

Lekárnik

odborno - informačný mesačník pre lekárnikov

01

JANUÁR
2018
Ročník XXIII.

ÚVODNÍK

Novoročné zamyslenie
RNDr. Tomislava Jurika, CSc.

PF 2018

„Zaželajme si stabilné,
prospešné a nezaťažujúce
legislatívne prostredie
v roku 2018.“

POLEMIKA

Je degresívna marža
na Slovensku spravodlivá?

AKTUÁLNE

RNDr. Štefan Kišoň
— celoživotná práca spojená
s nemocničným lekárstvom

PRÁVNE RADY

Novela zákona
o zdravotnej starostlivosti

HLAVNÁ TÉMA

Kašeľ v detskom veku

RNDr. Mária Mušková, PhD.

„Pomohli by nám zásadné legislatívne zmeny - najmä vyššia marža“

viac sa dočítate v rozhovore na stranách 14 – 17



- 02 **Obsah + poďakovanie predsedovi VRR, Prof. PharmDr. Jánovi Kyselovičovi, PhD.**
- 03 **Úvodník – RNDr. Tomislav Jurik, CSc.**
- 06 **Novoročné prania 2018 od manažmentu spoločnosti UNIPHARMA**
- 08 **Navštívili UNIPHARMU**
- 09 **UNIPHARMA na návšteve**
- 10 **Polemika – Je depresívna marža na Slovensku spravodlivá?**
- 14 **Rozhovor – RNDr. Mária Mušková, PhD.:**
„Pomohli by nám zásadné legislatívne zmeny – najmä vyššia marža“
- 16 **Jubileum – Všetko najlepšie jubilantka RNDr. Mária Mušková, PhD.**
- 18 **Udalosť – RNDr. Štefan Kišoň**
- 20 **Reportáž**
Farmakoekonomika na Slovensku XXXIV.
- 24 **Slovenská lekárska komora informuje**
Systém elektronického zdravotníctva ezdravie
- 25 **Unicentrum, Bojnice – K modernému vybaveniu pribudol kolonoskop**
- 26 **Hodnotenie – UNIPHARMA ohodnotená ako spoľahlivý partner za rok 2017**
- 27 **Zaujalo nás – Vedenie nemocnice Košice-Šaca ocenilo lekárov, sestry i nezdravotníckych pracovníkov**
- 28 **Kokteil z farmácie**
- 30 **Svet farmácie**
- 32 **Správy z Česka**
- 33 **Príbehy liečiv – Antiarytmikum H+B**
- 34 **Študentské okienko**
Omamné a psychotropné látky
- 36 **Právne rady**
Novela zákona o liekoch skrytá v novele zákona o zdravotnej starostlivosti

Hlavná téma

38 **Kašeľ v detskom veku**

- 45 **Advertoriál / Genas informuje**
- 46 **Diskusné fórum – Liekové interakcie u pacientky s Alzheimerovou chorobou**
- 49 **Vaše postrehy – Stabilizácia počtu verejných lekární – podmienka iných pozitívnych zmien v slovenskom lekárstve**
- 50 **Ľudské telo z rôznych uhlov**
Nenahraditeľná chrupavka
- 54 **Dejiny slovenského lekárnictva**
Aká bola naša farmácia pred sto rokmi?
- 60 **Farmácia v umení – Unavená Smrť**
- 62 **Súťaž SND, tiráž**
- 63 **Advertoriál**



Pod'akovanie predsedovi VRR, prof. PharmDr. Jánovi Kyselovičovi, PhD.

Redakcia časopisu Lekárnik by týmto rada poďakovala prof. PharmDr. Jánovi Kyselovičovi, PhD. za jeho činnosť vo funkcii predsedu redakčnej rady časopisu Lekárnik. Prof. PharmDr. Ján Kyselovič vykonával túto funkciu od septembra 2013, členom redakčnej rady je od marca 2009. Za tento čas bol odborným poradcom a bol nápomocný šéfredaktorkám aj redaktorkám časopisu Lekárnik pri jeho príprave. Taktiež sa okrem iného zúčastňoval Veľkej redakčnej rady, ktorú aktívne viedol.

Vzhľadom na prechod prof. Kyseloviča na Lekársku fakultu UK sa na post predsedu redakčnej rady časopisu Lekárnik vracia generálny riaditeľ a predseda predstavenstva spoločnosti UNIPHARMA – 1. slovenská lekárnická akciová spoločnosť, RNDr. Tomislav Jurik, CSc., ktorý túto funkciu vykonával aj pred prof. Kyselovičom.



VYHODNOTENIE SUDOKU so spoločnosťou LPT EU s. r. o. z decembrového čísla

- Ak ste v decembrovom vydaní časopisu Lekárnik súťažili so spoločnosťou LPT EU s.r.o., vylúštením sudoku ste dospeli k takémuto výsledku: 6991 – 8916 – 7153. Z úspešných lúštitelov sme vyžrebovali:
 - Helena Ondrušová, Ústavná lekáreň, NÚTPCHaHCH, Vysné Háygy
 - Karol Čepelák, Lekáreň Farmácia, Michalovce
 - Kolektív lekárne Thea, Holíč
- Výhercom gratulujeme.
- Súťažiť môžete aj naďalej, januárovú sudoku nájdete v marketingovej prílohe UP PLUS.



Novoročné zamyslenie

Milí čitatelia Lekárnika,

len niekoľko krátkych dní nás delí od veselého silvestrovského víťania nového roku 2018. Len niekoľko krátkych dní nás delí od štvrtstoročnice, ktorou sme si pripomenuli vznik samostatnej Slovenskej republiky. Rovnako dlhé obdobie svojej existencie, 25 rokov, má i vydavateľ nášho časopisu, určitého predovšetkým (ale nielen) pre lekárnikov.

Paralely vývoja spoločnosti UNIPHARMA a Slovenskej republiky

Paralel v našom spoločnom 25-ročnom vývoji je viacero. Obidvaja – naša Slovenská republika i UNIPHARMA, 1. slovenská lekárnická akciová spoločnosť, prešli spoločným detstvom, pubertou až do dospelosti. Dá sa povedať, že všetky rozhodujúce udalosti v našom samostatnom štáte sa istým spôsobom dotkli aj našej lekárskej akciovej spoločnosti. Vznik samostatnej Slovenskej republiky sme privítali s vierou – že bude lepšie. Pre občanov, pacientov, lekárnikov, ich rodiny a spolupracovníkov. S nádejou, že bude dobre aj pre distribútorov liekov, ktorých stav sa práve vtedy rodil, vytvárali sa podmienky pre ich činnosť, najprv trhové, následne legislatívne. S touto nádejou vstupovala na slovenský trh aj UNIPHARMA, sprvu ako malá s. r. o., bez skúseností, bez kapitálu, s naivnou predstavou, že distribúcia je v podstate len niečo ako väčšia lekárňa. Aj keď sme papierovo (zápisom do obchodného

registra) vznikli na sklonku roka 1992, samotnú distribučnú činnosť sme začali rovnako ako náš nový štát prvého januára 1993. Až po pár mesiacoch, po istom bezvládí, pri absencii jednoznačných pravidiel pre distribúciu liekov súkromnými spoločnosťami, v hlbokom tieni ešte takmer monopolného štátneho podniku Medika, zdravotnícke zariadenie, sme obdržali od MZ SR (Viliama Soboňu) licenciu s číslom 65. S vďakou spomínam na pomoc doktora Slaného, ktorý nám na MZ, ešte v starých priestoroch pri hoteli Kyjev, pomáhal vybavovať nevyhnutné, ako sa nám vtedy zdalo – byrokratické formality. Aj vďaka nemu sa to podarilo za jediný deň, čo v porovnaní s dnešnými zvyklosťami a praxou akéhokoľvek úradu, znie ako neskutočná utopická predstava z Ríše divov. Po nás, s číslom 65, prišli do distribúcie ešte ďalší „hráči“ a tak v následnom období relatívne peknej marže pre distribútorov (i lekárnikov) popri globálnom hráčovi Medike š.p., pôsobilo na malom Slovensku aktívne a vcelku s príjemnými priateľskými vzťahmi, so slušnou profitabilitou viac ako 100 distribútorov liekov. Na každého z nich

v prepočte pripadalo 6 – 8 lekární. Niektorí začali doslova v garážových priestoroch, následne sa vypracovali na profesionálnych distribútorov, s priestormi a vybavením potrebnej špičkovej kvality a rozsahu. Že to boli šikovní chlapi, je dôkazom aj to, že keď sa zhoršili ekonomické podmienky pre distribúciu liekov a SZM, neváhali a transformovali svoje podnikanie iným, zväčša výhodnejším smerom. Jeden z najschopnejších si založil najprv zdravotnú poisťovňu, následne vlastnú politickú stranu, po jej neúspechu prešiel do potravinárskeho biznisu, viacerí prešli za poslancov do parlamentu, odtiaľ niekto za župana, iný za ministra, najschopnejší rovno za šéfa parlamentu, s absolútnym dosahom (nielen) na MZ SR.

UNIPHARMA sa rozvíjala a rástla

Nám sa v začiatkoch podarilo prenajať si pomerne slušné suterénne (skôr pivničné) priestory vo výmere 160 m² v areáli Rolníckeho družstva v Koši (malá dedinka pri Prievidzi), zariadené jednoduchými regálmi z hrubo oholovaných dosiek, bez klimatizácie, snímačov teploty, vlhkosti, bez chladového režimu a bez toho všetkého zložitého (a drahého!) zariadenia, ktoré v skladových a prevádzkových priestoroch musíme mať, aby sme vyhoveli extrémne náročným audítom zväčša nadnárodných farmaceutických výrobcov, ktorí pomyselnú latku kvality prostredia na skladovanie a manipuláciu s liekmi na Slovensku posúvajú výrazne vyššie ako náš kedysi tak obávaný (ale ešte aj tak

stále uctievaný) ŠÚKL a zároveň podstatne vyššie ako v okolitých krajinách EÚ, čo vieme z vlastného poznania procesov v zahraničných distribučných firmách. Vtedajšia obchodná marža bola pomerne lukratívna, splatnosti od výrobcov boli spravidla dlhšie ako reálne platby od našich odberateľov, ktorými boli prevažne štátne a nemocničné lekárne, nakoľko privatizácia štátnych lekární sa ešte len pripravovala. Súkromných, vzniknutých „na zelenej lúke“ bolo len niekoľko. Najbližšia pre nás bola v Trnave (U Škorpióna), čo bolo tak ďaleko, že sme sa tam odhodlali dodávať až o dva roky po obdržaní licencie. Trhové ekonomické podmienky nám umožňovali dlhšiu dobu pracovať bez bankového úveru, bez pôžičiek, naši odberatelia boli prevažne slušní, netušili sme, čo je nevyhnutelná pohľadávka. Neskôr, tak ako do distribúcie liekov, naskákali aj do vlastníctva a prevádzkovania lekární rôzne typy, častokrát s neidentifikovateľným kapitálom, alebo skôr vôbec bez neho, ktorí vďaka ešte nestabilnej legislatíve začali prevádzkovať lekárne len čisto pre biznis. A s nevyhnutelnými pohľadávkami sa roztrhlo vreco...

Transformácia s. r. o. na a. s.

Práve vtedy sme si s našimi partnermi a priateľmi lekárnikmi povedali, že by bolo dobré prepojiť naše spoločné záujmy a dlhodobé ciele tak, aby lekárnik mal istotu, že dostane včas potrebné lieky pre pacientov a zároveň aby mal ekonomický profit z distribučnej činnosti ako jej spoluvlastník – akcionár. Preto sme UNIPHARMU – s.r.o. transformovali na lekárnícku akciovú spoločnosť, do ktorej vložili svoje vlastné finančné prostriedky majiteľia lekární z celého Slovenska, čím sa stali a aj dodnes sú, majoritnými akcionármi I. slovenskej lekárníckej akciovej spoločnosti. Akciovú spoločnosť sme zakladali už v období mečiarizmu, dnes istým spôsobom a v istých aspektoch demonizovanom období, ale v tom čase bol Vladimír Mečiar nepochybne najobľúbenejším politikom v SR a jeho HZDS malo podporu takmer 40 % voličov na Slovensku. Preto sme aj dobrovoľne, či násilu (?) museli akceptovať istú kontrolu zo strany štátostrany v podobe nominácií vysokých úradníkov MZ SR do pozícií volených šéfov našej dozornej rady. Všetci ostatní členovia DR i Predstavenstva už mohli byť demokraticky zvolení z radov lekárníkov, príp. managementu a. s. V tomto období som bol zvolený do Prezídia SLeK, (následne ešte trikrát) a preto bolo logickým vyústením, že stavovská lekárnícká organizácia a lekárnícká dis-

tribúcia mala absolútny prienik pri riešení strategických problémov lekárníckeho stavu, ktoré by sa dali zjednodušene charakterizovať mottom: „*lekárneň nie je obchod, ale zdravotnícke zariadenie a patrí, tak ako aj liek, do rúk odborníka – lekárnika*“. Výsledkom spoločného boja o tradičný európsky charakter lekárenstva bol známy Zákon 140/98 o lieku, za ktorý nám tleskala EÚ (PG EÚ) a odporúčala ho ako vzor krajinám, pripravujúcim sa na vstup do EÚ. Osvojili sme si problémy, záujmy a ciele lekárníckeho stavu, jeho tisícročné právo na nezávislosť výkonu svojho povolania, ktorého cieľom je prioritne vyličený pacient a primeraný zisk následne.

Hodiny rokovaní v boji za spravodlivú legislatívu

Boj za spravodlivú legislatívu pre lekárníkov, spravodlivú zároveň pre pacientov, občanov a voličov, nám priniesol popri čoraz náročnejších úlohách v distribúcii liekov aj úlohy v politickom lobingu, pri presadzovaní správnej a spravodlivej legislatívy. Osobne a častokrát s prezidentmi SLeK (Valjan, Mihálik, Czulba) som absolvoval desiatky rokovaní, oficiálnych i neformálnych, so všetkými ministrami zdravotníctva, premiérmi, prezidentmi, predsedami zdravotných výborov NR, predsedami poslaneckých klubov, predsedami NR SR. S Prezidentom Michalom Kováčom som sa stretol osobne priateľsky niekoľkokrát, registroval naše problémy, nemal však potrebný „výtlač“, aby naše veci pozitívne ovplyvnil. U Prezidenta Rudolfa Schustera som pracoval 5 náročných rokov v pozícii poradcu pre liekovú politiku. Vždy dodržal slovo, v rozhodujúcom období pre zdravotné problémy nemohol však naše veci správne uchopiť. 10 rokov u p. Prezidenta Ivana Gašparoviča bolo naplnených intenzívnou analýzou zdravotníckej, zvlášť lekárenskej legislatívy, ktorej aj ako právnik dokonale rozumel. Ak sa nám a SLeK-u nepodarilo v legislatívnom procese ustriechnúť správne znenie, už to bolo na vážnu debatu – podpísať/nepodpísať...? S obidvomi som dodnes v priateľskom vzťahu, ktorý sa vykryštalizoval zo vzájomnej úcty a pochopenia. S výkonnou mocou – premiérmi – to už bolo ťažšie. Viacero stretnutí som absolvoval s Vladimírom Mečiarom. V taktike a stratégii bol ako expert v šachu – o tri ťahy vopred. Ale prirodzené potreby a záujmy lekárníkov chápal skôr intuitívne a minimálne verbálne voči svojim ministrom zdravotníctva, nám

pomáhal. Nie každý ho však rešpektoval, pretože kontrolu výkonu svojich pokynov v našej oblasti nemal dôsledne zabezpečenú a lekárenstvo v tom období bolo predsa len na okraji hlavných strategických problémov štátu. Mikuláš Dzurinda počas svojich dvoch funkčných období bol voči nám mužom dvoch tvárí. Sprvu extrémne chápujúci a reálne pomáhajúci, v druhom funkčnom období až paranoicky voči nám zaujatý.

Diagnóza bola veľmi jasná a jednoduchá: ZAJAC.

V tých najťažších rokovaníach, obvykle vo štvorici: Dzurinda, Zajac, vs. Mihálik, Jurik, Zajac rozoštvával, provokoval a intrigoval, prilieval olej do ohňa pri každej príležitosti, tvrdohlavu bránil akejkolvek dohode, či zmysluplnému konsenzu. Dodatočne sme pochopili, kto v tej dobe reálne a ako robil zákony, kde sa pripravovali, pre koho sa robili. Márne bolo naše úsilie systematického lobingu, ťažkých rokovaní v prostredí poslaneckých klubov jednotlivých parlamentných strán. Zajac zákon 140/98 prevalcoval svojim typickým spôsobom, po siedmich rokoch jeho úspešnej platnosti pre lekárníkov, pre pacientov, občanov i pre štát. (Otázka na zamyslenie: kto je to štát?)

Nádej umiera posledná

Po Dzurindovi sme s nádejou privítali Roberta Fica, ako predsedu vlády. Ešte ako nezaradený poslanec, po odídení zo SDE sa na Konferencii o liekovej politike štátu (organizoval ju jeho neskorší poradca pre zdravotníctvo Juraj Štofko – aj s pomocou UNIPHARMY), zásadne vyjadril o potrebe nápravy pochybení Zajacovej reformy zdravotníctva, vrátane lekárenstva. Vzájomné rozhovory pred nástupom do funkcie premiéra na naše stavovské témy, ako i pokračujúce rokovania už v jeho vrcholovej politickej funkcii, poskytovali reálnu nádej, až presvedčenie, že za jeho pôsobenia dôjde k náprave Zajacových deformácií lekárenstva. Jeho zásadne a principiálne stanoviská k zdravotníctvu, lekárenstvu, liberalizáciu, úlohu štátu v zdravotníctve, k zdraviu vôbec, sú totožné s princípmi, na ktorých bol postavený zákon 140/98, o ktorého návrat sa spolu so SLeKom usilujeme od roku 2006. Nachádzame sa v období jeho tretej vlády, ale napriek istým pozitívnym zmenám zákona o lieku ani vo svojej aktuálnej podobe z dielne ministra Druckera, nie je ešte to pravé, čo

by slovenské lekárstvo akútne potrebovalo. Z desiatok stretnutí s Robertom Ficom mi stále rezonuje jedna z jeho odpovedí na moje naliehanie: „*pán doktor a to si naozaj myslíte, že predseda vlády môže rozhodovať o tom...*“. Nuž SMER je iný a aj preto je Fico iný ako Mečiar, ktorý rozhodoval sám (vtedajšia hektická doba napriek proklamáciám o demokracii a slove demokracia priamo v názve politickej štátostrany, si to niekedy priam vyžadovala), iný ako Dzurinda, ktorý taktiež rozhodoval sám, príp. po dohode s Miklošom. Róbert Fico sám nerozhoduje a napriek všeobecne zaužívanému pohľadu na SMER, je v ňom pri rozhodovacom procese viacej demokracie, ako to zvonku vyzerá. Aj preto je už po tretikrát premiérom a bude ním aj štvrtýkrát, pokiaľ sa nerozhodne prevziať zodpovednosť za výkon vysokej funkcie v OSN, EÚ, či predsedu Ústavného súdu... A preto R. Fico politicky „vyvažuje“ a tak mu nezazlievam, že dodnes sa „smerácke váhy“ definitívne nepreklopili v prospech lekárníkov, pretože vždy keď to vyzerá pre nás už veľmi sľubne, niekto z pozadia, či zboku priloží na pomyselnú druhú miskú váh niečo, čo oddiali riešenie našich problémov opäť o kus ďalej. So stále pretrvávajúcou dôverou voči jeho príslubom, ako aj politike a s istým poznaním aj ako človeka, očakávam do konca jeho tretej vlády pozitívne zmeny zo strany štátu voči lekárníkom, majiteľom lekární, distribútorom, ich zamestnancom. Aktuálne očakávanie sa dá vysloviť v dvoch slovách: „verejný zdroj“. To je podstata s pomocou ktorej vytvárame hodnoty, prinášame zdravie, podstata, z ktorej žijeme. Moju osobnú dôveru posilňujú i pozitívne stanoviská ministra Tomáša Druckera i predsedu zdravotného výboru NR SR Štefana Zelníka, k náprave toho, čo nás existenčne ničí, hoci je to zrejme „nechcené dieťa“ prvej Ficovej vlády – nespravodlivá regresívna marža. Zavedená v januári r. 2008, pripravovaná za Zajaca, odkrojila tretinu pomyselného krajca chleba lekárníkom a takmer dve tretiny distribútorom, s fatálnymi následkami.

Následky nespravodlivej regresívnej marže

Tretina slovenských lekární je v červených číslach, desiatky už skrachovali, médiá ani politikov to evidentne nezaujima, pretože namiesto jednej zaniknutej vzniknú často aj dve ďalšie. Nie však namiesto tých, ktoré zanikli vo vidieckych oblastiach. Tak sa dostupnosť lekárenskej starostlivosti postupne stále viacej zhoršuje. Lekárne sa čoraz

viac koncentrujú v mestských centrách, kde efektívne prežívajú len tie s maximálnou marketingovou podporou zo všetkých strán, a pritom z jedného centra. Aj v našom malebnom kúpeľnom mestečku, (v ktorého vtedy jedinej lekárnii som pracoval dvanaásť rokov pred pôsobením v distribúcii), s počtom obyvateľov niečo cez 4.000, kde donedávna fungovali a ako – tak prežívali v tichej koexistencii štyri lekárne, všetky v rukách majiteľov – lekárníkov, pribudne ďalšia – z tej najefektívnejšej siete. Kde asi? V niektorej z odľahlejších mestských častí, aby sa zlepšila dostupnosť? Kdeže! Priamo pri východe z nemocnice, pár krokov napravo od lekárne, ktorá tam spoľahlivo funguje už takmer 60 rokov, zároveň pár krokov naľavo od druhej lekárne a na dohodenie kameňom od tretej i štvrtej lekárne v meste. Druhá tretina lekární je vo vážnom ohrození, bez presunov finančných bonusov v liekovom reťazci by nevydržala, tieto zdroje sú však limitované a časovo obmedzené. Až zvyšná tretina lekární je ekonomicky efektívna – s malou poznámkou – ide prevažne o sieťové lekárne, ktoré majú silnejšiu vyjednávaciu pozíciu u farmaceutických výrobcov (i štátu) a zároveň účinnejšie marketingové prostriedky zacielené na klientov lekární. Vzhľadom k týmto faktorom sa poskytovanie lekárenskej starostlivosti, alebo tiež prevádzkovanie lekární sprvu pozvoľna, dnes už so zväčšujúcou sa rýchlosťou, posúva k monopolizácii tejto zo zákona zdravotníckej činnosti, resp. retailu, ako ho nazývajú finanční investori. Prebudí sa tento štát, alebo nechá tomuto negatívnemu trendu voľný priebeh? V konečnom dôsledku však na každý monopol štát doplatí. Ak platí predpoklad, že štát sme my = občania.

Inšpiráciu nájdeme aj v okolitých krajinách

Nielen Nórsko je toho dôkazom, v susednom Maďarsku sa včas prebudili, inšpirovali svojim pozitívnym príkladom aj Poľsko. Čím to je, že v týchto dvoch susedných krajinách zrušili liberalizáciu a zaviedli tvrdé regulačné mechanizmy v organizácii lekárenstva? Vláda silnej jednej strany (so symptómami diktatúry, ako ich zvykne označovať Brusel)? Máme sa tým aj my – voliči inšpirovať? V konečnom dôsledku regulačné zmeny v lekárenstve v týchto krajinách sa pozitívne prejavujú hlavne u pacientov. V týchto dňoch prestížny britský mesačník The Banker zo skupiny Financial Times vyhlásil Pet-

ra Kažimíra za „Ministra financií Európy“. Časopis ocenil prácu ministra aj výsledky Slovenskej republiky. Ministrom sa podarilo znížiť deficit verejných financií zo 4,3 % HDP v roku 2012 na plánovaných 0,8 %... Za týmto dobrým výsledkom, ktorý prísne sleduje hlavne Brusel, je žiaľ aj odkrojený krajec chleba lekárníkom a distribútorom. Ich spolupracovníkom a ich rodinám.

Cui prodest? Komu to prospeje?

Prezident Andrej Kiska vo svojom novoročnom prejave o. i. uviedol: „*Slovensko má najlepšie výsledky za celú svoju históriu, máme najviac prostriedkov, ktoré by sa mali využiť na riešenie dlhodobých problémov*“. Osobne si myslím, že riešenie problémov lekárníkov, či už v legislatíve, alebo v oblasti spravodlivého odmeňovania za ich odborný výkon pri poskytovaní lekárenskej starostlivosti, patria medzi dlhodobé problémy. Veď sú tak staré, ako je aj naša Slovenská republika. Preto sú aj hlavnou témou prvého tohoročného čísla Lekárnika.

Takmer 90 % Slovákov očakáva, že tento rok bude rovnaký, alebo lepší ako rok 2017, ukázal prieskum GfK. Zhruba 40 % Slovákov očakáva zlepšenie finančnej situácie. Bol by som rád, keby medzi týchto optimisticky naladených občanov mohli v tomto roku patriť aj lekárnici, ich partneri, spolupracovníci a všetci ich blízki. Dovoľte mi popriať všetkým čitateľom Lekárnika len to najkrajšie z pekného a najlepšie z dobrého: správnu legislatívu a spravodlivé ohodnotenie za ich zodpovednú a náročnú prácu, ktorá je pre nich, ako zdravotníckych pracovníkov zároveň aj poslaním. K tomu hodne zdravia, kúsok šťastia a radosti zo svojich najbližších.

RNDr. Tomislav Jurik, CSc.
predseda predstavenstva
a generálny riaditeľ
UNIPHARMA – 1. slovenská
lekárnická akciová spoločnosť
predseda RLeK Trenčín
prezident AVEL

Novoročné právania od manažmentu spoločnosti UNIPHARMA 2018



Mgr. Juraj Nikodémus, MBA

riaditeľ právneho odboru

■ Milí lekárnici, priatelia, v uplynulom roku 2017 bolo tých legislatívnych zmien, ktoré sa vás dotkli akosi priveľa. V právnych radách v časopise Lekárnik sme vám poskytli dôležité informácie na tému zákazu reexportu, emergentného kanálu, zavedenej povinnosti byť zapísaný v registri partnerov verejného sektora, povinnej akti-

vácie elektronických schránok, zmien v zákone o odpadoch, ďalšej pripravovanej novely zákona o liekoch majúcej za cieľ zvýšiť kredit odborných zástupcov v lekárnach cez ich pôsobenie v štatutárnom orgáne prevádzkovateľa lekárne, a iné aktuálne témy. V novom roku 2018 príde ďalšia vlna zmien, ezdravie od 1. januára, nový zákon o ochrane osobných údajov účinný od 25. mája, novela zákona o liekoch od marca r. 2018. Ťažké témy a vážne výzvy a veľakrát ďalšie a ďalšie náklady. A to sú zatiaľ len tie legislatívne zmeny, o ktorých už teraz vieme. Spolu s mojim tímom právnikov sme pripravení vám naďalej poskytovať kvalitné právne poradenstvo na stránkach časopisu Lekárnik a zodpovedať vaše otázky na aktuálne legislatívne témy. Ďakujeme za vaše podnetné otázky. Keď píšeme právne rady, sme lekárnici. Rozmýšľame nad tým, ako sa „nás“ dotkne zmena legislatívy, o ktorej píšeme. Cítíme spolupatričnosť a prepojenie. Zažejajme si stabilné, prospešné a nezaťažujúce legislatívne prostredie v roku 2018.

MVDr. Branislav Klopan

riaditeľ úseku nákupu a výroby

■ Milí čitatelia, vážení lekárnici, v novom roku 2018 vám prajem, aby schválená novela zákona č. 363/2011 Z.z. a aj pripravovaná novela č. 362/2011 Z.z. zabezpečili v praxi podľa plánu MZ SR rýchlejšiu a väčšiu dostupnosť inovatívnych liekov čo najväčšiemu počtu pacientov a umožnili tak naplniť hlavné poslanie všetkých účastníkov liekového reťazca.



Mgr. Michael Kotouček

riaditeľ úseku predaja

■ Vážení klienti, milí priatelia, máme za sebou rok 2017, ktorý bol po období reexportu opäť nábehový a ktorý konečne upokojil situáciu s nespokojnými pacientmi hľadajúcimi vybrané lieky. Verím, že tento rok sa vám s nami pracovalo uvoľnenejšie a k spokojnosti vašich pacientov. Verím, že rok 2018 bude stabilizovaný a bez zmien, všetci ale vieme, že oblasť zdravotníctva patrí medzi odvetvie, ktoré nikdy nespí. Schválená novela zákona č. 363/2011 Z.z. a pripravovaná novela č. 362/2011 Z.z. opäť prinesú zmeny. Všetkým preto prajem, aby boli prínosom pre vás a vašich pacientov. Prajem vám a vašej rodine pevné zdravie, nech máte celoročný úsmev na tvári a teším sa na ďalšiu prospešnú spoluprácu. Krásny a úspešný rok 2018!

Mgr. Andrej Kuklovský

riaditeľ projektu
PLUS LEKÁREŇ

■ Milí čitatelia, vážení lekárnici „pluskári“, rok 2017 bol pre nás výzvou z pohľadu posilnenia brandu PLUS LEKÁREŇ u pacientov. V spolupráci s výrobnými spoločnosťami sa nám podarilo spustiť „vysnívanú“ televíznu kampaň, ktorá nám posilnila spoluprácu s vami, spolupracujúcimi lekárňami a rovnako aj spoluprácu s výrobnými spoločnosťami. Vzájomnú spoluprácu sme rozšírili aj v projekte vlastnej značky s logom PLUS LEKÁREŇ. Spoločne nám tento projekt priniesol nie len množstvo benefitov, ale aj výrazný nástroj odlišenia sa od iných zoskupení. V roku 2017 vám projekt PLUS LEKÁREŇ poskytol jeden zo silných pilierov ekonomickej podpory pre vašu lekárňu.

Rok 2018, tak ako sa avizuje, bude plný zmien. Náročný aj z pohľadu nových investícií. Naším plánom je posilniť spoluprácu s výrobcom nie len z pohľadu odbornosti, ale zároveň vám poskytnúť pevný pilier pre marketingovú a ekonomickú



stabilitu vašej lekárne. Želáme vám v novom roku 2018 veľa zdravia, osobných aj pracovných úspechov. Prajeme vám, aby pre vás rok 2018 v spolupráci s projektom PLUS LEKÁREŇ, vždy na konci končil znamienkom „PLUS”.



RNDr. Igor Šušal, PhD.

riaditeľ divízie distribúcie

■ Vážení lekárnici, klienti, tento rok ubehol rovnako rýchlo ako rýchlo beží denno-denne naša práca v distribúcii. Naši zamestnanci aj tento rok prijali a vyskladnili pre vás, pre vašich pacientov, desiatky miliónov krabičiek a balení, naši vodiči

cestou k vám najazdili milióny kilometrov a ich tváre ste videli počas roka stovky krát. Verím, že tomu bude tak aj v budúcom roku, že UNIPHARMA bude pre vás opäť zárukou kvality a spoľahlivosti. Želám vám v novom roku veľa osobných aj pracovných úspechov!

Ing. Miloš Mladý, MBA

riaditeľ Unikliniky, Unicentra
a člen predstavenstva
Unipolikliniky

■ Milí čitatelia, vážení lekárnici, rok 2018 sa bude niesť v znamení elektronizácie a modernizácie, ktoré so sebou prinesie zavedenie zdravia. Napriek mnohým zmenám, ktoré nás čakajú, verím, že váš rok bude pokojný a elektronizácia prinesie skutočné výhody ako pre poskytovateľov, tak aj pre pacientov. Želám vám hlavne rok plný zdravia a splnených snov!



Mgr. Marcel Svrček

riaditeľ ODS Bratislava

■ Rok 2017 sme začali veľkou zmenou, ktorá zásadne ovplyvnila nás všetkých v našom distribučnom reťazci. Hovorím o obmedzení re-exportu a spustení emergentného kanálu. Aby som bol však pozitívny, tak za uda-

losť roka 2017 považujem 25 rokov úspešného pôsobenia UNIPHARMY na slovenskom trhu. Všetky tieto udalosti nás posúvajú v oblasti legislatívy, skladovej, prepravnej logistiky, ale aj materiálne technického zabezpečenia, čo znamená posun aj pre vás našich klientov a obchodných partnerov. Preto vám všetkým prajem v roku 2018 pozitívny posun vpred, ktorý vám pomôže byť úspešní v búrlivých vodách slovenskej farmácie.



PharmDr. Ondrej Takáč, MBA

riaditeľ ODS Prešov

■ Milí naši priatelia lekárnici, za pobočku Prešov vám želáme, nech chvíle lásky a pokoja, všetky bolesti vám zahoja. Nech láska so zdravím sa snúbia, v novom roku nech sú šťastní všetci ľudia. Ďakujeme vám za všetko, čo sme spolu zvládli v odchádzajúcom roku a želáme si, aby sme prekonalí aj všetky legislatívne a ekonomické nástrahy roku 2018.



Ing. Martin Bednár

riaditeľ CK Pharmaeduca

■ Milí cestovatelia, predošlý rok bol veľmi priaznivý na cestovanie a naša cestovná kancelária zaznamenala viac ako 20 %-ný nárast počtu klientov a zájazdov. Som rád, že si napriek náročnej práci a neustále sa sťažujúcim podmienkam podnikania vo vašom odbore nájdete čas aj na cestovanie a oddych. Na rok 2018 sme pre vás pripravili veľa atraktívnych zájazdov. Verím, že si opäť z našej ponuky vyberiete. Prajem vám okrem zdravia a šťastia tiež veľa cestovateľských zážitkov v roku 2018.



Mgr. Alexandra Pechová

šéfredaktorka
časopisu Lekárnik

■ Milí čitatelia, vážení lekárnici, aj v roku 2018 vám budeme prinášať aktuálne informácie zo sveta farmácie, lekárenstva a zdravotníctva. Budeme vás informovať o legislatívnych zmenách a nových povinnostiach, ktoré vás – lekárnikov, ale aj lekárov čakajú v nadchádzajúcom období. Verím, že vám svitá na lepšie časy. Ezdravie prinesie modernizáciu zdravotníctva a od mája 2018 nás čakajú zmeny ohľadom ochrany osobných údajov (GDPR), nedočkavo čakáme na výsledné znenie noviel zákonov č.362/2011 a č.363/2011 Z.z. a verím, že všetko, čo dané zmeny prinesú, bude v prospech pacienta a všetkých členov liekového reťazca. MZ SR sa začalo zaujímať aj o problematiku marží distribútorov a lekární. Prajem vám všetkým, aby rok 2018 bol rokom pozitívnych a veľkých zmien, pri ktorých nebude chýbať ani redakcia časopisu Lekárnik. Ďakujeme všetkým prispievateľom, dopisovateľom za návrhy a vyjadrenia do nášho časopisu a tešíme sa na spoluprácu v roku 2018.





Z. Košťánová, I. Ďuricová, I. Jaššová, J. Luptáková, D. Prokop, M. Turzová, T. Znášiková, O. Tomčíšák a úplne vpravo B. Klopan, ktorý sprevádzal zástupcov Roche priestormi UNIPHARMY

Audit spoločnosti Roche Slovensko, s. r. o.

■ V obchodno-distribučnom stredisku spoločnosti UNIPHARMA sa uskutočnil vo štvrtok 30. novembra 2017 audit spoločnosti Roche Slovensko, s. r. o., ako nevyhnutná súčasť skladovania liekov v emergentnom systéme, zameraný na kvalitu skladovania liekov a tiež overenie plnenia požiadaviek na environmentálny systém manažérstva a BOZP/PO. Audit realizoval tím v zložení: Mgr. Zuzana Košťánová, Logistic Manager, PharmDr. J. Luptáková, Responsible Person, Mgr. M. Turzová, Responsible Person, Ing. O. Tomčíšák, SafetyHealthEnvironment Manager. Stretnutie pokračovalo diskusiou na tému ochrany pacienta zabránením vstupu falšovaných liekov na trh. Diskusia bola zameraná aj na pripravenosť farmaceutického trhu na serializáciu a verifikáciu pravosti liekov. Roche Slovensko, s. r. o. uvádza na slovenský trh už väčšinu liekov zo svojho portfólia s bezpečnostnými prvkami (2D kódmi).

MVDr. Branislav Klopan ■



Zľava: Ing. Denisa Hubinová, Jana Bielíková a Jozef Vereš

Spoločnosť Dr. Müller Pharma hodnotila rok 2017

■ Na stretnutie do bojnického sídla UNPHARMY zavítal 15. decembra 2017 obchodný riaditeľ spoločnosti Dr. Müller Pharma Jozef Vereš. Stretol sa s referentkami nákupu UNIPHARMY Janou Bielíkovou a Ing. Denisou Hubinovou. Cieľom stretnutia bolo zhodnotenie spolupráce za rok 2017 a predstavenie plánov na rok 2018. Dr. Müller Pharma je český výrobca liečiv, zdravotníckych pomôcok, výživových doplnkov a kozmetiky a tiež dlhoročný obchodný partner spoločnosti UNIPHARMA.

