

OBSAH

číslo 1/2016

ročník XII

ÚVODNÉ SLOVO / EDITORIAL

TÓTH, K. 1

PREHLADNÉ REFERÁTY / REVIEW-SUMMARY

PAGÁČOVÁ, I.

Povinnosti fyzických osôb v prevencii prenosných ochorení 3

NOVÁK, I.

Právne aspekty kategorizačného procesu liekov v Slovenskej republike 17

OCHABA, R.

Regulácia predaja a užívania alkoholických nápojov na Slovensku 33

TOMEK, D., TOMEKOVÁ, K.

Právne povedomie pacienta v kontexte edukácie 47

PERSONÁLIE

MORICOVÁ, Š., TÓTH, K.

Odišiel pedagóg, lekár, výnimočná osobnosť

- **prof. MUDr. Ladislav Hegyi, DrSc.** 56

EDITORIÁL

Vážení čitatelia.

V tejto chvíli listujete v prvom čísle 1/2016 internetového časopisu Verejné zdravotníctvo, ktoré je tematicky venované problematike zdravotníckeho práva, osobitne práva vo verejnom zdravotníctve. Zdravotnícke právo sa dotýka širokej skupiny profesií, realizuje široká škála profesionálov a zasahuje za ustanovenú lekársku a ošetrovateľskú prax a komunity. Navyše sa akceptuje názor, aby zdravotnícke právo vzalo pod svoje krídla nielen pacientov a ochorenia, ale aj zdravých ľudí a verejné zdravotníctvo. Verejné zdravotníctvo je multidisciplinárny vedný odbor zaoberajúci sa zdravím populácie a spôsobmi, ako predchádzať chorobám, predlžovať život a posilňovať zdravie prostredníctvom organizovaného úsilia spoločnosti.

Obsahom tohto čísla sú spracované vybrané témy z oblasti verejného zdravotníctva, ktoré vychádzajúc z koncepcie odboru nesú v sebe prvky práva verejného zdravotníctva. Na multidisciplinarite odboru sa významným spôsobom podieľa aj právo, ktoré rozsiahlou legislatívou vo verejnom zdravotníctve reguluje činnosti i procesy v rámci podporných, preventívnych a represívnych úloh pri ochrane verejného zdravia (*ochrana a podpora zdravia, prevencia ochorení, štátny zdravotný dozor, správne konanie a rozhodovacie procesy, právna zodpovednosť zdravotníckych pracovníkov, a pod.*).

Vybrané témy sa zaoberajú problematikou prenosných ochorení vo vzťahu k povinnostiam dotknutých osôb, regulácií predaja a užívania alkoholických nápojov, kategorizačným procesom liekov a právnym povedomím pacienta, a to z hľadiska právnych aspektov.

Čitateľovi sme priblížili obsah niektorých tém, ktoré vychádzajú z aplikačnej praxe pracovníkov vo verejnom zdravotníctve a poukázali na význam právneho povedomia dotknutých subjektov - pracovníkov vo verejnom zdravotníctve, ale aj fyzických a právnických osôb, ktorých sa dotýka právna regulácia v oblasti verejného zdravia.

prof. JUDr. Karol Tóth, PhD., MPH
Katedra medicínskeho práva, LF
Slovenská zdravotnícka univerzita v Bratislave

POVINNOSTI FYZICKÝCH OSÔB V PREVENCII PRENOSNÝCH OCHORENÍ

Ivana PAGÁČOVÁ

Katedra medicínskeho práva, Lekárska fakulta, SZU v Bratislave

ABSTRAKT

Príspevok sa zaoberá povinnosťami fyzickej osoby pri predchádzaní prenosných ochorení podľa zákona č. 355/2007 Z. z. o ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia a o zmene a doplnení niektorých zákonov (ďalej len „*zákon o ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia*“) a všeobecne záväzných právnych predpisov vydaných k zákonu. Poukazuje najmä na povinnosti osoby (pacienta) s prenosným ochorením a pri podozrení z prenosného ochorenia, uvádza prehľad sankcií za porušenie uložených povinností fyzickým osobám vo vzťahu k prevencii prenosných ochorení a opatreniam na predchádzanie prenosným ochoreniam.

Kľúčové slová: *prevencia, prenosné ochorenie, verejné zdravie, sankcie, právo.*

ZÁKLADNÉ POJMY

Prenosným ochorením sa označuje choroba vyvolaná biologickým faktorom, ktorý je schopný vyvolať individuálnu alebo hromadnú infekciu, ochorenie alebo otravu u ľudí. Je to každé ochorenie, ktoré je možné preniesť z človeka na človeka, alebo zo zvierat'a na človeka, tzv. zoonózy.

Prenosné ochorenia sa vyskytovali v minulosti, vyskytujú sa aj dnes a budú sa vyskytovať aj v budúcnosti. Je na príslušnom štáte, resp. Európskej únii aké opatrenia prijme v rámci zákonodarstva na predchádzanie prenosným ochoreniam. Potreba a existencia týchto opatrení je obzvlášť nevyhnutná z dôvodu globalizácie prejavujúcej sa voľným pohybom tovaru, voľným pohybom osôb v rámci štátov, nelegálnou migráciou a pod.

Každé prenosné ochorenie, viac či menej, predstavuje vážny verejno-zdravotný, spoločenský, ale najmä ekonomický problém, a preto je nevyhnutné ich prevenciu regulovať právom na národnej a európskej úrovni. Slovenská republika prijala viacero opatrení v rámci prevencie prenosných ochorení vo forme zákonov i vykonávacích predpisov, ktoré ustanovujú i povinnosti fyzických osôb na predchádzanie prenosných ochorení a povinnosti osoby s prenosným ochorením na ochranu verejného zdravia, teda ostatných osôb spoločnosti.

Prevenciu ochorení a iných porúch zdravia **zákon o ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia** definuje ako systém opatrení zameraných na vylúčenie, prípadne zníženie rizika výskytu ochorení a iných porúch zdravia, na ktoré v rozhodujúcej miere vplyvajú životné, pracovné a sociálno-ekonomické podmienky a spôsob života, a opatrení zameraných na ochranu, podporu a rozvoj verejného zdravia. V poňatí tejto definície možno prevenciu chápať ako opatrenia, ktorými sa má na prvom stupni (**primárna prevencia**) vôbec zabezpečiť predchádzaniu vzniku a ďalšiemu šíreniu ochorení s cieľom spoločenskej ochrany verejného zdravia, a ktoré sa podľa charakteru majú vykonávať trvale a systematicky. Z kľúčových preventívnych opatrení a úloh verejného zdravotníctva možno spomenúť najmä imunizačný program, výchovnú a poradenskú činnosť v prevencii pred prenosnými ochoreniami /typu HIV, vírusové

hepatitídy, alimentárne ochorenia, chrípka, respiračné ochorenia, atď./, vykonávanie epidemiologického dohľadu.

Pojem prevencia v našom právnom poriadku ustanovuje aj **zákon č. 576/2004 Z. z.** o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov (ďalej len „*zákon o zdravotnej starostlivosti*“), pričom prevencia na účely tohto zákona je výchova a vzdelávanie s cieľom ochrany, zachovania alebo navrátenia zdravia osobe, aktívne vyhľadávanie možných príčin chorôb, ich odstraňovanie a predchádzanie vzniku chorôb, vyhľadávanie patologických procesov v ich asymptomatickom období s cieľom liečby, ktorou sa predchádza ich klinickému prejavu, aktívne sledovanie choroby s cieľom predchádzania zhoršeniu zdravotného stavu osoby, aktívne vyhľadávanie možných príčin chorôb v súvislosti s prácou, ich odstraňovanie a predchádzanie vzniku chorôb z povolania v súvislosti s výkonom lekárskej preventívnej prehliadky vo vzťahu k práci. Prevencia v tomto ponímaní je chápaná ako **sekundárna prevencia**, ktorá má za cieľ najmä osobu /pacienta/ vyliečiť a zabrániť následkom a komplikáciám jeho prenosného ochorenia. Sekundárna prevencia podľa tohto zákona je v rukách zdravotníckych pracovníkov - lekárov, ktorí prichádzajú do kontaktu s osobou, u ktorej je podozrenie na chorobu, a už chorým pacientom.

Fyzickou osobou - sa rozumie každý človek, jedinec, každá ľudská bytosť ako prirodzená osoba.

Epidemiologicky závažná činnosť /EZČ/- je pracovná činnosť, ktorou možno pri zanedbaní postupov správnej praxe a pri nedodržaní zásad osobnej hygieny spôsobiť vznik alebo šírenie prenosného ochorenia. Epidemiologicky závažná činnosť sa vykonáva v úpravniach pitnej vody a pri obsluhu vodovodných zariadení, v

zariadeniach starostlivosti o ľudské telo, pri výrobe, manipulácii a uvádzaní do obehu potravín a pokrmov a pri výrobe kozmetických výrobkov.

Ide najmä o tieto profesie a pracovné činnosti: *kuchár, čašník, pomocný pracovník v kuchyni a v obsluhu, pracovník vo výrobní potravín, kaderník/-čka, holič/-čka, kozmetička, masér/-ka, manikérka, pedikérka, pracovník vo wellness centre, pracovník vo výrobe a baliarní kozmetických výrobkov*, a ďalšie profesie, pri ktorých sa vyrábajú a uvádzajú do obehu potraviny a pokrmy a manipuluje s ľudským telom.

Karanténne opatrenia - súbor opatrení, ktorými sa má zamedziť ďalšiemu vzniku a šíreniu prenosných ochorení. Tieto opatrenia zahŕňajú súbor organizačných opatrení, ktoré obmedzujú kontakt osoby podozrivej z nákazy s okolím a určujú sledovanie a vyšetovanie jej zdravotného stavu. Sú to karanténa, zvýšený zdravotný dozor a lekársky dohľad.

POVINNOSTI FYZICKEJ OSOBY PRI PREDCHÁDZANÍ PRENOSNÝCH OCHORENÍ

Zákon o ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia vymedzuje opatrenia na predchádzanie vzniku a šíreniu prenosných ochorení a opatrenia na predchádzanie vzniku iných hromadne sa vyskytujúcich ochorení a na ich obmedzenie a ustanovuje povinnosti na predchádzanie prenosných ochorení. Okrem povinnosti poskytovateľov zdravotnej starostlivosti a zdravotníckych pracovníkov hlásiť výskyt prenosného ochorenia, podozrenie na prenosné ochorenie a nosičstvo choroboplodných mikroorganizmov príslušnému orgánu verejného zdravotníctva (Úradu verejného zdravotníctva SR, Regionálnemu úradu verejného zdravotníctva), ukladá zákon povinnosti aj samotnej fyzickej osobe.

Fyzická osoba je povinná na predchádzanie vzniku a šíreniu prenosných ochorení:

1.) plniť opatrenia na predchádzanie ochoreniam a opatrenia pri ohrozeniach verejného zdravia nariadené príslušným orgánom verejného zdravotníctva; to neplatí v prípade povinného očkovania, ak sú známe kontraindikácie

Ad 1 : Každá fyzická osoba, ktorá je podozrivá z prenosného ochorenia alebo má prenosné ochorenie, musí plniť opatrenia, ktoré nariadi príslušný regionálny úrad verejného zdravotníctva alebo úrad verejného zdravotníctva SR. Ide najmä o **tieto opatrenia :**

- **izolácia osoby** v domácom prostredí alebo v ústavnom zdravotníckom zariadení, prípadne inom určenom zariadení, ktoré spĺňa požiadavky na izoláciu osoby s prenosným ochorením ale aj v zariadení sociálnych služieb. Izolácia je oddelenie osôb chorých na prenosné ochorenie počas ich infekčnosti od iných osôb /napr. od ostatných členov rodiny/ na účely zamedzenia šíreniu prenosného ochorenia iných vnímavých jedincov či osôb s oslabenou imunitou, rodinných príslušníkov, zamestnancov - spolupracovníkov, a pod.

- **zvýšený zdravotný dozor (ZZD)** - jedno z karanténnych opatrení, je dozor nad osobou, ktorá je podozrivá z nákazy, to znamená, že bola v kontakte s chorým na prenosné ochorenie alebo podozrivým na prenosné ochorenie, no samotné prenosné ochorenie sa u nej zatiaľ nepotvrdilo, čaká sa na uplynutie maximálnej inkubačnej doby, počas ktorej môže dôjsť k výskytu klinických príznakov a prepuknutiu ochorenia. Počas zvýšeného zdravotného dozoru osoby sa vykonávajú najmä nevyhnutné vyšetrenia na zistenie, resp. vylúčenie prenosného ochorenia, sledovanie jej zdravotného stavu a protiepidemické opatrenia.

Osobe, ktorej nariadi príslušný orgán verejného zdravotníctva ZZD, môže zároveň uložiť zákaz činností, pri vykonávaní ktorých by sa mohlo prenosné ochorenie šíriť alebo nariadiť úpravu pracovných podmienok na pracovisku s cieľom obmedzenia možnosti ďalšieho šírenia prenosného ochorenia. (napr. *obmedzenie účasti dieťaťa na zotavovacom podujatí, zákaz kúpeľného pobytu, ...*)

- **lekársky dohľad** - vykonáva lekár, ktorý anamnesticky a klinicky vyšetruje osobu, diagnostikuje prenosné ochorenie a navrhuje liečbu osoby. Pri lekárskom dohľade sa nariadi pravidelná kontrola zdravotného stavu osoby podozrivej z nákazy. Ošetrojúci lekár, ktorý diagnostikuje prenosné ochorenie alebo podozrenie na prenosné ochorenie, túto skutočnosť hlási príslušnému regionálnemu úradu verejného zdravotníctva v zmysle ďalších ustanovení zákona o ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia a vyhlášky MZ SR č. 585/2008 Z. z., ktorou sa ustanovujú podrobnosti o prevencii a kontrole prenosných ochorení.

