

Lekárnik

odborno – informačný mesačník pre lekárnikov

11

NOVEMBER
2017
Ročník XXII.

POLEMIKA

Je potrebné regulovať
počet verejných lekární?

Regionálne stretnutia lekárnikov na tému: PLUS LEKÁREŇ

Marketingové aktivity jeseň – zima 2017

Reportáž z konferencie Zdravotnícky manažment

Rozhovor s ministrom zdravotníctva
JUDr. Ing. Tomášom Druckerom

RNDr. Jozef Slaný, CSc.:

„Problémom v slovenskom zdravotníctve
sú skupiny, ktorých ekonomické záujmy
sú v rozpore s opatreniami, ktoré potrebujeme“

viac na stranách 16 – 19



Vážená kolegyňa, vážený kolega,

UNIPHARMA – 1. slovenská lekárnická akciová spoločnosť
a PLUS LEKÁREŇ virtuálne zoskupenie
v spolupráci
so Slovenskou lekárnickou komorou,
Regionálnou lekárnickou komorou Trenčín
a Regionálnou lekárnickou komorou Žilina
Vás pozývajú na :



25. november 2017 (sobota), Holiday Inn, Žilina

Hlavná téma:

Ako si zabezpečiť konkurencieschopnosť
Vývoj lekárnictva v trhovom prostredí

PROGRAM



08:00 - 09:00 registrácia

09:00 - 09:05 **prof. PharmDr. Ján Kyselovič, CSc.**
otvorenie podujatia moderátorom



09:05 - 09:10
príhovor
MUDr. Anna Záborská
poslankyňa Európskeho
parlamentu



09:10 - 09:20
príhovor
JUDr. Ing. Tomáš Drucker
minister zdravotníctva SR



1. BLOK ODBORNÝCH PREDNÁŠOK

09:20 - 09:30 **RNDr. Tomislav Jurik, CSc.**
predseda predstavenstva, UNIPHARMA - 1. slovenská lekárnická akciová spoločnosť
Čo potrebujú slovenské lekárne?



09:30 - 09:50 **Mathias Arnold**
viceprezident ABDA - Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände e. V.
Keine Chance gegen Ketten?
(Žiadna šanca proti sietiam lekární?)



09:50 - 10:10 **Tiago Galvão**
člen predstavenstva ANF - Associação Nacional das Farmácias
**Portuguese Pharmacies: overcoming the crisis, transforming and advancing
pharmacy practice** (Lekárne v Portugalsku: prekonanie krízy, transformácia
a napredovanie v lekárenskej praxi)

generálny reklamný partner



organizátori



Slovenská lekárnická komora
Regionálna lekárnická komora Trenčín
Regionálna lekárnická komora Žilina



10:10 - 10:30 PharmDr. Lubomír Chudoba
prezident Českej lekárskej komory
Nezastupiteľnosť lekární v zdravotnom systéme



10:30 - 10:50 Ing. Jozef Fiebig
NRSYS spol. s. r.o., spolumajiteľ, výkonný riaditeľ
Prognózy pre lekárne v roku 2018

10:50 - 11:10 Coffee break, výstava farmaceutických firiem



11:10 - 11:30 PharmDr. Michal Krejsta, MBA
generálny riaditeľ OMEGA Pharma CZ a SK, tajomník AVEL Slovakia,
predseda predstavenstva ČAFF
**Je slovenský liekový reťazec dostatočne finančne stabilný,
aby i naďalej zaistoval kvalitnú verejnú zdravotnú službu?!**



11:30 - 11:50 Mgr. Ilona Elblová
riaditeľka spoločnosti IliPharm s.r.o.
**Kam smeruje budúcnosť lekární v Európe -
Farmaceutická starostlivosť 4.0 alebo nás nahradia roboti?**



11:50 - 12:05 JUDr. Tomáš Husovský
člen Komory pre medicínske právo - MEDIUS
**Prečo v lekárstve neplatí, že „aj zlá reklama je reklama“ - upozornenia
na právne aspekty marketingových činností v lekárskej praxi**



12:05 - 12:25 Mgr. Andrej Kuklovský
riadiť pre PLUS LEKÁREŇ
**PLUS LEKÁREŇ: Sieť lekární - Máme sa ich báť,
alebo im efektívne konkurovať?**



12:25 - 12:30 PharmDr. Peter Matejka, PhD.
Pharm Info - AOS 9
ADC ČÍSELNÍK NobelKOMPLET - inovácie pre lekárnika

12:30 - 12:50 odborná diskusia

12:50 - 13:50 obedná prestávka, tlačová konferencia,
výstava farmaceutických firiem

2. BLOK ODBORNÝCH PREDNÁŠOK



13:50 - 14:05 MUDr. Peter Lipovský, STADA
Som inovatívny - konkurujem



14:05 - 14:15 PharmDr. Beáta Valocká
Únia poskytovateľov lekárskej starostlivosti
**Východiská pre spôsoby vzájomnej „konkurencie“ verejných lekární
v európskom priestore.**



14:15 - 14:25 Peter Toscano, dipl. farmaceut
majiteľ Ritter Apotheke AG, Švajčiarsko
Stratégia združenia lekární „Rotpunkt“ vo Švajčiarsku.



14:25 - 14:35 PhMr. Jiří Dlouhý
Čestný člen Českej lekárskej komory
Lekárnictvo v Rakúsku

14:35 - 16:00 PANELOVÁ DISKUSIA

Ministerstvo zdravotníctva SR, Slovenská lekárska komora,
AVEL - Asociácia veľkodistribútorov liekov, Únia poskytovateľov lekárskej
starostlivosti

- Na lekárnický kongres sa, prosím, prihláste zaslaním vyplnenej prihlášky na adresu: **UNIPHARMA – MARKETING, Opatovská cesta 4, 972 01 Bojnice** poštou, po vodičovi Unipharmy alebo mailom na adresu: **marketing@unipharma.sk**.
- Na základe doručenej prihlášky budete zapísaný na prezenčnú listinu podujatia.
- **Odborný garant lekárskeho kongresu:** Slovenská farmaceutická spoločnosť – LS.
- Odborné podujatie je kreditované (prineste si Vašu registračnú kartu SLeK).
- Organizátori si vyhradzuju právo na zmenu programu.
- V rámci kongresu bude prebiehať v priestoroch hotela aj výstava farmaceutických firiem (8:00 – 16:00).
- **Odporúčané ubytovanie:** Hotel Holiday Inn, Žilina, Športová 2, 010 01 Žilina, tel.: +421/41/5050 100, e-mail: info@holidayinn-zilina.sk Ubytovanie si zabezpečuje a hradí každý účastník sám.
- **Odporúčané parkovanie:** Hotelové parkovisko hotela Holiday Inn, Športová 2 a parkovisko MŠK Žilina, Športová 9 (za hotelom)
- Účastnícky poplatok 10 €.

obsah

- 02 **18. lekárnický kongres – program**
- 04 **Obsah + Slovo šéfredaktorky**
- 05 **Navštívili UNIPHARMU**
- 06 **UNIPHARMA na návšteve**
- 07 **Polemika** – Je potrebné regulovať počet verejných lekární?
- 14 **Konferencia** – Zdravotnícky manažment 2017
- 16 **Rozhovor** – RNDr. Jozef Slaný, CSc.: „Problémom v slovenskom zdravotníctve sú skupiny, ktorých ekonomické záujmy sú v rozpore s opatreniami, ktoré potrebujeme“
- 20 **Čo nové na fakulte** – Farmaceutická fakulta UK si pripomenula 65. výročie založenia
- 21 **Príbehy liečiv** – HEPTAKAÍN
- 22 **Študentské okienko** – IPSF World Congress 2017 – Spoznávanie sveta so študentmi farmácie
- 24 **Rozhovor** – PharmDr. Hajnalka Komjáthy, PhD.: „Vyhlásenia sú veľkou výzvou nemocničného lekárstva“
- 26 **PR článok** – Rovnomernosť obsahu diklofenaku v čapíkoch pripravených za pomoci prístroja GAKO UNGUATOR®
- 28 **Kokteil z farmácie**
- 29 **GENAS informuje**
- 30 **Svet farmácie**
- 31 **UNIPHARMA získala umiestnenie v rebríčku COFACE CEE TOP 500**
- 32 **Správy z Česka**
- 33 **UNIKLINIKA kardinála Korca v Prievdzii dostala špeciálne ocenenie od poisťovne Dôvera**
- 34 **Právne rady** – Ochrana osobných údajov od 25. 5. 2018 podľa európskeho nariadenia GDPR alebo na čo sa pripraviť?
- 36 **Aktuálne** – Legislatívny seminár pri príležitosti 25 rokov ADL

Hlavná téma

38 **STAROSTLIVOSŤ O PLEŤ V ZIME**

- 42 **Diskusné fórum** – Liekové interakcie u pacienta po infarkte myokardu
- 45 **Tehotenstvo a neželaný únik moču**
- 46 **Rozhovor** – MUDr. Tomáš Šálek: Prevencia ochorenia kolorektálneho karcinómu sa na Slovensku zlepšuje
- 49 **Aktuálne** – Slovenská zdravotnícka univerzita v Bratislave si pripomenula 15. výročie svojho založenia
- 50 **Vaše postrehy** – Requiem za 0,17 €?
- 51 **UNIPHARMA na stretnutí úspešných firiem Slovenska**
- 52 **Reportáž** – Regionálne stretnutia lekárníkov
- 55 **XXXIII. Snem Slovenskej Lekárskej komory**
- 56 **22. sympóziu z dejín farmácie**
- 60 **Farmácia v umení** – Jean Baptiste Molière
- 62 **Reportáž** – Expedícia Pamír – 2. časť
- 66 **Sudoku**
- 67 **Súťaž SND, tiráž**



Slovo šéfredaktorky

Hlavnou témou novembrového čísla časopisu Lekárnik, ktorý práve držíte v rukách, je zavedenie demografických a geografických kritérií pre zriaďovanie nových lekární na Slovensku. Táto téma je stále horúca a páli určite nielen lekárníkov, ale aj všímavých pacientov, ktorí zaregistrovali, že na Slovensku môžu na jednej ulici v centre mesta nájsť aj tri, štyri i viacej lekární, dopátrať sa však lekárne v odľahlej časti mesta, či na vidieku, môže byť celkom zložitá úloha.

Väčšina členských štátov EÚ má legislatívne stanovené demografické a geografické kritériá pre zriadenie nových lekární (viac v polemike na str. 7 – 13). Ak existujú isté pravidlá, v tomto prípade demograficko-geografické kritériá pre zriadenie nových verejných lekární vo väčšine krajín Európskej únie, je tu priestor na zamyslenie, prečo sa aj okolité postkomunistické krajiny po niekoľkých rokoch skúseností (podotýkam negatívnych skúseností) s liberálnou legislatívou v lekárstve, rozhodli ísť cestou regulácie. Nemali by sme ich nasledovať? V médiách, tých slovenských i českých sa dozvedáme rôzne pseudodôvody, prečo nezavádzať demograficko-geografické kritériá pre vznik nových verejných lekární po vzore okolitých krajín i väčšine zakladajúcich štátov Európskej únie. Otázka by nemala znieť prečo nie, ale prečo áno? Demograficko-geografické kritériá nemožno vnímať ako obmedzenie, ale naopak ako legitímny nástroj každého štátu na zabezpečenie primeraného pokrytia služieb verejných lekární, pokiaľ ich považujeme za zdravotnícke zariadenia (tak sú našťastie zadané aj v slovenskej legislatíve).

Použijem príklad z praxe: Maďarsko, Poľsko, Estónsko, ktoré rozhodli o regulácii v oblasti lekárstva práve kvôli poklesu kvality lekárenskej starostlivosti spôsobenej s liberalizáciou v lekárstve, sú skvelým príkladom toho, ako zabezpečiť rovnaký prístup k liekom pre všetkých občanov v krajine, ktorá sa donedávna neriadila žiadnymi obmedzeniami, ktoré by regulovali vznik nových lekární. Takéto právne predpisy sú v súlade s európskymi osvedčenými postupmi, ako aj odporúčaniami Európskej únie. A čo je najdôležitejšie, boli by v záujme zabezpečenia verejného zdravia aj pre občanov v Slovenskej republike. Lekárne u nás sa koncentrujú v mestských oblastiach a na vidieku ich je nedostatok. Niekoľko desiatok ich už aj zaniklo a bez náhrady. Môžeme byť svedkami rozkladu kvality a dostupnosti lekárenskej starostlivosti hlavne vo vidieckych oblastiach a prehustenia lekárenskej siete v mestských aglomeráciách, čo vôbec neprispieva k zvýšeniu kvality poskytovanej lekárenskej starostlivosti – skôr naopak. Kritériá minimálnej vzdialenosti a demografických limitov v okolitých krajinách tiež pomáhajú občanom, pacientom mať istotu, že v blízkosti svojho bydliska nájdu lekárňu, ako aj rýchly a jednoduchý prístup k lekárenským i lekárskeým službám. Dostupnosť lekárenskej starostlivosti v menej zaľudnených oblastiach či v blízkosti lekára je o to viac potrebná, ak sa zamyslíme, že mnohí pacienti a občania, ktorí potrebujú ísť k lekárovi a následne do lekárne, majú zníženú mobilitu.

Nádejou na legislatívne zmeny u nás v oblasti regulácie počtu lekární bola príprava novely zákona č. 362/2011 o liekoch a zdravotníckych pomôckach. Do medzirezortného pripomienkového konania sa dostala bez demograficko-geografických kritérií. Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky si osvojilo návrh Slovenskej lekárskej komory, ktorý spomínané kritériá neobsahoval.

Cui bono? Komu to prospeje?

Mgr. Alexandra Pechová
šéfredaktorka

odborno-informačný časopis Lekárnik



RNDr. Tomislav Jurik, CSc. a MUDr. Anna Záborská

Poslankyňa Európskeho parlamentu MUDr. Záborská opäť v UNIPHARME

■ MUDr. Anna Záborská, poslankyňa Európskeho parlamentu za Kresťanskodemokratické hnutie, opäť navštívila spoločnosť UNIPHARMA. Počas návštevy ju zaujímalo aj ako sa darí lipe, ktorú zasadila počas augustovej návštevy v Aleji osobností. V rozhovore s generálnym riaditeľom spoločnosti RNDr. Tomislavom Jurikom, CSc. uviedla: „*tak ako sa medicína nedá robiť bez lekárenstva a lekárenstvo bez medicíny, ani politika sa nedá robiť bez úzkej spolupráce s oboma oblasťami. Aj keď poskytovanie zdravotnej starostlivosti nie je v kompetencii EÚ, predsa je veľa oblastí či už vo verejnom zdraví, bezpečnosti liekov a zdravotníckych pomôcok či v oblasti výskumu, v ktorých sú pre mňa konzultácie s predstaviteľmi spoločnosti UNIPHARMA a. s. obohatením a cennou skúsenosťou.*“ MUDr. Záborská má už dlhé roky skúsenosti s ordináčnymi hodinami u praktických i odborných lekárov v krajinách Západnej Európy, preto sa v diskusii dotkla aj predĺženia ordináčnych hodín slovenských lekárov. „*Lekári v zahraničí robia do večerných hodín, lebo väčšina ich pacientov využíva práve hodiny po svojej pracovnej dobe. Vždy som sa čudovala ako môžu naši lekári končiť tak skoro a preto vítam predĺženie pracovného času.*“

Mgr. Alexandra Pechová ■



Dr. h. c. Ing. Peter Čičmanec, PhD. a RNDr. Tomislav Jurik, CSc.

Aj na tému poskytovanej zdravotnej starostlivosti na hornej Nitre s Dr. h. c. Ing. Petrom Čičmancom, PhD.

■ V bojnickom sídle UNIPHARMY sa 13. októbra 2017 stretol Dr. h. c. Ing. Peter Čičmanec, PhD., predseda predstavenstva a generálny riaditeľ Hornonitrianskych baní Prievidza, a.s. s generálnym riaditeľom spoločnosti RNDr. Tomislavom Jurikom, CSc. Spolu diskutovali o perspektívnom vývoji baníctva v našom kraji. Hovorili tiež o úrovni poskytovanej zdravotnej starostlivosti na hornej Nitre, kde pre vyše 4 000 zamestnancov Hornonitrianskych baní poskytuje zdravotnú starostlivosť aj UNIKLINIKA Kardinála Korca v Prievidzi a UNICENTRUM Bojnice.

■ Dr. h. c. Ing. Peter Čičmanec, PhD. sa stal nedávno prezidentom novozaloženého Združenia zamestnávateľov hornej Nitry, ktorého členom je aj spoločnosť UNIPHARMA – 1. slovenská lekárska akciová spoločnosť. Cieľom Združenia zamestnávateľov hornej Nitry je poskytovať ochranu a všestrannú podporu spoločných záujmov svojich členov vyplývajúcich z ich úloh a ich postavenia vo vzťahu k zamestnancom, ako aj vo vzťahu k štátnym a samosprávnym orgánom i verejnosti.

Mgr. Alexandra Pechová ■

Spoločnosť BATIST vyjadrila spokojnosť so spoluprácou v roku 2017

■ Riaditeľka spoločnosti BATIST Medical SK s.r.o., Andrea Katrincová, navštívila UNIPHARMU 11. októbra 2017, aby spoločne s nákupcom, Mgr. Vladimírom Habalčíkom zhodnotili spoluprácu v tomto kalendárnom roku. Pani Katrincová vyjadrila spokojnosť a navrhla rozšírenie spolupráce v roku 2018. Spoločnosť BATIST Medical a.s. je popredným výrobcom a distribútorom zdravotníckych a hygienických prostriedkov v strednej Európe.

Mgr. Vladimír Habalčík ■



Mgr. Vladimír Habalčík a Andrea Katrincová

SPRACOVALA: **Mgr. Alexandra Pechová**

AVEL rokovala s ministrom zdravotníctva o dopadoch degresívnej marže na distribútorov a lekárníkov

Na Ministerstve zdravotníctva SR sa 31. októbra 2017 uskutočnilo stretnutie prezidenta Asociácie veľkodistribútorov liekov RNDr. Tomislava Jurika, CSc. a výkonného riaditeľa AVEL RNDr. Jozefa Pospíšila s ministrom zdravotníctva JUDr. Ing. Tomášom Druckerom a s riaditeľom Inštitútu zdravotnej politiky MZ SR Martinom Smatanom MSc.



RNDr. Tomislav Jurik, CSc.
prezident AVEL



RNDr. Jozef Pospíšil
výkonný riaditeľ AVEL



JUDr. Ing. Tomáš Drucker
minister zdravotníctva SR



Martin Smatana MSc
riaditeľ Inštitútu zdravotnej politiky MZ SR

■ Diskutovali o pripravovanej novele zákona č. 362/2011 o liekoch a zdravotníckych pomôckach a jej optimálnom nastavení pre pacientov, občanov, ako aj pre poskytovateľov zdravotnej starostlivosti a zároveň aj pre lekáre a distribučné spoločnosti. Dr. Jurik, ktorý je zároveň predseda regionálnej lekárskej komory (RLeK) v Trenčíne, podrobne informoval ministra zdravotníctva o negatívnych dopadoch liberalizácie lekárenstva zavedenej ministrom zdravotníctva Rudolfom Zajacom na slovenské lekáre. Zároveň porovnal úroveň poskytovateľov lekárskej starostlivosti na Slovensku s okolitými krajinami (Rakúsko, Maďarsko, Poľsko...), ktoré by podľa jeho názoru mohli

byť vhodným príkladom na legislatívne usporiadanie slovenského lekárenstva, zároveň aj podľa vzoru pôvodných krajín EÚ. Zástupcovia Asociácie veľkodistribútorov liekov ponúkli MZ SR spoluprácu vo všetkých otázkach, ktoré súvisia so stabilitou a udržateľnosťou liekového reťazca pre zaistenie verejnej služby všetkým pacientom v Slovenskej republike.

■ Zároveň ministra zdravotníctva SR informovali o negatívnych dopadoch degresívnej marže na liekový reťazec. Degresívna marža zavedená od 1. januára 2008, napriek tomu, že bola zo strany MZ SR pôvodne prisľúbená ako spravodlivá (zachovanie celkového

objemu marže pri jej znížení pri drahých liekoch a navýšení pri lacných liekoch) spôsobila existenčné problémy zvlášť nezávislým lekárniam a zároveň aj veľkodistribútorom liekov.

■ Minister zdravotníctva JUDr. Ing. Tomáš Drucker poveril riaditeľa Inštitútu zdravotnej politiky MZ SR Martina Smatanu MSc., aby sa venoval analýze a výsledkom štúdie o vývoji slovenského farmaceutického trhu z pohľadu distribútorov a lekární od roku 2007, ktorú spracovala renomovaná spoločnosť QuintilesIMS. ■

SPRACOVALA:

Mgr. Alexandra Pechová

Na jednej ulici viac lekární
– komu to prospieva – pacientom?

Je potrebné regulovať počet verejných lekární?

Prečo sa demograficko-geografické kritériá nestali súčasťou návrhov novely zákona č. 362/2011?

▶▶ Na Slovensku máme prehustenú lekárenskú sieť – to je skutočnosť, ktorú potvrdil aj HPI analýzou lekárenskeho trhu na Slovensku. V susedných európskych krajinách sú demografické a geografické obmedzenia na otvorenie a prevádzkovanie verejnej lekáreň bežným javom, u nás a v Českej republike tieto obmedzenia neplatia. Na jednej ulici tak môže vzniknúť niekoľko lekární a nik tým neporušuje žiadny zákon. Pre vysvetlenie kontextu je potrebné uviesť aj historické súvislosti týkajúce sa zrušenia demograficko-geografických kritérií na Slovensku. Pred rokom 2002 musela byť žiadosť o vydanie povolenia na poskytovanie lekárenskej starostlivosti doplnená o prílohu, ktorá musela obsahovať vyjadrenie Slovenskej lekárskej komory (SLeK) o odbornej a etickej spôsobilosti v lekárni (zákon 13/1992 (§4) a 140/1998 (§7)). Pravidlá pre otvorenie lekáreň v tom čase určoval Etický kódex lekárnik. Lekárnik podľa kódexu konal neeticky, ak si otvoril lekáreň vo vzdialenosti menšej ako 500 metrov od už fungujúcej lekáreň alebo ak si zriadil lekáreň v obci, kde počet obyvateľov prislúchajúcej na jednu lekáreň klesol pod 5 000. Protimonopolný úrad SR skonštatoval, že zákon neobsahuje demografické kritériá, ktoré sa vzťahujú na prevádzku lekáreň. Taktiež uviedol, že SLeK nemôže uplatňovať takéto kritériá pri hodnotení odbornej a etickej spôsobilosti žiadateľa o vydanie povolenia

na poskytovanie lekárenskej starostlivosti vo verejnej lekární. Úrad vtedy dospel k záveru, že uplatňovaním týchto obmedzení dochádza k diskriminácii ďalších záujemcov o poskytovanie lekárenskej starostlivosti a zároveň k ochrane súčasných účastníkov trhu pred konkurenciou. Etický kódex lekárnik sa v roku 2002 stal súčasťou zákona a to bez demografických či geografických obmedzení.

▶▶ V súčasnosti MZ SR pripravilo novelu zákona o liekoch a zdravotníckych pomôckach č. 362/2011, ktorá sa aktuálne nachádza v medzirezortnom pripomienkovom konaní. Zmeny sa budú týkať pohotovostných lekární, emergentného systému a tiež zastúpenia odborného farmaceuta v štatutárnych orgánoch lekární. Demograficko-geografické kritériá pre vznik nových lekární sa súčasťou návrhov novely zákona č. 362/2011 o liekoch a zdravotníckych pomôckach nestali. Nás zaujímalo prečo? Sú lekárnici a odborná verejnosť toho názoru, že nie je potrebné regulovať počet lekární na Slovensku po vzore susedného Maďarska, Poľska, Rakúska? Ako sa k týmto otázkam stavia Ministerstvo zdravotníctva SR?



Otázky pre lekárnikov:

1 Je podľa vás potrebné regulovať na Slovensku počet verejných lekární?

2 Ste za zavedenie demograficko-geografických kritérií na Slovensku?

3 Stretli ste sa v praxi s tým, že absencia geograficko-demografických kritérií mala negatívny dopad na prácu lekárničky?

4 V akej minimálnej vzdialenosti by sa mala nachádzať

jedna lekáreň od druhej?

5 Ako je podľa vás potrebné regulovať počet lekární na počet obyvateľov?

PharmDr. Emil Polin
LEKÁREŇ JUNIOR
Topoľčany



1. + 2. Ak sa niečo vyrieši alebo vykoná na poslednú chvíľu, zvykneme hovoriť, že to bolo „o päť minút dvanásť“ alebo dokonca až „v hodine dvanásť“. K riešeniu regulácie počtu verejných lekární na Slovensku a k zavedeniu nejakých kritérií, podľa ktorých by sa táto regulácia vykonávala sa dnes dá povedať výstižne, že je to „po funuse“.

V čase, keď máme na Slovensku nie nasýtený, ale presýtený trh s lekárňami, je naivné domnievať sa, že takéto opatrenia prinesú niečo podstatné. Takéto veci sa predsa riešia v tzv. „bode nula“, t.j. v čase, keď vlastníkom všetkých lekární je štát a chceme nastaviť legislatívne pravidlá a kritériá pre ich privatizáciu, prevádzkovanie a ďalší rozvoj. Toto všetko mohlo byť už dávno optimálne nastavené, keby otázku verejných lekární (ako aj iné dôležité veci) riešili odborníci. Keďže ich však riešili politici, tak namiesto odbornosti prevládil egoizmus, chamtivosť, vidina zisku, moci a záujmy jednotlivcov či určitých skupín. Spolu s postupnou stratou morálky v politike, aj v spoločnosti sa choroba človeka ukázala ako lukratívna komodita, na ktorej sa dá dobre zbohatnúť a tak sa celá oblasť zdravotníctva premenila na obyčajný biznis. A tak naša legislatíva presunula lekárenskú starostlivosť ďalej od zdravotníctva smerom viac k maloobchodu a ponechala ju napospas samoregulácii trhu. Lekárnik už nie je ohodnotený za nejakú „starostlivosť“, ale za vykázaný obrat, zisk. Preto ak nie sme schopní vrátiť sa do „bodu nula“, tak sú tieto dve otázky nepodstatné.

3. Pamätám si na jednu lekáreň, ktorá mala viac ako desať zamestnancov a veľký obrat. Keď sa v jej okolí objavili dve ďalšie lekárne, došlo k takému poklesu tržieb, že hrozilo prepustenie polovice pracovníkov. Nakoniec majiteľa založili ďalšiu lekáreň, kde presunuli časť zamestnancov a časť odišla do iných lekární.

4. + 5. Mne pripadajú ako logické tieto kritériá: nadviazanie umiestnenia lekárne na nemocnicu / polikliniku / zdravotné stredisko / ambulanciu, vzdialenosť od

seba min. 500 m, pri počte 5 000 – 6 000 obyvateľov na jednu lekáreň. Pre zriadenie lekárne resp. pobočky lekárne mimo tieto limity v obciach, vo veľkých nákupných centrách alebo na iných miestach hodných zreteľa, použiť kritérium spoločenskej prospešnosti spolu s vyjadrením príslušnej samosprávy a SLeK. Zavedenie akýchkoľvek limitov však neovplyvní to, čo už existuje. Poskytovanie zdravotnej starostlivosti, (ktorej súčasťou je zatiaľ aj lekárenská starostlivosť), by malo byť chápané ako celospoločenský záujem, ako služba občanom – pacientom. Pokiaľ sa však na zdravotnú či lekárenskú starostlivosť budeme dívať podobne ako na priemyselnú výrobu, ako na prevádzku nejakého servisu či na maloobchodnú predajňu, ktorá sa riadi iba zákonmi trhu a kde ide len o zisk, tak to nebude dobre.

PharmDr. Alena Chytilová
Lekáreň U Anjela
Dolný Kubín



1. Analýzy len potvrdzujú to, čo ako lekárnici dobre vieme, že počet lekární na Slovensku sa vymyká bežným európskym štandardom. Je to dôsledok liberalizácie lekárenského trhu po prijatí Zajacových zdravotníckych zákonov. Budem sa opakovať, ale ak sú ceny liekov prísne regulované a liek nie je tovar, tak potom treba regulovať aj počty subjektov, ktoré poskytujú lekárenskú starostlivosť.

2. Ako som uviedla vyššie, regulovať počet lekární a zavedenie demograficko-geografických kritérií je nevyhnutné. Tieto kritériá bolo treba zapracovať do novely zákona č. 362/2011 o liekoch a zdravotníckych pomôckach.

3. Po príklady nemusím chodiť ďaleko – Mesto Dolný Kubín má 19 400 obyvateľov a dvanásť lekární. Môžete si predstaviť, aká je asi ekonomická efektívnosť a zisk z jednotlivých lekární. Pre mnohých z nás, ktorí nepodľahli korupčnému správaniu (uplácanie lekárov, balíčkovanie a iné korupčné praktiky) je to skutočne ťažké. V blízkom okolí sú už aj na dedinách po dve lekárne... Cui bono?

4. Geografické kritériá by sa mali nastaviť tak, aby bola určená minimálna vzdialenosť medzi lekárňami, ktorá by v súlade s demografickými kritériami zaručovala efektivitu lekárne.

5. Demografické kritériá by mali byť kľúčové, počet obyvateľov na jednu lekárňu nech zodpovedá priemeru európskych štandardov.

**PharmDr.
Beata Valocká**
Lekárňu Fawor
Chorvátsky Grob



1. Áno. A tento názor je subjektívny, ale podporujú ho konkrétne analýzy. Ak cieľom liberalizácie v posledných 15-tich rokoch bolo zlepšenie dostupnosti poskytovania lekárenskej starostlivosti a v rámci „konkurenčného boja“ zníženie cien voľno predajných liekov, opak je pravdou. Výsledky exaktnej Analýzy lekárenského trhu expertov think tanku Health Policy Institute dokazujú, že nárast počtu lekární po deregulácii roku 2005 nepriniesol zlepšenie dostupnosti poskytovania lekárenskej starostlivosti, došlo len ku koncentrácii lekární v mestských oblastiach, zakladanie sieťových lekární v nákupných centrách nezlepšilo dostupnosť poskytovania lekárenskej starostlivosti. A o tom, aká je dostupnosť liekov a okamžitá dostupnosť liekov v lekárni asi písať nemusím. Štatistika NCZI, ktorá sumarizuje voľno predajné lieky potvrdzuje, že počet vydaných balení za sledované obdobie rokov 2006 – 2016 rastie len mierne a nesleduje trend line finančnej hodnoty týchto liekov. Cena voľnopredajných liekov narástla dvojnásobne, kým v roku 2006 si pacienti kupovali tieto lieky za priemernú cenu 2,30 Eur za balenie, v roku 2016 je priemerná cena balenia voľno predajného lieku 4,53 Eur. Vnímanie lekárne sa za posledných 15 rokov pokrivilo a mnohí si už nepamätajú, aké bolo lekárenstvo pred vstupom finančných skupín do tohto segmentu zdravotníctva. Je jasné, že verejná lekárňu nie je predajňou ale zdravotníckym zariadením. Kedy si to uvedomia kompetentní?



↑ Konkrétny príklad (odpoveď číslo 3) ako to vyzerá bez demografických či geografických kritérií pre zriadenie verejných lekární

2. Áno, som za zavedenie týchto kritérií.

3. V blízkosti pôvodnej lekárne vznikol Dr. Max. Napokon samostatný lekárnik musel predať svoju lekárňu. Veríte, že profitujú? (viď. obrázok)

4. Mój návrh je 1 km.

5. V roku 2004 bolo na Slovensku 1 168 lekární a na jednu lekárňu pripadalo 4 600 obyvateľov. V roku 2014 to bolo už len 2 805 obyvateľov. Za toto obdobie poklesol priemerný obrat lekárne o 1/3. Každá „korunka“ chýba – z mnohých lekární, v ktorých pracovali veselí kolektívy, sa stali opustené priestory s vyťaženým farmaceutom. Ja navrhujem 4 000 obyvateľov na jednu lekárňu.

Mgr. XY
Nitriansky kraj
(lekárnička si praje zostať v anonymite)

1. Podľa mňa je potrebné regulovať na Slovensku počet verejných lekární. Neprospeje to ani pacientom a ani lekárňam a ani financiám štátu.

2. Som za zavedenie demograficko-geografických kritérií, ale hlavne za úpravu zákona ohľadne vlastníctva lekární, takým spôsobom, aby bol väčšinovým majiteľom lekárne vždy lekárnik.

3. S negatívnym dopadom som sa priamo nestretla, keďže pracujem vo vidieckej lekárni. Ale nepriamo áno. Súvisí to s mnohými negatívami, ako napr. miesto predpísaného Rp dostane pacient do ruky v ambulancii už liek, alebo rôzne slubované bonusy, za ktorými pacienti idú namiesto odbornosti a to už aj s negatívnymi dopadmi na zdravie pacienta.

4. + 5. K tomu sa neviem vyjadriť, nemám k dispozícii žiadny prieskum.

Mgr. Martina Hruzová
Lekárňu Salvator
Komárno

1. Áno, podľa mňa je potrebné regulovať počet lekární na Slovensku.

2. Áno, som za zavedenie demograficko-geografických kritérií pre zriadenie nových lekární.

3. Áno, aj v našom prípade vznikli do 300 m² nové lekárne.

4. Myslím si, že to záleží na počte obyvateľov oblasti, resp. či ide o miesto s väčším či menším pohybom ľudí.

5. Navrhovala by som 1 lekárňu na 4 000 – 5 000 obyvateľov.

Otázky pre zástupcov ADL, AVEL



Ste za zavedenie demograficko-geografických kritérií na Slovensku?



Ako by takúto legislatívnu zmenu – zavedenie demograficko-geografických kritérií pre zriaďovanie nových lekární vnímali výrobcovia a distribútori?

PharmDr. Koloman Gachal

prezident
Asociácia dodávateľov liekov



1. Myslím si, že je úlohou štátu zabezpečiť dostupnú lekárenskú starostlivosť pre všetkých obyvateľov. Pod vplyvom množstva legislatívnych úprav v podstate môžeme hovoriť o tom, že na Slovensku došlo v uplynulých rokoch k istej samoregulácii počtu lekární. Znižovanie cien liekov, úroveň regresívnej marže, náklady súvisiace s kategorizáciou liekov, ktoré dnes lekárnici plne znášajú a zvýšený tlak zo strany sieťových lekární, sa podpísali pod zánik desiatok lekární na Slovensku. Úlohou štátu by malo byť zabezpečenie dostupnej lekárenskej starostlivosti pre všetkých obyvateľov. V prípade zavedenia demograficko-geografických kritérií je dôležité, aby boli tieto kritéria nastavené na základe odbornej diskusie a zohľadňovali potreby slovenských pacientov.

2. V prípade kvalitne nastavených pravidiel pre fungovanie lekární, teda, ak budú nastavené nielen pravidlá v súvislosti s rovnomernosťou a počtom lekární, ale aj v súvislosti s kvalitou poskytovaných služieb, je možné vnímať zavedenie týchto kritérií ako ozdravný proces v rámci celého zdravotníckeho systému.

RNDr. Jozef Pospíšil

výkonný riaditeľ
AVEL z.z.p.o.



1. Keďže na tieto otázky v rámci AVELu nie sú jednoznačné názory, môžem odpovedať len ako súkromná osoba. Absencia demograficko-geografických kritérií mňa osobne postihla.

Vlastnil som lekáreň pri poliklinike. Jeden kolega však otvoril lekáreň priamo vo vestibule polikliniky. Obrat mojej lekárne poklesol o takmer 80 % a ekonomika sa dostala na hranicu únosnosti napriek opatreniam ako zníženie stavu zamestnancov atď. Otvorenie novej lekárne neprineslo žiadne vylepšenie dostupnosti lekárenskej starostlivosti, ak neberiem do úvahy ušetrenie niekoľkých krokov pre pacientov. Neprineslo ani žiaden z iných efektov, ktoré sľubovali autori liberalizácie prevádzkovania verejných lekární.

Negatíva liberalizácie už riešia vo viacerých krajinách EÚ. Dokonca Európsky súdny dvor rozhodol, že opatrenia regulovať otváranie nových lekární môžu byť odôvodnené. A to vtedy, ak sú splnené štyri podmienky: „musia sa uplatňovať bez diskriminácie, musia byť odôvodnené naliehavými dôvodmi všeobecného záujmu, musia byť schopné zaručiť uskutočnenie sledovaného cieľa a nesmú ísť nad rámec toho, čo je na dosiahnutie tohto cieľa nevyhnutné.“ Demografické a geografické kritériá sú teda podľa vyjadrenia Európskeho súdneho dvora v súlade s legislatívou EÚ, ak sú splnené zadané podmienky.

Podľa nezávislej analýzy spoločnosti QuintilesIMS lekárne na Slovensku sú dnes koncentrované predovšetkým vo veľkých mestách. V 10 najväčších mestách (kde žije cca 22 % obyvateľstva) je koncentrovaných viac ako 50 % celoslovenského obratu lekární. Zvyšné lekárne s minimálnym obratom (60 % lekární predstavuje iba 20 % celkového trhu) zabezpečovali dostupnosť lekárenskej starostlivosti pre 78 % obyvateľstva. Viac ako polovica lekární čelí finančným problémom. Vyše 800 lekární vykazuje stratu za rok 2016 (podľa FINSTAT). Ohrozená je dostupnosť lekárenskej starostlivosti a dostupnosť liekov pre pacientov mimo veľkých miest, predovšetkým na vidieku a skrácovaná je pohotovostná služba. Som presvedčený, že ekonomická a odborná stránka lekárne sú veľmi úzko previazané.