Mgr. Ing. Denisa Ižová ■



Zľava: PharmDr. Filip Max, Mgr. Barbora Sedláková, Ing. Eva Hraňová, Ing. Monika Valková, Mgr. Ilona Elblová, MVDr. Jana Kapsdorferová, PaedDr. Erika Bursová, Mgr. Magda Krchňáková, Mgr. Andrej Kuklovský,

Mgr. Ilona Elblová plánovala rok 2018 s tímom PLUS LEKÁREŇ

■ Mgr. Andrej Kuklovský, riaditeľ projektu PLUS LEKÁREŇ, privítal v spoločnosti UNIPHARMA 11. decembra 2017 Mgr. Ilonu Elbloví, ktorá sa pravidelne aktívne zúčastňuje Regionálnych stretnutí lekárníkov, kde máva zaujímavé prednášky, v ktorých radí lekárníkom, ako upraviť svoju lekárne tak, aby vyhovovala požiadavkám dnešnej doby. Stretnutie sa nieslo v priateľskom duchu. Mgr. Elblová spolu so zamestnancami UNIPHARMY vyhodnotili dosiahnuté ciele, ktoré mali stanované na rok 2017. Zároveň prebrali hlavnú výzvu na rok 2018, ktorou je ešte intenzívnejšia a užšia spolupráca s klientmi, členmi zoskupenia PLUS LEKÁREŇ. Cieľom je zviditeľnenie lekární, renovácia lekární, či odborné školenia.

Mgr. Ing. Denisa Ižová ■



Zľava: Jozef Karbula a Mgr. Martina Pišová

NUTRICIA informovala o zmenách v portfóliu

■ Dlhodobý obchodný partner, dodávateľ Nutricia, s.r.o. – divízia dojčenská výživa, navštívil UNIPHARMU – 1. slovenskú lekárnícku akciovú spoločnosť 8. decembra 2017. Jozef Karbula, Pharma key account manager, prišiel poďakovať za spoluprácu v roku 2017, ktorá bola veľmi úspešná. Mgr. Martinu Pišovú, referentku nákupu spoločnosti UNIPHARMA informoval tiež o marketingových aktivitách, ktoré plánujú na rok 2018 a tiež o zmenách v portfóliu – inováciách balenia. Nutricia, s.r.o. plánuje v roku 2018 spoluprácu ešte viac rozšíriť o rôzne školenia.

Mgr. Martina Pišová ■



↑ Deti zaujala fotokniha z letného výletu v Prahe, ktorý sponzorovala UNIPHARMA



↑ Pod stromčekom čakala nádielka darčiekov

Krajšie Vianoce od UNIPHARMY pre deti z Detského domova

■ Aké by to boli Vianoce bez vianočného prekvapenia, úsmevov a spokojných pohľadov obdarovaných detí? O tento predvianočný trojlístok sa postarali 22. decembra 2017 zástupcovia lekárskej distribúcie UNIPHARMA v spolupráci s občianskym združením Horizont hornej Nitry, ktorí pravidelne už niekoľko rokov navštevujú deti z Detského domova Prievidza, s pracoviskom v Handlovej. Okrem predvianočnej tradície – návštevy detí má UNIPHARMA aj príjemnú letnú tradíciu, ktorou je v úzkej spolupráci s CK PHARMAEDUCA aj zabezpečenie a podpora letných rekreácií a aktivít pre tieto deti. V minulých rokoch to boli rekreačné pobyty v prímorských letoviskách v Taliansku, Chorvátsku a Bulharsku, či športové aktivity v Tesároch alebo poznávací pobyt v Prahe. Tradične k vianočnému prekvapeniu prispieva vlastnými financiami okrem spoločnosti UNIPHARMA aj Mgr. Zlatka Čepeláková, majiteľka lekárskej Farmácia, Michalovce. Touto cestou jej spolu s deťmi z DoD Handlová ďakujeme. Tento rok bol na jej náklady zakúpený fotoaparát, aby si deti mohli svoje zážitky z výletov sponzorovaných spoločnosťou UNIPHARMA zaznamenať a mať tak vždy pri listovaní v albume spomienok viac dôvodov na úsmev.

Mgr. Alexandra Pechová ■



↑ Vianočný darček – fotoaparát od Mgr. Zlatky Čepelákovskej potešil všetky deti

Posledné rokovanie Veľkej redakčnej rady v roku 2017

■ Poslednýkrát v roku 2017 sa v Bratislave uskutočnilo odborné zasadnutie Veľkej redakčnej rady. Členovia Veľkej redakčnej rady odbornovo-informačného časopisu Lekárnik zhodnotili 12 čísel publikovaných v roku 2017 a dohodli sa na koncepcii čísel na rok 2018. Jedným z bodov zasadnutia bolo ukončenie odbornej činnosti RNDr. Štefana Kišoňa vo Veľkej redakčnej rade. Pôsobenie doktora Kišoňa si pripomíname na stranách 18 – 19.

Mgr. Alexandra Pechová ■



Zľava: PharmDr. Štefan Krchňák, prof. PharmDr. Ján Kyselovič, CSc., RNDr. Tomislav Jurik CSc., RNDr. Mária Mušková, PhD., RNDr. Jozef Slaný, CSc., PharmDr. Vlasta Kákošová, PharmDr. Katarína Kišoňová, doc. PharmDr. Juraj Sýkora, CSc., Mgr. Alexandra Pechová, prof. MUDr. Peter Šimko, CSc.

SPRACOVALI:

Mgr. Alexandra Pechová, Mgr. Ing. Denisa Ižová

Prešlo 10 rokov od zavedenia degresívnej marže

Nemala by byť spravodlivo upravená?

Ako ovplyvňuje ekonomiku lekární v súčasnosti?

►► Prvý legislatívny návrh zavedenia degresívnej marže predložilo MZ SR v novembri 2007 s účinnosťou od januára 2008. Dôvodom jej zavedenia bola snaha zabrániť neodôvodnenej preskripcii a následnému výdaju drahších liekov na úkor dostupných lacnejších liekov v snahe dosiahnuť vyšší zisk.

►► Podľa slov štátneho tajomníka MZ SR MUDr. Daniela Klačka zo 7. lekárnického kongresu 2006, mala byť degresívna marža „účinným ekonomickým nástrojom na tlmenie ekonomického správania sa, ktoré je protirečivé s verejnými záujmami zdravotníctva, ktorého cieľom je poskytovať kvalitné, účinné a bezpečné lieky v objektívne potrebnom množstve a za primeranú cenu.“

►► Napriek obavám účastníkov liekového reťazca, že zavedenie degresívnej marže využije štát na zníženie celkovej obchodnej prírážky, ktorá sa delí medzi lekárne a distribútorov, Daniel Klačko prisľúbil spravodlivú maržu. V praxi to podľa jeho slov malo znamenať, že „verejnej lekární so základným sortimentom liekov plne alebo čiastočne uhrádzaných na základe verejného zdravotného poistenia sa nezníži zisk z lekárenskej marže.“

►► Napriek tomu, že bola degresívna marža zo strany MZ SR pôvodne prisľúbená ako spravodlivá (zachovanie celkového objemu marží pri jej znížení pri drahých liekoch a navýšení pri lacných liekoch), spôsobila existenčné problémy zvlášť nezávislým lekárniam a zároveň aj veľkodistribútorom liekov. Podľa prieskumu HPI uvedeného v publikácii Analýza lekárenskeho trhu na Slovensku a v Českej republike. Vývoj za posledných 10 rokov: „V čase svojho zavádzania bola degresívna prírážka stanovená voči lekárniam ako neutrálna, t.j. aby pri rovnakom objeme spotrieb liekov ako bol v čase zavádzania získali lekárne rovnaký objem celkových zdrojov. V skutočnosti však došlo jej zavedením k poklesu priemerného percenta obchodnej prírážky lekární za receptové lieky z 21 % na 16,1 % v roku 2008 a toto percento kleslo v roku 2013 až na 15,4 %.“

►► Na 18. lekárnickom kongrese, ktorý sa konal v Žiline 25. novembra 2017 minister zdravotníctva povedal: „Potrebujeme, aby sme viac riešili otázku ekonomickej udržateľnosti lekární.“ V januárovej polemike nás preto zaujímalo, aké kroky podniklo MZ SR a k akým záverom dospelo analýzou problematiky degresívnej marže. Opýtali sme sa aj vás lekárnikov na váš názor.

Zdroje:

- Szalayová A., Skybová K., Kandilaki D., Szalay T.: Analýza lekárenskeho trhu na Slovensku a v Českej republike. Vývoj za posledných 10 rokov, HPI, Bratislava, 2014
- Lekárnik, ročník XI., číslo 12, december 2006. Projekt lekárnických kongresov pokračuje kontinuálne od roku 2 000, str. 16

Otázky na Ministerstvo zdravotníctva SR



Mgr. Zuzana Eliášová
hovorkyňa MZ SR

F Minister zdravotníctva poveril riaditeľa Inštitútu zdravotnej politiky, aby sa venoval analýze a výsledkom štúdie o vývoji slovenského farmaceutického trhu z pohľadu distribútorov a lekární od roku 2007, ktorú spracovala

spoločnosť QuintilesIMS. K akým výsledkom a záverom dospelo MZ SR analýzou problematiky degresívnej marže?

Inštitút zdravotnej politiky MZ SR sa touto problematikou zaoberá a pracuje na analýzach, pričom na tejto rozsiahlej a zložitej problematike spolupracuje s Inštitútom finančnej politiky a s Útvorom hodnoty za peniaze MF SR. Závery analýzy sa predpokladajú na jeseň 2018.

F Na rokovaní Komisie MZ SR a MF SR pre Revíziu výdavkov na zdravotníctvo, komisia odsúhlasila zaradiť do Revízie II problematiku marží distribútorov a lekární. Aké sú ďalšie kroky, ktoré v tomto smere MZ SR podnikne?

Detailizácia jednotlivých krokov sa odvíja od presného definovania obsahu Revízie výdavkov II. V súčasnosti sa čaká na potvrdenie jej presného obsahu.

F Liek nie je tovar ako každý iný a lekárnik nie je predavač, ale zdravotnícky pracovník. Pri výdaji liekov poskytujete pacientom odborné poradenstvo, ktorého súčasťou je aj kontrola kontraindikácie predpísaných liekov a ich kombinácia s voľnopredajnými liekmi.

Zaoberalo sa MZ SR problematikou ohodnotenia odbornej činnosti lekárnik? Plánuje MZ SR v blízkej budúcnosti zavedenie fixného poplatku, ktorý je v iných vyspelých krajinách EÚ súčasťou základnej zložky marže lekárnik?

Fixný poplatok bude ako jedna z možností posudzovaná v rámci spomínaných analýz, ktoré sa týkajú marže a profitability v rámci celej siete výroby až dodávky liekov. Otázka ohodnotenia je otvorenou témou, ktorá si vyžaduje širokú odbornú diskusiu.

Otázky pre zástupcov ADL, AVEL

1 Myslíte si, že nastavenie degresívnej marže v roku 2008 bolo a je spravodlivé, t. j., že celkový objem zdrojov zostal zachovaný a nedošlo k zníženiu prirážky v absolútnom objeme? Aký malo zavedenie degresívnej marže dopad na ekonomiku lekárnik?

2 Liek nie je tovar ako každý iný a lekárnik nie je predavač, ale zdravotnícky pracovník. Pri výdaji liekov poskytujete pacientom odborné poradenstvo, ktorého súčasťou je aj kontrola kontraindikácie predpísaných liekov a ich kombinácia s voľno predajnými liekmi. Myslíte si, že by bolo správne, aby základnou zložkou marže lekárnik bol fixný poplatok, ktorý bude ohodnotením odbornej činnosti lekárnik?



RNDr. Jozef Pospíšil

Výkonný riaditeľ
AVEL, z.z.p.o.

1 Určite si viacerí kolegovia spomenú, že keď sa pripravovalo zavedenie degresívnej marže, očakávali sme spravodlivú zmenu. Hoci bol sľubovaný tzv. „nulový variant“, ktorý mal zachovať obchod-

nú prirážku v absolútnom objeme, očakávali sme zlepšenie predovšetkým pre lekárne na vidieku a pre lekárne, ktoré nie sú prevádzkované v blízkosti polikliník a nemocníc. Teda pre lekárne, ktoré vydávajú prevažne lacnejšie lieky, u ktorých sa marža zvýšila. To bola teória. Prax ale ukázala, že sa tak nestalo. Odpoveď na otázku prečo nenastalo zlepšenie, by možno mohli poskytnúť autori návrhu degresívnej marže (napríklad vtedajší minister zdravotníctva MUDr. Zajac za MZ SR a PharmDr. Tammer za SLeK). Podľa môjho názoru neboli v roku 2007 k dispozícii správne štatistické údaje o štruktúre spotreby liekov a výška marže pre jednotlivé cenové pásma bola stanovená nesprávne. Desiat rokov, ktoré od zavedenia degresívnej marže uplynuli, boli charakteristické na jednej strane rastom spotreby liekov

a na strane druhej enormným nárastom počtu lekárnik. Zaznamenaný bol tiež významný trend v znižovaní spotreby lacnejších liekov a vo zvyšovaní spotreby drahých liekov. V konečnom súčte všetkých faktorov sa ukázalo, že štruktúra 11 cenových pásiem nezodpovedá dnešnej realite a výška degresívnej marže má negatívny dopad na ekonomiku veľkého počtu lekárnik na Slovensku. Samozrejme aj na ekonomiku veľkodistribučných spoločností. A to nehovorím napr. o inflácii a tiež o náraste ceny práce za uplynulé roky, ktorá navyšuje náklady v obidvoch sektoroch. Preto Asociácia veľkodistribútorov liekov AVEL bola iniciátorom spracovania nezávislej analýzy vývoja slovenského farmaceutického trhu za rok 2007 – 2017. Spracovanie analýzy renomovanou spoločnosťou QuintilesIMS podporilo aj Prezídium SLeK. Analýza potvrdila negatívny dopad degresívnej marže a jednoznačne potvrdila požiadavku na zmenu. Optimisticky veríme, že naše návrhy na úpravu degresívnej marže pre lekárne a distribútorov budú MZ SR akceptované a dôjde k zlepšeniu ekonomických podmienok pre celý liekový reťazec. Prísľub ministra zdravotníctva máme!

2 Nie je v kompetencii Asociácie veľkodistribútorov liekov AVEL rozhodovať o prípadných zmenách zložiek marže lekárnik. Osobne si ale myslím, že odborná činnosť lekárnik by mala byť osobitne ohodnotená a nemala by sa odvíjať od ceny vydávaného lieku. V niektorých krajinách Európskej únie pevne stanovené platby za výdaj lieku „dispense fee“ existujú a tvoria významný podiel príjmu lekárnik a sú doplnkovým zdrojom k marži. Za Asociáciu veľkodistribútorov liekov AVEL môžem vyhlásiť, že návrhy na zavedenie dispenzačného poplatku podporíme. Je v záujme našich členov, aby všetky lekárne na Slovensku boli ekonomicky stabilné.

PharmDr. Koloman Gachall

Prezident
Asociácia dodávateľov liekov



1 Zavedenie degresívnej marže malo nepochybne negatívny dopad ako pre distribútorov, tak aj pre väčšinu lekárnik. Bol zaznamenaný priamy vplyv na zníženie celkového objemu zdrojov, t. j. došlo k zníženiu prirážky v absolútnom objeme.

2 Považujeme nielen za spravodlivé, ale aj efektívne, ak by podobne, ako v iných krajinách v rámci EÚ, existoval poplatok, ktorý v podstate umožní odmeňovať lekárnikov na základe poskytovaných výkonov v rámci ich lekárenskej starostlivosti a bude ohodnotením ich odbornej činnosti. Máme za to, že takýto poplatok mal plynule nadväzovať na zavedenie degresívnej marže, k čomu však do dnešného dňa nedošlo. Je však na širšej odbornej diskusii, či by malo ísť o základnú zložku marže lekárnik alebo vyváženú kombináciu fixného poplatku a stanoveného percenta.

Názory poslancov NR SR:

S rovnakými otázkami redakcia časopisu Lekárnik oslovila do januárovej polemiky aj Výbor NR SR pre zdravotníctvo. Vyjadril sa nám len jeden člen.



MUDr. Marek Krajčí

Poslanec NR SR (Olano-Nova)
Člen Výboru NR SR pre zdravotníctvo
Detský kardiológ



Degresívne marže boli nástrojom na reguláciu zisku lekárni. Ak by sa mal systém otvárať, treba sa v kontexte zmien zamerať na komplexnú reguláciu, aby bola spravodlivá

k lekárnikom a pacientom. Konkrétne generická substitúcia by nemala byť ďalším zdrojom financií pre lekára a lekárov.



Áno. Odmena farmaceuta by mala byť zohľadnená pri dispenciacii, nemala by byť neúmerne závislá od hodnoty liekov. Mystery shopping, ktorý sa podľa mňa zneužíva okrem iného práve pri generickej substitúcii, by mal byť nástrojom kontroly kvality dispencie liekov pacientovi.

Otázky pre lekárnikov

1. Myslíte si, že nastavenie degresívnej marže v roku 2008 bolo a je spravodlivé, t. j., že celkový objem zdrojov zostal zachovaný a nedošlo k zníženiu prírážky v absolútnom objeme? Aký malo zavedenie degresívnej marže dopad na ekonomiku lekární?

2. Myslíte si, že by bolo správne, aby základnou zložkou marže lekárnika bol fixný poplatok, ktorý bude ohodnotením odbornej činnosti lekárnika?



PharmDr. Emil Polin

Lekárňen Junior, Topoľčany



Zavedenie degresívnej marže malo v prvom rade znížiť náklady na lieky pre zdravotné poisťovne. Negatívny dopad to malo hlavne na lekárne, v ktorých sa vydávali vo väčšej miere „drahé“ lieky. Oplyvnenie ekonomiky tej-ktorej lekárne záležalo od množstva receptových liekov

oproti voľnému predaju a od toho, v ktorom cenovom pásme sa nachádzala väčšina vydaných liekov. Pre exaktné porovnanie by sme museli porovnať obdobie pár mesiacov pred a po zavedení degresívnej marže. Tak isto ekonomiku lekárne negatívne ovplyvňuje neustále znižovanie maximálnych cien liekov. Všetky tieto opatrenia spolu s odmietaním regulácie počtu lekární ovplyvňujú ekonomiku lekárne negatívne.



Odborná činnosť lekárnika je nemerateľná veličina. Jeden pacient nemá záujem o žiadne informácie, rady či konzultácie, druhý je ochotný „debatovať“ aj hodinu. Ekonomika lekárne hovorí jasne, že viac zarobíme predajom či výdajom, ako „debatovaním“. Za čas venovaný pacientovi nám zostane len dobrý pocit a nižší zisk. Na druhej strane sú samozrejme pacienti, ktorí sa do lekárne vrátia práve preto, že im lekárník venuje svoj čas a že im svojimi radami pomohol. Odborné poradenstvo, kontrola dávkovania, interakcií, kontraindikácií, konzultácie s lekármi a pod. by mali byť súčasťou práce lekárnika a podľa daného prípadu si vyžadujú určitý čas aj rozsah. Iniciatívy, ktoré boli doteraz vykonané za účelom finančného ohodnotenia odbornej činnosti lekárnika boli zmietnuté zo stola. Nedá sa teda predpokladať, že by zdravotné poisťovne boli ochotné platiť niečo navyše a platba od pacienta by bola zrejme politicky neprierodná. Zvýšenie ceny liekov o nejaký „fix“ je tiež nereálne. Skôr zastávam názor, že práca lekárnika by mala byť tak finančne ohodnotená, že uvedené odborné činnosti by sa mali považovať za samozrejmu súčasť jeho práce. Podľa mňa by tomu zodpovedal garantovaný minimálny základný hrubý príjem atestovaného farmaceuta bez príplatkov okolo 2.300 €. Na to by sme však potrebovali mať adekvátne marže a regulovaný počet lekární.

RNDr. Mária Mušková, PhD.

Lekárňen Sv. Kríža, Stupava



Súčasná marža nestačí kryť náklady na prevádzku lekárne ani pri dobrej organizácii. Štátom regulované ceny liekov stále klesajú, počet lekární prevyšuje potrebu a hlavne – rozpútal boj o prežitie.



Liek je tovar zvláštneho charakteru – ako ho definuje náš hlavný zákon – Liekopis. Farmaceut je zdravotníckym pracovníkom a za prácu s pacientom je hodnotený paušálnym poplatkom napr. v Rakúsku, vo Veľkej Británii, tak je to správne.

RNDr. JUDr. Hana Vrabcová

Lekárňen Hygeia, Bratislava



Zavedenie degresívnej marže v roku 2008 bolo určite spravodlivé vzhľadom na ceny liekov v tomto roku. Postupne ale dochádzalo k znižovaniu cien originálnych a generických liekov, v niektorých prípadoch až o 50 % z pôvodnej ceny lieku. Je samozrejme, že toto znižovanie cien liekov a degresívna marža malo a má negatívny vplyv na ekonomiku verejných lekární, ktoré v snahe zachrániť svoju existenciu postupne vstupovali do virtuálnych sietí alebo sa predávajú. Okrem degresívnej marže významne ovplyvňujú ekonomiku lekární aj daňové zákony, prijímané v poslednom období. Mne osobne veľmi chýbajú štúdie ekonomiky verejných lekární pri rôznych obratoch, na základe ktorých by sme vedeli

exaktne dokladovať stúpajúce náklady lekárni a príjmy a to, že degresívna marža a predaj volnopredajných liekov nepokrývajú náklady lekárni. Ďalšou ranou pod pás sú náklady na HW a SW v súvislosti so zavedením eReceptu, navýšenie paušálu pre SW a zrušenie poplatku za recept.

21 Fixný poplatok za výdaj receptu ako ohodnotenie práce lekárni nemôže byť základnou zložkou marže. Lekárne majú rôzne počty vydaných receptov vzhľadom na ich obrat a predaj volnopredajných liekov a doplnkového sortimentu. Na takú zásadnú zmenu treba urobiť seriózne ekonomické štúdie lekárni, ich príjmov a výdavkov, aby nedošlo k zániku ich lekárni. Otázkou však je, kto bude fixný poplatok platiť? Pacient alebo poisťovňa?

PharmDr. Peter Žák

Vedúci lekárne Nemocničná, Malacky



1F Spravodlivosť v dnešnom divnom svete hľadáme často márne, aj v zdravotníctve je iba ťažko uchopiteľná. Často má podobu bielych anjelských krídel popretkávaných čiernymi havraniami pierkami nespravodlivosti. Zvykli sme si, že čo býva spravodlivé pre štát a zdravotné poisťovne, je už akosi menej spravodlivé pre poskytovateľov ZS – lekárov, lekárni, alebo distribútorov. Dekáda existencie degresívnej marže v SR priniesla blaho iba štátnej zdravotnej politike a samozrejme zdravotným poisťovniam v podobe stoviek miliónov eur vyťahnutých z vreciek majiteľov lekárni a veľkodistribučných spoločností. Pacienti pritom za lieky a ZP doplácajú čoraz viac. Malým a nezávislým lekárňam priniesla devastačnú stratu vyše 4 percentuálnych bodov na obchodnej prírážke!! Spôsobilá im a rovnako distribútorom existenčné, až likvidačné problémy. Fajn je, že lekárne tak pre mnohých podnikateľov – laikov už prestávajú byť vysnívanými zlatými baňami. Na druhej strane, takáto megastrata na marži, podporená mesačnými kategorizačnými eróziami cien liekov, z nás lekárni vytvorila baníkov v pote tváre dolujúcich vyšší a vyšší obrat. Za túto kvantitu práce žiaľ platíme často únavou i kvalitou a naše lekárne zarábajú napodiv každým rokom menej a menej. Liekom, MZ SR upravuje (znižuje) ceny každý mesiac, nie je už konečne čas po desaťročí prehodnotiť a zvýšiť aj percentá všetkým 11-tim pásmam degresívnej marže?

21 Rozhodne áno, dnešné odmeňovanie lekárni je čisto biznisové. Nijako nezohľadňuje pridanú hodnotu lieku, ktorú dobrý lekárnik automaticky poskytuje svojou prácou – odborným zdravotným výkonom pacientom. Zisk lekárne by mal byť vytváraný nielen percentami obchodnej prírážky. Fixný poplatok, či už za každú dispenzovanú položku na recepte, alebo vo forme paušálu za vydaný recept, by do systému vniesol moment zásluhovosti, motivácie a pravdepodobne aj prvok spomínanej spravodlivosti. A čo viac, skončili by sa konečne naháňачky za tými „osvietenými“ lekármi, ktorých pečiatka im dáva prevelkú moc – každodenne predpisovať „drahé“ recepty.

PharmDr. Ľubica Zavacká

Lekárka Montana
Banská Bystrica

1F Degresívnu maržou nám sľubovali, že prežijú malé lekárne tým, že budú mať vyšší alebo zachovaný zisk. Degresívna marža však nebola jediným opatrením použitým na reguláciu cien liekov. Nasledovné referencovanie cien spôsobilo, že naše zisky opäť klesali. Deje sa to dodnes. A už nie raz štvrťročne, ale každý mesiac. Ceny liekov na Slovensku sú druhé najnižšie v EÚ, takže už nemajú kam klesnúť, čo si uvedomujú aj výrobcovia liekov. Mnohí výrobcovia liekov z nášho malého trhu kvôli nevýhodnosti odchádzajú. Slovenský trh je zaplavený lacnými generikami, ktorých ceny sa ďalej referencujú a zisky malých lekárni stále klesajú.

21 Samozrejme. Za ohodnotenie lekárni bojuje SLeK už 10 rokov, zatiaľ však neúspešne. Aký je rozdiel medzi slovenským a nemeckým lekárnikom, ktorý má za výdaj 1 lieku 8,50 eur? Je samozrejme, že služby pacientom poskytujeme každodenne, bohužiaľ nás stále môžu vnímať ako obchodníkov ohodnotených len maržou z predaja. Kompetentným to však jednoznačne vyhovuje, pretože štát na úkor lekárni šetrí náklady na zdravotnú starostlivosť. Lekárnikom neplatí za konzultácie liekových interakcií, hodnotenie kontraindikácií liekov, kontrolu dávkovania, prepisovanie „hlavičiek receptov“ do elektronickej formy, za nočné služby, ani za hardware a software potrebný pre zavedenie ezdravia do praxe, nehovoriac o zvýšených mesačných platbách za servis software-u. S lekármi ale aj v súčasnosti pri zavádzaní eReceptu ministerstvo jedná inak.

Záver redakcie:

- **Degresívna marža:** pôvodne zavedená s úmyslom, aby bola spravodlivá t.j. aby nedošlo k zníženiu obchodnej prírážky v absolútnom objeme, v súčasnosti nespravodlivá a s negatívnymi následkami pre lekárne a distribútorov.
- Od zavedenia degresívnej marže uplynulo 10 rokov a lekárni, ale aj inštitúcie mohli v našej polemike s odstupom času zhodnotiť, aký majú na ňu názor a čo priniesla. AVEL aj ADL sa zhodujú, že degresívna marža priniesla negatívne dopady na lekárne, ale aj veľkodistribútorov. Lekárni majú rovnaký názor, aj keď možno na

začiatku ju vnímali ako pozitívny krok, nakoniec priniesla lekárňam množstvo, najmä ekonomických problémov. Takisto sa opäť vraciame k téme neregulovaného počtu lekárni a znižovania cien liekov, ktoré lekárňam komplikujú ich činnosť a ich zisky z roka na rok klesajú pri zvýšení počtu výkonov.

- Ďalšou problematikou, ktorou sme sa zaoberali bol fixný poplatok ako zložka marže lekárni. Väčšina opýtaných sa zhoduje, že lekárnik by mal byť za svoju odbornú činnosť a poradenstvo pre pacienta ohodnotený správne a spravodlivo nastaveným poplatkom. Ak degresívna marža ostane rovnaká ako je tomu už 10 rokov,

nepristúpi sa k regulácii počtu lekárni, hrozí, že lekárnik namiesto poskytovania poradenstva radšej venuje čas na predaj liekov, z ktorých bude mať zisk. Práca lekárni ako zdravotného pracovníka by mala byť tak finančne ohodnotená, aby poskytnutie poradenstva a odborných informácií pri výdaji lieku považoval za samozrejmu súčasť svojej práce.

- Na to by však bola potrebná diskusia a rozsiahly prieskum, aby sa našiel spravodlivý systém odmeňovania lekárni za jeho odbornú a nevyhnutnú činnosť pri výkone jeho povolania/poslania. Preto prosíme aj za vás lekárni kompetentných – už je čas!

SPRACOVALA: Mgr. Alexandra Pechová

RNDr. Mária Mušková, PhD.

„Pomohli by nám zásadné legislatívne zmeny – najmä vyššia marža“

– odpovedala nám RNDr. Mária Mušková, PhD. na otázku, čo by podľa nej pomohlo lekárnikom pri ich práci v lekárni, čo sa týka legislatívy.

■ Vyrastala s tromi mladšími bratmi v láskavej starostlivosti rodičov, od ôsmich rokov ako polosirota pre náhle úmrtie otca. Matka učiteľka, napriek ťažkému osudu, urobila všetko pre to, aby spolu so súrodencami mohla vyštudovať a žiť v rovnováhe osobných a pracovných úspechov. Stala sa z nej lekárnička srdcom aj dušou. Viac o svojom živote, súkromnom i pracovnom nám prezradila v rozhovore.

■ „Ja som bola zaujatá a očarená prostredím lekárne, kde pracovala moja sesternica a váženie na váhach zavesených na „prostredníčku“, príprava individuálneho lieku, balenie do fialovej krabičky, dialóg s pacientom – rozhodli o mojej profesii.“ – spomína na motiváciu stať sa lekárničkou.

■ „Stredná zdravotná škola v Bratislave ma uviedla do sveta chémie, biológie

a vyšetrovacích metód telesných tekutín a tkanív a umožnila nahliadnuť do strastí chorých. Zmaturovala som ako zdravotná laborantka a urobila prijímacie skúšky na FaF UK v Bratislave, ktorá bola jediná v ČSR. Štúdium bolo náročné, pritom zaujímavé a viedlo nás nielen k širokým poznatkom z mnohých vedných disciplín, ale aj k uvedomeniu si seba v spoločnosti a hlavne získaniu „spriaznených duší“ netušiac, že je to dar na celý život.“



Otvorenie lekárne Sv. kríža v Stupave za prítomnosti primátora Stupavy Ing. Jána Beleša (v strede) a asistencie RNDr. Petra Mušku, CSc.



Nádejný farmaceut – vnuk Dr. Muškovej Alexander Ján



S manželom RNDr. Petrom Muškom, CSc. počas slávnostného večera pri príležitosti 25. výročia UNIPHARMY



1997 – vyznamenanie bronzovou medailou FaF UK – zľava: Prof. RNDr. Vladimír Špringer, CSc., RNDr. Mária Mušková, PhD., RNDr. Štefan Kišoň



V lekárni v Londýne pri katedrále Sv. Pavla je od r. 2006 slovenský magister Mgr. Peter Muška



Promócia na FaF UK Bratislava po 40 rokoch

🔍 Aké je podľa vás postavenie farmaceuta v súčasnosti?

■ Postavenie farmaceuta v lekárni je plytvaním jeho odborného potenciálu. Vytláča ho z pozície zdravotníckeho pracovníka do komerčnej úlohy v boji o prežitie, pričom ho zatažuje obrovskou administratívou od spracovania receptov cez štatistické hlásenia po množstvo kontrol.

🔍 Čo máte na svojej práci najradšej a čo by ste naopak zmenili?

Najradšej mám prácu s pacientom – riešenie zdravotného problému a vďačný úsmev, keď odchádza. Zmenila by som hodnotenie farmaceuta predovšetkým za jeho liečebnú a preventívnu zdravotnú starostlivosť o pacienta, ktorej rozširovanie by umožnil presun administratívy, tam kde patrí napr. spracovanie receptov do zdravotných poisťovní.

🔍 Magistraliter prípravky – vytrácajú sa podľa vás z náplne práce lekárničky?

Individuálna príprava liekov je stále aktuálna, podľa mojich poznatkov viac mimo veľkých miest.

🔍 Čo čakáte od zavedenia ezdravia? Myslíte si, že je to pozitívum pre slovenské lekárstvo alebo sa obávate nejakých problémov, ak áno, akých?

Elektronické zdravotníctvo má veľmi praktické dlho očakávané ciele, ktoré prinesú svoj efekt aj pre lekárstvo.

Bez problémov to zatiaľ nejde, sú však na to, aby sa riešili.

🔍 Ako podľa vás v súčasnosti funguje spolupráca lekár – lekárnik?

Spolupráca medzi týmito dvomi špičkovými zdravotníckymi odborníkmi je vždy otázka individuálnych schopností komunikácie.

🔍 V čom je rozdiel medzi lekárňou, ktorú vlastní lekárnik a nelekárnik – pre pacienta?

V ideálnom prípade by nemal byť rozdiel, realita však môže byť prekvapujúca.

🔍 Myslíte si, že je odborný zástupca v lekárni nelekárnik nezávislý?

Nie.

🔍 Lekárnická distribúcia UNIPHARMA pôsobí na trhu už 25 rokov. Od kedy ju registrujete a spolupracujete s ňou vy?

Pôsobím v lekárstve 23 rokov a rovnako dlho spolupracujem s UNIPHARMOU, pričom je pre mňa ako lekárnik aj ekonomicky a odborne spoľahlivým distribučným partnerom, pre mňa ako nezávislého lekárnik aj garantom ochrany a ekonomickej podpory v rámci projektu PLUS LEKÁREŇ. Pre mňa ako odborného zástupcu lekárne je nielen organizátorom odborných podujatí aj s medzinárodnou účasťou, ale aj charitatívnou spoločnosťou, ktorá vie pomáhať.



Leto štyroch generácií na Kitzsteinhornfe

🔍 Ako vidíte perspektívu a vývoj slovenského lekárstva vzhľadom na maržu lekárničky?

Súčasná marža nestačí kryť náklady na prevádzku lekárne ani pri dobrej organizácii. Štátom regulované ceny liekov stále klesajú, počet lekární zvyšuje potrebu a hlavne rozpútať boj o prežitie. Pomohli by zásadné legislatívne zmeny: objektivizovať počet lekární podľa demografických a geografických kritérií a vyššia marža alebo paušálny poplatok za zdravotnú starostlivosť o pacienta.

🔍 Ste členkou Veľkej redakčnej rady časopisu Lekárnik, ako si spomínate na ostatných členov VRR či na jednotlivé zasadnutia?

Som v redakčnej rade „Lekárnik“ od jeho vzniku a spolupráca s jej členmi – špičkovými odborníkmi z jednotlivých oblastí farmácie, pri formovaní pohľadu farmaceuta na vývoj našej profesie v spoločnosti, na vývoj v oblasti farmaceutických vied, ale hlavne prezentácia farmaceuta navonok ako jedinečného odborníka vo svete lieku je pre mňa drom a všestranným obohatením.



Všetko nejlepší jubilantka RNDr. Mária Mušková, PhD.

AUTOR:

PharmDr. Vlasta Kákošová

členka redakčnej rady časopisu Lekárník
členka výboru Slovenskej
farmaceutickej spoločnosti, o.z.
Slovenskej lekárskej spoločnosti

■ Koncom decembra 2017 RNDr. Mária Mušková, PhD. oslávila významné životné jubileum.

■ Prišla na svet ako prvé dieťa a prvé vnúča do láskavej starostlivosti matky učiteľky a otca obchodníka. Po nej sa narodili traja bratia, avšak od jej ôsmych rokov boli polosiroty, pretože náhly infarkt im vzal otca. Matka ich vychovala v skromnosti a istote lásky, urobila všetko pre to, aby mohli vyštudovať a bola im vzorom po celý život.

■ Po maturite, ako zdravotná laborantka študovala na Farmaceutickej fakulte UK v Bratislave, ktorá bola v tom čase jediná v Československu. Po ukončení štúdia v r. 1972 začala pracovať na FaF UK ako asistentka na Katedre organizácie a riadenia farmácie, kde učila hlavne možnosti využívania výpočtovej techniky v lekárenstve. V roku 1976 získala doktorát a kandidátsku dizertáciu obhájila na Katedre galenickej farmácie v roku 1989, pričom spojila poznatky o predchádzaní interakcií v infúzných zmesiach a ich stabilite s vytvorením počítačového informačného systému.

■ V roku 1992 absolvovala študijný pobyt na Katedre klinickej farmakológie Univerzity v Chroningene u prof. Wesselinga a u prof. Haaijer-Ruscamp.

■ V rokoch 1994 – 98 pôsobila ako národný koordinátor a viedla tím SR v projekte PECO piatich krajín (Holandsko, Švédsko, Nórsko, Nemecko a SR): „Overenie metódy výučby lekárov pri liečbe astmy“. Na Slovensku bolo zapojených 80 lekárov

„Ak nemá človek prirodzenú láskavosť, môže sa snažiť ako chce, nikdy si druhých nezíska. Môže mať silné myšlienky, presvedčivosť slova, brilantné argumenty, môže hostiť priateľov, znášať im modré z neba, ľudia k nemu ale nikdy neprilnú.

