



Minister píše medikom / Šaško prosí mladých, aby zo Slovenska neodchádzali, no niektoré problémy začínajúcich lekárov nevidí	2
Online, postoj.sk, 9. 7. 2025, 19:35	
Neurológ: Vypisujeme žiadosti a vieme, že ich poisťovne zamietnu	6
Tlač, Denník SME, 10. 7. 2025	
Neurológ: Vypisujeme žiadosti a Štvrtok 10. júla 2025 vieme, že ich poisťovne zamietnu	9
Tlač, SME - Korzár, 10. 7. 2025	
The Backwards: KOŠICE - Botanická záhrada Košice. Podujatie Koncerty	12
Online, ajdnes.sk, 10. 7. 2025, 0:09	



Minister píše medikom / Šaško prosí mladých, aby zo Slovenska neodchádzali, no niektoré problémy začínajúcich lekárov nevidí

📅 9. 7. 2025, 19:35, Zdroj: svetkrestanstva.postoj.sk 📄, Autor: Lukáš Kekelák, Sentiment: Pozitívny, Téma: Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v

Košiciach, Kľúčové slová: Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach

Dosah: 99 539 GRP: 2,21 OTS: 0,02 AVE: 926 EUR

Minister píše medikom / Šaško prosí mladých, aby zo Slovenska neodchádzali, no niektoré problémy začínajúcich lekárov nevidí

Lukáš Kekelák

17 minút čítania

Kamil Šaško chce udržať končiacich medikov na Slovensku. Tí by aj zostali, no nie všade ich chcú. Zahraničných študentov, ktorých lekárske fakulty vo veľkom produkujú, minister zdravotníctva nerieši.

17 minút čítania

E-mail

Kopíruj odkaz

Kamil Šaško chce udržať končiacich medikov na Slovensku. Tí by aj zostali, no nie všade ich chcú. Zahraničných študentov, ktorých lekárske fakulty vo veľkom produkujú, minister zdravotníctva nerieši.

Novinka Vypočúť článok

Minister píše medikom / Šaško prosí mladých, aby zo Slovenska neodchádzali, no niektoré problémy začínajúcich lekárov nevidí

0:00

Lukáš Kekelák

Kamil Šaško v košickej univerzitnej nemocnici. Zdroj fotografie: Facebook/K. Š.

„Máme jasný cieľ: dať mladým lekárom najavo, že Slovensko o nich stojí. Sme naozaj pripravení robiť všetky podmienky, aby mohli svoju kariéru rozvíjať u nás doma. Tu, kde ich na našich špičkových fakultách naučili zručnostiam a kde si po prvýkrát vyskúšali, aké je to zachraňovať ľudské životy,“ oznámil v promočnom týždni minister zdravotníctva Kamil Šaško z koalície Hlasu.

Tento rok prvýkrát na žiadosť Lekárskeho odborového združenia poslal osobný list každému jednému končiacemu medikovi s výzvou, aby po štúdiu zostal na Slovensku.

„Naozaj som ho pozval, požiadal, poďakoval sa mu, že študoval na Slovensku, a oslovil som ho s jediným cieľom: aby zvážil svoje pôsobenie, pokračovanie a naštartovanie svojej kariéry tu u nás doma,“ povedal minister.

To, aby medici neodchádzali z krajiny, Šaško vníma ako „absolútne kľúčový bod a záujem všetkého“, čo osobne na ministerstve robí. Práve na medikoch podľa jeho slov stojí budúcnosť slovenského zdravotníctva.

Aj preto ministerstvo pod jeho vedením v spolupráci s dekanmi lekárskeho fakúlt pripravuje 25. septembra v bratislavskej Inchebe podujatie pre končiacich medikov Medifutura s heslom „Na budúcnosti medikov na Slovensku nám záleží“.

Od plánovaného podujatia, z ktorého chce Šaško urobiť tradíciu, má veľké očakávania. Verí, že dokáže za jeden deň motivovať približne 1 700 budúcich lekárov, aby zostali na Slovensku. Hlavným zámerom je prepojiť medikov so zástupcami súkromných a štátnych nemocníc, s ambulanciami i so župami, aby mali už pred skončením školy vopred vyhladené miesto.

Skutočne minister zdravotníctva rozumie problémom medikov? Jeho pohľad sme konfrontovali s výhradami začínajúcich lekárov.

Pohľad ministra verus realita končiacich medikov

Minister zdravotníctva sa s medikmi zhoduje, že najčastejšie problémy prichádzajú po ukončení štúdia, preto treba čo najviac uľahčiť novým lekárom vstup do reálnej praxe.

Šaško tvrdí, že mnohým chýbajú informácie, kontakt s ambulantným sektorom či základná orientácia v systéme. Preto chce medikom na konferencii ponúknuť konkrétne odpovede a nástroje, ktoré im poradia pri rezidentských programoch, pomôžu pri zakladaní ambulancií či pri orientácii v IT systémoch.

Bol by rád, keby šiestaci na medicíne zo septembrovej konferencie odišli už s konkrétnymi dohodami s jednotlivými nemocničnými pracoviskami, kam nastúpia po ukončení štúdia.

Hoci lekári v našom zdravotníctve aj podľa ministerstva chýbajú, nájsť si dnes prácu vo veľkých nemocniciach podľa končiacich medikov nie je vôbec jednoduché. Prečo?

„Na Slovensku to funguje tak, že počas posledného ročníka väčšinou rozpošlete maily po nemocničných oddeleniach, z toho dve tretiny prednostov vám štandardne vôbec neodpíšu a tí, čo odpíšu, vám neraz povedia, že nemajú miesto,“ opísal pre Postoj svoju skúsenosť lekár Samuel Majna, ktorý si po škole vybral odbor nedostatkového gastroenterológie.

Samuel Majna. Foto: Postoj/Adam Rábara

Svoje životopisy rozposlal do štyroch slovenských nemocníc v okolí Bratislavy. Z dvoch miest mu neodpísali vôbec, z tretieho dostal odpoveď, že majú plno, a až zo štvrtej kliniky ho pozvali na pohovor. Prácu si však našiel až v piatej nemocnici po tom, čo mu o uvoľnenom mieste dala vedieť jeho známa.

Čo na túto skúsenosť hovorí minister?

„Diskutoval som o tom so všetkými štátnymi nemocnicami. Nevieť, do akej miery to, čo ste pomenovali, je rozdiel medzi percepciou (vnímaním pozn. red.) a realitou. Dôležité je, aby sa komunikovalo,“ odpovedal Šaško. Pritom naznačil, že podobnú skúsenosť končiacich medikov pozná cez svojho brata, ktorý je tiež absolventom lekárskej fakulty.

Pamätá si vraj, ako aj on posielal žiadosti o prácu do nemocníc a bola to veľmi neosobná forma komunikácie. Dodal však, že doba sa zmenila a na webe ministerstva je už prehľad voľných miest nielen pre lekárov. Okrem toho je presvedčený, že všetky problémy sa dajú riešiť komunikáciou a práve septembrová konferencia pre medikov je hodenou rukavicou.

Niektorí dekaní cítia dlh voči medikom

Dekan Lekárskej fakulty **Univerzity Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach** Peter Jarčuška na rozdiel od iných dekanov na tlačovej konferencii priznal, že sú mladým lekárom po skončení školy dlžníkmi.

„Najhoršie obdobie, ktoré lekár zažíva, je obdobie po skončení školy, kde sme našim budúcim kolegom naozaj dosť dlžní,“ uviedol Jarčuška. Pokladá za nevyhnutné zlepšiť podmienky na štúdium a prvé roky medicínskeho vzdelávania začínajúcich lekárov, aby v systéme zostali.

Myslí si však, že keď budú na fakulte študentom hovoriť, aby tu zostali, prinesie to svoje ovocie a študenti na Slovensku nakoniec aj zostanú. Žeby absolventi medicíny mali problém nájsť si prácu po škole, však nepokladá za reálne.