Tiež som presvedčený, že štát by mal zasahovať do trhového prostredia až ako posledná inštitúcia, keď sa zdá, že vývoj na trhu sa vymyká verejnému všeobecnému záujmu. Ale osobne si myslím, že momentálne takýto stav na Slovensku už máme. Chápem však obavy niektorých kolegov, že by ich zavedenie takejto regulácie mohlo ohroziť. Preto si viem predstaviť, že by sa tieto obmedzenia neuplatnili na lekárne, ktoré sa napríklad sťahujú z prenajatého sídla do sídla, ktoré majú vo vlastníctve, alebo na lekárne, ktoré sú nútené zmeniť sídlo z iných dôvodov vyššej moci.

2. Na rozdiel od horizontálnej regulácie vlastníctva resp. integrácie verejných lekární, ktorá je zákonom o liekoch zakázaná, trendom sa stáva fúzia verejných lekární s distribučnými spoločnosťami spravidla v horizontálnom zoskupení. A to jednak tvorbou „sietí“ lekární, alebo vytváraním virtuálnych sietí, družstiev alebo aliancií. Vzhľadom na rozdielne vnímanie týchto aktivít, ani k tejto otázke sa nemôžem vysloviť jednoznačne menom AVELu.

Ale určite môžem konštatovať, že všetky legislatívne zmeny, ktoré v konečnom dôsledku prinesú stabilitu a udržateľnosť liekového reťazca pre zaistenie verejnej služby pacientom v Slovenskej republike, distribučné spoločnosti podporia.

Asociácia pre ochranu práv pacientov:

1 Ako pacient vníma skutočnosť, že na jednej ulici je niekoľko verejných lekární? Podľa čoho si potom pacient vyberá?

2 Je podľa vás potrebná regulácia počtu lekární na Slovensku?

3 Aké obmedzenia pre vznik nových lekární by ste zaviedli?

PharmDr.
Dominik Tomek,
MPH, PhD., MSc.
Asociácia na ochranu
práv pacientov



1. Nepamätám si na podobný prieskum, kde by sme sa toto pýtali, nedokážem preto odpovedať. Môžem sa ale domnievať, že niekomu to prekáža a niekomu to vyhovuje. Na rozdiel od ČR nemáme až takú vyvinutú „patientsku turistiku“, doplatky na lieky sú u nás stabilnejšie a netreba putovať po lekárňach za nižším doplatkom. Nevieť podľa čoho si pacienti v takom prípade vyberajú, ja by som sa riadil osobnou skúsenosťou - prístupom personálu, vybavením objednávky, ale napríklad aj schopnosťou pripraviť mi magistraliter lieky.

2. V 90-tych rokoch som sa osobne veľmi angažoval za exkluzivitu pre lekárnikov, či už v rámci občianskeho združenia tzv. nezávislých lekárníkov a potom aj na Ministerstve zdravotníctva ako zodpovedný sekčný šéf. Ak tieto riadky čítajú moji rovesníci – spolužiaci, kolegovia, asi si spomenú na tie turbulentné časy. Žiaľ, aj pre nerozhodnosť a nejednotnosť niektorých lekárníkov v tej dobe sa tieto myšlienky nepresadili. Za seba by som povedal, že určitá regulácia počtu lekární by mohla mať pozitívny dopad na kvalitu ich služieb a stabilizáciu personálu.

3. Nevieť, najdôležitejšie podľa mňa je kvalita a etika ponúkanej zdravotnej starostlivosti v lekárni a tú môže zabezpečiť len lekárnik, ideálne aj majiteľ / spolumajiteľ lekárne.

Názory poslancov NR SR:

Redakcia časopisu Lekárnik oslovila do novembrovej 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



1. Máme podľa vás pre-
hustenú sieť lekární?
Je potrebné regulovať
počet nových lekární na
Slovensku?

■ Vzhľadom na demograficko-geografickú dereguláciu máme na Slovensku vyššiu koncentráciu lekární v mestských oblastiach, žiaľ dostupnosť lekárenskej starostlivosti v odľahlejších a menej zaľudnených oblastiach častokrát nie je optimálna. Štúdie potvrdzujú, že demografickou reguláciou je tendencia otvárať lekárne tam, kde zatiaľ neexistujú, väčšia. Taktiež potvrdili, že dereguláciou nebol potvrdený pozitívny vplyv na ceny liekov na recept ani OTC liekov. Regulovať čisto iba počet nových lekární však nepovažujem za nevyhnutné.

2. Boli by ste za zavedenie demograficko-geografických kritérií po vzore susedných krajín Poľsko, Rakúsko, Maďarsko?

■ Súhlasil by som so zavedením takýchto kritérií, pokiaľ by boli dobre nastavené do našich podmienok a spoľahlivo odôvodnené v záujme verejného zdravia.

Ministerstvo zdravotníctva SR:

Mgr. Zuzana Eliášová
hovorkyňa
MZ SR

1. Je podľa MZ SR potrebné regulovať počet verejných lekární na Slovensku?

■ Počet lekární vzhľadom na počet obyvateľov je na Slovensku vyšší ako v okolitých krajinách. Ministerstvo v rámci pracovnej skupiny pracovalo aj s návrhom



demograficko-geografických kritérií. Regulácia počtu lekární uvedenou formou však naráža na viaceré prekážky – od získania štatistických údajov, praktickú aplikáciu, až po rozhodnutie Európskeho súdneho dvora, ktoré uvedené opatrenia v členských štátoch nepodporilo. Ministerstvo zdravotníctva pripravilo a pracuje na opatreniach, ktoré sprísňujú podmienky prevádzky verejných lekární s cieľom zabezpečiť efektívnu, dostupnú a odbornú lekárenskú starostlivosť na Slovensku.

2. V júlovom rozhovore v našom časopise so štátnou tajomníčkou doc. MUDr. Andreou Kalavskou, PhD. sme sa opýtali: Na Slovensku je momentálne aktívnych viac ako 2 000 lekární a ich počet neustále narastá. Presadíte uplatňovanie demograficko-geografických kritérií pre vznik nových lekární. Odpovedala nám: „Myslím si, že na Slovensku máme veľmi veľa lekární, a nie som si istá, či ich toľko potrebujeme. Riešime to aj v rámci novelizácie zákona o liekoch a zdravotníckych pomôckach.“ V novele zákona č. 362/2011 sa však uplatnenie demograficko-geografických kritérií pre vznik nových lekární neobjavilo. Prečo sa demograficko-geografické kritériá nestali súčasťou návrhov novely zákona č. 362/2011?

■ Ministerstvo zdravotníctva pripravilo a aktuálne stále aj pracuje na opatreniach, ktoré sprísňujú podmienky prevádzky verejných lekární. Cieľom je efektívna, dostupná a odborná lekárenská starostlivosť v krajine. Ministerstvo v rámci pracovnej skupiny pracovalo aj s návrhom demograficko-geografických kritérií,

regulácia počtu lekární uvedenou formou však naráža na už vyššie spomínané viaceré prekážky.

3. Odznel návrh zavedenia demograficko-geografických kritérií v rámci pracovnej skupiny pri rokovaniach ohľadom novely zákona č. 362/2011?

Áno, ministerstvo zdravotníctva v rámci pracovnej skupiny pracovalo aj s návrhom demograficko-geografických kritérií, regulácia počtu lekární uvedenou formou však narazila na vyššie spomínané viaceré prekážky. Ministerstvo zdravotníctva pracuje na opatreniach, ktoré by mali v budúcnosti sprísniť podmienky prevádzky verejných lekární s cieľom zabezpečiť efektívnu, dostupnú a odbornú lekárenskú starostlivosť.

4. Plánuje sa MZ SR zaoberať v blízkej budúcnosti problematikou prehustenia lekárenskej siete na Slovensku a zaviesť demograficko-geografické kritériá pre zriadenie nových lekární?

Ministerstvo v rámci pracovnej skupiny pracovalo aj s návrhom demograficko-geografických kritérií. Regulácia počtu lekární uvedenou formou však naráža na viaceré prekážky – od získania štatistických údajov, praktickú aplikáciu, až po rozhodnutie Európskeho súdneho dvora, ktoré uvedené opatrenia v členských štátoch nepodporilo. Ministerstvo zdravotníctva pripravilo a pracuje na opatreniach, ktoré sprísňujú podmienky prevádzky verejných lekární s cieľom zabezpečiť efektívnu, dostupnú a odbornú lekárenskú starostlivosť na Slovensku.

Lekárenstvo v Európe

Štát	Demografické kritériá	Geografické kritériá	Obmedzenia vlastníctva lekárne
Rakúsko	5500 obyv./lekáreň	500 m k najbližšej lekárni	Lekárnik – majoritný vlastník
Belgicko	2000 – 3000 obyv./lekáreň	1000 – 5000 m k najbližšej lekárni	Bez obmedzenia
Bulharsko	N	N	Iba lekárnik
Chorvátsko	5000 obyv./lekáreň	200,300 alebo 500 m k najbližšej lekárni	–
Cypus	N	N	Lekárnik – majoritný vlastník
Česko	N	N	Bez obmedzenia
Dánsko	15000 obyv./lekáreň	pacient <15km k najbližšej lekárni	Iba lekárnik
Španielsko	2800 obyv./lekáreň	250 m k najbližšej lekárni	Lekárnik – majoritný vlastník
Fínsko	Individuálne posudzovanie	Národnou agentúrou pre lieky (iba lekárnik)	Iba lekárnik
Francúzsko	2500 – 3000 obyv./lekáreň	Podľa Kódexu verejného zdravia (najmenej 100 m od nemocnice alebo iného zdrav. zariadenia)	Iba lekárnik
Macedónsko	N	N	–
Veľká Británia	N	N	Bez obmedzenia
Grécko	5000 obyv./lekáreň	200,300 alebo 500m k najbližšej lekárni	Iba lekárnik
Nemecko	N	N	Iba lekárnik
Írsko	N	N	Bez obmedzenia
Taliansko	4000-5000 obyv./lekáreň	200 m k najbližšej lekárni	Iba lekárnik
Holandsko	N	N	Bez obmedzenia
Nórsko	N	N	–
Portugalsko	4000 obyv./lekáreň	500 m k najbližšej lekárni	Iba lekárnik
Slovensko	5000 obyv./lekáreň	400 m k najbližšej lekárni	Iba lekárnik
Švajčiarsko	N	N	–
Slovensko	N	N	Bez obmedzenia
Švédsko	N	N	Lekárnik – jeden z majiteľov
Maďarsko	4 000 - 4 500 obyv./lekáreň	250, 300 m k najbližšej lekárni	Lekárnik – majoritný vlastník
Poľsko	3 000 obyv./lekáreň	500 m k najbližšej lekárni	Iba lekárnik

Zdroj: <http://mediweb.hnonline.sk/literatura-pre-lekarov/analyzy/> (tabuľka aktualizovaná redakciou)

Záver redakcie:

Príklad z praxe:

■ Zavedenie demograficko-geografických kritérií pre zriadenie nových lekární sa v niektorých krajinách nevyhlo kritike orgánov EÚ. Pred niekoľkými rokmi začal Európsky súdny dvor (ESD) konanie vo veci Astúria, Španielsko vs. Blanco Pérez a Chao Gómez. Súdny spor odštartoval výberové konanie na nové lekáreň v španielskej Astúrii (2002). Jedným z kritérií bolo aj demografické kritérium – minimálne 2 800 obyvateľov na jednu lekáreň a geografický predpoklad minimálnej vzdialenosti 250 m medzi jednotlivými lekárňami.

■ Neúspešní žiadatelia sa obrátili na súd so žiadosťou o posúdenie oprávnenia týchto kritérií. Keďže príslušný súd, ktorý sa žalobou zaoberal, mal pochybnosti o zlučiteľnosti tohto nariadenia s legislatívou EÚ, obrátil sa na ESD. ESD vo svojom rozsudku z 1. júna 2010 dospel k záveru, že uplatňované demografické a geografické kritériá nie sú v rozpore so základnými právami EÚ, a to konkrétne s právom usadiť sa. Súd tiež poukázal na fakt, že pri jednotnom uplatňovaní pravidiel nemusí byť zabezpečený dostatočný prístup k lekárenskej starostlivosti v niektorých špecifických oblastiach.

■ Približne 65 % krajín Európskej únie uplatňuje pri udeľovaní povolenia na prevádzku lekáreň určitú formu regulácie, najčastejšie sú to vopred stanovené demografické a geografické kritériá (vid. tabuľku).

■ Demografické či geografické kritériá na otvorenie a prevádzkovanie verejnej lekáreň nie sú na Slovensku súčasťou legislatívnych noriem regulujúcich oblasť lekárenstva. Obmedzenie vlastníctva lekární a povinné členstvo v stavovskej organizácii boli legislatívne zrušené, demografické a geografické kritériá neboli dokonca nikdy zavedené. Ako sme uviedli v úvode, boli

len súčasťou Etického kódexu lekárnik.

■ Demografické a geografické kritériá, ako jedna z možností regulácie lekárenstva, by mali byť aj u nás na Slovensku v súčasnosti chápané ako potrebné. Možno ich vnímať ako nástroj na zabezpečenie požadovanej dostupnosti lekárenskej starostlivosti. Tieto pravidlá sú opodstatnené v záujme verejného zdravia, a preto sú zlučiteľné s právom Európskej únie, pretože prispievajú k rovnomernému rozloženiu lekární na celom území, a aj na zabezpečenie spoľahlivej a vysokokvalitnej farmaceutickej služby pre občanov.

■ S témou demograficko-geografických kritérií úzko súvisí téma liberalizácie. Práve liberalizačné tendencie majú na svedomí súčasný stav slovenského lekárenstva. Ako uvádza HPI v Analýze lekárenského trhu na Slovensku a v Českej republike: reforma ministra Rudolfa Zajaca z roku 2004 schválila liberalizáciu vlastníctva lekární na Slovensku a následne v roku 2011 sa zrušením obmedzenia, podľa ktorého mohol jeden vlastník vlastníť len jednu lekáreň povolila horizontálna integrácia a začali oficiálne vznikáť lekárenské siete. Výsledkom liberalizácie na Slovensku je tak zvýšená dynamika rastu počtu verejných lekární a ich koncentrácia vo väčších mestách na úkor vidieckych oblastí.

■ Položme si otázku – čo prevláda – obchod či zdravotná starostlivosť? Kto vlastní lekáreň, vlastní aj lieky. Liek nie je obyčajný tovar a zdravie nie je na predaj. Je najvyššou hodnotou a preto by nemalo byť predmetom obchodovania. Ostáva nám veriť a aktívne sa pričniť k tomu, aby práve tí, ktorí majú možnosť ovplyvniť legislatívne zmeny sa nechali inšpirovať vzorom okolitých krajín (nedávno napr. Poľsko a Maďarsko) a začali vytvárať podmienky na presadzovanie trendu kvalitnej a všeobecne dostupnej lekárenskej starostlivosti. ■

Zdroje:

- www.mediweb.sk
- Analýza lekárenského trhu na Slovensku a v Českej republike – Vývoj za posledných 10 rokov (HPI, autori: A. Szálavová, K. Skybová, D. Kandilaki, T. Szalay)
- <https://www.scribd.com/document/252739586/3-Pielikums-Nr2-Pharmacy-Ownership-Establishment>
- <http://mediweb.hnonline.sk/literatura-pre-lekarov/analzy/>
- <http://www.hpi.sk/2014/12/pocet-lekarni-rastie/>



Zdravotnícky manažment 2017

Súkromný sektor nastavuje zrkadlo štátu

□ Konferencia s názvom Zdravotnícky manažment 2017 sa uskutočnila v Bratislave v dňoch 24. a 25. októbra 2017. Odborná konferencia zaujala výberom tém, ako aj zvučnými menami prednášajúcich, čo potvrdila bohatá účasť publika, ktoré zaplnilo celú sálu v Hoteli NH Gate One. Odborná konferencia Zdravotnícky manažment 2017 s podtitulom Súkromný sektor nastavuje zrkadlo štátu zanalyzovala situáciu v slovenskom zdravotníctve a aj pomocou panelových diskusií ponúkla inšpirácie ako priniesť pacientom vyššiu kvalitu zdravotnej starostlivosti a ako zlepšiť jej efektívnosť.

■ S prvou prezentáciou pod názvom **Stav rezortu, projektov a reforiem po (prvých) 16 mesiacoch** vystúpil **Martin Smatana** – riaditeľ Inštitútu zdravotnej politiky MZ SR (IZP).

■ Skonštatoval, že rezort prijal opatrenia s cieľom nastaviť kvalitnejšie fungovanie procesov v systéme. MZ SR realizuje program zmien, pozostáva z 26 projektov, niektoré už majú legislatívnu podobu. Východisková situácia bola náročná, ovplyvňovalo ju napr. hospodárenie nemocníc aj nedostatočná koordinácia nákupov. MZ SR zriadilo Úrad pre riadenie podriadených organizácií, zmenila sa koordinácia riadenia nemocníc v pôsobnosti rezortu. Zámerom je postupne ich dostať do vyrovnaného hospodárenia. Riaditeľ IZP predstavil niektoré projekty, napr. model centier integrovanej zdravotnej starostlivosti. Centrá by mali byť najmä v menej rozvinutých regiónoch, alebo tam, kde je menej dostupná zdravotná starostlivosť. Združovali by všeobecných lekárov, aj špecialistov. Zdôraznil potrebu prehodnotiť sieť poskytovateľov tak, aby reflektovala potreby obyvateľov, a zároveň podporiť revitalizáciu ambulantnej starostlivosti, so zameraním nielen na kraje, ale aj na okresy, s väčším dôrazom na primárnu starostlivosť. Prezentoval aj projekt oddženia nemocníc, ako aj centrálnu verejnú obstarávanie. Nový systém znamená, že nemocnice nakupujú CT prístroje s viac ako 50 %-nými úsporami, pripravuje sa obstarávanie ťažkej medicínskej techniky. Nákupy posudzuje práve IZP, ktorý porovnáva ceny v dostupných databázach. Podľa IZP sú zmeny efektívne a majú významný prínos, väčšina opatrení bola realizovaná v prvom polroku 2017, čo znamená, že najväčšie úspory budú cítelné v priebehu druhej polovice roka.



Predsednícky stôl konferencie Zdravotnícky manažment 2017



Atraktívna téma konferencie prilákala množstvo účastníkov



Martin Smatana, MSc



Ing. Gabriela Franková



MUDr. Marta Dobáková

■ **Ing. Gabriela Franková**, zastupujúca riaditeľka Akreditačnej komisie ČR prišla s prednáškou **Ako a prečo sa meria kvalita zdravotnej starostlivosti**. Úvodom spomenula výzvu svetového zdravotníctva súčasnosti, ktorá znie: Liečiť nielen správne a efektívne, ale rovnako aj bezpečne. Prečo je to potrebné? Vysoká špecializácia medicíny, sofistikované technológie, neustále zmeny, vysoké požiadavky a nárast stresu vedú k nárastu nežiaducich udalostí. Zamerala sa aj na medzinárodnú štúdiu pochybení v zdravotníctve, pričom uviedla, že cca každý desiaty hospitalizovaný pacient je poškodený pobytom v nemocnici. Podľa Frankovej sa až dvom tretinám chýb dá účinne predchádzať. Ako prevenciu odporúča riadenie procesov, rizík a zmien. Predstavila aj spojenú akreditačnú komisiu, ktorá vznikla v roku 1998 a priblížila princípy akreditácie a jej prínos. Na záver skonštatovala: „*Máme voľbu v živote. Môžeme tvrdiť, že riziká neexistujú, popierať ich a mať pocit, že všetko robíme úplne dobre. Máme túto možnosť, máme k tomu to právo. Ale všetko má svoje ale a je potrebné si uvedomiť, že tento postup, keď popieram existenciu rizík, ktoré sú jasné, tak v zdravotníctve to síce možné je, ale je to veľmi nákladné a z môjho pohľadu aj trochu neetické voči pacientovi.*“

■ **MUDr. Marta Dobáková**, medicínska riaditeľka, Alpha Medical, sa predstavila s prezentáciou **Pacient – lovec alebo korisť? Ako uspieť bez nežiaducich účinkov**. Na úvod pripomenula,

že Alpha Medical oslavuje 20 rokov svojej existencie. Priblížila aj stretnutie dvoch svetov – pohľad pacienta a pohľad lekára, a cieľ spoločnosti. Zamerala sa na alternatívy, ktoré nefungujú, napr. prístroj AMP, slimákoterapiu, a spoločné črty týchto alternatív. Podľa MUDr. Dobákovej sú novými lekármi aj google či sociálne siete. Vysvetlila, prečo racionálne uvažovať a aké sú črty kritického myslenia.

Novela zákona č. 363/2011 o podmienkach úhrady liekov, zdravotníckych pomôcok a diietických potravín

■ Z panelovej diskusie, ktorú viedol **MUDr. Tomáš Szálaj**. Odpovedá **PharmDr. PhDr. Matej Petrovič**, generálny riaditeľ Sekcie farmácie a liekovej politiky MZ SR.

■ **Máme v parlamente novelu zákona č. 363/2011 o podmienkach úhrady liekov, zdravotníckych pomôcok a diietických potravín. Poistovne sa obávajú, kto zaplatí účet za túto veľkorysú novelu. Čo v novele je, pán Petrovič?**

Účelom novely je práve dostupnosť inovatívnych liekov pre slovenských pacientov. Od roku 2011 jediným vstupným kritériom je jeden farmaceutický parameter nazvaný QALY. Mnoho liekov sa odvtedy do systému nedostávalo. Napriek tomu, že možno iné farmakoeconomické parametre by to umožňovali. Takže to, čo ideme teraz urobiť je, že ak liek dostane určité parametre v rámci multikriteriálneho hodnotenia, tak zvýšiť parameter QALY a pozeráť sa aj na iné aspekty napríklad aj na dopad na rozpočet, či je to liek charakterizovaný ako orphan drugs – liek na ojedinelé ochorenia. Aj drahý liek, ktorý spĺňa tieto farmakoeconomické kritériá sa teraz bude môcť do systému dostať. Do systému znamená, že v súčasnosti je väčšina týchto liekov platená v tzv. výnimkách, čo je ako keby paralelný systém, ktorý poisťovne aj tak platia popri kategorizácii, len tam si pacienti musia o výnimky žiadať individuálne. Predpokladáme, že mnoho z tých liekov, ktoré boli takýmto spôsobom vyhodnotené ako potrebné pre slovenských pacientov, sú v súčasnosti vo výnimkách, prejdú do systému kategorizácie, teda budú pre všetkých pacientov zaručené.

■ **Martin Smatana, riaditeľ Inštitútu zdravotnej politiky MZ SR pripustil, že sa robilo viacero dopadoviek k tomuto zákonu. Aká je dopadovka toho, čo je v súčasnosti v druhom čítaní v parlamente?**

Samozrejme, odhady dopadov sa musia robiť od začiatku legislatívneho procesu. Absolútne presný odhad nemáme, lebo nevieme, ako sa budú správať držiteľia registrácií, do akej miery vedia naplniť farmakoeconomické parametre, ktoré sme nastavili. A potom je tu ešte jeden dôležitý moment, ktorý prináša novela zákona. Umožňuje, aby sa drahšie lieky mohli dostať slovenským pacientom a po novom sa budú môcť poisťovne s držiteľmi registrácie dohodnúť na cenách, cenu lieku znížiť a zároveň tým šetriť rozpočet. Vstup drahých inovatívnych liekov do systému bude v rozpočte citelnou položkou, ale na druhej strane, ďalšie nové nastavenia by mali priniesť úspory.

■ **Má na toto Health Policy Institute iný názor?**

(Odpovedá **MUDr. Angelika Szalayová**, Health Policy Institute)
Odhady, ktoré boli publikované, boli v desiatkach miliónoch eur, čo bude mať negatívny dopad. Tieto odhady nie sú ešte úplne korektné. Podľa odhadov, ktoré sme robili a aj ich komunikovali s poisťovňami, to vychádza okolo dvesto miliónov ročne. Samozrejme nie v tom prvom roku, pretože to bude chvíľu trvať,

kým sa lieky dostanú do systému, ale do budúcich rokov to bude narastať. Otázka znie, odkiaľ sa tie peniaze zoberú a kde inde budú v zdravotníctve chýbať, pretože je to veľa peňazí. Tie opatrenia, ktoré sa robia voči generikám síce vyzerajú pekne a sú samozrejme správne, nespochybňujeme to, ale tých originálov, ktoré prichádzajú s generikami nie je toľko, na ktorých by sme takéto objemy dokázali ušetriť. Je to pekné, aby sme pristúpili k tomu, že pacientom dodáme inovatívne lieky a sprístupnime lieky, ktoré sú aj menej efektívne, na druhej strane ak na to nemáme, musíme ušetriť niekde inde. Otázka je odkiaľ tie peniaze vezmeme?



**Minister zdravotníctva SR
JUDr. Ing. Tomáš Drucker odpovedá:**

■ **Je pravda, že sa opäť chystá odloženie zavedenia ezdravia (eHealthu) do praxe alebo osobne garantujete, že termín 1. januára 2018 platí povinne pre všetkých?**

Odložiť sa neplánuje, ale na tú druhú otázku sa nedá odpovedať úplne áno. Vyjadril som sa aj do médií, že budeme veľmi objektívne pozeráť na dôvody, prečo sa niekomu nepodarilo a nedarilo zaviesť ezdravie do praxe k 1. januáru. My predpokladáme, že všetky nemocnice budú pripojené. Zhruba 50 – 60 % ambulantného sektora by malo byť pripojené na elektronickú zdravotnú dokumentáciu, elektronickú preskripciu. Na preskripciu dnes majú už poisťovne okolo 60 %, VŠZP môže mať okolo 30/40% pripojených, ale je to iná množina. Je dohoda o tom, aby jedno pripojenie na ktorúkoľvek poisťovňu znamenalo pripojenie na elektronické zdravotníctvo. Je potrebné teraz distribuovať čítačky. Takže budeme individuálne z objektívnych dôvodov posudzovať túto povinnosť.

■ **Pán minister, kto zabezpečí refundáciu nákladov spojených so zavedením ezdravia do praxe?**

Čo sa týka ambulantnej sféry a niektorých nákladov ako zabezpečenie čítačky – karta a tak ďalej, to všetko zabezpečuje NCZI – Národné centrum zdravotníckych informácií. Tieto náklady sú v ich réžii. V prípade zmien, ktoré si môžu požadovať ich dodávatelia ambulantných informačných systémov, zdravotné poisťovne navýšili finančné prostriedky pre účely zavedenia elektronickej preskripcie. Viem, že VŠZP zvýšila o 50 € mesačne tomu poskytovateľovi, ktorý sa od januára pripojí už v tomto roku. Takisto Dôvera dala jednu paušálnu úhradu naviac, motivačne, ale podmienila to pripojením sa do elektronického systému. Toto sú konkrétne kroky, a ako som uviedol, za niektoré veci bude dodávať práva Národné centrum zdravotníckych informácií. ■

SPRACOVALA: **Mgr. Alexandra Pechová**

FOTO: autorka a archív UNIPHARMY

□ V septembri vedúci Odboru farmácie, Sekcie farmácie a liekovej politiky MZ SR **RNDr. Jozef Slaný, CSc.** oslávil životné jubileum. Pri tejto príležitosti sme sa rozhodli (okrem gratulácií jeho priateľov a kolegov, ktoré ste si mohli prečítať v októbrovom čísle časopisu Lekárnik) položiť mu niekoľko otázok týkajúcich sa ako profesionálneho tak i jeho súkromného života. RNDr. Jozef Slaný, CSc. sa počas dlhodobej práce na Ministerstve zdravotníctva SR venoval liekovej politike, pričom významne prispel k transformácii slovenskej legislatívy v podmienkach vstupu a členstva v EÚ. Za jeho pôsobenia na MZ SR sa vymenilo 18 ministrov zdravotníctva. V rozhovore sa okrem zhodnotenia výsledkov práce jednotlivých ministrov dozviete, čo by RNDr. Slaný privítal v súčasnosti ako prvú zmenu v slovenskom lekárstve.

RNDr. Jozef Slaný, CSc.

„Problémom v slovenskom zdravotníctve sú skupiny, ktorých ekonomické záujmy sú v rozpore s opatreniami, ktoré potrebujeme“

? Ako by ste opisali Váš rodný kraj Šumiac?

Šumiac je horehronská obec ležiaca na južnej strane Nízkych Tatier pod Kráľovou hoľou. Príroda je prevažnú časť roka drsná ale krásna. Narodil som sa a detstvo som prežil v Červenej Skale, ktorá je miestnou časťou Šumiaca. Blízko neďalekého Telgárta pramení v nadmorskej výške 980 m druhá najdlhšia slovenská rieka Hron. Práve Hron je hranicou medzi Nízkymi Tatrami a Slovenským rudohorím. Veľmi rád sa do tohto krásneho kraja vraciam.

? Čo alebo kto vás inšpiroval k štúdiu farmácie?

V spomenutej Červenej Skale bola lekáreň a lekárnikom v nej bol PhMr. Ladislav Hradský. Bol nadšeným organizátorom mnohých spoločenských ale aj športových akcií. Moja prvá cesta po skončení vyučovania spravidla viedla do lekárne, v ktorej sme sa rovesníci stretávali a keď pán lekárnik o 17 h zatvoril lekáreň, spolu s ním sme až do tmy hrávali futbal na blízkych lúčkach.

? Čomu sa venovali vaši rodičia?

Môj otec pracoval na píle v Červenej Skale ako strojník parného stroja, ktorý poháňal všetky gátne a cirkulárky, ktoré píla potrebovala na rezanie guľatiny a výrobu dosiek. Mama sa starala o domácnosť.

? Ako si spomínate na vaše štúdiá na Farmaceutickej fakulte UK?

Na rozdiel od strednej školy ma štúdium na Farmaceutickej fakulte UK veľmi zaujalo a takmer každý predmet som mal rád. S odstupom času som rád, že som študoval farmáciu.

? Vaša prvá pracovná skúsenosť po ukončení štúdia bola v akom prostredí?

Po skončení fakulty som pracoval v lekární v Brezne a neskoršie v lekární v Banskej Bystrici. Ako najmladší a slobodný lekárnik vo vtedajšej Lekárskej službe OÚNZ Banská Bystrica som počas práceneschopnosti lekárnikov zastupoval v lekárnach v Čiernom Balogu a v Podbrezovej.

? Na fakulte vás zaujala práca v oblasti galenickej farmácie, priblížte nám, čomu ste sa venovali?

Diplomovku som ešte vypracoval na Katedre farmaceutickej chémie, v oddelení syntézy chemických liečiv, na ktorej som ako študent pracoval ako vedecká pomocná sila. Experimentálnu časť k rigoróznemu štúdiu som už vypracoval na Katedre galenickej farmácie, na ktorú som potom z OÚNZ Banská Bystrica prišiel pracovať ako odborný asistent. Viedol som praktické cvičenia z technológie liekov (granuláty, tablety, dražé, masti) a z galenickej farmácie tzv. suchý aj mokrá labák. Vo svojej vedecko-výskumnej práci som sa venoval vplyvu formulačných faktorov na biologickú dostupnosť liečiv z tuhých liekových foriem, skrátene biofarmácii.

? S Ústavom farmácie SZU dlhodobo spolupracujete ako člen atestačných komisií pre základné farmaceutické odbory lekárenstvo a farmaceutická technológia. Ako by ste zhodnotili spoluprácu a tiež súčasných študentov či absolventov?

Spolupráca s Ústavom farmácie SZU je vynikajúca. Oceňujem, že som mal možnosť priameho odborného kontaktu s kolegami



↑ Medailu Vladimíra Žuffu a bronzovú Galenovu medailu získal Dr. Slaný v roku 2012



↑ Záber z Lekárnického kongresu v roku 2010

„Slovenské zdravotníctvo potrebuje pevné pravidlá na transparentné a účelné hospodárenie“

Dr. Slaný

a kolegynami na vzdelávacích akciách organizovaných SZU, na ktorých som získal spätnú väzbu na činnosť ministerstva alebo odboru farmácie. Získané poznatky boli neoceniteľným zdrojom poznatkov a informácií priamo z terénu a zároveň mi tieto kontakty umožňovali vysvetliť resp. odôvodniť zámery ministerstva. Niekedy sa aj moji priami nadriadení čudovali, že som ochotný ísť na mnohé akcie, na ktorých sa očakávala tvrdá kritika ministerstva.

Na Ministerstve zdravotníctva SR – minulosť, súčasnosť a vízie do budúcnosti?



Čo je vašou pracovnou náplňou na MZ SR?

Pracovná náplň je rozmanitá. Z najdôležitejších činností uvediem farmaceutickú legislatívu (lieky a zdravotnícke pomôcky) vrátane legislatívy omamných látok a psychotropných látok.



Kolko ministrov zdravotníctva sa vymenilo za vášho pôsobenia na MZ SR a ako by ste ohodnotili pôsobenie a výsledky práce jednotlivých ministrov zdravotníctva?

Do roku 1989 to boli traja ministri, po roku 1989 pätnásť, spolu osemnásť. Nie je priestor na hodnotenie každého ministra. Pôsobenie každého ministra bolo v špecifickej politickej atmosfére, na čo sa často pri hodnotení zabúda a moja skúsenosť je taká, že každý minister sa pokúšal o zlepšenie stavu zdravotníctva ako celku. Ak mám vymedziť určité súvislosti medzi pôsobením ministra a konkrétnymi opatreniami v oblasti farmácie, spomeniem, že zásady zriaďovania neštátnych zdravotníckych zariadení vrátane verejných lekární a nemocničných lekární schválil minister Rakús, zásady zriaďovania veľkodistribučných organizácií minister Soboňa. Počas pôsobenia ministra Soboňu sa privatizovali lekárne. Za pôsobenia ministra Šagáta v roku 1994 boli prijaté zákony o zdravotnej starostlivosti, zákony o zriadení zdravotných poisťovní a zákon o Liečebnom poriadku, ktorým boli stanovené základné pravidlá kategorizácie liekov a zdravotníckych pomôcok.

■ Zákon č. 139/1998 Z. z. o omamných látkach, psychotropných látkach a prípravkoch a zákon č. 140/1998 Z. z. o liekoch a zdravotníckych pomôckach vrátane početných vykonávacích vyhlášok boli schválené počas pôsobenia ministra Javorského.

■ Minister Kováč sa zaslúžil o schválenie vyhlášky o správnej lekárskej praxi.

■ Počas pôsobenia ministra Zajaca Slovenská republika 1. mája 2004 vstúpila do Európskej únie. Z hľadiska farmácie ide o dôležitú, významnú udalosť, pretože podmienkou vstupu do EÚ bolo aj transponovanie farmaceutickej legislatívy Európskej únie do slovenských právnych predpisov. Za pôsobenia ministra Zajaca bol zrušený zákon o Liečebnom poriadku a bol nahradený zákonom č. 577/2004 Z. z. a bola vydaná vyhláška o povolení terapeutického použitia neregistrovaných liekov, ktorá je v schválenom znení platná dodnes.

■ Za pôsobenia ministra Rašiho bola komplexne aktualizovaná legislatíva o zdravotníckych pomôckach v zmysle novelizovaných právnych predpisov EÚ. Minister Raši umožnil aj internetový výdaj liekov a zdravotníckych pomôcok.

■ Minister Uhliarik prispel k nahradeniu zákona 140/1998 Z. z. o liekoch a zdravotníckych pomôckach súčasným zákonom 362/2011 Z. z. a k vydaniu vykonávacích predpisov k tomuto zákonu. Rovnako prispel k schváleniu zákona č. 363/2011 Z. z., ktorým sa nahradili ustanovenia o kategorizácii liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín v zákone 577/2004 Z. z. Zákom č. 363/2011 Z. z. sa zaviedlo referencovanie cien.

■ Ministerka Zvolenská zaviedla nové pravidla v oblasti farmakovigilancie a potlačania falšovania liekov.

■ Minister Čislák prijal opatrenia v oblasti monitorovania marketingových aktivít subjektov pôsobiacich v liekovom reťazci a súčasný minister Drucker presadil legislatívne zmeny na zamedzenie reexportu liekov. Pôsobenie prvého ponovembrového ministra Nováka bolo krátke, asi polročné (do uskutočnenia prvých demokratických volieb) a objektívne nebolo možné uskutočniť nejaké výraznejšie zmeny, okrem personálnych zmien na rôznych postoch riadenia v zdravotníctve.



Ako vnímate projekt ezdravie?

Ak bude funkčný, tak pozitívne.



Od 1. januára by sa do praxe malo spustiť elektronické zdravotníctvo známe pod názvom ezdravie. Je na to podľa vás Slovensko pripravené?

Úplne nie je pripravené. Najmä obyvateľstvo nie je vybavené potrebnými identifikačnými elektronickými zariadeniami. Zámer postupného zavádzania považujem za správny. Predpokladám, že postupne aj odporcovia ezdravia pochopia jeho zmysel a začnú ho dobrovoľne používať.



Kto a akým spôsobom podľa vás zabezpečí refundáciu nákladov spojených so zavedením ezdravia do praxe všetkým poskytovateľom zdravotnej starostlivosti?

Nie som kompetentný na túto otázku zodpovedať.



V júlovom rozhovore v našom časopise so štátnou tajomníčkou doc. MUDr. Andreou Kalavskou, PhD. sme sa opýtali: Na Slovensku je momentálne aktívnych viac ako 2 000 lekární a ich počet neustále narastá. Presadíte uplatňovanie demograficko-geografických kritérií pre vznik nových lekární. Odpovedala nám: „Myslím si, že na Slovensku máme veľmi veľa lekární, a nie som si istá, či ich toľko potrebujeme. Riešime to aj v rámci novelizácie zákona o liekoch a zdravotníckych pomôckach.“ V novele zákona č. 362/2011 sa však uplatnenie demograficko-geografických kritérií pre vznik nových lekární neobjavilo. Prečo sa demograficko-geografické kritériá nestali súčasťou návrhov novely zákona č. 362/2011?

