

Správa o stave zdravotníctva na Slovensku



Kľúčové výzvy zdravotníctva SR

Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky

Správa o stave zdravotníctva na Slovensku

Jún 2011

AUTORSKÝ KOLEKTÍV

Hlavatý Tibor
Liptáková Adriána
Špírová Ružena
Ďelešová Martina
Slezáková Zuzana
Kováčová Miloslava
Hós Andrej
Salon Peter
Kažík Peter
Gajdošová Michaela
Slaný Jozef
Šimko Gabriel
Nováková Jana
Trusková Iveta
Hajnaliová Jarmila
Baráková Anna
Hlava Peter
Mészáros Ján
Morvay Karol
Pažitný Peter
Szalay Tomáš
Szalayová Angelika

EDITORI

Hlavatý Tibor
Liptáková Adriána

VYDAVATEĽ

Ministerstvo zdravotníctva SR, Limbová 2, 837 52 Bratislava 37
ISBN 978 – 80 – 969507 – 9 – 9



www.health.gov.sk

ÚVOD	9
1. DEMOGRAFIA	11
1.1. ŠTRUKTÚRA PODĽA POHLAVIA	12
1.2. VEKOVÁ ŠTRUKTÚRA	12
1.2.1. Starnutie populácie	13
1.3. PRIRODZENÝ PRÍRASTOK	13
1.4. PLODNOSŤ	14
1.5. POTRATOVOSŤ	14
1.6. ÚMRTNOSŤ	15
1.6.1. Stredná dĺžka života	15
1.6.2. Dojčenská úmrtnosť	17
1.6.3. Úmrtnosť podľa príčin smrti	18
1.6.4. Odvrátiteľná úmrtnosť	18
1.7. REGIONÁLNA DEMOGRAFICKÁ TYPIZÁCIA OKRESOV SR	20
2. PRIORITNÉ CHOROBY V POPULÁCII SR – EPIDEMIOLOGICKÁ SITUÁCIA	23
2.1. ZÁKLADNÉ UKAZOVATELE SLEDOVANIA ZDRAVOTNÉHO STAVU	24
2.2. CHOROBY OBEHOVEJ SÚSTAVY	27
2.2.1. Ischemická choroba srdca, akútny koronárny syndróm	32
2.2.2. Cievne choroby mozgu	34
2.2.3. Hypertenzia	35
2.3. NÁDORY	36
2.3.1. Vybrané ukazovatele vo vývoji zhubných nádorov	40
2.4. PORANENIA, OTRAVY A NIEKTORÉ INÉ NÁSLEDKY VONKAJŠÍCH PRÍČIN	46
2.5. CHOROBY DÝCHACEJ SÚSTAVY	47
2.6. CHOROBY TRÁVIACEJ SÚSTAVY	51
2.7. DIABETES MELLITUS (CUKROVKA)	53
2.8. DUŠEVNÉ CHOROBY	55
2.9. CHOROBY SVALOVEJ, KOSTROVEJ SÚSTAVY A SPOJIVOVÉHO TKANIVA	57
2.10. DETI A MLÁDEŽ VO VEKU DO 24 ROKOV	58
2.11. PRIESKUMY O OTÁZKACH ZDRAVIA	60
2.12. MEDZINÁRODNÉ POROVNANIE	65
3. LEGISLATÍVNE PROSTREDIE	71
3.1. ZÁKON NR SR č. 576/2004 Z. z. O ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI, SLUŽBÁCH SÚVISIACICH S POSKYTOVANÍM ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI	72
3.1.1. Vykonávacie predpisy k zákonu č. 576/2004 Z. z.	72
3.2. ZÁKON NR SR 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	73
3.2.1. Vykonávacie predpisy k zákonu č. 577/2004 Z. z.	73
3.3. ZÁKON NR SR č. 578/2004 Z. z. O POSKYTOVATEĽOCH ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI, ZDRAVOTNÍCKYCH PRACOVNÍKOCH, STAVOVSKÝCH ORGANIZÁCIÁCH V ZDRAVOTNÍCTVE	74
3.3.1. Vykonávacie predpisy k zákonu č. 578/2004 Z. z.	75
3.4. ZÁKON NR SR č. 579/2004 Z. z. O ZÁCHRANNEJ ZDRAVOTNEJ SLUŽBE	77
3.4.1. Vykonávacie predpisy k zákonu č. 579/2004 Z. z.	77
3.5. ZÁKON NR SR č. 580/2004 Z. z. O ZDRAVOTNOM POISTENÍ	77
3.5.1. Vykonávacie predpisy k zákonu č. 580/2004 Z. z.	77

3.6. ZÁKON NR SR č. 581/2004 Z. z. O ZDRAVOTNÝCH POISŤOVNIACH, DOHLAD NAD ZDRAVOTNOU STAROSTLIVOSŤ	79
3.6.1. Vykonávacie predpisy k zákonu č. 581/2004 Z. z.	79
3.7. ZÁKON NR SR č. 355/2007 Z. z. O OCHRANE, PODPORE A ROZVOJI VEREJNÉHO ZDRAVIA	80
3.7.1. Vykonávacie predpisy k zákonu č. 355/2007 Z. z.	80
3.8. ZÁKON SLOVENSKEJ NÁRODNEJ RADY č. 140/1998 Z. z. O LIEKOKCH A ZDRAVOTNÍCKYCH POMÔCKACH	82
3.8.1. Vykonávacie predpisy k zákonu č. 140/1998 Z. z.	82
3.9. ZÁKON SLOVENSKEJ NÁRODNEJ RADY č. 73/1986 ZB. O UMELOM PRERUŠENÍ TEHOTENSTVA	84
3.9.1. Vykonávací predpis k zákonu č. 73/1986 Zb.	84
3.10. ZÁKON NR SR č. 219/1996 Z. z. O OCHRANE PRED ZNEUŽÍVANÍM ALKOHOLICKÝCH NÁPOJOV A O ZRIAĐOVANÍ A PREVÁDZKE PROTIALKOHOLICKÝCH ZÁCHYTŇÝCH IZIEB	84
3.11. ZÁKON NR SR č. 139/1998 Z. z. O OMAMNÝCH LÁTKACH, PSYCHOTROPNÝCH LÁTKACH A PRÍPRAVKOCH	84
3.11.1. Vykonávací predpis k zákonu č. 139/1998 Z. z.	84
3.12. ZÁKON NR SR č. 377/2004 Z. z. O OCHRANE NEFAJČIAROV	84
3.13. ZÁKON NR SR č. 437/2004 Z. z. O NÁHRADE ZA BOLEŠŤ A O NÁHRADE ZA ŠŤAŽENIE SPOLOČENSKÉHO UPLATNENIA	85
3.13.1. Vykonávacie predpisy k zákonu č. 437/2004 Z. z.	85
3.14. ZÁKON NR SR č. 2/2005 Z. z. O POSUDZOVANÍ A KONTROLE HLUKU VO VONKAJŠOM PROSTREDÍ	85
3.14.1. Vykonávacie predpisy k zákonu č. 2/2005 Z. z.	86
3.15. ZÁKON NR SR č. 131/2010 Z. z. O POHREBNÍCTVE	86
3.16. ZÁKON NR SR č. 538/2005 Z. z. O PRÍRODNÝCH LIEČIVÝCH VODÁCH, PRÍRODNÝCH LIEČEBNÝCH KÚPEĽOCH, KÚPEĽNÝCH MIESTACH A PRÍRODNÝCH MINERÁLNYCH VODÁCH	86
3.16.1. Vykonávacie predpisy k zákonu č. 538/2005 Z. z.	86
3.17. ZÁKON NR SR č. 218/2007 Z. z. O ZÁKAZE BIOLOGICKÝCH ZBRANÍ	87
4. ORGANIZÁCIA SYSTÉMU ZDRAVOTNÍCTVA NA SLOVENSKU	91
4.1. ŠTÁTNA SPRÁVA	92
4.1.1. Národná rada Slovenskej republiky	92
4.1.2. Vláda Slovenskej republiky	92
4.1.3. Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky	92
4.1.3.1. Úrad verejného zdravotníctva Slovenskej republiky	93
4.1.3.2. Štátny ústav pre kontrolu liečiv	93
4.1.3.3. Národné centrum zdravotníckych informácií	93
4.1.4. Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny Slovenskej republiky	94
4.1.5. Ministerstvo školstva, vedy, výskumu a športu Slovenskej republiky	94
4.1.6. Ministerstvo financií Slovenskej republiky	94
4.1.7. Ostatné ministerstvá Slovenskej republiky	94
4.2. PRENESENÝ VÝKON ŠTÁTNEJ SPRÁVY	94
4.3. NEZÁVISLÉ INŠTITÚCIE	94
4.3.1. Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou	95
4.3.2. Stavovské a profesijné organizácie	96
4.3.3. Pacientske organizácie	96
4.3.4. Privátny sektor	97
4.4. ZDRAVOTNÉ POISŤOVNE	97
4.5. ZDRAVOTNÍCKE ZARIADENIA	98
4.6. MEDZINÁRODNÉ ORGANIZÁCIE	98
4.6.1. Európska únia	98
4.6.2. Rada Európy	99

4.6.3. Organizácia pre ekonomický a hospodársky rozvoj	99
4.6.4. Svetová zdravotnícka organizácia.....	99
4.7. eHEALTH – ELEKTRONICKÉ ZDRAVOTNÍCTVO V ROKU 2010.....	99
4.7.1. Integrácia s eGov	103
4.7.2. Compliance s eHealth governance	103
4.7.3. Prerozdelenie funkcionalít	103
5. ZDRAVOTNÍCKE ZARIADENIA	107
5.1. POSKYTOVATEĽ	107
5.2. ZDRAVOTNÍCKE ZARIADENIE	108
5.2.1. Ambulantná zdravotná starostlivosť	108
5.2.2. Ústavná zdravotná starostlivosť	109
5.3. MINIMÁLNA SIEŤ POSKYTOVATEĽOV	110
5.4. NEODKLADNÁ ZDRAVOTNÁ STAROSTLIVOSŤ	116
5.4.1. Záchranná zdravotná služba a Operačné stredisko Záchrannej zdravotnej služby	116
5.4.2. Urgentné príjmy	121
5.4.3. Lekárska služba prvej pomoci	122
5.5. REHABILITAČNÉ ZARIADENIA A KÚPEĽNÁ STAROSTLIVOSŤ	124
5.6. ZARIADENIA POSKYTUJÚCE DLHODOBÉ STAROSTLIVOSŤ	124
5.7. PALIATÍVNA STAROSTLIVOSŤ	128
5.8. PSYCHIATRICKÁ STAROSTLIVOSŤ	128
5.9. POSKYTOVANIE LEKÁRENSKEJ STAROSTLIVOSTI	131
5.10. STOMATOLOGICKÁ STAROSTLIVOSŤ	132
5.11. DOPLNKOVÁ A ALTERNATÍVNA MEDICÍNA	132
5.12. ZDRAVOTNÁ STAROSTLIVOSŤ PRE ŠPECIFICKÉ ETNICKÉ SKUPINY	133
6. VEREJNÉ ZDRAVOTNÍCTVO	135
6.1. ĽUDSKÉ ZDROJE VEREJNÉHO ZDRAVOTNÍCTVA V SYSTÉME ZDRAVOTNÍCTVA	135
6.2. ŽIVOTNÉ PROSTREDIE A ZDRAVIE.....	138
6.3. OCHRANA ZDRAVIA PRI PRÁCI	140
6.4. OCHRANA A PODPORA ZDRAVIA DETÍ A MLÁDEŽE	143
6.5. STAROSTLIVOSŤ O ZDRAVÚ VÝŽIVU OBYVATEĽSTVA	145
6.6. PODPORA ZDRAVIA	147
6.7. EPIDOMIOLÓGIA INFEKČNÝCH OCHORENÍ	150
6.8. OCHRANA ZDRAVIA PRED IONIZUJÚCIM ŽIARENÍM	153
6.9. OBJEKTIVIZOVANIE FAKTOROV ŽIVOTNÝCH PODMIENOK.....	154
6.10. ČINNOSŤ LEKÁRSKEJ MIKROBIOLÓGIE	157
7. ĽUDSKÉ ZDROJE V ZDRAVOTNÍCTVE	161
7.1. POČET A VEKOVÁ ŠTRUKTÚRA PRACOVNÍKOV V ZDRAVOTNÍCTVE	162
7.1.1. Počet pracovníkov v zdravotníctve	163
7.1.2. Veková štruktúra pracovníkov v zdravotníctve	164
7.1.3. Lekári	165
7.1.4. Zubní lekári	167
7.1.5. Farmaceuti	169
7.1.6. Sestry	171
7.1.7. Pôrodné asistentky	174
7.2. VZDELÁVANIE ZDRAVOTNÍCKYCH PRACOVNÍKOV	175
7.2.1. Zdravotnícke povolania	175
7.2.2. Príprava zdravotníckych pracovníkov	176
7.2.2.1. Príprava lekárov	176
7.2.2.2. Príprava zubných lekárov	177

7.2.2.3	Príprava farmaceutov	177
7.2.2.4	Príprava sestier	177
7.2.2.5	Príprava pôrodných asistentiek	178
7.2.2.6	Príprava fyzioterapeutov	179
7.2.2.7	Príprava zdravotníckych záchranárov	179
7.2.2.8	Príprava dentálnych hygieničiek	180
7.2.2.9	Príprava zubných technikov	180
7.2.2.10	Príprava zdravotníckych laborantov	180
7.2.2.11	Príprava farmaceutických laborantov	181
7.2.2.12	Príprava rádiologických asistentov	181
7.2.2.13	Príprava zdravotníckych asistentov	181
7.2.2.14	Príprava sanitárov	181
7.2.2.15	Príprava masérov	181
7.2.2.16	Príprava očných optikov	182
7.2.2.17	Príprava optometristov	182
7.2.2.18	Príprava ortopedických technikov	182
7.2.2.19	Príprava asistentov výživy	182
7.2.2.20	Príprava verejných zdravotníkov	183
7.2.2.21	Príprava psychológov, logopédov, liečebných pedagógov a laboratórnych diagnostikov	183
7.2.3.	Celoživotné vzdelávanie zdravotníckych pracovníkov	183
7.2.4.	Pluralita vzdelávania zdravotníckych pracovníkov	184
7.2.5.	Akreditácia	185
7.2.6.	Financovanie vzdelávania zdravotníckych pracovníkov	186
7.3.	MIGRAČNÉ TENDENCIE A MOTIVÁCIA ZDRAVOTNÍCKYCH PRACOVNÍKOV	186
7.3.1.	Uznávanie dokladov o ďalšom vzdelávaní	187
7.3.1.1.	Rovnocennosť vzdelania	187
7.4.	ODMEŇOVANIE PRACOVNÍKOV V ZDRAVOTNÍCTVE	190
8.	FINANCOVANIE ZDRAVOTNÍCTVA	193
8.1.	SYSTÉM FINANCOVANIA SLOVENSKEHO ZDRAVOTNÍCTVA	193
8.1.1.	Kľúčové parametre určujúce objem zdrojov v zdravotníctve	194
8.2.	ZDROJE PRÍJMOV SLOVENSKEHO ZDRAVOTNÍCTVA A ICH ČLENENIE	195
8.3.	ŠTRUKTÚRA VÝDAVKOV NA ZDRAVOTNÚ STAROSTLIVOSŤ NA SLOVENSKU	200
8.4.	PREDIKCIA ZDROJOV SLOVENSKEHO ZDRAVOTNÍCTVA V ROKU 2011	202
8.5.	MEDZINÁRODNÉ POROVNANIE ZDROJOV SYSTÉMU SLOVENSKEHO ZDRAVOTNÍCTVA V ROKU 2010	204
8.6.	AKTUALIZÁCIA ZDROJOV A KOMPENZÁCIA RIZIKOVEJ ŠTRUKTÚRY VEREJNÉHO ZDRAVOTNÉHO POISTENIA	206
8.6.1.	Systém prerozdelenia	206
8.6.2.	Prediktory prerozdelenia	208
8.6.3.	Mesačné prerozdelenie	209
8.6.4.	Ročné prerozdelenie	209
8.7.	PLATOBNÉ MECHANIZMY	209
8.7.1.	Všeobecná zdravotná starostlivosť	210
8.7.2.	Špecializovaná zdravotná starostlivosť	210
8.7.3.	Diagnostické a laboratórne výkony	210
8.7.4.	Lôžková starostlivosť	210
8.7.5.	Chronická a psychiatrická starostlivosť	211
8.7.6.	Záchranná zdravotná služba	211
8.7.7.	LSPP a DZS	212
8.7.8.	Lieky.....	212

8.8. PREHĽAD AKTUÁLNEJ KATEGORIZÁCIE LIEKOV, DIETETICKÝCH POTRAVÍN A ZDRAVOTNÍCKYCH POMÔCOK K DÁTUMU 1. 4. 2011	212
8.8.1. Kategorizácia liekov	212
8.8.2. Kvalita a dostupnosť liekov na Slovensku	213
8.8.3. Kategorizácia dietetických potravín	213
8.8.4. Kategorizácia zdravotníckych pomôcok	213
9. ZÁVERY SPRÁVY A IDENTIFIKÁCIA KLÚČOVÝCH VÝZIEV SLOVENSKEHO ZDRAVOTNÍCTVA V STREDNODOBOM A DLHODOBOM HORIZONTE	217
9.1. DEMOGRAFICKÉ TRENDY ZDRAVOTNÉHO STAVU NA SLOVENSKU	217
9.1.1. Demografické trendy chorobnosti na Slovensku v rokoch 2001–2010	218
9.1.2. Regionálne rozdiely v demografických parametroch	218
9.1.3. Porovnanie demografických parametrov voči vyspelej Európe	218
9.1.4. Pokles priemernej dĺžky hospitalizácie	218
9.2. HODNOTENIE KVALITY ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI NA SLOVENSKU	219
9.2.1. Kvalita primárnej zdravotnej starostlivosti	220
9.2.2. Kvalita špecializovanej ambulantnej starostlivosti	220
9.2.3. Kvalita všeobecných nemocníc	221
9.2.4. Kvalita terciárnej zdravotnej starostlivosti	221
9.2.5. Kvalita zdravotnej starostlivosti o chronicky ťažko chorých a imobilných	222
9.2.6. Kvalita ľudských zdrojov	223
9.3. HODNOTENIE DOSTUPNOSTI ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI NA SLOVENSKU	223
9.3.1. Cenová dostupnosť	223
9.3.2. Geografická a fyzická dostupnosť	224
9.3.3. Dostupnosť plánovanej špecializovanej zdravotnej starostlivosti	225
9.3.4. Dostupnosť kvalifikovanej pracovnej sily a migrácia	225
9.4. ANALÝZA FINANCOVANIA SYSTÉMU ZDRAVOTNÍCTVA NA SLOVENSKU	225
9.4.1. Rozsah a štruktúra zdrojov v systéme slovenského zdravotníctva	226
9.4.2. Selektívny kontraktng zdravotnej starostlivosti	228
ZÁVER	229
LITERATÚRA	230
ZOZNAM TABULIEK, GRAFOV, MÁP A SCHÉM	231
ZOZNAM DEFINÍCIÍ A METODICKÝCH VYSVETLIVIEK	238
ZOZNAM SKRATIEK A SYMBOLOV	239
OKRESY SLOVENSKEJ REPUBLIKY – IDENTIFIKÁCIA	240

ÚVOD

Zdravie je kľúčová hodnota v živote človeka. Medzi hlavné determinanty zdravia patrí úroveň a dostupnosť zdravotnej starostlivosti, kvalita prostredia, životný štýl a genetické predispozície. Zodpovedná zdravotná politika dokáže zásadným spôsobom ovplyvniť tri z kľúčových determinantov, t.j. zdravotnú starostlivosť, kvalitu prostredia a nepriamo aj životný štýl občanov.

Cieľom predkladanej správy o stave slovenského zdravotníctva je sumarizovať a analyzovať aktuálne informácie o slovenskom zdravotníctve ako podklad pre tvorbu zodpovednej zdravotnej politiky, koncepcií a stratégií rozvoja. Autori správy mali ambíciu pristupovať k príprave materiálu nezávisle, profesionálne bez ideologických a politických konotácií. Dôležitým aspektom správy je situovanie väčšiny predkladaných údajov do historickej perspektívy poslednej dekády.

Obsahová náplň správy je rozčlenená do deviatich kapitol. Prvá kapitola sa venuje demografickým trendom slovenskej populácie, v druhej kapitole sa prezentuje vývoj prioritných skupín chorôb v Slovenskej republike, vrátane medzinárodného porov-

naní. V tretej a štvrtej kapitole sa analyzuje organizácia systému zdravotníctva, vrátane legislatívneho rámca. V piatej kapitole poskytuje správa dáta o systéme poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, v šiestej kapitole sa pozornosť venuje verejnému zdravotníctvu. Siedma kapitola analyzuje stav ľudských zdrojov, ôsma kapitola je venovaná financovaniu slovenského zdravotníctva a v záverečnej deviatej kapitole sa predkladá hodnotenie hlavných problémov a výziev slovenského zdravotníctva.

Predkladaná publikácia „Správa o stave zdravotníctva na Slovensku“ v roku 2010 je výsledkom extenzívnej práce kolektívu autorov Ministerstva zdravotníctva SR s významným príspevom expertov zo Stredoeurópskeho inštitútu pre zdravotnú politiku (HPI) a pracovníkov Národného centra zdravotníckych informácií (NCZI) a Výskumného demografického centra vrámci Inštitútu informatiky a štatistiky (VDC, INFOSTAT).

Správa poskytuje komplexný audit súčasného stavu slovenského zdravotníctva a je podkladový materiál pre návrh koncepčných riešení pre slovenské zdravotníctvo v strednodobom a dlhodobom horizonte.



1. DEMOGRAFIA

Autori: Mészáros Ján, Baráková Anna, Hajnaliová Jarmila

Úvod

Demografický vývoj významne ovplyvňuje fungovanie spoločnosti, preto sa štúdiu demografických procesov venuje veľká pozornosť. Kvalifikované rozhodovanie v oblasti ekonomiky, sociálnych vecí, zdravotníctva, zamestnanosti, školstva, či iných štatisticky sledovaných a vyhodnocovaných oblastí sa nemôže zaobiť bez kvalifikovaných, vhodne štruktúrovaných, variantných a pohotových demografických informácií. Význam demografických informácií zvyšuje súčasná spoločenská situácia, keď súčasťou spoločenských zmien sú aj zásadné zmeny v reprodukčnom správaní obyvateľstva. Dôsledkom týchto zmien sú zmeny v prírastkoch a štruktúre obyvateľstva, mení sa aj štruktúra rodín a domácností. Populačný vývoj má špecifické postavenie v rámci celkového spoločenského a hospodárskeho vývoja. Všetky teoretické i praktické úvahy a hodnotenia rozvoja spoločnosti, či jednotlivých rezortov začínajú pri obyvateľstve, jeho štruktúrach a demografickom správaní. Okrem informácií o minulom a súčasnom populačnom vývoji sú pre rozhodovacie procesy potrebné aj informácie o očakávanom vývoji. Z toho dôvodu, demografické prognózy sú základom pri uvažovaní o budúcom vývoji spoločnosti.

Vybrané demografické ukazovatele v SR

Štruktúry obyvateľstva patria medzi základné pramene demografickej analýzy, pretože tieto charakteristiky významne ovplyvňujú a predikujú demografické správanie sa populácie v sledovaných obdobiach. Sú výsledkom predchádzajúcich trendov vo vývoji pôrodnosti, úmrtnosti a migrácie a zároveň určujú budúci populačný vývoj (**tabuľka T 1.1**)^(1, 2, 3).

¹ Bleha, B., Vaňo, B.: Prognóza vývoja obyvateľstva SR do roku 2025 (aktualizácia), INFOSTAT, 2007

² Mészáros, J.: Prognózy vo vývoji strednej dĺžky života, nepublikované údaje, INFOSTAT, 2011

³ Trendy sociálneho vývoja v Slovenskej republike, ŠÚ SR – Sekcia sociálnej štatistiky a demografie, 2010

T 1.1 Prehľad údajov vybraných demografických procesov v SR v roku 2000 a 2009 s prognózou v roku 2020

Ukazovateľ		Merná jednotka	Roky		
			2000	2009	Prognóza v roku 2020
Obyvateľstvo (stredný stav)		v tis.	5 401	5 418	5 510 ⁽¹⁾
z toho ženy		v tis.	2 775	2 785	2 822 ⁽¹⁾
Veková štruktúra obyvateľov (v rokoch)	0–14	%	19,5	15,4	15,5 ⁽¹⁾
	15–24		17,0	14,7	9,9 ⁽¹⁾
	25–44		29,6	31,3	30,6 ⁽¹⁾
	45–64		22,4	26,4	27,2 ⁽¹⁾
	65–74		7,0	7,0	10,6 ⁽¹⁾
Stredná dĺžka života (SDŽ)	75+		4,4	5,2	6,1 ⁽¹⁾
	muži – pri narodení	roky	69,1	71,27	72,13 ⁽²⁾
	ženy – pri narodení	roky	77,2	78,74	80,14 ⁽²⁾
	muži – 65 r.	roky	13,06	13,88	14,87 ⁽²⁾
	ženy – 65 r.	roky	16,88	17,56	18,98 ⁽²⁾
Hrubá miera pôrodnosti		‰	10,2	11,3	x
Hrubá miera úmrtnosti		‰	9,8	9,8	x
Prirodzený prírastok na 1000 obyvateľov		‰	0,4	1,53	x
Dojčenská úmrtnosť		‰	8,5	5,7	x
Novorodenecká úmrtnosť		‰	5,4	3,1	x
Úhrnná plodnosť		Počet detí na 1 ženu v reprod. období (15–49)	1,29	1,41	x
Úhrnná umelá potratovosť		Počet UPT na 1 ženu v reprod. období (15–49)	0,45	0,31	x

Zdroj: Inštitút informatiky a štatistiky (INFOSTAT) – Výskumné demografické centrum
Literatúra k iným údajom uvedených v tabuľke bude uvedená samostatne

1.1. Štruktúra podľa pohlavia

Pomer oboch pohlaví v každej populácii sa v priebehu života každej generácie mení. Rodí sa viac chlapcov ako dievčat (maskulinita narodených). V roku 2009 pripadlo na 1 000 narodených dievčat 1 066 narodených chlapcov. Medzi živonarodenými bola maskulinita 1 064 a medzi mŕtvonarodenými 1 562. V priebehu života generácií potom v našom geografickom prostredí umiera viac mužov ako žien, i keď s rôznou intenzitou (maskulinita zomrelých), čo sa prejavuje vyšším podielom žien v celkovej populácii a femininitou. Stav pohlavnej rovnováhy sa v slovenskej populácii dosahuje okolo 45. roku života generácií. V ekonomických vekových skupinách majú prevahu muži v predproduktívnom veku (51,3 %), v produktívnej je pomer pohlavia vyrovnaný a v poproduktívnej majú relatívne výraznú prevahu ženy (62,7 %)⁽³⁾.

1.2. Veková štruktúra

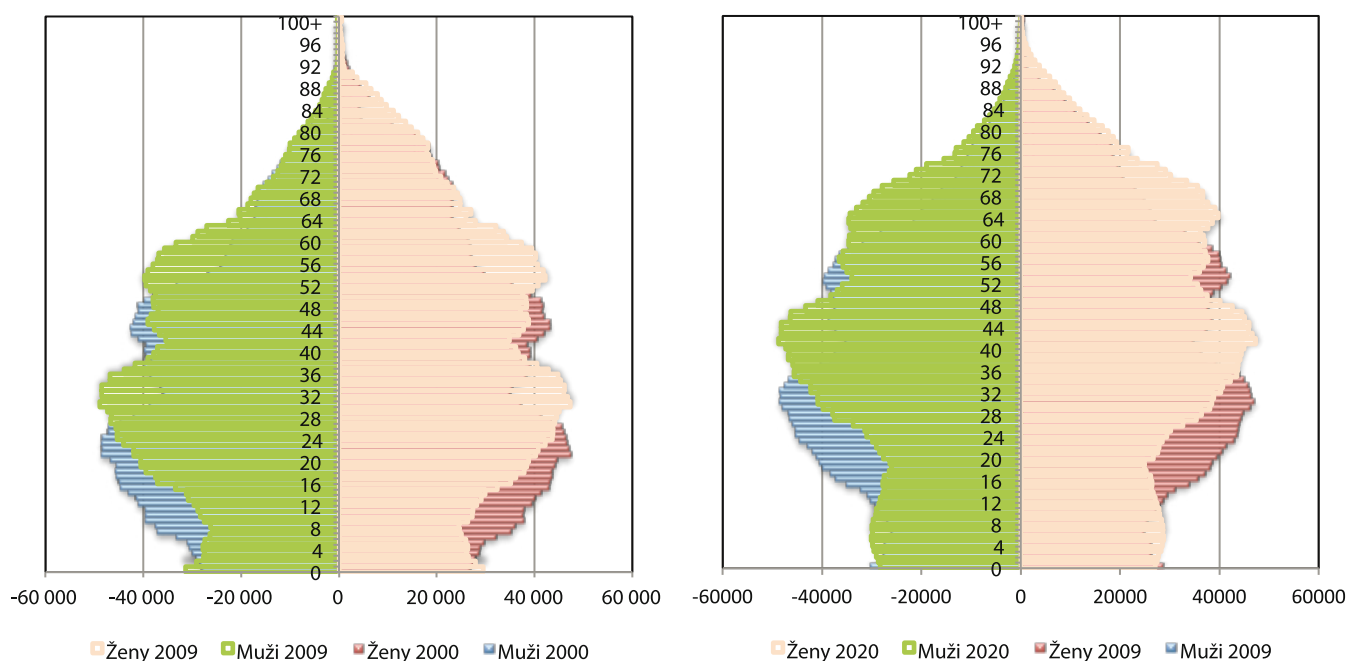
K dátumu 31. 12. 2009 mala Slovenská republika 5 424 925 obyvateľov. Obdobie rokov 2000–2004 sa vyznačovalo poklesom dynamiky rastu počtu obyvateľov. V rokoch 2001–2003 bol dokonca zaznamenaný prirodzený úbytok obyvateľstva. Plodnosť dosiahla svoje historické minimum, klesal počet živonarodených detí. Na vekovej pyramíde sa tieto skutočnosti premietajú ako najužšia základňa, resp. najväčší

zárez. V nasledujúcom období 2005–2009 počet obyvateľov začal opäť narastať, rástol aj počet živonarodených detí, zvlášť v posledných dvoch rokoch sledovaného obdobia, keď vzrástla úroveň plodnosti. Po ôsmich rokoch sa dostala nad úroveň tzv. veľmi nízkej plodnosti, t.j. nad hodnotu 1,3 dieťaťa na ženu (Potančoková, 2009). Vzhľadom na predchádzajúci vývoj aj migrácia zaznamenala na podmienky Slovenska významný vzostup, keď sa migračné prírastky dostali na úroveň spred desiatich rokov.

V prípade úmrtnosti možno konštatovať, že sa v celom sledovanom období úmrtnostné pomery na Slovensku zlepšovali, dôkazom čoho je rastúca stredná dĺžka života pri narodení u oboch pohlaví. Tieto pozitívne zmeny vidieť aj na tvare vekovej pyramídy v období 2005–2009 v podobe rozširujúcej sa základne, čo sa dá interpretovať ako potenciálny základ ďalšej natalitnej vlny⁽⁴⁾. Rozdiely vo vekovej pyramíde v rokoch 2000 a 2009 ako aj medzi rokom 2009 s prognózou zmien vo vekovej pyramíde v roku 2020 sú uvedené v **grafe G 1.1**.

Pri porovnaní obdobia 2000–2004 s obdobím 2005–2009 z hľadiska percentuálneho rozloženia hlavných vekových skupín môžeme konštatovať, že došlo k zníženiu podielu detskej zložky populácie. V dôsledku poklesu predproduktívnej zložky obyvateľstva došlo medzi oboma sledovanými obdobiami k zníženiu hodnôt ekonomického zaťaženia produktívnej populácie neproduktívnou vo všetkých okresoch SR (s výnimkou okresu Košice IV.).

G 1.1 Veková štruktúra populácie SR v rokoch 2000, 2009 a jej prognóza v roku 2020

Zdroj: ŠÚ SR/INFOSTAT⁽¹⁾

1.2.1. Starnutie populácie

Index starnutia je ďalším z ukazovateľov, ktorý dokumentuje proces starnutia populácie v SR. V súvislosti s prebiehajúcim procesom starnutia populácie, zvlášť s prihliadnutím na jeho spoločenské dôsledky, sa na obyvateľstvo v poproduktívnom veku upriamuje pozornosť čoraz častejšie a v širších súvislostiach. Z hľadiska životného štýlu, zdravotného stavu, a teda aj z hľadiska nárokov na zdravotnú, sociálnu a inú starostlivosť, ide o pomerne heterogénnu skupinu obyvateľstva. Z tohto dôvodu je ju možné členiť ešte podrobnejšie na skupinu 65 až 74-ročných – tzv. „tretí vek“ (young old) a na osoby 75-ročné a staršie – tzv. „štvrtý vek“ (old-old) (Rychtaříková 2002). Termínom oldest-old sa označuje skupina obyvateľov vo veku nad 85 rokov.

Zmeny v podiele jednotlivých vekových skupín v štruktúre obyvateľov SR v roku 2000 a 2009 s prognózou v roku 2020 so zvyšujúcim sa podielom osôb „tretieho veku“ uvádza sa v **tabuľke T 1.1**. Hodnoty indexu starnutia podmieňuje najmä pôrodnosť a pochopiteľne aktuálna veková štruktúra v konkrétnom regióne. Preto aj priestorové rozloženie indexu starnutia korešponduje s priestorovým rozložením prirodzeného prírastku⁽⁴⁾.

1.3. Prirodzený prírastok

Začiatok 21. storočia predstavuje novú vývojovú etapu vo vývoji prírastkov obyvateľstva SR. Kým v predchádzajúcej dekáde mal na rast počtu obyvateľov rozhodujúci vplyv vývoj prirodzeného prírastku, v období 2000–2009 zabezpečovala najväčší prírastok, resp. úbytok obyvateľstva vnútorná migrácia. Na druhej strane zahraničná migrácia ovplyvňuje situáciu vo veľkých mestách a v regiónoch ekonomicky prosperujúcich, najmä v tých, do ktorých v sledovanom období smerovali zahraničné investície⁽⁵⁾.

Slovenská republika mala k 31. 12. 2009 5 424,9 tisíc obyvateľov.

Najnižšie zisky z prirodzeného vývoja zaznamenala SR v období 2000–2004, a to vo výške 2,3 tisíc osôb, čo v priemere ročne znamená prírastok iba 454 osôb. Práve toto obdobie zahŕňa roky 2001–2003, v ktorých Slovenská republika zaznamenala prvýkrát v povojnovom období prirodzený úbytok obyvateľstva, a to pri počte živonarodených (na slovenské pomery) na minimálnych hodnotách (50,8–51,7 tisíc). Je zaujímavé, že na prirodzenom úbytku obyvateľstva SR sa podieľali výlučne muži, a to nielen v rokoch

⁴ Pilinská, V.: Veková štruktúra (kap.10), Populačný vývoj v okresoch Slovenskej republiky 2009, editor – Jurčová, Mészáros, Edícia Aktá, 2010

^{5,6} Jurčová, D.: Migrácia, Prírastok obyvateľstva (kap. 8, 9), Populačný vývoj v okresoch Slovenskej republiky 2009, editor – Jurčová, Mészáros, Edícia Aktá, 2010

2001–2003. Muži zaznamenali prirodzený úbytok aj v rokoch 2005–2007, a tak Slovenská republika vystupovala v týchto rokoch ako krajina s prirodzeným prírastkom len vďaka prirodzenému prírastku žien. Počet obyvateľov SR sa v období 2005–2009 zvýšil vďaka prirodzenému prírastku už výraznejšie, o 14,6 tisíc osôb, t.j. zvýšenie v priemere o 2,9 tisíc osôb ročne. Pritom 85 % prirodzeného prírastku tohto obdobia sa zrealizovalo v rokoch 2008–2009, na čom sa podpísal najmä podstatne vyšší počet živonarodených detí⁽⁶⁾.

Migráciou sa počet obyvateľov SR zvýšil v období 2000–2004 o 7,6 tisíc osôb, čo v priemere znamená prírastok 1,5 tisíc osôb ročne. Obdobie 2005–2009 je už obdobím plného členstva SR v EÚ, čo sa odzrkadlilo aj vo výške migračného prírastku, ktorým sa počet obyvateľov zvýšil o 25,5 tisíc osôb, t.j. v priemere o 5,1 tisíc osôb ročne⁽⁵⁾.

Celkový prírastok odráža vývoj svojich zložiek – prirodzeného prírastku a migračného salda. V období 2000–2004 v SR celkove pribudlo 9,9 tisíc obyvateľov, v období 2005–2009 40,1 tisíc obyvateľov, čo bolo 2,0 tisíc a 8,0 tisíc obyvateľov ročne. V relatívnych ukazovateľoch boli tieto hodnoty veľmi nízke, v prvom období 0,39 ‰ a v druhom 1,49 ‰⁽⁶⁾.

1.4. Plodnosť

Pri hodnotení populačného vývoja okresov SR sú dôležité tri aspekty procesu plodnosti: intenzita plodnosti meraná prierezovými ukazovateľmi, časovanie rodičovstva a nemanželská plodnosť. Počas obdobia rokov 2000–2009 došlo v SR vo vývoji plodnosti k mnohým významným premenám.

Vývoj úhrnnej plodnosti a ostatných prierezových mier ovplyvňuje naďalej pokračujúci proces odkladania rodičovstva do vyššieho veku – rodičovstvo sa postupne presúva do veku nad 30 rokov.

Odkladanie rodičovstva do vyššieho veku sa odrazilo v celoslovenskom pohľade v rokoch 2000–2007 v prepade úhrnnej plodnosti pod úroveň tzv. veľmi nízkej plodnosti (1,3 dieťaťa na ženu počas reprodukčného obdobia) a v dosiahnutí historického minima úhrnnej plodnosti v roku 2002 (1,18 dieťaťa na ženu). V roku 2009 pripadalo na 1 ženu 1,41 dieťaťa. Fáza rekuperácie mier plodnosti, t.j. tzv. „doháňania“ odkladaných pôrodov, je záverečnou fázou transformácie režimu plodnosti (tzv. postponement transition, pozri Goldstein et al. 2009), ktorá prebieha na Slovensku od začiatku 90. rokov.

Vývoj plodnosti na úrovni celej republiky však nie je plne totožný s regionálnou úrovňou, na ktorej pozorujeme tak značnú variabilitu hodnôt jednotlivých ukazovateľov intenzity a časovania plodnosti, ako aj diferencie v temporálnom priebehu celého procesu transformácie reprodukčného správania. Odkladanie rodičovstva sa však prejavuje celoplošne, čo je evidentné z nárastu váhy plodnosti realizovanej ženami vo veku nad 30 rokov vo všetkých okresoch.

Proporcía mier plodnosti nad 30 rokov na úhrnnej plodnosti a podiel pôrodov u žien nad 30 rokov sa bude zvyšovať aj v budúcnosti, keďže predpokladáme, že k rekuperácii začnú výraznejšie prispievať aj pôrody vyšších poradí, ktoré sa z dôvodu neskoršieho materského štartu odsúvajú čoraz výraznejšie do veku nad 30 rokov⁽⁷⁾.

1.5. Potratovosť

Znižovanie počtu potratov, a predovšetkým umelej potratovosti, je ostro sledovaným aspektom reprodukčného správania. Spôsob vykazovania spontánnych a umelých potratov je usmernený metodickými pokynmi MZ SR.

Od 1. 9. 2009 platí novelizovaný zákon, ktorý ustanovuje informovaný súhlas o fyzických i psychických rizikách UPT a zavádza predpis, podľa ktorého sa UPT na žiadosť ženy môže vykonať najskôr po 48 hodinách od odoslania hlásenia o poskytnutí informácií. Zároveň MZ SR zverejňuje na svojich stránkach zoznam organizácií a zariadení, ktoré môžu poskytnúť žene finančnú, materiálnu a psychologickú pomoc.

Intenzita umelej potratovosti na Slovensku sa v rokoch 2000–2009 naďalej znižovala, hoci pokles sa postupne spomaľoval a nebol taký intenzívny ako v predchádzajúcej dekáde⁽⁸⁾.

V priebehu 90. rokov sa umelá potratovosť znižovala z extrémne vysokej úrovne, takže aj potenciál poklesu bol väčší, než v období od roku 2000.

Úhrnná umelá potratovosť klesla na celoslovenskej úrovni z 0,45 UPT na ženu v roku 2000 na 0,31 v roku 2009. Priemer v dvoch sledovaných obdobiach predstavoval 0,41 UPT na ženu v prvom období a 0,33 UPT na ženu v druhom období. Úhrnná umelá potratovosť sa v období rokov 2005–2009 v porovnaní s rokmi 2000–2004 znížila v 75 okresoch.

V niektorých okresoch s veľmi nízkou intenzitou umelej potratovosti je vysoká samovoľná potratovosť.

^{7,8} Potančoková, M.: Plodnosť, Potratovosť (kap. 5, 6) Populačný vývoj v okresoch Slovenskej republiky 2009, editor – Jurčová, Mészáros, Edícia Aktá, 2010

V období 2000–2004 sa pohybovala úhrnná samovoľná potratovosť v okresoch Slovenska medzi 0,04 a 0,28 spontánneho potratu na ženu, pričom priemer SR v tomto období predstavoval 0,12 samovoľného potratu na ženu v reprodukčnom veku. V období 2005–2009 zostal priemer SR zachovaný a rozpätie hodnôt sa mierne zmenilo na 0,06 až 0,23 samovoľného potratu na ženu. V jednotlivých okresoch SR končí pôrodom 66 až 87 % ukončených tehotenstiev, podiel interrupcií na ukončených tehotenstvách sa znížil v 71 okresoch.

V dôsledku osvety lekárov, cirkví aj mimovládnych organizácií, ktoré zdôrazňovali zodpovedné rodičovstvo, sa zmenilo vnímanie úlohy UPT, ktoré prestalo fungovať ako lacná a dostupná antikoncepcia ex post. Významnú úlohu zohralo rozšírenie spektra efektívnych a bezpečných antikoncepčných prípravkov na trhu, ako aj spoplatnenie UPT na žiadost' ženy v roku 1993. Vplyv týchto zmien pretrvával aj po roku 2000, o čom svedčí tak klesajúca intenzita umelej potratovosti, ako aj meniace sa štruktúra žien podstupujúcich UPT podľa rodinného stavu a počtu narodených detí⁽⁸⁾.

1.6. Úmrtnosť

Úroveň úmrtnosti je jedným zo základných demografických ukazovateľov poukazujúcimi na vyspelosť danej spoločnosti. Premietajú sa do nej mnohé demografické, sociálne a kultúrne skutočnosti ako aj socio-ekonomické podmienky spoločnosti, životný štýl populácie, odborná lekárska starostlivosť (dostupnosť, modernosť technológií), kvalita životného prostredia, rodinné prostredie, atď. Štatisticky sa úmrtnosť sleduje početnosťou zomretých a ďalšími odvodenými ukazovateľmi (**tabuľka T 1.2**).

Úmrtnosť populácie Slovenska (Vaňo, 2009) je syntézou úmrtností vykazovaných v jednotlivých regiónoch. Vzhľadom na priestorovú diverzitu faktorov vplývajúcich na úmrtnosť je zrejmé, že v niektorých oblastiach sa vychýľuje úmrtnosť v pozitívnom smere a niekde v negatívnom. Cieľom analýz populačného vývoja je poukázať na ich výkyvy cez rôzne intenzitné ukazovatele úmrtnosti a napomáhať tak k odhaleniu oblastí, kde by bolo potrebné prijať opatrenia na zintenzívnenie poklesu úmrtnosti⁽⁹⁾.

1.6.1. Stredná dĺžka života

Jedným z dôležitých ukazovateľov úmrtnosti je stredná dĺžka života pri narodení (SDŽ). Meria dĺžku života populácie ako dôsledok poklesu, resp. nárastu úmrtnosti. Najnižšie hodnoty strednej dĺžky života znamenajú najvyššiu úmrtnosť. Na regionálnej úrovni poskytuje spoľahlivé informácie vzhľadom na dostupné štatistické charakteristiky.

SDŽ pri narodení dosiahla v roku 2009 u mužov 71,27 rokov a u žien 78,74 rokov. Jej hodnota sa od roku 2001 zvýšila o hodnotu 1,76 roka u mužov a o 1,20 roka u žien. Prognózu jej hodnôt v roku 2020 uvádza **tabuľka T 1.1**⁽²⁾. Zvyšujúce sa hodnoty SDŽ pri narodení v SR v rokoch 2000–2009 sú odrazom demografických procesov, najmä úmrtnosti v jednotlivých okresoch (resp. regiónoch) (**mapy M 1.1 a – b**)⁽⁹⁾.

Za obdobie 2000–2004 okresy vytvárali v hodnote SDŽ u mužov interval od 65,20 po 73,31 roka, u žien od 75,44 po 79,49 roka, v období 2005–2009 u mužov interval dosahoval hodnoty od 67,49 po 75,00 roka, u žien od 76,24 po 80,33. Z hľadiska hodnotenia rozdielov dĺžky života žien a mužov, môžeme konštatovať, že vo všetkých okresoch Slovenska ženy

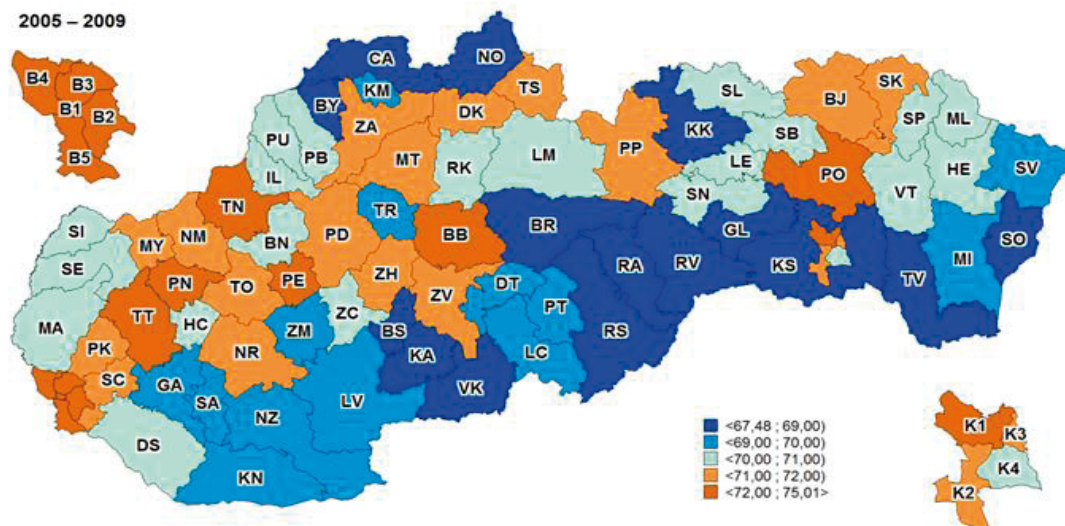
T 1.2 Vybrané charakteristiky úmrtnosti v SR

Ukazovateľ	Rok								
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Počet zomretých spolu	51 980	51 532	52 230	51 852	53 475	53 301	53 856	53 164	52 913
v tom: muži	27 705	27 415	27 702	27 304	28 151	28 091	28 226	27 994	27 446
ženy	24 275	24 117	24 528	24 548	25 324	25 210	25 630	25 170	25 467
Počet zomretých na 1 000 obyvateľov	9,7	9,6	9,7	9,6	9,9	9,9	10,0	9,8	9,8
Stredná dĺžka života pri narodení (v rokoch)									
muži	69,51	69,77	69,77	70,29	70,11	70,40	70,51	70,85	71,27
ženy	77,54	77,57	77,62	77,80	77,90	78,20	78,08	78,73	78,74
rozdiel	8,03	7,80	7,85	7,51	7,79	7,80	7,57	7,88	7,47

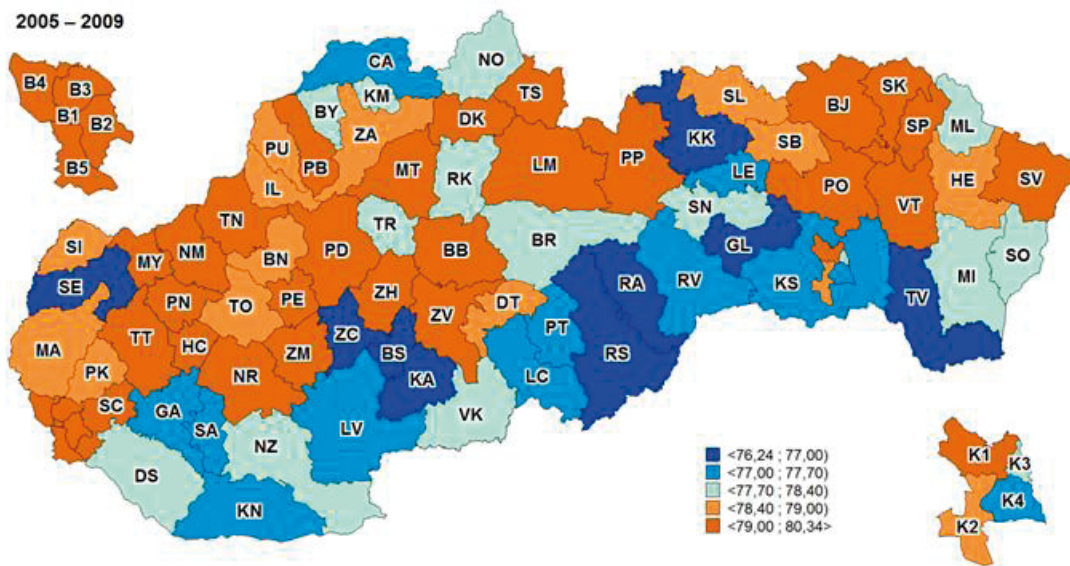
Zdroj: INFOSTAT

⁹ Mészáros, J.: Úmrtnosť (kap. 7), Populačný vývoj v okresoch Slovenskej republiky 2009, editor – Jurčová, Mészáros, Edícia Akrá, 2010

M 1.1 a – b Hodnoty strednej dĺžky života pri narodení v okresoch SR
Muži



Ženy



žijú dlhšie ako muži. Rozdiely medzi strednou dĺžkou života mužov a žien pri narodení sa pohybuje medzi hodnotami 9,6 a 10,0 roka.

Úmrtnosť v staršom veku je charakterizovaná na základe SDŽ vo veku 65 rokov. Vyjadruje počet rokov ďalšieho života osôb, ktorí práve dosiahli vek 65 rokov. V roku 2009 dosiahla SDŽ 65 u mužov 13,88 roka a u žien 17,5 roka. Podľa prognózy v roku 2020⁽²⁾, by SDŽ vo veku 65 rokov mohla u mužov

dosiahnuť hodnotu 14,87 a u žien 18,98, ako uvádza **tabuľka T 1.1**.

Na miery SDŽ v príslušnom veku vplýva vývoj mier úmrtnosti podľa príčin smrti. Zmeny SDŽ pri narodení a vo veku 65 rokov podľa hypotetických podielov poklesu úmrtnosti na prioritné skupiny chorôb sú uvedené v podkapitole 1.6.3.

1.6.2. Dojčenská úmrtnosť

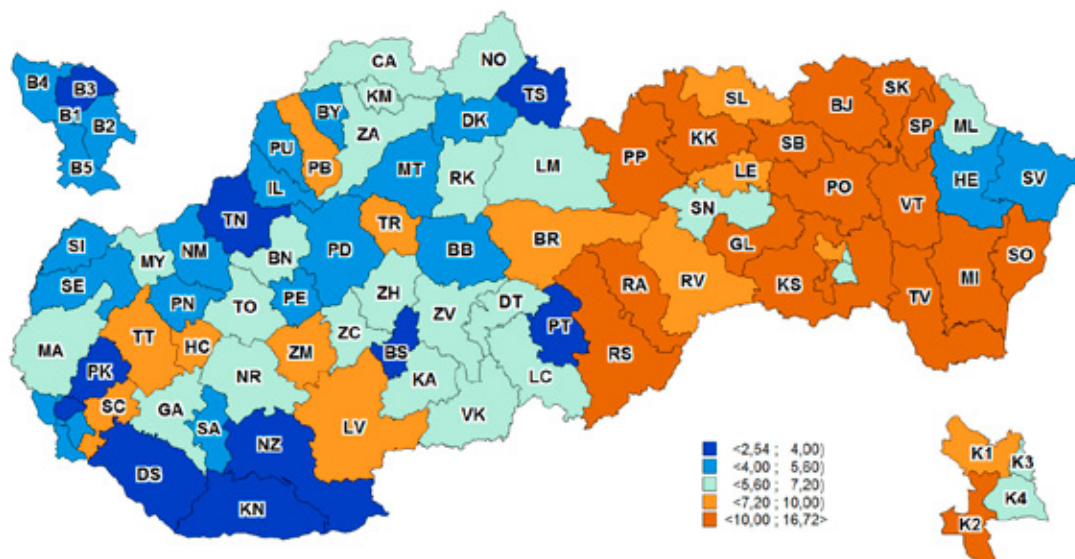
Úmrtnosť v prvom roku života v regiónoch Slovenska, meraná mierami dojčenskej úmrtnosti, (čo je počet zomrelých detí do veku jedného roka na 1 000 živonarodených detí), vykazuje vysokú menlivosť.

Miery dojčenskej úmrtnosti v okresoch Slovenska vytvorili v období 2000–2004 interval od 2,55 ‰ po 16,72 ‰, ktorý sa v období 2005–2009 zmenil na interval od 1,12 ‰ po 15,80 ‰ (**mapy M 1.2 a – b**). Vzhľadom na to, že sa aj medián znížil z hodnoty 6,32 ‰

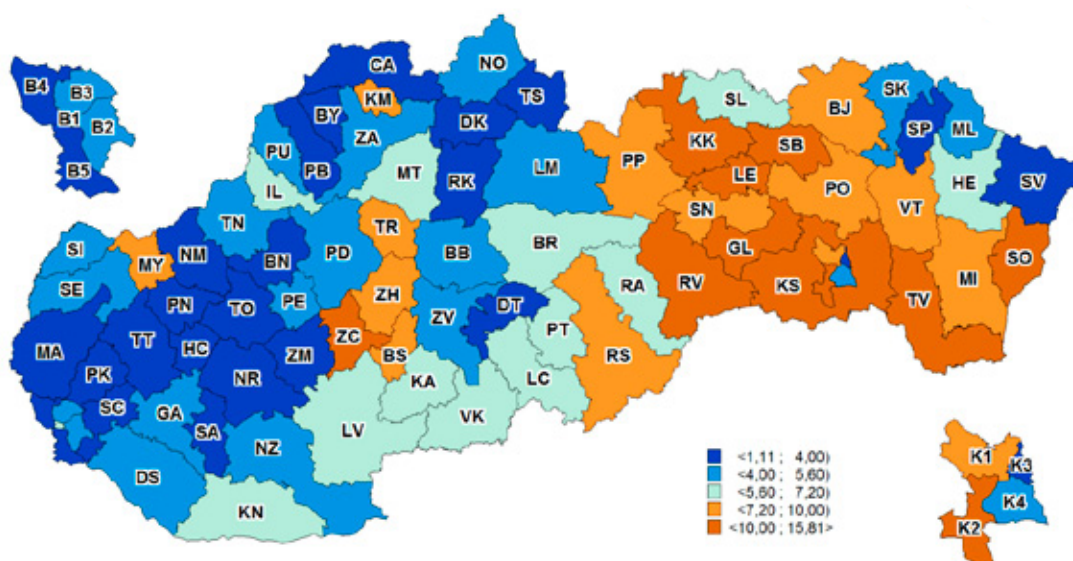
na 4,90 ‰, môžeme konštatovať všeobecné zlepšenie úmrtnosti detí v regiónoch do jedného roka.

Miera dojčenskej úmrtnosti na republikovej úrovni v roku 2009 dosiahla hodnotu 5,65 ‰, čo je oproti roku 2000 s hodnotou 8,5 ‰ pokles o 33 %. Vývoj miery dojčenskej úmrtnosti si v rokoch 2000–2009 zachováva klesajúci trend. Pokles by mohol byť aj vyšší, ak by bol vývoj dojčenskej úmrtnosti u chlapcov priaznivejší. V roku 2009 bola u chlapcov 6,62 ‰, kým u dievčat len 4,62 ‰.

M 1.2 a – b Miera dojčenskej úmrtnosti v okresoch SR (‰) 2000–2004



2005–2009



Treba ešte poukázať na fakt, že v období 2005–2009 ešte 10 okresov vykazovalo hodnotu miery dojčenskej úmrtnosti vyššiu ako 10 ‰. V období 2000–2004 ich bolo 16, čo naznačuje určité zlepšenie. Ak by sa podarilo do budúcnosti znížiť u všetkých týchto okresov mieru dojčenskej úmrtnosti na terajšiu priemernú hodnotu, mali by sme dojčenskú úmrtnosť na republikovej úrovni pod 5 ‰⁽⁹⁾.

1.6.3. Úmrtnosť podľa príčin smrti

Dôležitým aspektom hodnotenia celkovej úmrtnosti je analyzovanie vývoja podľa príčin smrti. Merané štandardizovanou mierou na 100 000 osôb európskeho štandardu (WHO štandard) u mužov zisťujeme nárast iba na úmrtnosť na choroby dýchacieho systému. Potešiteľný je dosť výrazný pokles úmrtnosti na choroby obehovej sústavy a taktiež na nádorové ochorenia a na externé príčiny smrti, čo je hlavnou príčinou nárastu strednej dĺžky života pri narodení mužov. U žien sa také výrazné zmeny neprejavujú. Pokles možno zaregistrovať iba pri úmrtnosti na choroby obehovej sústavy. U ostatných príčin smrti sa prejavuje stagnácia⁽⁹⁾.

Napriek výraznému zlepšeniu úmrtnosti mužov a stagnácie úmrtnosti žien je potrebné zdôrazniť dlhotrvajúcu vysokú nadúmrtnosť mužov. Úmrtnosť mužov na ochorenia obehovej sústavy je 1,5 násobná v porovnaní s úmrtnosťou žien. Úmrtnosť na nádory mužov prevyšuje 1,9 krát úmrtnosť žien. Najvyšší nepomer je na úmrtnosť v dôsledku externých príčin smrti, ktorá u mužov dosahuje až 4,5 násobok úmrtnosti žien.

Choroby obehovej sústavy – súbor štandardizovaných mier úmrtnosti na choroby obehovej sústavy u mužov i žien nám dáva informáciu o prevahe tejto príčiny smrti vo všetkých okresoch. V období 2000–2004 vytvorili u mužov interval hodnôt od 6,17 po 11,24 a v období 2005–2009 interval od 5,09 po 10,36, u žien od 4,59 po 8,07, ktorý sa v období 2005–2009 zmenil na interval od 3,62 po 6,86 (na 1 000 obyv.). U oboch pohlaví medián v sledovaných obdobiach poklesol, čo naznačuje zlepšenie úmrtnosti na túto príčinu smrti vo väčšine okresov. Ak porovnáваме úmrtnosť mužov s úmrtnosťou žien na choroby obehovej sústavy v jednotlivých okresoch (bez ohľadu na vek) zistíme, že vo všetkých je *úmrtnosť mužov vyššia* a dosahuje v priemere 1,5 násobok úmrtnosti žien.

Nádory – štandardizované miery úmrtnosti na nádorové ochorenia u mužov v období 2000–2004 vytvárali interval od 2,77 po 4,31, u žien od 1,23 po 2,13, v období 2005–2009 sa u mužov zazname-

nal interval od 2,54 po 3,97, u žien od 1,06 po 2,00. U oboch pohlaví poklesol aj medián, čo je znakom všeobecného poklesu úmrtnosti na túto chorobu.

V jednotlivých okresoch ten pokles nebol až taký jednoznačný, lebo až v 18 okresoch nastal nárast ukazovateľa v porovnaní s obdobím v rokoch 2000–2004. Najväčší nárast bol v okresoch Námestovo, Ružomberok a Poltár, ktoré sa z pozície najlepších okresov posunuli medzi najhoršie. Úmrtnosť na nádory u mužov prevyšuje 1,9-krát úmrtnosť žien.

Vyššiu nadúmrtnosť oproti ženám, a to 2 a 2,5× majú muži v úmrtnosti na choroby dýchacej (2,5×) a tráviacej sústavy (2×). Najvyšší nepomer je na úmrtnosť v dôsledku externých príčin smrti, ktorá u mužov dosahuje až 4,5 násobok úmrtnosti žien.

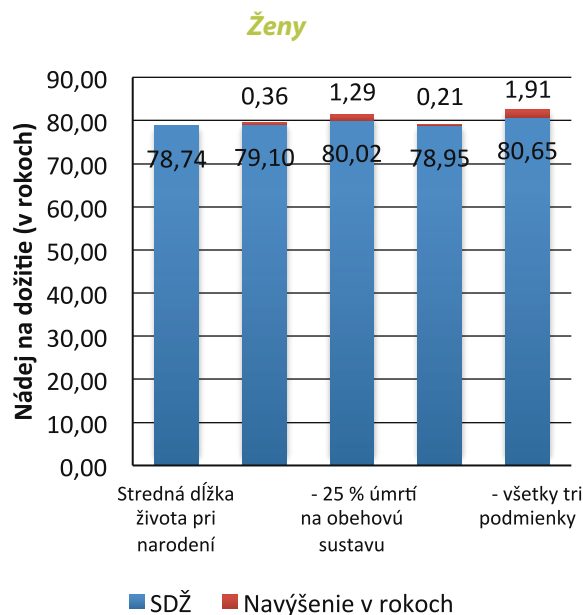
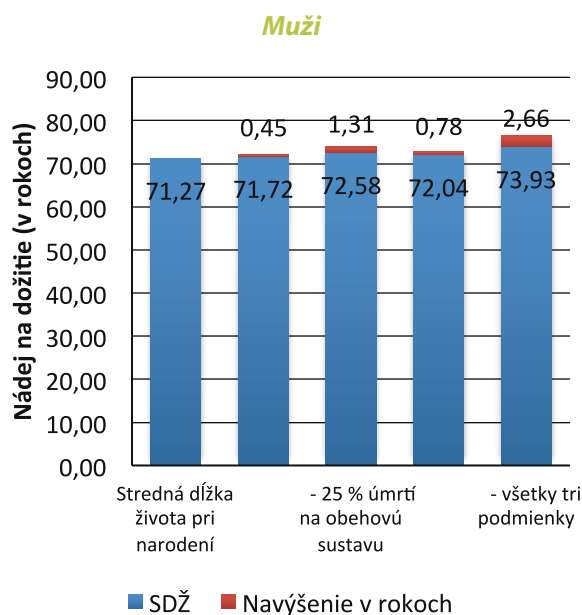
Miery SDŽ podľa príčin smrti najviac ovplyvňuje úmrtnosť na choroby obehovej sústavy a nádory. Hypotetické zmeny SDŽ pri narodení a SDŽ vo veku 65 rokov u mužov a žien v roku 2009 pri samostatnom 25 % poklese úmrtnosti na choroby obehovej sústavy, 15 % poklese na nádory a 50 % poklese na úrazy ako aj v ich kombinácii (Mészáros⁽²⁾) sú prezentované v nasledujúcich **grafoch G 1.2 a – b a G 1.3 a – b**.

1.6.4. Odvrátiteľná úmrtnosť

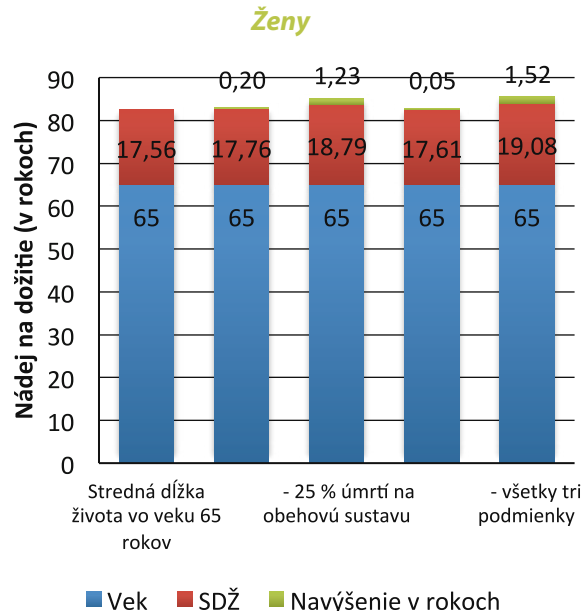
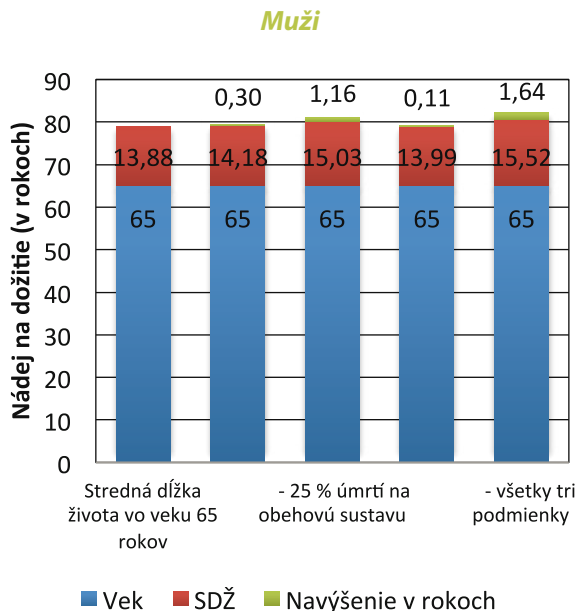
Poskytovanie zdravotnej starostlivosti je jedným z hlavných faktorov vplyvujúcich na úmrtnosť. Na jednej strane to vyplýva aj z primárnej úlohy zdravotnej starostlivosti (Andreev 2003), na druhej strane to potvrdzujú aj rôzne štúdie a publikácie (Rychtaříková 2004, Korda, Butler 2004). Územná divergencia kvality, rozsahu a včasnosti môže významne ovplyvniť jej pôsobenie na celoštátnej úrovni, a tak je na mieste skúmať ju na regionálnej úrovni. Jednou z možností, ako merať vplyv poskytovania zdravotnej starostlivosti, je využiť tzv. koncept odvrátiteľnej úmrtnosti (Newey 2004, Burcin, Mészáros 2008a, Mészáros 2008b).

Táto metóda je založená na sledovaní vybraných príčin smrti, ktoré vedú k predčasným úmrtiam, pričom pomocou liečebných alebo preventívnych opatrení môžu byť tieto choroby vyliečené (napr. zápal slepého čreva), úmrtie oddialené (liečenie vysokého krvného tlaku) alebo im možno predchádzať preventívnymi opatreniami (obmedzenie fajčenia, pitia alkoholu, zmena stravovacích návykov). Nárast ukazovateľa, v našom prípade štandardizovanej miery úmrtnosti, merajúcej úmrtnosť na tieto príčiny smrti, potom môže *signalizovať nedostatočnú kvalitu alebo rozsah zdravotnej starostlivosti alebo nízke akceptovanie preventívnych opatrení*.

G 1.2 a – b Hypotetické zmeny v SDŽ pri narodení v roku 2009 v závislosti od poklesu úmrtní na vybrané skupiny chorôb⁽²⁾



G 1.3 a – b Hypotetické zmeny v SDŽ vo veku 65 rokov v roku 2009 v závislosti od poklesu úmrtní na vybrané skupiny chorôb⁽²⁾

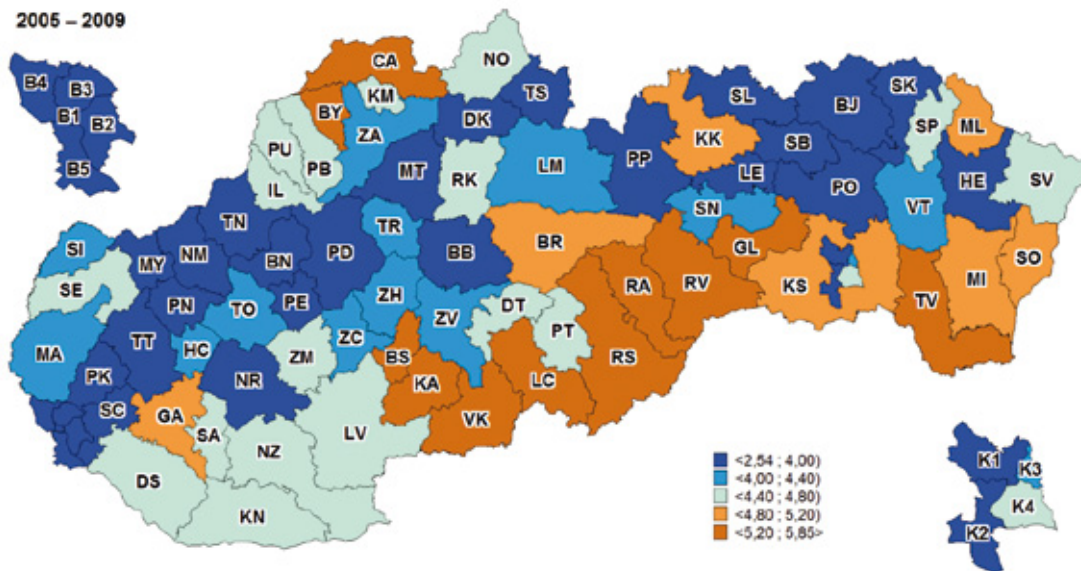


Ak vychádzame z rôznych pohľadov na úmrtnosť v regiónoch Slovenska, môžeme konštatovať, že najvyššia úmrtnosť je v okresoch južnej časti Slovenska a v okolí okresov Čadca, Námestovo a Kežmarok (**mapy M 1.3 a – b**). Je to dlhodobá záležitosť a je zdokumentovaná staršími publikáciami (Jurčová, Mészáros 2006). Dôvodom tohto stavu je do značnej miery

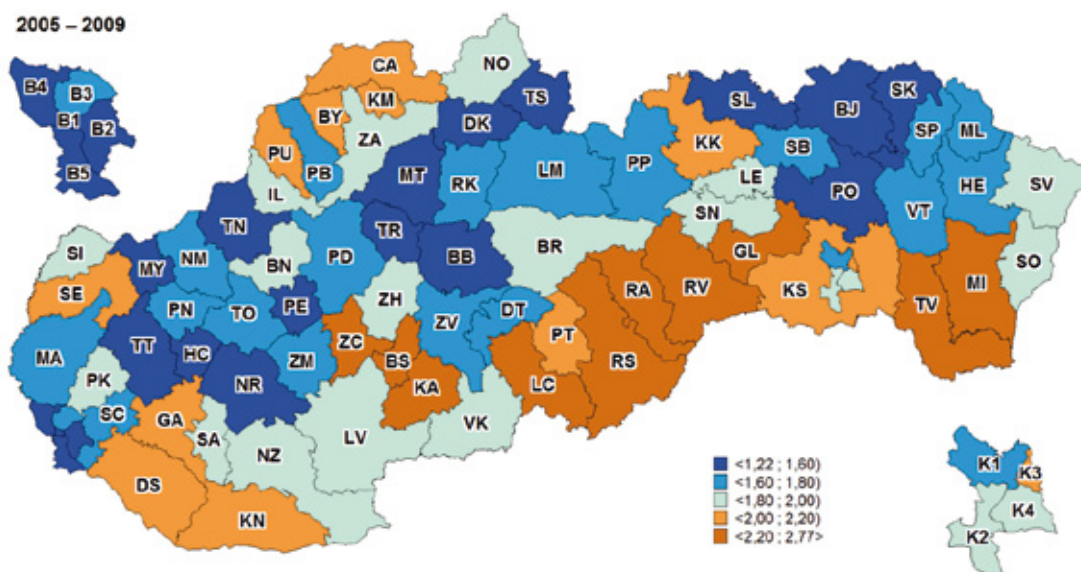
zdravotná starostlivosť, ale nielen z hľadiska jej poskytovania, ale aj z hľadiska jej prijímania. Väčšia časť populácie žijúca v týchto regiónoch totiž neakceptuje odporúčania na zlepšenie spôsobu života, neabsolvuje odporúčané preventívne lekárske prehliadky, neznižuje sa množstvo fajčiarov a je tam vysoká konzumácia alkoholických nápojov⁽⁹⁾.

**M 1.3 a – b Štandardizovaná miera odvrátiteľnej úmrtnosti v okresoch SR
(na tisíc obyvateľov, európska štandardná populácia)⁽⁹⁾**

Muži



Ženy



1.7. Regionálna demografická typizácia okresov SR

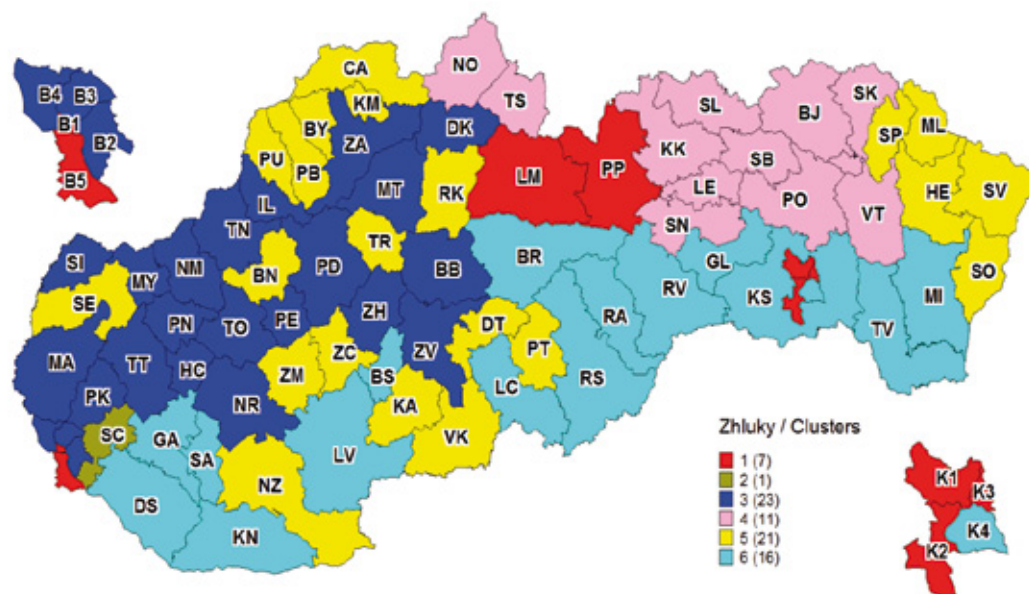
Zaradením okresov SR do demografických štruktúr a ich doplnením o intenzity sledovaných ukazovateľov demografických procesov, a to úhrnnej – *prvosobášnosti, rozvodovosti, plodnosti a potratovosti, zo strednej dĺžky života pri narodení a migračného salda*

možno v demografický vývoj v okresoch SR špecifikovať a zaradiť do 6 regionálnych typov⁽¹⁰⁾ (**mapa M 1.4**).

Charakteristika okresov podľa ich počtu v zaradení sa do typu demografického správania:

⁹ Mészáros, J.: Úmrtnosť (kap. 7), Populačný vývoj v okresoch Slovenskej republiky 2009, editor – Jurčová, Mészáros, Edícia Akirá, 2010

M 1.4 Regionálna demografická typizácia okresov SR



Najpočetnejší **zhluk 3** tvorí 23 okresov. Charakterizuje ho veľmi nízka plodnosť a nízka úmrtnosť (zhluk obsahuje zároveň najviac odľahlých hodnôt, najmä z hľadiska sobášnosti a migrácie).

Ďalší regionálny typ tvorí 21 okresov **zhuku 5**. Charakterizujú ho veľmi nízke hodnoty plodnosti, ale pomerne vysoké hodnoty úmrtnosti a nižšia rozvodovosť.

Zhluk 6 tvorí 16 okresov. Pre tento zhluk je charakteristická najvyššia úmrtnosť a najvyššia potratosť. Zaujímavou črtou tohto zhuku je vysoký podiel detí narodených mimo manželstva, a to najmä v uvedenom najpočetnejšom zoskupení, kde dosahuje viac ako 43 %. Pre túto časť zhuku je súčasne typický najnižší vek matky pri narodení prvého dieťaťa.

Zhluk 4. Charakterizuje ho najvyššia sobášnosť a najnižšia rozvodovosť, migrácia je nevýznamná (tvorí ho 11 okresov).

Zvláštne zoskupenie tvorí **zhluk 1**. Nachádza sa v ňom 5 mestských okresov – tri košické (Košice I, II, III), dva bratislavské (Bratislava I a Bratislava V) a okresy Liptovský Mikuláš a Poprad. Charakteristickou črtou tohto zhuku je najmä vysoká potratosť, nízka úmrtnosť a nízka plodnosť. Okresy zhuku, s výnimkou okresu Liptovský Mikuláš, majú aj vysoký úbytok obyvateľstva migráciou.

Z migračného hľadiska sa od ostatných okresov SR najvýraznejšie odlišuje okres Senec, a to do takej miery, že vytvára samostatný **zhluk 2**. A hoci plodnosť sa nachádza tesne nad hranicou najnižšej plodnosti (1,34 dieťaťa na ženu počas reprodukčného obdobia), medzi okresmi na západnom Slovensku je najvyššia.

Vytvorené regionálne typy demografického správania sú zobrazené v nasledujúcej mape.

Záver

Základné demografické procesy, ktoré ovplyvňujú demografický pohyb v Slovenskej republike v posledných desiatich rokoch, charakterizuje:

- zmena vekovej štruktúry obyvateľstva: globálne klesá podiel detskej zložky a pozvoľne vzrastá podiel seniorov, pokračuje starnutie populácie, ktoré má na regionálnej úrovni rôznu intenzitu,
- zmeny vo vekovej štruktúre populácie sa pozitívne prejavili na ekonomickom zaťažení produktívnej časti obyvateľstva, keď index ekonomického zaťaženia klesol takmer vo všetkých okresoch Slovenska,
- predlžovanie strednej dĺžky života pri narodení i vo veku 65 rokov,
- pokračujúci proces odkladania rodičovstva do vyššieho veku, ktorý ovplyvnil vývoj úhrnnej plodnosti a ostatných prierezných mier: rodičovstvo sa postupne presúva do veku nad 30 rokov,
- klesajúca intenzita umelej potratosť,
- znižovanie úmrtnosti detí do jedného roka,
- pretrvávajúca nadúmrtnosť mužov vo všetkých príčinách smrti podľa základných kapitol MKCH10, s najvyšším násobkom v miere úmrtnosti v dôsledku úrazov, no celkovo však u oboch pohlaví dominuje naďalej úmrtnosť na choroby obehovej sústavy.



2. PRIORITNÉ CHOROBY V POPULÁCII SR – epidemiologická situácia

Autori: Baráková Anna, Hlava Peter

Úvod

Dobré zdravie populácie je základom trvalo udržateľného ekonomického rastu. Ak do zdravia zdravých ľudí investuje každý rezort časť svojich zdrojov (nie iba finančných) umožní to nielen zlepšiť zdravie, ale bude to mať pozitívny vplyv na dlhodobý sociálny a hospodársky vývoj krajiny. Investície do zdravotníctva a do zdravotnej starostlivosti orientovanej na výsledky, zlepšia zase zdravie chorých a identifikujú zdroje, ktoré sa môžu uvoľniť na riešenie rastúceho dopytu v rezorte zdravotníctva⁽¹⁾.

Známy český demograf Smolík povedal: „*Pozná-váme proto, aby sme mohli předvídat...*“ Pri očakávaní efektivity v stratégii zdravotnej politiky je preto *systematické monitorovanie* (surveillance) chorôb a nimi podmienených rizikových faktorov, ktoré je predpokladom pre uplatňovanie efektívnych zdravotno-intervenčných i sociálno-spoločenských opatrení, nevyhnutné.

Hromadný výskyt rôznych skupín chorôb v populácii, ale najmä chronických chorôb s celoživotnou liečbou, si vyžaduje veľké finančné náklady. Už v 70. rokoch minulého storočia sa ukázalo, že zdravotný stav ľudí v celosvetovom meradle nezodpovedá nemale sa zväčšujúcemu objemu finančných prostriedkov, ktoré sa vkladajú do zdravotníctva, zväčša však na nákup sofistikovanej zdravotnej techniky, moderných liečiv a pod. Preto v roku 1977 Svetová zdravotnícka organizácia vytýčila požiadavku výraznejšieho *posilnenia preventívneho zamerania* zdravotníctva. Vyjadřila to v dokumente (výzve) „Zdravie pre všetkých do roku 2000“ a neskôr v dokumente „Zdravie 21 – zdravie pre všetkých v 21. storočí“ pre európsky región (ďalej „Zdravie 21...“). Kým prvý bol zameraný len na výpočet aktivít, bez ich zhodnotenia, druhý kladie dôraz na vyhodnotenie efektivity navrhovaných odporúčaní na zdravotný stav populácie s odpočtom do roku 2020⁽¹⁾.

Po našom vstupe do EÚ ostali ešte mnohé odporúčania z dokumentu WHO „Zdravie 21...“ len na úrovni vyhlásenia strategických postupov. Je logické, že zlepšenie zdravotného stavu populácie nemôže byť úlohou iba pre rezort zdravotníctva. Preto akceptovanie cieľa č. 14 v predmetnom materiáli: „*Zodpovednosť všetkých rezortov za zdravie*“ má u nás, napriek zlepšenej medzirezortnej spolupráci, stále rezervy.

V cieľi 16 – „*Riadenie v záujme kvality starostlivosti (kvality dosiahnutého výsledku)*“ sa odporúča, aby členské štáty zabezpečili riadenie zdravotníctva tak, aby smerovalo k čo najlepším výsledkom: či už ide o celoštátne programy alebo starostlivosť o jednotlivého pacienta. Všetky štáty majú mať *celoplošný mechanizmus trvalého monitorovania a zvyšovania kvality starostlivosti pre najmenej desať hlavných diagnóz, vrátane merania dopadu na zdravie, nákladnej efektívnosti a spokojnosti pacientov*⁽¹¹⁾.

V SR však chýba životaschopnejší globálny národný program na podporu zdravia. Existencia „autónomných“ špecifických národných programov v garancii odborných spoločností, ktorých aktivity napriek niektorým úspechom, nie sú vzájomne optimálne integrované (a tým finančne nekoordinované a poddimenzované), sú skôr dôkazom, že v našej spoločnosti *viazne dialóg o systémovej koncepcii zdravotnej politiky a tým aj o celoštátnych preventívnych programoch*. Je však ešte šanca zmeniť súčasný stav, aj keď rok 2020, kedy by sa mali odporúčania z výzvy „*Zdravie 21...*“ odpočtovať, nie je až tak vzdialený.

Úspešnosť každej politiky môžeme merať jej dopadom na zdravie⁽¹¹⁾.

2.1. Základné ukazovatele sledovania zdravotného stavu

Na sledovanie vývoja zdravotného stavu slúži celá škála ukazovateľov. Medzi základné ukazovatele, ktorými disponujú príslušné štátne inštitúcie patria:

- úmrtnia: Štatistický úrad Slovenskej republiky (ŠÚ SR) a INFOSTAT
- práceneschopnosť a invalidita: Sociálna poisťovňa
- hospitalizácie: Národné centrum zdravotníckych informácií (NCZI)
- ambulantne sledovaní pacienti (výber): NCZI
- ukazovatele demografického procesu (pôrody, potraty): NCZI

Stavy s negatívnym dopadom na zdravie ako napr. dopravné úrazy dlhodobo sleduje MV SR (odbor dopravnej polície Prezídia policajného zboru).

Špecifické kvalitatívne ukazovatele monitorujúce výskyt chorôb v populácii prezentuje *prevalencia*, čiže počet žijúcich osôb s rovnakou chorobou v populácii k určitému dátumu (najčastejšie k 31. 12. daného roka). Frekvencii výskytu novozistenej choroby zodpovedá iný ukazovateľ – *incidencia*, ktorá zohľad-

ňuje počet novodiagnostikovaných prípadov za daný rok na počet obyvateľov.

Pre porovnanie údajov medzi regiónmi, či inými krajinami navzájom by sa všetky ukazovatele mali štandardizovať (najčastejšie s použitím európskeho či svetového štandardu).

Údaje o prevalencii či incidencii sú z oficiálnych zdrojov dostupné v niektorých skupinách chorôb z výkazov o činnosti špecifických ambulancií. Takéto agregované výstupy majú však rezervy v uvedených počtoch prípadov, lebo nie je nastavený vhodný systém kontroly s inými zdrojmi dát. Osobitnou formou zberu dát sú *registre*. Poskytujú údaje najmä o incidencii. Po zriadení dvoch národných zdravotných registrov v roku 2007, a to *registra pacientov s akútnym koronárnym syndrómom a s cievnou mozgovou príhodou*, mal byť k dispozícii nový zdroj údajov o incidencii týchto prípadov. Žiaľ, s ohlasovacou povinnosťou lekárov do registra sú ešte problémy. Odhad incidencie u týchto akútnych stavov sa preto vypočítava z databázy hospitalizovaných. Staršie registre na národnej úrovni fungujú v SR 25 i viac rokov, napr. Národný onkologický register (NOR), register pacientov s diabetes mellitus (DM 1) u detí, register pacientov s neuromuskulárnymi ochoreniami, register detí s vrodenou chybou srdca, register hemofilikov a iné. Získanie prevalenčných údajov u veľkých registrov, akým je napr. NOR je náročné. V tejto problematike by mohla byť nápomocná intenzívnejšia spolupráca so zdravotnými poisťovňami. Medzi dôležité ukazovatele, ktoré register môže poskytnúť, je napríklad aj výpočet *letalit*y (podiel úmrtí z počtu chorých na tú istú chorobu), a to nemocničnej či celkovej ako aj *prežívanie pacientov* od vzniku ochorenia. Práve tieto údaje by mali byť kľúčové pre vyhodnotenie efektivity v manažovaní pacientov s príslušnou skupinou chorôb. Prehľad o základných ukazovateľoch vo výskyte najčastejších skupín chorôb v SR, a to: z hľadiska počtu úmrtí, hospitalizácií, prípadov práceneschopnosti i invalidity ako aj ich prepočty na 100 000 obyvateľov (vrátane štandardizovaných mier) uvádzajú nasledujúce tabuľky a grafy.

Úmrtnia. Podľa údajov ŠÚ SR zomrelo v roku 2010 53 446 osôb, čo je o 1,0 % viac ako v roku 2009. Najviac úmrtí zo všetkých príčin smrti v celej populácii je dlhodobo zaznamenaných pre choroby obehovej sústavy, na druhom mieste sú nádory, potom poranenia, otravy a niektoré iné vonkajšie následky smrti (ďalej ako úrazy). V podiele úmrtí na najčastejšie skupiny chorôb podľa vekových skupín a pohlavia je

¹¹ Zdravie 21 – zdravie pre všetkých v 21. storočí, Edícia Zdravie pre všetkých – Euro č. 5, Kodaň, 1999

¹² Baráková, A., Dudová, M., Kuchtová, Z: Vývoj úrazovosti na Slovensku v rokoch 1999–2009, NCZI

poradie trochu odlišné (**tabuľka T 2.1**). Pri posúdení úmrtí podľa užších vekových skupín (než uvádza tabuľka) sa dá situácia objektívnejšie posúdiť. Napríklad

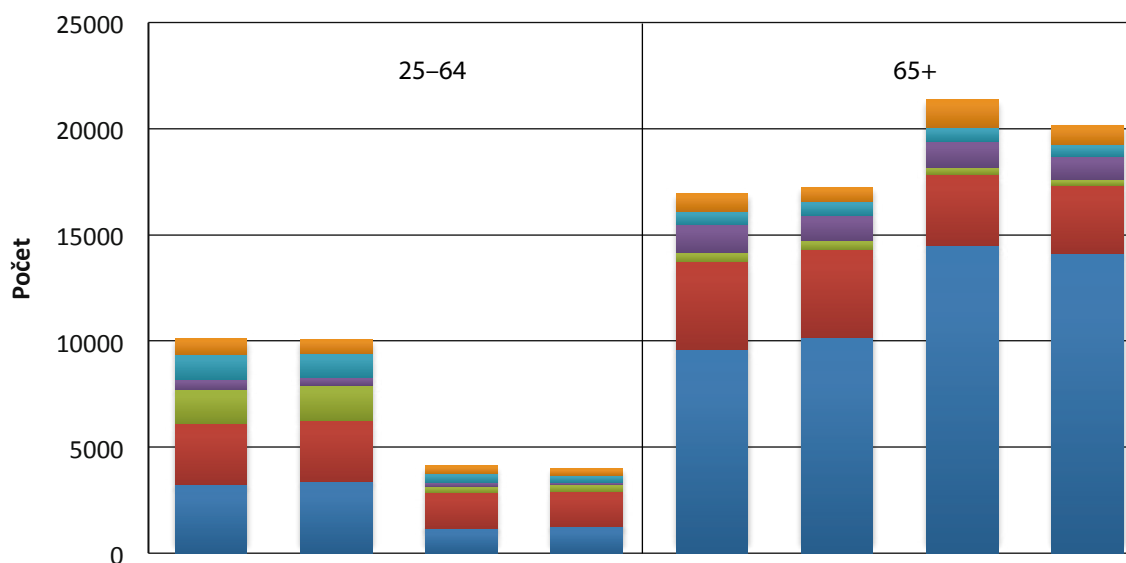
kým u 25–44-ročných mužov sú na 1. mieste úrazy, u 45–64-ročných dominujú choroby obehovej sústavy, v oboch týchto vekových skupinách zase najviac žien umiera na nádory⁽¹²⁾.

T 2.1 Podiel úmrtí na najčastejšie príčiny smrti z celkového počtu úmrtí v príslušnej vekovej skupine v SR v roku 2010

Veková skupina	Pohlavie	Celkový Počet úmrtí	Z nich podiel					
			obehová sústava	nádory	úrazy	dýchacia sústava	tráviaca sústava	ostatné choroby
0–85+	muži	27 645	46,5	25,3	8,3	6,7	6,5	6,7
	ženy	25 800	60,8	19,6	2,6	5,7	4,1	7,2
Z nich	25–64	muži	10 139	32,1	27,9	15,9	4,8	11,4
		ženy	4 110	28,0	41,5	6,8	5,0	10,0
	65+	muži	16 957	56,5	24,4	2,6	7,8	3,7
		ženy	21 379	67,9	15,6	1,5	5,8	3,0

Zdroj: ŠÚ SR

G 2.1 Porovnanie počtu úmrtí v roku 2010 s rokom 2000 na prioritné skupiny chorôb zo všetkých príčin smrti v SR podľa vekových skupín a pohlavia



	muži 2010	muži 2000	ženy 2010	ženy 2000	muži 2010	muži 2000	ženy 2010	ženy 2000
■ Obehová sústava	3259	3391	1152	1237	9582	10177	14512	14125
■ Nádory	2833	2853	1704	1667	4139	4115	3338	3215
■ Poranenia, otravy	1614	1675	281	314	440	423	330	253
■ Dýchacia sústava	490	360	204	130	1323	1217	1241	1113
■ Tráviaca sústava	1159	1112	409	330	629	625	633	541
■ Ostatné choroby	784	693	360	303	844	683	1325	913

Zdroj: ŠÚ SR, spracoval: NCZI

Počet úmrtí na prioritné skupiny chorôb podľa pohlavia vo vybraných vekových skupinách v roku 2010 a 2000 uvádza **graf G 2.1**.

Úmrtnosť. Miera štandardizovanej úmrtnosti (mŠÚ) na všetky príčiny smrti (eur. štandard) má v rámci celej populácie SR v rokoch 2000–2010 *charakter pozvoľného poklesu*. Ten je odrazom vývoja mŠÚ na choroby obehovej sústavy a nádory. Dynamika poklesu je oproti iným vyspelým krajinám Európy nepriaznivá (pozri kapitolu: Medzinárodné porovnanie). Úrazy, choroby dýchacej i tráviacej sústavy, s podobnou mŠÚ, majú skôr charakter stagnácie.

V roku 2010 v porovnaní s rokom 2000 klesla celková mŠÚ iba o 12 %. Najviac k tomu prispel 15 % pokles úmrtnosti na choroby obehovej sústavy a 12 % zníženie úmrtnosti na nádory, pretože sa týkal takmer $\frac{3}{4}$ úmrtí. Pokles úmrtnosti na choroby dýchacieho systému o 10 %, pre úrazy o 8 %, u chorôb tráviaceho systému do 5 % mal minimálny vplyv na celkovú úmrtnosť. Pri porovnaní mŠÚ na najčastejšie príčiny smr-

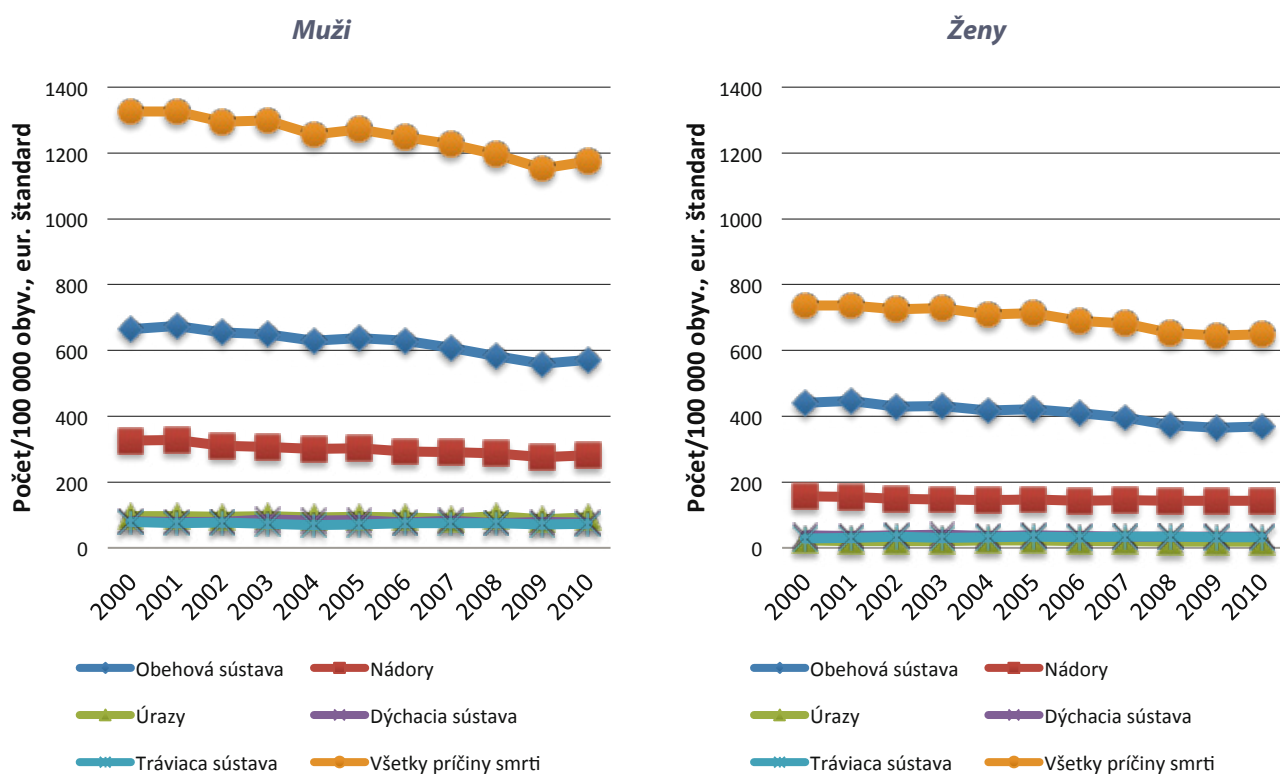
ti podľa pohlavia, je nadúmrtnosť mužov evidentná (**grafy G 2.2 a – b**).

Hospitalizácie, práceneschopnosť, invalidita.

Poradie skupín chorôb podľa kapitol 10. Medzinárodnej klasifikácie chorôb (MKCH) sa v sledovaných ukazovateľoch líši od závažnosti stavu. A to od posledných indikácie k práceneschopnosti a/alebo k hospitalizácii, resp. pri dlhodobom pretrvávaní zdravotných problémov so znížením práceneschopnosti človeka k uznaniu invalidity. Dlhodobo v počte hospitalizácií dominujú pacienti prijatí pre problémy s chorobou obehovej sústavy, v práceneschopnosti chorí s respiračnými ochoreniami, v invalidite (s poklesom pracovnej neschopnosti nad 70 % v porovnaní so zdravým človekom, čo po roku 2005 zodpovedá bývalým „plným“ invalidným dôchodkom) dominujú nádory (**tabuľky T 2.2 a – c**).

V celkovom počte hospitalizácií v roku 2009 sú v **tabuľke T 2.2 a** zohľadnené všetky prípady prijaté do zdravotníckych zariadení pre zdravotné ťažkos-

G 2.2 a – b Vývoj štandardizovanej miery celkovej úmrtnosti a úmrtnosti na najčastejšie skupiny chorôb v SR v rokoch 2000–2010⁽¹⁾



Zdroj: ŠÚ SR, NCZI, 1 – predbežné údaje

ti, t.j. bez zahrnutia osôb hospitalizovaných v nemocnici ako sprievod (najčastejšie k deťom)(XXI. kapitola) a bez počtu žien hospitalizovaných pre pôrod (XV. kapitola), z ktorých väčšina rodí fyziologicky, takže nejde o klasickú chorobu. V prvom sa jedná o takmer

98 000 hospitalizácií, v druhom o 75 000. Potom aj výpočet napr. podielu hospitalizácií pre príslušnú skupinu chorôb z celkového počtu hospitalizácií, či podiel ošetrovujúcich dní, by bol zahrnutím vyše 170 000 takýchto hospitalizácií podhodnotený.

T 2.2 a – c Vývoj štandardizovanej miery celkovej úmrtnosti a úmrtnosti na najčastejšie skupiny chorôb v SR v rokoch 2000–2010⁽¹⁾

Hospitalizácia (0–85+)			Práceschopnosť (15–60+)			Invalidizácia (19–62+) ⁽¹⁾		
Kapitoly MKCH ⁽²⁾	Počet	Počet/100 000 obyv. SR, hrubá miera	Kapitoly MKCH	Počet	Počet/100 000 zamestnaných hrubá miera	Kapitoly MKCH	Počet	Počet/100 000 dôch. zabezp. hrubá miera
Všetky kapitoly bez XV. a XXI.	957 244	17 666,6	Všetky sledované ⁽³⁾	730 623	30 501	Všetky sledované ⁽³⁾	7 054	329
Z nich	IX.	180 093	Z nich	X.	11 951	Z nich	II.	99
	XI.	111 859		XIII.	6 428		IX.	70
	II.	102 377		XIX.	2 528		V.	67
	XIX.	92 106		XI.	1 916		XIII.	18
	X.	87 782		IX.	1 406		XI.	7

Zdroj: ŠÚ SR, NCZI, Sociálna poisťovňa

1 – novopriznané invalidné dôchodky so znížením práceschopnosti nad 70 % oproti zdravej osobe.

2 – Identifikácia kapitol MKCH: II. – Nádory, V. – Duševné poruchy a poruchy správania, IX. – Choroby obehovej sústavy, X. – Choroby dýchacej sústavy, XI. – Choroby tráviacej sústavy, XIII. – Choroby svalovej, kostrovej sústavy a spojivového tkaniva, XIX. – úrazy.

3 – v evidencii PN a invalidity majú skupiny ochorení osobitné číslovanie, dajú sa však zaradiť do kapitol MKCH.

Incidenčné údaje, ale aj odhady prevalenčných údajov v niektorých skupinách chorôb budú uvedené v nasledujúcich podkapitolách. Všeobecne však prevalenčné údaje u závažných hromadne sa vyskytujúcich skupinách chorôb, ako napr. u chorôb obehovej sústavy alebo nádorov sú ťažko dostupné pre nevyhnutnosť vstupu do viacerých databáz, ale aj pre nedostatočné technické a personálne vybavenie kompetentných tímov.

2.2. Choroby obehovej sústavy

Choroby obehovej sústavy (ďalej len „CHOS“) sú pre závažný klinický priebeh a hromadný výskyt v populácii, podmienený najmä vysokou prevalenciou príslušných rizikových faktorov, závažným nielen zdravotným, ale aj socio-ekonomickým problémom. Najmä ischemické choroby srdca a cievne mozgové príhody si vyžadujú vysoké nároky na liečebné náklady. Podľa prognóz Murraya a Lopeza si v miere podielu finančného zaťaženia krajín chorobami tieto skupiny z chorôb udržia aj do roku 2020 prvé a tretie miesto (Zdravie 21, Kapitola 4). K týmto nákladom sa musia

počítať aj nepriame náklady, ktoré súvisia s prekážkami v práci (so stratou produktivity práce).

Epidemiologické aspekty CHOS v období rokov 2000–2009 (príp. 2010) podľa podrobnejších analýz v rámci príslušných ukazovateľov uvádzajú nasledujúce tabuľky a grafy, ktoré boli pripravené do výročnej správy vyhodnotenia Národného programu prevencie ochorení srdca a ciev v SR (Baráková a kol., 2011, v tlači).

Podľa sledovaných ukazovateľov (tabuľka T 2.3) sa v roku 2009 v počte CHOS (na 100 000 obyvateľov) v porovnaní s rokom 2000 zaznamenal:

- v rámci celej populácie (0–85+): 18 % pokles v miere štandardizovanej úmrtnosti (mŠÚ) a 15 % vzostup v miere hrubej hospitalizovanosti,
- vo veku 25–64 rokov: pokles v mŠÚ o 27 %, v hrubej miere hospitalizovanosti o 2 %, v práceschopnosti (PN) o 50 %, čo súvisí so zmenou v systéme vyplácania PN. Počet invalidných dôchodkov (nad 70 %) zostal takmer na rovnakej úrovni,
- vo vekovej skupine 65+: pokles v mŠÚ o 16 % a vzostup v hrubej miere hospitalizovanosti o 18 %.

T 2.3 Choroby obehovej sústavy – vybrané štatistické ukazovatele v SR v roku 2009

Ukazovateľ	0–85+			25–64			65+		
	Počet	/100 000 obyv. SR hrubá miera	/100 000 obyv., eur. štand.	Počet	/100 000 obyv. SR hrubá miera	/100 000 obyv., eur. štand.	Počet	/100 000 obyv. SR hrubá miera	/100 000 obyv., eur. štand.
Úmrtia	28 265	522	448	4 510	144	148	23 717	3 588	3 340
Hospitalizácie	180 093	3 324	x	65 419	2 094	x	111 832	16 920	x
Práceschopnosť ⁽¹⁾	x	x	x	33 621	1 406 ⁽¹⁾	x	x	x	x
Invalidizácia ⁽²⁾	x	x	x	1 511	70 ⁽²⁾	x	x	x	x

Zdroj: ŠÚ SR, NCZI, Sociálna poisťovňa

1 – na 100 000 zamestnaných vo veku 15–60+,

2 – na 100 000 dôchodkovo zabezpečených občanov vo veku 19–62+

V roku 2009 boli CHOS piatou najčastejšou príčinou v priznaní PN, druhou v novopriznaných „plných“ invalidných dôchodkov, v úmrtnosti i hospitalizovanosti im patrí dlhodobé prvé miesto (**tabuľky T 2.2 a – c**).

Úmrtia. V roku 2009 zomrelo v SR na CHOS 28 265 osôb, v roku 2010 zomrelo 28 541 osôb, čo je vzostup o 1,0%. Počet úmrtí u mužov na CHOS v rámci celej populácie pozvoľne klesá, u žien je to naopak (v počte úmrtí na 100 000 obyvateľov však *dominujú muži*). Takýto stav má svoje priame i nepriame príčiny, preto by sa pri jeho interpretácii mali brať do úvahy.

Vyšší počet úmrtí žien na CHOS v celej populácii súvisí najmä:

– s dlhodobou vyšším počtom 65-ročných a starších žien, ktoré podľa strednej dĺžky života u 65-ročných žijú v priemere o 4 roky viac ako muži (pozri „Demografiu“, tab. T 1.1), t.j. ženy zomierajú vo vyššom veku ako muži. K 1.7.2009 bolo v tejto vekovej skupine 1,7× viac žien ako u rovnako starých mužov (414 276 k 246 669), preto majú napríklad aj 65+ ročné ženy mieru úmrtí na 100 000 žien vo veku 65+ nižšiu ako muži v rovnakom veku.

– ale aj s takmer rutinne uvedenou príčinou smrti na niektorú z CHOS v listoch o prehliadke mŕtveho, najmä napr. v prípade neúplných informácií o zdravotnom stave pacienta. Po doplnení údajov môže byť CHOS iba následkom inej základnej choroby, napr. nádorového ochorenia. Problém je aj v tom, že sa u nás neakceptuje ako príčina smrti R diagnóza „úmrtie na starobu“, a tak najmä u starších žien (90+) pri povinnosti vypísať predpokladanú príčinu smrti, sa väčšinou uvedie diagnóza z CHOS.

Podiel úmrtí na CHOS zo všetkých príčin smrti podľa vekových skupín a pohlavia (graf G 2.3)⁽¹²⁾.

V sledovaných obdobiach 2001–2005 i 2006–2009 dosahujú CHOS u 65+ ročných 60% podiel u mužov a 70% u žien, u 45–64-ročných okolo 35% u mužov a 30% u žien, u 25–44-ročných 17% u mužov a 15% u žien. Podiely úmrtí v sledovaných obdobiach je potrebné zohľadniť aj so zmenami v priemernom počte úmrtí na CHOS (**tabuľka T 2.4**).

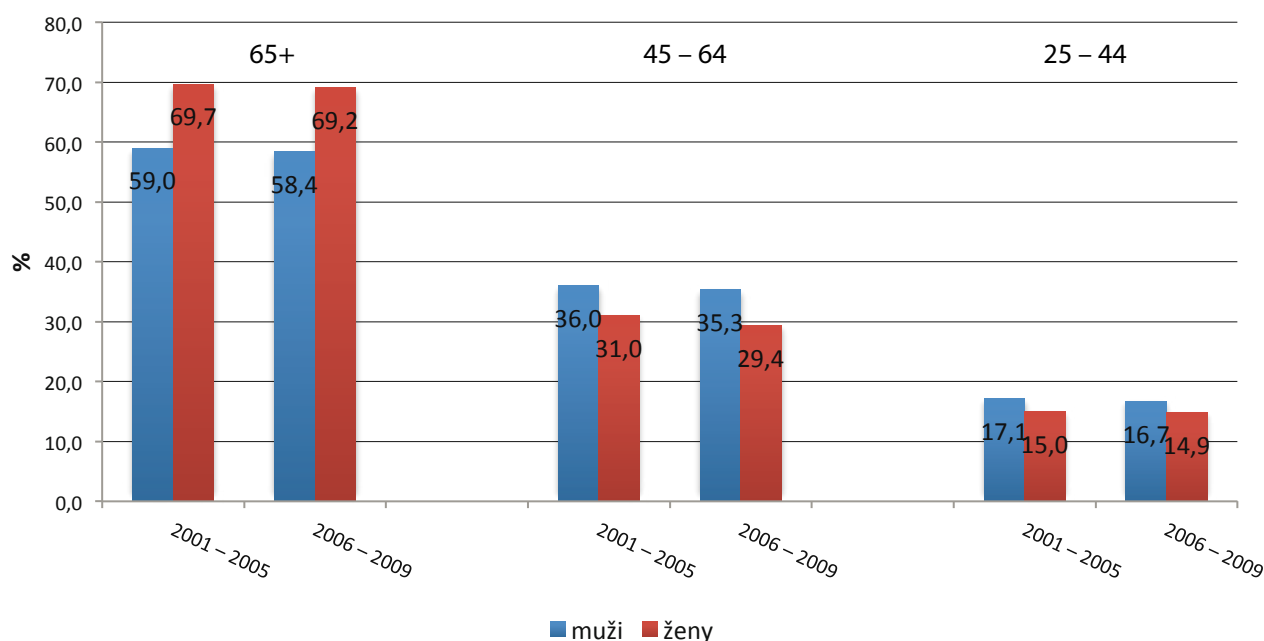
Najčastejšie príčiny smrti z CHOS. V liste o prehliadke mŕtveho (LoPM) je najčastejšie uvádzaná príčina smrti *ischemická choroba srdca* (ICHS, I20 – I25). Podľa oficiálnych údajov ŠÚ SR tvorila ICHS v roku 2010 okolo 60% z CHOS u 65+ ročných, u 25–64-ročných im patrí okolo 45% u žien a 55% u mužov. Druhý najvyšší podiel patrí cievnyim chorobám mozgu (CCHM, z nich najmä cievnyim mozgovým príhodám), ktoré predstavujú okolo 20% vo všetkých sledovaných vekových skupinách u mužov i žien (**tabuľka T 2.5**).

Úmrtnosť. V roku 2010 (podľa predbežných údajov ŠÚ SR) dosiahla miera štandardizovanej úmrtnosti na CHOS hodnotu 454,1/100 000 obyvateľov (eur. štandard). V porovnaní s rokom 2000 ide o 15% pokles. V rámci celej populácie sa na nej muži i ženy podieľali takmer rovnako (14%, vs. 16%). Napriek tomu, že k poklesu úmrtnosti na CHOS, ktorého dynamika vzhľadom k cieľovým intervenčným aktivitám ešte zostáva za očakávaním, prispeli 25–64-roční muži 22% a ženy 25% znížením, celkovú úmrtnosť na CHOS ovplyvňuje 65+ ročná populácia (iba 12% pokles u mužov a 16% u žien je od roku 2000 neuspokojivý) (**graf G 2.4**).

