

Lekárnik[®]

odborno – informačný mesiacník pre lekárnikov

12

DECEMBER
2016
Ročník XXI.

ekonom a prognostik
**Prof. Ing.
Peter Staněk, CSc.**

prognózy • vízie • postrehy

viac na stranách 26 – 28

Časopis
Lekárnik oslavuje

20.

narodeniny
1996-2016

ISSN 1335-924X



9 771335 924002 12

obsah

- 03 Úvodník**
- 04 Navštívili Unipharmu**
- 05 Polemika**
– Limitovanie preskripcie
- 10 Aktuálne**
– Slovensko chce spolupracovať s Bieloruskom najmä v oblasti zdravotníctva
- 13 Minister zdravotníctva SR navštívil nemocnicu Košice-Šaca**
- 14 Nedostatok liekov v EÚ**
- 18 Konferencia pri príležitosti 25. Výročia ZCHFP**
- 21 XXV. Pracovné dni nemocničných lekárníkov**
- 25 25. Sympóziu klinickej farmácie Lívie Magulovej**
- 26 Reportáž**
– V aleji osobností Unipharmy má svoj strom ďalšia významná osobnosť
- 29 Aktuálne**
– Úspešný výsledok priebežnej inšpekcie ŠÚKL
- 30 Unicentrum**
- 32 Zo života lekárníkov**
– Mgr. Martina Lukáčová: „Svoje povolanie mám rada, nič iné robiť nechcem“
- 34 Aktuálne**
– PharmDr. Beata Valocká, Únia poskytovateľov lekárenskej starostlivosti: „Novela zákona o lieku je vyjadrenie nedôvery lekárníkom“
- 36 Svet farmácie**
- 38 Koktejl z farmácie**
- 40 Správy z Česka**
- 41 Právne rady**
– Mimoriadne objednávanie nedostatkových liekov od 1. apríla 2017
- 42 Ekonomické okienko**
- 44 Diskusné fórum**
– Liekové interakcie u pacientky s diabetes mellitus
- 47 Aktuálne**
– Vedecká konferencia Farmakoekonomika na Slovensku XXXII.
- 53 PR článok**
- 54 Rozhovor** – prof. MUDr. Pavel Pafko, DrSc.

Hlavná téma

58 Vitamín D a roztrúsená skleróza

- 62 Dejiny slovenského lekárníctva**
– PPO – poverenie pre priemysel a obchod a PZD – poverenie pre zdravotníctvo
- 66 Farmácia v umení** – Život je krásny
- 68 Reportáž**
– Zasa raz na hranici občianskej vojny
- 74 Sudoku**
- 75 Tiráž**



05

- **Polemika:**
– Limitovanie preskripcie
– Čo môže priniesť pre pacienta a čo pre štát



13

- **Aktuálne**
– Slovensko chce spolupracovať s Bieloruskom najmä v oblasti zdravotníctva



30

- **Unicentrum**
– v Bojniciach otvorili nové zdravotnícke centrum vybavené najmodernejšími prístrojmi, ktoré sú na Slovensku raritou.



32

- **Zo života lekárníkov**
– Mgr. Martina Lukáčová: „Svoje povolanie mám rada, nič iné robiť nechcem“



47

- **Aktuálne**
– Vedecká konferencia Farmakoekonomika na Slovensku XXXII.



54

- **Rozhovor**
– prof. MUDr. Pavel Pafko, DrSc. – „Ľudské telo je ako vaňa, do ktorej voda priteká a odtieká...“



Aby pacient zostal na prvom mieste

V programovom vyhlásení vlády v oblasti zdravotníctva jedným z piatich základných cieľov je „*efektívnosť a účelnosť*“. Slovensko podľa údajov zo správy MF SR dáva na medicínsky tovar vrátane liekov viac než okolité krajiny. Príčinou nadštandardného predpisovania môže byť skutočná medicínska potreba, ale i nedostatočný manažment pacienta, duplikácie v predpisovaní, indukovaná preskripcia, či iné nezrovnalosti. Príčinou môže byť teda vysoká spotreba ale i neefektívny systém úhrad zo zdravotného poistenia. Na základe iniciatívy MF SR „*hodnota za peniaze*“ prostredníctvom vypracovaného programového riadenia je vlastným vykonávateľom MZ SR. V oblasti liekovej politiky má za úlohu znížiť možnú nadspotrebu liekov pri zachovaní dostupnosti a kvality poskytovanej zdravotnej starostlivosti. Splniť všetky tieto podmienky nie je vôbec jednoduché. Jedným z plánovaných úsporných opatrení má byť aj preskripcné obmedzenie cestou predpisových limitov pre ambulantných poskytovateľov, spočiatku len pre všeobecných lekárov a neskôr aj pre lekárov špecialistov. S podobnou myšlienkou sme sa už v minulosti stretli, bola navrhnutá spätne v poradí siedmym ministrom zdravotníctva pred súčasným. Ak sa perspektívne nové obmedzenie cestou predpisových limitov uvedie do života, ambulantní lekári pri najväčšej snahe nedokážu rozplánovať preskripciu tak, aby nedošlo ku diskriminácii niektorých pacientov. Napríklad, ak by chorý navštívil ku koncu mesiaca lekára s už vyčerpaným limitom, bol by nútený následne hľadať iného lekára, ktorý má ešte limit voľný a recept napísať môže. Bude ho tento lekár znovu vyšetrovať a vykazovať zdvojené vyšetrenie? Asi áno. Mohlo by tak v celom ošetrovacom reťazci z dôvodu limitovanej preskripcie dôjsť ku zbytočnému predĺženiu, čo môže mať aj nepriaznivé zdravotné dôsledky pre pacienta, ale vedie aj k zbytočným vyšetreniam, čo znovu zvyšuje náklady na zdravotnú starostlivosť.

Za dostatočný regulačný mechanizmus na nastavenie preskripcie, keďže merateľným ukazovateľom by mal byť priemerový počet receptov za rok na pacienta a celková úhrada poisťovní za lieky na recept, by som považoval sledovanie preskripcie revíznymi lekármi a revíznymi farmaceutmi, v záujme ktorých je nielen ekonomická, ale aj účinná, rýchla a racionálna liečba. Treba, aby zdravotníctvo bolo nielen efektívne a účelné, ale rozhodne s dodržiavaním princípu, že pacient musí byť pre lekára, spoločnosť a aj politické rozhodnutia na prvom mieste – je to prvý cieľ v programovom vyhlásení vlády v oblasti zdravotníctva („pacient na prvom mieste“). Opiera sa o základný princíp lekárskeho povolania, a tým je pomoc pacientovi. Vzťah lekár – pacient nie je jednoduchý a aby bol produktívny, každému občanovi musia byť základné princípy a pravidlá poskytovania zdravotnej starostlivosti jasné, musí vedieť, na čo má nárok. A v neposlednom rade, aby aj vedel, že to, na čo má nárok a dostáva to zo zdravotného poistenia, má svoju cenu. Aj liek, ktorý dostane výmenou za recept, akú má hodnotu. Starostlivosť o pacienta nemá byť zisková, ale rozhodne má byť efektívna. Áno, preskripciu treba účelne organizovať, realizovať a aj „konzumovať“. Vzdelaný lekár by mal robiť všetko, aby sa docielilo uzdravenie, či zmiernenie utrpenia pacienta, včítane racionálnej preskripcie, na druhej strane by mal byť vyspelý, informovaný a spolupracujúci pacient, ktorý je zodpovedný voči svojej liečbe.

prof. MUDr. Peter Šimko, CSc.
Slovenská zdravotnícka univerzita
Bratislava



zľava: Mgr. Ivana Jaššová, Mgr. Tatiana Znášiková, PharmDr. Gabriela Novotná, Ingrid Ďuricová, Mgr. Zuzana Košťanová, Alena Šimová, MVDr. Branislav Klopán

Spoločnosť Roche opäť v Unipharme na pravidelnom audite

■ Dlhoročný obchodný partner spoločnosti Unipharma – firma Roche navštívila priestory Bojnického sídla UP 7. 12. 2016. Roche zastupovali PharmDr. Gabriela Novotná (Qualified Person) a Mgr. Zuzana Košťanová (Logistic Manager). Išlo o pravidelný audit na dodržiavanie pravidiel správnej veľkodistribučnej praxe pri manipulácii s produktmi spoločnosti Roche Slovensko s.r.o. Audit bol spojený s prehliadkou skladových priestorov. Zároveň bola otvorená diskusia na tému ochrany pacienta zabránením vstupu falšovaných liekov, ktorú upravuje delegovaný akt EÚ. Spoločnosť Roche Slovensko s.r.o. bude už od januára 2017 uvádzať na trh prvé lieky zo svojho portfólia s bezpečnostnými prvkami (2D kódmi). ■



zľava: Mgr. Jana Jarmila Križanová, Elena Vajsábelová, Mgr. Miloslav Čiliak, MHA, Mgr. Zuzana Lišková

Synergia Pharmaceuticals predstavila nové výrobky

■ Mgr. Miloslav Čiliak, MHA a Mgr. Zuzana Lišková privítali 2. 11. 2016 zástupkyne spoločnosti Synergia Pharmaceuticals Mgr. Janu Jarmilu Križanovú a Elenu Vajsábelovú. Synergia predstavila ich novinky v sortimente a zástupcovia Unipharmy im prezentovali marketingové možnosti. ■



zľava: Mgr. Paula Prôčková, Wojciech Czopik, ICN Finance Department, Jacek Nieznański Valeant, Consignment Stocks and Export sale manager Paweł Charchut, ICN Finance Department, Marcin Budnik, ICN Logistic Department, Gabriela Čomorová, Logistic manager, Alena Šimová



zľava: Bc. Miroslava Melicherčíková, Mgr. Andrej Slatkovský, Mgr. Miloslav Čiliak, MHA, Mgr. Zuzana Lišková

Predstavenie novej zástupkyne spoločnosti Kimberly-Clark

■ Začiatkom novembra prišiel do Unipharmy Mgr. Andrej Slatkovský, aby predstavil novú zástupkyňu spoločnosti Kimberly-Clark, s. r. o., Bc. Miroslava Melicherčíkovú. Pani Melicherčíková nahradí od 1. 1. 2016 Mgr. Slatkovského, ktorý pôsobil ako kľúčový manažér. Stretnutie bolo zamerané na predstavenie referenta nákupu ako kontaktnej osoby, ponuky marketingových služieb zo strany oddelenia marketingu a predstavenie časopisu Lekárník. ■



Zhodnocovali a plánovali so spoločnosťou Krka

■ Zhodnotenie úspešnosti spolupráce v roku 2016, príprava plánov na rok 2017, ako aj rozšírenie spolupráce s družstvom Plus lekáreň boli najdôležitejšie témy stretnutia rokovania zástupcov Unipharmy a spoločnosti Krka v Bratislave. Okrem iného hovorili tiež o novele zákona o lieku, ktorá sa dotýka oboch subjektov.

■ Na stretnutí sa zúčastnili: na fotografii zľava – MVDr. Branislav Klopán, riaditeľ úseku Nákupu a výroby – Unipharma, za spoločnosť Krka PharmDr. Marjan Vrbnjak, Country Manager, Mateja Podlogar, Sales Manager, Mgr. Daniel Širka, Key Account Manager, PharmDr. Michal Kolárik, Product Manager a Mgr. Andrej Kuklovský, riaditeľ PLUS LEKÁREŇ Družstvo. ■

Inventúra konsignačného skladu firmy Valeant a upevnenie spolupráce

■ Spoločnosť Valeant, dlhoročný partner Unipharmy je nadnárodná špecializovaná farmaceutická spoločnosť. Rastová stratégia spoločnosti je zameraná na získavanie, rozvíjanie a uvádzanie nových produktov na trh prostredníctvom strategických partnerstiev.

■ Zástupcovia spoločnosti Valeant z Poľska a Slovenska sa 14. 11. 2016 stretli s vedúcou oddelenia nákupu liekov Unipharma Alenou Šimovou a referentkou nákupu Mgr. Paulou Prôčkovou. Hlavným cieľom stretnutia bola inventúra konsignačného skladu so sídlom v Bojniciach a taktiež upevnenie spolupráce medzi oboma stranami. ■



Limitovanie preskripcie?

Čo môže priniesť pre pacienta a čo pre štát

■ Mimo iných krokov, ktoré by mali podľa Ministerstva zdravotníctva SR viesť k stabilizovaniu situácie v zdravotníctve, uvažuje o limitovaní lekárov pri predpise preskripcných liekov. Ako dôvody zvažovaného opatrenia uvádza šetrenie nákladov a tiež zregulovanie vysokej nadspotreby liekov u nás. Verejnosť i odborníci sa pozerajú na túto možnosť rôzne. Mnohí súhlasia s tým, že nadspotreba tu naozaj je, ale zároveň pridávajú obavy, aby na opatrenie nedoplatili v konečnom dôsledku pacienti, ktorí sa včas nedostanú k vhodnému lieku. Preto sme sa vás spýtali:

SPRACOVALI: **Mgr. Ing. Denisa Ižová**
Katarína Vráblová

OTÁZKY

- 1f** Ministerstvo zdravotníctva signalizovalo, že bude limitovať preskripciu u lekárov. Myslíte si, že je to správne?
- 2f** Aké dopady to, podľa vášho názoru, môže priniesť?



Stanovisko MZ SR:

F Preskripcia liekov je oblasť, ktorú ovplyvňujú viaceré faktory (napr. cena liekov, preferencie jednotlivých lekárov, súčasné trendy vo farmakoterapii a mnohé ďalšie), pričom pri predpisovaní lieku musí lekár postupovať podľa aktuálnych poznatkov farmakoterapie v súlade so súhrnom charakteristických vlastností lieku – a najmä s prihliadnutím na zdravotný stav pacienta. Stanovovanie limitov na preskripciu liekov je veľmi citlivá a zložitá téma, či už napr. vzhľadom na samotnú skladbu pacientov konkrétneho poskytovateľa, ako aj na závažnosť zdravotného stavu jednotlivých pacientov. MZ SR presadzuje také opatrenia, ktoré smerujú k efektívnej redistribúcii zdrojov v zdravotníctve – to znamená, že cieľom je nachádzať možnosti úspor tam, kde sú a ušetrené prostriedky používať tam, kde ich je nedostatok. Zníženie počtu duplicitne, konfliktne alebo zbytočne predpísaných liekov (čo umožní dosiahnuť úsporu) je nielen ambíciou MZ SR, ale aj VŠZP a ostatných zdravotných poisťovní. Existuje mnoho prístupov, ktoré sa dajú aplikovať, aby sa zabezpečilo efektívnejšie predpisovanie liekov, jednou z možností je stanovenie preskripčných limitov. Spôsob realizácie tohto opatrenia bude predmetom ďalších odborných diskusií, ale pohľad na reálny stav, t. j. na reálnu spotrebu liekov ukazuje, že existujú podstatné rezervy. Stanovenie preskripčných limitov dostupnosť liekov pre pacientov v žiadnom prípade neohrozí.

■ Obdobné systémy existujú aj v iných krajinách, v Českej republike napríklad stanovuje limity vyhláška. Už spomenuté plánované otvorenie širokej odbornej diskusie pomôže určiť akceptovateľný nástroj a aplikovateľné riešenia, ktoré zabezpečia dostupnosť zdravotnej starostlivosti pre pacienta a eliminujú napríklad duplicitné, či zbytočné vyšetrenia (napr. z dôvodu absencie prepojenia jednotlivých poskytovateľov a výmeny informácií ohľadom diagnostiky a liečby pacientov; ide napr. o viacnásobnú preskripciu toho istého lieku lekármi z rôznych odborností, nedostatočnú informovanosť lekára o preskripcii toho istého lieku iným lekárom).

■ Najväčšia zdravotná poisťovňa VŠZP má vybudovaný systém kontroly a implementuje nové nástroje na odhalovanie neefektivity, napr. ráta s posilnením revíziej činnosti lekárov.



Mgr. Petra Balážová
vedúca referátu komunikácie
a hovorkyňa VŠZP

F Stanovovanie limitov na preskripciu liekov vnímame predovšetkým z pohľadu rozdielnosti odborností, ako aj samotnej skladby pacientov konkrétneho poskytovateľa z pohľadu vážnosti zdravotného stavu jeho pacientov.

■ K zavedeniu limitov na preskripciu liekov pristúpila aj Česká republika, kde stanovuje limity vyhláška. Hľadanie akceptovateľného nástroja bude predmetom odbornej diskusie s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti, v spolupráci s nimi budú identifikované aplikovateľné riešenia, ktoré zabezpečia dostupnosť zdravotnej starostlivosti pre pacienta a eliminujú napríklad duplicitné či zbytočné vyšetrenia, ktoré dnes z dôvodu absencie prepojenia jednotlivých poskytovateľov a výmeny informácií ohľadom diagnostiky a liečby pacientov ani nemusia byť úmyselné.

■ V priebehu roku 2015 VŠZP zaviedla pre ambulantný sektor diferencované odmeňovanie, pri ktorom formou dodatočnej finančnej motivácie ambulantných poskytovateľov chceme dosiahnuť vyšší stupeň efektívnej a účelnej preskripcie liekov a laboratórnej diagnostiky, nakoľko ich objem priamo závisí od rozhodovania poskytovateľov pri jej preskripcii a zdravotná poisťovňa je povinná uhradiť túto predpísanú starostlivosť.

■ Pre účely diferencovaného odmeňovania sme zaviedli parameter Koeficient efektívnosti (KEF), čo je v podstate ohodnotenie konkrétneho poskytovateľa v porovnaní s ostatnými kolegami v rámci tej istej odbornosti. A práve od výsledného KEF priamo závisí výška motivačnej dodatočnej úhrady pre konkrétneho poskytovateľa. Zdravotné poisťovne majú vybudované systémy kontroly a neustále musia implementovať nové nástroje na odhalovanie neefektivity.



MUDr. Andrej Janco
prezident
Slovenská lekárska únia špecialistov

F Ministerstvo uvažuje o rôznych spôsoboch, kde by bolo možné v zdravotníctve ušetriť a veríme, že má snahu využiť možnosti, kde by tým nebol poškodený pacient. Zvažuje pritom aj rôzne návrhy zo strany zástupcov poskytovateľov, ktorí často už nemajú hlavný príjem z poskytovania zdravotnej starostlivosti, preto na praktický dopad na zdravotníkov a pacientov nepomýšľajú. Spomeňme si, že v minulosti už bol podaný podobný návrh zo strany zástupcov poskytovateľov, proti ktorému sme sa postavili a preto, našťastie, neprešiel.

■ Ústava SR Čl. 40 zaručuje každému „...právo na ochranu zdravia. Na základe zdravotného poistenia majú občania právo na bezplatnú zdravotnú starostlivosť a na zdravotnícku pomocku za podmienok, ktoré ustanoví zákon.“

■ Príslušným zákonom je 577/2004 Z.z., Zákon o rozsahu zdravotnej starostlivosti uhrádzanej na základe verejného zdravotného poistenia a o úhradách za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a Príloha k nariadeniu č. 776/2004 Z. z. zoznam výkonov. Ústava SR neopravňuje určovať rozsah uhrádzanej zdravotnej starostlivosti zdravotným poisťovníam, ani ich „strategickým partnerom“. Zavedením limitov na preskripciu pre lekárov sa nemení predmet ani rozsah zodpovednosti jednotlivých článkov systému zdravotnej starostlivosti. Poskytovateľ je zodpovedný za správne a včas poskytnutú zdravotnú starostlivosť v zmysle rozsahu určenom zákonom. Rozsah úhrady zdravotnej starostlivosti, t. j. nielen výkonov, ale aj liekov zdravotníckych pomôcok a diietických potravín zákon vymedzuje na pacienta a nie na lekára.

■ Limitovať lekára v možnosti predpísať potrebnú liečbu znamená dať mu voľbu z dvoch možností: 1. Niesť zodpovednosť za následky na zdraví pacienta alebo 2. koncom mesiaca zaplatiť pacientovi liečbu. Ostávajú nezodpovedané otázky, akým spôsobom by sa stanovoval lekárovi limit a kto by ho stanovoval. Podľa čoho by na konci mesiaca lekár vyberal, komu lieky predpíše a komu nie, alebo, napríklad, či diabetikovi s hypertenziou a angínou predpíše inzulin

alebo antihypertenzíva alebo antibiotiká.

■ Ak by ministerstvo nakoniec k takýmto limitom pristúpilo pri zachovaní nelimitovaného zisku zdravotných poisťovní z verejného zdravotného poistenia, museli by sme takúto úpravu zákona nechať posúdiť na Ústavnom súde SR. Tento krok by neprispel k úspore financií v prospech pacienta, ale znamenal by legalizáciu ďalšieho spôsobu nekontrolovaného navyšovania ziskov zdravotných poisťovní. Lekári nesmú byť zbavení diagnostických a liečebných možností s tým, že zodpovednosť za poškodenie pacienta ostane na ich pleciach. Za týchto podmienok nepomáhajú ani štipendiá, aby na Slovensku niekto chcel robiť lekára.



Ing. Elena Májeková
členka predstavenstva a riaditeľka sekcie nákupu
zdravotnej starostlivosti, revízií činností
a programov zdravia Union zdravotnej poisťovne

F Počas roka 2016 Union ZP opakovane upozorňovala na potrebu dofinancovania zdravotníctva v objeme 180–200 miliónov eur. Tieto prostriedky sú nevyhnutné na vykrytie zvýšenia plátov zamestnancov v zdravotníctve podľa zákona. Do konca roka však rezort získa iba dodatočných 35 miliónov eur, ktoré budú prerozdelené cez navýšenie platieb za poisťencov štátu, čo je nedostatočné.

■ Sme presvedčení, že u poskytovateľov existuje priestor pre zvýšenie efektivity. Plošné nasadenie úsporných opatrení, napríklad v oblasti špeciálnych zdravotníckych materiálov, zobrazovacej diagnostiky alebo laboratórnych vyšetrení, by mohlo pomôcť zmierniť problém nedofinancovania rezortu.

■ V rámci projektov, na ktorých pracuje MZ SR v spolupráci so zdravotnými poisťovňami, bude kľúčové zavedenie DRG a stratifikácia nemocníc. Ide o opatrenia, ktoré by mali viesť k efektívnejšiemu zaobchádzaniu s finančnými zdrojmi v zdravotníctve a ich prepojeniu s kvalitou poskytovania zdravotnej starostlivosti. Union ZP už tento rok poskytla nemocniciam viaceré údaje aj na základe ukazovateľov DRG, ktoré im ukázali priestor na zefektívnenie poskytovania zdravotnej starostlivosti. V tomto trende chceme spolu s poskytovateľmi pokračovať aj v budúcom roku a investovať ušetrené prostriedky naspäť do systému zdravotnej starostlivosti.



doc. PharmDr. Ján KLIMAS, PhD., MPH
Prvý prodekan a prodekan pre výchovno-vzdelávaciu
činnosť a doktorandské štúdium.

F Rozumiem snahe ministerstva hľadať riešenia pre zníženie výdavkov na lieky. Limitácia preskripcie je jedno z najjednoduchších riešení, ktoré môže priniesť očakávané výsledky (dokonca za istých okolností aj smerom k racionalizácii farmakoterapie), ale môže mať aj negatívny vplyv na dostupnosť liekov pre pacientov. Samozrejme všetko bude závisieť od toho, či budú dobre nastavené podmienky a či budú nasledovať aj ďalšie opatrenia. Ak nie, myslím, že to zásadný vplyv mať nebude, snáď iba menšiu spokojnosť pacientov so systémom.



Prof. MUDr. Karol Kráľinský, PhD.,
prednosta II. Detskej kliniky SZU
Detskej fakultnej nemocnice
s poliklinikou, Banská Bystrica

F Táto myšlienka a následné opatrenie musí mať dôvod. Podľa známych údajov to je popredné miesto SR v spotrebe liekov na jedného obyvateľa v rámci európskeho regiónu. Obmedzenie preskripcie liekov sa bude jednoznačne priamo dotýkať všeobecných lekárov pre deti a dospelých a, samozrejme, aj špecialistov v ambulantnej sfére. Tento cieľ možno dosiahnuť dvomi cestami – buď sankčnými, resp. motivačnými opatreniami predovšetkým prostredníctvom zdravotných poisťovní. Cieľ je jasný – zníženie spotreby a následná finančná úspora.

■ Dopad na pacienta? Negatívny u tých, ktorí lieky ozaj potrebujú a budú mať komplikovaný spôsob sa k nim dostať. Priaznivý u tých, ktorí často užívajú nevhodné kombinácie

liečiv s možným negatívnym dopadom na ich zdravie.

■ Ale ozaj všetko, čo sa predpíše skonzumujú pacienti? Nie – faktom je, že ročne sa len cez verejné lekárne zozbiera a zlikviduje viac ako 110 ton (!) nespotrebovaných liekov, pričom aj tu platí, že ide asi len o špičku ľadovca, pričom ešte väčšia časť je likvidovaná neodborne inou cestou. Takže si myslím, že problém je komplexnejší a iba obmedzenie preskripcie ho nevyrieši.



Ing. Miloš Mladý, MBA.
riaditeľ,
Uniklinika Kardinála Korca, Prievidza

F Nemyslím si, že limitovanie preskripcie je šťastný krok. Samotná chorobnosť populácie sa limitovať nedá a preto by sa, podľa môjho názoru, nemala limitovať ani preskripcia liekov. Zastávam názor, že najlepšia investícia je dočasnej prevencie a presne stanovenej terapie, ktorá dokáže poisťovniam znížiť náklady.



MUDr. Radoslav Čuha MBA, MPH,
FNsP Prešov

F Limitovanie preskripcie je jedným z možných oficiálnych a legálnych nástrojov ako regulovať vysoké náklady na lieky. Aj v tomto prípade platí „zákon akcie – reakcie“. A navyše, ak takýto mechanizmus bude vnímaný ako „malusový“, teda pri prekročení limitu bude nasledovať sankcia, eventuálne zníženie limitu na nasledujúce obdobie, je podľa skúsenosti z iných krajín, kde limitovanie preskripcie bolo zavedené v minulosti, možné očakávať niektoré schémy vývoja situácie.

■ Zo strany lekára pôjde o snahu neprekročiť limit. Táto snaha môže viesť k:

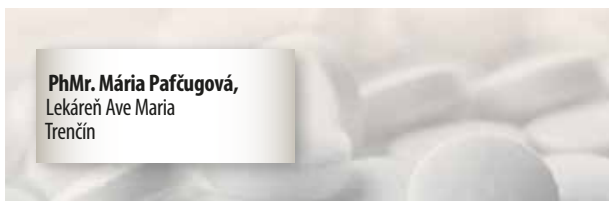
- zvýšeniu preskripcie generík
- zníženiu indukovanej preskripcie

- zníženiu „alibistickej“ preskripcie
 - zvýšeniu preskripcie menších balení liekov, čo by viedlo k častejším návštevám lekára (Jumbo balenia bývajú kusovo lacnejšie)
 - preposielaniu pacienta medzi lekármi za účelom, že práve ten druhý mu má vystaviť recept
 - čakaniu pacienta na nový mesiac, aby mu lekár mohol predpísať potrebný liek
 - obmedzeniu až eliminácii preskripcie nových a drahých molekúl (liekov) a návrat k staršej a lacnejšej generácii molekúl (liekov). Toto môže viesť až k situácii, že výrobcovia nebudú na našom trhu registrovať nové, moderné a zároveň drahé lieky.
- Uvedené možné schémy majú logicky svoje pozitíva, ale aj negatíva. Pohľad na rovnakú vec je iný zo strany regulátora, iný zo strany lekára a úplne rozdielny zo strany pacienta. Čo presne sa udeje, nevie s určitosťou povedať nikto.
- Jedna vec je ale úplne zrejímá. Vzhľadom k vysokej spotrebe liekov na Slovensku v porovnaní s okolitými krajinami je nevyhnutné pristúpiť k regulácii a ku kontrole tejto nákladovej časti slovenského zdravotníctva.



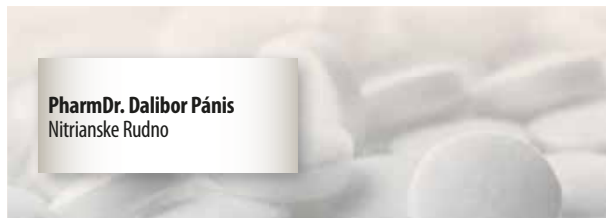
Mgr. Dana Kamenická,
hovorkyňa DFNSP Bratislava

F Detská fakultná nemocnica s poliklinikou Bratislava vníma potrebu nastavenia takých pravidiel, ktoré zabezpečia efektívne nakladanie s liekmi. Okrem už avizovaných preskripčných limitov považujeme za jedno z riešení daného problému aj pravidelnú kompetentnú revíziu činnosť, ktorá by obmedzila prípadnú nadspotrebu.



PhMr. Mária Pačugová,
Lekáreň Ave Maria
Trenčín

- Nie je to správne. Bude to na úkor pacientov, putovanie od jedného lekára k druhému kvôli limitom.
- Dopad bude pre lekárne, ktoré už teraz zápasia o prežitie (veľa lekární, degresívna marža, sieť lekární) likvidačný.



PharmDr. Dalibor Pánis
Nitrianske Rudno

- Myslím si, že limitovanie preskripcie je taký amatérsko-polulistický krok.
- Obávam sa, že by mohlo dôjsť k zhoršeniu dostupnosti adekvátnej farmakoterapie pre pacienta. Podľa môjho názoru sa racionálna farmakoterapia dá riešiť aj inak. Skôr by sa mali vytvoriť pravidlá na základe farmakoekonomických analýz, ktoré by určovali liečebný postup pri konkrétnej diagnóze. Tu vidím aj zatiaľ prakticky nevyužitý (a pritom obrovský) potenciál klinickej farmácie, ktorej plošnou implementáciou by sa dali ušetriť obrovské peniaze.



doc. RNDr. Magdaléna Fulmeková, CSc.
KORF – FaFUK

F Myslím si, že to nie je správne a zásadné veci ako dostupnosť sa tým nevyrieši.

Dostupnosť liekov bude ohrozená viac ako doteraz. Problémy v zdravotníctve sa ešte viac prehĺbia, korupcia bude ešte silnejšie prevládať. Vláda si podkúpila voličov rôznymi balíčkami a zdravotné odvody začala používať ako nástroj svojej politiky rozdávania. Porušila základy solidarity na ktorej je celý zdravotný systém na Slovensku postavený. Preskripčné limity odborných lekárov máme od roku 2012. Ako chce ministerstvo limitovať preskripciu pre chronických pacientov? Máme ich dosť, keď nedostupnosť liekov je zo dňa na deň vyššia, aj bez stanovenia limitov v preskripcii liekov všeobecným praktickým lekárom. Zdá sa mi, že všetko ide v mene princípu po mne potopa. Nielen ja, ale väčšina zdravo rozmyšľajúcich hovorí, že žiadne systémové zmeny sa nedejú, samé drobné úpravy. Reexport liekov sa novelou nezastaví, resp. novela tomu nezabráni, dá sa ľahšie obísť ako dopravná zápcha v hlavnom meste. V súvislosti so znížením neefektívneho predpisovania liekov by sa malo zaoberať odhaľovaním duplicit. Na to je najlepším nástrojom elektronizácia. ■

SPRACOVALA: **Mgr. Alexandra Pechová**

FOTO: archív Úradu vlády



Slovensko chce spolupracovať s Bieloruskom najmä v oblasti zdravotníctva

Šéf slovenskej exekutívy Robert Fico počas svojej pracovnej návštevy Bieloruska (25. 11. 2016) podpísal komuniké o spolupráci medzi SR a Bieloruskom a medzivládnu dohodu medzi rezortmi vnútra o spolupráci pri mimoriadnych situáciách. Na spoločnej tlačovej konferencii s premiérom Bieloruska Andrejom Kobjakovom uviedol, že Slovensko má záujem spolupracovať s Bieloruskom v oblasti farmácie, drevárskeho priemyslu, gumárskeho priemyslu, jadrovej energie a petrochemického priemyslu. Premiér na návšteve Bieloruska rokoval tiež s bieloruským prezidentom Alexandrom Lukašenkom. Redakcia Lekárnika vám prináša prehľad zásadných bodov stretnutia.



Slávnostné otvorenie slovensko-bieloruského vedecko-výskumného centra Nativita v oblasti lekárstva a farmakológie

■ **Prioritou** Slovenska zo spomenutých piatich oblastí je **projekt spolupráce v oblasti farmaceutického priemyslu**. Záujem bude orientovaný nielen na výskum, ale aj na samotnú produkciu liečiv. Tie sa podľa slov Roberta Fica budú používať **pri liečení onkologických chorôb a iných ťažkých ochorení**.

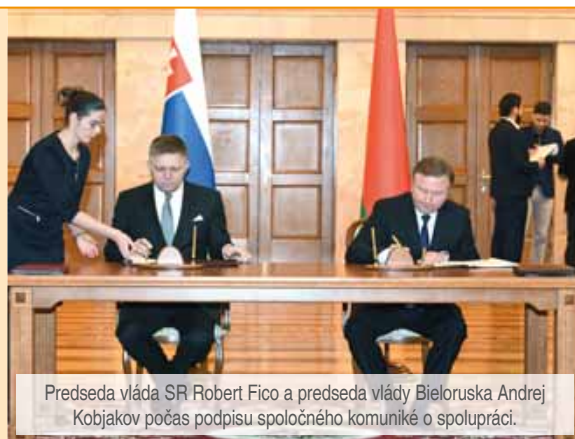
Nativita a Unipharma

■ Návšteva premiéra Roberta Fica v Bielorusku nebola len o politike a ekonomike. V meste Bešenkoviči (východ Bieloruska) navštívil vedecko-výskumné centrum Nativita. Centrum je financované aj zo strany Slovenskej republiky. Vedci tu pracujú na výskume a vývoji liekov proti rôznym civilizizačným ochoreniam. Slovensko a Bielorusko tu podpísali niekoľko dohôd o spolupráci, na ktorých sa podieľala tiež **Unipharma – 1. Slovenská lekárnická akciová spoločnosť, Jeseniova lekárska fakulta v Martine či spoločnosť Bio-med Martin**. Za spoločnosť Unipharma zmluvu o spolupráci s vedecko-výskumným centrom Nativita podpísal generálny riaditeľ spoločnosti **RNDr. Tomislav Jurik CSc.** Podmienky spolupráce dohodol s generálnym riaditeľom Nativity **A. N. Sychovom**. Cieľom spolupráce medzi Unipharmou a Nativitou je okrem iného zabezpečiť pre slovenských pacientov dostatok liečiv. Vďaka vzájomnej dohode sa otvoria dvere bieloruskému výskumnému centru Nativita aj na slovenskom farmaceutickom trhu. Spolupráca je tiež oživením slovensko-bieloruských vzťahov, ktoré po roku 2010 ochladli. Slovenský premiér vyjadril ľútosť nad tým, že sa doteraz Slovensku nepodarilo zlepšiť ekonomické vzťahy s Bieloruskom, hoci sa v minulosti investovalo do kvality vzťahov oboch krajín. Podľa slov bieloruského premiéra sa opäť aktívne rozvíjajú obchodné a ekonomické vzťahy medzi krajinami a posilňujú sa regionálne, kultúrne, vzdelávacie, ale aj vedecké kontakty.

Oživenie slovensko-bieloruských vzťahov v rôznych odvetviach priemyslu

■ Pred piatimi rokmi obchodná výmena medzi Slovenskom a Bieloruskom vykazovala 270 miliónov dolárov. Výsledky z roku 2015 svedčia o výraznom ochladení vzťahov a oslabení spolupráce. Obchodná výmena v minulom roku vykazovala len 170 miliónov dolárov. Premiér Kobjakov uvádza, že pre bielorusko-slovenské ekonomické a obchodné vzťahy je potrebné urobiť maximum. Podľa jeho slov treba zvýšiť nielen kvantitatívnu zložku obchodnej výmeny, ale najmä tú kvalitatívnu.

■ Slovensko ďalej ponúka spoluprácu v oblasti energetiky a gumárenského priemyslu, ako aj angažovanosť slovenských firiem, ktoré vyrábajú špeciálne laserové zariadenia



Predseda vlády SR Robert Fico a predseda vlády Bieloruska Andrej Kobjakov počas podpisu spoločného komuniké o spolupráci.



Predseda vlády SR Robert Fico spolu s predsedom vlády Bieloruska Andrejom Kobjakovom.



Memorandum o spolupráci medzi STM Power a GPO Belenergo v oblasti energetiky – za SR podpisuje Eduard Šebök, generálny riaditeľ STM Power a.s.



Dohoda o spolupráci medzi Unipharmou a Nativitou RNDr. Tomislav Jurik CSc, generálny riaditeľ Unipharmy a A. N. Sychov – generálny riaditeľ Nativity



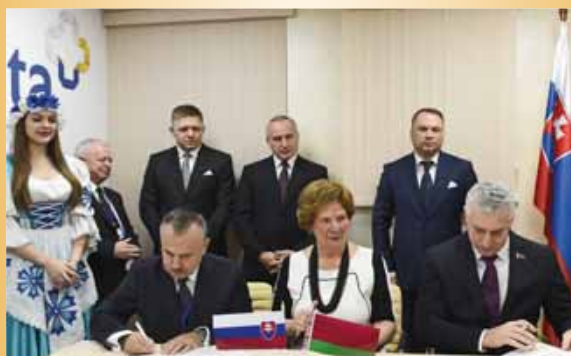
Premiér Robert Fico pri Pomníku víťazstva

na spracovanie tvrdého a mokrého dreva. V oblasti petrochemického priemyslu je evidentný záujem niektorých bieloruských firiem dovážať na naše územie petrochemické výrobky, napríklad v podobe skvapalneného plynu.

■ Slovensko ako predsedajúca krajina Európskej Únie chce diskutovať aj o vzťahoch medzi Bieloruskom a Úniou. Premiér Fico upozornil, že deklarácie by nemali byť len formálne, ale musia mať konkrétny obsah. Bieloruský premiér bol oficiálne pozvaný na návštevu Slovenska. Kobjakov uviedol, že návšteva slovenskej delegácie signalizuje nielen priateľský postoj Slovenska, ale aj jeho pripravenosť na konštruktívnu diskusiu a oživenie vzájomnej spolupráce.

Priebeh návštevy Bieloruska

■ Premiér Robert Fico okrem podpísania dohody v Minsku zároveň slávnostne **otvoril nové priestory slovenského zastupiteľského úradu v Bielorusku**. Zúčastnil sa kladenia vencov pri Pomníku víťazstva na Námestí víťazstva. K pamätníku s večným ohňom pre hrdinov druhej svetovej vojny položil premiér veniec s farbami slovenskej tricolóry. Pre Bielorusov je dané miesto posvätné, preto pre nich veľa znamená, že si slovenský premiér uctil obete vojny. Na ceremónii sa zúčastnili bieloruskí vojaci v typických uniformách, ktorí zahrli hymny oboch krajín. Veríme, že v budúcnosti poctí bieloruská delegácia Slovensko svojou návštevou a že spolupráca, ktorú si obe krajiny vytýčili sa bude vyvíjať a nasledovať stanovené ciele. ■



Dohoda medzi BIOMED Martin a „Nativita“ Bešenkoviči – za SR podpisujú Gabriela Nosálová, riaditeľka BIOMED Martin a Ján Danko, dekan Jesseniovej lekárskej fakulty UK v Martine



RNDr. Tomislav Jurik, CSc. a bieloruské devy v tradičnom odevu

SPRACOVALA: Mgr. Alexandra Pechová

Minister zdravotníctva SR navštívil Nemocnicu Košice-Šaca

Ministra zdravotníctva Slovenskej republiky JUDr. Ing. Tomáša Druckera privítali 2. decembra 2016 na pôde Nemocnice Košice-Šaca a. s. 1. súkromná nemocnica, člen skupiny AGEL, predseda predstavenstva AGEL SK Ing. Michal Pišoja, podpredseda predstavenstva AGEL SK a riaditeľ nemocnice MUDr. Ján Slávik, MBA a predseda predstavenstva nemocnice RNDr. Tomislav Jurík, CSc. Návšteva bola spojená s prehliadkou nového operačného centra a unikátnej magnetickej rezonancie.

■ Minister T. Drucker sa stretol aj s prednostkou Kliniky rádiológie MUDr. Tatianou Muchovou, PhD. Spolu navštívili unikátnu magnetickej rezonancie. Nemocnica Košice-Šaca je jedinou nemocnicou na Slovensku, ktorá má k dispozícii otvorený magnet Hitachi Oasis. Magnet ponúka možnosť vyšetrenia pacientov, ktorí trpia klaustrofóbiou. Hitachi Oasis tiež uľahčuje vyšetrenie pacientov s morbidnou obezitou. Vďaka otvorenému magnetu je možné, aby rodičia malé deti počas vyšetrenia držali za ruku. Pozitívom je tiež možnosť využitia anestézy počas vyšetrenia.

■ Na jeseň v roku 2015 otvorila Nemocnica Košice-Šaca aj nové operačné centrum,

ktoré dosahuje špičkovú úroveň. Priestory ministrovi zdravotníctva ukázal primár centrálnych operačných sál MUDr. Pavol Rusnák. Predstavil mu anesteziologický stroj, ktorý má v sebe monitoring základných životných funkcií. Prístroj dokáže odsáť inhalačné anestetiká, čo eliminuje možnosť, že by sa zdravotnícky personál počas uspávania pacienta nechtiac nainhaloval. Automatické miešanie anestetík, ktorým stroj disponuje, tiež odbúrava možnosť zlyhania ľudského faktora.