MZ SR si osvojilo návrh Slovenskej lekárskej komory, ktorý nebol založený na demograficko-geografických kritériách.



Podľa vás potrebujeme na Slovensku regulovať počet verejných lekární?

Akákoľvek regulácia počtu verejných lekární v súčasnosti naráža na ústavné princípy. V prvom rade je potrebné analyzovať súčasný stav verejného lekárstva, identifikovať jeho nedostatky a odstraňovať ich. Som zástancom zvyšovania požiadaviek na odbornú úroveň verejného lekárstva tak, aby bola v súlade so záujmami verejného zdravotníctva. V súčasnosti platný zákon o liekoch nerieši vlastnícke vzťahy a myslím si, že akákoľvek regulácia vlastníckych vzťahov je vopred odsúdená na neúspech, pretože vlastnícke vzťahy nie sú dôležité ani v iných oblastiach zaobchádzania s liekmi

napr. vo výrobe liekov a vo veľkodistribúcii liekov.

? Kto by mal byť podľa vás vlastníkom lekárne a prečo?

Ťažko sa odpovedá na túto otázku, kým sa jednoznačne nezadefinuje, čo sa rozumie pod vlastníctvom lekárne. Je to aj vlastníctvo budovy a lekárenského nábytku a prístrojového vybavenia lekárne a pozemku, na ktorom je zriadená lekáreň alebo len vlastníctvo liekov? Za dôležitejšie považujem vyjasniť si, ako zabezpečiť, aby bola odborná úroveň poskytovania lekárenskej starostlivosti zaručená bez ohľadu na to, či je držiteľom povolenia na poskytovanie lekárenskej starostlivosti fyzická osoba – lekárnik alebo akákoľvek právnická osoba.

? Novela zákona č. 362/2011 vo veci zastúpenia odborného farmaceuta v štatutárnych orgánoch lekární umožní, aby verejná lekáreň bola po novom zriadená len fyzickou osobou – atestovaným farmaceutom alebo právnickou osobou, kde odborný zástupca konkrétnej lekárne bude členom štatutárneho orgánu (väčšinou konateľom). Myslíte si, že sú lekárnici spokojní s takýmto zmením?

Z reakcie mnohých kolegov usudzujem, že nie sú s týmto riešením spokojní.

? Prečo sa nepresadila novela zákona č. 362/2011 o liekoch a zdravotníckych pomôckach s návrhom podľa vzoru susedných krajín Maďarska, Poľska a Rakúska, kde je lekárnik majoritným vlastníkom lekárne?

Osobne som na tejto časti novely zákona 362/2011 Z. z. nepracoval, preto neviem objektívne zodpovedať na položenú otázku. Mám informácie, že právne prostredie je vo vymenovaných krajinách odlišné a nemožno ich riešenia automaticky prebrať u nás.

? Čo vnímate ako najväčší súčasný problém v zdravotníctve a liekovej politike?

Existenciu skupinových záujmov, ktorých ekonomické záujmy sú v rozpore s riešeniami a opatreniami, ktoré sú potrebné a prospešné v zdravotníctve.

? Čo je pre vás v blízkej budúcnosti najväčšou výzvou? Taký prvý bod, ktorý ste si povedali, že áno, toto chcem zmeniť a chcem to zmeniť čím skôr.

Napríklad, aby súčasťou každej nemocnice (ústavného zdravotníckeho zariadenia) bola nemocničná (ústavná) lekáreň.

? Média aj v minulosti opakovane poukazovali na netransparentné, neefektívne a neúčelné nakladanie s verejnými zdrojmi v slovenskom zdravotníctve. Svoje tvrdenie dokumentovali na viacerých zdravotníckych kauzách, ktoré sa im podarilo odkryť. Slovenské zdravotníctvo potrebuje pevné pravidlá na transparentné a účelné hospodárenie. Čo by podľa vás mohlo byť tým liekom, ktorý pomôže vyliečiť slovenské zdravotníctvo v tejto oblasti?

V otázke ste to uviedli, slovenské zdravotníctvo potrebuje pevné pravidlá na transparentné a účelné hospodárenie. Už len dodám, aby boli aj vymožiteľné.



↑ S členmi redakčnej rady na výjazdovom zasadnutí v Banskej Štiavnici v roku 2008



↑ Púťavý program pre členov redakčnej rady na výjazdovom zasadnutí RR v roku 2006 (na fotografii vľavo Dr. Slaný s manželkou)



↑ Členovia redakčnej rady zablahoželali Dr. Slanému k životnému jubileu

Zakladajúci člen redakčnej rady časopisu Lekárnik

? Ste zakladajúcim členom redakčnej rady odborného -informačného časopisu Lekárnik. Ako si spomínate na všetky tie roky a stretnutia redakčnej rady na výjazdových zasadnutiach?

Výjazdové zasadnutia redakčnej rady boli odpočivojšie, väčšie množstvo bolo tých bežných zasadnutí. Redakčná rada sa vždy snažila nastoľovať aktuálne problémy a hľadať riešenia. Som presvedčený, že čitatelia časopisu Lekárnik našli v časopise názorové spektrum zo všetkých zainteresovaných inštitúcií. Aj na zasadnutiach redakčnej rady bolo často búrlivo, odznievali protichodné vášnivé výmeny názorov, čo je správne a myslím si, že členstvo v redakčnej rade jednotlivým členom umožnilo lepšie chápať potreby lekárenstva a presadzovať ich v tých inštitúciách, ktoré zastupovali.

? Ako by ste za 21 rokov vydávania časopisu Lekárnik zhodnotili jeho pôsobenie?

Časopis Lekárnik sa stal obľúbený nielen medzi lekárnikmi ale aj medzi pacientmi napriek tomu, že nie je bežne dostupný v novinových stánkoch ako bežné časopisy. Túto skutočnosť vnímam pozitívne a myslím si, že je najlepším vysvedčením pre časopis. ■

AUTOR: **Oddelenie vzťahov s verejnosťou RUK**SPRACOVALA: **Mgr. Ing. Denisa Ižová**

FOTO: Vladimír Kuric, archív SLeK

Farmaceutická fakulta UK si pripomenula 65. výročie založenia



Farmaceutická fakulta Univerzity Komenského v Bratislave (FaF UK) si 10. októbra 2017 v Aule UK pripomenula 65. výročie svojho založenia. Pri tejto príležitosti ocenila Pamätnou medailou FaF UK spolupracujúce inštitúcie a jednotlivcov.

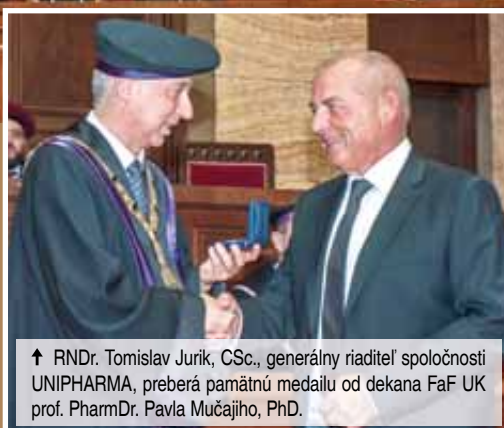
„Farmaceutická fakulta UK sa pred 65 rokmi zapísala do histórie vysokého školstva na Slovensku a z hľadiska vzdelávania patrí k našim najkvalitnejším inštitúciám. Predstavuje významný vedecko-výskumný potenciál a má prestížne postavenie nielen v rámci Slovenska, ale aj v medzinárodnom priestore. V hodnotení Akademickkej rankingovej a ratingovej agentúry si stabilne udržuje popredné pozície medzi medicínskymi fakultami. Spomedzi našich fakúlt figuruje ako tretia s najvyšším počtom zahraničných študentov vďaka svojmu študijnému programu v anglickom jazyku, čím významne prispieva k internacionalizácii UK. Podieľa sa na špičkovom vedeckom výkone našej univerzity,“ hovorí rektor UK prof. RNDr. Karol Mičieta, PhD.

Farmaceutická fakulta UK má v súčasnosti 11 katedier a poskytuje vysokoškolské štúdiá v troch stupňoch. „Praktická výučba študentov je špecifická a zahŕňa absolvovanie povinnej šesťmesačnej lekárskej praxe zavedenej od roku 2004 ako súčasť výučby počas štúdia vo výučbových zariadeniach (univerzitná a fakultná lekáreň), ako aj vo verejných lekárnach,“ priblížil v slávnostnom príhovore dekan FaF UK prof. PharmDr. Pavol Mučaji, PhD. „Za uplynulých 65 rokov prešla Farmaceutická fakulta UK dlhým

vývojom a vybudovala si v domácom a medzinárodnom poli pôsobenia postavenie, ktoré sa bude snažiť udržať a rozvíjať, aby aj budúce generácie farmaceutov boli pripravené a schopné plniť úlohy, požiadavky a výzvy prostredia, v ktorom budú pôsobiť,“ uzavrel dekan fakulty.

Akademickú obec UK pozdravil aj PharmDr. PhDr. Matej Petrovič, generálny riaditeľ sekcie farmácie a liekovej politiky Ministerstva zdravotníctva SR, ktorý vyzdvihol nezastupiteľné postavenie farmaceutov. „Jubilujúcej fakulte želám veľa energie pri presadzovaní novínok,“ dodal Dr. Petrovič. Fakulte zablahoželal RNDr. Tomislav Jurik, CSc., zo spoločnosti UNIPHARMA, ktorý vo svojom príhovore podakoval FaF UK za excelentnú prípravu absolventov pre prax. S vďakou spomenul svojich učiteľov, ktorí na FaF UK vychovali celé generácie absolventov a ich predčasný odchod, najmä v prípade doc. Jozefa Seginka a prof. Pavla Šveca je dodnes nenahraditeľný pre výchovu, vzdelávanie farmaceutov, ako aj prepojenie s praxou.

Na slávnostnom podujatí udelila FaF UK pamätne medaily, ktoré si prebrali členovia vedenia univerzity, predstavitelia



↑ RNDr. Tomislav Jurik, CSc., generálny riaditeľ spoločnosti UNIPHARMA, preberá pamätnú medailu od dekana FaF UK prof. PharmDr. Pavla Mučajiho, PhD.



↑ RNDr. Tomislav Jurik, CSc., generálny riaditeľ spoločnosti UNIPHARMA, počas príhovoru

fakúlt UK, Ministerstva zdravotníctva SR, Slovenskej lekárskej spoločnosti, Slovenskej lekárskej komory, zástupcovia farmaceutických spoločností a iní.

Samostatná Farmaceutická fakulta vtedajšej Slovenskej univerzity bola zriadená na základe vládneho nariadenia č. 40/1952 Zb. o zmenách v organizácii vysokých škôl zo dňa 19. augusta 1952 s účinnosťou od 1. septembra 1952. Jej prvým dekanom sa stal prof. Ludovít Krasnec. ■

Príbehy liečiv HEPTAKAÍN



■ V roku 1967 som sa stal interným vedeckým aspirantom na Katedre farmaceutickej chémie FaF UK a mojím školiteľom sa stal Alois Borovanský (*1922). Keďže na tomto pracovisku som pracoval už ako študent od roku 1962, stal som sa oficiálne členom jeho pracovnej skupiny a vedeckej školy karbamátov. Za úlohu som dostal študovať alkoxy substituované deriváty kyseliny fenylkarbámovej. Pri analýze dovtedy známych poznatkov vyplynulo, že nie je dostatočne preštudovaný vplyv vyšších alkoxy substituovaných skupín na lokálnu anestéziu a ich poloha na aromatickom jadre. Preto jedným zo záverov projekcie nových derivátov bolo rozhodnutie syntetizovať homologickú radu od C₁ po C₁₀ v polohe 2-, 3- a 4-, s dvojhlíkatým spojovacím reťazcom a bázičkou častou tvorenou piperidínom.

acids. Chem. zvesti 29,119–123 (1975). Ich detailná syntéza a lokálne anestetické účinky boli publikované v práci:

■ Čižmárik, J., Borovanský, A., Švec, P.: **Study of Local Anaesthetics. LII. Piperidinoethyl Ester of Alkoxyphenylcarbamic Acids. Acta Facult. Pharm. Univ. Comenianaee 29,53–80 (1976).** Výsledky štúdií anestetického účinku ukázali, že najväčšiu aktivitu vykazovala látka XIX, ktorá bola 100 krát účinnejšia ako kokaín a 171 krát účinnejšia ako prokaín a mala toxicitu 500 mg/kg s.c. Pre tieto výhodné vlastnosti bola vybraná pre ďalšie farmakologické štúdiá a dostala názov heptakaín. Výsledky jej základných farmakologických testov sú zhrnuté v práci:

■ Švec, P., Čižmárik, J., Béderová, E., Borovanský, A.: **Study of Local Anesthetic. LIII. Pharmacological Properties**

AUTOR: **Dr. h. c., prof. RNDr. Jozef Čižmárik, PhD.**

FaF UK, Bratislava

Širší výskum ukázal, že má i antiinfekčné účinky, ktoré popísal:

■ Čižmárik, J., Trupl, J.: **Antimicrobial Effects of Heptacaine and Some Intermediary Products Obtained During Its Synthesis. Folia Microbiol. 23,80–81 (1978)** a antiarytmické, ktoré popísali

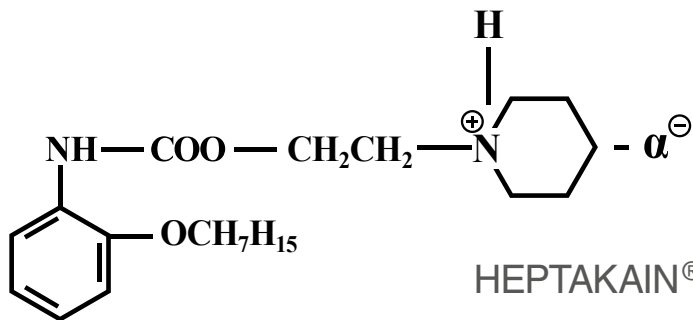
■ Kozlovsky, J., Čižmárik, J., Pešák, M., Inczinger, F., Borovanský, A.: **Antiarrhythmic Activity of Heptacaine and some of its Derivates. Arzneim.-Forsch. 32,1032–1036 (1982)**

■ Zlúčenina XIX, ktorej systémový názov je: 1-[2-/2-heptyloxyfenylkarbamoyloxy/-etyl]-piperidíniumchlorid, zámenný systémový názov: piperidínoetyl ester kyseliny 2-heptyloxyfenylkarbámovej, s generickým názvom ako XIX, dostala neskoršie INN názov HEPTAKAÍN a má CAS-55792-21-7.

■ Na základe záverov týchto prác sa do praxe navrhla a odporučila pod názvom Heptakaín.

■ Keď boli komplexne analyzované vzťahy medzi chemickou štruktúrou, pentakaínu a heptakaínu, ich fyzikálno-chemickými vlastnosťami a lokálne anestetickým účinkom sa ukázalo, že heptakaín je účinnejší pri povrchovej a infiltráčnej anestézii ako pentakaín, je lepšie rozpustný vo vode, menej toxický, nevyskytujú sa u neho stereochemické problémy má i jednoduchšiu syntézu (najmä bázičkého aminoalkoholu) a jeho syntéza bola lacnejšia.

■ Vyprojektovanie a príprava heptakaínu bola ďalším významným výsledkom vedeckej školy karbamátov a heptakaín sa stal historicky druhým lokálnym anestetikom vyvinutým u nás. ■



■ Pri syntéze vyprojektovaných látok sa vychádzalo z 2-, 3- a 4-aminofenolov, ktoré sa acetyláciou previedli na príslušné acetamidofenoly. Tieto boli ďalej alkylované v prostredí etanolátu sodného na alkoxyacetanilidy, ktoré sa hydrolyzou s kyselinou chlorovodíkovou previedli na alkoxyanilíny. Tieto boli v toluénovom roztoku fosgenu prevedené na alkoxyfenylizokyanáty, ktoré s reakciou s piperidínoethylalkoholom poskytovali príslušné bázičné estery alkoxy substituovanej kyseliny fenylkarbámovej, ktoré boli izolované a identifikované ako hydrochloridy.

Prvých 30 derivátov sme uverejnili v práci:

■ Čižmárik, J., Borovanský, A.: **Synthesis, u.v. and i.r. spectra of 2-piperidinoethyl esters of alkoxyphenylcarbamic**

of Heptacaine. Acta Facult. Univ. Comenianaee 29,81–99 (1976).

Jej základný analytický profil vypracoval:

■ Šubert, J., Čižmárik, J., Borovanský, A.: **Study of Local Anaesthetics. LV. Analytical Profile of Heptacaine. Acta Facult. Univ. Comenianaee 30,73–93 (1977).** Správu o potenciálnom liečiva uverejnil:

■ Čižmárik, J., Borovanský, A., Švec, P.: **N-[2-/2-heptyloxyphenylcarbamoyloxy/-ethyl]-piperidínium chloride, Heptacaine a New Local Anaesthetic. Pharmazie 33,297–298 (1978).**

Na základe týchto prác správu o jej zaradení medzi liečivá vypracoval a uverejnil ■ J. Kolwas: **Heptacaine, Local anesthetic v časopise Drugs of the Future 4, No. 7, 489–491 (1979).**

AUTOR:

Katarína Gatialová

(1. ročník doktorandského štúdia)

IPSF WORLD CONGRESS 2017

Spoznávanie sveta so študentmi farmácie

■ Zaujímalo vás niekedy, ako sa študuje farmácia v Afrike? Alebo čo všetko musí človek podstúpiť, aby sa stal farmaceutom v Austrálii? Prípadne kofko fakúlt na štúdium farmácie majú v Brazílii? Je to priam neuveriteľné, ale na všetky tieto otázky najde zvedavý študent odpovede na jednom mieste. Tohto roku to bolo hlavné mesto ostrovného štátu vo Východočínskom mori – Taipei, kde sa uskutočnil 63. svetový kongres medzinárodnej študentskej farmaceutickej federácie IPSF.

■ IPSF je najstaršia študentská federácia na svete, založená v roku 1949, reprezentujúca vyše 320 študentov v 80 krajinách sveta. Jej najväčšou udalosťou roka je svetový kongres, ktorý tento rok združil vyše 700 študentov z celého sveta a nechýbala ani slovenská delegácia. Samotný kongres je zameraný na to, aby účastníci nielen držali krok s najnovším farmaceutickým vývojom a vzdelávali sa nad rámec univerzitného štúdia, ale získali aj kultúrny rozhľad.

■ V roku 1997 Svetová zdravotnícka organizácia (WHO) prišla s koncepciou „7-hviezdičkového farmaceuta“, v ktorej sa opisuje, že ideál farmaceuta, ktorý zodpovedá potrebám modernej spoločnosti, by mal byť poskytovateľom zdravotníckej starostlivosti, schopný rozhodovať, komunikovať, viesť, manažovať, celoživotne sa vzdelávať a učiť. Preto organizátori tento kongres venovali sociálnej farmácii.

■ Prostredníctvom odborných sympózií a workshopov sa účastníci dozvedeli viac najmä o farmakoepidemiológii, farmakoekonomike, Precision Medicine a Health Technology Assessment. V diskusiách mali možnosť diskutovať s rečníkmi a kolegami o nových trendoch v oblasti farmaceutických služieb, ako je dlhodobá

starostlivosť, samoliečba, vzdelávanie pacientov a mnohé ďalšie. Organizátori dúfali, že sa budúci lekárnici môžu prostredníctvom týchto prednášok priblížiť k „7-hviezdičkovému lekárnikovi“.

■ Edukačný program bol obohatený aj o rôzne aktivity, ktoré pomohli pripraviť študentov na skutočný svet farmácie. Exkurzia v miestnej nemocnici, či farmaceutickom priemysle ukázali ekologickosť taiwanských farmaceutov. Špeciálne experimenty čínskej tradičnej bylinnej medicíny neukázali iba kultúrne rozdiely v taiwanskej lekárni, ale poskytli účastníkom aj ďalšie možnosti ich uplatnenia.

■ Na doplnenie tréningu zručností 7-hviezdičkového farmaceutu si precvičili delegácie aj svoje komunikačné schopnosti so širokou verejnosťou prostredníctvom verejnej zdravotnej kampane.

■ Popri edukačnej časti bola v programe zahrnutá aj časť sociálna. Prvotná Welcome Party na úvod kongresu rozbila ľady a medzinárodná noc, kde účastníci predstavili svoju vlastnú kultúru a spoznali ostatné, je na IPSF kongrese už poznávacou črtou a teší sa veľkej obľube. Vrcholom kongresu bola slávnostná Gala Night, ktorá privítala exekutívu IPSF na nasledujúci rok, odovzdávali sa ceny za najaktívnejší spolok, Student Exchange officer a Contact Person členských spolkov.

■ Po samotnom kongrese vyše 100 účastníkov vrátane slovenskej delegácie pokračovalo v týždennom spoznávaní



Taiwanského ostrova, ktoré pripravili organizátori. Treba vyzdvihnúť, že to nie sú žiadni platení odborníci, ale študenti farmácie, ktorí organizujú kongres popri štúdiu.

■ Celkovo možno povedať, že kongres je pre každého študenta, či absolventa (možnosť zúčastniť sa majú aj absolventi do 4 rokov od ukončenia štúdia), zážitkom na celý život. Odniesie si nielen vedomosti, ale najmä zaujímavé kontakty a medzinárodné priateľstvá, ktoré mnohokrát trvajú celý život. V IPSF je zvykom, že sa ľudia nikdy nelúčia „Good bye!“ (Dovidenia!), ale práve so slovami „See you soon!“ (Uvidíme sa čoskoro!). A tak sa takto po skoro troch týždňoch rozlúčili aj naši účastníci dúfajúc, že sa všetci stretnú o rok v Argentíne! ■

Vieme, čo potrebujete

Výživový doplnok



+
DARČEK
Ureagamma®
v hodnote 5,- €

Spoločné balenie produktov ušitých na mieru

Vitamíny pre diabetikov 90 tbl.

Výživový doplnok s obsahom vitamínov, minerálov a antioxidantov s chrómom na udržanie normálnej hladiny glukózy v krvi.



Ureagamma® Obsahuje 10 % urey 45 ml

Na ošetrovanie suchej a zhrubnutej pokožky nôh.
Bez parfumov a konzervačných látok.



www.diabetik.sk

Wörwag Pharma GmbH & Co. KG, P. O. BOX 194, 830 00 Bratislava 3, tel. 02/44 88 99 20, info@woerwagpharma.sk, www.woerwagpharma.sk

BOXINZ1017



SPRACOVALA:

Mgr. Alexandra Pechová

FOTO: archív PharmDr. Komjáthy



„Európske vyhlásenia nemocničného lekárenstva sú veľkou výzvou nielen nášho odboru, ale i každého nemocničného lekárniko pôsobiaceho na Slovensku. Som rada, že sa môžem spolupodieľať na tomto projekte“ – prezradila nám v rozhovore PharmDr. Hajnalka Komjáthy, PhD. vedúca farmaceutka komárňanskej nemocnice. PharmDr. Hajnalka Komjáthy, PhD. vykonáva od roku 2016 funkciu ambasádorky Európskej asociácie nemocničných lekárnikov (EAHP). Asociáciu nám predstavila slovami: „Európska asociácia nemocničných lekárnikov má svoje zastúpenie v tridsiatich piatich európskych krajinách s počtom 21-tisíc participujúcich nemocničných lekárnikov. Táto asociácia ako jediná reprezentuje a rozvíja profesiu nemocničných lekárnikov s cieľom neustáleho zvyšovania kvality poskytovanej liečby a zvyšovania bezpečnosti pri používaní zdravotníckych pomôcok a liekov pri kontakte s pacientom. Rozvíja nemocničné lekárenstvo s cieľom najbezpečnejšieho používania liekov a zdravotníckych pomôcok.“ O porovnaní stavu slovenského nemocničného lekárenstva s úrovňou v zahraničí sa dočítate už na nasledujúcich stranách.



PharmDr. Hajnalka Komjáthy, PhD.:

„Vyhlásenia sú veľkou výzvou nemocničného lekárenstva“

? Kde a v akom prostredí ste vyrastali? Na základe čoho ste sa rozhodli pre vašu profesiu?

Zaujímavé je, že v našej rodine sme nikdy nemali zdravotnícke povolanie. Moji rodičia pracovali v technickom segmente. Počas štúdia na strednej škole ma zaujímali prírodovedecké predmety, ako biológia, chémia a matematika. Preto som sa rozhodla pre farmáciu.

? Ako vás škola (ne)prípravila na prax v lekární? Ako vyzerala vaša prax po štúdiách?

Po ukončení štúdia na Farmaceutickej fakulte Univerzity Komenského v Bratislave som sa rozhodla pre vedeckú prácu. Pracovala som na Katedre

bunkovej a molekulárnej biológie liečiv u profesora Pšenáka. Bol výborným učiteľom, odborníkom i človekom. Venovala som sa rastlinnej biochémií. Boli to krásne roky, na ktoré dodnes spomínam v dobrom. Aby som získala skúsenosti i z lekárenstva, pracovala som aj vo verejnej lekárni v Komárne u Dr. Matkovej. V nemocničnej lekárni pôsobím vyše desať rokov. Žiaľ nemala som dostatočné vedomosti ani potrebnú prax z nemocničného lekárenstva. Dodnes čítam i študujem odbornú literatúru. Preto sa snažím našim študentom na praxi vysvetliť všetko, čo môžu potrebovať z nášho odboru, ako je napr. výživa, infúzne roztoky, liekové interakcie, individuálne pripravované lieky.



↑ Všeobecná nemocnica Komárno

? Ako by ste charakterizovali vašu lekáreň? Čím je výnimočná?

Pracujem vo FORLIFE n. o. Komárno. Ide o všeobecnú nemocnicu, kde pôsobím ako vedúci farmaceut. Snažím sa, aby naše lekáreň, nemocničná i verejná boli naozaj výnimočnými. Staráme sa o bezpečnosť pacienta, venujeme sa hlavne klinickej farmácii, nevhodným liečivám u starších pacientov, riešime liekové interakcie, pripravujeme „netradičné“ individuálne pripravované lieky. Naše výsledky publikujeme v odborných časopisoch, pripravujeme prednášky, semináre. Nemohli by sme to všetko zvládnuť bez šikovných kolegov plných entuziazmu. Ich pozitívny postoj si veľmi vážim a som rada, že môžem s nimi spolupracovať.

? Ako sme na tom v rámci nemocničného lekárenstva na Slovensku a kam smeruje podľa vás vývoj tohto lekárenstva na slovenskom trhu v porovnaní so zahraničím?

Žiaľ, slovenské nemocničné lekárenstvo na tom nie je najlepšie. Vyplýva to z prieskumu Európskej asociácie nemocničných lekární realizovaného v období rokov 2015 – 2016 v troch etapách, na ktorom sa mala možnosť zúčastniť každá európska nemocničná lekáreň. V jednotlivých prieskumoch – okrem všeobecných otázok týkajúcich sa samotnej nemocnice i nemocničnej lekáreň – sa hodnotila miera povedomia o Európskych vyhláseniach nemocničného lekárenstva a rozdiely v úrovni implementácie medzi jednotlivými členskými krajinami. Zároveň sa identifikovali kľúčové bariéry brániace implementácii. Na základe analýzy výsledkov, najväčšou výzvou slovenského

nemocničného lekárenstva bude implementácia vyhlásení týkajúcich sa klinickej farmácie. A to hlavne zaznamenávanie všetkých užívaných liekov do zdravotného záznamu pacienta, ich kontrola a posúdenie vhodnosti farmaceutmi hneď pri príjme pacienta. Žiaľ, v slovenských nemocniciach máme veľmi nízky počet farmaceutov, v niektorých prípadoch sú nemocnice zásobované i cez verejnú lekáreň. Najvyspelejšie európske krajiny z hľadiska nemocničného lekárenstva sú Holandsko, Spojené kráľovstvo a Malta.

? Čo v súčasnosti vnímate ako najhorúcejší problém v slovenskom zdravotníctve a lekárenstve, ktorý by sa mal čím skôr vyriešiť?

Momentálne nás čakajú radikálne zmeny: DRG, ezdravie. Uvidíme, ako to zvládneme. Verím, že tieto zmeny budeme po niekoľkých rokoch hodnotiť pozitívne.

? Je podľa vás potrebné regulovať počet lekární na Slovensku? Myslíte, že by sa mali zaviesť demografické a geografické kritéria pre zriadenie nových lekární?

Áno, na Slovensku je potrebné regulovať počet lekární. Máme ich veľa a žiaľ, väčšinou to ide na úkor kvality. Pacienti (klienti) nás preto vnímajú ako obchodníkov a nie zdravotných pracovníkov. Jednoznačne by sa mali zaviesť pre zriadenie nových lekární geografické, v niektorých prípadoch i demografické kritéria.

? Čo by podľa vás pomohlo nemocničným lekárníkom pri ich práci v lekární, čo sa týka legislatívy?

Za kľúčový moment by sme mohli považovať umožnenie prístupu farmaceutov k zdravotným záznamom pacienta, v ktorom by mohli nemocniční lekárníci zaznamenať svoje klinické intervencie za účelom poskytovania bezpečnejšej, účinnejšej a efektívnejšej farmakoterapie.

? Lekárnická distribúcia našej firmy pôsobí na trhu už 25 rokov.

Od kedy ju registrujete a spolupracujete s ňou vy?

Vašu spoločnosť vnímam vyše 20 rokov. Podľa môjho názoru zabezpečuje distribúciu liekov a zdravotníckeho materiálu na vysokej úrovni. Naša spolupráca je výborná. Na tomto mieste by som si dovoľila pochváliť operátorku Mgr. Tomšíkovú, ktorá je naozaj výnimočná. Ochotná, nápomocná a naše požiadavky rieši vždy promptne. Rovnako veľmi dobre sa spolupracuje s obchodnými zástupcami: Ing. Patrikom Priatkom a Mgr. Martinom Mitašom. Dodnes si spomíname aj na výnimočnú spoluprácu s Ing. Schmidtovou.

? Prezradte nám, čomu sa zvyknete venovať, keď zavriete dvere vašej lekáreň? Aké sú vaše koničky a záľuby, vízie – čo plánujete v blízkej budúcnosti?

Musím sa priznať, že aj doma sa venujem odbornej práci. Mám to v sebe. Študujem, čítam a rozmyšľam, ako posunúť naše lekáreň i náš odbor dopredu. Pripravujem články, prednášky. Samozrejme sa venujem rodine, deťom. Rada cestujem i pracujem v záhrade. ■

AUTOR:

PharmDr. Pavel Ondřejek, Ph.D.Karlova Univerzita, Farmaceutická fakulta v Hradci Králové,
Katedra farmaceutickej technológie

Rovnomernosť obsahu diklofenaku v čapíkoch pripravených za pomoci prístroja GAKO UNGUATOR®



Čapíky sú definované ako tuhé jednodávkové prípravky, ktoré sú svojím tvarom, veľkosťou a konzistenciou vhodné pre rektálne podanie. Čapíky sa vo farmaceutickej praxi používajú od nepamäti. Pre mnohých pacientov sa môže jednať o neoblíbenú liekovú formu. Avšak pri niektorých indikáciách a pacientoch majú čapíky veľmi dôležitú úlohu: napríklad malé deti, pacienti s ťažkosťami pri prehĺtaní alebo pacienti v bezvedomí. V porovnaní s niektorými perorálnymi formami dochádza k rýchlejšiemu nástupu účinku obsiahnutej účinnej látky, pri čapíkoch je tiež menej výrazný tzv. „first-pass“ efekt.

vyberie, odskrutkuje sa viečko a vyberie sa miešadlo. Téglik sa opäť uzavrie viečkom a primerane označí. Celá príprava tak prebieha v uzavretom tégliku. Je to čistejšie a rýchlejšie ako klasická ručná príprava. Rad štúdií už preukázal vyššiu homogenitu a mikrobiálnu stabilitu polotuhých lokálnych takto pripravených prípravkov v porovnaní s klasickou ručnou prípravou.^{2,3}

■ Cieľom tohto experimentu bolo porovnanie obsahovej rovnomernosti čapíkov obsahujúcich diklofenak. V teste boli použité celkom tri skupiny čapíkov. Všetky sa skladali zo sodnej soli diklofenaku ako modelovej účinnej látky a stuženého tuku ako čapíkového základu. Líšili sa svojím pôvodom. U prvej skupiny sa jednalo o firemný, priemyselne vyrábaný produkt (hromadná výroba). U týchto čapíkov bolo z dvoch balení náhodne odobratých 6 kusov čapíkov, ktoré sa ďalej použili v experimente. Druhá skupina bola pripravená klasicky ručne za použitia trecej misky s pistilom (Ručná príprava). Tieto čapíky boli vylievané do hliníkovej formy s teflónovým povrchom. Celkovo bolo pripravených 10 čapíkov, z ktorých bolo pre experiment náhodne odobratých

■ Ako u všetkých liekových foriem je aj u čapíkov pre správne terapeutické pôsobenie žiaduce, aby každý jednotlivý čapík obsahoval rovnakú dávku účinnej látky. Klasická ručná príprava čapíkov je relatívne náročná a zdĺhavá. Je preto na škodu veci ale aj racionálnej terapie, že sa v lekárskej praxi čapíky pripravujú individuálne v stále menšej miere. Riešením mnohých problémov by mohlo byť použitie uzavretej metódy prípravy.¹ Metóda prípravy v uzavretom systéme bola predstavená a uvedená do praxe približne v polovici 90. rokov 20. storočia v Nemecku a je všeobecne

známa pod označením GAKO UNGUATOR®. Pôvodne bola táto metóda určená len na prípravu polotuhých lokálnych prípravkov, ale postupne sa vhodnosť jej použitia preukázala aj u iných liekových foriem. Na prípravu sa používajú špeciálne tégliky s pohyblivým dnom. Cez skrutkovacie viečko je do tégliku zavedená osička miešadla. Do téglika sú podľa niekoľkých jednoduchých pravidiel umiestnené všetky pomocné a účinné látky. Téglik s miešadlom sa po uzavretí vloží do prístroja GAKO UNGUATOR® a spustí sa príslušný program. Po ukončení programu sa téglik

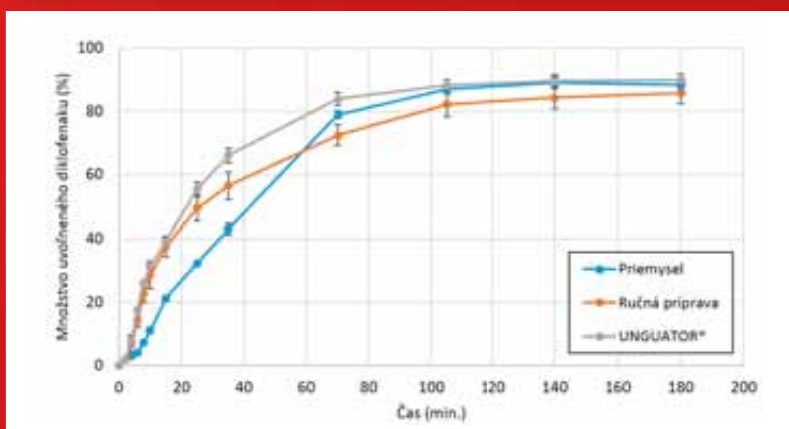
6 kusov. Tretia skupina čapíkov bola pripravená za využitia uzavretého systému prípravy – v prístroji GAKO UNGUATOR® (UNGUATOR®). Čapíkový základ bol po odvážení do unguatorového téglíka, ľahko nahriaty v mikrovlnnej rúre. Potom bola k základu pridaná účinná látka a čapíková zmes bola homogenizovaná v prístroji. Po ukončení nastaveného programu sa téglík vybral z prístroja, vybralo sa miešadlo a za použitia rektálneho (dlhého) aplikátora sa roztavená čípkovina vytlačala to dutín čapíkovej formy. Takto bolo opäť pripravených 10 čapíkov a 6 náhodne vybraných bolo použitých v experimente.

■ Pri všetkých čapíkoch bolo hodnotené maximálne uvoľnené množstvo účinnej látky a disolučné profily. K tomu bol využitý disolučný prístroj SOTAX CE-1 s prietokovou celou pre hodnotenie čapíkov a mäkkých želatínových kapsúl. Ako disolučné médium bol použitý fosfátový pufer s pH 7,4 a teplotou $37,0 \pm 0,5$ °C. Test prebiehal 180 minút a množstvo uvoľnenej účinnej látky sa stanovovalo spektrofotometricky.

■ Z disolučných profilov rozpúšťania je tiež na prvý pohľad zrejme pomalšie uvoľňovanie účinnej látky z priemyselne vyrábaných čapíkov. To môže byť spôsobené kryštalizáciou čapíkového základu počas skladovania prípravku. Výrobca nešpecifikuje podmienky skladovania čapíkov po výrobe a preto ju nebolo možné v laboratórnych podmienkach napodobniť.

