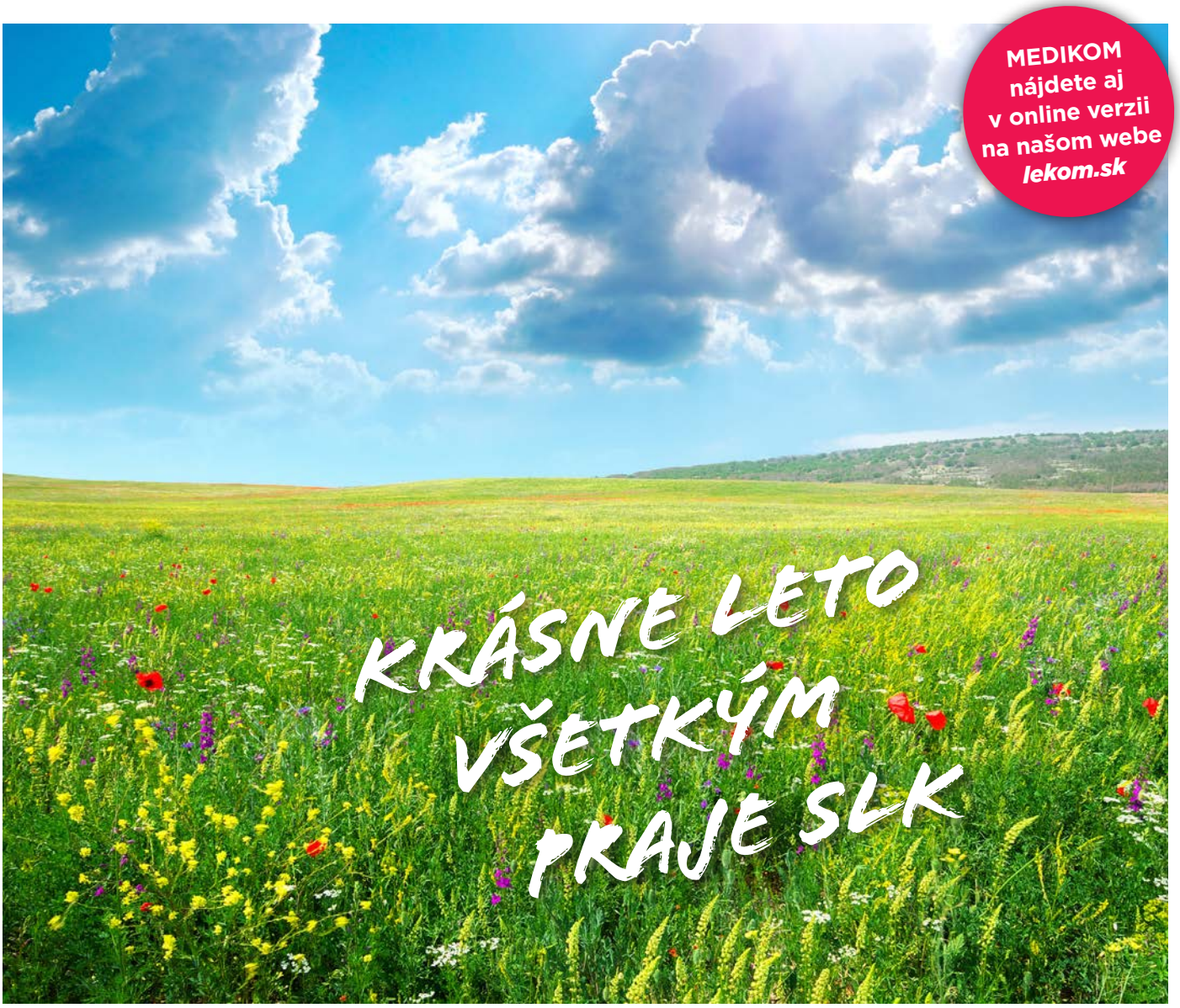
BEZPLATNÝ PRE ČLENOV SLK XIV. ROČNÍK 3-4/2024

MEDIKOM

ČASOPIS SLOVENSKEJ LEKÁRSKEJ KOMORY



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

Koľko nás vlastne je?
Prehľadná štatistika o lekároch u nás a v Nemecku

Simulačné centrum LF UK
Ako to tam funguje a čo sa tam študenti môžu naučiť?

Zdravotná dokumentácia
Právnik radí, čo do nej patrí a čo nie

APS-ky od júla inak
Zmeny pre pediatrov aj pacientov

ZDRAVÉ FINANCOVANIE PRE VAŠE PODNIKANIE

Už 18 rokov budujeme
so SLK zdravé partnerstvo

VÚB BANKA
Intesa Sanpaolo Group

VŠETKO, ČO STOJÍ ZA TO

www.vub.sk

Oficiálny časopis Slovenskej lekárskej komory
Číslo 3-4/2024, XIV. ročník

Periodicita vydávania:
8-krát ročne

Dátum vydania:
jún 2024

Registrované pod číslom
MK SR EV 3430/09

ISSN 1338-340X

VYDAVATEĽ:
LEKÁR, a. s., IČO: 35 947 349
sekretariat@lekarnet.sk
+421 911 199 723

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

Šéfredaktor:
Mgr. Nancy Závodská

Predseda redakčnej rady:
MUDr. Jaroslav Šimo, PhD.

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

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

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

Marketing a inzercia:
LEKÁR, a. s.
riaditel@lekarnet.sk
+421 918 671 595

Jazyková redaktorka:
Jana 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.

VÁŽENÉ KOLEGYNE, KOLEGOVIA,

dňa 15. mája 2024 sa v Handlovej stalo niečo, o čom som si myslel, že v živote nezažijem, na čo sme boli zvyknutí len zo zahraničia (aj keď slovo zvyknutí asi nie je celkom správne). Našťastie, atentát na predsedu vlády Roberta Fica bol neúspešný. Ani chvíľu som nezapochyboval o vysokej profesionalite lekárov a všeobecne zdravotníkov, ktorí sa o premiéra starali a ktorí dokázali, že sa na nich dá v kritických chvíľach spoľahnúť, čo skonštatoval okrem iných aj podpredseda vlády Robert Kaliňák: „Slovenskí zdravotníci, či na začiatku v Handlovej, alebo potom celý čas v Banskej Bystrici, odviedli kus neskutočnej práce a za nás všetkých zopakujem – klobúk dole a obrovské ďakujeme za záchranu Roberta Fica."

Na dôsledné vyšetrenie všetkých okolností tragického prípadu si pravdepodobne ešte počkáme. Žiaľ, prejavy netolerantnosti, arogancie, agresivity sú veci, s ktorými sa aj my, lekári, už dlhé roky stretávame zo strany pacientov a ich príbuzných denne v ambulanciách, na urgentoch, v nemocniciach. Nie sú to ojedinelé prípady. Sťažnosti zdravotníkov na tieto prejavy pribúdajú, zhodou okolností pred niekoľkými týždňami zaznel aj protest a apel zdravotníkov práve z FN v Banskej Bystrici.

Pozitívne príklady ocenenia práce zdravotníkov sa objavujú sporadicky pri rôznych príležitostiach, prípadne ako súčasť PR na objednávku veľkých hráčov v zdravotníctve. Oveľa častejšia je bulvarizácia v honbe za senzáciami a uverejňovanie sporných prípadov pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti, zásadne z pozície „poškodeného pacienta", v médiách, na sociálnych sieťach a podobne. Pokusy o mediálny lynč neprebiehajú len v politike, ale aj v zdravotníctve, pritom sa neútočí len proti jednotlivcom, ale aj celým nemocniciam. Poškodenú reputáciu v prípade dokázania „neviny" už ťažko zachráni zverejnenie „ospravedlnenia" s odstupom času – ak k niečomu takému vôbec dôjde.

Pre právnikov sa oblasť zdravotníctva stáva príťažlivou príležitosťou na zárobok, ich útoky sa budú stupňovať – o tom sme sa opakovane presvedčili. Ak sa lekári dožadujú spravodlivého ohodnotenia svojej práce, ihneď sú k dispozícii okrem médií aj rôzne skupiny „mimovládnych" analytikov. O tom, že medzi nimi by sme ťažko hľadali niekoho so zdravotníckym, prípadne lekárskym vzdelaním, niet pochýb. Väčšinou ide o absolventov rôznych ekonomických škôl. V tejto súvislosti ma prekvapuje neuveriteľná miera tolerancie a dôvery, ktorú prejavuje značná časť populácie voči sústavnému klamaniu a zavádzaniu týchto „expertov". Východiskom z tejto situácie nemôže byť len poctivá práca, ale je nutná jej každodenná obhajoba, presadzovanie našich oprávnených požiadaviek, ale aj rázne ohradzovanie sa voči poškodzovaniu našich záujmov.

Tohto roku sme oslávili 20 rokov od vstupu SR do EÚ. Pohľad lekára na toto obdobie je zákonite skreslený tým, že v tom istom roku bola prijatá aj „Zajacova reforma" zdravotníctva. Dvadsať rokov po jej presadení do života je dostatočný čas na to, aby sa prejavili jej dôsledky na náš život. Na toto obdobie sa hodí staré známe: Ťažkosti rastu vystriedal rast ťažkostí! Hodnotenie tohto obdobia vôbec nie je lichotivé, dá sa konštatovať, že napriek doslova „kobercovým náletom" na slovenské zdravotníctvo si ono síce s ťažkosťami, ale predsa, plní základné funkcie.

Ešte som ani nedopísal editoriál a dozvedel som sa šokujúcu správu. Vyššie uvedený nárast arogantného a agresívneho správania pacientov a ich rodinných príslušníkov voči zdravotníckym pracovníkom má pokračovanie vo forme ďalšieho útoku na zdravotníckeho pracovníka – tentoraz lekára, ktorý sa odohral 3. 6. 2024 v nemocnici v Rimavskej Sobote. Skupina marginalizovaných občanov brachiálne napadla lekára pri výkone povolania. Budeme žiadať zodpovedné štátne orgány, aby incident dôsledne vyšetrili, vinníkov potrestali a prijali také preventívne opatrenia do budúcnosti, ktoré budú zdravotníkov účinne chrániť. SLK bude iniciovať úpravu legislatívy, ktorá zabezpečí zvýšenú ochranu zdravotníkov v súvislosti s výkonom ich povolania.

MUDr. Jaroslav Šimo, PhD.,
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 spracúvaním osobných údajov členov SLK v rozsahu meno, priezvisko a adresa bydliska za účelom distribúcie časopisu MEDIKOM®.

Od roku 2012 názov MEDIKOM® registrovaný pod ochrannou známkou.

OBSAH

TÉMA ČÍSLA
AKO SME NA TOM S LEKÁRMI? 16
Nemecká lekárska komora zverejnila podrobné štatistiky, porovnali sme ich so situáciou na Slovensku.

ANALÝZA SLK
Ministerkine odvážne plány 6
Ako by mali vyzerať dve nové nemocnice v hlavnom meste? Prinášame viaceré názory aj komentár.

AKTUÁLNE
Zmeny v APS-kách 24
Od 1. júla sa menia ordinačné hodiny.
Ako sa to dotkne pediatrov a všeobecných lekárov?

OSOBNOSTI MEDICÍNY
Predbehol aj Julesa Verna 40
Čomu sa okrem medicíny venoval rodák z Revúcej Gustáv Reuss?

LEGISLATÍVA
Otázky k zdravotnej dokumentácii 18
Čo všetko do nej patrí a čo nie?
Prinášame výklad rozhodnutí súdov.

NAŠI PARTNERI
Čo trápi mladých lekárov v zahraničí? 28
Platy, personálny nedostatok, atestácie, štrajky...
Kongres EJD vo Francúzsku ukázal, aké problémy majú jednotlivé krajiny.

VZDELÁVANIE MEDIKOV
Simulačné centrum LF UK 32
Ako to tam vyzerá a čo sa študentom najviac páči?

Foto: adobe stock

Pediatri, pozor!

Vaše ordinačné hodiny sa od 1. júla menia

V súvislosti so skrátením ordinačných hodín APS pre deti a dorast (od 1. 7. 2024 v pracovných dňoch v čase od 16.00 do 20.00 hodiny a v dňoch pracovného pokoja v čase od 8.00 do 20.00 hodiny) došlo k zmene zákonnej úpravy ordinačných hodín všeobecných ambulancií pre deti a dorast.

Podľa novej úpravy všeobecné ambulancie pre deti a dorast musia mať schválené ordinačné hodiny nasledovne:

- **v rozsahu najmenej 35 hodín týždenne,**
- **každý pracovný deň v kalendárnom týždni,**
- **najmenej jeden pracovný deň do 16.00 hodiny.**

Samosprávny kraj môže poskytovateľovi schváliť ordinačné hodiny v menšom rozsahu.

Ak by deň pracovného pokoja pripadol na deň, kedy má poskytovateľ ordinačné hodiny schválené do 16.00 hod., nie je potrebné v danom týždni určovať náhradný deň ordinovania do 16.00 hod.

Poskytovatelia všeobecnej ambulantnej zdravotnej starostlivosti, ktorých aktuálne schválené ordinačné hodiny sa nezhodujú s novou úpravou, **musia do 30. 6. 2024 uviesť ordinačné hodiny do súladu s novou úpravou – musia požiadať samosprávny kraj o schválenie nových ordinačných hodín** tak, aby od pondelka 1. 7. 2024 ordinovali v súlade s novou právnou úpravou.

Pripravil: Mgr. Zdenko Seneši

Vyhlásenie SLK k dištancu SR od nových predpisov WHO

MEDZINÁRODNÁ SPOLUPRÁCA JE NEVYHNUTNÁ!

Prezídium a Rada Slovenskej lekárskej komory, ako vrcholné orgány stavovskej organizácie zastupujúcej lekárov na Slovensku, prijali na svojom zasadnutí dňa 11. júna 2024 nasledujúce vyhlásenie:

Slovenská lekárska komora so znepokojením prijala informácie o tom, že Slovenská republika sa dištancovala od prijatia aktualizovaných medzinárodných zdravotníckych predpisov, prerokovávaných na nedávnom stretnutí WHO v Ženeve.

Slovenská lekárska komora si uvedomuje, že medzinárodná spolupráca v oblasti ochrany zdravia a životov našich občanov je práve v prípade globálnych pandémií nevyhnutná, preto pevne veríme, že pri nasledujúcich rokovaniach a pri konečnom odsúhlasení nových medzinárodných pravidiel nebude podpis zástupcov Slovenskej republiky chýbať.

(zav)

Vizualizácia novej UNB v Ružinove.

Foto: **autorka,** Vizualizácia: **MZ SR**

Veľké plány

Nová univerzitná nemocnica vyrastie v bratislavskom Ružinove, nová detská zase na Rázsochách.

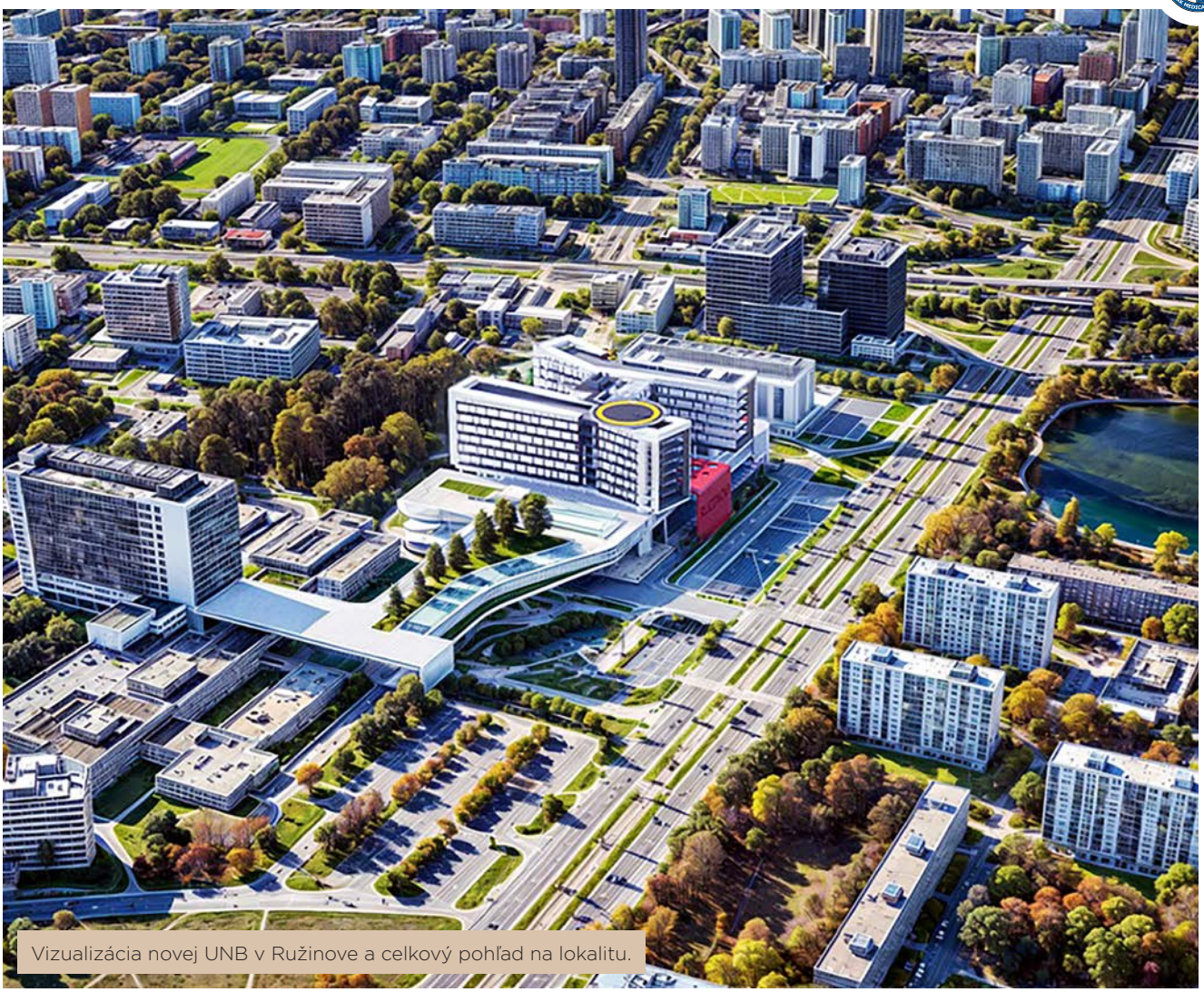
Po 40-tich rokoch sa možno konečne dočkáme! A to nie jednej novej nemocnice, ale rovno vraj dvoch! Tak aspoň vyzerajú smelé plány ministerky zdravotníctva Zuzany Dolinkovej, ktoré jej odobrila koncom mája aj vláda.

ČO ODSÚHLASILI

Podľa schváleného materiálu bude nová Národná univerzitná nemocnica v Bratislave situovaná v mestskej časti Ružinov, v blízkosti súčasnej nemocnice. Podľa schváleného uznesenia sa zároveň plánuje využiť lokalita na Rázsochách na výstavbu nového Národného ústavu detských chorôb. Obe riešenia vychádzajú podľa vyjadrenia ministerstva z dostupných analýz, odborných rokovaní a zohľadňujú predovšetkým časovú a finančnú dostupnosť a efektivitu týchto zdravotníckych zariadení pre pacientov. Vedenie ministerstva zdravotníctva projekty nemocníc ešte pred predložením na rokovanie vlády predstavilo poslancom NR SR, dekanom lekárskych fakúlt, stavovským organizáciám a združeniam pôsobiacim v zdravotníctve. Na stretnutí boli aj zástupcovia SLK.

„Naším cieľom je po vyše 40-tich rokoch priniesť pacientom a zdravotníkom koncové moderné nemocnice 21. storočia,“ uviedla ministerka zdravotníctva Zuzana Dolinková. **„Verím, že záujem celej odbornej i laickej verejnosti v zdravotníctve je rovnaký – v čo najkratšom čase a finančne čo najefektívnejšie doručiť pacientom a zdravotníkom z celého Slovenska konečne novú koncovú univerzitnú nemocnicu,“** dodala ministerka.

Rozhodnutie rezortu zdravotníctva navrhnúť výstavbu oboch nemocníc v daných lokalitách vychádza z architekto-



Vizualizácia novej UNB v Ružinove a celkový pohľad na lokalitu.

nickej štúdie spoločnosti Amberg Engineering Slovakia, s. r. o. Architektonická štúdia odhaduje pri Národnej univerzitnej nemocnici v Bratislave a Národnom ústave detských chorôb ukončenie výstavby do konca roku 2031.

ŠTRUKTÚRA PRACOVÍSK V NOVEJ BUDOVE

- 411 lôžok (možnosť rozšírenia)
- operačné sály (15 v komplexe operačných sál, 6 JAS, 2 GPK na sekcie)
- ambulantný trakt – inštitúty (kardiológia, oftalmológia, urológia, maxilofaciálna chirurgia, gynekológia, gastroenterológia, liečba bolestí) a ambulancie
- urgentný príjem
- diagnostika – vrátane 3 ks CT a 2 ks MRI
- ostatné – laboratóriá, heliport, dialýza, centrálna sterilizácia atď.

„STARÁ“ SA BUDE REKONŠTRUOVAŤ

Spolu s novou budovou nemocnice v Ružinove, ktorej „za obeť“ padne aj Zimný štadión Vladimíra Dzurillu *(zaň požaduje mestská časť náhradu – teda nový štadión)*, sa bude rekonštruovať aj existujúca ružinovská nemocnica. Aktuálne dispozičné usporiadanie stavebných objektov nemocnice Ružinov totiž nezabezpečuje dostatočný priestor pre optimalizáciu medicínskych a logistických procesov a efektívnu prevádzku.

Odporúča sa rekonštrukcia bloku D a jeho prispôsobenie na dlhodobú lôžkovú starostlivosť. Nová nemocnica bude s existujúcou nemocnicou prepojená mostom. Pri rekonštrukcii bloku D a jeho prispôsobení na dlhodobú lôžkovú starostlivosť a dobudovanie novej nemocnice v priestore zimných štadiónov sa maximálne využije vypracovaná dokumentácia. Tým sa umožní umiestnenie tejto časti nemocnice v samostatnej budove s priamym prístupom k vonkajšiemu prostrediu a zelenej ploche, a zároveň toto riešenie zabezpečí lepšiu kvalitu poskytovaných služieb a pohodlie pre pacientov.

Nemocnica sa má rekonštruovať za plnej prevádzky, keďže sa bude najprv stavať nová časť a potom rekonštruovať existujúca budova.

