať povinné očkovanie proti – a to treba zdôrazniť – respiračnej vírusovej sezónnej infekcii. Seniori nemôžu fungovať na rozkaz, ako by si to mnoho politikov predstavovalo.

Všetci, ktorí pracujeme s geriatrickými pacientmi vieme, že pri ich liečbe musíme často voliť veľmi individuálny prístup, nie je možné akokoľvek na nich vytvárať nátlak! Nie je možné, aby normálna komunikácia a vysvetľovanie bola nahrádzaná vydávaním často nezmyselných vyhlášok, prijímaním nezmyselných opatrení, ktoré zohľadňujú všetko možné, len nie to hlavné – prírodnú podstatu a zákonitosti pandémie. Žiaľ, nikoho nezaujíma názor lekárov, ale k očkovaniu sa vyjadrujú politici, ekonómovia, novinári, rôzni aktivisti a, samozrejme, dátoví analytici! Dokonca svojou trochou do vienka prispela aj Národná banka Slovenska a „fundovaným“ spôsobom nám jej čelní predstavitelia vysvetlili, že jedine očkovanie proti covidu je zárukou ďalšieho slobodného ekonomického rastu SR! Nuž, keď im väčšinou nevychádzajú ani elementárne ekonomické predpovede, tak to skúšajú na poli medicíny (robiť ďalekosiahle úvahy o výsostne odbornej medicínskej téme im evidentne neprekáža).



K začiatku júla bolo prvou dávkou vakcíny proti koronavírusu zaočkovaných na Slovensku vyše 2 milióny ľudí. Na kolektívnu imunitu je to stále málo.

ČO SME MALI UROBIŤ

Chyba pri propagácii očkovania sa stala hneď na začiatku, keď sa niektorí „aktivisti“ spomedzi politikov, žurnalistov, vedcov rôzneho typu dožadovali povinného očkovania celej populácie, niektorí dokonca používali formu vyhrážok a zastrašovania (často šírenia paniky), navrhovania sankcií miesto toho, aby rešpektovali dobrovoľný charakter očkovania (ako to bolo v iných krajinách). Miesto nezmyselných hesiel (už spomínané – očkovanie je sloboda a pod.) je treba presvedčať obyvateľstvo výsostne zdravotnými argumentmi. Kampaň nemôže byť založená na tom, že zaočkovaní budú môcť voľne cestovať, budú zvýhodňovaní oproti nezaočkovaným pri poskytovaní rôznych služieb. Alebo žeby bola pravda, že nezaočkovaní predstavujú nebezpečenstvo pre zaočkovaných?

Propagátori očkovania evidentne neočakávali, že v lete zákonite tento typ respiračnej infekcie ustúpi (písali sme o tom v minulých číslach) a ľudia sa pochopiteľne „prestanú báť“ a budú chcieť aspoň chvíľu normálne žiť. To nepochopili mnohí politici, ktorí sa napriek tomu snažia vytvárať všemožné prekážky ľuďom pri návrate do normálneho života! Ako ináč možno hodnotiť zrušenie maturitných skúšok, dlhú absenciu prezenčnej výučby v školách všetkých typov (tie neboli zavreté ani počas II. svetovej vojny), nezmyselné testovanie detí v letných táboroch, nehovoriac o zbytočne dlho zatvorených reštauráciách, hoteloch, obchodoch, prekážky pri cestovaní do zahraničia a podobne.

Nepochopiteľné je aj zdôrazňovanie objavenia sa nových mutácií, ktoré sú prirodzenou vlastnosťou vírusov (najnovšie mutácia delta), zdôrazňovanie ich údajne vysokého potenciálu šírenia, ale zamlčovanie ich minimálnej patogenicity v letných mesiacoch (údaje z Veľkej Británie o tom jasne hovoria).

EÚ HOVORÍ JASNE

Rada Európy (COE) ako medzinárodná organizácia, ktorej hlavným cieľom je ochrana ľudských práv, prijala v roku 2021 rezolúciu č. 2361 o zákaze povinného očkovania proti covidu, ktoré je záväzné pre členské štáty vrátane Slovenska. V západných krajinách sa zdôrazňuje zdravotný účel očkovania, prebieha vysvetľovacia kampaň, žiadny politik si nemôže dovoliť čo i len naznačiť, že by očkovanie malo byť povinné. Je neprípustné, aby bol na niekoho vyvíjaný politický, spoločenský, mediálny ani iný nátlak kvôli očkovaniu. Odmietnutie očkovania nemôže znamenať žiadnu formu diskriminácie v práci a spoločnosti. V rezolúcii sa hovorí o tom, že členské štáty Rady Európy sú povinné zabezpečiť, aby o vyššie uvedených skutočnostiach boli informovaní občania.

Len tak na okraj, SLK nebola ani raz požiadaná MZ SR o spoluprácu a podporu procesu očkovania, pritom sme mohli pomôcť zverejnením materiálov (aj reklamných) na webe komory, prípadne na stránkach MEDIKOM-u. SLK podporuje očkovanie proti covidu, privítala možnosť zaočkovania zdravotníkov v prvej etape. Sám som zaočkovaný, moje dôvody boli profesionálne (práca v rizikovom prostredí), zdravotné, ale aj ochrana členov rodiny. Poznám však vo svojom okolí najmä mladších kolegov, ktorí sa zaočkovať nedali a nehodlajú tak spraviť ani v budúcnosti. Nevie si predstaviť, že by som ich mal nejakým spôsobom presvedčať o nutnosti očkovania, takisto, ako si neviem predstaviť, že by mali byť nejakým spôsobom diskriminovaní v pracovnom alebo súkromnom živote.

*Autor: MUDr. Jaroslav Šimo,
člen Rady SLK*

Zopár čísiel na záver

Začnem oficiálnymi číslami z 1.júna 2021: Počet PCR testov 5384, z toho 17 pozitívnych, 1 exitus v nemocnici, v nemocniciach pribudlo +0 pacientov, celkový počet pacientov 170 - nevieme, koľko s Covidom a koľko chorých na Covid - to je tajné!), nutnosť umelej pľúcnej ventilácie u 12 pacientov. Proste - zúri u nás pandémia nevidaného rozsahu! Ešteže tu máme poriadne vystrašených politikov (hlavne ministrov), ktorí nedajú dopustiť katastrofu na Slovensku a preto navrhujú prijať vážne opatrenia, ktoré sa týkajú podmienok návratu našich turistov zo zahraničia, ktorými jednoznačne začali deliť obyvateľov na vyvolených a tých druhých. Je len otázka, ktorí budú označení? Žltú hviezdu asi nepoužijeme, ale čo tak použiť napr. žltú korunu, alebo korunu (nie peniaz, ale kráľovský symbol). Ešte by mohli po rozmýšľať aj o tetovaní...

Čerešničkou na torte ostane v prípade nutnosti možnosť zo zákona kontrolovať pre vnútroštátne potreby Covid pasy, pôvodne určené na potreby cestovania do zahraničia. Mnohí si ešte pamätáme časy, keď sme potrebovali vycestovacie doložky pri ceste do západného zahraničia. Ale nepamätám si že by sme potrebovali vycestovacie doložky pri návšteve reštaurácie, kúpaliska a pod. ! Nebolo by vhodné, aby vládni činitelia konečne vyšli zo svojich úradov, národnej rady, prípadne vystúpili z vládnych limuzín a stretli sa s obyčajnou realitou? Možno by zistili, že zaplatiť $5384 \times 70 = 376880$ eur za zistenie 17 pozitívnych (nie chorých - takí teraz môžu existovať len výnimočne) prípadov je príliš vysoký luxus?

Alebo ináč: na zistenie 1pozitívneho prípadu sa zaplatí $376\ 880 : 17 = 22169$ eur! A ešte ináč: čo myslíte, ako by reagovali poisťovne, ak by som na diagnostikovanie 17 pacientov s cholelitiázou (dosadte si inú chorobu) použil 5384 USG vyšetrení? Trpel by niekto takú nehospodárnosť a plytvanie? Akú pokutu (prípadne iné sankcie) by som asi dostal? Nie sú takto vyhodnené peniaze náhodou aj moje a naše? Dane a odvody ako zamestnanec platím musím. Ale keby som vyrábal testy, prípadne by som robil vyšetrenia (nezmyselné) bol by som celkom spokojný.

MUDr. Jaroslav Šimo

Zmeny v sprístupňovaní zdravotnej dokumentácie

Od začiatku roka 2021 bol prijatých viacero zmien zákona č. 576/2004 Z. z. upravujúcich poskytovanie a sprístupňovanie údajov zo zdravotnej dokumentácie. V nasledujúcom článku vás v krátkosti oboznámime s prijatými zmenami.

Ostatná novela zákona § 25 ods. 1 zákona č. 577/2004 Z. z., prijatá na základe poslaneckého návrhu, ktorá nadobudne účinnosť dňa 1. 8. 2021, umožňuje poskytnutie a sprístupnenie údajov zo zdravotnej dokumentácie žijúcej osoby jej manželovi/manželke, dieťaťu alebo rodičovi alebo ich zákonnému zástupcovi bez prechádzajúceho splnomocnenia, a to vtedy, ak vzhľadom na aktuálny zdravotný stav osoby (napr. kóma), táto nie je schopná splnomocniť niektorú osobu na poskytnutie a sprístupnenie údajov zo zdravotnej dokumentácie a nemá zákonného zástupcu. Údaje možno poskytnúť v nevyhnutnom rozsahu súvisiacom s aktuálnym zdravotným stavom osoby. Ak osoba nemá manžela alebo manželku, dieťa alebo rodiča, možno poskytnúť alebo sprístupniť údaje z rovnakého dôvodu osobe plnoletej, ktorá s osobou žije v domácnosti, blízkej osobe alebo ich zákonnému zástupcovi.

Uvedené poskytnutie údajov alebo sprístupnenie vymenovaným oprávneným osobám je možné len za podmienky, že pacient nezakázal týmto osobám poskytovanie a sprístupňovanie údajov zo svojej zdravotnej dokumentácie. Rozsah osôb, na ktoré sa zákaz vzťahuje, určuje pacient – napr. osoba môže zakázať prístup k údajom zo zdravotnej dokumentácie jednému dieťaťu, pričom ostatným deťom prístup nezakáže. Zákaz musí mať písomnú formu s osvedčeným podpisom. Zákaz možno kedykoľvek odvolať, a to v písomnej forme s osvedčeným podpisom. Zákaz alebo jeho odvolanie sú súčasťou zdravotnej dokumentácie u všeobecného lekára. V praxi to znamená, že zákaz alebo odvolanie musia byť doručené všeobecnému lekárovi, ktorý bude dokumenty viesť v zdravotnej dokumentácii. Rovnakým spôsobom je možné zakázať poskytovanie a sprístupňovanie údajov aj na čas po smrti.

Ako sa poskytovateľ dozvie, či osoba poskytnutie alebo sprístupnenie údajov nezakázala? Osoba – spravidla príbuzný, ktorá bude žiadať o sprístupnenie údajov zo zdravotnej dokumentácie v čase, keď zdravotný stav pacienta vylučuje možnosť, aby dal súhlas s poskytnutím údajov, je povinný preukázať, že nemá zakázané sprístupňovanie a poskytovanie údajov zo zdravotnej dokumentácie, a to písomným potvrdením od všeobecného lekára osoby, nie starším ako sedem dní. Všeobecný lekár je povinný na žiadosť tejto osoby vydať jej písomné potvrdenie, ktoré vlastnoručne podpíše a k podpisu priloží od tlačok pečiatky. V písomnom potvrdení všeobecný lekár uvedie údaje o osobe, ktorá o jeho vydanie žiada, v rozsahu meno, priezvisko a adresa trvalého pobytu, miesto a dátum vystavenia písomného potvrdenia a informáciu

o tom, že zdravotná dokumentácia pacienta neobsahuje zákaz vo vzťahu k osobe, ktorá o vydanie písomného potvrdenia žiada.

Ošetrojúci zdravotnícky pracovník, ktorý po predložení potvrdenia všeobecného lekára údaje z dokumentácie sprístupní, je povinný informovať o tom pacienta, z ktorého zdravotnej dokumentácie boli údaje sprístupnené, a to hneď, ako to bude možné.

Ďalšia zmena v sprístupňovaní údajov, ktorá nastala už skôr, sa týka sprístupňovania údajov komisárovi pre osoby so zdravotným postihnutím (ďalej len „komisár“). Poskytovateľ je povinný sprístupniť údaje zo zdravotnej dokumentácie na účel posudzovania dodržiavania práv osoby so zdravotným postihnutím a pri monitorovaní dodržiavania práv osoby so zdravotným postihnutím:

- komisárovi,
- lekárovi so špecializáciou v špecializačnom odbore psychiatria alebo psychológovi so špecializáciou v špecializačnom odbore klinická psychológia, ktorých komisár poverí na výkon tohto oprávnenia.

Lekár so špecializáciou v špecializačnom odbore psychiatria a psychológ so špecializáciou v špecializačnom odbore klinická psychológia sa pri nahliadaní do zdravotnej dokumentácie osoby so zdravotným postihnutím preukazujú písomným plnomocenstvom komisára. Komisár alebo poverená osoba je pred nahliadnutím do zdravotnej dokumentácie povinná informovať osobu so zdravotným postihnutím alebo jej zákonného zástupcu o potrebe nahliadnuť do jej zdravotnej dokumentácie, pričom osoba so zdravotným postihnutím alebo jej zákonný zástupca môžu zakázať nahliadanie do zdravotnej dokumentácie. Zákaz musí byť vyhotovený písomne a podpísaný osobou so zdravotným postihnutím alebo jej zákonným zástupcom. Zákaz môžu tieto osoby kedykoľvek odvolať. Zákaz a odvolanie tohto zákazu sú súčasťou zdravotnej dokumentácie.

Poslednou zmenou, ktorá nadobudla účinnosť dňa 1. 5. 2021, sa dotýka sprístupňovania údajov zo zdravotnej dokumentácie znalcovi. Nová úprava umožňuje sprístupnenie údajov znalcovi, ktorého požiadal o vypracovanie znaleckého posudku poskytovateľ zdravotnej starostlivosti na účel posudzovania správnosti postupu pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti v prípade úmrtia osoby v rozsahu nevyhnutnom na vyhotovenie znaleckého posudku. O rozsahu údajov potrebných na vypracovanie znaleckého posudku rozhoduje znalec. Do nadobudnutia účinnosti novely bolo možné údaje poskytnúť na vypracovanie posudku na základe žiadosti poskytovateľa len v súvislosti so súdnym konaním. Nová úprava vo veciach úmrtí toto umožňuje aj mimo súdneho konania, napr. v čase výkonu dohľadu ÚDZS.