Naopak človek nevtieravo láskavý nemusí presvedčovať, bojovať o slovo alebo o svoje miesto na slnku, pretože sa s ním každý rád dohovorí, každý ho rád vidí a nikto vedľa neho nemá pocit, že s ním je potrebné bojovať a že by niekoho mal premôcť. Láskavý človek je poklad, ktorý stojí za to ho hľadať a nachádzať“.

Z knihy: Laskavé slovo na každý deň.

Petr Weissman, Portál s.r.o. Praha 2006, 369 s.



Fotografie zo stretnutí a zasadnutí členov veľkej redakčnej rady

↑ Donovaly – rok 2011

← Bojnice – rok 2014

↔ Bratislava – rok 2006

↓ Bojnice – rok 2016



pneumológov a alergoimunológov. Výsledky boli publikované v záverečných správach a časopisoch a priniesli zásadnú zmenu v liečbe astmy.

■ V auguste 1994 po úspešnom konkurze a úplnej rekonštrukcii otvorila v Národnom ústave tuberkulózy a respiračných chorôb Lekáreň Sv. kríža. Vybudovali špičkové pracovisko pre zabezpečovanie liekov všetkým klinickým odborom v ústave, ale aj v poskytovaní komplexných informácií pre lekárov a pacientov z dostupných informačných systémov. Ako Dr. Mušková spomína, 22 rokov v tejto lekárni ju naučilo komunikovať s pacientom, byť motivujúcim šéfom, navonok riadiacim pracovníkom, chápaným kolegom ale predovšetkým stále lepším

odborníkom „v čarovnom a magickom svete lieku“, ako to hovorieval profesor Chalabala.

■ V septembri 2007 otvorila filiálku lekárne v Stupave, kde úspešne pokračovala v rozvíjaní zdravotného povedomia pacientov a prehlbovaní dôvery vo vedomosti farmaceutov.

■ Od roku 1990, ako predsedníčka Spolku farmaceutov v Bratislave a Západoslovenskom kraji, prevzala štafetu známeho „Sympózia o nových liekoch“ od jeho zakladateľa a organizátora sedemdesiatich ročníkov – RNDr. Štefana Kišoňa. Podarilo sa jej s výborným tímom kolegov z fakulty vyrovnáť tento rekord, pripravil tiež 17 ročníkov celoslovenského „Sympózia“ väčšinou s medzinárodnou účasťou prednášateľov.

■ Za organizátorskú, pedagogickú, publikačnú a vedeckovýskumnú prácu aj v medzinárodnom grante bola v roku 1997 vyznamenaná bronzovou medailou Slovenskej lekárskej spoločnosti, bronzovou medailou Farmaceutickej fakulty UK a Weberovou cenou.

■ V rámci Slovenskej lekárskej komory začala uvádzať do života zákon o sústavnom vzdelávaní zdravotníckych pracovníkov – farmaceutov. V rokoch 2006 – 2010 ako viceprezidentka bola garantom hodnotenia odbornosti vzdelávacích podujatí pridelovaním kreditov.

■ Ako členka redakčnej rady časopisu „Lekárnik“, od jeho vzniku v januári 1997, spolupracuje s tímom popredných odborníkov z jednotlivých oblastí farmácie. Ako



Golf – obľúbený šport Dr. Muškovej

ona sama hovorí, práca v redakčnej rade je pre ňu dar a všestranné obohatenie.

■ Od roku 2013 je členkou aj redakčnej rady odborného časopisu „Praktické lekárnictvo“

■ Niekoľko rokov bola aj aktívnou členkou Sekcie klinickej farmácie, Slovenskej farmaceutickej spoločnosti, o.z. Slovenskej lekárskej spoločnosti.

■ So svojím životným partnerom sa zoznámila počas štúdia na VŠ. Vychovali dcéru a syna. Lucia je všestranný talent, od hry na gitaru, zborový spev, po inžiniersky diplom z STU – špecializácia betónové mosty, cez MBA po IT. Je vydatá a má syna.

■ Syn Peter je absolventom FaF UK, jedenásť rokov pracoval bok po boku s matkou v lekárni. Teraz pôsobí ako vedúci lekárnik v Londýne, je pre ňu zdrojom inšpirácií a riadiacich poznatkov.

■ Manžel Peter, geofyzik, ako Kysučan mal k športu vždy blízko a disponoval nevyčerateľnou trpezlivosťou, takže viedol ich deti a neskôr aj ju Bratislavčanku k turistike, lyžovaniu, tenisu a golfu. Aktuálne je hrdá na handicap 25.

■ Na našej oslávenkyni veľmi oceňujem jej vždy milý a láskavý prístup k ľuďom, pacientom, kolegom.

■ Milá jubilanťka, v mene redakcie a členov redakčnej rady časopisu Lekárnik Ti prajeme do ďalších rokov života predovšetkým dobré zdravie, šťastie, spokojnosť a veľa elánu do všetkých Tvojich aktivít. ■



Zimné športové aktivity manželov Muškových

Zo srdca prajeme všetko najlepšie pani doktorka Mušková

■ Pani doktorka Mušková bola moja krúžková vedúca v prvom ročníku na fakulte, ktorú nám závideli všetky ročníky, pretože s ňou sme vyhrali súťaž o najkrajšiu učiteľku na fakulte. Vonkajší obal však skrýval aj človeka, ktorý nám rozumel a pomáhal a tak vzťah žiak - učiteľ po skončení fakulty vystriedalo priateľstvo, ktoré sa rozšírilo až na celé rodiny z oboch strán. Je prototypom lekárnika, u ktorého sa spája úcta k tradíciám farmácie a záujem o nové poznatky v nej, aj keď sa už dlho venuje praktickému lekárstvu vo svojej lekárni. Navyše je povestná svojou eleganciou a ľudským prístupom, takže stretnutie s ňou je vždy príjemným zážitkom. Želám jej preto, aby si svoj optimizmus a životný elán udržala v plnom zdraví ešte veľmi, veľmi dlho a tešila nás svojou prítomnosťou.

PharmDr. Štefan Krchňák

■ Pri príležitosti Tvojho okrúhleho životného jubilea Ti srdečne ďakujem za dlhoročnú odbornú a priateľskú spoluprácu. Želám Ti do ďalších rokov veľa zdravia, pracovných úspechov, šťastia a potešenia v rodinnom kruhu.

RNDr. Števo Kišoň

AUTOR:

**Redakčná rada v spolupráci
s PharmDr. Katarínou Kišoňovou**

FOTO: archív UP

Pri príležitosti ukončenia členstva RNDr. Štefana Kišoňa v našej redakčnej rade pripomíname čitateľom stručný životopis a informáciu o jeho celoživotnej odbornej činnosti vo farmácii.

RNDr. Štefan Kišoň

Lekárnik, ktorého celoživotná práca bola spojená s nemocničným lekárstvom



■ Po ukončení farmaceutického štúdia pracoval na Krajskej správe lekární, na Katedre mikrobiológie a imunológie Lekárskej fakulty UK v Bratislave ako vedecko-výskumný pracovník v odbore imunológie. V septembri 1967 prešiel do Lekárskej služby Ústavu národného zdravia mesta Bratislava a jeho pracoviskom sa stala novozriadená lekáreň v priestoroch NsP akad. L. Déreera na Limbovej ulici. Tu pracoval až do odchodu do dôchodku v roku 1991.

■ Dlhoročné skúsenosti z práce v nemocničnej lekární uplatnil neskôr pri zriadení novej nemocničnej lekárne Ústavu kardiovaskulárnych chorôb v Bratislave, v ktorej pôsobil vo funkcii vedúceho lekárnika od roku 1991 až do roku 1997. V priebehu týchto rokov úspešne zabezpečoval aj výstavbu a zriaďovanie nemocničnej lekárne terajšieho Slovenského ústavu srdcových a cievnych chorôb.

■ Popri svojej praktickej činnosti v lekární sa venoval aj odbornej práci a publikačnej činnosti, stal sa uznávaným odborníkom v radoch slovenských farmaceutov, ale i lekárov. Opierajúc sa o systematické štúdium problematiky klinickej farmácie

vypracoval praktickú koncepciu odbornej spolupráce farmaceuta a lekára, najmä pokiaľ išlo o informačnú a konzultačnú činnosť v oblasti klinickej farmácie. Zaslúžil sa o rozvoj informačného systému v oblasti lieku medzi farmaceutom a lekárom.

■ Čo sa týka publikačnej činnosti je spoluautorom knižných publikácií v edícii *Materia pharmaceutica*, skrípt o nežiaducich účinkoch liečiv a spoluautorom hesiel v príručke *Vademecum SZP 1. a 2. vydanie*. Okrem toho publikoval odborné články vo farmaceutických i lekárskejších odborných časopisoch.

■ Dlhé roky pôsobil ako prednášateľ na školiaciach akciách zameraných na ďalšie vzdelávanie farmaceutov a lekárov na pôde vtedajšieho Inštitútu pre ďalšie vzdelávanie lekárov a farmaceutov, pričom sa zameriaval hlavne na oblasť klinickej farmakológie, farmakoterapie a na potreby rozvíjajúcej sa klinickej farmácie. Ďalej sa podieľal na prednáškovej činnosti na odborných podujatiach Spolku farmaceutov v Bratislave, Slovenskej farmaceutickej spoločnosti, hlavne jej lekárskej sekcie – na Lekárnických dňoch. Odborné vedomosti uplatňoval i ako člen rôznych komisií

a pri vykonávaní funkcií v rámci Slovenskej farmaceutickej spoločnosti.

■ Za prácu v Slovenskej farmaceutickej spoločnosti mu bolo v roku 1980 udelené Čestné uznanie SFS, v roku 1981 bronzová medaila za zásluhy o Slovenskú lekársku spoločnosť. Pri príležitosti X. zjazdu ČSFS mu bolo udelené čestné členstvo v tejto spoločnosti. Dostal tiež Weberovú cenu a pri príležitosti životného jubilea mu Slovenská lekárska spoločnosť udelila v roku 1991 zlatú medailu za zásluhy o Slovenskú lekársku spoločnosť.

■ Za jeho úspešnú celoživotnú odbornú činnosť mu patrí vďaka našich čitateľov a Veľkej redakčnej rady odborného-informačného časopisu *Lekárnik*.

■ Doktor Kišoň má za sebou veľmi úspešnú organizátorskú prácu v rámci Slovenskej farmaceutickej spoločnosti – Spolku farmaceutov Bratislavy a Západoslovenského kraja. V roku 1973 bol jedným zo zakladateľov Sympózia o nových liekoch, ktoré sa konalo počas známej výstavy Incheba. Toto sympóziu zorganizoval 17 ročníkov a tešilo sa mimoriadne



Dr. Kišoň s manželkou PharmDr. Katarínou Kišoňovou (2003)



Práca pri korekciách časopisu Lekárnik so šéfredaktorkou PhDr. Annou Kmeťovou (2007)



S členmi redakčnej rady v roku 2006



Dr. Kišoň s manželkou a doc. Silviou Szűcsovou (vpravo) (2006) →



Členovia redakčnej rady spoločne na Lomnickom štíte v roku 2003



Zasadnutie Veľkej redakčnej rady v Bratislave (2016)

pozornosti farmaceutov a lekárov.

■ Bolo mi ctou byť spolu s ním v redakčnej rade odborného-informačného časopisu Lekárnik.

RNDr. Mária Mušková, PhD.
Lekáreň Sv. križa, Stupava

■ RNDr. Štefanovi Kišoňovi do ďalších rokov prajem veľa zdravia, spokojnosti, radosti a pekných chvíľ v kruhu blízkych. Oceňujem jeho dlhoročnú prácu v prospech klinickej farmácie a nemocničného lekárstva a jeho pedagogickú činnosť na vtedajšom Inštitúte pre ďalšie vzdelávanie lekárov a farmaceutov, v ktorej sa zameriaval hlavne na oblasť klinickej farmácie.

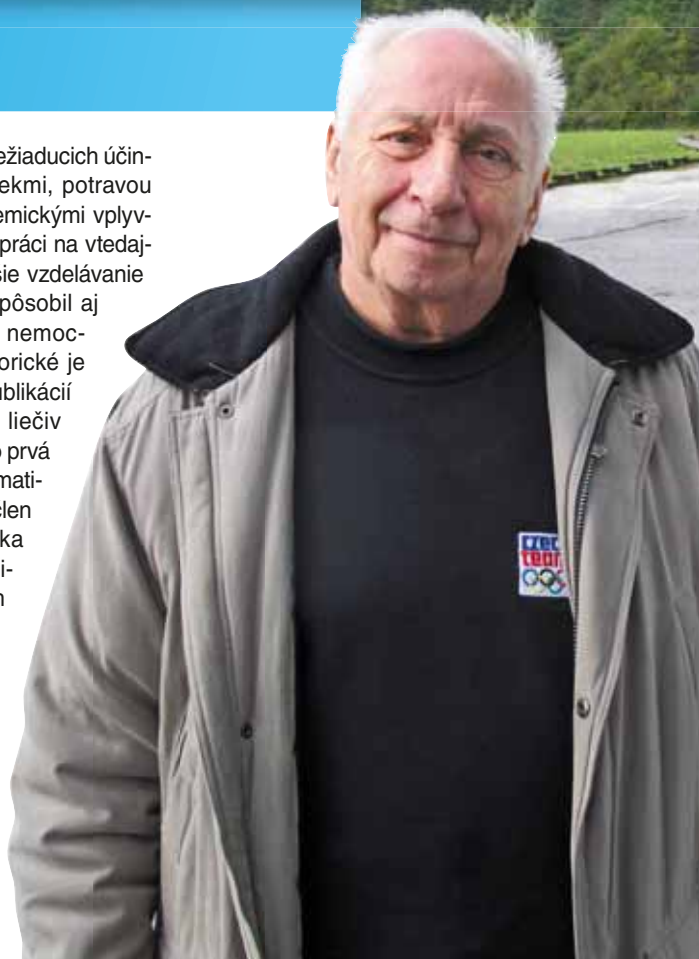
doc. RNDr. Silvia Szűcsová, CSc.
Ústav farmácie, Lekárska fakulta,
Slovenská zdravotnícka univerzita, Bratislava

■ Dr. Kišoň sa v sedemdesiatych rokoch minulého storočia stal jednou z vedúcich osobností moderného obrazu farmaceuta, nie už len podľa klasického scenára Rp. priprav a vydaj, ale aj hlbšieho záujmu

o pôsobenie lieku, jeho nežiaducich účinkov, interakcií s inými liekmi, potravou a inými fyzikálnymi a chemickými vplyvmi na organizmus. Popri práci na vtedajšom ILF (inštitút pre ďalšie vzdelávanie lekárov a farmaceutov) pôsobil aj ako lekárnik v lekárni v nemocnici na Kramároch. Historické je jeho spoluautorstvo v publikáciách o nežiaducich účinkoch liečiv a ich interakciách. Bola to prvá publikácia s touto problematikou na Slovensku. Ako člen redakčnej rady Lekárniku roky prispieval do časopisu rubrikou o nežiaducich účinkoch liekov.

■ Rád mu ako aj svojmu učiteľovi želim predovšetkým zdravie a pokojné užívanie radostí vysokého veku. Už dnes si milý Štefan legenda vo farmaceutickej rodine.

RNDr. Ladislav Šitáni ■



Farmakoeconomika na Slovensku XXXIV.

▣ Slovenská spoločnosť pre farmakoeconomiku, o.z. SLS organizovala v Bratislave 6. decembra 2017 vedeckú konferenciu s medzinárodnou účasťou Farmakoeconomika na Slovensku XXXIV. – „Trendy vo farmakoeconomike a hodnotení zdravotníckych technológií a ich uplatnenie v liekovej a zdravotnej politike“. Hlavným organizátorom bola Slovenská spoločnosť pre farmakoeconomiku, o.z. SLS v spolupráci s Kanceláriou WHO na Slovensku, za účasti ISPOR Chapter Slovakia, Fakulty zdravotníctva Trenčianskej univerzity Alexandra Dubčeka v Trenčíne a Slovenskej spoločnosti klinickej farmakológie. Program konferencie bol členený tradične do troch blokov:

- I. **Lieková politika a lekárenstvo** (Ia. – Lieková politika, Ib. – Lekárenstvo).
- II. **Lieková politika, ekonómia a ekonomika** (IIa. – Lieková politika, IIb. – Ekonómia a ekonomika).
- III. **Súčasný a perspektíva reumatológie v klinickej praxi s presahom do farmakoeconomiky a hodnotenia zdravotníckych technológií**

Z celkového počtu 121 registrovaných záujemcov bolo na konferencii prítomných 102 účastníkov. Účasť na konferencii bola bezplatná.

V nasledujúcej časti budeme stručne charakterizovať obsah niektorých prednášok.



AUTOR:

**doc. MUDr.
Ján Bielik, CSc.**

podpredseda SSFE.

I. Lieková politika a lekárenstvo

■ **Klinické a ekonomické aspekty inovatívnej liečby – model chronickej hepatitídy C**

Jozef Holomáň, Ludmila Slobodová, Ústav farmakológie, klinickej a experimentálnej farmakológie LF SZU, Hepatologická ambulancia PLK SZU

■ Hepatitída C je z epidemiologického hľadiska celosvetový problém, vzhľadom k počtu chronicky infikovaných pacientov, ktorých je viac ako 200 mil. (t.j. tvoria 3 % svetovej populácie). Je dokázané, že včasná liečba prináša dodatočné úspory nákladov v porovnaní s oneskorenou liečbou. Za úskalí liečby HCV na Slovensku možno považovať skutočnosť, že chýba

národný program v SR, čím nediagnostikovaní pacienti predstavujú významný zdroj rizika šírenia infekcie. Správna a včasná liečba znižuje finančné zaťaženie spôsobené aj hepatálnymi aj extrahepatálnymi komplikáciami.

■ **Real world dáta a potenciál ich využitia na Slovensku**
Martina Ondrušová, Mária Bucek Pšenková, Pharm-In, Bratislava

■ Reálne údaje – Real World Data (RWD) sú čoraz významnejším fenoménom v liekovej politike. So zvyšujúcimi sa výdavkami na lieky sa zvyšuje potreba efektívneho vynakladania verejných financií. Cieľom je mať k dispozícii údaje, ktoré najlepšie reflektujú účinnosť a bezpečnosť novozavádzaných intervencií a uskutočňovať tak rozhodnutia o ich financovaní z verejných



prof. MUDr. Jozef Holomáň, CSc.



doc. RNDr.
Martina Ondrušová, PhD., MPH



PharmDr. Peter Stanko



RNDr. JUDr. Hana Vrabcová

zdrojov. Platcovia pri rozhodovaní o úhradách vyžadujú dôkazy o účinnosti a bezpečnosti v reálnej praxi, pričom randomizované klinické štúdie sú stále zlatým štandardom pri získaní registračného rozhodnutia. Pri hodnotení nákladovej efektívnosti a dopadu na rozpočet je potrebné využívať lokálne údaje. Určite v SR je potrebné zlepšiť dostupnosť a kvalitu dát pre FE účely a pri využívaní lokálnych údajov je potrebné využiť vhodné epidemiologické a štatistické metódy a poznať ich limitácie.

Ib. – Lekárstvo

■ Projekt „Od Srdca k srdcu“ – Skrining atriálnej fibrilácie vo verejných lekárňach

Peter Stanko, Farmaceutická fakulta UK, Bratislava

■ Cieľom projektu „Od srdca k srdcu“ je vyhodnotiť zdravotný a ekonomický prínos lekární na Slovensku pri aktívnej prevencii CMP tým, že budú zachytávať pacientov s nediagnostikovanou alebo neliečenou hypertenziou a atriálnou fibriláciou. Meranie tlaku krvi a skrining AF sa v lekárňach začalo od 17. 5. 2017. Pilotná fáza trvala do októbra 2017, pričom ďalšia fáza má trvať do r. 2020, so zapojením až 300 lekární. Zatiaľ bolo realizovaných 1 963 meraní návštevníkov lekární s priemerným

vekom 55 rokov, z toho 577 mužov a 1 391 žien. Nefajčiarov bolo 78,7 %. Neliečených pacientov na arteriálnu hypertenziu bolo 1 084 (55,1 %) a liečených pacientov na AH bolo 884 (44,9 %). Bez antikoagulačnej liečby bolo 1 597 (81,1 %) pacientov a liečených antikoagulačnou liečbou bolo 371 (18,9 %) pacientov. Celkovo bolo detekovaných 481 pacientov (24,4 %) s hodnotami systolického TK nad 140 mm/Hg a 232 (11,8 %) pacientov s diastolickým TK nad 90 mm/Hg. Meraní návštevníci lekární podľa detegovanej atriálnej fibrilácie (AF) mali v 75 prípadoch zistené riziko AF, t.j. 3,8 % z vyšetreného súboru.

■ **Nové trendy v poskytovaní lekárenskej starostlivosti**
Hana Vrabcová, Asociácia dodávateľov liekov a zdravotníckych pomôcok

■ Ekonomiku verejných lekární podmieňujú predovšetkým dva faktory: regresívna marža a prevádzkové náklady. Celkový počet lekární sa neustále zvyšuje, za posledné desaťročie sa reťazce stávajú významnými. Rx trh poklesol v prvej polovici roku 2017 o 9 % zrejme v dôsledku legislatívnych zmien. Poradenstvo lekárnika ako iná odborná činnosť je zaužívaná vo viacerých krajinách. V ČR už majú publikované „Doporučené postupy pre konzultačnú činnosť v lekární“. Svojím spôsobom prichádza aj na Slovensku nová éra starostlivosti o pacientov s využitím vzdelania lekárníkov „face to face“, kde lekárne bude o.i. slúžiť aj ako farmakoterapeutické poradenské centrum, pričom lekárnik bude nielen distribútor informácií o liekoch, ale poradca, znalec a psychológ. Zväz lekárníkov (PGEU) pre Európske vlády v tomto kontexte vyzýva národné vlády, aby: viacej implementovali verejné lekárne do systémov primárnej starostlivosti, uznali verejných lekárníkov ako poskytovateľov

zdravotníckych služieb primárnej starostlivosti, zlepšili prístup pacientov k inovatívnym, alebo špecifickým liekom prostredníctvom verejných lekární, podporili generickú substitúciu na úrovni verejných lekární a začlenili lekárne do národných akčných plánov boja proti ATB rezistencii alebo zlepšili zaočkovanosť vďaka lekárniam.

Lieková politika, ekonómia a ekonomika IIa. – Lieková politika

■ Novela zákona č. 362/2011 Z. z. o liekoch a zdravotníckych pomôckach

Matej Petrovič, Ministerstvo zdravotníctva SR

■ Základné ciele novely zákona č. 362/2011 Z.z. sú nasledovné: implementácia nariadenia o klinickom skúšaní liekov, zmeny v lekárenskej starostlivosti, technické úpravy v súvislosti so ŠÚKL, a iné. V rámci novely zákona č. 576/2004 Z.z. sme dopĺňali k zákonu č. 362/2011 Z. z. tieto zmeny: predpisovanie humánneho lieku veterinárnymi lekármi, predpisovanie zdravotníckych pomôcok sestrami + vyhláška.

■ Dôvody na zmenu boli nasledovné: ustanovenia európskeho nariadenia je potrebné špecifikovať v národnej legislatíve, najmä Nariadenie Európskeho parlamentu a Rady (EÚ) č. 536/2014 zo 16. apríla 2014 o klinickom skúšaní liekov na humánne použitie, ktoré zavádza nový, elektronický, centralizovaný model prijímania a posudzovania žiadosti o klinické skúšanie liekov naprieč celou EÚ. Európska agentúra pre lieky v spolupráci s členskými štátmi a Európskou Komisiou zriadi portál a databázu EÚ, pričom základné aspekty klinického skúšania zostávajú v platnosti. Harmonizácia príslušných právnych predpisov v SR s Nariadením EP spočíva najmä v nasledovnom: ŠÚKL je definovaný ako príslušný orgán, ktorý plní úlohy členského štátu vyplývajúce z Nariadenia, zriadenie a činnosť Etickej komisie pre klinické skúšanie MZ SR, zriadenie národného elektronického portálu, spolupráca ŠÚKL s etickou komisiou pri vedeckom hodnotení žiadosti, dohľad nad priebehom klinického skúšania a uložení nápravných opatrení. V lekárenskej starostlivosti sa definujú nové povinnosti a sankcie pre odborného zástupcu v lekární (napr. riadiť objednávanie, príjem, kontrolu, uchovávanie, prípravu a výdaj, zabezpečiť výdaj odborníkmi), zakáže sa predaj liekov medzi lekárnami. Výraznejšie postavenie v liekovej politike bude mať ŠÚKL. Z ostatných návrhov sa dajú vybrať:



PharmDr. PhDr. Matej Petrovič



MVDr. Mgr. Peter Mrva, MPH.



PharmDr. Dominik Tomek, MPH, PhD., MSr.



MUDr. Terézia Szádocka

Prednášku Dr. Tomeka aj ostatných prednášajúcich si budete môcť prečítať na stránke: <http://unipharma.sk>

z dodacej lehoty emergentného systému sa vynímajú nedele, spresnenie, že veľkodistribútor vykonáva činnosť len v rozsahu povolenia, poisťovňa môže v rámci kontroly lekární žiadať doklady o dodávkach aj veľkodistribútora, doplnenie ATC kódu liečiva pri predpisovaní generickej substitúcie, doplnenie výpisu z lekárskeho predpisu. Z novely zákona č. 576/2004 Z.z. možno vybrať nasledovné momenty: sestra a pôrodná asistentka s pokročilou praxou môže predpisovať ZP v rozsahu stanovenom vyhláškou (napr. inkontinčné pomôcky); musí mať zmluvu s poisťovňou a kód PZS od ÚDZS; pri preskripčných obmedzeniach je potrebné odporúčanie odborného lekára a platnosť odporúčania odborného lekára pri predpisovaní sa predlžuje zo 6 na 12 mesiacov.

■ **Novela zákona č. 363/2011 Z. z. o rozsahu a podmienkach úhrady liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín**

Peter Mrva, Matej Petrovič, Andrea Kalavská, MZ SR

■ Základným cieľom novely bolo rozšírenie možností zdravotnej starostlivosti pri súčasnom dôraze na zabezpečenie nákladovej efektívnosti liečby a dlhodobú udržateľnosť zdrojov verejného zdravotného poistenia. Vstup inovatívnych liekov, zdravotníckych technológií a ich dostupnosť je riešené nasledovnými krokmi: zvýšenie ochoty štátu platiť za nákladovo efektívnu liečbu, nové pravidlá pre stanovenie prahovej hodnoty/treshold, automatická úhrada pre lieky určené na liečbu ochorenia s prevalenciou nižšou ako 1:50 000 (doposiaľ 1:100 000) v súlade s registrovanou indikáciou, kritériá hodnotenia inovácie (multikritériálne hodnotenie), spresnenie pravidiel podmienenej kategorizácie (lieky s vysokým dopadom na verejné zdroje), spresnenie podmienok úhrad výnimiek zdravotných poisťovní (nad rámec hradenej liečby). Spresnenie pravidiel podmienenej kategorizácie definuje najprv pojem „liek s významným vplyvom na prostriedky verejného zdravotného poistenia“. Tento pojem bude bližšie definovať vyhláška MZ SR a bude to liek, ktorého celková suma úhrad zdravotných poisťovní za posudzovaný liek alebo za spoločne posudzované lieky za obdobie 12 mesiacov je najmenej 1 500 000 eur. Takýto liek môže byť do zoznamu kategorizovaných liekov zaradený iba podmienene. Novela upravuje aj úhradu liekov „na výnimku“ zdravotnou poisťovňou:

- A. 100%-nú úhradu bude mať neregistrovaný liek, ktorého použitie povolilo ministerstvo, alebo aj registrovaný liek, ktorého použitie na terapeutickú indikáciu, ktorá nie je uvedená v rozhodnutí o registrácii humánneho lieku, povolilo ministerstvo, dietetická potravina určená pre pacientov s metabolickými poruchami s prevalenciou nižšou ako 1:300 000.
- B. 90%-nú úhradu budú mať: liek, zdravotnícka pomôcka a dietetická potravina, ktoré sú na trhu kratšie ako 1 rok.
- C. 80% – liek, zdravotnícka pomôcka a dietetická potravina, ktoré sú na trhu kratšie ako 2 roky. 75% – liek, zdravotnícka pomôcka a dietetická potravina, ktoré sú na trhu dlhšie ako 2 roky. Sociálne aspekty sa v novele prejavujú najmä v limite spoluúčasti pacienta:
 - a) do výpočtu limitu spoluúčasti sa zaraďujú okrem liekov aj zdravotnícke pomôcky a dietetické potraviny,
 - b) zmeny sú aj vo výške limitu spoluúčasti,
 - c) rozširujú sa skupiny poisťencov, na ktorých sa vzťahuje limit spoluúčasti napr. o poberateľa predčasného dôchodku, ak mu nevznikol nárok na starobný dôchodok.

■ **Novela zákona č. 363/2011 Z. z. o podmienkach úhrady liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín z pohľadu zdravotnej poisťovne**

Lubica Hlinková, Všeobecná zdravotná poisťovňa, a.s.

■ Novela zákona č. 363/2011 Z. z. je prvou zásadnou novelou tohto zákona po 6 rokoch. Ciele VŠZP, a.s. v zabezpečení dostupnosti liekov sú v danom kontexte nasledovné: implementovať nové legislatívne podmienky: vyjednávať ekonomicky udržateľné zmluvné podmienky s výrobcami s cieľom rozložiť riziko, manažovať duálny systém v prechodnom období do kategorizovania významného počtu inovácií (existencia systému výnimiek za súčasného „nárazového“ vstupu inovácií

do kategorizácie), pričom sa predpokladá trvanie procesu kategorizácie minimálne 9 mesiacov v praxi u 1 inovatívnej molekuly, v súčinnosti s MZ SR nastaviť udržateľné náklady u podmienene kategorizovaných liekov, zabezpečiť zdroje cez systém centrálnych nákupov u nákladných liekov a diagnóz, šetriť prostredníctvom širšieho použitia biologicky podobných liekov (biosimilars). Použitie biosimilárov vedie k výrazným úsporám – príklad: Nórsko, kde používanie anti TNF-alfa biosimiláru viedlo k 65 % úsporám: preto aj VŠZP chce podporiť širšie využitie biologicky podobných liekov, ktoré sa zatiaľ v SR využívajú v nízkej miere v porovnaní s inými krajinami EÚ.

■ **Novela zákona č. 363/2011 Z. z. – pohľad výrobcov generických a biologicky podobných liekov združených v asociácii GENAS**

Terézia Szádocka, Milan Mešter, Zuzana Hodoňová, GENAS

■ Najvýznamnejšie pripomienky k novele zákona č. 363/2011 Z. z. sa z pohľadu GENAS-u týkali dvoch oblastí:

1. Sprísnené kritériá ohľadom znižovania cien pri trojprahovom vstupe generického/ biologicky podobného lieku. Kombinácia už platných cenových opatrení spolu s navrhnutým sprísnením vstupných kritérií výrazne obmedzí možnosť vstupu generických a biologicky podobných liekov na slovenský trh.
2. Nejasne definovaný vstup biologicky podobných liekov na Slovenský trh.

■ Možné riziká po zavedení novely do praxe sú paradoxne definované v dôvodovej správe novely, kde sa uvádza: „Vstup lacnejších generických a biologicky podobných liekov na trh predstavuje vysoko efektívny nástroj znižovania výdavkov verejného zdravotného poistenia na lieky. Návrh zákona súčasne sprísňuje podmienku pre zníženie ceny pri vstupe prvého generického alebo biologicky podobného lieku na trh. Zavádza sa podmienka povinného zníženia ceny pri vstupe druhého a tretieho generického alebo biologicky podobného lieku. Cieľom mechanizmu je podnecovať efekt znižovania cien liekov a úhrad zdravotných poisťovní vyplývajúci zo vstupu generických a biologicky podobných liekov na trh.“ Uvedené tvrdenie by platilo v prípade, ak by ceny generických liekov na Slovensku dosahovali aspoň priemer európskych cien.

ZÁVER

■ Toto bohaté prednáškové odborné podujatie uzavrel **doc. MUDr. Ján Bielik, CSc., podpredseda SSFE** a to súhrnným odborným zhodnotením a podakováním všetkým, ktorí akýmkoľvek spôsobom participovali na jeho príprave a realizácii. ■





System elektronického zdravotníctva ezdravie – OČAKÁVANIA A REALITA

System elektronického zdravotníctva sa na Slovensku pripravuje roky. Dva týždne pred jeho celoplošným povinným spustením bola na mieste otázka, či je pripravený tak, aby mohol fungovať vo všetkých ambulanciách, ako stanovuje zákon.

Tlačová správa SLK, Bratislava – 14. 12. 2017.

■ Odborné i stavovské organizácie lekárov konštatovali, že systém ezdravie na fungovanie vo všetkých ambulanciách ani zďaleka pripravený nie je. Situácia je vážna, pretože lekári nesú prívysoké riziko v podobe sankcií. Zákon totiž vyžaduje povinné pripojenie všetkých ambulancií k 1. 1. 2018 pod hrozbou udelenia pokuty, ktorá vedie k zákazu výkonu lekárskej praxe na Slovensku.



MUDr. Marian Kollár

■ „S kolegami zo Slovenskej lekárskej komory (SLK), Slovenskej spoločnosti všeobecného praktického lekárstva (SSVPL), Zväzu ambulantných poskytovateľov (ZAP) a Lekárskeho odborového zväzu (LOZ) sa zhodujeme, že jednotný elektronický systém má svoje jednoznačné výhody i opodstatnenie. Problémom však ostáva

súčasný stav platnej legislatívy, technická a personálna príprava tohto projektu pár dní pred jeho spustením. A v poslednom rade pre nás lekárov, ale i ostatných zdravotníkov sú sankcie absolútne neprijateľné. Dovolím si tvrdiť, že môžu úplne paralyzovať nábeh systému ezdravie, ale predovšetkým jeho samotnú realizáciu. Tak isto môže spôsobiť dôsledky, ktoré nebudeme vedieť už napraviť. Preto apelujeme, aby sa všetci kompetentní začali zaoberať nami načrtnutými problémami ešte pred 1. januárom 2018, teda pred obligatónym zavedením elektronického zdravotníctva. Pevne veríme, že vzájomným kompromisom, spočívajúcim v postupnom nábehu tohto projektu, bez sankcií, ale naopak s podporou štátu, by sa nám mohlo podať dostať projekt ezdravie do štádia jeho akceptácie a trvalej aplikácie v prospech nás všetkých – zdravotníkov, pacientov, poisťovne, štátu,“ uvádza MUDr. Marian Kollár, prezident SLK.

Lekári nie sú prekážkou

■ Lekári ústretovo dodržiavajú štátom nariadený postup – požiadali o preukazy ePZP a čakajú na pridelenie PINu.

V procese prípravy upozorňovali NCZI na nedostatky, vďaka čomu sa upravilo množstvo praktických funkcionalít. Napriek tomu systém stále obsahuje nedostatky, ktoré negatívne ovplyvňujú jeho zavedenie.

■ „Lekári potrebujú istotu, že budú môcť poskytovať zdravotnú starostlivosť pacientom v plnom rozsahu aj počas zavádzania systému a že časť ambulancií nebude nútená ukončiť svoju činnosť“, hovorí MUDr. Peter Makara, prezident SSVPL a pokračuje: „Všeobecní praktickí lekári radi poskytnú potrebnú súčinnosť pri zavádzaní systému, pokiaľ ezdravie zefektívni našu prácu a odbremení nás od administratívnej záťaže. Tak, ako je systém pripravený teraz, neumožňuje nám viac času venovať pacientom, práve naopak.“

Slabé miesta systému ezdravie

SSVPL upozorňuje na konkrétne rizikové body:

■ **Technická príprava systému** – Softvérové firmy sa sťažujú na príliš krátke obdobie na inštaláciu ambulantného softvéru a v predstihu kritizovali aj nedostatok času na testovanie systému. NCZI potvrdilo, že záťažové testy neprebehli. Systém sa teda naozaj odskúša až počas reálnej prevádzky ordinácie a nedostatky si „odnesie“ plná čakáreň pacientov a vystresovaný lekár. Nejasné je aj zabezpečenie pomoci lekárom pri možných výpadkoch siete a technických ťažkostiach.

■ **Manažment ambulancií a kompetencie sestry** – Jednotný termín povinného pripojenia (1. 1. 2018) neumožňuje adaptačný proces, ktorý lekári potrebujú, aby nastavili chod ambulancie na nový systém. Chýba úprava a zákonné zosúladenie kompetencií sestry, aby mohli vykonávať rovnakú činnosť, ako doteraz. Súčasný stav v podstate vyraduje zdravotnú sestru z väčšiny prác v ambulancii. Nie je ani jasné, ako bude praktický lekár postupovať pri návšteve imobilného pacienta, alebo v zariadení sociálnej starostlivosti, ani pri zastupovaní, či počas obdobia, keď pacient zmení lekára.

