

# MEDIKUM



## O korone po korone



**Akú príučku nám dala prvá vlna pandémie a čo nás čaká**

5

### Nehanební lekári?

Ako v skutočnosti fungovali ambulancie počas núdzového stavu a ako je to s ich financovaním

8

### Lex korona

Novela zákona o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti

34

### Rozhovor

Realita v dlhodobej starostlivosti o seniorov je horšia ako naša demografická krivka

24

### Boli aj horšie

Prehľad najväčších epidémií v histórii ľudstva

36

PRÍRODNÁ MINERÁLNA VODA

# GEMERKA®

ZO SLOVENSKEHO KRASU



## MAGNÉZIUM PRISPIEVA K PSYCHICKEJ POHODE

Podporujeme linku dôvery  
Nezábudka 0800 800 566



Liga za  
duševné  
zdravie



[www.gemerka.sk](http://www.gemerka.sk)

Oficiálny časopis  
Slovenskej lekárskej komory  
Číslo 3/2020, X. ročník

Periodicita vydávania:  
6-krát ročne

Dátum vydania:  
jún 2020

Registrované pod číslom  
MK SR EV 3430/09

ISSN 1338-340X

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

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

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

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

**Šéfredaktor:**  
Mgr. Nancy Závodská

**Vedúci redakčnej rady:**  
MUDr. Jaroslav Šimo

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

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

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

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

**Jazyková redaktorka:**  
Jana Juríčková

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

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

Inzeráty neprešli jazykovou  
korektúrou.



## Vďaka Bohu!

... alebo vďaka zdravotníckym pracovníkom,  
krízovému štábu, vláde, našim občanom?

Každý si môže vybrať to, čo mu vyhovuje.  
To, že Slovensko zvládla koronakrízu s exce-  
lентnými výsledkami, je však nepochybne  
zásluhou kombinácie všetkých a viacerých  
skutočností a dnes môžeme len polemizovať  
o tom, miera ktorého opatrenia zavázala v da-  
nom čase efektívnejšie.

Napriek tomu, že sa tešíme výsledkom, na zá-  
klade ktorých sa Slovensko zaradilo medzi naj-  
úspešnejšie krajiny v boji s pandemiou a že naše  
zdravotníctvo obišiel scenár severného Talianska  
alebo Španielska, treba byť stále v strehu.

Áno, robili sme všetko preto, aby boli ne-  
mocnice pripravené. Organizovali sme repro-  
filizáciu nemocníc, budovali červené zóny, vy-  
hlásili sme núdzový stav na celé zdravotníctvo.  
Dokonca sme bez prerokovania s odborníkmi  
schválili aj lex korona, ktorého súčasťou je aj  
vznik tzv. covidových ambulancií.

Dnes je to len otázka hypotézy, ako by ob-  
stálo slovenské zdravotníctvo, ktoré je ťažko  
skúšané aj v mierovom období, keby pandémia  
aj u nás udrela naplno. Všetci si to ale asi vie-  
me predstaviť. Stačí si len spomenúť, ako sa  
nemocnice a ambulancie dostávali k osobným  
ochranným prostriedkom v období, keď sme  
to možno potrebovali najviac. Všetci sme vide-  
li, ako aj v tomto zlyhával štát na plnej čiare.  
Všetci sme zhaňali, čo sa dalo, aby sme boli  
aspoň ako-tak chránení. Je neospravedlňteľ-  
né, aby neziskové organizácie, sponzori, VÚC,  
ale i Slovenská lekárska komora suplovali štát.  
A už vôbec sa nechcem púšťať do témy, za akú  
cenu štát tieto nákupy robil...

Pandémia COVID-19 nám v plnej nahote  
ukázala nielen to, v akom stave je súčasné  
slovenské zdravotníctvo, ale najmä to, aké je  
pre občanov dôležité, aby zdravotníctvo bolo  
funkčné, kvalitné a malo rezervy. Chceme ve-  
riť, že dnes už všetci pochopili, akú dôležitú  
úlohu hrajú pre každú krajinu zdravotníci.  
Koronakríza však ukázala aj niečo iné. Že  
zdravotníctvo nemôže byť len o peniazoch,

o efektívite, neustálom šetrení, ktorého vý-  
sledkom je nespokojný pacient a nedostatočne  
zaplatený lekár, zdravotnícky pracovník, staré  
rozpadávajúce sa nemocnice, nedostatok fi-  
nancií na vzdelávanie, ale i stále obrovský únik  
verejných zdrojov určených pre zdravotníctvo  
mimo rezortu.

Nestráčajme však nádej a optimizmus.  
Máme novú vládu a s ňou prišlo aj nové Progra-  
mové vyhlásenie vlády SR (PVV), v ktorom si  
skutočne skoro každý môže nájsť to, čo by chcel,  
aby sa v slovenskom zdravotníctve najbližšie  
4 roky dosiahlo. Aj napriek tomu, že toto PVV  
je rozsahom i obsahom najväčšie, jeho charak-  
teristickou kritickou črtou je všeobecnosť. Ak  
v ňom budete hľadať niečo konkrétne, niečo,  
čo hovorí o výsledku a jasných krokoch, budete  
to tam, žiaľ, hľadať márne. A to je aj hlavný  
dôvod, prečo je jeho reálne naplnenie už od  
počiatku značne paralyzované. Nie je totiž dô-  
ležité, čo je v programovom vyhlásení napísané,  
ale to, čo vláda a minister reálne pre pacientov  
a zdravotníkov aj robí a aké výsledky doručí. Za  
posledné obdobia sa, veru, nebolo čím chváliť.  
Táto nefunkčnosť systému zdravotníctva nepo-  
chybne súvisí s tým, kto vlastne viedol a ovplyv-  
ňoval slovenské zdravotníctvo v ostatných ob-  
dobiach. Preto sa prirodzene natíska otázka,  
či sa pri tejto vláde v zdravotníctve a pri jeho  
nevyhnutnej reforme nájde konečne priestor aj  
pre odborníkov?

Chcel by som si to želať.

Dovoľte mi preto na záver ešte taký malý  
postreh. Nielen v boji s koronavírusom by sme  
sa mali pri prijímaní zásadných zmien v zdra-  
votníctve spoliehať prioritne na zdravotníckych  
odborníkov, ale pán minister Krajčí by mal aj  
ohlasovanú reformu slovenského zdra-  
votníctva budovať a postaviť len na skúsenos-  
tiach a praxi skutočných odborníkov.

Som presvedčený, že naše zdravotníctvo ich  
má medzi zdravotníkmi dosť.

**MUDr. Marian Kollár**  
prezident SLK

**wustenrot**

generálny partner Slovenskej lekárskej  
komory pre poistenie majetku a vozidiel

Oznámenie o poverení sprostredkovateľa spracovaním osobných údajov

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

Od roku 2012 názov MEDIKOM® registrovaný pod ochrannou známkou.



## TÉMA ČÍSLA O KORONE PO KORONE

Holá pravda,  
ktorú pandémia  
odkryla. Prežijú  
naše nemocnice  
a ambulancie?

# 5

### ROZHOVOR

#### Desiata lekcia profesora Krčméryho

# 16

Čo nás koronavírus naučil a načo si musíme  
dať práve teraz pozor?

### AKTUÁLNE

#### Programové vyhlásenie vlády SR

# 18

Ako ho hodnotia odborníci zo zdravotníckych organizácií?  
A čo si o ňom myslí Slovenská lekárska komora?

### VZDELÁVANIE

#### Sme s vami online

# 32

SLK a Lekár, a. s., rozbehli webináre, prvé lastovičky už  
máme za sebou



# 36



# 16

### NA ODDYCH

#### COVID-19 nás aj pobavil

# 33

Zabavte sa na glosách, ktoré kolovali  
internetom či sociálnymi sieťami

### LEGISLATÍVA

#### Lex korona

# 34

Čo prináša novela zákona o poskytovateľoch  
zdravotnej starostlivosti

### PUBLICISTIKA

#### Pandémie a ľudstvo

# 36

Prehľad najväčších epidémií, ich pôvod a počty obetí



# O korone po korone

**Prvá vlna pandémie nás vystrašila, poučila, aj zmenila**

Už sú to takmer presne štyri mesiace odo dňa, keď sa na Slovensku objavil prvý prípad nakazenia koronavírusom. Pamätáte si to ešte? 6. marca 2020 diagnostikovali vírus SARS-CoV-2 staršiemu pánovi z obce Kostolište na Záhorí. A začalo sa to sypať.

## NOVÝ VÍRUS, PRVÉ PROBLÉMY

Pacient nula sa na Slovensku objavil presne týždeň po parlamentných voľbách, ktoré znamenali obrat v slovenskej politike a nástup vlády Igora Matoviča. Ten dostal do vienka aj to, čo nečakal – koronavírus. Keďže na začiatku prepuknutia ochorenia na Slovensku ešte nebola vymenovaná nová vláda (došlo k tomu až 21. marca), prvé opatrenia v boji s COVID-19 ešte podnikla dosluhujúca vláda Petra Pellegriniho. Objektívne treba povedať, že urobili viac dobrých ako zlých rozhodnutí, vďaka urýchleným drastickým opatreniam (napr. bratislavský župan Juraj Droba prikázal zavrieť všetky školy v kraji od pondelka 9. marca), ktoré Pellegrini a neskôr aj Matovič zaviedli, sa napokon Slovensko popasovalo s vírusom viac ako dobre. O tom však neskôr.

Nemožno však nespomenúť, že hneď na začiatku sa vyskytli aj vážne problémy súvisiace s distribúciou osobných ochranných prostriedkov – nemali ich ani lekári v prvej línii, pretože, ako sa ukázalo, naše Štátne hmotné rezervy mali sklady prázdne a nakupovať začali až po uznesení vlády. Keďže takto fungovali aj ostatné krajiny, výsledkom boli dlhšie čakacie lehoty na materiál a, samozrejme, aj vyššie ceny. Čas však tlačil, nervozita aj čísla nakazených pomaly stúpali, a tak sa do nákupu ochranných pracovných prostriedkov zapojili aj župy, Slovenská lekárska komora, neziskové organizácie, súkromné firmy – tí všetci v tomto prípade suplovali to, čo mal robiť štát.

Občania zase šli rúška, ktoré neboli takisto nikde dostať a fabriky, vyrábajúce dovedy alkohol, sa preorientovali na vý-



robu dezinfekcie. Aj tú totiž, ako inak, ste v začiatkoch pandémie nemohli nikde zohnať. Ako výhra sa pre nás ukázala aj poslušnosť Slovákov, rúška si totiž nielen šili, ale aj poctivo nasadili. Keď zbadali predstaviteľov novej vlády pri inaugurácii s rúškami na tvárach (mimochodom, tieto fotografie obleteli vtedy doslova celý svet, ktorý sa tomu čudoval!), neváhali a príklad svojich politikov nasledovali. Slováci sa stali najzarúškovannejším národom na svete. Pripomínam, že to bolo v čase, keď aj samotná WHO ešte sponchybovala účinnosť rúšok ako ochranu pred koronavírusom.

## ŽIVOT SA ZASTAVIL

Slováci sa totiž zľakli. Prvé odhady analytikov z Inštitútu zdravotnej politiky (ktorým to, chvalabohu, nevyšlo) hovorili totiž o pol milióna nakazených obyvateľoch a tisíckach ľudí na pľúcnych ventilátoroch (ktoré sme takisto vtedy nemali). Navyše v správach sme denne videli hrozivé zábery z Talianska, neskôr aj zo Španielska, kde skolaboval zdravotnícky systém a mŕtvych rátili na desaťtisíce...

A tak sme poslúchali. Deti nechodili do škôl, ľudia boli doma na home office alebo nepracovali, fabriky sa zastavili, reštaurácie a obchody zatvorili, divadlá stíchli. Slovensko sa na vyše dva mesiace zastavilo. A postupne sa zastavila celá Európa, letiská a hranice sa uzatvorili a každá krajina začala svoj boj.

Do našich slovníkov sa dostali dovtedy málo používané slová ako karanténa, repatriácia, PCR testy, covidové ambulancie... Slováci si začali uvedomovať, že celebritami nie sú známe tváre z obrazovky, ale lekári, vedci, hasiči, sestričky, policajti... Ľudia v prvej línii. A tak sme po večeroch vyšli na balkón či do okna a tleskali sme im.

## VĎAKA MÁ VYZERAŤ INAK

Také ružové to však celkom nebolo. Začali sa totiž objavovať aj vyjadrenia viacerých predstaviteľov verejného života, ako lekári zatvárajú svoje ambulancie, ako nepracujú a napriek tomu

pýtajú peniaze. Nečudo, že lekári sa po takýchto slovách cítili právom ukrivdení, pretože pravda nie je nikdy čierno-biela. Prečítajte si články, ktoré nám do MEDIKOM-u napísali dvaja konkrétni lekári, špecialisti, ako oni fungovali počas covidu. (Články prinášame na ďalších stranách, pozn. autorky.) A ich slová a skúsenosti hovoria aj za ostatných lekárov – či už nemocničných, alebo ambulancných.

Problémy s financovaním ambulancií, ktoré pre to, že pacienti chodili do ambulancií menej, nerobili sa preventívne prehliadky a celkovo výkonov ubudlo, prichádzali o svoje príjmy. Náklady im však rástli, trebárs len na nevyhnutnú dezinfekciu takmer o 300 %. A tak je teraz v hre aj to, či vôbec niektoré špecializované ambulancie prežijú aj po koronakríze. Viacerí starší lekári sa totiž už vyjadrili, že svoje ambulancie po ukončení núdzového stavu viac neotvoria. Kto nás bude liečiť? Uvedomujú si to napríklad poisťovne, ktoré nie sú ochotné zaplatiť ambulanciám aspoň toľko ako vlni? Prípadne pristúpíť na diferencovaný spôsob odmeňovania, aký navrhuje aj prezident Slovenskej lekárskej komory spolu s ministrom zdravotníctva? (Článok o tom prinášame tiež v tomto čísle MEDIKOM-u, pozn. autorky.)

Len pripomeňme, že v mnohých iných krajinách dostávajú zdravotníci v tomto ťažkom období viac peňazí. Prečo? Pretože to je samozrejme, aj žoldníci v prvej línii vo vojne dostávajú vyšší žold. Lekári a zdravotníci zachraňujú nás, ale kto zachráni ich?

## AJ EKONOMIKA LEDVA DÝCHA

Na programe dňa je dnes okrem záchrany ambulancií aj záchrana našej ekonomiky. Tá sa totiž vplyvom koronakrízy podľa vyjadrenia predstaviteľov Národnej banky Slovenska prepadne o 9 %, niektorí pesimisti hovoria dokonca o dvojcifernom čísle. Ubudnúť by malo okolo 60-tisíc pracovných miest, mnohé firmy zrejme skončia v konkurze, viaceré gastroprevádzky možno ostanú už zavreté nadobro. Pomalé otváranie ekonomiky, ktoré

vláda rozdelila do štyroch fáz a ktorých postupnosť a logika je jasná často zrejme len premiérovi, prináša iba pomalé oživenie nášho hospodárstva. A keď sme už pri pomalosti, tá je typická aj pre pomoc, ktorú vláda sľúbila podnikateľom. To je však už iná téma.

A hoci teraz už pomaly funguje všetko, nič už nie je také, aké bolo predtým.

Ako vraví profesor Krčméry (rozhovor s ním si môžete prečítať v tomto čísle MEDIKOM-u) – táto pandémia nám dala príučku aj v tom, že nie sme pánmi všetkého a všetkých. Príroda vždy bola, je a bude silnejšia ako ľudia. Dala nám riadnu facku, ale zatiaľ sme sa celkom dobre dokázali otriasť.

Zatiaľ. Podľa posledných zverejnených informácií máme na Slovensku (stav k 25. 5.) 1511 nakazených a 28 mŕtvych. Väčšina obetí boli starší ľudia s pridruženými ochoreniami – je známe, že najviac ich bolo z domovov seniorov. Práve seniori sú totiž najviac ohrozenou skupinou pri tomto ochorení. Zo všetkých nakazených sa už 1307 ľudí z ochorenia vyliečilo a na pľúcnej ventilácii nie je v súčasnosti ani jeden pacient. Chvalabohu.

Prvá vlna je teda za nami a Slovensko sa pomaly vracia do normálu. Krízový štáb utlmuje svoju činnosť, lekári začínajú opäť vo veľkom operovať a robiť to, čo v čase núdzového stavu museli odložiť, politici zachraňujú ekonomiku. Ostáva len dúfať, že slová uznania a vďaky, ktoré v čase prvej vlny pandémie adresovali lekárom a všetkým zdravotníckym pracovníkom nielen bežní ľudia, ale aj verejní činitelia, sa pretavia do konkrétnych činov pre naše zdravotníctvo.

Lebo prvú vlnu sme prežili, otázne však je, či ju prežije aj časť nášho zdravotníctva.

*Pripravila: Nancy Závodská*



INZERCIA

**Skrátená informácia o prípravku KINEDRYL, 25 mg/30 mg tablety:**

**Zloženie:** 1 tableta obsahuje 25 mg moxastiniunteoklátu a 30 mg kofeínu. **Indikácie:** profylaxia a liečba kinetóza a terapia vertiga, nauzey a vomitu pri vestibulárnych poruchách u dospelých, dospievajúcich a detí vo veku od 2 rokov. Antivertiginózne účinné sa využíva pri liečbe Menièreovej 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 vrácaní je účelnejšie počiatočnú dávku 2 tablety nepodať naraz, ale rozdeliť ju do 4 dávok v intervale niekoľkých minút. Deti vo veku 2 – 6 rokov: 1 tableta. Deti vo veku 6 – 15 rokov: 1 – 2 tablety. Prvá dávka sa užíje 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. Menièreova choroba a ďalšie vestibulárne poruchy: dospelí ležiaci pacienti užívajú 2 – 4 tablety 2 – 3 krát denne. U ostatných sa podáva až 8 tabliet denne. Tabletu je potrebné zapíť dostatočným množstvom tekutiny. V prípade problémov s prehltnutím tablety u pediatrickej populácie je možné tabletu rozdrviť a podať na lyžičke zmiešanú s tekutinou. **Kontraindikácie:** 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 zvyšujú tlmivé účinky lieku na CNS aj pri bežnom dávkovaní. Pri dlhodobom užívaní je potrebné akceptovať znížovanie účinnosti nepriamych antikoagulantov, je potrebné sledovať hemokoagulačné parametre, pri podávaní perorálnych antidiabetik je potrebná kontrola glykémie a prípadná úprava terapie. Zvýšená opatrnosť je potrebná pri podaní liekov pacientom so závažným kardiovaskulárnym ochorením a epilepsiou, peptickým vredom, hypofunkciou 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 krčív. Starší ľudia majú zvýšenú citlivosť na anticholinergné účinky lieku (sucho v ústach, poruchy močenia), môže u nich vzniknúť zmätenosť, hypotenzia, tachykardia, ale aj paradoxné excitácie reakcie. Pri vyšších dávkach môžu nastať poruchy srdcového rytmu. Liek môže ovplyvniť pozitívitu alergénových kožných testov, preto je potrebné Kinedryl niekoľko dní pred testami vysadiť. Počas terapie Kinedrylom je potrebné vyvarovať sa požívania alkoholických nápojov. Liek môže v ojedinelých prípadoch vyprovokovať status epilepticus. Tento liek obsahuje monohydrát laktózy. Pacienti so zriedkavými dedičnými problémami galaktózovej intolerancie, Japonského deficitu laktázy alebo glukózo-galaktózovej malabsorpcie nesmú užívať tento liek. **Interakcie:** Liek zvyšuje sedatívny účinok iných centrálnych tlmivých látok vrátane alkoholu, hypnotik, sedatív a spazmolytik. Moxastiniunteoklát potencuje antimuskarinový účinok ostatných antimuskarinik ako je atropín a účinok tricyklických antidepresív. Znižuje účinok nepriamych antikoagulantov, perorálnych antidiabetik, hydantoinov, steroidov a steroidných kontraceptív. Účinnosť lieku zvyšujú inhibitory monoaminoxidázy a inhibitory acetylcholinesterázy, hypnoseatívne 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 sympatomimetik sa zvyšujú ich bronchodilatačné a nežiaduce účinky. **Gravidita a laktácia:** Kontraindikované. **Ovplyvnenie schopnosti viesť vozidlá a obsluhovať stroje:** Kinedryl nepriaznivo ovplyvňuje pozornosť pacienta a jeho schopnosť sústredenia. Kinedryl nie je určený pre vodičov, pilotov lietadiel a ľudí obsluhujúcich stroje. **Nežiaduce účinky:** Nežiaduce účinky sa vyskytujú u 20 – 30 % pacientov. Najčastejšie bol zaznamenaný celkový útlm, spavosť, slabosť, poruchy koncentrácie. Ďalej sa vyskytuje agranulocytóza, leukopénia, trombocytopénia, porucha koncentrácie, paradoxná excitácia, zmätenosť, sedácia, spavosť, zvýšená podráždenosť, bolesť hlavy, epileptický záchvat, svalové kŕče, status epilepticus, zosťrené videnie, poruchy akomodácie, zvýšenie vnútroočného tlaku, tachykardia, hypotenzia, znížená sekrécia bronchov, sucho v ústach, zápcha, hnačka, nauzea, gastroezofageálny reflux, kožná precitlivenosť, ťažkosť s močením, retencia moču, slabosť. Starší ľudia sú citlivejší na anticholinergné účinky lieku (sucho v ústach, poruchy močenia), môže sa u nich objaviť sedácia, zmätenosť, hypotenzia, tachykardia, ale aj paradoxné excitácie reakcie. Pri vyšších dávkach môžu nastať poruchy srdcového rytmu. Najmä u mladších detí môže dôjsť k paradoxnej excitácii a vzácne aj k vzniku epileptických krčív. **Predávkovanie:** Úby úplný souhm 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/predloženia registrácie:** 30/12/1969/9. 4. 2009. **Dátum revízie textu:** 03/2017. **Výdaj lieku nie je viazaný na lekárske predpis. Tento liek nie je hradený z prostriedkov verejného zdravotného poistenia. Skôr ako pripravok predpíšete, zoznámte sa, prosím, s úplným súhrnom charakteristických vlastností lieku. Určené pre osoby oprávnené predpisovať a vydávať lieky.** Referencie: SPC Kinedryl

**KINETÓZA?**

**KINEDRYL®**  
25 mg / 30 mg tablety / moxastiniunteoklát / kofeín

[www.noventis.cz](http://www.noventis.cz)  
[www.kinedryl.sk](http://www.kinedryl.sk)

**KINEDRYL®**

Liek na predchádzanie a liečbu kinetózy.

- na predchádzanie a liečbu kinetózy
- vhodný pre dospelých i deti od 2 rokov
- voľnopredajný liek
- nástup účinku do 10 – 15 minút







## obdobia dialo? Ako reagovala na situáciu Slovenská lekárska komora a iné organizácie združujúce a zastupujúce poskytovateľov ústavnej a ambulantnej zdravotnej starostlivosti?

Po vyhlásení núdzového stavu pre zdravotníctvo, počas ktorého sa kalkulovalo s drsnou realitou príchodu talianskeho scenára, došlo v drvinej časti nemocníc k ich reprofilizácii. V rámci nich boli v niektorých vytvorené tzv. covidové centrá – červené zóny. Bolo rozhodnuté, že nemocnice majú vykonávať len neodkladnú zdravotnú starostlivosť, prijímať len akútnych pacientov, elektíva bola odložená. **Za druhú polovicu marca a počas apríla 2020 klesol počet výkonov v jednotlivých nemocniciach aj pod úroveň 30 %. Nie však zásluhou ich neschopností alebo zlej organizácie práce. Naopak.** Bolo to práve z dôvodu obavy z toho najhoršieho. Po verejnom predstavení katastrofického scenára Inštitútu zdravotnej politiky MZ SR, podľa ktorého sa očakávalo, že na Slovensku bude 500 000 nakazených pacientov na COVID-19 a viac ako 3000 ventilovaných pacientov v ťažkom stave, sme prijali rýchle, správne, plošné, ale i ciele rozhodnutia, ktorých výsledkom je dnešný priaznivý stav zvládnutia pandémie na Slovensku. Tento výsledok je nepochybne aj zásluha všetkých poskytovateľov bez rozdielu – či už ústavných, alebo ambulantlych.

**Paradoxom však ostáva, že v čase, keď v iných štátoch boli vlády ochotné podporiť zdravotníckych pracovníkov extra bonusmi, slovenskí lekári žiadajú od vlády len dofinancovanie toho, zásluhou čoho máme dnešný výsledok šírenia COVID-19.**

Očakávame, najmä z vyjadrení, ktoré sme aj z vystúpení vládných predstaviteľov zachytili, že problém finančného zabezpečenia ústavných poskytovateľov by problémom byť nemal. Pevne veríme, že vláda i naďalej u nich zabezpečí také platby, aby bola zabezpečená dostupná a kvalitná ústavná zdravotná starostlivosť aj do budúcnosti **a aby zdravotníci dostali aj počas koronakrízy také mzdy, aké dostávali aj pred pandémiou, a to MINIMÁLNE (!) vo výške 100 %.**

## AKO JE TO V AMBULANCIÁCH

Iná situácia sa však začala vyvíjať v ambulantom sektore. Po vyhlásení krízového stavu pre zdravotníctvo, aj na základe odporúčaní hlavného hygienika, prešli všetky ambulancie a polikliniky na špeciálny druh a manažment poskytovania zdravotnej starostlivosti. Počas neho bolo úlohou ambulantlych lekárov v prvom rade triediť pacientov podľa závažnosti ochorenia a príznakov a zamerať sa na dve základné veci. Vyselektovať pacientov, ktorí by mohli byť riziková z ochorenia na COVID-19, a tých sa snažiť presmerovať do špeciálnych zariadení a venovať sa len pacientom, ktorí vyžadujú nevyhnutnú ambulantly starostlivosť, ktorá neznesie odklad. Účelom tohto nastavenia poskytovania ambulantlych zdravotnej starostlivosti bolo, aby sa pacienti zbytočne nestretávali v ambulanciách a už vôbec nie v čakárňach. Kto nemusel prísť k lekárovi, nemal k nemu chodiť vôbec.