„Vôbec si nemyslím, že dnes môže mať absolvent medicíny, ktorý prejaví záujem o zamestnanie a vyvíja aktívne úsilie, problém zamestnať sa v dobrej nemocnici. Keď to začne niekto riešiť až po skončení školy, môže naraziť na to, že atraktívne miesta sú už zaplnené. Ak to rieši v dostatočnom predstihu, tak sa hádam vie napasovať do systému,“ tvrdí Jarčuška.

Lukáš Kekelák

Košická lekárska fakulta sa končiacim študentom snaží vytvárať nové príležitosti aj tak, že šiestakov posielajú praxovať do mimokošických nemocníc. Do budúcnosti plánuje, aby prax v regionálnych okresných nemocniciach, kde spomedzi nemocníc lekári najviac chýbajú, bola povinná.

„Potom je už len na manažmente nemocníc, ako si tých šikovných ľudí k sebe dokážu prilákať,“ dodal dekan z Košíc.

Ako získať prácu? Dekan radí medikom dva roky dobrovoľničiť

Problém s nedostatkom lekárov je „úplne akútny“ aj podľa dekana Lekárskej fakulty Univerzity Komenského v Bratislave Juraja Payera, ktorý je zároveň viac ako dvadsať rokov prednostom internej kliniky univerzitnej nemocnice v bratislavskom Ružinove.

Sebakriticky priznal, že sa doteraz lekárske fakulty až tak nevenovali tomu, aby študenti po skončení medicíny na Slovensku zostali, keďže to podľa Payera nie je ich primárnou úlohou.

Minister zdravotníctva Kamil Šaško pri pohľade na figurínu ľudského tela. Foto: Facebook/K. Š.

Na problémy začínajúcich lekárov získať po škole v nemocnici miesto však hovorí, že pokiaľ sa chce mladý lekár zamestnať a nastúpiť napríklad na jeho kliniku, pokladá za optimálne, aby minimálne rok-dva predtým robil dobrovoľníka.



„A keď má reálny záujem, tak by sa mal väčšinou už niekedy koncom roka zaujímať a začať sa pýtať, či to miesto potom budem mať voľné. To je len taká rada pre tých, ktorí tento záujem majú,“ radil nováčikom dekan lekárskej fakulty na tlačovej konferencii.

Nikde vo svete to podľa neho nefunguje tak, že každý dostane prácu, ktorú chce. „Nemôže byť skoro každý plastický chirurg. Nemocnice majú voľné miesta, ale aj podľa toho, kde je to potrebné,“ hovorí.

Napriek tomu podľa Payera stojí za to uchádzať sa o študentov medicíny a priestor vidí aj v získavaní slovenských medikov z Česka. Na vlastnej klinike má podľa svojich slov zo štyridsiatic lekárkov päť takých, čo vyštudovali u našich susedov.

Naozaj tu mladých lekárov chceme?

Viacerí dekani lekárskech fakúlt sa zhodli na dôležitosti dať začínajúcim lekárom pocítiť, že „my ich tu chceme“. Dokonca si prajú, aby sa späť vracali s novými skúsenosťami aj tí, ktorí odišli do zahraničia. Práve tí však majú často opačný pocit.

Denník Postoj hovoril so slovenskou lekárkou Katarínou pôsobiacou v Ostrave, ktorá sa po štúdiu na Masarykovej univerzite v Brne chcela vrátiť na východné Slovensko a byť krčnou lekárkou, ktorých je nedostatok. Ani ju však nezaujíma zo strany našich fakultných nemocníc pri hľadaní miesta neminul.

Lekárka Katarína počas operácie. Zdroj fotografie: K. F.

„Nemocnice komunikujú so žiadateľmi o prácu úplne katastrofálne. Buď sa neozvú, alebo až po dlhom čase, aj to vám povedia, že o vás nemajú záujem,“ spomína Katarína s tým, že o osobný pohovor v košickej univerzitnej nemocnici musela dokonca sama požiadať. Primár otorinolaryngológie si na ňu vyhradil desať minút.

„Hneď v úvode ma oboznámil, že takého mladého lekára absolventa nepotrebuje. Tých má dostatok ako stážistov z okolitých menších nemocníc. Ale povedal mi, že ak mám naozaj o ORL záujem, vzhľadom na to, že sú jediným akreditovaným pracoviskom na východe Slovenska, aj jeden-dva roky by boli pre mňa prínosom.“

Keď sa Katarína primára opýtala, čo ak by potom chcela zostať, dostala odpoveď, že ak bude naozaj šikovná a pozdávala by sa mu, možno by sa mohol za ňu prihovoriť. Isté miesto teda nemala, a tak si radšej našla prácu v českej nemocnici, z ktorej už teraz odísť neplánuje.

Dekan Payer tvrdí, že slovenských študentov medicíny v Česku je náročné oslovovať, pretože Slovensko vraj nemá ich databázu. Dáta Českej lekárskej komory medzčasom ukázali, že počet slovenských lekárov v Česku naďalej rastie. Platí však, že Slovensko má na českých lekárskech fakultách veľký rezervoár slovenských medikov, o ktorých dostatočne nebojuje.

Lukáš Kekelák

Špičkoví pedagógovia a tí, ktorým sa medikov vychovávať nechce

Dekanka Jesseniovej lekárskej fakulty Univerzity Komenského v Martine Andrea Čalkovská pokladá za dôležité formovať aj verejnú mienku, ktorá podľa nej vo vzťahu k lekárom nie je dobrá.

„Potrebujeme, aby si ľudia uvedomili, že vzdelávanie na lekárske fakultách je naozaj dobré a medikov máme kvalitných,“ uviedla po boku ministra Šaška, ktorý jej dal za pravdu. „Naše lekárske fakulty sú absolútne špičkové, ponúkajú špičkové vzdelávanie, majú špičkových pedagógov a vychovávajú medikov a budúcich lekárov, ktorí sa naozaj nestretajú nikde vo svete.“

Podľa lekára Samuela Majnu, ktorý v Bratislave takisto vyučuje medikov, by však Slovensko malo zapracovať na zlepšení prípravy budúcich lekárov zo strany vyučujúcich.

„Mnohí lekári sú pomerne vyťažení, ale rovnako je pravda, že mnohí z tých, čo pracujú v univerzitných nemocniciach, nemajú veľmi záujem učiť a robia to z donútenia,“ povedal v rozhovore pre Postoj s tým, že ak lekár nechce posúvať svoje vedomosti ďalej, nemá podľa neho v univerzitnej nemocnici čo hľadať.

Lukáš Kekelák

Problém vidí aj v tom, že počet študentov na jedného bratislavského lekára aj počet študentov na pacienta je výrazne v neprospech slovenského vzdelávania.

„Je celkom iné, keď vám v Česku na dve oddelenia príde dvanásť medikov, ako keď tu na Slovensku príde na jedno oddelenie päťdesiat medikov, z toho dvanásť zahraničných,“ tvrdí Majna, ktorý sa napriek množstvu študentov snaží každému, kto prejaví záujem, venovať. Pri slovenskom počte medikov na oddelení je však podľa neho náročné odsledovať, či každý ovláda to, čo by mal.

Neberte toľko medikov z cudziny, radí naša zahraničná absolventka



„Lahko sa stane, že mnohí, ktorí nemajú reálny záujem niečo sa naučiť, systémom len preplávajú. A vyučujúci lekári im to často dovoľujú,“ vraví Majna na základe skúseností z univerzitnej nemocnice. Jeho slová potvrdzuje aj mladá lekárka z Iránu Yasaman Arzideh, ktorá v Bratislave vyštudovala medicínu v angličtine.

