

MEDIKOM



Na čo zomierajú Slováci?

Kardiovaskulárne choroby a nádory sú pre nás stále veľkým strašiakom

6

Lastovičky zo Žiliny

Primár neurológie v Liptovskom Mikuláši a obvodný lekár v Liptovskom Hrádku. Čo ich spája?

18

SLK bude kontrolovať

Najväčší vzdelávací cyklus sa tento rok končí. Máte dost kreditov?

32

Kríza a núdzový stav

Prehľad osobitných zákonných úprav

27

Reforma zdravotníctva

Z pohľadu ambulantného sektora ju zhodnotila prezidentka ZAP-u

48

VERÍME VAŠIM SKÚSENOSTIAM

Poskytneme vám Profihypoúver
aj bez predkladania finančných výkazov

VŠETKO, ČO JE MOŽNÉ



VÚB BANKA

Oficiálny časopis
Slovenskej lekárskej komory
Číslo 7/2020, X. ročník

Periodicita vydávania:
8-krát ročne

Dátum vydania:
november 2020

Registrované pod číslom
MK SR EV 3430/09

ISSN 1338-340X

Oznámenie o štruktúre
vlastníckych vzťahov
vydavateľa periodickej tlače:

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

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

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

Šéfredaktor:
Mgr. Nancy Závodská

Vedúci redakčnej rady:
MUDr. Jaroslav Šimo

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

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

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

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

Jazyková redaktorka:
Jana Juríčková

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.

NA ORAVE DOBRE, NA ORAVE ZDRAVO

Dnes, žiaľ, slová tejto piesne strácajú na aktuálnosti. Na Orave sa koronavírus šíri závažnou rýchlosťou.

Presvedčil som sa o tom osobne, pri pilotnom testovaní na COVID-19 v troch oravských obciach. Po skončení pilotného testovania a pred očakávaným celoplošným testovaním zostali však stále zásadné otázky nevyhnutné.

Bude nás mať kto po skončení celoslovenskej operácie vyšetriť, ak sa nakazia zdravotníci, ktorí budú testovať? Dostaneme sa do ambulancie, alebo do už aj tak dnes preplnených nemocníc, ak sa nám zhorší stav a budeme potrebovať hospitalizáciu? Zvládne slovenské zdravotníctvo vlnu, ktorou všetci strašia?

Milé kolegynie, milí kolegovia,
v zdravotníctve pracujem viac ako 35 rokov, takmer 25 rokov sa aktívne zasadujem za práva a lepšie pracovné podmienky lekárov a zabezpečenie dostupnej a kvalitnej liečby pre pacientov. 25 rokov sa spolu s vami snažím zlepšiť fungovanie slovenského zdravotníctva. Výsledok? Odpoveď pozná každý z vás. Každá doterajšia vláda brala zdravotníctvo len ako záťaž, na ktorej sa body nezískavajú a nechala ho klesať stále viac a viac ku dnu. A mnohí na ňom bezcharakterne profitovali. My sme kričali a kričali, ale všetky uši boli hluché. Dnes žneme ovocie, ktoré zasadili politici ignorujúci prirodzené zákonitosti o nutnosti prosperity zdravotníckych systémov, ktoré sú absolútnou istotou každej vyspelej spoločnosti. Úroveň zdravotníctva a jeho výkonnosť nepreverí nič lepšie ako akýkoľvek živel, prírodná katastrofa, živelná pohroma alebo aj pandémie akéhokoľvek pôvodu. Vtedy zdravotníctvo nastaví verný obraz celej spoločnosti a veľmi rýchlo sa ukáže, čo ste dlhé roky zanedbávali, čo ste robili zle alebo čo ste neurobili vôbec.

Za celé obdobie môjho aktívneho účinkovania v zdravotníctve si nepamätám nič, čo by celú spoločnosť rozdelilo tak, ako nás rozdeľuje pandémia COVID-19. Práve v tomto čase však musí byť pre každého v prvom rade dôležité to, aby sme sa v každej chvíli snažili vidieť toho najzraniteľnejšieho, ktorým je pre nás, zdravotníkov, pacient v jeho celom ponímaní. S jeho dušou i jeho zdravotnými problémami, obavami. Neklzať sa jednoducho po povrchu.

Vedel som, že o pilotnom testovaní na Orave a v Bardejove sa administratívne rozhodlo. Predpokladal som, že plošné testovanie vieme ešte zvrátiť. Zvrátiť tým, že zvládneme pilot a dokážeme neodvodnenosť predčasného rozhodnutia plošného testovania. Tušil som, že situácia medzi ľuďmi v týchto regiónoch je úplne iná ako na zvyšku Slovenska. Preto som sa rozhodol zúčastniť sa ho osobne. A **poprosil som** lekárov, ktorí majú záujem a priestor, aby pomohli pri testovaní v týchto štyroch okresoch.

Nikdy som ešte nemal toľko kladných, ale tiež záporných odoziev. Je to správne, tak to má byť. Nesmieme nikomu brániť vyjadriť svoj odborný názor, aj keď ho celkom nezdierame. Dôležité je niečo iné. Vždy musíme myslieť na tých, pre ktorých sme tu, ale aj na tých, ktorých chceme presvedčiť, že sa mylí, lebo... Honba za prvenstvom a vavrínmi našej vlády môže spôsobiť slepotu a zastrieť podstatu celej veci. Robme preto správne veci a robme ich správne.

Robme preto správne veci a robme ich správne.

Ak chceme niekomu dokázať, že sa rozhoduje urýchlene a bez patričných podkladov, potrebujeme k tomu argumenty a tými mali byť ÚDAJE z pilotného testovania.

Občania tejto krajiny si zaslúžia, aby nečakali v kilometrovej rade len preto, že uposlúchnu

výzvu, chcú byť disciplinovaní a chcú sa snažiť ovplyvniť budúcnosť svojho zdravia.

Situácia je VÁŽNA! A nemusela byť, keby sme mali iné zdravotníctvo. Dobešla nás minulosť. To nás však neospravedlňuje ani nevyvíja z toho, že sme sa do toho dostali aj našou zásluhou, našou laxnosťou, nezaujmom a možno aj slabosťou. Ale riadili, rozhodovali a pustošili politici... Dnes práve my najlepšie vieme, čo sa najviac zanedbalo a na čo môžu najviac doplatiť pacienti i my, lekári. Môže byť len malou útechou, že dnes o zanedbanom zdravotníctve začínajú hovoriť aj politici. A začínajú hovoriť aj o jeho obrode a prioritizácii.

Verím, že už skončil čas planých sľubov a nastúpia nové časy konkrétnych, odvážnych, principiálnych a efektívnych činov.

Ak sa nevieme zjednotiť v boji proti pandémii koronavírusu, je nevyhnutné zjednotiť sa na novom lepšom zdravotníctve.

Politici prichádzajú a odchádzajú. My zdravotníci vždy ostávame.

Marian Kollár, prezident 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 spracovaním osobných údajov členov SLK v rozsahu mena, priezviska a adresa bydliska za účelom distribúcie časopisu MEDIKOM®.

Od roku 2012 názov MEDIKOM® registrovaný pod ochrannou známkou.



TÉMA ČÍSLA AKÉ CHOROBY NÁS ZABÍJAJÚ

Štatistiky o úmrtiach
a rozhovor s MUDr. Annou
Barákovou z NCZI.

6

PUBLICISTIKA

25-tisíc na novú ambulanciu 18

Príbely dvoch lekárov, ktorí sa zapojili do programu žilinskej župy Ľudské zdroje.

NAŠI PARTNERI

ZAP má novú prezidentku 24

Čo ešte prinieslo valné zhromaždenie v Jasnej?

AKTIVITY SLK

Horúce jesenné rokovania 28

Vedenie komory riešilo nielen COVID-19,
ale aj väčšie právomoci SLK.

VZDELÁVANIE

Máte dosť kreditov? 32

Slovenská lekárska komora chystá kontrolu
najväčšieho vzdelávacieho cyklu .



AKTUÁLNE

Prvá a druhá vlna očami lekára 34

Naozaj sme COVID-19 podcenili?

OSOBNOSTI MEDICÍNY

Lekár, ktorého doma nechceli 40

Za Martinom Kukučinom plakali štyri národy.

ZVÁŽTE TO EŠTE!

Slovenská lekárska komora tesne pred celoplošným testovaním poslala odkaz vláde

Tri dni pred celoplošným testovaním obyvateľstva na COVID-19, ktoré vláda naplánovala na dušičkový víkend, usporiadala SLK mimoriadny brífing. Zúčastnili sa na ňom prezident SLK MUDr. Marian Kollár, člen Rady SLK MUDr. Ernest Sivík, právny zástupca SLK Mgr. Zdenko Seneši a MUDr. Katarína Šimovičová. O čo išlo? Podrobnosti prinášame v tlačovej správe.



Mimoriadny brífing SLK sa uskutočnil 28. 10. 2020

„Slovenská lekárska komora už pred pilotným testovaním v štyroch okresoch na Orave a v Bardejove vyzývala vládu na odbornú a širokú diskusiu pred celoplošným testovaním. Oprávnené očakávala, že k nej po skončení pilotného testovania dôjde. Nestalo sa tak, naopak, pribudli ďalšie pochybnosti a otázky.

Bude nás mať kto a s čím po skončení plošného testovania vyšetriť, ak sa nakazia zdravotníci, ktorí budú testovať? Dostaneme sa do ambulancie alebo do dnes už aj tak preplnených nemocníc, ak sa nám zhorší stav a budeme potrebovať hospitalizáciu? Zvládne slovenské zdravotníctvo vlnu, ktorú očakávame?

Na všetky tieto otázky nemáme ešte ani dnes, tri dni pred začatím plošného testovania, žiadne odpovede. Aj včerajšia tlačovka ministra obrany o pripravenosti, resp. skôr o nepripravenosti zabezpečenia aj hygienických a medicínskych štandardov, len potvrdila naše pochybnosti o „spasiteľnosti“ celoplošného testovania.

Situácia je vážna, musíme si uvedomiť, že chýbajú zdravotníci, lekári sú vyčerpaní, nemocnice začínajú dosahovať plné kapacity.

Nie je doba, aby sme robili veci, ktoré nemajú zásadný vplyv na zvládnutie pandémie v tomto období a už vôbec by sme nemali robiť veci, ktoré nám odčerpávajú sily. Sily materiálne, finančné, personálne, ale i psychické. Sily, ktoré budeme potrebovať už v najbližších dňoch a týždňoch.

Povinnosťou Slovenskej lekárskej komory je myslieť na tých, pre ktorých sme tu, ale dnes musíme dať aj jednoznačný odkaz vláde, ktorú chceme presvedčiť, že sa mylí, lebo honba za prvenstvom a vavrínmi môže spôsobiť slepotu a zastrieť podstatu celej veci. Robme preto správne veci a robme ich správne...

Slovenská lekárska komora preto vyzýva vládu, aby ešte raz zvážila celoplošné testovanie, zasadla za jeden stôl s odborníkmi a začala plánovať jasné kroky, ktoré nám pomôžu spoločnou zodpovednosťou v želatelnom horizonte pandémie zvládať.“

Pozn. red.: Vzhľadom na uzávierku nášho časopisu sa výsledkom celoplošného testovania a tomu, ako to celé dopadlo, budeme venovať v ďalšom čísle Medikomu.

Z dôvodu pandémie sa nebude konať tohtoročný volebný snem SLK

VOĽBY V KOMORE ZRUŠENÉ

Rada Slovenskej lekárskej komory na svojom mimoriadnom zasadnutí 20. októbra 2020 prijala uznesenie, ktorým zrušila konanie volieb do orgánov komory a orgánov regionálnych komôr. S ohľadom na vyhlásený núdzový stav, predovšetkým však v záujme pozitívneho príkladu lekárov pre občanov, ako aj z odôvodnenej obavy z možného prenosu nákazy, členovia rady SLK považovali za dôležitejšie uprednostniť celospoločenský záujem a záujem o zdravie svojich členov, pred formálnym naplnením lehoty na konanie volieb. Z tohto dôvodu sa v roku 2020 nebudú konať plánované zasadnutia Zhromaždenia delegátov regionálnych komôr a Snem komory. Rada komory o konaní volieb rozhodne najneskôr do troch mesiacov od skončenia núdzového stavu, o čom budú členovia komory aktuálne informovaní.

V súlade so zákonom budú doterajšie orgány komory a orgány regionálnych komôr vykonávať svoje funkcie až do zvolenia nových orgánov komory a regionálnych komôr.

Rada komory aj pri tejto príležitosti vyzýva všetkých lekárov, aby pri výkone povolania, ale i v osobnom živote boli príkladom dodržiavania protiepidemiologických opatrení, a tak prispeli ako najvýznamnejší článok v boji proti COVID-19 k čo najskoršiemu potlačeniu pandémie.

INZERCIA

**Spoločnosť Mediclinic a.s.
jako přední poskytovatel
primární ambulatní péče v ČR přijme**

praktické lékaře

v lokalitách Most, Louny, Aš, Jihlava, Třinec

a dále lékaře-pediatry

v lokalitách Praha, Brno, Ostrava.

Nabízíme:

nadstandardní mzdové ohodnocení, 5 týdnů dovolené, 3 dny sick days, týden placeného volna na vzdělávání, příspěvek na ubytování. Naše lékaře podporujeme při specializačním i dalším profesním vzdělávání, máme akreditovanou pracoviště pro obory VPL a pediatrie. Dále u nás můžete počítat s osobním přístupem, plnou podporou při chodu ambulance, díky tomu strávíte v ambulanci pouze nezbytné minimum administrativou a zůstane Vám více času na pacienty.

Neváhejte se ozvat na tel. 733 679 555,
kariera@mediclinic.cz

Na všetkých úrovniach nášho života potrebujeme čo najobjektívnejšie údaje. Platí to aj o úmrtiach...

NA ČO zamierajú SLOVÁCI?

“

Ak sedíš jednou polovicou tela v ľade a druhou na horúcich kachliach, tak je ti štatisticky veľmi príjemne.

Murphyho zákon

Nech si už myslíte o štatistikách čokoľvek, isté je, že sa bez nich moderná spoločnosť nezaobíde. O medicíne ani nehovoriac. A to nielen v čase korony, keď sa pri príprave tohto čísla MEDIKOM-u práve vo veľkom rozhodovalo o celoplošnom testovaní Slovákov na COVID-19.

Jedným z dôvodov bolo aj to, aby sme získali čo najpresnejšie údaje o rozšírení nákazy v populácii (v čase uzávierky ešte nebolo jasné, ako to dopadlo, pozn. autorky). Našou témou čísla sú tiež štatistiky, ale na trochu inú tému – štatistiky úmrtí Slovákov. Porozprávali sme sa o tom s MUDr. Annou Barákovou, vedúcou oddelenia vybraných národných zdravotných registrov v Národnom centre zdravotníckych informácií (NCZI).

? Ako u nás v súčasnosti funguje zber údajov o úmrtí?

Garantom zberu údajov o úmrtí v rámci SR je Štatistický úrad Slovenskej republiky (ŠÚ SR). Tieto údaje sa získavajú vyplnením formuláru „List o prehliadke mŕtveho a štatistické hlásenie o úmrtí“ (LoPM). Do roku 1998 sa z jednotlivých matrík posielali LoPM v jednom exemplári priamo na príslušné demografické oddelenie ŠÚ SR. **Od roku 1998 má však centrálné organizačné zabezpečenie zberu LoPM z 973 matrík na starosti detašované pracovisko ŠÚ SR so sídlom v Trnave.** Po následnom elektronickom zadaní, výberom jednej príčiny smrti do príslušnej databázy úmrtí, sa potom mesačná databáza odosiela do „centrály“ ŠÚ SR v Bratislave.

Po získaní ročných údajov sa príslušné anonymizované údaje (prípravené podľa príslušných kritérií) odosielať do

EUROSTAT-u, pre ktorý je ŠÚ SR za SR v danej agende oficiálnym partnerom. Samotnému vypísaniu LoPM predchádza, samozrejme, obhliadka exitovaného človeka, pri ktorej sa majú zase dodržiavať pokyny uvedené v predmetnom usmernení na webe Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou (ÚDZS). Dovolím si ešte uviesť, že minulé i súčasné vedenie Sekcie patologickej anatómie a súdneho lekárstva v ÚDZS, v oboch prípadoch pod vedením MUDr. Palkoviča, PhD., sa v súvislosti s prehliadkami mŕtvych usilovalo a usiluje o realizáciu transformačných zmien na viacerých úrovniach. **V objektivite príčin smrti, a to od vypísovania LoPM po prípravu čo najobjektívnejších údajov v databáze úmrtí, výberom iba jednej príčiny smrti, má SR rezervy.** Elektronický LoPM pripravený v roku 2009 na ÚDZS sa, žiaľ, z rôznych dôvodov neujal v praxi ani ako pilotný projekt, verím však, že v krátkom časovom horizonte sa ÚDZS už úspešnejšie ujme svojich vízií na zmenu v danej oblasti (väčší záujem MZ SR o objektivitu príčin smrti v SR bude však nevyhnutný).

? Pri štatistikách o úmrtiach je dôležitá Medzinárodná klasifikácia chorôb, jednoducho povedané, kódovanie. Kedy sa zaviedlo?

V medzinárodnom kontexte sa v druhej polovici 19. storočia skupina odborníkov podujala na prípravu Medzi-



národnej klasifikácie chorôb (MKCH). Kódovanie malo slúžiť v prvom rade na identifikáciu a štatistické spracovanie príčiny smrti (v tom čase najmä na infekčné choroby), až neskôr sa MKCH používala na identifikáciu choroby. Významným aktérom na diskusiu o štruktúre MKCH bol pán Wiliam Farr z Hlavnej matriky Anglicka a Walesu.

Pre všetky všeobecné potreby epidemiológie a účely zdravotníckeho manažmentu sa Medzinárodná štatistická klasifikácia chorôb (MKCH) a príbuzných zdravotných problémov stala medzinárodným štandardom. MKCH bola definovaná takto:

„Klasifikácia je metóda zovšeobecňovania. Preto použitie niektorých klasifikácií môže priniesť úžitok. Lekár, patológ alebo právnik môžu, každý zo svojho pohľadu, legitímne klasifikovať chorobu a príčinu smrti spôsobom, ktorému veria, že najlepšie umožňuje dospieť k žiadanému výsledku.“

V súčasnosti už je pripravená MKCH-11, niektoré krajiny ju už používajú, v SR ešte nie sú vhodné podmienky (organizačno-technické zabezpečenie – preklad do slovenčiny, financie) na uvedenie poslednej MKCH do praxe.

❓ Vraveli ste, že pri spracovaní údajov o príčinách smrti máme ešte rezervy. Aké?

Informácie o tom, aké rezervy sú pri vypisovaní LoPM, sme zistili pri nami realizovaných dvoch prierezových analýzach, zameraných na objektivitu výberu príčiny smrti príslušných skupín chorôb. V jednej išlo o objektivizáciu úmrtí na cievnu mozgovú príhodu (CMP) v SR. **Zistili sme, že za SR sa vykazovalo menej úmrtí na CMP, pre uprednostnenie „hypertenzie“ ako príčiny smrti.** Preto sme mali nižšiu mieru štandardizovanej úmrtnosti na CMP ako napr. v ČR. Po prehodnotení týchto úmrtí (s ich objektivizáciou aj na ČSÚ) sme potom mali vyššiu mieru úmrtnosti na CMP ako v ČR.

Na základe zistení z inej prierezovej analýzy sme zase **zistili nadhodnotenie infarktov pri úmrtí doma bez ďalších podporných dôkazov.** Pre tieto pochybnosti o objektivite úmrtí sme sa potom na odbore zdravotných registrov na NCZI spontánne rozhodli (pamätám si presne, že to bolo 7. 1. 2013), že urobíme kompletnú revíziu úmrtí za rok 2011 ako pilotný projekt.

❓ Čo ste pri ňom zistili?

V danom roku sa zistené nedostatky týkali upresnenia takmer 22 % príčin smrti, z nich v polovici prípadov mala príčina smrti patriť do inej kapitoly MKCH-10. Z nedostatkov išlo napríklad o:

- nesprávne uvádzanie kódov, ktoré nezodpovedali textu,

- rutinné uvádzanie chronickej ischemickej choroby srdca či univerzálnej aterosklerózy ako prvotnej príčiny smrti aj v prípade, že mal pacient onkologické ochorenie s mts alebo išlo o staršieho človeka po úraze (najčastejšie po zlomenine stehrovej kosti),
- uvedenie následku inej príčiny smrti v LoPM do prvotnej príčiny, a nie tej, ktorá mala byť uvedená ako prvotná (napr. v prípade peritonitídy, ktorá mala byť uvedená ako bezprostredná príčina smrti a apendicitída ako prvotná príčina); takto by sme nezískali údaje o tom, čo peritonitídu spôsobilo,
- časté uvádzanie hypostatickej pneumónie ako prvotnej príčiny smrti, pričom išlo o imobilného pacienta po CMP.

Po týchto zisteniach, prezentovaných v apríli 2013 na MZ SR, sa NCZI zaviazalo pokračovať v revízií príčin smrti.

❓ Ako to vyzerá v súčasnosti? Zlepšilo sa spracovanie týchto údajov?

V ostatných rokoch je menej nedostatkov na strane lekárov, no najmä na ŠÚ SR v Trnave (pre veľmi dobrú spoluprácu NCZI s Trnavou, kde ešte občasné chybné kódy po lekároch opravujú). V minulosti totiž ŠÚ SR mal pri spracovaní jednej príčiny smrti vybrať iba prvotnú príčinu smrti, uprednostniť úmrtie na nádorové ochorenie, aj keby nebolo uvedené ako prvotná príčina a, samozrejme, vybrať úrazy. Výber sa však dal urobiť iba z údajov, ktoré boli v LoPM uvedené.

V posledných rokoch nám k doplneniu informácií o existovanom pacientovi, ak máme pochybnosť o údajoch uvedených v LoPM, alebo sa nám zo skúseností zdá, že vo vzťahu k veku existovaného informácia v LoPM nie je dostatočná, často pomáha databáza hospitalizovaných (NCZI). Tak napr. u mladého človeka zistíme, že ide o chronického etylika s alkoholovou cirhózou pečene, a nie o nealkoholovú cirhózu uvedenú v LoPM.

Alebo ak starší človek má v LoPM uvedenú len diagnózu ischemická choroba srdca, a zomrel v nemocnici na chirurgii, z databázy hospitalizovaných zistíme, že zomrel krátko po operácii zlomeniny. V inom prípade sme zistili, že pacient zomrel na zhubný nádor prostaty s mts v nemocnici na urológii, ale v LoPM bolo uvedené iba zlyhanie srdca (!). Na tento nedostatok sme príslušné oddelenie upozornili. Verím, že to v dobrom pochopili.

❓ Aké roky už NCZI v databáze úmrtí revidovalo?

Pracovníci odboru zdravotných registrov na NCZI vykonali revíziu úmrtí za roky 2011 – 2018, v súčasnosti prebieha revízia roku 2019. Táto zodpovedná úloha je pre NCZI ukotvená aj

TAB 2 Poradie 10 najčastejších príčin smrti¹ podľa jednotlivých diagnóz v SR v roku 2011 a 2018 u mužov a žien

Rok 2011											
	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	Spolu
Muži	I25	C34	I21	I63	K70	J18	C61	J44	C18	T71	
	4 985	1 721	1 006	1 004	706	687	631	607	580	563	12 490
Ženy	I25	I63	C50	I11	I21	J18	I64	S72	I50	C18	
	6 715	1 373	899	755	644	609	568	542	528	475	13 108
Rok 2018											
	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	Spolu
Muži	I25	C34	I21	I63	K70	J18	I50	C61	C18	J44	
	4 171	1 674	1 433	1 116	1 076	898	760	713	662	523	13 026
Ženy	I25	I63	C50	I50	I21	J18	I11	C34	R54	C18	
	6 013	1 334	1 050	1 011	893	861	650	608	597	536	13 553

¹ Ide o revidované údaje.



MUDr. Anna Baráková sa v NCZI venuje nielen štatistikám o úmrtiach a ich revízií, ale so svojím kolektívom najmä vedeniu príslušných národných zdravotných registrov.

v súčasnej dohode medzi NCZI, ŠÚ SR, MZ SR a ÚVZ SR. Veríme, že sa revízia bude dať v krátkej budúcnosti efektívnejšie zvládnuť využitím nového e-LoPM z ÚDZS, samozrejme, s kvalitnejšími vstupnými údajmi (lebo aj pri e-LoPM sú kľúčové). Až potom by sa mohol použiť medzinárodný program IRIS, ktorý na základe odporúčaných pravidiel WHO/EURO „vie“ podľa poradia chorôb uvedených v e-databáze z LoPM vybrať jednu príčinu smrti na štatistické spracovanie. Takýto program už pár rokov používajú aj v ČR.

Prejdime teraz ku konkrétnym číslam. Koľko Slovákov ročne zomiera a v akom veku, resp. v akých vekových skupinách? Ako je to s predčasnými úmrtiami?

DG / Popis diagnózy

I11 Hypertenzná choroba srdca	C61 ZN prostaty
I21 Infarkt myokardu	J18 Zápal pľúc
I25 Chronická ischemická choroba srdca	J44 Chronická obštrukčná choroba pľúc
I50 Srdcové zlyhanie	K70 Alkoholická choroba pečene
I63 Ischemická CMP	S72 Zlomenina stehrovej kosti
I64 Nešpecifikovaná CMP	T71 Zadusenie
C18 ZN hrubého čreva	R54 Senilita - starecká slabosť
C34 ZN pľúc	
C50 ZN prsníka	

Ročne zomiera v priemere 53 000 osôb, rozdiel medzi jednotlivými rokmi je tak do 5 %. Tomu zodpovedá aj takmer stagnujúci vývoj miery hrubej úmrtnosti na všetky príčiny smrti za celú populáciu v ostatných 20 rokoch (v grafe uvedené ako „spolu“), ktorý dokumentuje, že ročne zomiera takmer 10 ľudí na 1000 obyvateľov (v grafe je iný prepočet). Na prvý pohľad sa zdá, ak by sme posudzovali len celú populáciu, že k žiadnym zmenám nedošlo. Avšak vo vekovej skupine produktívneho veku (25 – 64), či vo vekovej skupine do 74 rokov, kde sa úmrtie pred 74. rokom považuje za predčasné, je pokles v úmrtnosti viditeľný. Pri oboch vekových skupinách by sa však očakávala väčšia dynamika poklesu (graf 1).

Napriek takmer rovnakej hrubej miere úmrtnosti na všetky príčiny smrti v celej populácii v roku 2020 a 2000, sa pozitívna zmena prejavila v štruktúre úmrtí, a to najmä **poklesom úmrtí vo vekovej skupine do 44 rokov a vzostupom úmrtí u 85+ -ročných**, čo sa „pozitívne“ prejavilo aj v zmene ich podielu zo všetkých úmrtí podľa vekových skupín (tab. 1).

Pri zisťovaní podielu z priemerného počtu úmrtí mužov a žien v danej vekovej skupine v troch sledovaných obdobiach sa opäť potvrdil známy fakt, že **vo veku do 74 rokov majú výraznú prevahu muži (cca 60 – 70 %), u 75+ -ročných majú takmer takýto podiel voči mužom už ženy (vdovy)**.

Zmeny v štruktúre úmrtí sa premietajú aj pri výpočte očakávanej dĺžky života nielen pri narodení, ale aj pre staršie vekové skupiny.

Rozdiely v počte úmrtí podľa vekových skupín za tri sledované obdobia, so zameraním sa na percentuálny podiel príslušnej vekovej skupiny zo všetkých príčin smrti prezentuje tab. 1. Zmeny v podiele úmrtí do 74 rokov v sledovaných obdobiach bez ohľadu na pohlavie, ako aj rozdiely v podiele týchto predčasných úmrtí z celkového počtu úmrtí u mužov, resp. žien uvádza graf 2.

? Aké sú najčastejšie príčiny smrti Slovákov? Aké sú rozdiely medzi mužmi a ženami?

Vo vyspelých krajinách, teda aj v SR, nie sú v poradí príčin smrti za celú populáciu dlhodobo väčšie rozdiely: dominujú úmrtia na choroby obehovej sústavy (CHOS), potom na nádory, choroby dýchacieho a tráviaceho systému si občas vymenia 3. a 4. poradie, piate miesto patrí úmrtiam v dôsledku úrazov (resp. externých príčin smrti). Žiaľ, pre úmrtia na nový COVID-19 sa vo viacerých krajinách dostanú do popredia infekčné choroby. Verím však, že len tento rok.