■ **Rozdielna úroveň digitálnej zručnosti lekárov a technického vybavenia ambulancií** – Nezhľadňuje sa fakt, že lekári sú laickí užívatelia IT technológií a dĺžka obdobia, potrebná na zvládnutie systému je individuálna. Rozdielne technické vybavenie ambulancií nie je vždy kompatibilné s požiadavkami systému ezdravie. Kto lekárom uhradí náklady na výmenu ich informačnej techniky, ktorá spĺňa zákonnú podmienku, aby boli pripojení na internet, ale nespĺňa podmienky na pripojenie k systému ezdravie?

■ **Legislatívne nastavenie a neprimeranosť sankcie za nepripojenie k systému** – Zákon o povinnom pripojení k systému ezdravie vyžaduje pod hrozbou sankcie nariadenie, o ktorom sa dopredu vie, že ho nebude možné splniť. Pokuta za nepripojenie vedie k zrušeniu registrácie lekára v príslušnej komore, čo znamená zákaz vykonávať lekársku prax na Slovensku. Vykonávanie praxe lekára pritom nie je podmienené dosiahnutím určitého stupňa digitálnej zručnosti ani presnou špecifikáciou počítačového vybavenia ambulancie. Nemá sa pokutovať, ak sa lekár nepripojí z objektívnych príčin – chýba však ich vymedzenie. Namiesto sankcie by mal štát poskytnúť diferencovaný prístup, pomoc vo forme školení a motivačnú bonifikáciu.

■ **Výber dodávateľa inštalácie a správy ambulatného softvéru** – Sankcie za nepripojenie budú znášať lekári, hoci inštaláciu softvéru nevedia časovo ani inak ovplyvniť. Nepoznajú finálny produkt (ambulantný softvér) tak, aby vedeli vybrať najefektívnejšieho dodávateľa a skutočne potrebný rozsah IT služieb, kompatibilných so systémom. Nemajú možnosť porovnať kvalitu a cenu. Štát vlastne prikazuje vybrať a zaplatiť cenu stanovenú softvérovými firmami na základe jediného kritéria – dodanie služby v extrémne rýchlom termíne. Lekári od štátu nedostali ani poradenskú, ani inú pomoc.

Naplnia sa očakávania pacientov?

■ Pacienti od zavedenia systému ezdravie očakávajú jednoduchú vec. Ušetrenie svojho času, menej vysedávania v plnej čakárni a koniec prenášania informácií na papieri od jedného lekára k druhému. Očakávajú tiež ušetrenie lekárovho času a predpokladajú, že lekár sa im bude viac venovať. MUDr. Jana Bendová testovala v pilotnom projekte systém eHealth a patrí medzi prvých lekárov, ktorí sú k systému ezdravie už pripojení. Podľa nej sa očakávania pacientov zatiaľ nenaplnia: „*Systém ezdravie, tak ako je nastavený teraz, lekára zdržiava a odpúta jeho pozornosť od samotného vyšetrenia. Keď prirátame fakt, že sestra všeobecného lekára nebude môcť vykonávať polovicu úkonov, ktoré doteraz vykonávala, administratívna a časová záťaž lekára stúpnu ešte viac.*“

■ K ohlasovaným benefítom ezdravie patrí veľká úspora financií. Pacienti aj lekári očakávajú, že ušetrené zdroje budú do zdravotníctva vrátené a efektívne použité na zvýšenie kvality a dostupnosti zdravotnej starostlivosti. Či sa tak stane, lekári nevedia, môžu len dúfať, že zodpovedné inštitúcie prejavia vysokú mieru zodpovednosti. Onedlho sa ukáže, či je spoločné očakávanie pacientov a lekárov reálne. ■



UNICENTRUM,
Bojnice



K modernému vybaveniu pribudol kolonoskop

■ UNICENTRUM v Bojniciach bolo zaradené medzi pracoviská, ktoré vykonávajú skríning kolorektálneho karcinómu. Vďaka novému kolonoskopu bude možné zvýšiť počet vyšetrených pacientov a zabezpečiť tak vyšetrenie za kratší čas ako tomu bolo doteraz. Zakúpený moderný prístroj pomôže pri včasnej diagnostike závažných ochorení.

■ „*Podakovanie patrí všetkým prispievateľom, ktorí poskytli finančný príspevok nadácií Dar Zdravia, nesmieme si vážiť vašu pomoc a veríme, že zakúpený kolonoskop pomôže včas diagnostikovať vážne ochorenia a bude tak vďaka vám veľkým prínosom pre zdravie nášho pacienta.*“ – hovorí riaditeľ UNIKLINIKY Kardinála Korca v Prievidzi a UNICENTRA v Bojniciach Ing. Miloš Mladý, MBA. ■



UNIPHARMA ohodnotená ako spoľahlivý partner za rok 2017

- Lekárnická distribúcia UNIPHARMA, a. s. s 25 ročnou pôsobnosťou na slovenskom trhu získala za rok 2017 Pečať spoľahlivosti od spoločnosti SIMS, a.s. pod registrovanou ochrannou známkou Národné informačné stredisko Slovenskej republiky®.
- UNIPHARMA – 1. slovenská lekárnická akciová spoločnosť bola ohodnotená ako spoľahlivý partner vo verejnom obstarávaní. Na základe tohto hodnotenia bola UNIPHARMA, a.s. v hodnotiacom informačnom systéme udelená Pečať spoľahlivosti, ktorú získalo v roku 2017 z 24.637 dodávateľov verejných obstarávaní 24,8 % vysoko hodnotených podnikov.
- Hodnotenie 100 % spoľahlivý partner predstavuje vysokú spokojnosť obstarávateľov a poukazuje na serióznosť a odbornosť spoločnosti v prístupe a jednaní pri realizácii všetkých projektov, do ktorých sa zapája.

Vedenie Nemocnice Košice-Šaca ocenilo lekárov, sestry i nezdravotníckych pracovníkov

SPRACOVALA:

Mgr. Lucia Kočková

Manažér marketingu a PR

FOTO: Ing. Marcel Mikita



↑ Vedenie nemocnice Košice-Šaca s ocenenými Osobnosťami roka 2017 a dobrovoľnými darcami krvi z radov našich zamestnancov počas slávnostného prípitku

Počas tradičnej Vianočnej kapustnice ocenilo vedenie Nemocnice Košice-Šaca až deväť svojich zamestnancov. V 11. ročníku ankety Osobnosť roka si ich spomedzi seba vybrali samotní lekári, sestry i nezdravotníckych pracovníci. Víťazi ankety budú oddychovať v Bojniciach alebo na Donovaloch. Týždňové relaxačné pobyty aj tentokrát venovala spoločnosť UNIPHARMA – 1. slovenská lekárnická akciová spoločnosť.



↑ Riaditeľ ODS Prešov PharmDr. Ondrej Takáč, MBA, zástupca spoločnosti UNIPHARMA, gratuluje Objavu roka 2017 MUDr. Miroslavovi Macejovi



↑ Riaditeľ nemocnice MUDr. Ján Slávik, MBA odovzdáva dar ocenej MUDr. Márii Vojtkovej, osobnosti roka 2017 v kategórii lekárov

■ Záverečné podujatie roka venované všetkým zamestnancom Nemocnice Košice-Šaca sa nieslo v duchu uctenia si náročnej práce tých, ktorí sa denne starajú o zdravie pacientov i zabezpečenie chodu celej nemocnice. Skvelú kapustnicu si prišlo vychutnať nielen vedenie nemocnice spolu s riaditeľom spoločnosti MUDr. Jánom Slávikom, MBA, ale pozvanie neodmietli ani bývalý prezident Rudolf Schuster, riaditeľka odboru pre korporátne záležitosti AGEL a.s. Ing. Iveta Ostruzzková, MBA, prorektor Univerzity Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach prof. MUDr. Pavol Jarčuška, PhD. a riaditeľ ODS Prešov PharmDr. Ondrej Takáč, MBA, zástupca spoločnosti UNIPHARMA – 1. slovenská lekárnická akciová spoločnosť, ktorý obdaroval ocenených pobytovými relaxačnými poukazmi. Víťazi ankety si tak budú môcť vychutnať zaslúžený oddych spolu so svojimi blízkymi.

■ V kategórii lekárov boli ocenené MUDr. Mária Vojtková z Kliniky liečebnej rehabilitácie, ktorá pracuje v nemocnici 35 rokov a medzi kolegami je mimoriadne obľúbená najmä vďaka nekonečnej trpezlivosti s akou odovzdáva poznatky mladým lekárom. Druhou z ocenených je MUDr. Natália Vaňová, EMBA, lekárka Internej kliniky, kardiológ tímu FIFA Medical Center of Excellence, ktorá dohliada na zdravie vrcholových športovcov, no sama je športovcom nadšencom. Je kapitánkou bežeckého

tímu Nemocnica Košice-Šaca running team, ktorý v uplynulom roku zdolal štafetový beh Od Tatier k Dunaju. V kategórii technicko-prevádzkový personál si zamestnanci vybrali kolegov z technického úseku – vedúcu skladu materiálno-technického zabezpečenia Máriu Fedorovú a vedúceho oddelenia správy budov a údržby Andreja Kostíka. Obidvaja pracujú v nemocnici viac ako 20 rokov. Mária Bikárová a Anna Janočková boli ocenené ako Osobnosti roka 2017 v kategórii pomocný prevádzkový personál.

■ Aj tento rok si riaditeľ spoločnosti MUDr. Ján Slávik, MBA ponechal právo udeliť 3 špeciálne ceny. Dve ocenenia dostali vybraní lekári v kategórii Objav roka 2017 a jednu udelilo vedenie nemocnice v kategórii Projekt roka 2017. Objavom roka sa stali MUDr. Luboš Tešľa, urológ, ktorý pracuje v nemocnici od roku 2015 a MUDr. Miroslav Macej, primár Kliniky rádiológie, ktorý posilnil tím rádiológov začiatkom roka 2017. Špeciálne ocenenie za projekt roka 2017 si odniesla Mgr. Brigita Barková, ktorá pracuje na oddelení Vedy a výskumu.

■ Oficiálnu časť tohtoročnej Vianočnej kapustnice uzatvorilo poďakovanie zamestnancom, ktorí na našom Hematologicko-transfuziologickom oddelení pravidelne darujú to najvzácniejšie čo človek darovať môže. Dobrovoľní darcovia krvi si vychutnajú wellness spolu so svojimi najdrahšími neďaleko Košíc. ■

Kokteil z farmácie

novinky vo farmácii

PRELOŽILA A SPRACOVALA:

PharmDr. Eva Kozáková

odborný zástupca za výrobu liekov

Barrettov pažerák: PPI nezvyšujú riziko osteoporózy

FARMÁCIA:

■ Aj keď sa inhibítory protónovej pumpy (PPI) užívajú dlhodobo a vo vysokých dávkach, nezvyšujú u pacientov s Barrettovým pažerákom riziko zlomeniny.

■ Barrettov pažerák je získaná porucha. Vzniká premenou tkaniva pažeráka, ktoré sa mení na tkanivo charakteristické pre tenké črevo, či vrchnú časť žalúdka.

Barrettov pažerák je prekancerózou (ochorenie, ktoré môže vyústiť do rakoviny). Príčinou premeny tkaniva je reflux kyslej žalúdočnej kyseliny, alebo alkalického obsahu tenkého čreva späť do pažeráka.

■ K tomuto výsledku dospeli vedci sústredení okolo Dr. Shaji Kumar z Mayo kliniky v Minnesote v USA a svoj výskum zverejnili v odbornom časopise „Alimentary Pharmacology & Therapeutics“. Tieto zistenia sú v rozpore s predchádzajúcimi štúdiami, v ktorých bolo užívanie PPI spojené so zvýšeným rizikom zlomenín kostí.

■ Kumar a jeho kolegovia opätovne siahli pre svoju analýzu k databáze Rochester Epidemiology Projects. V rámci tejto databázy sa už viac ako 40 rokov zhromažďujú údaje pacientov

z regiónu Olmsted County v Minnesote v lokálnom a inštitucionálnom prostredí, oblasti. Vedci identifikovali v rokoch od 1989 do 2013 celkovo 521 pacientov s diagnózou Barrettov pažerák, u ktorých bola po stanovení diagnózy zdokumentovaná znížená hustota kostí alebo utrpeli fraktúru. Takmer všetci pacienti (94,8 %) užívali jeden alebo dvakrát denne PPI. Najčastejšie bol používaný omeprazol (64 %), nasledovaný pantoprazolom (30 %). Takmer 1/3 pacientov navyše k tejto liečbe užívala ďalšie lieky ako H₂ – antagonistov alebo antacidá. Priemerná dĺžka užívania predstavovala 9 rokov. Vedci dokázali medzi 521 pacientmi rozpoznať 113 prípadov fraktúry a 46 pacientov s osteoporotickou zlomeninou. Pri porovnaní s odpovedajúcou kohortnou skupinou, v ktorej bola zahrnutá celková populácia, nebol zvýšený výskyt fraktúry akéhokoľvek druhu, rovnako nebol zvýšený ani výskyt

osteoporotickej fraktúry. Štandardizovaná miera výskytu (SIR), ktorá vyčísluje nárast alebo úbytok miery výskytu porovnávanej kohorty vo vzťahu k celkovému obyvateľstvu, predstavuje 1,09 popri prípade 1,05. Okrem toho užívanie PPI nebolo spojené ani s dĺžkou, ani s dávkou so zvýšeným rizikom pre osteoporotické



fraktúry (miera rizika, relatívne riziko – hazard ratio = 0,87). Autori štúdie dospeli k záveru, že pacienti s diagnózou Barrettov pažerák v porovnaní s bežnou populáciou nevykazujú žiadne zvýšené riziko pre fraktúru následkom dlhodobého užívania PPI.

■ PPI sú efektívne liečivá k inhibícii sekrécie žalúdočných kyselín a z tohto dôvodu sú prostriedkom prvej voľby pri terapii ochorení súvisiacich so zvýšenou sekréciou kyselín. Barrettov pažerák vzniká zväčša ako dôsledok ochorenia – refluxu, pri ktorom žalúdočné kyseliny prúdia späť do pažeráka. Ak je pažerák vystavený vplyvu kyselín po dlhšiu dobu, zasiahnu tieto kyseliny pažerák a vedú tak k typickým zmenám na sliznici. Je to stav, kedy črevný cylindrický epitel nahrádza stratifikovaný skvamózný epitel, ktorý je fyziologicky prítomný v distálnej časti pažeráka.

Zdroj: PHARMAZEUTISCHE ZEITUNG 46/ 2017

Slané jedlo poškodzuje črevný mikrobióm

FARMÁCIA:

■ Berlínski vedci možno našli spoločné vysvetlenie toho, prečo vyššia konzumácia kuchynskej soli môže vyvolať vysoký krvný tlak a negatívne ovplyvňovať priebeh sklerózy multiplex (MS): príliš veľa soli v potrave usmrčuje určité baktérie v čreve a týmto spôsobom zvyšuje nepriamo počet určitých imunitných buniek. Tieto Th 17 – bunky sa podieľajú ako aj na regulácii krvného tlaku, tak aj na patogenéze MS. Cílené ovplyvňovanie mikrobiómu (súhrn mikroorganizmov, ktoré osídľujú určitý ekosystém v ľudskom tele) by mohlo teda zabrániť možným sekundárnym ochoreniam spôsobených vysokou spotrebou soli, ako uvádza skupina z Max-Delbrück centra a Charité sústredená okolo Dr. Nicola Wilck v odbornom časopise „Nature“.

■ Vedci uskutočnili svoje pozorovania na zvieracom modeli myší, ktorých krmivo obsahovalo normálne, väčšie alebo omnoho väčšie množstvo soli. Čo sa zároveň prejavilo aj na zložení črevného mikrobiómu, obzvlášť nápadná bola absencia *Lactobacillus murinus* v čreve zvierat kŕmených krmivom bohatým na soľ. Paralelne s poklesom tohto druhu baktérie narastal krvný tlak a počet Th 17 – buniek v krvi myší.

■ Ak kŕmili vedci zvieratá okrem stravy s vysokým obsahom soli aj probiotickými laktobacilmi, počet T-buniek sa opätovne znížil a poklesol aj krvný tlak. Probiotiká zmiernili aj symptómy experimentálnej autoimunitnej encefalomyelitídy, čo je model ochorenia pre MS u myší, ktorá bola zosilnená prostredníctvom užívania potravy s vysokým obsahom soli.

■ V druhom experimente preverili vedci prenosnosť výsledkov na ľudí. Dvanásť zdravých mužov bolo za týmto účelom nábádaných, aby po dobu 14 dní dodatočne k ich bežnej strave pridali 6 g soli, čo znamenalo zdvojnásobenie ich konzumácie soli. Aj u testovaných osôb sa potvrdil prostredníctvom slanej stravy spôsobený pokles laktobacilov v čreve a zvýšil sa aj krvný tlak ako aj počet Th 17 – buniek.

■ To, či pokles laktobacilov skutočne spúšťa popísané zmeny v organizme, nemožno jednoznačne dokázať pomocou jednej štúdie. Vo väčšej placebo kontrolovanej a dvojito zaslepanej štúdii s ľudskými dobrovoľníkmi chcú nateraz vedci preskúmať terapeutický potenciál probiotík s obsahom *Lactobacillus* pri hypertenzii.

Zdroj: PHARMAZEUTISCHE ZEITUNG 47/ 2017



↑ Príliš veľa soli v potrave poškodzuje mikrobióm čрева. Okrem toho môže prispieť k rozvoju hypertenzie a autoimunitných ochorení.



↑ Profesor Dr. Klaus Kümmerer a Dr. Christoph Leder (vpravo) v laboratóriu.

Ekologický ciprofloxacín

FARMÁCIA:

■ Derivát ciprofloxacínu, ktorý pôsobí proti baktériám a rýchlo sa rozkladá v životnom prostredí. Pracovnej skupine sústredenej okolo profesora Dr. Klauza Kümmerer z Leuphana univerzity v Lüneburgu sa podarilo vyvinúť antibiotikum tejto skupiny účinných látok, ktoré sa prostredníctvom prirodzených procesov rozpadu stane v životnom prostredí neúčinné.

■ Po dobu piatich rokov pracovali výskumníci na vývoji antibiotika na báze ciprofloxacínu, ktoré sa po svojom medicínskom použití rozpadne a nie je viac aktívne. Ako sa uvádza v správe univerzity, Leuphana prihlásila novú účinnú látku k žiadosti o patent.

■ „Vyvinuli sme účinnú látku, ktorá v skúmanke funguje, ale ešte to nie je žiaden hotový liek,“ tvrdí Kümmerer. To by mala byť úloha potenciálneho partnera vo farmaceutickom priemysle.

■ Antibiotikum so širokým spektrom účinku bolo zvolené preto, lebo je predpisované veľmi často a po použití sa v nezmenenom stave dostáva ďalej do životného prostredia. Aj malé koncentrácie podporujú rast rezistentných patogénov. Pretože sa nová účinná látka cielene rozpadá, museli byť chemické väzby rafinované, premyslene destabilizované. Napríklad v krvi je dostatočne stabilná, a po prechode telom sa rozpadáva. „Benign by Design (Mierny prostredníctvom dizajnu/konstrukcie)“ sa volá nasadenie, pri ktorom nová molekula je konštruovaná tak, že nepôsobí zaťažujúco na životné prostredie. Tento projekt bol podporený zo strany Nemeckej Spolkovej nadácie pre životné prostredie sumou 460 000 eur.

Zdroj: PHARMAZEUTISCHE ZEITUNG 49/ 2017

Svet farmácie

krátke správy zo sveta

PRELOŽILA A SPRACOVALA:

PharmDr. Eva Kozáková

odborný zástupca za výrobu liekov



Nórsko:

Platené poradenstvo v nórskech lekárňach i bez odporúčania lekára

■ Zdravotný výbor nórskeho parlamentu navrhuje, aby nová služba špeciálneho liekového poradenstva v lekárňach Medisinstart, na ktorú už parlament predtým schválil pre rok 2018 rozpočet 4 mil. NOK, môže byť realizovaná aj na základe vyžiadania samotného pacienta. Na základe schváleného návrhu musí túto službu primárne odporučiť lekár, pretože je za stav pacienta zodpovedný. Výbor sa však domnieva, že by bolo vhodné, aby pacienti sami mali príležitosť požiadať o službu v lekárni. Takéto riešenie bude lepšie reflektovať potreby pacienta. Výbor preto navrhuje, aby bolo pacientovi pilotne umožnené požiadať o službu bez odporúčania lekára. Pokiaľ takéto riešenie ukáže, že náklady sú vyššie ako príslušná časť rozpočtu, podmienky pre službu budú musieť byť prehodnotené.

Zdroj: APATYKAŘ, 13. 12. 2017



Česko:

SÚKL predstavil mobilnú aplikáciu pre lekárov, lekárnikov a pacientov k eReceptu

SÚKL predstavil mobilnú aplikáciu pre lekárov, lekárnikov i pacientov k eReceptu. Mobilná aplikácia pre lekárov slúži k vytváraniu elektronických receptov (eRecept) a odosielaniu do Centrálného úložiska elektronických receptov. V aplikácii možno vyhľadávať založené eRecepty a zobraziť detail eReceptu vrátane výdajov údajov uskutočnených na eRecept. Táto aplikácia je alternatívou k vystavovaniu eReceptov v lekárskech softvéroch, napr. vtedy, ak lekár žiadnym softvérom nedisponuje, či pokiaľ je aktuálne mimo svoju ordináciu. Mobilná aplikácia pre lekárnikov umožňuje overiť si eRecept v prípade výpadku systémov (internetu, elektriny, systému lekárne). Pre jej používanie sa využijú prístupové údaje osoby od SÚKL.

■ Mobilná aplikácia pre pacientov je alternatívou k webovej aplikácii a má obdobnú funkčnosť (vyhľadávanie predpísaných eReceptov, ktoré boli danému pacientovi predpísané). Pre jej používanie je nutné mať funkčnú webovú aplikáciu pacienta a uskutočniť v nej potrebné nastavenia pre mobilnú aplikáciu. Vzhľadom k tomu, že novela zákona č. 127/2005 Sb., o elektronických komunikáciách, ktorá umožnila prístup SÚKL k Základným registrom a teda i stotožňovaniu občanov v Registri obyvateľov, nadobudla účinnosť až 1. 10. 2017, došlo k vývoju tohto komponentu a testovaniu od októbra 2017. Stotožňovanie občanov s tým, čo je základnou podmienkou pre jednoznačné priradenie eReceptov konkrétnej osobe, začalo až 16. 12. 2017. Občania, ktorí budú mať prístup k webovej či mobilnej aplikácii, si teda budú môcť zobraziť eRecepty až po tomto dátume. Do tejto doby bude zoznam prázdny. ERecepty potom budú doplnené späť od marca 2016.

Zdroj: APATYKAŘ, 4. 12. 2017



Česko:

Pozmeňovací návrh odkladá sankcie za nepredpísanie eReceptu o rok

■ Nový minister zdravotníctva a poslanec Mgr. et Mgr. Adam Vojtěch podal pozmeňovací návrh k zákonu o liekoch, ktorým chce zrušiť sankciu za nepredpísanie elektronického receptu na 1 rok (sankcie by mali platiť až od 1. januára 2019). Pozmeňovací návrh ale neruší povinnosť elektronickej preskripcie.

Zdroj: APATYKAŘ, 14. 12. 2017





Švajčiarsko:

Očkovanie v lekárni je čoraz obľúbenejšie

Od januára 2018 by mali očkovať aj lekárnici v švajčiarskom kantóne Bern. Vládna rada koncom novembra po pilotnom projekte s niekoľkými vyškolenými lekárnikmi dosiahla právny základ pre očkovanie v lekárni. V ostatných kantónoch sa ukázalo, že lekárne sú čoraz obľúbenejšie ako poradenské centrá. Predovšetkým za účelom očkovania proti chrípke. Dopyt po tomto očkovaní sa podľa údajov od švajčiarskeho lekárnického združenia Pharmasuisse v tejto sezóne v porovnaní s predchádzajúcim rokom prinajmenšom zdvojnásobil.

■ Bernskí lekárnici smú po rozhodnutí vládnej rady očkovať zdravých dospelých od 16 rokov proti chrípke, hepatitíde A a B ako aj proti klieštovej encefalitíde. Predpokladom pre výkon očkovania je ďalšie špeciálne vzdelávanie. Deti ako aj chronickí a akútne chorí pacienti musia byť aj naďalej poslaní na očkovanie k lekárovi. Zmenenému nariadeniu o zdravotníctve predchádzal pilotný projekt. Už dva roky smú v kantóne Bern očkovať lekárnici pacientov proti chrípke bez lekárskeho predpisu. Od januára smú podať aj tri iné očkovacie vakcíny koncipované z inaktívnych (usmrtených) vírusov.

■ Bern sa stal týmto rozhodnutím 18.-tym z 26 kantónov vo Švajčiarsku, v ktorom očkovanie môže byť podané aj lekárnikom. Napokon by sa mal v auguste pripojiť aj švajčiarsky kantón Zug. Lekárnici z Zugu sa zdajú byť teraz spokojní s ohlasom populácie. Predovšetkým očkovanie proti chrípke je podľa údajov predsedu zugskeho lekárnického spolku Martina Affentranger veľmi obľúbené. Affentranger okrem toho konštatoval, že od 10 – 20 % Švajčiarov, ktorí sa nechali zaočkovať lekárnikom, sa rozhodli po prvýkrát podstúpiť očkovanie proti chrípke. Aj podľa poznatkov lekárnického spolku Pharmasuisse sa zvýšila miera preočkovania proti chrípke prostredníctvom ponuky lekární. Pri zhromaždení údajov uviedlo 15 % opýtaných, že by sa bez



↑ Stále viac ľudí sa necháva očkovať v lekárňach. Očkovanie proti chrípke je zvlášť obľúbené.

tejto ponuky poskytovanej v lekárni nenechalo zaočkovať.

■ Dopyt po očkovaní proti chrípke je v tejto sezóne výrazne vyšší ako v predchádzajúcej. Hoci presné vyhodnotenie ešte nebolo predložené, Pharmasuisse vychádza z toho, že sa počet zaočkovaných minimálne zdvojnásobil. Bez lekárskeho predpisu a bez predbežnej rezervácie na očkovanie poskytuje túto službu očkovania proti chrípke momentálne celkom 404 lekární.

■ Očkovanie v lekárni je videné najmä v radoch lekárskej obce celkom kriticky. V bernskom spolku praktických a detských lekárov sa hľadí na inovácie so zmiešanými pocitmi. Viceprezident Stefan Roth na jednej strane uvítal, že prostredníctvom očkovania v lekárni sa dosiahla lepšia miera preočkovania. Na druhej strane sa združenie obáva sprísnenia kolektívneho vyjednávania

so zdravotnými poisťovňami, keď bude rovnaký výkon (služba v lekárni), poskytovaný lacnejšie. Ďalší problém Roth vidí pri koordinácii liečby pacientov a varuje medziiným aj pred tým, že pri chrípkovej pandémie môže byť vakcína podaná nesprávnym ľuďom a mohla by sa minúť.

■ Lekárnici to vidia inak. Daniel Wechsler z lekárnického spolku kantónu Bern nevidí žiaden problém v tom, že sadzba v lekárni je výhodnejšia ako u lekára, pretože za zdravých dospelých zdravotné poisťovne neplatia za očkovanie proti chrípke. Pre pacientov samoplatcov je nižšia cena tiež dobrá. Wechsler verí, že sa radšej nechajú zaočkovať v lekárni, ako by si museli najprv dohodnúť termín u lekára.

Zdroj: APOTHEKE ADHOC, 30. 11. 2017

Správy z Česka

AUTOR:

PharmDr. Martin Kopecký, PhD.

SPRACOVALA: Mgr. Ing. Denisa Ižová

Lekárnici pomôžu pacientom aj lekárom s elektronickými receptami

Používanie elektronických receptov je od 1. januára 2018 povinné. Ide o zásadnú zmenu doteraz používaného systému, lekárnici sa preto snažia zmierniť prípadné negatívne dopady tejto zmeny v predpisovaní liekov i formou osvety medzi pacientmi a lekármi tak, aby sa nezhoršila dostupnosť liekov na predpis. Pripravili pre nich tzv. Desatoro, v ktorom zhrňajú zásady dôležité pre hladký prechod na nový systém.

■ Napriek mnohým pripomienkam sú od lekárov, lekárnikov, IT špecialistov i patientskych organizácií sú elektronické recepty povinné od 1. januára 2018. Do nového roka tak vstúpilo celé zdravotníctvo aj pacienti úplne revolučnou zmenou v predpisovaní liekov.

Hoci je táto povinnosť fakticky známa už 7 rokov, mnoho štátnych inštitúcií nechalo prípravu na poslednú chvíľu. Vyhláska Ministerstva zdravotníctva k elektronickej preskripcii vyšla len 7. decembra, necelý mesiac pred spustením povinného systému. Tiež Štátny ústav pre kontrolu liečiv systém ePreskripcie opakovane upravuje a mení technickú dokumentáciu, jeho užívateľom však stále neposkytuje motiváciu k dobrovoľnému používaniu. Aj preto bolo pred koncom roka 2017 elektronicke predpisovaných len 12 % z celkového ročného počtu približne 70 000 000 receptov a navýšenie počas roka 2017 bolo len 5 %.

■ Veľkým rizikom v pripravenom systéme je faktická nemožnosť výdaja liekov lekárnikom pri akomkoľvek výpadku spojenia. Náhradná webová aplikácia bola niekoľko dní pred spustením v skúšobnej, tzv. Beta-verzii a telefónne spojenie s pracovníkom call centra ŠÚKL bolo prakticky nefunkčné (čakacie doby 20 minút, či úplná nedostupnosť sú úplne bežné), takéto overenie eReceptu dokonca pravdepodobne nemá ani oporu v legislatíve. Elektronické recepty žiaľ neprinášajú ani tzv. Liekový záznam pacienta, vďaka ktorému by bolo možné odhaliť duplicitu, interakcie alebo kontraindikácie medzi predpisovanými liekmi.

■ „Preto vyvinuli lekárnici maximálne úsilie na zmiernenie prípadných negatívnych dopadov nie celkom pripraveného systému elektronickeho predpisovania a výdaja liekov, spolupracovali s IT špecialistami, pripravovali svoje lekárenské počítačové systémy a rokovali s úradníkmi ŠÚKL o potrebných úpravách. Vzájomne komunikovali, školili sa a pomáhali pri školení lekárov. Pre pacientov a lekárov pred koncom roka navyše pripravili tzv. Desatoro ePreskripcie,“ pripomína PharmDr. Lubomír Chudoba, prezident Českej lekárskej komory. V Desatore zhrňujú tie najdôležitejšie pravidlá, ktoré je vhodné dodržať, aby bol prechod na plošnú elektronicke preskripciu plynulý a neohrozil výdaj liekov na predpis pre pacientov a tým aj ich zdravie.

Zdroj: Tlačová správa Česká lekárska komora z 28. 12. 2017

Nový minister zdravotníctva Vojtěch chce riešiť eRecepty

■ Ako poslanec za ANO podal pozmeňovací návrh, aby sankcie boli odložené o rok, nie však povinnosť eRecepty písať. K prvým krokom vo funkcii bude patriť tiež obnovenie Rady poskytovateľov, v nej chce minister so zástupcami všetkých segmentov starostlivosti prerokovať chystané zákony, aj aktuálne problémy rezortu.

■ Projekt eReceptov považuje Vojtěch za nedotiahnutý, lekári by podľa neho nemali doplácať na chyby tých, ktorí projekt pripravili. Chýba liekový záznam pacienta, k jeho zavedeniu bude potrebné vykonať zmenu zákona, ktorá bude podľa neho pripravená čo najskôr.

■ „Keby návrh na odloženie sankcií bol schválený až po 1. januári 2018, budem sa snažiť maximálne pôsobiť na Štátny ústav pre kontrolu liečiv, aby žiadne sankcie udeľované neboli. Jasné oznámenie pre lekárov je, že v prvých mesiacoch sa nemusia obávať sankcií, a až sa schváli zákon, mal by byť ročný odklad sankcií. Akékoľvek pokuty za nepoužívanie eReceptu by mali prísť až v roku 2019, ak lekár bude systém systematicky bojkotovať,“ uviedol.

Zdroj: www.tribune.cz 14. 12. 2017

Zdeněk Blahuta rezignoval na funkciu riaditeľa Štátneho ústavu pre kontrolu liečiv

■ Doterajší riaditeľ Štátneho ústavu pre kontrolu liečiv Zdeněk Blahuta požiadal štátneho tajomníka Ministerstva zdravotníctva o odvolanie zo služobného miesta riaditeľa z osobných dôvodov ku dňu 18. 12. 2017. Štátny tajomník Ivo Beneda jeho žiadosti vyhovel.

■ Minister zdravotníctva Adam Vojtěch rozhodnutie riaditeľa Blahutu rešpektuje. Na funkciu riaditeľa bude vypísané riadne výberové konanie.

Zdroj: Ministerstvo zdravotníctva SR 18.12.2017



AUTOR:

Dr. h. c., prof. RNDr.
Jozef Čižmárik, PhD.

FaF UK, Bratislava

Antiarytmikum H+B

■ V rámci systematického štúdia vzťahov medzi chemickou štruktúrou lokálneho anestetika heptakaínu, jeho fyzikálno-chemickými vlastnosťami a biologickým účinkom, sme študovali na Katedre farmaceutickej chémie FaF UK Bratislava aj jeho kvartérne amóniové soli (Čižmárik, J., Mazáň, Š., Švec, P., Borovanský, A.: *Quaternary ammonium salts of Heptacaine. Pharmazie* 33, 762–763 (1978)) a Čižmárik, J., Mazáň, Š., Švec, P., Borovanský, A.: *Štúdium lokálnych anestetík. LXVIII. Kvartérne amóniové soli heptakaínu a jeho pentyloxyanalógu. Českoslov. farm.* 27, 427–431 (1978)). U nich sa predikoval a projektoval pokles lokálneho anestetického, zvýšenie antimikrobiálneho, ale i antiarytmického účinku.

■ Keďže už vtedy bolo z práce Kozlovský, J., Čižmárik, J., Pešák, M., Borovanský, A.: *Českoslov. Farm.* 25, 218–221 (1976) známe a neskoršie potvrdené Kozlovský, A., Čižmárik, J., Pešák, M., Inczinger, F., a Borovanský, A.: *Arneim. Forsch/Drug Res.* 32, 1032–1036 (1982), že heptakaín má i antiarytmické účinky, ktoré sa preukázali pri sledovaní antagonizovania komorových extrasystol u morčiat na strofantinovom modeli, kde ako štandard slúžil lidokaín. Zároveň boli zistené i pozitívne zmeny tepovej frekvencie na P-R intervale EKG. Tieto výsledky nám iniciovali otázku ako sa kvarternizácia piperidínového dusíka na báze heptakaínu alkyhalogenidmi a benzylchloridom prejaví na jeho antiarytmickom účinku.

■ Bolo vyprojektovaných a syntetizovaných 20 kvartérnych amóniových soli heptakaínu, u ktorých sa ciele projekcie

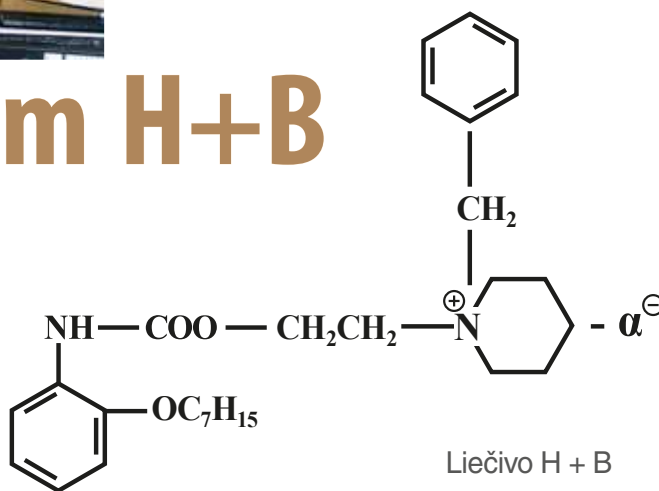
prakticky potvrdili.

■ Zo série látok požiadavky na potenciálne liečivo spĺňala zlúčenina H+B, ktorú sme zvolili pre ďalšie komplexné štúdium.

■ Toto štúdium v plnej miere potvrdilo, že kvartérne amóniové soli heptakaínu vrátane látky H+B majú oproti heptakaínu výrazné antimikrobiálne účinky Čižmárik, J., Trupl, J., Pešák, M.: *Korrelation zwischen der antimikrobiellen aktivität quartärer ammoniumsalze des Heptacains gegenüber Staphylococcus aureus und extraktionskonstante der Ionenpaare. Pharmazie* 38, 789–790 (1983) a Čižmárik, J., Trupl, J.: *Antimikrobielle wirkung der quartären ammoniumsalze des Heptacains. Pharmazie* 42, 139–120 (1987), ktoré lineárne korelovali s hodnotami extrakčných konstant ich ionových párov.