*Hlípost' nemusí byť deficitom
myslenia. Môže byť aj
jeho spôsobom.*

PETER GREGOR, slovenský básnik, prozaik, dramatik:

**Kto má tak
málo fantázie,
že svoje lži
musí opierať
o dôkazy,
mal by
radšej
hneď
hovoríť
pravdu.**

Oskar Wilde



**JA SOM SUDCA,
ODO MŇA
SPRAVODLIVOSŤ
NEČAKAJTE!
AKO SA MÁŠ? ZLE, ALE
DOBRE TO ZNÁŠAM!
MANŽELSKÁ NEVERA
JE PARASEXUÁLNY
PRIESKUM.**

**VŠETKO SA
DA VYŠVETLIŤ.
BOHUŽIAĽ, NIE
VŠETKÝM.**

**KEĎ MAJÚ MANŽELIA
PROBLÉMY, TAK ZA TO
MÔŽU VŽDY OBIDVE
STRANY. AJ MANŽELKA,
AJ SVOKRA.**

**PESIMISTA VIDÍ V TUNELI TMU.
OPTIMISTA VIDÍ SVETLO NA
KONCI TUNELA. REALISTA VIDÍ
SVETLÁ VLAKU. STROJVEDÚCI
VIDÍ TROCH DEBILOV NA
KOĽAJACH.**

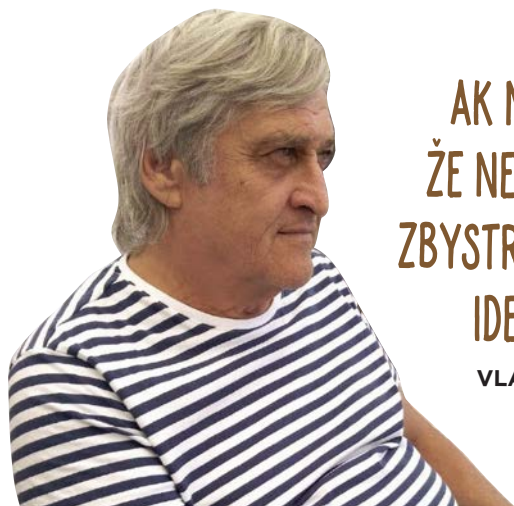
**AK NIEKTO TVRDÍ,
ŽE NEJDE O PODVOD,
ZBYSTRITE POZORNOSŤ!
IDE O PODVOD!**

VLADO JAVORSKÝ

*Po náročnom zbere a následnom
vyhodnotení dát za použitia excelovských
tabuliek prišli vedci a dátoví analytici
k epochálnemu objavu: Na schopnosť
otekotnieť výrazne uplývajú aj krstné meno,
aj keď môže byť veľmi podobné. Napríklad
podstatne väčšiu šancu otehotnieť má
Andrea ako Andrej. Ďakujeme!*

**PRE VALACHOV
JE ŠÁRKA
HORŠIA
CHOROBA
AKO AIDS.**

BOLEK POLÍVKA



Reforma z dielne Ministerstva zdravotníctva SR

OSN

– o nás bez nás?

Do slovenského zdravotníctva by malo z Plánu obnovy, ktorým chce Európska únia pomôcť členským krajinám, pritecť 1,4 miliardy eur. Jednou z podmienok získania týchto finančných prostriedkov je však jeho reforma. „Všetky peniaze z plánu obnovy vo výške približne 1,4 miliardy eur sú podmienené tým, že si upraceme v sieti nemocníc,“ vysvetlila štátna tajomníčka ministerstva zdravotníctva Jana Ježíková.

A tak vznikol na pôde ministerstva projekt s názvom Optimalizácia siete nemocníc. Alebo, ako ju niektorí nazývajú – oprášená stratifikácia. Ministerstvo ju predstavilo verejnosti 26. mája tohto roku a odvtedy sa stala terčom kritiky najmä odborných zdravotníckych spoločností, vrátane Slovenskej lekárskej komory (našu podrobnú analýzu prinášame na ďalších stranách). Dôvod? Predovšetkým ten, že koncepcia vznikla bez potrebnej odbornej diskusie. K tej ministerstvo prizvalo relevantných hráčov na trhu zdravotníctva až v posledných týždňoch. Materiál by mal byť zverejnený v medzirezortnom pripomienkovom konaní približne v auguste, legislatívna časť by mala byť zrealizovaná do decembra tohto roka. Ak sa nám to nepodarí, na peniaze môžeme zabudnúť. Či je to dostatok času na tak zásadné zmeny, je však otázne. O to viac, že k predstavenému projektu majú odborné zdravotnícke spoločnosti veľa odborných výhrad.

Rada Slovenskej lekárskej komory dokonca na svojom júnovom zasadnutí prijala v tejto veci uznesenie, citujem:

„Rada SLK zastáva názor, že podmienkou čerpania historicky najväčších finančných prostriedkov (1,1 mld. eur) z Plánu obnovy by mala byť reforma verejných zdrojov využívaných na poskytovanie ZS, stabilizáciu zdravotníckeho personálu, vrátane reformy vzdelávania a OSN založenú na spádovom princípe. Zdroje určené na lôžkové zariadenia by mali byť použité prednostne na výstavbu nových komplexných koncových nemocníc.“

KONCEPT PODĽA MINISTERSTVA

Optimalizácia nemocničnej siete definuje podľa rezortu zdravotníctva nárok pacienta, teda aký typ zdravotnej starostlivosti má pacient dostať, v akej vzdialenosti od bydliska, do akého času od indikácie, za akých podmienok a v akej kvalite. Vytvorí



Minister zdravotníctva Vladimír Lengvarský sa tiež zúčastnil na verejnom seminári k Plánu obnovy na pôde EK.

sa optimálna sieť nemocníc, ktorá sa bude odvíjať od reálnej potreby lôžok, stanovia sa transparentné podmienky na tvorbu siete, centralizujú sa náročné výkony.

Systém bude podľa ministerstva nastavený tak, že pacient bude mať garanciu časovej dostupnosti. Zároveň však bude mať možnosť voľby poskytovateľa zdravotnej starostlivosti. Úroveň nemocníc budú definované cez poskytovanú starostlivosť a nie podľa odbornosti. Fungovať má približne 30 bodov siete. Bod siete predstavuje nie nemocnicu, ale lokalitu. V Bratislave má byť takýchto bodov desať. Nemocnice by mali byť odstupňované podľa zložitosti výkonov. Zvýšiť sa má aj počet lôžok pri následnej starostlivosti. V praxi to má podľa rezortu zdravotníctva vyzeráť tak, že na izbe by mal byť len jeden pacient, čím sa zvýši komfort.

RUŠENIE LÔŽOK A PÄŤ ÚROVNÍ NEMOCNÍC

V súvislosti s reformou sa opäť začalo skloňovať slovo redukcia lôžok. To následne vyvolalo okamžitú reakciu a obavy z rušenia nemocníc. Kompetentní to však popierajú:

„Nemocnice ako také sa nebudú rušiť, niektoré sa budú transformovať na typ liečby, ktorú potrebujeme. Počet lôžok na akútnu zdravotnú starostlivosť je príliš vysoký, musí sa znížiť. Ostatné lôžka budú transformované na iné typy zdravotnej starostlivosti, doliečovaciu, rehabilitáciu, pre chronických pacientov,“ povedal minister zdravotníctva. Práve tento bod vyvolal nevôľu aj odborných kruhov, na tlačovej besede sa k tomu vyjadrovala aj Slovenská lekárska komora. **„Transformácia súčasných funkčných nemocníc na doliečovacie ústavy alebo nemocnice s poskytovaním následnej zdravotnej starostlivosti nie je cesta ku skvalitneniu zdravotnej starostlivosti či zlepšeniu dostupnosti pre našich pacientov. Vieme, že máme málo lôžok pre chronických pacientov, ako i následnej starostlivosti a doliečovacích ústavov, ale spomínaná cesta nie je riešením. Redukcia akútnych lôžok z 28 tisíc na 17 tisíc sa nám zdá až hazardom so zdravím obča-**

nov,“ povedal doslova prezident SLK na tlačovej konferencii 10. júna tohto roku.

Z 28 262 akútnych lôžok by malo po optimalizácii ostať 17- až 18-tisíc akútnych lôžok. Počet nemocníc po optimalizácii rezort zatiaľ nezverejnil.

Šéfanalytička pre optimalizáciu siete nemocníc Angelika Szalayová zdôraznila, že žiadne nemocnice nebudú zanikať. „Naším cieľom nie je rušiť žiadnu nemocnicu. Chceme každej nemocnici určiť úlohu, ktorú bude mať v rámci novej siete,“ uviedla. A ako to bude podľa nich vyzeráť v praxi?

Nemocnica sa zaradí do siete v jednej z piatich úrovní, ak bude zabezpečovať zadaný rozsah zdravotnej starostlivosti, splní podmienky geografickej dostupnosti a spádovosti. Pre každú úroveň nemocnice budú definované samostatné podmienky – personálne aj materiálno-technické zabezpečenie. Aj tento krok komora na spomínanej tlačovke kritizovala:

„Definovanie kategórií a úrovní nemocníc na 5 typov sa nám javí ako nekompetentné a nejasné, čo sa týka predovšetkým zaradenia prvej, teda komunitnej úrovne. Postavenie, zdefinovanie a fungovanie siete nemocníc by sa malo odvíjať a závisieť od nastavenia ďalšieho zásadného problému slovenského zdravotníctva, a to **vytvorenie a nastavenie optimálnej, dostatočne funkčnej siete ambulantnej zdravotnej starostlivosti,**“ odznelo z úst predstaviteľov SLK. Aj preto komora navrhla v tejto súvislosti viacero krokov, predovšetkým však odbornú diskusiu. Tá by mala, ako sme písali v úvode, prebiehať práve v letných mesiacoch.

Ako teda celá Optimalizácia siete nemocníc napokon dopadne - a či sa vôbec stihne, je zatiaľ otáznne. Každopádne je to však len prvý krok. Po nej bude totiž podľa vyjadrenia ministerstva nasledovať optimalizácia všeobecnej a špecializovanej ambulantnej starostlivosti, reforma siete záchranných zdravotných služieb a nastavenie počtu doliečovacích lôžok. Tak uvidíme, čo nám všetkým prinesie.

*Prípravila: Nancy Závodská
Zdroj: MZ SR, mediweb, TASR*



Oskar Dvořák a Angelika Szalayová z Ministerstva zdravotníctva sú hlavnými tvorcami reformy zdravotníctva, predstavenej pod názvom OSN.

OSN v skratke

1. Ciele:

- Lepšia kvalita pre pacienta a vyššia efektivita pre verejné financie
 1. definovanie nároku pacienta
 2. vytvorenie optimálnej siete nemocníc, aby geografická dostupnosť pre pacientov bola dostatočná
 3. lepšie podmienky pre personál

2. Stanovenie potreby nemocničných lôžok

- Prognóza potreby akútnej nemocničnej ZS do roku 2030
- Keď zohľadníme všetky dôležité faktory, tak máme asi o 38% vyšší počet akútnych lôžok a skôr chceme ísť smerom, že by sme mali mať nižší počet lôžok s vyšším štandardom.

3. Stanovenie rozsahu a hierarchie ZS: kategorizácia

- zdefinovanie rozsahu prostredníctvom medicínskych služieb (napr. pôrod, operácia slepeho čreva,..)
- pre každú službu sa určí minimálna úroveň, na ktorej sa môže vykonávať:
 1. Komunitná úroveň
 2. Regionálna
 3. Komplexná
 4. Koncová
 5. Národná
- služby budú zaradené do programov
- služby budú v programe povinné a nepovinné (operácia slepeho čreva bude povinnou službou s tým, že výmena bedrového kĺbu je niečo, čo nemocnica nemusí robiť)
- v kategorizácii môžu byť stanovené ďalšie podmienky pre a) program (materiálno-technické

vybavenie, personálne zabezpečenie, požiadavka na prítomnosť inej ZS), b) medicínsku službu (indikácie na hospitalizáciu, max. čakacie doby,..)

- existovala by aj kategorizačná komisia, ktorá by vedela reagovať na vývoj v medicíne a podľa toho to nastavovať a meniť

4. Vytvorenie optimálnej siete nemocníc: hierarchia nemocníc

Národná úroveň: 1x na Slovensku, napr. transplantácia srdca, menej ako 1% akútnej ZS

Koncová úroveň: 8% ZS, predpokladaný počet 3-4 nemocnice, spád od 1,5 do 2 milióna obyvateľov, poskytne špecializovanú starostlivosť (napr. kardiochirurgia, vysokokomplexné výkony v neurochirurgii, komplexná onkologická liečba)

Komplexná úroveň - zabezpečenie multidisciplinárnej starostlivosti aj v rámci ťažkých úrazov, intervenčné výkony pri akútnych koronárnych alebo cievnych príhodách, 17% ZS, predpokladaný počet 8-10 nemocníc, spád 600- až 800-tisíc obyvateľov

Regionálna úroveň: 75% ZS, predpokladaný počet 28-32 nemocníc, základné chirurgické výkony, štandardná starostlivosť v internej, pediatrii, pôrodníctve a neonatológii, aj plánované výkony - výmeny kĺbov, spád 100- až 200-tisíc, zhruba na 2-3 okresy

Komunitná úroveň: dostupnosť do 20 minút, zabezpečuje starostlivosť následnú a rehabilitačnú, urgentnú ambulatnú, jednoduchú, psychiatrickú lôžkovú, patria sem neuro-rehabilitačné centrá a tri spinálne centrá

4. Vytvorenie optimálnej siete nemocníc: hierarchia nemocníc



5. národná úroveň	4. koncová úroveň	3. komplexná úroveň	2. regionálna úroveň	1. komunitná úroveň
vysoko špecializovaná (kvartérna) starostlivosť s veľmi zriedkavým výskytom	špecializovaná (terciárna) starostlivosť s nízkou početnosťou	komplexná akútna aj plánovaná starostlivosť	štandardná akútna a plánovaná starostlivosť na regionálnej úrovni	zabezpečuje následnú a rehabilitačnú starostlivosť, urgentnú ambulantnú starostlivosť, komplexnú ambulantnú špecializovanú starostlivosť; môže poskytovať Jednodňovú ZS, stacionárnu starostlivosť, a psychiatrickú lôžkovú starostlivosť
pre celé Slovensko	spád 1,5-2,0 mil. obyvateľov, tj. cca na úrovni pôv. krajov	spád 600-800 tisíc obyvateľov, t.j. cca na úrovni VÚC	spád 100-200 tisíc obyvateľov, t.j. približne pre 2-3 okresy	
na 1 mieste na Slovensku	dojazd cca do 90 min.	dojazd ZZS v krátkom časovom okne (spravidla do hodiny)	s dostupnosťou do 30-45 minút od bydliska pacienta	
napr. transplantácia srdca	napr. kardiochirurgia, vysoko komplexné výkony v neurochirurgii, vysoko komplexná onkologická liečba, špecializovaná starostlivosť o deti	napr. intervenčná liečba AIM alebo NCMP, akútne ťažké úrazy, komplexná plánovaná starostlivosť ako stredne komplexné onkochirurgické zákroky	základné chirurgické výkony (napr. apendektómia), štandardná starostlivosť v internej, pediatrii, pôrodníctve a neonatológii; aj plánované výkony: výmeny kĺbov, varixy	8-10 nem. aj ako komplexné neuro-rehabilitačné centrá , príp. aj dlhodobu ventilovaní pacienti , a 3 spinálne centrá pre pacientov s parézami
<1%	8%	17%	75%	
Bratislava	Košice	Prešov	Bardejov	Ilava/Kováčová

4. Vytvorenie optimálnej siete nemocníc: podmienky

Úroveň nemocnice	Očak. počet bodov	Geografická dostupnosť	Spádovosť	Objem ZS
národná úroveň	1		celá SR	<1%
koncová úroveň	3-4	<ul style="list-style-type: none"> min. 90% obyv. má dostupnosť do 90 min. max 1,5% obyv. má dostupnosť nad 120 min. 	1,4 až 2,0 mil. obyvateľov	8%
komplexná úroveň	8-10	<ul style="list-style-type: none"> min. 90% obyv. má dostupnosť do 60 min. max 1,5% obyv. má dostupnosť nad 90 min. žiadene okres nemá priem. dostupnosť nad 90 min. 	450 až 900 tis. obyvateľov	17%
regionálna úroveň	28-32	<ul style="list-style-type: none"> min. 90% obyv. má dostupnosť do 30 min. max 1,5% obyv. má dostupnosť nad 45 min. žiadene okres nemá priem. dostupnosť nad 45 min. 	100 až 200 tis. obyvateľov <ul style="list-style-type: none"> aj 75-100 tis. obyv., ak by inak priemerná dostupnosť pre niektorý okres presiahla 35 min. aj menej ako 75 tis. obyv., ak by priemerná dostupnosť pre niektorý okres presiahla 45 min. aj viac ako 200 tis. obyv., ak ide zároveň o nemocnicu vyššej úrovne 	75%
komunitná úroveň		<ul style="list-style-type: none"> min. 90% obyv. má dostupnosť do 20 min. max 1,5% obyv. má dostupnosť nad 35 min. žiadene okres nemá priem. dostupnosť nad 35 min. 		