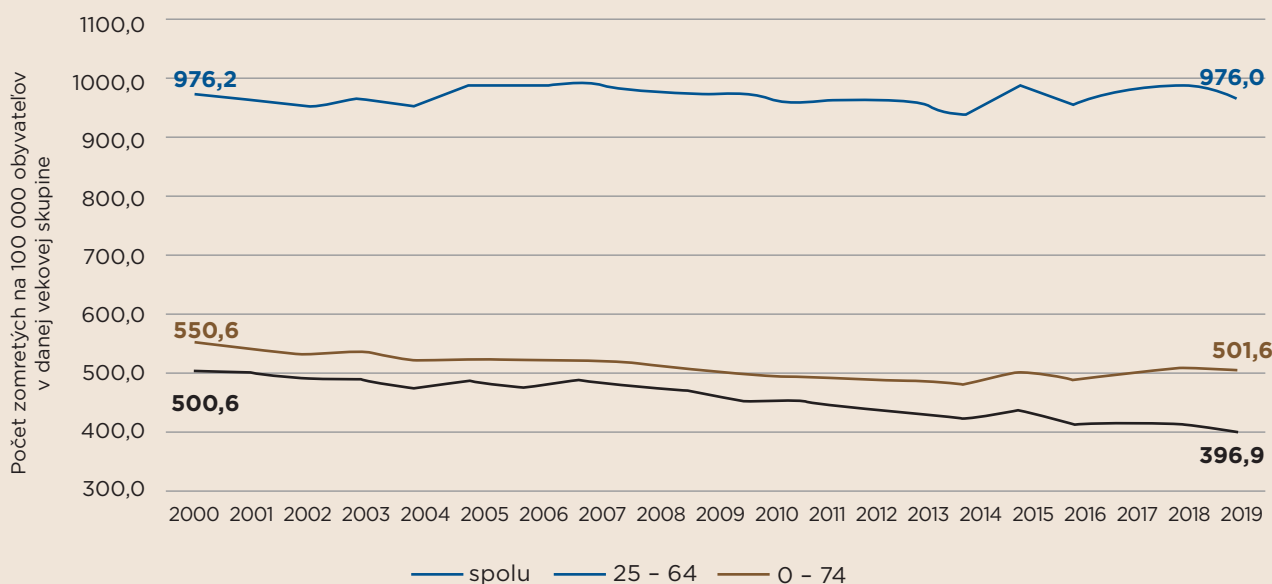
Údaje za celú populáciu nám však poskytujú len všeobecnú informáciu. Pre objektívnejší pohľad je dôležité príčiny úmrtí podrobnejšie analyzovať podľa pohlavia, vekových skupín, medzi ktorými sú, pochopiteľne, rozdiely v poradí príčin smrti (no najmä v miere úmrtnosti). Podrobnejšia analýza je adresnejšia. Preto sa napr. pri uvádzaní informácie, koľko % obyvateľov zomiera na CHOS, nemôžeme stále obmedzovať iba na rutinne uvádzaný údaj za celú populáciu (a to nie iba v médiách). Bližšie informácie o príčine úmrtia z uvedených pohľadov by si však vyžadovali iný priestor.

Ak sa však pozrieme na desať najčastejších príčin úmrtia podľa konkrétnych diagnóz, tie sa za ostatných 10 rokov nemenia, v počte úmrtí však áno.

Pri porovnaní 10 najčastejších príčin smrti podľa pohlavia v roku 2011 s rokom 2018 (po revízií úmrtí) sa dá konštatovať, že v oboch rokoch u mužov i žien desať najčastejších príčin smrti predstavuje v počte úmrtí takmer 50 % z celkového počtu úmrtí u mužov, resp. žien.

V prvej desiatke príčin smrti (v závislosti od pohlavia) dominujú CHOS (4-5 dg.), potom úmrtia na onkologické

GRAF 1 Vývoj vekovo-špecifickej miery úmrtnosti na všetky príčiny smrti v SR v rokoch 2000-2019



Zdroj: ŠÚ SR, spracovanie: NCZI

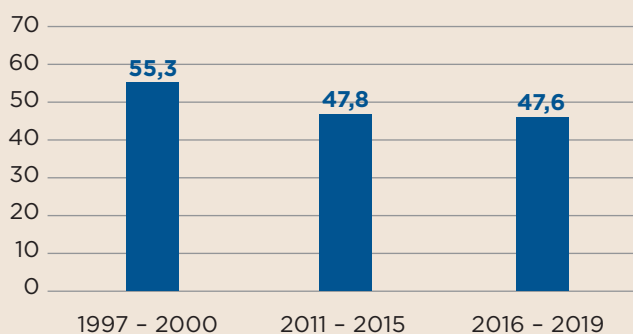
ochorenia (2-3), choroby dýchacieho systému (2) alebo ich striedavo doplnia 1-2 diagnózy z inej kapitoly MKCH. **Zaujímavé u mužov je, že počtom úmrtí na alkoholovú cirhózu bola táto diagnóza na 5. mieste. U žien je zase zaujímavé, že medzi 10 najčastejšími príčinami smrti sa v roku 2018 zaradila aj staroba** (ktorá sa však po revízii prvýkrát „objavila“ v tomto zozname už v roku 2016).

Rozdiely v poradí i v počte 10 príčin smrti, spracovaných z revidovaných údajov podľa pohlavia za celú populáciu mužov/žien, uvádza tab. 2.

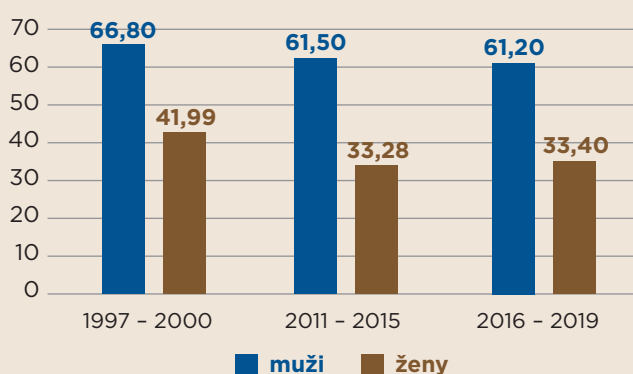
? Zistili ste pri revízii viac úmrtí, ktoré sú v dôsledku chronickej konzumácie alkoholu?

Pri revízii úmrtí sme ich iba **viac odhalili**, a to upresnením kódovania, ako som to už v prípade chronických etylikov spo-

GRAF 2 Podiel úmrtí 0 - 74 r. z priemerného počtu úmrtí na všetky príčiny smrti v SR - spolu



Podiel úmrtí 0 - 74 r. z priemerného počtu úmrtí na všetky príčiny smrti u mužov a žien v SR



Zdroj: ŠÚ SR, spracovanie: NCZI

História štatistiky u nás

1. Mária Terézia nezaviedla štatistiku úmrtí obyvateľstva v Uhorsku, aj keď za jej vlády vstúpilo do platnosti viacero reforiem v oblasti zdravotníctva. V roku 1758 však Miestodržiteľská rada vydala nariadenie o povinnej obhliadke mŕtvych a zistení príčiny úmrtia. Táto povinnosť pripadla v mestách mestským úradným lekárom. Na vidieku nariadenie pre nedostatok lekárov zväčša nedodržovali. Keď platilo isté nariadenie v rakúskej časti ríše, neplatilo automaticky aj v Uhorsku. Občas napísali príčinu smrti v matrikách pochovaných v 17. a 18. storočí, v 19. storočí písali pravidelne, aj keď to nebolo vždy na základe lekárskej obhliadky. Do polovice 19. storočia iste nerobili nejaké sumáre o príčinách smrti. (Zdroj: Historický ústav SAV, prof. Kohútová)
2. V roku 1847 bol v Uhorsku zriadený Ústredný štatistický úrad, ktorý vykonával pravidelnú štatistickú službu (jeho činnosť sa vzťahovala aj na územie dnešného Slovenska). V roku 1919 boli v Československej republike zriadené orgány štátnej štatistiky. Ich úlohou bolo zbierať štatistický materiál všetkého druhu, potrebný pre správu a vedu a sústreďovať celú úradnú štatistiku všetkých rezortov. (Zdroj: ŠÚ SR dr. Podmanická)

TAB 1 Zmeny v počte úmrtí v SR na všetky príčiny smrti podľa vekových skupín v príslušných rokoch

Veková skupina	Roky					
	1997 – 2000		2010 – 2014		2015 – 2019	
	spolu	%	spolu	%	spolu	%
0 – 24	1 359	2,6	792	1,5	686	1,3
25 – 44	2 775	5,3	1 922	3,7	1 856	3,5
45 – 64	11 463	21,8	11 943	22,9	11 191	20,9
65 – 74	13 485	25,6	10 332	19,8	11 738	21,9
75 – 84	14 251	27,1	15 882	30,4	14 920	27,9
85+	9 269	17,6	11 372	21,8	13 133	24,5
Spolu	52 602	100	52 244	100	53 524	100

Zdroj: ŠÚ SR, spracovanie: NCZI

TAB 3 Najnižšia a najvyššia priemerná miera štandardizovanej celkovej úmrtnosti v okresoch SR v rokoch 2016 – 2019 podľa vybraných vekových skupín

Poradie (zo 79 okresov)	Veková skupina					
	25 – 64		0 – 74		0 – 85+	
	okres	počet úmrtí /100-tis. obyv.¹)	okres	počet úmrtí /100-tis. obyv.¹)	okres	počet úmrtí /100-tis. obyv.¹)
1.	Košice I	296,4	Košice I	310,9	Košice I	578,7
2.	Bratislava IV	309,1	Bratislava IV	317,9	Bratislava IV	584,2
3.	Trenčín	309,8	Bratislava I	323,6	Bratislava I	606,8
77.	Krupina	544,5	Krupina	526,6	Čadca	876,7
78.	Gelnica	549	Gelnica	541,2	Krupina	881,8
79.	Revúca	566,5	Revúca	585,9	Revúca	944

1 Prepočet podľa štandardu WHO/EURO – NCZI, primárny zdroj: ŠÚ SR

menula vyššie. Hoci je alkoholová cirhóza u mužov medzi 10 najčastejšími úmrtiami, ak počítame iba 1 diagnózu, odhalili sme, žiaľ, viac „alkoholických“ úmrtí. A to napr. alkoholovú gastritídu, encephalopatiu, kardiomyopatiu a iné (paradoxom sú akútne intoxikácie alkoholom u chronického etylika, ktorého sme z epidemiologického hľadiska potom evidovali ako chronického etylika, nie ako náhodnú intoxikáciu!). Celkovo sa v prvých rokoch revízie odhalilo takmer o 60 % úmrtí spôsobených chronickou konzumáciou alkoholu viac, ako sa pôvodne vykazovalo. A to je závažné zistenie.

🔍 Aké sú rozdiely medzi okresmi v počte úmrtí, resp. v miere úmrtnosti?

Pri prezentovaní rozdielov medzi okresmi sa musia údaje tzv. štandardizovať, aby sme rozdiely vedeli medzi nimi viac objektivizovať. Keďže teraz pripravujeme podklady pre Správu o zdravotnom stave populácie SR za roky 2015 – 2020, ktorá má byť hotová do konca roka 2021, môžem vám poskytnúť aktuálnu informáciu o tom, ktoré 3 okresy majú najnižšiu mieru úmrtnosti a ktoré 3 najvyššiu v príslušných vekových skupinách za dané obdobie. Rozdiel v miere úmrtnosti medzi prvým a posledným okresom predstavuje podľa vekových skupín 1,5- až takmer 2-násobný rozdiel (tab. 3).

🔍 Aké postavenie má SR v medzinárodnom meradle? Napríklad v rámci V4?

V miere úmrtnosti na všetky príčiny smrti za celú populáciu (tento údaj by mal byť najobjektívnejší oproti údajom podľa príčiny smrti, nakoľko v správnosti zaradovania príčiny smrti

sú medzi krajinami rozdiely) dlhodobo dominuje v krajinách V4 s najnižšou úmrtnosťou Rakúsko. V porovnaní s ním má Slovensko mieru štandardizovanej úmrtnosti (OECD) o 30 % vyššiu, Maďarsko o 35 %, ČR i Poľsko o 20 %.

Pri úmrtiach na CHOS (celá 9. kapitola MKCH-10, pretože to je zase objektívnejšie ako iba úmrtnosť na ischemické choroby srdca /I20-I25/), **má Slovensko v roku 2014 o 40 % vyššiu mieru úmrtnosti ako Rakúsko, Maďarsko o 48 %, Poľsko a ČR o 32 % (zdroj: OECD, 2019)**. Revízia úmrtí za SR je už v medzinárodných databázach podchytená, žiaľ, ďalšie roky 2015 – 2017 tam chýbajú (zrevidovaný rok 2018 bol EUROS-TAT-om schválený pred cca mesiacom, takže je to pochopiteľné, že taký „aktuálny“ rok tam ešte nie je uverejnený). Problémom pri prezentovaní dostupných údajov o úmrtí v rôznych medzinárodných databázach (WHO/EURO, OECD, EUROS-TAT) je aj fakt, že takéto inštitúcie si ešte stále nie dostatočne pružne poskytujú údaje navzájom (aj pre nejednotnú štruktúru požadovanej databázy, ktorej príprava podľa rôznych požiadaviek a následná kontrola správnosti tiež vyžaduje istý čas).

Pri objektívnejšom porovnávaní úmrtí/úmrtnosti medzi krajinami chýbajú kontrolné mechanizmy na optimalizáciu vykazovania úmrtí a ich zaradení do príslušných kapitol, aby boli čo najsprávnejšie posúdené aj z epidemiologického hľadiska, ako to uvádzali odborníci pri definovaní MKCH. Podmienky na využívanie programu IRIS, ktorý predpokladá existenciu e-LoPM a iné IT mechanizmy, však nemá veľa krajín. Dúfam, že za primeraný čas sa to však SR predsa len podarí...

**Pripravila: MUDr. Anna Baráková,
Nancy Závodská**

Skríning, skríning a zasa skríning

S riaditeľkou Národného onkologického inštitútu MUDr. Máriou Rečkovou, PhD., o tom, prečo sú onkologické ochorenia druhou najčastejšou príčinou úmrtia Slovákov a čo by mohlo túto nelichotivú štatistiku zvrátiť.

Foto: archiv SLK, Adobe Stock

? **Zhubné nádory sú na Slovensku na druhom mieste v príčinách úmrtia. Prečo je to tak? Slabou prevenciou? Nedostatočným skríningom? Alebo sme jednoducho ako pacienti nezodpovední?**

Onkologické ochorenia sú na druhom mieste v počte úmrtí celosvetovo a tiež na Slovensku. Súvisí to vo veľkej miere so spôsobom života, ale tiež starnutím populácie, keďže incidencia onkologických ochorení stúpa so zvyšujúcim sa vekom. V súčasnosti je stále na prvom mieste z hľadiska rizikových faktorov fajčenie, na druhom mieste obezita a ďalej je to inaktivita. Ide o rizikové faktory, ktoré sú ovplyvniteľné a sú tiež rizikovými faktormi aj kardiovaskulárnych ochorení, ktoré sú z hľadiska mortality dlhodobo na prvom mieste celosvetovo. Predpoklad



MUDr. Mária Rečková, PhD.

riaditeľka Národného onkologického inštitútu

je, že v roku 2030 bude obezita na prvom mieste z hľadiska rizikových faktorov nádorových ochorení, ak bude nárast obezity postupovať takým tempom, ako ho vidíme v súčasnosti.

? **Ako sa zmenil v priebehu rokov výskyt onkologických ochorení? Mám na mysli, či sa zmenili druhy tohto zákeřného ochorenia, trebárs či je teraz na prvom mieste niečo iné, ako bolo pred rokmi...**

Bohužiaľ, presné aktuálne údaje o incidencii onkologických ochorení na Slovensku nemáme. Posledné publikované údaje Národného onkologického registra o incidencii sú z roku 2011 a aktuálne štatistiky na rok 2018 sú predikciami, ktoré však nemusia odrážať reálny stav. Napríklad je možné, že incidencia karcinómu krčka maternice u žien v skutočnosti klesá a nestúpa tak, ako je podľa údajov Národného onkologického registra predikované, čo môže byť dané vyšším záchyтом prekanceróznych lézií skríningovým vyšetrením v rámci preventívnych gynecologických prehliadok.

? **Sú ženy v porovnaní s mužmi na tom lepšie? Aké druhy rakoviny trápia jednotlivé pohlavia?**

Z hľadiska početnosti novodiagnostikovaných prípadov sú na Slovensku a v Európe už dlhodobo v rôznom poradí na prvých miestach u mužov nádory hrubého čreva a konečníka, pľúc, prostaty a nemelanómové nádory kože, u žien sú to nádory prsníka, hrubého čreva a konečníka, pľúc a maternice. Na Slovensku patria dlhodobo na prvé priečky u žien aj nemelanómové nádory kože, ktoré boli do roku 2011 pred nádormi prsníka. Pozorovaný počet novodiagnostikovaných prípadov onkologických ochorení na Slovensku bol v roku 2011 približne 32-tisíc prípadov a mortalita v roku 2018 bola takmer 14-tisíc prípadov.

? **Čo by mohlo zlepšiť, prípadne čo sa už pripravuje, aby sme neboli na prvých priečkach v úmrtnosti na onkologické ochorenia?**

Z hľadiska možností, ktoré máme k dispozícii na zníženie mortality na nádorové ochorenia, je jednoznačne potvrdené, že situáciu dokážu ovplyvniť organizované populačné skríningové programy, ktoré existujú v prípade karcinómu hrubého čreva a konečníka, prsníka a krčka maternice. Možné zníženie mortality je pozorované tiež v prípade skríningu karcinómu pľúc vo vybranej populácii ľudí s vysokým rizi-



Moderná diagnostika je základom skríningu.

kom. Cieľom organizovaných populačných skriningových programov je záchyt ochorenia vo včasnom štádiu, alebo v štádiu prekancerózy, čím sa zvyšuje šanca na úplné vyliečenie. V prípade liečby prekancerózy sa znižuje tiež incidencia invazívneho ochorenia. Dobre organizovaný, populačný skriningový program, ktorý je tiež pravidelne kontrolovaný a vyhodnocovaný s uskutočnením krokov, ktoré zabezpečia čo najväčšiu účasť, ideálne až 70 %, je možné pozorovať významný pokles v mortalite daného ochorenia.

Z tohto hľadiska bol pre Slovensko prelomový rok 2019, ktorý bol Ministerstvom zdravotníctva Slovenskej republiky vyhlásený za „Rok prevencie“. V roku 2019 bola uskutočnená prvá fáza organizovaného skríningu kolorektálneho karcinómu na vybranej populácii 20 000 poistencov, ktorí boli pozvaní zdravotnými poisťovňami podľa presne stanoveného algoritmu. V roku 2019 sa tiež začal mamografický skrining karcinómu prsníka a pokračujú prípravy na skrining karcinómu krčka maternice a druhej fázy populačného skríningu kolorektálneho karcinómu.

? Takže skríniny sú jednou z najdôležitejších ciest, ako zlepšiť naše štatistiky v úmrtnosti na onkologické ochorenia. Čo ešte môže pomôcť?

Okrem skriningových programov má vplyv na mortalitu onkologických ochorení primárna prevencia, ktorá súvisí so znižovaním vplyvu známych rizikových faktorov, ako je napr. už spomenuté fajčenie, obezita, ale môže to byť napríklad aj očkovanie proti HPV, ktorý je známym etiologickým faktorom karcinómu krčka maternice, ale tiež karcinómu vulvy, vagíny, penisu, análneho karcinómu, nádorov hlavy a krku a niektorých benígnych ochorení. V súčasnosti sa vie, že kľúčovou prevenciou je správna životospráva, a to neplatí len pre onkologické ochorenia. Ďalšou možnosťou, ako znižovať mortalitu na onkologické ochorenia, je okrem ďalšieho zlepšovania možnosti včasnej diagnostiky aj zlepšovanie liečebných postupov, ktoré umožnia väčšiemu počtu pacientov vyliečenie, ako sme svedkami napríklad v prípade modernej imunoterapie.

Prípravila: Nancy Závodská

MUDr. Mária Rečková, PhD.

Medicínu vyštudovala na Karlovej Univerzite v Prahe a počas štúdia absolvovala klinickú prax na Lekárskej Univerzite v škótskom Glasgowe, získala tiež štipendium a absolvovala stáž na Harvardskej lekárskej fakulte v americkom Bostone. Po skončení štúdia pracovala na geriatrickom a internom oddelení v NsP Poprad, následne na oddelení anatómie a bunkovej biológie Lekárskej Univerzity Južnej Karolíny v americkom Charlestone, kde sa venovala štúdiu optického mapovania prevodového systému srdca. Po návrate z USA pracovala na II. Onkologickej klinike Národného onkologického ústavu a LF UK v Bratislave. Od roku 2006 pracuje v onkologickej ambulancii v Poprade a od septembra 2018 súčasne vedie Národný onkologický inštitút v Bratislave. Klinickému výskumu v oblasti solídnych malignít sa venuje od roku 2003. Absolvovala atestáciu z internej medicíny a klinickej onkológie, štúdium na Viedenskej škole klinického výskumu a dvakrát získala ocenenie UICC ICRET Fellowship, počas ktorého absolvovala študijný pobyt na Indiana University v americkom Indianapolise, zameraný na štúdium liečby testikulárnych nádorov pod vedením prof. Lawrence Einhorn a štúdium etnických rozdielov onkologických ochorení pod vedením prof. Kathryn Coe. PhD. titul získala za výskum onkologických ochorení v rómskej populácii na Slovensku. Aktívne publikuje a prednáša doma i v zahraničí.

Primárna sféra JE KOSTROU

Foto: Nancy Závodská

S hlavnou odborníčkou MZ SR pre všeobecné lekárstvo MUDr. Adrianou Šimkovou o pasivite pacientov, úmrtnosti Slovákov, covide aj problémoch ambulantného sektora.



MUDr. Adriana Šimková sa nedávno zúčastnila aj na zdravotníckej konferencii v Bratislave, venovanej budúcnosti nášho zdravotníctva.

Na pozícii hlavnej odborníčky ministerstva je iba zopár mesiacov, ale zato počuť je o nej už viac ako dost. V dobrom. Mnohí ju možno zaregistrovali prvýkrát, keď sa ako lekárka rozhodla na jar „zavrieť“ spolu s klientmi DSS v Pezinku a starať sa o nich. Bolo to v prvej vlne pandémie, keď ešte nikto poriadne nevedel, čo je COVID-19 zač a situácia v tomto domove bola naozaj kritická. Viacerí klienti zomreli, väčšina personálu bola tiež nakazená a mnohí bojovali s ťažkým priebehom. Doktorka Šimková však s nimi vydržala, až kým nebol aj posledný klient otestovaný ako negatívny. Až potom sa vrátila k svojim pacientom do pezinskej ambulancie.

STRACH ŠKODÍ VIAC AKO COVID

Dnes sa stretáva s pozitívnymi pacientmi aj vo svojej ambulancii. Aj keď, ako vraví, väčšina z nich zvládla či zvláda koronavírus v pohode doma. „Mali síce niekoľko dní teploty okolo 38 stupňov a neprijemný kašeľ, ale nepotrebovali nijakú špeciálnu starostlivosť. Samozrejme, že sme ich telefonicky vždy obvolávali a zisťovali aktuálny zdravotný stav,“ hovorí dr. Šimková.

„**Čo ma však trápi viac, je, že sa tak trochu zabúda aj na iných pacientov. Strach z covidu je taký veľký, teda najmä v tej prvej vlne bol, že mnohí radšej nešli k lekárovi a ich stav sa zhoršil.** Napríklad môj manžel gynekológ mal ešte na jar v ambulancii pacientku, ktorá si nahmatala drobnú hrčku v prsníku. Dal jej žiadanku na mamograf, ale pacientka pred strachom z nakazenia koronavírusom tam nešla. Keď prišla teraz v septembri na mamograf, už bol z toho karcinóm... Takže na to si treba dať pozor, aby sa nám nezvýšili iné ochorenia.“

Doktorka Šimková sa preto rozhodla viac bojovať o to, aby sa zvýšil záchyt onkologických ochorení. Ako hlavná odborníčka pre všeobecné lekárstvo chce apelovať na zdravotné poisťovne, aby bolo možné oddeliť skrining na okultné krvácanie od preventívnej prehliadky. „Idem teraz písať list na Asociáciu zdravotných poisťovní, aby to prehodnotili. Mám podporu aj z Národného onkologického inštitútu. Karcinóm hrubého čreva je, žiaľ, ‚top‘ medzi onkologickými ochoreniami.“

PREVENCIA FIRST

Prevenca je podľa nej jednou z ciest, ako dosiahnuť zlepšenie zdravotného stavu Slovákov. Onkologické ochorenia sú totiž na druhom mieste (hneď za kardiovaskulárnymi), čo sa týka našej úmrtnosti. Zatiaľ čo u žien dominujú najmä karcinómy prsníka a u mužov urologické záležitosti, v prípade kolorektálneho karcinómu je, žiaľ, štatistika medzi pohlaviami pomerne vyrovnaná. Dobrou správou však je, že v tomto smere, aj vďaka medializácii a výzvam zo strany lekárov, sa podiel pacientov, ktorí si urobili test na okultné krvácanie doma, zvýšil.

„Pozitívne vnímam aj to, že zdravotné poisťovne znížili pri tomto skriningu vek pacientov na 40 rokov, čo je veľmi dôležité. Takže je vidieť, že aj poisťovne k tomu pristupujú inou formou, sú aktívnejšie, posielajú pacientom aj pripomienky, že majú ísť na preventívnu prehliadku,“ hovorí dr. Šimková. **Ako vraví, neustále opakovanie, výzvy, apel zo strany lekárov – aj**



Hlavná odborníčka MZ SR pre všeobecné lekárstvo zastáva túto funkciu od júna tohto roku.

za pomoci médií – je nesmierne dôležitý. „Vidím to teraz na očkovaní, záujem sa jednoznačne zvýšil. Ľuďom treba neustále veci vysvetľovať, presvedčať ich, nestačí iba jeden argument. Jednoducho to musia dostať do podvedomia.“ Napríklad pri pneumokokoch, proti ktorým by sa podľa lekárov mali dať zaočkovať predovšetkým starší a chronicky chorí ľudia. Navyše, zdravotná poisťovňa túto pomerne drahú vakcínu hradí aj mladším, chronicky chorým pacientom. **„Pre niekoho aj tento finančný argument zohráva úlohu,“** hovorí dr. Šimková z vlastnej praxe. Dokonca mala viacero pacientov, ktorí si vakcínu uhradili sami, nakoľko nespádali do skupiny, ktorej to prepláca poisťovňa. Paradoxne tak zrejme aj pri očkovaní platí to slovenské – keď je niečo zadarmo, veľmi si to nevážeme. Ak si máme zaplatiť, máme pocit, akoby to bolo niečo „lepšie“.

ZLÝ MANAŽMENT PACIENTA?

Podme však späť k smutnejším štatistikám. Hoci úmrtnosť na Slovensku na kardiovaskulárne a nádorové ochorenia, nashaťtie, rapídne nenarastá, problém je v tom, že napriek prevencii a edukácii sa nám ju stále nedarí znižovať. „Kladím si otázku – v čom to je? Sú štatistiky naozaj dobré? Alebo je to dané aj zlým manažmentom pacienta, o ktorého sa často stará aj šesť lekárov a stráca sa nám tak v systéme?“ kladie si otázku dr. Šimková.

Podľa nej je práve správne nastavený manažment pacienta dôležitou cestou, ako dosiahnuť dobré výsledky. „Preto chceme jednoznačne nastaviť cestu pacienta v systéme, napríklad aj štandardy pre komplexný manažment pacienta, ako to už máme zavedené pri manažmente dospelého pacienta s arteriálnou hypertenziou v ambulantnej zdravotnej starostlivosti. Aby sa o pacienta staral jeden lekár, či už všeobecný alebo in-

MUDr. Adriana Šimková, PhD.

Je všeobecnou lekárkou v poliklinike v Pezinku, ktorú si otvorila v roku 2012. Okrem atestácie zo všeobecného lekárstva má atestáciu II. stupňa z odboru vnútorné lekárstvo a v roku 2013 získala aj titul PhD. Vo svojej vedeckej práci sa zameriava predovšetkým na preventívnu medicínu. V roku 2018 získala Cenu za vedu a techniku, ktorú udeľuje Ministerstvo školstva, vedy, výskumu a športu SR, a to za prínos k odhaľovaniu asymptomatických pacientov vo vyššom riziku kardiovaskulárnych ochorení s cieľom zabrániť ich komplikáciám.

Hlavnou odborníčkou MZ SR pre všeobecné lekárstvo je od júna tohto roku. Aktívne sa podieľa aj na realizácii rezidentského programu pre absolventov medicíny. Jej cieľom je presvedčiť mladých lekárov, že všeobecné lekárstvo je nesmierne zaujímavý a širokospektrálny odbor, ktorý lekárovi poskytuje v ambulancii väčšiu slobodu a možnosť pacienta komplexne manažovať a sledovať celé roky.

ternista, ale nech sa stará komplexne, aby neliečil len hypertenziu u pacienta, ale zameral sa aj na ostatné rizikové faktory a parametre – lipidy, obezitu a iné.“

Dôležitú úlohu v celom systéme podľa nej zohráva aj pacient, ktorý je niekedy príliš pasívny. **„Často mám pocit, že dávame zodpovednosť za zdravie pacienta len na plecía lekára. Ako pacienti sme často pasívni, akoby sme čakali na neja-**



Všeobecná lekárka MUDr. Adriana Šimková tvrdí, že vo svojej ambulancii má viac slobody a pacienta môže komplexne manažovať.

kú zázračnú tabletku, ktorá vyrieši naše problémy.“ Pritom práve pri kardiovaskulárnych ochoreniach je aktívnejší prístup pacientov jednoznačne alfou a omegou pri dosahovaní zlepšenia určených cieľov. „Možno by sme mohli pacientov motivovať, napríklad ak schudnú, alebo dosiahnu zlepšenie iných parametrov, tak dostanú trebárs kúpeľnú liečbu,“ zamýšľa sa dr. Šimková. Jednoducho povedané, nastaviť merateľné parametre. Obezita je totiž v prípade kardiovaskulárnych ochorení problémom číslo jeden. Ak vám pacient neustále príberá, nedosiahnete želaný úspech v liečbe žiadnymi tabletkami.