- **zákaz alebo obmedzenie výkonu povolania osobe, ktorá vykonáva epidemiologicky závažnú činnosť /EZČ/** - osobe, ktorá je podozrivá alebo chorá na prenosné ochorenie a vykonáva epidemiologicky závažnú činnosť nariadi regionálny úrad verejného zdravotníctva zákaz alebo obmedzenie výkonu svojej profesie. To znamená, ak osoba pracuje napr. v potravinárstve, v kozmetickom priemysle, v úpravni pitnej vody určenej spotrebiteľom prostredníctvom verejnej rozvodnej siete pitnej vody, alebo pracuje v zariadeniach, v ktorých dochádza k manipuláciám a kontaktu s ľudským telom (*kaderníctvo, manikúra, masáže, poskytovanie služieb v erotickom salóne a pod.*) môže orgán verejného zdravotníctva nariadiť zákaz výkonu povolania alebo jeho obmedzenie na čas, ktorý je potrebný na diagnostiku, liečbu, vyliečenie osoby a následné overenie

jej zdravotnej spôsobilosti na prácu s cieľom vylúčenia prenosnej choroby a choroboplodných zárodkov prenosného ochorenia u tejto osoby.

V praxi sa však vyskytujú prípady, že osoba, ktorá vykonáva epidemiologicky závažnú činnosť, **je bacilonosič**, t. j. vylučuje choroboplodné zárodky bez príznakov prenosného ochorenia, nemá vážne klinické ťažkosti, avšak pri nedodržaní a porušení hygienických a epidemiologických zásad môže vylučovať choroboplodné zárodky ochorenia napr. pri príprave pokrmov, alebo pri kontakte s ľudským telom a osoba sa stane zdrojom prenosnej choroby. Medzi závažné skupiny bacilonosičov najmä z hľadiska prenosu ochorenia, ktoré sa môžu vyskytnúť aj v našej spoločnosti patrí nosičstvo HIV, tuberkulózy, vírusovej hepatitídy typu B, C, šigelózy, salmonelózy a listeriózy. V súvislosti s uvedeným je nutné zdôrazniť význam dôsledne vykonanej preventívnej lekárskej prehliadky vo vzťahu k práci pred vydaním zdravotného preukazu ako výsledok posúdenia zdravotnej spôsobilosti na prácu osoby, ktorá bude vykonávať epidemiologicky závažnú činnosť, ešte v čase pred prijatím osoby - bacilonosiča do zariadenia. Zároveň zdôrazňujeme, že za posúdenie zdravotnej spôsobilosti osoby na prácu, ktorá bude vykonávať epidemiologicky závažnú činnosť je lekár, ktorý posudzuje zdravotnú spôsobilosť a vydá tejto osobe zdravotný preukaz na základe skutočne vykonanej lekárskej prehliadky.

Fyzická osoba je povinná spolupracovať s úradom verejného zdravotníctva alebo regionálnym úradom verejného zdravotníctva **pri plnení** opatrení, ktoré sú nariadené /viď vyššie/.

Fyzická osoba je povinná na predchádzanie vzniku a šíreniu prenosných ochorení:

2.) oznámiť neodkladne ošetrojúcemu lekárovi a úradu verejného zdravotníctva alebo regionálnemu úradu verejného zdravotníctva všetky okolnosti dôležité na predchádzanie vzniku a šíreniu prenosných ochorení a poskytovať informácie dôležité pre epidemiologické vyšetrenie a posudzovanie ochorení vo vzťahu k vykonávanej práci

Ad 2: Každá fyzická osoba je povinná oznámiť **ošetrojúcemu lekárovi** (všeobecnému lekárovi pre dospelých, alebo všeobecnému lekárovi pre deti a dorast) a úradu verejného zdravotníctva alebo **príslušnému regionálnemu úradu verejného zdravotníctva** všetky **okolnosti** dôležité na predchádzanie vzniku a šíreniu prenosných ochorení a poskytuje informácie dôležité pre epidemiologické vyšetrenie v ohnisku nákazy. Osoba, ktorá vyhľadá zdravotnú starostlivosť, a teda lekára za účelom diagnostiky a liečby podozrenia alebo prenosného ochorenia je v rámci zisťovania anamnézy a určenia diagnózy povinná oznámiť lekárovi dôležité okolnosti. Pod okolnosťami možno vo všeobecnosti rozumieť najmä skutočnosti, ktoré mohli viesť k vzniku prenosného ochorenia. To znamená, že táto osoba **určí a označí zdroj nákazy**, ak je tento dotknutej osobe známy (napr. *kontakt s osobou s prenosným ochorením, konzumáciu pokrmu, príp. potraviny, ktorá mohla byť spúšťačom príznakov prenosného ochorenia*), uviesť **inkriminované miesto** konzumácie podozrivého pokrmu či potraviny (*rodinná oslava, závodná jedáleň, reštaurácia, a pod.*), **určí osobu/-y**, na ktoré mohla podozrivá alebo chorá osoba preniesť ochorenie (*napr. prenos pohlavným stykom v prípade pohlavne prenosného ochorenia - syfilis, kvapavka, HIV a ďalšie*).

Veľmi **dôležitou okolnosťou** je oznámenie a upozornenie ošetrojúceho lekára **o vykonávaní epidemiologicky závažnej činnosti**. Lekár túto skutočnosť musí zaznamenať do zdravotnej dokumentácie pacienta a zdravotného preukazu osoby.

Údaje a okolnosti získané od fyzickej osoby sú pre zamestnanca - epidemiológa regionálneho úradu verejného zdravotníctva nevyhnutné na vymedzenie ohniska nákazy, posúdenie príčin a spôsobu šírenia prenosného ochorenia s cieľom prijatia a vykonania potrebných opatrení na predchádzanie ďalšieho vzniku a šírenia prenosného ochorenia.

Fyzická osoba je povinná na predchádzanie vzniku a šíreniu prenosných ochorení:

3.) podrobiť sa v súvislosti s predchádzaním prenosným ochoreniam lekárskeým vyšetreniam a diagnostickým skúškam, ktoré nie sú spojené s nebezpečenstvom pre zdravie, preventívnemu podávaniu protilátok a iných prípravkov, povinnému očkovaniu, liečeniu prenosných ochorení, izolácii a karanténym opatreniam.

Ad 3: V kontexte s osobou, ktorá je už podozrivá z ochorenia alebo je u nej diagnostikované niektoré z prenosných ochorení je povinná podrobiť sa lekárskeým vyšetreniam a diagnostickým skúškam, ak sú potrebné na správnu diagnostiku a liečbu ochorenia. Pre príklad možno uviesť vykonanie odberu krvi na zistenie napr. markerov vírusovej hepatitídy, protilátok v krvi, odber výterov z konečníka, hrdla, nosa, nosohltana atď. v závislosti od typu prenosného ochorenia. Osoba, u ktorej bolo potvrdená diagnóza prenosného ochorenia je povinná liečiť sa tak, ako navrhol a určil ošetrojúci lekár.

V prípade, ak fyzická osoba s prenosným ochorením dobrovoľne neplní karanténne opatrenia a odmieta izoláciu v domácom alebo zdravotníckom zariadení, tieto opatrenia jej nariadi orgán verejného zdravotníctva a fyzická osoba je povinná uložené opatrenia strpieť.

Fyzická osoba s prenosným ochorením vylučujúca choroboplodné zárodky a fyzická osoba vylučujúca choroboplodné zárodky bez príznakov prenosného ochorenia **sú ďalej povinné informovať o akútnom prenosnom ochorení alebo o svojom bacilonosičstve** pri prijatí do zariadenia, v ktorom sa vykonávajú epidemiologicky závažné činnosti, do zariadenia sociálnych služieb alebo do zariadenia sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately. To znamená, že osoba, ktorá je nosičom choroboplodných zárodok v akútnej fáze s príznakmi ochorenia alebo bezpríznakový bacilonosič sú povinní pri prijatí do týchto zariadení ako napr. domov dôchodcov, detský domov a ďalšie typy zariadení sociálnych služieb s koncentráciou a pobytom ďalších osôb povinní informovať o prenosnom ochorení, ktorým trpia buď v akútnej fáze /napr. svrab/ alebo sú bezpríznakovými nosičmi /TBC, HIV, dyzentéria, syfilis, vírusová hepatitída B, C, D.../

Do skupiny osôb vylučujúcich choroboplodné mikroorganizmy patria nosiči choroboplodných mikroorganizmov a osoby kolonizované choroboplodnými mikroorganizmami, ktoré netrpia žiadnymi príznakmi prenosného ochorenia. Ide najmä o osoby po nákaze vyvolanej vírusom ľudskej imunodeficiencie a osoby, ktoré po prekonaní brušného týfusu, paratýfusu A, B, a C, dyzentérie, salmonelózy, záškrtu a vírusového zápalu pečene typu B, C a D, tuberkulózy, syfilisu a kvapavky vylučujú choroboplodné mikroorganizmy.

Osoba, ktorá vylučuje choroboplodné mikroorganizmy nesmie vykonávať činnosti,

ktoré by ohrozovali zdravie iných osôb a **musí**

- a) sa podrobiť lekárskeho dohľadu, potrebným laboratórnym vyšetreniam a ďalším epidemiologickým opatreniam,
- b) dodržiavať poučenie lekára o ochrane iných osôb pred šírením prenosného ochorenia, ktorého je nosičom,
- c) informovať lekára pred vyšetrovacím alebo liečebným výkonom, pri prijatí do ústavného zariadenia alebo do zariadenia kúpeľnej starostlivosti o skutočnosti, že je nosičom prenosného ochorenia,
- d) informovať o skutočnosti, že je nosičom prenosného ochorenia pri prijatí do zariadenia sociálnych služieb,
- e) oznámiť lekárovi údaje o zamestnaní a zmenu v týchto údajoch. (*Vyhláška č. 585/2008 Z. z.*)

Je na mieste poznamenať, že vyššie uvedené povinnosti sa dotýkajú každej fyzickej osoby, teda aj **maloletých detí, za plnenie ktorých zodpovedá zákonný zástupca dieťaťa** (rodič, osvojiteľ, opatrovník).

Zákon o ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia upravuje aj **sankcie** za porušenie vyššie uvedených povinností fyzickou osobou. Porušenie povinnosti uloženej fyzickej osobe sa klasifikuje ako priestupok, pričom **priestupku sa na úseku verejného zdravotníctva** dopustí ten, kto sa nepodrobí nariadenej izolácii alebo nestrpí nariadený zvýšený zdravotný dozor, lekársky dohľad alebo sa nepodrobí nariadeným karanténnym opatreniam, nevykoná nariadené opatrenia na zabránenie šíreniu ochorení prenosných zo zvierat na ľudí, nepodrobí sa nariadenému zákazu alebo obmedzeniu výkonu povolania z dôvodu ochorenia na prenosné ochorenie alebo podozrenia na

prenosné ochorenie, nespolupracuje s úradom verejného zdravotníctva alebo regionálnym úradom verejného zdravotníctva pri plnení nariadených opatrení na predchádzanie ochoreniam, poruší oznamovaciu povinnosť alebo povinnosť poskytnúť informácie (*okolnosti na epidemiologické vyšetrovanie*), nepodrobí sa v súvislosti s predchádzaním prenosným ochoreniam lekárske vyšetreniam alebo diagnostickým skúškam, ktoré nie sú spojené s nebezpečenstvom pre zdravie, liečeniu prenosných ochorení, izolácii alebo karanténym opatreniam a nezabezpečí ako zástupca dieťaťa plnenie niektorej z povinností uvedených vyššie. Za priestupok možno uložiť pokutu **do 1 659 eur** a v blokovom konaní **do 99 eur**. Priestupky podľa tohto zákona prejednávajú v rozsahu svojej pôsobnosti orgány verejného zdravotníctva (úradu verejného zdravotníctva).

POVINNOSTI FYZICKEJ OSOBY - PACIENTA S PRENOSNÝM OCHORENÍM

Okrem povinností fyzických osôb na predchádzanie prenosným ochoreniam upravené zákonom o ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia považujeme pre úplnosť problematiky uviesť a apelovať na povinnosti fyzickej osoby - pacienta, ktorý už trpí prenosným ochorením. Tieto povinnosti v súčasnosti upravuje zákon o zdravotnej starostlivosti. Nie je chybou zákonodarcu, že povinnosti sú upravené v dvoch zákonoch. Zákon o ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia sa týka povinností všetkých fyzických osôb, teda aj zdravých, ktoré netrpia prenosným ochorením, nie sú pacientmi. Zákon o zdravotnej starostlivosti striktne vymedzuje a hovorí o osobe, ktorá je chorá, trpí prenosným ochorením, osoba vie o tom, že má prenosné ochorenie.

Podľa zákona o zdravotnej starostlivosti **osoba, ktorá má prenosnú chorobu, je povinná**

- a) správať sa tak, aby zabránila prenosu takejto choroby na iné osoby,
- b) označiť ošetrojúcemu lekárovi zdroj nákazy, ak ho pozná, a poskytnúť mu všetky informácie na jeho určenie,
- c) určiť okruh osôb, na ktorý mohla prenosnú chorobu preniesť.

Ustanovenie jasne hovorí, že osoba s prenosným ochorením nesmie ohroziť iné osoby a svojim správaním vystaviť nebezpečenstvu prenosnej choroby iných. Vedomosť ochorenia je dôležitý prvok k vyvodu zodpovednosti voči subjektu, ktorý porušil predpísané povinnosti.