Navrhovaná lokalita zároveň disponuje priestorom na vybudovanie vzdelávacieho zázemia formou kampusu tak, ako bola navrhnutá v lokalite Rázsochy. „V súvislosti so vzdelávaním novej generácie zdravotníkov je totiž potrebné zabezpečiť moderné a inovatívne priestory nielen na liečbu pacientov, ale aj na vzdelávanie medikov, sestier a ďalších zdravotníckych pracovníkov,“ informovalo ministerstvo v tlačovej správe. Podľa predstaviteľov LF UK by mohol kampus slúžiť ako virtuálne centrum pre simulátorovú a trenažérsku výučbu.

Po ukončení budú mať obe nemocnice (starý aj nový Ružinov) k dispozícii 1015 lôžok a v Bratislave by bolo celkovo 1800 lôžok.

POROVNANIE RÁZSOCH A RUŽINOVA

	RUŽINOV	RÁZSOCHY
LÔŽKA	1 015	802
PLOCHA v m²	176 700	160 300
Lôžkové pracoviská	25	22
Operačné sály (OS)	23	22
OS – príprava pacienta	15	14
OS – prebúdzacie lôžka	24	22
Urgent – lôžka	30	28
Urgent – trauma lôžka	24	22
Dialýza – počet kresiel	25	20

PREDPOKLADANÉ NÁKLADY STAVBY

Rekonštrukcia: 94 300 000,00 €
Nová budova: 338 500 000,00 €
SPOLU: 432 800 000,00 €

NÁZORY ZA AJ PROTI

Ako to už býva, v súvislosti s predstaveným projektom sa ozývajú nielen hlasy za, ale aj proti. Prinášame názory z oboch táborov.

MUDR. VLADIMÍR BALÁŽ, PREDSEDA ZDRAVOTNÍCKEHO VÝBORU NR SR

Východný okraj Bratislavy je pre mňa dobrá lokalita pre národnú nemocnicu. Koncept rozšírenia Nemocnice Ružinov je tiež dobrý, pretože je to dobrá nemocnica, je tam priestor na výstavbu. V Ružinove žijú desaťtisíce ľudí a celý problém s podzemnou vodou *(tento problém odznel na stretnutí s ministerkou, kde sa hovorilo o pravidelnom zatopení ružinovskej nemocnice pri silných dažďoch, pozn. red.)* bol v nedostatočne dimenzovanej kanalizácii. Bude vybudovaná nová kanalizácia. Starosta Ružinova a primátor sľúbili, že zlepšia dopravnú dostupnosť, zrekonštruujú sa cesty, predĺži sa električková trať smerom k železnici. V budúcnosti sa tam počíta aj s kampusom. Musíme sa tešiť, že sa postaví nová nemocnica v Bratislave, nie neustále všetko kritizovať.

PETER VISOLAJSKÝ, LEKÁRSKE ODBOROVÉ ZDRUŽENIE

Na výstavbu národnej nemocnice Rázsochy mal štát hotový projekt a boli schválené všetky potrebné potvrdenia. Namiesto toho vláda na návrh ministerky Zuzany Dolinkovej schválila prístavbu k nemocnici v Ružinove, kde zbúra mestský zimný štadión a nový heliport za 2,2 milióna eur. Len povoľovacie procesy budú podľa optimistického scenára trvať minimálne 4 roky. LOZ tiež upozornilo, že štát nemá na danú výstavbu kúpené všetky pozemky ani povolenie na celkovú výstavbu.

NÁRODNÝ ÚSTAV DETSKÝCH CHORÔB

Nový detský ústav na Rázsochách, pri ktorom sa využije podľa rezortu projektová dokumentácia pôvodných Rázsoch, plánuje 446 postelí pre malých pacientov. Nemocnica bude pozostávať zo štyroch samostatných, ale navzájom prepojených nemocničných budov. Výstavba takéhoto národného ústavu by podľa ministerstva umožnila centralizáciu vybranej vysoko špecializovanej pediatrickej medicíny na Slovensku, zohľadnila trendy detskej medicíny a nadčasového konceptu poskytovania zdravotnej starostlivosti. Aj pri tejto nemocnici predpokladá ministerstvo ukončenie výstavby v roku 2031.

Z ČOHO SA TO ZAPLATÍ?

Ministerstvo zdravotníctva v spolupráci s ďalšími rezortmi hľadá vhodné zdroje a alternatívy financovania projektov. Zároveň bude potrebné predložiť na rokovanie vlády koncepcie rozvoja koncových zdravotníckych zariadení, štúdie uskutočniteľnosti a vykonať všetky kroky k realizácii investičného zámeru výstavby.

Čo bude so súčasnými nemocnicami na území Bratislavy, sa podľa ministerky zdravotníctva ešte nerozhodlo. Podľa niektorých informácií by mali byť neskôr zatvorené nemocnice na Kramároch a nemocnica v Starom meste, Podunajské Biskupice by mali ostať zachované.

Rozmiestnenie jednotlivých kliník, operačných sál a ďalších zariadení v areáli novej detskej nemocnice.

Navrhované počty lôžok v novej detskej nemocnici

Pracovisko	Navrhovaný počet lôžok	Poznámka
Klinika detskej chirurgie	48	štandardné lôžko
Klinika pediatrickej urológie	12	štandardné lôžko
Detská ortopedická klinika	18	štandardné lôžko
Detská klinika	72	štandardné lôžko
Detská dermatovenerologická klinika	12	štandardné lôžko
Neonatologická klinika	30	štandardné lôžko
Klinika detskej neurológie	22	štandardné lôžko
Detská klinika anestéziológie a intenzívnej medicíny	22	JIS, boxy
Klinika detskej hematológie a onkológie	36	štandardné lôžko
Detská otorinolaryngologická klinika	12	štandardné lôžko
Klinika detskej oftalmológie	12	štandardné lôžko
Detská neurochirurgia	10	štandardné lôžko
Klinika detskej pneumológie a ftizeológie	22	štandardné lôžko
Klinika detskej psychiatrie	24	štandardné lôžko
Transplantačná jednotka	12	JIS, boxy
	364	
Urgentný príjem	18	expektačné lôžko
Centrum jednodňovej chirurgie	36	stacionár
Jednodenný stacionár	28	stacionár (kreslá)
SPOLU	446	

NÁZOR BÝVALÉHO RIADITEĽA DFN MUDR. ROBERTA VETRÁKA, MPH

Súčasná budova NÚDCH na Kramároch konštrukčne nespĺňa požiadavky na modernú detskú nemocnicu – má železobetónové moduly s rozmermi 6 x 6 m, takže neumožňuje flexibilne reagovať a upravovať priestory pre potreby detských pacientov väčšie ako 36 m². Aj urgentný príjem, ktorý tam vybudovali, sa nedal používať, pretože sa doň nezmestili sanitky...

Ďalším problémom je možnosť prítomnosti rodičov detí počas ich hospitalizácie spolu na izbe, v pôvodnom projekte boli detskí pacienti zvlášť (2 – 3 na izbe) a matky s deťmi boli ubytované zvlášť v 3-posteľových izbách. Budova je energeticky veľmi náročná, mala osadené kovové okná a plášť nie je zateplený, čo spôsobuje vysoké náklady na prevádzku detskej nemocnice.

Moderné detské nemocnice vo svete majú najmodernejšie prístrojové vybavenie, zohľadňujúce špecifiká detského veku – od zobrazovacích metód až po laboratórnu diagnostiku, pretože pre dieťa v novorodeneckom veku sú potrebné iné technické špecifiká ako pre 15-ročné dieťa. Moderné nemocnice tiež umožňujú prítomnosť rodičov s dieťaťom počas celej hospitalizácie, takže predpokladám, že nový projekt NÚDCH tieto trendy zohľadňuje.

Ako bývalý riaditeľ Detskej fakultnej nemocnice, terajšieho NÚDCH, podporujem výstavbu modernej koncovej detskej nemocnice na Slovensku. Otázka je jej lokalizácia, o čom musia rozhodnúť kompetentní po diskusii s odbornou verejnosťou.

Pripravila: Mgr. Nancy Závodská

Čo priniesla nášmu zdravotníctvu?

Slovensko je už dvadsať rokov členom Európskej únie

Dňa 1. mája sme si pripomenuli 20. výročie rozšírenia Európskej únie o „východné krajiny" vrátane Slovenska a 9. mája 74 rokov od Schumanovej deklarácie, známejšej ako Deň Európy. Pôvodná myšlienka – do budúcnosti predísť vojnovým konfliktom medzi európskymi národmi a zabezpečiť mierový rozvoj Európy formou hospodárskej spolupráce – mala viesť k spájaniu jednotlivých národných štátov. Postupne bol hospodársky zámer rozšírený na ďalšie oblasti života, k projektu EÚ sa pridávali ďalšie krajiny. Proces bol nateraz zavŕšený prístupom krajín bývalého socialistického tábora, Európska únia sa významným spôsobom rozšírila východným smerom. Nebol to pre nás žiadny návrat do Európy, ako sa o tom zvykne hovoriť. V Európe sme boli a žili aj predtým, len dočasne v odlišných pomeroch, ktoré nás však sprevádzajú dodnes. Žiaľ, musíme konštatovať, že odlišná mocenská a spoločenská minulosť predurčuje miesto konkrétnych štátov v Európskej únii.

Pri otázke, čo priniesla Európska únia Slovensku v oblasti zdravotníctva, nie je odpoveď jednoznačná, priniesla plusy aj mínusy. Vstup Slovenska do EÚ sa totiž udial v tom istom roku, v ktorom bola prijatá aj novelizácia zákona o zdravotníctve, tzv. Zajacova reforma, ktorá výraznejšie ako vstup do EÚ zmenila naše zdravotníctvo. Žiaľ, (a s odstupom času je to viac viditeľné), najmä v negatívnom smere. Skúsme si pripomenúť niektoré fakty o vývoji slovenského zdravotníctva od roku 2004.

ZAJACOVA REFORMA A PRIVATIZÁCIA

Politicky bolo Slovensko nepripravené na spoločný trh pracovných síl v zdravotníctve. Podcenením odlišných príjmov zdravotníkov (lekárov a sestier) v západnej Európe a u nás, došlo k ich výraznému odlivu zo Slovenska. Politickí predstavitelia si neuvedomili, že lekár je univerzálny, na rozdiel od ostatných profesií jeho diplom a ďalšiu kvalifikáciu s radosťou uznajú vo všetkých krajinách. Veď čo môže byť lepšie, ako získať kvalifikovanú silu zadarmo, bez nutnosti zaplatiť za jej vzdelávanie.

Zajacova reforma neobsahovala postupné vyrovnávanie/dobiehanie platov lekárov na západnú úroveň, naopak, minister Zajac také niečo vyslovene odmietol. Prím dostala privatizácia zdravotníctva s črtami amerikanizácie. Nemocnice boli ponechané napospas „neviditeľnej ruke trhu", výsledky sa dostavili čoskoro. Odlišný bol vývoj v menších nemocniciach (v minulosti I. a II. typu), ktoré sa dostali do pôsobnosti samosprávnych krajov, ktoré na ich prevádzku nedostali vyčlenené financie a väčších nemocníc (v minulosti III. typu), ktoré ostali v správe štátu.

Menšie nemocnice buď získali štatút neziskových organizácií, niektoré ostali v správe samostatného kraja (v Trenčianskom a Žilinskom kraji), a ostatné sa postupným procesom dostali cez privatizáciu do portfólia súkromných firiem, z ktorých sa vykryštalizovali postupne dve najsilnejšie skupiny, ktoré vytvorili sieť nemocníc.

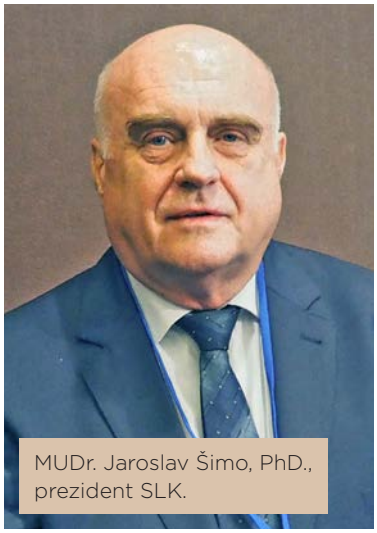
Vývoj veľkých (koncových) nemocníc mal svoje špecifiká. Od týchto nemocníc sa oddeľovali a následne privatizovali hlavne SVALZ-y, ktoré boli pred týmto procesom patrične „nacenené" (lepšie povedané nadcenené), čo spôsobilo ich významný, aj keď neriadený rozvoj – „off sourcing" bol proste in! Išlo o biochemické, hematologické, mikrobiologické laboratá-

riá, rádiologické pracoviská, lekárne a pod. Miesto toho, aby tieto pracoviská prinášali zisky nemocniciam, a tým znižovali ich deficit (úplne odstrániť ho nie je možné v dôsledku podfinancovania), prinášali zisky novým majiteľom. To by samo o sebe nebolo zlé, ak by išlo o doplnkovú činnosť, napr. služby pre ambulantný sektor. Pre veľké nemocnice to však bola ďalšia rana do ich hospodárenia. Bola to len jedna z akcií, ktoré sa dajú nazvať privatizácia ziskov, socializácia strát. Výsledkom je dnešný veľký dlh nemocníc v správe štátu.

Pri týchto procesoch sa nemyslelo na hlavných aktérov – na zdravotníckych pracovníkov v nemocniciach. Nebyť dvoch významných akcií nemocničných lekárov, zostali by ich platy na takej nízkej úrovni, že by tu už asi v nemocniciach nikto nepracoval. Lekári zápasom o svoje práva zachraňovali zdravotníctvo! Navždy si treba zapamätať, že človek dostane len to, čo si vybojuje.

VÝVOJ AMBULANTNEJ SFÉRY A VZDELÁVANIE

Ambulantná sféra bola až na malé výnimky privatizovaná. Aj keď išlo do značnej miery o „nie celkom dobrovoľný" proces, samotná myšlienka odštátniť ambulantný sektor bola správna, ale... Lekári boli doslova hodení do vody, aby sa naučili plávať. Je až obdivuhodné, ako bol tento proces vo všeobecnosti lekármi zvládnutý (dodnes nedocenený), pretože pomoc štátu bola minimálna, ak sa vôbec o nejakej pomoci dá hovoriť. Dnešný stav však nedáva dôvod na radosť. Ambulantný sektor trpí na prestárnutosť lekárov, je chronicky podvyživený, jeho segmenty sú nerovnomerne finančne zabezpečené, niektoré doslova bojujú o prežitie. Každý rok sa opakujú „rituálne tance" pri vyjednávaní zmlúv so zdravotnými poisťovňami. Dnes čelíme vážnej finančnej kríze – nedofinancovaniu zdravotníctva – ústavnej aj ambulantnej zdravotnej starostlivosti.


MUDr. Jaroslav Šimo, PhD., prezident SLK.

Miesto toho, aby sme pri prístupovom vyjednávaní ponúkli náš systém vzdelávania stredného zdravotníckeho personálu, ukončený maturitou, ako unikátny model vzdelávania (spolu s ČR) pre EÚ, tak sme zlým prekladom high school (stredná odborná škola) ako vysoká škola začali vytvárať doslova „vymyslené" fakulty ošetrovateľstva, dokonca aj celé vysoké školy, ktoré dnes produkujú „manažérky" a pri lôžku chorého už pomaly nemá kto pracovať. Tento proces zasiahol aj iné, predtým nazývané stredné zdravotnícke profesie. Nové absolventky SZŠ sa stali zo dňa na deň zdravotníckymi asistentkami, nikomu pritom nevadilo (skôr to nevedeli), že pracovník s ukončenou maturitou u nás má pracovať na pozícii, ktorú v Rakúsku vykonáva pracovník s ročným zdravotníckym kurzom. Záujem o štúdium na fakultách ošetrovateľstva je dlhodobo nízky, nestačí na doplnenie stavu sestier. Systém ročne vyprodukuje asi toľko absolventiek ako slovenské lekárske fakulty. Jediné, v čom sa fakultám ošetrovateľstva darí, je udeľovanie akademických a pedagogických titulov. Absolventky týchto škôl dnes pracujú najmä vo farmafirmách, rôznych, aj tých najvyšších štátnych úradoch (radšej to bližšie nešpecifikujem). Očakávaný výsledok sa dostavil: **„Skvelá" Zajacova reforma po 20-tich rokoch spôsobila personálny kolaps zdravotníctva.**

ZÁKON O KOMORÁCH A POISŤOVNIACH

Ďalšou perličkou Zajacovej reformy bol zákon o zdravotníckych komorách. Po roku 1989 vznikli, resp. bola obnovená činnosť lekárskej a lekárnickej komory na Slovensku, neskôr sa zo SLK odčlenila Slovenská komora zubných lekárov. Tieto tri originálne zdravotnícke komory (Slovenská lekárska komora, Slovenská komora zubných lekárov a Slovenská lekárnická komora), podobne ako napr. advokátska, notárska komora, komora veterinárnych lekárov, prešli procesom „znovuzaloženia" v nových, demokratických pomeroch veľmi úspešne a formovali sa ako profesijné, samosprávne organizácie zastupujúce svojich členov. Vzhľadom na to, že komory odmietli podporiť reformu zdravotníctva v roku 2004, tak v záujme oslabenia ich postavenia bolo v týchto troch komorách zrušené povinné členstvo (**minister Zajac demonštratívne ako prvý vystúpil zo SLK, komory ostatných, vyššie uvedených profesií ostali bez zmeny**) a bolo vytvorených osem (!) ďalších „zdravotníckych komôr" zo zákona, ktoré mali byť protiváhou troch pôvodných komôr.

A tak kým v Českej republike majú spolu 13 profesijných komôr zriadených zo zákona (z toho 3 zdravotnícke), my na Slovensku sme lepší – máme 11 zdravotníckych komôr zriadených zo zákona. Z krajín, ktoré majú podobný systém zdravotníctva, napr. Rakúsko, Nemecko, Česko, sme jediný štát, ktorý má taký nezmyselný rozsiahly systém zdravotníckych komôr. Štát má asi vážny záujem na regulácii takých profesií ako chemický, hematologický, zubný, rádiologický laborant, fyzioterapeut, protetik, praktická sestra, sanitár a podobne. Skôr si myslím, že tvorcovia reformy ani netušili, aká je úloha jednotlivých profesií v zdravotníctve.

Zákon z roku 2004 vytvoril zo zdravotných poisťovní obchodné spoločnosti, ktoré majú právo z prostriedkov verejného poistenia tvoriť zisk! Je to unikát v celej Európskej únii, pýšiacej sa solidárnymi systémami verejného zdravotníctva rôzneho druhu v jednotlivých krajinách, ktorý bol dokonca potvrdený rozhodnutím ústavného súdu (jeho rozhodnutia sa nemajú kritizovať, dokonca ani vtedy, ak prijme doslova hlúposť!). Nuž, **Slovensko v mnohých ohľadoch dokazuje, že je krajinou neobmedzených možností so systémom obmedzeného verejného zdravotníctva**. O tom, aké veľké finančné straty (lepšie povedané úniky) to zdravotníctvu prinieslo, sme už opakovane písali.

REFORMA „ZÁCHRANIEK"

Ako ďalší príklad čudnej reformy je prípad záchrannej zdravotníckej služby – ZZS (kedysi rýchla zdravotnícka pomoc – RZP). Prebehla jej privatizácia na podklade „biznis plánov". Aktérom sa stala aj dánska firma, ktorá sa asi nestíhala čudovať, čo všetko na Slovensku môže byť predmetom „biznisu". Skutočne nikomu nenapadlo, že ZZS je niečo podobné ako Hasičský a záchranný zbor, a preto nemôže byť organizovaná ako zárobkový podnik? Nemyslím si, že to bola naivita tvorcov, ale ukázalo sa, že to bol perfektne naplánovaný krok, ktorý priniesol významné zisky z verejných peňazí pre úzku skupinu vyvolencov. Našťastie, pochopiac neúnosnosť situácie, nastali v tejto oblasti významné korekcie.

Aký bude ďalší vývoj slovenského zdravotníctva? Núka sa jediné východisko – ponúkať ako vzory pre rozvoj verejného zdravotníctva Rakúsko a Nemecko, teda zdravotníctvo „klasických krajín" EÚ a nehľadať naše originálne riešenia, v tomto prípade to skutočne nie je vhodné. Nájde sa na to dostatočná politická podpora?

Pripravil: MUDr. Jaroslav Šimo, PhD., prezident SLK

Foto: adobe stock

Ako je na tom Nemecko s lekármi?

Zdravotnícky systém aj u nich bojuje s rastúcim dopytom po zdravotnej starostlivosti, starnutím obyvateľstva a úbytkom zdravotníkov

Nemecká lekárska komora každoročne zverejňuje štatistiku o lekároch pôsobiacich v tejto krajine. Štatistika, ktorej podrobnosti rozvedieme nižšie, bola urobená k 31. decembru 2023 a zahŕňa celú Nemeckú spolkovú republiku, teda všetkých 16 spolkových krajín.

ČO UKÁZALA ŠTATISTIKA

Celkový počet pracujúcich lekárov a lekárok v Nemecku stúpol o 1,7 % na 428 000 osôb. V porovnaní s predpandemickým obdobím je to však dôvod na znepokojenie, pretože v roku 2019 bolo percento nárastu 2,5.

Počet registrovaných lekárov v Nemecku stúpol o 2 % na cca 569 000 osôb, z toho približne 428-tisíc je pracujúcich, zvyšok (cca 140-tisíc) tvoria lekári na dôchodku, prípadne takí, ktorí nevykonávajú lekársku prax. Pri pracujúcich lekároch naďalej pretrváva trend poklesu ich počtu (-1,7 %). Od roku 2018 sa ich počet znížil takmer o 8 percent!

Naproti tomu možno sledovať **vysoký nárast lekárov zamestnaných v ambulantnom sektore** (+8,1 % v porovnaní s predošlým rokom a až +51 % od roku 2018!). **Približne tretina lekárov a lekárok tak pracuje v ambulantnom sektore alebo v medicínskych zariadeniach.**

Predpoklad, že po skončení pandémie a zrušení všetkých zákazov a obmedzení nastane boom, čo sa týka nárastu počtu lekárov, sa nepotvrdil. Dokazuje to aj spomínaná štatistika. Lekári stále v Nemecku chýbajú, a to čoraz viac, aj vzhľadom na starnutie obyvateľstva a s tým súvisiaci dopyt po zdravotnej starostlivosti.

Podľa odhadu Centrálneho inštitútu pre zdravotné poistenie z februára 2024 treba **do roku 2050 počítať s tým, že v Nemecku bude chýbať 30 000 až 50 000 lekárov**. Drobnú nádej dáva iba pomerne slušný rozbeh pri vzdelávaní mladých lekárov a lekárok. Dokazujú to i čísla – po poklese v rokoch 2020-2022 sa za sledovaný rok 2023 registrovalo v lekárskych komorách (v jednotlivých spolkových krajinách) o 5,7 % viac lekárov. Aj lekárske fakulty hlásia pozitívny trend nárastu absolventov.