■ Stručný popis prípravy liečiva H+B a jeho aktivity sme zhrnuli v publikácii Čižmárik, J., Kozlovský, J.: *Strukturelle variationen des Heptacains. Teil. 2. Darstellung und antiarrhythmische aktivität des N-[2-(2-heptyloxyphenyl)carbamoyloxy]-ethyl]-N-benzylpiperidiniumchlorids. Pharmazie* 42, 549 (1987), v ktorej je i záver zo štúdia negatívnej dromotropie a chromotropie a kardiotoxicity v porovnaní s lidokaínom.

■ Jeho základný analytický profil, potrebný pre ďalší výskum metabolizmu, biotransformácie, farmakokinetiky a biodostupnosti



vypracoval kolektív Bachratá, M., Čižmárik, J., Bezáková, Ž., Stankovičová, M., Blešová, M., Borovanský, A.: *Českoslov. farm.* 36, 355–361 (1987) a o dôkaz kvapkovou mikroanalýzou ho doplnil Čižmárik, J., a Sedlárová, E.: *Českoslov. farm.* 41, 241–242 (1992).

■ Neskoršie vplyv pomocných látok na jeho uvoľňovanie popísala Vitková, Z., Gardavská, K., Čižmárik, J.: *Influence of glycerol, propylene glycol and sorbitol on surface tension, partition coefficient and liberation, drug H+B. Pharmazie* 48, 283–284 (1993) a stabilitu a kinetiku hydrolyzy Stankovičová, M., Bachratá, M., Bezáková, Ž., Blešová, M., Čižmárik, J., Šveda, P.: *Pharmazie* 49, 579–583 (1994)

■ Liečivo H+B, ktorého systémový chemický názov je: N-[2-(2-heptyloxyfenylkarbamoyloxy)-etyl]-N-benzylpiperidíniumchlorid, zámenný názov: N-benzylheptakaíniumchlorid, generický názov: H+B, bol ďalším významným výsledkom vedeckej školy karbamátov FaF UK, ktorý potvrdil opodstatnenosť výskumu a vývoja liečiv v skupine bázičných esterov substituovanej fenylkarbámovej kyseliny. ■

AUTOR:

Peter Galisštudent 5. ročníka FaF UK
Bratislava

Omamné a psychotropné látky – zaujímavosti

↑ Holohlavec končistý

Ayahuasca

■ Napríklad primitívne kmene v Amazonskom pralese dodnes používajú odvar známy ako ayahuasca na spirituálne ceremónie. Vytvára silné audio-vizuálne halucinácie, ktoré majú šamanom umožňovať „komunikovať s duchmi“. Pripravuje sa z rastlín rodov Psychotria, Diplopterys, Chagropanga alebo Mimosa obsahujúcich psychoaktívnu látku dimetyltriptamín – DMT (neselektívny agonista serotonínových, DA, NA a iných receptorov), pre plný účinok je potrebná prítomnosť inhibítorov MAO obsiahnutých napr. v rastline *Banisteriopsis caapi* alebo *Peganum harmala*.

Meskalínové kaktusy

■ Amerika je veľmi bohatá na psychadelické rastliny. Zamierme na sever do mexickej púšte. Kaktusy Pejotl (*Lophophora williamsii* – na obrázku), Kaktus sv. Petra (*Echinopsis pachanoi*) a Perúnska fakľa (*Echinopsis peruviana*) už pravdepodobne viac ako pred 5 500 rokmi využívali miestni Indiáni na náboženské ceremónie. Obsahujú psychadelickú látku meskalín, ktorá vyvoláva stavy podobné LSD alebo psilocínu. Typické príznaky sú zmeny vnímania priestoru a času, i vnímania samého seba a vizuálne fenomény s otvorenými i zatvorenými očami, najmä zmeny farieb a tvarov predmetov. Špecifické stavy sú geometrizácia – sploštenie alebo zaoblenie predmetov (ako kubistické obrazy od P. Picasa) a kaleidoskopický pohľad na svet.

Lysohlávky

■ Aby sme odhalili „zázračné rastlinky a huby“, nemusíme cestovať za exotikou. V európskych teplých a vlhkých lesoch bohatých na humus môžeme nájsť huby rodu *Psilocybe* (v slovenskej taxonómii Holohlavec), ktoré sa ľudovo nazývajú lysohlávky, vďaka

↑ Lophophora
(meskalínový kaktus)

ich klobúkovitému vzhľadu. Psychadelické účinky sú podobné ayahuasce. Užívateľia majú pocit, že ich obkolesuje príroda, ktorá sa im prihovára. Ako keby predmety mali „dušu“. Majú farebné vízie aj so zatvorenými očami. Je to spôsobené obsiahnutými látkami psilocín a jeho fosforylovaným derivátom psilocybinom.

Marihuana

■ *Cannabis sativa* používali naši predkovia predovšetkým ako zdroj vlákien na šitie odevov, ale konzumovali sa aj jej semená bohaté na oleje a taktiež sa používal aj olej získaný ich vylisovaním. Ako rekreačná droga sa stala populárnou až v 20. storočí. THC nevytvára výrazné audio-vizuálne halucinácie, sú skôr zriedkavé vo forme mylného vnímania predmetov a udalostí. Účinky sú najmä na psychiku a emócie. Konzumujú sa usušené okvetia, listy sa nekonzumujú, nakoľko obsahujú len zanedbateľné množstvo kanabinooidov. Najvyšší obsah má konopný olej získaný lisovaním semien, ktorý sa nazýva hašiš. Nie je marihuana ako marihuana – líšiť sa môže obsahom THC v závislosti od danej odrody alebo od spôsobu pestovania (indoorové majú vyšší obsah THC).

Okrem iného, THC spôsobuje zvýšenú chuť do jedla. Vďaka svojim analgetickým a antiemetickým vlastnostiam má potenciál v modernej medicíne, avšak vďaka svojim psychoaktívnym vlastnostiam je jeho použitie naďalej kontroverzné (síce v niektorých západných krajinách je povolená na lekárske účely, niekde dokonca aj na rekreačné, no v našej republike je doposiaľ jej použitie legislatívne úplne vylúčené).

Kokaín

Juhoamerickí indiáni žujú listy koky už po tisícročia. Využívajú ich na zlepšenie výkonnosti a zníženie pocitu hladu. Izolovaný bol v roku 1855 nemeckým chemikom Friedrichom Gaedckeom.



↑ Marihuana

V druhej polovici 19. storočia sa využíval ako prvé lokálne anestetikum. Používal sa aj pri terapii závislosti od morfínu. Jeho rekreačné použitie v roku 1884 popísal rakúsky psychiater, neurológ a filozof Sigmund Freud. V tomto čase sa v USA objavujú rôzne prípravky a pomôcky na jeho rekreačné využívanie, napr. cigary, prášky... V roku 1886 americký lekárnik a vojnový veterán z americkej občianskej vojny John Pemberton, ktorý bol závislý od morfínu, vynášiel nervové tonikum French wine coca („francúzske víno z koky“). Neskôr prešiel na výrobu nealkoholickej verzie, ktorú nazval Coca-cola®. Podľa názvu, hlavné zložky boli listy koky a orechy kolovníka. Obsahovala vysoké dávky kokaínu (asi 9 mg v 1 pohári; pre porovnanie, „lajna“ kokaínu obsahuje 50 – 75 mg). Pred smrťou značku predal, nový výrobca dávku kokaínu znížil desaťkrát, až v roku 1904 bol kokaín úplne odstránený.



Polosyntetické a syntetické omamné a psychotropné látky

Heroín

■ Heroín patrí k látkam, ktoré spôsobujú najväčšie fyzické poškodenie konzumentov. Nie je to však kvôli svojim vedľajším účinkom a abstinencnému syndrómu, ale najmä kvôli nečistotám, ktoré ilegálne pripravený heroín obsahuje a kvôli nesterilným ihlám – spôsobuje HIV, hepatitídu, endokarditídu, nefropatie, abscesy. Čo môže byť znepokojivé je fakt, že v roku 1895 bol uvedený na trh ako voľnopredajný liek firmou Bayer pod obchodným názvom Heroin indikovaný ako „analóg morfínu pre terapiu suchého kašľa a hnačiek, ktorý nie je návykový ako morfín“. Zakázaný bol až v roku 1925 Spoločnosťou národov. Trh dopyt po heroíne substituoval rôznymi jeho analógmi, až v roku 1930 boli zakázané všetky analógy, ktoré nevykazovali žiadnu terapeutickú výhodu. V niektorých krajinách sa však používa ako analgetikum v ústavnej liečbe, ak morfín už nezaberá alebo pri odvykacej liečbe od opiátov.

Metamfetamín

■ Prvýkrát bol syntetizovaný v Nemecku v roku 1887, avšak v roku 1893 japonský chemik Nagai Nagayoshi upravil jeho prípravu na ekonomickejšiu – známa Nagaiova reakcia z efedrínu, ktorú dodnes používajú pouliční variči, avšak nie z efedrínu, ale z jeho enantioméru pseudoefedrínu. Princípom reakcie je, že v prostredí kys. jodovodíkovej (alebo zmesi kys. chlórovodíkovej a elementárneho jódu) dochádza k nahradeniu OH skupiny za jód, ktorý je následne redukovaný pôsobením červeného fosforu a nahradený vodíkom. V roku 1937 bol nemeckou firmou Temmler registrovaný pod názvom Pervitin a používal ho nacistický Wehrmacht, aj Luftwaffe – chceli vytvoriť „supervojakov“, ktorí budú výkonnejší. Avšak kvôli nežiaducim účinkom ho prestali používať už v roku 1940. V 50-tych a 60-tych rokoch sa v USA používal v kombinácii s inými amfetamínmi pod obchodným názvom Obetrol ako anobezikum – terapia obezity. Okrem vedľajších účinkov a prejavov syndrómu z vynechania pôsobí neurotoxicky na serotonínové aj dopaminergné neuróny a znižuje aj množstvo šedej mozgovej hmoty.

LSD

■ Prvýkrát bol nasyn-
tetizovaný švajčiarskym chemikom
Albertom Hofmannom vo Švajčiarsku v roku
1938 pre firmu Sandoz. Pracoval na derivátoch kyseliny lysergovej ako potenciónálnych analeptík, ktoré boli získané z námeľu. V roku 1947 bol uvedený touto firmou na trh pod názvom Delysid. Jeho použitie v praxi bolo kontroverzné. Používal sa ako psychotomimetikum pre zvýšenie kreativity umelcov alebo na simuláciu duševných chorôb. Americká armáda a CIA viedli výskum ohľadom jeho potenciálneho využitia na ovládanie mysle a ako chemickú zbraň. Na konci 50-tych rokov sa dokonca používal na terapiu závislosti od alkoholu (údajne tak úspešne, že jeho účinok ešte nebol ničím prekonaný). V 60-tych rokoch sa rozšírilo jeho zneužívanie a v roku 1965 bol stiahnutý z trhu a zakázaný. Účinok dosahuje už pri p.o. dávke 20 – 30 µg, zatiaľ čo ostatné rekreačné drogy až pri miligramových množstvách.

MDMA

■ Bol objavený v roku 1912 firmou Merck. V tomto čase sa táto firma zaujímala o vývoj látok na zastavenie krvácania do brušnej dutiny. Chceli konkurovať patentu firmy Bayer na hydrastinín a nasyn-
tetizovali jeho analóg metylhydrastinín. MDMA bol jedným z medziproduktov v syntéze, dali si ho patentovať, ale nemali o neho ďalší záujem. Neskôr sa firma k nemu vrátila, ale len sporadicky. V 50-tych rokoch sa stal súčasťou výskumov americkej armády spolu s ďalšími psychadelickými látkami. Koncom 60-tych rokov sa začína zneužívať na rekreačné účely a v 70-tych rokoch je zakázaný. Často nastávajú úmrtia v dôsledku hypertenzie a dehydratácie. Časté sú aj prípady hyponatriémie, kedy sa užívatelia snažia zabrániť dehydratácii nadmerným prísunom tekutín bez suplementácie elektrolytov. ■

Referencie

1. Edwards, Jim. Yes, Bayer Promoted Heroin for Children - Here Are The Ads That Prove It. [businessinsider.com.\[Online\] 2011. http://www.businessinsider.com/yes-bayer-promoted-heroin-for-children-here-are-the-ads-that-prove-it-2011-11.](http://www.businessinsider.com/yes-bayer-promoted-heroin-for-children-here-are-the-ads-that-prove-it-2011-11)
2. Hofmann, Albert. LSD - My Problem Child. [psychedelicalibrary.org.\[Online\] http://www.psychedelicalibrary.org/child1.htm.](http://www.psychedelicalibrary.org/child1.htm)
3. Hitler's Drugged Soldiers. Ulrich, Andreas. s.l. : Der Spiegel, Máj 6, 2005.
4. Renton, RJ and Cowie. A study of the precursors, intermediates and reaction by-products in the synthesis of 3,4-methylenedioxymethylamphetamine and its application to forensic drug analysis. *Forensic Sci. Int.* 1993, Vol. 60, 3, pp. 189-202.
5. Arthur Stoll, Albert Hofmann. LSD. 2,438,259 Švajčiarsko, Apríl 30, 1943.



SPRACOVALA:
JUDr. Aneta Tarnóczyová
právny odbor

Novela zákona o liekoch skrytá v novele zákona o zdravotnej starostlivosti

Poslanci dňa 6. 12. 2017 schválili novelu zákona o zdravotnej starostlivosti z dielne ministerstva zdravotníctva, ktorá nadobudla účinnosť 1. 1. 2018.

Jej cieľom je úprava v obsahu a členení elektronickej zdravotnej knižky, ktorá navrhuje zúženie údajov vedených v patientskom sumári len na najdôležitejšie život zachraňujúce údaje. V rámci zavádzania elektronickej zdravotníctva umožňuje vytvorenie a používanie lekárskeho správ o poskytnutej zdravotnej starostlivosti, odporúčaní lekára na špecializovanú zdravotnú starostlivosť a lekárskeho prepúšťacích správ v elektronickej forme bez ich vyhotovenia v listinnej podobe na základe predchádzajúcej dohody s pacientom. Okrem iného zavádza tzv. doplnkové ordinačné hodiny, v rámci ktorých budú môcť byť pacienti ošetrení za poplatok maximálne 30 eur, mení fungovanie urgentných príjmov, podrobne organizuje vykonávanie obhliadok mŕtvych tiel.

Novelou zákona o zdravotnej starostlivosti sa mení a dopĺňa aj zákon o liekoch, preto v článku pozornosť upriamime na zmeny, ktoré schválená novela priniesla zákonu o liekoch.

Predpisovanie liekov elektronickej

■ V rámci postupného prechodu na elektronickej zdravotníctvo od 01. 01. 2018 lekár vytvára papierový lekársky predpis s tzv. identifikátorom (čiarovým kódom, ktorý načíta lekárnik) aj elektronickej lekárskeho predpis v elektronickej zdravotnej knižke pacienta potvrdený jeho elektronickej podpisom. Zároveň sa môže s pacientom dohodnúť, že mu vystaví len predpis elektronickej, pokiaľ má pacient elektronickej občiansky preukaz.

■ Je vecou predpisujúceho lekára a pacienta akú formu dohody zvolia, pričom zákon predpokladá, že pôjde o ústnu dohodu uzavretú na základe dôvery medzi lekárom a pacientom. eRecept bude mať pacient uložený vo svojej elektronickej

zdravotnej knižke, pričom na jednom môže byť predpísaný iba jeden humánný liek alebo liečivo alebo jeden druh zdravotníckej pomôcky na rozdiel od klasického papierového receptu, kde môžu byť uvedené až dva.

Mimoriadne objednávanie liekov

■ Na účel správneho fungovania informačného systému na mimoriadne objednávanie liekov – ISMOL, ak sa cez ISMOL objednáva nedostatkový liek predpísaný elektronickej, lekárnik priloží k objednávke aj preskripčný záznam – elektronickej recept v anonymizovanej podobe, pričom novela dopĺňa definíciu preskripčného záznamu

v **anonymizovanej podobe**, ktorým je *elektronická kópia preskripčného záznamu s údajmi a náležitosťami podľa zákona o liekoch, ktorým bol pacientovi predpísaný kategorizovaný humánny liek a na ktorej držiteľ povolenia na poskytovanie lekárenskej starostlivosti anonymizoval osobné údaje pacienta (meno, priezvisko, adresu trvalého pobytu, rodné číslo) a súčasne neupravil ani nepozmenil evidenčné číslo preskripčného záznamu.*

Výdaj humánneho lieku na veterinárny lekársky predpis

■ Podľa novely lekárník môže vydávať humánny liek, ktorého výdaj je viazaný na lekársky predpis aj na základe veterinárneho lekárskeho predpisu. Rozširuje sa oznamovacia povinnosť lekárne, ktorá musí oznámiť do 30 dní po skončení štvrťroka národnému centru zdravotníckych informácií údaje o počte balení, kód a cenu humánneho lieku, ktorý bol vydaný na základe veterinárneho lekárskeho predpisu.

6 x 2

■ Doterajšia právna úprava povoľovala všeobecnému lekárovi predpisovať **humánny liek, dietetickú potravinu alebo zdravotnícku pomôcku na základe odporúčania odborného lekára** maximálne počas obdobia šiestich mesiacov. Ako však ukázala bežná klinická prax, bola táto lehota krátka a spôsobovala množstvo zbytočných návštev tak u odborného ako aj všeobecného lekára. Všeobecný lekár môže na základe odporúčania špecialistu predpisovať liek počas **dvanástich mesiacov**.

Predpisovanie liekov pre seba a blízke osoby

■ Pri zavádzaní elektronického zdravotníctva zákonodarcu myslieť aj na tzv. „neambulujúcich“ lekárov, ktorí nedisponujú informačným systémom, ktorý má overenie zhody, a teda nemôžu vytvoriť preskripčný záznam o predpísanom humánnom lieku, zdravotníckej pomôcke alebo dietetickej potravine. Z toho dôvodu ustanovil výnimku pre zdravotne indikované prípady, kedy je lekár oprávnený predpisovať humánne lieky, zdravotnícke pomôcky a dietetické potraviny uhrádzané na základe verejného zdravotného poistenia pre seba a pre jemu blízke osoby **bez povinnosti predpisovať ich elektronickou formou**.

Viacnásobný recept

■ **Lekársky predpis s poznámkou „REPETETUR“** môže predpisujúci lekár vystaviť pacientovi v prípade, že predpísaný humánny liek pacient už pravidelne užíva (nikdy nie pri jeho prvom predpísaní). **Takýto lekársky predpis nemôže predpisujúci lekár predpisovať ručne bez vytvorenia preskripčného záznamu.** Na druhej strane je možné na základe dohody s pacientom predpísať tzv. viacnásobný recept čisto elektronicky s dobou platnosti **najviac jeden rok**.

■ Na viacnásobnom recepte je predpisujúci lekár povinný vyznačiť:

- dobu platnosti
- povolený počet opakovaného výdaja
- celkový počet balení humánneho lieku, ktorý je možné vydať.

■ Okrem uvedeného môže lekár stanoviť aj frekvenciu výberu humánneho lieku, t.j. počet kalendárnych dní, ktoré musia uplynúť medzi dvoma výbermi s prihliadnutím na veľkosť dávky predpísaného lieku. Lekáreň v **dispenzačnom zázname uvedie počet balení vydaného humánneho lieku** v súvislosti s vydávaním humánnych liekov na základe lekárskeho predpisu s poznámkou „REPETETUR“. Novela v záujme zachovania slobodného výberu lekárne pacientom stanovuje, že **lekárnik nesmie podmieňovať výdaj humánneho lieku predpísaného na viacnásobnom recepte ďalším výdajom takéhoto humánneho lieku v tej istej lekárni.** Zoznam humánnych liekov, ktoré nebude možné predpísať na lekársky predpis s poznámkou „REPETETUR“ vydá ministerstvo zdravotníctva formou vyhlášky.

Zdravotné pomôcky už môžu predpisovať aj sestry a pôrodné asistentky

■ Novela umožňuje v súvislosti s poskytovaním ošetrovateľskej starostlivosti predpisovanie zdravotníckych pomôcok (nie liekov) okrem obvodného lekára, sestry a pôrodnej asistentky. Ministerstvo týmto krokom sleduje hneď niekoľko cieľov. Chce vyhovieť lekárom, aby ich odbremenilo od činností, pri ktorých nie je úplne nevyhnutné ich vykonanie lekárom. Rovnako sa chcelo pomôcť sestram, ktorých je nedostatok, dať im viac kompetencií a využiť ich kvalifikáciu. Zoznam zdravotníckych pomôcok, ktoré bude oprávnená predpisovať sestra alebo pôrodná asistentka ustanoví ministerstvo zdravotníctva formou vyhlášky.

■ *Pozn.: Prezident novelu zákona nepodpísal a vrátil ju späť do NR SR. Navrhol, aby parlament vypustil zo schváleného znenia zrušenie odvodovej odpočítateľnej položky zo zdravotného poistenia pre zamestnávateľov, ktoré bolo do novely zakomponované v rámci schváleného pozmeňujúceho návrhu výboru pre zdravotníctvo. Podľa jeho názoru ide o zásadnú zmenu v oblasti odvodov, ktorá bola bezdôvodne prijatá bez riadnej verejnej diskusie a dôsledného posúdenia jej následkov, čím došlo k zúženiu priestoru na efektívnu kontrolu legislatívneho procesu. Poslanci o schválenom zákone opätovne rokovali 21. decembra, počtom hlasov 78 prelomili veto prezidenta a novelu zákona o zdravotnej starostlivosti schválili. Novela nadobudla účinnosť 1. januára 2018.*

■ V prípade otázok či už k uvedenému článku alebo vašej inej právnej otázky sa neváhajte obrátiť na vaše „Právne okienko“ a píšete na mailovú adresu redakcie časopisu Lekárnik – lekarnik@unipharma.sk. ■



AUTORKA:

MUDr. Jaroslava Orosová

Klinika detskej pneumológie

LF SZU a NUDCH Bratislava,

pracovisko Podunajské Biskupice

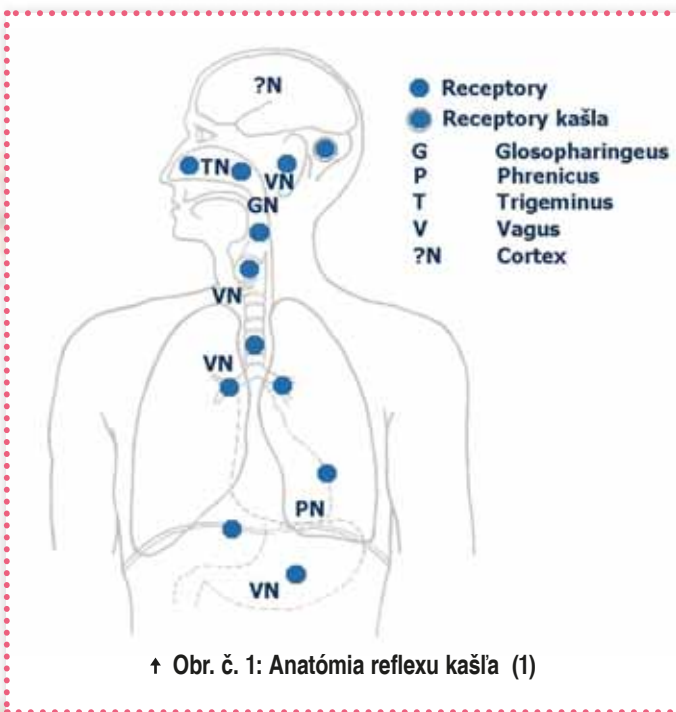


Kašeľ v detskom veku

▣ Kašeľ je prudké uvoľnenie vzduchu z pľúc počutelné na diaľku. Je to obranný mechanizmus, ktorý očisťuje dýchacie cesty od dráždivých látok a sekrétov. Väčšina ľudí zakašeľe jeden alebo dva krát za deň. Ak je v prostredí veľké množstvo dráždivých látok alebo ak je respiračný systém infikovaný, kašeľ je častejší, dráždivejší a dlhší. Môže byť provokovaný námahou alebo sa objavuje aj v spánku. Môže tiež spôsobiť bolesť na hrudníku, respiračnú tieseň, závrate, vyčerpanosť. V prevažnej väčšine trvá jeden až dva týždne. O chronickom kašli hovoríme vtedy, ak trvá viac ako tri týždne. Všeobecne ho charakterizujeme ako suchý alebo produktívny. V pediatrickej praxi je kašeľ najčastejšou príčinou návštevy ambulancie lekára.

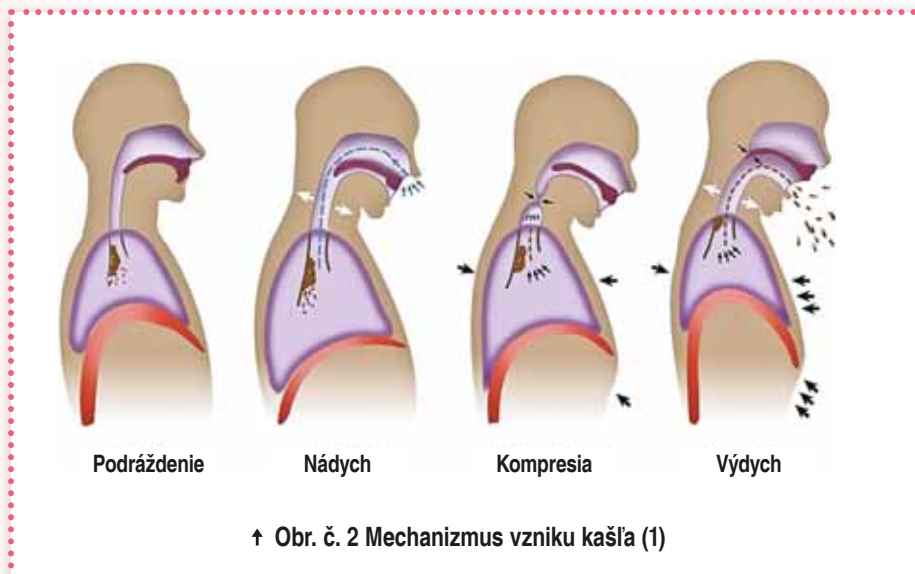
Mechanizmus vzniku kašľa

■ Kašeľ vzniká vtedy, ak dráždivé podnety podráždia jeden alebo viac receptorov v rôznych bodoch respiračného systému. Z receptorov je vyslaný signál do centra kašľa v mozgu a ten dá telu „príkaz“ ku kašľu.



↑ Obr. č. 1: Anatómia reflexu kašľa (1)

■ Kašeľ začína hlbokým nádychom, otvorením hlasiviek, zatvorením hornej časti laryngu (glotis) a nahromadením vzduchu v pľúcach. Následne bránica a iné dychové svaly vyvinú tlak na pľúca, glotis sa náhle otvorí a dôjde k uvoľneniu takto nahromadeného vzduchu a to rýchlosťou až nad 160 km/hod. (obr. č. 2).



↑ Obr. č. 2 Mechanizmus vzniku kašľa (1)

Príčiny a symptómy

■ V prevažnej väčšine je kašeľ spôsobený infekciou dýchacích ciest

1. vírusový katar horných dýchacích ciest (coronavírusy, rinovírus), je najčastejšou príčinou kašľa u detí. Môže byť suchý, bez expektorácie, dráždivý a frekventný
2. pri vírusovej infekcii (adenovírus, RS vírus, influenza, parainfluenza) laryngu, trachei a bronchov je kašeľ „štekavý“
3. dávivý kašeľ s nauzeou je charakteristický pre pertussis
4. respiračné infekcie spôsobené atypickými patogénami (mykoplazma a chlamýdia pneumoniae), sú spojené v úvode skôr so suchým kašľom, neskôr sa stáva produktívnym
5. syndróm zatekania („postnasal drip syndróm“) patrí tiež k veľmi častým príčinám kašľa u detí, ale aj u dospelých. Vzniká podráždením hlienov zatekajúcich z nosa do nosohltana pri infekcii v nose alebo prínosových dutinách. Môžu ho spôsobiť aj alergény. Je dráždivý, prevažne v noci, spojený s vykašliavaním riedkeho spúta, neskôr môže byť produktívny
6. pri bakteriovej pneumónii je kašeľ produktívny s vykašliavaním rôzne sfarbeného spúta

■ Faktory vonkajšieho prostredia ako cigaretový dym, prach, alebo smog môžu byť tiež príčinou kašľa. U najmenších detí je to predovšetkým pasívne fajčenie. Fajčenie cigariet alebo iných toxických látok (narkotík), bývajú príčinou kašľa najmä u adolescentov.

■ Chronický kašeľ u detí trvá viac ako 3 týždne (8 týždňov u dospelých).

■ V detskom veku môže byť prejavom rôznych ochorení.

Tabuľka č. 1: RÔZNE PRÍČINY CHRONICKÉHO KAŠĽA U DETÍ

Bronchiálna astma	<ul style="list-style-type: none"> • Kašeľ môže byť prvý prejav astmy u detí bez expiračnej dýchavice a piskotov. Zhoršuje sa v noci alebo po námahe. Môže byť aj prejavom nedostatočne kontrolovanej astmy. Kašeľ, ktorý sa objavuje alebo zhoršuje po námahe, môže byť prejavom ponámahovej astmy. Je potrebné pátrať po výskyte bronchiálnej astmy v rodine.
Neinfekčné príčiny kašľa	<ul style="list-style-type: none"> • Najčastejšou príčinou sú alergické ochorenia – sezónne, ktoré sa prejavujú riedkym výtokom z nosa a kašľom zo zatekania do nosohltanu. Môže to byť kašeľ sezónny od jari do jesene (alergia na stromy, trávy a buriny), alebo celoročný pri alergii na perie, roztoče a iné alergény. Často sa nejedná o typický kašeľ, ale skôr o „odŕhanie“. V rodine dieťaťa je častý výskyt alergií.
Chronická sinusitída a bronchitída	<ul style="list-style-type: none"> • Môže byť infekčného alebo alergického pôvodu. Kašeľ je v začiatku dráždivý, neskôr mäkký s vykašliavaním hlienov. Je potrebné pátrať po ochoreniach ako sú poruchy imunity, cystická fibróza, porucha riasiniek (primárna alebo sekundárna ciliárna dyskinezia).
Adenoidné vegetácie a chronická tonsilitída	<ul style="list-style-type: none"> • Kašeľ je následkom infekčného ložiska v oblasti horných ciest dýchacích. Je neproduktívny, niekedy „štekavý“, pomerne frekventný z pretrvávajúceho dráždenia.
Gastroezofageálny reflux -(GER)	<ul style="list-style-type: none"> • Kašeľ nemusí byť vždy sprevádzaný zvracaním. Dieťa v dojčenskom veku je často nepokojné, plačlivé. U detí najmladších vekových skupín môžu byť jeho prvým prejavom apnoické pauzy. U „nočnej astmy“, treba vždy myslieť na GER.
Cystická fibróza (CF)	<ul style="list-style-type: none"> • Kašeľ je od útleho veku spojený s ostatnými prejavmi ochorenia, najmä neprospevaním, objemnými, zápachajúcimi stolicami a nadmerným potením. Pot je veľmi slaný.
Emfyzém pľúc	<ul style="list-style-type: none"> • U detí ide skôr o vzácne ochorenie a to najmä vo vyšších vekových kategóriách. Na rtg hrudníka a pri funkčnom vyšetrení pľúc je nález pomerne jednoznačný. Príčinou môže byť aj deficit alfa1 antitrypsínu.
Kašeľ ako vedľajší účinok liekov	<ul style="list-style-type: none"> • Beta blokátory, ACE inhibítory, inhalačné lieky (antibiotiká, mukolytiká, antiastmatiká).
Chronická aspirácia cudzieho telesa	<ul style="list-style-type: none"> • Dlhá nepoznaná, sprevádzaná vlhkým kašľom s vykašliavaním spúta. Pri cudzom telese v nose je dlhodobá purulentná sekrécia z nosa – jednostranná! Môže sa jednať aj o cudzie teleso v uchu.
Psychogénny kašeľ	<ul style="list-style-type: none"> • Pri psychickom ochorení, dieťa nikdy nekašeľ v spánku, „núti sa“ do kašľa najmä v prítomnosti inej osoby. Charakteristický je postoj dieťaťa – predklon s rukami zvierajúcimi hrdlo.
Tuberkulóza a iné závažné bakteriálne infekcie	<ul style="list-style-type: none"> • Pri TBC býva vykašliavané rôzne sfarbené až krvavé spútom, dieťa trpí nechutenstvom, môže mať subfebrilitu. Často je výskyt tuberkulózneho ochorenia v okolí dieťaťa, najčastejšie v rodine. Iné závažné bakteriálne infekcie sú spojené s celkovou alteráciou stavu. Kašeľ je vyčerpávajúci, vlhký, produktívny. Ochorenie je sprevádzané febrilitami.
Intersticiálne pľúcne choroby, vaskulitída, sarkoidóza, bronchopulmonálna dysplázia	<ul style="list-style-type: none"> • Kašeľ je skôr suchý, neproduktívny, pri pridruženej bakteriálnej infekcii produktívny, spojený so zníženou výkonnosťou dieťaťa, zadychávaním po námahe.
Bronchiektázie	<ul style="list-style-type: none"> • Vlhký a produktívny kašeľ s vykašliavaním sfarbeného spúta, niekedy až „hrudiek“ spúta. Kašeľ je celoročný. Môže sa jednať o vrodené alebo získané bronchiektázie.
Plesňové infekcie dýchacích ciest	<ul style="list-style-type: none"> • Kašeľ je dráždivý pri ochoreniach ako sú aspergilóza, histoplazmóza a cryptococosa. U detí je zriedkavý, obyčajne spojený s inými ochoreniami (CF, imunodeficiencia...).
Poškodenie hlasiviek	<ul style="list-style-type: none"> • Úraz alebo ochrnutie hlasiviek iného pôvodu. Kašeľ je „laryngeálny“, niekedy sprevádzaný stridoróznym dýchaním. Môže sa jednať aj o vrodený stridor hlasiviek u detí do 1 roka veku.
Kardiálne zlyhanie alebo pľúcna embólia	<ul style="list-style-type: none"> • Kardiálne zlyhanie alebo pľúcna embólia. Kašeľ je suchý. U detí sú to skôr vzácne ochorenia.
Maligne ochorenia	<ul style="list-style-type: none"> • Hodgkinov lymfóm, bronchogénny karcinóm, karcinoid, karcinóm laryngu alebo ezofágu. Kašeľ je skôr dráždivý, suchý. Pri každom podozrení najmä na základe rtg nálezů je potrebné dieťa odoslať na špecializované pracovisko detskej onkológie.
Iné príčiny	<ul style="list-style-type: none"> • Vrodené vývojové chyby najmä v oblasti horných ciest dýchacích, niekedy viditeľné od narodenia. Kašeľ môže byť spojený s poruchou prehĺtania. Po úrazový kašeľ najmä pri úrazoch v oblasti hrudníka, krku, dutiny ústnej, je často spojený s inými prejavmi úrazu. Niekedy je sprevádzaný vykašliavaním krvavého spúta. Výnimočne môže pacient vykašľávať krv aj pri poranení zubov. Cerumen v uchu môže spôsobovať dráždenie na kašeľ.

■ Pacienti so svalovým ochorením (niektorá z foriem muskulo-lárnej dystrofie) a chronickou obštrukciou dýchacích ciest, majú oslabený reflex kašľa a tým aj očisťovanie dýchacích ciest. Sú častejšie ohrození infekciami dolných dýchacích ciest, najmä pneumóniami.

DIAGNOSTICKÝ POSTUP U DRÁŽDIVÉHO KAŠĽA (2)
Anamnéza
Výter z krku a nosa na kultiváciu a citlivosť, rtg pľúc a prínosových dutín, ORL vyšetrenie
Sérologie resp. výtery na respiračné vírusy – adeno, RSV, influenza, parainfluenza
sérologie na mykoplazma a chlamydie pneumon., pertussis a parapertussis
alergiológické vyšetrenie
spirometria, bronchomotorické testy
Cl v pote
Mantoux II
USG vyš. na GER, ev. 24-hodinová pažeráková pH metria
CT, HRCT vyš. pľúc
bronchoskopia
kardiologické vyšetrenie
psychologické vyšetrenie

Liečba

Kašeľ je symptóm, nie choroba. Liečiť je treba chorobu, ktorá sa prejavuje kašľom.

Liečba v ambulancii praktického pediatra

■ **Vírusové infekcie dýchacích ciest:** liečba je symptomatická. Na potvrdenie diagnózy je možno realizovať výter z nosa na respiračné vírusy (v súčasnosti bežne vyšetrujeme adenovírus, RS vírus, influenzu a parainfluenzu) a vyšetrenie CRP. V úvode vírusových infekcií je kašeľ prevažne suchý a dráždivý, ak dieťa vyčerpáva, ruší spánok dieťaťa, do liečby možno pridať nekodeínové antitussiká. Neskôr, keď sa zmení jeho charakter, je vhodné ich zmeniť za expektoranciá. Neodporúčam ich vzájomnú kombináciu.