ZÁVER

Ochrana spoločnosti a ochrana verejného zdravia pred prenosnými ochoreniami je téma dôležitá aj pre zákonodarcov, preto je prevencia pred prenosnými ochoreniami predmetom právnych úprav verejného práva. Viaceré zákony, ale aj podzákonné právne predpisy ustanovujú povinnosti pacientom s prenosným ochorením, ale i osobám, ktoré netrpia prenosným ochorením, ale len prišli do kontaktu s ním, s cieľom zamedzenia ďalšieho šírenia. Všeobecná informovanosť fyzických osôb /pacientov/ o uvedených povinnostiach je nedostatočná, hoci platí domnienka, že neznalosť zákona neospravedlňuje. Tu je potrebné podotknúť a poukázať na aktívnejší prístup jednak zo strany lekára, ktorý vyšetruje a lieči pacienta s prenosným ochorením, jednak zo strany pacienta a poučiť pacienta o týchto povinnostiach.

Téma prenosných ochorení a ich prevencie je problematikou pomerne rozsiahlou vo vzťahu k povinnostiam a niektorým osobitostiam, napr. k prevádzkovateľom predškolských či školských zariadení, prevádzkovateľom kúpeľných zariadení, prevádzkovateľom zariadení spoločného stravovania a vykonávania epidemiologickej závažných činností, a pod. Určite by si zaslúžila pozornosť k spracovaniu a podrobnejšiemu priblíženiu čitateľovi v niektorých z ďalších príspevkov v budúcnosti. Vzhľadom k spomínanému rozsahu problematiky a jej právnej úprave sme sa venovali povinnostiam fyzických osôb a pacientov v prevencii prenosných ochorení len informatívne.

LITERATÚRA

1. TÓTH, K. – PAGÁČOVÁ, I.: *Vybrané kapitoly zdravotníckeho práva pre ošetrovatel'stvo*. 1. vyd. Bratislava : HERBA, 2014, 152 s. ISBN 978-80-89631-16-2.
2. ZÁKON NR SR č. 355 z 21. júna 2007 o ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.
3. ZÁKON NR SR č. 576 z 21. októbra 2004 o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov.
4. ZÁKON č. 578 z 21. októbra 2004 o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov.
5. VYHLÁŠKA MZ SR č. 553 z 15. augusta 2007, ktorou sa ustanovujú podrobnosti o požiadavkách na prevádzku zdravotníckych zariadení z hľadiska ochrany zdravia.
6. VYHLÁŠKA MZ SR č. 585 z 10. decembra 2008, ktorou sa ustanovujú podrobnosti o prevencii a kontrole prenosných ochorení v znení Vyhlášky MZ SR č. 273/2010 Z. z. a Vyhlášky MZ SR č. 544/2011 Z. z.

Kontaktné údaje

RNDr. Ivana Pagáčová, PhD.

Katedra medicínskeho práva

Lekárska fakulta, SZU v Bratislave

833 03 Bratislava

e-mail: ivana.pagacova@szu.sk

PRÁVNE ASPEKTY KATEGORIZAČNÉHO PROCESU LIEKOV V SLOVENSKEJ REPUBLIKE

Igor NOVÁK

Katedra medicínskeho práva, Lekárska fakulta, SZU v Bratislave

ABSTRAKT

Článok analyzuje vývoj právnych noriem upravujúcich kategorizačný proces liekov na Slovensku. Taktiež analyzuje dopad legislatívnych zmien na kategorizačný proces liekov. Článok poukazuje na hlavné zmeny, ktoré priniesla novela zákona 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. Článok poukazuje na pozitíva, ktoré vývoj legislatívy v oblasti liekovej politiky priniesol, a to najmä transparentnosť rozhodovacích procesov v súvislosti s vynakladaním prostriedkov z verejných zdrojov ale nachádza aj priestor na možné úpravy.

Kľúčové slová: *právo, kategorizačný proces liekov, správne konanie, verejné zdroje, zdravotné poistenie.*

Udržateľnosť každého systému je podmienená dosahovaním svojich cieľov. V prípade zdravotníctva uhrádzaného z verejných zdrojov ohrozuje jeho udržateľnosť niekoľko faktorov:

- postupná zmena štruktúry ochorení (presun ťažiska od akútnych ku chronickým),
- demografické faktory (starnutie populácie),
- technologický pokrok (napr. vo farmaceutickom priemysle),
- očakávania občanov od spoločnosti (zlepšovanie zdravotných služieb podporuje rastúce očakávania),
- dostupnosť zdrojov.

Za zabezpečenie poskytnutia primeranej zdravotnej starostlivosti (manažovanie pacienta) je zodpovedná zdravotná poisťovňa. Zdravotná poisťovňa má možnosť uhrádzať zdravotnú starostlivosť a súvisiace služby aj nad taxatívne vymedzený rozsah. Systém je univerzálny, teda všetci poistenci majú nárok na úhradu zdravotnej starostlivosti z verejného zdravotného poistenia za rovnakých podmienok.

Čo sa týka záväzkov Slovenskej republiky vo vzťahu k Európskym spoločenstvám a Európskej únii, sú **nasledovné**:

- a) problematika zákona podľa článku 70 Európskej dohody o pridružení uzatvorenej medzi Európskym spoločenstvom a ich členskými štátmi na jednej strane a Slovenskou republikou na druhej strane nepatrí medzi oblasti zahrnuté na zblížovanie práva,
- b) Národný program pre prijatie *acquis communitaire*, Partnerstvo pre vstup a Biela kniha, z ktorých vyplýva požiadavka na inštitucionálne zabezpečenie efektívnej koordinácie systému sociálneho zabezpečenia.

Problematika zákona je upravená

a) v primárnom práve

v Zmluve a založení Európskeho spoločenstva, podľa ktorej činnosť spoločenstva v oblasti zdravotníctva plne rešpektuje zodpovednosť členských štátov za organizáciu zdravotníctva a poskytovanie zdravotníckych služieb a zdravotnej starostlivosti,

b) v sekundárnom práve

1. v Nariadení rady 1408/71/ EHS o uplatňovaní systémov sociálneho zabezpečenia na zamestnané osoby, samostatne zárobkovo činné osoby a členov ich rodín pohybujúcich sa v rámci spoločenstva v znení neskorších predpisov,

2. v Nariadení rady 574/1972/ EHS, ktorým sa ustanovuje postup na vykonávanie nariadenia rady 1408/71/ EHS o uplatňovaní systémov sociálneho zabezpečenia na zamestnané osoby, samostatne zárobkovo činné osoby a členov ich rodín pohybujúcich sa v rámci spoločenstva v znení neskorších predpisov,

3. v Smernici rady 89/105/EHS z 21. decembra 1988 týkajúca sa transparentnosti opatrení vzťahujúcich sa na určenie cien humánných liekov a ich zaradenie do pôsobnosti národných zdravotných poisťovní.

Téma kategorizácie – stanovenia úhrady liekov z verejných zdrojov - je v súčasnosti mimoriadne dôležitá, pretože náklady na zdravotníctvo v dôsledku starnutia populácie a nových liečebných postupov kontinuálne stúpajú a je potrebné hľadať také riešenia, ktoré umožnia čo najefektívnejšie využiť verejné zdroje, pri zachovaní dostupnosti modernej a kvalitnej liečby pre pacienta.

V priebehu ostatných 10 rokov boli zákony, ktoré definujú kategorizačný proces liekov niekoľkokrát novelizované. Na Slovensku neexistuje jasná lieková politika, ktorá by pretrvávala bez ohľadu na to, kto práve riadi rezort zdravotníctva.

V dôsledku toho je celý proces komplikovaný, často nejasný a neprináša pacientom, ani platcom očakávané výsledky.

Cieľom tohto článku je poukázať na vývoj legislatívy v oblasti liekovej politiky a hlavné zmeny, ktoré priniesol 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.

Prvýkrát počas samostatnej existencie Slovenskej republiky sa výraznejšie regulovať náklady na zdravotnú starostlivosť pokúsil zákon č. 577/2004 Z. z. o rozsahu zdravotnej starostlivosti uhrádzanej na základe verejného zdravotného poistenia a o úhradách za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti v znení neskorších predpisov (*d'alej len zákon č. 577/2004 Z. z.*). Tento zákon vychádzal zo znenia článku 40 Ústavy Slovenskej republiky, ktorý stanovuje podmienky poskytnutia bezplatnej zdravotnej starostlivosti na základe zdravotného poistenia.

Potrebu vytvoriť tento zákon prinieslo najmä zvyšovanie nákladov na zdravotnú starostlivosť. Schopnosť ekonomiky kryť tieto nároky boli a aj stále sú limitované. Tento stav vedie k zadlžovaniu ako v minulosti, tak aj v súčasnosti.

Ak má byť systém solidárneho zdravotného poistenia udržateľný, nemôže každý jeho pacient poberať bezplatnú zdravotnú starostlivosť v neobmedzenom rozsahu. Z toho vyplýva potreba obmedzenia.

Práve zákon č. 577/2004 Z. z. mal za cieľ stanoviť jasné a transparentné pravidlá, platné pre každého účastníka systému, pri rešpektovaní medicínskych, etických a ekonomických kritérií a pritom zachovať kvalitu zdravotnej starostlivosti.

Zákon č. 577/2004 Z. z. stanovoval takéto pravidlá. Zákon sa o.i. zaoberal aj liekmi – stanovením čiastočnej alebo plnej úhrady na základe verejného zdravotného poistenia, ich uvedením v kategorizačnom zozname liekov, ktorý vydávalo ministerstvo zdravotníctva. V prílohe č. 4 bolo uvedených 115 anatomicko-terapeuticko-chemických skupín liečiv, ktoré postačujú pre liečbu život ohrozujúcich a závažných ochorení. Tieto liečivá museli mať aspoň jedného zástupcu (liek) v zozname liekov, ktorý sa poskytoval bez spoluúčasti pacienta.

V priebehu rokov sa ukázalo, že zákon č. 577/2004 Z. z. má okrem pozitív, aj nedostatky. Najmä príchod finančnej krízy v kombinácii so starnutím populácie a príchodom finančne stále náročnejších medicínskych postupov, ako aj celospoločenská požiadavka zvýšenia transparentnosti procesov, ktoré súvisia s čerpaním verejných finančných zdrojov, priniesol potrebu vypracovať nové legislatívne pravidlá regulujúce kategorizačný proces.

Výsledkom tohto procesu je 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.

Priniesol zmeny najmä v oblasti transparentnosti, no jeho cieľom bolo okrem zvýšenia transparentnosti aj zjednodušenie procesu kategorizácie liečiv, prísnejšia regulácia cien liekov a zabezpečenie dostupnosti liekov s najnižšími doplatkami pre pacientov.

Znenie zákona vychádzalo z Programového vyhlásenia vlády SR, ktoré v kapitole Zdravotníctvo konštatuje: „3.2 Vláda SR bude podporovať zdravotnícku politiku založenú na dôslednej analýze medicínskych dôkazov a dôkazov o nákladovej efektívnosti s dôrazom na pozitívny vplyv na výsledky zdravotného stavu obyvateľstva.“

Zvýšenie transparentnosti a zjednodušenie procesu kategorizácie liečiv

Zákon zvyšuje transparentnosť procesu kategorizácie liečiv tým, že jasne upravuje proces kategorizácie, zavádza zverejňovanie žiadostí, dôkazov a vyjadrení k žiadostiam na internetovej stránke Ministerstva zdravotníctva a presnejšie definuje podmienky pre zaradenie, nezaradenie, zmenu zaradenia, určenie úradnej ceny a vyradenie liekov zo zoznamu liečiv a liekov plne uhrádzaných alebo čiastočne uhrádzaných na základe verejného zdravotného poistenia. V celom procese sa zároveň významne podporuje elektronická komunikácia, čo znižuje administratívnu záťaž na Ministerstve zdravotníctva, ale aj pre žiadateľov. Žiadosti do kategorizácie okrem držiteľov rozhodnutia o registrácii lieku môžu podávať aj zdravotné poisťovne, odborné spoločnosti aj patientske organizácie. Pre žiadateľov aj zúčastnené strany sa vytvoril časový priestor, počas ktorého majú možnosť sa vyjadriť k zverejneným návrhom a žiadostiam a tieto vyjadrenia podporiť dôkazmi, ktorými sa musí Ministerstvo zdravotníctva pri rozhodovaní o kategorizácii liečiv zaoberať.

Prísnejšia regulácia cien liekov, zrýchlenie vstupu generických liekov na trh

Zákon sprísnil reguláciu cien liekov. Do decembra 2011 sa cena liekov stanovovala maximálne na úrovni priemeru šiestich najnižších cien v Európskej únii, od decembra 2011 bola maximálna cena výrobcu stanovená druhej najnižšej ceny v EÚ.

Toto opatrenie spôsobilo výrazné zvýšenie reexportu – spätného vývozu liekov zo Slovenska, čo spôsobovalo nedostatok liekov pre slovenského pacienta. Následná úprava zákona od januára 2013 priniesla dve zmeny v tejto súvislosti. Maximálna cena výrobcu je v súčasnosti stanovená ako priemer 3 najnižších cien v EÚ a navyše pribudla povinnosť pre distribútorov nahlasovať plánovaný reexport liekov Štátnemu ústavu pre kontrolu liečiv

Zabezpečenie dostupnosti liekov s najnižšími doplatkami

Kategorizácia liečiv je založená na stanovení úhrady pre najlacnejší liek na trhu tak, aby sa zabezpečila finančná dostupnosť liekov pre pacientov a pacienti mali k dispozícii lieky bez doplatku alebo s nízkymi doplatkami a zároveň sa efektívne vynakladali prostriedky zdravotných poisťovní na lieky. V praxi sa však v niektorých prípadoch stáva, že najlacnejší liek, na ktorý je nastavená úhrada, príde na trh s oneskorením alebo v nedostatočnom množstve. Zákon preto stanovuje povinnosť držiteľovi rozhodnutia o registrácii lieku zabezpečiť jeho dostupnosť v dostatočnom množstve už v deň účinnosti zoznamu liekov.