Napriek tomu však počty miest na lekárskych fakultách sú stále menšie ako boli v 80-tych rokoch. Kým dnes má Nemecko k dispozícii cca 12 000 miest na lekárskych fakultách, v spomínaných 80-tych rokoch to bolo takmer 14 000 (v obidvoch nemeckých štátoch).

POMÁHAJÚ CUDZINCI

Nepriaznivú situáciu pomáhajú v Nemecku už dlhšie zvládnuť zahraniční lekári a lekárky. Po rokoch slabého nárastu sa zvýšil počet zahraničných lekárov, ktorí sa prvýkrát registrovali v niektorej z komôr, o 14 percent! V roku 2023 dosiahol počet lekárov, ktorí nemajú nemecké občianstvo, 64 000. V porovnaní s rokom 2013 sa toto číslo zdvojnásobilo, vtedy

Počet lekárov v Nemecku – štatistika za celú krajinu

Celkový počet registrovaných lekárov: cca 569 000

Počet pracujúcich lekárov: 428 500

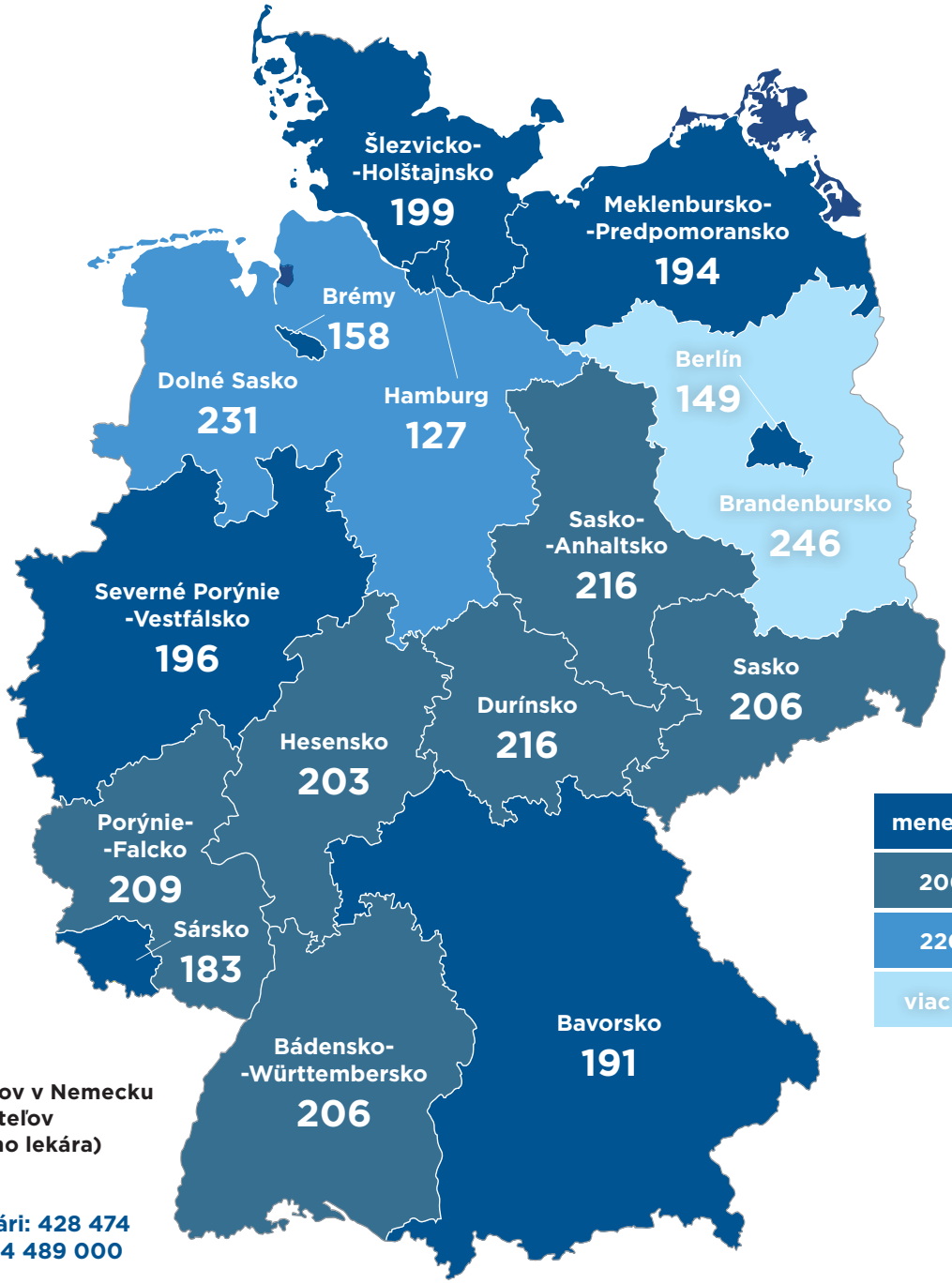
Lekári na dôchodku alebo nevykonávajúci prax: 140 300

Ambulantný sektor: Celkový počet lekárov: 168 300

- Vlastná prax: 108 200
- Zamestnaní: 60 100

Nemocničný sektor: Celkový počet lekárov: 221 900

- Vedúci lekári: 16 600
- Ostatní: 205 300



Hustota lekárov v Nemecku (počet obyvateľov na pracujúceho lekára)

Pracujúci lekári: 428 474
Obyvatelia: 84 489 000

pracovalo v Nemecku približne 30 000 zahraničných lekárov. Pred tridsiatimi rokmi to bolo dokonca iba 10 000.

Väčšina zahraničných lekárov, ktorí pracujú v Nemecku, pochádza z krajín Európskej únie, alebo iných európskych štátov, ako aj z krajín Blízkeho východu. Zahraničných lekárov z EÚ, ktorí pracujú v Nemecku, je spolu 27 268, zvyšok Európy zastupuje 14 830 zahraničných lekárov. Spolu je teda v Nemecku 42 548 lekárov z Európy, z toho pracujúcich je 37 730. V nemocniciach ich pracuje spolu 28 532, v ambulantnom sektore 5 607. Zvyšok tvoria lekári zaoberajúci sa inou lekárskou činnosťou.

Čo sa týka jednotlivých krajín, najviac sú medzi zahraničnými zdravotníkmi zastúpení lekári zo Sýrie (6 120), Rumunska (4 668), Rakúska (2 993), Grécka (2 943), Ruskej federácie (2 941) a Turecka (2 628).

Zo Slovenska pracuje v Nemecku podľa ich štatistiky 1 167 lekárov (čo je oproti roku predtým pokles o 2 %), z toho 797 v nemocniciach a 149 v ambulantnom sektore. Zvyšok tvoria lekári vykonávajúci inú ako lekársku činnosť. Pre porovnanie zaujímavý údaj – **českých** lekárov je v Nemecku rovnaký počet ako slovenských – 1 167...

Naproti tomu opustilo Nemecko v roku 2023 takmer 2 200 lekárov a lekárok, počty o návrate nie sú známe. Narastá aj počet lekárov na dôchodku, v porovnaní s vlaňajškom ich je o 4,1 % viac, spolu vyše 100 000. Narastajú obavy, že tento vývoj bude pokračovať, pretože už dnes je okolo 97 000 pracujúcich lekárov (cca 23 %) starších ako 60 rokov! Niektoré oblasti sú demografickým vývojom zasiahnuté viac ako iné.

HUSTOTA LEKÁROV NA POČET OBYVATEĽOV

Zaujímavé údaje ponúka štatistika aj pri pohľade na to, koľko obyvateľov pripadá na jedného pracujúceho lekára.

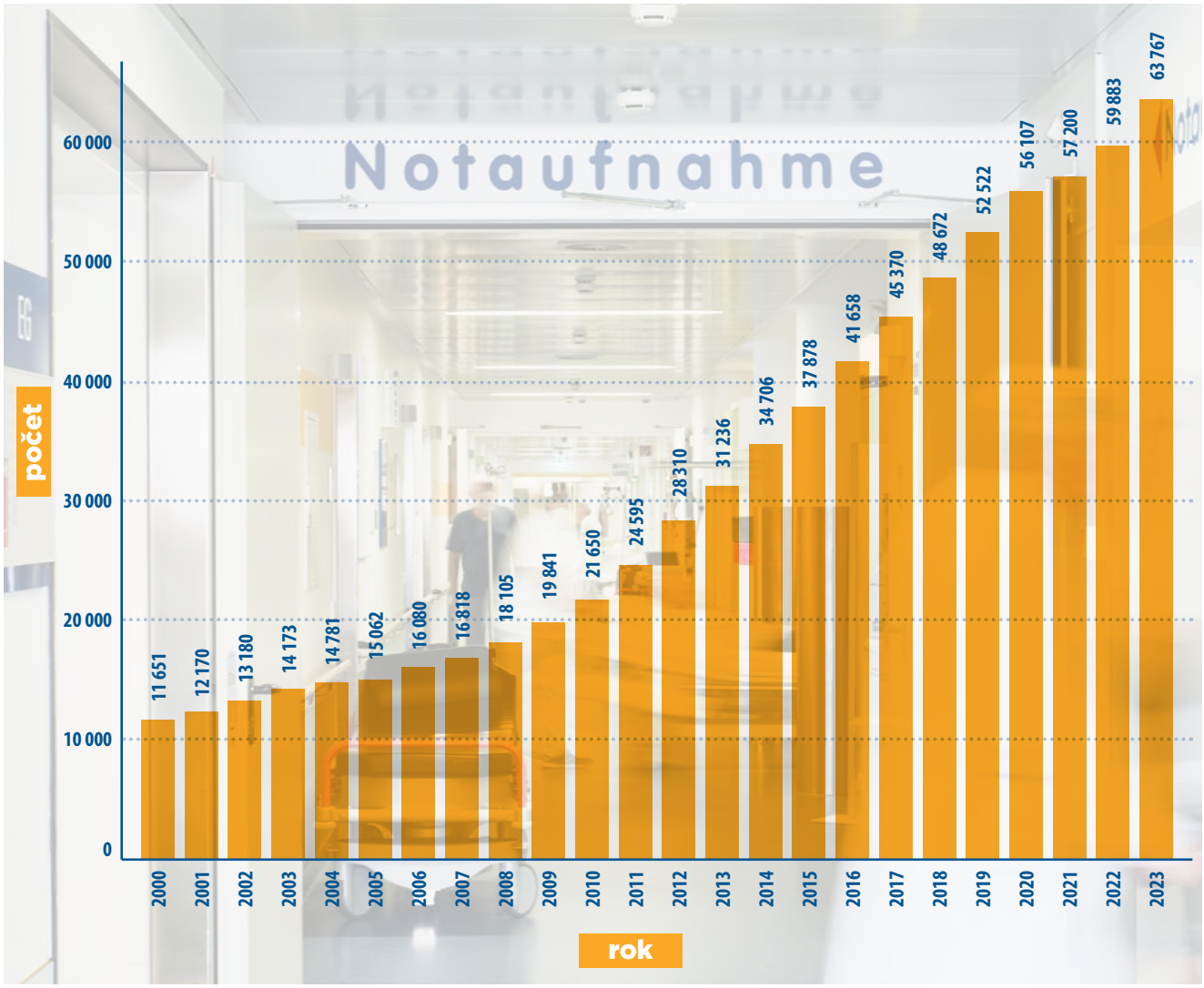
Celkový počet pracujúcich lekárov – 428 474

Počet obyvateľov v Nemecku – 84 489 000

Priemerne podľa týchto čísel vychádza na jedného lekára v Nemecku 197 pacientov. Počty sa mierne líšia podľa jednotlivých spolkových krajín, napríklad v najväčšej spolkovej krajine Nemecka, v Bavorsku, pripadá na 1 pracujúceho lekára 191 obyvateľov. Najmenej obyvateľov – 149 – pripadá na lekára v Berlíne, najviac – 246 – v spolkovej krajine Brandenbursko.

Pripravila: Mgr. Nancy Závodská
Zdroj: Nemecká lekárska komora
https://www.bundesaerztekammer.de/baek/ueber-uns/aerztestatistik/2023

Vývoj počtu zahraničných lekárov



Zahraniční lekári v Nemecku podľa krajín

Krajina pôvodu	Cudzinci spolu		Z toho bez lekárskej činnosti	Pracujúci		Z toho			
						Nemocnica		Ambulantní	Iná lekárska činnosť
	Počet	Zmena oproti minulému roku v %		Počet	Zmena oproti vlaňajšku v %	Počet	Zmena oproti vlaňajšku v %		
Európska únia	**27268**	**1.5**	**3416**	**23852**	**1.6**	**17273**	**-0.1**	**4084**	**2495**
z toho									
Belgicko	450	6.4	89	361	3.7	260	3.6	68	33
Bulharsko	2018	2.2	205	1813	2.3	1428	0.2	235	150
Dánsko	70	0.0	23	47	-2.1	24	0.0	16	7
Estónsko	63	0.0	12	51	-3.8	33	-10.8	11	7
Fínsko	118	1.7	49	69	4.5	37	5.7	17	15
Francúzsko	767	8.6	178	589	5.6	368	8.9	137	84
Grécko	2943	-1.0	408	2535	-1.4	1724	-4.3	578	233
Írsko	69	15.0	12	57	16.3	28	0.0	19	10
Taliansko	1966	4.4	265	1701	3.9	1271	4.2	240	190
Chorvátsko	622	4.7	83	539	3.3	404	-1.2	79	56
Lotyšsko	380	0.5	31	349	0.0	283	-2.1	50	16
Litva	612	4.6	45	567	5.6	446	1.1	81	40
Luxembursko	485	7.5	85	400	7.8	328	8.3	42	30
Malta	9	0.0	1	8	14.3	5	0.0	3	0
Holandsko	932	1.9	207	725	-0.4	467	0.2	197	61
Poľsko	2159	1.5	244	1915	1.6	1352	-0.1	409	154
Portugalsko	373	6.6	41	332	7.1	266	7.3	37	29
Rumunsko	4668	-0.6	381	4287	0.5	3298	-2.1	557	432
Švédsko	138	6.2	34	104	6.1	62	6.9	30	12
Slovensko	**1167**	**-2.0**	**116**	**1051**	**-1.6**	**797**	**-4.6**	**149**	**105**
Slovinsko	94	4.4	10	84	6.3	67	6.3	9	8
Španielsko	853	4.2	136	717	5.1	472	6.1	143	102
Česká republika	1167	-1.6	120	1047	0.3	783	-1.9	162	102
Maďarsko	1709	-1.4	164	1545	-0.3	1072	-2.0	242	231
Cyprus	443	13.9	60	383	9.4	341	8.3	32	10
Rakúsko	2993	1.7	417	2576	1.9	1657	0.9	541	378
zvyšok Európy	**14830**	**8.9**	**1273**	**13557**	**9.5**	**11066**	**8.6**	**1428**	**1063**
z toho									
Albánsko	1173	8.5	80	1093	8.3	999	6.8	43	51
Andorra	1	0.0	1	0	0.0	0	0.0	0	0
Bosna a Hercegovina	742	7.5	69	673	5.7	568	4.8	43	62
Island	10	11.1	0	10	11.1	9	12.5	1	0
Kosovo	489	14.0	30	459	13.9	412	13.8	23	24
Lichtenštajnsko	2	-33.3	0	2	-33.3	2	0.0	0	0
Moldavsko	153	-0.6	11	142	-0.7	109	-0.9	20	13
Čierna Hora	53	10.4	4	49	8.9	44	7.3	5	0
Severné Macedónsko	638	3.4	30	608	3.1	543	1.3	33	32
Nórsko	130	0.8	29	101	3.1	60	-1.6	22	19
Ruská federácia	2941	6.4	243	2698	6.9	2050	6.3	389	259
Švajčiarsko	324	-2.1	71	253	-5.6	158	-8.1	53	42
Srbsko	1924	4.1	122	1802	5.1	1565	2.2	115	122
Turecko	2628	21.7	284	2344	24.1	1822	26.8	353	169
Ukrajina	2296	6.1	162	2134	7.2	1725	6.0	229	180
Spojené Kráľovstvo	273	0.4	78	195	-3.0	115	-5.7	43	37
Bielorusko	1053	14.8	59	994	15.3	885	14.8	6	53
iná Európa	**450**	**-0.7**	**129**	**321**	**1.3**	**193**	**4.9**	**95**	**33**
Európa	**42548**	**4.0**	**4818**	**37730**	**4.3**	**28532**	**3.1**	**5607**	**3591**

Ako je na tom Slovensko s lekármi?

Pozreli sme sa aj na demografický vývoj spoločnosti, vekovú štruktúru lekárov aj ich počet na obyvateľov

V ostatných mesiacoch sú publikované rôzne analýzy o lekároch na Slovensku, tak sa pozrime, aká je skutočnosť. Uvedieme najprv demografické údaje s následným údajom o štruktúre a počte lekárov.

Demografická situácia na Slovensku bola k 31. 12. 2022 nasledovná (NCZI 12/2022):

- počet obyvateľov bol 5 428 792,
- narodilo sa 52 668 živých detí (oproti roku 2021 je to menej o 3 897 detí),
- zomrelo 59 583 osôb (v roku 2021 zomrelo 73 461 osôb); žiaľ, v období 2020 – 2022 sme mali výrazne vyššiu úmrtnosť ako do roku 2019.

Štruktúra vekového zloženia populácie Slovenska sa vyvíja podobne ako v ďalších štátoch EÚ, aj u nás pokračuje rast počtu seniorov:

- počet obyvateľov vo veku viac ako 65 rokov – 17,85 %,
- počet obyvateľov v produktívnom veku (15 – 64 rokov) – 66,06 %,
- počet obyvateľov v predproduktívnom veku – 16,09 %.

Index starnutia bol v uvedenom období 110,95, čo znamená, že na 100 detí vo veku do 14 rokov pripadá takmer 111 seniorov.

V súvislosti s demografickým vývojom v SR by sa mala naša spoločnosť pripravovať na stúpajúci dopyt po lekároch a najmä ošetrovateľského a opatrovateľského personálu, ktorí budú poskytovať zdravotno-sociálnu starostlivosť seniorom.

KOĽKO MÁME LEKÁROV?

Podľa údajov NCZI pracovalo v roku 2022 v SR 20 234 lekárov (372 lekárov na 100 000 obyvateľov).

Celkový počet registrovaných lekárov v Slovenskej lekárskej komore je **26 257**.

Na dôchodku, resp. nepracujúcich lekárov v SR je **6 023** (22,9 %). Pracujúcich lekárov je **20 234**. Ak sa na to pozrieme z hľadiska pohlaví, tak vidíme jasnú prevahu žien. Kopíruje to trend, ktorý je zjavný už na lekárskych fakultách, kde sa hlási viac dievčat ako chlapcov. Aj do praxe tak potom prichádza viac lekárok. Z počtu 26 257 lekárov je 9 981 mužov (38 %) a 16 276 žien (62 %).

Zahraničných lekárov pracuje v SR 1 218 (4,6 %). Najviac zahraničných lekárov v SR je z Ukrajiny 671 (55 %), ČR 113, Palestína 26, Poľsko 30, Maďarsko 38, Keňa 12. Lekári z ďalších krajín sú v počte 328.

Z hľadiska vekovej štruktúry lekárov bolo ku koncu roka 2022 lekárov vo veku 60+ 25 %, vo veku 30 – 39 rokov 23 %. Oproti roku 2009 pribudlo 2 436 lekárov (nárast o 13,7 %).

Podľa zriaďovateľskej pôsobnosti v SR pracovalo v roku 2022 v zriaďovateľskej pôsobnosti MZ SR 7 964 lekárov, v zriaďovateľskej pôsobnosti VÚC 1 160 lekárov, v pôsobnosti iných zriaďovateľov pracovalo 11 110 lekárov.

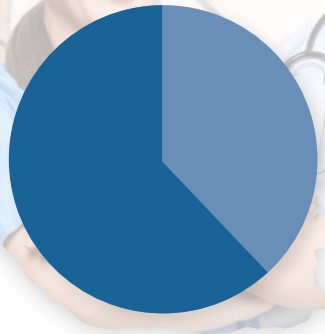
Ak by sme chceli porovnať počet obyvateľov na jedného lekára, tak **v Nemecku pripadá na 1 lekára 197 obyvateľov**. Na **Slovensku** pripadá na **1 lekára 268 obyvateľov**.

Z uvedených údajov je zrejmé, že situácia s počtom lekárov je v SR podstatne horšia, pretože v SR pripadá o 36 % viac obyvateľov na jedného lekára ako v Nemecku.

Pripravil: MUDr. Robert Vetrák, MPH
Zdroj: SLK, NCZI

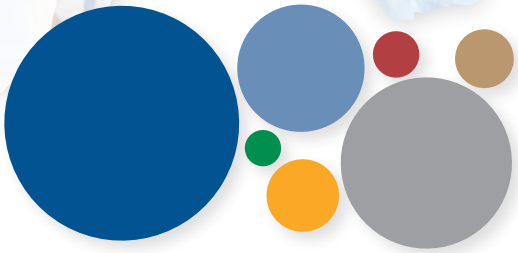
REGISTROVANÍ LEKÁRI Z HĽADISKA POHLAVÍ

Lekárky:	16 276 (62 %)
Lekári:	9 981 (38 %)
SPOLU:	26 257



ZAHRANIČNÍ LEKÁRI NA SLOVENSKU

Ukrajina	671
Česká republika	113
Palestína	26
Poľsko	30
Maďarsko	38
Keňa	12
Iné krajiny:	328
SPOLU:	1 218



Počet lekárov na Slovensku

Celkový počet registrovaných lekárov v SLK: 26 257 (údaje k 30. 4. 2024)

Počet pracujúcich lekárov: 20 234

Lekári na dôchodku alebo nevykonávajúci prax: 6 023

INZERCIA

CESTOVNÁ NEVOĽNOSŤ?