DÔLEŽITÁ KOSTRA

Boľavou ranou nášho zdravotníckeho systému je aj ambulancný sektor, konkrétne primárna sféra. „Práve ambulancný sektor je kosterou, základným kameňom, preto ho treba postaviť na nohy,“ hovorí dr. Šimková. „Ak pacient nebude v primárnej sfére správne manažovaný a diagnostikovaný, tak problém presúvame k špecialistom, do nemocníc, a to dokonca opakovane. Dôležité je preto udržať pacienta v primárnej starostlivosti, dodržiavať štandardné postupy, aby sa ten manažment zoptimalizoval. Na to však potrebujeme aktívny prístup pacienta,“ vracia sa znovu na začiatok dr. Šimková.

S tým súvisí aj edukácia pacienta, s ktorou treba podľa nej začať čo najskôr. „Ja by som preventívne programy zaradila už do základných škôl. Už tam by sme mali začať deti vychovávať

k zdravému životnému štýlu, viesť ich k zdravej strave. A od nich by sme sa možno dostali viac aj k ich rodičom.“

ACH, TÁ ADMINISTRATÍVA

Keď sa už rozprávame o problémoch všeobecných lekárov, aj ich trápí, podobne ako aj iných špecialistov, príliš veľká administratívna záťaž. „Je to hltáč času. Všetky tie papierovačky do Sociálnej poisťovne, na úrad práce, do toho posudky o zdravotnej spôsobilosti... Spektrum je také široké, že by naozaj veľmi pomohlo, keby elektronizácia fungovala v tomto smere stopercentne. Integrácia do jedného systému by nám ušetrila veľmi veľa času,“ hovorí. „Viem, že je rozpracovaný projekt e-kapitácii, e-PN-iek. Dúfam, že sa budú ďalej rozvíjať a nezostanú zapadnuté prachom.“

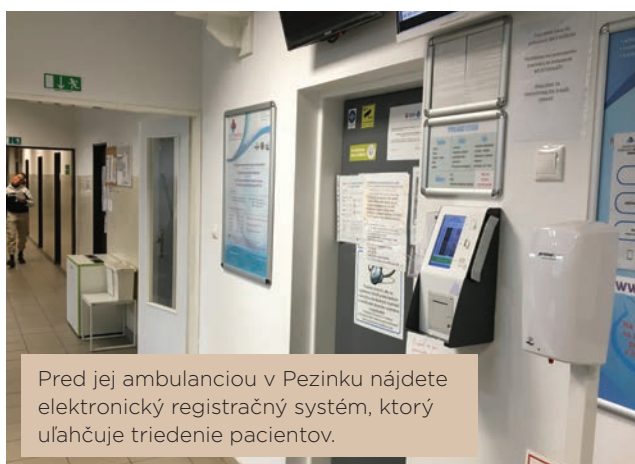
Niekedy by práve drobné kroky k zlepšeniu výrazne dokázali odbremeniť všeobecných lekárov. „Například také plienky, mám síce pacientov v domovoch seniorov, ale plienky im predpisovať nemôžem. Musím im dať odporúčanie k špecialistovi,“ krúti hlavou nad doslova nezmyselným nariadením. „A potom už síce predpísať môžem, ale následne je problém s počtami do limitu a príbeh pokračuje...“

Vyriešiť by sme podľa nej mali aj predpis celiackých potravín. Predpisuje ich buď špecialista, alebo na jeho odporúčanie všeobecný lekár. „Ja predsa nemôžem ako všeobecný lekár štvrt hodinu riešiť potraviny, napr. celiackú múku, hamburgery či fussyly, aby som sa zmestila do určeného limitu. Preto som navrhla, či by sa to nemohlo riešiť priamo v lekárni. Alebo by pacienti mohli dostávať tzv. gastrokarty a kupovali by si tie potraviny v obchodných reťazcoch...“ Aké jednoduché, nie? Dobrou správou je, že MZ SR už vymyslelo spôsob, ako by sa to dalo. Už chýba len zopár detailov.

Niektoré z vecí sa tak už naozaj pohli. Pracuje sa napríklad aj na novelizácii Zákona č. 362 o liekoch, aby lekári nedostávali pokuty za to, že predpíšu lieky odporúčané špecialistom, ktorý ale nedodržiaval indikačné obmedzenia.

„Musíme si to rozdeliť na drobné kroky. Urobiť si vyhladku, čo sa dá urobiť do pol roka, čo do roka. Možno to budú na prvý pohľad maličkosti, ktoré nám však však život na našich ambulanciách neuveriteľne uľahčia,“ uzatvára pozitívne hlavná odborníčka ministerstva zdravotníctva pre všeobecné lekárstvo.

Pripravila: Nancy Závodská



Pred jej ambulanciou v Pezinku nájdete elektronický registračný systém, ktorý uľahčuje triedenie pacientov.

KOMPLEXNÁ A PROFESIONÁLNA PODPORA IMUNITY

Opakujúce sa infekcie oslabujú imunitný systém. Narastá problém aj s rezistenciou baktérií na antibiotiká a pribúda pacientov s problémami v oblasti obranyschopnosti. Imunitný systém človeka je veľmi komplexný systém, ktorý úzko spolupracuje s ďalšími orgánovými systémami a preto ho treba podporovať komplexne. Obyčajná suplementácia vitamínom C je síce prospešná, ale nepodporí rovnako efektívne všetky zložky imunity. Preto treba uprednostniť také látky, ktoré v sebe nesú celý komplex ďalších aktívnych látok – tzv. polykomponenty. Je rozdiel aj v tom či chceme imunitu stimulovať alebo ju modulovať. Existuje veľké množstvo prírodných imunostimulantov a imunomodulátorov. Medzi najznámejšie patria beta-glukány, ktoré sa výborne uplatňujú pri stimulácii makrofágov, ale aj iných imunokompetentných buniek. Beta-glukány aktivujú aj uvoľnenie primárnych a sekundárnych cytokínov (IL-, IL-2, IL-6, ...) a interferónov. Aktivujú bunky špecifického imunitného systému (T a B bunky). Glukány sú rozpoznávané leukocytmi pomocou špecifických receptorov. V závislosti od toho, ktorý receptor je zapojený, leukocyt reaguje.

Menej známymi látkami v oblasti posilnenia protívirusovej imunity sú inozitol a inozitolhexasofát (IP₆). Inozitol funguje v organizme ako látka podporujúca činnosť pečene a nervov. Pomáha pri diabetických ťažkostiach a rovnako dobre pomáha znižovať hladinu cholesterolu a triacylglycerolu. Účinok inozitolu a (IP₆) je najviac

preskúmaný v súvislosti s onkologickými ochoreniami, kde sa tieto látky významne uplatňujú pri procese apoptózy. Rakovinová bunka je totiž zvláštna práve tým, že neprijíma signál apoptózy. Inozitol a (IP₆) sú látky, ktoré sú schopné nádorovej bunke tento signál „vnútiť“. K ničeniu rakovinových buniek ako aj vírusových prispievajú aj tzv. NK-bunky. Inozitol funguje v organizme ako látka podporujúca činnosť NK-buniek. Kombinácia týchto látok podporuje teda aj protívirusovú obranu organizmu.

V poslednom období aj lekármi uznávanou sa stala Aloe vera, ktorá je príkladom rastliny s polykomponentným zložením. Obsahuje celú škálu látok, ktoré sú schopné vplývať na imunitný systém človeka. V prvom rade je to polysacharid acemanán, ktorý dokáže aktivovať obranyschopnosť, chráni bunkové membrány a pôsobí antibakteriálne, antivirálne a antimykoticky. Práve mukopolysacharidy sa považujú za najsilnejšie imunostimulačné látky rastlinného pôvodu. Popri vitamínoch, mineráloch, aminokyselinách, obsahuje aj kyselinu salicylovú a jantárovú ako aj protizápalové mastné kyseliny beta-sitosterol a kampesterol. Štáva z aloe sa odporúča aj ako probiotikum, aj ako prebiotikum na podporu slizničného imunitného systému čriev (GALT). Práve v črevách sídli najväčšia časť tzv. mikrobiómu ľudského tela. Črevo je zároveň aj najväčším imunitným orgánom.

Ako novodobé nutraceutikum, ktoré môže vplývať aj na ľudský imunitný systém, by sme mohli spomenúť kolostrum. Bovinné kolostrum je bohaté na imunitné, rastové a antimikrobiálne faktory, ako napríklad laktoferín a laktoperoxidázy. Laktoferín je glykoproteín s antibakteriálnymi, ako aj antivírusovými účinkami. Laktoperoxidáza je antibakteriálny enzým, ktorý inhibuje bakteriálny metabolizmus a ukázalo sa, že je toxický pre celý rad gramozitívnych a gramnegatívnych baktérií; má tiež antivírusové aktivity. V súčasnom kritickom období, kedy faktorov ovplyvňujúcich obranyschopnosť pribúda je dôležité pristupovať k podpore veľmi uvážene a komplexne.

Obrázok má len ilustratívny charakter.



Silná štvorka
Značkové vitamíny

Harmonizácia sliznice
Antibakteriálne
a imunomodulačné vlastnosti

IgG = protilátky
Značkové BETA-GLUKÁNY

Ochrana buniek
NK-bunky

Určené len pre odbornú verejnosť.



INFOLINKA
0850 184 314

VŠETKY NAŠE PRODUKTY NÁJDETE NA
www.barnys.sk

DOSTUPNÉ V KAŽDEJ DOBREJ LEKÁRNI
AKO AJ V SIETACH LEKÁRNI



Lastovičky ZO ŽILINY

**Ako funguje program ŽSK Ľudské zdroje
v zdravotníctve v praxi?**

To, že nám na Slovensku chýbajú lekári a zdravotné sestry, je fakt, na ktorý poukazuje nielen Slovenská lekárska komora už vyše 15 rokov. Každý nový minister to vždy skonštatuje a prehlási, že jeho cieľom je situáciu zvrátiť. Zatiaľ sa to však nepodarilo ani jednému. Výsledkom je, že mladí lekári nám utekajú do zahraničia, v ambulanciách nám ordinujú aj osemdesiatnici a zohnať dobrú sestričku je niekedy ťažšie než nájsť špičkového chirurga.

A teraz niečo pozitívne. Žilinský samosprávny kraj, respektíve riaditeľka tamajšieho zdravotníckeho odboru, PhDr. Silvia Pekarčíková, sa rozhodla namiesto vyplakávania konať. Aby zastabilizovala lekárov a sestry v Žilinskom kraji, vypracovala spolu so svojimi kolegami podporný program pod názvom „Ľudské zdroje v zdravotníctve ŽSK“ (podrobne sme o ňom písali v letnom dvojčísle Medikomu č. 4-5, pozn. autorky), na ktorý kraj odsúhlasil aj financie. Konkrétne na rok 2020 to bola suma 150 000 eur. O čo ide? Je to motivačný program, zameraný na študentov medicíny, absolventov, mentorov, na zriadenie ambulancií, na podporu vzdelávania... Zahŕňa celú škálu konkrétne určených dotácií pre rôzne skupiny zdravotníkov. Tak sa poďme pozrieť, ako to funguje v praxi.

PRÍBEH PRVÝ

ZA MENTOROM DO MIKULÁŠA

Naša prvá zastávka je Nemocnica s poliklinikou v Liptovskom Mikuláši, konkrétne oddelenie neurológie. Vo vynovených priestoroch nás vo svojej kancelárii privítal primár neurologického oddelenia MUDr. Michal Kováčik. Práve ľudia z „jeho“ tímu sú totiž zapojení v spomínanom podpornom programe ŽSK.

„Dobrý mentor, šikovný kolega.“ Tak znie tá časť podporného programu na stabilizáciu ľudských zdrojov, ktorá sa zameriava na pomoc čerstvým mladým lekárom či sestrám po nástupe na pracovisko. Mentorom musí byť vždy atestovaný lekár či sestra so špecializáciou, ktorí za svoju pomoc mladším kolegom dostávajú príspevok. Nie je to síce veľká suma – 100 eur mesačne k platu, ale aj to poteší.

Na neurológii v Liptovskom Mikuláši má primár Kováčik takýchto mentorov troch. Čo si myslí o tomto podpornom programe?



Neurologické oddelenie nemocnice Ivana Stodolu v Liptovskom Mikuláši, kde MUDr. Michal Kováčik pracuje ako primár.



Primár Kováčik si program ŽSK, ktorý podporuje mentorov pre mladých lekárov, pochvaľuje.

MUDr. Michal Kováčik

Pracuje ako primár neurologického oddelenia Nemocnice s poliklinikou Ivana Stodolu v Liptovskom Mikuláši. Niekolkokrát za sebou (naposledy vlani) získalo jeho oddelenie medzinárodné ocenenie Angels Awards za výsledky v liečbe pacientov s cievnu mozgovou príhodou. Toto ocenenie udeľuje špičkovým pracoviskám Európska organizácia pre cievne mozgové príhody na základe zozbieraných dát a analýzy výsledkov. „Veľmi nás toto ocenenie teší, aj preto, že sme ho dostali niekoľkokrát,“ hovorí pán primár. Minulý rok zrekonštruovali a zmodernizovali aj JIS-ku, sumou 207-tisíc eur pomohol ŽSK.

„Je to veľmi dobrý nápad. Konečne sa niekto začal zamýšľať nad tým, ako vylepšiť personálnu politiku v zdravotníctve,“ rozhovorí sa usmiaty doktor Kováčik. „Mladý lekár, ktorý po skončení školy nastúpi do práce, potrebuje systematickú podporu zo strany staršieho skúseného kolegu. Má totiž len teoretické vedomosti a často nastupuje na špecializované pracovisko. Konkrétne napríklad skúšku z neurológie mal mladý lekár, ktorý k nám čerstvo nastúpil, tak pred rokom a pol. To znamená, že teoretické vedomosti má niekde hlboko uložené a zároveň nemá žiadne praktické skúsenosti. Na pracovisku však už začína robiť reálne rozhodnutia, pracuje so živými bytosťami, preto je nevyhnutné, aby mal nad sebou dozor. Nieкого, na koho sa môže obrátiť s akýmkoľvek problémom.“

Hoci samotný primár funkciu mentora nikdy nevykonával, pretože by to popri svojej práci jednoducho nestíhal, ošoh má z toho aj on sám. „Nemal som na to nikdy priestor ani čas, a zároveň som to videl ako možnosť pomôcť trebárs aj starším kolegom – prišlo mi férové umožniť im prílepkovanie k platu. A z môjho pohľadu ako primára bolo fajn, keď som mohol nastupujúceho lekára ubezpečiť, že bude mať pri sebe kolegu, ktorý mu na začiatku pomôže. Navyše, ako primár som mal vždy

aj spätnú väzbu od mentorov, keď som chcel vedieť, ako naši mladí kolegovia napredujú.“

Hoci pre mentorov je to určite práca navyše, v konečnom dôsledku z nej profitujú všetci. Pretože mladých kolegov tak či tak musí niekto zaučiť a keď je to spojené aj s finančným príspevkom, hoci nevelkým, poteší to. Navyše, ak mladého lekára necháte napospas, tak sa vám to môže vrátiť ako bumerang. „My sme tu vlastne podobný systém, hoci bez finančnej dotácie, mali zavedený už aj predtým – že sa starší lekári venovali mladším,“ hovorí doktor Kováčik. „Ibaže teraz je to systematickejšie, robí to len atestovaný lekár, dostane za to príspevok, takže je to v každom smere oveľa lepšie.“



Mladý lekár, ktorý po skončení školy nastúpi do práce, potrebuje systematickú podporu zo strany staršieho skúseného kolegu.

Naučia sa a... odídu?

Jedným z hlavných cieľov podporného programu žilinskej župy je aj to, aby mladí lekári ostali po skončení pracovať vo svojom rodnom kraji či meste. Podarilo sa to pri mentorskom programe na neurológii u primára Kováčika?

„Čo sa týka fluktuácie, v programe sme mali zapojených troch lekárov, ostal nám jeden. Dvaja odišli z rôznych dôvodov (v jednom prípade sme neboli spokojní my a v druhom sa kolega rozhodol pre iný odbor, ktorý mu viac sedel), ale obaja zhodne veľmi ocenili náš prístup a pomoc mentora, ktorú dostali na začiatku.“



Nemocnica v Liptovskom Mikuláši je spádovou nemocnicou pre veľký región Liptova.

Podľa primára je práve poriadok v systéme práce a jasná organizácia jedným z kameňov mozaiky, ktoré môžu prispieť k tomu, keď sa lekár rozhoduje, či na danom pracovisku zostane. Nie vždy sú totiž na prvom mieste peniaze. „Ak lekár vidí, že to funguje, že má na pracovisku kolegu, na ktorého a môže obrátiť, tak si myslím, že to môže pozitívne ovplyvniť jeho rozhodnutie,“ myslí si primár. A hoci človek potom možno aj tak odíde, netreba to podľa neho vnímať negatívne, že sme ho niečo naučili a on sa na nás vykašlal. „Myslím si, že takýto systém by mal byť štandardom – bez ohľadu na to, či človek ostane, alebo nie. Vzdelávanie lekára je celoživotné a začiatok kariéry je kľúčový – práve vtedy nasáva enormné množstvo informácií vo veľmi krátkom čase. Často sú to aj informácie nelekárskeho charakteru – napríklad, ako celý systém na danom pracovisku funguje, ako sa vypisujú žiadanky, ako prebiehajú konzultácie... Všetky tieto procesné veci sa jednoducho nemal kde naučiť, pretože každé pracovisko má svoj systém,“ hovorí dr. Kováčik.

PREČO SA (NE)VRACAJÚ

A keď sme už pri probléme odchodu našich lekárov do zahraničia, nedá mi neopýtať sa primára Kováčika, či on sám nemal niekedy zajačie úmysly. „Mal som rôzne ponuky, ale nakoniec sa to z viacerých dôvodov neuskutočnilo,“ priznáva primár.



Priestory JIS-ky zrekonštruovali vlani za 207-tisíc eur.

“

Vzdelávanie lekára je celoživotné a začiatok kariéry je kľúčový – práve vtedy nasáva enormné množstvo informácií vo veľmi krátkom čase.

Podľa neho je však rozhodne v prospech všetkých, ak lekár strávi určitú časť svojho profesionálneho života v zahraničí. „Na druhej strane by bolo fajn, keby neodchádzali s úmyslom – ja sa už nevrátim.“

A čo by podľa neho mohlo pomôcť, aby sa vrátili domov?

„Nie som odborník na personálnu politiku, ale myslím si, že o úrovni medicíny to nie je. **Dovolím si tvrdiť, že medicína na Slovensku je porovnateľná s inými krajinami EÚ, v mnohých parametroch dokonca lepšia.** Napríklad čakacie doby na rôzne vyšetrenia sú trebárs v Británii niekoľkonásobne dlhšie, a to máme aj zdokumentované. Takže pokiaľ sa rozprávame o profesionálnej stránke, tak si myslím, že v každom regióne sa nájdu jedno-dve pracoviská, porovnateľné so zvyškom Európy. Samozrejme, top pracoviská vo svete, ktoré majú renomé a aj iné financovanie, sú niekde inde. Úprimne, na tie sa aj málokto Slovák dostane. Samozrejme, platové rozdiely tu stále sú, ale na druhej strane, profesia je len jedna časť našich životov, potom do toho vstupujú všetky tie ostatné veci, ktoré majú vplyv na rozhodovanie.“

Mnohí lekári sa práve zo spomínaných „iných“ dôvodov po rokoch v zahraničí vracajú späť. Nie vždy je však návrat jednoduchý. A vôbec nie kvôli financiám. „**Mnohí kolegovia, ktorí zvažujú návrat, majú obavy, že ich odbornosť nebude docenená a ocenená, že budú vnímaní ako konkurencia niekomu, kto je na danom pracovisku už dlhšie etablovaný. A často práve z týchto dôvodov nie je o našich odborníkoch zo zahraničia záujem... A to je škoda,**“ smutne dodáva na záver dr. Kováčik.

MUDr. Jozef Čajka je vo svojej praxi spokojný, všeobecné lekárstvo je jeho srdcovka.



MUDr. Michal Čajka

Všeobecný lekár, absolvent Karlovej univerzity v Prahe, pracoval aj ako vojenský lekár vo Vojenskej nemocnici v Ružomberku. Ambulanciu v Liptovskom Hrádku otvoril vďaka dotácii od ŽSK 7. januára tohto roku. Ambulancia sa nachádza na druhom poschodí polikliniky, podľa pravidiel dotácie ju musí viesť minimálne 6 rokov.

PRÍBEH DRUHÝ

V AMBULANCI V LIPTOVSKOM HRÁDKU

Ambulancia všeobecného lekára MUDr. Jozefa Čajku sa nachádza na druhom poschodí polikliniky v Liptovskom Hrádku. Tri miestnosti (vyšetrovňa, čakáreň, kartotéka) ešte dýchajú novotou, na stenách visia obrazy, na oknách sú kvety. A k tomu, samozrejme, všetko potrebné odborné zariadenie, lôžka, kartotéka a kopec iných, pre lekára aj sestričku nevyhnutných vecí. Tak vyzerá novučičká ambulancia, ktorá svojich prvých pacientov privítala iba v januári tohto roku a ktorá vznikla vďaka štedrej dotácii zo ŽSK v rámci spomínaného podporného programu. Konkrétne ambulancia doktora Čajku je výsledkom **jednorazovej dotácie na stabilizáciu siete poskytovateľov zdravotnej starostlivosti. Okrem neho dostalo 25-tisícovú dotáciu z kraja ešte ďalších 5 ambulancií – dve stomatologické ambulancie v Kysuckom Novom Meste a v Oravskom Veselom, ambulancia klinickej imunológie a alergológie v Rabči, endokrinologická ambulancia v Martine a angiologická ambulancia v Liptovskom Mikuláši.**

„Ja som do tohto programu priam vletel na poslednú chvíľu,“ hovorí so smiechom dr. Čajka. „Celú ambulanciu som za tie peniaze zariadil, dokonca som ešte 1500 eur vrátil,“ vytráta. „Všetko, čo tu vidíte, sme zabezpečili vďaka dotácii. Takže si myslím, že je to naozaj výborný program a suma je, čo sa materiálno-technického zabezpečenia týka, úplne postačujúca.“ Ďalšou podmienkou je, že ambulanciu musí prevádzkovať minimálne šesť rokov. Pre doktora Čajku to však nie je žiaden problém. „Už mám rok za sebou a ani neviem, ako to ubehlo.“

Samozrejme, až také jednoduché to celé nebolo. Vybavovacky papierov, prenájom priestorov či prerábky miestností zabrali niekoľko dlhých mesiacov. Navyše, niečo musel zo svojho zaplatiť aj samotný lekár. Avšak oplátilo sa, pretože pri pohľade na mladého, tridsaťpäťročného lekára nám je jasné, že je spokojný. A to v odbore, ktorý je medzi mladými lekármi často zaznávaný a nie veľmi obľúbený. Prečo si ho vlastne vybral?

„Lebo pre mňa je obľúbený,“ jednoducho skonštatuje dr. Čajka. „**Sú, samozrejme, aj lukratívnejšie odbory, ale u mňa sa to postupne vyprofilovalo ako najzaujímavejšie pre mňa. Navyše je podľa mňa veľmi dynamický.**“

A veru, že doktor Čajka mal s čím porovnávať. Absolvent Karlovej univerzity v Prahe začínal ako lekár v Ústave pľúcnych chorôb vo Vyšných Hágoch, neskôr pracoval sedem rokov vo Vojenskej nemocnici v Ružomberku a vyskúšal si aj súkromný sektor.

„Vzhľadom na to, že som si prešiel z druhej strany takmer všetko, tak mi prišlo ako celkom logický krok otvoriť si niečo vlastné,“ zdôvodňuje svoje rozhodnutie. Voľba padla práve na Liptovský Hrádok, ktorý má veľkú spádovú oblasť. A navyše, doktor Čajka je rodák z Popradu, takže dolniaky by preňho jednoducho neboli. Rovnako ani do zahraničia ho to neťahalo.

„**Vyrastal som v Tatrách a odísť odtiaľto sa jednoducho nedá... Keď si vezmem prostredie a jedno s druhým, čo má človek v zahraničí? Viac peňazí? A čo z toho?**“ kladie si rečnícku otázku, ktorú má v sebe už dávno zodpovedanú. Našťastie, pre pacientov.

VŠEOBECNÝ AJ RODINNÝ

A tí mu teda utešene pribúdajú, dnes ich má približne 1600-1700. Veľa? Málo? Doktor Čajka vraví, že na to, aby bola ambulancia sebestačná, musíte mať minimálne 1300 pacientov. A ten jeho počet je vraj akurát, hoci napríklad na klinike mávali bežne aj 2500 pacientov.



25-tisíc eur od ŽSK dostal dr. Čajka na zriadenie svojej ambulancie, ktorá sa skladá z troch miestností. Na obrázku je vyšetrovňa.

„Aj preto som prišiel sem do Hrádku, aby som trochu odľahčil kolegov. Všeobecní lekári tu boli traja, teraz som pribudol ja a mal by prísť ešte jeden,“ vyratáva dr. Čajka. Obavy z konkurencie nemá. **„Konkurencia zvyšuje kvalitu,“** vraví. Navyše, ako sme už spomínali, spádová oblasť je taká veľká, že lekári sa na nedostatok práce v tomto regióne rozhodne sťažovať nemôžu.

A na čo sa teda sťažujú? S akými problémami zápasí obvyčajný všeobecný lekár v Liptovskom Hrádku? Jeho odpoveď nás trochu pobavila. „Problémy mám s ranným vstávaním... Začíname totiž už o šiestej, pacientov si objednáваме na presnú hodinu (bez poplatku), aby sme mali čas popoludní vybavovať návštevy, papierovačky a podobne,“ hovorí dr. Čajka. Okrem práce v ambulancii má totiž ako všeobecný lekár na starosti aj dve DSS a niekoľko služieb mesačne na APS-ke v Liptovskom Mikuláši. Často absolvuje aj domáce návštevy u svojich pacientov, ak nemôžu prísť osobne alebo sú imobilní a ich stav si vyžaduje kontrolu lekárom.

Jeden problém ho však, okrem ranného vstávania, predsa len trápi. **Papierovačky či doťahovačky s poisťovňami. Ide napríklad o sporných pacientov, teda takých, ktorí prešli k inému lekárovi, ale poisťovňa ich má stále vedených ako sporných.** „Takých mám asi stovku – podľa poisťovne vraj majú

prísť podpísať ku mne čestné vyhlásenie, ktoré im potom treba doručiť. Na toto ja fakt nemám čas, nerozumiem, ako môže byť pacient vedený ako sporný, keď ja s ním mám spísanú dohodu,“ krúti hlavou a zároveň sa pýta: „Kto vlastne zaňho potom inkasuje peniaze?“

A ČO ODBORNOSŤ?

Pre mnohých mladých lekárov je práca všeobecného lekára tak trochu strašiacom aj preto, že majú pocit, že odborne nemôžu na tomto mieste dostatočne rásť. Doktor Čajka však rozhodne oponuje: **„Dobry lekár môže všade odborne rásť – chcem, hľadám, vzdelávam sa, študujem – je to len na tom človeku, či si chce rozšíriť obzor a kompetencie.** Samozrejme, že po určitých rokoch sa môžete dostať do stereotypu, ale ja to beriem ako beh života, je to normálne. Práca s ľuďmi je totiž najnáročnejšia, takže ani ja neviem povedať, či raz nepríde moment, keď si poviem – dosť, stačilo...“

Nateraz to však rozhodne neplatí. Teraz sú na prvom mieste, a nielen z dôvodu koronavírusu, pacienti. Ako vraví dr. Čajka, bolo by pekné, keby som mohol s nimi starnúť...

Klišé? No a čo. Bodaj by bolo takých lekárov viac.

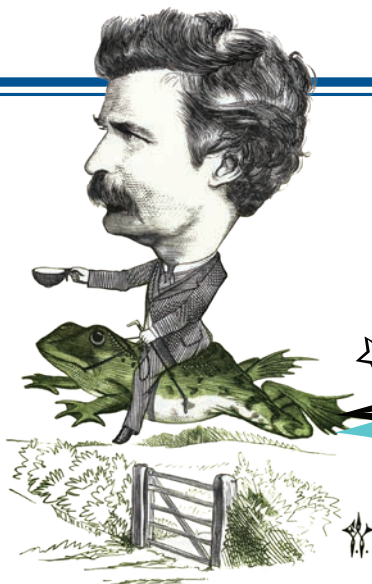
Pripravila: Nancy Závodská

“

„Dobry lekár môže všade odborne rásť – chcem, hľadám, vzdelávam sa, študujem – je to len na tom človeku, či si chce rozšíriť obzor a kompetencie.“



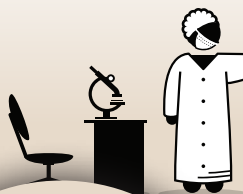
Ambulanciu dr. Čajku nájdete na 2. poschodí polikliniky v Liptovskom Hrádku.