Yasamane Arzideh. Foto: Postoj/Juraj Brezáni

„Počas školy sme takmer vôbec nemali prax. Lekári sa vám v nemocniciach takmer nevenujú. Prídete na vyučovanie do univerzitnej nemocnice a lekára, ktorý vás má mať na starosti, niekedy ani nenájdete,“ uviedla chirurgička, ktorá dnes pracuje v Dunajskej Strede.

„Rozumiem, že lekári majú veľa práce, ale keď to nestíhajú, tak radšej nech neberú toľko študentov na medicínu. Berú tu toľko zahraničných študentov, no okrem teórie vás dokopy nič nenaučia! A potom z toho štúdia nemajú poriadne nič ani Slováci,“ tvrdí lekárka pôvodom z Iránu, ktorá mala po škole problém nájsť si prácu, lebo jej chýbali praktické skúsenosti.

Spočiatku mala podľa vlastných slov ťažkosti nájsť aj lekárov, ktorí by jej skúsenosti chceli a vedeli odovzdať.

Kristína Visolajská

Minister zdravotníctva odmietol na tieto tvrdenia reagovať a nechcel, aby s nimi boli konfrontovaní ani dekaní lekárske fakúlt.

„Venujme sa podstate, nevracajme sa do minulosti, sústreďme sa na budúcnosť, na systémové kroky, ktoré zabezpečia stabilitu,“ povedal minister. „Nerobme ten systém škaredším, ako v skutočnosti je,“ uviedol tiež.

Na začiatok by stačilo viac slovenských medikov na úkor zahraničných

Lekárka z Iránu pritom okrem iného pomenovala dôsledky rozporupnej praxe slovenských lekárske fakúlt, na ktorú už dva roky upozorňujú analytici Rady pre rozpočtovú zodpovednosť Zuzana a František Múčkovci.

Ak budú v budúcnosti lekári chýbať a nebudú po škole dostatočne skúsení, jedným z vinníkov budú aj slovenské lekárske fakulty, a to práve preto, že viac ako dekádu vzdelávajú veľký počet zahraničných medikov na úkor slovenských.

Slovensko síce patrí medzi špičku krajín s počtom odovzdaných lekárske diplomov, keď však očistíme dáta od absolventov anglických programov, v produkcii našich lekárov sa prepadáme hlboko pod priemer krajín OECD. Napríklad v školskom roku 2023/24 lekárske fakulty v Martine a v Košiciach už prijali viac zahraničných ako domácich študentov.

Po tlaku lekárske odborárov a analytikov došlo k dohode medzi ministerstvom školstva, zdravotníctva a vedením lekárske fakúlt. Minulý rok počet Slovákov narástol o 94 medikov v prvých ročníkoch, hoci pôvodný plán rátať s navýšením o 150 prvákov. No nestalo sa to na úkor zahraničných študentov.

Zatiaľ čo drvivá väčšina cudzozemských medikov po škole odchádza (podľa lekárske fakulty v Košiciach im zostáva na Slovensku len 3 – 5 percent zahraničných absolventov), až 75 percent slovenských študentov v našom zdravotníctve zostáva. Prijímať viac slovenských medikov na úkor cudzincov tak má zmysel.

Lukáš Kekelák

Minister Šaško tvrdí, že listom oslovil aj zahraničných absolventov medicíny, aby na Slovensku po ukončení štúdia zostali, podujatie Medifutura je však podľa neho prioritne určené len pre našincov. Zahraniční študenti vraj budú mať väčšiu motiváciu na Slovensku zostať až po tom, čo sa budú vzdelávať v nových a zrekonštruovaných nemocniciach.

Dekan bratislavských lekárov Payer odmieta zmeniť pomer slovenských študentov na úkor zahraničných, ktorí si na rozdiel od Slovákov za štúdium platia a tvoria tak lekárske fakultám nemalý zdroj príjmov.

Zľava dekan Lekárske fakulty UK v Bratislave Juraj Payer a minister zdravotníctva Kamil Šaško. Foto: TASR/Jakub Kotian

„Rešpektujem rôzne odporúčania, na druhej strane sme všetky lekárske fakulty riadené ministerstvom školstva a máme tiež nejaké rozpočty. Aj čo sa týka odporúčenia z univerzitného priestoru, jedným z hlavných ukazovateľov je počet a kvalita zahraničných študentov na fakultách,“ bráni sa Payer, ktorý pre Postoj povedal, že slovenských študentov majú „enormne veľa“.

„Dobrá výučba na dobrých lekárske fakultách sa pohybuje na ročník okolo sto študentov. My máme len slovenských vyše tristo.“ Slovenských absolventov je podľa neho „absolútne dosť“ a „akútny“ nedostatok lekárov na Slovensku ich zvyšovaním nevyriešime.

Zdieľaj článok

Pomôž aj ty šíriť hodnotné články a názory



Facebook

Email

Kopíruj odkaz Link

Ak máte otázku, tip na článok, návrh na zlepšenie alebo ste našli chybu, napíšte na

Lukáš Kekelák

Vyštudoval žurnalistiku na Katolíckej univerzite v Ružomberku a na Univerzite Komenského v Bratislave. Venuje sa najmä politike a zdravotníctvu.

Nové články Vám budeme posilať na e-mail.

Neúspešný pokus o prihlásenie sa na odber.

Diskusia

Deň Týždeň

1.

Autor: Lukáš Kekelák

Neurológ: Vypisujeme žiadosti a vieme, že ich poisťovne zamietnu

10. 7. 2025, Zdroj: **Denník SME**, Strany: 14, 15, Vydavateľ: Petit Press, a.s., Autor: **Denisa Prokopčáková**, Sentiment: **Ambivalentný**, Téma: **Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach**, Kľúčové slová: **Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach, UPJŠ**, Ďalšie zdroje: **Denník SME - ďalšie vydanie**
Dosah: 450 000 GRP: 10,00 OTS: 0,10 AVE: 23600 EUR

Neurológ: Vypisujeme žiadosti a vieme, že ich poisťovne zamietnu

Väčšina firiem, keď prináša na trh lieky pre zriedkavé ochorenia, je ochotná rokovať o zľavách. Štát by mal preto posilniť úlohu vo vyjednávaní lepších podmienok pre vstup liekov na náš trh, tvrdí neurológ

Priemerné omeškanie stanovenia diagnózy pre pacientov na zriedkavé choroby je na Slovensku približne päť rokov. Liečba však nemusí byť dostupná.

MATEJ ŠKORVÁNEK

je vedúci Centra pre zriedkavé extrapyramidové ochorenia Centrálného nervového systému na Neurologickej klinike **Univerzity Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach**. Hovorí, že ak si liek nemôže dovoliť rodina, na rad prichádza crowdfundingová platforma Donio. „Pre pacientov aj lekárov je to frustrujúce. Vypisujeme žiadosti, odvolania a odvolania na odvolania a stále nám prichádzajú zamietavé odpovede,“ vysvetľuje.

Sú zriedkavé ochorenia naozaj zriedkavé? Koľko ľudí na Slovensku má túto diagnózu?

Zriedkavé ochorenia sú definované tak, že postihujú menej ako päťdesiat ľudí zo stotisíc. Okrem toho existujú aj ultrazriedkavé ochorenia. Tie postihujú menej ako dvoch ľudí zo stotisíc. Lenže zriedkavých ochorení je naozaj veľa. Ak ich všetky sčítame dokopy, ide o vysoké číslo. Štatistiky hovoria, že v priebehu života bude zriedkavé ochorenie postihovať jedného zo sedemástich ľudí. Znamená to, že na Slovensku bude mať zriedkavé ochorenie zhruba trisťtisíc ľudí. Z nich asi osemdesiat percent bude mať genetické ochorenie, čo je asi dvestopäťdesiat tisíc pacientov. A z týchto dvestopäťdesiat tisíc ľudí bude mať asi polovica genetické ochorenie, pri ktorom dominujú neurologické prejavy. Čiže na Slovensku bude mať zhruba stodvadsaťpäťtisíc ľudí neurogenetické ochorenie.