KINEDRYL®

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

www.kinedryl.sk / www.noventis.cz

Noventis®

55 ROKOV na trhu

Skrátená informácia o prípravku KINEDRYL, *25 mg/30 mg tablety:*
Zloženie: *1 tableta obsahuje 25 mg moxastíniumteoklátu a 30 mg kofeínu.* / ***Indikácie:*** *profylaxia a liečba kinetóz a terapia vertiga, nauzey a vomitu pri vestibulárnych poruchách u dospelých, dospievajúcich a detí vo veku od 2 rokov. Antivertiginózny účinok sa využíva pri liečbe Meniérovej choroby.* / ***Dávkovanie a spôsob podávania:*** *Dávkovanie a doba liečby sú individuálne a závisia od indikácie, klinického obrazu a citlivosti pacienta. Dospelí: 1 tableta 60 minút pred začiatkom cesty. Pri dlhotrvajúcom cestovaní stačí podávať ˝ – 1 tabletu v intervale 2 – 3 hodín. Na liečbu náhle vzniknutej kinetózy sa užívajú 2 tablety jednorazovo, pri nedostatočnom účinku potom v intervaloch 30 minút ˝ – 1 tableta až po maximálne 4 tablety. Pri náhlom vracaní je účelnejšie počiatočnú dávku 2 tablety nepodať naraz, ale rozdeliť ju do 4 dávok v intervale niekoľkých minút. Deti vo veku 2 – 6 rokov: Ľ tablety. Deti vo veku 6 – 15 rokov: Ľ - ˝ tablety. Prvá dávka sa užije 60 minút pred začiatkom cesty, pri dlhotrvajúcom cestovaní sa môže podanie dvakrát zopakovať v intervale 2 – 3 hodín. Kinedryl sa nemá podávať deťom do 2 rokov. Meniérova chorobe a ďalšie vestibulárne poruchy: dospelí ležiaci pacienti užívajú 2 – 4 tablety 2 – 3 krát denne. U ostatných sa podáva až 8 tabliet denne. Tabletu je potrebné zapiť dostatočným množstvom tekutiny. V prípade problémov s prehltnutím tablety u pediatrickej populácie je možné tabletu rozdrviť a podať na lyžičke zmiešanú s tekutinou.* / ***Kontraindikácie:*** *precitlivenosť na liečivá alebo na ktorúkoľvek z pomocných látok, akútna intoxikácia liekmi tlmiacimi CNS, terapia inhibítormi MAO vrátane obdobia 14 dní po jej ukončení, glaukóm, retencia moču pri obštrukcii močových ciest, hypertrofia prostaty, obštrukcia tráviaceho systému, ulcerózna kolitída, gravidita a laktácia, deti vo veku do 2 rokov. Kinedryl je nevhodný vo všetkých prípadoch, kde je nežiaduca únava a ospalosť. Opatrnosť je potrebná pri epilepsii.* / ***Osobitné upozornenia:*** *Súčasným užitím alkoholu a liekov s tlmivým účinkom sa zvýrazní tlmivý účinok lieku na CNS aj pri bežnom dávkovaní. Pri dlhodobejšom užívaní je potrebné akceptovať znižovanie účinnosti nepriamych antikoagulancií, je potrebné sledovať hemokoagulačné parametre, pri podávaní perorálnych antidiabetík je potrebná kontrola glykémie a prípadná úprava terapie. Zvýšená opatrnosť je potrebná pri podaní liekov pacientom so závažným kardiovaskulárnym ochorením a epilepsiou, peptickým vredom, hyperfunkciou štítnej žľazy, pri ťažkej poruche funkcií pečene, pri akútnych horúčkovitých stavoch, pri závažnej hypoxii a cor pulmonale. U detí je možný vznik excitácie a výskyt kŕčov. Starší ľudia majú zvýšenú citlivosť na anticholinergné účinky lieku (sucho v ústach, poruchy močenia), môže u nich vzniknúť zmätenosť, hypotenzia, tachykardia, ale aj paradoxné excitačné reakcie. Pri vyšších dávkach môžu nastať poruchy srdcového rytmu. Liek môže ovplyvniť pozitivitu alergénových kožných testov, preto je potrebné Kinedryl niekoľko dní pred testami vysadiť. Počas terapie Kinedrylom je potrebné vyvarovať sa požívania alkoholických nápojov. Liek môže v ojedinelých prípadoch vyprovokovať status epilepticus. Tento liek obsahuje monohydrát laktózy. Pacienti so zriedkavými dedičnými problémami galaktózovej intolerancie, lapónskeho deficitu laktázy alebo glukózo-galaktózovej malabsorpcie nesmú užívať tento liek.* / ***Interakcie:*** *Liek zvyšuje sedatívny účinok iných centrálne tlmivých látok vrátane alkoholu, hypnotík, sedatív a spazmolytík. Moxastíniumteoklát potencuje antimuskarínový účinok ostatných antimuskariník ako je atropín a účinok tricyklických antidepresív. Znižuje účinok nepriamych antikoagulancií, perorálnych antidiabetík, hydantoínov, steroidov a steroidných kontraceptív. Účinnosť lieku zvyšujú inhibítory monoaminooxidázy a inhibítory acetylcholínesterázy, hypnosedatívne pôsobenie zvyšuje najmä alkohol, hypnotiká, sedatíva, neuroleptiká a anxiolytiká. Účinnosť lieku znižujú barbituráty a pyrazolónové deriváty. Pri súčasnom podaní kofeínu a iných xantínových derivátov alebo sympatomimetík sa zvýrazňujú ich bronchodilatačné a nežiaduce účinky.* / ***Gravidita a laktácia:*** *kontraindikované.* / ***Ovplyvnenie schopnosti viesť vozidlá a obsluhovať stroje:*** *Kinedryl nepriaznivo ovplyvňuje pozornosť pacienta a jeho schopnosť sústredenia. Kinedryl nie je určený pre vodičov, pilotov lietadiel a ľudí obsluhujúcich stroje.* / ***Nežiaduce účinky:*** *Nežiaduce účinky sa vyskytujú u 20 – 30 % pacientov. Najčastejšie bol zaznamenaný celkový útlm, spavosť, slabosť, poruchy koncentrácie. Ďalej sa vyskytuje agranulocytóza, leukopénia, trombocytopénia, porucha koncentrácie, paradoxná excitácia, zmätenosť, sedácia, spavosť, zvýšená podráždenosť, bolesť hlavy, epileptický záchvat, svalové kŕče, status epilepticus, zastrené videnie, poruchy akomodácie, zvýšenie vnútroočného tlaku, tachykardia, hypotenzia, znížená sekrécia bronchov, sucho v ústach, zápcha, hnačka, nauzea, gastroezofageálny reflux, kožná precitlivenosť, ťažkosti s močením, retencia moču, slabosť. Starší ľudia sú citlivejší na anticholinergné účinky lieku (sucho v ústach, poruchy močenia), môže sa u nich objaviť sedácia, zmätenosť, hypotenzia, tachykardia, ale aj paradoxné excitačné reakcie. Pri vyšších dávkach môžu nastať poruchy srdcového rytmu. Najmä u mladších detí môže dôjsť k paradoxnej excitácii a vzácne aj k vzniku epileptických kŕčov.* / ***Predávkovanie:*** *viz úplný souhrn SPC.* / ***Čas použiteľnosti:*** *4 roky.* / ***Uchovávanie:*** *pri teplote do 25 °C v pôvodnom obale na ochranu pred svetlom a vlhkosťou.* / ***Druh obalu a obsah balenia:*** *PVC/ Al blister, papierová škatuľka, písomná informácia pre používateľov. 10 tabliet.* / ***Držiteľ rozhodnutia o registrácii:*** *Noventis, s. r. o., Filmová 174, 761 79 Zlín, Česká republika.* / ***Registračné číslo:*** *20/0195/69-S.* / ***Dátum prvej registrácie/ predĺženia registrácie:*** *30/12/1969/9. 4. 2009.* / ***Dátum revízie textu:*** *03/ 2017* ***Výdaj lieku nie je viazaný na lekársky predpis. Tento liek nie je hradený z prostriedkov verejného zdravotného poistenia. Skôr ako prípravok predpíšete, zoznámte sa, prosím, s úplným súhrnom charakteristických vlastností lieku. Určené pre osoby oprávnené predpisovať a vydávať lieky. Referencie:*** *SPC Kinedryl*

Foto: adobe stock

Právne okienko

O dvoch rozhodnutiach súdov, týkajúcich sa zdravotnej dokumentácie

PRVÉ ROZHODNUTIE: PATRÍ INFORMÁCIA O SPRÁVANÍ PACIENTA DO ZDRAVOTNEJ DOKUMENTÁCIE?

Najvyšší súd Českej republiky sa vo svojom rozhodnutí zo septembra minulého roka zaoberal otázkou, či poskytovateľ zdravotnej starostlivosti môže do zdravotnej dokumentácie zapísať údaje o správaní pacienta. V prejednávanej veci žalobca (pacient) namietal voči tomu, že ošetrujúci lekári zapísali do zdravotnej dokumentácie, že sa po celý čas pobytu v ambulancii správal verbálne agresívne, označili jeho správanie ako nepriateľské a hrubé, a tiež voči tomu, že bol v zápise v zdravotnej dokumentácii označený za previnilca.

Žalobca argumentoval aj tým, že poskytovateľ je povinný v zdravotnej dokumentácii uvádzať len zdravotné údaje, nie údaje, ktoré sa zdravotného stavu netýkajú a sú subjektívnym hodnotením správania sa pacienta zo strany poskytovateľa zdravotnej starostlivosti. **Najvyšší súd Českej republiky návrhu žalobcu nevyhovel. Najvyšší súd Českej republiky poukázal na to, že zdravotná dokumentácia má význam nielen pre indikácie zdravotného stavu, preskripciu či plánovanie liečby do budúcnosti, ale aj ako možný dôkazný materiál pre prípad sporu z poskytovania zdravotnej starostlivosti.**

Predmetom sporu nemusia byť len otázky správneho poskytovania zdravotnej starostlivosti, ale aj napríklad otázky, prečo nebola zdravotná starostlivosť poskytnutá vôbec, či z rozhodnutia lekára alebo samotného pacienta, alebo v dôsledku inej okolnosti. **Je preto opodstatnené, aby v zdravotnej dokumentácii boli zaznamenávané popri informáciách o anamnéze a diagnóze aj informácie o vzájomnej komunikácii poskytovateľa zdravotnej starostlivosti s pacientom**, záznamy o poučeniach poskytnutých pacientovi, informácie o otázkach pacienta alebo jeho ďalších oznámeniach, ktoré by mohli mať vplyv na poskytovanie zdravotnej starostlivosti a následne aj vývoj jeho zdravotného stavu, ako aj vysvetlenie

okolností, ktoré poskytovanie zdravotných služieb sprevádzali a záznamy ďalších informácií, ktoré poskytovateľ zdravotnej starostlivosti považuje za nevyhnutné uviesť.

Navyše správanie pacienta, spôsob jeho komunikácie (verbálnej aj neverbálnej), reakcie na vonkajšie podnety a pod., sú aj výrazom jeho duševného stavu a v tomto zmysle aj relevantnými informáciami o zdravotnom stave, ktoré bezpochyby do zdravotnej dokumentácie patria. Zo samotnej povahy okolností súvisiacich s postupom pri poskytovaní zdravotných služieb (napr. práve ohľadom správania pacienta v zdravotníckom zariadení a jeho komunikácie s lekárom či inou osobou) pritom vyplýva, že takéto záznamy môžu obsahovať aj subjektívne hodnotiace úsudky, pokiaľ skutočne súvisia s poskytovaním zdravotných služieb, prípadne s ich odmietnutím.

3 dôležité otázky

Vzhľadom k opísaným nedostatkom právnej úpravy vyhotovovania kópií zdravotnej dokumentácie, v nadväznosti na predmetné rozhodnutie Súdneho dvora Európskej únie, bude nutné právnu úpravu sprístupňovania údajov zo zdravotnej dokumentácie novelizovať. V rámci novely sa zákonodarca bude musieť vysporiadať aj s ďalšími praktickými otázkami, ktoré predmetné rozhodnutie otvára, a to:

1. **Je poskytovateľ povinný zaslať kópiu prvej kópie zdarma na svoje náklady, alebo si môže pacientovi účtovať náklady na poštovné? Vzhľadom k tomu, že GDPR a predmetné rozhodnutie výslovne neukladá poskytovateľom povinnosť zasielať kópiu dokumentácie na svoje náklady, zastávame názor, že poskytovateľ takúto povinnosť nemá.**
2. **Má pacient nárok na poskytnutie prvej kópie zdarma aj v prípade, že má online prístup k celej svojej zdravotnej dokumentácii** cez Národný portál zdravia, naviac, ak podľa slovenskej účinnej právnej úpravy poskytovateľ nie je povinný umožniť pacientovi nahliadnutie do zdravotnej dokumentácie v rozsahu údajov, ktoré vedie v elektronickej zdravotnej knižke v Národnom zdravotníckom informačnom systéme? Nakoľko GPDR nevymedzuje, kedy nevzniká poskytovateľovi povinnosť poskytnutia prvej kópie zdarma, máme za to, že v uvedenom prípade bude poskytovateľ povinný poskytnúť prvú kópiu zdarma.
3. Ak pacientovi bola poskytnutá prvá bezplatná kópia zdravotnej dokumentácie, následne dôjde k novému zápisu do zdravotnej dokumentácie, **môže poskytovateľ za poskytnutie ďalšej kópie zdravotnej dokumentácie žiadať úhradu, alebo v dôsledku toho, že došlo k zmene obsahu zdravotnej dokumentácie, pôjde o novú prvú kópiu zdarma?** Podľa nášho názoru pôjde o novú prvú kópiu zdarma.

PLATÍ TO AJ NA SLOVENSKU?

Vyvstáva otázka, či uvedené rozhodnutie je aplikovateľné aj v SR. Český zákon o zdravotných službách výslovne upravuje, že zdravotná dokumentácia obsahuje aj údaje o ďalších významných okolnostiach súvisiacich so zdravotným stavom pacienta a s postupom pri poskytovaní zdravotných služieb a na tejto právnej úprave je rozhodnutie NS ČR založené. Slovenská právna úprava obsahuje rovnaké ustanovenie. Podľa § 19 ods. 2 písm. c) zákona č. 576/2004 Z. z. **zdravotná dokumentácia obsahuje** údaje o chorobe osoby, žiadanku na vyšetrenia spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek, údaje o priebehu a výsledkoch vyšetrení, liečby **a ďalších významných okolnostiach súvisiacich so zdravotným stavom osoby a s postupom pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti**. Vzhľadom na identickú právnu úpravu a tendenciu slovenských súdov preberať českú judikatúru **možno očakávať, že predmetné rozhodnutie NS ČR sa bude uplatňovať aj v SR.**

Zápis do zdravotnej dokumentácie, týkajúci sa správania pacienta, musí byť, samozrejme, pravdivý, konkrétny s uvedením konkrétnych výrokov, popísaním konkrétneho správania a musí byť primeraný. Hodnovernosť zápisu možno zvýšiť tým, že zápis podpíšu svedkovia (napr. sestry), ktorí boli prítomní pri nevhodnom správaní sa pacienta. V tejto súvislosti pripomíname, že **zápis v zdravotnej dokumentácii nie je možné vymazať** (v prípade elektronickej zdravotnej knižky to technicky zo strany poskytovateľa ani nie je možné), nakoľko oprava zápisu v zdravotnej dokumentácii sa vykonáva novým zápisom, pričom pôvodný zápis musí zostať čitateľný.

Keďže akýkoľvek zápis do zdravotnej dokumentácie môže byť predmetom žaloby na ochranu osobnosti, je potrebné vyhýbať sa nepravdivým alebo neprimeraným zápisom. Aj vo vyššie uvedenej veci sa NS ČR zaoberal tým, či označenie pacienta ako „previnilca" je primerané, resp. či nie je natoľko hanlivé, aby bolo spôsobilé dotknúť sa jeho cti, vážnosti alebo dôstojnosti, a aby teda zakladalo dôvodnosť nároku na ochranu osobnosti.

DRUHÉ ROZHODNUTIE: PRÁVO PACIENTA NA PRVÚ KÓPIU ZDRAVOTNEJ DOKUMENTÁCIE ZDARMA

Pacient požiadal svoju stomatologičku, aby mu bezplatne odovzdala prvú kópiu jeho lekárskeho záznamu. Túto žiadosť podal s cieľom vyvodiť voči stomatologičke zodpovednosť za pochybenia, ktorých sa údajne dopustila pri poskytovaní stomatologického ošetrenia. Na základe nemeckého práva, podľa ktorého môže pacient získať kópiu svojho lekárskeho záznamu pod podmienkou, že ošetrujúcej osobe uhradí poplatky, ktoré z toho vyplývajú, stomatologička odmietla poskytnúť pacientovi takúto kópiu, v nadväznosti na čo pacient podal žalobu. Vec sa dostala až pred Súdny dvor Európskej únie (Vec C307/22).

Súdny dvor Európskej únie výkladom ustanovení GDPR dospel k záveru, že pacient ako dotknutá osoba má právo získať bezplatne prvú kópiu svojich osobných údajov, ktoré sa o nej spracúvajú. Poskytovateľ ako spracovateľ osobných údajov dotknutej osoby (pacienta) je povinný poskytnúť prvú kópiu údajov zo zdravotnej dokumentácie bezplatne,

pričom pacient nie je povinný svoju žiadosť odôvodniť. Súdny dvor Európskej únie ďalej konštatoval, že v rámci vzťahu medzi lekárom a pacientom právo na získanie kópie osobných údajov znamená, že sa dotknutej osobe musí poskytnúť verná a zrozumiteľná reprodukcia všetkých týchto údajov. Toto právo zahŕňa právo získať úplnú kópiu dokumentov obsiahnutých v lekárskom zázname, ak je to potrebné na to, aby si táto osoba mohla overiť správnosť a úplnosť svojich údajov a zabezpečiť ich zrozumiteľnosť.

AKO JE TO S VÝPISOM?

Podľa nášho názoru sa rozhodnutie Súdneho dvora Európskej únie nevzťahuje na poskytnutie výpisu zo zdravotnej dokumentácie. Výpis zo zdravotnej dokumentácie nie je jednoduchou kópiou, ide o zostavenie chronologického opisu vývoja zdravotného stavu, prehľadu o doterajšej liečbe a údajov potrebných na ďalšie poskytovanie zdravotnej starostlivosti. Vyhotovenie výpisu zo zdravotnej dokumentácie vyžaduje väčšiu mieru činnosti poskytovateľa ako vyhotovenie kópie. Pripomíname, že **poplatok za poskytnutie výpisu zo zdravotnej dokumentácie na účely súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti je najviac 2 eurá**, poplatok za vystavenie výpisu na iný účel nie je regulovaný.

Čo sa týka poskytovania prvej kópie, v prvom rade uvádzame, že zákon č. 576/2004 Z. z. neukladá poskytovateľovi povinnosť vyhotovovania kópie zdravotnej dokumentácie, ale ani poskytovateľa výslovne neoprávňuje na vyhotovenie kópie s výnimkou vyhotovenia kópie pre ÚDZS.

Podľa § 25 ods. 2 zákona č. 576/2004 Z. z. si má kópiu na mieste (v zdravotníckom zariadení) vyhotoviť osoba oprávnená nahliadnuť do zdravotnej dokumentácie. Každodenná prax je iná a poskytovatelia v záujme toho, aby osoby nahliadajúce do dokumentácie v ambulancii neodkrajovali z ordinačného času, po dohode s oprávnenou osobou vyhotovujú kópie a tie odovzdávajú alebo zasielajú pacientom alebo iným oprávneným osobám. Keďže naša právna úprava nepočíta s vyhotovením kópie zdravotnej dokumentácie poskytovateľom pre pacienta, logicky neupravuje ani to, či poskytovateľ môže za vyhotovenie kópie zdravotnej dokumentácie požadovať úhradu. V praxi sa k tejto otázke pristupuje spravidla tak, že poskytovatelia vyhotovujú kópiu za úhradu nákladov spojených s vyhotovením a prípadným zaslaním dokumentácie. V kontexte predmetného rozhodnutia Súdneho dvora Európskej únie sa prax poskytovania kópie zdravotnej dokumentácie pacientovi, jeho zákonnému zástupcovi alebo splnomocnenému zástupcovi za úhradu nákladov spojených s jej vyhotovením stala nezákonnou.

Pripravil: Mgr. Zdenko Seneši

INZERCIA

PRI ŤAŽKOSTIACH S TRÁVENÍM

FEBICHOL®

55 ROKOV NA TRHU

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

www.noventis.cz www.febichol.cz

Skrátená informácia o prípravku FEBICHOL, *100 mg mäkké kapsuly*
Zloženie: *1 kapsula obsahuje 100 mg fenipentolu.* ***I 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.* ***I 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 prehĺtajú vždy tesne pred jedlom nerozhryzené a nerozmočené Kapsuly sa prehĺtajú celé, nerozhryzené (obsah má veľmi nepríjemnú horkú chuť!) a zapíjajú sa dostatočným množstvom tekutiny, napr. pohárom vody.* ***I Kontraindikácie:*** *precitlivenosť 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.* ***I Upozornenia:*** *obsah kapsúl má veľmi nepríjemnú horkú chuť, kapsuly sa preto musia prehĺtať celé a nerozhryzené.* ***I Interakcie:*** *nie sú známe.* ***I Fertilita, gravidita a laktácia:*** *Nie sú k dispozícii údaje o účinkoch fenipentolu na fertilitu u ľudí. Používanie Febicholu je počas gravidity a dojčenia kontraindikované.* ***I 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: pyróza, pocit „pálenia v žalúdku", pocit tlaku a plnosti v epigastriu, nauzea, flatulencia. Niektorí pacienti liečení liekom Febichol udávajú príznaky ťažko odlíšiteľné 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.* ***I Predávkovanie:*** *Nie sú k dispozícii údaje o predávkovaní Febicholom. Príznaky predávkovania fenipentolom nie sú známe.* ***I Čas použiteľnosti:*** *3 roky.* ***I Uchovávanie:*** *pri teplote do 25° C v pôvodnom obale na ochranu pred svetlom a vlhkosťou.* ***I Druh obalu a obsah balenia:*** *PVC/Al blister, papierová škatuľka.* ***I Obsah balenia:*** *50 mäkkých kapsúl.* ***I Držiteľ rozhodnutia o registrácii:*** *Noventis, s. r. o., Filmová 174, 761 79 Zlín, Česká republika.* ***I Registračné číslo:*** *43/0326/69-S.* ***I Dátum prvej registrácie/predĺženia registrácie:*** *1969 / 30. 12. 2004.* ***I Dátum revízie textu:*** *12/2015*
Výdaj lieku nie je viazaný na lekársky predpis. Tento liek nie je hradený z prostriedkov verejného zdravotného poistenia. Skôr ako prípravok predpíšete, zoznámte sa, prosím, s úplným súhrnom charakteristických vlastností lieku.
Určené pre osoby oprávnené predpisovať a vydávať lieky.
Referencie: SPC Febichol

Noventis®

Verejné zdravie je priorita

Program EU4Health na roky 2021 až 2027 s rozpočtom 5,3 miliardy eur je štvrtým a najväčším programom EÚ v oblasti zdravia

Program EU4Health bol prijatý Európskym parlamentom a Radou (EÚ), Nariadenie (EÚ) 2021/522, ako reakcia na pandémiu COVID-19 s cieľom prispieť k riešeniu dlhodobých výziev v oblasti zdravia budovaním silnejších, odolnejších a prístupnejších systémov zdravotnej starostlivosti v krajinách Európskej únie. Program poskytuje finančné prostriedky štátnym orgánom, zdravotníckym organizáciám a mimovládnym organizáciám z krajín EÚ alebo krajín mimo EÚ, pridruženým k programu – Nórsko, Island, Ukrajina, Moldavsko a Čierna Hora.