■ **Bakteriálne infekcie (vyšetrit CRP):** v liečbe sú indikované antibiotiká. Pred ich nasadením je vhodné vyšetrit kultivačne výter z nosa a hrdla a podávať cieleňú atb liečbu. V prípade podozrenia na atypické patogény (výskyt v rodine, kolektíve, negatívny auskultačný nález s klinickými prejavmi pneumónie), realizovať rtg vyšetrenie hrudníka a vyšetrit sérologicky hladiny protilátok. V liečbe sú liekom prvej voľby makrolidy v dostatočnej dávke a dĺžke podávania (3).

Rtg vyšetrenie hrudníka je potrebné realizovať vždy, ak máme podozrenie na pneumóniu na základe klinického stavu a auskultačného nálezu aj pri iných, než atypických patogénoch.

■ **Astma, alergická rinitída a sinusitída, podozrenie na poruchu imunity, potravinovú alergiu:** pre stanovenie diagnózy a pri nedostatočne kontrolovanej astme, je potrebné konzultovať ďalší postup so špecialistom (pneumológ, alergológ). Pred odoslaním na 1. vyšetrenie vhodné odobrať krvný obraz, Eo kvantitatívne, Ig kvantitatívne, celkové IgE, stolicu na parazity. Ako prvú pomoc v prípade zhoršenia obštrukcie dýchacích ciest v ambulancii praktického pediatra je možné podať inhalačne bronchodilatačnú liečbu, u malých detí cez komôrku (aerochamber), ktorú je pred prvým použitím potrebné umyť s vodou s antideťergentom, ďalej už len čistou vodou(4). Je nevyhnutné aj na úrovni praktického pediatra inštruovať rodičov o tom, že ide o liek „záchranný“, tiež o spôsobe aplikácie, frekvencii a množstve inhalácií a stanoviť časový interval, kedy

Schéma diferenciálnej diagnostiky produktívneho a neproduktívneho kašľa (2)





podávané v dostatočnej dávke po dobu 10–21 dní. Diagnózu potvrdí zvýšený počet Ly v krvnom obraze, rýchla diagnostika z výterov z nosohltana (PCR), sérologické vyšetrenie hladiny protilátok z triedy IgG, IgA a IgM, alebo kultivácia na špeciálnej pôde (5). Dieťa do 1 roka veku je potrebné odoslať na hospitalizáciu pre riziko náhleho úmrtia. Kašeľ sa môže vyskytnúť aj u vakcinovaných detí. Postvaccinačná a postinfekčná imunita nie je trvalá. Z tohto dôvodu sa ochorenie vyskytuje aj u adolescentov a dospelých.

■ **Cystická fibróza (CF):** ochorenie je sprevádzané kašľom od útleho veku, „slaným potom“ spolu s neprospievaním, a objemnými, zápachajúcimi stolicami. Ochorenie vieme stanoviť novorodeneckým screeningom. Pri podozrení na CF u starších detí je nevyhnutné vyšetrenie chloridov v pote a dieťa odoslať do najbližšieho centra cystickej fibrózy (Bratislava – Podunajské Biskupice, Banská Bystrica a Košice), kde bude zabezpečená veľmi náročná komplexná liečba. V lete, v horúcich dňoch, dochádza k nadmerným stratám solí potením a je potrebné pridávať do stravy kuchynskú soľ. Čím neskôr je diagnóza stanovená, tým sú vyhliadky dieťaťa na kvalitný a dlhší život menšie.

■ **Chronické pľúcne ochorenie predčasne narodených detí (bronchopulmonálna dysplázia):** klinicky sa prejavuje opakovanými infekciami s bronchiálnou obštrukciou. Vyžaduje častú atb a bronchodilatačnú liečbu ako aj inhalačné kortikosteroidy. Je potrebné odoslať dieťa do ambulancie detského pneumológa. Ročne sa v SR predčasne narodí viac ako 4.000 detí. Ich počet bude stúpať so zlepšujúcou sa starostlivosťou na novorodeneckých pracoviskách a prežívaním aj detí narodených na hranici viability v 24. gestačnom týždni s veľmi nezrelými pľúcami (6).

pri nezlepení stavu dieťaťa je už potrebné vyhľadať urgentnú pomoc. Na inhalačné kortikosteroidy platí preskripčné obmedzenie pre pneumológov a alergiológov. Ak dieťa už liečbu užíva, je dobré pediatrom priebežne kontrolovať správnosť jej podávania.

■ **Chronická tonsilitída, zväčšené adenoidné vegetácie, stridor, dráždenie z oblasti ušnej:** odoslať pacienta do ORL ambulancie, odobrať výter z hrdla na kultivačné vyšetrenie, ASLO. Zväčšené adenoidné vegetácie sa môžu prejavovať „chrápaním“ dieťaťa, dýchaním otvorenými ústami, poruchami spánku, nočným pomočovaním, deformitou hrudníka a môžu byť príčinou opakovaných infekcií dýchacích ciest. Dieťa má typický vzhľad, „facies adenoidea“.

■ **Pertussis a parapertussis:** kašeľ je veľmi charakteristický, záchvatovitý, na konci záchvatu často spojený so zvracaním, u malých detí s apnoickou pauzou a niekedy aj cyanózou. Pripomína „híkание“ somára – odtiaľ názov „somársky kašeľ“ alebo je spojený so zakrvácaním do spojiviek a preto aj názov „čierny kašeľ“. Kašeľ môže trvať 3 týždne ale aj 3 mesiace, priemerná dĺžka je 7 týždňov. Charakteristický kašeľ má len 50 % pacientov. V mnohých prípadoch nie je diagnostikovaný, keď pacient nekašeľ počas vyšetrenia v ambulancii. Je vhodné, aby si kašeľ zaznamenal ako nahrávku a tú priniesol k lekárovi. Liekom prvej voľby sú makrolidy

■ **Gastroezofageálny reflux:** je mimovoľný návrat žalúdočného obsahu do pažeráka, ktorý sa objavuje pomerne často u kojencov a mizne postupne s vekom. U 60 % detí sa GER spontánne upravuje do 18. mesiacov veku. Najčastejšou manifestáciou GER mimo gastrointestinálneho traktu je postihnutie dýchacích ciest – dráždivý kašeľ, recidivujúce bronchitidy alebo aspiračná pneumónia. Kašeľ je vyvolávaný aspiráciou žalúdočného obsahu do oblasti dýchacích ciest, ktorá vyvoláva zápalové zmeny na sliznici dýchacích ciest, alebo sa jedná o reflexné dráždenie vagových zakončení (2). U detí najmladších vekových skupín pri opakovaných apnoických pauzách je potrebné myslieť na GER. Základným vyšetrením je USG u detí do 5 rokov veku a 24 hodinová pH metria u starších detí. Vhodné je odporučiť antirefluxný režim, polohovanie, antirefluxné mlieka. Niekedy je potrebná medikamentózna liečba (Gastrotuss, Nutriton). Je vhodné konzultovať detského gastroenterológa.

■ **Aspirácia cudzieho telesa:** ak je cudzie teleso v dýchacích cestách, indikované je urgentné odstránenie telesa z dýchacích ciest bronchoskopiou (pneumológ, ORL špecialista). Môže ísť aj o cudzie teleso v nose alebo uchu. Aj v tomto prípade treba dieťa odoslať do ORL ambulancie. Pre stanovenie diagnózy je potrebná dôsledná anamnéza. Kašeľ sa objaví po jedení orechov, orieškov, hrášku, fazule, alebo inej podobnej potravy, niekedy pri hraní sa dieťaťa s malými predmetmi – lego, guľôčky, gombíky...

Liečba špecialistom (pneumológ, imunoalergológ, ORL, gastroenterológ)

■ Po zhodnotení anamnézy, klinických príznakov, laboratórnych vyšetrení a rentgenových nálezov, je po stanovení konečnej diagnózy ordinovaná špecifická liečba. Je súčasne aj liečbou kašľa, ktorý je prejavom niektorého z chronických respiračných ochorení. Pacienta v prípade jeho zväznenia odošle na ďalšie doriešenie cestou hospitalizácie.

Liečebné ovplyvnenie kašľa

■ **Antitussiká** sú dve veľké skupiny antitussík. Deriváty alkaloidov ópia, tieto majú veľa nežiaducich účinkov, sú návykové, spôsobujú zápchu a útlm dýchacieho centra a nie sú vhodné pre deti (napr. kodein, etylmorfin, dextrometorfan, kombinácie napr. kodein + emetin + efedrin). Sú kontraindikované u detí do 12 rokov a sú viazané na lekársky predpis. Pre deti sú lepšie deriváty nekodéinového typu alebo kombinované preparáty s expektoračným aj antitussickým účinkom. Prerušujú reflexný oblúk kašľa na úrovni aferentných vlákien nervov vedúcich z dýchacích ciest do centra kašľa v predĺženej mieche, nemajú analgetický účinok, nie je na nich závislosť, neprichádza k hypoventilácii (napr. Butamirát, kombinácie butamirát + guaifenezin, Stoptusin(7)). V prípade vlhkého, produktívneho kašľa nie sú antitussiká indikované, spôsobujú hromadenie hlienov v dýchacích cestách. Vhodné sú na ovplyvnenie suchého, dráždivého, vyčerpávajúceho kašľa. Sú indikované aj v prípade bolesti na hrudníku spôsobených kašľom, v predoperačnej príprave pri zákroku na hrudníku a v prípade hemoptoe. Mnohé z nich sú voľno predajné (dropropizinum, dihydrogenocitrasin, dextrometorfan).

■ **Expektoranciá** sú heterogénna skupina liečiv k uľahčeniu odstraňovania hustého hlienu z dýchacích ciest. Nemali by byť podávané súčasne s antitussikami pre možnosť hromadenia hlienov v dýchacích cestách a možnej sekundárnej infekcie.

Podľa hlavného mechanizmu účinku (väčšinou viac účinkov), ich delíme na:

Mukolytiká – znižujú viskozitu hlienu ovplyvnením jeho fyzikálno-chemických vlastností.

Sekretolytiká – stimulujú činnosť bronchiálnych žliazok. Sekréty je viac, ale je redší.

Sekretomotoriká – uľahčujú transport hlienu zvýšením aktivity riasinkového epitelu. Sú indikované u vlhkého a produktívneho kašľa. Do tejto skupiny patria: acetylcystein, karbocystein, bromhexin.

Medzi prípravky s mukolytickým a sekretomotorickým účinkom patrí ambroxol – metabolit bromhexinu. Má silnejšie expektoračné účinky, znižuje adhezivitu hlienu k povrchu dýchacích ciest, zvyšuje prienik antibiotík do pľúcneho tkaniva (8).

■ **Kombinované lieky proti kašľu** pôsobia tlmivo na kašeľ ale zároveň napomáhajú expektorácii. Môžu to byť liečivá

rastlinného pôvodu, ktoré uvoľňujú sekrét z dýchacích ciest, ale obsahujú aj kodeín, a preto ich ordináciu treba zvažovať. Niektoré obsahujú quajfenizín a butamirát, nie je vhodné ich podávať napr. pri bronchiálnej astme.

Antihistaminiká majú pri liečbe kašľa minimálny alebo nulový účinok (2).

Alternatívna liečba je ordinovaná niektorými lekármi pri bakteriálnych alebo vírusových ochoreniach horných ciest dýchacích. Je to liečba herbálna alebo homeopatická alebo ich vzájomná kombinácia. Prípravky so sekretomotorickým účinkom obsahujú tymián, skorocel, materinu dúška a brečtan. Niektoré obsahujú éterické oleje. Z liečivých rastlín tlmí dráždenie na kašeľ napr. ibištek a slez. Odporúčané sú aj vitamíny pri vírusovom katare dýchacích ciest. Niekedy je odporúčané na základe individuálnej intolerancie vynechať v strave potraviny, ktoré zvyšujú produkciu hlienov ako je mlieko a mliečne produkty (1). Pri akútnych infekciách stačí v mnohých prípadoch zvýšiť perorálny príjem tekutín. Vhodné sú tiež inhalácie (Vincentka, Sulinka, mukolytiká) a zvlhčovanie prostredia.



Spolupráca medzi praktickým pediatrom a lekárom – špecialistom

■ **Praktický pediater** v prípade potreby ďalšieho diagnostického doriešenia a po vyčerpaní jeho možností, odošle pacienta s chronickým kašľom k špecialistovi. Je v záujme pacienta, aby bol lekár – špecialista dostatočne informovaný o doterajších vyšetreniach a liečbe. Na to slúži výmenný listok, ktorý aj napriek platným nariadeniam, stále odporúčam používať. Urýchli sa tým diagnostický proces a neopakujú sa už realizované vyšetrenia.

■ **Lekár – špecialista** vzhľadom na širšie diagnostické

možnosti stanoví príčinu chronického kašľa. Navrhne liečbu. Pacienta môže podľa diagnózy ponechať vo svojej starostlivosti. Správy o jednotlivých návštevách prostredníctvom pacienta odovzdáva praktickému pediatri. V prípade potreby pacienta hospitalizuje. Ak je kašeľ prejavom závažného chronického ochorenia ako cystická fibróza, je pacient trvale sledovaný v špecializovaných centrách pre liečbu takýchto ochorení.

Chyby v komunikácii medzi praktickým pediatrom a lekárom – špecialistom:

- **Zo strany praktického pediatra:** nedostatočná anamnéza, podcenenie príznakov ochorenia a oneskorené odoslanie pacienta k špecialistovi alebo na hospitalizáciu, nevyčerpanie dostupnej škály vyšetrení, nedostatočná informácia pre špecialistu o realizovaných vyšetreniach a doterajšej liečbe.
- **Zo strany lekára – špecialistu:** podcenenie informácií od pacienta, nedostatočná pozornosť vyšetreniam, ktoré boli realizované u praktického pediatra, nedostatočná informovanosť pacienta o možnostiach ďalších vyšetrení, ich náročnosti a s nimi spojenými rizikami, nevhodný prístup k pacientovi.



Prognóza

- Kašeľ je väčšinou prejavom vírusovej infekcie dýchacích ciest a väčšinou ustane do 7 až 21 dní. V opačnom prípade je kašeľ sprievodným prejavom závažnejšieho ochorenia a vyžaduje doriešenie u lekára – špecialistu.

Prevenia

- Je dôležité poznať príčinu kašľa a liečiť základné ochorenie, ktorého je sprievodným prejavom. Z ostatných opatrení je odporúčané obmedziť fajčenie a to aj pasívne, dôsledná čísta rúk, v sezóne zvýšeného výskytu respiračných vírusov obmedziť návštevy hromadných podujatí a obmedziť návštevy zvlášť v rodinách s prebiehajúcim ochorením. Očkovanie je prevenciou ochorení, ktoré môžu byť príčinou akútneho, ale aj chronického kašľa. ■

SLOVNÍK:

- ACE** – Inhibitory angiotenzín konvertujúceho enzýmu (ACE inhibítory)
- AB** – bronchiálna astma
- ASLO** – antistreptolýzín O
- Atb** – antibiotiká
- BE** – bronchiektázie
- CF** – cystická fibróza
- CRP** – C reaktívny proteín
- Eo kvantitatívne** – eozinofily kvantitatívne
- HCD** – horné cesty dýchacie
- HRCT** – vizuálne ostré zobrazenie parenchymu pľúc
- Ig kvantitatívne** – imunoglobulíny kvantitatívne
- MTX II** – Manotux II skúška
- ORL** – otorinolaryngológ
- PCR** – polymerázová reťazová reakcia
- RS vírus** – respiračný syncytiálny vírus
- Rtg H** – rentgenové vyšetrenie hrudníka
- USG** – ultrasonografické vyšetrenie

Literatúra a odkazy na ďalšie zdroje informácií

1. www.medical-dictionary.thefreedictionary.com/cough
2. F. Kopriva: Diagnostika a liečba dráždivého kašľa. *Pediatr. pro praxi*, 5/2005, s. 264 – 267
3. T. Barta, V. Foltán, J. Gajdošík et al.: Zásady racionálnej antibiotickej liečby respiračných infekcií. IV. prepracované vydanie, 2006, Medifórum GlaxoSmithkline Slovakia, s.r.o.
4. J. Orosová: Respiračné vírusy a bronchiálna astma u detí predškolského veku. *Pediatr. pre prax*, 2010, 10 (2): 60 – 65
5. D. Hučková, K. Kollárová, J. Adamčáková et al.: Možnosti včasnej diagnostiky Pertussis. *Pediatr. pre prax*, 2009, 10 (4): 180 – 183
6. J. Orosová: Chronické pľúcne choroby včasného detského veku. *Lek. obzor*, 59, 1/2010, str.9 – 11
7. www.detskaori.sk/?p=85
8. <http://chemikalie.upol.cz/skripta/zell/Expektorancia.pdf>



TENA Pants

■ TENA Pants sú jednorazové mäkké absorpčné nohavičky pre aktívne, mobilné osoby so strednou až ťažkou inkontinenciou.

■ Tieto vysoko účinné produkty sa obliekajú ľahko ako spodná bielizeň. S mnohými inovatívnymi

prvkami poskytujú trojitú ochranu „Triple Protection“ pred pretečením moču, zápachom a vlhkosťou.

■ Nohavičky TENA Pants poskytujú väčšie pohodlie vďaka tenkému elastickému jadrú a tvaru, ktorý perfektne prilieha k telu. Vďaka vyšším a jemnejším bariérkam poskytujú ešte lepšiu ochranu proti pretečeniu, väčší počet gumičiek zas zabezpečí pohodlnejšie nosenie.

■ Nohavičky TENA Pants sú anatomicky tvarované a obliekajú ako spodná bielizeň. Sú dostupné v rôznych stupňoch absorpcie – Plus, Super a Maxi a v rozličných veľkostiach. ■

TENA Lady Slim Mini

■ Vložka TENA Lady Slim Mini poskytuje trojitú ochranu pred únikom moču, vznikom zápachu a vlhkosťou. Má rovnakú veľkosť ako malá menštruačná vložka, ale je navrhnutá na mierne oslabenie močového mechúra.

■ Kompresná technológia microPROTEX™ poskytuje absorpciu tam, kde na nej záleží, čím zabezpečuje spoľahlivosť a zároveň diskretnosť. Vložka je asymetricky tvarovaná tak, aby sa prispôbila ženskému telu.

■ Každá vložka TENA Lady Slim Mini je jednotlivito balená v balení Easy Wrap sa poľahky vojde do kabelky či vrecka. ■



GENAS informuje

Predsedička asociácie GENAS:
MUDr. Terézia Szádocka

Členovia GENAS-u úspešne absolvovali školenie z Etického kódexu, ktorý navrhuje vyššie etické štandardy než právne predpisy Slovenskej republiky.

Bratislava 18. 12. 2017

■ **Asociácia generických výrobcov GENAS sprísnila Etický kódex, a to v súlade s Etickým kódexom Medicines for Europe. Asociácia sa zároveň zaviazala, že úspešne preškoľí na nový Etický kódex všetkých jej 13 členov, a to do 30. novembra 2017.**

■ „S potešením konštatujem, že školenie na nový a ešte prísnejší Etický kódex úspešne zrealizovalo všetkých 13 zástupcov generických spoločností, patriacich do asociácie GENAS. Školenie prebiehalo formou e-learningového portálu garantovaného Komorou pre medicínske právo MEDIUS“, vysvetľuje MUDr. Terézia Szádocka a dodáva: „nakoľko asociácia GENAS kladie dôraz na transparentnosť vzťahov medzi výrobcami liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín a zdravotníckymi pracovníkmi, či zdravotníckymi zariadeniami, členovia GENAS-u sa zaviazali dodržiavať pravidlá uvedené v tomto Etickom kódexe v plnom rozsahu.“

■ Kompletnú verziu nájdete na:
<http://www.genas.sk/sk/eticky-kodex> ■



Liekové interakcie



PharmDr. Ľubomír
Virág, PhD.
Lekár Chrenová
Nitra

U pacientky s Alzheimerovou chorobou



PRÍPAD Z PRAXE:

- ▶ Pacientka (68-ročná) prekonala pred 5 rokmi infarkt myokardu.

V aktuálnej liekovej anamnéze má fluvastatín (1 x 80 mg), karvedilol (2 x 12,5 mg), klopidogrel (1 x 75 mg) a omeprazol (1 x 20 mg). Z dôvodu pociťovania ťažoby v žalúdku a nadúvania užíva domperidón (2 x 10 mg).

Napriek uvedeným ochoreniam bola pacientka donedávna v primeranej fyzickej a psychickej kondícii. V posledných mesiacoch sa u pacientky objavujú výpadky pamäte, ktoré sa postupne zhoršujú, pridávajú sa k nim aj mentálne poruchy a problémy správania sa.

Všeobecný lekár ju poslal k neurológovi, ktorý diagnostikoval Alzheimerovu chorobu. Okrem behaviorálnej a kognitívnej terapie, ošetrojúci lekár zvažuje indikáciu antialzheimerika.

- ▶ Aké sú všeobecné zásady bezpečného podávania antialzheimerík a manažmentu pacientky s Alzheimerovou chorobou?
- ▶ Aké je riziko liekových interakcií liečiv, ktoré má pacientka indikované?

Alzheimerova choroba

■ Alzheimerova choroba (ACH) je chronické a progresívne ochorenie. Demencia je pritom centrálnym syndrómom Alzheimerovej choroby, preto hovoríme aj o Alzheimerovej demencii. Typické pre ňu sú najmä **kognitívne deficity**. Alzheimerovu chorobu sprevádza postupný úpadok pamäti, myslenia, chápania, reči, schopnosti učiť sa, úsudku a plánovania. Príznaky ochorenia začínajú výpadkami krátkodobej pamäte, dezorientáciou a inými mentálnymi poruchami, ktoré postupne môžu viesť až k strate kontroly nad telesnými funkciami. Najčastejšie sa objavuje u ľudí starších než 65 rokov, s mierne častejším výskytom u žien ako u mužov.

Antialzheimeriká

■ Antialzheimerikami v súčasnosti terapeuticky ovplyvňujeme iba jednotlivé články patologického procesu s následným spomalením progresie kognitívnej deteriorácie a zlepšením fungovania na úrovni vykonávania aktivít denného života ako aj zmiernením prejavov behaviorálnych a psychologických symptómov pri demencii. Detailnejšie poznávanie jednotlivých čiastkových procesov v patogenéze ACH na subcelulárnej

úrovni poskytuje množstvo hypotéz o tom, čo je dominantným pri spustení kaskády zmien vedúcich k typickým morfologickým zmenám mozgu a v konečnom dôsledku k demencii. V súčasnosti ešte neexistuje ucelená a všeobecne prijatá hypotéza. Napriek intenzívnej práci pri vývoji nových liečiv v blízkej budúcnosti nie je možné očakávať prevratné zmeny v liečbe ACH a ďalších typov demencií.

■ **Inhibítory acetylcholinesterázy (ACHE-I), butyrylcholinesterázy (BuCHE-I) a modulátory nikotínových receptorov** pozitívne ovplyvňujú ľahké a stredne pokročilé prejavy choroby, sú však menej úspešné u ťažších stupňov ACH. **Memantín** predstavuje v súčasnosti jedinú dostupnú alternatívu pre liečbu pokročilých štádií ochorenia. Veľmi sľubné sú výsledky štúdií pri kombinovaní inhibítorov acetylcholinesterázy a memantínu, čo zodpovedá aj empirickému predpokladu komplementárneho účinku oboch. Tak isto neboli zaznamenané žiadne liekové interakcie medzi memantínom a ACHE-I.

■ U nás sú v súčasnosti dostupné tri molekuly inhibítorov acetylcholinesterázy (AChE-I) – **donepezil, rivastigmín a galantamín**. Rivastigmín má **duálny účinok** – po poklese zásob acetylcholinesterázy pri progresii neurodenegeneratívnych zmien a vzostupe butyrylcholinesterázy inhibuje aj túto (BuChE) a tým udržiava aj dostatočnú dostupnosť acetylcholínu. Galantamín okrem inhibície acetylcholinesterázy moduluje nikotínové receptory.

■ Všetky tieto kognitíva majú dokázaný priaznivý účinok v zmysle spomalenia progresie deteriorácie kognitívnych funkcií. Ako sa neskôr preukázalo nielen u Alzheimerovej demencie, ale aj u vaskulárnych demencií, preto sa vykonávajú klinické skúmania účinnosti aj u iných typov demencií.

Liečba ACH

■ **Liečba ACH má dve fázy – titračnú (akútnu) a dlhodobú (terapeutickú)**. Obe fázy sa líšia výskytom a charakterom nežiaducich účinkov, čím dochádza k zvýrazneniu rozdielnosti jednotlivých ACHE-I z hľadiska znášanlivosti a bezpečnosti.

■ Ak sa manifestujú **akútne nežiaduce účinky** sú rovnaké pre všetky ACHE-I – tzv. class effects. Sú navodené zvýšenou centrálnou cholinergnou aktivitou v area postrema hypotalamu. Jednoznačne dominujú gastrointestinálne nežiaduce účinky. Výskyt nežiaducich účinkov v priebehu akútnej fázy liečby možno znížiť taktiež podávaním liečiv s jedlom alebo krátko po jedle.

■ Spektrum nežiaducich účinkov, ktoré sa vyskytujú v priebehu **dlhodobej fázy liečby ACH** je špecifické pre jednotlivé ACHE-I (tzv. non-class related). Uvedená odlišnosť je spôsobená tým, že na ich výskyt sa uplatňuje okrem centrálnej i periférnej cholinergná aktivita. Významný vplyv má taktiež blokáda jednotlivých izoform cholinesteráz, predovšetkým G1, G2 a G4. Uvedené izoformy sa líšia chemickou štruktúrou a topografickým rozmiestnením v CNS a na periférii. Z pohľadu dnešných poznatkov je z terapeutického hľadiska najdôležitejšia blokáda izoformy G1. Tá sa nachádza preferenčne v kortexe, hypokampe a amygdale, teda v tých oblastiach CNS, ktoré sú pre rozvoj ACH najdôležitejšie. Masívna blokáda je terapeuticky žiaduca, má ale za následok vyšší výskyt gastrointestinálnych nežiaducich účinkov v akútnej fáze liečby, hlavne pri rýchlych zvyšovaní dávky. Menej špecifický

terapeutický efekt má blokáda G4 izoformy. Tá sa vďaka vyššiemu zastúpeniu v medula oblongata, mozgovom kmeni a nucleus caudatus podieľa na ovplyvnení spánku, na vzniku možných kardiovaskulárnych a extrapyramídových NÚ. G2 izoforma je lokalizovaná prevažne periférne. Vplyv na kognitívne funkcie je relatívne malý, negatívne sa môže uplatniť v rozvoji muskulárnych NÚ.

Memantín

■ Memantín je nekompetitívnym antagonistom NMDA receptorov so strednou afinitou, s napätovo závislými väzobnými charakteristikami. Avšak NMDA receptory blokuje iba vtedy, keď je napätie na receptore mimo fyziologického pásma, takže pri fyziologických hodnotách potenciálu sa neprejavuje. V dôsledku tejto selektivity fyziologická hladina glutamátu zostáva zachovaná a jeho aktivita na synapsách nie je blokovaná. Takže pri chronicky patologickom stave činnosti mozgu, kde je trvalo zvýšená hladina glutamátu, ako to je pri Alzheimerovej demencii, predstavuje memantín regulátor na zabránenie excitotoxického účinku glutamátu, ktorý ale inak môže v CNS fyziologicky fungovať.

■ Bolo preukázané, že tieto jeho terapeutické vlastnosti sa osvedčili nielen v liečbe Parkinsonovej choroby, pri neurogénnej dysfunkcii močového mechúra, pri spasticite, či ako stimulans pri komatóznych stavoch, ale aj v liečbe demencií. Terapeutická odporúčaná denná dávka je 20 mg, čo je aj maximálna denná dávka. U pacientov so stredne ťažkým a ťažkým postihnutím obličiek je odporúčaná dávka 10 mg denne.

Nežiaduce účinky

■ Nežiaduce účinky sa v klinických štúdiách nelíšili signifikantne od placebo. Častejšie ako u placebo sa vyskytovali: cefalea, halucinácie, zmätenosť, závraty a únava. Zriedkavejšie boli: úzkosť, zvýšený svalový tonus, zvracanie, cystitída, zvýšené libido. Tieto príznaky sú mierne a zväčša klinicky nezávažné. Liečivo je všeobecne dobre tolerované. Liečba predávkovania so symptómami: nepokoj, psychóza, zrakové halucinácie, krčková pohotovosť, ospalosť až bezvedomie, má byť symptomatická.

■ Je potrebné si uvedomiť, že pri liečbe ACH sa zameriavame na špecifickú populáciu pacientov. Nakoľko **ide o ľudí vo vyššom veku**, ktorí vo väčšine prípadov okrem demencie **trpia aj ďalšími najmä somatickými ochoreniami**. Z toho vyplýva aj riziko odlišnej reaktivity organizmu na štandardne podané liečivo. Druhým nemenej významným rizikom je možnosť manifestácie dôsledkov liekových interakcií liečiv, ktoré tieto polymorbidní pacienti často užívajú.

■ Štúdie in vitro preukázali, že **izoenzýmy 3A4** a v menšej miere aj **2D6** cytochrómu P450 **sa zúčastňujú metabolizmu donepezilu**.

■ Štúdie liekových interakcií ukazujú, že ketokonazol a chinidín, **inhibítory CYP 3A4**, a **2D6** v tomto poradí, inhibujú metabolizmus donepezilu. Preto tieto a iné inhibítory CYP3A4, ako je itrakonazol a erytromycín, a inhibítory CYP2D6, ako je fluoxetín, môžu inhibovať metabolizmus donepezilu. V štúdiu na zdravých dobrovoľníkoch zvýšil ketokonazol stredné koncentrácie donepezilu asi o 30 %.

■ **Induktory enzýmov**, ako rifampicín, fenytoín, karbamazepín a alkohol môžu znižovať hladiny donepezilu. Keďže rozsah inhibičného alebo indukčného účinku nie je známy, treba takéto kombinácie liekov používať s opatrnosťou.

■ Na eliminácii **galantamínu** sa podieľajú viaceré metabolické cesty a renálna exkrécia. Možnosť klinicky závažných interakcií je nízka. Avšak výskyt signifikantných interakcií môže byť v jednotlivých prípadoch klinicky závažný.

■ **Súbežné podávanie s jedlom spomaľuje rýchlosť absorpcie galantamínu**, ale neovplyvňuje rozsah absorpcie. Kapsuly s predĺženým uvoľňovaním galantamínu sa odporúčajú užívať spolu s jedlom, aby sa minimalizovali cholinérgne vedľajšie účinky.

■ Interakčné štúdie preukázali **zvýšenie biologickej dostupnosti galantamínu** približne o 40 % počas súbežného podávania paroxetínu (silný inhibítor CYP2D6), o 30 % počas súbežnej liečby ketokonazolom (inhibítor CYP3A4) a o 12 % počas súbežnej liečby erytromycínom (inhibítor CYP3A4). Na začiatku liečby silnými inhibítormi CYP2D6 (napr. chinidín, paroxetín alebo fluoxetín) alebo CYP3A4 (napr. ketokonazol alebo ritonavir) sa preto u pacientov môžu častejšie vyskytovať cholinérgne nežiaduce reakcie, hlavne nauzea a vracanie. Za týchto okolností si na základe znášanlivosti môže zväziť zníženie udržiavacej dávky galantamínu.

■ **Zvýšenie plazmatických hladín memantínu** možno očakávať pri súčasnom podávaní cimetidínu, ranitidínu, prokaínamidu, chinidínu. Naopak **zníženie koncentrácií** v plazme sa zaznamenalo počas užívania hydrochlorotiazidu.

■ **Donepezil má potenciál interferovať** s liekmi s anticholinérgickou aktivitou. Tiež existuje možnosť synergetickej aktivity so súbežnou liečbou zahŕňajúcou lieky ako sukcinylcholíń, iné nervosvalové blokátory alebo cholinérgické agonisty alebo beta-blokátory, ktoré majú účinok na srdcový prevod.

■ Pomerne často sa môžeme stretnúť so súčasným podávaním donepezilu spoločne s antipsychotikami. Avšak v tejto súvislosti neboli doteraz popísané žiadne klinicky významné interakcie.

■ Kvôli svojmu mechanizmu účinku sa **galantamín nemá podávať súbežne s inými cholínomimetikami** (ako je ambenónium, donepezil, neostigmín, pyridostigmín, rivastigmín alebo systémovo podávaný pilokarpín).

■ Galantamín má schopnosť antagonizovať účinok anticholinérgík. V prípade, ak by došlo k náhlemu prerušeniu podávania anticholinérgika ako je atropín, existuje možné riziko zosilnenia účinku galantamínu.

■ Tak ako sa očakáva u cholínomimetík, je možná farmakodynamická interakcia s liekmi, ktoré **významne znižujú srdcovú frekvenciu**, ako sú digoxín, beta-blokátory, niektoré blokátory vápnikových kanálov a amiodarón. Opatrnosť je potrebná aj pri podávaní liekov s potenciálom vyvolať torsades de pointes. V takých prípadoch je potrebné zväziť vyšetrenie EKG.

■ Galantamín ako cholínomimetikum pravdepodobne **zosilní svalovú relaxáciu** sukcinylcholínového typu počas anestézie, obzvlášť v prípadoch deficitu pseudocholínesterázy.

■ Dajú sa predpokladať nežiaduce liekové interakcie memantínu s **liekmi účinkujúcimi na NMDA receptory** – amantadín (riziko farmakotoxického psychózy), ketamín, dextrometorfán. Mechanizmus účinku NMDA antagonistov môže v liekovej interakcii **zosilniť účinnosť** L-dopy, dopamínérgických agonistov a anticholinérgík. **Znížený účinok** možno očakávať pri súčasnom podávaní barbiturátov, neuroleptík. Tak isto je potrebné myslieť na interakcie s myorelaxanciami s úpravou dávkovania.

■ **Opatrnosť pri podávaní** memantínu sa odporúča u stavov po akútnom infarkte myokardu, pri dekompenzovanom kongestívnom zlyhávaní srdca a nekontrolovanej hypertenzii.

ZÁVER

► Potenciálne rizikovým môže byť u pacientky i komedikácia fluvastatínu s omeprazolom. Vzhľadom na možné klinické komplikácie sa odporúča používať fluvastatín v kombinácii s omeprazolom iba so zvýšenou opatrnosťou a dôsledným sledovaním klinického stavu pacientky. Počas podávania kombinácie fluvastatínu s klopidogrelom môže poklesnúť antiagregačný účinok klopidogrelu. V priebehu komedikácie diskutovanými liečivami sa odporúča starostlivo sledovať klinický stav pacientky s dôrazom na možné prejavy

zníženia klinického účinku klopidogrelu.

► Z hľadiska farmakokinetiky môžeme u **ACHE-I vytvoriť tieto závery:**

► **Donepezil** – väčšie riziko interakcií na úrovni metabolizmu, vhodne dlhý biologický polčas (dávkovanie, adherencia), vhodná stabilita plazmatických hladín.

► **Galantamín** – väčšie riziko interakcií na úrovni metabolizmu, možné kolísanie hladín liečiva v plazme.

► **Rivastigmín** – nemá klinicky významné metabolické interakcie, možné kolísanie hladín je korigované pseudoireverzibilnou inhibíciou. ■

Použitá literatúra

- Deardorff W.J., Grossberg G.T. Pharmacotherapeutic strategies in the treatment of severe Alzheimer's disease. Expert Opin Pharmacother, 17, 2016, 1789 – 1800.
- Galimberti D., Scarpini E. Old and new acetylcholinesterase inhibitors for Alzheimer's disease. Expert Opin Investig Drugs, 25, 2016, 1181 – 1187.
- Rektorová I. Nová klinická kritéria pro diagnostiku Alzheimerovy nemoci po 27 letech. Neurol. pro praxi, 13, 2012, 68 – 71.
- SmPC výrobcov liekov
- Vališ M., Kalnická D. Novinky ve farmakoterapii demenci. Neurol. pro praxi, 1, 2011, 33 – 36.

Autor:
PharmDr. Beata Valocká
ÚPLS SR



Stabilizácia počtu verejných lekární – podmienka iných pozitívnych zmien v slovenskom lekárenstve

Slovenský lekárenský trh má
čoraz väčšie problémy. Ich základom je:

1. Neustále rastúci počet verejných lekární
2. Zisková marža ako jediný príjem verejnej lekárne na úrovni 5 %
3. Strata konkurencieschopnosti v rámci stredoeurópskeho lekárenského trhu.