Zdieľanie rizika s výrobcami liekov

Zákon obsahuje aj nové progresívne formy úhrad liekov. Zavádza inštitút dočasnej úhrady liekov a ich následné povinné prehodnotenie po získaní dostatku údajov o používaní liekov v klinickej praxi. Zavádza aj povinnosť pre Ministerstvo zdravotníctva pravidelne, aspoň raz za 2 roky, prehodnotiť všetky kategorizované lieky. Zákon umožňuje tzv. podmienenú kategorizáciu nového liečiva, pri ktorej sa riziko ohľadom nedostatku skúseností s novými liekmi prenáša na držiteľa rozhodnutia o registrácii lieku, ktorý sa zaručuje za kvalitu liekov.

Zákon č. 363/2011 Z. z. je v súlade s Ústavou Slovenskej republiky, s právnym poriadkom Slovenskej republiky a s medzinárodnými zmluvami, ktorými je Slovenská republika viazaná a právnymi predpismi Európskej únie.

Vplyv zákona

1. Referencovanie cien liekov, regulácia maximálnej ceny výrobcu

Aktuálne je legislatívou určený, a teda v praxi realizovaný systém porovnávania cien liekov s cenami vo všetkých členských krajinách Európskej únie, pričom cena lieku na slovenskom trhu nesmie prekročiť priemer 3 najnižších cien spomedzi cien v krajinách EÚ. Popísaným spôsobom referencovania sa podarilo zrealizovať ceny liekov na slovenskom trhu vo vzťahu k cenám liekov v zahraničí a taktiež stabilizovať rast výdavkov na lieky. Objektívnou skutočnosťou, ktorú je potrebné brať do úvahy je, že efekt referencovania sa každým ďalším cyklom procesu znižuje, ide o logický dôsledok postupného dorovnávania cien liekov s cenovou hladinou v cieľových referenčných krajinách. Referencovanie ako regulačný mechanizmus priamo prispieva k zníženiu výšky úhrady poisťovní za konkrétne lieky, ale nedokáže znižovať mieru preskripcie liekov, t.j. spotrebu vyjadrenú v počte balení.

Zavedenie mimoriadne prísneho regulačného mechanizmu prakticky vylučuje jeho ďalšie sprísnenie v budúcnosti. Ďalším negatívom, ktoré takáto regulácia priniesla je reexport liekov do iných členských krajín EÚ prípadne stiahnutie vybraných liekov zo slovenského trhu. Napriek notifikačnej povinnosti distribútorov, ktorí majú záujem o spätný vývoz liekov zo Slovenska, sa miera reexportu neznížila.

Mimoriadne prísne pravidlá stanovujúce podmienky, za ktorých je možné zvýšiť cenu lieku, znemožňujú výrobcovi túto možnosť aplikovať v praxi, čo naďalej znižuje atraktivitu Slovenska pre výrobcov a dovozcov liekov, čo sa odráža na dostupnosti najmä nových moderných liekov pre slovenského pacienta.

2. Preskripčné a indikačné obmedzenia, súhlas revízneho lekára s úhradou

Súčasný model kategorizácie využíva niekoľko regulačných mechanizmov, ktorými je možné regulovať potenciálne neúčelnú spotrebu liekov. K uvedeným mechanizmom patrí:

- a) *stanovenie tzv. indikačných obmedzení* (presná definícia diagnózy, prípadne štádia ochorenia, pri ktorých je možné uhrádzať predmetnú liečbu z verejných zdrojov),
- b) *preskripčných obmedzení* (vymedzenie vybraných odborností lekárov, prípadne konkrétnych pracovísk, ktoré môžu liečbu predpisovať, resp. indikovať),
- c) *podmienka odsúhlasenia liečby revíznym lekárom zdravotnej poisťovne.*

Vhodným nastavením preskripčných a indikačných obmedzení je možné dosiahnuť racionalizáciu preskripcie liekov.

Súčasnne je však nevyhnutné prihliadať na skutočnosť, že príslušné obmedzenia musia byť formulované tak, aby nebola obmedzená dostupnosť zdravotnej starostlivosti u tých pacientov, pri ktorých je liečba príslušným liekom indikovaná, teda opodstatnená a súčasne účelná a efektívna z pohľadu vynakladania prostriedkov verejného zdravotného poistenia. Preskripčné a indikačné obmedzenia musia vychádzať zo štandardných terapeutických postupov, aktuálnych poznatkov a odporúčaní, súčasne musia zohľadňovať udržateľnosť systému z pohľadu obmedzenej dostupnosti zdrojov.

V tejto súvislosti treba spomenúť, problémy, ktoré sa objavili najmä zo vstupom nových indikácií u liekov už kategorizovaných v Slovenskej republike. Zaradenie novej indikácie do kategorizačného zoznamu je podmienené znížením úhrady už 12 mesiacov pred podaním žiadosti o zaradenie novej indikácie a to až do výšky 7,5 %, čo v kombinácii s referencovaním cien liekov je veľmi ťažko realizovateľné. Dôsledkom je, že mnohí výrobcovia nežiadajú o zaradenie nových indikácií do zoznamu.

Pre pacienta je potom liek v novej indikácií dostupný len ak lekár požiadá poisťovňu o výnimku z úhrady. Počas platnosti zákona sa mimoriadne zvýšili náklady na úhradu práve u nových indikácií liekov. Je to nesystémové opatrenie a bolo by vhodné pripraviť pre tento proces legislatívnu úpravu.

3. Farmakoekonomické hodnotenie liekov

Kľúčovou veličinou pri hodnotení nákladov na lieky je efektívnosť. Efektívnosť liečby zohľadňuje okrem samotných nákladov aj terapeutickú účinnosť lieku. Farmakoekonomika hodnotí účelnosť liečby s prihliadnutím na to, či terapeutický benefit liečby je primeraný nákladom, ktoré sa na liečbu vynakladajú.

Farmakoekonomické posudzovanie liekov sa dnes povinne uplatňuje pri rozhodovaní o vstupe inovatívnych (dosiaľ nezaradených) liečiv/liekov do systému úhrad. Aktuálna legislatívna úprava taktiež pripúšťa možnosť nezaradenia lieku do systému úhrad, alternatívne vyradenia lieku zo systému úhrad, ak nákladovosť liečby liekom je vysoká, Zákon definuje mieru nákladovosti liečby, ktorá sa z pohľadu verejných zdrojov považuje za neúčelnú a neefektívnu, a to prostredníctvom vyčíslenia akceptovateľnej ceny za QALY poistenca (tzv. o kvalitu upravený rok života). Taktiež je tu povinnosť farmakoekonomického posudzovania lieku aj pri rozhodovaní o zvýšení úhrady alebo

o rozšírení indikačného obmedzenia, nakoľko ide o zmeny, ktoré môžu mať zásadný vplyv na výdavky z verejného zdravotného poistenia.

Po viac ako dvoch rokoch platnosti zákona je zrejmé, že zadefinovaná miera nákladovosti je najnižšia spomedzi všetkých krajín, kde sa takéto opatrenie uplatňuje v praxi, a čoraz viac nových inovatívnych liekov sa do kategorizačného zoznamu nedostane. V záujme dostupnosti sa uplatňuje už spomínaný nesystémový nástroj výnimiek. Aj tu je veľký priestor na zmenu zákona, s cieľom zvýšiť dostupnosť nových liekov pre pacientov. Existuje mnoho príkladov zo zahraničia ako tento problém riešiť bez toho, aby exesívne rástli náklady na lieky z verejných zdrojov.

4. Spoluúčasť poistenca, výška úhrady lieku zdravotnou poisťovňou

Spoluúčasť poistenca na liečbe (výška doplatku za liek) je matematicky vyjadrená ako rozdiel medzi konečnou cenou lieku v lekárni a výškou úhrady zdravotnej poisťovne za príslušný liek. Zníženie úhrady zdravotnej poisťovne sa tak automaticky premieta do zvýšenia doplatku za liek (za predpokladu, že zníženiu úhrady nepredchádza zníženie konečnej ceny lieku napr. v dôsledku zníženia ceny lieku od výrobcu).

Je nepochybné, že primeraná výška doplatku poistenca má pozitívny regulačný efekt, umožňuje šetriť verejné zdroje na liečbe menej závažných diagnóz a uvoľniť tieto zdroje pre liečbu závažnejších ochorení, teda napríklad na úhradu inovatívnych liekov. Z pohľadu verejných zdrojov sa ako účelné javí postupné znižovanie výšky úhrad zdravotných poisťovní za vybrané skupiny liekov. Zdanlivo jednoduché a pre verejné zdroje prínosné zníženie úhrad zdravotných poisťovní však musí byť realizované postupne a s vopred vytýčeným zámerom.

Nárazové vygenerovanie doplatkov za lieky môže objektívne zhoršiť dostupnosť a kvalitu zdravotnej starostlivosti u nízkopříjmových skupín spoločnosti (odmietnutie lieku z dôvodu vysokého doplatku, nepravidelný prístup k lieku a pod.)

V prípade, ak prítomnosť vybraných skupín liekov v systéme úhrad je vyhodnotená ako neúčelná, je potrebné vytvoriť legislatívny priestor na vyradenie týchto liekov zo systému, resp. na zabránenie ich vstupu do systému.

Prípadné vyradenie určitých skupín liekov zo systému úhrad je potrebné realizovať s prihliadnutím na skutočnosť, že časť poistencov môže byť lekármi prestavená na iný druh liekov hradených na základe verejného zdravotného poistenia, čím v konečnom dôsledku nemusí byť dosiahnutý cieľ zníženia nákladov.

Zákon č. 363/2011 Z. z. priniesol úpravu, ktorá umožnila vyradiť zo systému úhrad vyššie spomínané skupiny liekov, u ktorých sa preukázala neúčelnosť. Mnohé z nich sa preradili do voľnopredajných liekov, prípadne ostali preskripčne viazané, no bez úhrady z verejného zdravotného poistenia.

5. Rýchlejší vstup generických liekov na trh, dostupnosť generických liekov na trhu, generická preskripcia

Včasný vstup generických liekov do systému úhrad je z pohľadu regulátora vysoko prínosný, nakoľko so sebou obvykle prináša výraznú cenovú eróziu, a tým možnosť zníženia úhrad zdravotných poisťovní bez toho, aby poistencom hrozilo obmedzenie dostupnosti liekov v dôsledku nárastu spoluúčasti.

Aktuálny spôsob stanovovania úhrad poisťovní za štandardnú dávku liečiva v praxi znamená, že úhrada originálneho lieku je totožná s úhradou generického lieku, originálny liek nie je zvýhodňovaný vyššou úhradou.

Na podporu cenovej súťaže sa uplatňuje podmienka pre zaradenie prvého generického lieku do kategorizačného zoznamu. V priebehu vývoja legislatívy sa podmienka, podľa ktorej prvý generický liek vstupujúci do systému úhrad musí byť lacnejší minimálne o 20 % v porovnaní s aktuálne zaradeným originálnym liekom zmenila až na 35 %. Sprísnenie regulácie nemalo negatívny dopad na dostupnosť liekov na trhu, ale prispelo k vyostreniu konkurenčnej súťaže, a tým k rýchlejšiemu znižovaniu úhrad zdravotných poisťovní. U liekov „biosimilarov“ je táto podmienka stanovená na 20 % z ceny originálneho lieku.

Osobitná pozornosť sa venuje otázke zrýchleného vstupu generických liekov do systému úhrad na základe verejného zdravotného poistenia. Zaradenie generického lieku do kategorizácie je v porovnaní so zaraďovaním originálneho lieku procesne jednoduchšie, nevyžaduje osobitné farmako-ekonomické hodnotenie a náročné rozhodovanie o primeranej výške úhrady. Z tohto dôvodu umožňuje zákon vstupovať generickým liekom 12 x ročne. Toto platí aj pre nové inovatívne lieky a pre nové indikácie. Rovnakým spôsobom sú zapracovávané žiadosti o zmenu (zníženie) ceny liekov.

Bol zadaný postup pre rozhodovanie o žiadostiach vo veciach kategorizácie a cenotvorby, vrátane definovania lehôt pre vybavovanie jednotlivých typov žiadostí. Úhrady ako také sa v súčasnosti prehodnocujú na kvartálnej báze, to znamená 4 x do roka.

6. Degresívna obchodná prirážka

Takzvaná degresívna obchodná prirážka, teda pravidlo postupne znižujúcej sa výšky percentuálnej obchodnej prirážky distribútora a verejnej lekárne pri postupne zvyšujúcej sa cene lieku, bola prvýkrát zavedená k 1.1.2008.

V období od 1.4.2009 došlo k zvýšeniu maximálnej ceny obchodného výkonu distribútora pre lieky dodávané do nemocničných lekární na 9 % z ceny lieku. Ministerstvo pristúpilo k opätovnému zavedeniu regresívnej obchodnej prirážky pre lieky dodávané do nemocničných lekární s účinnosťou k 1.10.2010 a táto sa uplatňuje dodnes.