Program je jasným posolstvom, že verejné zdravie je pre EÚ prioritou a je jedným z hlavných nástrojov na prípravu spoločného postupu členských krajín Európskej únie v oblasti ochrany zdravia občanov.

HLAVNÉ CIELE PROGRAMU:

- **Zlepšiť a podporiť zdravie**
  - Podpora zdravia a prevencia chorôb, najmä rakoviny.
  - Medzinárodné iniciatívy a spolupráca v oblasti zdravia.
- **Chrániť ľudí**
  - Prevencia, pripravenosť a reakcia na cezhraničné ohrozenia zdravia.
  - Doplnenie vnútroštátnych zásob základných produktov dôležitých v krízovej situácii.
  - Vytvorenie rezervy lekárskeho, zdravotníckeho a podporného personálu.
- **Prístup k liekom, zdravotníckym pomôckam a produktom dôležitým v krízovej situácii**
  - Zabezpečiť, aby tieto výrobky boli prístupné a cenovo dostupné.
- **Posilnenie systémov zdravotnej starostlivosti**
  - Posilnenie zdravotných údajov, digitálnych nástrojov a služieb, digitálna transformácia zdravotnej starostlivosti.
  - Zlepšenie prístupu k zdravotnej starostlivosti.
  - Vypracovanie a vykonávanie právnych predpisov EÚ v oblasti zdravia a rozhodovanie založené na dôkazoch.
  - Integrovaná spolupráca medzi vnútroštátnymi systémami zdravotnej starostlivosti.

Program sa vykonáva prostredníctvom ročných pracovných programov. Priority a strategické smerovanie programu sa konzultujú s krajinami EÚ s cieľom zabezpečiť konzistentnosť a komplementárnosť s vnútroštátnymi politikami v oblasti zdravia. Pred prijatím ročných pracovných programov môžu predkladať svoje stanoviská tretie krajiny pridružené k projektu, zástupcovia združení pacientov, akademickej obce a organizácií zdravotníckych pracovníkov.

Prípravu, prijímanie a monitoring vykonáva Európska komisia, realizáciu zabezpečuje HaDEA (Agentúra pre zdravie a digitálnu exekutívu).

Aktuálne je živých vyše 300 projektov v oblasti digitalizácie, cezhraničnej zdravotnej starostlivosti, antimikrobiálnej rezistencie a vakcinácie, prevencie nádorových ochorení, monitoringu raritných ochorení i budovania kapacít zdravotnej starostlivosti.

Slovenská republika prihlásila projekt, v rámci ktorého sa navrhuje vytvorenie a prevádzka národného kontaktného miesta pre elektronické zdravotníctvo a štyroch cezhraničných služieb. Projekt sa bude riadiť usmerneniami siete elektronického zdravotníctva a využívať existujúcu vnútroštátnu a európsku infraštruktúru digitálneho zdravotníctva. Predpokladaný začiatok prevádzky je v roku 2025, realizátor je NCZI, rozpočet je vo výške 2,7 mil. eur, obdobie realizácie je plánované na roky 2023 – 2026.

Jednou z výziev, ktoré boli vyhlásené pre zdravotníckych pracovníkov, je **Program kontinuálneho vzdelávania v rámci profesijnej siete európskej zdravotnej únie**.

Cieľom tejto výzvy je poskytnúť európskym zdravotníckym pracovníkom jedinečný štipendijný program, zameraný na kontinuálny profesionálny rozvoj. Program nebude zahŕňať len teoretické vzdelávanie na úrovni EÚ, ale zameria sa aj na praktické aplikácie, čím vybaví účastníkov zručnosťami potrebnými na účinnú integráciu týchto nástrojov do vnútroštátnych politík v oblasti zdravia. Odborná príprava zdôrazní význam cezhraničnej spolupráce prostredníctvom výmeny najlepších postupov medzi členskými štátmi EÚ. Na konci štipendia účastníci lepšie porozumejú celému prostrediu politiky EÚ v oblasti zdravia a získajú zručnosti o tom, ako spolupracovať so zainteresovanými stranami v oblasti zdravia. Cieľom výzvy je vďaka nepretržitej odbornej príprave vytvoriť silnú a rastúcu sieť partnerov EÚ, ktorí budú slúžiť ako primárne kontakty pre vyšetrovania týkajúce sa politiky EÚ v usmerneniach siete elektronického zdravotníctva a využívania existujúcej vnútroštátnej a európskej infraštruktúry digitálneho zdravotníctva. Suma určená na projekt je 5 mil. eur, predpokladaný začiatok realizácie je rok 2025.

Spracovala: MUDr. Ľudmila Lysinová, MPH
predsedníčka Stáleho výboru SLK pre zahraničie,
vedúca delegácie SLK v CPME

Zdroje: *CPME Bulletin, April 2024*
https://ec.europa.eu, https://hadea.ec.europa.eu

Ak ste sám na opustenom ostrove, nádchu nedostanete. Nikto na vás nekýcha!

BIELY CUKOR VRAJ OHROZUJE NAŠE ZDRAVIE. JUJ, AKÉ RASISTICKÉ!

Pripravil: **Vlado Javorský**

Ak vás bolí žalúdok, neverte, že humor lieči!

Lekár vie, že všetko má svoj čas. Je čas rezania, čas šitia...

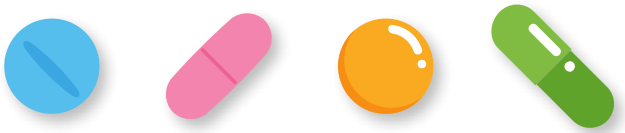
MENU

MEDICÍNSKA VEDA POKROČILA. PACIENT SI MÔŽE SLOBODNE VYBRAŤ Z BOHATEJ PONUKY AKÚKOĽVEK VHODNÚ DIAGNÓZU.

TO JE OD PICASSA? CHUDINKA MODELKA, MALA MIZERNÉHO PLASTICKÉHO CHIRURGA!

OBČAS ZABUDNEM RECEPTY DOMA, TAK SOM SI ICH DALA VYTETOVAŤ...

V domácej lekárničke mám lieky na všetky boľačky. Dokonca aj slivovicu na zlomené srdcia.



Lieky sú farebné. Pre farboslepých to nie je žiadna výstraha!

Pečeň by mala mať dar reči. Aspoň na pár nadávok.

OŠETRUJÚCI LEKÁR MA VYSTRAŠIL DIAGNÓZOU, AŽ MI STUHOL ALKOHOL V ŽILÁCH.

TVRDÍŠ, ŽE SI NIČ NEPIL? POVEDZ LÁSKAVO OTORINOLARYNGOLÓG!

RADÍTE MI SCHUDNÚŤ? POTOM BY SOM MOHOL HRAŤ BYSTROZRAKÉHO?

Detské APS-ky čakajú zmeny

Čo prinesie skrátenie ordinačných hodín pre pediatrov a ako to ovplyvní prácu všeobecných lekárov pre dospelých?

Od 1. júla budú detské ambulantné pohotovosti fungovať podľa nových pravidiel. Rozhodli o tom poslanci Národnej rady SR, ktorí schválili na májovej schôdzi novelu zákona o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti. Podľa ministerky zdravotníctva Zuzany Dolinkovej (Hlas-SD) majú zmeny zabezpečiť dostupnú zdravotnú starostlivosť pre deti na celom Slovensku, kým do systému nepríde nová generácia pediatrov.

AKÉ ZMENY NÁS ČAKAJÚ

Pediatri v ambulanciách budú v rámci svojich ordinačných hodín pacientom k dispozícii každý pracovný deň v týždni, z toho minimálne jeden deň budú ordinovať do 16.00. Detskí lekári tak budú k dispozícii malým pacientom počas týždňa spolu 35 hodín.

Od 1. júla sa mení aj fungovanie detských pohotovostí – cez týždeň budú pediatri slúžiť od 16.00 do 20.00 hod., cez víkend od 8.00 do 20.00 hod.

Ministerstvo zdravotníctva zmeny odôvodňuje vážnou situáciou v primárnej pediatrii. „V súčasnej sieti nám chýba 20 percent ambulantných lekárov pre deti a keďže takmer polovica primárnych pediatrov je v dôchodkovom veku, ich nedostatok sa bude len prehlbovať. Hlavným cieľom zmien je zabezpečiť, aby pediatrické ambulancie boli dostupné pacientom najmä počas dňa a aby pohotovostné služby pre deti a dorast boli dostupné v takom rozsahu, ktorý rešpektuje zachovanie zdravotnej starostlivosti o deti pri existujúcom nedostatku primárnych pediatrov," píše ministerstvo na svojej stránke.

Pediatri na Slovensku poskytujú zdravotnú starostlivosť v ambulanciách pre viac ako 1,1 milióna detí. Šéfka Slovenskej spoločnosti primárnej pediatrickej starostlivosti SLS MUDr. Elena Prokopová priznáva, že opatrenia nie sú pozitívne, ale, žiaľ, situácia sa inak riešiť nedá. „Je to jediná možnosť, ako zachovať zdravotnú starostlivosť pre deti," priznala otvorene.

Nadšení nie sú ani predstavitelia miest a obcí, ktorí o plánovaných zmenách hovorili s ministerkou zdravotníctva. „Na druhej strane ako racionálne zmýšľajúci ľudia sme jasne počuli argumenty, že sa nezakrývame perinou, ktorú nazývame reforma, ale hovoríme, že zachraňujeme kolabujúci systém ambulantných pohotovostí pre deti," vyhlásil predseda ZMOS-u Pavel Božík.

A ČO VŠEOBECNÍ LEKÁRI?

Zatiaľ čo prázdniny prinesú zmeny pre pediatrov, všeobecní lekári pre dospelých ostávajú v nezmenenom režime. A to sa mnohým z nich nepáči.

Jasný postoj vyjadril napríklad prezident Asociácie súkromných lekárov MUDr. Marián Šoth, podľa ktorého sa na všeobecných lekárov zabudlo. „Nielenže hodiny APS-iek pre dospelých neboli skrátené, ale v súvislosti so zmenami v primárnej pediatrii (tým istým pozmeňovacím návrhom) bola všeobecným lekárom pre dospelých ponechaná povinnosť dvakrát v týždni ambulovať aj popoludní, zatiaľ čo detským lekárom to bolo zmenené na jedno popoludnie. Ide o nerovnaký prístup, žiadame preto ministerku, ako aj hlavnú odborníčku pre všeobecné lekárstvo, aby riešili aj situáciu v APS pre dospelých," napísal M. Šoth koncom mája v komentári pre Zdravotnícke noviny.

ARGUMENTY MINISTERSTVA

Ministerstvo zdravotníctva diskrimináciu všeobecných lekárov odmieta. Vo svojom vyjadrení poukázalo na to, skrátenie ordinačných hodín v ambulantných pohotovostiach pre dospelých tak ako v prípade detských, teda do 20.00 hod., by pre urgenty vo viacerých nemocniciach znamenalo výrazne vyššie zaťaženie.

„Východiskom k schválenému návrhu na skrátenie času prevádzkovania ambulantných pohotovostí pre deti a dorast do 20.00 hodiny bolo dôkladné analyzovanie návštevnosti v ambulanciách pohotovostnej služby, na urgentných príjmoch a v ambulanciách ústavnej pohotovostnej služby. Ukázalo, že úprava času prevádzkovania ambulantných pohotovostí pre deti a dorast v časovom úseku od 20.00 do 22.00 hodiny nezaťa-

ží pracoviská urgentných príjmov v takej miere, aby bola ohrozená ich prevádzka a boli vystavené riziku kolapsu," priblížili pre TASR z komunikačného oddelenia ministerstva.

REFORMA VLD?

Vedenie rezortu zdravotníctva zároveň informovalo, že pracuje na reforme všeobecnej ambulantnej starostlivosti aj pre deti, aj pre dospelých. „Pracujeme napríklad na posilnení kompetencií všeobecných lekárov aj primárnych pediatrov, snažíme sa zatraktívniť povolanie všeobecného lekára a pokračujeme v znižovaní administratívnej záťaže," tvrdí ministerstvo. Ako presne by mala reforma vyzerať, však zatiaľ nikto nevie, čo nám potvrdila aj viceprezidentka SLK MUDr. Valéria Vasiľová *(viď jej komentár v plôške, pozn. red.)*. Tá zároveň pripomína aj viaceré otázky a problémy, ktoré v súvislosti so zmenami v APS-kách zatiaľ nikto z kompetentných neriešil. A nejde len o financie.

REDUKCIA APS-IEK

Okrem skrátenia ordinačných hodín pristúpilo ministerstvo aj k plánu postupnej redukcie detských ambulantných pohotovostí. Ich sieť sa má zredukovať v troch etapách. V prvej zaniklo šesť pohotovostí, ktoré nemali prevádzkovateľa, a ďalších desať bodov APS má byť vypustených od júla 2024. Tretia etapa sa dotkne piatich bodov APS, a to od novembra 2024.

K redukcii APS-iek ich zlúčením pristúpili kompetentní podľa ich vyjadrenia po dôkladnej analýze vyťaženosti APS-iek, dostupnosti a vekového zloženia pediatrov v dotknutých bodoch. Zároveň sa podľa vyjadrenia Slovenskej spoločnosti primárnych pediatrov zohľadňovala perspektíva prežitia týchto bodov na niekoľko rokov dopredu. Primárni pediatri tak reagovali na vyjadrenia predsedu ZMOS-u Pavla Božíka, ktorý žiadal zachovanie čo najväčšieho počtu pevných bodov APS pre deti a dorast.

Pripravila: Mgr. Nancy Závodská
Zdroj: TASR, Zdravotnícke noviny

NÁZOR VÚC-KY

prof. MUDr. Bruno Rudinský, CSc., lekár Nitrianskeho samosprávneho kraja

Ako hodnotíte zmeny ordinačných hodín detských APS-iek od 1. júla? *(Skrátenie do 20-tej hodiny plus ordinovanie v ambulanciách pediatrov 35 hodín týždenne, z toho 1 deň v týždni do 16-tej hodiny.)*
Pozitívne, neohrozí to poskytovanie zdravotnej starostlivosti a podľa našich dát z APS nedôjde ani k preťaženiu urgentných príjmov. Dôležitá je skutočnosť, že pediatri sa zaviazali zabezpečiť ordinačné hodiny každý deň do 15.00 hod. a jeden deň v týždni do 16.00 hod.

Ako to podľa vás ovplyvní pediatrickú starostlivosť v Nitrianskom kraji?
Dúfame, že sa zlepší a tam, kde ambulancie neposkytovali starostlivosť do 15.00 hod., teda 35 hodín v týždni, to povedie k zlepšeniu dostupnosti.

Aké sú reakcie pediatrov, prípadne všeobecných lekárov? *(Tí sa môžu obávať nárastu detských pacientov na dospeláckych urgentoch, keďže často sú obidve APS-ky v jednej budove...)*
Nemáme tieto signály.

Ako sa prejavili, resp. prejavia redukcie pevných bodov APS, ku ktorým ministerstvo pristúpilo? Máte už nejaké reakcie vo vašom kraji?
V našom kraji sa to týka len detskej pohotovosti v Šali, kde však pediatri majú záujem vytvoriť tzv. doplnkový bod APS.

(zav)

NÁZOR SLK

MUDr. Valéria Vasiľová viceprezidentka SLK, všeobecná lekárka

Neviem, či je skrátenie ordinačných hodín APS to najsprávnejšie riešenie. Ozýva sa proti tomu niekoľko hlasov, dokonca aj z radov pediatrov, poskytujúcich túto službu. Za menej hodín v službe dostanú nižšiu odmenu, ktorá pri 6-tich hodinách nie je atraktívna. Tí, ktorí bývajú vo väčšej vzdialenosti od APS, tvrdia, že sa im neoplatí ísť do služby, slúžia 1-2 služby v mesiaci, tak odslúžiť 2 hodiny dlhšie je problém.

Skrátenie ordinačných hodín APS pre deti a dorast bolo možné riešiť aj individuálne – na dobrovoľnej báze, pretože v niektorých pevných bodoch s malým počtom detí v spáde možno už po 20-tej hodine nemajú návštevnosť. Iní pohľad na to majú aj pediatri vo veľkých mestách, kde je návštevnosť oveľa vyššia a je vysoko pravdepodobné, že aj o 20-tej hodine budú ešte rodičia s deťmi v čakárni.

Detské APS sú väčšinou v budove APS pre dospelých a tí budú slúžiť do 22-tej hodiny. Je možné, že rodičia sa tak budú domáhať ošetrenia u akéhokoľvek lekára, ak ich dieťa bude mať vysoké teploty, resp. zvracia, a naruší to komfort poskytovania služieb v ambulancii pre dospelých.

Ďalším aspektom je platba za hodinu služby APS. Znížia sa platby pediatrom, keďže budú slúžiť menej, alebo sa im to rozpočíta a dostanú vyššiu mzdu na hodinu, pretože paušál je rovnaký pre detské aj „dospelácke" APS? Alebo budú v ambulancii pre dospelých slúžiť za nižšiu hodinovú mzdu?

V týchto dňoch odovzdali záujemcovia o prevádzkovanie APS svoje žiadosti a projekty, ale tieto podmienky zatiaľ nikto z kompetentných neriešil. Rovnako až budúcnosť ukáže, aké problémy tieto zmeny prinesú.

K reforme VLD sa neviem vyjadriť, pretože neviem, v čom spočíva.

Foto: autorka

Telemedicína 2024

Odborná konferencia pod záštitou prezidenta SLK.

Tretí ročník konferencie Telemedicína sa tento rok konal koncom mája v Trnave. Na podujatí sa zúčastnilo viac ako 170 odborníkov z rôznych oblastí, vrátane lekárov, zdravotných sestier, manažérov v zdravotníctve, výskumníkov a zástupcov technologických spoločností. Počas dvoch dní prebiehali prezentácie, interaktívne workshopy, panelové diskusie a výstavy, ktoré účastníkom umožnili spoznať najnovšie poznatky a trendy v oblasti telemedicíny a diskutovať o nich.

HLAVNÉ TÉMY A NOVINKY

Medzi kľúčové témy patrilo využitie telemedicíny na zlepšenie prístupu k starostlivosti pre pacientov v odľahlých oblastiach, diagnostika a liečba chronických ochorení pomocou telemedicíny, telemonitoring a digitálne zdravie, ako aj využitie umelej inteligencie v telemedicíne. Etické a právne aspekty telemedicíny tiež zohrali dôležitú úlohu v diskusiách.

Jedným z príkladov inovácií prezentovaných na konferencii bol kamerový systém s umelou inteligenciou, ktorý dokáže automaticky detekovať pády pacientov v nemocnici a privolať pomoc. Ďalšie príklady zahŕňali využitie vizuálnej komunikácie na diaľkové konzultácie s pacientmi a konzíliá lekárov, systémy dlhodobého monitoringu chronicky chorých pacientov s nepretržitým monitorovaním životných funkcií a okamžitou reakciou v prípade potreby.

VŠETKO MÁ SVOJE ALE...

Telemedicína prináša množstvo výhod, vrátane zníženia záťaže zdravotníckeho personálu, eliminácie zbytočných návštev pacientov v ambulanciách a zníženia rehospitalizácií. Zlepšuje dostupnosť zdravotnej starostlivosti, dosahuje lepšie výsledky pri liečbe chronických chorôb, zvyšuje kvalitu života pacientov a šetrí zdroje vo verejnom zdravotnom poistení.

Napriek tomu však existujú aj bariéry implementácie telemedicíny. Medzi ne patrí nedostatok legislatívnej úpravy, chýbajúce úhradové mechanizmy a obavy z neznámeho zo strany pacientov a zdravotníkov. A práve týmto témam sa venoval vo svojej prezentácii prezident SLK MUDr. Jaroslav Šimo, PhD.

MUDr. Vladimír Dvorový, MPH a MUDr. Jaroslav Šimo, PhD. počas prestávky.

ÚSKALIA TELEMEDICÍNY

Na úvod svojho vystúpenia pripomenul 20 rokov od vstupu Slovenska do Európskej únie, ktoré so sebou prinieslo aj mnohé zmeny v zdravotníctve. Napríklad personálne problémy, odliv lekárov do zahraničia a podobne. A práve telemedicína je podľa neho jeden z prostriedkov, ktorý by mohol pomôcť pri riešení nedostatku zdravotníkov. Hovoril o fungovaní e-zdravia, e-PN-kách či elektronickej zdravotnej knižke. „Najlepšie nám funguje e-recept, pri ostatných treba ešte mnohé veci legislatívne doriešiť alebo zjednodušiť," povedal MUDr. Jaroslav Šimo, PhD..

Stretnutie s kolegami, zľava – MUDr. Vetrák, prof. Rudinský, MUDr. Martanovič, MUDr. Šimo, PhD.

Vo svojej prezentácii sa zameral najmä na výhody i nevýhody pre poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, lekárov, ako aj pacientov.

VÝHODY PRE POSKYTOVATEĽOV ZS:

- Napriek vyšším vstupným nákladom celkovo významné úspory v nákladoch na ústavnú starostlivosť.
- Optimalizácia využitia nemocničného zariadenia.
- Nižšie zaťaženie nemocničného personálu.
- Zníženie počtu rehospitalizácií.
- Výhody v riedko osídlených krajinách.

VÝHODY PRE PACIENTOV:

- Možnosť liečby v domácom prostredí bez rehospitalizácie.
- Telemonitoring najmä pri chronických ochoreniach.
- Zlepšuje dodržiavanie liečebného režimu/terapie pacientmi, zlepšuje spoluprácu na liečbe.
- Zmena liečby na základe získaných údajov.
- Zlepšenie kontaktu medzi lekárom a pacientom nachádzajúcim sa mimo nemocnicu.
- Prevencia infekčných ochorení.
- Šetrenie výdavkov na transport pacienta.

VÝHODY PRE LEKÁROV:

- Zvyšuje úroveň kontaktov a komunikácie medzi lekármi.
- Výmena skúseností.
- Konzultácie na diaľku.
- Využitie v procese vzdelávania.
- Zapojenie umelej inteligencie.

Nevyhol sa však ani problémovým otázkam či témam, ktoré telemedicína so sebou prináša, ako aj jej limitácie.

