

Fakty o zdraví nášho obyvateľstva v porovnaní s inými krajinami nie sú pre nás veľmi lichotivé. Podľa nedávneho rebríčka indexu zdravia 163 krajín sveta agentúry Bloomberg je Slovensko s priemerným vekom dožitia 76 rokov na 46. mieste. Pred nami sú mnohé rozvinuté štáty sveta a okrem „starých“ členov Európskej únie napríklad na 27. mieste Slovinci, ale tiež Česi, Poliaci či Estónci, dokonca aj zlými stravovacími návykmi a spôsobom života známi Američania. Zdravie občanov Slovenska podmieňuje množstvo viac i menej známych faktorov. O ne sa u štátnej tajomníčky Ministerstva zdravotníctva SR Andrey KALAVSKEJ zaujímala Mária Šišuláková.

Všetci poistenci majú nárok na preventívne prehliadky



Štatistické údaje nevydávajú o nás príjemné svedectvo. Často počujeme od lekárov veľmi jednoduché a jednostranné vysvetlenie: príčina je v nezdravom spôsobe života. Je to naozaj tak, nie je tých príčin predsa len viac?

Ide o komplex faktorov, pričom nezdravý spôsob života prináša veľa negatív. Aj preto sme na marcovom rokovaní vlády predstavili Akčný plán pre potraviny a výživu na roky 2017 – 2025, ktorého cieľom je zabrániť predčasným úmrtiam, znížiť negatívnu záťaž súvisiacu s výživou a vďaka správny stravovacím návykom predchádzať obezite a chronickým ochoreniam. Zlé stravovanie vplýva negatívne na ľudský organizmus a môže byť faktorom, ktorý sa podieľa na vzniku kardiovaskulárnych, onkologických, respiračných či diabetických ochorení. Podľa údajov WHO je práve európsky región najviac postihnutý neprenosnými chronickými chorobami – ide o hlavné príčiny invalidity a úmrtí. Akčným plánom pre potraviny a výživu sme sa rozhodli situáciu u nás zlepšiť. Plánujeme znížiť v potravinách podiel soli, *trans*-mastných kyselín aj cukru. Vo verejných stravovacích zariadeniach sa už v minulom roku podarilo znížiť podiel soli až o 30 percent, v pekárenských výrobkoch sa v spolupráci s potravinárskym priemyslom znížil podiel soli o 10 percent. Máme však vy-

soké ukazovatele, ktoré sa týkajú cukru. Medziročne sa nám zvýšil podiel konzumácie cukrovín, jeme menej ovocia, zeleniny, bielych potravín a stále veľa bravčového mäsa... Samozrejme, každý z nás by mal prevziať mieru zodpovednosť za vlastné zdravie, lebo stále platí, že prevencia je ideálna forma, ako „byť fit“. Napokon, všetci poistenci majú nárok na preventívne prehliadky, ich rozsah je stanovený v zákone, aj napriek tomu, že sú hrazené z verejného zdravotného poistenia, žiaľ, nevyužívame ich tak, ako by sme mohli. Je to škoda, lebo skorá diagnostika môže výrazne prispieť k úspešnej liečbe.

Veľa a často sa hovorí, že časť populácie nie je ochotná prevziať zodpovednosť za vlastné zdravie. Takí ľudia sa však istotne vyskytujú aj v iných populáciách?

V krajinách EÚ žije s nadváhou a obezitou približne 200 miliónov dospelých, viac ako polovica z nich sú muži. Práve vysoká hmotnosť spôsobuje každý rok približne 320 tisíc úmrtí mužov a žien v dvadsiatich krajinách západnej Európy, preto sa prijímajú mnohé opatrenia (napr. Európska komisia v roku 2007 zverejnila stratégiu pre Európu týkajúcu sa výživy, nadváhy a obezity. V súlade s týmto zámerom Regionálny výbor WHO pre Európu vypracoval výživovú politiku v Druhom európskom Akčnom pláne pre potraviny). Mi-

nistri krajín Európskeho regiónu prijali v roku 2013 vo Viedni Viedenskú deklaráciu pre výživu a neprenosné chronické choroby v kontexte dokumentu Zdravie 2020, ktorá vyzýva k zosúladenému postupu krajín. Táto problematika bola aj jednou z tém počas nášho predsedníctva v Rade EÚ v oblasti zdravia; v septembri 2016 sa v Bratislave konala konferencia zameraná na chronické neprenosné ochorenia a zdravý životný štýl s cieľom podporiť spoločnú stratégiu pre prevenciu týchto chorôb, ktorých výskyt sa významne zvyšuje po celom svete. Súčasťou bola aj diskusia o skvalitňovaní potravinárskych výrobkov. Podľa správy o zdravotnom stave obyvateľstva za roky 2012 – 2014 vo vekovej kategórii 0 – 64 má Slovenská republika mieru úmrtnosti na choroby obetového systému 2,5-krát vyššiu ako Rakúsko, 1,7-krát vyššiu ako Fínsko a 1,2-krát vyššiu ako Česká republika. Výživa, ako som už uviedla, je preto dôležitým faktorom prevencie.

