

MEDIKOM

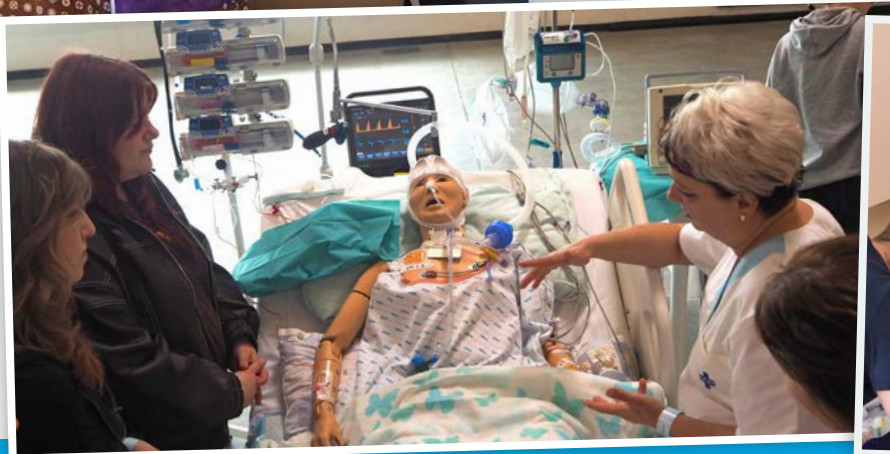


MEDIKOM
nájdete aj
v online verzii
na našom webe
lekom.sk

ČASOPIS SLOVENSKEJ LEKÁRSKEJ KOMORY



Audity nemocníc • Poplatky • Lieky



Poplatky a doplatky u lekára

Matematický dôsledok systému,
v ktorom štát a ZP dlhodobo neuhrádzajú
reálne náklady poskytovanej ZS

Lieková reforma: Dostupnejšia liečba aj jasnejšie pravidlá

MZ SR: Jedna z najväčších systémových zmien

Dva pohľady na tému

Sú výsledky auditov piatich štátnych
nemocníc validné?

História: Doktorka medzi hviezdami

Mae Jemison vedela od detstva, že ju priťahujú
dva svety – medicína a vesmír



Zdravé financovanie pre vaše podnikanie

Podporíme vás ponukou predschválených
limitov až do výšky 220 000 €.

www.vub.sk

**RADI VÁM
PORADÍME
V KAŽDEJ
POBOČKE**

Banka, kde vám dobre poradíme



VÚB BANKA
Intesa Sanpaolo Group

Oficiálny časopis
Slovenskej lekárskej komory
Číslo 3/2026, XVI. ročník

Periodicita vydávania:
8-krát ročne

Dátum vydania:
jún 2026

Registrované pod číslom
MK SR EV 3430/09

ISSN 1338-340X

YDAVATEL:
LEKÁR, a. s.
Dobšinského 12
811 05 Bratislava
IČO: 35 947 349
sekretariat@lekarnet.sk
+421 911 199 723

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. Prokop Slovák
+421 2 4911 4307

Predseda redakčnej rady:
MUDr. Robert Vetrák, MPH

**Podpredsedníčka
redakčnej rady:**
MUDr. Miriam Dziaková, PhD.

Redakčná rada:
MUDr. Zuzana Teremová
MUDr. Eva Bérešová
Doc. MUDr. Norbert Lukán, PhD.
MUDr. Ján Boldizsár
MUDr. Jozef Weber, MPH
MUDr. Emil Jurkovič
Mgr. Zdenko Seneš

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.
riaditel@lekarnet.sk
+421 918 671 595

Jazyková redaktorka:
Jana Juričková

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.

Titulné ilustračné foto:
Prokop Slovák

VÁŽENÉ KOLEGYNE, KOLEGOVIA,



naše zdravotníctvo sa borí s mnohými problémami. Objavujúce sa názory, že Slovenská lekárska komora je zbytočná a že jej úlohu môže prevziať štát, sú až nebezpečné. Oslabovanie profesijnej samosprávy totiž oslabuje aj samotných lekárov. Uvedomujeme si to dostatočne?

SLK nie je klub ani byrokratická inštitúcia na výber poplatkov. Je to zákonom zriadená nezávislá a nepolitická stavovská organizácia, ktorá zabezpečuje fungovanie lekárskeho povolania na Slovensku. Vedie register lekárov, vydáva licencie, dohliada na vzdelávanie a stojí pri lekároch, keď sa dostanú pod tlak.

Tieto prenesené kompetencie štátnej správy financuje z vlastných zdrojov, nie zo štátneho rozpočtu, a vykonáva ich lacnejšie než štát. Nezávisle a v záujme lekárov aj pacientov. Oslabenie komory by znamenalo presun kontroly nad lekárskeho povolania priamo pod štát, čo sa v praxi môže ukázať ako neefektívne a rizikové riešenie.

Lekárska česť predstavuje súbor noriem a pravidiel, ktoré odlišujú lekárske povolanie od bežného zamestnania. Etický kódex zdravotníckeho pracovníka, zakotvený v zákone, ukladá lekárom konať v záujme pacienta, podľa vedeckých poznatkov, zachovávať mlčanlivosť a odmietať korupciu.

Tieto pravidlá sú právne vymáhateľné cez disciplinárny systém komory. A práve v tom je kľúčový význam členstva. Lekár, ktorý nie je členom komory, stojí mimo systému vzájomnej zodpovednosti. Komora voči nečlenovi nemôže konať ani pri porušení etického kódexu. Navyše, ak členom bol a z komory vystúpi, konanie sa automaticky zastavuje.

Tento právny paradox dlhodobo oslabuje schopnosť komory chrániť dobré meno celého stavu. **Za prešlap lekára, na ktorého komora nemá dosah, pyká celý lekársky stav.** Ochrana lekárskej cti či profesijnej etiky teda nie je výsadou, ale spoločnou zodpovednosťou voči kolegum aj pacientom.

Úlohou komory je byť prítomná tam, kde lekár nemôže stáť sám. Poskytuje odborné, práv-

ne a ekonomické poradenstvo a v prípade potreby lekárov zastupuje pred súdmi či úradmi. Tieto záruky však platia pre členov komory, nie pre ostatných.

V dnešných búrlivých časoch, kedy lekári čelia ohrozeniu svojej profesionálnej povesti zo strany mocenských štruktúr, nie je inštitucionálna ochrana luxusom, ale nevyhnutnosťou. Slovenské zdravotníctvo trpí výraznou fragmentáciou. **Komora je jediným miestom, kde sa lekári stretávajú pod jednou strechou. Nie preto, že sa vo všetkom zhodnú, ale preto, že majú spoločné záujmy.** Roztrieštenosť oslabuje postavenie lekárskeho stavu pri rokovaniach so štátom, s poisťovňami aj so zákonodarcami. Lekári mimo komory tak oslabujú aj vlastnú vyjednávaciu pozíciu.

Otázka, prečo byť členom SLK, je legitímna. Výhrady k príspevkom, byrokrácii či pocitu, že komora nič nerobí, treba brať vážne. Zároveň však treba vidieť realitu. Komora zabezpečuje poistenie právnej ochrany v rámci členského príspevku, poskytuje bezplatné právne a odborné poradenstvo, zastupuje lekárov pri rokovaniach so štátom a vydáva licencie i chráni ich platnosť.

Argument, že „komora nič nerobí“, môže byť niekedy oprávnený. Každá inštitúcia sa môže dopustiť zlyhaní a každé vedenie nesie zodpovednosť za úroveň svojej práce, zodpovedá za kvalitu svojho fungovania. **Odpoveďou však nemá byť odchod z komory, ale aktívna účasť, zapojenie sa, hlasovanie či kandidatúra. Komora je taká silná, akí silní sú jej členovia.**

Lekárska komora ani v 21. storočí nepatrí do minulosti, práve naopak. Ako protiváhu politickej moci, garanta odbornosti a etiky či hlas lekárov v čase, keď sa iní neozývajú, ju potrebujeme viac než kedykoľvek predtým.

Ak vám záleží na tom, aby lekársky stav na Slovensku zostal silný, nezávislý a rešpektovaný, ste na správnom mieste.

MUDr. Karol Mičko
viceprezident SLK

wustenrot

generálny partner Slovenskej lekárskej
komory pre poistenie majetku a vozidiel

Oznámenie o poverení sprostredkovateľa spracovaním osobných údajov

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

Od roku 2012 názov MEDIKOM® registrovaný pod ochrannou známkou.



TÉMA ČÍSLA

Dva analytické pohľady na diskutovanú tému

Sú výsledky auditov piatich štátnych nemocníc validné?

5

AKTUÁLNE

Poplatky a doplatky u lekára

Matematický dôsledok systému, v ktorom štát a ZP dlhodobo neuhrádzajú reálne náklady poskytovanej ZS.

10

NOVINKA

Lieková reforma: Dostupnejšia liečba, jasnejšie pravidlá

Minister prezentoval novelu tzv. „zákona o lieku“ so širokou podporou predstaviteľov organizácií, ktoré sa na tvorbe legislatívy podieľali.

14



14

AKTIVITY SLK

Od liekovej politiky po vzdelávanie medikov

Diskusie o financovaní ambulancií, kompetenciách komory a možnostiach spolupráce so študentmi medicíny i ďalšími partnermi v sektore.

16



25

VZDELÁVANIE

Obnovujeme pretrhnuté väzby so študentmi lekárskeho fakúlt

Nové vedenie sa pokúsi zapojiť do činnosti komory nastávajúcich lekárov.

25

FOTOOBJEKTÍVOM

Boli sme jeden tím

Druhé podujatie MediFutura bolo tentoraz venované zdravotníckym profesiám.

26



30

HISTÓRIA

Doktorka medzi hviezdami

Mae Jemison vedela od detstva, že ju priťahujú dva svety – medicína a vesmír.

30



Foto: www.fnpzsa.sk

Sú výsledky auditov piatich štátnych nemocníc valídne?

Od 9. apríla 2026, kedy sa konala odborná konferencia „Zdravé nemocnice – silné zdravotníctvo“, zaplavili médiá a sociálne siete diskusie o neefektívnosti nemocníc, prezamestnanosti, počte úväzkov lekárov a množstve ďalších, viac či menej závažných problémov slovenského zdravotníctva. Na Slovensku máme zrejme – aspoň podľa počtu verejne prezentovaných stanovísk – najviac expertov na zdravotníctvo na kilometer štvorcový.

Ministerstvo zdravotníctva SR zaslalo Slovenskej lekárskej komore výsledky auditov, no ani po niekoľkodňovej analýze sa mi nepodarilo dopracovať k dátam, ktoré by umožňovali jednotne vyhodnotiť všetkých päť nemocníc a porovnať ich základné parametre.

Výber nemocníc už sám osebe neumožňoval seriózne porovnávanie parametrov a výsledky auditov tento problém ešte zvýraznili. Porovnávať neporovnateľné je totiž mimoriadne náročné.

Najväčšiu univerzitnú nemocnicu porovnávať so špecializovaným ústavom a troma rozdielnymi fakultnými nemocnicami sa dá naozaj iba na úrovni lekárskeho úväzku alebo dochádzky.

Ak by sa nemocnice posudzovali v kontexte ich úlohy pri pregraduálnej a postgraduálnej príprave lekárov, sestier, záchranárov a ďalších zdravotníckych pracovníkov, nebolo by možné odvolávať sa na normatívy, ktoré tieto funkcie vôbec nezohľadňujú.

Keďže na Slovensku stále nemáme legislatívne upravený štatút univerzitných nemocníc, ako je to bežné vo viacerých európskych krajinách, vzniká situácia, že mnohí lekári majú viac pracovných úväzkov. Ak je lekár zamestnancom nemocnice, musí mať pracovnoprávny vzťah aj s príslušnou fakultou. A ak je zamestnancom fakulty, musí mať úväzok aj v nemocnici – inak by nemohol liečiť pacientov.

ZBYTOČNÁ POLITIZÁCIA TÉMY

Keďže sa parciálne výsledky auditov okamžite stali aj politickou témou, Slovenská lekárska komora zastáva názor, že zistené nedostatky mali byť najskôr prerokované v odborných kruhoch, spolu s návrhom konkrétnych opatrení na ich odstránenie, a až následne prezentované verejnosti a médiám.

Politizácia tohto problému je kontraproduktívna a zavádzajúca ako odbornú, tak aj laickú verejnosť. Tvrdenia o „nadstave lekárov“ predstavujú technokratický pohľad založený na čisto kvantitatívnych ukazovateľoch, bez analýzy vekovej a kvalifikačnej štruktúry lekárov na jednotlivých klinikách a oddeleniach.

Ak chce vedenie koncovej nemocnice zachovať kontinuitu odbornosti a polovica lekárov na klinike je vo veku nad 55 rokov, je prirodzené, že musí mať v príprave väčší počet mladých lekárov, z ktorých sa v horizonte desiatich rokov stanú špecialisti schopní udržať odbornú úroveň kliniky, nemocnice aj výučbovej základne.

Výsledky auditov podľa nás zároveň nezohľadňujú, že ide o univerzitné nemocnice, v ktorých sa vykonávajú najnáročnejšie zákroky a liečia najťažší pacienti z celého Slovenska. Samotný celkový počet lekárov na lôžkových a nelôžkových pracoviskách preto nevypovedá nič o reálnej náročnosti práce ani prevádzke jednotlivých kliník a oddelení.

Tým, ktorí tvrdia, že máme priveľa lekárov, treba pripomenúť údaje OECD zverejnené v roku 2025.

Slovensko patrí v rámci Európskej únie medzi krajiny s najnižším počtom lekárov na počet obyvateľov.

Slovensko vs. priemer EÚ:

lekári: **3,8** vs. **4,3** na 1 000 obyvateľov,
sestry: **5,7** vs. **8,5** na 1 000 obyvateľov.

”
**VÝBER NEMOCNÍC UŽ SÁM OSEBE
NEUMOŽŇOVAL SERIÓZNE
POROVNÁVANIE PARAMETROV
A VÝSLEDKY AUDITOV TENTO
PROBLÉM EŠTE ZVÝRAZNILI.**
“

AUDITOM CHÝBAJÚ POROVNATELNÉ DÁTA

V audite sú u niektorých nemocníc uvedené len údaje v percentách, u niektorých aj absolútne čísla, preto sa nedajú parametre porovnávať.

Očakával som, že audity budú obsahovať základné porovnateľné štatistické údaje o všetkých nemocniciach – počet a štruktúru lôžok vrátane intermediarnej

a intenzívnej starostlivosti, počet operačných sál, ako aj počty zdravotníckych pracovníkov podľa profesií a kvalifikácie.

Pri lekároch malo byť zrejme, koľkí majú špecializáciu, pri ošetrovateľskom personáli zase zastúpenie sestier s vysokoškolským a stredoškolským vzdelaním. Rovnako chýbajú údaje o ďalších zdravotníckych pracovníkoch na pracoviskách SVAZ, administratívnych zamestnancoch a prevádzkovom personáli.

Úplne absentuje aj veková štruktúra zdravotníckych pracovníkov – celkovo aj po jednotlivých klinikách a oddeleniach.

Chýbali aj analýzy výkonov nemocníc – počet hospitalizácií vrátane ich štruktúry, počet chirurgických výkonov, jednodňovej zdravotnej starostlivosti či najnáročnejších zákrokov vrátane transplantácií orgánov. Niektoré audity tieto údaje síce obsahovali, no len parciálne, neprehľadne a bez možnosti seriózneho porovnania medzi nemocnicami.

Výkonnosť a efektívnosť nemocníc treba hodnotiť aj v kontexte spôsobu ich financovania. Ak majú nemocnice nastavené finančné limity, zdravotné poisťovne výkony nad tento limit neuhrádzajú. A ak nemocnica vykazuje dostatočný počet výkonov, no napriek tomu nenaplní finančný limit, dôvodom

Fakultná nemocnica Nitra



Foto: fmnitra.sk

býva nízka základná sadzba DRG, prispôsobená tzv. „disponibilným zdrojom“.

Ďalším faktorom, ktorý výrazne ovplyvňuje využitie lôžok na oddeleniach a klinikách, je chronický nedostatok sestier. Ten priamo znižuje počet funkčných lôžok, a tým aj objem výkonov, ktoré nemocnica dokáže realizovať.

Práve to potom môže vytvárať mylný dojem nadbytku lekárov. Nie preto, že by ich bolo veľa, ale preto, že bez dostatočného počtu sestier nemôžu pracovať naplno.