■ Z hľadiska celkového množstva uvoľnenej látky sa počas testu zo všetkých troch skupín uvoľnilo minimálne 85 % diklofenaku. Všetky tri skupiny čapíkov by teda za dodržanie predpísaného množstva skúšaných jednotiek vyhovovali liekopisnej skúške na rovnomernosť jednodávkových liekových foriem. Na konci testu boli rozdiely celkovo uvoľneného priemerného množstva diklofenaku z priemyselne vyrábaných čapíkov a čapíkov pripravených za pomoci prístroja GAKO UNGUATOR® štatisticky nevýznamné (88,37 % a 89,82 %). Z ručne pripravených čapíkov sa uvoľnilo štatisticky menšie množstvo (85,77 %). Z výsledkov sú ďalej zrejme rozdielne rozptyly množstva uvoľnenej látky od priemernej hodnoty, z ktorých sa dá usudzovať na rovnomernosť obsahu a homogénnosť jednotlivých čapíkov. Najmenšie smerodajné odchýlky (v tabuľke uvedené ako „sd“) a teda aj rozptyl uvoľnenej koncentrácie v skupine čapíkov pripravených jednou metódou bol pozorovaný u priemyselne pripravených čapíkov (1,29 %). Naopak najvyššie smerodajné odchýlky boli sledované u ručne

Čas (min.)	Množstvo uvoľneného diklofenaku (%)					
	Priemysel		Ručná príprava		UNGUATOR®	
	ø	sd	ø	sd	ø	sd
0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
2	1,97	0,08	1,91	0,07	2,00	0,12
4	3,11	0,12	7,04	2,65	8,03	1,36
6	3,98	0,71	14,67	2,41	17,80	0,62
8	7,18	0,54	22,53	2,68	26,23	0,66
10	11,12	0,91	28,44	4,10	31,36	1,52
15	21,29	0,89	37,56	3,25	39,15	1,30
25	32,39	0,31	49,42	4,05	55,38	2,21
35	42,96	1,73	56,51	4,31	66,06	2,32
70	78,95	1,23	72,43	3,30	83,92	2,07
105	86,93	1,44	82,24	3,95	88,23	1,72
140	89,04	1,85	84,35	3,55	89,64	1,88
180	88,37	1,29	85,77	3,26	89,82	1,90



pripravených čapíkov (3,26 %). Smerodajné odchýlky u čapíkov pripravených za použitia prístroja GAKO UNGUATOR® boli síce vyššie (1,90 %) než u priemyselne vyrábaných čapíkov, ale boli súčasne oveľa nižšie ako u čapíkov ručne pripravených.

■ Výsledky tohto experimentu ukázali, že obsah účinnej látky bol v čapíkoch pripravených za použitia prístroja GAKO UNGUATOR® rovnomernejší ako u klasickej ručnej prípravy. Vzhľadom k celkovému množstvu uvoľnenej účinnej látky a veľkosti štandardných odchýlok na konci testu boli čapíky pripravené za použitia technológie UNGUATOR® porovnateľné s priemyselne vyrábanými čapíkmi.

■ Záverom možno konštatovať, že uzavretý systém magistraliter prípravy UNGUATOR®, je práve modernou metódou

laboratórnej prípravy, ktorá je so svojimi výsledkami plne porovnateľná s priemyselnou prípravou liečiv. Táto metóda UNGUATOR® je masovo využívaná vo viac ako 40-tich krajinách celého sveta. V susednej Českej republike technológiu UNGUATOR® využíva viac ako 400 lekární a je tu aj vyhláškou SUKL stanovená predĺžená použiteľnosť pre Unguator magistraliter prípravky. Je len škoda, že na Slovensku, vďaka existujúcemu stanovisku ŠUKL, je táto metóda považovaná za „nadštandardnú metódu“ laboratórnej prípravy individuálnych receptúr, čo spôsobuje čiastočnú úhradu téglíkov a bráni tak masovému nasadeniu prístrojov v lekárenskej praxi a kvalitnej terapii pacientov. ■

Použitá literatúra

- 1) Standridge, R. Mixing In a Compounding Pharmacy in the 21st Century. International Journal of Pharmaceutical Compounding. 2015; 19 (6), 479 – 484.
- 2) Eifer-Bollen, R., et al. Qualitätssicherung in der Rezeptur. Pharmazeutische Zeitung. 2001; 146 (14), 36 – 40.
- 3) Alberg, U., et al. Keimzahl in wasserhaltigen Dermatika. Pharmazeutische Zeitung. 1997; 142 (27), 36 – 40.

Kokteil z farmácie

novinky vo farmácii

PRELOŽILA A SPRACOVALA:

PharmDr. Eva Kozáková

odborný zástupca za výrobu liekov

NORMÁLNA, PRIEMERNÁ HMOTNOSŤ: Radšej hrubé nohy ako diabetes

MEDICÍNA:

■ Kto má normálnu hmotnosť, nemusí si spravidla robiť až také starosti o srdcovo-cievne riziko ako ľudia s nadváhou. To ale neplatí vždy, pretože u asi 20 % ľudí s normálnou hmotnosťou je napriek ich štíhlemu zovňajšku masívne poškodený metabolizmus.

■ Títo pacienti majú podľa správy Nemeckého inštitútu pre výskum diabetu (DZD) v Tübingene viac ako trojnásobne zvýšené riziko pre kardiovaskulárnu príhodu a smrť ako je u metabolicky zdravých. Aj v porovnaní s ľuďmi, ktorí sú metabolicky zdraví, ale majú nadváhu, je ich riziko pomerne vyššie.

■ Títo ľudia sa dajú rozpoznať podľa toho, že majú obzvlášť štíhle nohy, informoval tím vedcov sústredených okolo profesora Dr. Norberta Stefana z Univerzity Tübingen a z DZD v odbornom periodiku „Cell – Metabolism“. Vedci skúmali u 981 účastníkov štúdie s normálnou hmotnosťou, ktoré fenotypové znaky (charakteristiky) sú sprevádzané poškodeným metabolizmom. Zistilo sa, že účastníci, ktorí majú málo tuku uloženého na nohách, vykazujú častejšie rizikové faktory ako vysoký krvný tlak, porucha metabolizmu tukov alebo inzulínová rezistencia a diabetes 2. – typu. Vzhľad postihnutých sa podobal pacientom s lipodystrofiou. „*Tuk na bokoch udržia chudých zdravými,*“ zhrnul výsledky Dr. Norbert Stefan.

Zdroj: PHARMAZEUTISCHE ZEITUNG 32/2017

KORTIKOIDY:

Poruchy zraku ako možné nežiaduce účinky

FARMÁCIA:

■ V prípade, ak pacienti užívajú liečbu kortikosteroidmi a trpia poruchami zraku, môže to byť nežiaduci účinok liečby. Na túto skutočnosť upozorňuje lieková komisia nemeckej lekárskej obce (AkdÄ).

■ Toto upozornenie má oporu v oznámení britskej liekovej agentúry z 15. augusta, v ktorom poukázala na zriedkavé riziko výskytu centrálnej seróznej chorioretinopatie ako nežiaduceho účinku terapie kortikosteroidmi. Centrálne serózne chorioretinopatie (CSC) je zriedkavá komplikácia kortikoterapie, pri ktorej dochádza k fokálnej seróznej ablácii neurosenzorickej (NS) sietnice v makulárnej oblasti, spôsobenej presakovaním tekutiny cez poškodený retinálny pigmentový epitel (RPE). Ochorenie je spôsobené hyperpermeabilitou ciev v chorioidei (cievovke) v oku a prejavuje sa napríklad prostredníctvom rozmazaného alebo skresleného videnia, centrálnym výpadkom zorného poľa alebo narušeným kontrastným videním. Tieto príznaky môžu nastúpiť kedykoľvek počas liečby kortikosteroidmi – či už je to niekoľko dní ale aj niekoľko rokov po začatí tejto liečby.

■ Spolkový inštitút pre lieky a zdravotnícke pomôcky (BfArM) upozornil už v júni tohto roku na centrálnu serózne chorioretinopatiu ako možný nežiaduci účinok terapie kortikosteroidmi a podnecuje, aby boli tieto skutočnosti zaznamenané aj ako zodpovedajúce upozornenia v rámci príbalovej informácie k lieku PIL a informácii pre odbornú verejnosť SPC všetkých liekov obsahujúcich kortikosteroidy.

■ Nežiaduce účinky sa môžu vyskytnúť ako pri systémovom tak i pri lokálnom podaní terapie. Pacienti postihnutí touto poruchou sú odporúčaní k návšteve oftalmológa.

Zdroj: PHARMAZEUTISCHE ZEITUNG 40/ 2017



↑ Tuk na nohách a zadku nezodpovedá ideálu krásy, má ale zdravotné výhody.

INFARKT MYOKARDU: Betablokátory bez vplyvu v sekundárnej profylaxii



↑ Po infarkte myokardu je pacientom predpísaná spravidla liečba statínmi, ACE-inhibítormi a betablokátormi. Len polovica pacientov užíva dlhodobo všetky tri účinné látky.

FARMÁCIA:

■ Betablokátory sa zdajú byť v sekundárnej profylaxii po infarkte myokardu zastupiteľné, nahraditeľné. Podľa štúdie zverejnenej v odbornom časopise „Journal of the American College of Cardiology“ je dvojkombinácia zložená zo statínov s ACE-inhibítormi rovnako účinná ako trojkombinácia doplnená ešte aj o betablokátory.

■ Autori štúdie z Eshelman School of Pharmacy v Severnej Karolíne združení okolo Dr. Gang Fang vyhodnotili údaje od viac ako 90 000 amerických pacientov, ktorí boli starší ako 65 rokov a prekonalí už infarkt myokardu.

■ Všetci pacienti dostali predpísanú trojkombináciu terapie pozostávajúcej z betablokátoru, statínu a ACE- inhibítora alebo AT1-blokátora. Približne polovica pacientov po 6 mesiacoch po infarkte myokardu prestala užívať minimálne jeden liek, ako zistili vedci pri kontrole, či pacienti svoje recepty vyberali.

■ Jeden rok po prekonaní infarktu myokardu bola mortalita u adherentných pacientov okolo 9,3 %. U tých, ktorí vysadili len betablokátor bola zistená úmrtnosť v miere 9,1 % – čo nie je štatisticky významný rozdiel. Iná dvojkombinácia alebo prípadne monoterapia dopadli dokonca ešte horšie. Najvyššia miera úmrtnosti bola zaznamenaná s 14,3 % v prípade, kedy boli vysadené všetky tri lieky.

■ „Problém trojkombinovanej terapie je v tom, že je pre ľudí ťažké, užívať svoje lieky dlhodobo ako je predpísané,“ uvádza hlavný autor štúdie Fang v tlačovej správe. To platí najmä pre starších pacientov, ktorí už užívajú iné lieky. „Netvrdíme, že betablokátory nemajú žiadnu hodnotu. Ale ich prínosy sa zdajú byť zatižené dvojkombináciou ACE-inhibítora/statín.“

Opatrnosť pri diabete a demencii

■ Štúdia tiež poukázala na fakt, že pacienti s diabetom, demenciou alebo oboma ochoreniami majú dokonca ešte vyššiu mieru úmrtnosti, keď užívajú liečbu s betablokátorom. V tejto skupine pacientov po infarkte myokardu by mali lekári zvýšiť pozornosť pri predpisovaní betablokátorov. V tejto oblasti je však potrebný ešte ďalší výskum.

Zdroj: PHARMAZEITUNG 38/ 2017

GENAS informuje

GENAS má nový etický kódex. Je prísnejší než právne predpisy Slovenskej republiky.

Bratislava 18. 10. 2017

■ Asociácia generických výrobcov GENAS sprísnila od septembra 2017 etický kódex. Etický kódex v mnohých oblastiach presahuje všeobecne záväzné právne predpisy Slovenskej republiky a dodatočné požiadavky Štátneho ústavu pre kontrolu liečiv. Kódex je tiež plne v súlade s európskymi etickými pravidlami. „Prijatie a dodržiavanie kódexu je potrebnou podmienkou členstva v asociácii generických výrobcov,“ vysvetľuje jej predsedníčka, MUDr. Terézia Szádocka. „Nová verzia adaptuje prísne etické pravidlá, ktoré prijala Medicines for Europe, európske združenie výrobcov generických a biologicky podobných liekov na konci roku 2015“.

■ Kódex taktiež vyžaduje preškolenie zástupcov generických spoločností a stanovuje prísne etické pravidlá pre prácu zástupcov farmaceutických spoločností.

■ Etický kódex GENAS reguluje správanie farmaceutických spoločností, a to v širokom rozsahu ich činností. Definuje nielen vizualizáciu propagačných materiálov, ale aj činnosť obchodných zástupcov, sponzorovanie kongresov a organizovanie sympózií, firemných vzdelávacích seminárov či granty. Kódex upravuje aj vzťahy so zdravotníckymi pracovníkmi, komunikáciu s verejnosťou, obchodné vzťahy s partnermi ako aj poskytovanie rabatov.

■ Kompletnú verziu nájdete na:

<http://www.genas.sk/sk/eticky-kodex>

Predsedníčka asociácie GENAS: MUDr. Terézia Szádocka

■ Asociácia generických výrobcov GENAS združuje všetkých hlavných výrobcov a dodávateľov generických a biologicky podobných liekov pôsobiacich na Slovensku. V súčasnosti sa jedná o 13 generických farmaceutických spoločností a 5 pozorovateľov, pričom v Slovenskej republike zamestnávajú 575 zamestnancov. Na slovenský trh v súčasnosti členovia GENAS dodávajú produkty, ktorých sa každoročne predá viac ako 43 miliónov balení. V skupine liekov, ktorým vypršala patentová ochrana, predstavujú generické lieky až 96 % všetkých predpísaných balení na Slovensku. Na celkových nákladoch liekov hrađených z verejných zdrojov predstavujú však iba 55 %*.

■ Generické lieky predstavujú základnú liečbu chronicky chorých pacientov šetriac pritom zdroje verejného zdravotníctva.

*Zdroj: QuintilesIMS Data 8/2017

Svet farmácie

krátke správy zo sveta

PRELOŽILA A SPRACOVALA:

PharmDr. Eva Kozáková

odborný zástupca za výrobu liekov



↑ Návšteva u lekára prostredníctvom videa: V bazilejskej lekárni TopPharm bude za niekoľko dní otvorená miniklinika.



Švajčiarsko: Miniklinika v lekárni

V bazilejskej TopPharm lekárni sa môžu už čoskoro pacienti nechať spojiť prostredníctvom videokomunikácie s lekárom. Ponuky budú zavedené prostredníctvom konceptu poskytovateľa telemedicínskych služieb Medgate, ktorý chce so svojimi miniklinikami expandovať vo Švajčiarsku. Medgate chce prostredníctvom minikliník poskytnúť zdravotnú starostlivosť v lekárni pacientom, ktorí majú naponáhlo.

■ Od 8. septembra bola spustená táto služba v TopPharm lekárni situovanej na Barfüsserplatz v Bazileji. Zdravotná sestra prijme pacientov, vykoná rutinné vyšetrenia a jednoduché laboratórne testy priamo na mieste. Ak je to potrebné, môže byť naviazané spojenie s lekárom z telemedicínskeho centra Medgate prostredníctvom monitoru naživo.

■ Srdcom minikliniky je telediagnostická stanica, ktorá umožňuje prenos bioúdajov a obrazov – napr. zo zrkovodu alebo z nosohltanu pacienta. Keďže v telemedicínskom centre nepracujú len všeobecní lekári ale aj lekári so špecializáciou, môžu byť v miniklinikách ponúknuté služby vyšetrenia aj odborným lekárom – špecialistom. Z dlhodobého hľadiska by mali byť prostredníctvom širokého spektra výkonov poskytované porovnateľné služby s tými v poliklinikách.

■ Medgate v nasledujúcich 5 rokoch plánuje zaviesť tieto služby v ďalších 150 miestach. Len v najbližších 6 mesiacoch by malo byť otvorených ďalších 5 minikliník.

Zdroj: APOTHEKE ADHOC, zo dňa 30. 8. 2017



Francúzsko: Povinnosť očkovania od januára rozšírená

Francúzsko chce rozšíriť povinnosť očkovania pre deti. Tá by mala platiť od začiatku nasledujúceho roka na očkovanie proti 11 ochoreniam, vrátane čierneho kašľa, osýpok, rubeoly a hepatitíde B, ako oznámila ministerka zdravotníctva Agnès Buzyn vo vysielaní CNews. Doteraz boli povinné očkovania vo Francúzsku len proti záškrtu, tetanu a detskej obrne.



↑ Francúzska ministerka zdravotníctva Agnès Buzyn prednedávnom oznámila, že povinnosť očkovania pre deti bude od začiatku roka rozšírená

■ Očkovanie proti ôsmim ďalším ochoreniam bolo doteraz len na báze odporúčaní pre obyvateľstvo zo strany úradov. Rozšírenie povinnosti očkovania bolo v júli ohlásené vládou, na konci augusta ministerka spresnila termín zavedenia novej povinnosti. Proti tomuto zámeru protestuje časť obyvateľstva.

■ V Nemecku doposiaľ neexistuje žiadna povinnosť očkovania, aj keď to vyžadujú niektorí experti. Rodičia musia preukázať lekárske poradenstvo pri očkovaní keď chcú svoje deti prihlásiť do jasli.

■ V Taliansku krátko po vypuknutí epidémie osýpok prijali diskutabilnú povinnosť pre očkovanie všetkých detí a dospelých. Rodičia musia nechať zaočkovať svoje deti po tomto rozhodnutí proti desiatim ochoreniam.

Zdroj: APOTHEKE ADHOC, zo dňa 31. 8. 2017



Nemecko: Nemecký farmapriemysel žiada nižšie DPH na lieky

■ Nemecký Spolkový zväz výrobcov liekov vyzval politikov, aby sa po voľbách zamerali na zníženie DPH liekov. Zatiaľ čo vo väčšine európskych krajín je sadzba do 10 %, v Nemecku je to 19 %. Vyššiu má už len Bulharsko (20 %) a Dánsko (25 %). Znížením na 7 %, ako je tomu v prípade potravín, krmív pre zvieratá, či taxislužieb, by nemecké zdravotné poisťovne podľa výpočtu zväzu ušetrili až 4 mld. eur ročne.

Zdroj: APATYKAŘ, zo dňa 4. 10. 2017



USA: FDA zlepšila prístup k správam o nežiaducich účinkoch liekov

■ Americká FDA spustila nový vyhľadávací nástroj, ktorý zlepšuje prístup k údajom o nežiaducich udalostiach súvisiacich s liekmi a biologickými prípravkami prostredníctvom systému FDA pre hlásenie o nežiaducich udalostiach FAERS. Nový vyhľadávač umožňuje užívateľom vyhľadávať a organizovať údaje podľa kritérií, ako je napríklad liečivo, biologický prípravok, vek pacienta, druh nežiaducej udalosti, rok vzniku nežiaducej udalosti alebo v určitom časovom rámci.

Zdroj: APATYKAŘ, zo dňa 29. 9. 2017



Nemecko: Delegáti Nemeckých lekárnických dní chcú zabrániť nepripustnému zasahovaniu EÚ do zdravotníctva

Valné zhromaždenie Nemeckých lekárnických dní, ktoré prebiehajú ako súčasť výstavy Expopharm, sa vyslovilo za posilnenie subsidiarity.

■ Nemeckú spolkovú vládu potom delegáti vyzvali, aby zabránila nepripustnému vplyvu EÚ na zvrchovanosť členských štátov v zdravotníctve. V pozadí v rámci tzv. transparentnej iniciatívy EK v januári 2017 bol predstavený balíček služieb, pri ktorom má byť schválená európska smernica o teste primeranosti, ktorý bude musieť byť uskutočnený pred prijatím nových profesných predpisov. Lekári požadujú vyňatie svojej profesie z platnosti tejto smernice. Podľa návrhu Bruselu by totiž členské štáty mali vždy pred prijatím nového profesného zákona najprv zistiť jeho primeranosť. Podľa lekárov by tak mohla byť ohrozená vysoká úroveň ochrany pacientov zo strany lekárov. Na zdravotnícke služby by sa nemali vzťahovať ekonomické aspekty vnútorného trhu EÚ, ale musia sa brať do úvahy záujmy spoločného dobra.

Zdroj: APATYKAŘ, zo dňa 14. 9. 2017



UNIPHARMA získala umiestnenie v rebríčku COFACE CEE TOP 500

- Spoločnosť UNIPHARMA – 1. slovenská lekárnická akciová spoločnosť sa dostala do rebríčka „COFACE CEE TOP 500“ najväčších spoločností v strednej a východnej Európe!
- Umiestnili sme sa na 384. mieste za rok 2016, pričom sme sa posunuli o 20 priečok vyššie oproti predchádzajúcemu roku.
- Rebríček nadnárodnej spoločnosti Coface CEE top 500 klasifikuje 500 najsilnejších spoločností. Pri zostavovaní rebríčka zohľadňuje obrát, ale aj počet zamestnancov, či podnikateľské sektory a trhy, na ktorých pôsobia.
- Slovensko má v rebríčku umiestnených 41 firiem, ktorých obrát bol viac ako 300 miliónov eur. Je to piate najpočetnejšie zastúpenie v regióne.

(zdroj: TASR)

Správy z Česka

AUTOR:

PharmDr. Martin Kopecký, PhD.

SPRACOVALA: Mgr. Ing. Denisa Ižová

Lekárnici vstupujú do symbolického štrajku. Minister zdravotníctva pokračuje v likvidácii transparentného lekárstva v Českej republike

Lekárnici v stredu 18. októbra symbolicky zavreli lekárne na 30 minút od 10:30 do 11:00, aby upozornili na ohrozenú dostupnosť lekárenskej starostlivosti. Minister zdravotníctva odmietol dorovnať príjmy lekárníkov v úhradovej vyhláške pre rok 2018 ako ostatným zdravotníkom. V návrhu ministerstva zdravotníctva sa v druhej väčšine navýšili finančné prostriedky len do lôžkových oddelení, hoci sú finančné prostriedky potrebné a predovšetkým oveľa efektívnejšie v ambulantnom sektore. Preto sa lekárnici pripájajú v proteste k praktickým lekárom i ambulantným špecialistom, aby upozornili na svojvôľu štátnych úradníkov a na netransparentný systém financovania zdravotníctva. Vznik úhradovej vyhlášky nemôže závisieť na momentálnom politickom tlaku a záujmoch, ale musí rešpektovať odborný konsenzus.

■ Ako uviedol PharmDr. Lubomír Chudoba, prezident Českej lekárskej komory, ani jedna z ich podmienok nebola zapracovaná.

■ Počas troch rokov boli v Českej republike zatvorené desiatky tzv. jedinečných lekární a ďalších 600 je existencne ohrozených. Podľa Českej lekárskej komory nie je možné ohrozovať dostupnosť zdravotnej starostlivosti na vidieku nesytemým postupom ministerstva zdravotníctva.

■ „Tlačová konferencia ministerstva zdravotníctva potvrdila, že chýba dlhodobá koncepcia financovania zdravotníctva a rezort vedie človeka, ktorý mu ako celku nerozumie. Funkcia lekárníkov je nezastupiteľná, ich zmyslom nie je predávať čo najväčší počet liekov, ale najmä poskytovať odborné poradenstvo pacientom pri výdaji liekov na lekárske predpis aj bez neho. Osobný kontakt lekárnikom s pacientom je pre dodržanie správnej liečby úplne zásadné. Rovnako tak je lekárnik významným poradcom vo väčšine prípadov samoliečby, kedy je lekárne prvým zdravotníckym

zariadením navštíveným pacientom. Tým všetkým nielen pomáha pacientovi, ale vo svojom dôsledku súčasne šetrí systému zdravotného poistenia značné prostriedky,” povedal Lubomír Chudoba.

■ Lekárnici aj naďalej požadujú deklarovanú zmenu úhradovej vyhlášky a prijatie jasnej koncepcie lekárstva v Českej republike, ktorá zachová aj tzv. jedinečné lekárnice v obciach a malých mestách a zamedzí ich pokračujúcej likvidácii. K protestnému štrajku sa preto pripojilo viac ako 2.000 lekární v Českej republike. Lekárnici požadujú:

- 1) dorovnanie príjmu prostredníctvom úhradovej vyhlášky ako ostatným zdravotníkom,
- 2) principiálnu zmenu financovania lekárenskej starostlivosti,
- 3) spravodlivý prístup ministerstva zdravotníctva k všetkým typom zdravotníckych zariadení.

Zdroj TZ ČLnK

Verejné lekárnice štrajkovali za svoje požiadavky

Verejné lekárnice sa pripojili k protestu praktických lekárov a plne podporujú výzvu Českej lekárskej komory a v stredu 18. 10. 2017 na pol hodiny zatvorili svoje prevádzky. Verejné lekárnice týmto vyjadrujú jasný protest s postupom Ministerstva zdravotníctva a pripojili sa k štrajku Združenia praktických lekárov a Výzve Českej lekárskej komory.

■ Týmto protestom verejnosť upozornili na dlhé roky neriešené problémy vo verejných lekárnach a to je diskriminácia pacientov systémom výrazne rozdielnych doplatkov na lieky, diskriminácia pacientov zavedením čakacích listín na dodávky liekov. Protest je upozomením novozvoleným poslancom a budúcemu ministrovi zdravotníctva, aby situáciu vo verejných lekárnach bezodkladne riešil.

■ Grémium majiteľov lekární zastupuje 1 186 verejných lekární v zmluvnom konaní o stanovenie hodnoty bodu a ceny výkonov. Príjmy lekární zo zdravotného poistenia sa dlhodobo znižujú a všetky náklady sa združujú minimálne o infláciu už niekoľký rok po sebe.

■ Marek Hampel, predseda Grémia majiteľov lekární a koordinátor segmentu lekárenskej starostlivosti k tomu uviedol, že ministerstvo zdravotníctva nezohľadnilo oprávnené a dlhodobé požiadavky segmentu lekární, preto sa rozhodli zapojiť do štrajku.

Zdroj: Grémium majiteľov lekární, ČR

SPRACOVALA:
Mgr. Alexandra Pechová



↑ Zľava: Ing. Miloš Mladý, MBA (UNIKLINIKA), Ing. Mária Bednárová (Dôvera), Ing. Martin Kultán (Dôvera)

UNIKLINIKA kardinála Korca v Prievidzi dostala špeciálne ocenenie od poisťovne Dôvera

■ Ing. Martin Kultán – generálny riaditeľ zdravotnej poisťovne Dôvera udelil UNIKLINIKE kardinála Korca v Prievidzi špeciálne ocenenie za aktívne využívanie služby Bezpečné lieky online a prínos v rozvoji bezpečnej a kvalitnej liečby pacienta. Podľa vyjadrenia riaditeľa Unikliniky kardinála Korca v Prievidzi Ing. Miloša Mladého, MBA „*ide o zavádzanie moderných trendov, ktoré sú v záujme zdravotníckych zariadení prevádzkovaných spoločnosťou UNIPHARMA – 1. slovenská lekárska akciová spoločnosť. Tieto inovácie zvyšujú efektívnosť liečby pre pacientov.*“

■ Služba Bezpečné lieky online od zdravotnej poisťovne Dôvera poskytuje vyššiu kvalitu a bezpečnosť liečby pacientov. Pacienti poistení v zdravotnej poisťovni Dôvera vďaka službe Bezpečné lieky online získavajú základné údaje o liekových interakciách a lekári dostávajú podrobnejšie informácie aj s odporúčaním ako postupovať pri liečbe ich pacientov. ■



SPRACOVALA:

JUDr. Zuzana Vrtielová

právny odbor

Ochrana osobných údajov od 25. 5. 2018 podľa európskeho nariadenia GDPR alebo na čo sa pripraviť?

Milí lekárnici,

keďže k spracovaniu osobných údajov dochádza v lekárňach pri každodenných situáciách, či už je to vydávanie liekov na základe lekárskeho predpisu a ich následná evidencia, spracúvanie objednávok alebo reklamácií pacientov, vedenie mzdovej a personálnej agendy, prípadne monitoring kamerovým systémom v priestoroch lekárne, považujeme za potrebné priblížiť vám novú právnu úpravu týkajúcu sa ochrany osobných údajov. Keďže pri svojej každodennej činnosti spracúvate osobné údaje pacientov, z pohľadu zákona máte postavenie **prevádzkovateľa osobných údajov**. Každá databáza osobných údajov má svoj účel spracovania a podľa zákona sa nazýva **informačný systém (IS)**, napr. IS mzdy a personalistika, IS pacienti, IS kamerové systémy...

■ **GDPR alebo General Data Protection Regulation** (v preklade Všeobecné nariadenie o ochrane údajov) je európske nariadenie č. 2016/679 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov (ďalej len „GDPR“) zavádzajúce jednotné pravidlá v oblasti ochrany osobných údajov, ktoré začnú **od 25. 5. 2018** platiť vo všetkých krajinách EÚ. V súčasnosti je v štádiu legislatívneho procesu v Národnej rade SR **nový zákon o ochrane osobných údajov, ktorý preberá ustanovenia GDPR**, s navrhovanou účinnosťou **od 25. 5. 2018**, a prijatím ktorého sa zruší doteraz platný zákon č. 122/2013 Z. z. o ochrane osobných údajov, ktorý je účinný od 1. 7. 2013 a bol dvakrát novelizovaný.

Najdôležitejšie zmeny pri spracúvaní osobných údajov podľa GDPR

GDPR sa týka všetkých spoločností, ktoré spracúvajú osobné údaje, teda údaje, na základe ktorých je možné identifikovať konkrétnu osobu. Medzi tieto patria aj lekárne, nakoľko spracúvajú nielen osobné údaje pacientov, ale ako každý zamestnávateľ aj osobné údaje svojich zamestnancov.

Čo je to osobný údaj?

■ Osobný údaj je nielen meno, priezvisko, dátum narodenia, rodné číslo, adresa trvalého pobytu, prípadne e-mail či telefónne číslo. Tento tradičný okruh sa podľa GDPR rozširuje aj o ďalšie údaje technického charakteru, akými sú **IP adresa** (identifikátor umiestnenia počítača príp. tlačiarne v sieti) alebo **súbory cookies** (informácia o navštívených web stránkach slúžiaca na personifikáciu užívateľa). Samozrejme netreba zabúdať na to, že osobným údajom je aj kamerový záznam, nakoľko zaznamenáva obraz fyzickej osoby.

■ Nová právna úprava sa neuplatňuje na osobné údaje zosnulých osôb.

Zodpovedná osoba

■ GDPR zavádza **povinnosť ustanoviť tzv. zodpovednú osobu**. Zodpovednou osobou môže byť externý dodávateľ služieb alebo vlastný zamestnanec, avšak iba za splnenia prísnych, najmä kvalifikačných podmienok. Podľa doteraz platného zákona prevádzkovateľ nemusel ustanoviť zodpovednú osobu a písomne ju poveriť výkonom dohľadu nad dodržiavaním zákonných ustanovení pri spracúvaní osobných údajov, ale bol povinný



oznámiť Úradu na ochranu osobných údajov (ďalej len „Úrad“) tie informačné systémy, v ktorých sa spracúvajú osobné údaje úplne alebo čiastočne automatizovanými prostriedkami spracúvania.

Bezpečnostný projekt

■ V zmysle novej právnej úpravy prevádzkovateľ už nebude mať povinnosť vypracovať bezpečnostný projekt, ktorý zahŕňal bezpečnostnú smernicu. Prevádzkovateľ však bude mať **povinnosť posúdiť vplyv na ochranu osobných údajov**, ktorý musí obsahovať aspoň:

- systematický opis plánovaných spracovateľských operácií a účely spracúvania osobných údajov
- posúdenie nutnosti a primeranosti spracovateľských operácií vo vzťahu k účelu
- posúdenie rizika pre práva a slobody dotknutých osôb vo vzťahu k rizikovým spracovateľským operáciám
- opatrenia na riešenie rizík vrátane záruk, bezpečnostných opatrení a mechanizmov na zabezpečenie ochrany osobných údajov a na preukázanie súladu s týmto nariadením

Povinnosť viesť záznamy o spracúvaní osobných údajov

■ Každý prevádzkovateľ, ktorý:

- zamestnáva **minimálne 250 zamestnancov**,
- spracúva osobné údaje **pravidelne** (napr. internetový obchod) alebo
- spracúva osobné údaje **zvláštnej kategórie** (napr. osobné údaje o zdravotnom stave, biometrické alebo genetické údaje...)

musí podľa GDPR viesť **záznamy o spracúvaní osobných údajov**, napr. formou prevádzkového denníku, do ktorého budú zapisované všetky dôležité informácie (napr. o prijatých technických opatreniach, o rozsahu a účelu spracúvania osobných údajov alebo ich prenosoch do tretích krajín).

Povinnosť nahlasovať bezpečnostné incidenty Úradu ako i dotknutým osobám

■ Prevádzkovatelia budú povinní **nahlásiť Úradu** každé narušenie alebo únik osobných údajov, a to v lehote **do 72 hodín** od zistenia takéhoto bezpečnostného incidentu. Ak by takýto únik alebo narušenie predstavovali vážne riziko pre práva dotknutých osôb, prevádzkovateľ je povinný **kontaktovať aj samotné dotknuté osoby**, ktorých osobné údaje môžu byť ohrozené.

Pokuty podľa GDPR sú prísnejšie

■ GDPR za porušenie povinností pri ochrane osobných údajov stanovuje pokuty až do výšky **20.000.000 EUR**, prípadne až do výšky **4 % z celkového ročného obratu**, na rozdiel od súčasne platného zákona, kedy pokuty dosahujú maximálne 200.000 EUR.

■ **Podľa najnovších informácií by mal byť nový zákon o ochrane osobných údajov publikovaný 1. 1. 2018 a účinný rovnako ako GDPR, teda od 25. 5. 2018.** Pripravovať sa na zmeny odporúčame začať s časovým predstihom.

Základné kroky prípravy na GDPR:

- **vyhodnotenie súčasného nastavenia procesov pri spracúvaní osobných údajov (aké údaje a prečo ich spracúvam, ako s nimi nakladám)**
- **porovnanie súladu nastavení procesov a dokumentov (napr. formulárov, zmlúv, obchodných podmienok atď.) s požiadavkami podľa GDPR a nového zákona o ochrane osobných údajov**
- **definícia cieľového stavu (čo a ako by sa malo zmeniť, stanovenie harmonogramu)**
- **návrh a samotná implementácia riešení (úprava dokumentov, zaistenie potrebných služieb, napr. služieb zodpovednej osoby, implementácia technických zmien)**

Viac informácií k tejto téme nájdete aj na stránke Úradu – www.dataprotection.gov.sk/uouu/sk/content/hlavne-zmeny-v-pravnej-uprave-ochrany-osobnych-udajov

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



Legislatívny seminár pri príležitosti 25 rokov ADL

Asociácia dodávateľov liekov a zdravotníckych pomôcok zorganizovala 23. októbra 2017 Legislatívny seminár pri príležitosti 25 rokov ADL. Program bol plný zaujímavých prednášok s aktuálnymi témami.

Po úvodných slovách PharmDr. Kolomana Gachalla, prezidenta ADL, nás RNDr. Jozef Pospíšil previedol históriou spoločnosti ADL. Prednášku otvoril myšlienkou, že zdravie je jeden z mála atribútov, ktorý spája ľudí bez ohľadu na vek, pohlavie, či spoločenské postavenie. Spájanie a hľadanie prienikov je preto už 25 rokov základom, na ktorom Asociácia dodávateľov liekov a zdravotníckych pomôcok stavia svoju činnosť.



↑ Zľava: JUDr. Ivan Humeník, Ph.D., Mgr. Peter Kall, PharmDr. Koloman Gachall, RNDr. Jozef Pospíšil

■ Za uplynulých 25 rokov sa v radoch prezídia či predsedníctiev jednotlivých sekcií vystriedali odborníci, ktorí vynaložili množstvo úsilia na presadenie cieľov ADL. Patria sem prezidentky a prezidenti ADL:

- **PharmDr. Koloman Gachall**, od apríla 2016,
- **PharmDr. Iveta Kelová**, od mája 2015 do apríla 2016,
- **Mgr. Jana Širková**, od januára 2014 do mája 2015
- **MUDr. Igor Novák, MPH.**, od novembra 2009 do januára 2014
- **MVDr. Jaroslav Vasíl, CSc.**, od novembra 2007 do novembra 2009
- **MUDr. Andrej Reiner, CSc.**, od novembra 2001 do mája 2007
- **RNDr. Jozef Pospíšil**, Prezident ASDL od júna 1993 do novembra 2001
- **RNDr. Ladislav Hampl**, 1. Prezident ASDL od septembra 1992 do júna 1993

■ ADL je najdlhšie pôsobiaca a jedinou asociáciou na Slovensku, ktorá zjednocuje komplexný liekový reťazec. RNDr. Pospíšil priblížil aj činnosti a prínosy ADL, ale aj ciele ADL, ktorými sú: vytváranie stabilného, otvoreného a kvalitatívneho dialógu

s partnermi a MZ SR, zabezpečenie efektívneho, transparentného a legitímneho podnikateľského prostredia v oblasti zdravotníctva, podpora modernej, inovatívnej a kvalitnej liečby pre slovenských pacientov, edukácia a vytváranie maximálnej informačnej platformy o liekovej politike SR dostupnej pre každého občana SR.

■ Pripomenul aj dôležité body ADL späté až po jej založenie. ALIANCIA LIEK vznikla v roku 1999 s cieľom spojiť výrobcov liekov a zdravotníckych pomôcok, distribútorov liekov, majiteľov lekární v spoločnom úsilí za vyriešenie narastajúceho dlhu zdravotných poisťovní za lieky a zdravotnícky materiál. V roku 2000 3. Mimoriadny snem ASDL zmenil názov na „Asociácia dodávateľov liekov a zdravotníckych pomôcok“, skratka ADL. 8. Riadny snem 21. 11. 1995 v Piešťanoch – odsúhlasená zmena názvu na „Asociácia distribútorov liekov a zdravotníckych pomôcok v Slovenskej republike“. 22. 9. 1992, Detva – ustanovujúci snem – Asociácia súkromných distribútorov liekov, liečiv, zdravotníckeho materiálu a zdravotníckej techniky v Slovenskej republike – skratka: ASDL. ADL vznikla v roku 1992 z iniciatívy distribučných spoločností s cieľom riešiť druhotnú

insolventnosť spoločností, ktorá komplikovala vzájomné vzťahy dodávateľov i výrobcov liekov. Podarilo sa tak odvrátiť kolaps distribučného reťazca.