BARIÉRY PRI UPLATŇOVANÍ TELEMEDICÍNY:

- Vstupuje do súkromia pacienta, GDPR.
- Zhoršenie vzťahu pacient – lekár.
- Nemožnosť fyzikálneho vyšetrenia.
- Limitovaná komplexnosť.
- Riziko misdiagnózy.
- Možnosť podvodu a zneužívania.
- Zodpovednosť zdravotníka za náhle zhoršenie zdravotného stavu.

LIMITÁCIE TELEMEDICÍNY:

- Je doplnkovou metódou klasickej medicíny.
- Vhodné pre ochorenia nevyžadujúce laboratórne vyšetrenie, zobrazovacie metódy.
- Možnosť hackingu dát pacientov – najmä pri pripojení na verejnú sieť.
- Možné zlyhanie pri nutnosti emergentnej starostlivosti – hrozí omeškanie.
- Telemedicínske prostriedky musia zodpovedať zákonným predpisom.
- Ľahšie opomenutie dôležitého symptómu pacientom ako pri priamom kontakte.
- Rozličné pravidlá poskytovania zdravotnej starostlivosti v rôznych krajinách.
- Miestna a cenová dostupnosť.
- Nespolupráca pacienta.

Na prvom diskusnom paneli sa zúčastnil aj prezident SLK.

Telemedicína má obrovský potenciál transformovať poskytovanie zdravotnej starostlivosti a zlepšiť kvalitu života pacientov. Na jej úspešné zavedenie je však potrebné prekonať legislatívne a finančné bariéry a presvedčiť pacientov a zdravotníkov o jej benefitoch.

Pripravila: Mgr. Nancy Závodská

Foto: EJD

Záber zo stretnutia zástupcov EJD vo Francúzsku.

Čo trápi mladých kolegov v zahraničí?

Tradičné jarné stretnutie zástupcov organizácie EJD (European Junior Doctors Association) sa konalo vo Francúzsku

Na stretnutí vo francúzskom Montpellier sa zúčastnili aj naši kolegovia z Česka. Z príspevku o stretnutí, ktorý uverejnili vo svojom komorovom časopise Tempus Medicorum, vyberáme tie najzaujímavejšie a najdôležitejšie časti.

Rakúskych kolegov momentálne najviac trápi postgraduálne vzdelávanie, ktoré je hlavným dôvodom odchodu mladých lekárov do zahraničia, najčastejšie do Švajčiarska a Nemecka. Jeho kvalita je výrazne kolísavá a najčastejšia kritika sa týka nedostatku vedenia, veľkej miery zodpovednosti, zlej kontroly a riešenia chýb. Naopak, pozitívne vnímajú krok na posilnenie primárnej starostlivosti, a to zriadením atestačného programu „rodinné lekárstvo“. Rakúska lekárska komora za to dlho bojovala.

Lekári v Lotyšsku nemajú možnosť voľby pracovného miesta. Doteraz mohla vláda priamo regulovať prijímanie, rozmiestňovanie a financovanie mladých lekárov. V súčasnosti štartujú nový program, ktorý má podporiť personálnu situáciu na periférii, kde by mali byť tieto lokality zvýhodňované. Medzi lekármi však panujú skôr pochybnosti. Po prvé sa obávajú, že dôjde k (nútenému) odlivu lekárov z fakultných pracovísk. Po druhé argumentujú tým, že menšie pracoviská často nemajú potrebnú akreditáciu, takže lekári sa tak znovu budú musieť na stáže vrátiť. Navyše je celé vzdelávanie zaťažené „štátnymi kvalifikačnými dohodami“, takže lekár musí po atestácii zotrvať 5 rokov na danom pracovisku. Pri odchode na iné pracovisko hrozí pokuta až do výšky 5 000 eur za každý rok vzdelávania. Momentálne začína veľká diskusia k zrušeniu týchto dohôd.

Medzi **španielskymi lekármi** v súčasnosti prebieha iniciatíva za zrušenie 24-hodinových služieb. Najčastejšími argumentami sú work-live balance, zlepšenie výkonnosti a zvýšenie bezpečnosti pri starostlivosti o pacientov. Medzi mladými lekármi prevláda preferencia 12- a 16-hodinových služieb.

V Portugalsku v minulom roku protestovali lekári za vyššie platy a lepšie pracovné podmienky. Po niekoľkých týždňoch protestov došlo k čiastočnému splneniu ich požiadaviek na konci roku a ďalšie vyjednávania mali pokračovať tento rok. V marci však došlo k rozpusteniu parlamentu a k predčasným voľbám, súčasná vláda zatiaľ rokovania neobnovila.

V Poľsku momentálne rezonuje téma otvárania nových lekárskych fakúlt. Podľa zmeny legislatívy v roku 2023 je možné vyučovať program všeobecného lekárstva aj na neuniverzitných pracoviskách. V súčasnosti je v Poľsku 36 lekárskych fakúlt, z toho 14 vzniklo v októbri 2023. Iba 4 z nich však získali potrebné akreditácie. Poľská lekárska komora sa ohradzuje voči takémuto spôsobu navyšovania kvantity lekárov bez akýchkoľvek ohľadov na kvalitu samotného vzdelávania. Súčasný minister zdravotníctva tak nariadil opätovné kolo akreditácií a pri ďalšom negatívnom výsledku budú dané inštitúcie zatvorené. O študentov by sa potom mali postarať zostávajúce fakulty, čo môže, samozrejme, spôsobiť ďalšie problémy, v prvom rade kapacitné.

Fínsko rieši otázku centralizácie a reštrukturalizácie nemocničnej siete. V snahe o zefektívnenie a zlepšenie ekonomiky fungovania dôjde v nasledujúcich mesiacoch buď k úplnému zatvoreniu nemocníc, či k ich prevodu na inú formu zdravotníckeho zariadenia (polikliniky, jednoňová chirurgia a pod.). Vzhľadom ku geografii Fínska to však znamená, že dostupnosť akútnej starostlivosti bude v niektorých oblastiach zhoršená o 1-2 hodiny jazdy autom. Ruka v ruke má ísť s týmito krokmi posilnenie primárnej starostlivosti, ako aj zdravotníckeho transportného systému. Fínska vláda tiež pristúpila k navýšeniu zákonných limitov čakacích lehôt a k navýšeniu regulačných poplatkov.

Krajina tiež bojuje s podfinancovaním lekárskych fakúlt, pričom práve tento ekonomický aspekt zrejme povedie k tomu, že zavedú „medzistupne“ v pregraduálnom vzdelávaní, a to „bakalára medicíny“. Zatiaľ však nie je jasné, aké kompetencie (a či vôbec) by tento bakalár medicíny mal a či to vôbec pomôže pri riešení personálnej krízy v zdravotníctve.

Aj **Taliansko** má problém s nedostatkom zdravotníkov, miestne autority však na toto reagovali už pri plánovaní budúcnosti, a tak sa zdá, že krajina je na dobrej ceste. Podľa odhadov má do roku 2032 odísť do dôchodku cca 109-tisíc talianskych lekárov, ale vzhľadom k počtu medikov sa očakáva prírastok 141-tisíc nových lekárov. V každom prípade však v Taliansku mladí lekári momentálne bojujú proti nedodržiavaniu zákonníka práce.

Kolegov z Estónska najviac trápia kapacitné nedostatky v pregraduálnom vzdelávaní. Stáže je totiž možné absolvovať iba v jednej univerzitnej nemocnici, čo značne znižuje možnosť ich praktickej náplne a zároveň limituje počet študentov. Preto momentálne bojujú za to, aby vzdelávanie mohlo byť aj v iných nemocniciach.

Slovinskí kolegovia už od 15. januára štrajkujú. Hlavnými dôvodmi bolo nedostatočné ohodnotenie zdravotníkov a personálny nedostatok, čo viedlo k enormnému množstvu nadčasov. Hoci približne 30 % lekárov odmietlo nadčasovú prácu, akútna starostlivosť nebola ohrozená, a hoci narastajú časové lehoty pre plánované výkony a návštevy, mediálna kampaň spustená slovinskou vládou sa snaží celý problém bagatelizovať. Parlament zároveň mení zákony, ktoré by lekárom mohli skomplikovať protestné akcie. Mladí lekári zároveň bojujú za zrušenie miesteniek a štátom vynútených kvalifikačných dohôd na obdobie postgraduálneho vzdelávania.

V Nemecku koncom vlaňajška protestovali zamestnanci univerzitných nemocníc. Výsledkom bolo podpísanie novej kolektívnej zmluvy vyššieho stupňa začiatkom tohto roku, ktorá zaručovala rast platov o 4 % od apríla 2024 a ďalších 6 % zhruba od februára 2025. Od januára 2025 bude tiež striktne nariadená elektronická evidencia dochádzky, ktorá bude podliehať prísnej kontrole.

V Chorvátsku bojujú proti štátom organizovaným kvalifikačným dohodám (a v podstate aj miestenkám), ktoré znemožňujú lekárom zmenu zamestnávateľa a sťahovanie sa do iného okresu bez súhlasu ministra zdravotníctva, po ktorom zároveň musí nasledovať „vykúpenie“ z pôvodnej nemocnice. Obdobie, počas ktorého lekár nesmie odísť pracovať do iného zariadenia, sa rovná obdobiu predatestačnej prípravy.

Kolegovia z Litvy sú momentálne najviac znepokojení pre vojnu na Ukrajine. Skoro polovica respondentov považuje vojnu s Ruskom za pravdepodobnú a zároveň tak polovica lekárov sa cíti absolútne nepripravená na poskytovanie vojnovej medicíny. Keďže takmer 94 % lekárov cíti potrebu dovzdelať sa v tejto oblasti, podnikajú sa momentálne kroky k tomuto dovzdelaniu. Zdravotníci majú zároveň v prípade vojny zákaz vycestovať z krajiny.

V Nórsku v súčasnosti riešia veľké problémy s elektronizáciou. Región stredného Nórska zavádza spoločný systém zdravotnej dokumentácie pre pacientov naprieč všetkými úrovňami zdravotnej starostlivosti (primárna starostlivosť, komunitné služby a nemocnice). Implementácia čelila veľkej kritike. Systém v mnohých ohľadoch nerobí to, čo by mal – pomáhať zdravotníckym profesionálom a pacientom ľahšie získavať relevantné informácie. Bohužiaľ, došlo k opaku, správy neboli doručené, alebo boli doručené nesprávne, dochádzalo na základe toho k oneskoreniu liečby a pod. Došlo, žiaľ, aj k niekoľkým úmrtiam, ktoré boli spojené s chybami v systéme. Nórsky Úrad pre zdravotníctvo riešil viacero prípadov a dospel k záveru, že systém predstavuje riziko pre bezpečnosť pacientov a stanovil niekoľko potrebných vylepšení.

K vylepšeniam však dodnes neprišlo a nikto nevie, kedy sa tak stane. V súčasnosti má systém a jeho implementácia náklady asi 6,5 miliardy NK (500 miliónov eur), čo sú vyššie náklady ako na stredne veľkú nórsku nemocnicu. Napriek obrovskému odporu a varovaniam od lekárov a sestier pred možnými vážnymi následkami, napriek vážnym chybám v systéme a analýze rizík bol systém zavedený v štyroch nových nemocniciach v strednom Nórsku.

Pripravil: MUDr. Jan Přáda, viceprezident ČLK
Preklad: Mgr. Nancy Závodská

Foto: autorka

Stretnutie na pôde SLK – zľava prezident SLK MUDr. J. Šimo PhD., prezidentka SKSaPA Mgr. I. Lazorová a prezident SKZL MUDr. I. Moravčík.

Predletné aktivity SLK

Nevynechali sme odborné konferencie, zasadnutia zdravotníckeho výboru parlamentu aj stretnutia s našimi partnermi

25. 4. Rokovanie Výboru NR SR pre zdravotníctvo

Na rokovanie výboru prišla aj ministerka zdravotníctva, hovorilo sa o pripravovaných zmenách v zákone č. 578/2004 Z. z. Témou bolo rezidentské štúdium, atestačná prax a zefektívnenie špecializačného štúdia. Na zasadnutí bola aj prof. Jankechová z MZ SR, hovorila o tom, že uznávanie diplomov zo strany Ministerstva školstva SR stále čelí kritike zo strany Bruselu.

Témou bolo aj vzdelávanie zdravotných sestier – člen výboru MUDr. Valocký požiadal formou uznesenia výboru ministerstvo, aby na budúcom výbore prišli jeho zástupcovia informovať, ako je to so vzdelávaním sestier. Jeho názor je, že sestry nám majú produkovať stredné zdravotné školy a na to sa treba zamerať. Opačný názor mal poslanec Marek Krajčí, ten hovoril o nutnosti vyššieho vzdelania sestier.

30. 4. Stretnutie štyroch najväčších zdravotníckych komôr

Na pôde SLK sa stretli zástupcovia SKZL, SLek a SKSaPA. Hovorilo sa o plánovanej príprave nového zákona o komorách.

14. 5. Prezídium SLK

Riešili sa licencie, registrácie, správne konania... Prezídium SLK poverilo prezidenta, aby podpísal Deklaráciu k rozvoju

Diskusia počas prestávky na konferencii Digital Healthcare.

celospoločenského sociálneho dialógu a aktívne na tomto programe participoval. Rovnako poverilo MUDr. Tholta, aby rokoval so starostom obce Veterná Poruba o projekte Oáza pokoja. MUDr. Vasiľová tlmočila uznesenie RLK KE osloviť AK Škodler, aby pripravili možnosti výberu manipulačných poplatkov.

MUDr. Vician otvoril problematiku diplomových prác, ktoré sú podľa jeho názoru len teoretické – praktická výučba je nahrádzaná teóriou. Bolo by dobré, keby sa k tomu vyjadrili aj univerzity. A rovnako by bolo podľa neho vhodné prehodnotiť dĺžku príprav na atestácie.

28. – 29. 5. Telemedicína 2024 – konferencia v Trnave

Odborné podujatie sa uskutočnilo pod záštitou prezidenta SLK, ktorý sa na ňom aj aktívne zúčastnil. Viac o tom píšeme v tomto čísle MEDIKOM-u.

4. 6. Konferencia Digital Healthcare

Zúčastnili sa prezident SLK, MUDr. Vetrák, MUDr. Weber aj MUDr. Jurkovič. Hovorilo sa o hľadaní digitálneho lídra v zdravotníctve, centrálnom informačnom systéme (podľa záväzkov z Plánu obnovy by naň malo prejsť 20 najväčších štátnych nemocníc), aj o zapojení Slovenska do tzv. európskeho priestoru pre zdravotné údaje. Komunikačné štandardy pre výmenu zdravotnej dokumentácie poskytuje globálna organizácia HL7, ktorej slovenské zastúpenie vzniklo u nás koncom minulého roka. O týchto témach hovorili jej zástupcovia, ako aj odborník z Rakúska. Prezident SLK sa zúčastnil diskusného panela na tému – Digitál pre pacienta.

11. 6. Prezídium a Rada SLK

Okrem správnych konaní, registrácií a licencií sa riešili napríklad aj nominácie zástupcov SLK do pracovných skupín pre DRG a vyhlásenie k dištancu SR od nových predpisov WHO *(viac na str. 5, pozn. red.)*.

11. 6. a 12. 6. Zasadnutie Výboru NR SR pre zdravotníctvo

Riešil sa návrh záverečného účtu kapitoly MZ SR za rok 2023, zákon o kontrole hluku vo vonkajšom prostredí, aj návrh poslanca Vladimíra Baláža na vydanie zákona, ktorým sa mení a dopĺňa zákon č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov. Cieľom návrhu zákona je efektívnejšie riadenie peňažných tokov v rámci verejného zdravotného poistenia a zmierniť jednorazový finančný úbytok zdrojov na začiatku kalendárneho roka.

Záber zo zasadnutia Rady SLK 11. júna.

19. 6. Mimoriadny zdravotnícky výbor NR SR

Zvolala ho opozícia, predvolala si splnomocnenca vlády Petra Kotlára, aby vysvetlil dištanc Slovenska od nových predpisov WHO. *(Výbor sa konal v čase uzávierky tohto čísla MEDIKOM-u, bližšie budeme o tom informovať v ďalších číslach, ako aj na našej webovej stránke, pozn. red.)*

Pripravila: zav

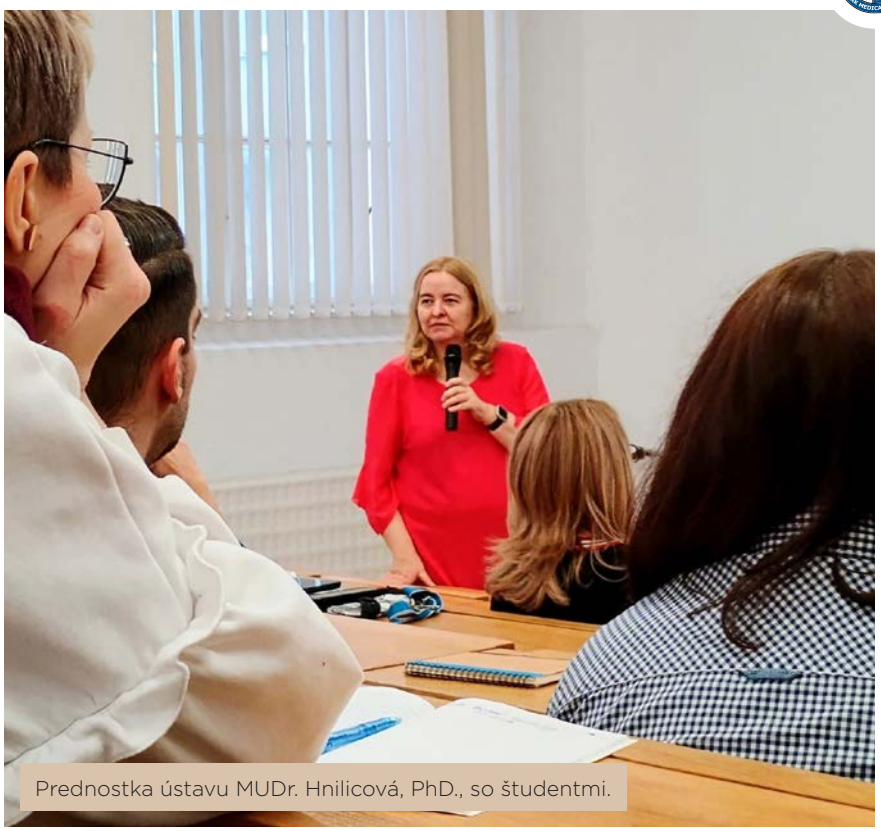
Foto: ÚMVAS, autorka

Študenti pri simulácii masáže srdca.

Ťažko na bojisku, ľahko... Pri pacientovi?

Navštívili sme simulačné centrum Lekárskej fakulty UK v Bratislave, kde študenti trénujú, ako uplatniť teoretické vedomosti v praxi.

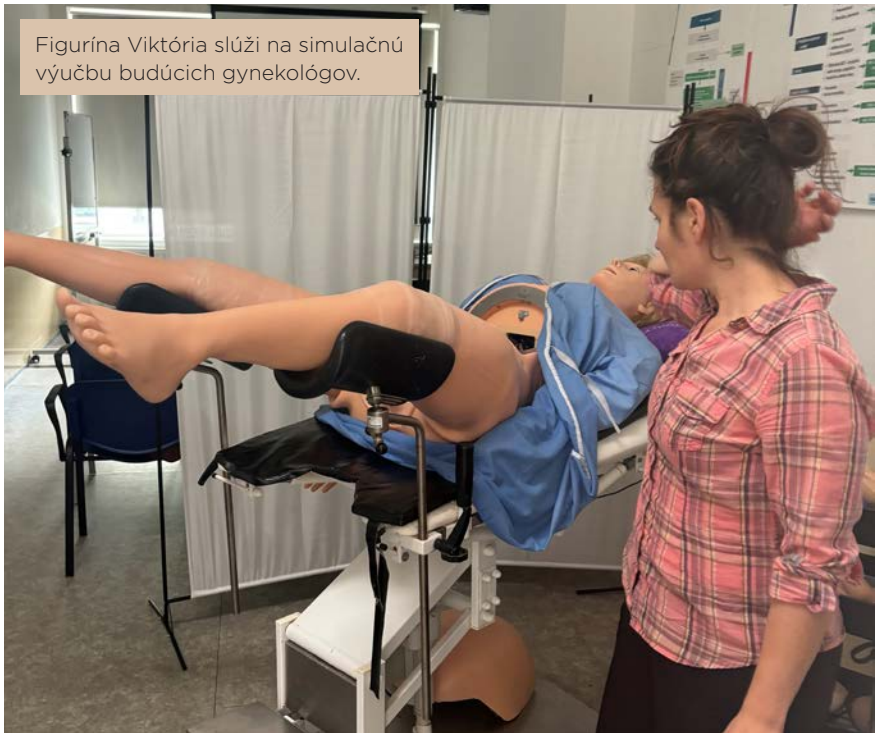
Štúdium na lekárskych fakultách patrí bezpochyby medzi najnáročnejšie. Šesť rokov pregraduálneho vzdelávania, náročné skúšky, praktické cvičenia a potom náročná realita v praxi. Skutoční pacienti, skutočné ochorenia, skutočné problémy. Hoci k štúdiu medicíny patrí aj klinická výučba priamo v nemocniciach či iných zdravotníckych zariadeniach, faktom je, že zabezpečiť takúto výučbu je čoraz náročnejšie. Príčin je viacero – medikov neustále pribúda, ale možností, kde a pri akých pacientoch by mohli „trénovať" naučené vedomosti v praxi, naopak, ubúda. Lekárske fakulty tak nemôžu garantovať prístup každého študenta k takému istému počtu pacientov ako predtým. Často sa stáva, že študenti prídu na stáž, ale nie každý z nich má prístup k pacientovi a lekári sa pre vysoké počty študentov nemôžu venovať medikom jednotlivo. A tak sa k slovu dostávajú centrá medicínskej simulácie.


Prednostka ústavu MUDr. Hnilicová, PhD., so študentmi.

HISTÓRIA ÚSTAVU

Prvé centrá medicínskej simulácie začali vznikať na konci 50-tych rokov minulého storočia v USA, odkiaľ sa potom rozšírili do Európy. Na starom kontinente vzniklo ako jedno z prvých v roku 1973 v škótskom Dundee. Na tamojšej univerzite vzniklo centrum medicínskeho vzdelávania, ktoré patrí medzi top inštitúcie tohto druhu v Európe. Od roku 2000 začali vznikať takéto simulačné centrá v Afrike.

A čo na Slovensku? V roku 1997 sa u nás uskutočnila prvá konferencia o medicínskom vzdelávaní, na ktorej síce odznelo veľa užitočného, ale, žiaľ, do praxe sa pretavilo málo. Prvá lastovička sa reálne objavila v roku 2013 – 1. septembra vznikol Ústav simulačného a virtuálneho medicínskeho vzdelávania LF UK v Bratislave. V tom istom roku získal ústav prvé počítačom riadené figuríny, pomocou ktorých vedeli naprogramovať pre študentov potrebné simulácie. Medzi prvé patrili simulácie vo fyziológii, a to transfúzia, astmatický šok, infarkt, hemoragický šok, ktoré zavádzala v októbri 2014 MUDr. Silvia Hnilicová, PhD., terajšia prednostka ústavu.