Privítanie ministra zdravotníctva vedením spoločnosti AGEL SK a Nemocnice Košice-Šaca. Zľava – RNDr. Tomislav Jurík, CSc., Mária Vinterová, JUDr. Ing. Tomáš Drucker, MUDr. Ján Slávik, MBA, Ing. Michal Pišoja, MUDr. Ivan Skalina, MUDr. Ján Richnavský, PhD., MUDr., Mgr. Maroš Varga, MPH



Návšteva operačného centra Nemocnice Košice-Šaca. Zľava – MUDr. Michal Blanár, primár OAIM, JUDr., Ing. Tomáš Drucker, MUDr. Ján Slávik, MBA, Zuzana Krasnecová, vedúca sestry OAIM, Ing. Michal Pišoja

Jedna z najlepších nemocníc na Slovensku – symbol úspechu a kvality

Nemocnica Košice-Šaca a. s. 1. súkromná nemocnica, ktorá je členom skupiny AGEL, je podľa hodnotenia inštitúcie INEKO jednou z najlepších nemocníc na Slovensku.

■ Podpredseda predstavenstva a riaditeľ Nemocnice Košice-Šaca, MUDr. Ján Slávik, MBA, prevzal 3. 11. 2016 diplom od neziskovej organizácie INEKO. Nemocnica sa umiestnila na druhom mieste zo všeobecných nemocníc a zariadení zaradených do hodnotenia ukazovateľov spokojnosti pacientov, kvality poskytovanej zdravotnej starostlivosti, hospodárenia a transparentnosti za obdobie 2012 – 2015. Z kategórie štátne univerzitné a fakultné nemocnice a všeobecné nemocnice boli v roku 2016 zverejnené len 3 najúspešnejšie nemocnice, ktoré získali

ocenenie Nemocnica roka 2016.

■ Nemocnica Košice-Šaca a. s. 1. súkromná nemocnica poskytuje zdravotnú starostlivosť pre Žilinský, Banskobystrický, Prešovský a Košický kraj v odbore popálenín a rekonštrukčnej chirurgie. Zdravotnú starostlivosť krajom ponúka Klinika popálenín a rekonštrukčnej chirurgie a tkanivová banka. V rámci slobodnej voľby lekára je nemocnica otvorená pre pacientov z celého Slovenska. Nemocnica Košice-Šaca je jediné zdravotnícke zariadenie v histórii Slovenského zdravotníctva, ktoré získalo a 4krát za sebou obhájilo ocenenie Slovak



Gold Exclusive. Certifikát udeľuje Nadácia Slovak Gold subjektom napríklad za výborné hospodárske výsledky a stabilitu, ochranu zdravia a životného prostredia, korektné obchodné vzťahy alebo verejný prospech. ■

SPRACOVALA:

Mgr. Alexandra Pechová

FOTO: autorka

Nedostatok liekov v Európskej Únii

Nedostatok liekov nie je problémom jednej krajiny, stal sa globálnym a v posledných rokoch si získava čoraz väčšiu pozornosť. V súčasnosti hlas pacientov znie ešte naliehavejšie. Po schválení novely zákona o liekoch sa začalo vyvážať ešte vo väčšom. Nedostatok liekov je hlásený z krajín s vysokými, strednými, ale aj nízkymi príjmami. Čo je jeho príčinou okrem reexportu? Na hlavné predsednícke podujatia, ktoré sa zaoberali problémami nedostatku liekov nadviazalo Ministerstvo zdravotníctva konferenciou Nedostatok humánnych liekov v EÚ (Shortages of Human medicines in EU), ktorá sa uskutočnila 18. novembra 2016. Hlavnými témami konferencie boli príčiny nedostatku liekov, paralelný vývoz a problematika prístupu k inovatívnym liekom. O daných problémoch rokovali odborníci z EÚ – generálni riaditelia sekcií farmácie a liekovej politiky z krajín EÚ, kandidátskych krajín EÚ a krajín Európskeho združenia voľného obchodu (EFTA), riaditelia liekových agentúr a tiež predstavitelia národných liekových agentúr a asociácií v Európe.

agentúr, medzi ktoré patrí aj ochrana verejného zdravia. Na otázku redakcie Lekárnik, čo prinesie nová novela zákona o liekoch odpovedal: „Novelou zákona o liekoch sa odstráni biznis príčina a tie dôvody, ktoré sú ekonomické pre reexport a nedostatok liekov, ale stále sa tým

neodstránia dôvody praktické, ak sú dôvody v GMP (pozn. red. – good Manufacturing practice) teda v správnej výrobných praxi – kedy je prítomný nedostatok liekov z dôvodu výrobných pochybení alebo nedostatočnej výroby.“

■ Ako druhý vystúpil s prednáškou **Dodržovanie liečby pacienta z hľadiska nedostatku liekov** 1. viceprezident Slovenskej lekárskej komory (SLeK) **Mgr. Tomáš Turiak**. Pozornosť zameril na deskripciu začiatku nedostatku liekov (2010) a zmien zákonov 362/2011 Z.z. a 363/2011 Z.z. Predstavil projekt Nedostali ste svoj liek. Uvedol anketu, v ktorej boli oslovené distribučné firmy Phoenix, Med-Art, Unimed a Unipharma. Cieľom ankety bolo zistiť akou rezervou lieku Lyrica 56 x 150mg (Pfizer) dané firmy disponujú. Pri distribučnej firme Unipharma bolo uvedené, že neodpovedala. Mgr. Tomáša Turiaka redakcia Lekárnik oslovila s otázkou, kedy

■ Prednášky boli rozdelené do troch častí: Lieky nie sú obyčajný tovar/paralelný vývoz liekov. V druhom bloku sa prednášajúci venovali problematike nedostatku liekov v súvislosti s otázkami správnej výrobných praxi. Tretí panel bol venovaný aktuálnej téme dostupnosti inovatívnych liekov.

Lieky nie sú obyčajný tovar/paralelný vývoz liekov

■ Prvým prednášajúcim bol **doc. PharmDr. Ján Klimas, MPH**, prvý prodekan a prodekan pre výchovno-vzdelávaciu činnosť a doktorandské štúdium z Farmaceutickej fakulty Univerzity Komenského v Bratislave. V prednáške **Liek nie je obyčajný tovar** sa venoval definíciám lieku, histórii liekov, vývoju medicíny. Opísal tiež hlavné úlohy liekových



doc. PharmDr. Ján Klimas, MPH



a reexportu vidí Blahuta v prevencii. ŠÚKL bude pravidelne zhromažďovať a vyhodnocovať dáta a tiež zoznam nenahraditeľných liekov.

■ Z. Blahuta dal slovo riaditeľke slovenského Štátneho ústavu na kontrolu liečiv **PharmDr. Zuzane Baťovej, PhD.** V prednáške **Nedostatok humánnych liekov na Slovensku: úlohy a kľúčové body kompetentných národných autorít** uviedla, že reexport na Slovensku je spôsobený hlavne nízkymi cenami liekov. K novej novele zákona o lieku sa Z. Baťová vyjadrila „*mojou prácou nie je súdiť zákony, ale kontrolovať zabezpečenie dostatku liekov.*“ Zdôraznila tiež potrebu presnej definície, čo je „nedostatkom“ liekov. Dôležité je podľa riaditeľky ŠÚKL-u uvedomiť si, čo je nedostatok liekov a kde ho evidujeme. Stáva sa, že v Bratislave žiadaný liek nie je, ale dostať ho 400 km od Bratislavy. Čo to znamená? Dostatok či nedostatok?

■ Riaditeľ sekcie farmácie a liekovej politiky Ministerstva zdravotníctva **PharmDr. PhDr. Matej Petrovič** nadviazal prednáškou **Zmena zákona o lieku – aktuálny legislatívny model**, v ktorej upriamil pozornosť na novú novelu zákona o liekoch. Oboznámil zahraničných hostí s novou slovenskou legislatívou a upozornil na skutočnosť, že vývoz je povolený len pre držiteľov rozhodnutia o registrácii. Na otázku, či budú vysoké sankcie prínosom alebo škodou odpovedal: „*Teraz nemôžeme urobiť nič produktívnejšie ako toto, skúsime to preto*



Mgr. Tomáš Turiak



François Houžez



PharmDr. Zdeněk Blahuta



PharmDr. Zuzana Baťová, PhD

a koho v danej veci kontaktoval. Neodpovedal. Podľa našich informácií nikto z vedenia spoločnosti Unipharma nebol v danej veci oslovený.

■ S prezentáciou **Nedostatok liekov: návrhy od pacientov a odborníkov zdravotnej starostlivosti** sa predstavil **François Houžez z Eurordis** (European Organisation for Rare Diseases). Venoval sa dôvodom nedostatku liekov a rozdielom v cenách liekov na európskom trhu. Prvý panel vyvolal diskusiu. Z auditória sa ozval PharmDr. Dominik Tomek PhD, MPH zo Slovenskej spoločnosti pre farmakoekonomiku s reflexiou o dôsledkoch a dopade reexportu na zdravie pacientov. Opísal konkrétny prípad absencie lieku pre epileptické dieťa – „*Tu hovoríme už o životoch a ohrození na životoch. Na jednej strane sú tí, ktorí sa obohacujú a zbohatnú a na druhej tí, ktorí umierajú.*“

■ Po diskusii nasledovala prednáška s názvom **Paralelný vývoz a skúsenosti** generálneho riaditeľa českého Štátneho ústavu na kontrolu liečiv **PharmDr. Zdeňka Blahutu**. Uviedol dva dôvody nedostatku liekov – reexport a tiež skutočnosť, že liek je komerčný produkt. Podľa analýz reexport výrazne rastie aj v Čechách. Riešenie problematiky nedostatku liekov



zľava: PharmDr. PhDr. Matej Petrovič, Liliána Hruziková, MVDr. Mgr. Peter Mrva, MPH

takýmto spôsobom.“ Do diskusie sa zapojil aj **François Houyez** z Eurordis s otázkou „Prečo sa lieky reexportujú zo Slovenska do Čiech a následne z Čiech do Nemecka?“ Odpovedala PharmDr. Z. Batová, PhD: „Áno, konečnou destináciou je Veľká Británia a Nemecko. Prečo sa ale lieky reexportujú najprv do Čiech, to nevieme.“ Pri niektorých členských štátoch ide o tzv. „súbežné obchodovanie“, ktoré je jedným z dôvodov nedostatku liekov. Veľkoobchodníci a dovozcovia môžu uskutočniť nákup liekov v krajinách EÚ, kde je cena nižšia a predať ho v krajinách, kde je katalógová cena vyššia (paralelný vývoz). Táto skutočnosť potom môže obmedziť výskyt lieku v krajine, z ktorej je exportovaný.

Problematika nedostatku liekov v súvislosti s otázkami správnej výrobnéj praxe

■ V druhom paneli Ministerstvo zdravotníctva premietlo prítomným prezentačné video o Slovenskej republike, v ktorom videli krásy, tradície, ale aj povinnosti Slovenska ako predsedajúcej krajiny. Ako prvý sa v druhom bloku prednášok predstavil **Brendan Cuddy** z Európskej liekovej agentúry s témou **Vplyv správnej výrobnéj praxe na nedodržanie dostupnosti liekov**. Prítomným predstavil implementačný plán na roky 2012 – 2015. Podľa jeho slov novým krokom je „dostupnosť autorizovaných liekov, ktorá bola uznaná ako priorita v oblasti stratégie na rok 2020 vykonávaná prostredníctvom HMA (Heads of Medicines Agencies) vedúcich liekových agentúr, ich manuálov a pracovného plánu na obdobie 2010 – 2020.“ Obraz nedostatku liekov v Holandsku priblížil **Marcel van Raaij** z holandského Ministerstva zdravia, sociálnej starostlivosti a športu v prednáške s názvom **Problémy SVP vo výrobe a v logistike**. Podľa výskumov a štatistík evidujú v Holandsku nedostatok liekov nielen z ekonomických dôvodov, ale najmä z dôvodov pochybenia SVP. Za rok 2016 bolo v Holandsku evidovaných 600 hlásení o nedostatku lieku. Druhý panel uzatvoril generálny riaditeľ Medicines for Europe (EGA) **Adrian van den Hoven**. V prednáške sa venoval riešeniu a príčinám sankcií či stiahnutiu liekov z trhu. Pozornosť venoval regulačným nástrojom podporujúcim dostupnosť produktov. Predstavil nemocničný claw-back systém, ktorý využívajú napríklad v Taliansku. Podľa slov Adriana van den Hovena „je potrebné upraviť liekovú politiku na trhu s cieľom zabezpečiť dodávku liekov pre pacientov.“

Prístupnosť k inovatívnym liekom

■ Prístupnosť k inovatívnym liekom je v súčasnosti vysoko aktuálnou témou, ktorá trápi nielen pacientov. V záverečnom paneli sa prednášajúci venovali problematike inovatívnych liekov. Ako prvý sa k danej téme vyjadril **Richard Bergström** z EFPIA (European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations). V prednáške **Nakladanie s nedostatkom a potreba komunikácie** sa sústredil na nedostupnosť liekov v čase výdaja. Rozdelil ich do niekoľkých skupín:



Agnès Mathieu-Mendes a Richard Bergström



Brendan Cuddy



Marcel van Raaij

- na autorizované lieky, ktoré sa zvyčajne dodávajú, ale dočasne nie sú k dispozícii,
- na lieky schválené a dodané,
- na lieky povolené, ale výdaj nebol nikdy zahájený,
- na lieky povolené v iných krajinách, ale nie v tejto jednej.

■ Vyzdvihol tiež potrebu včasnej komunikácie kompetentných agentúr a inštitúcií. Ako druhá v poradí vystúpila v treťom bloku **Patricia Vella Bonanno** z Ministerstva zdravotníctva z Malty s prednáškou **Kontrolovaný vstup nových liekov**.

■ Venovala sa výstupom nevyhnutným k správne fungovaniu manažmentu liekovej politiky. Nevyhnutná je spolupráca národných a európskych autorít, inštitúcií, liekových agentúr. Podľa slov P. Bonanno je nevyhnutné venovať pozornosť správe rizík, podpore verejného zdravia, voľnému pohybu tovaru, jednotnému trhu, konkurencieschopnosti a inováciám. Na záver uviedla na zamyslenie niekoľko otázok ako napr. Môže sa manažment zavádzania nových liekov zlepšiť? A môže sa následne zavádzanie nových liekov ešte vyvíjať?

■ Blok uzatvorila **Agnès Mathieu-Mendes** z Európskej komisie, ktorá sa venovala závažnému problému nedostatku liekov pre onkologických pacientov, paralelnému vývozu a tiež definícií

dostatku a nedostatku liekov – „Neexistuje jasná definícia nedostatku a dostatku liekov, problémom ale je, že liek nezastihne pacienta.“

■ Ministerstvo zdravotníctva má v úmysle z prezentovaných výstupov pripraviť zhrnutie pre ministra zdravotníctva SR JUDr. Ing. Tomáša Druckera, ktoré bude slúžiť ako podklad pre stretnutie ministrov v decembri 2016.

■ **Zaujímali nás reakcie aktívnych účastníkov na opatrenia, ktoré so sebou priniesie novela zákona o liekoch a tiež pripravované kroky a stratégie jednotlivých agentúr na riešenie nedostatku liekov. Sú vysoké sankcie neprijateľné a môžu ohroziť slovenský trh s liekmi? Existujú nástroje, ktorými bude možné efektívne regulovať a monitorovať nedostatok liekov? Aktívnych účastníkov konferencie Nedostatok liekov v EÚ sme sa opýtali:**

OPÝTALI SME SA:

1. Čo vás najviac prekvapilo v súvislosti s novými informáciami, o ktorých ste pred konferenciou nevedeli?
2. Aké sú rozdiely medzi Slovenskou novelou zákona a zákonom o liekoch vo vašej krajine?
3. Aké sú vaše stratégie prípadne návrhy riešenia reexportu a nedostatku liekov v EÚ?



Adrian van den Hoven

generálny riaditeľ
Medicines for Europe

1. Najviac ma prekvapil návrh na veľmi vysoké sankcie v prípade, že lekárnik nemôže získať liek od výrobcu do 48 hodín. Uvedomujeme si, že Slovensko zažíva stres v súvislosti so značkovými liekmi paralelne vyvezenými zo Slovenska. Ak je však značkový liek exportovaný zo Slovenska (napr. Lyrica „Pregabalín“), povzbudí to lekárnikov

na prechod do generickej verzie pregabalínu. Ak nebude dosť balení na trhu, náš priemysel bude čeliť pokute. Nemyslím si, že je to pre náš priemysel spravodlivé, pretože Lyrica je paralelne vyvezená zo Slovenska. Náš priemysel nemôže vedieť, čo sa deje s našimi konkurentmi liekov.

2. Slovensko má najnižšie ceny značkových liekov v Európe a to vytvára motiváciu pre súběžné vývozy. Je zrejmé, že vláda by mala prehodnotiť svoju politiku a to, či Slováci skutočne môžu ťažiť z externého referencovania cien. Jedným z kľúčových tém na premýšľanie by mali byť väčšie ekonomické výhody pre dodávateľský reťazec (napr. aj lekárnikov).

3. Existuje niekoľko možností. Po prvé, na lieky, kde sú generické alternatívy, by vláda mala motivovať ich použitie, pretože s týmito liekmi sa neobchoduje rovnako ako so značkovými

liekmi. Farmaceuti by mali byť odmenení za nahradenie nákladovo nižším generickým liekom. Ak existuje mnoho generických firiem, ktoré dodávajú na trh, je tu veľmi nízke riziko nedostatku. Po druhé, vláda by mala prehodnotiť svoju politiku v oblasti sankcií za nedostatok, pretože to bude robiť trh oveľa rizikovejší a drahší pre firmy, ktoré dodávajú na slovenský trh. To by mohlo vyvolať ďalšie nedostatky liekov v prípade, že sa firmy rozhodnú opustiť slovenský trh úplne.



François Houžej, Eurordis (European Organisation for Rare Diseases)

1. Nie tak celkom prekvapujúci, ale skôr spokojný. Zdá sa, že zhoda o potrebe uviesť tento problém na európsku úroveň dokazuje, že jednotlivé členské štáty čelia rovnakým problémom v súvislosti s prerušením dodávok liekov. Som tiež rád, keď počujem, že Európska komisia a ostatní účastníci sú za spoločnú diskusiu na ob-

jasnenie niektorých aspektov právnych predpisov a napr. paralelného obchodu, voľného pohybu liekov a výnimiek z dôvodov verejného zdravia. Je tu jasná potreba lepšie definovať tieto dôvody (pri 70 až 80 % z dodávky výrobku je ich znovu vyvezených do tretej krajiny a neexistuje žiadna alternatívna liečba, ktorá by bola okamžite k dispozícii) a potom sa členské štáty môžu rozhodnúť, či obmedzia vývoz, aby sa zabránilo možnému nedostatku s negatívnym dopadom na pacientov a verejné zdravie. Takto môžeme v spolupráci mapovať opatrenia prijaté členskými štátmi a diskutovať, ktoré z nich sú vhodné a ktoré nie, ktoré sú primerané a ktoré sú neopodstatnené.

2. Žijem vo Francúzsku, ale pracujem pre európsku organizáciu zastrešujúcu oblasť zriedkavých ochorení. Jediné, čo viem, je, že Francúzsko prijalo niektoré predpisy, aby sa zabránilo nedostatku spolu so zoznamom kritických liečiv. Vývoz je prísne sledovaný a obsahuje tzv. varovný systém. Ak vývoz predstavuje problém v súvislosti s nedostatkom, vývozná povolenie môže byť pozastavené. Je ale ešte príliš skoro na meranie vplyvu týchto opatrení, nedostatky stále sú. A opäť dané opatrenie nerieši nedostatok kvôli celosvetovým problémom ako sú výrobné otázky. Francúzska právna úprava nenavrhuje opatrenia, ktoré by viedli ku koordinácii s ostatnými členskými štátmi.

3. Možno nie riešenie, ale spôsoby ako dosiahnuť pokrok. Plne podporujeme iniciatívy zamerané na vytvorenie Fóra na podporu výmeny skúseností a osvedčených postupov o vnútroštátnych regulačných opatreniach na nedostatok liekov. Potrebný je funkčný mechanizmus výmeny liekov, ktoré chýbajú v niektorých členských štátoch, ale sú k dispozícii vo väčších množstvách v iných štátoch. V tomto fóre by sme chceli diskutovať o nevyriešených otázkach vedenia a manažmentu nedostatku, ako aj vplyvu na verejné zdravie. ■

SPRACOVALA: **Mgr. Alexandra Pechová**

FOTO: autorka

Konferencia pri príležitosti 25. výročia ZChFP

Na počesť 25. výročia ZChFP – Združenia chemického a farmaceutického priemyslu sa uskutočnila odborná konferencia, na ktorej sa zúčastnili predstavitelia farmaceutického priemyslu na Slovensku v zastúpení výrobcov, distribútorov, ale aj pacientov. Konferencia sa konala 29. novembra 2016. Hlavnou témou odborného podujatia bola cesta lieku od výskumu, klinických testov cez výrobu, distribúciu a lekárne k pacientovi. Prednášajúci sa venovali tomu, čo všetko musia subjekty v liekovom reťazci plniť a aké sú ich najvýraznejšie ciele a výzvy. Odborné podujatie moderovala Mgr. Mária Adamová.



↑ MUDr. Miroslav Lednár



↑ MUDr. Tamara Milly, MBA



↑ PharmDr. Karol Poloni



↑ Mgr. Mária Adamová

Liek od výskumu, klinických testov cez výrobu, distribúciu a lekárne k pacientovi

■ **Mgr. Mária Adamová** otvorila konferenciu slovami: „*Máme nového ministra zdravotníctva, ktorý je krízovým manažérom a hovorí, že ideme do kopca. Ako to na Ministerstve zdravotníctva ide – či z kopca alebo do kopca nám povie PharmDr. M. Petrovič PhD. za sekciu farmácie MZ SR.*“ Dr. Petrovič sa v prednáške s názvom **Priority v zdravotníctve venoval novelám zákona č. 362/2011 Z. z., o liekoch a č. 363/2011 Z. z., o kategorizácii liekov.** Vyzdvihol transparentnosť procesov. Podľa jeho slov hlavnou úlohou MZ je v súčasnosti regulovať reexport.

■ Druhý v poradí vystúpil **MUDr. Miroslav Lednár** z AIFP

s prednáškou **Etika a transparentnosť vo farmaceutickom priemysle.** Vyzdvihol potrebu transparentnosti a spôsobu budovania dôvery. Dôvera je podľa neho dôležitá, pretože v poslednej dobe sa spochybňuje integrita zdravotníctva. „*Ludia sú zle informovaní. Myslia si, že im predpisujeme lieky, aby sme zarobili a nie preto, že ich potrebujú.*“ Podľa neho zverejňovanie dát môže priniesť viac pochopenia.

■ S prednáškou **Výskum a vývoj nového lieku a klinické skúšanie** vystúpila **MUDr. Tamara Milly, MBA** taktiež z AIFP. Prítomným predstavila proces vývoja lieku a fázy klinického skúšania. Každý liek je prísne klinicky testovaný. Vývoj a výskum trvá minimálne 10 rokov a investícia do jedného lieku je 1 miliarda. Dodáva že, „*naše odvetvie je viac regulované ako akékoľvek iné odvetvie.*“ Pozornosť venovala aj histórii objavu. Na fotografii prítomným predstavila **prof. Jána Vilčeka**, Slováka a objaviteľa infliximabu,

ktorému prezident Barack Obama odovzdáva medailu za technológie a inovácie. Na záver predstaviť nariadenie európskeho parlamentu a rady EÚ č. 536/2014 o klinickom skúšaní liekov na humánne účely, ktoré podľa slov Dr. Milly je príležitosťou, ale aj výzvou, aby sa zamedzilo duplicitným štúdiám.

■ Definíciám generických liekov sa venoval **PharmDr. Karol Poloni** z GENAS v prednáške **Význam generík pre pacienta**. Generické lieky definoval ako tie, ktoré nie sú chránené patentom a prichádzajú na trh 10 rokov po originálnom lieku. Opísal výhody generík. Sú lacnejšie, čo ale nesúvisí s ich nekvalitou. „Generické lieky sú cenovo výhodnejšie, pretože tá drahšia časť klinického skúšania odpadá.“ – vysvetľuje Dr. Poloni. Na záver konštatoval, že generiká majú klesajúcu tendenciu v spotrebe.

■ S prednáškou **Čo všetko musí spĺňať výrob-**



↑ Na fotografii americký prezident Barack Obama odovzdáva medailu za technológie a inovácie prof. Jánovi Vilčekovi



↑ PharmDr. Matej Petrovič, PhD.



↑ Ing. Miroslav Stržižinec



↑ Dr. Leonard Sojka

ca vo farmaceutickom priemysle vystúpil **Ing. Miroslav Stržižinec** zo Saneca Pharmaceuticals. Zameral sa na postavenie výrobcov na trhu a na ich povinnosti. Opísal požiadavky auditov a podmienky skladovania liekov. Upozornil na to, že výrobca pracuje s otvoreným liekom, preto sa musia dodržiavať striktné pravidlá. Otvoril tiež problematiku falošných liekov. V súčasnosti v niektorých krajinách je až 25 % falošných liekov a 75 % obyvateľstva ich nevie identifikovať. Od 29. 2. 2019 bude v platnosti nové označovanie liekov – tzv. serializácia. Ing. Stržižinec vysvetľuje: „Dnes je šarža označená kódom a nevieme nič o balení. Budúca serializácia má výhody v tom, že každé balenie bude mať svoje sériové číslo.“

■ **Nové možnosti digitalizácie vo farmaceutickom priemysle** predstavil **Dr. Leonard Sojka** z Merck SR. Prezentáciu otvoril otázkou, čo vidíme pod digitalizáciou? V súčasnosti už existujú rôzne mobilné aplikácie, ktoré merajú telesné atribúty. Prítomným predstavil elektronický aplikátor rastového hormónu, ktorý sa využíva pri skleróze multiplex. Opísal výhody aplikátora, ktorý napríklad kontroluje a zabraňuje dvojitému dávkovaniu, predchádza expirácií, zabraňuje fóbickému efektu vďaka skrytej

„Ludia sú zle informovaní. Myslia si, že im predpisujeme lieky, aby sme zarobili a nie preto, že ich potrebujú.“

MUDr. M. Lednár

ihle a obsahuje senzor pokožky, ktorý zabezpečuje, aby bola dávka pichnutá pacientovi a nie do vankúša. Prístroj zobrazuje históriu dávkovania a je chránený PIN kódom, ktorý si zadá lekár. Ing. Sojka predstavil prebiehajúce kampane: online kampaň na zvýšenie povedomia o hypotyreóze s názvom „Zapnite si košeľu“. Kampaň prebieha na sociálnej sieti FB, kde vyzývajú ľudí k vyšetreniu štítnej žľazy. Druhou kampaňou je kampaň na zvýšenie povedomia o asistovanej reprodukčii s názvom „Nájdite si cestu k dieťaťu“. Cieľom je propagovať slovenské centrá AR, ktoré majú európsku úroveň. Kampaň poskytuje viac informácií o danej téme a tiež mapu, ktorá vás naviguje do najbližšieho centra AR od vášho bydliska.

■ Po odznení všetkých prednášok nasledovala panelová diskusia.



↑ PharmDr. Koloman Gachall a Mgr. Katarína Slezáková



↑ Dr. Dominik Tomek



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

Panelovej diskusie sa zúčastnili **PharmDr. Koloman Gachall** – predseda sekcie výrobcov ADL, **Mgr. Katarína Slezáková** – výkonná riaditeľka AIFP.



Prvá otázka na diskutujúcich bola: **Ako vnímate priority v zdravotníctve – čo je podľa vás kľúčové?**

- **Mgr. Slezáková** odpovedá, že pacient je na prvom mieste. „Jednoznačne podporujeme aj transparentnosť a efektívny zdravotný systém.“
- Podľa slov **Dr. Gachalla** zdravotníctvu chýba zdravý rozum. Dodáva: „ja som farmaceut, pre mňa liek nie je obyčajný tovar, ale tovar zvláštneho určenia. Z pohľadu Európskej Únie to bohužiaľ tak nie je.“
- **Dr. Dominik Tomek** reagoval z auditória: „Sme slabí na to, aby sme niečo riešili, musíme byť hlavne etickí a transparentní. Začali sme zverejňovať finančné plány, dary, sponzorov a tento štandard musíme žiadať aj od členských štátov.“ Dodal, že cenotvorba je nehorázna a hoci horko – ťažko platíme lieky pre onkologických pacientov, „ďalších 8 000 molekúl je na čakačke“.



Druhá otázka sa týkala ceny inovácií. **Má pacient na SR prístup k inovatívnej liečbe?**

- **Mgr. Slezáková** hovorí, že pacienti nerozumejú tomu, ako to funguje a podľa nej aj výrobcovia by mali mať možnosť komunikovať s poisťovňami. Podľa jej slov členovia AIFP dbajú na sociálno-etický aspekt a snažia sa zmeniť systém tak, aby neskolaboval. „Navrhli sme inovácie a prístup Ministerstva zdravotníctva a vôľa niečo zmeniť tu z ich strany je. Vnímajú nás ako rovnocenných partnerov a volajú nás do diskusie.“
- **Dr. Gachall** dodáva: „Súhlasíme, ale chýbajú nám experti.“
- Z auditória sa k slovu prihlásil bývalý pedagóg farmácie **Dr. h.c. prof. RNDr. Jozef Čižmárik, PhD. prezident Slovenskej farmaceutickej spoločnosti, Bratislava** s krátkou reflexiou. Podľa jeho slov je registrovaných 90 miliónov zlúčenín a v lekárňach sa využíva len 23 000. Zagrataloval Dr. Dominikovi Tomekovi slovami „dobré je, že niečo robíte, ale robte, lebo to je už v hodine dvanástej.“ Podľa Dr. Čižmárika zaostávame. Upresňuje: „Chyba je, že nedostupných liekov je veľa a pacient sa pýta a nedostáva odpovede. Už my na škole musíme študentov informovať, že komunikácia pacient – farmaceut nie je

v súčasnosti dostatočná. SR nevyrába veľa liečiv, vyvinuli sme len 4 anestetiká a nič nedotiahneme do konca. Ale podstata je tá, že chýbajú peniaze.“



Otázka na Dr. Gachalla znela: **Ako sa dá šetriť?**

- **Dr. Gachall** odpovedá, že je potrebné mať jasne stanovené kritériá. „Treba stanoviť systém, ktorý povie, kedy sa nasadí inovatívny liek a kedy generikum. Tu bude dôležitá etická hladisko.“



Do zorného uhlu otázok sa dostala aj nová novela zákona o liekoch. **Pomôžu dané zmeny od januára, aby sa pacienti dostali k liekom?**

- Podľa **Dr. Gachalla** áno, ak sa bude rešpektovať zákon. „Môže sa však stať, že zahraničné firmy budú odchádzať zo slovenského trhu, to je riziko tlaku na ceny.“
- Podľa **Mgr. Slezákovvej** má byť v prvom rade zabezpečená potreba slovenského pacienta a až potom sa môže vyvíjať.
- Z auditória sa pripojila do diskusie lekárnička **RNDr, JUDr. Hana Vrabcová** z Lekárne Harmónia. Predstavila nový prístroj, ktorý majú v lekárni a ktorý meria viscerálny tuk. Chodí k nim napríklad aj tenistka Cibulková. „Komunikujeme s pacientmi ohľadom zdravotného štýlu a životosprávy. Tým chcem povedať, že aj my lekári môžeme prispieť k tomu vplyvu na pacienta, stačí s ním viesť diskusiu.“
- Po odbornej konferencii sa pozvaní hostia zúčastnili slávnostného večera na počesť 25. výročia ZChFP. Počas otvorenia večera boli ocenené významné osobnosti farmaceutického priemyslu na Slovensku. Ocenenia odovzdal predseda NR SR Andrej Danko za účasti prezidenta ZChFP Ing. Romana Karľubíka, MBA, ktorý prítomných srdečne privítal. Národné ceny za významný prínos k rozvoju farmácie Slovenskej republiky dostali
- **prof. RNDr. Martin Jambrich, DrSc.**
- **prof. RNDr. Jozef Čižmárik, PhD.**
- **prof. MUDr. Pavel Švec, DrSc.** Cenu in memoriam si prevzal za otca MUDr. Andrej Švec, PhD.
- Ocenenia udeľuje Zväz chemického a farmaceutického priemyslu Slovenskej republiky pri príležitosti 25. výročia založenia. Redakcia Lekárnika oceneným gratuluje a praje ZChFP najmenej ďalších 25 rokov odborného pôsobenia a nových inšpirácií a výziev. ■

XXV. pracovné dni nemocničných lekárníkov



XXV. pracovné dni nemocničných lekárníkov sa uskutočnili 23. 11. 2016 v Bratislave. Tento rok boli spojené aj s 25. sympóziom klinickej farmácie Lívie Magulovej, ktoré sa konalo na druhý deň, keďže obidve podujatia mali štvrtstoročné výročie. Odborného podujatia sa zúčastnilo takmer 150 lekárníkov a klinických farmaceutov. V odbornom programe odznelo spolu 27 prednášok a bolo prezentovaných 6 posterov.

Úvod XXV. Pracovných dní nemocničných lekárníkov patril **doc. PharmDr. Jurajovi Sýkorovi, CSc.**, predsedovi Sekcie nemocničných lekárníkov SLeK, ktorý sprevádzal celým programom. Jeho prednáška mala názov **25 rokov pracovných dní nemocničných lekárníkov SLeK Nemocničné lekárstvo 2016 v SR a Európe Sekcia nemocničných lekárníkov SLeK – prehľad činnosti za rok 2016**. Doc. Sýkora informoval účastníkov o aktivitách Sekcie nemocničných lekárníkov SLeK v roku 2016. Uviedol, že Sekcia nemocničných lekárníkov SLeK v roku 2016 orientovala svoju činnosť na riešenie otázok nemocničného lekárstva



↑ doc. PharmDr. Juraj Sýkora, CSc.

v SR a na spoluprácu s Európskou asociáciou nemocničných lekárníkov (EAHP).

Nasledujúcu prednášku, **46. valné zhromaždenie Európskej asociácie nemocničných lekárníkov, 10. – 11. jún 2016, Praha, Česká republika**, ktorá bola dielom viacerých autorov, odprezentovala **PharmDr. Lubica Slimáková**, Sekcia nemocničných lekárníkov SLeK, nemocničná lekárka, nemocnica akademika Déreza, Univerzitná nemocnica Bratislava. Informovala v nej o dianí v EAHP za uplynulý rok. Jedným z kľúčových projektov EAHP je spoločná vzdelávacia platforma, t. j. nástroj na automatické uznávanie



↑ PharmDr. Lubica Slimáková



↑ PharmDr. Adriana Ďurčanská



↑ PharmDr. Hajnalky Komjáthy, PhD.

špecializácie v nemocničnom lekárstve v krajinách EÚ. „Ďalšími témami, ktorými sa EAHP zaoberá – Nedostatkové lieky, direktíva EÚ o falošných liekoch, prieskum EAHP o vyhláseniach atď. V súčasnosti je najvyššou strategickou prioritou EAHP projekt – Od vyhlásení k implementácii, navrhnutý na 4 roky. Ide o snahu v čo najvyššej miere implementovať Európske vyhlásenia do praxe v každom členskom štáte EAHP,“ uviedla Dr. Slimáková.

□ Správu o EAHP Survey on Hospital Pharmacy in Europe 2014 – 2016 odprezentovala **PharmDr. Adriana Ďurčanská**, národný koordinátor, Sekcia nemocničných lekární SLeK. Základného prieskumu Európskej asociácie nemocničných lekární (EAHP) 2015 o súčasnom stave nemocničného lekárstva v Európe sa zúčastnilo 29 nemocničných lekární SR. Druhá časť prieskumu v roku 2015 sa zamerala na tri sekcie (2,5,6) EAHP vyhlásení o nemocničnom lekárstve. Zo Slovenska sa prieskumu zúčastnilo 13 nemocničných lekární. Tretia časť v roku 2016 uzatvára prieskum a predstavuje hlbšie skúmanie stavu profesie v sekciiach 1, 3 a 4. „Údaje z prieskumu pomôžu EAHP zamerať sa na tie činnosti nemocničných lekární, kde je ich úroveň implementácie nedostačujúca a identifikovať najväčšie bariéry na ich realizáciu. Výsledky budú užitočné pre národné organizácie nemocničných lekární, aj pre jednotlivé nemocničné lekárne pri rozvoji lekárenskej starostlivosti na národnej a lokálnej úrovni,“ uviedla Dr. Ďurčanská.

□ EAHP prehlásenia nemocničného lekárstva – cesty k implementácii bola prednáška **PharmDr. Hajnalky Komjáthy, PhD.**, Sekcia nemocničných lekární SLeK, Nemocničná lekáreň FORLIFE n. o., Všeobecná nemocnica Komárno. Dr. Komjáthy vo svojej prednáške uviedla: „delegáti EAHP na 46. valnom zhromaždení v Prahe rozhodli o vymenovaní tzv. implementačných veľvyslancov na dosiahnutie Európskeho vyhlásenia nemocničného lekárstva. Implementační veľvyslanci predstavujú spojovací článok medzi EAHP a vlastnou krajinou. Ich úlohou bude navrhnúť vlastnú stratégiu na národnej úrovni, zmapovať príslušné zainteresované strany, posúdiť úroveň implementácie a na základe toho vypracovať tzv. akčné plány“. Na prvom pracovnom stretnutí implementačných veľvyslancov, 15. októbra 2016 v Bruseli, sa zúčastnilo až 26 krajín, doplnila Dr. Komjáthy.

□ Po prestávke nasledoval druhý blok, kde odznelo 6 prednášok. Prvou bolo **Postavenie vorikonazolu v klinickej praxi PharmDr. Vlasty Gombárovej, MSc., MBA**, nemocničná lekáreň, Národný onkologický ústav. Prednáška sa zaoberala štúdiami lieku vorikonazol. Druhá prednáška mala názov **Imunitné mediované zápalové ochorenia a aspekty ich liečby** a priblížila ju **MUDr. Laura Gombošová, PhD.**, I. Interná klinika LF UPJŠ, UNLP Košice. Tretiu prednášku, **Manažment antitod v SR**, za tím autorom odprezentovala **PharmDr. Silvia Plačková, PhD., MPH**. Priblížila v nej antitodá, ktoré majú významné miesto vo včasnej

liečbe niektorých intoxikácií. **Vehikula pro magistraliter prípravu – inovatívni základy ze zahraničí** bola prednáška **PharmDr. Jany Mašlárovej** zo spoločnosti Fagron a. s. Zamerala sa na nové liekové formy pre individuálnu prípravu liečivých prípravkov, aj rozširujúcu sa škálu substancií liečivých látok a obalového materiálu. **Riešenia pre bezpečné pracovné prostredie v nemocničnej lekární: Diana – Uzavretý systém na miešanie nebezpečných liekov a Systém medOC na prípravu TPN** uviedol **Gianluca Garella** – Neomedica s.r.o., Bratislava. Systém Diana na miešanie nebezpečných liekov je bezihlový, používateľom riadený automatizovaný miešací systém na bezpečné rozpúšťanie a prípravu nebezpečných liekov.