Vysoká chorobnosť súvisí aj s nedostatkom lekárov a zdravotníckych pracovníkov a ich preťaženosťou?

Ministerstvo zdravotníctva si uvedomuje problém s nedostatkom lekárov špecialistov v niektorých odboroch v niektorých regiónoch Slovenska. O tejto téme komunikujeme aj s predstaviteľmi vyšších územných celkov, predovšetkým hlavnými lekármi VÚC. Jedným zo zámerov Ministerstva zdravotníctva SR je riešiť nedostatok všeobecných lekárov, ako aj lekárov – špecialistov v niektorých odboroch, a to formou rezidentského programu. Aktuálne je v platnosti Zákon č. 578/2004 Z. z., o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, ktorým sa ustanovuje verejná minimálna sieť poskytovateľov – pre územie SR a pre územie samosprávnych krajov (určená minimálnym počtom tzv. lekárskeho miest pre ambulantné zdravotnícke zariadenia a počtom lôžok pre ústavné zdravotnícke zariadenia pre jednotlivé špecializačné odbory v Nariadení vlády SR č. 640/2008 Z. z., o verejnej minimálnej sieti poskytovateľov zdravotnej starostlivosti). Čo sa týka samotného nariadenia vlády o verejnej minimálnej sieti poskytovateľov, to plánujeme prehodnotiť a upraviť tak, aby reflektovalo súčasné skutočné potreby obyvateľov. Pri zmenách týkajúcich sa verejnej minimálnej siete však bude

potrebná intenzívna spolupráca so samosprávnymi krajami, ako aj odbornými spoločnosťami.

Naším zámerom je riešiť nedostatok lekárov formou rezidentského programu. V súčasnom období ide o lekárov v odbore všeobecné lekárstvo a pediatria, prví absolventi vyšli po ukončení trojročného vzdelávania na jeseň 2017. Do roku 2020 by malo skončiť spolu 243 rezidentov, z toho 143 všeobecných lekárov a 100 pediatrov. Plánujeme spustiť aj rezidentský program pre lekárov – špecialistov, aktuálne analyzujeme, ktorých odborností by sa mal tento nový projekt týkať.

Sme jediná krajina Európskej únie, ktorá doteraz nemá zavedený klasifikačný systém DRG, hoci o jeho nutnosti sa hovorí už aspoň 18 rokov. Prečo?

Áno, DRG je potrebný systém, už aj s prihliadnutím na to, že poslaním každej nemocnice je v prvom rade poskytovať kvalitnú zdravotnú starostlivosť, zároveň však manažment musí sledovať ekonomiku prevádzky. A práve DRG je objektívnym nástrojom v prostredí, kde je na jednej strane zdravotná poisťovňa ako nákupca – sprostredkovateľ a na strane druhej nemocnica – poskytovateľ a jej pacienti. Ústavní poskytovatelia prechádzajú na vykazovanie DRG systémom, ktorý bude adekvátnejšie zohľadňovať náročnosť poskytnutej zdravotnej starostlivosti. Od januára 2017 je možné prejsť na úhradu prostredníctvom DRG (súčasná legislatíva umožňuje poskytovateľovi dohodnúť si zmluvne aj inú formu úhrady), aktuálne je na úhradu prostredníctvom DRG nastavených 30 nemocníc. Očakávame, že do začiatku roka 2018 by mali byť na DRG nastavení všetci poskytovatelia ústavnej zdravotnej starostlivosti, pre nemocnicu je to posun k efektívnosti a adekvátnemu finančnému ohodnoteniu. Nemožno však očakávať, že efekt bude citeľný takpovediac zo dňa na deň, ide o dlhodobejšie obdobie.

V akej fáze je tiež roky meškajúce elektronické zdravotníctvo eHealth?

V prvom kvartáli roka 2017 bolo do eHealth-u pripojených približne 100 ambulantných lekárov a pripájalo sa 15 nemocníc a polikliník. V druhom štvrťroku 2017 sa pripojilo ďalších asi 30 nemocníc a polikliník. Podľa platnej legislatívy budú od 1. januára 2018 všetci poskytovatelia zdravotnej starostlivosti povinní ukladať dáta do elektronickej zdravotnej knihy občana, a teda plne využívať systém elektronickeho zdravotníctva.