FINANCOVANIE PROSTREDNÍCTVOM DRG JE NESYSTÉMOVÉ

Súčasný systém financovania nemocníc prostredníctvom DRG je nesystémový, pretože základné sadzby a úhrady zo strany zdravotných poisťovní sa nastavujú podľa „disponibilných zdrojov“, nie podľa reálnych nákladov. Kým sa táto deformácia neodstráni a financovanie nezačne odrážať skutočné náklady zdravotnej starostlivosti, poriadok v zdravotníctve nenastane.

Len jedna „maličkosť“. Keď sa systém DRG zavádzal do praxe, každá ukončená hospitalizácia v rámci nemocnice sa poisťovni vykazovala samostatne. Dnes sa však pacient preložený, napríklad z chirurgie na OAİM a následne na interné oddelenie, eviduje ako jeden hospitalizačný prípad. Výsledkom je, že nemocnice dostávajú za poskytovanú starostlivosť menej peňazí.

”
ZÁSADNOU ZMENOU BY BOLO
NASTAVENIE ÚHRAD PODĽA
REÁLNYCH NÁKLADOV
ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI.
“

Vo všetkých krajinách EÚ sú univerzitné a koncové nemocnice financované z viacerých zdrojov. Rovnaký model je nevyhnutné zaviesť aj na Slovensku. Náklady na výučbu by malo hradiť ministerstvo školstva, zdravotnú starostlivosť zdravotné poisťovne a ďalším zdrojom príjmov by mali byť granty a klinické štúdie, ktorých máme na Slovensku pre byrokratické bariéry žiaľom málo.

Dodatočné príjmy môžu nemocnice získavať aj z platených služieb – od vzdelávania a nadštandardných služieb až po podnikateľské aktivity.

Slovenská lekárska komora už niekoľko rokov upozorňuje na deformovaný systém financovania zdravotníctva a dlhodobu požiadavku jeho zásadnú zmenu, predovšetkým nastavenie úhrad podľa reálnych nákladov zdravotnej starostlivosti.

PROBLÉMY EXISTUJÚ, ALE VÔĽA RIEŠIŤ ICH SYSTÉMOVU NIE

Na druhej strane treba otvorene povedať, že v štátnych nemocniciach existuje množstvo problémov, ktoré sa viac ako pätnásť rokov systematicky neriešili. Súčasný vedenie ministerstva zdravotníctva však aspoň prejavilo snahu tieto problémy pomenovať, hľadať ich príčiny a navrhovať riešenia.

Ak niekto v nemocnici nedodržiava pracovný čas, zodpovednosť nesie aj jeho nadriadený, ktorý musí vedieť, kto, kde a v akom rozsahu pracuje. Zavedenie dôslednej kontroly dochádzky malo byť vyriešené už dávno. Rovnako kontrola úväzkov a pracovných aktivít lekárov mimo nemocnice nemôže byť pre manažment nemocníc neriešiteľným problémom.



MUDr. Robert Vetrák, MPH
viceprezident Slovenskej lekárskej komory

Potom však vzniká legitímna otázka, na čo slúži na ministerstve zdravotníctva „Sekcia centrálného riadenia a koordinácie podriadených organizácií“, keď množstvo problémov pretrvávajú celé roky bez systémového riešenia.

Čo bráni tomu, aby ministerstvo prostredníctvom tejto sekcie zabezpečilo centrálnu verejnú obstarávanie liekov, špeciálneho zdravotníckeho materiálu, prístrojov, energií či služieb? Veď ešte pred rokom 2020 existovali referencované ceny, ktoré umožňovali porovnávanie a kontrolu nákladov.

Na záver možno konštatovať, že audity poukázali na množstvo problémov v štátnych nemocniciach, ktoré je nepochybne potrebné riešiť. O viacerých z nich sa pritom vie už roky, no chýbala vôľa na ich systematické odstránenie. Zároveň však treba povedať, že časť záverov nie je dostatočne verifikovaná a vychádza skôr zo subjektívnych hodnotení než z komplexných dát.

Prioritou by však mali byť predovšetkým ľudské zdroje, najmä kritický nedostatok sestier. Ak tento problém nezačneme okamžite riešiť, o desať rokov budeme mať možno „veľa lekárov“, ktorí však bez sestier nebudú môcť v nemocniciach reálne poskytovať zdravotnú starostlivosť.

Vzhľadom na náš pohľad na audity a pochybnosti, ktoré ich výsledky vyvolávajú, nás zaujímal aj iný pohľad. Oslovil sme jedného z najskúsenejších analytikov slovenského zdravotníctva Martina Smatanu so žiadosťou o jeho vlastné hodnotenie auditov. Jeho pohľad prinášame v ďalšej časti článku.

MUDr. Robert Vetrák, MPH
viceprezident Slovenskej lekárskej komory

Symptómy známe, terapia chýba

Audity štátnych nemocníc vyvolali tento rok nezvyčajný rozruch. Najprv tým, že na ich prezentáciu prišli najvyšší štátni predstavitelia vrátane prezidenta krajiny. Po nej zasa tým, že sa nad výstupmi začali otvárať otázky, a to nielen nad zisteniami, ale aj nad metodikou, prístupom a predovšetkým nad tým, čo má teraz nasledovať.

AUDIT NIE JE JEDEN UCELENÝ FINÁLNY PRODUKT

Päť výstupov pripravili tri rôzne tímy, každý v inej metodológii. Jedna z poradenských firiem (UNB, Banská Bystrica) pracovala hypotézovo-naratívnym prístupom s rizikovou matricou a štruktúrovanými rozhovormi s manažmentom. Druhá (Žilina) postavila analýzu na klasickom nákladovom rozklade s top-rebríčkami. Audity VÚSCH a FN Nitra majú formát interného šablónového výstupu ministerstva a mali taktiež svoj metodický prístup. Každý z troch prístupov je legitímny. Problém vzniká vtedy, keď tieto rôznorodé výstupy syntetizujete do jednej porovnávacej tabuľky a tvárite sa, že hovoria o tom istom.

A to je len začiatok metodologickej výhrady. V tej istej tabuľke stoja vedľa seba zariadenia, ktoré sa nedajú porovnať ani v ich vlastnom domácom mandáte. Monoprofilový kardiologický ústav s vysokým podielom plánovaných výkonov a definovaným patientským tokom. Univerzitná nemocnica viazaná pedagogickou povinnosťou voči dvom lekárske fakultám, ktorá je zo zákona aj výučbovým a výskumným pracoviskom. Tri fakultné nemocnice, z ktorých každá má iný spádový profil, iné nadregionálne kompetencie a inú skladbu výkonov. Z takejto vzorky vyvodzovať, ktorá nemocnica má „nadbytočný personál“, je metodologicke neudržateľné. Univerzitná nemocnica s najväčším urgentným príjmom a rozsahom vzdelávania zdravotníkov v krajine musí mať inú štruktúru úväzkov než ústav, kde viac ako tri štvrtiny výkonov sú plánované intervencie, a je jedno, že máme jeden spoločný (a výrazne archaický) normatív. Spoločné diagnózy nedávajú mandát na jednotnú liečbu.

„AUDITY OPISUJÚ SYMPTÓMY, NEANALYZUJÚ PRÍČINY.“

SYMPTÓMY BEZ DIAGNÓZY

Spravodlivo treba povedať, že časť zistení je prierezová a legitímna. Operačné sály takmer všade končia okolo druhej popoludní. Sestry starnú a generáciu obmenu nemáme zabezpečenú. Centralizácia nákupov liekov a špeciálneho zdravotníckeho materiálu je slabá. Cenové rozdiely u rovnakých položiek medzi dodávateľmi sú reálne. Toto sú systémové problémy, ktoré audity slušne kvantifikovali. Ale tu sa zastavili.

Najväčšia výhrada je iná. Audity opisujú symptómy, neanalyzujú príčiny. Vieme, že operačné sály končia okolo druhej.

Východoslovenský ústav srdcových a cievnych chorôb v Košiciach



Foto: VÚSCH

Fakultná Nemocnica s poliklinikou F. D. Roosevelta Banská Bystrica



Nevieme z nich, prečo. Je to limit úhrad poisťovne? Štruktúra prevádzky anestéziologických sestier? Ustanovenia kolektívnych zmlúv? Pracovné návyky? Bez odpovede na tieto otázky sa nedá navrhnuť opatrenie, ktoré bude fungovať. Treba byť férový: na hlbšiu analýzu príčin tieto audity neboli ani objednané. Rozsah a rozpočet zákaziek to neumožňoval. Lenže ak verejnosti komunikujeme „audit nemocníc“, očakávanie je iné než to, čo bolo dodané. Diagnostika bez liečebného plánu je v medicíne nezmysel. V zdravotnej politike je to drahá obdoba.

K tejto slepej škvrne sa pridáva ďalšia. Audity sa pozerajú na nemocnice jednotlivo, akoby každá fungovala v izolovanom svete. Otázka, ako sa štátne nemocnice správajú navzájom – kto prijíma akých pacientov, kto duplikuje výkony, kto má kapacitu, ktorú by mohol využiť sused –, nezaznela. Pri tom značná časť toho, čo sa v jednej nemocnici javí ako neefektívnosť, je v skutočnosti v dôsledku toho, čo robí alebo nerobí nemocnica „vedľa“. Operačné sály s voľnou kapacitou by mohli odbremeniť tie preťažené. Pacienti, ktorí dnes putujú stovky kilometrov za špecializovaným výkonom, by ho mohli dostať bližšie. Centralizácia, delba kompetencií, koordinácia siete – to nie sú témy efektivity jednej nemocnice, ale efektivity systému. Žiadny z piatich auditov, ani ten jeden „sumari-začný“ sa ich nedotkol.

PRED PIATIMI ROKMI SA KONALO

Tieto problémy nie sú nové objavy. Centralizácia nákupov, optimalizácia operačných programov, riadenie obložnosti, stratifikácia siete – to boli aktívne pracovné agendy rezortu pred rokom 2020. Nie všetko bolo ideálne, nie všetko bolo dotiahnuté. Avšak konalo sa. Existovala interná analytická kapacita, ktorá vedela nielen merať, ale aj rozhodovať a presadiť. Niektoré nástroje fungovali aj reálne, nielen na papieri.

Súčasná odpoveď na rovnaké výzvy vyzerá inak. Najprv audit, potom sumárna správa o auditoch. Potom konferencia za účasti najvyšších štátnych predstaviteľov. Audit a konferencia sú samé osebe legitímne nástroje, ale len vtedy, ak po nich nasleduje rozhodnutie. Ak rozhodnutie nasleduje, audit ho podporuje. Ak nenasleduje, audit ho nahrádza. To je rozdiel medzi riadením zmeny a riadením vnímania zmeny a moja obava je taká, že tu sa vskutku nepotrebovalo nič auditovať. Mohlo sa konať, a nekonal sa.

Námietka, že sumárna správa predsa ponúka razantné opatrenia, neobstojí pri bližšom pohľade.

Povinné ozdravné plány, nútená správa nemocníc so stratou, pozastavenie kolektívnych zmlúv, výmena manažmen-



Martin Smatana
zdravotnícky analytik

tu, výkonnostné KPI viazané na variabilnú zložku mzdy – to všetko v rôznych verziách už zaznievalo v predchádzajúcich ozdravných cykloch a v záväzkoch z minulosti. Skutočnou novinkou je vlastne len verejné vypočutie riaditeľa pred zdravotníckym výborom Národnej rady. To samé osebe nie je riešenie. Je to politický nástroj, ktorý možno bude užitočný a možno nie, ale ozdravné plány nepíše a operačné sály v sobotu nezapína.

Päť auditov bolo poctivou prácou v rozsahu, v akom boli objednané. Ich pridanou hodnotou je presnejšia kvantifikácia toho, čo sme vedeli. Ich limitom je, že nešli k príčinám, že ich syntéza zotiera rozdiely medzi typmi nemocníc a že sa vôbec nezaoberali nemocničnou sieťou ako systémom. Kľúčová otázka pre slovenské zdravotníctvo dnes nie je, či máme dosť auditov. Máme ich viac než dosť. Otázkou je, či má rezort vlastnú analytickú a implementačnú kapacitu, ktorá rozumie systému zvnútra, vie konať a má politické krytie konať. Moja obava je, že ministerstvo kapacitu síce má, ale odvahu „konať“ by sme hľadali ťažšie. A pacient medzitým čaká na operačnú sálu, ktorá zatvára o druhej popoludní.

Martin Smatana
autor je zdravotnícky analytik



Foto: fnspr.sk
Foto: UNB

Univerzitná nemocnica
Bratislava – Ružinov



Poplatky a doplatky: Dôsledok podfinancovania, nie chamtivosti

Poplatky a doplatky v slovenských ambulanciách nie sú prejavom chamtivosti lekárov. Sú matematickým dôsledkom systému, v ktorom štát a zdravotné poisťovne dlhodobo neuhrádzajú reálne náklady poskytovanej ZS. V roku 2025 narástli poplatky na takmer 500 miliónov eur – nie preto, že si lekári prílepšujú, ale preto, že bez nich by mnohé ambulancie nedokázali fungovať. Tento článok analyzuje príčiny, mechanizmy a systémové pozadie tohto stavu a zároveň ukazuje, ako o ňom hovoriť vecne a pravdivo.



ČÍSLO, KTORÉ ŠOKUJE A OTÁZKA, KTORÚ NIKTO NECHCE POLOŽIŤ

V apríli 2026 predložil verejný ochranca práv Róbert Dobrovodský NR SR mimoriadnu správu. K tomu pristupuje len v prípadoch závažného a systematického porušovania základných práv. Správa sa venovala poplatkom v ambulanciách a jej záver bol jednoznačný: súčasný stav nie je z pohľadu ústavného práva na bezplatnú zdravotnú starostlivosť uspokojivý.

Správa upozornila na alarmujúce číslo: slovenské ambulancie a zdravotnícke zariadenia vyberú od pacientov **ročne približne pol miliardy eur**. Prieskum Advance Institute z leta 2025 to spresnil – poplatky v ambulanciách (bez stomatológie) dosiahli takmer 500 miliónov eur, čo oproti roku 2023 predstavuje nárast o 54 percent.

Reakcia médií a politikov bola predvídateľná: lekári sú nenažraní, treba ich regulovať, zakázať poplatky a zaviesť pokuty. Ombudsman hovoril o „poplatkovej fantázii“, opozícia vyzývala ministra na konanie a ambulancie sa ocitli pod paľbou kritiky.

Lenže málokto si položil jednoduchú otázku: **Prečo lekári tieto poplatky vlastne vyberajú?** Sú to

”

**LEKÁR, KTORÝ VYBERÁ
POPLATOK JE MANAŽÉR MALÉHO
PODNIKU, KTORÝ SA SNAŽÍ
ZAPLÁTAŤ DIERU, KTORÚ MU
DO ROZPOČTU UROBIL ŠTÁT.**

“

naozaj len podnikatelia zneužívajúci systém? Alebo ľudia, ktorí už nemajú inú možnosť, ako udržať ambulanciu v chode?

Odpoveď je nepríjemná pre každého, kto chce problém zredukovať na morálne zlyhanie lekárov. Poplatky sú matematickým dôsledkom systému. A kým sa systém nezmení, budú rásť, a to bez ohľadu na počet zákazov či pokút.

1. Koľko reálne stojí prevádzka ambulancie

Aby sme pochopili, prečo lekári vyberajú poplatky, musíme najprv pochopiť, koľko reálne stojí prevádzka ambulancie. Lekár

v súkromnej ambulancii nie je zamestnanec s pevným platom, ale živnostník alebo konateľ s. r. o.

Každý mesiac musí uhradiť nájomné, energie, zdravotnícky materiál, mzdy sestier, softvér pre zdravotnú dokumentáciu, účtovníctvo, povinné revízie a ciachovanie prístrojov, poistenie zodpovednosti, likvidáciu odpadu, sterilizáciu, IT správu, telefóny či internet... Spolu približne 70 ná-

kladových položiek. K tomu treba pripočítať rast miezd, infláciu, drahší materiál a nové zákonné povinnosti. Mesačné náklady ambulancie sa tak pohybujú približne medzi 3 500 až 4 000 eurami.

2. Prečo úhrady poisťovní nestačia: Katalóg výkonov, bodové hodnotenie a cena výkonu

Kľúčom k pochopeniu problému poplatkov je pojem, ktorý verejnosť takmer nepozná – katalóg zdravotných výkonov.

Katalóg zdravotných výkonov predstavuje súpis všetkých výkonov, ktoré slovenský zdravotnícky systém vykonáva. Výkony sú v ňom zoskupené a priradené k jednotlivým diagnózam podľa klasifikácie MKCH-10. Na základe štandardných diagnostických a terapeutických postupov mali byť následne určené kritériá, za akých okolností sa konkrétny výkon vykonáva a v akej frekvencii. Práve to tvorí základ tzv. Zoznamu výkonov (MUDr. P. Findo, 2006).