□ Poslednou prednáškou tohto bloku bola **Unipharma 1. slovenská lekárnická akciová spoločnosť – prvá voľba pre nemocničné lekárne v minulosti, súčasnosti a v budúcnosti**, ktorú prezentoval **Mgr. Michael Kotouček**, UNIPHARMA – 1. Slovenská lekárnická akciová spoločnosť, Bojnice. Vo svojej prednáške bližšie predstavil spoločnosť Unipharma a priblížil aj jej históriu. Spoločnosť bola založená Dr. Jurikom v roku 1992, v tej dobe ako 61. distribučná spoločnosť. Dr. Jurikovi sa v priebehu 25 rokov podarilo vybudovať s tímom ľudí a za pomoci lekárníkov spoločnosť, ktorá sa etablovala na tomto trhu, ako uviedol Mgr. Kotouček. V segmente nemocničných lekární zastáva Unipharma majoritnú pozíciu dlhé roky a má 50 % trhový podiel. V roku 1995 sa transformovala zo



↑ PharmDr. Vlasta Gombárová, MSc

s. r. o. na lekárnickú akciovú spoločnosť a v roku 1999 sa presťahovala do Bojníc, kde je hlavné sídlo dodnes. Postupne pribudlo bratislavské a prešovské stredisko. Spoločnosť Unipharma sa nevenuje iba distribúcii, ale aj ambulatnej starostlivosti. V dnešnej dobe vlastní Unikliniku v Prievidzi a čerstvo otvorené zdravotné stredisko, ktoré poskytuje služby širokej verejnosti, situované v Bojniciach. To, že sa spoločnosť v roku 1995 transformovala na akciovú spoločnosť, bola myšlienka Dr. Jurika. Mgr. Kotouček upresnil, že princíp je založený na tom, že de facto majitelia Unipharmy sú samotní lekárnici. Tak, ako sa darí spoločnosti Unipharma, tak sa bude dariť lekárnikom a ako sa bude dariť lekárnikom, tak sa bude dariť spoločnosti Unipharma. Veľkou výhodou spoločnosti Unipharma je to, že jej kapitál je slovenský, vlastnený lekárnikmi. Cieľom bolo vytvoriť viacgeneračnú firmu, ktorá háji záujmy lekárnikov, čo sa podľa Mgr. Kotoučka podarilo. Následne priblížil, aké Unipharma dosahuje obraty. V dnešnej dobe je to takmer pol miliardový obrat ročne, s tendenciou nárastu. Zisk je na úrovni pod jedným percentom, 1,6 milióna. Napriek tomu stačí na to, aby bola distribúcia zabezpečená v správnom čase a v správnej kvalite. Hodnoty firmy, na ktorých si zakladá spoločnosť Unipharma, sa nazývajú 5S. Mgr. Kotouček uviedol, že je to napr. sortiment, ktorého škála je široká, či servis – vlastná distribúcia, dopravná spoločnosť, nákladné autá a kamióny. Do dopravy sa investuje, všetky vozy sú opatrené izotermickými agregátmi, čo znamená, že autá sú prostredníctvom



↑ Mgr. Michael Kotouček a doc. PharmDr. Juraj Sýkora, CSs.

gps monitorované, chladené a vykurované. Vďaka tomu sa zabezpečí kvalita lieku a otvára dvere pre zahraničné spoločnosti. Mgr. Kotouček hovoril aj o certifikátoch, ktoré Unipharma vyhrala. Najväčšia nadnárodná certifikačná spoločnosť na svete udelila Unipharme certifikát kvality, čo hovorí o kvalite služieb. Získala aj ocenenie European Business awards ako jediná slovenská firma z 15 000 firiem z celej Európy a nominovaná je aj v tomto roku. Ako ďalej uviedol, novinkou je otvorenie nového skladu v minulom roku, ktorý je najväčším v regióne. Má kapacitu 7 000 paletových miest, čo poskytne rýchlejší servis a možnosti zásobovania segmentu. V súčasnosti má Unipharma 236 konsignačných skladov, ktoré umožňujú rýchlejšie dodanie sortimentu lekárnikom. Po predstavení firmy prešiel na tému novely zákona o liekoch, ktorá má priniesť zmenu. Uviedol, že pokým lekáreň nezíska u veľkodistribútora, na ktorého sa obráti informáciu o tom, že liek je dostupný v štandardnej distribúcii, tak sa lekáreň môže a mala by sa obrátiť na držiteľa registrácie, tzn. na výrobcu. Výrobca je od januára povinný mať emergentný systém. Ak ho nebude mať a nebude k dispozícii systém 24 hodín denne 7 dní v týždni, 365 dní v roku, tak mu hrozí pokuta až do výšky 100 tis. eur. Lekáreň sa obracia na výrobcu,

posúva mu anonymizovaný recept a výrobca má 24 hodín, aby poslal liek do lekárne. Výrobca sa môže rozhodnúť, že ho posunie na distribúciu a tak získa ďalších 24 hod na to, aby bol liek dodaný. Mgr. Kotouček verí, že k emergentnému systému nepríde. V prípade, že niekto pošle objednávku v piatok večer, dodávateľ je povinný do 48 hodín dodať, inak dostane pokutu. Do emergentného systému je zaradených 5 000 – 7000 liekov. Podľa Mgr. Kotoučka je dobré, že zákon zamedzil lekárniam lieky predávať ďalej. Lekáreň môže predať liek naspäť distribútorovi od ktorého ho kúpila a predať liek ďalšej lekárni iba jedenkrát, napr. pri verejných lekárnach medzi pobočkami, alebo ak lekáreň končí a odpredáva zásoby. Týmto spôsobom by malo byť zabezpečené obmedzenie vývozu liekov. Mgr. Kotouček verí, že pokuty sú tak markantné, že sortimentu by malo byť viac. Doplnil, že pokuty sa budú vzťahovať na lekáreň, aj na distribúciu. Tzn. že aj zástupca distribútora má povinnosť dodať liek, ak ho nedodá v rámci 48 hodín, hrozí mu 100 tis. pokuta. Všetci sú povinní dodávať za účelom dodania do lekárne pre pacienta. Pokuty za nedodržanie zákona, sú likvidačné, uzavrel Mgr. Kotouček.

Po prestávke sme si vypočuli prednášku **EAHP Academy Seminar 2016: „LEAN manažment“**, EAHP seminár, Bukurešť, 30. 9. – 1. 10. 2016. **PharmDr. Lubica Slimáková** v prednáške stručne načrtla jednoduché nástroje na zlepšenie kvality, predviedla výhody prístupu zdola, rozvinula klientsky orientovanú kultúru, vysvetlila nové manažérske postoje a manažovanie zmeny, ktoré je možné efektívne dosiahnuť pomocou LEAN manažmentu. LEAN manažment redukuje straty zapojením zamestnancov do procesu zlepšovania sa. To sa odzrkadľuje vo zvýšenej kvalite zdravotnej starostlivosti, ako aj na spokojnosti pacientov. **PharmDr. Vlasta Gombárová** uviedla, že táto téma bola prezentovaná na EAHP seminári v Bukurešti. V prezentácii porovnávala „tradičného manažéra“ a LEAN manažéra. Cieľom je zlepšiť procesy a kvalitu systému.

EAHP Academy Seminar 2016: „Revízia farmakoterapie – Medicines Review – Needing and Sharing the Hospital Pharmacist's Excellence for Better Clinical Outcomes“ EAHP seminár, Bukurešť, 30. 9. – 1. 10. 2016 bol názov prednášky **PharmDr. Adriany Ďurčanskej** a **doc. PharmDr. Juraja Sýkora, CSc.** V prednáške priblížili, že



↑ MUDr. Laura Gombošová, PhD.

revízia liekov je štruktúrované preskúmanie liekov pacienta s cieľom zlepšiť a optimalizovať vplyv liekov, čím sa minimalizuje množstvo problémov spojených s liekmi a dochádza k zníženiu plytvania. **Klinický farmaceut v paliatívnej starostlivosti o onkologického pacienta – PharmDr. Katarína Valková**, nemocničná lekárka, Národný onkologický ústav, Bratislava v prednáške vysvetlila, že výsledky projektu, v ktorom bol farmaceut rok prítomný na oddeleniach paliatívnej starostlivosti NOÚ poukazujú na to, že klinický farmaceut má potenciál prispieť k optimalizácii

farmakoterapie u paliatívneho onkologického pacienta. **MUDr. Rudolf Straka, Bc.**, FOX Consulting s.r.o., Bratislava mal prednášku pod názvom **Darovanie vo vzťahu farmaceutický sektor – zdravotnícky pracovník**. Priblížil v nej, ako definuje zákon inštitút darovania, daňové aspekty daru vo všeobecnosti, držiteľa a poskytovateľa z pohľadu zákona, ale zamerail sa aj na farmaceutický sektor ako darcu a poskytovateľa zdravotnej starostlivosti ako obdarovaného, či na legislatívne obmedzenia inštitútu darovania, darovanie lieku, atď. **Nová a pripravovaná legislatíva: Peňažné a nepeňažné plnenie. Výkony nemocničného lekárstva a klinickej farmácie. Reexport liekov. Oddelenia výdaja liekov pre verejnosť nemocničných lekární.** V tejto prednáške **doc. PharmDr. Juraj Sýkora, CSc.**, predstavil peňažné a nepeňažné plnenie, reguláciu vývozu liekov v SR podľa návrhu novely zákona o liekoch a katalóg zdravotných výkonov.

Po poslednej prednáške mali možnosť prítomní diskutovať k aktuálnym témam nemocničného a verejného lekárstva a klinickej farmácie v SR a zahraničí a prijali závery XXV. pracovných dní nemocničných lekární. ■





AUTORKA:

PharmDr. Mária Göböová, PhD.

klinická farmaceutka,
hlavná odborníčka pre odbor klinická farmácia, MZ SR
vedecká sekretárka Sekcie klinickej farmácie, SFS, o.z. SLS
Interná klinika, FN Nitra

25. sympóziu klinickej farmácie Lívie Magulovej

Na úvod XXV. sympózia klinickej farmácie Lívie Magulovej odznela spoločná prednáška autorov: doc. Juraja Sýkoru, CSc., prof. RNDr. Magdalény Kuželovej, CSc., PharmDr. Vlasty Kákošovej a PharmDr. Márie Göböovej, PhD., ktorí pripomenuli históriu sympózií klinickej farmácie, aktivity Sekcie klinickej farmácie SFS, o.z. SLS, výučbu klinickej farmácie v pregraduálnom a postgraduálnom vzdelávaní, perspektívy ďalšieho rozvoja klinickej farmácie a možnosti užšieho prepojenia štúdia a klinickej praxe.



↑ prof. RNDr.
Magdaléna Kuželová, CSc.



↑ PharmDr. Vlasta Kákošová



↑ doc. PharmDr.
Juraj Sýkora, CSc.

■ V druhej prednáške **Rizika farmakoterapie u hospitalizovaných seniorů a jejich řešení – diskuze případů** prof. RNDr. Jiří Viček, CSc. z Farmaceutickej fakulty Univerzity Karlovy v Hradci Králové poukázal na významnú úlohu klinických farmaceutov v optimalizácii farmakoterapie u starších pacientov. V prednáške zazneli aj konkrétne kazuistiky z klinickej praxe.

■ Autorky prednášky **Význam hlásenia nežiaducich účinkov indukovaných medikačnými chybami** prof. RNDr. Magdaléna Kuželová, CSc.¹, MUDr. PharmDr. Zuzana Javorová Rihová² a MUDr. Ružena Kamenská³ (¹Katedra farmakológie a toxikológie, FaF UK, Bratislava, ²Interná klinika, Fakultná nemocnica Trnava, ³ŠÚKL, Bratislava) predniesli aktuálnu tému hlásenia nežiaducich účinkov liekov vyplývajúcich z chýb v liečbe, ktoré sú novou oblasťou hlásenia nežiaducich účinkov v Slovenskej republike. Zdravotnícki pracovníci, lekári, ako aj farmaceuti a pacienti tak budú mať väčšiu možnosť hlásením potenciálnych nežiaducich účinkov vznikajúcich medikačnými chybami prispieť k racionalizácii farmakoterapie a k prevencii

a minimalizácii liekových rizík a zvýšeniu bezpečnosti pacientov. PharmDr. Blažena Cagaňová, PhD., PharmDr. Silvia Plačková, PhD., MPH a doc. MUDr. Igor Bátora PhD. (Národné toxikologické informačné centrum, KPLaT, UN Bratislava) v prezentácii na tému **Farmakovigilancia Národného toxikologického informačného centra – dextrometorfán** informovali na základe nových zistení o tom, že liek dextrometorfán sa používal za iných ako určených podmienok. Štátny ústav pre kontrolu liečiv (ŠÚKL) vydal dňa 1. 12. 2015 rozhodnutie o zmene spôsobu výdaja liekov s obsahom dextrometorfánu a zatriedil ho do skupiny liekov, ktorých výdaj je viazaný na lekársky predpis.

■ PharmDr. Vlasta Kákošová (Nemocničná lekáreň, DFNSP, Bratislava) oboznámila poslucháčov o **Špecifikách pri podávaní liekov v detskom veku. Ovplyvnenie hladín niektorých psychofarmák fajčením** v prehľadnej prednáške zreferovala PharmDr. Lucia Černušková, CSc. (Ústav farmácie, LF SZU Bratislava, nemocničná lekáreň, nemocnica ak. L. Déreza, UN Bratislava).

■ Ďalší blok bol venovaný téme farmakoterapie počas dojčenia. V ňom prezentujúci

v jednotlivých prednáškach spracovali prehľadné informácie o používaní liekov vybraných farmakologických skupín a voľno-predajných liekov v období laktácie. Téma bloku sa zvolila na základe prebiehajúcich kampaní Slovenskej lekárskej komory (SLeK), z ktorých jedna sa zaoberá problematikou užívania liekov dojčiacimi ženami. V tomto bloku prednášali autorky publikácie **Lieky počas dojčenia – kedy áno, kedy nie**, ktorá vyšla v rámci kampaní SLeK: M. Göböová, H. Komjáthy, K. Hajtmanová, Z. Mačeková. **Bezpečnosť farmakoterapie počas dojčenia a farmakovigilanciu odprezentovala M. Nováková** z Medicínskeho oddelenia GSK, Bratislava.

■ Obohatením sympózia bola aj postereová sekcia, kde sa prezentovali najmä doktorandi a vedeckí pracovníci z Katedry farmakológie a toxikológie Farmaceutickej fakulty Univerzity Komenského v Bratislave: M. Kuželová, E. Ondriašová, T. Stankovičová, Z. Klimaszová, E. Puchon, J. Šimová, E. Sabanošová, S. Hričáková, S. Jankyová, T. Foltánová, Matúšková L. a pracovníci klinických pracovísk, s ktorými pri svojom výskume spolupracovali. ■

Prof. Ing. Peter Staněk, CSc.

■ Pracuje v Ekonomickom ústave SAV. Je ekonóm a prognostik. Pôsobil ako predseda vedeckej rady Ekonomického ústavu SAV a tiež ako poradca premiéra Roberta Fica v jeho prvej aj druhej vláde, kde pôsobí doteraz.

■ V roku 2016 bolo vydaných niekoľko jeho publikácií, ktoré napísal v spolupráci s rôznymi autormi. S doc. Ing. Ivetou Pauhofovou, CSc. napísal knihu *Adaptačné procesy a pulzujúca ekonomika* (v cykle *Paradigmy zmien v 21. storočí*). S Ing. Paulínou Ivanovou, ktorá je autorkou niekoľkých odborných monografií, to bola napr. *Európska únia na križovatke* (postrehy a inšpirujúce riešenia) a *Štvrtá priemyselná revolúcia a piaty civilizačný zlom*. Kniha sa stáva predmetom mnohých diskusií v Bruseli a prekladá sa do angličtiny.



V aleji osobností Unipharmy má svoj strom ďalšia významná osobnosť

Prof. Ing. Peter Staněk, CSc. prišiel na návštevu do Unipharmy 22. 11. 2016 spolu s Ing. Pavlínou Ivanovou – Tongelovou, PhD. Stretol sa s generálnym riaditeľom RNDr. Tomislavom Jurikom, CSc., odprezentoval svoju prednášku a zasadil pamätnú lipu v aleji osobností, kde sa bude vynímať medzi stromami prezidentov republiky, lekárnických komôr a ďalších významných osobností.

■ Prof. Staněk prišiel do Unipharmy najmä za účelom prednášky pre zamestnancov. Okrem toho ho Dr. Jurik previedol skladmi, kde mu priblížil procesy fungovania. Po prehliadke sa pustil do rozprávania. Záujem o prednášku bol veľký, všetky miesta boli obsadené a zúčastnení zaujato počúvali.

Polarizácia spoločnosti

■ Prof. Staněk otvoril svoju prednášku tým, že hovoril o troch rovinách. Prvou je vonkajšie prostredie, v ktorom priblížil brexit

a jeho dôvody a následky, americké voľby, Čínu. Druhou rovinou je Slovensko, tretou zdravotníctvo. Keby sa, podľa neho, politické elity zamysleli, videli by jeden faktor, ktorý sa v budúcnosti dotkne aj nás. Je ním polarizácia spoločnosti podľa príjmových kategórií. „*Európska únia je geniálna. Nemáme chudobných. Máme sociálne exkludovaných. Nemáme nezamestnaných. Máme dočasne uvoľnených z pracovného procesu.*“ Príjmová polarizácia znamená, že každý hovorí o priemernej mzde. Všetko je priemerné, aj priemerne chorý. „*Priemerný chorý je úplne ideálny. Berie stredne drahé lieky, je chorý minimálne 11 dní, na PN vyčerpá iba to, čo mu dovoľme. Super pacient.*“ Ďalej uviedol, že za posledných 15 rokov sa príjmová symetria extrémne prehĺbila. Stredná trieda sa rozpadá. Výsledkom je, že prevažná väčšina spoločnosti nemá dostatočný príjem, ale má obrovské dlhy z minulosti. Ak sa stane, že príjem nestačí na splácanie pôžičiek, človek má dve možnosti. Buď vyhlási bankrot, alebo začne vyberať úspory. Kapitál bánk je založený na úsporách, ak sa vyberajú, banka nemá kapitál a musí ísť na medzibankový trh. Vzniká finančný kruh. Výsledkom je, že sa zadlžuje väčšina obyvateľstva. Najlepšia oblasť na zhodnocovanie bohatstva je podľa prof. Staněka kriminalita a zdravotníctvo. Hlavným faktorom rastu amerického HDP v posledných 18 rokoch je nárast



kriminality, lebo to znamenalo postaviť 3 900 súkromných väzníc. Každý väzeň musí pracovať, neštrajkuje, nemá PN, nemá nič. Americké zdravotníctvo sa zmenilo na najväčší biznis priestor na planéte. Veľké nemocnice sú najväčšími zamestnávateľmi. Zároveň v sebe koncentrujú lekárske výskum, farmaceutický výskum, liečebné metódy a všetko ostatné. Doplnil, že: „*potrebujete, aby obyvateľstvo, aj keď je zdravé, bolo choré. Ukazuje sa, že veľká časť civilizačných chorôb je priamo viazaná na drahé lieky a na spôsob obrovského zarábania na zdravotníctve. Predstavte si, že k tomu všetkému pribudne korupcia.*“ Nadviazal, že biznis so štátom je dnes najlepším spôsobom biznisu.

Smart cities

■ Prof. Staněk pokračoval ďalším biznisom vo farmácii. 120 mld. eur ide ročne na výskum nových liekov. Na choroby ako obnovená tuberkulóza, HIV, chorela, malária, týfus

a pod. ide z toho 12 mld. Ostatné sú použité na výskum skrášľujúcich liekov. Dámy budú mať 60 a budú musieť vyzeráť ako 12 ročné. Celý tento kult mladosti predstavuje otočenie biznisu asi za 400 mld Eur. „*Prosím vás nebláznime. Ideálne by boli krémy proti blbosti, ale tie by sa nestačili vyrábať.*“

■ Podľa prof. Staněka celý systém založený na chorobnosti obyvateľstva má jeden veľký efekt. Zdravotníctvo sa stáva hlavným hýbateľom HDP a na druhej strane vyzerá veľmi ľudomilne. Má to však jednu chybu. Ak by sa zväzila zadlženosť populácie a zároveň skutočnosť, že si mladí musia pre kúpu bytu vziať 30-ročnú hypotéku, znamená to, že nemôžu byť nezamestnaní, chorí, môžu mať max jedno dieťa a v spoločnosti sa založil strach. Strach spoločnosti sa extrémne zvýšil za posledných 15 rokov. „*Môžete povedať, že to je náhoda, že to nesúvisí s príjmovou polarizáciou. Vytvárame klímu, v ktorej sa má celé obyvateľstvo zadlžiť.*“

■ Druhý obraz je to, čo písal s kolegyňou, Štvrtá priemyselná revolúcia a piaty civilizačný zlom z júna 2016. Štvrtá priemyselná neznamena, že nasadíte roboty a celá linka bude automatizovaná. Problémom je, že kým dnešné montážne plošiny potrebujú zhruba 1 400 ľudí na jednu, nová 241 ľudí. „*Analýzou zistíte, že dôjde k poklesu ľudskej práce vo všetkých častiach spoločnosti. Naším najväčším problémom bude, čo s tými, ktorí budú zbytoční. Celý systém spoločnosti sa posúva pod informačnú kontrolu a vy nemáte žiadnu kontrolu nad tým, čo je kontrola,*“ doplnil a pokračoval: „*Že budeme mať ehealth a vlastnú zdravotnú kartu s čipom je skvelé. V tom čipe bude scan vašej dna, ktorý umožní predvídať všetky vaše choroby. Analýza skracovania telomer určí vašu dĺžku života. Biochemické rozboru určia presnú predispozíciu na to, či o 10 rokov dostanete onkologické ochorenie také alebo onaké. Máte istotu že tie údaje budú chránené?*“ Znalostná spoločnosť podľa neho znamená ďalší zásadný dopad. Je ním smart city – inteligentné mesto, po ktorom sú umiestnené milióny senzorov. Môžu sledovať hustotu dopravy, ale aj zdravotný stav obyva-

telov. Môžu vyhlásiť alarm, ak sa u nejakého človeka objaví srdcová arytmia a hrozil by mu kolaps. Monitorujú energetickú spotrebu, ale aj všetky veci ktoré sa týkajú napr. školstva, zdravotníctva, dopravy, energií, chemického ohrozenia, všetkého ostatného. Tento smart systém sa už rozvíja. Stratégia smart cities sa má stať stratégiou budúcnosti. Všetko bude smart. Malo by vám to uľahčiť život, ale na druhej strane to posilňuje absolútnu a totálnu kontrolu spoločnosti vo všetkých medziach a rovinách. Je to proces, ktorý má dosiahnuť rozmery plnej aplikácie do 10 rokov.

■ Následne prešiel na tému starnutia populácie. Podľa neho bude znamenať obrovský rast nákladov na zdravotníctvo. Slovensko a deficit penzijného systému, z ktorého sa platí aj významná časť liekov, je 1,4 mld Eur. Kto je najväčší neplatič? Zdravotníctvo, školstvo a doprava. Kto má najväčšiu zodpovednosť za deficit zdravotného poistenia a penzijného poistenia? Štát.

■ Ďalšou témou boli psychofarmaká. Poukázal na stále stúpajúcu spotrebu psychofarmák. Predpokladá, že ich spotreba bude aj naďalej stúpať, v súvislosti so zmenami, ktoré sa dejú ohľadom liekov.

Prof. Ing. Peter Staněk, CSc.



■ Prof. Peter Staněk je významná osobnosť. To, čo predpovedal vo svojich prednáškach, sa veľakrát splnilo, aj keď sa to možno niekomu zdalo ako sci-fi, alebo príliš pesimistické. Inak tomu nebolo ani v prípade, keď v roku 2006 na 7. lekárnickom kongrese v Žiline predpovedal vývoj lekárnictva. Prednáška mala názov Riziká stratégie globalizácie v oblasti lekárenstva. Hovoril o tom, že v lekárenstve ešte neskončila fáza integrácie ani expanzie, čo znamená, že viaceré finančné skupiny v krajinách, v ktorých im to povolili, budú pokračovať v tvorbe nových lekární. Skoncretujú sa na tri hlavné línie:

1. Väzba na hypermarkety – cca 60 % tvorby nových lekární
2. Získanie zabehnutých lekární prináša rýchly finančný bonus a vás by to mohlo ohroziť v prvej línii, ide cca o 20 %
3. Výstavba nových lekární na zelenej lúke, ide o cca 10 %.

■ Koncentrácia lekárnictva do rúk silných, veľmi dobre vybavených kapitálových skupín, ktoré budú pol roka – rok držať dumpingové ceny, poskytovať bonusy a potom si podmania národný trh.

■ Varovaním bola podľa neho situácia v ČR, kde štyri kľúčové distribučné siete ovládajú väčšinu trhu. „Musíme počítať s jednou líniou, že tieto silné, veľké kapitálové skupiny vlastniace reťazce, budú vašimi spojencami – vás individuálnych lekárníkov, ale proti jedinému nepriateľovi štátu, ktorý by mal trh regulovať. Akonáhle štát odstaví, do popredia sa dostane línia boja medzi reťazcami a v tomto prípade budete len drobnými pešiakmi, ktorí budú opakovane obetovaní v rámci vývoja, ktorý môže nastať,“ uviedol prof. Staněk. Ďalej sa pýtal, či si uvedomí štát a vlády jednotlivých krajín toto riziko a budú regulovať limitovať trh v citlivých oblastiach ako je voda, energia, zdravotníctvo, farmaceutický trh, alebo ponechajú voľný vývoj?

■ Tiež hovoril o tom, že v roku 2007 malo Fórum o liekoch pripraviť návrh farmaceutického komplexu v EÚ, ktorý má sústrediť pozornosť na niekoľko oblastí:

- a) príprava informačného balíka pre pacienta ku konkrétnemu ochoreniu a liekom, ktoré užíva,

- b) unifikovaný systém informácií o poskytovaných liekoch. Ide o manuál, ktorý môže dať odpoveď na viaceré otázky.

■ V roku 2007 na lekárnickom kongrese vystúpil s prednáškou Globalizácia vo farmaceutickom sektore. Uviedol v nej svoje predpoklady po zavedení eura, kedy podľa neho príde aj k asymetrickým zmenám v cenách po vstupe do menovej únie. Vyjadril sa, že farmácia je v špecifickej situácii. Najväčší tlak bude pravdepodobne zameraný na dve oblasti:

1. význam a spotreba liekov proti obezite vzrastie,
2. zvýši sa pozornosť a investície v oblasti výskumu a vývoja Alzheimerovej choroby. Pravdepodobne bude pokračovať nárast cien každého nového lieku. Kým pred cca 10 rokmi vychádzal výskum a vývoj nového lieku na 400 mil. dolárov, dnes sa to blíži k sume 800 mil. dolárov. To znamená, že väčšinu liekov budú vyvíjať transnacionálne korporácie a budú bonifikovať už nielen originálne lieky, ale posunú cenový boj viac do oblasti generík.

■ Lekárnického kongresu sa zúčastnil aj v roku 2008. Prednáška mala názov Finančná kríza a perspektívy zdravotníctva v Európskej únii a na Slovensku. Vtedy uviedol, že v skutočnosti nie sme vo finančnej kríze, ale sme na prahu zásadnej hospodárskej krízy, ktorá vyplýva z obrovskej úverovej expanzie v posledných 40-tich rokoch.

■ V rok 2009 predstavil tému Hospodárska kríza a zdravotníctvo – reformy a možnosti.

■ Po prestávke prišiel v roku 2012 na kongres s témou „Globálna kríza – zdravotníctvo a verejný sektor“, v ktorej sa venoval dopadom krízy na spotrebu liekov, ako i možnostiam riešenia aktuálnej ekonomickej situácie.

■ Lekárnického kongresu sa naposledy zúčastnil aj v tomto roku, o čom ste si mohli prečítať v minulom čísle Lekárníka, kde sme písali aj o jeho prednáške. Dúfame, že prof. Staněk nás poctí návštevou aj nabudúce, aby sme si mohli opäť vypočuť jeho zaujímavé postrehy a predpovede. ■

Úspešný výsledok priebežnej inšpekcie ŠÚKL

na vydanie nového Certifikátu SPRÁVNEJ DISTRIBUČNEJ PRAXE spoločnosti UNIPHARMA, a.s.

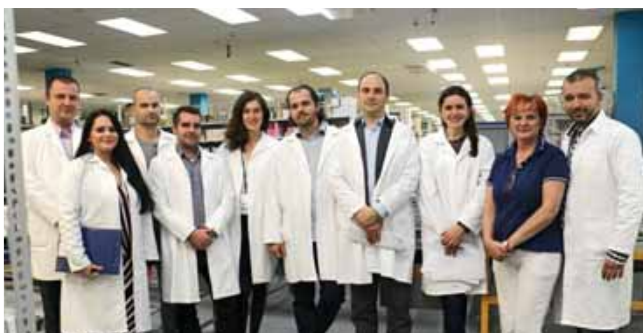
SPRACOVALA: **Ingrid Ďuricová**
Mgr. Ivana Jaššová

Priebežná inšpekcia ŠÚKL sa vo všetkých obchodno-distribučných strediskách spol. Unipharma uskutočnila od 21. 11. do 25. 11. 2016. Jej cieľom bolo preverenie dodržiavania platných právnych predpisov so zameraním na požiadavky správnej veľkodistribučnej praxe v súlade s Vyhláškou MZ SR 128/2012 a Usmernením EK k SDP (2013/C 343/01), za účelom vydania Certifikátu Správne veľkodistribučnej praxe.

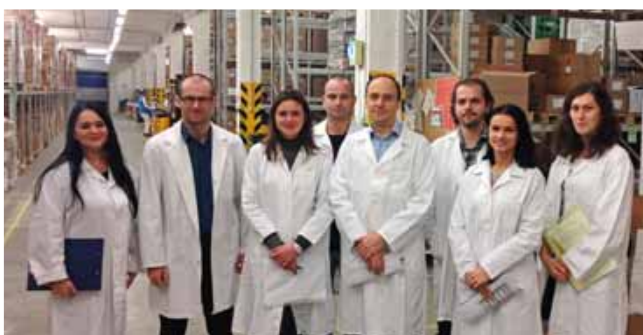
■ Predmetom inšpekcie boli základné požiadavky Správnej veľkodistribučnej praxe, overenie všetkých kľúčových procesov súvisiacich so skladovaním a veľkodistribúciou liekov (t.j. celá „cesta lieku“ – príjem tovaru, uskladnenie, expedícia a dodanie tovaru). Inšpektori, v zložení PharmDr. K. Galková (hlavný inšpektor), Mgr. J. Turza (v ODS Bojnica, ODS Bratislava a konsignačný sklad NAD Bratislava), Mgr. B. Hlavatá, PharmDr. Z. Skalská (v ODS Prešov), precízne verifikovali aj kritické procesy súvisiace s verifikáciou kvalifikácie dodávateľov – držiteľov registrácie, nákup položiek od dodávateľov, verifikáciou kvalifikácie odberateľov – lekárnikov a databázy nových /aktívnych odberateľov, predaj liekov, stiahnutie prípravku z trhu a postup pri podozrení na falšovaný liek, likvidácia tovaru, teplotné mapovanie skladových priestorov a vozidiel, riešenie odberateľských a dodávateľských reklamácií, systém interných auditov, systém SDP školení pre zamestnancov skladu a prepravy, deratizácia a dezinfekcia, kalibrácia meradiel, kontrola skladovania a prepravy OPL, riadenie zmien, sledovanie a regulácia teploty, bezpečnostné systémy, sanitačné programy, validácia informačných systémov atď.

■ Tím Unipharmy počas inšpekcie vo všetkých obchodno-distribučných strediskách spol. Unipharma a.s. viedla Ingrid Ďuricová – manažérka riadenia kvality v spolupráci s Mgr. Ivanou Jaššovou – hlavnou odbornou zástupkyňou a tímom zástupcov viacerých úsekov: D. Prokop – vedúci odboru prevádzky, Ing. L. Čík – metrológ a tím odborných zástupcov – Mgr. E. Blahútová, Mgr. B. Tokeszká, RNDr. I. Šušňal – riaditeľom divízie distribúcie, Mgr. M. Svrček – riaditeľom ODS Bratislava, PharmDr. D. Fedorová – riaditeľka ODS Prešov, Ing. M. Tomášová – riaditeľka úseku RLZ a kvality, MVDr. B. Klopán – riaditeľ úseku nákupu a výroby, Mgr. M. Kotouček – riaditeľ úseku predaja, R. Kupčok – vedúci odboru prepravy, R. Karak, MBA – riaditeľ úseku IT.

■ Sme naozaj veľmi radi, že inšpektori ŠÚKL na záver vyzdvihli vysokú úroveň systému kvality, ako aj špičkové technické vybavenie nového skladu ODS Bojnica a vyjadrili sa, že spol. Unipharma a.s. aj naďalej určuje trendy v oblasti riadenia procesov SDP. Vzhľadom k úspešnému výsledku priebežnej inšpekcie bude spoločnosti Unipharma a.s. v januári 2017 opätovne vydaný nový Certifikát Správnej distribučnej praxe.



↑ Inšpekcia SDP v pobočke spol. Unipharma v Bojniciach
(na foto zľava: UP – I. Šušňal, I. Ďuricová L. Čík, V. Barančík, I. Jaššová, D. Prokop, ŠÚKL – J. Turza, K. Galková, UP – O. Masárová, R. Kupčok)



↑ Inšpekcia SDP v pobočke spol. Unipharma v Bratislave
(na foto zprava I. Jaššová, E. Blahútová, D. Prokop, ŠÚKL – J. Turza, K. Galková, UP – L. Čík, M. Svrček, I. Ďuricová)



↑ Inšpekcia SDP v pobočke spol. Unipharma v Prešove
(na foto zprava B. Tokeszká, I. Jaššová, ŠÚKL – B. Hlavatá, Z. Skalská, UP – I. Ďuricová, L. Čík, M. Magulák, D. Fedorová, O. Takáč, D. Prokop)

SPRACOVALA:

Mgr. Ing. Denisa Ižová

FOTO: autorka



Unicentrum



Unicentrum – nové zdravotnícke centrum v Bojniciach slávnostne otvorili 7. 11. 2016 Unipharma – 1. slovenská lekárnická akciová spoločnosť a Medicínsko-diagnostické centrum Uniklinika kardinála Korca v Prievidzi. V súčasnosti sú v prevádzke už kardiologická, gastroenterologická a ORL ambulancia, ale aj diabetológia a dermatovenerológia. Pacientom z prievidskeho okresu, ale aj z okolia bude k dispozícii postupne až 8 ambulancií. Ambulancie sú vybavené najmodernejšími, jedinečnými prístrojmi, ktoré sú na Slovensku raritou. Do prístrojového vybavenia bolo investovaných vyše 300 000 eur. Zaujímavosťou je, že celá rekonštrukcia sa robila bez pripojenia budovy na elektrinu.

ambulantnej zdravotnej starostlivosti. Unipharma na to pohotovo zareagovala a spravila výnimočný projekt, ktorý bol zrealizovaný do jedného roka a tým bola výstavba Unikliniky kardinála Korca. „Bol to projekt mimoriadne náročný aj na financie, ale jedinečný v rámci Slovenska, pretože sa podarilo spojiť ambulancie prevádzkované súkromnou spoločnosťou a zároveň

Slávnostné prestrihnutie pásky

■ Slávnostné otvorenie sa uskutočnilo v pondelok 7. 11. 2016 za účasti riaditeľa Unikliniky Ing. Miloša Mladého, MBA, generálneho riaditeľa Unipharmy – 1. slovenskej lekárskej spoločnosti, RNDr. Tomislava Jurika, CSc., primátora Bojníc, PhDr. Františka Táma a ďalších. Pred prestrihnutím pásky sa prítomným prihovril PhDr. Tám. Ing. Mladý pripomenul dobu, kedy v Prievidzi fungovala stará poliklinika, do ktorej dlhé roky neboli investované finančné prostriedky, preto budova začala chátrať. Lekári sa začali osamostatňovať, vznikala decentralizácia v poskytovaní

poskytnúť priestory lekárom z celého mesta Prievidza. Som hrdý na to, že pod jednou strechou je 75 % ambulantných poskytovateľov zdravotníckych služieb.“ Ako ďalej uviedol, do projektu Unicentra, ktorý bol zrealizovaný vo veľmi krátkom čase, sa rozhodli ísť z dôvodu, že Uniklinika je plne obsadená a nových lekárov nemali kam umiestniť. „Náš zámer je jasný a chceme obyvateľom Hornej Nitry, mesta Prievidza a širokého okolia poskytovať práve to, čo tu absentuje. **Tzn. kvalitné ambulantné služby, zabezpečené špičkovými odborníkmi, najkvalitnejšími dostupnými prístrojmi a liečebnými metódami. Máme tu vybavenie, ktoré je momentálne jedinečné v Európe.**

„Žiaľ, trafili sme sa do ťažkého časového obdobia, keď sú problémy v štátnej zdravotnej poisťovni, takže k dnešnému dňu máme zatiaľ zazmluvnené všetky ambulancie zdravotnou poisťovňou Union, polovicu ambulancii ZP Dôvera a druhá polovica je zazmluvnená od 1. decembra, ale ani jednu ambulanciu Všeobecnou ZP. Je to v riešení a verím, že v blízkej dobe príde k zazmluvneniu.“ Následne Dr. Jurik poďakoval zúčastneným za to, že prišli a spoločne s Ing. Mladým a PhDr. Támom slávnostne prestrihli pásku. **Prehliadka Unicentra, spojená s prednáškou v každej ambulancii, bola súčasťou otvorenia**

ORL ambulancia

■ Krčná ambulancia je vybavená najnovšou dostupnou technikou. Jaroslav Uhlík, zástupca spoločnosti Unique Medical, ktorá ju dodala, k nej povedal: „Spolahľivosť a kvalita je základ. Vzhľadom na jedinečnosť odberateľa **sme sa snažili dodať najlepšie diagnostické technológie, ktoré sú k dispozícii, tzn. najlepšie rozlišovacie schopnosti, najkvalitnejšie softvérové vybavenie.**“ Dodal, že s technológiou, inštalovanou do zariadení, budú môcť lekári diagnostikovať rozsah diagnóz, ktoré nie sú úplne bežné. Diagnostické prístrojové vybavenie je podľa neho na vysokej úrovni, vyšetrovací box nie je štandardom v bežných diagnostických ORL ambulanciách. Lekár tu má v jednej stanici všetko potrebné a priestorové usporiadanie je navrhnuté tak, aby mal z jednej stoličky po ruke čo najviac. ORL ambulanciu tvoria dve miestnosti. V prvej sa robia invazívnejšie vyšetrenia, základná diagnostika, v druhej miestnosti sa vyšetruje sluch.

Kardioambulancia

■ V kardioambulancii sa okrem najvyššej úrovne diagnostiky snažili dbať aj na maximálnu intimitu pacienta počas vyšetrenia. J. Uhlík priblížil, že priestor koncipovali tak, aby mohli robiť diagnostiku viacerých pacientov súčasne na rôznych diagnostických technológiách a aby bol aj príchod a odchod pacienta maximálne spohodlný. Hlavnou doménou tejto ambulancie je ultrasonografia. Bližšie informácie priniesol Martin Továrek, ktorý uviedol, že ultrazvuk firmy Hitachi Aloka, je známy na celom svete svojou rozlišovacou schopnosťou. Na obraze srdca je možné vidieť aj malé patológie, ktoré sú dôležité práve pre ďalšiu diagnostiku porúch srdca. Je povestný veľmi malou poruchovosťou. Je to **prístroj najvyššej rady firmy Hitachi Aloka a v širokom okolí nie je podobný stroj inštalovaný.**

J. Uhlík pokračoval, že základnou kardiodiagnostikou je zdigitalizované EKG, tzn. že lekár si môže záznam prehrávať zo systému v počítači a nemusí každý výsledok tlačiť. „Máme tu ultrasonografiu, echokardiografiu, záťažové EKG, čo je pre bežnú ambulantnú prax vysoký nadštandard. Pacient príde, prejde celým diagnostickým procesom a do veľkej miery vieme s vysokou pravdepodobnosťou vďaka technológiám povedať, čo pacientovi je,“ uviedol Ing. Mladý doplnil, že vybavenie patrí medzi najvyššiu diagnostickú triedu prístrojov, keďže počet srdcovocievnych ochorení narastá a začína byť globálnym problémom.

Dermatovenerologická ambulancia

■ V dermatovenerologickej ambulancii Ing. Mladý predstavil MUDr. Katarínu Židekovú, ktorá je zároveň vedúcou lekárkou

tohto centra. Predstavil aj plán, ktorým je od januára obsadiť zvyšné voľné ambulancie Unicentra, vďaka čomu by ho mohli skoordinať s Uniklinikou tak, aby mali pacienti vybavených čo najviac špecializovaných vyšetrení v čo najkratšom čase. MUDr. Žideková ho doplnila, že ak bude pacient potrebovať nadstavbové vyšetrenie, bude ho mať zabezpečené v budove Unicentra. Víziou tohto projektu je podľa nej to, aby mal pacient kompletný servis pod jednou strechou.

Gastroenterologická ambulancia

■ V gastroenterologickej ambulancii sa nachádza gastroenterologická endoskopická vyšetrovacia zostava. J. Uhlík upresnil: „Máme tu gastroenterologickú video zostavu od spoločnosti Pentax. Videoprosesor tejto veže bol oficiálne uvedený na trh len 14 dní pred otvorením Unicentra. Je to prvá inštalovaná zostava na Slovensku aj v Česku. Ako jediný dokážeme opticky, ale aj digitálne ostríť obraz, čo je veľmi dôležité z hľadiska ťažko zobraziteľných nálezov. Sme schopní zobrazíť dva obrazy vedľa seba, kde lekár vidí nález v reálnom svetle a druhý pod určitým ostrením. Podfarbením dokážeme vytiahnuť kontúry, štruktúry, prekrvenie toho daného nálezu atď.“ Uviedol tiež, že to nie je len o kvalitnom softvérovom vybavení. Procesor obsahuje nadštandardnú funkciu otvoreného softvéru, čo znamená, že môžu kedykoľvek zasiahnuť do procesoru a upraviť možnosti zobrazenia či diagnostiky. Počas výkonu na pacientovi môžu meniť parametre obrazu a zároveň ich nahrávať. „V rámci gastrodiagnostiky vieme odhaliť vysoké percento nálezov. Pri zvyšovaní kvality ostroti obrazu a zobrazovacej schopnosti znižujeme priemer zavádzacieho tubusu. **Sme schopní udržať štandard užívateľského rozhrania pre lekára, zúžiť priemer, aby bolo vyšetrenie pre pacienta čo najpríjemnejšie a zároveň mať kvalitný obraz,**“ doplnil.