■ **Čo sa týka bodu 1.):** Na seminári ADL dňa 23. 10. 2017 bola riaditeľovi Sekcie farmácie MZ SR RNDr. J. Slanému položená otázka ohľadom reexportu. Vo svojej odpovedi uviedol: „MZ SR eviduje zvýšenie počtu sťažností pacientov na chýbajúce lieky. Rovnako evidujeme aj podnety držiteľov registrácie kategorizovaných liekov na zvýšené požiadavky na dodanie počtu balení niektorých liekov zo strany veľkodistribútorov. Pri šetrení týchto podnetov sme evidovali zvýšený počet objednávok z lekární, ktoré objednané a dodané lieky vzápätí predali inej lekárni. V súčasnosti uvažujeme o zákaze dodávania liekov medzi lekárňami resp. o obmedzení predaja liekov medzi lekárňami.“ Hoci na 18. Lekárnickom kongrese v Žiline minister zdravotníctva hovorí o opätovnom reexporte ako o fáme, podľa vyjadrenia generálneho riaditeľa Odboru farmácie a liekovej politiky MZ SR PharmDr. PhDr. Mateja Petroviča, na základe spolupráce MZ SR a SLeK bol pripravený návrh zákazu predaja medzi lekárňami. Keďže Únia, rovnako ako AIFP a ADL, nesúhlasí s úplným zákazom predaja medzi lekárňami, celý december sa niesol v duchu hľadania legislatívneho riešenia umožnenia predaja medzi lekárňami tak, aby bol zároveň znemožnený reexport. Podstatou konečného spoločného predloženého návrhu na rokovani s generálnym riaditeľom Petrovičom dňa 13. 12. 2017 je, že „Lekáreň A nesmie predať lekárni B liek pred uplynutím 3 mesačnej doby od jeho dodania zo strany veľkodistribútora lekárni A, pričom množstvo lieku predaného lekárňou A lekárni B nesmie presiahnuť 5 % z celkového množstva daného lieku vydaného lekárňou A pacientom za predchádzajúce tri mesiace, minimálne však môže lekáreň A predať lekárni B za dané obdobie jedno

balenie predmetného lieku.“ Zároveň je verejná lekáreň povinná začať svoju činnosť do 3 mesiacov od získania povolenia a nie 18 mesiacov, ako bolo pôvodne. Návrh postupuje do ďalšieho legislatívneho procesu, uvidíme, aká bude definitívna verzia.

■ Jednou z príčin reexportu je však aj neustále rastúci počet lekární. Podľa vyjadrenia jednotlivých zdravotných poisťovní, časť nových lekární nepožiadala o zmluvy so zdravotnými poisťovňami, zámer ich podnikania je teda zrejmý – neboli otvorené na to, aby poskytovali lekárenskú starostlivosť obyvateľom. Verejných lekární je v SR viac ako dost, v rámci Európy sme jednou z krajín s najnižším počtom obyvateľov na jednu lekárňu. MZ SR tvrdí, že za reexportom sú lekárne, ale neriešením situácie v oblasti stabilizácie počtu verejných lekární vystavuje mediálnemu znevažovaniu prácu väčšiny poctivých lekárnikov. Vo veci stabilizácie počtu verejných lekární podala 13. 11. 2017 Únia a ADL opakovanú žiadosť na MZ SR. Považujeme za logické obmedziť vznik nových lekární, ak sú zakladané pre realizáciu reexportu liekov.

■ **K bodu 2):** Finančná hodnota marže sa odvíja od ceny lieku. Na rokovaní s generálnym riaditeľom Petrovičom dňa 13. 12. 2017 zástupcovia AIFP a Únie upozornili na to, že jednou z príčin reexportu sú aj nízke ceny liekov v SR. Marža môže byť aj degresívna, má ju tak zavedenú aj väčšina európskych krajín, našim primárnym problémom je však cena lieku. Ak hovoríme o marži je dôležité začať uvádzať konkrétne finančné vyjadrenie – 5 % z 10 Eur nie je 5 % zo 100 eur, uvádzanie percentuálnych hodnôt sa preto môže stať zavádzajúcim. Pre slovenské lekárenstvo je dôležité komunikovať skutočnosť, že 90 % liekov vo verejnej lekárni hrađených zdravotnými poisťovňami má cenu do 10 Eur. Údaje NCZI dokazujú, že ceny liekov hrađených z verejných zdrojov majú za posledných 10 rokov neustály klesajúci trend, priemerná cena lieku je 11,67 Eura. Zmena výšky marže v prospech lekárne tak bude mať pri neustále klesajúcich cenách a pri rastúcom počte lekární minimálny pozitívny dopad.

■ Strate konkurencieschopnosti slovenských verejných lekární a ďalším aktualitám bude venovaný príspevok v nasledujúcom čísle.

■ Neprehliadnite: **ZMENY vo fakturácii na UNION ZP**
Info na: www.uplssr.sk



AUTOR:

MUDr. Katarína Molnárová

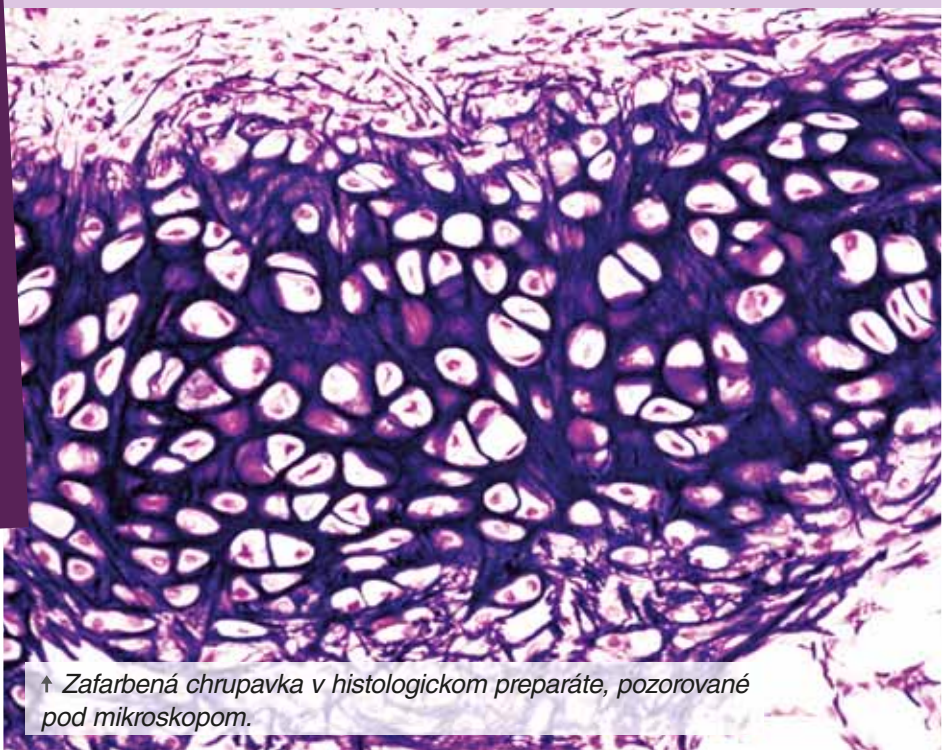
Nenahraditeľná chrupavka

Autorka obľúbenej cestovateľskej rubriky MUDr. Katarína Molnárová sa rozhodla v prvom čísle tohto roku predstaviť vám jej populárno-náučné články o medicíne. Vo februárovom čísle sa opäť bude venovať cestovateľskej téme.

Chrupavka – na prvý pohľad vyzerá ako bezfarebná, beztvárá, nezaujímavá hmota, ale pritom je jedným z najdômyselnejších tkanív, aké v tele máme.

Sprevádza nás od samých začiatkov – kostra embrya je pôvodne chrupavkovým modelom, ktorý je postupne nahradzovaný kostným tkanivom. V priebehu detstva a dospievania zostávajú chrupavky na kostiach dôležité najmä ako rastové platničky, ktoré sú zodpovedné za rast kostí do dĺžky.

■ Rastové platničky sa nachádzajú na rozhraní medzi hlaviceou a telom dlhých kostí. V detstve sa dá podľa nich zistiť, či ešte budeme pokračovať v raste, a prípadne výšku hormonálne ovplyvniť. V týchto chrupavkách sú umiestnené receptory



↑ Zafarbená chrupavka v histologickom preparáte, pozorované pod mikroskopom.

rastového hormónu STH, takže ak sa zdá, že inak zdravému a proporcionálne správne vyvinutému dieťaťu hrozí extrémne malá výška, lekári touto cestou dokážu pomôcť. Aj opačný extrém – očakávaná výška okolo 220 cm so sebou prináša mnoho problémov – napr. s chrbticou. Tu niektorí lekári nasadzujú anti STH, hormón, ktorý neutralizuje rastový hormón. Musia to však stihnúť do obdobia, keď sa mladým ľuďom uzatvárajú rastové štrbiny (zvyčajne okolo osemnástich rokov) a chrupavky v nich už na stimuláciu pomocou STH nereagujú. Ostatné časti tela sú však na rastový hormón naďalej citlivé, a tak nadmerné vylučovanie STH (najčastejšie kvôli nádoru na hypofýze, čo bol aj prípad jedinej mojej pacientky v Rwande, u ktorej som sa stretla s týmto ochorením) v dospelosti vedie k akromegálii. Akromegália je stav, v ktorom sa postihnutému neprimerane zväčšia koncové časti tela – prsty na rukách i nohách, uši, pery, nos... Táto choroba so sebou neprináša iba estetické nedostatky, ale aj závažné zdravotné problémy ako je cukrovka, vysoký krvný tlak a kruté bolesti hlavy. Niektorí akromegalici dokázali zo svojho ochorenia vyťažiť maximum. Americký herec Rondo Hatton sa pre svoje znetvorené črty stal obľúbenou ikonou hororových filmov. Iným príkladom akromegalika, ktorý sa uplatnil v zábavnom priemysle, je Mary Ann Bovansová. Táto žena sa nechala vystavovať v cirkuse ako najškaredšia žena na svete.

Achondroplazia

■ Choroba, ktorú len tak neprehliadnete. To, čo púta zrak okoloídúcich, nie je iba nízka postava jej nositeľov (ich priemerná výška je 130 cm), ale predovšetkým jej nerovnomernosť. Zatiaľ čo veľkosť hlavy a trupu je podobná veľkosti ich zdravých rovesníkov, končatiny ostávajú groteskne krátke. Achondroplazia je genetické ochorenie postihujúce jedno z 15 000 živo narodených detí. Je dedičná, no napriek tomu sa 75 % všetkých prípadov rodí ako dôsledok novej mutácie rodičom normálneho veku. Ako rizikový faktor pre dieťa sa udáva vek rodiča nad 35 rokov, obzvlášť u otca. Poznáme dva typy rastu kostí a táto choroba tlmí iba jeden z nich – teda premenu chrupavky na kosť. Už pri pohľade na tvar hlavy týchto ľudí dostávame dôkaz o odlišnom raste kostí, zatiaľ čo mozgová časť lebky je vyvinutá normálne, tvárová časť, rastúca z chrupavky, je zmenšená. Najvýraznejšie odlišnosti však pozorujeme na končatinách. Zatiaľ čo kosti sú extrémne skrátene, mäkké tkanivá sa vyvíjali normálne. Výsledný obraz je trochu bizarný – svaly na končatinách sú poskladané v akési záhyby. Intelekt ani priemernú dĺžku života táto choroba neovplyvňuje.

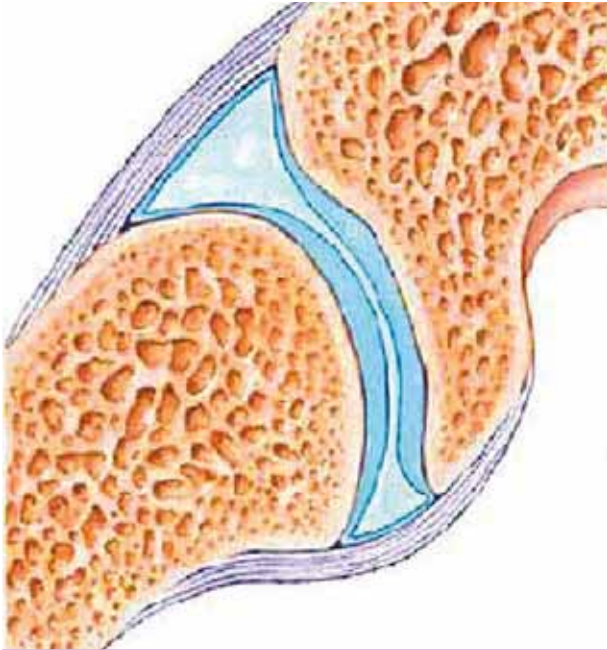
Mechanické vlastnosti chrupaviek

■ Krasokorčuľovanie, beh, ale i obyčajná chôdza – to všetko by preťažovalo našu kosť nebyť neobyčajne pružných chrupaviek. Obrovská pružnosť chrupavky spočíva



↑ Najznámejším achondroplastikom súčasnosti je herec Peter Dinklage, predstaviteľ Tyriona Lannistera v Hre o tróny. Tyrion je najobľúbenejšou postavou v tejto ságe, možno práve preto, že svoj handicap úspešne kompenzuje duchaplnými cynickými komentármi a vysokým intelektom vôbec.

v jej schopnosti zadržiavať veľké množstvo vody. Hoci toto tkanivo na prvý pohľad nevyzerá, že nejakú vodu obsahuje, obsahuje jej až 80 %. Jej obsah je preto taký vysoký, že zložité cukry jej základnej hmoty majú veľa záporne nabitých SO₄H₃ – a COO⁻ skupín, ktoré ju priťahujú. Keď je chrupavka stlačená, časť molekúl vody je z nej vypudená. So vzrastajúcim tlakom sa záporne náboje stále viac približujú a začínajú sa vzájomne odpudzovať, čím odolávajú ďalšiemu tlaku. Akonáhle sa tlak uvoľní, molekuly vody sa naviažu späť na svoje miesta, čím je spôsobený rýchly návrat chrupavky do jej pôvodného tvaru. Tento mechanizmus je nenahraditeľný pri výžive chrupavky, pretože neobsahuje žiadne cievy. Chrupavka produkuje chemické látky, ktoré zabraňujú vrastaniu krvných ciev dovnútra a nemôže sa rozvinúť v tých častiach embrya, ktoré sú bohato zásobované krvnými cievami a kyslíkom. Bunky vnútri chrupavky sú prispôsobené na život v prostredí chudobnom na kyslík a dokážu fungovať len vďaka kyslíku, ktorý k nim preniká difúziou z okolitého



↑ Stláčaním chrupavky na kĺboch napr. počas športu uľahčujeme prienik živín do jej vnútra. Výživné látky sa sem dostávajú z tekutiny, ktorou je obklopená.

priestoru. I keď chrupavka je z veľkej časti tvorená vodou a molekuly kyslíka i živín do nej prenikajú relatívne ľahko, je tu jedna možnosť ako ešte vylepšiť výživu chrupavky: športom. Tok tekutín počas a po kompresii chrupavky počas pohybu je výrazne rýchlejší a účinnejší, a tak dlhodobá nečinnosť oslabuje chrupavky v kĺboch. Aj tu platí „všetko s mierou“ – s problémom predčasne opotrebovaných chrupaviek sa stretáva väčšina profesionálnych športovcov.

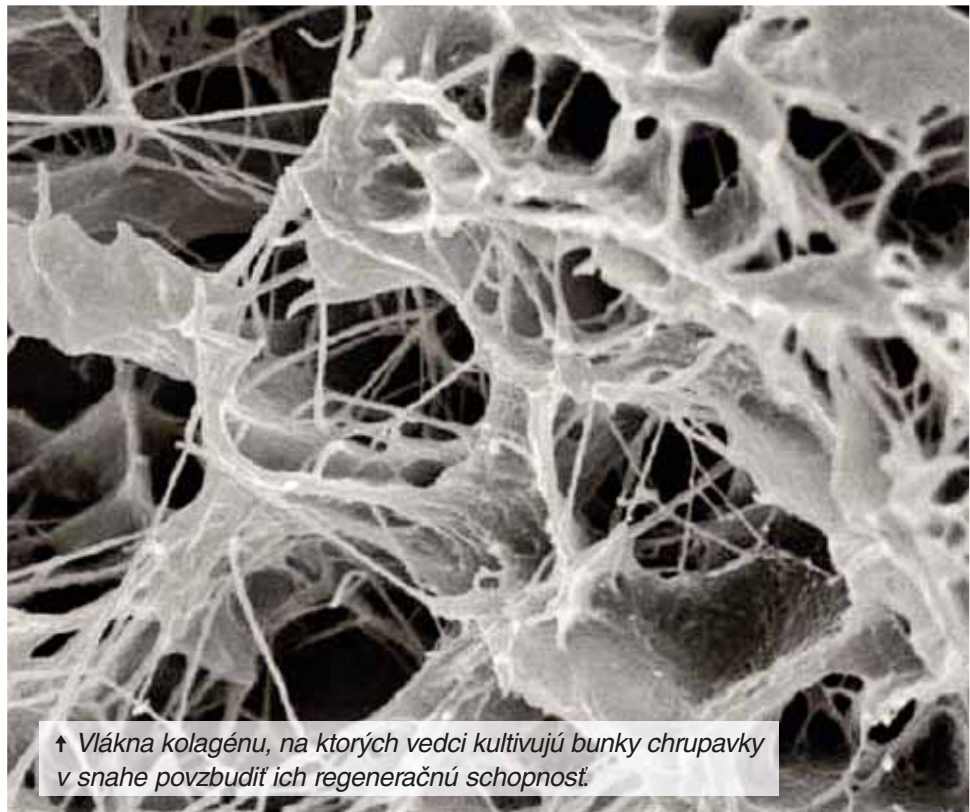
■ Regeneračná schopnosť chrupavkového tkaniva je vo všeobecnosti dosť nízka. Bunky vytvárajúce chrupavku sú usadené v komôrkach vytvorených medzibunkovou hmotou a nemajú schopnosť migrácie. Preto sa poranené tkanivo nenahradzuje plnohodnotnou chrupavkou, ale jazvou. Pomalým hojením chrupavky sa vysvetľuje, prečo piercing v horných častiach nosa človek bolestne pociťuje ešte mesiac po jeho nastrení. Druhou, nemenej dôležitou príčinou nízkej schopnosti regenerácie chrupavky je jej bezcievnosť. Kyslík a živiny získané pomocou difúzie síce stačia na základné potreby, no na nadštandardné, ako je obnova, už nie. Bezcievnosť chrupavky má aj svoje výhody – toto tkanivo sa veľmi dobre transplantuje, riziko odvrhnutia transplantátu je veľmi

nízke. Samotná chrupavka takmer neobsahuje antigénne molekuly, ktoré zapríčiňujú, že telo príjemcu odvrhne orgán darcu.

Kolagén

■ Vďaka svojmu zloženiu má chrupavka prirodzenú tendenciu nasávať vodu. Na zabránenie nadmerného opuchnutia obsahuje tenké kolagénne vlákna. Tie si môžeme predstaviť ako nenaťahovateľnú sieť, ktorá vymedzuje bunkám chrupavky ohraničený priestor. Kolagén je vo vode nerozpustná bielkovina, ktorá tvorí 25 – 30 % všetkých bielkovín v telách cicavcov. Vyskytuje sa prakticky všade – v kostiach, v zuboch, v stenách ciev i v pokožke.

■ Kolagén umožňuje chrupavke odolávať vonkajšiemu tlaku. Napriek tomu, že je výrazne odolná voči tlaku a ťahu, jej odolnosť voči skrúteniu a ohybu je veľmi malá. Preto predstavujú natrhnuté chrupavky veľmi časté športové úrazy. Ak vás trápí boľavé koleno, nehládajte okamžite príčinu v poranenej chrupavke – oveľa pravdepodobnejšie sú príčinou oslabené či preťažené väzy upínajúce sa na kĺb. No ani pretrhnuté väzy sa dobre neregenerujú, preto by mal byť človek pri športových aktivitách opatrný. Napriek úžasným medicínskym vymoženostiam vedci ešte nevymysleli plnohodnotnú náhradu niečoho takého dômyselného, ako je ľudský kĺb. Umelé kĺby sa stále nedokážu vyrovnáť ľudským kĺbom – priemerná životnosť bedrového kĺbu sa súčasnosti pohybuje okolo 15 rokov. ■



↑ Vlákna kolagénu, na ktorých vedci kultivujú bunky chrupavky v snahe povzbudiť ich regeneračnú schopnosť.

Okamžitý účinok **aktívneho ozónu**
pri bolestiach a zápaloch kĺbov a svalov...

Ozonicon®



Ozonicon® pomáha pri:

- chronických aj akútnych stavoch bolesti
- pri zápalových procesoch
- pri poškodení chrupaviek
- pri bolestiach rôzneho pôvodu:

- reumatická artritída
- osteoartróza
- posttraumatické stavy

Vysoko bezpečný prípravok určený na použitie u detí už od 2 rokov, ale aj pre dospelých a starších ľudí s kardiovaskulárnymi ochoreniami.

Ozonicon nie je kontraindikovaný u tehotných žien.

Ozonicon je zdravotnícka pomôcka.

www.ozonicon.sk



Emulgel na lokálne použitie - 50 g, 100 g tuba. ZÁKLADNÉ ZLOŽKY - Ozolipoile (kombinácia kyseliny olejovej a ozónu s kyselinou alfa-lipoovou a acetátom vitamínu E), výťažok z kvetu Arnica montana, výťažok z koreňa Harpagophytum procumbens, výťažok z listov Ribes nigrum (Ríbezlá čierna), glycerín, bromelain, pantenol, mentol, glukozamín, hydrolyzované glykosamínoglykány. Tento inovatívny prípravok je možné používať i v kombinácii s ultrazvukom a elektroforézou. Prípravok uchovávajú mimo dosahu detí.

Upozornenie: Pred použitím prípravku si prečítajte príbalový leták. Prípravok neobsahuje glutén.

Prípravok neobsahuje umelé farbivá.

Výrobca: Benedetti & Co. Biosolutions S.r.l. Via Monte Cengio, 28 - 35138 Padova, Taliansko;

Dovozca SR/ČR: Velpharm s.r.o., Kľincova 37, Bratislava, Slovenská republika. Revízia textov: 04/2016

DEJINY SLOVENSKEHO LEKÁRNICTVA



RNDr. Anton Bartunek

Univerzita veterinárskeho
lekárstva a farmácie

Katedra lekárstva a sociálnej
farmácie, Košice

Aká bola naša farmácia pred sto rokmi?

Venované stému výročiu vzniku Československej republiky

Rok 2018 je významným, jubilejným rokom pre občanov Slovenskej i Českej republiky, pre tých mladších, ktorí sa už narodili v oddelených štátnych útvaroch, či tých, ktorí ešte viac, či menej rokov prežili v prostredí spoločného štátu. Rok 1918 je však nielen koncom stáročného cisárstva, či po rakúsko-uhorskom vyrovaní aj záverečnou fázou existencie duálneho štátneho útvaru zvaného Rakúsko-Uhorsko, ale aj rokom vyslobodenia oboch našich národov z ničivého zovretia tohto režimu.

■ Práve vznik duálneho štátu v roku 1867, teda rozdelenie Rakúskej monarchie na Predlitavsko a Zalitavsko, otvorilo stavidlá bezuzdnej maďarizácii. Uvedené konštatovanie platí hlavne pre Slovensko: viacerí znalci súvekých národnostných pomerov tvrdia, že nebyť vzniku Československa, Slováci ako národ by sa boli v priebehu dvoch ďalších desaťročí po šesťdesiatich rokoch tvrdej maďarizácie asimilovali. Stali by sa natrvalo súčasťou „uhorského“, v podstate však maďarského národa. Bol by sa teda splnil sen tých maďarských politikov, ktorí na jeho realizácii dlhé roky bezohľadne pracovali: cez likvidáciu aj toho mizivého počtu slovenských škôl, cez povinné vyučovanie maďarčiny, surové tresty a vylúčenie zo školy, ak sa niektorý žiak snažil rozprávať rodným jazykom, cez totálne ovládnutie spoločenského a politického prostredia tzv. Felvidéku, teda Horného Uhorska. Iný názov pre územia dnešného Slovenska nebol používaný. Na prvý pohľad je azda prekvapujúce, že v tomto systéme hrala síce marginálnu, ale dôležitú rolu aj farmácia: súveki lekárnici, v drvivej väčšine neslovenskej národnosti, veľmi lojálne sa správajúci k „svojej uhorskej vlasti,“ disponovali nielen privilegovaným spoločenským statusom, ale aj

ich materiálne pôžitky vysoko prevažovali nad štandardom bežného obyvateľstva. Výnosy nadobudnuté z prevádzky lekární boli z blahovôle štátu aj v európskom meradle nadpriemerné. S istou nostalgiou na ne dokonca spomínali aj lekárnici, hrdó sa hlásiaci po vzniku novej republiky k svojej slovenskej národnosti.

■ V tomto príspevku chcem čitateľom sprostredkovať pohľad na prostredie, v akom sa na prahu vzniku spoločného štátu nachádzalo lekárstvo na Slovensku, resp. ako sa vyvíjalo v ďalších dvoch desaťročiach medzi rokmi 1918 až 1939, kedy po mníchovskom diktáte zanikla I. Československá republika. Jej vznik v roku 1918 bol českými lekármi a na Slovensku aj lekárnikmi – Slovákmi privítaný s nadšením. Ak sa však na to pozrieme veľmi zblízka, to nadšenie – hlavne na českej strane – vyplývalo skôr z romantických predstáv o pomeroch na Slovensku. Mnoho nezamestnaných českých lekárnikov živilo nádej na svoje uplatnenie vo východnej časti republiky,¹ ovšem v krátkom čase tieto predstavy zabrzdila nielen hustejšia sieť hlavne malých lekární než v českých krajoch, v ktorých nebolo potrebné prijímať nové

kvalifikované sily, ale aj pretrvávajúca jazyková bariéra: štát navyše v krátkej dobe po prevrate nariadil, že na Slovensku možno otvoriť novú lekáreň iba v tom prípade, ak budúci majiteľ ovláda maďarčinu. Vo všeobecnosti boli na českej strane znalosti nielen v oblasti tu platnej lekárskej legislatívy, ale aj o žalostných národnostných pomeroch, zdedených po opustení Uhorska, mizivé. Léčárnický týdeník uverejnil na začiatku roku 1919 napr. tieto vety: „Upírají se zraky mnoha Čechů k této „zemi budoucnosti“. Nepochybuji, že taky pro léčárniky kyne na Slovensku budoucnost, již proto, že bude nutno všechna zřízení, jak úřední, tak hospodářské prostoupiti ukázněnými a spolehlivými živly... Z mnoha povolanych jen některým vyvoleným mělo by se dostáti té cti, být pionýři české práce.“



↑ PhMr. Otto Graubner

■ Čoskoro po vzniku republiky sa viacerí slovenskí lekárnici snažili skontaktovať s vedením českých lekárnických spolkov. Mali záujem o úzku spoluprácu, prípadne aj o členstvo v nich. Už v januári 1919 bol vo Věstníku Svazu českého léčárnictva publikovaný list PhMr. Otta Graubnera, majiteľa lekárne v Holíči.¹

Blížkosť českých hraníc mu dovolila, aby bol o tamojších pomeroch i o názoroch českých lekárníkov vcelku dobre informovaný. S radosťou prijal od vydavateľa tohto periodika návrh na členstvo slovami: „Jsem rád, že mne Vy právě do Vaší korporace zvete a s radosti vstupuji.“Vzápätí nasleduje jemná výčitka: *Poměry léčárnické na našem vsutku krásném a přírodně bohatém Slovensku, co se týká slovenské národnosti léčárniků, pojimate strašně ideálně. Pomněte, že nepřeháním, když Vám povím, že já jsem na Slovensku skutečně slovensky smýšlející a jako takový uvědomělý Slovák jeden z 2 nebo 3 v celku. Mimo nás jest jich velice málo, na prstech bych je spočítal, kteří se trochu cítili být Slovákem, ač nyní valně percento jich přehodí a budou se v prsa bít, že oni jsou a byli (!!!) vždy „Slováky“. Slovensky na venkové znají všichni (mluvím hlavně za část západoslovenskou, dále to ani tak neznám) ve Wilsonově městě (dočasný názov Bratislavy po roku 1918, pozn. autora) a dále na východ mnozí. Jsou to vesměs Maďaři, povětšine maďaróni (židé). A tak se to má i s tím léčárnickým dorostem. Dva pouze, co u mně byli, nebyli přepjatí maďaróni a to Mr. Jul. Ozábal z Burské sv. Jurá a Mr. Cyril Šuryňa z Trstená. O ostatních nemluví. Já jsem byl přede všemi jako rakouský příslušník a po čas maďarské nadvlády vytrpěl jsem si mnohou kapitolu... všechno som šťastlive prekonal, a já som tu a maďaři a jejich náhončí u paroma, alebo ktorí zostali už zdaleka mňa ctí neboť vedijá, že máme za sebou*

ve svých informacích. Až bude dostatečný počet členů, svoláme informativní schůze na různých místech Slovenska.

Ze Slovenska.

Slobodný stic juž od starej tyranie vlasty Maďarie, chceme sa mi slovenski lekárnici združit v jednu spoločnú odbornú organizáciu a proto Vás uctiva prosím o láskavé pokyni na jakom základe by sa to urobiť mohlo, aby sme sa potom jako sestery odbor k Vám pripojiť mohli. Případnu organizáciu bych já vzal do ruky a vyzval bych kolegů na první schůzku, který bysme Vám oznámili a Vás o spolupůčinkovaní požiadali a o delegovanie jednoho zastupníka prosili. Odporuča: by sa v Turč. sv. Martine, v Trnave alebo v Bratislave.

Máme mnoho otázek nevybavených, týkajúca sa strany hmotnej, sociálnej i vedecko-odbornej.

Ponevadž moja lékárna a podobná aj ine lekárnice na Slovensku niec už celkom neodvážu z nám neprateľskej Budapesty a Viedny, úctive Vás prosím o láskavé rychle zdolenie pramenův, kde bych si tovaru v Praze a vůbec v Čechách zadovážiti mohli. Defekty sú už hrozne a proto treba nám už rychle jednat. Kde a které su tie firmy, ktoré sú tie cesty na základe čeho bych tovaru čim dřiv obdržati mohli.

Značim sa s kolegialním slovenským pozdravom odány
Kremnica 10. Februaria.

Ph. Mr. Dr. Gustáv Voda,
léčárnik a predseda miestnej Slovenskej
Národnej Rady.

Poznámka.

List tento došel mne 10. března vinou byrokratiámú pošty v Praze. Doporučeny dopis zněl na „Časopis českého léčárnictva“ alebo „Léčárnické listy“, Praha, Čechy, a žádosti, aby případně některý kolega sdělil bližší adresu. Pošta naposlá na dopis bližší adresu, ale dopis nedoručila redakci, nýbrž zasíla zpět na Slovensko. Co si lidé na Slovensku o našem úřadování pomyslí, lehko uhadnout.

Důležité.

Aktuelním pro Slovensko je zřízení velkozavodu s drogami a lék. specialitami v Bratislavě aneb i v Košicích jako řitalka. Mohla by to být řitalka některého pražského velkozavodu (Pharmacentrum nebo té chem. továrny a velkodrog, jejíž jméno si právě nemohu vzpomenout).

122

↑ Článek Dr. PhMr. G. Vodu vo Věstníku Svazu čl. léčárnictva z roku 1919.

Šrobára, Blahu, Okánika a pod., s nimiž mnohými som aj v rodině.”

■ Aj napriek dnes už jeho pomerne obtiažne zrozumiteľnému spôsobu vyjadrovania sú slová kolegu Graubnera nesmierne výrečné a dnes sú cenným dobovým dokumentom o situácii na Slovensku tesne pred rokom i po roku 1918. Záverom Graubner pripomína, že „Maďaři na Slovensku se o překot učí slovensky, o existenci jim jde, o chléb.“

■ V tom istom periodiku bol zverejnený aj list od PhMr. Dr. Gustáva Vodu, vtedy správcu Gazdíkovej lekární v Kremnici. Voda sa v tomto meste výrazne angažoval aj po stránke národnostnej a z toho dôvodu bol po vzniku Československa zvolený za predsedu miestnej Slovenskej národnej rady, ktorá v Kremnici – podobne ako v iných mestách – preberala moc



↑ PhMr. PhDr. Gustáv Voda



↑ Fotografia zo dňa 15. mája 1927, na ktorej sú zakladatelia Sväzu lekárníkov Slovákov. V dolnom rade v strede PhMr. Ján V. Žuffa, prvý predseda tohto stavovského spolku.

od bývalých orgánov. Jazyk tohto listu je nemenej bizarný, než v prípade Graubnera, čo prekvapuje, pretože Voda bol jazykovo zdatný človek. Istú rolu v tomto smere mohla zrejme zohrať aj neskúsenosť pražských tlačiarskych sadzačov: „Slobodný súc od starej tyranie vlasty Madarie, chceme sa mi slovenskí lekárnici združiť v jednu spoločnú odbornú organizáciu a preto vas uctíva prosím o láskavé pokyni na jakom základe by sa to urobiť mohlo, aby sme sa potom jako sestery odbor k vám pripojiť mohli. Prípadnú organizáciu bych já vzal do ruky a vyzval bych colegov na prvni schodzku, ktoru bysme Vám oznámili a Vás o spoluúčinkovanie požiadali a o delegovanie jedného zastupníka prosili. Odporučal by som sa v Turč. sv. Martine, v Tmave alebo v Bratislave.” V závere Voda žiadal, aby mu redakcia oznámila adresu distribútorskej firmy, ktorá by mu „a podobňa aj ine lekarnie na Slovensku” mohla dodávať lieky. Tá žiadosť súvisela s tým, že firmy „z nam nepriateľskej Budapesty a Viedny” už „tovar celkom neodvažiu”, teda už na Slovensko lieky vôbec nedovážajú. Celkom na záver ešte redakcia Věstníka uverejnila svoju veľmi kritickú poznámku do vlastných radov. Vodov list im bol doručený až 10. marca 1919, pretože jeho adresát neuviedol presnú adresu, ale pre jej neznalosť uviedol iba „Časopis českého lékařnictva alebo Lekárnický list, Praha”. Pražskí poštári dopísali na list presnú adresu, ale nedoručili ho adresátovi, ale vrátili ho späť na Slovensko. Redakcia si potožkala týmito slovami: „Co si lidé na Slovensku

o našem úřadování pomyslí, lehkou uhadnout.”²



↑ PhMr. Ján Bábik

■ V roku 1934 uverejnil pražský Časopis československého lékařnictva prejav PhMr. Jána Bábika, významného slovenského stavovského politika a zakladajúceho člena Sväzu lekárníkov Slovákov.³ Bábik (pôvodne Jan Babík pochádzal z moravských Vacenovic, ale dlhé roky pôsobil na Slovensku a dokonale sa zžil s jeho prostredím, stal sa jedným z najväššných obhajcov a tvorcov slovenskej národnej farmácie). V jeho zastúpení na členskej schôdzi Československej lekárskej spoločnosti v Prahe dňa 9. mája 1934 tento prejav predniesol predniesol ďalší významný slovenský lekárnik Emil Holčík.