Priame vyšetrenie nahrádzala telefonická alebo elektronická konzultácia, vrátane odporúčenia liečby. Podobným spôsobom boli zo všetkých strán vrátane médií informovaní aj pacienti. Výsledkom týchto postupov, prirodzene, bolo výrazné zníženie počtu vyšetrených pacientov v období marec a apríl 2020 aj v ambulanciách. Situácia sa výraznejším spôsobom nezmenila ani v prvej polovici mája. Aj tu si dovoľm zdôrazniť, že podobne ako som spomenul aj pri nemocniciach, **počet pacientov v ambulanciách bol redukovaný nie neschopnosťou lekárov, ale celou epidemiologickou skladbou opatrení**, ktorých výsledkom je dnes úspešný priebeh a stav zápasu s koronavírusom. Na čo sme všetci, aj my lekári, právom hrdí.

Nespochybniteľným faktom však ostáva, že dodržiavaním prísnych epidemiologických opatrení v ambulanciách sme sa do-

stali do stavu významného poklesu príjmov od zdravotných poisťovní a súčasne sa nám neúmerne zvýšili výdavky ambulancií z dôvodu výrazne zvýšených nákladov na inú organizáciu práce vrátane zabezpečovania predražených osobných ochranných pracovných prostriedkov a dezinfekcie, v ktorých zabezpečení štát na plnej čiare zlyhal. V dôsledku toho sa len ťažko dal finančne zabezpečiť chod ambulancií v takom rozsahu, aby neboli stratové.

## KOMORA BOJUJE ZA PLATBY

**Slovenská lekárska komora ešte pred vyhlásením núdzového stavu aj pre ambulancie deklarovala nebezpečenstvo možnosti zrušenia ambulantly siete z dôvodu jej nedofinancovania**, teda nenabodovania takých výkonov, ktoré by pri spomínanej prevádzke dokázali zabezpečiť jej ďalší finančný chod, čo by viedlo k zatváraniu ambulancií z dôvodu ich insolventnosti. Za úplne logické sme preto považovali podporovať všetky aktivity Zväzu ambulantlych poskytovateľov za lepšie finančné podmienky pre ambulancie zasiahnuté pandemiou COVID-19.

Prostredníctvom prezidenta Slovenskej lekárskej komory bol ešte na aprílovom rokovaní Ústredného krízového štábu Ministerstva vnútra SR (Ústredný krízový štáb) oslovený premiér Matovič s požiadavkou o **MINIMÁLNU základnú garanciu úhrad (paušál) pre ambulancie na úrovni 75 % z priemerných mesačných platieb za predchádzajúce obdobie pre všetky ambulancie bez rozdielu s tým, že ďalšie podmienky zmluvných a cenových úprav budú na individuálnom vyjednávaní zástupcov ambulantlych lekárov priamo so zdravotnými poisťovňami**. Dnes už všetci vieme, ako sa v rokovaníach so zdravotnými poisťovňami ktorá organizácia ako zachovala, komu stačilo tvrdohlavo trvať na garancii „mantry“ vo výške 75 % v rokovaníach so súkromnými poisťovňami a komu nie. Následne po vyhlásení núdzového stavu dňa 18. 4. 2020 aj pre ambulantly sektor bolo jasné, že neštandardný krízový stav a jeho dopad na celé zdravotníctvo bude trvať oveľa dlhšie obdobie ako len niekoľko pár týždňov. **Aj preto Slovenská lekárska komora začala ešte intenzívnejšie konať.**

Na Ústrednom krízovom štabe 11. mája 2020 sme vyslovili požiadavku navýšenia paušálov a finančného zabezpečenia nielen ambulancií, ale i nemocníc. Jediným cieľom bolo udržanie poskytovateľov finančne i prevádzkovo aj po skončení koronakrízy. Výsledkom bolo, že po rozprave bola Slovenská lekárska komora zaviazaná pripraviť návrh na ďalšie dofinancovanie nemocníc a ambulancií počas pandémie a prerokovať ho nielen s ministerstvom zdravotníctva, ale i ministerstvom financií. Po rozhovore a vyzvaní zo strany ministra zdravotníctva Krajčího sme dospeli snáď aj k oprávnenej požiadavke na dodatočne diferencované odmeňovanie pre ambulantly poskytovateľov.

## DIFERENCOVANÝ MODEL ODMEŇOVANIA

Slovenská lekárska komora sa snažila pripraviť model, akým spôsobom by mohol byť zabezpečený základný paušál pre všetky ambulancie, ktorý by nemal klesnúť pod úroveň 70 – 75 % (minimálne finančné zabezpečenie ambulancií) tak, aby aj tie ambulancie, ktoré v tomto období poskytovali zdravotnú starostlivosť podstatne väčšiemu počtu pacientov a mali aj vyššie náklady, boli odmenené aj nad úroveň 100 % paušálu z roku 2019. Uvedený návrh sme odovzdali ministrom zdravotníctva na posúdenie.

Pevne veríme, že iniciatíva Slovenskej lekárskej komory v tomto spravodlivejšie nastavenom modeli odmeňovania bude úspešná a ambulancie si polepsia a dôjde aj na diferencovanie paušálov. Zdravotníci i všetci poskytovatelia si to zaslúžia.

### Návrh Slovenskej lekárskej komory na finančnú garanciu Vlády SR vo veci stabilizácie ambulantného sektora počas koronakrízy.

- a) Ambulancie, ktoré počas pandémie poskytli zdravotnú starostlivosť pacientom v počte zodpovedajúcom do 10 % v porovnaní s priemerným mesačným počtom pacientov v roku 2019, dostanú paušálnu platbu len vo výške 70 % z priemerných mesačných úhrad roku 2019.
- b) Ambulancie, ktoré počas pandémie poskytli zdravotnú starostlivosť pacientom v počte zodpovedajúcom od 10 % do 25 % v porovnaní s priemerným mesačným počtom pacientov v roku 2019, dostanú paušálnu platbu vo výške 75 % z priemerných mesačných úhrad roku 2019.
- c) Ambulancie, ktoré počas pandémie poskytli zdravotnú starostlivosť pacientom v počte zodpovedajúcom od 25 % do 40 % v porovnaní s priemerným mesačným počtom pacientov v roku 2019, dostanú paušálnu platbu vo výške 90 % z priemerných mesačných úhrad roku 2019.
- d) Ambulancie, ktoré počas pandémie poskytli zdravotnú starostlivosť pacientom v počte zodpovedajúcom od 40 % do 70 % v porovnaní s priemerným mesačným počtom pacientov v roku 2019, dostanú paušálnu platbu vo výške 100 % z priemerných mesačných úhrad roku 2019.
- e) Ambulancie, ktoré počas pandémie poskytli zdravotnú starostlivosť pacientom v počte zodpovedajúcom od 70 % do 90 % v porovnaní s priemerným mesačným počtom pacientov v roku 2019, dostanú paušálnu platbu vo výške 110 % z priemerných mesačných úhrad roku 2019.
- f) Ambulancie, ktoré počas pandémie poskytli zdravotnú starostlivosť pacientom v počte zodpovedajúcom nad 90 % v porovnaní s priemerným mesačným počtom pacientov v roku 2019, dostanú paušálnu platbu vo výške 120 % z priemerných mesačných úhrad roku 2019.

**Argumenty na navýšenie úhrad pre poskytovateľov ambulantnej zdravotnej starostlivosti počas koronakrízy, okrem zachovania siete ambulancií aj do budúcnosti, sú najmä tieto:**

#### Zvýšené náklady na:

- **Osobné ochranné pracovné prostriedky** (lekári si ich zabezpečenie museli riešiť práve v tých najkritickejších chvíľach vlastnou cestou). Ak by sme chceli byť úplne spravodliví, tak pre výkony, ktoré sú rizikové (napr. endoskopia, vyšetrenie slizničných dutín, očných vyšetrení, všetky výkony, kde sa použijú odsávačky, respirátory, stlačený vzduch a pod.) sú náklady na ochranné prostriedky, dezinfekciu povrchov, priestorov, prístrojov také vysoké, že ďaleko prevyšujú ceny dnešných výkonov.
- **Pravidelné, ale aj tohtoročné zvýšené prevádzkové náklady (nájomné, platy zamestnancov, zdravotnícky materiál, energie).**

- **Znížený počet pacientov a iný manažment pacienta**, jedno vyšetrenie zaberie viac času vzhľadom na súčasnú i predpokladanú situáciu na najbližšie obdobie.
- **Objednávanie pacientov** podľa presných metodických usmernení, viac telefonických konzultácií, viac času na reálnych pacientov v ambulancii, potenciálna potreba zamestnania ďalšej pracovnej sily – sestry (pri zvýšení ich kompetencií), na čo je potrebné sa pripraviť a čím skôr túto skutočnosť v úhradách poskytovateľov zohľadniť.

### NECHCEME, ČO NÁM NEPATRÍ

Navrhaný model garancie paušálnych úhrad počas koronakrízy má motivovať poskytovateľov na neprerušovanie poskytovania zdravotnej starostlivosti a na pokračovanie v preventívnych programoch (napr. preventívne prehliadky u poskytovateľov

v primárnej zdravotnej starostlivosti, v gynekológii, prevencia nádorov hrubého čreva a konečníka, akútne a neodkladné výkony, plánované operácie atď.).

Dôvody o oprávnenosti garancie navýšenia či diferencovaného modelu paušálu pre ambulancie sú v týchto krízových časoch nepochybné. Sme presvedčení, že všetci zdravotníci si zaslúžia osobitný prístup. Aj preto väčšinu z nás isto zamrzelo vyjadrenie prezidenta Asociácie súkromných lekárov SR MUDr. M. Šótha, ktorý sa skôr zaujímal o dofinancovanie zdravotných poisťovní ako o stabilizáciu a dofinancovanie ambulancií. Slovenská lekárska komora sa na rozdiel od ASL SR snažila predstaviť iný, skutočne solidárny a spravodlivý variant zabezpečenia a dofinancovania nemocníc i ambulancií počas koronakrízy a v čase vyhláseného núdzového stavu.

Ambulancie, lekári, zdravotníci nechcú to, čo im nepatrí. Boli by sme však veľmi neradi, keby sme museli bojovať o niečo, čo je aj za hranicami nášho štátu úplnou samozrejmosťou, ako som to spomenul už v úvode tohto článku. Lekári i ostatní zdravotníci sa stali hrdinami nielen dnešných dní na celom svete. Stali sa dôležitou budúcnosťou a istotou i pre ďalšie obdobie. Pre náš štát by malo byť preto minimálnou prioritou udržať si našich zdravotníkov doma, na Slovensku, lebo snaha pritiahnúť ich do iných krajín, nielen v rámci EÚ, je čoraz silnejšia a pre našich zdravotníkov iste veľmi lákavá.

Slovenská lekárska komora sa vždy postavila nielen za lekára, zdravotníka, ale i za pacienta. Preto mi, prosím, dovoľte na záver ešte pripomenúť, že z toho, že všetky naše ambulancie a nemocnice zostanú pre našich občanov otvorené aj po pandémii, budú profitovať predovšetkým naši pacienti.

Stále totiž platí staré známe, že: **„Zdravie nie je všetkým, ale bez zdravia je všetko ničím.“**

Pripravil: MUDr. Marian Kollár,  
prezident SLK



# AKO SÚ NA TOM INÍ?

Otázky okolo financovania a odmeňovania lekárov počas pandémie COVID-19 riešia aj okolité krajiny.

Prezident Slovenskej lekárskej komory Marian Kollár sa v súvislosti s problémami s financovaním, odmeňovaním a platbami ústavných i súkromných ambulantných lekárov obrátil listom na niektoré medzinárodné organizácie združujúce lekárov v Európe. V liste ich informoval o situácii lekárov na Slovensku a poprosil ich o informácie, ako sú na tom lekári – či už nemocniční, alebo ambulantní – v iných krajinách. Z viacerých zahraničných organizácií mu následne prišli odpovede, ktoré prinášame bez komentára. Názor si urobte sami.



**MUDr. Ivan Raguž,**  
*prezident výboru pre medzinárodnú spoluprácu a vedúci chorvátskej delegácie pre CMPE*

Pokiaľ ide o pandémiu COVID-19, v súčasnosti v systéme verejného zdravotníctva nie je úmysel znižovať platy lekárov. Avšak ani zvyšovanie miezd nebolo oznámené. Chorvátsky fond zdravotného poistenia sa pre zníženie poskytovaných zdravotníckych služieb rozhodol kompenzovať nemocniciam plný mesačný rozpočet (na marec a apríl) a do určitej miery kapitáčné rozpočty v prostredí primárnej starostlivosti. Platy lekárov v súkromnom sektore, ktoré nie sú zaradené do siete verejného zdravotníctva, nie sú definované kolektívnymi zmluvami.



**Dr. Med. Zdenka Čebašek-Travnik,**  
*prezidentka Slovinskej lekárskej komory*

Zatiaľ nemáme dohodu o spoločnom rozsahu programov zdravotníckych služieb a finančných prostriedkov potrebných na pokrytie programov na rok 2020. Nevieme, koľko služieb bude vyplatených a aká bude platba za zdravotnícke činnosti alebo služby, ktoré sú hradené z povinného zdravotného poistenia nemocniciam, komunitným zdravotníckym strediskám a koncesionárom. Zamestnaní lekári majú plat zaručený zákonom. Zamestnaní lekári (v systéme verejného zdravotníctva), ktorí pracovali počas epidémie v nebezpečných podmienkach a pri väčšom zaťažení (napríklad pri kontakte s pacientmi COVID-19), dostávajú bonus. Zdravotnícki pracovníci zamestnaní vo verejnom sektore (nemocnice, komunitné zdravotnícke strediská) majú v súlade so zákonom nárok na bonus od 65 % do 100 % ich základného

platu. Zdravotnícki pracovníci zamestnaní u koncesionárov majú tiež nárok na bonus, ale iba na 65 % ich základného platu. Financovanie bude zabezpečené zo štátneho rozpočtu pre všetkých zamestnaných zdravotníckych pracovníkov. Lekárska komora Slovinska sa tiež snaží dosiahnuť rovnaký nárok na štátne financovanie bonusu aj pre samostatne zárobkovo činných lekárov.



**Saša Vujnović,**  
*Lekárska asociácia Republiky srbskej (B&H)*

Podobne ako v Slovinsku majú zamestnaní lekári plat zaručený zákonom. Rozhodnutím vlády Srbskej republiky bol jednorazový bonus (500 EUR) udelený zamestnaným lekárom (v systéme verejného zdravotníctva), ktorí počas epidémie pracovali v nebezpečných podmienkach, najmenej však tri týždne v apríli (napríklad pri kontakte s pacientmi chorými na COVID-19 alebo v covidových ambulanciách). Toto sa však netýka zdravotníckych pracovníkov zamestnaných v súkromnom sektore ani samostatne zárobkov činných lekárov. Združenie lekárskeho zväzu Republiky srbskej vyvíja iniciatívu, aby vláda udelila financie aj lekárom zamestnaným v súkromnom sektore zdravotnej starostlivosti.

**Pleurat Sejdiu,**



*prezident lekárskej komory Kosova*

Počas pandémie COVID-19 v Kosove neboli platy zamestnancov vo verejnom sektore ovplyvnené. Okrem toho 70 % aktívnych lekárov počas tohto obdobia dostalo doplnenie o 50 % zo základného platu za dva mesiace – za apríl a máj. Na druhej strane súkromný sektor naďalej pracoval iba s 50 % kapacitami a znížil platy až o 50 %. Ambulancie sú uzavreté z dôvodu malého počtu pacientov a obáv z nákazy šírením COVID-19.

Je dôležité poznamenať, že lekári v Kosove dlhodobo vyjadrujú nespokojnosť so svojimi platmi, a preto sú lekári tiež súčasťou nového zákona o platoch pre verejných činiteľov, ktorý ústavný súd pozastavil do 30. júna. 2020. Kosovská lekárska komora sa zúčastnila na diskusiách a návrhoch počas prípravy zákona a vysoko kritizovala pozastavenie tohto zákona. Teraz čakáme, čo bude s týmto zákonom ďalej.



**MUDr. Fatmir Brahimaj,**  
*predseda Národného zhromaždenia  
Albánskej lekárskej komory*

Počas pandemickej situácie COVID-19 v Albánsku sa platy lekárov a ostatných zdravotníckych pracovníkov vo verejnom a súkromnom sektore nemenili. Všetci lekári a ďalší zdravotnícky personál, ktorí pracovali na klinikách a v Národnom pohotovostnom centre zaoberajúcom sa liečbou COVID-19, dostali mesačne bonus 1 000 EUR.



**István Éger,**  
*bývalý prezident Maďarskej lekárskej komory*

Nemám žiadne oficiálne stanovisko našej komory od minulého decembra. Pracujem ako pohotovostný lekár v maďarskej ambulancii a nemám informácie o financiách, ako ich má Maďarská lekárska komora a neviem, či vám na vašu otázku dajú odpoveď. Ako viete, nemáme niekoľko zdravotných poisťovní, iba jednu – Národný inštitút zdravotného poistenia, ktorý v našej krajine organizuje financovanie systému zdravotnej starostlivosti. V dôsledku toho funguje ako „štátny systém“, preto je každému zdravotníckemu pracovníkovi zaručená celková mzda bez toho, aby klesla o minimum. Vláda prisľúbila všetkým lekárom, zdravotným sestram a iným zdravotníckym pracovníkom tento rok plus príjem v sume 500 000 HUF brutto, ktorá bude poskytnutá začiatkom leta. Sestram už od 1. januára 2020 zvýšili plat o 14 % a ďalšie plus príde od 1. novembra o 20 % viac. Lekári, bohužiaľ, musia na vyšší plat ešte čakať. Ale akékoľvek zníženie neprichádza do úvahy.



**MUDr. Milan Kubek,**  
*prezident Českej lekárskej komory*

U lekárov a zdravotníkov, ktorí sú zamestnancami v Českej republike, sa uplatňujú dva systémy odmeňovania: plat podľa štátnych tarifných tabuliek pre zamestnancov verejného sektora (používa sa vo veľkých nemocniciach zriadených ministerstvom zdravotníctva) a mzda, ktorá je zmluvnou dohodou zamestnanca a zamestnávateľa (regionálne nemocnice, súkromné zdravotnícke zariadenia).

Platy v štátnych nemocniciach sa neznižujú, hoci sa takéto tendencie objavili. Museli sme čeliť snahám poslať zdravotníkov na nútené dovolenky alebo do karantény za 60 % platu. Štát sľúbil odmeny tým zdravotníkom, ktorí sa priamo starajú o pacientov s COVID-19 a pre zdravotných záchranárov. Teraz by sa mali začať vyplácať.

Mzdy v regionálnych zariadeniach sa plošne takisto neznižujú, hoci určite budú existovať aj výnimky. Obávame sa toho, že niektoré nemocnice nebudú chcieť vyplatiť odmeny vôbec, prípadne ich budú krátiť. Objavujú sa aj plány, aby sa odmeny zdravotníkov, vystavených vyššiemu riziku COVID-19, vyplácali na úkor zníženia odmien ostatných, ktorí neudržali „produktivitu práce“.

Zdravotné poisťovne nekrátia zálohové platby ani nemocniciam, ani súkromným ambulantným lekárom. Stále však rukujueme o tom, aby tieto zálohové platby neboli iba „bezúročnou pôžičkou“ a aby zdravotnícke zariadenia nemuseli v budúcom roku čast' vyplatených peňazí poisťovniam vracať z dôvodu, že uskutočnili menej výkonov, než na koľko boli tieto zálohy nastavené.

Dôležité je, že **vláda navrhla a parlament schválil zásadné zvýšenie platieb štátu za tzv. štátnych poistencov** (deti, dôchodcovia, nezamestnaní – spolu 60 % obyvateľov). Od 1. 6. 2020 bude štát platiť mesačne za každého nie 1 067 Kč, ale 1 567 (20 miliárd korún do konca roka stabilizuje ekonomiku zdravotných poisťovní, ktorým klesajú príjmy pre rastúcu nezamestnanosť a úľavy pri platení poistného pre živnostníkov a podnikateľov, o ktorých rozhodla vláda). Od 1. 1. 2021 sa platba štátu znovu zvýši, a to na 1 767 Kč za osobu mesačne.

V súčasnosti požadujeme vydanie „Stabilizačného zákona“, ktorým vláda zaručí, že príjmy zdravotníckym zariadeniam tento rok neklesnú. Vyriešením úhrad zdravotníckym zariadeniam v tomto roku podmieňujeme účasť na rokovaní o úhradách na rok 2021. Snažíme sa využiť náladu v spoločnosti, ktorá v súčasnosti považuje prácu zdravotníkov za viac dôležitú.

Zároveň Česká lekárska komora presadzuje zvýšenie ceny práce zdravotníkov o 20 % v Zozname zdravotných výkonov. Cena práce zdravotníkov v tomto cenníku sa totiž od roku 2006 zvyšovala iba raz, a to od 1. 1. 2016 o 10 %, zatiaľ čo kumulovaná miera inflácie v roku 2006 dosahuje 30 %. Požiadavka na zvýšenie o 20 % teda nie je ničím iným, než požiadavkou na vyrovnanie reálnej ceny práce, ktorá je v súčasnosti o 20 % nižšia než bola v roku 2006.



**Domen Podnar,**  
*tajomník a poradca pre zahraničné vzťahy  
Nemeckej spolkovej lekárskej komory*

Odmeňovanie lekárov v ambulantnej starostlivosti (približne 160 000) v súkromnej praxi je organizované našou sesterskou organizáciou, Asociáciou štatutárnych lekárov zdravotného poistenia v príslušnom regióne, kde sa nachádza lekár. V súčasnosti lekári dostávajú mimoriadnu podporu, ktorú poisťovne preplácajú. Všetky lekárske služby vykonávané od 1. 2., ktoré sú potrebné z dôvodu podozrenia alebo preukázaného dôkazu infekcie, sa uhradia v plnej výške. Na základe zákona o ochrane pred infekciami lekári a psychoterapeuti majú právo na kompenzáciu, ak musia ukončiť svoju súkromnú prax z dôvodov stanovených v právnych predpisoch o ochrane pred infekciami. Platí to aj pre vlastníkov súkromných praktík (ambulancií) a ich zamestnancov. Predpokladom pre nárok na odškodnenie je zákaz práce a karanténny poriadok.

Pokiaľ ide o úhradu lekárskeho služieb poskytnutých súkromne poisteným pacientom (približne 10 % obyvateľstva v Nemecku), dohoda o poplatkoch sa upravuje medzi zastrešujúcou organizáciou súkromných poisťovateľov a Nemeckou lekárskou asociáciou. Vzhľadom na súčasnú situáciu sa dohodli na preplatení niektorých špeciálnych služieb do 31. júla. To predstavuje paušálnu sumu 14,75 EUR za každý preukázaný prípad kontaktu lekár-pacient, s rozšírením o možnosť použitia telemedicíny (vrátane vyšetrení prostredníctvom internetu či telefónu).

*Prípravil: MUDr. Jozef Weber, viceprezident SLK*

# Podpásovky a ekonomická krivda

## Predsedníčka Neurologickej sekcie SLK otvorene o problémoch v ambulantnom sektore počas pandémie

Čo sa týka pandémie COVID-19, na prvom mieste je nutné uviesť, že systém starostlivosti o pacienta zaradil neurológiu medzi prvotných odbory. To znamená priamy fyzický kontakt s potenciálnym covid-positívnym pacientom. Tým, že obvodní lekári pracovali prevažne na základe telefonických konzultácií, pacienti boli priamo odporúčaní na odborné neurologické vyšetrenie, ktoré nebolo možné vyriešiť inak ako priamym kontaktom. Toľkokrát spomínaný nedostatok OOPP a dezinfekcie už nespomínam.

### ŠTYRI EURÁ ZA KONZULTÁCIU

Celý manažment počas pandémie bol, a ešte stále je, ovplyvnený nutnosťou akceptovať zvýšené hygienické nároky a protiepidemiologické opatrenia. Od toho sa odvíjajú jednak zvýšené ekonomické náklady, ktoré nám, mimochodom, nikto nekompenzoval, a jednak zmena systému práce, jej organizovania a režimu na oddeleniach a ambulanciách.

Dodržiavanie mimoriadneho epidemiologického režimu má za následok zníženie počtu pacientov, hlavne z dôvodu obavy pred nakazením, a vynútené „spomalenie“ chodu ambulancie, ktoré si daný režim vyžaduje. Ak by aj bol dopyt po vyšetreniach vysoký alebo bežný (čo nie je), z prevádzkových dôvodov nie sme schopní realizovať vyšetrenia v takom počte ako pred pandemiou. A to pre ambulantných neurológov môže znamenať až ekonomický krach.