Zásadným problémom je, že Zoznam výkonov neobsahuje cenu samotného výkonu. Tá vzniká až súčinom bodového hodnotenia výkonu a hodnoty bodu, ktorú určujú zdravotné poisťovne.

AKO TO FUNGUJE V PRAXI?

Komplexné vyšetrenie pacienta (pôvodný výkon č. 60) zahŕňa presne definovaný rozsah úkonov aj časovú náročnosť, uvedenú v Zozname výkonov. V kardiológii má tento výkon hodnotu 500 bodov. Pri hodnote bodu 0,03694 eura predstavuje úhrada od poisťovne 18,47 eura. Reálna cena výkonu však bola už v roku 2023 vypočítaná na 46,84 eura.

Konkrétny príklad: ako funguje podfinancovanie

- Lekár vykoná výkon, za ktorý poisťovňa uhradí 18,50 eura.
- Reálne náklady — čas lekára, práca sestry aj prevádzkové výdavky — však dosahujú 46,80 eura.
- Lekár má potom iba dve možnosti: buď bude výkon poskytovať stratovo, alebo si od pacienta vypýta doplatok. Nie preto, že chce na pacientovi zarábať, ale preto, že bez doplatku nedokáže výkon financovať.

Ministerstvo zdravotníctva spustilo od júla 2025 pilotný program nového Zoznamu výkonov. Veľké očakávania doň však nevkladám. Výkonom totiž naďalej nie je priradená reálna cena, ale iba bodová hodnota. Výslednú cenu výkonu budú aj naďalej určovať zdravotné poisťovne pri vyjednávaníach.

Pre presnosť citujem z dôvodovej správy Ministerstva zdravotníctva SR: „Cieľom návrhu zákona je vytvoriť nový legislatívny rámec pre zoznam zdravotných výkonov v nadväznosti na jednotlivé formy a druhy poskytovanej zdravotnej starostlivosti.“ Novelou sa mení a dopĺňa zákon č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti a súvisiace právne predpisy.

Cena zdravotného výkonu nie je zo strany ministerstva zdravotníctva regulovaná a neobsahuje ju ani súčasný katalóg zdravotných výkonov. Hodnota bodu zostáva predme-



MUDr. Karol Mičko kardiológ a internista, viceprezident Slovenskej lekárskej komory

tom zmluvného dojednania medzi zdravotnou poisťovňou a poskytovateľom zdravotnej starostlivosti a odvíja sa od disponibilných zdrojov určených pre konkrétny typ zdravotnej starostlivosti.

A je vymaľované! Pilotný projekt opäť neukáže priepastný rozdiel medzi reálnou cenou výkonu a sumou, ktorú zaň uhradí zdravotná poisťovňa.

Politici sa totiž boja povedať jednoduchú pravdu – na súčasný rozsah zdravotnej starostlivosti jednoducho nemáme peniaze.

3. Konsolidácia, DPH a transakčná daň: Tri rany naraz

Rok 2025 priniesol ambulanciám bezprecedentný tlak z troch strán zároveň.

ZVÝŠENIE DPH NA 23 %

Od januára 2025 vzrástla základná sadzba DPH z 20 na 23 percent. Hoci je ZS od DPH oslobodená, ambulancie nakupujú zdravotnícky materiál, lízingujú prístroje a platia za softvér, energie či nájomné a práve tieto náklady DPH zatažuje. Odborníci odhadli celkový dopad na zdravotníctvo na viac ako 40 miliónov eur ročne.

TRANSAKČNÁ DAŇ

Od apríla 2025 vstúpila do platnosti transakčná daň vo výške 0,4 percenta z každej elektronickej platby. Každý prevod, napr. mzdy, nájom či nákup materiálu, je touto daňou dodatočne zatažený. Pre ambulanciu s ročnými nákladmi 100-tisíc eur to znamená ďalších 400 eur ročne. Poisťovne tieto náklady nepreplácajú a ani ich preplácať neplánujú.

ČO HOVORIA ČÍSLA

Segment	2019 (mil. €)	2024 (mil. €)	2025 (mil. €)	Nominálna zmena	Reálna zmena*
Ústavná ZS (nemocnice)	1 450	2 780	2 911	+ 101 %	+ 43 %
Všeobecná ambulantná ZS	290	469	497	+ 71 %	+ 22 %
Špecializovaná ambulantná ZS	997	1 430	1 498	+ 50 %	+ 7 %

* Reálna zmena 2019→2025 je nominálny rast očistený o kumulatívnu infláciu za roky 2020 – 2025 (40 %, ŠÚ SR).

Zdroj: Dôvodová správa Ministerstva zdravotníctva SR k vyhláške o rozdelení výdavkov verejného zdravotného poistenia na rok 2026 (údaje 2019 a 2024); programová vyhláška č. 64/2025 Z. z. (údaje 2025).

SPOMALENIE VALORIZÁCIE A DISKRIMINÁCIA AMBULANCIÍ

V roku 2025 vláda znížila tempo valorizácie platov zdravotníkov z plánovaných 9,6 na 3 percentá. Nemocniční lekári reagovali hromadnými výpoveďami z nadčasov, podalo ich viac ako 3 200. Ambulantný sektor dostal ešte menej podpory. Zatiaľ čo nemocnice získali na rok 2026 dodatočných 150 miliónov eur na krytie dlhov, ambulanciám malo byť v rámci konsolidácie odobratých 21 miliónov eur.

Financovanie ambulancií je pritom dlhodobo diskriminované, hoci viac ako 70 percent zdravotnej starostlivosti na Slovensku zabezpečuje práve ambulantný sektor. (Pozri tabuľku hore.)

Organizácia ambulantných poskytovateľov Zdravita to pomenovala priamo: „Pokiaľ chceme mať na Slovensku dostupnú ambulantnú zdravotnú starostlivosť, je nutné zmeniť vnímanie a financovanie ambulantného sektora, ktoré dlhodobo považujeme za diskriminačné, najmä vo vzťahu k štátnym nemocniciam.“

4. Matematika je neúprosná: 25 % príjmov ambulancií

Henrieta Tulejová a Dominika Šebová (H. Tulejová, D. Šebová a kol., reprezentatívne prieskumy pacientov 2023 a 2025, Advance Institute) vo svojom prieskume vyvrátili mýtus o chamtivých lekároch. Poplatky dnes podľa ich dát tvoria až 25 percent dodatočných príjmov ambulancií popri úhradách z verejného zdravotného poistenia.

Inými slovami, ak by štát zajtra zakázal všetky poplatky bez súčasného zvýšenia úhrad od poisťovní, výsledkom by nebolo nižšie zarabanie lekárov, ale zatváranie ambulancií.

Rovnako to pomenovala aj Slovenská lekárska komora: „Hlavným dôvodom vyberania poplatkov v ambulanciách je nedostatok financií na ich prevádzku. Platby zdravotných poisťovní totiž nepokrývajú reálne náklady na poskytovanie zdravotnej starostlivosti.“

5. Aké poplatky sú zákonné a aké nie – dôležité rozlíšenie

Nie všetky poplatky sú rovnaké. A práve toto základné rozlíšenie verejná debata často ignoruje.

ZÁKONNÉ POPLATKY

Lekár môže zákonne účtovať výkony, ktoré nie sú zahrnuté v zmluve so zdravotnou poisťovňou. Patria sem napríklad potvrdenia o zdravotnej spôsobilosti (na vodičský či zbrojný preukaz alebo prácu v rizikovitom prostredí), výkony vykonané na výslovnú žiadosť pacienta bez medicínskej indikácie, starostlivosť u nezmluvného lekára, nadštandardné izby v nemocnici či niektoré diagnostické výkony, ktoré poisťovňa neuhrádza.

HRANIČNÉ A PROBLEMATICKÉ POPLATKY

Registračné poplatky, poplatky za objednanie sa na presný termín či platby za „energetickú náročnosť ambulancie“ alebo „manažment pacienta“ sú právne sporné, prípadne priamo nezákonné. Vznikajú ako improvizovaná reakcia na podfinancovanie systému, pričom zákon často nehovorí jasne, čo je ešte dovolené a čo už nie.

Ombudsman preto hovoril o „sivej zóne, o ktorej zákonodarcia mlčí“. Práve táto právna neistota je jadrom problému. Riešením preto nie je plošný zákaz poplatkov, ale jasná zákonná úprava toho, čo môže a čo nemôže byť spoplatnené.

ČO MÔŽEME UROBIŤ MY, LEKÁRI

Je nevyhnutné, aby sme ako lekárske stavy dôsledne dbali na transparentnosť cenníkov, pacientom zrozumiteľne vysvetľovali dôvody poplatkov a jasne odlišovali zákonné doplatky od tých, ktoré zákon nepripúšťa. Reputácia celého stavu totiž závisí aj od individuálneho správania každého z nás.

6. Čo by sa skutočne muselo zmeniť

Ak chceme tento problém vyriešiť, a nielen politicky spravovať, musíme pomenovať jeho skutočné príčiny.

NOVÝ KATALÓG VÝKONOV S REÁLNYMI CENAMI

Pilotný program nového Zoznamu výkonov, spustený v júli 2025, by mohol byť krokom správnym smerom. Chýba mu však kľúčová vec – reálna cena výkonu vyjadrená v eurách, nie iba jeho „váha“ v bodoch. Bod je totiž abstraktná jednotka, ktorej hodnotu napokon určujú poisťovne pri vyjednávaní.

Ak má mať nový systém zmysel, cena výkonu musí odrážať skutočné náklady na prevádzku ambulancie v roku 2026.



Na stretnutí s verejným ochrancom ľudských práv Róbertom Dobrovodským diskutovala Slovenská lekárska komora najmä na tému poplatkov a doplatkov v zdravotníctve. Zľava: viceprezident SLK MUDr. Karol Mičko, prezidentka SLK MUDr. Valéria Vasiľová, viceprezident MUDr. Robert Vetrák, MPH, Jakub Homola, riaditeľ odboru ochrany hospodárskych, sociálnych a kultúrnych práv a práv národnostných menšín a etnických skupín, verejný ochranca práv JUDr. Róbert Dobrovodský, PhD., LL.M., Dominika Krišová, právna expertka, špecialistka v oblasti ľudských práv.

DOFINANCOVANIE AMBULANTNÉHO SEKTORA

Ambulantný sektor zabezpečuje väčšinu zdravotnej starostlivosti, no dlhodobo dostáva neprimerane nízky podiel zdrojov. Tento nepomer treba systémovo vyrovnať. Ak chceme zachovať dostupné ambulancie na celom Slovensku, nielen v krajských mestách, ich financovanie musí byť nastavené tak, aby boli dlhodobo udržateľné aj bez poplatkových záplat.

ZÁKONNÁ SPOLUÚČASŤ NAMIESTO POPLATKOVÉHO CHAOSU

Mnohé európske krajiny majú zavedený systém regulovanej spoluúčasti pacienta na nákladoch zdravotnej starostlivosti. Súčasný slovenský model, v ktorom si každá ambulancia vytvára vlastný cenník v sivej právnej zóne, je horší pre pacienta aj lekára. Jasné a zákonom definované pravidlá by chránili obe strany.

Platí jednoduchá logika – buď budú zdravotné výkony hrazené v reálnej výške, alebo rozdiel doplatí pacient. Súčasný chaos rôznych poplatkov problém nerieši, iba ho zakrýva.

Pán Šimon Jeseňák to v texte „Poplatky v ambulantnej sfére sú nutné, nutná však nie je poplatková divočina (1. 5. 2026, ozdravme.sk) zhrnul veľmi pekne: Lekár nie je vinník.

A práve toto by malo zaznieť v každej debate o poplatkoch hneď na začiatku. Poplatky samy osebe nie sú zlé. Zdravotná starostlivosť niečo stojí a niekto ju vždy musí zaplatiť. Skutočná otázka neznie či, ale kto, ako a kedy.

Dnes pacient platí náhodne, netransparentne a často bez jasných pravidiel. V krajinách s lepšie fungujúcim zdravot-

níctvom pacient platí tiež, no predvídateľne, regulovane a s ochrannými limitmi pre ľudí, ktorí si to nemôžu dovoliť. Slovensko nepotrebuje zrušiť poplatky. Potrebuje zrušiť chaos.

Problémom nie sú samotné poplatky, ale dnešná neregulovaná, právne pochybná a regionálne nevyrovnaná džungľa, ktorá nahrádza systémové riešenie.

S týmto pohľadom bezvýhradne súhlasím.

ZÁVER: SYSTÉMOVÝ PROBLÉM NEMÁ MORÁLNE RIEŠENIE

Keď pacient zaplatí registračný poplatok 50 eur, cíti sa okradnutý. Keď lekár vidí, že poisťovňa uhradila výkon za zlomok jeho reálnych nákladov, cíti sa okradnutý tiež. A obaja majú svojím spôsobom pravdu – sú obeťami toho istého systémového zlyhania.

Systém, ktorý garantuje bezplatnú zdravotnú starostlivosť, no zároveň neposkytuje dostatok zdrojov na jej reálne financovanie, nevyhnutne vytvára poplatkovú džungľu.

Preto správna otázka neznie:

„Prečo lekári vyberajú poplatky?“

Správna otázka je:

„Prečo sú úhrady poisťovní nastavené tak nízko, že ambulancie bez poplatkov nedokážu fungovať?“

Kým si túto otázku nezačneme klásť, a najmä na ňu hľadať odpoveď, poplatky budú rásť. A spolu s nimi aj frustrácia pacientov, lekárov a rozpad dostupnej zdravotnej starostlivosti.

MUDr. Karol Mičko kardiológ a internista, viceprezident Slovenskej lekárskej komory

**ZAKÁZAŤ POPLATKY
BEZ RIEŠENIA
PODFINANCOVANIA
JE AKO ZAKÁZAŤ
TEPLOMER, PRETOŽE
UKAZUJE HORÚČKU.**



Minister zdravotníctva Kamil Šaško prezentoval novelu tzv. „zákona o lieku“ so širokou podporou predstaviteľov organizácií, ktoré sa na tvorbe legislatívy podieľali.

Lieková reforma má priniesť dostupnejšiu liečbu aj jasnejšie pravidlá

Po mesiacoch intenzívnych rokovaní, odbornej diskusie a pripomienkovania sa novela tzv. „zákona o lieku“ posúva do legislatívneho procesu v Národnej rade SR. Nová lieková legislatíva má priniesť zásadné zmeny v dostupnosti liekov, zdravotníckych pomôcok aj výnimkovej liečby pre pacientov. Rezort zdravotníctva ju označuje za jednu z najväčších systémových zmien v oblasti liekovej politiky za ostatné roky.

Cieľom pripravovanej reformy je nastaviť stabilné a transparentné pravidlá pre vstup nových liekov na slovenský trh, zlepšiť dostupnosť moderných terapií a zároveň posilniť kontrolu nad obchodovaním s liekmi či falšovaním receptov. Novela zároveň zavádza nárok pacientov na lieky na výnimku, podporuje dostupnosť inovatívnych zdravotníckych pomôcok a zavádza nový princíp „istoty liečby“, podľa ktorého pacient nesmie zostať bez potrebnej liečby.

Na príprave legislatívy sa podieľalo široké spektrum odborných aj stavovských organizácií. Vedenie rezortu zdravotníctva absolvovalo podľa ministra zdravotníctva celkovo 56 rokovaní so zástupcami zdravotníckeho sektora, patientskych organizácií, zdravotných poisťovní, profesijných ko-

môr, farmaceutického sektora, nemocníc, samosprávnych krajov aj ďalších inštitúcií. Výsledkom má byť návrh, ktorý prešiel rozsiahlym odborným pripomienkovaním a verejnou diskusiou.

VÝZNAMNÝ PRÍNOS SLK PRI FORMULOVANÍ ZMIEN

Do prípravy novely sa aktívne zapojila aj Slovenská lekárska komora, ktorá k návrhu predložila viaceré odborné pripomienky a podnety z praxe. Medzi najdôležitejšie prínosy komory patrí pomoc pri formulovaní definície závažného ochorenia, ktorá má zásadný význam pri posudzovaní dostupnosti modernej liečby pre pacientov.