Unicentrum a Uniklinika sú zariadenia na jednej úrovni, čo umožňuje synergický efekt

■ Okrem ambulancii, ktoré sú už v prevádzke, Ing. Mladý predpokladá, že do júna budúceho roka nastúpi atestovaný endokrinológ, čo je vzácnosť, pretože týchto špecialistov je veľmi málo. Od januára by radi otvorili ambulanciu všeobecného lekára a ďalšou ambulanciou bude pravdepodobne neurologická. „Obzvlášť hrdý som na to, že od rozhodnutia, že vstupujeme do projektu až po dnešný deň, kedy sú ambulancie v prevádzke, neprešlo viac ako 2 mesiace. Máme za sebou veľa náročnej práce. Bola potrebná rekonštrukcia priestorov, ich príprava tak, aby boli dodržané hygienické štandardy a podmienky, aby sme mohli osadiť práve moderné prístroje, ktoré sme zakúpili a taktiež to bolo náročné aj na dodanie prístrojov tým, ako sú špecifické a náročné na dodaciu dobu,“ doplnil Ing. Mladý. Otvorenie uzavrel slovami: „Unicentrum a Uniklinika sú zariadenia na jednej úrovni, čo umožňuje synergický efekt. Tým, že sme jeden poskytovateľ, pacientovi na ambulanciách v Uniklinike vybavíme termín a celé vyšetrenie u potrebného špecialistu vo veľmi krátkej dobe, čo znamená komfort pre pacienta.“ ■

SPRACOVALA: **Mgr. Ing. Denisa Ižová**

FOTO: autorka

Menšia, ale príjemná a útulná Lekáreň u sv. Jakuba sa nachádza v Pukanci. Je to obec v okrese Levice, v Štiavnických vrchoch. Pri príchode do lekárne, situovanej priamo pri ceste, neďaleko kostola, nás privítala milá blondínka. Napriek tomu, že nepochádza z lekárskej rodiny, dnes vedie vlastnú lekáreň. Reč je o **Mgr. Martine Lukáčovej**, ktorá si cestu k vlastnej lekárni zabezpečila sama, čo pre ňu určite nebolo jednoduché. Viac o svojom živote a povolání nám už Mgr. Lukáčová povedala v rozhovore.

Mgr. Martina Lukáčová: „Svoje povolanie mám rada, nič iné robiť nechcem“

🔗 Aká bola vaša cesta k povolaniu?

● Pochádzam z Veľkého Zálužia pri Nitre. Už počas štúdia na Párovskom gymnáziu boli moje najobľúbenejšie predmety chémia a biológia. Hoci lekárenstvo bolo pre mňa v detstve veľkou neznámou, z praktickej stránky zvíťazilo štúdium farmácie, kde je chémia skutočne požehnané.

🔗 Máte lekárnictvo v rodine?

● Nepochádzam z lekárskej rodiny. Moji rodičia sú veľmi jednoduchí ľudia, ale o to viac si ich vážim. Keby nebolo ich podpory, nikdy nie som tam, kde som. Keď som začala študovať, obaja už boli na dôchodku. Ocko pracoval aj po dovŕšení dôchodkového veku, hoci na tom nebol zdravotne najlepšie, aby ma mohli finančne podporiť. Dnes viem, že som sa rozhodla pre to pravé povolanie a nemusela som mať ani vydláždenú cestu k úspechu.

🔗 Ako ste sa dostali práve k tejto lekárni?

● Hneď po skončení školy a získaní praxe som si urobila atestácie z lekárenstva a vykonávala funkciu zodpovedného farmaceuta v dvoch lekárnach. Po čase som sa ale potrebovala posunúť dopredu a preto som chcela viesť svoju vlastnú lekáreň. Ale ako to už býva, príležitosť prišla vtedy, keď som bola tehotná s prvým vytúženým dieťaťom. Bola to pre mňa dilema, čo

uprednostniť. Nakoniec som sa rozhodla skíbiť oboje a napriek tomu, že to bolo veľmi náročné obdobie, urobila som správne. Po roku fungovania prišlo k nezhodám s majiteľom budovy a tak som obec Pukanec požiadala o pridelenie nových priestorov a všetko začalo od znova. V rekordne krátkom čase som otvorila novú lekáreň a hoci sa nad tým dnes len pousmejem, nebolo mi vtedy všetko jedno.

🔗 Napĺňa Vás vaša práca?

● Svoje povolanie mám rada, nič iné ani robiť neviem a ani nechcem. Som veľmi dynamický typ, mám rada nové veci a možno sa to bude mojim kolegom zdať čudné, ale všetky legislatívne zmeny, ktorým podliehame, ma istým spôsobom posúvajú dopredu, nútia ma vzdelávať sa, nezastať na jednom mieste a nepodľahnúť sebaklamu, že ja už nemám čo zlepšiť na svojej práci. A to ma baví.

Nemám rada „papierovačky“, odsúvam ich na poslednú kolaj, ale keďže ich aj tak musím urobiť, teší ma, že som sa nakoniec prekonala.

🔗 Pukanec nie je veľké mesto a ste jediná lekáreň v tejto obci. Máte teda bližší vzťah so svojimi pacientmi, akoby ste boli vo veľkom meste? Má to výhody/nevýhody?

Mať lekáreň na vidieku nie je jednoduché, na to musíte mať



↑ Lekáreň u Sv. Jakuba v Pukanci

povahu. Tu anonymita neexistuje, po ulici sa neprejdete len tak, bez povšimnutia. Niekedy je to milé, ale nie vždy to príde vhod. Svojich pacientov, hoci sú zo širokého okolia, si poznám. Ak nie po mene, tak podľa toho, čo užívajú a to je asi tá profesionálna deformácia. Pacientovi na vidieku nemôžem povedať, že liek mu neviem zohnať kvôli reexportu, pretože na druhý deň sa i tak vráti späť a tak robím i nemožné, aby som im vyšla v ústrety. Ale o tom to celé je, čo sejeme, to sa nám vráti.

➤ **Patrite k družstvu Plus lekáreň. Kedy a prečo ste sa rozhodli vstúpiť do Plusky?**

Do Plusky som vstúpila hneď v samých začiatkoch. Po legislatívnych zmenách, ktoré umožnili vernostné systémy som si uvedomila, že ja sama nikdy nedokážem po marketingovej stránke ponúknuť také služby svojim pacientom, ako keď sa niekam zaradím. Napriek tomu, že mi to ako slobodnému lekárnikovi bolo proti môjmu presvedčeniu, som si uvedomila, že je to požiadavka doby, voči ktorej sa darmo budem brániť, keď si to niektorí moji pacienti vyžadujú. V prvom rade je potrebné počúvať ich, kvôli nim som tu.

➤ **Čo vám prinieslo členstvo v Pluske? V čom vidíte prínos?**

• Snažím sa využiť všetky akcie v Pluske, ktoré prebiehajú. Bez toho, aby ma to výrazne zafažovalo, viem dosiahnuť výrazný finančný benefit, ku ktorému by som sa za normálnych okolností nikdy nedopracovala. Pacienti sú rovnako spokojní, lebo vidia, že pre nich niečo robím.

➤ **Odporučili by ste členstvo v Plus lekární aj ďalším lekárnikom?**

Pre mňa, ako lekárnika so slobodným povoláním, je dôležité, že napriek tomu, že som súčasťou Plusky, si môžem zachovať individualitu. Záleží len na mne, pre čo sa rozhodnem a aké kroky urobím. Členstvo v Pluske odporúčam práve tým lekárnikom, ktorí chcú zostať sami sebou a obstáť v konkurencii iných lekární.

➤ **Plánujete do budúcnosti nejaké zmeny v lekární? (rekonštrukcia, revitalizácia)**

Pred dvomi rokmi sme rekonštruovali vstupné priestory lekárne, ofcinu a sklad. Potrebovala som zmeniť vystavenie doplnkového



↑ zľava: farmaceutický laborant – Žaneta Zorvanová, majiteľka lekárne – Mgr. Martina Lukáčová



↑ Lekáreň U sv. Jakuba je malá, ale pacientom nič nechýba

sortimentu, aby bol pacientom lepšie viditeľný. Mne to uľahčilo prácu a pacientom rozhodovanie sa. Súčasne sme urobili druhé výdajné miesto, aby pacienti nemuseli čakať v rade. Predžili sme otváraciu dobu a vďaka pomoci staršej kolegyne na dôchodku máme otvorené celoročne, aj počas dovoleniek. V blízkej dobe chceme ešte doplniť akciové líšty Plusky.

➤ **Čo si myslíte o novele zákona? Prinesie podľa vás pozitívne zmeny?**

Veľkú zmenu neočakávam, možno sa to dostane na úroveň z pred pol roka, ale kto si chce nájsť cestu, ako obísť zákon, urobí to. My budeme skenovať recepty a úniky budú niekde úplne inde.

➤ **Čo robíte vo svojom voľnom čase. Máte nejaké záujmy, koničky, pri čom si oddýchnete?**

Keďže mám dve malé deti, veľa voľného času mi nezostáva. Príprava do školy s nimi mi ukázala, že vzdelávať sa musím nielen na poli farmaceutickom a tak hanba-nehamba, začala som prevetrávať svoje vedomosti z angličtiny a nemčiny. Mojou veľkou vášňou je šport, ktorému sa snažím venovať trikrát v týždni. Odbúram tak všetko napätie a cítim sa plná sily bojovať ďalej.

➤ **Máte nejaké špeciálne želanie, sen, ktorý by ste si chceli splniť?**

Moje sny sa v podstate splnili. Mám šťastnú rodinu, prácu, ktorá ma baví. Snažím sa byť vnímavá voči svojmu okoliu a udalostiam okolo seba. Častokrát som nechcela niektoré zmeny v mojom živote realizovať ako premyslený cieľ, len som sa chopila príležitosti. A tak sa nechám prevkapiť, čo sa okolo mňa premelie najbližšie. ■



PharmDr. Beata Valocká,

Únia poskytovateľov lekárenskej starostlivosti SR:

„Novela zákona o lieku je vyjadrením nedôvery lekárnikom“

Zákon č. 306/2016 bol vyhlásený 23. novembra 2016 ako novela Z. č. 362/2011 Z. z. o liekoch a zdravotníckych pomôckach a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení nesk. predpisov. Novela bola pripravená s cieľom eliminovať reexport a zabezpečiť lieky slovenským pacientom, a tak všetci očakávame výsledok snaženia, ktorý sa má prejavíť od 1. 1. 2017.

■ Lekárnici vnímajú novelu rozporuplne. Do istej miery je to vyjadrenie nedôvery lekárnikom zo strany vedenia rezortu, keďže v prípade, že liek nie je možné objednať v bežnej distribúcii, majú povinnosť zasielať anonymizované recepty, aby dokázali, že liek potrebujú pre pacienta. Samozrejme, lekárnici majú záujem poskytovať lekárenskú starostlivosť a už v súčasnosti týmto spôsobom objednávajú lieky od výrobcov liekov (držiteľov registrácie), ktorí majú vytvorený informačný systém. Aký podiel budú mať objednávky poskytovateľov lekárenskej starostlivosti priamo od držiteľov registrácie lieku, je otázne. Isté však je, že dodávateľia originálnych liekov nenavýšia dávky počtu balení na Slovensko, a čím viac balení pôjde priamo na lekárne, tým menej dostanú distribučné spoločnosti. Keďže si zúčastnené strany uvedomujú,

že táto cesta je pre všetkých zbytočnou záťažou, ostáva dúfať, že bude skutočne mimoriadnym spôsobom objednávanie liekov pre pacientov.

■ Vzájomná komunikácia vedenia ÚPLS SR s jednotlivými držiteľmi registrácie lieku pomohla sprehľadniť situáciu. Výrobcovia, ktorí nemajú povolenie na distribúciu, v súčasnosti realizujú výberové konania na distribučnú spoločnosť, ktorá zabezpečí dodávku liekov poskytovateľom lekárenskej starostlivosti do 48 hodín od objednávky. Keďže pôjde o mimoriadny spôsob zásobovania, podľa vyjadrenia držiteľov liekov, si distribútor nemôže uplatňovať u poskytovateľa LS tzv. minimálnu objednávku, takže aj tým poskytovateľom LS, ktorí nespupracujú s vybraným distribútorom budú na základe mimoriadnej objednávky dodané

lieky. Držiteľia, ktorí preferujú „direct pharmacy“, majú možnosť výberu. Viacerí dodávateľia liekov deklarovali spustenie „informačného systému na mimoriadne objednávanie liekov“ už od 1. 1. 2017, aj keď platná legislatíva im túto povinnosť ukladá od 1. 4. 2017.

■ Novela zákona ďalej ukladá poskytovateľom lekárenskej starostlivosti povinnosť skontrolovať preskripciu lieku a jeho dávkovanie a vydávať liek len na tri mesiace liečby.

■ Od 1. 1. 2017 (tzn. prvýkrát za mesiac január 2017) sa budú dávky vykazovať v novom rozhraní – bude tam ďalší dátum – dátum prijatia lekárskeho predpisu alebo poukazu. Tento dátum bude podľa vyjadrenia jedného z dodávateľov lekárenských programov rozhodujúci pri posudzovaní platnosti lekárskeho predpisu vzhľadom na dátum predpisu. Celé vysvetlenie postupu je k dispozícii na www.uplssr.sk.

Správa z rozporového konania na Úrade vlády Slovenskej republiky

PharmDr. Beata Valocká,
Únia poskytovateľov
lekárskej starostlivosti SR.

Únia poskytovateľov lekárskej republiky SR od augusta 2016 pripomienkovala všetky legislatívne procesy týkajúce sa zdravotníctva. V novembri bol zverejnený Plán legislatívnych úloh vlády na rok 2017. V rámci pripomienkového konania sme navrhli zaradiť do plánu úloh dva legislatívne procesy. Prvý z nich je zameraný na stabilizáciu počtu lekární v SR a jeho výsledkom budú legislatívne zmeny, ktoré zastabilizujú počet lekární v SR a zdefinujú podmienky pre vznik novej lekárne. Druhý z nich predstavuje zdefinovanie služieb spojených s poskytovaním lekárskej starostlivosti a následne jednotlivých zdravotných výkonov a ich hodnotenie. Výsledkom tohto procesu má byť „priznanie“ ďalšieho príjmu lekárne.

■ Počas rozporového konania 28. 11. 2016 na Úrade vlády SR sme sa so zástupcami MZ SR dohodli na spoločných rokovaníach a keďže tieto úlohy neboli naplánované, navrhli sme spracovanie mimo legislatívneho plánu v rámci iniciatívy ministerstva. Podľa vyjadrenia zástupcov ministerstva časť z nich sa dá realizovať aj počas ďalšej novelizácie Z. č. 362/2011 Z. z. o liekoch a zdravotníckych pomôckach a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov, ktorá je v pláne na október budúceho roku. Keďže prvé rokovania sme požiadali termínovať už na začiatok budúceho roku a je potrebné vyjadrenie väčšiny, je stanovisko každého jedného poskytovateľa LS podstatné. Z tohto hľadiska je kľúčovým podpísanie Vyhlásenia ako vyjadrenia súhlasu:

1. s podaním návrhu na prijatie legislatívnych zmien, ktoré zdefinujú demograficko-geografické podmienky vzniku novej lekárne a majoritného majiteľa lekárnika
2. s podaním návrhu na prijatie legislatívnych zmien, ktoré zdefinujú hodnotenie služieb súvisiacich s poskytovaním lekárskej starostlivosti ako zdravotníckych výkonov.

■ Touto cestou chcem poďakovať vedeniu Unipharmy a všetkým jej zamestnancom, ktorí sa podieľali na podpore návrhu a distribúcií Vyhlásenia do lekární. (Vyhlásenie je dostupné aj na www.uplssr.sk). Vážime si všetkých, ktorí majú záujem s nami spolupracovať a hľadajú možnosti ozdravenia slovenského lekárstva. Ostáva dúfať, že sa k nim pripojí aj stavovská komora, ktorú sme niekoľkokrát oslovili s návrhom o súčinnosť.

AUTORKA: **Tatiana Lociová**
manažérka ADL

Uskutočnil sa pravidelný snem delegátov ADL

Začiatkom novembra sa uskutočnil snem delegátov Asociácie dodávateľov a zdravotníckych pomôcok (ADL) v aule na Farmaceutickej fakulte UK v Bratislave. Hlavnými témami boli informácie o činnosti ADL v roku 2016, čerpaní rozpočtu, plány aktivít asociácie a ich finančného krytia na rok 2017.

■ Zástupcovia ADL sa tento rok aktívne zúčastňovali a pripomienkovali novelu zákona č. 362/2011 Z.z., ktorá zahŕňa nové pravidlá týkajúce sa reexportu, dostupnosti a kolobehu liekov na Slovensku.

■ Asociácia v rámci procesu pripomienkovania upozorňovala nielen na vysoké sankcie pre držiteľov registrácie, ale tiež na problematické ustanovenia v súvislosti s urgentnými dodávkami v tzv. emergentnom systéme. Vzhľadom na fakt, že zo strany MZ SR nebol akceptovaný návrh týkajúci sa podpornej zásoby pre emergentný systém, ktorý by umožnil držiteľom dostatočnú kontrolu nad zásobou liekov, ADL je pripravená v roku 2017 podrobne sledovať dopady novely zákona v praxi a hájiť práva svojich členov. Asociácia plánuje na budúci rok pokračovať v nastavených aktivitách v súvislosti s aktívnym vstupom do legislatívnych procesov. ADL má v súčasnosti svoje zastúpenie v rámci pracovnej skupiny pre FMD, ktorá sa zaoberá návrhom nových európskych pravidiel v súvislosti so zavedením nových pravidiel bezpečnostných prvkov uvádzaných na obale liekov na humánne použitie a tiež nominovala zástupcu do pracovnej skupiny na MZ SR, ktorá rieši prípravu novely zákona č. 363/2011 Z.z. Pripravovaná novela má riešiť parametre nákladovej efektívnosti, reguláciu výnimiek a tiež problematiku podmienienej kategorizácie.

Svet farmácie

krátke správy zo sveta

PRELOŽILA A SPRACOVALA:

PharmDr. Eva Kozáková

odborný zástupca za výrobu liekov



Kanada:

Kanadská štúdia dokázala, že predpisujúci lekárnici majú vplyv na zlepšenie cieľov pri znížení cholesterolu u pacientov

Kanadská štúdia ukázala, že pacienti užívajúci lieky na zníženie cholesterolu majú lepšie výsledky liečby, keď sú lekárnici zodpovední aj za predpisovanie, ako aj za monitorovanie pacientov v rámci ich liečby.

■ V intervenčnej skupine predpisoval lekárnik potrebné lieky na zníženie cholesterolu pacientovi. Lekárnici boli rovnako zodpovední aj za zabezpečovanie príslušných laboratórnych testov, ktoré boli vykonané a následné monitorovanie pacientov. Účastníci v danej skupine dostali zakaždým kópiu výsledkov testov spolu s informáciami od lekárnik, zatiaľ čo lekári zodpovední za pacientov boli informovaní o akýchkoľvek zmenách. Pacienti v intervenčnej skupine mali tiež navádzajúce konzultácie s lekárnikmi v periodicite každých šesť týždňov, to znamená štyrikrát v rámci šiestich mesiacov.

■ Pacienti v kontrolnej skupine na druhej strane nasledovali postupy v rámci zvyčajnej liečebnej schémy so svojim lekárom a lekárnikom. Okrem toho navyše dostali brožúru o kardiovaskulárnych ochoreniach a v rámci sledovaného obdobia mali aj dve navádzajúce (monitorovacie) konzultácie cez telefón.

■ Výsledky tejto štúdie demonštrujú, že pri nezávislom predpisovaní lekárnikom je potvrdený klinicky významný nárast podielu pacientov, ktorí dosiahli ciele liečby v rámci manažmentu hladiny cholesterolu. Táto štúdia, ktorá je prvou v oblasti prieskumu účinnosti, efektívnosti nezávislého predpisovania lekárnikom vzhľadom na pacienta, poskytuje ďalšiu podporu v hodnotu lekárnika, ktorý je zapojený do riadenia liekového terapeutického manažmentu.

Zdroj: GIRP Retail Brief, November 2016-



Veľká Británia:

Nové plány na modernizáciu verejných lekární

Plány na modernizáciu verejných lekární, ktoré zaisťujú lepšiu kvalitu služieb pre pacientov a zmiernia tlak na ostatné časti NHS (Národná zdravotná služba – National Health Service), boli zverejnené vládou 20. októbra.



■ Minister zdravotníctva David Mowat uviedol: „Pacienti si zaslúžia tú najlepšiu možnú starostlivosť, ktorá je dôvodom, prečo sa táto vláda zaviazala k vybudovaniu moderného lekárenského sektoru, ktorý je vhodný pre 21. storočie. Lekárnici sú životne dôležitým/nevyhnutným zdrojom vedomostí a informácií, a zároveň poskytujú dôležité, podstatné služby obyvateľstvu ako očkovanie proti chrípke, overenie/prekontrolovanie liekovej terapie a samozrejme dispensácia životne dôležitých liekov.“

■ Vláda v súčasnosti financuje verejné lekárne sumou 2,8 miliárd libier ročne. Za posledných 10 rokov sa rozpočet pre verejné lekárne zvýšil o viac ako 40 %. Počet verejných lekární v Anglicku je vyše 11 500, čo predstavuje nárast až o 18 % v priebehu 10 rokov, a zároveň 2/5 anglických lekární je pre pacientov dostupných pešo do 10 minút, alebo prípadne v tomto okruhu sú aj dve ďalšie lekárne.

■ Priemerná lekáreň predstavuje náklady v hodnote 220 000 libier ročne pre NHS lekárenské služby, vrátane fixného poplatku 25 000 libier ako „platby za zriadenie, vedenie podniku“, ktorý väčšina lekární dostáva každý rok, bez ohľadu na služby, ktoré poskytujú. Nový balík služieb bude postupne vyradať z činnosti poplatok za zriadenie a bude klásť väčší dôraz na odmeňovanie lekární na základe kvality poskytovaných služieb verejnosti.

Zdroj: GIRP Retail Brief, November 2016



Švajčiarsko:

Slobody, ktoré sú dôstojné pre osobu v slobodnom povolani

Vo Švajčiarsku pracujú lekárnici na základe iných podmienok ako v Nemecku. Björn Kersting viedol od roku 2003 do roku 2013 lekáreň Alte Messe v Leipzigu. V súčasnosti pracuje v jednej švajčiarskej Topwell – lekární. Po asi jedenástich mesiacoch robí bilanciu a porovnáva stav nemeckých a švajčiarskych lekárníkov.

■ Čo je pre nemeckých lekárníkov zásielkový obchod, to je u Švajčiarov dispenzačné právo pre lekárov, ako uvádza Kersting (ide o najdiskutovanejšie problémy v lekárstve tej danej krajiny). Podľa jeho názoru, lekári sami seba preceňujú: niektoré lekárne sa už museli zatvoriť kvôli strate príjmov. Zaiste sú vo Švajčiarsku lekári a lekárnici skôr „partneri na rovnakej úrovni“ ako v Nemecku. V Nemecku

Právomoci farmaceutických laborantov sú v porovnaní s ich nemeckými kolegami značne obmedzené.

■ Vo Švajčiarsku sa akceptujú dokonca aj kópie z lekárskeho predpisu, rovnako aj faxom alebo mailom zaslané predpisy vo forme PDF. Lekárnici majú podľa Kerstinga slobodu, urobiť doplnenie na lekárskom predpise alebo samotné zmeny, pokiaľ to slúži v záujme terapie pacienta. Lekárnik

A to platí aj pre omamné a psychotropné látky. „Áno, lekárnici vo Švajčiarsku môžu v odôvodnených prípadoch vydať omamné a psychotropné látky aj bez lekárskeho predpisu v prípade núdze bez toho aby sa dostali do väzenia.“ V kantóne Zürich sa to stáva asi 50-krát do mesiaca. Niektoré lieky, ktoré sú v Nemecku klasifikované ako omamné a psychotropné, môžu byť vo Švajčiarsku vydávané aj bez lekárskeho predpisu: je to napr. prípad kodeínu. Naproti tomu sú produkty ako fyziologický roztok alebo destilovaná voda viazané povinnosťou výdaja na lekárske predpis.

■ Ďalej môže lekárník vystaviť aj lekárske predpis, ktorý je po výdaji lieku podpísaný lekárom. Tento systém sa volá predbežný/predčasný výber. To, ako dlho platia recepty, závisí od jednotlivých kantónov: v Zürichu je to napríklad jeden rok. Každopádne dostane pacient len dve balenia na náklady poisťovne. Navyše tu existujú aj dlhodobé predpisy, s ktorými si môže pacient svoje lieky vyzdvíhať až po dobu 24 mesiacov z lekárne, pričom dvanásť z balení je na náklady poisťovne.

■ V niektorých ohľadoch sa zas nemeckým lekárníkom žije lepšie: pri drahých liekoch zarábajú kolegovia vo švajčiarsku menej ako v Nemecku. Namiesto 3 % z vydaného balenia obdrží švajčiarsky lekárník podľa Kerstinga nanajvýš 240 frankov na balenie (cca 221 eur). Zisk je tým značne obmedzený.

■ Čo mu naozaj chýba, je starý systém tovarového hospodárstva. Lekárske software vo Švajčiarsku sú vraj výrazne horšie, uvádza Kersting. „Ťažkopádna obsluha, manipulácia, zlé vyhodnotenie, nevyhovujúce spojenia, vyhľadávanie je možné iba ak je presné na 100 %.“ Okrem toho chýba tu aj ABDA – databáza.

■ Záverom Kersting bilancuje po takmer jednom roku strávenom ako lekárník vo Švajčiarsku: „Ja sám už vôbec nemám v úmysle pracovať v Nemecku ako lekárník.“ Páči sa mu, ako sa môže v zahraničí realizovať v povolani. Teší sa, že má „slobody, nezávislosť, ktoré sú dôstojné, hodné skutočne pre slobodné povolanie“.

Zdroj: APOTHEKE ADHOC, zo dňa 18. 10. 2016



↑ Bilancia po 11 mesiacoch: Lekárnik Björn Kersting sa presťahoval z Leipzigu do Švajčiarska, kde sa môže realizovať vo svojom povolani.

sa povolanie lekárníka zvrhlo k „práci pomocníka/podávača pre lekára, poisťovne a pacienta,“ ako tvrdí Kersting. Rabatové zmluvy a retaxácie obmedzujú lekárníkov v ich kompetenciách.

■ Vo Švajčiarsku je systém odlišný: keď lekárník vydá miesto predpísaného lieku cenovo výhodnejší liek, obdrží podľa Kerstinga pri prvej substitúcii 40 % usparených nákladov. „Je to motivačný systém a žiaden nelútostný systém trestov“, uvádza Kersting. Ani pri pochybeniach lekárov nie sú lekárnici takisto sankcionovaní.

■ Na rozdiel od Nemecka, musí vo Švajčiarsku lekárník pred výdajom na lekárske predpis daný liek overiť, skontrolovať.

môže prispôsobiť, upraviť množstvo, počet kusov alebo veľkosť balenia na lekárskom predpise.

■ V odôvodnených prípadoch môže lekárník vydať Rx – liek aj bez lekárskeho predpisu. „To je jednoducho fantastické, že je tu viac dôvery voči povolaniu lekárníka ako v Nemecku,“ uvádza Kersting.



Kokteil z farmácie

novinky vo farmácii

PRELOŽILA A SPRACOVALA:

PharmDr. Eva Kozáková

odborný zástupca za výrobu liekov

BAKTÉRIE: Ústna flóra môže spustiť migrénu

FARMÁCIA:

Vedci vyvinuli novú teóriu, zdôvodňujúcu prečo konzumácia potravín s obsahom dusičnanov (nitrátov) u niektorých pacientov častejšie trpiacimi migrénami vyvoláva záchvaty bolesti hlavy. Mohlo by to súvisieť so zložením ústnej flóry.

■ Dusičnany sú obsiahnuté napríklad v údeninách, červenej reepe, kalerábe a zelenej listovej zelenine ako špenát. Po konzumácii týchto potravín dostanú niektorí ľudia, najmä pacienti častejšie trpiaci migrénami, záchvaty bolesti hlavy. Ale aj terapeuticky podávaný nitrát, napríklad prostredníctvom aerodisperzie s nitroglycerínom u pacientov s anginou pectoris alebo srdcovým zlyhávaním, spúšťa až u štyroch z piatich používateľov silné bolesti hlavy.

Baktérie redukujú nitrát

■ V ústnej dutine žijú baktérie, ktoré nitráty (dusičnany) z potravy redukujú na nitridy (dusitany). Človek sám o sebe nedisponuje odpovedajúcim enzýmom. A tak v krvnom obehú môže byť potom nitrid premenený na NO (oxid dusnatý), ktorý pôsobí na rozšírenie ciev – vazodilatátor. Prudké, silné rozšírenie ciev v mozgu je považované za pravdepodobnú príčinu náhleho záchvatu migrény. Oneskorené záchvaty, napríklad po konzumácii potravín pôsobiacich ako „spúšťač“, sú pravdepodobne spôsobené inými mechanizmami, medzi iným aj NO – závislou S-nitrozyláciou.

■ V mikroanalýze našiel tím vedcov pod vedením Dr. Roba Knighta zo School of Medicine v San Diego v Kalifornii u pacientov s migrénou v ústnej dutine viac nitrát – redukujúcich baktérii ako u ostatných ľudí. Vedci analyzovali mikrobióm zo vzoriek slín a stolice v rámci „American Gut Project“,

ako popísali proces v odbornom časopise „MSystems“. Títo darcovia biologického materiálu okrem iného uviedli, či trpia migrénami. Vzorky slín od pacientov s migrénami obsahovali viac bakteriálnych génov, ktoré kódujú metabolizujúce enzýmy pre nitráty, nitridy a oxid dusnatý, ako u darcov vzoriek bez migrény.

■ Ešte je príliš skoro robiť závery založené na predpoklade, či zvýšená prítomnosť týchto baktérii je náhodným sprievodným javom, symptómom alebo skutočne



↑ Zelená listová zelenina môže u niektorých ľudí spôsobiť bolesť hlavy. V tomto prípade by sa malo jednáť o bolesť hlavy z nitrátov sprostredkovanú niektorými baktériami v ústnej flóre.

zapríčiňuje neznášanlivosť potravín s obsahom nitrátov. To by mali ukázať ďalšie štúdie. Ak by v tejto oblasti bola potvrdená súvislosť, mohli by sa vyvinúť probiotiká na profylaxiu migrény.

Zdroj: PHARMAZEUTISCHE ZEITUNG 43/2016

ALKOHOL A PSYCHOFARMAKÁ: nebezpečná kombinácia u seniorov

FARMÁCIA:

Skutočnosť, že alkohol a psychotropné lieky sú potenciálne nebezpečnou (niekedy život ohrozujúcou) kombináciou, nie je žiadnou novinkou. Avšak oveľa menej známe bolo doposiaľ to, do akej miery sa takáto interakcia skutočne vyskytne. To bolo totiž zameraním nedávno publikovanej štúdie, ktorá špeciálne skúmala tieto súvislosti u starších ľudí.

■ 21,4 % starších ľudí nad 60 rokov užíva psychotropné lieky. 66,9 % požíva alkohol s mierou a v 17 % prípadov tu vyvstáva riskantná, riziková spotreba alkoholu. 51 % seniorov konzumuje alkohol minimálne jedenkrát do týždňa a 18,4 % uviedlo dennú spotrebu („jeden pohárik“) alebo viac.

■ V štúdiu sa uskutočnilo aj zodpovedajúce zhodnotenie skorších nemeckých prieskumov a vyšetrovaní, ktoré sa konali pod vedením Inštitútu Roberta Kocha v období rokov 2008 a 2011. Tieto údaje naznačovali, že nepriaznivé farmakodynamické a farmakokinetické interakcie medzi alkoholom a psychotropnými látkami u starších ľudí nie sú žiadnou zriedkavosťou.



ANALGETIKUM: Vedci navrhli ideálny opioid

FARMÁCIA:

Má analgetický účinok ako morfín, ale podľa všetkého bez typických nežiaducich účinkov ako je dychová depresia a závislosť: takéto perfektné opioidné analgetikum vyvinul medzinárodný vedecký tím sústredený okolo Dr. Aashish Manglik a nositeľa Nobelovej ceny profesora Dr. Briana Kobilka zo Stanfordskej univerzity. Výsledky prvých modelových experimentov s hlavnou substanciou PZM21 zverejnili vedci prednávkou v odbornom časopise „Nature“.

■ Opioidy uplatňujú svoje analgetické účinky prostredníctvom μ – opioidných receptorov. Väzba na tieto receptory spriahnuté s G-proteínom môže spustiť dve rôzne signálne kaskády. Na jednej strane aktivuje G-proteín, čo vedie k zníženiu koncentrácie cAMP a tým aj k analgézi. Na druhej strane môže sa uskutočniť aj signálna transdukcia na G-proteín nezávisle na väzbe – arresínu na receptory, ktorá je podľa najnovších poznatkov zodpovedná za nežiaduce účinky.

■ S touto vedomosťou hľadajú vedci už dlhšiu dobu účinnú látku bez opioidnej štruktúry, ktorá by aktivovala funkčne selektívny G-proteín a zároveň by sa vyhla aktivácie – arresínu. Pre tento účel monitorovala skupina vedcov okolo Manglik najprv viac ako tri milióny potenciálnych účinných látok s pomocou takzvaných docking – postupov. Pritom je každá substancia v počítačovom modeli napojená na virtuálne väzbové miesto receptora. Následne bolo experimentálne skúmaných

← Vývoj liečiva sa realizuje v súčasnosti primárne na počítači

23 najslubnejších molekúl, jedna hlavná substancia bola zvolená a jej molekulárnu štruktúru so zreteľom k jej účinnosti tak bolo možné optimalizovať, aby napokon z toho vyplynula substancia PZM21.

■ Štúdie na myšiach ukázali, že PZM21 v dávke 40 mg na kg telesnej hmotnosti vykazuje porovnateľný účinok ako 10 mg na kg telesnej hmotnosti morfínu, ale zároveň sa to aj odrazí na dlhodobšej analgézi. Reflexy zvierat súvisiace s bolesťou zostali neporušené, intaktné, vrátane rýchleho oháňania sa chvostom.

„Takéto odlúčenie, rozdelenie je medzi opioidnými analgetikami jedinečné,“ ako uviedol Manglik podľa správy univerzity Friedrich-Alexander v Erlangen-Nürnberg.

■ Popri tom nespôsobovalo podanie látky PZM21 ani žiadne návykové správanie a ani dychovú depresiu u zvierat, a aj obštipácia sa vyskytovala vo výrazne nižšej miere. Vzhľadom k tomu, že predovšetkým dychová depresia je potenciálne smrteľná a pôsobí teda limitujúco na dávkovanie, je takéto analgetikum bez tohto závažného nežiaduceho účinku naliehavo potrebné. K tomu, aby bola látka PZM21 pripravená na vstup na trh je potrebné uskutočniť ešte veľa výskumnej práce a klinických štúdií. Z dôvodu urýchlenia vývoja účinnej látky založili vedci výhradný podnik zameraný na jej výskum a vývoj.

Zdroj: PHARMAZEUTISCHE ZEITUNG 34/2016

■ Vyhodnocovali sa údaje od 1 277 žien a 1 231 mužov vo veku medzi 60 a 79 rokmi. Zber dát bol vykonaný prostredníctvom štandardizovaných dotazníkov a štandardizovaných rozhovorov. Zaznamenané boli zvyklosti súvisiace s požívaním alkoholu v posledných dvanástich mesiacoch. Ako základ bolo v štúdiu použité užívanie psychotropných liekov v posledných siedmich dňoch pred prieskumom. Za účelom kontroly boli účastníci vyzvaní, aby so sebou doniesli aj posledné používané originálne balenie lieku k danému termínu.

■ Najčastejšie užívané psychotropné lieky boli antidepresíva a lieky proti demencii. 7,9 % popri prípade 4,2 % účastníkov štúdie užívalo podľa vlastných údajov lieky z týchto terapeutických skupín. V skupine, ktorá užívala psychofarmaká, bola zistená mierna konzumácia alkoholu v miere 62,7 % a u 14,2 % prípadov možno usudzovať na riskantnú spotrebu alkoholu. V 2,8 % prípadov bolo dokonca užívanie liekov otvorene denne kombinované s konzumáciou alkoholu.

■ Tieto čísla, by mohli skutočné správanie z hľadiska konzumu ešte dokonca podceňovať. Zároveň to zdôrazňuje len nevyhnutnosť, aby boli starším ľuďom pri výdaji psychofarmaká dôrazne objasnené riziká súčasného konzumu alkoholu. Pritom by mala byť pozornosť upriamená najmä konkrétne na možné dôsledky – ako napríklad pripomenúť zvýšené riziko pádu pri súčasnom užívaní sedatív a alkoholu.

Zdroj: PHARMAZEUTISCHE ZEITUNG 45/2016



↑ U starších ľudí, ktorí užívajú psychofarmaká, pije približne každý siedmy príliš veľa alkoholu

Správy z Česka

AUTOR:

PharmDr. Martin Kopecký, PhD.

Česká lékárnická komora vyzvala ministra Německa k řešení prepadu příjmů veřejných lékární



Delegáti XXVI. zjazdu Českej lekárskej komory žiadajú rýchle riešenie niekoľkoročného prepadu príjmov verejných lekární a zavedenie kombinovaného odmeňovania. Súčasne žiadajú zabezpečenie dostupnosti všetkých liečiv pre českých pacientov vo všetkých lekárnach.

■ V dňoch 4. – 5. novembra 2016 sa uskutočnil v Inštitúte pre verejnú správu v Benešove XXVI. zjazd delegátov Českej lekárskej komory. Hlavnými bodmi programu bolo presadenie riešenia ohrozenej dostupnosti lekárskej starostlivosti pre všetkých občanov a dostupnosti liekov v ČR. „Za posledné tri roky došlo k prepadu príjmu lekárskej starostlivosti, ktorý sa najvýraznejšie dotkol predovšetkým vidieckych lekární. Preto potrebujeme okamžité riešenie, ktoré zastaví trend ich zániku a znižovanie dostupnosti lekárskej starostlivosti v malých mestách,“ uviedol prezident ČLnK PharmDr. Lubomír Chudoba.

■ Segment verejného lekárenstva zaznamenáva v posledných troch rokoch, po predchádzajúcom období stagnácie, výrazný prepád príjmov od poisťovní vo výške približne 5 miliárd korún. Česká lekárnická komora prišla s návrhom na kombinované odmeňovanie lekárskej starostlivosti, ktoré je štandardné v ostatných krajinách Európskej únie. „Nami navrhnutý model kombinovaného odmeňovania zaisťuje výrazne stabilnejšie financovanie lekárskej starostlivosti a zreteľnejšie oddeluje náklady na lieky, ktoré vykazujú významný nárast najmä v nemocniciach,“ vysvetľuje prezident ČLnK a dopĺňa, „ministerstvo ani poisťovne nemôžu riešiť tento nárast na úkor zamestnancov lekární a dostupnosti ich starostlivosti, ktorú každý deň potrebujú státisíce pacientov. Lieky musia byť dostupné v každej lekární včas a za porovnateľných podmienok vo výške doplatku,“ dodáva Chudoba.

■ Lekárnici vyjadrili svoju pripravenosť na rokovania a vyzývajú ministra Německa aj zdravotné poisťovne k ďalšej spolupráci na zavedenie nového systému odmeňovania lekárskej starostlivosti a tvorbe pravidiel vzniku siete lekární.

Zdroj: Tlačová správa Českej lekárskej komory

Správnym užívaním antibiotík prispějete k zachovaniu ich účinnosti pre ďalšie generácie, radili lekárnici už siedmy raz

V dôsledku nesprávneho užívania antibiotík vznikajú baktérie odolné voči antibiotikám. Preto vyhlásila Európska Únia 18. november Európskym antibiotickým dňom. K tejto aktivite sa pripojila už siedmykrát aj Česká lekárnická komora (ČLnK) a opäť pripravila osvetovú akciu Antibiotický týždeň v prostredí lekární. Do tejto akcie sa tento rok prihlásilo takmer 700 lekární.

■ V dňoch 14. – 20. novembra 2016 sa v lekárnach uskutočnil siedmy ročník tzv. Antibiotického týždňa. Lekárnici, ako odborníci na lieky, tým prispievajú k boju proti narastajúcej odolnosti baktérií voči antibiotikám. Cieľom tejto osvetovej kampane je zvyšovanie povedomia pacientov o správnom užívaní antibiotík.

■ Lekárnici vysvetľovali, ako sa môže nesprávnym užívaním ovplyvniť účinnosť antibiotík pre ďalšie generácie, aké režimové opatrenia a úpravy jedálnička sú pri ich užívaní potrebné. Súčasťou kampane bol aj prieskum medzi dospelými pacientmi a rodičmi detí, ktorým boli antibiotiká predpísané. Dotazníkový prieskum pomôže k porovnaniu názorov českých pacientov v priebehu jednotlivých ročníkov kampane a tým k cielenejšej osвете v oblasti užívania antibiotík. Zo štatistiky týchto dotazníkov okrem iného vyplýva, že počas šiestich predchádzajúcich rokov poklesol počet ľudí, ktorí sa mylne domnievali, že antibiotiká liečia vírusové ochorenia, takmer na polovicu – z 51 na 27 percent. Na prieskume sa aj v tomto ročníku podieľali študenti oboch farmaceutických fakúlt.