■ **Novela zákona č. 363/2011 Z. z. o rozsahu a podmienkach úhrady liekov, zdravotníckych pomôcok a diietických potravín na základe verejného zdravotného poistenia a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov bol názov prednášky Mgr. Petra Kalla**, predsedu sekcie výrobcov ADL. Novela ešte nebola schválená, je v legislatívnom procese.

■ Mgr. Kall na úvod vymedzil základné pojmy. Úradne určená cena lieku je cena lieku od výrobcu alebo dovozcu určená ministerstvom, ktorá nemôže byť prekročená pri prvom predaji lieku na území Slovenskej republiky, ani pri ďalšom predaji lieku držiteľovi povolenia na veľkodistribúciu liekov. Priblížil aj pojmy ako originálny, generický, biologický a biologický podobný liek, špeciálny zdravotnícky materiál, diietická potravina.

■ V rámci bodu kritériá kategorizácie liekov vysvetlil, čo je to prahová hodnota, ale aj Koeficient prahovej hodnoty a Významný vplyv na prostriedky ZP. Zameral sa

aj na Zaradenie lieku (QALY) CEA, CUA pričom vysvetlil, kedy môže byť liek zaradený v zozname kategorizovaných liekov.

■ Zmluva o podmienkach úhrady lieku zdravotnou poisťovňou bola ďalším bodom prednášky. Zmluvu musí pre zaradenie kategorizovaných liekov uzatvoriť držiteľ registrácie s každou ZP, ktorej podiel počtu poistencov na celkovom počte poistencov je najmenej 15 %, alebo najmenej jeden poistenc bol liečený liekom, ktorého sa zmluva týka v období predchádzajúcich 12 mesiacov. Zmluva musí obsahovať označenie lieku, maximálnu výšku úhrady za

zamestnanca v hospodárstve Slovenskej republiky zistenej Štatistickým úradom Slovenskej republiky za kalendárny rok, ktorý dva roky predchádza kalendárnemu roku, v ktorom sa určuje úhrada.

■ Čo sa týka zaradenia a vyradenia lieku do kategorizačného zoznamu, okrem prvého lieku, prvého generického lieku, zákon rozširuje definíciu aj na I., II., III. generický liek, a I., II., III. biologicky podobný liek. Ak ministerstvo z vlastného podnetu ide vyradiť liek, nesmie ohroziť život pacienta a môže to urobiť na základe ďalších troch

medzi „law in books“ a „law in action“ v optike zákona 362/2011 Z.z. bol názov prednášky, ktorú predstavil **JUDr. Ivan Humeník, Ph.D.**, advokát, h & h PARTNERS. V prednáške chcel upozorniť na základné veci, ktoré sú z praktického pohľadu prekonané, ako sa zdá z praxe, alebo ktoré boli nejakým spôsobom do zákona dané, ale je otázne, čo sa nimi myslí a či zákonodarcu vyhodnotil reálnu uplatniteľnosť a aplikovateľnosť daných ustanovení. Zamerl sa na reguláciu vývozu kategorizovaných liekov, zľavy v naturáliách, zákaz podpory iných ako odborných podujatí a zákaz ovplyv-



↑ PharmDr. Zuzana Baťová, PhD., Ing. Marian Šimegh



↑ Publikum zaujato počúvalo všetky prednášky

tento liek zdravotnou poisťovňou, indikačné obmedzenia, preskripčné obmedzenia, podmienky delenia terapeutického rizika a maximálnu výšku úhrady zdravotnej poisťovne za tento liek na obdobie platnosti zmluvy. Zmluva môže obsahovať ustanovenie o tom, že držiteľ registrácie poskytne zdravotnej poisťovni zľavu vo forme lieku, ktorý je predmetom tejto zmluvy. Dozvedeli sme sa tiež, kedy zmluva stráca platnosť. Mgr. Kall sa venoval aj podmienenému zaradeniu lieku do zoznamu kategorizovaných liekov. Následne prešiel na Reguláciu výšky doplatku pacienta, „Fixný“ doplatok, Limit spoluúčasti „Fixný“ doplatok sa neuplatňuje pre liek:

- ktorý je podmienené zaradený v zozname kategorizovaných liekov v referenčnej skupine, v ktorej nie je zaradený iný liek
- ktorý je predmetom zmluvy o podmienkach úhrady lieku zaradený v zozname kategorizovaných liekov zaradený v referenčnej skupine, v ktorej nie je zaradený iný liek alebo liek zaradený do zoznamu kategorizovaných liekov alebo
- ktorého doplatok poistenca je vyšší ako 5 % z priemernej mesačnej mzdy

bodov, ktoré doteraz neboli definované. Prešiel aj témami ako Zníženie / Zvýšenie úradne určenej ceny lieku zaradeného v zozname kategorizovaných liekov. Do zákona sa zavádza možnosť zareagovania na zníženie ceny. Zmenilo sa aj to, že ministerstvo môže rozhodnúť o zvýšení úradne určenej ceny, najviac to bolo 5 %, teraz je to 20 %, ak sú splnené podmienky. Zavádza sa aj povinnosť podať žiadosť o úradné určenie ceny lieku, ktorý nie je zaradený v zozname kategorizovaných liekov, pre každý liek ktorý je viazaný na lekárske predpis s výnimkami.

■ Porovnávanie úradne určených cien – „EU referencovanie“ bola ďalšia téma, kde sa zamerl na zmeny vo frekvencii a predmete porovnávaní.

■ Dostali sme sa aj k téme osobitné prípady úhrad – „výnimky“. Bolo potrebné najskôr zadefinovať cenu lieku, lebo doteraz to nebolo v zákone 363. Od tejto ceny sa bude odvíjať plná úhrada.

■ Prednášku zakončil informáciami o správnych poplatkoch, ktoré boli navýšené, ale je možnosť ich redukcie na základe určitých kritérií a prechodnými ustanoveniami k úpravám účinným od 1. januára 2018.

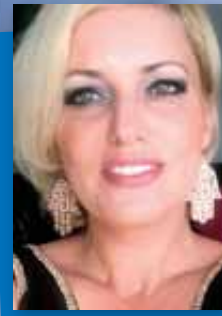
■ **Obsolétnosť alebo inak – rozdiel**

ňovania predpisujúceho lekára.

■ V druhom bloku sa predstavila riaditeľka Štátneho ústavu pre kontrolu liečiv **PharmDr. Zuzana Baťová** s témou **Problematika falšovaných liekov a bezpečnostných prvkov na liekoch**. **Tomáš Khorel** zo spoločnosti IMS Health, s. r. o., odprezentoval prednášku **Market Update: Ako sa zmenil trh?**

■ Nakoniec priblížil Ing. Marian Šimegh **Aktuálny stav Elektronického zdravotníctva na Slovensku**. Na úvod predstavil víziu a cieľ elektronického zdravotníctva. Víziou programu ezdravie je poskytnúť správne informácie v správny čas na správnom mieste vo všetkých etapách a procesoch starostlivosti o zdravie občanov. Cieľom ezdravie je výrazne prispieť k zlepšeniu zdravotnej starostlivosti a tým aj k zvyšovaniu kvality života občanov prostredníctvom informačných a komunikačných technológií. Zamerl sa aj na prehľad funkcionalít, Benefity ezdravie pre zdravotníckych pracovníkov, Postup pripojenia ambulantných PZS, Legislatívne zmeny z dôvodu zavedenia ezdravie. Objasnil aj ezdravie vs. GDPR a ezdravie v praxi. Po prednáške sa rozprúdila diskusia.

Starostlivosť o pleť v zime



AUTOR:

PaedDr. Sylvia Galvánková

PR manager Pierre Fabre

Studený vietor, mráz, kúrenie, časté striedanie teplôt... To všetko dá našej pokožke poriadne zabráť. Aby sme svoju pokožku dokonale ochránili, musíme poznať jej špecifiká a nájsť pre ňu vhodnú starostlivosť. Tá musí byť zvolená tak, aby pokožka nestratila svoju rovnováhu a aby záťažovému zimnému obdobiu čo najlepšie odolala.

☐ Koža je ucelený orgán, jednou z jej základných funkcií je ochrana pred vonkajšími vplyvmi. Aj keď je koža vybavená prirodzeným ochranným systémom proti agresívnym vplyvom, ak je suchá má túto obrannú schopnosť výrazne zníženú. Na jej ochranu a výživu nám slúžia dermokozmetické prostriedky. Z celého spektra je nutné vybrať si tie, ktoré vytvárajú ochranný film, ktorý chráni kožu pred nečistotami, vonkajšími nepriaznivými vplyvmi, obnovujú bunečnú aktivitu a imunitný systém kože. Opravujú poškodené membrány a zmierňujú kožné zápaly.

Charakteristika pleti v zime

Chladný a zimný vzduch a mráz zosilnený vetrom obmedzuje schopnosť kože vyrovnávať sa s nepriaznivým podnetom, narušuje ochrannú bariéru kože, sťažuje mikrocirkuláciu v koži, zhoršujú sa regeneračné pochody v pokožke.

Vplyvom chladu je koža horšie prekrvovaná a pôsobí bledšie a matnejšie. Metabolizmus kože býva chladom spomalený a preto vylučuje menej mazu a potu ako v lete a býva suchšia. Relatívna vlhkosť vzduchu v chladnom období klesá, koža stráca svoju vlhkosť a to najmä v nekrýtych, nechránených častiach ako je pleť tváre, koža na rukách, kde má tendenciu hrubnúť, praskať, vysušovať sa a olupovať. Na pleť negatívne pôsobí aj pobyt v nevetraných a príliš vykurovaných priestoroch. V zime je koža horšie prekrvovaná, čo je spôsobené stiahnutím ciev. Niekedy môže nastať ich trvalé poškodenie, takže sa natrvalo rozťahnu. Vplyv agresívnych klimatických

podmienok spôsobuje problémy najmä citlivej a suchej pleti, ktorá reaguje na zmeny začervenaním, niekedy aj podráždením.

Citlivá pleť trpí najviac

Citlivá pleť je podľa odborníkov často zakódovaná už v našom tele pri narodení. Problémy vznikajú najmä pri stenšenej pleti, alebo nedostatočnej povrchovej bariére. Svoju úlohu neraz zohráva aj nedostatok obranných hydratačných mechanizmov, ktoré máme v koži. K tomu sa pripája aj imunitný systém a u mnohých pacientov je to i kožné ochorenie. Pri citlivej pokožke však nemožno zabúdať ani na vonkajšie faktory, ktoré stav a reakcie nášho tela výrazne ovplyvňujú. Zvýšené reakcie pleti môžu ovplyvňovať aj poveternostné podmienky ako je chlad, vietor, horúčava atď. Veľmi častou príčinou náhleho podráždenia kože je aj výber nevhodnej kozmetiky, ktorá dokáže napáchať veľké škody na koži. Väčšina lekárov sa však zhoduje v tom, že hypersenzitívna pleť nie je nemenný stav. Všetko sa dá ovplyvniť. Pri výbere kozmetiky pre intolerantnú pleť by sme sa podľa odborníkov mali sústrediť na to, aby kozmetika, ktorú používame, spĺňala všetky atribúty kozmetiky vhodnej pre citlivú pleť. Mala by byť bez parabénov, hypoalergénna, bez konzervačných látok. Mnoho lekárov na senzitivnú a hypersenzitivnú pleť odporúča sterilnú kozmetiku, ktorá dokáže pokožku upokojiť a eliminovať podráždenie bez rizika ďalšej možnej neželanej reakcie pokožky.



Zima a kožné ochorenia

Suchá a extrémne suchá pokožka je náchylná na vznik kožných ochorení. Najčastejšími problémami je začervenaná šupinatá pokožka, svrbenie a olupovanie kože. V zimnom období sa zhoršuje stav všetkých dermatitíd, ktorým treba venovať viac pozornosti. Okrem celkového zhoršenia stavu kože ľudí trápi atopická dermatitída.

Všeobecné zásady ošetrovania kože u pacientov s atopickou dermatitídou

Radí:

MUDr. Michaela Duchoňová, PhD.
zo Súkromnej kliniky dermatológie
a estetickej medicíny Dermarevolta
v Bratislava v Jarovciach



Spôsob ošetrovania kože a využitie konkrétnych prípravkov musí zodpovedať aktuálnemu stavu choroby a rozhoduje o ňom ošetrojúci lekár.

Citlivá a suchá pleť

Podmieňujúce faktory

- Dedičnosť
- Vonkajšie vplyvy
- Stres
- Fajčenie
- Alkohol
- Znečistené prostredie, ktoré obsahuje toxické kyslíkové radikály, ozón, oxidy síry
- Nadmerná expozícia faktorom: ako sú chlad, teplo, suchý vzduch pri kúrení, intenzívne UV žiarenie, lokálne trenie, dlhší pobyt v klimatizovanej miestnosti

Tieto faktory vyčerpajú schopnosť adaptácie kože a prestať sa postupne tvoriť dostatočné množstvo mazu a tukov a vzniká citlivá, suchá pleť.

Citlivá a suchá pleť

- Problematicky reaguje na podnety zvonku aj na vnútorné problémy
- Suchá a citlivá pleť sa vyznačuje tým, že je jemná, krehká, matná, olupuje sa, trpí pocitom tenzie, vyznačuje sa svetlejšou farbou
- Častým problémom suchej a citlivej pleti sú rozšírené žilky
- Problematicky reaguje na prudké zmeny vonkajšieho prostredia, ako je prechod z tepla do chladu a opačne, veľmi citlivo reaguje na slnečné žiarenie a tiež na prostriedky používané na bežnú hygienu ako i na niektoré prostriedky kozmetickej starostlivosti
- Veľmi skoro vznikajú prvé vrásky, najmä okolo očí, nosovo líčnej ryhy, pokožka stráca pevnosť a tým aj pružnosť
- Tento typ pokožky má tendenciu oveľa rýchlejšie starnúť ako iné typy pleti – pre ženu suchá a citlivá pleť je hotová pohroma
- Sústavná ochrana pred zatažujúcimi vplyvmi spočíva v správnej hygiene, čistení pleti, tonizácii, hydratácii
- Niekedy môže začervenať a vytvorí sa drobné vyrážky až pluzgieriky, ktoré svrbia a pália

Ak problémy pretrvávajú je dobré urobiť skúšku citlivosti kože u dermatológa. Citlivá a suchá koža horšie znáša aplikáciu akejkoľvek látky na kožu a preto je potrebný starostlivý a opatrný prístup.

Dôležitá je prevencia pred ďalším presušovaním, pretože vzniká tzv. začarovaný kruh – koža je suchšia a čím je viac suchšia tým viac praskajú cievky a čím viac praskajú cievky tým je horšie vyživovaná a začína byť ešte viac suchá a citlivá, prestane tolerovať takmer všetko čo jej chceme dodať a ďalej sa vysušuje a ďalej praskajú cievky.



Hydratovanie kože:

je nutné minimálne dva razy denne a podľa potreby aj častejšie. Odporúčeným emolientným prostriedkom ošetríme celý kožný povrch, vrátane prípadných zapálených ekzémových ložísk.

Ošetrovanie zapálenej kože predpísaným prípravkom:

nasleduje až po jej premastení. Nanášaná vrstva prípravku nemá byť príliš hrubá a má byť rovnomerne rozotretá po postihnutých oblastiach kože. Ošetrené plochy prekryjeme štvorcami gázy a previažeme obvazom. Do oblastí kožných záhybov sa vkladajú gázové záložky, aby sa dve ošetrené plochy kože navzájom nedotýkali. Frekvenciu ošetrovania určí predpisujúci lekár, zvyčajne sa ošetruje dva razy denne. Pri opakovanom ošetrení je treba prípadné zvyšky prípravku z predchádzajúceho ošetrenia šetrne odstrániť – ich zotretím tampónom namočeným v slnečnicovom alebo olivovom oleji.

Uplatňovanie pravidiel atopickej životosprávy je neoddeliteľnou súčasťou a predpokladom úspešnosti liečby každého pacienta bez ohľadu na aktuálny stav jeho ťažkostí. Hlavnými zásadami sú diétnické opatrenia s vylúčením zistených alergénov, podľa možnosti vylúčenie alebo obmedzenie pobytu v prašnom prostredí a v prostredí s výskytom identifikovaných individuálnych alergénov, odstránenie všetkých dráždivých materiálov z domáceho a podľa možnosti aj pracovného prostredia pacienta, správne hygienické návyky očisty kože.

Kúpeľ:

pri zhoršení zápalových prejavov je najvhodnejším spôsobom umývanie kúpeľ, ktorý umožňuje použitie antiseptického prostriedku (napr. hypermangánu) na prevenciu infekovania škrabancov. Po zmiernení zápalu je či už pri kúpaní alebo sprchovaní vhodné využitie liečivého účinku olejových kúpeľov. Teplota vody pri kúpaní alebo sprchovaní by nemala presiahnuť 37 °C a trvanie umývania 20 minút.

Obklady:

štvorce z viacerých vrstiev obvazovej gázy namočíme v lekárom odporúčanom roztoku, nadbytok tekutiny odstránime len ľahkým stlačením gázy a takto pripravenými štvorcami prekryjeme mokvajúce plochy. Štvorce upevníme obvazom suchým obvazom. Po 5 minútach je potrebné štvorce gázy znova namočiť a priložiť. Celý postup zopakujeme niekoľkokrát, teraz už s dlhším časovým intervalom 15 – 20 minút, až do ústupu mokvania. Po aplikácii obvazov miesta, ktoré predtým mokvali, ošetríme predpísaným krémom a podľa možnosti obviažeme.

Ako si správne vybrať vhodnú starostlivosť?

V čase akútneho vzplanutia i v čase remisie je dôležité používanie vhodných prípravkov. Na čo sa majú pri výbere správnej kozmetiky ľudia sústrediť? Opýtali sme sa **doc. MUDr. Dušana Buchvalda, PhD. z Detskej dermatovenerologickej kliniky LFUK a DFNSP v Bratislave**



■ Prípravky určené na ošetrovanie suchej kože sa označujú ako emolenciá. Moderné emolenciá sú komplexné prípravky zvyčajne obsahujúce kombináciu viacerých účinných látok, ktoré zasahujú na rôznych miestach do patogenetických procesov suchosti kože. Zvyčajne obsahujú fyziologické lipidy, ktoré sa okrem zabudovania do lamiel rohovej vrstvy kože priamo

podieľajú aj na regulácii rastu a diferenciácii buniek tvoriacich kožnú bariéru. Súčasťou väčšiny emolencií sú okrem lipidov aj hydratačné látky, ktorých úlohou je viazať vodu a udržať ju v koži.

■ **Čo považujete za najvhodnejšie a najúčinnnejšie emolenciá?** Najnovšie a najúčinnnejšie emolenciá obsahujú aj látky s priamym protizápalovým a protisvrbivým pôsobením. Ošetrovanie suchej atopickkej kože emolenciami je základným a nevyhnutným postupom v komplexnej starostlivosti o pacienta s atopickou dermatitídou. Moderné emolenciá s priamym protizápalovým a protisvrbivým pôsobením prostredníctvom potlačania základných patogenetických procesov atopickkej dermatitídy – suchosti, zápalu a svrbenia kože – predstavujú najefektívnejšie prípravky liečby suchej atopickkej kože.

■ **V súčasnosti sa na trhu objavila aj sterilná kozmetika s patentovaným uzáverom D.E.F.I. Aké s ňou máte skúsenosti?**

Čo sa týka sterilného uzáveru D.E.F.I., z dermatologického pohľadu je výhodné mať obsah tuby po celý čas používania emolencie sterilný. Dôležité je to, aby prípravky neobsahovali žiadne parabény, konzervanty či iné látky, ktoré pôsobia ako konzervanty. Ideálne sú prípravky, ktoré sa hneď vstrebávajú do kože a ich tolerancia bola testovaná pod prísnu dermatologickú a pediatrickú kontrolou.

Ošetrovanie suchej a citlivej pleti

- Na čistenie používať pleťové mlieka s hydratačným a čistiacim účinkom, bez obsahu alkoholu
- Na dočistenie používať pleťové vody bez alkoholu
- Pleť oplachovať vlažnou vodou
- Vhodné hydrofilné pleťové krémy a masky OBSAHUJÚCE vitamíny A,D,E, esenciálne masné kyseliny, pantenol, extrakt morských rias, rastlinné alebo živočíšne výťažky, aktívne ceramidy, lipozómy, kyselinu hyaluronovú, ureu, minerálne látky, stopové prvky a účinné látky posilujúce prirodzenú obranyschopnosť kože, zvyšujúce pevnosť kapilár a vyrovnávajúce prekrvenie pleti
- Ochranné hydratačné a výživné prostriedky majú úlohu doplniť tie prirodzené zložky, ktoré suchej a citlivej pleti chýbajú. Sú to zložky predovšetkým z tukov – sfyngolipidy a ceramidy a látky zvyšujúce množstvo vody v pokožke (kyselina hyaluronová, ovocné kyseliny)
- Dôležitá je ochrana suchej pleti s UV filtrami, lebo UV žiarenie pokožku vysušuje a hlavne ochrana s UV faktormi v zime, lebo vtedy je suchá pokožka nedostatočne prekrvená a má tendenciu vylučovať menšie množstvo mazu a potu.
- Kozmetické prostriedky bez liehu, obmedziť radikálne kozmetické procedúry ako naparovanie, HS, intenzívna neodborná masáž
- Nepoužívať dekoratívnu kozmetiku vo forme práškov





**PharmDr. Ľubomír
Virág, PhD.**
Lekárň Chrenová
Nitra

Prípád z praxe:

- ▶ Pacient (69 – ročný) dlhoročne navštevuje kardiologickú ambulanciu (arteriálna hypertenzia, dysfunkcia ľavej komory).
- ▶ Aktuálne užíva: atorvastatín (1 x 20 mg), bisoprolol (1 x 5 mg), kyselinu acetylsalicylovú (1 x 100 mg). Nakoľko sa nedávno u pacienta diagnostikoval infekt horných dýchacích ciest, indikovaný bol klaritromycín (1 x 500 mg). Pred týždňom pacient prekonal infarkt myokardu (LVEF = 32 %). Do popredia vystúpili klinické príznaky srdcového zlyhávania (dýchavica – ktorá sa objavuje pri námahe, svalová slabosť, zadržiavanie vody a tekutín – opuchy členkov, nôh a trupu, rýchle a nepravidelné búšenie srdca). Vzhľadom na klinický stav pacienta kardiológ zvažuje indikáciu eplerenónu (1 x 25 mg s postupnou titráciou dávky na 2 x 25 mg).
- ▶ **Aké sú všeobecné zásady bezpečného podávania eplerenónu a manažmentu pacienta po infarkte myokardu?**
- ▶ **Aké je riziko liekových interakcií liečiv, ktoré pacient v súčasnosti užíva?**

Liekové interakcie u pacienta po infarkte myokardu

Infarkt myokardu

■ Pre pacientov po infarkte myokardu (IM) je najrizikovejším obdobím prvý mesiac. Keďže čas pobytu v nemocnici po akútnej koronárnej príhode sa neustále skraca, je na lekároch prvého kontaktu, aby podľa priebehu hospitalizácie a aktuálneho klinického stavu postupne stabilizovali dávkovanie liekov a spoložhodovali s príslušnými konziliárnymi o optimálnej liečbe a rehabilitácii. Kontrola dyslipidémie, hypertenzie a diabetu, ukončenie fajčenia, podávanie protidoštičkovej liečby, úprava diéty, fyzickej aktivity a zmeny životného štýlu je pre sekundárnu prevenciu koronárnej aterosklerotickej choroby nevyhnutná.

■ Pacienti po prekonanom IM majú vyššie riziko jeho recidívy a vyššiu mortalitu v porovnaní s ostatnou populáciou. Krátkodobá i dlhodobá prognóza pacienta po IM závisí predovšetkým od funkcie ľavej komory (LK). Znížená ejekčná frakcia LK je daná predovšetkým rozsahom nekrózy myokardu. Inou príčinou

zníženej ejekčnej frakcie však môžu byť aj reverzibilné zmeny funkcie myokardu v dôsledku prítomnosti omráčeného alebo hibernovaného myokardu. Ďalším faktorom vplyvajúcim na prognózu pacienta je prítomnosť reziduálnej (zvyškovej) ischémie myokardu po prekonanom infarkte. Dôležitým prognostickým ukazovateľom je prítomnosť malígnych komorových porúch rytmu, ktoré sú zodpovedné za väčšinu náhlych úmrtí z kardiálnych príčin. V neposlednom rade určujú prognózu pacienta faktory, ktoré vplyvajú na rýchlosť progresie aterosklerotického postihnutia koronárnych ciev. Ide predovšetkým o fajčenie, hyperlipidémiu, diabetes mellitus a hypertenziu. Cieľom sekundárnej prevencie je zníženie mortality, zníženie výskytu recidívy IM a zlepšenie kvality života pacienta. Tieto ciele je možné dosiahnuť úzkou spoluprácou medzi praktickým lekárom a kardiológom. Základom sekundárnej prevencie sú opatrenia vedúce k úprave životného štýlu, ktoré sú doplnené farmakoterapiou a u vybraných pacientov implantáciou kardiovertera-defibrilátora (ICD).

Sekundárna prevencia po prekonaní IM

■ Fajčenie má významný protrombotický potenciál, zvyšuje sympatickú aktivitu a zvyšuje spotrebu kyslíka v myokarde. Výskyt koronárnych príhod u fajčiarov je dvakrát častejší v porovnaní s nefajčiarmi. Prerušenie fajčenia sa považuje za najvýznamnejšie opatrenie v sekundárnej prevencii po prekonanom IM. Samotné prerušenie fajčenia znižuje mortalitu pacientov v priebehu 2 – 3 rokov o jednu tretinu. Na odstránenie návyku fajčenia je možné ako pomocné opatrenia využiť nikotínové náplasti. Ich použitie je bezpečné aj u pacientov s akútnym koronárnym syndrómom. V individuálnych prípadoch je možné použitie antidepressív.

■ U pacientov po prekonanom IM je dobre dokumentovaný aj priaznivý vplyv primeranej telesnej aktivity. Daný je zlepšením funkcie endotelu, antitrombotickým pôsobením, zlepšením tvorby kolaterál a tiež redukciou sympatického tonusu s antiarytmickým efektom. Za primeranú fyzickú aktivitu považujeme aeróbnu aktivitu takej intenzity, pri ktorej sa u pacienta neobjavuje bolesť na hrudníku. Ide najmä o rýchlu chôdzu, plávanie, bicyklovanie, beh alebo turistiku. Telesná aktivita má dosahovať 60 – 70 % maximálnej tepovej frekvencie pre daný vek. Za optimálnu sa považuje 30-minútová aeróbná aktivita aspoň päťkrát do týždňa. Izometrická aktivita, ako je zdvíhanie ťažkých nákladov alebo rýľovanie, nie je vhodná. Je vhodné využívať na fyzickú aktivitu bežné denné činnosti – napríklad chôdzu po schodoch, pešiu chôdzu namiesto používania dopravných prostriedkov a podobne.

■ Redukcia telesnej hmotnosti je nutná u pacientov s BMI nad 30 kg/m², za optimálnu hmotnosť je považovaný BMI pod 25 kg/m². Redukcia telesnej hmotnosti je nutná predovšetkým pri abdominálnej obezite (definovaná je ako obvod pásu viac ako 102 cm u mužov a 88 cm u žien). Nebolo však dokázané, že samotná redukcia hmotnosti znižuje mortalitu. Význam zníženia telesnej hmotnosti spočíva v priaznivom ovplyvnení rizikových faktorov súvisiacich s obezitou.

■ Diétne opatrenia spočívajú v redukcii príjmu soli (predovšetkým u pacientov s hypertenziou) v zvýšenom príjme ovocia, zeleniny a rýb. Predpokladá sa priaznivý vplyv omega-3 nenasýtených mastných kyselín rybieho tuku, jednoznačné dôkazy však zatiaľ chýbajú. Je prípustná konzumácia malého množstva alkoholu.

Eplerenón

■ Eplerenón je dnes predovšetkým pre svoj vplyv na remodeláciu ľavej komory odporúčaný do kombinácie s inhibítormi ACE a s β -blokátorom u chorých s klinickými prejavmi srdcového zlyhávania po infarkte myokardu a ejekčnou frakciou ľavej komory $\leq 40\%$ a je v tejto indikácii uvedený vo všetkých odporúčaniach pre diagnostiku a liečbu srdcového zlyhávania. Limitáciou je, že v kombinácii s ďalšími blokátormi osi renín – angiotenzín – aldosterón (ACEI, antagonisti ATII) sa môže objaviť zvýšený výskyt hyperkaliémie, a je potrebné hladinu draslíka monitorovať. Druhou významnou limitáciou je v súčasnosti cena.

■ Štúdia EPHE-SUS ukázala, že podávanie eplerenónu (selektívneho antagonistu aldosterónových receptorov) viedlo

u pacientov s prekonaným IM k redukcii mortality oproti placebo. Eplerenón sa v súčasnej dobe indikuje ako doplnok štandardnej terapie zahŕňajúcej betablokátory na zníženie rizika kardiovaskulárnej mortality a morbidoty v liečbe stabilizovaných pacientov s dysfunkciou ľavej komory (LVEF $\leq 40\%$) a s klinickými známkami srdcového zlyhávania po nedávno prekonanom infarkte myokardu a tiež ako doplnok k štandardnej optimálnej terapii na zníženie rizika kardiovaskulárnej mortality a morbidoty dospelých pacientov so srdcovým zlyhávaním triedy NYHA II (chronickým) a systolickou dysfunkciou ľavej komory (LVEF $\leq 30\%$).

Dávkovanie

■ Ako cieľová dávka sa odporúča 50 mg eplerenónu raz denne. Liečba eplerenónom sa má začať dávkou 25 mg jedenkrát denne a postupne titrovať počas štyroch týždňov do cieľovej dávky. Liečba eplerenónom sa má začať v rozmedzí troch až štrnástich dní po prekonanom akútnom infarkte myokardu. Dávka sa musí titrovať s ohľadom na plazmatickú hladinu draslíka, ktorá by nemala presiahnuť 5,0 mmol/l.

■ Tolerabilita sa posudzovala predovšetkým v štúdiu EPHE-SUS a nenašiel sa rozdiel medzi eplerenónom a placebom v počte liečených pacientov, ktorým sa vyskytli nežiaduce účinky (78,9 % vs. 79,5 %). Najčastejšie boli hlásené kardiovaskulárne problémy ($> 50\%$), ktoré sa pravdepodobne týkali skôr základného ochorenia než medikácie.

■ Pri liečbe eplerenónom sa vyskytlo o niečo viac gastrointestinálnych ťažkostí ($p = 0,05$). Pri podávaní placebo bolo zaznamenaných viac respiračných ťažkostí ($p = 0,05$), predovšetkým dýchavičnosť ($p = 0,01$). Nebol zaznamenaný rozdiel vo výskyte gynekomastie a jej celkový výskyt v oboch skupinách nepresiahol 1 %. Pri liečbe eplerenónom sa vyskytlo menej metabolických abnormalít ako s placebom (17,2 % vs. 19,2 %, $p = 0,03$). Hypokaliémia hlásená riešiteľmi sa vyskytla významnejšie menej (0,5 % vs. 1,5 %, $p < 0,001$), obdobne ako laboratórne stanovená hypokaliémia vyžadujúca doplnky draslíka alebo hodnotu draslíka $< 3,5$ mmol/l (8,4 % vs. 13,1 %, $p < 0,001$). Menej častá bola aj hypoglykémia (0,6 % vs. 1,1 %, $p = 0,04$).

■ Naopak hyperkaliémia nahlásená riešiteľmi bola častejšia po terapii eplerenónom (3,4 % vs. 2,0 %, $p < 0,01$), obdobne laboratórne stanovená hyperkaliémia definovaná ako hladina draslíka $> 6,0$ mmol/l (5,5 % vs. 3,9 %, $p = 0,001$). Dvanásť chorých v skupine liečenej eplerenónom a troch chorých v skupine s placebom museli hospitalizovať pre závažnú hyperkaliémiu, v placebovej skupine bola v prípade jedného chorého ako príčina úmrtia označená hyperkaliémia. Výskyt hyperkaliémie vykazoval tesnú súvislosť s funkciou obličiek, za hranicu s nutnou väčšou obozretnosťou sa považuje klírens kreatinínu < 50 ml/min. Po jednom roku liečby sa pozoroval väčší vzostup hladiny kreatinínu pri liečbe eplerenónom ako s placebom (+ 5,3 mmol/l vs. + 1,8 mmol/l, $p < 0,001$) aj draslíka (+ 0,3 mmol/l vs. + 0,2 mmol/l, $p < 0,001$). Ako nezávislé faktory predpovedajúce možnú hyperkaliémiu boli označené: zvýšená hladina draslíka pred liečbou, zvýšená hodnota kreatinínu, diabetes mellitus a podávanie antiarytmík.



ZÁVER

- ▶ Makrolidové antibiotiká nie sú z hľadiska potenciálu liekových interakcií rovnaké. Z pohľadu liekových interakcií preto v žiadnom prípade nemožno na túto skupinu liečiv nazeráť skupinovo (class effect). Z výsledkov doteraz realizovaných kontrolovaných štúdií in vitro a in vivo vyplýva, že: ich schopnosť inhibovať CYP3A4 in vivo klesá v poradí – troleandomycín ≥ telitromycín >> josamycín > klaritromycín = erytromycín >> roxitromycín > azitromycín = spiramycín >> diritromycín – s tým, že azitromycín, diritromycín ani spiramycín prakticky CYP3A4 neovplyvňujú alebo je miera zmien farmakokinetických parametrov a farmakodynamických vlastností príslušného liečiva klinicky zanedbateľná.
- ▶ U pacientov dlhodobo liečených statínmi biotransformovanými na CYP3A4 (atorvastatín, lovastatín alebo simvastatín) možno v prípade indikácie podávania makrolidových antibiotík odporučiť liečbu azitromycínom (i keď v roku 1997 bola publikovaná kazuistika rabdomyolýzy pri súčasnom podávaní azitromycínu s lovastatínom) alebo spiramycínom.
- ▶ Interakcie eplerenónu s inými liečivami súvisia s ovplyvnením hladiny draslíka a s metabolizmom prostredníctvom pečeneých mikrozomálnych enzýmov. Eplerenón sa nemá podávať pacientom užívajúcim kálium šetriace diuretiká a doplnky stravy s obsahom draslíka, pretože hrozí riziko hyperkaliémie. Hladina K⁺ v sére > 5,5 mmol/l môže vyvolať veľmi závažné až fatálne arytmie.
- ▶ Medzi klinicky najvýznamnejšie farmakokinetické interakcie eplerenónu patrí spoločné podanie silných inhibítorov cytochrómu P-450 3A4, napr. azolového antimykotika ketokonazolu. Samotný eplerenón je substrátom tohto enzýmu a neinhibuje ani izoenzýmy CYP1A2, CYP2C19, CYP2C9 a CYP2D6. V terapeutických dávkach nie je substrátom ani inhibítorom P-glykoproteínu. Pri podaní 100 mg eplerenónu súčasne s 200 mg ketokonazolu dochádza k takmer päťnásobnému zvýšeniu AUC eplerenónu. Eplerenón je

kontraindikovaný v kombinácii so silnými inhibítormi CYP3A4, pre súčasné podanie s miernymi až strednými inhibítormi tohto enzýmu sa odporúča znížiť dávku eplerenónu na 25 mg.

- ▶ Grapefruitová šťava farmakokinetiku eplerenónu významne neovplyvnila. Súčasné podanie silného induktora CYP3A4, napr. ľubovníka bodkovaného, znižuje AUC o tretinu. Súčasné podanie sa neodporúča ani s ostatnými silnými induktormi CYP3A4.
- ▶ Z liečiv, ktoré nebudú ovplyvňovať eplerenón na úrovni pečeneých enzýmov, ale potenciálne môžu ovplyvniť jeho farmakokinetiku, je potrebné spomenúť liečivá so silnou väzbou na plazmatické bielkoviny (glibenklamid, warfarín) a liečivá s -vysokým obličkovým klírensom, napr. digoxín. Ovplyvnenie farmakokinetiky však nebolo pri žiadnej z týchto látok klinicky preukázané ako významné. ■

Použitá literatúra

- Boyce Dhillon S. Eplerenone: a review of its use in patients with chronic systolic heart failure and mild symptoms. *Drugs*, 73, 2013, 1451 - 1462.
- Dobro D. et al. Statin therapy and clinical outcomes in myocardial infarction patients complicated by acute heart failure: insights from the EPHEsus trial. *Eur J Heart Fail*, 15, 2013, 221 - 227.
- Mitro P. Farmakoterapia a nefarmakologické opatrenia u pacienta po prekonanom infarkte myokardu. *Via pract*, 8, 2011, 58 - 61.
- SmPC výrobcov liekov
- Volterrani M., Iellamo F. Eplerenone in chronic heart failure with depressed systolic function. *Int J Cardiol*, 200, 2015, 12 - 14.

TEHOTENSTVO A NEŽELANÝ ÚNIK MOČU

Tehotenstvo a očakávaný príchod bábätka patria medzi najkrajšie obdobia v živote ženy. Telo a psychika budúcich mamičiek však práve v radostnom očakávaní prechádza zásadnými zmenami, ktoré nemusia byť vždy príjemné.