Sedem najdôležitejších zmien novej liekovej reformy

- 1. Jasné pravidlá pre schvaľovanie nových liekov**
Novela nastavuje transparentnejšie pravidlá a procesné lehoty pre vstup liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín do systému úhrad. Súčasťou zmien majú byť aj jasnejšie informácie o schvaľovacích procesoch a podmienkach úhrad.
- 2. Viac nových liekov a ľahší prístup k liečbe pre detských pacientov a pacientov so závažnými ochoreniami**
Reforma má priniesť lepší prístup k inovatívnej liečbe najmä pre detských pacientov a pacientov so závažnými ochoreniami. Zavádzajú sa vyššie prahové hodnoty pre pediatrické indikácie a nové možnosti vstupu moderných liekov inšpirované českým systémom. Lieky s významným klinickým prínosom by zároveň mohli vstupovať do systému rýchlejšie a jednoduchšie.
- 3. Jasnejšie pravidlá pre lieky na výnimku**
Jednou z najvýznamnejších zmien je prepracovanie mechanizmu výnimočných úhrad. Novela zavádza jasnejšie pravidlá a definovaný nárok pacienta na úhradu liečby vo výnimkovom režime pri splnení zákonných podmienok. Zároveň stanovuje povinnosti zdravotných poisťovní a posilňuje kompetencie Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou ako kontrolného orgánu. Súčasťou návrhu je aj zrušenie maximálneho limitu výdavkov zdravotných poisťovní na výnimkové lieky.
- 4. Podpora inovatívnych zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín**
Novela uľahčuje vstup inovatívnych zdravotníckych pomôcok vrátane pomôcok na mieru do systému úhrad. Opätovne majú byť hrazené aj niektoré dietetické potraviny s vyváženým nutričným zložením vrátane bezlepkových a nízkoproteínových potravín.
- 5. Dostupnosť liekov na slovenskom trhu**
Rezort chce zabrániť odchodu dôležitých liekov zo slovenského trhu. Po prvýkrát má zákon umožniť jednoduchšie navyšovanie cien generických a biosimilárnych liekov, aby výrobcovia neprestali dodávať liečbu na slovenský trh a nedochádzalo k výpadkom dostupných liekov.
- 6. Prísnejší boj proti reexportu a falšovaniu receptov**
Novela výrazne posilňuje kontrolu nad obchodovaním s liekmi. Zavádzajú sa nové pravidlá pre mimoriadne objednávanie liekov, povinnosť spätného predaja nevydaných liekov, prísnejšie pravidlá pre podozrivé objednávky aj sankcie za porušenie zákona. Rezort chce zároveň prísnejšie postihovať falšovanie receptov.
- 7. Zavedenie princípu „istoty liečby“**
Nový princíp „istoty liečby“ má zabezpečiť, aby pacient nezostal bez potrebnej liečby z dôvodu obchodných rozhodnutí výrobcov. Držiteľ registrácie lieku bude mať povinnosť zabezpečiť doliečenie pacientov.



Generálna riaditeľka Sekcie farmácie a liekovej politiky Martina Vulgánová odpovedá na otázky novinárov.

Jednou z významných zmien, ktoré sa podarilo presadiť aj vďaka podpore SLK, je legislatívna úprava umožňujúca jednoduchší prístup detských onkologických pacientov k liekom na výnimku. Práve táto skupina pacientov bola dlhodobo odkázaná na komplikované administratívne procesy a individuálne schvaľovanie liečby.

Novelu predstavil minister zdravotníctva Kamil Šaško spolu s generálnou riaditeľkou Sekcie farmácie a liekovej politiky Martinou Vulgánovou na tlačovej konferencii za účasti predstaviteľov organizácií, ktoré sa na tvorbe legislatívy podieľali. Slovenská lekárska komora na podujatí zastupoval viceprezident MUDr. Robert Vetrák, MPH.

MINISTER: SLOVENSKO POTREBUJE STABILNÚ LIEKOVÚ POLITIKU

Minister zdravotníctva Kamil Šaško označil reformu za krok k dlhodobo stabilnej a koncepcnej liekovej politike.

„Liekovej politike dnes dávame konečne stabilný a koncepcný základ. Staviame systém, ktorý bude slúžiť pacientovi bez ohľadu na to, kto bude sedieť v ministerskom kresle o päť, desať či pätnásť rokov. Slovenské zdravotníctvo si zaslúži kontinuitu. Slovenský pacient si zaslúži istotu. A slovenské lieky majú zostať pre slovenských pacientov,“ uviedol minister zdravotníctva Kamil Šaško.

Podľa ministra bola príprava reformy náročným procesom, počas ktorého bolo potrebné hľadať kompromisy medzi potrebami pacientov, odborníkov, zdravotných poisťovní aj farmaceutického sektora. Výsledkom má byť systém, ktorý zabezpečí lepšiu dostupnosť liečby a zároveň nastaví predvídateľné pravidlá pre všetkých účastníkov systému.

Novú liekovú reformu teraz čaká štandardný legislatívny proces v Národnej rade SR. Rezort zdravotníctva očakáva, že po prijatí reformy by pacienti mohli získať predvídateľnejší a dostupnejší systém liečby a zároveň stabilnejšie prostredie pre fungovanie liekovej politiky na Slovensku.

Text a foto: Prokop Slovák

Od liekovej politiky po vzdelávanie medikov

Slovenská lekárska komora sa v uplynulých týždňoch zúčastnila viacerých odborných rokovaní, konferencií a pracovných stretnutí. Aktívne diskutovala aj o financovaní ambulancií, kompetenciách komory a možnostiach spolupráce so študentmi medicíny i ďalšími partnermi v sektore.

**9.
apríl**

Slovenská lekárska komora sa zúčastnila prvej celonárodnej odbornej konferencie „Zdravé nemocnice – silné zdravotníctvo“ pod záštitou ministra zdravotníctva Kamila Šaška. Hovorilo sa o tom, ako ešte lepšie nastaviť fungovanie nemocníc tak, aby každé euro v zdravotníctve smerovalo k pacientovi. Na konferencii odznela správa o auditoch, ktorá napokon vyvolala v odborných kruhoch veľkú diskusiu (o výsledkoch auditu píšeme na inom mieste časopisu MEDIKOM).

**14.
apríl**

Na pozvanie predsedu Bratislavského samosprávneho kraja Juraja Drobu sa SLK zúčastnila slávnostného otvorenia Simulačného centra v Strednej zdravotníckej škole na Strečnianskej ulici v Bratislave. Škola má teraz k dispozícii moderné učebne s praktickým vybavením, ktoré v maximálnej možnej miere približujú študentov k reálnej praxi.





Samuel Arbe, CEO Centra inovatívneho zdravotníctva (HealthHub), počas rozhovoru s viceprezidentom SLK Robertom Vetrákom.

**21.
apríl**

Viceprezident SLK MUDr. Robert Vetrák sa stretol so Samuelom Arbem, ktorý je CEO Centra inovatívneho zdravotníctva (HealthHub). Hovorili o možnostiach spolupráce so Slovenskou lekárskou komorou. Centrum inovatívneho zdravotníctva založili experti na zdravotníctvo, fungovanie verejných politík a tvorbu zdravotníckych biznis modelov s cieľom vytvoriť stabilnú organizáciu podporujúcu našu víziu zdravotníctva 21. storočia.

**22.
apríl**

Viceprezidenti SLK MUDr. Karol Mičko a MUDr. Robert Vetrák sa zúčastnili podujatia „Hodnota zdravia v 21. storočí“. Zástupcovia širokého spektra organizácií pôsobiach v zdravotníctve diskutovali o potenciálnych spoločných krokoch v budúcnosti. Podujatie iniciovala Mária Lévyová, prezidentka Asociácie na ochranu práv pacientov.

**22.
apríl**

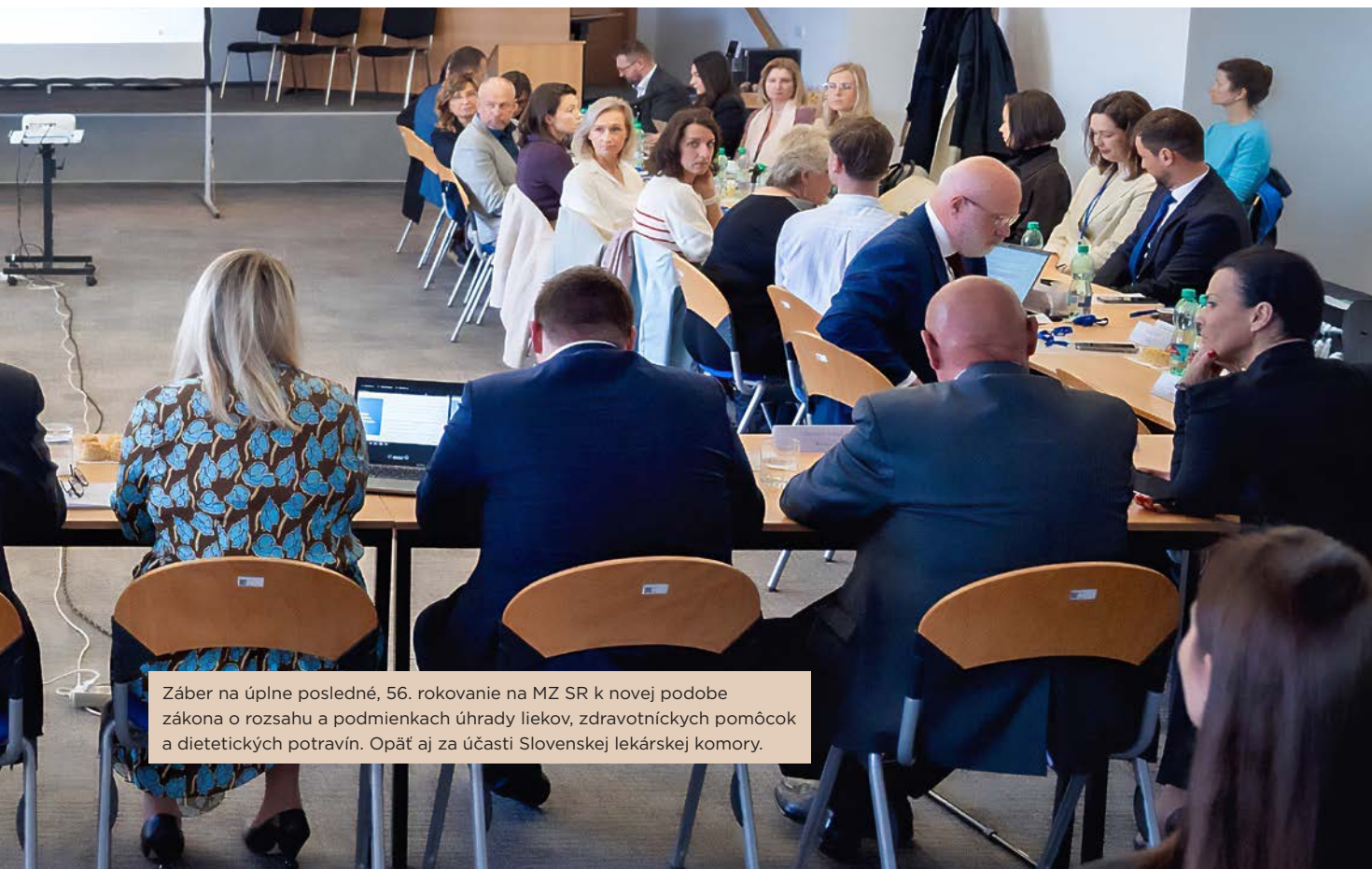
Na pôde ministerstva sa skončili posledné celosektorové rokovania k novej podobe zákona o rozsahu a podmienkach úhrady liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín. Pravidelne sa ich zúčastňovala aj Slovenská lekárska komora. Výsledkom niekoľkomesačných intenzívnych diskusií bol konsenzus, ktorý by mal stanoviť nové štandardy liekovej politiky. Návrh bol v máji schválený vládou a čaká na schválenie v parlamente (*o reforme liekovej politiky píšeme na inom mieste časopisu MEDIKOM*).

**23.
apríl**

Slovenská lekárska komora sa zúčastnila podujatia MediFutura. Jeho druhá edícia bola venovaná zdravotníckym profesiám. Organizátorom podujatia bolo ministerstvo zdravotníctva a prilákalo vyše 3-tisíc študentov aj žiakov zdravotníckych odborov, ako aj veľké množstvo vystavovateľov z celého Slovenska.

**4. a 13.
máj**

V máji absolvovala komora dve stretnutia so zástupcami Slovenskej asociácie študentov medicíny (SloMSA), ktorá zastrešuje všetky spolky medikov na Slovensku. Obe strany podrobnejšie preberali možné formy spolupráce – workshopy, webináre s benefitmi pre študentov a mladých lekárov, prednášky na ak-



Záber na úplne posledné, 56. rokovanie na MZ SR k novej podobe zákona o rozsahu a podmienkach úhrady liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín. Opäť aj za účasti Slovenskej lekárskej komory.



Prezidentka SLK Valéria Vasilová a viceprezident Robert Vetrák na stretnutí u ministra a jeho najbližšieho tímu.

tuálne témy, zapájanie študentov v klinických ročníkoch či organizáciu vzdelávacích aktivít v spolupráci s fakultami. Koncom mája sa vedenie SLK, SLS a SloMSA zúčastnilo na pôde Lekárskej fakulty Univerzity Komenského v Bratislave stretnutia so študentmi lekárskeho fakult z celého Slovenska.

**11.
máj**

Slovenská lekárska komora absolvovala stretnutie s Verejným ochrancom práv JUDr. Róbertom Dobrovodským, PhD., LL.M., a jeho tímom.

Prezidentka komory MUDr. Valéria Vasilová i obaja viceprezidenti MUDr. Robert Vetrák a MUDr. Karol Mičko poukázali na to, že financovanie ambulancií a nemocníc patrí k najzásadnejším problémom v našom zdravotníctve. Podrobne sa hovorilo o poplatkoch i o tom, prečo sú lekári nútení ich vyberať. SLK poukázala na viacero problémov, ktoré robia aktuálny poplatkový chaos už dlhodobo neudržateľným.

Záverom lekárska komora informovala pána ombudsmana, že má vypracovaný návrh na zmenu koncepcie zdravotníctva, ktorý je pripravený ponúknuť MZ SR. Doteraz oň neprejavil záujem žiadny z predchádzajúcich ministrov.

**15.
máj**

Slávnostný galavečer udeľovania ocenenia Biele srdce podporil svojou účasťou aj viceprezident Slovenskej lekárskej komory MUDr. Karol Mičko. Podujatie tradične organizuje Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek (SK SaPA). Tento rok udelila Biele srdce takmer 30 sestrám a pôrodným asistentkám za ich výnimočnú odbornosť a ľudskosť v ošetrovatelstve.

**20.
máj**

Ďalšie stretnutie SLK s ministrom zdravotníctva prinieslo konkrétnu debatu o možnostiach posilnenia postavenia a kompetencií Slovenskej lekárskej komory. Obe strany sa dohodli, že pracovné skupiny bližšie rozpracujú a zadefinujú požadované



legislatívne zmeny. Podľa prísľubu ministra sa pred letom obe strany stretnú ešte raz a o pripravených návrhoch budú rokovať.

Pripravil: Prokop Slovák

Foto: autor a MZ SR

INZERCIA

Pôsobím ako odborný lekár FBLR s mnohoročnými skúsenosťami v odbore FBLR aj s prednáškovou a publikačnou činnosťou. Ponúkam služby garanta. V prípade záujmu ma, prosím, kontaktujte na e-mail: fran.stefanec@gmail.com.



Slovenská lekárska komora na tlačovom brífingu po podujatí podporila myšlienku spoločných krokov viacerých organizácií, vedúcich ku systémovým zmenám.

Aká je hodnota zdravia v 21. storočí

Pomenovať najväčšie výzvy a definovať konkrétne riešenia pre prax. To bol cieľ odborného podujatia „Hodnota zdravia v 21. storočí“. Iniciovala ho Asociácia na ochranu práv pacientov (AOPP).

Zástupcovia verejného a súkromného sektora hovorili o nedostupnosti liekov, poplatkoch u lekára i zadĺžených nemocniciach. „Nejde len o pomenovanie problémov, našou ambíciou je presadiť konkrétne riešenia. Pacient dnes často stojí medzi systémovými zlyhaniami a nemal by sa stávať rukojemníkom systému,“ povedala prezidentka AOPP Mária Lévyová.

Na podujatí sa zúčastnili aj obaja viceprezidenti Slovenskej lekárskej komory, ktorá víta širší dialóg v rámci odbornej verejnosti a verí, že postupne budú prijímané aj konkrétne kroky na ich systémové riešenia.