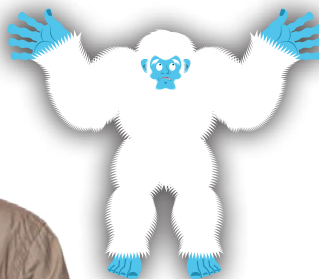
*Mark Twain,
majster trpkkej irónie:*

„Jediný spôsob, ako si uchovať zdravie, je jesť, čo nechceš, piť, čo nemáš rád a robiť, čo sa ti nepáči.“ No proste, vizionár.

*Hľadáme vakcínu
na chorú spoločnosť –
márne.*



Treba tajne dúfať, že sa neobjaví nový koronavírus spôsobujúci alimentárnu infekciu. Viem si predstaviť, že vláda nariadi povinné nosenie plienok na verejnosti. Ako to však bude armáda a polícia kontrolovať?



*Odmeny zdravotníkom v „prvej
linii boja s hnusobou“ sú ako žena
inšpektora Colomba, prípadne
Yeti. Všetci o nich hovoria, ale ešte
ich nikto nevidel.*

POHOTOVÁ REAKCIA
SLOVÁKOV NA INTERNETE:

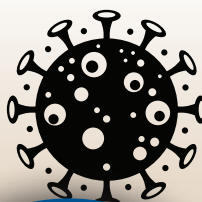
„ODVOLÁVAM ČO SOM VČERA
ZAKÁZAL, PRIKAZUJEM, ČO SOM
ODVOLAL MINULE A ZÁROVEŇ
ZAKAZUJEM MINULE A VČERA
VŠETKO ODVOLÁŤ. A UŽ SA
NEBUDEM OPAKOVÁŤ!“



Z INTERNETU:

*Chápem, že za hlúposť sa platí...
Ale prečo máme platiť všetci?*

Politici a analytici treťosektorových organizácií majú jedno spoločné. Za naše peniaze chcú rozhodovať o našich peniazoch.



**OSOBNÝ
POSTREH
Z REŠTAURÁCIE:**
Žiadame hostí, aby mali pri
pobyte v interiéri
prekryté horné aj dolné
dýchacie cesty.
Odpustil som im novú
terminológiu – robia
výborné pečené
kolená!



AMBULANCIE sú základným pilierom

**Prezidentkou Zväzu ambulantných poskytovateľov
sa stala Zuzana Dolinková**

Delegáti IV. riadneho valného zhromaždenia ZAP-u, ktoré sa konalo dňa 25. septembra 2020 v Jasnej, si drvivou väčšinou hlasov zvolili za prezidentku združenia doterajšiu výkonnú riaditeľku a predsedníčku predstavenstva JUDr. Zuzanu Dolinkovú.

Najdôležitejšou hodnotou, ktorú ZAP predstavuje, je vytváranie jednotnej platformy pre všetkých ambulantných lekárov, ktorí spoja svoje úsilie, budú koordinovať svoje požiadavky a budú predstavovať jednotnú silu, ktorú nie je možné ignorovať.

SLOVÁ PREZIDENTKY

„Výnimočné situácie si vždy vyžadujú nové, niekedy až dramatické riešenia. Bezprostredný dopad celosvetovej pandémie na ekonomiku spôsobil, že je nevyhnutné hľadať cestu, ako nastaviť vzťahy medzi zdravotnými poisťovňami a poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti do vyváženej a korektnej roviny. Z doterajších opakovaných signálov máme vážny dôvod domnievať sa, že dnes sa za základný a prirodzený štandard obchodných vzťahov považuje stav, keď sa za vykonanú prácu zaplatí nedostatočne alebo vôbec,“ hovorí nová prezidentka ZAP-u JUDr. Zuzana Dolinková.

„Viac ako kedykoľvek predtým je dnes dôležité, aby ambulantných poskytovateľov zastupovala organizácia, ktorá je dôveryhodná a zároveň odborne aj personálne priprave-

na na ťažké výzvy, ktoré prichádzajú. Našou víziou je profesionalizácia vedenia združenia, ktoré zastupuje najväčší počet poskytovateľov ambulancie zdravotnej starostlivosti na Slovensku. ZAP nebude len čakať na ponuky, nebude pasívny, ale naopak, máme ambíciu byť relevantný obchodný partner, ktorý má svoje práva a dôstojné postavenie pri vyjednávaní na všetkých úrovniach.“

Každý z ambulancných špecialistov nerád spomína na obdobie limitov a lekári primárneho kontaktu zase na obdobie, keď výška kapitácie bola dlhodobo nemennou zložkou. Preto sa ZAP v tomto obzvlášť neľahkom období rozhodol sformovať armádu s vedením, ktoré je zložené z odborníkov a profesionálov nadšených pre prácu a konštruktívno-kreatívnu činnosť v prospech všetkých ambulancných lekárov. Cieľom je nielen udržať vybojované úspechy v zmluvných vzťahoch, ktoré mnohí z nás považovali za samozrejmé, ale predovšetkým naďalej kontinuálne posúvať kontrakty so zdravotnými poisťovňami k reálnym platbám, ktoré sú podmienkou udržania chodu našich ambulancií.

ZMENY V ORGÁNOCH AJ NOVÉ SLUŽBY

Najväčšou zmenou, ktorá bola na IV. riadnom valnom zhromaždení ZAP-u prijatá, je redukcia vedenia združenia, ktorej jediným účelom je zefektívnenie a zlepšenie flexibility činnosti pri riešení aktuálnych problémov a nastavení podmienok ich presadzovania. Doterajšia Správna rada ZAP a Predstavenstvo ZAP sa zlúčili a vytvorili zredukovanú správnu radu, ktorá pozostáva už len zo 6-tich členov. Členmi novovzniknutej správnej rady je jeden zástupca za všeobecných lekárov pre dospelých (MUDr. Soňa Ostrovská), jeden zástupca za všeobecných lekárov pre deti a dorast (MUDr. Beata Kartousová), jeden zástupca za gynekológov (MUDr. Martin Gažo) a dvaja zástupcovia za špecialistov (MUDr. Jaroslava Orosová a MUDr. Roman Samek). Členom správnej rady je súčasne aj novo konštituovaný štatutárny orgán ZAP-u, prezident združenia.

Novým prvkom profesionalizácie je ponuka individuálnych právnych služieb, na ktoré bude vypísané osobitné výberové konanie. „Našou ambíciou je poskytovať členom ZAP-u kvalifikovanú právnu pomoc vo všetkých oblastiach, s ktorými sa môže počas výkonu svojej praxe ambulancný poskytovateľ stretnúť, a to od riešenia sporu so zdravotnými poisťovňami, cez pracovno-právne otázky až po prípadné riešenia sporu s pacientom. ZAP je pripravený reprezentovať záujmy a oprávnené požiadavky všetkých ambulancných poskytovateľov zdravotnej starostlivosti s jasnou predstavou vybudovania stabilného právneho zázemia,“ hovorí pani prezidentka.

ZAP-áci sa zhodli na potrebe vytvorenia úzkej spolupráce medzi odbornými spoločnosťami a združením v záujme úspeš-



JUDr. Zuzana Dolinková,
nová prezidentka ZAP-u

ného presadzovania individualizovaných potrieb, ktoré vyplývajú z analýz jednotlivých odborných spoločností. ZAP svojim členom ponúka ešte významnejšiu podporu pri riešení problémov bežného chodu ambulancie, ktorého súčasťou je i poskytovanie poradenstva v oblasti vykazovania či revíznej činnosti zdravotných poisťovní.

VÝZVY DO BUDÚCNOSTI

„Chcem vyjadriť nádej, že ZAP vykročil správnym smerom na novú cestu. Nadchádzajúci rok bude kľúčový nielen pre ťažké obdobie, ktoré nás čaká pracovne i ľudsky. V najbližších mesiacoch, keď sa prejaví podfinancovanie zdravotníctva a bude sa rozhodovať o prerozdeľovaní limitovaných zdrojov, prirodzene očakávame i silenie ekonomického tlaku. Preto bude nevyhnutné spojiť všetky sily na zvládnutie enormného tlaku, ktorý je na zdravotníkov vyvíjaný zo všetkých strán, aby ambulancní poskytovatelia mali za sebou inštitúcie, ktoré im budú záštitou.“

Ďakujem za prejavenu dôveru a podporu. Tak ako tomu bolo za ostatných 5 rokov v pozícii výkonnej riaditeľky, aj v ďalšom roku som pripravená ako novozvolená prezidentka Zväzu ambulancných poskytovateľov pokračovať v práci pre zlepšenie podmienok všetkých poskytovateľov ambulancnej zdravotnej starostlivosti.

Som presvedčená, že ambulancie sú základným pilierom, od ktorého sa odvíja funkčnosť celého systému poskytovania zdravotnej starostlivosti.

Mojím cieľom je aj prostredníctvom a tlakom ZAP-u trvať na zmene mechanizmu financovania zdravotníctva, pretože len týmto spôsobom môžeme nastaviť dostupnú a kvalitnú zdravotnú starostlivosť pre našich občanov, pacientov a motivovať našich zdravotníkov k tomu, aby ju poskytovali doma, na Slovensku, a súčasne motivovať tých, ktorí pracujú v zahraničí, aby sa vrátili, lebo sú pre našich pacientov a náš zdravotný systém nenahraditeľní.“

JUDr. Zuzana Dolinková, prezidentka ZAP

Nová organizačná štruktúra ZAP

Štatutárny orgán ZAP

prezident: JUDr. Zuzana Dolinková

Správna rada ZAP (vznikla zlúčením doterajšej správnej rady a predstavenstva)

- 1 zástupca za všeobecných lekárov pre dospelých, MUDr. Soňa Ostrovská
- 1 zástupca za všeobecných lekárov pre deti a dorast, MUDr. Beata Kartousová
- 1 zástupca za gynekológov, MUDr. Martin Gažo
- 2 zástupcovia za špecialistov, MUDr. Jaroslava Orosová a MUDr. Roman Samek
- prezident ZAP

ZODPOVEDNOSŤ POSKYTOVATEĽA ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI pri výkone očkovania

Povinné očkovanie je témou, ktorá neustále rezonuje v širokej verejnosti. Odporcovia povinného očkovania ako jeden z argumentov proti povinnému očkovaniu používajú prípady, v ktorých sa mali prejavíť vedľajšie nežiaduce účinky, pričom sa tým nepriamo dotýkajú aj otázky, kto zodpovedá za škodu na zdraví spôsobenú očkovaním.

KTO JE ZODPOVEDNÝ ZA ŠKODU?

Vo všeobecnosti platí, že poskytovateľ zdravotnej starostlivosti zodpovedá aj za škodu spôsobenú okolnosťami, ktoré majú pôvod v povahe prístroja alebo inej veci, ktoré sa pri plnení záväzku použili, pričom prístroj alebo vec, ktorú poskytovateľ pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti použil, nemusí byť vadný. Takisto je irelevantné, či sa vlastnosť veci, ktorá škodu spôsobila, prejavuje často alebo ojedinele. Podstatné je to, že škoda bola vyvolaná povahou prístroja alebo veci a je daná príčinná súvislosť medzi vzniknutou škodou a pôsobením vlastnosti prístroja alebo veci. Uvedené by v praxi znamenalo, že pri výkone očkovania (bez ohľadu na to, či ide o očkovanie povinné alebo fakultatívne) by za prípadné negatívne vedľajšie účinky očkovania zodpovedal poskytovateľ zdravotnej starostlivosti, keďže pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti použil vec – očkovaciu látku, ktorej povaha škodu spôsobila. Na túto skutočnosť zákonodarcu myslel a **v zákone č. 362/2011 Z. z. o liekoch a zdravotníckych pomôckach upravil zodpovednosť držiteľa registrácie humánneho lieku, a tak za škody spôsobené registrovaným humánnym liekom, ktorý sa používal v súlade s údajmi uvedenými v rozhodnutí o registrácii humánneho lieku, zodpovedá držiteľ registrácie lieku (§ 60 ods. 1 písm. p) zákona č. 362/2011 Z. z.)**. Ak by však poskytovateľ zdravotnej starostlivosti podal liek v rozpore s SPC, za škodu na zdraví, spôsobenú podaním lieku mimo schváleného používania, by zodpovedal tento poskytovateľ zdravotnej starostlivosti v celom rozsahu.

INFORMOVANÝ SÚHLAS

V súvislosti s výkonom očkovania je častá otázka poskytovateľov zdravotnej starostlivosti na rozsahu poučenia o očkovaní, t. j. či je potrebné informovať pacientov alebo ich zákonných zástupcov o všetkých možných i veľ-

mi zriedkavých vedľajších účinkoch očkovania. Najvyšší súd Českej republiky vo vzťahu k poučovacej povinnosti pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti vo svojom rozhodnutí konštatoval, že **zodpovednosť poskytovateľa zdravotnej starostlivosti za nedostatočné poučenie nastáva len vtedy, ak pacient preukáže, že pri znalosti rozhodných skutočností, o ktorých mal byť poučený, by sa reálne pravdepodobne rozhodol inak**. Najvyšší súd Českej republiky tiež k rozsahu poučenia uviedol, že **poučenie o rizikách nemôže byť bezbrehé**, nakoľko rozličných rizík možno pre každý zákrok

(výkon) vymenovať v podstate neobmedzené množstvo. **Keby sa poučovacia povinnosť mala vzťahovať na všetky riziká, informovaný súhlas by bol prakticky nedostihnuteľný a v konečnom dôsledku by bol potlačený jeho zmysel**. Pri úvahe, o čom poučiť, je preto potrebné vychádzať z kombinácie pravdepodobnosti rizika a určitého možného nepriaznivého vývoja alebo nepriaznivých následkov zákroku (zdravotného výkonu) a závažnosti týchto následkov na celkový zdravotný stav pacienta. Čím závažnejšie budú nepriaznivé následky v prípade naplnenia rizika, tým menšia

pravdepodobnosť rizika bude postačovať k vzniku povinnosti pacienta poučiť.

Nový zákon neprešiel

K problematike zodpovednosti za škodu pri výkone povinného očkovania pre úplnosť dodávame, že v decembri 2019 Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky zverejnilo predbežnú informáciu o príprave návrhu zákona o náhrade ujmy na zdraví spôsobenej povinným očkovaním. Návrh zákona sa však do medzirezortného pripomienkového konania nedostal. Cieľom Ministerstva zdravotníctva SR bolo prijať právnu úpravu, ktorá by umožňovala odškodnenie ujmy na zdraví spôsobenej povinným očkovaním. Za ujmy na zdraví spôsobenej povinným očkovaním sa podľa predbežnej informácie mal považovať závažný nežiaduci účinok, ktorý by bližšie definoval vykonávací predpis. O poskytnutie náhrady ujmy na zdraví by poškodený žiadal Ministerstvo zdravotníctva SR. Žiadosť by posudzovala Ministerstvom zdravotníctva SR zriadená osobitná komisia, ktorá by rozhodovala o priznaní nároku poškodeného na náhradu ujmy na zdraví. Nárok by vyplácalo Ministerstvo zdravotníctva SR.



PREHĽAD NIEKTORÝCH OSOBITNÝCH ZÁKONNÝCH ÚPRAV POČAS TRVANIA KRÍZOVEJ SITUÁCIE

- Dočasná odborná stáž – vykonávať povolanie lekára môžu aj osoby, ktorým nebola uznaná odborná kvalifikácia, ale im bol uznaný doklad o vzdelaní.
- Cudzinci ovládanie štátneho jazyka pre účely výkonu povolania lekár preukazujú čestným vyhlásením.
- Sústavné vzdelávanie – lekárom, ktorým hodnotiaci cyklus skončí počas krízovej situácie, v prípade, že nebudú mať dostatočný počet kreditov, sa koniec hodnotiaceho cyklu posúva o 180 dní.
- Poskytovanie konzultácie telefonicky – všeobecný lekár alebo lekár so špecializáciou oprávnený po overení totožnosti osoby a poistného vzťahu s jej príslušnou zdravotnou poisťovňou poskytnúť osobe konzultáciu prostredníctvom elektronickej komunikácie bez prítomnosti osoby v ambulancii. Poskytnutie konzultácie prostredníctvom elektronickej komunikácie musí lekár zapísať do zdravotnej dokumentácie osoby.
- Preventívne prehliadky vo vzťahu k práci – posudzovanie zdravotnej spôsobilosti zamestnancov na prácu výkonom lekárskeho preventívneho prehliadok vo vzťahu k práci pracovnou zdravotnou službou je fakultatívne; vykonáva sa len na základe vzájomnej dohody medzi zamestnávateľom a pracovnou zdravotnou službou za dodržania opatrení na ochranu zdravia zamestnancov podľa aktuálnej epidemiologickej situácie.
- Posudzovanie zdravotnej spôsobilosti na prácu sa musí vykonať u zdravotníckych pracovníkov, ktorí poskytujú zdravotnú starostlivosť v priamom ohrození života a zdravia v čase pandémie z dôvodu šírenia vysoko nebezpečnej nákazy.
- Zamestnancovi, ktorý bol uznaný za dočasne práceneschopného z dôvodu nariadenia karanténneho opatrenia alebo izolácie pre chorobu COVID-19, vzniká nárok na nemocenské od prvého dňa dočasnej pracovnej neschopnosti vo výške 55 % denného vymeriavacieho základu; od prvého dňa uhrádza nemocenské Sociálna poisťovňa.



ZÁKONNÍK PRÁCE

- Rozvrhnutie pracovného času je zamestnávateľ povinný zamestnancom oznámiť najmenej dva dni vopred, ak sa so zamestnancom nedohodne na kratšej dobe, a s platnosťou najmenej na týždeň.
- Čerpanie dovolenky je zamestnávateľ povinný oznámiť zamestnancom najmenej sedem dní vopred, a ak ide o nevyčerpanú dovolenku z predchádzajúceho kalendárneho roka, najmenej dva dni vopred. Toto obdobie môže byť skrátené so súhlasom zamestnanca.
- Na zamestnanca, ktorý má dôležitú osobnú prekážku v práci z dôvodu karanténneho opatrenia, izolácie, osobného a celodenného ošetrovania chorého člena rodiny podľa osobitného predpisu alebo osobnej a celodennej starostlivosti o fyzickú osobu, sa vzťahuje zákaz výpovede.
- Zamestnávateľ je oprávnený nariadiť výkon práce z domácnosti zamestnanca, ak to dohodnutý druh práce umožňuje.
- Zamestnanec má právo na vykonávanie práce zo svojej domácnosti, ak to dohodnutý druh práce umožňuje a na strane zamestnávateľa nie sú vážne prevádzkové dôvody, ktoré neumožňujú výkon práce z domácnosti.
- Zamestnancom patrí náhrada mzdy v sume 80 % jeho priemerného zárobku, najmenej však v sume minimálnej mzdy.

Horúce jesenné ROKOVANIA

S nástupom druhej vlny pandémie sa Slovenská lekárska komora ozývala ešte viac ako predtým

Koncom septembra na Slovensko dorazila druhá vlna pandémie koronavírusu a zdravotníci sa tak opäť stali hlavnými aktérmi diania u nás. Slovenská lekárska komora sa počas ostatných dvoch mesiacov ešte aktívnejšie zapájala do spoločenských diskusií a riešenia problémov súvisiacich s COVID-19. Prinášame prehľad aktivít SLK a jej predstaviteľov.

Poznámka redakcie: V čase uzávierky tohto čísla ešte nebolo jasné, ako dopadlo plánované celoplošné testovanie Slovákov.

V SEPTEMBRI 2020

3. 9. Stretnutie prezidenta SLK so zástupcami ÚDZS

Cieľom pracovného rokovania bolo vzájomné nastavenie si lepších podmienok spolupráce. Poukázal na problematiku:

1. pridelovania kódov lekárom,
2. obhliadky mŕtvych tiel v súvislosti s podmienkami výkonom povolania lekára a poskytovania zdravotnej starostlivosti bez registrácie v registri zdravotníckych pracovníkov vedenom SLK.

Výsledkom rokovania bolo, že SLK pripraví legislatívny návrh na zmeny týkajúce sa pridelovania kódov lekárom a informačnej povinnosti ÚDZS voči komore súvisiace s dodržiavaním splnenia podmienok výkonu povolania lekár v SR. K bodu 2. prezident povedal, že budú konkrétne podnety ihneď riešiť a posúvať ÚDZS.

8. 9. Prezídium SLK a Rada SLK

Prezídium SLK sa zaoberalo aj žiadosťou MZ SR rozoslať anonymný dotazník ohľadom špecializačného vzdelávania a povedilo zabezpečením distribúcie dotazníka registrovaným lekárom do veku 45 rokov prezidentov jednotlivých RK.

Rada SLK riešila aj ukončenie 5-ročného vzdelávacieho cyklu a kontrolu kreditov u lekárov. Mgr. Seneši upresnil, že kredity získané do 14. 3. 2019 sa uznávajú podľa starej vyhlášky, a teda kredity za AD testy získané do 14. 3. 2019 budú uznané v celom rozsahu; nebudú limitované počtom 18 kreditov. Od 15. 3. 2019 je možné uznať lekárom 18 kreditov za AD testy (20 % z 90 kreditov); online webináre sa hodnotia ako živé podujatia – 1 kredit za hodinu webinára. Ku kontrole sa však bude pristupovať individuálne, ako to navrhla aj Rada SLK.

Členovia Rady SLK rozdiskutovali žiadosť MZ SR o nominácie do odborných pracovných skupín pre lieky a skonštatovali, že je potrebné požiadať špecialistov OS SLK o návrhy

nominácií a zároveň požiadať MZ SR o predĺženie termínu nominácií. V súvislosti s tým doc. Lukán požiadal o preverenie stanoviska MZ SR k jeho nominácii do kategorizačnej komisie.

Rada SLK nominovala MUDr. J. Šima za člena do hodnotiacej komisie za rezort zdravotníctva, ktorá udeľuje Cenu Jána Bahýľa.

10. 9. Stretnutie so zdravotníckymi komorami

Cieľom stretnutia bola diskusia k zámeru vytvorenia spoločnej asociácie, ktorá by podporovala individuálne – špecifické záujmy komôr voči orgánom štátnej správy, ale predovšetkým by presadzovala spoločné úlohy a záujmy vo vzťahu k orgánom štátnej správy v záujme zabezpečovania kvalitnej a efektívnej zdravotnej starostlivosti. Spoločná asociácia by vytvorila jasné zásady pri regulácii zdravotníckych povolání, spoločne by presadzovala potrebné legislatívne zmeny a bola by validným partnerom pri rokovaní s MZ SR a ostatnými orgánmi štátnej správy, na rozdiel od neformálneho združenia. Otázka ostala zatiaľ otvorená, po zaslaní pripomienok dotknutých komôr sa uskutoční ďalšie stretnutie.

11. 9. Prezident Slovenskej lekárskej komory MUDr. Marian Kollár, členovia Prezídia SLK MUDr. Valéria Vasilová, MUDr. Peter Makara a člen Rady SLK MUDr. Pavel Oravec boli na výjazde v popradskej nemocnici. Dôvodom boli informácie o napätej situácii medzi vedením tamojšej nemocnice na čele s novovymenovaným riaditeľom Antonom Hanušinom a lekármi a ostatnými zdravotníckymi pracovníkmi. Práve na ich žiadosť pricestovali do Popradu členovia užšieho vedenia SLK, aby sa na mieste oboznámili so skutočným stavom v nemocnici. Najprv sa stretli s novým riaditeľom nemocnice a neskôr aj s kolegami lekármi a sestrami. Táto aktivita SLK mala veľmi pozitívnu odozvu zo strany zamestnancov nemocnice a primátora mesta Poprad.



1. 10. Rokovanie na pôde MZ SR ku kompetenciám komory a riešeniu sťažností.

14. 9. Prezident sa zúčastnil zasadnutia Ústredného krízového štábu.

22. 9. Prezident SLK a členovia Rady SLK sa opätovne vybrali do popradskej nemocnice, aby zmapovali aktuálnu situáciu po odchode riaditeľa Hanušína. Zúčastnili sa aj pochodu zamestnancov cez mesto. SLK vyjadrila potešenie, že sa situácia pohla dopredu a zároveň dúfa, že minister poverí vedením odborníka, ktorý posunie nemocnicu dopredu. SLK v tomto duchu dala aj vyhlásenie do médií.

23. 9. Prezident SLK sa zúčastnil výročnej konferencie SK SaPA v Senci.

25. 9. Prezident SLK sa zúčastnil na valnom zhromaždení ZAP-u v Jasnej.



Prezident SLK navštívil popradskú nemocnicu v čase krízy dvakrát a hovoril so zamestnancami aj vedením.

né vyhlásiť núdzový stav celoplošne. Stačilo podľa neho prijať opatrenia, ktorými by sme dosiahli želaný výsledok. Zároveň však prezident skonštatoval, že najbližšie obdobie nám ukáže, či rozhodnutie celoplošného núdzového stavu bolo správne.

V OKTÓBRI 2020

1. 10. Prezident SLK sa na pozvanie riaditeľa Odboru zdravotníctva MZ SR MUDr. Kalužaya zúčastnil pracovného stretnutia na tému kompetencií komory, vybavovania sťažností od občanov a pridelenia kódov lekárom. Rokovanie bolo za účasti viceprezidentky SLK MUDr. Teremovej, právneho zástupcu Mgr. Z. Senesiho, riaditeľky S-SLK dr. Pačesovej a Mgr. Závodskej.



Prezident SLK a štátny tajomník MZ SR Peter Stachura

28. 9. SLK vydala vyhlásenie k slovám ministra Krajčího o možnom kolapse nemocničných lôžok. Upozornila na to, že obdobie medzi oboma vlnami sme nedostatočne využili, ale zároveň ubezpečila verejnosť, že lekári aj nemocnice sú pripravené na nápor pacientov s covidom. Ministerstvo zdravotníctva vyzvala komora na väčšiu súčinnosť a spoluprácu.

30. 9. SLK dala verejnú výzvu v súvislosti s pretrvávajúcimi problémami v popradskej nemocnici aj po odvolaní riaditeľa Hanušína, ktorý ju de facto stále riadi. SLK vyzvala ministra, aby urýchlene konal, nakoľko situácia sa opäť zdramatizovala a ďalší lekári podali výpovede.

30. 9. SLK sa vyjadrila pre médiá k vyhlásenému núdzovému stavu. Podľa vyjadrenia prezidenta nebolo potreb-



Prezident SLK MUDr. Marian Kollár má na komore všetky dôležité stretnutia a vybavuje aj potrebnú agendu.

Rada SLK 20. 10. sa venovala aj otázke plánovaného celoplošného testovania.



1. 10. a 5. 10. SLK sa vo viacerých médiách vyjadrila k slovám premiéra Igora Matoviča, že v prípade nutnosti budú ordinovať aj nakazení lekári. SLK skonštatovala, že takáto situácia ešte nenastala, ale keď to bude nutné, rozhodnú o tom lekári a situácia, a nie politici. Prezident SLK poskytol v tejto súvislosti aj krátky rozhovor pre RTVS.

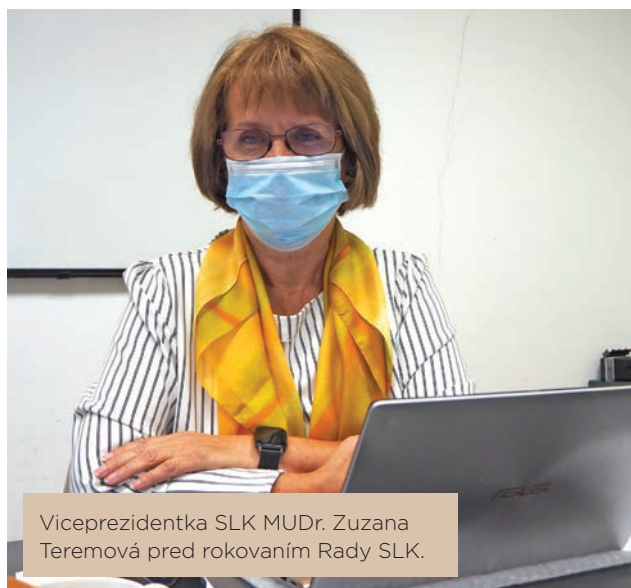
6. 10. Prezident SLK sa zúčastnil na konferencii Healthcare summit 2020, kde bol aj účastníkom diskusného panelu na tému „Čo čaká naše nemocnice“.

13. 10. Prezídium SLK

Prezident SLK okrem iného informoval o potrebe vytvorenia pracovného tímu k riešeniu problematiky ambulantnej siete, ktorá bude nadväzovať na sieť nemocníc podľa jasných pravidiel a kritérií a zabezpečí lepšie manažment pacienta, jeho pohyb od všeobecného lekára až do špecializovaného centra podľa potreby. Musí sa zmeniť celková sieť poskytovateľov a postavenie lekára v systéme na jednej strane a prístup a zabezpečenie pacienta na strane druhej. K tomu, samozrejme, musí prislúchať aj zodpovedajúce finančné zabezpečenie. V tomto smere bude zvolaná pracovná skupina odborníkov. MUDr. Weber prijal gestorstvo nad riešením tejto problematiky.



Vedenie SLK spolu s predstaviteľmi MZ SR po stretnutí na pôde komory.