7. Revízná činnosť zdravotných poisťovní

Je zrejmé, že niektoré z opatrení realizovaných regulátorom nedokážu priniesť očakávaný efekt bez príslušnej miery súčinnosti zdravotných poisťovní. Konkrétne ide najmä o opatrenia týkajúce sa vymožitelnosti platných preskripčných a indikačných obmedzení alebo nadmernej či duplicitnej preskripcie liekov. Preto je potrebné, aby zdravotné poisťovne, ako priami nákupcovia zdravotnej starostlivosti, venovali zvýšenú pozornosť dodržiavaniu platných preskripčných a indikačných obmedzení, cieleným auditom preskripcie, vypracovaniu metodík pre odhalenie duplicitnej preskripcie (napr. špecialista + všeobecný lekár), neúčelnej preskripcie (napr. kontraindikácie), atď. Na podklade relevantných výstupov revíznej činnosti zdravotných poisťovní môže ďalej ministerstvo realizovať potrebné zmeny a úpravy preskripčných či indikačných obmedzení.

Vzhľadom na neustály vstup nových finančne náročných liekov do systému úhrad na základe verejného zdravotného poistenia boli zavedené nové inovatívne postupy, ktorých cieľom bolo prispieť k efektívnemu vynakladaniu prostriedkov pri súčasnom zabezpečení dostupnosti najmodernejších terapeutických postupov.

Do zákona č. 363/2011 Z. z. boli zaradené dve nové možnosti kategorizácie – tzv. dočasná a podmienená kategorizácia. Výrobca inovatívneho lieku, ktorý je prvýkrát zaradovaný do kategorizácie, má povinnosť v stanovenom časovom horizonte 2 rokov

dokladovať efektivitu použitia lieku v reálnej terapeutickej praxi. Následne regulátor prehodnotí výšku úhrady za liek, stanovené indikačné obmedzenia, prípadne opodstatnenosť ďalšieho zotrvania lieku v zozname hrađených liekov.

Niektoré originálne lieky vstupujúce do systému úhrad predstavujú v čase svojho vstupu pre zdravotné poisťovne neistotu z hľadiska budúcich výdavkov, keďže je problematické vopred odhadnúť vývoj preskripcie lieku alebo efektivitu jeho použitia v reálnej terapeutickej praxi.

Cieľom podmienenej kategorizácie je určenie presne definovaných podmienok, pri dodržaní ktorých môže byť predmetný liek zaradený do kategorizácie (napr. definovaný maximálny ročný objem výdavkov na liek a v prípade, že objem bude prekročený, výrobca povinne zníži cenu lieku, poskytne vopred stanovenú finančnú kompenzáciu a pod.).

ZHRNUTIE

Záverom možno konštatovať, že lieková politika je komplexný problém, pričom pohľad na ňu sa neustále vyvíja. Pokým od zmeny zákona č. 577/2004 Z. z. na zákon č. 363/2011 Z. z. ubehlo 7 rokov, tak už po roku účinnosti zákona č. 363/2011 Z. z. bol zákon novelizovaný. Dnes sa ukazuje, že zákon by potreboval ďalšie zmeny a úpravy. Bolo by viac než žiaduce, aby tieto zmeny boli predmetom širokej odbornej diskusie, aby bola zohľadnená komplexnosť problematiky liekovej politiky.

LITERATÚRA

1. ZÁKON NR SR č. 98/1995 Z. z. z 9 marca 1995 o Liečebnom poriadku.
2. ZÁKON NR SR č. 577/2004 Z. z. z 21. októbra 2004 o rozsahu zdravotnej starostlivosti uhrádzanej na základe verejného zdravotného poistenia a o úhradách za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti.
3. ZÁKON NR SR č. 580/2004 Z. z. z 21. októbra 2004 o zdravotnom poistení a o zmene a doplnení zákona č. 95/2002 Z. z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov.
4. ZÁKON NR SR č. 581/2004 Z. z. z 21. októbra 2004 o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov.
5. ZÁKON NR SR č. 363/2011 Z. z. z 13. septembra 2011 o rozsahu a podmienkach úhrady liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín na základe verejného zdravotného poistenia a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

Kontaktné údaje

MUDr. Igor Novák, MPH

Katedra medicínskeho práva

Lekárska fakulta, SZU v Bratislave

833 03 Bratislava

e-mail: igor.novak15@gmail.com

REGULÁCIA PREDAJA A UŽÍVANIA ALKOHOLICKÝCH NÁPOJOV NA SLOVENSKU

Róbert OCHABA

Katedra preventívnej a klinickej medicíny, Fakulta verejného zdravotníctva, SZU v Bratislave

ABSTRAKT

Vláda Slovenskej republiky sa zaviazala vo svojom programovom vyhlásení, ktoré bolo schválené uznesením č. 144/2012 v kapitole „Kvalita života ako výsledok súdržnej spoločnosti“ k dodržiavaniu zákonov týkajúcich sa ochrany zdravia a prijímaniu protialkoholických a protidrogových opatrení. Na základe plánu úloh vlády Slovenskej republiky Úrad verejného zdravotníctva Slovenskej republiky v spolupráci s MZ SR a medzirezortnou pracovnou skupinou vypracoval nový Národný akčný plán pre problémy s alkoholom na roky 2013 – 2020. Národný akčný plán pre problémy s alkoholom na roky 2013 – 2020 obsahuje úlohy v oblasti legislatívy na kontrolu alkoholu, ktoré sú zamerané na znižovanie zdravotných, sociálnych a ekonomických následkov konzumácie alkoholických nápojov.

Kľúčové slová: *alkohol, akčný plán, škodlivé užívanie alkoholu.*

ÚVOD

Alkohol, ktorý patrí medzi najčastejší rizikový faktor úmrtia a poškodenia zdravia v populácii, priamo ovplyvňuje kognitívne funkcie, znižuje sebaovládanie, zvyšuje emotívnosť, impulzívnosť, sebavedomie a agresivitu.

Podľa zistení SZO sa nadmerné pitie podieľa na vzniku viac ako 60 chorôb a poškodení zdravia. Nezanedbateľné sú tiež sociálne poškodenia zapríčinené nadmerným pitím – disharmonické rodiny, znížený pracovný výkon, strata práce, spoločenské konflikty a priestupky.

Podľa Svetovej zdravotníckej organizácie (SZO) je priemerne vyššia konzumácia alkoholu v krajinách ako Česká republika, Maďarsko, Estónsko, Litva, Ukrajina, Lotyšsko, Rumunsko, Slovinsko, Slovensko, Poľsko ako v iných európskych krajinách.

V európskom regióne 40 % prípadov poškodenia zdravia a predčasných úmrtí je zapríčinených rizikovými faktormi, ktorým by sa dalo predísť, ako sú fajčenie, alkohol a dopravné nehody, ktoré sú tiež často zapríčinené alkoholom. Najnovším strategickým dokumentom v tejto oblasti je Európsky akčný plán znižovania škodlivých účinkov alkoholu 2012 – 2020, ktorý bol schválený počas 61. zasadnutia Regionálneho výboru SZO pre Európu v Baku v roku 2011. Slovenská delegácia vo vystúpení podporila prijatie tohto dokumentu v súlade s pozíciou Európskej únie. Hlavnou víziou Globálnej stratégie je zlepšenie zdravotného stavu a sociálnych vplyvov na jednotlivca, rodiny a komunity, s výrazným znížením chorobnosti a úmrtnosti, ktoré vznikli v dôsledku škodlivého užívania alkoholu.

V Globálnej stratégii znižovania škodlivých účinkov alkoholu bolo vypracovaných **5 hlavných zámerov:**

- zvýšenie povedomia o povahe zdravotných, sociálnych a ekonomických záťaží škodlivého užívania alkoholu a podporovanie zainteresovanosti vlády v tomto zmysle,
- zvýšenie dostupnosti a skvalitnenie relevantných údajov o rozsahu a ukazovateľoch poškodenia zdravia, spôsobeného užívaním alkoholu a o efektívnych intervenciách, ktoré vedú k zníženiu a prevencii poškodenia zdravia,
- skvalitnenie odbornej pomoci pre členské štáty v rámci zníženia škodlivých účinkov alkoholu a liečby alkoholických poškodení zdravia,
- posilnenie partnerstva a zlepšenie koordinácie medzi zúčastnenými stranami a zvýšenie mobilizácie zdrojov na zníženie škodlivých účinkov alkoholu,
- zlepšenie monitorovacích systémov na regionálnej, národnej a európskej úrovni a zaistenie efektívnejšej diseminácie a aplikácie informácií na rozvoj politik v tejto oblasti.

Z Globálnej stratégie vychádza **Európsky akčný plán znižovania škodlivých účinkov alkoholu 2012 – 2020**, ktorý bol schválený počas 61. zasadnutia Regionálneho výboru SZO pre Európu v Baku 12.-15. 9. 2011. Slovenská delegácia vo vystúpení podporila prijatie tohto dokumentu v súlade s pozíciou Európskej únie. Zámerom Európskeho akčného plánu znižovania škodlivých účinkov alkoholu 2012 - 2020 je poskytnúť krajinám usmernenie v podobe konkrétnych návrhov a aktivít v ich úsilí znižovať negatívne následky spôsobené užívaním alkoholu.

Európsky akčný plán na znižovanie škodlivých účinkov 2012 - 2020 uvádza a zároveň odporúča, aby efektívna politika voči alkoholu v jednotlivých krajinách zahŕňala nasledovné súvislosti:

- integráciu politiky voči alkoholu do širokých ekonomických a sociálnych politík,
- koherentnosť a spoločné úsilie medzi rôznymi vládnymi orgánmi a sektormi,
- zapojenie verejného a privátneho sektora rovnakou mierou,
- integráciu politiky voči alkoholu do všetkých činností, ktoré podporujú dobrý zdravotný stav, zdravý životný štýl a ktoré znižujú záťaž chronických neprenosných a prenosných ochorení,
- kapacity a možnosti pre mestá, miestne komunity a občiansku spoločnosť na implementáciu efektívnych alkoholových politík, projektov a programov,
- poskytovanie stimulov pre rodiny a jednotlivcov na vytvorenie správnej (zdravej) voľby, ktorá sa týka konzumácie alkoholu,
- uznanie, že je tu priestor na činnosť pre každého – jednotlivcov, komunity, miestne zdravotnícke a sociálne organizácie, mimovládne organizácie, alkoholový priemysel a vládu.

Európsky akčný plán na znižovanie škodlivých účinkov alkoholu 2012 - 2020 odporúča krajinám európskeho regiónu SZO formulovať, respektíve revidovať vlastné národné politiky v tejto oblasti. Ponecháva však samotným krajinám na zváženie, ktoré z navrhovaných opatrení najlepšie zodpovedajú ich potrebám.

Vláda Slovenskej republiky sa zaviazala vo svojom programovom vyhlásení, ktoré bolo schválené uznesením č. 144/2012 v kapitole „Kvalita života ako výsledok súdržnej spoločnosti“ k dodržiavaniu zákonov týkajúcich sa ochrany zdravia a prijímaniu protialkoholických a protidrogových opatrení.

Na základe plánu úloh vlády Slovenskej republiky Úrad verejného zdravotníctva Slovenskej republiky v spolupráci s MZ SR a medzirezortnou pracovnou skupinou vypracoval nový Národný akčný plán pre problémy s alkoholom na roky 2013 – 2020.

Na základe vyššie uvedených skutočností vláda Slovenskej republiky aj naďalej podporuje iniciatívy Svetovej zdravotníckej organizácie a jej úsilia v predchádzaní a znižovaní škôd spôsobených alkoholom.

Na základe plánu práce vlády Slovenskej republiky Úrad verejného zdravotníctva Slovenskej republiky pristúpil k tvorbe nového **Národného akčného plánu pre problémy s alkoholom na roky 2013 – 2020**. Úrad verejného zdravotníctva Slovenskej republiky a Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky poskytli organizačnú platformu pri tvorbe nového akčného plánu.

Hlavným zámerom Národného akčného plánu pre problémy s alkoholom na roky 2013 – 2020 je v prvom rade zvýšiť zdravotné uvedomenie vo vzťahu k podpore zodpovedného, kultúrneho a kontrolovaného užívania alkoholu, vzhľadom na jeho škodlivé účinky na zdravie. Dôležitou oblasťou je prevencia vo vzťahu k zvyšovaniu povedomia a informovanosti o nepriaznivých zdravotných a sociálnych dôsledkoch. Druhým významným cieľom je oblasť kontroly predaja alkoholických nápojov, kontroly veku kupujúceho, kontroly požívania alkoholu na pracoviskách a v doprave. Národný akčný plán pre problémy s alkoholom na roky 2013 – 2020 zdôrazňuje multisektoriálny charakter riešenia problémov, súvisiacich s alkoholom a súčasne zohľadňuje aj možnosti a kompetencie na úrovni jednotlivých rezortov. Národný akčný plán obsahuje všeobecnú časť, ktorá opisuje epidemiologickú situáciu v oblasti užívania alkoholu a kontrolu alkoholu v Slovenskej republike. V ďalšej časti dokumentu sú zadefinované konkrétne úlohy jednotlivých orgánov štátnej správy.

Kontrola alkoholu v Slovenskej republike

Rámec politiky kontroly alkoholu na Slovensku je vymedzený prostredníctvom SZO, Európskym akčným plánom znižovania škodlivých účinkov alkoholu a tiež Globálnou stratégiou znižovania škodlivých účinkov alkoholu. Oblasť, v ktorej sa uplatňuje kontrola alkoholu, je rozdelená do týchto okruhov:

- 1.) regulácia samotných produktov
- 2.) regulácia pôsobenia predajcov či distribútorov
- 3.) podmienky predaja alkoholu
- 4.) ovplyvňovanie samotného konzumenta

Vo všeobecnosti sú opatrenia zamerané na znižovanie následkov škôd spôsobených užívaním alkoholu. Prvou skupinou sú opatrenia na úrovni znižovania dopytu a druhou skupinou opatrenia na úrovni znižovania ponuky.