T 2.4 Priemerný počet úmrtí na nádory v SR v príslušných rokoch podľa vekových skupín a pohlaví

Obdobie v rokoch	Pohlavie	Vekové skupiny		
		25–44	45–64	65+
2001–2005	muži	309	2 999	9 926
	ženy	90	1 076	14 006
2006–2009	muži	278	3 098	9 855
	ženy	86	1 077	14 405

Zdroj: ŠÚ SR

G 2.3 Podiel úmrtí na choroby obehovej sústavy v príslušných rokoch z priemerného počtu úmrtí na všetky príčiny smrti v SR vo vybraných vekových skupinách

Zdroj: ŠÚ SR

T 2.5 Počet úmrtí na choroby obehovej sústavy a z nich podiel na najčastejšie príčiny smrti v SR v roku 2010

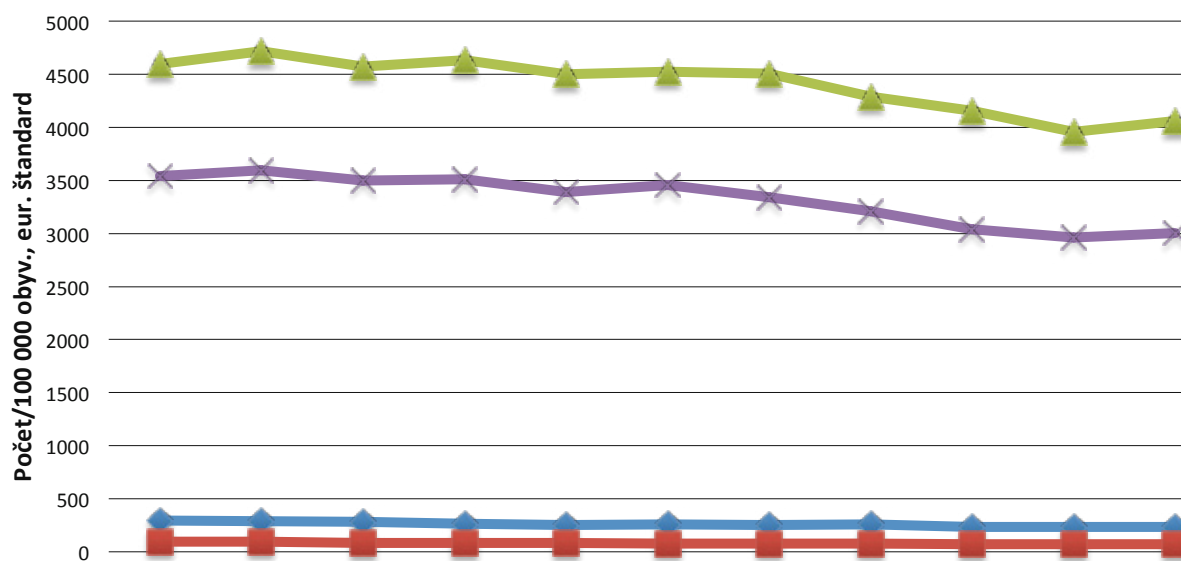
Veková skupina	Pohlavie	Choroby obeh. sústavy (I00 – I99)	Z nich				
			ischemická choroba srdca (I20 – I25)	cievne choroby mozgu (I60 – I69)	hypertenzné choroby (I10 – I15)	syndróm chr. zlyhania srdca (I50)	ostatné choroby
0–85+	muži	12 859	60,1	19,6	2,6	5,8	11,9
	ženy	15 682	58,8	21,3	3,3	5,6	11,0
25–64	muži	3 259	56,0	17,4	2,9	7,3	16,4
	ženy	1 152	46,4	22,8	4,1	7,3	19,4
65+	muži	9 582	61,5	20,3	2,4	5,3	10,5
	ženy	14 512	59,8	21,2	3,3	5,5	10,3

Zdroj: ŠÚ SR

Diferencie v okresoch. Miera štandardizovanej úmrtnosti na CHOS v SR je samozrejme ovplyvnená situáciou v okresoch SR, resp. diferenciami medzi nimi (**mapy M 2.1 a – b**). Podrobnejšie údaje o rozdieloch v miere úmrtnosti na úrovni okresov sú uvedené v kapitole „Demografia“⁽⁹⁾.

Hospitalizácie. V roku 2009 bolo pre choroby obehovej sústavy zaznamenaných 180 093 hospitalizácií (vrátane všetkých prekladov, aj v rámci tej istej nemocnice). Ich počet má od roku 2000 stúpajúci trend (**graf G 2.5 a**). Vyšší počet hospitalizácií môže však znamenať lepší manažment s vyšším záchytnom

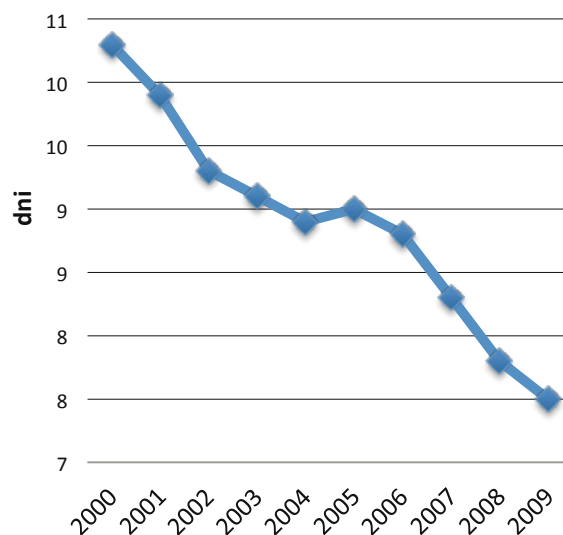
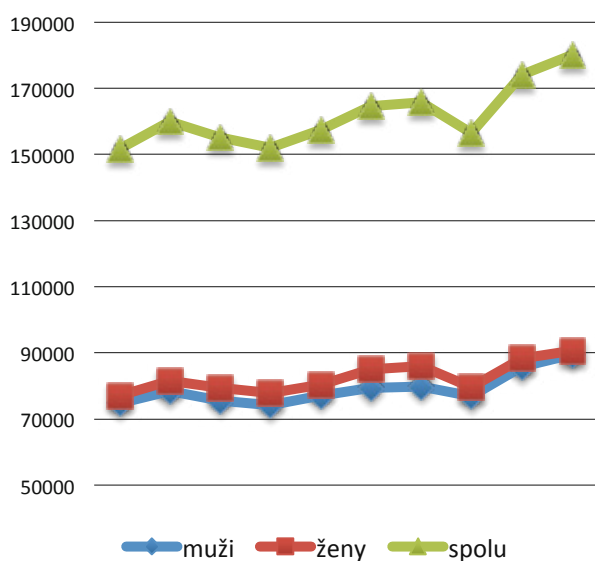
G 2.4 Vývoj štandardizovanej miery úmrtnosti na choroby obehovej sústavy v SR v rokoch 2000–2010⁽¹⁾ podľa pohlavia a príslušných vekových skupín



	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010*
—♦— muži 25–64	297,5	291,1	283,6	263,1	253,8	261,3	250,7	256,5	235,7	232,9	234,3
—■— ženy 25–64	95	94	82,7	83,4	83,1	77,6	79,2	78,8	72,7	71,6	72,1
—▲— muži 65+	4 594,4	4 715,3	4 570,2	4 631,2	4 501,3	4 525,7	4 504,1	4 286,3	4 157,7	3 956,5	4 057,1
—×— ženy 65+	3 538,2	3 596,3	3 499,1	3 513,4	3 392,4	3 458,4	3 339	3 209,1	3 042,5	2 961,1	3 001,8

Zdroj: ŠÚ SR a NCZI, 1 – predbežné údaje

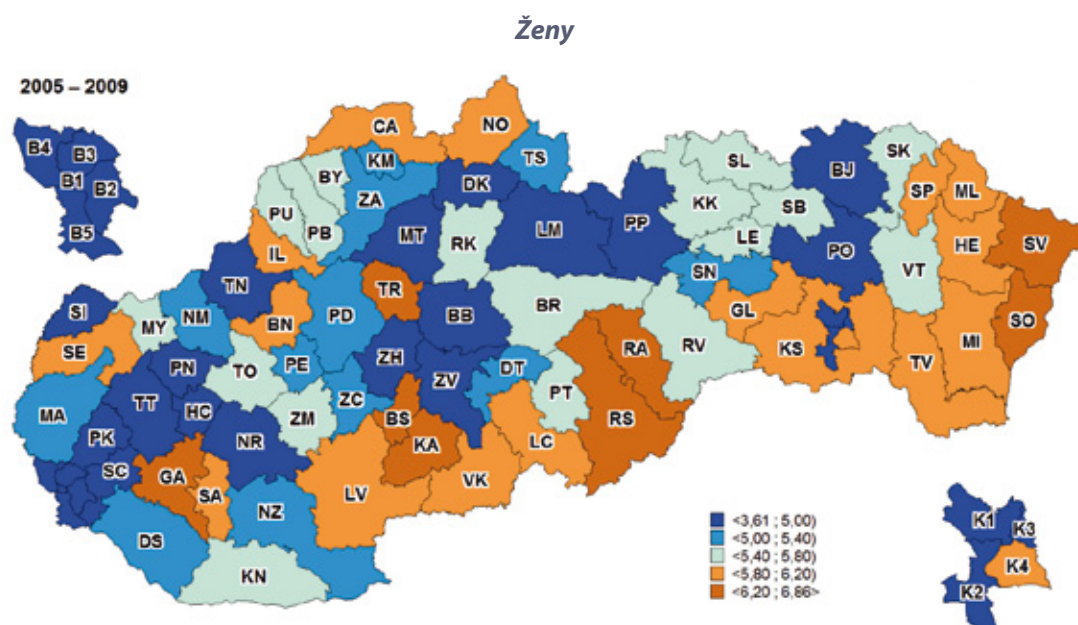
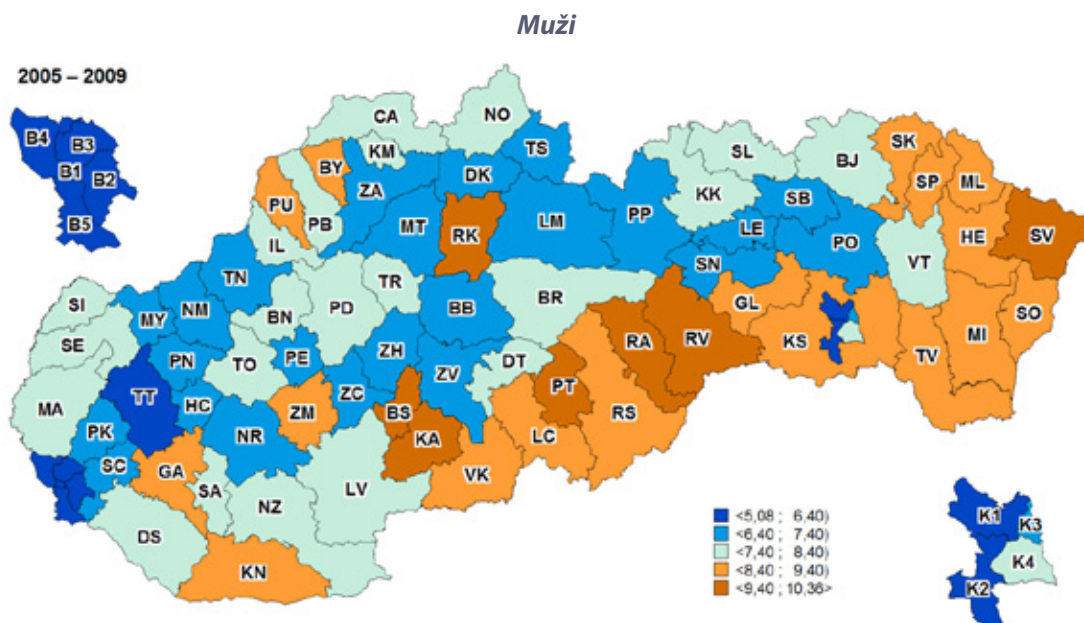
G 2.5 a – b Počet hospitalizácií pacientov pre choroby obehovej sústavy a ich priemerný ošetrovací čas v zdravotníckych zariadeniach SR v rokoch 2000–2009



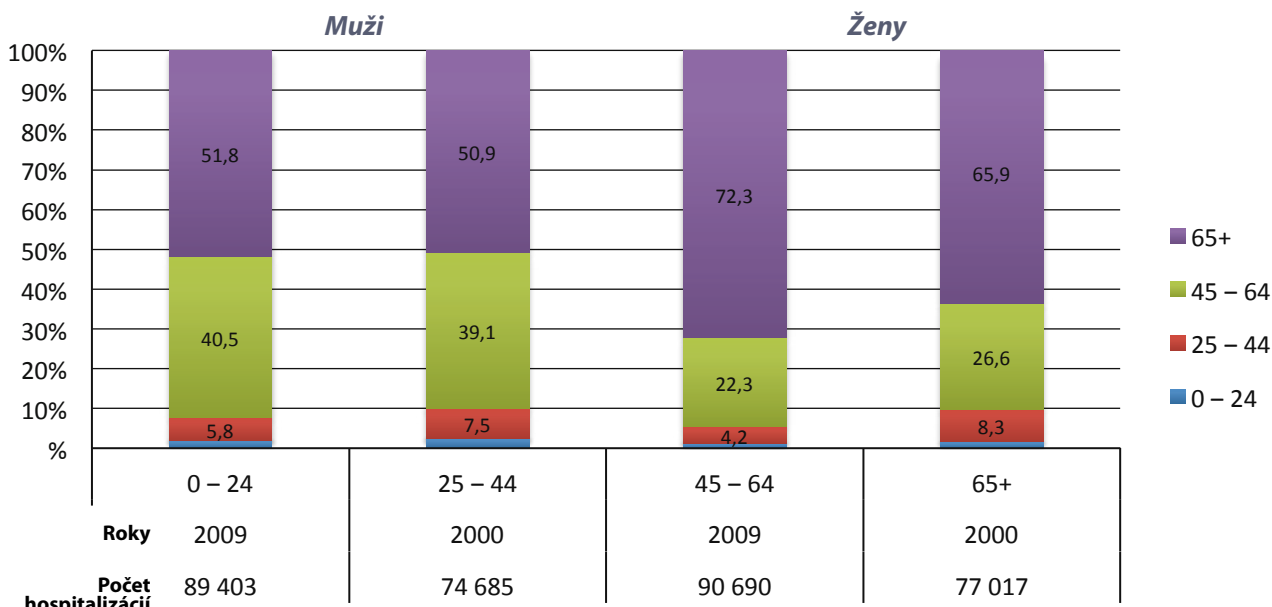
Zdroj: NCZI

⁹ Mészáros, J.: Úmrtnosť (kap. 7), Populačný vývoj v okresoch Slovenskej republiky 2009, editor Jurčová, Mészáros, Edícia Aktá, 2010

*M 2.1 a – b Štandardizovaná miera úmrtnosti na choroby obehovej sústavy v SR
(na tisíc obyvateľov, európska štandardná populácia)⁽⁹⁾*



G 2.6 Podiel hospitalizácií pre choroby obehovej sústavy v roku 2009 a 2000 v zdravotníckych zariadeniach SR podľa vekových skupín a pohlavia



Zdroj: NCZI

prípadoch indikovaných k hospitalizácii (prínos zariadením ústavov srdcových chorôb). Podiel pacientov podľa vekových skupín uvádza **graf G 2.6**.

Počet hospitalizácií je potrebné odlišovať od počtu pacientov ako fyzických osôb, ktorých počet je nižší ako počet hospitalizácií, v závislosti od frekvencie prekladov.

Priemerný ošetrovací čas sa od roku 2000 znížil o 25 % na 7,5 dňa v roku 2009 (**graf G 2.5 b**). Celkový počet ošetrovacích dní v roku 2009 dosiahol hodnotu takmer 1 350 000 a predstavoval 17,3 %, čo je najviac (spolu s duševnými chorobami) zo všetkých hospitalizácií pacientov (bez XV. a XXI. kapitoly 10. MKCH).

2.2.1. Ischemická choroba srdca, akútny koronárny syndróm

Ischemická choroba srdca s kódom (ICHS, I20-I25) je dominantnou príčinou smrti z CHOS (**tabuľka T 2.5**). V LoPM je najčastejšie ako príčina smrti, určená pre štatistické spracovanie, uvádzaná *chronická* ICHS (I 25). Tá predstavuje u 65+ ročných 80–90 %, u 25–64-ročných 50–60 % z celej skupiny ICHS.

Miera štandardizovanej úmrtnosti na ICHS. V rokoch 2000–2010 sú evidentné mierne výkyvy u 65+ ročných, ale bez tendencie k dynamickejšiemu poklesu (**graf G 2.7**), čo negatívne vplýva na štandardizovanú mieru úmrtnosti na CHOS.

Akútny koronárny syndróm. V manažmente liečby rôznych chorôb je najdôležitejšie zvládnuť akútne stavy, u ktorých veľmi záleží na rýchlosti poskytnutia zdravotnej starostlivosti. Po zriadení špecializovaných ústavov srdcových chorôb, ktoré majú už v súčasnosti aj adekvátne regionálne pokrytie, sa akútnym stavom venuje maximálna pozornosť.

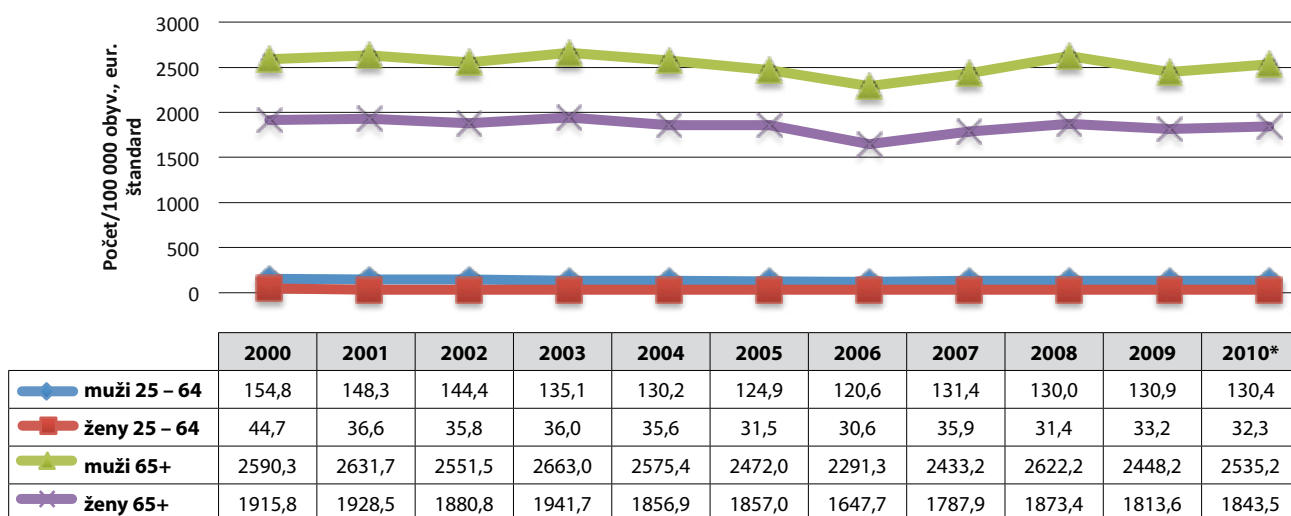
Podiel úmrtí akútneho koronárneho syndrómu (AKS) z ICHS je rozdielny v závislosti od vekovej skupiny pacienta (**tabuľka T 2.6**). AKS zodpovedajú kódy I20 – I22, zriedka ide o AKS pri blokáde ľavého Tavarovho ramienka (BLTR) (I44).

Nové epizódy AKS, incidencia. V roku 2009 bolo v zdravotníckych zariadeniach SR hospitalizovaných pre AKS (vrátane opakovaných epizód AKS) 8 944 mužov a 6 495 žien. Ich klinický stav si vyžiadal spolu 24 414 hospitalizácií vrátane všetkých prekladov. Preklady v rámci jednej nemocnice predstavovali 20 %, do iných nemocníc 17 %.

Miera štandardizovanej incidence na AKS sa v celej populácii odhaduje na 259,1/100 000 obyvateľov, pričom u mužov dosahuje 2× vyššiu hodnotu ako u žien (357,5 vs. 180,5). Od roku 2000 sa minimálny pokles zaznamenal iba u žien, u mužov má vývoj incidence AKS mierne vzostupný charakter.

Vekovo-štandardizovaná incidencia a úmrtnosť. Pri porovnaní sledovaných rokov je zjavné, že u mužov sa incidencia zvyšuje už u 45-ročných, a úmrtnosť

G 2.7 Vývoj štandardizovanej miery úmrtnosti na ischemické choroby srdca v SR v rokoch 2000–2010⁽¹⁾ podľa pohlavia a príslušných vekových skupín



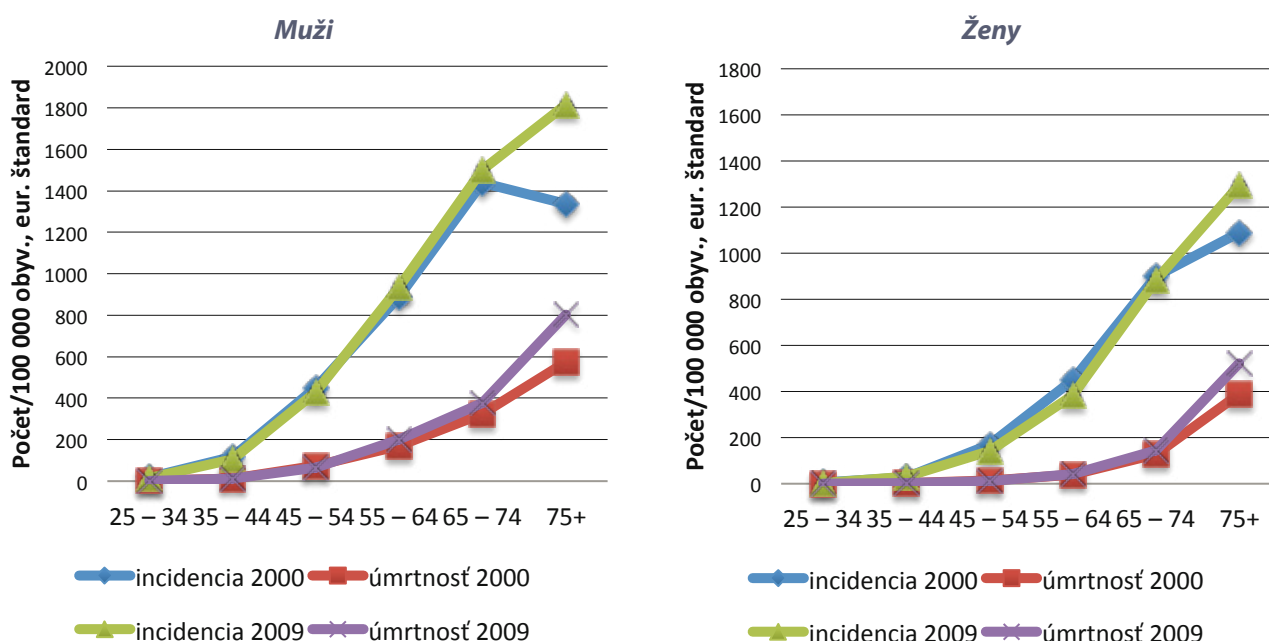
Zdroj: ŠÚ SR, NCZI

T 2.6 Počet úmrtí na ischemickú chorobu srdca v SR v roku 2000 a 2010 a z nich podiel úmrtí na akútny koronárny syndróm podľa vekových skupín

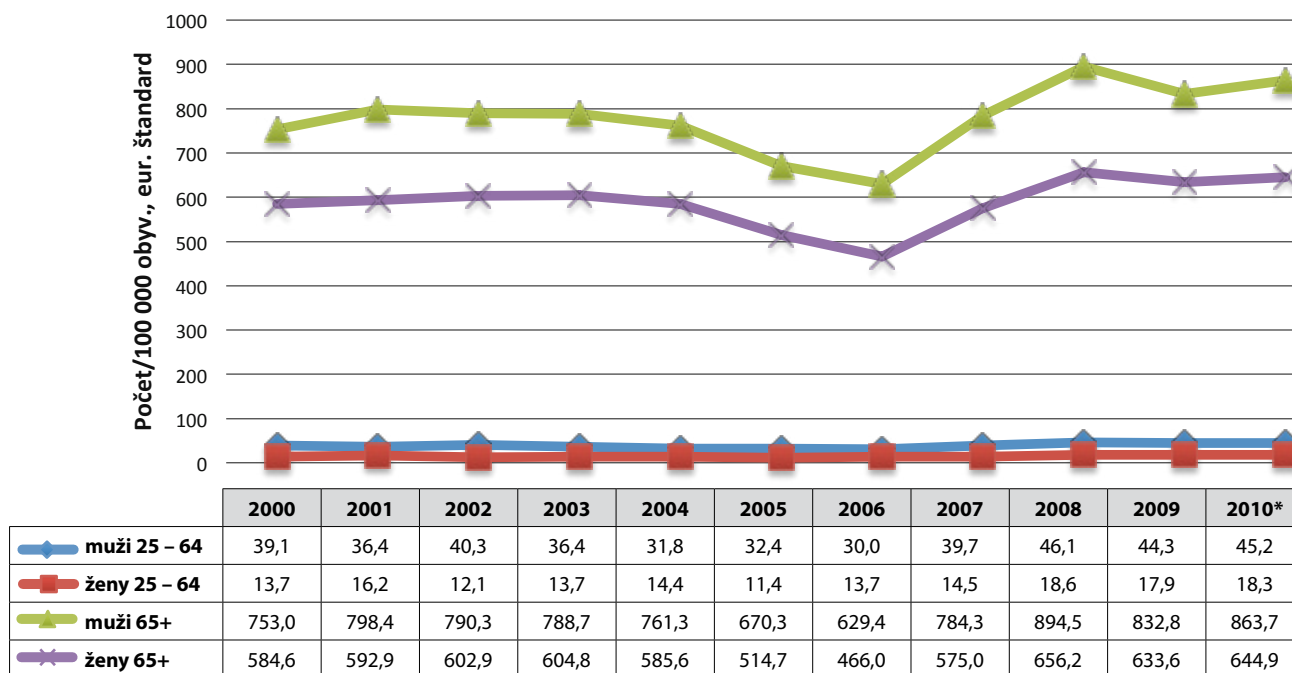
Ukazovateľ (choroba)	Pohlavie	0–85+		Z nich			
				25–64		65+	
		2000	2010	2000	2010	2000	2010
ICHS (I20 – I25)	muži	7 476	7 723	1 751	1 824	5 722	5 896
	ženy	8 212	9 221	579	535	7 633	8 685
Z nich AKS (%)	muži	20,3	26,7	37,4	45,3	15,1	21,0
	ženy	11,6	15,1	27,8	35,9	10,4	13,8

Zdroj: ŠÚ SR

G 2.8 a – b Porovnanie miery vekovo-štandardizovanej incidencie⁽¹⁾ a úmrtnosti na akútny koronárny syndróm v populácii v SR v roku 2009 s rokom 2000 podľa pohlavia



Zdroj: ŠÚ SR

G 2.9 Štandardizovaná miera úmrtnosti na cievne choroby mozgu v SR v rokoch 2000–2010⁽¹⁾

Zdroj: ŠÚ SR, NCZI, 1 – predbežné údaje

u 55-ročných. U žien je vyššia incidencia i úmrtnosť posunutá v porovnaní s mužmi o 10 rokov. Pri posúdení incidence a úmrtnosti navzájom je medzi incidenčnou a úmrtnostnou krivkou u mužov väčší rozdiel. Ide o nepriamy ukazovateľ nižšej letality u mužov v porovnaní so ženami (**grafy G 2.8 a – b**). Letalita predstavuje podiel osôb, ktorí zomreli z počtu žijúcich osôb s tou istou chorobou.

2.2.2. Cievne choroby mozgu

Cievne choroby mozgu (CCHM) sú 2. najčastejšou príčinou smrti z úmrtí na CHOS s 20 % podielom (**tabuľka T 2.5**). V 80 % ide o úmrtia na následky akútnej cievnej mozgovej príhody (CMP), v ostatných prípadoch ide o oklúzie v cievnom systéme mozgu, ktoré nevyvolávajú infarkt.

Vývoj štandardizovanej miery úmrtnosti na CCHM (I60 – I69) má síce mierne vzostupný charakter (**graf G 2.9**), ale skutočnosť je taká, že CCHM boli pri kódovaní príčin smrti pre štatistické spracovanie podhodnotené o 50 % v prospech úmrtí na hypertenzné choroby (hypertenziu)⁽¹³⁾. Od roku 2007 sa CCHM (vs. 2007 sa CMP kódujú podľa optimálnejších pravidiel (výber pravidla bol overený aj v ČR), takže z tohto hľa-

diska podhodnotenia CCHM v minulých rokoch by sa dal ich vývoj hodnotiť ako stagnujúci.

Nové epizódy CMP, incidencia. Odhad incidence na CMP sa vypočítava z počtu pacientov hospitalizovaných v nemocnici, nakoľko hlásenia do národného zdravotného registra pacientov nemajú ešte potrebnú hlásnu disciplínu, lepšiu však ako pri AKS.

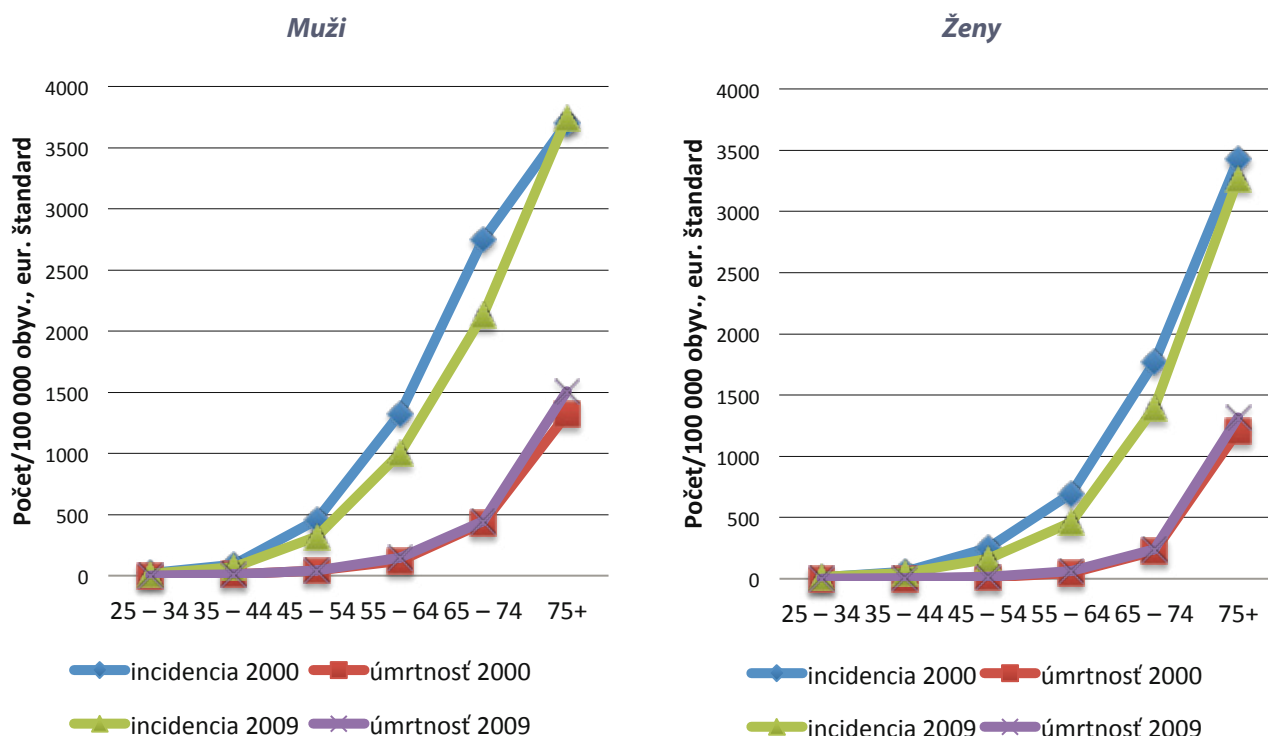
V roku 2009 bolo pre epizódy CMP (vrátane tranzitórnej isch. ataky – TIA) hospitalizovaných okolo 20 000 pacientov. Štandardizovaná miera incidence na 100 000 obyvateľov sa pohybovala na úrovni 313,7. Medzi mužmi a ženami nie je taký rozdiel ako pri AKS, napriek tomu majú muži 1,4× vyššiu incidencia než ženy (361,8 vs. 280,5 na 100 000 mužov/žien).

Vekovo-štandardizovaná incidencia a úmrtnosť (grafy G 2.10 a – b). V incidencii v roku 2009 oproti roku 2000 je zjavný pokles u 55-ročných a starších mužov i žien, v prospech mužov. V úmrtnosti sa situácia nezmenila. Podobne ako pri AKS je pri vzájomnom hodnotení incidence a úmrtnosti lepšia situácia u mužov (nižší podiel úmrtí z počtu chorých/letalita).

V špecifikácii CMP podľa ich charakteru patrí dlhodobu okolo 75–80 % ischemickým cievny mozgovým príhodám.

¹³ Baráková, A., Hlava, P., Spáčová, D.: Problémy pri štatistickom spracovávaní príčin smrti, 10. Slov. demogr. konferencia 2005

G 2.10 a – b Porovnanie miery vekovo – štandardizovanej incidencie a úmrtnosti na cievne mozgové príhody v populácii v SR v roku 2009 s rokom 2000



Zdroj: ŠÚ SR, NCZI, 1 – výpočet incidencie z epizód CMP (t.j. bez všetkých prekladov)

2.2.3. Hypertenzia

Hypertenzia patrí medzi prioritné rizikové faktory CHOS, pri postihnutí príslušných orgánov už hovoríme o hypertenznej chorobe. V bežnej praxi sa však používa častejšie termín „hypertenzia“, aj keď podľa Medzinárodnej klasifikácie chorôb ide o skupinu chorôb s kódom I10 – I15. Zo štúdií, aj v rámci SR vyplýva, že 4 z 10 osôb nevedia o tom, že majú vysoký arteriálny tlak krvi. Z liečených hypertonikov má dobre kontrolovaný TK menej ako 1/3 (CINDI, MONIKA). Pri tom je známe, že liečení hypertonici majú minimum 2 dôležité RF, ktoré by sa dali prevenciou minimalizovať, resp. vylúčiť (fajčenie, obezita).

Podľa európskeho prieskumu o zdraví (EHIS), koordinovanom ŠÚ SR v roku 2009, bola v populácii 15+ prevalencia hypertenzie (potvrdená lekárom) u mužov 22 %, u žien 29 % (spolu vyše 1 milión osôb!).

Úmrtia. Podiel úmrtí na hypertenziu z CHOS (I10 – I15) predstavuje okolo 3 % (**tabuľka T 2.5**). Tento nízky podiel však neznamená, že exitovaní pacien-

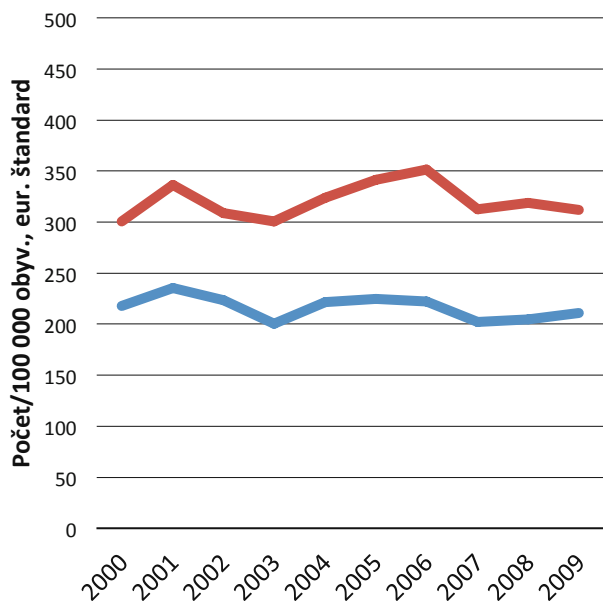
ti nemali hypertenziu, resp. hypertenznú chorobu srdca a/alebo obličiek). Pre štatistické spracovanie príčin smrti sú však uprednostnené iné, z epidemiologického hľadiska prioritnejšie ochorenia (napr. cievne mozgové príhody).

Pri úmrtiach na AKS v roku 2007 a 2008 sa analýzou zistilo, že u 1/3 exitovaných bola uvedená hypertenzia, takmer 1/3 mala ako ďalší RF AKS uvedenú cukrovku (diabetes mellitus)⁽¹⁴⁾. Tieto údaje môžu byť ešte aj podhodnotené, pretože väčšinou ide o polymorbidných pacientov a všetky diagnózy (a to ani závažné) sa v listoch o prehliadke mŕtveho ani neuvedú.

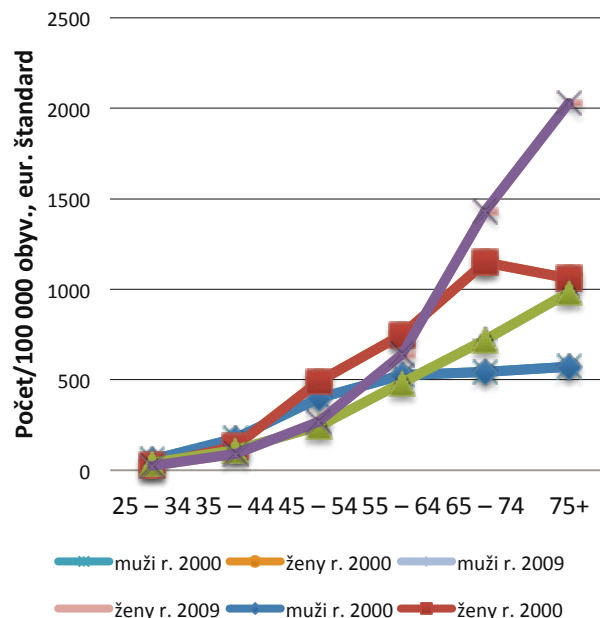
Hospitalizácie. V roku 2009 bolo pre hypertenziu hospitalizovaných 5 025 mužov a 2× viac žien (10 255). V prepočte na 100 000 obyvateľov pripadá u žien o 50 % vyšší počet hospitalizácií (291,4) ako u mužov (198,0) (**grafy G 2.11 a – b**). Tento rozdiel medzi pohlaviami je ovplyvnený najmä hospitalizáciami žien vo vyšších vekových skupinách na hypertenziu a súvisí zrejme aj s vyššou polymorbiditou mužov, ktorí sú hospitalizovaní pre iné (závažnejšie) ochorenia v rámci chorôb obehovej sústavy.

¹⁴ Baráková, A., Spáčová, D., Kuchtová, Z., Dudová, M., Pederová, E.: Objektívizovať (nielen) infarkt myokardu ako príčinu smrti je pre SR nevyhnutné, XIV. kongres SKS, Kardiológia 6, 2009 – supplement.

G 2.11 a Štandardizovaná miera pacientov hospitalizovaných na hypertenziu⁽¹⁾ v SR v rokoch 2000–2009



G 2.11 b Vekovo – štandardizovaný počet pacientov hospitalizovaných na hypertenziu⁽¹⁾ v SR v roku 2009 a 2000



Zdroj: NCZI, 1/kód I10 – I15 s prekladmi do iných nemocníc

Problémy v monitorovaní situácie vo vývoji chorôb obehovej sústavy:

- chyba kontrola v objektivizácii dát, a to najmä v príčine smrti, ktoré sú cenným zdrojom údajov o zdravotnom stave našej populácie. V kvalite vypisovania LoPM sú veľké rezervy, preto sú údaje buď podhodnotené alebo nadhodnotené (v minulosti úmrtnia na CMP)⁽⁴⁾. Napr. pri ich analýze 8000 zomretých v roku 2007 a 2008 s uvedením AKS sa zistilo, že u exitovaných doma, ktorí neboli pitvaní, neboli v príslušnom roku hospitalizovaní v dôsledku CHOS ani neboli hlásení do registra AKS, bola táto „sporná“ – nepodložená diagnóza, ako bezprostredná príčina smrti uvedená až v 40 % (!)⁽⁵⁾. V ČR majú takýchto sporných prípadov 27 % (Beran, ÚZIS ČR). Lekári, a to nielen obhliadajúci – zmluvní s ÚDZS, nepoznajú dobre kódy diagnóz. Predpokladom na čiastočné odstránenie týchto nedostatkov by bolo zavedenie elektronického LoPM (resp. úmrtného listu). Kvalitne vyplnený LoPM si však vyžaduje dostupnosť údajov.
- napriek záujmu poznania incidenčných dát v príslušnej skupine CHOS, napr. pri AKS či CMP, nie je ešte odborná verejnosť uzrozumená s hlásnou povinnosťou (napriek jej prínosom pre manažment), ktorá vyplýva z legislatívy.

- pre špeciálne výstupy o dopade intervencie pacientov s CHOS (letalita, prežívanie) chýbajú NCZI lepšie softvérové nástroje i dostatok personálu.

2.3. Nádory

Údaje o výskyte nádorov sú na Slovensku známe od roku 1968, aj keď bol Národný onkologický register založený v roku 1976. Ide o náš jediný register s takou dlhou tradíciou a s plošným zberom takej veľkej skupiny chorôb na národnej úrovni, ktorý má veľké medzinárodné uznanie.

Počty novozistených zhubných nádorov a ich prepočty na 100 000 obyvateľov (incidencia) sa podrobne publikujú v príslušných ročenkách až na úrovni okresov. Absolútne i relatívne ukazovatele vo výskyte nádorov, ako aj incidencia pacientov s vybranými nádormi budú samostatnou časťou v tejto podkapitole. Preto pre základné informácie s inými skupinami chorôb, sledovaných v celej kapitole, sa prezentujú spoločné ukazovatele bez uvedenia incidence v **tabuľke T 2.7**.

V roku 2009 sa v počte nádorov podľa sledovaných ukazovateľov (na 100 000 obyvateľov) (**tabuľka T 2.7**) v porovnaní s rokom 2000 zaznamenal:

- v rámci celej populácie (0–85+): 14 % *pokles* v miere štandardizovanej úmrtnosti (mŠÚ), 5 % *vzostup* v hrubej miere hospitalizovanosti,
- vo veku 25–64: *pokles* – úmrtnosti o 19 % (mŠÚ), hrubej hospitalizovanosti o 10 %, práceneschopnosti o 24 %; počet invalidných dôchodkov (nad 70 %) zostal takmer na rovnakej úrovni,
- vo vekovej skupine 65+: *pokles* úmrtnosti (mŠÚ) o 11 %, *vzostup* hrubej hospitalizovanosti o 11 %.

V roku 2009 boli nádory treťou najčastejšou príčinou hospitalizácií, v práceneschopnosti im patrí druhé poradie, v počte novopriznaných invalidných dôchodkov prvé miesto (**tabuľka T 2.2**).

Podiel úmrtí na nádory zo všetkých príčin smrti podľa vekových skupín a pohlaví (graf G 2.12)⁽¹²⁾. V sledovaných obdobiach 2001–2005 i 2006–2009 dosahuje podiel nádorov u 65+ ročných: 23 % u mužov a 15 % u žien, u 45–64-ročných: okolo 30 % u mužov a 42 % u žien, u 25–44-ročných: do 14 % u mužov,

T 2.7 Nádory – vybrané štatistické ukazovatele v SR v roku 2009

Nádory	0–85+			25–64			65+		
	Počet	/100 000 obyv. SR hrubá miera	/100 000 obyv., eur. štandard	Počet	/100 000 obyv. SR hrubá miera	/100 000 obyv., eur. štandard	Počet	/100 000 obyv. SR hrubá miera	/100 000 obyv., eur. štandard
Úmrtia	11 966	221	199	4 626	148,1	152	7 275	101	1 065
Hospitalizácie	10 277	1890	x	58 252	1864	x	38 270	5 790	x
Práceneschopnosť ⁽¹⁾	x	x	x	12 572	526 ⁽¹⁾	x	x	x	x
Invalidizácia ⁽²⁾	x	x	x	2 139	99 ⁽²⁾	x	x	x	x

Zdroj: ŠÚ SR, NCZI, Sociálna poisťovňa

1 – na 100 000 zamestnaných vo veku 15–60+,

2 – na 100 000 dôchodkovo zabezpečených občanov vo veku 19–62+

ale 35 % u žien. Podiely úmrtí v sledovaných obdobiach je potrebné zohľadniť aj so zmenami v priemernom počte úmrtí na nádory (**tabuľka T 2.8**), pričom je potrebné si uvedomiť, že objektivita údajov má svoje veľké rezervy (je predpoklad, že úmrtí na dôsledky nádorov je viac, sú však vykazované pod inými kódmi).

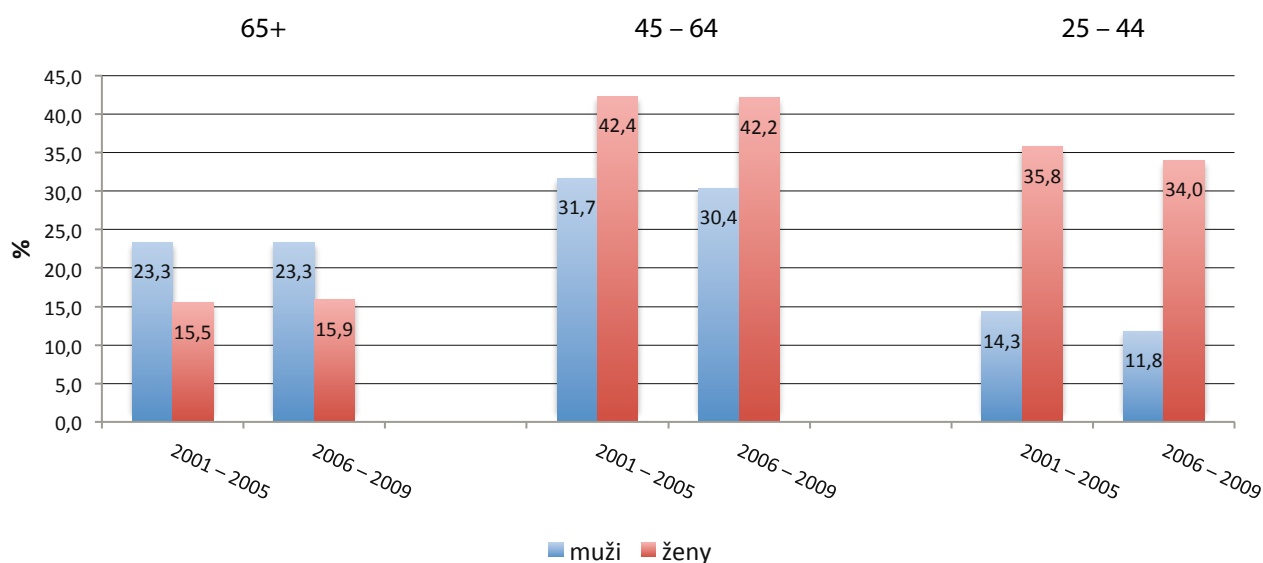
Úmrtnosť. V miere štandardizovanej úmrtnosti na nádory dosahuje SR podľa predbežných údajov hodnotu 198,8 na 100 00 obyv. s prepočtom na eur. populáciu. U mužov sa zaznamenala 2x vyššia miera úmrtnosti ako u žien (199,2 vs. 110,9).

T 2.8 Priemerný počet úmrtí na nádory v SR v príslušných rokoch podľa vekových skupín a pohlaví

Roky	Pohlavie	Vekové skupiny		
		25–44	45–64	65+
2001–2005	muži	258	2 642	3 927
	ženy	215	1 472	3 113
2006–2009	muži	196	2 664	3 938
	ženy	575	3 659	20 823

Zdroj: ŠÚ SR

G 2.12 Podiel úmrtí na nádory v príslušných rokoch z priemerného počtu úmrtí na všetky príčiny smrti v SR vo vybraných vekových skupinách



Zdroj: ŠÚ SR

Nadúmrtnosť mužov je evidentná aj vo vybraných vekových skupinách produktívneho a postproduktívneho veku (**graf G 2.13**). Pozvoľný pokles úmrtnosti na nádory je neuspokojivý. Navyše, takmer s určitou istotou sa dá povedať, že táto situácia nezohľadňuje realitu, lebo záznam o výskyte nádoru u exitovaného v listoch o prehliadke mŕtveho mnohokrát chýba a preto príčinná súvislosť exitu s nádorom nie je správne vyhodnotená.

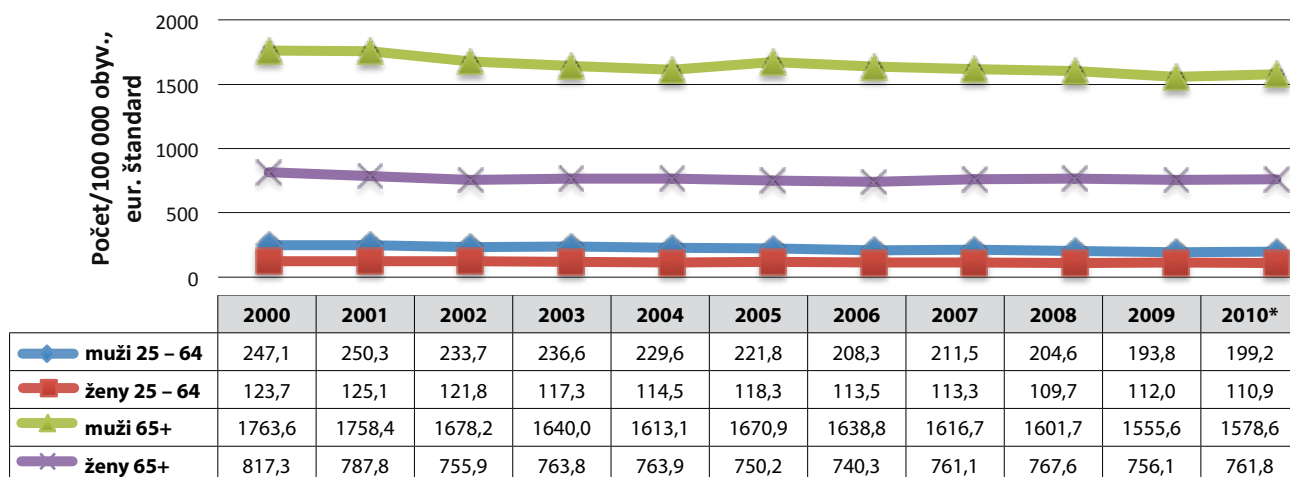
Diferencie medzi okresmi. V rokoch 2005–2009 klesol medián v miere štandardizovanej úmrtnosti u oboch pohlaví v porovnaní s obdobím v rokoch

2000–2004, čo je znakom všeobecného poklesu úmrtnosti na túto chorobu (i keď minimálneho).

V jednotlivých okresoch ale miera štandardizovanej úmrtnosti na nádory bola v porovnávaných obdobiach vyššia v 18 okresoch (pozri 1. kapitolu: Demografia) (**mapy M 2.2 a – b**)⁽⁹⁾.

Hospitalizácie. V roku 2009 bolo pre nádory zaznamenaných 102 377 hospitalizácií (vrátane všetkých prekladov, aj v rámci tej istej nemocnice) (**graf G 2.15 a**). Od roku 2007 ich počet mierne stúpa, čo môže súvisieť s vyšším zachytom prípadov s podozrením na zhubné nádory alebo aj na iné liečebné pro-

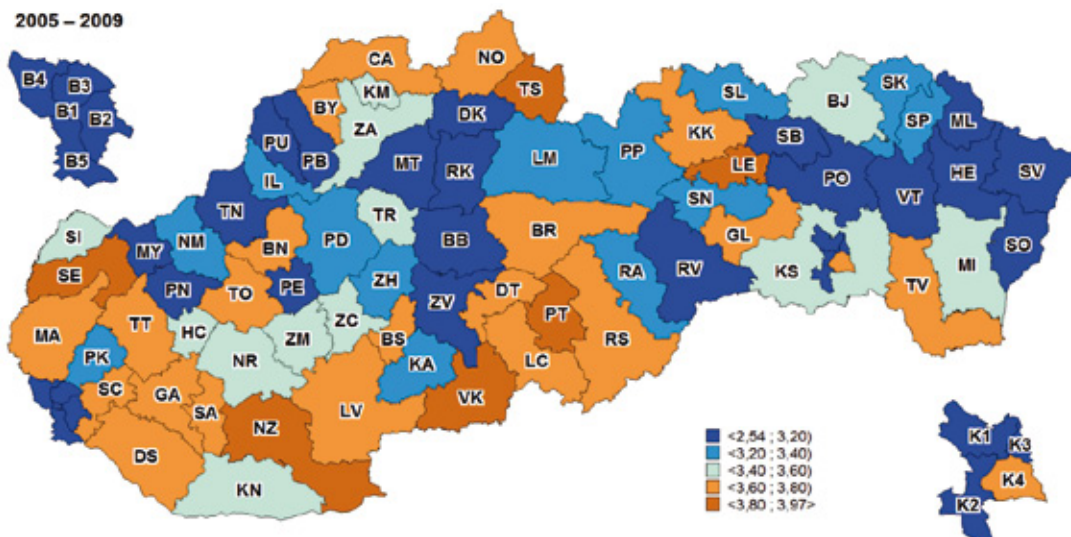
G 2.13 Vývoj štandardizovanej miery úmrtnosti na nádory v SR v rokoch 2000–2010⁽¹⁾



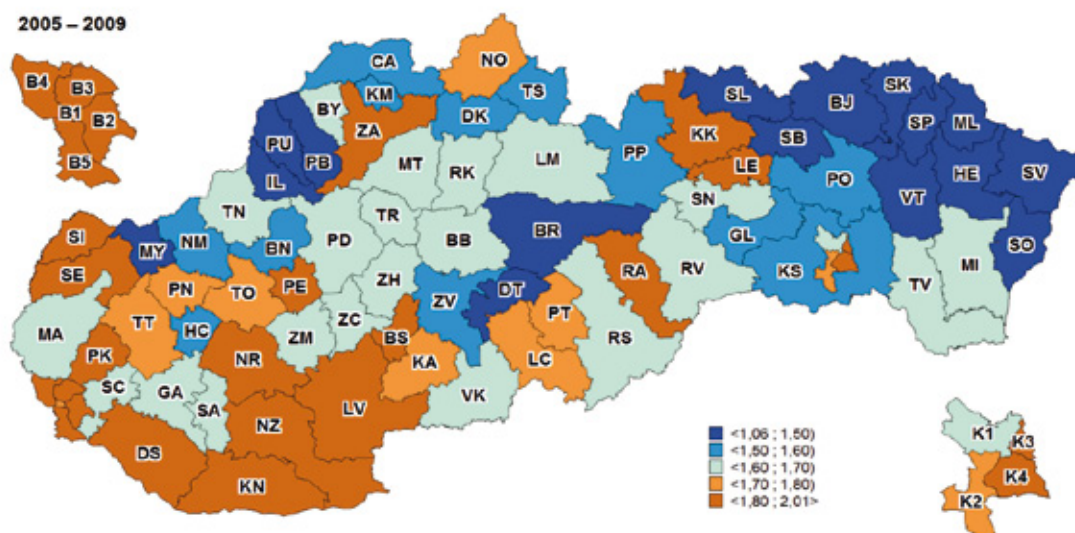
Zdroj: ŠÚ SR, 1 – predbežné údaje

M 2.2 a – b Štandardizovaná miera úmrtnosti na nádory v okresoch SR
(na tisíc obyvateľov, európska štandardná populácia)⁽⁹⁾

Muži



Ženy



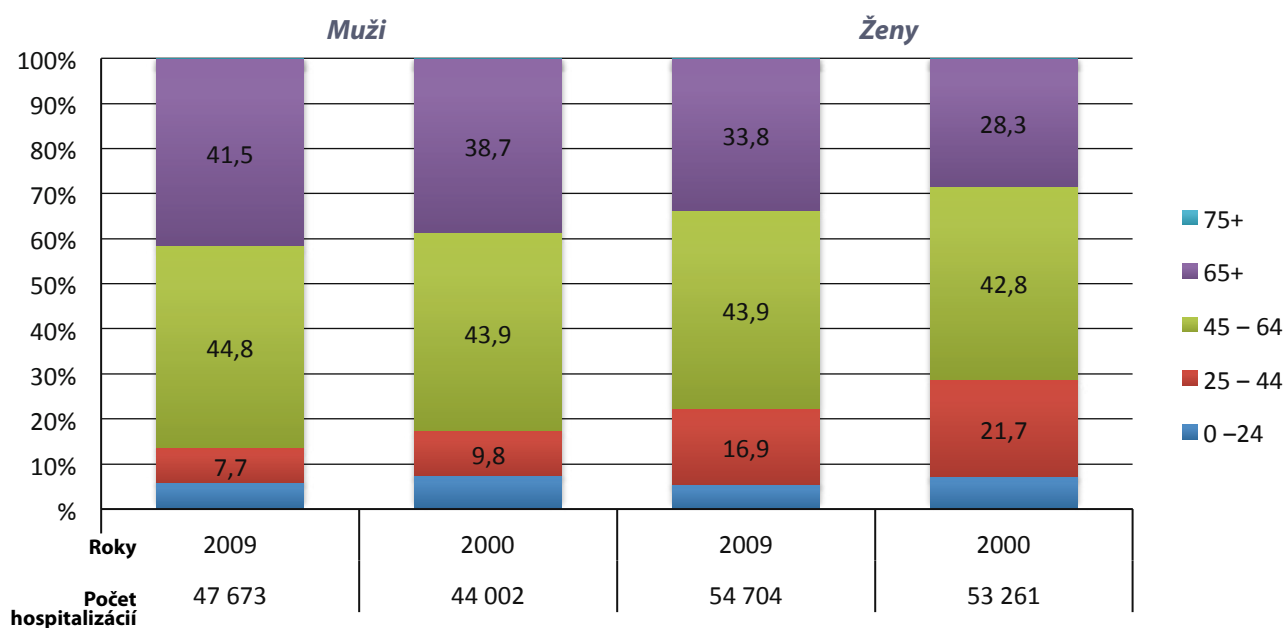
tokoly napriek tomu, že sa diagnostické i niektoré liečebné postupy riešia ambulatne. V podiele hospitalizácií dominujú 45–64-roční, z nich s prihliadnutím na počet hospitalizácií sú na tom horšie ženy (**graf G 2.14**).

Priemerný ošetrovací čas sa od roku 2000 znížil o 15 % na 8 dní v roku 2009. Celkový počet ošetrovacích dní v roku 2009 dosiahol hodnotu 819 000, čo je o 10 % menej ako v roku 2000 (**graf G 2.15 b**).

2.3.1. Vybrané ukazovatele vo vývoji zhubných nádorov

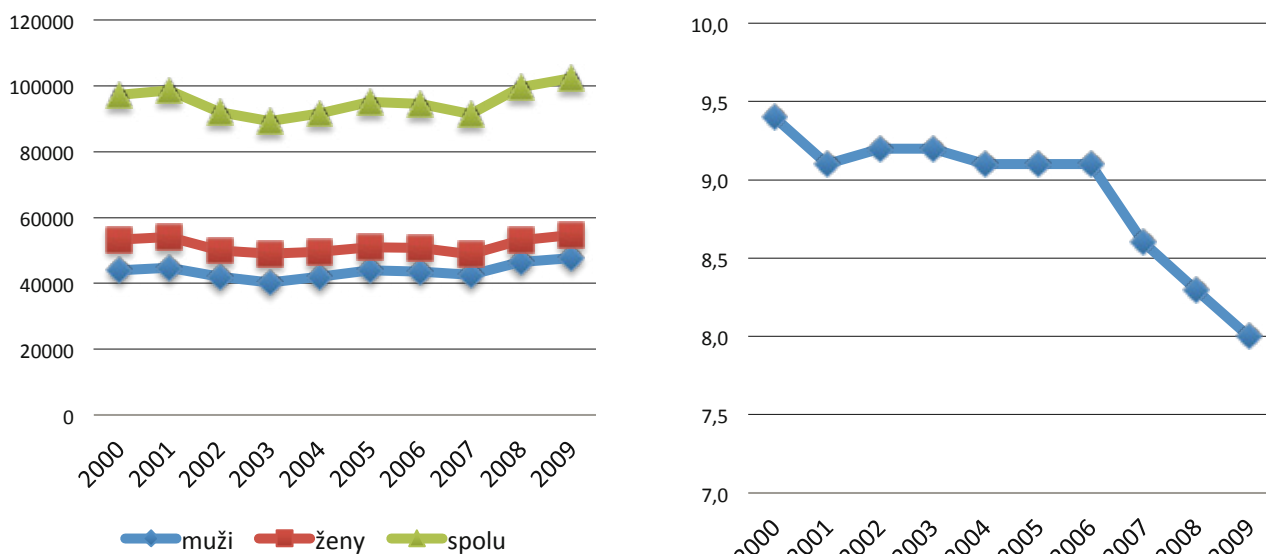
V tejto podkapitole bude uvedená podrobnejšia analýza vo vývoji zhubných nádorov s dôrazom na incidenciu i úmrtnosť podľa lokalít zhubných nádorov vo vzťahu k pohlaviu a vekovým skupinám. Tieto údaje sú výberom z analýzy epidemiologickej situácie na

G 2.14 Podiel hospitalizácií pre nádory v roku 2009 a 2000 v zdravotníckych zariadeniach SR podľa vekových skupín a pohlavia



Zdroj: NCZI

G 2.15 a – b Počet hospitalizácií pacientov pre nádory a ich priemerný ošetrovací čas (v dňoch) v zdravotníckych zariadeniach SR v rokoch 2000–2009



Zdroj: NCZI

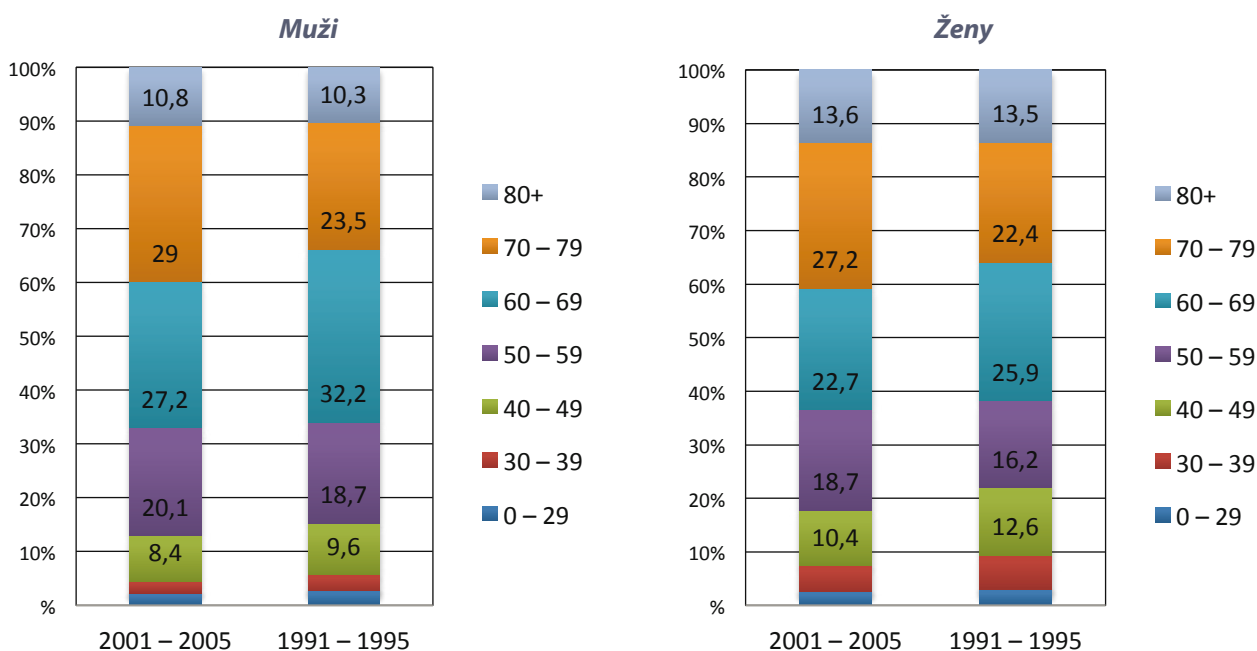
Slovensku, ktorá bola podkladom pre určenie smerovania Národného onkologického programu v SR (Hlava a kol. v roku 2010)¹⁵, ktorý sa v súčasnosti pripravuje.

V slovenskej populácii pribúda ročne viac ako 25 000 novohlásených prípadov zhubných nádorov (vrátane nádorov in situ). Takmer 70 % všetkých zhubných nádorov (ZN) sa vyskytuje u mužov a žien vo veku nad 60 rokov (**grafy G 2.16 a – b**).

Vývoj incidencie. Incidencia ZN (počet na 100 000 obyvateľov) v hrubých a aj štandardizovaných vyjadreniach stúpa. Pre vysoký počet novohlásených prípadov jej mieru v SR u oboch pohlaví najviac ovplyvňuje veková skupina nad 60 rokov (**grafy G 2.17 a – b**).

Tieto skutočnosti zároveň naznačujú, v ktorých vekových skupinách je potrebné sústrediť pozornosť na preventívne opatrenia a ktoré vekové skupiny si

G 2.16 a – b Podiel novozistených zhubných nádorov (C00 – D09) podľa vekových skupín a pohlavia z priemerných počtov zhubných nádorov v SR za obdobie 1991–1995 a 2001–2005



v súvislosti s nádorovými ochoreniami vyžadujú zvýšenú mieru liečebnej zdravotnej starostlivosti.

Vekovo-špecifická incidencia. Porovnanie vývoja vekovo-špecifickkej incidencie v období rokov 1981–1985 a 2001–2005 podľa pohlavia charakterizujú nasledujúce zistenia:

Muži

- miera incidencie za 20 rokov *poklesla* jedine vo vekovej skupine 40–49-ročných mužov, a to o 10,4%; vo všetkých ostatných vekových skupinách mužov miera incidencie *stúpila*: u 50–59-ročných o 1,2%, u 60–69-ročných o 28,8%, u 70–79-ročných o 35,7% a u 80+ ročných o 43,6%. Vzostup incidencie u mužov je podmienený predovšetkým vzostupom incidencie zhubných nádorov *kolorekta a prostaty* vo vekových skupinách nad 50 rokov.

Ženy

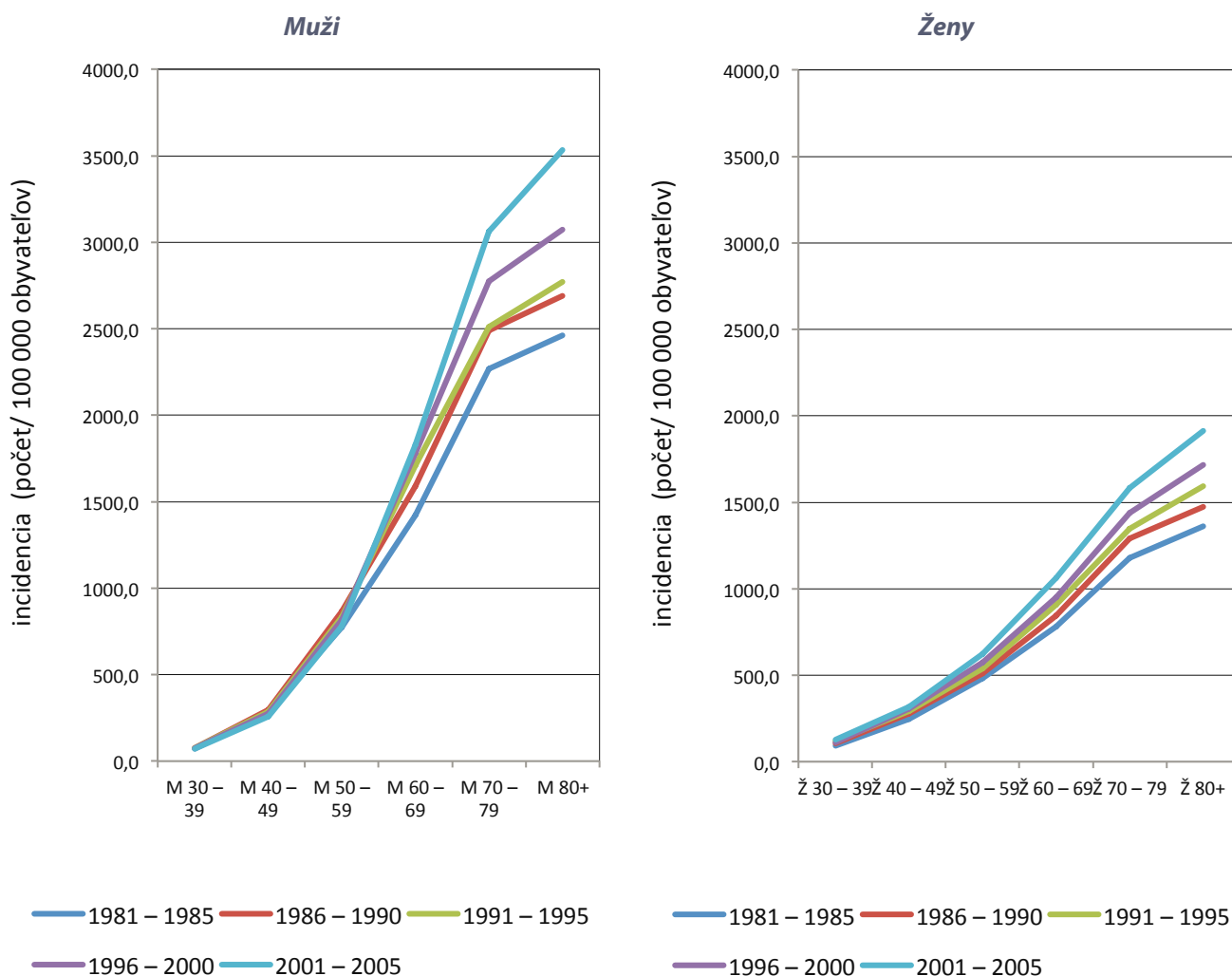
- pozorovať *nárast* incidencie (aj keď pri výrazne nižších hodnotách) vo všetkých hodnotených vekových skupinách: u 30–39-ročných o 38%, u 40–49-ročných o 27,7%, u 50–59-ročných o 29,4%, u 60–69-ročných o 35,9%, u 70–79-ročných o 34,1% a u 80+ ročných žien o 40,6%.

Stúpajúce celkové hodnoty incidencie u žien sú podmienené hlavne vzostupom ochorení na zhubné *nádory prsníka* vo vekových skupinách nad 40 rokov a *kolorekta* vo vekovej skupine nad 60 rokov.

Úmrtia. Nádory sú druhou najčastejšou príčinou smrti v populácii mužov aj žien vo všetkých krajinách EÚ i v rámci celého Európskeho regiónu. Úmrtia na zhubné nádory, s počtom do 12 000 ročne, tvoria u mužov aj žien okolo 22 % zo všetkých príčin smrti.

¹⁵ Hlava, P., Obšitníková, A., Pleško, I., Diba, Ch.: Zhubné nádory v SR – epidemiologická situácia, http://data.nczisk.sk/publikacie/analyticke/zhubne_nadory_sr.pdf

G 2.17 a – b Vývoj vekovo-spezifckej miery incidencie na zhubné nádory v SR u mužov a žien v príslušných obdobiach rokov 1981–2005



Zdroj: NCZI – NOR: Ročenky o incidencii zhubných nádorov (www.nczisk.sk „Analytické publikácie“)

Priemerný počet úmrtí na zhubné nádory podľa vekových skupín a pohlaví v sledovaných obdobiach uvádza **tabuľka T 2.9**.

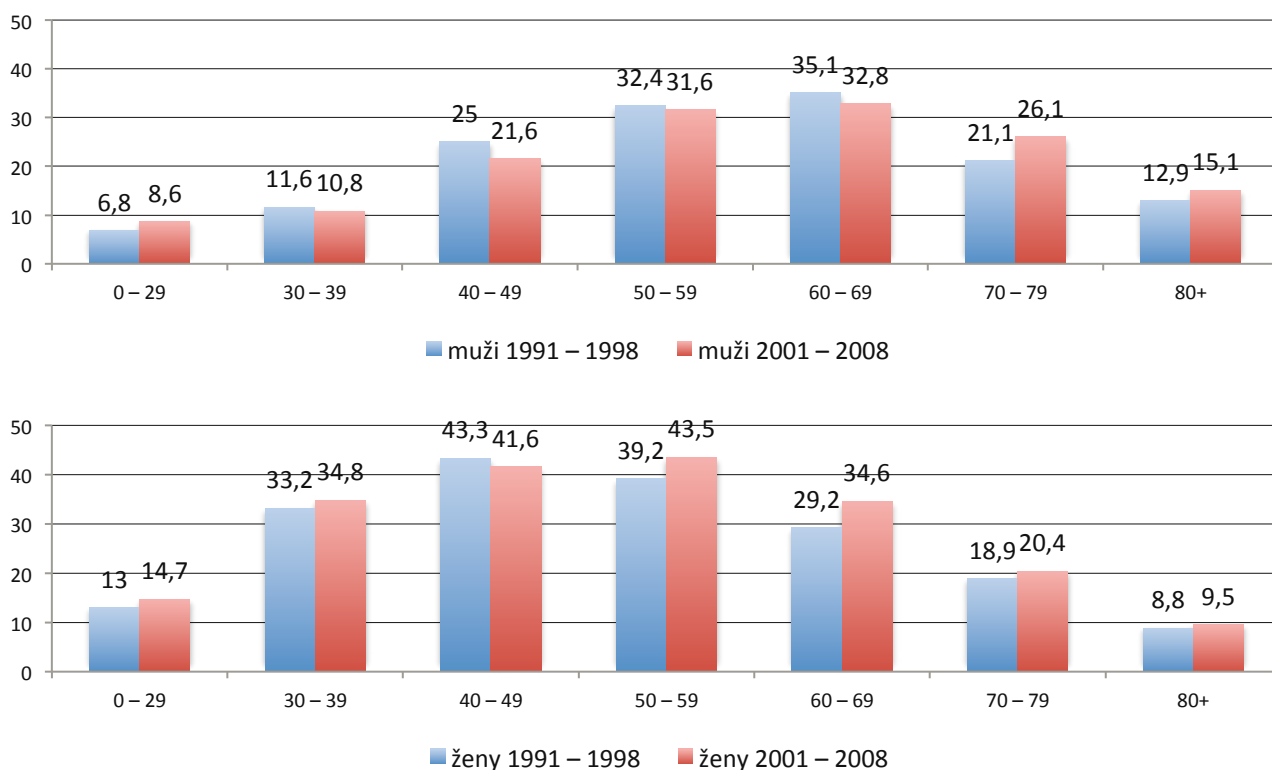
Podiely úmrtí na zhubné nádory zo všetkých príčin smrti v príslušnej vekovej skupine⁽¹²⁾.

V období rokov 2001–2008 predstavovali úmrtia na ZN vo vekových skupinách 50–59 a 60–69-ročných mužov takmer 1/3 (31,6 % resp. 32,8 %) zo všetkých prí-

T 2.9 Priemerný počet úmrtí na zhubné nádory v SR v rokoch 1991–1998 a 2001–2008 podľa pohlavia a vekových skupín

Pohlavie	Roky	Vekové skupiny							Spolu
		0–29	30–39	40–49	50–59	60–69	70–79	80+	
muži	1991–1998	86	108	587	1220	2092	1827	781	6701
	2001–2008	79	80	466	1410	1872	2006	927	6840
ženy	1991–1998	80	110	359	617	1128	1325	869	4488
	2001–2008	59	84	329	771	1077	1523	1042	4885

G 2.18 a – b Podiel úmrtí na zhubné nádory zo všetkých príčin smrti podľa vekových skupín u mužov a žien v SR v rokoch 1991–1998 a v rokoch 2001–2008



čin smrti. U žien so 43,5% podielom dominuje veková skupina 50–59-ročných a podielom 41,6% veková skupina 40–49-ročných. Porovnanie podielov úmrtí na ZN v období rokov 1991–1998 uvádzajú **grafy G 2.18 a – b**.

Podiel úmrtí podľa vekových skupín z priemerného počtu úmrtí na ZN v príslušných obdobiach uvádzajú **grafy G 2.19 a – b**. U mužov z priemerného počtu 6840 úmrtí na všetky ZN v období 2001–2008 predstavujú úmrtia vo vekovej skupine nad 60 rokov 70%, u žien v rovnakej vekovej skupine 75% (z počtu 4885 zomretých).

Vekovo-špecifická úmrtnosť. Od polovice 90. rokov pozorujeme vo všetkých vekových kategóriách mužov aj žien do 70 rokov pokles úmrtnosti na ZN. Od obdobia 1996–2000 má mortalita priaznivý vývoj. Vo všetkých vekových kategóriách mužov aj žien, okrem skupiny 80-ročných a starších, pozorujeme pokles mortality na ZN. Od konca 90. rokov dochádza aj vo vekových skupinách mužov a žien nad 70 rokov k stabilizácii úmrtnosti s naznačeným poklesom v skupine 70–79-ročných. Tento trend je výraznejší

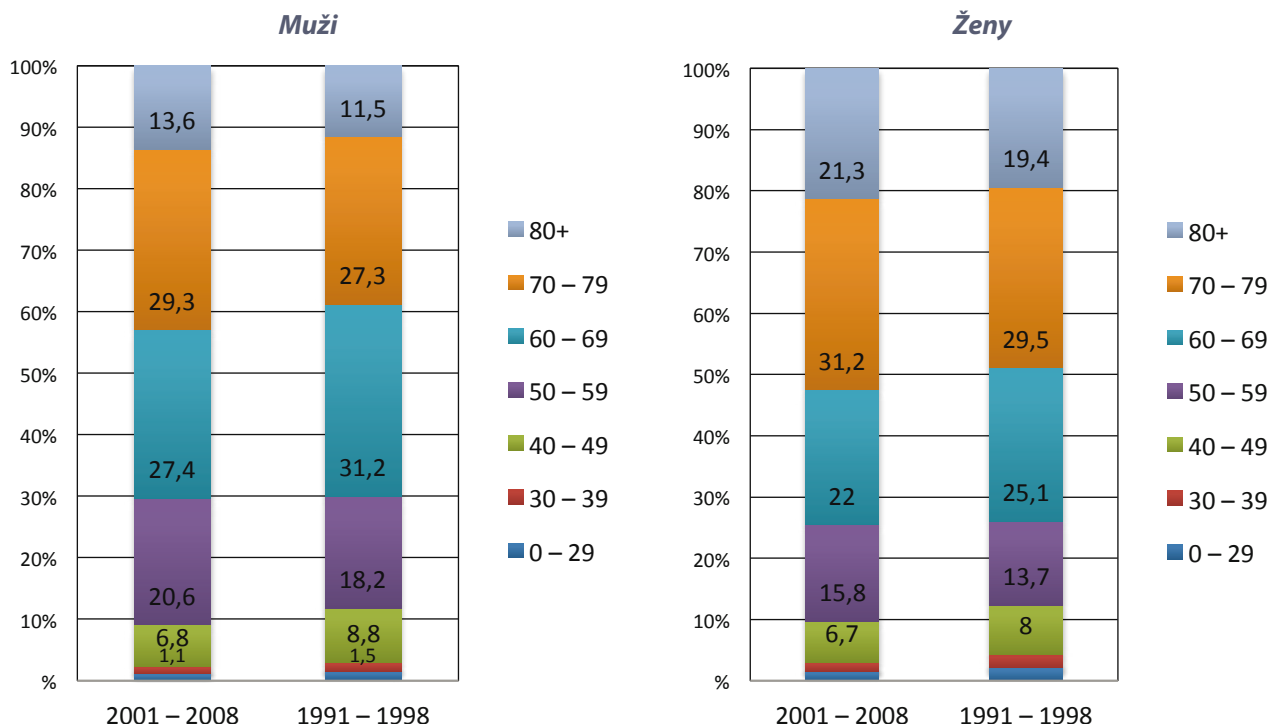
u mužov. Je to dôsledok priaznivých zmien vo vývoji incidence ZN pľúc u mužov (ktoré sú najčastejšími ZN u mužov s vysokou letalitou v posledných 15 rokoch) a tiež vzostupu u žien dlhodobo dominujúcich ZN prsníka a ženských pohlavných orgánov s relatívne dobrou prognózou. Tento trend poklesu mortality nie je u žien vekovej skupiny 80-ročných a starších (**grafy G 2.20 a – b**).

Lokalizácia zhubných nádorov. Ak neberieme do úvahy nemelanómové nádory kože, dominantnými lokalitami ZN u mužov sú pľúca, kolorektum a prostata. Dominantnými lokalitami u žien sú prsníky, pohlavné orgány (telo maternice, krčok maternice a vaječníky), kolorektum. Počty novohlásených nádorov a incidence podľa jednotlivých lokalizácií v období rokov 2001–2005 podľa svetového štandardu sú uvedené v **grafe G 2.21**.

Zhubné nádory kolorekta (C18 – C21)

Zhubné nádory kolorekta sú druhou najčastejšou príčinou úmrtí na zhubné nádory. V roku 2005 bolo hlásených 2001 nových prípadov u mužov a 1392 prípadov u žien. U mužov predstavujú s 15% podielom dominantnú lokalizáciu.

G 2.19 a – b Priemerný počet úmrtí na zhubné nádory v SR a z nich podiel podľa vekových skupín a pohlavia v rokoch 1991–1998 a v rokoch 2001–2008



Prípady sú sústredené do vyšších vekových skupín. Vo vekovej skupine mužov nad 60 rokov je sústredených 74 % a vo vekovej skupine žien nad 60 rokov 77 % prípadov. Hodnoty vekovo-špecifickej incidence trvalo stúpajú a dynamika vzostupu sa zvyrazňuje. Nárast incidence je dramatický vo vekových skupinách nad 60 rokov – a to zvlášť u mužov.

U mužov stúpala úmrtnosť vo všetkých vekových skupinách do obdobia 1996–2000. Následne došlo k stabilizácii vo vekovej skupine 70–79 až miernemu poklesu vo vekových skupinách pod 60 rokov. Jediné vo vekovej skupine 80-ročných a starších pretrvávajú vzostup úmrtnosti.

U žien je trend podobný, aj keď menej výrazný – vzostup do obdobia 1996–2000 a následná stabilizácia s naznačeným poklesom vo vekových skupinách pod 50 rokov.

Zhubné nádory prostaty (C61)

V roku 2005 bolo hlásených 1264 nových prípadov ZN prostaty u mužov. To ich z celkového počtu nádorov u mužov zaraďuje na 3. miesto. Hodnoty incidence trvalo stúpajú a dynamika vzostupu sa zvyrazňuje zvlášť vo vekových skupinách nad 60 rokov. Trvale narastajúce hodnoty incidence ZN prostaty budú v budúcnosti predstavovať významný problém.

Hodnoty úmrtnosti sa od obdobia 1996–2000 stabilizovali, posledné hodnotené obdobie dokonca naznačuje mierny pokles aj vo vekových skupinách nad 70 rokov.

Pri porovnávaní klinického rozsahu nádorov prostaty v čase stanovenia diagnózy pozorovať v priebehu 20 rokov len minimálne zmeny v klinickom rozsahu zachytených nádorov.

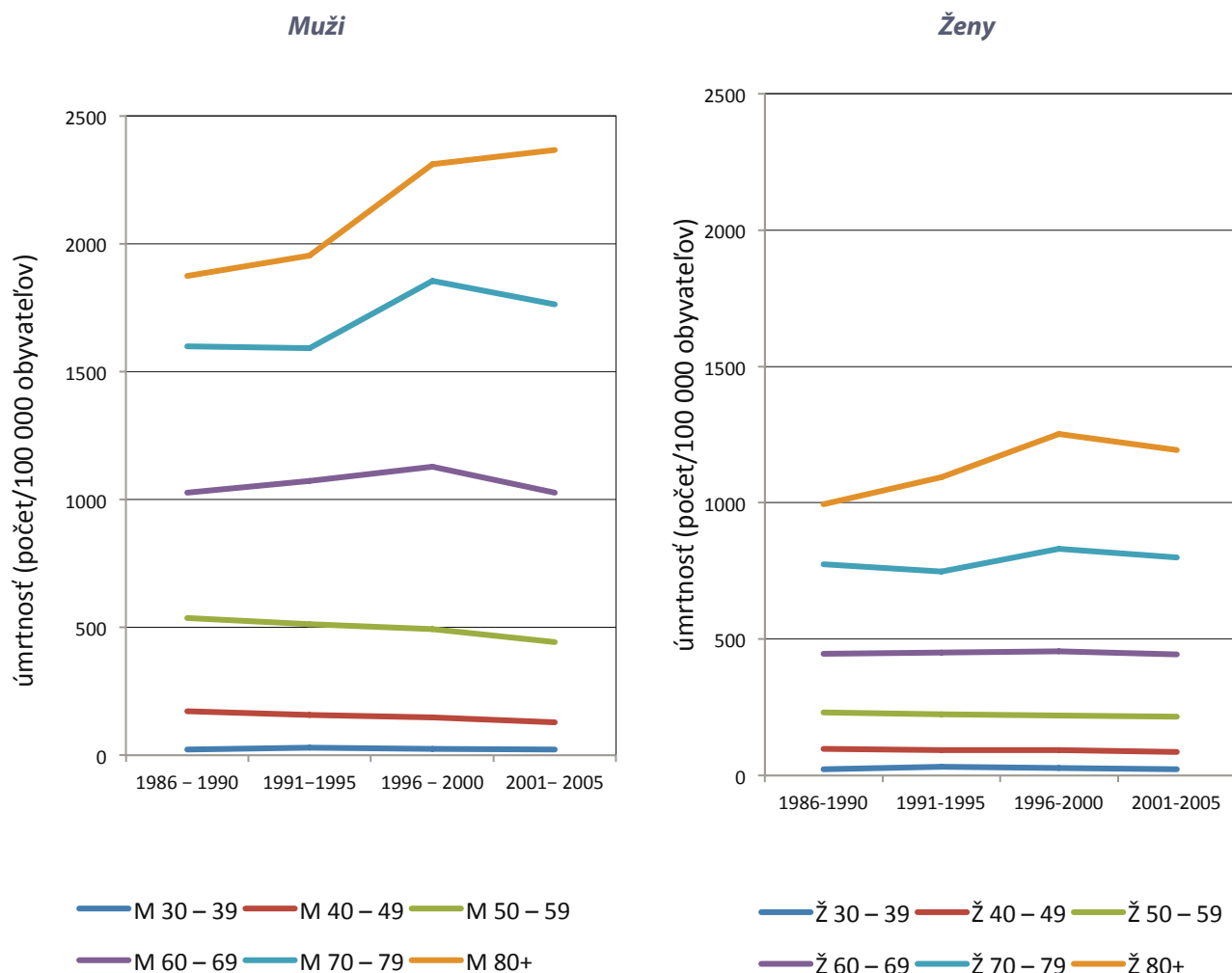
Zhubné nádory prsníka (C50)

Počtom 2 198 hlásených prípadov a incidenciou 79,3/100 000 v roku 2005 tvoria ZN prsníka dominantnú a trvale narastajúcu skupinu zhubných nádorov u žien. V tom istom roku bolo hlásených 79 prípadov nádorov prsníka in situ (D05).

Vývoj incidence v hodnotených časových obdobiach charakterizuje trvalý vzostup, predovšetkým vo vekových skupinách nad 40 rokov.

Potešiteľným zistením je trvalý nárast podielu ochorení zachytených v I. štádiu na úkor hlavne III. štádia (zastúpenie IV. štádia sa však temer nezmenilo). To spolu so skutočnosťou, že napriek kontinuálne rastúcej incidencii dochádza od konca 90. rokov k stabilizácii až poklesu mortality na zhubné nádory prsníka, potvrdzuje pokrok v diagnostike aj liečbe týchto ochorení.

G 2.20 a – b Vývoj vekovo-špecifickej miery úmrtnosti na zhubné nádory v SR u mužov a žien v príslušných obdobiach v rokoch 1986–2005



Zhubné nádory krčka maternice (C53)

V roku 2005 bolo hlásených 607 nových prípadov invazívnych ZN krčka maternice (C53) a 366 prípadov nádorov in situ (D06) (t.j. 37,6 % zo všetkých ZN krčka maternice).

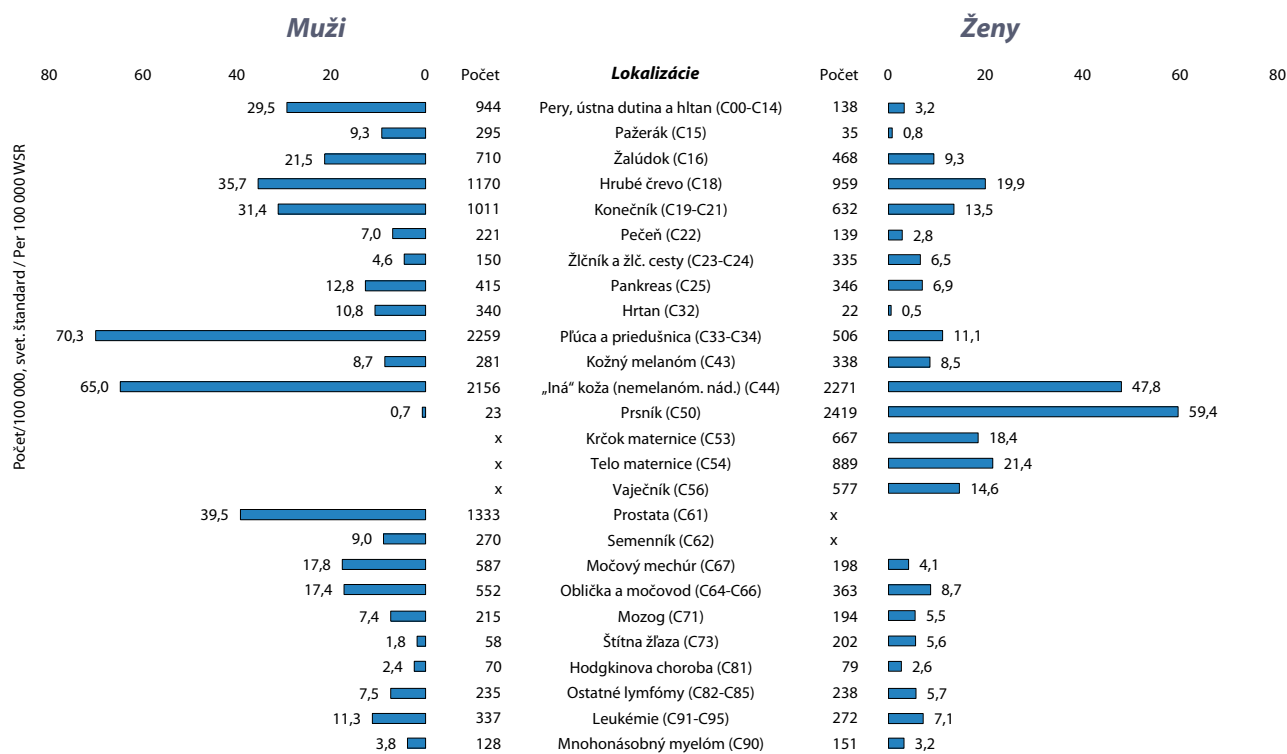
Koncom 80-tych a začiatkom 90-tych rokov sa maximum výskytu postupne presunulo z vekovej skupiny 50–59-ročných do skupiny 40–49-ročných žien. V posledných hodnotených časových obdobiach pozorovať stabilizovaný trend incidencie ZN krčka maternice aj paralelne prebiehajúceho vývoja hodnôt mortality. Tento vývoj nemôže byť považovaný za uspokojivý. Pomer medzi invazívnymi a in situ nádormi je stále nepriaznivý.

Trend zvyšovania počtu nádorov zachytených v štádiu in situ je neuspokojivý.

Zhubné nádory priedušnice, priedušiek a pľúc (C33 – C34)

U mužov sú počtom prípadov 1935 v roku 2005 a incidenciou 74/100 000 zhubné nádory priedušnice, priedušiek a pľúc na prvom mieste zo všetkých lokalizácií ZN. Hodnoty incidencie vrcholili v polovici 80. rokov. Odvtedy incidencia klesá, najvýraznejšie vo vekovej skupine 50–59-ročných o 45 % a o niečo pomalšie v skupine 60–69-ročných o 24 %. Jedine vo vekovej skupine 70–79-ročných pozorovať stagnáciu s naznačeným vzostupom. Vysoká letalita ZN pľúc je zrejma z prekryvania sa hodnôt incidencie a úmrtnosti. Navyše, veľmi vysoké percento pokročilých štádií ochorenia (dlhodobo sa nemeniace) nekoreluje s poklesom mortality v posledných rokoch. Príčiny pravdepodobne súvisia s nedostatkami pri vyplňovaní Listov o prehliadke mŕtveho.

G 2.21 Celkový počet novohlásených zhubných nádorov v SR v období rokov 2001–2005 a ich incidencia podľa jednotlivých lokalizácií



Pritom zhubné nádory pľúc sú považované za preventabilné ochorenie. Až takmer 90% všetkých nádorov pľúc má príčinu vo fajčení. Zreteľný efekt zníženia prevalence fajčenia v populácii však možno očakávať s oneskorením asi 20 rokov.

Problémy súvisiace s monitorovaním zhubných nádorov a trendom ich vývoja pre spoločnosť:

- Vzhľadom na vývoj incidence zhubných nádorov v hrubých aj štandardizovaných vyjadreniach, ako aj vzhľadom na prognózy populačného vývoja na Slovensku (starnutie populácie), degresný charakter vývoja populácie a vzostup strednej dĺžky života, **je potrebné počítať so zvyšovaním výskytu zhubných nádorov.**
- Možno očakávať, že **najzávažnejším problémom najbližších rokov budú trvale narastajúce hodnoty incidence zhubných nádorov kolorekta u oboch pohlaví, prostaty u mužov a prsníkov u žien.**
- Vzhľadom na pretrvávajúce vysoké zastúpenie pokročilých štádií diagnostikovaných nádorov

prostaty v priebehu 20 rokov sa **jednou z priorit v oblasti onkológie musí stať záchyt ochorenia vo včasných štádiách.**

- Opodstatnenosť zavedenia skríningových programov** je potvrdená nepriaznivým trendom vývoja incidence a úmrtnosti zhubných nádorov v lokalitách prostaty, prsníka a kolorekta. Ide o lokality, pri ktorých (pri správne organizovanom skríningu) možno očakávať najvýraznejší efekt.
- Pre spoľahlivé hodnotenie účinnosti preventívnych opatrení, vrátane skríningových programov, bude **nevyhnutné prijať opatrenia na zlepšenie postavenia a podmienok pre prácu Národného onkologického registra, zberu dát a kvality monitorovania príčin smrti.**

2.4. Poranenia, otravy a niektoré iné následky vonkajších príčin

V roku 2009 sa v počte úrazov podľa sledovaných ukazovateľov (na 100 000 obyvateľov) (**tabuľka T 2.10**) v porovnaní s rokom 2000 zaznamenal:

- v rámci celej populácie (0–85+): 8% *pokles* v miere štandardizovanej úmrtnosti a 17% *vzostup* hrubej hospitalizovanosti,
- vo veku 25–64: *pokles* v úmrtnosti o 8 %, v práceneschopnosti i invalidite o 60 %,
- *vzostup* hospitalizovanosti o 10 %,
- vo vekovej skupine 65+: úmrtnosť bola na úrovni roku 2000, počet hospitalizácií (na 100 000 obyvateľov 65+) *stúpil* takmer o 50 %.

V roku 2009 boli úrazy štvrtou najčastejšou príčinou hospitalizácií, v práceneschopnosti im patrí tretie poradie, v počte novopriznaných invalidných dôchodkov sa k 5. najčastejším chorobám nezaradili (**tabuľka T 2.2**). Podrobnejšiu analýzu vývoja úrazovosti v SR v rokoch 1999–2009 spracovali autori z NCZI v spolupráci s príslušnými inštitúciami, ktoré disponujú príslušnými údajmi (napr. dopravné úrazy, školské úrazy)⁽¹²⁾ (www.nczisk.sk, „Analytické publikácie“).

Podiel úmrtí na úrazy zo všetkých príčin smrti podľa pohlavia v daných vekových skupinách z ich priemerného počtu úmrtí v danej vekovej skupine (tabuľka T 2.11, graf G 2.22)⁽¹²⁾. Najvyšší podiel úmrtí pre úrazy zo všetkých príčin smrti sa dlhodobo zaznamenáva u 15–24-ročných (do 70 % u chlapcov a do 40 % u dievčat) (bližšie údaje sú uvedené v podkapitole zameranej na detskú populáciu a dorast). U 25+ ročných sa eviduje 40 % podiel úmrtí pre úrazy u 25–44-ročných mužov a 20 % u rovnako starých žien.

Najvyšší počet úmrtí pre úrazy je vo vekovej skupine 45–64-ročných, ich nižší podiel zo všetkých príčin smrti súvisí už s dominanciou úmrtí na iné závažné choroby. U 65+ ročných to platí ešte zreteľnejšie.

Úmrtnosť. Vývoj miery štandardizovanej úmrtnosti na úrazy má vo vekovej skupine 25–64-ročných v oboch pohlaviach i u 65+ žien skôr charakter stag-

T 2.10 Poranenia, otravy a niektoré iné následky vonkajších príčin – vybrané štatistické ukazovatele v SR v roku 2009

Ukazovateľ	0–85+			25–64			65+		
	Počet	/100 000 obyv. SR hrubá miera	/100 000 obyv., eur. štandard	Počet	/100 000 obyv. SR hrubá miera	/100 000 obyv., eur. štandard	Počet	/100 000 obyv. SR hrubá miera	/100 000 obyv., eur. štandard
Úmrtia	2 957	55	51	1 964	63	64	719	109	107
Hospitalizácie	92 106	1 700	x	45 477	1 456	x	24 783	3 750	x
Práceneschopnosť ⁽¹⁾	x	x	x	60 561	2 528 ⁽¹⁾	x	x	x	x
Invalidizácia ⁽²⁾	x	x	x	166	7 ⁽²⁾	x	x	x	x

Zdroj: ŠÚ SR, NCZI, Sociálna poisťovňa, 1 – na 100 000 zamestnaných vo veku 15–60+,
2 – na 100 000 dôchodkovo zabezpečených občanov vo veku 19–62+

nácie, u 65+ ročných mužov sú zjavné výkyvy s minimálnou tendenciou k vzostupu (**graf G 2.23**).

Hospitalizácie. V počte hospitalizácií sa od roku 2000 eviduje vzostup, v priemernom ošetrovacom čase pokles (podrobnejšie informácie sú analyzované vo vyššie spomenutej publikácii o vývoji úrazovosti). V roku 2009 stúpol počet hospitalizácií oproti roku 2000 takmer o 20 % (ide o hospitalizácie so všetkými prekladmi) (**grafy G 2.24 a – b**). V roku 2009 stúpol počet hospitalizácií oproti roku 2000 takmer o 20 % (ide o hospitalizácie so všetkými prekladmi).

Podľa prieskumu o zdraví (EHIS), koordinovanom v SR v roku 2009 ŠÚ SR v rámci projektu krajín EÚ, sa zistilo, že u 15+ ročných respondentov bola okolo 3 % prevalencia trvalého poškodenia zdravia úrazom (čo predstavuje 135 000 osôb v 15+ ročnej populácii SR).

Problém pri monitorovaní úrazov:

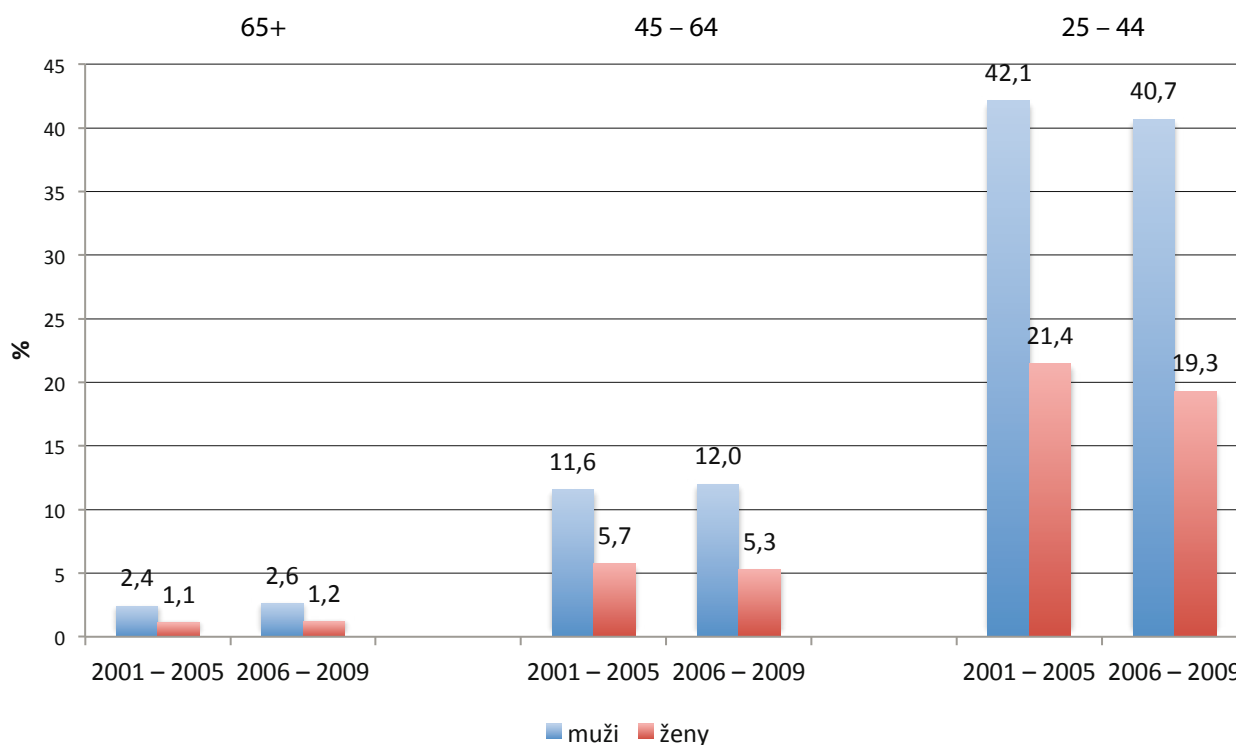
- chýba objektivizácia údajov o okolnostiach úrazu, najmä u detí, kvôli preventívnym opatreniam. Po zriadení plánovaných detských traumacentier i rozšírení ukazovateľov v registri hospitalizovaných (v zdravotníckych zariadeniach) o „okolnosti úrazu“ by mohli byť tieto údaje dostupnejšie.

2.5. Choroby dýchacej sústavy

V roku 2009 sa v počte chorôb dýchacej sústavy podľa sledovaných ukazovateľov (na 100 000 obyvateľov) (**tabuľka T 2.12**) v porovnaní s rokom 2000 zaznamenal:

T 2.11 Priemerný počet úmrtí na úrazy v SR v príslušných rokoch podľa vekových skupín a pohlavia

Roky	Pohlavie	Vekové skupiny		
		25–44	45–64	65+
2001–2005	muži	761	963	400
	ženy	129	199	219
2006–2009	muži	676	1 053	437
	ženy	111	193	251

G 2.22 Podiel úrazov z priemerného počtu všetkých úmrtí podľa pohlavia v príslušných vekových skupinách v SR v sledovaných rokoch

Zdroj: ŠÚ SR, NCZI

- v rámci celej populácie (0–85+): 9 % *pokles* v miere štandardizovanej úmrtnosti a 6 % *vzostup* v hrubej miere počtu hospitalizácií,
- vo veku 25–64: *vzostup* úmrtnosti o 19 %, hospitalizácií o 28 %, *pokles* prípadov práceneschopnosti o $\frac{2}{3}$ a invalidity takmer o 40 %,
- vo vekovej skupine 65+: *pokles* v úmrtnosti o 13 % a *vzostup* v hospitalizovanosti
- takmer o 40 % (na 100 000 obyvateľov 65+).

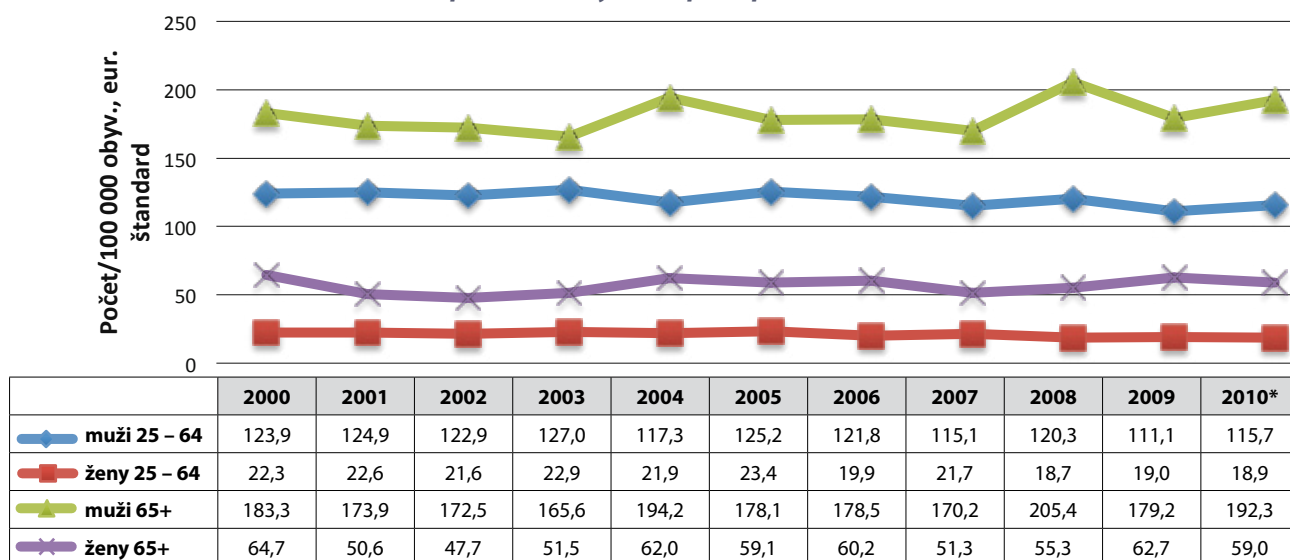
V roku 2009 boli choroby dýchacej sústavy piatou najčastejšou príčinou hospitalizácií, v práceneschopnosti im patrí prvé miesto, v počte novopriznaných („plných“) invalidných dôchodkov sa k 5. najčastejším príčinám invalidity nezaradili (**tabuľka T 2.2**).

Vývoj miery štandardizovanej úmrtnosti na choroby dýchacej sústavy v produktívnom a postprodukčnom veku uvádza **graf G 2.25**.

Hospitalizácie. Počet hospitalizácií, priemerný ošetrovací čas i podiel vekových skupín u mužov i žien z počtu hospitalizácií uvádzajú **grafy G 2.26 a G 2.27 a – b**. Dominancia detí do 24 rokov s najvyšším podielom detí vo veku 5–14 rokov je prezentovaná v podkapitole 2.11.

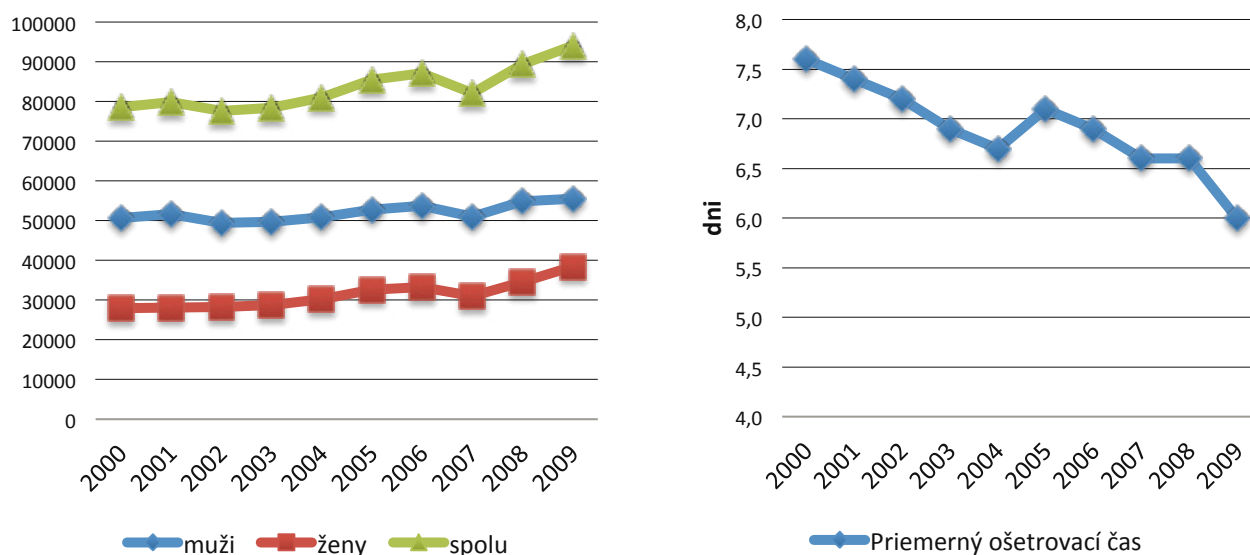
Prevalenčné údaje. Podľa pneumologického výkazu na NCZI sa eviduje okolo 42 000 osôb s astmou a takmer 53 000 osôb s chronickou obštrukčnou chorobou pľúc. Podľa prieskumu zdravia EHIS realizovanom v roku 2009 ŠÚ SR (projekt krajín EÚ) sa u 15+

G 2.23 Vývoj štandardizovanej miery úmrtnosti na úrazy v SR v rokoch 2000–2010⁽¹⁾ podľa vekových skupín a pohlavia



Zdroj: ŠÚ SR, NCZI, 1 – predbežné údaje

G 2.24 a – b Počet hospitalizácií pacientov pre úrazy a ich priemerný ošetrovací čas v zdravotníckych zariadeniach SR v rokoch 2000–2009



Zdroj: NCZI

ročných respondentov zistila 2 % prevalencia astmy u mužov a 4 % u žien, čo v prepočte na populáciu SR predstavuje spolu vyše 140 000 osôb (respondenti pritom uviedli, že astmu im diagnostikoval lekár) (podkapitola 2.12). Z uvedeného je zjavné, že objektivizácia údajov má, žiaľ, svoje úskalía.