Zdroj: Tlačová správa ČLnK

SPRACOVAL:

Mgr. Juraj
Nikodémus, MBA

Mimoriadne objednávanie nedostatkových liekov od 1. apríla 2017

V tomto článku sa zameriame na povinnosti lekárne, na obmedzenia a sankcie, ktoré sa týkajú lekární a ktoré novela zákona o liekoch zavádza v súvislosti s tzv. emergentným systémom dodávok kategorizovaných liekov (z ang. emergency – mimoriadna situácia, núdzový, naliehavý prípad).

■ Tento takzvaný emergentný kanál majú lekárne využívať vtedy, ak nastane núdzový prípad, čiže v prípade, **ak nie je možné zabezpečiť dodanie humánneho lieku zaradeného v zozname kategorizovaných liekov od držiteľa povolenia na veľkodistribúciu humánnych liekov.** Vtedy bude mať lekárka možnosť uskutočniť objednávku priamo u držiteľa registrácie nedostatkového lieku, a to na základe lekárskeho predpisu, okrem lekárskeho predpisu, na ktorom je vyznačená poznámka „HRADÍ PACIENT“, a zabezpečiť tak dodanie nedostatkových humánnych liekov zaradených v zozname kategorizovaných liekov objednávkou uskutočnenou prostredníctvom informačného systému na zabezpečenie automatizovaného elektronického zadávania, prijímania a potvrdzovania mimoriadnych objednávok humánnych liekov zaradených v zozname kategorizovaných liekov (ďalej len „informačný systém na mimoriadne objednávanie liekov“), vytvoreného a prevádzkovaného držiteľom ich registrácie. K takto uskutočnenej objednávke musí lekárka priložiť lekársky predpis v anonymizovanej podobe, tzn. v podobe predpísanej v § 2 ods. 46 zákona o liekoch, s anonymizovaním všetkých osobných údajov na lekárskom predpise, bez pozmenenia alebo upravenia evidenčného čísla lekárskeho predpisu. Nepriloženie lekárskeho predpisu v anonymizovanej podobe k objednávke, je iným správny deliktom podľa § 138 ods. 5 písm. bm) zákona o liekoch, za ktorý ministerstvo zdravotníctva uloží pokutu od 5 000 eur do 100 000 eur. Rovnakú výšku pokuty stanovuje zákon aj v prípade, ak držiteľ povolenia na poskytovanie lekárskej starostlivosti neprevezme humánny liek

zaradený v zozname kategorizovaných liekov objednaný u držiteľa ich registrácie do 48 hodín od objednania, alebo ak takto emergentne dodaný liek nevydá pacientovi, pre ktorého liek týmto spôsobom lekárka takto mimoriadne objednala. Zakotvením správnych deliktov a pokút zákon zdôrazňuje výnimočnosť objednávania týmto spôsobom a chráni systém pred zneužívaním tohto emergentného kanála. Navyše, **zákon chráni veľkodistribútorov pred zneužívaním systému lekárnami-neplatičmi**, ktorým je veľkodistribútor síce povinný dodať humánny liek zaradený v zozname kategorizovaných liekov, ktorý prevzal v rámci emergentnej objednávky od držiteľa registrácie, avšak platí to len vtedy, ak držiteľ povolenia na poskytovanie lekárskej starostlivosti vo verejnej lekárni alebo v nemocničnej lekárni uhradí cenu lieku zaradeného v zozname kategorizovaných liekov **najneskôr pri jeho prevzatí**. To je možné úhradou v hotovosti pri prevzatí liekov (do 5 000 eur), alebo na predplatu, prevodom na bankový účet alebo vkladom v banke.

■ Zákon o liekoch doplnil okruh povinností držiteľov povolenia na poskytovanie lekárskej starostlivosti v § 23 aj o ďalšie povinnosti, ktoré sú uvedené pod písmenami a) až ax) tohto ustanovenia.

■ Lekárka má povinnosť **viest evidenciu** držiteľov povolenia na veľkodistribúciu humánnych liekov a držiteľov registrácie humánnych liekov, od ktorých prijal humánne lieky zaradené v zozname kategorizovaných liekov za kalendárny rok, uchovávať ju najmenej päť rokov a na požiadanie

predložiť túto evidenciu alebo údaje z nej ministerstvu zdravotníctva v lehote určenej ministerstvom zdravotníctva v elektronickej podobe umožňujúcej automatizované spracúvanie údajov; evidencia musí obsahovať aj názov prijatého humánneho lieku zaradeného v zozname kategorizovaných liekov, kód prijatého humánneho lieku zaradeného v zozname kategorizovaných liekov a počet prijatých balení.

■ Podľa doplneného odseku 9 v § 121 zákona o liekoch, držiteľ povolenia na poskytovanie lekárskej starostlivosti je povinný na základe lekárskeho predpisu **vydať humánny liek najviac v takom počte balení**, ktorý neprekračuje počet balení, ktorý je potrebný na **liečbu pacienta v trvaní troch mesiacov**.

■ Tzv. reexportná novela zákona o liekoch nadobudne účinnosť 1. januára 2017 s výnimkou **ustanovení upravujúcich objednávanie liekov prostredníctvom informačného systému na mimoriadne objednávanie liekov, ktoré účinnosť nadobúdajú 1. 4. 2017**.

■ V kontexte opatrení na zamedzenie reexportu liekov, ktoré novela zákona o liekoch zavádza už od 1. 1. 2017 je predpoklad, že problém nedostatku liekov bude od januára 2017 vyriešený a dodanie humánneho kategorizovaného lieku bude možné zabezpečiť obvyklým spôsobom, objednaním u veľkodistribútora. Podmienka pre uskutočnenie mimoriadnej objednávky cez informačný systém držiteľa registrácie tak nebude splnená, a tento emergentný kanál zostane naozaj len poistkou pre prípad mimoriadnej situácie.

■ V prípade akýchkoľvek otázok k tejto, či iným témam sa neváhajte obrátiť na vaše „Právne okienko“ a píšete na mailovú adresu redakcie časopisu Lekárnik lekarnik@unipharma.sk. ■

Novela zákona o dani z príjmov od 1. 1. 2017 prinesie nové zmeny pre farmaceutické spoločnosti



Vláda dňa 19. októbra 2016 prijala nový zákon č. 306/2016 Z.z., ktorým sa mení a dopĺňa zákon č. 362/2011 Z.z. o liekoch a zdravotníckych pomôckach a ktorým sa mení aj zákon č. 363/2011 Z.z. o rozsahu a podmienkach úhrady liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín na základe verejného zdravotného poistenia a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.



Autor:

Ing. Jana Tomšíková

daňový poradca, zapísaný
v zozname SKDP č. osv. 408/95

Účinnosť prijatej novely je od 1. januára 2017 a prinesie so sebou nasledovné zmeny:

Objednávanie kategorizovaných liekov zo strany lekárne

Lekárneň je povinná:

- zabezpečiť na základe lekárskeho predpisu (okrem lekárskeho predpisu, na ktorom je vyznačená poznámka „HRADÍ PACIENT“), dodanie katego-

rizovaných liekov od držiteľa ich registrácie objednávkou uskutočnenou prostredníctvom ISMOL vytvoreného a prevádzkovaného držiteľom ich registrácie, ak nie je možné zabezpečiť dodanie týchto liekov od veľkodistribútora z bežnej distribučnej siete. Pri výpadku ISMOL môže lekárneň uskutočňovať objednávky kategorizovaných liekov od držiteľa ich registrácie inou preukázateľnou formou (fax, mail),

- priložiť k objednávke uskutočnenej prostredníctvom ISMOL anonymizovaný lekársky predpis, inak je takáto objednávka neplatná,
- prevziať kategorizovaný liek objednaný

prostredníctvom ISMOL u držiteľa jeho registrácie do 48 hodín od jeho objednania a vydať ho.

Nakladanie s kategorizovanými liekmi zo strany lekárne

- Lekárneňská starostlivosť zahŕňa aj **spätný predaj kategorizovaných liekov veľkodistribútorovi, ktorý ich lekárneň dodal a predaj kategorizovaných liekov medzi lekárňami na účel ich výdaja v lekárni.**

■ **Lekáreň je povinná vydávať kategorizované lieky v lekárni**, za porušenie tejto povinnosti sa nepovažuje spätný predaj týchto liekov veľkodistribútorovi, ktorý jej ich dodal, ani prvý predaj týchto liekov medzi lekárňami na účel ich výdaja v lekárni.

■ **Lekárňam sa ruší právo predávať kategorizované lieky akýmkoľvek tretím osobám** t. j. pôsobiť ako veľkodistribútor bez licencie.

■ Lekáreň je povinná na základe lekárskeho predpisu vydať humánný liek najviac v takom počte balení, ktorý **neprekračuje počet balení, ktorý je potrebný na liečbu pacienta v trvaní troch mesiacov**.

Nové oznamovacie povinnosti lekárne

■ Lekáreň je povinná viesť evidenciu veľkodistribútorov a držiteľov registrácie humánnych liekov, od ktorých prijala kategorizované lieky za kalendárny rok, uchovávať ju najmenej päť rokov a na požiadanie predložiť túto evidenciu alebo údaje z nej MZ SR v lehote určenej v elektronickej podobe. Evidencia musí obsahovať aj názov prijatého kategorizovaného lieku, jeho kód a počet prijatých balení.

Sankcie pre lekárne

■ Lekárni hrozí pokuta od 5 000 € do 100.000 € za nedodržanie vyššie uvedených povinností.

Nové postavenie lekárne vo vzťahu k dani z príjmu

■ Na základe vyššie uvedenej novely Zákona o liekoch, v zmysle ktorého:

■ **Lekárska starostlivosť zahŕňa výmenu, spätný predaj liekov držiteľovi povolenia na veľkodistribúciu liekov alebo inému držiteľovi povolenia na poskytovanie lekárskej starostlivosti**, dochádza k zavedeniu pojmu dvoj jediného postavenia lekárne vo vzťahu k zrážkovej dani z prijatých peňažných a nepeňažných plnení.

■ Od 1. januára 2017 **lekáreň získava dvoj jediné postavenie** – kvalifikuje sa ako **PZS aj ako držiteľ**. Doteraz lekáreň takého dvoj jediného postavenie nemala. Uvedená novela Zákona o lieku prinesie špecifické postavenie lekárni z hľadiska uplatňovania zrážkovej dane.

■ Ak farmaceutická spoločnosť, veľkodistribútor poskytne po 1. 1. 2017 lekárni plnenie:

■ ktoré v lekárni bolo prijaté v **postavení držiteľa**, toto plnenie **nepodlieha zrážkovej dani**,

■ ak však lekáreň prijme predmetné plnenie **v postavení PZS**, peňažné aj nepeňažné plnenie **lekáreň zdaní samozrážkou bez oznamovacej povinnosti držiteľa**.

■ Doteraz, farmaceutická spoločnosť, ak poskytla lekárni peňažné plnenie, zrazila z poskytnutého plnenia 19% zrážkovú daň a lekáreň mala uvedený príjem zdanený tzv. brutto spôsobom bez uznania výdavkov. V prípade poskytnutého nepeňažného plnenia, farmaceutická spoločnosť vypísala hlásenie a oznámila lekárni ako aj daňovému úradu výšku poskytnutého nepeňažného plnenia. Oznamovacia povinnosť zo strany farmaceutických spoločností alebo veľkodistribútorov z poskytnutých nepeňažných plnení je pre rok 2016 do 31. januára 2017. Následne si lekáreň uvedený príjem zdaní prostredníctvom podaného daňového

priznania ak je výška takto prijatého plnenia vyššia ako 40 € za kalendárny rok.

■ **Lekáreň od 1. 1. 2017 získava špecifické postavenie v posudzovaní aplikácie zrážkovej dane a preukázania prijatia peňažného alebo nepeňažného plnenia v konkrétnej pozícii – držiteľ alebo PZS.**

■ Doteraz dvoj jedinost' v lekárni neexistovala, nakoľko lekáreň vystupovala vždy len v postavení PZS. Uvedené zmeny budú mať pozitívny dopad v praxi na zľavové a bonusové schémy, platby za marketing, zber dát a pod., kedy farmaceutická spoločnosť alebo veľkodistribútor liekov už nebudú posudzovať poskytnutie peňažných plnení, zrážkať zrážkovú daň a zasielať hlásenia daňového úradu. Celý proces posúdenia bude spočívať na lekárni, či prijaté peňažné alebo nepeňažné plnenie prijala v postavení PZS alebo držiteľa. Pri daňovej kontrole bude následne lekáreň preukazovať, či uvedené peňažné alebo nepeňažné plnenie prijala ako v postavení PZS alebo v postavení držiteľa. ■

OPÝTAJTE SA NÁS!

Trápia vás otázky a nejasnosti ekonomického charakteru? Neviete vyriešiť svoj problém týkajúci sa peňažných a nepeňažných plnení, daní či iných aspektov z oblasti ekonomie? V tom prípade sa obráťte na nás a my vám s pomocou odborníkov odpovieme na vaše otázky.

Stačí, ak svoje otázky pošlete do redakcie Lekárnika, a to na e-mailovú adresu lekarnik@unipharma.sk. Možno práve odpoveď na vašu otázku bude uverejnená už v nasledujúcom vydaní Lekárnika. ■

Liekové interakcie u pacientky s diabetes mellitus



PharmDr.
Ľubomír Virág, PhD.
Lekáreň Chrenová, Nitra

Prípady z praxe:

- ▶ Pacientke (61 – ročná) pred tromi rokmi diagnostikovali diabetes mellitus 2. typu. Indikovali sa diétne a režimové opatrenia, zahájilo sa podávanie perorálneho antidiabetika metformínu (1 x 1 000 mg), dávka metformínu sa v priebehu dvoch rokov zvýšila na 2 000 mg. Napriek tomu sa nedosiahla adekvátna kompenzácia, preto sa nasadila kombinácia metformínu (2 x 1 000 mg) a glimepiridu (1 x 4 mg). U pacientky sa postupne objavili mikrovaskulárne a makrovaskulárne komplikácie (diabetická nefropatia v štádiu mikroalbuminémie, diabetická retinopatia v neproliferačnom štádiu, diabetická polyneuropatia dolných končatín, ischemická choroba srdca, arteriálna hypertenzia. Indikovali sa ďalšie liečivá: sulodoxid (2 x 250 LSU), kyselina tioktová (1 x 600 mg), kyselina acetylsalicylová (1 x 100 mg), perindopril (1 x 10 mg), bisoprolol (1 x 5 mg).
- ▶ **Aké je riziko liekových interakcií liečiv, ktoré má pacientka indikované? Aké sú všeobecné zásady bezpečného užívania betablokátorov u pacientov s diabetes mellitus?**

Diabetes mellitus (DM)

■ Je jedným z najčastejších, najzávažnejších a ekonomicky najnáročnejších chronických ochorení, ktoré významne ovplyvňujú morbiditu, mortalitu a kvalitu života pacientov. Počet pacientov s DM celosvetovo neustále narastá a predpokladá sa, že v roku 2030 bude týmto ochorením trpieť viac ako 550 miliónov obyvateľov planéty, ako dôsledok starnutia populácie a epidémie obezity. V Európskej únii tento údaj predstavuje približne 43 miliónov obyvateľov. Aj na Slovensku sa podľa štatistik NCZI počet pacientov s DM za posledných 20 rokov zdvojnásobil. Hoci v porovnaní s okolitými krajinami EÚ je Slovensko krajinou s relatívne nižším výskytom tohto ochorenia (postihuje asi 7 % obyvateľov SR), počet a súčasne aj podiel pacientov s DM každoročne neustále narastajú.

DM 2. typu nadobúda aj v SR **epidemický rozmer**. Vzniká obyčajne po päťdesiatke, ale mnohí pacienti už pri jeho vzniku trpia viacerými rizikovými faktormi (obezita, hypertenzia, porucha metabolizmu lipidov), ako aj ochoreniami súvisiacimi s diabetom (ischemická choroba srdca, poškodenie artérií, niekedy má už pacient prekonaný infarkt, poškodenie ciev sietnice, poškodenie obličkových ciev). Ovládnuť epidémiu DM možno len prevenciou. DM je potrebné liečiť spolu s jeho komplikáciami, viaceré z nich sú srdcovo-cievne. Iba dôsledná liečba rizikových faktorov a uvedených ochorení môže zlepšiť kvalitu i kvantitu života pacientov s DM. Podobne ako v prípade iných ochorení, aj pri DM platí, že prevencia je lacnejšia a účinnejšia ako liečba. DM aj so svojimi komplikáciami je totiž v konečných číslach v oblasti praktickej medicíny veľmi nákladným ochorením. Stav ochorenia sa vždy dá zlepšiť, hoci ochorenie sa nedá vyliečiť. V prípade geneticky disponovaných pacientov sa nástup ochorenia dá oddialiť zdravým životným štýlom. Dôležité však sú osвета a edukácia obyvateľstva a skutočne premyslená prevencia.

■ Hlavným problémom **diabetes mellitus** sú **komplikácie**, ku ktorým ochorenie vedie a prostredníctvom ktorých zvyšuje aj morbiditu a mortalitu. Diabetes je v súčasnosti hlavnou príčinou slepoty, zlyhania obličiek, ako aj amputácií na dolných končatinách a významne (dva až štyrikrát) zvyšuje najmä riziko kardiovaskulárnych ochorení.

V dôsledku **akútnych a chronických komplikácií** sa **DM** významnou mierou podieľa na chorobnosti, úmrtnosti a zhoršovaní kvality života u pacientov. Ak sa DM adekvátne nelieči, skraca je očakávanú dĺžku života až o 25 – 30 %. V súčasnosti je DM hlavnou príčinou slepoty, zlyhania obličiek, ako aj amputácií nohy z iných ako pourazových príčin. Nemenej závažná je problematika kardiovaskulárnych ochorení, ktoré sú u diabetikov v porovnaní s bežnou populáciou štyrikrát častejšie, majú horšiu prognózu a náročnejšia je aj liečba. Pacienti s DM majú menšiu možnosť pracovného uplatnenia, sú častejšie práceneschopní a invalidní. V dôsledku choroby sa môžu stať sociálne zraniteľnými, čo ďalej sťažuje spoluprácu s lekárom i samotnú liečbu. Na liečbu pacientov s DM sa v rozvinutých krajinách vynaloží asi 6 až 8 % z celkových nákladov na zdravotníctvo (na liečbu vrátane komplikácií až 15 – 17 %). Pri rastúcom trende výskytu DM ide aj o závažný sociálno-ekonomický a etický problém.

■ Priebeh DM môže komplikovať jednak akútna metabolická dekompenzácia rozličného typu a genézy, jednak dôsledky dlhodobého morfológického a funkčného poškodzovania tkanív a orgánov organizmu. Tieto komplikácie podstatne **zhoršujú prognózu a kvalitu života** pacienta s DM. Chronické komplikácie najčastejšie súvisia s postihnutím ciev. Rozdeľujeme ich na mikrovaskulárne (retinopatia, nefropatia, neuropatia) a makrovaskulárne

(ischemická choroba srdca, mozgu a dolných končatín). Makrovaskulárne komplikácie zvyšujú výskyt kardiovaskulárnych a cerebrovaskulárnych príhod, ako aj výskyt gangrény nôh. Pri DM však dochádza k poškodeniu prakticky všetkých tkanív a orgánov tela a k poruchám funkcie viacerých orgánových systémov súčasne.

■ **Metformín** sa podľa všetkých v súčasnosti platných svetových, európskych aj slovenských odporúčaní považuje v prípade DM 2. typu za **liek prvej voľby**, samozrejme, rešpektujúc jeho kontraindikácie a prípadnú intoleranciu pacientom. Metformín sa úspešne využíva v klinickej praxi viac ako 55 rokov napriek tomu, že mechanizmus jeho účinku stále nie je presne známy. Klinická prax ukazuje, že pri preskripcii klasického metformínu sa indikuje nižšie dávkovanie, väčšinou sa neodporúča ani denná definovaná dávka, ktorá je 2 000 mg a už takmer vôbec sa neindikuje maximálna denná dávka (3 000 mg). Väčšine pacientov možno vyššími dávkami metformínu zaistiť lepšiu metabolickú kompenzáciu bez zhoršenia tolerancie účinnej látky. Pritom je potrebné nezabúdať ani na dokázané priaznivé paraglykemické účinky metformínu, predovšetkým z hľadiska prevencie kardiovaskulárneho rizika. V klinickej štúdii UKPDS, ktorá potvrdila kardiovaskulárnu protektivitu metformínu, bola priemerná dávka metformínu 2 550 mg. V SR sa dávka metformínu 2 000 mg prekračuje veľmi zriedkavo. Priemerná denná dávka metformínu v SR je okolo 1 500 – 1 700 mg. Metformín je v súčasnosti jediným perorálnym antidiabetikom s dokázanou kardiovaskulárnou protektivitou. Možno konštatovať, že stále sú určité rezervy v predpisovaní metformínu vo včasných fázach DM 2. typu, ale najmä v jeho adekvátnom dávkovaní, odporúčaní dennej definovanej dávky a samozrejme aj maximálnej dennej dávky.

■ Traduje sa, že **betablokáto**ry (BB) prehlbujú hypoglykémii a že zvyšujú počet hypoglykémii a že maskujú príznaky hypoglykémie. Predpokladá sa, že mechanizmus prehĺbenia hypoglykémie pôsobením neselektívnych BB je nasledujúci. Organizmus reaguje na zníženie glykémie mobilizáciou glukózy z pečene prostredníctvom stimulácie adrenalinom,



ktorý sa vyplavuje z nadobličiek. Táto stimulácia sa znižuje neselektívnymi BB, typicky propranololom, takže návrat k normoglykémii je oddialený a zrejme môže dôjsť i k výraznejšiemu poklesu glykémie. BB môžu v priebehu hypoglykémie zvýšiť diastolický tlak krvi (TK). Pri hypoglykémii u pacientov bez BB dochádza pôsobením adrenalínu na receptory alfa k zvýšeniu systolického TK a na receptory beta 2 k zníženiu diastolického TK. Avšak pri podávaní BB, ktoré blokujú beta2 receptory (propranolol), môže dôjsť k zvýšeniu nielen systolického TK, ale i diastolického TK, čo je nežiaduce hlavne u hypertonikov.

■ Už v 80-tych rokoch minulého storočia celý rad klinických štúdií preukázal, že účinky rôznych BB na hypoglykémiu vyvolanú inzulínom sú odlišné. Z výsledkov doteraz realizovaných štúdií je zrejme, že klinicky významné prehĺbenie a predĺženie hypoglykémie bolo konzistentne preukázané iba u neselektívneho propranololu. U kardioselektívnych BB sa doteraz nepreukázalo, že by zvyšovali riziko hypoglykémie a že by (okrem tachykardie) potláčali niektorý z príznakov hypoglykémie.

■ Teoreticky by BB mali znižovať citlivosť tkanív k pôsobeniu inzulínu a mohli by potenciovať vznik alebo zhoršenie DM prostredníctvom blokády beta2 receptorov, avšak výsledky doteraz realizovaných klinických štúdií nie sú jednoznačné. U pacientov s hypertenziou, ktorí majú DM, je potrebné usilovať o čo najlepšiu kontrolu TK. Ak nie je hypertenzia dostatočne kompenzovaná dvojkombináciou antihypertenzív, je potrebné zvážiť prídanie BB alebo diuretika. Prílišná obava z hypoglykémie alebo z nežiaducich metabolických účinkov BB môže spôsobiť, že TK nebude správne liečený, čo prispieva k rozvoju makro – i mikrovaskulárnych komplikácií DM.

■ BB sú heterogénnou skupinou liečiv. Negatívne ovplyvnenie lipidového a glycidového metabolizmu pozorované u niektorých BB nemožno automaticky prenášať na vysoko kardioselektívne BB s dostatočne dlhým biologickým polčasom, ktoré by sa mali uprednostňovať. Rovnako je možné indikovať BB s kombinovaným pôsobením na beta i alfa receptory (karvedilol). Ťažiskom použitia BB v indikácii hypertenzie je kombinovaná liečba hypertenzie spojenej s manifestnou ICHS alebo chronickým srdcovým zlyhaním, prípadne s významnou dysfunkciou ľavej komory. BB možno taktiež použiť v monoterapii, predovšetkým u hypertonikov s hyperkinetickou cirkuláciou alebo s anxióznymi stavmi, nakoľko BB vykazujú i psychorelaxačné účinky. ■

ZÁVER

- ▶ **Riziko liekových interakcií** derivátov sulfonylurey s kyselinou acetylsalicylovou je pomerne malé. Pacientov s uvedenou liečbou je vhodné upozorniť, že excesívne dávky (rádovo niekoľko gramov) týchto liečiv môžu zvýšiť riziko hypoglykémie. Za zváženie stojí i prípadná náhrada kyseliny acetylsalicylovej za klopidogrel, nakoľko sa množia dôkazy o jej nedostatočnej účinnosti u pacientov s diabetom.
- ▶ Betablokátori majú minimálny vplyv na predĺženie hypoglykémie, z príznakov hypoglykémie potláčajú iba jediný – búšenie srdca. Z výsledkov dostupných populačných štúdií je zrejme, že nakoľko pacientov včas varujú iné príznaky (napr. potenie) nie sú opodstatnené obavy z pribúdania hypoglykemických príhod u pacientov s BB. Metaanalýzy klinických štúdií ukazujú, že niektoré BB majú nežiaduce metabolické účinky, obzvlášť u pacientov s metabolickým syndrómom, s porušenou glukózovou toleranciou a u diabetikov. Preto sa u týchto osôb neodporúča liečiť hypertenziu monoterapiou BB. Avšak podávanie BB v kombinácii s inými antihypertenzívami je často nevyhnutné a prináša očakávané benefity všetkým pacientom vrátane pacientov s DM. ■

Použitá literatúra

- **Horr S., Nissen S.** Managing hypertension in type 2 diabetes mellitus. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab*, 30, 2016, 445 – 454.
- **Mogensen C.E.** Twelve shifting paradigms in diabetic renal disease and hypertension. *Diabetes Res Clin Pract*, 82, Suppl 1, 2008, S2 – S9.
- **Prokeš M., Suchopár J.** Otázky kolem beta-blokátoru: diabetes mellitus, hypoglykemie a dyslipidemie. *Med praxi*, 11, 2014, 257 – 263.
- **SnpC** výrobcov liekov
- **Vlasáková Z., Pelikánová T.** Aktuální léčba perorálními antidiabetiky. *Klin Farmakol Farm*, 26, 2012, 43 – 48.



Vedecká konferencia Farmakoeconomika na Slovensku XXXII.



XI. Slovenská a česká farmakoeconomická konferencia venovaná 70-inám prof. RNDr. Viliama Foltána, CSc. a 60-inám PharmDr. Dominika Tomeka, PhD., MPH

Vedecká konferencia na tému Farmakoeconomika a hodnotenie zdravotníckych technológií v realite liekovej a zdravotnej politiky v ČR a SR sa uskutočnila 23. novembra 2016 v kongresovej sále Ministerstva zdravotníctva SR v Bratislave. Konferencia bola organizovaná za spolupráce Slovenskej spoločnosti pre farmakoeconomiku, o.z SLS, Kancelárie WHO na Slovensku, za účasti ISPOR Chapter Slovakia, Fakulty zdravotníctva Trenčianskej univerzity Alexandra Dubčeka v Trenčíne a Slovenskej spoločnosti klinickej farmakológie, o.z. SLS. Súčasťou konferencie bol slávnostný raut na počesť 70-ín prof. RNDr. Viliama Foltána, CSc. a 60-tin PharmDr. Dominika Tomeka, PhD., MPH. Okrem osobných blahoželaní a darov sa odovzdávali aj ocenenia za vedecký prínos. Redakcia Lekárniku bola pri tom. Na nasledujúcich stranách vám prinášame reportáž z podujatia spolu s vyjadreniami zúčastnených.

■ O priebehu konferencie bližšie hovorí **doc. MUDr. Ján Bielik CSc.** – podpredseda Slovenskej spoločnosti pre farmakoeconomiku:

„Program konferencie bol tradične zameraný najmä na oblasti: zdravotná politika,

lieková politika, farmakoeconomika, hodnotenie zdravotníckych technológií, kvalita života. Špeciálnou klinickou oblasťou, ktorej bola venovaná komplexná pozornosť, bola onkológia. Súčasťou prezentácií boli aj informácie z európskych



doc. MUDr. Ján Bielik CSc.

i svetových kongresov ISPOR-u o aktuálnom stave, smerovaní a perspektívach vývoja FE a HTA v európskom resp. svetovom kontexte a samozrejme i v slovenských podmienkach. S potešením sa dá konštatovať, že v plnej miere boli zastúpené všetky rozhodujúce inštitúcie rezortu zdravotníctva, v prvom rade MZ SR Inštitútu zdravotnej politiky, zdravotných poisťovní – VŠZP, a.s, Dôvera, a.s, NCZI, Štátneho úradu pre kontrolu liečiv, a pod.“ Podľa jeho slov sa konferencia snažila, možno prvý raz v danom rozsahu, reflektovať potenciál farmakoekonomiky a hodnotenia zdravotníckych technológií v spolupráci so všetkými relevantnými „stranami“ v liekovej a zdravotnej politike.

Výzvy, podnety a rozhodnutia zdravotnej a liekovej politiky

■ Prvý blok prednášok otvoril riaditeľ sekcie farmácie MZ SR **PharmDr. PhDr. Matej Petrovič** s prednáškou **Vývoj a podnety pre rozhodnutia v liekovej politike**. Venoval sa aktuálnemu problému nedostatku liekov a novelizácii zákona 363 o kategorizácii liekov. Hovoril o troch aktuálnych problémoch – súbežnom dovoze a vývoze liekov, o problémoch vo výrobe a distribúcii liekov a o vstupe inovatívnych liekov do systému úhrad poisťovní. Vyjadril sa: „*Cítíme potrebu, že tieto procesy by sa mali profesionalizovať.*“

■ Nasledovala prednáška s názvom **Možnosti, potreba či opodstatnenie výdavkov na zdravotníctvo v kontexte analýzy MF SR a MZ SR** od riaditeľa Inštitútu zdravotnej politiky MZ SR **Martina Smatanu, MSc.** Prítomným predstavil projekt revízie výdavkov, ktorý by mal mať po jeho realizácii pre slovenské zdravotníctvo pridanú hodnotu. Rečnícka otázka prednášajúceho znela: Prečo potrebujeme revíziu výdavkov? VŠZP vykazala stratu 285 miliónov eur a podľa slov M. Smatanu k danému výsledku výrazne prispela neefektivita výdavkov. Preto dodáva, že „*revízia je nevyhnutným nástrojom, ktorý podporuje politiku MZ SR dosiahnuť efektívne a dostupné zdravotníctvo.*“

■ Spotrebe liekov sa v prednáške **Spotreba liekov na Slovensku v roku 2015**



PharmDr. PhDr. Matej Petrovič



Martin Smatana, MSc.

a limitácie jej hodnotenia venovala **Ing. Stanislava Mackovičová** HTA Manager z Pharm-In. Uviedla príklady niekoľkých ATC skupín liečiv spolu s tými, ktoré nevykazuje Česká republika. „*Na to, aby sme pochopili, prečo máme v porovnaní s ČR vysokú spotrebu, musíme detailne analyzovať, prečo je tomu tak.*“

■ Za Českú farmakoekonomickú spoločnosť vystúpil **MUDr. Tomáš Doležal, PhD.** s prednáškou **Doporučené postupy Českej Farmakoekonomickej spoločnosti pre zdravotne ekonomické hodnotenie v Českej republike**. Pozornosť venoval novovytvorenému a upravenému dokumentu o analýze nákladovej efektivity a dopadu na rozpočet. Novinkou je zhrnutie na konci každej kapitoly.



MUDr. Tomáš Doležal, PhD.

■ Prednášku s názvom **Nepriame náklady v zdravotníctve: od identifikácie zdrojov až po premietnutie do stavu ekonomiky** predstavil **Martin Suchanský** za ISPOR Slovensko. Podľa jeho slov, identifikácia nepriamych nákladov poskytuje dôležité informácie pre zamestnávateľov. Pozornosť venoval metodike. Uviedol tri hlavné metódy. Human Capital method je najviac používaná a hodnotí význam ľudského kapitálu ako hodnotu budúceho zárobku jednotlivca. Friction Cost method meria pracovné straty, kedy bolo nutné nahradiť pracovníka. Willingness to pay method meria čiastku, ktorú je subjekt ochotný zaplatiť na to, aby sa redukovala pravdepodobnosť vzniku ochorenia či mortality. Ako príklad z praxe uviedol nepriame náklady v súvislosti s karcinómom prsníka.



Martin Suchanský



PharmDr. Martin Višňanský, MBA, PhD., MSc



Jan Hambálek



prof. MUDr. Stanislav Špánik, CSc.

■ Za Slovenskú spoločnosť pre farmakoeconomiku vystúpil **PharmDr. Martin Višňanský, MBA, PhD., MSc** s prednáškou **Nové lieky v Európe v roku 2015 a predpoklad dosahu na liekovú politiku v SR**. V úvode vyslovil spokojnosť nad tým, že na SR prichádza trend monitoringu údajov. Venoval sa hodnote inovácií v zdravotníctve. Spomenul konkrétne terapie ako napríklad génová terapia, terapia kmeňovými bunkami. „*Chceme zlepšiť kvalitu života nevyliciteľne chorým, ale často sa zabúda na tých, ktorých je možné vyliečiť.*“ Otázka podľa M. Višňanského znie ako zoženieme peniaze na tých, ktorých vieme vyliečiť?

„*Zdravotníctvo nie je trh v pravom slova zmysle a pacient nie je zákazník.*“
M. Višňanský

■ Po prvom bloku bol priestor venovaný diskusii z auditória. **PharmDr. Dominik Tomek, PhD., MPH** sa rečnícky pýta Aké máme potreby? „*Stále počúvam, že chceme len ušetriť a koľko má rezort ušetriť. My máme aj iné kvalitatívne nároky a aj kvalita rozhodnutí je iná.*“ Podľa jeho slov by sa mal výbor pre Farmakoeconomiku naklonovať. Na danú úvahu reagoval aj **MUDr. Tomáš Doležal, PhD.**, past-president ISPOR ČR: „*Aj my v Čechách diskutujeme o otázke nákladov. Nehovoríme ale prosím len o úsporách, lebo v prvom rade by mal pacient dostať svoj liek.*“

■ Z auditória zaznela otázka o nadbytočnom užívaní liekov. Napríklad v 90. rokoch

vo Švédsku sa zistilo, že polovica liekov bola neotvorená a expirovaná a to sú názaj dáta, ktoré mrazia. Otázka znela, či plánuje MZ SR projekt aj týmto smerom? Dr. Petrovič odpovedal „*Zaoberáme sa aj týmto, máme to v programovom vyhlásení MZ a budeme sa pýtať aj na vykazovanie spotreby.*“

Súčasnosť a perspektíva onkológie v klinickej praxi s presahom do farmakoeconomiky a HTA

■ Za Českú farmakoeconomickú spoločnosť vystúpil **Jan Hambálek** s prednáškou **Inovatívne onkologické lieky a ich farmakoeconomika v kategorizačnom procese v ČR**. Venoval sa dôvodom stanovenia VLP na základe vyhlášky. Poukázal aj na riziko odchodu odborníkov HTA a farmakoeconomiky z dôvodu demotivácie.

■ V programe pokračoval **prof. MUDr. Stanislav Špánik, CSc.** – štátny tajomník MZ zo Slovenskej onkologickej spoločnosti s prezentáciou na tému **Onkológia na Slovensku z pohľadu onkológa**. Hovoril o tzv. epidemiológii nádorov na Slovensku, ktorá je v súčasnosti vyššia u žien. Venoval sa rizikovým faktorom a primárnej prevencii. Pozornosť zamerl na diagnózu a liečbu malígneho melanómu. Podotkol, že 49 % onkologických pacientov sa vylieči chirurgicky a 11 %



MUDr. Branislav Koreň

systémovou liečbou. Prednášku uzavrel slovami: „*Hovoril som ako onkológ a uzavriem to ako štátny tajomník – pokúsime sa to vyriešiť.*“

■ Zo zdravotnej poisťovne Dôvera, a. s. prítomným predstavil prednášku **Karcinóm prsníka z pohľadu úhradu na zdravotnú starostlivosť MUDr. Branislav Koreň**. Ukázal priame medicínske náklady a venoval sa závažnej otázke 5-ročného prežívania. Podľa jeho slov je druhý rok po diagnóze karcinómu prsníka najnákladnejší a z hľadiska liečby najagresívnejší. „*Koľko stojí liečba karcinómu prsníka. Zdá sa, že to nik nevie. Priemerné náklady v SR na liečbu jedného pacienta s C50* sú stabilné.*“

■ S prednáškou **Výzvy pre meranie nákladov a hodnoty v onkológií** vystúpil **PharmDr. Dominik Tomek, PhD., MPH.** Vyzdvihol potrebu včasného dialógu medzi lekárom a pacientom. Nadviazal na výrok nového českého ministra „Pod mojim vedením bude MZ zdravotníctva ministerstvo pacientov“. Tomek dodáva, že „organizovaný a vzdelaný pacient začína byť dobrým partnerom.“

■ Druhý blok prednášok uzavrel **doc. Ján Bielík** z Fakulty zdravotníctva Trenčianskej univerzity Alexandra Dubčeka s prednáškou **Kvalita života u pacientiek s karcinómom ovária.** Venoval sa vybraným príznakom kvality života u pacientiek s karcinómom ovária. „V dotazníku sa pýtame na kvalitu života aj pred diagnózou, aby si spomenuli, ako sa cítili pred ochorením, úplne zdravé,“ dodáva na záver.

■ Po druhom bloku prednášok nasledovala diskusia, na úvod ktorej vystúpil **prof. Špánik** s nasledujúcou úvahou: „Ak by sme mali dostupné onkologické lieky na SR, znížila by sa mortalita? Odpoveď je zložitá, museli by sme zmeniť legislatívu, a veľa tiež závisí od poisťovní. Uvidíme koľko peňazí príde do rozpočtu. Otázka je, či vôbec existuje objektívne hodnotenie, ktoré lieky áno a ktoré nie. Takže optimista som, ale nebude to zajtra.“ Po diskusii sa otvoril tretí blok odborných prednášok.

Podmienky a podnety pre rozhodovanie v liekovej politike

■ Tretí blok prednášok otvorila **PharmDr. Zuzana Baťová PhD.** riaditeľka Štátneho ústavu pre kontrolu liečiv. V prednáške **Možnosti a priestor pre dialóg medzi regulačnými autoritami a HTA** predstavila činnosti, ktorým sa venuje ŠÚKL a opísala premarketingové a postmarketingové obdobie. Sústredila sa tiež na oblasti spolupráce HTA s NCAs ako napríklad personalizovaná liečba, očkovanie, vakcíny a lieky na zriedkavé ochorenia.

■ Nasledovala prednáška **PharmDr. Jiřího Klimeša PhD.** (Novartis) s názvom **Použitie „Patient reported outcomes“ (PRO) a ich validita pre klinickú a farmakoeconomickú prax.** Pozornosť



PharmDr. Dominik Tomek, PhD., MPH.



PharmDr. Jiří Klimeš, PhD.



PharmDr. Zuzana Baťová PhD.



doc. RNDr. Martina Ondrušová, PhD., MPH

upriamil na PRO a QOL a dôvodom, prečo ich potrebujeme. Podľa jeho slov, liek neovplyvňuje dĺžku života, ale jeho kvalitu. Venoval sa výhodám a nevýhodám dotazníkov a tiež skutočnosti, že pre niektoré diagnózy sú PRO nevyhnutné a jedinečné.

■ S prednáškou **HTA na Slovensku z pohľadu významu a dostupnosti relevantných údajov** vystúpila **doc. RNDr. Martina Ondrušová, PhD., MPH** z Pharm-in. Hovorila o epidem a demografických údajoch použitých v FEK analýzach. „Väčšina dát nám chýba a sú nepresné.“ Podľa jej slov to vedie k nepresným štatistickým predikciám údajov a nepresnosti v analýze majú dopad na rozpočet.

■ S poslednou prednáškou **Zdroje**

a analýzy lokálnych dát v ČR a ich využitie v rámci HTA sa predstavil **Ing. Jaroslav Duba** z OAKS Consulting s.r.o. Prítomným predstavil 7 českých poisťovní, NZIS (Národný zdravotný informačný systém) a NRHZS. Ukázal tiež zdroje čerpania dát pri tvorbe analýz. Hovoril: „systém, ktorý máme nie je 100 %-ný, ale je funkčný.“

■ Po poslednej prednáške nasledovala diskusia k 3. bloku. Otázka z auditória znela, či nás čaká obrat na to, čo je dôležité pre pacienta. Odpovedal PharmDr. Tomek, PhD., MPH „momentálne nie a ani ich to nenapadne, aby posúvali pacienta do roviny rozhodovania. Problém je aj v tom, že nemáme odborníkov a všetky odborné kapacity sú sústredené v komerčnej sfére.“



Ing. Jaroslav Duba

■ Na danú tému reagovala aj riaditeľka ŠÚKL-u: „Štát expertov k dispozícii má a vždy to nie je len o tabulkových platoch. ŠÚKL má vyvinuté mechanizmy ako spolupracovať s expertmi z iných krajín a vieme im ponúknuť aj iné benefity ako sú peniaze.“ Odpoveď vyvolala opätovnú reakciu Dr. Tomeka: „Neviem ani len o jednom HTA odborníkovi na SR, nemáme nič, zero!“

■ Po uzavretí prednášok nasledovala ešte „uvoľnená“ panelová diskusia na tému QoL, QALY a MCDA: Teoretické predpoklady, reálne podmienky a perspektíva výstupov pre liekovú politiku na Slovensku.