1. Opatrenia na úrovni znižovania dopytu po alkohole sú:

- cenové a daňové opatrenia,
- ochrana detí a mládeže na verejnosti,
- regulácia obsahu alkoholických nápojov,
- regulácia zverejňovania informácií o alkoholických nápojoch,
- balenie a označovanie alkoholických nápojov,
- edukácia o dopadoch abúzu alkoholu a vplyv na deti a mládež,
- reklama a sponzoring,
- kontrola alkoholu na pracoviskách, v doprave,

- poradenstvo pri problémoch s užívaním alkoholu a liečba závislosti od alkoholu.

2. Opatrenia na úrovni obmedzovania ponuky po alkohole sú:

- kontrola predaja alkoholických nápojov nepľnoletým osobám,
- zákaz predaja alkoholických nápojov na verejných miestach a hromadných podujatiach,
- zníženie výskytu nelegálneho obchodovania s alkoholom,
- poskytovanie podpory ekonomicky alternatívnym činnostiam.

Zdaňovanie alkoholických nápojov (pivo, víno, lieh, medziprodukt) v SR je upravené zákonom o spotrebnej dani z alkoholických nápojov. Daňová legislatíva Slovenskej republiky v oblasti spotrebných daní je plne harmonizovaná s daňovým právom Európskej únie. Slovenská republika je preto povinná striktnie dodržiavať ustanovenia smerníc Rady, najmä v oblasti sadzieb a štruktúry predmetov spotrebných daní. Vstupom SR do EÚ sa správa spotrebných daní presunula z daňových úradov na colné úrady. Colným úradom sa značne rozšírili kompetencie najmä v oblasti výkonu kontroly, nakoľko lieh a liehoviny predstavujú vysokú rizikovosť, či už z pohľadu daňových únikov, alebo ľudského zdravia. Colné úrady tým zvýšili svoju činnosť vo vyhľadávaní a zamedzovaní nelegálnej výroby liehu a predaja nelegálne vyrábaného liehu v obchodoch, pohostinstvách a reštauráciách.

V zákone o spotrebnej dani z alkoholických nápojov je zavedený systém dohľadu štátu nad pohybom spotrebiteľských balení liehu od výroby každej fľaše liehu a liehoviny až k spotrebiteľovi, a to formou licencií – povolení na predaj a distribúciu

spotrebiteľského balenia liehu. V zákone sa stanovili a neskôr na základe poznatkov z praxe aj sprísnil podmienky získania povolenia na predaj a oprávnenia na distribúciu spotrebiteľského balenia liehu.

Vzhľadom na vysokú rizikovosť z pohľadu daňových únikov, ale aj ľudského zdravia, sa lieh označuje kontrolnou známkou, na ktorej je uvedený EAN kód. Kontrolné známky v SR plnia najmä ochrannú funkciu.

Sadzby uplatňované v Slovenskej republike na etylalkohol (lieh a liehoviny) sa v rámci sadzieb uplatňovaných v krajinách EÚ nachádzajú približne uprostred, sadzby na víno, medziprodukt a pivo uplatňované v SR sa nachádzajú približne v druhej polovici pomyselného rebríčka v rámci krajín EÚ.

V zákone o spotrebnej dani z alkoholických nápojov je stanovená minimálna cena za liter liehoviny (0,86 € za liter), a je zakázaný predaj liehoviny za cenu nižšiu ako je suma = súčet DPH, spotrebnej dane a stanovenej minimálnej ceny za liter liehoviny. Slovenská republika veľmi intenzívne spolupracovala v poslednom období pri vypracovávaní nového Nariadenia Rady, v ktorom sa ustanovil nový spoločný denaturačný prostriedok pre všetky členské krajiny. Slovenská republika má v súčasnosti povolené dve zmesi na denaturáciu liehu. V rámci zvýšenia efektivity kontroly liehu bolo zriadené mobilné colné laboratórium, ktoré slúži colným úradom napríklad aj pri odhaľovaní nelegálne vyrobeného liehu. Na základe poznatkov z praxe vyplýva, že v poslednom období sa spotreba liehu presúva najmä na víno ako i na pivo. Najviac daňovo zaťaženým alkoholickým nápojom je lieh, z čoho vyplýva aj množstvo opatrení prijatých na kontrolu jeho výroby a obehu. Z pohľadu zdravotného aspektu je však potrebné zamerať sa i na prevenciu konzumácie vína a piva, ktoré sú, i z dôvodu nižšieho daňového zaťaženia, cenovo prístupnejšie aj mládeži a sociálne slabším skupinám obyvateľstva.

Policajný zbor SR sa okrem iných úloh zameriava aj na kontrolu dodržiavania zákazu predávať alebo podávať alkoholické nápoje alebo inak umožňovať ich požívanie podľa ustanovenia § 2 ods. 1 písm. a) zákona č. 219/1996 Z. z. o ochrane pred zneužívaním alkoholických nápojov a o zriaďovaní a prevádzke protialkoholických záchytných izieb v znení zákona č. 214/2009 Z. z. osobám mladším ako 18 rokov a osobám zjavne ovplyvneným alkoholom.

Príslušníci Policajného zboru v rámci bežného výkonu služby, ako aj počas vykonávania špeciálnych akcií vykonávajú kontroly zamerané na miesta, kde je dostupnosť predaja alkoholických nápojov. Tieto kontroly sa vykonávajú v reštauračných, pohostinných a zábavných podnikoch, kde je pozornosť sústredovaná na mládež. Akcie vykonávajú príslušníci Policajného zboru samostatne alebo v spolupráci s obecnou políciou, pracovníkmi obvodného úradu, úradu práce sociálnych vecí a rodiny, colného úradu, so zdravotníckymi pracovníkmi a podobne.

Regulácia predaja a užívania alkoholických nápojov s cieľom absolútne vylúčiť predaj a užívanie alkoholických nápojov mladými ľuďmi pod 18 rokov predstavuje z pohľadu znižovania ponuky a dopytu po alkoholických nápojoch ďalší dôležitý nástroj. Regulácia predaja a užívania alkoholu na verejných miestach je obsahom zákona č. 219/1996 Z. z. o ochrane pred zneužívaním alkoholických nápojov a o zriaďovaní a prevádzke protialkoholických záchytných služieb. Zákon dáva právomoc obciam, aby obmedzovali predaj alebo požívanie alkoholických nápojov s cieľom ochrany detí a mládeže. V tomto smere je dôležité navrhnúť ustanovenie, ktoré obmedzí predaj a užívanie alkoholických nápojov komplexne na verejných miestach, kde sa priamo alebo v blízkosti nachádza školské zariadenie, detský areál alebo iné zariadenie, ktoré navštevuje mládež.

Regulácia reklamy na alkoholické nápoje prostredníctvom tlačенých a vysielacích informačných kampaní predstavuje jeden z najúčinnjších nástrojov na znižovanie experimentácie s alkoholom a pravidelné užívanie u detí a mládeže.

Oblasť reklamy alkoholických nápojov upravuje všeobecne zákon č. 147/2001 Z. z. o reklame a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

Uvedomujúc si vplyv médií, Slovenská republika súčasne zabezpečila prísnejšiu reguláciu v oblasti reklamy alkoholických nápojov vo vysielaní elektronických médií v zmysle zákona č. 308/2000 Z. z. o vysielaní a retransmisii a o zmene zákona č. 195/2000 Z. z. o telekomunikáciách v znení neskorších predpisov. Podľa tohto zákona mediálna komerčná komunikácia týkajúca sa alkoholických nápojov sa nesmie zameriavať na maloletých a nesmie nabádať na nestriedne požívanie alkoholických nápojov. Pojem mediálna komerčná komunikácia pritom zahŕňa najmä reklamu, telenákup, sponzorovanie, umiestňovanie produktov, programovú službu určenú výhradne na reklamu a telenákup, programovú službu určenú výhradne na vlastnú propagáciu a dlhšie reklamné oznámenie. Pokiaľ ide o konkrétne obmedzenie vysielania reklamy a telenákupu na alkoholické nápoje, podľa zákona o vysielaní a retransmisii vysielanie reklamy a telenákupu na alkoholické nápoje okrem piva a vína v čase od 6.00 h do 22.00 h sa zakazuje. Vysielanie reklamy a telenákupu na víno v čase od 6.00 h do 20.00 h sa zakazuje.

V zmysle zákona o vysielaní a retransmisii vysielaná reklama a telenákup na alkoholické nápoje nesmú:

- a) zobrazovať maloletých, ako tieto nápoje požívajú,
- b) spájať spotrebu alkoholických nápojov so zvýšením fyzickej výkonnosti alebo s riadením motorového vozidla,
- c) tvrdiť, že alkoholické nápoje majú liečebné vlastnosti, povzbudzujúci alebo utišujúci účinok alebo že pomáhajú riešiť osobné problémy,
- d) vytvárať dojem, že konzumácia alkoholu prispieva k spoločenskému a sexuálnemu úspechu,
- e) nabádať na nestriedme požívanie alkoholických nápojov alebo prezentovať abstinenciu alebo triezvosť ako nedostatok,
- f) zdôrazňovať obsah alkoholu v nápoji ako znak jeho kvality.

Zo všetkých oblastí reklamy je práve reklama alkoholických nápojov vo vysielaní médií upravená najstriktnejšie. Súčasná právna úprava, ktorá obmedzuje vysielanie reklamy alkoholických nápojov, dostatočne reguluje tento segment vysielania.

Platná právna úprava je zároveň plne v súlade so smernicou Európskeho parlamentu a Rady 2010/13/EÚ o koordinácii niektorých ustanovení upravených zákonom, iným právnym predpisom alebo správnym opatrením v členských štátoch týkajúcich sa poskytovania audiovizuálnych mediálnych služieb (smernica o audiovizuálnych mediálnych službách), ktorá v čl. 9 ods. 1 písm. e) ukladá členským štátom povinnosť zabezpečiť, aby audiovizuálne komerčné oznamy poskytované poskytovateľmi mediálnych služieb, na ktorých sa vzťahuje ich právomoc, spĺňali okrem iného podmienku, že audiovizuálne komerčné oznamy týkajúce sa alkoholických nápojov sa

nesmú zameriavať špecificky na maloletých a nesmú podporovať nadmerné užívanie takýchto nápojov.

Vzdelávanie komúnit v oblasti kontroly alkoholu, predovšetkým však so zreteľom na cieľovú skupinu koordinátorov prevencie drogových závislostí na školách a pracovníkov regionálnych úradov verejného zdravotníctva v Slovenskej republike, predstavuje jeden z kľúčových nástrojov opatrení na znižovanie problémov súvisiacich s alkoholom. Voľba životného štýlu v mladom veku predurčuje jeho zdravotný stav v dospelosti. V rámci výchovy a osvetu v oblasti podpory zdravia sú deti a mladá ľudia, ako aj ich rodičia dôležitou cieľovou skupinou.

Systematická a dlhodobá edukácia vybraných cieľových skupín má dopad na postoje a správanie ľudí. V tejto súvislosti je dôležitá mediálna výchova a prezentácia vzorových modelov správania sa vo vzťahu k alkoholu.

Primárna zdravotná starostlivosť spočíva predovšetkým v krátkej intervencii všeobecných lekárov pre dospelých a všeobecných lekárov pre deti a dorast ohľadom zvykov vo vzťahu k pitiu alkoholu pri návšteve každého pacienta. Ordinácia všeobecného lekára má výhodu oproti ostatným druhom prevencie v tom, že ňou prejde takmer každý človek. Štúdie vykonané vo Veľkej Británii dokazujú, že krátka intervencia viedla k 20 % zníženiu výskytu excesívneho pitia alkoholu. Napriek viacerým pozitívnym záverom zostáva problémom výkon krátkej intervencie zo strany lekárov a sestier.

Poradenstvo v oblasti prevencie užívania alkoholických nápojov vykonávajú organizácie pôsobiace v rezorte školstva, zdravotníctva a sociálnych vecí. V oblasti sociálnych vecí pôsobia odbory a referáty poradensko-psychologických služieb. V rezorte školstva pôsobí sieť pedagogicko-psychologických poradní, kam patria aj centrá výchovnej a psychologickkej prevencie. V rezorte zdravotníctva existuje sieť zariadení, ktoré sa venujú poskytovaniu poradenstva, predovšetkým sú to poradenské centrá na ochranu a podporu zdravia na regionálnych úradoch verejného zdravotníctva, ktoré v rámci nadstavbového poradenstva poskytujú poradenstvo prevencie drogových závislostí. Poradenstvo a pomoc vykonávajú mnohé mimovládne organizácie a organizácie pôsobiace v oblasti resocializácie abstínujúcich od alkoholu.

Odbornú pomoc závislým od alkoholu poskytujú najčastejšie zdravotnícke zariadenia, a to najmä centrá pre liečbu drogových závislostí, protialkoholické liečebne a psychiatrické zariadenia. Primárnou úlohou odborníkov je poskytovanie zdravotnej starostlivosti pre ľudí so závislosťou na alkohole za účelom zlepšenia ich zdravotného stavu a zvýšenia kvality života.