Až dve tretiny prvorodičiek postihuje počas gravidity inkontinencia, po pôrode ňou trpí až pätina žien. K únikom moču sú viac náchylné aj viacnásobné matky a tiež ženy, ktoré ním trpeli pri prvom tehotenstve.

„Rastúce bábätko vytvára tlak na orgány v jeho okolí, najmä brušnú dutinu, panvové dno a močový mechúr, ktorý núti mamičku častejšie navštevovať toaletu. Práve nedostatočná činnosť panvových svalov spôsobuje únik moču - inkontinenciu“, vysvetľuje predseda urogynekologickej ambulancie MUDr. Lukáš Horčíčka.

Najväčší nápor nastáva samozrejme pri pôrode a preto je popôrodná inkontinencia najčastejšou nepríjemnosťou, s ktorou sa musia čerstvé mamičky vyrovnávať. Ľudské telo má však neuveriteľnú schopnosť regenerácie a aj tento stav sa časom upraví. Pri bezproblémovom prirodzenom vaginálnom pôrode inkontinencia zvyčajne sama vymizne v priebehu šesťnedeľa, pri väčšom bábätku alebo komplikovanejšom pôrode to môže byť do šiestich mesiacov, ak je poškodenie svalov panvového dna rozsiahlejšie, môže to trvať až tri roky. U žien s popôrodnou inkontinenciou je vysoká pravdepodobnosť jej návratu v staršom veku. Pôrod môže byť aj spúšťačom takzvanej stresovej inkontinencie pri smiechu, či kašli.

Problémom s únikom moču je možné predchádzať

Súčasťou prípravy na materstvo by mal byť systematický tréning svalov panvového dna. Výborným pomocníkom je súbor cvikov pod názvom Technika PELVICORE.

Ide o jednoduché a nenáročné cvičenie, bez ohľadu na vek a fyzické dispozície. Podstatou cvičenia je sťahovanie svalov spôsobom, akoby sme nutne potrebovali na toaletu a ich opätovné uvoľňovanie. Jedno stiahnutie by malo trvať približne 10 sekúnd a opakovať by sa malo aspoň 15 až 20 krát. Výhodou tohto cvičenia je jeho „neviditeľnosť“. Dámy tak



môžu cvičiť kedykoľvek a kdekoľvek bez toho, aby si to ich okolie všimlo, ideálne niekoľko krát za deň. Pri cvičení Techniky PELVICORE je dôležitá pravidelnosť. Zlepšenie by malo byť citelné po 2 až 4 mesiacoch, avšak fyzioterapeuti odporúčajú cvičiť aspoň 6 mesiacov.

Tento jednoduchý cvik je účinný nie len ako prevencia, ale aj v prípade, že problém s inkontinenciou už nastane. Jeho ďalšou nie zanedbateľnou výhodou je výrazné zvýšenie kvality sexuálneho života po pôrode.

Riešte už prvé príznaky

Okrem samotnej prevencie a liečby je tiež nevyhnutné siahnuť po kvalitných absorpčných inkontinenčných pomôckach. Podľa stupňa inkontinencie a závažnosti úniku sú tieto špeciálne navrhnuté tak, aby bezpečne absorbovali uniknutú tekutinu, eliminovali zápach a boli príjemné na každodenné nosenie. Bežné hygienické pomôcky, či menštruačné vložky sú svojou štruktúrou navrhnuté na úplne iný účel a nie sú v tomto prípade dobrou voľbou.

Cvičenie, úprava životného štýlu a vhodné absorpčné pomôcky dokážu zásadne zvýšiť komfort a istotu. Problém ale nemožno podceňovať.

„Únik moču je nepríjemný a chúlостivý, nie však zriedkavý problém. Už pri jeho prvých príznakoch je potrebné vyhľadať všeobecného lekára, urológa, či gynekológa“, odporúča doktor Horčíčka.



VIAC INFORMÁCIÍ NA
www.tena.sk



MUDr. Tomáš Šálek

Prevenencia ochorenia kolorektálneho karcinómu sa na Slovensku zlepšuje

SPRACOVALA:

Mgr. Alexandra Pechová

FOTO: archív MUDr. Šáleka

Rakovina hrubého čreva a konečníka je jedným z najčastejších ochorení vôbec. Na Slovensku sa kolorektálny karcinóm zaraďuje medzi ochorenia s najčastejšou úmrtnosťou. Existuje vôbec účinná prevencia tohto vážneho ochorenia? Aké sú možnosti liečenia a aká je informovanosť pacientov o tomto ochorení nám prezradil špecialista MUDr. Tomáš Šálek – bývalý primár oddelenia klinickej onkológie, organizátor Bratislavských onkologických dní v Bratislave, prezident Slovenskej onkologickej spoločnosti, predseda Dermatookologickej kooperatívnej skupiny Slovenska, zástupca Slovenska v Európskej spoločnosti internistickej onkológie a člen poradného zboru Európskej spoločnosti digestívnej onkológie.

? Pán doktor, vyše 20 rokov ste boli primárom oddelenia klinickej onkológie, čo vám táto skúsenosť dala a naopak, čo vám vzala?

Dala mi veľmi veľa a rovnako mi veľa aj vzala. Ale, začneme tým pozitívnym. Umožnila mi starať sa denne o pacientov s onkologickými ochoreniami, nielen na ambulancii, ale aj na lôžkovom oddelení a neustále bojovať s onkologickým ochorením ako takým. Naučila ma bojovať vždy s nádejou, že pacient spolu so svojim tímom – rodinou, lekármi, sestrami, sanitármi a nakoniec aj primárom vyhrajú, aj keď sa nám to samozrejme nepodarilo vždy, napriek tomu, že sme sa všetci snažili robiť svoju prácu tak, ako sme najlepšie vedeli. Veľmi dôležité je, aby sme sa so svojou nádejou a optimizmom delili so svojimi pacientmi a aj touto formou im pomáhali v ich neľahkej životnej situácii. Mal som možnosť celý doterajší profesionálny život pracovať s mladými ľuďmi a čerpať od nich pozitívnu energiu a na oplátku som sa im snažil „revanžovať“ svojimi

skúsenosťami a vedomosťami. Čo mi vzala? Hlavne čas pre rodinu. Mojih troch synov si pamätám najmä ako som ich v lete učil plávať a v zime sme sa spolu sánkovali a neskôr lyžovali. Zrazu sú všetci traja po skončení vysokoškolských štúdií a žijú samostatne. S manželkou sme radi, že sú tu na Slovensku. Ja osobne by som im však nebránil v odchode do zahraničia, aby videli a zažili aj niečo iné a najmä, aby získali iný pohľad na svet a na život.

? Špecializujete sa na rakovinu orgánov tráviaceho systému. Prečo ste sa rozhodli práve pre túto oblasť medicíny?

Táto oblasť medicíny resp. onkológie v časech, kedy som ako mladý lekár začínal, nebola veľmi atraktívna. Nemali sme (myslím tým ľudstvo) k dispozícii efektívne lieky. Jediná možnosť vyliečenia pacienta bol operačný zákrok. Všetci sme s napätím očakávali zmenu, ktorá musela nevyhnutne prísť. Aj pre mňa

to bola jedna z výziev byť pri niečom, čo bude „meniť dejiny“. A v 90-tych rokoch došlo k dramatickým zmenám a naše liečebné možnosti sa neuveriteľne rozšírili. Napriek tomu však musím pokorne konštatovať, že stále sú obrovské rezervy v možnostiach liečby rakoviny orgánov tráviaceho systému.

❓ Aké sú prvé príznaky rakoviny hrubého čreva a konečníka?

Závisí to hlavne od polohy nádoru. Nádory v pravej časti čreva robia skôr nešpecifické príznaky ako sú poruchy trávenia, nafukovanie, zvýšené vetry, chudnutie, bolesti a niekedy aj málokrvnosť. Nádory v ľavej časti čreva sa prejavujú skôr poruchami vyprázdňovania, bolesťami a prímесou krvi a hlienov v stolici.

❓ Prečo je práve na Slovensku výskyt ochorenia rakoviny hrubého čreva a konečníka taký vysoký?

To je veľmi dobrá otázka. Správna odpoveď na ňu „zaváňa“ Nobelovou cenou.

Proste nevieme! Máme viaceré indície. Môže to byť spôsob života, stravovanie. Podobný spôsob života i stravovania však majú i v iných krajinách, kde tie problémy nie sú až tak zrejme ako v našej krajine. Asi tú svoju negatívnu úlohu zohrávajú aj naše gény.

❓ Viac ako tretina pacientov prichádza k lekárovi až v pokročilom štádiu. Je informovanosť o tomto ochorení a jeho prevencii podľa vás dostatočná?

Klamal by som, keby som tvrdil, že je optimálna. Treba však konštatovať, že sa neustále zlepšuje. K tomu prispievajú informácie v elektronických aj printových médiách, ako i aktivity viacerých organizácií, z ktorých je určite najznámejšia Europacolón Slovensko.

❓ Ktoré skupiny sú najviac ohrozené vznikom tohto typu karcinómu?

Rakovina hrubého čreva a konečníka je typickým ochorením, ktoré súvisí s vekom. Jej výskyt prudko narastá od 50-tich rokov vyššie. A potom sú to geneticky viazané formy tohto ochorenia, ktoré sa vyskytujú v určitých skupinách obyvateľstva.

❓ Ako často by ľudia mali chodiť na vyšetrenia po takomto náleze?

Ak máme na mysli pacientov po liečbe tohto typu ochorenia, kontroly sa s pravidelnou frekvenciou realizujú prvých 5 rokov po liečbe a potom sa intenzita vyšetrení znižuje.

❓ Môže výskyt kolorektálneho karcinómu ovplyvniť životný štýl a vhodná strava? Pomôže to ako prevencia?

Vzhľadom na to, že nemáme celkom presne definované faktory spôsobujúce vznik tohto ochorenia, sú zdravý životný štýl a zdravá racionálna strava veľmi dôležitými základnými faktormi prevencie.

❓ Stretávate sa s nedostatkom niektorých druhov onkologických liekov na Slovensku?

Po príchode inovatívnych cielených a biologických liečiv do onkologickej praxe a vzhľadom na ich ceny nemá prakticky žiadna krajina na svete úplný dostatok finančných zdrojov

MUDr. Tomáš Šálek

- Vyše 21 rokov primár internej onkológie
- Špecializuje sa na rakovinu tráviaceho systému
- Bývalý riaditeľ Národného onkologického ústavu (2007 – 2012)
- Člen Európskej spoločnosti internistickej onkológie (ESMO), Americkej spoločnosti klinickej onkológie (ASCO) a Európskej organizácie pre výskum a liečbu rakoviny
- Člen poradného zboru Európskej spoločnosti digestívnej onkológie (ESDO)
- Zakladateľ a člen správnej rady a predseda odborného výboru občianskeho združenia Europacolón – založená 22. mája 2007 ako súčasť paneurópskeho združenia spájajúceho pacientske skupiny z rôznych štátov Európy, nezisková pacientska organizácia, ktorá bojuje proti kolorektálnemu karcinómu.

Poster #XXX Abstract #698P

A Dose-Response Study of Ramucirumab Treatment in Patients with Gastric Cancer/Gastroesophageal Junction Adenocarcinoma: Primary Results of 4 Dosing Regimens in the Phase 2 Trial I4T-MC-JVDB

Jerlin A. Ajani¹, Adria Libera², Tomasz Szaranski³, Michael Shenker⁴, Carlos Cárdenas⁵, Joana Pinheiro⁶, Elizabeth Wujcik⁷, Daniel S. Wilton⁸, Mauro Joseph⁹, Alexander Lere¹⁰, Tomáš Šálek¹¹, Christophe Tournigand¹², David Ferrer¹³, Yamei Zhang¹⁴, Aramide Long¹⁵, Wen-Ling Kang¹⁶, Ling Cao¹⁷, Francesca Russo¹⁸, John Kelle¹⁹, Waseem Siddiq²⁰

¹ University of Texas MD Anderson Cancer Center, Houston, Texas, United States
² MedSpital SRL, Cluj-Napoca, Romania
³ Hospicenter, Warszawa, Poland
⁴ Centre for Oncologic ST. Medwin SRL, Cluj, Romania
⁵ Refralife Cancer Centre, Cardiff, United Kingdom
⁶ Hospicenter CLS Podmiot Lecznicy, Lodz, Poland
⁷ MDZ, Centrum Medyczne HOP, Poznan, Poland
⁸ St. James's University Hospital, Leeds, United Kingdom
⁹ New Cross Hospital - Oncology Centre, Walthamstow, United Kingdom
¹⁰ Leningrad Regional Clinical Hospital, St. Petersburg, Russian Federation
¹¹ National Oncology Centre, Bratislava, Slovakia
¹² ICHP, CHU Henri Becquerel, Caen, Cedex, France
¹³ Eli Lilly and Company, Indianapolis, New Jersey, United States
¹⁴ Eli Lilly Italy, Florence, Italy
¹⁵ Former employee of Eli Lilly and Company, Indianapolis, New Jersey, United States
¹⁶ Centre Hospitalier AHC Foundation Trust, Manchester, United Kingdom
¹⁷ Email contact: lcao@lilly.com

Copyright © 2017 Eli Lilly and Company
 2017 ESMO Annual Meeting
 Madrid, Spain, Sep 8-12, 2017

Sponsored by Eli Lilly and Company

Publikujeme v zahraničí

- Ramucirumab (RAM) je schválený na liečbu pokročilého karcinómu žalúdka alebo adenokarcinómu gastroezofageálneho spojenia s progresiou ochorenia po predchádzajúcej platinovej a/alebo fluoropyrimidínovej chemoterapii v dávke 8 mg/kg každé 2 týždne (Q2W) na základe výsledkov 2 štúdií fázy III. Analýzy expozičných reakcií z týchto štúdií ukázali, že účinnosť RAM koreluje s expozičiou. JVDB je otvorená štúdia s monoterapiou RAM, ktorá skúmala farmakokinetiku (PK) a bezpečnosť štandardného aplikačného modelu a 3 režimy vyššej expozičie liečivom.

v tejto oblasti. To znamená, že sú medzi jednotlivými krajinami aj tzv. západného sveta významné regionálne rozdiely. Z tohto zorného uhla by sa dala odpoveď na otázku formulovať asi tak, že v každej krajine (vyspelého sveta) sa onkológovia v poslednom období stretávajú s určitou formou nie úplného, optimálneho spektra liečiv, ktoré by boli voľne k dispozícii pre všetky druhy onkologických ochorení. Najmä v USA sa v poslednom období stále viac diskutuje o tom, ako tento problém riešiť.

❓ Môžu ako podporná liečba kolorektálneho karcinómu pomôcť napríklad výživové doplnky?

Možno áno, keby to boli doplnky s vlákninou alebo presne definovanými vitamínmi.

❓ Akým spôsobom oznamujete pacientovi jeho diagnózu? Chcú pacienti počuť pravdu alebo ju naopak odmietajú?

Parciálna odpoveď je už v otázke. Je skupina pacientov, ktorá chce počuť všetko, skupina, ktorá nechce počuť nič. Potom existuje široká skupina medzi týmito dvoma skupinami. Ja sa

obvykle pýtam pacienta, čo a do akej hĺbky chce vedieť. V prípade, ak nechce byť exaktne informovaný, koho z jeho rodiny či okolia môžem informovať a v akej miere.

❓ Na čom v súčasnosti pracujete? Ste aktívny vo vedeckej činnosti?

Zaoberám sa klinickým výskumom, klinickými štúdiami, organizujem odborné konferencie, napr. Bratislavské onkologické dni. Prednášam, publikujem doma i v zahraničí, som členom redakčných rád viacerých odborných časopisov, prezidentom Slovenskej onkologickej spoločnosti, predsedom Dermatooonkologickej kooperatívnej skupiny Slovenska, zástupcom Slovenska v Európskej spoločnosti internistickej onkológie a členom poradného zboru Európskej spoločnosti digestívnej onkológie. Zahájili sme i kooperáciu s Ukrajinou – tento rok sme školili v Národnom onkologickom ústave piatich lekárov z tejto krajiny.

❓ Povolanie onkológa je náročné po psychickej stránke. Čomu sa venujete v súkromí, čo je pre vás duševným relaxom?

Oddýchnem si najmä pri odbornej literatúre a v lete pri mori. ■

Bratislavské onkologické dni

LIV. ročník

28. – 29. september 2017

Hotel Holiday Inn, Bratislava



www.solen.sk



↑ MUDr. Tomáš Šalek

■ Najprestížnejšia a najväčšia onkologická konferencia na Slovensku, v poradí už 54. onkologické dni v Bratislave, sa konali v dňoch 28. a 29. 9. 2017. Je to každoročné stretnutie slovenských onkológov s najdlhšou tradíciou. Každoročne sa organizuje už od šesťdesiatych rokov. Tento rok boli venované problematike nádorov tráviaceho systému – okrem rakoviny hrubého čreva a konečníka. Programový výbor Bratislavských onkologických dní sa vzhľadom na šírku problematiky rozhodol vynechať túto diagnózu a venovať jej vzhľadom na závažnosť ochorenia priestor na celých Bratislavských onkologických dňoch v roku 2018. Na Slovensku ročne diagnostikujeme približne 32 000 nových onkologických ochorení, z čoho tvoria nádory tráviaceho systému skoro jednu štvrtinu a tu dominuje najmä rakovina hrubého čreva a konečníka, ktorej sme len v roku 2010 diagnostikovali celkovo 2 243 nových prípadov u mužov a 1 563 prípadov u žien.

■ V tejto diagnóze sa bohužiaľ aj vo frekvencii výskytu nachádzame na smutnom druhom najvyššom mieste na svete. Tohoročný míting bol však venovaný ostatným nádorom tráviaceho systému, kde musíme opäť smutne konštatovať, špeciálne v oblasti rakoviny pankreasu, druhé miesto vo výške výskytu na svete. Náplňou bola diagnostika a terapia nádorov pažeráka, žalúdka, pankreasu, pečene a žilových ciest. Ako i pri

väčšine ostatných onkologických ochorení dominantnou liečebnou metódou zostáva chirurgická liečba, ale stále viac napredujú možnosti systémovej terapie – cieľené liečivá, biologické preparáty a imunoterapeutiká, kde sme zaznamenali v posledných desiatich rokoch priam explóziu príchodu nových preparátov do liečebnej praxe. Ich používanie, efektívnosť, vedľajšie nežiaduce účinky a dostupnosť boli i jednou z hlavných tém tohoročného vrcholného stretnutia slovenských onkológov v Bratislave. ■

AUTOR: SZU

FOTO: Miloš Koblíška

Slovenská zdravotnícka univerzita v Bratislave si pripomenula 15. výročie svojho založenia

Slovenská zdravotnícka univerzita v Bratislave oslavovala 12. októbra 2017 15. výročie od svojho zriadenia v mestskom divadle P. O. Hviezdoslava v Bratislave. Slávnostné podujatie poctili svojou prítomnosťou významné osobnosti Slovenskej republiky. Jeho Excelencia, Ivan Gašparovič s manželkou, poslanec Národnej rady Slovenskej republiky Jaroslav Paška, štátny tajomník Ministerstva zdravotníctva SR prof. MUDr. Stanislav Špánik, CSc., primátor hlavného mesta Slovenskej republiky Bratislavy, JUDr. Ivo Nesrovnal, Mgr. Rudolf Kusý, starosta mestskej časti Bratislava – Nové Mesto, riaditelia nemocníc, ústavov a ostatní vzácní hostia.



Prof. MUDr. Peter Bujdák, CSc., prvý prorektor a prorektor pre vedecko-pedagogické hodnosti a ďalšie vzdelávanie v úvode privítal všetkých členov akademickej obce SZU a požiadal o prejav Jeho Magnificenciu, rektora SZU, prof. MUDr. Petra Šimka, CSc. Vo svojom prejave rektor SZU konštatoval, že aj napriek neľahkým podmienkam i v prevažne málo žičlivom prostredí SZU dosiahla to, že je vnímaná a uznávaná ako plnohodnotný člen siete univerzitných vysokých škôl s celoštátnym i medzinárodným významom.

„Zložitú situáciu v starostlivosti o pacienta v prvom kontakte s lekárom sme sa rozhodli v spolupráci s MZ zabezpečiť v rezidentskom programe. Sme hlavnou vzdelávacou inštitúciou pre študentov, ktorí budú postupne saturovať Slovenskú republiku ako ambulantní všeobecní lekári a pediatri. Úlohou a poslaním našej rezortnej univerzity na rozdiel od verejnoprávných univerzít je zabezpečovať vzdelávanie v špecializačných študijných odboroch, ktoré sú pre zdravotníctvo mimoriadne žiaduce ale aj mimoriadne finančne náročné. Takýmto odborom je dnes napr. zubné lekárstvo, ktoré na Slovensku postupne kolabuje. Sme hrdí na to, že sme bez podpory rezortu zdravotníctva dokázali z vlastných síl výrazne posunúť úroveň vybavenia zubno-lekárskeho pracoviska na jedno z najlepších v republike. Výsledkom sú moderné pracoviská pre slovenských študentov, ktoré postupne pripravujú do praxe nových zubárov. Tešia nás výsledky objektívneho hodnotenia našej univerzity. V medzinárodnom rankingu všetkých vysokých škôl sa naša univerzita umiestnila na veľmi dobrom 7. mieste medzi slovenskými univerzitami a vysokými školami. Patríme do prvej trojky univerzít v uplatňovaní našich absolventov do praxe.“

Rektor SZU poďakoval a vyjadril svoju úctu všetkým, pedagogickým a vedeckým pracovníkom, ako aj ostatným zamestnancom, ktorí pracovali na univerzite, ktorí vynaložili veľké úsilie pri jej vzniku a zároveň vyslovil aj povzbudenie



↑ Vľavo: prof. MUDr. Peter Šimko, CSc. s manželkou prof. Ivetou Šimkovou, MD, PhD., FESC, FACC, vpravo: Doc. JUDr. Ivan Gašparovič, CSc., Dr. h. c. s manželkou Sílviou Gašparovičovou



↑ Od prof. MUDr. Juraja Šteňa, DrSc. a od Dr. h. c., prof. RNDr. Karola Mičieta, CSc. si prof. Šimko prevzal pamätné medaily

všetkým, ktorí dnes tvoria akademickú obec SZU a ktorí i napriek náročnosti zmien vynakladajú množstvo úsilia na to, aby si SZU zachovala atraktivnosť a konkurencieschopnosť medzi vzdelávacími inštitúciami a aj naďalej mohla šíriť dobré meno slovenského vysokého školstva doma a v zahraničí. Akademickú obec SZU pozdravil aj štátny tajomník Ministerstva zdravotníctva SR prof. MUDr. Stanislav Špánik, CSc., a s prejavom vystúpil aj Dr. h. c. prof. RNDr. Karol Mičieta, CSc., rektor Univerzity Komenského v Bratislave, ktorý ocenil SZU Pamätnou medailou UK. Ďalšie ocenenie, Pamätnú medailu LF UK si SZU prevzala od prof. MUDr. Juraja Šteňa, DrSc., dekana Lekárskej fakulty UK. S prejavom vystúpil aj primátor hl. mesta Bratislavy JUDr. Ivo Nesrovnal. Po slávnostných príhovoroch venovaných univerzite rektor SZU udelil kolektívom jednotlivých fakúlt SZU Pamätne listy, ktoré prevzali dekanke fakúlt SZU. Za Lekársku fakultu dekanke fakulty, prof. MUDr. Anna Remková, DrSc., za Fakultu ošetrovateľstva a zdravotníckych odborných štúdií SZU dekanke Dr. h. c. prof. PhDr. Dana Farkašová, CSc., za Fakultu verejného zdravotníctva SZU dekanke, doc. MUDr. Štefánia Moricová, PhD., MPH, mim. prof., a za Fakultu zdravotníctva SZU so sídlom v Banskej Bystrici dekanke, doc. PhDr. Beata Frčová. Súčasťou slávnostného večera bolo divadelné predstavenie Zdravý nemocný, J. P. B. Molière, venované akademickej obci Slovenskej zdravotníckej univerzity. ■

Requiem za 0,17€?

Po zverejnení dodatkov a konsolidovaných zmlúv pripravených VŠZP sa do diskusií lekárníkov dostali poplatky 0,17 €. V zmysle Z. č. 577/2004 Z. z. sú definované ako poplatky za štatistické spracovanie lekárskeho predpisu alebo poukazu, ktoré uhrádza pacient. Zákon ďalej uvádza, že ak ide o lekársky predpis alebo poukaz s identifikátorom preskripčného záznamu v elektronickej zdravotnej knižke, je výška úhrady poistenca 0.



Autor:
PharmDr. Beata Valocká
ÚPLS SR

■ Danému zákonnému ustanoveniu sme venovali pozornosť hneď, ako bolo navrhnuté v súvislosti s novelizáciou Z. č. 576/2004 Z. z. **Rozoberali sme postupne celé znenie a 9. 5. 2017 sme podali zásadné pripomienky v rámci predmetného MPK.**

1. Poplatok je uvedený v paragrafe, v ktorom je určená výška úhrady pacienta. Nie je jasné, prečo má pacient uhrádzať poplatok za štatistické spracovanie, keď nie je užívateľom takejto služby. **Keďže príjmom služby štatistického spracovania predpisu a poukazu sú zdravotné poisťovne, navrhli sme, aby túto službu poskytovateľovi lekárenskej starostlivosti uhrádzali zdravotné poisťovne. Návrh nebol akceptovaný.**

2. Pacientovi sa poskytuje dispenzácia. Ako taká je za- definovaná vo Vyhláske č. 129/2012 Z. z. ako odborný výkon farmaceuta pri výdaji liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín, nie je však určená jej úhrada. Preto sme navrhli, aby bol text „štatistické spracovanie“ nahradený textom „za službu dispenzácie“. **Návrh nebol akceptovaný.**

3. Ustanovenie uvádza, že ak ide o lekársky predpis s identifikátorom preskripčného záznamu v elektronickej zdravotnej knižke, je výška úhrady poistenca 0%. **Voči návrhu sme namietli.** Prečo 0%? Elektronický preskripčný záznam predsa nezabavuje poskytovateľa lekárenskej starostlivosti povinnosti súvisiacich s výdajom liekov, zdravotníckych pomôcok či dietetických potravín. V zmysle platnej legislatívy je zachovaná povinnosť kontrolovať správnosť dávkovania humánneho lieku z hľadiska prekročenia najvyššej jednotlivéj a dennej dávky liečiva a upozorniť na osobitné varovania pri užívaní a používaní humánneho lieku. Rovnako je osoba, ktorá vydáva humánny

liek, zdravotnícku pomôcku alebo dietetickú potravinu na základe lekárskeho predpisu alebo lekárskeho poukazu, a to aj vo forme elektronickeho záznamu, povinná kontrolovať správnosť údajov uvedených na lekárskom predpise a poukaze. **Návrh nebol akceptovaný.**

4. V znení nie je definovaná konkrétna výška úhrady poistenca, teda 0,17 €. Je tam uvedené: „najviac 0,64 % zo sumy životného minima“. Po prepočte životného minima pre jednotlivé skupiny obyvateľstva **sme preto navrhli výšku úhrady 1,00 €.** Zároveň sme zdôvodnili, že pacient má uhrádzať v lekárni poplatok za poskytnuté služby. Uhrádza poplatky v banke, na pošte, aj za neodborné výkony u poskytovateľa ambulantnej starostlivosti, ako je napr. objednávanie na čas. Prečo nemôže uhradiť aj poplatok za službu poskytnutej dispenzácie? **Návrh nebol akceptovaný.**

Všetci, čo stojíte za tárou, viete, čo obnáša komunikácia s pacientom. Nejde len o vysvetlenie dávkovania, spôsobu užívania, vysvetľovanie, že preductal a protevasc obsahujú rovnakú účinnú látku. Zvykli sme si aj nato, že učíme pacientov podať si inzulín alebo Fraxiparine, lebo v nemocnici na to nebol čas. Rozhovor však často vyžaduje celú našu psychickú silu, hlavne keď začínajú pacienti riešiť svoje osobné problémy a chcú byť vypočutí.

■ Dnes je všetkým jasné, že súčasný lekársky predpis, ktorý je predpísaný ako „erecept VŠZP“ alebo ako „recept projektu Bezpečné lieky poisťovne Dôvera“, nespĺňa náležitosti legislatívne zadaného preskripčného záznamu v elektronickej zdravotnej knižke pacienta. Zádušnú omšu za 0,17 € sa teda zatiaľ modliť nebudeme. Pravda okrem tých, ktorí majú pravdepodobne iné príjmy ako maržu a môžu si dovoliť vzdať sa poplatku dobrovoľne. Ich náhrobným kameňom je web stránka

VšZP, kde sú zverejnené lekárne, ktoré nevyberajú poplatok. Naše argumenty v tejto veci teda neboli vypočítané, nebola zmenená výška úhrady, a následne pripravené metodické usmernenie. Pritom v ČR tiež prechádzajú na elektronické zdravotníctvo a poplatok sa neruší. Naopak majú v pláne ho navýšiť na 30 Kč. V Nemecku je cena za výdaj 8,50 €. My časom prehráme „boj“ aj o 17 centov. Ostáva dúfať, že nie o lekárne – náš život. Ako Amadeus. Vytvoril nadčasové Requiem, ale žil z neho Salieri. Dnes si však na neho nik nespomenie, ale Mozarta pozná každý. Preto hľadáme spôsob, ako doplniť príjmy lekárníkov. Únia poskytovateľov lekárenskej starostlivosti SR podpísala 23. 10. 2017 s ADL Memorandum o spolupráci a pripravujú žiadosť na MZ SR vo veci legislatívneho ustanovenia hodnotenia výkonov farmaceuta. **Návrh legislatívneho ustanovenia ďalšieho príjmu lekárne vychádza z hodnotenia iných zdravotných pracovníkov, ktorí poskytujú zdravotnú starostlivosť v tzv. primárnom kontakte. Primárna ambulantná sféra má fixnú časť príjmu – kapitáciu a flexibilnú časť – zdravotné výkony. Analogicky navrhujeme zachovanie fixnej časti – marže a ustanovenie flexibilnej časti – hodnotenie odborných výkonov farmaceuta. Pre všetkých nás bude determinujúca skutočnosť, či sa prestaneme hrať na vlastnom piesočku.**

NEPREHLIADNITE eHealth alias ezdravie AKO ĎALEJ?

FAKTY:

1. V súvislosti so zavádzaním štátneho projektu sú medializovaní len lekári a nemocnice, nie PZS ako celok. Akosi sa automaticky počíta s tým, že lekárnici na to majú a od 1.1.2018 budú všetci pripojení.
2. Zdravotné poisťovne vyhlasujú, že peniaze na elektronizáciu zasielajú na NCZI.
3. SW spoločnosti ambulantných poskytovateľov zaslali vedeniu NCZI a ZP list o pripravenosti k napojeniu sa na štátny projekt. Nájdete ho na www.softprogres.sk.
4. Poskytovatelia ambulantnej starostlivosti zasielajú faktúry, ktoré im boli vystavené ich SW spoločnosťami na úhradu NCZI. Na www.uplssr.sk nájdete vyhlásenie ambulantných lekárov.
5. Od SW spoločností budeme očakávať odpoveď na otázku, kto si u nich objednal zmenu programu a ako si s objednávatelom dohodli platby za realizáciu.
6. V analógii s postupom ambulantných lekárov ÚPLS SR požiadalo vedenie spol. NRSYS, PaP a APOWARE o zaslanie zálohových faktúr svojim zmluvným poskytovateľom.

ODPORÚČANIE: Ak chceme riešiť úhradu nákladov spojených s prechodom na štátny projekt, odporúčame zaslať tieto faktúry na adresu:

NCZI, Lazaretská 26, 811 09 Bratislava.

Alebo vďaka nejednotnosti zase raz „prídeme skrátka“? ■



Zdroj foto: Forbes

UNIPHARMA na stretnutí úspešných firiem Slovenska

■ Slávnostný večer pri príležitosti odovzdávania ocenení výročného rebríčka magazínu Forbes Slovensko Top 50 firiem Slovenska 2017 sa uskutočnil 2. októbra 2017. Podujatie bolo spojené s odovzdávaním ocenení a diskusiou so zástupcami víťazných spoločností. Za spoločnosť UNIPHARMA – 1. slovenská lekárnická akciová spoločnosť sa slávnostného večera zúčastnil MSc. Peter Jurik, riaditeľ pre rozvoj. Podujatie, ktoré sa konalo v Bratislavskom Carlton Hoteli, bolo sprevádzané aj diskusiami.

■ Základným cieľom rebríčka je ukázať, ako sa darí 50 najväčším firmám na Slovensku. Spoločnosť PWC vyhodnotila kritériá a porovnala ich medzi sebou na základe čoho zostavila tento rebríček. Kritériá rebríčka top 50 slovenských spoločností, ktoré sa posudzujú, sú tržby spoločnosti, ziskovosť spoločnosti a dlhodobé aktíva. V rebríčku nefigurujú firmy, ktoré za rok 2016 vykázali negatívny prevádzkový výsledok. Takisto v rebríčku nie sú firmy, ktoré majú slovenských majiteľov a podnikajú na Slovensku, no nie sú slovenskými spoločnosťami, teda sa nenachádzajú v obchodnom registri SR.

■ Najúspešnejší bol sektor automotive. Mal bohaté zastúpenie a bolo v ňom najviac nováčikov. Na prvom mieste rebríčka Forbes Top 50 vystriedal Volkswagen Slovensko dvojnásobného víťaza, Slovenské elektrárne. Pre spoločnosti je úspech, keď sa dostanú do rebríčka. Kompletný zoznam je uverejnený v časopise Forbes.

Zdroj: www.forbes.sk

Regionálne stretnutia lekárnikov

na tému: PLUS LEKÁREŇ – Marketingové aktivity jeseň – zima 2017

UNIPHARMA – 1. slovenská lekárska akciová spoločnosť, už po druhýkrát v tomto roku zorganizovala regionálne stretnutia lekárnikov. Prvé sa konali v apríli, jesenné začali 3. októbra 2017 v Banskej Bystrici v hoteli Lux a na druhý deň pokračovali v Žiline v hoteli Holiday Inn. Tretie stretnutie sa uskutočnilo 10. októbra v Nitre v hoteli Zlatý Kľúčik a posledné stretnutie 24. októbra v Košiciach v hoteli Double Tree by Hilton. Reklamnými partnermi boli TEVA, Glaxo-SmithKline, MSD, Reckitt Benckiser, a NRSyS.

■ Akreditované regionálne stretnutia autorizované nesklamali a priniesli mnoho informácií a praktických rád pre lekárnikov. Odborným garantom bol opäť prof. PharmDr. Ján Kyselovič, CSc. Úvod jednotlivých stretnutí patril zástupcom spoločnosti UNIPHARMA, prezentácie sa postupne zhostili Jozef Húška, obchodný reprezentant, Mgr. Juraj Dvonč, vedúci odboru predaja, Mgr. Michael Kotouček, riaditeľ úseku predaja a PharmDr. Ondrej

Takáč, zástupca riaditeľa pre predaj a marketing, ODS Prešov, s témou UNIPHARMA – 1. slovenská lekárska akciová spoločnosť a aktuálne výzvy veľkodistribúcie liekov. Cieľom prednášky bolo poskytnúť informácie o novinkách vo veľkodistribúcii liekov a zároveň informovať o výzvach na veľkodistribučnom trhu na Slovensku. UNIPHARMA je najstabilnejšia distribučná spoločnosť, ktorá na trhu veľkodistribútorov pôsobí už 25 rokov. Autori priblížili históriu a vývoj spoločnosti, ale aj jej 5S – sortiment, servis, stabilita, spoľahlivosť, serióznosť. Prednášajúci odprezentovali KPI ukazovatele ako obrat a rentabilita tržieb. Dôkazom, že

UNIPHARMA pracuje kvalitne sú aj certifikáty: ISO 9001:2015, Certifikát správnej veľkodistribučnej praxe a certifikát správnej výrobnéj praxe. UNIPHARMA je tiež držiteľom prestížneho ocenenia European Business Award, a ocenenia Pečať spoľahlivosti. Prednášajúci sa zamerali aj na emergentný systém zavedený od 1. apríla 2017, ktorý podľa nich nebol využitý cez víkendy takmer vôbec. Preto prostredníctvom AVEL navrhuje UNIPHARMA zmenu v zákone, ktorou je, aby vypadla povinnosť dodávať lieky počas víkendov a sviatkov. Následne boli predstavené zmeny systému elektronického objednávanie spoločnosti UNIPHARMA



↑ Zľava: prof. PharmDr. Ján Kyselovič, CSc., Mgr. Andrej Kuklovský, Mgr. Darina Krausová



↑ Publikum v Nitre v hoteli Zlatý Kľúčik pozorne počúvalo prednášky

Organizátor podujatia:



Reklamní partneri:



z pohľadu lekárne – prechod z verzie AOS8 na AOS9. Na záver sa zamerali na novelu zákona 363/2011 Z.z. o rozsahu a podmienkach úhrady liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín na základe verejného zdravotného poistenia. Novelou zákona sa posúva hranica nákladovej efektívnosti vyššie a pacientom sa tak uľahčí prístup aj k drahším a inovatívnym liekom.