Dá sa povedať, ktoré zriedkavé ochorenia sú na Slovensku najčastejšie?

Závisí to aj od medicínskej disciplíny. Keď hovoríme o neurologických ochoreniach, sú to napríklad Huntingtonova choroba, genetické formy epilepsie, Parkinsonovej choroby, rôznych genetických dystonií (pohybové ochorenia, pozn. red.) alebo aj rozličné nervovo-svalové ochorenia ako napríklad spinálna muskulárna atrofia, rôzne svalové dystrofie alebo myopatie. Vo všeobecnosti platí, že neurológia je odborom zriedkavých ochorení. Takých, ktoré nedefinujeme ako zriedkavé, nie je až tak veľa. Patria k nim napríklad Alzheimerova choroba, cievne mozgové príhody, skleróza multiplex alebo klasická forma Parkinsonovej choroby.

Priemerné omeškanie diagnózy pri zriedkavom ochorení je na Slovensku päť rokov a niektorí pacienti čakajú na určenie diagnózy aj desiatky rokov. V čom pri ich diagnostike zlyhávame?

Sú za tým viaceré faktory. Prvým faktorom je to, že posledné roky priniesli obrovský technologický pokrok v genetickej diagnostike. Pred dvadsiatimi alebo tridsiatimi rokmi bola genetika v začiatkoch. Testovali sme osobitne každý gén. Pri rozmanitosti genetických ochorení tak bolo ťažké určiť, aké genetické ochorenie má daný pacient. Sú ochorenia, ktoré vieme trafiť na prvú alebo aspoň s veľkou pravdepodobnosťou. No sú aj také, ktoré môžu byť spôsobené päťdesiatimi, dvesto alebo tristo génmi. V týchto prípadoch nemáte šancu sa trafiť. Existujú už technológie založené na tzv. sekvenovaní budúcej generácie. Vďaka nim vieme buď osekvenovať (prečítať, poznať) veľa génov naraz (panelové testovanie), všetky kódujúce časti génov naraz (celoexómová sekvenácia), alebo vyšetriť aj celú DNA naraz (celogenómová sekvenácia). Jedným vyšetrením môžeme naraz vyšetriť všetkých dvadsaťtisíc génov, ktoré máme v tele. Tým sa diagnostika dramaticky urýchľuje. Navyše mnohé genetické ochorenia sme až postupne objavovali. Aj u nás na pracovisku sme sa len za posledných šesť rokov podieľali na objave štyroch nových genetických ochorení. Takže to, čo poznáme, je oveľa lepšie ako to, čo sme vedeli pred dvadsiatimi rokmi, a zároveň horšie než to, čo budeme vedieť o ďalších dvadsať rokoch.

V čom je problém?

Na Slovensku, žiaľ, stále nemáme v rámci poisťovne paušálne uhrádzané najefektívnejšie spôsoby genetickej diagnostiky. Poisťovne paušálne hradia len panelové testovanie a často len raz za život. A tak, keď sa trafíte do zlého panelu, s uhradením druhého už môžete mať problém. Niektoré poisťovne už začali hradiť aj celoexómové sekvenácie, čo je dobré, ale nerobia to paušálne. Musí sa to prieskúvať a nie každá poisťovňa to uhradí. A pritom vieme, že práve nové technológie a postupy medicínsky aj procesne extrémnym spôsobom urýchľujú diagnostiku a sú aj oveľa efektívnejšie z finančného hľadiska.

Viete pacientovi potvrdiť diagnózu iným spôsobom?

Genetickú diagnózu vieme potvrdiť len genetickým testom. Kým nemáme geneticky potvrdenú diagnózu, prakticky nemáme nič. Predstavte si, že pátrate po genetickej diagnóze, no nemôžete urobiť genetický test, ktorý potrebujete. Čo budete robiť? Hospitalizujete pacienta, pošlete ho na zbytočnú magnetickú rezonanciu alebo k iným špecialistom. Celý proces sa tým predĺži a predraží. Sú dáta, ktoré hovoria, že rok prešetrovaného a nediagnostikovaného pacienta so zriedkavým genetickým ochorením stojí zhruba šesť a pol tisíce dolárov. Ak si to zrátame na priemerné omeškanie päť rokov, pričom u mnohých pacientov je to oveľa dlhšie, dostávame sa do čísel, ktoré hovoria, že ak sa inovatívny genetický test uhradí, je to desať-, dvadsať-, tridsať- alebo až päťdesiatnásobne lacnejšie ako to, keď sa pacientom neurobí poriadne genetické testovanie.

Ak dáta hovoria, že je ekonomicky výhodnejšie urobiť paušálnu genetickú diagnostiku, prečo sa k nej u nás nevieme dopracovať?

V rámci veľkého celoslovenského projektu Misia zdravia sme začali intenzívne diskutovať so všetkými zainteresovanými stranami v rámci štátu a aj s poisťovňami o tom, aké výhody prinášajú nové technológie. Rozprávame sa o veciach, ktoré prišli pred piatimi až ôsmimi rokmi. Vyzerá to tak, že záujem je a dôležití ľudia začínajú rozumieť tomu, že ide o významnú vec. Ale stále sa sa v rámci rozpočtu poisťovní nepreliala časť peňazí smerom ku genetike a genetickým vyšetreniam, ktoré následne ušetria peniaze v iných oblastiach. Ak som to správne pochopil, je problém v tom, že v balíku, ktorý je vyčlenený na genetiku, je málo peňazí.

Majú sa pacienti so zriedkavými chorobami v zahraničí lepšie?

V diagnostike výrazne zaostávame za zvyškom Európy. Aj v našom centre riešime veľa vecí cez výskumné projekty alebo zahraničné spolupráce. Vďaka nim majú u nás urobenú genetickú diagnostiku približne dve tretiny pacientov. Nehradia ju zdravotné poisťovne. Lenže ak sa pacient do takéhoto centra nedostane, často má smolu. Sú veci, ktoré sa už aj u nás pohli, no zároveň platí, že mnohé technológie, ktoré sú na Slovensku štandardne hrazené, nie sú na úrovni európskeho štandardu.

Máme na to, aby sme v blízkom období dosiahli európsky štandard?

Veríme, že pri zmene procesného nastavenia a cesty pacienta áno. Laboratória na Slovensku sú technologicky pripravené realizovať celoexómové sekvenácie, ale je dôležité, aby poisťovne začali testy hradiť. Máme pripravené projekty pre ešte vyššiu úroveň genetického testovania pomocou celogenómovej sekvenácie (takzvaného longreadového celogenómoveho sekvenovania). Tu je však nevyhnutná aj investícia do infraštruktúry, bez ktorej sa na túto úroveň posunúť nevieme – štát si musí stanoviť priority, pretože zmenou postupov a zavedením inovatívnych technológií vieme dramaticky zrýchliť a zlacniť diagnostický proces. Na ilustráciu, diagnostická výťažnosť genetických testov, ktoré máme na Slovensku štandardne dostupné, je pri zriedkavých ochoreniach u detí na úrovni deväť až devätnásť percent. Celoexómová sekvenácia diagnostickú výťažnosť zvýši na približne tridsať až štyridsať percent a celogenómová sekvenácia na úroveň päťdesiat percent a viac. To je obrovský rozdiel v efektívnosti. Mám pocit, že v minulosti existoval určitý mentálny odpor k týmto novým genetickým vyšetreniam. Nemyslím zo strany odbornej komunity, ale zo strany ľudí, ktorí sú podstatní z hľadiska uhrádzania testov a zdravotnej politiky, ktorá sa týka cesty pacienta.

Považovali to za zbytočný úkon?