Základom komunikácie v časoch pandémie je telefonická konzultácia. Využívajú ju hlavne chronickí, polymorbídni pacienti, ktorí si dĺžkou hovoru kompenzujú fyzickú neprítomnosť. Tieto konzultácie trvajú 20 a viac minút (4 eurá platba od zdravotnej poisťovne).

### NAJPRV POTLESK, POTOM ROZČAROVANIE

Na základe konzultácie s kolegami si myslíme, že nebudú pribúdať chronickí pacienti. Tí sú vybavovaní priebežne, veľmi obsažnými rozhovormi a konzultáciami. Po uvoľnení situácie v rámci plánovania je však nutná aj fyzická kontrola – na základe objednávaní. Telemedicína nikdy nenahradí osobný kontakt lekára s pacientom. Je to jedinečný vzťah, nenahraditeľný. Nepredpokladáme však enormný počet pacientov, za predpokladu, že nebude dochádzať k zneužívaniu vyšetrení. Počas pandémie však mohli byť ohrození akútni pacienti, pretože bol problém hospitalizovať ich – z dôvodu, že nemocnice sa reprofilizovali na covidové.

V počiatkoch boli aj pacienti opatrnejší, mali obavy z nákazy. Niektorí sa z vyšetrení odhlásili, niektorých sme kontaktovali my a preobjednávali. Avšak hlavne starší pacienti niekedy nechápali zmysel opatrení a výnimočnosť situácie a nie vždy sa s tým stotožnili. V súčasnosti nastáva určité uvoľňovanie, pribúďajú pacienti.

Boli chvíle, že nám ľudia tleskali, fandili. Teraz však prichádza rozčarovanie a sťažnosti pacientov... Uniká im, aj kompetentným, že stále platia určité obmedzenia, ktoré spôsobujú, že reálne môže byť vyšetrených menej pacientov ako za bežnej prevádzky. Niektorí sa dožadujú okamžitého vyšetrenia, aj keď sa nejedná o vyslovene zdravotné indikácie. Dochádza tak ku mnohým konfliktným situáciám, ktoré, nanešťastie, podporujú aj vyhlásenia niektorých politikov.

Namiesto toho, aby kompetentní s lekármi seriózne komunikovali, možno aj cestou aktualizovaných metodických pokynov, posielajú odkazy cez médiá. Reálne ešte stále platí núdzový stav, v zmluvách so ŽP máme garantovaných 75 % nákladov na chod ambulancie, a podľa zmluvy máme teda pracovať na 75 %, preferovať telefonické konzultácie. Tieto zmluvy sú platné do 30. 6. 2020.

### AMBULANTNÁ NEUROLOGIA PRED KOLAPSOM

Neurologia ako odbor je v ekonomickom hodnotení INEKO na spodnej priečke. Už pred pandemiou sme upozorňovali na možný kolaps ambulantnej neurologie. Počas pandémie, pri ešte nižších príjmoch, hrozí zánik časti ambulancií, ktoré budú chýbať nie iba v čase korony, ale hlavne v budúcnosti, keď hrozí absolútna nedostatnosť neurologických ambulantných vyšetrení. Alarmujúci je napríklad stav detskej neurologie, ktorej hrozí zánik. Upozorňovali sme, že garancia 75 % kompenzácie príjmov na neurologickú ambulanciu počas pandémie je absolútne nedostatočná. Boli sme osočovaní a obviňovaní, že nie sme solidárni. Tak sme okrem ekonomickej traumy museli znášať aj morálne „podpásovky“. V období zdravotnej krízy, keď bol potrebný každý jeden zdravotník, si štát dovoľí znížiť ambulantom platby! Iba pre porovnanie – učitelia v tom čase mali 100 % platy. Prekonali sme to, a aj napriek tomu sme stáli na svojich miestach, dokonca niektorí kolegovia boli na pracoviskách aj v prípadoch, keď sami patrili do ohrozenej skupiny. Mnohí kolegovia neurologia pracovali na ambulanciách bez sestry, pretože tá bola na OČR s deťmi, mnohí žijú v domácnosti so starými rizikovými rodičmi. Venovali sme sa všetkým pacientom v rámci možností a režimu. Aj pacientom štátnej VŠZP, s ktorou ani ku 14. 5. 2020 časť z nás nemá dohodnuté zmluvné podmienky.

Preto okrem ekonomickej krivdy (diferencovanie platieb v nemocniciach a ambulanciách počas pandémie, vyplácanie odmien v nemocniciach za marec a apríl – na rozdiel od reálneho nedofinancovania ambulancií) nás mrzí morálny status, ktorý momentálne zažívame.

*Pripravila: MUDr. Renáta Smiková  
predsedníčka Neurologickej sekcie  
Slovenskej lekárskej komory*

# Máte už otvorenú ambulanciu?

Prezident Slovenskej spoločnosti všeobecného praktického lekárstva, MUDr. Peter Makara, o počtoch pacientov a ďalších faktoch počas COVID-19.



**MUDr. Peter Makara,**  
prezident SSVPL

Všeobecný lekár v zásade pracuje podľa schémy: spíše anamnézu, vyšetrí pacienta, určí diagnózu a nastaví liečebný plán. Spravidla sa táto schéma uskutočňuje stretnutím „tvárou v tvár“, sčasti telefonicky. Pandémia COVID-19 nás prinútila radikálne zmeniť spôsob, akým môžeme bezpečne liečiť.

## VŠEOBECNÍ LEKÁRI AKO KOORDINÁTORI PRIMÁRNEJ STAROSTLIVOSTI

Všeobecní lekári sú odhodlaní poskytovať kontinuálnu primárnu zdravotnú starostlivosť v čase globálnej pandémie, počas všetkých 4 ročných období, počas tzv. chrípkových období a po-

dobne. Bezprecedentne sme našim pacientom poskytovali zdravotnú starostlivosť, bez zatvárania ambulancií, a to i v časoch, keď sme nemali dostatočné informácie, ochranné prostriedky, v časoch, keď sa očakávala medicínska katastrofa a obeť sa mali rátať v tisícoch. Áno, všeobecní lekári majú etickú povinnosť poskytovať zdravotnú starostlivosť. Lekári sa musia naďalej starať o chorých, aj keď to ohrozuje ich život. Máme povinnosť liečiť všetkých pacientov, pretože sme si vybrali našu profesiu slobodne. Aj keď strach z možnej interakcie s infikovanými pacientmi je legitímny.

Všeobecní lekári musia kontinuálne bojovať o dôveru verejnosti a špecialistov z iných odborov. Ako však tvrdí Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, generálny riaditeľ WHO: „Toto je čas na fakty, nie strach. Toto je čas na vedu, nie na fámy. Toto je čas solidarity, nie stigmy.“

V ostatnom období sa množia názory, že ambulancie všeobecných lekárov počas prvých mesiacov pandémie neposkytovali primeranú zdravotnú starostlivosť. Na základe údajov, zverejňovaných prostredníctvom portálu NCZI (<https://ezdravie.nczisk.sk/sk/>) a údajov, ktoré poskytli poskytovatelia zdravotnej starostlivosti VLD, predkladáme prierezovú štatistiku výkonnosti ambulancií.

### Štatistika posledných mesiacov

#### Vzorka VLD:

- 2019: Priemerný počet pacientov na ambulanciu: 1912 pacientov

#### Portál NCZI:

- 2019: Počet lekárov zapojených do ezdravie: 14 337
- 2019: Počet VLD do ezdravie: 2 242
- 2020: Počet lekárov zapojených do ezdravie: 13 845
- 2020: Počet VLD do ezdravie: 2 179

### Priemerný počet ošetrovaných pacientov na deň

| Ø počet pacientov / deň | 34  |
|-------------------------|-----|
| Ø čas / pacient         | 10  |
| Ø čas / deň / min.      | 340 |
| Ø čas / deň / hod.      | 6   |

Priemerný počet denných interakcií/konzultácií/vyšetrení (maily, telefonické konzultácie, návštevy v ambulanciách) bol v priemernej ambulancii (1912 kapitovaných pacientov) v počte 34. Ak priemerná komunikácia s pacientom trvá 10 minút, ambulancia nepretržite ošetrovala 6 hodín. V čase telemedicíny bol personál ambulancie 6 hodín „na telefóne“. Dovoľat sa do ambulancie nemuselo byť vždy jednoduché. Ak sedí 34 pacientov v čakárni, vidia, kto prišiel pred nimi, majú lístok z objednávacieho systému, majú dohodnutý termín a trpezlivo čakajú. Vedia, čo sa deje v čakárni aj v ambulancii. Pokiaľ sa tento istý počet pacientov snaží dovoľat na plne vyťaženej linky, samozrejme, môžu byť nespokojní.

Nad rámec 6 hodín priamej interakcie s pacientom je potrebné započítať konzultácie so špecialistami, objednávanie pacienta na COVID-19 testy, pri predpise liekov monitorovať interakcie z liekovej karty pacienta. Zodpovednosť v čase telemedicíny je neporovnateľne náročnejšia ako za bežnej prevádzky.

### Priemerný počet ošetrovaných pacientov za sledované obdobie

| Ø počet ošetrovaných pacientov (spolu) |            | %          |
|--|------------|------------|
| Ø 2019                                 | <b>683</b> | <b>104</b> |
| Ø 01. - 02. 2020                       | <b>671</b> |            |
| Ø 03. - 04. 2020                       | <b>713</b> | <b>106</b> |

Počet ošetrovaných pacientov v ambulanciách VLD v období marca do apríla 2020 v porovnaní s prvými dvoma mesiacmi roka 2020 vzrástol o 6 %. V porovnaní s priemerom za rok 2019 sme evidovali nárast o 4 %.

**My sme mali ambulancie „otvorené“ každý deň.** Virtuálna medicína znamenala pre nás všetkých veľkú zmenu. Je namieste však apelovať na primeranú dávku tolerancie a férovosti zo strany širokej a odbornej verejnosti.

Lekári pracujúci vo svojich ambulanciách sa zodpovedajú Hippokratovej prísaha. Liečia svojich pacientov aj s vedomím rizika vlastného zdravia, zdravia svojich rodín. Zároveň sme postavení do pozície „podnikateľov“, ktorí sú okrem paušálnych platieb platení za výkony.

Priemerný počet výkonov nám klesol na tretinu. Z objektívnych príčin sme nevykonávali preventívne prehliadky, predoperačné vyšetrenia, ktoré sú z hľadiska výnosov pre ambulancie VLD zásadné. Bohužiaľ, stali sme sa svedkami, že zdravotné poisťovne dokonca nepreplatili preventívne prehliadky, vykázané po 18. 3. 2020.

Vyzývať všeobecných lekárov, aby sa vrátili do svojich ambulancií, považujeme za neférový apel. Ako dokladuje štatistika vyššie, my sme v ambulanciách boli, pacientov sme liečili a budeme tak konať naďalej. Vykonávať preventívne prehliadky a predoperačné vyšetrenia je pre nás ekonomicky výhodné, preto je scestné sa domnievať, že ich odmietame.

Nakúpili sme si ochranné prostriedky (ako pre lekárov, tak pre zdravotné sestry), dezinfikujeme ambulancie na dennej báze s cieľom liečiť a zároveň sa ochraňovať.

- Ambulancie nemali rozplánované fázy uvoľňovania a otvárania prevádzok.
  - Ambulancie VLD fungovali nepretržite.
- Ambulancie nežiadajú vládu o príspevky, aj keď im klesli výnosy.
  - Zdravotné poisťovne čiastočne kompenzujú tento výpadok.

### Priemerný počet predpísaných liekov za sledované obdobie všetci lekári

Nasledujúca štatistika NCZI zobrazuje priemerný počet preskripcií za všetkých lekárov zapojených do ezdravia. Priemerný počet preskripcií za obdobie marec 2020 v porovnaní s marcom 2019 vzrástol o 27 % a za mesiac apríl klesol o 8 %.

|      |       | NZIS - všetci lekári (predpisy) | Ø počet predpisov / mesiac | %          |            |
|------|-------|---------------------------------|----------------------------|------------|------------|
| 2019 | Marec | 4 910 8787                      | 343                        | <b>342</b> | <b>110</b> |
|      | Apríl | 4 893 461                       | 341                        |            |            |
| 2020 | Marec | 6 031 113                       | 436                        | <b>127</b> |            |
|      | Apríl | 4 349 029                       | 314                        | <b>92</b>  |            |

Pre porovnanie, nasledujúca tabuľka zobrazuje **Priemerný počet predpísaných liekov za sledované obdobie** prostredníctvom ambulancií VLD.

|      |       | NZIS - VLD (predpisy) | Ø počet predpisov / mesiac | %            |            |
|------|-------|-----------------------|----------------------------|--------------|------------|
| 2019 | Marec | 2 536 050             | 1 131                      | <b>1 131</b> | <b>117</b> |
|      | Apríl | 2 533 347             | 1 130                      |              |            |
| 2020 | Marec | 3 469 620             | 1 548                      | <b>137</b>   |            |
|      | Apríl | 2 456 358             | 1 096                      | <b>97</b>    |            |

Ak je priemer všetkých lekárov zapojených do ezdravia **358** preskripcií, v priemernej ambulancii VLD bolo mesačne predpísaných **1 226** liekov. Prevažná časť preskripcií bola preskripcie obmedzená. Zdravotné poisťovne aktuálne uvoľnili reštrikcie, viažuce sa na preskripcie obmedzené lieky, to ale neznamená, že každú preskripciu všeobecný lekár nekontroloval, neoveroval. Liečiteľ pacientov bez aktuálnych odporúčaní, bez fyzického kontaktu, zvýšilo nastavenie kontrolných mechanizmov v ambulanciách VLD.

Na záver si dovoľím formulovať odpoveď na otázku z úvodu tohto článku.

- Ambulancie neboli primerane zásobené ochrannými pomôckami.
  - Zdravotné poisťovne čiastočne kompenzujú tento výpadok.
- **Ambulancie VLD boli kontinuálne otvorené, ako dokladuje štatistika. Každý recept, každá konzultácia, každá pandemická OČR/PN boli dokladovateľne spracované, pacienti boli primerane ošetrení.**

Pripravil: MUDr. Peter Makara, prezident SSVPL

Známy odborník na tropické choroby o tom, čo nám  
pandémia ukázala a čo nás čaká ďalej

# Desiata lekcia profesora Krčméryho

Foto: Nancy Závodská

Stretli sme sa o trištvrte na sedem ráno pred budovou Mikrobiologického ústavu Lekárskej fakulty Univerzity Komenského. Usmiaty, v krátkych nohaviciach, košeli, vo veste a so zeleným rúškom na tvári ma uviedol do prízemnej študovne, kde trávi časť svojho pracovného dňa. A napriek krátkosti času nám profesor Vladimír Krčméry poskytol zaujímavý rozhovor.

**?** Dovoľte mi na úvod osobnú otázku – ako sa cítite? V konzíliu odborníkov na Úrade vlády SR ste skončili, odvodňovali ste to aj osobnou únavou a opotrebovaním... Ako vlastne teraz vyzerá váš pracovný deň?

Postupne všetci odchádzame z konzília, pretože keď krízový stav pominie, skončí aj krízový štáb. Konzílium nie je formálny orgán, ale skupina odborníkov, ktorá chce pomôcť. Ja mám dobrovoľnícku zmluvu s úradom vlády, ktorá mi skončila minulý týždeň (v polovici mája, pozn. autorky). Keď bude druhá vlna, tak sa znova prihlásime, ale momentálne si myslím, že už pomaly, keďže kríza nie je, netreba krízový štáb.

A ako vyzerá môj pracovný program? Ráno vždy prídem sem do Mikrobiologického ústavu LF UK a potom si rozdelíme jednotlivé úlohy. Ja mám na starosti bezdomovcov, kolega Škodný s pánom dr. Pollákom marginalizované skupiny a DSS, dr. Mistrík testovanie a dr. Visolajský zdravotníctvo, zdravotníckych pracovníkov, ochranné pomôcky, takže takto to máme rozdelené.

**?** Keďže prvú vlnu pandémie koronavírusu máme už asi za sebou, mohli by sme trochu bilancovať. Aká bola z vášho pohľadu? Prišlo to, čo ste očakávali? Alebo vás niečo prekvapilo?

Dá sa povedať, že prvá vlna skončila. A bola veľmi podobná tomu, čo som zažil v Hongkongu, Emirátoch a Soule. V tých Emirátoch to nebola klasická vlna, skôr také sporadické, ale každá mala charakter viacerých vln. V Hongkongu bolo zasiahnutých asi desaťtisíc ľudí a prebiehalo to podobne ako u nás, lebo oni dosť zavčasu prijali drastické opatrenia. Potom bola ešte jedna epidémia v Busane v Južnej Kórei pred tromi rokmi, ktorá mala dve vlny, také pomerne rýchlo izolované vďaka karanténizácii.

**?** Takže tá naša vás v ničom neprekvapila?

■ Nie. Vypočítali sme čas podľa tých predhádzajúcich epidémií a pomýlili sme sa o dva dni. Takže žiadne prekvapenie. Keď sa zavčasu prijímajú opatrenia, tak ten dopad je vždy miernejší. To bol prípad Slovenska, ale aj ďalších desiatich európskych krajín.

**?** A čo nás čaká? V jednom z rozhovorov ste hovorili, že druhá vlna môže aj nemusí prísť... Stále to tak vidíte?

■ Pokiaľ nebudeme rýchlo otvárať hranice, tak sa môžeme druhej vlne vyhnúť. Treba ešte dva týždne počkať, prehodnotiť situáciu, a potom znova, podľa vývoja v ostatných krajinách, sa postupne otvárať. Netreba to robiť naraz a predčasne otvárať hranice.

**?** Varovali ste hlavne pred Českom... Faktom je, že sa im tam znovu navýšili počty nakazených v porovnaní s aprílom. Prečo je to tak?

■ Česká republika má pomerne rušné letisko, pražské letisko Ruzyň nebolo nikdy zatvorené, ani v čase vrcholiacej pandémie. Má rušnú prevádzku s Anglickom a Ruskou federáciou a dlhú hranicu s Nemeckom a Poľskom. Ja si myslím, že tie nové prípady majú importované.

**?** Takže hranice s nimi by sme nemali otvoriť tak skoro?

■ Ak dokážu dopad letiska eliminovať a udržia napríklad hranicu s Nemeckom, tak nevidím problém. Záleží však na tom, ako sa budú chovať k susedom a treba sledovať to rozlietavanie na letiskách.

**?** Ak by druhá vlna predsa len prišla, tak kedy? A bude podľa vás horšia ako tá prvá?

■ Buď príde v priebehu dvoch-troch týždňov, alebo v zime. Nemyslím si, že bude horšia ako prvá. Tie druhé vlny, ktoré ja som





### prof. MUDr. Vladimír Krčméry, DrSc.

Slovenský lekár, vedec – odborník na tropickú medicínu, infektológiu, onkológiu, vysokoškolský pedagóg, zakladateľ zdravotníckych, sociálnych zariadení a zahraničných humanitárnych misií v rozvojových krajinách.

Je zakladateľom súkromnej Vysoké školy zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave (VŠZaSP), kde v rokoch 2002 – 2013 pôsobil aj ako rektor. Ministerstvo zdravotníctva SR v roku 2007 zriadilo na jeho podnet Národné referenčné centrum pre tropické choroby v Bratislave ako špecializované pracovisko Ústavu verejného zdravotníctva na VŠZaSP svätej Alžbety v Bratislave. Od 15. 3. 2017 je opäť rektorom školy.

V čase pandémie koronavírusu bol permanentným členom Krízového štábu premiéra Igora Matoviča. Postupne sa stiahol, dnes plánuje odchod do predčasného dôchodku, či misiu do zahraničia.

zažil, neboli ničivejšie. Ľudia už sú pripravení, aj systémy sú pripravené.

**?** Zhodneme sa určite v tom, že táto pandémia nám dala riadnu príučku a ukázala nám zrkadlo, ako žijeme. Čiže mala aj pozitíva. Dala táto pandémia aj vám osobne niečo?

Korona nás naučila, že nemôžeme všetko plánovať a že nie je všetko v našich rukách. Za mňa môžem povedať, že som si zopakoval tých 9 lekcí, ktoré som prežil za ostatných 30 rokov.

**?** Ktorá lekcia bola najhoršia?

**?** Najhoršia bola epidémia cholery na Haiti a na druhom mieste ebola v Sudáne. Ale ebola v Sudáne nebola klasická epidémia, to bola sporadická choroba. Na Haiti to bola klasická epidémia, kde zomrelo za mesiac nejakých 2 000 ľudí. Tam to bolo deštvačné, ochorelo asi 100 000 ľudí za mesiac.

**?** Nemali ste nikdy strach?

**?** Nestíhali sme sa báť. (Profesor Krčméry päťkrát prekonal maláriu, pozn. autorky.)

**?** Čo sa týka očkovacej látky proti COVID-19, myslíte si, že do takého pol roka – roka, bude?

Myslím si, že v lete už vakína bude. Či však bude dostupná aj v Európe, to neviem. Spojené štáty budú mať podľa môjho odhadu očkovaciu látku v priebehu jedného až troch mesiacov.

**?** Otázka však znie, ak aj bude očkovacia látka, myslíte si, že väčšina Slovákov sa dá zaočkovať? Presvedčí odporcov očkovania to, čo sme zažili?

To je dobrá otázka, na ktorú nevieme odpovedať. Možno, že ich tá pandémia trochu vystrašila. Pamätám si podobnú akciu s pracou chrípky, keď sa nakúpili vakcíny a prakticky nikto sa nenechal zaočkovať.

**?** Prečo sme takí?

**?** Rýchlo zabúdame.

**?** Naučila táto pandémia spoločnosť, čo máme robiť v budúcnosti? Sme viac pripravení?

Trocha nás to filozoficky posunulo dopredu, že si nemôžeme všetko dovoliť, že musíme trocha počítať aj s nejakými inými vecami ako plánovanie a manažment, preverilo to naše zdravotníctvo a naše slabé miesta. Je to však naozaj výborná otázka, možno vám k tomu napíšem úvahu. (úsmev)

**?** Aké máte plány do budúcnosti vy osobne? Pracovné aj osobné? A ako strávite blížiacu sa leto?

Cheľ by som išť do zahraničia, možno do predčasného dôchodku. Zvažujem niektorý z gréckych ostrovov alebo Libanon, kde by som sa cheľ venovať práci s utečencami.

A leto strávim na Slovensku na Štiavnických tajchoch, tam chodím rád. Mám rád plávanie v tajchoch.

Pripravila: Nancy Závodská

# ANKETA K PROGRAMOVÉMU VYHLÁSENÍU VLÁDY SR V OBLASTI *zdravotníctva*

Čo si o ňom myslíte? Kde vidíte negatíva/pozitíva, prípadne, čo vám v ňom chýba? Oslovili sme predstaviteľov všetkých popredných zdravotníckych organizácií a komôr. Nie všetci si však našli čas odpovedať. Pozrite si odpovede tých, ktorí nám svoje stanovisko zaslali.



**JUDR. ZUZANA DOLINKOVÁ**  
Zväz ambulantných poskytovateľov (ZAP)

Programové vyhlásenie vlády SR na roky 2020 – 2024 v časti zdravotníctva vnímame ako „všetochuť“ rôznych opatrení, pri ktorých nám však chýba koncepcnosť a definovanie nadväznosti krokov, ktorých výsledkom by mala byť komplexná zmena systému zdravotníctva, ktorú by mali v čo najkratšom čase pocítiť pacienti i zdravotníci.

ZAP dlhodobo poukazoval na zmenu mechanizmu financovania zdravotníctva. Naviazanie rozpočtu zdravotníctva na percentuálny podiel hrubého domáceho produktu preferujeme, avšak aj tento spôsob financovania musí mať zabezpečené rezervy na také situácie, s akými sa dnes pasuje celý svet a keď nie je možné počítať len s takto definovaným systémom financovania zdravotníctva. ZAP plne podporuje i preventívny program či zavedenie pripoistenia.

Čo sa týka poskytovania zdravotnej starostlivosti lekármi z iných krajín, sme za to, aby pre ich vstup do nášho zdravotného systému platili rovnaké odborné podmienky na výkon povolania ako pre slovenských lekárov.

Z hľadiska postavenia ZAP-u v zdravotníctve budeme isto očakávať, aké kompetencie bude mať vytvorenie plánovaného poradného orgánu ministra zdravotníctva, ktorý by mala vytvoriť Vláda SR cez programový rozpočet na účely štruktúrovaného vyjednávania a zabezpečenia spravodlivejšieho rozdelenia zdrojov.



**MUDR. MARIÁN ŠÓTH**  
Asociácia súkromných lekárov

Z globálneho pohľadu vyznieva PVV pre zdravotníctvo skôr ako sumár odporúčení a nie ako jasné pomenovania krokov nutnej zmeny. Chýbajú mi jasne záväzky voči zdravotníctvu a zdravotníkom.

V jednotlivých oblastiach sú odvolávky na veci, ktoré už v podstate boli realizované. Týka sa to katalógu výkonov, kde PVV explicitne nehovorí, či bude pokračovať v katalógu, alebo bude riešiť nový katalóg. Rovnako aj v zbieraní dát: už IZP zbiera dáta a myslím si, že má spracovanú metodiku na hodnotenie

dát. Hodnotenie nemocníc takisto už štandardizovala Implementačná jednotka.