■ Ako prvý sa k danej téme vyjadril **Dr. Tomek** s prezentáciou **QALY včera, dnes a zajtra**. Prítomným predstavil temnejšie entré v podobe nie veľmi pozitívneho nazerania na QALY. Podľa jeho slov QALY „nefungovalo včera, nefunguje dnes a nebude fungovať ani zajtra.“ Dr. Petrovič reagoval slovami „Nie som expert na farmakoekonomiku, ale QALY by som nevidel tak čierne ako Dr. Tomek. Je transparentné.“ Podľa Dr. Višňanského je to niečo, čo vytvára vplyv na politiku a následne na klinickú prax.

■ Panelovú diskusiu ako aj celú vedeckú konferenciu uzatvoril doc. Ján Bielik srdečným podakovaním všetkým prítomným a tiež priánim, aby Farmakoekonomika bola fórom, ktorý dáva výzvy, pretože „naším cieľom je veci zjednodušiť a nie komplikovať.“

■ Tešíme sa na ďalšie farmakoekonomické stretnutie, ktoré sa uskutoční v máji 2017.



↑ zľava: prof. MUDr. Jozef Holomáň, CSc. Ústav farmakológie, klinickej a experimentálnej farmakológie, prof. RNDr. Viliam Foltán CSc., PharmDr. Dominik Tomek PhD., MPH a doc. MUDr. Ján Bielik CSc

Slávnostné udelenie ocenení

■ Súčasťou konferencie bolo slávnostné udelenie cien za prínos pre rozvoj farmakoekonomiky a slávnostné príhovory na počesť 70. narodenín prof. Viliama Foltána a 60. narodenín Dr. Dominika Tomeka. O príhovory jubilantom sa postarali doc. Ján Bielik a Dr. Martin Višňanský. Doc. Ján Bielik adresoval príhovor prof. Foltánovi na počesť jeho 70. narodenín. Spomenul báseň Komplementácia od M. Rúfusa, v ktorej sa nachádza venovanie „ľuďom, ktorých mám rád“ a „*prof. Foltán je človekom, ktorého mám rád*.“ – dodáva. Tiež podotkol, že prof. Foltán je človek, s ktorým sa nikdy nenudíte: „*poznáme sa 20 rokov a ešte som sa s ním nenudil*.“ Vo veľmi priateľskej atmosfére pokračoval Dr. Višňanský s gratuláciou k 60 narodeninám Dr. Tomeka. Dr. Tomek sa podľa jeho slov riadi heslom „*to, čo môžeš zmeniť, zmeň a čo zmeniť nemôžeš, s tým sa vyrovnaj*.“ Dr. Tomek opísal ako aktívneho vo všetkom, čo si zaumieni. Na záver mu poprial veľa výziev a úspechov. Po slávnostných príhovoroch a osobných gratuláciách nasledovali ocenenia za prínos pre rozvoj farmakoekonomiky – od participácie na uvedení FE ako vedy na Slovensku, za spoluzakladanie SSFE, dlhodobú aktívnu účasť, za bohaté slovenské i medzinárodné aktivity, za početné prezentácie i publikácie. Zlatú medailu prof. Foltánovi a striebornú medailu Dr. Tomekovi odovzdal prof. MUDr. Jozef Glasa, CSc., PhD – člen Prezídia SLS. Za redakciu Lekárniku prajeme obom pevné zdravie a ešte veľa podnetov v pracovnej sfére.



↑ prof. Jozef Glasa odovzdáva zlatú medailu prof. Viliamovi Foltánovi



↑ prof. Jozef Glasa odovzdáva striebornú medailu Dr. Dominikovi Tomekovi

■ Redakcia Lekárniku osobne zagratalovala oslávencovi a ocenenému **prof. Viliamovi Foltánovi**. Prinášame vám rozhovor s prof. Foltánom, ktorý patrí medzi predstaviteľov farmakoekonomiky v SR, v rámci ktorej aktívne prednáša a publikuje. Vo vedeckej a odbornej činnosti pôsobí v oblasti využitia liekov.



prof. RNDr.
Viliam Foltán, CSc.

? Boli ste ocenený zlatou medailou za vedecký prínos, čo dané ocenenie pre vás znamená?

Zlatá medaila Slovenskej lekárskej spoločnosti (SLS) je ocenenie prvého stupňa, ktoré SLS udeľuje za dlhoročnú aktívnu činnosť vo výbore, za odborný a vedecký prínos v procese ďalšieho sústavného vzdelávania a za zásluhy o budovanie a rozvoj kontaktov s partnerskými organizáciami doma i v zahraničí. Ocenenie práce je vždy príjemné, každému z nás dobre padne pochvala či uznanie. Vážim si ho o to viac, že ho udelila partnerská organizácia nás lekárníkov – lekárska spoločnosť. Svedčí o tom, že práca a spolupráca formou prednášok a publikácií za uplynulých 45 rokov odborného pôsobenia nebola zbytočná.

? Čo považujete za váš najväčší osobný a pracovný úspech v živote?

Pracovné úspechy sú veľmi relatívne. Mal som šťastie stať pri vzniku a realizovať viaceré projekty orientované na vzdelávanie budúcich i aktívnych lekárníkov, podporu spolupráce medzi akademickou obcou a praxou, či lekárníkov s lekármi. Stretol som veľa zaujímavých kreatívnych ľudí, ktorí si neskôr našli uplatnenie v rozmanitom svete lekárenstva. Osobným úspechom je naša rodina, manželka, tri deti a dnes už aj vnúčatá.

? Pod Vaším vedením ukončilo štúdium viac ako 100 diplomantov, niekoľko desiatok rigorozantov, 10 PhD. a traja docenti, ste s niektorými z Vašich študentov stále v kontakte? Pôsobenie na škole dáva široké možnosti

na permanentné udržiavanie kontaktov s jej absolventmi, osobitne ak ide o diplomantov, rigorozantov a doktorandov. V tomto smere sú moje vzťahy s bývalými študentmi bez obmedzení a s mnohými sme dnes priateľmi a kolegami. Či už pracujú v lekárni, farmaceutickom priemysle, štátnej správe alebo výrobe tu u nás alebo v zahraničí vieme sa nájsť, podiskutovať, ukázať iný pohľad na vec. Verím, že prepojenie akademického sveta s praxou je základom progresu a je obohacujúce pre obe strany.

? Čomu sa v súčasnosti venujete?

Po ročnej pracovnej neschopnosti som mal to šťastie vrátiť sa naspäť na Farmaceutickú fakultu, treba dobehnúť zanedbané, rozrobené, prispieť svojou troškou do rutinných aktivít nášho akademického kolotoča prednášky, testy, skúšanie... Predovšetkým však konzultujem, snažím sa pomôcť kolegom v ich napredovaní, osobnom raste, jednoducho byť tam pre nich. Aj vďaka roku doma sa už neponáhľam, nad mnohým mám nadhľad, odstup.

? Ktorá z odznených prednášok na konferencii Farmakoekonomika a Lieková politika vás zaujala najviac a prečo?

V rámci 32. Farmakoekonomickej konferencie odznelo 18 odborných prednášok a panelová diskusia k problematike HTA, liekovej politiky a farmakoekonomiky. Konferencia sa koná už viac ako 10 rokov 2 x ročne a má charakter česko-slovenského podujatia. Teda 23. 11. 2016 sa konala XI. Slovenská a česká farmakoekonomická konferencia a posun predstavovalo vystúpenie inžiniera M. Suchanského s názvom „*Nepriame náklady v zdravotníctve od identifikácie zdrojov až po ich premietnutie do stavu ekonomiky*“. Svojím novým pohľadom, spojil sociálne a zdravotnícke aspekty, ktoré sú a budú s prichádzajúcimi zmenami v spoločnosti a zdravotníctve viac a viac aktuálne a aj diskutované.

? Zlepšuje sa podľa vás diagnostika onkologických ochorení za posledné roky?

Určite áno, technológie napredujú a to sa premieta aj v diagnostike onkologických ochorení. Kvalitná a dôsledná diagnostika

je cestou k úspešnej liečbe. K uvedenej téme na konferencii odznelo zaujímavé vystúpenie štátneho tajomníka MZ SR MUDr. S. Špánika „*Onkológia na Slovensku z pohľadu onkológa*“.

? Čo vidíte v súčasnosti ako najväčší problém, o ktorom by sa malo diskutovať (nedostatok, liekov, limity preskripcie, QALY, QoL či iné)?

Problémom z pohľadu zdravotníctva nie sú ani nedostatok liekov, limity alebo QaLY. QoL. Všetky predstavujú len technokratické pohľady, ktoré sa dajú vyriešiť napr. efektívnejším využívaním finančných zdrojov či organizačnými opatreniami. Zásadným problémom je zmena prístupu ľudí k svojmu zdraviu, k životnému štýlu a spôsobu života. S predlžujúcou sa dĺžkou života si aj táto oblasť vyžaduje aktívnejší prístup jednotlivca k svojmu zdraviu. Bez zásadnej zmeny postojov ku zdraviu budeme neustále v bludom kruhu medzi nedostatkom zdrojov, zhoršovaním parametrov zdravia, dĺžkou života a ďalšími ukazovateľmi.



PharmDr. Rastislav Binder, PhD., (vľavo) a RNDr. Vladimír Devečka (vpravo) z Janssen, Pharmaceutical Companies of Johnson and Johnson SR, prof. RNDr. Viliam Foltán, CSc. (v strede)

? Je podľa Vás možné nájsť vyváženosť medzi finančnými zdrojmi terapií pre pacientov a zlepšovania kvality života?

Kvalita života je podstatne širší pojem ako zdravie. Treba si uvedomiť, že bez zdravia nemôže byť ani život človeka kvalitný. V tomto smere sa hneď evokuje otázka, či je možné zdravie kúpiť. Odpoveď je negatívna, ale je spojená so širším ponímaním kvality života v zmysle definície zdravia podľa Svetovej zdravotníckej organizácie, ktorá pokladá zdravie za potenciál schopnosti človeka vyrovnávať sa s nepriaznivými životnými, sociálnymi a osobnými problémami a nielen neprítomnosťou choroby. Ďakujem za rozhovor ■

Postavenie Aflamil krému v liečbe bolesti a zápalu

Nesteroidné antiflogistiká a antireumatiká (NSAID) patria v súčasnosti medzi najčastejšie predpisované liečivá na terapiu mnohých bolestivých ochorení pohybového aparátu, ako napr. osteoartritída, reumatoidná artritída alebo ako analgetiká pri rôznych bolestivých stavoch¹.

■ Dostupné sú v rôznych liekových formách, a to najmä v rámci perorálnej alebo topickej aplikácie. Kvôli častým nežiadúcim účinkom (najmä dráždenie gastrointestinálneho traktu), obchádzaniu „first pass“ efektu, nižšej koncentracii liečiva potrebnej k terapii a vyššej kompliance pacientov, sa ako symptomatická liečba odporúča práve topická aplikácia^{1,2}. Terapeutický efekt však závisí na mnohých faktoroch, vrátane fyzikálno-chemických vlastností liečiv a vehikula, teda základu, v ktorom je liečivo dispergované. Najčastejšie ide o disperzie NSAID vo forme gélu alebo krému.

■ Jedným z takýchto liekov je aj **Aflamil®** krém. Liečivom je **aceklofenak**, vo vode

ťažko rozpustné, nesteroidné antiflogistikum zo skupiny derivátov kyseliny octovej, ktorý selektívne inhibuje syntézu prostaglandínov ².

■ Krém poskytuje mnoho výhod. Rozpuštením aceklofenaku v olejovej fáze krému sa zvýši koncentračný gradient a tým aj penetrácia liečiva.

■ **Aflamil®** krém je dobre roztierateľný a navyše nevysušuje pokožku. Napríklad gély obsahujú vyššie množstvo hydrofilnej fázy (vody), ktorá pri odparení spôsobuje chladivý efekt a čiastočne aj vysušenie pokožky, čo môže najmä starším pacientom spôsobovať diskomfort po aplikácii. **Aflamil®** krém je indikovaný pri liečbe bolesti a zápalu v súvislosti s traumatickou

patológiou a muskuloskeletárnymi ochoreniami. Môže sa použiť pri liečbe zápalu šliach, ligamentov, svalov a kĺbov, ako je tendinitída, tendosynovitída, preťaženie, luxácie, periartritída, distenzie, bolesti v krížoch a tortikolis. Aplikovaný je lokálne, jemným masírovaním na postihnuté miesto trikrát denne, pričom použitá dávka závisí od veľkosti postihnutej oblasti (približne 1,5 – 2 g)³.

Použitá literatúra

1. ISAILOVIĆ, T. et al. 2016. Biocompatible Nanoemulsions for Improved Aceclofenac Skin Delivery: Formulation Approach Using Combined Mixture – Process Experimental Design. In Journal of Pharmaceutical Sciences. 2016, vol 105, p. 308-323
2. RAZA, K. et al. 2014. Topical Delivery of Aceclofenac: Challenges and Promises of Novel Drug Delivery Systems. In BioMed Research International. 2014, vol. 2014.
3. SPC Aflamil® krém. 2013.

inzercia



AFLAMIL®

aceclofenac



GEDEON RICHTER

Aké sú najčastejšie bolestivé miesta?

RAMENO
38%

KRÍŽE
63%

KRĀK
53%

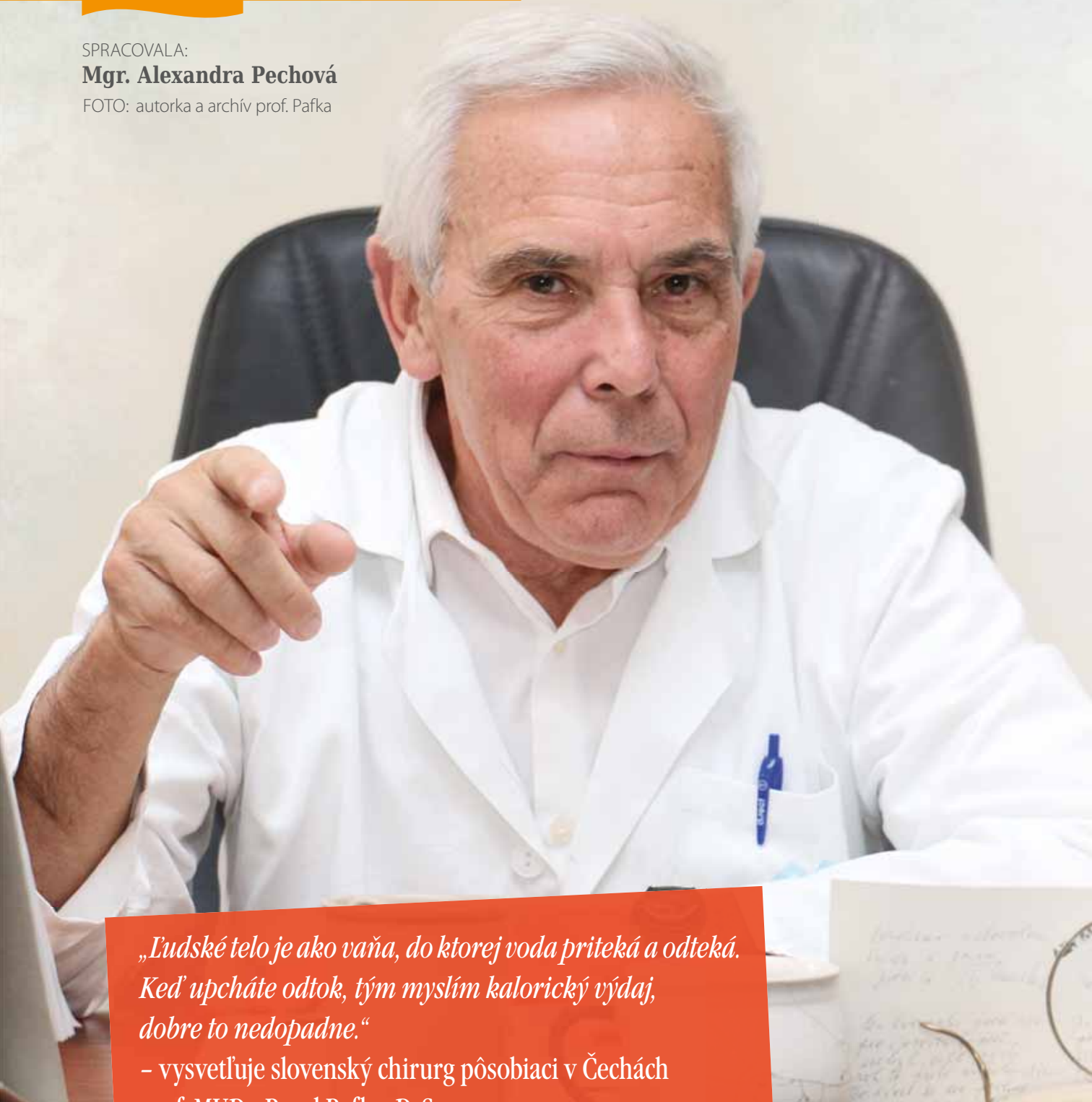
AFLAMIL KRÉM ÚČINNE BOJUJE PROTI LOKÁLNEMU ZÁPALU A BOLESTI

NÁZOV LIEKU: AFLAMIL 15 mg/g krém. **ZLOŽENIE LIEKU:** 1 g krému obsahuje 15 mg aceklofenaku. **INDIKÁCIE:** Liečba bolesti a zápalu v súvislosti s traumatickou patológiou a muskuloskeletárnymi ochoreniami. Môže sa použiť pri liečbe zápalu šliach, svalov a kĺbov, ako je tendinitída, tendosynovitída, preťaženie, luxácie, periartritída, distenzie, bolesti v krížoch a tortikolis. **DÁVKOVANIE:** Liek je ten na vonkajšie použitie a nemal by sa používať pri okolitých bolestivých miestach. Nanáša sa trikrát denne jemným masírovaním do postihnutej oblasti. Použitá dávka závisí od veľkosti postihnutej oblasti: 1,5 – 2 g krému (je to približne 5-7 cm). Nie sú žiadne skúsenosti s použitím Aflamilu 15 mg/g krému u detí a dospievajúcich, preto je kontraindikovaný u detí a dospievajúcich. U starších pacientov sa neužaduje úprava dávkovania. **KONTRAINDIKÁCIE:** Precitlivenosť na liečivo alebo na ktorúkoľvek z pomocných látok lieku. Hypersenzitívnosť na ďalšie NSAID. Pacienti, u ktorých kyselina acetylsalicylová alebo iné lieky spôsobujú astmatické záchvaty, urtikáriu alebo akútne rinitídy. Deti a dospievajúci. **LIEKOVÉ INTERAKCIE:** Aj keď doposiaľ neexistujú žiadne údaje týkajúce sa možných interakcií tohto liečiva s inými, je vhodné dávať pozor, ak sa používajú inými liekmi, najmä ak obsahujú lítium, digoxín, v prípade perorálnej antikoncepcie, diuretiká a analgetiká. **NEŽIADUCE ÚČINKY:** Liek preukázal dobrú lokálnu toleranciu. V niektorých prípadoch bola hlásená mierne až stredne závažná lokálna iritácia so začervaním pokožky a svrbením miernej intenzity, ktoré vymizne po prerušení liečby. V jednotlivých prípadoch bola hlásená fotosenzitívnosť. **OSOBNÉ UPOZORNENIA A OPATRENIA PRI UŽÍVANÍ:** Ak použijete Aflamilu 15 mg/g krému vyvoláva príznaky lokálnej iritácie, podávanie lieku sa má zastaviť a má sa zaviesť vhodná liečba. Po aplikácii je nutné si umývať ruky, s výnimkou, keď sa liečená oblasť nachádza na rukách. Krém sa nemá nanášať do okolia očí a úst. Krém sa nesmie používať na liečbu otvorených rán, sliznic, ako aj na podráždenú (ekzematóznú) pokožku. Má sa používať iba na neporušenú pokožku. Aflamil 15 mg/g krém obsahuje cetylalkohol a stearylalkohol, metylparabén a propylparabén, ktoré môžu spôsobiť lokálne kožné reakcie. **BALENIE:** 80 g krému v hliníkovej tube s uzavretým ústom s polyetylenovým uzáverom s prepichovacím trnom. Tuba je zabalená v kartónovej škatuli. **ČAS POUŽITELNOSTI:** 2 roky. Po otvorení sa liek má použiť do 30 dní. Uchovávať pri teplote neprevyšujúcej 25 °C. **SPOSOB VÝDAJA LIEKU:** Liek nie je viazaný na lekárske predpis. **DRŽITEĽ ROZHODNUTIA O REGISTRÁCII:** Gedeon Richter Plc., Budapešť, Maďarsko. **DATUM POSLEDNEJ REVÍZIE TEXTU:** Február 2013. Dátum prípravy materiálu: November 2016.

SPRACOVALA:

Mgr. Alexandra Pechová

FOTO: autorka a archív prof. Pafka



„Ľudské telo je ako vaňa, do ktorej voda priteká a odteká. Keď upcháte odtok, tým myslím kalorický výdaj, dobre to nedopadne.“

– vysvetľuje slovenský chirurg pôsobiaci v Čechách
prof. MUDr. Pavel Pafka, DrSc.

„Ľudské telo je ako vaňa“

Za operačným stolom stojí 54 rokov, odoperoval viac ako 13 000 pacientov, úspešne odstránil pľúcny nádor bývalému českému prezidentovi Václavovi Havlovi, zachránil „popolušku“ (operoval Libušu Šafránkovú), ako prvý so svojim tímom uskutočnil transplantáciu pľúc a napriek tomu sú jeho hlavnými vlastnosťami skromnosť, pokora či morálne a etické ctenie. Profesor Pavel Paľko (76), brušný a hrudný chirurg, bývalý prednosta III. chirurgickej kliniky 1. lekárskej fakulty Karlovej Univerzity v Prahe a Fakultnej nemocnice Motol získal medailu Za zásluhy (2013) a bol pasovaný za rytiera českého lekárskeho stavu. Rodák z Bratislavy študoval a žije celý život v Čechách, ale počas rozhovoru s redakciou Lekárnik hovoril ľubozvučnou slovenčinou. V rozhovore sa dozvieme ako prebieha transplantácia pľúc, ako sa pristupuje k VIP pacientom, aké medzery má slovenské i české zdravotníctvo, aké bolo postavenie žien v medicíne v minulosti a aké je dnes. Profesor Paľko vám priblíži ako by mal fungovať vzťah pacient – lekár a lekár – lekárnik. Ponúkne vám tiež recept na vitálny život a odkryje tajomstvo duševnej pohody.

Keď sa vás niekto opýta či ste Čech alebo Slovák, ako odpoviete?

Odpoviem, že som Českoslovák. Moja mamička bola fakturantka a bola z Prahy z Olešovic. Otec bol z Prešova a študoval tu pred vojnou práva. Vnímal som vždy len vzájomnosť medzi Českom a Slovenskom, nikdy nie takú tú národnosť. Búchanie sa do prs a samoučelné behanie v krojoch, mať pritom holý pupok detviarsky, to je pre mňa úsmevné. Všade, kde som bol, som našiel aj inteligentných, schopných, priateľských, empatických ľudí, ale aj hlupákov. A povedať Slovák je hlúpy a Čech je múdry, alebo opačne, nie je správne, nikdy by sa nemalo generalizovať. Odsudzovať alebo propagovať niektorú skupinu je zlé.

Počas vojny ste vyrastali v podtatranskom Važci, ako si spomínate na toto obdobie?

Boli sme tam evakuovaní na konci vojny v 44. – 45. roku. Dva roky sme tam v krpoch absolvovali zimu. Keď začali bombardovať Bratislavu, tak mama a my so sestrou, sme boli odvezení do Važca, kde sme boli v bezpečí. Otec zostal pracovať v Bratislave.

Vraciate sa rád a často na Slovensko?

Moja sestra je o rok mladšia ako ja, žije v Bratislave. Chodievam tam, sestra má na Slovensku rodinu, deti, vnúčatá. Inak rád chodím do Tatier. Aj vnukov tam beriem, lebo dnes už mnohí ľudia boli v Alpách a v Dominikánskej republike a neviem, kde všade a nepoznajú ani poriadne Slovensko. Česi zase nepoznajú ani Česko. Ľudia cestujú po svete a pritom máme toľko krásy doma.

Vaši rodičia sa nevenovali medicíne. Ako ste sa k nej dostali?



Mladí ľudia majú nadanie buď na matematiku, fyziku, na jazyky alebo na hudbu. A hovorí sa položartom, že tí, čo nemajú žiadne mimoriadne danosti, idú na medicínu. Na medicínu potrebujete len jednu vec – obrazne povedané mať zadok. Tých informácií je veľa a musíte to vysedieť. Maturoval som v Bratislave a v tej dobe to bolo tak, že určité percento slovenských študentov bolo delegovaných do Čiech a Česi išli na Slovensko. Vtedy drevárska fakulta bola v celom Československu jediná vo Zvolene, farmácia sa študovala zase v Bratislave, lebo v Čechách bola len v Hradci Králové. A keď ešte nebol Hradec 10 miliónov Čechov nemalo farmaceutickú fakultu. Ja som urobil prijímacie skúšky v Bratislave a zrazu mi prišiel do schránky list, že som prijatý na lekársku fakultu do Prahy. V Prahe som sa stretol s profesorom Pavlom Švecom. Šesť rokov som s ním býval na internátnej izbe. Bol to úžasný človek. Poznal som sa aj s jeho otcom Františkom Švecom.

Prečo ste sa rozhodli práve pre hrudnú chirurgiu?

To je veľmi jednoduché. Medicína je ako určitá úsečka a to portfólio činností v medicíne

je obrovské. Na jednej strane sú psychiatri, ktorí sa nemusia ani dotknúť pacienta a liečia slovom. Na druhej strane sú chirurgovia, ktorí vyberajú z tela orgány. Medzitým máte laboratória, patológie. Ja som po štúdií pracoval dva roky na anatómii. Ale keďže som skôr manuálny typ, ťahalo ma to k chirurgii. Na chirurgii vidíte výsledky svojich činov už v krátkej dobe, na psychiatrii keď podáte ruku psychiatrovi, je to zmluva najmenej na 5 rokov, ak nie na doživotie. Na internom samá hypertenzia, ischemické poruchy. Mohli by sme ju nazvať paliatívnou – furt sa lieči, lieči sa do smrti a nič sa nevylieči. V dobe, keď neboli chirurgovia, boli tzv. ráhnojiči – tí v roku 1747 za Márie Terézie, sa dostali na LF v Prahe a obyvateľstvo si ich vážilo viac ako lekárov. Keď sa niekto zranil, rýchlo ranu ošetrili, zaviazali, tá sa zahojila. Alebo niekomu amputovali nohu a vďaka tomu, dotčný prežil.

Vaša nadriadená bola žena? Nebolo to zriedkavé v danom odbore a v dobe, keď ste začínali?

Pred 20 rokmi pomer mužov a žien v zdravotníctve bol pol na pol. Teraz dve tretiny tvoria ženy. Chlapcov na fakulte je už len jedna tretina. Ženy sú rovnako schopné ako muži, povedal by som, že sú manuálne zručnejšie, lebo žiadny chlap vám neustrikuje dečku a nevyšije obraz. Ale ženy skončia fakultu v 26. rokoch, vydajú sa, majú prvé dieťa. Na materskej dovolenke profesionálne stagnujú, pričom muži v praxi



↑ docentka Olga Vanečková

pokračujú. Žena sa vráti do práce a po čase však príde ďalšie tehotenstvo a opäť ju muži predbehnú. Robil som štatistiku primárov. V tej dobe nebola primárkou na chirurgii ani jedna žena. Teraz sú dve alebo tri. Aj keď percento žien v medicíne stúpa, nedeje sa to na tých vedúcich pozíciách. Sú výnimočné prípady ako bola moja

šéfka, ktorá nemala rodinu a žila sama, žila len chirurgiou. Bola to ale výnimočná žena. V šesťdesiatom ôsmom roku sa pod tzv. „moskovské protokoly“ nepodpísal jediný politik MUDr. František Kriegel. Moja nadriadená doc. Olga Vanečková s ním bola v Španielsku pred vojnou. Kriegela vyhodili z práce a mal hypertrofiu prostaty a nikto ho nechcel hospitalizovať. Doc. Vanečková povedala: „budeme ho operovať, je to môj kamarát“. Taký má byť človek, aj keď sa menia pomery!

? S vašim tímom ste ako prví urobili transplantáciu pľúc v ČR v roku 1997. Ako prebiehajú prípravy na takéto unikátne operácie?

Áno, vtedy sme boli jediní v celom východnom bloku. Ale odvtedy neviem, či už aj Poliaci nezačali. Pokiaľ ide o prípravu, pacientov nám pripravujú na pľúcnych klinikách. My skontrolujeme, či je všetko v poriadku. Tí ľudia sú až do poslednej chvíle doma, my ich zavoláme až deň pred operáciou. Aj touto minimalizáciou počtu dní ich hospitalizácie šetríme verejné zdroje v zdravotníctve. Pacient príde večer, my mu vymeníme pľúca. Dvoj-trojdňové pobyty pacienta, ktorý behá v pyžame po nemocnici a čaká na operáciu sú úplná zbytočnosť. Každý pacient má ešte pred transplantáciou psychologické vyšetrenie, aby sa vedelo ako bude reagovať. Čakateľov je viac ako tých vhodných orgánov. Vy musíte do istej miery vyberať.

? Ako vnímate vzťah lekár a pacient, čo je podľa vás najdôležitejšie?

Spomínam si na naše vizity, keď starší pacienti otvoria zásuvku s hromadou liekov. O ich interakcii samozrejme nikto nevie. Jeden lekár predpíše to, druhý to, tretí nevie, že pacientka bola tam a tam. Je to otázka informovanosti pacienta. Pacient by mal byť informovaný o liečebných možnostiach a aj o prípadných komplikáciách. Teoreticky by sestra, ktorá pichá injekcie, mala príbalový leták k lieku vedieť spamäti. To je nereálne. Potom by ho mala pacientom čítať a upozorniť ich na všetky komplikácie, ktoré daná firma uvádza. Takú informovanosť by mal pacient mať a potom povie – áno pichnite mi to. To sú teoretické úvahy, ale prakticky je to nerealizovateľné.

? Rozlišujete, keď zoberiete skalpel na obyčajného pacienta

a na VIP pacienta?

Ja osobne som to nikdy v živote nerozlišoval. **Ak začnete niečo robiť mimoriadne, môže to aj mimoriadne dopadnúť. Neštandardný postup máva neštandardný výsledok. A to nielen pozitívny, ale aj neštandardne negatívny.** Najlepšie je postupovať tak, ako som navčičený a vtedy môžem očakávať aj štandardný výsledok.

? Viete, prečo si prezident Havel vybral práve vás a vašu kliniku?

My sme pracoviskom hrudnej chirurgie. Prezident je osoba ako každá iná a môže si sám vybrať, kto ho bude operovať. Nikto o tom za neho nerozhoduje. Mňa osobne nepoznal, tak môže byť, že mu niekto poradil. A poradili mu našu kliniku. Treba rešpektovať jedno, **aj prezident je pacient ako každý iný a má právo na súkromie.** Keď sa zobudil, opýtal som sa ho, ako to urobíme, lebo všetci za dverami čakajú. Prezident mi povedal, čo si myslíte vy? Povedal som, podľa mňa treba povedať pravdu, lebo oni sa to aj tak dozvedia. V dnešnej dobe už súkromie neexistuje. Vy to pošlete do laboratória, tam to vyšetria, laborantky hneď vidia „aha prezident“, potom to ide do poisťovne. Teraz je už naozaj ťažké niečo utuľtať. To bolo možné v dobe, keď si doktor sadol s pacientom face to face a nikto iný nič nevedel.

? Krátko po Havlovej operácii ste prehlásili, že za hodinu operácie prezidenta poisťovne platia doktorom menej, než si účtuje autoservis za hodinu opravy prezidentovho mercedesu. Médiá vás v tej dobe obvinili z netaktnosti voči prezidentovi a poisťovne od vás žiadali ospravedlnenie. S odstupom času – menili by ste svoje tvrdenie?

Nemenil. Áno, ja som si to naozaj zistil. Zavolať som do mercedesu, koľko stojí hodina práce. Ja som nikdy neklamal a uvedomil som si, že ak to chcete pustiť do médií, musíte to mať overené. Sumu som porovnal s tým, čo sme dostali od poisťovne. Bolo to jasné a transparentné. **Poisťovňa nezaplatí toľko za operáciu, koľko sa zaplatí za opravu auta.** A ľudia tieto veci nevedia.

? Ako chirurg spolupracujete menej s lekárnikmi. Aký je váš názor na vzťah medzi lekárom a lekárnikom?

Spolupráca musí byť. Rozumný lekár si nechá od lekárnika poradiť. Nikto z nás

sa nezaobera tým, aby si prečítal príbalový leták. Keby som zavolať teraz sem do kancelárie hocíjakého lekára od nás a opýtame sa ho na dva tri lieky, uvidíte, že by príbalový leták neodrecitoval. Klinický farmakológ nám môže poskytnúť dôležité informácie o interakcii liekov.

? Aký je váš názor na vlastníctvo lekární?

Podľa môjho názoru lekárne nepatria na trh. Intelektuáli však nemajú dosť odvahy zdvihnúť svoj hlas. To je podobne ako sa ľudia pozerajú na štrajk lekárov, tak by sa pozerali aj na štrajk lekární. Berú si ako rukojemníkov pacienta. Ale to je normálne, lebo každý, kto štrajkuje si berie niekoho za rukojemníka, nemôžete predsa štrajkovať pod perinou. Vždy tým štrajkom niekoho ochromíte a snažíte sa na seba upozorniť. Píšeme súdne znalecké posudky za 350 českých korún – hovoril som, nerobme to, nepíšme to. Je to ponižujúce za 350 korún a je to zodpovedná práca. Myslíte, že to môžete docieľiť, aby chirurgická spoločnosť prestala písať posudky? Kdeže. Robotníci sa spoja skôr ako intelektuáli. Viete si predstaviť, žeby farmaceutická firma povedala, zastavíme na pol dňa dodávku liekov? Nedocielite to. **Istý odpor by mal byť a mali by sme si uvedomiť, že sme nenahraditeľní. Treba sa hrdo postaviť a povedať, takto to nejde, aby tu mal mäsiar 5 lekární a robil si, čo chce.**

? Majitelia lekární bez farmaceutického vzdelania sa pozerajú na lekárne ako na biznis a prikazujú lekárnikom napr. čo majú predpisovať (generickú substitúciu). Aký je váš názor?

Je to zložitá vec, do ktorej sa lekárnik dostane, má doma deti a ženu. Je ohrozený existenčne. Etika je krásna vec, ale – a toto môže vyznieť kontroverzne – človek musí mať na chleba. Rozumiete. Na to, aby sme vypli hrud, bude to takto a takto, človek potrebuje mať istotu. Niekedy lekárnikov nič iné nezostane, než cúvnuť.

? Ako vidíte vývoj chirurgie? Da Vinciho robotická chirurgia napr.?

Medicína vždy vo svojom vývoji viac menej čakala na vývoj techniky. Keď sa pozriete na internet všade píšú o robotoch budúcnosti. Iná vec je odosobnenie človeka. Uskutočnila sa už aj robotická operácia žľazníka cez oceán. Chirurg bol v New Yorku a pacient vo Francúzsku. Technizácia

vedie k tomu, že sa znižuje osobný kontakt. Celý vývoj robotického medicíny bol daný tým, že môžu prísť vojenské konflikty, aby doktori nemuseli byť v prvej línii, ale aby zo zázemia podzemia riadili operačné výkony na zemi. Celý vývoj smeruje tým smerom, že pomaly bude možné operovať slepé črevo na obežnej dráhe zo Zeme.

doplnky, ale ľudské telo je ako vaňa. Voda do nej priteká a odteká. Keď upcháte odtok, tým myslím kalorický výdaj, dobre to nedopadne. Môj dedko každé ráno než išiel do školy, išiel na pole. Neboli žiadne fitness centrá, tak vzal kosu a robil. A toto tí ľudia nechápu, že sú ako vaňa, do ktorej síce veľa netečie, ale z nej neodteká. Sedia

keď sa niečo stane, tak ste potom zrazu ako bez ruky. Mnohé veci v živote prídu samé a prekvapia vás. Náhoda praje pripraveným. O tom som písal aj v knihe Šlo to samo.

Čo budete robiť, keď prestanete operovať?



Človek by mal mať v starobe ná-



Čím to je? Rodinným zázemím, pohybom či genetikou?

Existujú rôzne vedecké štúdie – napr. progres choroby u ľudí s Alzheimerom, ktorí sa nevenujú fyzickej činnosti, je rýchlejší ako u človeka, ktorý je neustále v pohybe. Celý život som športoval a stále to vidím ako najväčší relax, keď si môžem sadnúť na bicykel alebo môžem ísť plávať. Poznám ľudí, ktorí celé dni sedia za počítačom a potom mávajú také tzv. športové výbuchy. Hýbať sa treba pravidelne. Podľa môjho súdu pre starších je ideálne športové náčinie bicykel. Je tam dlhodobý pohyb, pretože dve hodiny nevydržíte bežať, ale na bicykli môžete byť aj tri hodiny. Kardio zatažujete postupne a má to tiež pozitívny vplyv na psychiku, keď vidíte krajinu a máte nejaký cieľ. Mnohí známi spisovatelia jazdili až do smrti na bicykli Tolstoj, George Bernard Shaw. Môj dedko v Solivare bol dedinský učiteľ a dožil sa 93 rokov. Jedol chlieb s masťou, krájal si slaninu. Dnes sa moderná spoločnosť viaže na diétne opatrenia, rôzne potravinové

osem hodín za počítačom, potom sadnú do auta, idú domov, tam sa najedia, pustia si televíziu, prezlečú sa, idú spať. Večer pred spaním by sa človek mal zamyslieť nad tým, čo som dnes pre svoje telo urobil.

A v čom je základ dobrej psychiky a duševnej pohody?

V zdravom tele zdravý duch. Ale máte tu aj Gaussovu krivku – môžu byť ľudia obézni, ktorí sú obrovskí aj duchom. Potom sú ľudia, ktorí celý život bežia, sú štíhli, ale nevedia kam bežia.

Čo je ale zdrojom vašej dobrej fyzickej aj psychickej kondície?

Nemal som v mojom doterajšom živote iné starosti než medicínske, pretože celé zázemie mne a aj rodine robila moja žena.

Čo si myslíte o Napoleonovom výroku, že treba mať jeden cieľ a za ním si ísť?

Človek má na sebe pracovať a okolie si ho všimne. Nemám rád ľudí, ktorí sa na niečo upnú a idú ako buldog. Človek má ísť k nejakému cieľu, ale nebyť naň upnutý, lebo

hradný program. Pre mňa je náhradný program šport.

Čo by ste na záver odkázali našim čitateľom?



Jednu dôležitú myšlienku. Keď bol bývalý prezident Rudolf Schuster v nemocnici, tak ho v Bratislave vozili a prevážali ho z miesta na miesto, lebo nemali CT. Rok potom som sa pýtal slovenského novinára, prečo nenapíšete o tom článok, čo sa za ten rok zmenilo? Ak sa opäť niečo stane prezidentovi, kde ho poveziete? Do Rakúska? Je hanbou, že Slováci nie sú schopní urobiť si jednu poriadnu fakultnú nemocnicu. Kramáre sú už staré a nemoderné, už svoje majú za sebou. Ružinov je tiež bieda. Jediná dobrá nemocnica je Antolská v Petržalke, lenže tá je malá, na to, aby bola univerzitnou nemocnicou. Vychovávame dorast a nemáme poriadnu nemocnicu na Slovensku. To je naozaj hanba. Všetci budeme raz chorí a budeme potrebovať starostlivosť. Dokonca aj tí, ktorí o tom dnes rozhodujú. ■

AUTORI: **Kateřina Langmaierová^{1,2}, Marta Vachová^{1,3}**

¹ KRAJSKÁ ZDRAVOTNÍ A. S., NEMOCNICA TEPLICE, NEUROLOGICKÉ ODDELENIE

² LÉKÁRNA U ANJELA, TEPLICE

³ MS CENTRUM, TEPLICE

SPRACOVALA: **Katarína Vráblová**

ODBORNÁ SPOLUPRÁCA: **PharmDr. Ľubomír Virág**

Vitamín D a roztrúsená skleróza



Roztrúsená skleróza býva označovaná ako choroba mierneho pásma. Incidencia stúpa s rastúcou vzdialenosťou od rovníka, preto je skúmaná súvislosť výskytu tohto ochorenia s aktuálnou hladinou vitamínu D v ľudskom organizme. Článok sumarizuje vývoj poznatkov v tejto oblasti. Roztrúsená skleróza (RS) je autoimunitné ochorenie centrálného nervového systému (CNS). V dôsledku zvýšenej aktivity imunitného systému dochádza k tvorbe mnohopočetných zápalových infiltrátov v CNS, v ktorých sú prítomné T-lymfocyty, makrofágy a v menšej miere B-lymfocyty. V dôsledku činnosti imunitného systému dochádza k postihnutiu myelínu aj neuronálnych axónov. Ataky choroby majú v priebehu roka rozdielny výskyt. Maxima dosahujú v apríli, v priebehu roka počet atakov postupne klesá, minimálna aktivita RS býva v októbri (1). V súčasnej dobe sa práve preto pozornosť zameriava na skúmanie vzťahu vitamínu D a progresie ochorenia RS.