Stanovisko Slovenskej lekárskej komory

Optimalizácia siete nemocníc (OSN)

V úvode chceme len pripomenúť, že koncepcia optimalizácie siete nemocníc vychádza z viacerých zdrojov. Tým prvým je pôvodná koncepcia stratifikácie zdravotníckych lôžkových zariadení vytvorená počas mandátu ministerky Andrey Kalavskej vo vláde vedenej Petrom Pellegrinim. Za ďalší zdroj pokladáme podklady i samotný materiál semestrálneho hodnotenia Slovenska za rok 2019, zverejnený Európskou komisiou vo februári 2020 tesne pred prepuknutím pandémie SARS Cov.-2 na Slovensku. V tomto materiáli sa pri hodnotení pokroku spomína záväzok Slovenskej republiky zabezpečiť dlhodobú udržateľnosť verejných financií, a to najmä systému zdravotnej starostlivosti a dôchodkového systému. Kým legislatívne zmeny v dôchodkovom systéme boli kritizované ako opatrenia výrazne narušujúce vývoj verejných financií cit. ... „Právne predpisy z roku 2019 odstránili automatickú úpravu zákonného veku odchodu do dôchodku na základe strednej dĺžky života a stanovili strop veku odchodu do dôchodku na úrovni 64 rokov, pričom ženám tiež priznávajú možnosť odísť do dôchodku o pol roka skôr za každé dieťa (rátajú sa maximálne tri deti). V dôsledku toho sa zákonný vek odchodu do dôchodku bude naďalej zvyšovať, aj keď pomalšie, a to približne až do roku 2030, keď dosiahne úroveň 64 rokov, a potom sa stabilizuje na tejto úrovni. Oficiálne odhady vplyvu reformy ešte nie sú k dispozícii. Národná rada navyše v októbri 2019 stanovila minimálny dôchodok vo výške 33 % priemernej mzdy za dva predchádzajúce roky pre tie osoby, ktoré do systému prispievali aspoň 30 rokov, čím sa zrušilo predchádzajúce naviazanie na životné minimum. Hoci je táto zmena prínosom **pre primeranosť dôchodkov**, parlament ju prijal bez odbornej diskusie.

Prečo spomínáme tento problém, ktorý zjavne so zdravotníctvom, event s OSN priamo nesúvisí? Nesúvisí len zjavne, lebo ak si naplno uvedomíme demografické hrozby vo vývoji starnutia slovenskej populácie, nebudeme hovoriť len o dôchodkoch, ale aj o zvýšených nákladoch na zdravotnú starostlivosť, ktorá z tohto vývoja automaticky vyplýva. Tento problém sa však netýka len nákladov, ale celého strategického, zdravotníckeho zabezpečenia týchto starých ľudí. Nebudeme vo vyššej miere potrebovať len lôžka chronické, sociálnej a následnej zdravotnej starostlivosti, ale úplne prirodzený tlak bude hlavne na akútne lôžka. A na toto sa nesmie zabúdať.



MUDr. Marian Kollár, prezident SLK

Zdravotná starostlivosť bola hodnotená ako oblasť **obmedzeného pokroku** i vzhľadom na opatrenia, ktoré z časti ovplyvnili plytvanie financiami:

Nová vládna garnitúra, ktorá nastúpila po všeobecných voľbách v roku 2020, sa zaviazala pokračovať v niektorých opatreniach v oboch systémoch, ktoré sú považované za najväčších konzumentov verejných financií – a to k obnove udržateľnosti rastu výdavkov, ktorých tendencia údajne ďaleko presiahne rast HDP.

I keď tak nie je predstavovaná - optimalizácia siete lôžkových zariadení (nemocníc) je konceptom, ktorý plne zapadá do tejto politiky, nakoľko nemocničná starostlivosť je jedným z najväčších konzumentov verejných prostriedkov v zdravotnom systéme.

REDUKCIA LÔŽOK

Chce tak spraviť redukciami akútneho lôžkového fondu slabou alebo údajne vôbec nevyužívaného, prípadne jeho transformá-



Nemocnica na bratislavských Kramároch – bude aj ju čakať redukcia lôžok?

ciou. Autori konceptu to chcú spojiť nielen so zvýšením intenzity využívania ostávajúcich akútnych kapacít, ale sľubujú si i ďalšie zvyšovanie kvality (aj účinnosti a efektívnosti) tohto typu starostlivosti. Akosi však zabúdajú na fakt, že tento efekt bude len dočasný, pokiaľ sa prevedie izolovane a mechanisticky.

Výsledkom tejto reformy by mala byť optimálna kapacita intenzívne a kvalitne využívaných lôžok rozvrstvených do viacerých úrovní komplexnosti i geografickej distribúcie. Tá by mala v ideálnom prípade zabezpečiť kvalitatívne, časové i funkčné nároky populácie, ktorá dve najbližšie desaťročia výrazne zoštarne, s násobným výskytom komplikovaných prípadov polymorbidity, vzrastom jej akútnych komplikácií, ktoré – ak sa reforma lôžkového fondu neprevedie súčasne s reformou iných oblastí zdravotnej starostlivosti - zahltia zostávajúci lôžkový fond skôr, než sa dočkáme jej priaznivých výsledkov.

Po skúsenostiach s redukciami lôžkového fondu v minulých rokoch (ostatne výsledný lôžkový fond bude len polovicou toho, s ktorým Slovensko vstupovalo do svojej samostatnej éry) máme obavy že táto mantra neprinesie tie výsledky, o ktoré sa autori konceptu usilujú. Tí to chcú podporiť aj balíkom financií EÚ z post pandemického tzv. Plánu obnovy a odolnosti, ktorý prináša lôžkovým zariadeniam sumu, čiastočne korigujúcu investičný dlh i celkovo zlý stav viacerých akútnych lôžkových zariadení nevyhovujúci ani „up to date“ a nielen budúcim nárokom.

Podľa všetkých neoficiálnych informácií sú financie určené predovšetkým pre štátom vlastnené a riadené lôžkové zariadenia, ktorých výber ešte nie je ukončený. V každom prípade však existujú podmienky, ktoré nabúravaju potenciálnu rýchlú obnovu, či výstavbu akútnych lôžkových zariadení v štátnom sektore. Samotná ideová a administratívna časť projektov môže trvať roky a spolu s fyzickým riešením stavebných postupov zaberú čas, ktorý asi ďaleko presiahne podmienky na čerpanie pre tento účel, ktoré sa toho času zdajú pre Slovensko nereálne. Dostatočne pripravené máme v štátnej sfére možno jeden, či dva projekty nemocníc na strednom Slovensku. Samotný efekt novej infraštruktúry sa tak nemusí vôbec prejaviť.

Samozrejme, materiál, ktorý predstavilo MZ SR, je stále len náčrtom, i keď už uvádza konkrétne akcie i termíny a na rozdiel od pôvodnej koncepcie stratifikácie vyvoláva znepokojenie aj u stakeholderov, ktorí pôvodný koncept v roku 2019 skoro bez výhrady podporovali.

Koncept optimalizácie potrebuje množstvo sprievodných opatrení, z ktorých MZ SR, okrem iného, uvádza

- **Reformu primárnej ambulantnej starostlivosti**
- **Reformu dlhodobej, následnej a paliatívnej starostlivosti**
- **Reformu akútnej zdravotnej starostlivosti (?)**

Rozpracovanie reformy dlhodobej, následnej a paliatívnej starostlivosti má už svoju históriu, ďalšie formy akútnej zdravotnej starostlivosti prepojené s nemocničnou (záchranná služba, tzv. centrálné príjmy) sa aj realizovali.

Čo však úplne zlyháva, je reforma ambulantnej starostlivosti a v nej primárnej starostlivosti.

AMBULATNÁ SFÉRA

Ambulantná sféra nevyzbrojená voči polymorbidite, nárokom obyvateľstva, s chýbajúcou informačnou infraštruktúrou, prestarutá a s nedostatočným personálnym zabezpečením a neplniaci si svoju hlavnú gatekeeperskú úlohu s potenciálom vyriešenia 80% medicínskych problémov, „zničí“ optimalizáciu.... Pritom sa minú účinku aj tie skromné financie určené pre ambulantnú reformu z balíka Plánu obnovy a odolnosti. Autori reformy primárnej starostlivosti podcenili základný fakt, že táto reforma bude stáť oveľa väčšie peniaze, ako si teraz pripúšťame a sme ochotní do nej investovať.

Čo nám na druhej strane navráva, že ide len o teoretický projekt.

Transformácia akútneho lôžkového fondu na lôžka neakútne samotný problém nevyrieši vzhľadom na fakt, že väčšina tohto fondu bola stavaná za iným účelom a nespĺňa parametre komunitnej starostlivosti. Ministerstvo by sa malo pozrieť na osud lôžok chronickej starostlivosti, ktoré sa uzavreli v roku 2011, keď sa mal sanovať dlh zdravotného poistenia!!!

Nie náhodou Útvár hodnoty za peniaze MF SR pri úvahách o reforme preferoval práve ambulantnú starostlivosť, ktorej financovanie a rozvoj pokladal zo svojho hľadiska za najefektívnejší. Treba tiež podotknúť že nielen preventabilné, ale aj odvrátiteľné úmrtia sa dajú znížiť aj v prípade terajšej „zlej“ nemocničnej infraštruktúry a to finančnými i organizačnými opatreniami, preškolením, výcvikom a motiváciou nemocničných stakeholderov. Ostatne sme toho svedkami vo viacerých vydatých prípadoch kardiovaskulárnych ochorení. Vzhľadom k otázkovej dobe

prípravy a výstavby či rekonštrukcie zdravotníckych zariadení by sa malo- asi sa, podľa nášho názoru, aj bude- investovať do ciest zdravotnej starostlivosti úzko spätých s odvracanim zbytočných úmrtí aj pri terajšej infraštruktúre.

PERSONÁLNA STABILIZÁCIA, MLADÍ LEKÁRI

A to musíme spomenúť potrebu výstavby komplexnej Univerzitnej nemocnice v Bratislave, práve toho čísla 1, ktorú zdravotníctvo potrebuje. Táto inštitúcia však bude stáť viac ako poskytnie plán obnovy a odolnosti a horizont jej dokončenia vyzerá byť dosť vzdialený. Zdroje však existujú aj mimo plánu a s prácami by bolo potrebné začať čo najskôr.

Avšak riešeniu základného problému, ktorému sa vôbec OSN nevenuje a ak, tak len veľmi okrajovo, je personálna stabilizácia celého systému zdravotníckymi pracovníkmi. Túto stabilizáciu môžeme zabezpečiť len naplnením finančného a spoločenského ohodnotenia týchto pracovníkov.

Nesmieme však zabúdať ani na výchovu mladej, ako i nastupujúcej generácie a to v rámci reformy vykonať reformu vzdelávania lekárov, posilnenie rezidentského programu. Vytvorenie podmienok pre mladých lekárov v rámci špecializácii, ktoré by urýchlili doplnenie stavov aj na špecializovaných ambulanciách. To znamená v rámci reformy vytvoriť zmysluplný vzdelávací systém lekárov.

Nie budovy a prístroje, ale ľudia liečia...

Materiál sa venuje pohybu pacienta, s jeho potrebami a nárokmi len okrajovo a my to vnímame, ako jeden zo základných, až kľúčových problémov dostupnosti zdravotnej starostlivosti pre pacientov.

Máme vážne výhrady i k dátam, ktoré na jednej strane by mohli mať svoju výpovednú hodnotu, no na druhej strane nesledujú príčinu, ale skôr cieľ, ktorý chcú autori dosiahnuť.

Napln sa to ukázalo aj pri rušení akútnych lôžok a ich poklese oproti minulým rokom. Pokles počtu obsadených lôžok, ktorý je k dnešnému dátumu, je hlavne v dôsledku nedostatku zdravotníckeho personálu, čo má za následok zhoršenie dostupnosti plánovanej zdravotnej starostlivosti vo všetkých špecializovaných odboroch či interné, ORL, chirurgia, ortopédia atď.- nehorázne dlhé čakacie termíny na plánovanú zdravotnú starostlivosť. Nikto neberie do úvahy deficit plánovanej zdravotnej starostlivosti v dôsledku COVID-u v minulosti a nutné je myslieť na vlny pandémie do budúcnosti. V prípade redukcie akútnych lôžok nebude možné zvládnuť situáciu, aká bola ku koncu roku 2019 a roku 2020. Je nutné zdôrazniť, že plánovaná zdravotná starostlivosť je vykonávaná na tzv. akútnych lôžkoch. Pripustnosť plánovanej operatívnej a plánovanej zdravotnej starostlivosti v nemocniciach je limitovaná lôžkami, tzv. akútnymi, a teda aj personálom.

Ďalej si nemyslíme, že v globálnom aspekte je problém len vo sfunkčnení primárnej a špeciálnej ambulantnej sféry, ale v prvom rade v reforme výberu poisťného, vrátane finančného zabezpečenia systému celkovo ako takého, vrátane riešenia neúmerneho, niekoľkoročného vnútorného zadlženia celého zdravotného systému. Je nevyhnutná praktická kontrola finančných tokov a zrealnenie ceny vykonanej zdravotnej starostlivosti. Ukazuje sa, že DRG k tomu ani zďaleka nevedie.

Absencia okamžitých, reálnych, organizačne a finančne podporených a (znovu) „up to date“ opatrení pri personálnej stabilizácii zdravotníckych pracovníkov, ambulantnej starostlivosti a vajatanie okolo Univerzitnej nemocnice sú hlavnými dôvodmi, prečo Slovenská lekárska komora kritizuje nielen koncept optimalizácie, ale MZ SR ako také.