Centrá pre liečbu drogových závislostí poskytujú ambulantnú a ústavnú liečbu. Ambulantný program pozostáva z individuálnych konzultácií s terapeutom, kontrol u lekára, účasti na skupinovej psychoterapii a odporúčané je tiež užívanie liekov predpísaných lekárom. Podmienky liečby sú podmienené súhlasom závislého s liečbou, platné zdravotné poistenie a absolvovanie detoxifikácie s následným dodržiavaním abstinencie. Ak sa pacientovi nedarí detoxifikovať v rámci programu ambulantnej detoxifikácie, môže pokračovať v liečbe na lôžkovom detoxifikačnom oddelení. Po rozhodnutí pre tento program a splnení podmienok pre vstup na oddelenie, môže pacient absolvovať pobyt na oddelení. Počas pobytu prechádza pacient medikamentóznou

detoxifikáciou. Súčasne je zaradený do režimového systému, ktorý je vybudovaný na kognitívno - behaviorálnych terapeutických prístupoch, s prvkami štruktúr terapeutickej komunity. Aktivity pacienta sú bodované. Pobyt na detoxifikačnom oddelení je dobrovoľný, pacient môže kedykoľvek odísť z programu.

Cieľom liečby je zmena doterajšieho životného štýlu závislého na abstinentný a jeho udržanie. K dosiahnutiu toho je nutný náhľad, kritické hodnotenie, prijatie nových postojov, zmena hodnotového rebríčka ako aj poznanie závislosti ako choroby. Dôležitý je návrat k sebadisciplíne a k zodpovednosti. Preto je liečba závislostí režimová. Počas pobytu na oddelení je pacient chránený pred kontaktmi vonkajšieho okolia, ktoré môžu byť ohrozujúce.

ZÁVER

Nový Národný akčný plán pre problémy s alkoholom je zameraný okrem iných opatrení aj na vytváranie podmienok na ochranu a podporu zdravia pred účinkami nadmernej konzumácie alkoholu. Slovensko patrí medzi krajiny, kde je vysoká konzumácia alkoholických nápojov. Z tohto dôvodu je potrebné prijať opatrenia, ktoré budú znižovať výskyt nadmernej konzumácie s cieľom zlepšovať zdravotný stav obyvateľstva.

LITERATÚRA

1. Anderson, P. Møller, L. Galea, G. Alcohol in the European Union Consumption, harm and policy approaches. WHO: WHO Regional Office for Europe, 2012, 161s. ISBN 978-92-890-0264-6.
2. Heretik, A.jr. Heretik, A.sr. Novotný, V. Epidemiológia alkoholizmu a fajčenia na Slovensku. Nové Zámky: PSYCHOPROF, spol. s.r.o. 2008, 152s. ISBN 978-8-89322-01-5.
3. Inštitút drogových závislostí.; Národný akčný plán pre problémy s alkoholom na obdobie rokov 2006 – 2010. Bratislava: BB print s.r.o. 2008 ISBN 978-80-969196-2-8.
4. Nociar, A. Záverečná správa z prieskumu TAD u žiakov ZŠ, študentov SŠ a ich učiteľov v roku 2010. Bratislava: 2010, 74s. publikované ako súčasť zmluvy č.14 medzi VÚDPaP a Úradom vlády SR.
5. Ochaba, R., Kadličeková, P.: Nový národný akčný plán pre problémy s alkoholom na roky 2013 – 2020. Alkoholizmus a drogové závislosti, 49, 1, 2014, 13 – 21 s.
6. WHO, European action plan to reduce the harmful use of alcohol 2012 - 2020. WHO Regional Office for Europe, 2012.
7. WHO, European status report on alcohol and health 2010. Denmark: WHO Regional Office for Europe, 381s. ISBN 978-92-890-0206-6.
8. WHO, Global strategy to reduce the harmful use of alcohol. Geneva: WHO Press, 2010, 38s., ISBN 978-92-4-159993-1.

Kontaktné údaje

doc. PhDr. Mgr. Róbert Ochaba, PhD., MPH

Katedra preventívnej a klinickej medicíny

FVZ, SZU v Bratislave

833 03 Bratislava

e-mail: robert.ochaba@szu.sk

PRÁVNE POVEDOMIE PACIENTA V KONTEXTE EDUKÁCIE

Dominik Tomek¹, Kristína Tomeková²

¹*Lekárska fakulta, Ústav farmakológie a experimentálnej farmakológie, SZU v Bratislave*

²*Fakulta manažmentu, UK v Bratislave*

ABSTRAKT

Rôzne inštitúcie zapájajú pacientov do rozhodovania rôznym spôsobom, čo je znakom neustáleho vývoja. Je ale potrebné dostatočne zadefinovať, akú úlohu by pacienti pri rozhodovaní mali zohrávať a aký stupeň odbornosti by sa od nich mal vyžadovať. Treba nájsť odpovede na otázky: čo presne by mali pacienti prinášať do rozhodovacieho procesu a aké požiadavky na nich budú kladené.

Kľúčové slová : *vzdelaný pacient, rozhodovacie procesy, patientske organizácie, práva pacientov.*

ÚVOD

Pacienti sú stále viac považovaní za aktívnych partnerov v zdravotníctve. Nárast výskytu chronických ochorení zdôraznil význam produktívneho vzťahu pacient - zdravotnícky pracovník. Pojem participácia pacienta sa používa predovšetkým vo význame participácie na individuálnych klinických rozhodnutiach. Zapájaniu pacientov ako partnerov do spolurozhodovania s lekárom o vlastnej liečbe sa venuje množstvo štúdií.

Rozhodnutia, ktoré priamo ovplyvňujú životy pacientov, sú však vykonávané už na vyšších úrovniach rozhodovania, ako je rozhodovanie o vlastnej liečbe.

Pacientov sa priamo dotýkajú konzekvencie prijímania rôznych zákonov, smerníc a odporúčaní (medicínskych postupov), výskumu a vývoja nových liekov, klinické skúšania liekov, dostupnosť inovatívnej liečby a mnohé iné štandardizované postupy a procesy, o ktorých väčšinou rozhodujú rôzne skupiny odborníkov. Už v roku 2000 Rada Európy deklarovala vo svojom Odporúčaní Rady ministrov členských štátov (za účasti SR ako členského štátu) – Odporúčanie č. R (2000) 5 o rozvoji štruktúr pre účasť občanov a pacientov v procese rozhodovania o zdravotníckej starostlivosti, že právo zapájania verejnosti do rozhodovacích procesov týkajúcich sa zdravotníctva je základnou a nevyhnutnou súčasťou každej demokratickej spoločnosti (Odporúčanie Rady č. 2000, 5).

V niektorých západných krajinách siahajú snahy o posilňovanie patientskej participácie do 90-tych rokov 20-teho storočia a v súčasnosti je v krajinách akými sú Spojené Kráľovstvo, Francúzsko, Holandsko, Nemecko, Taliansko a iné, patientska participácia na rozhodovacích procesoch podporovaná legislatívnymi či inými regulačnými požiadavkami. Národný program kvality Slovenskej republiky na obdobie

2013-2016 vo svojich stratégiách a prioritách pre dosiahnutie cieľov uvádza v bode 12) *Starostlivosť o zdravie*, že pre roky 2013-2016 je jedným z cieľov v oblasti zdravotníctva posilnenie účasti a práv pacientov v procese zdravotnej starostlivosti (Národný program kvality Slovenskej republiky 2013-2016).

Slovenská republika pritom v posledných rokoch prijímala skôr rozhodnutia, ktoré obmedzili možnosti pacientov podieľať sa napríklad na kategorizačnom procese liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín, napriek tomu, že pacientske organizácie opakovane prejavujú záujem o možnosť inštitucionalizovaného zapájania sa do takéhoto typu rozhodovania.

Rôzne inštitúcie zapájajú pacientov do rozhodovania rôznym spôsobom, čo je znakom neustáleho vývoja. Je ale potrebné dostatočne zadefinovať, akú úlohu by pacienti pri rozhodovaní mali zohrávať a aký stupeň odbornosti by sa od nich mal vyžadovať. Treba nájsť odpovede na otázky: čo presne by mali pacienti prinášať do rozhodovacieho procesu a ako by sa to dalo definovať a následne vyhodnocovať. Všetky zainteresované strany musia byť pripravené na spoločné rozhodovanie o prioritách, spolu s pacientmi a občanmi.

Slovo **pacient** je vo všeobecnosti definované ako osoba chorá, zranená, trpiaca, ktorá je prijímateľom lekárskej starostlivosti, alebo lekársku starostlivosť potrebuje. Zákon č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov) definuje výraz „**prijímateľ zdravotnej starostlivosti**“ ako každú fyzickú osobu, ktorej sa poskytuje zdravotná starostlivosť. Čoraz častejšie sa však začíname stretávať aj s pojmom vzdelaný pacient. Podobne ako pojem participácia pacienta sa aj pojem vzdelaný

pacient zatiaľ používa skôr vo význame, že pacient je informovaný o svojom ochorení a súčasných možnostiach liečby.

V súčasnosti, keď je internet prístupný väčšine obyvateľstva rozvinutých krajín, sú rôzne informácie na akúkoľvek tému široko dostupné a ľahko získateľné. Je prirodzené, že s rastúcimi možnosťami získavania informácií rastie aj počet ľudí (vrátane pacientov), ktorí tieto informácie vyhľadávajú. Treba však odlíšiť pacienta informovaného od pacienta vzdelaného.

Internet a médiá ponúkajú množstvo informácií, ktoré ani zďaleka nemusia byť vždy úplné, pochopiteľne podané alebo dokonca ani pravdivé.

Pacient, ktorý nie je primerane vzdelaný, nedokáže vždy odlíšiť podstatné informácie od nepodstatných, pravdivé od nepravdivých. Pacient vyzbrojený množstvom nepravdivých alebo nepodstatných informácií tak môže byť skôr negatívnym činiteľom vo svojom vlastnom liečebnom procese (alebo liečbe svojho dieťaťa, prípadne iného rodinného príslušníka).

Aj keď je pacient informovaný správnym spôsobom, ešte stále to nemusí znamenať, že dokáže informácie využiť vo svoj prospech, a tak zlepšiť v potrebných prípadoch svoju situáciu.

Ústav farmakológie, klinickej a experimentálnej farmakológie LF SZU v Bratislave a Ústav zdravotníckej etiky FOaZOŠ SZU v Bratislave realizujú edukačno-výskumný projekt na Slovenskej zdravotníckej univerzite v Bratislave (SZU) v oblasti kontinuálneho vzdelávania pacientov. Podstatnou súčasťou projektu LF SZU je príprava a realizácia špecifických vzdelávacích seminárov pre pacientov, resp. zástupcov patientskych organizácií v Slovenskej republike. Vzdelávanie je primárne určený najmä vedúcim funkcionárom a predstaviteľom patientskych občianskych združení a ponúka

im prierezové prehľadné informácie z oblasti farmakoterapie, liekovej politiky, legislatívy, sociálnej politiky, etiky a praktických otázok.

V rámci TK „Pacient a liek“ sú účastníkom distribuované dva dotazníky, druhý dotazník s názvom *Test všeobecných znalostí o systéme zdravotníctva*, účastníci vyplňajú na začiatku kurzu a je zameraný na posúdenie úrovne znalostí účastníkov kurzu z oblasti legislatívy a systému sociálnych a zdravotných služieb v SR.

Test je zameraný na vyhodnotenie úrovne znalostí účastníkov kurzu o systéme zdravotníctva – legislatívy, kategorizácie, postupov pri rôznych žiadostiach a pod. Jeho cieľom je vopred stanoviť úroveň informovanosti účastníkov v danej problematike a prispôsobiť jej tak obsah samotného kurzu.

Na väčšinu otázok odpovedala či už prevažná, alebo v niektorých prípadoch iba nadpolovičná väčšina pacientov správne. Pacienti poznali základné legislatívne ustanovenia a niektoré postupy, s ktorými sa pacienti pomerne často stretávajú. Prevažná väčšina pacientov napríklad vedela, že žiadosť o výnimku na úhradu lieku, ktorý nie je uvedený v Zozname, podáva zdravotnej poisťovni ošetrojúci lekár. Väčšina účastníkov však už nevedela, že žiadosť o úhradu spoluúčasti musí poisťovni podať sám pacient. Pacienti tiež poznali kompetencie Kategorizačnej komisie MZ SR a jej poradných orgánov, nepoznali však úlohu Kategorizačnej rady. Väčšina účastníkov tiež odpovedala nesprávne na otázku, ako často sa aktualizuje Zoznam hradených liekov, keďže pravdepodobne nepostrehli zmenu v legislatíve.

Naše výsledky však poukazujú na to, že úroveň vzdelávania a špecifickej prípravy slovenských pacientov, resp. zástupcov PO je skôr nedostatočná. Osobitným problémom, aj keď iste nie špecifickým pre SR, je motivácia pacientov, resp. ich reprezentantov k účasti na vzdelávaní. Ukazuje sa napríklad, že je vhodnejšie, resp. motivujúcejšie, spájať pri vzdelávacích aktivitách pacientov s rovnakou, resp.

porovnateľnou diagnózou, napríklad onkologických a podobne. Príkladom môžu byť Patient Empowerment semináre, organizované občianskym združením Akadémia vzdelaného pacienta – Pacientsky hlas.

Výsledky prieskumu ďalej poukázali na to, že pacienti v SR zvyčajne nie sú dostatočne motivovaní pre zapájanie sa do zdravotníckych rozhodovacích procesov.

Na základe uvedeného by sa dali formulovať nasledovné závery. Potrebné je zabezpečiť zvýšenie transparentnosti financovania patientskych organizácií v SR.