Viceprezidentka SLK MUDr. Zuzana Teremová pred rokováním Rady SLK.

13. 10. SLK vydala Prezidiom SLK schválené vyhlásenie k aktuálnemu stavu.

Komora v ňom odmietla politikárčenie vrcholových predstaviteľov štátu (Sulík vs. Matovič) a vyzvala ich na spoluprácu v boji s covidom. „Boj s pandemiou nie je politický boj, ale vysoko odborný,“ skonštatovala vo svojom vyhlásení. Zároveň vyjadrila svoju pripravenosť pomôcť v tomto boji, ako aj v následnej reforme zdravotníctva.

16. 10. Tlačová konferencia k povolávaniu ambulantných lekárov

Vedenie SLK požiadalo ministra zdravotníctva a kompetentné orgány, aby predložili riadny a jasný realizačný plán týkajúci sa mobilizácie ambulantných lekárov. Zároveň komora položila viaceré otázky, týkajúce sa výkonu práce ambulantných lekárov v tejto súvislosti, ako aj ich právnej ochrany.



TK testovanie 19. 10.

skou lekárskou komorou. Na stretnutí s premiérom Igorom Matovičom, ministrom zdravotníctva Marekom Krajčím a štátnou tajomníčkou MZ SR Janou Ježíkovou si obe strany vyjasnili svoje postoje k súčasnej dramatickej situácii v súvislosti s koronavírusom, a predovšetkým postoj zdravotníckych odborníkov k plánovanému plošnému testovaniu obyvateľstva na COVID-19.

Zároveň prejavili ochotu k ďalšej úzkej obojstrannej spolupráci pri zvládaní pandémie. Zdravotníci, vrátane Slovenskej lekárskej komory, deklarovali súčinnosť a pomoc pri nastávajúcich úlohách spojených s pandemiou vrátane oslovenia lekárov, dobrovoľníkov, ktorí majú záujem pomôcť pri organizovaní ohlasovaných akcií.

22. 10. Prezident SLK sa obrátil s prosbou na slovenských lekárov v zahraničí, aby sa vrátili domov pomôcť slovenskému zdravotníctvu a bývalým kolegom v súvislosti so zhoršujúcou sa situáciou okolo koronavírusu.



Prezídium SLK 13. 10. sa zaoberalo aj vytvorením pracovnej skupiny na riešenie ambulatnej siete.

19. 10. Mimoriadny brífing SLK k celoplošnému testovaniu

Prezident SLK sa jasne vyjadril, že komora je za dobrovoľné celoplošné testovanie, ale len v tom prípade, ak budú zodpovedané všetky s tým súvisiace otázky, a tým pádom zabezpečená aj úspešnosť celej akcie. Zároveň povedal, že slová premiéra Matoviča o tom, že ľudia, ktorí sa nepôjdu dať testovať, by mohli mať v budúcnosti poskytnutú iba základnú zdravotnú starostlivosť, sú neakceptovateľné. MUDr. Marian Kollár zároveň vyzval kompetentných na urýchlenú širokú odbornú diskusiu.

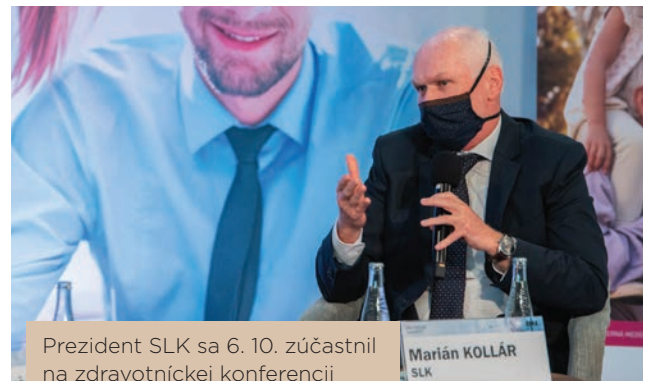
20. 10. Mimoriadna Rada SLK a stretnutie so zástupcami MZ SR

Členovia Rady SLK sa stretli na pôde SLK so zástupcami ministerstva zdravotníctva pod vedením štátneho tajomníka MUDr. Petra Stachuru, Dr. med., MBA. Na úvod stretnutia rozobrali aktuálnu zhoršujúcu sa situáciu v súvislosti s pandemiou COVID-19. Cieľom rokovania bolo pripraviť zdravotnícky systém Slovenska na možný potenciálny nápor covidových pacientov na úrovni všetkých poskytovateľov. Rada SLK deklarovala ochotu k súčinnosti pri týchto opatreniach.

Po pracovnom stretnutí obidve strany deklarovali záujem o ďalšiu komunikáciu a dohodli sa na ďalšej vzájomnej spolupráci a obojstrannej informovanosti.

21. 10. Prezident SLK sa stretol s premiérom Igorom Matovičom.

Na Úrade vlády sa stretli všetci relevantní predstavitelia slovenských zdravotníckych organizácií a združení na čele so Sloven-



Prezident SLK sa 6. 10. zúčastnil na zdravotníckej konferencii Healthcare summit 2020.



Máte dost' kreditov?

SLK tento rok robí kontrolu najväčšieho 5-ročného vzdelávacieho cyklu

Sústavné vzdelávanie lekárov je priebežné obnovovanie a udržiavanie získanej odbornej spôsobilosti v súlade s rozvojom príslušných medicínskych odborov (CME – Continual Medical Education) a udržiavanie znalostí s tým súvisiacich činností (napr. právnych predpisov – CPD – Continual Professional Development) po celý čas výkonu lekárskeho povolania. Hodnotenie sústavného vzdelávania má povinnosť vykonávať komora príslušná na vedenie registra, teda pre lekárov Slovenská lekárska komora, a to v zmysle zákona č. 578/2004 Z. z., jeho novelizácií a príslušných vykonávacích predpisov. Najnovší predpis súvisiaci so sústavným vzdelávaním je Vyhláška MZ č. 74/2019, ktorá začala platiť od 15. 3. 2019.

CYKLUS 2016 – 2020

Najväčší vzdelávací cyklus, čo do počtu lekárov, končí 31. 12. 2020. Patria doň všetci tí, ktorí vykonávali povolanie lekárov pred 1. 1. 2006, ako aj lekári, ktorí sa registrovali v SLK v rokoch 2010 a 2015, teda na nich sa kontrola vzťahuje. V tomto cykle bude hodnotených až 14 545 lekárov z celkového počtu 25 765 registrovaných lekárov. Všetci ostatní podliehajú kontrole v priebežných päťročných cykloch v termínoch závislých od toho, kedy začali pracovať, resp. kedy boli zaradení do systému vzdelávania.

ZÁKLADNÉ PRAVIDLÁ

Kredity za účasť na aktivite, ktorá je zaradená do jednorazového vzdelávacieho podujatia CME v Slovenskej republike a nachádza sa v Kalendári vzdelávacích podujatí CME, sa započítavajú **automaticky**. Kredity za účasť na podujatí v zahraničí (aj AD testy, najmä z ČR, prípadne z inej krajiny) si musí lekár zadať **manuálne** po prihlásení sa do svojej elektronickej zložky v systéme CME.

Každý lekár má prístup na stránku SLK po zadaní svojich identifikátorov a môže si tak jednoducho skontrolovať počet automaticky priznaných kreditov, prípadne manuálne doplniť tie, ktoré sú nad rámec Kalendára vzdelávacích podujatí (zahraničné kredity, atestácie, prípadne aktivity podľa prílohy vyhlášky 74/2019).

Spomínaná vyhláška presne stanovuje, čo všetko je možné kreditovať (viď prílohu vyhlášky, dostupná aj na stránke www.lekom.sk). Kredity za špecializačné štúdium v odbore sa zapisujú po jeho úspešnom ukončení (v tom vzdelávacom cykle, ktorý prebieha v čase ukončenia štúdia). Lekár je povinný zaslať overený diplom na Register lekárov SLK. Ak lekár v špecializačnej príprave potrebuje zapísať len časť kreditov, ktoré už získal, je to možné, zapíše si za každý ukončený rok štúdia – 18 kreditov – a dokladuje to predložením špecializačného indexu.

K 31. 12. 2020 cyklus končí a každý lekár po prihlásení sa do systému a samokontrole, prípadne doplnení kreditov, kliknutím na tlačidlo „Odoslať na kontrolu“ umožní kontrolu svojich kreditov. Termín na odoslanie elektronickej je do 28. 2. 2021. Po odoslaní súboru lekárom poverení kontrolóri jednotlivých RLK začnú kontrolu. Pri splnení podmienok je kontrola uzavretá, lekár dostane avízo o splnení podmienok vzdelávania a môže si vytlačiť certifikát o ukončení cyklu a splnení podmienok sústavného vzdelávania. U 5 – 10 % náhodne vybraných lekárov si



Foto: archív SLK

doc. MUDr. Norbert Lukán, PhD.

kontrolóri RLK vyžadujú fyzickú kontrolu – dokladovanie aktivít, ktoré si lekár zapisoval do e-karty sám (napr. publikáciu, zahraničný certifikát CME alebo AMA). Sporné prípady budú riešiť kontrolóri RLK a Kontrolný výbor RLK.

ZMENA PODMIENOK

Pripomíname, že podľa novej vyhlášky č. 74/2019 (v platnosti je od marca minulého roku) je stanovený počet kreditov, ktoré musia lekári dosiahnuť, 90 kreditov za 5 rokov. Do počtu sa nezapočítava tzv. prax – nemerateľná zložka. Merateľná zložka sa znížila zo 150 na 90 kreditov. V porovnaní s minulosťou sa teda celkový počet kreditov výrazne znížil a na jeden rok to v priemere vychádza 18 kreditov.

Zjednodušením, ktoré okrem celkového zníženia kreditov priniesla vyhláška 74/2019 je skutočnosť, že ak má lekár viac atestácií, uznané kredity sa sčítavajú a započítavajú ku všetkým špecializáciám. Nemusi ku ďalším špecializáciám zbierať kredity navyše.

Čo sa týka AD testov, treba znovu pripomenúť, že sú vo vyhláške limitované – počet kreditov nesmie prekročiť za 5 rokov 20 % z celkového počtu 90 kreditov. Kredity za AD testy priznané za trvania starej vyhlášky, t. j. do 14. 3. 2019 sa uznávajú v celom rozsahu. Kredity za AD testy získané od 15. 3. 2019 maximálne v počte 18 kreditov. Kredity získané za účasť na webinaroch (1 kredit/1 hodina) sa nelimitujú, považujeme ich za „živé podujatia“.

V súvislosti so zmenou vyhlášky sa môžu objaviť ešte ďalšie otázky. Z tohto dôvodu sa Slovenská lekárska komora rozhodla v spolupráci so správcom nášho IT systému, firmou ALLIO, pripraviť online stretnutie pre všetky regionálne lekárske komory

a ich kontrolórov. Na tomto stretnutí by mali byť tieto otázky ohľadom hodnotenia aktuálneho cyklu v spojitosti s platnosťou novej vyhlášky zodpovedané.

SANKCIE

V zmysle novelizovaného znenia zákona č. 578/2004 Z. z. sa ako sankcia nesplnenia povinnosti sústavného vzdelávania vypúšťa vyčiarknutie z registra lekárov.

Lekári, ktorí v danom cykle nespĺnili stanovený počet kreditov, sú vyzvaní na doplnenie kreditov do 6 mesiacov od výzvy. Ak to nedoplnia, dostanú od Kontrolného výboru príslušnej RLK vyznenie, že nespĺnili podmienky. Následne Slovenská lekárska komora lekárovi, ktorý si nespĺnil povinnosť sústavne sa vzdelávať ani po uplynutí dodatočnej 6-mesačnej lehoty, uloží pokutu až do výšky 663 eur a zároveň vydá rozhodnutie o doplnení vedomostí sústavného vzdelávania, v ktorom určí rozsah, spôsob a lehotu na doplnenie vedomostí sústavného vzdelávania dotknutého lekára. SLK takýmto jednotlivcom ponúka absolvovanie doplnkového vzdelávacieho kurzu, ktorý organizuje Lekár, a. s.

A ČO NA ZÁVER

Hoci sa zdá, že SLK svojou kontrolnou aktivitou robí napriek lekárom, nie je to tak. SLK len vykonáva prenesený výkon štátnej správy pre regulované povolania, akými zdravotnícke profesie sú. Každý mladý človek, keď nastupoval na štúdium medicíny, si určite uvedomoval, že po skončení školy bude musieť ako lekár držať krok s dobou a svoju odbornú prax vykonávať v zmysle najnovších poznatkov. A ako inak to možno dosiahnuť, ak nie sústavným vzdelávaním, ktoré je nakoniec stanovené predovšetkým príslušnými legislatívnymi predpismi. Už Hippokrates vo svojej prísaha nepriamo na túto okolnosť poukazuje vo vete: „Svoje umenie vždy budem chrániť v čistote a udržím ich bez akejkoľvek viny.“ Túto vetu, ak chápeme v širšom kontexte – nebudem vinný, ak budem vzdelaný, môžeme aplikovať aj na súčasnosť. Navyše, naše členstvo v EÚ si takúto potrebu nevyhnutne vyžaduje.

*Pripravili: doc. MUDr. Norbert Lukán, PhD.,
MUDr. Dana Šolcová*

MÁTE OTÁZKY K HODNOTENIU?

PRIPRAVUJEME ONLINE ŠKOLENIA PRE REGIONÁLNE KOMORY

V nastávajúcom cykle kontroly splnenia podmienok kontinuálneho vzdelávania lekárov bude hodnotený najväčší počet lekárov, až 14 545 z celkového počtu 25 765, registrovaných v registri lekárov vedenom SLK.

Z dôvodu náročnosti tejto kontroly a jej úspešného zvládnutia sa SLK rozhodla v spolupráci so správcom kreditného systému, firmou ALLIO, pripraviť online školenie pre všetky sekretariáty regionálnych lekárskech komôr a ich kontrolórov, ktorí sú neoddeliteľnou súčasťou hodnotenia. Cieľom školenia je zodpovedať na všetky otázky týkajúce sa hodnotenia aktuálneho cyklu v spojitosti s platnosťou novej vyhlášky, ktorá tieto podmienky hodnotenia do značnej miery upravuje.

NOVÝ SYSTÉM UŽ ČOSKORO?

Úsek vzdelávania SLK, ktorý zastrešuje Bc. Róbert Karper, aktívne, okrem iných úloh, spolupracuje s firmou ALLIO na nastavovaní elektronického kreditného systému, aby spĺňal atribúty novej vyhlášky č. 74/2019 Z. z. Úzko spolupracuje pri riešení problémov regionálnych lekárskech komôr, individuálne konzultuje problémy s konkrétnymi lekármi, vyhodnocuje vzniknuté problémy a situácie a ak je to potrebné, konzultuje aj s právnym poradcom SLK. Ak to situácia vyžaduje, zväžia sa vždy aj potreba úpravy, resp. preprogramovanie kreditného systému. Bežné komplikácie a technické problémy, ktoré lekári signalizujú, sú riešené operatívne na dennej báze osobným prístupom, pričom sa snaží lekárov naučiť v kre-

ditnom systéme pracovať. Väčšie záahy do elektronického kreditného systému, spôsobené aj legislatívou, si vyžadujú dlhší čas na zapracovanie zmien, alebo odstránenie konkrétného problému.

NEVIETE, AKO ZÍSKAŤ VIAC KREDITOV?

Pomôžte svojim kolegom a prispejte vedomosťami a skúsenosťami prostredníctvom vlastného článku, uverejnenom na vzdelávacom portáli www.i-med.sk. Okrem toho vám dáme 10 kreditov (spoluautor 5 kreditov) a finančnú odmenu. Viac informácií e-mailom na imed@lekom.sk alebo na www.i-med.sk.

Výzvou do budúcnosti pre SLK je vytvoriť úplne nový prehľadnejší elektronický kreditný systém, v ktorom už budú doprogramované všetky potrebné kroky, s ktorými sme sa v ostatnom období stretávali a pasovali. Sme presvedčení, že plánovaný kreditný systém v novom „šate“ uľahčí prácu nielen zamestnancom komory, kontrolórom, ale i samotným lekárom pri zadávaní zmien do registra lekárov potrebných pre výkon povolania lekár a získavanie kreditov (napr. zmena mena, pracovisko, kontakt). Ako už iste viete, v kreditnom systéme sú kredity za účasť na vzdelávacom podujatí, webinári a za AD testy už zapisované automaticky.

BENEFITY PRE LEKÁROV – VIAC WEBINÁROV A I-MED

V súčasnosti sa snažíme, v tomto neľahkom období spojenom s pandemiou COVID-19, vychádzať v ústrety lekárom pri ich každodenných komplikáciách so zbieraním kreditov CME. Aj preto sa počet organizovaných webinárov pod gestorstvom spoločnosti LEKÁR, a. s., v tomto období výrazne zvýšil v porovnaní s predošlým obdobím. Slovenská lekárska komora si uvedomuje závažnosť situácie, ktorá znemožňuje lekárom zúčastňovať sa fyzicky na konferenciách a vzdelávacích podujatiach, preto považujeme organizovanie webinárov vo zvýšenom počte za opodstatnený a správny krok, pretože počet kreditov získaných za účasť na online webinári nie je žiadnym spôsobom limitovaný.

Ďalším benefitom pre lekárov na Slovensku, ktorý im SLK ponúka, je vzdelávací portál i-med (www.imed.sk). Portál svoj obsah naplňa nielen kazuistikami, ale aj ďalšími vzdelávacími príspevkami. Prostredníctvom nich majú lekári v prvom rade možnosť vzdelávať sa a následne získavať kredity. A to nielen vyplnením autodidaktických testov, ale aj vlastnými skúsenosťami a poznatkami z praxe.

Kým za správne vyplnený AD test získate 1 – 2 kredity, za vzdelávací príspevok vás odmeníme až 10 kreditmi. V prípade záujmu spolupracovať s nami nás kontaktujte na imed@lekom.sk.

**Pripravil: Bc. Róbert Karper
Odbor kontinuálneho vzdelávania
SLK**

Zamyslenie nad prvou a druhou vlnou

COVID-19 očami lekára

Začal by som malým exkurzom do vyjadrení niektorých „osobností“ v nedávnej minulosti: Mesík, aktivista (vyštudoval medicínu, ale nikdy sa jej profesionálne nevenoval): „Džin je vypustený z fľaše, začína apokalypsa!“ Mistrík (dôležitý člen pandemického štábu, chemik): „Musíme zbierať informácie, na základe nich vytvárať modely a testovať!“ Kavalovská (tiež členka krízového štábu): „Máme dva mesiace na to, aby sme sa pripravili a vyškolili personál na ťažkú pandémiu s veľkými stratami na životoch.“ (Asi sa cítila byť v Afrike a mala dojem, že zúri ebola...)

Pamätáme si aj vyjadrenia rôznych narýchlo vykvasených odborníkov na epidémie, pandémie, väčšinou bez akéhokoľvek medicínskeho či dokonca prírodovedného vzdelania. Svojimi vyhláseniami šíрили strach a hrôzu. Nakupovali sa ventilátory, predpovedali tisíce obetí, politici sa vyžívali v dlhotrvajúcich tlačových konferenciách, prijímali sa opatrenia, ktoré dnes už vieme zhodnotiť ako neadekvátne. Nič z ich predpovedí sa nepotvrdilo. Dá sa to však čiastočne ospravedlniť prirodzenou obavou, pretože išlo o nové infekčné ochorenie, s ktorým neboli skúsenosti.

HĽADAJME PRÍBUZNÉ VÍRUSY

Pri objavení sa niečoho nového v medicíne, ako to bolo pri objavení sa infekcie COVID-19, je potrebné hľadať niečo, čo je príbuzné, eventuálne niečo, čo sa správa podobne. **Najviac podobná na koronavírusovú infekciu je chrípka**, ktorá sa rozširuje kvapôčkovou infekciou, spôsobuje aj zápaly dýchacích ciest a má sezónny charakter. **Z minulosti máme už aj skúsenosť s koronavírusovou infekciou – SARS a MERS.** Tie mali síce vysokú smrtnosť, ale celkový počet obetí nebol vysoký. Obidve koronavírusové infekcie vymizli spontánne skôr, ako sa stihli rozšíriť do sveta, takže nikto nevyvíjal prípadnú očkovaciu látku. Je pravdepodobné, že vírusy zmutovali a stali sa pre ľudí neškodné. Od týchto vedomostí sa mohli odvíjať aj opatrenia na začiatku jari a leta. Vedeli sme, že koronavírus je podobne ako vírus chrípky termolabilný už pri normálnej atmosférickej teplote – preto chrípkové epidémie vymiznú v našich podnebných podmienkach väčšinou už v apríli, najneskôr v máji. V rizikových mesiacoch – marci a apríli – sme na Slovensku mali v porovnaní so zvyšnou Európou komfortnú situáciu. Keď sa objavili nezmyselné výsledky matematických modelov, obvolal som niekoľko mojich priateľov, snažil sa ich upokojiť a tvrdil som im, že pandémie (infekcia u nás v tom čase nespĺňala ani kritériá epidémie) u nás poľaví v polovici mája, ale vzhľadom na nevyspytateľné počasie najneskôr v polovici júna. Neveril mi ani jeden (niektorí boli aj lekári), väčšina z nich bola vystrašená dennodenne sa šíriacimi správami zo všetkých médií.



Už od mája sa koronavírus začal správať podobne ako chrípkový vírus, smrtnosť, ale aj chorobnosť na COVID-19 bola minimálna, klinické príznaky malo minimum pacientov – predpoved sa vyplnila. Odborníci na excelovské tabuľky krútili hlavami a nechápali, bránila im v tom absencia akéhokoľvek zdravotníckeho, niektorým aj prírodovedného vzdelania.

ZAMYSLENIE NAD DRUHOU VLNOU

Priznám sa, nedokázal som predvídať prípadnú druhú vlnu, pretože som si uvedomoval, že po lete príde aj chrípkové, a teda asi aj koronavírusové obdobie a virológovia potvrdili, že vírus zatiaľ mutuje minimálne. Stihol som ešte v polovici septembra dovolenku vo Francúzsku pri mori (dva týždne pred odletom bolo Francúzsko politicky prekvalifikované zo zelenej zóny na červenú, napriek tomu, že tam v tom čase prebiehala Tour de France) – bol som si istý, že nejdem do žiadneho nebezpečia.

Mimochodom, fliačik územia, ktorý sa nachádzal pár kilometrov od miesta môjho pobytu – Monako – bol z politických dôvodov zelený. V teplom podnebí som dodržiaval všetky racionálne zásady predchádzania infekcie a rešpektoval odporúčania miestnych orgánov. Nevie, kde by som sa mohol nakaziť koronavírusom.

Po návrate som dodržal karanténu podľa našich predpisov, po absolvovaní PCR testu som nastúpil do práce. Teraz tu máme druhú vlnu infekcie COVID-19, som opatrnejší v predpovediach, ale snažím sa rozmýšľať. Prvá vlna chrípkovej epidémie (proti ktorej sa nerobia žiadne drastické opatrenia a na rozdiel od koronavírusu, ak človek dostane chrípku, má aj klinické príznaky a nikomu

nenapadne testovať zdravého človeka na chrípku) zvykne kulminovať v novembri až decembri v závislosti od počasia, druhá vlna kulminuje vo februári až v marci (naši predkovia to poznali v prísloví: marec, poberaj sa stavec). **Predpokladám, že teraz môžu byť dôsledky COVID-19 vážnejšie, ale máme výhodu. Vieme už trochu viac, máme vyskúšané základné opatrenia na zamedzenie jeho rozširovania, poznáme rizikové skupiny obyvateľstva, ale zabudli sme pripraviť zdravotníctvo na novú situáciu.** Dozvedáme sa, že naši vládni predstavitelia zaspali na vavrínoch po úspešnom zvládnutí infekcie v jarných mesiacoch a nevyužili letné obdobie na prípravu na komplikovanejšie jesenné a zimné obdobie v zdravotníctve aj v úradoch verejného zdravotníctva vo všetkých regiónoch.

Dúfam, že ľudia na Slovensku už pochopili, že matematické modelovanie a z neho vyplývajúce prognózy boli úplným nezmyslom. Aplikovanie matematických prístupov bez poznania biologickej povahy infekcie iný výsledok ani nemohlo priniesť. Je však zaujímavé, že sa naše médiá začali odvolávať na podobné modely, ktoré produkujú „renomované“ západné (najčastej-



šie americké) pracoviská“. Nuž, že by Američania lepšie ako my vedeli, ako to u nás dopadne? Veď väčšinou ani nevedia, kde sa Slovensko nachádza. A ak to vedia, tak si nás určite pomýlili so Slovinskom (odtiaľ má americký prezident manželku), alebo Českom (odtiaľ mal americký prezident manželku). A netreba zabudnúť, že mistrikovia a smatanovia sa určite nachádzajú aj západne od našich hraníc!

ČÍSLA A FAKTY

Testovanie PCR testami stanovuje kvalitatívne prítomnosť vírusu SARS-CoV-2 u človeka, nie je to kvantitatívny test. Toto testovanie je veľmi zavádzajúce, pretože ľudia pozitívni na koronavírus boli doteraz označovaní za chorých; až v posledných dňoch ich už aj Ministerstvo zdravotníctva SR v oficiálnych vyhláseniach začalo opatrne uvádzať ako „pozitívnych“, nie infikovaných či chorých, médiá si to doteraz nevšimli. Čo sa dozvieme u ľudí testovaných pomocou PCR testov? V prípade príznakov ochorenia je pacient chorý. **Dnes vieme, že ochorenie prebieha u cca 10 – 15 % pozitívne testovaných ľahko, 3 – 5 % pozitívne testovaných má ťažký priebeh.**

80 – 85 % pozitívne testovaných nemá žiadne prejavy ochorenia; u nich sú viaceré možnosti vysvetlenia:

1. Pacient je len kolonizovaný nedostatočnou koncentráciou vírusu a prirodzené bariéry organizmu si s vírusom pomohli sami, alebo za pomoci imunitného systému bez prepuknutia ochorenia.
2. PCR testom bola dokázaná časť genómu vírusu, ktorý sa v nosohltane nachádza len vo zvyškoch, napr. po prekonaní ochorenia.
3. Pre bežnú populáciu je vírus prislabý, aby spôsobil ochorenie.

S pribúdajúcimi pozitívnymi PCR testami u obyvateľstva sa za chvíľu vyčerpajú možnosti dohľadania možných kontaktov (k tomu sa už blížime), **preto bude potrebné venovať sa hlavne spomenutým 15 – 20 % pozitívne testovaných, t. j. chorých. Dostaneme sa k tomu, čo je podstatné – liečiť chorých. A v týchto prípadoch si nájdú miesto aj antigénové testy, kto-**

ých hlavné využitie je podľa doterajších poznatkov u pacientov s klinickými prejavmi ochorenia, prípadne pri skriningovom testovaní malých skupín ľudí, medzi ktorými sa nachádzajú aj chorí pacienti. Výsledok testu však musí byť vždy korelovaný s klinickým stavom pacienta, čo môžu robiť len lekári, nie je tu miesto pre „vedcov najrôznejšieho razenia“. Liečiť sa má predsa ochorenie, nie laboratórne výsledky! Mimočodom, zatiaľ som si nevšimol, že by sa niekto pýtal na názor na bronchopneumóniu internistu, pneumológa, eventuálne anestéziológa, ktorí majú s ich liečbou najväčšie skúsenosti. Vie naša spoločnosť, že bronchopneumónie (aj sezónne) sa liečia hlavne na interných oddeleniach? Nezišli by sa nám dnes už zatvorené infekčné, pneumologické a malé interné oddelenia, ktoré boli zrušené z ekonomických dôvodov? Dá sa zdravotníctvo riadiť len na základe ekonomických princípov?

INFODÉMIA

Veľké nádeje si ľudia sľubujú od novej očkovacej látky proti koronavírusu. Vieme však, že koronavírusové infekcie v minulosti (SARS, MERS) dopadli tak, že vírus postupne zmutoval, stratil svoju silu a dnes si naň už spomenú len infektológovia a epidemiológovia. Čo ak budeme mať očkovaciu látku a bude pre nás vlastne zbytočná? Nedá sa to, samozrejme, tvrdiť, ale musíme pripustiť aj takú možnosť! Jednoducho musíme byť trpezliví a možno sa dočkáme milého prekvapenia.

Pre politikov je koronavírusová infekcia veľkým pokúšením urobiť z obyvateľov objekty rôznych opatrení. Rozsah týchto opatrení musí byť adekvátny situácii, v ktorej sa nachádzame. Strašenie obyvateľstva (za aktívnej pomoci médií a sociálnych sietí) môže byť aj spôsobom, ako sa udržať pri moci. Hovorí sa o infodémii, alebo médiavírise. Sme svedkami masového informačno-psychologického tlaku na ľudí. Politici radi pre zachovanie svojej moci urobia všetko možné a ešte za to budú očakávať vďačnosť obyvateľstva. Nuž, treba si opäť precíťtať Orwella. Z prvej vlny vieme, že veľká časť opatrení má negatívny vplyv na ekonomiku krajiny. Netreba však podceňovať výrazné morálne škody, ktoré môže spôsobiť nenávisť a strach, ktorý sa v spoločnosti šíri.