Problémy pri monitorovaní chorôb dýchacieho systému:

- v súčasnosti chýba register vybraných závažnejších respiračných chorôb, ktorý pri transformácii nemocníc ukončil svoju činnosť v roku 2004. Pre znovuzriadenie nového registra nie sú vhodné

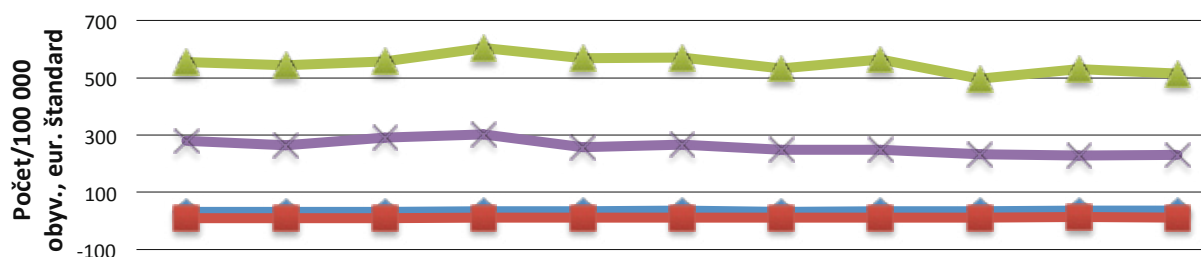
T 2.12 Choroby dýchacej sústavy – vybrané štatistické ukazovatele v SR v roku 2009

Ukazovateľ	0–85+			25–64			65+		
	Počet	/100 000 obyv. SR hrubá miera	/100 000 obyv., eur. štandard	Počet	/100 000 obyv. SR hrubá miera	/100 000 obyv., eur. štandard	Počet	/100 000 obyv. SR hrubá miera	/100 000 obyv., eur. štandard
Úmrtia	3 179	59	51	732	23	24	2 373	359	335
Hospitalizácie	87 782	1620	x	26 427	846	x	20 752	3140	x
Práceschopnosť ⁽¹⁾	x	x	x	286 342	11 951 ⁽¹⁾	x	x	x	x
Invalidizácia ⁽²⁾	x	x	x	120	5 ⁽²⁾	x	x	x	x

Zdroj: ŠÚ SR, NCZI, Sociálna poisťovňa

1 – na 100 000 zamestnaných vo veku 15–60+,

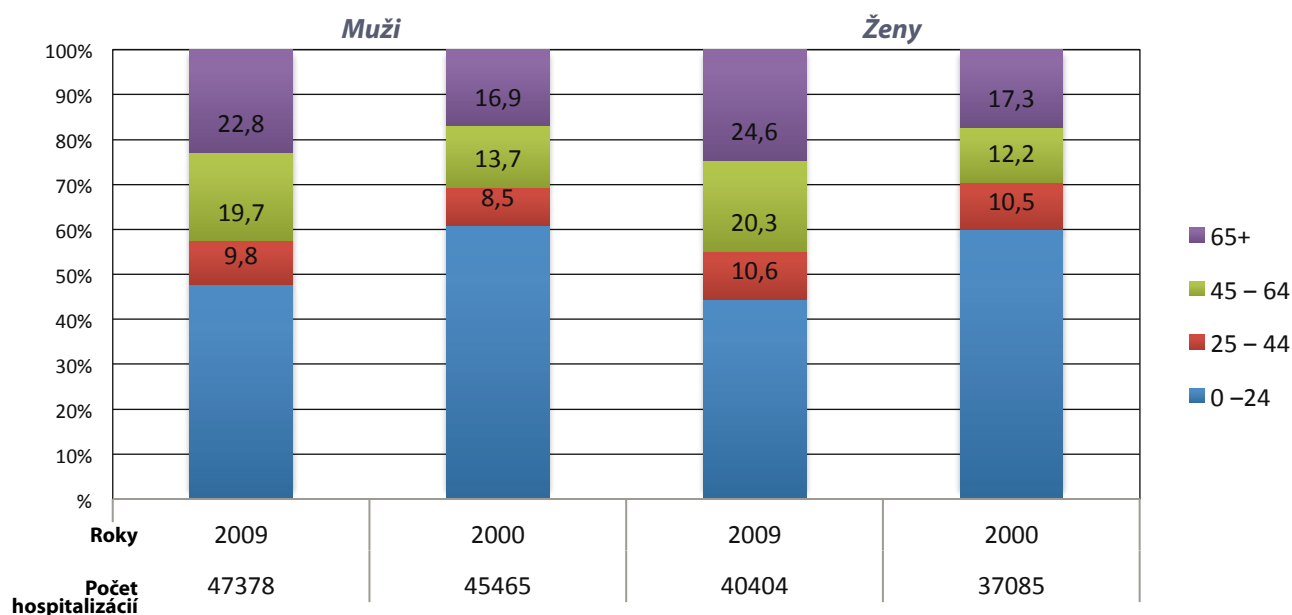
2 – na 100 000 dôchodkovo zabezpečených občanov vo veku 19–62+ (pokles práceschopnosti nad 70 %)

G 2.25 Vývoj štandardizovanej miery úmrtnosti na choroby dýchacej sústavy v SR v rokoch 2000–2010⁽¹⁾ u vybraných vekových skupín

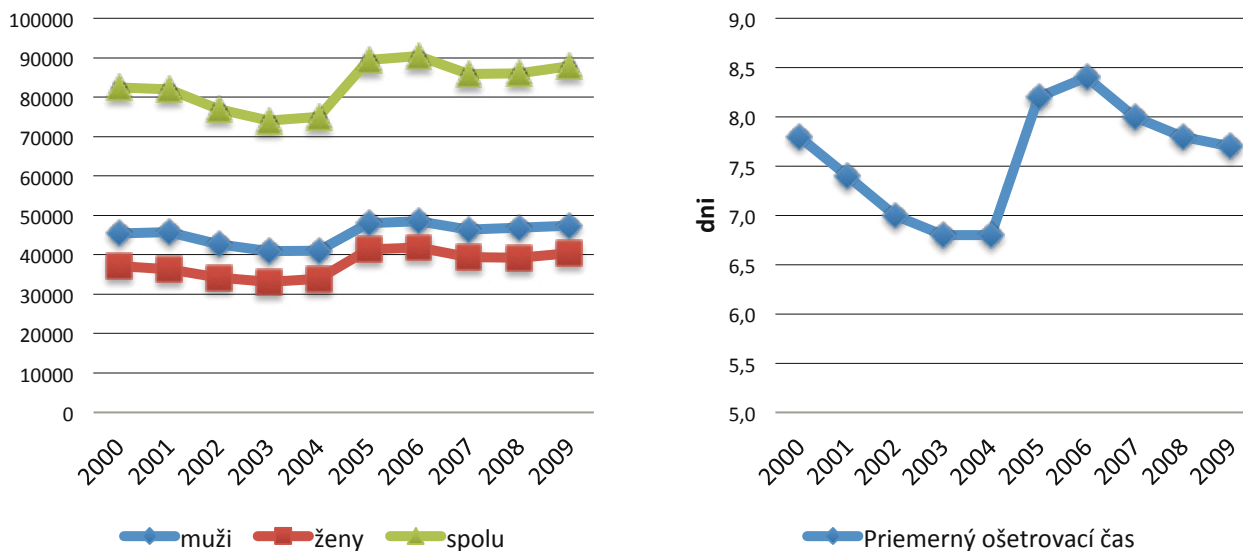
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010*
muži 25 – 64	30,6	32,0	31,1	34,1	33,2	36,7	31,5	34,8	34,4	36,0	35,2
ženy 25 – 64	9,9	9,6	9,5	10,4	10,8	11,9	12,4	10,7	11,5	13,1	12,3
muži 65+	555,1	544,0	556,8	604,8	568,1	571,1	532,7	563,9	496,4	530,9	513,6
ženy 65+	280,2	263,3	291,4	302,1	257,8	267,4	247,6	247,7	233,6	228,5	231,1

Zdroj: ŠÚ SR, NCZI, 1 – predbežné údaje

G 2.26 Podiel hospitalizácií pre choroby dýchacej sústavy v roku 2009 a 2000 v zdravotníckych zariadeniach SR podľa vekových skupín a pohlavia



Zdroj: NCZI

G 2.27 a – b Počet hospitalizácií pre choroby dýchacej sústavy a vývoj priemerného ošetrovacieho dňa v zdravotníckych zariadeniach SR v rokoch 2000–2009

Zdroj: NCZI

personálne ani materiálne podmienky na NCZI. Existencia registra by bola vítaná pre diferencie v údajoch z existujúcich zdrojov (viď. prevalencia v tejto podkapitole). Prínosom by bolo napr. aj poznanie údajov o prežívaní pacientov s chronickou obštrukčnou chorobou pľúc (či podiel úmrtí na túto chorobu), o ktoré má odborná spoločnosť záujem.

2.6. Choroby tráviacej sústavy

V roku 2009 sa v počte chorôb tráviacej sústavy podľa sledovaných ukazovateľov (na 100 000 obyvateľov) (**tabuľka T 2.13**) v porovnaní s rokom 2000 znamenali:

- v rámci celej populácie (0–85+): *pokles* v hrubej miere hospitalizovanosti iba o 2 %, miera štandardizovanej úmrtnosti bola na rovnakej úrovni,
- vo veku 25–64: *vzostup* úmrtnosti o 3 %, hospitalizácií o 10 %, prípady práceneschopnosti a invalidity o 60 %,
- vo vekovej skupine 65+: *vzostup* v miere štandardizovanej úmrtnosti o 3 %,
- v hospitalizovanosti o 10 %.

V roku 2009 boli choroby tráviacej sústavy druhou najčastejšou príčinou hospitalizácií, v práceneschopnosti im patrí štvrté miesto, v počte novopriznaných invalidných dôchodkov boli na 5. mieste (**tabuľka T 2.2**).

T 2.13 Choroby tráviacej sústavy – vybrané štatistické ukazovatele v SR v roku 2009

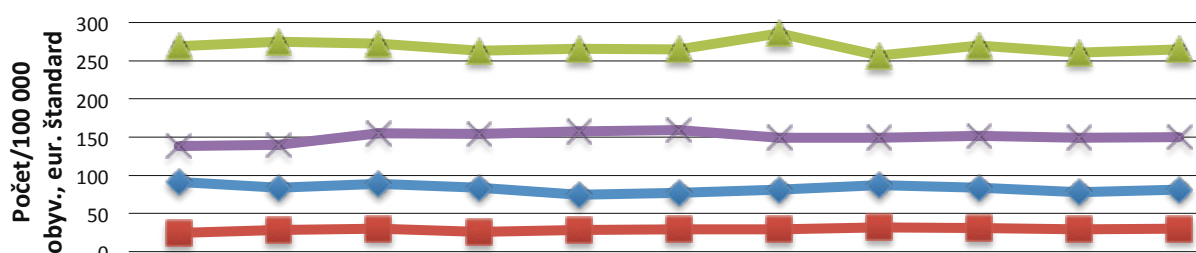
Ukazovateľ	0–85+			25–64			65+		
	Počet	/100 000 obyv. SR hrubá miera	/100 000 obyv., eur. štandard	Počet	/100 000 obyv. SR hrubá miera	/100 000 obyv., eur. štandard	Počet	/100 000 obyv. SR hrubá miera	/100 000 obyv., eur. štandard
Úmrtia	2 951	55	50	1 609	52	53	1 323	200	193
Hospitalizácie	111 859	2 064	x	54 118	1 732	x	33 467	5 064	x
Práceneschopnosť ⁽¹⁾	x	x	x	45 920	1 916 ⁽¹⁾	x	x	x	x
Invalidizácia ⁽²⁾	x	x	x	171	7 ⁽²⁾	x	x	x	x

Zdroj: ŠÚ SR, NCZI, Sociálna poisťovňa

1 – na 100 000 zamestnaných vo veku 15–60+,

2 – na 100 000 dôchodkovo zabezpečených občanov vo veku 19–62+ (pokles práceneschopnosti nad 70 %)

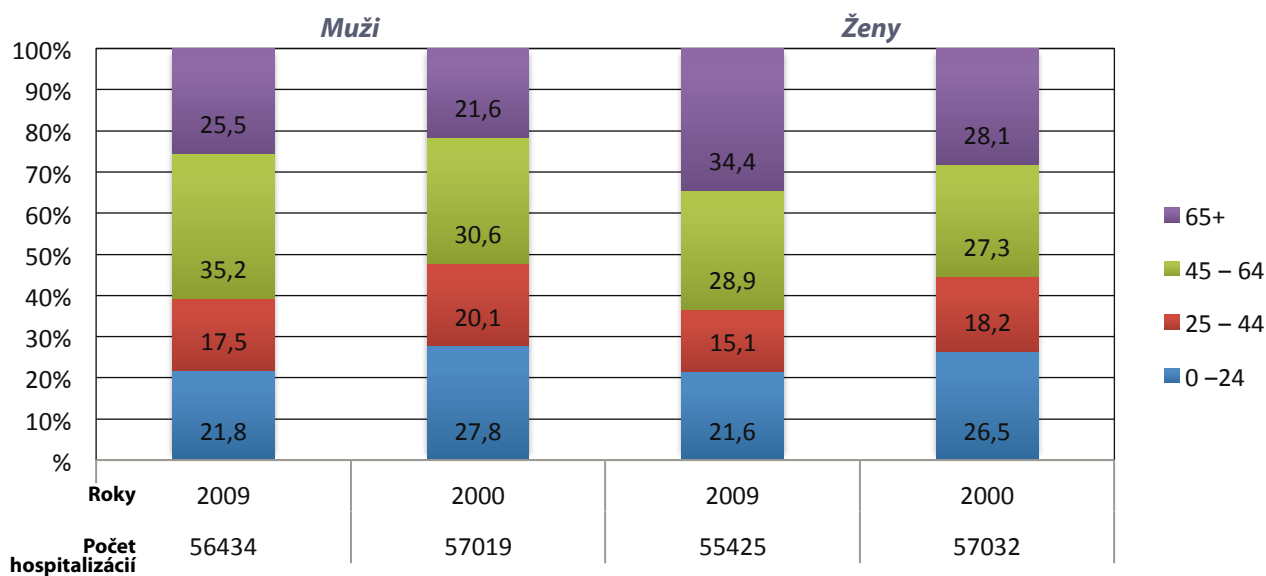
G 2.28 Vývoj štandardizovanej miery úmrtnosti na choroby tráviacej sústavy v SR v rokoch 2000–2010⁽¹⁾ vo vybraných vekových skupinách



	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010*
—♦— muži 25 – 64	91,4	83,7	89,2	83,5	74,3	76,9	81,0	87,4	83,8	78,2	81,0
—■— ženy 25 – 64	24,5	28,4	29,9	25,6	28,5	29,4	29,2	32,0	30,6	29,6	30,1
—▲— muži 65+	269,0	274,8	272,5	263,1	265,9	264,9	285,7	256,9	269,9	260,4	265,1
—×— ženy 65+	138,2	139,6	155,4	154,3	157,5	158,9	149,2	148,8	151,4	149,5	150,4

Zdroj: ŠÚ SR, NCZI, 1 – predbežné údaje

G 2.29 Podiel hospitalizácií pre choroby tráviacej sústavy v roku 2009 a 2000 v zdravotníckych zariadeniach SR podľa vekových skupín a pohlavia



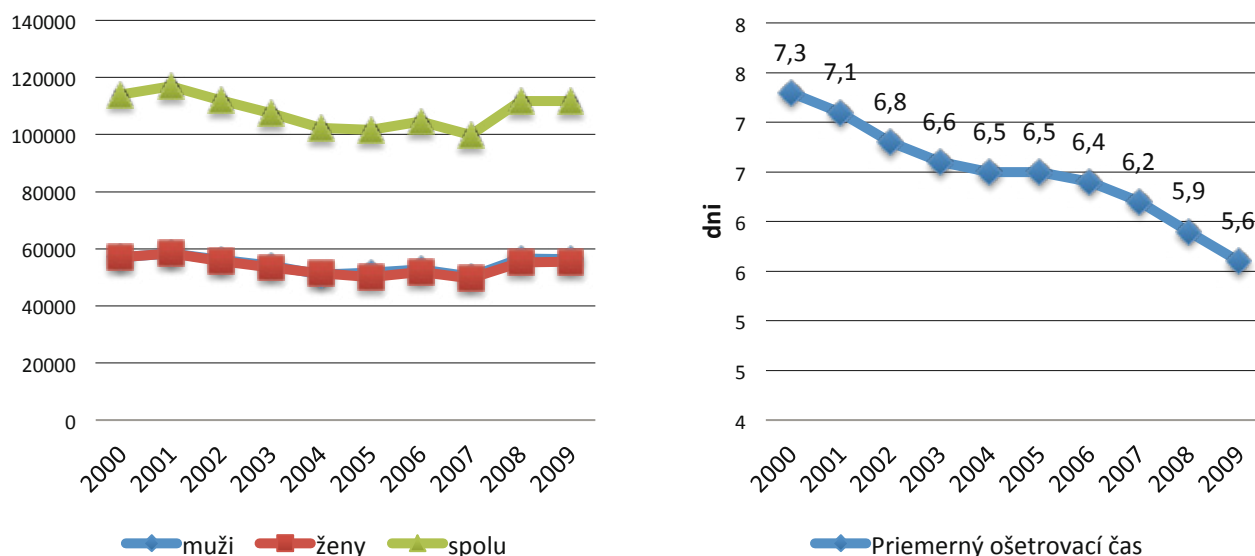
Zdroj: NCZI

Z celkového počtu úmrtí na všetky príčiny smrti v danej vekovej skupine patrí chorobám tráviacej sústavy u 65+ ročných 3% podiel, u 45–64-ročných i 25–44-ročných 10% a 11% podiel. Vývoj v miere štandardizovanej úmrtnosti na choroby tráviacej sústavy uvádza **graf G 2.28**.

Hospitalizácie. Počet hospitalizácií, priemerný ošetrovací čas i podiel vekových skupín u mužov i žien z počtu hospitalizácií uvádzajú **grafy G 2.29 a G 2.30 a – b**. Deti do 24 rokov a 65+ roční pacienti sa podieľajú na hospitalizáciách v priemere po 1/5. U mu-

žov i žien nie sú diferencie v počte hospitalizácií, priemerný ošetrovací čas sa v roku 2009 oproti roku 2000 skrátil o 1/4. Najviac hospitalizácií je zaznamenaných pre problémy so žľazou (17 000, vrátane operačného zákroku) a pre dyspepsiu (cca 12 000). Pre cirhózu bolo v roku 2009 evidovaných 3 566 hospitalizácií.

G 2.30 a – b Počet hospitalizácií pre choroby tráviacej sústavy v zdravotníckych zariadeniach SR v rokoch 2000–2009



Zdroj: NCZI

2.7. Diabetes mellitus (cukrovka)

Diabetes mellitus patrí medzi závažné chronické ochorenie, ktoré bez včasnej a správnej liečby predstavuje vysoké riziko poškodenia rôznych orgánových systémov. Zdravotný, spoločenský i sociálno-ekonomický význam tohto ochorenia je najmä v jeho vysokom výskyte v populácii (okolo 350 000 osôb), v nákladoch na celoživotnú liečbu a v znížení kvality života chorého človeka (najmä pri nekompenzovanom stave).

Vzhľadom na to, že pacienti častejšie zomierajú na sprievodné komplikácie diabetu, a to na infarkt myokardu či mozgovú príhodu (riziko úmrtia na tieto choroby je 4–6× vyššie ako u osôb bez diabetu)

a omnoho menej na metabolický rozvrat, oficiálne umiera na diabetes mellitus málo osôb. Preto je opäť dôležité pripomenúť, že je nevyhnutné čo najskôr zaviesť elektronický list o prehliadke mŕtveho, z ktorého by všetky sprievodné choroby boli k dispozícii (pre analýzu prežívania diabetikov so stratifikáciou ich rizík). Pre vyhodnocovanie efektivity manažovania pacientov s diabetom je to dôležité.

V roku 2009 sa na cukrovku podľa sledovaných ukazovateľov (na 100 000 obyvateľov) (**tabuľka T 2.14**) v porovnaní s rokom 2000 zaznamenal:

- v rámci celej populácie (0–85+): vzostup hospitalizácií o 5 % (diabetici sú väčšinou riešení ambulantne, s výnimkou detí, ktoré sú pri zistení choroby nastavované na inzulín v nemocnici alebo

T 2.14 Diabetes mellitus – vybrané štatistické ukazovatele v SR v roku 2009

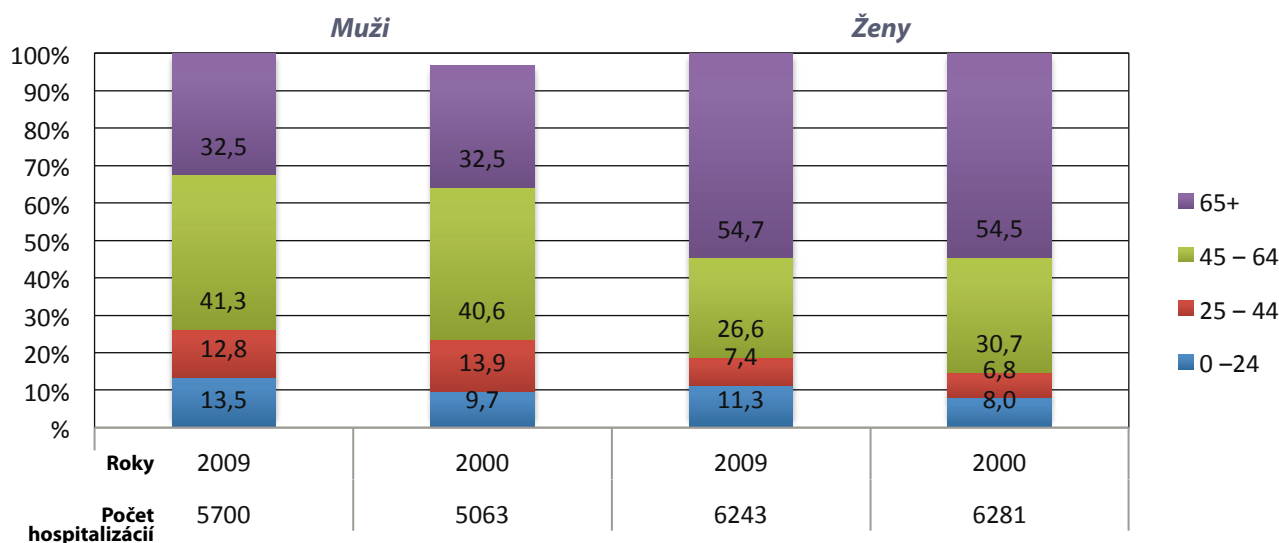
Ukazovateľ	0–85+			25–64			65+		
	Počet	/100 000 obyv. SR hrubá miera	/100 000 obyv., eur. štandard	Počet	/100 000 obyv. SR hrubá miera	/100 000 obyv., eur. štandard	Počet	/100 000 obyv. SR hrubá miera	/100 000 obyv., eur. štandard
Úmrtia	674	12	11	149	5	5	523	79	74
Hospitalizácie	11 943	220	x	5 203	167	x	5 265	797	x
Práceschopnosť ⁽¹⁾	x	x	x	1 650	69 ⁽¹⁾	x	x	x	x
Invalidizácia ⁽²⁾	x	x	x	327	15 ⁽²⁾	x	x	x	x

Zdroj: Štatistický úrad SR, NCZI, Sociálna poisťovňa

1 – na 100 000 zamestnaných vo veku 15–60+,

2 – na 100 000 dôchodkovo zabezpečených občanov vo veku 19–62+ (pokles práceschopnosti nad 70 %)

G 2.31 Podiel hospitalizácií pre diabetes mellitus v roku 2009 a 2000 v zdravotníckych zariadeniach SR podľa vekových skupín a pohlavia



Zdroj: NCZI

v prípadoch metabolického rozvratu), úmrtnosť stúpala o 16 % (má však dlhodobu nízku mieru – vid'. vyššie).

- vo veku 25–64: vzostup úmrtnosti o 40 %, hospitalizácií o 9 %, prípady
- práceneschopnosti klesli o 50 %, invalidita naopak dvojnásobne stúpala,
- vo vekovej skupine 65+: počet hospitalizácií klesol o 6 %, úmrtnosť o 14 %.

Údaje o úmrtnosti nie sú validné: ide o malé čísla, úmrtia na DM sú podhodnocované (vid'. vyššie).

V podiele vekových skupín z počtu hospitalizácií pre DM dominujú u žien 65+ ročné, u mužov 45–64-roční (**graf G 2.31**). Celkový počet hospitalizácií sa pohybuje na úrovni 12 000 ročne.

Prevalencia. K 31. 12. 2009 bolo podľa výkazu o činnosti diabetologických ambulancií (NCZI) evidovaných 334 000 diabetikov, čo je okolo 7 % z populácie. Ich počet sa od roku 1980 zdvojnásobil, v roku 2000 sa vykazovalo 256 000 diabetikov. Vzostup ochorenia súvisí s vysokou prevalenciou obezity v populácii, s tým spojeného rizika metabolického syndrómu, nástupu inzulinovej rezistencie v rozpätí od 10 do 20 rokov, s postupnými klinickými prejavmi diabetu 2. typu. K 31. 12. 2009 bol oproti roku 2000 evidovaný vzostup počtu pacientov s komplikáciami, a to najmä u osôb s hypertenziou a dyslipidémiou (**graf G 2.32**).

Incidenca. V roku 2009 bolo evidovaných 56 318 prípadov novozisteného diabetu, z nich 1 310 gestač-

ného), v roku 2000 ich bolo hlásených okolo 220 000 (gestačný do 1000).

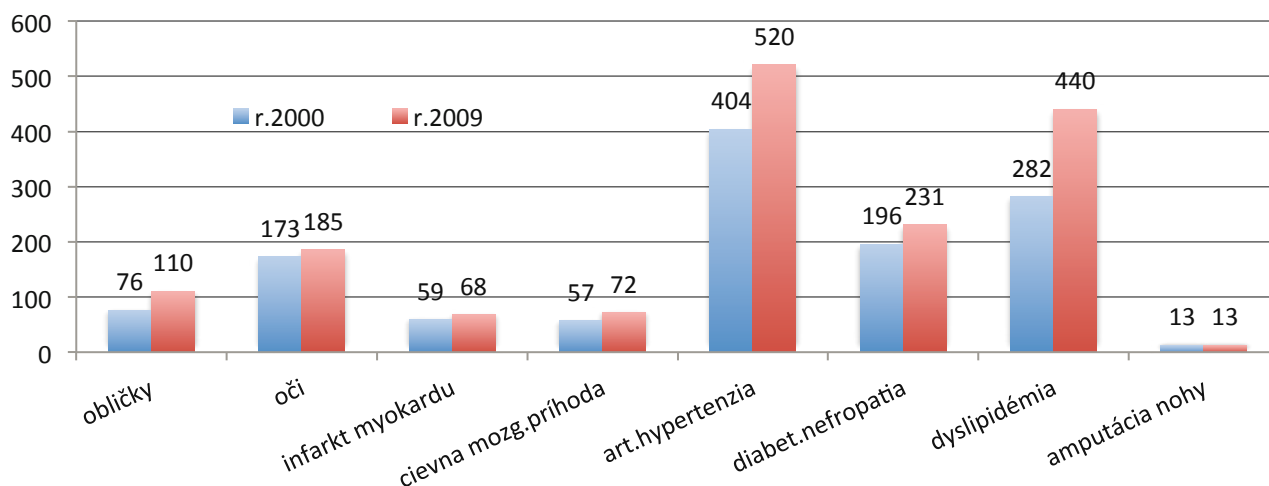
V roku 2009 mali pacienti s novozisteným diabetom vysokú prevalenciu hypertenzie a dyslipidémie (po 1/3), neuropathiu malo 16 %, očné komplikácie (12 %).

Včasnému záchytu osôb už s prediabetom je potrebné venovať viac pozornosti (!).

Problémy pri monitorovaní vývoja diabetes mellitus:

- Problémom pri objektivizácii reálneho stavu môže byť skutočnosť, že nemáme zavedený systém, ktorý by agregované dáta z hlásení o činnosti diabetologických ambulancií orientačne „skontroloval“.
- Diabetici na diéte nemusia byť sledovaní u špecialistu, ale u všeobecného lekára, ktorý nemá túto hlásnu povinnosť.
- Objektívitu údajov môžu navyše skresliť aj administratívne nedostatky pri neodovzdávaní dokumentácii pri prechode k inému špecialistovi, takže pacient sa vyказuje duplicitne (pričom nie je výnimkou, že pacient navštevuje aj viacerých špecialistov, ktorí si ho evidujú).
- Prínosom pre poznanie výskytu diabetikov by bolo zavedenie centrálnej registrácie (ak už nie registra) pacientov s diabetom 2. typu (register DM 1 u detí funguje v SR už 25 rokov) (pozri podkapitola 2.11), a to napr. v spolupráci so zdravotnými poisťovňami. Mohlo by sa optimalizovať kódovanie

G 2. 32 Počet komplikácií na 1000 diabetikov v SR k 31. 12.2000 a k 31. 12. 2009



Zdroj: NCZI

diagnóz, v ktorom by sa, pri vykazovaní výkonu lekárov pre poisťovne, rozlišovala diagnóza suspektá a potvrdená. Pre objektívnejšie zisťovanie prevalencie (nielen) diabetu v SR by to bolo optimálnejšie riešenie. Lekári by potom nemuseli prípady diabetu (a možno aj iné skupiny chorôb) hlásiť NCZI.

2.8. Duševné choroby

V dokumente „Zdravie 21 – zdravie pre všetkých v 21. storočí“ sa v kapitole 4 – Prevencia a zvládanie (regulácia, kontrola) výskytu chorôb a úrazov bola podľa prognóz Murraya a Lopeza v súvislosti s prognózami so zaťažením krajín chorobami do roku 2020, samostatná veľká depresia na 2. mieste v roku 1990 a v roku 2020 by si mala udržať 3. miesto pri nezmenenom percente z celkového zaťaženia krajín chorobami (6,1 %).

Problematicke duševných chorôb sa v posledných rokoch venuje veľká pozornosť, sme svedkami odta-buizovania tejto problematiky zakladaním združení na občianskom princípe a rôznymi inými aktivitami, ktorými sa tento problém v populácii medializuje (Liga za duševné zdravie).

V roku 2009 sa vo vývoji duševných chorôb podľa vybraných ukazovateľov (na 100 000 obyvateľov) (**tabuľka T 2.15**) v porovnaní s rokom 2000 zaznamenal:

- v rámci celej populácie (0–85+): *vzostup* počtu hospitalizácií o 27 % (hrubé miery),
- vo veku 25–64: *nárast* hospitalizácie o 17 %, *pokles* prípadov práceneschopnosti o 42 %, invalidity o 15 %,
- vo vekovej skupine 65+: o 20 % vyšší počet hospitalizácií na 100 000 65+ obyvateľov.

V roku 2009 sa duševné choroby nezaradili medzi päť najčastejších príčin ani v hospitalizáciách, ani v práceneschopnosti, ale v počte novoprizna-

T 2.15 Duševné choroby – vybrané štatistické ukazovatele v SR v roku 2009

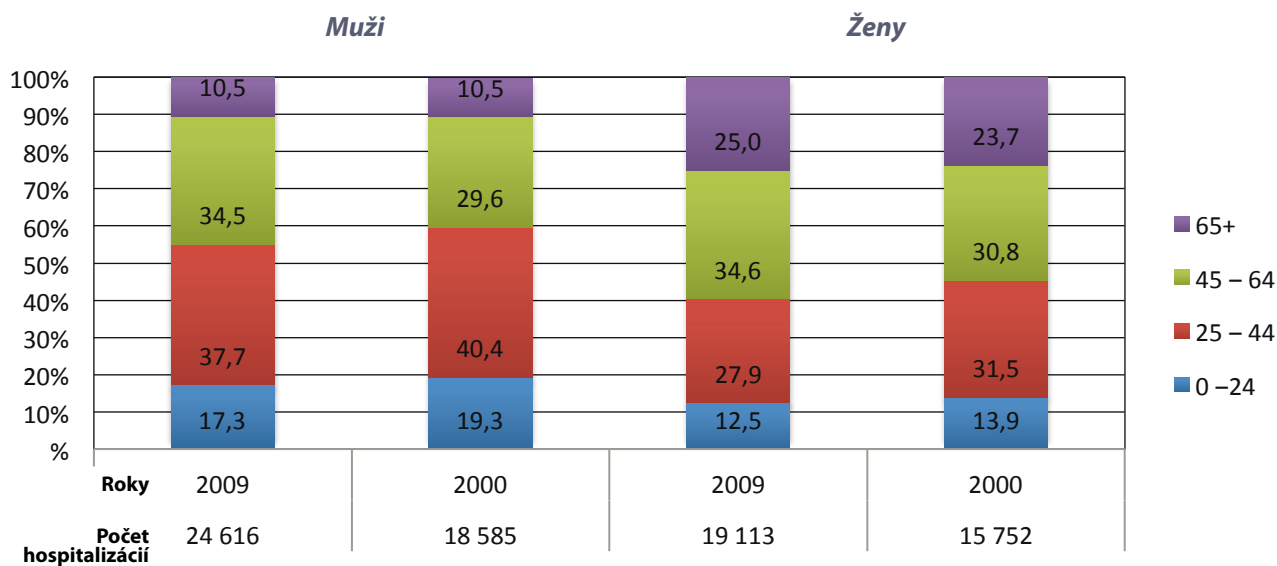
Ukazovateľ	0–85+			25–64			65+		
	Počet	/100 000 obyv. SR hrubá miera	/100 000 obyv., eur. štandard	Počet	/100 000 obyv. SR hrubá miera	/100 000 obyv., eur. štandard	Počet	/100 000 obyv. SR hrubá miera	/100 000 obyv., eur. štandard
Hospitalizácie	43 729	807	x	29 723	951	x	7 358	1 113	x
Práceneschopnosť ⁽¹⁾	x	x	x	14 837	620 ⁽¹⁾	x	x	x	x
Invalidizácia ⁽²⁾	x	x	x	1 449	67 ⁽²⁾	x	x	x	x

Zdroj: ŠÚ SR, NCZI, Sociálna poisťovňa

1 – na 100 000 zamestnaných vo veku 15–60+,

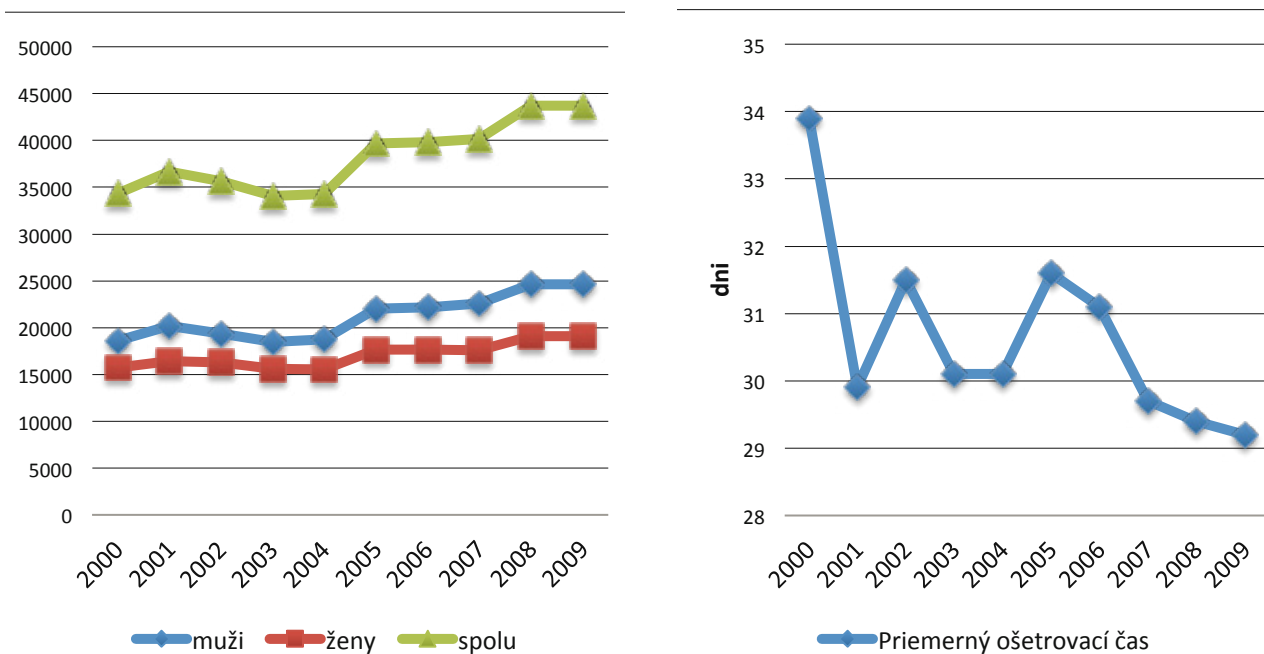
2 – na 100 000 dôchodkovo zabezpečených občanov vo veku 19–62+ (pokles práceneschopnosti nad 70 %)

G 2.33 Podiel hospitalizácií pre duševné choroby v roku 2009 a 2000 v zdravotníckych zariadeniach SR podľa vekových skupín a pohlavia



Zdroj: NCZI

G 2.34 a – b Počet hospitalizácií pre duševné poruchy a poruchy správania v zdravotníckych zariadeniach SR v rokoch 2000–2009



Zdroj: NCZI

ných invalidných dôchodkov im patrilo 3. miesto (**tabuľka T 2.2**).

Hospitalizácie. Počet hospitalizácií od roku 2000 stúpa. Priemerný ošetrovací čas v roku 2009 v porovnaní s rokom 2000 klesol o 10%, podielu celkového počtu ošetrovacích dní patrí duševným chorobám po chorobách obehovej sústavy 2. miesto. Z vekových skupín dominujú v hospitalizáciách 25–44-roční (**grafy G 2.33 a G 3.4 a – b**).

2.9. Choroby svalovej, kostrovej sústavy a spojivového tkaniva

V roku 2009 sa vo vývoji chorôb svalovej, kostrovej sústavy a spojivového tkaniva podľa vybraných ukazovateľov (na 100 000 obyvateľov) (**tabuľka T 2.13**) v porovnaní s rokom 2000 zaznamenal:

- v rámci celej populácie (0–85+): *vzostup* počtu hospitalizácií o takmer 40%,
- vo veku 25–64: *vzostup* hospitalizácií o 15%, *pokles* prípadov práceneschopnosti i invalidity o 50%,
- vo vekovej skupine 65+: o 73 % *vyšší* počet hospitalizácií na 100 000 65+ obyvateľov.

V roku 2009 sa choroby svalovej a kostrovej sústavy zaradili na druhé miesto v práceneschopnosti, v počte novopriznaných invalidných dôchodkov im patrilo 4. miesto (**tabuľka T 2.2**), v hospitalizáciách sa nezaradili medzi päť najčastejších. Podľa zistenia ŠÚ SR (EHIS, pozri podkap. 2.12) a následných prepočtov na populáciu 15+, trpí napríklad chronickými bolesťami chrbta takmer 500 000 osôb.

Počet hospitalizácií od roku 2000 stúpa, ošetrovací čas klesá (**grafy G 2.35 a – b**). Celkový ošetrovací čas v roku 2009 v porovnaní s rokom 2000 stúpol

T 2.16 Choroby svalovej, kostrovej sústavy a spojivového tkaniva – vybrané štatistické ukazovatele v SR v roku 2009

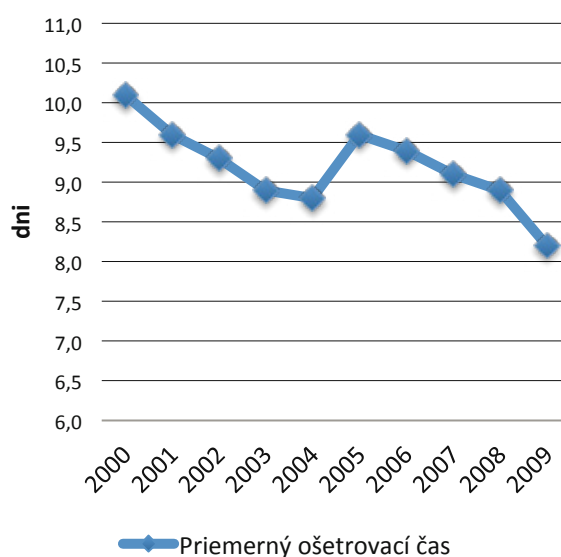
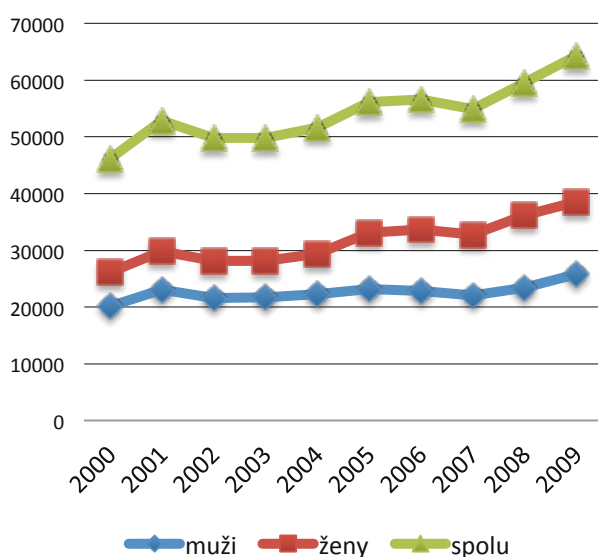
Ukazovateľ	0–85+			25–64			65+		
	Počet	/100 000 obyv. SR hrubá miera	/100 000 obyv., eur. štandard	Počet	/100 000 obyv. SR hrubá miera	/100 000 obyv., eur. štandard	Počet	/100 000 obyv. SR hrubá miera	/100 000 obyv., eur. štandard
Hospitalizácie	64 247	1 187	x	38 093	1 219	x	21 273	3 219	x
Práceneschopnosť ⁽¹⁾	x	x	x	153 953	6 428 ⁽¹⁾	x	x	x	x
Invalidizácia ⁽²⁾	x	x	x	396	18 ⁽²⁾	x	x	x	x

Zdroj: ŠÚ SR, NCZI, Sociálna poisťovňa

1 – na 100 000 zamestnaných vo veku 15–60+,

2 – na 100 000 dôchodkovo zabezpečených občanov vo veku 19–62+ (pokles práceneschopnosti nad 70 %)

G 2.35 a – b Počet hospitalizácií pre choroby svalovej a kostrovej sústavy a spojivového tkaniva v zdravotníckych zariadeniach SR v rokoch 2000–2009



Zdroj: NCZI

o 15 %. Najvyšší podiel hospitalizácií v tejto skupine chorôb patrí dorzopatiám (M 50–54) so 46 % a artrózam (M15–19) s takmer 20 %, a to najmä u 45–64-ročných.

2.10. Deti a mládež vo veku do 24 rokov

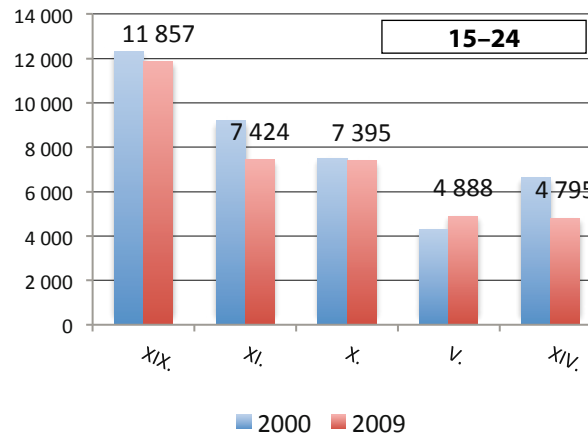
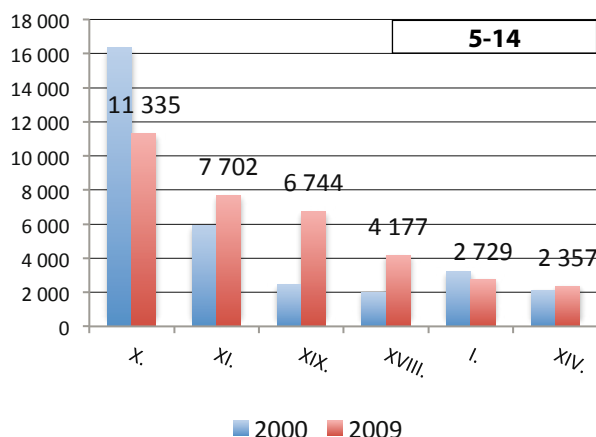
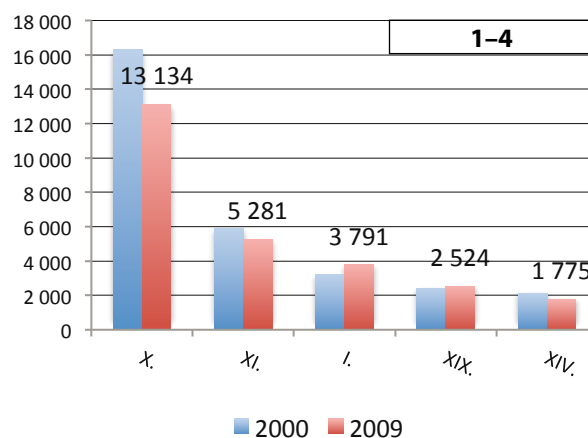
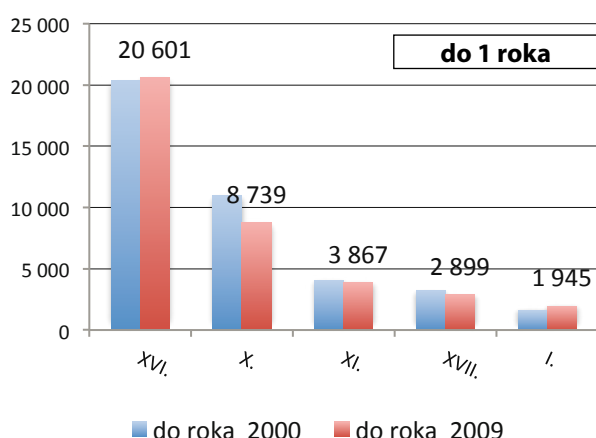
Osobitnou skupinou populácie, ktorej by sa v prevencii chorôb i v poskytovaní zdravotnej starostlivosti mala venovať veľká pozornosť sú deti do 14 rokov a mládež od 15 do 24 rokov. Túto vekovú hranicu majú v starostlivosti všeobecní lekári pre deti a dorast i príslušní špecialisti.

Mnohé choroby/chorobné stavy sú typické pre daný vek, resp. sú v danom veku frekventovanejšie. Vo všeobecnosti medzi najčastejšie choroby patria

choroby s kratšou inkubačnou dobou pre vysokú manifestnosť prenosu choroby pôvodcom nákazy. Ide najčastejšie o ochorenia dýchacej a tráviacej sústavy, respektíve bežné detské aj infekčné ochorenia. Inou kapitolou u detí a mládeže sú úrazy. Medzi závažnejšie ochorenia, aj keď s nízkou incidenciou v populácii, zase patria napríklad vrodené vývojové chyby a diabetes mellitus.

Hospitalizácie. Z počtu hospitalizácií u detí do 1 roka dominujú ich problémy v perinatálnom období, t.j. pri pôrode matky, ktorý svojim priebehom môže ohroziť dieťa. Takmer 21 000 takýchto detí predstavuje veľmi vysoký podiel k počtu narodených detí (okolo 35 %). Každé 3. narodené dieťa by podľa toho malo byť rizikové? Toto zistenie by sa malo overiť u odborníkov. U detí vo veku 1–4 a 5–14 rokov dominujú cho-

G 2.36 a – d Zmeny v počte najčastejších hospitalizácií u detí a dorastu v zdravotníckych zariadeniach SR v roku 2009 a 2000 podľa kapitol 10. MKCH⁽¹⁾ z celkového počtu hospitalizácií v príslušných vekových skupinách



Zdroj: NCZI

1 – kapitoly 10. MKCH: I. – Infekčné a parazitárne choroby, V. – Duševné poruchy a poruchy správania, X. – Choroby tráviacej sústavy, XIV. – Choroby močovej a pohlavnej sústavy, XVI. – Niektoré choroby vznikajúce v perinatálnom období, XVII. – Vrodené chyby, XVIII. – Subjektívne a objektívne príznaky, abnormálne nálezy nezatriedené inde, XIX. – úrazy

roby dýchacej sústavy, u 15–24-ročných úrazy (**grafy G 2.36 a – d**).

Poranenia, otravy a niektoré iné následky vonkajších príčin (ďalej ako úrazy) majú v porovnaní s inými chorobnými stavmi osobitné postavenie pre svoj náhly vznik. Podľa prieskumu o výskyte úrazov z roku 2009, koordinovanom odborom hygieny detí a mládeže na ÚVZ SR sa zistilo, že z počtu 5 535 detí (respondentov) si pri úraze takmer 60 % detí vyžiadalo lekárske ošetrenie, hospitalizovaných bolo takmer 12 %. Takže z počtu ošetrovaných detí bola 1/5 indikovaná k hospitalizácii⁽¹⁶⁾. Počet hospitalizácií detí vo veku do 24 rokov predstavuje okolo 20 000 hospitalizácií (so všetkými prekladmi). Len malý počet úrazov skončí úmrtím, z nich 1/5 ako následok dopravných nehôd, často s dieťaťom ako vinníkom (chodci, cyklisti)⁽¹²⁾.

Priemerný počet úmrtí na všetky príčiny smrti v sledovaných obdobiach podľa vekových skupín a pohlavia uvádza **tabuľka T 2.17**. Úmrtia pre úrazy tvoria zo všetkých príčin smrti u 15–24-ročných chlapcov až 70 %, u dievčat 40 % (**grafy G 2.37 a – b**).

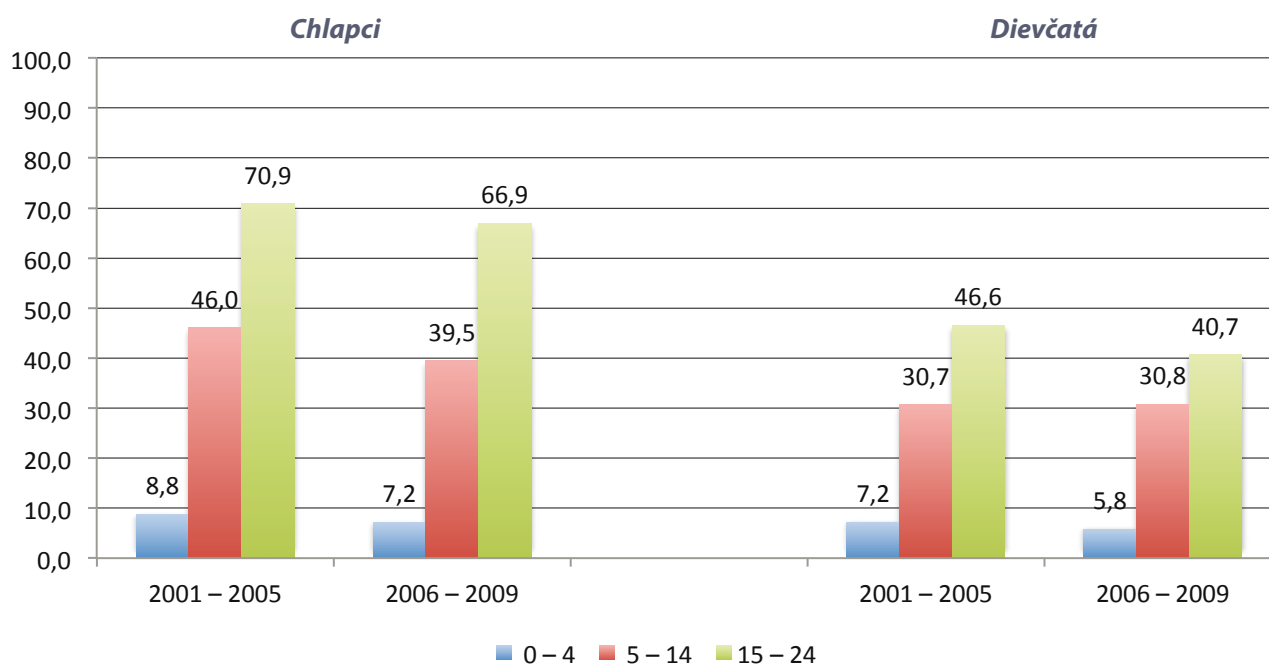
Medzi závažné choroby aj v detskom veku patrí diabetes mellitus 1. typu. Register DM 1 u detí existuje na Slovensku už 25 rokov (od roku 2002 ho má v správe NCZI).

Novozistené prípady DM 1, incidencia. Od roku 1986 sa ročný počet pacientov s DM zdvojnásobil, a to od 76 prípadov na 153. Miera hrubej incidence sa od roku 1986 do roku 2009 strojnásobila zo 6 na 18 na 100 000 (**graf G 2.38**) (Hlava, NCZI).

T 2.17 Priemerný počet úmrtí na všetky príčiny smrti v SR v sledovaných obdobiach podľa vekových skupín a pohlavia⁽²⁾

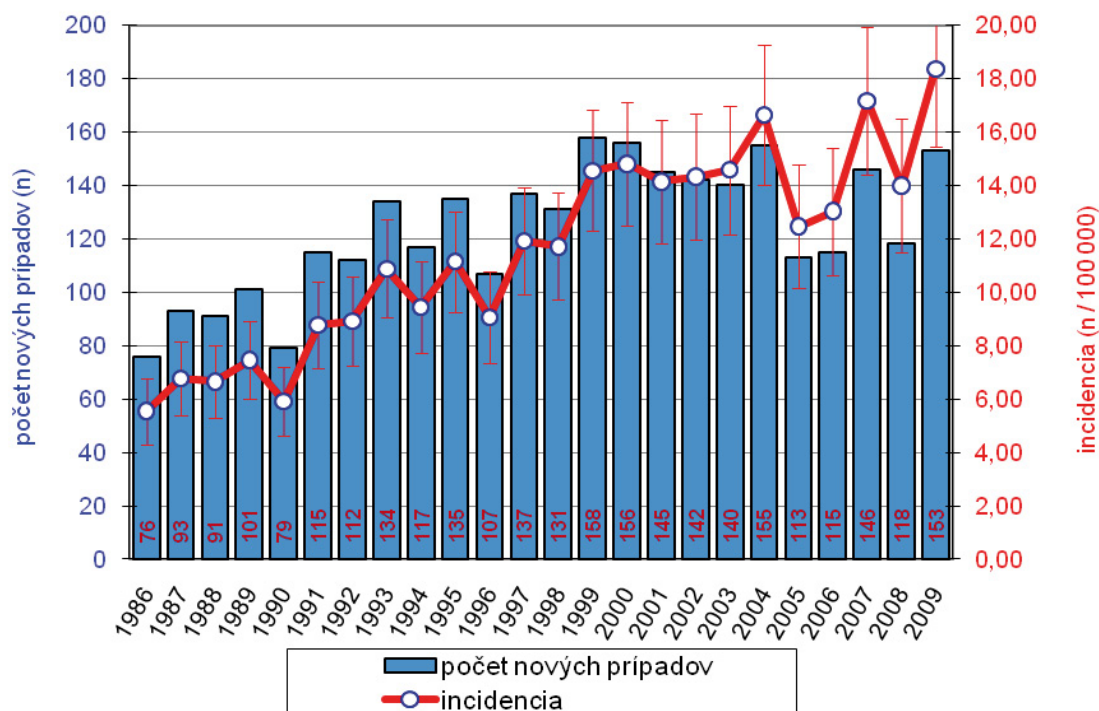
Roky	Pohlavie	Úmrtia podľa vekových skupín		
		0–4	5–14	15–24
2001–2005	chlapci	22	38	247
	dievčatá	15	16	57
2006–2009	chlapci	17	26	216
	dievčatá	10	13	38

G 2.37 a – b Podiel úmrtí v dôsledku úrazov z priemerného počtu úmrtí na všetky príčiny smrti v SR v sledovaných obdobiach podľa vekových skupín (v %).



¹⁶ Hamade, J., Janechová, H. a kol.: Závěrečná správa projektu – „Monitoring úrazovosti u detí predškolského a školského veku“, 2010

G 2.38 Vývoj incidencie diabetes mellitus 1. typu vo vekovej skupine 0–14-ročných detí v SR od roku 1986



Zdroj: NCZI/ Národný register diabetes mellitus 1 u detí

2.11. Prieskumy o otázkach zdravia

Na monitorovanie zdravotného stavu populácie sú veľmi vhodnou formou aj anketové prieskumy a výberové zisťovania u obyvateľstva. Na Slovensku realizoval rôzne prieskumy už neexistujúci Ústav pre výskum verejnej mienky, ktorých súčasťou boli mnohokrát otázky o zdraví, resp. otázky úzko špecializované na konkrétny jav (napr. fajčenie, drogy), pri ktorých spolupracovali súčasné úrady verejného zdravotníctva.

V roku 2009 Štatistický úrad SR (ŠÚ SR) vykonal na základe harmonizovanej metodiky vypracovanej Eurostatom výberové zisťovanie o zdraví u obyvateľstva Slovenska – Európske zisťovanie o zdraví (EHIS 2009). Cieľom prvého zisťovania EHIS, do ktorého sa zapojilo okrem Slovenska aj mnoho európskych krajín, bolo pripraviť sa na systematickú tvorbu štatistík o zdraví obyvateľov v krajinách Európskej únie, získať štatistické údaje a informácie pre medzinárodné porovnanie Slovenska v rámci EÚ a súčasne na analýzy zdravotného stavu populácie v SR. Zisťovanie EHIS sa bude realizovať v krajinách EÚ každých päť rokov.

Keďže EHIS 2009 bolo prvé štatistické zisťovanie tohto druhu v SR, výsledky zisťovania budú predstavovať významný a nenahraditeľný zdroj informácií o zdraví populácie.

Dotazník EHIS 2009 pozostával zo štyroch modulov: o zdravotnom stave, o zdravotnej starostlivosti, o faktoroch ovplyvňujúcich zdravie a modul so základnými informáciami o respondentovi a domácnosti, v ktorej žije.

Zber údajov prebiehal na celom území SR od polovice septembra do konca októbra 2009. Činnosť opytovateľov usmerňoval ŠÚ SR prostredníctvom svojich pracovísk v krajinách, ktorí oslovovali respondentov na základe metódy oblastného náhodného výberu. Opytovatelia získali informácie od 4 972 osôb vo veku 15 rokov a viac.

Z predbežných výstupov (zverejnených na tlačovej besede ŠÚ SR v novembri 2010) sú veľmi zaujímavé výsledky o sebahodnotení zdravia, miere obmedzenia v bežných činnostiach kvôli zdravotnému problému, výskytu vybraných dlhotrvajúcich ochorení alebo zdravotných problémov, používaní okuliarov a kontaktných šošoviek, výške a váhe respondenta, fajčenia a o konzumácii alkoholu.

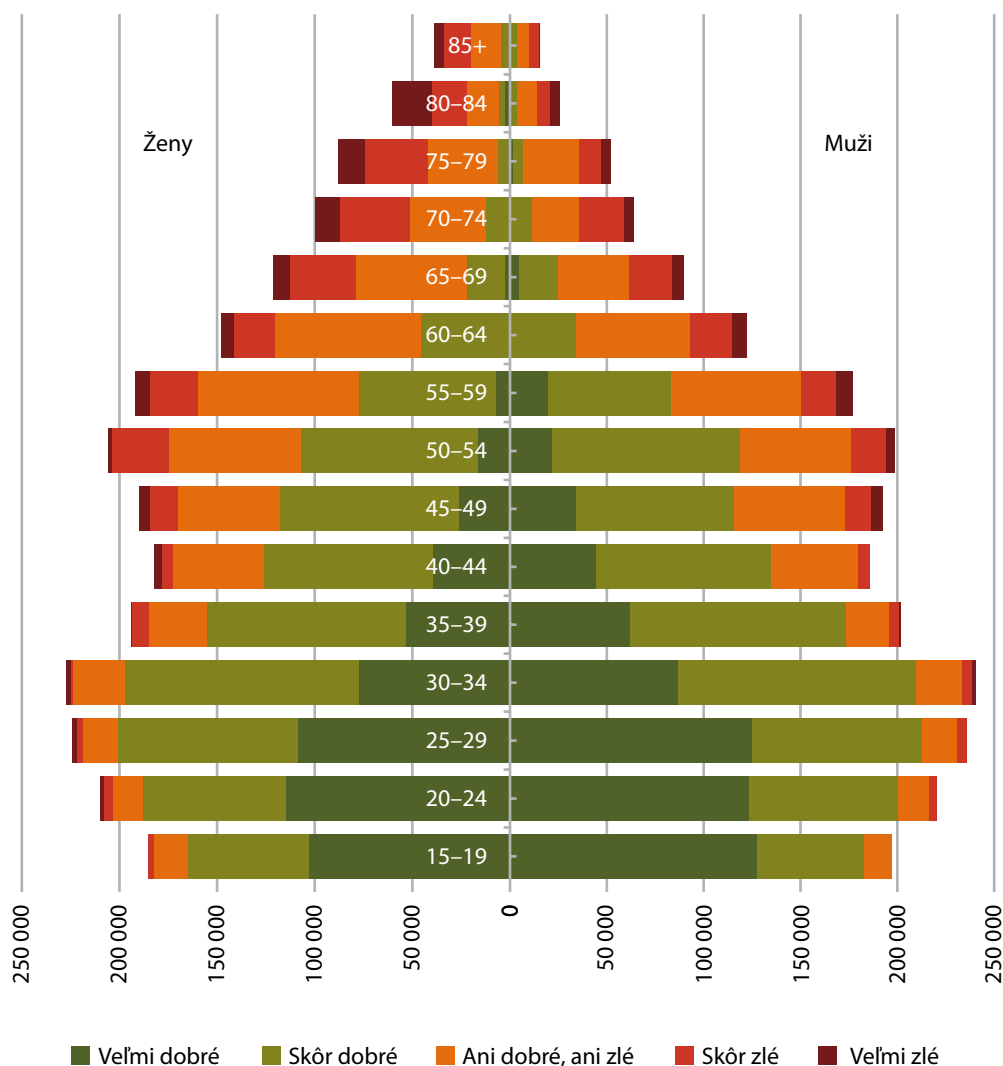
Sebahodnotenie zdravia

- 64,1 % sledovanej populácie hodnotí svoje zdravie ako „veľmi dobré alebo skôr dobré“ (68,1 % mužov a 60,3 % žien), ako „skôr zlé alebo veľmi zlé“ 12,2 % populácie (9,8 % mužov a 14,5 % žien). Proporcii všetkých odpovedí podľa vekových skupín a pohlavia na pozadí počtu respondentov prevážaných na populáciu SR uvádza **graf G 2.39**.

Vybrané dlhotrvajúce ochorenia alebo zdravotné problémy

- 57,1 % sledovanej populácie uviedlo, že má dlhotrvajúce alebo chronické ochorenie alebo dlhotrvajúci zdravotný problém.

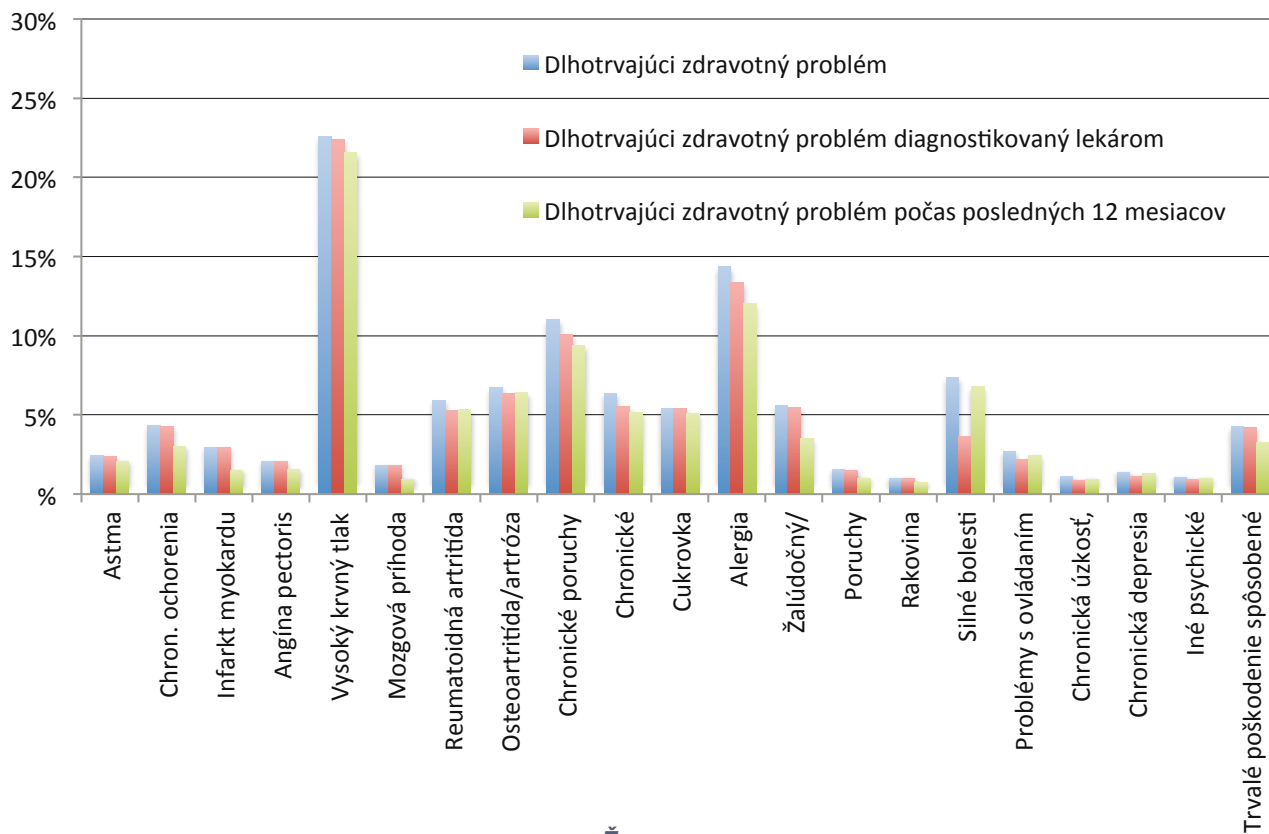
- Najrozšírenejším zdravotným problémom počas posledných 12 mesiacov bol vysoký krvný tlak, ktorý uviedlo 27,6 % žien a 21,6 % mužov. Na druhom a treťom mieste boli u mužov alergie (okolo 12 %) a chronické bolesti chrbta (10 %) (**graf G 2.40 a**), u žien bolesti hlavy (19,3 %) a alergie (16,0 %) (**graf G 2.40 b**).
- U mužov boli uvedené zdravotné problémy diagnostikované lekárom vo viac ako 80 % prípadov, s výnimkou bolestí hlavy (49,2 % prípadov). U žien bolo na menej ako 80 % prípadov diagnostikovaných lekárom pri bolestiach hlavy (51,4 %), pri chronickej úzkosti a strachu (69,0 %) ako aj u problémov s ovládaním močového mechúra (77,4 %) (**grafy G 2.40 a – b**).

G 2.39 Celkové hodnotenie zdravia

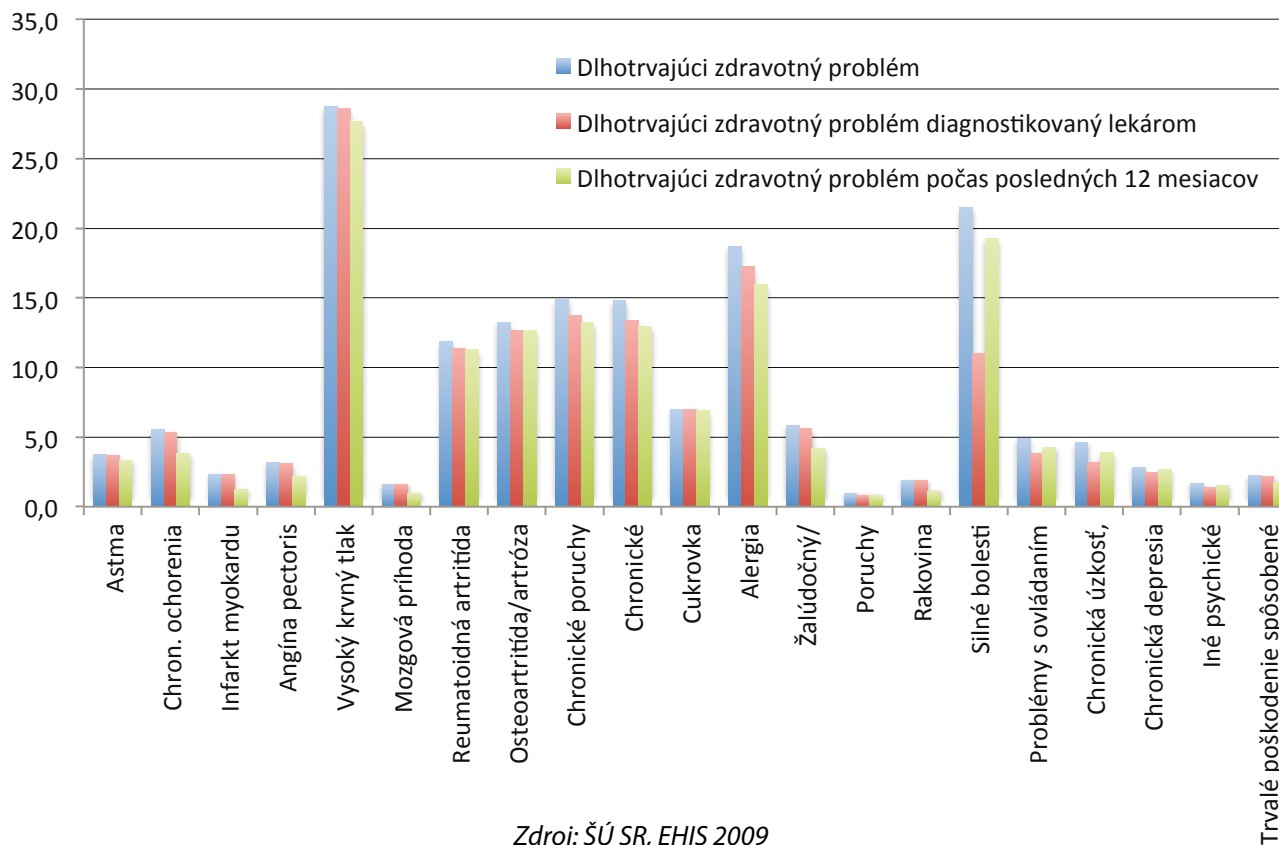
Zdroj: ŠÚ SR, EHIS 2009

G 2.40 a – b Výskyt dlhotrvajúcich zdravotných problémov v 15+ populácii SR

Muži



Ženy



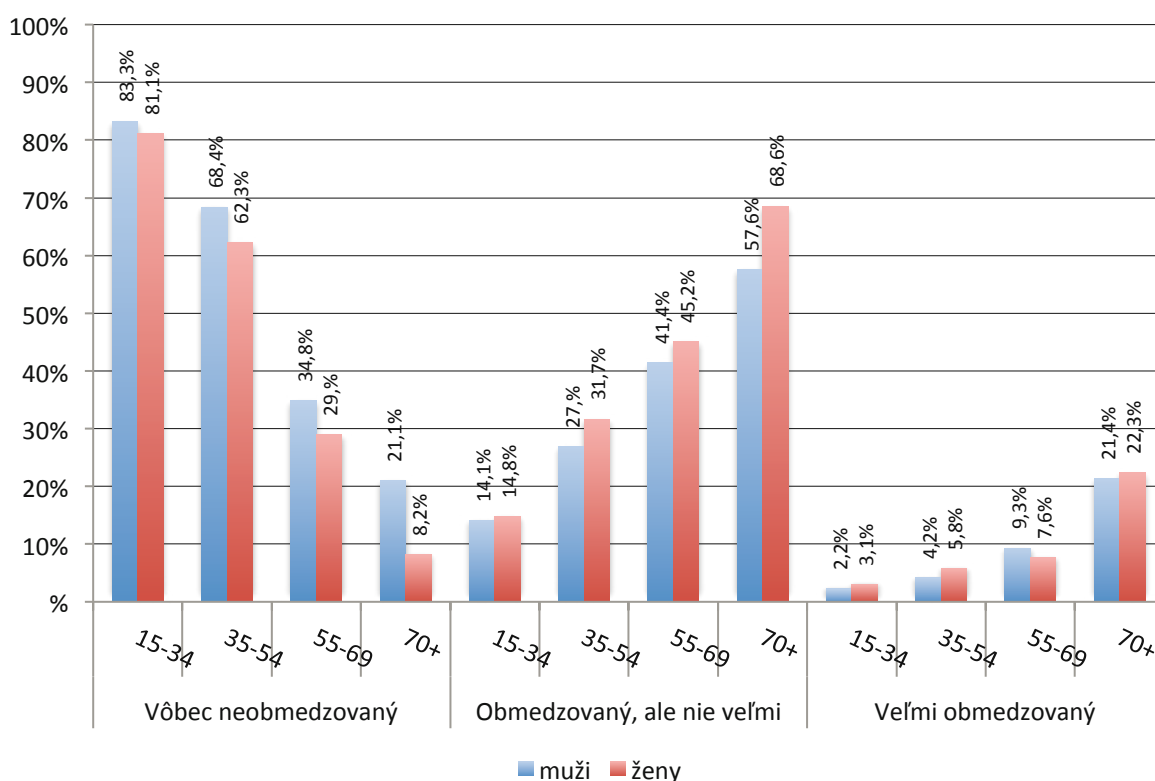
Zdroj: ŠÚ SR, EHIS 2009

Obmedzenie bežných činností kvôli zdravotnému stavu.

- veľké fyzické obmedzenie sa zaznamenalo až u starších ako 70 rokov, u ktorých sa to týka každého piateho človeka, a to u oboch pohlaví (**graf G 2.41**). Čiastočné obmedzenie v tejto populácii udáva 60 % mužov a 70 % žien starších ako 70 rokov.

Antropometrické ukazovatele

- z údajov o výške a váhe sa vypočítali údaje o BMI (Body Mass Index), ktorý hovorí o telesnej hmotnosti človeka. V 15 a viac ročnej populácii *podváhu* vykazuje celkovo 4,5 %, *odporúčanú hmotnosť* malo 45,1 % populácie. *Nadváhou* trpí 33,0 % a *obezitou* 13,9 % tejto populácie. Podrobnejšie

G 2. 41 Miera obmedzenia bežných činností kvôli zdravotnému stavu v 15+ populácii SR

Zdroj: SÚ SR, EHIS 2009

údaje podľa vekových skupín a pohlavia uvádza **graf G 2.42**.

Fajčenie

- 19,4 % populácie vo veku 15 rokov a viac uviedlo, že fajčí denne (26,9 % mužov a 12,4 % žien), príležitostne fajčí 8,9 % populácie (10,3 % mužov a 7,7 % žien) (**graf G 2.43**).

Alkohol

- dvakrát a viac v týždni (až po dennú konzumáciu) konzumuje alkohol 25 % mužov starších ako 15 rokov a iba 4 % žien (**graf G 2.44**).

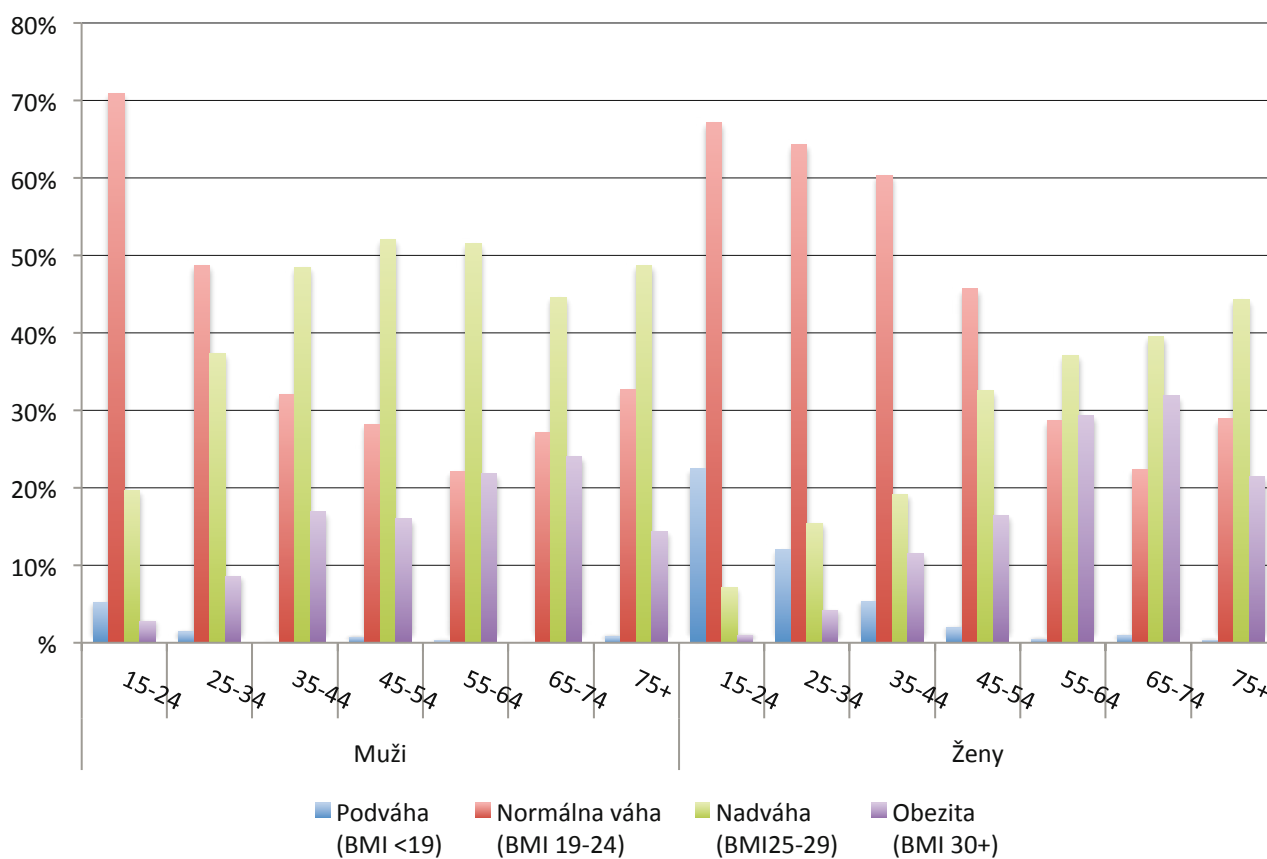
Používanie okuliarov a kontaktných šošoviek

- okuliare alebo kontaktné šošovky používa 57,1 % žien a 40,8 % mužov.
- podiel respondentov s okuliarmi a šošovkami samozrejme vekom narastá. Zaujímavé je zistenie, že nosenie týchto očných pomôcok uviedlo 32,0 % dievčat vo veku 15–19 rokov.

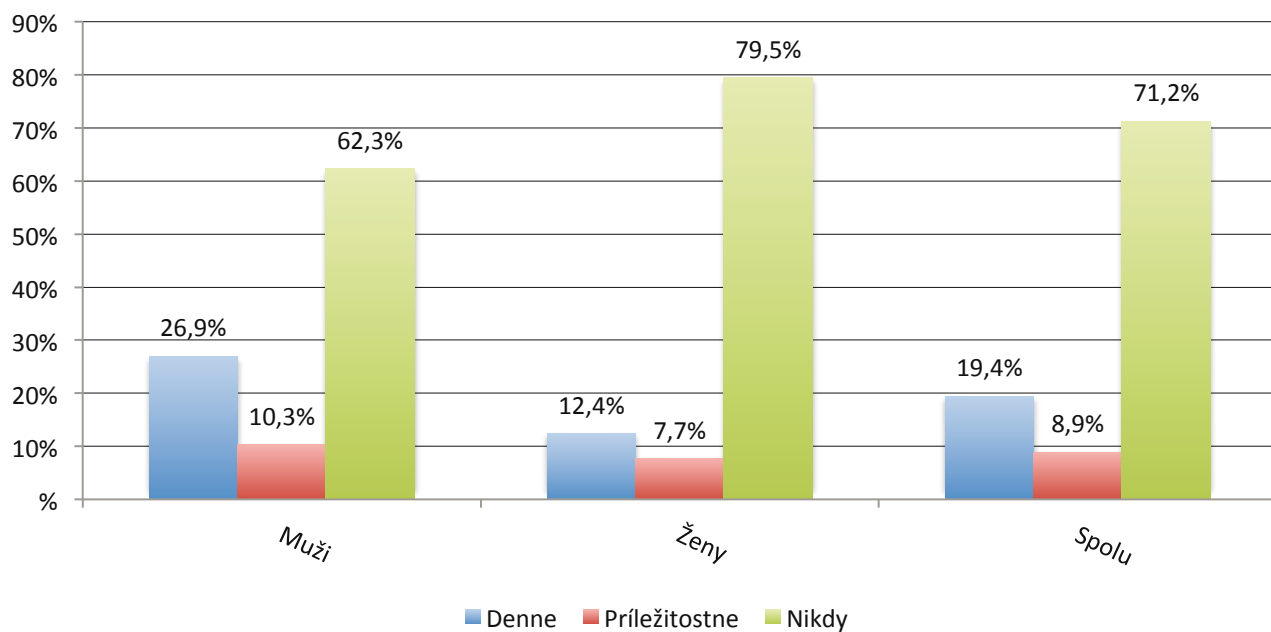
Z odpovedí na niektoré otázky sa vypočítali roky, ktoré zo strednej dĺžky života v daných rokoch prežijú osoby vo veľmi dobrom zdraví (veľmi dobré zdravie a skôr dobré sa zlúčilo do „dobrého zdravia“, skôr zlé a veľmi zlé do „zlého zdravia“, ani dobré ani zlé do „priemerného zdravia“⁽¹⁷⁾.

¹⁷ Mészáros, J.: Stredná dĺžka života v zdraví podľa EHIS 2009, Edícia Aktá, 2010, Infostat/Výskumné demografické centrum

G 2.42 Telesná hmotnosť populácie SR podľa kritérií BMI

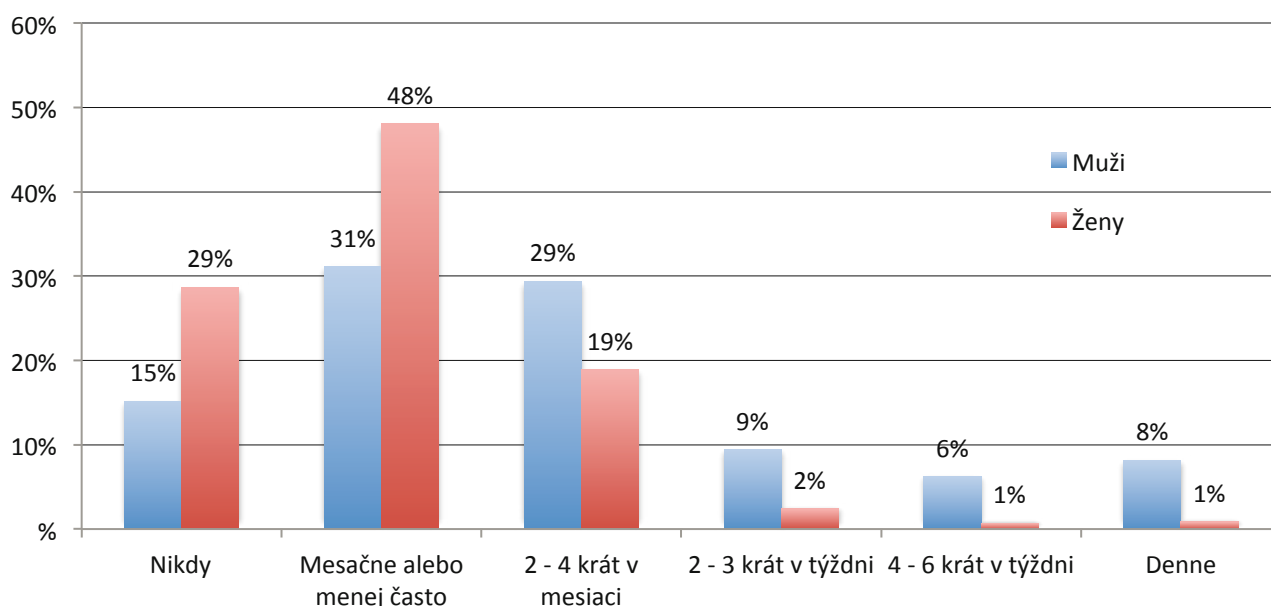


G 2.43 Frekvencia fajčenia v 15+ ročnej populácii SR



Zdroj: ŠÚ SR, EHIS 2009

G 2.44 Frekvencia konzumácie alkoholu v 15+ ročnej populácii SR



Zdroj: ŠÚ SR, EHIS 2009

Napríklad:

15-ročná populácia

- 15-roční chlapci so SDŽ 57 rokov majú predpoklad žiť v dobrom zdraví ešte 36,2 roka, v priemernom zdraví 13,6 roka a 7,1 roka v zlom zdraví.
- 15-ročné dievčatá so SDŽ 64,3 roka majú predpoklad žiť v dobrom zdraví ešte 35,7 rokov, v priemernom zdraví 17,1 a v zlom zdraví 11,6 roka.

65-ročná populácia

- 65-roční muži so SDŽ 13,9 roka by mohli žiť v dobrom zdraví iba 2,7 roka, v priemernom zdraví 5,7 a v zlom zdraví 5,5 roka.
- 65-ročné ženy so SDŽ 17,6 roka by mohli žiť v dobrom zdraví iba 2,7 roka, v priemernom zdraví 6,8 a v zlom zdraví 8,7 roka.

2.12. Medzinárodné porovnanie

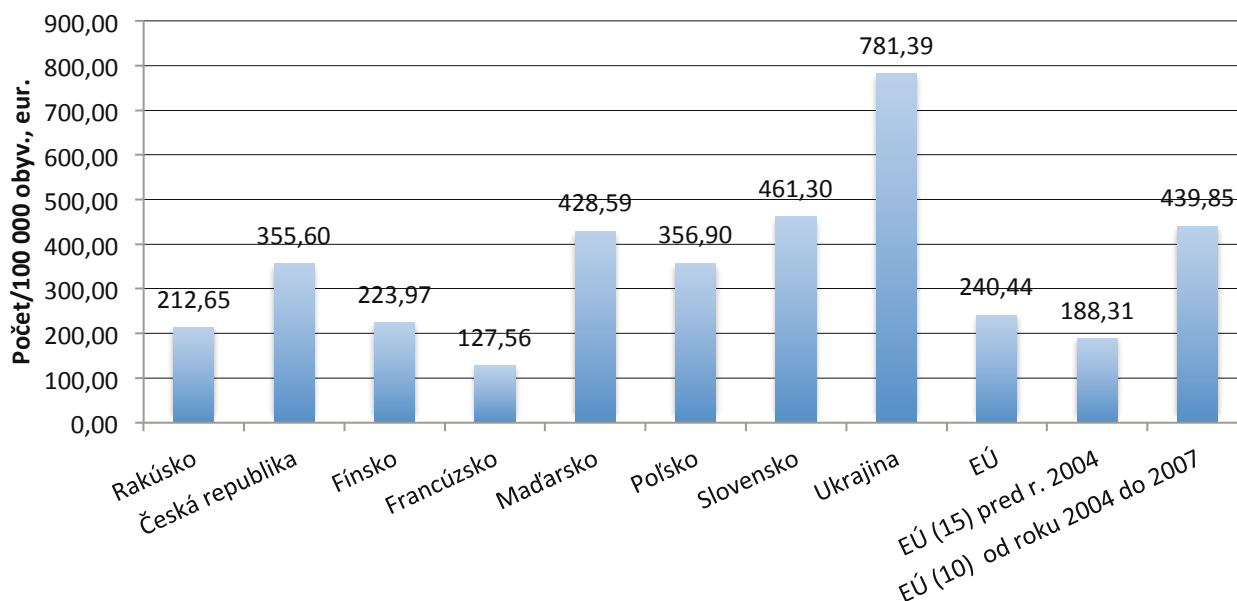
Zo sledovaných krajín (ide najmä o susedné krajiny Slovenska) a zoskupení členských štátov EÚ pred a po roku 2004 má Slovensko v takmer všetkých skupinách chorôb vyššie miery štandardizovanej úmrtnosti ako ostatné krajiny (s výnimkou Ukrajiny). Čo je však nepriaznivé, dynamiku poklesu v roku 2008 v porovnaní s rokom 2000 máme tiež takmer najnižšiu (grafy G 2.45 až G 2.49).

- *Choroby obehovej sústavy*: SR má o 20% vyššiu mieru štandardizovanej úmrtnosti ako ČR a 2,5x

vyššiu ako v členských štátoch EÚ pred rokom 2004 (EÚ 15).

- *Zhubné nádory*: na takmer rovnakej úrovni ako SR je ČR i Poľsko. Oproti krajinám EÚ 15 sme mali v roku 2008 o 20% vyššiu mieru úmrtnosti. Zo sledovaných krajín najnižšie miery dosahuje Fínsko, zaostávame za nimi o 30%. Nižšie hodnoty úmrtnosti na Ukrajine súvisia zrejme s vyššou predčasnou úmrtnosťou populácie na choroby obehovej sústavy.
- *Diabetes mellitus*: problémy vo vykazovaní úmrtí na diabetes sa uviedli v príslušnej stati. Údaje nemôžu byť validné. Takéto údaje by svedčili o zlej situácii v Rakúsku a optimálnej v Ukrajine (!). Pričom by sa mali vykazovať iba úmrtia na metabolický rozvrat diabetu. Krajiny zrejme nepoužívajú rovnaké pravidlá pri vykazovaní úmrtí na diabetes. O komplikáciách diabetu, a to o úmrtiach na srdcový infarkt či mozgovú príhodu, nie sú dostupné vyčerpávajúce informácie, pokiaľ sa neanalyzujú všetky informácie o zdravotnom stave pacienta z LoPM.
- *Choroby dýchacej sústavy*: najnižšie miery dosahuje Fínsko, inak sú hodnoty v sledovaných krajinách dosť vyrovnané. Na tieto skutočnosti môžu mať však opäť vplyv problémy pri objektivizácii príčiny pre štatistické spracovanie.
- *Choroby tráviacej sústavy*: najnižšie miery dosahuje Francúzsko. Slovensko má takmer 1,5x vyššiu mieru úmrtnosti ako ČR, 2x viac ako krajiny EÚ 15 i Francúzsko samostatne.

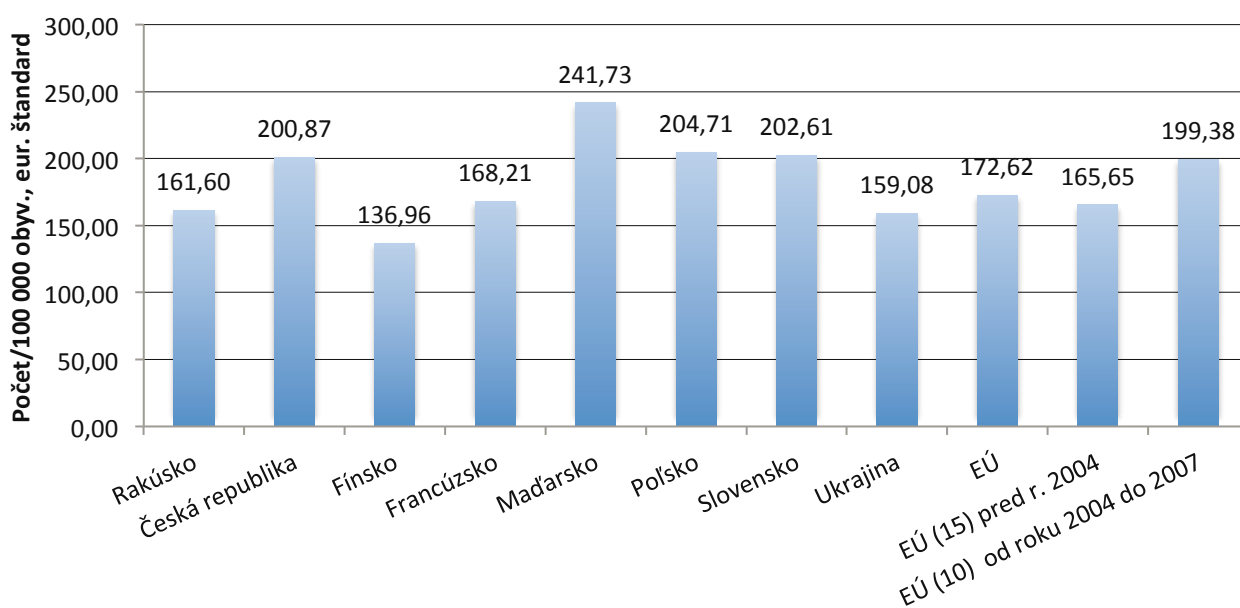
**G 2.45 Štandardizovaná miera úmrtnosti na choroby obehovej sústavy
vo vybraných krajinách Európy za rok 2008**



Rozdiely v štandardizovanej miere úmrtnosti na choroby obehovej sústavy

	Rakúsko	Česká republika	Fínsko	Francúzsko	Maďarsko	Poľsko	Slovensko	Ukrajina	EÚ	EÚ (15) pred májom 2004	EÚ (10) od roku 2004 do 2007
rok 2000/2008	-32,5	-23,1	-23,2	-23,8	-17,7	-20,0	-13,6	-1,2	-21,9	-23,2	-17,7

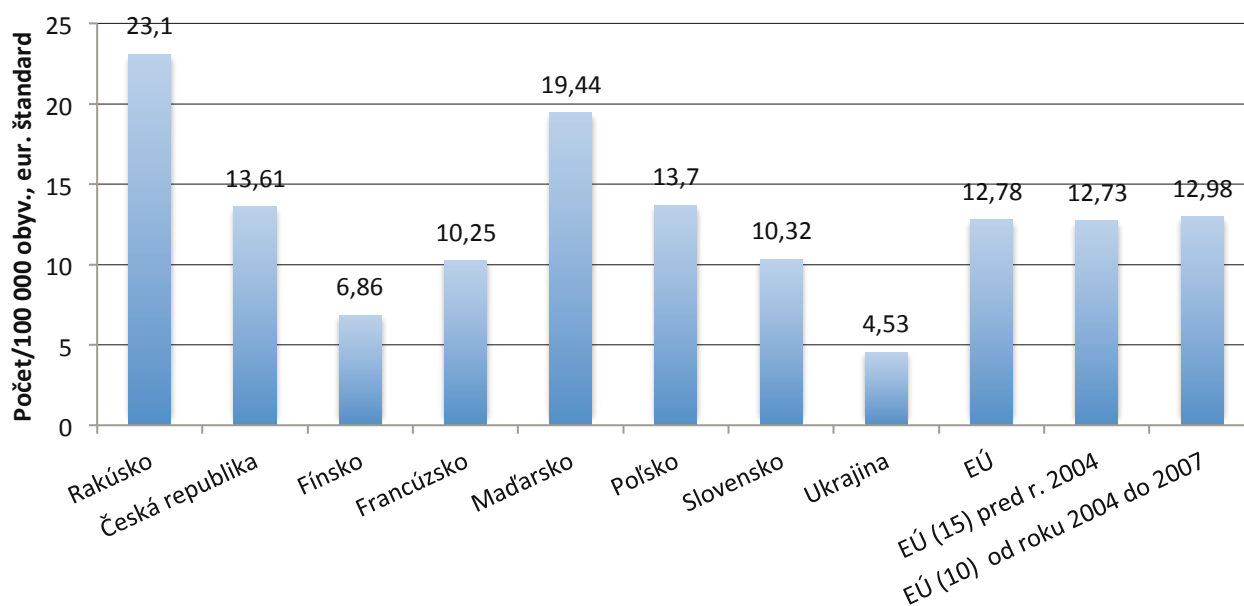
**G 2.46 Štandardizovaná miera úmrtnosti na zhubné nádory
vo vybraných krajinách Európy za rok 2008**



Rozdiely v štandardizovanej miere úmrtnosti na nádory

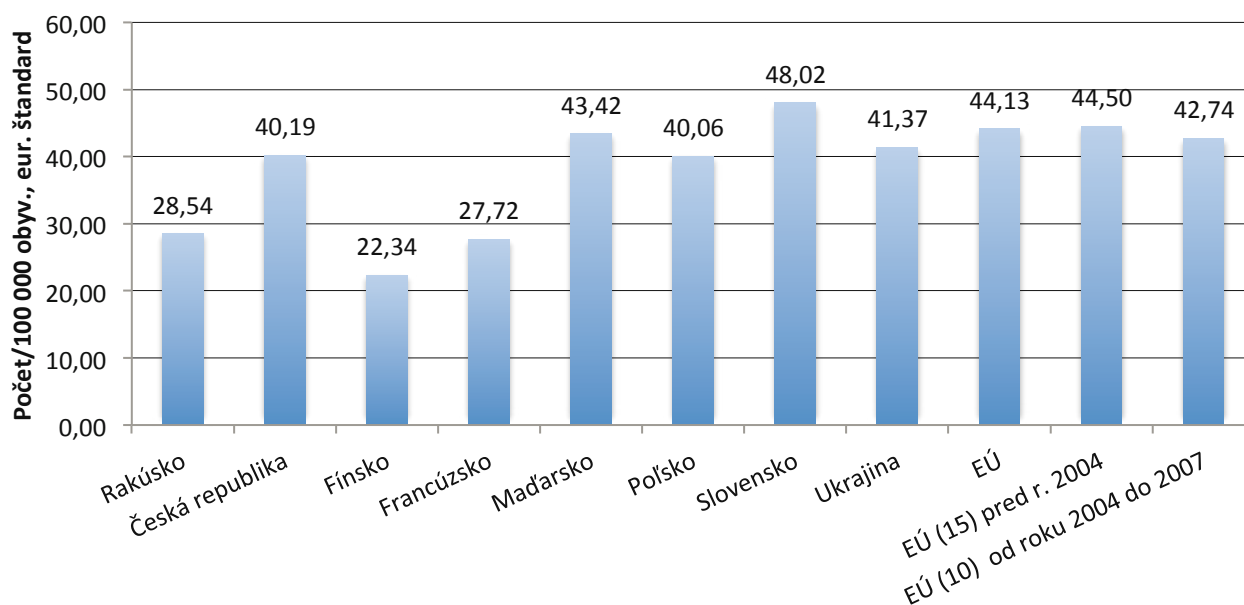
	Rakúsko	Česká republika	Fínsko	Francúzsko	Maďarsko	Poľsko	Slovensko	Ukrajina	EÚ	EÚ (15) pred májom 2004	EÚ (10) od roku 2004 do 2007
rok 2000/2008	-7,2	-15,5	-9,8	-9,9	-9,9	-5,8	-10,4	-8,1	-8,2	-9,2	-4,0

**G 2.47 Štandardizovaná miera úmrtnosti na diabetes mellitus
vo vybraných krajinách Európy za rok 2008**



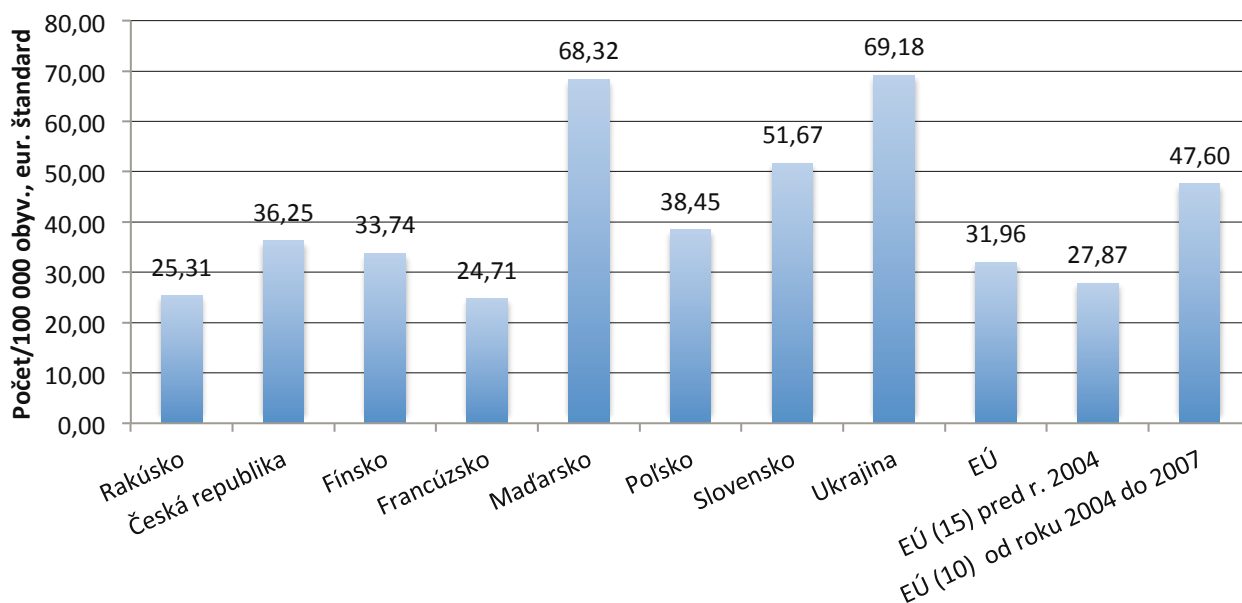
Rozdiely v štandardizovanej miere úmrtnosti na diabetes mellitus											
	Rakúsko	Česká republika	Fínsko	Francúzsko	Maďarsko	Poľsko	Slovensko	Ukrajina	EÚ	EÚ (15) pred májom 2004	EÚ (10) od roku 2004 do 2007
rok 2000/2008	102,3	21,5	-16,0	-13,6	12,5	5,6	-26,1	-27,2	-4,5	-6,9	5,4

**G 2.48 Štandardizovaná miera úmrtnosti na choroby dýchacej sústavy
vo vybraných krajinách Európy za rok 2008**



Rozdiely v štandardizovanej miere úmrtnosti na choroby dýchacej sústavy											
	Rakúsko	Česká republika	Fínsko	Francúzsko	Maďarsko	Poľsko	Slovensko	Ukrajina	EÚ	EÚ (15) pred májom 2004	EÚ (10) od roku 2004 do 2007
rok 2000/2008	-13,2	0,0	-60,8	-23,1	7,8	-13,3	-11,8	-38,6	-17,8	-19,7	-4,3

G 2.49 Štandardizovaná miera úmrtnosti na choroby tráviacej sústavy vo vybraných krajinách Európy za rok 2008



Rozdiely v štandardizovanej miere úmrtnosti na choroby tráviacej sústavy

	Rakúsko	Česká republika	Fínsko	Francúzsko	Maďarsko	Poľsko	Slovensko	Ukrajina	EÚ	EÚ (15) pred májom 2004	EÚ (10) od roku 2004 do 2007
rok 2000/2008	-23,9	0,2	9,8	-15,9	-21,5	2,8	1,5	64,5	-3,8	-9,7	5,1

Zdroj: databáza WHO/EURO 2011

Záver

Situáciu vo vývoji zdravotného stavu populácie SR v posledných 10 rokoch všeobecne charakterizuje:

- nízka dynamika poklesu celkovej úmrtnosti v dôsledku iba pozvoľného poklesu úmrtí na choroby obehovej sústavy a nádory, ktoré zodpovedajú za 75 % úmrtí,
- vzostup incidencie zhubných nádorov v hrubých aj štandardizovaných vyjadreniach. Vzhľadom na degresný charakter vývoja populácie, a tým i nárast počtu osôb vo vyšších vekových skupinách, ako aj vzhľadom na vzostup strednej dĺžky života, je potrebné počítať so zvyšovaním výskytu zhubných nádorov. Záchyt zhubného nádoru už v pokročilom štádiu je stále vysoký. Preto jednou z priorit v oblasti onkológie – Národného onkologického programu, musí byť záchyt ochorení vo včasných štádiách. Skúsenosti z iných krajín uvádzajú, že iba pomer prinajmenšom dvoch nádorov in

situ na jeden invazívny nádor môže viesť k poklesu mortality (úmrtnosti), ktorá je hlavným indikátorom kvality a úplnosti skríningového programu,

- v prioritných skupinách chorôb obehovej sústavy s vysokým rizikom úmrtia, a to pri akútnych stavoch akými sú napr. infarkt myokardu a cievna mozgová príhoda sa zaznamenal:
 - pozvoľný pokles miery štandardizovanej incidence na infarkt myokardu u žien, ktorá má ale u mužov charakter vzostupu (i keď minimálneho),
 - mierne klesajúci trend v štandardizovanej miere incidence na cievne mozgové príhody u oboch pohlaví,
- vzostupná prevencia diabetikov (2 typ) s nepriaznivo vysokým výskytom komplikácií diabetu, a to aj u novodiagnostikovaných diabetikov,
- vzostup hospitalizácií na takmer všetky skupiny chorôb, čo však môžeme, pri skrátení priemerného ošetrovacieho času u všetkých skupín chorôb, hodnotiť aj pozitívne. Najvýznamnejšie rozdiely

medzi pohlaviami sa zaznamenali v hospitalizáciách pre hypertenziu (hypertenznú chorobu) v neprospech žien,

- vysoká prevalencia rizikových faktorov zdravia (obezita, hypertenzia, fajčenie, neoptimálna fyzická aktivita). Podľa predbežných údajov EHIS (koordinovanom v SR ŠÚ SR, 2009) sa najvyššia prevalencia v otázke na „chronické zdravotné problémy“ (diagnostikované aj lekárom) zaznamenala u hypertonikov (respondentov) – ich prepočet na 15+ populáciu SR dosahoval hodnotu okolo 1 milióna. Druhá najvyššia prevalencia patrila chronickým ťažkostiam s chrbticou (okolo pol milióna) (pozri podkap. 2.12),

- z hľadiska dostupnosti údajov potrebných pre zhodnotenie dopadu neintervenčných postupov na zdravie je aj v súčasnosti problémom číslo jedna: *objektivizácia dát*, a to najmä údaje o prevalencii hromadne sa vyskytujúcich skupín chorôb, ale aj objektivizácia príčiny smrti so získaním údajov o závažných komorbiditách exitovaných, ktoré by boli pre príslušné odborné spoločnosti cennou informáciou pre správne nasmerovanie koncepcie ich manažmentu.





3. LEGISLATÍVNE PROSTREDIE

Autori: Liptáková Adriána, Hlavatý Tibor, Špírová Ružena

Úvod

Zdravotnícku legislatívu tvorí niekoľko právnych noriem, ktoré upravujú spôsob ochrany zdravia a poskytovania zdravotnej starostlivosti na Slovensku. Konkrétnejšie je zdravotnícka legislatíva rozpracovaná v jednotlivých subkapitolách so základnou charakteristikou zákona a s ním súvisiacich všeobecne záväzných právnych predpisov.

Základný právny rámec poskytovania zdravotnej starostlivosti a fungovania zdravotníctva na Slovensku sa odvíja od šiestice nižšie uvedených reformných zákonov, ktoré prijala Národná rada SR v októbri 2004 s nadobudnutím účinnosti od januára 2005:

- zákon NR SR č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti,
- zákon NR SR 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,
- zákon NR SR č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve,
- zákon NR SR č. 579/2004 Z. z. o záchrannej zdravotnej službe,
- zákon NR SR č. 580/2004 Z. z. o zdravotnom poistení,
- zákon NR SR č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou.

Podľa autorov reformných zákonov mali tieto zákony otvoriť cestu k zvyšovaniu zodpovednosti jednotlivca za svoj zdravotný stav prostredníctvom zvýšenia spoluúčasti občanov na hradení nákladov spojených so zdravotnou starostlivosťou.

Najcitlivejšie je vnímaný zákon o rozsahu zdravotnej starostlivosti uhrádzanej na základe verejného zdravotného poistenia a o úhradách za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti najmä vo vzťahu k Ústave SR. Tento zákon vychádza priamo zo znenia článku 40 Ústavy SR, pretože stanovuje podmienky poskytovania bezplatnej zdravotnej starostlivosti na základe zdravotného poistenia.

Slovenský systém zdravotného poistenia sleduje základný a univerzálne uznávaný sociálny cieľ: poskytovanie zdravotnej starostlivosti a zabezpečovanie funkčnosti systému zdravotného poistenia. Slovenská republika je moderným štátom založeným na modeli sociálneho blahobytu, v ktorom je zabezpečenie práva občanov na zdravotné poistenie a bezplatnú zdravotnú starostlivosť jeho ústavnou povinnosťou. Článok 40 Ústavy Slovenskej republiky, ktorý patrí medzi ústavou zaručené „základné práva a slobody“, hovorí: „Každý má právo na ochranu zdravia. Na základe zdravotného poistenia majú občania právo na bezplatnú zdravotnú starostlivosť a na zdravotnícke pomôcky za podmienok, ktoré ustanoví zákon.“

Tento ústavný princíp zásadne ovplyvňuje právny charakter zdravotného poistenia v Slovenskej republike, pretože ukladá ústavnú povinnosť štátu poskytovať nielen zdravotnú starostlivosť, ale aj zdravotné poistenie; a predpisuje, aby zdravotné poistenie bolo zabezpečené „v súlade s podmienkami, ktoré stanoví zákon.“ Systematické zahrňovanie tohto cieľa do ústavy potvrdzuje skutočnosť, že Slovenská republika považuje záväzok ochraňovať zdravie občanov za absolútnu prioritu. Právo občanov na ochranu zdravia a zdravotnú starostlivosť uvedené v článku 40 ústavy je zakotvené v druhom oddiele ústavy pod názvom základné práva a slobody. Povinnosť štátu ochraňovať zdravie občanov a poskytovať zdravotnú starostlivosť je preto zakotvená v tej istej časti ako právo na život, zákaz trestu smrti, sloboda pohybu, pobytu, sebaurčenia, zákaz diskriminácie a iné základné ľudské práva.