ZDRAVIE JE SPOLOČNÁ ZODPOVEDNOSŤ JEDNOTLIVCA A SYSTÉMU

„Podľa viacerých údajov zdravotníctvo ovplyvňuje zdravotný stav obyvateľstva len približne v rozsahu 20 až 40 percent. Zvyšok determinujú najmä sociálne a komunitné faktory, za ktoré nesie zodpovednosť štát. Práve patientske organizácie by preto mali aktívne apelovať na vládu, aby systematicky vytvárala podmienky pre zdravý život – od kvalitného životného prostredia až po kontrolu kvality potravín. Tiež je nevyhnutné, aby vláda dôsledne zdôrazňovala význam prevencie a osobnej zod-

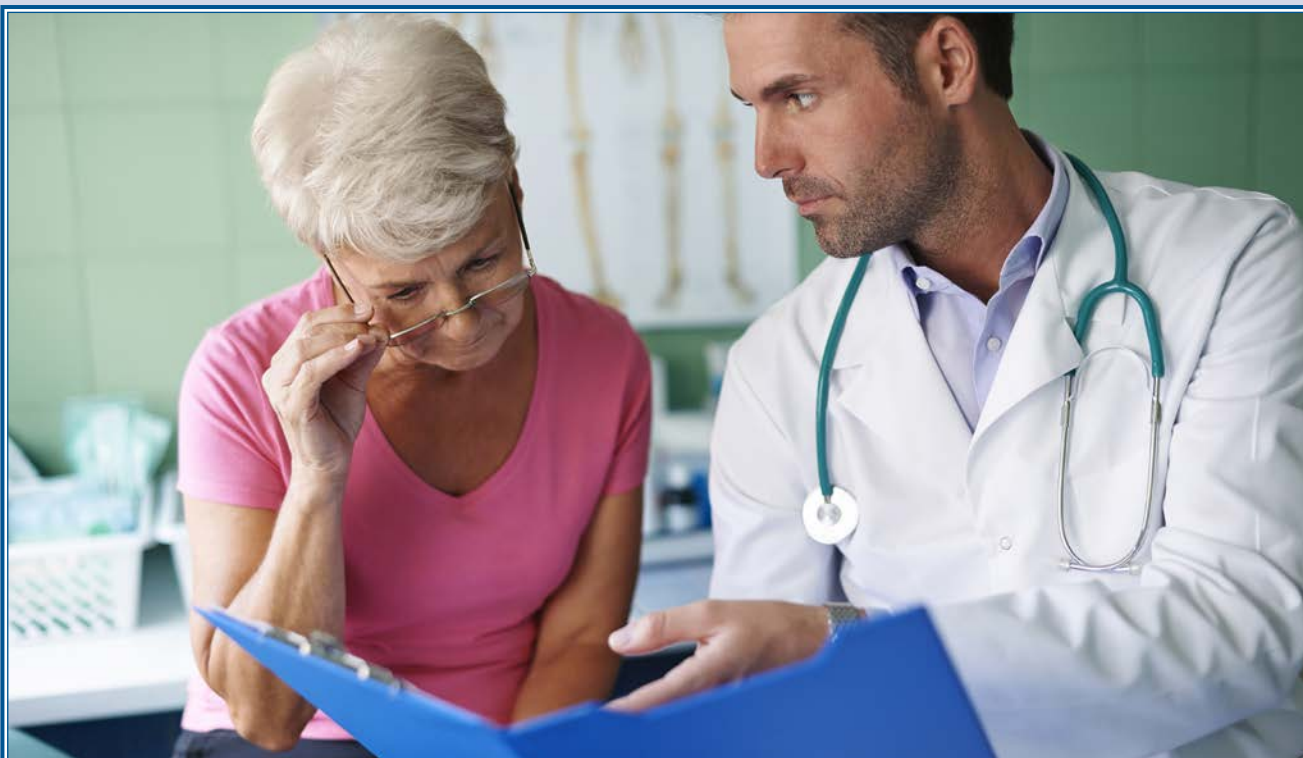
povednosti za vlastné zdravie. Starostlivosť o zdravie nemožno prenášať výlučne na lekára – je to spoločná zodpovednosť jednotlivca aj systému,“ reagoval v diskusii MUDr. Karol Mičko, viceprezident Slovenskej lekárskej komory.

PACIENT MUSÍ BYŤ STREDOBODOM

„Pri riešení celého spektra problémov v zdravotníctve nesmieme zabudnúť na to, že pacient je ten najdôležitejší a musí byť stredobodom našej pozornosti,“ uviedol MUDr. Robert Vetrák, MPH, viceprezident Slovenskej lekárskej komory.

Opätovne zdôraznil potrebu zaviesť financovanie na základe reálnych nákladov, upozornil na absenciu národných programov v oblasti prevencie, skríningu a včasnej diagnostiky, najmä kardiovaskulárnych, onkologických a civilizačných ochorení a poukázal aj na kritickú situáciu v oblasti ľudských zdrojov, najmä čo sa týka počtu a vekovej štruktúry sestier. „Neriešenie problému môže viesť horizonte 5 až 10 rokov ku kolapsu zdravotníctva, pretože už teraz je vo veľkých nemocniciach cca 30 percent lôžok zatvorených pre nedostatok sestier,“ dodal Vetrák.

Text a foto: Prokop Slováček



Škoda a nemajetková ujma pri poskytovaní ZS

Poskytovanie zdravotnej starostlivosti prináša aj právnu zodpovednosť za následky medicínskych výkonov a postupov. Narastajúci počet sporov a rastúce povedomie pacientov o ich právach zvyšujú význam otázky náhrady škody a nemajetkovej ujmy v zdravotníctve. Článok približuje základné druhy občianskoprávnej zodpovednosti, podmienky ich vzniku aj aktuálne problémy aplikačnej praxe.

ZODPOVEDNOSŤ ZA ŠKODU

Inštitút zodpovednosti za škodu v právnom poriadku Slovenskej republiky upravuje zákon č. 40/1964 Zb. Občiansky zákonník v znení neskorších predpisov (ďalej len „OZ“).

Zodpovedný subjekt

Občianskoprávna zodpovednosť pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti je postavená na vzťahu poskytovateľa zdravotnej starostlivosti (držiteľa povolenia na prevádzkovanie zdravotníckeho zariadenia alebo držiteľa licencie na výkon samostatnej zdravotníckej praxe) a pacienta. V zmysle Občianskeho zákonníka je škoda spôsobená právnickou osobou

alebo fyzickou osobou, keď bola spôsobená pri ich činnosti tými, ktorých na túto činnosť použili. Tieto osoby samy za škodu takto spôsobenú podľa OZ nezodpovedajú. Poskytovateľ zdravotnej starostlivosti má právo uplatniť si regres voči zamestnancovi, ktorý svojím konaním škodu na zdraví pacienta spôsobil, avšak len v rozsahu pracovnoprávných predpisov.

Druhy zodpovednosti za škodu na zdraví pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti

V súvislosti s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a škodou na zdraví prichádzajú do úvahy v zmysle Občianskeho zákonníka dva druhy zodpovednosti za škodu:

1. **zodpovednosť za škodu spôsobenú porušením právnej povinnosti,**
2. **zodpovednosť za škodu spôsobenú okolnosťami, ktoré majú pôvod v povahe prístroja alebo inej veci.**

1. Zodpovednosť za škodu spôsobenú porušením právnej povinnosti

V zmysle § 420 OZ každý zodpovedá za škodu, ktorú spôsobil porušením právnej povinnosti. Zodpovednosti sa zbaví ten, kto preukáže, že škodu nezavinil.

Kumulatívnymi podmienkami vzniku zodpovednosti za škodu spôsobenú porušením povinnosti, inak nazývanou aj všeobecná zodpovednosť za škodu, sú:

- a) porušenie právnej povinnosti,
- b) vznik škody,
- c) príčinná súvislosť medzi porušením právnej povinnosti a vznikom škody,
- d) zavinenie.

V prípade poskytovania zdravotnej starostlivosti možno konštatovať, že takmer jediným porušením právnej povinnosti, v dôsledku ktorého vznikne škoda na zdraví, je porušenie § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z. Podľa tohto ustanovenia má poskytovateľ zdravotnej starostlivosti poskytovať zdravotnú starostlivosť správne. Z praxe je zrejmé, že vo väčšine prípadov si pacienti uplatňujú nároky na náhradu škody na zdraví na základe záverov dohľadu vykonaného Úradom pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou.

Samotné porušenie právnej povinnosti, či už bolo alebo nebolo konštatované ÚDZS, nepostačuje na vznik zodpovednosti za škodu na zdraví, nakoľko je len jedným predpokladom jej vzniku. Ďalšími predpokladmi zodpovednosti za škodu na zdraví sú existencia škody na zdraví a predovšetkým príčinná súvislosť medzi porušením právnej povinnosti a vzniknutou škodou na zdraví. Pomerne často sa vyskytujú prípady, keď aj zjavne nebola zdravotná starostlivosť poskytnutá správne, ale škoda na zdraví pacienta, aj keď sa objavila bezprostredne po nesprávnom poskytnutí zdravotnej starostlivosti, bola vyvolaná alebo spôsobená inými okolnosťami ako nesprávne poskytnutou zdravotnou starostlivosťou.

Z tohto dôvodu má preukázanie príčinnej súvislosti v súdnych sporoch pre samotné rozhodnutie súdu kľúčový význam, najmä v prípadoch, keď ÚDZS na základe vykonaného dohľadu právoplatným rozhodnutím uložil poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti pokutu, keďže súd je viazaný rozhodnutím ÚDZS o tom, že bol spáchaný iný správny delikt, postihniteľný podľa osobitných predpisov, a kto ho spáchal. V tejto súvislosti považujeme za potrebné upozorniť na skutočnosť, že ÚDZS primárne pri výkone dohľadu neskúma príčinnú súvislosť medzi postupom non lege artis a následkom. ÚDZS závažnosť následku a príčinnú súvislosť medzi vzniknutým následkom a nesprávnym postupom posudzuje sekundárne s ohľadom na výšku uloženej sankcie.

V neposlednom rade zodpovednosť za škodu nevznikne, ak poskytovateľ zdravotnej starostlivosti pre-

ukáže, že škodu nezavinil. Aby sa poskytovateľ zdravotnej starostlivosti úspešne zbavil zodpovednosti, musí preukázať, že sa nedopustil ani len nevedomej nedbanlivosti (nevedel, že svojím konaním môže spôsobiť škodu, hoci o tom vzhľadom na okolnosti a na svoje osobné pomery vedieť mal a mohol).

V minulosti existovali tendencie považovať poskytovanie zdravotnej starostlivosti za prevádzkovú činnosť. V praxi by to vo vzťahu k vzniku zodpovednosti za škodu na zdraví znamenalo, že poskytovateľ zdravotnej starostlivosti by zodpovedal za škodu na zdraví aj vtedy, ak by lekársky zákrok bol prevedený lege artis. Avšak na stranu poskytovateľov zdravotnej starostlivosti sa postavila rozhodovacia prax súdov, ktorá vzhľadom na špecifickú povahu lekárskeho zákroku dospela k záveru, že poskytovanie zdravotnej starostlivosti nemožno považovať za prevádzkovú činnosť.

2. Zodpovednosť za škodu spôsobenú okolnosťami, ktoré majú pôvod v povahe prístroja alebo inej veci

Podľa § 421a OZ:

- (1) **Každý zodpovedá aj za škodu spôsobenú okolnosťami, ktoré majú pôvod v povahe prístroja alebo inej veci, ktoré sa pri plnení záväzku použili. Tejto zodpovednosti sa nemôže zbaviť.**
- (2) **Zodpovednosť podľa odseku 1 sa vzťahuje aj na poskytovanie zdravotníckych, sociálnych, veterinárnych a iných biologických služieb.**

Na rozdiel od všeobecnej zodpovednosti za škodu, **zodpovednosť za škodu spôsobenú okolnosťami, ktoré majú pôvod v povahe prístroja alebo inej veci**, je založená na princípe absolútnej objektívnej zodpovednosti. Z hľadiska vzniku tejto absolútnej objektívnej zodpovednosti sa vyžaduje, aby existovala príčinná súvislosť medzi použitím určitého prístroja alebo inej veci pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti, najmä medzi okolnosťami, ktoré majú pôvod v povahe prístroja alebo inej veci, ktoré boli pri tom použité, a škodou, ktorá bola týmito okolnosťami spôsobená. Porušenie právnej povinnosti a zavinenie nie sú podmienkami vzniku tejto zodpovednosti.

O prípad zodpovednosti za škodu spôsobenú okolnosťami, ktoré majú pôvod v povahe prístroja alebo inej veci, nejde vtedy, keď škoda nebola spôsobená okolnosťami, ktoré majú svoj pôvod v povahe prístroja alebo inej veci, ktoré boli použité pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti, a škoda bola spôsobená napríklad nesprávnou alebo nedostatočnou prácou obsluhujúceho personálu. V takomto prípade treba na zodpovednosť za škodu aplikovať všeobecnú zodpovednosť za škodu.

Rozsah náhrady za škodu spôsobenú na zdraví

Vzhľadom na zložitost výpočtov jednotlivých nárokov vyplývajúcich zo zodpovednosti za škodu na zdraví obmedzíme sa v tejto časti len na vymenovanie nárokov, ktoré môže poškodený alebo jeho príbuzný požadovať. Podľa Občianskeho zákonníka sa

hradí: bolestné a sťaženie spoločenského uplatnenia, strata na zárobku (počas pracovnej neschopnosti, po skončení pracovnej neschopnosti), strata na dôchodku, jednorazové vyrovnanie, pozostalostná úrazová renta, účelné náklady spojené s liečením, primerané náklady spojené s pohrebom. V ostatnom období sa v súvislosti s nesprávnym poskytnutím zdravotnej starostlivosti rozmáha uplatňovanie náhrady nemajetkovej ujmy v rámci ochrany osobnosti.

ZODPOVEDNOSŤ ZA VZNIK NEMAJETKOVEJ UJMY

Problematika nemajetkovej ujmy pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti patrí v súčasnosti medzi najdiskutovanejšie otázky medicínskeho práva.

Pacienti si čoraz častejšie neuplatňujú len klasické nároky na náhradu škody na zdraví vo forme bolestného alebo náhrady za sťaženie spoločenského uplatnenia, ale aj nároky na náhradu nemajetkovej ujmy v peňazoch z dôvodu zásahu do ich osobnostných práv. Pre lekárov a poskytovateľov zdravotnej starostlivosti má táto problematika zásadný význam najmä z pohľadu rozsahu možnej právnej zodpovednosti a výšky uplatňovaných nárokov. V súdnej praxi totiž dochádza k postupnému rozširovaniu ochrany pacientov aj do oblasti ochrany osobnosti, pričom výška priznávaných náhrad môže v jednotlivých prípadoch dosahovať výrazné sumy.

Nemajetkovou ujmov sa rozumie ujma, ktorá nie je priamo vyjadriteľná v peniazoch. Ide o ujmu, ktorá pre poškodeného neznamená priamu majetkovú stratu, ale zasahuje do jeho osobnostných práv, najmä do ochrany života a zdravia, občianskej cti, ľudskej dôstojnosti, súkromia, mena a prejavov osobnej povahy.

Platný Občiansky zákonník rozlišuje právo na náhradu nemajetkovej ujmy a právo na náhradu škody na zdraví. Nemajetková ujma vzniká v dôsledku porušenia právnej povinnosti v inej než majetkovej sfére fyzickej osoby. Predpokladom priznania náhrady nemajetkovej ujmy je preukázanie splnenia všetkých zákonných predpokladov – neoprávnený zásah (postup non lege artis), vznik ujmy a príčinná súvislosť medzi neoprávneným zásahom a vznikom ujmy. Zodpovednosť za vznik nemajetkovej ujmy je postavená na objektívnej zodpovednosti, a teda nevyžaduje sa preukázanie zavinenia.

V praxi slovenských súdov sa objavujú dva protichodné názory na otázku, či si poškodený pacient môže popri náhrade škody na zdraví (bolestné a sťa-

ženie spoločenského uplatnenia) uplatňovať aj nárok na náhradu nemajetkovej ujmy v peniazoch. **Podľa právneho názoru Najvyššieho súdu SR je možné pri poškodení zdravia uplatňovať súbežne nárok na náhradu nemajetkovej ujmy spôsobenej zásahom do osobnostných práv podľa § 11 a nasl. Občianskeho zákonníka a zároveň nárok na náhradu škody podľa § 420 a nasl., resp. § 444 Občianskeho zákonníka. Uplatnením každého z týchto nárokov sa totiž odškodňuje obsahovo odlišná ujma na strane poškodeného osoby.** Uvedený názor potvrdzuje aj judikatúra Najvyššieho súdu Českej republiky, podľa ktorej ide o dva celkom samostatné nároky podmienené rozdielnou sférou ochrany poskytovanou Občianskym zákonníkom. Judikatúra súdov ďalej uvádza, že náhrada nemajetkovej ujmy zahŕňa takú nemajetkovú ujmu, ktorú nemožno kvalifikovať ako bolestné ani ako odškodnenie sťaženia spoločenského uplatnenia. Vzniká spravidla mimo rámca obvyklých následkov spojených s konkrétnym poškodením zdravia.