MUDr. Jaroslav Šimo, člen Rady SLK



Už ste počuli náš nový PODCAST NA I-MEDE?

**Slovenská lekárska komora pre vás pripravila
sériu zaujímavých podcastov**

Či ste ctižiadostivý začínajúci lekár, alebo skúsený špecialista, nemáme pochybnosti o vašom nasadení a presvedčení pomôcť pacientovi. Napokon, pre záchranu ľudského života ste ochotný pracovať dlho a neúnavne.

Uvedomujete si, že mať aktuálne informácie je vo vašom povolani nevyhnutnosťou. Pokrok prichádza v 21. storočí rýchlo, jeho aplikácia do praxe je však náročný proces, ktorý je častokrát demotivujúcim elementom vášho povolania. Aj my, v Slovenskej lekárskej komore, sa snažíme kráčať s dobou. Práve preto sme sa rozhodli pripraviť pre vás sériu podcastov zameraných na oblasť reumatológie, gastroenterológie a dermatológie.

ČO JE PODCAST?

Podcast je, zjednodušene povedané, zvukový záznam umiestnený na internete. Podcasty možno počúvať priamo z webovej stránky ako stream, avšak zmyslom podcastingu je počúvanie záznamov vtedy, keď to používateľovi vyhovuje, alebo aj počúvanie bez pripojenia na internet, čo vyžaduje, aby sa záznam uložil (stiahol) do zariadenia.¹

Podcasty sú tu s nami pomerne dlho, avšak v ostatnom období sa začínajú čoraz viac dostávať k bežnému poslucháčovi a tešia sa popularite. Vďaka lepšiemu obsahu sú podcasty novým spôsobom získavania najnovších správ, noviniek, aktuálnych informácií či fascinujúcich príbehov a nápadov.

PODCASTY NA I-MEDE

I-med je virtuálnym miestom, kde sa lekári stretávajú a vymieňajú si informácie prostredníctvom vzdelávacích príspevkov. Nájdete tu nielen klasické články, ale aj kazuistiky a videoprednášky z webinárov.

Pre prvý podcast sme zvolili tému Biologickej liečby ankylozujúcej spondylitídy: prečo, kedy a ako. V zázname máte možnosť vypočuť si reumatológov MUDr. Emíliu Mikloškovú a MUDr. Viliama Maňku.

Podcast je dostupný pre všetkých lekárov ako členov, tak aj pre nečlenov Slovenskej lekárskej komory a môžete si ho vypočuť kedykoľvek. Stačí sa prihlásiť do vášho konta na vzdelávacom portáli i-med.

AKO SA PRIHLÁSIŤ NA I-MED?

Prejdite na stránku www.i-med.sk (www.imed.sk). Pre prihlásenie na i-med použite vaše registračné ID SLK. Heslo je vaše krstné meno a dátum narodenia, bez medzier, malými písmenami, vrátane 0, napríklad: lubica15091985.

**Pripravila: Lubica Sebiň,
vzdelávací portál i-med.sk**

¹ <https://tech.sme.sk/c/20681175/co-je-podcast-a-kde-najdete-podcasty.html>

MUDR. VILIAM MAŇKA, reumatológ



1. Prečo je pre vás téma biologickej liečby ankylozujúcej spondylitídy zaujímavá?

Zápalové autoimunitné ochorenia axiálneho skeletu patria medzi najviac poddiagnostikované reumatizmy vôbec, čo je veľká škoda. V súčasnosti máme široké liečebné možnosti a dokážeme pacientom pri týchto ochoreniach výrazne zvýšiť kvalitu života. V rámci nášho centra participujeme na viacerých klinických štúdiách s novými typmi liekov (vrátane nových druhov biologickej liečby) a toto je oblasť medicíny, v ktorej prebieha aj aktuálne počas pandémie intenzívny výskum.

2. Vedia lekári o nej dostatočne veľa?

Úprimne si myslím, že mimo našej špecializácie nie. Na druhej strane to od iných špecialistov ani nepožadujeme. Bolo by dobré, aby vedeli rozlíšiť charakter bolesti chrbtice a pri zápalovom charaktere pacienta odoslali k reumatológovi, ktorý má skúsenosti a diagnostické možnosti k dodiferencovaniu a určeniu správnej liečby, ktorá pomôže nielen pri samotnom muskuloskeletálnom ochorení, ale aj pri vážnych komplikáciách alebo komorbiditych.

3. Myslíte si, že slovenskí lekári sa dostatočne vzdelávajú?

Veľká časť lekárov sa zaiste vzdeláva dostatočne, možno až nadmerne a pravidelne ich stretávame na vzdelávacích akciách. Zvyšok, žiaľ, postgraduálne vzdelávanie ignoruje, čo je potom na škodu nielen pre ich pacientov, ale aj pre nich samotných. V ostatnom období sa od lekára vyžadujú nielen medicínske vedomosti, ale aj digitálne zručnosti, ktoré dokážu výrazne zefektívniť procesy a zlepšiť poskytovanie zdravotnej starostlivosti.

MUDR. EMÍLIA MIKLOŠKOVÁ, reumatologička



1. Prečo je pre vás téma ankylozujúcej spondylartritídy zaujímavá?

34 rokov pracujem v reumatologickej ambulancii a venujem sa všetkým zápalovým aj nezápalovým reumatickým chorobám a osteoporóze. Ankylozujúca spondylitída je pre mňa zaujímavá ako každé iné reumatické ochorenie. Ak je choroba neskoro diagnostikovaná a nesprávne liečená, môže skončiť invaliditou pacienta a môže mať zvýšenú mortalitu v dôsledku rozvinutých komplikácií. Preto je mojím cieľom ochorenie zavčas diagnostikovať a zlepšovať pacientovi kvalitu života.

2. Vedia lekári o nej dostatočne veľa?

Myslím si, že vedomosti lekárov o AS sú dostatočné. Praktickí lekári odosielať pacienta na vyšetrenie a stretávam sa s tým, že skutočne na toto ochorenie myslia, ak sa im pacient sťažuje na bolesti chrbtice.

3. Myslíte si, že slovenskí lekári sa dostatočne vzdelávajú?

Slovenskí lekári majú veľa možností na vzdelávanie. Vo viacerých časopisoch sú publikované články o AS, tie články pravidelne čítam a sú skutočne na vysokej úrovni. V ostatnom období prebieha vzdelávanie prostredníctvom webinárov, ktoré si môže lekár vypočuť po pracovnom čase.



Nemocnice
Trutnov

Oblasťní nemocnice Trutnov a.s.
prijíma

PRIMÁŘE NEBO ZÁSTUPCE PRIMÁŘE gynekologicko-porodnického oddělení.

Nabízíme:

- nástupní hrubou mzdu primáře **150 000 Kč**, stabilizační odměnu **300 000 Kč**,
- nástupní hrubou mzdu zástupce primáře **130 000 Kč**, stabilizační odměnu **200 000 Kč**,
- služební byt s **příspěvkem na nájemné**,
- služební automobil i pro soukromé účely,
- pracovní poměr na dobu neurčitou,
- smysluplnou práci na akreditovaném pracovišti,
- **výkonnostní příplatky**, 5 týdnů dovolené, výhodné a **chutné** závodní stravování, příspěvek na penzijní připojištění ve výši **4 000 Kč** měsíčně, benefitní kartu, slevu **10 %** v nemocniční lékárně,
- **odbornou pomoc s vyřízením uznání kvalifikace pro výkon povolání v ČR**,
- **maximální podporu osobního rozvoje a dalšího vzdělávání**,
- erudovaný, spolehlivý a přátelský pracovní tým,
- příjemné pracovní prostředí v nemocnici v podhůří Krkonoš,
- život i práci v malebném městě se silným geniem loci, s bohatými možnostmi kulturního i sportovního vyžití.

Odborné a osobnostní předpoklady:

- specializovaná způsobilost dle zák. č. 95/2004 Sb. v oboru GaP,
- schopnost vedení týmu,
- nadšení pro obor,
- smysl pro týmovou práci, spolehlivost a komunikativnost.

V případě zájmu prosím kontaktujte:

Ing. Miroslav Procházka, Ph.D.
tel. +420 776 069 842, +420 499 866 101
e-mail: prochazka.miroslav@nemtru.cz

www.nemtru.cz



Národné centrum
zdravotníckych informácií

NCZI v čase pandémie koronavírusu COVID-19

Národné centrum zdravotníckych informácií sa v uplynulých rokoch vyprofilovalo na spoločnosť, ktorá zastrešuje nasledovné aktivity, projekty, inštitúcie:

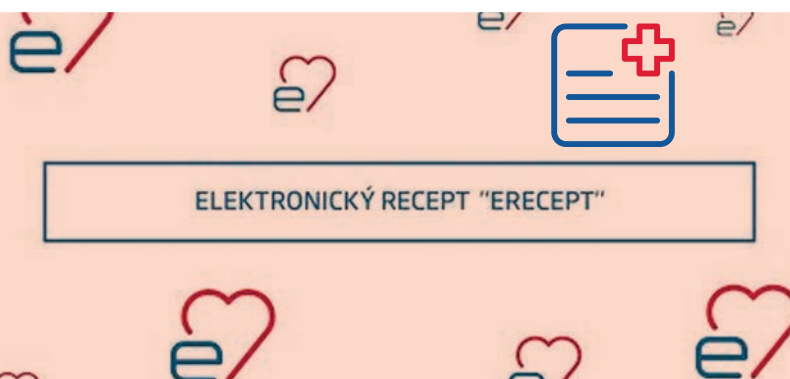
- Elektronizácia zdravotníctva
- Zdravotnícka štatistika
- Národné zdravotné registre
- Normy a štandardy zdravotníckej informatiky
- Slovenská lekárska knižnica

Jeho hlavnými úlohami a cieľmi v rámci strategického rozvoja sú zlepšovanie zdravotnej starostlivosti, úspory nákladov a redukcia administratívy, sprístupnenie a využitie dát a hlavne bezpečná prevádzka informačných technológií.

AKTIVITY NCZI POČAS PANDÉMIE COVID-19

erecept

V rámci pandémie zohral (a stále zohráva) kľúčovú rolu erecept ako jedna z funkcionálných elektronického zdravotníctva, teda systému ezdravie. Len počas septembra 2020 bolo predpísaných 5 455 023 ereceptov, v porovnaní so septembrom 2019 predstavuje nárast o 100 %.



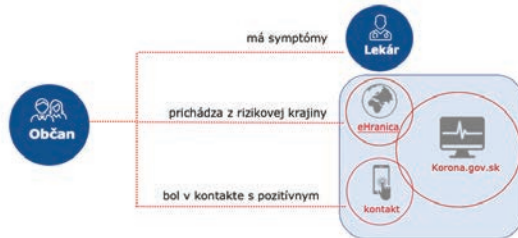
Call Centrum

Call Centrum NCZI vzniklo po spustení elektronického zdravotníctva (systému ezdravie) ako podpora zdravotníckym pracovníkom. Počas pandémie rozšírilo svoje služby o poskytovanie všeobecno-organizačných informácií ohľadom COVID-19. Pre urýchlenie a spresnenie v júli 2020 aktualizovalo tieto služby, volajúci má možnosť zvoliť si, či požaduje informácie ako bežný občan (pacient), lekár, poskytovateľ zdravotnej starostlivosti, pracovník regionálneho úradu verejného zdravotníctva a pod. Call Centrum NCZI pracuje sedem dní v týždni od 7.00 h do 20.00 h.

eAlerts

Aplikáciu eAlerts NCZI spustilo primárne kvôli operatívnej možnosti informovať zdravotníckych pracovníkov, teda aby mal zdravotnícky pracovník okamžite k dispozícii informácie týkajúce sa systému ezdravie. Na každú novú informáciu ho upozorní notifikácia. V čase pandémie poskytuje zdravotníckym pracovníkom operatívne najaktuálnejšie informácie o koronavíruse: počet testov, počet pozitívne testovaných pacientov, usmernenia hlavného hygienika Slovenskej republiky, prehľad webových stránok s relevantnými informáciami o koronavíruse (Sociálna poisťovňa, Úrad verejného zdravotníctva SR) a pod. Aplikáciu eAlerts ezdravie poskytuje NCZI bezplatne pre mobilné zariadenia používajúce iOS (Apple) alebo Android.

Manažment testovania COVID-19 Cesta potenciálne rizikového občana



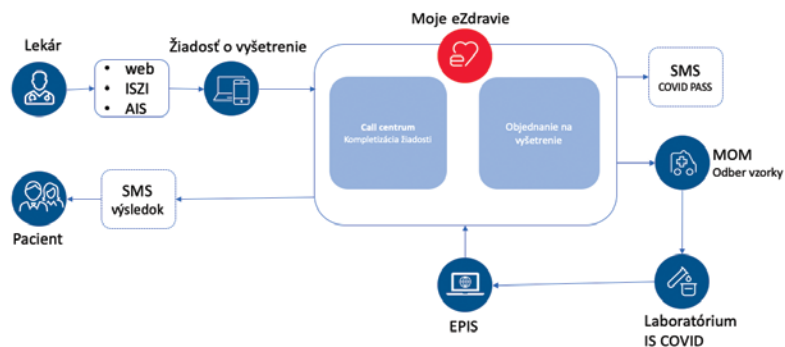
Moje ezdravie – aplikácia na manažovanie testovania COVID-19

Moje ezdravie je informačný systém, v ktorom prebieha manažment testovania COVID-19. Jeho správcom a prevádzkovateľom je NCZI, vznikol ako podpora riešenia situácie COVID-19 na Slovensku, vo veľmi krátkom čase, na základe požiadaviek ústredného krízového štábu v prvej vlnе pandémie. Priebežne sa na ňom vykonáva množstvo zmien a úprav, aby spĺňal všetky aktuálne požiadavky. Prístup do systému má NCZI, Úrad verejného zdravotníctva SR, Regionálne úrady verejného zdravotníctva SR a mobilné odberné miesta (MOM). Dáta sú spracúvané aj v Informačnom systéme zdravotníckych indikátorov (ISZI), z ktorého sú zverejňované štatistické informácie. Automaticky prebieha synchronizácia údajov na pozadí s údajmi z IS EPIS (epidemiologický systém ÚVZ SR).

Moje ezdravie – mobilná aplikácia

Mobilná aplikácia Moje ezdravie umožňuje občanom získať aktuálne informácie o opatreniach a nariadeniach týkajúcich sa koronavírusového ochorenia. Ľudia jednoduchým a prehľadným spôsobom získajú všetky potrebné informácie a aktuálne opatrenia a nariadenia, informácie o postupoch, ako sa správať po návrate zo zahraničia, o prehľade otvorených prevádzok a služieb. Prostredníctvom aplikácie Moje ezdravie sa občania môžu objednať na testovanie na COVID-19. Aj aplikáciu Moje ezdravie poskytujú NCZI bezplatne pre mobilné zariadenia používajúce iOS (Apple) alebo Android.

Manažment testovania COVID-19 Cesta potenciálne rizikového občana



Pandemická ePN

Projekt rieši elektronizáciu procesu vystavovania dočasnej pracovnej neschopnosti z dôvodu nariadenej karantény alebo izolácie počas výnimočného stavu, núdzového stavu alebo mimoriadnej situácie vyhlásenej v súvislosti s ochorením COVID-19. Výstupom projektu bude elektronické poskytovanie údajov o vystavených „pandemických ePN“ lekárom Sociálnej poisťovne prostredníctvom systému ezdravie.

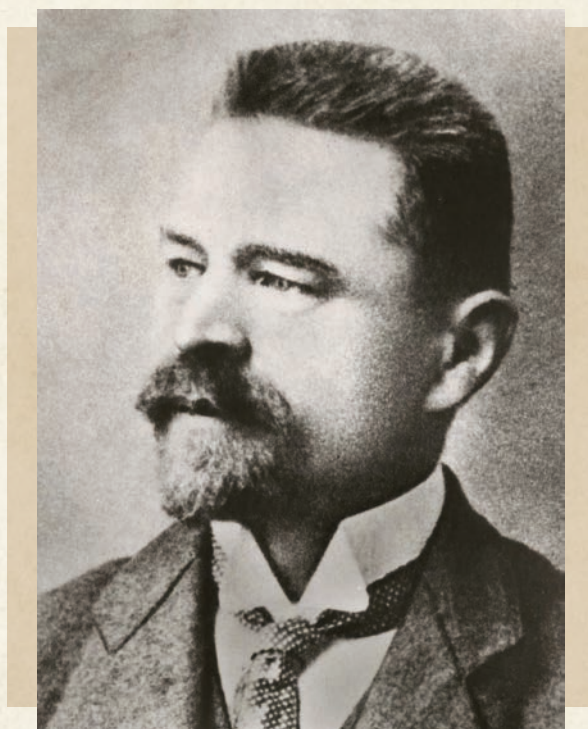
Hlavné benefity pandemickej ePN

- Lekár vystavujúci „pandemickú ePN“ nebude musieť vyplňať papierové tlačivo a zasielať ho do Sociálnej poisťovne. Údaje budú zapisovať do svojho informačného systému, odkiaľ budú zapisované do ezdravia. Systém ezdravie poskytne všetky dostupné údaje od lekárov Sociálnej poisťovni.

- Elektronizáciu procesu poskytovania dát Sociálnej poisťovni sa zrychlí čas potrebný na poskytnutie/vyplatenie nemocenskej dávky samotnému pacientovi.
- Rozsah údajov v elektronickej zdravotnej knižke (EZK) bude rozšírený o údaje pandemickej ePN. Projekt pripraví pilotné riešenie elektronizácie aj ostatných dávok nemocenského zabezpečenia.

Projekt by sa mohol uviesť do praxe v priebehu 2-3 mesiacov. Po zadeinovaní procesom komunikácie so Sociálnou poisťovňou sa uskutoční implementácia riešenia do Národného zdravotníckeho informačného systému (ezdravie) a Sociálnej poisťovne, úprava legislatívy a napokon integrácia do ambulantných informačných systémov.

LEKÁR, KTORÉHO



DOMA NECHCELI

**Keď zomrel Martin Kukučín,
plakali za ním štyri národy**



Rysavá jalovica, Neprebudený, Mladé letá, Keď báčik z Chochoľova umrie, Dom v stráni, Na podkonickom bále, Mať volá... To je len zlomok známych literárnych diel zakladateľa modernej slovenskej prózy Martina Kukučina, najznámejšieho predstaviteľa slovenského literárneho realizmu.

Je po ňom pomenovaná planétka s číslom 23444 a na Slovensku aj viacero ulíc našich miest. Vedeli ste však, že jeho meno nesie aj poliklinika a operačná sála v čilskom meste Punta Arenas? Ak vás to prekvapilo, tak len dodávame základnú informáciu o Kukučínovom profesionálnom živote – bol totiž lekár. A v tejto úlohe sa viac „preslávil“ za hranicami svojej rodnej krajiny.

NAJPRV UČITEL, POTOM LEKÁR

Matej Bencúr, čo je pôvodné meno Martina Kukučina, sa narodil 17. mája 1860 (pred 140 rokmi) v obci Jasenová v zemianskej rodine. Po gymnaziálnych štúdiách v Revúcej, Martine a Banskej Bystrici vyštudoval na maďarskom učiteľskom ústave v Kláštore pod Znievom. V rodnej Jasenovej potom pôsobil ako učiteľ s malým platom, privedla povinnosťami a biedou všade naokolo. Jeho úsilie odovzdať deťom múdrosťi mu občas pripadalo zbytočné. Keď udrela nejaká choroba, dospelí aj deti zomierali jeden po druhom. „Tu je viac treba doktora ako učiteľa,“ uvažoval vtedy triezvo Kukučín.

Po piatich rokoch za katedrou sa tak rozhodol študovať medicínu. Mimochodom, toto povolanie si vybrali aj Dušan Makovický a Vavro Šrobár z Liptova i Ladislav Nádaši Jáge z Oravy. Práve posledný bol Matejovi Bencúrovi zvlášť blízky literárnymi pokusmi. V tom čase už mal totiž Matej za sebou prvé poviedky, uverejnené v Slovenských pohľadoch pod pseudonymom Martin Kukučín. Mimochodom, prečo práve tento pseudonym? Zlé jazyky vravia, že jeho mamu vraj prezývali „kukučka“...

Nech už to bolo akokoľvek, isté je, že pod týmto menom sa ako prozaik a dramatik preslávil.

Podme však späť k jeho medicínskym začiatkom. Štúdium na lekárskej fakulte v Prahe ho natoľko pohltilo, že si ho predĺžil na celých osem rokov (1885 – 1893). Faktom je, že svoje zohrala aj jeho vášeň k literatúre. Popri štúdiu totiž Kukučín neustále aj



Martin Kukučín bol známejší ako spisovateľ, ale celý život sa okrem písania venoval ako lekár aj svojim pacientom.

tvoril, práve v tomto čase vznikli jeho novátorské realistické poviedky Mladé letá, Neprebudený, Keď báčik z Chochoľova umrie a iné.

Po ôsmich rokoch však medicínu napokon predsa úspešne ukončil a 33-ročný čerstvý lekár Kukučín si začal hľadať prácu. Paradoxne ho však na Slovensku nikde nechceli...

Dva mesiace tak praxoval v Prahe a napokon urobil rázne rozhodnutie. Prijal ponuku chorvátskej veľkoobchodníckej rodiny Didoličovcov ísť pracovať ako lekár do obce Selce na chorvátskom ostrove Brač, ktorý v tom čase ešte patril do Rakúsko-Uhorska.

LEKÁR, KTORÝ POKAZIL PACIENTOV

Ako obecný lekár nastúpil Martin Kukučín do mestečka 6. januára 1894. Vtedy ešte nemohol tušiť, že do rodnej krajiny sa už navždy bude vracat iba ako hosť...

Selce mali v tom čase asi 1800 obyvateľov, ale Kukučín musel ako lekár pokryť aj okruh siedmich kilometrov, pričom niektoré osady boli dostupné len krkolomnými kamenistými chodníkmi. Svoju ordináciu mal v dome u spomínaných Didoličovcov, ktorých liečil zadarmo.

Šor doktor, ako Kukučina na Brači prezývali, bol pracovitý ašket. Vstával každé ráno v lete o šiestej, v zime o siedmej, navštívil

Spolok Detvan v Prahe, 1895.





Martin Kukučín a jeho manželka Perica Didoličová.

miestnych pacientov a potom ordinoval. Ak bolo treba, na oslíkovi sa vybral aj za vzdialenými pacientmi v osadách. Popoludní nikdy nespál, ale vo svojej ordinácii písal. O jeho literárnych úspechoch však na ostrove nikto netušil, pretože Kukučín bol v každom smere veľmi skromný. „Chudobných pacientov liečil zadarmo, dokonca ich aj finančne podporoval, keď potrebovali lepšiu stravu. Keď mu niekto zomrel, utešoval jeho rodinu,“ spomína na priateľa chorvátsky básnik Nikola Ostojić.

Chorváti mali Kukučina veľmi radi a vážili si ho. Počas jeho pôsobenia sa dokonca v kraji podstatne znížila detská úmrtnosť. Doslova svätožiariu získalo jeho meno potom, ako zachránil dve deti a ich matky, umierajúce pri pôrode.

Nie všetko však bolo také idylické. Kukučín zápasil na Brači ako lekár s infekčnými chorobami – týfusom, šarlachom, záškrtom a v jednom roku mu pri epidemickom zápale mozgových blán dokonca zomrelo až tridsať detí. Veľmi ho to zoberalo, bol sklúčený a nešťastný. Pre svojich pacientov však aj naďalej robil prvé a posledné. Až natolko, že lekári, ktorí prišli na Brač po ňom, sa sťažovali, že pacientov „pokazil“. Zazlievali mu, že bol príliš obetavý a viac dbal o ich zdravie než vlastný blahobyt...

TRÁPENIE A LÁSKA V DALMÁCI

Začiatky na idylickom ostrove pre Kukučina rozhodne idylické neboli z hľadiska jeho súkromného života. Cítil sa tam veľmi zle a osamotene, o čom svedčia aj jeho listy priateľom: „Ja nechcem tu žiť a umrieť, to je nemožné,“ písal im.

Všetko sa zmenilo na jeseň 1895, keď sa zo spltskej internátnej školy vrátila domov dcéra jeho domáчих, Perica Didoličová. Mala vtedy len pätnásť rokov, ale netrvalo dlho a Kukučín sa do nej zalúbil. Najprv to vyzeralo, že z lásky nič nebude, pretože Perici dvoril miestny fešák Jerko. Kukučín bol zúfalý a cítil sa beznádejne ako hrdinka jeho románu Dom v stráni, Katica.

Osud bol však napokon k nemu milostivý – Jerko si vzal vysokú pôžičku, ktorú nevládal splácať, a tak ušiel do Ameriky. Perici ostali len oči pre plač a náruč doktora, ktorý ju utešoval... A hoci to postupne vyzeralo tak, že ich láske už nič nestojí v ceste, Kukučín stále váhal. Perica bola o dvadsať rokov mladšia, pochádzala z bohatého rodu a bola katolíčka. On bol starý mládenec, syn sedliaka, evanjelik a navyše cudzinec.

„Býval som často ustarostený a váhal som, či mám priviazať k sebe, k svojej nejstej existencii bytosť, ktorú zbožňujem. No



Spolu s manželkou je pochovaný na Národnom cintoríne v Martine.

viete sami, že také váhania nestoja ani zrnko hráška, keď srdce hovorí... Zamiloval som sa ako nejaký gymnazista,“ písal v liste blízkeho priateľovi, básnikovi Nikolovi Ostojićovi.

Svoje trápenie prevrtel do spomínaného románu Dom v stráni, na rozdiel od jeho hrdinov sa však on sám dočkal happy-endu. Po dlhých rokoch sa totiž predsa odhodlal a v roku 1904 požiadal Pericu o ruku. Svadba bola 23. októbra v tom istom roku, paradoxne posledné kapitoly knihy vychádzali v Slovenských pohľadoch práve v čase ich svadby.

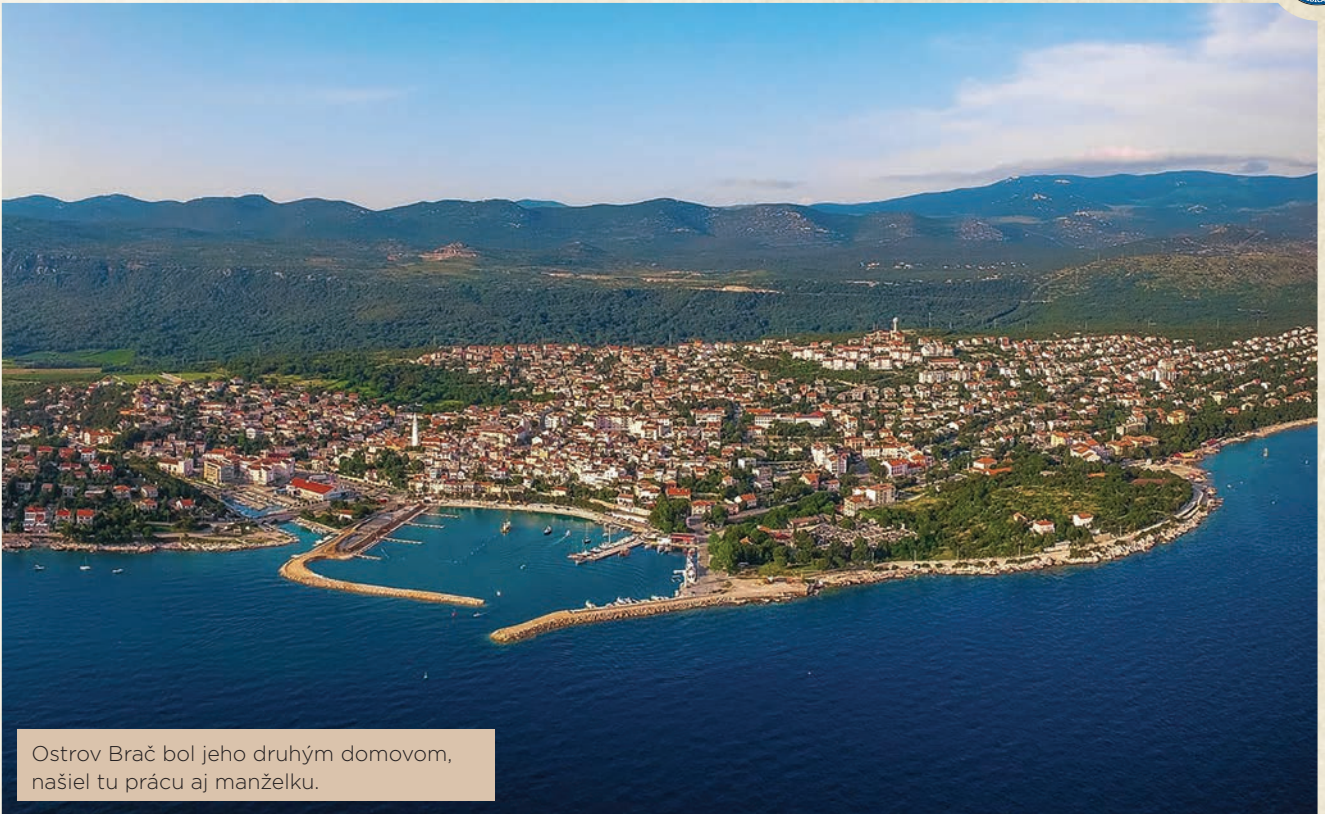


NÚTENÝ ODCHOD DO JUŽNEJ AMERIKY

Manželský život sa Kukučínovi páčil, ale dlho si pokoja so svojou Pericou neužili. V Selciach sa totiž do sporu pre ovládnutie mestskej radnice dostali dva najvýznamnejšie miestne klany – Didoličovci a Ostojičovci. Keďže Kukučín mal medzi oboma blízkych priateľov, každý čakal, na koho stranu sa prikloní. On však nemal rád spory, trápil sa, a tak sa radšej rozhodol aj s manželkou odísť. Tak ďaleko, ako sa len dá.