MUDr. Marian Kollár, prezident SLK

Zdroj: SITA, weboviny

Lekári zo Sniny žiadajú zachovanie súčasnej štruktúry poskytovateľov zdravotnej starostlivosti

Lekári z okresu Snina sú za zachovanie súčasnej štruktúry poskytovateľov zdravotnej starostlivosti a najmä rozsahu poskytovania zdravotnej starostlivosti nemocnice v okrese Snina.

Uvedli to začiatkom júla po pracovnom stretnutí lekárov okresu Snina. Zároveň sa obracajú na kompetentné orgány, a to Ministerstvo zdravotníctva SR a Výbor NR SR pre zdravotníctvo, Slovenskú lekársku komoru, Asociáciu súkromných lekárov, Zväz ambulantných poskytovateľov, Slovenskú lekársku úniu špecialistov a prezidentku SR, aby zabezpečili primerané financovanie zdravotníctva, a to na úrovni priemeru krajín EÚ, čo sa týka percentuálneho podielu na HDP.

Slúžia pre 40-tisíc pacientov

Lekári Nemocnice v Snine a ambulantní lekári regiónu poskytujú zdravotnú starostlivosť pre 40-tisíc obyvateľov okresu Snina. Rozlohou je to jeden z najrozsiahljších okresov a tomu zodpovedajú aj vzdialenosti obcí do okresného mesta Snina, kde sa poskytuje centrálna zdravotná starostlivosť.

„V zmysle Charty práv pacienta, ktorú prijala Slovenská republika v roku 2001, má podľa bodu 2 Európskej charty každý jednotlivec právo na prístup

k takým zdravotníckym službám, aké si vyžaduje jeho zdravie. Zdravotnícke služby musia zaručovať rovnaký prístup každému, bez diskriminácie na základe finančných možností, miesta bydliska, druhu choroby alebo doby prístupu k zdravotníckej starostlivosti,“ napísali lekári zo Sniny vo svojom stanovisku.



Nemocnica v Snine poskytuje zdravotnú starostlivosť pre vyše 40-tisíc pacientov okresu.

Letné konšpirácie

Nový americký prezident si po svojom zvolení dal smelý cieľ v boji proti pandémie COVID-19 – do 4. 7. (štátny sviatok) dosiahnuť stav, aby 70 % obyvateľstva bolo zaočkovaných aspoň 1. dávkou vakcíny.

Cieľ je to smelý, ale v USA uskutočniteľný (veď je to krajina neobmedzených možností). Čakali by sme, že vzniknú Mc Covid centrá, očkovať sa bude drive in systémom, bude sa organizovať očkovací maratón. Nestalo sa, ale v mnohých amerických štátoch lákali občanov na očkovanie za odmenu, ktorou bol napríklad marihuanový joint, pivo, alkohol, lístky na športové podujatia, letenky, usporadúvali sa lotérie s peňažnými výhrami, štipendiami a pod. Informovala o tom agentúra AFP. Nedožvedeli sme sa, či v niektorých štátoch pri očkovaní nie je potrebné pokľaknúť (možnosť by bola aj u očkovaného, aj u očkujúceho), prípadne, či nie je možné dostať dávku vakcíny ako súčasť tetovania, alebo očkovať počas pobytu v zábavnom parku – kreatívni eventoví manažéri by to zrejme zvládli. Na Slovensku by možno po skúsenostiach z volieb stačilo podať ako odmenu za očkovanie párky, klobásy, pivo, tradične guláš, pre ináč orientovaných gurmánov veggieburger a energetický nápoj. Naši politici prejavili pramálo fantázie, pripravili lotériu (predbehli nás Poliaci). Ďalej prichystali niečo, čo by sme mohli nazvať náborový príspevok pre sprostredkovateľa očkovania (NPPSO) – možno zistíme, že SR má viac obyvateľov, ako sme si doteraz mysleli. Hovorilo sa aj o priamej finančnej odmene, ale tam hrozí jedna vec – môže sa stať, že v snahe zarobiť, sa niektorí občania dajú zaočkovať aj viac ako dvakrát.

Agentúry priniesli správu o stretnutí ministerky spravodlivosti so šéfom všemocnej mimovládnej organizácie so sídlom na Slovensku (s nejasným mandátom – od voličov? – od sponzorov?). Požiadavka mimovládky bola jednoznačná – pred pohlavným stykom je nutný súhlas ženy, ináč bude akt považovaný za násilie, týranie, znásilnenie a pod. Pani ministerka vyjadrila predbežný súhlas s návrhom. Keďže má právnické vzdelanie, domnievame sa, že najlepšou formou by bol informovaný súhlas. S ním máme aj my, lekári, dostatočnú skúsenosť, takže môžeme aj odporučiť niektoré podrobnosti, na ktoré by sa pri jeho zostavovaní nemalo zabudnúť. Tak napríklad súčasťou by malo byť detailné oboznámenie sa pohlavnými orgánmi, ich funkciou a možnými anomáliami. Potom by malo nasledovať poučenie o možnosti prenosu pohlavných a iných infekčných ochorení, ako aj poučenie o ich možnom predchádzaní. Poverenie na výkon aktu inej osoby by asi nebol vhodný. Ale presná dohoda na polohe by už pravdepodobne mala byť obsahom súhlasu (niektoré americké štáty dodnes dovoľujú používať len niektoré polohy, preferujú misionársku, manželky to intenzívne využívajú pri rozvodoch – „porozprávam o tom, do akých polôh si ma nútil – takže plať!“). Horšie by to asi bolo pri dohode o použití antikoncepcie – pri schvaľovaní v NR SR by to určite narazilo na odpor tvrdého jadra poslancov. Mala by byť jasná aj povolená medikácia v perioperač-

nom/periaktálnom období – druh a množstvo alkoholu, druh a množstvo tabakových, prípadne iných výrobkov, jointov a pod. Celý informovaný súhlas by však mal byť genderovo vyvážený, takže by mal byť povinný pre obidvoch aktérov, teda aj pre mužov, ktorí by takisto nemali byť vylúčení z udeľovania súhlasu! Tento základný súhlas by potom mohol byť kreatívne upravený aj pre zvyšných 47–87 pohlaví, ktoré sa údajne v „kultúrnom“ svete uznávajú. Dôležité by bolo aj zhromažďovanie informovaných súhlasov, ktoré by boli povinne skladované minimálne do času, keď sa ženy-aktérky dostanú do veku, keď sa stanú prívratkami hnutia Mee too! – t. j. začnú si spomínať na mladé časy. Čas skartovania by bol asi vecou dohody, asi by vyhovoval čas úmrtia jedného z aktérov.

Na Majstrovstvách sveta v pokľakávaní (ale hrá sa tam aj futbal) naši futbalisti skončili svoje účinkovanie už v základnej skupine. Síce nepokľakávali, ale ani nehrali futbal. Problém bol asi v tom, že po prvom zápase ich zabudli upozorniť, že musia útočiť na súperovu a nie svoju bránku – tam im to išlo lepšie. Od utajených zdrojov (mená a adresy sa v redakcii nenachádzajú ani náhodou) sme sa dozvedeli, že dôvodom ich návratu bola snaha pomôcť v boji proti pandémie covidu, teda nepriniesť do rodnej vlasti niektorú z nových mutácií koronavírusu. Veď v prípade postupu zo skupiny sme sa mohli stretnúť z epidemiologického hľadiska s nebezpečnými mužstvami Anglicka, Walesu, prípadne Portugalska, teda krajín, v ktorých práve „zúri“ (podľa našich epidemiológov, politikov a masmédií) nová (delta) mutácia vírusu. Z neoverených zdrojov sme sa dozvedeli, že za to lobovali niektorí najviac vystrašení ministri našej vlády (bližšie podrobnosti sme nezistili, ani informáciu sa nám nepodarilo overiť od dvoch nezávislých zdrojov). Ale podarilo sa, naši futbalisti nesklamali dôveru a z ME naozaj nepriniesli nič.

O tom, že rozum ešte celkom neemigroval zo všetkých krajín EÚ, sme sa presvedčili u našich južných susedov. Tí si dovolili v súčasnej situácii niečo nevidané. Počas ME umožnili opakovane vstup divákovi na zápasy v plnej kapacite štadióna, čo sa stalo terčom kritiky našich podarených dátových analytikov, ktorí rovno predpovedali apokalyptu – množstvo nakazených a zrejme aj mŕtvych, možno už mali spočítané aj počty chladiacich boxov, potrebných na uloženie obetí! Predpovedali aj nebezpečenstvo pre SR, pretože tušili aj účasť našich fanúšikov na zápasoch. Z neoverených zdrojov sme sa dozvedeli, že naši dátoví analytici pôvodne navrhovali uskutočniť futbalové zápasy bez divákov, ale mali aj alternatívu uskutočniť zápas bez rozhodcov, prípadne hráčov... Samozrejme, nič nebezpečné sa v Budapešti nestalo, diváci (aj naši) sa zabávali na kvalitných zápasoch (aj preto, že naši futbalisti tam nehrali). To, samozrejme, nemôže zabrániť spomenutým dátovým analytikom, aby svoje fantazmagórie neuvěřiteľne naďalej, takisto, ako to nezabráni našim médiám, aby im naďalej dávali priestor na prezentáciu nezmyslov.

MUDr. Jaroslav Šimo

Plytvanie v zdravotnej starostlivosti

Foto: Archív SLK



MUDr. Jozef Weber
viceprezident SLK

Kľúčové slová použité promiskue:
plytvanie, mrhanie,
márnotratnosť, odpad

Autor týchto riadkov sa začiatkom deväťdesiatych rokov minulého storočia nachádzal pri predoperačnom vyšetrení staršej dámy v špičkovy vybavenej súkromnej kardiokirurgickej klinike na stredozápade USA v regióne veľkého Chicaga. Bolo to v čase, keď sa lekárom v „ponovembrovom“ Česko-Slovensku a neskôr na Slovensku núkali rôzne študijné pobyty v celom „slobodnom svete“. Niečo vyše 80-ročnej dámy sa práve vyhodnocovala táliová scintigrafia srdcového svalu, ako súčasť predoperačného komplexu vyšetrení pred plánovaným operačným riešením viacnásobnej stenózy koronárnych artérií cestou CABG. Podobný zákrok sa u nej robil pred niekoľkými rokmi a koronaroplastika ešte nebola rutinnou metódou. Spolu s výsledkom vyšetrenia laborant vytlačil aj nemalý účet pre zdravotnú poisťovňu, v ktorej bola pacientka poistená. Keďže som si všimol, že medzi diagnózami pacientky bola na skromnom mieste spomenutá aj demencia, spýtal som sa laboranta, a následne i lekára, či táto diagnóza nepredstavuje problém, vrátane nákladov a predpokladaného prínosu. Určite nie, povedal pán doktor, zákrok určite zlepši kvalitu jej života – a navyše má vynikajúcu poisťku.

USA je krajina neobmedzených možností, povedal som si, ale len pre niekoho s dobrým poistením. Nie všade sa tam dali uplatniť podobné, technicky fantastické možnosti. Potvrdil mi to aj lekár centrálného príjmu obrovskej všeobecnej nemocnice v Chicagu, ktorý podobné zákroky nazval plytvaním.

VIAC ZA MENEJ?

Mal som možnosť osobne vidieť aj iné zdravotnícke systémy, rozprávať sa s kolegami od nás či zo zahraničia o problémoch racionálneho využitia zdrojov určených na zdravie. Na rozdiel od napríklad farmaceutickými firmami sponzorovaných odborných klinických podujatí vrátane medzinárodných kongresov, podujatia zaoberajúce sa užitočnosťou nielen samotnej diagnostiky a liečby, ale i organizáciou a reformami zdravotnej starostlivosti až tak populárne na Slovensku neboli.

A postupy, ako dosiahnuť za menej financií lepšie zdravotné výsledky, už vôbec nie. A najmenej už publikácie, diskusie či podujatia zaoberajúce sa plytvaním v zdravotnej starostlivosti. Má to hlboké ukotvenie určite aj preto, že my lekári, často vidiac tu biedu navôkol, chceme pre pacienta to najlepšie. Chcú to i pacienti, ich príbuzní, verejnosť či politici. A všetci chceme viac financií, pretože tie sú prostriedkom, ktoré zvýšia úroveň zdravotnej starostlivosti. Poukazujeme pritom na krajiny, kde je tých peňazí v systéme podstatne viac a zdravotná starostlivosť je preto kvalitnejšia.

Treba podotknúť, že zdravotná starostlivosť je vo vyspelých štátoch druhým najväčším spotrebiteľom verejných i súkromných financií po dôchodkových systémoch a raketový rast týchto výdavkov sa zdá byť nezastaviteľný. Treba však spomenúť, že vzťah medzi výdavkami na zdravotníctvo a jeho výsledkami či spokojnosťou obyvateľov s ním vôbec nie je priamočiary. Regulácia zdravotnej starostlivosti je pritom súčasťou regulácie verejných služieb, i keď jej časť je súkromná. A verejné služby sú ukotvené vo verejnej správe, v organizovaní riadenia krajiny a ak sa mrhá materiálными, finančnými a ľudskými zdrojmi všeobecne, nemôže bez plytvania fungovať ani zdravotná starostlivosť. My, ako jej účastníci, si to často – z rôznych dôvodov – ani nevedomujeme. Tušíme, že otázky, ktoré musíme začať riešiť, nesúvisia výlučne s peniazmi, že rast nových poznatkov a technológií podporuje rast výdavkov, rovnako ako nárast priemerného veku obyvateľstva, a že rast komplexnosti, chronickosti ochorení, vznik multimorbidity ich podporuje tiež. Rovnako však pôsobí aj rast životnej úrovne a nárokov jej užívateľov.

Treba tiež pripomenúť, že v našom svete neexistuje definitívne víťazstvo medicíny. Naopak, skoro každá jej výhra je len tichou predzvesťou ďalších a stále menej efektívnych výdavkov. A tiež to, že väčšina zdravotných systémov vo svete je stále krehká a nedostatočne pripravená na stále vyšší vek svojich klientov a už vôbec nie na také neočakávané výzvy, ako sú skoro zabudnuté pandémie, ktoré sa nielen u nás stali hodokvasom plytvania.



Podľa publikácie OECD z roku 2016 môžeme v zdravotnej starostlivosti rozoznávať vo vzťahu k jej účastníkom (pacientom, zdravotníkom, manažérom a regulátorom) tri základné kategórie mrhania

1. **Mrhajúca zdravotná starostlivosť** – kam patrí neefektívna a nenáležitá zdravotná starostlivosť s nízkou hodnotou, nežiaduce účinky, ktorým sa dalo predísť, a duplicita zdravotných služieb.
2. **Operatívne mrhanie zdrojmi** – kam patria nadmerné či nenáležité ceny, vyradenie nepoužitých vstupov či naopak, nadmerné používanie vysoko nákladných vstupov.
3. **Mrhanie súvisiace s riadením** – kam patria neefektívne administratívne výdavky.

Rozoznávať môžeme neúmyselné a úmyselné mrhanie. Hnacími faktormi neúmyselného mrhania sú omyly a neoptimálne rozhodnutia, zlá organizácia a koordinácia služieb. Naopak, za zámerné hnacie a riadiace faktory sa považujú zlé (nesprávne) stimuly a úmyselné klamstvá. Patria sem aj zámerné plytvanie či podvody a korupcia.