Považovali to za niečo drahé, čo nemá veľký význam. Predpokladali, že keď niečo zdiagnostikujeme, môže to mať drahú liečbu, čo zaťaží systém. Pritom je to naopak. Nediagnostikovaný pacient je pre systém drahší ako zdiagnostikovaný. Ak niekomu nevieme stanoviť diagnózu, zaťažuje to aj rodinu a je to stigmatizujúce. V neurológii máme čoraz viac liečiteľných ochorení. A nie všetky lieky stoja

desaťtisíce až státisíce eur. Sú aj také, ale pri väčšine neurogenetických ochorení, ktoré dokážeme zdiagnostikovať a sú liečiteľné, je liečba relatívne lacná. Hovoríme o liekoch za pár desiatok, stoviek, maximálne tisícok eur ročne. Druhá stránka veci je, že aj keď ochorenie nemá liečbu, ktorá by bola špecifická, na základe genetickej diagnostiky vieme urobiť významné rozhodnutia o manažmente pacienta. Napríklad vieme, ktoré typy liekov sú pre pacienta vhodné, čomu sa máme vyhnúť a čo máme uprednostniť. Vieme ľuďom poradiť, ako by mali upraviť životný štýl a ktorým spúšťačom ochorenia by sa mali vyhýbať.

Mohli by ste uviesť príklad?

Existuje napríklad ochorenie, ktoré sa volá ataxia teleangiectázia. Je to ochorenie, ktoré má najmä neurologické prejavy, ale často je pri ňom prítomný aj imunitný deficit. Pacienti sú náchylní na vznik nádorov, najmä lymfómov a leukémie. Musia sa vyhýbať röntgenu aj CT vyšetreniu. Ak by to neurobili, násobne u nich vzrastá riziko rozvoja rakoviny. Ataxia teleangiectázia je ochorenie, pre ktoré máme k dispozícii len experimentálnu liečbu. Alepotom, čo ochorenie pacientovi diagnostikujeme, vieme mu povedať, aby nechodil na röntgenové alebo CT vyšetrenie – ak to nie je nevyhnutné, pretože sa u neho zvýši šanca rakoviny. Vzhľadom na častú imunodeficienciu ho môžeme nasmerovať aj za špecialistami na imunitný systém, čo tiež zlepšuje ich prognózu.

Často sa stretávam s názorom, aby lieky na zriedkavé ochorenia poisťovne neuhrádzali, pretože sú príliš drahé. Ak by ich poisťovne uhrádzali, doplatili by na to pacienti, ktorých trápia bežné ochorenia. Je to jeden z mýtov, ktoré v spoločnosti kolujú o liečbe zriedkavých ochorení?

Je to mýtus. Máme ochorenia, ktoré majú dostupnú a lacnú liečbu, len musíme ochorenie zdiagnostikovať a nasadiť pacientovi liečbu. Sú ochorenia, pri ktorých liečba existuje a je drahá. Dôvodom je to, že vývoj liekov je drahý a je rozdiel, či vyvíjate liek na tlak, ktorý potom bude užívať miliarda ľudí, alebo taký, ktorý je na zriedkavé ochorenie a bude ho brať tisíc ľudí na svete. Tiež závisí od ochorenia. Ochorenia mozgu sú najdrahšou skupinou ochorení v Európskej únii. Sú drahšie ako onkológia, kardiológia a cukrovka dokopy. Nejde ani o priame zdravotné náklady, ale obrovskú sumu tvoria tzv. nepriame náklady a strata produktivity. Keď si vezmete Alzheimerovu alebo Parkinsonovu chorobu, zhruba 85 percent nákladov netvorí zdravotná starostlivosť, ale všetko ostatné. Napríklad strata príjmu pacienta alebo strata zamestnania rodinného príslušníka, ktorý sa o človeka stará a štát mu vypláca dávky. Mali by sme zvážiť, že ak niekomu podáme liek hoci aj za tristisíc eur, ktorý ho vylieči, bude vďaka nemu zdravý, udrží sa v pracovnom procese, bude produktívny, nemusíme ho hospitalizovať, tak z dlhodobého hľadiska ušetríme. A to napriek tomu, že sa to zdá drahé a neefektívne. Jeden z problémov, ktorý u nás vidím, je, že nemáme dobre prepojené dáta zo zdravotných poisťovní a zo Sociálnej poisťovne. Keď urobím intervenciu v jednom systéme a prinesie mi to trojnásobnú úsporu v druhom systéme, neviem to ukázať. Nevieme, koľko pacient stojí pre štát kumulatívne, a nie iba pre zdravotníctvo. Bolo by pekné, keby sme údaje začali viac prepájať.

Nedávno vyvolala rozruch avizovaná nová vyhláška ministerstva zdravotníctva. Slovenská aliancia zriedkavých chorôb upozornila, že jej návrh môže znemožniť prístup k liekom na zriedkavé a onkologické ochorenia. Pacientske organizácie upozornili, že k zmene malo dôjsť bez verejného či odborného pripomienkovania. Aký bol váš prvý dojem, keď ste si prečítali návrh vyhlášky?

Nie najoptimistickejší. Máme problém so vstupom inovatívnych liekov na slovenský trh a ak by sa len schválila vyhláška, kde prakticky jediným kritériom pre vstup lieku na náš trh je jeho cena bez iných parametrov alebo opatrení, tak by sa vstup ďalších liekov určite zhoršil.

Nišlo o prehnajúcu reakciu patientských organizácií a médií, ale naozaj by sa zhoršila dostupnosť nových liekov na slovenskom trhu?

Vítame, že pán minister Šaško pozastavil platnosť vyhlášky a začal dialóg o problematike so širokou odbornou aj patientskou verejnosťou v snahe nájsť konsenzus pri nastavení vstupu inovatívnych a orphan liekov na náš trh. Lebo cena je jedna vec. Ale mali by sme sa pozerať na viac parametrov, aby sme videli, čo inovatívne lieky do systému prinášajú – pre pacienta, ale aj pre systém sám osebe.

Aké boli podľa vás ďalšie problémy novej vyhlášky?

Hlavným problémom je to, že z návrhu vyhlášky vyplývalo to, že jediným a hlavným kritériom vstupu nového lieku bude jeho cena. Rôzne systémy krajín, ktoré sú v našom okolí, majú rôzne cenové limity. Väčšina firiem, keď prináša na trh lieky pre zriedkavé ochorenia je ochotná rokovať so štátom o zľavách. Tu by mala byť posilnená úloha štátu – v kapacite vyjednávať lepšie podmienky pre vstup liekov na náš trh. To, čo vidíme v oficiálnych štatistikách za celkovú cenu liekov, neodráža reálne ceny, ktoré za nich platí štát. Vstup väčšiny takýchto drahých liekov ide cez tzv. MEA proces, pri ktorom firma pri uzavretí dohody so štátom o znížení ceny podpisuje dohodu o tom, že zľavnená cena nebude zverejnená, aby to nedeformovalo ceny ich liekov na iných zahraničných trhoch. Oficiálne môže firma predávať liek za dvestisíc eur, no so štátom sa dohodne, že na každý liek dá vratku päťdesiat- alebo aj stotisíc. Druhým problémom je to, že vyhláška nehovorí o iných parametroch, ktoré by mali byť zohľadňované pri vstupe liekov na trh – dosah liečby na sociálny systém, vplyv ochorenia a jeho liečby na rodinu pacienta, dôstojnosť pacienta alebo solidarita s najzraniteľnejšími. Pozitívne hodnotím, že ministerstvo deklaruje záujem meniť vyhlášku a priniesť väčší komplexný balík legislatívnych opatrení, ktoré by išli ruka v ruku so zmenou vyhlášky.

Aké je to pre vás, keď diagnostikujete pacientovi zriedkavé ochorenie a viete, že na jeho diagnózu už existuje inovatívny liek, mohol by mu pomôcť, no na Slovensku nie je dostupný?