Inými slovami, tento nárok nezahŕňa odškodnenie bežných následkov poškodenia zdravia, ale predovšetkým následkov výnimočných. Vo sfére ochrany osobnostných práv sa tak odškodňujú najmä stavy šoku, kvalifikovaného smútku, pocity zúfalstva, beznádeje či dôvodného strachu. Naopak, prostredníctvom ochrany osobnosti a náhrady nemajetkovej ujmy nemožno kompenzovať duševné útrapy a nepríjemnosti pravidelne spoje-

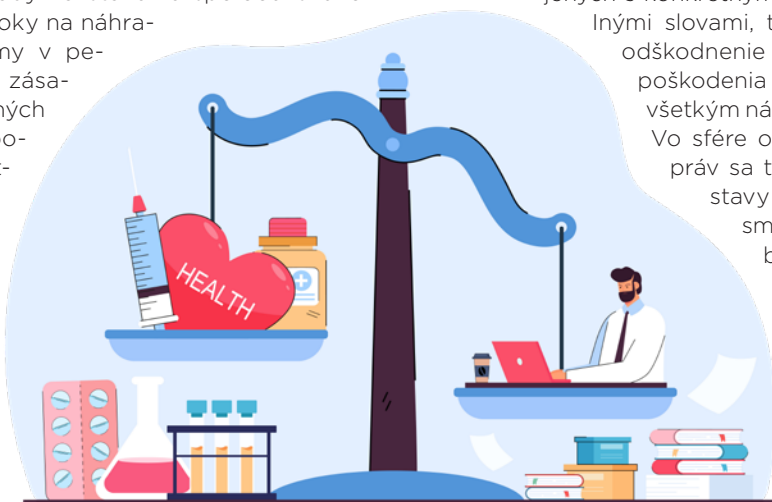
né s poškodením zdravia alebo jeho liečbou, keďže tie sú už zahrnuté v bolestnom, ani ťažké prežívanie trvalých následkov, ktoré je zohľadnené v náhrade za sťaženie spoločenského uplatnenia.

Podľa opačného právneho názoru, vyjadreného v rozhodnutiach Ústavného súdu SR, je nemajetková ujma pri poškodení zdravia už odškodňovaná prostredníctvom bolestného a náhrady za sťaženie spoločenského uplatnenia, teda prostredníctvom náhrady škody na zdraví. Zástancovia tohto názoru vychádzajú z toho, že priznanie ďalšej náhrady nemajetkovej ujmy by mohlo viesť k duplicitnému odškodneniu tej istej ujmy.

Výška náhrady nemajetkovej ujmy v peniazoch nie je zákonom presne stanovená a v prípade súdneho sporu závisí od úvahy súdu. Úvaha súdu pri určovaní výšky náhrady však nemôže byť svojvoľná a musí vychádzať z okolností individuálneho prípadu, najmä zo závažnosti zásahu do práv poškodeného, intenzity a trvania vzniknutej ujmy, následkov na jeho osobný, rodinný a spoločenský život, ako aj z doterajšej judikatúry slovenských súdov a princípu primeranosti priznanej náhrady.

Pripravil: Mgr. Zdenko Seneší

Foto: Freepik



Aktívna licencia a nové odvodové pravidlá: na čo nezabudnúť

Od 1. júla 2026 vstúpi do účinnosti nová právna úprava sociálneho poistenia, ktorá prinesie zavedenie tzv. mikroodvodov. Zmeny sa dotknú najmä samostatne zárobkovo činných osôb (SZČO) vrátane časti poskytovateľov zdravotnej starostlivosti a držiteľov licencie L1A.

KOHO SA MÔŽU MIKROODVODY TÝKAŤ

Zavádza sa nový minimálny sociálny odvod – mikroodvod – vo výške cca 131,34 € mesačne, ktorý sa podľa platnej právnej úpravy bude týkať aj tých držiteľov licencie na výkon samostatnej zdravotníckej praxe (L1A), ktorí nemajú z tejto licencie žiadny príjem.

Vzhľadom na aktuálne platnú právnu úpravu môže teda držiteľom licencie L1A, ktorí túto licenciu nevyužívajú a nemajú z nej žiadny príjem, vzniknúť od 1. 7. 2026 (resp. od 1. 10. 2026, ak majú odklad podania daňového priznania) povinnosť platiť mikroodvod.

Z tohto dôvodu odporúčame držiteľom licencie L1A zvážiť dočasné pozastavenie licencie a čo najskôr podať žiadosť o jej dočasné pozastavenie na Slovenskú lekársku komoru, a to minimálne do času, kým bude definitívne jasné, či a v akej podobe bude schválená príjmová hranica pre platenie mikroodvodu.

PRIPRAVUJÚ SA ĎALŠIE ZMENY, SLEDUJTE ICH

Na túto situáciu reaguje návrh novely zákona č. 461/2003 Z. z., ktorý bol predložený v Národnej rade SR a zavádza príjmovú hranicu, pod ktorou týmito osobám povinné nemocenské a dôchodkové poistenie nevzniká. Pri aktuálnej výške životného minima to pre rok 2026 predstavuje približne 2 900 € ročne.

To znamená, že osoby s príjmom nižším ako cca 2 900 € ročne by v prípade prijatia novely neboli povinné platiť žiadne sociálne odvody, a to ani vo forme zavádzaného mikroodvodu. Toto pravidlo by sa zároveň vzťahovalo aj na držiteľov licencie L1A.

Čo by mali lekári urobiť pred 1. júlom 2026

Čo skontrolovať / vybaviť	Prečo je to dôležité
Overiť, či je licencia L1A aktívna.	Aktívna licencia môže mať vplyv na vznik povinného sociálneho poistenia.
Zistiť, či sa licencia reálne využíva a či z nej plynie príjem.	Dôležité pre posúdenie odvodovej povinnosti.
Overiť, či bol podaný odklad daňového priznania.	Odklad môže posunúť vznik povinnosti až na 1. október 2026.
Rozhodnúť, či licenciu L1A ponechať aktívnu, alebo ju dočasne pozastaviť.	Nepoužívaná licencia môže viesť k vzniku mikroodvodu.
V prípade potreby podať žiadosť o pozastavenie licencie.	Rieši Slovenská lekárska komora.
Skontrolovať vznik povinného sociálneho poistenia.	Od 1. júla 2026 začína účinnosť nového režimu mikroodvodov.
Nastaviť pravidelné platenie odvodov, ak povinnosť vznikne.	Predchádzanie nedoplatkom a sankciám.



Mikroodvody od 1. júla 2026

Naše odporúčania pre držiteľov licencie L1A



O najdôležitejších právnych zdravotníckych zmenách vás informujeme na webe lekom.sk alebo na Facebooku – Slovenská lekárska komora / Slovak Medical Chamber.

Novinka vo vykazovaní zdravotnej starostlivosti: Povinné ID EZZ

Od 1. júla 2026 nadobudne účinnosť legislatívna úprava, podľa ktorej bude pri vykazovaní zdravotnej starostlivosti zdravotným poisťovníam potrebné uvádzať identifikátor elektronického zdravotného záznamu (ID EZZ). Ide o zmenu vyplývajúcu z novely zákona č. 153/2013 Z. z. o národnom zdravotníckom informačnom systéme.

V praxi to znamená, že zúčtovacia dávka zasielaná zdravotnej poisťovni bude obsahovať prepojenie každého vykázaného zdravotného výkonu s elektronickým zdravotným záznamom vytvoreným v systéme eZdravie. Jedinečný identifikátor záznamu bude generovaný informačným systémom poskytovateľa zdravotnej starostlivosti automatizovane. Odporúčame, aby si poskytovateľ overil u svojho dodávateľa, že jeho informačný systém je nastavený správne a údaje z neho sa zapisujú do eZdravia.

Zdravotné poisťovne budú môcť tieto údaje využívať pri kontrole oprávnenosti úhrady vykázanej zdravotnej starostlivosti. V prípadoch, keď bude vykazovanie ID EZZ povinné, môže absencia identifikátora viesť k neuznaniu úhrady zodpovedajúceho výkonu. Zavádzanie tejto úpravy má nabiehať postupne podľa jednotlivých odborností a typov poskytovateľov.

Cieľom úpravy je posilniť prepojenie medzi reálne poskytnutou zdravotnou starostlivosťou, zdravotnou dokumentáciou vedenou v systéme eZdravie a elektronickým vykazovaním výkonov zdravotným poisťovníam.



Všetko aktuálne o službe eZapisovanie, základné informácie, najčastejšie otázky, informačné materiály, harmonogram nábehu nájdete na www.ezdravotnictvo.sk/sk/sluzby-ezapisovanie alebo pod QR kódom.

Čo musia poskytovatelia zdravotnej starostlivosti vedieť o bezhotovostných platbách

Pre široký okruh subjektov platí od 1. mája povinnosť umožniť zákazníkom vo svojich prevádzkach bezhotovostnú platbu pri úhradách nad 1 euro. Zopakujme si, ako sa táto povinnosť týka poskytovateľov zdravotnej starostlivosti.

OKRUH POVINNÝCH SUBJEKTOV - KOHO SA POVINNOSŤ TÝKA

Povinnosť sa vzťahuje na fyzické a právnické osoby oprávnené na podnikanie alebo inú samostatne zárobkovú činnosť, ak prijímajú tržby za tovar alebo služby nad 1 euro. Zákon č. 384/2025 Z. z. ich označuje ako predávajúcich. V zdravotníctve ide najmä o ambulancie, nemocnice, hospice či domovy ošetrovateľskej starostlivosti.

Výnimku majú poskytovatelia s povoleným odkladom zasielania údajov z on-line registračnej pokladnice do systému eKasa.

ČO TREBA DODRŽAŤ

Povinnosť sa týka úhrad za tovary a služby, ktorými pre poskytovateľa ZS môžu byť najmä rôzne poplatky vyberané priamo od pacientov podľa cenníka. Limit nad 1 euro sa vzťahuje na konkrétnu platbu. Ak platba nepresiahne 1 euro, posky-

tovateľ môže vyžadovať hotovosť. Hotovostnú platbu možno požadovať aj pri nedostupnom internetovom signáli. Pacient však môže aj pri vyšších sumách stále zaplatiť v hotovosti.

AKO MOŽNO PRIJÍMAŤ BEZHOTOVOSTNÉ PLATBY

Samotná bezhotovostná platba sa môže uskutočniť viacerými spôsobmi, pričom dôležité je, že **tento spôsob si volí predávajúci, resp. poskytovateľ**. Možnosti sú:

- platba kartou s využitím klasického platobného terminálu,
- štátna verzia platieb cez QR kódy,
- mobilná aplikácia s vyžiadaním platby cez QR kód v ban- kovej aplikácii.

MOŽNÉ SANKCIE ZA NEDODRŽANIE POVINNOSTI

Pri prvom porušení povinnosti príslušný orgán poskytovateľa iba poučí. Pri druhom porušení hrozí pokuta od 500 do 15 000 eur. Pri treťom a každom ďalšom porušení môže pokuta dosiahnuť 3 000 až 40 000 eur.

Viac informácií nájdete na webovej stránke finančnej správy alebo na call centre 048/4317 222 (voľba 4).

Servis pripravil: Mgr. Zdenko Seneši

Obnovujeme pretrhnuté väzby so študentami lekárskeho fakúlt

O potrebe zapájať do činnosti komory aj mladých lekárov sa hovorí už dlhé roky. Nové vedenie SLK to považuje za jednu zo svojich priorít, a preto už podniká prvé kroky – priamo na akademickej pôde, v kontakte so študentmi medicíny, ktorí končia lekárske fakulty a pripravujú sa na vstup do profesijného života.

Začiatkom mája sa uskutočnilo prvé stretnutie Slovenskej lekárskej komory so zástupcami Slovenskej asociácie študentov medicíny. Cieľom bolo opätovne nadviazať dobré vzťahy s mladými medikmi, ktoré sa utlmili v roku 2023.

Slovenskú asociáciu študentov medicíny (SloMSA) zastupoval prezident Milan Smilka a viceprezidentka pre externé záležitosti Lucia Ilavská, komoru zastupoval viceprezident SLK MUDr. Robert Vetrák, MPH. Prvé neformálne stretnutie sa veľmi rýchlo zmenilo na pracovné a obe strany si v základných bodoch zadefinovali možnosti spolupráce na najbližšie mesiace.

AKÉ SÚ MOŽNOSTI SPOLUPRÁCE?

„Zástupcov asociácie som informoval o aktivitách a členstve v komore, ako aj o pripravovaných zmenách. Zhodli sme sa, že by sme radi obnovili kontakty medzi SLK a študentmi medicíny s cieľom zlepšiť vnímanie komory medzi mladými lekármi,“ povedal po stretnutí Robert Vetrák.

Hovorilo sa aj o tom, že zástupcovia SLK by mohli hosťovať na valnom zhromaždení SloMSA, kde by predstavili činnosť a fungovanie komory. Naopak, zástupcovia mladých medikov by sa mohli zúčastňovať na sneme SLK, aby sa bližšie oboznámili s fungovaním komory.

„Ponúka sa viacero foriem spolupráce – workshopy, webinár s benefitmi pre študentov a mladých lekárov, prednášky na aktuálne témy, zapájanie študentov v klinických ročníkoch či organizácia vzdelávacích aktivít v spolupráci s fakultami,“ dodal Vetrák. Všetky potenciálne aktivity budú zarámčované v memorande o spolupráci oboch organizácií.

PRVÉ KONKRÉTNE KROKY

Už o pár dní si obe organizácie vymenili garde a druhé stretnutie sa uskutočnilo na pôde komory.

„Teší nás, že zo strany predstaviteľov SloMSA, ktorí zastrešujú všetky spolky medikov na Slovensku, je záujem o aktívnu spoluprácu s komorou a o vytvorenie priestoru pre mladých lekárov v rámci jej činnosti,“ reagoval viceprezident SLK Robert Vetrák.

S viceprezidentkou asociácie pre externé záležitosti a študentkou Lekárskej fakulty Univerzity Komenského v Bratislave Luciou Ilavskou sa tentoraz stretla aj prezidentka SLK MUDr. Valéria Vasilová, aby spoločne naplánovali prvé konkrétne kroky.

Po podpise memoranda bude SLK hľadať možnosti vzdelávania absolventov lekárskeho fakúlt a mladých lekárov v rámci svojich vzdelávacích aktivít. Zástupcovia SloMSA sa v júli zúčastnia zasadnutia Prezídia SLK, kde sa bude hovoriť o konkrétnych formách najbližšej spolupráce, ako aj o možných benefitoch pre mladých lekárov v rámci SLK.

Koncom mája sa vedenie SLK, SLS a SloMSA zúčastnilo na pôde Lekárskej fakulty Univerzity Komenského v Bratislave stretnutia so študentmi lekárskeho fakúlt z celého Slovenska. Prezidentka SLK Valéria Vasilová a viceprezident Robert Vetrák na ňom predstavili postavenie, základné činnosti a poslanie Slovenskej lekárskej komory ako stavovskej organizácie, ktorá združuje a háji záujmy všetkých lekárov na Slovensku.

*Pripravil: MUDr. Robert Vetrák, MPH a Prokop Slovák
Foto: Prokop Slovák*



MediFutura 2026: Boli sme jeden tím

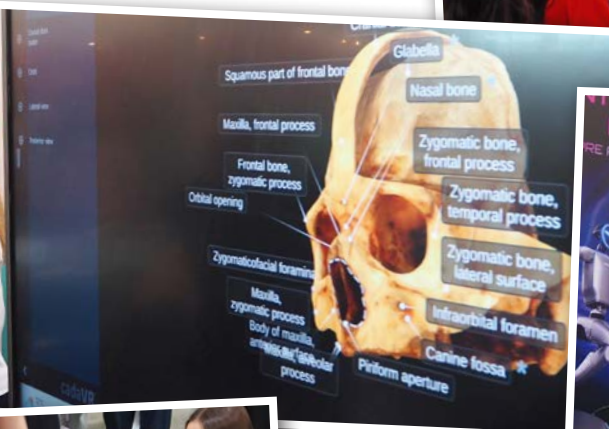
Druhé podujatie MediFutura v Incheba EXPO v Bratislave s podtitulom „Sme jeden tím“ bola tentoraz venovaná zdravotníckym profesiám. Zúčastnilo sa ho vyše tritisíc žiakov a študentov zdravotníckych odborov z celého Slovenska a množstvo vystavovateľov naprieč celým zdravotníckym sektorom.