Väčšina ľudí zapojených do systému zdravotnej starostlivosti – tvorcovia politik, manažéri, pracovníci alebo dokonca pacienti – majú svoje názory na to, ako by sa mohli efektívne využívať ďalšie zdroje na poskytovanie lepších zdravotníckych služieb. Hodnotenia zdravotníckych technológií (HTA) ukazujú, ktoré nové spôsoby liečby sú lepšie ako staré a mali by teda byť prístupné. Prevádzkové údaje naznačujú, kde sú zdravotnícke služby preťažené. Investície do elektronickej infraštruktúry môžu tiež priniesť benefit, často sa však, naopak, odkladajú z dôvodu nedostatku financií. Na druhej strane sa však spomínané postupy môžu stať prehliadkou márnotravnosti. Poskytnite ministrom zdravotníctva ďalšie miliardy, správcovi nemocnice ďalších 10 miliónov alebo praktickému lekárovi ďalších 10 000 a každý z nich – pravdepodobne – vynaloží tieto prostriedky rozumne a zlepší zdravotné služby.

Avšak iná vec je, keď sú tí istí ľudia požiadaní, aby zo systému vybrali peniaze, aby sa zabránilo eskalácii výdavkov na zdravotníctvo. Zavádzanie nových liečebných postupov je však len zriedka sprevádzané poklesom investícií do starších, podradných. Preťaženosť zdravotníckych služieb je až enormná a môže spôsobovať komplikácie a elektronické zdravotníctvo nie vždy a nie všade prináša očakávané zlepšenia a iné benefity.

Regionálne úrady alebo manažéri sa snažia zatvoriť alebo zlúčiť nemocnice, aby dosiahli úspory z rozsahu, ktoré by mohli zlepšiť kvalitu a znížiť náklady. Pacienti trvajú na zvláštnych testoch alebo predpisoch poskytovania, len pre istotu, len aby sa dostali späť do práce rýchlejšie, ignorujúc riziká pre svoje vlastné zdravie, a to napriek nedostatku dôkazov o tom, že by spomínané procedúry niečo zmenili. Následne, aby k tomu nedochádzalo a aby boli verejné rozpočty pod kontrolou, sa musia tvorcovia politik rozhodnúť, ako obmedziť výdavky na zdravotníctvo.

OBMEDZENIE VÝDAVKOV – AKO?

Analytici, najmä v súvislosti s reakciou na globálnu finančnú krízu v roku 2008, často rozlišujú medzi opatreniami na zníženie nákladov a štrukturálnymi reformami. Možno sa osvedčili tie prvé, náklady znižujúce, ale môžu byť neutrálne alebo dokonca škodlivé pre výsledky. Napríklad zníženie výdavkov na verejné zdravie podkopáva úsilie o predchádzanie chorobám; či zvýšenie spoluúčasti má ochudobňujúce účinky na obyvateľstvo. Na druhej strane sa očakáva, že štrukturálne reformy zvýšia efektívnosť a nakoniec „ohnú krivku“ rastu verejných výdavkov. Bez toho, aby sa poprela ich nevyhnutnosť, realita je taká, že mnohé štrukturálne reformy si vyžadujú zložité zmeny na viacerých frontoch a trvalé úsilie a dôkazy o ich dopade, najmä z krátkodobého hľadiska, sú slabé.

Možno snád tvrdiť, že v súčasnej diskusii o výbere medzi opatreniami na zníženie nákladov a štrukturálnymi reformami sa často chýbajúcim článkom stáva riešenie neefektívnych vý-



davkov a plytvania. Znižovanie plytvania, ktorého je vo verejnej i štátnej správe toľko, že ho môžeme nazvať „odpadom“, je v skutočnosti len strednodobým cieľom, ktorý je však potrebné sledovať, pretože môže:

- i) priniesť strategické úspory;
- ii) podporiť zameranie transformácie systémov zdravotnej starostlivosti práve na hodnotu (value based health care); a
- iii) podstatným spôsobom môže prispieť k umožneniu dlhodobých štrukturálnych reforiem.

Systémy zdravotnej starostlivosti by mali poskytovať starostlivosť, ktorá maximalizuje hodnotu pre pacientov. Drvivá väčšina občanov vyspelých štátov má prístup k potrebnej starostlivosti vcelku včas a bez toho, aby im vznikli neprimerané osobné náklady. Očakávaná dĺžka života pri narodení sa predlžuje a nezriedka dosahuje viac ako 80 rokov a ľudia majú oveľa menšiu pravdepodobnosť úmrtia po infarkte alebo mozgovej príhode ako napríklad pred desiatimi rokmi.

Aj keď prevalencia chronických zdravotných stavov, ako je napríklad cukrovka alebo vysoký krvný tlak, stúpa, systémy zdravotnej starostlivosti sa zlepšujú v ich efektívnom zvládaní a znižovaní škodlivých komplikácií.

Žiaľ, značný podiel výdavkov na zdravotníctvo však len skromne prispieva k zlepšovaniu zdravotných výsledkov pacientov, čo je paradox. Horšie je, že niektoré zdroje v zdravotníctve sa vynakladajú nielen na starostlivosť s nízkou hodnotou, ale sú aj zbytočné. Odhady pre jednotlivé rozvinuté krajiny sa síce líšia, ale žiadna ich nemá menej ako 10 až 20 % identifikovaných. A niektoré ešte viac. Pre Slovensko by to znamenalo aj miliardu eur, ktoré sa minú v zdravotnej starostlivosti neefektívne alebo zbytočne.

Uznanie toho nemusí byť pre aktérov systému zdravotnej starostlivosti ľahké, ale je potrebné zdôrazniť aj pozitívny dôsledok tohto zložitého a bolestného prijatia. Určite existujú príležitosti na uvoľnenie zdrojov v systéme na poskytovanie kva-

litnejšej starostlivosti. Inými slovami, znížovanie neefektívnych výdavkov a odstránenie následného, napríklad organizačného odpadu, môže priniesť značné úspory – čo je strategický krok pre tvorcov politik. Okrem toho to mobilizuje zainteresované strany v rámci transformačnej hodnotovej agendy, o ktorej mnohí experti a komentátori tvrdia, že táto musí uskutočniť reformy. Možno teda zdôrazniť, že veľa politik v oblasti riešenia plytvania je v súlade s dlhodobými štrukturálnymi reformami a v skutočnosti ich pripravuje. Vytvorenie hore uvádzaného rámca plytvania s tromi jeho kategóriami (nehospodárna zdravotná starostlivosť, prevádzkové mrhanie a mrhanie súvisiace s riadením) môže pomôcť identifikovať tri smery hlavného postupu. To môže pomôcť pri nájdení a použití politických pák na i ich riešenie.

PLYTVANIE POD DROBNOHLADOM

A teraz na záver využijeme promiskue iný termín „odpad“, aby sme ešte viac zdôraznili nebezpečenstvo márnوترatnosti či plytvania.

Tvrdenia, že významný podiel výdavkov na zdravotnú starostlivosť je možné považovať za márnوترatný, sa systematicky objavili pred asi 15 rokmi v už spomínaných Spojených štátoch. Jednoduchú definíciu márnوترatnosti (plytvania) však nemáme ešte ani teraz, týka sa to hlavne nehospodárnych činností, ktoré by mali byť vnímané spôsobom, ktorý je možné transponovať do všetkých systémov zdravotnej starostlivosti. Navyše nie je dohoda o tom, ako súvisí plytvanie a efektívnosť. Snáď najlepšie definuje plytvanie OECD, pričom predstavuje tri hlavné kategórie nehospodárnych činností; identifikujú sa prepojením aktérov systému zdravotnej starostlivosti podieľajúcich sa na tvorbe „odpadu“ s dôvodmi, prečo by tak mohli urobiť. Tento prístup pomáha organizovať kategórie možností politiky v oblasti riešenia „odpadu“.

Pragmaticky môžeme považovať za „márnوترatné“ a „odpad“ produkujúce:

- služby a procesy, ktoré sú buď škodlivé, alebo neprinášajú výhody;
- náklady, ktorým by sa dalo predísť nahradením lacnejšími alternatívami s rovnakými alebo lepšími výhodami.

Táto charakteristika pokrýva také výdavky na zdravotnú starostlivosť, ktoré by mohli byť eliminované bez toho, aby to malo nepriaznivý dopad na dosiahnutie cieľov systémov zdravotnej starostlivosti. Na úrovni systému zdravotnej starostlivosti to zhruba zodpovedá pojmu „produktívna efektívnosť“, ktorý popisuje situáciu, keď je daný výsledok dosiahnutý za čo najnižších nákladov. Riešenie „odpadu“ – ako bol definovaný vyššie – teda nevyžaduje rozdelenie alebo systematické prerozdelenie zdrojov z jednej kategórie pacientov do druhej, alebo dokonca z jednej kategórie starostlivosti do druhej. Inými slovami, program politiky znižovania „odpadu“ sa nevzťahuje na širšiu otázku, či by iná kombinácia vstupov mohla priniesť lepšie agregované výsledky (alokačná účinnosť a prerozdelenie). „Odpad“ tu vystupuje ako kategória neefektívnosti, ale nie všetky neefektívnosti sú odpadom.

„Odpadové“ činnosti zahŕňajú rôzne zainteresované strany v systéme zdravotnej starostlivosti a vyskytujú sa z rôznych dôvodov. Pomocou vyššie uvedených dvoch dimenzií na charakterizáciu každého druhu neehospodárnej činnosti už na začiatku navrhovaný rámec rozlišuje tri kategórie „odpadu“ (márnotratnosti, plytvania). Subjekty potenciálne zapojené do tvorby „odpadu“ spadajú do štyroch kategórií: pacienti, zdravotnícky pracovníci, manažéri (ktorí pôsobia na úrovni riadenia – napríklad v **administrácii systému zdravotnej starostlivosti** alebo na makroúrovni ako regulátori systému (môže to byť jeden subjekt alebo množstvo subjektov).

Títo aktéri majú rôzne ciele a stimuly, ale organizácia systému zdravotnej starostlivosti by mala celkovo zosúladiť svoje správanie tak, aby prispeli k dosiahnutiu cieľov systému zdravotnej starostlivosti.

Môžeme tu aj vysvetliť štyri hlavné dôvody, prečo by jednotliví aktéri mohli prispieť k plytvaniu zdrojmi a k produkcii „odpadu“:

1. **Nevedia to robiť lepšie:** Majú kognitívne predsudky, deficity vedomostí, averziu k riziku a návyky, ktoré vedú k neoptimálnym rozhodnutiam, k chybám a odchýlkam od osvedčených postupov.
2. **Nemôžu robiť lepšie:** Systém je zle organizovaný a riadený a koordinácia je slabá. V týchto prvých dvoch situáciách aktéri väčšinou nemajú v úmysle vytvárať odpad a robia všetko, čo je v ich silách, ale výsledok je neoptimálny.
3. **Aktéri by mohli stratiť, keby konali správne:** K tomu dochádza, ak sú ekonomické stimuly nesprávne zarovnané s cieľmi systému, napríklad keď sú klinickí lekári platení za poskytovanie služieb bez ohľadu na to, či služby prinášajú pridanú hodnotu.
4. **Všetky kategórie aktérov môžu vytvárať „odpad“ úmyselne s jediným účelom, a to slúžiť svojmu vlastnému záujmu:** Tento posledný faktor je v skutočnosti variáciou na tretí (slabé stimuly), ale výslovnejšie poukazuje na podvody a korupciu. Schéma na začiatku článku, ktorá spája aktérov s hnacími silami a riadením, pomáha identifikovať už spomínané tri kategórie „odpadu“, ktorými sú: neehospodárna zdravotná starostlivosť, prevádzkový „odpad“ a „odpad“ súvisiaci s riadením:

- „Odpadová“ zdravotná starostlivosť sa vzťahuje na prípady, keď sa pacientom nedostáva správnej starostlivosti. Patria sem napríklad nežiaduce zdravotnícke udalosti spôsobené chybami, neoptimálnymi rozhodnutiami a organizačnými faktormi, najmä zlou koordináciou medzi poskytovateľmi. Súčasťou neehospodárnej zdravotnej starostlivosti je aj neefektívna a nevhodná starostlivosť – niekedy známa ako starostlivosť s nízkou hodnotou, ktorá je väčšinou vedená neoptimálnymi rozhodnutiami a zlými stimulmi. A nakoniec, zbytočná klinická starostlivosť zahŕňa aj zbytočné zdvojovanie služieb.
- K prevádzkovému „odpadu“ dochádza, keď je možné vyprodukovať starostlivosť s použitím menšieho množstva zdrojov v systéme pri zachovaní výhod, ale sa tak nestane. Príklady zahŕňajú situácie, keď je možné dosiahnuť nižšie ceny za zakúpené vstupy, ale sa použijú nákladné vstupy namiesto lacnejších, ktoré nie sú pre pacienta prínosom, alebo keď sa vstupy „vyhodí“ bez použitia. Tento druh „odpadu“ väčšinou zahŕňa manažérov a odráža zlú organizáciu a koordináciu.
- „Odpadom“ súvisiacim s riadením sa rozumie použitie zdrojov, ktoré priamo neprispievajú k starostlivosti o pacienta, buď preto, že sú určené na podporu správy a riadenia systému zdravotnej starostlivosti a jeho rôznych zložiek, alebo preto, že sú odklonené od zamýšľaného účelu prostredníctvom **podvodov, zneužívania a korupcie**. Zahŕňa teda dva odlišné druhy „odpadu“. Prvým je administratívny „odpad“, ktorý sa môže uskutočňovať od mikro (správcovskú) až po makro (regulátorskú) úroveň. Hlavnými faktormi sú opäť **zlá organizácia a koordinácia**.

Tým druhým „odpadom“ sú podvody, zneužívanie a korupcia, ktoré odvádzajú zdroje od dosahovania cieľov systémov zdravotnej starostlivosti, a sú tiež neehospodárne. Môže byť do nich zapojený ktorýkoľvek

z aktérov a v skutočnosti si komplexná analýza témy vyžaduje zapojenie napríklad podnikov či priemyselných odvetví pôsobiacich v zdravotníctve. To, čo odlišuje tento posledný druh „odpadu“, je úmysel klamať a získať nezaslúžený profit.

Na strategickej úrovni sú k dispozícii dve široké možnosti riešenia „odpadu“:

- i) prestať robiť veci, ktoré neprinášajú hodnotu; a
- ii) zamieňať, ak existujú rovnocenné, ale ekonomicky menej priaznivé alternatívy rovnakej hodnoty.

V mnohých prípadoch však dôkazy o vplyve politik na úspory zostávajú obmedzené alebo zmiešané a sú vysoko špecifické pre konkrétny kontext.

Prevádzka programu riešenia problému plytvania (odpadu) si vyžaduje viac tvorby, zverejňovania a využívania informácií. Informácie a transparentnosť sú základom vodcovstva založeného na dôkazoch, ale sú tiež dôležité pri navrhovaní konkrétnych politik, ktoré využívajú rôzne politické páky.