V júni 1907 tak pristál pri brehoch Južnej Ameriky, kam sa aj so svojou mladou manželkou vysťahoval. Prvý rok pôsobil v Santiagu, kde zložil potrebné nostrifikačné skúšky a od decembra 1908 sa usadil v meste Punta Arenas medzi chorváckymi vysťahovalcami. Stal sa prvým lekárom Medzinárodného Červeného kríža v Patagónii. V celom Čile na neho dodnes spomínajú s úctou a vďakou. Je po ňom pomenovaná poliklinika aj najmodernejšia operačná sála v novej mestskej nemocnici.

Úspechy na lekárskom poli, vďaka a úcta pacientov, však boli v ďalekej cudzine vykúpené jeho vlastným šťastím. S manželkou Pericou nemali deti, a zatiaľčo on sa snažil prehlušiť prázdnotu prácou a starostlivosťou o vysťahovalcov (pomáhal napríklad aj zakladať školu, banku, behal po úradoch...), Perica trpela



Ostrov Brač bol jeho druhým domovom, našiel tu prácu aj manželku.

a upadala do depresí. Manžela prehovorila, aby si kúpili farmu vo vrchoch Logo Argentino. Myslela si, že farmárstvo bude dobre vynášať a zbohatnú. Realita však bola krutá – zo spisovateľa a lekára iba ťažko môže byť farmár. Výsledkom bolo, že Kukučínovci skrachovali a majetok, ktorý si v cudzine šetrili štrnásť rokov, sa takmer rozplynul.

POKUS O NÁVRAT

Po prvej svetovej vojne a vzniku Československej republiky sa Kukučín rozhodol vrátiť na Slovensko. V rokoch 1922 – 1924 žil striedavo v Považskej Teplej a Martine, identitu s vlastnou krajinou sa mu však už nájsť nepodarilo, a tak sa v roku 1924 opäť vrátil do Chorvátska. O rok na to ešte raz odišiel do Južnej Ameriky, aby tam vysporiadal majetkové záležitosti, od roku 1926 však už žil spolu s Pericou v Chorvátsku. Dôvodom bol najmä jej zdravotný stav, mala ťažké depresie a vystriedala niekoľko sanatórií i kúpeľov na Jadrane – v Záhrebe, Zadare či Liki. Jej manžel jej bol stále nablízku a rozhodol sa, že do rod-

ného Československa už bude chodiť len ako hosť. „Príčiny nie sú osobné ani politické, ale čisto rodinné a nedajú sa odstrániť,“ napísal definitívne svojmu priaznivcovi Štefanovi Krčmérymu.

Jeho rodná krajina sa mu však napokon predsa len stala osudnou. Keď na jar v roku 1928 zavítal na návštevu Vysokých Tatier, pri túre zmokol na košť a odvtedy sa už poriadne nezotavil. Ťažký zápal pľúc ho pripútal na lôžko, neskôr sa k tomu pridal aj zápal pobrušnice, a tak ho vydesená manželka dala previezť do nemocnice v slavonskom Pakraci. Nepomohlo, Martin Kukučín zomrel v náručí svojej milovanej Perice 21. mája 1928. Najprv ho pochovali v rodinnej hrobke Didoličových na záhrebskom cintoríne Mirogoj, neskôr jeho telesné pozostatky previezli do Národného cintorína v Martine, kde je pochovaný spolu so svojou manželkou.

ŤAŽKÝ OSUD VDOVY

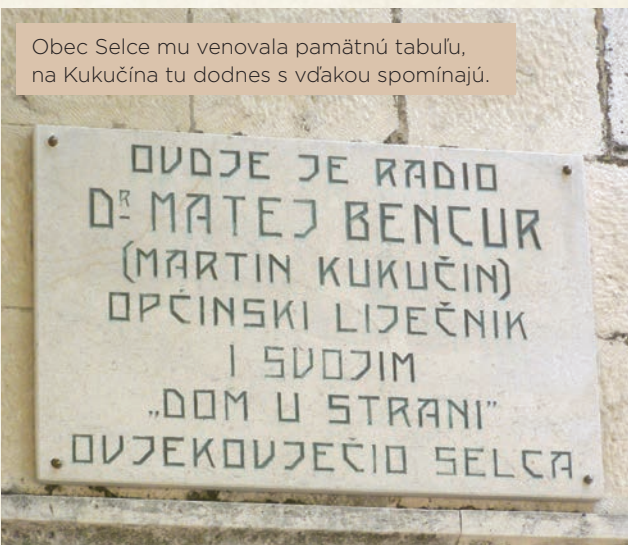
Mimochodom, Perica prežila milovaného Mateja o 43 rokov. Jej osud však nebol po jeho smrti ľahký. Po druhej svetovej vojne odišla za neterou, ktorá žila v Prahe, ale tá ju namiesto starostlivosti strčila postupne do viacerých psychiatrických liečební v Prahe, Opave, Veľkých Levároch či Sokolovciach. Všetky peniaze, ktoré mala vdova po manželovi za jeho literárne diela, honoráre zo zahraničia či z vydavateľstiev, údajne skončili u chamtivjej netere a Perica bola chudobná ako kostolná myš.

Až v máji 1964 sa situácia pre Pericu radikálne zlepšila. Začala sa o ňu príkladne starať vdova Margita Mačeková v Trnave. Pani Mačeková bola zdravotná sestra na dôchodku, a tak presne vedela, čo chorá vdova potrebuje. Perica totiž posledné roky trávila len na posteli, hoci jej duševný stav sa výrazne zlepšil. Žila však už len minulosťou, spomienkami na rodný ostrov Brač a milovaného manžela. Sem-tam za ňou zavítali obdivovatelia Kukučínovho diela, mladí študenti.

Perica Kukučínová zomrela ako 93-ročná v auguste 1971 a pochovaná je pri svojom milovanom manželovi na Národnom cintoríne v Martine. Matici slovenskej zanechala peniaze, za ktoré postavili ich spoločnú hrobku.

Prípravila: Nancy Závodská

Obec Selce mu venovala pamätnú tabuľu, na Kukučina tu dodnes s vďakou spomínajú.



DRG

PLUSY A MÍNUSY KLASIFIKAČNÉHO SYSTÉMU Z POHLADU NEMOCNIČNÉHO LEKÁRA

Foto: archív SLK, Adobe Stock



SYSTÉM DRG (DIAGNOSIS RELATED GROUPS – SKUPINY SÚVISIACICH DIAGNÓZ) JE EKONOMICKO-MEDICÍNSKY KLASIFIKAČNÝ SYSTÉM, KTORÝ UMOŽŇUJE ZARADIŤ JEDNOTLIVÉ HOSPITALIZAČNÉ PRÍPADY DO MEDICÍNSKY PODOBNÝCH A NÁKLADOVO HOMOGÉNNYCH SKUPÍN (DRG SKUPINY). TÝMTO SKUPINÁM BY MALA PRISLÚCHAŤ PAUŠÁLNA ÚHRADA PODĽA PRESNE DEFINOVANÝCH PRAVIDIEL (ŽIARAN ET AL, 2014).

DRG systém nie je univerzálny, používa sa ako klasifikačný systém a úhradový mechanizmus pre ústavnú (lôžkovú) zdravotnú starostlivosť, nevzťahuje sa na ambulantnú starostlivosť, rieši len parciálny problém financovania zdravotníctva. Pôvodne sa používal ako systém na štatistické vyhodnocovanie činnosti nemocníc, neskôr na „meranie produkcie nemocníc“, nakoniec sa začal využívať ako podklad pre úhrady za lôžkovú zdravotnú starostlivosť.

ČO MAL PRINIEŠŤ?

Na Slovensku sa predpokladalo, že zavedenie DRG systému (SK –DRG) zabezpečí:

- transparentnú a spravodlivú alokáciu finančných zdrojov podľa skladby hospitalizačných prípadov a ich náročnosti,
- rovnakú úhradu za rovnako náročný hospitalizačný prípad,
- vyššiu úhradu za náročnejšie hospitalizačné prípady,
- zjednodušenie uzatvárania zmluvných vzťahov medzi ZP a poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti,
- vyšší dôraz a motiváciu k vedeniu dokumentácie a vykazovaniu poskytnutej zdravotnej starostlivosti,
- možnosť merania produkcie nemocníc, jej porovnávanie (benchmarking).

Súčasný stav vychádza z novely zákona o zdravotných poisťovniach (§ 20, § 20b a § 28 zákona o zdravotných poisťovniach). Na základe týchto noviel sa od 1. 4. 2011 Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou (ÚDZS) stal centrom pre klasifikačný systém (CKS) diagnosticko-terapeutických skupín. ÚDZS vytvoril pracovnú skupinu pre DRG, ktorá je zložená zo zástupcov MZ SR, ÚDZS a ZP. **Na základe porovnávania jednotlivých DRG systémov a slovenských klinických a klasifikačných metód vypracovaných a používaných v minulosti sa pracovná skupina zhodla na tom, že DRG systémy môžu byť principiálne postavené „na výkonoch a diagnózach“.** CKS zostavil „Konceptiu zabezpečenia a zavedenia DRG systému“, ktorá bola 6. 7. 2011 schválená vládou SR.

Riadiaci výbor pre DRG zadefinoval základné požiadavky:

- zaviesť a zabezpečiť pre SR zahraničný DRG systém postavený na „diagnózach“,
- prispôsobiť naše klasifikačné systémy vybranému zahraničnému systému,
- zabezpečiť čo najrýchlejšie možnú implementáciu a prevádzkovú funkčnosť,
- DRG systém zaviesť ako celoslovenský úhradový mechanizmus v nemocniciach vykonávajúcich lôžkovú zdravotnú starostlivosť,
- DRG systém zaviesť ako dominantný zdroj financovania nemocníc,
- minimálne v prvom roku prevádzky využiť relatívne váhy zahraničného DRG systému.

Na základe týchto požiadaviek a expertných stanovísk vybral Riadiaci výbor DRG nemecký G-DRG systém pre implementáciu v podmienkach SR. Zmluva o spolupráci so spoločnosťou InEK (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus – špecializovaná inštitúcia pre ďalší rozvoj a prevádzku DRG v Nemecku) bola podpísaná 13. 12. 2011 (Žiaran et al, 2014).

ČO V SKUTOČNOSTI PRINIESOL SYSTÉM DRG?

Systém DRG priniesol termín hospitalizačný prípad, t. j. celý pobyt pacienta v jednej nemocnici od prijatia po prepustenie bez ohľadu na to, na koľkých lôžkových oddeleniach nemocnice bol pacient hospitalizovaný. Slovo pacient sa v DRG systéme už skoro nespomína. Tento systém je nevýhodný hlavne pre nemocnice a oddelenia poskytujúce urgentnú zdravotnú starostlivosť o pacientov, u ktorých sa môže počas hospitalizácie zistiť, že majú aj vážne pridružené ochorenie, ktoré je potrebné po úvodnej liečbe a stabilizácii stavu liečiť na inom oddelení (napr. pacient po urgentnej operácii potrebuje liečbu pre vážne kardiálne ochorenie, ktoré sa nedá liečiť ambulantne). Pre nemocnicu je v takomto prípade ideálne pacienta na 1-2 dni



prepustiť domov a potom ho prijať na iné oddelenie – nie vždy sa to dá a takýto postup nie je medicínsky správny, prináša však pre nemocnicu prostriedky navyše. **Systém DRG jednoznačne zvýhodňuje „kompetenčné centrá“, ktoré komplikovaných pacientov bez problémov presúvajú do spádovej nemocnice, čo im pochopiteľne šetrí výdavky.**

Hospitalizačný prípad vôbec nezohľadňuje náklady nemocnice na zabezpečenie ústavných pohotovostných služieb (ÚPS), ktoré sú iné vo všeobecných nemocniciach ako v kompetenčných centrách. Všeobecné nemocnice poskytujú 24-hodinové služby aj extramurálnym pacientom. V kompetenčných centrách, prípadne špecializovaných nemocniciach je ÚPS redukovaná na „žurnálnu službu“, ktorej úlohou je postarať sa len o hospitalizovaných pacientov. Táto služba predstavuje pre nemocnicu len zlomok finančnej záťaže v porovnaní so všeobecnými nemocnicami. **Poriadok do úhradového mechanizmu by vnieslo osobitné financovanie pohotovostných extramurálnych služieb formou, ako sa to zaviedlo pri financovaní urgentných príjmov nemocníc.**

DÔLEŽITÉ DÁTA A ŠTATISTIKA

Celý systém je postavený na dôležitosti vykazovania, zberu štatistických údajov a hlásení, záujem pacienta, t. j. **kvalitná diagnostika a liečba je na poslednom mieste. V DRG systéme sa dozvieme množstvo vecí, o ktorých racionálnom využití môžeme veľmi pochybovať, ale či bol pacient kvalitne liečený a vyliečený, asi nikoho nezaujíma.** Našťastie, to zachraňujú

lekári, ktorým svedomie a profesionálna česť kážu pacientov liečiť a nielen „vykazovať hospitalizačné prípady“.

Vykazovanie hospitalizačných prípadov, výkonov (servis okolo DRG) bolo zverené lekárom, z ktorých sa vytvorili tzv. kóderi za jednotlivé oddelenia, ktorým šéfuje nemocničný kóder. Treba zdôrazniť, že v každej nemocnici sa našli „nadšenci“ z radov lekárov, ktorí DRG systémom doslova žijú, nekriticky tento systém obhajujú, stali sa jeho oporou. Poznáme však aj prípady (a nie je ich málo), keď lekár „ponížený/dehonestovaný na kódera“ riešil svoju budúcnosť rozviazaním pracovného pomeru a prechodom k zamestnávateľovi, ktorý ho takouto činnosťou neotravuje. **Pre vysvetlenie treba uviesť, že v kultúrnych krajinách pozície kóderov neobsadujú lekári (napr. v SRN, Rakúsku), ale vyškolení (ne) zdravotnícki pracovníci.**

Má to niekoľko príčin:

1. Lekár neštudoval medicínu preto, aby sa venoval zbytočnej administratívnej činnosti (nespochybujeme nevyhnutnú administratívnu činnosť, ako napr. vedenie zdravotníckej dokumentácie).
2. Platiť za bežnú administratívnu činnosť lekára, t. j. odborníka s násobkom priemerného platu (čiastočne to už platí aj u nás), je nevhodné, je to typický príklad finančného, ale aj personálneho plytvania v čase, keď je v celej Európe akútny nedostatok lekárov. Výkonnosť je činnosť z pohľa-

du bežného lekára absolútne nezaujímavá – veď ju vymysleli ekonómovia a štatistici.

Bežné kódovanie diagnóz a výkonov robia v DRG systéme lekári. **Kódovanie sa skladá z kódovania diagnóz na základe Medzinárodnej klasifikácie chorôb (MKCH), ktoré je často zbytočne podrobné** (nájde tam napr. pohryzenie aligátorom, ktoré je pravdepodobne frekventovaným úrazom v Európe...), **v niektorých prípadoch (napr. malígne ochorenia) zase príliš stručné, úplne ignorujúce štádiá malígnych ochorení.** V MKCH počítačový systém vyžaduje často odpoveď na nezmyselné otázky, ako je napríklad lokalizácia/stranovosť (takže vyplníme dôležité údaje, ako napr. na ktorej strane sa nachádza hypertenzia, celková ateroskleróza, diabetes mellitus, Alzheimerova choroba), ktorá má význam pri niektorých ochoreniach párových orgánov. Predpokladám, že to v Národnom centre zdravotníckych informácií (NCZI) spracováva usilovný úradník a posielajú svojmu šéfovi vo forme hlásenia... **Pritom by sa to dalo priamo v systéme odstrániť tým, že by sa označili diagnózy, ktoré nevyžadujú vyplňať údaje o „lokalizácii/stranovosti“.** Okrem toho už pri prijatí na oddelenie sa vyžaduje uviesť v dokumentácii príliš podrobnú diagnózu. Pri elektívnych príjmoch to nie je veľký problém. Horšie je to pri urgentných príjmoch, pri ktorých sa najčastejšie pacient prijíma s pracovnou diagnózou, ale počas hospitalizácie sa diagnóza spresňuje, prípadne aj mení. V takom prípade úprava diagnóz môžu byť laikom (právnik, ekonóm, pracovník poisťovne, pacient, príbuzný pacienta) považované dokonca za „falšovanie dokumentácie“.

KÓDOVANIE VÝKONOV

Keď sa lekár prehryzie úskalia kódovania diagnóz čaká ho čerešnička na torte – kódovanie výkonov, pri ktorých sa tiež vyplňuje aj lokalizácia/stranovosť. S veľkou radosťou vypisujem údaj o tom, že som appendektómiu, cholecystektómiu robil na pravej strane, myslím, že je to veľmi dôležitá informácia. Na chirurgických pracoviskách všeobecných nemocníc, ktoré poskytujú nepretržité služby, sa často operujú aj pacienti s málo frekventovanými diagnózami, u ktorých sa robia aj málofrekventované operácie. Nájst v takýchto situáciách príslušný kód z dôvodu zlého systému vyhľadávania v programe zaberie veľa času – takéto hľadanie poteší každého chirurga najmä po polnoci...

Samotný DRG systém neprináša viac financií do zdravotníctva (ako si to naivne mysleli mnohí lekári, ale aj úradníci), neprináša zjednodušenie (čo by človek očakával a privítal), ale naopak komplikuje proces liečby neúnosným nárastom administratívnej činnosti. Ako dopadla operácia nie je podstatné, hlavná vec, že je všetko dobre vykázané.

Autori slovenskej verzie DRG rozdelili očakávané prínosy jeho zavedenia v SR nasledovne, dovolil som si stručný komentár:

PRÍNOSY PRE POSKYTOVATEĽOV ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI:

- Výkonnostne orientovaná platba – pravdepodobne nastane, ale je ťažké určiť, či tie platby budú dostatočné. V prípade, že by skutočné náklady boli vysoké, upravia sa koeficientom, ktorý sa zložito vypočítava pre každého poskytovateľa osobitne. Znevýhodnené budú všeobecné nemocnice. Poisťovne sa budú aj naďalej snažiť šetriť výdaje hľadaním „procesných chýb“ vo výkazníctve (nie pochybení v diagnostike a liečbe) s cieľom nepreplatenia zdravotnej starostlivosti.
- Zjednodušené procesy uzatvárania zmlúv so zdravotnými poisťovňami – dá sa pripustiť, prax asi nebude až taká ideálna.
- Objektívny nástroj pre riadenie oddelení nemocnice – existuje už len ekonomický pohľad na riadenie oddelení? Pre

lekára je najdôležitejší odborný pohľad (to, ako sa lieči pacient), ekonomický pohľad je tiež dôležitý, ale sekundárny.

- Zlepšovanie komunikácie a kooperácie intra muros – na to DRG systém nemôže mať žiadny vplyv.

PRÍNOSY PRE ZDRAVOTNÉ POISŤOVNE:

- Spravodlivejšie a transparentnejšie prerozdelenie disponibilných zdrojov smerom k poskytovateľom, vyššia spokojnosť zmluvných partnerov – spokojnosť bude hlavne na strane poisťovní.
- Jednoduchšie plánovanie finančných zdrojov – ťažko posúdiť, pravdepodobne sa na plánovaní nič nezmení, u súkromných ZP bude jediné kritérium – vytvoriť slušný zisk.
- Benchmarking nemocníc/oddelení – pravdepodobne áno, dôležité však bude, kto a akým spôsobom bude vyhodnocovať získané štatistické údaje.
- Zlepšenie podmienok pre diferencovaný nákup zdravotnej starostlivosti – dobrý nástroj na redukciu poskytovateľov zdravotnej starostlivosti.
- Nepriama regulácia výkonov spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek s dopadom na šetrenie – je to veľmi otáznave. Chcel by som vidieť úradníka, ktorý by si trúfol označiť nejaké vyšetrenie za zbytočné, na reguláciu sú dostatočné kontrolné mechanizmy pracoviska.

PRÍNOSY PRE PACIENTOV:

- Efektívnejšia liečba z pohľadu manažmentu hospitalizácií a prípadných prekladov – veľmi nepravdepodobné, opatrenia sa dajú ľahko obísť.
- Presnejšia a preto lepšie kontrolovateľná dokumentácia priebehu liečby – DRG systém priniesol len väčšiu administratívnu náročnosť, nie presnejšiu dokumentáciu. Vnucuje sa myšlienka, že lekár bez DRG nedokáže viesť dokumentáciu.
- Tlak na skracovanie času ošetrovania pri zachovaní štandardu potrebnej liečby – skracovanie času hospitalizácie prebiehalo aj bez DRG, ktorý na to nemá veľký vplyv. Okrem toho skracovanie času hospitalizácie mnohí pacienti nepovažujú za výhodu, to isté platí aj pre mnohých rodinných príslušníkov.
- Dostupnosť kvalitnejšej zdravotnej starostlivosti – na dostupnosť môže mať DRG systém jediný vplyv, že ju obmedzí.

Na záver by sme čakali ešte jednu skupinu prínosov – prínosy pre zdravotníckych pracovníkov. Takáto časť sa však v očakávaných prínosoch tvorcov dokumentu nenachádza. Všetko načo... Sú však vyhodnotené vyššie.

Pre ambulantných poskytovateľov mám jeden odkaz: Buďte radi, že DRG systém nevymysleli aj pre ambulantnú sféru...

Pripravil: MUDr. Jaroslav Šimo, UNB Bratislava, člen Rady SLK

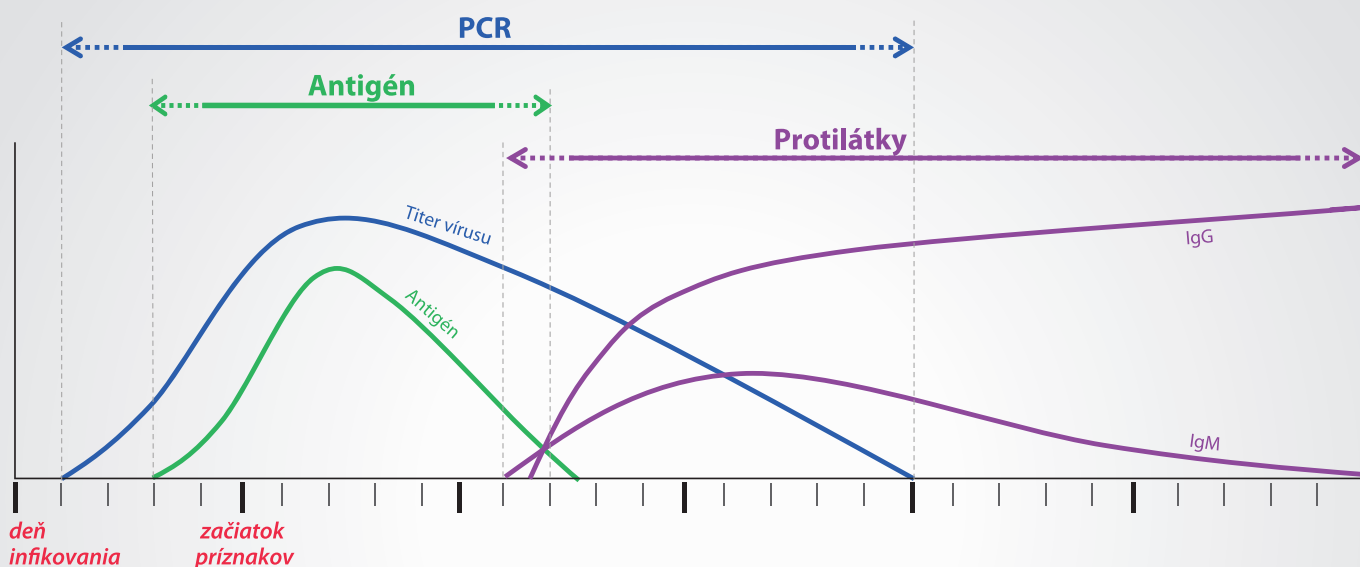
Čo hovorí o DRG národný integrovaný plán reforiem?

Plné zavedenie systému DRG zlepši porovnávanie produkcie nemocníc a následné naviazanie úhrad na DRG môže zefektívniť hospodárenie nemocníc, napr. cez motiváciu skrátiť dĺžku hospitalizácie. Nedostatkom úhrad z DRG môže byť finančné znevýhodnenie koncových nemocníc, preto je dôležité zaviesť aj kompenzačné mechanizmy.

(Zdroj: MF SR, dokument Moderné a úspešné Slovensko, časť Zdravie)

Diagnostika COVID-19

prehľadná charakteristika jednotlivých typov testov



typ testu	stanovuje	vzorka	analýza	pozitívny nález =	záchyt
PCR	RNA vírusu	výter z nosohltana hltana	v laboratóriu	dôkaz prítomnosti vírusu u pacienta (jednotlivé fázy ochorenia/infekčnosť pacienta sa dajú odhadnúť podľa Ct* hodnoty PCR testu)	cca. 3. - 20. deň po infikovaní
antigén	špecifické proteíny na povrchu vírusovej častice	výter z nosohltana	v ambulancii / laboratóriu	infekčná fáza ochorenia	od 1 - 2 dní pred začiatkom príznakov do 5.-7. dňa po začiatku príznakov
protilátky	IgM/IgG protilátky	krv	v ambulancii / laboratóriu	– záverečná fáza aktívnej infekcie – dôkaz prekonaného ochorenia	od 6. - 10. dňa po začiatku príznakov

*Ct – Cycle threshold = počet cyklov potrebných na detekciu prítomnosti vírusu. Hodnota Ct je nepriamo úmerná množstvu RNA vo vzorke.

KVALITNÁ CERTIFIKOVANÁ DIAGNOSTIKA COVID-19

Standard Q COVID-19 Ag

- vyhodnotenie bez prístroja
- citlivé stanovenie prítomnosti vírusového antigénu v nosohltane
- klinicky testovaný na renomovaných pracoviskách
- výsledok do 30 minút
- vzorka: výter z nosohltana



Standard Q COVID-19 IgM/IgG Combo

- vyhodnotenie bez prístroja
- klinicky testovaný na renomovaných pracoviskách v EU (Pasteurov inštitút, Paríž)
- separátna línia pre IgG a IgM
- výsledok do 10-15 minút
- vzorka: kapilárna krv



NAJLEPŠIA CENA NA TRHU

Standard F COVID-19 Ag FIA

- vyhodnotenie pomocou prístroja Standard F100/F200
- imunofluorescencia – citlivé stanovenie prítomnosti vírusového antigénu v nosohltane
- klinicky testovaný
- balenie: 25 testov
- výsledok do 30 minút
- vzorka: výter z nosohltana



NAJCITLIVEJŠÍ TEST NA TRHU

Standard F COVID-19 IgM/IgG Combo FIA

- vyhodnotenie pomocou prístroja Standard F100/F200
- imunofluorescencia – vyššia citlivosť v porovnaní s bežnými rýchlymi testami
- klinicky testovaný
- separátna línia pre IgG a IgM
- výsledok do 15 minút
- vzorka: kapilárna krv

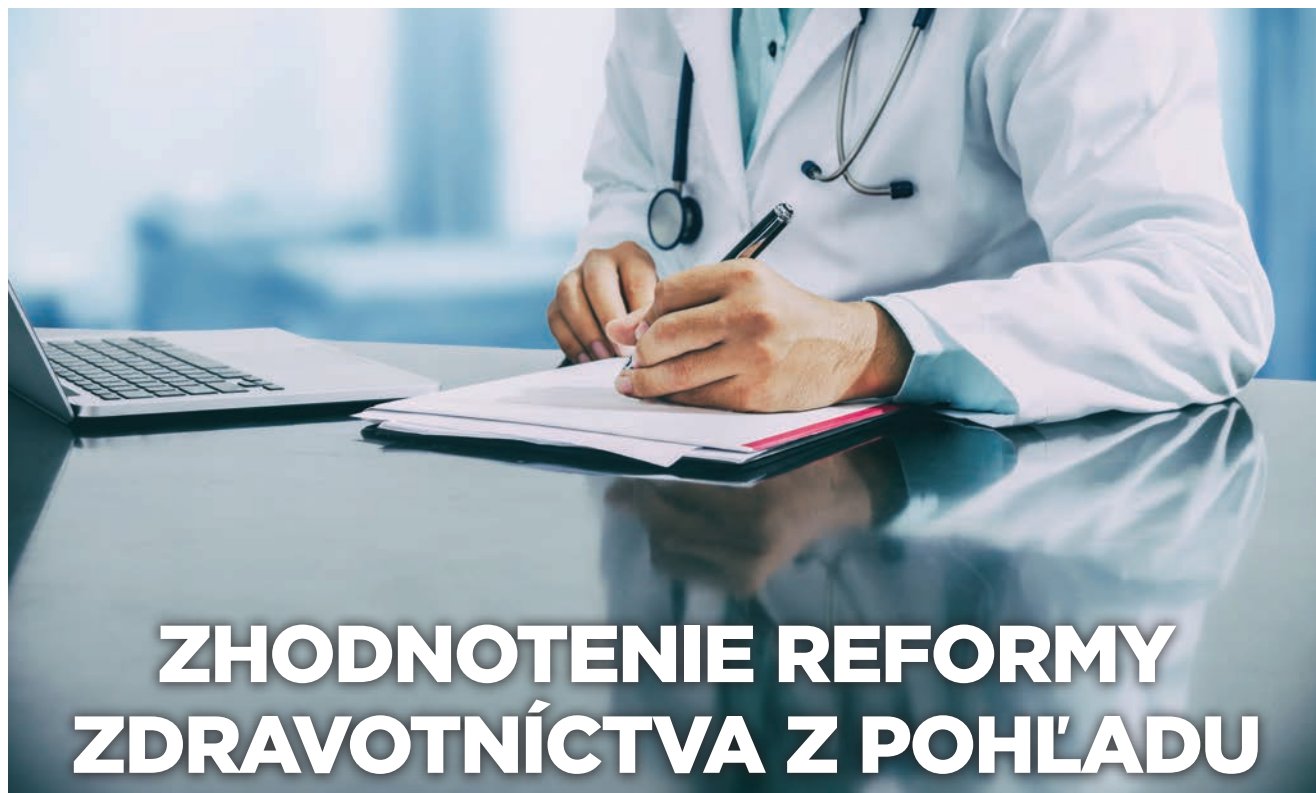


Standard F200

PARAMETRE CRP • chrípka A/B • D-dimér • FOB kvantita • HbA1c
kardiálne markery • hormóny • infekčné ochorenia



www.modernaambulancia.sk



ZHODNOTENIE REFORMY ZDRAVOTNÍCTVA Z POHĽADU

ambulantného sektora

Úvodom zhodnotenia reformného plánu, predstaveného Ministerstvom financií Slovenskej republiky pod názvom MODERNÉ A ÚSPEŠNÉ SLOVENSKO, musím konštatovať, že predloženie akejkoľvek reformy zdravotníctva bez spolupráce s relevantnými subjektmi odbornej zdravotníckej obce nemôže predstavovať ucelený pohľad na oprávnené potreby a požiadavky ambulantného sektora, ktoré slovenské zdravotníctvo skutočne vyžaduje.