Genetické polymorfizmy metabolizmu vitamínu D a RS

■ Štúdie naznačujú prítomnosť niekoľkých génov ovplyvňujúcich vnímavosť k RS, z ktorých najvýznamnejšie sú gény HLA komplexu. HLA komplex je sústava až 150 génov, ktoré sa nachádzajú na chromozóme 6. Tieto gény hrajú dôležitú úlohu v kódovaní molekúl imunitného systému. Vplyv na riziko vzniku choroby má haplotyp HLADRB1 *1501, ktorý moduluje prezentáciu antigénu medzi T-lymfocytmi a antigén prezentujúcimi bunkami a môže spôsobiť chyby (2). Vzniknuté zmeny v imunitnom systéme vedú k zvýšenému riziku ochorenia. Gény, ktoré kódujú hydroxylázy podieľajúce sa na vzniku aktívnej formy vitamínu D, podliehajú polymorfizmu. Genetická mutácia rs10741657 so vzťahom k CYP2R1 je spojená s vyššími hladinami vitamínu D. Ak je navyše

GLOBAL DISTRIBUTION OF MS



zdroj: <https://multiplesclerosis.net>

prítomná u HLA DRB1 *1501 negatívnych jedincov, predpokladá sa znížené riziko rozvoja RS (3, 4).

■ Genetickému polymorfizmu podlieha aj väzbové miesto pre vitamín D (VDR), u polymorfizmu rs 1544410 VDR génu sa predpokladá súvislosť s RS. Podľa Simona a kol. je protektívny efekt vitamínu D na rozvoj RS u tohto typu polymorfizmu najvýraznejší (5).

Endogénna syntéza vitamínu D, exogénny príjem a jeho riziká a jeho vzťah k imunitnému systému

■ Cholekalciferol vzniká v koži fotolýzou pod vplyvom UV žiarenia s vlnovou dĺžkou 290 – 320 nm z prekursoru 7-dihydrocholesterolu. Produkt fotolýzy je potom v pečeni hydroxylovaný enzýmom kódovaným génom CYP2R1 za vzniku 25-hydroxyvitamínu D3 (25 (OH) D) (3).

■ Druhá fáza – hydroxylácia potom prebieha v obličkách prostredníctvom 1α -hydroxylázy, kódovanej génom CYP27B1, za vzniku biologicky aktívnej formy 1,25-dihydroxyvitamínu D3 (1,25 (OH) $2D$). Vitamín D inhibuje proliferáciu T-lymfocytov, znižuje expresiu prozápalových cytokínov (najmä interleukínu 2 (IL-2), interleukínu 17 (IL-17) a interferónu γ (INF γ)) a aktivuje T-lymfocyty (3, 4). Na in vitro modeloch sa ukázalo, že najvyššiu prítomnosť VDR majú z buniek imunitného systému CD8 lymfocyty (6). CD4 lymfocyty a monocyty majú exprimované VDR v menšej miere (7). Na celkové množstvo vitamínu v organizme má vplyv ako slnečné žiarenie, tak diétny príjem. Po približne pätnásťminútovej celotelovej expozícii slnečnému žiareniu príslušnej vlnovej dĺžky odpovedá vlastná produkcia vitamínu D asi 10 000 IU. Ako uvádza vo svojej práci Holick a kol., príjem vitamínu D v bežnej strave je značne deficitný (11, 12).

■ Stav zásob vitamínu D lepšie ako 1,25 (OH) $2D_3$ s krátkym polčasom (cca 4 hodiny) reflektuje 25 (OH) D vzhľadom k svojmu dlhému biologickému polčasu

(20–60 dní). V dvoch veľkých klinických štúdiách – Health a Health Study II – bol hodnotený diétny príjem vitamínu D so vzťahom k RS. Závety týchto štúdií podporujú protektívny efekt vitamínu D (8). Podanie vyššej dávky cholekalciferolu je pre chorých výhodné, deficit vitamínu D už v tehotenstve a následne v období dospievania je jedným zo základných rizikových faktorov pre rozvoj ochorenia sklerózy multiplex (9).

■ Z uvedeného vyplýva relevantný vzťah aktívnej formy vitamínu D a imunitnej odpovede, a teda aj k ochoreniu RS. Do akej miery môže byť tento vzťah kauzálny, je predmetom súčasného výskumu.

■ Ďalšou problematikou je, vedľa samotného efektu vitamínu D, stanovenie jeho hladiny v organizme. Hladinu 25 (OH) D je možné stanoviť imunochemicky, či za použitia metódy kvapalinovej chromatografie s tandemovou hmotnostnou spektrometriou (LC-MS/MS) (10). V súčasnosti je zlatým štandardom LC-MS/MS (11). Optimálna hladina 25 (OH) D je medzi 60 a 200 nmol/l, závažný deficit potom predstavuje pokles pod 25 nmol/l (1). Organizmus bežne po expozícii slnečného žiarenia môže vyprodukovať až 10 000 IU vitamínu D, ako bolo vyššie uvedené. Práve od tohto faktu sa odvíja testovanie vyšších terapeutických dávok. Aktívna forma vitamínu D zasahuje do kalcio-fosfátovej homeostázy.

Výsledky vykonaných štúdií

■ Možný vzťah vitamínu D a RS sa sledoval najskôr v experimentálnom modeli. Nádejne sa javili výsledky u experimentálnej alergickej encefalopatie. V experimentálnom modeli pre RS sa ukázal pozitívny vplyv podávania vitamínu D (6, 13). Na základe získaných poznatkov sa ďalší výskum zamerával na asociáciu aktivity choroby s deficitom vitamínu D v organizme. Sezónne kolísanie gadolínium – pozitívnych lézií potvrdených magnetickou rezonanciou v súvislosti s vyššou sérovou hladinou 25 (OH) D zmieňuje vo svojej práci Kimball a kol. (14, 15). Štúdia BENEFIT sa snažila zistiť, či sa nízka hladina 25 (OH) D objavuje ako dôsledok ochorenia, alebo či je prediktívnym faktorom smerom

k aktivite choroby. Výsledky tohto prospektívneho sledovania ukazujú, že hladina 25 (OH) D v dobe klinicky izolovaného syndrómu silne predikuje aktivitu choroby v nasledujúcich štyroch rokoch. Pacienti so sérovou hladinou 25 (OH) D \geq 50 nmol/l mali štyrikrát menšie zmeny aktivity RS, resp. mieru disability vyjadrenú v škále Expanded Disability Status Scale (EDSS), než tí s hladinou pod 50 nmol/l (9). Časť výskumných prác je venovaná vitamínu D ako add-on terapii na základnú liečbu interferómom β . V menšej štúdií vykonanej Golanom a spolupracovníkmi bola kombinácia interferónu β a vitamínu D zvolená práve preto, že aktívna forma vitamínu D zasahuje vo zvieracích modeloch do tvorby interleukínov, ktoré zodpovedajú za flu-like syndróm, teda jeden z najčastejších nežiaducich účinkov pri základnej liečbe interferómom β . Výsledky práce nepotvrdzujú jednoznačne hypotézu z modelov zvieracích. Zmeny hladín IL-17 boli hodnotené po troch mesiacoch komedikácie vitamínom D. Produkcia IL-17 bola v skupine, ktorej bola podávaná vyššia dávka vitamínu D, veľmi heterogénna (16). Fitzgerald a kol. sledovali asociáciu hladín vitamínu D, aktivity a progresie RS u pacientov na terapii interferómom β 1b. Výsledky štúdie naznačujú, že hladina 25 (OH) D 50 nmol/l môže byť pre pacientov s relaps remitujúcou formou rozrúsenej sklerózy vzhľadom k progresii ochorenia príliš nízka (17). Kimball a kol. vo svojej štúdií z roku 2007 využili eskalačné dávky v rozmedzí od 700 mikrogramov do 7 000 mikrogramov týždenne, tzn. 28 000 IU až 280 000 IU týždeň pri súčasnom podávaní 1 200 mg kalcia. Pri vyšších dávkach cholekalciferolu možno počítať s postupným zvyšovaním hladiny 25 (OH) D o 0,7 nmol/l pri podaní 1 mikrogramu cholekalciferolu denne (14, 15). Bolo zistené, že do hladín zásobnej formy 25 (OH) D 440 nmol/l je možné považovať podávanie vitamínu D za bezpečné, u pacientov neboli pozorované hyperkalcémia ani hyperkalcúria.

Záver

Štúdie ukázali, že nedostatok vitamínu D v období tehotenstva a dospievania predstavuje jeden zo základných rizikových faktorov spojených s rozvojom RS (8). Vzhľadom k všeobecným diétnym zvyklostiam našej populácie je v našich podmienkach ťažké dosiahnuť optimálnu hladinu bez medikamentóznej suplementácie, z hľadiska bezpečnosti je vhodné najskôr stanoviť hladinu zásobnej formy vitamínu D. Optimálna hladina 25 (OH) D sa pohybuje medzi 60 – 200 nmol/l, pre pacientov sa javí výhodnejšia suplementácia na hornej hranici normy. K substitúcii je používaný cholekalciferol, jeho vplyv na vzostup hladín zásobnej formy 25 (OH) D je rýchlejší než pri použití ergokalciferolu, vitamínu D2. Dávka 100 IU, teda 2,5 mikrogramov cholekalciferolu denne, môže zvýšiť hladinu rezervnej formy o 2,5 nmol/l po dvoch až troch mesiacoch (18, 19). Ošetrojúci lekár by mal byť pacientom informovaný nielen o všetkých liečivách, ktoré užíva, ale aj o doplnkoch stravy. Vzhľadom k tomu, že v našich podmienkach je suplementácia vitamínom D kontrovaná a vzostup zásobných hladín je pozvoľný, je prípadné navýšenie kalcémie ľahko odhaliteľné, a teda aj korigovateľné. ■

Použitá literatúra

- Vachova M. Symptomatická liečba roztrúsené sklerózy. Postgraduálna medicína [online]. 2012; 2012(9): 36–42 [cit. 2016-03-26]. Dostupne z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgraduální-medicína/symptomatická-liečba-roztroušené-sklerózy-467515>.
- Ramagopalan SV, Heger A, Bertlang A, et al. A ChIP-seq defined genome-wide map of vitamin D receptor binding: Associations with disease and evolution. *Genome Research* [online]. 2010; 20(10): 1352–1360 [cit. 2016-03-11]. DOI: 10.1101/gr.107920.110. ISSN 10889051. Dostupne z: <http://genome.cshlp.org/cgi/doi/10.1101/gr.107920.110>.
- Michalik J, Čierny D, Lehotský J, Kurča E. Vybrane biologické a biochemické markery sklerózy multiplex. *Neurologie pro praxi*. 2014; 15(2): 68–70.
- Křížová L, Kollar B, Čarník Z. Genetické a environmentálne faktory zapojené do patogenezy sklerózy multiplex. *Česka a slovenska neurologie a neurochirurgie*. 2013; 76(4): 430–437.
- Simon KC, Munger KL, Yang X, Ascherio A. Polymorphisms in vitamin D metabolism related genes and risk of multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis* [online]. 2010; 16(2):133–138 [cit. 2016-03-28]. DOI: 10.1177/1352458509355069. ISSN 13524585. Dostupne z: <http://msj.sagepub.com/cgi/doi/10.1177/1352458509355069>.
- Niino M, Fukazawa T, Kikuchi S, Sasaki H. Therapeutic Potential of Vitamin D for Multiple Sclerosis. *Current Medicinal Chemistry*. 2008; 15(5): 499–505.
- Mora JR, Iwata M, von Andrian UH. Vitamin effects on the immune system: vitamins A and D take centre stage. *Nature Reviews Immunology* [online]. 2008; 8(9): 685–698 [cit. 2016-03-26]. DOI: 10.1038/nri2378. ISBN 10.1038/nri2378. Dostupne z: <http://www.nature.com/doi/10.1038/nri2378>.
- Munger KL, Zhang SM, O'Reilly E, Hernan MA, Olek MJ, Willeit WC, Ascherio A. Vitamin D in take and incidence of multiple sclerosis. *Neurology* [online]. 2004 Jan; 62(1): 60–65 [cit. 2016-03-11]. Dostupne z: [www.http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.328.9213&rep=rep1&type=pdf](http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.328.9213&rep=rep1&type=pdf).
- Ascherio A, Munger KL, White R, et al. Vitamin D as an early predictor of multiple sclerosis activity and progression. *JAMA Neurology* [online]. 2014; 71(3): 306–314 [cit. 2016-03-13]. DOI:10.1001/jamaneuro.2013.5993. ISSN 21686157. Dostupne z: <http://nlk.summon.serialssolutions.com>.
- Friedecky B, Vavrova J. Současný stav stanovení vitamínu D v seru in Klin. Biochem. Metab., 20(41), 2012; No. 3, 174–117.
- Holick MF, Chen TC. Vitamin D deficiency: a world wide problem with health. *Am J Clin Nutr* [online]. 2008; 87(suppl.),1080S–1086S [cit. 2016-03-26]. Dostupne z: <http://www.medvik.cz/>.
- Holick MF. Optimal Vitamin D Status for the Prevention and Treatment of Osteoporosis. *Drugs Aging* [online]. 2007; 24(12): 1017–1029 [cit. 2016-03-10]. Dostupne z: www.medvik.cz.
- Becklund BR, Severson KS, Wang SV, Deluca HF. UV radiation suppresses experimental autoimmune encephalomyelitis independent of vitamin D production. *Proceedings of the National Academy of Sciences* [online]. 2010; 107(14): 6418–6423 [cit. 2016-03-26]. DOI: 10.1073/pnas.1001119107. ISSN 00278424. Dostupne z: <http://www.pnas.org/cgi/doi/10.1073/pnas.1001119107>.
- Kimball SM, Ursell MR, O'Connor P, Vieth R. Safety of vitamin D3 in adults with multiple sclerosis. *Am J Clin Nutr* [online]. 2007; 86(3): 645–651 [cit. 2016-02-26]. Dostupne z: <http://ajcn.nutrition.org/content/86/3/645.full.pdf+html>.
- Vieth R, Kimball SM, Hu A, Wolfish PG. Randomized comparison of the effects of the vitamin D3 adequatein take versus 100 mcg (4000 IU) per day on biochemical responses and the wellbeing of patients. *Nutrition Journal* [online]. 2004; 3(1): 8–18 [cit. 2016-03-26]. DOI: 10.1186/1475-2891-3-8. ISSN 14752891. Dostupne z: <http://www.nutritionj.com/content/3/1/8>.
- Golan D, Halhal B, Glass-Marmor L, et al. Vitamin D supplementation for patients with multiple sclerosis treated with interferon-beta: a randomized controlled trial assessing the effect on flu-like symptoms and immunomodulatory properties. *BMC Neurology* [online]. 2013; 13(1): 60–[cit. 2016-03-26]. DOI: 10.1186/1471-2377-13-60. ISSN 14712377. Dostupne z: <http://www.biomed-central.com/1471-2377/13/60>.
- Fitzgerald KC, Munger KL, Kochert K, et al. Association of Vitamin D Levels With Multiple Sclerosis Activity and Progression in Patients Receiving Interferon Beta-1b. *JAMA Neurology* [online]. 2015; 72(12): 1458–65 [cit. 2016-03-13]. DOI: 10.1001/jamaneuro.2015.2742. ISSN 21686157. Dostupne z: <http://nlk.summon.serialssolutions.com/>.
- Munger KL, Ascherio A. Prevention and treatment of MS: studying the effects of vitamin D. *Multiple Sclerosis Journal* [online]. 2011; 17(12): 1405–1411 [cit. 2016-03-26]. DOI: 10.1177/1352458511425366. ISSN 13524585. Dostupne z: <http://msj.sagepub.com/cgi/doi/10.1177/1352458511425366>.
- Munger KL, Chitnis T, Frazier AL, Giovannucci E, Spiegelmann D, Ascherio A. Dietary in take of vitamin D during adolescence and risk of multiple sclerosis. *Journal of Neurology* [online]. 2011; 258(3): 479–485 [cit. 2016-03-28]. DOI: 10.1007/s00415-010-5783-1. ISSN 03405354. Dostupne z: <http://link.springer.com/10.1007/s00415-010-5783-1>.



SM KOMPAS JE ODBORNÁ SLUŽBA SPOČÍVAJÚCA V PORADENSTVE A PODPORE, KTORÚ POSKYTUJE PACIENTOM S OCHORENÍM NA SKLERÓZU MULTIPLEX SPOLOČNOSŤ TEVA Pharmaceuticals Slovakia s. r. o.

TÁTO SLUŽBA PODPORY PACIENTOV ZAHŔNUJE

- Webovú stránku s užitočnými radami vrátane sociálnej poradne, kde pacient môže popísať svoj konkrétny problém.
- Mobilnú aplikáciu SM Kompas, ktorá pripomenie pacientom, kedy a kam majú aplikovať injekciu.
- Telefónnu linku, ktorá funguje v pracovných dňoch od 9:00 do 17:00, kde pacienti dostanú odpovede ohľadne lieku, jeho skladovania, prepravy, riešenia prípadných kožných reakcií atď.

- Časopis SKOMPASOM, ktorý vychádza dvakrát ročne.
- Ďalšie vzdelávacie materiály.

MOBILNÁ APLIKÁCIA SMKOMPAS PONÚKA

- Vzdelávanie pacienta - informovanosť pacienta o jeho ochorení je nevyhnutnou súčasťou úspešnej liečby.
- Podporu adherencie - aplikácia SMKOMPAS môže významne ovplyvniť mieru spolupráce pacienta s lekárom.
- Zapojenie pacienta - pacient sa viac zapojí do procesu liečby.



WEBOVÁ STRÁNKA WWW.SMKOMPAS.SK OBSAHUJE

- Mnoho zaujímavých článkov, ktoré Vám poradia a pomôžu pokračovať v aktívnom živote s touto diagnózou.
- Zaujímavú časť, kde si môžete nájsť svojho odborníka, psychologickú alebo sociálnu poradňu.
- Ak máte ďalšie otázky, zodpovieme ich pomocou kapitoly Vaše otázky, kam ich môžete online poslať.

VAŠE OTÁZKY ZODPOVIEME AJ NA TELEFONICKEJ INFORMAČNEJ LINKE SMKOMPAS S ČÍSLOM 0948 566 727, KTORÁ JE VÁM K DISPOZÍCII V PRACOVNÝCH DŇOCH OD 9:00 HOD. DO 17:00 HOD.

Dátum výroby: Január 2016 Kód: SK/CPX/16/0008

0948 566 727

WWW.SMKOMPAS.SK

v organizačnej štruktúre, ktoré vnášali do jeho fungovania určitú mieru chaosu. Po vzniku malo povereníctvo päť oddelení, avšak už 1. januára 1946 svoju štruktúru zmenilo. Nová štruktúra mala ustálenejší charakter. Ústredie povereníctva malo štandardne dve základné zložky: prezídium a sekretariát. Ďalej sa delilo na dva rezorty, ktoré mali určitým spôsobom vplyv na riadenie a organizáciu farmaceutického priemyslu. Prvým bol rezort priemyslu. V rámci neho bolo zriadené samostatné oddelenie pre výskumníctvo. Pre riadenie znárodneného priemyslu, a teda aj znárodnených farmaceutických podnikov, bol dôležitý najmä III. odbor národných správ. Úlohou národnej správy bolo vykonávanie najvyššieho vedenia a usmerňovanie hospodárstva sústredeného pod národnou správou. Základom danej činnosti bolo:

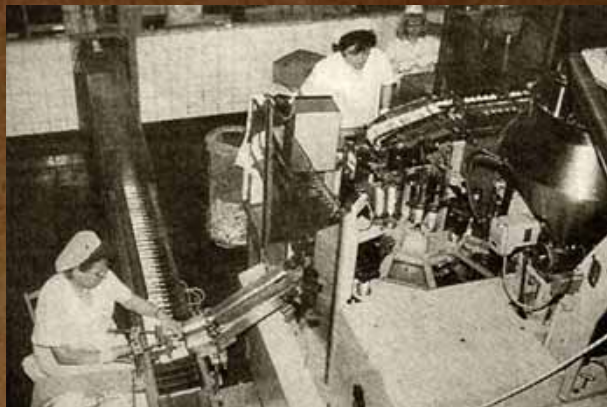
- organizovanie národnej správy v jednotlivých národných podnikoch,
- vykonávanie dozoru nad národnou správou v jednotlivých podnikoch,
- štúdium problematiky súvisiacej s národnou správou,
- podpora národných správ prostredníctvom rád a informácií v jednotlivých úsekoch jej činnosti,
- príprava noriem a iných opatrení určených na poštátnenie priemyslu.

Druhým rezortom bol rezort obchodu, ktorý bol rozdelený podľa priemyselných skupín a boli tu zaradené aj niektoré ďalšie odbory, ktoré súviseli s obchodom. Farmaceutický priemysel patril do priemyselnej skupiny XIV. skupina chemického priemyslu. V rokoch 1946 až 1948 fungovala na povereníctve upravená organizačná štruktúra. Základné zložky prezídium a sekretariát ostávajú, a zostalo aj rozdelenie na priemyselný a obchodný rezort. Výraznejšie zmeny nastali v priemyselnom rezorte, ktorý sa delil na odbory a oddelenia. V rámci rezortu stále existovalo samostatné oddelenie pre výskumníctvo.

Farmaceutický priemysel bol stále vedený ako zložka chemického priemyslu, nešlo o samostatné odvetvie. Rezort bol rozdelený na jednotlivé odbory podľa účelu. Pre farmaceutický priemysel boli významné:

- II. odbor zásobovací – oddelenie chémie označenie: II./8
- III. odbor národných správ – oddelenie národnej správy označenie: III./1
- IV. odbor výstavby a plánovania – oddelenie chémie označenie: IV./2

Okrem iných povinností a úloh povereníctvu patrila tiež spoluúčasť s centrálnymi riadiacimi orgánmi v Prahe na riadení oblastných riaditeľstiev jednotlivých národných podnikov na Slovensku. Dňa 13. decembra 1948 sa na povereníctve zriadil nový IV. odbor – oddelenie obchodné a národných podnikov. Sem patrilo aj uvalovanie národných správ na jednotlivé podniky, ktoré spadali pod znárodnenie. Oddelenie riešilo najmä otázky z okruhu:



- majetkovoprávných otázok, ktoré vyplývajú z rozdelenia znárodnených podnikov a následného rozdelenia medzi niekoľko národných podnikov,
- zo znárodnenia veľkoobchodov a ich začlenenia do národných podnikov.

Vzhľadom na novú politickú situáciu po februári 1948 došlo k ďalšej reštrukturalizácii povereníctva v roku 1949. Ak chcelo povereníctvo efektívne riadiť priemysel, muselo sa prispôbiť hospodárskej štruktúre, ktorá bola založená na plánovanom hospodárstve. Pri vzniku novej organizačnej štruktúry sa vychádzalo najmä z analogickej štruktúry centrálnych riadiacich orgánov – ministerstiev v Prahe. Všetky pripravené zmeny boli vykonané prostredníctvom výnosu povereníka zo dňa 10. novembra 1949. Základná štruktúra povereníctva sa stále delila na odbory a oddelenia, no zadelenie jednotlivých priemyselných odvetví už má iné triedenie, ktoré sa prejavilo aj novým číselným značením. Farmaceutický priemysel stále patril do odvetvia chémie. To zas do sektoru priemyslu 200, skupiny ťažkého priemyslu 210 a odvetvia chémie 214. Takto vytvorená organizačná štruktúra pretrvávala až do komplexnej reorganizácie štátnej správy v roku 1951.





■ Zákonom č. 4/1951 Zb. zo dňa 30. januára 1951 sa zmenil počet a pôsobnosť povereníctiev.² Povereníctvo pre priemysel a obchod sa rozdelilo na dve samostatné povereníctva: Povereníctvo priemyslu a Povereníctvo obchodu. Vládnym nariadením č. 75/1951 Zb., zo dňa 11. septembra 1951, ktorým sa zriadili nové povereníctva³ sa zároveň zriadilo Povereníctvo ľahkého priemyslu, ktoré tiež prebralo časť úloh Povereníctva pre priemysel a obchod. Kompetencie Povereníctva pre priemysel a obchod boli postupne rozdelené medzi tieto tri novovzniknuté povereníctva, ako i ďalšie, ktoré dopĺňajú celú štruktúru. Celý priemysel bol sústredený pod Povereníctvo priemyslu a Povereníctvo ľahkého priemyslu s výnimkou stavebných hmôt a drevárskeho priemyslu, kde vznikli samostatné povereníctva a agenda obchodu prešla pod Povereníctvo obchodu.

■ Farmaceutický priemysel na Slovensku nemal také zázemie ako v Čechách. Výrobné farmaceutické celky boli postupne znárodňované a sústredované pod Ministerstvo priemyslu, na Slovensku pod Povereníctvo pre priemysel a obchod. Ústredným orgánom v oblasti zdravotníctva na Slovensku bolo Povereníctvo pre zdravotníctvo [PZd]. Vznik PZd sa odvíjal od týchto legislatívnych noriem: Nariadenia SNR č. 3/1944 Zb. zo dňa 1. septembra 1944 o zriadení ústredných orgánov,⁴ Nariadenia SNR č. 37/1944 Zb. zo dňa 13. októbra 1944

o povereníkoch Slovenskej národnej rady a ich zástupcoch⁵ a Nariadenia predsedníctva SNR č. 27/1945 Zb. zo dňa 7. apríla 1945 o zriadení ústredných úradov⁶, ktorým bolo PZd zriadené. Následne organizáciu povereníctiev v rámci ČSR upravila 5. kapitola Ústavného zákona ČSR č. 150/1948 Zb.⁷

■ V rámci organizácie PZd je možné definovať štyri základné vývojové obdobia:

1. **obdobie:** máj 1945 – december 1949
2. **obdobie:** január 1950 – december 1950
3. **obdobie:** január 1951 – jún 1952
4. **obdobie:** júl 1952 – 1960

Prvé obdobie formuje vnútornú organizáciu PZd, no vzhľadom na skutočnosť, že existujúci farmaceutický priemysel kompetenčne spadal pod Povereníctvo pre priemysel a obchod, nie je dané obdobie významné. Do druhého obdobia už spadajú počiatky snáh budovania farmaceutického priemyslu na Slovensku organizovaného Ministerstvom zdravotníctva. Tu sa zároveň začali formovať aj ústredné orgány pre riadenie farmaceutického priemyslu.

■ Základom reštrukturalizácie začiatkom roka 1950 bolo Vládní nařízení č. 23/1949 ze dne 8. února 1949 o hospodárskych referátech krajských národných výborů,⁸ ktorým sa delegovala časť právomocí na krajské národné výbory. Výkon pôsobnosti upravili organizačné poriadky č. 123-28066/49 zo dňa 22. decembra 1949 a opatrenie č. 621-6600/50 zo dňa 28. februára 1950. Na základe daných opatrení vznikli odbory a oddelenia, ktoré sa aspoň okrajovo dotýkali aj farmaceutického priemyslu a výskumu. Bol to najmä odbor I./1 pre zdravotnícky výskum a štatistiku, odbor IV./1 pre plánovanie a distribúciu liečiv a odbor IV./2 pre zdravotnícky materiál.

■ Organizačná štruktúra, ktorá vznikla na začiatku roka 1950, existovala pomerne krátko. Už začiatkom nasledujúceho roka 1951 bola opätovne upravovaná. Podľa organizačnej smernice č. 621-50989/50 nastali rozsiahle zmeny najmä v odboroch II. až IV. Organizačné zmeny sa farmaceutického priemyslu najmä vzhľadom na jeho vtedajšie postavenie nedotýkajú. V rámci PZd vznikol samostatný odbor hygieny a epidemiológie a oddelenie III./2 pre lekárske zásobovanie. Podobne ako predchádzajúce organizačné úpravy ani táto nemala dlhé trvanie. V júli 1952 sa opäť zmenila. Pre farmaceutický priemysel majú však na rozdiel od predchádzajúcich organizačných úprav význam podstatne väčší.

■ Nová organizačná úprava vstúpila do platnosti 1. júla 1952 vydaním nového organizačného poriadku č. 100-1287 1952, ktorý bol doplnený opatrením č. 32-29.900 1952. PZd bolo rozdelené na tri úseky „A“, „B“ a „C“. V rámci úseku „A“ vznikol opatrením povereníka č. 100-1630/52 zo dňa 21. júla 1952 samostatný referát zdravotného výskumu. Pre farmaceutický

² Zákon č. 4/1951 Zb. zo dňa 30. januára 1951, ktorým sa mení počet a pôsobnosť povereníctiev. Čiastka 3. Strana 15.

³ Vládné nariadenie č. 75/1951 Zb., zo dňa 11. septembra 1951, ktorým sa zriaďujú nové povereníctva. Čiastka 39. Strana 225.

⁴ Nariadenie Slovenskej národnej rady č. 3/1944 Zb. zo dňa 1. septembra 1944 o zriadení ústredných orgánov. Čiastka 1., s. 1 – 2. Roč. 1944.

⁵ Nariadenie Slovenskej národnej rady č. 37/1944 Zb. zo dňa 13. októbra 1944 o povereníkoch Slovenskej národnej rady a ich zástupcoch. Čiastka 9., s. 23 – 24. Roč. 1944.

⁶ Nariadenie Predsedníctva Slovenskej národnej rady č. 27/1945 Zb. zo dňa 7. apríla 1945 o zriadení ústredných úradov. Čiastka č. 4, s. 32 – 33. roč., 1945.

⁷ Ústavný zákon č. 150/1948 Sb. ze dne 9. května 1948 Ústava Československé republiky. Částka 52. Strana 1083.

⁸ Vládní nařízení č. 23/1949 ze dne 8. února 1949 o hospodárskych referátech krajských národných výborů. Částka 10. Strana 131.

súťaž



Vyhrajte vstupenky do SND!



Foto: R. Tappert

Tom Stoppard: Arkádia

priemysel však bol dôležitejší úsek „C“, kde existovala IX. - Hlavná správa hmotného zásobovania, ale predovšetkým Referát hlavnej správy výroby liečiv a antibiotík s označením C/2. Jeho hlavnou úlohou bolo v rámci zmocnenia, ktoré mu bolo dané celoštátnou hlavnou správou výroby liečiv, sledovať a zaisťovať plán výstavby nových závodov. Zabezpečoval plnenie plánu no výrobných podnikoch a podával návrhy na zabezpečenie vývoja výroby liečiv. Na danom základe sa PZd priamo podieľalo na budovaní farmaceutického priemyslu na Slovensku, no jeho kompetencie boli veľmi obmedzené a tak výstavba podnikov de facto stále ostávala predovšetkým v rukách Ministerstva zdravotníctva v Prahe.

Zákonom č. 103/1950 Zb. o národných podnikoch priemyslových Ministerstvo zdravotníctva dostalo kompetencie pre vytvorenie vlastného farmaceutického priemyslu. Ministerstvo túto možnosť okamžite využilo a začalo budovať vlastný priemysel. Navyše pod svoje krídla sústredilo až na malé výnimky aj ostatný humánný farmaceutický priemysel. Jeho riadenie bolo centralizované a vykonávané prostredníctvom hlavných správ.

PRAMENE A LITERATÚRA:

1. DRÁBEK, Pavel. **Počátky průmyslu: Vývoj ve světě.** In BRONCOVÁ, Dagmar. (Editor) 2003. Historie farmacie v Českých zemích. Praha: MILPO. 2003, s. 61 – 64. ISBN 80-86098-30-3
2. DRÁBEK, Pavel. **Rozvoj průmyslu po roce 1945: Vývoj v Československu v letech 1945 až 1959.** In BRONCOVÁ, Dagmar. (Editor) 2003. Historie farmacie v Českých zemích. Praha: MILPO. 2003, s. 77 – 81. ISBN 80-86098-30-3
3. HALLON, Ľudovít. **Farmácia u nás: od lekárnice po nadnárodnú holdingu** In Hospodárske noviny - príloha: Biznis. Bratislava: ECOPRESS. 21. novembra 2005, roč. XIII., č. 222., s. 23. Reg. č. 712/92 ISSN 1335-4701
4. HALLON, Ľudovít. **Zahraničný obchod Slovenska po druhej svetovej vojne.** In Hospodárske noviny - príloha: Biznis. Bratislava: ECOPRESS. 12. júna 2004, roč. XII., č. 133., s. 21. Reg. č. 712/92 ISSN 1335-4701
5. KRASNOVSKÝ, Branislav. **Rozvoj drobného podnikania vo farmácii do roku 1948.** In Hospodárske noviny 26. - 28. januára 2001, ročník 9, č. 19, s. 8.
6. KRASNOVSKÝ, Branislav. **Vývoj farmaceutického priemyslu na Slovensku v rokoch 1867 - 1948.** In Z dejín vied a techniky na Slovensku. XVIII. Bratislava SAV. Historický ústav - oddelenie dejín vied a techniky. Slovenská spoločnosť pre dejiny vied a techniky pri SAV. 2000, s. 95 – 99. ISBN 80-88880-40-8
7. KUČEROVÁ, Mária. **Vývoj lekárenstva na Slovensku v medzivojnovom období** In MOROVICS T. Miroslav. (editor) Z dejín vied a techniky na Slovensku XVII. Bratislava: Historický ústav SAV. Slovenská spoločnosť pre dejiny vied a techniky pri SAV. 1997, s. 85 – 91. ISBN 80-88899-00-1
8. KUČEROVÁ, Mária - RUSEK, Václav. **Úvod do štúdia a dejiny farmácie.** Bratislava Univerzita Komenského v Bratislave, Farmaceutická fakulta. 1981. 70 s.
9. NIKLÍČEK, Ladislav - ŠTEIN, Karel. **Dejiny medicíny v datech a faktech.** Praha: Avicenum, zdravotnícké nakladateľstvá. 1985. 376 s.
10. RUSEK, Václav - KUČEROVÁ, Mária. **Úvod do štúdia farmacie a dejiny farmácie. Učebnice pro farmaceutické fakulty.** Praha: Vydalo Avicenum, zdravotnícké nakladateľstvá, n. p. 1983. 196 s. 08-058-83

Príbeh jednej z najvýnimočnejších súčasných britských hier sa odohráva v dvoch časových rovinách. Tá prvá začiatkom devätnásteho storočia v idylickom vidieckom sídle anglickej aristokratickej rodiny v dobových reáliách a kostýmoch a tá druhá na tom istom mieste v súčasnosti. Pamiatku na lásky, intrigy, žiarlivosť, všedné okamihy či tragédie členov rodiny a návštevníkov ich sídla uchováva len zopár stôp v listoch, poľovníckych denníkoch aj v zbierke básní s venovaním. Úspešná spisovateľka a literárny vedec sa na základe týchto indícií s vášnivým zaujätím snažia zrekonštruovať, čo sa pred dvesto rokmi mohlo stať. Skutočnosť sa im však nikdy nepodarí úplne odhaliť. Vďaka rafinovanej kompozícii hry divák vie, alebo aspoň tuší, čo sa stalo „naozaj“, v čom sa súčasníci blížila skutočnosti a kde sa fatálne mylia. Takáto kompozícia je zdrojom skvelého humoru, takmer detektívneho napätia, ale aj hlbšej myšlienkovkej konštrukcie. Život sa riadi vlastnými, nevyočítateľnými a pre človeka nepoznateľnými pravidlami napriek tomu, že všetko so všetkým súvisí. Ústrednou témou Arkádie je však láska, vášnivá túžba, s akou sa dotýkajú telá i duše. Dve časové roviny príbehu sa tak odvíjajú pred nami paralelne a pri čiastočnom odhalení tajomstiev napokon splynú.

SÚŤAŽNÁ OTÁZKA: Ktorý známa herečka stvárňuje postavu Lady Croomovej?

Svoje odpovede posielajte **do 2. januára 2017** na adresu redakcie poštou alebo e-mailom na: lekarnik@unipharma.sk.

K správnej odpovedi pripíšete názov a sídlo lekárnice, v ktorej pôsobíte. Výherca získa dve vstupenky na **inscenáciu Arkádia, ktorá sa uskutoční 19. januára 2017 o 18,00 v Novej budove SND v Sále činohry.**

Vyhodnotenie novembrovej súťaže o dve vstupenky na predstavenie v SND:

Správna odpoveď na otázku z minulého čísla znie: **Libreto Krútnavy je napísané na motívy novely Mila Urbana Za vyšným mlynom.**

Na predstavenie sa môže tešiť: **Mgr. Ľubica Mihalovičová, Nemocničná lekáreň, DFNSP, Bratislava** Srdečne gratulujeme.

www.snd.sk

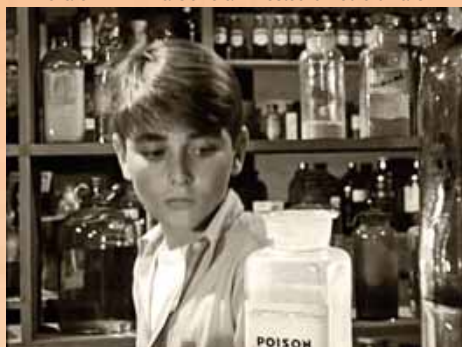


PhDr. PaedDr.
Uršula Ambrušová, PhD.
Východoslovenské múzeum
v Košiciach

ŽIVOT JE KRÁSNY



↑ Lekárňu Mr. Emila Gowera v mestečku Bedford Falls.



↑ Mladý George Bailey v lekárni pána Gowera.



↑ Keď mal George 12 rokov, jeho mladší brat pri sánkovaní spadol do ľadovej vody, George mu vtedy zachránil život.

Krásny dojemný vianočný film s titulom najlepší film všetkých dôb.

* Americký rodinný film o ľudskej добрote a láske, v ktorom opäť zohráva svoju úlohu lekárnik a lekárňu má názov Život je krásny (It's a Wonderful Life). Príbeh plný sentimentu, v ktorom hlavným hrdinom je George Bailey. Mladý George popri škole pracuje v lekárni u pána Gowera. Lekárňu Gower Drugs má tri časti. V prvej je officína, predajňa rôznych liečiv, drogistického tovaru a cukrovíniok. Mobilár lekárne tvorí nábytok zo začiatku 20. storočia. V lekárni je množstvo poličiek, v nich fľaštičky prevažne sklenené, rôznych tvarov a veľkostí, krabičky, dózy, výrobky ako Vaseline, Camphora, Rizin, Penetro sirup proti kašľu, Pepto-Bismol kapsule na zažívacie ťažkosti a hnačky, Bayer Aspirín na chrípku a nachladnutie, ale i fajky Peterson, cigary La Unica, cigarety Camel, Lucky Strike, Chesterfield, Sweet Caporal, nápoj Cola-Cola, či známy americký časopis The Saturday Evening Post. Na täre je umiestnená kovová registračná pokladňa značky National. V miestnosti za textilným závesom sa nachádza laboratórium a za sklenenou stenou s nápisom Prescriptions je výdajňa liekov na recepty. Jedného dňa si George prečíta telegram adresovaný pánovi Gowerovi o smrti jeho syna na chrípku. Nešťastný, žiaľom zasiahnutý a opitý lekárnik omylom naplní lekárenskú krabičku jedom. George ho má zaniest pacientke. Lekárnik ho vyhreší, že sa pacientka nedočkala lieku na záškrt. George mu však povie, že do liekovej krabičky dal omylom nesprávny liek, resp. jed. Keď to lekárnik zistí a uvedomí si, že pochybil a čo mohol spôsobiť s plačom objíme chlapca.

* Príbeh vlastne začína od konca, kedy muž menom George Bailey chce v predvečer Štedrého dňa roku 1945 ukončiť svoj život samovraždou. Nebeské sily mu však



↑ Hlavné myšlienky filmu sú: „Nikto nie je chudobný, pokiaľ má priateľov. Pomáhať druhým sa vypláca. Dobro bude odmenené dobrom.“

V roku 2006 sa film umiestnil na 37. mieste v anke o 100 najobľúbenejších rodinných filmov. Bol zaradený aj do zoznamu filmov s vysokou morálnou hodnotou, ktorý vydal Vatikán v roku 1995 na želanie pápeža Jána Pavla II.

- Zaujímavosťou je, že filmové štúdio Columbia Pictures sa nachádzali na ulici Gower (Gower Street, dnes Sunset Gower Studios), preto režisér Frank Capra pomenoval lekáreň Gower Drugs. Dokonca na tejto ulici sa skutočne nachádzala lekáreň, ktorú s obľubou navštevovali zamestnanci z ateliérov Columbia Pictures.
- Film bol v roku 1977 prepracovaný. V novej verzii filmu s názvom Stalo sa raz na Vianoce (It Happened One Christmas) lekáreň Gower Drugs má už klasickú podobu lekárne s názvom Pharmacy.