Áké nové povinnosti bude mať držiteľ registrácie lieku a aké distribútor?

Od začiatku apríla 2017 nadobudla účinnosť ďalšia časť novely zákona o liekoch. Tento legislatívny nástroj z dielne ministerstva zdravotníctva na zvýšenie liekovej dostupnosti sa týka lekární, dodávateľov a výrobcov liekov. Novinku môže lekárňou využiť, ak nemá na sklade liek, ktorý pacientovi predpísal lekár. Lekárnik vypíše anonymizovaný recept a liek objedná cez emergentný systém. Distribútor alebo výrobca museli liečivo do 48 hodín dodať. Dôležité je, že pacienti už majú dostatok potrebných liekov. Situáciu pozorne sledujeme, komunikujeme s lekární-

kou komorou aj s veľkodistribútormi liekov. Prax z prvých mesiacov zavedenia novely do praxe ukázala, v čom bola potrebná ďalšia úprava novej legislatívy, ktorú parlament prijal začiatkom decembra. Za prvú polovicu apríla lekárnice cez emergentný systém riešili len zhruba 0,05 percenta všetkých objednávok liekov. Išlo o naozaj zanedbateľné množstvo, keďže objednávky liekov sa pohybujú v desiat tisícoch denne.

Z údajov, ktoré MZ SR poskytli veľkodistribútorovi (teda zriaďovatelia emergentných systémov) vyplýva, že 80 percent objednávok cez emergentný systém sa týka lieku na riedenie krvi Fraxiparine. Neznamená to, že by tento liek na Slovensku nebol dostupný. Krátkodobé výpadky boli spôsobené logistikou, keď napríklad lekáreň v Košiciach potrebovala dodať liek, ktorý bol v bratislavskom sklade. Už v apríli 2017 boli lieky v SR až 95-krát dostupnejšie v porovnaní s októbrom 2016. To je obrovská zmena. Povinnosť dodať liek pacientovi platila iba pre lekárnikov, rozšírili sme ju aj na výrobcov a distribútorov. Ak pacient nedostane potrebný liek v zmysle zákona, situáciu na základe podnetu preveríme. Ak sa preukáže pochybenie, následne začneme správne konanie. Pokuta sa môže vyšplhať až do výšky 100-tisíc eur. Situáciu sledujeme aj prostredníctvom schránky chyba-jucielieky@health.gov.sk, na ktorú môžu občania posilať podnety. Počet hlásení však úplne ustal.

Veda a v jej rámci aj vývoj nových, inovatívnych liekov prudko napreduje. Držíme v ich zavádzaní do praxe krok so svetom? Máme už nastavené pravidlá aplikácie pre drahé a nové lieky, aby sa ľahšie mohli stať súčasťou zoznamu kategorizovaných liekov?

Trend zvyšujúcich sa nárokov na úhradu liekov z verejných zdrojov je stále citeľný, naším cieľom je však zabezpečiť inovatívne lieky pre pacientov. Prirodzene, musíme pozorne sledovať, na čo štát má a regulácia musí byť nastavená korektne, to znamená, že je potrebné posúdiť staršie lieky a po dôkladnej analýze stanoviť jednoznačné kritériá. V súčasnosti je zaradených do zoznamu kategorizovaných liekov približne 20 percent z dostupných inovatívnych liekov. Naším cieľom je tento podiel výrazne zvýšiť a zároveň na najnižšiu možnú mieru znížiť počet liekov, pre ktoré budú zdravotné poisťovne udeľovať výnimky. Preto sme pripravili novelu Zákona č. 363/2011 Z. z., o rozsahu a podmienkach úhrady liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín. Novela riadne prešla pripomienkovým konaním a následne parlamentom. V priebehu roka 2017 sme teda prehodnocovali zaradenie a úhrady už kategorizovaných liekov. Od januára 2018 budeme žiadosť o zaradenie lieku do zoznamu kategorizovaných liekov vybavovať podľa nových požiadaviek, zámerom je, aby sa dostupnosť liekov zvýšila. V apríli budúceho roka sa do zoznamu kategorizovaných liekov zaradia aj inovatívne lieky, budú však musieť splniť farmako-ekonomické kritériá v zmysle konceptu Hodnota za peniaze.