V ďalších kapitolách uvádzame prehľad zákonov a k nim súvisiace všeobecne záväzné právne predpisy aktuálne platné k dátumu 4. januára 2011

3.1. Zákon NR SR č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon č. 576/2004 Z. z.“)

Tento zákon upravuje poskytovanie zdravotnej starostlivosti a služieb súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti, práva a povinnosti fyzických a právnických osôb pri poskytovaní zdravotnej

starostlivosti, postup pri úmrtí a výkon štátnej správy na úseku zdravotnej starostlivosti. Zdravotná starostlivosť sa poskytuje vo vzťahu k chorobe určenej zdravotníckym pracovníkom. Poskytovateľ je povinný poskytovať zdravotnú starostlivosť správne, t.j. ak sa vykonajú všetky zdravotné výkony na správne určenie choroby so zabezpečením včasnej a účinnej liečby s cieľom uzdravenia osoby alebo zlepšenia stavu osoby pri zohľadnení súčasných poznatkov lekárskej vedy. Na poskytovanie zdravotnej starostlivosti sa vyžaduje informovaný súhlas (§ 6 ods. 4), ak v tomto zákone nie je ustanovené inak (§ 6 ods. 9). Neoddeliteľnou súčasťou poskytovania zdravotnej starostlivosti je vedenie zdravotnej dokumentácie (§ 2 ods. 6). Poskytovateľ je povinný údaje zo zdravotnej dokumentácie spracúvať, poskytovať a sprístupňovať v súlade so zákonom. Každý, komu sa poskytnú alebo sprístupnia údaje zo zdravotnej dokumentácie je povinný zachovávať o nich mlčanlivosť a zabezpečiť ich ochranu tak, aby nedošlo k ich strate alebo zneužitiu. Ďalej tento zákon upravuje darcovstvo, odoberanie, testovanie, spracovanie, konzervovanie, skladovanie, prenos alebo distribúciu orgánov, tkanív alebo buniek na účely transplantácií a vedecko-výskumných cieľov; a taktiež ustanovuje podmienky, kedy sa môže vykonať sterilizácia.

3.1.1. Vykonávacie predpisy⁽¹⁸⁾ k zákonu č. 576/2004 Z. z.

Nariadenia:

Nariadenie č. 622/2007 Z. z. vlády Slovenskej republiky, ktorým sa ustanovujú podrobnosti o spracovaní, uschovaní, skladovaní alebo distribúcii tkanív a buniek a o hlásení a vyšetrovaní nežiaducich reakcií a udalostí a prijatých opatreniach

Nariadenie č. 20/2007 Z. z. vlády Slovenskej republiky o podrobnostiach o odberoch, darcovstve tkanív a buniek, kritériách výberu darcov tkanív a buniek, o laboratórnych testoch požadovaných pre darcov tkanív a buniek a o postupoch pri odberoch buniek alebo tkanív a pri ich prevzatí poskytovateľom zdravotnej starostlivosti

Nariadenie č. 223/2005 Z. z. vlády Slovenskej republiky, ktorým sa mení nariadenie vlády Slovenskej republiky č. 776/2004 Z. z., ktorým sa vydáva Katalóg zdravotných výkonov

¹⁸ ASPI – stav k 5. 11. 2010, 4. 1. 2011

Nariadenie č. 776/2004 Z. z. vlády Slovenskej republiky, ktorým sa vydáva Katalóg zdravotných výkonov.

Vyhlášky:

Vyhláška č. 410/2010 Z. z. Ministerstva vnútra Slovenskej republiky o organizácii poskytovania zdravotnej starostlivosti v pôsobnosti Ministerstva vnútra Slovenskej republiky

Vyhláška č. 418/2009 Z. z. Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky, ktorou sa ustanovujú podrobnosti a podmienky zverejnenia v zozname občianskych združení, neziskových organizácií, nadácií, cirkví a náboženských spoločností, ktoré poskytujú ženám finančnú, materiálnu a psychologickú pomoc v tehotenstve

Vyhláška č. 417/2009 Z. z. Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky, ktorou sa ustanovujú podrobnosti o informáciách poskytovaných žene a hlásenia o poskytnutí informácií, vzor písomných informácií a určuje sa organizácia zodpovedná za prijímanie a vyhodnocovanie hlásenia

Vyhláška č. 447/2006 Z. z. Ministerstva spravodlivosti Slovenskej republiky o organizácii poskytovania zdravotnej starostlivosti v Zbore väzenskej a justičnej stráže

Vyhláška č. 306/2005 Z. z. Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky, ktorou sa ustanovuje zoznam sesterských diagnóz

Vyhláška č. 763/2004 Z. z. Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky, ktorou sa ustanovujú záväzné štandardy pre zdravotnícku štatistiku.

3.2. Zákon NR SR 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 (ďalej len „zákon č. 577/2004 Z. z.“)

Účelom tohto zákona je ustanoviť rozsah zdravotnej starostlivosti uhrádzanej na základe verejného zdravotného poistenia za podmienok ustanovených osobitnými predpismi a úhrady za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti. Na základe

verejného zdravotného poistenia sa plne uhrádzajú preventívne prehliadky (vid' § 2 ods. 1 písm. a–n), čiastočne sa uhrádza jedna preventívna prehliadka poistenca aktívneho v organizovanom športe do 18 rokov veku raz za rok v špecializačnom odbore telovýchovné lekárstvo. Rozsah zdravotných výkonov, ktoré sú súčasťou preventívnych prehliadok je uvedený v prílohe č. 2 tohto zákona. Ďalej sa na základe verejného zdravotného poistenia plne uhrádza neodkladná zdravotná starostlivosť a plne alebo čiastočne sa uhrádzajú lieky, zdravotnícke pomôcky, dietetické potraviny, kúpeľná starostlivosť.

3.2.1. Vykonávacie predpisy⁽¹⁸⁾ k zákonu č. 577/2004 Z. z.

Nariadenia:

Nariadenie č. 403/2008 Z. z. vlády Slovenskej republiky, ktorým sa mení nariadenie vlády Slovenskej republiky č. 722/2004 Z. z. o výške úhrady poistenca za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti v znení neskorších predpisov

Nariadenie č. 539/2006 Z. z. vlády Slovenskej republiky, ktorým sa mení nariadenie vlády Slovenskej republiky č. 722/2004 Z. z. o výške úhrady poistenca za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti v znení neskorších predpisov

Nariadenie č. 485/2006 Z. z. vlády Slovenskej republiky, ktorým sa mení nariadenie vlády Slovenskej republiky č. 722/2004 Z. z. o výške úhrady poistenca za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti v znení nariadenia vlády Slovenskej republiky č. 65/2005 Z. z.

Nariadenie č. 65/2005 Z. z. vlády Slovenskej republiky, ktorým sa mení a dopĺňa nariadenie vlády Slovenskej republiky č. 722/2004 Z. z. o výške úhrady poistenca za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti

Nariadenie č. 777/2004 Z. z. vlády Slovenskej republiky, ktorým sa vydáva Zoznam chorôb, pri ktorých sa zdravotné výkony čiastočne uhrádzajú alebo sa neuhrádzajú na základe verejného zdravotného poistenia

Nariadenie č. 722/2004 Z. z. vlády Slovenskej republiky o výške úhrady poistenca za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti.

Vyhlášky:

Vyhláška č. 419/2009 Z. z. Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky, ktorou sa mení a dopĺňa vyhláška Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 723/2004 Z. z., ktorou sa upravujú podrobnosti postupu pri určovaní štandardnej dávky liečiva a maximálnej výšky úhrady zdravotnej poisťovne za štandardnú dávku liečiva v znení vyhlášky Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 466/2005 Z. z.

Vyhláška č. 149/2009 Z. z. Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky o podrobnostiach medicínsko-ekonomického rozboru dietetickej potraviny

Vyhláška č. 343/2008 Z. z. Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky o podrobnostiach farmako-ekonomického rozboru lieku

Vyhláška č. 210/2008 Z. z. Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky, ktorou sa ustanovujú podrobnosti o medicínsko-ekonomickom rozbere zdravotníckej pomôcky

Vyhláška č. 446/2005 Z. z. Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky, ktorou sa mení vyhláška Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 723/2004 Z. z., ktorou sa upravujú podrobnosti postupu pri určovaní štandardnej dávky liečiva a maximálnej výšky úhrady zdravotnej poisťovne za štandardnú dávku liečiva

Vyhláška č. 723/2004 Z. z. Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky, ktorou sa upravujú podrobnosti postupu pri určovaní štandardnej dávky liečiva a maximálnej výšky úhrady zdravotnej poisťovne za štandardnú dávku liečiva.

Opatrenia:

Opatrenie č. ZR11/2005 Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 07045-12/2005-SL z 18. októbra 2005, ktorým sa mení a dopĺňa opatrenie Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 07045/2003-OAP z 30. decembra 2003, ktorým sa ustanovuje rozsah regulácie cien v oblasti zdravotníctva v znení neskorších predpisov a ktorým sa mení opatrenie Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. OLP0604-24179-SL zo 14. decembra 2004, ktorým sa vydáva zoznam liečiv a liekov plne uhrádzaných alebo čiastočne uhrádzaných na základe verejného zdravotného poistenia

Opatrenie č. ZR5/2005 Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 07045-10/2005-SL z 27. apríla

2005, ktorým sa mení opatrenie Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky z 30. decembra 2003 č. 07045/2003-OAP, ktorým sa ustanovuje rozsah regulácie cien v oblasti zdravotníctva v znení neskorších predpisov a ktorým sa mení a dopĺňa opatrenie Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. OPL0604-24179/2004-SL zo 14. decembra 2004, ktorým sa vydáva zoznam liečiv a liekov plne uhrádzaných alebo čiastočne uhrádzaných na základe verejného zdravotného poistenia

Opatrenie Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky, ktorým sa vydáva Zoznam liečiv a liekov plne uhrádzaných alebo čiastočne uhrádzaných na základe verejného zdravotného poistenia

Opatrenie Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky, ktorým sa vydáva Zoznam zdravotníckych pomôcok plne uhrádzaných alebo čiastočne uhrádzaných na základe verejného zdravotného poistenia

Opatrenie Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky, ktorým sa vydáva Zoznam dietetických potravín plne uhrádzaných alebo čiastočne uhrádzaných na základe verejného zdravotného poistenia

Opatrenie Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky, ktorým sa mení opatrenie Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 07045/2003-OAP z 30. decembra 2003, ktorým sa ustanovuje rozsah regulácie cien v oblasti zdravotníctva v znení neskorších predpisov.

3.3. Zákon NR SR č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon č. 578/2004 Z. z.”)

Tento zákon ustanovuje podmienky poskytovania zdravotnej starostlivosti a služieb súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti (ďalej len „zdravotná starostlivosť“) fyzickými osobami a právnickými osobami, podmienky na výkon zdravotníckeho povolania, vrátane podmienok uznávania dokladov o vzdelaní na výkon zdravotníckeho povolania, vzdelávanie zdravotníckych pracovníkov, vznik, postavenie, orgány a pôsobnosť stavovských organizácií v zdravotníctve (ďalej len „komora“), práva a povinnosti člena

komory, povinnosti poskytovateľa zdravotnej starostlivosti (ďalej len „poskytovateľ“) a povinnosti zdravotníckeho pracovníka, dozor nad dodržiavaním povinností a sankcie za porušenie povinností ustanovených týmto zákonom.

3.3.1. Vykonávacie predpisy⁽¹⁸⁾ k zákonu č. 578/2004 Z. z.

Nariadenia:

Nariadenie č. 296/2010 Z. z. vlády Slovenskej republiky o odbornej spôsobilosti na výkon zdravotníckeho povolania, spôsobe ďalšieho vzdelávania zdravotníckych pracovníkov, sústave špecializačných odborov a sústave certifikovaných pracovných činností

Nariadenie č. 640/2008 Z. z. vlády Slovenskej republiky o verejnej minimálnej sieti poskytovateľov zdravotnej starostlivosti

Nariadenie č. 12/2008 Z. z. vlády Slovenskej republiky o používaní profesijných titulov a ich skratiek viažucich sa na odbornú spôsobilosť na výkon zdravotníckeho povolania

Nariadenie č. 179/2005 Z. z. vlády Slovenskej republiky, ktorým sa mení a dopĺňa nariadenie vlády Slovenskej republiky č. 743/2004 Z. z. o spôsobe ďalšieho vzdelávania zdravotníckych pracovníkov, sústave špecializačných odborov a sústave certifikovaných pracovných činností.

Vyhlášky:

Vyhláška č. 398/2010 Z. z. Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky o minimálnych požiadavkách na kurz prvej pomoci a kurz inštruktora prvej pomoci

Vyhláška č. 334/2010 Z. z. Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky, ktorou sa mení a dopĺňa vyhláška Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 321/2005 Z. z. o rozsahu praxe v niektorých zdravotníckych povolaniach

Vyhláška č. 334/2009 Z. z. Ministerstva vnútra Slovenskej republiky, ktorou sa ustanovujú určujúce znaky a minimálne požiadavky na personálne zabezpečenie a materiálno-technické vybavenie zdravotníckych zariadení v pôsobnosti Ministerstva vnútra Slovenskej republiky

Vyhláška č. 78/2009 Z. z. Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky, ktorou sa mení a dopĺňa vy-

hláška Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 770/2004 Z. z., ktorou sa ustanovujú určujúce znaky jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení v znení neskorších predpisov

Vyhláška č. 584/2008 Z. z. Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky, ktorou sa dopĺňa vyhláška Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 321/2005 Z. z. o rozsahu praxe v niektorých zdravotníckych povolaniach v znení vyhlášky Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 542/2005 Z. z.

Vyhláška č. 616/2007 Z. z. Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky, ktorou sa mení a dopĺňa vyhláška Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 366/2005 Z. z. o kritériách a spôsobe hodnotenia sústavného vzdelávania zdravotníckych pracovníkov v znení neskorších predpisov

Vyhláška č. 465/2007 Z. z. Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky, ktorou sa ustanovujú vzory diplomov o špecializácii, certifikátov a osvedčení o príprave na výkon práce v zdravotníctve

Vyhláška č. 114/2007 Z. z. Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky, ktorou sa mení a dopĺňa vyhláška Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 366/2005 Z. z. o kritériách a spôsobe hodnotenia sústavného vzdelávania zdravotníckych pracovníkov v znení vyhlášky č. 187/2006 Z. z.

Vyhláška č. 696/2006 Z. z. Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky, ktorou sa mení a dopĺňa vyhláška Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 770/2004 Z. z., ktorou sa ustanovujú určujúce znaky jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení v znení neskorších predpisov

Vyhláška č. 470/2006 Z. z. Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky, ktorou sa mení vyhláška Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 364/2005 Z. z., ktorou sa určuje rozsah ošetrovateľskej praxe poskytovanej sestrou samostatne a v spolupráci s lekárom a rozsah praxe pôrodnej asistencie poskytovanej pôrodnou asistentkou samostatne a v spolupráci s lekárom

Vyhláška č. 379/2006 Z. z. Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky, ktorou sa dopĺňa vyhláška Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 770/2004 Z. z., ktorou sa ustanovujú určujúce znaky jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení v znení vyhlášky č. 447/2005 Z. z.

Vyhláška č. 187/2006 Z. z. Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky, ktorou sa mení a dopĺňa vyhláška Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 366/2005 Z. z. o kritériách a spôsobe hodnotenia sústavného vzdelávania zdravotníckych pracovníkov

Vyhláška č. 31/2006 Z. z. Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky o výške úhrady zdravotníckeho pracovníka za ďalšie vzdelávanie

Vyhláška č. 542/2005 Z. z. Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky, ktorou sa mení a dopĺňa vyhláška Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 321/2005 Z. z. o rozsahu praxe v niektorých zdravotníckych povolaniach

Vyhláška č. 447/2005 Z. z. Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky, ktorou sa dopĺňa vyhláška Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 770/2004 Z. z., ktorou sa ustanovujú určujúce znaky jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení

Vyhláška č. 366/2005 Z. z. Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky o kritériách a spôsobe hodnotenia sústavného vzdelávania zdravotníckych pracovníkov

Vyhláška č. 364/2005 Z. z. Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky, ktorou sa určuje rozsah ošetrovateľskej praxe poskytovanej sestrou samostatne a v spolupráci s lekárom a rozsah praxe pôrodnej asistencie poskytovanej pôrodnou asistentkou samostatne a v spolupráci s lekárom

Vyhláška č. 321/2005 Z. z. Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky o rozsahu praxe v niektorých zdravotníckych povolaniach

Vyhláška č. 770/2004 Z. z. Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky, ktorou sa ustanovujú určujúce znaky jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení.

Výnosy:

Výnos Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky zo 17. septembra 2010 č. 12422/2010-OL, ktorým sa ustanovujú minimálne štandardy pre špecializačné študijné programy, minimálne štandardy pre certifikačné študijné programy a minimálne štandardy pre študijné programy sústavného vzdelávania a ich štruktúra (oznámenie č. 399/2010 Z. z.)

Výnos Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky, ktorým sa mení a dopĺňa výnos Ministerstva

zdravotníctva Slovenskej republiky č. 09812/2008-OL z 10. septembra 2008 o minimálnych požiadavkách na personálne zabezpečenie a materiálno – technické vybavenie jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení v znení výnosu č. 25118/2008-OL z 10. decembra 2008

Výnos Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 25118/2008-OL z 10. decembra 2008, ktorým sa mení a dopĺňa výnos Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 09812/2008-OL z 10. septembra 2008 o minimálnych požiadavkách na personálne zabezpečenie a materiálno-technické vybavenie jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení

Výnos Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 09812/2008-OL z 10. septembra 2008 o minimálnych požiadavkách na personálne zabezpečenie a materiálno-technické vybavenie jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení

Výnos Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 24326/2007-OL zo dňa 21. decembra 2007, ktorým sa dopĺňa výnos Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 04765/2006-SL zo dňa 12. apríla 2006, ktorým sa ustanovujú vzorové špecializačné študijné programy a vzorové certifikačné študijné programy v znení neskorších predpisov

Výnos Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 17072/2007-OL zo dňa 7. septembra 2007, ktorým sa mení a dopĺňa výnos Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 04765/2006-SL zo dňa 12. apríla 2006, ktorým sa ustanovujú vzorové špecializačné študijné programy a vzorové certifikačné študijné programy v znení neskorších predpisov

Výnos Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky, ktorým sa mení a dopĺňa výnos Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 04765/2006 – SL zo dňa 12. apríla 2006, ktorým sa ustanovujú vzorové špecializačné študijné programy a vzorové certifikačné študijné programy v znení výnosu Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 16413/2006-SL zo dňa 13. októbra 2006.

3.4. Zákon NR SR č. 579/2004 Z. z. o záchranej zdravotnej službe a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon č. 579/2004 Z. z.“)

Záchranná zdravotná služba poskytuje neodkladnú zdravotnú starostlivosť. Nehoda s hromadným postihnutím osôb je každá udalosť, kde počet osôb so závažným ohrozením zdravia alebo bezprostredným ohrozením života je tri a viac. Záchrannú zdravotnú službu zabezpečujú operačné stredisko tiesňového volania záchranej zdravotnej služby (ďalej len „operačné stredisko záchranej zdravotnej služby“) a poskytovatelia zdravotnej starostlivosti na základe povolenia na prevádzkovanie ambulancie záchranej zdravotnej služby (ďalej len „poskytovateľ záchranej zdravotnej služby“). Poskytovatelia záchranej zdravotnej služby sú základnou záchrannou zložkou integrovaného záchranného systému, ktorá vykonáva záchrannú zdravotnú službu v zásahovom území podľa pokynov koordinačného strediska integrovaného záchranného systému (ďalej len „koordinačné stredisko“) a operačného strediska záchranej zdravotnej služby.

3.4.1. Vykonávacie predpisy⁽¹⁸⁾ k zákonu č. 579/2004 Z. z.

Výnosy:

Výnos Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky z 23. marca 2010 č. 11378/2010-OL, ktorým sa mení Výnos Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky z 11. marca 2009 č. 10552/2009-OL (oznámenie č. 99/2009 Z. z.), ktorým sa ustanovujú sídla staníc záchranej zdravotnej služby (oznámenie č. 152/2010)

Výnos Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky z 11. marca 2009 č. 10552/2009-OL, ktorým sa ustanovujú sídla staníc záchranej zdravotnej služby (oznámenie č. 99/2009 Z. z.)

Výnos Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky z 11. marca 2009 č. 10548/2009-OL, ktorým sa ustanovujú podrobnosti o záchranej zdravotnej službe (oznámenie č. 98/2009 Z. z.).

3.5. Zákon NR SR č. 580/2004 Z. z. o zdravotnom poistení a o zmene a doplnení zákona č. 95/2002 Z. z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov (v znení zákona č. 718/2004 Z. z.) v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon č. 580/2004 Z. z.“)

Tento zákon ustanovuje zdravotné poistenie, právne vzťahy vznikajúce na základe zdravotného poistenia a prerozdeľovanie poistného na verejné zdravotné poistenie (ďalej len „poistné“). Zdravotné poistenie je povinné verejné zdravotné poistenie, na základe ktorého sa poskytuje poistencom verejného zdravotného poistenia (ďalej len „poistenec“) za podmienok ustanovených týmto zákonom zdravotná starostlivosť a služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti (ďalej len „zdravotná starostlivosť“) v rozsahu ustanovenom osobitným predpisom a individuálne zdravotné poistenie, na základe ktorého sa poskytuje poistencom individuálneho zdravotného poistenia zdravotná starostlivosť v rozsahu určenom v zmluve podľa osobitného predpisu.

3.5.1. Vykonávacie predpisy⁽¹⁸⁾ k zákonu č. 580/2004 Z. z.

Vyhlášky:

Vyhláška č. 10/2011 Z. z. Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky, ktorou sa mení a dopĺňa vyhláška Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 239/2006 Z. z. o podrobnostiach o vykazovaní preddavkov na poistné na verejné zdravotné poistenie, o ročnom zúčtovaní poistného a povinnostiach pri ročnom zúčtovaní poistného a o vzoroch tlačív ročného zúčtovania poistného na verejné zdravotné poistenie v znení neskorších predpisov

Vyhláška č. 13/2010 Z. z. Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky, ktorou sa mení a dopĺňa vyhláška Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 239/2006 Z. z. o podrobnostiach o vykazovaní preddavkov na poistné na verejné zdravotné poistenie, o ročnom zúčtovaní poistného a povinnostiach pri ročnom zúčtovaní poistného a o vzoroch tlačív ročného zúčtovania poistného na verejné zdravotné poistenie v znení neskorších predpisov

Vyhláška č. 169/2009 Z. z. Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky, ktorou sa mení a dopĺňa vyhláška Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky

liky č. 239/2006 Z. z. o podrobnostiach o vykazovaní preddavkov na poistné na verejné zdravotné poistenie, o ročnom zúčtovaní poistného a povinnostiach pri ročnom zúčtovaní poistného a o vzoroch tlačív ročného zúčtovania poistného na verejné zdravotné poistenie v znení neskorších predpisov

Vyhláška č. 161/2008 Z. z. Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky, ktorou sa mení a dopĺňa vyhláška Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 239/2006 Z. z. o podrobnostiach o vykazovaní preddavkov na poistné na verejné zdravotné poistenie, o ročnom zúčtovaní poistného a povinnostiach pri ročnom zúčtovaní poistného a o vzoroch tlačív ročného zúčtovania poistného na verejné zdravotné poistenie v znení vyhlášky Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 177/2007 Z. z.

Vyhláška č. 207/2007 Z. z. Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky, ktorou sa mení vyhláška Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 548/2005 Z. z. o poplatku za vydanie európskeho preukazu zdravotného poistenia

Vyhláška č. 177/2007 Z. z. Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky, ktorou sa mení a dopĺňa vyhláška Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 239/2006 Z. z. o podrobnostiach o vykazovaní preddavkov na poistné na verejné zdravotné poistenie, o ročnom zúčtovaní poistného a povinnostiach pri ročnom zúčtovaní poistného a o vzoroch tlačív ročného zúčtovania poistného na verejné zdravotné poistenie

Vyhláška č. 239/2006 Z. z. Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky o podrobnostiach o vykazovaní preddavkov na poistné na verejné zdravotné poistenie, o ročnom zúčtovaní poistného a povinnostiach pri ročnom zúčtovaní poistného a o vzoroch tlačív ročného zúčtovania poistného na verejné zdravotné poistenie

Vyhláška č. 548/2005 Z. z. Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky o poplatku za vydanie európskeho preukazu zdravotného poistenia.

Výnosy:

Výnos Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky z 5. novembra 2010 č. 19152-OL-2010, ktorým sa vydáva index rizika nákladov na zdravotnú starostlivosť na rok 2011 (oznámenie č. 427/2010 Z. z.)

Výnos Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky zo 17. decembra 2009 č. 21667/2009-OL

o podrobnostiach o mesačnom prerozdeľovaní preddavkov na poistné na verejné zdravotné poistenie a o ročnom prerozdeľovaní poistného na verejné zdravotné poistenie (oznámenie č. 583/2009 Z. z.)

Výnos Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky z 30. septembra 2009 č. 17816/2009-OL, ktorým sa vydáva index rizika nákladov na zdravotnú starostlivosť na rok 2010 (oznámenie č. 451/2009 Z. z.)

Výnos Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky z 25. februára 2009 č. 06186/2009-OL, ktorým sa mení a dopĺňa výnos Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 22040/2005-SL z 5. septembra 2005 o podrobnostiach o mesačnom prerozdeľovaní preddavkov na poistné na verejné zdravotné poistenie a o ročnom prerozdeľovaní poistného na verejné zdravotné poistenie (oznámenie č. 415/2005 Z. z.); (oznámenie č. 68/2009 Z. z.)

Výnos Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky z 3. decembra 2008 č. 24352/2008-OL, ktorým sa vydáva index rizika nákladov na zdravotnú starostlivosť na rok 2009 (oznámenie č. 551/2008 Z. z.)

Výnos Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky z 28. novembra 2007 č. 25208/2007-OL, ktorým sa vydáva index rizika nákladov na zdravotnú starostlivosť na rok 2008 (oznámenie č. 566/2007 Z. z.)

Výnos Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky z 22. novembra 2006 č. 24791/2006-OL, ktorým sa vydáva index rizika nákladov na zdravotnú starostlivosť na rok 2007 (oznámenie č. 621/2006 Z. z.)

Výnos Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky zo 7. decembra 2005 č. 26836/2005-SL, ktorým sa vydáva index rizika nákladov na zdravotnú starostlivosť na rok 2006 (oznámenie č. 585/2005 Z. z.)

Výnos Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky z 5. septembra 2005 č. 22040/2005-SL o podrobnostiach o mesačnom prerozdeľovaní preddavkov na poistné na verejné zdravotné poistenie a o ročnom prerozdeľovaní poistného na verejné zdravotné poistenie (oznámenie č. 415/2005 Z. z.)

Výnos Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky zo 16. decembra 2004 č. 25915/2004-SL o podrobnostiach o prerozdeľovaní poistného na verejné zdravotné poistenie (oznámenie č. 772/2004 Z. z.).

3.6. Zákon NR SR č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon č. 581/2004 Z. z.“)

Tento zákon ustanovuje postavenie zdravotných poisťovní a podmienky na vykonávanie verejného zdravotného poistenia, činnosť zdravotných poisťovní, ich organizáciu a riadenie, zriadenie, pôsobnosť, organizáciu, riadenie a hospodárenie Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou (ďalej len „úrad“), dohľad nad zdravotnou starostlivosťou, ktorým je dohľad nad zdravotnými poisťovňami a verejným zdravotným poistením (ďalej len „dohľad nad verejným zdravotným poistením“) a dohľad nad poskytovaním zdravotnej starostlivosti, transformáciu zdravotných poisťovní, ktoré vznikli podľa doterajších predpisov (ďalej len „doterajšia zdravotná poisťovňa“) na akciové spoločnosti.

3.6.1. Vykonávacie predpisy⁽¹⁸⁾ k zákonu č. 581/2004 Z. z.

Nariadenia:

Nariadenie č. 288/2010 Z. z. vlády Slovenskej republiky, ktorým sa mení nariadenie vlády Slovenskej republiky č. 226/2005 Z. z. o výške úhrady za zdravotnú starostlivosť, ktorú uhrádza zdravotná poisťovňa poskytovateľovi lekárskej služby prvej pomoci v znení nariadenia vlády Slovenskej republiky č. 380/2008 Z. z.

Nariadenie č. 51/2009 Z. z. vlády Slovenskej republiky, ktorým sa mení nariadenie vlády Slovenskej republiky č. 752/2004 Z. z., ktorým sa vydávajú indikátory kvality na hodnotenie poskytovania zdravotnej starostlivosti v znení nariadenia vlády Slovenskej republiky č. 663/2005 Z. z.

Nariadenie č. 380/2008 Z. z. vlády Slovenskej republiky, ktorým sa mení nariadenie vlády Slovenskej republiky č. 226/2005 Z. z. o výške úhrady za zdravotnú starostlivosť, ktorú uhrádza zdravotná poisťovňa poskytovateľovi lekárskej služby prvej pomoci

Nariadenie č. 663/2005 Z. z. vlády Slovenskej republiky, ktorým sa mení nariadenie vlády Slovenskej republiky č. 752/2004 Z. z., ktorým sa vydávajú indikátory kvality na hodnotenie poskytovania zdravotnej starostlivosti

Nariadenie č. 226/2005 Z. z. vlády Slovenskej republiky o výške úhrady za zdravotnú starostlivosť, ktorú uhrádza zdravotná poisťovňa poskytovateľovi lekárskej služby prvej pomoci

Nariadenie č. 752/2004 Z. z. vlády Slovenskej republiky, ktorým sa vydávajú indikátory kvality na hodnotenie poskytovania zdravotnej starostlivosti.

Vyhlášky:

Vyhláška č. 489/2009 Z. z. Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky, ktorou sa mení vyhláška Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 771/2004 Z. z. o forme a náležitostiach pitevného protokolu, o zozname pracovísk, na ktorých sa vykonávajú pitvy, a o požiadavkách na materiálno-technické vybavenie pracovísk, na ktorých sa vykonávajú pitvy

Vyhláška č. 412/2009 Z. z. Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky, ktorou sa ustanovujú podrobnosti o zozname poistencov čakajúcich na poskytnutie plánovanej zdravotnej starostlivosti

Vyhláška č. 365/2009 Z. z. Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky o liekoch a zdravotníckych pomôckach, ktoré môže obstaráť zdravotná poisťovňa

Vyhláška č. 642/2008 Z. z. Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky, ktorou sa mení vyhláška Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 765/2004 Z. z. o výške úhrady za úkony Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou v znení vyhlášky č. 358/2005 Z. z.

Vyhláška č. 424/2008 Z. z. Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky, ktorou sa mení vyhláška Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 764/2004 Z. z. o náležitostiach žiadosti o vydanie predchádzajúceho súhlasu Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou v znení vyhlášky Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 560/2005 Z. z.

Vyhláška č. 560/2005 Z. z. Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky, ktorou sa mení a dopĺňa vyhláška Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 764/2004 Z. z. o náležitostiach žiadosti o vydanie predchádzajúceho súhlasu Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou

Vyhláška č. 358/2005 Z. z. Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky, ktorou sa mení vyhláška

Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 765/2004 Z. z. o výške úhrady za úkony Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou

Vyhláška č. 176/2005 Z. z. Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky, ktorou sa mení a dopĺňa vyhláška Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 766/2004 Z. z. o spôsobe preukazovania splnenia podmienok na vydanie povolenia na vykonávanie verejného zdravotného poistenia

Vyhláška č. 771/2004 Z. z. Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky o forme a náležitostiach pitievneho protokolu, o zozname pracovísk, na ktorých sa vykonávajú pitvy, a o požiadavkách na materiálno-technické vybavenie pracovísk, na ktorých sa vykonávajú pitvy

Vyhláška č. 768/2004 Z. z. Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky o predkladaní údajov z účtovníctva, štatistickej evidencie a ďalších údajov zdravotnou poisťovňou

Vyhláška č. 767/2004 Z. z. Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky o náležitostiach správy o činnosti zdravotnej poisťovne

Vyhláška č. 766/2004 Z. z. Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky o spôsobe preukazovania splnenia podmienok na vydanie povolenia na vykonávanie verejného zdravotného poistenia

Vyhláška č. 765/2004 Z. z. Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky o výške úhrady za úkony Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou

Vyhláška č. 764/2004 Z. z. Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky o náležitostiach žiadosti o vydanie predchádzajúceho súhlasu Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou.

Výnosy:

Výnos Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky zo 4. apríla 2006 č. 11760/2006-SL, ktorým sa mení a dopĺňa Výnos Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky z 26. októbra 2005 č. 22160/2005-SL, ktorým sa ustanovuje spôsob určenia výšky predavku pre poskytovateľa záchrannnej zdravotnej služby (oznámenie č. 484/2005 Z. z.); (oznámenie č. 212/2006 Z. z.)

Výnos Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky z 26. októbra 2005 č. 22161/2005-SL, ktorým

sa ustanovuje rozsah údajov z účtu poistenca poskytovaných zdravotnou poisťovňou príslušnej zdravotnej poisťovni na vyžiadanie (oznámenie č. 513/2005 Z. z.)

Výnos Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky z 26. októbra 2005 č. 22160/2005-SL, ktorým sa ustanovuje spôsob určenia výšky preddavku pre poskytovateľa záchrannnej zdravotnej služby (oznámenie č. 484/2005 Z. z.).

3.7. Zákon NR SR č. 355/2007 Z. z. o ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon č. 355/2007 Z. z.“)

Tento zákon ustanovuje organizáciu a výkon verejného zdravotníctva, vykonávanie prevencie ochorení a iných porúch zdravia, zriaďovanie a činnosť komisií na preskúšanie odbornej spôsobilosti, požiadavky na odbornú spôsobilosť a vydávanie osvedčení o odbornej spôsobilosti, požiadavky na zdravé životné podmienky a zdravé pracovné podmienky, požiadavky na radiačnú ochranu, opatrenia orgánov štátnej správy na úseku verejného zdravotníctva (ďalej len „orgány verejného zdravotníctva“) pri mimoriadnych udalostiach, povinnosti fyzických osôb a právnických osôb pri ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia, výkon štátneho zdravotného dozoru, priestupky a iné správne delikty na úseku verejného zdravotníctva.

3.7.1. Vykonávacie predpisy⁽¹⁸⁾ k zákonu č. 355/2007 Z. z.

Vyhlášky:

Vyhláška č. 273/2010 Z. z. Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky, ktorou sa mení a dopĺňa vyhláška Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 585/2008 Z. z., ktorou sa ustanovujú podrobnosti o prevencii a kontrole prenosných ochorení

Vyhláška č. 237/2009 Z. z. Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky, ktorou sa mení a dopĺňa vyhláška Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 549/2007 Z. z., ktorou sa ustanovujú podrobnosti o prípustných hodnotách hluku, infrazvuku a vibrácií a o požiadavkách na objektivizáciu hluku, infrazvuku a vibrácií v životnom prostredí

Vyhláška č. 585/2008 Z. z. Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky, ktorou sa ustanovujú

podrobnosti o prevencii a kontrole prenosných ochorení

Vyhláška č. 259/2008 Z. z. Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky o podrobnostiach o požiadavkách na vnútorné prostredie budov a o minimálnych požiadavkách na byty nižšieho štandardu a na ubytovacie zariadenia

Vyhláška č. 72/2008 Z. z. Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky o podrobnostiach o požiadavkách na kvalitu vody kúpalísk, vody na kúpanie a jej kontrolu a na kúpaliská

Vyhláška č. 554/2007 Z. z. Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky o podrobnostiach o požiadavkách na zariadenia starostlivosti o ľudské telo

Vyhláška č. 553/2007 Z. z. Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky, ktorou sa ustanovujú podrobnosti o požiadavkách na prevádzku zdravotníckych zariadení z hľadiska ochrany zdravia

Vyhláška č. 550/2007 Z. z. Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky o podrobnostiach o požiadavkách na výrobky určené na styk s pitnou vodou

Vyhláška č. 549/2007 Z. z. Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky, ktorou sa ustanovujú podrobnosti o prípustných hodnotách hluku, infrazvuku a vibrácií a o požiadavkách na objektivizáciu hluku, infrazvuku a vibrácií v životnom prostredí

Vyhláška č. 545/2007 Z. z. Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky, ktorou sa ustanovujú podrobnosti o požiadavkách na zabezpečenie radiačnej ochrany pri činnostiach vedúcich k ožiareniu a činnostiach dôležitých z hľadiska radiačnej ochrany

Vyhláška č. 544/2007 Z. z. Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky o podrobnostiach o ochrane zdravia pred záťažou teplom a chladom pri práci

Vyhláška č. 542/2007 Z. z. Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky o podrobnostiach o ochrane zdravia pred fyzickou záťažou pri práci, psychickou pracovnou záťažou a senzorickou záťažou pri práci

Vyhláška č. 541/2007 Z. z. Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky o podrobnostiach o požiadavkách na osvetlenie pri práci

Vyhláška č. 539/2007 Z. z. Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky o podrobnostiach o limitných hodnotách optického žiarenia a požiadavkách na objektivizáciu optického žiarenia v životnom prostredí

Vyhláška č. 534/2007 Z. z. Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky o podrobnostiach o požiadavkách na zdroje elektromagnetického žiarenia a na limity expozície obyvateľov elektromagnetickému žiareniu v životnom prostredí

Vyhláška č. 533/2007 Z. z. Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky o podrobnostiach o požiadavkách na zariadenia spoločného stravovania

Vyhláška č. 528/2007 Z. z. Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky, ktorou sa ustanovujú podrobnosti o požiadavkách na obmedzenie ožiarenia z prírodného žiarenia

Vyhláška č. 527/2007 Z. z. Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky o podrobnostiach o požiadavkách na zariadenia pre deti a mládež

Vyhláška č. 526/2007 Z. z. Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky, ktorou sa ustanovujú podrobnosti o požiadavkách na zotavovacie podujatia

Vyhláška č. 525/2007 Z. z. Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky o podrobnostiach o požiadavkách na telovýchovno-športové zariadenia

Vyhláška č. 524/2007 Z. z. Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky, ktorou sa ustanovujú podrobnosti o radiačnej monitorovacej sieti

Vyhláška č. 521/2007 Z. z. Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky o podrobnostiach o požiadavkách na pieskoviská

Vyhláška č. 520/2007 Z. z. Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky, ktorou sa ustanovuje rozsah požadovaných vedomostí pre skúšky odbornej spôsobilosti, podrobnosti o zriaďovaní a činnosti komisií na preskúšanie odbornej spôsobilosti a obsah osvedčenia o odbornej spôsobilosti

Vyhláška č. 448/2007 Z. z. Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky o podrobnostiach o faktoroch práce a pracovného prostredia vo vzťahu ku kategorizácii prác z hľadiska zdravotných rizík a o náležitostiach návrhu na zaradenie prác do kategórií.

3.8. Zákon NR SR č. 140/1998 Z. z. o liekoch a zdravotníckych pomôckach, o zmene zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní (živnostenský zákon) v znení neskorších predpisov a o zmene a doplnení zákona Národnej rady Slovenskej republiky č. 220/1996 Z. z. o reklame v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon č. 140/1998 Z. z.“)

Účelom tohto zákona je ustanoviť podmienky pre výskum, výrobu, prípravu, registráciu, veľkodistribúciu, predpisovanie, výdaj, reklamu a zneškodňovanie liekov, zabezpečovanie ich kvality, účinnosti a bezpečnosti, poskytovanie lekárskej starostlivosti a výkon štátnej správy na úseku farmácie. Pri vykonávaní vymenovaných farmaceutických činností je konečným a integrujúcim cieľom poskytnutie kvalitného, účinného a bezpečného humánneho lieku človeku.

Významnú časť zákona tvoria ustanovenia o postupe pri registrácii liekov a vzájomnom uznávaní registrácie liekov medzi členskými štátmi Európskej únie. Registračné konanie pozostáva z hodnotenia výsledkov výskumu lieku. Hodnotia sa tri základne ukazovatele: kvalita, bezpečnosť a účinnosť lieku. Kompetentným orgánom pre registráciu humánnych liekov je v Slovenskej republike Štátny ústav pre kontrolu liečiv v Bratislave. Registráciou s platnosťou pre všetky členské štáty Európskej únie je Európska lieková agentúra v Londýne. Na činnosti tejto agentúry sa podieľajú aj zástupcovia všetkých členských štátov Európskej únie vrátane zástupcov Štátneho ústavu pre kontrolu liečiv v Bratislave.

3.8.1. Vykonávacie predpisy⁽¹⁸⁾ k zákonu č. 140/1998 Z. z.

Nariadenia:

Nariadenie č. 610/2008 Z. z. vlády Slovenskej republiky, ktorým sa mení a dopĺňa nariadenie vlády Slovenskej republiky č. 569/2001 Z. z., ktorým sa ustanovujú podrobnosti o technických požiadavkách a postupoch posudzovania zhody diagnostických zdravotníckych pomôcok in vitro

Nariadenie č. 569/2001 Z. z. vlády Slovenskej republiky, ktorým sa ustanovujú podrobnosti o technických požiadavkách a postupoch posudzovania zhody diagnostických zdravotníckych pomôcok in vitro.

Vyhlášky:

Vyhláška č. 74/2010 Z. z. Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky, ktorou sa ustanovujú podrobnosti o zásielkovom výdaji liekov a zdravotníckych pomôcok

Vyhláška č. 234/2009 Z. z. Ministerstva pôdohospodárstva Slovenskej republiky, ktorou sa mení a dopĺňa vyhláška Ministerstva pôdohospodárstva Slovenskej republiky č. 196/2008 Z. z. o vyhotovení tlačív veterinárneho lekárskeho predpisu, osobitných tlačív veterinárneho lekárskeho predpisu označených šikmým modrým pruhom a o grafických prvkoch a údajoch týchto tlačív

Vyhláška č. 148/2009 Z. z. Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky, ktorou sa mení a dopĺňa vyhláška Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 239/2004 Z. z. o požiadavkách na klinické skúšanie a správnu klinickú prax

Vyhláška č. 572/2008 Z. z. Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky, ktorou sa mení a dopĺňa vyhláška Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 542/2006 Z. z. o podrobnostiach vyhotovenia tlačív určených na predpisovanie liekov a zdravotníckych pomôcok, o grafických prvkoch a údajoch týchto tlačív a o ich predajných miestach

Vyhláška č. 209/2008 Z. z. Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky, ktorou sa ustanovuje zoznam anatomickeo-terapeuticko-chemických skupín liečiv, pri ktorých nie je možný výdaj náhradného generického lieku

Vyhláška č. 196/2008 Z. z. Ministerstva pôdohospodárstva Slovenskej republiky o vyhotovení tlačív veterinárneho lekárskeho predpisu, osobitných tlačív veterinárneho lekárskeho predpisu označených šikmým modrým pruhom a o grafických prvkoch a údajoch týchto tlačív

Vyhláška č. 542/2006 Z. z. Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky o podrobnostiach vyhotovenia tlačív určených na predpisovanie liekov a zdravotníckych pomôcok, o grafických prvkoch a údajoch týchto tlačív a o ich predajných miestach

Vyhláška č. 487/2006 Z. z. Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky o požiadavkách na sledovanie krvi, zložiek z krvi a transfúzných liekov, na formu a spôsob oznamovania závažných nežiaducich reakcií a závažných nežiaducich udalostí a na vyhodnoco-

vanie ich príčin a na normy a špecifikácie súvisiace so systémom kvality v transfúziologických zariadeniach

Vyhláška č. 480/2006 Z. z. Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky o požiadavkách na kvalitu, získavanie, prepravu od zdroja na miesto úpravy a plnenia, úpravu, kontrolu kvality, balenie, označovanie a uvádzanie na trh prírodných liečivých vôd

Vyhláška č. 477/2006 Z. z. Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky, ktorou sa mení a dopĺňa vyhláška Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 518/2001 Z. z., ktorou sa ustanovujú podrobnosti o registrácii liekov

Vyhláška č. 475/2006 Z. z. Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky, ktorou sa ustanovujú podrobnosti o kusovej evidencii liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín

Vyhláška č. 507/2005 Z. z. Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky, ktorou sa upravujú podrobnosti o povoľovaní terapeutického použitia hromadne vyrábaných liekov, ktoré nepodliehajú registrácii, a podrobnosti o ich úhrade na základe verejného zdravotného poistenia

Vyhláška č. 501/2005 Z. z. Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky o liekovej knižke pacienta

Vyhláška č. 396/2005 Z. z. Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky o rozsahu priameho dodávania humánnych liekov a zdravotníckych pomôcok zdravotníckym zariadeniam ambulantnej zdravotnej starostlivosti držiteľmi povolenia na veľkodistribúciu liekov a zdravotníckych pomôcok

Vyhláška č. 333/2005 Z. z. Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky o požiadavkách na správnu prax prípravy transfúzných liekov

Vyhláška č. 261/2005 Z. z. Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky, ktorou sa mení a dopĺňa vyhláška Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 274/1998 Z. z. o požiadavkách na správnu výrobnú prax a správnu veľkodistribučnú prax

Vyhláška č. 239/2004 Z. z. Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky o požiadavkách na klinické skúšanie a správnu klinickú prax

Vyhláška č. 57/2003 Z. z. Ministerstva pôdohospodárstva Slovenskej republiky, ktorou sa ustanovujú požiadavky správnej klinickej praxe a klinického skúšania pre veterinárne lieky

Vyhláška č. 622/2002 Z. z. Ministerstva pôdohospodárstva Slovenskej republiky o podrobnostiach evidencie osobitných tlačív veterinárneho lekárskeho predpisu

Vyhláška č. 518/2001 Z. z. Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky, ktorou sa ustanovujú podrobnosti o registrácii liekov

Vyhláška č. 198/2001 Z. z. Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky, ktorou sa ustanovujú požiadavky na správnu lekárenskú prax

Vyhláška č. 126/2001 Z. z. Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky o požiadavkách na priestorové a materiálne vybavenie očných optík

Vyhláška č. 274/1998 Z. z. Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky o požiadavkách na správnu výrobnú prax a správnu veľkodistribučnú prax.

Výnosy:

Výnos Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky z 10. decembra 2007 č. 20860/2007-OL, ktorým sa mení a dopĺňa Výnos Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky z 3. mája 2006 č. 7251/2006-SL, ktorým sa vydáva Slovenský farmaceutický kódex, prvé vydanie (oznámenie č. 273/2006 Z. z.); (oznámenie č. 2/2008 Z. z.)

Výnos Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky z 3. mája 2006 č. 7251/2006-SL, ktorým sa vydáva Slovenský farmaceutický kódex, prvé vydanie (oznámenie č. 273/2006 Z. z.)

Výnos Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky z 31. januára 2005 č. 22783-1/2004-SL, ktorým sa vydáva Slovenský liekopis, prvé vydanie (oznámenie č. 53/2005 Z. z.)

Výnos Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky z 22. júla 1998 o farmaceutickom skúšaní a toxikologicko-farmakologickom skúšaní (oznámenie č. 275/1998 Z. z.).

3.9. Zákon Slovenskej národnej rady č. 73/1986 Zb. o umelom prerušení tehotenstva v znení zákona č. 419/1991 Zb., ktorým sa menia a dopĺňajú niektoré predpisy v oblasti zdravotníctva (ďalej len „zákon č. 73/1986 Zb.“)

Zákon upravuje umelé prerušenie tehotenstva a so zreteľom na ochranu života a zdravia ženy a v záujme plánovaného a zodpovedného rodičovstva ustanovuje podmienky na jeho vykonávanie.

3.9.1. Vykonávací predpis⁽¹⁸⁾ k zákonu č. 73/1986 Zb.

Vyhláška:

Vyhláška č. 74/1986 Zb. Ministerstva zdravotníctva Slovenskej socialistickej republiky, ktorou sa vykonáva zákon Slovenskej národnej rady č. 73/1986 Zb. o umelom prerušení tehotenstva.

3.10. Zákon NR SR č. 219/1996 Z. z. o ochrane pred zneužívaním alkoholických nápojov a o zriaďovaní a prevádzke protialkoholických záchytných izieb v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon č. 219/1996 Z. z.“)

Alkoholickými nápojmi na účely tohto zákona sú liehoviny, destiláty, víno, pivo a iné nápoje, ktoré obsahujú viac ako 0,75 objemového percenta alkoholu. Zakazuje sa predávať alebo podávať alkoholické nápoje alebo inak umožňovať ich požívanie osobám mladším ako 18 rokov, osobám zjavne ovplyvneným alkoholom, v zdravotníckych zariadeniach s výnimkou kúpeľných liečební pre dospelých, na zhromaždeniach a verejných kultúrnych podujatiach s výnimkou piva a vína, na verejných kultúrnych podujatiach určených pre osoby mladšie ako 18 rokov, podávať alkoholické nápoje alebo inak umožňovať ich bezprostredné požitie vodičom, vstupovať do priestorov a vozidiel verejnej dopravy osobám zjavne ovplyvneným alkoholom, ak ohrozujú alebo môžu ohroziť bezpečnosť alebo plynulosť dopravnej premávky alebo prepravy, verejný poriadok alebo vzbudzujú verejné pohoršenie.

Vykonávacie predpisy⁽¹⁸⁾ ako sú nariadenia, vyhlášky, výnosy, opatrenia nie sú ustanovené k zákonu č. 219/1996 Z. z.

3.11. Zákon NR SR č. 139/1998 Z. z. o omamných látkach, psychotropných látkach a prípravkoch v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon č. 139/1998 Z. z.“)

Tento zákon ustanovuje podmienky na pestovanie, spracovanie, výrobu, kontrolu, veľkodistribúciu, výdaj, používanie na vedecké, výskumné, výučbové a expertízne činnosti, na dovoz, vývoz, tranzit a prepravu omamných látok, psychotropných látok a prípravkov (ďalej len „omamné a psychotropné látky“) a na nakladanie s odpadmi s obsahom omamných a psychotropných látok. Omamné látky sú látky vyvolávajúce návyk a psychickú a fyzickú závislosť ľudí charakterizovanú zmenami správania sa so závažnými zdravotnými a psychosociálnymi následkami. Psychotropné látky sú látky ovplyvňujúce stav ľudskej psychiky pôsobením na centrálny nervový systém s menej závažnými zdravotnými a psychosociálnymi následkami. Prípravky sú zmesi látok alebo roztoky látok obsahujúce jednu alebo viac omamných látok alebo psychotropných látok, a to bez ohľadu na ich fyzikálny stav, okrem prírodne sa vyskytujúcich zmesí látok a roztokov látok.

3.11.1. Vykonávací predpis⁽¹⁸⁾ k zákonu č. 139/1998 Z. z.

Vyhláška:

Vyhláška č. 158/2010 Z. z. Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky o náležitostiach knihy omamných látok a o evidencii dokladov preukazujúcich príjem a výdaj omamných látok a psychotropných látok.

3.12. Zákon NR SR č. 377/2004 Z. z. o ochrane nefajčiarov a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon č. 377/2004 Z. z.“)

Tento zákon upravuje podmienky ochrany ľudí pred vznikom závislosti od nikotínu ako návykovej a škodlivej zložky nachádzajúcej sa v tabaku a v tabakových výrobkoch, pred škodlivými účinkami fajčenia a pred inými spôsobmi používania tabakových výrobkov, ktoré poškodzujú zdravie fajčiarov a nefajčiarov bezprostredne vystavených účinkom fajčenia, podmienky ochrany ľudí pred výrobkami, ktoré sú určené na fajčenie a neobsahujú tabak, podmienky predaja,

výroby, označovania a uvádzania tabakových výrobkov do obehu.

Vykonávacie predpisy⁽¹⁸⁾ ako sú nariadenia, vyhlášky, výnosy, opatrenia nie sú ustanovené k zákonu č. 377/2004 Z. z.

3.13. Zákon NR SR č. 437/2004 Z. z. o náhrade za bolesť a o náhrade za sťaženie spoločenského uplatnenia a o zmene a doplnení zákona NR SR č. 273/1994 Z. z. o zdravotnom poistení, financovaní zdravotného poistenia, o zriadení Všeobecnej zdravotnej poisťovne a o zriaďovaní rezortných, odvetvových, podnikových a občianskych zdravotných poisťovní v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon č. 437/2004 Z. z.“)

Tento zákon ustanovuje podmienky priznania a poskytovania náhrady za bolesť a náhrady za sťaženie spoločenského uplatnenia, vydávanie lekárskeho posudku o bolestnom a sťažení spoločenského uplatnenia (ďalej len „lekársky posudok“) a jeho náležitosti, zásady na hodnotenie bolesti a zásady na hodnotenie sťaženia spoločenského uplatnenia. Na účely tohto zákona poškodenie na zdraví je poškodenie zdravia spôsobené úrazom, chorobou z povolania alebo iným poškodením na zdraví, poškodený je osoba, ktorá utrpela poškodenie na zdraví, poskytovateľ náhrady za bolesť a náhrady za sťaženie spoločenského uplatnenia (ďalej len „poskytovateľ náhrady“) je osoba, ktorá je povinná poskytnúť náhradu podľa osobitných predpisov, posudzujúci lekár je lekár, ktorý naposledy liečil poškodeného v súvislosti s poškodením na zdraví; ak ide o chorobu z povolania, lekár so špecializáciou v odbore klinické pracovné lekárstvo a klinická toxikológia príslušného oddelenia alebo príslušnej kliniky zdravotníckeho zariadenia.

3.13.1. Vykonávacie predpisy⁽¹⁸⁾ k zákonu č. 437/2004 Z. z.

Opatrenia:

Opatrenie Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky z 20. mája 2010 č. 13134/2010-OL o ustanovení výšky náhrady za bolesť a výšky náhrady za sťaženie spoločenského uplatnenia na rok 2010 (oznámenie č. 236/2010 Z. z.)

Opatrenie Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky z 12. mája 2009 č. 12284/2009-OL o ustanovení výšky náhrady za bolesť a výšky náhrady za sťaženie spoločenského uplatnenia na rok 2009 (oznámenie č. 172/2009 Z. z.)

Opatrenie Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky zo 14. mája 2008 č. 12384-1/2008-OL o ustanovení výšky náhrady za bolesť a výšky náhrady za sťaženie spoločenského uplatnenia na rok 2008 (oznámenie č. 186/2008 Z. z.)

Opatrenie Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky z 19. apríla 2007 č. 11165/2007-OL, ktorým sa ustanovuje výška náhrady za bolesť a výška náhrady za sťaženie spoločenského uplatnenia na rok 2007 (oznámenie č. 208/2007 Z. z.)

Opatrenie Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky z 19. apríla 2006 č. 11551/2006-SL, ktorým sa ustanovuje výška náhrady za bolesť a výška náhrady za sťaženie spoločenského uplatnenia pre rok 2006 (oznámenie č. 242/2006 Z. z.)

Opatrenie Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky z 11. mája 2005 č. 11111/2005 – SL, ktorým sa ustanovuje výška náhrady za bolesť a výška náhrady za sťaženie spoločenského uplatnenia pre rok 2005 (oznámenie č. 207/2005 Z. z.)

3.14. Zákon NR SR č. 2/2005 Z. z. o posudzovaní a kontrole hluku vo vonkajšom prostredí a o zmene zákona Národnej rady Slovenskej republiky č. 272/1994 Z. z. o ochrane zdravia ľudí v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon č. 2/2005 Z. z.“)

Účelom tohto zákona je ustanoviť jednotný postup pri posudzovaní a kontrole hluku vo vonkajšom prostredí zameraný na zábranu, prevenciu alebo znížovanie škodlivých účinkov spôsobených vystavením hluku vo vonkajšom prostredí. Tento zákon ustanovuje práva a povinnosti fyzických osôb-podnikateľov a právnických osôb a úlohy orgánov štátnej správy a orgánov územnej samosprávy v oblasti posudzovania a kontroly hluku vo vonkajšom prostredí na určenie expozície hluku vo vonkajšom prostredí pomocou mapovania hluku jednotnými metódami stanovenia hlukových indikátorov, sprístupnenie informácií o hluku vo vonkajšom prostredí a jeho účinkoch verejnosti,

prijatie akčných plánov ochrany pred hlukom (ďalej len „akčný plán“) na základe výsledkov mapovania hluku, ktorých cieľom je prevencia a zníženie hluku vo vonkajšom prostredí tam, kde je to potrebné, a najmä tam, kde úroveň expozície môže vyvolať škodlivé účinky, a s cieľom ochrany dobrej kvality akustického prostredia. Tento zákon sa vzťahuje na posudzovanie a kontrolu zaťaženia vonkajšieho prostredia hlukom, ktorému sú ľudia vystavení najmä v zastavaných oblastiach, vo verejných parkoch alebo v iných tichých oblastiach v aglomerácii, v tichých oblastiach v otvorenej krajine, v blízkosti škôl, nemocníc a iných budov a oblastí citlivých na hluk.

3.14.1. Vykonávacie predpisy⁽¹⁸⁾ k zákonu č. 2/2005 Z. z.

Nariadenia:

Nariadenie č. 258/2008 Z. z. vlády Slovenskej republiky, ktorým sa mení a dopĺňa nariadenie vlády Slovenskej republiky č. 43/2005 Z. z., ktorým sa ustanovujú podrobnosti o strategických hlukových mapách a akčných plánoch ochrany pred hlukom

Nariadenie č. 43/2005 Z. z. vlády Slovenskej republiky, ktorým sa ustanovujú podrobnosti o strategických hlukových mapách a akčných plánoch ochrany pred hlukom.

Vyhláška:

Vyhláška č. 195/2005 Z. z. Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky o podrobnostiach o požadovaných údajoch poskytovaných k strategickým hlukovým mapám.

3.15. Zákon NR SR č. 131/2010 Z. z. o pohrebníctve (ďalej len „zákon č. 131/2010 Z. z.“)

Tento zákon upravuje pôsobnosť orgánov štátnej správy a obcí, práva a povinnosti fyzických osôb, fyzických osôb-podnikateľov a právnických osôb v súvislosti so zaobchádzaním s ľudskými pozostatkami a s ľudskými ostatkami, s prevádzkovaním pohrebnej služby, krematória, pohrebiska, s prevádzkovaním balzamovania a konzervácie ľudských pozostatkov. Týmto zákonom sa zrušuje zákon č. 470/2005 Z. z. o pohrebníctve a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní (živnostenský zákon) v znení neskorších predpisov v znení zákona č. 355/2007 Z. z. a zákona č. 461/2008 Z. z.

Vykonávacie predpisy⁽¹⁸⁾ ako sú nariadenia, vyhlášky, výnosy, opatrenia nie sú ustanovené k zákonu č. 131/2010 Z. z.

3.16. Zákon NR SR č. 538/2005 Z. z. o prírodných liečivých vodách, prírodných liečebných kúpeľoch, kúpeľných miestach a prírodných minerálnych vodách a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon č. 538/2005 Z. z.“)

Tento zákon upravuje uznávanie prírodných liečivých vôd a prírodných minerálnych vôd, využívanie a ochranu prírodných liečivých zdrojov a prírodných minerálnych zdrojov, uznávanie klimatických podmienok vhodných na liečenie a ich ochranu, podmienky na povolenie na prevádzkovanie prírodných liečebných kúpeľov a kúpeľných liečební, podmienky na uznávanie kúpeľných miest, ochranu kúpeľného územia a požiadavky na kúpeľné prostredie, práva a povinnosti fyzických osôb a právnických osôb pri uznávaní prírodných liečivých vôd, prírodných minerálnych vôd a klimatických podmienok vhodných na liečenie a pri využívaní a ochrane prírodných liečivých zdrojov, prírodných minerálnych zdrojov a klimatických podmienok vhodných na liečenie, pôsobnosť orgánov štátnej správy a obcí, zodpovednosť za porušenie povinností ustanovených týmto zákonom.

3.16.1. Vykonávacie predpisy⁽¹⁸⁾ k zákonu č. 538/2005 Z. z.

Nariadenie:

Nariadenie č. 446/2006 Z. z. vlády Slovenskej republiky, ktorým sa vydáva Štatút kúpeľného miesta Vysoké Tatry.

Vyhlášky:

Vyhláška č. 342/2010 Z. z. Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky, ktorou sa dopĺňa vyhláška Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 101/2006 Z. z., ktorou sa ustanovuje minimálne materiálo-technické a personálne vybavenie prírodných liečebných kúpeľov a kúpeľných liečební a ustanovujú indikácie podľa prírodných liečivých vôd a klimatických podmienok vhodných na liečenie

Vyhláška č. 341/2010 Z. z. Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky, ktorou sa ustanovujú

ochranné pásma prírodných liečivých zdrojov a prírodných minerálnych zdrojov v Martine a druhy zakázaných činností v ochranných pásmach prírodných liečivých zdrojov a prírodných minerálnych zdrojov v Martine

Vyhláška č. 327/2010 Z. z. Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky, ktorou sa mení a dopĺňa vyhláška Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 392/2007 Z. z., ktorou sa vyhlasujú ochranné pásma prírodných liečivých zdrojov v Turčianskych Tepliciach

Vyhláška č. 24/2010 Z. z. Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky, ktorou sa ustanovujú ochranné pásma prírodných minerálnych zdrojov v Tornali a druhy zakázaných činností v ochranných pásmach prírodných minerálnych zdrojov v Tornali

Vyhláška č. 367/2009 Z. z. Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky, ktorou sa ustanovujú ochranné pásma prírodných minerálnych zdrojov v Kláštore pod Znievom a v Socovciach a druhy zakázaných činností v ochranných pásmach prírodných minerálnych zdrojov v Kláštore pod Znievom a v Socovciach

Vyhláška č. 541/2008 Z. z. Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky, ktorou sa mení vyhláška Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 27/2006 Z. z., ktorou sa ustanovuje spôsob platby úhrady za odber vody z prírodného liečivého zdroja alebo z prírodného minerálneho zdroja a sadzby úhrad

Vyhláška č. 255/2008 Z. z. Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky, ktorou sa vyhlasujú ochranné pásma prírodných liečivých zdrojov v Bojniciach

Vyhláška č. 588/2007 Z. z. Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky, ktorou sa vyhlasujú ochranné pásma prírodných minerálnych zdrojov v Budiši

Vyhláška č. 392/2007 Z. z. Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky, ktorou sa vyhlasujú ochranné pásma prírodných liečivých zdrojov v Turčianskych Tepliciach

Vyhláška č. 3/2007 Z. z. Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky, ktorou sa vyhlasujú ochranné pásma prírodných minerálnych zdrojov v Novej Ľubovni

Vyhláška č. 101/2006 Z. z. Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky, ktorou sa ustanovuje minimálne materiálno-technické a personálne vybavenie prírodných liečebných kúpeľov a kúpeľných liečební a ustanovujú indikácie podľa prírodných liečivých vôd a klimatických podmienok vhodných na liečenie

Vyhláška č. 100/2006 Z. z. Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky, ktorou sa ustanovujú požiadavky na prírodnú liečivú vodu a prírodnú minerálnu vodu, podrobnosti o balneologickom posudku, rozdelenie, rozsah sledovania a obsah analýz prírodných liečivých vôd a prírodných minerálnych vôd a ich produktov a požiadavky pre zápis akreditovaného laboratória do zoznamu vedeného Štátnou kúpeľnou komisiou

Vyhláška č. 87/2006 Z. z. Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky o požiadavkách na klimatické podmienky vhodné na liečenie a o rozsahu a podmienkach ich monitorovania

Vyhláška č. 27/2006 Z. z. Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky, ktorou sa ustanovuje spôsob platby úhrady za odber vody z prírodného liečivého zdroja alebo z prírodného minerálneho zdroja a sadzby úhrad.

Výnos:

Výnos Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky zo 17. marca 2006 č. 12587/2006-SL, ktorým sa ustanovujú podrobnosti o spôsobe označovania hraníc kúpeľných území, území s klimatickými podmienkami vhodnými na liečenie a ochranných pásiem prírodných liečivých zdrojov, prírodných minerálnych zdrojov a klimatických podmienok vhodných na liečenie (oznámenie č. 175/2006 Z. z.).

3.17. Zákon NR SR č. 218/2007 Z. z. o zákaze biologických zbraní a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon č. 218/2007 Z. z.“)

Tento zákon upravuje práva a povinnosti fyzických osôb, fyzických osôb-podnikateľov a právnických osôb v oblasti zákazu vývoja, výroby, hromadenia, prechovávanía a používania biologických zbraní a ich zničenia, pri zaobchádzaní s nimi a pri zistení vysoko rizikových biologických agensov a toxínov, ktoré môžu byť použité spôsobom porušujúcim zákaz biologických zbraní, podmienky zaobchádzania s vysoko

rizikovými biologickými agensmi, výkon štátnej správy v oblasti dodržiavania zákazu biologických zbraní. Na účely tohto zákona biologické zbrane sú zbrane, ktorých ničivý účinok je založený na vlastnostiach biologických agensov a toxínov, ktoré spôsobujú smrť alebo poškodzujú zdravie ľudí alebo zvierat, alebo spôsobujú úhyn alebo poškodenie rastlín, materiály, ktoré obsahujú biologické agensy alebo toxíny akéhokoľvek pôvodu alebo postupu výroby, takého typu a v takých množstvách, ktoré nezodpovedajú použitiu na profylaktické, ochranné alebo iné mierové účely, zariadenia plnené takými biologickými agensmi alebo toxínmi, ktoré sú určené na terorizmus, trestnú činnosť, nepriateľské účely alebo na ozbrojený konflikt, sú spôsobilé vyvolať smrť, ochorenie alebo poškodenie zdravia ľudí alebo zvierat, úhyn alebo poškodenie rastlín; rovnako to platí aj pre prenášače biologických agensov zámerne nakazené tak, aby boli použité na terorizmus, trestnú činnosť, nepriateľské účely alebo na ozbrojený konflikt, sú spôsobilé vyvolať smrť,

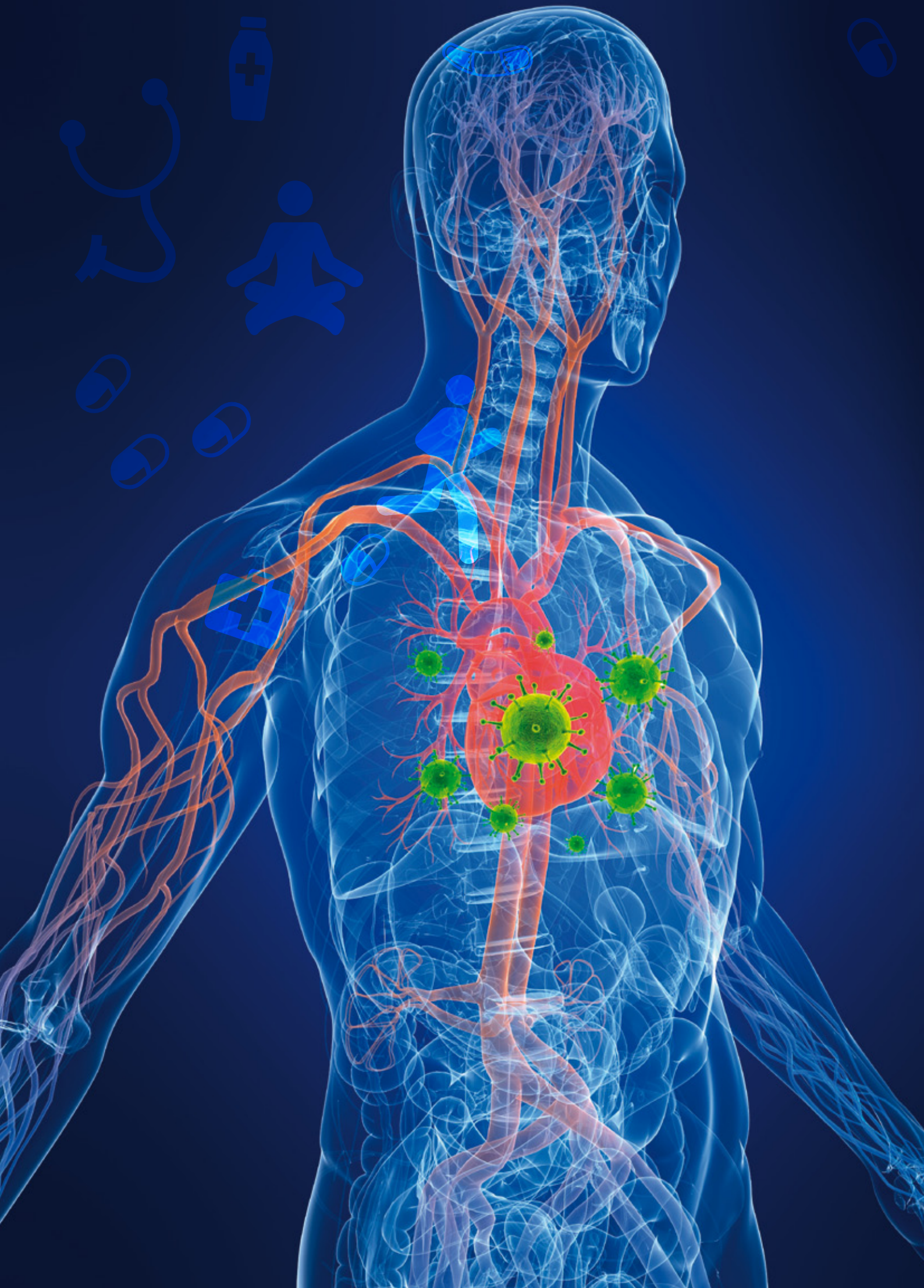
ochorenie alebo poškodenie zdravia ľudí alebo zvierat, úhyn alebo poškodenie rastlín.

Vykonávacie predpisy⁽¹⁸⁾ ako sú nariadenia, vyhlášky, výnosy, opatrenia nie sú ustanovené k zákonu č. 218/2007 Z. z.

Záver

V roku 2004 boli dané základné piliere zdravotníckej legislatívy reflektujúce na štandardné právne podmienky v európskom priestore. Avšak zmeny, ktoré Ministerstvo zdravotníctva SR vykonávalo v priebehu posledných šiestich rokov v oblasti zdravotníckej legislatívy, no najmä v oblasti reformných zákonov svedčia o nestabilite, neustále meniacich sa prioritách a smeroch jednotlivých vládnych garnitúr v pôsobnosti zdravotníctva.





4. ORGANIZÁCIA SYSTÉMU ZDRAVOTNÍCTVA NA SLOVENSKU

Autori: Liptáková Adriána, Hlavatý Tibor, Salon Peter, Kažík Peter

Úvod

Na Slovensku je systém zdravotníctva zložený z mozaiky vzájomne súvisiacich organizačných úrovní. Hlavným pilierom systému je pacient a zároveň poistenec, ktorý participuje na verejnom zdravotnom poistení. Účasť na programe verejného zdravotného poistenia je v Slovenskej republike povinná pre celú populáciu. Z toho plynie, že tento program je založený na systéme povinného poistného. Podobne, povinnosť byť zdravotne poistený bola a je špecifikovaná zákonom pre všetky definované osoby (§ 3 zákona č. 580/2004 Z. z.). Platenie poistného na verejné zdravotné poistenie je právnou povinnosťou občana, ktorú vymedzuje zákon (§ 11 zákona č. 580/2004 Z. z.). Neplatenie poistného sa klasifikuje ako trestný čin. Vzťah medzi poistencom a zdravotnou poisťovňou nikdy nevzniká na základe zmluvy, ale výlučne zo zákona (§ 4 zákona č. 580/2004 Z. z.). Zdravotné poisťovne konajú na základe príslušného legislatívneho záväzku prijať do poistenia každého občana, ktorý o to požiada (§ 6 ods. 9 zákona č. 580/2004 Z. z.) v súlade so zákonom.

Správcom zdravotného poistenia je zdravotná poisťovňa (ďalej len „ZP“). Zdravotné poisťovne, ktoré vykonávajú verejné zdravotné poistenie, nemajú žiadnu možnosť ovplyvniť výšku poistného, rozsah poskytovanej zdravotnej starostlivosti alebo výšku dávok, na ktoré majú prispievatelia nárok. Zdravotné poisťovne pôsobiace vo verejnom systéme nemôžu znižovať alebo zvyšovať alebo ináč ovplyvňovať výšku poistného. Príspevky na poistné sú odvodom podobným daňovému odvodu uplatňovanému na príjmy a sú súčasťou verejných financií Slovenskej republiky.

K 1. januáru 2011 sú na Slovensku tri ZP: Všeobecná zdravotná poisťovňa, a. s., ktorej akcionárom je štát a dve súkromné zdravotné poisťovne Dôvera, a. s. a Union, a. s. ZP sú povinné zabezpečiť zdravotnú starostlivosť pre svojich poistencov tým, že uzatvárajú zmluvy s jednotlivými poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti (ďalej len „PZS“). Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou (ďalej len „ÚDZS“) ako nezávislá inštitúcia dohliada na správne poskytovanie zdravotnej starostlivosti (ďalej len „ZS“) a na verejné zdravotné poistenie.

4.1. Štátna správa

4.1.1. Národná rada Slovenskej republiky

Národná rada Slovenskej republiky (ďalej len „NR SR“) schvaľuje zákony a novely zákonov. Okrem legislatívnej kompetencie má aj kontrolné právomoci. Volí predsedu a členov Dozornej rady ÚDZS a môže uskutočňovať poslanecké prieskumy.

4.1.2. Vláda Slovenskej republiky

Vláda Slovenskej republiky (ďalej len „vláda SR“) schvaľuje podzákonné normy, národné programy a materiály súvisiace s programovým vyhlásením vlády. Vláda SR má kompetenciu schvaľovať rozpočty štátnych ZP, prijímať niektoré legislatívne opatrenia vydané nariadeniami vlády SR (stanovovať poplatky za služby súvisiace so ZS, definovať spoluúčasť poisťovne pri tzv. neprioritných diagnózach, určovať parametre dostupnosti v minimálnej sieti) ako aj menovať a odvolávať Správnu radu ÚDZS.

4.1.3. Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky

Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky (ďalej len „MZ SR“) v rámci svojej pôsobnosti vypracúva návrhy zásadných smerov a priorít rozvoja štátnej zdravotnej politiky, odborne usmerňuje poskytovanie ZS, vydáva štandardné diagnostické postupy a štandardné terapeutické postupy, riadi celoštátne programy zamerané na ochranu, zachovanie a navrátenie zdravia, koordinuje výskumnú činnosť v zdravotníctve a uplatňovanie výsledkov vedeckého výskumu v praxi. V oblasti vzdelávania spravuje sieť a sústavu študijných odborov na stredných zdravotníckych školách, riadi a kontroluje výchovu a výučbu v zdravotníckom školstve, určuje a spravuje sieť stredných zdravotníckych škôl a študijných odborov stredných zdravotníckych škôl v spolupráci s Ministerstvom školstva, vedy, výskumu a športu Slovenskej republiky riadi, kontroluje a spravuje sieť študijných odborov, študijných programov a zdravotníckych vysokých škôl a univerzít, ktoré pripravujú zdravotníckych pracovníkov, riadi ďalšie vzdelávanie zdravotníckych pracovníkov, vydáva osvedčenia o akreditácii špecializačných študijných progra-

mov a o akreditácii certifikačných študijných programov. Je notifikačným orgánom vo veciach ďalšieho vzdelávania zdravotníckych pracovníkov; oznamuje Európskej komisii, členským štátom Európskej únie a členským štátom Európskeho združenia voľného obchodu zoznam diplomov, osvedčení a iných dokladov o získaných špecializáciách a certifikátoch vydaných v SR a zodpovedajúcich kritériám ustanoveným osobitným predpisom vrátane ich zmien a doplnkov a diplomy, osvedčenia a iné doklady o získaných špecializáciách a certifikátoch, ktoré nezodpovedajú ustanoveným kritériám a vzdelávanie v nich sa pozastavilo. Poskytovateľom vydáva povolenia v zmysle §11 zákona č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a iné rozhodnutia. V súlade s nariadeniami Európskeho parlamentu a Rady (ES) z oblasti zdravotníctva ustanovuje podrobnosti o povinnostiach poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, zdravotnej poisťovne a úradu v oblasti poskytovania a úhrady zdravotnej starostlivosti poisťovcom v inom členskom štáte a poisťovcom z iného členského štátu v SR.

Vypracúva koncepciu rozvoja a integrácie informačnej sústavy zdravotníctva a prevádzkuje informačný systém. Vede a uchováva osobitnú zdravotnú dokumentáciu. Zriaďuje etickú komisiu na posudzovanie etických otázok vznikajúcich pri poskytovaní ZS vrátane biomedicínskeho výskumu, zabezpečuje koordináciu poskytovania ZS s inými ústrednými orgánmi štátnej správy, zabezpečuje medzinárodnú spoluprácu na úseku poskytovania ZS a jednotnú prípravu zdravotníctva na obranu štátu.

V oblasti liekovej politiky vypracúva koncepciu liekovej politiky a zabezpečuje jej realizáciu. Vykonáva analytické činnosti a opatrenia smerujúce k optimalizácii výdavkov verejného zdravotného poistenia na lieky. Plní úlohu regulátora a tvorcu právnych predpisov v oblasti kategorizácie liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín a ich cenotvorby. Zabezpečuje racionálnu a účelnú farmakoterapiu, elektronizáciu informácií o lieku a štandardizáciu farmaceutických dát. Metodicky a odborne koordinuje činnosť poradných orgánov v oblasti kategorizácie liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín, kategorizačných komisií, kategorizačných rád a odborných pracovných skupín. Spolupracuje s medzinárodnými organizáciami (WHO, OECD, EK, EP a pod.) a odborne zabezpečuje medzinárodné projekty týkajúce sa zaobchádzania s liekmi a zdravotníckymi pomôckami.

¹⁸ ASPI – stav k 5. 11. 2010, 4. 01. 2011

4.1.3.1. Úrad verejného zdravotníctva Slovenskej republiky

Štátna správa v oblasti verejného zdravotníctva je v kompetencii Úradu verejného zdravotníctva Slovenskej republiky (ďalej len „ÚVZ SR“). Je to štátna rozpočtová organizácia, hierarchicky členená na regionálne úrady verejného zdravotníctva. Na jej čele je hlavný hygienik SR, ktorého do funkcie menuje minister zdravotníctva. Kompetencie a pôsobnosť úradu na úseku ochrany, podpory a rozvoja verejného zdravia ustanovuje zákon NR SR č. 355/2007 Z. z. ÚVZ SR určuje očkovacie schémy, riadi a kontroluje radiačnú ochranu, povoľuje kozmetické výrobky. Prostredníctvom regionálnych úradov riadi epidemiologickú bdelosť, vydáva posudky o vplyve rôznych opatrení na verejné zdravie, z hľadiska hygieny rozhoduje o uvedení priestorov do prevádzky, monitoruje kvalitu vody na kúpanie počas kúpaciej sezóny. Má kompetenciu prejednávať priestupky na úseku verejného zdravotníctva a udeľovať pokuty. ÚVZ SR vykonáva aj systematickú kontrolu a dohľad nad faktormi, ktoré ovplyvňujú výskyt a šírenie prenosných ochorení na Slovensku. Základom dohľadu je zákonom ustanovené povinné hlásenie výskytu všetkých infekčných ochorení, podozrení z infekčného ochorenia a tiež prípadov nosičstva choroboplodných zárodkov. Následne sa v ohniskách nákazy vykonáva epidemiologické a laboratórne vyšetrovanie a represívne opatrenia. Dohľad je zameraný najmä na prioritné skupiny ochorení, ako sú napr. ochorenia ovplyvniteľné očkovaním, nákazy z potravín, vírusové zápaly pečene, infekčné ochorenia nervového systému, ochorenia prenosné zo zvierat na ľudí, AIDS a tuberkulóza.

Na Slovensku sa od roku 1991 založil register všetkých hlásených prenosných ochorení ako súčasť epidemiologického informačného systému prenosných ochorení (ďalej len „EPIS“), ktorý umožňuje dlhodobé sledovanie ochorení a vyhodnocovanie aj neskorých následkov.

4.1.3.2. Štátny ústav pre kontrolu liečiv

Štátny ústav pre kontrolu liečiv (ďalej len „ŠÚKL“) ako rozpočtová organizácia MZ SR vykonáva štátnu správu na úseku farmácie. Vykonáva štátny dozor na úseku farmácie a drogových prekursorov, kontrolu pri výrobe a veľkodistribúcii liekov a zdravot-

níckych pomôcok, vydáva posudky na materiálne, priestorové a personálne vybavenie žiadateľa o povolenie na zaobchádzanie s humánnymi liekmi a so zdravotníckymi pomôckami, vydáva rozhodnutia o registrácii humánnych liekov, zaznamenáva a vyhodnocuje údaje o oznámených nehodách, poruchách a zlyhaniach zdravotníckych pomôcok.

ŠÚKL povoľuje klinické skúšanie liekov a zdravotníckych pomôcok, kontroluje jeho vykonávanie, nariaďuje pozastavenie výdaja alebo predaja lieku alebo zdravotníckej pomôcky alebo stiahnutie lieku alebo zdravotníckej pomôcky z trhu alebo z prevádzky, navrhuje pozastavenie činnosti, na ktorú bolo povolenie na zaobchádzanie s liekmi vydané, vykonáva kontrolu reklamy vrátane kontroly poskytovania vzoriek liekov, vedie evidenciu výrobcov zdravotníckych pomôcok a zoznam zdravotníckych pomôcok uvedených na trh v SR, zaznamenáva a vyhodnocuje oznámenia o nežiaducich účinkoch liekov vrátane krvi, zložiek z krvi, transfúzných liekov, skúšaných produktov a skúšaných liekov.

ŠÚKL vykonáva inšpekciu dodržiavania zásad správnej výrobnéj praxe, správnej praxe prípravy transfúzných liekov, správnej klinickej praxe, správnej laboratórnej praxe, správnej veľkodistribučnej praxe a správnej lekárenskej praxe, dodržiavania ustanovení Slovenského liekopisu a Slovenského farmaceutického kódexu pri príprave hromadne pripravovaných liekov a individuálne pripravovaných liekov, vypracúva Slovenský liekopis a Slovenský farmaceutický kódex, ukladá pokuty za zistené nedostatky a vedie zoznam registrovaných liekov a zoznam zdravotníckych pomôcok, ktoré spĺňajú požiadavky na uvedenie na trh alebo do prevádzky.

4.1.3.3. Národné centrum zdravotníckych informácií

Národné centrum zdravotníckych informácií (ďalej len „NCZI“) zriadilo MZ SR v roku 2006 ako štátnu príspevkovú organizáciu na riešenie úloh súvisiacich s informatizáciou zdravotníctva, štandardizáciou informačnej sústavy zdravotníctva, zberom, spracovaním a poskytovaním zdravotníckych štatistických údajov a poskytovaním knižnično-informačných služieb z oblasti lekárskeho vied a zdravotníctva. Predchodcom terajšieho NCZI bol Ústav zdravotníckych informácií a štatistiky. NCZI je prevádzkovateľom Národných zdravotných registrov, ich zoznam je uvedený v **tabuľke T 4.1**.

T 4.1 Zoznam Národných administratívnych a zdravotných registrov

Rozdelenie:	Názov:
Národné administratívne registre	Národný register prijímateľov zdravotnej starostlivosti
	Národný register poskytovateľov zdravotnej starostlivosti
	Národný register zdravotníckych pracovníkov
Národné zdravotné registre	Národný register základných zdravotných údajov
	Národný register pacientov s onkologickým ochorením
	Národný register pacientov s diabetes mellitus 1. typu
	Národný register pacientov s vrodenou chybou srdca
	Národný register pacientov so srdcovocievnyim ochorením
	Národný register pacientov s cievnyim ochorením mozgu
	Národný register pacientov s chronickým ochorením pľúc
	Národný transplantčný register
	Národný register pacientov s tuberkulózou
	Národný register pacientov s prenosnými ochoreniami
	Národný artroplastický register
	Národný register pacientov s vrodenou vývojovou chybou

Zdroj: Zákon č. 576/2004 Z. z.

NCZI zbiera hlásenia o zdravotnom stave populácie, vedie Národné zdravotné a administratívne registre pacientov a poskytovateľov, ktorých obsah a rozsah je stanovený zákonom (**tabuľka T 4.2**). Od roku 2008 získalo NCZI legislatívny priestor pre budovanie databáz pacientov a zdravotníkov, ktoré majú byť súčasťou eHealth. NCZI rozvíja koncept Národného zdravotníckeho informačného systému (ďalej len „NZIS“). Jeho funkcionality má zahŕňať autorizovanú elektronickú komunikáciu, elektronickú preskripciu, elektronické zdravotné záznamy, vykazovanie výkonov pre verejné zdravotné poistenie a zber údajov pre zdravotnícku štatistiku. Projekt informatizácie zatiaľ nemá vyriešené financovanie. NCZI zatiaľ spracoval návrh pre Emergency Data Set – Množinu údajov pre urgentnú medicínu, ktorú by mal mať k dispozícii lekár pri prvom kontakte s pacientom v prípade poskytnutia neodkladnej zdravotnej starostlivosti.

4.1.4. Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny Slovenskej republiky

Do rezortu Ministerstva práce, sociálnych vecí a rodiny Slovenskej republiky (ďalej len „MPSVaR SR“) spadá problematika sociálnej starostlivosti, vrátane zdrojov na jej financovanie. Splyvajúcu hranicu medzi

sociálnou a ZS charakterizuje rozdiel medzi pojmami „opatrovateľstvo“ (sociálna sféra) a „ošetrovateľstvo“ (zdravotníctvo). Nevhodná delba kompetencií a chýbajúca koordinácia medzi rezortmi zdravotníctva a sociálnych vecí predstavuje prekážku efektívneho riešenia problematiky dlhodobej a sociálno-zdravotnej problematiky.

4.1.5. Ministerstvo školstva, vedy, výskumu a športu Slovenskej republiky

Iným prípadom dlhodobu neriešenu nevhodnej delby kompetencií je dvojkoľajnosť riadenia v zdravotníckom školstve a výskume. Za riadenie a kontrolu výchovy a výučby v zdravotníckom školstve sú zodpovedné dve ministerstvá: MZ SR v spolupráci s Ministerstvom školstva, vedy, výskumu a športu Slovenskej republiky (ďalej len „MŠVVaŠ SR“), za financovanie škôl však len MŠVVaŠ SR. MZ SR je koordinátorom zdravotníckeho výskumu realizovaného na pôde škôl alebo akadémie vied, teda v rezorte MŠVVaŠ SR. Kompetenčné spory sú pre rozhranie zdravotníctvo/škoolstvo typické desiatky rokov, najvypuklejšie sa prejavujú v štátnych univerzitných a fakultných nemocniciach, o.i. vzhľadom na odlišné zdroje financovania.

4.1.6. Ministerstvo financií Slovenskej republiky

Vplyv ministerstva financií Slovenskej republiky (ďalej len „MF SR“) je daný jeho kompetenciami pri príprave štátneho rozpočtu. Kompetencia cenovej regulácie v zdravotníctve prešla v roku 2003 na MZ SR.

4.1.7. Ostatné ministerstvá Slovenskej republiky

Sú zriaďovateľmi rezortných zdravotníckych zariadení, ktoré však s výnimkou vojenskej nemocnice v Ružomberku hrajú len okrajovú úlohu pri zabezpečovaní ZS.

4.2. Prenesený výkon štátnej správy

Na úseku zdravotníctva zabezpečujú samosprávne kraje plnenie úloh uložených MZ SR. Ide teda o čiastočnú dekoncentráciu moci. V rámci preneseného výkonu štátnej správy prešli na samosprávne kraje miestne operatívne kompetencie. Kraj zabezpečuje plynulé fungovanie zdravotníctva: vydáva povolenia na prevádzkovanie zdravotníckych zariadení, menu-

je etické komisie, schvaľuje biomedicínsky výskum v ambulanciách, uschováva zdravotnú dokumentáciu po zániku poskytovateľa, zabezpečuje zastupovanie počas dočasného pozastavenia povolenia alebo licencie poskytovateľa alebo určuje pacientom náhradného lekára, ak ich niekto pre pracovnú vyťaženosť odmietol ošetriť. Ak zistí zhoršenú dostupnosť ZS v kraji, pomáha pri doplnení siete poskytovateľov.

Lekára samosprávneho kraja menuje predseda samosprávneho kraja so súhlasom ministra zdravotníctva. Vo vzťahu k poskytovaniu ošetrovateľskej starostlivosti a pôrodnej asistencie plní uvedené úlohy sestra samosprávneho kraja, taktiež vymenúvaná so súhlasom ministra.

Vydanie povolenia na prevádzkovanie zdravotníckeho zariadenia je po splnení podmienok materiálo-technického a personálneho vybavenia nárokovateľné. Odvolaním voči prvostupňovému rozhodnutiu samosprávneho kraja sa zaoberá MZ SR.

Samosprávny kraj má kompetenciu dozoru nad poskytovaním ZS a za porušenie povinností poskytovateľov im môže udeľovať viaceré sankcie – od finančných pokút až po dočasné alebo trvalé odňatie povolenia. Hrozba trhovej eliminácie je teda potenciálne silnou právomocou. Výkon dozoru je zo strany samosprávnych krajov benevolentný. Kraje pristupujú k sankciám zvyčajne až na návrh ÚDZS na základe ním vykonaného dohľadu a zistení nedostatkov. Samosprávny kraj ako vlastník niektorých zdravotníckych zariadení je pri rozhodovaní o osude týchto zariadení nezávislý od názoru MZ SR, čo predstavuje hlavný zdroj moci samospráv v oblasti zdravotníctva.

Od delimitácie k 01. 01. 2003 postupovali samosprávne kraje ako vlastníci zdravotníckych zariadení rôznymi cestami. Nakoniec je po šiestich rokoch väčšina zdravotníckych zariadení transformovaná na akciové spoločnosti alebo neziskové organizácie, privatizovaná, prípadne je činnosť týchto zariadení poskytnutá do dlhodobého prenájmu súkromným poskytovateľom. Samosprávne kraje rokujú s ďalšími strategickými investormi o ich vstupe do podkapitalizovaných zdravotníckych zariadení.

4.3. Nezávislé inštitúcie

4.3.1. Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou

ÚDZS vykonáva dohľad nad verejným zdravotným poistením tým, že dohliada na dodržiavanie ustanovení zákona, vydáva povolenia a iné rozhodnutia, do-

hliada na plnenie ním vydaných rozhodnutí vrátane podmienok určených v týchto rozhodnutiach, vydáva platobné výmery vo veciach uplatnených zdravotnou poisťovňou, ak ide o pohľadávky na poistnom vyplývajúce z neodvedených preddavkov na poistné alebo neodvedeného nedoplatku na poistnom, úroky z omeškania a pohľadávky vyplývajúce z nezaplatenej úhrady za neodkladnú zdravotnú starostlivosť, vydáva platobné výmery vo veciach uplatnených platiteľom poistného, ak ide o pohľadávky vyplývajúce z neuhradeného preplatku na poistnom, vydáva rozhodnutia vo veciach prerozdelenia poistného, vydáva rozhodnutia o pokutách za porušenie povinností ustanovených zákonom, rozhoduje o odvolaní proti rozhodnutiu zdravotnej poisťovne a zamietnutí žiadosti o udelenie súhlasu s plánovanou ústavnou zdravotnou starostlivosťou.

ÚDZS vykonáva dohľad nad poskytovaním ZS tým, že dohliada na správne poskytovanie ZS, ukladá sankcie, podáva návrhy na uloženie sankcie, ukladá opatrenia na odstránenie zistených nedostatkov alebo ukladá povinnosť prijať opatrenia na odstránenie zistených nedostatkov. Okrem toho sa zúčastňuje na prerozdeľovaní poistného, spolupracuje s MZ SR a MF SR na príprave všeobecne záväzných právnych predpisov týkajúcich sa verejného zdravotného poistenia, plní záväzky štátu v oblasti zdravotníctva vyplývajúce z medzinárodných zmlúv na základe poverenia MZ SR.

Vo vzťahu ku zahraničiu je styčný orgán pre poskytovanie ZS uhrádzanej na základe verejného zdravotného poistenia vo vzťahu k styčným orgánom členských štátov Európskej únie, Nórska, Lichtenštajnska, Islandu a Švajčiarska na komunikáciu medzi príslušnými ZP, uhrádza náklady na ZS poskytnutú poistencovi členského štátu Európskej únie, Nórska, Lichtenštajnska, Islandu a Švajčiarska v SR na základe zmluvy o sociálnom zabezpečení alebo dohody s členskými štátmi Európskej únie, Nórska, Lichtenštajnska, Islandu a Švajčiarska, alebo dohody príslušných úradov týchto štátov, v ktorých sa zmluvné štáty vzdali vzájomného uhrádzania týchto nákladov, je prístupovým miestom na elektronickú výmenu dát medzi členskými štátmi Európskej únie, Nórska, Lichtenštajnska, Islandu a Švajčiarska,

Počas nútenej správy a počas likvidácie vykonáva dohľad nad zdravotnou poisťovňou.

Úrad určuje výšku podielu poistencov zdravotnej poisťovne na celkovom počte poistencov jednotlivým zdravotným poisťovňami,

Podľa zákona č. 34/2011 Z. z. sa ÚDZS stáva centrom pre klasifikačný systém diagnosticko-terapeutických skupín. Zabezpečuje zber, spracovanie

a kontrolu dát užívateľov klasifikačného systému, vykonáva výpočet základných údajov pre nastavenie parametrov klasifikačného systému a spracovanie podkladov pre zoznam diagnosticko-terapeutických skupín, priebežne vyhodnocuje nastavenie parametrov z ekonomického hľadiska, klinického hľadiska a štatistického hľadiska, predkladá návrhy na sledovanie ďalších ukazovateľov charakterizujúcich kvalitu a efektivitu poskytovanej zdravotnej starostlivosti, zabezpečuje prevádzku, správu a vývoj referenčnej databázy, zabezpečuje správu a vývoj programového vybavenia, vykonáva analýzy, poradenstvo a školenia, zabezpečuje odovzdávanie štatistických a analytických výstupov zo spracovania dát pre potrebu užívateľov klasifikačného systému, zabezpečuje distribúciu aktualizovaných verzií programového vybavenia užívateľom klasifikačného systému a zabezpečuje ochranu bezpečnosti dát odovzdaných užívateľovi klasifikačného systému.

Pri plnení úloh, ktoré patria do pôsobnosti úradu, postupuje úrad nestranné a nezávisle od štátnych orgánov, orgánov územnej samosprávy, iných orgánov verejnej moci a od ďalších právnických osôb alebo fyzických osôb; štátne orgány, orgány územnej samosprávy, iné orgány verejnej moci ani ďalšie právnické osoby alebo fyzické osoby nesmú neoprávnene zasahovať do činnosti úradu.

Ako regulátor spravuje ÚDZS databázy týkajúce sa verejného zdravotného poistenia, na čo poukazuje **tabuľka T 4.2**. Vedie taktiež zoznam osôb, ktoré počas života odmietli pitvu, a pred rozhodnutím o pitve túto skutočnosť overuje.

T 4.2 Registre a zoznamy na ÚDZS

P.č.	Názov:
1.	Centrálny register poisťencov
2.	Zoznam zdravotných poisťovní vykonávajúcich verejné zdravotné poistenie
3.	Zoznam platiteľov poistného
4.	Zoznam poskytovateľov ZS
5.	Zoznam kódov lekárov a poskytovateľov ZS
6.	Zoznam osôb oprávnených na výkon dohľadu
7.	Register podaných prihlášok na verejné ZP
8.	Zoznam osôb, ktoré počas života odmietli pitvu

Zdroj: Zákon č. 581/2004 Z. z.

4.3.2. Stavovské a profesijné organizácie

Organizácie poskytovateľov a profesijné združenia pomáhajú presadzovať požiadavky svojich členov vo vzťahu k štátnej správe, samosprávam alebo ZP. Zúčastňujú sa tvorby legislatívy, organizujú vzdelávacie a osvetové programy, zastupujú svojich členov

pri rokovaní so ZP o zmluve na nasledujúce obdobie. Vedú register zdravotníckych pracovníkov podľa príslušného zdravotníckeho povolania a zabezpečujú ich sústavné vzdelávanie.

Komory majú okrem toho kompetenciu udeľovať poskytovateľom licencie, kontrolovať dodržiavanie podmienok ich udelenia a prípadne udeľovať sankcie. Členstvo v komorách je od roku 2005 dobrovoľné a komory nemajú možnosť zaväzovať nečlenov komory povinnosťami nad rámec zákona. Napriek tomu si najstaršie komory ako napr. Slovenská lekárska komora, Slovenská komora zubných lekárov, Slovenská lekárska komora, Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek dokázali zachovať veľkú členskú základňu a predstavujú potenciálne vplyvné názorové skupiny.

Najvýznamnejšími organizáciami združujúcimi poskytovateľov sú Asociácia nemocníc Slovenska, Asociácia fakultných nemocníc, Asociácia súkromných lekárov SR a Slovenská lekárska únia špecialistov. Slovenská lekárska spoločnosť (ďalej len „SLS“) je asociáciou odborných medicínskych a farmaceutických spoločností, regionálnych spolkov lekárov a farmaceutov s takmer 20 tisícovou členskou základňou. Sústreďuje sa na odborné a etické otázky a sprostredkovanie najnovších vedeckých poznatkov. SLS má vlastné odborné spoločnosti, ktoré delegujú odborníkov do rôznych komisií na MZ SR, napr. kategorizačná komisia pre liečivá, katalogizačná komisia pre zdravotné výkony.

4.3.3. Pacientske organizácie

Pacientske organizácie sú často poznačené výkyvmi v aktivite, pretože ich činnosť nezriedka závisí na obetavom úsilí malého počtu jednotlivcov a na nestabilných externých zdrojoch financovania. Sú rovnako ako ich záujmy často rozdrobené a zastupujú ich rôzne strešné organizácie.

Prekážkou pri úspešnom presadzovaní ich požiadaviek je rozdelenie kompetencií medzi zdravotníctvom a sociálnou sférou do dvoch odlišných rezortov. Problematika zdravotne postihnutých občanov je súčasťou agendy MPSVaR SR, na ktoré sa obracia prevažná väčšina pacientskych organizácií ako aj organizácií zdravotne a telesne postihnutých.

Pacienti sú do formálneho rozhodovania v zdravotníctve zapojení len vo veľmi obmedzenej miere. Reprezentujúce organizácie a združenia sa zúčastňujú pripomienkového konania v rámci legislatívneho procesu, avšak len s odporúčacím hlasom.

Svoje ciele si patientske organizácie presadzujú najmä lobingom u zákonodarcu a cestou ovplyvňovania verejnej mienky. Možnosť nepriamo ovplyvniť nákupnú politiku ZP získali poisťenci umožnením reálnej konkurencie v zdravotnom poistení. Negatívna publicita môže ZP spôsobiť odliv poisťencov, čo motivuje poisťovne k dohode v prípade, ak sa na ne obráti poisťenec alebo patientska organizácia s odôvodneným podnetom.

Individuálne majú pacienti možnosť dožadovať sa zabezpečenia svojich práv či už na ÚDZS alebo na súde.

Najaktívnejšie sú organizácie pacientov s chronickými ochoreniami, ako napr. Zväz diabetikov Slovenska, Slovenský zväz sclerosis multiplex, Slovenské združenie stomikov, Liga proti reumatizmu na Slovensku, Klub rodičov a priateľov detí s cystickou fibrózou, Spoločnosť Downovho syndrómu na Slovensku. Mnohé osvetové a edukačné projekty určené onkologickým pacientom, ich blízkym ako i širokej verejnosti sa uskutočňujú pod záštitou renomovanej charitatívnej neziskovej organizácie Liga proti rakovine. Pod strechou Ligy za duševné zdravie sa aktívne stretávajú psychiatri, psychoterapeuti i patientske organizácie s cieľom aktívnej podpory duševného zdravia. V oblasti ochrany práv pacientov pôsobí Asociácia na ochranu práv pacientov.

4.3.4. Privátny sektor

Dodávatelia zo súkromného sektora zvyčajne presadzujú svoje partikulárne požiadavky individuálne. Ich spoločné záujmy reprezentujú strešné organizácie, a to najmä z farmaceutického reťazca: Asociácia dodávateľov liekov a zdravotníckych pomôcok (ADL), Slovenskej asociácie dodávateľov zdravotníckych pomôcok (SK-MED), Slovenská asociácia farmaceutických spoločností orientovaných na výskum a vývoj (SAFS), Asociácia generických výrobcov (GENAS).

4.4. Zdravotné poisťovne

Zdravotné poisťovne (ďalej len „ZP“) majú kľúčové postavenie, pretože sú jedinými nákupcami ZS v systéme. Ich povinnosťou je zabezpečiť poisťencom zákonom predpísaný rozsah zdravotnej starostlivosti. Konkurencia zdravotných poisťovní prebieha pri nákupe zdravotnej starostlivosti. Selektívny kontrakt je založený na zmluvnej voľnosti, kritériami sú indikátory kvality a flexibilná cena. Keďže všetky ZP majú právnu formu akciových spoločností a sú povinné dodržiavať minimálne kritériá platobnej schopnosti, nachádzajú sa

v tvrdých rozpočtových obmedzeniach a nemôžu tak prenášať výsledky svojho hospodárenia na verejné financie. Znášajú tak finančné riziko.

Zástupcovia ZP sú členmi ministerských komisií na stanovovanie rozsahu hradenej zdravotnej starostlivosti, zúčastňujú sa pri príprave legislatívy. S poskytovateľmi ZS ich viažu zmluvné vzťahy. Podmienky ich dodržiavania sú predmetom kontroly zo strany revíznych lekárov ZP.

ZP nakupujú ZS na základe vlastných manažérskych a strategických rozhodnutí. Proces výberu zmluvných poskytovateľov (selektívny kontrakt) je regulovaný zákonom NR SR č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach. Dohľad nad nákupom vykonáva ÚDZS. Samotné zmluvy sa uzatvárajú podľa Obchodného zákonníka.

ZP uzatvárajú s poskytovateľmi individuálne kontrakty. Rámcové podmienky sú predmetom rokovaní medzi ZP a profesionálnymi/poskytovateľskými organizáciami. Návrhy zmlúv s vyrokovanými podmienkami zasielajú ZP jednotlivým poskytovateľom, ktorí ich buď akceptujú a podpíšu alebo sa pokúšajú individuálnym rokovaním upraviť cenu, objemy alebo zmluvné podmienky. Keďže selektívny kontrakt sa uskutočňuje na základe kritérií kvality a efektívnosti, individuálne úpravy kontraktov sú limitované. Poskytovatelia vnímajú negatívne obmedzenú možnosť ovplyvňovať parametre kontraktu. Komunikáciu s poisťovňami a právnu úroveň zmlúv však hodnotia pozitívne (Rating ZP 2008).

Platobné mechanizmy sú spolu s cenou za poskytnutú ZS predmetom zmluvnej voľnosti. Do roku 2003 boli ceny regulované MF SR, ktoré stanovovalo aj minimálne ceny výkonov. Kompetencia cenovej regulácie potom prešla do rúk MZ SR, liberalizácia cien však viedla k faktickej cenovej deregulácii a voľnej cenotvorbe. Ministerstvo stanovuje maximálne ceny pre niekoľko výkonov a pre záchrannú zdravotnú službu stanovuje pevnú cenu. Napriek liberalizácii platobných mechanizmov od roku 2004 zatiaľ prevažujú zaužívané spôsoby úhrady za ZS, akceptované poskytovateľmi i poisťovňami.

ZP sa medzi sebou líšia v počte zmlúv, v zmluvných cenách výkonov a rovnako jestvujú i rozdiely medzi poskytovateľmi v rámci jednej poisťovne, najmä v prípade ústavnej ZS. Cenové podmienky pre všetkých poskytovateľov ambulantnej starostlivosti a laboratórnej diagnostiky bývajú v jednotlivých ZP stanovené spravidla uniformne. Rozdielom môže byť zvýhodnená alebo znevýhodnená cena pre poskytovateľa v prípade, že plní resp. neplní stanovené kritériá kvality alebo efektivity. Takéto platobné mechanizmy najviac využíva súkromná ZP Dôvera, a. s.

Ak zmluvný poskytovateľ prekročí dohodnutý finančný objem (limit), jeho výkony ZP síce medicínsky uzná, ale neuhradí.

Regulačným obmedzením selektívneho kontraktingu je minimálna sieť, ktorá garantuje poskytovateľom v každom regióne istý minimálny objem zmlúv a pre poisťencov predstavuje garanciu geografickej dostupnosti ZS. Minimálna sieť určuje, aký najmenší počet nemocničných lôžok, lekárov či agentúr domácej ošetrovateľskej starostlivosti musí ZP zazmluvniť v jednotlivých regiónoch, aby sa pacienti dostali k potrebnej ZS. Konkrétneho zmluvného poskytovateľa si vyberá ZP. ZP môže uzavrieť zmluvy s väčším počtom poskytovateľov ako stanovuje minimálna sieť, ak jej to umožňujú finančné zdroje. Poskytovatelia záchrannej zdravotnej služby, všeobecnej ambulantnej starostlivosti a lekáreň majú zo zákona automatický nárok na zmluvu so ZP. Minimálna sieť je jedným z najdôležitejších regulačných nástrojov v zdravotnej politike. Stanovuje ju vláda SR nariadením.

Tento liberálny model minimálnej siete bol v roku 2007 upravený a rozšírený o menný zoznam zdravotníckych zariadení, s ktorými majú ZP povinnosť uzavrieť zmluvu bez ohľadu na kritériá ceny a kvality. Do zoznamu boli vládou SR zaradené všetky štátne zdravotnícke zariadenia. Automatický nárok na zmluvu umožňuje štátnym nemocniciam diktovať ZP cenové podmienky: nedodržanie minimálnej siete je problémom poisťovne, nie poskytovateľa. Koordináciu postupu fakultných nemocníc pri cenových rokovaniach z jari 2008 označil Protimonopolný úrad SR za kartelové správanie.

Selektívny kontraktung sa tak naplno uplatňuje voči poskytovateľom špecializovanej ambulantnej starostlivosti a voči neštátnym poskytovateľom ústavnej starostlivosti. Zatiaľ najviditeľnejšie dôsledky selektívneho kontraktingu sú v postupnom nezazmluvňovaní nadbytočných lôžkových kapacít v niektorých menších nemocniciach. Od roku 2004 bola zatvorená alebo stojí tesne pred takýmto rozhodnutím pre obmedzenie kontraktov od poisťovní približne desiatka nemocníc. Viaznuca koordinácia medzi rezortmi zdravotníctva a sociálnych vecí sťažuje prípadnú reprofilizáciu týchto nemocníc na zariadenia sociálnej starostlivosti. V hodnotení zdravotníckych zariadení, ktoré slúži ako podklad pre selektívny kontraktung, sa rebríčky štátnych i súkromných ZP prakticky zhodujú.

4.5. Zdravotnícke zariadenia

Vlastnícka pluralita je charakteristická tak pre segment poskytovateľov ZS, ako pre ZP. Štát zastúpený

MZ SR je pritom vlastníkom najväčších zdravotníckych zariadení a má i väčšinový podiel na trhu zdravotného poistenia.

V štátnom vlastníctve sú fakultné nemocnice, najväčšie regionálne nemocnice, vysokošpecializované odborné ústavy, takmer všetky psychiatrické nemocnice a psychiatrické liečebne. Väčšina z nich má právnú podobu príspevkových organizácií. Jedna z nemocníc (v Poprade) a ústavy srdcovocievnych chorôb boli v roku 2006 transformované na štátne akciové spoločnosti. Štátne zariadenia sú od roku 2007 legislatívne zvýhodnené pri selektívnom kontraktingu, pretože majú automatický nárok na zmluvu s každou ZP.

Lekárne, diagnostické laboratória a väčšina ambulantnej sféry (cca 90 %) je súkromná. Časť ambulantných špecialistov poskytuje ZS v rámci nemocnice s poliklinikou, ktorá je ich zamestnávateľom. Poskytovateľmi záchrannej zdravotnej služby sú rôzne subjekty, od súkromných až po štátne, na základe časovo obmedzeného štvorročného povolenia, vydávaného na základe výberového konania MZ SR.

Rezortné zdravotníctvo sa skladá z niekoľkých zdravotníckych zariadení v pôsobnosti ministerstva obrany a ministerstva vnútra SR.

4.6. Medzinárodné organizácie

Slovenská republika je členským štátom Európskej únie a Rady Európy, Organizácie pre ekonomický a hospodársky rozvoj (ďalej len „OECD“), Svetovej zdravotníckej organizácie (ďalej len „WHO“).

4.6.1. Európska únia

Na Slovensko ako na členský štát Európskej únie sa vzťahuje nariadenie Európskeho parlamentu a Rady (ES) č. 883/2004 o koordinácii systémov sociálneho zabezpečenia, s nariadením Európskeho parlamentu a Rady (ES) č. 987/2009, ktorým sa stanovuje postup vykonávania nariadenia Rady (ES) č. 883/2004 o koordinácii systémov sociálneho zabezpečenia a s nariadením Európskeho parlamentu a Rady (ES) č. 989/2009.

Pre poskytovanie hradenej ZS v týchto krajinách sa poisťenec musí preukázať Európskym preukazom zdravotného poistenia (EPZP), ktorý mu na požiadanie bezplatne vydá jeho ZP, niektorým z predpísaných typov E-formulárov alebo prenosným dokumentom, ktorý čiastočne nahrádza E-formuláre, ktoré sú delené podľa účelu vycestovania do členských štátov Európskej únie. Účel vycestovania určuje typ nárokového dokladu a to dĺžkou jeho platnosti aj rozsahom poskytnutej ZS.

Slovenskí poistenci majú právo na úhradu potrebnej ZS za rovnakých podmienok a v rovnakých cenách ako domáci poistencom podľa miestnej legislatívy, a to vrátane finančnej spoluúčasti. Potrebná ZS sa poskytuje v takom rozsahu, aby sa poistenec nemusel vracieť na územie štátu poistenia skôr ako pôvodne zamýšľal. Nesmie však ísť o ZS, pre ktorú by poistenec zámerne vycestoval do členského štátu.

Ďalší rozsah úhrady je plne v kompetencii ZP. Úhradu odkladnej (plánovanej) ZS v zahraničí podmieňujú ZP svojim predchádzajúcim súhlasom, očakávaním zlepšenia indikátorov zdravotného stavu, vyčerpaním možností liečby na Slovensku alebo nedostatočnými kapacitami poskytovateľov. V odôvodnených prípadoch si poisťovne vyhradzuje právo určiť zdravotnícke zariadenie, resp. štát, v ktorom sa liečba v cudzine poskytne. To platí tak pre krajiny EÚ, ako aj pre ostatné štáty sveta. Pri platbe v hotovosti v členských štátoch EÚ pri náhlom ochorení alebo stave ohrozujúcom život, ak sa nepreukázal EPZP, a v prípade ambulantnej zdravotnej starostlivosti poskytnutej v inom členskom štáte, má poistenec SR právo na úhradu neodkladnej ZS do výšky úhrady na území SR.