Na pozície reprezentantov patientskych organizácií je potrebné získavať osoby, ktoré budú dostatočne motivované a primerane vzdelané a pripravené na úspešnú prezentáciu a presadzovanie oprávnených záujmov a požiadaviek pacientov voči štátnym regulačným orgánom a voči platiteľom zdravotnej starostlivosti. Je potrebné zvýšiť spoločenskú prestíž, uznanie a podporu participácie pacientov v rozhodovacích procesoch štátnej zdravotnej (liekovej) politiky, a to aj primeranými legislatívnymi opatreniami v zmysle medzinárodných odporúčaní a legislatívnych štandardov podporujúcich práva pacientov. Tak by bolo možné očakávať aj zlepšenie motivácie zástupcov patientskych organizácií k účasti na vzdelávacích aktivitách, ako aj k participácii na rozhodovacích procesoch v oblasti zdravotníctva.

Je potrebné zvýšiť povedomie o užitočnosti a žiaducej participácii zástupcov a vedúcich osobností organizácií pacientov v SR na anotovaných nezávislých kurzoch „Pacient a liek“ organizovaných pedagogickými pracoviskami Slovenskej zdravotníckej univerzity v Bratislave v priamej spolupráci s patientskymi organizáciami. Oblasť vzdelávania a participácie pacientov a ich zástupcov pre aktivity na poli štátnej zdravotnej (liekovej) politiky je potrebné prioritne podporiť aj alokovaním potrebných zdrojov z verejných prostriedkov (špeciálne edukačné a vedecko-výskumné a aplikačné

Verejné zdravotníctvo [online]. 2016, roč. 12, č. 1, s. 1 – 60. Dostupné na internete:
<http://verejnezdravotnictvo.szu.sk>. ISSN 1337-1789.

grantové programy). Do tejto oblasti je tiež potrebné vhodnými opatreniami smerovať aj zdroje z filantropických a charitatívnych zdrojov.

Príloha 1 - Test všeobecných znalostí o systéme zdravotníctva určený pre pacientov

Test všeobecných znalostí o systéme zdravotníctva

Správna odpoveď je len jedna.

1. Ústava Slovenskej republiky (Ústavný zákon č.460/1992 Zb.) garantuje v čl. 40 každému občanovi právo na ochranu zdravia nasledovne:
 - a. Na základe zdravotného poistenia majú občania právo na bezplatnú zdravotnícku starostlivosť a na zdravotné pomôcky za podmienok, ktoré ustanovuje zákon.
 - b. Na základe zdravotného poistenia majú občania právo na bezplatnú zdravotnícku starostlivosť a na zdravotné pomôcky.
2. Rozsah zdravotnej starostlivosti je garantovaný:
 - a. Zákonom 363/2011 Z. z. o rozsahu a podmienkach úhrady liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín na základe verejného zdravotného poistenia
 - b. Zákonom 576 o Zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti...
3. Prestúpiť do inej zdravotnej poisťovne môžem:
 - a. raz za pol roka
 - b. raz za rok
4. Zamestnanec a zamestnávateľ spolu platia odvody zo mzdy na účely
 - a. zdravotného poistenia, poistenia v nezamestnanosti, dôchodkového poistenia a nemocenského poistenia
 - b. zdravotného poistenia, dôchodkového poistenia a havarijného poistenia
5. Limit spoluúčasti podľa zák. č. 581 vo výške 30 eur sa vzťahuje na poistenca, ktorý je:
 - a. držiteľom preukazu fyzickej osoby s ťažkým zdravotným postihnutím
 - b. poberateľom starobného dôchodku
6. Medzi činnosti zdravotnej poisťovne nepatrí:
 - a. uzatváranie zmlúv s lekármi a nemocnicami
 - b. vydávanie preukazov ZŤP (zdravotne ťažko postihnutý)
7. Povinnosťou poistenca je:
 - a. preukazovať sa preukazom poistenca pri každej návšteve lekára
 - b. každú návštevu lekára hlásiť svojej poisťovni
8. Revízny lekár schvaľuje:
 - a. vydanie každého lieku v lekárni
 - b. predpis vybraných liekov

9. Platnosť lekárskeho predpisu (receptu) na liek predpísaný lekárom lekárskej služby prvej pomoci a lekárom ústavnej pohotovostnej služby je:
 - a. *jeden deň*
 - b. *tri dni*
10. Platnosť lekárskeho predpisu (receptu) na liek predpísaný bežne v ambulancii (okrem omamných látok a antibiotík) je:
 - a. *päť dní*
 - b. *sedem dní*
11. Žiadosť o výnimku na úhradu lieku (indikácie) neuvedeného v Zozname hrađených liekov podáva poisťovni na príslušnom tlačíve:
 - a. *pacient alebo jeho zákonný zástupca*
 - b. *lekár, ktorý podanie lieku indikuje*
12. Žiadosť o úhradu spoluúčasti (doplatku na cene lieku) podáva poisťovni na príslušnom tlačíve:
 - a. *pacient alebo jeho zákonný zástupca*
 - b. *lekár, ktorý podanie lieku indikuje*
13. Liek s príznakom „A“ je podávaný:
 - a. *v nemocnici*
 - b. *v ambulancii*
14. Pacient má právo na výber:
 - a. *hociktorého poskytovateľa*
 - b. *poskytovateľa, s ktorým má poisťovňa uzatvorenú zmluvu*
15. Plánovanú liečbu v zahraničí:
 - a. *poisťovňa uhradí len po predchádzajúcom schválení*
 - b. *musí poisťovňa vždy uhradiť*
16. Lekáreň je v zmysle zákona:
 - a. *maloobchodná prevádzka*
 - b. *zdravotnícke zariadenie*
17. Zdravotné poisťovne v roku 2012 hospodárili:
 - a. *So ziskom*
 - b. *So stratou*
18. Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou okrem iného vykonáva aj
 - a. *Dohľad nad verejným zdravotným poistením*
 - b. *Riadi sieť lekárov samosprávnych krajov*
19. Kategorizačná komisia MZ SR pre lieky je poradný orgán ministra, ktorý:
 - a. *určuje ceny liekov a úhradu zo zdravotného poistenia*
 - b. *kontroluje dodržiavanie smerníc pri predpisovaní liekov*
20. Kategorizačná rada MZ SR pre lieky je poradný orgán ministra, ktorý:
 - a. *Má na starosti odbornú analýzu vybraných žiadostí o úhradu liečiv*

b. Rieši odvolania žiadateľov pri nezaradení lieku do úhrady

21. Poradné orgány Kategorizačnej komisie MZ SR pre lieky sú:

a. Odborné pracovné skupiny pre ATC skupiny

b. Komisie účelnej farmakoterapie

22. Zoznam kategorizovaných (hradených) liekov sa aktualizuje:

a. 2 x ročne

b. Každý mesiac

23. Preskripčné obmedzenie lieku znamená, že:

a. Liek je možné uhradiť len pri použití v rámci hospitalizácie

b. Liek bude uhradený len po predpísaní príslušným odborným lekárom

24. Indikačné obmedzenie lieku znamená, že:

a. Liek sa môže indikovať len v ambulantnom požívaní

b. Liek je hradený len pre určitom zdravotnom stave pacienta

25. Lekár môže predpísať pacientovi lieky do zásoby až na dobu:

a. 12 mesiacov

b. 3 mesiace

LITERATÚRA

1. Bianchi G., Míková K. 2000. *Občania a verejné rozhodovanie*. In: Ondrušek, D. a kolektív:.
2. Juríková, S. 2013. Finančne náročná liečba, Slovenský pacient, 28.1.2013.
3. Kubalčíková, K. 2009. Role užívateľa a zisťovania potrieb v procese komunitného plánovania sociálnych služieb In: Sociálna práca/Sociálna práca 1/2009, pp. 85-96. 2009.
4. Paulíniová, Z. 2005. Participácia: definícia pojmu a stav na Slovensku. In: Pirošík, V. (ed.):2005.
5. Odporúčanie Rady č. 2000, 5. Rada Európy, Odporúčanie Rady ministrov členských štátov – Odporúčanie č. R (2000) 5 o rozvoji štruktúr pre účasť občanov a pacientov v procese rozhodovania o zdravotníckej starostlivosti, 24. Februára 2000, Štrasburg, Francúzsko. Odporúčanie Rady č. 2000, 5.
6. Tomek, D. 2012. Vzdelaný pacient, prednáška v rámci patientskeho vzdelávania SZU, 2012.
7. Tóth, K. a kol. 2013. Právo a zdravotníctvo II., Herba, 2013, ISBN 978-80-89631-08-7.
8. Ústavný zákon č. 460/1992 Zb. *Ústavný zákon č. 460/1992 Zb.*
9. Zákon č. 363/2011 Z. z. o rozsahu a podmienkach úhrady liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín na základe verejného zdravotného poistenia.

Kontaktné údaje

PharmDr. Dominik Tomek, PhD., MPH

Lekárska fakulta Ústav farmakológie,

klinickej a experimentálnej farmakológie

SZU v Bratislave

833 03 Bratislava

e-mail: tdmia@slovanet.sk

Odišiel pedagóg, lekár, výnimočná osobnosť



- prof. MUDr. Ladislav Hegyi, DrSc. !

V januári 2016 nás vo veku nedožitých 77 rokov opustil významný, rozhladený človek slovenského zdravotníctva, zakladateľ vedného odboru geriatra a gerontológia na Slovensku, ale i dlhoročný vedúci redaktor vedecko-odborného časopisu Geriatria a iniciátor i tvorca odborného internetového časopisu Verejné zdravotníctvo, prof. MUDr. Ladislav Hegyi, DrSc..

Prof. MUDr. Ladislav Hegyi, DrSc. sa narodil 27. mája 1939. Základnú školu a gymnázium absolvoval v Bratislave. Lekárske štúdium absolvoval na Lekárskej fakulte Palackého univerzity v Olomouci a promoval v roku 1963. Po promócií pracoval 10 rokov na Internom oddelení NsP Topoľčany pod vedením primára MUDr. E. Gressnera. Ďalšie 4 roky strávil v NsP Nová Baňa vo funkcii zástupcu primára interného oddelenia a primára oddelenia klinickej biochémie. V roku 1977 nastúpil do NsP Malacky ako primár doliečovacieho oddelenia.

Neskôr sa stal riaditeľom Výskumného ústavu gerontológie v Malackách a v rokoch 1995 – 1996 bol riaditeľom geriatrického centra a primárom geriatrického oddelenia. V apríli 1996 nastúpil do Školy verejného zdravotníctva Slovenskej postgraduálnej akadémie medicíny v Bratislave, ktorá sa neskôr pretransformovala na Fakultu verejného zdravotníctva Slovenskej zdravotníckej univerzity.

Odborné zameranie pána profesora sa prejavilo v jeho kvalifikačnom vývoji – atestácia z vnútorného lekárstva I. stupňa (1968), II. stupňa (1971), z geriatrickej (1983) a zo sociálneho lekárstva (2000).

Hodnosť kandidáta vied získal na Karlovej univerzite v Prahe v roku 1984, hodnosť docenta vnútorných chorôb na Lekárskej fakulte Komenského univerzity v Bratislave v roku 1994 a za profesora bol inaugurovaný v Trnave v roku 2004. Hodnosť doktora vied získal v roku 2000 na Karlovej univerzite v Prahe.

Prof. MUDr. Ladislav Hegyi, DrSc. veľkú časť svojej profesionálnej kariéry zasvätil rozvoju geriatrickej na Slovensku a patrí medzi zakladateľov tohto odboru u nás. Záujmy seniorov presadzoval aj ako člen Rady vlády pre seniorov, aj ako zakladajúci člen Slovenskej gerontologickej a geriatrickej spoločnosti, kde zastával funkciu prezidenta a neskôr čestného prezidenta. Bol členom a čestným členom Generálnej rady EURAG. Veľmi rozsiahla bola jeho prednášková a publikačná aktivita (4 monografie, 11 knižných publikácií, 7 učebníc, 342 vedeckých a odborných článkov a vyše 500 ohlasov, z toho 81 zahraničných). Bol nositeľom viacerých medailí a ocenení – z nich zlatá medaila „Propter merita“ Slovenskej lekárskej spoločnosti, Gressnerova medaila, Dieškova a Guothovej medaila.

So svojou celoživotnou partnerkou Maruškou, očnou lekárkou, sa zoznámil počas štúdií v Olomouci a mali 3 deti a 6 vnúčat. Profesor Hegyi miloval svoju rodinu a bol oporou pre množstvo priateľov. Vždy bol ochotný pomôcť pri riešení problémov, bol nepoučiteľný optimista so špecifickým zmyslom pre humor.

Na Fakulte verejného zdravotníctva sme si ho vážili pre jeho vysokú profesionálnu úroveň a nezištný záujem nielen o problematiku seniorov, ale aj o verejné zdravotníctvo. Mnohým z nás, ktorí sme ho poznali, utkvel profesor Hegyi v pamäti tiež ako zdatný organizátor s rozsiahlymi medicínskymi vedomosťami a manažérskymi schopnosťami.

Pracovné stretnutia i osobné chvíle pre jeho spolupracovníkov, kolegov, ale i študentov boli nevyspytateľné, popretkávané svojráznym humorom a prísnosťou zároveň, no napriek tomu boli nesmierne užitočnou, vzácnou chvíľou a poučením. Osobnosť pána profesora ostane v našich myšliach zapísaná veľkými písmenami.

Prof. MUDr. Ladislav Hegyi, DrSc. zomrel 27. januára 2016.

Vážený pán profesor, budete chýbať všetkým, ktorí mali šťastie a možnosť osobne Vás spoznať a spolupracovať.

doc. MUDr. Štefánia Moricová, PhD., MPH
mim. profesor
dekanka Fakulty verejného zdravotníctva, SZU

prof. JUDr. Karol Tóth, PhD., MPH
prezident
Slovenskej spoločnosti zdravotníckeho práva, SLS