A čo napísať na záver tohto skôr teoretického článku, čo by reflektovalo slovenskú prítomnosť? Politici, pacienti, regulátori, manažéri a poskytovatelia, dobre sa pozrite navôkol. Dosť bolo rečí, dosť bolo plytvania, ale aj zlodejiny. Nezabudnite, že reformu zdravotného systému neuskutočnite, ak ešte pred jej implementáciou neznižíte mieru plytvania.

Prípravil: MUDr. Jozef Weber, viceprezident SLK

“
Drvivá väčšina občanov vyspelých štátov má prístup k potrebnej starostlivosti vcelku včas a bez toho, aby im vznikli neprimerané osobné náklady.
 ”

NEZABÚDAJTE!

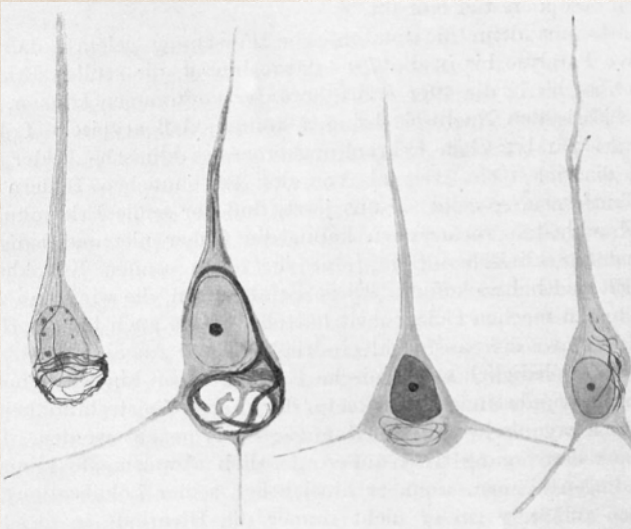
**Pred 115 rokmi ako prvý popísal
nemecký lekár Alois Alzheimer
jednu z najčastejších foriem demencie**



Na Slovensku bojuje s Alzheimerovou chorobou, prezývanou aj choroba zabúdania, okolo 50-tisíc pacientov. Ich počet však, žiaľ, neustále narastá. Odborníci predpokladajú, že do roku 2040 vzrastie toto číslo iba u nás na 180 000 pacientov, a liek je stále v nedohľadne. A to napriek tomu, že túto chorobu už poznáme a skúmame vyše 100 rokov.

AUGUSTA DETEROVÁ BOLA PRVÁ

Strašiak staroby vo forme Alzheimer je pomenovaný podľa nemeckého lekára Aloisa Alzheimer. Ten ako prvý popísal „zvláštnu chorobu mozgovej kôry“ ešte v roku 1906, teda pred 115-timi rokmi. Na mozgu svojej zomrelej pacientky Augusty Deter vtedy objavil bielkovinové usadeniny. O ženu, ktorá zomrela vo veku 56 rokov, sa stal od roku 1901 ako lekár na psychiatrickej klinike vo Frankfurte nad Mohanom. Doktor Alzheimer tam pracoval ako primár a prípad Augusty Deterovej ho doslova fascinoval. Na prvom stretnutí s ňou jej kázal napísať – Pani Augusta Deterová. Pacientka napísala „pani“, a potom sa zasekla, pretože zvyšok zabudla. Keď jej povedal ďalšie slovo, napísala najprv „Augustr“, potom „Auguse“. Vyzeralo to, ako keby sa jej vedomosti vracali iba v úlomkoch... Lístoček s týmto pokusom je súčasťou lekárskeho správ, ktoré boli dlho zabudnuté a ktoré sa na svetlo sveta dostali až potom, čo ich našli



Nákresy histologických prípravkov k materiálom Augusty D., zafarbených Bielschowského technikou ako forma demonstrácie zväzkov a ich fáz. Začiatok a postup choroby (foto nižšie). Časopis pre neurológiu a psychiatriu 1911.

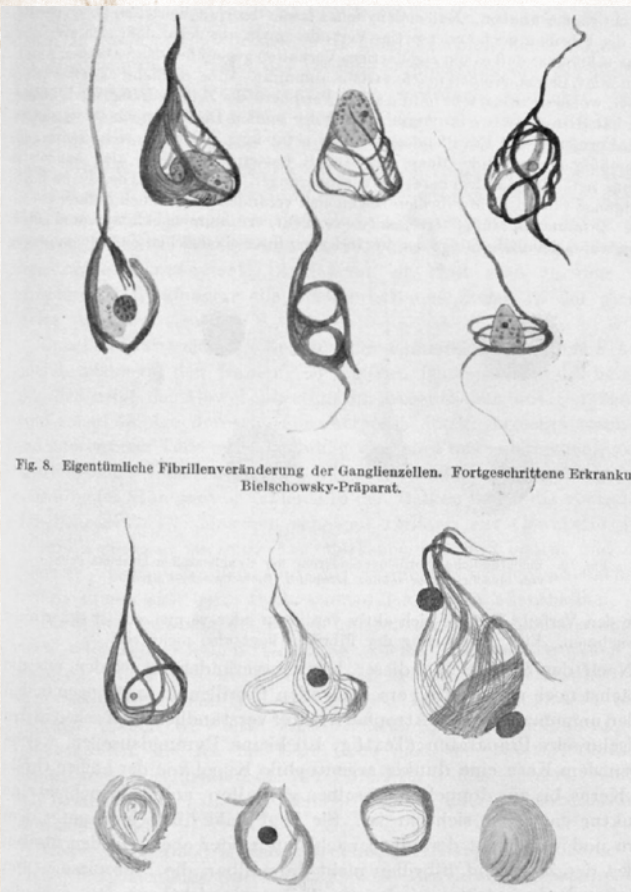


Fig. 8. Eigentümliche Fibrillenveränderung der Ganglienzellen. Fortgeschrittene Erkrankung Bielschowsky-Präparat.

v roku 1995 v archíve Frankfurtskej univerzitnej kliniky. V nich sa nachádza aj dodnes zachovaný rozhovor s Augustou Deterovou pri jej prijatí na kliniku a fotografia, ktorá je už dnes známa ako fotografia prvej pacientky s diagnostikovaným Alzheimerom.

Keďže liečba pacientky na prestížnej klinike bola drahá, jej manžel nemal už po roku peniaze, a tak ju chcel nechať preložiť. Samotný doktor Alzheimer sa však zasadil o to, aby pani Augustu na klinike nechali, pretože sa chcel jej prípadu venovať aj naďalej. A hoci už v tom čase pracoval na prestížnej klinike v Mníchove u známeho psychiatra Emila Kraepelina, pravidelne sa o stav Augusty Deterovej zaujímal a nechal si posielať informácie o tom, ako u nej choroba postupuje. Zo správ bývalých kolegov bolo jasné, že jej diagnóza sa neustále zhoršuje. Augusta Deterová bola čoraz viac zmätená, dezorientovaná, nevedela si spomenúť ani na svoje meno, bola nedôverčivá, agresívna a plačlivá. Posledný rok už len ležala na posteli, občas vykrikovala, museli ju kŕmiť, prebaľovať... O rok na to, v roku 1906, Augusta vo veku iba 56 rokov zomrela na otravu krvi následkom preležanín.



„Nepochybné existuje viac psychiatrických chorôb, ako je popísaných v učebniciach.“

CHOROBNÉ ZMENY NA MOZGU

Doktor Alzheimer, ktorý bol už medzičasom známy tým, že ho fascinuje skúmanie mozgu pod mikroskopom (aj preto ho prezývali „psychiater s mikroskopom“), si po jej smrti nechal poslať lekárske správy, ako aj jej mozog do Mníchova. Po jeho dôkladnom preskúmaní zistil, že mozog bol značne scvrknutý a objavil na ňom zvláštne fibrily, ako aj bielkovinové usadeniny na nervových bunkách.

Zaujímavé na celom prípade bolo, že hoci choroba, nazývaná ako „starecké bláznovstvo“, bola popísaná a známa už dlhšie, vždy sa jednalo o starších pacientov. Avšak Augusta mala iba 56 rokov, keď zomrela! Alzheimer preto predpokladal, že duševný prepád jeho pacientky má biologické príčiny. A pri pitve naozaj zistil, že mozgová kôra alebo jej Augusta bola scvrknutá a v nervových bunkách, ako aj medzi nimi, našiel spomínané bielkovinové usadeniny.

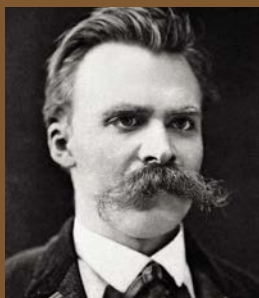
Alzheimer zistil, že mnoho buniek v mozgovej kôre obsahovalo vláskovité fibrily, ktoré sa združovali do hrubších zväzkov. V bunkách zrejme neskoršieho štádia choroby sa jadro, vlastne celá bunka rozpadla a zostali tam len husté a tmavé zoskupenia vlákien. Pretože vlákna sa zafarbili odlišne od normálnych buniek, Alzheimer usúdil, že práve ukladanie nejakého patologického produktu metabolizmu bolo príčinou smrteľného konca. Štvrtina až tretina buniek pacientky buď obsahovala husté vlákna, alebo úplne zmizla.

Okrem tohto ničivého procesu v bunkách zistil rad mikroskopických zhlukov alebo plakov v celej mozgovej kôre. Neskôr bolo zistené, že sa skladajú z degenerovaných častí bunkových výbežkov – axonov, ktoré sa zhromaždili okolo



Prezeranie rodinných fotografií môže pomôcť pacientom s Alzheimerovou chorobou najmä v začiatkoch pri problémoch s pamäťou.

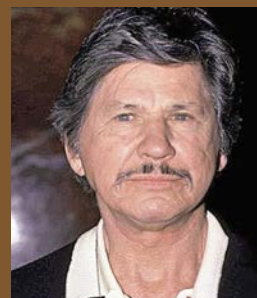
Osobnosti, ktoré trpeli Alzheimerom:



nemecký filozof
Friedrich Nietzsche



legendárna americká tanečnica
a herečka Rita Hayworth



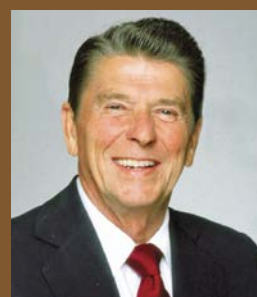
herec
Charles Bronson



ikona francúzskeho
filmu Annie Girardot



český skladateľ, hudobník,
dirigent a spevák Petr Hapka



bývalý americký
prezident Ronald Reagan

bielkovinovej látky nazývanej beta-amyloid. Dodnes je nález presenilných plakov a zhlukov vlákien primárnym kritériom pri mikroskopickej diagnóze Alzheimerovej choroby. Pôvod týchto vnútrobunkových príznakov však stále nepoznáme. Keď sa to podarí zistiť, budeme o veľký krok v poznaní ďalej.

NIKTO MU NEVERIL

Svoje poznatky predstavil doktor Alzheimer ešte v tom istom roku na 37. zhromaždení juhonemeckých psychiatrov v Tubingene. Ako to však už býva, narazil na nepochopenie a nedôveru. Jeho zistenia nikto nebral vážne, čo ho nesmierne sklamal.

V tom čase totiž panoval názor, že „starecké bláznovstvo“ nemá biologické príčiny, ale jednoducho súvisí s neviazaným spôsobom života (!). Alzheimerov nadriadený, psychiater Emil Kraepelin síce zverejnil príbeh Augusty Deterovej v roku 1910 v jednej učebnici a nazval jej chorobu „Alzheimerovou“, ale krátko na to ich zistenia upadli do zabudnutia. O Alzheimerovej chorobe sa vo veľkom začalo znovu hovoriť až v 60-tych rokoch!

BÚRLIVÁK S JAZVOU NA TVÁRI

A kto bol muž, ktorého meno nosí obávaná choroba? Alois Alzheimer sa narodil ako najstarší syn notára v Marktbreite v Nemecku. Ako 18-ročný začal študovať medicínu v Berlíne, ale veľmi sa mu nechcelo. Skôr sa venoval bujarým študentským zábavám, na ktoré mu ostala aj spomienka v podobe jazvy, tiahnucej sa od ľavého oka až k brade. Bol to výsledok nešťastného šermiarskeho zápasu a od toho času sa vraj Alzheimer nechával fotografovať vždy iba z jednej strany.

Po roku v Berlíne sa divoký študent vrátil domov a nič nezasvedčovalo tomu, že z neho raz bude uznávaný lekár a vedec. Pauza doma mu však prospela a mladý Alois sa rozhodol pokračovať v štúdiu medicíny vo Wurzburgu a v Tubingene. Po úspešnej promócií začal v roku 1888 pracovať v mestskej psychiatrickej klinike v Frankfurte nad Mohanom. Na klinike sa aj vďaka jeho snahe podarilo zaviesť modernejšie a hlavne ľudskejšie metódy liečby psychiatrických pacientov – lekári sa vyhýbali donucovacím praktikám ako zvieracie kazajky, nútené kŕmenie a podobne, ktoré boli bežné v podobných zariadeniach. Zaviedli napríklad aj terapiu teplými kúpeľmi pre nepokojných pacientov, niektorí pacienti sa mohli voľne pohybovať

po parku či dokonca aj mimo nemocnice. Mladý Alzheimer sa tu venoval predovšetkým výskumu syfilisu, vtedy veľmi rozšírenej pohlavnej choroby, spôsobujúcej tzv. mäknutie mozgu. Bol známy ako vynikajúci laboratórny technik – mikroskopickú patológiu mal doslova v malíčku.

LÁSKA Z ARGENTÍNY A SMŤ V POLSKU

V roku 1894 ho kolega pozval do Argentíny, aby mu pomohol pri liečbe jeho pacienta Otta Geisenheimera, obchodníka s diamantami, ktorý mal syfilis. Krátko po Alzheimerovom príchode však pacient napriek ich spoločnej snahe zomrel.

Príbeh mal však doslova filmové pokračovanie – Alzheimer sa do mladej vdovy Cecilie zamiloval a ona jeho lásku opätovala. Do Frankfurtu sa tak už vrátili spoločne a o rok na to, 1895 sa zobrali. Cecilia dokonca kvôli nemu prestúpila zo židovskej na evanjelickú vieru, aby sa mohli zosobášiť v kostole. Narodili sa im postupne tri deti a rodina prežívala nesmierne šťastie. V blahobyte, v prepychovom dome s umeleckými dielami a početným služobníctvom si užívali život plnými dúškami. Ich rodina patrila k elitám mesta a mladý vedec sa vďaka bohatstvu mohol naplno venovať svojej práci.

Žiaľ, rodinné šťastie netrvalo dlho. V roku 1901 Cecilia ochorela a predčasne zomrela. Jej smrť doktora Alzheimerova nesmierne zdrvila. Vrátil sa do Mníchova a ešte viac sa ponoril do práce. Vďaka majetku, ktorý zdedil po milovanej žene, si mohol výskum naďalej financovať z vlastných zdrojov. Nevadilo mu, že pracoval stále v tieni slávnejšieho profesora Kraepelina – doktor Alzheimer netúžil po sláve, jeho zaujímala

iba podstata vecí – chcel ako vedec prísť na koreň problému. V roku 1912 sa mu však predsa podarilo získať vysnívanú profesúru na Univerzite vo Wroclavi a stal sa riaditeľom tamojšej prestížnej Kráľovskej psychiatrickej a nervovej kliniky. Cestou do Poľska si však privodil ťažkú infekciu, ktorá mu okrem iných orgánov zasiahla aj srdce a s ktorou bojoval nasledujúce roky. Žiaľ, v decembri 1915 na jej následky napokon zomrel. Keď ho zradilo srdce, mal iba 51 rokov.