Veľmi vítam snahu zedefinovania štandardnej zdravotnej starostlivosti a možnosť pripoistenia. Problémom môže byť návrh, aby si pacienti nadštandardné služby a výkony u zmluvných poskytovateľov zdravotnej starostlivosti platil cez zdravotnú poisťovňu. To by znemožnilo úhradu nadštandardu pre tých, ktorí nemajú pripoistenie. Musím pochváliť PVV, že nehovorí o skriningu, ale o prevencii, čo dáva šancu k odklonu od súčasnej dvojkoľajnosti skrining/prevencia. Pozitívna je úprava rezidentského programu, jeho snaha o dopracovanie a sprehľadnenie, vytvorenie stimulov pre príchod nových rezidentov, avšak dôraz by sa mal klásť predovšetkým na všeobecných lekárov a primárnych pediatrov, nielen na špecialistov.

Menej už vítam alternatívu unitárneho systému zdravotného poistenia, ako aj štátnej distribučnej spoločnosti.

Čo ma znepokojilo, je snaha 24-hodinovej ambulantnej urgentnej starostlivosti ako reforma APS. Pokiaľ by sa podľa PVV vytvorili ambulancie urgentnej starostlivosti s nepretržitou prevádzkou, ktoré by boli plne profesionalizované, teda nepočítali by s povinnými službami praktických lekárov, bol by to prínos. V opačnom prípade by mohlo dôjsť k oslabeniu primárnej starostlivosti.

V oblasti prevencie interrupcií (zlepšením finančnej situácie osamelých matiek a rodín) vidím bezprostredný súvis so sociálnym systémom, nie so zdravotníctvom. Myslím, že interrupcií je na Slovensku minimum a nie je nutné traumatizovať a sťažovať rozhodovanie tehotnej ženy. Problémom môže byť aj riešenie situácie pri doplatkoch za lieky u ťažko zdravotne postihnutých osôb, detí a dôchodcov. Viem, že doplatky za lieky sú v mnohých prípadoch problém, mám však obavu, že plošné zrušenie doplatkov systém neunesie. Pozitívnym krokom by mohla byť zmena kategorizácie liekov, ktorou by sa zamedzilo plytvaniu finančných prostriedkov, nie tak ako dnes, keď uhrádzame „parené buchy a knedle“ zo zdravotného poistenia.

Z hľadiska financovania PVV hovorí len málo o stabilizácii súčasného trhu. So zlepšením finančných podmienok sa počíta znova iba v „našich“ nemocniciach, vôbec sa nepočíta so zvyšovaním plátov sestier v ambulantnej sfére, čo bude mať, samozrejme, za následok napätie a nedostatok sestier v ambulanciách. Chýba mi tiež komplexné riešenie už chronicky známeho nedofinancovania ambulantného sektoru.



## MGR. ANTON SZALAY

predseda Slovenského odborového zväzu zdravotníctva a sociálnych služieb

PVV vnímame ako zhrnutie programov štyroch strán vládnej koalície v rozsahu, ktorý nie je obvyklý. Viac ako 120 strán bližšie nešpecifikovaných, nekonkrétnych a v mnohých prípadoch nerealizovateľných zámerov sa veľmi ťažko hodnotí. Tu je niekoľko našich postrehov:

Pri prvom stretnutí s novým ministrom zdravotníctva SR M. Krajčím na MZ SR sme ako zástupcovia zamestnancov požadovali zapracovať to, že v súčasnosti platný odmeňovací systém zostane zachovaný. Žiaľ, v PVV sa to neobjavilo. Nie sme proti zavedeniu princípu zásluhovosti, ale je potrebné pripraviť pravidlá, ktoré sa dajú aj vyhodnocovať, ale aj so zoznamom profesií, pre ktoré to bude platiť. V PVV je len nekonkrétny zámer. Nestotožňujeme sa ani so záväzkom dosiahnutia výšky priemernej mzdy len sestram a pôrodným asistentkám na úroveň 110 % priemernej mzdy v hospodárstve. V zdravotníctve prevláda tímová práca, a preto je naša požiadavka rozšírená na všetkých zdravotníckych pracovníkov porovnateľných vzdelaním a náročnosťou práce, ako aj celoživotným vzdelávaním.

Ako chceme udržať odborníkov na našich pracoviskách? Aké teda bude nastavenie motivačného prostredia, uvedeného v PVV? Akým spôsobom chceme zvýšiť záujem o štúdium na stredných zdravotníckych školách pre mladých ľudí, premenovaním a ponechaním kompetencií? Ak sa nezlepšia pracovné podmienky pre všetkých, budeme registrovať v lepšom prípade rast zamestnancov z tretích krajín. Dôsledné dodržiavanie minimálnych personálnych noriem pre zdravotnícke lôžkové zariadenia je veľmi potrebné. Je nedostatok personálu, ľudia sú preťažovaní, nie raz bolo konštatované aj ich vyhorenie.

Pozitívne vnímame zaradenie koncepcie dlhodobej sociálnej a zdravotnej starostlivosti, ktoré, žiaľ, minulá vláda nebola schopná zrealizovať. K transparentnému obsadzovaniu postov riaditeľov je aj škoda sa vyjadrovať. Tak ako aj k zámeru výstavby dvoch okresných nemocníc. Nemocnica Rázsochy a tiež iné pokusy sú jasným dôkazom, že plány presahujú volebné obdobie. V PVV chýbajú konkrétne kroky vlády k osloveniu mladých ľudí, študentov medicíny k zotrvaniam na pracoviskách v SR. Dôkazom nerealizovateľného PVV je aj dosiahnutie 14-dňového limitu pre operácie pacientov, alebo ich realizovanie v zahraničí. Pri násobne vyšších cenách, ktoré zaplatíme všetci, to zoberie ďalšie financie, ktoré môžu byť využité na liečbu na Slovensku pre ďalších pacientov. Obdobne je to aj s unitárnym systémom poistenia, ktorý nie je realizovateľný.

SOZ zdravotníctva a sociálnych služieb plne podporuje realizáciu ezdravia, dôsledné zavedenie DRG systému v reálnych cenách, realizáciu hierarchie poskytovania zdravotníckych výkonov v lôžkových zdravotníckych zariadeniach, zrealizovanie nákladov pre záchranný systém (ZZS), vybudovanie zariadení pre pacientov vyžadujúcich dlhodobú zdravotnú a sociálnu starostlivosť, nastavenie financovania ošetrovateľských výkonov v zariadeniach sociálnych služieb, zlepšenie miery odmeňovania na pracoviskách verejného zdravotníctva. Plná podpora je aj pre centrálnu a transparentnú nákupnú nielu techniky, ale i liekov. Najdôležitejšie je však dofinancovanie rezortu, bez dostatočného objemu peňazí sa nepodarí realizovať žiadne zábery.



## MUDR. ŠTEFAN ZELNÍK

Asociácia polikliník a zdravotníckych zariadení

Vláda vôbec v PVV nereaguje na súčasný stav zdravotníctva. Ohlásených 200 miliónov eur na pomoc zdravotníctvu z eurofondov rozhodne

nebude stačiť. Zdravotníctvo sa nachádza pred kolapsom, vzhľadom na zadlženosť rezortu, vnútorný dlh, nedostatok lekárov a sestier, vekový priemer zdravotníckych pracovníkov.

Tak ako všade vo vyspelých krajinách, aj na Slovensku by mal štát vytvárať podmienky na to, aby sa lekári sústreďovali do centier. Pre pacienta je vždy komfortnejšie absolvovať vyšetrenia a liečbu v zdravotníckych zariadeniach, ktoré poskytujú komplexnú zdravotnú starostlivosť pod jednou strechou. Z tohto dôvodu by mal štát podporovať už existujúce zdravotnícke zariadenia poliklinického typu. Bohužiaľ, v programovom vyhlásení vlády pre funkčné obdobie 2020 – 2024 sa o takýchto zariadeniach nehovorí. PVV obchádza aj taký dôležitý segment, akým je jednodňová chirurgia. Vo svete sa v rámci jednodňovej chirurgie vykonáva 40 až 80 % výkonov.

V materiáli PVV sa ďalej uvádza, že zdravotné poisťovne umožnia ľuďom bezplatne sa objednať k svojmu lekárovi na jednotnom telefónnom čísle či webe. Je to nerealizovateľné. Telefónické, alebo e-mailové objednávanie sa dá realizovať, ale priamo cez poskytovateľov zdravotnej starostlivosti a na to by im štát mal vytvoriť podmienky. Ak na ambulancii budú pracovať dve sestry, tak jedna môže robiť poradenstvo, objednávať cez telefón, e-mail a druhá bude pracovať s lekárom. V prípade polikliník sa dajú zriadiť tzv. automatické telefónne ústredne alebo call centrá. To sa však musí zohľadniť v platbách za poskytnutú zdravotnú starostlivosť, aby sme mohli takýchto pracovníkov a komunikačné technológie zaplatiť.

Ďalšiu výhradu máme k záväzku, aby operácia pre podozrenie na nádorové ochorenie bola vykonaná do 14 dní od indikácie klinickým onkológom. Indikáciu k operácii predsa vykonáva chirurg a nie klinický onkológ. Nie je dôležité, či bude pacient operovaný do dvoch týždňov, alebo do mesiaca. V záujme pacienta je, aby bol odoperovaný na špecializovanom pracovisku, kde s ochorením majú skúsenosti. Pacienti predsa potrebujú rôzny čas predoperačnej prípravy, a to najpodstatnejšie je, že operácie nádorových ochorení vyžadujú multidisciplinárny prístup. Operačné zákroky by sa mali vykonávať výhradne na pracoviskách, kde je k dispozícii špičkové materiálo-technické vybavenie. Ministerstvo zdravotníctva by malo teda najskôr vytvoriť podmienky personálne, materiálo-technické a iné, aby na takýchto pracoviskách mohli byť pacienti odoperovaní a následne odovzdaní klinickému onkológovi na ďalšiu liečbu. Za zlé riešenie považujeme aj povinnosť poisťovní uhrádzať pacientom operácie v ľubovoľnej krajine EÚ. V zahraničí stoja operácie aj vyšetrenia niekoľkonásobne viac a tieto peniaze budú následne chýbať v systéme pre domácich pacientov.

Zrušenie nového študijného odboru praktická sestra považujeme za veľkú chybu. Stredné zdravotné školy mali pripravovať absolventov práve pre rezort zdravotníctva do praktického výkonu. Po zavedení nového študijného odboru sa zvýšil záujem o toto povolanie. Ak sa tento študijný odbor zruší, môže sa stať, že sa zníži záujem o tento odbor a do zdravotníctva budú prichádzať síce Bc., ale predtým možno budú maturovať z elektrotechniky alebo hotelierstva.

V PVV je len príslub zabezpečiť výrazný nárast celkových výdavkov, pričom sa má financovanie rezortu odvíjať od HDP, čo v súčasnej situácii nepovažujeme za racionálne. MMF vo svojich aktuálnych prognózach očakáva, že slovenský hrubý domáci produkt (HDP) v tomto roku klesne o 6,2 %. Národná banka Slovenska v krajnom scenári predpovedá až 9,4 %-ný pád ekonomiky v tomto roku. S akou čiastkou z HDP sa počíta pre rezort zdravotníctva?

Vítame záväzok vlády zvýšiť priemernú mzdu zdravotným sestram, zaviesť motivačný zásluhový systém príplatkov, vítame záväzok výstavby nových nemocníc. Musíme však konštatovať, že tieto záväzky vlády a ďalšie sľuby nie sú zatiaľ kryté adekvátnou finančnou čiastkou pre tento rok a ani pre nasledujúce roky volebného obdobia. Už dnes niektoré zariadenia dávajú na

mzdové prostriedky 80 % a viac zo svojich príjmov. Nikde v PVV sa nehovorí o záväzku vlády dofinancovať rezort aj vzhľadom na vyhlásený núdzový stav, pokles mzdových príjmov viacerých zamestnancov v národnom hospodárstve, čo má vplyv na nižšie odvody do ZP (odhad výpadku zdrojov len pre tento rok sa odhaduje na úrovni okolo 600 miliónov eur, okolo 800 miliónov sú nezaplatené faktúry z minulých rokov).



**ONDREJ SUKEL**  
prezident SLEK

Z pohľadu Slovenskej lekárskej komory a z pohľadu lekárenstva badať v PVV témy, ktoré sú na jednej strane konkrétne, na strane druhej bližšie nedefinujú postupy a procesy, ktoré s danou témou súvisia.

Mediálne najviac zarezovala téma „zrušenia“ doplatkov pre deti do 6 rokov veku, ŤZP a dôchodcov (podľa výšky príjmu), pričom tento výpadok by mal byť refundovaný zo štátneho rozpočtu a bude zohľadňovať najlacnejší liek v danej skupine. Toto opatrenie pochádza z programu strany „Sme rodina“. Nie celkom rozumiem jeho významu, keďže už v súčasnosti je limit spoluúčasti u detí do 6 rokov nastavený na 10 eur za kalendárny štvrtrok, 30 eur u starobných dôchodcov, 12 eur u ŤZP a 0 eur u detí s preukazom ŤZP. Osobne ako problém nevnímam výšku doplatkov za lieky, ktoré sú už hradené z verejného zdravotného poistenia u týchto skupín poistencov, ale napríklad skutočnosť, že mnohé lieky nie sú z verejného zdravotného poistenia hradené vôbec – a práve tie predstavujú významný podiel na priamych platiach, pričom na tejto skutočnosti sa nič nezmení.

Zaujímavým nápadom je „zváženie“ zavedenia štátnej distribúcie liekov. Verím, že po dôkladnom zvážení sa táto idea nezrealizuje, vzhľadom k skutočnosti, že tento segment funguje kvalitne a efektívne pri minimálnych nákladoch z verejných zdrojov. Ak sa však idea štátnej distribúcie týka zásobovania štátnych nemocníc a iných inštitúcií či dodávok finančne náročných liekov, tak tento nápad môže priniesť zaujímavé výsledky. Avšak už vopred treba mať na pamäti riziko vyplývajúce z osobnej integrity nominantov do takejto štátnej firmy. Lebo aj štátne hmotné rezervy sú ako idea fajn, avšak...

Positívne vnímam ambíciu rozširovania ezdravia a zjednodušenia toku dát s odstránením zbytočných a duplicitných vykazovaní.

Ako výzvu beriem jednoduchú vetu: „Vláda posilní kompetencie farmaceutov vo verejných lekárnach.“ Ponuka kvalifikácie, odbornosti a nasadenia farmaceutov z našej strany bola opakovane komunikovaná všetkým vládam a všetkým ministrom zdravotníctva. Bohužiaľ, väčšina z nich dokázala farmaceutov vytlačiť na kompetenčnú perifériu nielen v celom systéme zdravotnej starostlivosti, ale v mene obchodných záujmov konkrétnych subjektov aj v lekárnach. Veľmi radi a ochotne sa do diskusie o zmene pohľadu na úlohu farmaceutov zapojíme.

Vo všeobecnosti vnímam zdravotnícku časť PVV ako konštruktívnu, konkrétnu a dosť ambicióznou. Prajem nám všetkým, aby sa konkrétne kroky realizovali čo najskôr, efektívne a za širokej účasti odbornej verejnosti.



**MUDR. IGOR MORAVČÍK**  
prezident Slovenskej komory zubných lekárov

Slovenská komora zubných lekárov vníma Programové vyhlásenie vlády SR 2020 skôr v rovine odporúčaní a nie konkrétnych riešení. Prelínajú sa v ňom niektoré kompetencie dvoch až troch rezortov. Môžeme za tým vidieť budúcnosť kumulácie zdravotníckych

činností? Ak áno, je potrebné o tom hovoriť a diskutovať, pretože každý segment zdravotného systému má svoje priority a špecifické odborné zázemie, pričom doplnenie všetkých políčok zdravotníckej skladačky nie je záležitosť skrátenej a urýchlenej rozhodovania. Veríme, že state z programového vyhlásenia budú rozpracované a špecifikované na jednotlivé segmenty v zdravotníctve. Positívne vnímame, že sa zavedie dlhoročne očakávaný katalóg zdravotných výkonov, presne stanoví štandard a nadštandard zdravotnej starostlivosti, t. j. neodkladne sa bude pokračovať v presnom definovaní nároku pacienta, ktorý má byť hradený z verejného zdravotného poistenia a čo má byť predmetom možného pripoistenia. Za prioritné očakávam zavedenie katalógu a stanovenie štandardu, aby bolo jasné tak pre lekára a zároveň pacienta, na čo má nárok pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti, za akých finančných a kvalitatívnych podmienok.

Jednou z najväčších a politicky najzložitejších vecí, ktorá rezonuje naprieč celým zdravotníctvom už niekoľko rokov, je nedostatočné nastavenie finančnej udržateľnosti zdravotníckeho systému. Je nevyhnutné stabilizovať financovanie sektora tak, aby bolo predvídateľné a dlhodobou udržateľné. Niekoľko rokov žiadame, aby sa už pri stanovení rozpočtu na ďalší rok definoval v rámci intersektorálneho členenia balík financií do každého segmentu. A čo viac, žiadame stanovenie financií na dva a viac rokov vopred. Investície do zubných ambulancií predstavujú nemalé finančné náklady a aj keď máme viac zdrojové financovanie, veľa našich poskytovateľov, hlavne v odľahlých regiónoch, je odkázaná na úhrady za poskytnuté výkony z verejného zdravotného poistenia. Preto ak sa naplní jeden z bodov PVV, a to, že vláda zabezpečí cez programový rozpočet spravodlivé rozdeľovanie zdrojov v rámci intersektorálneho členenia tak, aby všetky segmenty zdravotnej starostlivosti mali jasné pravidlá financovania, priniesie to celej spoločnosti úžitok a lepšie zdravotné výsledky.



**MUDR. MARIAN KOLLÁR**  
prezident SLK

Slovenská lekárska komora (ďalej len „komora“), jej orgány, ale predovšetkým jej členovia s veľkým záujmom očakávali zverejnenie návrhu, ale aj schválenie Programového vyhlásenia vlády SR na roky 2020 – 2024 (ďalej len „PVV“). Očakávali ho preto, lebo výsledky volieb dávali predpoklad na jasné definovanie smerovania zdravotníctva najmenej na obdobie štyroch rokov a predvolebné sľuby politických strán tvoriacich súčasnú vládu koalíciu dávali predpoklad zásadnej zmeny prístupu vlády k problémom zdravotníctva.

V samotnom úvode časti Zdravotníctvo PVV je venovaná pozornosť kríze vyvolanej koronavírusom SARS-CoV-2 v spojení so všeobecnou deklaráciou „vláda zabezpečí včasnú diagnostiku, liečbu, vhodnú infraštruktúru a logistiku zdravotníckych kapacít“. Takýto prísľub plynúci z krízy možno iba privítať.

Zdravotná kríza má však aj svoju pozitívnu stránku. Ukázala, že zdravotníctvo nie je len o peniazoch, obzvlášť o šetrení peňazí, a že úspechom štátu a prosperom občana nie je výsledok prezentovaný najnižšími vynaloženými nákladmi. Zdravotná kríza v plnej svojej realite ukázala, že zdravotníctvo netvorí ekonomia, štatistika, finančníci, ale lekári, farmaceuti, zdravotné sestry, teda zdravotnícki pracovníci v širokom spektre ich povolání. Je preto pre nás sklamaním, že napriek opakovane deklarovanej ponuke komory a Slovenskej lekárskej spoločnosti aktívne prispieť k tvorbe návrhu PVV, bola zástupcom komory umožnená iba účasť na formálnom pracovnom stretnutí. Absencia záujmu o stanovisko lekárskej obce na smerovanie zdravotníctva v ďalších rokoch, a tým aj záujem o podporu PVV lekárskou obcou, nás prekvapila aj v súvislosti s tým, že súčasný minister

zdravníctva bol účastníkom konferencie komory a SLS pod názvom „Spoločne a odborne pre pacienta“, na ktorej bol predstavený ucelený pohľad našich organizácií na problémy zdravotníctva spolu s konkrétnymi návrhmi na ich riešenie a ponukou na spoluprácu.

Nie vždy viac znamená aj lepšie, čo platí aj na PVV, ktoré je skoro dvojnásobne dlhšie ako PVV predošlej vlády, čo je predovšetkým dôsledok snahy do PVV implantovať programy jednotlivých politických strán. Následkom tejto snahy je všeobecnosť, nejasnosť až rozpornosť niektorých jeho častí, čo môže byť motivované tiež snahou o vytvorenie si priestoru na rôzne varianty plnenia všeobecných sľubov. PVV dáva len veľmi minimálnu možnosť utvoriť si predstavu, akými konkrétnymi opatreniami budú tieto úlohy realizované. Všeobecnosť PVV bude mať tiež vplyv na možnosť objektívne zhodnotiť plnenie PVV.

Ako príklady možno uviesť: „Pravidlá budú platiť pre všetky subjekty systému rovnako, bez ohľadu na vlastníctvo.“ Oproti „Okrem vlastných garancií v oblasti poskytovania zdravotnej starostlivosti sa bude vláda SR usilovať aj o výraznejšie posilnenie pozície v oblasti zdravotného poistenia.“

Za najzásadnejší rozpor PVV považujeme na jednej strane deklarovanie zachovania pretrvávajúceho stavu trhu zdravotného poistenia, citujeme: „Zdravotné poistenie bude predmetom súťaže na trhu.“ Na druhej strane PVV pripúšťa zásadnú zmenu systému zdravotného poistenia, a to prechodom na unitárny systém, citujeme: „Ak súčasný systém zdravotných poisťovní po analýze nebude prinášať hodnotu pre pacienta a dosahovanie zdravotných celospoločenských cieľov, vláda SR zváži zavedenie unitárneho systému zdravotného poistenia.“

Predvolebnou témou číslo jeden zo strany verejnosti, ale aj zo strany všetkých politických strán, bol krízový stav slovenského zdravotníctva. Väčšina politických strán, vrátane niektorých strán vládnej koalície, poukazovala na potrebu zásadnej zmeny systému verejného zdravotného poistenia, čo sa neodrazilo v PVV. Prísľub, že po „analýze“ a „vláda zváži“ je viac ako alibistický.

PVV obsahuje opakovane pojem „reforma“ v jednotlivých častiach, ktoré však obsahujú iba všeobecné, drobné, avšak nie zásadné zmeny. Reformu je možné charakterizovať ako zásadnú zmenu spoločenských vzťahov, čo PVV v žiadnom prípade neobsahuje. Náznakom reformy je už vyššie zmienené zavedenie unitárneho systému zdravotného poistenia, ale ktoré, ako sme už uviedli, vláda iba zváži, ale nedáva prísľub jeho zavedenia.

Komora na svojej konferencii „Spoločne, odborne pre pacienta“ jasne definovala zásadné nedostatky súčasného systému organizácie verejného zdravotného poistenia. Legislatívne nejasné deklarovania vlastníctva prostriedkov verejného zdravotného poistenia a z toho plynúcu neobmedzenú tvorbu zisku zdravotnými poisťovňami, potrebu legislatívnej úpravy dohodovania o zmluvných podmienkach medzi zdravotnými poisťovňami a poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti, nevyhnutnosť plnej kontroly štátu nad stanovením, ale i naplnením verejnej siete poskytovateľov, prijatie účinných opatrení smerujúcich k účinnému plneniu povinnosti manažmentu pacienta zdravotnými poisťovňami a ďalšie. Uvedené však nie je možné dosiahnuť drobnými čiastkovými zmenami, ale je potrebné vykonať zásadné legislatívne zmeny, ktorých výsledkom bude čisté legislatívne prostredie.

Komora víta snahu vlády SR o zlepšenie starostlivosti o pacienta, súčasne však považuje za viac ako ambiciózný plán, citujeme: „Vláda SR pripraví ambulantný, ale aj nemocničný sektor na poskytovanie zdravotnej starostlivosti v súlade s najmodernejšími štandardmi.“ Slovenské zdravotníctvo nie je v súčasnosti na takúto úlohu pripravené ani materiálne a ani personálne. Naplnenie tejto ambície by si vyžiadalo niekoľko volebných období. Uvítali by sme, keby VPP obsahovalo konkrétnejšie cesty naplnenia tohto cieľa.

Za nevhodnú a nerealizovateľnú úlohu považujeme záväzok zabezpečiť, aby zdravotné poisťovne umožnili ľuďom objednať sa k svojmu lekárovi na jednotnom telefónnom čísle či webe. Na jednej strane to pri súčasnom spôsobe fungovania poskytovateľov zdravotnej starostlivosti považujeme za technicky a personálne nemožné, na druhej strane poukazujeme, že úlohou zdravotných poisťovní je zabezpečiť manažment pacienta nie z pohľadu jeho objednania u konkrétneho lekára na konkrétny termín, ale z pohľadu zabezpečenia poskytovateľa, ktorý v stanovenej lehote poskytne pacientovi potrebnú zdravotnú starostlivosť.

Komora víta zriadenie funkcie zdravotníckeho ombudsmana, ako aj prísľub podpory nezávislého financovania patientských organizácií. Považujeme však za vhodné pripomenúť, že v PVV absentuje riešenie dlhoročného problému financovania preneseného výkonu verejných funkcií na stavovské organizácie. Komory plnia úlohy stanovené zákonom, teda úlohy, ktoré vykonávajú za štát, ale náklady na tieto zákonné činnosti sú uhrádzané predovšetkým z príspevkov dobrovoľných členov komory.

Komora má za to, že vláda SR prostredníctvom PVV mohla vyslať jasnejší signál lekárom pracujúcim v zahraničí, resp. študentom medicíny s ambíciou pracovať v zahraničí, prostredníctvom konkrétnych opatrení, predovšetkým dotýkajúcich sa ich odborného rastu a zapojenia sa do vedy a výskumu. Prekážkou výkonu povolania mladými lekármi na Slovensku už nie je primárne finančné ohodnotenie, ale úroveň medicínskych činností a vedy na Slovensku.