4.6.2. Rada Európy

Rada Európy bola založená s cieľom chrániť ľudské práva, parlamentnú demokraciu a právny štát, rozvíjať cezhraničné dohody na štandardizáciu sociálnych a právnych záležitostí a zvyšovať povedomie európskej identity založenej na spoločných hodnotách. Od roku 1989 k jej aktivitám pribudlo sledovanie ľudských práv v postkomunistických krajinách strednej a východnej Európy, pomoc týmto krajinám pri konsolidácii politického, právneho a ústavného rámca, rovnako ako pomoc pri ekonomických reformách. Zároveň týmto krajinám poskytovala nevyhnutné know-how v oblasti ľudských práv, demokracie na lokálnej úrovni, vzdelávaní, kultúre a životnom prostredí. Slovensko sa aktívne zapojilo do problematiky migrantov v súvislosti s poskytovaním ZS. Najnovšou iniciatívou, ktorú Slovensko podporuje je „Európa pre deti a s deťmi“.

4.6.3. Organizácia pre ekonomický a hospodársky rozvoj

V súvislosti s členstvom SR v OECD sa rezort zdravotníctva intenzívne zapája do aktivít OECD a podieľa sa na plnení úloh vyplývajúcich z tejto činnosti. Spolupráca s OECD je hodnotená ako pozitívna a prínosná. Realizuje sa formou analýz jednotlivých problémov a získavaním údajov, prispievaním údajov z ob-

lasti zdravotníctva do databázy OECD, a tým aj účasťou na publikačnej činnosti. V rámci aktivít relevantných pracovných orgánov je SR zastúpená expertmi pri príprave návodov, smerníc a odporúčaní pre členské krajiny, kde je na druhej strane možná ich implementácia v rôznych oblastiach do politiky zdravotníctva na Slovensku. Od roku 2008 sa MZ SR aktívne zúčastňuje na projekte „Comparable Health Data and Indicators: OECD Health Data, Health at Glance, Indicators of Quality of Care (Porovnateľné zdravotnícke údaje a indikátory: Zdravotnícke údaje, Publikácia Health at Glance, indikátory kvality zdravotnej starostlivosti)“. MZ SR je gestorm Výboru pre zdravie (Health Committee), v rámci ktorého sa do uvedených projektov aktívne zapája prispievaním údajov do databázy OECD. Výstupom tejto činnosti je neustála harmonizácia zbieraných zdravotníckych údajov a ukazovateľov kvality poskytovania ZS, s možnosťou ich analýz a porovnávania v národnom aj medzinárodnom meradle. Od roku 2005 sa Slovensko úspešne zapájalo do projektu „Report on Pharmaceutical Pricing Policies (Správa o cenových politikách v oblasti farmaceutických výrobkov)“. Nominovaní delegáti rezortu zdravotníctva plnia úlohy vyplývajúce z členstva SR v OECD, s cieľom prispieť k upevneniu pozície SR ako rovnocenného člena ekonomicky vyspelých členských krajín OECD.

4.6.4. Svetová zdravotnícka organizácia

Najaktívnejšou medzinárodnou organizáciou pôsobiaceou v zdravotníctve na Slovensku je WHO, s vysokým stupňom rešpektu v zdravotníckej obci. Uskutočňuje konkrétne programy spolupráce, sprostredkúva výmenu informácií a odbornej pomoci, výmenu odborníkov ako aj finančnú a materiálno-technickú pomoc zo strany WHO. Autorita WHO má zásadný vplyv na tvorbu štátnej zdravotnej politiky. Slovensko sa v tejto oblasti riadi dokumentom WHO „Zdravie pre všetkých v 21. storočí“ z roku 1998, ako aj viacerými stratégiami WHO, napr. Európska stratégia pre prevenciu a kontrolu neprenosných ochorení, Charta proti obezite, Európsky akčný plán pre životné prostredie a zdravie detí.

4.7. eHealth – elektronické zdravotníctvo v roku 2010

Vláda SR, vedomá si dôležitosť informatizácie zdravotníctva zdôraznila vo svojom programovom vyhlásení, že „... zabezpečí legislatívne a inštitucionálne podmienky na realizáciu informačných a komunikač-

ných systémov, ktoré zásadným spôsobom napomôžu zlepšovať kvalitu, nákladovú efektivitu a časovú dostupnosť služieb. V tejto oblasti bude vláda podporovať projekt informatizácie zdravotníctva a postupne realizovať ciele národnej eHealth stratégie“.

Víziou eHealth je „prostredníctvom moderných informačných a komunikačných technológií podporovať zvyšovanie kvality a efektívnosti všetkých poskytovaných zdravotníckych služieb, znižovať chybovosť a duplicity, administratívne zaťaženie zdravotníctva a pacientov, zvyšovať spokojnosť občanov so systémom zdravotníctva financovaného z verejných zdrojov. Umožniť vznik nových foriem poskytovaných zdravotníckych služieb a poskytnúť zúčastneným stranám relevantné informácie pre rozhodovacie a monitorovacie činnosti v požadovanom čase a kvalite“.

Vychádzajúc z týchto skutočností bolo primárnou úlohou vytvorenie „eHealth prostredia“, ktoré je predpokladom pre naštartovanie a následné nepretržité rozvíjanie eHealth programov a projektov ústiacich do konkrétnych a praktických aplikácií. MZ SR spracovalo dokument „Strategické ciele eHealth – kľúčový nástroj informatizácie verejnej správy v oblasti zdravotníctva na Slovensku“ v ktorom definovala 4 strategické ciele eHealth:

- vytvorenie legislatívneho, normatívneho a architektonického rámca eHealth,
- vytvorenie bezpečnej infraštruktúry pre realizáciu vízie a poslania eHealth,
- informatizáciu procesov a služieb v systéme zdravotnej starostlivosti z verejných zdrojov,
- podporu nových procesov a foriem zdravotnej starostlivosti a zdravotníckych služieb.

Strategické ciele eHealth vychádzali z legislatívneho rámca, požiadaviek a predstáv SR a EÚ vo vzťahu k informatizácii verejnej správy ako aj zdravotníctva a zohľadňujú existujúcu technickú infraštruktúru a organizačné zabezpečenie informatizácie zdravotníctva. Hlavné východiská Strategických cieľov eHealth vychádzali z nasledujúcich schválených dokumentov:

- Stratégia informatizácie verejnej správy (SIVS),
- Národná koncepcia informatizácie verejnej správy (NKIVS),
- Požiadavky a rámec informatizácie zdravotníctva v EÚ

- dokument EÚ COM (2004) 356 final „e-Health – making healthcare better for European citizens: An action plan for a European e-Health Area“. Dokument adresuje požiadavky na tvorbu užívateľsky nenáročných a interoperabilných informačných systémov v zdravotníctve,

- rámcové programy v oblasti výskumu a vývoja (*Framework Programmes – FP*) hlavný nástroj podpory vzniku Európskeho výskumného priestoru (*European Research Area – ERA*), (*Seventh Framework Programme – FP7*),
- dokument „i2010 – a European Information Society for Growth and Employment“ popisujúci výzvy a smerovanie informačnej spoločnosti do roku 2010,
- dokument „e-Health – making healthcare better for European citizens: An action plan for European e-Health area“ obsahuje rozpracované závery obsiahnuté v predošlom dokumente pre oblasť zdravotníctva.

V súlade s metodikou prípravy národných projektov prioritnej osi 1 v rámci Operačného programu Informatizácia spoločnosti (OPIS) so zameraním na služby eGovernmentu (eGov) v rezorte zdravotníctva predchádzalo verejnemu obstarávaniu dodávateľov projektu spracovanie Štúdií realizovateľnosti. MF SR v spolupráci s MZ SR zabezpečilo spracovanie 3 štúdií, ktorých cieľom bolo na základe dôkladnej analýzy identifikovať jednotlivé kroky potrebné k dosiahnutiu želaného stavu eHealth prostredia. Boli realizované nasledovné štúdie realizovateľnosti:

- eHealth FS1 – zameraná na procesno-funkcionálnu analýzu jednotlivých procesov a služieb zdravotníctva (spoločnosť KMPG),
- eHealth FS2 – zameraná na definovania prioritných služieb eHealth (spoločnosť ADL),
- eHealth FS3 – zameraná na Architektonický Rámec a implementáciu Programu eHealth.

MZ SR, ako súčasť prípravy projektu, spracovalo dokument Katalóg potrieb a služieb eHealth a Maticu závislostí Komponentov eHealth. Na základe záverov z predmetných štúdií, Výzvy na predloženie žiadosti o nenávratný finančný príspevok (uzavretá zmluva o poskytnutí nenávratného finančného príspevku) a vyššie uvedených materiálov sa v období október 2009 až marec 2010 uskutočňovalo verejné obstarávanie dodávateľov Národného projektu Elektronické služby zdravotníctva – prvá prioritná oblasť (eSO1).

Vzhľadom na charakter a možnosti použitia nenávratného finančného príspevku v rámci OPIS striktné viazané na konkrétne služby občanovi bolo a je nutnosťou zabezpečovať a realizovať súvisiace podporné projekty. MZ SR v rámci rozpočtových prostriedkov zabezpečovalo v roku 2010 niekoľko podporných projektov ako napr. projekt Dátové centrum eHealth – pilotný rozsah a vybavenie Programovej kancelárie,

projekt Pilotná bezpečnostná a bezpečnostne relevantná infraštruktúra eHealth, projekt Prípravy legislatívnych zmien, projekt Ochrany osobných údajov, v spolupráci s NCZI projekt dobudovania serverovne, a viaceré projekty súvisiace s prípravou na realizáciu Národného projektu Elektronické služby zdravotníctva (NP ESZ) a vzťahujúce sa na dobudovanie a obstaranie potrebnej infraštruktúry.

Na základe výsledkov verejného obstarávania uzavrelo MZ SR dňa 31. 3. 2010 Zmluvu o dielo č. zmluvy 10/Z/2010 s úspešnými uchádzačmi vo verejnom obstarávaní, konzorciom spoločností NESS a. s. Bratislava a LYNX spoločnosť s r. o. Košice. Na základe predmetnej zmluvy a v súlade s časovým a vecným harmonogramom plnenia sa začali realizovať jednotlivé činnosti v rámci aktivít projektu. Bola spracovaná a odsúhlasená Úvodná správa projektu, v oblasti Aktivít projektu – Analýza a návrh bol realizovaný zber požiadaviek pre implementáciu produktov – PROTOTYPY 1 a realizovaný návrh Prototypov 1, bola zahájená analýza a vypracovaný model požiadaviek, katalóg požiadaviek, boli vypracované dokumenty bezpečnosti: Bezpečnostný zámer a projekt, vrcholové dokumenty bezpečnosti a nadväzné dokumenty bezpečnostnej politiky, boli vypracované dokumenty infraštruktúry: projektový plán pre dodávky HW, SW a Infraštruktúry, úvodné Staging plány, Návrh HW a SW konfigurácie zariadení, Správa o pripravenosti priestorov pre inštaláciu HW zariadení a bolo zahájené vypracovanie konceptu riešenia. V oblasti aktivít IMPLEMENTÁCIA A TESTOVANIE bola realizovaná implementácia Prototypov 1 – oblasti národného zdravotného portálu (NZP), eAlokácia, eMedikácia – ePreskripcia, elektronická zdravotná knižka občana (eZKO) a zahájené práce na tvorbe Prototypov 2 – za účelom overenia celovej architektúry.

V novoprijatom Programovom vyhlásení vlády SR bolo deklarované, že „**Vláda SR po dôkladnej analýze rozvinie a naplní Program implementácie eHealth v súlade s potrebami slovenského zdravotníctva a stratégiou EÚ. Do praxe vláda SR zavedie elektronickú zdravotnú dokumentáciu, Národný zdravotný portál a ďalšie eHealth aplikácie v rámci Národného zdravotníckeho informačného systému ako nástroje zvyšovania kvality, efektívnosti a dostupnosti poskytovania zdravotnej starostlivosti.**“

V nadväznosti na vyššie uvedené boli v auguste 2010 práce a činnosti súvisiace s realizáciou Národného projektu eSO1 pozastavené a MF SR ako aj MZ

SR vykonali audit tohto projektu. Na základe záverov z týchto auditov MZ SR v spolupráci s kľúčovými stakeholdermi uskutočnilo revíziu Programu implementácie eHealth (PieH), pričom ostali pozastavené práce a činnosti na realizácii Zmluvy o dielo. Začiatkom roka 2011 vznikla nová koncepcia PieH, ktorá predstavila novú roadmapu a stratégiu realizácie upraveného PieH.

Strategickým zámerom riešenia upraveného programu PieH, s trvalým dôrazom na poskytovanie služieb občanom je aj:

- vytvorenie motivácie všetkých kľúčových strán, obzvlášť poisťovní a lekárov,
- finančná udržateľnosť prevádzky a rozvoja riešenia,
- realizácia úspor na strane poisťovní, ktoré umožnia zvýšiť finančné toky na zdravotné výkony,
- prijatie potrebných legislatívnych zmien,
- finančné a personálne zabezpečenie definovaných podporných projektov.

Takisto boli v tejto fáze identifikované a popísané jednotlivé predpoklady, ktorých realizáciu vníma MZ SR ako nevyhnutnú pre úspech programu eHealth a ktoré berú do úvahy tak aktuálny stav Programu a očakávania od jeho realizácie, ako aj stanovené tri hlavné ciele PieH.

Najdôležitejšie zmeny navrhnuté v novej stratégii PieH:

- prehodnotenie priority implementovaných funkcionalít podľa ich prínosov pre občana aj lekára,
- riadenie všetkých potrebných podporných projektov a vytvorenie veľkého Programu, ktorý ich všetky zastreší (spolu s projektom eSO1),
- nasadenie riešenia do praxe tak, aby minimálne ovplyvnilo bežnú prax lekárov, lekární a ostatných poskytovateľov ZS,
- vytvorenie orgánu Prevádzkovateľa riešenia, ktorý zabezpečí operatívnu prevádzku a servisnú podporu,
- určenie odborných garantov na čiastočný úväzok, ktorých zodpovednosťou bude zastupovať lekárov pri tvorbe riešenia.

Základným predpokladom pre opätovné spustenie PieH je nová štruktúra riadenia PieH, ktorá zabezpečí tak prevádzku Národného zdravotníckeho informačného systému (NZIS), ako aj koordinované riadenie Programu.

Podľa princípov tvorby roadmapy, boli funkcionality rozdelené do troch fáz, z ktorých každá má iný cieľ:

- **fáza 1 (2011–2012)**
 - nasadenie základných funkčností eHealth s cieľom zabezpečiť financovanie prevádzky a implementácia nutných predpokladov pre nasadenie funkcionalít, ktoré prinesú benefity rezortu ako aj občanovi v čo najkratšom čase tzv. „quickwins“;
 - očakávaný nábeh funkcionalít koncom roka 2012.
- **fáza 2 (2012–2013)**
 - implementácia funkcionalít, ktoré prinesú najmä kvalitatívne benefity pre občanov SR. V tejto fáze bude do systému zapojených väčšina poskytovateľov ZS a teda všetky benefity budú vnímané plošne všetkými stakeholdermi v rezorte,
 - očakávaný nábeh funkcionalít koncom roka 2013.
- **fáza 3 (2014–2016)**
 - dôraz je na rozvoji funkcionalít podporujúcich prevenciu a medicínsky výskum, zameriava sa najmä na zlepšenie preventívnej starostlivosti a implementáciu personalizovanej medicíny, ktorá umožní občanom efektívnejšie a cielenejšie sa starať o svoje zdravie,
 - očakávaný nábeh funkcionalít okolo rokov 2015–2016.

Navrhnuté fázy majú iba čiastočný časový a obsahový prienik s pôvodne plánovanými eSO1 a eSO2, cieľom pri ich navrhovaní bolo uviesť funkcionality do účinnosti hneď, ako to bude možné a tým maximalizovať prínosy finančných benefitov.

Funkcionality domén vo fáze 1 sú nasledovné:

- **Národný Zdravotný Portál (NZP)**
 - 1. fáza
 - základná štruktúra stránok,
 - možnosť prihlásenia sa do personalizovaných funkcií eHealth, ako napr. eZKO,
 - základný pilotný obsah.
 - 2. fáza
 - rozširovanie obsahu NZP pre občanov,
 - rozširovanie obsahu NZP pre zdravotníckych pracovníkov.
- **eZKO**
 - predpoklady pre spustenie
 - funkčný NZP
 - 1. fáza
 - základná štruktúra stránok,

- integrácia s laboratórnymi a lekárenskými informačnými systémami,
- iniciálny import dát od poisťovní do eZKO.

2. fáza

- kompletná štruktúra stránok,
- integrácia s ďalšími informačnými systémami (administratívny informačný systém – AIS, nemocničný informačný systém – NIS).

• ePreskripcia a eMedikácia

- predpoklady pre spustenie
- základná štruktúra stránok eZKO

1. fáza

- elektronický recept,
- implementácia databázy liekov,
- tvorba medikačného záznamu.

2. fáza

- expertný systém, ktorý uľahčí identifikáciu negatívnych interakcií medzi
- predpísanými liekmi/účinnými látkami.

• eAlokácia

- predpoklady pre spustenie
- základná štruktúra stránok eZKO

1. fáza

- integrácia s čakacími listinami poisťovní a ich zverejnenie.

Neoddeliteľnou súčasťou už prvej fázy musia byť **podporné projekty** ktoré v rámci analýzy a novej roadmapy sú definované ako:

- bezpečnostné projekty v rámci eHealth, certifikačná autorita, identifikácia zdravotníckeho pracovníka, identifikácia občana eID,
- identifikácia občana eEHIC,
- infraštruktúra a dátové centrum,
- registre (jednotná rezortná údajová základňa rezortu zdravotníctva – JRÚZ RZ), – **klúčový projekt pre úspech eHealth**
- terminológia (s DPH) (SNOMED, LOINC, ICD 10), – **klúčový projekt**
- MIS,
- Legislatíva,
- compliance s eHealth governance,
- integrácia s eGov,
- programová kancelária, – **klúčový projekt pre úspech eHealth**
- odborní garanti riešenia,
- hovorca PieH,
- deployment, – **maximálne nutné**
- prevádzkovateľ eHealth – setup, – **maximálne nutné**.

4.7.1. Integrácia s eGov

Integrácia s eGov, ako informačným systémom Ministerstva vnútra SR bude dôležitou súčasťou jednotlivých fáz programu (napr. implementácia eID). Preto je potrebné dodržať pravidlá stanovené programom eGov, aby eHealth bol s ním integrovateľný.

Integrácia s eGov je doména zahrnutá v ďalších fázach realizácie programu. Vo fáze 1 je dôležité riadiť sa najmä podľa všetkých stanovených požiadaviek systému eGov, aby sa nestalo, že vo fáze 2 bude potrebné upravovať funkcionality, ktoré boli súčasťou Fázy 1 kvôli tomu, že nie sú integrovateľné s eGov.

4.7.2. Compliance s eHealth governance

Compliance s eHealth governance – nutný predpoklad, ktoré eHealth musí spĺňať, aby bol integrovateľný do európskeho eHealth.

Integrácia s celoeurópskym eHealth systémom je takisto jedným zo zásadných predpokladov systému. Dnes sa tejto problematike už venuje jeden podporný projekt (epSOS), u ktorého sa predpokladá pokračovanie. EÚ Mobilita je doména zahrnutá v ďalších fázach realizácie programu.

Vo fáze 1 je dôležité riadiť sa najmä podľa všetkých požiadaviek systému eHealth, aby sa nestalo, že vo fáze 2 bude potrebné upravovať funkcionality, ktoré boli súčasťou Fázy 1 kvôli tomu, že nie sú integrovateľné s európskym eHealth.

Takisto je potrebné zohľadniť odporúčania Európskej komisie týkajúcej sa eHealth, ktoré majú zabezpečiť interoperabilitu systému v rámci EÚ.

4.7.3. Prerozdelenie funkcionality

Pre lepší prehľad o plánovaných rozdieloch medzi pôvodným obsahom eSO1 a eSO2 a novým obsahom fáz 1, 2 a 3 je implementácia jednotlivých funkcionality v rámci jednotlivých častí PieH (eSO/fáza) ilustrovaná v **tabuľke T 4.3**. Tabuľka je rozdelená podľa jednotlivých domén na funkcionality, ktoré sú súčasťou roadmapy.

Záver

Organizácia zdravotníctva na Slovensku je viacúrovňová. Štát prostredníctvom ministerstva zdravotníctva zabezpečuje základné smerovanie zdravotnej politiky, ktoré vychádza z domácich potrieb a medzinárodných záväzkov. Regionálnu úroveň zabezpečujú orgány samosprávy. Zdravotná starostlivosť je pre občanov poskytovaná cez verejné zdravotné poistenie zdravotnými poisťovňami, ktoré uzatvárajú zmluvy s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti. Nezávislý Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou kontroluje činnosť zdravotných poisťovní a dohliada nad správnym poskytovaním zdravotnej starostlivosti.

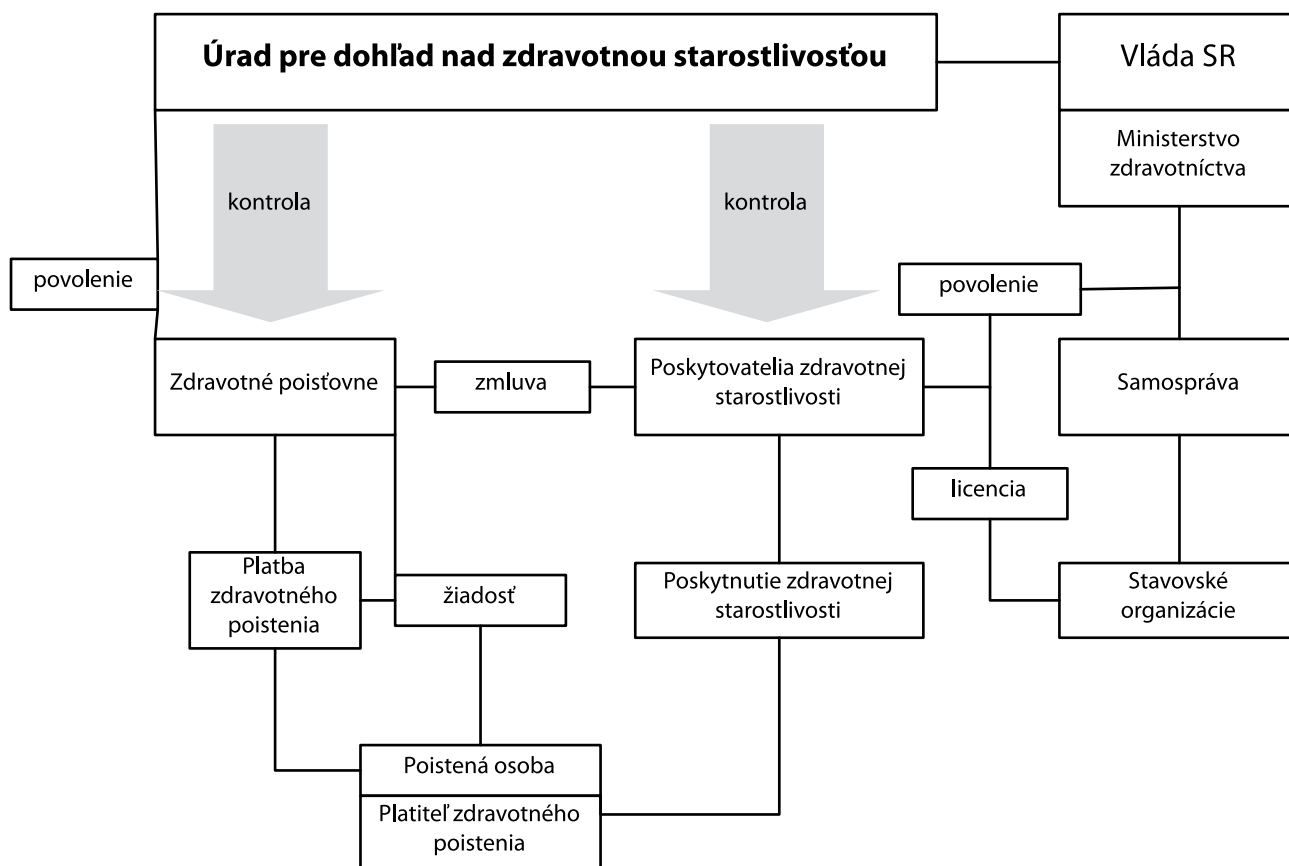
T 4.3 Porovnanie pôvodného a nového rozsahu funkcionalít

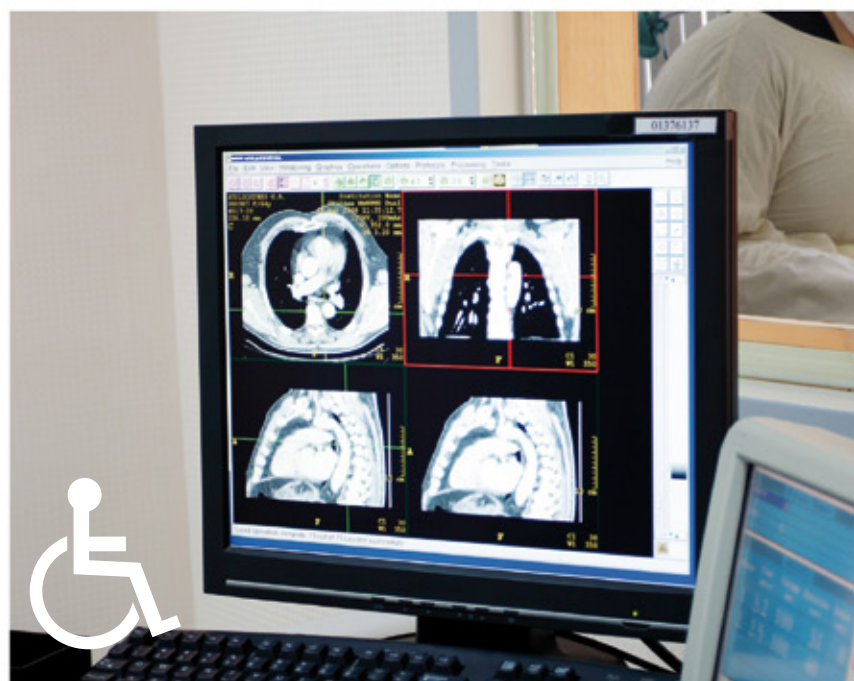
	Pôvodný koncept		Nový koncept		
	eSO1	eSO2	Fáza 1	Fáza 2	Fáza 3
ePreskripčia a eMedikácia	✓	✓✓	✓✓	✓✓✓	✓✓✓
Elektronický recept	✓	✓✓	✓✓	✓✓✓	✓✓✓
Databáza liekov	✓	✓✓	✓✓	✓✓✓	✓✓✓
Medikačný záznam	✓	✓✓	✓✓	✓✓✓	✓✓✓
Expertný systém pre eMedikáciu	✓	✓✓	✓	✓✓✓	✓✓✓
eAlokácia	✓	✓✓	✓	✓✓	✓✓
Notifikácie o vyšetreniach	✓	✓✓	✓	✓✓	✓✓
Čakacie listiny	✓	✓✓	✓✓	✓✓✓	✓✓✓
Kalendár poskytovateľov ZS	✓	✓✓	x	x	✓✓
Alokácia pre laboratória	✓	✓✓	x	x	✓✓
Alokácia na ZS	✓	✓✓	x	x	✓✓
eZKO	✓	✓✓	✓✓	✓✓	✓✓
Štruktúra stránok	✓	✓✓	✓✓	✓✓✓	✓✓✓
Manažment súhlasu	✓	✓✓	✓	✓✓	✓✓✓
Poskytnutie depersonifikovaných údajov na štatistické účely	✓	✓✓	✓	✓	✓✓
Integrácia s informačnými systémami poskytovateľov ZS	x	✓✓	✓✓(LeIS, LaIS)	✓✓(AIS)	✓✓(NIS)
Zápis a výpis vykazanej ZS	✓	✓✓	✓	✓	✓✓
NZP	✓	✓✓	✓✓	✓✓	✓✓
Prevádzka NZP, login do eZKO	✓	✓✓	✓✓	✓✓✓	✓✓
Relevantný obsah pre občanov	✓	✓✓	✓✓	✓✓✓	✓✓✓
Relevantný obsah pre zdravotníckych pracovníkov	✓	✓✓	✓	✓✓	✓✓

Zdroj: Hodnotiaca správa riadenia Programu implementácie eHealth a projektu eSO1, spoločnosť Aspivo, s.r.o.

Vysvetlivky: ✓ – pilotný nábeh, ✓✓ – čiastočný nábeh,
 ✓✓✓ – plný nábeh, x – skúšobná prevádzka funkcionality bez benefitov

S 4.1 Organizácia systému zdravotníctva na Slovensku

Zdroj: www.hpi.sk, 2010



5. ZDRAVOTNÍCKE ZARIADENIA

Autori: Liptáková Adriána, Hlavatý Tibor, Ďelešová Martina, Slaný Jozef

Úvod

Zdravotná starostlivosť sa poskytuje na území Slovenskej republiky v zdravotníckych zariadeniach. Zdravotnícke zariadenia ambulantného typu poskytujú služby pacientom počas ordinačných hodín schválených príslušným samosprávnym krajom, zdravotnícke zariadenia ústavného typu a záchranná zdravotná služba poskytujú služby pacientom nepretržite. Je vybudovaná sieť primárnej zdravotnej starostlivosti, ktorá je tvorená ambulanciami všeobecných lekárov pre dospelých a všeobecných lekárov pre deti a dorast. Na túto sieť nadväzuje ambulantná sieť špecialistov. Pacienti vyžadujúci neodkladnú zdravotnú starostlivosť sú hospitalizovaní v nemocniciach pevnej siete, ktoré majú definované štandardy pre skladbu lôžkových oddelení, personálneho a materiálneho technického vybavenia a geografickej dostupnosti na úrovni okresov.

5.1. Poskytovateľ

Poskytovateľ je fyzická osoba alebo právnická osoba, ktorá poskytuje ZS na základe povolenia, živnostenského oprávnenia podľa osobitného predpisu, alebo je fyzická osoba, ktorá poskytuje ZS na základe licencie na výkon samostatnej zdravotníckej praxe alebo fyzická osoba-podnikateľ alebo právnická osoba, ktorá poskytuje ZS na základe povolenia na prevádzkovanie prírodných liečebných kúpeľov alebo povolenia na prevádzkovanie kúpeľnej liečebne podľa osobitného predpisu. Poskytovateľ poskytuje ZS v zdravotníckom zariadení.

Poskytovateľ musí spĺňať tieto kritériá: minimálne materiálno-technické a kvalifikačno-personálne kritériá vydávané MZ SR, ktoré sú nevyhnutným predpokladom vstupu na trh a poskytovatelia sú ich povinní nepretržite dodržiavať. Monitoring a vymáhanie týchto pravidiel zabezpečuje MZ SR, ÚDZS, komory a samosprávne kraje. Poskytovatelia sú povinní zabezpečiť písomne zdokumentovaný systém kvality s cieľom znížiť nedostatky v poskytovaní ZS. Hoci MZ SR má kompetenciu detailnejšej špecifikácie a regulácie systémov kvality, dosiaľ k tomuto kroku nepristúpilo. Systémy kvality u poskytovateľov sú preto buď formálne alebo vôbec neexistujú. MZ SR vydáva odborné usmernenia, ktoré používajú ZP pre kontrolu

poskytovateľov, avšak tieto sú v hierarchii právnych predpisov na najnižšom stupni.

Na selektívny kontraktujú slúžia indikátory kvality. Indikátory kvality pripravuje MZ SR s odbornými spoločnosťami, ZP a ÚDZS. Nie sú dostatočne komplexné a o kvalite väčšiny poskytovateľov neposkytujú dostatočné informácie. ÚDZS konštatoval, že údaje zozbierané od poskytovateľov majú nízku validitu, čo ovplyvňuje vierohodnosť výsledného poradia poskytovateľov.

Dobrovoľné podrobovanie sa externej kontrole kvality nejestvuje, poskytovatelia nemajú povinnosť zverejňovať svoje finančné alebo kvalitatívne ukazovatele.

Podozrenia na pochybenia zdravotníckych pracovníkov sú prešetrované ÚDZS. Ak sa podozrenie potvrdí, ÚDZS pristupuje k sankciám voči poskytovateľovi a v prípade podozrenia zo spáchania trestného činu podáva podnet na prokuratúru. Takéto prípady sú zverejňované samotným ÚDZS. Úrad každoročne publikuje súhrn poučných prípadov – kazuistik.

5.2. Zdravotnícke zariadenie

Zdravotnícke zariadenie je prevádzkový útvar zriadený na poskytovanie ZS a služieb súvisiacich s poskytovaním ZS. Zdravotnícke zariadenia možno prevádzkovať len na základe povolenia; povolenia sa vydávajú na zdravotnícke zariadenia ambulantnej zdravotnej starostlivosti, ústavnej zdravotnej starostlivosti a lekárenskej starostlivosti.

Zariadenia ambulantnej ZS sú všeobecná ambulancia, špecializovaná ambulancia, ambulancia lekárskej služby prvej pomoci (ďalej len „LSP“) pre dospelých, ambulancia LSP pre deti a dorast, špecializovaná zubno-LSP, ambulancia záchrannej zdravotnej služby (ďalej len „ZZS“), ambulancia rýchlej lekárskej pomoci (ďalej len „RLP“), ambulancia rýchlej zdravotnej pomoci (ďalej len „RZP“), ambulancia RLP s vybavením mobilnej intenzívnej jednotky, ambulancia vrtuľníkovej záchrannej zdravotnej služby (ďalej len „VZZS“). K ambulantným zariadeniam patria aj zariadenia na poskytovanie jednodňovej ZS, stacionár, poliklinika, agentúra domácej ošetrovateľskej starostlivosti (ďalej len „ADOS“), zariadenie spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek (ďalej len „SVALZ“) a mobilný hospic.

Zariadenia ústavnej ZS sú všeobecná a špecializovaná nemocnica, liečebňa, hospic, dom ošetrovateľskej starostlivosti (ďalej len „DOS“), prírodné liečebné kúpele, kúpeľná liečebňa a zariadenie biomedicínskeho výskumu.

5.2.1. Ambulantná zdravotná starostlivosť

Ambulantná zdravotná starostlivosť (ďalej len „AZS“) sa delí na všeobecnú a špecializovanú starostlivosť. Osobitným prípadom je ZZS a súčasťou je aj jednodňová ZS a LSPP.

Po roku 1993 došlo k postupnej privatizácii ambulantnej sféry a v súčasnosti všetci všeobecní lekári pôsobia v súkromnej praxi. Privatizáciou prešla aj väčšina špecializovaných ambulancií, či už samostatných praxí alebo združených v poliklinikách. Významný podiel na trhu špecializovanej ambulantnej starostlivosti (ďalej len „ŠAS“) majú nemocnice, ktorých súčasťou sú polikliniky.

Pacient má slobodnú voľbu poskytovateľa s výnimkou vojakov, policajtov, väzňov a azyľantov. Slobodná voľba sa týka poskytovateľov tak v ambulantnej ako i ústavnej starostlivosti. Poskytovateľ môže odmietnuť pacienta, ak by tým prekročil únosné pracovné zaťaženie, ak by sa ocitol v konflikte záujmov alebo ak má výhradu vo svedomí. Nemôže ho však odmietnuť v prípade potreby neodkladnej ZS. Všeobecný lekár nemôže odmietnuť pacienta z dôvodu pracovného vyťaženia, ak ide o pacienta s trvalým pobytom v jeho obvode. Podmienkou úhrady ZS z verejného zdravotného poistenia je zmluvný vzťah poskytovateľa so ZP pacienta, resp. predchádzajúci súhlas poisťovne s preplatením ZS u nezmluvného poskytovateľa.

Pacient uzatvára so všeobecným lekárom písomnú dohodu o poskytovaní všeobecnej ambulantnej starostlivosti (ďalej len „VAS“) najmenej na 6 mesiacov. Výpoveď zmluvy musí byť taktiež písomná.

V ŠAS bol od roku 2008 do roku 2011 podmienkou úhrady zo zdravotného poistenia odporúčací lístok od všeobecného lekára. Odporúčací lístok nepotrebovali pacienti po náhlej zmene zdravotného stavu do 24 hodín, psychiatrickí pacienti a pacienti v dispenzárnej starostlivosti špecialistu. Cieľom zavedenia gatekeepingu bolo odstrániť zbytočné resp. duplicitné vyšetrovania u špecialistov a zabezpečiť koordináciu diagnózy a liečby v záujme skvalitnenia poskytovanej ZS. Kapitačný platobný mechanizmus však nemotivuje všeobecných lekárov k efektívnemu manažovaniu pacientov a koordinácii ZS. Podľa Asociácie súkromných lekárov boli poplatky lepším regulátorom spotreby ZS než odporúčacie lístky. Lekári-špecialisti považujú odporúčacie lístky za zbytočnú záťaž pre pacientov i pre lekárov. Naopak, po ich zrušení, tá istá Asociácia vyslovila poľutovanie nad zrušením tohto mechanizmu.

Podmienkou na prijatie pacienta do ústavnej ZS je odporúčanie ošetrojúceho lekára, ktorým môže byť aj ambulantný lekár (všeobecný lekár alebo lekár-špecialista).

T 5.1 Počet ambulancií a pracovných miest lekárov v SR – rok 2009

Odborné zameranie útvaru	Počet útvarov	na 1000 obyvateľov	Počet pracovných miest - lekári	na 1000 obyvateľov
všeobecné lekárstvo ⁽¹⁾	2 220	0,51	2 158,24	0,49
všeobecná starostlivosť o deti a dorast ⁽²⁾	1 149	0,64	1 128,98	0,63
špecializované ambulancie ⁽³⁾	12 253	2,26	6 437,72	1,19
ambulancie – spolu ⁽³⁾	15 622	2,88	9 724,94	1,79

Zdroj: NCZI

Poznámka:¹ prepočítané na 1 000 obyvateľov vo veku 18+ roční k 31. 12. 2009² prepočítané na 1 000 obyvateľov vo veku 0 až 26 roční k 31. 12. 2009³ prepočítané na 1 000 obyvateľov k 31. 12. 2009

Prehľad siete zdravotnej starostlivosti – druhy a odborné zameranie útvarov poskytovania zdravotnej starostlivosti v zdravotníckych zariadeniach

Evidenčný počet pracovníkov v pracovnom aj mimopracovnom pomere prepočítaný na plné úväzky v povolaniach zdravotníckych pracovníkov

5.2.2. Ústavná zdravotná starostlivosť

Ústavná zdravotná starostlivosť (ďalej len „ÚZS“) sa poskytuje, ak zdravotný stav osoby vyžaduje nepretržité poskytovanie ZS dlhšie ako 24 hodín.

Nemocnice sa rozlišujú podľa miery špecializovanosti na všeobecné a špecializované. Fakultné nemocnice sú príkladom všeobecnej nemocnice. Súčasťou nemocníc sú ambulancie, v ktorých nemocniční lekári poskytujú ŠAS.

Medzi zariadenia poskytujúce ÚZS ďalej patria liečebne, hospice, DOS, prírodné liečebné kúpele, kúpeľné liečebne a zariadenia biomedicínskeho výskumu. Špecializovaným nemocniciam, zariadeniam biomedicínskeho výskumu a zariadeniam poskytujúcim ÚZS na území viac ako dvoch samosprávnych krajov vydáva povolenie MZ SR, pre vydanie povolenia ostatným zariadeniam je príslušný samosprávny kraj.

Vlastnícky mix je charakteristický aj pre poskytovateľov ÚZS, s významným podielom štátu ako vlastníka. Až do roku 2003 na trhu pôsobili len tri súkromné nemocnice, ostatné zdravotnícke zariadenia boli štátne príspevkové organizácie. Po decentralizácii menších nemocníc sa samosprávy väčšinou rozhodli pre transformáciu týchto zariadení buď na obchodnú spoločnosť alebo na neziskovú organizáciu, príp. došlo k privatizácii ich činnosti. Štát zostal vlastníkom najväčších nemocníc vrátane fakultných. Prevažujúca právna forma štátnych nemocníc je naďalej príspevková organizácia; 5 výnimiek predstavujú nemocnice transformované po reforme z roku 2004 na akciové

spoločnosti v 100 % vlastníctve štátu. Transformácia nemocníc bola zastavená v roku 2006.

Manažmenty nemocníc sa zodpovedajú vlastníkom. Riaditelia štátnych nemocníc sú priamo menovaní a odvolávaní ministrom zdravotníctva, zvyčajne v súlade s politickým cyklom. Sú zodpovední za riadenie nemocníc a odmeňovaní v závislosti od hospodárskych výsledkov.

37 % obyvateľov má všeobecnú nemocnicu dostupnú priamo v mieste bydliska. Pri priemernej cestovnej rýchlosti motorovým vozidlom je do 45 minút dostupná ÚZS vo všetkých základných medicínskych odboroch, vrátane neurológie a traumatológie /ortopedie. V kombinácii s 15 minútovým dojazdom ZZS to predstavuje dostupnosť neodkladnej ústavnej starostlivosti do 60 minút.

Spoluprácu so zariadeniami dlhodobej starostlivosti komplikuje nedostatočný počet chronických postelí a skutočnosť, že zariadenia sociálnej starostlivosti patria kompetenčne do iného rezortu. Zaradenie domácej ošetrovateľskej starostlivosti ako substitúcie ústavnej starostlivosti do minimálnej siete v roku 2004 umožnilo rozvoj agentúr, ktoré poskytujú ošetrovateľské a rehabilitačné služby.

Spolupráca medzi ambulantnou a ústavnou sférou je obmedzená na výmenu časti zdravotnej dokumentácie. Najlepšie funguje v prípade, ak ambulantnú starostlivosť poskytuje nemocničný lekár v ambulantnej časti nemocnice alebo v mimopracovnom čase vo svojej súkromnej ambulancii.

5.3. Minimálna sieť poskytovateľov

Zákon definuje verejnú minimálnu sieť poskytovateľov (ďalej len „minimálna sieť“) ako usporiadanie najmenšieho možného počtu verejne dostupných poskytovateľov na území SR alebo na území príslušného samosprávneho kraja alebo na území príslušného okresu (ďalej len „príslušné územie“) v takom počte a zložení, aby sa zabezpečila efektívne dostupná, plynulá, sústavná a odborná zdravotná starostlivosť s prihliadnutím na počet obyvateľov príslušného územia vrátane novej odchýlky vo vzťahu ku geografickým a demografickým podmienkam príslušného územia, chorobnosť a úmrtnosť obyvateľov príslušného územia, migráciu cudzincov a osôb bez štátnej príslušnosti na príslušnom území a bezpečnosť štátu. Výnimku tvoria poskytovatelia, ktorí prevádzkujú ambu-

lancie ZZS a poskytovatelia, ktorí poskytujú lekárenskú starostlivosť.

Na zabezpečenie neodkladnej ZS je určená pevná sieť poskytovateľov, ktorí poskytujú ÚZS na príslušnom území. Poskytovateľ, ktorý poskytuje ÚZS, môže byť zaradený do pevnej siete, ak poskytuje nepretržitú ZS najmenej v rozsahu týchto špecializovaných pracovísk: urgentný príjem, anesteziológia a intenzívna medicína, chirurgia, vnútorné lekárstvo alebo kardiológia, neurológia, gynekológia a pôrodníctvo, neonatológia, pediatria, nemocničná lekáreň. Poskytovateľ v rámci pevnej siete zabezpečuje 24-hodinovú dostupnosť zariadení SVALZ v odboroch rádiodiagnostika (CT nevyhnutné), klinická biochémia, hematológia a transfuziológia. V **tabuľke T 5.2** sú uvedení poskytovatelia, ktorí boli k 1. januáru 2011 zaradení do pevnej siete podľa jednotlivých ZP.

T 5.2 Poskytovatelia ZS zaradení do pevnej siete podľa jednotlivých ZP

Kraj	Okresy	VšZP, a.s.	Union, a.s.	Dôvera, a.s.
Bratislavský	BAA, Pezinok, Senec, Malacký	UN BAA	UN BAA	UN BAA
Trnavský	Trnava	FN Trnava	Nie je poskytovateľ	FN Trnava
	Dunajská Streda	NsP Dunajská Streda, a.s.	NsP Dunajská Streda, a.s.	NsP Dunajská Streda, a.s.
	Galanta a Šaľa	NsP sv. Lukáša Galanta, a.s.	NsP sv. Lukáša Galanta, a.s.	NsP sv. Lukáša Galanta, a.s.
	Piešťany a Hlohovec	N A. W. Piešťany, n.o.	N A. W. Piešťany, n.o.	N A. W. Piešťany, n.o.
	Skalica a Senica	NsP Skalica, a.s.	NsP Skalica, a.s.	NsP Skalica, a.s.
Trenčiansky	Trenčín, Nové Mesto nad Váhom a Myjava	FN Trenčín	FN Trenčín	FN Trenčín
	Prievidza	NsP Prievidza so sídlom v Bojniciach	NsP Prievidza so sídlom v Bojniciach	NsP Prievidza so sídlom v Bojniciach
	Partizánske a Bánovce nad Bebravou	NsP Partizánske, n.o.	NsP Partizánske, n.o.	NsP Partizánske, n.o.
	Považská Bystrica, Ilava a Púchov	NsP Považská Bystrica	NsP Považská Bystrica	NsP Považská Bystrica
Nitriansky	Nitra a Zlaté Moravce	FN Nitra	FN Nitra	FN Nitra
	Topoľčany	NsP Topoľčany, n.o.	NsP Topoľčany, n.o.	NsP Topoľčany, n.o.
	Levice	NsP Levice, n.o.	NsP Levice, n.o.	NsP Levice, n.o.
	Nové Zámky	FNsP Nové Zámky	Nie je poskytovateľ	FNsP Nové Zámky
	Komárno	FORLIFE, n.o. Komárno	FORLIFE, n.o. Komárno	FORLIFE, n.o. Komárno
Žilinský	Žilina a Bytča	FNsP Žilina	Nie je poskytovateľ	FNsP Žilina
	Čadca a Kysucké Nové Mesto	Kysucká nemocnica s poliklinikou Čadca	Kysucká nemocnica s poliklinikou Čadca	Kysucká nemocnica s poliklinikou Čadca
	Dolný Kubín, Námestovo a Tvrdošín	Dolnooravská nemocnica s poliklinikou N. Jegeho Dolný Kubín	Hornooravská nemocnica s poliklinikou Trstená	Dolnooravská nemocnica s poliklinikou N. Jegeho Dolný Kubín
	Martin a Turčianske Teplice	UN Martin	UN Martin	UN Martin
	Liptovský Mikuláš a Ružomberok	Liptovská nemocnica s poliklinikou Liptovský MikulášUVN SNP Ružomberok	Liptovská nemocnica s poliklinikou Liptovský MikulášUVN SNP Ružomberok	UVN SNP Ružomberok
Banskobystrický	Banská Bystrica	FNsP F.D. Roosevelta	FNsP F.D. Roosevelta	FNsP F.D. Roosevelta
	Zvolen, Detva a Krupina	Nemocnica Vaše zdravie Zvolen, a.s.	Nemocnica Vaše zdravie Zvolen, a.s.	Nemocnica Vaše zdravie Zvolen, a.s.
	Brezno	NsP Brezno, n.o.	NsP Brezno, n.o.	NsP Brezno, n.o.
	Rimavská Sobota a Revúca	NsP, n.o. Rimavská Sobota	Nie je poskytovateľ	NsP, n.o. Rimavská Sobota
	Lučenec, Poltár a Veľký Krtíš	VšNsP Lučenec, n.o.	VšNsP Lučenec, n.o.	VšNsP Lučenec, n.o.
	Žiar nad Hronom, Banská Štiavnica a Žarnovica	NsP, n.o. Žiar nad Hronom	Nie je poskytovateľ	NsP, n.o. Žiar nad Hronom

Kraj	Okresy	VšZP, a.s.	Union, a.s.	Dôvera, a.s.
Prešovský	Prešov a Sabinov	FNsP J.A.R. Prešov	Nie je poskytovateľ	FNsP J.A.R. Prešov
	Poprad a Levoča	VšNsP Levoča, a.s. Nemocnica Poprad	VšNsP Levoča, a.s.	Nemocnica Poprad
	Stará Ľubovňa a Kežmarok	Ľubovnianska nemocnica, n.o.	Ľubovnianska nemocnica, n.o.	Ľubovnianska nemocnica, n.o.
	Bardejov a Svidník	NsP sv Jakuba, n.o. Bardejov	NsP sv Jakuba, n.o. Bardejov Nemocnica arm. generála L. Svobodu Svidník, n.o.	NsP sv Jakuba, n.o. Bardejov
	Humenné, Snina a Medzilaborce	Nemocnica A. Leňa Humenné, n.o.	Nemocnica A. Leňa Humenné, n.o.	Nemocnica A. Leňa Humenné, n.o.
Košícký	Vranov nad Topľou a Stropkov	Vranovská nemocnica, n.o.	Vranovská nemocnica, n.o.	Vranovská nemocnica, n.o.
	Košice a Košice-okolie	UN L. Paustera Košice Nemocnica-Šaca, a.s. súkromná nemocnica	UN L. Paustera Košice Nemocnica-Šaca, a.s. súkromná nemocnica	UN L. Paustera Košice Nemocnica-Šaca, a.s. súkromná nemocnica
	Rožňava	NsP sv. Barbory, a.s. Rožňava	NsP sv. Barbory, a.s. Rožňava	NsP sv. Barbory, a.s. Rožňava
	Spišská Nová Ves a Gelnica	NsP Spišská Nová Ves, a.s.	NsP Spišská Nová Ves, a.s.	NsP Spišská Nová Ves, a.s.
	Trebišov	NsP Trebišov, a.s.	NsP Trebišov, a.s.	NsP Trebišov, a.s.
	Michalovce a Sobrance	NsP Kukuru Michalovce, a.s.	NsP Kukuru Michalovce, a.s.	NsP Kukuru Michalovce, a.s.

Zdroj: Zdravotné poisťovne, 2010

Poskytovatelia koncovej siete sú explicitne vymenovaní v nariadení vlády SR č. 640/2008 Z. z., vid' **tabuľka T 5.3** a majú zákonom garantovaný zmluvný vzťah so ZP.

Výsledky analýzy (Sanigest International – Hodnotenie nemocníc Slovensko 2004) poukazujú na skutočnosť, že zdravotnícka infraštruktúra nemocníc je z technického, z ekonomického a tiež z prevádzkového

ho hľadiska nevyhovujúca, navyše zastaraná, vid' **tabuľka T 5.4**. Spôsobuje to neefektívnosť ich hospodárenia. Priemerný vek slovenských nemocníc je 34,5 roka. Dispozičné riešenie väčšiny nemocníc je charakteristické rozložením viacerých objektov na území areálu. Všeobecné nemocnice majú v priemere 30 budov na nemocnicu, pričom niektoré zariadenia majú až 81 budov (napr. Univerzitná nemocnica Martin).

T 5.3 Poskytovatelia koncovej siete

Bratislavský	Všeobecná nemocnica	Fakultná nemocnica s poliklinikou Bratislava	Bratislava
	Špecializovaná nemocnica	Detská fakultná nemocnica s poliklinikou Bratislava	Bratislava
	Špecializovaná nemocnica	Národný onkologický ústav Bratislava	Bratislava
	Špecializovaná nemocnica	Národný ústav srdcových a cievnych chorôb, a.s. Bratislava	Bratislava
	Špecializovaná nemocnica	Detské kardiocentrum Slovenskej republiky Bratislava	Bratislava
	Špecializovaná nemocnica	Psychiatrická nemocnica Philippa Pinela Pezinok	Pezinok
	Špecializovaná nemocnica	Nemocnica s poliklinikou Ministerstva vnútra Slovenskej republiky	Bratislava
	Špecializovaná nemocnica	Nemocnica Ministerstva obrany Slovenskej republiky, a.s.	Bratislava
	Špecializovaná nemocnica	Centrum pre liečbu drogových závislostí	Bratislava
	Špecializovaná nemocnica	Onkologický ústav sv. Alžbety, s. r. o.	Bratislava
Trnavský	Všeobecná nemocnica	Fakultná nemocnica Trnava	Trnava
	Špecializovaná nemocnica	Národný ústav reumatických chorôb Piešťany	Piešťany
Nitriansky	Všeobecná nemocnica	Fakultná nemocnica Nitra	Nitra
	Všeobecná nemocnica	Fakultná nemocnica s poliklinikou Nové Zámky	Nové Zámky
	Špecializovaná nemocnica	Psychiatrická nemocnica	Hronovce
	Špecializovaná nemocnica	Psychiatrická nemocnica	Veľké Zálužie
Trenčiansky	Všeobecná nemocnica	Fakultná nemocnica Trenčín	Trenčín
	Špecializovaná nemocnica	Nemocnica pre obvinených a odsúdených v Trenčíne	Trenčín

Banskobystrický	Všeobecná nemocnica	Fakultná nemocnica s poliklinikou F. D. Roosevelta Banská Bystrica	Banská Bystrica
	Všeobecná nemocnica	Detská fakultná nemocnica Banská Bystrica	Banská Bystrica
	Špecializovaná nemocnica	Stredoslovenský ústav srdcových a cievnych chorôb, a.s. Banská Bystrica	Banská Bystrica
	Špecializovaná nemocnica	Národné rehabilitačné centrum	Kováčová
	Špecializovaná nemocnica	Psychiatrická nemocnica prof. Matulaya Kremnica	Kremnica
	Špecializovaná nemocnica	Centrum pre liečbu drogových závislostí	Banská Bystrica
Žilinský	Všeobecná nemocnica	Martinská fakultná nemocnica	Martin
	Všeobecná nemocnica	Ústredná vojenská nemocnica SNP Ružomberok	Ružomberok
	Všeobecná nemocnica	Nemocnica s poliklinikou Žilina	Žilina
	Špecializovaná nemocnica	Centrum pre liečbu drogových závislostí	Žilina
	Liečebňa	Psychiatrická liečebňa Sučany	Sučany
Prešovský	Všeobecná nemocnica	Fakultná nemocnica s poliklinikou J. A. Reimana Prešov	Prešov
	Všeobecná nemocnica	Nemocnica Poprad, a.s.	Poprad
	Špecializovaná nemocnica	Národný ústav tuberkulózy, pľúcnych chorôb a hrudníkovej chirurgie Vyšné Hágy	Vyšné Hágy
Košický	Všeobecná nemocnica	Fakultná nemocnica L. Pasteura Košice	Košice
	Všeobecná nemocnica	Detská fakultná nemocnica Košice	Košice
	Špecializovaná nemocnica	Východoslovenský ústav srdcových a cievnych chorôb Košice, a.s.	Košice
	Špecializovaná nemocnica	Východoslovenský onkologický ústav Košice, a.s.	Košice
	Špecializovaná nemocnica	Inštitút nukleárnej a molekulárnej medicíny	Košice
	Špecializovaná nemocnica	Centrum pre liečbu drogových závislostí	Košice
	Liečebňa	Psychiatrická liečebňa Samuela Bluma Plešivec	Plešivec

Zdroj: Nariadenie vlády SR č. 640/2008 Z. z.

T 5.4 Technicko-prevádzkový stav budov podľa kategórie nemocníc

Kategórie nemocníc	Dobrý	Uspokojivý	Potrebuje opravy	Slabý	Neakceptovateľný
špecializované nemocnice	7 %	38 %	43 %	11 %	1 %
všeobecné nemocnice	2 %	41 %	27 %	17 %	13 %
všetky nemocnice	4 %	40 %	35 %	14 %	7 %

Zdroj: Analýza spoločnosti Sanigest International – Hodnotenie nemocníc Slovensko 2004 a podľa Szalay, T., Pažitný, P. a spol.: Slovakia: Health System Review, Health Systems in Transition 2010, WHO 2010

V súčasnosti zdravotnícke zariadenia musia byť personálne zabezpečené a materiálno-technicky vybavené na poskytovanie ZS v súlade so svojím odborným zameraním podľa platného výnosu č. 44/2008 vydaného MZ SR.

ZP je povinná uzatvárať zmluvy o poskytovaní ZS s poskytovateľmi ZS najmenej v rozsahu minimálnej siete na základe personálneho a materiálno-technického vybavenia poskytovateľa ZS a indikátorov kvality, ktoré slúžia na monitoring vybraných oblastí poskytovania ZS. ZP je povinná uzatvoriť zmluvu o posky-

tovaní ZS s každým poskytovateľom všeobecnej AZS, ak má uzatvorenú dohodu o poskytovaní všeobecnej AZS najmenej s jedným jej poisťcom. ZP je povinná uzatvárať zmluvy o poskytovaní ZS s každým poskytovateľom lekárenskej starostlivosti a s každým poskytovateľom ZS, ktorý má povolenie na prevádzkovanie ambulancie ZZS. Na území SR bol počet poskytovateľov ústavnej ZS k dátumu 31. 12. 2009 147. Jednotlivé počty poskytovateľov podľa krajov sú uvedené v **tabuľke T 5.5**.

T 5.5 Počet poskytovateľov ústavnej ZS s počtom postelí v SR podľa krajov k 31. 12. 2009

Územie zdravotníckeho zariadenia	Počet PZS	Počet odborných útvarov	Počet postelí k 31. 12. 2009
Slovenská republika	147	1 345	35 520
Bratislavský kraj	24	188	5 294
Trnavský kraj	9	95	2 568
Trenčiansky kraj	12	125	3 135
Nitriansky kraj	16	141	4 154
Žilinský kraj	13	162	4 276
Banskobystrický kraj	25	193	4 376
Prešovský kraj	25	215	5 988
Košický kraj	23	226	5 729

Poznámka: Počet spravodajských jednotiek, ktoré vykazali údaje v ročnom výkaze P (MZ SR) 1–01 o postelovom fonde zdravotníckeho zariadenia za rok 2009
Zdroj: NCZI, 2010

Akútne lôžka porovnanie s OECD krajinami
T 5.6 Počet postelí a obložnosť v % v nemocniciach akútnej starostlivosti – rok 2008
Number of acute care hospital beds

Krajina	Počet postelí	Obložnosť – využitie lôžok v %, len nemocnice akútnej starostlivosti
Švajčiarsko	25 580	*
Taliansko	179 455	*
Island	*	*
Španielsko	113 573	*
Francúzsko	223 696	*
Švédsko	*	*
Nórsko	11 885	89,8
Holandsko	46 973	*
Rakúsko	46 976	80,4
Nemecko	464 288	76,2
Belgicko	45 358	*
Írsko	*	*
Fínsko	10 136	*
Veľká Británia	165348,4	84,7
Grécko	44 417	*
Luxemburg	2 112	*
Portugalsko	29 362	*
Dánsko	16 382	*
Česká rep.	52 930	69,7
Poľsko	168 179	*
Slovensko	26 344	67,5
Maďarsko	41 265	75,29
Turecko	166 146	57,2

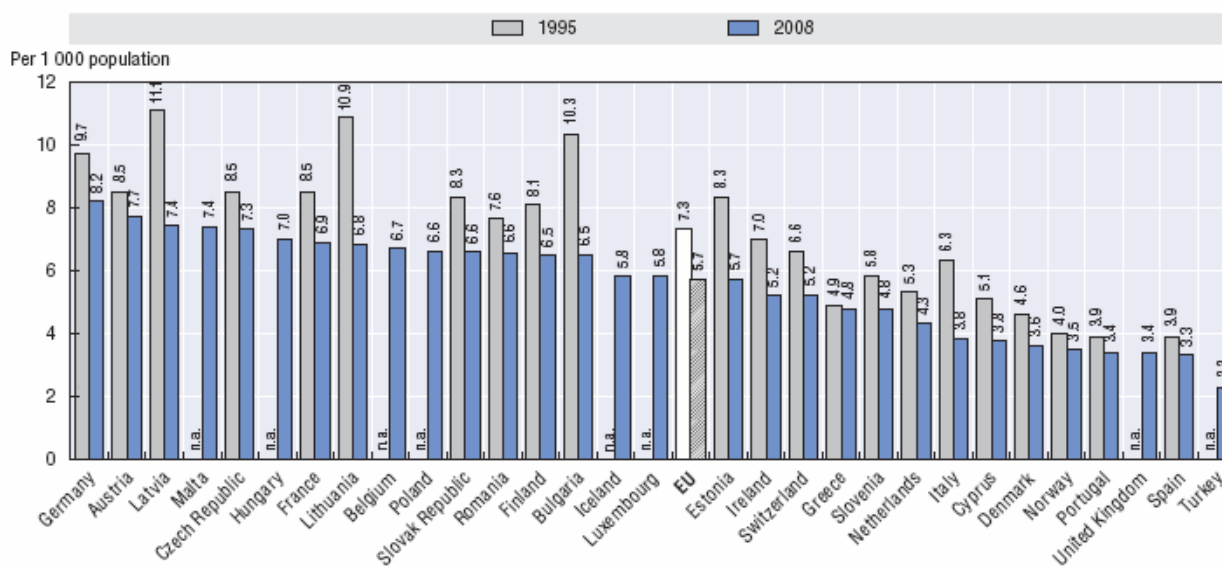
Zdroj: databáza HFA Svetovej zdravotníckej organizácie – metodika vykazovania ukazovateľov je zhodná s metodikou OECD; Poznámka: * údaj nie je v databáze uvedený

Priemerná dĺžka hospitalizácie**T 5.7 Priemerný ošetrovací čas v dňoch – rok 2009**

Územie zdravotníckeho zariadenia	Priemerný ošetrovací čas v dňoch
Slovenská republika	8,4
Bratislavský kraj	8,6
Trnavský kraj	7,4
Trenčiansky kraj	7,8
Nitriansky kraj	9,0
Žilinský kraj	7,9
Banskobystrický kraj	8,6
Prešovský kraj	8,5
Košický kraj	8,6

Poznámka v roku 2009 sú do spracovania zahrnuté aj údaje z detských ozdravovní
Zdroj: NCZI – ročný výkaz P (MZ SR) 1–01 o postelovom fonde zdravotníckeho zariadenia za rok 2009

G 5.1 Počet nemocničných lôžok na 1000 obyvateľov, 1995 a 2008



Zdroj: OECD Health Data 2010; Eurostat Statistics Database.

Statlink:

<http://dx.doi.org/10.1787/888932336901>

Medicínske prístroje a technológie

RTG

Slovenská republika k 31. 12. 2009 eviduje 805 röntgenových prístrojov, z nich bolo podľa expertov na zdravotnícku techniku v plnej prevádzke funkčných 761 prístrojov. Priemerný vek v súčasnosti používaných röntgenových prístrojov je 16,36 roka, z čoho vyplýva, že väčšina týchto prístrojov bola obstaraná na konci 80-tych a začiatkom 90-tych rokov. Často sú morálne a technologicky zastarané. Prispôbiť sa novým trendom v rádiografii sa vedľa iba pracoviska s kvalitným ekonomickým zázemím a s víziou po-

skytovania primárnej diagnostiky v najvyššej kvalite. V roku 2004 bol nainštalovaný prvý digitálny rádio-
graf.

CT

Prvé CT zariadenie na Slovensku bolo nainštalované v roku 1983. K 31. 12. 2009 je na Slovensku 72 CT zariadení, z čoho cca 25 % je v súkromnom vlastníctve. V roku 2009 bol prepočítaný počet CT 1,33 na 100 000 obyvateľov.

MR

Prvé MR zariadenie na Slovensku bolo inštalované v roku 1992. V súčasnosti je 33 MR zariadení s dob-

T 5.8 Porovnanie počtu big-ticket zariadení v prepočte na 1 mil. obyvateľov v roku 2005

	CT	MRI	RTG
Slovenská republika	11,3	4,3	9,8
Poľsko	7,9	2,0	-
Nemecko	15,4	7,1	4,7
Maďarsko	7,1	2,6	2,7
Holandsko	5,8	5,6	-
Česká republika	12,3	3,1	8,6
EU-15	18,6	9,4	5,8

Zdroj: OECD 2007 a podľa Szalay T., Pažitný P. a spol.:

Slovakia: Health System Review, Health Systems in Transition 2010, WHO 2010

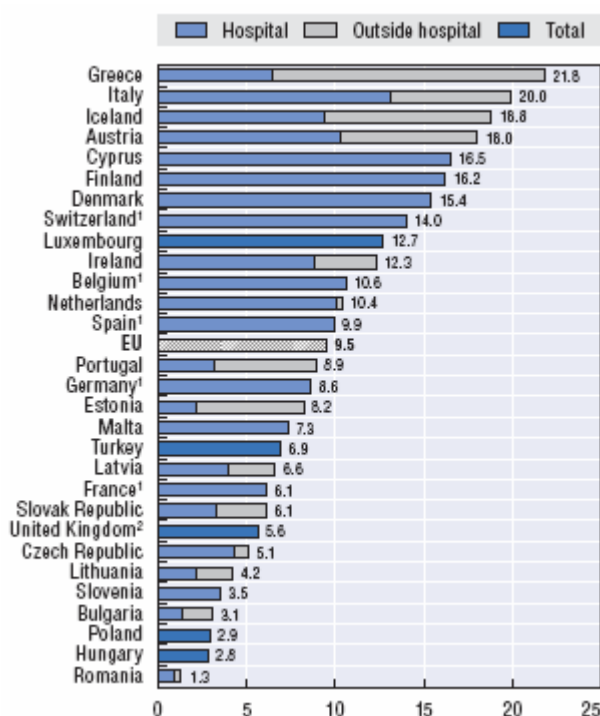
rou dostupnosťou pre pacientov na celom Slovensku. Až 73 % týchto zariadení má súkromného vlastníka. V roku 2009 dosiahol počet MR 0,61 na 100 000 obyvateľov.

PET

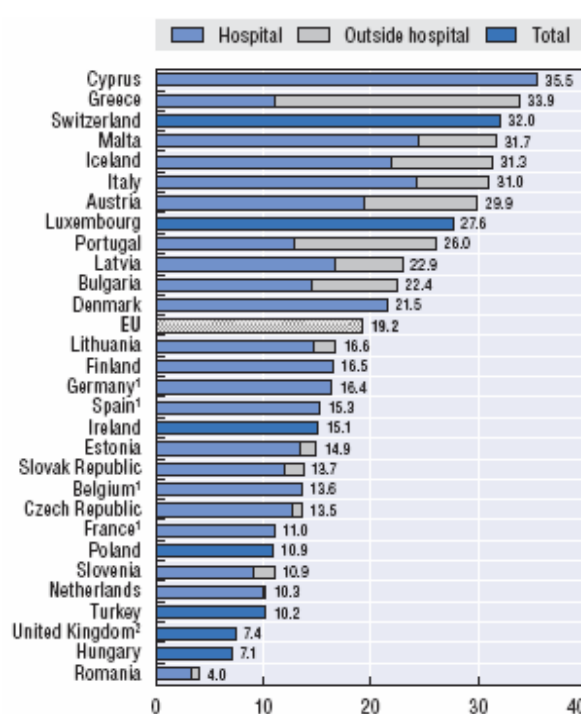
V súčasnosti sú na Slovensku v prevádzke 3 Pozitronové emisné tomografy (PET systémy) – jedno v súkromnom vlastníctve, dve v zriaďovateľskej pôsobnosti MZ SR.

Slovenská legislatíva v súčasnosti nereguluje nákup big-ticket technológií. Za zabezpečenie dostupnosti zdravotnej starostlivosti aj v rámci týchto zdravotných služieb je formálne zodpovedná ZP na základe nariadenia o minimálnej sieti. Tvorba tejto siete – zabezpečenie technológií a poskytovateľov však nie je regulovaná⁽¹⁹⁾.

G 5.2 a Počet MRI prístrojov, 2008



G 5.2 b Počet CT prístrojov, 2008



Hospital: ústavná zdravotná starostlivosť

Outside hospital: ambulantná zdravotná starostlivosť

Total: spolu

Poznámka: priemer EÚ nezahŕňa krajiny, ktoré hlásia vybavenie iba v ÚZS.

Vo Veľkej Británii nie sú zahrnuté zariadenia v súkromnom sektore.

Zdroj: OECD Health Data 2010;

Eurostat Statistics Database.

Statlink:

<http://dx.doi.org/10.1787/888932336825>

Zdroj: OECD Health Data 2010;

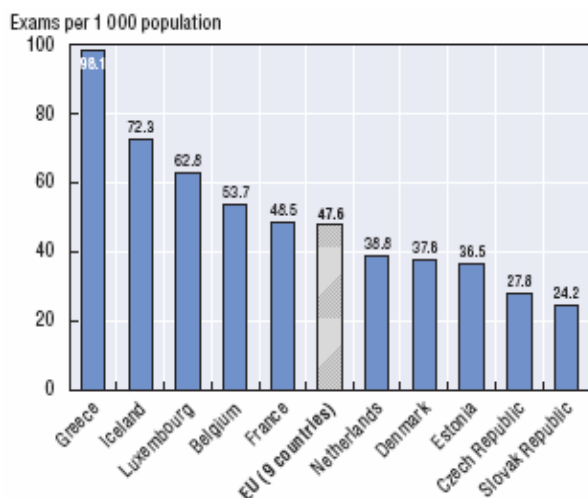
Eurostat Statistics Database.

Statlink:

<http://dx.doi.org/10.1787/888932336844>

¹⁹ Szalay T, Pažitný P, Szalayová A, Frisová S, Morvay K, Petrovič M and van Ginneken E Slovakia: Health System Review, Health Systems in Transition 2010, WHO 2010

G 5.3 a Počet MRI vyšetrení, 2008

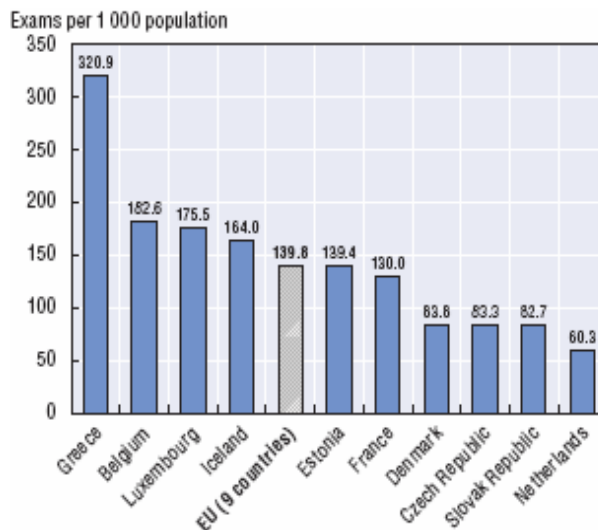


Zdroj: OECD Health Data 2010.

Statlink:

<http://dx.doi.org/10.1787/888932336863>

G 5.3 b Počet CT vyšetrení, 2008



Zdroj: OECD Health Data 2010.

Statlink:

<http://dx.doi.org/10.1787/888932336882>

5.4. Neodkladná zdravotná starostlivosť

Subjekty, ktoré sa spolupodieľajú na poskytovaní neodkladnej ZS:

- Záchranná zdravotná služba (ďalej len „ZZS“) s Operačným strediskom Záchrannej zdravotnej služby (ďalej len „OS ZZS“),
- Urgentné príjmy (ďalej len „UP“),
- Lekárska služba prvej pomoci (ďalej len „LSPP“).

5.4.1. Záchranná zdravotná služba a Operačné stredisko záchrannej zdravotnej služby

ZZS poskytuje neodkladnú ZS pri náhlej zmene zdravotného stavu bezprostredne ohrozujúcej život pacienta alebo základné životné funkcie.

Zmena systému poskytovania ZZS prijatá reformou z roku 2004 zabezpečila geografickú a časovú dostupnosť poskytnutia neodkladnej ZS do 15 minút od prijatia tiesňového volania na 95 % územia SR. Zvyšok územia tvoria ťažko dostupné oblasti.

Poskytovateľmi sú súkromné i štátne subjekty, ktoré získali časovo ohraničené povolenie na základe výberového konania, ktoré raz za štyri roky vyhlasuje MZ SR. Výberovým konaním sa obsadzujú stani-

ce ZZS, ktorých geografická poloha je stanovená vyhláškou MZ SR. Ako jediný typ ZS bola ZZS zaradená do pevnej siete. Zároveň je súčasťou integrovaného záchranného systému podľa zákona č. 129/2002 Z. z. o integrovanom záchrannom systéme. Legislatívne je ZZS ako osobitný typ poskytovateľa upravená samostatným zákonom č. 579/2004 Z. z. o záchrannej zdravotnej službe. MZ SR zároveň určuje pevnú cenu za stand-by ZZS ako aj platbu za výkon.

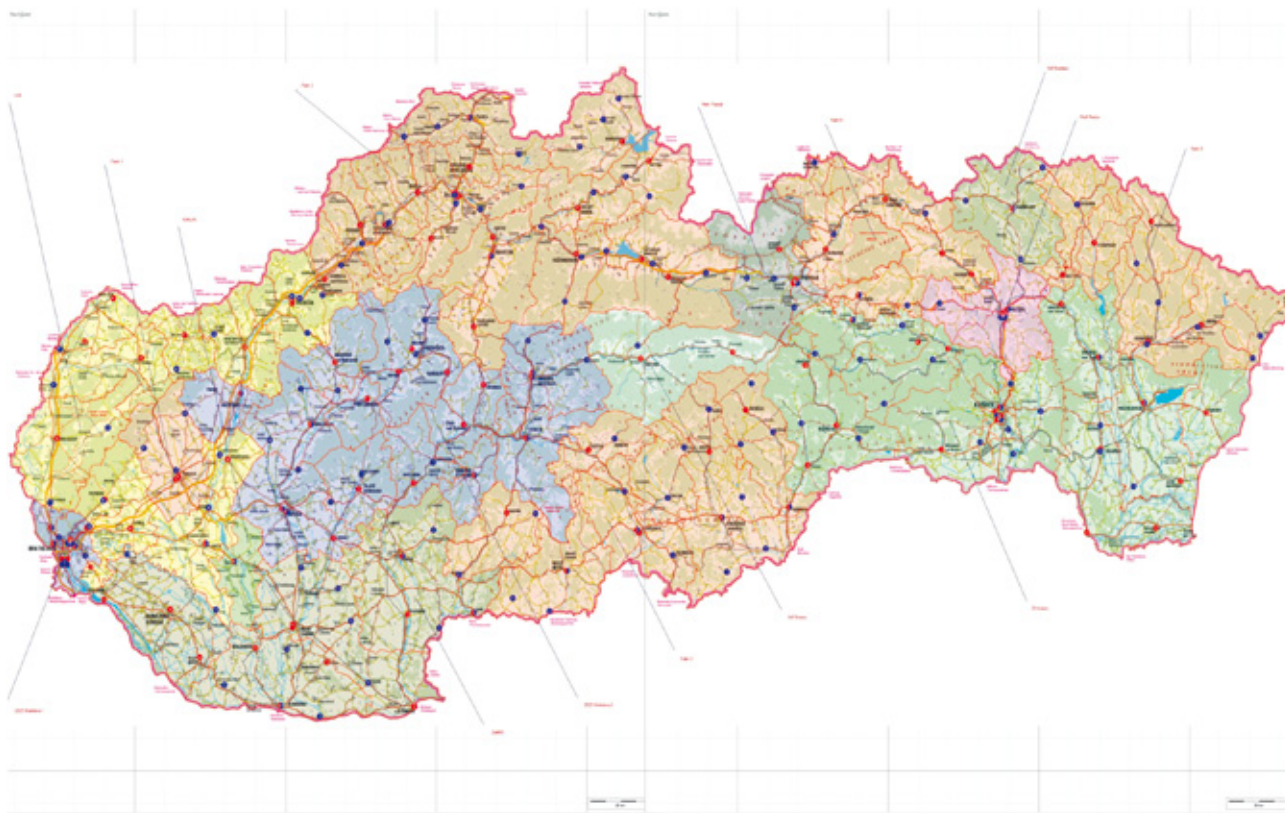
Operačné stredisko ZZS

Na území SR je 8 sídel Krajských operačných stredísk ZZS – v každom krajskom meste. Nepretržité poskytovanie neodkladnej ZS Operačným strediskom ZZS je dané ustanoveniami zákona č. 579/2004 Z. z. o záchrannej zdravotnej službe.

Sieť poskytovateľov ZZS

- 273 sídel staníc pre pozemnú ZZS:
- 155 ambulancií typu RZP,
- 118 ambulancií typu RLP,
- 4 ambulancie typu RLP – mobilnej intenzívnej jednotky.
- 7 sídel staníc pre vrtuľníkovú ZZS (ďalej len „VZZS“):

M 5.1 Sieť poskytovateľov ZZS v SR



Označenie staníc ZZS

- Stanica ZZS s ambulanciou RLP
 ● Stanica ZZS s ambulanciou RLP a RZP
 ● Stanica ZZS s ambulanciou 1x RLP a 2x RZP
 ● Stanica ZZS s ambulanciou 2x RLP a 2x RZP
● Stanica ZZS s ambulanciou RZP
 ● Stanica ZZS s ambulanciou 2x RLP
 ● Stanica ZZS s ambulanciou 2x RLP a 1x RZP
 ● Stanica ZZS s ambulanciou 2x RLP a 3x RZP

Zdroj: Operačné stredisko ZZS, 2010

**T 5.9 – Zoznam väčšinových poskytovateľov pozemnej ZZS (3 stanice ZZS a viac) v SR
a ich podiel na prevádzkovaní ambulancií ZZS**

	Organizácia	Adresa	PSČ, Mesto	RLP	RZP	Spolu	podiel v %
1	Falck Záchranná, a. s.	Bačíkova 7	040 01 Košice	32	59	91	33,3
2	Záchranná a dopravná zdravotnícka služba Bratislava	Amolská 11	850 07 Bratislava	24	29	53	19,4
3	Záchranná služba Košice	Rastislavova 43	041 91 Košice	16	21	39	14,3
4	LSE – Life Star Emergency, spol. s r. o.	Limbová 1	900 91 Limbach	8	13	21	7,8
5	ZaMED, s. r. o.	Rákócziho 5/1	945 01 Komárno	8	11	19	6,9
6	Nemocnica Poprad, a. s.	Banická č. 803/28	058 45 Poprad	3	4	7	2,5
7	Nemocnica s poliklinikou Brezno, n. o.	Barisko č. 1	977 42 Brezno	2	3	5	1,8
8	FORLIFE, n. o.	Mederčská č. 39	945 75 Komárno	2	2	4	1,5
9	Fakultná nemocnica s poliklinikou J. A. Reimana	Hollého 14	081 81 Prešov	1	2	3	1,1
10	Nemocnica s poliklinikou sv. Jakuba, n. o. Bardejov	ul. Sv. Jakuba 21	085 01 Bardejov	1	2	3	1,1

Zdroj: Operačné stredisko ZZS, 2010

T 5.10 Počty ambulancií ZZS v SR

Kraj	RLP	RZP	VZZS
Bratislavský	11	14	1
Trnavský	11	11	-
Nitriansky	15	21	1
Trenčiansky	12	14	1
Žilinský	15	21	1
Banskobystrický	18	28	1
Prešovský	19	25	1
Košický	17	21	1
spolu	118	155	7

Zdroj: Operačné stredisko ZZS, 2010

Doba fungovania ZZS

ZZS poskytuje neodkladnú ZS nepretržite

Pracovná záťaž ZZS

T 5.11 Sídla ambulancií RLP/Mobilná intenzívna jednotka

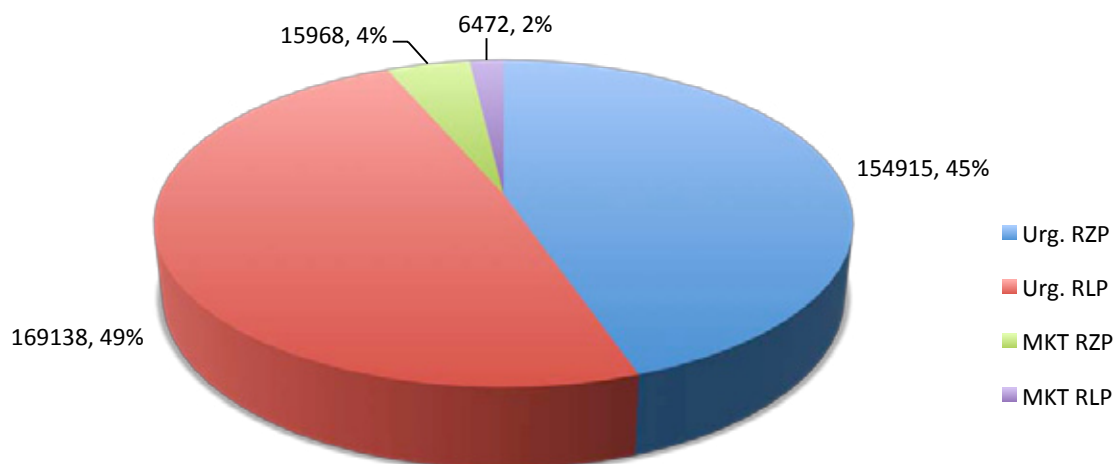
RLP/ MIJ Bratislava Antolská 11
RLP/ MIJ Banská Bystrica, Medený Hámor 11
RLP/ MIJ Martin FN Martin
RLP/ MIJ Košice, Rastislavova 43, vo FN

Zdroj: Operačné stredisko ZZS, 2010

T 5.12 Ambulancie pozemnej ZZS – počet

Sumár 1–9/2010	07–15 hod.	15–22 hod.	22–24 hod.	00–07 hod.
Urgenty pre RLP	65 148	60 863	18 345	26 609
Urgenty pre RZP	61 043	57 445	16 134	21 443
Spolu	126 191	118 308	34 479	48 052
MKT pre RLP	4 202	1 301	357	559
MKT pre RZP	12 351	1 903	468	1 207
Spolu	16 553	3 204	825	1 766

G 5.4 Primárne (urgentné) a Sekundárne zásahy (Medziklinické transporty – MKT) ambulancií RZP a RLP (počet zásahov, % časť)



Zdroj: Operačné stredisko ZZS, 2010

T 5.13 Ambulancie VZZS – počet zásahov

Slovensko	1/2010	2/2010	3/2010	4/2010	5/2010	6/2010	7/2010	8/2010	9/2010	Spolu
VZZS urgent	32	39	54	48	54	72	93	94	72	558
VZZS medziklinika	34	43	81	67	43	66	79	67	50	530

Zdroj: Operačné stredisko VZZS, 2010

T 5.14 Ambulancie RLP/MIJ, RZP/TI – počet medziklinických zásahov

Slovensko	1/2010	2/2010	3/2010	4/2010	5/2010	6/2010	7/2010	8/2010	9/2010	Spolu
RLP/MIJ medziklinika	44	37	69	31	35	61	37	41	43	398
RZP/TI medziklinika	23	36	62	31	47	35	39	34	37	344

Zdroj: Operačné stredisko ZZS, 2010

T 5.15 Celkové počty zásahov ambulancií ZZS

Urg. RZP	Urg. RLP	MKT RZP	MKT RLP
154 915	169 138	15 968	6 472

Zdroj: Operačné stredisko ZZS, 2010

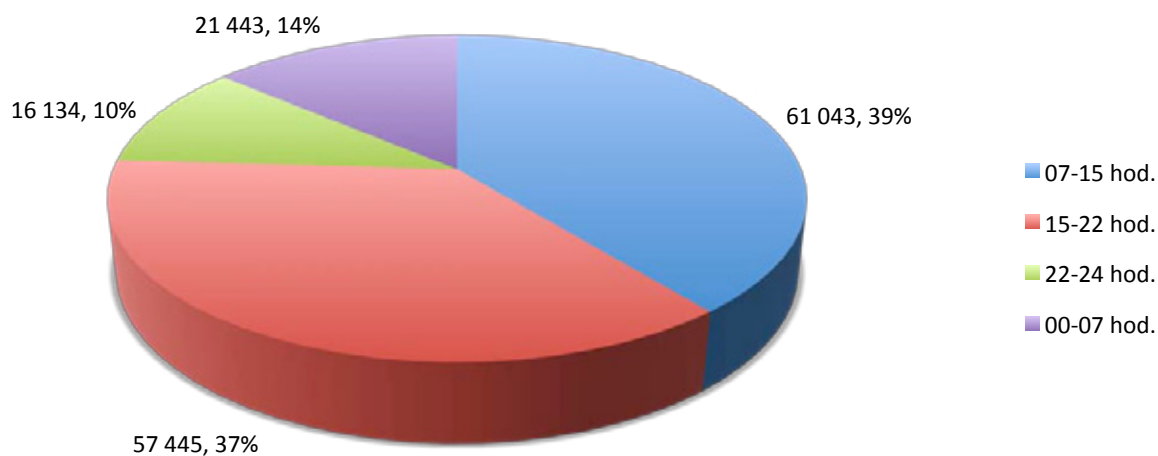
Vysvetlivky:

Urg. RZP Primárne (urgentné) zásahy ambulancie RZP

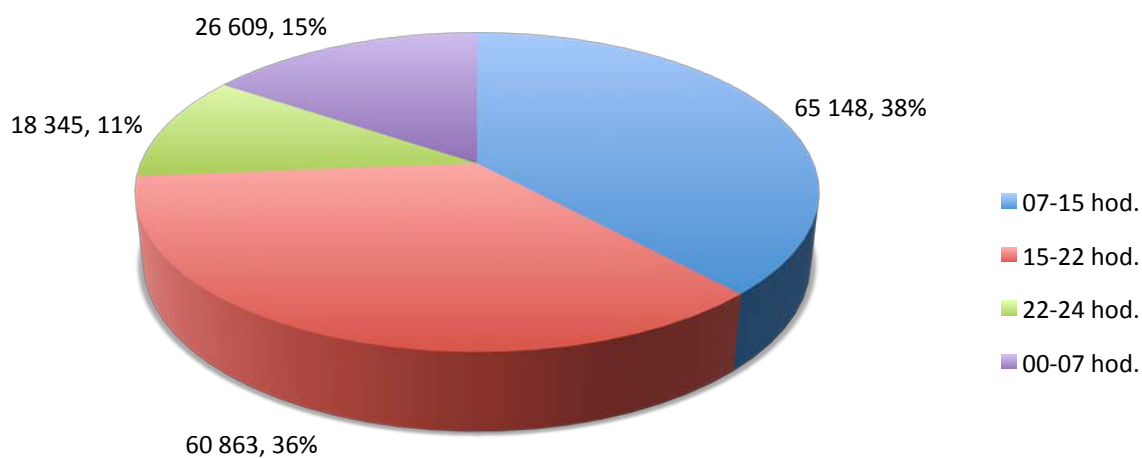
Urg. RLP Primárne (urgentné) zásahy ambulancie RLP

MKT RZP Sekundárne zásahy (Medziklinické transporty) ambulancie RZP

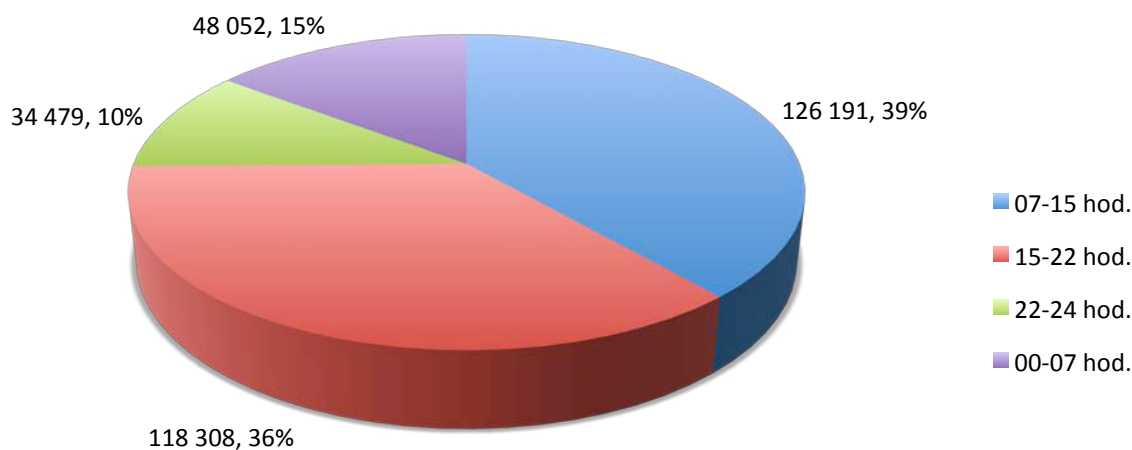
MKT RLP Sekundárne zásahy (Medziklinické transporty) ambulancie RLP

G 5.5 Primárne (urgentné) zásahy ambulancie RZP v daných časových intervaloch (počet zásahov, % časť)

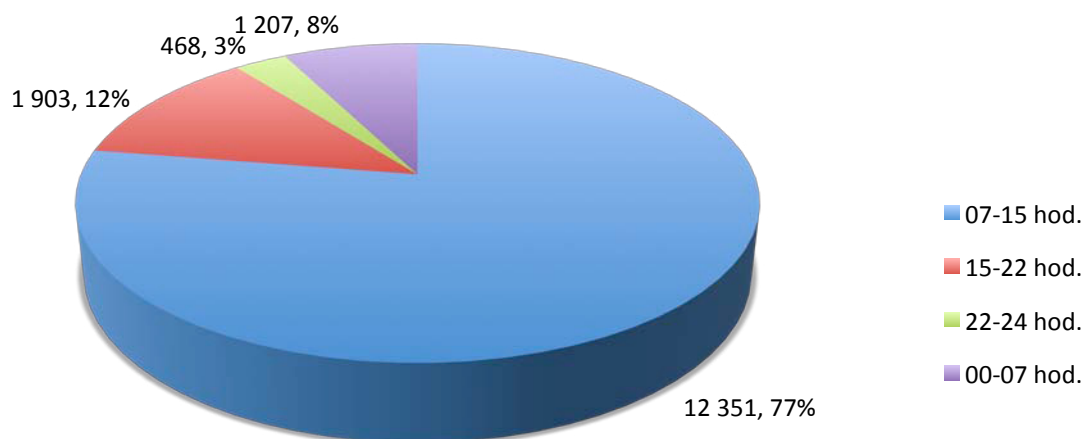
G 5.6 Primárne (urgentné) zásahy ambulancie RLP v daných časových intervaloch
(počet zásahov, % časť)



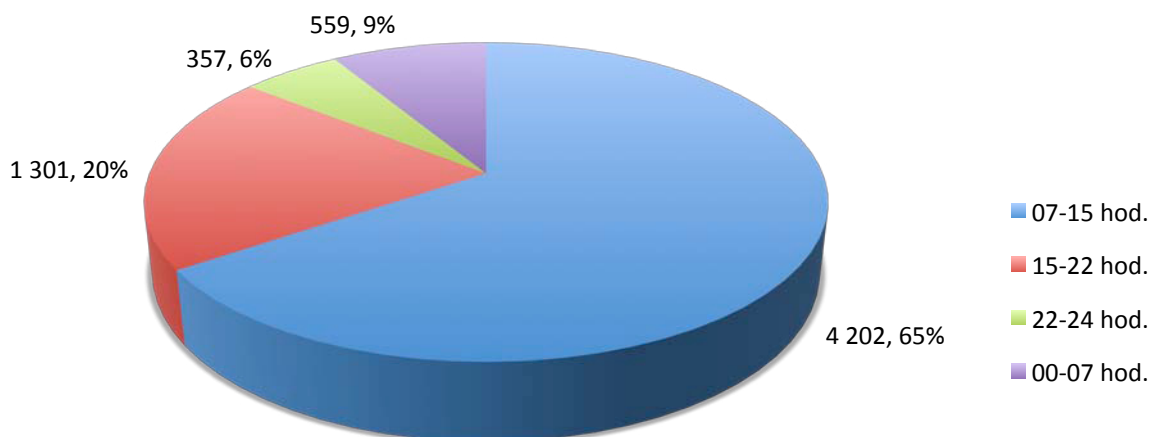
G 5.7 Primárne (urgentné) zásahy spolu (ambulancie RZP+RLP) v daných časových intervaloch
(počet zásahov, % časť)



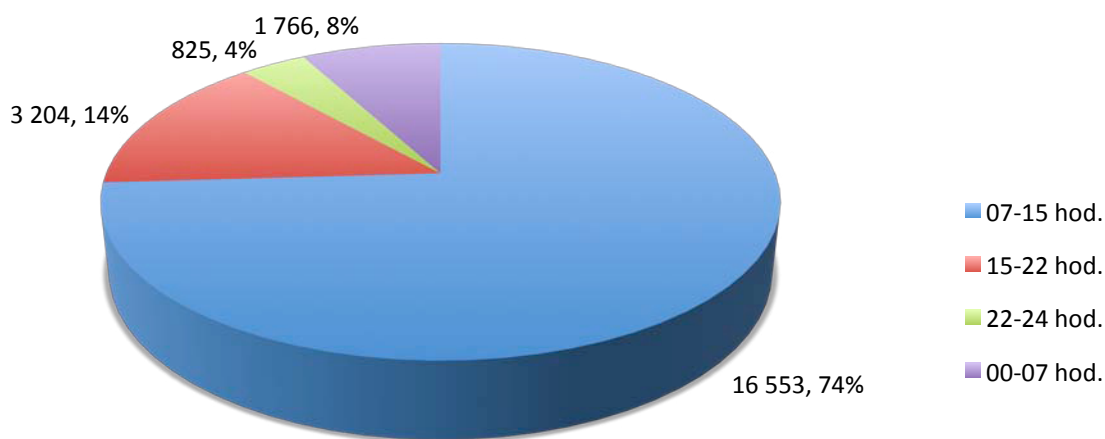
G 5.8 Sekundárne zásahy (Medziklinické transporty – MKT) ambulancie RZP v daných časových intervaloch
(počet zásahov, % časť)



G 5.9 Sekundárne zásahy (Medziklinické transporty – MKT) ambulancie RLP v daných časových intervaloch (počet zásahov, % časť)



G 5.10 Sekundárne zásahy (Medziklinické transporty – MKT) spolu (ambulancie RZP + RLP) v daných časových intervaloch (počet zásahov, % časť)



Zdroj: Operačné stredisko ZZS, 2010

5.4.2. Urgentné príjmy

Doba prevádzky poskytovania zdravotnej starostlivosti na UP je 24 hodín denne.

Sieť UP

Dnes nie je definitívne vytvorená, mnohé zdravotnícke zariadenia ju majú v rôznej štruktúre. Podľa nariadenia vlády SR č. 640/2008 Z. z. má mať poskytova-

teľ v pevnej sieti urgentný príjem. Pevná sieť je tvorená minimálne 1 poskytovateľom v rámci okresov alebo skupiny okresov podľa prílohy č. 7 nariadenia vlády SR č. 640/2008 Z. z., ktorý spĺňa ustanovenú štruktúru oddelení a zabezpečuje ich 24 hodinovú dostupnosť.

Pracovná záťaž na UP

Pracovnú záťaž na jednotlivé zdravotnícke zariadenia vyjadrujeme v **tabuľke T 5.16**.

T 5.16 Počet pacientov na časovej osi na urgentnom prijíme

Zdravotnícke zariadenia						
Časové intervaly	UN Ružinov Bratislava	UN Kramáre Bratislava	DFN Bratislava	Nemocnica Wintara Piešťany	NsP Brezno	Spolu
7.00–15.00	41–33,9 %	28–34 %	50–41,7 %	6267 % - 58 %	20–41 %	201
15.00–22.00	51–42 %	36–44 %	50–41,7 %		21–43 %	158
22.00–24.00	14–12 %	9–11 %	5–4,1 %	30–45–32 % - 42 %	4–8,1 %	32
24.00–07.00	15–12,4 %	9–11 %	15–12,5 %		4–8,1 %	73–88
Spolu	121	82	120	92–107	49	464–479

Zdroj: MZ SR, 2010

Za celú UN Bratislava je to asi 350 pacientov denne. Bližšie údaje sú uvedené v **tabuľkách T 5.17 a T 5.18** (obdobie od 01. 07. 2010 do 30. 09. 2010).

T 5.17 Počet ošetrovaných pacientov v UN Bratislava pracovisko Ružinov

Počet	7.00–15.00		15.00–22.00		22.00–24.00		24.00–7.00	
Vyšetrení	5818	63,24	6928	75,30	1586	17,24	2001	21,75
Pacientov	3684	40,04	4671	50,77	1286	13,98	1352	14,70

Priemer/deň vyšetrení: 177,53

Priemer pacientov: 120

Mesačne: 3 600 pacientov

Zdroj: UN Bratislava, 2010

T 5.18 Počet ošetrovaných pacientov v UN Bratislava pracovisko Kramáre

	Celkovo	Priemer za deň	Celkovo	Priemer za deň	Celkovo	Priemer za deň	Celkovo	Priemer za deň
	7:00–15:00		15:00–22:00		22:00–24:00		24:00–7:00	
Počet	7:00–15:00		15:00–22:00		22:00–24:00		24:00–7:00	
Vyšetrení	3715	40,38	4561	49,58	984	10,70	1191	12,95
Pacientov	2549	27,71	3268	35,52	794	8,63	825	8,97

Priemer/deň vyšetrení: 113,59

Priemer pacientov: 82

Mesačne: 2 460 pacientov

Zdroj: UN Bratislava, 2010

5.4.3. Lekárska služba prvej pomoci**Doba fungovania LSPP**

Vo všeobecnosti je v sobotu, v nedeľu a vo sviatok poskytovanie LSPP od 07.00 do 07.00, čím je zabezpečená nepretržitá dostupnosť. V pracovné dni je poskytovanie od 15.30–16.00 hod. do 07.00 hod. V dobe fungovania sme zaznamenali regionálne rozdiely:

- VÚC Bratislava sú pre LSPP určené hodiny až **od 19.00 hod.**, okres Malacky od 15.30 do 07.00 hod., Pezinok od 17.00 do 07.00 hod., zubná LSPP je dostupná od 18.30 do 07.00 hod.,
- VÚC Trnava – **zubná LSPP od 08.00 do 12.00–13.00 hod.**,

- VÚV Žilina – **zubná LSPP od 15.30 do 18.00 hod. v niektorých okresoch – Tvrdosín**, v pracovných dňoch neordinuje, **LSPP pre deti a dorast do 22.00 hod. Tvrdosín, cez víkend do 20.00 hod.**,
- VÚC Trenčín – **LSPP pre deti a dorast v niektorých okresoch do 21.00–22.00 hod.** Nové Mesto nad Váhom, Považská Bystrica, zubná LSPP do 12.00–13.00 hod.

Môžeme konštatovať, že v niektorých okresoch je zubná LSPP v dosahu len do 22.00 hod. a cez víkend do 13.00 hod. a LSPP pre deti a dorast je zabezpečená do 20.00–22.00 hod. a je v rozpore so zákonom.

Sieť poskytovateľov LSPP

Podľa analýzy, ktorú vypracovalo MZ SR v roku 2009 je počet ambulancií uvedený v **tabuľke T 5.19**.

T 5.19 Počet ambulancií poskytovateľov LSPP v roku 2009

Druh LSPP	Počet ambulancií
LSPP pre dospelých	95
LSPP pre deti a dorast	73
Zubná LSPP	46
Spolu	214

Zdroj: MZ SR, Analýza LSPP, 2009

Na základe vyžiadania od jednotlivých VÚC je v roku 2010 aktuálny počet ambulancií LSPP uvedený v **tabuľke T 5.20**.

T 5.20 Počet ambulancií poskytovateľov LSPP v roku 2010

Druh LSPP	Počet ambulancií
LSPP pre dospelých	90
LSPP pre deti a dorast	69
Zubná LSPP	49
Spolu	208

Zdroj: VÚC, 2010

Pracovná záťaž LSPP

Podľa analýzy z marca 2009, ktorú uskutočnilo MZ SR v spolupráci s VÚC jednotlivými poskytovateľmi LSPP, relevantné údaje poskytlo 79 poskytovateľov LSPP pre dospelých (83 %), 44 poskytovateľov LSPP

pre deti a dorast (60 %) a 35 poskytovateľov zubnej LSPP (76 %), čím možno tiež konštatovať, že vyťaženosť jednotlivých ambulancií LSPP je nasledovná, vid' **tabuľky T 5.21, T 5.22 a T 5.23**.

T 5.21 Vyťaženosť LSPP pre dospelých

Časové pásmo	do 22.00 hod.	od 22.00 do 24.00 hod.	od 24.00 do 7.00 hod.
Vyťaženosť	80 %	12 %	8 %

T 5.22 Vyťaženosť LSPP pre deti a dorast

Časové pásmo	do 22.00 hod.	od 22.00 do 24.00 hod.	od 24.00 do 7.00 hod.
Vyťaženosť	89 %	7 %	4 %

T 5.23 Vyťaženosť zubnej LSPP

Časové pásmo	do 22.00 hod.	od 22.00 do 24.00 hod.	od 24.00 do 7.00 hod.
Vyťaženosť	90 %	7 %	3 %

Zdroj: MZ SR, Analýza LSPP, 2009

5.5. Rehabilitačné zariadenia a kúpeľná starostlivosť

Rehabilitačnými zariadeniami sa chápu zariadenia poskytujúce predovšetkým rehabilitáciu pod vedením kvalifikovaného fyzioterapeuta s využitím rôznych liečebných procedúr a techník. Rehabilitačné zariadenia sa hlavne venujú odstráneniu alebo zmierňovaniu následkov po úrazoch, mozgových príhodách, operáciách a pod.

Zariadenia poskytujú rehabilitačnú starostlivosť na ambulantnej alebo ústavnej úrovni. Ambulantná starostlivosť v odbore rehabilitácia je poskytovaná v špecializovaných ambulanciách fyziatrie, balneológie a liečebnej rehabilitácie (ďalej len „FBLR“). Ústavnú starostlivosť poskytujú rehabilitačné zariadenia, vysokošpecializované odborné zariadenia alebo kúpeľné zariadenia.

Kúpeľná starostlivosť je ZS poskytovaná v prírodných liečebných kúpeľoch a v kúpeľných liečebniach. Povolenie na prevádzkovanie prírodných liečebných kúpeľov vydáva MZ SR na základe odporúčenia Štátnej kúpeľnej komisie. Kúpele sú na rozdiel od rehabilitačných zariadení okrem liečby zamerané aj na prevenciu. Vo väčšine prípadov kúpele na Slovensku ponúkajú aj produkty wellness. Slovensko sa vo svete spája s renomovanými kúpeľmi, ktoré sa špecializujú na liečenie rôznych indikácií. Pri poskytovaní liečebných a preventívnych procedúr využívajú tieto zariadenia prírodné zdroje ako sú klimatické podmienky (klimatické kúpele) alebo minerálne pramene (balneologické kúpele).

Rehabilitačné a kúpeľné zariadenia majú dva hlavné toky príjmov. Jedným sú príjmy od ZP ako platby za liečebné pobyty a poskytované služby. Choroby, pri ktorých sa kúpeľná starostlivosť plne alebo čiastočne uhrádza na základe verejného zdravotného poistenia, indikačné podmienky a dĺžka liečebného pobytu sú uvedené v Indikačnom zozname pre kúpeľnú starostlivosť, ktorý tvorí prílohu zákona č. 577/2004 Z. z. o rozsahu zdravotnej starostlivosti. Poskytnutie kúpeľnej starostlivosti schvaľuje príslušná ZP na návrh lekára uvedeného pri jednotlivých indikáciách v zozname. Zákon rozdeľuje indikácie do dvoch skupín: A a B. Diagnózy zaradené do indikačnej skupiny A sú plne hrazené ZP, diagnózy v skupine B sú so spoluúčasťou pacienta. Druhým zdrojom príjmov sú platby od samoplatcov, ktorí si platia za pobyty alebo procedúry v jednotlivých zariadeniach.

Kúpeľnú starostlivosť poskytovalo v roku 2009 celkovo 21 prírodných liečebných kúpeľov s 10 132 posteľami a 9 kúpeľných liečební s 1 226 posteľami. V uvedenom roku sa v prírodných liečebných kúpe-

ľoch liečilo 133 891 pacientov, z toho bolo 98 244 domácich (73,4 %) a 35 647 cudzincov (26,6 %). Počet pacientov, ktorých pobyt bol hrazený ZP je 42,6 % a v 57,4 % prípadoch si pobyt hradil poistenec. V porovnaní s rokom 2000, podiel pobytov hrazených ZP predstavoval 64 % všetkých patientských pobytov v prírodných liečebných kúpeľoch v SR. Tento posun vyplýva z presunu verejných zdrojov v zdravotníctve k účinnejším terapeutickým postupom.

Podľa indikačných skupín chorôb pre kúpeľnú starostlivosť pre dospelých a dorast sa z celkového počtu 127 134 pacientov v roku 2009 liečilo na choroby pohybového ústrojenstva 71,4 %, na choroby obehového ústrojenstva 8,6 %, na choroby tráviaceho ústrojenstva 6,1 %, na netuberkulózne choroby dýchacích ciest 5,1 %, na kožné choroby 2,3 %, na ženské choroby 2,2 %, na nervové choroby 1,6 %, na choroby z poruchy látkovej výmeny a žliaz s vnútornou sekréciou 1,3 % a na onkologické ochorenia 1,0 %. V indikačných skupinách pre deti bolo liečených 6 757 pacientov. Najviac absolvovalo liečbu na netuberkulózne choroby dýchacích ciest 45,9 %, na choroby obehového ústrojenstva 30 % a na nervové choroby 8,1 %.

Rekondičný pobyt absolvovalo v prírodných liečebných kúpeľoch 5 805 klientov.

5.6. Zariadenia poskytujúce dlhodobú starostlivosť

Sociálna pomoc a zdravotná starostlivosť sú upravené v rôznych právnych predpisoch a kompetenčne spadajú do dvoch rôznych rezortov. Zákon NR SR č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách umožnil okrem poskytovania sociálnych služieb poskytovať aj zdravotnú starostlivosť v rozsahu ošetrovateľskej starostlivosti v zariadeniach pre seniorov, v zariadeniach opatrovateľskej služby, domovoch sociálnych služieb a v špecializovaných zariadeniach.

Ošetrovateľskú starostlivosť vymedzujú zdravotnícke zákony a podzákonné normy. Zdravotná starostlivosť v rámci dlhodobej starostlivosti je prevažne financovaná z verejného zdravotného poistenia, prípadne z priamych platieb klientov.

Mimoústavná starostlivosť poskytuje zdravotnícke alebo sociálne služby alebo ich kombináciu. Zdravotnícke služby v rámci mimoústavnej starostlivosti poskytujú všeobecné a špecializované ambulancie, ADOS a denné stacionáre.

Ambulantná starostlivosť o starších pacientov sa poskytuje ako všeobecná a špecializovaná zdravotná starostlivosť. Všeobecná ambulantná zdravotná starostlivosť sa poskytuje geriatrickým pacientom

prostredníctvom ambulancie všeobecného lekára pre dospelých a ADOS. Ošetrovateľské činnosti v ambulancii vykonávajú aj preventívne činnosti prostredníctvom zdravotno-výchovných a poradenských činností. Špecializovaná ambulantná zdravotná starostlivosť sa poskytuje geriatrickým pacientom v geriatrickej ambulancii alebo v ambulanciách ostatných špecializačných odborov pre dospelých. Okrem iného zahŕňa aj starostlivosť o inkontinentných, imobilných seniorov i dementných pacientov. Ambulantná starostlivosť o geronto-psychiatrických pacientov sa uskutočňuje v geronto-psychiatrických ambulanciách a v denných stacionároch.

ADOS poskytujú odbornú ošetrovateľskú starostlivosť poskytovanú prednostne v domácom prostredí alebo v prirodzenom prostredí klienta. Agentúry poskytujú starostlivosť najmä pre klientov po ukončení ústavnej formy liečby (prepustenie z nemocnice), ktorí si vyžadujú kontinuálne pokračovanie starostlivosti, ďalej pre akútne chorých bez potreby hospitalizácie

a chronicky chorých. Indikačná skupina nie je vekovo ohraničená. V roku 2006 bolo na Slovensku 162 ADOS, v roku 2009 ich počet klesol na 150, ktoré zamestnávali 429 sestier.

DOS je hrazená zo zdravotného poistenia v rozsahu uvádzanom v Katalógu zdravotných výkonov a podľa zmluvy medzi agentúrou a ZP. Úhrada závisí od výšky bodového hodnotenia výkonov a ceny bodu.

Denné stacionáre sú najčastejšie zriaďované v odbore psychiatria so zameraním na rôzne nemedikamentózne typy terapie (pracovná terapia, skupinová terapia, individuálna psychoterapia a pod.) Typickým príkladom sú stacionáre pre pacientov so závislosťami (drogová, hráčka, alkoholová). Denné stacionáre sú zriaďované aj pre geriatrických pacientov, prevažne pre geronto-psychiatrických, či dementných pacientov vôbec. Financovanie sa realizuje prostredníctvom ZP, s ktorými musí mať dané zariadenie zmluvu. Financuje sa pobyt jedného pacienta na jeden deň.