Pochovaný je vo Frankfurte nad Mohanom vedľa svojej manželky.

Štatistika o Alzheimerovej chorobe

Vo svete žije **46,8 miliónov** ľudí s demenciou.

Každé **4 sekundy** pribudne na svete **1 prípad demencie**.

Najčastejšou formou demencie je jednoznačne **Alzheimerova choroba**.

Demenciou trpí každý **20. človek** nad **65 rokov**. Po **80. roku** veku je to každý **piaty človek**.

V roku **2050** sa odhaduje nárast počtu pacientov trpiacich demenciou na **131,5 miliónov**.

Len **1 zo 4 prípadov** Alzheimerovej choroby je **potvrdených diagnosticky**.

Vek je **najvýznamnejším** rizikovým faktorom **Alzheimerovej choroby**.

*Prípravila: Nancy Závodská
Zdroj: internet, Veda na dosah*

ČO RIEŠILA KOMORA?

Prehľad aktivít orgánov a predstaviteľov SLK pred letnými prázdninami

Aktivity SLK sa okrem pravidelného stretnutia Prezídia a Rady SLK týkali aj mediálnych aktivít smerom navonok. SLK sa vyjadrovala takmer na dennej báze k aktuálnym témam (napr. reforma OSN, odloženie zákona o odškodnení zdravotníkov, očkovanie detí proti covidu, expirácia Sputniku, aktuálna situácia ohľadom koronavírusu). Zároveň sme však zorganizovali aj niekoľko tlačových konferencií a stretnutí na aktuálne témy.

25. 5. Rokovanie so zástupcami ANS a účasť na kongrese

Prezident SLK rokoval v sídle komory so zástupcami ANS MUDr. Petkom a MUDr. Pramukom, zúčastnil sa online zasadnutia Akademického senátu LF UK Bratislava a IV. Medzinárodného kongresu športovej medicíny.

6. 5. Rokovanie na MZ SR o reforme slovenského zdravotníctva

Prezident SLK sa zúčastnil rokovania na MZ SR k Optimalizácii siete nemocníc. Ministerstvo zároveň požiadalo komoru zaslať opakovane mail s upozornením poskytovateľom zdravotnej starostlivosti, ktorí nepodali zúčtovanie dotácie z MZ SR, poskytnutej na úhradu odmien v prvej línii a červenej zóne za prvú vlnu pandémie, aby zúčtovanie dotácie neodkladne vykonali, nakoľko v prípade nezúčtovania dotácie môže byť poskytovateľovi uložená pokuta. Komora poslala požadovaný mail aj s metodickým pokynom a požadovaným čestným prehlásením, týkalo sa to približne 1000 poskytovateľov.

8. 6. Prezídium a Rada SLK

Členovia prezídia rozdiskutovali problematiku registrácie lekárov z tretích krajín, náplň práce asistent DRG, ktorá je často uvádzaná v pracovných zmluvách lekárov z tretích krajín. Doc. MUDr. Vician konštatoval, že je potrebná legislatívna zmena, napr. lekárom z tretích krajín počas 1 roka pred vykonaním odbornej skúšky umožniť pracovať ako lekár pod dohľadom v nemocnici, čím by sa preverila odborná úroveň a proces registrácie zjednodušil. Mgr. Seneši informoval, že aj v SR je tiež možná dočasná sťaž, ale iba počas trvania pandémie ochorenia COVID-19. MZ SR zaslalo informáciu SLK, že v SR je 10 leká-



Rada SLK sa na svojom júnovom zasadnutí zaoberala aj prípravou volieb do regionálnych lekárskech komôr a následne aj volebným snemom.



Členovia Prezídia SLK diskutovali aj o problematike registrácie lekárov z tretích krajín.



Na tlačovej konferencii k Optimalizácii siete nemocníc sa zúčastnili prezident SLK MUDr. Marian Kollár, člen Prezídia SLK doc. MUDr. Marián Vician a člen Rady SLK MUDr. Jaroslav Šimo.

rov – stážistov z tretích krajín počas trvania pandémie ochorenia COVID-19.

MUDr. Vasilová sa informovala na podmienky uznávania praxe u lekárov, ktorí študovali na Slovensku, dlhodobo vykonávali povolanie VLD v zahraničí, mimo krajín EÚ a chceli si spraviť atestáciu na Slovensku. Mgr. Seneši odporučil lekárom najskôr požiadať MZ SR o uznanie diplomu o špecializácii.

Rada SLK vyhlásila voľby v RLK v termíne od 6. 9. 2021 do 10. 9. 2021 a v SLK od 1. 10. do 2. 10. 2021, pričom volebným snem SLK sa uskutoční v Hoteli Saffron v Bratislave. (Viac o tom píšeme v samostatnom článku, pozn. red.)

Rada SLK poverila AK ŠKODLER & PARTNERS, s. r. o., prípravou žiadosti pre ministra zdravotníctva a vicepremiérku pre investície a informatizáciu (a taktiež na vedomie prezidentke SR) o poskytnutie informácií o počte, zdroji financovania a o doteraz reálne vynaložených finančných prostriedkoch na MOM. Zároveň Rada v uznesení žiada o informáciu, ako MOM fungujú po znížení paušálnych platieb o 40 % a dokedy budú MOM financované paušálne.

Členovia Rady SLK sa taktiež oboznámili s obsahom dohody o poskytovaní údajov ÚDZS. Dohodnutý rozsah poskytovaných údajov bude v štruktúre: číselný kód zdravotníckeho pracovníka, priezvisko, meno, rodné číslo alebo dátum narodenia, dátum pridelenia číselného kódu, dátum ukončenia platnosti číselného kódu, dátum pozastavenia platnosti kódu, dátum ukončenia pozastavenia platnosti číselného kódu.

10. 6. Tlačová konferencia k návrhu Optimalizácie siete nemocníc

Na brífingu k OSN aj k súčasným potrebám slovenského zdravotníctva sa zúčastnili prezident SLK MUDr. Marian Kollár, člen Prezídia SLK doc. MUDr. Marián Vician a člen Rady SLK MUDr. Jaroslav Šimo. Na tlačovej konferencii zaznelo jasné stanovisko SLK, podľa ktorého **uvedený návrh Optimalizácie**

siete nemocníc je nielen vytrhnutý z konceptu potreby riešenia zásadných problémov slovenského zdravotníctva, ale v navrhovanej podobe neprinesie žiadne zlepšenie, ani dostupnosť zdravotnej starostlivosti a už vôbec nie kvality jej poskytovania. Základným mottom reformy totiž nemôže byť zatváranie nemocníc.

SLK na tlačovej konferencii predstavila svoje návrhy:

1. Otvoriť diskusiu na riešení súčasných problémov, ako i nastavení zásadných systémových zmien s odbornými zoskupeniami. Zčať využívať potenciál odborníkov na predloženie relevantného, pre občana, ako aj pre zdravotníka perspektívneho, kvalitného návrhu.
2. Prijatť taký model financovania zdravotníctva na najbližšie roky, aby dokázal zabezpečiť nielen reformu poisťovacieho systému a zdravotných poisťovní, ale aby sa mohli uskutočniť aj zásadné systémové zmeny nášho zdravotníctva.
3. Podmienkou čerpania historicky najväčších finančných prostriedkov (1,4 mld. €) z Plánu obnovy by mala byť reforma verejných zdrojov využívaných na poskytovanie ZS, stabilizáciu zdravotníckeho personálu, vrátane reformy vzdelávania a OSN, založenú na spádovom princípe. Zdroje určené na lôžkové zariadenia by mali byť použité prednostne na výstavbu nových komplexných koncových nemocníc. V prvom rade je však potrebné zamerať sa na finančnú i odbornú stabilizáciu zdravotníckych pracovníkov v rezorte, a to okamžite. Nie budovy a prístroje liečia, ale ľudia.
4. Nastaviť optimálnu ambulantnú sieť tak, aby sme mohli následne prikočiť k organizácii a zafinancovaniu podmienok výkonu jednotlivých typov ústavnej zdravotnej starostlivosti.
5. Výsledkom týchto zmien, ako na úrovni ambulantnej i ústavnej starostlivosti by mala byť jasná, nekomplikovaná cesta pacienta za potrebnou zdravotnou starostlivosťou na princípoch spádovosti.



Verejný seminár s názvom Lepšie zdravotníctvo pre všetkých sa uskutočnil na pôde Európskej komisie na Slovensku.

6. Štát by mal urýchlene dostavať univerzitnú nemocnicu na Rázsochách, s počtom lôžok minimálne 1200, čo je nevyhnutné pre zlepšenie systému vzdelávania medikov, ako aj pre následné poskytovanie špičkovej zdravotnej starostlivosti pre pacientov.

17. 6. Tlačová konferencia – Prehliadky mŕtvych tiel

Spoločná tlačová konferencia Slovenskej lekárskej komory a Zväzu ambulantných poskytovateľov sa uskutočnila pred budovou Národnej rady SR. Téma sa venujeme v osobitnom článku.

22. 6. Výzva SLK v súvislosti s delta variantom vírusu

Prinášame ho v plnom znení:

Slovenská lekárska komora veľmi pozorne sleduje situáciu v súvislosti s hrozbou ďalšej vlny pandémie, ktorú by mohol vyvolať delta variant vírusu. Vzhľadom na to, že tento vírus je najviac rozšírený vo Veľkej Británii, kde predstavuje vyše 90 % nakazených, apelujeme na Vládu SR a ministerstvo zdravotníctva, aby okamžite prijalo kroky proti zavlečeniu tohto variantu vírusu na Slovensko.

Počas blížiacich sa prázdnin možno očakávať, že na Slovensko zavíta veľká časť slovenskej enklávy, žijúcej vo Veľkej Británii. Riziko zavlečenia delta variantu vírusu je preto veľmi vysoké. Slovenská lekárska komora preto vyzýva kompetentných, aby v záujme zdravia a ochrany všetkých občanov našej krajiny urýchlene prijali také opatrenia, ktoré budú dostatočnou zárukou ich ochrany a predídu šíreniu tejto tak nebezpečnej mutácie, vrátane zavedenia povinnej karantény do času negatívneho výsledku PCR testu.

25. 6. Mimoriadna Rada SLK

Aj za účasti členov Pracovnej skupiny, ktorá sa zaoberá reformou slovenského zdravotníctva z dielne SLK, rokovali prítomní o materiáli Konceptia zdravotníctva z pohľadu SLK. Následná Rada tento materiál zobrala na vedomie a uznesením



Prezident SLK MUDr. Marian Kollár sa zúčastnil aj na okrúhlym stole k Plánu obnovy a Optimalizácii siete nemocníc na pôde EK na Slovensku.

poverila pracovnú skupinu dopracovať o pripomienky, návrhy a ďalšie riešenia v súlade s priebehom diskusie.

29. 6. Lepšie zdravotníctvo pre všetkých – verejný seminár

Prezident SLK MUDr. Marian Kollár sa zúčastnil na podujatí, ktoré spoločne zorganizovali Zastúpenie Európskej komisie na Slovensku, Ministerstvo zdravotníctva SR a sekcia plánu obnovy Ministerstva financií SR. Podujatie otvoril a uviedol minister zdravotníctva, ktorý stručne priblížil Plán obnovy a následne bol neverejný okrúhly stôl. Pri ňom diskutovali predstavitelia relevantných zdravotníckych organizácií (SLK, ZAP, ANS, AŠN, Asociácia na ochranu práv pacienta, ÚDZS, Asociácia zdravotných poisťovní...) predovšetkým o pripravenej Optimalizácii siete nemocníc. Výsledkom bola dohoda na potrebe stretnutí s jednotlivými organizáciami, pretože takto predložený plán reformy je pre väčšinu spomínaných organizácií neprijateľný a požadujú v ňom zásadné zmeny. Tie by mali byť predložené na plánovaných stretnutiach, ktoré by sa mali uskutočniť v priebehu leta.



Dagmar (vľavo) a jej sestra Miriam pomáhajú pacientom s Parkinsonovou chorobou.

Tancom proti PARKINSONOVI?

Dve sestry – jedna
vyštudovaná
právnička a druhá
fyzioterapeutka
– sa rozhodli tak
trochu netradične
pomáhať
pacientom
s nevyliciteľnou
chorobou.

energie má na rozdávanie a slovíčko „nedá sa“ v jej slovníku neexistuje. Vyštudovaná právnička, interiérová dizajnérka a arteterapeutka Dagmar Pupalová sa pred vyše šiestimi rokmi pustila spolu so sestrou Miriam, vyštudovanou fyzioterapeutkou a bývalou športovkyňou, do boja, na ktorého začiatku i konci je pacient s diagnózou Parkinson.

Hoci dovtedy ani len netušila, čo táto choroba znamená.

PRVOTNÝ ŠOK

„V živote asi nič nie je náhoda – sestra študovala fyzioterapiu a na praxi dostala pacientov s Parkinsonom, s ktorými cvičila. Často sa jej sťažovali, že po rehabilitácii v nemocnici už s nimi nemá kto cvičiť, hoci stále potrebujú pohyb, pretože im to zlepšuje fyzický stav. Tak sa sestra ponúkla, že s nimi bude cvičiť zadarmo. Našla si priestory, kde s nimi potom pravidelne každú nedeľu cvičila,“ začína svoje rozprávanie Dagmar Pupalová. To bolo asi pred šiestimi rokmi.

Pacientom sa cvičenie zapáčilo a len tak mimochodom spomenuli fyzioterapeutke Miriam, či by sa nedalo aj tancovať... Miriam to prekvapilo, a keďže nie je taká zdatná v tanci ako jej sestra Dagmar, skúsila ju osloviť. „Najprv som sa aj zľakla, lebo o tej diagnóze som dovtedy nič nevedela,“ spomína Dagmar. Rozhodla sa to však skúsiť – vybrala



Parkinsoniáda patrí tiež medzi aktivity, na ktorých Pupalky a ich pacienti nemôžu chýbať, na foto je Dagmar.

hudbu a s malou dušičkou išla na prvý „tréning“.

„Keď som sa s nimi stretla prvýkrát, zostala som v šoku, akí mladí pacienti tam boli... Predstavte si mladých ľudí, ktorých bolo treba držať, lebo jednoducho padali, alebo ďalší, ktorí zase boli hyperaktívni a nedokázali sa zastaviť. Bolo to pre mňa hrozné! Chcela som im veľmi pomôcť, ale nevedela som ako. Sestra povedala, aby som sa sústredila na to, na čo som prišla – tak som im pustila muziku a začali sme s hýbať,“ hovorí dnes už s úsmevom.