Na druhej strane, komora víta snahu vlády dosiahnuť zjednodušenie, resp. odstránenie administratívnych prekážok návratu na Slovensko, a to aj pridelovaním kódov lekárom a registráciou v Slovenskej lekárskej komore. Komora je pripravená tieto činnosti vykonávať k spokojnosti lekárov, čo je však podmienené, ako sme už uviedli vyššie, aj vyriešením financovania týchto činností.

Komora víta záväzok štátu zvýšiť priemernú mzdu zdravotných sestier a dúfa, že sa tak stane v čo najkratšom čase. Zároveň však očakávame, že zabezpečí na to aj dostatok finančných zdrojov.

Komora víta opatrenia smerujúce k uľahčeniu vstupu nových lekárov do primárnej sféry. Uvítali by sme však konkrétnejšie definovania prísľubu realizácie inovátnych spôsobov manažovania a financovania všeobecnej zdravotnej starostlivosti. Sme za súčasný model financovania s prípadným presunom rozhodovania o výške paušálnej platby na MZ SR, tzv. úhradová vyhláška, aby sme nemuseli každoročne bojovať o financie so ZP a na nich ponechať financovanie nad rámec kapitačnej platby. Podporujeme postupné zlepšovanie podmienok, nie experimenty so sektorom, ktorý je najviac ohrozený kolapsom.

Komora víta opatrenia vo vzťahu k nemocničnej sieti. Optimálne nastavenie a úplnú funkčnosť DRG úhradového mechanizmu už vo svojich PVV sľúbilo niekoľko predchádzajúcich vlád, preto budeme aj s miernou dávkou pesimizmu očakávať, či sa tak stane. Nezrozumiteľným sa nám javí cieľ, na základe ktorého bude vláda SR riadiť štátne nemocnice pod jednotným vedením.

Komora víta záväzok vlády v smere výstavby Univerzitnej nemocnice v Bratislave a začatia projektových prác výstavby Martinskej nemocnice a prípravu koncepcie výstavby nemocníc v Košiciach a Banskej Bystrici.

Komora aj touto cestou deklaruje svoju pripravenosť napomôcť realizácii PVV, a to aktívnou účasťou na príprave koncepcie zásadnej zmeny systému verejného zdravotného poistenia, ktorá zabezpečí, aby boli prostriedky verejného zdravotného poistenia verejným vlastníctvom a slúžili výlučne na úhradu zdravotnej starostlivosti.

## Situácia okolo koronavírusu očami prezidenta RLK Nitra

# V každej vojne je žold V PRVEJ LÍNII VYŠŠÍ

Foto: archív SLK

Posledné mesiace celú spoločnosť zamestnáva vzniknutá pandémia. Inak tomu nebolo ani na našej regionálnej komore. Po požiadaní lekára VÚC Nitra a mojom prísľube nám boli zaslané OOPP, ktoré sme na mimo-riadnom zasadnutí R-RLK prerozdeli-  
li pre jednotlivé ambulancie v našom kraji. Zvyšné ochranné prostriedky, ktoré máme ešte v rezerve, rozdelíme v nasledujúcom období. Veľké poďakovanie patrí celej R-RLK NR, ako aj pani riaditeľke sekretariátu, pracovníčkam jednotlivých subregionálnych LK za distribúciu OOPP pre jednotlivé ambulancie.



MUDr. Ján Boldizsár

### A TERAZ O FINANCIÁCH

Práca v ambulanciách bola poznačená poklesom počtu pacientov a vyšetrení. Môže to navodiť dojem nadmerného počtu ambulancií. Opak je však pravdou. Snažili sme sa však chrániť tak pacientov, ako aj personál pred nákazou. Prispela k tomu v prvom rade výrazná masmediálna informácia o prijatých opatreniach krízového štábu. Budúcnosť je však taká, že počty pacientov budú zasa v rovnakých počtoch ako dovtedy. Čiže celkový počet pacientov sa neznížil, iba v tomto období sa znížila ich návštevnosť. Avšak pri pretrvávajúcom tomto stavu dlhší čas hrozí zhoršovanie života a ohrozenie zdravia pacientov.

Je pre nás nepochopiteľné, že lekári a vôbec zdravotnícki pracovníci postavení do prvej línie v boji proti COVID-19 majú mať znížené príjmy. Logické by bolo, keby boli výrazne lepšie ohodnotení, nakoľko v každej vojne majú tí v prvej línii vždy vyšší žold. Sme prekvapení, že niektorí čelní predstavitelia z organizácií združujúcich niektorých lekárov jednoznačne a hneď súhlasili so znížením platby pre ambulancie. Myslím, že kolegovia by sa mali zamyslieť, v akej organizácii sú členmi. Takýto postoj považujem za sebazničujúci, privádzajúci mnohé ambulancie do obrovských finančných ťažkostí, s následnými dopadmi na chod ambulancií, na úroveň poskytovanej zdravotnej starostlivosti, ale taktiež aj za-

mestnanosti. Viacerí lekári sa obávajú, že môže nastať snaha nielen o zníženie financií pre ambulancie, ale aj samotná likvidácia niektorých ambulancií. V súčasnosti je vysoké percento personálu v dôchodkovom veku. Hrozí, že práve táto skupina neunesie finančnú záťaž a rozhodne sa odísť do zaslúženého dôchodku, čím by len prehĺbili už aj tak nedostatočné personálne obsadenie.

### ČO COVID-19 ODHALIL

Táto pandémia odhalila slabiny pripravenosti našej spoločnosti zvládnuť takú závažnú situáciu nielen z pohľadu zdravotného, ale celospoločenského. Napríklad neskoré dodanie OOPP v potrebných množstvách, nedostatok dezinfekčných prostriedkov. Veľmi závažným zistením je, že ambulantní špecialisti majú finančný príjem iba od počtu vykonaných výkonov. Nemyslí sa na to, že aj lekár môže byť dlhodobo chorý. Môže byť riešením viaczdrojové, viacložkové financovanie? Rozhodne to však nie je také jednoduché, ako som to napísal, ale bude potrebné sa zaoberať aj touto problematikou. Musíme sa z tejto situácie poučiť, aby sme v prípade znovuprepuknutia pandémie boli na takúto situáciu pripravení, a to nielen zdravotníci, ale celá spoločnosť.

Pripravil: MUDr. Ján Boldizsár, prezident RLK Nitra

# Vy pomáhate ostatným, my pomáhame vám

**Vo VÚB vnímame aktuálne dianie mimoriadne citlivo a uvedomujeme si zložitú situáciu štátnych i súkromných lekárov. Preto vám okrem odkladu splátok ponúkame širokú škálu zvýhodnených produktov a služieb.**



Prostredníctvom zvýhodnených úverov môžete financovať nielen svoje bývanie, ale aj zariadenie a prevádzku ambulancie alebo financovať akékoľvek vybavenie, ktoré práve potrebujete.

**Vzhľadom na aktuálnu situáciu ponúka VÚB banka možnosť odkladu splátok až na 9 mesiacov**

Špecialisti VÚB banky pripravili so zástupcami Slovenskej lekárskej komory (SLK) ponuku zvýhodnených produktov a služieb, ktorá je prispôbená lekárskej praxi a potrebám lekárov. Štátni lekári môžu čerpať výhody z oblasti osobných financií, súkromní zas výhody pre podnikateľov. Pri produktoch VÚB hypotéka, VÚB pôžička, povolené prečerpanie a kreditná karta je dokonca možné požiadať o dokladovanie príjmu iným spôsobom.

## TIPY NA ZVÝHODNENÉ PRODUKTY PRE ŠTÁTNYCH AJ SÚKROMNÝCH LEKÁROV

### 1. Výhody pre štátnych lekárov VÚB účet

Pre štátnych lekárov, ktorí sú členmi komory, ponúkame **bezplatné vedenie osobného účtu na dva roky**. Táto výhoda platí nielen na nový, ale dokonca aj na existujúci osobný účet.

### VÚB hypotéka

Pri hypotéke vám odpustíme poplatok za poskytnutie úveru a zároveň môžete požiadať o úver do výšky 250 000 eur s iným spôsobom dokladovania príjmu. Okrem toho

sme pre vás pripravili atraktívne úrokové sadzby už od **0,89 % p.a.** Napríklad pri čerpaní úveru vo výške 150 000 ušetríte až 1200 eur.

### VÚB Pôžička

Ak využijete na zakúpenie čohokoľvek, čo potrebujete, bezúčelovú pôžičku, odpustíme vám poplatok za poskytnutie úveru. To isté platí, ak chcete vymeniť staré úvery a re-financovať ich vo VÚB. **Navyše ročnú úrokovú sadzbu vám znížime o 1 %.**

### Povolené prečerpanie a kreditná karta

Vo VÚB máte tiež možnosť požiadať o povolené prečerpanie alebo kreditnú kartu s iným spôsobom dokladovania príjmu.

### 2. Výhody pre súkromných lekárov

Lekári so súkromnou praxou majú vo VÚB možnosť využiť aj **ponuku pre podnikateľov**.

### PROFIÚVER KONTOKORENTNÝ A PROFIÚVER TERMINOVANÝ

Obidva úvery vám pomôžu vo vašom podnikaní, napr. zariadiť ordináciu špičkovým vybavením a prístrojmi. VÚB vám ich poskytne **bez minimálnej doby podnikania**, čo v praxi znamená, že sú k dispozícii aj začínajúcim lekárom. Pri terminovanom úvere vám poskytneme sumu až do výšky **50 000 eur bez predloženia finančných výkazov**.

Obidva úvery máte k dispozícii **bez poplatku za poskytnutie** a so zvýšenou hranicou dôchodkového veku zo **65 na 70 rokov**.

### PROFIHYPO úver

Ak potrebujete financovať nákup nehnuteľnosti alebo chcete predčasne splatiť iný úver s rovnakým účelom, ideálnym riešením je PROFIHYPOT úver. O úver **do 250 000 eur** a so splatnosťou do 20 rokov môžete žiadať **bez predloženia finančných výkazov**. Až 30 % z výšky úveru môžete použiť bez dokladovania účelu.

### VÚB BIZNIS účet

Pre zjednodušenie vášho podnikania vám v prípade poskytnutia PROFIUVERU terminovaného alebo PROFIHYPOT úveru ponúkame **bezplatné vedenie VÚB Biznis účtu** (všetky cenové pásma) **na 12 mesiacov**. Využívať môžete základnú aj rozšírenú ponuku za rovnakú cenu, ako aj zľavy na vybrané transakcie zrealizované na pobočke. Bonusom je možnosť zriadiť si sporiaci a ďalší bežný účet v rámci balíka.

### Platobný terminál bez fixného poplatku z obratu

Návšteva lekára, u ktorého sa nedá platiť kartou, je v súčasnosti pre väčšinu pacientov nepredstaviteľná. Výhodou platobných terminálov od VÚB je, že neplatíte fixný mesačný poplatok za nedosiahnutie deklarovaného obratu a máte jednotnú výšku provízie pre karty VISA a MasterCard na úrovni 1 %.

Informácie o úplných podmienkach poskytnutia vyššie uvedených produktov a vašich ďalších výhodách vám poskytneme na ktorejkoľvek pobočke VÚB banky.

**Viac info nájdete na [www.vub.sk](http://www.vub.sk)**

# CHÝBA NÁM 300 miliónov eur

**Dlhodobá starostlivosť na Slovensku potrebuje radikálne opatrenia, zmeny a financie**

Na Slovensku žije podľa posledných údajov Štatistického úradu SR z decembra 2018 5 450 421 obyvateľov. Detí do 14 rokov je niečo cez 15 %, počet občanov nad 65 rokov je vyše 16 %. Počet seniorov tak prvýkrát prevýšil počet detí. Laicky povedané, starneme čoraz viac a detí tak rýchlo nepribúda. Do roku 2030 má byť dokonca ľudí starších ako 80 rokov o 65 % viac ako dnes.

Text: Nancy Závodská | Foto: archív SLK

**D**lhodobá starostlivosť o seniorov by tak mala byť témou číslo jeden. Ako to s ňou u nás vyzerá, kde sú najväčšie rezervy a aké kroky by mala nová vláda podniknúť, nám porozprávala **Anna Ghannamová, predsedníčka Asociácie poskytovateľov sociálnych služieb v SR.**

**?** Začnime najprv novou vládou a jej programovým vyhlásením (PVV). Ako hodnotíte plány vlády v oblasti dlhodobej starostlivosti? Pozitíva - negatíva, prípadne, čo vám v ňom chýba?

Pozitívne hodnotím záväzok vlády prijať nový zákon o sociálnych službách a zákon o jednotnej zdravotno-sociálnej dlhodobej starostlivosti, zjednotenie posudkovej činnosti a zrovnoprávenie poskytovateľov sociálnych služieb. Sympatická je aj pasáž, kde sa nová vláda zaväzuje zabezpečiť lepšie finančné podmienky, celoživotné vzdelávanie a zvýšenie statusu a ochrany pracovníkov v pomáhajúcich profesiách. Osobne mi však chýba trochu viac konkrétnosti, ktoré by naznačovali, akým smerom budú tieto zmeny realizované. Jediná vec, ktorá konkrétnejšia je, a to zavedenie príspevku v odkázanosti podľa stupňa odkázanosti pre občana, nie pre zariadenia, bude problematická. Dnes je príspevok MPSVR SR podľa stupňov odkázanosti viazaný na občana, hoci sa vypláca poskytovateľovi služieb, ktorého si občan vybral. Ak týmto ustanovením vláda plánuje dať financie priamo na účet občana, tak urobí veľkú chybu. V Českej republike to ľutujú dodnes. Pretože veľakrát ide o občana už s odkázanosťou, za ktorého rozhodujú príbuzní

a neraz si príbuzní zvýšia týmto príspevkom rodinný rozpočet, ale odkázanému občanovi nezabezpečia odbornú starostlivosť. Príspevok je teda často príbuznými zneužívaný. Mali by sme sa poučiť z chýb iných a neopakovať ich. Programové vyhlásenie vlády sa tiež nijako nezaobrá tým, ako obce a časť miest ignorujú svoju povinnosť doplácať neverejným poskytovateľom finančný príspevok na prevádzku. Mrzí ma, že sa o tom nová vláda nezmiňuje ani jednou vetou, lebo to je tá diskriminácia na

verejných zdrojoch pre občanov umiestnených u neverejných poskytovateľov, ktorú stará vláda napriek úsiliu našej asociácie neodstránila a ktorá stále trvá.

“  
zo 46 000 odkázaných v službách dlhodobej starostlivosti je 68 % najťažší stupeň odkázanosti.”

**?** Podľa medializovaných informácií viaceré organizácie pôsobiace v oblasti sociálnych služieb zadefinovali 10 odporúčaní pre vládu. Môžete nám ich priblížiť?

Päť odporúčaní z 10-tich, ktoré podpísalo sedem organizácií aktívnych v sociálnych službách, v programovom vyhlásení vlády sú nový Zákon o sociálnych službách, Zákon o jednotnej zdravotno-sociálnej dlhodobej starostlivosti, Zjednotenie posudkovej činnosti, prísľub zvýšených fi-

nančných zdrojov do sociálnej oblasti a plánovanie ľudských zdrojov. Naše odporúčania však boli konkrétnejšie – žiadali sme presne navýšiť financie do oblasti sociálnych služieb o 30 %, žiadali sme garanciu zvýšenia terénnych opatrovateľských služieb do domácnosti tým, že aj na túto službu by prispieval štát a nenechal by to iba na obce a mestá. Žiadali sme zmeniť kompetencie samosprávy tak, aby všetky pobytové zariadenia prešli na kraje, lebo kraje si



zvykli už svoje povinnosti voči neverejným poskytovateľom plniť a aj pre občana by to bolo zrozumiteľnejšie, aj financovanie by bolo transparentnejšie. Terénna služba by zostala v kompetencii obcí a miest. Najmä sme však žiadali garanciu zo strany samospráv podieľať sa na financovaní služieb, čo dodnes mnohé obce a mestá ignorujú a štát sa na to nečinne prizera. Žiadali sme zriadiť Fond odkázanosti, kde by sa zbierali všetky zdroje – zo štátu (príspevok v zariadeniach sociálnych služieb) a zo samosprávy a na poukaz by boli podľa stupňa odkázanosti vyrábané na konkrétneho občana a preplatené poskytovateľovi, ktorého si občan vybral. Aj pre stabilizáciu a zvýšenie počtu personálu sme mali konkrétne odporúčania, a to zvýšenie platov na dve etapy spolu o 300 eur mesačne, daňové bonusy pre pomáhajúce profesie.

**?** V PVV sa hovorí o zavedení adresnej formy financovania a zrovnoprávnení poskytovateľov. Vy ako predsedníčka APSS ste sa už viackrát vyjadřili, že nie ste za to, aby príspevky išli priamo občanom, ste skôr za poukazy, ktoré by si občan uplatnil v tom-ktorom zariadení. Prečo je toto podľa vás lepší model? A aké sú jeho potenciálne slabiny – napríklad odchod klientov do domácej starostlivosti...

Nie, to nie je o strachu z odchodu klientov do domácej starostlivosti. Verte, nič také sa masovo diať nebude. My máme v pobytových zariadeniach ťažké stavy klientov, ktorí už potrebujú odbornú starostlivosť. Iba dve – tri zariadenia, bývalé domovy dôchodcov majú dnes, ako my hovoríme, „tancujúce klienty“. Zo 46 000 odkázaných v službách dlhodobej starostlivosti je 68 % najťažší stupeň odkázanosti V. a VI. a z nich 41 % sú ležiaci klienti. Takže predstava, že toto opatrenie zníži počet rezidenčných zariadení je naivná a nezodpovedá realite. Naopak, s počtom nárastu ľudí nad 80 rokov (v roku 2030 to bude nárast o 64 % v porovnaní so súčasnosťou) bude treba stále viac a viac pobytových zariadení. Ak niekto tvrdí opak, nevie, o čom hovorí. Áno, APSS v SR nebude súhlasiť s tým, aby odkázaný občan dostal peniaze na účet, lebo odkázaný občan už väčšinou svoj účet nespravuje. Spravujú ho jeho príbuzní. APSS v SR je za to, aby občan dostal poukaz na sumu podľa odkázanosti, a poukaz by bol splatný registrovanému poskytovateľovi, ktorého si sám vybral, či už je to pobytové zariadenie, ambulatná služba, alebo opatrovatelka do domácnosti. Takto by príspevok rodina nemohla zneužiť a okrem iného by sme dostali do oficiálneho systému starostlivosti aj opatrovatelky v domácnosti, ktoré túto prácu robia načierno, neodvádzajú dane a nie sú pod kontrolou kvality poskytovaných služieb ako ostatní poskytovatelia. Pokojne by mohol byť poukaz splatný aj pre neformálneho opatrovateľa – príbuzného, ktorý by však tiež podliehal kontrole kvality poskytovanej starostlivosti a bol by zaradený do systému starostlivosti. Lebo ak neformálnych opatrovateľov chceme zrovnoprávniť na financiách, mali by sme ich zrovnoprávniť aj na kontrole výkonu ich starostlivosti. Nielen práva, ale aj povinnosti majú byť rovnocenné.

**?** Ak porovnáme výdavky na dlhodobú starostlivosť na Slovensku a v západnej Európe, sme v tejto oblasti veľmi pozadu. Aj v porovnaní so susedmi zaostávame. V ČR dávajú na sociálne služby k HDP 0,7 % a v SR len 0,2 %. Koľko peňazí by vlastne systém dlhodobej starostlivosti potreboval, aby mohol normálne fungovať? Koľko nám chýba? A vieme

**to vôbec? V akom stave sú štatistiky o spotrebe financií na dlhodobú starostlivosť?**

Problém je, že štatistiky sa robia na viacerých miestach a jednotlivé skupiny, ktoré ich realizujú, spolu nekomunikujú. Keď som sa ako zástupca asociácie dostala do expertnej skupiny pri MPSVR SR na vytvorenie analýzy možnosti vzniku poistenia pre potreby dlhodobej starostlivosti, zistili sme, že MF SR pracuje na analýze potreby financií pre dlhodobú starostlivosť vzhľadom na zmenu demografie. Druhá skupina to isté ráta pod patronátom podpredsedu vlády – odbor Hodnoty za peniaze, tretia bola skupina Agendy 2030 a štvrtá sa vytvorila na MPSVR SR. Aký to má zmysel pre vládu takto mrhať kapacitami a ani neporovnávať vstupy a výstupy všetkých skupín? Ktoré čísla z ktorej skupiny budú pre vládu relevantné? Veď dnes MPSVR SR malo tri zdroje

na základné čísla o tom, koľko je zamestnancov a klientov v službách podmienených odkázanosťou a všetky tri boli odlišné. Ak teda nemáme jasné a jednoznačné vstupné údaje, ako môžeme robiť relevantné analýzy o veľkých nutných peniazoch? Takto sa to robiť ďalej nedá. APSS v SR vychádza iba z tých zdrojov, ktoré sú oficiálne uverejnené v Správe o sociálnej situácii obyvateľstva a nám vychádza, že systém sociálnych služieb, ale najmä dlhodobej starostlivosti potrebuje o 300 mil. eur viac, než má k dispozícii dnes. A to je len na pokrytie súčasných potrieb.

**?** Alfou a omegou je financovanie. Pri dlhodobej starostlivosti pri-

**chádza časť peňazí z ministerstva práce, časť z ministerstva financií, časť zo zdravotníctva. Nie je čas v tom urobiť poriadok a zjednotiť to? Nie je tento systém financovania v podstate drahší? A ktorý by bol organizačne najlacnejší?**

Z MF SR neprichádza nič, ak nemyslíte prerozdelenie zo štátneho rozpočtu, ktoré ide na MPSVR SR, a to prerozdeľuje formou príspevku poskytovateľom, ale vždy na konkrétne počty klientov. Áno, je nutné to zjednotiť, lebo takto to nie je ani transparentné a ani logické. Ako som už spomenula, ideálne je vytvoriť Fond odkázanosti, kde sa budú zlievať financie zo štátu (príspevok odkázanosti), zo zdravotných poisťovní (kde sa má financovanie zvýšiť minimálne o 150 mil. eur ročne) a príspevky zo samospráv (kraje, obce a mestá – kde však 80 % obcí a miest dnes nič neplatí a svoju povinnosť ignorujú). Cez poukaz podľa stupňa odkázanosti peniaze v jednej sume pôjdu poskytovateľovi, ktorého si občan vybral, a to bez ohľadu na to, či je tým poskytovateľom zariadenie, opatrovatelka domov, alebo neformálny opatrovateľ z radov príbuzných, či ambulatná forma sociálnej služby.

**?** Mali by sa tieto prostriedky navýšiť, aj čo sa týka platieb samotných občanov, cez zvyšovanie odvodov za vopred definovanú platbu? Je možné „uvaliť“ na občanov ďalšiu odvodovú povinnosť, alebo to ponechať na zvýšenie daní? Len tri krajiny v súčasnosti majú funkčný systém povinného poistenia dlhodobej starostlivosti, pričom náklady naň postupne stúpajú so stúpajúcim vekom populácie...

Otázka nestojí takto, či je možné uvaliť na občana ďalšiu odvodovú povinnosť. Otázka je, či je to bez toho udržateľné. Ja hovorím, že nie je. V Nemecku to urobila zodpovedná pravicová vláda a pripravila k tomu aj zodpovednú kampaň. Opýtala sa dospelých detí rodičov v kritickom veku nad 75 rokov, či sú ochotní vzdať sa 2 % mesačne zo svojej mzdy na šetrenie financií dlhodobej starostlivosti o svojich rodičov, alebo budú



platiť mesačne minimálne 3000 eur potom priamo poskytovateľom. Verejnosť v Nemecku si vybrala percentá zo mzdy. Nebude inej cesty a čím neskôr to Slovensko urobí, tým horšie to bude pre odkázaných občanov a ich príbuzných, ktorí už dnes u neverejných poskytovateľov platia 2/3 nákladov za služby dlhodobej starostlivosti.

**?** V sociálnych službách nám chýba okrem peňazí takmer 24-tisíc sestier a opatrovateliek, mnohé z nich pracujú v Rakúsku. Ako ich získať späť, respektíve ako ich nahradiť? Teda, kde zobrať peniaze, ktoré sú asi stále tou najväčšou motiváciou?

Chýbajú nám predovšetkým opatrovatelky (cca 24-tisíc) a áno, aj časť sestier. Lebo v sociálnych službách zamestnávame sestry, hoci by sme nemuseli, lebo stavy klientov sú vážne. Celkovo v zdravotníctve chýba podľa prepočtov Komory sestier 11-tisíc sestier. Motiváciou sú predovšetkým mzdy, ktoré sa budú musieť zvýšiť, čo preukázali aj tieto pandemické časy. Ak to nebude minimálne o 300 eur mesačne, neudržíme si ani súčasnú kvalitu služieb, nieto ešte zvládnuť nárastu počtu odkázaných. Vyše 70 % opatrovateliek sa blíži k dôchodkovému veku a mladí ľudia sa do výkonu tohto povolania nehrnú. Bez daňových bonusov, bez „služobných bytov“ či iných výhod sa ani hrnúť nezačnú. Rieši to celá Európa. Časť takýmito bonusmi a časť dovozom cudzincov z Rumunska, ale aj z Ázie. Slovensko si bude musieť vybrať, ktorou z týchto ciest pôjde.