Program ponúkol odborné diskusie, workshopy, interaktívne ukážky, ako aj priestor na osobné stretnutia, vďaka ktorým mohli budúci zdravotníci získať dobrú predstavu o svojej budúcej kariére.

MediFutura vznikla ako myšlienka spojiť celý zdravotnícky sektor – vytvoriť priestor, kde sa stretávajú študenti, odborníci, inštitúcie aj zamestnávateľia s jedným spoločným cieľom: hľadať riešenia pre budúcnosť zdravotníctva na Slovensku.

Podujatie prepája študentov a zamestnávateľov, stalo sa diskusnou platformou, kde sa otvárajú najzásadnejšie témy zdravotníctva, ale najmä optimálnym priestorom na spájanie ľudí naprieč profesiami a generáciami.

Foto a text: Prokop Slováček



Budúci zdravotníci získali špičkové podmienky na výučbu

Župná stredná zdravotnícka škola na Strečnianskej ulici v Bratislave získala moderné simulačné centrum a zrekonštruovaný pavilón praktického vzdelávania. Pri ich otvorení nechýbala ani Slovenská lekárska komora.

Škola už viac ako 25 rokov pripravuje budúcich zdravotníckych pracovníkov v rôznych študijných odboroch, vrátane pomaturitného a externého štúdia. Vďaka investícii Bratislavského samosprávneho kraja sa stala jednou z najmodernejších na Slovensku.

Škola má teraz k dispozícii moderné učebne s praktickým vybavením, ktoré v maximálnej miere približujú študentov k realnej praxi a umožňujú im plynulejší prechod k výkonu budúceho povolania. Simulačné centrum je vybavené modernými technológiami. Tvoria ho špecializované simulačné miestnosti, laboratória ošetrovateľských zručností či učebňa pre zdravotníckych záchranárov a výučbu prvej pomoci.

Realistické simulátory umožňujú precvičovať široké spektrum zdravotníckych úkonov – od podávania injekcií a resuscitácie až po pediatrickú starostlivosť či postupy pri starostlivosti o novorodencov a seniorov. Žiaci si zároveň rozvíjajú komunikáciu s pacientom, tímovú spoluprácu aj kritické a klinické myslenie.

Text a foto: Prokop Slovák



INZERCIA



KINEDRYL®

Liek na predchádzanie a liečbu cestovnej nevoľnosti pre dospelých a deti od 2 rokov.

www.kinedryl.sk | www.novartis.sk

55
ROKOV
na trhu



Skrátaná informácia o prípravku KINEDRYL, 25 mg/30 mg tablety

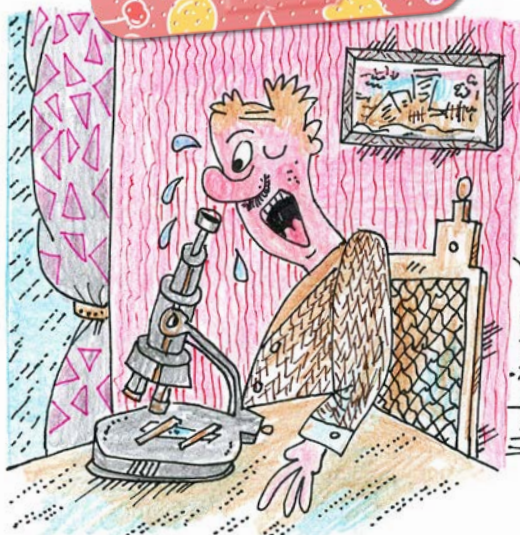
Zloženie: 1 tableta obsahuje 25 mg moxastíniumteoklátu a 30 mg kofeínu. **Indikácie:** profylaxia a liečba kinetózy a terapia vertiga, nauzey a vomitu pri vestibulárnych poruchách u dospelých, dospievajúcich a detí vo veku od 2 rokov. **Antivertiginózný účinok** sa využíva pri liečbe Meniérovej choroby. **Dávkovanie a spôsob podávania:** Dávkovanie a doba liečby sú individuálne a závisia od indikácie, klinického obrazu a citlivosti pacienta. Dospelí: 1 tableta 60 minút pred začiatkom cesty. Pri dlhotrvajúcom cestovaní stačí podávať 1/2 – 1 tabletu v intervale 2 – 3 hodín. Na liečbu náhle vzniknutej kinetózy sa užívajú 2 tablety jednorazovo, pri nedostatočnom účinku potom v intervaloch 30 minút 1/2 – 1 tableta až po maximálne 4 tablety. Pri náhlom vracaní je účelnejšie počiatočnú dávku 2 tablety nepodať naraz, ale rozdeliť ju do 4 dávok v intervale niekoľkých minút. Deti vo veku 2 – 6 rokov: 1/4 tablety. Deti vo veku 6 – 15 rokov: 1/4 – 1/2 tablety. Prvá dávka sa užije 60 minút pred začiatkom cesty, pri dlhotrvajúcom cestovaní sa môže podanie dvakrát zopakovať v intervale 2 – 3 hodín. Kinedryl sa nemá podávať deťom do 2 rokov. Meniérova choroba a ďalšie vestibulárne poruchy: dospelí ležiaci pacienti užívajú 2 – 4 tablety 2 – 3 krát denne. U ostatných sa podáva až 8 tabliet denne. Tabletu je potrebné zapíť dostatočným množstvom tekutiny. V prípade problémov s prehltnutím tablety u pediatrickej populácie je možné tabletu rozdrviť a podať na lyžičke zmiešanú s tekutinou. **Kontraindikácie:** precitlivosť na liečivá alebo na ktorúkoľvek z pomocných látok, akútna intoxikácia liekmi tlmiacimi CNS, terapia inhibítormi MAO vrátane obdobia 14 dní po jej ukončení, glaukóm, retencia moču pri obštrukcii močových ciest, hypertrofia prostaty, obštrukcia tráviaceho systému, ulcerózna kolitída, gravidita a laktácia, deti vo veku do 2 rokov. Kinedryl je nevhodný vo všetkých prípadoch, kde je nežiaduca únava a ospalosť. Opatrnosť je potrebná pri epilepsii. **Osobitné upozornenia:** Súčasným užitím alkoholu a liekov s tlmivým účinkom sa zvýrazní tlmivý účinok lieku na CNS aj pri bežnom dávkovaní. Pri dlhodobom užívaní je potrebné akceptovať znižovanie účinnosti nepriamych antikoagulancií, je potrebné sledovať hemokoagulačné parametre, pri podávaní perorálnych antidiabetík je potrebná kontrola glykémie a prípadná úprava terapie. Zvýšená opatrnosť je potrebná pri podaní liekov pacientom so závažným kardiovaskulárnym ochorením a epilepsiou, peptickým vredom, hyperfunkciou štítnej žľazy, pri ťažkej poruche funkcie pečene, pri akútnych horúčkovitých stavoch, pri závažnej hypoxii a cor pulmonale. U detí je možný vznik excitácie a výskyt kŕčov. Starší ľudia majú zvýšenú citlivosť na anticholinergné účinky lieku (sucho v ústach, poruchy močenia), môže sa u nich objaviť sedácia, zmätenosť, hypotenzia, tachykardia, ale aj paradoxné excitácie reakcie. Pri vyšších dávkach môžu nastať poruchy srdcového rytmu. Liek môže ovplyvniť pozitívitu alergénových kožných testov, preto je potrebné Kinedryl niekoľko dní pred testami vysadiť. Počas terapie Kinedrylom je potrebné vyvarovať sa požívania alkoholických nápojov. Liek môže v ojedinelých prípadoch vyprovokovať status epilepticus. Tento liek obsahuje monohydrát laktózy. Pacienti so zriedkavými dedičnými problémami galaktózovej intolerancie, lapolónskeho deficitu laktázy alebo glukózo-galaktózovej malabsorpcie nesmú užívať tento liek. **Interakcie:** Liek zvyšuje sedatívny účinok iných centrálne tlmivých látok vrátane alkoholu, hypnotik, sedatív a spazmolytik. Moxastíniumteoklát potencuje antimuskarínový účinok ostatných antimuskarínik ako je atropín a účinok tricyklických antidepresív. Znižuje účinok nepriamych antikoagulancií, perorálnych antidiabetík, hydantoinov, steroidov a steroidných kontraceptív. Účinnosť lieku zvyšujú inhibitory monoaminoxidázy a inhibitory acetylcholinesterázy, hypnosedatívne pôsobenie zvyšuje najmä alkohol, hypnotiká, sedatíva, neuroleptiká a anxiolytiká. Účinnosť lieku znižujú barbituráty a pyrazolónové deriváty. Pri súčasnom podaní kofeínu a iných katinových derivátov alebo sympatomimetik sa zvyšujú ich bronchodilatačné a nežiaduce účinky. **Gravidita a laktácia:** kontraindikované. **Ovplyvnenie schopnosti viesť vozidlá a obsluhovať stroje:** Kinedryl nepriaznivo ovplyvňuje pozornosť pacienta a jeho schopnosť sústredenia. Kinedryl nie je určený pre vodičov, pilotov lietadiel a ľudí obsluhujúcich stroje. **Nežiaduce účinky:** Nežiaduce účinky sa vyskytujú u 20 – 30 % pacientov. Najčastejšie bol zaznamenaný celkový útlm, spavosť, slabosť, poruchy koncentrácie. Ďalej sa vyskytuje agranulocytóza, leukopénia, trombocytopenia, porucha koncentrácie, paradoxná excitácia, zmätenosť, sedácia, spavosť, zvýšená podráždenosť, bolesť hlavy, epileptický záchvat, svalové kŕče, status epilepticus, zastreňené videnie, poruchy akomodácie, zvýšenie vnútroočného tlaku, tachykardia, hypotenzia, znížená sekrécia bronchov, sucho v ústach, záпча, hnačka, nauzea, gastroezofageálny reflux, kožná precitlivosť, ťažkosti s močením, retencia moču, slabosť. Starší ľudia sú citlivejší na anticholinergné účinky lieku (sucho v ústach, poruchy močenia), môže sa u nich objaviť sedácia, zmätenosť, hypotenzia, tachykardia, ale aj paradoxné excitácie reakcie. Pri vyšších dávkach môžu nastať poruchy srdcového rytmu. Najmä u mladších detí môže dôjsť k paradoxnej excitácii a vzácne aj k vzniku epileptických kŕčov. **Predávkovanie:** viz úplný súhrn SPC. **Čas použiteľnosti:** 4 roky. **Uchovávanie:** pri teplote do 25 °C v pôvodnom obale na ochranu pred svetlom a vlhkosťou. **Druh obalu a obsah balenia:** PVC/Al blister, papierová škatulka, písomná informácia pre používateľov. 10 tabliet. **Držiteľ rozhodnutia o registrácii:** Novartis, s. r. o., Filmová 174, Kudlov 760 01 Zlín, Česká republika. **Registračné číslo:** 20/0195/69-S. **Dátum prvej registrácie/predĺženia registrácie:** 30/12/1969/9. 4. 2009. **Dátum revízie textu:** 03/2026. **Výdaj lieku nie je viazaný na lekársky predpis. Tento liek nie je hrađený z prostriedkov verejného zdravotného poistenia. Skôr ako pripravok predpíšete, zoznámte sa, prosím, s úplným súhrnom charakteristických vlastností lieku. Určené pre osoby oprávnené predpisovať a vydávať lieky. Referencie: SPC Kinedryl**

copyright 05/2026



LEKÁRKA MI DOPORUČILA KURČATÁ Z CHILE...
OBSAHUJÚ ZÁZRAČNÉ ANTIBIOTIKÁ.

Potlesk nie je určený pre všetkých.
V podstate iba pre prítomných.



BOŽKA, KEDY KONEČNE PRESTANEŠ
HLTAŤ TEN OZEMPIC?!

Nikdy neignorujte blbcov.
Mávajú váhu presiloviek!

Na prvom rande treba klásť také otázky,
aby bola šanca aj na druhé rande.

Tomuto svetu už nerozumiem.
Netuším, čoho sa najskôr začať báť.



AHA, ŽUBRIENKY! TU SA ASI RODIA PRINCOVIA...

Po opici prichádzajú výčitky,
ktoré nikdy nemeškajú.

Viete, že najmenšia matrioška
žije v najhlbšom utajení?

Až sa z Afriky v Európe vylodia
všetci lekári, budú musieť na
svojho pacienta dlho stáť v rade.



HROZÍ VÁM SKLERÓZA... PRE ISTOTU UŽ
TERAZ NAPIŠTE ŽELANIA JEŽIŠKOVI...

*Pomsta má vždy iba takú
chuť, ako dlho dozrievala.*



LÁSKAVO MI VYSVETLI, AKO SI TU
MOHOL DOSTAŤ OVČIE KIAHNE?!

*Pri kolíske by mali stáť sudičky.
Ak stoja bludičky, je to už
o celkom inom osude.*



POKAPALA NA SALAŠI SLANINA?
TO STE HNEĎ MUSELI VOLAŤ PATOLÓGA?!

*Koľkí sú nadšení, ak stretnú kominára,
a predsa ho nikto neobjíme!*



MAJÚ TU OMEGA-3 MASTNÉ KYSELINY
V SLUŠNOM BALENÍ...

Mae Jemison sa stala 20. ženou a 281. človekom vo vesmíre. Zároveň bola prvou ženou tmavej pleti, ktorá sa do vesmíru dostala

Foto: NASA



Doktorka medzi hviezdami

Mae Jemison vedela od detstva, že ju priťahujú dva svety – medicína a vesmír. Skôr než sa stala prvou Afroameričankou vo vesmíre, pracovala ako lekárka, pôsobila v Afrike a venovala sa verejnému zdravotníctvu. Keď si v roku 1992 obliekla skafander NASA, nebola len astronautkou. Bola lekárkou, vedkyňou a ženou, ktorá odmietla prijať predstavu, že niektoré profesie jednoducho „nie sú pre ňu“.

Foto: NASA



Na palube raketoplánu mala úlohy, ktoré prepájali medicínu, vedu a moderné technológie.



DIEVČA, KTORÉ CHCELO ÍŠŤ VYŠŠIE

Mae Jemison sa narodila v roku 1956 v americkom štáte Alabama, vyrastala však v Chicagu. Už ako dieťa milovala vedu, prírodu a knihy o vesmíre. Fascinovali ju rakety, technológie a sci-fi seriály, najmä legendárny Star Trek. Neskôr spomínala, že ju veľmi ovplyvnila postava poručíčky Uhury – jednej z prvých výrazných Afroameričaniek v televíznej vedecko-fantastickej tvorbe.

Neskôr hovorila, že ju od detstva fascinovala nočná obloha a vesmír. Už ako dieťa nechápala, prečo medzi astronautmi nevidí ženy, ktoré by vyzerali ako ona. Napriek tomu verila, že ak existuje cesta do vesmíru, raz ju skúsi nájsť.

V škole sa zaujímala o chémiu, biológiu aj tanec. Po pri vede sa venovala modernému aj africkému tanču a istý čas dokonca uvažovala, že sa bude profesionálne venovať choreografii. Už v tínedžerskom veku vedela, že chce byť lekárkou. Keď to raz učiteľke povedala, údajne sa jej opýtala: „Máš na mysli, že budeš zdravotnou sestrou?“ Podobné reakcie ju však neodradili. Práve naopak.

Na Stanford University nastúpila už ako šestnásťročná. Bola jednou z najmladších študentiek v ročníku a zároveň jednou z mála Afroameričaniek na škole. Sama priznala, že štúdium bolo náročné nielen akademicky, ale aj psychicky. Musela prijať fakt, že od nej mnohí automaticky očakávali menej než od ostatných.

Napriek tomu patrila medzi najlepších študentov a postupne si začala uvedomovať, že práve schopnosť prekračovať stereotypy bude jednou z najdôležitejších tém jej života.

MEDICÍNA AKO PRVÁ CESTA

Na Stanford University študovala chemické inžinierstvo, zároveň sa však intenzívne venovala humanitným vedám, afroamerickým štúdiám aj umeniu. Popri náročnom štúdiu organizovala študentské aktivity a otvorene upozorňovala na diskrimináciu žien a Afroameričanov v akademickom prostredí.