Navyše, Všeobecná zdravotná poisťovňa, a. s., plánuje centrálnu nákupovať najmä najdrahšie lieky na najťažšie ochorenia, napríklad

pre onkologických pacientov, pre pacientov so sklerózou multiplex či s vážnymi ochoreniami krvi. Ide zväčša o inovatívne lieky, ktoré dnes nemôže lekár pacientovi predpísať bez schválenia zdravotnou poisťovňou. Ešte v tomto roku chce štátna poisťovňa takýmto spôsobom nakúpiť 32 druhov liekov (na centrálnych nákupoch chce poisťovňa tento rok ušetriť viac ako 20 miliónov eur). O inovatívnych liekoch pre slovenských pacientov plánujeme rokovať aj na medzinárodnej báze – s Českou republikou, Poľskom, Maďarskom, Slovinskom a pobaltskými krajinami; napr. o takzvaných spoločných zľavách pre nákup niektorých liekov, so zameraním práve na inovatívne lieky, ktoré majú aj patentovú ochranu a sú mimoriadne nákladné. Inými slovami, radi by sme získali dodatočné zľavy pre náš trh a pre náš región. Tieto kroky si, samozrejme, vyžiadali aj zmenenú zmenu legislatívy.

Po novembri '89 sa výrazne zmenili výchova a vzdelávanie zdravotných sestier a bratov. Predchádzajúci systém nám zahraničné závidelo a zlé jazyky hovoria, že práve vďaka nemu sú naše sestry také úspešné v zahraničí. Majú prijaté zmeny význam, nevyžadujú si korekciu?

Slovenská republika zosúladiť vzdelávanie sestier s odporúčaniami WHO po novembri '89 a vstupom do EÚ v roku 2004 aj s príslušnými smernicami. Tieto zmeny majú pozitívny vplyv na starostlivosť o pacienta, sestrám umožňujú voľný pohyb v rámci otvoreného európskeho priestoru. Systém vzdelávania by mal vytvárať podmienky na prehĺbenie odbornosti sestier, lebo práve sestry sú partnermi ďalších zdravotníckych pracovníkov v multidisciplinárnom tíme. Pokiaľ lekári by sa mali prioritne venovať diagnostike ochorenia a realizácii liečebných intervencií, sestry zase poskytujú ošetrovateľskú starostlivosť. Výsledkom by mala byť vzájomná spolupráca pri zabezpečení komplexnej starostlivosti o pacienta.

Ministerstvo zdravotníctva si uvedomuje, že dôležitým stabilizačným a motivačným kritériom je okrem mzdového ohodnotenia aj vybavenie a stav pracovísk (v tomto prípade nemocníc). Pracujeme na systémových zmenách, ktoré postupne prispejú aj k zlepšeniu pracovných podmienok v nemocniciach. V roku 2017 bolo určených 70 mil. eur na modernizáciu nemocníc, rovnako plánujeme investovať aj v budúcnosti. Záleží nám na tom, aby lekári aj sestry pôsobili v našich zariadeniach v dôstojných podmienkach a k zabezpečeniu dostatočného počtu kvalifikovaných lekárov by malo prispieť tiež postupné skvalitňovanie materiálno-technického zabezpečenia na výkon práce.

V nemocniciach chýbajú sanitárni pracovníci. Je v našom vzdelávacom systéme zavedená ich výchova?

Pokiaľ ide o sestry – ministerstvo zdravotníctva zriadilo pozíciu ministerskej sestry, ktorá riadi Odbor ošetrovateľstva, čím sa vytvorila platforma na rozsiahlejšiu diskusiu o aktuálnych otázkach, ktoré sa týkajú sestier. V platnosti je vyhláška o rozsahu praxe v niektorých zdravotníckych povolaniach, ktorá rozširuje kompetencie zdravotníckych

asistentov a súčasne by malo dôjsť k odbremeneniu sestier od niektorých činností, vďaka čomu by sa mohli venovať odborným činnostiam v súvislosti so zabezpečovaním ošetrovateľskej starostlivosti o pacienta. Ministerstvo súčasne pripravuje aj jasné vymedzenie kompetencií sestier a pôrodných asisten-

tiel. Týmto krokom vychádzame v ústrety požiadavkám sestier, aby sa vytvoril priestor pre väčšiu samostatnosť sestier pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti. Vytvorením kompetencií pre jednotlivé kvalifikačné stupne sestier sa otvorí priestor na diferencované ohodnotenie sestier podľa zodpoved-

nosti, ktorá sa viaže na jednotlivé kvalifikačné stupne. Pokiaľ ide o vzdelávanie zdravotníckych pracovníkov – sanitárov, v systéme je zavedené a úspešne sa realizuje v 29 stredných zdravotníckych školách.