**?** Poskytovatelia služieb DS sú rozdelení na verejných a súkromných, vy sama máte súkromné zariadenie. Kde vidíte hlavné problémy u oboch typov zariadení? Pri súkromných sa často spomína zlá legislatíva, týkajúca sa príspevkov na ich fungovanie z ministerstva práce, prípadne aké sú ďalšie problémy?

Rozdelenie je verejných a neverejných poskytovateľov sociálnych služieb. Slovo „súkromný“ nie je správne. Pretože podľa Zákona 448/2008 o sociálnych službách, ak chce poskytovateľ čerpať na klienta verejné zdroje, musí sa zaviazat' k neziskovosti, a teda vykonáva „verejnoprospešnú činnosť bez nároku na zisk“. Vykonávať to zo zákona môže potom len ako nezisková organizácia, občianske združenie, alebo je zriaďovateľom cirkev. Takže to nie je „súkromná spoločnosť“ ako nejaká iná firma. Neverejného poskytovateľa teda „nezdedia“ deti zakladateľa organizácie a opa-



Anna Ghannamová s prezidentkou Zuzanou Čaputovou, pre ktorú sú seniori od začiatku prioritou v jej agende.

kujem, netvorí a nemá zisk zo svojej činnosti. Preto používať v spojitosti s „neverejnými poskytovateľmi“ slovo súkromný je absolútne nesprávne. Iste, zákon umožňuje, aby tieto služby boli poskytované aj za účelom zisku, ale klienti takéhoto poskytovateľa nemôžu na službu čerpať verejné zdroje a verte, ak ich je na Slovensku do 10 (kusov), tak som povedala veľa. Osobne takého poskytovateľa nepoznám.

**?** Demografia nepustí, starnutie obyvateľstva je realitou, a to nielen na Slovensku, ale aj v celej Európe. Existuje niekde model, ktorý by mohol byť pre nás príkladom, ako by mal systém dlhodobej starostlivosti fungovať?

Myslím, že kombinácia rakúskeho a nemeckého modelu preukázala funkčnosť, ale musela by byť prispôbená našim príjmom a realite. Ako som povedala, bez poistenia v odkázanosti to v blízkej budúcnosti naozaj nepôjde, iba za cenu radikálneho znižovania kvality služieb, čo asi nikto na Slovensku nechce. Vyše 10 rokov sú u nás sociálne služby poddimenzované finančne aj personálne a zvyšovaním počtu odkázaných, čo už začalo, sa to začne radikálne zhoršovať. Nová vláda nebude mať veľa času, lebo tá bývalá sa vykašľala na prípravu zmeny demografie. Nerobila žiadne postupné plánované opatrenia. Budeme musieť ísť skokom a práve pandémie by sme mali brať ako príležitosť urobiť radikálne kroky hneď po jej skončení. Lebo aj teraz sa ukázalo, že bez opatrovateliek a sestier, ale aj bez zabezpečenia dostatku všeobecných lekárov, geriatrov a psychiatrov, sa o našich rodičov a starých rodičov nebudeme vedieť postarať.



Triedenie tovaru pre členov asociácie.

# Koronavirové poučení

Foto: archiv SLK

Díky včasnému zavedení účinných protiepidemických opatření nebylo naše chronicky podfinancované a personálně zdevastované zdravotnictví naštěstí vystaveno tak těžké zkoušce, jako si prošli zdravotníci v severní Itálii nebo ve Španělsku.



**MUDr. Milan Kubek**  
prezident ČLK

Chvále bohu, vždyť i v normálních časech jsme dokázali zajišťovat nepřetržitost dostupnost lékařské péče pouze za cenu nadměrného množství přesčasů, a tedy porušování zákoníku práce a nedodržování vyhlášky o minimálním personální vybavení poskytovatelů zdravotních služeb. Lékaři, kterých je nedostatek, a značná část z nich je sama v rizikovém seniorním věku, dělají co mohou, ale zázraky nedokážeme.

Epidemie Covid-19 názorně ukázala rozdíl mezi bohatým, přístroji i personálem dobře vybaveným německým zdravotnictvím, které má dostatek nemocnic i lůžek, a například Itálií, která má nemocničních lůžek mnohem méně. Rozdíl se počítá v tisícovkách mrtvých. Experti, kteří kritizovali že u nás máme údajně příliš mnoho nemocničních lůžek a že Češi příliš často chodí k lékařům, ti jsou dnes zalezlí a já doufám, že zalezlí zůstanou i poté, co krize pomine a lidem otrne.

Je jasné, že svět po této pandemii již nikdy nebude takový, jakým byl před ní. A jaké bychom si měli vzít poučení?

Začnu s dovolením tím nejjednodušším. Věřím, že všichni začneme mnohem více dbát na hygienu. Tedy, že lidé budou i nadále smrkat do kapesníků a zakrývat si ústa při kašli a kýchání. Že budou čisté veřejné toalety, že budou jezdit čistší vlaky, autobusy i metro. Že u vstupu do veřejných budov a obchodů bude dezinfekce. Že se lidé přestanou holýma rukama přehrabovat v pečivu nebo jíst špinavýma rukama na ulici...

Také by mohly ustát diskuse na téma, zda nemocný člověk patří do postele, či zda je lepší, aby z finančních důvodů chodil do zaměstnání a nakazil tak co nejvíce osob ve svém okolí.

Celý svět se dnes modlí za to, aby vědci rychle objevili lék na Covid-19 a vyvinuli vakuinu proti tomuto viru. Doufám, že po této bolestné zkušenosti tedy alespoň ubude těch fanatických odpíračů očkování.

Politici pravděpodobně budou více dbát na to, aby stát skutečně měl nějaké strategické rezervy. Již nikdy se nesmí opakovat situace, kdy navzdory ujišťování ministra zdravotnictví i předsedy vlády zůstanou zdravotníci bez ochranných prostředků. Vůbec bychom se měli více zabývat problémem soběstačnosti. To je asi úkol pro celou Evropskou unii. Kvůli maximalizaci svých zisků totiž řada korporací přesunula i výrobu léků a zdravotnických prostředků do zemí jako Čína či Indie a my v Evropě jsme najednou na těchto zemích závislí a drazé kupujeme to, co bychom mohli snadno vyrábět doma.

Pod hrozbou pandemie si řada lidí včetně politiků konečně uvědomila, jak je pro nás pro všechny fungující zdravotnictví důležité. Doufám, že toto prozření není jen chvilkové. Výdaje na zdravotnictví a sociální služby musí růst, již jen proto, abychom byli lépe připraveni na den, kdy se coronavirus vrátí nebo, kdy přijde nějaká příští pandemie.

První krok učinila vláda, když rozhodla o tom, že se od 1.6.2020 zvýší platba pojistného odváděného státem za děti, důchodce a nezaměstnané z 1 067,- Kč na 1 567,- Kč měsíčně, tedy o 500 korun. Léta jsme se handrkovali o padesátikoruny a najednou ze dne na den zvýšení o pět stovek. Inu, když se chce, tak to jde. Nyní ještě potřebuje dostat tyto peníze k lidem, kteří ve zdravotnictví pracují. Česká lékařská komora proto prosazuje zvýšení ceny práce zdravotníků o 20 %. Potlesku se nenajíš.

A co mně osobně současná krize zatím přinesla? Tak v první řadě samozřejmě spoustu stresu a strachu o lidi, které mám moc rád na straně jedné a na straně druhé pak ujištění v tom, že hodnoty, kterých si cením, jsou opravdu tím v životě nejdůležitějším.

**MUDr. Milan Kubek – prezident ČLK**



## Pár poznámok (aj) k epidemiologickým súvislostiam infekcie COVID-19

# Pandémia nepozná IDEOLÓGIU

**P**ri výbere opatrení proti šíreniu koronavírusu na Slovensku sa dnes nespomína Čína, napriek jej úspechu s potieraním pandémie, ale viac sa spomína, pravdepodobne z ideologických dôvodov, Južná Kórea, Tajvan a Singapur. Hlavne naposledy menovaný štát sa dáva za príklad pre podobnú veľkosť populácie ako má Slovensko. To je však jediné, čo nás so Singapurom spája, všetko ostatné je odlišné, nepoužiteľné v našich podmienkach.

### SLOVENSKO NIE JE SINGAPUR

Singapur leží v tropickej oblasti, má vysokú hustotu obyvateľstva – podmienky na šírenie infekcie koronavírusu sú diametrálne odlišné. Singapur je štát s mnohými prvkami autokracie v starostlivosti o občanov (mnohé by sme označili za socialistické), dominantné postavenie v riadení štátu majú miestni Číňania. Štát tam presadzuje na jednej strane silnú sociálnu politiku, ale zároveň od svojich občanov vyžaduje disciplínu, ktorú by sme v Európe možno nazvali obmedzovanie ľudských práv. Len ako príklad sa dá uviesť, že už dávno tam nie je povolené predávať žuvačky, pretože boli zdrojom neporiadku, fajčiť sa dá na ulici len na prísne vyhradených miestach... Singapur je štát s vysoko organizovaným spoločenským životom, s veľkým technologickým pokrokom, s inými dominantnými náboženstvami (budhizmus, konfucionizmus, taoizmus, hinduizmus cca 60 %, islam

a kresťanstvo cca 30 %) a z toho vyplývajúcou inou životnou filozofiou (podriadenie sa jednotlivca potrebám ostatných v spoločnosti) ako v západnom svete (podriadenie potrieb spoločnosti potrebám jednotlivca, výchova k egoizmu, potieranie pocitu spolupatričnosti, solidarity). To, čo sa dá od obyvateľstva Singapuru v prípade mimoriadnej situácie vyžadovať, je v západnom svete nedosiahnuteľné.

Podobne to platí aj v ostatných krajinách Ázie. V Južnej Kórei sa vírus rozšíril po tom, ako náboženská sekta usporiadala na štadióne veľké náboženské podujatie. Na základe toho bolo možné vystopovať a identifikovať potenciálne nakazených, izolovať ich a dostať epidémiu pod kontrolu. Na Tajvane zase mali bohaté skúsenosti s koronavírusovou infekciou SARS (podobne aj v Singapure), mali zavedené metódy sledovania infikovaných s vypracovanými postupmi izolácie a zabezpečenia verejných priestorov, ktoré úspešne použili a zabránili rozšíreniu infekcie. Spomenuté krajiny sú demokratické, ale s mnohými autokratickými črtami, ktoré im dovoľujú použiť technologické prostriedky napríklad na sledovanie nakazených infekciou COVID-19 bez ich predbežného súhlasu – záujem spoločnosti je nadriadený záujmu jednotlivca.

### USA TO PODCENILI

Situácia v USA je úplne odlišná. Nikto nepochybuje o vysokej úrovni špičkových amerických pracovísk. Pri ochorení COVID-19

však od začiatku došlo k značnému podceneniu situácie zo strany politikov, hlavne vo veľkých mestách s vysokou koncentráciou obyvateľstva, kde zo začiatku ignorovali bariérové opatrenia. Problémom je pravdepodobne aj prístup k zdravotnej starostlivosti, v USA oficiálne viac ako 30 miliónov ľudí vôbec nemá zdravotné poistenie. Kapacity nemocníc neboli pripravené na poskytovanie urgentnej zdravotnej starostlivosti nezvyčajne veľkému počtu ľudí. Je to dôsledok úplnej nadvlády peňazí nad zdravotníctvom. V USA je aj bežná hospitalizácia veľmi drahá, nemocnica je „najdrahší hotel“. Preto je bežné, že pacient je po operácii (a nielen po operácii) prepustený z nemocnice a ubytuje sa v hoteli, prípadne v penzióne v jej blízkosti pre prípad možných komplikácií. Takto vznikol v USA aj koncept jednodňovej chirurgie, ktorý sa rozšíril do celého sveta. Takýto model nemocničnej starostlivosti zabezpečuje maximálnu exploatáciu nemocničných lôžok (a maximálnych ziskov) bez rezervy, ktorá potom chýba v núdzových (výnimočných) situáciách, akými je aj súčasná pandémia.

### ŤAŽKO SKÚŠANÍ TALIANI A ŠPANIELI

V Taliansku a Španielsku, v ktorých si pandémia vybrala veľa obetí na životoch, je iná situácia. Ich spôsob života je pre nás v strednej Európe prítlačivý svojou ležérnosťou, žoviálnosťou, vysokou potrebou stretávať sa či už s priateľmi, alebo v rámci rodín. Disciplína, predpisy a ich dodržiavanie tam nie sú najdôležitejšou časťou života, futbal tam nie je šport, ale spôsob života značnej časti populácie. Bolo to vidieť aj na tom, ako v oboch štátoch obyvateľstvo ignorovalo upozornenia úradov o nebezpečí šírenia novej pandémie. Videli sme zábery plných kaviarní a reštaurácií v čase, keď sa epidémia v Taliansku a Španielsku šírila neuveriteľným tempom. Napriek tomu ešte 8. marca 2020 sa v Španielsku konali demonštrácie žien za ich práva. Nie som

odporca takýchto demonštrácií, ale ich načasovanie bolo priam katastrofálne. Okrem toho v Taliansku je veľa antibiotík voľne dostupných bez lekárskeho predpisu, ľudia si navykli ordinovať si ich sami aj na vírusy, prípadne bežné prechladnutia. Čo dokáže urobiť zvýšená spotreba antibiotík s imunitným systémom asi netreba pripomínať. Žiaľ, bariérové opatrenia v týchto krajinách prišli veľmi neskoro, pandémia si vybrala krutú daň na ľudských životoch, medzi obeťami bolo aj veľa zdravotníkov.

### POUČENIE PRE NÁS

Aké je poučenie z vyššie uvedeného pre nás na Slovensku? Rozdiely v prístupoch k pandémie nemôžu súvisieť s demokratickým alebo autokratickým režimom, aj keď musíme konštatovať (a priebeh pandémie nám to dosvedčil), že v autokracii sa viac koná a v demokracii viac „kecá“... V kritických situáciách môže byť často brzdou zbytočná byrokracia, komplikovaná a ťažkopádna administratíva, s ktorou sa stretávame v EÚ.

Prebiehajúca pandémia bola a je zaťažkávajúcou skúškou organizácie zdravotnej starostlivosti, preventívnych opatrení, ale aj zberu a vyhodnocovania dát (ale nie na „matematické modelovanie“). A tu musíme konštatovať, že EÚ nedokázala vytvoriť ani jednotnú metodiku získavania a spracovania dát o pandémii v jednotlivých krajinách, ktorá by pomohla v jej jednotnom štatistickom vyhodnotení, napriek tomu, že na to má zriadenú špeciálnu organizáciu. Volá sa Európske centrum pre prevenciu a kontrolu chorôb (European Centre for Disease Prevention and Control – ECDC) a jej hlavnou úlohou je posilniť obranyschopnosť Európy proti infekčným chorobám. Počuli ste niekedy o takej organizácii?

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

## EURÓPSKE CENTRUM PRE PREVENCIU A KONTROLU CHORÔB (ECDC)

***Bolo založené v roku 2005 a sídli v Štokholme vo Švédsku. Centrum patrí do štruktúr Európskej únie s cieľom posilniť európsku obranyschopnosť proti infekčným chorobám.***

Poslaním ECDC je identifikovať, vyhodnocovať a označovať existujúce alebo vznikajúce ohrozenia ľudského zdravia, ktoré vychádzajú z infekčných chorôb. ECDC aktívne spolupracuje s vnútroštátnymi orgánmi na ochranu zdravia v celej Európe s cieľom posilniť a rozvinúť dohľad nad chorobami a systémami včasného varovania.

V roku 2010 Správna rada ECDC rozhodla vymenovať jeden príslušný orgán v každom členskom štáte, aby koordinoval všetky oficiálne vzťahy medzi ECDC a členskými štátmi a svojimi vedeckými a technickými partnermi v členských štátoch.

Zoznam príslušných koordinačných orgánov bol schválený v novembri 2011. Úrad verejného zdravotníctva SR sa stal koordinačným orgánom pre ECDC za Slovenskú republiku.

### Poslaním ECDC je:

1. vyhľadávať, zhromažďovať, triediť, hodnotiť a šíriť vedecké a technické údaje,
2. poskytovať vedecké poradenstvo a vedecko-technickú pomoc vrátane vzdelávania,
3. poskytovať včasné informácie Európskej komisii, členským štátom, agentúram Spoločenstva a medzinárodným organizáciám pôsobiacim v oblasti verejného zdravia,
4. koordinovať vytváranie európskych sietí subjektov pôsobiacich v rámci poslania ECDC, vrátane sietí vznikajúcich z aktivít verejného zdravia podporované Európskou komisiou a špecializované siete surveillance,
5. výmena informácií, skúseností a osvedčených postupov.



# INŠTITÚT ZDRAVOTNEJ POLITIKY

***Inštitút zdravotnej politiky je analytickým a poradenským útvarem Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky***

Poslaním inštitútu je poskytovať kvalitné analýzy, kontrola verejných zdrojov a snaha o ich efektívnejšie využívanie, ale aj podieľanie sa na tvorbe verejných politík. Riaditeľom IZP bol Martin Smatana, ktorý však k 30. aprílu požiadal o uvoľnenie z funkcie. Z inštitútu odíde k 15. júnu. Dôvody nevysvetlil. Zrušenie IZP však ministerstvo zdravotníctva neplánuje, naopak, chce ho posilniť.

## ČO MODEL, TO INÉ ČÍSLA

IZP zverejnilo doteraz celkovo tri verzie vývoja pandémie COVID-19, pričom medzi 2. a 3. verzou vzniklo



Martin Smatana,  
končiaci šéf Inštitútu  
zdravotnej politiky

5 aktualizácií. Zatiaľ čo podľa prvých predpovedí (v polovici marca) sa na Slovensku malo nakaziť takmer 500 000 Slovákov, podľa poslednej, tretej verzie, zverejnenej 20. apríla, predpokladajú analytici tri základné scenáre vývoja – optimistický vývoj (cca 2 200 nakazených), menej optimistický (cca 5 600 nakazených) a zlý vývoj (33 000 nakazených). Pri vrchole infekcie vraj bude dopyt po približne 75 ventilátoroch.

## AKO IZP VYSVETLUJE ROZDIEL V ČÍSLACH

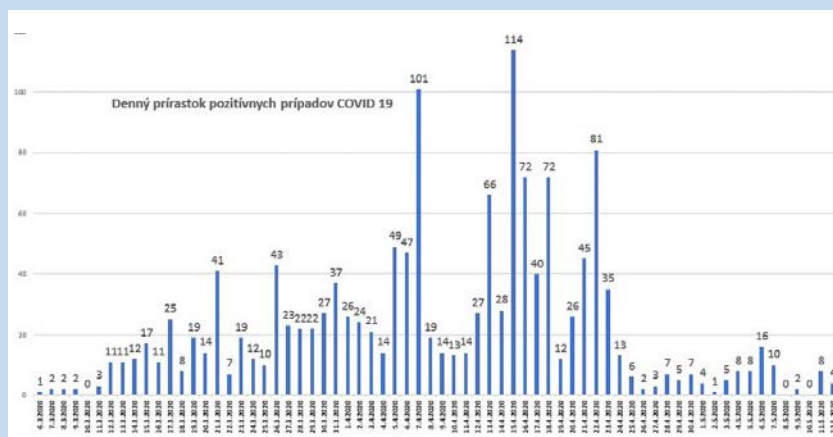
Prvý model vychádzal z pár dní úda-

jav a mal preto veľa zjednodušení. Jeho cieľom bolo len ilustrovať, ako je kľúčové, aby sa včas zaviedli reštriktívne opatrenia. V čase zverejnenia prvej analýzy, ktorú sme pôvodne neplánovali zverejňovať, predikovali prevalenciu COVID-19 v Británii pre viac ako 80 % populácie a Angela Merkelová tvrdila, že v Nemecku prevalencia dosiahne minimálne 60 %.

**Druhá analýza** už vychádzala zo slovenských údajov a presnejšej mobility, kde sme rátali s nižšou hodnotou reprodukčnej sily vírusu (R0) vo výške 1,6. Na základe porovnania údajov z ČR či projektu pod vedením The London School of Hygiene & Tropical Medicine (LSHTM) vieme dnes povedať, že odhad 1,6 bol korektný: v Česku dosahovala hodnota R0 v danom období hodnoty 1,2 – 1,8 a podľa LSHTM sme mali na Slovensku hodnotu R0 približne 1,4. Medzi druhým modelom a tým súčasným sme pripravili niekoľko aktualizácií hodnôt (mobility, R0, iných premenných) a na pravidelnej báze sme informovali politické vedenie krajiny.

Postupom času sme pripravili aktualizáciu s R0 1,2 – 0,8, ktoré zostalo ako základný scenár v **3. analýze**. V tejto analýze máme aj presnú mobilitu obyvateľstva z dát operátorov, ako aj ďalšie prvky, napríklad možný príchod infikovaných zo zahraničia, ktoré zvyšujú presnosť modelu a umožňujú modelovať ďalšie scenáre. Cieľom modelu je stále vytvárať scenáre na základe statických vstupných dát, a preto je nutné výsledky scenárov pravidelne aktualizovať.

**Pripravila: Nancy Závodská,  
zdroj: IZP MZSR**



## O čom svedčia analýzy analytikov z Inštitútu zdravotnej politiky



**MUDr. Jaroslav Šimo**  
člen Rady SLK

# „Odborníci“

Foto: archív SLK

Informačné technológie za ostatných 30 – 40 rokov významným spôsobom zmenili život spoločnosti. Vznik internetu znamenal revolúciu vo výmene informácií, neskorší vznik sociálnych sietí zmenil mnohým ľuďom dokonca spôsob života – posúdiť, do akej miery k lepšiemu, nechám na čitateľoch. V oblasti vedy došlo k informačnej revolúcii, neuveriteľným spôsobom sa mohli rozvíjať aj exaktné vedy, pre ktoré je dôležitý zber informácií a ich následné počítačové spracovanie. Štatistika popri svojej základnej funkcii spracovávať informácie o tom, „čo sa už stalo“, začala riešiť aj problematiku toho, čo ešte len príde – začali predpovedať vývoj spoločnosti, na čo začali využívať matematické modelovanie.

Matematicky modelovať je možné mnohé veci v exaktných vedách (v matematike, fyzike, chémii) – matematici, fyzici, chemici s tým majú veľké skúsenosti. Horšie to však dopadne, ak sa začnú modelovať sociálne, ekonomické, ale aj niektoré biologické zákonitosti. Najväčšou katastrofou je, ak sa takéhoto modelovania chopia ekonómovia, fyzici a štatistíci, ako sa to stalo v prípade matematického modelovania koronavírusovej infekcie.

### NEVYŠLO IM TO

„Odborníci“ z Inštitútu zdravotnej politiky (IZP), ktorí nemajú ani elementárne základy vzdelania z biológie, medicíny, epidemiológie atď. sa podujali na niečo, čo je jednoznačne mimo ich schopností. Vytvorili „model“, o ktorom prehlásili, že môže predvídať priebeh pandémie COVID-19. Ludovo povedané, zmiešali hrušky s jablkami, pozbierali a zmiešali dokopy informácie z mnohých krajín, bez ohľadu na významné biologické, klimatologické, náboženské, spoločenské, politické, hygienické, kultúrne a iné rozdiely medzi krajinami, v ktorých sa pandémie rozšírila.

Treba však povedať, že neboli jediní, na niečo podobné sa podujali aj v iných krajinách. O tom, ako sa im to podarilo, sa

môžeme dennodenne presvedčať. Vrchol infekcie mal byť podľa jedných koncom marca, v apríli, máji, júli, na jeseň, niektorí predpovedajú, že tu budeme mať infekciu až do konca roka, podľa niektorých aj dva roky. IZP stihol svoju „predpoveď“ aj opakovane upraviť (prepáče, upgradovať) a keď sa ich pôvodná predpoveď porovnáva so súčasným stavom, tak im nevyšlo nič ani približne – počty nakazených, počty hospitalizovaných, počty pacientov vyžadujúcich intenzívnu starostlivosť ani tých, ktorí budú vyžadovať umelú pľúcnu ventiláciu.

A hlavná vec, na ktorú zabudli, je, že v našom podnebnom pásme (na rozdiel napr. od Singapuru) príde jar a za chvíľu tu budeme mať leto, ktoré je nepriateľom kvapôčkových infekcií a je veľmi pravdepodobné, že aj teplé počasie výrazným spôsobom pandémie ovplyvní.

Epidemiológovia, mikrobiológovia, infektológovia vzhľadom na to, že ide o (staro)novú infekciu, si uvedomujú limity svojich vedomostí, a preto sú ich predpovede veľmi opatrné. Na rozdiel od nich, „odborníkom“ z IZP je všetko jasné, v čom ich udržiava akákoľvek absencia pochybností o tom, či ich „exaktne konštruované modely“ naozaj vystihujú komplikovanú a komplexnú realitu pandémie COVID-19.

Na záver len pár poznámok k matematickému modelovaniu a predikciám IZP. Človek sa nemôže ubrániť dojmu, že pri modelovaní sa zaoberali nejakou inou chorobou (možno aj infekčnou), možno modelovali inú krajinu/svetadiel, možno zvolili zlé podklady, možno zle poskladali realizačný tím. Ak to zosumariujeme, prideme k záveru, že autori postupovali komplexne – zvolili všetky zlé vyššie uvedené možnosti...