Po skončení univerzity pokračovala na Cornell University Medical College v New Yorku. Už počas štúdia cestovala na Kubu, do Thajska či Kene a zaujímala sa najmä o zdravotnú starostlivosť v rozvojových krajinách. Fascinovalo ju, ako veľmi zdravie ľudí ovplyvňuje chudoba, infraštruktúra či politika.

Titul doktorky medicíny získala v roku 1981. Po skončení štúdia pracovala ako lekárka v Los Angeles, no klasická nemocničná rutina ju nenapĺňala tak, ako si predstavovala. Priťahovali ju situácie, kde bolo treba improvizovať, rozhodovať rýchlo a pomáhať ľuďom v podmienkach, kde zdravotná starostlivosť často prakticky neexistovala.

Zlom prišiel v roku 1983, keď nastúpila do Peace Corps, čo je nezávislá agentúra vlády USA, ktorá vysielala amerických dobrovoľníkov do partnerských krajín po celom svete na projekty v oblasti vzdelávania, zdravotníctva, poľnohospodárstva a komunitného rozvoja. Organizácia vznikla v roku 1961. Ako zdravotníčka dôstojníčka pre Libériu

„**NIKDY SA NEOBMEDZUJTE
PREDSTAVAMI INÝCH ĽUDÍ.**“



Foto: NASA

Štart raketoplánu Endeavour (STS-47). 12. septembra 1992.



Sedem členov posádky STS-47/Spacelab-J. Mae Jemison prvá sprava.

a Sierra Leone bola zodpovedná za zdravotnú starostlivosť dobrovoľníkov Peace Corps aj za koordináciu medicínskych programov v regióne. V západnej Afrike pracovala v prostredí, kde výpadky elektriny, nedostatok liekov či chýbajúce laboratória patrili k bežnej realite.

Jej práca mala ďaleko od klasickej ambulantnej medicíny. Organizovala očkovačie programy, riešila infekčné ochorenia, podieľala sa na výskume hepatitídy B a pomáhala nastavovať zdravotnícke postupy v odľahlých oblastiach. Často cestovala do regiónov, kde boli cesty počas dažďov prakticky neprejazdné a kde bol lekár luxusom, ktorý si väčšina ľudí nikdy nemohla dovoliť.

Neskôr spomínala, že práve Afrika ju naučila medicínu v jej najčistejšej podobe – schopnosť rozhodovať sa rýchlo, pracovať s minimom prostriedkov a zároveň nikdy nezabudnúť, že za každou diagnózou je konkrétny človek.

Zároveň si uvedomila ešte jednu vec: najväčšie výzvy ju vždy priťahovali tam, kde bolo treba prekročiť hranice bežného myslenia. A práve v tom období sa v nej začal znovu ozývať detský sen o vesmíre.

SEN MENOM NASA

V roku 1983 sledovala Sally Rideovú – prvú Američanku vo vesmíre –, ako štartuje na palube raketoplánu Space Shuttle Challenger. Pre Mae Jemison to bol mimoriadne silný moment. Po prvý raz videla vo vesmírnom programe ženu, s ktorou sa dokázala stotožniť. Azda práve vtedy si uvedomila, že jej detský sen o vesmíre možno vôbec nie je nereálny.

Podala si prihlášku do NASA, ale neuspela. Krátko po jej prvej žiadosti prišla katastrofa raketoplánu Space Shuttle

Challenger v januári 1986, pri ktorej zahynulo sedem astronautov. NASA následne výber nových astronautov prerušila a celý americký vesmírny program sa na čas zastavil.

Napriek tragédii si Mae o rok neskôr podala prihlášku znova.

V roku 1987 ju NASA definitívne prijala do astronautického programu. Zo stoviek uchádzačov sa dostala medzi pätnásť nových kandidátov. Nasledovalo obdobie extrémne náročnej prípravy. Mae priznala, že astronautický výcvik bol psychicky jeden z najťažších momentov jej života.

Zároveň však potvrdila, že medicína ju na mnohé situácie pripravila lepšie, než čakala. Lekárska práca ju naučila zachovať pokoj pod tlakom, rýchlo analyzovať problémy a robiť rozhodnutia aj v stresových situáciách. NASA podľa nej nehľadala len inteligentných ľudí, ale osobnosti schopné fungovať mesiace pod obrovským tlakom v dokonale zohratom tíme.

Práve tam sa definitívne spojili oba svety, ktoré ju sprevádzali od detstva – medicína a vesmír.

LEKÁRKA VO VESMÍRE

V septembri 1992 odštartovala Mae Jemison na palube raketoplánu Space Shuttle Endeavour v rámci misie STS-47. Misia bola spoločným americko-japonským vedeckým projektom Spacelab-J zameraným na biologické, medicínske a technologické experimenty vo vesmíre. Na palube prebiehalo 43 vedeckých experimentov a Jemison bola jednou z astronautov zodpovedných za ich realizáciu.

Vo vesmíre strávila takmer osem dní a obletela Zem viac než 120-krát. Posádka skúmala vplyv bezťažového stavu na ľudské telo, fungovanie vestibulárneho systému, pohybovú

„
**LEKÁRSKA PRÁCA
VÁS NAUČÍ ROBIŤ
ROZHODNUTIA AJ
VO CHVÍLACH, KEĎ
NEMÁTE VŠETKY
ODPOVEDE.**“



Mae Jemison

Narodená: 17. októbra 1956, Decatur, Alabama

Povolanie: lekárka, astronautka, vedkyňa, technologická inovátorka

Vzdelanie:

- Stanford University – chemické inžinierstvo a afroamerické štúdiá
- Cornell University Medical College – titul doktorky medicíny (1981)

Medicínska kariéra:

- praktická lekárka v Los Angeles,
- zdravotnícka dôstojníčka organizácie Peace Corps v Libérii a Sierra Leone,
- venovala sa verejnému zdravotníctvu a výskumu hepatitídy B.

NASA:

- Do astronautického programu vybraná v roku 1987.
- V roku 1992 sa stala prvou Afroameričankou vo vesmíre.
- Letela na misii STS-47 raketoplánu Space Shuttle Endeavour.
- Vo vesmíre strávila takmer 8 dní, podieľala sa na biologických a medicínskych experimentoch.

koordináciu či adaptáciu organizmu na prostredie bez gravitácie. Ako lekárka sa Mae mimoriadne zaujímala najmä o medicínske a biologické experimenty, pretože práve ony mali pomôcť pochopiť, ako ľudské telo reaguje na dlhodobý pobyt vo vesmíre.

Jemison sa o niekoľko rokov splnil jeden z jej detských snov. Stala sa prvou skutočnou astronautkou, ktorá malú epizódnu úlohu v seriáli Star Trek: The Next Generation. Sama neskôr povedala, že to pre ňu bolo takmer rovnako emotívne ako samotný vesmírny let.

Pre americkú astronautku bola jej misia viac než len vedecký úspech. Uvedomovala si, že sa stala symbolom pre tisíce dievčat a mladých ľudí, ktorí dovtedy vo vede či vesmírnom programe nevideli samých seba.

Po návrate na Zem sa stala jednou z najvýraznejších tvárí popularizácie vedy a technológií v Spojených štátoch. Prednášala na univerzitách, podporovala vzdelávanie dievčat vo vedeckých odboroch a upozorňovala, že budúcnosť vedy nesmie patriť len úzkej skupine ľudí, ale všetkým, ktorí majú odvahu byť zvedaví.

DRUHÝ ŽIVOT PO NASA

Po odchode z NASA sa Mae Jemison nevrátila ku klasickej medicínskej praxi. V deväťdesiatych rokoch založila technologickú spoločnosť The Jemison Group, prostredníctvom ktorej sa začala venovať projektom prepájajúcim vedu, medicínu, technológiu a vzdelávanie.

Jej cieľom nebolo iba popularizovať vedu, ale ukázať, že vedecké myslenie môže meniť každodenný život. Venovala sa projektom zameraným na telemedicínu, využitie technológií v zdravotníctve či prístup k vzdelaniu v rozvojových krajinách. Zároveň čoraz intenzívnejšie podporovala mladých ľudí, najmä dievčatá a menšiny, ktoré sa chceli venovať vedeckým odborom.

Veľkú časť svojej energie venovala vzdelávaniu. Organizovala vedecké tábory, prednášala na univerzitách a často opakovala, že talent nestačí, ak spoločnosť ľuďom nedovolí veriť vo vlastné možnosti.

V ďalších rokoch sa stala jednou z hlavných tvárí iniciatív podporujúcich STEM vzdelávanie, teda výučbu prírodných vied, technológií, inžinierstva a matematiky.

Mimoriadne ambiciózny bol futuristický program 100 Year Starship, ktorý viedla s podporou americkej agentúry DARPA. Jeho cieľom bolo podporiť výskum technológií, ktoré by jedného dňa mohli umožniť medzihviezdne cestovanie. Podľa nej takéto projekty nútia ľudí rozmyšľať odvážnejšie a vytvárajú inovácie, ktoré môžu pomôcť aj tu na Zemi – v medicíne, energetike či komunikácii.

Popritom písala knihy, vystupovala v dokumentoch, prednášala po celom svete a stala sa jednou z najvýraznejších osobností popularizácie vedy v Spojených štátoch.

VIAC NEŽ ASTRONAUTKA

Príbeh Mae Jemison nie je len príbehom astronautky. Je to príbeh ženy, ktorá odmietla predstavu, že človek si musí vybrať iba jednu cestu.

Bola lekárkou, vedkyňou, astronautkou aj inovátorkou. Medicína ju naučila pracovať pod tlakom, NASA zas premýšľať o budúcnosti v oveľa širších súvislostiach.

Aj preto je dnes Mae Jemison vnímaná nielen ako historická osobnosť vesmírneho programu, ale aj ako symbol odvahy prekračovať hranice – profesijné, spoločenské aj ľudské.

Prípravil: Prokop Slováček

Skutoční hrdinovia
nechodia v plášťoch,
ale **(tajnička)**.

	VYS. TRÁVA S LESKLÝMI STEBLAMI	OHRADENÝ PRIESTOR PRE OVCE	OKNO	VIRTUAL LIBRARY	PRETOŽE						EXECUTABLE EDITING LIBRARY			
					KOSENIE						OKATÉ ŽENY (EXPR.)			
NEJEDLÁ HUBA							PLOD KOKOSOVNIKA						HLBOKÉ BEZVEDOMIE	POKRY ROSOU
ŠABLÓNA (ČES.)								UMELECKÝ SLOH 18. STOROČIA						
								RYČANIE						
EMACS LISP LIST (SKR.)				HVIEZDA (HOLAND.)					UMÝVADLO					
				505 RÍM. ČÍSLICAMI										
1.ČASŤ TAJNÍČKY									ONAM (ČES. ZAST.)					
ŠKVARKA									ČIERNY OBCHODNÍK (HOVOR.)					

Správne znenie tajničky posielajte na **media@lekom.sk** (do predmetu mailu uveďte TAJNIČKA MEDIKOM 3), alebo na adresu Slovenská lekárska komora, Račianska 42/A, 821 03 Bratislava **do 30. 6. 2026**. Ceny do križovky venuje LEKÁR, a. s.

Správna odpoveď tajničky z časopisu MEDIKOM 2/2026 znie:
Mnoho ľudí zmešká malé šťastie, LEBO ČAKÁ NA VEĽKÉ.

Trom vyžrebovaným súťažiacim posielame ceny, ktoré venuje LEKÁR, a. s. **Výhercovia z čísla 2/2026:**
MUDr. Paula K., Bardejov; MUDr. Zoltán D., Nové Zámky;
MUDr. Katarína K. B., Bratislava.

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

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

LEKÁR, a.s.

prípravuje pre Vás



Multiodborový pohľad na **DÔSLEDKY OBEZITY** v každodennej klinickej praxi



►►► štúdiové
vysielanie



10. 6. 2026 • 17:00 hod.

2

kredity

LEKÁR, a.s., vzdelavanie@lekarnet.sk • 0918 671 595

Registrácia: <https://sdu.sk/V6T>

Lilly A MEDICINE COMPANY

Srdce a mozog v ohrození

moderný skrúningový manuál
pre všeobecného lekára



►►► webinár

Odborný garant:
prof. MUDr. Stanislav Šútovský, PhD.



16. jún 2026 • 17:00 hod.

2
kredity

LEKÁR, a.s. | 0918 671 595 | vzdelavanie@lekarnet.sk

Registrácia: <https://sdu.sk/2uEL>

Partner podujatia

Roche



►►► webinár



Naftidrofuryl v klinickej praxi: indikácie, možnosti a limity

Odborný garant:
MUDr. Katarína Dostálová, PhD., MPH.

18. jún 2026
17:00 hod.

2
kredity

LEKÁR, a.s.
0918 671 595 • vzdelavanie@lekarnet.sk

Partner
podujatia

STADA

Registrácia:
<https://sdu.sk/vcQV>

Vysoko účinná liečba svrabu

**Eradikácia svrabu až u 90 %
pacientov už po jednej aplikácii**

Permethrin

Axonía 50 mg/g gél permethrín



**NOVÉ
BALENIE
60 g**

Gélová forma – ľahko sa rozotiera

Liek na predpis

Kód ŠÚKL 3581E

Skrátená informácia o lieku

Názov, lieková forma a zloženie: Permethrin Axonia 50 mg/g gél. 1 g gélu obsahuje 50 mg permethrínu. **Indikácie:** Liečba svrabu u dospelých, dospievajúcich, detí a dojčiat starších ako 2 mesiace. **Dávkovanie a spôsob podávania:** *Dospelí a dospievajúci starší ako 12 rokov:* Naneste najviac 30 g gélu (zodpovedá jednej 30 g tube alebo ½ 60 g tuby). *Deti od 6 do 12 rokov:* Naneste najviac 15 g gélu (zodpovedá ½ 30 g tuby alebo ¼ 60 g tuby). *Deti vo veku od 2 mesiacov do 5 rokov:* Naneste najviac 7,5 g gélu (zodpovedá ¼ 30 g tuby alebo ⅙ 60 g tuby). V prípade ošetrovania tváre, uší alebo vlasmi pokrytej časti hlavy je možné použiť vyššiu dávku. *Starší pacienti (nad 65 rokov):* Aplikujte na celé telo vrátane krku, tváre, uší a pokožky hlavy. Vyhnite sa oblasti blízko očí. *Dospelí a dospievajúci:* Gél sa má aplikovať na celé telo, ale nie na hlavu a tvár, ak tieto oblasti nie sú priamo postihnuté. *Deti staršie ako 2 roky:* Aplikujte na celé telo. Neaplikujte okolo úst a očí. *Deti vo veku od 2 mesiacov do 2 rokov:* Používajte len pod lekárskej dohľadom. Aplikujte na celé telo vrátane krku, tváre, uší a pokožky hlavy. Neaplikujte okolo úst a očí. Gél ponechajte na pokožke 8 až 14 hodín. Potom celé telo dôkladne umyte. Osoby, ktoré sú v kontakte s postihnutou osobou, majú byť ošetrované súčasne s ňou, aj keď nejavia príznaky nákazy. Úspešnosť liečby pri jednej aplikácii je približne 90 %. V prípade zlyhania liečby (bez známok hojenia pôvodných lézií alebo výskyt nových lézií a podkožných chodbičiek) je možné vykonať druhú aplikáciu, a to najskôr 7 dní po prvej aplikácii. **Kontraindikácie:** Precitlivenosť na permethrín alebo iné látky zo skupiny pyretrínov. **Upozornenie:** Len na dermálne použitie! **Interakcie:** Najčastejšie mierne a prechodné kožné reakcie ako vyrážka, svrbenie a kožné parestézie. **Fertilita, gravidita a laktácia:** Nie je známy významný vplyv permethrínu na plodnosť a reprodukčnú toxicitu. Počas používania a minimálne týždeň po aplikácii sa odporúča zdržať sa dojčenia. **Nežiaduce účinky:** Najčastejšie mierne a prechodné kožné reakcie ako vyrážka, svrbenie a kožné parestézie. **Balenie:** Tuba s 60 g gélu. **Uchovávanie:** Pri teplote do 25 °C. **Držiteľ rozhodnutia o registrácii:** AXONIA, a.s., Bydžovská 185/2, 190 14 Praha 9, Česká republika. **Dátum revízie textu:** 10/2023. **Liek je viazaný na lekársky predpis a je hrađený z prostriedkov verejného zdravotného poistenia. Pred predpísaním sa zoznámte s úplnou informáciou o prípravku v Súhrne charakteristických vlastností lieku.**

PERSK1125A

axonía
PHARMA

AXONIA, a.s., Bydžovská 185/2, 190 14 Praha 9, Česká republika, tel. 224 240 832, info@axonía.sk, www.axonía.sk