Je to deprimujúce. Keď pacientovi urobíme genetickú diagnostiku a ukáže sa, že v genetickej rulete vyhral, lebo zo sedemtisíc génov, ktoré vieme v neurológii diagnostikovať, má jedno zo sto ochorení, ktoré vieme liečiť. Ak je liečba dostupná, všetci sú spokojní. Ale potom príde pacient, ktorý vie, že má genetické ochorenie, a aj vie aké. Načíta si, že to je ochorenie, na ktoré existuje špecifická liečba, ale u nás sa dozvie, že liečbu na Slovensku, žiaľ, dostupnú nemáme. To sú pacienti, ktorí z výhercov v genetickej rulete prechádzajú do úlohy porazených v rulete terapeutickú. A len preto, že liek, ktorý by mohol pomôcť, u nás nie je schválený. Vidíme na pacientoch, že prechádzajú z fázy obrovského optimizmu do fázy depresie. Zistia, že k lieku sa nedostanú. A potom to riešia rôzne. Ak je liek relatívne lacný, zloží sa naň rodina. Ak si to rodina nemôže dovoliť, vytvorí napríklad cez Donio zbierku. Pre pacientov aj lekárov je to frustrujúce. Potom vypisujeme žiadosti, odvolania a odvolania na odvolania a stále nám prichádzajú zamietavé odpovede. Niektorým pacientom vypisujeme žiadosti do poisťovne len preto, aby dostali zamietavú odpoveď, a tak si mohli založiť verejnú zbierku na liek.

Fakty

Matej Škorvánek

pracuje ako docent a vedúci Centra pre zriedkavé extrapyramidové ochorenia CNS na Neurologickej klinike LF **UPJŠ** a UNLP v Košiciach.

Titul PhD. obhájil na University of Groningen v Holandsku.

Zmenou postupov a zavedením inovatívnych technológií vieme dramaticky zrýchliť a zlacniť diagnostický proces.

Ochorenia mozgu sú najdrahšou skupinou ochorení v Európskej únii. ILUSTRAČNÉ FOTO – ADOBE STOCK Neurológ Matej Škorvánek.

FOTO SME – MARKO ERD

Autor: Denisa Prokopčáková © SME

Neurológ: Vypisujeme žiadosti a Štvrtok 10. júla 2025 vieme, že ich poisťovne zamietnu

10. 7. 2025, Zdroj: **SME - Korzár**, Strany: 22, 23, Vydavateľ: **Petit Press, a.s.**, Autor: **Denisa Prokopčáková**, Sentiment: **Ambivalentný**, Téma: **Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach**, Kľúčové slová: **Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach, UPJŠ**

Dosah: 126 523 GRP: 2,81 OTS: 0,03 AVE: 7000 EUR

Neurológ: Vypisujeme žiadosti a Štvrtok 10. júla 2025 vieme, že ich poisťovne zamietnu

Väčšina firiem, keď prináša na trh lieky pre zriedkavé ochorenia, je ochotná rokovať o zľavách. Štát by mal preto posilniť úlohu vo vyjednávaní lepších podmienok pre vstup liekov na náš trh, tvrdí neurológ

Priemerné omeškanie stanovenia diagnózy pre pacientov na zriedkavé choroby je na Slovensku približne päť rokov. Liečba však nemusí byť dostupná.

MATEJ ŠKORVÁNEK

je vedúci Centra pre zriedkavé extrapyramidové ochorenia Centrálného nervového systému na Neurologickej klinike **Univerzity Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach**. Hovorí, že ak si liek nemôže dovoliť rodina, na rad prichádza crowdfundingová platforma Donio. „Pre pacientov aj lekárov je to frustrujúce. Vypisujeme žiadosti, odvolania a odvolania na odvolania a stále nám prichádzajú zamietavé odpovede,“ vysvetľuje.

Sú zriedkavé ochorenia naozaj zriedkavé? Koľko ľudí na Slovensku má túto diagnózu?

Zriedkavé ochorenia sú definované tak, že postihujú menej ako päťdesiat ľudí zo stotisíc. Okrem toho existujú aj ultrazriedkavé ochorenia. Tie postihujú menej ako dvoch ľudí zo stotisíc. Lenže zriedkavých ochorení je naozaj veľa. Ak ich všetky sčítame dokopy, ide o vysoké číslo. Štatistiky hovoria, že v priebehu života bude zriedkavé ochorenie postihovať jedného zo sedemnástich ľudí. Znamená to, že na Slovensku bude mať zriedkavé ochorenie zhruba tristošesťdesiat ľudí. Z nich asi osemdesiat percent bude mať genetické ochorenie, čo je asi dvestopäťdesiatšesťdesiat pacientov. A z týchto dvestopäťdesiatšesťdesiat ľudí bude mať asi polovica genetické ochorenie, pri ktorom dominujú neurologické prejavy. Čiže na Slovensku bude mať zhruba stodvadsaťpäťdesiat ľudí neurogenetické ochorenie.

Dá sa povedať, ktoré zriedkavé ochorenia sú na Slovensku najčastejšie?

Závisí to aj od medicínskej disciplíny. Keď hovoríme o neurologických ochoreniach, sú to napríklad Huntingtonova choroba, genetické formy epilepsie, Parkinsonovej choroby, rôznych genetických dystónií (pohybové ochorenia, pozn. red.) alebo aj rozličné nervovo-svalové ochorenia ako napríklad spinálna muskulárna atrofia, rôzne svalové dystrofie alebo myopatie. Vo všeobecnosti platí, že neurológia je odborom zriedkavých ochorení. Takých, ktoré nedefinujeme ako zriedkavé, nie je až tak veľa. Patria k nim napríklad Alzheimerova

choroba, cievne mozgové príhody, skleróza multiplex alebo klasická forma Parkinsonovej choroby.

Priemerné omeškanie diagnózy pri zriedkavom ochorení je na Slovensku päť rokov a niektorí pacienti čakajú na určenie diagnózy aj desiatky rokov. V čom pri ich diagnostike zlyhávame?

Sú za tým viaceré faktory. Prvým faktorom je to, že posledné roky priniesli obrovský technologický pokrok v genetickej diagnostike. Pred dvadsiatimi alebo tridsiatimi rokmi bola genetika v začiatkoch. Testovali sme osobitne každý gén. Pri rozmanitosti genetických ochorení tak bolo ťažké určiť, aké genetické ochorenie má daný pacient. Sú ochorenia, ktoré vieme trafiť na prvú alebo aspoň s veľkou pravdepodobnosťou. No sú aj také, ktoré môžu byť spôsobené päťdesiatimi, dvesto alebo tristo génmi. V týchto prípadoch nemáte šancu sa trafiť. Existujú už technológie založené na tzv. sekvenovaní budúcej generácie. Vďaka nim vieme buď osekvenovať (prečítať, poznať) veľa génov naraz (panelové testovanie), všetky kódujúce časti génov naraz (celoexómová sekvenácia), alebo vyšetriť aj celú DNA naraz (celogenómová sekvenácia). Jedným vyšetrením môžeme naraz vyšetriť všetkých dvadsaťtisíc génov, ktoré máme v tele. Tým sa diagnostika dramaticky urýchľuje. Navyše mnohé genetické ochorenia sme až postupne objavovali. Aj u nás na pracovisku sme sa len za posledných šesť rokov podieľali na objave štyroch nových genetických ochorení. Takže to, čo poznáme, je oveľa lepšie ako to, čo sme vedeli pred dvadsiatimi rokmi, a zároveň horšie než to, čo budeme vedieť o ďalších dvadsať rokov.

V čom je problém?