Figurína Viktória slúži na simulačnú výučbu budúcich gynekológov.

Išlo však skôr o technicky podporené pracovisko, chýbali lekári a odborníci na vzdelávanie, výučba nebola systémová. Od októbra 2023, kedy sa pracovisko stalo teoretickým ústavom a premenovalo sa na Ústav medicínskeho vzdelávania a simulácií, sa výučba rozšírila a posunula na nový level. Simulácie prešli kvalitatívnou aj kvantitatívnou prestavbou a tento druh vzdelávania bol zaradený do povinného rozvrhu medikov. „Zvýšili sme aj počty simulácií. Už v prvom ročníku sme pridali štyri simulácie a v každom ročníku sme zaradili aspoň jednu do takmer každého predmetu," hovorí MUDr. Silvia Hnilicová, PhD., a dodáva: „Kedysi sa u nás veľmi oddeľovala teoretická a klinická výučba. Dnes vieme, že je oveľa efektívnejšie, ak študentom čo najskôr v ich štúdiu ukážeme, ako aplikovať teoretické poznatky v praxi. V teoretickej výučbe sa síce naučia, ako napríklad merať saturáciu kyslíka, ale tu u nás si presne vyskúšajú, aký to má význam v klinickej praxi."

V minulosti, keď nefungovali podobné centrá, sa medici učili priamo na pacientoch, napríklad odber krvi, lumbálnu punkciu, liečbu anafylaktického šoku a podobne. Dnes majú možnosť si to najprv vyskúšať v rámci simulácie, čo je rozhodne etickejšie.

„Naším cieľom je, aby bol študent klinicky kompetentný, aby mal zručnosti, ktoré je možné si reálne overiť," hovorí pani prednostka. Dôležité je predovšetkým to, aby simulácia nadväzovala na konkrétnu výučbu v danom predmete a aby to takto fungovalo už od prvého ročníka štúdia medicíny. „Chceme, aby k nám do simulačného centra prišli prváci hneď v prvom semestri, prvý deň svojho štúdia."

Ústav sa svojou činnosťou zameriava nielen na študentov, ale aj na vzdelávanie pedagógov, vedu a výskum, či spoluprácu medzi klinikami, fakultami a univerzitami.

AKO VYZERÁ SIMULÁCIA?

Simulácia vo forme scenára pozostáva z prebrífingu/úvodu, samotnej simulácie a debrífingu. Celú simuláciu si pracovníci ústavu spolu s lekármi najprv nadizajnujú, rozdiskutujú a naprogramujú. „Dokážeme vytvoriť kulisy so všetkým, čo k tomu patrí. Pripravíme kompletné izby, kauzuistiku, popis pacienta, anamnézu a následne vytvárame scenáre vo forme vývojových diagramov," doplnil doc. RNDr. Pavol Vitovič, PhD., expert v oblasti technického dizajnu simulácií a zástupca prednostky pre simulačnú výučbu.

Pedagógovia musia presne určiť, čo chcú študentov v danom predmete naučiť a tomu prispôsobia aj scenár, napríklad na farmakológii nasimulujú pacienta s vysokou teplotou, zápalom pľúc, ktorý po nasadení antibiotík dostane alergickú reakciu. Študenti musia reagovať a prispôsobovať sa stavu simulovaného pacienta, ktorého jednotlivé životné funkcie a parametre sa menia podľa podaných liečiv. V samotnej miestnosti, kde simulácia prebieha, sú študenti sami, pedagógovia ich pozorujú z vedľajšej miestnosti pomocou kamery. „Odtiaľ môžeme pomocou počítača meniť zdravotný stav ‚pacienta', aby sa tak študenti učili reagovať na aktuálnu situáciu," hovorí docent Vitovič. Teda laicky povedané, keď podajú liek č. 1, stane sa toto, ak mu podajú liek č. 2, jeho zdravotný stav sa zmení takto a tak ďalej. „To sú tie spomínané ‚vývojové diagramy'," dodáva docent Vitovič.

Zaujímavosťou je aj to, že „pacient" aj rozpráva, jeho hlas či zvuky vychádzajú z úst simulovaného pacienta, aby bola simulácia realistickejšia.

Obľúbené sú aj simulácie, v ktorých študent medicíny sám prichádza do miestnosti k pacientovi a pedagógovia zvonku sledujú jeho celkový postup, či sa po príchode pozdraví, ako komunikuje s pacientom, ako určí anamnézu, ako zhodnotí zdravotný stav a podobne. Z týchto simulácií dostávajú študenti aj vyhodnotenie, aby vedeli, čo urobili správne a čo nie, a aby sa vedeli zo svojich chýb poučiť.

NOVINKOU SÚ SIMULÁCIE V MEDICÍNSKEJ ETIKE

Napríklad príde pacient (hrá ho zamestnanec ústavu) do ambulancie po výsledky a študenti-medici mu musia oznámiť zlú správu, že má onkologické ochorenie a potrebuje urýchlene chemoterapiu. Pacient však chemoterapiu odmieta a študenti musia reagovať. Práve na takýchto simuláciách ich učia, aký dôležitý je partnerský prístup a spoločné rozhodovanie týkajúce sa liečby.

ČO SA NAUČÍŠ, NEZABUDNEŠ

Spätná väzba, ktorá prebieha vo forme debrífingu, je veľmi dôležitá nielen pre študentov, ale aj pre pedagógov a celý tím. Dozvedia sa z nej napríklad aj to, nakoľko bola simulácia pre študenta prínosom.

Učiť sa znamená zapamätať si, porozumieť, aplikovať, kreovať... To sú jednotlivé stupne učenia (sa), na ktoré musia reflektovať aj nové metódy moderného medicínskeho vzdelávania. Kým v minulosti „stačilo", aby si študent učivo zapamä-

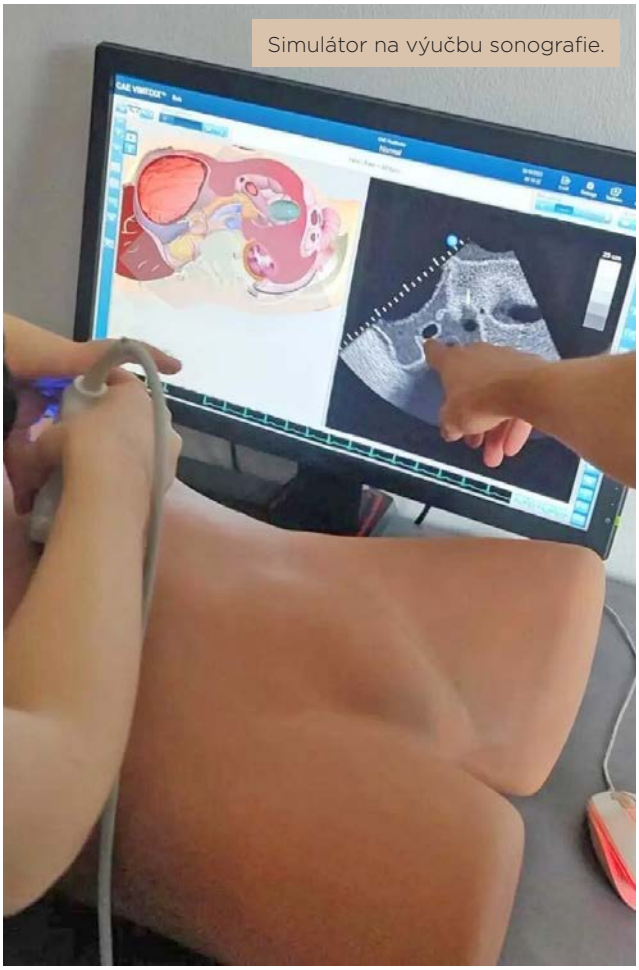
SIMULAČNÉ CENTRUM UMVAS

Ústav medicínskeho vzdelávania a simulácií LF UK bol oficiálne založený 1. októbra 2023. Hlavnou motiváciou k založeniu ústavu bolo zlepšenie a skvalitnenie medicínskeho vzdelávania na LF UK modernými metódami. Úlohou ústavu je čiastočne kompenzovať študentom praktické skúsenosti.

Ústav prvýkrát vznikol v roku 2013, bol technicko-podporným pracoviskom. V priebehu roku 2014 prebehla rozsiahla rekonštrukcia bývalých priestorov Ústavu súdneho lekárstva. Ústav sa do nových priestorov presťahoval 1. októbra 2014 a v polovici októbra 2014 bola spustená výučba. V októbri roku 2023 sa ústav postavil na vyšší level a stal sa teoretickým ústavom LF UK a rozšíril svoju činnosť na celé medicínske vzdelávanie ako také, s novým názvom Ústav medicínskeho vzdelávania a simulácií LF UK.

5 PILIEROV ÚSTAVU MEDICÍNSKEHO VZDELÁVANIA A SIMULÁCIÍ

- Inovácia a reforma výučby
- Rozvoj pedagogických zručností
- Technická podpora pre simulačné vzdelávanie
- Veda a výskum v medicínskom vzdelávaní
- Spolupráca medzi ústavmi, klinikami, fakultami a univerzitami



Simulátor na výučbu sonografie.

tal, dnes sú oveľa dôležitejšie ďalšie spomínané stupne – porozumenie, aplikácia a samotné kreovanie.

„Z praxe vieme, že retencia vedomostí pri prednáškach je veľmi nízka. Po dvoch týždňoch sa pohybuje zhruba na úrovni 5 %. Pri simuláciách je retencia okolo 75 % a úplne najvyššia retencia 90 % je, ak sa študenti učia navzájom, čiže ak aktívne vstupujú do deja, učia jeden druhého, odnesú si toho najviac," hodnotí MUDr. Hnilicová, PhD., a pridáva aj vlastnú skúsenosť. „Keď som prišla do praxe, vedela som vymenovať dvadsať liekov, ktoré by boli vhodné na daný problém, ale myšlienkový proces, ktorý z nich mám presne použiť, som nevedela a naučila som sa ho až v praxi," priznáva.

A o tom presne simulácie sú, aby sa študenti naučili aplikovať teoretické vedomosti. A ak treba, aj opakovane, čo sa v prípade reálnych pacientov väčšinou nedá. Pozitívne sa o simuláciách vyjadrujú nielen študenti, ale aj pedagógovia. Sú hladní po inovatívnych metódach a aplikácii klinických poznatkov v praxi. „Študenti potrebujú predovšetkým motiváciu, a keď im niekto ukáže, že to, čo sa naučili, vedia použiť v praxi, to je pre nich najväčšia motivácia." A aká je najčastejšia a zároveň najkrajšia veta, ktorú si od študentov vypočujú? „Teraz viem, že toho veľa neviem a musím si to ešte naštudovať..." Tak tomu sa povie správna interná motivácia. Za dva mesiace získal tím MUDr. Hnilicovej, PhD., asi 1000 dotazníkov spokojnosti od študentov, ktorí chodili na simulácie, a tí sa vyjadrili, že by ich uvítali ešte viac.

PROBLÉMY A PLÁNY

Hoci simulácie oceňujú aj lekári – pedagógovia, zohnať kvalifikovaný personál nie je jednoduché. Dôvod? Často sú to financie. Keďže fakulty spadajú pod ministerstvo školstva, sú rozdiely v platoch v porovnaní so zdravotníctvom značné.

A aké majú ďalšie plány? „Potrebovali by sme rozšíriť priestory, aby sme mohli poskytovať simulácie v čo najvyššej kvalite. Aj preto v súčasnosti výrazne rozširujeme priestory na Moskovskej ulici, aj v priestoroch, kde je aktuálne ústav. Chceme sa stále posúvať vyššie, dokupovať a vylepšovať audiovizuálnu techniku, chceme rozšíriť ambulantné simulácie a snívam, že sa nám podarí zaviesť nový predmet – základy klinickej medicíny," hovorí o plánoch pani prednostka. Ako však dodáva, musí to ešte prejsť akademickou debatou. A veľké plány majú aj v oblasti medicínskeho vzdelávania a trénovania pedagógov. Chcú pre nich robiť workshopy, a to si vyžaduje ďalší personál. Rovnako aj rozšírenie vedeckej práce.

Plánov je veľa, financií však pomenej. Pri pohľade na entuziazmus tých, ktorí majú simulačné centrum na starosti a na študentov, ktorí s nadšením sledujú, počúvajú a trénujú, však nič nie je nemožné. Tak im držme palce, ich úspechy pomôžu nám všetkým.

Pripravila: Mgr. Nancy Závodská

Študenti pri „pacientovi".

Doc. RNDr. Pavol Vitovič, PhD., ukazuje model pre stomatológov, vyrobený v 3D tlačiarni.

INZERCIA

Odkúpim pediatrickú ambulanciu na západnom Slovensku
(ideálne okresy BA, TN, TT, NR, DS, BB).
Možná dohoda s postupným odstúpením, prípadne po odkúpení možné ponechanie úväzku pôvodnému lekárovi.

Tel: **0903 603 691**

E-mail: **eugenegubish@gmail.com**

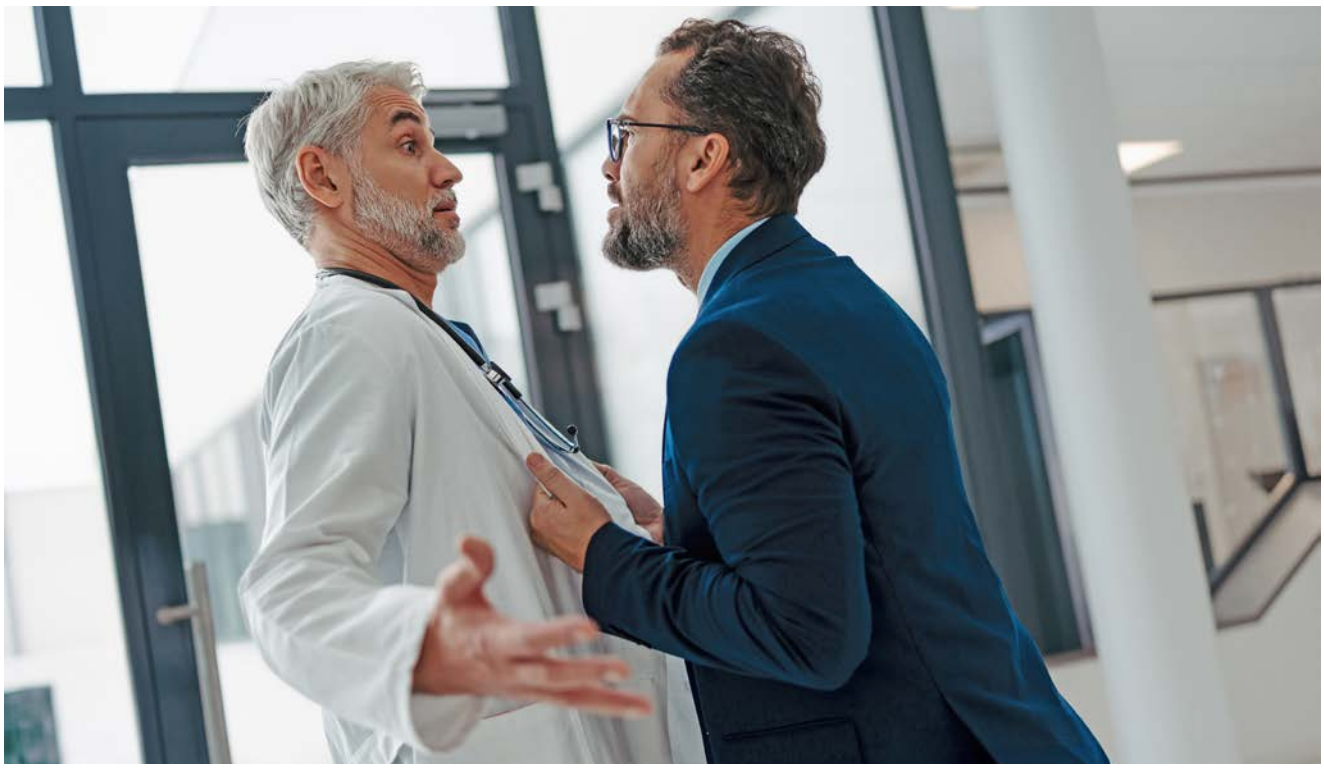


Foto: adobe stock

Budú sa zdravotníci učiť kung-fu?

Lekári, zdravotné sestry aj záchranári sa stále častejšie stretávajú s agresívnym správaním pacientov

Situácia sa zhoršila počas pandémie a v súčasnom postcovidovom období sa naďalej stupňuje. Najnovší prípad sa odohral v areáli nemocnice v Rimavskej Sobote, kde skupina osôb napadla primára interného oddelenia. Verbálne a fyzicky ho atakovali príbuzní hospitalizovaného pacienta, tri ženy v tejto súvislosti obvinili z výtržníctva. Zariadenie v tejto súvislosti zvažuje posilnenie zabezpečenia priestorov urgentného príjmu o prítomnosť súkromnej bezpečnostnej služby. Iné nemocnice, ktoré tiež majú podobné skúsenosti s agresívnymi pacientmi, zase začali organizovať kurzy sebaobrany pre zdravotníkov.

CHRÁNENÉ OSOBY, ALE...

Zdravotníci majú od roku 2017 štatút chránenej osoby, uvádza sa to v ods. 1 v § 139 Trestného zákona. Na základe štatútu „chránenej osoby" je postihnutie prípadného páchateľa hodnotené prísnejšie ako pri bežných porušeniach zákona. Pri napadnutí chránenej osoby, ak páchateľ spôsobí ublíženie na zdraví bez ťažkej ujmy, môže dostať trest odňatia slobody na dobu 1 – 3 roky na rozdiel od ublíženia na zdraví osobe, ktorá nie je chránenou osobou, kde je sadzba „len" 6 mesiacov až 2 roky.

Napriek tomu, že sú zdravotníci chránenými osobami pri výkone svojho povolania, počet agresívnych správaní sa voči zdravotníkom stále rastie. Namieste je preto otázka, či uvedený štatút dostatočne chráni zdravotníkov pred „agresormi". Zrejme nie. Objavili sa preto hlasy, aby legislatíva, ktorá dnes hovorí o ochrane zdravotníkov ako chránených osôb počas poskytovania zdravotnej starostlivosti, bola rozšírená **v súvislosti s poskytovaním zdravotnej starostlivosti**. Jasne sa totiž ukazuje, že k agresivite nedochádza len na pôde nemocníc alebo urgentných príjmov.

A na záver by sme radi doplnili prieskum, ktorý robila v roku 2022 Slovenská lekárska komora medzi svojimi členmi. Z výsledkov ankety, na ktorú nám prišlo vyše 560 odpovedí, vyplynulo, že až 40 % lekárov čelilo v roku 2021 slovným útokom pacientov, takmer 30 % z nich opakovaným a vyše 5% lekárov muselo čeliť aj fyzickému útoku pacienta alebo jeho príbuzných. Ak by sme takýto prieskum robili teraz, možno by sme získali ešte smutnejšie čísla...

Pripravili: MUDr. Robert Vetrák, Mgr. Nancy Závodská

Najprv registrácia, potom nová práca!

POSKYTOVAŤ ZDRAVOTNÚ STAROSTLIVOSŤ MÔŽE IBA LEKÁR PO RIADNEJ REGISTRÁCII V SLK

Zákon hovorí jasne: V zmysle § 31 ods. 1 písm. e) zákona č. 578/2004 Z. z. **je registrácia v SLK podmienkou výkonu povolania lekár**. Každý poskytovateľ zdravotnej starostlivosti je povinný žiadať od lekárov registráciu ešte pred nástupom do zamestnania – je to povinnosť vyplývajúca zo zákona.

Realita je však taká, že orgány Slovenskej lekárskej komory neustále riešia problémy lekárov, ktorí vykonávajú svoje povolanie bez registrácie v SLK.

Dovoľujeme si preto znovu pripomenúť:

1. **Každý lekár je povinný registrovať sa v SLK** pred tým, ako začne poskytovať zdravotnú starostlivosť.
2. Ak sa vraciate do zamestnania napríklad po materskej alebo rodičovskej dovolenke a mali ste registráciu dočasne pozastavenú, **pred opätovným návratom do práce si ju musíte obnoviť!**
3. Bez registrácie v registri lekárov SLK **nevydá NCZI lekárovi elektronický preukaz zdravotníckeho pracovníka**.

Všetky potrebné dokumenty nájdete na našej webovej stránke: https://lekom.sk/pre-lekarov/tlaciva-a-potvrdenia

(zav)

INZERCIA

Milgamma® N cps

Milgamma® N – lieči príčinu bolesti chrbta, nielen potláča symptómy

✓ Obsahuje vysoké dávky vitamínov skupiny B s jedinečným benfotiamínom
✓ Regeneruje poškodené nervy
✓ Má analgetický účinok

Rýchlejšie a silnejšie zmiernenie bolesti chrbta pri kombinácii NSAID s vitamínmi skupiny B[1-4]

Vitamíny skupiny B môžu znížiť spotrebu analgetík pri bolesti chrbta[5]

Liečba vitamínmi skupiny B môže znížiť mieru recidívy opakujúcej sa bolesti chrbta[6]

Koncentrácie (AUC)*:
Benfotiamín 40 mg vs Tiamín 100 mg =
⬆ o 55 % v plazme
⬆ o 99 % na bunkovej úrovni (erytrocyty)[7]

*AUC – plocha pod krivkou

Skrátená informácia o lieku Milgamma® N mäkké kapsuly
Liečivo a lieková forma: benfotiamín 40 mg, pyridoxinium-chlorid 90 mg, kyanokobalamín 0,25 mg v 1 kapsule. **Terapeutické indikácie:** Zápalové a bolestivé ochorenia nervov, napr. diabetická a alkoholová polyneuropatia, migréna, bolestivé natiahnutia svalov, bolestivé postihnutie koreňov periférnych nervov, skalenový syndróm, syndróm ramenoruka, pásový opar (herpes zoster), paréza tvárového nervu. Pri predĺženej rekonvalescencii a v geriatrii. **Dávkovanie a spôsob podávania:** Ak lekár neurčí inak, užíva sa 1 kapsula 3 – 4 krát denne. V ľahších prípadoch a ak je odpoveď na liečbu obzvlášť dobrá, stačí užívať 1 – 2 kapsuly denne. Milgamma® N sa používa na liečbu dospelých pacientov. Kapsula sa má prehltnúť celá po jedle s malým množstvom tekutiny. **Kontraindikácie:** Precitlivenosť na liečivá alebo na ktorúkoľvek z pomocných látok. **Nežiaduce účinky:** Pozri Súhrn charakteristických vlastností lieku Milgamma® N. **Osobitné upozornenia:** Milgamma® N môže vyvolať neuropatie, ak sa užíva dlhšie než 6 mesiacov. Pri vysokom dávkovaní môže glycerol, ktorý sa nachádza v lieku, spôsobiť bolesti hlavy, podráždenie žalúdka a hnačku. Pacienti so zriedkavými dedičnými problémami intolerancie fruktózy nesmú užívať tento liek. **Fertilita, gravidita a laktácia:** Denný príjem vitamínu B6 do 25 mg je počas tehotenstva a v období laktácie bezpečný. Liek obsahuje 90 mg vitamínu B6 v jednej kapsule, preto sa nemá podávať počas gravidity a laktácie. **Špeciálne upozornenia na uchovávanie:** Uchovávajte pri teplote 15 – 25 °C. Uchovávajte v pôvodnom obale, na ochranu pred svetlom. Veľkosť balenia: 20, 50, 100 kapsúl. Na trh nemusia byť uvedené všetky veľkosti balenia. **Držiteľ rozhodnutia o registrácii:** Wörwag Pharma GmbH & Co. KG, Flugfeld-Allee 24, 71034 Böblingen, Nemecko. **Registračné číslo:** 86/0672/95-Š. **Dátum poslednej revízie textu:** September 2022. **Spôsob výdaja:** Voľnopredajný liek.