T 5.24 Počet postelí v akútnej a dlhodobej nemocničnej starostlivosti za SR a kraje k 31. 12. 2009

Územie zdravotníckeho zariadenia	Počet postelí	
	akútna nemocničná starostlivosť	dlhodobá nemocničná starostlivosť
Slovenská republika	25 995	4 001
Bratislavský kraj	3 861	496
Trnavský kraj	1 974	414
Trenčiansky kraj	2 407	377
Nitriansky kraj	2 746	470
Žilinský kraj	3 232	483
Banskobystrický kraj	2 984	491
Prešovský kraj	4 740	628
Košický kraj	4 051	642

Poznámka: uvedený je počet postelí v akútnej a dlhodobej nemocničnej starostlivosti podľa metodiky OECD a Eurostatu

Názov ukazovateľa	Metodika
Počet postelí v nemocničnej starostlivosti spolu	Počet postelí vo všetkých postelových zariadeniach (nemocnice, liečebne) bez novorodeneckých postelí, denných miest na dialyzačných oddeleniach (od roku 2005 sa dialyzačné oddelenia v L01-P01 nesledujú), bez hospicov a domov ošetrovateľskej starostlivosti
Počet postelí v akútnej nemocničnej starostlivosti	Počet postelí v nemocniciach bez PN a CPLDZ a bez odborných útvarov: dlhodobých chorých; doliečovacie; geriatric; ošetrovateľské; paliatívna medicína; detská psychiatria; gerontopsychiatria; medicína drogových závislostí; psychiatria; fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia
Počet postelí v dlhodobej nemocničnej starostlivosti	Počet postelí v liečebňach bez PL a CPLDZ a bez odborného útvaru fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia a Počet postelí v nemocniciach v odborných útvaroch: dlhodobých chorých; doliečovacie; geriatric; ošetrovateľské; paliatívna medicína

PN – psychiatrická nemocnica, PL – psychiatrická liečebňa, CPLDZ – centrum pre liečbu drogových závislostí

Zdroj: Ročný výkaz P (MZ SR) 1–01 o postelovom fonde zdravotníckeho zariadenia za rok 2009

T 5.25 Počet postelí prepočítaný na 100 000 obyvateľov

Územie zdravotníckeho zariadenia	Počet postelí	
	akútna nemocničná starostlivosť	dlhodobá nemocničná starostlivosť
Slovenská republika	479,2	73,8
Bratislavský kraj	620,0	79,7
Trnavský kraj	351,5	73,7
Trenčiansky kraj	401,7	62,9
Nitriansky kraj	389,1	66,6
Žilinský kraj	463,4	69,2
Banskobystrický kraj	456,8	75,2
Prešovský kraj	587,4	77,8
Košický kraj	520,6	82,5

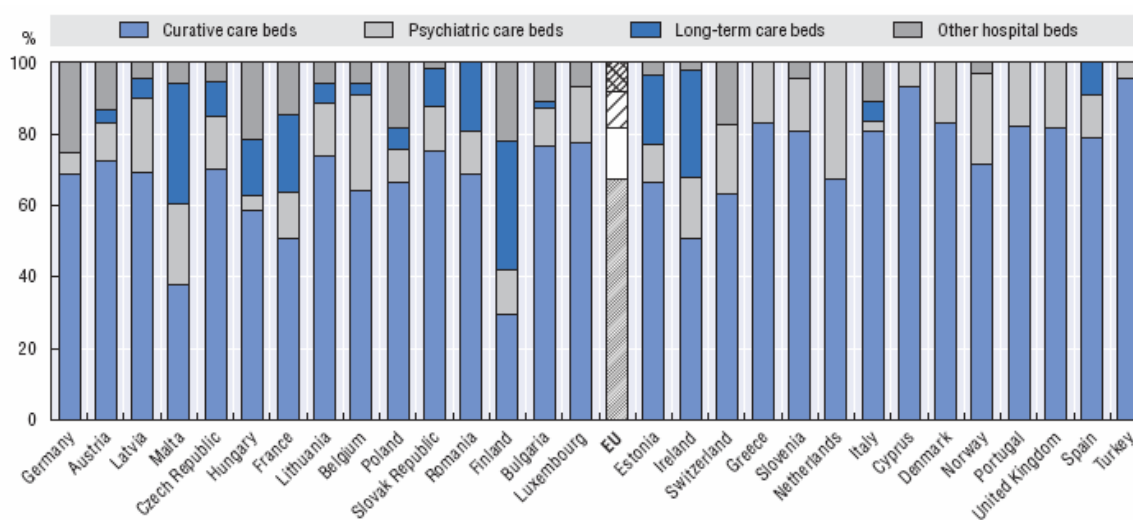
Zdroj: NCZI, 2009

T 5.26 Počet akútnych, psychiatrických a dlhodobých lôžok prepočítaný na 1000 obyvateľov

Rok	Akútne		Psychiatrické		Dlhodobé	
	Spolu	na 1000 obyvateľov	Spolu	na 1000 obyvateľov	Spolu	na 1000 obyvateľov
2000	31 101	5,78	5 031	0,94	6 201	1,15
2001	29 932	5,56	5 003	0,93	6 314	1,17
2002	29 487	5,48	5 060	0,94	6 167	1,15
2003	28 058	5,22	4 831	0,9	6 084	1,13
2004	26 620	4,95	4 669	0,87	5 919	1,1
2005	27 003	5,02	4 502	0,84	5 124	0,95
2006	26 307	4,89	4 432	0,82	4 514	0,84
2007	26 546	4,93	4 450	0,82	4 403	0,82
2008	26 344	4,87	4 379	0,81	3 933	0,73
2009	25 995	4,79	4 336	0,80	4 001	0,74

Zdroj: NCZI, 2009

G 5.11 Percentuálne vyjadrenie nemocničných, psychiatrických lôžok a lôžok pre dlhodobobo chorých prepočítané na 1000 obyvateľov



Curative care beds: nemocničné lôžka

Psychiatric care beds: psychiatrické lôžka

Long-term care beds: lôžka pre dlhodobobo chorých

Other hospital beds: iné lôžka

Zdroj: OECD Health Data 2010; Eurostat Statistics Database.

Statlink: <http://dx.doi.org/10.1787/888932336920>

T 5.27 Počet ADOS s pracovnými miestami podľa zdravotníckych povolání v SR a krajoch k 31. 12. 2009

Územie zdravotníckeho zariadenia	Počet ADOS	Počet pracovných miest v ADOS							
		Lekári	Sestry	Pôrodné asistentky	Fyzioterapeuti	Zdravotníckí záchranári	Zdravotníckí asistenti	Sanitári	Iní zdrav. pracovníci
Slovenská republika	150	5,00	429,51	2,00	13,50	0,50	1,00	0,50	2,00
Bratislavský kraj	15	3,00	46,68	-	6,50	0,50	-	-	-
Trnavský kraj	15	-	44,50	-	1,00	-	-	-	-
Trenčiansky kraj	15	-	35,60	-	1,00	-	-	-	-
Nitriansky kraj	19	-	41,00	1,00	3,00	-	1,00	0,50	1,00
Žilinský kraj	17	-	80,15	-	1,00	-	-	-	-
Banskobystrický kraj	23	1,00	46,30	-	-	-	-	-	-
Prešovský kraj	30	1,00	62,00	1,00	1,00	-	-	-	1,00
Košický kraj	16	-	73,28	-	-	-	-	-	-

Počet ADOS: Počet zdravotníckych zariadení s druhom zariadenia „0107 ADOS“

Počet pracovných miest: Evidenčný počet prepočítaný na plné úväzky v povolaniach zdravotníckych pracovníkov

Zdroj: NCZI – sieť poskytovateľov ZS za rok 2009, predbežné údaje

T 5.28 Ošetrovateľská starostlivosť v SR a krajoch podľa územia zdravotníckeho zariadenia k 31. 12. 2009

Územie zdravotníckeho zariadenia	Počet DOS	Počet postelí v DOS	Počet postelí ošetrovateľskej starostlivosti v ústavných ZZ
Slovenská republika	3	69	75
Bratislavský kraj	-	-	10
Trnavský kraj	-	-	-
Trenčiansky kraj	1	26	-
Nitriansky kraj	-	-	-
Žilinský kraj	-	-	25
Banskobystrický kraj	1	10	-
Prešovský kraj	1	33	40
Košický kraj	-	-	-

Počet DOS: Počet zdravotníckych zariadení s druhom zariadenia „0205 DOS“

Počet postelí ošetrovateľskej starostlivosti v ústavných ZZ:

Počet postelí v odborných útvaroch „ošetrovateľské“ v ústavných ZZ okrem DOS

Zdroj: Ročný výkaz P (MZ SR) 1–01 o postelovom fonde zdravotníckeho zariadenia za rok 2009

T 5.29 Počet stacionárov podľa druhu zariadenia v SR a krajoch podľa územia odborného útvaru k 31. 12. 2009

Územie zdravotníckeho zariadenia	Počet stacionárov podľa druhu zariadenia							
	Spolu	Všeobecná ambulancia	Špecializovaná ambulancia	Zariadenie na poskytovanie jednodňovej zdravotnej starostlivosti	Stacionár	Poliklinika	Všeobecná nemocnica	Špecializovaná nemocnica
Slovenská republika	123	1	11	1	46	6	56	2
Bratislavský kraj	17	-	2	-	7	1	7	-
Trnavský kraj	10	1	1	-	6	1	1	-
Trenčiansky kraj	5	-	-	-	2	-	3	-
Nitriansky kraj	8	-	2	-	5	-	1	-
Žilinský kraj	19	-	-	-	6	-	12	1
Banskobystrický kraj	13	-	2	-	5	2	4	-
Prešovský kraj	35	-	2	1	8	2	22	-
Košický kraj	16	-	2	-	7	-	6	1

Počet stacionárov: Počet odborných útvarov s druhom útvaru „6 stacionár“

všeobecná ambulancia – ambulancia všeobecnej ambulantnej ZS

špecializovaná ambulancia – ambulancia špecializovanej ambulantnej ZS

Zdroj: NCZI – sieť poskytovateľov zdravotnej starostlivosti za rok 2009, predbežné údaje

V roku 2006 poskytovalo službu denných stacionárov 66 zdravotníckych zariadení s 917 miestami pre pacientov, v roku 2009 sa ich počet zvýšil na 123 stacionárov.

Zariadenie ošetrovateľskej starostlivosti môže byť súčasťou iného zdravotníckeho zariadenia, alebo ako samostatné zdravotnícke zariadenie s právnou subjektivitou. Financovanie je realizované zo ZP, na základe zmluvy zdravotníckeho zariadenia s jednotlivými poisťovňami. Zdravotnícke zariadenia môžu žiadať priame platby za výkony nad rámec hrazených výkonov, prípadne hľadať iné zdroje. V roku 2006 bolo registrované iba jedno samostatné zariadenie ošetrovateľskej starostlivosti s 30 lôžkami. V roku 2009 sa ich počet zvýšil na 3 s celkovým počtom lôžok 69. V zariadeniach ústavnej zdravotnej starostlivosti bol počet týchto lôžok 75.

5.7. Paliatívna starostlivosť

Paliatívna starostlivosť sa poskytuje v rámci zdravotníckych zariadení určených zákonom o oddeleniach paliatívnej starostlivosti v nemocniciach, hospicioch a mobilných hospicioch. Konceptia paliatívnej medicíny bola prijatá v roku 2006.

Financovanie paliatívnej starostlivosti je hrazené z verejného zdravotného poistenia. Výška úhrady nie je dostačujúca na prevádzku takeéhoto zariadenia a často sú spolufinancované formou darov alebo dotácií.

Poskytovanie služieb terminálne chorým v hospici nie je diagnosticky ani legislatívne stanovené. Hlavnou indikáciou je nepriaznivý zdravotný stav pacienta, ktorý vyžaduje kontrolu symptómov progredujúceho nevyliciteľného ochorenia v terminálnom štá-

T 5.30 Hospicová starostlivosť v SR a krajoch podľa územia zdravotníckeho zariadenia k 31. 12. 2009

Územie zdravotníckeho zariadenia	Počet hospicov	Počet postelí v hospicioch	Počet postelí hospicovej starostlivosti v ústavných ZZ
Slovenská republika	9	166	154
Bratislavský kraj	-	-	45
Trnavský kraj	1	25	-
Trenčiansky kraj	1	16	25
Nitriansky kraj	2	40	20
Žilinský kraj	-	-	20
Banskobystrický kraj	2	31	-
Prešovský kraj	2	44	12
Košický kraj	1	10	32

Počet hospicov: Počet ZZ s druhom zariadenia „0204 hospic“

Počet postelí hospicovej starostlivosti v ústavných ZZ:

Počet postelí v odborných útvaroch „paliatívna medicína“ v ústavných ZZ okrem hospicov

Zdroj: NCZI – ročný výkaz P (MZ SR) 1–01 o postelovom fonde zdravotníckeho zariadenia za rok 2009

diu. ZP spravidla vyžadujú súčasné splnenie týchto indikátorov: chronická, nevyliciteľná a zároveň progredujúca choroba s časovo obmedzeným prežívaním.

Mobilný hospic poskytuje špecifickú komplexnú starostlivosť klientom v ich prirodzenom domacom prostredí s chronickou, nevyliciteľnou, pokročilou, aktívne progredujúcou chorobou, ktorá už neodpovedá na kauzálnu liečbu. V roku 2007 bolo na Slovensku 7 zariadení poskytujúcich hospicovú starostlivosť s celkovým počtom 110 lôžok a v nemocničných zariadeniach bolo 130 lôžok na oddeleniach paliatívnej starostlivosti. Predstavuje to 4,5 lôžka na 100 tisíc obyvateľov, čo je o polovicu menej ako odporúča WHO (10 lôžok na 100 tisíc obyvateľov). V roku 2009 sa ich počet zvýšil na 9 zariadení s celkovým počtom 166 lôžok a v nemocničných zariadeniach sa tiež počet lôžok zvýšil na 154.

5.8. Psychiatrická starostlivosť

Špecializovaná psychiatrická starostlivosť sa poskytuje v rámci ambulantných a ústavných zdravotníckych zariadení. Sieť týchto zariadení je diferencovaná tak, aby zabezpečila kvalitnú a dostupnú ZS v rozsahu vyplývajúcom zo zdravotného stavu populácie, epidemiologickej situácie a príslušného stupňa preventívnej ochrany.

Psychiatrická starostlivosť je hrazená z verejného zdravotného poistenia v jej stanovených indikáciách a rozsahu potrebnej starostlivosti na základe zmluvy medzi zariadením poskytujúcim psychiatrickú starostlivosť a ZP.

V roku 2009 poskytovalo psychiatrickú starostlivosť celkovo 372 ambulancií vid'. **tabuľka T 5.32** a v zariadeniach s postelovým fondom 4 336 posteľí v odbore psychiatria, geronto-psychiatria, medicí-

na drogových závislostiach a detská psychiatria (**tabuľka T 5.33**). Do ochrannej ambulantnej liečby bolo prijatých celkovo 1 650 pacientov, z toho 4 % tvorili osoby do 18 rokov. Najvyšší podiel na liečbe mala psychiatrická liečba 52 %, podiel protialkoholickéj liečby predstavoval 32 % a protidrogovej 14 % (**tabuľky T 5.34 a T 5.35**).

V roku 2004 vláda SR schválila Národný program duševného zdravia a v roku 2005 Plán realizácie Národného programu duševného zdravia na obdobie rokov 2005–2015, ktorého zámerom je destigmatizácia osôb s duševnou poruchou, rozvoj ADOS v odbore psychiatria, vytvorenie služieb krízovej intervencie a rozvoj programov v záujme ochrany duševného zdravia. Tieto návrhy sú zároveň v súlade s trendmi, ktoré sa presadzujú v krajinách EÚ a ich budúci rozvoj je zakomponovaný v materiáloch EK (Green paper on mental health consultation, 2006).

MZ SR v roku 2006 prijalo Konceptiu zdravotnej starostlivosti v odbore psychiatria. V tom istom roku bola prijatá i Konceptia medicíny drogových závislos-

tí. Odbor zdravotnej starostlivosti MZ SR sa zaoberá poskytovaním ZS osobám závislým od psycho-aktívnych látok a osobám zneužívajúcim tieto látky. V roku 2009 požiadalo o liečbu v zariadeniach pre liečbu drogových závislostí celkovo 1 909 užívateľov. Z pohľadu užívateľov drog, najviac liečbu vyhľadali užívatelia opiátov 39 % a stimulancií, najmä pervitínu 27 % (**tabuľky T 5.36 a T 5.37**). Na financovanie boja proti drogám boli na znižovanie ponuky drog (represie) a znižovanie dopytu po drogách (prevencia, liečba, harm-reduction, vzdelávanie) vynaložené prostriedky v pomere približne 70 % : 30 %.

V roku 1995 bol zriadený Generálny sekretariát Výboru ministrov pre drogové závislosti a kontrolu drog. Pri Generálnom sekretariáte pôsobia 4 expertné komisie: pre prevenciu drogových závislostí, pre legislatívne otázky a uplatňovanie práva v oblasti boja proti drogám, pre komunikačné stratégie v oblasti boja proti drogám a pre liečbu a resocializáciu drogových závislých. Súčasťou Generálneho sekretariátu je Národné monitorovacie centrum pre drogy, zamera-

T 5.31 Poskytovanie zdravotnej starostlivosti v odbore psychiatria

špecializované psychiatrické ambulancie,
všeobecné nemocnice (psychiatrické oddelenia) kliniky nemocníc
psychiatrické oddelenia pre dospelých
psychiatrické oddelenia pre deti a dorast
gerontopsychiatrické oddelenia
doliečovacie oddelenia
oddelenia pre liečbu drogových závislostí
oddelenia psychiatrickej rehabilitácie
psychiatrické JIS
špecializované nemocnice (psychiatrické nemocnice, centrá na liečbu drogových závislostí, odborný liečebný ústav psychiatrický),
psychiatrické stacionáre,
psychiatrické liečebne,
agentúry domácej ošetrovateľskej starostlivosti
psychiatrické pracoviská so zvláštnym určením (ochranné psychiatrické liečby, detenčné zariadenia, pracoviská súdnoznaleckej expertízy a iné),
zariadenia komunitnej psychiatrie (komunitné centrá duševného zdravia, centrá včasnej intervencie, asertívne komunitné tímy),
krízové centrá s mobilnými tímami,
iné pracoviská v pôsobnosti iných rezortov s odbornou garanciou psychiatria (chránené dielne, chránené/ podporované bývanie, podporované pracovné miesta, psychiatrická starostlivosť osobám vo väzbe alebo vo výkone trestu odňatia slobody, zariadenia sociálnych služieb so zvýšenou psychiatrickou starostlivosťou)

**T 5.32 Počet psychiatrických ambulancií podľa územia
zdravotníckeho zariadenia k 31. 12. 2009**

Územie zdravotníckeho zariadenia	Počet ambulancií
Slovenská republika	372
Bratislavský kraj	68
Trnavský kraj	31
Trenčiansky kraj	35
Nitriansky kraj	43
Žilinský kraj	44
Banskobystrický kraj	44
Prešovský kraj	42
Košický kraj	65

Zdroj: NCZI – ročný výkaz A (MZ SR) 4–01 o činnosti psychiatrickej ambulancie

**T 5.33 Počet psychiatrických odborných útvarov v posteľových
zdravotníckych zariadeniach k 31. 12. 2009**

Územie zdravotníckeho zariadenia	Psychiatria		Medicína drogových závislostí		Geronto-psychiatria		Detská psychiatria	
	Počet odborných útvarov	Počet postelí	Počet odborných útvarov	Počet postelí	Počet odborných útvarov	Počet postelí	Počet odborných útvarov	Počet postelí
Slovenská republika	45	3 207	14	647	7	292	5	190
Bratislavský kraj	6	493	3	131	3	107	1	20
Trnavský kraj	2	71	-	-	-	-	-	-
Trenčiansky kraj	4	240	-	-	-	-	-	-
Nitriansky kraj	5	533	2	227	2	95	-	-
Žilinský kraj	10	474	3	66	-	-	-	-
Banskobystrický kraj	7	378	5	187	1	65	1	30
Prešovský kraj	4	364	-	-	1	25	-	-
Košický kraj	7	654	1	36	-	-	3	140

Zdroj: NCZI – ročný výkaz P (MZ SR) 1–01 o posteľovom fonde zdravotníckeho zariadenia za rok 2009

T 5.34 Počet osôb prijatých do psychiatrickej ambulantnej ochrannnej liečby 31. 12. 2009

Územie zdravotníckeho zariadenia	Počet pacientov vo vekových skupinách							
	Psychiatrická		Protialkoholická		Protidrogová		Sexuologická	
	0–18	19+	0–18	19+	0–18	19+	0–18	19+
Slovenská republika	176	680	12	519	9	223	1	30
Bratislavský kraj	163	318	0	56	1	80	0	4
Trnavský kraj	0	22	0	63	0	45	0	2
Trenčiansky kraj	2	44	0	55	2	12	0	4
Nitriansky kraj	6	105	9	99	3	41	0	4
Žilinský kraj	0	44	0	48	0	9	1	0
Banskobystrický kraj	3	65	0	65	0	4	0	11
Prešovský kraj	0	58	0	78	0	4	0	1
Košický kraj	2	24	3	55	3	28	0	4

Zdroj: NCZI – ročný výkaz A (MZ SR) 4–01 o činnosti psychiatrickej ambulancie

**T 5.35 Podiel druhov ambulantnej liečby u pacientov liečených
v psychiatrických ambulanciách k 31. 12. 2009 v percentách**

Územie zdravotníckeho zariadenia	Druh liečby			
	Psychiatrická	Protialkoholická	Protidrogová	Sexuologická
Slovenská republika	51,88	32,18	14,06	1,88
Bratislavský kraj	77,33	9,00	13,02	0,64
Trnavský kraj	16,67	47,73	34,09	1,52
Trenčiansky kraj	38,66	46,22	11,76	3,36
Nitriansky kraj	41,57	40,45	16,48	1,50
Žilinský kraj	43,14	47,06	8,82	0,98
Banskobystrický kraj	45,95	43,92	2,70	7,43
Prešovský kraj	41,13	55,32	2,84	0,71
Košický kraj	21,85	48,74	26,05	3,36

Zdroj: NCZI – ročný výkaz A (MZ SR) 4–01 o činnosti psychiatrickej ambulancie

**T 5.36 Drogovo závislí pacienti v SR podľa územia trvalého bydliska
a vybraných skupín užívanej primárnej drogy k 31. 12. 2009**

Územie trvalého bydliska	Spolu	Opiáty	Z toho:	
			Stimulanciá	Z toho: stimulanciá – pervitín (223, 224, 228)
			Spolu	
Slovenská republika	1904	738	532	518
Bratislavský kraj	594	323	164	157
Trnavský kraj	278	159	45	44
Trenčiansky kraj	241	81	69	67
Nitriansky kraj	214	61	73	71
Žilinský kraj	122	13	46	44
Banskobystrický kraj	228	55	87	87
Prešovský kraj	83	16	14	14
Košický kraj	144	30	34	34
Neudané, bez TB v SR	5	1	3	3
Súhrn	1909	739	535	521

Zdroj: Hlásenie o užívateľovi drog liečenom zo závislosti ZS (MZ SR) 4–12

**T 5.37 Drogovo závislí pacienti v SR podľa územia trvalého bydliska
a vybraných skupín užívanej primárnej drogy k 31. 12. 2009 v percentách**

Územie trvalého bydliska	Opiáty	Z toho:	
		Stimulanciá	Z toho: stimulanciá – pervitín (223,224,228)
		Spolu	
Slovenská republika	38,76	27,94	27,21
Bratislavský kraj	54,38	27,61	26,43
Trnavský kraj	57,19	16,19	15,83
Trenčiansky kraj	33,61	28,63	27,80
Nitriansky kraj	28,50	34,11	33,18
Žilinský kraj	10,66	37,70	36,07
Banskobystrický kraj	24,12	38,16	38,16
Prešovský kraj	19,28	16,87	16,87
Košický kraj	20,83	23,61	23,61

Zdroj: Hlásenie o užívateľovi drog liečenom zo závislosti ZS (MZ SR) 4–12

né na sledovanie a vyhodnocovanie drogovej situácie na Slovensku s prepojením na Európske monitorovacie centrum pre drogy a drogovú závislosť (ďalej len „EMCDDA“) so sídlom v Lisabone. Centrum je zároveň aj členom siete REITOX (Európska informačná sieť o drogách a drogových závislostiach), zriadenej s cieľom monitorovať situáciu v oblasti psychotropných látok, pripravovať podklady pre kvalifikované politické rozhodnutia na národnej a európskej úrovni.

5.9. Poskytovanie lekárenskej starostlivosti

Zákon č. 140/1998 Z. z. upravuje aj poskytovanie lekárenskej starostlivosti. Rozlišujú sa **štyri druhy zariadení poskytujúcich lekárenskú starostlivosť podľa rozsahu ich činnosti**:

- **nemocničné lekárne**, ktoré vydávajú lieky a zdravotnícke pomôcky iba oddeleniam nemocnice pre pacientov v ústavnej zdravotnej starostlivosti,

- **verejné lekárne**, ktoré vydávajú lieky a zdravotnícke pomôcky na lekársky predpis alebo lekársky poukaz ambulantne liečeným pacientom, tieto lekárne vydávajú aj voľnopredajné lieky,
- **výdajne zdravotníckych pomôcok**, ktoré sú určené na výdaj zdravotníckych pomôcok na lekársky poukaz, podľa druhu a rozsahu činnosti sa môžu špecializovať ako **výdajne ortopedicko-protetických zdravotníckych pomôcok** a **výdajne audio-protetických zdravotníckych pomôcok**.

V súčasnosti sa činnosť **očných optík** považuje podľa živnostenského zákona a očné optiky sa považujú za poskytovateľov služieb, ktoré nadväzujú na poskytovanie zdravotnej starostlivosti.

Odborné aspekty zohľadňujúce európske hľadiská a trendy podmienili diferenciaciu lekární na verejné lekárne a nemocničné lekárne, ktoré sa líšia obsahom i rozsahom poskytovanej lekárenskej starostlivosti.

Nemocničné lekárne, ktoré sú organizačnou zlož-

kou nemocníc, sú na rozdiel od verejných lekární neziskové zdravotnícke zariadenia. Tým, že neúčtujú obchodnú príťažku, je konečná cena lieku v nemocničnej lekární nižšia, ako cena lieku vydaného verejnou lekárnou. Nemocničné lekáreň zbavené komerčných prvkov vykonávajú vysoko odbornú a špecializovanú činnosť.

Verejné lekáreň vydávajú lieky pacientom v ambulantnej zdravotnej starostlivosti po predložení lekárskeho predpisu. Vydávajú aj lieky, ktorých výdaj nie je viazaný na lekárske predpis a predávajú aj doplnkový sortiment. Predaj doplnkového sortimentu sa nepovažuje za poskytovanie zdravotnej starostlivosti. V súčasnosti sa pri výdaji liekov, ktorých výdaj nie je viazaný na lekárske predpis zameriavajú na odborné usmerňovanie pacientov pri samoliečení.

Cieľovým zámerom lekárenstva je v súlade s odporúčaniami Svetovej zdravotníckej organizácie a Rady Európy:

- výraznejšie zlepšiť spoluprácu lekárni s lekárom v ambulantnej aj ústavnej zdravotnej starostlivosti pri výbere lieku,
- poskytovať informácie pacientovi a odporúčania o správnom používaní liekov v spolupráci s predpisujúcim lekárom, aby sa zabezpečil správny liečebný postup,
- zrozumiteľne informovať pacienta o nežiaducich účinkoch liekov, monitorovať tieto účinky a vyhodnocovať ich v spolupráci s ostatnými zdravotníckymi pracovníkmi a so Štátnym ústavom pre kontrolu liečiv,
- spolupracovať pri podpore a rozvíjaní návykov obyvateľstva na zdravý spôsob života a pri realizovaní opatrení na predchádzanie chorôb,
- poskytovať lekárenskú starostlivosť aj v domácnostiach a v zariadeniach sociálnej starostlivosti,
- podieľať sa na systematickom, objektívnom a nezávislom vyhodnocovaní liečiv a liečebných postupov,

T 5.38 Počet zubných lekárov v zdravotníckych zariadeniach v SR (podľa zriaďovateľa)

Rok	Zriaďovateľ/ Počet pracovníkov *)				
	V zriaďovateľskej pôsobnosti MZ SR	V zriaďovateľskej pôsobnosti iných rezortov **)	Po prechode kompetencií v zriaďovateľskej pôsobnosti VÚC, miest a obcí	Neštátne zdravotnícke zariadenia * **)	Zdravotnícke zariadenia v SR spolu
2003	95	88	19	2 568	2 770
2004	99	88	16	2 667	2 870
2005	100	34	7	2 778	2 919
2006	95	25	8	2 586	2 714
2007	98	26	5	2 733	2 862
2008	97	26	4	2 618	2 745
2009	101	10	10	2 512	2 633

Zdroj: NCZI

* evidenčný počet pracovníkov k 31. 12. vo fyzických osobách

** MV SR, MS SR, MO SR, MDPT SR

*** Poskytovanie zdravotnej starostlivosti alebo lekárenskej starostlivosti na základe povolenia MZ SR alebo VÚC

- pri zriaďovaní a prevádzkovaní verejných lekární zohľadňovať, že verejná lekáreň je zdravotníckym zariadením, že pacient má právo, aby sa mu podávali odborné informácie v priestore, v ktorom sa mu zabezpečí dôvernúť podávania informácií.

5.10. Stomatologická starostlivosť

Stomatologickú starostlivosť poskytujú zmluvní i nezmluvní zubní lekári. Výkony v stomatológii sú najčastejšie spojené so spoluúčasťou pacienta. V prípade ošetrovania zubného kazu sú z verejného zdravotného poistenia hradené len základné materiály, a to len za podmienky, že poistenec absolvoval v predchá-

dzajúcom kalendárnom roku preventívnu stomatologickú prehliadku. Táto podmienka bola do legislatívy zavedená od roku 2005 s cieľom podporiť prevenciu.

5.11. Doplnková a alternatívna medicína

Z doplnkovej a alternatívnej medicíny sa na Slovensku poskytujú najmä služby akupunktúry, homeopatie, niektoré techniky východnej medicíny, masáže a poradenstvo o doplnkoch výživy. Tieto výkony sú poskytované prevažne súkromnými špecializovanými ambulanciami alebo zariadeniami. Nie sú hradené z verejného zdravotného poistenia.

Zariadenia poskytujúce služby špecializácie akupunktúra sú súčasťou siete zdravotníckych zariadení v odbore akupunktúra.

V roku 2006 bolo v špecializovaných ambulanciách vykonaných 5394 vyšetrení akupunktúry, čo predstavuje 10 výkonov na 10 000 obyvateľov SR. Počty návštev v špecializovaných ambulanciách zamera-

ných na akupunktúru k dátumu 31. 12. 2009 sú uvedené v **tabulke T 5.39**.

Slovensko patrí medzi štáty ako Taliansko, Francúzsko, Rakúsko alebo Luxembursko, kde homeopatiu neupravuje žiadna legislatívna norma a lekári ju využívajú len na základe vlastného rozhodnutia. Na Slovensku existuje Centrum klasickej homeopatie

T 5.39 Počet návštev pre odborné zameranie útvaru „akupunktúra“ v SR a krajoch podľa sídla odborného útvaru k 31. 12. 2009

Územie zdravotníckeho zariadenia	Počet návštev
Slovenská republika	15 981
Bratislavský kraj	3 222
Trnavský kraj	52
Trenčiansky kraj	219
Nitriansky kraj	2 922
Žilinský kraj	7 645
Banskobystrický kraj	23
Prešovský kraj	-
Košický kraj	1 898

Zdroj: Výstup o sieti poskytovateľov ZS za rok 2009, predbežné údaje
Počet návštev: Počet návštev v útvere + Počet návštev v návštevnej službe

Slovensko, ktorého organizačná štruktúra, smerovanie, ciele a aktivity sú úzko späté s nadnárodnou organizáciou The European Council of Classical Homeopathy (ECCH), ktorá sídli v Bruseli a úzko spolupracuje s EÚ. Podľa prieskumu verejnej mienky na tému alternatívna medicína z roku 2007 prejavujú Slováci najväčšiu dôveru k akupunktúre 55,8 % a homeopatii 49,5 %, kým relatívne najmenej dôverujú chiropraktikom 27,2 %.

5.12. Zdravotná starostlivosť pre špecifické etnické skupiny

Oficiálne štatistické údaje o etnickom zložení obyvateľstva nie sú k dispozícii. Odhaduje sa, že na Slovensku žije 350–380 tisíc Rómov. Zlá sociálna situácia, rasové predsudky a dlhodobá odkázanosť na sociálne dávky komplikuje integráciu tejto menšiny do spoločnosti a predstavuje aj rastúce zdravotné riziko.

Národný akčný plán SR k Dekáde začleňovania rómskej populácie 2005–2015 sa zameriava na štyri prioritné oblasti: vzdelávanie, zamestnanosť, zdravie a bývanie a tri vzájomne súvisiace témy: chudoba, diskriminácia a rodová rovnosť. V rámci tohto akčného plánu v prioritnej oblasti zdravie je zámerom:

- vytvoriť verifikovanú databázu údajov o zdraví a nerovnostiach v zdraví medzi rómskou komunitou a majoritnou spoločnosťou a medzi jednotlivými rómskymi komunitami navzájom ako základ efektívnych zdravotníckych intervencií,

- zlepšiť prístup Rómov k ZS a zvýšiť ich informovanosť o poskytovanej ZS,
- zlepšenie sexuálneho zdravia Rómov,
- zlepšenie preočkovanosť v rómskej populácii.

Fyzická dostupnosť ZS na Slovensku je veľmi dobrá. Viac ako 77 % občanov má ambulanciu všeobecného lekára priamo v mieste bydliska. Základné ambulantné špecializácie sú dostupné v mieste bydliska pre 50 % populácie, do 30 minút jazdy autom je dostupnosť 99 %. Podobne 98 % sú dostupné i nemocnice. Dizajn rozmiestnenia staníc ZZS zabezpečuje 15-minútový dojazd rýchlej pomoci pre 95 % obyvateľov (Filko a spol., 2010).

Záver

Pacientom je poskytovaná zdravotná starostlivosť v ambulantných zdravotníckych zariadeniach, ústavných zdravotníckych zariadeniach alebo v domácom prostredí agentúrami domácej ošetrovateľskej starostlivosti. Poskytovanie neodkladnej zdravotnej starostlivosti je zabezpečené ambulanciami záchrannnej zdravotnej služby, ktoré privádzajú pacientov v ohrození života na urgentné príjmy zdravotníckych zariadení pevnej siete. Dostupnosť zdravotnej starostlivosti je garantovaná minimálnou sieťou zdravotníckych zariadení. Fyzická dostupnosť zdravotnej starostlivosti na Slovensku je veľmi dobrá.



6. VEREJNÉ ZDRAVOTNÍCTVO

Autori: Šimko Gabriel, Nováková Jana, Trusková Iveta

Úvod

V oblasti ochrany, podpory a rozvoja verejného zdravia sa činnosť úradov verejného zdravotníctva zameriava na plnenie úloh, vyplývajúcich z platných koncepcií jednotlivých odborov, ako aj zo zákona NR SR č. 355/2007 Z. z. o ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon č. 355/2007 Z. z.“) a príslušných vykonávacích predpisov.

Pri uskutočňovaní cieľov verejného zdravotníctva sa kladie dôraz na sociálne a politické hľadisko, vychádzajúce zo zdravotných aspektov, zamerané na zlepšenie zdravia, predlžovanie života a zlepšovanie kvality života celej populácie pomocou podpory zdravia, prevencie chorôb a iných foriem zdravotných intervencií. V porovnaní s predchádzajúcimi koncepciami verejného zdravotníctva sú významné rozdielne prístupy k opisu a analýze determinantov zdravia a metódy riešenia problémov verejného zdravotníctva – zdôrazňuje sa nutnosť celospoločenskej prevencie.

6.1. Ľudské zdroje verejného zdravotníctva v systéme zdravotníctva

Na život spoločnosti vplyvajú politické, ekonomické, sociálne a technické determinanty, ktoré sa prenášajú aj do fungovania jednotlivých inštitúcií. Riadenie ľudských zdrojov má za úlohu využívať ľudský kapitál v prospech organizácie tak, aby bola obojstranná spokojnosť, dohodnúť sa na cieľoch a podstate ich pracovného vzťahu a zabezpečovať, aby sa táto dohoda plnila. Najdôležitejším konkurenčným aktívom sa stávajú vedomosti, zručnosti a schopnosti zamestnancov a ich využívanie. Vysoká fluktuácia zamestnancov znižuje toto aktívum, zvyšuje náklady organizácie a znižuje produktivitu práce a jej efektívnosť. Úrad verejného zdravotníctva SR (ďalej len „ÚVZ SR“) a regionálne úrady verejného zdravotníctva v SR (ďalej len „RÚVZ SR“) vychádzajú z právneho rámca zákona č. 355/2007 Z. z., ktorý nadobudol účinnosť od 1. septembra 2007. Zároveň pri zamestnávaní sú povinné dodržiavať základné ustanovenia zákona NR SR č. 400/2009 Z. z. o štátnej službe a o zmene a doplnení niektorých zákonov, zákona NR SR č. 311/2001 Z. z.

Zákonníka práce a zákona NR SR č. 552/2003 Z. z. o výkone práce vo verejnom záujme a zákona NR SR č. 553/2003 Z. z. odmeňovaní niektorých zamestnancov pri výkone práce vo verejnom záujme a o zmene a doplnení niektorých zákonov a ďalších zákonov, ktoré sú naviazané k zamestnávaniu.

ÚVZ SR a RÚVZ v SR prešli v poslednom období niekoľkými významnými celospoločenskými, odbornými a organizačnými zmenami. Slovenská republika sa stala členom EÚ so svojimi povinnosťami i kompetenciami, a to je tiež dôvod, že odborníci ÚVZ SR sa zúčastňujú na príprave právnych predpisov, ktoré sa postupne transponujú do právneho systému SR.

V systéme verejného zdravotníctva napojeného na rozpočet MZ SR je ÚVZ SR a 36 RÚVZ v SR. V roku 2004, kedy sa začal uplatňovať zákon NR SR č. 312/2001 Z. z. o štátnej službe a o zmene a doplnení niektorých zákonov aj vo verejnom zdravotníctve, bolo k 1. 1. 2004 v rámci Slovenska zamestnaných 3 234 pracovníkov, z toho 654 v štátnej službe a 2 580 na základe zákona o vykonávaní prác vo verejnom záujme. Na konci roku 2004 bolo zamestnaných spolu 3 183 zamestnancov, z toho 1 508 v štátnej službe. ÚVZ SR zamestnával k 1. 1. 2004 spolu 315 zamestnancov, z ktorých k 31. 12. 2004 bolo 101 v štátnej službe. Zamestnanci, ktorí prešli do štátnej služby vykonávali činnosti podľa zákona NR SR č. 312/2001 Z. z. § 2 a to:

- riadenie,
- rozhodovanie,
- kontrolu,
- odbornú prípravu rozhodnutí,
- odbornú prípravu návrhov zákonov a ostatných všeobecne záväzných právnych predpisov vrátane odborných činností súvisiacich s prerokúvaním a schvaľovaním,
- odbornú prípravu podkladov na vykonávanie štátnych záležitostí.

Limit zamestnancov v systéme verejného zdravotníctva sa postupne znižoval (**tabuľky T 6.1 a T 6.2; grafy G 6.1 a G 6.2**). Stav z roku 2005, kedy bolo zamestnaných 2 842 pracovníkov, z toho v ÚVZ SR 315, sa v roku 2006 zmenil. Zamestnancov bolo 2 831, z toho v ÚVZ SR 313. V roku 2007 bol limit v počte 2 836. Tento stav bol na základe uznesenia vlády SR č. 856 z 11. októbra 2006 a podľa Akčného plánu zníženia počtu zamestnancov v rezorte zdravotníctva, ktorý schválila gremiálna porada ministerstva zdravotníctva, znížený v priebehu roku o 283, čo činí 10 % z celkového počtu. K 1. 1. 2008 bolo v systéme verejného zdravotníctva zamestnaných 2 553 pracovníkov, z toho 1 368 v štátnej službe a 1 185 zamestnaných vo výkone prác vo verejnom záujme. Z trendov vývoja spoločnosti je zrejmé, že stavy zamestnancov sa zvyšovať nebudú.

Z postupného znižovania funkčných miest v systéme verejného zdravotníctva dochádza k situácii, že úrady musia efektívne plánovať pracovnú silu. Jednotlivé pracovné miesta sú analyzované a určuje sa ich špecifická povaha. Na základe toho sa prehodnocuje plán pracovných miest a jednotlivých činností. V roku 2010 pracovalo v celom systéme verejného zdravotníctva 2 449 zamestnancov. V súvislosti so znížením záväzných ukazovateľov prostriedkov na platy a mzdy podľa uznesenia vlády SR č. 667/2010 a na základe uznesenia gremiálnej porady MZ SR sa znížil stav zamestnancov v ÚVZ SR a v RÚVZ SR o 10 %. K 1. 1. 2011 je spolu zamestnaných 2 204 pracovníkov, z toho 252 v ÚVZ SR (**tabuľky T 6.1 a T 6.2; grafy G 6.1 a G 6.2**). ÚVZ SR je špecializovaným pracoviskom, nositeľom vývojových trendov v oblasti verejného zdravotníctva v SR, ktoré korešpondujú s vývojom v Českej republike, Maďarsku, Nemecku a sú v súlade s trendmi EÚ. Svojimi činnosťami je napojený aj na európske a WHO siete surveillance infekčných ochorení, na medzinárodné projekty týkajúce sa ochrany zdravia celoeurópskeho a celosvetového významu. Na základe oficiálnych nominácií MZ SR a Ministerstva zahraničných vecí SR sa jeho odborníci zúčastňujú a reprezentujú Slovenskú republiku v pracovných skupinách expertov EÚ a Rady EÚ. Zamestnanci ÚVZ SR sú členmi rôznych národných a medzinárodných komisií. Tu všade sa okrem vysokej odbornosti vyžadujú aj jazykové schopnosti. ÚVZ SR je expertíznym pracoviskom s laboratórnym vybavením na nadštandardnej úrovni. ÚVZ SR má na rok 2011 plán zamestnancov 252, z toho 135 zamestnancov s vysokoškolským vzdelaním.

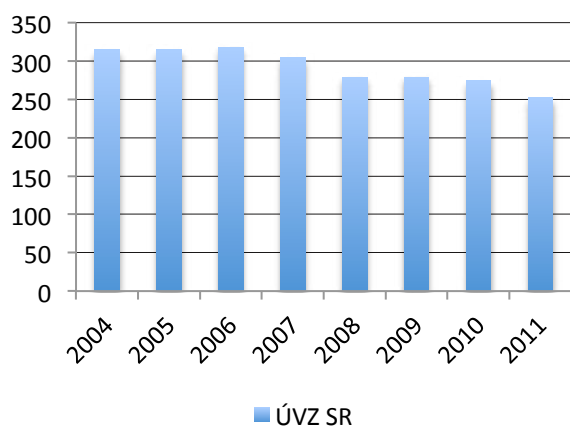
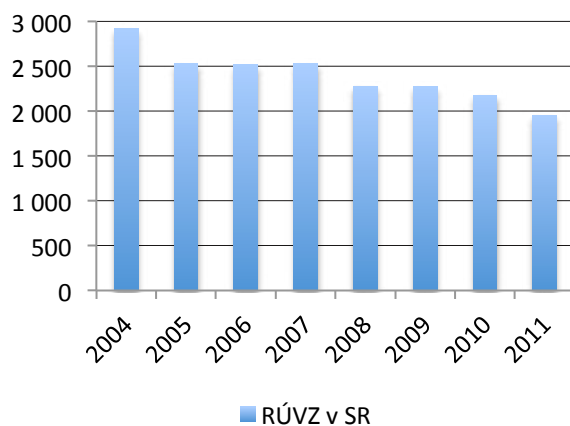
Zamestnanci sa pohybujú v rôznej vekovej štruktúre. Vzhľadom k tomu, že je potrebné vychovávať mladú generáciu, je nutné i naďalej investovať do vzdelávania. Zákon NR SR č. 400/2009 Z. z. o štátnej službe a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov v § 78 poukazuje na nutnosť vzdelávania štátnych zamestnancov, kde v ods. 1) upravuje o oblasť prehlbovania kvalifikácie v rozsahu najmenej piatich služobných dní v kalendárnom roku. Vzdelávanie zamestnancov vychádza aj z Programového vyhlásenia vlády SR, zákonných a vykonávacích právnych predpisov upravujúcich vzdelávanie. Podmienky na výkon zdravotníckeho povolania stanovuje nariadenie vlády SR č. 296/2010 Z. z. o odbornej spôsobilosti na výkon zdravotníckeho povolania a o spôsobe ďalšieho vzdelávania zdravotníckych pracovníkov, sústave špecializačných odborov a sústave certifikovaných pracovných činností. Vzdelaní zamestnanci sú investíciou, pretože pre organizáciu majú hodnotu pri dosahovaní úspechu. Vzdelávaním sa dosiahne aj rozvoj potenciálu zamestnanca, lepšia

T 6.1 Plánovaný počet zamestnancov ÚVZ SR v rokoch 2004–2011

Roky	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
ÚVZ SR	315	315	318	304	279	279	274	252

T 6.2 Plánovaný počet zamestnancov RÚVZ v SR v rokoch 2004–2011

Roky	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
RÚVZ v SR	2 919	2 532	2 523	2 532	2 274	2 274	2 175	1 952

G 6.1 Plánovaný počet zamestnancov ÚVZ SR v rokoch 2004–2011**G 6.2 Plánovaný počet zamestnancov RÚVZ v SR v rokoch 2004–2011****T 6.3 Prepočítaný počet zamestnancov k 31. 12. 2010 podľa kategórii a odborov**

	Lekári	VŠ			Asistenti			Laboranti			Chem. labor.	Zdrav. sestry	Iné ÚSV	THP		Sanitári	Robotníci	Spolu
		IZP	IOP	VŠ	VŠ	DAHE	AHS	VŠ	DMTL	Zdr. lab.				VŠ	ÚSV			
HŽP	8,60	39,70	14,00	48,00	52,00	46,00	46,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	3,96	0,00	1,00	0,00	0,00	213,26
HDM	15,60	16,60	4,00	29,00	31,50	19,00	19,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	117,70
PPL	19,00	34,00	9,00	42,00	42,84	46,24	46,24	0,00	0,00	1,00	0,80	1,00	2,00	0,00	0,00	0,00	0,00	197,88
HV	14,80	56,00	17,00	44,90	46,80	50,80	50,80	0,00	0,00	0,00	2,00	0,00	4,93	0,00	1,00	0,00	0,00	238,23
PZ	22,11	9,00	3,80	11,90	14,00	10,00	10,00	0,00	0,00	1,00	0,00	24,60	5,00	2,00	0,00	0,00	0,00	103,41
EPID	39,70	7,80	2,00	34,00	78,86	42,45	42,45	0,00	0,00	0,00	1,00	5,05	1,00	1,00	0,00	0,00	0,00	212,86
Laboratóriá	6,50	85,33	3,00	2,00	5,00	1,00	1,00	20,50	7,00	125,67	58,60	0,00	7,00	1,87	1,00	31,00	13,00	368,47
Úsek RH	30,20	10,31	12,50	0,00	8,00	6,00	6,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	9,00	60,88	95,47	0,00	2,00	235,36
OZpŽ	2,00	9,32	1,00	2,00	5,00	3,00	3,00	0,00	0,00	1,00	1,00	0,00	2,00	0,00	0,00	2,00	0,00	28,32
HTC	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	29,00	83,19	0,00	191,72	303,91
Spolu	158,51	268,06	66,30	213,80	284,00	224,49	224,49	20,50	7,00	128,67	63,40	32,65	35,89	94,75	181,66	33,00	206,72	2019,40

Vysvetlivky:

IZP – iný zdravotnícky pracovník; IOP – iný odborný pracovník; Asistenti DAHE – diplomovaný asistent hygieny a epidemiologie;
 AHS – asistent hygienickej služby; DMTL – diplomovaný medicínsko-technický laborant

kvalita práce, zvýši sa produktivita. Vzdelávanie však musí spĺňať správne identifikované potreby, pretože v opačnom prípade ide o plytvanie zdrojmi. ÚVZ SR do vzdelávania cez vzdelávacie inštitúcie investovalo v roku 2008 – 14 794 EUR, v roku 2009 – 10 551 EUR a v roku 2010 – 6 488 EUR. Vzhľadom na obmedzenú možnosť navštevovať vzdelávacie aktivity, zamestnanci sa vzdelávajú samoštúdiom, najmä štúdiom odbornej literatúry. Odborníci ÚVZ SR a RÚVZ v SR sú pozývaní rôznymi vzdelávacími inštitúciami na aktívne vystupovanie k aktuálnym odborným témam.

Z dôvodu skvalitňovania ďalšieho vzdelávania zamestnancov RÚVZ v SR sa ÚVZ SR zapojil do výzvy MZ SR a vyhral projekt spolufinancovaný EÚ s názvom „Tvorba a realizácia systému vzdelávania pracovníkov RÚVZ v SR“. Zamestnanci úradu, gestori jednotlivých odborných tém, ktorých je 25, obsahovo tvoria študijné materiály, ktoré budú zamestnancom RÚVZ v SR poskytovať najnovšie poznatky z ich vedných odborov.

6.2. Životné prostredie a zdravie

Zdravie obyvateľstva je ovplyvňované komplexom vlastností životného prostredia a spôsobom života populácie i jednotlivca.

Prioritou v tejto oblasti je dostupnými metódami a vhodnými nástrojmi dosiahnuť dobrý zdravotný stav obyvateľstva vytváraním takých podmienok v životnom prostredí, ktoré budú predchádzať ochoreniam súvisiacich alebo priamo spôsobených negatívnymi faktormi životného prostredia. Takýmito faktormi sú najmä kvalita pitnej vody, kvalita rekreačnej vody, environmentálny hluk, expozícia škodlivinám v ovzduší vo vnútornom i vonkajšom životnom prostredí, mikroklimatické podmienky, UV žiarenie, elektromagnetické žiarenie, ale aj predchádzanie rizikám spojených s poskytovaním rozličných druhov služieb obyvateľstvu.

Činnosť v oblasti vzťahu životného prostredia a zdravia určujú:

- zákon č. 355/2007 Z. z.,
- úlohy, ktoré vyplývajú z koncepčných dokumentov týkajúcich sa verejného zdravia, národných programov zameraných na environmentálne zdravie, ktoré schválila vláda SR,
- Smernice EÚ (pre pitnú vodu, vodu na kúpanie a environmentálny hluk – strategické hlukové mapy), plnenie ktorých koordinuje na Slovensku odbor hygieny životného prostredia,

- záväzky prijaté na implementáciu politiky európskeho spoločenstva v oblasti environmentálneho zdravia, napr. Protokol o vode a zdraví k medzinárodnému Dohovoru o ochrane hraničných vodných tokoch a medzinárodných jazier, Európsky akčný plán pre životné prostredie a zdravie (NEHAP/CEHAP – Akčný plán pre životné prostredie a zdravie detí), Deklarácia ministrov z 5. Ministerskej konferencie o životnom prostredí a zdraví v Parme, 2010.

Pri realizácii zámerov a cieľov na zlepšenie environmentálneho zdravia populácie v SR sú aplikované postupy a metódy práce ako sú štátny zdravotný dozor (ďalej len „ŠZD“) a monitoring faktorov a vybraných zložiek životného prostredia (z faktorov životného prostredia ide o pitnú vodu dodávanú spotrebiteľom z verejných vodovodov a vodu na kúpanie), vypracovávanie indikátorov životného prostredia a zdravia na základe metodiky vyvinutej Svetovou zdravotníckou organizáciou (ďalej len „WHO“) pre spracovanie tzv. factsheetov. Ich účelom je slúžiť štátnej správe i samosprávnym orgánom pri ich rozhodovaní na lokálnej i regionálnej úrovni. Tieto factsheet-y sú verejne dostupné prostredníctvom web stránky ÚVZ SR.

Podľa zákona č. 355/2007 Z. z. odbor hygieny životného prostredia na všetkých stupňoch riadenia, t.j. na regionálnej úrovni i národnej úrovni pripravuje návrhy záväzných stanovísk orgánov verejného zdravotníctva k územnému konaniu, ku konaniam podľa zákona NR SR č. 24/2006 Z. z. o posudzovaní dopadov na životné prostredie, ku konaniam o integrovanom povoľovaní, zabezpečuje, pripravuje a vypracúva stanoviská pre pracovné skupiny EK vo veciach týkajúcich sa pitnej vody, vody na kúpanie, ortuťovej politiky v Európe, hluku v životnom prostredí, ochrany spotrebiteľa v súvislosti so službami a návrhy rozhodnutí o uvedení zariadení do prevádzky. Odbor hygieny životného prostredia je odborným útvarom v rámci verejného zdravotníctva, ktorý sa zaoberá aj problematikou pohrebníctva.

Príprava a spracovanie návrhov záväzných stanovísk a rozhodnutí predstavuje podstatnú časť činností a výkonu štátnej správy na úseku hygieny životného prostredia; vzhľadom na spoločenské zmeny a prudký rozvoj podnikateľských aktivít v našej spoločnosti v poslednej dekáde minulého storočia a prvej dekády tohto storočia, sa výrazne zmenili aj požiadavky na charakter a najmä rozsah činnosti orgánov verejného zdravotníctva. Dynamika rozvíjania, podpory a posilňovania ľudských, odborných a materiálnych kapacít na úradoch verejného zdravotníctva však prudko zaostáva za potrebami spoločnosti, napr. pokiaľ ide o odhaľovanie nových hrozieb a nebezpečenstiev

v životnom prostredí (klimatické zmeny a ich vplyv na zdravie, nanotechnológie a zdravie), ale aj v oblasti výskumu, vzdelávania a budovania odborných kapacít a ľudskom biomonitoringu. Dlhodobé neinvestovanie do rozvoja alebo aspoň do posilňovania existujúcich kapacít v oblasti environmentálneho zdravia sa pravdepodobne prejaví v podobe zhoršenia zdravotného stavu populácie.

Od 1. januára 2011 vstúpila do platnosti novela zákona č. 355/2007 Z. z., ktorá ustanovuje povinnosť pre predkladateľov návrhov podliehajúcich posudzovacej činnosti orgánom verejného zdravia zabezpečiť vykonanie hodnotenia dopadov na zdravie – Health Impact Assessment (ďalej len „HIA“). Ide o náročný proces hodnotenia a posudzovania dopadov na verejné zdravie z činností, u ktorých sa predpokladá negatívny vplyv na zdravie. HIA by sa mala podľa odporúčaní WHO aplikovať aj pri strategických dokumentoch a významnejších materiáloch vypracovávaných (najmä) ostatnými rezortmi vlády. Vo vyspelých krajinách európskeho spoločenstva je HIA prirodzenou súčasťou schvaľovania zákonov a regulatív a strategických, či koncepcných materiálov. V Slovenskej republike zahrnutie hodnotenia dopadov na verejné zdravie do schvaľovacieho procesu materiálov predkladaných na rokovanie vlády SR v rámci medzirezortného pripomienkového konania (obdobne ako napr. sa hodnotia dopady na zamestnanosť, štátny rozpočet a verejné výdavky, životné prostredie), zatiaľ nebolo prijaté s pochopením.

Z pohľadu výkonu ŠZD je nevyhnutné, aby ÚVZ v SR orientovali svoju pozornosť na nepriaznivý vývoj v spotrebe zdravotne neškodnej pitnej vody, ktorý v posledných rokoch pretrváva a postihuje najmä východnú časť krajiny. Zo správ o činnosti RÚVZ vyplýva, že čoraz viac obyvateľov sa z ekonomických dôvodov odpája od verejných vodovodov, resp. ak sa aj v obci nachádza novovybudovaný verejný vodovod, obyvatelia sa nepripájajú a radšej využívajú ako zdroj pitnej vody vlastnú studňu. Ďalej je evidentný pokles spotreby pitnej vody z verejných vodovodov, kde predpokladáme, že obyvatelia využívajú ako doplnkový zdroj vody vodu z vlastnej studne alebo uprednostňujú kupované balené vody.

V obciach, kde nie je vybudovaný verejný vodovod, sú obyvatelia odkázaní na zásobovanie vodou z domových studní, u ktorých kvalita vody často krát nezodpovedá požiadavkám nariadenia vlády SR č. 354/2006 Z. z., ktorým sa ustanovujú požiadavky na vodu určenú na ľudskú spotrebu a kontrolu kvality vody určenej na ľudskú spotrebu v znení neskorších predpisov. Domovým studniam nie je venovaná z kapacitných dôvodov takmer žiadna systematická po-

zornosť zo strany orgánov verejného zdravotníctva, preto je potrebné posilniť úsilie aspoň v oblasti informovanosti obyvateľstva o rizikách z konzumovania, resp. i používania vody, ktorej kvalita nie je vyhovujúca. Kvalita vody nevyhovuje najmä z hľadiska mikrobiologických ukazovateľov, všeobecného i fekálneho znečistenia a fyzikálnochemických ukazovateľov (zákal, dusičnany, dusitany, amónne ióny, železo, atď.). Nízka spotreba používania zdravotne neškodnej pitnej vody v domácnostiach, ktorá je na hranici hygienického minima, nesie v sebe zvýšené riziko vzniku ochorení, napr. hepatitídy a rôznych hnačkovitých ochorení.

Ďalšia oblasť, ktorej by mala byť venovaná väčšia pozornosť, je doprava a jej negatívne vplyvy na zdravie. Počet automobilov na Slovensku za posledné roky veľmi výrazne stúpol, pričom tomuto nárastu nezodpovedajú primerane aj cestné podmienky (kvalita ciest, tranzit cez obytné územia atď.). Doprava predstavuje jeden z najzávažnejších problémov nielen v SR, ale aj v iných európskych krajinách a radí sa k najzávažnejším zdrojom znečistenia ovzdušia, environmentálneho hluku, nehôd a úrazov končiacich smrťou alebo invaliditou. Samotná doprava sa považuje za faktor priamo alebo nepriamo ovplyvňujúci zdravotný ukazovateľ (predčasné úmrtie). Odbor hygieny životného prostredia ÚVZ SR je členom medzirezortnej komisie bezpečnosti cestnej premávky (BECEP), v rámci ktorej by mal koordinovať, aktívne riadiť a usmerňovať aktivity viacerých rezortov na zmiernenie nepriaznivých dopadov dopravy.

Odbor hygieny životného prostredia ÚVZ SR je členom medzirezortnej komisie pre tzv. Klimatický balíček, riadenej štátnym tajomníkom Ministerstva životného prostredia SR. Ide o problematiku, ktorá je mimoriadne významná z hľadiska agendy EK. Otázku klimatických zmien považuje EK za prioritu číslo jeden z pohľadu záujmov európskeho spoločenstva, resp. vzhľadom na globálny charakter klimatických zmien aj vo vzťahu k iným kontinentom predovšetkým k USA. Je potrebné kriticky uviesť, že z pohľadu verejného zdravotníctva, najmä v oblasti environmentálneho zdravia, sa dopadom klimatických zmien na zdravie populácie Slovenska nevenuje dostatočná pozornosť z dôvodu nedostatočných ľudských, odborných kapacít erudovaných v tejto oblasti. Odbory hygieny životného prostredia s aktuálnymi zdrojmi (ľudským, finančnými, prístrojovými) sú schopné pokryť potreby sanácie situácie len v súvislosti s povodňami v podobe vyšetrení pitnej vody v zatopených oblastiach a sledovaním ich kvality, informovaním obyvateľstva o rizikách a pod.

Odbor hygieny životného prostredia sa podieľa na vypracovaní stanovísk SR k prijímanej európskej legislatíve, napr. k smernici o opatreniach a obmedzeniach používania prístrojov a zariadení s obsahom ortuti (ortuťové teplomery), určitých stavebných materiálov, chemických látok a výrobkov a pod.

Odbor hygieny životného prostredia okrem výkonu ŠZD podľa zákona č. 355/2007 Z. z. zastupuje SR v pracovných skupinách ustanovených a riadených WHO a EK. Na základe metodík vypracovaných DG Sanco na Slovensku sa podieľa životné prostredie na celkovom zdravotnom stave obyvateľstva 16%-tami. Boli hodnotené viaceré ukazovatele zdravotného stavu, medzi inými ochorenia dýchacích ciest, kardiovaskulárne ochorenia, onkologické, diabetes melitus a infekčné ochorenia. Slovensko podľa tohto hodnotenia patrí pod priemer krajín európskeho spoločenstva. Preto by bolo potrebné posilniť tak odborné kapacity v oblasti environmentálneho zdravia, ako aj vytvoriť priaznivejšie podmienky na vzdelávanie a ďalší rozvoj. V súčasnosti sa experti v oblasti environmentálneho zdravia zapájajú do európskych aktivít viac menej vyplývajúcich z plnenia smerníc EK. Ide o oblasti: pitná voda, voda na kúpanie a environmentálny hluk. Vzhľadom na rozpočtové opatrenia v súvislosti s ekonomickou krízou v celom európskom regióne, sú naše možnosti aktívne sa podieľať na práci týchto pracovných skupín čím ďalej tým viac obmedzované, čo značne nepriaznivo ovplyvňuje našu prácu v uvedených oblastiach, pričom ÚVZ SR je priamo gestorom implementácie európskej legislatívy v podmienkach Slovenska. Prenos informácií, získavanie skúseností z diskusií s expertmi iných krajín, a tým i zvyšovanie odborných schopností, nielen pokiaľ ide o uvedené tri problematiky, ale napr. aj o oblasť klimatických zmien a hodnotenie ich dopadov na zdravie, je veľmi problematický. Naša neúčast', resp. občasná, sporadická účasť na práci pracovných skupín bude rezultovať v kvalite a spoľahlivosti reportingu, t. j. poskytovaní správ EK o stave zdravia v súvislosti so životným prostredím.

6.3. Ochrana zdravia pri práci

Orgány verejného zdravotníctva vykonávajú ŠZD v oblasti ochrany zdravia pri práci, t. j. kontrolujú plnenie povinností zamestnávateľov vyplývajúcich z legislatívnych úprav harmonizovaných s právom EÚ, najmä dodržiavanie kritérií zdravých pracovných podmienok na pracoviskách zo strany zamestnávateľov, s dôrazom na špecifické riziká vplyvu práce a pracovného prostredia na zdravie zamestnancov. Sledujú plnenie opatrení zo strany zamestnávateľov na ochranu

zdravia zamestnancov pred nepriaznivými účinkami fyzikálnych, chemických, biologických a iných faktorov v pracovnom prostredí.

Osobitnú pozornosť sústreďujú na pracoviská, na ktorých zamestnanci vykonávajú rizikové práce, v rámci ŠZD sledujú pracovné podmienky zamestnancov, mieru expozície zamestnancov a realizáciu náhradných opatrení zo strany zamestnávateľov. RÚVZ v SR zaraďujú pracovné činnosti do kategórie rizikových prác na základe návrhu zamestnávateľov. RÚVZ v SR nariaďujú zamestnávateľom vykonať účinné ochranné a preventívne opatrenia na odstránenie rizika alebo na jeho zníženie na čo najnižšiu možnú mieru vrátane zabezpečenia posudzovania zdravotnej spôsobilosti zamestnancov na prácu a výkon cieľených lekárskeho preventívnych prehliadok zamestnancov lekármi pracovnej zdravotnej služby. Jedným z ukazovateľov efektívnosti realizovaných opatrení zo strany zamestnávateľov zameraných na prevenciu a ochranu zdravia pri práci je zníženie počtu zamestnancov vykonávajúcich rizikové práce oproti predchádzajúcim rokom. V roku 2010 vykonávalo rizikové práce 103 051 zamestnancov (z toho 23 403 žien). ÚVZ SR vedie centrálny register rizikových prác na základe podkladov z registrov RÚVZ v SR. Údaje z centrálného registra rizikových prác sú využívané pre informovanie iných orgánov štátnej správy, medzinárodných inštitúcií, médií a verejnosti.

Najvýznamnejšími z fyzikálnych faktorov v pracovnom prostredí z hľadiska počtu exponovaných zamestnancov sú nadmerný hluk, vibrácie, ionizujúce a neionizujúce žiarenie. U fyzikálnych faktorov, najmä u zamestnancov exponovaných hluku, sa orgány verejného zdravotníctva osobitne zameriavajú na dozor nad dodržiavaním limitov expozície škodlivých faktorov pracovného prostredia zo strany zamestnávateľov a na vybraných pracoviskách vykonávajú v rámci ŠZD objektivizáciu.

Medzi významné chemické faktory z hľadiska zdravotných rizík pri práci patria veľmi toxické a toxické látky a zmesi. RÚVZ v SR zameriavajú ŠZD najmä na skladovanie a spôsob manipulácie s veľmi toxickými a toxickými látkami a zmesami, zabezpečenie odbornej spôsobilosti vedúcich zamestnancov na prácu s nimi, predloženie prevádzkových poriadkov a posudkov o riziku a používanie osobných ochranných pracovných prostriedkov. Osobitná pozornosť je venovaná zamestnancom pri aplikácii prípravkov na ochranu rastlín a skladovým priestorom prípravkov na ochranu rastlín. RÚVZ v SR vykonávajú ŠZD najmä v poľnohospodárskych a priemyselných podnikoch, v predajniach prípravkov na ochranu rastlín, v laboratóriách a v lekárňach. RÚVZ v sídle kraja zabezpe-

čujú v rámci zriadených komisií preskúšanie odbornej spôsobilosti a vydávanie osvedčení na prácu s veľmi toxickými a toxickými látkami a zmesami.

Orgány verejného zdravotníctva venujú pri výkone ŠZD zvýšenú pozornosť aj karcinogénym a mutagénym faktorom, zameriavajú sa na kontrolu prevádzkových poriadkov, posudkov o riziku pri práci, dodržiavania režimu práce v kontrolovanom pásme, výsledkov objektivizácie uvedených faktorov, záznamníctvo a evidenciu zamestnancov exponovaných karcinogénym a mutagénym faktorom. Výskyt karcinogénnych a mutagénnych faktorov vrátane azbestu posudzujú najmä na pracoviskách v zdravotníctve, stavebníctve, chemickom priemysle a laboratóriách, v drevospracujúcich prevádzkach a na vedecko-výskumných pracoviskách. Osobitnú pozornosť venujú práci s cytostatikami v zdravotníckych zariadeniach, ktorá patrí medzi pracovné procesy s rizikom chemickej karcinogenity. Na vybraných pracoviskách je vykonávané hodnotenie expozície zamestnancov cytostatikám pomocou genotoxických vyšetrení.

Cielene sa vykonáva ŠZD pri búracích a demolačných prácach na stavbách obsahujúcich azbestocementové materiály a pri rekonštrukciách a opravách objektov, pri ktorých bol použitý stavebný materiál s obsahom azbestu u organizácií, ktoré oznámia začatie činnosti príslušnému RÚVZ, so zameraním na kontrolu dodržiavania opatrení na ochranu zdravia zamestnancov i obyvateľov. Právnické osoby a fyzické osoby – podnikatelia môžu vykonávať takéto práce len na základe oprávnenia na odstraňovanie azbestových materiálov zo stavieb, ktoré vydáva ÚVZ SR. V rámci ŠZD sú vykonávané aj kontroly drevospracujúcich pracovísk, kde sa spracováva najmä tvrdé dubové a bukové drevo, ktoré je dokázaným karcinogénom.

Ďalšou významnou skupinou pracovísk, na ktorú orgány verejného zdravotníctva dozerajú, sú pracoviská s výskytom biologických faktorov, najmä zdravotnícke a veterinárne zariadenia, laboratórne pracoviská, čistiarne odpadových vôd a pracoviská zneškodňovania odpadov.

RÚVZ v SR sledujú pracovné podmienky aj na pracoviskách náročných z hľadiska psychickej pracovnej záťaže a senzorickej záťaže zamestnancov, osobitne na pracoviskách so zobrazovacími jednotkami. Sledujú priestorové podmienky na pracoviskách a pracovných miestach, umiestnenie zobrazovacích jednotiek, mikroklimatické podmienky na pracovisku, režim práce a odpočinku zamestnancov, zabezpečenie posudzovania zdravotnej spôsobilosti zamestnancov na prácu vrátane vykonávania lekárskeho preventívneho prehliadok vo vzťahu k práci a informovanosť zamest-

nancov o zdravotných rizikách pri práci so zobrazovacími jednotkami.

Nevyhnutnou súčasťou ŠZD na všetkých pracoviskách je sledovanie dodržiavania zdravotných požiadaviek na pracovné priestory, osvetlenie, vetranie, vykurovanie, zásobovanie pitnou vodou a vybavenie pracovísk zariadeniami na osobnú hygienu a inými zariadeniami súvisiacimi s ochranou zdravia zamestnancov. Pre potreby ŠZD laboratórne pracoviská RÚVZ v sídlach krajov objektivizujú zdraviu škodlivé faktory v pracovnom prostredí.

Za nesplnenie povinností, ktoré vyplývajú z legislatívnych úprav v oblasti ochrany zdravia pri práci, orgány verejného zdravotníctva ukladajú fyzickým osobám oprávneným na podnikanie a právnickým osobám sankčné opatrenia (napr. pokuty, výkon rozhodnutia, náhrada nákladov).

Medzi priority pri výkone ŠZD na pracoviskách patrí aj kontrola plnenia povinnosti zamestnávateľa zabezpečiť pre všetkých zamestnancov pracovnú zdravotnú službu (ďalej len „PZS“), ktorá je odbornou poradenskou službou pre zamestnávateľov v oblasti ochrany zdravia pri práci a vykonáva zdravotný dohľad nad pracovnými podmienkami, pracovným prostredím, spôsobom výkonu práce a nad zdravím zamestnancov v súvislosti s prácou.

Väčšina zamestnávateľov v SR využíva na zabezpečenie PZS dodávateľský spôsob uzavretím zmluvy s právnickou osobou alebo s fyzickou osobou – podnikateľom, ktorá má tím odborných zdravotníckych pracovníkov a získala od ÚVZ SR oprávnenie na výkon PZS. ÚVZ SR vedie evidenciu týchto fyzických osôb – podnikateľov a právnických osôb a od roku 2010 aj evidenciu lekárov a verejných zdravotníkov, ktorí vykonávajú dohľad nad pracovnými podmienkami u zamestnávateľov samostatne a ich zoznamy uverejňuje na internetovej stránke.

Kontrolu fyzických osôb – podnikateľov a právnických osôb oprávnených na výkon PZS dodávateľským spôsobom vykonáva ÚVZ SR. Kontrolu rozsahu činnosti PZS u zamestnávateľov vykonávajú priebežne RÚVZ v SR v rámci ŠZD. PZS v súčasnosti už vo významnej miere ovplyvňuje úroveň zdravia zamestnancov pri práci v pozitívnom zmysle vzhľadom na jej základné zameranie, ktorým je prevencia chorôb z povolania a ochorení súvisiacich s prácou.

V roku 2010 vykonali orgány verejného zdravotníctva ŠZD 21 057 kontrol – miestnych zisťovaní zameraných na ochranu zdravia pri práci. Na základe vykonaných kontrol orgány verejného zdravotníctva vydali 1080 pokynov a opatrení na odstránenie zistených nedostatkov. Orgány verejného zdravotníctva

vydali 13 098 rozhodnutí k predloženým návrhom z hľadiska ich vplyvu na zdravie pri práci, z tohto bolo 1 114 rozhodnutí o návrhoch na zaradenie pracovných činností do kategórií rizikových prác alebo o ich zrušení. Orgány verejného zdravotníctva vydali aj 2 582 záväzných stanovísk k územným plánom, k návrhom na kolaudáciu stavieb a k návrhom na využívanie vodných zdrojov na zásobovanie pitnou vodou a k integrovanému povoľovaniu.

Pri zisťovaní informovanosti zamestnancov o zdravotných rizikách pri práci v rámci ŠZD používajú odborní pracovníci RÚVZ kontrolné listy – dotazníky informovanosti zamestnancov.

Súčasťou ŠZD je aj prešetrovanie podmienok pre vznik profesionálnych poškodení zdravia na pracoviskách u hlásených podozrení na choroby z povolania a posudzovanie opatrení vykonávaných zamestnávateľmi na obmedzenie ich výskytu. V roku 2010 RÚVZ v SR prešetrovali 965 podozrení na chorobu z povolania, získané výsledky slúžili ako podklad pri posudzovaní chorôb z povolania. Pri zisťovaní príčin vzniku profesionálnych poškodení zdravia RÚVZ úzko spolupracujú s pracoviskami klinického pracovného lekárstva a s lekármi pracovnej zdravotnej služby. V roku 2010 bolo v SR hlásených 436 prípadov chorôb z povolania a profesionálnych otráv.

Orgány verejného zdravotníctva pri výkone ŠZD nad zdravými pracovnými podmienkami koordinujú svoju činnosť s orgánmi inšpekcie práce, a to výkonom spoločných previerok na pracoviskách so zameraním na problematiku významnú z hľadiska ochrany zdravia a bezpečnosti pri práci. Zameranie spoločných previerok bolo v roku 2010 v súlade s výzvou Európskej agentúry pre bezpečnosť a ochranu zdravia pri práci, ktorej kampaň je v rokoch 2010–2011 zacielená na oblasť bezpečnej údržby. Previerky boli zamerané na upratovacie služby v priemyselných podnikoch, ktoré boli zabezpečované dodávateľským spôsobom. Orgány verejného zdravotníctva sa osobitne zaoberali otázkami zdravotných rizík a dodržiavania povinností zamestnávateľov, ktoré vyplývajú z platnej legislatívy na úseku ochrany zdravia pri práci.

Orgány verejného zdravotníctva vykonávajú ŠZD aj na úseku prevencie závažných priemyselných havárií v podnikoch, na ktoré sa vzťahuje zákon NR SR č. 261/2002 Z. z. o prevencii závažných priemyselných havárií a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov. Pri riešení problematiky v oblasti ochrany zdravia spolupracujú pri práci aj so zainteresovanými ústrednými orgánmi štátnej správy, konfederáciou odborových zväzov SR (KOZ SR) a jednotlivými odborovými zväzmi.

Úrady verejného zdravotníctva poskytujú odborné poradenstvo, konzultácie a informácie pre zamestnávateľov, zamestnancov a fyzické osoby – podnikateľov, ktoré nezamestnávajú iné fyzické osoby, ktoré sa týkajú predovšetkým ustanovení legislatívnych úprav v oblasti ochrany zdravia pri práci a ich implementácie do praxe. Poradenstvo k ustanoveniam jednotlivých právnych úprav v oblasti ochrany zdravia pri práci zahŕňa najmä témy týkajúce sa zabezpečenia PZS, vykonávania lekárskeho preventívneho prehliadok vo vzťahu k práci, zabezpečenia ochrany zdravia zamestnancov pri vystavení rôznym faktorom práce a pracovného prostredia, expozície chemickým a biologickým faktorom pri práci, práce so zobrazovacími jednotkami a problematiky fajčenia na pracovisku.

V rámci hromadného zdravotno-výchovného pôsobenia pracovníci ÚVZ SR a RÚVZ v SR poskytujú odborné informácie v oblasti ochrany zdravia pri práci aj v masovo-komunikačných médiách a v spolupráci s poradňami zdravia na rôznych podujatiach (Mestské dni zdravia, Svetový deň zdravia, Svetový deň duševného zdravia a pod.). Aktuálna zdravotno-výchovná problematika ochrany zdravia pri práci je uverejňovaná aj v dennej a odbornej tlači. Medzi najvýznamnejšie nástroje masového pôsobenia patria internetové stránky odborov a oddelení preventívneho pracovného lekárstva ÚVZ SR a RÚVZ v SR.

V rámci špecializovaných činností ÚVZ SR a RÚVZ v SR riešia aj úlohy, projekty a epidemiologické štúdie so zameraním na hodnotenie vplyvu faktorov práce a pracovného prostredia na zdravie zamestnancov. Vybrané RÚVZ spolu so zamestnávateľmi vypracovávajú a realizujú intervenčné programy za účelom zlepšenia pracovného prostredia a zdravotného stavu zamestnancov konkrétnych organizácií v rámci riešenia projektu Zdravé pracoviská, ktorý sa v SR realizuje viac ako 15 rokov. V súčasnosti projekt Zdravé pracoviská realizuje 15 regionálnych úradov verejného zdravotníctva v cca 30 organizáciách, pozornosť je venovaná aj malým a stredným podnikom. V rámci projektu sa realizujú analýzy rizík práce a pracovného prostredia spolu s objektivizáciou rizikových faktorov v pracovnom prostredí (najmä chemické faktory, hluk, pevné aerosóly, mikroklimatické podmienky). Pozornosť je zameraná aj na hodnotenie úrovne a účinnosti opatrení vykonávaných zamestnávateľom na predchádzanie vzniku ochorení podmienených prácou a na ich obmedzenie, vypracovanie prevádzkových poriadkov, zabezpečenie zdravotného dohľadu nad pracovnými podmienkami a zabezpečenie lekárskeho preventívneho prehliadok vo vzťahu k práci pracovnou zdravotnou službou a na monitorovanie úrovne expozície zamestnancov rizikovým faktorom. Zároveň

sa sleduje a hodnotí zdravotný stav zamestnancov rizikových profesií pomocou objektívnych vyšetrení rizikových faktorov životného štýlu a pomocou do-
tazníkov. Výsledkom týchto aktivít sú návrhy a reali-
zácia intervenčných aktivít zameraných na zlepšenie
pracovného prostredia a zdravotného stavu zamest-
nancov, ochranu a podporu zdravia zamestnancov,
stratégie boja proti fajčeniu a pod.

ÚVZ SR a vybrané RÚVZ sa zapojili aj do riešenia
medzinárodných epidemiologických štúdií v spolu-
práci s Medzinárodnou agentúrou pre výskum rako-
viny (IARC) vo Francúzsku, zameraných na nádorové
ochorenia pankreasu a pľúc vo vzťahu k životným
a pracovným podmienkam. Štúdie typu prípad – kon-
trolla sú zamerané na najvýznamnejšie ukazovatele
ovplyvňujúce prežívanie a prognózu pacientov s ná-
dormi pankreasu, pľúc a hornej časti tráviaceho a dý-
chacieho systému a to na faktory životného štýlu, tera-
peutické postupy, pracovnú anamnézu a stravovacie
zvyklosti. Získané výsledky poukazujú na aktuálnosť
riešenia tejto problematiky, poznatky sa využívajú pri
výkone ŠZD, ako aj v poradenstve v oblasti ochrany
zdravia pri práci.

6.4. Ochrana a podpora zdravia detí a mládeže

V oblasti ochrany a podpory zdravia detí a mláde-
že je činnosť smerovaná k rozvoju a zlepšovaniu zdra-
via mladej generácie a prostredníctvom systémových
opatrení sa zameriava na vylúčenie, resp. zníženie
rizika výskytu ochorení a iných porúch zdravia a na
starostlivosť o zdravé životné a pracovné podmienky
a podporu správneho životného štýlu detí a mládeže.

V súvislosti so začlenením Slovenska medzi štáty
EÚ dochádza k prelínaniu úloh v oblasti ochrany a pod-
pory zdravia s programami EÚ. Do programu Euro-
health sú zaradené intervenčné programy, ako naprí-
klad „Zdravie podporujúce školy“, „CINDI“ – prevencia
v primárnej starostlivosti o deti a mládež, prevencia
kardiovaskulárnych ochorení, obezity, nádorových
ochorení, vzniku závislostí na návykových látkach, det-
ských úrazov, Národný akčný plán zdravia a životného
prostredia a monitoring zdravotného stavu vo vzťahu
k životným podmienkam.

Činnosť v starostlivosti o ochranu a podporu zdra-
via mladej generácie sa zameriava na prepojenie na
rámcové programy EÚ v oblasti podpory zdravia, envi-
ronmentalistiky a trvalo udržateľného rozvoja ľudskej
spoločnosti so špeciálnym dôrazom na oblasť mladej
generácie. Ochrana zdravia detí a mládeže uberať dvo-
mi základnými smermi:

- 1) výchova detí a mládeže k zdravej výžive a výcho-
va ku zdraviu a zdravému spôsobu života,
- 2) udržanie úlohy a funkcie štátneho zdravotného
dozoru v tých oblastiach, kde to, napriek vstupu
do EÚ a postupujúcej globalizácii, je potrebné
z hľadiska zabezpečenia podpory a ochrany zdra-
via mladej generácie.

Pri určovaní úloh súvisiacich so zdravou výživou
detí a mládeže sa vychádza z Aktualizovaného prog-
ramu ozdravenia výživy obyvateľov SR (prijatého vlád-
ou SR v roku 2008), ktorý sleduje zlepšenie súčas-
ného štandardu výživy a v priamej nadväznosti tým
aj zdravotnej situácie obyvateľstva pri plnom využití
jedného z najvýznamnejších faktorov prevencie, ktorý
predstavuje správna výživa vo vzťahu k veku, pohlá-
viu, zamestnaniu a k daným životným podmienkam
človeka.

V školskom stravovaní sa pozornosť sústreďuje na
vytváranie podmienok na optimalizáciu celkového re-
žimu výživy, príjmu tekutín, na pomoc pri plnení jeho
zdravotno-preventívnej úlohy a významnej sociálnej
úlohy pre rodiny so zamestnanými matkami. Netreba
zabúdať ani na plnenie výchovno-vzdelávacej úlohy
pre deti a mládež.

V rámci výchovy detí a mládeže ku zdraviu sa
vytvára a realizuje systém prijateľnej a kontinuálnej
výchovy obyvateľstva zameraný na zdravý spôsob ži-
vota, práce, zdravotné uvedomenie a na vlastnú zod-
povednosť za svoje zdravie. Ide o kroky smerované
na realizáciu zdravotno-výchovnej intervencie u detí
a mládeže zameranej na elimináciu behaviorálnych ri-
zík a prevenciu toxikománií. Cieľom je usmerňovanie
spôsobu života a správania sa detí a mládeže, ktoré je
ovplyvňované vzájomným pôsobením viacerých pod-
mienok prostredia – organizácia režimu dňa, zvládnu-
tie fyzickej a psychickej záťaže, pohyb a odpočinok,
zdravotné uvedomenie a jeho prejavy, fajčenie, poží-
vanie alkoholických nápojov, toxikománia, problémy
vzťahujúce sa k sexualite a iné. V realizácii zdravot-
no-výchovnej prevencie majú svoje nezastupiteľné
miesto zdravotno-výchovné programy orientované
na mladú generáciu.

Oblasť výkonu štátneho zdravotného dozoru je
zameraná na objektívne vyšetrovanie príslušných
parametrov prostredia s hodnotením ich efektu na
zdravie a zdravý vývoj detí a mládeže, na kontrolu
stavu a úrovne prevádzky zariadení pre deti a mládež,
kontrolu dodržiavania hygienických zásad pri najrôz-
nejších činnostiach detí a mládeže (výchovno-vzde-
lávacej činnosti, režimu práce a odpočinku, pobytu
vonku, psychickej a telesnej záťaže). Veľký význam má
v súčasnosti aj sledovanie dodržiavania opatrení na
ochranu zdravia mladistvých pri práci, ako aj sledova-

nie spoločného stravovania detí a mládeže z hľadiska jeho energetickej a biologickej vhodnosti, podmienok prípravy a podávania jedál v zariadeniach spoločného stravovania. Výkon ŠZD poskytuje poznatky o stave prostredia a o správaní sa detí a mládeže. Výstupy získané výkonom ŠZD neslúžia iba ako podklad pre rozhodnutia orgánov verejného zdravotníctva, ale vytvárajú aj predpoklady na kvalitnejšie a efektívnejšie usmerňovanie podpory a ochrany zdravia, na prípravu nových právnych noriem na stanovovanie limitov negatívnych faktorov životného a pracovného prostredia, resp. požiadaviek na konkrétnu činnosť detí a mládeže z hľadiska ochrany zdravia.

Okrem výkonu ŠZD sa pozornosť sústreďuje predovšetkým na efektívne plnenie Programového vyhlásenia vlády SR na úseku verejného zdravotníctva a na napĺňanie bodov vládneho Programu boja proti drogám a drogovým závislostiam v zmysle vykonávania celoslovenských a celoeurópskych epidemiologických prieskumov, zameraných na zmapovanie situácie ohľadom zneužívania návykových látok u žiakov a študentov v rámci Slovenska. Efektívnym nástrojom na monitorovanie situácie v oblasti zneužívania návykových látok je realizácia európskych a národných prieskumov, zameraných na zmapovanie užívania legálnych a nelegálnych drog v populácii mladistvých. Ide najmä o projekty „Zneužívanie návykových látok (alkohol, tabak, drogy) u detí a mládeže na Slovensku“ a „Európsky školský prieskum o alkohole a drogách“ (ESPAD). Tieto projekty patria medzi reprezentatívne štúdie na Slovensku a do súčasného obdobia sa realizujú periodicky od roku 1994 každé štyri roky. Uvedené projekty umožňujú zanalyzovať reálnu situáciu v užívaní legálnych a nelegálnych drog a spresniť odhady prevalencie pre jednotlivé regióny a typy škôl, ukážu trendy a hlavné zmeny v tejto oblasti.

V tejto súvislosti je potrebné zdôrazniť význam realizácie spoločného projektu Ministerstva školstva, vedy, výskumu a športu SR a Ministerstva pôdohospodárstva SR „Schéma školské ovocie“, na ktorom sa metodicky a odborne priebežne spolupodieľajú aj pracovníci odborov hygieny detí a mládeže jednotlivých RÚVZ v SR. Jeho cieľom je podpora budovania racionálnych stravovacích návykov u detí a mládeže prostredníctvom každodennej pravidelnej konzumácie čerstvého ovocia, resp. zeleniny. Projekt je v prevažnej miere dotovaný EÚ a je doňho zapojená väčšina jej členských štátov. Praktická realizácia projektu spočíva v ponuke kvalitného ovocia, zeleniny a prírodných ovocných štiav deťom v školách od vybraných a schválených dodávateľov.

Problemátike stravovania a zdravej výživy je venovaný aj projekt „Monitoring stravovacích zvyk-

lostí a výživových preferencií vybranej populácie detí SR a hodnotenie expozície vybraných rizík spojených s konzumáciou jedál“, ktorého cieľom je, na základe monitoringu individuálnej spotreby potravín, vytvoriť databázu spotreby potravín so zohľadnením veku respondentov a zvláštností v stravovaní obyvateľov jednotlivých regiónov SR. Cieľom je tiež zhodnotiť stravovacie zvyklosti u vybraných vekových skupín populácie detí vo vzťahu k odporúčaným výživovým dávkam obyvateľstva SR a k pohybovému režimu. Získané informácie sa využijú v rámci poradenských aktivít zameraných na podporu a rozvoj zdravia detí v zriadených poradniach zdravia pre deti a dorast. Prínosom je, že analýza údajov monitoringu stravovacích zvyklostí a výživových preferencií vybraného súboru detí SR pohľad na súčasný stav stravovacích návykov súboru detí SR :

- odhaľuje pozitíva a negatíva v režime stravovania detí a je dobrým východiskom pre formulovanie základných intervenčných odporúčaní,
- ukázala potrebu prehodnotenia doteraz zaužívaných spôsobov hodnotenia kritérií pre klasifikáciu hypertenzie u detí SR,
- ukázala potrebu riešiť s aktuálnou problematikou nárastu nadhmotnosti a obezity u detí súčasne aj problém hmotnosti nedosahujúcej fyziologických hodnôt v zmysle nízkej a veľmi nízkej hmotnosti,
- odhalila pozitíva a negatíva v spôsobe trávenia voľného času detí predškolského veku a potrebu formulovania intervenčných aktivít na zníženie sedavých aktivít, hlavne času tráveného pred obrazovkou,
- naznačila aj možnú potrebu revízie jestvujúcich odporúčaných výživových dávok pre obyvateľov SR, hlavne pre zachovanie optimálneho trojpočtu základných živín a dávok bielkovín v skupine detí predškolského veku,
- upozorňuje na nutnosť samostatného zamerania pozornosti na príjem soli v strave detí.

V súvislosti so stúpajúcim výskytom obezity v celosvetovom meradle je potrebné zhodnotiť aktuálnu situáciu, pokiaľ ide o prevalenciu nadhmotnosti a obezity u detí a dorastovej populácie v SR. Tejto téme je venovaný projekt „Prieskum telesného vývoja detí a mládeže v SR a zistenie trendov v ich telesnom raste a vývine“. Celoštátny antropometrický prieskum sa realizuje na Slovensku od roku 1951 každých 10 rokov. Jeho siedme pokračovanie sa uskutoční v roku 2011.

Cieľom monitorovania rastu detí a mládeže je získať štandardné referenčné hodnoty a zachytiť vývojové trendy detskej a dorastovej populácie. Rastové a vývojové štandardy majú veľký význam v klinickej praxi pri individuálnom posudzovaní zdravotného

a výživového stavu dieťaťa a rovnako pri skupinovej diagnostike. Sú citlivými ukazovateľmi využívanými pri sledovaní vplyvu faktorov prostredia a genetických vplyvov na vývoj vybranej detskej a dospelostnej populácie. Taktiež poskytujú aktuálne normové ukazovatele na výrobu predmetov pre deti a mládež (oblečenie, nábytok a pod.). Súčasťou prieskumu je aj analýza vzťahov medzi antropometrickými ukazovateľmi a vybranými údajmi zo sociálnej oblasti (dĺžka dojčenia, návšteva predškolských zariadení, spôsob stravovania, údaje o pohybovej aktivite detí, o úplnosti rodiny, o vzdelaní a zamestnaní rodičov). Napriek tomu, že ide o mimoriadne závažný prieskum s celospoločenským dopadom, na Slovensku sa v roku 2011 nepodarilo zabezpečiť jeho adekvátne finančné pokrytie, čo výrazne ovplyvnilo jeho odbornú a výpovednú hodnotu. Z tohto dôvodu nebude možné získať národné referenčné štandardy pre vekovú skupinu detí od 0 do 6 rokov.

Okrem monitorovania nadhmotnosti a obezity v detskej a dospelostnej populácii má mimoriadny význam aj sledovanie rizikových faktorov, podieľajúcich sa na výskyte neinfekčných ochorení, v ktorých etiopatogenéze zohráva obezita významnú úlohu. Touto problematikou sa zaoberá projekt „Zdravé deti v zdravých rodinách“, ktorého cieľom je na základe výsledkov pravidelne vykonávaných meraní hladiny cholesterolu u detí a mládeže vo veku 11 a 17 rokov získať poznatky o životnom štýle a zdraví mladej populácie a aktualizovať intervenčné opatrenia na individuálnej a populačnej úrovni. Jedným z riešiteľských zameraní projektu je sledovanie výskytu rizikových faktorov aterogenézy u detí, sledovanie ich variability a porovnanie údajov za 10 rokov, t.j. od začiatku realizácie projektu MZ SR „Primárna prevencia aterosklerózy v detskom veku“, ktorého epidemiologickou súčasťou bol aj projekt WHO „Zdravé deti v zdravých rodinách“.

Prínosom v tejto súvislosti je aj aktívna činnosť poradní zdravia pre deti a rodiny, ktorá je orientovaná prioritne na prevenciu kardiovaskulárnych ochorení, prevenciu obezity, aktívny životný štýl a na zvládnutie dlhodobého stresu u detí. Podpora zdravia v týchto poradniach predstavuje stratégiu, ktorá dopĺňa súčasný systém starostlivosti o deti, preto je táto činnosť obohatená aj o spoluprácu s detskými klinickými pracoviskami.

Vzhľadom na stúpajúci výskyt metabolických ochorení u detí nadobúda čoraz väčší význam odborná a metodická činnosť, zameraná na usmerňovanie a kontrolu spoločného stravovania detí a mládeže, vyžadujúcich v dôsledku ochorenia osobitné stravovanie, správnu technológiu prípravy jedál a zavedenie správnej výrobnéj praxe v stravovacích zariadeniach.

Dosiahnutím ozdravenia výživy možno účinne predchádzať výskytu viacerých tzv. civilizačných ochorení, najmä srdcovocievnych a niektorých nádorových so závažnými celospoločenskými a ľudskými dopadmi. Proces ozdravenia výživy predstavuje tiež spôsob, ako vytvoriť podmienky na to, aby spoločné (školské) stravovanie detí a mládeže mohlo plniť svoje funkcie (optimalizovanie režimu výživy, sociálna úloha pre rodiny so zamestnanými matkami, výchovno-vzdelávacia úloha), čo bude mať v konečnom dôsledku pozitívny dopad na zdravie.

Vysoké zdravotné uvedomenie a skutočnosť, že mladí ľudia si budú uvedomovať zodpovednosť za svoje vlastné zdravie, vytvára dobré predpoklady na zlepšenie zdravia. Dosiahnutím zmeny spôsobu života mladých ľudí možno docieľiť ich vyšší záujem o aktívny spôsob života a o všetko, čo s tým súvisí – pohybová aktivita vrátane športovej činnosti, či už na úrovni záujmovej alebo organizovanej, cieľavedomé a zmysluplné trávenie voľného času (záujmová činnosť), čo okrem priameho pozitívneho dopadu na zdravie vytvorí optimálne podmienky aj na obmedzovanie požiadavky mladých ľudí po drogách (alkohol, tabak, nelegálne drogy).

6.5. Starostlivosť o zdravú výživu obyvateľstva

Zabezpečiť správnu výživu obyvateľstva a bezpečné potraviny patrí medzi základné požiadavky hospodársky a kultúrne vyspelej spoločnosti so stabilizovaným trhom potravín a udržiavania požiadaviek potravínovej bezpečnosti. Vo väčšine európskych krajín sa už v rokoch 1980–1990 v rámci rozvoja výživovej politiky obyvateľstva začali organizovať ciele akcie na ozdravenie výživy. V oblasti bolo prijatých viacero významných medzinárodných dokumentov, ktoré spájajú požiadavku výživových cieľov a zdravotnej bezpečnosti výživy a potravín do jednotného celku, zapojením všetkých zainteresovaných rezortov, inštitúcií, obchodu, médií, organizácií na ochranu spotrebiteľa, miestnych samospráv a iných zainteresovaných skupín, napr. Akčný program Spoločenstva v oblasti zdravia (2007–2013), na podporu a zlepšovanie zdravia, predchádzanie chorobám a čelenie prípadným zdravotným ohrozeniam.

V tejto súvislosti ÚVZ SR a RÚVZ v SR plnia úlohy štátu v oblasti verejného zdravotníctva v ochrane, podpore a rozvoji starostlivosti o zdravú výživu obyvateľstva. Vo svojej náplni presadzujú hlavné smery zdravej výživy a výživovej politiky na podporu a rozvíjanie verejného zdravia, monitorujú vplyv výživy na

verejné zdravie a vykonávajú štátny zdravotný dozor nad zariadeniami spoločného stravovania a kozmetickými výrobkami a úradnú kontrolu dozor nad zdravotnou bezpečnosťou potravín.

Zaoberajú sa metódami a podmienkami maximálneho priblíženia výživy obyvateľstva fyziologickému optimu, ktoré je možné dosiahnuť v konkrétnych podmienkach spôsobu života obyvateľstva.

Posilňovanie starostlivosti o zdravú výživu obyvateľstva a zdravotne bezpečné potraviny je jednou z hlavných úloh v uvedenej oblasti, vychádzajúcich z celoeurópskych strategických cieľov a dokumentov, ako sú Zdravie 21. storočia a Biela kniha bezpečnosti potravín.

K hlavným cieľom orgánov verejného zdravotníctva v tejto oblasti patria:

- 1) Posilňovanie a rozvíjanie výživovej stratégie, zameranej na zabezpečenie optimálneho zdravia, osobitne u vybraných skupín populácie, v období detstva, tehotenstva a dojčenia a staršieho veku.
- 2) Posilňovanie a rozvíjanie stratégie bezpečnosti potravín, s dôrazom na potrebu posilnenia prevencie pred kontamináciou, ako chemickou tak mikrobiálnou a dobrej nutričnej kvality potravín na všetkých stupňoch potravinového reťazca.

Zdravá výživa a správne stravovacie návyky sú hlavným pilierom zdravého spôsobu života. Príjem jednotlivých nutričov ovplyvňuje výskyt a vývoj najčastejších neinfekčných ochorení. Vplyvom prieniku nových trendov v stravovaní a zaužívaných nesprávnych stravovacích návykov dochádza k zvyšovaniu rizika vzniku a výskytu neinfekčných ochorení, najmä srdcovocievnych a onkologických, ale tiež infekčných ochorení.

Výživovú situáciu na Slovensku už viac rokov charakterizuje nadmerný energetický príjem a tiež nevyváženosť zastúpenia základných živín, v popredí s vysokým podielom tukov (presahujú priemerné odporúčané výživové dávky až o cca 40 %) a súčasne deficitným príjmom niektorých ochranných faktorov – vitamínov (vitamínu B2 a vitamínu C), minerálnych látok (vápnika) a stopových prvkov. Nevyváženosť spotreby potravín, a tým vytvorenie nutričnej rizikovej situácie vzniknutej z nesprávnej výživy závislých chorôb, spôsobuje nadmernosť konzumácie viacerých potravín, najmä živočíšnych (vajcia, bravčové mäso), cukru a niektorých ďalších. Na druhej strane je to zasa nedostatočná spotreba významných potravín, v popredí s nízkou spotrebou mlieka a mliečnych výrobkov, ovocia a zeleniny, a tým podmieneného nízkeho prívodu viacerých ochranných výživových faktorov do organizmu. Súčasne je naša strava veľmi bohatá na prírod kuchynskej soli, ktorý sa pokladá za dvojnásobný oproti odporúčaniam.

Jedným zo základných dokumentov verejného zdravotníctva v oblasti starostlivosti o zdravú výživu je „Program ozdravenia výživy obyvateľov Slovenskej republiky“, prijatý uznesením vlády SR č. 894 zo 13. 10. 1999 a jeho aktualizácia prijatá 17. decembra 2008. Program ozdravenia výživy obyvateľov SR sleduje zlepšenie súčasného štandardu výživy v priamej nadväznosti na zdravotnú situáciu obyvateľov, pričom vychádza z dokumentov WHO a najmä z Národného programu podpory zdravia a Akčného plánu pre prostredie a zdravie.

Najvýznamnejším dôvodom pre prípravu, aplikáciu a prijatie tohto programu bola skutočnosť, že existuje dlhodobá energetická nadmernosť vo výžive a jej nevyváženosť v zastúpení živín a ochranných faktorov u nášho obyvateľstva, ktorá vytvára rizikové podmienky z hľadiska výskytu chorôb neinfekčnej povahy, najmä kardiovaskulárnych a onkologických chorôb, obezity a cukrovky.

Významné miesto vo výchove obyvateľov SR má poradenská činnosť orgánov verejného zdravotníctva pri poskytovaní individuálneho a skupinového poradenstva, zameraného na zdravý spôsob života, so zreteľom na pozitívnu zmenu v stravovacích návykoch a ovplyvnenie spotreby potravín a pokrmov v prospech zdraviu prospešných.

Vykonávanie systematického monitorovania stravovacích návykov, sledovanie spotreby potravín z pohľadu výživovej skladby, ktorú vykonávajú orgány verejného zdravotníctva, tvorí jeden zo základných pilierov ovplyvňovania výživy a regulovania faktorov výživy. Monitorovanie výživového stavu vybraných skupín populácie sa vykonáva viac ako 10 rokov, pričom ročne sa poskytuje poradenstvo vo výžive približne 4 000 klientom.

V oblasti výkonu ŠZD (zákon č. 355/2007 Z. z.) a úradnej kontroly potravín (zákon NR SR č. 152/1995 Z. z.) je činnosť orgánov verejného zdravotníctva zameraná na vytváranie a presadzovanie princípov prevencie bezpečnosti potravín a ochranu zdravia obyvateľov so zameraním sa najmä na epidemiologicky rizikové činnosti výroby a manipulácie s potravinami, na presadzovanie zásad správnej výrobných praxe s potravinami a pokrmami v zariadeniach spoločného stravovania. Kontroly sú zamerané nielen na dodržiavanie požiadaviek legislatívy, ale aj na vedenie fyzických a právnických osôb – podnikateľov, ako predísť rizikám a dosiahnuť požadované ciele vo výrobe a manipulácii s potravinami. Napríklad v roku 2010 bolo spolu vykonaných 31 979 kontrol v 16 993 kontrolovaných potravinárskych prevádzkach, vrátane zariadení spoločného stravovania. Aj napriek tomu, že pri kontrolách bolo zistených spolu 5 947 nezhôd so súčasne platnými práv-

nymi predpismi, tento výsledok predstavoval pokles počtu nezhôd o 2028 v porovnaní s predchádzajúcim rokom, čo je dosiahnutým výsledkom aj orgánov verejného zdravotníctva. V oblasti kontroly a sledovania chemických, mikrobiologických a toxických rizík zdravotnej bezpečnosti bolo zároveň vyšetrených v laboratóriách ÚVZ SR a RÚVZ v SR 18 075 vzoriek potravín, pokrmov a materiálov a predmetov určených na styk s potravinami. Z tohto počtu približne 6 % vzoriek nevyhovelo stanoveným kritériám.

Osobitná pozornosť v kontrole výživovej a potravinovej bezpečnosti je venovaná vybraným skupinám populácie, ako sú dojčatá a malé deti. Dôraz sa kladie na chemické a mikrobiologické riziká, napr. kontrolu a monitorovanie hladín kontaminantov, ako sú napr. dusičnany, dusitany, mykotoxíny, rezíduá pesticídov, salmonela apod., a to vzhľadom na ich významnú mieru zdravotného rizika.

Výkon ŠZD a plnenie úloh vyplývajúcich zo zákona č. 355/2007 Z. z. je dôležitou úlohou orgánov verejného zdravotníctva pri začatí podnikateľských činností na úseku výroby, predaja a manipulácie s potravinami (posudzovanie projektovej dokumentácie, výrobných priestorov, podmienok pre činnosti s potravinami atď.), ktorá naplňa princípy prevencie v oblasti ochrany verejného zdravia. Napríklad v roku 2010 orgány verejného zdravotníctva posúdili 12 631 návrhov pre rozhodovaciu činnosť, 10 194 návrhov na uvedenie potravinárskych priestorov do prevádzky, z toho najväčší počet tvorili zariadenia spoločného stravovania (5 410 návrhov) a predajne potravín (2 985).

Potraviny, ako faktor prenosu, sa neustále podieľajú na výskyte alimentárnych ochorení. Pokiaľ ide o salmonelózy, ako naďalej najčastejšie sa vyskytujúce ochorenie z potravín, od roku 2001 bol na Slovensku zaznamenaný mierne klesajúci trend v chorobnosti na salmonelózu. Rovnako ako u ostatných zdravotných rizík, významným opatrením v rámci mikrobiologickej bezpečnosti potravín a následne opatrením na zníženie epidemiologického rizika, je zavedenie Systému správnej výrobnjej praxe (HACCP) na všetkých stupňoch výroby a manipulácie s potravinami a hotovými pokrmami.

Zariadenia spoločného stravovania umožňujú hromadné stravovanie veľkého množstva ľudí, často vulnérabilných populačných skupín (napr. v školách a školských zariadeniach, v zariadeniach sociálnych služieb, v zdravotníckych zariadeniach, ale i v reštauráciách a pod.), s dennou prípravou veľkého množstva pokrmov. Orgánmi verejného zdravotníctva je kladený dôraz na zabezpečenie nutričného hladiska a minimalizovanie epidemiologického rizika s cieľom zabezpečenia vysokej úrovne ochrany zdravia spotrebiteľov.

V tejto súvislosti je potrebné naďalej presadzovať a uplatňovať preventívne opatrenia v oblasti znižovania zdrojov kontaminácie potravinového reťazca, rozvíjať systémy ŠZD a úradnej kontroly potravín nad epidemiologicky rizikovými činnosťami a zariadeniami spoločného stravovania všetkých typov s osobitným zreteľom na presadzovanie zásad hygieny výroby a manipulácie s potravinami a podporovať rozvoj mechanizmov zameraných na znižovanie zdravotných rizík potravinového reťazca a prevenciu alimentárnych ochorení.

6.6. Podpora zdravia

Podpora zdravia je proces, ktorý umožňuje jednotlivcom a komunitám prevziať zodpovednosť za svoje vlastné zdravie. Činnosti v podpore zdravia sa týkajú najmä nasledovných oblastí:

- sledovania ukazovateľov zdravotného stavu a zdravotného uvedomenia obyvateľov, rizikových faktorov zdravotného stavu, vzťahov medzi determinantmi zdravia a zdravím populácie,
- podpory zdravia seniorov,
- podpory zdravia znevýhodnených komunít,
- prevencie nadmerného užívania alkoholu, znižovania škôd spôsobených tabakom a návykovými látkami,
- prípravy, koordinácie, realizácie a vyhodnocovania národných programov zameraných na podporu a ochranu zdravia, na vybrané cieľové skupiny obyvateľstva.

Národné programy, aktivity v oblasti odboru podpory zdravia ÚVZ SR:

- **Národný program podpory zdravia**
Je integrovaný program, do ktorého sú integrované všetky zložky spoločnosti. Naposledy vláda SR vzala na vedomie aktualizáciu v roku 2005. Aktualizovaný NPPZ v roku 2005 bol zameraný na vybrané determinanty zdravia a skladá sa z 11 cieľov:
 - 1) zdravý životný štýl,
 - 2) starostlivosť o zdravie,
 - 3) zdravá výživa,
 - 4) alkohol, tabak, drogy,
 - 5) prevencia úrazovosti,
 - 6) zdravá rodina,
 - 7) zdravé pracovné podmienky,
 - 8) zdravé životné podmienky,
 - 9) zníženie výskytu infekčných chorôb,
 - 10) zníženie výskytu neinfekčných chorôb,
 - 11) pohybová aktivita.

- **Program podpory zdravia znevýhodnených komunit**

V roku 2010 sa začala realizovať 2. etapa programu podpory zdravia znevýhodnených komunit. ÚVZ SR koordinuje v rámci programu 12 RÚVZ v SR, na ktorých sa program realizuje prostredníctvom 30-tich komunitných pracovníkov zdravotnej výchovy (ďalej len „KPZV“). V roku 2010 KPZV pôsobili v 122 segregovaných a separovaných rómskych osídleniach a lokalitách KPZV, kde pokračovali v šírení elementárnej zdravotnej osvedy a informovanosti v teréne – v segregovaných a separovaných rómskych osídleniach a lokalitách a v zabezpečovaní komunikácie medzi obyvateľmi vyššie uvedených lokalít a lekármi, sestrami prípadne pôrodnými asistentkami a verejnými zdravotníkmi. Edukačná a osvetová činnosť bola zameraná na jednotlivé zdravotno-výchovné témy: osobná hygiena, starostlivosť o vlastné zdravie; manipulácia s potravinami, hygiena výživy, reprodukčné a sexuálne zdravie, prevencia proti šíreniu infekčných a parazitárnych ochorení, životné prostredie, hygiena bývania, prevencia úrazov a nehôd, zdravotná starostlivosť, starostlivosť o dieťa. V roku 2010 počas realizácie programu bolo na podnet KPZV zaočkovaných 10 743 obyvateľov segregovaných a separovaných rómskych osídlení a lokalít. Počet osôb, ktoré na podnet KPZV zrealizovali preventívnu prehliadku u lekára bol 4 884. Edukovaných bolo spolu 39 672 osôb. Na podnet KPZV si vybavilo zdravotný preukaz 1 498 obyvateľov rómskych komunit. Detské poradne na podnet KPZV navštívilo 3 534 osôb.

- **Národný program kontroly tabaku**

Cieľom Národného programu kontroly tabaku je od roku 2007 zabezpečiť rámec pre opatrenia na celoštátnej a regionálnej úrovni, ktoré budú rešpektovať úctu k životu, redukovať prevalenciu fajčenia a ochraňovať súčasné a budúce generácie od dôsledkov fajčenia a účinkov nedobrovoľného fajčenia. Národný program kontroly tabaku má za cieľ umožniť a podporiť multisektoriálnu, na dôkazoch založenú politiku redukovania dopytu a ponuky po tabakových výrobkoch. Taktiež by mal prispieť k budovaniu sociálneho prostredia bez tabaku. Principiálnym cieľom Národného programu kontroly tabaku je každoročne znížiť počet fajčiarov, aby sa v priemere najmenej o dvojnásobok zvýšil počet tých, ktorí prestanú fajčiť a zabezpečiť právo občanom dýchať vzduch bez tabakového dymu.

- **Národný program prevencie obezity**

V roku 2010 bola vypracovaná Správa o plnení Národného programu prevencie obezity, ktorú schválila vláda SR 12. januára 2011.

V roku 2010 bol vydaný metodický pokyn k monitorovaniu zdravotného uvedomenia a stravovacích návykov detí a rodičov k projektu „Schéma školského ovocia“. Projekt „Schéma školského ovocia“ je zameraný na zlepšenie stravovacích návykov u detí materských a základných škôl. Súčasťou projektu je vstupný monitoring, realizovaný v roku 2010 a taktiež výstupný monitoring, ktorý bude realizovaný koncom roku 2011.

- **Národný program starostlivosti o deti a dorast v SR na roky 2008–2015 (NPDD)**

Je integrovaný program, vychádza zo siedmich hlavných priorít, v súvislosti s určenými cieľmi programu je potrebné, na základe medzirezortnej spolupráce, ale i spolupráce s mimovládnyimi organizáciami, zabezpečiť jeho realizáciu. Základným cieľom NPDD je zabezpečiť adekvátnu starostlivosť o zdravie detí a dorastu v SR v súlade s najnovšími poznatkami a odporúčaniami WHO a Európskej stratégie, ktoré ustanovujú právne predpisy upravujúce poskytovanie zdravotnej starostlivosti pre deti a dorast v SR. ÚVZ SR sa po celý rok zúčastňoval na plnení jednotlivých úloh NPDD a pripravil podklady pre MZ SR pre vypracovanie správy do vlády SR.

- **Národná protidrogová stratégia na obdobie 2009 – 2012**

Dotýka sa intervencií v oblasti znižovania ponuky a dopytu po drogách. ÚVZ SR v roku 2010 pokračuje v participácii na projekte Policajného zboru SR zameraného na prevenciu kriminality spôsobenej užívaním návykových látok „Tvoja správna voľba“ uskutočňovaného formou animovanej pultovnej výstavy; na základe nadviazanej spolupráce ÚVZ SR s Ministerstvom vnútra SR sa do projektu zapojilo 11 regionálnych úradov.

Programy a projekty RÚVZ SR:

- **Materské centrá**

Cieľom programu Materské centrá je od roku 2004 zlepšenie zdravotného stavu obyvateľov prostredníctvom výchovy a vzdelávania mladých matiek, ako aj ich rodín v oblasti zdravého životného štýlu.

- **Zdravotno-výchovné pôsobenie u detí predškolského veku (stomatohygiena)**

V roku 2009 v rámci uvedeného programu prebiehalo spracovanie dotazníkov na zistenie vedomostí, postojov, správania sa detí a ich rodičov v problematike stomatohygieny, týkajúce sa obľuby sladkostí a sladkých jedál u detí MŠ, starostlivosti o chrup, o vplyve výživy na stav chrupu, ktoré boli podkladom k hodnotiacej správe. V roku 2010 bola spracovaná a predložená záverečná správa o Monitorovaní zdravotného stavu ústneho zdravia.

- **Mám 65+ a teší ma, že žijem zdravo**

V roku 2010 ÚVZ SR štatisticky vyhodnotil a spracoval prierezovú štúdiu učeníu pre žiakov a študentov, verejnosť a seniorov, ktorá sa venovala téme „Seniori v rodine a spoločnosti“. Štatisticky vyhodnotený údaje ÚVZ SR poskytol RÚVZ so sídlom v Trenčíne na spracovanie záverečnej správy z projektu, ktorá bola následne uverejnená na internetovej stránke ÚVZ SR.