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

— INZERCIA —

## Respirátory triedy FFP2

- Spoločte sa na overenú kvalitu
- Ochrana pred Covid-19 pre zdravotníckych pracovníkov
- Certifikované v zmysle požiadavky normy EN 149:2001+A1:2009
- Tovar skladom - množstevné zľavy

[www.rmcsshop.sk](http://www.rmcsshop.sk)



RMC

**RMC s.r.o. | 0905 358 643 | [rmc@rmc.sk](mailto:rmc@rmc.sk) | [www.rmcsshop.sk](http://www.rmcsshop.sk)**

Spoločnosť RMC s.r.o. je držiteľom rozhodnutia o uvedení určeného výrobku na trh Slovenskej republiky vydaného Úradom pre normalizáciu, metrológiu a skúšobníctvo Slovenskej republiky v zmysle odporúčania komisie (EÚ) 2020/403.

# SLOVENSKÁ LEKÁRSKA KOMORA A LEKÁR, A. S., ROZBEHLI WEBINÁRE

## Sme s vami aj online

Webináre používajú vedúce svetové spoločnosti vo všetkých oblastiach na zdieľanie vedomostí, na prítiahnutie nových zákazníkov, ale aj na interné porady. My sme sa rozhodli byť s vami aj počas krízy, ktorá sa nás dotkla a jej následky budeme všetci pociťovať ešte veľmi dlho. Naším cieľom je sprostredkovať vám vzdelávanie online, v reálnom čase, s možnosťou priamo diskutovať s prednášajúcimi. To všetko nám webináre umožňujú.

### PRVÁ LASTOVIČKA Z MARTINA

Náš úvodný webinár viedol MUDr. Juraj Krivuš z Internej kliniky UNM v Martine, ktorý je zároveň prezidentom Slovenskej spoločnosti parenterálnej a enterálnej výživy. Témou online stretnutia bol nutričný manažment pacientov s COVID-19 (nové ESPEN odporúčania). Výsledkom bola širokospektrálna diskusia, ktorá priniesla odpovede na prednesené otázky.

Ďalšou vzdelávacou aktivitou, ktorú sme pripravili, bola prednáška z oblasti psychológie. Viedla ju skúsená psychologička, nominantka na Slovenku roka 2020 v oblasti zdravotníctva, autorka viacerých knižných publikácií, Mgr. Mária Tóthová Šimčáková. Porozprávala nám o detskom strachu, úzkostiach, depresii a s tým súvisiacich psychosomatických ťažkostiach. Webinár bol primárne určený pre pediatrov, avšak svojou účasťou nás potešili rozličné špecializácie lekárov.

Neodmysliteľnou súčasťou každého webinára je výstup v podobe videoprednášky s AD testom, ktorý nájdete na našom vzdelávacom portáli i-med.sk. Množstvo pozitívnych spätných reakcií po konaní webinára nám dalo lepší obraz o tom, čo vás zaujíma. Svedčí o tom aj váš dopyt po spracovaní týchto tém, ktoré sú určené pre lekárov, odborníkov.

### NAŠE PLÁNY (TÉMY) ZÁVISIA AJ OD VÁS

Veľmi dobre si uvedomujeme fakt, že aj lekár je len človek. Nie je to stroj, perpetuum mobile. Preto vám chceme neustále prinášať témy, ktoré vás zaujmú

a pomáhajú vám byť lepšími. A to nielen v oblasti medicíny, ale aj v oblasti prístupu k sebe samému. Náš tretí webinár bol preto rovnako zameraný na psychológiu. Jeho lídrom bol Mgr. Aleš Bednařík, ktorého mnohí poznáte z workshopov organizovaných spoločnosťou LEKÁR, a. s. Mgr. Bednařík viedol webinár s názvom „Ako sa nezblázníť a udržiavať sa v psychickej pohode“. Hovoril o preventívnych a intervenčných metódach zvládania stresu, negatívnych myšlienok a negatívnych emócií (hnevu, úzkosti).

V budúcnosti pre vás pripravujeme ďalšie zaujímavé vzdelávacie podujatia. A tu je miesto pre vaše nápady. Ak máte podujatie s konkrétnou témou, ktorú by ste uvítali, určite nám o tom dajte vedieť.

Váš tip nám môžete zaslať e-mailom na [imed@lekom.sk](mailto:imed@lekom.sk) či [riaditel@lekarnet.sk](mailto:riaditel@lekarnet.sk).

V prípade, ak máte pocit, že by ste s nami webinár chceli zažiť ako prednášajúci, alebo máte veľa skúseností, o ktoré sa chcete podeliť s vašimi kolegami online, dajte nám o sebe vedieť. Vašu aktívnu účasť radi odmeníme.

Pripravila: Mgr. Lubica Sebůň, redaktorka i-med

## AKO SA NEZBLÁZNIŤ A UDRŽIAVAŤ SA V PSYCHICKEJ POHODE

Preventívne a intervenčné metódy zvládania stresu, negatívnych myšlienok, negatívnych emócií (hnevu, úzkosti).



28.05.2020

17:00–18:00 hod.

TECHNIKY OVERENÉ SKÚSENOSŤOU AJ EVIDENCE-BASED ŠTÚDIAMI.

REGISTRÁCIA

KONTAKT:  
0911 199 723

LEKTOR KURZU:  
Mgr. Aleš Bednařík



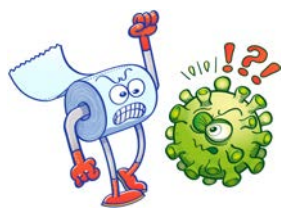
## ZMENY TERMÍNOV VZDELÁVANIA LEKÁR, A. S.

V dôsledku pandemickej situácie aj spoločnosť LEKÁR, a. s., bola nútená zmeniť termíny vzdelávacích podujatí

- jún – december 2020 **Právne povedomie lekára** v roku 2020 realizujeme formou série webinárov
- 19. a 20. 6. 2020 **Škola sonografie – USG brucho**
- 26. a 27. 6. 2020 **Škola sonografie – USG cievy**
- 28. 6. 2020 **USG diagnostika v praxi lekára FBLR**
- 22. 9. 2020 **Preventívna medicína X.**, telemost Bratislava – Košice
- 19. a 20. 10. 2020 **MR workshop 2020**

O zmene termínov ostatných vzdelávacích podujatí, ktoré mali byť realizované v 1. polroku 2020, ako aj o organizovaní ďalších podujatí vás budeme priebežne informovať. Sledujte [www.lekarnet.sk](http://www.lekarnet.sk).



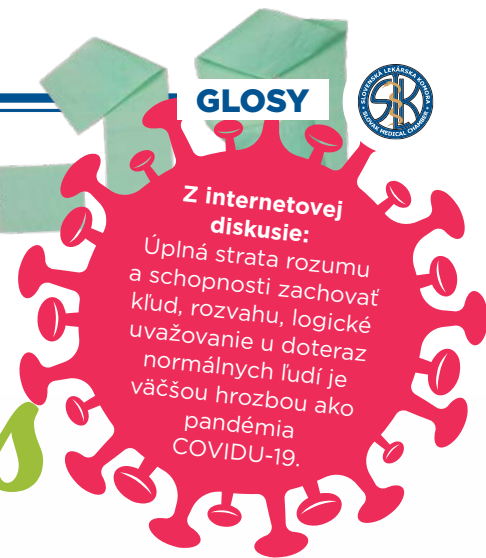


# COVID

GLOSÝ



# Koronavírus



## NIELEN STRAŠIL, ALE AJ BAVIL

Prípravil: MUDr. Jaroslav Šimo



**Vybrali sme zopár zaujímavých aj vtipných postrehov z internetu či sociálnych médií**

**Výhoda koronavírusovej pandémie na Slovensku:**  
Žiadny slovenský športovec alebo športový kolektív už 2 mesiace neprehral...

**Americký novinár Jim Geraghty** na webových stránkach National Review: Sociálne médiá odvedli v čase pandémie koronavírusom skvelú prácu. Každý, kto sa menej ako vy obáva o seba alebo svojich blízkych, že sa nakazí koronavírusom, je naivný, nezodpovedný, neinformovaný a ide mu len o ekonomiku, peniaze, zisky a nie o ľudské životy. Každý, kto sa obáva viac ako vy o seba alebo svojich blízkych, že sa nakazí koronavírusom, je paranoidný, neurotický, neovláda štatistiku a sú mu ľahostajné pracovné miesta, zničené podniky a všetka bieda a hrozba verejnému zdraviu, ktoré spôsobí hospodárska kríza.



**Albert Camus**, citát z románu Mor: Pandémia navyiac spôsobuje nielen stratu ľudských životov, pandémia znemožňuje tým, ktorí prežili, žiť normálny život...

Cez veľkonočné sviatky bolo nariadené všetkým občanom zdržiavať sa v mieste bydliska. Nedokážem pochopiť, ako to zvládli mestské a miestne úrady na Slovensku. Podľa tohto nariadenia mali ubytovať všetkých ľudí bez domova, ktorí u nich majú prihlásený trvalý pobyt... A ako dokázali zabezpečiť dvojmetrové rozostupy medzi jednotlivými osobami...

**Greta Thunbergová** sa pri príležitosti Dňa zeme vyjadrila, že „klimatická kríza možno nie je taká akútna ako kríza spôsobená koronavírusom, ale musíme sa ňou zaoberať teraz, lebo sa stane nezvratnou“. Preto vyzvala svetových lídrov, aby „spolupracovali a poslúchali vedcov“. Presvedčili sme sa, že mnohí svetoví lídri ju poslúchli a dokonca urobili aj niečo navyiac... Pretransformovali sa na vedcov – lídrov.



# LEX *korona*

V súvislosti s krízovou situáciou vyvolanou ochorením COVID-19 **Národná rada SR prijala zákon č. 215/2020 Z. z., ktorým sa mení a dopĺňa zákon č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov a ktorým sa menia a dopĺňajú niektoré zákony.** Predmetný zákon s účinnosťou od 21. 5. 2020 mení viacero zdravotníckych zákonov s cieľom úpravy právnych vzťahov počas krízovej situácie z dôvodu ochorenia COVID-19.

## **EPIDEMIOLOGICKÉ AMBULANCIE**

Epidemiologická ambulancia sa bude zriaďovať na účely zabezpečenia poskytovania zdravotnej starostlivosti osobám, ktoré budú mať diagnostikované ochorenie COVID-19, spôsobené koronavírusom a potrebujú poskytnutie zdravotnej starostlivosti tak, aby sa zabránilo nákaze zdravých osôb v zdravotníckych zariadeniach. V snahe chrániť pacienta aj zdravotníckych pracovníkov, zákon epidemiologické ambulancie priestorovo, personálne aj finančne oddeľuje, tzv. „biele zóny“ a „červené zóny“. Epidemiologické ambulancie bude možno vytvoriť len počas krízovej situácie z dôvodu ochorenia COVID-19. **Povolenie na prevádzku epidemiologickej ambulancie vydáva MZ SR, a to samosprávnemu kraju alebo právnickej osobe zriadenej alebo založenej samosprávnym krajom; o vydanie povolenie na prevádzkovanie epidemiologickej ambulancie tak nebudú môcť žiadať súkromné subjekty.** Okrem toho MZ SR môže na podnet samosprávneho kraja alebo na podnet regionálneho úradu verejného zdravotníctva vydať rozhodnutie o dočasnej zmene povolenia na prevádzkovanie ambulancie pevnej ambulancie pohotovostnej služby s tým, že ambulancie APS sa dočasne zmenia na epidemiologické ambulancie. V epidemiologickej ambulancii pre dospelých budú starostlivosť zabezpečovať lekári s profesijným titulom všeobecný lekár, internista, angiológ, diabetológ, endokrinológ, gastroenterológ, geriatier, hematológ, transfúziológ, hepatológ, infektológ, kardiológ, klinický farmakológ, klinický onkológ, imunoalergológ, nefrológ, lekár nukleárnej medicíny, pneumoftizeológ, lekár pracovného lekárstva, reumatológ. V epidemiologickej ambulancii pre deti a dorast budú starostlivosť zabezpečovať lekári s profesijným titulom pediater, pediatrický endokrinológ, pediatrický gastroenterológ, pediatrický hematológ a onkológ, pediatrický kardiológ, pediatrický nefrológ, pediatrický pneumoftizeológ, pediatrický reumatológ, pediater intenzívnej medicíny, pediatrický neurológ, pediatrický anesteziológ, pediatrický gynekológ, pediatrický urológ, imunoalergológ, infektológ.

**Zdravotná starostlivosť v epidemiologickej ambulancii bude poskytovaná podľa rozpisu určeného samosprávnym krajom zverejneným na jeho webovom sídle, ktorý musí obsahovať:** miesto poskytovania zdravotnej starostlivosti v epidemiologickej ambulancii, čas poskytovania zdravotnej starostlivosti v epidemiologickej ambulancii a zoznam poskytovateľov zdravotnej starostlivosti s uvedením dátumov poskytovania zdravotnej starostlivosti v epidemiologickej ambulancii v období, na ktorý sa tento rozpis vyhotovuje. Rozpis poskytovania zdravotnej starostlivosti v epidemiologickej ambulancii sa považuje za doručený poskytovateľom zdravotnej starostlivosti povinným poskytovať zdravotnú starostlivosť v epidemiologických ambulanciách dňom nasledujúcim po dni jeho zverejnenia na webovom sídle samosprávneho kraja. **Za poskytovanie zdravotnej starostlivosti v epidemiologickej ambulancii a v ambulancii pevnej ambulancie pohotovostnej služby, ktorej bolo vydané rozhodnutie o dočasnej zmene povolenia na prevádzkovanie ambulancie pevnej ambulancie pohotovostnej služby patrí poskytovateľovi mesačná paušálna odmena uhrádzaná zdravotnými poisťovňami (11 836 eur mesačne na jednu ambulanciu).**

## **MOBILNÉ ODBEROVÉ MIESTO**

Cieľom tejto úpravy je v súvislosti s mimoriadnou situáciou COVID-19 vytvoriť pružne samostatného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, ktorý bude vykonávať odbery biologického materiálu. Mobilné odberové miesto ako zdravotnícke zariadenie vznikne na základe rozhodnutia príslušného regionálneho úradu verejného zdravotníctva. Zároveň regionálny úrad verejného zdravotníctva môže v súvislosti s krízovou situáciou v súvislosti s ohrozením verejného zdravia II. stupňa z dôvodu ochorenia COVID-19 spôsobeného koronavírusom SARS-CoV-2 na území Slovenskej republiky vydať rozhodnutie, ktorým nariadi držiteľovi povolenia na prevádzkovanie všeobecnej nemocnice, držiteľovi povolenia na prevádzkovanie špecializovanej nemocnice alebo držiteľovi povolenia na prevádzkovanie zariadenia spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek vytvorenie mobilného odberového miesta. Zdravotnú starostlivosť v mobilnom odberovom mieste možno poskytovať aj formou výjazdovej služby v domácom prostredí osoby, ktorej sa ambulancie starostlivosť poskytuje, alebo v inom prostredí.

## **DOČASNÁ ODBORNÁ STÁŽ**

Zákon umožňuje výhradne počas krízovej situácie z dôvodu ochorenia COVID-19 vykonávať povolenie štážištom – osobám, **ktoré majú uznaný doklad o vzdelaní na účely výkonu zdravotníckeho povolania lekár, ale nemajú uznanú odbornú kvalifikáciu na výkon povolania lekár za podmienky, že budú povolenie vykonávať:**

- a) v pracovnoprávnom vzťahu alebo obdobnom pracovnom vzťahu s poskytovateľom ústavnej zdravotnej starostlivosti a
- b) pod odborným dohľadom lekára odborne spôsobilého na výkon špecializovaných pracovných činností, ktorý je v pracovnom pomere u poskytovateľa ústavnej zdravotnej starostlivosti na ustanovený týždenný pracovný čas.

**Dohliadajúci lekár môže vykonávať odborný dohľad najviac nad tromi stážistami a musí byť osobne prítomný pri výkone stáže;** v čase neprítomnosti dohliadajúceho lekára musí byť fyzicky prítomný pri výkone stáže náhradný dohliadajúci lekár.

**Stážista je povinný:**

- poskytovať bez meškania prvú pomoc každej osobe, ak by bez takejto pomoci bol ohrozený jej život alebo bolo ohrozené jej zdravie,
- vykonávať stáž v súlade so všeobecne záväznými právnymi predpismi a s etickým kódexom,
- zachovávať mlčanlivosť o skutočnostiach, o ktorých sa dozvedel v súvislosti s výkonom stáže.
- Stážista nemusí byť registrovaný v registri zdravotníckych pracovníkov vykonávajúcich povolanie lekár vedenom SLK.

**PREVENTÍVNE PREHLIADKY VO VZŤAHU K PRÁCI**

Poskytovatelia ambulantnej zdravotnej starostlivosti môžu v čase krízovej situácie vykonávať posudzovanie zdravotnej spôsobilosti zamestnancov na prácu výkonom lekárskeho preventívneho prehliadok vo vzťahu k práci v ambulancii len na základe vzájomnej dohody medzi zamestnávateľom a poskytovateľom ambulantnej zdravotnej starostlivosti z dôvodu zdravotného rizika pri práci za dodržania opatrení na ochranu zdravia zamestnancov podľa aktuálnej epidemiologickej situácie. Inak povedané, je to na dobrovoľnom rozhodnutí poskytovateľa, či bude prehliadky vo vzťahu k práci vykonávať.

**ĎALŠIE ZMENY:**

- Z dôvodu ochorenia COVID-19 môžu lekári-cudzinci počas krízovej situácie ovládanie štátneho jazyka pre účely výkonu povolenia preukázať čestným vyhlásením; čestné vyhlásenie o ovládaní štátneho

jazyka sa musí nahradiť overením ovládania štátneho jazyka najneskôr do 90 dní odo dňa, v ktorom bola krízová situácia z dôvodu ochorenia COVID-19 odvolaná.

- Ďalšie vzdelávanie zdravotníckeho pracovníka sa Počas krízovej situácie z dôvodu ochorenia COVID-19 neuskutočňuje okrem sústavného vzdelávania, absolvovania špecializačnej skúšky, certifikačnej skúšky alebo odborného pohovoru. Ak sa ďalšie vzdelávanie rezidenta neuskutočňuje z dôvodu vyhlásenej krízovej situácie z dôvodu ochorenia COVID-19, poskytovanie finančných prostriedkov rezidentovi sa nepre-rušuje.
- Povinnosť lekára sústavne sa vzdelávať sa za obdobia krízovej situácie z dôvodu ochorenia COVID-19 považuje za splnenú, ak zdravotnícky pracovník splní podmienky pre hodnotenie sústavného vzdelávania do 180 dní odo dňa, v ktorom bola krízová situácia z dôvodu ochorenia COVID-19 odvolaná. To znamená, že lekárom, ktorým hodnotiaci cyklus skončí počas krízovej situácie, v prípade, že nebudú mať dostatočný počet kreditov, sa koniec hodnotiaceho cyklu posunie o 180 dní.
- Počas krízovej situácie je všeobecný lekár alebo lekár so špecializáciou oprávnený, po overení totožnosti osoby a poistného vzťahu s jej príslušnou zdravotnou poisťovňou, poskytnúť osobe konzultáciu prostredníctvom elektronickej komunikácie bez prítomnosti osoby v ambulancii. Poskytnutie konzultácie prostredníctvom elektronických komunikácií musí lekár zapísať do zdravotnej dokumentácie osoby.
- Počas krízovej situácie v súvislosti s ochorením COVID-19 môže zdravotná poisťovňa poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti, s ktorým má uzatvorenú zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti a ktorému uhrádza poskytnutú zdravotnú starostlivosť, uhrádzať paušálnu úhradu alebo preddavok. Podrobnosti o paušálnej úhrade alebo preddavku, výške paušálnej úhrady alebo výške preddavku, spôsobe určenia výšky paušálnej úhrady alebo preddavku a splatnosti paušálnej úhrady alebo preddavku si poskytovateľ zdravotnej starostlivosti a zdravotná poisťovňa dohodnú v zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti.



# Pandém

Hoci teraz celý svet bojuje s pandémiou koronavírusu, odborníci vedia, že ľudstvo bolo v histórii konfrontované s mnohými oveľa nebezpečnejšími vírusmi a baktériami. Mnohé z nich však majú jedno spoločné – na človeka sa preniesli zo zvierata. Ako vraví uznávaný odborník na tropické choroby, Vladimír Krčméry: „Za všetkým hľadaj zvieratá“. Je to naozaj tak? Pozrite si prehľad pandémií, ich pôvod, priebeh aj to, koľko obetí si vyžiadali.

Foto: archív SLK, Adobe Stock



# mie a ľudstvo

## Najstaršie epidémie a pandémie do roku 1400

### 165 – 180 ANTONIÁNSKY ALEBO GALÉNSKY MOR

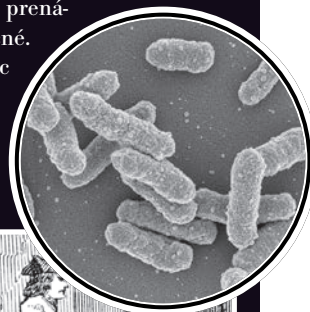
Najstarší záznam výskytu pandémie sa odohral v rokoch 165 až 180. Jednalo sa o tzv. Antoniánsky mor, známy aj ako Galénsky. V skutočnosti sa však nejednalo o ochorenie moru, ale o pravé kiahne spôsobené vírusom varioly. Nákazu pravdepodobne rozšírili rímski vojaci, čím bola zasiahnutá nielen Európa, ale taktiež Ázia a Afrika. Celkový počet obetí sa odhaduje na zhruba 5 miliónov.

### 541 – 750 JUSTIÁNSKY MOR

Justiánsky mor dostal svoje pomenovanie podľa cisára Justiana I., ktorý v dobe jeho prepuknutia panoval. Justiánsky mor mal dopad nielen na vysoké množstvo mŕtvych, ale taktiež výrazne ovplyvnil spoločnosť, kultúru a ekonomiku najviac postihnutých miest. Odhaduje sa, že zahynulo okolo 30 miliónov až 50 miliónov ľudí.

### 1331 – 1351 ČIERNA SMRŤ

Čo sa týka veľkých pandémieí v minulosti, je tzv. čierna smrť asi tou najznámejšou vôbec. Svoju „popularitu“ a trvalý zápis do dejín si vyslúžila tým, že zahubila takmer polovicu svetovej populácie. Odhady sa však pohybujú medzi jednou až dvoma tretinami celkového počtu obyvateľstva. Počty obetí sa odhadujú na závažných 75 až 200 miliónov ľudí. Túto pandémiu nevídaných rozmerov pravdepodobne v Európe, Ázii a na Blízkom východe spôsobila baktéria **Yersinia pestis**, ktorá je pôvodcom pľúcneho moru. Ide o závažné ochorenie, ktorého rezervoárom sú hlodavce, prenášačom sú blechy morové alebo obecné. Ochorenie spôsobuje ťažký zápal pľúc s vykašliavaním krvi a akrálnu nekrózu, teda odumretie koncových častí tela (prsty, ušné lalôčky). Odtiaľ asi pochádza aj názov pandémie.



Čierna smrť v 14. storočí vyhubila podľa niektorých odhadov až dve tretiny vtedajšej populácie.



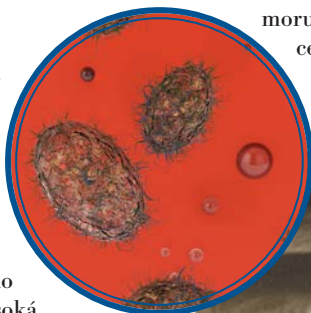
Takéto strašidelné masky nosili lekári v stredoveku pri návšteve chorých, keď sa rozmohli pravé kiahne.

## Epidémie a pandémie po roku 1500

Po roku 1500 sa ešte vyskytli menšie epidémie moru, avšak nie tak veľké, ako bola čierna smrť.

### 1520 SVETOVÉ KIAHNE

Rok 1520 sa zapísal do dejín pôsobením doteraz najsmrteľnejšieho vírusu vôbec. Týmto vírusom je **variola**, pôvodca pravých kiahní. Nie sú to kiahne, aké poznáme, teda ovčie kiahne spôsobené vírusom varicella zoster (vírus patriaci medzi herpetické vírusy). Pravé kiahne sa objavili po prvýkrát už pred 3000 rokmi pravdepodobne v Indii, alebo v Egypte. V minulosti mali na úcte mnoho obetí počas viacerých epidémií. Dôvodom bola vysoká nákazlivosť a taktiež úmrtnosť. Vírusové ochorenie pravých kiahní si vyžiadalo až 56 miliónov obetí. Dnes vďaka vakcinácii (očkovaniu) došlo k vyhubeniu tohto ochorenia, presnejšie v roku 1958. To znamená, že ochorenie sa v populácii už nevyškytuje, a preto nie je prítomný zdroj (jediným zdrojom ochorenia bol chorý človek). V SR sa prestalo očkovať v roku 1980.