Literatúra: 1. Kuhlwein, A., Meyer, H.J. & Koehler, C.O. [Reduced diclofenac administration by B vitamins: results of a randomized double-blind study with reduced daily doses of diclofenac (75 mg diclofenac versus 75 mg diclofenac plus B vitamins) in acute lumbar vertebral syndromes]. Klin Wochenschr. 1990 Jan 19;68(2):107-15. German. **2.** Mibielli MA, Geller M, Cohen JC et al.: Diclofenac plus B vitamins versus diclofenac monotherapy in lumbago: the DOLOR study. Current Medical Research and Opinion, vol. 25, no.11, pp. 2589-2599, 2009. **3.** Vetter G, Brüggemann G, Lettko M, Schwieger G, Asbach H, Biermann W, Blässius K, Brinkmann R, Bruns H, Dorn E, et al. [Shortening diclofenac therapy by B vitamins. Results of a randomized double-blind study, diclofenac 50 mg versus diclofenac 50 mg plus B vitamins, in painful spinal diseases with degenerative changes]. Z Rheumatol. 1988 Sep-Oct;47(5):351-62. German. **4.** Lettko, M., G. Schwieger, and V. Pudel „Ergebnisse einer Doppelblindstudie, Neurofenac gegen Diclofenac, zum Nachweis der additiven Wirksamkeit der B-Vitamine." Rheuma Schmerz Entzündung 8 (1986): 22-30. **5.** Calderon-Ospina CA, Nava-Mesa MO, Arbeláez Ariza CE. Effect of Combined Diclofenac and B Vitamins (Thiamine, Pyridoxine, and Cyanocobalamin) for Low Back Pain Management: Systematic Review and Meta-analysis. Pain Med. 2020 Apr 1;21(4):766-781 **6.** Schwieger G. (1988) Zur Frage der Rezidivprophylaxe von schmerzhaften Wirbelsäulensyndromen durch B-Vitamine. Ergebnisse einer randomisierten Doppelblindstudie Neurobion forte (Vitamin B1, B6, B12) gegen Placebo. In: Zöllner N., Fassl H., Jurna I., Pietrzik K.F., Schattenkirchner M. (eds) Klinische Bedeutung von Vitamin B1, B6, B12 in der Schmerztherapie. Steinkopff, Heidelberg. **7.** Bitsch R, Wolf M, Möller J et al. Bioavailability assessment of the lipophilic benfotiamine as compared to a water-soluble thiamin derivative. Ann Nutr Metab 1991; 35(5): 292–296. doi: 10.1159/ 000177659.

Pred predpísaním, odporúčaním lieku si prečítajte, prosím, Súhrn charakteristických vlastností lieku, ktorý získate na www.sukl.sk alebo na adrese: Wörwag Pharma Slovensko s.r.o., Ivanská cesta 30/B, 821 04 Bratislava, tel. 02/ 44 88 99 20, info@woerwagpharma.sk, www.woerwagpharma.sk

Určené pre odbornú verejnosť. Dátum prípravy 08/2023. MILGINZSK082023

wörwag PHARMA

Všetci spoločne sa previezli loďou po Bodrogu.

Foto: autorka

Výjazdovka na Tokaji

Rokovanie orgánov Regionálnej lekárskej komory Košice spojilo príjemné s užitočným

Rozhodnutie padlo – bude to v piatok, 7. júna 2024. Výjazdové rokovanie orgánov RLK Košice sa tento rok naozaj vydarilo. Výborné počasie, zaujímavý, a nielen pracovný program, spoločný obed a príjemne strávený deň s kolegami.

Na stretnutie prišli členovia prezídia, rady, kontrolného výboru RLK Košice aj členovia výborov SLK z radov RLK KE. Pod vedením prezidentky RLK KE a zároveň viceprezidentky SLK MUDr. Valérie Vasiľovej sa všetci stretli v obci Viničky, odkiaľ bol štart lode po Bodrogu. Plavba v krásnom prostredí trvala asi 1,5 hodiny a cieľ bol v Sárospataku v Maďarsku.

„Navštívili sme tam Rákocziho múzeum a následne sme sa presunuli do miestnej reštaurácie, kde sme spojili rokovanie orgánov spolu s obedom," povedala nám MUDr. Vasiľová.

Keďže krásne počasie vydržalo celý deň, všetci boli po „výjazdovke" na Tokaji spokojní a už teraz sa tešia na ďalšie.

Pripravila: Blanka Geročová

Kraj v okolí Tokaja je nádherný.

Rákocziho hrad v Sárospataku, kde je aj múzeum.

Spoločný pracovný obed.

Na slovíčko s MUDr. Valériou Vasiľovou

3 OTÁZKY PRE PREZIDENTKU

Môžete nám trochu priblížiť vašu regionálnu komoru?
Regionálna lekárska komora Košice je druhou najväčšou RLK po Bratislave. Má 4 435 registrovaných lekárov, z toho 1 995 je aj členov SLK. Priemerný vek lekárov je 52,4 roka. Nad 65 rokov je 975 lekárov. Registrujeme 176 cudzincov, z toho 103 ukrajinských lekárov.

S akými problémami najčastejšie zápasíte?
Najväčším problémom v práci sekretariátu RLK je nenahlasovanie zmien do registra, pričom u zahraničných lekárov sa tento problém zdá byť neriešiteľným. Aj s poplatkami máme problém – z tretích krajín máme 43 lekárov, z toho 29 neplatí poplatok viac ako 10 rokov.

Ako hodnotia kolegovia – lekári prácu vašej RLK?
Prácu sekretariátu RLK hodnotia lekári pozitívne, funkcionári RLK tvoria jeden spoločný tím a spoločné sedenia nie sú výnimočné. Vydiskutujeme si na nich množstvo problémov, ktoré sa týkajú SLK, ale aj lekárov vôbec. V júni sme prvýkrát v histórii zorganizovali výjazdové rokovanie, spojené s turistikou po Slovensku. Navštívili sme krásnu juhovýchodnú oblasť Slovenska – Tokaj. Akcie sa zúčastnilo 18 členov. *(Viac v článku na vedľajšej strane, pozn. red.)*

(zav)

SLOVENSKÁ LEKÁRSKA KOMORA
Regionálna lekárska komora
Južná trieda 2/A, posch. 5., č. dverí 523, 040 01 Košice
e-mail: rlk.ke@lekom.sk,tel.: 055/729 78 84, mobil: +421 903 246 065

Otec slovenskej vedeckej fantastiky

Lekár **Gustáv Reuss** napísal román o ceste na Mesiac o deväť rokov skôr ako Jules Verne.

DOMOV NA GEMERI

Bol rodákom z Revúcej, kde sa narodil 4. januára 1818. Už to, v akej rodine vyrastal, predurčilo jeho ďalšiu životnú púť. Rodina Reussovcov patrila medzi národne uvedomelé, otec Samuel bol aktívnym členom Učenej spoločnosti malohontskej a Gustáv spolu s bratmi Júliusom, Ľudovítom a Adolfom patrili do generácie štúrovskej mládeže.

Gustávov otec mal blízko aj k literatúre pre deti. Ako jeden z prvých začal zbierať slovenské ľudové rozprávky, v čom potom pokračovali aj jeho synovia Gustáv a Ľudovít. Oni dvaja zostavili zbierku ľudových rozprávok, porekadiel a prísloví (tzv. revúcky Codex), z ktorej neskôr čerpal aj známy rozprávkar Pavol Dobšinský. Práve magickosť v rozprávkach neskôr priviedla Gustáva k jeho obľúbenej vedeckej fantastike.

Svojím pôvodným povolaním bol však Gustáv Reuss lekár. Medicínu vyštudoval na univerzitách v Pešti a vo Viedni (1840 – 1844), následne pôsobil ako praktický lekár v Revúcej, od roku 1848 v Miškovci a od roku 1851 bol mestským a banským lekárom opäť vo svojom rodnom meste. Popri medicíne sa však venoval aj botanike, zoológii, archeológii, dejinám, zemepisu či astronómii. A práve štúdium astronómie ho priviedlo k napísaniu de facto prvého slovenského vedecko-fantastického románu.

O CESTE NA MESIAC

Dielo nesie názov *Hviezdoveda*, resp. celé meno znie *Hviezdoveda alebo životopis Krutohlava, čo na Zemi, okolo Mesiaca a Slnka skúsil a čo o obežniciach, vlasaticiach, pôvode a konci sveta vedel.* Rukopis písal od roku 1855 a dokončil ho podľa záznamu o rok neskôr, v roku 1856.

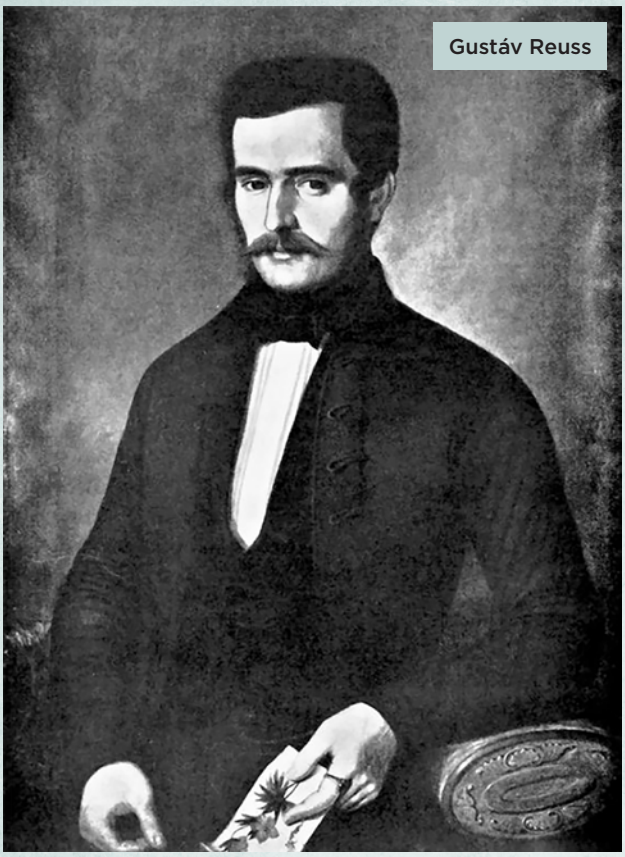
A o čom je tento príbeh? Gemerský učenec Krutohlav (meno vraj dostal preto, lebo stále krútil hlavou) v románe cestuje pomocou balóna na Mesiac – a to 9 rokov pred známym románom o ceste na zemský satelit z pera Julesa Verna. Keď po návrate domov príde o balón, nestratí chuť objavovať, práve naopak, rozhodne sa precestovať všetky planéty. Spolu s remeselníkmi z celého Slovenska začne stavať veľkého šarkana, akýsi prototyp vesmírnej lode. Následne na ňom precestujú celú slnečnú sústavu a na konci si prezrú aj všetky krajiny sveta.

Nejde však o román v tradičnom zmysle, príbeh slúži najmä na to, aby mohol čitateľov čo najviac oboznámiť s vtedy známymi poznatkami. Robí tak najčastejšie formou dialógu Krutohlava s jeho pomocníkmi, prostými dedinčanmi.

Napriek tomu má dielo svoj význam pre Slovensko. Malo by ešte väčší, keby v období spísania aj vyšlo. Tak sa však nestalo a text ostal len v rukopise. Vyšiel až o 130 rokov neskôr. Zaujímavosťou je, že ho Reuss písal vo vtedajšom gemerskom nárečí. Neuznával totiž spisovnú slovenčinu, ktorú navrhol Ľudovít Štúr.

CENA GUSTÁVA REUSSA

Vďaka tomuto dielu však môžeme jednoznačne konštatovať, že lekár Gustáv Reuss stál pri kolíske vedeckej fantastiky a literatúry faktu. Nečudo, že je po ňom pomenovaná Cena Gustáva Reussa,


Gustáv Reuss

Touto knihou sa zaradil medzi prvých tvorcov slovenskej botanickej terminológie.

ktorá sa udeľovala v súťaži o najlepšiu slovenskú poviedku v žánroch fantastiky, vedeckej fantastiky a hororu.

A kto ho navrhol? Keď začiatkom 90. rokov Slovenský syndikát autorov fantastiky hľadal názov pre vznikajúcu súťaž o najlepšiu slovenskú poviedku v žánri vedeckej fantastiky, fantasy a hororu, zvíťazil návrh Jozefa Svíteka a súťaž bola nazvaná Cena Gustáva Reussa (CGR). Súťaž za 13 rokov existencie dala slovenskej verejnosti 12 finálových zborníkov pod názvom Krutohlav. V týchto publikáciách debutovali mnohí z dnes známych autorov (Alexandra Pavelková, Jozef Girovský, Marek Eliáš, Juraj Toman, Michal Hvorecký) slovenskej fantastiky i slovenskej literatúry vôbec a najmä zásluhou Ondreja Herca a jeho štúdií sa rozvinula tiež teória fantastickej literatúry.

Stretnutia finalistov súťaže sa zhruba od polovice 90. rokov 20. storočia až do jej zániku odohrávali v rodisku Gustáva Reussa, Revúcej, kde si účastníci vždy tohto autora aspoň krátkou prechádzkou na miestny cintorín pripomenuli.

PRÍNOS AJ V BOTANIKE A ASTRONÓMII

Popri lekárskej práci sa Gustáv Reuss venoval aj botanike, už ako študent zozbieral viac než 4 000 rastlín, z nich vyše 2 000 utriedil a popísal v diele *Května Slovenska* (1853), ktorým sa zaradil medzi prvých tvorcov slovenskej botanickej terminológie a ktoré je historicky prvou ucelenou botanikou Slovenska.

Osobitnú pozornosť venoval využívaniu liečivých rastlín v lekárskej praxi. Veľký vplyv mali naňho v tomto smere najmä profesori botaniky počas jeho vysokoškolských štúdií – v Pešti to bol univerzitný profesor Jozef Sadler, bratislavský rodák, ktorý bol od roku 1832 riaditeľom botanickej záhrady univerzity, alebo ďalší bratislavský rodák Štefan Endlicher, s ktorým sa stretol počas univerzitných štúdií vo Viedni. Ten bol vedúci botanického oddelenia Cisársko-kráľovského prírodovedného múzea vo Viedni.

Záujem o prírodné vedy ho priviedol k štúdiu astronómie. V rámci snáh slovenského obrodeneckého hnutia považoval za svoju povinnosť rozšíriť čo najväčšie množstvo poznatkov medzi ľudí a tak ho vedomosťami pozdvihnúť. Na podklade náučného spisku astronóma J. Littrowa o vesmíre začal preto začiatkom 50. rokov (19. storočia) koncipovať text, v ktorom sa populárnou formou snažil podať poznatky v príbehovej forme. Takto vznikol text pod názvom *Hviezdoveda alebo Životopis Krutohlava*, o ktorom sme písali vyššie.

ZOMREL MLADÝ

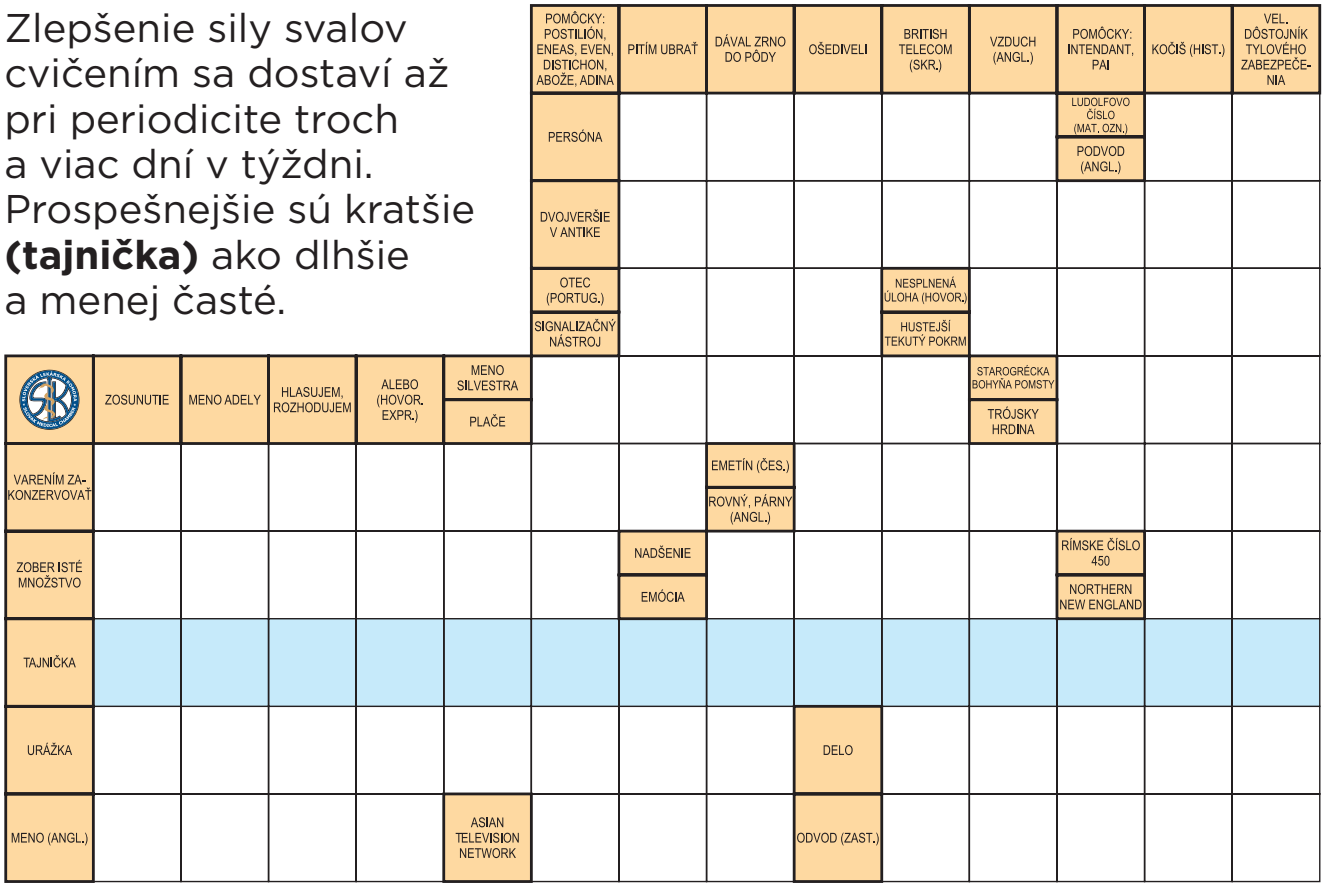
Hoci počas svojho života Gustáv Reuss neustále pomáhal, liečil a vzdelával ľudí, o seba a svoje zdravie sa zrejme až tak nestaral. Býval chorľavý a zomrel v roku 1861 ako 43-ročný. Zrejme na choleru. Náhrobok na miestnom cintoríne je symbolický, keďže presné miesto jeho posledného odpočinku už nie je známe.

Pripravila: Mgr. Nancy Závodská

Symbolický náhrobok na cintoríne v Revúcej.

Použité zdroje:
https://www.databazeknih.cz/zivotopis/gustav-reuss-48044
https://standard.sk/8246/gustav-reuss-otec-slovenskej-vedeckej-fantastiky-ktory-pisal-o-ceste-na-mesiac-este-pred-vernom
https://historickarevue.sme.sk/c/23280353/dr-gustav-mauricius-reuss-opisal-a-utriedil-vyse-2000-roznych-druhov-rastlin.html
https://www.ecav.sk/aktuality/spravodajstvo/spominame-na-vzacnych-evanjelikov-gustav-reuss

Zlepšenie sily svalov cvičením sa dostaví až pri periodicite troch a viac dní v týždni. Prospešnejšie sú kratšie **(tajnička)** ako dlhšie a menej časté.



Správne znenie tajničky posielajte na **media@lekom.sk** (do predmetu mailu uveďte TAJNIČKA MEDIKOM 3-4), alebo na adresu Slovenská lekárska komora, Račianska 42/A, 821 03 Bratislava **do 31. 7. 2024.** Ceny do krížovky venuje LEKÁR, a. s.

Správna odpoveď tajničky z časopisu MEDIKOM 2/2024 znie: **Kašeľ je OBRANNÝ MECHANIZMUS, ktorým dýchacie cesty reagujú na podráždenie a snažia sa zbaviť hlienu a iných cudzorodých látok.**

Vyžrebovali sme troch súťažiacich, posielame im ceny, ktoré venuje LEKÁR, a. s. **Výhercovia z čísla 2/2024:** MUDr. Petra B., Zálesie, MUDr. Cyril F., Vranov nad Topľou, MUDr. Chren M. Trenčín.

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

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

ZBALENÍ, PRIPRAVENÍ, POISTENÍ

Cestujte do celého sveta s poistením **W dobrom došli.**
Uzatvorte si poistenie jednoducho online.
S balíkom Rodina ho máte za výhodnú cenu.

www.wuestenrot.sk

wüstenrot

Vysoko účinná liečba svrabu

Eradikácia svrabu až u 90 % pacientov už po jednej aplikácii

NOVINKA

Permethrin Axonia 50 mg/g gél

permethrín

Liek na predpis

Kód ŠÚKL 3580E

Skrátená informácia o prípravku

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

PERSK0124A

axonia PHARMA

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