■ V úvode prednášky PLUS LEKÁREŇ k téme pripravovaných Marketingových aktivít na jeseň a zimu 2017 Mgr. Andrej Kuklovský, riaditeľ pre PLUS LEKÁREŇ, pripomenul základnú stratégiu projektu, ktorou je pre spolupracujúce lekárne hľadať nové zdroje príjmov, zvýšiť ziskovosť spolupracujúcich lekární a zároveň potreba odlišenia sa novými

formami spoločného brandingu lekární s logom PLUS LEKÁREŇ. „V projekte je momentálne 505 spolupracujúcich lekární, pre ktoré UNIPHARMA zabezpečuje marketingové kampane. Ich základom je akciový leták PLUS LEKÁREŇ, ktorý pripravujeme na dvojmesačnej báze. Pre kampaň 11,12 2017 sme leták rozšírili z 12 strán na 16 strán, s cieľom byť atraktívnejší pre pacienta“, uviedol Mgr. Kuklovský a spomenul, že pozitívny trend lekárne vnímajú hlavne po zavedení neadresnej distribúcie cez slovenskú poštu, čím sa k pacientom dostáva počas každej kampane viac ako 800 000 akciových letákov.

■ Prioritou roka 2017 bolo podľa Mgr. Kuklovského odštartovanie TV kampane na TV Markíza. „TV kampaň sme vždy vnímali ako niečo, čo je pre nás nedostupné. V marci tohto roku sa nám podarilo so spoločnosťami Glaxo a Zentiva uzavrieť rokovania k prvej kampani. Prvú TV kampaň sme odštartovali v máji tohto roka, kde sme do ponuky zaradili produkty Voltaren 150 g a Ibalgin Rapidcaps. Vďaka aktívnej spolupráci lekární, vystaveniu produktov v spolupracujúcich lekárnach, dobrému nastaveniu samotnej TV kampane sa nám podarilo dosiahnuť požadované výsledky. V júni 2017 sme odštartovali druhú televíznu kampaň so spoločnosťami Glaxo a TEVA. So spoločnosťou Glaxo sme uzavreli kampaň na kľúčový produkt Fenistil a so spoločnosťou Teva na produkt Hylak“.

„Pokračujeme aj v kampaniach v MHD a medzilinkových spojoch na celom území SR. Novou formou podpory pre mesiac november 2017 bude kampaň na billboardoch, ktoré budú umiestnené na celom území SR“ doplnil Mgr. Kuklovský.

■ V závere Mgr. Kuklovský prezentoval výsledky v rámci portfólia vlastnej značky s logom PLUS LEKÁREŇ. Do projektu vlastnej značky sa dnes zapája viac ako 400 lekární. Projekt vlastnej značky priniesol v porovnaní s rokom 2016 nárast o viac ako 40 % v predaji v počte kusov a rovnako aj nárast v celkovo vyplatených bonusoch. Vlastná značka je dnes podstatnou zložkou zlepšenia profitability spolupracujúcich lekární. Nakoniec boli predstavené hlavné ciele pre rok 2018. „V rámci roka 2018 na základe podnetov spolupracujúcich lekární pripravujeme témy jamých kôl regionálnych stretnutí, kde sa opätovne chceme venovať právnym, ekonomickým a odborným témam,“ uzavrel svoju prednášku Mgr. Kuklovský.

■ Za spoločnosť TEVA sa predstavil JUDr. Ivan Humeník, PhD., s prednáškou Právna zodpovednosť v praxi lekárnika



↑ Mgr. Andrej Kuklovský



↑ JUDr. Ivan Humeník, PhD.

a činnosti lekárne. JUDr. Humeník na úvod uviedol, že „lekárník je osobou, ktorú právne predpisy stavajú do role subjektu vybaveného potrebnými odbornými predpokladmi na výdaj správneho lieku, určenie prípadných interakcií medzi liekmi a poskytovanie odborného poradenstva pacientovi. Lekárník sa pri výkone povolania ocitá v zmiešaných vzťahoch. V jednom z nich má postavenie zamestnanca voči poskytovateľovi lekárskej starostlivosti, v druhom vzťahu komunikuje odborné informácie pacientovi a v treťom prípade je vo vzťahu k zdravotníckej komore. S výkonom povolania lekárnika je spojená aj právna zodpovednosť.“ Činnosť lekárnika pri výkone jeho povolania je priamo, či nepriamo regulovaná množstvom predpisov. Zodpovednosť môžeme z hľadiska rôznych diverzifikačných kritérií rozdeliť do viacerých skupín podľa oblasti práva, v ktorej je daná zodpovednosť zakotvená.

■ Z pohľadu lekárnika je významné uvažovať o právnych aspektoch informačnej – poučovacej povinnosti voči pacientovi a o väzbe tejto povinnosti na potenciálnu právnu zodpovednosť lekárne (ako poskytovateľa lekárskej starostlivosti) za škodu. JUDr. Humeník priblížil najmä občianskoprávnu zodpovednosť a trestnoprávnu zodpovednosť. V rámci administratívnoprávnej zodpovednosti spomenul, že primárne riziko postihuje poskytovateľa, no ten si dôsledky vzniku zodpovednosti môže prostredníctvom mechanizmu regresu upraveného v zákonníku práce preniesť v určitej výške aj na lekárnika, ktorý porušenie predpisu zavinil. Povinnosti poskytovateľa a právne riziká z nich vyplývajúce sú rozsiahle a týkajú sa celkovej činnosti lekárne. Aktuálnou výzvou pre úvahy o právnej zodpovednosti lekárnika je podľa JUDr. Humeníka posúdenie zodpovednostnej matice, v ktorej bude figurovať celý rad subjektov participujúcich na starostlivosti o zdravie pacienta a zohľadnenie aktívnejšej role lekárnika vo farmakoterapii pacienta. Uvedené vyžaduje aj to, aby sa samotní poskytovatelia lekárskej starostlivosti, ako aj lekárnici aktívne zaujímali o spôsoby manažovania právneho rizika spojeného s výkonom ich činnosti.

■ Po prestávke nasledoval druhý blok prednášok. Prvou z nich bola zaujímavá a inšpiratívna prednáška Mgr. Ilony Elblovej pod názvom Lekáreň 21. storočia – Je tu ešte miesto pre odbornosť? Máme sa pacientov báť, alebo im radiť? Mgr. Elblová priniesla slovenským lekárnikom čerstvé informácie z tohtoročného lekárskeho veľtrhu v Dusseldorfe, aby ich inšpirovala k realizácii



↑ Mgr. Ilona Elbová



↑ Lekárnici sa prístavovali aj pri stánku PLUS LEKÁREŇ, kde sa mohli poradiť s obchodnými reprezentantkami ohľadom výrobkov vlastnej značky PLUS LEKÁREŇ

zmien v ich lekárňach. „Zo všetkých strán sa na nás, lekárníkov, valia zmeny, ktoré vychádzajú zo zákona, legislatívy Európskej únie a ďalších autorít. Tieto zmeny sme si sami nevybrali, ale sme nútení ich akceptovať. Veľmi často znamenajú pre lekárne nemalé finančné a časové náklady“. Rozprúdila sa aj diskusia na tému elektronického receptu, ktorý začneme používať od 1. januára 2018. Mgr. Elbová priblížila svoje skúsenosti so zavádzaním e-receptu v Česku a tiež súčasnú diskusiu ohľadom zrušenia papierových receptov v ČR tiež od 1. januára 2018. Povzbudila lekárníkov, aby sa e-receptu nebáli, ale boli maximálne pripravení. Spomenula tiež vznikajúcu európsku smernicu proti falzifikátom, ktorá bude znamenať úplne nové označovanie všetkých liekov špeciálnymi 2D maticovými kódmi, čo znamená ďalšie výdavky pre lekárníkov na zakúpenie novej techniky, najmä pre príjem liečiv. „Pozrime sa na zmeny ako na príležitosť, čo pozitívneho nám môžu priniesť? Príjem liečiv je v slovenských lekárňach stále opomínaný. Lekármici tak strácajú drahocenný čas a lekáreň nedosahuje taký finančný zisk, aký by mohla. Nie je to škoda, nie je na čase to zmeniť?“ pýta sa Mgr. Elbová. Boli sme príjemne prekvapení ukážkou, ako prezentujúca so svojim tímom dokázala v rekordnom čase úplne premeniť jednu nemocničnú lekáreň. Mgr. Elbová nakoniec povzbudila slovenských lekárníkov, že nie sú vo svojej náročnej situácii sami. Majú podporu spoločnosti UNIPHARMA, realizujúcej projekt PLUS LEKÁREŇ a tiež Mgr. Elbovej a jej tímu, ktorí sú pripravení lekárníkov podporiť a pomôcť zmeniť lekáreň tak, aby vyhovovala požiadavkám dnešnej doby.

■ Za MSD sa predstavila MUDr. Silvia Dókušová, PhD. s prednáškou Hypoglykémia a jej dôsledky. Prednášku otvorila prevalenciou hypoglykémie a pacientmi s rizikom hypoglykémie. Súčasné kardio-vaskulárne štúdie podľa nej poukazujú na fakt, že intenzívna liečba môže viesť k vyššiemu výskytu ťažkej hypoglykémie v porovnaní so štandardnou liečbou. Ťažká hypoglykémia môže byť spojená s vyšším rizikom ťažkých dôsledkov. Hypoglykémia môže znamenať bariéru v kontrole glykémie, čo môže vyústiť k zníženej produktivite práce, zníženej kvalite života a zníženej kvalite života v súvislosti so zdravím. Vhodnejšia je voľba liečiv, ktorých mechanizmus účinku je závislý na hladine glukózy.

■ Poslednou v tomto bloku bola prednáška autorov PharmDr. Andrea Gažová, PhD. a prof. PharmDr. Ján Kyselovič, CSc.,

Farmakológia akútnych respiračných ochorení horných dýchacích ciest. PharmDr. Gažová úvodom priblížila infekcie horných dýchacích ciest. Pripomenula tiež príznaky a symptómy infekcie horných dýchacích ciest. Zamerala sa aj na nádchu a kašeľ a ich terapie. Väčšina infekcií horných dýchacích ciest je spôsobená vírusmi. Po vylúčení bakteriálneho pôvodcu sa vírusová infekcia lieči symptomaticky kombináciou analgetík, antipyretík, antiflogistík, exporektorancií a antitusík. Zamerala sa na kyselinu acetylsalicylovú, ibuprofén a paracetamol a ich použitie.

■ V poslednom bloku vystúpil Ing. Jozef Fiebig za spoločnosť NRSYS s témou Implementácia novej verzie elektronického objednávanie AOS 9 v lekárenskom informačnom systéme a zmeny v projekte ezdravie. Ing. Fiebig zo spoločnosti NRSYS hovoril o elektronizácii. Tá so sebou prináša novinky prichádzajúce so systémom ADC9, čo zahŕňa rozlišovanie kusov a balení v objednávke podľa nastavení distributéra ale aj overovanie dostupnosti ekvivalentov (náhrad) – jedná sa o elektronické overovanie dostupnosti identických tovarov pod rovnakými ADC kódmi, ktoré doteraz bolo možné overiť jedine telefonicky. Ďalej sú to novinky zapracované do systému Pharmacy, pre lekáreň pribudne automatická kontrola interakcií medzi nakupovanými liekmi - táto funkcionálna existovala už predtým, bolo ale nutné, aby ju lekárnik sám vyvolal. Teraz táto kontrola prebieha automaticky a lekárnik upozorňuje na možné interakcie, zatiaľ čo pacient platí. Patrí sem aj automatické napáranie akcií UNIPHARMY do systému. V poslednej časti prednášky sa zameril na nástup ezdravia na Slovensku. Lekárnikom priblížil, čo čaká lekárníkov po nástupe elektronického zdravotníctva od 1. januára 2018. Aké povinnosti ich čakajú, či ako sa zmení ich práca. Tiež sa zaoberal rôznymi typmi receptov, s ktorými sa môžu lekárnici po novom roku stretnúť.

■ Regionálne stretnutia lekárníkov boli zakončené prednáškou MUDr. Jozefa Klucha zo spoločnosti Reckitt Benckiser na tému Reflux, pyróza a ich liečba. V prednáške vysvetlil základné pojmy, teda čo je to reflux, čo je pyróza. Zameril sa aj na rezervoár žalúdočnej kyseliny, ale aj najčastejšie ochorenia HČTT a ako ich liečiť. Priblížil aj antacidá, ich zloženie, liekové interakcie s antacidami, či ich farmakokinetiku, indikácie, dávkovanie a nežiaduce účinky. ■

XXXIII. Snem Slovenskej lekárskej komory

Bratislava, 20. – 21. októbra 2017



■ Snem SLK sa konal v čase dôležitých zmien, ktoré sa dotknú všetkých aktérov, lekárov, zdravotníckych pracovníkov, lekárníkov a tiež pacientov. Na Sneme niektoré plánované zmeny načrtnol minister zdravotníctva SR JUDr. Ing. Tomáš Drucker, ktorý vyzdvihol otvorené a vecné pracovné vzťahy s vedením SLK. Najneskôr v priebehu roku 2018 sa chce MZ SR zaoberať úpravou a zvýšením samosprávnej funkcie komôr, združujúcich zdravotníckych pracovníkov.

■ Minister vyzval na verejnú diskusiu o prínosoch povinného členstva v lekárskej komore, ktorá zvýši autoritu a silu SLK pri výkone jeho samosprávnych funkcií. Prezident SLK Marian Kollár vo svojej reakcii na ministra skonštatoval, že zmeny by mali viesť k zvýšeniu kvality a rešpektu výkonu lekárskeho povolania, ktorá bude v prospech pacientov. Tí právom negatívne vnímajú jednotlivé prípady, ktoré poškodzujú dobré meno slovenských lekárov. Väčšia autorita SLK bude nepochybne dôležitým nástrojom, ktorý napomôže pozitívnej zmene zdravotnej starostlivosti. „Rozhodujúcou osobou v tomto procese je minister zdravotníctva, u ktorého začínajú a niekedy aj končia naše snahy o dosiahnutie zmien,“ skonštatoval prezident SLK.

■ Delegáti Snemu vyslovili rad kritických pripomienok k plánovanému modelu budovania centier integrovanej zdravotnej starostlivosti. SLK už pred tromi rokmi zastavila projekt budovania CIZS, aj keď komora podporuje integráciu zdravotnej starostlivosti, nie však modelom, ktorý predstavilo MZ SR. Aj v súčasnosti považuje SLK model MZ SR za vysoko rizikový a jeho priebeh a konkrétna realizácia je zatiaľ nejasná.

■ Snem SLK vyslovil aj nespokojnosť s prípravou výstavby novej Univerzitnej nemocnice Bratislava. Prípud MUDr. Vuleva z NÚSCH je signifikantnou ukážkou, že slovenské verejné zdravotníctvo bude aj v budúcnosti čeliť atakom súkromných investorov, ktorí môžu systém oberať o kvalitných odborníkov. Preto by sa pozornosť mala zameriavať najmä na zvyšovanie kvality zdravotníckeho personálu. Inak ani v nových nemocniciach nebude dostatok vzdelaných odborníkov, čo je alarmujúce zistenie.

■ Delegáti Snemu privítali schválenie zákona, ktorým sa upravujú nové pravidlá Ambulantnej pohotovostnej služby. SLK tým dosiahla zmenu, ktorá stála nemálo úsilia. Na druhej strane, nedávna novelizácia zákona o zdravotnej starostlivosti, ktorá zvýšila povinnosť poskytovateľov primárneho kontaktu mať týždenný rozsah ordinálnych hodín na 35 hodín týždenne bola prijatá veľmi negatívne. Preťaženosť lekárov vo vyššom veku môže spôsobiť ich skorší odchod do dôchodku a tým bude ohrozená dostupnosť zdravotnej starostlivosti.

■ V rámci programu sa delegáti Snemu zaoberali aj stavom nedostatku lekárov a sestier. V diskusiách sa lekári zhodli, že ťažiskovým problémom je nedofinancovanie zdravotníctva. Dnes na Slovensku chýba celá jedna generácia lekárov, ktorí odišli do zahraničia kvôli zlým pracovným podmienkam. V rokoch 2004 – 2012 odišlo do zahraničia približne 3 000 lekárov, ktorí teraz v zdravotníctve chýbajú. Tento výpadok sa nedá nahradiť v krátkom čase, preto treba začať konať čo najskôr. SLK zatiaľ neregistruje kroky kompetentných inštitúcií, ktoré by vytvorili podmienky pre riešenie tejto situácie v blízkom časovom horizonte.

■ Samostatnou kapitolou je implementácia systému ezdravie a riziká, ktoré prináša svojou nepripravenosťou. Časť lekárov v pred dôchodkovom veku zvažuje svoje ďalšie pôsobenie v zdravotníctve, pretože nevládnu implementáciu všetkých prvkov ezdravie. Systém je tiež podľa lekárov z praxe nedostatočne odskúšaný a riziká kolapsu sú zo strany NCZI bagatelizované.

Tlačová správa SLK, Bratislava, 21. 10. 2017

UNIPHARMA aj tento rok
reklamným partnerom podujatia

22. SYMPÓZIUM Z DEJÍN FARMÁCIE

*História je svedkom doby, dňom pravdy, životom
pamiatky, majstrom života a hlásateľom uplynulých čias.*

Marcus Tullius Cicero

Sympóziium s témou Dejiny lekárnictva, medicíny a veterinárneho lekárstva na Slovensku a v strednej Európe sa uskutočnilo 6. októbra 2017 v nádherných priestoroch historickej budovy Východoslovenského múzea v Košiciach. Podujatie sa uskutočnilo pod záštitou Univerzity veterinárskeho lekárstva a farmácie v Košiciach – Katedry lekárenstva a sociálnej farmácie, Východoslovenského múzea v Košiciach – Klubu dejín farmácie, medicíny a veterinárskeho lekárstva, UNIPHARMY – 1. slovenskej lekárskej akciovej spoločnosti a Slovenskej lekárskej komory.

■ Na úvod sa pred publikum postavil **RNDr. Anton Bartunek**. Pripomenul, že sympóziium sa koná pri príležitosti 145. výročia založenia východoslovenského múzea v KE a zároveň pri príležitosti 50. výročia podpisu dohody o spolupráci medzi Lekárenským oddelením KÚNZ Košice a Východoslovenským múzeom Košice. Privítal tiež vzácných hostí, organizátorov, prednášajúcich a všetkých prítomných.

■ **PharmDr. Ondrej Takáč** v zastúpení generálneho riaditeľa UNIPHARMY vo svojom príhovore vyjadril, že: „Nesmierne si vážime spoluprácu s RNDr. A. Bartunekom, ktorý je naším najvýznamnejším historikom dejín farmácie. Plne si v našej spoločnosti uvedomujeme, že riešenie aktuálnych problémov v lekárenstve je podmienené znalosťou histórie farmácie. UNIPHARMA už 25 rokov stojí na strane nezávislých lekárníkov a bojuje za ich postavenie v kontexte dejín SR i EU – odmietaním liberalizácie, tlakom na reguláciu lekárenstva a podporou snáh za návrat k pôvodným hodnotám tohto nádherného povolania. Pamätajme, že filozofia bez histórie je slepá, história bez filozofie je prázdna – vážme si preto samých seba i tých, ktorí písali naše dejiny a budme ich pozornými žiakmi nielen na dnešnom sympóziu, ale v priebehu celej profesionálnej kariéry.“

■ Po úvodných slovách prišla na rad prednáška **Morové spisy**



↑ Zľava: PharmDr. Ondrej Takáč, zástupca riaditeľa pre predaj a marketing, UNIPHARMA – ODS Prešov, prof. MVDr. Jaroslav Legáth, CSc., vedúci ústavu toxikológie, vedúci katedry farmakológie a toxikológie, UVLF, KE, RNDr. Anton Bartunek, katedra lekárenstva a sociálnej farmácie, UVLF, KE



↑ Zľava: Mgr. Ladislava Valášková, prof. MVDr. Jaroslav Legáth, CSc, prof. MVDr. Zita Faixová, PhD., PhDr. Robert Pollák, PharmDr. Jan Babica, Ph.D., PharmDr. Ondrej Takáč, RNDr. Anton Bartunek

Samuela Spillenbergera od autorov Katharina Bočkayová a doc. PhDr. František Šimon, CSc. (FIF UPJS Košice, Katedra romanistiky).

■ Prednášku **Zdravotnícka situácia po skončení druhej svetovej vojny a zásobovanie krajiny a obyvateľstva liekmi** PhDr. RNDr. Richarda R. Senčeka, PhD., ktorý sa nemohol sympózia zúčastniť, odprezentoval Mgr. Radoslav Suchovič. Nasledovala prednáška PharmDr. Jana Babicu, Ph.D. a Mgr. Jindřicha Koldu – Federace slovanského lekárnictva (1928 – 1938).

■ Prvý blok bol zakončený prednáškou RNDr. Bartuneka pod názvom **Pôvodom slovenský lekárnický rod Gajovcov** a jeho význam pre dejiny chorvátskej farmácie a kultúry, ktorú ste si mohli prečítať v predchádzajúcom čísle časopisu *Lekárnik*.

■ Po prestávke prítomných zaujala prednáška **Lekárnik Leo Herz v Kežmarku**, s ktorou sa predstavila riaditeľka múzea v Kežmarku, Mgr. Erika Cintulová. Zaujímavosťou bolo, že sa sympózia zúčastnili aj dvaja z troch synov Lea Herza, Rudolf a Ladislav. Tretí z nich, Juraj, je významným režisérom pôsobiacim v Prahe. Po prednáške vystúpil so svojimi spomienkami na otca aj p. Rudolf Herz. Ako zaujímavosť uviedol aj trefné poznámky k neznámych podrobnostiam otcovho života.

■ Po nej odznela prednáška PhDr. Aleny Kredatusovej, vedúcej Spišského archívu v Levoči, **Významní levočskí lekári a lekárnici v 17. – 19. storočí**. Mgr. Lucia Krchnáková, PhD. z Múzea mincí a medailí NBS v Kremnici predniesla tému **Z dejín kremnickej lekárne. Budovanie a perspektívy farmaceutickej zbierky Slovenského banského múzea** priblížil PhDr. Daniel Harvan zo Slovenského banského múzea v Banskej Štiavnici. Nakoniec vystúpili s prednáškou **Historická lekáreň vo Východoslovenskom múzeu Košice** PhDr. PaedDr. Uršula Ambrušová, PhD. (VM Košice) a MUDr. Marta Jiroušková, CSc. (Klub dejín medicíny VM Košice).

■ Všetky prednášky budú postupne publikované v našom časopise v rámci rubriky *Dejiny lekárnictva*.



↑ Bratia Herzovci a PhDr. PaedDr. Ambrušová, autorka našej rubriky *Farmácia v umení*

Povedali o sympóziu:

■ Redakciu zaujímalo, ako hodnotia sympóziu účastníci, prednášajúci, ale aj organizátori. Chceli sme tiež vedieť, ako sa líšia české a slovenské sympózia s témou histórie farmácie.

■ **Mgr. Lucia Krchnáková, PhD**, odborný pracovník – Múzeum mincí a medailí NBS, Kremnica
Na tomto konkrétnom type sympózia som bola prvýkrát. Mne sa páčilo, prišla som na pozvanie Dr. Bartuneka, ktorý vedel, že publikujem v rámci tejto oblasti, preto ma oslovil, aby som sa zúčastnila, keďže by to mohlo byť užitočné pre obidve stany. Myslím, že to dobre dopadlo a vyzerá to tak, že do budúcnosti by som sa mohla zúčastňovať pravidelnejšie.



■ **Mgr. Ladislava Valášková**, vedúca českého farmaceutického múzea v Kukse Slovenského sympózia sme sa po prvýkrát zúčastnili minulý rok, teraz sa z toho stala tradícia. Slovenským kolegom trochu závidím, v porovnaní s obsahom sympózií, ktoré sa konajú v Čechách, že sa históriou farmácie alebo lekárenstva zaoberajú kolegovia nefarmaceuti, ktorí vždy do toho vnesú trochu iný pohľad na túto problematiku. Čo je veľmi dobré, pretože ten odbor sa týmto rozvíja. To bolo dnes vidieť na príspevkoch, hlavne kolegyně z Kremnického múzea, ktorej prednáška ma veľmi zaujala.



■ **MUDr. Marta Jiroušková, CSc.**, Klub dejín medicíny VM Košice

Pravidelne chodím na toto sympóziium, ale aj na všetky sympóziá týkajúce sa medicíny, farmácie, veterinárneho lekárstva. Myslím, že bolo veľmi vydarené. Mnohé podnetné, originálne práce sme si tu vypočuli a splnilo svoj účel.



■ **PharmDr. Jan Babica, Ph.D.**, České farmaceutické múzeum – stredisko farmaceutickej fakulty Univerzity Karlovy v Hradci Králové. Tento rok sa som sa zúčastnil prvýkrát. Veľmi sa mi páčilo, som rád že som prišiel. Musel som oceniť, že sa organizátorom podarilo osloviť aj nefarmaceutov, odborníkov,

profesionálnych historikov z iných múzeí alebo inštitúcií, ktorí sa venujú dejinám zdravotníckych odborov. Druhá vec, ktorú oceňujem je, že sa sympóziá zúčastnili ako diváci aj študenti. Keď porovnáam sympóziá na Slovensku a v ČR, zdajú sa mi pomerne podobné, čo považujem za klad. Trápia nás predpokladám rovnaké problémy – nie je jednoduché osloviť dostatočný počet účastníkov, vyzerá to, ako keby v posledných rokoch záujem o dejiny farmácie upadal. Tiež sa snažíme oslovovať odborníkov aj mimo oblasť farmácie, dr. Bartunekovi sa to tento rok podarilo viac ako u nás. Rád sa zúčastním znovu.

■ **PhDr. PaedDr. Uršula Ambrušová, PhD.**, VM Košice

Tohtoročné sympóziium by som zhodnotila skôr ako komorné stretnutie farmaceutov. Teším sa, že 22. sympóziium z dejín farmácie sa nám podarilo uskutočniť v zrekonštruovanej historickej budove Východoslovenského múzea v Košiciach, ktoré sa tohto roku dožíva 145 rokov. Sympózií z dejín farmácie sa osobne rada zúčastňujem, keďže tejto krásnej téme sa venujú zaujímaví a príjemní ľudia. Na tohtoročnom sympóziu ma zaujala hlavne kvalita odznených príspevkov.



Vyspovedali sme tiež organizátora 22. sympózia, RNDr. Bartuneka.

❓ **Minulý rok sa 21. sympóziium konalo na Univerzite veterinárneho lekárstva, tento rok sme sa stretli v krásnych priestoroch múzea. Prečo ste zmenili miesto konania a kde sa vám sympóziium páčilo viac?**

■ Už keď sme pred rokom pripravovali 22. sympóziium, tak sme boli v pravidelnom kontakte s riaditeľom Východoslovenského múzea (VM) v Košiciach Dr. Robertom Pollákom. Toto múzeum je už takmer štyri desaťročia poskytovateľom priestorov a zárukou činnosti svojich troch klubov: Klubu dejín farmácie, Klubu dejín medicíny, ktorý vznikol o deväť rokov neskôr a Klubu veterinárskeho lekárstva. Minuloročné sympóziium sa symbolicky konalo v aule Univerzity veterinárskeho lekárstva a farmácie (UVLF) v Košiciach jednak preto, že univerzita bola hlavným usporiadateľom sympózia, ale aj z dôvodu, že rok 2016 bol rokom jubilejným, uplynulo vtedy totiž desať rokov od založenia



↑ RNDr. Bartunek, ktorému patrí veľká vďaka za organizáciu tohto výnimočného podujatia

študijného odboru farmácia na tejto škole. Navyše, slovenské sympóziá z dejín farmácie boli od svojho založenia usporiadavané v mnohých mestách Slovenska (Prešov, Košice, Detva, Stará Turá, Bratislava, Bardejovská Kúpele, Červený Kláštor a i.), nie sú teda viazané na jedno jediné miesto konania. Už pri príprave minuloročného sympózia ma oboznámil riaditeľ VM s novo rekonštruovaným priestorom v podkroví historickej budovy múzea, architektonicky veľmi vydarenými a modernými, ktoré mi veľmi imponovali. Súčasne už vtedy nám bolo ponúknuté, aby sme budúce, teda tohtoročné sympóziium zorganizovali práve tam. Samotný priestor a jeho podnetná podoba neboli však jediným dôvodom, prečo sme túto ponuku s radosťou akceptovali: VM Košice si t. r. pripomína 145 rokov od svojho založenia a toto ojedinelé jubileum skĺbené s našim sympóziom vhodne zapadli do jeho osláv. 145 rokov činnosti múzea dokumentuje o. i. aj fakt, že Košice boli odjakživa veľmi kultúrnym mestom. Dôležitý je však ešte aj ďalší moment, ktorý prispel k tomu, že tohtoročné sympóziium sa konalo na pôde múzea, moment, ktorý zrejme nemá v európskom priestore obdobu: je to dlhoročná vzájomne prospešná spolupráca medzi touto múzejnou inštitúciou a lekárnikmi – historiografmi: v roku 1967, teda pred polstoročím, uzavrelo VM s Lekárenským oddelením KÚNZ Košice písomnú zmluvu o vzájomnej spolupráci v prospech záchrany cenných farmaceutických historických artefaktov a v prospech bádania v oblasti dejín farmácie.

■ Päťdesiat rokov tejto nepretržitej činnosti položilo v rámci celého Slovenska základy inštitucionalizácie nielen bádania, ale aj jeho výsledkov v podobe vzniku pravidelnej klubovej činnosti, v mnohoročnej existencii Weberových dní, sympózií z dejín farmácie, akvizícií mnohopočetného farmaceutického zbierkového fondu, z ktorého najzaujímavejšie artefakty, najcennejšie exponáty, sú verejnosti už tri desaťročia predstavované vo forme historickej lekárne v rámci Umelecko-historickej expozície VM. To, čo som vymenoval je iba vzorkou toho, čo vzniklo za polstoročie existencie spomenutej zmluvy, tvorí to iba kostru našej činnosti.

■ A kde sa mi páčilo viac? Sympóziá vnímam a hodnotím skôr po obsahovej stránke, prostredie tvorí „iba“ ich – ale veľmi dôležitý rámec. Príspevky na sympóziách v roku 2016 a rovnako v tomto roku boli vysoko odborné, profesionálne zvládnuté,



↑ → Po sympóziu zúčastnení navštívili expozíciu Košického zlatého pokladu v historickej budove VM, následne sa presunuli na prehliadku historickej lekárne v umelecko-historickom oddelení múzea, ktorú môžete vidieť na obrázku. Zaujímavou bola aj nádherná historická pokladňa.

priniesli kvantum nových poznatkov, ktoré výrazne obohatili naše znalosti o histórii slovenského, resp. československého lekárnictva. To je ich najväčší prínos. Každopádne aj priestory rokovania uchvátili umelecké cítenie účastníkov, je to nepopierateľné pozitívum. Náš dlhoročný partner – VM Košice – nám opäť vytvoril skvelé prostredie na tvorivú prácu. Rokovanie a jeho úspech podporili svojou prítomnosťou i prítvetmi prorektorka UVLF prof. MVDr. Zita Faixová, PhD. a „domáci pán“, riaditeľ VM dr. Robeert Pollák a v zastúpení generálneho riaditeľa UNIPHARMY Dr. Tomislava Jurika, CSc. aj Dr. Ondrej Takáč z prešovskej pobočky. Osobitne je potrebné vyzdvihnúť nielen tradične osobnú prítomnosť pracovníkov UNIPHARMY, ale aj jej veľký podiel na materiálo-organizačnom zabezpečení sympózia. Práve tento aspekt – všemožná podpora aktivít slovenských farmaceutických historiografov – je pre nás morálne a existenčne mimoriadne cenná.

❓ Čím sa 22. sympóziu líšilo od tých predchádzajúcich? ❗ Čím bolo výnimočné?

■ Pred niekoľkými rokmi sa nám podarilo zaangažovať do aktívnej činnosti v prospech slovenskej farmaceutickej historiografie a prezentácie výsledkov jej bádania viacerých historikov z mimofarmaceutickej oblasti. Nie je to len dôsledok dlhoročnej absencie kvalitného vzdelávania budúcich farmaceutov v tejto sfére, v tejto farmaceutickej vedeckej disciplíne, dôsledok praktickej neexistencie diplomových a rigorózných prác s touto tematikou, ale, žiaľ, aj absolútneho nezájmu strednej a mladej generácie slovenských lekárníkov o históriu svojej vlastnej profesie. (Konečne, prejavuje sa to aj na ich mizivej účasti na našich, aj v zahraničí veľmi oceňovaných akciách. Toto tvrdenie však platí nielen pre slovenské, ale aj celosvetové pomery: kým pred tromi desaťročiami sa napr. na svetovom kongrese v Paríži zúčastnilo vyše 1 200 farmaceutov z celého sveta, na tohoročnom vo Varšave to bolo z tohto počtu iba desať percent... Tieto fakty sú výrečné sami osebe, nemám chuť ich komentovať. A existujúce pomery a až nevráživé medzilidské vzťahy, panujúce v slovenskom lekárnictve a ktoré majú na to tiež svoj nemalý vplyv, o to menej. Ešte na to nedozrel čas, som iba pozorovateľom). Už z vyššie spomenutého sa odvíja naša tendencia nadväzovať kontakty s profesionálnymi archivármi, múzejníkmi a historikmi,

filozofmi a lingvistami, ktorí sa buď systematicky alebo okrajovo

venujú aj dejinám farmácie. Sú to napospol vysokokvalifikovaní odborníci, pochádzajúci z univerzít alebo praxe, ktorí sú napriek tomu ochotní – bez pocitu akejsi nadradenosti – komunikovať a radiť sa s nami o špecifikách farmácie, o jej terminológii, súvislostiach jej historického vývoja. Spolupráca s nimi – nielen v rámci prezentácie výsledkov ich bádania na našich sympóziách – je skvelá a veľmi perspektívna. Tento náš dnes už systematický trend sa naplno prejavil aj na ich väčšinovej aktívnej účasti na 22. sympóziu z dejín farmácie. Napokon, všetci sa o organizácii sympózia a jeho vysokej odbornej a spoločenskej úrovni vyjadrili v superlatívoch. Je to o to cennejšie, že výsledky ich bádania odznievajú aj na ďalších vysoko profesionálne zameraných vedeckých fórach. Potešiteľné je tiež, že stálymi účastníkmi našich sympózií sú aj naši veľmi vítaní českí kolegovia a my im túto priazeň s radosťou opätujeme.

❓ Plánujete už aj 23. sympóziu? Ak áno, na čo sa môžete tešiť?

■ Čo sa týka budúročného sympózia a jeho programu, nechceme to vopred zverejňovať, nakoľko je to ešte predmetom rokovania. Už teraz sme však presvedčení, že opäť bude jedným z vrcholov našich snažení v tejto oblasti. Verím, že spolu s ďalšími významnými spoluorganizátormi opäť pripravíme skvelú akciu. A že UNIPHARMA a redakcia časopisu Lekárnik so svojou vysoko odborne, na vedeckom základe prezentovanou rubrikou Z dejín slovenského lekárnictva, bude opätovne pri tom. Že bude pokračovať v mapovaní tejto časti histórie slovenského lekárnictva 21. storočia.

■ My za redakciu musíme povedať, že sa opäť veľmi radi zúčastníme tohto výnimočného podujatia. Dozvedeli sme sa množstvo informácií, ktoré nás obohatili a ktoré postupne prinesieme čitateľom a veríme, že tým presvedčíme milovníkov histórie farmácie, aby sa sympózia budúci rok aktívne zúčastnili. ■



PhDr. PaedDr.

Uršula Ambrušová, PhD.

Východoslovenské múzeum v Košiciach

→ Molière bol jeden z najvýznamnejších dramatikov francúzskeho klasicizmu. Medzi jeho najvýznamnejšie diela patria Zamilovaný doktor, Lekárom proti svojej vôli, Pán z Prasiatka, Meštiak šľachticom, Tartuffe, Don Juan, Mizantrop, Lakomec, Učené ženy atď.

JEAN-BAPTISTE POQUELIN MOLIÈRE

So zmienkou o slušných lekárnických účtoch, a to hneď v prvom dejstve, sa stretávame v komédii Zdravý nemocný (Le Malade imaginaire). Autorom tohto skvostného diela, ktoré aj dnes patrí k najhranejším je francúzsky dramatik Jean-Baptiste Molière.



↑ Premiéra komédie bola uvedená 10. februára 1673 v parížskom divadle Palais-Royal. Molière v nej hral hlavnú rolu Argana. Tretie predstavenie 17. februára 1673 sa mu stalo osudným. Kým sa obecnosť bavilo, Molière už vykašľoval krv. Zomrel toho večera, o niekoľko hodín neskôr, ešte v kostýme.

Molière túto komédiu v troch dejstvách napísal krátko pred smrťou, jeho zdravie bolo chatrné, umieral na tuberkulózu.

* Dej hry sa odohráva v 17. storočí, v dome pána Argana v Paríži. Hlavným hrdinom je Argan, boháč a chorobný hypochonder, ktorý rodinu znepokojuje prehnanou starostlivosťou o svoje zdravie. Obklopuje sa lekármi a svojimi domnienkami o chorobách, ktoré sú imaginárne. Jeho lekár pán Purgon ho utvrdzuje v tom, že je vážne chorý a predpisuje mu lieky a vychýrené klystíry, za ktoré Argan platí nemalé peniaze. Keďže je aj dosť skúpy, svoju staršiu dcéru Angeliku mieni vydať za synovca svojho lekára Tomáša Diafoirusa z dôvodu, aby si zabezpečil lekára a ušetril tým za lieky. Aj Tomášov otec pán Diafoirus je lekár, čiže zväzok bol by to výhodný. Ale Angelika miluje mladého šľachtica Kleanta. Arganova druhá manželka Belina, je falošná. Tvári sa, že je starostlivou ženou, no v skutočnosti sa už nevie dočkať

Arganovej smrti, aby získala jeho peniaze a majetok. Aj s Angelikou má plán, aby nesiahla na dedičstvo, chce ju poslať do kláštora. Angelika je zúfalá, tak prosí o pomoc šikovnú slúžku Tónku. Tá sa prezlečie za putujúceho zázračného lekára, naordinuje Arganovi stravu, znamenité lieky a odporučí mu, aby si dal odňať ruku a vykľaf oko. Priviesť k rozumu Argana sa snaží aj Berald, Arganov brat. Tónka s Beraldom presvedčia Argana, aby zahrnal mŕtveho a sám sa presvedčil o pravde. Argan až vtedy všetko pochopí, keď vidí ako sa Belina teší z jeho smrti a ako ho



↑ Nelichotivé slová na adresu lekárniko Fleuranta a lekára Purgona v druhom výstupe:
Tónka: „Ten pán Fleurant a ten pán Purgon sa len napasú na tom vašom tele. Majú vo vás dobrú dojnú kravu, a veru by som sa ich rada opýtala, akú to chorobu vlastne máte, že sa vám napredpisujú toľko liekov.“ Argan: „Mičte, hlupaňa. Nemáte najmenšie právo kontrolovať predpisy lekárskej vedy!”