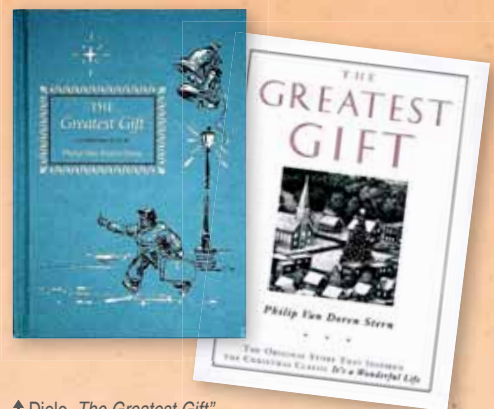
pošlú svojho zástupcu anjela druhej triedy Clarence, ktorý sa snaží získať krídla. Aby mu vedel pomôcť, sleduje najdôležitejšie okamžiky v živote dobráka Georgeho v mestečku Bedford Falls. George po promócií a smrti otca sa vzdá svojho cestovateľského sna, aby viedol rodinný podnik na stavebné pôžičky. Jeho dlhoročným protivníkom je bohatý bankár Henry F. Potter, ktorý sa ho snaží presvedčiť, aby mu prepustil firmu. George ponúka cenovo dostupné bývanie pre ľudí a pomáha ľuďom vo svojom rodnom meste. Ožení sa s Mary, s ktorou majú štyri deti. Tak to ide niekoľko rokov, až kým jeho strýko nestratí osem tisíc dolárov. Nešťastný George si želá, aby sa nikdy nenarodil a pokúša sa o samovraždu. Vo chvíli keď chce zoskočiť z mosta sa objaví Clarence jeho anjel strážny. Ten mu ukáže, ako by vyzeral jeho život keby sa nenarodil. Matka ho nepozná, na cintorine objaví hrob svojho brata, ktorého nemal kto zachrániť pred utopením, nikdy sa neoženil so svojou láskou Mary, jeho rodné mesto je pomenované Pottersville, stavebné pôžičky sú zatvorené a pán Gower lekárnik bol nedávno prepustený z väzenia za zabitie pacienta... Napokon George zistí, že aj keď sa ocitol v núdzi má vo svojom okolí priateľov a že život je krásny.

* Film aj dnes patrí medzi najobľúbenejšie americké filmy sledované počas Vianoc. V roku 1946 ho produkoval a režíroval Frank Capra. Príbeh bol založený na poviedke s názvom „The Greatest Gift“, ktorú napísal Philip Van Doren Stern v roku 1939. Dielo vyšlo knižne v roku 1945. ■



Philip Van Doren Stern
(1900 – 1984)

– bol americký autor, editor, románopisec, životopisec a historik. Narodil sa do skromnej rodiny. Jeho otec bol potulný kupec bavorského pôvodu. Mladý Stern vyrástol v Brooklyne, New Yorku a New Jersey. Po výtudovaní na Rutgers University v New Jersey v roku 1924 začal pracovať v reklame, neskôr ako redaktor v nakladateľstve. Napísal okolo 40 kníh, v ktorých sa venoval najmä občianskej vojne a niekoľko poviedok v sci-fi žánri. Z jeho tvorby sú známe biografie Abrahama Lincolna a Edgara Allana Poeho. Po tom čo nevedel nájsť vydavateľa, v decembri 1943 rozposlal 200 kópií diela svojim priateľom. Príbeh sa dostal do pozornosti producenta Davida Hempsteada, ktorý to ponúkol hollywoodskému agentovi z RKO Pictures Cary Grantovi. Ten v roku 1944 odkúpil práva k príbehu za 10.000 dolárov.



↑ Dielo „The Greatest Gift“
Philipa Van Doren Sterna vyšlo v roku 1945.

Ilustrácie boli použité z internetových stránok:

- [https://sk.pinterest.com/search/pins/?q=It%27s%20a%20Wonderful%20Life%201946&rs=typed&term_meta\[\]=It%27s%20a%20Wonderful%20Life%201946%7Ctyped&remove_refine=It%27s%20a%20Wonderful%20Life%201945%7Ctyped](https://sk.pinterest.com/search/pins/?q=It%27s%20a%20Wonderful%20Life%201946&rs=typed&term_meta[]=It%27s%20a%20Wonderful%20Life%201946%7Ctyped&remove_refine=It%27s%20a%20Wonderful%20Life%201945%7Ctyped)
- <http://www.findagrave.com/cgi-bin/fg.cgi?page=gr&id=103535611>
- <https://tvgmoviereviews.com/2012/12/24/movies-that-everyone-should-see-its-a-wonderful-life/>
- <http://www.abebooks.com/book-search/title/the-greatest-gift/author/van-doren-stern/first-edition/>
- <http://mullenbooks.blogspot.co.ke/2011/11/greatest-gift.html>

AUTOR:

MUDr. Katarína Molnárová

FOTO: Radka Staňková, Katarína Molnárová

BURUNDI – drobná krajina v strede afrického kontinentu. Taká malá, že na mapách Afriky je väčšinou zobrazovaná iba bodkou. Zatiaľčo väčšinu Afriky predstavuje rovina a savana, Burundi je, podobne ako jej sused Rwanda, hornatá krajina. S Rwandou ju však nespájajú iba hranice a hornatý reliéf, ale i história, takmer totožný jazyk a opäť to nešťastné členenie na kmene, ktoré rovnako ako v Rwande, stálo a stále stojí životy jej mnohých obyvateľov.

Zasa raz na hranici občianskej vojny?

■ Odhaduje sa, že v Burundi na kmeňové čistky Hutu & Tutsi zomrelo podobne veľa ľudí ako v Rwande. Ale keďže sa to neudialo náhle a dramaticky v jednej vlnе genocídy, Burundi ostala akosi stranou. V roku 2007 to bola podľa rebríčka HDP najchudobnejšia krajina sveta. Burundania, až do arabskej jari v roku 2011, tvorili druhú najpočetnejšiu skupinu utečencov na svete.

Viac slobody, viac anarchie?

■ V Burundi sa prezidentovi nepodarilo vybudovať takú nepriestrelnú diktatúru ako v Rwande, takže sa tu otvorenejšie diskutuje politika či kmeňová príslušnosť, hoci aj v Burundi je táto téma stále tabu. Rovnako medzikmeňové manželstvá sú tu oveľa častejšie. Ruka v ruke v mnohých afrických krajinách s väčšou slobodou však ide väčšia anarchia a, bohužiaľ, aj korupcia. Naše pokusy o realizáciu projektov – poskytnúť okrem základnej lekárskej starostlivosti aj zubárske ošetrovanie či starostlivosť

oftalmologickú – rýchlo skončili na skutočnosti, že na distribúciu dioptrických okuliarov alebo trhanie zubov tu má monopol pár ľudí, ktorí podplatia miestne authority a tí potom nedovolia vykonávať tieto služby ani kvalifikovaným ľuďom z Európy.

■ Uvoľnenejší politický režim tu cítiť aj z vyžarovania ľudí – napriek tomu, že Burundi a Rwanda majú k sebe blízko asi ako Česko a Slovensko, v minulosti boli spojení ako jedna krajina a ich jazyky sa od seba odlišujú nie viac ako čeština a slovenčina, Burundania sú menej rezervovaní. Viacej sa smejú, majú ešte menší osobný priestor a ešte viacej než Rwandania zízajú na belochoch (neverila by som, že sa to dá, ale áno, dá sa to). Aha, a uvidíte tu výrazne viacej fajčiarov – v Rwande fajčenie takmer neexistuje. Nie kvôli kvalitnej osвете, ale z dôvodu, že jeden z tých Hutuov, čo stáli za genocídou, vlastnil tabakový priemysel. A fajčiť by mohlo znamenať, že sympatizujete s predchádzajúcou vládou, čo naozaj nechcete riskovať. Situácia sa nezlepšila ani v poslednom období – najmä teraz, keď prezident Pierre Nkurunziza (Hutu) porušil ústavu a nechal sa zvoliť tretíkrát,





↑ Pygmejovia, hoci pôvodné obyvateľstvo Burundi, tvoria v súčasnosti opovrhovanú minoritu (cca 1 % obyvateľstva). Školu navštevuje iba malé percento týchto detí a negramotnosť pygmejскеj populácie v Burundi presahuje cez 80 %. Hutuov i Tutsijovia veria tomu, že sú leniví a oddávajú sa incestu. Nevlastnia žiadnu zem, hoci pôvodom lovci a zberači, z pralesov boli vyhnaní, keď dostali štatút národných parkov. Životom sa pretŕkajú, ako to len ide – žobraním či príležitostnými nájomnými prácami – častokrát nosia celý deň ťažké náklady a za plácu dostanú iba hrst fazule. Časť z nich zbiera divý lesný med a ešte menšia časť sa živí bubeníctvom. Miestni im hovoria Twa alebo Batwa, slovo Pygmej má pre nich veľmi urážlivú konotáciu.



↑ Akrobacia na cestách resp anarchia tu vládne aj v doprave – na mototaxíkoch pasažieri nemajú prilby, bicykle nemajú prehadzovačky, takže zaháknúť sa za kámión je síce riskantným, ale inak praktickým riešením. Toto v Rwande, prudko policajnom štáte, rozhodne nezahliadnete – cestná polícia je tam oveľa prísnejšia.

veľa neziskových organizácií poskytujúcich humanitárnu pomoc sa z krajiny stiahlo a začali sa demonštrácie. S demonštrantmi v Afrike sa v rukavičkách nenakladá – strieľa sa ostrými nábojmi. Nečudo, že iba do susednej Rwandy ušlo okolo stotisíc utečencov (predovšetkým Tutsiov), plus krajinu opustila väčšina bielych expatriotov. Naše posádky starajúce sa o tamojšie projekty Vysokej školy sv. Alžbety tiež neboli výnimkou. Z krajiny sa stiahli a radšej prečkali prvý mesiac od vypuknutia v Rwande, až neskôr sa osmelili vrátiť späť na projekty do Burundi.

■ Keď som sa do Burundi vydala pred dvomi mesiacmi robiť skríning na očné choroby, na 35 kilometrov dlhom úseku nás čakalo 7 zátaras – a na nich typickí Hutuovia vyzbrojení mačetai. V súčasnosti sa situácia v Bujumbure, hlavnom meste, údajne trochu upokojila. Ale bojím sa, že v Burundi o pribúdajúcich čerstvých masových hroboch budeme ešte počuť.



↑ Prevážať na bicykloch uvidíte naozaj čokoľvek – na jednom som raz narátala 39 naviazaných kohútov. Ale vrcholom bolo živé zviazané prasa.



↑ Najrizikovejší detský vek pre dieťa je v čase, kedy ho matka prestane dojčiť – nemá ešte vytvorenú čiastočnú imunitu proti malárii, a zároveň sa mu spolu s materským mliekom prestanú dodávať protilátky

Chýbajúca antikoncepcia?

■ Ani preľudnenosť a vysoká pôrodnosť (takmer 6 detí na ženu) napätú situáciu v Burundi nezlepšujú. Zatiaľ, čo susedná Rwanda sa usiluje, hoci často drastickými opatreniami znížiť pôrodnosť v podobne preplnenej krajine, v Burundi sa antikoncepcia nijak násilne nepretláča – z mojich piatich mesiacov pracovných skúseností by som povedala, že je tam skôr ťažko zohnateľná. Táto populačná explózia spôsobuje, že priemerný vek v krajine je 20 rokov a takmer 70 % populácie nemôže voliť. Netehotné či nekojace ženy v plodnom veku bývali v mojej ambulancii zásadnou výnimkou.

■ Na rozdiel od susednej Rwandy, v Burundi neexistuje zdravotné poistenie, čo výrazne sťažuje prácu lekára prvého záchytu v tejto krajine. Pretože dovieť akýkoľvek komplikovanejší prípad do úspešného konca stojí nemalé peniaze – napr. operácia šedého zákalu, najčastejšej príčiny slepoty v tretom svete, stojí cca 53 eur za jedno oko.

Parazity zabíjajú

■ Medzíkmeňové konflikty, preľudnenosť či skorumpovaná vláda nie sú jedinými faktormi udržiavajúcimi v biede túto drobnú africkú krajinu. Parazitárne ochorenia ako malária, schizozomiáza či helmintické črevné parazity, všetko za normálnych okolností veľmi dobre liečiteľné a vyliečiteľné ochorenia, tu ročne zabíjajú tisíce ľudí. Podľa štatistík ledva každé štvrté dieťa trpiace maláriou v Burundi má prístup k liečbe. No a teraz, keď prezident Nkurunziza presmeroval finančné toky a fondy z boja proti malárii do zbrojenia svojej politickej strany, sa situácia bude nutne ešte zhoršovať. Ale my sa podme pozrieť na jednotlivé parazitické ochorenia pekne postupne.



↑ Chýbajúca antikoncepcia?



↑ Najpopulárnejšou témou piesní v Burundi je nábádanie mladých dievčiat nájsť si bohatého manžela. Na obrázku kolega lekár, ženil sa až po tridsiatke, lebo predtým očividne nemal dosť nahrabaného na to, aby bol pre dámu svojho srdca dosť atraktívny

Malária – postrach Európana, rutinná realita Afričana

■ Musím sa priznať, že keď sme sa na medicíne učili o malárii a vo všeobecnosti o tropických ochoreniach vôbec, absolútne som nedávala pozor „*toto ja ako psychiater predsa nikdy robiť nebudem*“ a ďalej som si čítala pod lavicou nejaký román. Späťne som si ale tie prednášky dohľadala so záverom, že najzaujímavejšie fakty o tomto na svete najčastejšom parazitickom ochorení nám boli beztak zatajené. No a práve o tie sa s vami v chystám podeliť v najbližších riadkoch.

...je to o imunite

■ Napokon ako veľká časť ľudstvu známych chorôb. Ako veľmi sa však dá táto imunita opakovanou expozíciou natréňovať? Veľmi. Tak veľmi, že pre populáciu žijúcu v oblasti premorenej touto chorobou je dostať maláriu niečo ako dostať chrípku pre našinca. Ak sa teda uňho vôbec vyvinú nejaké klinické príznaky. Lebo áno, maláriou je v Afrike infikovaných státisíce ľudí, ktorí sa subjektívne cítia úplne zdraví. A to napriek tomu, že v krvi majú takú parazitárnu nálož, ktorá by pre Európana bola smrteľná. Sú proste asymptomatickí nosiči. Teda, za predpokladu, že hovoríme o dospelom jedincovi s normálnou funkčnou imunitou, nie o ročnom podvýživnom dieťati, či o HIV pozitívnom starčekovi. Už Európania cestujúci po Níle pred tromi storočiami zaregistrovali túto imunitu – nedalo sa nepovšimnúť, že zatiaľ, čo v ich expedícii na maláriu umrelo 28 % členov posádky, medzi miestnymi sú tieto čísla rádovo odlišné – v komunite vystavenej malárii bez liečby umiera iba 2 % detí.

■ Výnimky však existujú, a tak šesťnásťročný brat môjho najlepšieho kamaráta, teda už s takmer imunitou dospelého a, mimochodom, rozhodne nie z chudobnej rodiny, umrel na mozgovú formu malárie. Jediný symptóm u neho bola bolesť hlavy. V nemocnici však maláriu nepotvrdili a on počas nasledujúcej noci skončil. Až pri pitve sa ukázalo, že pôvodný nález bol falošne negatívny. Bol to jeho prvý atak maláriou. Ako sa ukázalo neskôr, ani zvyšní členovia rodiny nemali vybudovanú čiastkovú imunitu – prvý atak u jeho brata v štyridsiatke bol tiež dosť zlý na to, aby skončil v nemocnici na infúziách.

■ Čiastkovú imunitu však možno stratiť, hoc nie úplne, ale veľmi výrazne – keď sa po piatich rokoch štúdia v Londýne ghanskí študenti vrátili do svojej domoviny, reinfekcia maláriou udrela v plnej sile a príznaky tohto ochorenia boli závažné, hoci predtým boli často iba asymptomatickí nosiči.

■ Paradoxne sa teda stretávame so situáciou, kedy je pre komunitu lepšie mať viacej malárie ako menej – pár slabších jedincov na to bohužiaľ doplatí, ale zvyšku to dobre „natrénuje“ imunitu. Ak sa však malária dostane do komunity bez vytvorenej imunity, hrozí, že sa stane, čo sa stalo na Madagaskare, kde naraz na maláriu umrelo 40 000 ľudí.

■ Napriek intenzívnemu výskumu mechanizmus a indukcia



↑ Nosenie nákladu na hlavách je bežnou praxou vo všetkých afrických krajinách. Bohužiaľ, na ich hlavách a pleciach spočíva takmer celá nálož práce – nielen o domácnosť, aj na poli vídať výrazne častejšie ženy než mužov – tých možno od rána pozorovať v krčme, popíjajúc banánové pivo alebo víno. Mimochodom, táto žena mnoho ako ďalších ľudí v krvi môže nosiť malarického parazita bez toho, aby subjektívne čokoľvek cítila.

tejto imunity nie je vysvetlená, hoci vedci sa o to prudko snažia – keďže by im to malo pomôcť vyvinúť vakcínu proti tomuto zabijakovi, na ktorý ročne celosvetovo umiera vyše milióna ľudí. V roku 2014 bola v Burundi potvrdená malária u 5 miliónov ľudí, umrelo iba niekoľko tisíc.

■ Avšak, nie je malária ako malária – poznáme štyri druhy plazmódií, teda parazitického pôvodcu malárie, ktorého nakazené komáre prenášajú v slinných žľazách. Hoci je malária rozšírená na väčšine kontinentov, jej najnebezpečnejšia forma, prenášaná parazitom *Plasmodium falciparum*, sa vyskytuje takmer iba v Afrike. Zvyšné formy, ktorými sa môžete nakaziť pri cestovaní v Južnej Amerike či v juhovýchodnej Ázii sú síce nepríjemné, ale okrem chudokrvnosti a pár ďalších nepríjemných symptómov, vás na 99 % nezabijú. Pri pokusoch na zdravých dobrovoľníkoch sa ukázalo, že komár nakazený aj tou najagresívnejšou formou, teda *Plazmódiom falciparum*, vás musí poštípať v priemere minimálne štyrikrát, aby ste sa maláriou naozaj nakazili.

■ Navyše, po tom, ako sa rozšírili RAPID testy (rýchle diagnostické testy na maláriu z kvapky krvi) aj do tých najnedostupnejších oblastí, obtiažnosťou ovládania ohromne jednoduché, drvivá väčšina prípadov malárie je zachytená vo veľmi skorom štádiu, kedy na vyliečenie stačí brať tablety tri dni dvakrát denne.

■ Diagnostika je však jedna vec, prevencia druhá – a šikovnou prevenciou malárie možno dosiahnuť jej úplnú eradikáciu. Je to vlastne taký pozitívny začarovaný kruh – čím menej ľudí trpí maláriou, tým menšia je šanca, že komár sa stane infikovaný a preniesie toto ochorenie ďalej. Inými slovami, bez ľudského faktora životný cyklus plasmódia nemôže byť dokončený. Asi ľahší spôsob, než vyliečiť všetkých ľudí, je vyhubiť prenášačov, teda komárov napr. vysušovaním močiarov, kde sa rozmnožujú, sprejovaním miestností insekticídmí atď.

■ Z individuálnych opatrení sa ako najúčinnnejšie ukázalo spanie pod sieťou proti komárom, obzvlášť medzi jednou a piatou hodinou v noci, kedy sú tieto komáre rodu *Anopheles* najaktívnejšie. Používanie elektronických plašičov, ktoré sa zapoja do zástrčky

➤ Vedeli ste, že Tanganika je druhé najhlbšie jazero na svete? Žije v nej až 133 endemických druhov rýb, tzn takých, ktoré nenájdete nikde inde na svete. Okrem nich v nej žije aj parazit bilharzia, spôsobujúci druhé najčastejšie parazitárne ochorenie na svete – bilharziózu či iným názvom schistosomiázu.

Rybári na Tanganike lovia svoje každodenné úlovky ronakým spôsobom, ako ich praotcovia pred tisíc rokmi. A rovnako ako pre ich praotcov rybárov, i pre nich sú každodenné strety s hrochmi či krokodílmi v tomto jazere úplne bežnou rutinou. Nehovoriac o tom, že premorenosť bilharziou u nich dosahuje takmer 100 %.



a majú vylučovať vôňu resp zvuk ich odpudzujúci, nie je vedecky podložený, skôr naopak – podľa výskumov neposkytujú vôbec žiadnu ochranu.

Bilharzia, večne kopulujúci parazit

■ Hovorí vám niečo pojem „zanedbávané tropické ochorenia“? Zatiaľ, čo do výskumu a vývoja vakcíny proti malárii sa investovali a investujú ťažké milióny dolárov, nie všetky tropické choroby sa tešia takémuto záujmu verejnosti. No schválne – kolkí z vás počuli o schistosomiáze? A pritom je to druhé najčastejšie parazitické ochorenie na svete, dôvod, prečo sa neodporúča kúpať v sladkovodných afrických jazerách – podľa popredných odborníkov na tropickú medicínu žiadne africké jazero v tomto ohľade nie je bezpečné.

■ Jazero Tanganika v Burundi s krásnymi rezortmi a plážami tiež nie je výnimkou a skôr než napadnutie hrochom vám hrozí, že sa vám cez nepoškodenú pokožku do tela dostane tento parazit.

Niekedy nemusíte v jazere ani plávať, stačí sa prejsť mokrou trávou a už je tam. U drvivej väčšiny nakazených táto infekcia prejde do chronickej formy bez toho, aby si na sebe čokoľvek zvláštneho všimli – túto latentnú formu má asi dvesto miliónov ľudí po celom svete bez toho, aby to počas života niekedy zistili. Proste sa im do tela dostane pri kontakte s vodou, v ktorej žijú infikované slimáky, medzihostitelia tohto parazita. No a potom si parazit veselo migruje telom, až domigruje do pečene, kde sa samček so samičkou stretnú a začnú kopulovať, pričom táto kopulácia prebieha až do konca života hostiteľa, teda človeka. Niekedy sa tento parazit usadí v črevách a je ľahko diagnostikovatelný nálezom vajíčok v stolici, inokedy sa usadí v močovom mechúri a je detekovatelný z moču (a k slimákovi sa dostane močom infikovaného človeka, aby bol kruh úplný). Najspofahlivejšia diagnóza je však z krvi, kde sa hľadajú protilátky proti DNA parazita. Avšak tieto protilátky ostávajú pozitívne po celý život a preto je tento test nepoužiteľný v prípade reinfekcie bilharziózou. Dôsledkom toho jedincom či populáciám opakovane vystaveným infikovanej vode ostáva len jediné riešenie: systematická deparazitácia liečivom praziquantel každých šesť mesiacov. Tento je na Slovensku registrovaný len ako veterinárne liečivo na odčervovanie psov či kráv, a tak si ho radšej pravidelne nosím z Afriky, keďže subjektívne vzdať sa plávania by bolo pre mňa škodlivejšie ako asymptomatická reinfekcia bilharziou.

■ Mimochodom, práve tento parazit je zodpovedný za to, čo v starom Egypte poznali ako „mužskú menštruáciu“. Infekcia schistosómou totiž mnohonásobne zvyšuje riziko inak zriedkavého karcinómu močového mechúra. Čo je ale objav iba posledných rokov je fakt, že ženy nakazené týmto parazitom majú vyššie riziko nákazy HIV. Zdá sa, že tento parazit kolaboruje s vírusom HIV zvláštnym mechanizmom: infekcia bilharziou urobí



↑ Centrálné trhovisko v hlavnom meste Bujumbure, nevyhovujúce hygienické podmienky sú základnou príčinou infestácie populácie črevnými parazitmi.



↑ Vyše stovka sirot v sirotinci v Čondi preživa v súčasnosti iba kvôli antimalnutričnému programu Vysoké školy Sv. Alžbety, teda vďaka prof. Krčmérymu.

receptory, cez ktoré sa HIV dostáva do buniek, vnímavejšími na vírus HIV. Medzi ďalšie hrozby chronickej infekcie bilharziou tiež patrí: sterilita u žien, cirhóza pečene, niekoľkonásobne vyššia šanca na zlyhanie obličiek.

■ Zasa raz platí, že ak by sa zaliečili všetci ľudia, alebo vyhubili všetky slimáky – medzihostitelia, toto parazitické ochorenie by sa eradikovalo.

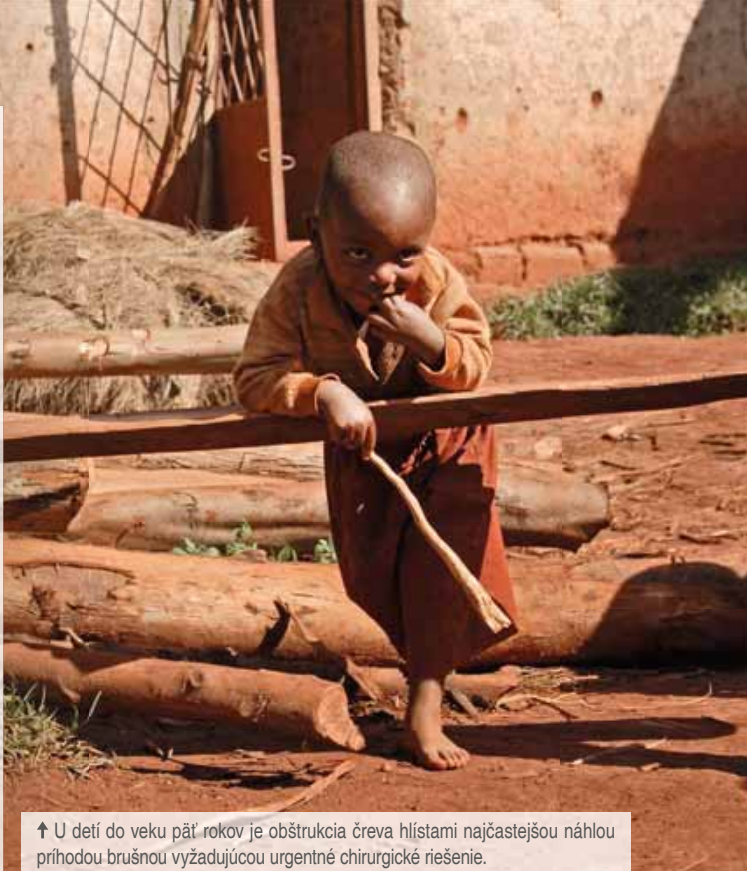
Taký obyčajný červíček

■ Pliagou Burundi sú však kvôli nízkej úrovni hygieny aj menej exotické parazity. Hovoríme o hlístach a pásomniciach, ktoré nie je rarita nájsť ani na Slovensku, najmä v detskej a rómskej populácii. V Burundi, obzvlášť v rurálnych oblastiach, ich v sebe nosí takmer každý. Berúc do úvahy, ako tesne spolunažívajú s dobytkom (spať v jednej miestnosti spolu s domácimi zvieratami je tu úplne normálne), a pri tom, že si vodu musia nosiť častokrát na kilometrovú vzdialenosť (to si potom človek dvakrát rozmyslí, či vodu použije na taký luxus, akým je hygiena, niet sa čomu čudovať).

■ Podľa súkromných štatistík kolegu chirurga, pri operácii dutiny brušnej ako náhodný nález u operovaných v 80 % prípadov nachádza červy.

■ U detských pacientov do veku päť rokov s odlišnými anatomickými pomermi, je najčastejšou príčinou príhody brušnej práve obštrukcia červami *Ascaris lumbricoides*. Deti totiž majú tenké črevo nielen absolútne, ale hlavne aj relatívne užšie než u dospelých, no a keď sa k tomu pridá detská neochota umývať si ruky...

■ Zdokumentovaný je prípad ročného dievčatka z Kene, kde pri jej pitve našli vyše pol kila vázaciach 712 týchto červov.



↑ U detí do veku päť rokov je obštrukcia čreva hlístami najčastejšou náhlou príhodou brušnou vyžadujúcou urgentné chirurgické riešenie.

Takéto akútne formy však tvoria iba zlomok prípadov, väčšinou ide opäť o asymptomatických nosičov, menšia časť z nich trpí miernymi príznakmi ako hnačka alebo zápcha, svrbenie, suchý iritujúci kašeľ, bolesť brucha či hlavy. Plíživším príznakom, ktorý taktiež nezriedka na vrube majú práve črevné parazity, je chronická podvýživa. Hlísty dokážu odcudiť hostiteľovi z prijatej potravy značné množstvo mikro a makronutrientov. Asi nemusím zdôrazňovať, že priemerný Burundčan rozhodne netrpí nadbytkom príjmu potravy, ale práve naopak. Obzvlášť u detí, ktoré potrebujú kvôli vývinu oveľa viac kvalitných živín, je chronická podvýživa tým hlavným dôvodom, prečo sú tu šesťročné deti o veľkosti 2,5 ročnej dcéry mojej sestry. Začína už počas vnútro-maternicového vývoja, kedy plod musí súperiť o živiny, nutné pre dobrý vývoj mozgu, s menej vítanými parazitmi. Tento deficit je nemožné kompletne dohnať, a tak deti vystavené podvýžive v kritickom veku majú IQ o pár čísel nižšie. Bohužiaľ, Afrika taktak stráca nemalý potenciál, a to napriek tomu, že proti črevným parazitom existuje jednoduchá a v podstatne úplne neškodná liečba, a tou je jednorazová tabletková albedazol. S obľubou ju ordinujem pacientom všetkých vekových kategórií. Príliš často som videla batola vyvracať živú hlístu dlhšiu než ono samo, čo je, mimochodom, jedna z najnechutnejších vecí, s ktorými som sa počas lekárskej praxe v Afrike stretla.

■ Zdá sa však, že chronická infestácia črevnými parazitmi nemusí byť iba negatívna – v rozvojových krajinách prakticky neexistujú autoimunitné zápalové ochorenia čriev ako Crohnova choroba alebo ulcerózna kolitída. Vedci veria, že prítomnosť parazitov mechanizmom imunomodulácie bráni autoagresii nasmerovanej proti vlastnému telu.

■ V ďalšom čísle Lekárniky si prečítate o Etiópii, jedinej africkej krajine, ktorá sa ubránila kolonizácii Európanov a zároveň krajine, kde sa autorka tejto rubriky momentálne nachádza. ■

Sudoku s časopisom Lekárnik na pokojné vianočné večery

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

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

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

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

••• Ak ste v novembrovom vydaní časopisu Lekárnik súťažili so spoločnosťou Vegavit s.r.o., vylúštením sudoku ste dospeli k takémuto výsledku: 1755 – 677 – 9932. Úspešní lúštitelia postúpili do žrebovania a trom víťhercom posielame pekný darček. Vyžrebovaní sú:

- Kolektív Nemocničnej lekárne, Topoľčany
 - Kolektív lekárne, Lekáreň Na panelovej ulici, Košice
 - Ladislav Pastír, Lekáreň Farmácia, Michalovce
- Výhercom srdečne gratulujeme.

Vydáva:

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

Šéfredaktorka:

• Katarína Vráblová
telefón: 0917 500 861
e-mail: kvrablova@unipharma.sk, lekarnik@unipharma.sk

Redaktorky:

• Ing. Mgr. Denisa Ižová
telefón: 0918 770 762
e-mail: dizova@unipharma.sk, lekarnik@unipharma.sk
• Mgr. Alexandra Pechová
telefón: 0918 713 037
e-mail: apechova@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
• RNDr. Tomislav Jurik, CSc.
UNIPHARMA – 1. slovenská lekárnická akciová spoločnosť
• PharmDr. Vlasta Kákošová
Detská fakultná nemocnica s poliklinikou, Bratislava
• RNDr. Štefan Kišoň
Slovenská farmaceutická spoločnosť, Bratislava
• PharmDr. Ladislav Kňaze
UNIPHARMA – 1. slovenská lekárnická akciová spoločnosť
• PharmDr. Martin Kopecký, PhD.,
Česká lekárnická komora
• PharmDr. Štefan Krchňák
Lekáreň U milosrdného srdca, Šurany
• prof. 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, Podunajské Biskupce
• 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
Lekárnik, 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 20. 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 Lekárnik, 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

Prajeme vám krásne a veselé Vianoce.

*Nech sú sviatkami plnými lásky,
pokoja a oddychu.*

*Nech je vaše srdce obklopené láskou
všetkých blízkych a žiari šťastím jasne
ako Betlehemska hviezda.*

*Nech pod stromčekom nájdete veľa darčiekov,
ktoré vás pri srdiečku zohrejú a zažijete chvíle,
na ktoré budete vždy s úsmevom spomínať.*

*Otvorte dvere vianočnému obdobiu
plnému radosti, vpusťte do nich nové príležitosti
a zdolávajúce prekážky.*

*Veľa úspechov v novom roku želá
redakcia Lekárnik.*

Sezóna 2016/2017 **nová budova** **historická budova**

Sezóna 2016/2017	Sála opery a baletu	Sála činohry	Štúdio	historická budova
nedeľa 1	ČAROVNÁ FLAUTA P. Bršík Foto: C. Bachratý			Nehrá sa
pondelok 2				P. I. ČAJKOVSKIJ LUSKÁČIK 18.00 – 19.45 hod.
utorok 3				KRÚTNAVA Foto: A. Klenková
streda 4	B. SMETANA NEPREDAJME NEVESTU! 11.00 – 12.15 hod.			
štvrtok 5	Nehrá sa			
piatok 6	Nehrá sa			
sobota 7	W. A. MOZART ČAROVNÁ FLAUTA 18.00 – 20.50 hod. 50. REPRÍZA	NEVESTA HÔĽ D. Herban, P. Vajdová Foto: M. Geišberg	ZO ŽIVOTA ĽUDSTVA R. Autner, M. Potokárová Foto: B. Konečný	
nedeľa 8	OPF 2017	I. FELDEK AKO SA LOMIDREVO STAL KRÁĽOM 10.00 – 13.00 hod.	P. ESTERHÁZY MERCEDES BENZ 19.00 hod. PREDPREMIÉRA	
pondelok 9		TROCHU INAK 19.00 hod. <i>Večer s Adolou Budíšovou a „trochu inými“ hosťami nielen zo SND</i>	P. ESTERHÁZY MERCEDES BENZ 18.00 hod. PREMIÉRA	CARMEN M. Fabianová Foto: A. Klenková
utorok 10	G. PUCCINI TURANDOT 19.00 – 22.00 hod.	Nehrá sa	P. ESTERHÁZY MERCEDES BENZ 10.00 hod.	J. B. P. MOLIERE LAKOMEČ 19.00 – 21.25 hod.
streda 11	Nehrá sa	F. ŠVANTNER NEVESTA HÔĽ 19.00 – 22.30 hod. SÉRIA VS	V. KLIMÁČEK MOJMÍR II. ALEBO SÚMRAK RÍŠE 19.00 – 20.45 hod.	A. CH. ADAM GISELLE 19.00 hod. SÉRIA OZ
štvrtok 12	Nehrá sa	I. BERGMAN FANNY A ALEXANDER 18.00 – 21.45 hod.	CH. HAMPTON POPOL A VÁŠEŇ 19.00 – 21.30 hod.	E. SUCHOŇ KRÚTNAVA 19.00 – 21.50 hod.
piatok 13	H. BERLIOZ FAUSTOVO PREKLIATIE 19.00 – 21.30 hod.	I. BERGMAN FANNY A ALEXANDER 10.00 – 13.45 hod.	P. ESTERHÁZY MERCEDES BENZ 19.00 hod. SÉRIANČI	Nehrá sa
sobota 14	P. MASCAGNI SEDLIACKA ČEŠŤ R. LEONCAVALLO KOMEDIANTI 19.00 – 21.40 hod.	D. LOHER NEVINA 19.00 – 22.00 hod.	P. PIŠŤANEK RIVERS OF BABYLON 19.00 – 21.00 hod.	P. I. ČAJKOVSKIJ LUSKÁČIK 11.00 – 21.00 hod.
nedeľa 15		W. SHAKESPEARE SKROTENIE ZLEJ ŽENY 18.00 – 20.45 hod.	P. KARVAŠ POLNOČNÁ OMŠA 18.00 – 20.10 hod.	P. I. ČAJKOVSKIJ LUSKÁČIK 11.00 – 12.45 17.00 – 18.45 hod.
pondelok 16		Nehrá sa	Nehrá sa	Nehrá sa
utorok 17	SLOVENSKÉ TANCE – Životy svetiel A. Beschia, J. Žilincár Foto: P. Brenkus	B. SLANČIKOVÁ-TIMRAVA/D. MAJLING BÁL 19.00 – 22.00 hod.	P. KARVAŠ POLNOČNÁ OMŠA 10.00 – 12.10 hod.	G. VERDI NABUCCO 19.00 – 21.45 hod.
streda 18	P. BREINER, N. HOREČNÁ SLOVENSKÉ TANCE – Životy svetiel 19.00 – 21.00 hod.	G. FLAUBERT MADAME BOVARY 19.00 – 22.25 hod.	E. GINDL KARPATSKÝ THRILLER 19.00 – 21.15 hod.	REZERVÁCIE +421 2 204 72 289 interres@snd.sk
štvrtok 19	Nehrá sa	T. STOPPARD ARKÁDIA 18.00 – 22.00 hod.	J. LITTELL LÁSKAVÉ BOHYNE 19.00 – 22.30 hod.	
piatok 20	G. VERDI RIGOLETTO 19.00 – 21.40 hod.	J. PALÁRIK ZMIERENIE ALEBO DOBRODRUŽSTVO PRI OBŽINKOCH 19.00 – 21.50 hod.	I. STODOLA BAČOVA ŽENA 19.00 – 20.40 hod.	G. BIZET, E. ŠARKÓZI CARMEN A LA GYPSY DEVILS 19.00 – 20.15 hod.
sobota 21	Nehrá sa	R. DAHL APARTMÁN V HOTELI BRISTOL 19.00 – 22.00 hod.	P. WEISS ZO ŽIVOTA ĽUDSTVA 19.00 – 22.00 hod.	G. VERDI MACBETH 19.00 – 22.00 hod.
nedeľa 22	C. DAVIS, D. DE ANDRADE NÍŽINSKIJ – BOH TANCA 17.00 – 19.50 hod.	V. KLIMÁČEK SISSI 18.00 – 21.15 hod.	P. LOMNICKÝ STRACH 18.00 – 20.00 hod.	VOCI DA CAMERA 17.00 – 18.00 hod. Vokálny komorný koncert
pondelok 23	NÍŽINSKIJ – BOH TANCA Foto: P. Brenkus	Nehrá sa	Nehrá sa	Nehrá sa
utorok 24		V. KLIMÁČEK SISSI 10.00 – 13.15 hod.	P. LOMNICKÝ STRACH 10.00 – 12.00 hod.	G. BIZET CARMEN 19.00 – 22.00 hod.
streda 25		T. STOPPARD ARKÁDIA 10.00 – 14.00 hod.	D. ARCADJ ÚPADOK AMERICKÉHO IMPÉRIA/INVÁZIE BARBAROV 10.00 – 12.40 19.00 – 21.40 hod.	Š. ONDRÍŠOVÁ, P. GROLL BESS – Pocta Rudolfovi Labanovi 19.00 – 21.00 hod.
štvrtok 26		CH. BRONTĚOVÁ JANE EYROVÁ 19.00 – 22.20 hod.	I. VYRPAJEV ILÚZIE 19.00 – 20.40 hod.	W. A. MOZART COSÌ FAN TUTTE 19.00 – 21.40 hod.
piatok 27	G. VERDI LA TRAVIATA 19.00 – 21.45 hod.	G. FEYDEAU TAK SA NA MŇA PRILEPILA 19.00 – 21.45 hod.	MORÁLKA 2000+ 19.00 – 20.35 hod.	
sobota 28		P. QUILTER JE ÚŽASNÁ! 19.00 – 21.25 hod.	P. ESTERHÁZY MERCEDES BENZ 19.00 hod. SÉRIANČI	BESS – Pocta Rudolfovi Labanovi Foto: P. Brenkus
nedeľa 29		R. DAHL APARTMÁN V HOTELI BRISTOL 18.00 – 21.00 hod.	P. WEISS ZO ŽIVOTA ĽUDSTVA 18.00 – 21.00 hod.	O. NEDBAL Z ROZPRÁVKY DO ROZPRÁVKY 11.00 – 12.50 17.00 – 18.50 hod.
pondelok 30	LA TRAVIATA L. Vargicová, L. Ludha, Foto: A. Klenková	Nehrá sa	Nehrá sa	Z ROZPRÁVKY DO ROZPRÁVKY Foto: P. Brenkus
utorok 31	J. STRAUSS NETOPIER 19.00 – 22.00 hod. SÉRIA KB	D. LOHER NEVINA 19.00 – 22.00 hod.	P. PIŠŤANEK RIVERS OF BABYLON 19.00 – 21.00 hod.	

Uzavierka programu 24. 11. 2016. Zmena programu je vyhradená.

Slovenské národné divadlo je štátna príspevková organizácia Ministerstva kultúry SR.



On-line predaj

NAVŠTEVNIK
www.snd.sk

Rezervácie: +421 2 204 72 289

rezervacie@snd.sk

Rezervácie vstupeniek v pracovných dňoch
od 8.00 do 16.00 hod.