■ Bábikov príspevok bol určený príslušníkom českej lekárskej obce, ktorí boli o situácii a dianí na Slovensku pomerne málo informovaní. Autor na úvod zrekapituloval predprevrátové reálie a od nich sa odvíjajúci minimálny

záujem Slovákov o povolanie lekárnik, veľmi nepriaznivé politické pomery a v ich rámci aj zástoj i úlohy neslovenských farmaceutov. Konštatoval, že majetkové a spoločenské postavenie súvekých uhorských lekárnikov bolo vzhľadom na ich – v relácii k celkovému počtu obyvateľstva – relatívnu málopočetnosť, „nepomerne priaznivé a významné.“ Hlavným kritériom, ktorým sa pomeriaval spoločenský význam, status obyvateľstva, bola „materiálna neodvislosť: majetok otváral cestu politikáreniu a spoločenskému uplatneniu sa jednotlivca.“ Lekárnici, napriek tomu, že ich iba dvojiročné štúdium na univerzite nebolo „kompletné“, nedosahovalo úroveň ostatných vysokoškolsky vzdelaných ľudí, boli do určitej miery paradoxne považovaní za rovnocenných s ostatnými diplomovanými povolaniami. *„Zemianski synkovia a synovia malej šľachty, ktorých bolo v starom Uhorsku nepomerne mnoho (v skutočnosti sa medzi šľachticov napr. vo Francúzsku rátalo necelých desať percent obyvateľstva, v Uhorsku to bolo okolo tridsať) síce za nečestnú degradáciu považovali bežné, praktické povolania, na rozdiel od týchto predsudkov byť v ich prostredí lekárnikom znamenalo byť rovnocenným s ostatnými univerzitne vzdelanými občanmi a navyše aj materiálne nezávislými.“* Bábik uvádza, že „lekárnik mal otvorené dvere všade, k čomu výrazne napomáhal tzv. virilistický systém uhorskej samosprávy. Čo tento zabudnutý, obsolentný a nedemokratický spôsob obsadzovania významných postov v prostredí miestnej a župnej zastupiteľskej administratívy znamenal? Miestne a najmä župné samosprávne orgány mali v Uhorsku výnimočnú moc, delegovanú z úrovne vlády a krajinského snemu, boli to – Bábikovými slovami – vlastne „malé snemíky“. Mali možnosť odvolať sa na parlament aj proti rozhodnutiam vlády, podať svoje námietky, znemožniť výber parlamentom včas neohlásených daní, či odvod brancov. Župy, kde mala opozícia väčšinu, dokázali vláde ukázať svoju moc a často boli schopné zablokovať aj schvaľovanie rozpočtu v parlamente. V tomto smere to vyzerá naoko veľmi demokraticky, nebyť toho, akým obludným spôsobom sa raz za šesť rokov župné zastupiteľstvo volilo. Voľby, ak ich vôbec môžeme takto nazvať, (pripomeňme si Kalinčiakovu Reštavráciu...) boli často veľmi búrlivé a – odhliadnuc od volebného systému – prvé husle v nich zohrávali korupčné praktiky. A sme pri koreni veci: polovica župného zastupiteľstva bola volená (samozrejme volebné právo nemal každý), druhú tvorili automaticky tzv. virilisti, teda tí, ktorí v danom volebnom okrsku platili štátu najvyššie dane. A navyše, ľuďom s univerzitným diplomom sa pre účel volieb rátala daň dvojnásobne. V parlamente bolo vždy niekoľko lekárnikov, „aj päť, či šesť“, ktorí strážili a vplývali na prijímanie zákonov, týkajúcich sa lekárnicva. Podobný volebný systém platil aj v mestách a obciach a z tohto dôvodu v týchto zastupiteľstvách lekárnik nikdy nechýbal. Vzhľadom na tento, voči lekárnikom dlhoročne uplatňovaný veľmi ústretový systém riadenia krajiny a štátu, je pochopiteľné, že táto málopočetná vrstva spoločnosti bola voči svojmu štátnemu zriadeniu veľmi lojálna. Štát s tým rátal a osvedčilo sa mu to: veľmi často boli lekárnici predsedami volebných komisií na rôznych úrovniach. Stali sa takto dôverníkmi vlády a získali tým na čas volieb obrovskú moc. Čo to znamenalo, to si dnešný človek ani nevie

predstaviť, musel by tieto špecificky „uhorské voľby“ zažiť na vlastnej koži. Známy škótsky verejný obhajca národnostných práv Slovákov a najtvrdší kritik maďarizačnej politiky voči Slovákom Scotus Viator zverejnil po celej Európe a opísal neslýchané násilienstvá, ktoré sa konali hlavne voči slovenským voličom a ich kandidátom na parlamentné kreslá. Zvlášť voľby vo vrbovskom volebnom okrsku (Bábik mal tieto informácie od očitých svedkov, nakoľko sa stal počas I. ČSR majiteľom tamojšej lekárne) sa vyznačovali „neslýchaným terorom.“ Predsedom volebnej komisie a dôverníkom vlády v Budapešti bol vtedajší majiteľ lekárne vo Vrbovom PhMr. Bobok.

■ Materiálna a finančná nezávislosť poskytovala lekárnikom možnosť uplatnenia aj mimo lekárne. Jedným zo svetlých príkladov je napr. PhMr. Matej Murín, Slovák, ktorý sa stal okrem vlastnej lekárne aj zakladateľom a hlavným účastníkom viacerých fabriek na celulózu (Ružomberok), textil a umelý hodváb.

■ Inštitút lekárne požíval úctu a vážnosť a z tohto faktu sa odvíjalo aj postavenie jej majiteľa: *„Lud sa obracal na lekárnik s dôverou. V lekárňach sa pracovalo i expedovalo presne, spoľahlive – tých niekoľko jednotlivcov, ojedinelých nepoctivcov, poznala a ich sa stránila celá lekárska verejnosť.“* Bábik v tejto súvislosti spomína dve uhorské, veľmi dobre fungujúce praktikantské školy – v Budapešti a Kluži, ktoré v trojmesačných kurzoch – 8 hodín denne – kvalitne pripravovali aspirantov na štúdium farmácie hlavne z galenickej farmácie. Školy patrili k miestnym univerzitám a prednášali tam ich asistenti a profesori, vo väčšine s lekárske vzdelaním. Maturita ako podmienka vstupu na tirocinálny kurz sa zaviedla v roku 1912. Vzťah majiteľa lekárne k zamestnancom bol dobrý a takmer každý zamestnaný lekárnik „poškuľoval“ po získaní koncesie na prevádzku vlastnej lekárne. najprv jej prenájmom na získanú „kauciu“ a potom azda aj „úmernou prácou k úplnému osamostatneniu.“ Nie každému sa to samozrejme podarilo: „veď osobná zdatnosť nie je každému daná.“ Platy zamestnancov sa pohybovali medzi 120 – 220 korunami.

■ Bábik ďalej pokračuje informáciami, týkajúcimi sa možnosti Slovákov vyštudovať farmáciu: *„O lekárnikoch Slovákoch pred prevratom nedá sa mnoho hovoriť. Bolo ich málo, žalosťne málo.“* Jednou z príčin toho stavu bola skutočnosť, že štátne úrady neboli pre uvedomelých Slovákov prístupné, „len ak sa odrodili, mali cestu otvorenú. Všetko, čím disponovala vláda bolo vyhradené Maďarom, a z nemaďarských národností iba takým, ktorí svojej zradili a pridali sa k panujúcemu národu. Slovák lekárnik môhol sa osamostatniť len kúpou, koncesiu nedostal **nikdy**, ani výnimočne.“ Šťastím bolo, že prenos existujúceho lekárskeho práva nezávisel od vôle úradov, nakoľko pri splnení zákonných podmienok nebolo možné získanie lekárne zamietnuť. Toto boli hlavné príčiny nezájmu Slovákov o profesiu lekárnik. Ďalšou bol fakt, že neslovenskí majitelia lekární za žiadnych okolností neprijali na aspirantskú prax praktikantov, ktorí prejavovali svoj slovenský pôvod. Bola tým pre nich vybudovaná neprekonateľná bariéra: ten, kto neabsolvoval niekoľkoročnú

prax tirona v lekárni, nemohol ani pomýšľať na štúdium farmácie na univerzite.

■ Bábik deklaruje, že v čase prevratu nepôsobilo na Slovensku viac než 7 – 8 majiteľov lekárni slovenského pôvodu, ktorí sa k nemu aj hlásili. Asi taký istý bol počet zamestnaných lekárníkov a študentov farmácie dokopy. „Tichých a utajených Slovákov lekárníkov je ťažko spočítať – boli i takí. Po prevrate sa samozvane vymenovali aspoň za tichých Slovákov aj mnohí, predtým silne protislovensky orientovaní kolegovia. Nechce to byť výčitka. Maďari venovali vlasteneckej výchove mládeže veľkú pečlivosť a úsilie. Nielen dejepis a literatúru, ale i ostatné predmety prednášali tak, že vlast, národ – samozrejme maďarský – spomínané a dvíhané boli na najvyšší prestol.” Skutky maďarských činiteľov boli zveličované a predstavované ako svetovo jedinečné: Extra Hungariam non est vita... atď. bolo heslom každého dňa. „Slovenských synkov, ktorí sa pridali k maďarskému prúdu, podporovali v škole i živote. Tých ale, ktorí zostali svojmu rodu verní a za Slovákov sa hlásili, trestali a zo škôl vyhazovali.” Takýto osud postihol napr. aj významného stavovského politika PhMr. Samuela Búlovského. Nemožno sa čudovať, že za takýchto okolností „bolo mnoho oportunistov a ztratených duší...” Šťastie, že sa takýto človeka nestal „zúrivým janičiarom.”

■ Za takýchto okolností boli lekárnici, okrem azda majiteľov drobných lekárni, materiálne dobre situovaní. Lekárni v Uhorsku nebolo málo, v pomere k počtu obyvateľov viac, než v Čechách a na Morave. V roku 1934 napr. na Morave pripadalo na jednu lekárňu „11.500 duší”, na Slovensku to bolo 9.500. Lekárnická sadzba bola v Uhorsku v porovnaní „s dneškom”, teda rokom 1934, „skvelá.” Zavedenie tzv. B-taxy (zľavy pre nemocenské poisťovne), podobne ako v Čechách, boli na Slovensku považované „za krivdu.” Položenie lekárníkov v Uhorsku je možné podľa Bábika charakterizovať nasledovne: materiálne boli pomerne dobre situovaní, lebo taxy boli viac než postačujúce, lekárnici sa význačným spôsobom uplatňovali spoločensky a politicky, obzvlášť v krajoch, obývaných nemaďarskými národmi, mali veľký vplyv vo svojom okolí, lekárne boli na území Slovenska z 98 percent nie v neslovenských, ale priamo v protislovenských rukách.

■ Po vzniku Československa sa mnohí neslovenskí lekárnici obávali – „súc zvyknutí na maďarské násilnícke metódy” – že im budú konfiškované koncesie alebo že nastanú perzekúcie zo strany nového štátu. „No nič sa im – čo ako sa proti Slovákom prevínili – nestalo”. Po krátkom čase si, odrezaní od svojich pôvodných lekárníckych organizácií so sídlom v Budapešti, založili nový spolok so sídlom v Bratislave „pod podivným a zmätky vyvolávajúcim menom: Spolok lekárníkov zo Slovenska a Podkarpatskej Rusi.” Bábik dodáva, že toto slovenské označenie bolo iba vynútené platnými predpismi a muselo sa uvádzať na prvom mieste. Za ním, nasledovalo Szlovenszkói gyógyszerészek egysülete a na koniec aj nemecký názov: Verein der Apotheker aus der Slowakei. Väčšina členov spolku slovenčinu ani neovládala. Bola to organizácia, združujúca výlučne majiteľov lekárni,

hoci pôvodne mala členov aj z radov zamestnaných lekárníkov. Tí sa kvôli nezhodám neskôr osamostatnili a založili Szlovenszkói alkalmazott gyógyszerészek szövetsége, čiže v preklade Spolok zamestnaných lekárníkov zo Slovenska. Tieto názvy boli čudné z celoštátneho hľadiska: v Čechách existovali a boli zakladané spolky na podklade národnostnom (nemeckí lekárnici mali svoje vlastné spolky), kdežto na Slovensku bolo v úmysle zakladateľov týchto neslovenských spolkov existovať na celoslovenskom teritóriu: dobre vedeli, že v takomto reprezentatívnom spolku budú disponovať niekoľkonásobnou prevahou nad lekárníkmi Slovákmí a budú teda určovať aj pravidlá hry. Založením Sväzu lekárníkov Slovákov v roku 1927 výlučne pre lekárníkov slovenského pôvodu im bol tento manéver prekazeny. Prídavkom „zo Slovenska” k názvu spolu hodľali zakryť aj tú anomáliu, že vlastnili drvivú väčšinu slovenských lekární: nemali odvahu otvorene priznať, že sú spolkom maďarských lekárníkov. To sa odrazilo aj v ich snahe rozštiepiť budúcu spoluprácu českých a slovenského lekárníckeho spolku: istý čas sa im to darilo. Českí, hlavne pražskí lekárnici, mali po roku 1918 záujem – so snahou demonštrovať silu, početnosť a jednotu čs. lekárníctva pri rokovaniach so štátnymi orgánmi – koordinovať svoje konanie skôr s uvedenými maďarskými spolkami, navyše v dobe, keď slovenskí lekárnici svoj spolok ešte vôbec nemali. Zástupcovia týchto maďarských lekárníckych spolkov na spoločných rokovaniach v Prahe rozprávali – po nemecky, nakoľko Čechom zrozumiteľnú slovenčinu neovládali. Neskôr ich tam zastupoval PhMr. Gabriel Izák, lekárník z Bratislavy, ktorý slovenský jazyk ovládal, ale spočiatku národnostne kolísal. Názvy maďarských spolkov, ako potvrdzuje Bábik, „ešte dlho myľili a ešte aj dnes myľlia odbornú verejnosť v Čechách a na Morave.”

■ Po vzniku I. ČSR bolo na Slovensku zriadené Ministerstvo s plnou mocou pre správu Slovenska a v jeho rámci aj exozitúra pražského ministerstva zdravotníctva. Lekárnická agenda bola sústredená v referáte pre lekárnícké veci, ktorú spočiatku viedol PhMr. Šmahel a po ňom PhMr. Svoboda. Jediným významným činom tohto úradu bolo vydanie novej Taxy medicamentorum v roku 1920, ktorá ukončila trojročný cenových chaos, kedy si každý taxoval lieky podľa vlastnej úvahy, maďarskí lekárnici dokonca podľa taxy, platnej vtedy v Maďarsku. Tento úrad, ktorý mohol byť lekárníkom veľmi užitočný, bol roku 1924 bez náhrady zrušený: na Slovensku prestala existovať jediná úradná lekárnícká inštitúcia, navyše ani povinná stavovská, ktorá by mohla zastupovať záujmy lekárníkov, ešte dlho neexistovala.

■ Ďalší vývoj lekárníctva v Československu bol veľmi zložitý: lekárníkom sa až do zániku spoločného štátu nepodarilo presadiť ani jednu požiadavku. Kríza v tridsiatych rokoch výrazne postihla aj lekárstvo. Bratislava mala v roku 1934 pri 130.000 obyvateľoch 26 lekární a pre porovnanie Brno pri 240.000 obyvateľoch iba 33. Takmer každá obec na Slovensku nad 2.000 obyvateľov mala „svoju” lekárňu. Hustá sieť a nízky obrat – to bola charakteristika slovenského lekárníctva 30. rokov 20. storočia. Napriek úpornej snahe Sväzu lekárníkov Slovákov (SLS) sa nie veľmi darilo postupne vyrovnávať rozdiel medzi majiteľmi Slovákmí a tými

druhými. A to aj v čase, keď bol koncom dvadsiatych rokov takmer tri roky ministrom zdravotníctva v Prahe budúci slovenský prezident Jozef Tiso. Na protest proti konaniu tohto ministra, ktorý často napriek žiadostiam slovenských lekárníkov dával prednosť ich neslovenským konkurentom („kvôli financiám, ktoré takto vo forme úplatkov smerovali do straníckej pokladne pána ministra“) ho tento slovenský spolok viackrát žaloval, ale napriek ich odvolávaniu sa proti nepriaznivým rozsudkom tieto spory prehrával... Štatistika z týchto rokov hovorí jasnou rečou: v rokoch 1918 – 1933 dostali Slováci zo 71 nových licencií 25, Česi 7, a neslovenskí lekárnici 39. Prítom 75 percent obyvateľstva sa hlásilo k slovenskej národnosti. Na záver svojho prejavu k českým poslucháčom Bábik uviedol: „*Za minulosťou nesmútime, ačkoľvek bola slávnejšia a lepšia stavovsky, ale nebola našou. Keďže sme si vedomí tohto spojenia a spoločného cieľa, chceme budovať spolu s vami na spoločnej základni za lepšiu našu budúcnosť – budúcnosť spoločnú. Keď táto prednáška k tomu i len čo najmenej prispeje, vykonala svoj cieľ.*“

■ Zámery a ciele maďarských lekárníckych spolkov počas ich pražských kontaktov s vedením českých lekárníckych organizácií, ako čiastočne aj ich tamojšiu pozíciu, dokonale podkrývajú publikované zápisnice z týchto rokovaní. Lé-kárnícký týdeník vo svojom 34. čísle z roku 1919 uviedol, že „6. t. m.“ sa konala v Obecnom dome v Prahe valná hromada Svazu československého lekárníctva a na nej bol za III. podpredsedu zvolený „Mgr. Gábor Izák z Bratislavy,“ ktorý hovoril o slovenskej taxe a s búrlivým potleskom boli prijaté jeho slová „Jedno telo, jedna krv, jedna duša.“ Izák tam vystupoval, ešte pred svojim zblížením sa so slovenskými lekárníkmi, ako zástupca Spolku lekárníkov zo Slovenska a Podkarpatskej Rusi. SLzSaPR.⁵

■ Dňa 27. mája 1920 bol v Národnom dome v Prahe na „schůzi čl. farmacie“ PhMr. Béla Schulek, predseda SLz-SaPR, spolu s Izákom predstavený publiku ako „president svazu lekárníků na Slovensku Mr. Izák a Szulek.“ Navyše do predsedníctva schôdze bol „za slovenské lekárníky zvolený Mr. Szulek.“ Jeho príhovor bol komentovaný v zápisnici takto: „*Mr. Szulek dotýka se rozdílu poměru slováckých, konstatuje však také jednotu lekárníků ze Slovenska.*“⁶ Na I. schôdzi Prípravného výboru pre reformu lekárníckého štúdia 19. apríla 1920 v Prahe zastupoval „Verein slowakischer Apotheker“. Pod týmto názvom sa (SLzSaPR) v Prahe

na I. schôdzi predstavil. Na II. schôdzi už bolo toto združenie maďarských lekárníkov predstavené ako Spolok lekárníkov zo Slovenska. Viedol ho tam PhMr. Izák.^{7,8} Ešte v roku 1919, 29. apríla, sa konala v Prahe manifestačná „všelékárnícká“ protestná schôdza.

■ Na nej ako hosť predstavený „za gremium bratislavské Mr. Šuleta“, teda opäť Schulek so skomoleným menom. Tam prítomný Graubner nebol zo strany predsedníctva schôdze medzi prítomnými ani spomenutý, ale následne rázne vystúpil v diskusii: hovoril v mene slovenských lekárníkov a čo najenergickejšie sa ohradil voči tomu, aby sa „*nám, nebo Slovensku jinak měřilo.*“ Protestoval aj proti tomu, aby „*Vláda jednala o Slovensku bez Slováků.*“⁹ V tomto čase sa totiž v Prahe konštituovala ako vládny poradný orgán najvyššia zdravotná rada, do ktorej boli – prítom iba ako mimoriadni členovia – nominovaní iba dvaja lekárnici a z nich navyše PhMr. Hynek, českými lekárníkmi nenávidený už preto, že sa na pre nich krajne neprijateľnom riadení lekárníctva v Čechách podieľal už za rakúskeho mocnárstva. Lekárníkom sa už na začiatku existencie republiky zdalo, že situácia sa pre nich nevyvíja priaznivo, že všetko kráča v starých šľapajách. Mali v plnom rozsahu pravdu, žiaľ, I. ČSR ich v tomto smere skutočne nesklamala.

■ Na základe citovaných dokumentov je zrejmé, že hoci boli na týchto schôdzach prítomní aj lekárnici Slováci, SLzSaPR sa na nich vehementne snažil vystupovať ako suverénny zástupca všetkých lekárníkov z východnej časti republiky. Určitý čas sa mu to darilo, nakoľko málopočetná skupina slovenských lekárníkov sa snažila sprvu získať v rámci Svazu československého lekárníctva status relatívne autonómnej jednotky, ktorá by mala mať rozhodujúci vplyv na dianie na Slovensku. Z vyššie spomenutých dôvodov sa to vo vedení Svazu nepodarilo presadiť, dokonca odbojkotovalo aj pozvánku na zakladajúci snem takto koncipovaného združenia a potom jeho uzávery neuznalo za platné. Týmto spôsobom sa vznik prvého slovenského stavovského spolku oddialil o niekoľko rokov. Preto zakladatelia slovenskej národnej farmácie pristúpili v roku 1927 k založeniu vlastného stavovského spolku – Svazu lekárníkov Slovákov, nezávislého od Svazu čl. lekárníctva, ale úzko s ním potom spolupracujúceho. Tým sa podarilo zlomiť zámery SLzSaPR a zmaríť jeho úsilie o hegemoniu pre územie Slovenska, o zastupovanie slovenských lekárníkov. ■

LITERATÚRA:

1. Redakcia. Slovensko. Lé-kárnícký týdeník. I./1919 – 1920. 2, s. 8.
2. Graubner, Otto. Ze Slovenska. Věstník Svazu českého lekárníctva. XIII. /1919/, číslo lednové, s. 42 – 43.
3. Voda Gustáv. Ze Slovenska. Věstník Svazu československého lekárníctva. XIII. /1919/, 3, s. 122.
4. Bábik, Ján. Pomery v lekárníctve na Slovensku. Časopis československého lekárníctva. 1934. 14, s. 182-187.
5. Lé-kárnícký týdeník. I./1919 – 1920/, 34, s. 319.
6. Lé-kárnícký týdeník. I./1919 – 1920/, 17, s. 266 – 268.
7. Časopis československého lekárníctva. II./1920/, s. 67. 7, s. 54 – 56.
8. Časopis československého lekárníctva. II./1920/.
9. Lé-kárnícké listy. 1919, 8, s. 62 – 63.



PhDr. PaedDr.
Uršula Ambrušová, PhD.
Východoslovenské múzeum
v Košiciach

↓ → Romanticko-tragický príbeh mladej ženy, ktorá žiada späť svojho milého od Smrti. Unavená Smrť sa stáva absurdnou tragédiou, ktorú určuje neovládateľný osud. Nemecký epizodický film, ktorý sa skladá z troch epizód mileneckého príbehu, ktorým personifikovaná Smrť povolí, aby opakovane prežili svoj osud. Film je natočený na základe nemeckej ľudovej piesne v šiestich veršoch.



↑ Nemecký epizodický film, ktorý sa skladá z troch epizód mileneckého príbehu, ktorým personifikovaná Smrť povolí, aby opakovane prežili svoj osud.

UNAVENÁ SMRŤ

Lekárnika s lekárňou nachádzame aj v kultovom čiernobielym nemom filme s názvom Unavená smrť (nem. Der müde Tod). Film natočil v roku 1921 nemecký režisér a scenárista Fritz Lang na základe nemeckej ľudovej piesne v šiestich veršoch. Film je jej voľnou adaptáciou o záhadnej postave Smrti, ktorá dáva človeku šancu poraziť smrť.

* Fritz Lang tento podnet rozšíril o otázku, či je láska silnejšia ako smrť. Príbeh začína obrazom šťastného a bezstarostného mladého páru, ktorý cestuje kočom. Zastavia sa v hostinci malého mestečka, aby vypili svoj prvý snubný pohár. Posadia sa za stôl vedľa unaveného pútnika v čiernom plášti. Je to cudzinec, ktorý si nedávno kúpil pozemok pri cintoríne, aby tam založil záhradu. Mladé dievča sa od stola na chvíľu vzdiali a keď sa vráti, jej ženich je preč. Vypytuje sa kam mohol zmiznúť, až zistí, že odišiel so záhadným mužom. Vydá sa ho hľadať. Nešťastné dievča zistí, že to bola Smrť, s ktorou odišiel jej milý. Vydá sa ju hľadať a prosí, aby jej milého vrátila. Dostáva sa k pozemku nového vlastníka, ktorý ho obohnal vysokým neprekonateľným podivným múrom. Je to sídlo Smrti. Za múr môžu byť prijatí iba tí, ktorí sú na smrť povolaní. Pred múrom vidí strašidelné postavy, duše zomrelých, aj svojho milenca. Prechádzajú cez múr a miznú. Dievča od vyčerpania padá na zem. Tu vstupuje do deja starý lekárnik, ktorý v nočných hodinách zbiera liečivé rastliny. „*Tieto rastliny čerpajú tajomnú silu z magického svetla splnu: mandragora, kokorík, kustovnica a zemežlč. Starý lekárnik sa stal súčasťou lekárne od čias kedy ako malý chlapec strkal nos do otcových receptov a nádob s variaciami sa lektvarmi.*“ Keď ide lekárnik okolo múra, nájde tam ležať na zemi dievča. Vezme ju do lekárne. V tmavej lekárni je drevený mobiliár, množstvo porcelánových nádob,



↑ Friedrich Christian Anton „Fritz“ Lang (1890 – 1976) bol nemecký režisér, scenárista a producent. Vo filme Unavená smrť použil špeciálne triky a efekty ako duchovia zomrelých, armáda drobných ľudí, lietajúci koberec, kúzelník atď. Film sa nakrúcal blízko Berlína. Orientálne a čínske umelecké predmety pre film poskytl Umlauffovo múzeum v Hamburgu. Fritz bol vďaka filmom s utopistickým charakterom nazývaný aj „Majstrom temnoty.“



↑ Mladé dievča v lekárni u starého lekárnika.



sklenených fľašiek a sušených drog. V laboratóriu má trojnožky, mažiare a banky. Lekárnik: „*Dieťa, ty máš horúčku! Ale počkaj, uvarím ti posilňujúci čaj. Hneď sa budeš cítiť lepšie!*“ Keď dievča precitne, v knihe si prečíta Pieseň Šalamúnovu 8 : 6: „*Veď silná ako smrť je láska, vašeň neúprosná ako podsvetie. Ako smrť je silná láska.*“ Potom nájde fľaštičku s jedom a zrazu je pred schodiskom do brány Smrti. Smrť sa pýta, čo hľadá v jej kráľovstve, keď ju ešte nevolal. Dievča ju prosí, aby vrátila život jej milenca. Smrť jej ukáže svoj chrám. V sále horí množstvo sviečok, pričom každá predstavuje jeden ľudský život. K dievčatu pocíti lútosť, dáva jej tri šance a sľubí, že jej vráti milého, keď ona dokáže zachrániť aspoň jeden z troch ľudských životov, ktorý sa chystá zničiť. Nasledujú tri orientálne epizódy, v ktorých sa dievča márne snaží zachrániť život milenca. Vždy zlyhá a Smrť stále zvíťazí. Je už unavená svojim údelom, večne nepremožiteľným. Napriek tomu jej ponúkne poslednú šancu, ak jej v priebehu hodiny priniesie čas človeka, ktorý ešte nezhasol, ktorý má pred sebou roky, dni, hodiny. Dievča uteká za starým lekárom a prosí ho, aby jej daroval život, tých pár dní, čo mu možno ešte zostáva: „*Pomôž mi zachrániť život môjho milého!*“ Rozzúrený lekárnik ju vyženie z lekárne: „*Ani deň, ani hodinu, ani okamžik!*“ Dievča sa snaží presvedčiť nešťastných, chorých aj starších ľudí. Lenže nik sa nechce rozlúčiť so svojim životom, všetci na ňom lipnú... ■

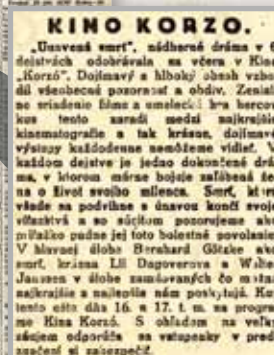
Ilustrácie boli použité z internetových stránok:

- <https://sk.pinterest.com/explore/fritz-lang-film/?lp=true>
- <https://thredlist.com/wiki-2-17-513-1407-view-directors-profile-fritz-lang.html>
- <http://muttermusik.de/galerie/der-muede-tod-filmmusik.html>



↑ Dojímavý príbeh mladej ženy, ktorá márne bojuje so Smrťou. Tri orientálne príbehy sa odohrávajú na rôznych miestach a v rôznych časoch Orientu. Príbeh prvej sviečky sa odohráva v renesančnom Taliansku počas karnevalu v Benátkach, príbeh druhej sviečky v Arábii u Kalifa v meste veriacich a príbeh tretej sviečky v Číne na dvore cisára Djin Schuean Wang.

→ Fritza Langa k natočeniu filmu inšpiroval sen, ktorý sa mu sníval ešte v detstve. Film mal premiéru 6. októbra 1921. Hudbu zložil Giuseppe Becce. V roku 2016 bol nemecký kultový film zreštaurovaný a digitalizovaný.



↑ Fascinujúci film Unavená smrť premietali v máji 1922 aj v košíckom kine Korzo. Informoval o tom denník Slovenský Východ.

Vydáva:

UNIPHARMA – 1. slovenská lekárnická akciová spoločnosť
Opatovská cesta 4, 972 01 Bojnice, www.unipharma.sk
IČO: 31 625 657

Šéfredaktorka:

• Mgr. Alexandra Pechová
telefón: 0918 713 037
e-mail: apechova@unipharma.sk, lekarnik@unipharma.sk

Redaktorka:

• Ing. Mgr. Denisa Ižová
telefón: 0918 770 762
e-mail: dizova@unipharma.sk, lekarnik@unipharma.sk

REDAKČNÁ RADA:

Predseda:

• RNDr. Tomislav Jurík, CSc.
UNIPHARMA – 1. slovenská lekárnická akciová spoločnosť

Členovia:

• RNDr. Anton Bartunek
Univerzita veterinárskeho lekárstva a farmácie, Košice
• PharmDr. Zuzana Batová PhD.
Riaditeľka a vedúca služobného úradu SÚKL
• PharmDr. Vlasta Kákošová
Detská fakultná nemocnica s poliklinikou, Bratislava
• doc. MUDr. Andrea Kalavská, PhD., MHA
Štátna tajomníčka Ministerstva zdravotníctva SR
• PharmDr. Ladislav Kňaze
UNIPHARMA – 1. slovenská lekárnická akciová spoločnosť
• PharmDr. Martin Kopecký, PhD.,
Česká lekárnická komora
• PharmDr. Štefan Krchňák
Lekáreň U milosrdného srdca, Šurany
• prof. PharmDr. Ján Kyselovič, CSc.
Lekárska fakulta UK, Bratislava
• prof. MUDr. Jana Mojžišová, PhD.
Univerzita veterinárskeho lekárstva a farmácie v Košiciach
• prof. PharmDr. Pavel Mučaji, PhD.
Farmaceutická fakulta UK, Bratislava
• RNDr. Mária Mušková, PhD.
Lekáreň Sv. križa, Stupava
• RNDr. Jozef Slaný, CSc.,
Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky – odbor farmácia
• doc. PharmDr. Juraj Sýkora, CSc.
Ústav farmácie Lekárskej fakulty SZU
• prof. MUDr. Peter Šimko, CSc.
Slovenská zdravotnícka univerzita v Bratislave
• RNDr. Ladislav Šitáni
Lekárník, Bratislava

Grafická úprava a sadzba:

• Eva Benková, Ing. arch. Marianna Faragová

Tlač:

Patria, Prievidza

Distribúcia:

Prostredníctvom obchodných zástupcov, vodičov
a poštových zásielok zabezpečuje
UNIPHARMA – 1. slovenská lekárnická akciová spoločnosť
Číslo vychádza do 15. dňa v mesiaci.

Za obsah inzerátov zodpovedajú inzerenti. Vydavateľstvo neručí
za kvalitu tovaru a služieb ponúkaných inzerentmi.

© Kopírovanie a rozmnožovanie materiálov je možné len so súhlasom
redakcie. Vydavateľ nie je zodpovedný za údaje a názory autorov
jednotlivých článkov alebo inzercie. Redakcia si vyhradzuje právo
na štylistické a gramatické úpravy materiálov. Svoje príspevky, názory
a postrehy posielajte na adresu spoločnosti UNIPHARMA poštou alebo
mailom na lekarnik@unipharma.sk

Adresa redakcie:

UNIPHARMA – 1. slovenská lekárnická akciová spoločnosť
Časopis Lekárník, Opatovská cesta 4, 972 01 Bojnice
e-mail: lekarnik@unipharma.sk, tel: 046/515 42 04
Ministerstvo kultúry SR EV 3620/09

ISSN 1335 – 924X

súťaž

Vyhrajte vstupenky do SND!

Bál

Autor:

Božena Slančíková-Timrava

Daniel Majling

FOTO: Collavino

Najinteligentnejšia žena je priťahovaná k tomu najväčšiemu gaunerovi. Vie, že je to sebazničujúca vášeň, ale... Šťastne vydatú ženu prepadne zhnusenie zo života. Vie, že na to nemá objektívny dôvod, ale... Po rokoch sa všetky rany manželstva z kompromisu zahojili, ale... Priamo pred našimi očami sa v reálnom čase zábavy odohrávajú príbehy všetkých tých „ale“, ktoré dramatizujú naše životy.

Timrava je fenomén. Tam, kde iní spisovatelia jej doby nedokázali opustiť medze úsmevných fejtónov, ona ponúka hlboký pohľad do komplikovaného vnútra človeka. Zároveň však málokto dokázal opísať ľudské osudy s takým nadhľadom, humorom a s takou sebaíroniou ako ona. V jej pestrom svete sa mieša groteskná škaredosť s prostou malebnosťou; najhlbšie zúfalstvo sa odohráva na pozadí pokojnej idylly; živočisnosť sa náhle zmocňuje tých najduchovnejších a tí najzverskejší sú neočakávane prežiarení lúčom ľudskosti. Timrava je nielen skvelá pozorovateľka drsného ľudského údely a nemilosrdná portrétistka pokrivených ľudských charakterov, ale je aj neúnavným hľadačom nesentimentálneho dobra v človeku.



SÚŤAŽNÁ OTÁZKA:

Ktorá slovenská herečka sa predstaví v postave Milini?

Svoje odpovede posielajte do **31. januára 2018** na adresu redakcie
poštou alebo e-mailom na: lekarnik@unipharma.sk.

K správnej odpovedi pripíšte názov a sídlo lekárne, v ktorej pôsobíte.

**Výherca získa 2 vstupenky na predstavenie Bál,
konané 28. februára o 19.00 v Novej budove SND.**

Vyhodnotenie decembrovej súťaže o dve vstupenky na predstavenie v SND:

Správna odpoveď na otázku z minulého čísla znie:
Povolanie Figara v opere je holič.

Dve vstupenky získava a na predstavenie sa môže tešiť:
PharmDr. Anton Krivda, Lekáreň Tableta, Námestovo
Srdečne gratulujeme.

www.snd.sk

Essity – Silná značka s pevným postavením na svetovom trhu

Firma Essity je globálny líder v oblasti osobnej starostlivosti poskytujúci širokú škálu produktov na inkontinenciu, detských plienok a hygienických výrobkov pre ženy. V týchto výrobných segmentoch ponúka spoločnosť aj výrobky ako vlhčené papierové utierky, mydlá, detské oleje, telové mlieka a vatové tampóny. Naše výrobky, ktoré sú denne používané viac ako 500 miliónmi ľudí distribuujeme prostredníctvom siete maloobchodov, lekární a inštitúcií osobnej starostlivosti.

Donedávna bola firma Essity súčasťou skupiny SCA. V súčasnosti patria produkty, ktoré sa predávajú v približne 150 krajinách pod mnohými silnými celosvetovými značkami ako sú TENA, Zewa a Tork či regionálnymi značkami ako Libero, Libresse, Lotus či Tempo, pod spoločnosť Essity.

Uľahčujeme život trpiacim inkontinenciou

Vedúce postavenie na globálnom trhu zaujíma spoločnosť Essity so širokou škálou produktov na inkontinenciu pod značkou TENA. Ponuka obsahuje výrobky i služby, zvyšuje kvalitu života spotrebiteľov a zároveň znižuje náklady pre klientelu z radov inštitúcií, ako sú domovy sociálnej starostlivosti.

Produkty pre najmenších

Ako štvrtá najväčšia spoločnosť na svete v tomto segmente a druhá najväčšia v Európe ponúka spoločnosť Essity detské plienky a plienkové nohavičky, ako aj výrobky starostlivosti o dieťa.

Kompletná dámska hygiena

V oblasti dámskej hygieny ponúka spoločnosť Essity širokú škálu výrobkov zahŕňajúc hygienické vložky, dámske slipové vložky, tampóny a intímne mydlá. Je piatou najväčšou spoločnosťou na svete v tomto segmente, treťou najväčšou v Európe a na trhu v Latinskej Amerike je lídrom v tejto oblasti.



Rastieme a napredujeme s dobou

Inovácie sú hnacím motorom rastu a ziskovosti a tvoria jednu z troch strategických priorít spoločnosti. Sú dôležité pri budovaní značky a plnení potrieb zákazníkov a spotrebiteľov.

Inovačné aktivity sú založené na trendoch trhu, názoroch zákazníkov a spotrebiteľov, na nových technológiách a nových modeloch podnikania. Spoločnosť Essity zároveň berie do úvahy aspekt trvalej udržateľnosti a bezpečnosti výrobkov v priebehu celého procesu.

Napríklad v roku 2015 predstavila spoločnosť Essity okolo 30 inovácií a nových výrobkov a prihlásila 54 patentov.

Sila značky nám dáva možnosť pomáhať

V posledných rokoch prešla spoločnosť Essity veľkými zmenami. 15. júna 2017 bola spoločnosť zakotovaná na burze Nasdaq v Štokholme. Hygiena a zdravie sú základnými predpokladmi dobrého zdravia. Lepšia hygiena a zdravotná starostlivosť sú nevyhnutnosťou pre lepší život a naše výrobky zohrávajú dôležitú úlohu pri zlepšovaní celkového zdravia. Preto sa voláme Essity (z angl. essence = esenciálny predpoklad + necessity = nevyhnutnosť).

NOVINKA!

Prísť o zážitky kvôli úniku moču?
„ANI NÁHODOU!“



S novými tenkými vložkami **TENA Lady Slim** určenými pre únik moču môžete aj naďalej robiť to, čo vás baví. Vďaka novej technológii **microProtex™** sú teraz o **20 % tenšie** a napriek tomu zaisťujú mimoriadny pocit bezpečia a diskretnosti.

TENA.
BUĎTE SAMA SEBOU.

VZORKY ZDARMA
tenalady.sk | 0800 111 000