↑ Komédia – balet s fraškou – záverečná ceremónia doktorskej promócie v dome pána Argana.

Molière vedel výborne charakterizovať ľudské povahy. V hre Zdravý nemocný vytvoril tú najostrejšiu satiru na vtedajších lekárov a medicínu vôbec. Vystihol svoj vzťah k vtedajšej medicíne. Zosmiešnil chorobu „zdravých nemocných“, skriticizoval „liečebné metódy“ vtedajších „odborníkov“, zisťnosť lekárov a ich túžbu po peniazoch, vysmial sa z felčiarov, šarlatánov, lekárníkov i strachu zo smrti. Ústami Beralda vyslovuje dôveru prírode ako jedinej sile, ktorá môže človeka vyliečiť zo všetkých chorôb.

Angelika oplakáva. Argan nakoniec súhlasí so sobášom dcéry s Kleantom pod podmienkou, že vyštuduje a stane sa jeho lekárom.

* V štvrtom výstupe, kedy Argana navštívi jeho brat Berald, vystupuje aj lekárnik Fleurant, ktorý prišiel za „zdravým nemocným.“ Argan: „Ach, brat môj, prepáčite mi na chvíľočku.“ Berald: „Čo chcete robiť?“ Argan: „Len čo dostanem svoj klystírček. Hneď budem hotový.“ Berald: „Či už naozaj ani chvíľu nevydržíte bez klystírov a liekov? Odložte to na inokedy.“ Argan: „Pán Fleurant, odložíme to na večer, alebo na zajtra ráno.“ Nahnevany lekárnik Beraldovi: „Do čoho sa to miešate? Ako sa opovažujete stavať proti predpisom lekárskej vedy a brániť pánovi, aby dostal môj klystír? Dovoľujete si prívela vo svojej bezočivosti!“ Berald: „Ale pane, vidno, že ste zvyknutý hovoriť len so zadkami.“ Lekárnik Fleurant: „To je škandál takto si robiť žarty z liekov a okrádať ma o čas! Prišiel som sem na riadny lekársky predpis a už aj idem povedať pánovi Purgonovi, ako mi tu zabránili splniť jeho príkazy a konať moju povinnosť.“



↑ Lekárnik Fleurant, alias Flakón, čmucha. Molière údajne meno Fleurant kedysi počul v lyonskej lekárni. Vo svojej hre ho použil na zosmiešnenie vtedajších lekárníkov, ktorí pri klystírovaní svojim pacientom profesionálne ovoniavali stolicu.

Ilustrácie boli použité z internetových stránok:

- <https://sk.wikipedia.org/wiki/Molière>
- <http://enciklopedia.fazekas.hu/palyakep/vilag/Moliere.htm>
- <https://americanliterature.com/author/jean-baptiste-poquelin-moliere/bio-books-stories>
- http://www.larousse.fr/encyclopedie/oeuvre/le_Malade_imaginaire/131265
- <https://prezi.com/ae81dtvthot/le-malade-imaginaire/>
- <http://www.editions-hatier.fr/livre/le-malade-imaginaire-0>
- <https://www.amazon.fr/Malade-imaginaire-Moli re/dp/2011678404>
- https://www.theatredelaramee.fr/portfolio/le_malade_imaginaire/
- <http://www.alamy.com/stock-photo-moliere-1511622-1721673-french-author-writer-works-the-imaginary-invalid-23534616.html>



AUTOR:

**MUDr. Katarína
Molnárová**FOTO: RNDr. Ing.
Alexander Molnár, PhD.

Expedícia Pamír

V septembrovom čísle lekárnik sme si vysvetlili, aké zmeny sa dejú s ľudským telom vo vysokých nadmorských výškach. V nasledujúcich riadkoch sa dočítate o tom, ako vyzerá aklimatizačný plán v praxi, ako i subjektívne dojmy autorky vo výňatkoch z expedičného denníka.

■ Ako už bolo zmienené v septembrovom čísle, k jednému z najväčších a najnebezpečnejších dobrodružstiev môjho života som sa dostala bez akejkoľvek teoretickej prípravy či praktických skúseností. „Čože, to sa ako máme trtošiť hore – dole medzi tábormi celých štmásť dní?“ civela som preto na brata v sladkej nevedomosti, keď na mňa vytiahol aklimatizačný plán. „No, pokiaľ tam neplánuješ umrieť na edém mozgu či pľúc, tak určite áno,“ odpovedal môj pragmatický braček.

■ Pozorní čitatelia Lekárniku si však isto zapamätali, že v snahe predísť výškovej chorobe sa chodí hore – dole medzi jednotlivými tábormi, niektoré dni si v tých táboroch len tak polihujete a dávate telu priestor, aby sa adaptovalo na hypoxický stav.

Podotýkam, že tie tábory majú daleko od hotela Hilton – znížené množstvo kyslíka v týchto miestach nie je jediný problém. Až príliš živo si spomínam, že ak som sa práve nehýbala, tak som bola zalezená v spacáku (extrém do mínus 30) v piatich mikinách ako tlstá húsenica a trasúcimi rukami obalenými v hrubých rukaviciach som vypisovala pohľadnice domov, kde som si otvorene nadávala za tento masochistický úlet.

■ Máte chuť na čaj? Nuž, tak najprv je nutné opustiť vyhriaty spacák a prebiť sa hrubou vrstvou ľadu k jazierku, ktorého vodu treba navyše chemicky dezinfikovať, pretože doň steká voda z ľadovca, v ktorom ležia pozostatky vyše dvoch stoviek horolezcov.





↑ Miestami nebolo jasné, či sme namiesto výškovej choroby nemali s bratom chorobu ponorkovú. :)

■ Ale vráťme sa k aklimatizačnému plánu: Po prilete do Uzbekistanu (dokonca i v lietadle som vtedy sedela po prvýkrát), sme však museli náš plán zmeniť kvôli problémom s vízami do Kirgistanu a naplánovali na nasledovných suboptimálnych 11 dní.

- 1. noc v základnom tábore (BC 3 550 m. n. m.) • 2. noc v prvom tábore (C1 4 400 m. n. m.) • 3. noc v základnom tábore (BC 3 550 m. n. m.) • 4. noc v prvom tábore (C1 4 400 m. n. m.)
- 5. noc opäť v prvom tábore (oddychový deň) • 6. noc v druhom tábore (C2 5 400 m. n. m.) • 7. noc v treťom tábore (C3 6 200 m. n. m.) • 8. noc v prvom tábore (C1 4 400 m. n. m.) • 9. noc v prvom tábore (druhý oddychový deň) • 10. noc v druhom tábore (C2 5 400 m. n. m.) • 11. noc v treťom tábore (C3 6 200 m. n. m.) • 11. deň – deň výstupu na vrchol (7 134 m. n. m.)

■ Pre porovnanie, pri výstupe na Mt. Everest sa človek najprv aklimatizuje 10 dní cestou do základného tábora, no a potom ďalších 30 dní pendluje medzi jednotlivými výškovými tábormi, než nadíde prvý pokus o výstup na túto najvyššiu horu sveta.

■ My sme však takéto ambície nemali, my sme sa rozhodli „uspokojiť“ s jednou z najľahších sedemtisícoviek, čo sa ukázalo byť beztak príliš ambicióznym plánom berúc do úvahy zloženie nášho tímu. Náš expedičný tím, teda ak môžem takto honosne nazvať skupinku, kde najstarší člen mal 27 rokov a najmladší 21: doktorand biofyziky, programátor, študent prírodných vied (s diabetom I. typu a zarážajúco nízkou schopnosťou rozpoznať limity vyplývajúce z tohto ochorenia) a medička.

Pozn. autorky: expedičný denník v snahe zachovať autenticitu, nechávam v rovnakom stave, v akom som ho pred vyše 10 rokmi spisovala.

1. DEŇ VÝSTUPU

■ Prebudenie v pohode, nikoho nebolí hlava, nikto nezvracia. Roman s Tokim si nechávajú vyvieť potraviny na oslíkovi (1,5 dolára za 1 kg batožiny), my s bratom sme sa v rámci aklimatizačného plánu rozhodli urobiť dve vynášky. Požičiavame ešte laná a najväčšie dobrodružstvo môjho života sa môže začať.

■ Vyrážam zo základného tábora. Po asi sto krokoch sa začínam smiať sama sebe. Nie som zvyknutá nosiť 25 kg batoh v nadmorských výškach, kde každý kilogram pocítujete 2 – 3 násobne. „Dokelu, dievča, čo tu robíš? Už v 3 700 m. n. m sa potácaš ako čerstvo narodené žriebä, tak čo si nevyberáš ciele primerané svojim možnostiam?“ spestrujem si úmornú cestu nadávaním samej sebe.

■ Dobieha ma nejaký mladý Ukrajinec. So slovami „Davaj, davaj“ sa ma snaží ťahať dopredu. Sorry, ale ja to „nedávam“. Posunkami ho posielam dopredu a čudujem sa mame, ktorá sa vždy nadchýnala, že aký je to úžasný pocit, keď ta niekto vedie, strhne svojim tempom (ako ju na maratónoch). Ja to nenávidím. Nenávidím ten pocit, že niekoho zdržujem, že sa niekto musí prispôbovať môjmu tempu. Lebo viem, koľko úsilia ma stojí prispôbovať sa. Pri podobných úvahách zisťujem, že nielen ja nevládzem, že tu nevládzu všetci, že tempo chrómeho slimáka je asi to jediné, na ktoré v týchto nadmorských výškach môžeme ašpirovať. Po šiestich hodinách tohto plazenia čakáme s Romanom na zvyšok skupiny. Prichádza brat s priznaním, že on ani Toki nevládzu a že tu teda musíme ostať stanovať. S Romanom chvíľu váhame, veď sme prešli iba 11 km s prevýšením necelých 900 metrov – nie je ľahké priznať si, že sme to nevládli. Bratovi ale GPS povie, že sa nachádzame v rovnakej nadmorskej výške, ako leží tábor, do ktorého sme smerovali. Je rozhodnuté, veď aklimatizovať sa rovnako kvalitne môžeme aj tu.

2. DEŇ

■ Nevieam, či je to o desať kíľ ľahším batohom, ale postupujúcou aklimatizáciou, ale dnes sa mi kráča vynikajúco. Cestou nás predbiehajú plne naložené oslíky. Snáď prvý raz nepišťím o ochrane zvierat – ja som včera trpela pod svojím nákladom viac. Vlastne celá cesta je taká úzka, že nechápem, ako sa na ňu zmestia štyri oslie nohy, keď ja na ňu ledva napchám svoje dve.

■ Poobede s bratom zostupujeme do základného tábora. S batohom o 20 kg ľahším si už dokážem všimnúť aj krásu okolitých hôr. Tá syta červená je fascinujúca, no tak veľmi sa líši od našich ľúbivých, plodných, zelených Karpát.“

3. DEŇ

■ U brata sa začína prejavovať výšková choroba veľmi zvláštnym spôsobom. Už tretíkrát mi hovorí, že sa snáď nenechám predbehnúť nejakými iránskymi turistami v strednom veku. Pozerám naňho ako na blázna, lebo

- a) títo priemerní iránski turisti majú o polku menšie batohy než ja
- b) je to neuveriteľné, ale ja som dievča
- c) najstarší z nich je o rok starší než on, najmladší má 22
- d) to naozaj vyzerám tak zúfalo, že zmyslom môjho života je predbiehať sa s iránskymi batôžkármi na konci sveta, alebo prečo si môj vlastný brat myslí, že ma vytočí takýmito vyjadreniami?

4. DEŇ

■ Usádzame sa v jurte honosne nazvanej „jedáleň“. Stmievajú sa, keď do nej vchádzajú ďalší dvaja Slováci. Jeden z nich sa akurát včera vrátil z vrcholu Lenina a Roman s Tokim ho už očividne stretli. „Výstup i zostup z Lenina som prežil bez jediného škrabanca, no po včerajších pitkách s Romanom sa mi stalo toto,“ ukazuje mi nepekné narazenú ruku a pridáva: „Nad alkoholom sa nedá zvíťaziť, iba východniari remizovali.“ Roman je proste chlapík. :)

5. DEŇ

■ Oddychový deň v prvom tábore prebieha vo veľmi príjemnom duchu. Jožo, prezident slovenskej asociácie horolezcov, nám dáva rady a postrehy z expedície. „Tam hore dosť fučí, pod perovou bundou som mal -12 °C“, „Vodu z jazierka rozhodne prevárajte plus čistite aj chemicky, tam hore zahynulo okolo 300 ľudí, no a voda z ladovca, kde ležia pozostatky minimálne 250 z nich, steká práve do jazierka.“

6. DEŇ

■ Dnes ten úporný výšlap čaká nás. Prvá časť, do ktorej radím skákanie cez trhliny a lezenie po fixoch, sa ešte dalo. No a čo, že ten svah má hádam 50-stupňový sklon, že jednou rukou si pridrižavam prúsik, druhou kľúčovito držím paličky, že sa zapieram o svah nielen mačkami, ale i kolenami v zúfalej snahe nekľázať dole. No a čo, že sa tak šmýka a ja mám skravené hánky na rukách (blbá, taká blbá že som si nedala rukavice), no a čo, je to aspoň adrenalín, všetko toto je lepšie ako nasledujúce štyri hodiny monotónneho plazenia sa. Keby aspoň nesnežilo, keby aspoň tá viditeľnosť bola lepšia. Po ceste stretávame Tokiho s Romanom, ktorí schádzajú dolu. C3 tábor nedobyl, Roman dostal úpal. Ale aspoň po nich ostal v C2 tábore postavený stan, do ktorého doslova padám vďačne po príchode. Od šiestej do pol druhej v noci ležíme v spacákoch úplne dehydratovaní, potom hru nervov prehráva brat a začína roztápať ľad na čaj.

7. DEŇ

■ Už po prvých krokoch medzi tábormi C2 a C3 upúšťame od pôvodného plánu, ktorým je vyniesť stan až do C3 tábora a prespať v ňom. Modifikujeme ho na plán: iba tam vynesieme



stan, a vrátíme sa bez prespania, aby sme ho vzápätí zmenili na plán C: vyšlapať si to do C3 bez stanu, pobudnúť tam nejaký čas a vrátiť sa do tábora C2. Nakoniec však končíme pri pláne D: po hodine šľapania do kopca to otáčame späť, vo výške ani nie 5 500 m.n.m. Som sklamaná, rozladená, našťvaná na brata – ale nič sa nedá robiť. Ešte doma v Košiciach som mu musela slúbiť, že keď povie „otáčame“, tak otočíme. Poznám svoje sebazničujúce sklony a tvrdohlavosť, bolo od neho rozumné zabezpečiť sa dopredu. Ale nedokážem sa zbaviť pocitu roztrpčenosti. To jeho bolí hlava, má teploty, pulz nad sto, nechutí mu jesť a celú noc ma budil svojím kašľom. Ja som hladná stále, pulz mám 88 a nič ma nebolí. Tak veľmi som chcela dôjsť aspoň na Ruzdelnaju! Toto nie je fér... Stále nechápem, že sa v týchto výškach cítim OK, a tak sa sledujem ako hypochonder a trpím, že zajtra, zajtra sa to určite zmení.

8. DEŇ

■ Sedím na skale, načúvam zvukom lavín. Sme na horách už ôsmy deň, ale tie zvuky ma neprestávajú fascinovať. Toki mi vysvetľuje: „Existujú dva druhy lavín, kamenná a snehová. Pri tej druhej máš aspoň nejakú, hoc malú šancu prežiť.“ V snahe zamestnať sa niečím ponúknem sa na navarenie čaju. Zdanlivo triviálna aktivita, ktorá však v praxi vyzerá nasledovne: Pokúšam sa urobiť diery do zmrznutého jazierka, najprv bratovým ešusom. Tresk! Ľad, pod ktorým sa ukrýva náš prísľub teplého čaju, je neporušený, zato ešus je celý dokrivený. Beriem do rúk kameň s priemerom cca 30 cm. Tresk! Opäť nič. Začínam si zúfať, a tak prinášam najťažší kameň, aký dokážem uniesť (pamätáte si z filmu Poklad na striebornom jazere, ako Old Shatterhand súťažil v zdvíhaní balvanov? Tak tento bol väčší :))... a bola voda.



↑ Väčšie trhliny v ľadovci sa obchádzajú, cez menšie ľudia prechádzajú naviazaní na lane. Istenie je nevyhnutnosťou, okraje trhlín bývajú zradné a navyše často menia miesto svojho výskytu.



9. DEŇ

■ Dnes výstup do C2 tábora čaká ma a brata. Tentokrát bezpečnosť ide bokom, odsúva ju tam farcha 4 kg lana – a my sa pohybujeme cez trhliny nenaviazaní. Poučená z predchádzajúceho výstupu na fixoch si rukavice nedávam dolu ani za nič. Zodrané ruky sa mi ešte nezahojili, rany sa tu hoja tak pomaly, až sa vlastne ani nehoja.

■ Slnko páli ostošesť, a začína sa ukazovať, že sladké kakao nie je najvhodnejším nápojom na uhasenie smädu. Možno je to dehydratáciou, možno je to tým, že som dnes ešte nič nejedla, každopádne hory mi dneska prvýkrát ukazujú nadvládu nad mojim telom. Musím vyzerat fakt zle, stojím už iba 30 metrov od stanu, keď prichádza brat a berie mi batoh. Tackavou, vrávoravou chôdzou mi robí problém dôjsť do stanu už i bez batohu. Zvyšok dňa do seba lejem litre čaju a trpím v oba-
vách, že je to úpal a pokus o výstup už o dva dni sa uskutoční bezo mňa.

10. deň

■ Zápisky som si tento deň nerobila, telo sa sústredilo na zotavenie sa z predchádzajúceho dňa, na kreatívne radovánky vo forme písania si denníka proste nebolo sily.

11. deň

■ Možno prvýkrát v živote vidím vtipkára Romana seriózne znepokojeného. Stan sme postavili na okraji skalnej steny a on sa obáva, že do rána nevydrží nápor vetra, že sa ráno ocitneme o 2 km nižšie, než sme zaspávali. Alebo že nám ten stan

roztrhá na franforce a my v noci zamrzeme. V trojmiestnom stane sa tlačíme štyria, spolu s asi 5 centimetrovou snehovou pokrývkou. Viete si predstaviť, aké je ležať celú noc v jednej polohe, lebo ak sa pohnete, sneží vám priamo do tváre, resp. na ňu kvapká roztápajúca voda? Poriadne preberajúce. Tokimu, ktorý podcenil svoj diabetes, je poriadne zle, vyzerá to, že sa o výstup budeme na druhý deň pokúšať bez neho.

■ Deň D – pokus o zdlanie Leninového štítu (7 134 m.n.m) Zdolali sme prvý stupák, čím sme sa dostali na akúsi náhornú plošinu. Pohybujeme sa monotónne, stereotypne a pomaly ako zombíci. Kebyže nám pred očami nesvieti krása toho kopca, desilo by ma to. Takto sa však starám len a len o to, ako nezaspáť. Natierať sa ľadom nepomáha, prejdem k rafinovanejšiemu útoku a bolestivo sa štípem do zápästí, ostávajú mi tam malinké podliatiny, no ani toto nezaberá. Hodil by sa mi Tokiho mučiaci nástroj (také to pero s ihlou, ktorým si diabetik pichá do prstov a potom z kapilárnej krvi odmeriava hodnotu glykémie). No ten je už o nejakú tú stovku metrov nižšie spolu s jeho majiteľom, pretože mu zdravotný stav neumožnil na výstup na vrchol ani pomyslieť.

■ Roman kráča prvý, ja za ním, brat trochu zaostáva. Zavše ho vidím obďaleč sedieť na batohu. Nepáči sa mi to, bála by som sa oňho, keby mi ostávalo dosť kyslíka aj také luxusné mozgové funkcie, ktorým prináležia obavy o príbuzných. Uvitám stúpanie do brutálneho kopca, pretože takto pociťujem každé kilo svojej hmotnosti na päťach, kde mám otlak na otlaku a ako som už povedala, bolesť preberá.

■ Na traverze čakám brata, Roman zatiaľ hľadá značku. Ne-
tuším, ako dlho som sedela na batohu v polospanku, kým sa zjavil brat s myšlienkou „Obráťme to.“ V rukách drží GSP. Nachádzame sa čosi nad 6 800 m.n.m, ešte nás čaká 300 metrové prevýšenie. V týchto nadmorských výškach to znamená minimálne ďalšie tri hodiny na dosiahnutie vrcholu.

■ „Za chvíľu budú tri, nestihli by sme sa vrátiť,“ vraví a ja to tentokrát prijímam bez pocitu roztrpčenia. V súčasnosti mi vôbec nezáleží na tom, či na vrchol dôjdeme, možno neskôr bude, no teraz mám iba jedno pranie, myšlienku, potrebu – ľahnúť si a zaspáť. Romanovi sa nápad otočiť to nepozdáva, ale po chvíli frflania „ja by som to sám vyšiel“, nakoniec uznáva, že pokračovať smerom na vrchol v takýchto neskorých hodinách je ak nie samovražda, tak istý recept na amputáciu prstov kvôli omrzlinám. A pritom – stačilo v deň D vyraziť v skorých ranných hodinách (tzn. o štvrtej, piatej, šiestej ráno), tak, ako sa odporúča v deň výstupu. Ale nie, my sme začínali o deviatej. Nemám pre to iné vysvetlenie, ako to, že výšková choroba sa u nás prejavila absolútnou stratou motivácie, že nám na tom celom úplne prestalo záležať. Veď ako inak si vysvetliť skutočnosť, že sme precestovali tisíce kilometrov, zaplatili nemalé peniaze a zažili si aj značnú dávku nepohodlia, a v deň D mali ideálne počasie na výstup, a nám sa proste nechcelo vyteperiť z teplých spacákov? Akoby to nebola expedícia, na ktorú sme sa chystali 6 mesiacov...

■ V nasledujúcom čísle Lekárniky sa dočítate o Demokratickej republike Kongo, ktorá je jednou z najchudobnejších a zároveň najbohatších krajín sveta, ktorú účastníci februárového zájazdu organizovaného CK Pharmaeduca, budú mať možnosť vidieť na vlastné oči. ■

	3					6	7
9		A			3	8	2
			7	6	8		B
		5	8			3	
		9				8	2
	4	3				7	6
	5	C			7	9	1
7	9		4	3		6	D
1		4		5	9		

2		8					
	1			8	3	5	4
5	E			7	6	8	
			7		8	2	5
	3	5				1	4
	8	2	3			G	9
	2	9	8	1			6
	5		9			4	3
				3	7		H
							1

					5		7	2
	2	6		7		1	8	I
	7	5			8			
		J	8	6				9
	9		2	5		7	K	
7		8				5		6
	8			9	1	4	6	
9	1		4			2		
4					2		L	9



Pozitívne vlastnosti na naše zdravie:

- Podpora imunity • Detoxikačné účinky • Prevencia pred rakovinou
- Protizápalové účinky • Podpora látkovej výmeny a trávenia • Viažu na seba tuky, čím podporujú chudnutie
- Proti hnačke • Zrýchľujú proces hojenia rán
- Znižovanie cholesterolu a prevencia chorôb srdca a ciev
- Antiparazitické účinky • Odstraňujú plynatosť • Zmierňujú kašeľ
- Podporujú liečbu kožných ochorení • Normalizujú hladinu cukru v krvi
- Udržiavajú mladistvý vzhľad • Protistresové a ukludňujúce účinky
- Zlepšujú zrak

SUDOKU so spoločnosťou LPT EU s. r. o.

••• Vyriešite sudoku a pošlite nám vylúštené čísla zo žltých štvorčekov v abecednom poradí od A – L do 30. 11. 2017. Možno to budete Vy, komu pošleme darček venovaný spoločnosťou LPT EU s.r.o.

••• Vylúštených 12 čísel zo sudoku posielajte na adresu redakcie poštou alebo e-mailom (lekarnik@unipharma.sk). O zaradení do žrebovania rozhoduje názov a adresa lekárne, nie súkromná alebo len e-mailová adresa.

••• Ak ste v septembrovom vydaní časopisu Lekárník sťažili so spoločnosťou LPT EU s.r.o., vylúštením sudoku ste dospeli k takémuto výsledku: 4955 – 7361 – 2234. Z úspešných lúštitelov sme vyžrebovali:

- Mgr. Andrea Petergáčová, Lekáreň Poli-Pharma, ROŽŇAVA
 - Pharm.Dr. Daniela Kundra Forraiová, Lekáreň IRIS, SOLIVAR
 - Veronika Iskrová, Naša lekáreň, BANSKÁ BYSTRICA
- Výhercom gratulujeme.

súťaž

Vyhrajte vstupenky do SND!



Giacomo Puccini Turandot

FOTO: A. Klenková

Príbeh, ktorý sa v Pucciniho Turandot divákovi predstavuje, je o dve storočia starší, než táto opera. Pôvodne sa viaže na legendárne Rozprávky tisíc a jednej noci zo 17. storočia. Odvtedy sa dočkal celého radu spracovaní. A práve Pucciniho libretistov Giuseppeho Adamiho a Renata Simoniho zaujalo jedno z nich, ktoré vytvoril významný taliansky dramatik z obdobia renesancie, Carlo Gozzi. Ten, kritizujúc svojho súputníka Carla Goldoniho za to, že vraj vo svojej tvorbe príliš podlieha francúzskym vplyvom, obrátil sa k rozprávkovým námetom, pri stvárnovaní ktorých sa nechal inšpirovať povestnou formou talianskeho ľudového divadla – commediu dell'arte. Koniec koncov: ani zďaleka nebol jediný, komu rozprávka o krutej princeznej Turandot učarovala. Veď začiatkom dvadsiateho storočia sa jej chopil jeden z veľikánov vtedajšieho inscenačného umenia, veľký reformátor (nielen) ruského divadla J. B. Vachtangov – a jeho javiskové stvárnenie Gozziho diela pretrvalo na scéne v 1 500 reprízach niekoľko desiatok rokov!

SÚŤAŽNÁ OTÁZKA:

Koľko hádaniek položí Turandot Calafovi?

Svoje odpovede posielajte do **30. novembra 2017** na adresu redakcie poštou alebo e-mailom na: lekarnik@unipharma.sk.

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

Výherca získa dve vstupenky na predstavenie **Turandot** konané dňa **27. decembra 2017 o 19.00 v Novej budove SND, Sála opery a baletu**.

Vyhodnotenie septembrovej súťaže o dve vstupenky na predstavenie v SND:

Správna odpoveď na otázku z minulého čísla znie: **Postavu Bassu Selima v bratislavskej inscenácii Únos zo Serailu stvárnuje Andy Hric**.

Dve vstupenky získava a na predstavenie sa môže tešiť:

Pavína Dobáková, Nemocničná lekáreň NUTPChaHCh, Vyšné Hágy
Srdečne gratulujeme.

www.snd.sk

Lekárník

odborno - informačný mesačník pre lekárov

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:

• prof. PharmDr. Ján Kyselovič, CSc.
Farmaceutická fakulta UK, Bratislava

Členovia:

• RNDr. Anton Bartunek
Univerzita veterinárskeho lekárstva a farmácie, Košice
• PharmDr. Zuzana Baťová PhD.
Riaditeľka a vedúca služobného úradu ŠÚKL
• RNDr. Tomislav Jurik, CSc.

UNIPHARMA – 1. slovenská lekárnická akciová spoločnosť
• PharmDr. Vlasta Kákošová

Detská fakultná nemocnica s poliklinikou, Bratislava

• doc. MUDr. Andrea Kalavská, PhD., MHA

Štátna tajomníčka Ministerstva zdravotníctva SR

• RNDr. Štefan Kišon

Slovenská farmaceutická spoločnosť, Bratislava

• PharmDr. Ladislav Kňaza

UNIPHARMA – 1. slovenská lekárnická akciová spoločnosť

• PharmDr. Martin Kopecký, PhD.,

Česká lekárnická komora

• PharmDr. Štefan Krčňák

Lekáreň U milosrdného srdca, Šurany

• prof. MVDr. 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

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.

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

Sezóna	nová budova	historická budova
2017/2018	Sála opery a baletu	Sála činohry
piatok	1 Nehrás sa	CH. BRONTĚOVÁ JANE EYROVÁ 19.00 – 22.20 hod. Napínavý román o ženskej duši, emancipácii a sile vzdelovanej neprávom osudu adaptovaný špeciálne pre SND.
sobota	2 ŽIDOVKA Scéna Foto: P. Breiter	CH. BRONTĚOVÁ JANE EYROVÁ DEMERNÉRA 19.00 – 22.20 hod. Napínavý román o ženskej duši, emancipácii a sile vzdelovanej neprávom osudu adaptovaný špeciálne pre SND.
nedela	3 J. F. HALÉVY ŽIDOVKA 17.00 – 20.00 hod. Opera v piatich dejstvách vo francúzskom jazyku	W. SHAKESPEARE SKROTENIE ZLEJ ŽENY 18.00 – 20.45 hod. Čierna komédia je v našej verejnej parádii na heslo: Keď ládi k žene, vezmi si bič! Napokon, čo má, ak ti dýchba rezec!
pondelok	4 REZERVÁCIE 1471 2 204 12 208 www.snd.sk	TROCHU INAK 19.00 hod. Večer s Adelou Vinczeovou a „trochu inými“ hosťami nielen za SND
utorok	5 Nehrás sa	B. SLANČIKOVÁ-TIMRAVA/D. MAJLING BÁL 19.00 – 22.00 hod. Na motívy poviedok Boženy Slančíkovej-Timravy.
streda	6 W. A. MOZART O ČAROVNEJ FLAUTE A INÝCH KÚZLACH 11.00 – 12.15 hod. Martin Vaněk predstaviť defon operu Carovná flauta.	W. SHAKESPEARE RICHARD III. SÉRIA NC1 19.00 – 20.40 hod. Klasická tragédia z cyklu Shakespeareových historických hier, ktorá v nových súvislostiach interpretuje súčasnosť.
štvrtok	7 TURANDOT K. F. HAYDN, M. MALACHOVSKÝ, M. LEHÁNSKY Foto: A. Klenková	R. DAHL APARTMÁN V HOTELI BRISTOL 19.00 – 22.00 hod. Čierna komédia na motívy poviedok Rosalda Duhla
piatok	8 T. STOPPARD ARKÁDIA 18.00 – 22.00 hod. Hľadanie strateného raja v ironickej komédii plnej omývok	D. ARCAND ÚPADOK AMERICKÉHO IMPÉRIA/INVÁZIE BARBAROV 19.00 – 21.40 hod.
sobota	9 V. KLIMÁČEK SISSI 19.00 – 22.15 hod. Moderná historická dráma plná atraktívnych tém, vzneseními, napätím, humorom, lásky i smrti.	V. SCHULCZOVÁ, R. OLEKŠÁK LENI 19.00 – 20.30 hod. Slovenská hra o kontroverzných dejstvách Tretej ríše Leni Riebshtalovej, ale aj o zodpovednosti umelca za svoje dielo
nedela	10 J. STRAUSS NETOPIER 17.00 – 20.00 hod. Opereta v troch dejstvách v nemeckom a slovenskom jazyku	I. BERGMAN FANNY A ALEXANDER 18.00 – 22.20 hod. Veľká roľnícka sága nazeraná očami dvoch detí Hrdina – brata a sestry
pondelok	11 Nehrás sa	Nehrás sa
utorok	12 B. SMETANA NEPREDAJME NEVESTU! 11.00 – 12.15 hod. Martin Vaněk predstaviť defon operu Predaná nevesta.	V. SCHULCZOVÁ, R. OLEKŠÁK RODÁCI 19.00 – 20.40 hod. Inscenácia je súčasťou dlhodobého projektu, v rámci ktorého postupne rekonštruujeme zahradnícke reštaurácie, aby v svetovej premiére vznikol slovenský divadlo.
streda	13 CARL DAVIS, D. DE ANDRADE NIZŠKIJ – BOH TANCA 19.00 – 21.50 hod.	J. HAVELKA ELITY 19.00 – 21.00 hod. Prvá hra napísaná na objednávku Činohry Slovenského národného divadla
štvrtok	14 Nehrás sa	J. PALÁRIK ZMIERENIE ALEBO DOBRODRUŽSTVO PRI OBŽINKOCH 19.00 – 21.50 hod. Veselohra o zmierení, dobrodružstve, hrách lásky a nádhoy
piatok	15 G. VERDI LA TRAVIATA 19.00 – 21.45 hod. Opera v troch dejstvách v talianskom jazyku	J. PALÁRIK ZMIERENIE ALEBO DOBRODRUŽSTVO PRI OBŽINKOCH 10.00 – 12.50 hod. Veselohra o zmierení, dobrodružstve, hrách lásky a nádhoy
sobota	16 BORIS EIFMAN ZA HRANICAMI HRIECHU BRATIA KARAMAZOVCI 19.00 hod.	E. FELDEK AKO SA LOMIDREVO STAL KRÁĽOM 10.00 – 12.30 hod. Fantazijná rozprávka o hrdinoch, drakoch, princovi a jeho láske
nedela	17 VIANOCE V BRATISLAVE 19.00 hod. 8. ročník vianočného koncertu Predaj vstupeniek je možný len osobne v pokladničkách SND.	W. SHAKESPEARE RICHARD III. SÉRIA NC2 18.00 hod. Klasická tragédia z cyklu Shakespeareových historických hier, ktorá v nových súvislostiach interpretuje súčasnosť.
pondelok	18 Nehrás sa	Nehrás sa
utorok	19 W. A. MOZART ČAROVNÁ FLAUTA 19.00 – 21.50 hod. Opera v dvoch dejstvách v nemeckom a slovenskom jazyku	V. SCHULCZOVÁ, R. OLEKŠÁK RODÁCI 19.00 – 20.40 hod. Inscenácia je súčasťou dlhodobého projektu, v rámci ktorého postupne rekonštruujeme zahradnícke reštaurácie, aby v svetovej premiére vznikol slovenský divadlo.
streda	20 ČAROVNÁ FLAUTA P. RIEBENHÄGER Foto: A. Klenková	S. DAUBNEROVÁ SPIEVAJÚCI DOM 19.00 – 21.20 hod. Prvá inscenácia hra napísaná na objednávku Činohry SND
štvrtok	21 Nehrás sa	Nehrás sa
piatok	22 Nehrás sa	Nehrás sa
sobota	23 Nehrás sa	Nehrás sa
nedela	24 Nehrás sa	Nehrás sa
pondelok	25 Nehrás sa	Nehrás sa
utorok	26 Nehrás sa	Nehrás sa
streda	27 G. PUCCINI TURANDOT 19.00 – 22.00 hod. Opera v troch dejstvách v talianskom jazyku	I. BERGMAN FANNY A ALEXANDER 18.00 – 22.20 hod. Veľká roľnícka sága nazeraná očami dvoch detí Hrdina – brata a sestry
štvrtok	28 J. STRAUSS NETOPIER 19.00 – 22.00 hod. Opereta v troch dejstvách v nemeckom a slovenskom jazyku	R. DAHL APARTMÁN V HOTELI BRISTOL 19.00 – 22.00 hod. Čierna komédia na motívy poviedok Rosalda Duhla
piatok	29 NETOPIER A. KOHLISCH, M. DVORSKÝ Foto: A. Klenková	Nehrás sa
sobota	30 Nehrás sa	Nehrás sa
nedela	31 SILVESTROVÝ KONCERT 16.00 – 17.30 hod. J. STRAUSS NETOPIER 19.00 – 22.00 hod.	Nehrás sa

Slovenské národné divadlo vám praje pokojné Vianoce plné pohody
a v novom mnoho výnimočných zážitkov na našich scénach!
Srdečne vám ďakujeme za priazeň!

Informácie o predaji vstupeniek: Vstupenky na všetky predstavenia Slovenského národného divadla si môžete kúpiť a rezervovať:

• v pokladnici v novej budove SND, Pribinova 17, (vchod z Olejárskej ulice),
Po – Pi: 8.00 – 19.00 hod., v prípade neskorších predstavení až do začiatku predstavenia
So – Ne: 9.00 – 12.00 a 14.00 – 19.00 hod., v prípade neskorších predstavení až do začiatku predstavenia

• v pokladnici v historickej budove SND, (vchod z Jesenského ul.),
Po – Ne: 2 hodiny pred každým predstavením

SND prijíma kultúrne poukazy MK SR.

On-line predaj

[NÁVŠTEVNÍK.SK](http://navstevnik.sk)

www.snd.sk

Rezervácie

+421 2 204 72 289

rezervacie@snd.sk

Rezervácie vstupeniek v pracovných dňoch od 8.00 do 16.00 hod.
AKCIA 1 + 1 vstupenka zadarmo

Vysvetlivky:

- Organizované predstavenie, vstupenky nie sú v predaji
- ako hosť
- poslušnosť VŠMU
- Detské predstavenie