Na Slovensku, žiaľ, stále nemáme v rámci poisťovne paušálne uhrádzané najefektívnejšie spôsoby genetickej diagnostiky. Poisťovne paušálne hradia len panelové testovanie a často len raz za život. A tak, keď sa trafíte do zlého panelu, s uhradením druhého už môžete mať problém. Niektoré poisťovne už začali hradiť aj celoexómové sekvenácie, čo je dobré, ale nerobia to paušálne. Musí sa to prieskúvať a nie každá poisťovňa to uhradí. A pritom vieme, že práve nové technológie a postupy medicínsky aj procesne extrémnym spôsobom urýchľujú diagnostiku a sú aj oveľa efektívnejšie z finančného hľadiska.

Viete pacientovi potvrdiť diagnózu iným spôsobom?

Genetickú diagnózu vieme potvrdiť len genetickým testom. Kým nemáme geneticky potvrdenú diagnózu, prakticky nemáme nič. Predstavte si, že pátrate po genetickej diagnóze, no nemôžete urobiť genetický test, ktorý potrebujete. Čo budete robiť? Hospitalizujete pacienta, pošlete ho na zbytočnú magnetickú rezonanciu alebo k iným špecialistom. Celý proces sa tým predĺži a predraží. Sú dáta, ktoré hovoria, že rok prešetrovaného a nediagnostikovaného pacienta so zriedkavým genetickým ochorením stojí zhruba šesť a pol tisíce dolárov. Ak si to zrátame na priemerné omeškanie päť rokov, pričom u mnohých pacientov je to oveľa dlhšie, dostávame sa do čísel, ktoré hovoria, že ak sa inovatívny genetický test uhradí, je to desať-, dvadsať-, tridsať- alebo až päťdesiatnásobne lacnejšie ako to, keď sa pacientom neurobí poriadne genetické testovanie.

Ak dáta hovoria, že je ekonomicky výhodnejšie urobiť paušálnu genetickú diagnostiku, prečo sa k nej u nás nevieme dopracovať?

V rámci veľkého celoslovenského projektu Misia zdravia sme začali intenzívne diskutovať so všetkými zainteresovanými stranami v rámci štátu a aj s poisťovňami o tom, aké výhody prinášajú nové technológie. Rozprávame sa o veciach, ktoré prišli pred piatimi až ôsmimi rokmi. Vyzerá to tak, že záujem je a dôležití ľudia začínajú rozumieť tomu, že ide o významnú vec. Ale stále sa sa v rámci rozpočtu poisťovní nepreliala časť peňazí smerom ku genetike a genetickým vyšetreniam, ktoré následne ušetrí peniaze v iných oblastiach. Ak som to správne pochopil, je problém v tom, že v balíku, ktorý je vyčlenený na genetiku, je málo peňazí.

Majú sa pacienti so zriedkavými chorobami v zahraničí lepšie?

V diagnostike výrazne zaostávame za zvyškom Európy. Aj v našom centre riešime veľa vecí cez výskumné projekty alebo zahraničné spolupráce. Vďaka nim majú u nás urobenú genetickú diagnostiku približne dve tretiny pacientov. Nehradia ju zdravotné poisťovne. Lenže ak sa pacient do takéhoto centra nedostane, často má smolu. Sú veci, ktoré sa už aj u nás pohli, no zároveň platí, že mnohé technológie, ktoré sú na Slovensku štandardne hradené, nie sú na úrovni európskeho štandardu.

Máme na to, aby sme v blízkom období dosiahli európsky štandard?

Veríme, že pri zmene procesného nastavenia a cesty pacienta áno. Laboratória na Slovensku sú technologicky pripravené realizovať celoexómové sekvenácie, ale je dôležité, aby poisťovne začali testy hradiť. Máme pripravené projekty pre ešte vyššiu úroveň genetického testovania pomocou celogenómovej sekvenácie (takzvaného longreadového celogenómového sekvenovania). Tu je však nevyhnutná aj investícia do infraštruktúry, bez ktorej sa na túto úroveň posunúť nevieme – štát si musí stanoviť priority, pretože zmenou postupov a zavedením inovatívnych technológií vieme dramaticky zrýchliť a zlacniť diagnostický proces. Na ilustráciu, diagnostická výťažnosť genetických testov, ktoré máme na Slovensku štandardne dostupné, je pri zriedkavých ochoreniach u detí na úrovni deväť až devätnásť percent. Celoexómová sekvenácia diagnostickú výťažnosť zvýši na približne tridsať až štyridsať percent a celogenómová sekvenácia na úroveň päťdesiat percent a viac. To je obrovský rozdiel v efektívnosti. Mám pocit, že v minulosti existoval určitý mentálny odpor k týmto novým genetickým vyšetreniam. Nemyslím zo strany odbornej komunity, ale zo strany ľudí, ktorí sú podstatní z hľadiska uhrádzania testov a zdravotnej politiky, ktorá sa týka cesty pacienta.

Považovali to za zbytočný úkon?

Považovali to za niečo drahé, čo nemá veľký význam. Predpokladali, že keď niečo zdiagnostikujeme, môže to mať drahú liečbu, čo zaťaží systém. Pritom je to naopak. Nediagnostikovaný pacient je pre systém drahší ako zdiagnostikovaný. Ak niekomu nevieme stanoviť diagnózu, zaťažuje to aj rodinu a je to stigmatizujúce. V neurológii máme čoraz viac liečiteľných ochorení. A nie všetky lieky stoja desaťtisíce až státisíce eur. Sú aj také, ale pri väčšine neurogenetických ochorení, ktoré dokážeme zdiagnostikovať a sú liečiteľné, je liečba relatívne lacná. Hovoríme o liekoch za pár desiatok, stoviek, maximálne tisícok eur ročne. Druhá stránka veci je, že aj keď ochorenie nemá liečbu, ktorá by bola špecifická, na základe genetickej diagnostiky vieme urobiť významné rozhodnutia o manažmente pacienta. Napríklad vieme, ktoré typy liekov sú pre pacienta vhodné, čomu sa máme vyhnúť a čo máme uprednostniť. Vieme ľuďom poradiť, ako by mali upraviť životný štýl a ktorým spúšťačom ochorenia by sa mali vyhýbať.

Mohli by ste uviesť príklad?

Existuje napríklad ochorenie, ktoré sa volá ataxia teleangiectázia. Je to ochorenie, ktoré má najmä neurologické prejavy, ale často je pri ňom prítomný aj imunitný deficit. Pacienti sú náchylní na vznik nádorov, najmä lymfómov a leukémie. Musia sa vyhýbať röntgenu aj CT vyšetreniu. Ak by to neurobili, násobne u nich vzrastá riziko rozvoja rakoviny. Ataxia teleangiectázia je ochorenie, pre ktoré máme k dispozícii len experimentálnu liečbu. Alepotom, čo ochorenie pacientovi diagnostikujeme, vieme mu povedať, aby nechodil na röntgenové alebo CT vyšetrenie – ak to nie je nevyhnutné, pretože sa u neho zvýši šanca rakoviny. Vzhľadom na častú imunodeficienciu ho môžeme nasmerovať aj za špecialistami na imunitný systém, čo tiež zlepšuje ich prognózu.

Často sa stretávam s názorom, aby lieky na zriedkavé ochorenia poisťovne neuhrádzali, pretože sú príliš drahé. Ak by ich poisťovne uhrádzali, doplatili by na to pacienti, ktorých trápia bežné ochorenia. Je to jeden z mýtov, ktoré v spoločnosti kolujú o liečbe zriedkavých ochorení?