COVID ICH ZASTAVIL

Tancovanie ako terapia pri Parkinsonovej chorobe nie je ničím novým – výborné skúsenosti majú taneční „terapeuti“ v zahraničí napríklad s tantom. Tanec, ktorý ponúka ladné pohyby a zároveň upokojuje myseľ. Aj preto by sa Dagmar chcela v budúcnosti zamerať na práve tento druh tanca. „Je aj vedecky dokázané, že tango parkinsonikom pomáha.“ Rada by ho precvičovala nielen s pacientami, ale aj so zdravými ľuďmi. „Chcela by som, aby ľudia pochopili, čo táto choroba znamená a že môže postihnúť aj mladého, 35-ročného človeka.“

Plány obidvom sestram však značne prekazila korona. Priestory, kde s pacientami cvičili a tancovali, ostali zavreté a dnes obidve musia hľadať náhradné. Nielen na tancovanie, ale aj na iné druhy terapie – arteterapiu, právnú či psychologickú poradňu. „Plánujeme zriadiť centrum, ktoré by slúžilo parkinsonikom nielen na tanečné terapie, ale na všetky druhy pomoci, ktorú budú potrebovať,“ prezrádza odvážne plány Dagmar. Pred pár dňami sa jej dokonca podarilo nadviazať spoluprácu s jednou advokátskou kanceláriou, ktorá bude zadarmo pomáhať ľuďom s Parkinsonom riešiť predovšetkým pracovno-právne problémy a diskrimináciu. S tými sa totiž parkinsonici stretávajú najčastejšie. „Téma diskriminácie z dôvodu veku či zdravotného postihnutia ma zaujíma aj ako právničku,“ hovorí Dagmar Pupalová. „Viditeľné je to najmä v práci, kde zamestnávateľia často radšej zaplatia pokutu, než by mali zamestnať človeka s postihnutím,“ hovorí. Pritom by podľa nej niekedy stačilo aj málo – v prípade parkinsonikov možno flexibilný pracovný čas či drobné úpravy na pracovisku. „Rada by som napríklad založila sociálny podnik, kde by sme takýchto ľudí zamestnávali,“ prezrádza svoje ďalšie plány.

Jej slová znejú o to odvážnejšie, že všetky aktivity, ktoré doteraz v prospech pacientov robili, robia zadarmo. V rámci svojho občianskeho združenia Pupalky. Hoci nie sú jediným združením, ktoré sa venuje parkinsonikom – oficiálnym je spoločnosť Parkinson Slovensko – ich aktivity sú predsa len trochu iné. „Samozrejme, že sme v kontakte, spolupracujeme spolu. Ich aktivity sú však viac zamerané aj na medikamentóznou liečbu v spojení s lekármi a vedcami. My sa zameriavame



skôr na to, ako týchto ľudí vytiahnuť von, aby nesedeli doma, robili s nimi aktivity, aby sa vrátili do života,“ hovorí Dagmar. Spoločne so združením Parkinson Slovensko sa napríklad zúčastnili na pravidelnej Parkinsoniáde – športovom stretnutí ľudí s Parkinsonom.

OCHRANNÁ ZNÁMKA A MINISTERSTVO

Pod hlavičkou Pupalky vymysleli obe sestry napríklad aj ochrannú známku pre parkinsonikov. Hoci symbolom tejto diagnózy je tulipán, obidve sestry sa rozhodli vymyslieť takú známku, ktorá bude oveľa viac symbolizovať túto chorobu. A ako vyzerá?

Je v tvare značky STOP a v strede je „panáčik“, ktorý znázorňuje osobu. Písmeno „P“ je ako Parkinson, Person, Pomoc a nakoniec aj Pupalky. Panáčik má rozťahnuté ruky, čím chce ukázať stop, mám problém, stop, zamrzol som, stop, pomoc. Spodná časť, ktorú znázorňujú šípky, sú nohy, kde si každá robí, čo chce a celá postava stojí na labilnom špicatom kyvadle. Nášivka je na reflexnej látke, okraje sú vyšité špeciálnou svietiacou niťou, ktorá sa cez deň nabije a večer svieti približne 3 hodiny. „Ochrannú známku sme kreovali asi 1 rok,“ hovorí Dagmar. „Mysleli sme na detaily, ako dostatočná reflexná plocha, jasný zapamätateľný znak a večerná svietivosť. Známkou sme dali patentovať a dostane ju od nás iba pacient, ktorému túto chorobu diagnostikujú. Veríme, že kampaň, ktorú pripravujeme, pomôže parkinsonikom viesť bezpečnejší a aj bezstresovejší život na verejnosti.“

Spomínanú reklamnú kampaň pripravujú v spolupráci s Mestským dopravným podnikom v Bratislave. „Natočili sme aj profesionálne krátke video, v ktorom ukazujeme, ako pomôcť pacientovi, ktorý napríklad na ulici či v obchode ‚zamrzne‘ (to sa im stáva často, že sa nevedia pohnúť a ľudia nechápu, čo sa deje), alebo keď, povedzme, nájdú človeka na ulici ležať na zemi. Parkinsonici totiž často padnú, zašpinia sa, zrania a ľudia ich potom považujú za bezdomovcov či opilcov,“ hovorí Dagmar. Ako vracia, ľudia si často myslia, že Parkinsonova choroba sa prejavuje len trasom rúk, ale tak to nie je.

Ochrannú známku, o ktorú už prejavilo záujem napríklad aj Poľské združenie parkinsonikov, predstavili ešte počas ministrovania Andrey Kalavskej aj na Ministerstve zdravotníctva SR, s prosbou, či by nemohlo ministerstvo prispieť na šitie známk, aby ich pacienti mohli dostávať zadarmo. Úradníci boli síce nadšení, aký krásny a dobrý nápad to je, ale, žiaľ, takéto niečo do ich kompetencie nespadá a podľa zákona ani nemajú ako prispieť.

Dagmar sa však nevzdáva – tým skôr, že po roku covidu už pacientom tancovanie a pravidelné cvičenie či stretávanie sa chýba. A tak napríklad Míriam s nimi cvičí doma – buď u nej,



Cvičenie je najlepšou terapiou pre parkinsonikov.



Fyzioterapeutka Miriam sa venuje aj tejpovaniu, ale jej srdcovkou sú cvičenia s parkinsonikmi.

alebo priamo u pacientov. Zadarmo. Nepochopiteľné? Možno áno, ale obidve sestry hovoria, že zdravie v obchode nekúpiš a keď dokážu v rámci svojho voľného času pomôcť, naplnia ich to pocitom, ktorý je na nezaplatenie. „Keď vidíte, aký je pacient šťastný, že má energiu, že neostáva doma v kúte, je to úžasný pocit. Keď vás objímu a vidíte, že sú šťastní. To nás poháňa dopredu, a práve v tomto náročnom období je podanie pomocnej ruky dvojnásobne vzácne,“ hovorí Dagmar.

HERCI S DIAGNÓZOU

Najnovšou aktivitou či terapiou, ktorú Dagmar pre „svojich“ pacientov s Parkinsonom pripravuje, je divadelná hra. Dagmar si ju sama napísala, sama ju režiruje – a nacvičuje spoločne s parkinsonikmi.

„Uvedomila som si, že články a besedy sú prínosné, ale keď ľudia uvidia na vlastné oči na javisku, čo vlastne Parkinson s človekom robí, aké sú tie fázy, keď človek zamrzne alebo sa, naopak, nevie zastaviť, tak to bude úplne niečo iné. Preto som sa rozhodla napísať divadelnú hru,“ vysvetľuje Dagmar. Hru s jej vymysleným názvom NOSNIKRAP finančne podporilo aj Ministerstvo kultúry SR a prevzalo nad ňou aj záštitu. Dagmar verí, že ďalšiu podporu získa aj tento rok, aby mohla uhradiť náklady spojené s prenájmom priestorov a samotnou realizáciou projektu. Divadelná hra, v ktorej účinkujú predovšetkým pacienti s Parkinsonom, by mala mať premiéru už v decembri tohto roku. Objaviť by sa v nej mal napríklad aj herec a zároveň pacient Vladimír Obšil. „Vlado Obšil bol mojím divadelným dielom príjemne prekvapený. Hneď aj súhlasil s účinkovaním a povedal, že svoju postavu zahrá aj bez nároku na honorár. To ma nesmierne dojalo a presvedčilo, že idem správnym smerom. Keď sa na skúškach stretol s nehercami parkinsonikmi, povedal mi, že majú jeho veľký obdiv, nakoľko sa neboja postaviť na

javisko a otvorene priznať svoju chorobu a ukázať, ako s nimi Parkinson narába a ako ich ovláda,“ hovorí Dagmar.

POHYB JE ŽIVOT

Na hru sa už teraz teší aj fyzioterapeutka a lektorka z Inštitútu fyzioterapie, balneológie a liečebnej rehabilitácie Univerzity Cyrila a Metoda v Trnave, Mgr. Helena Farská. Aj ona je totiž tak trochu „zodpovedná“ za to, čo sestry Pupalkové dnes robia.

„Miriam bola moja žiačka,“ začína svoje spomínanie na sestry Pupalkové pani Farská, keď sme ju navštívili v Univerzitnej nemocnici na Mickiewiczovej ulici v Bratislave. Pracuje tu neuveriteľných 46 rokov a rukami jej už prešli desiatky študentov. Miriam však bola iná. „Bolo to asi pred šiestimi rokmi a hneď som si ju všimla. Na rozdiel od ostatných bola neuveriteľne chytivá, zanietena, o všetko sa zaujímala,“ hovorí pani Farská. Keď raz mali v rámci praxe cvičenie s parkinsonikom, Miriam prejavila záujem, či by ho nemohla na ďalšej hodine cvičiť sama. „Ona do toho išla s takým zanietением a vervou, presne vedela, čo ten pacient potrebuje. Jednoducho rodená fyzioterapeutka,“ spomína na študentku skúsená pedagogička. K spokojnému pacientovi, ktorého Miriam cvičila, sa postupne pridali ďalší. A tak sa to vlastne celé začalo.

„Neskutočne im obidvom držím palce, pretože to, čo robia, je naozaj chvályhodné,“ hovorí pani Farská. Dodnes je s nimi v kontakte a pravidelne im posila svojich študentov, aby si pozreli, čo všetko je možné v rámci fyzioterapie s pacientmi robiť. „Miriam ich dokáže pre túto prácu naozaj zapáliť.“

Už teraz sa teší na spomínanú divadelnú hru. „Oslovila som svojich študentov, aj komoru fyzioterapeutov, aby si to išli pozrieť. Myslím si, že to bude veľmi edukačné,“ hovorí pani Farská. Aj podľa nej je povedomie o parkinsonikoch – najmä v radoch mladých ľudí – stále veľmi malé.

Pripravila: Nancy Závodská

SMOVEY KRUHY A CVIČENIE


Balančné cvičenia, tréning, ako správne padať, posilňovanie svalstva – to sú hlavné cviky, ktoré so svojimi pacientmi trénuje fyzioterapeutka Miriam. Dagmar má v talóne jednu špecialitku – cvičenie so Smovey kruhmi. O čo ide?

„Sú to špeciálne kruhy, ktoré vymyslel bývalý rakúsky športovec Johan Salzwimmer, keď ochorel na Parkinsona. Pri polievaní záhrady zistil, že vibrácia vody veľmi pozitívne vplyva na jeho motoriku,“ hovorí Dagmar Pupalová. Postihnutý športovec teda vyrobil najprv tenisové rakety, obmotané hadicou

s guľôčkami. Svoj vynález napokon vylepšil a výsledkom sú dnes tzv. Smovey kruhy – teda kruhy naplnené guľôčkami, ktoré pri cvičení vibrujú. To pomáha Parkinsonkom zlepšovať motoriku, upokojuje to nervový systém a dokonca posilňuje aj imunitu. Smovey kruhy aktivujú až 97 % svalov v tele, posilňujú srdce a kardiovaskulárny systém. Nie sú určené len pre parkinsonikov, cvičiť s nimi môžu aj zdraví. Sú výborné aj ako masážna pomôcka na regeneráciu svalstva, na aktiváciu lymfatického systému. Môžu ich používať aj zdraví ľudia.

V očnej rohovke, zubnej sklovine a nechtoch (**tajnička**) nových ciev (vaskularizácia). Zo strany pevného povrchu tak baktériám nehrozí zničenie. Aby sa nemuseli časom vymieňať implantáty v tele, sú ich povrchy antibakteriálne.

Správne znenie tajničky posielajte na media@lekom.sk (do predmetu mailu uveďte TAJNIČKA MEDIKOM 4-5) alebo na adresu Slovenská lekárska komora, Račianska 42/A, 821 03 Bratislava **do 20. 8. 2021**. Ceny do krížovky venuje LEKÁR, a. s.

	DARCA KRVI	VIATÍM ZASIAHNE	OZDOBNÝ PRUH NITÍ	MUŽSKÉ MENO (4.11.)	ZVUK PRASIAŤ ODPOROVACIA SPOJKA			HLAVNÁ ČASŤ KOSTOLA										
								STAVEBNÝ MATERIÁL										
VYČKALA, POČKALA								2.ČASŤ TAJNIČKY										
								STRED (ANGL.)										
VIATÍM ZASIAHLO								OBYVATEĽ MEKKY										
								IVANA (DOM.)										
1.ČASŤ TAJNIČKY																		ALLIANCE TECHNOLOGIE INFORMATIQUE
																		KYSLOSŤ ROZTOKU (OZN.)
ČASŤ VOZA (ZDROB.)							ŠIROKÁ PLYTKÁ DOLINA											PLIENENIE (KNIŽ.)
ŠPORTOVÝ KLUB V MADRIDE							JAPONSKÁ ABECEDA											VÝŠINOVÝ PASIENOK

Správna odpoveď tajničky z časopisu MEDIKOM 3/2021 znie:

Psychická OBAVA Z POSMECHU druhých ľudí má odborný názov gelotofóbia. Prejavuje sa stresom, potením a odklonom od normálneho správania.

Blahoželáme výhercom!

Vyžrebovali sme troch súťažiacich, posielame im ceny, ktoré venuje LEKÁR, a. s.

Výhercovia z čísla 3/2021:

1. MUDr. Soňa V., Šurany
2. Dr. Veronika J., Rožňava
3. MUDr. Kamil A., Detva

Tešíme sa na správne riešenie krížovky **do 20. 8. 2021**.

	1							
			4		2			
7	5	8			9			1
6	9	3					1	8
	8		9					
		5			8		7	3
			3	7		2	6	
	7	9		4				

8				3				5
3		4					1	
	1	5				6	8	9
2		1						3
		3	5					
				2			7	6
			7			9	4	2
		8	4			5		



TERAZ UŽ AJ
GEMERKA TICHÁ

Niečo na tej vode je

Jedna fľaša Gemerky denne pomôže doplniť potrebné minerály magnézium a kalcium do vášho organizmu. Vďaka optimálnemu pomeru magnézia a kalcia 1:3 získa váš organizmus to najlepšie z účinkov oboch týchto minerálov.



Odporúča



Zdravie a rovnováha
www.gemerka.sk





ŽIVOTNÉ POISTENIE

AŽ 19 MOŽNOSTÍ POISTNÝCH RIZÍK

**W - KOMPLEX
VITAMÍNY
PRE VÁŠ ŽIVOT**

POISTENIE PRE ZDRAVÝ POCIT ISTOTY.

wüstenrot

W DOBROM AJ V ZLOM