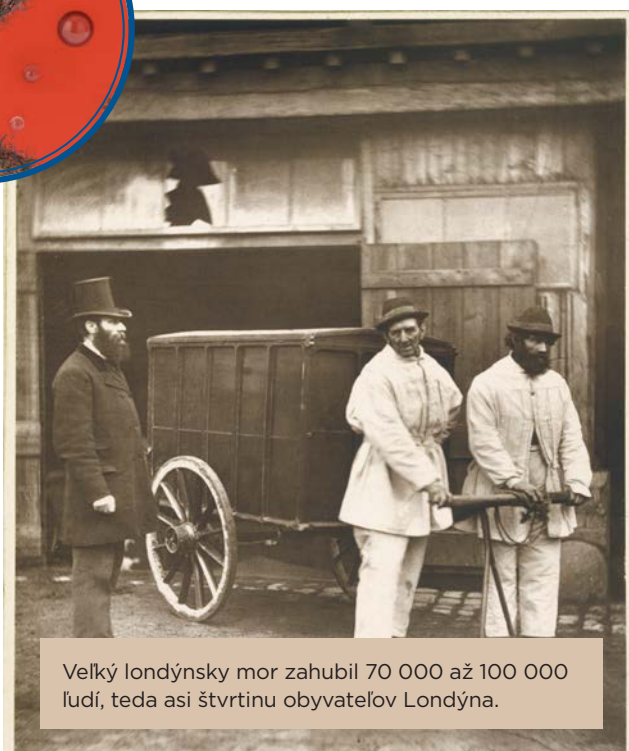
šich bolo mnoho dávno pred ňou. Názov tretia značí, že sa jedná o tretiu najväčšiu epidémiu moru vôbec. Pandémia tretieho moru sa rozšírila z miesta vzniku do Indie a následne do celého sveta. Vyžiadala sa milióny obetí. Hovorí sa oficiálne o 12-tich miliónoch ľudí, no predpokladá sa, že reálne čísla sú omnoho vyššie.

### 1665 – 1666 VEĽKÝ LONDÝNSKY MOR

Za poslednú veľkú epidémiu moru sa považuje Veľký londýnsky mor. Epidémia prepukla v roku 1665. Netrvala dlho, pretože ju zastavil úmysel, alebo náhoda v podobe veľkého požiaru, ktorý vznikol 2. septembra v roku 1666, presne hodinu po polnoci v jednej miestnej pekárni na ulici Pudding Lane. Definitívne ukončil šírenie moru tým, že prakticky došlo aj k likvidácii infikovaných kryš a blch.

### 1885 TRETÍ MOR

Tretí mor, alebo tretia morová pandémia, prepukla v Číne. Nejedná sa o celkovo tretiu pandémiu v poradí, pretože tých men-



Veľký londýnsky mor zahubil 70 000 až 100 000 ľudí, teda asi štvrtinu obyvateľov Londýna.

## 1889 – 1895 RUSKÁ CHRÍPKA

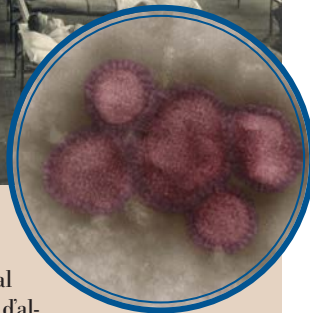
Pandémia ruskej chrípky sa začala v máji v roku 1889 v Buchare (dnešný Uzbekistan). Pravdepodobne išlo o **chrípku typu A, subtyp H2N2**, ktorá vznikla mutáciou ľudského a vtáčieho vírusu. Prvé mesiace sa ochorenie vyskytovalo len v tejto oblasti. Šírilo sa naprieč Sibírom a následne zasiahlo Európu. O pol roka neskôr, v roku 1890, postihlo aj Afriku, Ameriku a zvyšok sveta. Počet nakazených postupne klamlivo klesal a vyzeralo to, že pandémie je koniec. Na jar v roku 1891 však prišla ešte silnejšia vlna. Dohasínala až v roku 1893, pričom úplne zažehnaná bola až v roku 1895. Počas tohto dlhého šesťročného obdobia pripravila o život asi milión ľudí, čo v porovnaní s inými pandémiami nie je až tak veľa. Svoje prvenstvo si však získala dlhým obdobím, počas ktorého sa v rôzne intenzívnych vlnách vyskytovala.



Takto vyzerala nemocnica v americkom Kansase počas španielskej chrípky.

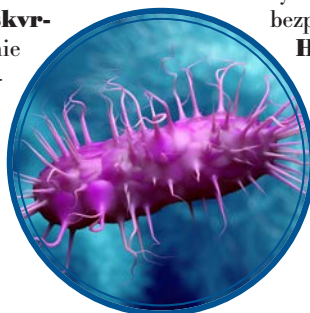
## 1918 – 1920 ŠPANIELSKA CHRÍPKA

Svet sa ešte poriadne nespamätal z 1. svetovej vojny a už ho sužovala ďalšia katastrofa v podobe španielskej chrípky. Pandémia vznikla v roku 1918 a trvala presne 2 roky, ktoré úplne stačili na to, aby narobili viac škody ako vojna samotná. 1. svetová vojna má na svojom úcte asi 20 miliónov obetí. Španielska chrípka usmrtila približne 50 miliónov ľudí. Aj keď pravdepodobne prepukla vo Francúzsku, najviac obetí utrpelo Španielsko, o čom svedčí aj pomenovanie. Španielsku chrípku, nazývanú aj La Gripe Española alebo La Pesadilla, spôsobil zmutovaný **chrípkový vírus typu A, subtyp H1N1**. V úvode ľudia zaregistrovali zvýšenú úmrtnosť na chrípku, až neskôr sa zistilo, že sa nejedná o obyčajnú sezónnu virózu. Chorí trpeli vysokými horúčkami, únavou, slabosťou, ťažkými respiračnými problémami, suchým dráždivým kašľom a krvácaním z nosa. Tragické bolo, že zabíjala najmä mladých zdravých ľudí.



## 1939 – 1943 ŠKVRNITÝ TÝFUS

2. svetová vojna bola udalosť, ktorá navždy poznamenala ľudstvo, o život prišlo až 60 miliónov ľudí. Neboli to však iba strely zo zbraní a koncentračné tábory, ktoré vyšvihli toto číslo tak vysoko. V 2. svetovej vojne mnoho ľudí zomrelo na následky ochorení. Jedným z nich bol aj **škvrnitý týfus**. Toto bakteriálne ochorenie spôsobujú ricketisie, ktoré sú schopné prežiť iba v živom organizme. Prenášačmi sú vši a blchy, teda na vzniku epidémií sa podieľajú zlé hygienické podmienky, podobne ako pri morových epidémiách. Táto choroba sa prejavuje horúčkou nad



39 °C, triaškou, silnými bolesťami hlavy a celého tela, slabosťou, vyčerpanosťou, kašľom. Na hrudníku sa začínajú tvoriť vyrážky, ktoré s výstupom teploty prechádzajú na končatiny. Typická je svetloplachosť, nízky tlak krvi a delírium. Počas druhej svetovej vojny bol zodpovedný za smrť stoviek tisícov ľudí. Epidémie sa vyskytovali prevažne v zajateckých a koncentračných táboroch zamorených všami. Opatrenia proti šíreniu týfusu boli nedostatočné, a preto neúčinné. Nakazených väčšinou popravili.

## 1957 – 1958 ÁZIJSKÁ CHRÍPKA

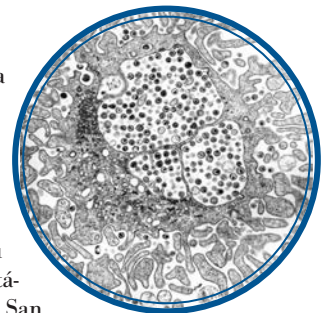
Vo februári 1957 sa v strednej Číne objavila chrípka, ktorá prebehla Hongkongom do celého sveta v dvoch väčších vlnách. Bola spôsobená **vírusom chrípky typu A, subtyp H2N2**, teda mutáciou ľudského a vtáčieho vírusu. Prvá vlna vírusu postihovala prekvapivo hlavne malé deti, tehotné ženy a mladých ľudí, ktorí rýchlo strácali imunitu voči vírusu. Druhá obzvlášť smrtiaca vlna patrila starším pacientom s nízkou imunitou. Konečný počet mŕtvych na ázijskú chrípku sa odhaduje na jeden až dva milióny.

## 1968 – 1970 HONGKONGSKÁ CHRÍPKA

V 60-tych rokoch 20. storočia ľudský kmeň vírusu chrípky typu A, subtyp H2N2, prešiel radom malých genetických modifikácií a mutácií. To viedlo k menším epidémiám chrípky. Po desiatich rokoch došlo k antigénnemu posunu vírusu, čím vznikol nový typ **chrípky A, subtyp H3N2**. Po prvýkrát sa objavil v Číne v Hongkongu, preto pandémie hovoríme hongkongská chrípka. Počas niekoľkých rokov sa rozšíril do sveta a usmrtil 700 000 až jeden milión ľudí. Väčšinou išlo o starších jedincov. Pandémia však bola mierna, čo sa pripisuje tomu, že niektoré osoby boli vystavené vírusu ázijskej chrípky z roku 1957, teda si zachovali imunitnú ochranu.

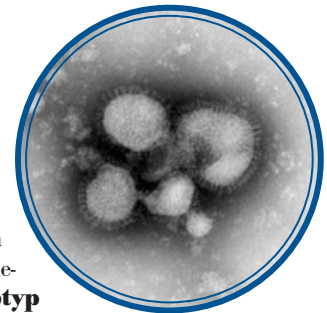
## 1980 – DODNES AIDS

Za zmienku určite stojí aj epidémia spôsobená vírusom **HIV**, ktorý vyvoláva nevyliciteľné ochorenie AIDS. Tento vírus oslabuje ľudský imunitný systém a v priebehu niekoľkých rokov zapríčiňuje smrť. Prvé prípady ochorenia boli popísané už v roku 1980 u mužov homosexuálnej orientácie, a taktiež prvé smrteľné prípady v San Franciscu. Od toho momentu pretrváva najväčšia pandémia sveta. Až v roku 1983 objavili pôvodcu tejto vtedy záhadnej choroby. Na základe údajov UNAIDS sa od začiatku epidémie infikovalo asi 65 miliónov ľudí, pričom zomrelo už 25 miliónov. Obetí každoročne pribúda, a na základe štatistík sa denne infikuje ďalších 12 000 dospelých a 2 000 detí.



## 1996 – DODNES VTÁČIA CHRÍPKA

Hoci by sa na prvé počutie mohlo zdať, že vtáčia chrípka je len infekčné ochorenie vtákov, týmto chrípkovým vírusom sa môžu nakaziť aj cicavce, vrátane človeka. Prvýkrát ho identifikovali v Taliansku pred vyše sto rokmi a dnes sa vyskytuje celosvetovo. Jedná sa o veľmi nebezpečný vírus **chrípky typu A, subtyp H5N1**. V roku 1996 sa objavil v Ázii a rok na to museli chovatelia v Hongkongu utradiť jeden milión kurčiat potom, čo boli nakazené práve týmto vírusom. Vtáky nepredstavujú len riziko nakazenia sa medzi sebou, ale aj riziko prenosu ochorenia na človeka, pre jeho vysokú mutačnú schopnosť. Momentálne sa stále vyskytuje celosvetovo, pričom najviac je rozšírený v Ázii a Európe.



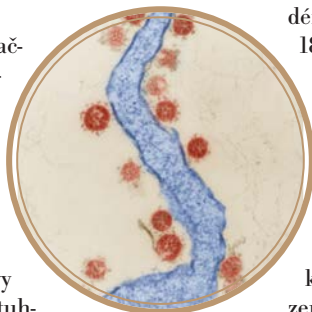


Ludstvo zápasí s pandémiami aj dnes, je však podstatne lepšie pripravené.

## Epidémie a pandémia po roku 2000

### 2002 – 2004 SARS

Prvenstvo novodobých epidémií jednoznačne patrí vírusu SARS. SARS v preklade znamená ťažký akútny respiračný syndróm a je spôsobený **vírusom SARS-CoV**. Pacienti majú typické chrípkové príznaky, preto sa v úvode môže ľahko zameniť s chrípkou. Trpia horúčkou, triaškou, dráždivým kašľom, dýchacími ťažkosťami, bolesťami hlavy a svalov. Pridružuje sa výrazná únava a stuhnutosť svalstva. Stav pomerne rýchlo progreduje do ťažkého zápalu pľúc. Ťažší priebeh ochorenia končiaci úmrtím sa vyskytuje u rizikových skupín ľudí. Za primárny rezervoár vírusu boli považované netopiere, avšak sa zistilo, že ochorenie sa na človeka prenieslo z cibetky, ktorá je v mieste vzniku pandémie (čínska provincia Kuang-tung) považovaná za miestnu delikatesu. Z epicentra sa vírus rozšíril do viac ako 30 štátov. Infikovaných bolo asi 8 000 ľudí, zomrelo 774.



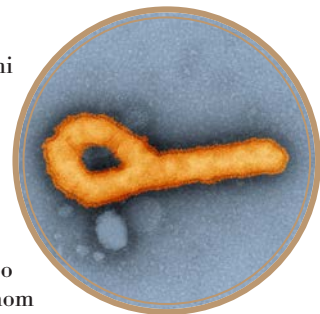
### 2008 – 2010 MEXICKÁ (PRASACIA) CHRÍPKA

Mexická (prasacia) chrípka dostala svoj názov podľa miesta, kde sa objavila po prvýkrát. Ide o teraz už známu prasaciu chrípku, spôsobenú vírusom **chrípky typu A, subtyp H1N1**. Vírus vznikol mutáciou ľudského, prasacieho, ale aj vtáčieho vírusu chrípky a predpokladá sa jeho spojitosť s ohniskom z roku 1918, keď došlo k prvému prepuknutiu tohto vírusu, známemu ako španielska chrípka. Ochorenie sa začalo šíriť v Mexiku z človeka na človeka už v roku 2008, no za pandémiu bolo vyhlásené WHO až v júni 2009 a trvalo ďalší jeden rok. Pacienti trpeli typickými chrípkovými príznakmi ako sú horúčka, kašeľ, bolesti hrdla, hlavy a celého tela, nevoľnosťou a celkovou únavou. Pan-

démia prasacej chrípky skončila v roku 2010, pričom si vyžiadala 18 500 laboratórne potvrdených obetí. Počet zomrelých sa však odhaduje na 150-tisíc až 575-tisíc.

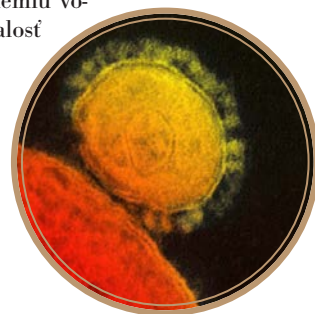
### 2014 – DODNES EBOLA

Ebola je zriedkavé, ale zároveň veľmi závažné ochorenie spôsobené **filovírusom**, ktoré často končí smrťou (50 % až 90 %). Prenáša sa priamym kontaktom s telesnými tekutinami nakažených ľudí a zvierat (napr. krv, sliny, moč, zvratky, výkaly). Infikovanie je možné nielen zo živého, ale taktiež z mŕtveho jedinca alebo zvierafa, a taktiež pri nechránenom pohlavnom styku s uzdraveným pacientom, až 3 mesiace po prekonaní ochorenia. Inkubačná doba je 2 dni až 3 týždne. Po nej prídu horúčky, bolesti hrdla, hlavy a celého tela, celková výrazná slabosť. Pridružujú sa hnačky a zvracanie. Typicky sa na koži objavujú vyrážky a dochádza k poruche funkcie pečene a obličiek, ku krvácaným stavom s následným multiorgánovým zlyhaním končiacim smrťou. Ebola sa začala šíriť už v decembri 2013 v Novej Guinei. Väčšia epidémia eboly bola v roku 2014 až 2016, potom v roku 2018, vyskytla sa aj v Libérii, Nigérii a v Sierra Leone. V niektorých afrických krajinách sa vyskytuje dodnes. Podľa WHO sa jedná o najsmrteľnejšiu epidémiu vôbec, ktorá ohrozuje verejné zdravie. Ide o udalosť medzinárodného významu.



### 2012 – DODNES MERS

Ochorenie vyvolané vírusom **MERS (Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus)** prvý raz vypuklo v roku 2012 na Blízkom východe. Spôsobilo epidémiu







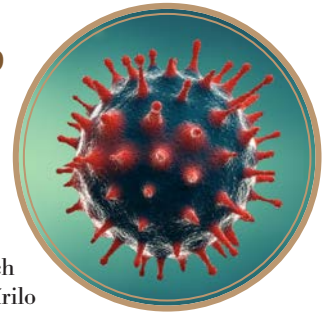
Africký kontinent je dodnes zdrojom mnohých nebezpečných epidémií, práve pre nedostatok hygieny.



bené baktériou **Vibrio cholerae**. Zdrojom nákazy je človek, ktorý sa nakazí vodou kontaminovanou výkalmi, kontaminovanými potravinami, zriedkavo od iného jedinca. Po infikovaní začne baktéria tvoriť enterotoxín, ktorý spôsobuje prudké vodnaté hnačky, zvracanie, následne ťažkú dehydratáciu až smrť. Vyskytuje sa aj v súčasnosti a nie je až tak ojedinelé. WHO eviduje každoročne 1,3 až 4 milióny ľudí nakazených choleroou, z toho 20- až 140-tisíc ich zomiera. Ochorenie sa vyskytuje prevažne v chudobných krajinách s nedostatočným hygienickým štandardom a obmedzeným prístupom k pitnej vode. Cholera sa naposledy epidemicky rozmohla v roku 2018 v Jemene a pretrváva tam dodnes. Na jej následky zomrelo v tejto oblasti takmer 4-tisíc ľudí vrátane detí, ktoré sú pri tomto ochorení rizikovou skupinou.

### 2019 – DODNES COVID-19

COVID-19 je respiračné ochorenie spôsobené novým typom **koronavírusu SARS-CoV-2**. Spôsobuje horúčku, bolesti hrdla, kašeľ, dýchacie ťažkosti a v ťažkých prípadoch až závažný zápal pľúc. Úmrtie na toto ochorenie sa týka prevažne starších a imunodeficientných pacientov. Rozšíril sa z Číny, kde sa prvé prípady objavili v decembri 2019 a postupne sa vírus preniesol do celej Európy. Na celom svete sa infikovalo už takmer 5 miliónov ľudí a vyše 318-tisíc chorobe podľahlo (stav k 19. máju 2020).



skôr, ako sa stihlo zabudnúť na jeho predchodec SARS. Nákaza sa postupne rozšírila na Arabský polostrov, kam ju priniesol 68-ročný turista z Južnej Kórei. Z arabského polostrova sa rýchlo šírila do ďalších 27 krajín. MERS-om bolo infikovaných omnoho viac ľudí ako jeho predchodcom, aj napriek tomu, že vedecké štúdie hovoria o jeho nízkom pandemickom potenciále. Ochorelo približne 25 000 ľudí, z toho ich až 8 500 nákaze podľahlo. Zdroj nákazy, ale aj spôsob prenosu na človeka je stále v štádiu skúmania. Predpokladá sa, že ochorenie sa na človeka prenieslo z netopierov alebo ťavy.

### 2018 – DODNES CHOLERA

Keď sa povie cholera, veľa ľudí si predstaví chorobu typickú pre dávne doby. Epidémie cholery sa v histórii ľudstva opakovali mnohokrát. Cholera je nebezpečné hnačkovité ochorenie spôs-

*Prípravil: Nancy Závodská  
Zdroj: zdravoteka.sk, uvzsr., internet*

## ZAÚJÍMAVÝ FAKT O OSÝPKACH

Najvyššiu virulenciu (schopnosť organizmu niekoho alebo niečo infikovať) majú osýpky. Jeden nakazený človek dokáže v neočkovanej populácii nainfikovať v priemere 12 až 18 ľudí.




## KARANTÉNU VYMYSLELI TALIANI

V snahe chrániť pobrežné mestá pred morovými epidémiami začali Taliani v 14. storočí praktizovať karanténu. Úrady požadovali od obchodných lodí, ktoré prichádzali do Benátok z infikovaných prístavov, aby pred vykládkou tovaru najskôr 40 dní kotvili a nič nerobili. Pôvod slova karanténa tak pochádza z talianskeho spojenia „quaranta giorni“, teda štyridsať dní.

**(Tajnička)** počas spánku (hypnagogický zášklb) trpí až 70 % ľudí. Príčinou je pravdepodobne vyčerpanosť a stres.

Správne znenie tajničky posielajte na **media@lekom.sk** (do predmetu mailu uveďte TAJNIČKA MEDIKOM 3) alebo na adresu Slovenská lekárska komora, Račianska 42/A, 821 03 Bratislava **do 31. 7. 2020**.

Ceny do krížovky venuje LEKÁR, a. s.

|   |           |          |         |            |                     |  |  |                  |                          |  |  |  |  |               |  |  |             |                              |  |
|---|-----------|----------|---------|------------|---------------------|--|--|------------------|--------------------------|--|--|--|--|---------------|--|--|-------------|------------------------------|--|
|  | POKÚŠA SA | PREDLOHA | SNÍVALI |            | SÚSTAVA FAREBNEJ TV |  |  |                  | POLOVNÝ PES              |  |  |  |  |               |  |  |             |                              |  |
|   |           |          |         |            | RIEKA VO FRANCÚZSKU |  |  |                  | PORYV                    |  |  |  |  |               |  |  | ODREŽ PÍLOU | KRIMINÁLNY FILM (HOVOR.)     |  |
| TEXTOVÁ TEL. SPRÁVA   |           |          |         | RÚCAJ      |                     |  |  |                  | VEŠTEC                   |  |  |  |  |               |  |  |             |                              |  |
|   |           |          |         | PRÍSLUŠNÍK |                     |  |  |                  | BEZ SLOV                 |  |  |  |  |               |  |  |             |                              |  |
| 2.ČASŤ TAJNIČKY   |           |          |         |            |                     |  |  |                  |                          |  |  |  |  | ADRESA (SKR.) |  |  |             |                              |  |
|   |           |          |         |            |                     |  |  |                  |                          |  |  |  |  | ÚHOR (NEM.)   |  |  |             |                              |  |
| KONZERVovali DYMOm  |           |          |         |            |                     |  |  | ŠIROKÝ PÁS LÁTKY |                          |  |  |  |  |               |  |  |             | LUDOLFOVO ČÍSLO (ANGL. SKR.) |  |
|   |           |          |         |            |                     |  |  | TAM              |                          |  |  |  |  |               |  |  |             | EČV OKRESU NITRA             |  |
| SLABÝ ŠUCHOTAVÝ ZVUK  |           |          |         |            |                     |  |  |                  | 1.ČASŤ TAJNIČKY          |  |  |  |  |               |  |  |             |                              |  |
|   |           |          |         |            |                     |  |  |                  |                          |  |  |  |  |               |  |  |             |                              |  |
| NOVÝ ODSEK  |           |          |         |            |                     |  |  |                  | UDERILI ŤAŽKÝM PREDMETOM |  |  |  |  |               |  |  |             |                              |  |

Prípravil: Marián Nagy

Správna odpoveď tajničky z časopisu MEDIKOM 2/2020 znie:

**Syncytín je obalový proteín vírusu. Evolučne TVORÍ ČASŤ PLACENTY.**

### Blažozeláme výhercom!

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

### Výhercovia z čísla 2/2020:

1. MUDr. Mária B., Nová Dubnica
2. MUDr. Katarína S., Bratislava
3. MUDr. Jitka V., Liptovský Mikuláš

Tešíme sa na správne riešenie krížovky do 31. 7. 2020.

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

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



PRÉMIOVÉ SPORENIE

ROČNÝ VÝNOS AŽ DO 9 % \*

**VIAC NENÁJDETE  
NIKDE!**

Našetríte si na vlastné bývanie vďaka vylepšenému  
stavebnému sporeniu Wüstenrot s atraktívnou W-prémiou.

\* Nominálne zhodnotenie vkladov 9 % ročne platí za predpokladu uzatvorenia Prémiového stavebného sporenia s dohodnutou dobou sporenia na 9 rokov. Základné úročenie platí počas deviatich rokov od uzatvorenia zmluvy o stavebnom sporení vo výške 0,3 % p.a. a každoročná W-prémia vo výške 6,2 % z vkladov pripísaných na zmluvu o stavebnom sporení v danom kalendárnom roku. V posledných troch kalendárnych rokoch je max. vklad na zmluvu o stavebnom sporení pre výpočet W-prémie 5 000 € pre každý z posledných troch kalendárnych rokov. Vklady prevyšujúce sumu 5 000 € v týchto troch kalendárnych rokoch sa úročia základnou úrokovou sadzbou. Štátna prémia je uvedená za podmienok platných v rokoch 2019 a 2020.

**wüstenrot**

ŽIVOT SA MENÍ RÝCHLO

TherapyAir® iOn  
By Zepter Group

# ČISTIČKA VZDUCHU CERTIFIKOVANÁ K REDUKCII COVID-19



**ODSTRAŇUJE  
ROZPTÝLENÉ KVAPÔČKY  
V MIESTNOSTI**

**CENA POČAS  
PANDÉMIE**

**699 €**

**Kontakt: Éva Onódi  
0905 915 070  
onodi@zepter.sk**

TherapyAir iOn od spoločnosti Zepter opäť boduje ako najlepšia čistička vzduchu na trhu, prinášajúca špičkovú kvalitu. Získala prestížny **nemecký certifikát GUI-lab „Efektívne redukuje mikroorganizmy“**. Päť **vysoko účinných filtrov zachytáva zo vzduchu aj tie najmenšie častice**, ktorými sú jemný prach, alergény, baktérie, plesne a vírusy. Najmä tie, ktoré sú prenášané tzv. kvapôčkovou infekciou, ako je **SARS-CoV-2**.

- **ZÁRUKA 5 ROKOV**
- **VIACNÁSOBNÝ VÍŤAZ V NEZÁVISLOM TESTOVANÍ EXPERTENTESTEN.DE**
- **EFEKTÍVNE ZACHYTÁVA ČASTICE UŽ OD VEĽKOSTI 2,5 µm**

**zepter**  
INTERNATIONAL  
LIVE BETTER • LIVE LONGER