Nedeliteľnou súčasťou medicíny sa v priebehu storočí stali poznatky o zdraví populácie a spôsoboch ako predchádzať chorobám, posilňovať zdravie a predlžovať život prostredníctvom organizovaného úsilia spoločnosti. Sú natoľko dôležité, že okrem iných úloh sa nimi na ministerstve zdravotníctva zaoberá štátny tajomník Stanislav ŠPÁNIK, ktorého o rozhovor požiadala publicistka Mária Šišuláková.

Občania musia byť v záujme svojho zdravia zvlášť pozorní



Venuje sa na Slovensku skutočná pozornosť prevencii a podpore zdravia?

Samozrejme, prevencia je základným predpokladom kvality života, zdravia, v prípade preventívnych prehliadok aj včasnej diagnostiky a následnej liečby. Preto je dôležité zdôrazňovať význam prevencie, nielen infekčných, ale aj neinfekčných ochorení. Veľkú rolu zohráva zdravý životný štýl, čo treba vstúpiť deťom už od útleho veku. Nefajčiť, nepiť alkohol, zdravo sa stravovať, aktívne športovať – to všetko je mimoriadne dôležité pri predchádzaní kardiovaskulárnym, onkologickým ochoreniam, ale napr. aj diabetes. Asi málokto už dnes pochybuje o dôležitosti investície do svojho zdravia. Dodržiavaním zásad zdravého životného štýlu môžeme v maximálnej miere redukovať riziko a predchádzať chorobám.

Poistenci na Slovensku majú zákonom garantované preventívne prehliadky hradené z verejného zdravotného poistenia a je na zodpovednosť každého, aby v záujme svojho zdravia tieto prehliadky absolvoval. Stále sú však počty poistencov, ktorí ich absolvujú, nízke. Pričom práve absolvovanie preventívnej prehliadky je základným predpokladom včasného odhalenia varovných signálov. Tieto prehliadky treba absolvovať pravidelne, súčasťou prevencie je aj zameranie na kardiovaskulárne choroby (v rámci preventívnej prehliadky občan absolvuje aj odbery na hematologické a biochemické vyšetrenia, súčasťou vyšetrenia u poistencov nad 40 rokov je aj EKG záznam činnosti srdca).

Verejnosť čiastočne vie niečo o existencii skríningu na zistenie častého kolorektálneho karcinómu pomocou jednoduchého testu na okultné krvácanie. Ale nie je to málo?

Nazdávam sa, že verejnosť má informácie aj o možnostiach skríningu pri karcinóme prsníka, mnohé ženy vedú o skríningu karcinómu krčka maternice. Zdravotné poisťovne aj legislatíva umožňujú poistencom zúčastniť sa na skríningu, pokiaľ ide o informovanosť – rezervy v tomto smere ešte sú. Napríklad v prípade nádorového ochorenia krčka maternice poznáme pôvodcu – humánný papilomavírus (HPV) a je možné diagnostikovať toto ochorenie v jeho raných fázach. Pri tomto ochorení ide o pomerne dlhodobý proces vývoja – od nepatrných zmien na sliznici krčka maternice až po vznik invazívneho karcinómu určite prejde niekoľko rokov. Preto si myslím, že práve toto je veľmi vhodné ochorenie na skrínung. Už pri jednoduchom gynekologickom ochorení sa dajú zistiť zmeny a veľmi jednoduchým, málo invazívnym zákrokom sa dá problém riešiť. Žiaľ, na Slovensku sa neznižuje výskyt karcinómu krčka maternice a neznižuje sa dokonca ani úmrtnosť na tieto nádory, ktoré môžu postihovať aj mladé ženy. Takže na jednej strane sú všetky podmienky na to, aby sme predchádzali, diagnostikovali včasné štádiá a dokázali sme ich vyliečiť. Ženy však možnosť preventívnych vyšetrení dostatočne nevyužívajú – podľa odhadov ich chodí na pravidelné gynekologické vyšetrenie okolo 20 percent. Otázkou je, či to nevedia alebo vedú a nechodia. Som preto presvedčený, že informovanosť je potrebné neustále zlepšovať.

Máme vysokú úmrtnosť na srdcovo-cievne ochorenia, veková hranica sa pri nich pomerne rýchlo znižuje, nie sú zriedkavé už vo veku okolo 30 rokov. Čo robíme pre včasné odhalenie začínajúceho ochorenia?

Ministerstvo zdravotníctva má záujem o prípravu spoločnej stratégie na zníženie počtu odvrátiteľných úmrtí s primárnym zameraním