Je to mýtus. Máme ochorenia, ktoré majú dostupnú a lacnú liečbu, len musíme ochorenie diagnostikovať a nasadiť pacientovi liečbu. Sú ochorenia, pri ktorých liečba existuje a je drahá. Dôvodom je to, že vývoj liekov je drahý a je rozdiel, či vyvíjate liek na tlak, ktorý potom bude užívať miliarda ľudí, alebo taký, ktorý je na zriedkavé ochorenie a bude ho brať tisíc ľudí na svete. Tiež závisí od ochorenia. Ochorenia mozgu sú najdrahšou skupinou ochorení v Európskej únii. Sú drahšie ako onkológia, kardiológia a cukrovka dokopy. Nejde ani o priame zdravotné náklady, ale obrovskú sumu tvoria tzv. nepriame náklady a strata produktivity. Keď si vezmete Alzheimerovu alebo Parkinsonovu chorobu, zhruba 85 percent nákladov tvorí zdravotná starostlivosť, ale všetko ostatné. Napríklad strata príjmu pacienta alebo strata zamestnania rodinného príslušníka, ktorý sa o človeka stará a štát mu vypláca dávky. Mali by sme zvážiť, že ak niekomu podáme liek hoci aj za tristo tisíc eur, ktorý ho vylieči, bude vďaka nemu zdravý, udrží sa v pracovnom procese, bude produktívny, nemusíme ho hospitalizovať, tak z dlhodobého hľadiska ušetríme. A to napriek tomu, že sa to zdá drahé a neefektívne. Jeden z problémov, ktorý u nás vidím, je, že nemáme dobre prepojené dáta zo zdravotných poisťovní a zo Sociálnej poisťovne. Keď urobím intervenciu v jednom systéme a prinesie mi to trojnásobnú úsporu v druhom systéme, neviem to ukázať. Nevieme, koľko pacient stojí pre štát kumulatívne, a nie iba pre zdravotníctvo. Bolo by pekné, keby sme údaje začali viac prepájať.

Nedávno vyvolala rozruch avizovaná nová vyhláška ministerstva zdravotníctva. Slovenská aliancia zriedkavých chorôb upozornila, že jej návrh môže znemožniť prístup k liekom na zriedkavé a onkologické ochorenia. Pacientske organizácie upozornili, že k zmene malo dôjsť bez verejného či odborného pripomienkovania. Aký bol váš prvý dojem, keď ste si prečítali návrh vyhlášky?

Nie najoptimistickejší. Máme problém so vstupom inovatívnych liekov na slovenský trh a ak by sa len schválila vyhláška, kde prakticky jediným kritériom pre vstup lieku na náš trh je jeho cena bez iných parametrov alebo opatrení, tak by sa vstup ďalších liekov určite zhoršil.

Nešlo o prehnajú reakciu patientských organizácií a médií, ale naozaj by sa zhoršila dostupnosť nových liekov na slovenskom trhu?

Vítame, že pán minister Šaško pozastavil platnosť vyhlášky a začal dialóg o problematike so širokou odbornou aj patientskou verejnosťou v snahe nájsť konsenzus pri nastavení vstupu inovatívnych a orphan liekov na náš trh. Lebo cena je jedna vec. Ale mali by sme sa pozeráť na viac parametrov, aby sme videli, čo inovatívne lieky do systému prinášajú – pre pacienta, ale aj pre systém sám osebe.

Aké boli podľa vás ďalšie problémy novej vyhlášky?

Hlavným problémom je to, že z návrhu vyhlášky vyplývalo to, že jediným a hlavným kritériom vstupu nového lieku bude jeho cena. Rôzne systémy krajín, ktoré sú v našom okolí, majú rôzne cenové limity. Väčšina firiem, keď prináša na trh lieky pre zriedkavé ochorenia je ochotná rokovať so štátom o zľavách. Tu by mala byť posilnená úloha štátu – v kapacite vyjednávať lepšie podmienky pre vstup liekov na náš trh. To, čo vidíme v oficiálnych štatistikách za celkovú cenu liekov, neodráža reálne ceny, ktoré za nich platí štát. Vstup väčšiny takýchto drahých liekov ide cez tzv. MEA proces, pri ktorom firma pri uzavretí dohody so štátom o znížení ceny podpisuje dohodu o tom, že zľavnená cena nebude zverejnená, aby to nedeformovalo ceny ich liekov na iných zahraničných trhoch. Oficiálne môže firma predávať liek za dvesto tisíc eur, no so štátom sa dohodne, že na každý liek dá vratku päťdesiat- alebo aj stotisíc. Druhým problémom je to, že vyhláška nehovorí o iných parametroch, ktoré by mali byť zohľadňované pri vstupe liekov na trh – dosah liečby na sociálny systém, vplyv



ochorenia a jeho liečby na rodinu pacienta, dôstojnosť pacienta alebo solidarita s najzraniteľnejšími. Pozitívne hodnotím, že ministerstvo deklaruje záujem meniť vyhlášku a priniesť väčší komplexný balík legislatívnych opatrení, ktoré by išli ruka v ruku so zmenou vyhlášky.

Aké je to je pre vás, keď diagnostikujete pacientovi zriedkavé ochorenie a viete, že na jeho diagnózu už existuje inovatívny liek, mohol by mu pomôcť, no na Slovensku nie je dostupný?

Je to deprimujúce. Keď pacientovi urobíme genetickú diagnostiku a ukáže sa, že v genetickej rulete vyhral, lebo zo sedemtisíc génov, ktoré vieme v neurológii diagnostikovať, má jedno zo sto ochorení, ktoré vieme liečiť. Ak je liečba dostupná, všetci sú spokojní. Ale potom príde pacient, ktorý vie, že má genetické ochorenie, a aj vie aké. Načíta si, že to je ochorenie, na ktoré existuje špecifická liečba, ale u nás sa dozvie, že liečbu na Slovensku, žiaľ, dostupnú nemáme. To sú pacienti, ktorí z výhercov v genetickej rulete prechádzajú do úlohy porazených v rulete terapeutickú. A len preto, že liek, ktorý by mohol pomôcť, u nás nie je schválený. Vidíme na pacientoch, že prechádzajú z fázy obrovského optimizmu do fázy depresie. Zistia, že k lieku sa nedostanú. A potom to riešia rôzne. Ak je liek relatívne lacný, zloží sa naň rodina. Ak si to rodina nemôže dovoliť, vytvorí napríklad cez Donio zbierku. Pre pacientov aj lekárov je to frustrujúce. Potom vypisujeme žiadosti, odvolania a odvolania na odvolania a stále nám prichádzajú zamietavé odpovede. Niektorým pacientom vypisujeme žiadosti do poisťovne len preto, aby dostali zamietavú odpoveď, a tak si mohli založiť verejnú zbierku na liek.

Fakty

Matej Škorvánek

pracuje ako docent a vedúci Centra pre zriedkavé extrapyramidové ochorenia CNS na Neurologickej klinike LF **UPJŠ** a UNLP v Košiciach.

Titul PhD. obhájil na University of Groningen v Holandsku.

Zmenou postupov a zavedením inovatívnych technológií vieme dramaticky zrýchliť a zlacniť diagnostický proces.

Ochorenia mozgu sú najdrahšou skupinou ochorení v Európskej únii. ILUSTRAČNÉ FOTO – ADOBE STOCK Neurológ Matej Škorvánek.

FOTO SME – MARKO ERD

Autor: Denisa Prokopčáková © SME

The Backwards: KOŠICE - Botanická záhrada Košice. Podujatie Koncerty

 10. 7. 2025, 0:09, Zdroj: ajdnes.sk , Autor: Ondrej Demian, Sentiment: Pozitívny, Téma: Univerzitné pracoviská, Kľúčové slová: Botanická záhrada Košice

Dosah: 2 895 GRP: 0,06 OTS: 0,00 AVE: 98 EUR

The Backwards: KOŠICE - **Botanická záhrada Košice**. Podujatie Koncerty

The Backwards: KOŠICE - Botanická záhrada

Podujatie Košice

The Backwards: KOŠICE - Botanická záhrada

The Backwards v Botanickú záhradu - tešiť sa môžete na program BEATLEMÁNIA - najväčšie hity z rannej tvorby Beatles

Čas začiatku: 20:00

Vstupenky: totoot.fm/sk/events/683850dd2345656301b01bf6

Začiatok podujatia: 11.07.2025

Autor: Ondrej Demian