- **CINDI program SR, Národný program prevencie ochorení srdca a ciev**

- Hlavným cieľom tohto programu je znižovať celkovú úmrtnosť a chorobnosť obyvateľov Slovenska na srdcovocievne a nádorové ochorenia. Dlhodobým a konečným cieľom programu CINDI je znižovanie celkovej úmrtnosti populácie Slovenska, a to predovšetkým úmrtnosti na choroby srdcovo-cievne a nádorové, z nich najmä úmrtia predčasné, t.j. do 65 rokov veku. Súbežne so znižovaním úmrtnosti súvisí dlhodobý cieľ – predlžovanie tzv. strednej dĺžky života, a to najmä u mužov. Strednodobým cieľom programu je znižovanie chorobnosti a invalidity na srdcovo-cievne a nádorové ochorenia. Krátkodobé ciele programu sú zamerané na znižovanie počtu osôb s rizikovými faktormi životného štýlu, od ktorých sa odvíjajú biologické rizikové faktory srdcovo-cievnych a nádorových ochorení a to najmä fajčenie, nezdravá výživa, nedostatočná telesná aktivita, zneužívanie alkoholu a neschopnosť zvládnuť stres.

Poradenská činnosť – činnosť poradenských centier ochrany a podpory zdravia v SR:

Poradenské centrá ochrany a podpory zdravia pri RÚVZ v SR zvyšujú záujem verejnosti o vlastné zdravie, o poznanie zdravotných rizík, o rozvíjanie vlastných schopností posilniť svoje zdravie ako predchádzať vzniku chronických neinfekčných chorôb, a to v rámci poskytovania poradenských služieb a vyšetrení.

ni. Výsledkom by mala byť zmena životného štýlu čo najširšej časti populácie.

Poradenstvo a následné vyšetrenia sú poskytované v základnej poradni a v širokej škále nadstavbových poradní, pričom škála nadstavbových poradní v jednotlivých regiónoch je rôzna. Činnosť poradenských centier ochrany a podpory zdravia bola a je zameraná na individuálne a skupinové poradenstvo.

Individuálna intervencia je zameraná predovšetkým na zdravý spôsob života, predchádzanie rizikovým faktorom chronických neinfekčných ochorení, sústreďuje sa najmä na fajčenie, nedostatok pohybovej aktivity, na zdravé stravovanie a stres. Súčasťou individuálnej prevencie je aj vyhľadávanie rizikových osôb. Činnosť v základnej poradni poskytovala a poskytuje spektrum vyšetrení, ktoré určuje hladinu individuálneho rizika klienta: anamnestické vyšetrenia, antropometrické vyšetrenia (BMI, WHR, hodnota percentuálneho množstva telesného tuku), biochemické vyšetrenia (celkový cholesterol, HDL cholesterol, triglyceridy, glukóza) a štandardné meranie krvného tlaku.

Nadstavbová poradňa pre optimalizáciu pohybovej aktivity, jej činnosť je zameraná najmä na klientov s nadváhou a obezitou s nedostatočnou pohybovou aktivitou. Individuálne poradenstvo je zamerané na motiváciu klientov k pravidelnej pohybovej aktivite a odporúčanie najvhodnejších druhov pohybovej aktivity podľa fyzickej kondície a zdravotného stavu klientov. Ďalej sa zameriava aj na cvičenia žien v pro- a poporodnom veku.

V nadstavbovej poradni zdravej výživy sa realizuje projekt „Sledovanie výživového stavu vybraných vekových skupín dospeléj populácie“ v spolupráci so základnou poradňou. Na základe nutričnej anamnézy a dotazov klientov sa poskytujú informácie a konzultácie o zásadách správnej výživy. Sú poskytované ústne, telefonicky a elektronickou poštou.

Nadstavbová poradňa na odvykanie od fajčenia funguje formou telefonického poradenstva na odvykanie od fajčenia, prostredníctvom telefonického linky, jej cieľom je poskytovanie interaktívnej pomoci pri odvykaní od fajčenia najmä tým občanom, ktorí nemajú dostatok odvahy a guráže prestať fajčiť. Okrem toho pomocou poradne sa zabezpečovala súťaž Quit&Win na podporu nefajčenia.

Nadstavbová poradňa nefarmakologického ovplyvňovania krvného tlaku, všetkým klientom poradne zdravia, u ktorých boli namerané zvýšené hodnoty TK bol poskytnutý zdravotno-výchovný materiál a individuálne poradenstvo, s možnosťou naučiť sa správne merať tak krv.

Skupinová intervencia bola a je sústredená do štyroch oblastí: pre zamestnancov vybraných závodov a organizácií boli realizované pravidelné výjazdy, formou „mobilných poradní“ spojené s vyšetrovaním; návštevníkom výstav tematicky spojených so zdravím bolo poskytnuté poradenstvo spolu s vyšetrením niektorých parametrov; pre starších občanov sa celoročne organizovali aktivity na zvýšenie pohybovej aktivity a zdatnosti; aktivity sa organizovali aj pre deti materských, základných a stredných škôl.

Pozitívne treba hodnotiť všetky opakované doporučené vyšetrenia, pretože väčšina z nich signalizuje priaznivú zmenu životného štýlu klientov, ktorí poradne navštívili.

V roku 2010 v poradenských centrách ochrany a podpory zdravia bolo vyšetrených 22 115 klientov, z toho 7 195 mužov a 14 920 žien. Z uvedeného počtu absolvovalo základné – prvé vyšetrenie 13 897 klientov (4 859 mužov a 9 038 žien). Kontrolné vyšetrenie (ak klient absolvoval viac opakovaných vyšetrení, udáva sa len posledné) absolvovalo 8 218 klientov (2 336 mužov a 5 882 žien).

Prehľadný počet základných a nadstavbových poradní pri RÚVZ SR:

základné poradne – 37

nadstavbové poradne: poradňa zdravej výživy – 30, poradňa optimalizácie pohybovej aktivity – 17, poradňa odvykania od fajčenia – 31, poradňa prevencie protidrogových závislostí – 8, poradňa pre tehotné a dojčiace matky – 2, poradňa prevencie HIV/AIDS – 12, poradňa na podporu psychického zdravia a prevencie stresu – 7, poradňa pre deti a mládež – 7, poradňa orálneho zdravia – 1, poradňa nefarmakologického ovplyvňovania tlaku krvi – 6, poradňa pre environmentálne zdravie – 2, poradňa ochrany a podpory zdravia pri práci – 9, poradňa pre HBsAg pozitívne rodiny – 4, poradňa hepatálna – 1.

Počet vyšetrených novoevidovaných klientov v roku 2010 v základnej poradni – spolu 16 114, (celkový počet klientov 23 965), z čoho bolo 5 711 mužov a 10 403 žien, u mužov najviac zastúpená veková štruktúra 25–34 rokov, u žien 45–54 rokov.

Počet novoevidovaných klientov v roku 2010 v poradni zdravej výživy – spolu 7 095, (celkový počet klientov 8 824), z čoho bolo 2 435 mužov a 4 401 žien, u mužov najviac zastúpená veková štruktúra 25–34 rokov u žien 45–54 rokov.

Počet novoevidovaných klientov v roku 2010 v poradni optimalizácie pohybovej aktivity – spolu 2 248, (celkový počet klientov 7 090), z čoho bolo 786 mužov a 1 462 žien najviac do veku 14 rokov.

Počet novoevidovaných klientov v roku 2010 v poradni odvykania od fajčenia – spolu 2 350, (celkový počet klientov 3 513), z čoho bolo 1 200 mužov a 1 150 žien najviac vo veku do 14 rokov.

Počet novoevidovaných klientov v roku 2010 v poradni nefarmakologického ovplyvňovania tlaku krvi – spolu 2 743, (celkový počet klientov 4 888), z čoho bolo 1 271 mužov a 1 643 žien, okrem veku do 14 rokov najviac bolo vo vekovej štruktúre nad 65 rokov.

Počet novoevidovaných klientov v roku 2010 v poradni podpory psychického zdravia – spolu 1 502, (celkový počet klientov 2 087), z čoho bolo 671 mužov a 831 žien, okrem veku do 14 rokov najviac zastúpená veková štruktúra nad 65 rokov.

Počet novoevidovaných klientov v roku 2010 v poradni pre deti a mládež – spolu 1 580, (celkový počet klientov 1 949), z čoho bolo 760 chlapcov a 820 dievčat.

Počet novoevidovaných klientov v roku 2010 v poradni ochrany a podpory zdravia pri práci – spolu 1 437, (celkový počet klientov 1 604), z čoho bolo 737 mužov a 700 žien, najviac vo vekovej štruktúre 45–54 rokov.

Počet novoevidovaných klientov v roku 2010 v poradni protidrogovej a HIV/AIDS – spolu 456, (celkový počet klientov 1 782), z čoho bolo 212 mužov a 244 žien, najmä mladších vekových ročníkov do 35 rokov.

Počet novoevidovaných klientov v roku 2010 v poradni HbSAg pozitívne rodiny – spolu 220, (celkový počet klientov 290), z čoho bolo 109 mužov a 111 žien, najmä vo vekovej štruktúre 25–54 rokov.

Počet novoevidovaných klientov v roku 2010 v poradni pre tehotné a dojčiace matky – 61 žien, celkový počet klientov 129.

6.7. Epidemiológia infekčných ochorení

Epidemiológia je medicínsky vedný odbor, ktorý sa zaoberá štúdiom rozšírenia a rozdelenia determinantov stavov a javov spojených so zdravím v špecifikovaných populáciách a aplikovaním výsledkov tohto štúdia na kontrolu zdravotných problémov. Predmetom činnosti odboru je analýza výskytu chorôb a zdravia populácie, vzájomné vzťahy medzi ľuďmi a prostredím s dôrazom na zisťovanie faktorov podporujúcich vznik ochorenia, resp. ich príčiny. Študuje vzťahy medzi človekom a prostredím, predovšetkým so zreteľom na možnosti prevencie hromadného výskytu ochorení. Odbor epidemiológie plní úlohy zamerané na prevenciu, kontrolu a surveillance infekčných ochorení v SR. Prioritnými úlohami sú za-

bezpečovanie epidemiologickej surveillance infekčných ochorení, koordinácia imunizačného programu, prednášková a publikačná činnosť.

Cieľom epidemiológie je zdravie ochraňovať, podporovať a obnovovať. Predmet činnosti epidemiológie infekčných ochorení je aj proces šírenia nákazy.

Odbor epidemiológie zabezpečuje tieto činnosti:

- plnenie úloh, ktoré vyplývajú zo zákona č. 355/2007 Z. z. a s nimi súvisiacimi legislatívno-právnymi predpismi,
- koncepčnú a normotvornú činnosť, vypracovávanie návrhov koncepčných materiálov, podkladov a stanovísk pre rozhodovaciu činnosť ÚVZ SR, MZ SR a ústredné orgány štátnej správy v SR s republikovou pôsobnosťou na úseku epidemiológie infekčných ochorení,
- prípravu návrhov odborného-metodických usmerení a kontroly činnosti odborov epidemiológie RÚVZ v SR a výkonu štátnej správy v oblasti zdravotníctva na úseku epidemiológie infekčných ochorení,
- koordináciu celoštátneho programu imunizácie populácie SR kontrolu plnenia úloh v súlade s odporúčaniami WHO,
- koordináciu komplexnej celoslovenskej surveillance infekčných ochorení – plánovanie, organizačné zabezpečenie a kontrolu plnenia úloh v súlade s odporúčaniami WHO a v súlade s realizovanou surveillance v krajinách EÚ;
- plnenie hlavných úloh a projektov RÚVZ, vykonávanie epidemiologických štúdií.

Kontrola a surveillance infekčných ochorení v SR:

Spektrum infekčných ochorení sa mení v závislosti od výrazných spoločenských a environmentálnych zmien. Objavujú sa nové problémy, nové doteraz nepoznané infekcie. Modernizujú sa metódy detekcie infekcií, mikrobiologické diagnostické postupy a metódy sa dostávajú na molekulárnu úroveň. Nevyhnutný je medzinárodný monitoring výskytu prenosu ochorení a koordinovaný postup v ich prevencii, ako aj v opatreniach pri ich výskyte. Surveillance musí byť efektívna, založená na jasne stanovených prioritách a musí poskytovať hodnoverné informácie plne využiteľné na dosiahnutie zníženia výskytu, eliminácie a v konečnom dôsledku likvidácie nákaz.

Slovenská republika aproximovala príslušné legislatívne predpisy EÚ na úseku kontroly infekčných ochorení a od 1. mája 2004 v plnom rozsahu zabezpečuje ich kontrolu v súlade s rozhodnutiami Európskeho parlamentu a rady a Európskej komisie.

Aktívna a cielená surveillance jednotlivých ochorení je v SR zabezpečovaná sieťou RÚVZ. Pre prioritné ochorenia z hľadiska ich výskytu a závažnosti boli zriadené príslušné referenčné pracoviská, z ktorých najmä Národné referenčné centrá (ďalej len „NRC“) majú významnú úlohu v realizácii surveillance v SR v súčasnosti. Neoddeliteľnou a nesmierne dôležitou súčasťou činnosti NRC je zabezpečovanie medzinárodnej spolupráce najmä začlenením Slovenska do európskych sietí vytváraných pre jednotlivé infekcie a koordinovaných EK a WHO, ktoré postupne preberá Európske centrum pre kontrolu chorôb (ECDC).

Na Slovenskej zdravotníckej univerzite v Bratislave (ÚPKM) sú na báze vedecko-výskumnej základne zriadené nižšie uvedené NRC:

- NRC pre HIV/AIDS,
- NRC pre fagotypizáciu salmonel,
- NRC pre vírusové hepatitídy,
- NRC pre identifikáciu enterálnych vírusov,
- NRC pre dezinfekciu a sterilizáciu,
- NRC pre pomalé vírusové neuroinfekcie,
- NRC Zbierka kultúr patogénnych mikroorganizmov,
- NRC pre liečbu chronických hepatitíd.

V Národnom ústave tuberkulózy, pľúcnych chorôb a hrudníkovej chirurgie, Vyšné Hágy je zriadené NRC pre mykobaktérie.

Epidemiologická situácia vo výskyte prenosných ochorení v roku 2010:

Epidemiologickú situáciu v SR v roku 2010 možno celkovo hodnotiť ako priaznivú.

Dôslednou realizáciou Imunizačného programu sa podarilo udržať ojedinelý alebo nulový výskyt ochorení preventabilných očkovaním. Ani v roku 2010 nebolo evidované ochorenie na detskú obrnu, záškrt a tetanus, osýpky a rubeolu. Z nákaz preventabilných očkovaním si pozornosť zasluhuje zvýšený výskyt pertussis a to u očkovaných i neočkovaných osôb. Aj v tomto roku sa pokračovalo v priebežnom monitorovaní výskytu infekčných ochorení a realizácii potrebných preventívnych a represívnych opatrení. Údaje z celoslovenskej surveillance boli vkladané, analyzované a registrované prostredníctvom Epidemiologického informačného systému (ďalej len „EPIS“).

V analyzovanom roku bolo z celého územia SR individuálne hlásených celkom 60 216 prípadov prenosných ochorení, čo je o 6,4 % viac ako v roku 2009. Hromadným spôsobom bolo hlásených celkom 1 926 453 prípadov akútnych respiračných ochorení vrátane chrípky a chrípku napodobňujúcich ochorení, čo je o 24 % menej ako v roku 2009. Na vzostupe počtu hlásených prípadov sa podieľal aj zvýšený výskyt

pertussis a varicely a epidemický výskyt vírusových hepatítid najmä typu A.

Výskyt prenosných ochorení bol sprevádzaný úmrtiami, ktorých bolo zaznamenaných celkom 78 čo je pokles oproti roku 2009 o 37,1 %. Z uvedeného počtu bolo najviac prípadov úmrtí na sepsy a to tak komunitné ale najmä nozokomiálneho charakteru (28 prípadov), na chrípku spôsobenú novým typom vírusu (19). Z hľadiska dopadu na zdravie obyvateľstva sa za veľmi závažné javia aj naďalej sepsy, ktoré boli v roku 2010 sprevádzané 2,8 % smrtnosťou, bakteriálne meningitídy (smrtnosť 7,1 %) a Creuzfeldt – Jacobova choroba (smrtnosť 75%), meningokoková meningitída (smrtnosť 4 %).

Naďalej pretrvával vysoký výskyt chronických vírusových hepatítid a to najmä VHC s vysokou proporciou výskytu u osôb s pozitívnou drogovou anamnézou a u nezamestnaných.

V SR bola od roku 1985 k 31. 12. 2010 diagnostikovaná infekcia HIV u 343 občanov SR, u 57 sa vyvinuli klinické príznaky AIDS a 37 osôb zomrelo.

Z hľadiska diagnostiky prenosných ochorení analyzované výsledky naznačujú, že pokračoval zlepšujúci sa trend kvality mikrobiologickej diagnostiky najmä na úseku virologickej diagnostiky, čo malo za následok zvýšenie počtu objasnených epidémií, kde sa v etiológii uplatnili rotavírusy, Norwalk vírusy, ECHO vírusy a tiež adenovírusy a čiastočne aj diagnostiky bakteriálnych nákaz a to najmä kampylobakterií.

Do európskeho informačného systému TESSY bolo pravidelne hlásených 50 druhov prenosných ochorení.

Analýza výskytu prenosných ochorení je dostupná denne v tlačových, grafických a mapových zostavách na portáli EPIS. Obsahuje porovnanie výskytu prenosných ochorení za posledných 5 rokov a dlhodobé trendy výskytu.

Národný imunizačný program SR:

Slovenská republika sa riadi jednotným Národným imunizačným programom (ďalej len „NIP“) od roku 1986. Cieľom NIP je eliminovať až eradikovať výskyt prenosných ochorení dôsledným zabezpečovaním efektívnej imunizácie detí a dospelých. Okrem toho zahŕňa kontrolu zaočkovanosti, sledovanie nežiaducich účinkov po očkovaní, hodnotenie imunitného stavu populácie, sledovanie výskytu ochorení, ktorým možno predchádzať očkovaním, sledovanie cirkulácie pôvodcov nákazy v populácii, resp. vo vonkajšom prostredí a medzinárodnú spoluprácu. Program sa plní v súlade s odporúčaniami WHO a v súlade s praxou členských štátov krajín EÚ. Stratégia WHO v oblasti očkovania je zameraná na jeho rozšírenie o ďalšie cieľové skupiny populácie, na zavádzanie

nových očkovacích látok do bežnej praxe, nových očkovacích programov, ktoré znížia výskyt infekčných ochorení ovplyvniteľných očkovaním a zvýši sa bezpečnosť, účinnosť a compliance (akceptovateľnosť) cieľovej skupiny populácie. Je to flexibilný program, aktualizovaný v súlade s odporúčaniami WHO, ECDC, praxou ostatných členských štátov EÚ a podľa aktuálnej epidemiologickej situácie. NIP zahŕňa povinné očkovanie detí a dospelých, očkovanie osôb vo vysokom riziku infekcie vzhľadom na vek, základnú diagnózu alebo na profesiu a očkovanie všeobecne odporúčané v záujme prevencie ochorení.

Na Slovensku sa celoplošné povinné očkovanie vykonáva od konca 40. rokov minulého storočia. V súčasnosti sa povinné očkovanie realizuje proti 11 infekčným ochoreniam: tuberkulóze, záškrtu, tetanu, čiernemu kašľu, detskej obrne, vírusovej hepatitíde typu B, hemofilovým invazívnym infekciám, osýpkam, mumpsu, rubeole a invazívnym pneumokokovým ochoreniam.

Súčasťou plnenia imunizačného programu je každoročná kontrola zaočkovanosti populácie. Jej cieľom je zistenie úrovne kolektívnej imunity populácie SR proti vybraným prenosným ochoreniam preventabilným očkovaním (WHO odporúča dosiahnutie 95 % kolektívnej imunity), ďalej monitorovanie účinnosti NIP a overenie správnosti taktiky a stratégie NIP. Administratívna kontrola očkovania sa vykonáva každoročne vždy k 31. augustu.

V roku 2010 bola v rámci administratívnej kontroly pravidelného povinného očkovania zaočkovanosť detí kontrolovaná vo všetkých ambulanciách všeobecných lekárov pre deti a dorast v SR. Okrem zaočkovanosti ročníkov detí, ktoré mali byť vzhľadom na vek v súlade s očkovacím kalendárom k termínu kontroly kompletne očkované alebo preočkované, bola kontrola zameraná aj na správnosť evidencie a dokumentácie očkovania, sledovanie kontraindikácií, nežiaducich reakcií po očkovaní a na dodržiavanie chladového reťazca pri uskladnení vakcín v ambulanciách. Celoslovenské výsledky zaočkovanosti boli v roku 2010 priaznivé. Zaočkovanosť prekročila u všetkých druhov povinného očkovania detí hranicu 95 %. Pohybovala sa na úrovni 97,6 % až 99,4 %. Na úrovni krajov sa nižšia ako 95 % zaočkovanosť zistila iba v Prešovskom kraji u preočkovania tuberkulín negatívnych detí proti TBC (94,1 %). U ostatných druhov očkovania sa zaočkovanosť pohybovala od 95,1 % po 99,9 %. Na úrovni okresov hranicu 95 % zaočkovanosti nedosiahli tri okresy v rámci základného očkovania novorodencov proti TBC. Na úrovni pediatrických obvodov hranicu 90 % zaočkovanosti nedosiahlo 67 obvodov (5,2 % z celkového počtu 1282 obvodov).

6.8. Ochrana zdravia pred ionizujúcim žiarením

Systém ochrany pred ionizujúcim žiarením prešiel dlhým vývojom, je založený na prevencii a na zásadách a princípoch, ktoré platia jednotne na celom svete. V SR je zabezpečenie ochrany pred škodlivými účinkami ionizujúceho žiarenia prakticky v celom rozsahu v kompetencii MZ SR.

Ochrana zdravia ľudí pred škodlivými účinkami ionizujúceho žiarenia sa týka všetkých situácií, pri ktorých dochádza k ožiareniu. Kontroluje a reguluje sa

- ožiarenie pracovníkov, ktorí sú ožiarení pri práci,
- ožiarenie obyvateľov, ktorí sú ožiarení v dôsledku činností vedúcich k ožiareniu,
- ožiarenie pacientov, ktorí sú ožiarení pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti,
- ožiarenie všetkých obyvateľov prírodným ionizujúcim žiarením,
- ožiarenie všetkých osôb, ktoré sú ožiarené v dôsledku radiačných udalostí, nehôd a havárií.

Ochranu zdravia pred škodlivými účinkami ionizujúceho žiarenia zabezpečujú útvary radiačnej ochrany zriadené na ÚVZ SR a na RÚVZ so sídlom v Bratislave, Nitre, Banskej Bystrici a v Košiciach. Požiadavky na zabezpečenie radiačnej ochrany sú ustanovené v právnych predpisoch. Dodržiavanie právnych úprav sa kontroluje výkonom štátneho zdravotného dozoru.

Hlavnou úlohou útvarov ochrany zdravia pred ionizujúcim žiarením ÚVZ SR a RÚVZ je zabezpečenie radiačnej ochrany obyvateľov a životného prostredia v SR v súlade s požiadavkami ustanovenými právnymi predpismi a medzinárodnými odporúčaniami.

Základné úlohy útvarov ochrany zdravia pred žiarením plnia:

- vykonávaním ŠZD pri činnostiach vedúcich k ožiareniu, v rámci ktorého pripravujú odborné podklady pre rozhodovaciu činnosť ÚVZ SR a RÚVZ v SR,
- vykonávaním ŠZD pri činnostiach dôležitých z hľadiska radiačnej ochrany a prípravou odborných podkladov pre rozhodovaciu činnosť hlavného hygienika SR v tejto oblasti,
- systematickým monitorovaním radiačnej situácie, posudzovaním úrovne radiačnej ochrany a prípravou návrhov na ochranné a nápravné opatrenia,
- prípravou odborných podkladov a návrhov všeobecne záväzných právnych predpisov na zabezpečenie radiačnej ochrany, návodov a usmernení hlavného hygienika SR a MZ SR na zabezpečenie radiačnej ochrany,
- prípravou podkladov pre usmerňovanie radiačnej záťaže jednotlivých skupín obyvateľstva tak, aby boli vylúčené alebo minimalizované negatívne

dopady na zdravotný stav súčasnej a budúcich populácií,

- vedením centrálnych registrov osobných dávok pracovníkov so zdrojmi ionizujúceho žiarenia, zdrojov ionizujúceho žiarenia, držiteľov povolenia na činnosti vedúce k ožiareniu, pracovísk so zdrojmi žiarenia a zdrojov žiarenia,
- plnením úloh v prípade radiačných havárií, úloh ktoré súvisia s obmedzovaním ožiarenia pri radiačných nehodách a haváriách alebo s likvidáciou následkov radiačných havárií,
- hodnotením a regulovaním radiačnej záťaže obyvateľov z lekárskej expozície,
- posudzovaním odbornej spôsobilosti na činnosti vedúce k ožiareniu a účasť pri odbornej príprave pracovníkov so zdrojmi ionizujúceho žiarenia,
- prípravou návrhov a realizáciou epidemiologických štúdií na zisťovanie vplyvu ionizujúceho žiarenia na zdravie obyvateľstva,
- sledovaním dávkovej záťaže obyvateľov z prírodných zdrojov ionizujúceho žiarenia, navrhovaním ochranných opatrení a overovaním ich účinnosti,
- sledovaním zabezpečenia preventívnej starostlivosti o pracovníkov so zdrojmi ionizujúceho žiarenia a posudzovania zdravotnej spôsobilosti na prácu so zdrojmi ionizujúceho žiarenia,
- posudzovaním akútnych a chronických poškodení zdravia a súvisiacej zdravotnej starostlivosti,
- informovaním verejnosti a osvetovou činnosťou, prednáškami a odbornými publikáciami,
- spoluprácou s medzinárodnými organizáciami,
- uplatňovaním nových poznatkov v radiačnej ochrane,
- zvyšovaním odbornosti pracovníkov sekcie ďalším vzdelávaním, stážami a účasťou na odborných podujatiach,
- vykonávaním špeciálnych meraní, analýz a štúdií,
- metodickým vedením a spoluprácou s útvarmi radiačnej ochrany ostatných RÚVZ v SR,
- spoluprácou s ústrednými orgánmi štátnej správy,
- vypracovávaním a predkladaním správ o radiačnej situácii, ožiarení jednotlivých skupín obyvateľov a stave zabezpečenia radiačnej ochrany orgánom štátnej správy a samosprávy.

Významný podiel na činnosti útvarov radiačnej ochrany, najmä v poslednom období, tvorí spolupráca a účasť na práci medzinárodných odborných inštitúcií kompetentných v radiačnej ochrane. Dôležitou súčasťou je tiež implementácia nových poznatkov, odporúčaní a záväzných dokumentov do právneho systému SR.

Dôsledné uplatňovanie požiadaviek na radiačnú ochranu preukázateľne viedlo k zníženiu individu-

álnych dávok pracovníkov so zdrojmi ionizujúceho žiarenia prakticky vo všetkých oblastiach. Dôsledkom je aj pokles uznaných chorôb z povolania v dôsledku ožiarenia pri práci. Klesol aj počet udalostí na pracoviskách so zdrojmi ionizujúceho žiarenia, ktoré viedli k neplánovanému alebo neočakávanému ožiareniu. Úspechy sa dosiahli aj pri regulácii ožiarenia obyvateľov prírodným ionizujúcim žiarením, napríklad kontrolou aktivity vodných zdrojov a balenej pitnej vody, monitorovaním aktivity a reguláciou použitia stavebných materiálov, meraním pôdneho radónu pri výstavbe objektov s pobytovými priestormi.

V oblasti lekárskeho ožiarenia prispelo k zníženiu ožiarenia pacientov zavádzanie nových prístrojov so zosilňovačmi obrazu a najmä zavedenie systému kvality. Všetky tieto opatrenia viedli a vedú k zníženiu ožiarenia obyvateľov a teda k zníženiu pravdepodobnosti výskytu stochastických účinkov u pracovníkov aj ostatných obyvateľov.

Zabezpečenie radiačnej ochrany stojí na odbornej zdatnosti pracovníkov útvarov radiačnej ochrany, na prístrojovom a materiálnom vybavení, na možnostiach ďalšieho vzdelávania pracovníkov a možnostiach ich účasti na práci medzinárodných odborných výborov, pracovných skupín a iných grémií. V tejto oblasti sa v posledných rokoch síce veľmi zjednodušila prístupnosť k odborným materiálom, k účasti na medzinárodných podujatiach, žiaľ nedostatok finančných prostriedkov neumožňuje využitie týchto možností v potrebnom a už vôbec nie v plnom rozsahu. Naopak za posledných 20 rokov poklesol počet účastí na odborných podujatiach a najmä poklesol počet odborných pracovníkov takmer na polovicu, pričom príprava odborne zdatného personálu s dostatočnými praktickými a teoretickými skúsenosťami trvá roky. Investície do prístrojového vybavenia útvarov radiačnej ochrany boli za posledných 20 rokov na takej úrovni, že nedokázali ani udržať stav pred dvadsiatich rokov. Okrem toho, v posledných 20 rokoch zanikli odborné výskumné bázy v oblasti radiačnej ochrany, čo významne znížilo vedecký a odborný potenciál v tejto oblasti. Tieto skutočnosti sa pochopiteľne prejavujú na odbornej úrovni zabezpečenia radiačnej ochrany. Slovensko je krajinou, kde sa pomerne značne využívajú zdroje ionizujúceho žiarenia. Patria medzi ne aj také zdroje, ktoré majú alebo môžu mať cezhraničný vplyv, napríklad jadrová energetika. Okrem toho sa objavila globálna hrozba teroristických akcií s použitím zdrojov ionizujúceho žiarenia. SR musí venovať primeranú pozornosť týmto oblastiam a adekvátne zabezpečiť radiačnú ochranu. Tieto povinnosti vyplývajú samozrejme predovšetkým z prirodzenej povin-

nosti štátu zabezpečiť primeranú ochranu obyvateľov, ale aj z medzinárodných zmlúv, ktorými je SR viazaná.

6.9. Objektívizovanie faktorov životných podmienok

Objektívizáciu faktorov životných podmienok vykonávajú vo verejnom zdravotníctve laboratória na kvalitatívne a kvantitatívne skúšanie chemických, mikrobiologických, biologických a fyzikálnych vlastností životného a pracovného prostredia. Ich úlohou je objektívizovať faktory v zložkách životného a pracovného prostredia, ktoré môžu mať škodlivý účinok na zdravie a tiež faktory, ktorých prítomnosť v prostredí zdraviu človeka prospieva. Laboratórne analýzy sú súčasťou úradnej kontroly potravín a ŠZD vo všetkých oblastiach verejného zdravotníctva pri kontrole pitných vôd, vôd na kúpanie, vnútorného prostredia budov, pracovného ovzdušia, pri kontrole potravín a hygieny prevádzky zariadení verejného stravovania, pri kontrole hygieny prevádzky škôl, školských zariadení a športovísk, pri kontrole prevádzok, v ktorých dochádza ku kontaktu s telom, pri kontrole kozmetických výrobkov a predmetov bežného používania, pri sledovaní škodlivín alebo ich metabolitov v biologickom materiáli pracovníkov exponovaných biologickým, chemickým a karcinogénnym látkami a tiež pri sledovaní genetického poškodenia týchto pracovníkov. Laboratória objektívizujú akustické hladiny zvuku, vibrácie, osvetlenie vo viditeľnej oblasti, infračervené a ultrafialové elektromagnetického žiarenie v životnom a pracovnom prostredí. Odborné zameranie činnosti laboratórií vyplýva zo schválených koncepcií vedných odborov vo verejnom zdravotníctve, a to odboru: Chemických analýz, Biológie životného prostredia, Mikrobiológie životného prostredia a Fyzikálnych faktorov.

Laboratória sú zriadené na regionálnych úradoch v sídlach krajov a na ÚVZ SR. Všetky laboratória pracujú v akreditovaných systémoch kvality podľa EN ISO 17 025:2005 certifikovaných Slovenskou národnou akreditačnou službou.

Niektoré laboratória na objektívizáciu faktorov životných podmienok sú špecializované na riešenie osobitne významných úloh, pri ochrane a podpore zdravia obyvateľstva, hodnotia rozsiahle, celoslovensky významné celky a súbory dát a riešia prípadné havarijné situácie pre potreby verejného zdravotníctva na celom území Slovenska. V odbore svojej špecializácie sledujú metodický vývoj vo svete, starajú sa o adekvátne personálne a technické vybavenie pracoviska a zabezpečujú v tejto oblasti kontinuálne

doškoľovanie pracovníkov. Tieto špecializované laboratóriá vykonávajú určené odborné činnosti pre iné úrady verejného zdravotníctva v SR a orgány verejného zdravotníctva podľa konkrétneho určenia, ako aj pre iné zdravotnícke pracoviská.

V laboratóriách úradov verejného zdravotníctva je zriadených 16 NRC, ktoré zabezpečujú laboratórne analýzy na najvyššej odbornej úrovni pre potreby ostatných úradov verejného zdravotníctva, metodicky usmerňujú ostatné laboratóriá, vykonávajú expertízu činnosť pri riešení problémov v oblasti životného a pracovného prostredia a spolupracujú pri tvorbe legislatívy, najmä v hľadisku jej vecného obsahu. Podieľajú sa na výchove a vzdelávaní zdravotníckych pracovníkov.

V rámci špecializácie laboratórií objektivizácie faktorov životných podmienok sú zriadené nasledovné NRC:

- NRC pre hodnotenie neskorých účinkov chemických látok metódami genetickej toxikológie – ÚVZ SR,
- NRC pre hydrobiológiu – ÚVZ SR,
- NRC pre ekotoxikológiu – ÚVZ SR,
- NRC pre neionizujúce žiarenie – ÚVZ SR,
- NRC pre tepelno-vlhkостnú mikroklimu – ÚVZ SR,
- NRC pre expozičné testy xenobiotík – ÚVZ SR,
- NRC pre mikrobiológiu životného prostredia – ÚVZ SR,
- NRC pre rezíduá pesticídov – ÚVZ SR,
- NRC pre legionely v životnom prostredí – ÚVZ SR,
- NRC pre vlákňité prachy v ovzduší – RÚVZ v Nitre,
- NRC pre obalové materiály a PBP – RÚVZ v Poprade,
- NRC pre mykológiu v životnom prostredí – RÚVZ v Poprade,
- NRC pre hluk a vibrácie – RÚVZ Poprad,
- NRC pre termotolerantné améby – RÚVZ v Prievidzi,
- NRC pre koagulázapozitívne stafylokoky a ich toxíny – RÚVZ v Košiciach,
- NRC pre Vibrionacea – RÚVZ v Komárne,
- NRC pre dioxíny a príbuzné zlúčeniny – SZU Bratislava.

Niektoré z týchto NRC sú súčasťou Európskej siete národných referenčných laboratórií.

NRC pre mikrobiológiu životného prostredia je zapojené do činnosti sietí Národných referenčných laboratórií členských štátov EÚ v úradnej kontrole potravín podľa čl. 33 ods. 1 nariadenia Európskeho Parlamentu a Rady č. 882/2004 o úradných kontrolách pre oblasť:

- *Listeria monocytogenes* (sídlo komunitného referenčného centra/CRC: Agence Française de Sécurité Sanitaire des Aliments, Maisons-Alfort, FR)
- Koagulázapozitívne stafylokoky (sídlo CRC: Agence Française de Sécurité Sanitaire des Aliments, Maisons-Alfort, FR)
- *Escherichia coli* vrátane VTEC (sídlo CRC: Istituto Superiore di Sanita, Roma, IT)

NRC pre legionely v životnom prostredí zastupujúce SR poskytuje informácie pre ECDC a pre ELDSNet o výskyte legionel v životnom prostredí na Slovensku. Činnosť sa zameriava na sledovanie prítomnosti legionel v zdravotníckych zariadeniach, vo vnútornom prostredí klimatizovaných budov a vo vodách bazénov umelých kúpalísk.

NRC pre hydrobiológiu a NRC pre ekotoxikológiu sú súčasťou medzinárodnej siete CYANONET, ktorá monitoruje výskyt cynobaktériových vodných kvetov v povrchových vodách určených na kúpanie a v povrchových zdrojoch upravovaných na pitnú vodu. Monitorujú výskyt cyanobaktérií na Slovensku, intenzitu ich rozvoja, toxicitu a obsah toxínov vo vode na kúpanie a v pitnej vode.

NRC pre Vibrionacea zabezpečuje základnú a nadstavbovú diagnostiku baktérií z čeľade Vibrionaceae (*Vibrio*, *Plesiomonas*, *Aeromonas*), reidentifikáciu kmeňov vibrií zaslaných z jednotlivých laboratórií SR a je pripravené mikrobiologicky diagnostikovať pôvodcu cholery v zmysle Rozhodnutí Európskej Komisie č. 2002/253/ES a 2003/534/ES.

NRC pre koagulázapozitívne stafylokoky a ich toxíny overuje schopnosť produkcie enterotoxínov, toxínu syndrómu toxického šoku a exfoliatívnych toxínov kmeňmi *Staphylococcus aureus* izolovaných zo vzoriek životného, pracovného prostredia a klinického materiálu. Stanovuje prítomnosť stafylokokových enterotoxínov vo vzorkách potravín podozrivých z vyvolania alimentárnej intoxikácie.

NRC pre mykológiu životného prostredia analyzuje potraviny na prítomnosť mykotoxínov, najmä potraviny pre dojčatá a malé deti v rámci plnenia úlohy a sleduje prítomnosť plesní v obytných priestoroch, spolupracuje s múzeami pri zachraňovaní a udržiavaní muzeálnych zbierok. Pre EFSA spracováva údaje o vybraných mykotoxínov – zearalenon a fumonizíny.

NRC pre koagulázapozitívne stafylokoky a ich toxíny overuje schopnosť produkcie enterotoxínov, toxínu syndrómu toxického šoku a exfoliatívnych toxínov kmeňmi *Staphylococcus aureus* izolovaných zo vzoriek životného, pracovného prostredia a klinického materiálu. Stanovuje prítomnosť stafyloko-

kových enterotoxínov vo vzorkách potravín podozrivých z vyvolania alimentárnej intoxikácie.

NRC pre termotolerantné améby sa špecializuje na sledovanie améb v bazénových vodách nebezpečných ako možné riziko vzniku amébových meningoencefalitíd a keratitíd pri kúpaní v znečistených bazénoch.

NRC pre rezíduá pesticídov je zapojené do Európskeho monitoringu rezíduí pesticídov pre dojčenskú a následnú detskú výživu. V súlade s nariadením Európskeho Parlamentu a Rady č. 882/2004 o úradných kontrolách potravín sleduje rezíduá pesticídov určené Európskou komisiou v týchto potravinách. V súčasnosti má NRC zavedené metódy na stanovenie

T 6.4 Špecializované pracoviská v oblasti objektivizácie faktorov životných podmienok ÚVZ v SR

Okruh špecializovanej činnosti	ÚVZ
Botulotoxín v požívatinách a v klinickom materiáli	RÚVZ KE
Anaeróbne sporujúce baktérie v ŽP	RÚVZ BA
Diagnostika rodu Shigella, biochemotypizácia a kolicinogenotypizácia	RÚVZ NR
Molekulárna diagnostika mikroorganizmov v zložkách životného prostredia	ÚVZ SR
Diagnostika baktérií rodu Campylobacter	RÚVZ TN
Glutén v bezpečnostných požívatinách	ÚVZ SR
Vitamíny vo výživových doplnkoch	ÚVZ SR
Transizoméry mastných kyselín v požívatinách	ÚVZ SR
Potraviny ošetrované ionizujúcim žiarením	ÚVZ SR
Potravinová vláknina	ÚVZ SR
3-monochlór propándiol v požívatinách	ÚVZ SR
Kyselina eruková v požívatinách	ÚVZ SR
Kovy a ich mocnenvá v životnom a pracovnom prostredí	ÚVZ SR
Rezíduá pesticídov v požívatinách	ÚVZ SR
Vitamíny C, B1, B2, B6, B12, E, A, D2, D3, kyselina listová vo výživových doplnkoch a fortifikovaných potravinách	ÚVZ SR
Taurín a solanín v požívatinách	ÚVZ SR
Ochratoxín a suma aflatoxínov (B1, B2, G1, G2)	RÚVZ PO
Kozmetické výrobky	RÚVZ BA, ZA, PP
Cyanotoxíny	ÚVZ SR
Prchavé organické látky v pitných vodách	ÚVZ SR RÚVZ BA, KE, BB
Celkový organický uhlík vo vodách	ÚVZ SR RÚVZ ZA, KE
Peľové alergény a spóry húb (plesní) v ovzduší	ÚVZ SR RÚVZ BB, ZA, TT, KE, NR
Oxid kremičitý SiO ₂ v ovzduší v respirabilnej frakcii aerosólu	RÚVZ KE, BB
Halotan, izoflurán, enflurán, sevoflurán v ovzduší operačných sál	RÚVZ BB
Diizokyanáty v pracovnom ovzduší	RÚVZ BB
Identifikácia neznámych látok	ÚVZ SR RÚVZ BB
Stanovenie veľkostných frakcií aerosólu PM10, PM4, PM2,5 v pracovnom ovzduší a vnútornom prostredí budov	ÚVZ SR RÚVZ BB, BA, ZA
Chrómov VI v pracovnom ovzduší a vo vodách	RÚVZ BB
Toxické kovy (arzen, antimón, olovo, kadmium, ortuť) v biologickom materiáli (krv, moč, vlasy)	ÚVZ SR RÚVZ KE, BB
Analýza biologického materiálu (moč): kyselina t, mukonová, nikotín, kotinín, fenol, krezol, 1-hydroxypyren, acetón, kyselina: hippurová, metylhippurová, mandľová	ÚVZ SR RÚVZ BB, TN
Stanovenie markerov expozície tabakovému dymu v ovzduší (nikotín, 3-etenylpyridín, solanesol, UVPM, FPM a PM2,5)	RÚVZ BB
Aktivita cholinesterázy v krvi	ÚVZ SR
Medzilaboratórne testy z MŽP, BŽP, genetickej toxikológie a biologických expozičných testov	ÚVZ SR
Selén vo vode a požívatinách	ÚVZ SR RÚVZ KE, BB
Glutaraldehyd v pracovnom ovzduší	RÚVZ PO
Bifenyl a difenyléter v pracovnom ovzduší, ε – kaprolaktám v pracovnom ovzduší	RÚVZ PO
Histamín v požívatinách	ÚVZ SR RÚVZ BA, KE, PO
Problematika alergénov roztočov vo vnútornom prostredí	RÚVZ BB
Kumarín v potravinách	RÚVZ BA
Konzervačné látky, vonné látky, koenzým Q10 a UV filtre v kozmetických výrobkoch	RÚVZ BA
Akrylamid v potravinách	RÚVZ ZA

176 druhov pesticídov a ročne sa tento počet zvyšuje o cca 40 nových druhov pesticídov, ktoré môžu predstavovať zdravotné riziko pre dojčatá a malé deti. Náročnosť analytickej činnosti spočíva najmä v nízkych úrovniach prípustných hodnôt obsahu reziduí pesticídov, ktorým musí NRC prispôbiť úroveň dosahovanej citlivosti metód.

NRC pre obalové materiály a PBP je súčasťou európskej siete národných referenčných laboratórií pre materiály určené na styk s potravinami.

NRC pre zdravotnú problematiku vláknitých prachov poskytuje podklady pre hodnotenie a znižovanie zdravotných rizík pri práci s vláknitými prachmi, najmä azbestom. Spolupracuje s inštitúciami v SR i v zahraničí, napr. SkanskaBohemia ČR; JEOL Francúzsko; CLEO (centrálne laboratórium elektronovo-optických metód); Prírodovedecká fakulta UK Bratislava.

NRC pre expozičné testy xenobiotík a NRC pre hodnotenie neskorých účinkov chemických látok metódami genetickej toxikológie sledujú expozíciu pracovníkov chemickým a karcinogénnym látkam metódami biologických expozičných testov, pri ktorých sa v biologickom materiáli sleduje prítomnosť chemickej škodliviny alebo jej metabolitu agenotoxikologickými metódami sa sleduje výskyt chromozómových aberácií v krvi exponovaných pracovníkov. Tieto NRC sú napojené na riešenie medzinárodných projektov z oblasti sledovania záťaže obyvateľstva faktormi prostredia, napr. projekt EÚ COPHES – DEMOCOPHES, zameraného na hodnotenie záťaže obyvateľstva ťažkými kovmi, plastmi a ďalšími škodlivinami zo životného prostredia.

NRC pre hluk a vibrácie, NRC pre neionizujúce a NRC pre tepelno-vlhkostnú mikroklimu monitorujú fyzikálne faktory v životnom a pracovnom prostredí s nepriaznivým účinkom na zdravie, najmä hluk, osvetlenie, bezpečnosť laserov a solárií a úroveň elektromagnetického poľa v okolí zdrojov neionizujúceho žiarenia.

Laboratóriá RÚVZ v SR vykonávajú aerobiologický monitoring ovzdušia, ktorým sa verejnosti poskytujú informácie o aktuálnom stave biologických častíc v ovzduší. Slúži na preventívnu ochranu obyvateľstva pred záťažou peľovými alergénmi. Informácie sa poskytujú pre tlačové agentúry v SR (SITA, TASR) a na portáloch www.zdravie.sk a www.pelovespravy.sk.

Laboratória v úradoch verejného zdravotníctva sa špecializujú na rôzne druhy činností, aby sa zabezpečil čo najefektívnejší rozvoj laboratórií, vzhľadom regionálnym problematikám, prístrojovému vybaveniu a odbornému zázemiu jednotlivých úradov. Prehľad týchto špecializovaných činností uvádza **tabuľka T 6.4**.

Činnosť laboratórií objektivizácie faktorov životných podmienok vo verejnom zdravotníctve plní množstvo mimoriadne dôležitých úloh na preventívnu ochranu zdravia verejnosti. NRC sú súčasťou siete európskych národných referenčných laboratórií a plnia záväzky SR v rámci EÚ. Tieto činnosti vyžadujú personál na vysokej odbornej úrovni, špičkové prístrojové vybavenie, informačný systém prepojený na ostatné odbory verejného zdravotníctva, ktorý by umožňoval automatický prenos dát a ich spracovanie na modernej úrovni.

Treba však konštatovať, že prístrojové vybavenie väčšiny laboratórií je zastarané, poruchové a nezodpovedá úlohám kladeným na verejné zdravotníctvo. Potrebný informačný systém v laboratóriách prakticky neexistuje a elektronický prenos dát v rámci verejného zdravotníctva, prípadne medzi rezortmi nie je možný.

6.10. Činnosť lekárskej mikrobiológie

Odbory lekárskej mikrobiológie (ďalej „OLM“) sú zriadené v ÚVZ SR v Bratislave, v RÚVZ so sídlom v Banskej Bystrici a v RÚVZ so sídlom v Košiach. V odboroch sú organizačne začlenené NRC a špecializované laboratóriá. NRC sú národné laboratóriá, ktoré diagnosticky zabezpečujú surveillance povinne hlásených infekčných ochorení. Sú to vysoko špecializované pracoviská, ktoré zabezpečujú nadstavbovú bakteriologickú a virologickú diagnostiku vybraných nákaz a v spolupráci s odborom epidemiológie tiež realizáciu Imunizačného programu v SR. Tieto pracoviská zabezpečujú medzinárodnú spoluprácu vrátane požadovaných analýz a hlásení do regionálnych pracovísk a sietí EÚ a WHO, pričom realizujú v praxi úlohy a odporúčania WHO a ECDC pri eliminácii, eradikácii a kontrole závažných infekčných ochorení. V rámci spolupráce v medzinárodných sieťach absolvujú pravidelne externé porovnávacie testy na vykonávané skúšky, pričom výsledky týchto testov jednoznačne poukazujú na to, že NRC splňajú požadovanú úroveň špičkových diagnostických pracovísk. Všetky NRC odborov lekárskej mikrobiológie vo verejnom zdravotníctve v SR pracujú v súlade s STN EN ISO/IEC 17025:2005 a majú vydané osvedčenie o akreditácii, čo taktiež svedčí o vysokej kvalite laboratórnej diagnostiky a systému manažérstva na týchto pracoviskách. NRC a ostatné laboratórne pracoviská OLM vo verejnom zdravotníctve majú akreditovaných 119 skúšok a 257 ukazovateľov mikrobiologického a virologického vyšetřovania biologického materiálu a skúšok na výkon molekulárno-biologických analýz.

NRC sú metodickým a odborným garantom, ktorý v oblasti svojho pôsobenia usmerňuje a koordinuje klinické mikrobiologické pracoviská pri plnení celoštátnych aj medzinárodných programov v ochrane a podpore zdravia. Ich povinnosťou je zabezpečovanie externej kontroly pre subnárodné a spolupracujúce laboratória, poskytovanie odborných informácií, konzultácií a odborné zastrešovanie školiacich akcií.

Poslaním NRC je tiež zavádzanie a aplikácia nových progresívnych metód do laboratórnej praxe v zmysle diagnostických štandardov odporúčaných ECDC a WHO, čím prispievajú ku zvyšovaniu kvality preventívnych programov verejného zdravotníctva v SR. Sú to predovšetkým metódy molekulárnej biológie na detekciu pôvodcov infekčných ochorení, ktoré prispievajú k ich rýchlejšej, presnejšej a citlivejšej diagnostike.

Laboratória OLM v SR sa podieľajú na plnení programov a projektov ÚVZ:

- Environmentálna surveillance poliomyelitídy a VDPV,
- Antibakteriálna rezistencia klinických izolátov salmonel,
- Diferenciálna diagnostika respiračných ochorení,
- Diferenciálna diagnostika hnačkových ochorení,
- Diagnostika *Naegleria fowleri* vo vodnom prostredí.

Špecializované laboratória OLM ÚVZ SR a v RÚVZ so sídlom v Banskej Bystrici a v Košiciach zabezpečujú tiež spracovávanie a diagnostiku podozrivých zásielok a rizikových materiálov na prítomnosť spór *Bacillus anthracis*. Laboratórium ÚVZ SR zabezpečuje skríningové vyšetrenie závažných biologických agensov prístrojom Defender TSR – *Bacillus anthracis*, *Francisella tularensis*, *Yersinia pestis*, ricín, botulotoxín. Laboratórium RÚVZ Banská Bystrica sa špecializujú na stanovenie *Naegleria fowleri*, *Bacillus anthracis*, *Francisella tularensis*, *Vibrio cholerae*, *Brucella melitensis* molekulárno-biologickými metódami.

Všetky tri pracoviská sú napojené na integrovaný záchranný systém. Pracovníci OLM sú zaradení do vykonávania pracovnej pohotovosti mimo pracoviska, čím je zabezpečená nepretržitá prevádzka laboratórií.

Organizačné členenie OLM v SR:

- **ÚVZ SR Bratislava**
NRC pre chrípku
NRC pre poliomyelitídu
NRC pre meningokoky
NRC pre morbilli, rubeolu a parotitídu
NRC pre sledovanie rezistencie mikroorganizmov na antibiotiká
NRC pre salmonelózy

NRC pre arbovírusy a hemoragické horúčky
Laboratórium molekulárnej diagnostiky
Laboratórium bunkových kultúr
Laboratórium so stupňom biologickej bezpečnosti pre biofaktory 3

Laboratórium pre diagnostiku respiračných infekcií vírusovej etiologie

Laboratórium pre diagnostiku neuroinfekcií, ochorení kardiovaskulárneho systému a zažívacieho traktu vírusovej etiologie

- **RÚVZ Banská Bystrica**

NRC pre toxoplazmózu

NRC pre pertussis a parapertussis

NRC pre bakteriologické, biologické a toxínové zbrane

Špecializované pracovisko pre vírusové hepatitídy

- **RÚVZ Košice**

NRC pre diftériu

NRC pre listeriózu

NRC pre črevné parazitózy

Oddelenie virológie

Oddelenie antiinfekčnej imunológie

Oddelenie bakteriológie, bakt. zbraní

a bioterorizmu

Špecializované pracovisko HIV/AIDS

Prehľad programov NRC OLM ÚVZ SR v EÚ a WHO sieťach pre surveillance povinne hlásených infekčných ochorení:

- **NRC pre chrípku (ÚVZ SR)**

názov siete: European Influenza Surveillance Network, EISN

hlásenie do informačných systémov:

EPIS

The European Surveillance System – TESSY (ECDC)

WHO/Europe influenza surveillance – EUROFLU (WHO)

nadnárodné laboratórium: NIMR World Influenza Centre, Londýn (WHO)

- **NRC pre poliomyelitídu (WHO akreditované laboratórium, ÚVZ SR)**

názov siete: Polio Laboratory Network WHO

European Region

hlásenie do informačných systémov:

EPIS

Laboratory Data Management System – LDMS

nadnárodné laboratórium: Regional Reference

Laboratory Helsinki, Finland

- **NRC pre meningokoky (ÚVZ SR)**

názov siete:

European Invasive Bacterial Diseases labnet –

EU-IBD labnet

European Meningococcal Diseases Society – EMGM

hlásenie do informačných systémov:

EPIS

European Meningococcal Epidemiology in Real Time – EMERT

konzultačné laboratórium: NRC pre meningokokové nákazy, Praha

- **NRC pre morbilli, rubeolu a parotitídu** (ÚVZ SR)

názov siete:

European Regional Measles/Rubella Laboratory – WHO/EURO – EMRLN

hlásenie do informačných systémov:

EPIS

The Centralized Information System for Infectious Diseases – CISID

nadnárodné laboratórium: NRC MMR Koch Institut, Berlín

- **NRC pre sledovanie rezistencie mikroorganizmov na antibiotiká** (ÚVZ SR)

zber dát do národného informačného systému SNARS

- **NRC pre salmonelózy** (ÚVZ SR)

názov siete: Európska sieť pre surveillance chorôb z potravín a vody (FWD) ECDC

nadnárodné laboratóriá:

CRL for Salmonella, RIVM, Bilthoven, NL,

HPA Collindale Ave, London, UK

hlásenie do informačných systémov:

EPIS

TESSY

názov siete: Svetová sieť pre surveillance chorôb z potravín WHO-Global Foodborne Network (WHO GFN)

nadnárodné laboratóriá:

National Food Institute, Technical University of Denmark, Kodaň, Denmark,

WHO Collaborating Centre for Reference and Research on Salmonella, Institute Pasteur, Paríž, Francúzsko,

WHO Center, Geneve, Suisse

Centers for Diseases Control and Prevention, Atlanta, USA

hlásenie do informačného systému: GFN.

- **NRC pre arbovírusy a hemoragické horúčky** (ÚVZ SR)

názov siete: European Network for Diagnostics of „Imported“ Viral Diseases – ENIVD

zastúpenie a hlásenie do siete prostredníctvom Virologického ústavu

hlásenie do informačného systému:

EPIS

- **NRC pre pertussis a parapertussis**

(RÚVZ Banská Bystrica)

názov siete: EUVACNET

hlásenie do informačných systémov:

EPIS

TESSY

- **NRC pre pneumokokové nákazy**

(RÚVZ Banská Bystrica)

hlásenie do informačných systémov:

EPIS

TESSY

- **NRC pre diftériu** (RÚVZ Košice)

názov siete: EU DIP-LabNet (contract number ECDC/10/002)

hlásenie do informačných systémov:

EPIS

TESSY

- **NRC pre syfilis**

názov siete: The European STI Surveillance System

hlásenie do informačných systémov:

EPIS

TESSY.

Záver

Verejné zdravotníctvo predstavuje modernú, perspektívne sa rozvíjajúcu oblasť zdravotníctva. Tento odbor vznikol postupnou transformáciou klasických hygienických odborov prostredníctvom reforiem štruktúry, riadenia a financovania na úseku hygieny a epidemiológie.

V popredí záujmu sa nachádza preferovanie preventívneho zamerania ochrany a tvorby zdravých životných a pracovných podmienok, jasné definovanie práv a povinností orgánov štátnej správy, obcí, právnických a fyzických osôb na úseku ochrany zdravia ľudí, určovanie konkrétnych opatrení na predchádzanie chorobám a systematické sledovanie zdravotného stavu obyvateľstva.

Dôsledným plnením úloh a cieľov verejného zdravotníctva by sa mali vytvoriť podmienky na pozitívne ovplyvňovanie spôsobu života obyvateľstva a postupné zlepšovanie jeho zdravotného stavu.

Orgány verejného zdravotníctva majú nezastupiteľné miesto pri identifikácii hlavných problémov v súvislosti s problematikou verejného zdravia, určujú stratégie efektívneho riešenia týchto problémov, navrhujú a realizujú účinné intervenčné opatrenia a hodnotia a interpretujú dosiahnuté výsledky.



7. ĽUDSKÉ ZDROJE V ZDRAVOTNÍCTVE

Autori: Slezáková Zuzana, Kováčová Miloslava

Úvod

V celom spektre zdravotnej starostlivosti poskytovanej v krajinách EÚ, majú zdravotnícki profesionáli kľúčové postavenie pri poskytovaní zdravotníckych služieb.

Členstvo Slovenskej republiky v Európskej únii znamená participáciu na budovaní politiky voľného pohybu osôb, voľného pohybu tovarov a služieb a voľného pohybu kapitálu pre lepšie zabezpečenie medzinárodnej komparatívnej výhody. Je nesporné, že smernice Európskej únie upravujúce tzv. regulované povolania, majú vplyv na zdravotnícky systém Slovenskej republiky, pretože okrem dlhodobo dominantne podrobne upravenej problematiky vzdelávania, vzájomného uznávania diplomov, certifikátov a iných dokladov o odbornej kvalifikácii v oblasti zdravotníckych povolaní (od r. 1975 podnes), upravujú aj opatrenia na právo etablovania občana členského štátu v inom členskom štáte.

Mobilita vysoko kvalifikovaných zdravotníckych profesionálov umožňuje voľný pohyb a výmenu skúseností a vedomostí, ako aj sústavné profesionálne a odborné vzdelávanie. Mobilita sa tak využíva vo vzdelávaní, v praxi, ako aj na vedecké účely. Individuálne rozhodnutie k pohybu pritom môže byť založené na osobnom alebo ekonomickom dôvode.

Dobre motivované, dobre vzdelané a adekvátne zdroje pracovných síl sú kľúčové pre dosiahnutie úspechu európskeho sociálneho modelu, založeného na dostupnosti, cenovej prístupnosti a všeobecnom prístupe k zdravotníckym službám ako aj na koordinácii rôznych účastníkov zúčastňujúcich sa zabezpečovania zdravotníckych služieb. Faktormi, ktoré majú najväčší vplyv na znižovanie príťažlivosti zamestnania v zdravotníckych službách v SR, sú predovšetkým nízke mzdy, pracovné podmienky, stres, neúmerné pracovné zaťaženie, zlý imidž profesie, nedostatok profesného postupu (najmä žien) a práca na zmeny.

Smernica Európskeho parlamentu a Rady 2003/88/ES o niektorých aspektoch organizácie pracovného času.

Dodržanie súladu podmienky maximálneho pracovného času 48 hodín týždenne vrátane času stráveného čakaním na privolanie (t.j. v pracovnej pohotovosti na pracovisku) pre viaceré členské štáty znamená, že museli a musia zamestnať viac lekárov, aby zabezpečili rovnakú úroveň zdravotnej starostlivosti.

Maximálny rozsah pracovného času a pracovnej pohotovosti, vrátane podmienok jej nariaďovania, upravuje Zákonník práce, ktorý je zosúladený so smernicou Európskeho parlamentu a Rady 2003/88/ES o niektorých aspektoch organizácie pracovného času (ďalej len „smernica“).

Podľa článku 17 ods. 5 smernice odchýlky od článku 6 smernice (upravujúcej pracovný čas v rozsahu najviac 48 hodín týždenne) sú časovo obmedzené a možnosť počas prechodného obdobia uplatňovať pracovný čas v rozsahu 56 hodín týždenne je smernicou časovo obmedzená do 31. 7. 2011. Po tomto období môžu mať členské štáty navyše dodatočné obdobie, najviac však jeden rok, počas ktorého priemerný počet pracovných hodín za týždeň nesmie presiahnuť 52 hodín.

Zákonník práce

Schválením zákona č. 348/2007 Z. z., ktorým sa mení a dopĺňa zákon č. 311/2001 Z. z. Zákonník práce

v znení neskorších predpisov a ktorým sa menia a dopĺňajú niektoré zákony, ktorý nadobudol účinnosť 1. septembra 2007, bolo pracovné právo zosúladené s platnou európskou súdnou judikatúrou.

V dôsledku predmetnej novely Zákonníka práce sa od 1. 9. 2007 do pracovného času započítava aj neaktívna časť pracovnej pohotovosti na pracovisku. Podľa § 85a Zákonníka práce, pracovný čas zamestnanca môže byť viac ako 48 hodín týždenne v priemere, za obdobie najviac štyroch mesiacov po sebe nasledujúcich, len v prípade, ak ide o zdravotníckeho zamestnanca podľa osobitného predpisu a ak zamestnanec s takým rozsahom pracovného času súhlasí a rozsah týždenného pracovného času neprekročí 56 hodín v priemere. Predmetná výnimka, ustanovená pre zdravotníckych pracovníkov s účinnosťou od 1.9.2007, nebola a nie je Zákonníkom práce časovo obmedzená.

Je skutočnosťou, že zdravotnícke zariadenia v Slovenskej republike majú problémy s organizáciou práce a dodržiavaním Zákonníka práce v jeho súčasnej úprave (t.j. so zabezpečovaním poskytovania zdravotnej starostlivosti v určitých prípadoch /odboroch/ druhoch zdravotnej starostlivosti). Prípadné skrátenie pracovného času zdravotníckych pracovníkov na 52 alebo 48 hodín týždenne by preto mohlo ohroziť a sťažiť poskytovanie zdravotnej starostlivosti v niektorých špecializačných odboroch.

T 7.1 Počet organizácií a zdravotníckych zariadení v zdravotníctve SR (podľa zriaďovateľa)

Rok	Zriaďovateľ				
	V zriaďovateľskej pôsobnosti MZ SR ¹⁾	V zriaďovateľskej pôsobnosti iných rezortov ³⁾	Po prechode kompetencií v zriaďovateľskej pôsobnosti VÚC, miest a obcí	Neštátne zdravotnícke zariadenia ⁴⁾	Zdravotnícke zariadenia v SR spolu
2002	190	45		10 497	10 732
2003	97	39	72	10 714	10 922
2004	94	41	65	11 267	11 467
2005	86	36	34	11 287	11 443
2006	79	12	23	11 427	11 541
2007	79	22	19	12 068	12 188
2008	77	25	18	11 279	11 399
2009 ²⁾	104	12	48	11 043	11 207

Zdroj: NCZI

¹⁾ v zriaďovateľskej pôsobnosti MZ SR sú zahrnuté aj úrady verejného zdravotníctva

²⁾ od roku 2009 zriaďovateľská a zakladateľská pôsobnosť MZ SR. V zriaďovateľskej a zakladateľskej pôsobnosti MZ SR sú zahrnuté i úrady verejného zdravotníctva, neziskové organizácie, ŠÚKL

³⁾ MV SR, MS SR, MO SR, MDPT SR; pokles v roku 2009 spôsobený zmenou vykazovania ZZ spadajúcich pod MS SR – všetky sú vykazované ako jedno ZZ, v ktorom je zahrnutých 11 spravodajských jednotiek uvádzaných po minulé roky samostatne

⁴⁾ poskytovanie zdravotnej starostlivosti alebo lekárenskej starostlivosti na základe povolenia MZ SR alebo VÚC

Rozsah nadčasovej práce v mnohých zdravotníckych zariadeniach alebo medicínskych odboroch predstavuje maximum, ktoré umožňuje platná legislatíva. Nedostatok zdravotníckych pracovníkov má za následok, že mnohé zdravotnícke zariadenia ešte stále hľadajú a snažia sa využívať všetky možnosti a spôsoby, ako obchádzať a nedodržiavať niektoré ustanovenia Zákonníka práce.

7.1. Počet a veková štruktúra pracovníkov v zdravotníctve

V roku 2009 bolo v Slovenskej republike v rezorte zdravotníctva 11207 organizácií a zdravotníckych

zariadení, z toho 104 v zriaďovateľskej pôsobnosti MZ SR (0,93 %), 12 v zriaďovateľskej pôsobnosti iných rezortov (0,11 %), 48 v zriaďovateľskej pôsobnosti VÚC, miest a obcí (0,43 %) a 11043 neštátnych zdravotníckych zariadení (98,54 %).

V zdravotníctve SR pracovalo v roku 2009 104 678 pracovníkov, z toho 38 828 (37,09 %) v organizáciách v zriaďovateľskej pôsobnosti MZ SR, 1 929 pracovníkov (1,84 %) v zdravotníckych zariadeniach v zriaďovateľskej pôsobnosti iných rezortov, 15 947 pracovníkov (15,23 %) v zdravotníckych zariadeniach v zriaďovateľskej pôsobnosti VÚC, miest a obcí a 47 974 pracovníkov (45,83 %) v neštátnych zdravotníckych zariadeniach

T 7.2 Počet pracovníkov zdravotníckych zariadení v SR (podľa zriaďovateľa*)

Rok	Zriaďovateľ				
	V zriaďovateľskej pôsobnosti MZ SR	V zriaďovateľskej pôsobnosti iných rezortov **)	Po prechode kompetencií v zriaďovateľskej pôsobnosti VÚC, miest a obcí	Neštátne zdravotnícke zariadenia ***)	Zdravotnícke zariadenia v SR spolu
2002	72 861	3 935		36 938	113 734
2003	39 333	4 270	22 815	39 949	106 367
2004	35 735	4 214	19 876	48 927	108 752
2005	32 997	1 590	10 310	53 932	98 829
2006	30 710	2 707	7 034	66 664	107 115
2007	31 594	2 958	6 945	68 332	109 829
2008	32 031	2 891	7 037	67 915	109 874
2009	38 828	1 929	15 947	47 974	104 678

Zdroj: NCZI

* evidenčný počet pracovníkov k 31. 12. vo fyzických osobách

** MV SR, MS SR, MO SR, MDPT SR

*** Poskytovanie zdravotnej starostlivosti alebo lekárenskej starostlivosti na základe povolenia MZ SR alebo VÚC

7.1.1. Počet pracovníkov v zdravotníctve

Aj keď od roku 2002 celkový počet pracovníkov zdravotníckych zariadení SR klesá, počet pracovníkov zdravotníckych zariadení v zriaďovateľskej pôsobnosti MZ SR sa od roku 2007 zvyšuje a v roku 2009 sa ich počet zvýšil aj v zdravotníckych zariadeniach v zriaďovateľskej pôsobnosti VÚC, miest a obcí. Na znížení celkového počtu pracovníkov v roku 2009 v porovnaní s rokom 2008 sa podieľa najmä pokles počtu pracovníkov neštátnych zdravotníckych zariadení.

Zmeny v počte pracovníkov boli a sú ovplyvňované viacerými faktormi. Sú to predovšetkým: zmeny súvisiace s reštrukturalizáciou a zmenou počtu zdravotníckych zariadení, migrácia zdravotníckych pracovní-

kov po vstupe Slovenska do EÚ, podmienky odmeňovania (a diferenciácia výšky miezd v jednotlivých zdravotníckych zariadeniach), snaha zdravotníckych zariadení o dodržiavanie minimálnych noriem personálneho obsadenia v priamej väzbe na limity upravené Zákonníkom práce (pracovný čas, pracovná pohotovosť, poskytovanie odpočinku), ale aj súčasné uztváranie viacerých pracovných pomerov u rôznych zamestnávateľov (zdravotníckych zariadení).

K 31. 12. 2009 v zdravotníckych zariadeniach SR pracovalo spolu 104 678 fyzických osôb pracovníkov, čo je o 5 196 osôb menej ako v roku 2008 (4,73 %). Z uvedeného počtu bolo 17 799 lekárov (17,00 %), 2 633 zubných lekárov (2,52 %), 2 917 farmaceutov (2,79 %), 32 710 sestier (31,25 %), 1 769 pôrodných

asistentiek (1,69%), 5 405 laborantov (5,16%), 11 406 asistentov (10,90%), 1 732 technikov (1,65%) a 1 593 iných zdravotníckych pracovníkov (1,52%). Z celkového počtu pracovníkov tvorili zdravotnícki pracovníci

74,48% (77 964 osôb) a 25,52% nezdravotnícki pracovníci (26 714 osôb).

T 7.3 Veková štruktúra pracovníkov v zdravotníctve SR (podľa rokov) za rok 2009

Vek. Kategória	Zdravotnícki pracovníci									Zdrav. Pracovníci spolu	Nezdrav. Pracovníci spolu	Pracovníci spolu
	Lekár	Zubný lekár	Farmaceut	Sestra	Pôrod. Asistentka	Laborant	Asistent	Technik	Iný zdrav. Pracovník			
00–19	0	0	0	3	0	37	85	2	0	127	55	182
20–24	65	9	95	1 127	68	391	991	46	19	2 811	939	3 750
25–29	1 729	201	463	2 806	112	405	830	115	173	6 834	1 677	8 511
30–34	1 474	184	366	5 032	112	573	1 300	226	189	9 456	2 352	11 808
35–39	2 529	258	315	5 301	202	725	1 707	242	195	11 474	3 055	14 529
40–44	1 943	171	227	4 752	308	767	1 467	221	192	10 048	3 435	13 483
45–49	1 811	167	326	4 625	303	933	1 637	213	225	10 240	4 312	14 552
50–54	2 537	421	414	4 649	290	797	1 767	265	259	11 399	5 272	16 671
55–59	2 946	625	403	3 168	309	612	1 328	217	226	9 834	4 152	13 986
60–64	1 591	332	168	959	54	142	259	149	87	3 741	1 124	4 865
65 a viac	1 174	265	140	288	11	23	35	36	28	2 000	341	2 341
Spolu	17 799	2 633	2 917	32 710	1 769	5 405	11 406	1 732	1 593	77 964	26 714	104 678

Zdroj: NCZI

7.1.2. Veková štruktúra pracovníkov v zdravotníctve

V roku 2009 naďalej pokračuje trend starnutia populácie pracovníkov v zdravotníctve SR. Počet pracovníkov vo všetkých vekových skupinách do 54 ro-

kov klesá a postupne sa zvyšuje vo všetkých vekových skupinách od 55 rokov. Zatiaľ čo v roku 2002 podiel pracovníkov vo veku nad 55 rokov predstavoval 8,59% z celkového počtu pracovníkov, v roku 2009 tvoril 20,24%.

T 7.4 Veková štruktúra pracovníkov v zdravotníctve SR (za roky 2002–2009)

Vek. Kategória	Zdravotnícki pracovníci									Zdrav. Pracovníci spolu	Nezdrav. Pracovníci spolu	Pracovníci spolu
	Lekár	Zubný lekár	Farmaceut	Sestra	Pôrod. Asistentka	Laborant	Asistent	Technik	Iný zdrav. Pracovník			
00–19	0	0	0	3	0	37	85	2	0	127	55	182
20–24	65	9	95	1 127	68	391	991	46	19	2 811	939	3 750
25–29	1 729	201	463	2 806	112	405	830	115	173	6 834	1 677	8 511
30–34	1 474	184	366	5 032	112	573	1 300	226	189	9 456	2 352	11 808
35–39	2 529	258	315	5 301	202	725	1 707	242	195	11 474	3 055	14 529
40–44	1 943	171	227	4 752	308	767	1 467	221	192	10 048	3 435	13 483
45–49	1 811	167	326	4 625	303	933	1 637	213	225	10 240	4 312	14 552
50–54	2 537	421	414	4 649	290	797	1 767	265	259	11 399	5 272	16 671
55–59	2 946	625	403	3 168	309	612	1 328	217	226	9 834	4 152	13 986
60–64	1 591	332	168	959	54	142	259	149	87	3 741	1 124	4 865
65 a viac	1 174	265	140	288	11	23	35	36	28	2 000	341	2 341
Spolu	17 799	2 633	2 917	32 710	1 769	5 405	11 406	1 732	1 593	77 964	26 714	104 678

Zdroj: NCZI

*) evidenčný počet pracovníkov k 31. 12. vo fyzických osobách

V roku 2009 v zdravotníckych zariadeniach v SR pracovalo 9 578 pracovníkov v dôchodkovom veku (z toho 9 237 pracovníci boli poberateľmi starobného dôchodku), pričom väčšina z nich pracovala v neštátnych zdravotníckych zariadeniach. Počet pracovníkov v dôchodkovom veku (ako aj poberateľov starobného

ho dôchodku) v zdravotníckych zariadeniach v SR medziročne narastá. V porovnaní s rokom 2002 sa počet pracovníkov v dôchodkovom veku zvýšil o 72,48% (4 025 osôb) a počet poberateľov starobného dôchodku o 128,07% (5 187 osôb).

T 7.5 Počet pracovníkov v dôchodkovom veku v zdravotníctve SR (za roky 2002–2009)

Rok	Počet pracovníkov v dôchodkovom veku v zdravotníckych zariadeniach v SR ^{*)}	Z toho v neštátnych zdravotníckych zariadeniach	
	Spolu	Spolu	Podiel v %
2002	5553	2772	49,92
2003	5116	2785	54,44
2004	5225	3377	64,63
2005	6456	4486	69,49
2006	7320	5173	70,67
2007	8307	5869	70,65
2008	8904	6127	68,81
2009	9578	5682	59,32

Zdroj: NCZI

*) evidenčný počet pracovníkov k 31. 12. vo fyzických osobách

T 7.6 Počet pracovníkov – poberateľov starobného dôchodku v zdravotníctve SR (za roky 2002–2009)

Rok	Počet poberateľov starobného dôchodku v zdravotníckych zariadeniach v SR ^{*)}	Z toho v neštátnych zdravotníckych zariadeniach	
	Spolu	Spolu	Podiel v %
2002	4050	2498	61,68
2003	3629	2486	68,50
2004	4383	3172	72,37
2005	5815	4337	74,58
2006	6929	4998	72,13
2007	7885	5621	71,29
2008	8547	5973	69,88
2009	9237	5507	59,62

Zdroj: NCZI

*) evidenčný počet pracovníkov k 31. 12. vo fyzických osobách

7.1.3. Lekári

Celkový počet lekárov zdravotníckych zariadení v SR rastie. V porovnaní s rokom 2008 sa ich počet v roku 2009 zvýšil v zdravotníckych zariadeniach v zriaďovateľskej pôsobnosti MZ SR ako aj v zdravot-

níckych zariadeniach v zriaďovateľskej pôsobnosti VÚC, miest a obcí. Naopak zníženie zaznamenali zdravotnícke zariadenia v zriaďovateľskej pôsobnosti iných rezortov a neštátne zdravotnícke zariadenia (najmä z dôvodu zníženia počtu týchto zdravotníckych zariadení).

T 7.7 Počet lekárov v zdravotníckych zariadeniach v SR (podľa zriaďovateľa)

Rok	Zriaďovateľ/ Počet pracovníkov ^{*)}				
	V zriaďovateľskej pôsobnosti MZ SR	V zriaďovateľskej pôsobnosti iných rezortov ^{**)}	Po prechode kompetencií v zriaďovateľskej pôsobnosti VÚC, miest a obcí	Neštátne zdravotnícke zariadenia ^{***)}	Zdravotnícke zariadenia v SR spolu
2003	5 261	738	2 758	7 454	16 211
2004	5 034	709	2 490	8 474	16 707
2005	4 711	280	1 282	10 045	16 318
2006	4 629	466	867	11 078	17 040
2007	5 049	482	846	11 842	18 219
2008	5 206	451	882	11 582	18 121
2009	6 352	296	2 113	9 038	17 799

Zdroj: NCZI

*) evidenčný počet pracovníkov k 31. 12. vo fyzických osobách

**) MV SR, MS SR, MO SR, MDPT SR

*** Poskytovanie zdravotnej starostlivosti alebo lekárenskej starostlivosti na základe povolenia MZ SR alebo VÚC

Populácia lekárov starne. Podiel lekárov vo veku do 49 rokov na celkovom počte lekárov v roku 2009 predstavuje 53,66% (v roku 2003 to bolo 62,43%). Hlavným dôvodom týchto zmien je skutočnosť, že

v porovnaní s rokom 2003 sa znížil podiel skupiny lekárov vo veku 45–49 rokov na 10,18% (pričom v roku 2003 predstavoval 18,17%).

T 7.8 Veková štruktúra lekárov v zdravotníctve SR (za roky 2003–2009)

Rok	20–24	25–29	30–34	35–39	40–44	45–49	50–54	55–59	60–64	65 a viac	Spolu
2003	69	1 408	2 255	1 702	1 742	2 945	2 846	1 826	962	456	16 211
2004	104	1 232	2 316	1 829	1 817	2 611	3 165	1 883	1 179	571	16 707
2005	98	1 109	2 037	1 933	1 732	2 277	3 216	2 064	1 198	654	16 318
2006	103	1 299	1 944	2 247	1 783	2 079	3 292	2 237	1 321	735	17 040
2007	155	1 442	1 799	2 562	2 000	2 031	3 281	2 527	1 497	925	18 219
2008	116	1 700	1 575	2 567	1 988	1 893	2 936	2 740	1 563	1 043	18 121
2009	65	1 729	1 474	2 529	1 943	1 811	2 537	2 946	1 591	1 174	17 799

Zdroj: NCZI,

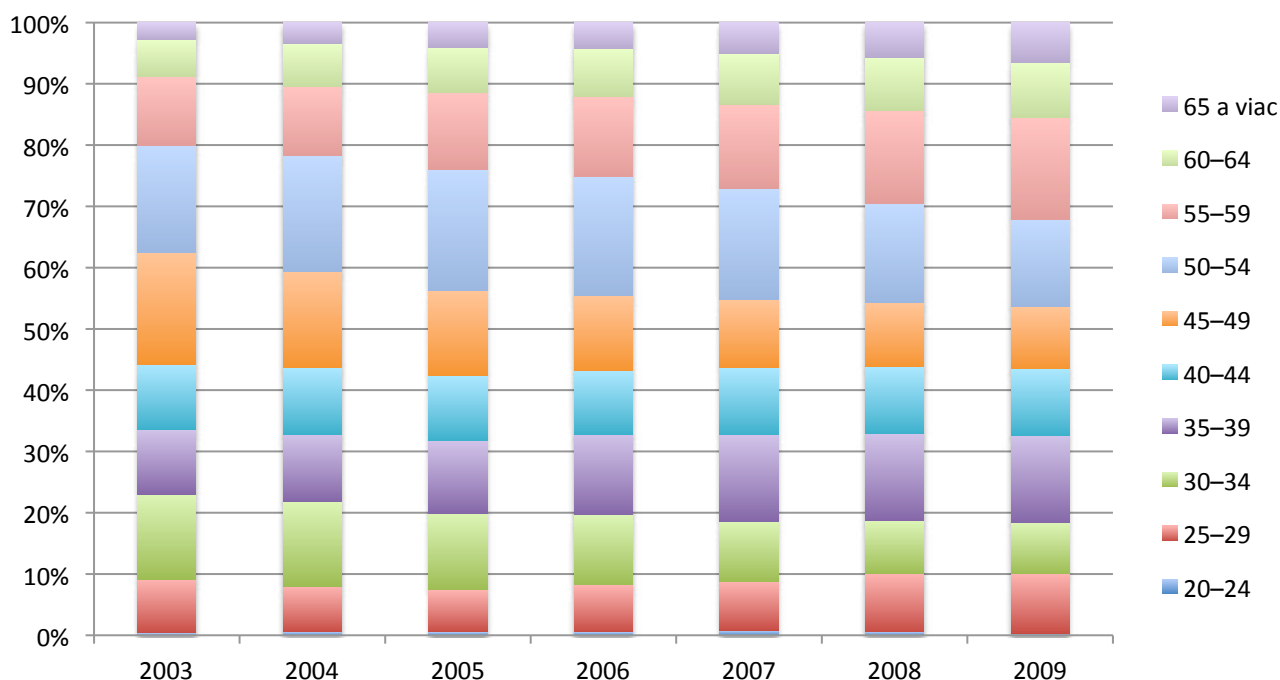
Ročný výkaz o počte a štruktúre zamestnancov v zdravotníctve k 31. 12. sledovaného obdobia M(MZ SR) 1–01

evidenčný počet pracovníkov k 31. 12. sledovaného obdobia vo fyzických osobách

Poznámka:

Do roku 2002 boli údaje za lekárov a zubných lekárov vykazované spoločne.

G 7.1 Veková štruktúra lekárov v zdravotníctve SR za roky 2003–2009



Zdroj: NCZI,

Ročný výkaz o počte a štruktúre zamestnancov v zdravotníctve k 31. 12. sledovaného obdobia M(MZ SR) 1–01

Počet lekárov v dôchodkovom veku v roku 2009 predstavoval 2839 (z toho 2690 bolo poberateľov starobného dôchodku) a ich počet sa medziročne zvyš-

šuje. Z uvedeného počtu 70,13% lekárov pracovalo v neštátnych zdravotníckych zariadeniach.

T 7.9 Počet lekárov v dôchodkovom veku v zdravotníctve SR (za roky 2003–2009)

Rok	Počet lekárov v dôchodkovom veku v zdravotníckych zariadeniach v SR *)	Z toho v neštátnych zdravotníckych zariadeniach	
	Spolu	Spolu	Podiel v %
2003	1845	1161	62,93
2004	1825	1247	68,33
2005	2071	1618	78,13
2006	2200	1757	79,86
2007	2421	1925	79,51
2008	2517	1970	78,27
2009	2839	1991	70,13

Zdroj: NCZI

*) evidenčný počet pracovníkov k 31. 12. vo fyzických osobách

T 7.10 Počet lekárov – poberateľov starobného dôchodku v zdravotníctve SR (za roky 2003–2009)

Rok	Počet lekárov – poberateľov starobného dôchodku v zdravotníckych zariadeniach SR *)	Z toho v neštátnych zdravotníckych zariadeniach	
	Spolu	Spolu	Podiel v %
2003	1186	1010	85,16
2004	1470	1151	78,30
2005	1848	1555	84,15
2006	2049	1691	82,53
2007	2244	1833	81,68
2008	2373	1914	80,66
2009	2690	1919	71,34

Zdroj: NCZI

*) evidenčný počet pracovníkov k 31. 12. vo fyzických osobách

7.1.4. Zubní lekáři

Počet zubných lekárov sa od roku 2008 znižuje. Na znížení ich celkového počtu v roku 2009 v porovnaní s rokom 2008 (zníženie o 112 zubných lekárov čo predstavuje zníženie o 4,08%) sa podieľa ich zníženie

v zdravotníckych zariadeniach v zriaďovateľskej pôsobnosti iných rezortov a neštátnych zdravotníckych zariadeniach (v ktorých vykonáva prax väčšina zubných lekárov).

T 7.11 Počet zubných lekárov v zdravotníckych zariadeniach v SR (podľa zriaďovateľa)

Rok	Zriaďovateľ/ Počet pracovníkov *)				
	V zriaďovateľskej pôsobnosti MZ SR	V zriaďovateľskej pôsobnosti iných rezortov **)	Po prechode kompetencií v zriaďovateľskej pôsobnosti VÚC, miest a obcí	Neštátne zdravotnícke zariadenia * **)	Zdravotnícke zariadenia v SR spolu
2003	95	88	19	2 568	2 770
2004	99	88	16	2 667	2 870
2005	100	34	7	2 778	2 919
2006	95	25	8	2 586	2 714
2007	98	26	5	2 733	2 862
2008	97	26	4	2 618	2 745
2009	101	10	10	2 512	2 633

Zdroj: NCZI

* evidenčný počet pracovníkov k 31. 12. vo fyzických osobách

** MV SR, MS SR, MO SR, MDPT SR

*** Poskytovanie zdravotnej starostlivosti alebo lekárenskej starostlivosti na základe povolenia MZ SR alebo VÚC

Najvýraznejšie starnutie populácie zaznamenávajú práve zubní lekári. Podiel zubných lekárov vo vekovej skupine 45–49 rokov v roku 2009 predstavoval 37,60% (v roku 2003 to bolo 48,16%) a vo vekovej skupine 50–54 rokov 15,99% (v roku 2003 to

bolo 23,03%). V dôsledku uvedených zmien podiel zubných lekárov od 55 rokov veku na celkovom počte zubných lekárov predstavoval v roku 2009 46,41% (v roku 2003 to bolo 28,81%).

T 7.12 Veková štruktúra zubných lekárov v zdravotníctve SR (za roky 2003–2009)

Rok	20–24	25–29	30–34	35–39	40–44	45–49	50–54	55–59	60–64	65 a viac	Spolu
2003	9	168	220	180	209	548	638	451	252	95	2 770
2004	11	180	260	198	196	454	700	458	294	119	2 870
2005	11	177	246	235	181	402	705	485	323	154	2 919
2006	8	163	253	213	162	278	646	491	333	167	2 714
2007	10	194	231	239	185	234	650	534	385	200	2 862
2008	9	173	216	258	178	204	520	603	355	229	2 745
2009	9	201	184	258	171	167	421	625	332	265	2 633

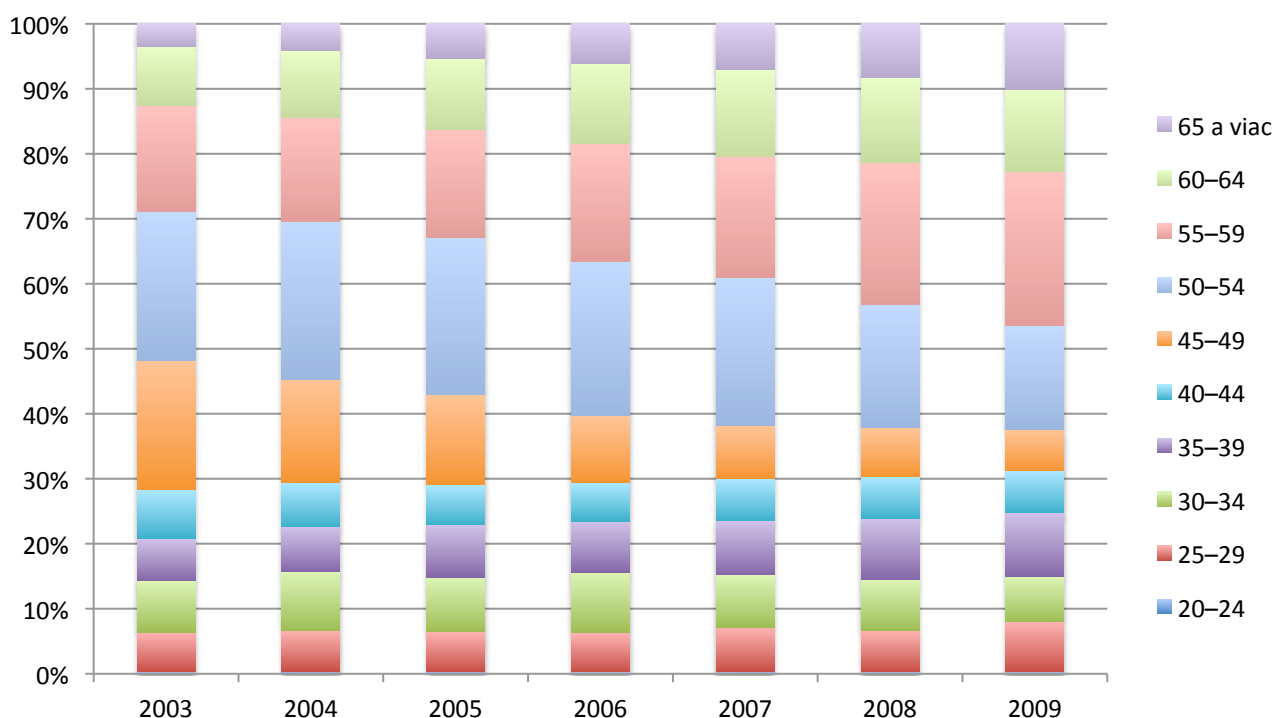
Zdroj: NCZI,

Ročný výkaz o počte a štruktúre zamestnancov v zdravotníctve k 31. 12. sledovaného obdobia M(MZ SR) 1–01
evidenčný počet pracovníkov k 31. 12. sledovaného obdobia vo fyzických osobách

Poznámka:

Do roku 2002 boli údaje za lekárov a zubných lekárov vykazované spoločne.

G 7.2 Veková štruktúra zubných lekárov v zdravotníctve SR za roky 2003–2009



Zdroj: NCZI,

Ročný výkaz o počte a štruktúre zamestnancov v zdravotníctve k 31. 12. sledovaného obdobia M(MZ SR) 1–01

V roku 2009 v zdravotníckych zariadeniach v SR pracovalo 606 zubných lekárov v dôchodkovom veku (z toho 581 poberateľov starobného dôchodku). Na-

koľko väčšina zubných lekárov pracuje v neštátnych zdravotníckych zariadeniach, až 97,52 % z uvedených lekárov bola z týchto zdravotníckych zariadení.

T 7.13 Počet zubných lekárov v dôchodkovom veku v zdravotníctve SR (za roky 2003–2009)

Rok	Počet zubných lekárov v dôchodkovom veku v zdravotníckych zariadeniach v SR ^{*)}	Z toho v neštátnych zdravotníckych zariadeniach	
	Spolu	Spolu	Podiel v %
2003	394	362	91,88
2004	414	385	93,00
2005	500	477	95,40
2006	502	486	96,81
2007	509	492	96,66
2008	514	495	96,30
2009	606	591	97,52

Zdroj: NCZI

*) evidenčný počet pracovníkov k 31. 12. vo fyzických osobách

T 7.14 Počet zubných lekárov – poberateľov starobného dôchodku v zdravotníctve SR (za roky 2003–2009)

Rok	Počet poberateľov starobného dôchodku v zdravotníckych zariadeniach v SR ^{*)}	Z toho v neštátnych zdravotníckych zariadeniach	
	Spolu	Spolu	Podiel v %
2003	337	332	98,52
2004	384	366	95,31
2005	478	465	97,28
2006	480	472	98,33
2007	490	477	97,35
2008	502	485	96,61
2009	581	568	97,76

Zdroj: NCZI

*) evidenčný počet pracovníkov k 31. 12. vo fyzických osobách

7.1.5. Farmaceuti

Celkový počet farmaceutov v roku 2009 sa v porovnaní s rokom 2008 zvýšil o 140, čo predstavuje

zvýšenie o 5,04%. K ich rastu došlo vo všetkých skupinách zdravotníckych zariadení v SR v členení podľa zriaďovateľa.

T 7.15 Počet farmaceutov v zdravotníckych zariadeniach v SR (podľa zriaďovateľa)

Rok	Zriaďovateľ/ Počet pracovníkov ^{*)}				
	V zriaďovateľskej pôsobnosti MZ SR	V zriaďovateľskej pôsobnosti iných rezortov ^{**)}	Po prechode kompetencií v zriaďovateľskej pôsobnosti VÚC, miest a obcí	Neštátne zdravotnícke zariadenia ^{***)}	Zdravotnícke zariadenia v SR spolu
2002	212	45		2 299	2 556
2003	121	21	68	2 162	2 372
2004	116	21	57	2 634	2 828
2005	106	9	32	2 539	2 686
2006	95	10	22	2 905	3 032
2007	99	8	24	3 110	3 241
2008	98	8	23	2 648	2 777
2009	122	16	53	2 726	2 917

Zdroj: NCZI

* evidenčný počet pracovníkov k 31. 12. vo fyzických osobách

** MV SR, MS SR, MO SR, MDPT SR

*** Poskytovanie zdravotnej starostlivosti alebo lekárenskej starostlivosti na základe povolenia MZ SR alebo VÚC

Starnutie populácie zaznamenáva aj populácia farmaceutov. Zatiaľ čo skupina farmaceutov vo veku 50 a viac rokov v roku 2000 predstavovala 10,83 %

z celkového počtu farmaceutov, v roku 2009 to bolo 24,37 %.

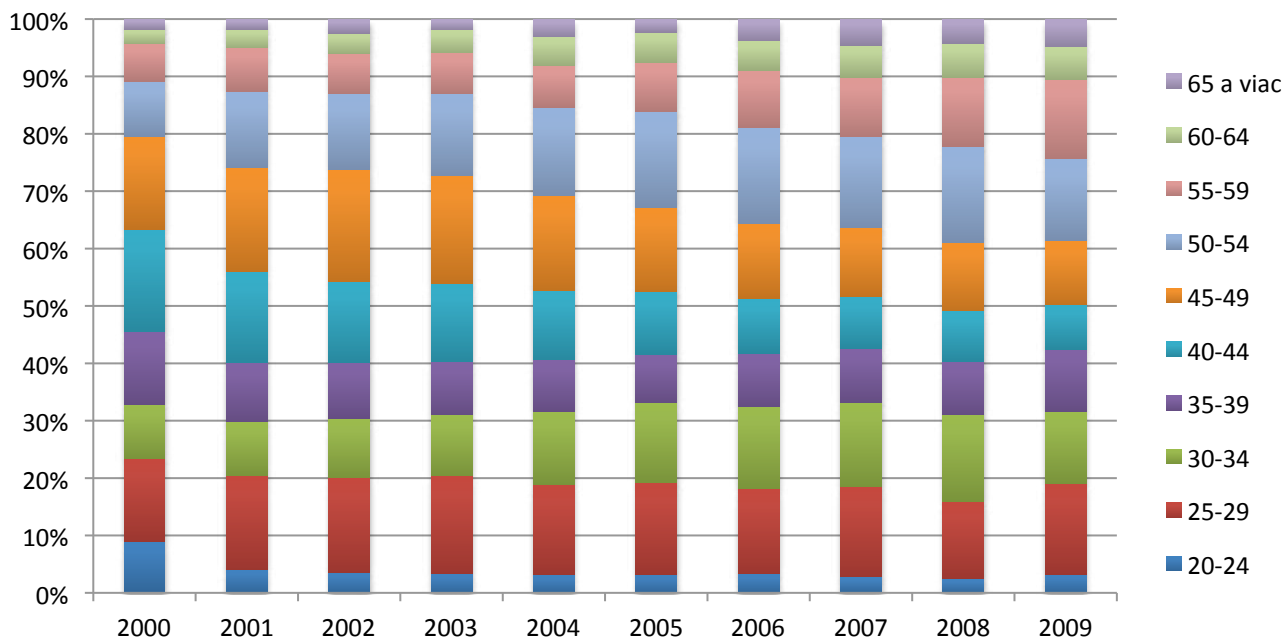
T 7.16 Veková štruktúra farmaceutov v zdravotníctve SR (za roky 2000–2009)

Rok	20–24	25–29	30–34	35–39	40–44	45–49	50–54	55–59	60–64	65 a viac	Spolu
2000	216	345	228	302	430	388	231	157	60	43	2 400
2001	96	384	219	242	373	425	309	178	76	42	2 344
2002	92	421	262	252	359	498	340	179	90	63	2 556
2003	79	407	251	219	322	447	338	169	95	45	2 372
2004	88	448	358	254	342	467	433	209	141	88	2 828
2005	84	432	376	224	294	395	447	232	140	62	2 686
2006	100	449	436	282	289	398	503	305	154	116	3 032
2007	91	511	475	305	291	390	515	335	181	147	3 241
2008	68	375	420	258	244	332	465	332	166	117	2 777
2009	95	463	366	315	227	326	414	403	168	140	2 917

Zdroj: NCZI,

Ročný výkaz o počte a štruktúre zamestnancov v zdravotníctve k 31. 12. sledovaného obdobia M(MZ SR) 1–01
evidenčný počet pracovníkov k 31. 12. sledovaného obdobia vo fyzických osobách

G 7.3 Veková štruktúra farmaceutov v zdravotníctve SR za roky 2000–2009



Zdroj: NCZI,

Ročný výkaz o počte a štruktúre zamestnancov v zdravotníctve k 31. 12. sledovaného obdobia M(MZ SR) 1–01

V roku 2009 v zdravotníckych zariadeniach v SR pracovalo 377 farmaceutov v dôchodkovom veku (z toho 369 boli poberatelia starobného dôchodku) a ich počet sa zvyšuje. Nakoľko väčšina farmaceutov

pracuje v neštátnych zdravotníckych zariadeniach, až 89,66 % týchto farmaceutov bola z týchto zdravotníckych zariadení.

T 7.17 Počet farmaceutov v dôchodkovom veku v zdravotníctve SR (za roky 2002–2009)

Rok	Počet farmaceutov v dôchodkovom veku v zdravotníckych zariadeniach v SR *)	Z toho v neštátnych zdravotníckych zariadeniach	
	Spolu	Spolu	Podiel v %
2002	233	206	88,41
2003	196	176	89,80
2004	260	241	92,69
2005	283	253	89,40
2006	325	305	93,85
2007	365	349	95,62
2008	358	333	93,02
2009	377	338	89,66

Zdroj: NCZI

*) evidenčný počet pracovníkov k 31. 12. vo fyzických osobách

T 7.18 Počet farmaceutov – poberateľov starobného dôchodku v zdravotníctve SR (za roky 2002–2009)

Rok	Počet farmaceutov – poberateľov starobného dôchodku v zdravotníckych zariadeniach v SR *)	Z toho v neštátnych zdravotníckych zariadeniach	
	Spolu	Spolu	Podiel v %
2002	205	191	93,17
2003	167	157	94,01
2004	244	229	93,85
2005	260	237	91,15
2006	314	296	94,27
2007	352	338	96,02
2008	345	324	93,91
2009	369	332	89,97

Zdroj: NCZI

*) evidenčný počet pracovníkov k 31. 12. vo fyzických osobách

7.1.6. Sestry

Celkový počet sestier v zdravotníckych zariadeniach v SR sa od r. 2008 znižuje. Od roku 2007 však rastie ich počet v zdravotníckych zariadeniach v zriaďovateľskej pôsobnosti MZ SR. V porovnaní s rokom 2008 sa v roku 2009 zvýšil ich počet aj v zdravotníckych

zariadeniach v zriaďovateľskej pôsobnosti VÚC, miest a obcí. Naopak k ich zníženiu došlo v zdravotníckych zariadeniach v zriaďovateľskej pôsobnosti iných rezortov a v neštátnych zdravotníckych zariadeniach (v priamej väzbe na zmeny v počte týchto zdravotníckych zariadení).

T 7.19 Počet sestier v zdravotníckych zariadeniach v SR (podľa zriaďovateľa)

Rok	Zriaďovateľ/Počet pracovníkov ¹⁾				
	V zriaďovateľskej pôsobnosti MZ SR	V zriaďovateľskej pôsobnosti iných rezortov ²⁾	Po prechode kompetencií v zriaďovateľskej pôsobnosti VÚC, miest a obcí	Neštátne zdravotnícke zariadenia ³⁾	Zdravotnícke zariadenia v SR spolu
2002	25 402	1 344		10 519	37 265
2003	13 049	1 466	8 279	12 319	35 113
2004	11 868	1 418	7 235	13 486	34 007
2005	11 268	464	3 861	16 726	32 319
2006	10 147	892	2 583	18 946	32 568
2007	10 548	981	2 544	19 967	34 040
2008	10 740	914	2 539	19 585	33 778
2009	13 672	671	5 826	12 541	32 710

Zdroj: NCZI

* evidenčný počet pracovníkov k 31. 12. vo fyzických osobách

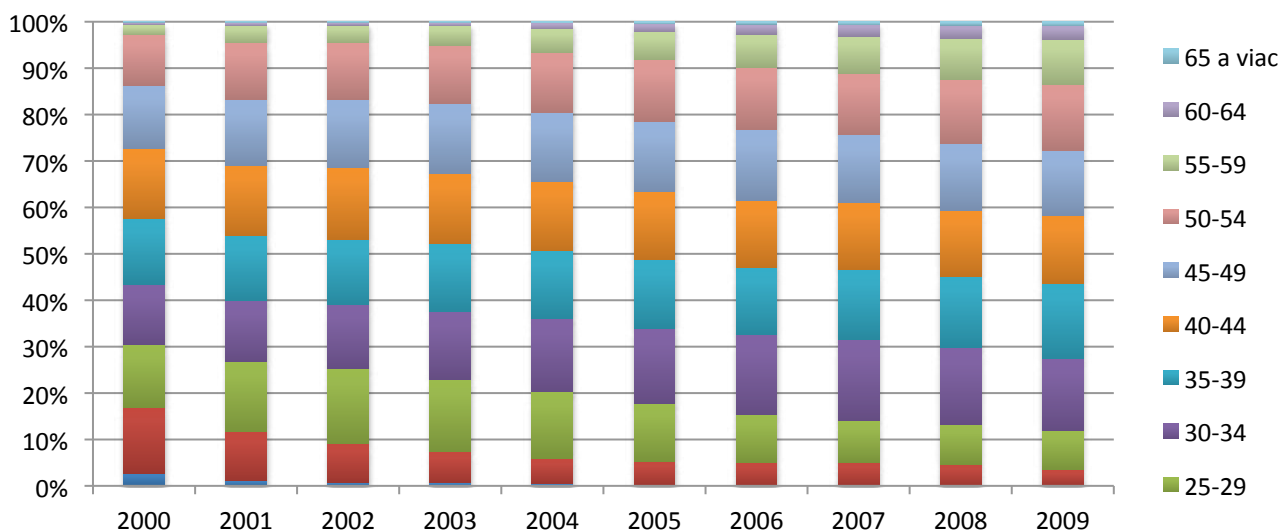
** MV SR, MS SR, MO SR, MDPT SR

*** Poskytovanie zdravotnej starostlivosti alebo lekárskej starostlivosti na základe povolenia MZ SR alebo VÚC

T 7.20 Veková štruktúra sestier v zdravotníctve SR (za roky 2000–2009)

Rok	do 20	20–24	25–29	30–34	35–39	40–44	45–49	50–54	55–59	60–64	65 a viac	Spolu
2000	1 097	5 688	5 381	5 242	5 662	6 030	5 493	4 340	886	218	40	40 077
2001	465	4 083	5 889	5 132	5 468	5 962	5 511	4 785	1 438	282	58	39 073
2002	305	3 124	5 986	5 122	5 280	5 738	5 425	4 615	1 375	253	42	37 265
2003	229	2 390	5 434	5 133	5 110	5 330	5 280	4 432	1 455	270	50	35 113
2004	162	1 844	4 894	5 355	4 955	5 068	5 065	4 388	1 746	433	97	34 007
2005	40	1 679	3 999	5 258	4 764	4 737	4 924	4 253	1 956	565	144	32 319
2006	11	1 622	3 366	5 601	4 721	4 724	4 976	4 361	2 303	710	173	32 568
2007	16	1 729	3 064	5 942	5 083	4 926	4 973	4 540	2 707	836	224	34 040
2008	6	1 566	2 894	5 579	5 221	4 798	4 825	4 675	2 990	958	266	33 778
2009	3	1 127	2 806	5 032	5 301	4 752	4 625	4 649	3 168	959	288	32 710

Zdroj: NCZI,

Ročný výkaz o počte a štruktúre zamestnancov v zdravotníctve k 31. 12. sledovaného obdobia M(MZ SR) 1–01
evidenčný počet pracovníkov k 31. 12. sledovaného obdobia vo fyzických osobách**G 7.4 Veková štruktúra sestier v zdravotníctve SR za roky 2000–2009**

Zdroj: NCZI,

Ročný výkaz o počte a štruktúre zamestnancov v zdravotníctve k 31. 12. sledovaného obdobia M(MZ SR) 1–01

Na starnutí populácie sestier sa podieľajú aj zmeny v systéme vzdelávania (zvýšenie veku absolventov). Zatiaľ čo skupina sestier vo veku do 40 rokov

predstavovala v roku 2000 57,56 % na celkovom počte sestier, v roku 2009 sa znížil na 43,62 %.

T 7.21 Počet sestier v dôchodkovom veku v zdravotníctve SR (za roky 2002–2009)

Rok	Počet sestier v dôchodkovom veku v zdravotníckych zariadeniach v SR ^{*)}	Z toho v neštátnych zdravotníckych zariadeniach	
	Spolu	Spolu	Podiel v %
2002	1081	629	58,19
2003	1090	658	60,37
2004	1062	820	77,21
2005	1508	1154	76,53
2006	1671	1288	77,08
2007	1960	1523	77,70
2008	2104	1552	73,76
2009	2213	1431	64,66

Zdroj: NCZI

*) evidenčný počet pracovníkov k 31. 12. vo fyzických osobách

T 7.22 Počet sestier – poberateľiek starobného dôchodku v zdravotníctve SR (za roky 2002–2009)

Rok	Počet sestier – poberateľiek starobného dôchodku v zdravotníckych zariadeniach v SR ^{*)}	Z toho v neštátnych zdravotníckych zariadeniach	
	Spolu	Spolu	Podiel v %
2002	762	577	75,72
2003	821	617	75,15
2004	940	789	83,94
2005	1388	1129	81,34
2006	1596	1247	78,13
2007	1895	1476	77,89
2008	2055	1529	74,40
2009	2163	1400	64,72

Zdroj: NCZI

*) evidenčný počet pracovníkov k 31. 12. vo fyzických osobách

Počet sestier v dôchodkovom veku v zdravotníckych zariadeniach v SR sa zvyšuje a v roku 2009 predstavoval 2 213 (z toho 2 163 poberalo starobný dôchodok). Z uvedeného počtu 64,66 % sestier pracovalo

v neštátnych zdravotníckych zariadeniach. V porovnaní s rokom 2002 sa počet sestier v dôchodkovom veku zvýšil o 104,72 % (1 132 osôb) a počet poberateľiek starobného dôchodku o 183,86 % (1 401 osôb).

T 7.23 Počet pôrodných asistentiek v zdravotníckych zariadeniach v SR (podľa zriaďovateľa)

Rok	Zriaďovateľ/ Počet pracovníkov ^{*)}				
	V zriaďovateľskej pôsobnosti MZ SR	V zriaďovateľskej pôsobnosti iných rezortov ^{**)}	Po prechode kompetencií v zriaďovateľskej pôsobnosti VÚC, miest a obcí	Neštátne zdravotnícke zariadenia ^{*)}	Zdravotnícke zariadenia v SR spolu
2002	968	1		118	1 087
2003	500	22	638	296	1 456
2004	490	22	586	641	1 739
2005	485	1	303	930	1 719
2006	485	21	211	835	1 552
2007	494	24	212	929	1 659
2008	510	26	225	1 000	1 761
2009	628	27	435	679	1 769

Zdroj: NCZI

* evidenčný počet pracovníkov k 31. 12. vo fyzických osobách

** MV SR, MS SR, MO SR, MDPT SR

*** Poskytovanie zdravotnej starostlivosti alebo lekárenskej starostlivosti na základe povolenia MZ SR alebo VÚC

7.1.7. Pôrodné asistentky

Na rozdiel od sestier, u pôrodných asistentiek dochádza od r. 2007 k miernemu rastu. V porovnaní

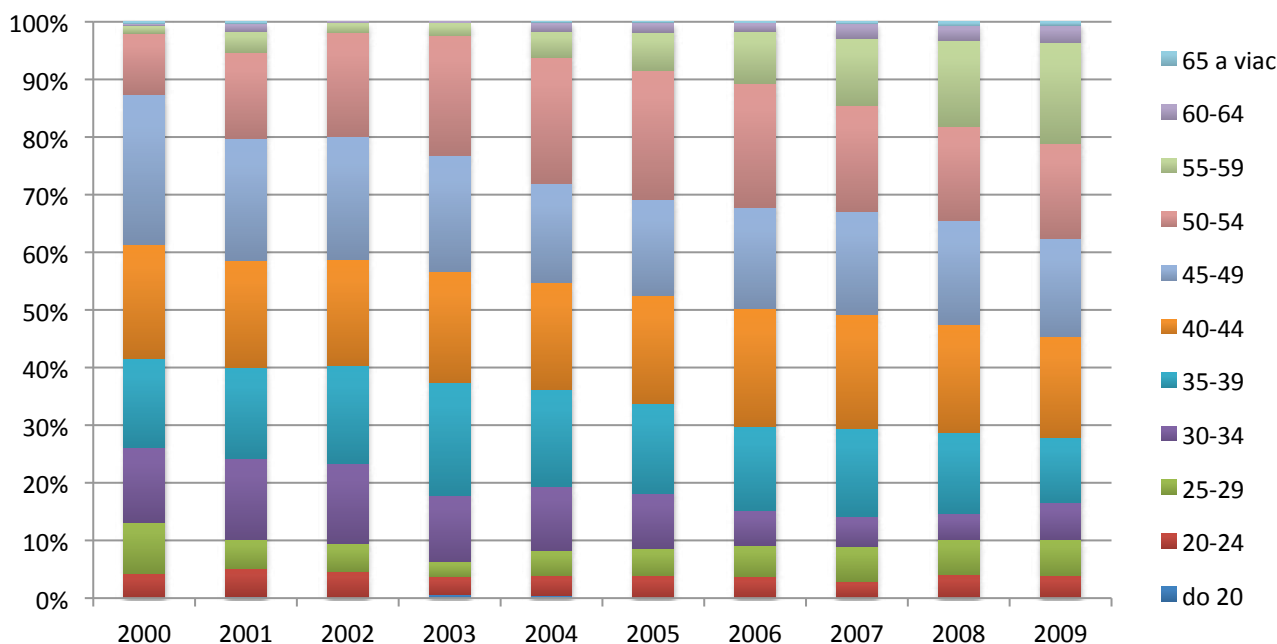
s rokom 2008 sa ich počet v roku 2009 zvýšil v zdravotníckych zariadeniach v zriaďovateľskej pôsobnosti MZ SR, iných rezortov, VÚC, miest a obcí a znížil sa v neštátnych zdravotníckych zariadeniach.

T 7.24 Veková štruktúra pôrodných asistentiek v zdravotníctve SR (za roky 2000–2009)

Rok	do 20	20–24	25–29	30–34	35–39	40–44	45–49	50–54	55–59	60–64	65 a viac	Spolu
2000	0	13	27	39	47	60	79	32	4	1	1	303
2001	1	17	18	50	56	66	75	53	13	5	1	355
2002	0	51	52	151	184	201	231	196	20	1	0	1 087
2003	8	46	38	168	285	279	294	302	33	3	0	1 456
2004	7	61	77	192	293	322	298	380	80	28	1	1 739
2005	0	66	83	162	270	322	286	385	114	30	1	1 719
2006	0	57	85	95	226	316	272	335	141	22	3	1 552
2007	1	48	101	85	253	328	298	303	194	43	5	1 659
2008	0	71	109	80	247	329	318	286	265	43	13	1 761
2009	0	68	112	112	202	308	303	290	309	54	11	1 769

Zdroj: NCZI,

Ročný výkaz o počte a štruktúre zamestnancov v zdravotníctve k 31. 12. sledovaného obdobia M(MZ SR) 1–01
evidenčný počet pracovníkov k 31. 12. sledovaného obdobia vo fyzických osobách

G 7.5 Veková štruktúra pôrodných asistentiek v zdravotníctve SR za roky 2000–2009

Zdroj: NCZI,

Ročný výkaz o počte a štruktúre zamestnancov v zdravotníctve k 31. 12. sledovaného obdobia M (MZ SR) 1–01

Zatiaľ čo v roku 2000 počet pôrodných asistentiek vo veku nad 50 rokov na celkovom počte pôrodných asistentiek predstavoval 12,54 %, v roku 2009 to bolo 37,54 %. Súčasne sa na celkovom počte znížil aj podiel pôrodných asistentiek vo veku 45–49 rokov tak, že v roku 2009 predstavoval 17,13 % (v roku 2000 to bolo 26,07 %).