Predložený dokument v časti 6 Zdravie svojim konceptom a vizuálom až nápadne pripomína minuloročný materiál Revízie výdavkov na zdravotníctvo z októbra 2019. Opisuje dlhé roky známe informácie, dáta, grafy a frázy, ktoré sú všetkým, ktorí sú v zdravotníctve čo i len trochu zorientovaní, dávno jasné. Avšak opakovanie je predsa matka múdrosti...

Po veľkolepej mediálnej prezentácii premiéra Matoviča a ministra financií Hegera k tomu, ako sa bude Plán obnovy alebo reformný plán kreovať, sme boli všetci plní očakávania, nápadov, vízií, ideálov, ako s reformou začať, ako budovať jej základy a od čoho sa odraziť, aby bola čo najúspešnejšia a najefektívnejšia. Napriek tomu, že tento materiál mal byť s odborníkmi odkonzultovaný a pripravený na zaslanie do Bruselu už k 15. októbru 2020, pani štátna tajomníčka ministerstva zdravotníctva J. Ježíková na jednej zo zdravotníckych konferencií, konanej asi týždeň pred dátumom 15. 10. 2020, uviedla, že predstavený materiál nebol komu-

nikovaný ani so samotným ministerstvom zdravotníctva a až od času jeho odprezentovania sa k nemu budú viesť diskusie s tými, ktorí by mali čo do zdravotníctva povedať. Kompletný materiál údajne stačí sfinalizovať do konca prvého kvartálu roku 2021. Tak teda nezostáva asi nič iné, len sa nechať prekvapiť, do akej miery a či vôbec budú môcť zástupcovia za jednotlivé segmenty v zdravotníctve mať čo k tejto problematike povedať.

Ak začneme reformný plán v časti Zdravie čítať, prvoplánovo by malo ambulantný sektor možno tešiť, že pod nadpisom Hlavné strategické politiky a iniciatívy v zdravotníctve do roku 2030 je ako prvá definovaná Reforma ambulantnej starostlivosti. Čo sa týka samotného obsahu tejto časti dokumentu, nič nové sa z nej, žiaľ, nedozvieme. Vízia rozširovania kompetencií ambulancií všeobecných lekárov je nepochybne perspektívna a správna. Nikto však za ostatných 20 rokov nepovedal, kto bude v týchto ambulanciách pracovať a kto bude tie rozšírené

kompetencie pacientom poskytovať. Tisíckrát omieľaný fakt, že viac ako štvrtina všetkých lekárov je v dôchodkovom veku a tisíce nám ich v systéme chýbajú, sa však pri rozširovaní kompetencií zrejme nezobral do úvahy. Vypadla nám celá generácia lekárov a zdravotníkov, ktorí odišli liečiť ľudí do Česka a iných krajín za hranice Slovenska a ktorých nevieme motivovať, aby sa vrátili späť. Nevieme (alebo nechceme?) nastaviť ekonomické a spoločenské pravidlá tak, aby naša mladá generácia mala záujem o štúdium a výkon zdravotníckeho povolania na Slovensku. Som presvedčená, že žiadny všeobecný lekár, ktorý prevádzkuje ambulanciu už v dôchodkovom veku, a ktorých máme veľa aj vo vyššom dôchodkovom veku nad 70 a 80 rokov, nemá už záujem o rozširovanie kompetencií. Jeho primárnym záujmom je odovzdať prax, ak by mal komu, a odpočívať na zaslúženom dôchodku. Napriek tomu nespochybujem, že myšlienka rozširovania kompetencií je namieste, ale začať treba niekde inde, resp. v súbehu s rozširovaním kompetencií začať reformovať nielen ambulantly sektor inak.

Míľnikom celej zdravotníckej časti predstaveného tzv. reformného plánu by z môjho pohľadu mala byť časť vety, ktorá začína: „Zmena systému odmeňovania zlepší motiváciu...“ a pokračuje „... všeobecných lekárov kompetencie využívať“. Prvá časť vety je základ reformnej vízie zdravotníctva, na ktorom treba stavať. Pretože, ak nezačneme reformné plány slovenského zdravotníctva tým, že v prvom rade sa zmení a nastaví spôsob jeho financovania tak, aby bol rozpočet na zdravotníctvo minimálne na úrovni priemeru krajín EÚ, môžeme o akejkoľvek zdravotníckej reforme len snívať. Slovenské zdravotníctvo potrebuje okrem grafov, tabuliek, analýz a stoviek popísaných strán o ničom predovšetkým jasnú víziu a cestu, kam

ho chceme dostať, ako má vyzerať a za aký čas chceme zmenu zrealizovať. Paradoxne, práve v tomto neľahkom čase máme skutočne výnimočnú možnosť začať reformu so zdravým sedliackym rozumom. Na rozdiel od opisovania toho, čo a ako by sa malo zo zahraničia, by bolo nepochybne veľmi prínosné uvedomiť si, že ambulantly sektor na Slovensku sme ešte úplne nepochovali. Diverzifikácia do špecializácií nám totiž umožňuje previesť maximum zdravotnej starostlivosti do ambulantly sektora, ktorý predstavuje najlacnejší spôsob manažmentu pacientov. Ak však bude akákoľvek reforma postavená len na tom, že bez rozmýšľania opíšeme model niektorých iných krajín, v ktorých je pre pacienta takmer nemožné dostať sa k špecialistovi, je to, žiaľ, len otrocké opisovanie tabuliek a grafov bez schopnosti využiť všetko to dobré, čo v slovenskom zdravotníctve ešte máme, čo sme roky budovali a na čom sme doteraz stáli. Aby sme mohli dosiahnuť a vyťažiť maximálny efekt zo súčasného stavu nášho zdravotníctva a pretransformovali ho na také, aké skutočne potrebujeme, je nevyhnutné, aby konečne úradníci a opisovači zo zahraničnej literatúry začali komunikovať aj s odbornou verejnosťou, ktorá žije, pracuje, poskytuje zdravotnú starostlivosť a pôsobí v zdravotníctve u nás, na Slovensku. V opačnom prípade proces kolapsu celého zdravotného systému nedokážeme zastaviť. Reformný proces zabezpečenia dostupnej, kvalitnej a modernej zdravotnej starostlivosti pre našich občanov nedokážeme naštartovať bez toho, aby sa zdravotníctvo stalo prioritou ktorejkoľvek vlády. Bez fungujúceho zdravotníctva nemôže plnohodnotne existovať žiadna spoločnosť.

Zuzana Dolinková,
prezidentka Zväzu ambulantlych poskytovateľov

INZERCA



PRI ŤAŽKOSTIACH S TRÁVENÍM

FEBICHOL®

K liečbe tráviacich
ťažkostí pri dlhodobých
ochoreniach pečene
a žlčových ciest.

Každá kapsula
obsahuje
100 mg liečiva
fenipentol.



Pre dospelých
a deti
od 15 rokov



Lahko
prehltateľný

www.febichol.cz

www.noventis.cz

Skrátaná informácia o prípravku FEBICHOL, 100 mg mäkké kapsuly

Zloženie: 1 kapsula obsahuje 100 mg fenipentolu. | **Indikácie:** liečba dyspeptických ťažkostí u dospelých, pri chronických chorobách hepatobiliárneho traktu (funkčná cholecystopatia, chronická cholecystitída, chronická cholelitiáza, chronické hepatopatie sprevádzané biliárnou dyspepsiou) a stavov po cholecystektómii alebo po hepatitíde. | **Dávkovanie a spôsob podávania:** 2 kapsuly trikrát denne. Niektorí pacienti s menej závažnými ťažkosťami, môžu liek Febichol užívať len občas, podľa potreby (2 kapsuly). Kapsuly sa prehltajú vždy tesne pred jedlom nerozhrýzené a nerozmočené. Kapsuly sa prehltajú celé, nerozhrýzené (obsah má veľmi nepríjemnú horkú chuť) a zapijajú sa dostatočným množstvom tekutiny, napr. pohárom vody. | **Kontraindikácie:** precitlivosť na fenipentol alebo na ktorúkoľvek z pomocných látok; biliárna kolika, obštrukcia žlčových ciest, akútne choroby žlčníka a žlčových ciest, empyém žlčníka, akútna pankreatitída, ileus a iné akútne stavy v brušnej dutine; vredy a tumory gastrointestinálneho traktu; akútna hepatitída iné ťažké poruchy funkcie pečene. Kvôli nedostatočným skúsenostiam s podávaním fenipentolu deťom je kontraindikované používať Febichol na liečbu detí do 15 rokov. | **Upozornenia:** obsah kapsúl má veľmi nepríjemnú horkú chuť, kapsuly sa preto musia prehltáť celé a nerozhrýzené. | **Interakcie:** nie sú známe. | **Fertilita, gravidita a laktácia:** Nie sú k dispozícii údaje o účinkoch fenipentolu na fertilitu u ľudí. Používanie Febicholu je počas gravidity a dojčenia kontraindikované. | **Ovplyvnenie schopnosti viesť vozidlá a obsluhovať stroje:** Febichol nemá žiadny alebo má zanedbateľný vplyv na schopnosť viesť vozidlá a obsluhovať stroje. | **Nežiaduce účinky:** Febichol sa vo všeobecnosti dobre znáša. Frekvencia nežiaducich účinkov je neznáma (z dostupných údajov). Poruchy gastrointestinálneho traktu: pyréza, pocit „pálenia v žalúdku“, pocit tlaku a plnosti v epigastriu, nauzea, flatulencia. Niektorí pacienti liečení liekom Febichol udávajú príznaky ťažko odlišiteľné od samotného liečeného stavu (pocit tlaku a plnosti v epigastriu, nauzea, flatulencia). Poruchy kože a podkožného tkaniva: alergické reakcie typu žihľavky, makulopapulárneho alebo iného exantému alebo opuchu tváre. | **Predávkovanie:** Nie sú k dispozícii údaje o predávkovaní Febicholom. Príznaky predávkovania fenipentolom nie sú známe. | **Čas použiteľnosti:** 3 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. | **Obsah balenia:** 50 mäkkých kapsúl. | **Držiteľ rozhodnutia o registrácii:** Noventis, s. r. o., Filmová 174, 761 79 Zlín, Česká republika. | **Registračné číslo:** 43/0326/69-S. | **Dátum prvej registrácie/ predĺženia registrácie:** 1969/30. 12. 2004. | **Dátum revízie textu:** 12/2015

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 Febichol

Anhedónia je vlastnosť depresie, pri ktorej je smútok aj pri **(tajnička)**.

Správne znenie tajničky posielajte na **media@lekom.sk** (do predmetu mailu uvedzte TAJNIČKA MEDIKOM 7) alebo na adresu Slovenská lekárska komora, Račianska 42/A, 821 03 Bratislava **do 31. 12. 2020**. Ceny do krížovky venuje LEKÁR, a. s.

	POMÔCKY: AZI DURAL, AUT. DIREKČIA	ZLIATINA MEDI S CINOM ALEBO AJ S INÝM KOVOM	SEVERSKÉ PAROHÁČE	DNES (RUM.)			ÚČASTNÍK	MUČENICTVO (KNIŽ.)	CHUCHVALEC
	MODRÝ (NEM.)						AUTOMOTO-KLUB (SKR.)		
							OSOBNÝ VLAK (HOVOR.)		
	NASIAKAL TEKUTINOU								
	SYMETRÁL						TLAČENICA (ZRIED.)		
	OFFICE OF ALTERNATIVE MEDICINE						POTEŠENIE (KNIŽ.)		
	OTRAVA (ODB.)	SKYPRI PÔDU	FAREBNOSŤ (KNIŽ.)		OSOBNÉ ZAMENO		BÁSNIK		
					MOJA (RODINA)		ĽAHKÁ ZLIATINA (AL+CU)		CHVATY
PROTIVNÍK, SÚPER			POLOTUHÁ MAZLAVÁ HMOTA				1.ČASŤ TAJNIČKY		
			BEZ SLOV				PREDPONA S VYZ. BILIONTINA		
EKONÓM (ČES.)						OKOVY		RESEARCH MACHINES	
						ČASTI TÝŽDŇA		MAČKA (ANGL.)	
OBLEJ						SPRÁVA, VEDEDNIE (ZAST.)			
						ELEKTRÓN-VOLT (ZN.)			
2.ČASŤ TAJNIČKY								PRIESTOR ZA HRANICOU IHRISKA	
SÚVIS SO VZDUCHOM					SLÁČKOVÝ HUD. NÁSTROJ			TEMNOTY	

Správna odpoveď tajničky z časopisu MEDIKOM 6/2020 znie:

Bunky adipocyty na kolagéno-vých vláknach vytvárajú TUKOVÉ TKANIVO zo sacharidov a mastných kyselín.

Blahoželáme výhercom!

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

Výhercovia z čísla 6/2020:

- MUDr. Pavel M., Bojnice
- MUDr. Dagmar M., Topoľčany
- MUDr. Renáta Ž., Michalovce

Tešíme sa na správne riešenie krížovky **do 31. 12. 2020**.

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

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

Od 1. 10. 2020 bude z verejného zdravotného poistenia hrazená liečba liekom XELJANZ 5 mg filmom obalené tablety v indikácii **ULCERÓZNA KOLITÍDA.**



**PRVÝ JAK INHIBÍTOR SCHVÁLENÝ
NA LIEČBU ULCERÓZNEJ KOLITÍDY
S NOVÝM MECHANIZMOM ÚČINKU¹**

Ak vášmu pacientovi za UC nepostačuje konvenčná liečba, **MÔŽETE ZVOLIŤ XELJANZ^{*1}**

RÝCHLA A PRETRVÁVAJÚCA ÚČINNOSŤ²⁻⁵

- Rýchle zlepšenie príznakov ochorenia už po 3 dňoch²
- Pretrvávajúca remisia bez glukokortikoidov a pretrvávajúce hojenie sliznice.^{+1,3}
- Overený bezpečnostný profil.^{1,4}

Viac ako **9 rokov**
skúseností v klinických skúšaníach
a ich predženiach pri RA.⁵

Skrátená informácia o lieku
XELJANZ 5 mg filmom obalené tablety
XELJANZ 10 mg filmom obalené tablety
XELJANZ 11 mg tablety s predĺženým uvoľňovaním

Tento liek je predmetom ďalšieho monitorovania. To umožní rýchle získanie nových informácií o bezpečnosti. Od zdravotníckych pracovníkov sa vyžaduje, aby hlásili akékoľvek podozrenia na nežiaduce reakcie na Štátny ústav pre kontrolu liečiv, Sekcia klinického skúšania liekov a farmakovigilancie, Kvetná 11, 825 08 Bratislava 26, tel.: +421 2 507 01 206, fax: +421 2 507 01 237, internetová stránka: <http://www.sukl.sk/sk/bezpecnost-liekov>, e-mail: neziaduce.ucinky@sukl.sk. Formulár na elektronické podávanie hlásení: <https://portal.sukl.sk/eskada>

Zloženie: Každá filmom obalená tableta obsahuje tofacitinib citrát zodpovedajúci 5 mg tofacitinibu. Každá 10 mg filmom obalená tableta obsahuje tofacitinib citrát zodpovedajúci 10 mg tofacitinibu. Každá tableta s predĺženým uvoľňovaním obsahuje tofacitinib citrát zodpovedajúci 11 mg tofacitinibu. **Lieková forma:** Filmom obalená tableta, tableta s predĺženým uvoľňovaním. **Charakteristika:** Tofacitinib je silný selektívny inhibítor rodiny JAK. **Farmakoterapeutická skupina:** Selektívne imunosupresíva, ATC kód: L04AA29. **Indikácie:** Tofacitinib v kombinácii s metotrexátom (MTX) je indikovaný na liečbu stredne ťažkej až ťažkej aktívnej reumatoidnej artritídy (RA) u dospelých pacientov, ktorí nedostatočne odpovedajú na jeden alebo viaceré choroby modifikujúce anti-reumatické lieky alebo ktorí ich netolerujú. Tofacitinib je v prípade intolerancie voči MTX alebo vtedy, keď liečba MTX nie je vhodná, môže podávať ako monoterapiu. Tofacitinib v kombinácii s MTX je indikovaný na liečbu aktívnej psoriatickej artritídy (PsA) u dospelých pacientov, ktorí nedostatočne odpovedajú na predchádzajúcu liečbu choroby modifikujúcej anti-reumatickým liekom (DMARD, disease-modifying antirheumatic drug), alebo ktorí ju netolerujú. Tofacitinib je indikovaný na liečbu dospelých pacientov so stredne ťažkou až ťažkou aktívnou ulceróznou kolitídou (UC), ktorí nedostatočne odpovedali, prestali odpovedať alebo netolerovali konvenčnú alebo biologickú liečbu. **Dávkovanie:** RA a PsA: Odporúčaná dávka je 5 mg podávaných dvakrát denne, táto dávka sa nesmie prekročiť. RA: 11 mg podávaných jedenkrát denne, táto dávka sa nesmie prekročiť. UC: Odporúčaná dávka je 10 mg podávaných perorálne dvakrát denne na indukčnú liečbu počas 8 týždňov a 5 mg podávaných dvakrát denne počas udržiavacej liečby. Odporúča sa nezačať s dávkovaním u pacientov s absolútnym počtom lymfocytov nižším ako 750 buniek/mm³, s absolútnym počtom neutrofilov nižším ako 1 000 buniek/mm³ a s hladinou hemoglobínu nižšou ako 9 g/dl. Prerušenie dávkovania alebo trvalé ukončenie liečby môže byť potrebné pri manažmente laboratórných abnormalít súvisiacich s dávkou vrátane lymfopenie,

neutropénie a anémie. U pacientov s ťažkou (klírens kreatinínu < 30 ml/min) poruchou funkcie obličiek sa musí dávkovanie znížiť na 5 mg jedenkrát denne, keď je pri normálnej funkcii obličiek indikované dávkovanie 5 mg dvakrát denne. Dávkovanie sa musí znížiť na 5 mg dvakrát denne, keď je pri normálnej funkcii obličiek indikované dávkovanie 10 mg dvakrát denne. Pacienti s ťažkou poruchou funkcie obličiek musia zostať na zníženej dávke aj po hemodialýze. Tofacitinib sa nesmie používať u pacientov s ťažkou poruchou funkcie pečene (skóre Child Pugh C). U pacientov vo veku 75 rokov a starších je k dispozícii iba obmedzené množstvo údajov. Bezpečnosť a účinnosť u detí vo veku od 0 do menej ako 18 rokov neboli doteraz stanovené. **Kontraindikácie:** Precitlivosť na liečivo alebo na ktorúkoľvek z pomocných látok, aktívna tuberkulóza, závažné infekcie, ako je sepsa, alebo oportúnne infekcie, ťažká porucha funkcie pečene, gravidita a laktácia. **Osobitné upozornenia a opatrenia pri používaní:** Tofacitinib sa nesmie používať u pacientov s RA v kombinácii s biologickými liekmi a silnými imunosupresívmi ako sú azatioprin, 6-merkaptopurín, cyklosporín a takrolimus. Boli hlásené závažné a niekedy až život ohrozujúce infekcie. V klinických štúdiách bola frekvencia závažných infekcií u pacientov vo veku 65 rokov a starších liečených tofacitinibom vyššia ako u pacientov mladších. U pacientov starších ako 65 rokov sa liečba tofacitinibom má zväziť iba vtedy, ak nie je k dispozícii žiadna vhodná alternatívna liečba. * Nesmie sa začať podávať u pacientov s aktívnymi infekciami vrátane lokalizovaných infekcií. Liečba sa musí prerušiť, ak sa u pacienta rozvinie závažná infekcia, oportúnna infekcia alebo sepsa. Pred podaním a počas podávania musia byť pacienti vyšetrení a testovaní na latentnú alebo aktívnu TBC infekciu podľa príslušných usmernení. Pacienti s latentnou TBC, ktorých test je pozitívny, musia byť pred podaním liečby štandardnou antimykobakteriálnou liečbou. Boli pozorované prípady reaktívnej vírusovej hepatitídy a reaktívnej herpes vírusu (napr. herpes zoster). Vplyv na reaktívnu chronickú vírusovú hepatitídu nie je známy. Skríning na vírusovú hepatitídu sa musí vykonať pred začiatkom liečby v súlade s klinickými usmerneniami. Existuje možnosť, že tofacitinib ovplyvňuje obranyschopnosť hostiteľa voči malignitám. Bol pozorovaný výskyt lymfómov, účinnosť tofacitinibu na rozvoj lymfómu nie je istá. Boli pozorované ďalšie typy maligných ochorení, vrátane rakoviny pľúc, rakoviny prsníka, melanómu, rakoviny prostaty a rakoviny pankreasu. Účinnosť tofacitinibu na rozvoj a priebeh malignít nie je známy. U pacientov liečených tofacitinibom boli hlásené prípady nemanénvej rakoviny kože. U pacientov liečených tofacitinibom boli pozorované závažné venózne tromboembolizmy (VTE), vrátane pľúcnej embólie (PE), z ktorých niektoré boli fatálne a trombozy hlbokých žíl. V klinickej štúdií s tofacitinibom bolo pozorované zvýšené riziko VTE v porovnaní s inhibítormi TNF, ktoré bolo závislé od dávky. Tofacitinib 10 mg dvakrát denne na udržiavaciu liečbu sa neodporúča u pacientov s ulceróznou kolitídou, ktorí majú známe rizikové faktory pre VTE, okrem prípadov, keď nie je k dispozícii žiadna vhodná alternatívna liečba * Zaznamenali prípady intersticiálnej choroby pľúc (z ktorých niektoré mali fatálne následky), boli

hlásené prípady gastrointestinálnych perforácií, úloha inhibície JAK pri týchto udalostiach nie je známa. Pacienti s novovzniknutými abdominálnymi prejavmi a príznakmi musia byť ihneď vyšetrení s cieľom včasnej identifikácie gastrointestinálnej perforácie. Po uvedení lieku na trh boli v súvislosti s podávaním tofacitinibu hlásené prípady hypersenzitívity spôsobenej liekom. Alergické reakcie zahŕňali angioedém a urtikáriu; vyskytli sa závažné reakcie. V prípade výskytu akýchkoľvek závažnej alergické alebo anafylaktické reakcie musí byť podávanie tofacitinibu okamžite prerušené. U niektorých pacientov bol zvýšený výskyt zvýšenia hladiny pečevých enzýmov. Ak existuje podozrenie na liekom vyvolané poškodenie pečene, podávanie sa musí prerušiť, kým sa táto diagnóza nevyuči. Vyskytli sa zvýšenia lipidových parametrov (celkový, LDL aj HDL cholesterol). Hodnotenie lipidových parametrov sa musí vykonávať 8 týždňov po začiatku liečby. Pacientom sa má poskytovať starostlivosť podľa klinických usmernení pre kontrolu hypertenzie. Odporúča sa nepodávať živé očkovacie látky súčasne s tofacitinibom. Očkovanie živými očkovacími látkami musí prebehnúť aspoň 2 týždne, ale ranejš 4 týždne, pred začiatkom liečby. Tento liek obsahuje laktózu. Pacienti so zriedkavými dedičnými problémami s galaktózovou intolerenciou, lapónskym deficitom laktázy alebo s glukózo-galaktózovou malabsorpciou tento liek nesmú užívať. **Interakcie:** Súčasné podávanie so silnými induktormi CYP (napr. rifampicín) môže viesť k zníženiu klinickej odpovede alebo k jej strate. Súčasné podávanie silných induktorov CYP3A4 s tofacitinibom sa neodporúča. **Nežiaduce účinky:** Časté: nazofaryngitída, anémia, bolesť hlavy, hypertenzia, kašeľ, bolesť brucha, zvracanie, hnačka, nauzea, gastritída, dyspepsia, vyrážka, artralgia, únava, periférny edém, únava, zvýšená hladina kreatinínfosfokinázy v krvi. Najčastejšími závažnými nežiaducimi účinkami boli závažné infekcie. Najčastejšími závažnými infekciami boli pneumónia, celulitída, herpes zoster, infekcia motových ciest, divertikulitída a apendicitída. **Fertilita, gravidita a laktácia:** Ako preventívne opatrenie je použitie počas gravidity kontraindikované. Ženám vo fertilnom veku sa musí odporučiť používanie účinnej antikoncepcie počas liečby a aspoň 4 týždne po poslednej dávke. Ako preventívne opatrenie je použitie počas dojčenia kontraindikované. **Ovplyvnenie schopnosti viesť motorové vozidlá a obsluhovať stroje:** Tofacitinib nemá žiadny alebo má zanedbateľný vplyv na schopnosť viesť vozidlá a obsluhovať stroje. Táto skrátená informácia o lieku je určená pre odbornú verejnosť. Vydaj lieku je viazaný na lekársky predpis. Pred podaním lieku sa oboznámiť s úplným znením súhrnu charakteristických vlastností lieku (SPC). **Dátum aktualizovania skrátené informácie o lieku:** 5.3.2020. *Všimnite si prosím zmeny v súhrne charakteristických vlastností lieku. **Držiteľ rozhodnutia o registrácii:** Pfizer Europe MA EEIG, Boulevard de la Plaine 17, 1050 Bruxelles, Belgicko. **Miestne zastúpenie držiteľa rozhodnutia o registrácii:** PFIZER Luxembourg SARL, o.z., tel.: +421 2 3355 5500. Upravené podľa SPC schváleného Európskou agentúrou pre lieky (EMA) dňa 31.1.2020.

* XELJANZ je indikovaný na liečbu dospelých pacientov so stredne ťažkou až ťažkou aktívnou ulceróznou kolitídou, ktorí nedostatočne odpovedali, prestali odpovedať alebo netolerovali konvenčnú liečbu alebo biologický liek.¹

⁺ Pretrvávajúca remisia bez glukokortikoidov bola pozorovaná v 54. a 52. týždni. Liečebný efekt na sliznici bol zaznamenaný v 52. týždni liečby.³

RA - reumatoidná artritída

Literatúra: 1. Súhrn charakteristických vlastností lieku Xeljanz, dátum revízie január 2020. 2. Hanauer S et al. Clinical Gastroenterology and Hepatology (2018), doi: 10.1016/j.cgh.2018.07.009. 3. Sandborn WJ et al. N Engl J Med 2017; 376(18): 1723-1736. 4. Poster prezentovaný na: 26th UEG Week/October 20-24/2018, Austria, Vienna, abstrakt dostupný na: https://www.ueg.eu/fileadmin/user_upload/documents/week2018/UEGWeek2018.AbstactBook.pdf. 5. Wollenhaupt J et al. Arthritis Res Ther. 2019 Apr 5;21(1):89. doi: 10.1186/s13075-019-1866-2.



PFIZER Luxembourg SARL, o. z.
Príbinova 25, 811 09 Bratislava, tel.: 02/3355 5500

XELJANZ
[tofacitinib citrát]
5 mg tablety

SMALL PILL ● BIG IMPACT²⁻⁴



Niečo na tej vode je

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

Odporúča



Zdravie a rovnováha
www.gemerka.sk