Počet pôrodných asistentiek v dôchodkovom veku v roku 2009 dosiahol počet 165 (v roku 2002 ich bolo 15), z toho 163 bolo poberateľiek starobného dôchodku (v roku 2002 ich bolo 6). Z uvedeného počtu 53,33 % pôrodných asistentiek pracovalo v neštátnych zdravotníckych zariadeniach.

T 7.25 Počet pôrodných asistentiek v dôchodkovom veku v zdravotníctve SR (za roky 2002–2009)

Rok	Počet pôrodných asistentiek v dôchodkovom veku v zdravotníckych zariadeniach v SR ^{*)}	Z toho v neštátnych zdravotníckych zariadeniach	
	Spolu	Spolu	Podiel v %
2002	15	3	20,00
2003	17	10	58,82
2004	40	35	87,50
2005	71	56	78,87
2006	70	48	68,57
2007	96	63	65,63
2008	128	95	74,22
2009	165	88	53,33

Zdroj: NCZI

*) evidenčný počet pracovníkov k 31. 12. vo fyzických osobách

T 7.26 Počet pôrodných asistentiek – poberateľiek starobného dôchodku v zdravotníctve SR (za roky 2002–2009)

Rok	Počet pôrodných asistentiek – poberateľiek starobného dôchodku v zdravotníckych zariadeniach v SR ^{*)}	Z toho v neštátnych zdravotníckych zariadeniach	
	Spolu	Spolu	Podiel v %
2002	6	3	50,00
2003	9	8	88,89
2004	37	34	91,89
2005	69	55	79,71
2006	66	46	69,70
2007	94	62	65,96
2008	125	94	75,20
2009	163	87	53,37

Zdroj: NCZI

*) evidenčný počet pracovníkov k 31. 12. vo fyzických osobách

7.2. Vzdelávanie zdravotníckych pracovníkov

Hodnota ľudského zdravia je významným faktorom pre rozvoj našej spoločnosti. Rozhodujúcim činiteľom v tomto procese sú poskytovatelia zdravotnej starostlivosti a zdravotnícki pracovníci, ktorí vykonávajú svoju prácu v príslušnom zdravotníckom povolani s vysokou profesionalitou, pevným morálnym presvedčením, empatiou, pohotovým a tvorivým prístupom k jednotlivcom a skupinám v rôznych náročných každodenných situáciách.

Zdravotnícki pracovníci v súčasnosti odbornú spôsobilosť na výkon zdravotníckeho povolania získavajú tzv. pregraduálnym štúdiom, teda získaním vysokoškolského vzdelania prvého alebo druhého stupňa v akreditovaných zdravotníckych študijných odboroch **vysokých škôl** alebo stredných zdravotníckych škôl v zdravotníckych študijných odboroch zaradených do siete **stredných zdravotníckych škôl**. Od roku 2003 stredné zdravotnícke školy prešli do zriaďovateľskej pôsobnosti Ministerstva školstva, vedy, výskumu a športu Slovenskej republiky s tým, že Minis-

terstvo zdravotníctva Slovenskej republiky v nich riadi odbornú zložku vzdelávania, určuje sieť študijných odborov a zaraďuje a vyraduje zo siete stredné zdravotnícke školy a študijné odbory v Slovenskej republike. Nadväzne, po nadobudnutí odbornej spôsobilosti na výkon zdravotníckeho povolania, sa ďalšie vzdelávanie zdravotníckych pracovníkov zabezpečuje:

- špecializačným štúdiom,
- certifikačnou prípravou,
- prípravou na výkon práce v zdravotníctve,
- sústavným vzdelávaním.

7.2.1. Zdravotnícke povolania

Poskytovanie zdravotnej starostlivosti, vykonávanie ochrany zdravia, lekárska posudková činnosť, zaobchádzanie s liekmi a zdravotníckymi pomôckami a kontrolu a dohľad nad poskytovaním zdravotnej starostlivosti vykonávajú zdravotnícki pracovníci **v nasledovných zdravotníckych povolaniach:**

- lekár,
- zubný lekár,

- farmaceut,
- sestra,
- pôrodná asistentka,
- fyzioterapeut,
- verejný zdravotník,
- zdravotnícky laborant,
- asistent výživy,
- dentálna hygienička,
- rádiologický technik,
- zdravotnícky záchranár,
- zubný technik,
- technik pre zdravotnícke pomôcky,
- optometrista,
- farmaceutický laborant,
- masér,
- očný optik,
- ortopedický technik,
- zdravotnícky asistent,
- sanitár.

Medzi zdravotnícke povolania zaraďujeme aj povolanie: logopéd, psychológ, liečebný pedagóg, fyzik a laboratórny diagnostik v zdravotníckom zariadení, ak získali osvedčenie o príprave na výkon práce v zdravotníctve. Taktiež aj profesionálny vojak, ktorý vykonáva príslušné zdravotnícke povolanie v štátnej službe profesionálneho vojaka ozbrojených síl Slovenskej republiky vo vojenskom zdravotníctve a spĺňa požiadavky podľa osobitného predpisu.

Zdravotnícky pracovník sa na výkon svojho zdravotníckeho povolania v Slovenskej republike pripravuje na strednej zdravotníckej škole alebo vo vysokoškolskom štúdiu v bakalárskom, magisterskom a doktorským študijným programe na lekárske fakultách, fakultách ošetrovateľstva alebo fakultách zdravotníctva vysokých škôl.

Zdravotnícky pracovník sa po získaní stredoškolského alebo vysokoškolského vzdelania môže ešte ďalej zamerať na výkon niektorých špecializovaných pracovných činností v ďalšom vzdelávaní v tzv. špecializačnom štúdiu.

7.2.2. Príprava zdravotníckych pracovníkov

7.2.2.1. Príprava lekárov

Na výkon **odborných pracovných činností lekárov** sa požaduje, aby občan Slovenskej republiky získal vysokoškolské vzdelanie druhého stupňa v doktorským študijným programe všeobecné lekárstvo, ktorý Európska únia uznáva za rovnocenný s porovnateľnými vzdelávacími programami všetkých ostatných

členských štátov únie. Štúdium odboru všeobecné lekárstvo na vysokej škole v dennej forme štúdia trvá šesť rokov a zahŕňa najmenej 5 500 hodín teoretickej a praktickej výučby a jeho úspešné absolvovanie vedie k získaniu akademického titulu MUDr. V súčasnosti možno toto vzdelanie v SR získať na štyroch lekárske fakultách:

Lekárska fakulta Univerzity Komenského v Bratislave,

- Jesseniova Lekárska fakulta v Martine Univerzity Komenského v Bratislave,
- Lekárska fakulta Univerzity Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach,
- Lekárska fakulta Slovenskej zdravotníckej univerzity v Bratislave.

Ak lekár chce samostatne vykonávať špecializované lekárske pracovné činnosti je potrebné, aby v ďalšom štúdiu získal diplom o špecializácii. Špecializačné štúdium lekárov má v zmysle smernice EÚ 2005/36/ES o uznávaní odborných kvalifikácií nadväzovať na vysokoškolské doktorské vzdelanie v odbore všeobecné lekárstvo a trvá najmenej 3 roky, 4 roky alebo 5 rokov podľa druhu špecializačného odboru. Absolvovanie špecializačného štúdia vedie k právu lekára používať profesionálne označenie lekár špecialista spojené s názvom príslušného špecializačného odboru, ktorých je v súčasnosti 50 podľa danej smernice. U nás sú aj špecializačné odbory, ktoré nadväzujú na špecializačné odbory s minimálnou dĺžkou trvania 3 roky a tých je 46. Uvedený špecializačný odbor môže členský štát uznať a nemusí. Sumárne sa lekári môžu špecializovať v 96 špecializačných odboroch.

Ďalej uvádzame, že skutočná dĺžka špecializačného štúdia je ustanovená vo všeobecne záväznom právnom predpise Výnos Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky zo 17. septembra 2010 č. 12422/2010-OL, ktorým sa ustanovujú minimálne štandardy pre špecializačné študijné programy, minimálne štandardy pre certifikačné študijné programy a minimálne štandardy pre študijné programy sústavného vzdelávania, ktorý rešpektuje skutočnú dĺžku špecializačného štúdia s odkazom na príslušné smernice Európskej únie. Presné označenie jednotlivých špecializácií lekárov možno nájsť v Prílohe č. 3 k nariadeniu vlády Slovenskej republiky č. 296/2010 Z. z. o odbornej spôsobilosti na výkon zdravotníckeho povolania, spôsobe ďalšieho vzdelávania zdravotníckych pracovníkov, sústave špecializačných odborov a sústave certifikovaných pracovných činností.

Okrem špecializačného štúdia v medicíne a certifikačnej prípravy lekárov sa ešte možno v zdravotníckej praxi stretnúť s pojmom postgraduálne vzdelávanie. V postgraduálnom vzdelávaní lekárov sa podľa vysokoškolského zákona (č. 131/2002 Z. z. v platnom

znení) získava tretí stupeň vysokoškolského vzdelania v konkrétnom doktorandskom študijnom programe (PhD.), ktorý je založený najmä na vlastnom príspevku študenta, ktorý je výsledkom vedeckého bádania a samostatnej tvorivej činnosti v oblasti vedy alebo techniky. Lekár, ktorý pôsobí vo vzdelávaní môže získať vedecko-pedagogický titul „docent“ alebo „profesor“.

Špecializačné štúdium a certifikačná príprava lekárov, ako súčasť **ďalšieho vzdelávania zdravotníckych pracovníkov, sú viac zamerané na prípravu špecialistov orientovaných na poskytovanie kvalitnej a bezpečnej zdravotnej starostlivosti** ako na výkon vedeckého bádania v tejto oblasti a pedagogickej činnosti na vysokej škole.

7.2.2.2. Príprava zubných lekárov

Na výkon **odborných pracovných činností zubného lekára** sa požaduje, aby občan Slovenskej republiky získal vysokoškolské vzdelanie druhého stupňa v doktorskom študijnom programe v študijnom odbore **zubné lekárstvo**, ktoré trvá v dennej forme štúdia šesť rokov a pozostáva z teoretickej výučby a praktickej výučby v zmysle smernice EÚ 2005/36/ES. Iba študijný odbor zubné lekárstvo uznáva Európska únia za rovnocenný s porovnateľnými vzdelávacími programami všetkých ostatných členských štátov únie, ktorý je určený na prípravu zubných lekárov na samostatný výkon činností v zubnom lekárstve. Úspešné absolvovanie tohto štúdia vedie k získaniu akademického titulu MUDr. V súčasnosti ho možno v SR získať na:

- Lekárskej fakulte Univerzity Komenského v Bratislave,
- Lekárskej fakulte Univerzity Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach.

Príprava odborníkov pre samostatný výkon odborných pracovných činností spojených so starostlivosťou o chrup, ústnu dutinu a tkanivá prebiehala pred vstupom Slovenskej republiky do Európskej únie 1. mája 2004 podstatne inak, ako bola a je predstava Európskej únie.

Doterajšie štúdium (vysokoškolské štúdium v študijnom odbore stomatológia) bolo podľa hodnotenia predstaviteľov Európskej komisie zamerané príliš teoreticky a podľa nich muselo byť dopĺňané nadväzujúcim ďalším špecializačným štúdiom v špecializačnom odbore stomatológia v čase, keď už mal stomatológ na základe získaného vysokoškolského vzdelania samostatne vykonávať stomatologickú prax. Preto Slovenská republika pristúpila k postupnému útlmu

špecializačného štúdia v špecializačnom odbore stomatológia, ktoré by malo viesť až k jeho úplnému zrušeniu približne okolo roku 2013. Má sa tým umožniť, aby tzv. „dobiehajúci“ absolventi zrušeného Európskou úniou nekompatibilného vysokoškolského študijného programu v študijnom odbore stomatológia mali ešte možnosť si vzdelanie doplniť o potrebné praktické zručnosti a vedomosti na požadovanú úroveň a po získaní diplomu o špecializácii v odbore stomatológia mohli začať samostatne vykonávať zubno-lekársku prax. Diplom o špecializácii v študijnom odbore stomatológia mohol zubný lekár získať do 31. decembra 2010 na lekárskej fakulte Slovenskej zdravotníckej univerzity v Bratislave a na Lekárskej fakulte Univerzity Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach, ktorá má akreditáciu.

Špecializačné štúdium v špecializačnom odbore stomatológia možno v zmysle príslušných smerníc Európskej únie nahradiť najmenej tri roky trvajúcou odbornou zdravotníckou praxou pod vedením lekára so špecializáciou v odbore stomatológia.

Zubný lekár spolupracuje pri výkone svojho povolania s **povolaniami dentálna hygienička a zubný technik**.

7.2.2.3. Príprava farmaceutov

Na výkon **odborných pracovných činností farmaceuta** sa požaduje získanie vysokoškolského vzdelania druhého stupňa v magisterskom študijnom programe v študijnom odbore farmácia. Štúdium odboru farmácia má v dennej forme štúdia trvať päť rokov, ktoré majú pozostávať z najmenej štyroch rokov teoretickej prípravy a najmenej šiestich mesiacov praxe vo verejnej lekární alebo nemocničnej lekární v zmysle smernice EÚ 2005/36/ES. Jeho úspešné absolvovanie vedie k získaniu akademického titulu Mgr. V súčasnosti ho možno v SR získať na:

- Farmaceutickej fakulte Univerzity Komenského v Bratislave,
- Univerzite veterinárneho lekárstva a farmácie v Košiciach.

7.2.2.4. Príprava sestier

Na výkon **odborných pracovných činností sestry** sa požaduje, aby občan Slovenskej republiky, ktorý nikdy predtým nezískal odbornú spôsobilosť na výkon zdravotníckeho povolania sestry, získal:

- vyššie odborné vzdelanie **v odbore diplomovaná všeobecná sestra** na príslušnej strednej zdravotníckej škole Slovenskej republiky alebo
- vysokoškolské vzdelanie prvého stupňa v bakalárskom študijnom programe v študijnom odbore **ošetrovatelstvo** (Bc.).

Obidva študijné programy, musia spĺňať požiadavku príslušných smerníc Európskej únie, že štúdium pripravujúce na výkon povolania sestry má v dennej forme štúdia trvať minimálne tri roky a zahŕňať 4600 hodín, ktoré je pomerne rozdelené na teoretickú časť a praktickú časť.

Kedže aj príprava sestier, podobne ako príprava zubných lekárov, prebiehala pred vstupom Slovenskej republiky do Európskej únie 1. mája 2004 inak, ako bola a je predstava Európskej únie, Slovenská republika musela pristúpiť k postupnému útlmu úplného stredného odborného štúdia v odbore všeobecná sestra na stredných zdravotníckych školách a ponechať na nich iba vyššie odborné štúdium. Iba vyššie odborné štúdium v odbore diplomovaná všeobecná sestra na stredných zdravotníckych školách bolo hodnotiacou misiou Európskej komisie TAIEX v roku 2002 hodnotené ako plne kompatibilné s požiadavkami Európskej únie. Príprave sestier v úplnom strednom odbornom vzdelávaní na slovenských stredných zdravotníckych školách hodnotiacia misia vyčítala, že príprava na tak náročné povolanie začínala už pred sedemnástym rokom veku, čo považovala za nepripustné.

V prístupovej zmluve Slovenskej republiky k Európskej únii sa **vzdelanie sestier získané alebo štúdium sestier začaté na území Slovenskej republiky pred vstupom Slovenskej republiky do Európskej únie** v tzv. nezosúladenom programe objavuje ako vzdelanie, na základe ktorého môže sestra naďalej pokračovať vo výkone tohto zdravotníckeho povolania a každý členský štát uzná jej vzdelanie za rovnocenné, ak na území Slovenskej republiky vykonávala činnosť sestry zodpovednej za všeobecnú ošetrovateľskú starostlivosť najmenej tri roky v priebehu posledných piatich rokov.

Z uvedeného vyplýva že sestry, ktoré získali vzdelanie podľa doterajších predpisov môžu naďalej na území Slovenskej republiky vo výkone odborných pracovných činností zdravotníckeho povolania sestry v doterajšom rozsahu pokračovať **bez toho**, aby si museli získané vzdelanie dopĺňať odborným štúdiom na vysokej škole. Nové stanovené požiadavky na získanie odbornej spôsobilosti na výkon povolania sestry sa tak skutočne vzťahujú len na osoby, ktoré nikdy sestrami neboli a po vstupe Slovenskej republiky do

Európskej únie sa rozhodli alebo sa rozhodnú pripravovať na výkon tohto zdravotníckeho povolania na našom území.

V súčasnosti vyššie odborné vzdelanie **v odbore diplomovaná všeobecná sestra** na území Slovenskej republiky ponúkajú: SZŠ – Bratislava, Trnava, Košice, Rožňava, sv. Alžbety v Košiciach, Žilina, Márie Terézie Schérerovej Ružomberok.

Vysokoškolské vzdelanie I. stupňa v bakalárskom študijnom programe v študijnom odbore ošetrovatelstvo sa uskutočňuje na nižšie uvedených fakultách a vysokej škole:

- Fakulta ošetrovatelstva a zdravotníckych odborných štúdií Slovenskej zdravotníckej univerzity v Bratislave a fakulta zdravotníctva so sídlom v Banskej Bystrici,
- Jesseniova Lekárska fakulta v Martine Univerzity Komenského v Bratislave,
- Lekárska fakulta Univerzity Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach,
- Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce Trnavskej univerzity v Trnave,
- Fakulta zdravotníctva Katolíckej univerzity v Ružomberku,
- Fakulta zdravotníctva Prešovskej univerzity v Prešove,
- Fakulta zdravotníctva a sociálnych vied Univerzity Konštantína a Filozofa v Nitre,
- Fakulta zdravotníctva Trenčianskej univerzity Alexandra Dubčeka v Trenčíne,
- Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave.

Po získaní vysokoškolského štúdia prvého stupňa v bakalárskom študijnom programe v študijnom odbore ošetrovatelstvo si sestry môžu ďalej zvýšiť stupeň vysokoškolského vzdelania v magisterskom študijnom programe v študijnom odbore ošetrovatelstvo. Uvedený stupeň vysokoškolského vzdelania nie je podmienkou na výkon zdravotníckeho povolania.

7.2.2.5. Príprava pôrodných asistentiek

Na výkon **odborných pracovných činností pôrodnej asistentky** sa po novom požaduje, aby občan Slovenskej republiky, ktorý nikdy predtým nebol pôrodnou asistentkou získal:

- vysokoškolské vzdelanie prvého stupňa v bakalárskom študijnom programe v študijnom **odbo-re pôrodná asistancia** (Bc.), ktorý musí spĺňať požiadavku smernice EÚ 2005/36/ES. Európskej únie v dennej forme štúdia trvať najmenej tri roky.

Vysokoškolské vzdelanie prvého stupňa v bakalárskom študijnom programe v študijnom odbore pôrodná asistencia možno Slovenskej republike získať na nižšie uvedených fakultách:

- Fakulta ošetrovateľstva a zdravotníckych odborných štúdií Slovenskej zdravotníckej univerzity v Bratislave,
- Jesseniova Lekárska fakulta v Martine Univerzity Komenského v Bratislave,
- Fakulta zdravotníctva Katolíckej univerzity v Ružomberku,
- Fakulta zdravotníctva Prešovskej univerzity v Prešove.

V prístupovej zmluve Slovenskej republiky k Európskej únii sa **vzdelanie ženských sestier získané alebo štúdium sestier začaté na území Slovenskej republiky pred vstupom Slovenskej republiky do Európskej únie** v tzv. nezosúladenom programe objavuje ako vzdelanie, na základe ktorého môže sestra naďalej pokračovať vo výkone zdravotníckeho povolania pôrodnej asistentky a každý členský štát to uzná za rovnocenné, ak na území Slovenska najmenej tri roky v priebehu posledných piatich rokov vykonávala činnosť zodpovedajúcu činnostiam pôrodnej asistentky.

Z uvedeného vyplýva že ženské sestry, ktoré získali vzdelanie podľa doterajších predpisov môžu naďalej vo výkone zdravotníckeho povolania ženskej sestry v doterajšom rozsahu pokračovať **bez toho**, aby si museli získané vzdelanie dopĺňať. Nové stanovené požiadavky na získanie odbornej spôsobilosti na výkon povolania pôrodnej asistentky sa skutočne vzťahujú len na osoby, ktoré nikdy neboli ženskými sestrami a po vstupe Slovenskej republiky do Európskej únie sa rozhodli alebo sa ešte len rozhodnú pripravovať na výkon zdravotníckeho povolania pôrodnej asistentky na našom území.

7.2.2.6. Príprava fyzioterapeutov

Fyzioterapeut je zdravotnícke povolanie, ktoré vykonáva činnosti zamerané na korekciu funkčných porúch pohybového systému prostredníctvom fyzioterapeutických, kinezioterapeutických a redukčných metód zdravotného postihnutia. Ak ide o výkon **odborných pracovných činností fyzioterapeuta**, požaduje sa buď získanie:

- vyššieho odborného vzdelania **v odbore diplomovaný fyzioterapeut** na príslušnej strednej zdravotníckej škole Slovenskej republiky,
- vysokoškolského vzdelania prvého stupňa v bakalárskom študijnom programe v študijnom **odbore fyzioterapia** alebo

- vysokoškolského vzdelania II. stupňa v magisterskom študijnom programe v študijnom **odbore fyzioterapia**.

V súčasnosti vyššie odborné vzdelanie **v odbore diplomovaný fyzioterapeut** na území Slovenskej republiky uskutočňujú: SZŠ Bratislava, Záhradnícka 44, Trnava, Košice Kukučínova.

Vysokoškolské vzdelanie v bakalárskom a magisterskom študijnom programe v študijnom odbore **fyzioterapia** možno v Slovenskej republike získať na nižšie uvedených fakultách a vysokej škole:

- Fakulta ošetrovateľstva a zdravotníckych odborných štúdií Slovenskej zdravotníckej univerzity v Bratislave a Fakulta zdravotníctva so sídlom v Banskej Bystrici,
- Lekárska fakulta Univerzity Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach,
- Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce Trnavskej univerzity v Trnave,
- Fakulta zdravotníctva Prešovskej univerzity v Prešove,
- Fakulta zdravotníctva a sociálnych vied Univerzity Konštantína a Filozofa v Nitre,
- Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave.

V oblasti fyzioterapie môžu odborné pracovné činnosti u poskytovateľov zdravotnej starostlivosti v rozsahu získaného vzdelania naďalej vykonávať aj osoby, ktoré získali odbornú spôsobilosť podľa doterajších právnych predpisov v študijnom odbore rehabilitačný pracovník alebo rehabilitačná sestra na stredných zdravotníckych školách Slovenskej republiky.

7.2.2.7. Príprava zdravotníckych záchranárov

Zdravotnícky záchranár je zdravotnícke povolanie, ktorý samostatne vykonáva odborné pracovné činnosti v neodkladnej zdravotnej starostlivosti, záchrannnej zdravotnej službe, ktoré zodpovedajú rozsahu a obsahu získaného vzdelania. Ak ide o výkon odborných pracovných činností zdravotníckeho záchranára sa požaduje získanie:

- úplného stredného odborného vzdelania v študijnom odbore zdravotnícky záchranár na príslušnej strednej zdravotníckej škole,
- vyššieho odborného vzdelania v študijnom odbore **diplomovaný zdravotnícky záchranár** na príslušnej strednej zdravotníckej škole alebo
- vysokoškolského vzdelania prvého stupňa v bakalárskom študijnom programe v študijnom odbore **urgentná zdravotná starostlivosť**.

V súčasnosti možno požadované vzdelanie získať:

- úplné stredné odborné vzdelanie v študijnom odbore zdravotnícky záchranár na: SZŠ – Košice-Kukučínova, Michalovce, Rožňava, Banská Bystrica, Bratislava-Strečnianska 20 Vyššieho odborného vzdelania v študijnom odbore **diplomovaný zdravotnícky záchranár** stredne zdravotníckej školy neuskutočňujú vzhľadom na vysoký záujem o vysokoškolské vzdelanie.
- vysokoškolské vzdelanie prvého stupňa v bakalárskom študijnom programe v študijnom odbore urgentná zdravotná starostlivosť sa uskutočňuje na nižšie uvedených fakultách:
- Fakulta ošetrovateľstva a zdravotníckych odborných štúdií Slovenskej zdravotníckej univerzity v Bratislave a Fakulta zdravotníctva so sídlom v Banskej Bystrici,
- Fakulta zdravotníctva Prešovskej univerzity v Prešove,
- Fakulta zdravotníctva a sociálnych vied Univerzity Konštantína a Filozofa v Nitre,
- Fakulta zdravotníctva Katolíckej univerzity v Ružomberku.

Vzhľadom na nedostatok kvalifikovaných zdravotníckych záchranárov v zdravotníckej praxi a na potrebu zabezpečenia potrebných odborných pracovných činností zdravotníckeho záchranára v záchranných zdravotných službách v súvislosti s ich modernizáciou mohol prevádzkovateľ do 30. júna 2010 na pracovné miesto určené pre zdravotníckeho záchranára zamestnať aj sestru s najmenej trojročnou zdravotníckou praxou v ústavnom zdravotníckom zariadení.

7.2.2.8. Príprava dentálnych hygieničiek

Na výkon odborných pracovných činností **dentálnej hygieničky** sa požaduje získanie vyššieho odborného vzdelania v študijnom odbore dentálna hygiena na príslušnej strednej zdravotníckej škole alebo získanie vysokoškolského vzdelania prvého stupňa v bakalárskom študijnom programe v študijnom odbore dentálna hygiena. Ide o povolanie orientované hlavne na systematickú preventívnu starostlivosť o ústnu dutinu, vykonávanie nácviku postupov a techník ústnej hygieny a kolektívnu zdravotno-výchovnú činnosť zameranú na prevenciu zubného kazu, zhodnotenie chrupu a jeho kazov.

V súčasnosti v SR možno získať požadované:

- vyššie odborné vzdelanie v študijnom odbore diplomovaná dentálna hygienička na SZŠ vo Zvolene,

- vysokoškolské vzdelanie prvého stupňa v bakalárskom študijnom programe v študijnom odbore dentálna hygiena na Fakulte zdravotníctva Prešovskej univerzity v Prešove.

7.2.2.9. Príprava zubných technikov

Na výkon odborných pracovných činností **zubného technika** sa požaduje získanie vysokoškolského vzdelania prvého stupňa v bakalárskom študijnom programe v študijnom odbore zubná technika, vyššieho odborného vzdelania v študijnom odbore diplomovaný zubný technik alebo získanie úplného stredného odborného vzdelania v študijnom odbore zubný technik. Zubný technik navrhuje riešenia v oblasti fixnej a snímateľnej protetiky a čelustnej ortopédie. Odporúča vhodné konštrukčné riešenia zhotovovania zubných náhrad štandardných a nadštandardných možností, určuje farbu a tvar zhotovených zubov, podieľa sa na vývoji dentálnych materiálov, dentálnych prístrojov a nástrojov a zodpovedá za ich údržbu. Zubný technik veľmi často a úzko spolupracuje so zubným lekárom.

V súčasnosti v SR možno získať požadované:

- vysokoškolské vzdelanie prvého stupňa v študijnom odbore zubná technika na Jesseniovej lekárskej fakulte v Martine Univerzity Komenského v Bratislave, Vysokej škole zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave,
- úplné stredné odborné vzdelanie v študijnom odbore zubný technik a vyššie odborné vzdelanie v študijnom odbore diplomovaný zubný technik sporadicky na SZŠ Žilina, Košice – Moyzesová, Bratislava – Záhradnícka 44.

7.2.2.10. Príprava zdravotníckych laborantov

Na výkon odborných pracovných činností zdravotníckeho laboranta sa požaduje získanie vysokoškolského vzdelania prvého alebo druhého stupňa v študijnom programe v študijnom odbore laboratórne vyšetrovacie metódy alebo úplné stredné odborné vzdelanie v študijnom odbore zdravotnícky laborant.

V súčasnosti v SR možno získať požadované na nižšie uvedených fakultách a vysokej škole:

- Jesseniova Lekárska fakulta v Martine Univerzity Komenského v Bratislave,
- Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce Trnavskej univerzity v Trnave,
- Fakulta zdravotníctva Trenčianskej univerzity Alexandra Dubčeka v Trenčíne,

- Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave.

Úplné stredné odborné vzdelanie v študijnom odbore zdravotnícky laborant na SZŠ – Bratislava – Záhradnícka 44, Trenčín, Banská Bystrica, Košice – Moyzesová.

7.2.2.11. Príprava farmaceutických laborantov

Na výkon odborných pracovných činností **farmaceutického laboranta** sa požaduje získanie úplného stredného odborného vzdelania v študijnom odbore farmaceutický laborant.

V súčasnosti v SR možno získať požadované – úplné stredné odborné vzdelanie v študijnom odbore farmaceutický laborant na SZŠ Bratislava – Záhradnícka 44, Trenčín, Banská Bystrica, Košice – Moyzesová.

V laboratóriách poskytovateľov zdravotnej starostlivosti môžu naďalej vykonávať činnosti aj iní zdravotnícki pracovníci ako biológovia, chemici a genetici, ktorí získali vzdelanie na iných ako stredných zdravotníckych školách alebo lekárskech alebo zdravotníckych fakultách vysokých škôl SR. Ide o zdravotnícke povolanie laboratórny diagnostik

7.2.2.12. Príprava rádiologických asistentov

Na výkon odborných pracovných činností, ak ide o povolanie **rádiologický asistent**, sa požaduje získanie vysokoškolského vzdelania prvého stupňa v bakalárskom študijnom programe v študijnom odbore rádiologická technika alebo získanie vyššieho odborného vzdelania v študijnom odbore diplomovaný rádiologický asistent. Obsahom pracovnej činnosti rádiologického asistenta je základná rádiologická diagnostika, skintigrafia a asistencia pri zložitejších skintiskopických vyšetreniach s kontrastnými látkami alebo zložitejších rádiologických, rádioterapeutických vyšetreniach.

V súčasnosti v SR možno získať požadované vysokoškolské vzdelanie prvého stupňa v bakalárskom študijnom programe v študijnom odbore rádiologická technika na nižšie uvedených fakultách a vysokej škole:

- Fakulta ošetrovateľstva a zdravotníckych odborných štúdií Slovenskej zdravotníckej univerzity v Bratislave,
- Jesseniova lekárska fakulta v Martine Univerzity Komenského v Bratislave,
- Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave.

Vyššie odborné vzdelanie v študijnom odbore diplomovaný rádiologický asistent na SZŠ.

7.2.2.13. Príprava zdravotníckych asistentov

Zdravotnícki asistenti poskytujú základnú ošetrovateľskú starostlivosť, spolupracujú pri špecializovanej ošetrovateľskej starostlivosti v rámci ošetrovateľského procesu a podieľajú sa na odborných administratívnych a dokumentačných prácach poskytovateľov zdravotnej starostlivosti.

Toto štúdium sa na príslušných stredných zdravotníckych školách Slovenskej republiky realizuje v úplnom strednom odbornom vzdelaní. Vzhľadom na príslušné smernice EÚ o minimálnych požiadavkách na obsah prípravy vzdelávacieho programu pre sestry sa zatiaľ nepredpokladá, že by zdravotnícky asistent mohol prevziať a samostatne vykonávať niektoré kompetencie sestry, ako sú napríklad odber krvi na vyšetrenie, spolupráca pri transfúzii krvi, cievkovanie ženy a pod. Vznikom tohto nového študijného odboru budú sestry odbremenené od niektorých doterajších aktivít.

V súčasnosti v SR možno získať odbornú spôsobilosť na výkon zdravotníckeho povolania zdravotníckeho asistenta na všetkých 29 stredných zdravotníckych školách.

7.2.2.14. Príprava sanitárov

Na výkon odborných pracovných činností sanitár, sa požaduje získanie stredného odborného vzdelania v študijnom odbore sanitár, ktoré v súčasnosti možno získať na všetkých 29 stredných zdravotníckych školách. Zdravotnícke povolanie sanitár má široké uplatnenie v zdravotníckom zariadení na oddeleniach zdravotníckeho zariadenia vykonáva pomocné práce zamerané na hygienu prostredia, je zodpovedný za udržiavanie čistoty v kuchynke, transportuje biologický a zdravotnícky materiál, manipuluje s bielizňou, vykonáva mechanickú očistu a dezinfekciu postelí a pod. Pod odborným dohľadom sestry sa podieľa na polohovaní pacienta, premiestňovaní a transporte v rámci operačného oddelenia a pod.

7.2.2.15. Príprava masérov

Na výkon odborných pracovných činností maséra postačuje získať úplné stredné odborné vzdelanie na niektorej zo stredných zdravotníckych škôl v študij-

nom odbore masér. V súčasnosti v SR možno získať požadované úplné stredné odborné vzdelanie v študijnom odbore masér na nižšie uvedených stredných zdravotníckych školách:

- Strednej zdravotníckej školy v Bratislave – Záhradnícka 44,
- Strednej zdravotníckej školy v Trnave,
- Strednej zdravotníckej školy v Banskej Bystrici,
- Strednej zdravotníckej školy v Žiline,
- Strednej zdravotníckej školy v Košiciach – Kukučínova
- Strednej zdravotníckej školy v Michalovciach
- Strednej zdravotníckej školy Štefan Kluberta v Levoči (aj masér pre zrakovo handicapovaných žiakov)
- Strednej zdravotníckej školy v Nových Zámkoch
- Strednej zdravotníckej školy v Liptovskom Mikuláši.

7.2.2.16. Príprava očných optikov

Na výkon odborných pracovných činností **očné-ho optika** sa požaduje získanie úplného stredného odborného vzdelania v študijnom odbore očný optik. Študijný odbor očný optik je aktivovaný na dvoch školách v Slovenskej republike. Tento odbor pripravuje pracovníka na vykonávanie kvalifikovanej činnosti na pracoviskách očnej optiky. Z hľadiska praxe získava zručnosti v zhotovovaní všetkých druhov okuliarov a oklúzorov a merania zreníc a ostatných tvárových rozmerov potrebných na zhotovovanie okuliarov. Štúdium sa končí odbornou maturitnou skúškou, ktorá má praktickú a teoretickú časť. Absolvent študijného odboru očný optik môže samostatne vykonávať zdravotno-technické služby obyvateľstvu na pracoviskách očnej optiky.

V súčasnosti v SR možno získať požadované úplné stredné odborné vzdelanie v študijnom odbore očný optik na Strednej zdravotníckej škole v Bratislave – Záhradnícka 44, Stredná zdravotnícka škola Košice – Moyzesova 17.

7.2.2.17. Príprava optometristov

Na výkon odborných pracovných činností **optometristu** sa požaduje získanie vyššieho odborného vzdelania v študijnom odbore diplomovaný optometrista. Diplomovaný optometrista je vysokokvalifikovaný samostatne pracujúci odborník v oblasti očnej optiky, optometrie a manažmentu. Odbornú zložku charakterizuje dokonalá profesionálna odbornosť

v týchto oblastiach: posudzovanie a návrh okuliarov pri myopii, hypermetropii, astigmatizme, presbiopii a afakii po predchádzajúcom objektívnom zistení refrakcie, objektívne vyšetrenie refrakcie a vymieravanie potrebných parametrov pre aplikáciu kontaktných šošoviek, zisťovanie videnia a farbocite u brancov, vodičov a zamestnancov v doprave, vyšetrovanie rovnováhy a binokulárnych funkcií, kontrola a preskúšavanie používaných očných pomôcok, ich prispôsobovanie, úprava a drobné opravy, vyšetrenia súvisiace s predpisovaním korekčných pomôcok. Absolvent študijného odboru sa uplatní v štátnom a neštátnom zdravotníckom zariadení ako garant a manažér činností odboru, ktorý hodnotí kvalitu navrhovaných a zhotovených očných pomôcok, organizuje a podieľa sa na obchodno-podnikateľskej, vedecko-výskumnej a pedagogickej činnosti v oblasti očnej optiky.

V súčasnosti v SR možno získať požadované na Strednej zdravotníckej škole v Košiciach – Moyzesova 17.

7.2.2.18. Príprava ortopedických technikov

Na výkon odborných pracovných činností **ortopedického technika** sa požaduje získanie úplného stredného odborného vzdelania v študijnom odbore ortopedický technik. Absolvent študijného odboru je spôsobilý vykonávať činnosti na oddeleniach ortopedickej protetiky nemocníc, vo výrobe ortopedických bandáží, ortopedickej obuvi a vo výdajniach ortopedicko-protetických pomôcok.

V súčasnosti v SR možno získať požadované na nižšie uvedených stredných zdravotníckych školách:

- Strednej zdravotníckej školy v Bratislave – Záhradnícka 44,
- Strednej zdravotníckej školy v Žiline – Hlboká cesta 23.

7.2.2.19. Príprava asistentov výživy

Na výkon odborných pracovných činností **asistenta výživy** sa požaduje získanie úplného stredného odborného vzdelania v študijnom odbore asistent výživy. Obsahom pracovnej činnosti asistenta výživy je asistencia pri zabezpečovaní liečebnej výživy pacientov v zdravotníckych zariadeniach a pri kontrole prípravy a výdaja stravy, spolupráca s ústavným diabetológom a ošetrojúcim lekárom pri predpisovaní, príprave a podávaní individuálnych a špeciálnych diét, spolupráca pri zavádzaní nových diétnych reži-

mov a kontrola dodržiavania technologických postupov pri príprave stravy a jej výdaji.

V súčasnosti v SR možno získať požadované na nižšie uvedených stredných zdravotníckych školách:

- Strednej zdravotníckej školy v Bratislave – Záhradnícka 44,
- Strednej zdravotníckej školy v Košiciach – Moyzešova,
- Strednej zdravotníckej školy v Rožňave.

7.2.2.20. Príprava verejných zdravotníkov

Podpora a ochrana verejného zdravia sú základnými zložkami verejného zdravotníctva. Na výkon odborných pracovných činností **verejného zdravotníka** sa požaduje získanie vysokoškolského vzdelania prvého stupňa v bakalárskom študijnom programe v študijnom odbore verejné zdravotníctvo alebo získanie vysokoškolského vzdelania druhého stupňa v magisterskom študijnom programe v študijnom odbore verejné zdravotníctvo.

V súčasnosti v SR možno získať požadované vysokoškolské vzdelanie v študijnom odbore verejné zdravotníctvo na nižšie uvedených fakultách a vysokej škole:

- Fakulta verejného zdravotníctva Slovenskej a fakulta zdravotníctva,
- Jesseniova Lekárska fakulta v Martine Univerzity Komenského v Bratislave,
- Lekárska fakulta Univerzity Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach,
- Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce Trnavskej univerzity v Trnave,
- Fakulta zdravotníctva Katolíckej univerzity v Ružomberku,
- Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave.

V Slovenskej republike sa pre verejné zdravotníctvo pripravovali aj **asistenti hygieny a epidemiológie**. Vzhľadom na vyššie uvedené bakalárske a magisterské vysokoškolské programy určené pre verejné zdravotníctvo však bolo vyššie odborné vzdelávanie na stredných zdravotníckych školách v študijnom odbore diplomovaný asistent hygieny a epidemiológie už vyradené zo siete študijných odborov stredných zdravotníckych škôl v Slovenskej republike.

7.2.2.21. Príprava psychológov, logopédov, liečebných pedagógov a laboratórnych diagnostikov

Príprava psychológov, logopédov, liečebných pedagógov a laboratórnych diagnostikov prebieha v magisterskom vysokoškolskom programe druhého stupňa spravidla na iných fakultách vysokých škôl ako sú fakulty pripravujúce zdravotníckych pracovníkov. Pre výkon odborných pracovných činností uvedení absolventi musia získať prípravu na výkon práce v zdravotníctve, ktorú uskutočňuje Slovenská zdravotnícka univerzita a pre výkon špecializovaných pracovných činností špecializáciu v príslušnom špecializačnom odbore podľa nariadenia vlády č.296/2010 Z. z. Ich uplatnenie je v poskytovaní zdravotnej starostlivosti, ochrany zdravia a v rehabilitácii v zmysle uľahčovania a opätovnej integrácie osoby do zdravej spoločnosti.

7.2.3. Celoživotné vzdelávanie zdravotníckych pracovníkov

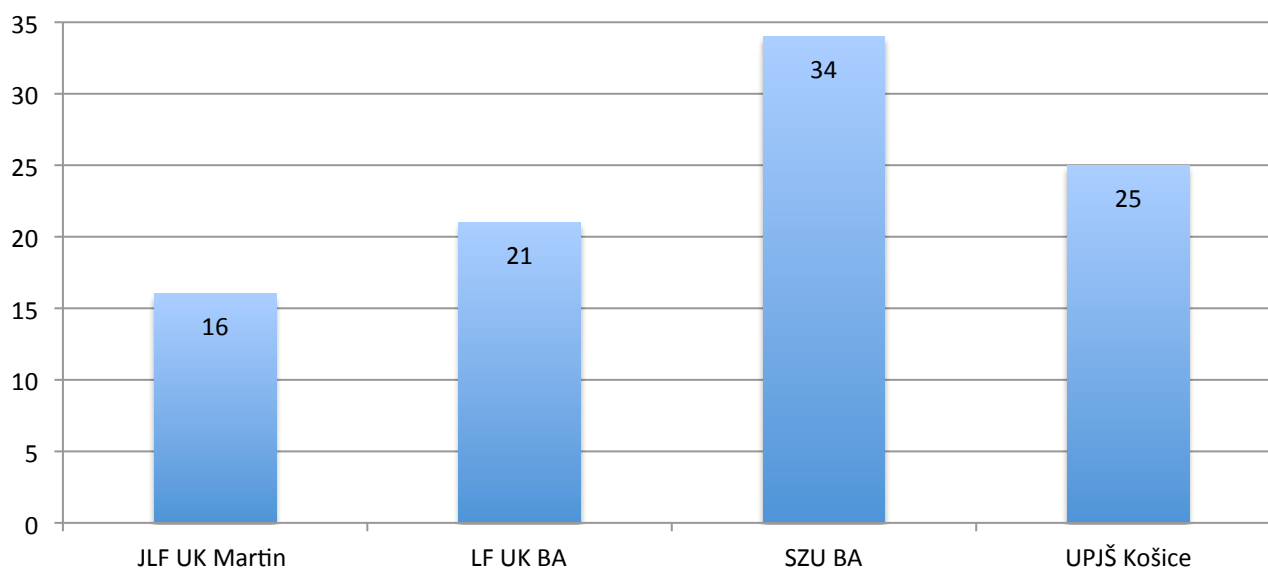
Európske smernice kladú dôraz na zabezpečenie celoživotného vzdelávania zdravotníckych pracovníkov, v ktorých sa ustanovuje povinnosť členských štátov, aby zabezpečili sústavné vzdelávanie zdravotníckych pracovníkov. Tento záväzok sa vyskytuje v koncepčných a strategických materiáloch a právnych predpisoch Slovenskej republiky ako záväzok jedného z členských štátov Európskej únie. Podľa zákona č.578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti je celoživotné vzdelávanie povinnosťou zdravotníckeho pracovníka. Ďalšie vzdelávanie v rámci celoživotného vzdelávania je definované v nariadení vlády č.296/2010 Z. z. o odbornej spôsobilosti na výkon zdravotníckeho povolania, spôsobe ďalšieho vzdelávania zdravotníckych pracovníkov, sústave špecializačných odborov a sústave certifikovaných pracovných činností a jeho jednotlivé zložky rieši vyhláška MZ SR č. 366/2005 Z. z. o kritériách a spôsobe hodnotenia sústavného vzdelávania zdravotníckych pracovníkov. Celoživotné vzdelávanie zdravotníckych pracovníkov je nepochybne dôležité najmä pre zabezpečenie bezpečnosti pacienta pred neadekvátnym poskytnutím zdravotnej starostlivosti.

7.2.4. Pluralita vzdelávania zdravotníckych pracovníkov

V súvislosti s demokratizačnými zmenami v spoločnosti a zmenami v systéme poskytovania zdravotnej starostlivosti v roku 2004 bol v inštitucionálnom usporiadaní zdravotníckych vzdelávacích inštitúcií zrušený monopol postavenia inštitúcie pre ďalšie

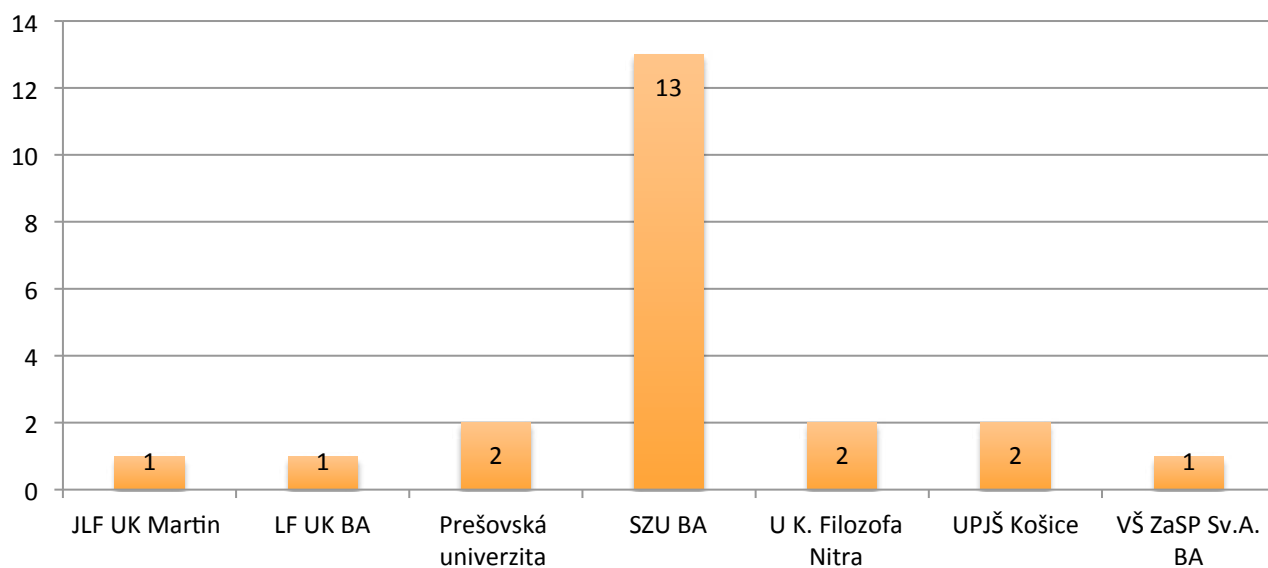
vzdelávanie pracovníkov v zdravotníctve, ktorá od roku 1953 najprv ako Školské stredisko Povereníctva zdravotníctva pre doškoloňovanie lekárov. Neskôr pod rôznymi názvami (Slovenský ústav pre doškoloňovanie lekárov – 1956, Inštitút pre ďalšie vzdelávanie lekárov a farmaceutov – 1964, Inštitút pre ďalšie vzdelávanie pracovníkov v zdravotníctve – 1991, Slovenská postgraduálna akadémia medicíny – 1988) a dnes ako Slo-

G 7.6 Lekár



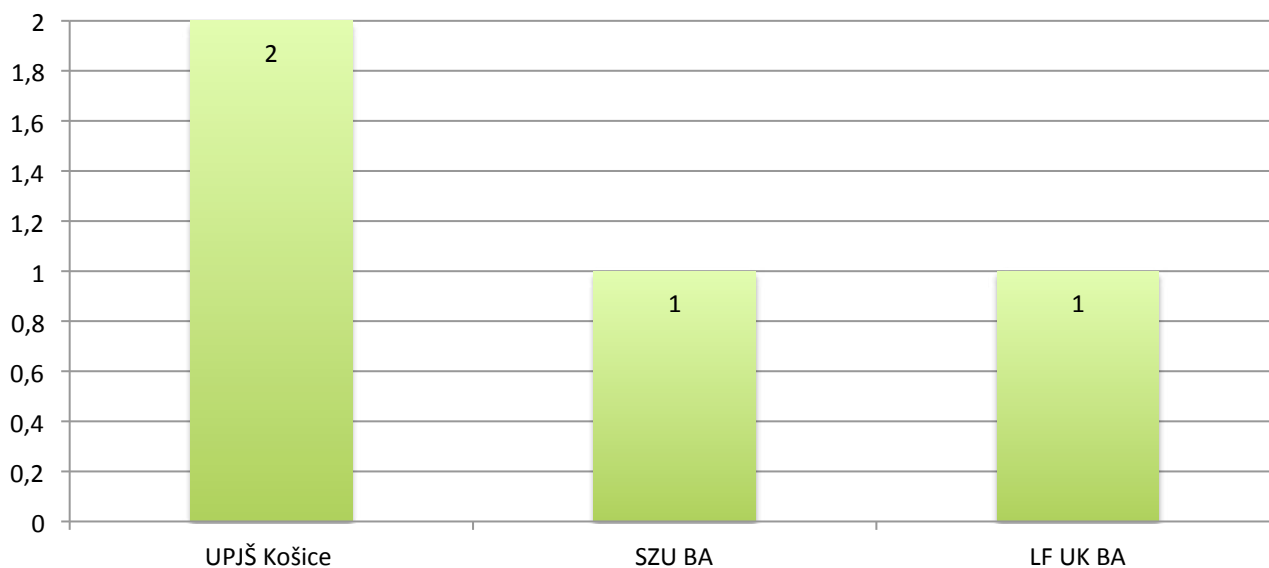
Zdroj: MZ SR vydané rozhodnutia o akreditácii

G 7.7 Sestra



Zdroj: MZ SR vydané rozhodnutia o akreditácii

G 7.8 Zubný lekár



Zdroj: MZ SR vydané rozhodnutia o akreditácii

venská zdravotnícka univerzita – 2002 a do systému zdravotníckeho školstva bol zavedený princíp plurality.

Pre zabezpečenie kontinuity, najmä špecializačného vzdelávania zdravotníkov, sa v príslušných právnych predpisoch umožnilo, že Slovenská zdravotnícka univerzita v Bratislave mohla najdlhšie do konca roku 2010 realizovať študijné programy ďalšieho vzdelávania zdravotníckych pracovníkov bez získania akreditácie od Akreditačnej komisie Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky pre ďalšie vzdelávanie zdravotníckych pracovníkov. Týmto rokom sa ruší doterajší viac ako 50 rokov trvajúci monopol Slovenskej zdravotníckej univerzity v Bratislave na realizáciu tohto štúdia.

Nasledujúci graf ukazuje, ktoré vzdelávacie inštitúcie získali akreditáciu v špecializačných odboroch v jednotlivých zdravotníckych povolaniach od roku 2006 do konca roka 2010.

7.2.5. Akreditácia

Ďalšie vzdelávanie zdravotníckych pracovníkov v špecializačnom štúdiu a certifikačnej príprave môžu vzdelávacie ustanovizne uskutočňovať len v akreditovaných študijných programoch. Akreditáciou špecializačného a certifikačného vzdelávania zdravotníckych pracovníkov sa zaoberá **Akreditačná komisia Minis-**

terstva zdravotníctva Slovenskej republiky na ďalšie vzdelávanie zdravotníckych pracovníkov, ktorá je odborným poradným orgánom Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky vo veciach vzdelávania zdravotníckych pracovníkov.

Akreditačná komisia MZ SR na ďalšie vzdelávanie zdravotníckych pracovníkov po prvýkrát zasadala 2. decembra 2004 a predsedom sa stal Prof. MUDr. Juraj Pechan, CSc., ktorý je predsedom druhej funkčnej obdoby. Komisia má v súčasnosti 17 členov vrátane predsedu a 16 pracovných skupín (každý člen reprezentuje jedno zdravotnícke povolanie alebo viacero, ktoré sú príbuzné a predsedá jednej z pracovných skupín) a podľa prerokovanej problematiky využíva možnosť prizývania externých expertov. Jej hlavnými úlohami sú:

- tvoriť a odporúčať ministrovi zdravotníctva na schválenie minimálne štandardy špecializačných študijných programov a minimálne štandardy pre certifikačné študijné programy,
- posudzovať a navrhovať ministrovi zdravotníctva udeliť právo uskutočňovať špecializačný alebo certifikačný študijný program (t.j. akreditovať vzdelávací program),
- komplexne posudzovať podmienky a kvalitu poskytovaného vzdelávania,
- nezávisle sledovať a hodnotiť pedagogickú, odbornú, materiálno-technickú spôsobilosť vzdelávacích ustanovizní, ktoré získali akreditáciu,

- sledovať jednotné vydávanie dokladov o ďalšom vzdelávaní.

Rozhodnutie o akreditácii vydané touto akreditačnou komisiou má platnosť 5 rokov od vydania, je neprevoditeľné na inú osobu a predpokladá dodržiavanie stanovených povinností pod hrozbou zrušenia rozhodnutia.

7.2.6. Financovanie vzdelávania zdravotníckych pracovníkov

Vzdelávanie zdravotníckych pracovníkov na **stredných zdravotníckych školách** je financované zo štátneho rozpočtu podľa § 4 o financovaní štátnych škôl, § 5 o financovaní štátnych školských zariadení a § 6 o financovaní neštátnych škôl zákona č. 597/2003 Z. z. o financovaní základných škôl, stredných škôl a školských zariadení v znení neskorších predpisov.

Hlavným zdrojom financovania vzdelávania zdravotníckych pracovníkov na **vysokých školách** sú podľa § 89 zákona č. 131/2002 Z. z. o vysokých školách a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov dotácie zo štátneho rozpočtu podľa osobitného predpisu, t.j. zákona č. 523/2004 Z. z. o rozpočtových pravidlách verejnej správy a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov, ktoré udeľuje Ministerstvo školstva Slovenskej republiky.

Študenti verejných vysokých škôl pripravujúcich sa na zdravotnícke povolanie platia školné a poplatky spojené so štúdiom na verejnej vysokej škole podľa § 92 a § 93 zákona č. 131/2002 Z. z. o vysokých školách.

Na pokrytie výdavkov potrebných na svoju činnosť verejná vysoká škola využíva aj ďalšie zdroje a na finančné zabezpečenie hlavnej činnosti zostavuje rozpočet pozostávajúci z výnosov a nákladov na kalendárny rok a hospodári na jeho základe.

Ďalšie vzdelávanie zdravotníckych pracovníkov sa podľa § 39a zákona č. 351/2005 Z. z., ktorým sa mení a dopĺňa zákon č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení zákona č. 720/2004 Z. z. a o zmene a doplnení niektorých zákonov môže financovať z:

- a) prostriedkov zamestnávateľov,

- b) prostriedkov rozpočtov samosprávnych krajov alebo obcí,
- c) prostriedkov rozpočtov zdravotných poisťovní,
- d) úhrad zdravotníckych pracovníkov, ktorí sú účastníkmi ďalšieho vzdelávania,
- e) prostriedkov štátneho rozpočtu,
- f) prostriedkov nadácií a iných právnických osôb a fyzických osôb,
- g) iných zdrojov.

Výšku úhrady zdravotníckeho pracovníka za ďalšie vzdelávanie ustanovuje vyhláška č.31/2006 Z. z. Ministerstvo zdravotníctva SR je zapojené do čerpania Európskych fondov na budovanie potrebných odborných personálnych kapacít v systéme zdravotnej starostlivosti Slovenskej republiky prostredníctvom Operačného programu Vzdelávanie na roky 2007–2013 ako sprostredkovateľský orgán riadiaceho orgánu.

7.3. Migračné tendencie a motivácia zdravotníckych pracovníkov

Migrácia zdravotníckych pracovníkov v kombinácii s nepriaznivým demografickým vývojom v SR spôsobuje problémy so zabezpečovaním dostupnosti zdravotnej starostlivosti a jej kvality v niektorých regiónoch. Na nízke zastúpenie vybraných zdravotníckych profesií v praxi do určitej miery vplyva aj nedostatok vybraných špecializovaných zdravotníckych pracovníkov celkovo v rámci EÚ trhu, čo následne spôsobuje odliv zdravotníckych pracovníkov zo Slovenska a iných európskych štátov.

Po transformácii zdravotníckeho systému SR v rokoch 2002–2006 sa zvýraznila personálna poddimenzovanosť špecialistov ako napríklad patológov, zdravotníckych záchranárov, všeobecných lekárov, zubných lekárov, sestier, pôrodných asistentiek, anesteziológov, psychiatrov. Nedostatok je výsledkom viacerých faktorov, najmä však zlou demografickou štruktúrou stavu pracovníkov, nízkou produkciou vzdelaných odborníkov vzdelávacími ustanovizňami a fluktuáciou pracovníkov v systéme, ako aj v rámci EÚ.

Štatistické údaje, ktoré by dokázali posúdiť tento úbytok zdravotníkov však neexistujú. Miesto výkonu zdravotníckeho povolania ako i informácie o zamestnávateľovi sú súčasťou registrácie zdravotníckeho pracovníka. Profesionálne komory, ktoré vedú takéto registre nemajú spoľahlivé informácie o rozsahu migrácie, pretože zdravotnícki pracovníci si nespĺňajú oznamovaciu povinnosť súvisiacu s aktualizáciou údajov v registri a komorám chýbajú efektívne nástroje na vymáhanie týchto povinností (HIT, 2009).

7.3.1. Uznávanie dokladov o ďalšom vzdelávaní

Problematika uznávania kvalifikácií zdravotníckych pracovníkov z členských štátov Európskej únie, ale i tretích krajín, v Slovenskej republike vecne spadá pod dva rezorty:

- v kompetencii **rezortu školstva** je uznávanie kvalifikácií dosiahnutého v stredoškolskom vzdelávaní (krajské školské úrady), ale najmä vysokoškolského vzdelania zdravotníckych pracovníkov (Stredisko pre ekvivalenciu dokladov sa zaoberá uznávaním dokladov z členských štátov Európskej únie, vysoké školy zo štátov nečlenských),
- **ministerstvo zdravotníctva SR** je zodpovedné za uznávanie **diplomov o špecializáciách** pre všetkých zdravotníckych pracovníkov najmä lekárov a zubných lekárov.

V rámci Európskych spoločenských slobôd je slobodný pohyb osôb považovaný za jeden z nosných pilierov celého spoločenstva, ako filozofický základ veľkej zjednotenej Európy, ako súčasť jednotného vnútorného trhu. Vnútorný trh únie je definovaný v článku 7a Zmluvy o Európskych Spoločenstvách ako oblasť bez vnútorných hraníc, v ktorých je zabezpečený voľný pohyb tovaru, osôb, služieb a kapitálu.

Občan ktorejkoľvek členskej krajiny smie poskytovať zdravotnú starostlivosť na území inej členskej krajiny za istých presne stanovených podmienok. K výkonu zdravotníckeho povolania musí byť takýto občan: bezúhonný, eticky spôsobilý, zdravotne spôsobilý, odborne spôsobilý. K týmto požiadavkám patrí aj požiadavka na ovládanie jazyka hostiteľskej členskej krajiny. Jazykové znalosti však musia byť striktné oddelené od procesu uznávania dosiahnutého vzdelania. Za splnenie stanovených podmienok u cudzinca uchádzajúceho sa o výkon zdravotníckeho povolania na území Slovenskej republiky zodpovedá zamestnávateľ, ktorý je na území Slovenskej republiky; v prípade osôb uchádzajúcich sa o výkon zdravotníckeho povolania vo vlastnom mene a na vlastnú zodpovednosť, za splnenie podmienok zodpovedá príslušná komora, ktorá vydáva licenciu. Odborná spôsobilosť na výkon zdravotníckeho povolania je podľa Európskej únie súmárom dosiahnutého vzdelania a dĺžky odbornej praxe jednotlivého zdravotníckeho pracovníka. Prostredníctvom viacerých smerníc Rady EÚ a Európskeho parlamentu vytvorili orgány Európskej únie systém minimálnych požiadaviek pre každé zdravotnícke povolanie tak, aby sa dosiahol stav, kedy bude možné bez akýchkoľvek prekážok uznávať vzdelanie (doklad o vzdelaní) získané na výkon zdravotníckeho povolania v jednom členskom štáte za rovnocenné so vzdelaním v ktoromkoľvek inom členskom štáte.

Mechanizmus vzájomného uznávania kvalifikácií je náročný proces a prebieha na dvoch úrovniach:

- **na úrovni automatického uznávania kvalifikácií** pre konkrétne zdravotnícke
- povolania ako lekár, zubný lekár, farmaceut, sestra a pôrodná asistentka a
- **na úrovni tzv. všeobecného systému uznávania** pre ostatné zdravotnícke povolania, čo v praxi znamená, že každá krajina má právo si určiť, za akých podmienok bude dané vzdelanie uznávať.

Ostatné zdravotnícke povolania spadajú pod systém uznávania, ktorý je ošetrovaný tzv. smernicami všeobecného systému, čo v praxi znamená, že každá krajina má právo si určiť, za akých podmienok dané vzdelanie uzná alebo nie. Uznatie odbornej spôsobilosti spadajúce pod všeobecný systém môže byť podmienené:

- dodatočnou odbornou praxou ako kompenzáciou nedostatku vo vzdelaní a praxe
- v porovnaní s tou, ktorá sa požaduje v hostiteľskom členskom štáte (štát nemôže požadovať prax dlhšiu ako štyri roky);
- prechodným obdobím na adaptáciu, na prekonanie zásadných rozdielov medzi
- požadovaným vzdelaním a nadobudnutým vzdelaním alebo v rozsahu požadovaných činností na danú profesiu (prechodným obdobím sa v tomto kontexte rozumie vykonávanie tejto profesie v hostiteľskom štáte pod dohľadom kvalifikovanej osoby, avšak táto doba nesmie byť dlhšia ako tri roky);
- testom spôsobilosti na vykompenzovanie zásadných rozdielov medzi obsahom
- nadobudnutého vzdelania a praxe počas štúdia a rozsahom požadovaných činností na danú profesiu.

Len jedna z týchto troch požiadaviek môže byť využitá. Žiadateľ si zvyčajne volí medzi adaptačným obdobím a testom spôsobilosti.

7.3.1.1. Rovnocennosť vzdelania

Rovnaké pravidlá na uznanie vzdelania platia aj pre orgány iných členských štátov Európskej únie v prípade, že sa slovenský občan s kvalifikáciou na výkon zdravotníckeho povolania rozhodol pracovať v inom členskom štáte ako je Slovenská republika. V zdravotníckych povolaniach lekár, zubný lekár, farmaceut, sestra a pôrodná asistentka môže dosiahnuť tzv. automatické uznanie vzdelania orgánom iného členského štátu po predložení dokladu o vzdelaní získanom na území Slovenskej republiky, ktorý je zosú-

ladený s požiadavkami Európskej únie alebo aj dokladu získanému na území Slovenskej republiky pred vstupom Slovenskej republiky do Európskej únie, ak sa príslušnému orgánu iného členského štátu predloží:

- **potvrdenie Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky**, že sa toto vzdelanie

- na území Slovenskej republiky považuje za rovnocenné so vzdelaním realizovaným na území Slovenskej republiky podľa tzv. zosúladených študijných programov s Európskou úniou alebo
- **potvrdenie Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky spojené s osvedčením**, že štúdium

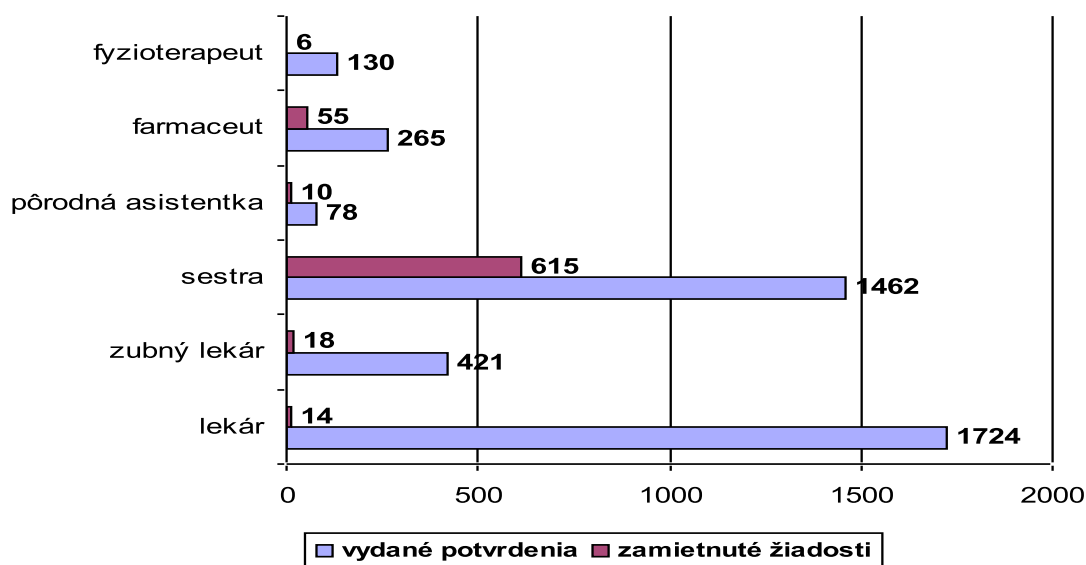
T 7.27 Prehľad o počte ministerstvom vydaných potvrdení a zamietnutých žiadostí v oblasti uznávania rovnocennosti vzdelania

Kategória zdravotníckych pracovníkov	Vydané potvrdenie						Zamietnuté žiadosti					
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Farmaceut	4	42	49	66	61	47	39	39	7	1	4	4
Fyzioterapeut	39	46	42	13	12	17	0	4	2	0	0	0
Lekár	442	594	376	267	250	217	5	6	4	2	1	1
Masér		0	3	1	4	0		0	0	0	0	0
Pôrodná asistentka	17	21	30	18	5	4	2	2	0	4	2	2
Rádiológ asistent	7	11	11	3	1	1	0	0	0	0	0	0
Sanitár	0	7	4	3	4	2	0	0	0	0	1	1
Sestra	306	504	425	204	183	146	139	228	138	87	81	81
Zdravotnícky asistent	0	2	4	2	2	18	0	0	0	0	0	0
Zdravotnícky laborant	3	6	6	3	3	5	1	0	0	0	1	1
Zdravotnícky záchranár	4	6	2	1	4	2	0	0	0	0	0	0
Zubný laborant	1	2	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Zubný lekár	22	30	30	27	18	16	12	10	2	4	1	1
Ostatní	1	6	5	11	13	5	0	0	0	0	0	0
Spolu	846	1277	989	619	561	480	198	289	153	98	91	91

Zdroj: Výročné správy MZ SR

G 7.9 Počet vydaných potvrdení od roku 2005 do roku 2009

Žiadosti o vydanie potvrdenia o rovnocennosti vzdelania



Zdroj: Výročné správy MZ SR

síce nezodpovedalo zosúladeným požiadavkám, ale možno priznať právo vykonávať príslušné povolanie, lebo bolo na území SR doplnené potrebnou zdravotníckou praxou,

- v prípade, že ide o lekára alebo zubného lekára, ktorý získal špecializáciu, predloží aj **osvedčenie od Slovenskej zdravotníckej univerzity Bratislava**, či diplom o špecializácii získaný pred vstupom SR do Európskej únie zodpovedá niektorému z automaticky uznávaných dokladov o špecializácii vydávaných na území SR po vstupe do Európskej únie, ktoré sú uvedené v prílohe príslušnej smernice EÚ.

slava, či diplom o špecializácii získaný pred vstupom SR do Európskej únie zodpovedá niektorému z automaticky uznávaných dokladov o špecializácii vydávaných na území SR po vstupe do Európskej únie, ktoré sú uvedené v prílohe príslušnej smernice EÚ.

T 7.28 Vývoj priemernej mesačnej mzdy v zdravotníckych zariadeniach v zriaďovateľskej a zakladateľskej pôsobnosti MZ SR, VÚC, miest a obcí, financovaných zo zdrojov zdravotných poisťovní za roky 2002–2009

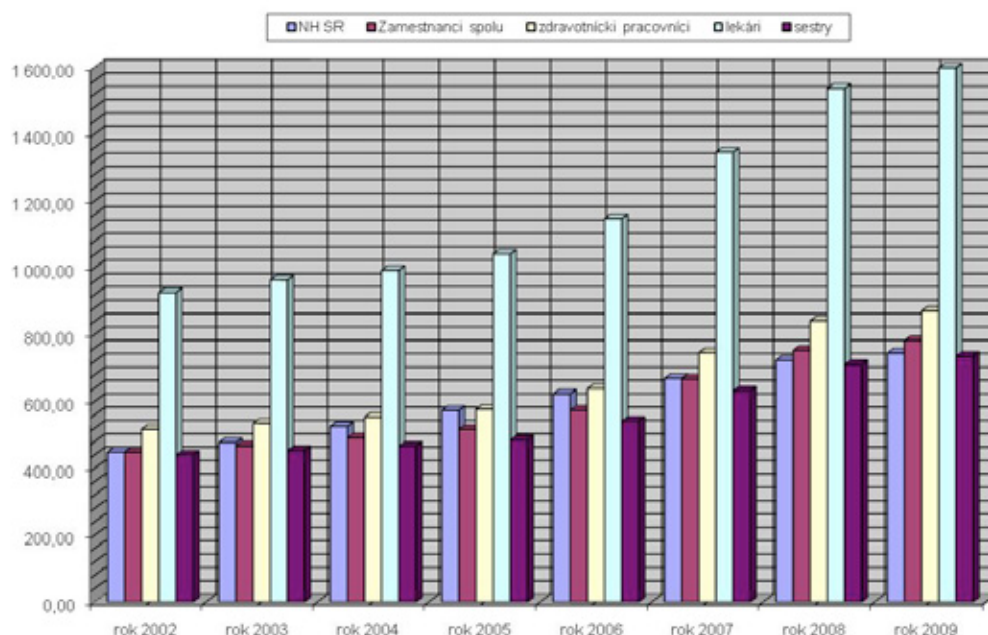
Ukazovateľ	Ø mesačná mzda (vr. náhrad za pracovnú pohotovosť) v €								Index rok 2009/2002
	rok 2002	rok 2003	rok 2004	rok 2005	rok 2006	rok 2007	rok 2008	rok 2009	
Hospodárstvo Slovenskej republiky (NH)	448,48	476,83	525,29	573,39	622,75	668,72	723,03	744,50	1,66
Zdravotnícke zariadenia v zriaďovateľskej a zakladateľskej pôsobnosti MZ SRa VÚC, miest a obcí financované zo zdrojov zdravotných poisťovní – zamestnanci spolu:	447,99	466,91	491,40	516,66	573,82	667,23	752,87	781,87	1,75
z toho: zdravotnícki pracovníci spolu:	516,73	534,85	552,85	576,41	638,02	745,67	841,47	870,53	1,68
z toho: lekári	926,14	963,16	992,76	1 041,06	1 147,31	1 345,65	1 536,88	1 598,56	1,73
sestry	438,89	452,70	465,78	484,83	541,19	631,51	710,18	735,39	1,68

Zdroj: NCZI, ŠÚ SR

Poznámky:

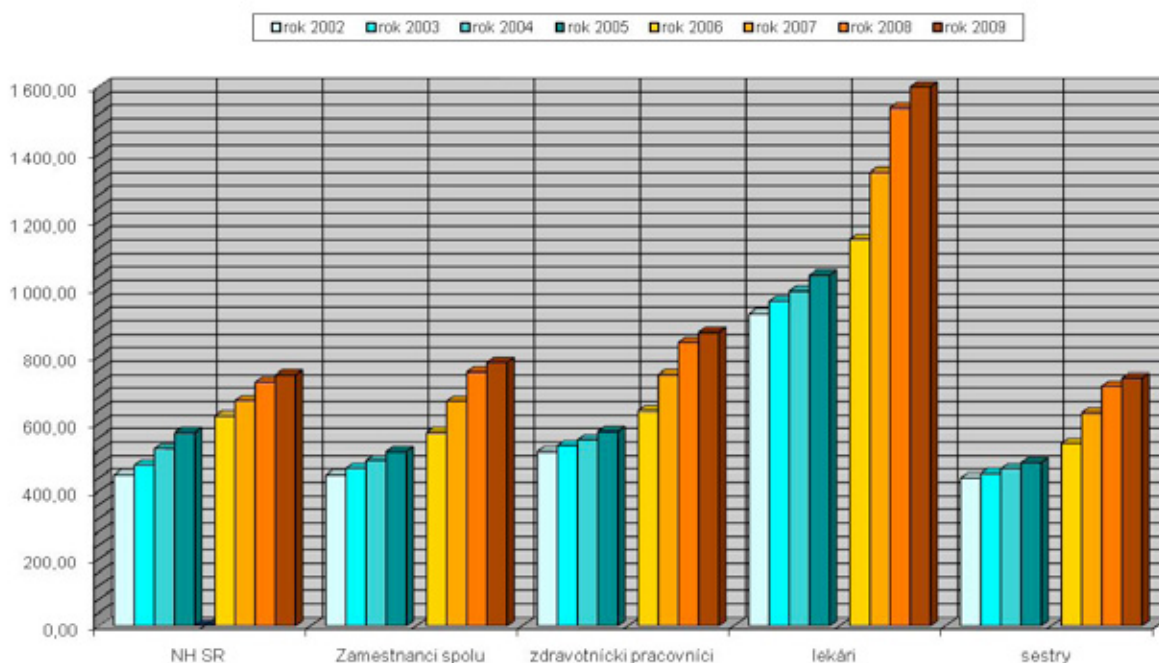
- 1) Údaje sú za zdravotnícke zariadenia v zriaďovateľskej a zakladateľskej pôsobnosti MZ SR a tie, ktoré prešli od 1. 1. 2003 pod VÚC, mestá a obce a sú v ich zriaďovateľskej a zakladateľskej pôsobnosti a v pôsobnosti iných zakladateľov. V tabuľke nie sú uvedené údaje za iné rezorty a za neštátnu sféru.
- 2) Priemerná mesačná mzda za obdobie rokov 2002–2008 je prepočítaná konverzným kurzom 1 € = 30,1260 Sk.
- 3) Od 1. 5. 2005 sa odmeňovanie riadi Zákonníkom práce a podmienky odmeňovania sa dohodujú v kolektívnych zmluvách.

G 7.10 Priemerná mesačná mzda (vrátane náhrad za pracovnú pohotovosť) za roky 2002–2009 v zdravotníckych zariadeniach v zriaďovateľskej a zakladateľskej pôsobnosti MZ SR, VÚC, miest a obcí financovaných zo zdrojov zdravotných poisťovní



Zdroj: NCZI, ŠÚ SR

G 7.11 Priemerná mesačná mzda (vrátane náhrad za pracovnú pohotovosť) za roky 2002–2009 v zdravotníckych zariadeniach v zriaďovateľskej a zakladateľskej pôsobnosti MZ SR, VÚC, miest a obcí financovaných zo zdrojov zdravotných poisťovní



Zdroj: NCZI, ŠÚ SR

7.4. Odmeňovanie pracovníkov v zdravotníctve

Zlepšenie ohodnotenia práce zdravotníckych pracovníkov:

Zatiaľ čo v rokoch 2006–2009 vzrástla priemerná mzda v národnom hospodárstve o 30 %, v zdravotníctve o 51 %. Dynamika rastu miezd v zdravotníctve tak bola vyššia o 21 %.

V roku 2008 dosiahnutá priemerná mzda v zdravotníctve vo výške 753 € bola prvý krát vyššia ako priemerná mzda v národnom hospodárstve, vo výške 723 €. Za rok 2009 dosiahla priemerná mzda lekárov výšku 1599 €, čo je 2,1 násobok priemernej mzdy v národnom hospodárstve. Priemerná mzda sestier za rok 2009 dosiahla výšku 735 €, čo je 0,98 násobok priemernej mzdy v národnom hospodárstve.

Pracovný čas

V roku 2009 lekári v zdravotníckych zariadeniach financovaných zo zdrojov zdravotných poisťovní odpracovali mesačne v priemere 21,9 hodín v práci

nadčas a ďalších 19,8 hodín zabezpečovali pracovnú pohotovosť (neaktívnu časť pracovnej pohotovosti) na pracovisku a 40,7 hodiny mimo pracoviska. Z celkového priemerného počtu hodín práce nadčas (t.j. 21,9 hod.) vznikla väčšina práce nadčas z dôvodu výkonu práce počas pracovnej pohotovosti (19,8 hod.).

Nakoľko ide o priemerné údaje, je potrebné vziať do úvahy skutočnosť, že nie všetci lekári (v priamej väzbe na druh a odbor zdravotnej starostlivosti a svoju odbornú spôsobilosť) vykonávali a zabezpečovali pracovnú pohotovosť (a z uvedeného dôvodu tak ani nedochádzalo u všetkých k výkonu práce nadčas).

Odmeňovanie zamestnancov zdravotníckych príspevkových organizácií v zriaďovateľskej pôsobnosti MZ SR, VÚC a obcí sa do 31. 12. 2004 riadilo zákonom NR SR č. 553/2003 Z. z. o odmeňovaní niektorých zamestnancov pri výkone práce vo verejnom záujme a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov. Zamestnanci boli zaradovaní podľa najnáročnejšej pracovnej činnosti do platových tried 1 – 14 a podľa rokov odbornej praxe do pla-

tových stupňov 1 – 12. S účinnosťou od 1. 1. 2005 odmeňovanie zamestnancov všetkých zdravotníckych zariadení financovaných zo zdrojov zdravotných poisťovní, bez ohľadu na ich zriaďovateľa a právnu formu sa riadi ustanoveniami Zákonníka práce.

Záver

Pokračuje trend starnutia populácie pracovníkov v zdravotníctve SR. Zvyšuje sa podiel pracovníkov vo vekových skupinách od 55 rokov. Medziročne sa zvyšuje počet zdravotníckych pracovníkov v dôchodkovom veku, pričom väčšina z nich pracuje v neštátnych zdravotníckych zariadeniach. Počet absolventov (zdravotníckych pracovníkov vstupujúcich do praxe) nie je postačujúci na pokrytie chýbajúceho počtu zdravotníckych pracovníkov.

Voľný pohyb osôb je jedným zo základných princípov Európskej únie. Štatistické údaje, ktoré by dokázali posúdiť úbytok zdravotníckych pracovníkov však neexistujú.

Z dlhodobého hľadiska Rakúsko a Nemecko od pristúpenia Slovenskej republiky k EÚ predstavovali cieľovú stanicu pre stovky slovenských zdravotníckych pracovníkov v celom spektre povolání a možno predpokladať, že tomu tak bude aj v ďalšom období. Nepochybne základnou hnacou energiou tejto mobility sú možnosti niekoľkonásobne vyššieho mzdového ohodnotenia, ktorému Slovenská republika v súčasnosti nemôže konkurovať. V tejto súvislosti (z pohľadu zabezpečenia poskytovania zdravotnej starostlivosti v Slovenskej republike) je potrebné upozorniť na akútnu potrebu zvýšenia mzdového ohodnotenia zdravotníckych pracovníkov v Slovenskej republike. To je však podmienené zvýšením platieb za výkony zdravotníckych zariadení zo strany zdravotných poisťovní.

Akútna potreba zvýšenia mzdového ohodnotenia zdravotníckych pracovníkov v Slovenskej republike sa znásobuje výškou zárobkov a situáciou v Českej republike. Z pohľadu zamestnávateľov z Českej republiky, zdravotnícki pracovníci zo Slovenskej republiky kvalifikačne spĺňajú prísne kritériá zo strany právnych noriem EÚ (smernica 2005/36/ES) a nemajú rečovú bariéru. Takúto bonusovú hodnotu nemajú zdravotnícki pracovníci zo žiadneho iného štátu, či už EÚ (jazykové bariéry), alebo mimo EÚ (nesplňanie kvalifikačných požiadaviek noriem EÚ).

Z pohľadu zodpovednosti za zabezpečenie poskytovania zdravotnej starostlivosti v Slovenskej republike považujeme za nutnosť vážne sa touto otázkou zaoberať a hľadať finančné možnosti smerujúce k zvýšeniu platieb zdravotných poisťovní za výkony zdravotníckych zariadení. To následne umožní zvýšiť mzdové ohodnotenie zdravotníckych pracovníkov v Slovenskej republike, čo by na pracovnom trhu viedlo k zatraktívneniu sektoru zdravotníctva Slovenskej republiky nielen pre občanov Slovenskej republiky, ale aj pre občanov iných štátov.

Podľa súčasnej úpravy Zákonníka práce sa limity pracovného času uplatňujú na zmluvu (nie na zamestnanca). S ohľadom na nedostatok lekárov na zabezpečovanie zdravotnej starostlivosti v niektorých druhoch a odboroch zdravotnej starostlivosti (limitovaný ich odbornou spôsobilosťou získanou príslušným špecializačným štúdiom, ako aj dobou trvania jednotlivých špecializačných štúdií), je ponechanie súčasnej platnej právnej úpravy, ako aj zachovanie určitej miery flexibility pokiaľ ide o rozsah pracovného času dôležité pre zachovanie schopnosti zabezpečovať zdravotnú starostlivosť v niektorých odboroch.





8. FINANCOVANIE ZDRAVOTNÍCTVA

Autori: Morvay Karol, Pažitný Peter, Hlavatý Tibor, Szalay Tomáš, Szalayová Angelika, Hós Andrej, Salón Peter, Gajdošová Michaela

Úvod

V nasledujúcich podkapitolách sa uvádzajú základné princípy financovania systému zdravotníctva v Slovenskej republike. Osobitne sa prezentuje rozsah, štruktúra a časový vývoj príjmovej aj výdavkovej časti rozpočtu zdravotného sektora. V neposlednom rade sa predkladá medzinárodné porovnanie makroekonomických ukazovateľov zdravotného sektora. Značná časť údajov a analýz vychádza z kľúčových správ (podľa Szalay, T., Pažitný, P. a spol.: Slovakia: Health System Review, Health Systems in Transition 2010, WHO 2010)⁽¹⁹⁾ a správ OECD a Európskej komisie (Health at glance: Europe 2010).⁽²⁰⁾

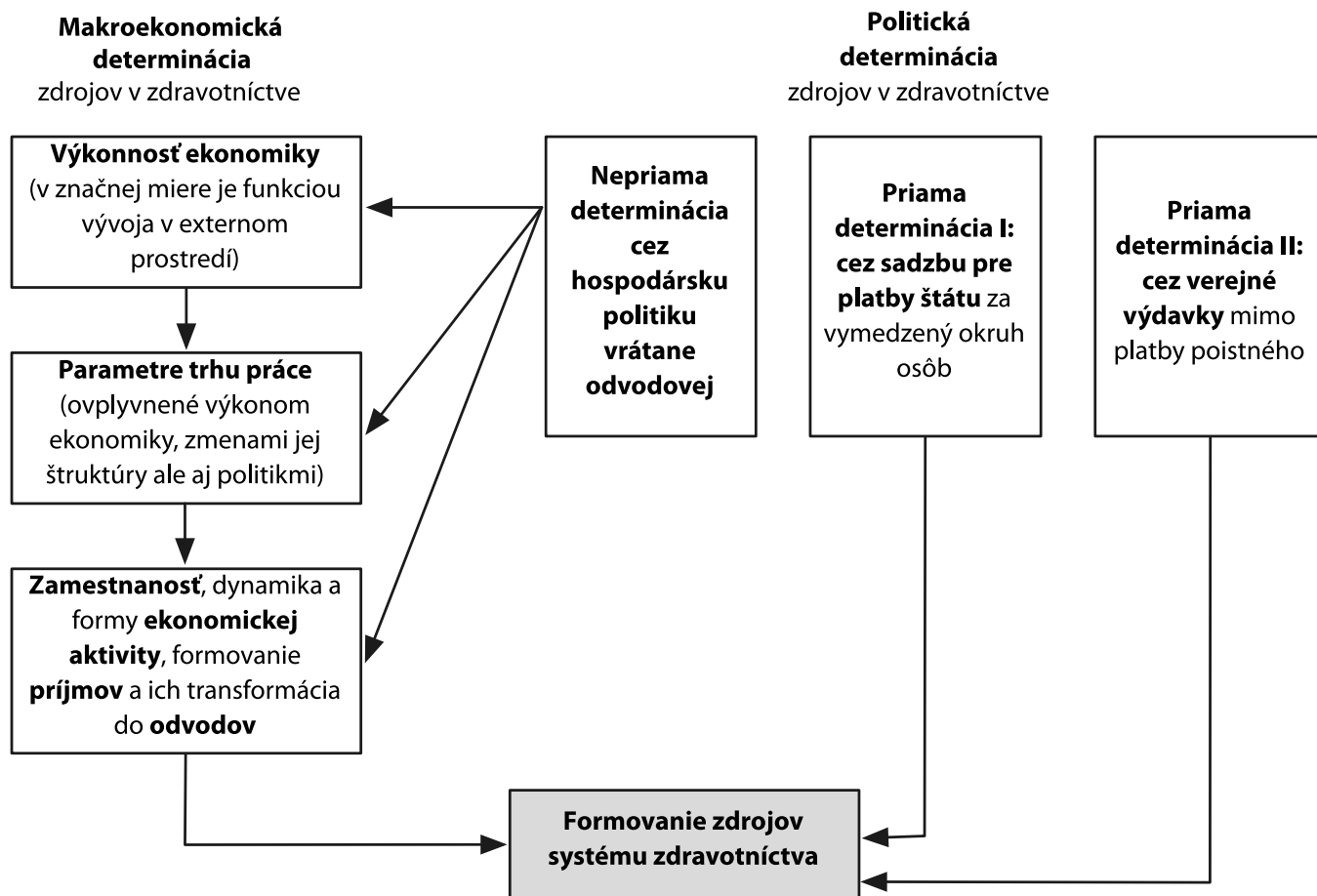
8.1. Systém financovania slovenského zdravotníctva

Objem zdrojov v zdravotníctve je určený jednak makroekonomickými faktormi nezávislými od vládnej politiky (výkyvy vo vonkajšom ekonomickom prostredí, technologické skoky, investorská aktivita, trhové impulzy), aj faktormi danými rôznymi segmentmi hospodárskej či sociálnej politiky (politika zamestnanosti a trhu práce, príjmová politika, daňovo-odvodová politika, celková fiškálna politika a pod.).

¹⁹ Szalay, T., Pažitný, P., Szalayová, A., Frisová, S., Morvay, K., Petrovič, M. and van Ginneken, E. Slovakia: Health System Review, Health Systems in Transition 2010, WHO 2010

²⁰ OECD. Health at glance: Europe 2010, OECD Publishing 2010
http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-10-en.

S 8.1 Súbeh makroekonomickej a politickej determinácie zdrojov



Zdroj: Autori

8.1.1. Kľúčové parametre určujúce objem zdrojov v zdravotníctve

Medzi makroekonomickými determinantmi zdrojov zdravotníctva majú rozhodujúci význam parametre trhu práce, medzi nimi hlavne dynamika rastu miezd. Tie makroekonomické parametre, ktoré majú významnú súvislosť s tvorbou zdrojov pre zdravotníctvo, sa vyvíjali v roku 2009 výrazne nepriaznivo v dôsledku ekonomickej recesie. Pokles zamestnanosti či spomalenie rastu miezd znižovalo bázu pre výpočet poisťného. Na začiatku roka 2010 sa síce obnovil ekonomický rast, ale na trhu práce prejavy recesie pretrvávali⁽²¹⁾. Vývoj na trhu práce značne v čase zaostáva za vývojom produkcie. Hoci sa rast ekonomiky po recesii obnovil od prvého štvrtroku 2010, prvé známky obratu v doteraz nepriaznivom vývoji na trhu práce sa objavili až v závere roka 2010. Citelnejšia priaznivá zmena pravdepodobne nastane až v priebehu roka 2011, rozhodne však ešte nemožno počítať s návratom parametrov trhu práce na predrecesnú úroveň. Dynami-

ka rastu miezd (na ktorú je vývoj zdrojov v zdravotníctve obzvlášť citlivý) sa síce v roku 2011 s vysokou pravdepodobnosťou mierne zvýši v porovnaní s tempom rastu z rokov 2009–2011 (keď to bolo iba približne 3 %), ale sa ani zďaleka nepriblíži hodnotám z obdobia 2007–2008 (keď to bolo 7,2 %, resp. 8,1 %).

Medzi politickými determinantmi je dôležitým determinantom výška sadzby pre platbu štátu za vymedzený okruh osôb. Do výpočtu platieb štátu v roku 2009 vstupovala priemerná mzda z roku 2007. Tu sa prejavuje anticyklický vplyv platieb štátu: medziročná dynamika platby štátu v recesii (v ktorej je rast priemernej mzdy veľmi slabý) je ovplyvnená vysokým tempom rastu miezd pred recesiou. Platba štátu tak v roku 2009 expandovala až z troch dôvodov:

- zvýšením sadzby, ktorou sa kalkuluje platba štátu,
- relatívne silným rastom miezd v období pred recesiou,
- nárastom počtu nezamestnaných, za ktorých platí poisťné štát.

V roku 2011 bude anticyklický mechanizmus platie štátu pravdepodobne pôsobiť naopak. Hoci sa rast aktuálnej priemernej mzdy bude pravdepodobne zrýchľovať, medziročný rast platby štátu bude určený veľmi slabým rastom priemernej mzdy počas recesie v roku 2009. Objem platby štátu tak bude obmedzovaný opäť tromi faktormi:

- znížením sadzby,
- mimoriadne slabým rastom priemernej mzdy počas recesie,
- pravdepodobne aj poklesom počtu nezamestnaných osôb.

Dva rozhodujúce faktory, ktoré ovplyvnia vývoj financovania zdravotníctva v roku 2011, budú zlepšenie vývoja na trhu práce (makroekonomická determinácia) a zníženie sadzby pre platby štátu (politická determinácia). Ďalším dôležitým faktorom bude rozširo-

vanie bázy príjmov, z ktorých sa platia odvody. V predikcii vývoja financovania (**tabuľka T 8.3**) sú dopady legislatívnych zmien odvodej bázy zahrnuté v daňových príjmoch od ekonomicky aktívneho obyvateľstva.

Podstatná časť zdrojov systému zdravotníctva v SR vzniká druhotným rozdelením (t.j. prerozdelením) prvotných dôchodkov v spoločnosti. Z údajov **tabuľky T 8.1** vyplýva, že približne 75 % zdrojov financovania systému zdravotníctva pochádzalo z prerozdelenia príjmov (príjmy verejného zdravotného poistenia plus verejné zdroje mimo zdravotných poisťovní). To dokumentuje význam konštrukcie nástrojov prerozdelenia zdrojov. **Schéma S 8.2** zobrazuje transformáciu príjmov v spoločnosti a pôvod zdrojov financovania systému zdravotníctva.

T 8.1 Štruktúra financovania systému zdravotníctva v roku 2009 (podieli súčastí na celkových zdrojoch)

Príjmy verejného zdravotného poistenia (71,4 %)				Verejné zdroje mimo zdravotných poisťovní (3,8 %)		Priame platby domácností (24,8 %)
Daňové príjmy ZP (71,0 %)			Nedaňové plus transfery (0,4 %)	Zdroje MZ SR a iných rozpočtových kapitol (3,4 %)	Zdroje od VÚC a obcí (0,4 %)	
Od ekonomicky aktívneho obyvateľstva (45,9 %)	Od štátu za vymedzený okruh osôb (24,7 %)	Ročné zúčtovanie plus sankcie súvisiace s poisťným (0,4 %)				
Celkové zdroje zdravotníctva (100 %)						

Poznámka: Podiely počítané z údajov bez príjmových finančných operácií zdravotných poisťovní.

Zdroj: Podiely vypočítané z absolútnych objemov podľa Rozpočtu verejnej správy na roky 2010 až 2012 a Rozpočtu verejnej správy na roky 2011 až 2013 (vrátane Prílohy 1).

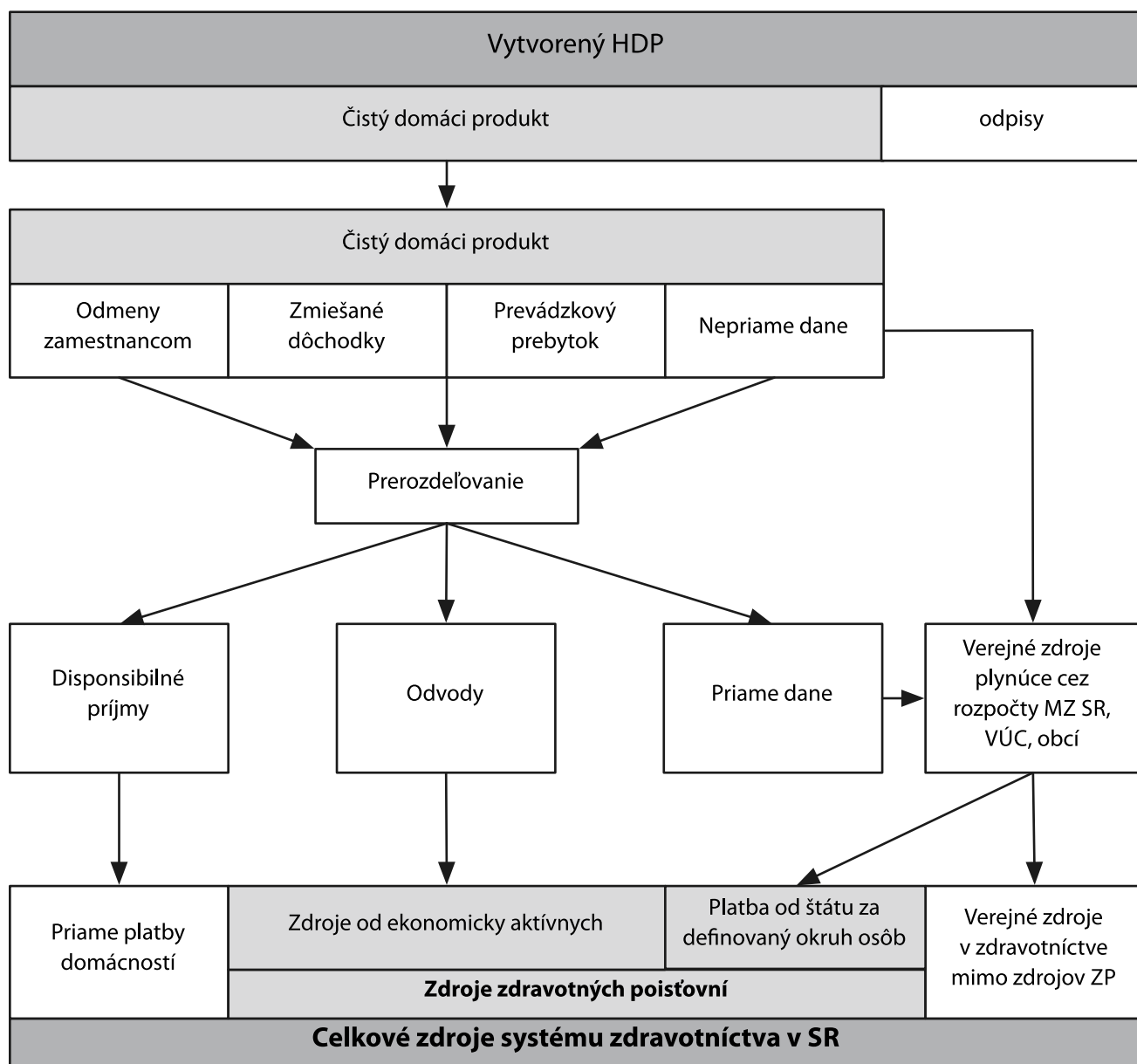
8.2. Zdroje príjmov slovenského zdravotníctva a ich členenie

Celkové príjmy sektora zdravotníctva tvorili v roku 2010 podiel 7,3 % HDP podľa národných zdrojov (**tabuľka T 8.2**). Tento vysoký HDP podiel bol skôr výnimočný. Pred rokom 2008 sa podiel pohyboval na úrovni 6,5 % HDP v troch po sebe nasledujúcich rokoch. Od roku 2002, vykazujú zdroje financovania zdravotníctva pomerne uniformnú schému. V prvej polovici volebného obdobia sú na nižšej úrovni a nasleduje vyššia úroveň v posledných dvoch rokoch volebného obdobia (**tabuľka T 8.2**). Zdroje financovania dosiahli vrcholy v období 2004–2005 a 2009–2010 keď významne narástli nad 7 % v dôsledku výpomoci a financovania zo súkromných zdrojov. Ďalším faktorom je aj zvýšenie štátnych príspevkov za ekonomicky neaktívnu populáciu v rokoch 2009–2010.

Medzinárodné porovnanie zdrojov systému zdravotníctva je dostupné podľa metodiky WHO pre rok 2008. V porovnaní s ostatnými európskymi krajinami, medzinárodne dostupný údaj 7,8 % pre slovenské výdavky na zdravotníctvo ako podiel z HDP v roku 2008 bol nad priemerom EÚ 12, ale stále výrazne nižší ako priemer EÚ 15 (**graf G 8.1**).

Pomer výdavkov na zdravotníctvo voči HDP v metodike WHO je vyšší ako v národných údajoch. Tieto vzhľadom k medzinárodne uznávanej Národnej zdravotnej účtovnej metodike použitej WHO, uvádzajú vyššie hodnoty ako súkromné výdavky národných zdrojov. Porovnanie slovenských výdavkov na osobu (1 717 USD v parite kúpnej sily) s ďalšími krajinami Višegrádskej štvorky v roku 2008 ukazuje, že výdavky boli mierne vyššie ako v Českej republike a podstatne vyššie ako v Maďarsku a Poľsku (**graf G 8.2**).

**S 8.2 Zjednodušený model pôvodu zdrojov v systéme zdravotníctva:
Postupnosť od HDP k zdrojom pre zdravotníctvo**



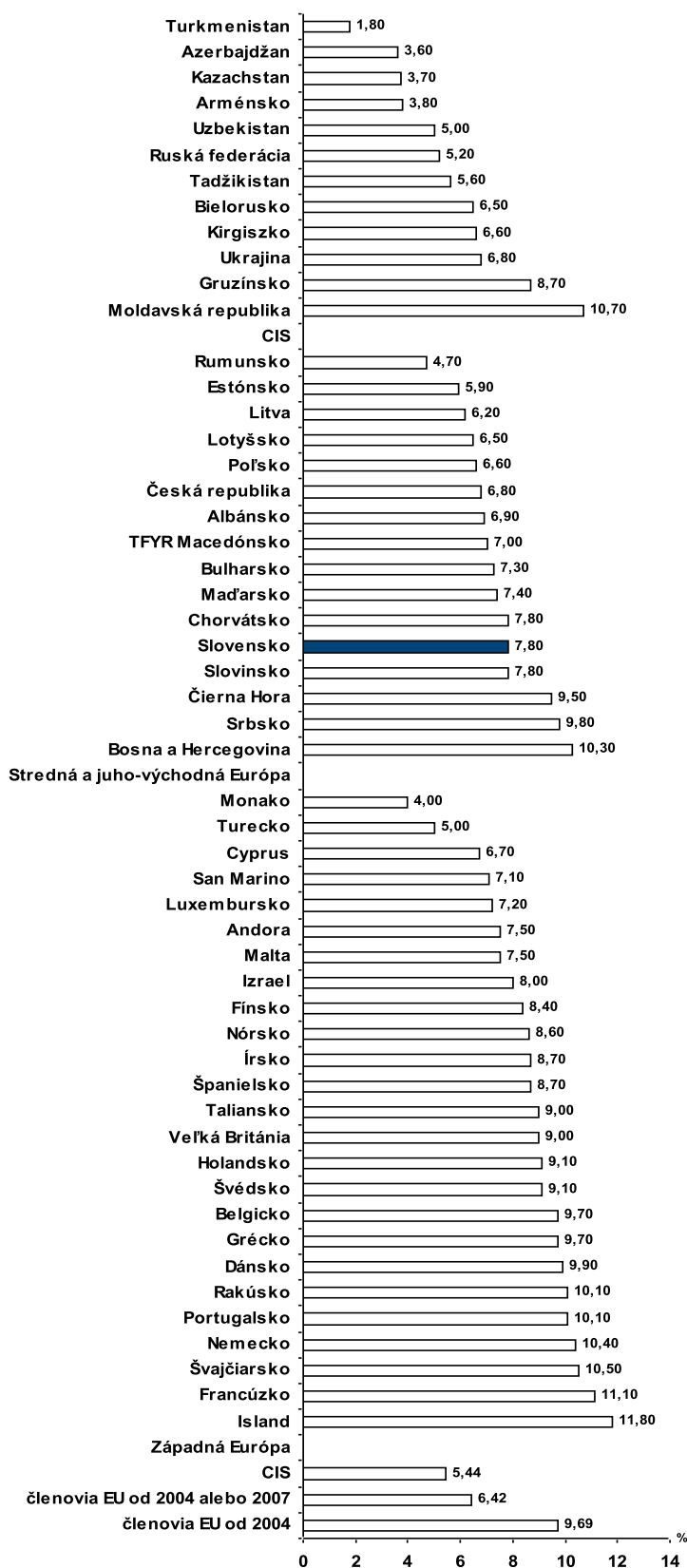
Poznámka: šípky neznamenajú exaktnú matematickú väzbu, iba model, ako sa jedna kategória transformuje do ďalšej

T 8.2 Zdroje financovania slovenského zdravotníctva v rokoch 2002–2010 v miliónoch EUR a ako % HDP (podľa Szalay, T., Pažitný, P. a spol.: Slovakia: Health System Review, Health Systems in Transition 2010, WHO 2010)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010e
v miliónoch EUR									
A. Verejné zdravotné poistenie	1 836	1 978	2 197	2 443	2 642	2 898	3 263	3 305	3 409
príspevky ekonomicky aktívnej populácie	1 322	1 444	1 583	1 723	1 869	2 002	2 266	2 144	2 127
príspevky ekonomicky neaktívnej populácie platené štátom	515	534	614	720	773	896	997	1 161	1 282
B. Vyrovnanie dlhov / pomoc	119	177	266	202	0	0	0	199	0
C. MINISTERSTVO ZDRAVOTNÍCTVA kapitola vrátane euro fondov	159	159	136	126	123	116	123	174	225
D. Ďalšie rozpočtové kapitoly, vyššie územné celky, Príspevky sociálneho poistenia	55	38	15	18	19	12	15	15	16
E. Verejné zdroje Spolu (A+B+C)	2 169	2 352	2 614	2 789	2 784	3 026	3 401	3 693	3 650
F. Súkromné zdroje spolu	288	380	604	678	761	929	1 003	1 142	1 107
G. Zdroje spolu (E+F)	2 457	2 732	3 218	3 467	3 545	3 955	4 404	4 835	4 757
H. HDP	36 782	40 580	44 986	48 833	54 314	61 500	67 330	63 524	65 507
% HDP									
A. Verejné zdravotné poistenie	5,0 %	4,9 %	4,9 %	5,0 %	4,9 %	4,7 %	4,8 %	5,2 %	5,2 %
príspevky ekonomicky aktívnej populácie	3,6 %	3,6 %	3,5 %	3,5 %	3,4 %	3,3 %	3,4 %	3,4 %	3,2 %
príspevky ekonomicky neaktívnej populácie platené štátom	1,4 %	1,3 %	1,4 %	1,5 %	1,4 %	1,5 %	1,5 %	1,8 %	2,0 %
B. Vyrovnanie dlhov / pomoc	0,3 %	0,4 %	0,6 %	0,4 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,3 %	0,0 %
C. MINISTERSTVO ZDRAVOTNÍCTVA kapitola vrátane euro fondov	0,4 %	0,4 %	0,3 %	0,3 %	0,2 %	0,2 %	0,2 %	0,3 %	0,3 %
D. Ďalšie rozpočtové kapitoly, vyššie územné celky, Príspevky sociálneho poistenia	0,1 %	0,1 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
E. Verejné zdroje spolu (A+B+C)	5,9 %	5,8 %	5,8 %	5,7 %	5,1 %	4,9 %	5,1 %	5,8 %	5,6 %
F. Súkromné zdroje spolu	0,8 %	0,9 %	1,3 %	1,4 %	1,4 %	1,5 %	1,5 %	1,8 %	1,7 %
G. Zdroje spolu (E+F)	6,7 %	6,7 %	7,2 %	7,1 %	6,5 %	6,4 %	6,5 %	7,6 %	7,3 %

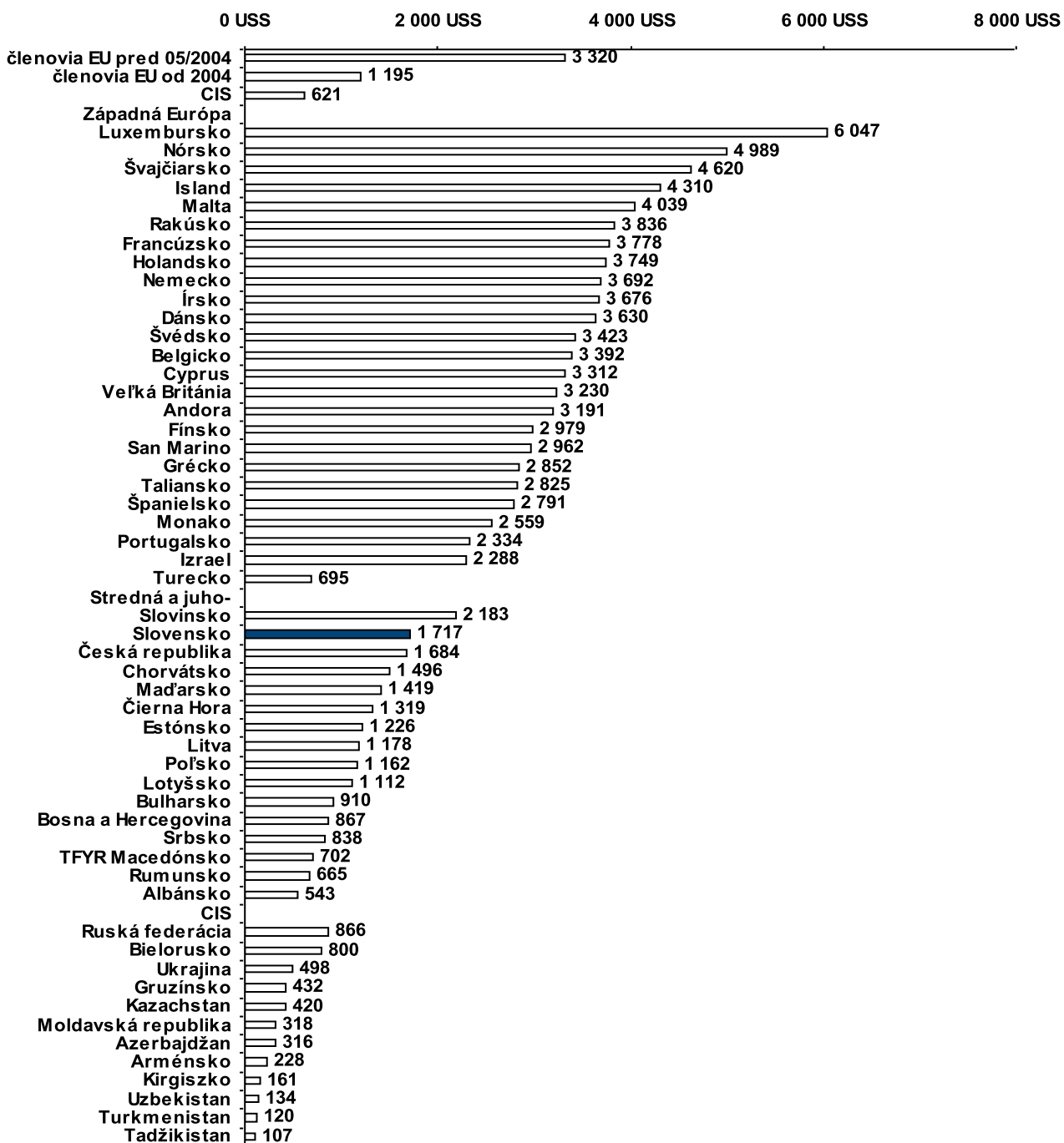
Zdroj: Zdravotné poisťovne, Ministerstvo financií, ŠÚ SR/odhad

G 8.1 Celkové výdavky na zdravotníctvo ako podiel % HDP v WHO Európskom regióne, 2008 (WHO odhad)



Zdroj: Zdravotné poisťovne, Ministerstvo financií, ŠÚ SR

G 8.2 Celkové výdavky na zdravotníctvo v USD parita kúpnej sily na osobu v WHO Európskom regióne, 2008 (WHO odhad)



Zdroj: WHO regionálna kancelária pre Európu, Európske zdravie pre všetky databázy (HFA DB), August 2009

Podiel verejných výdavkov na celkové výdavky na zdravotníctvo klesá v priebehu ekonomickej transformácie, v roku 2010 klesol na 76,5 % (**tabuľka T 8.2**). Tento pokles vo verejných výdavkoch na zdravotníctvo je podobný ako v krajinách V4 a je výsledkom menších štátnych zásahov vo všetkých hospodárskych odvetviach, vrátane zdravotnej starostlivosti. Z medzinárodnej perspektívy, dáta WHO zozbierané podľa Národnej zdravotníckej účtovnej metodiky toto

číslo (v roku 2008) bolo dokonca o 10 percentuálnych bodov nižšie. S úrovňou 66,8 % patrilo medzi najnižšie zo všetkých krajín EU, o niečo nižšie medzi ostatnými krajinami Višegrádskej štvorky a hlboko pod priemerom EU 12 a EU 15 (**graf G 8.4**).

V **tabuľke T 8.3** je zosumarizovaný vývoj rozdelenia zdrojov v systéme verejného zdravotného poistenia na Slovensku v rokoch 2002–2010. Štruktú-

**T 8.3 Zdroje sociálneho a zdravotného poistenia, ako % HDP
a členenie štruktúry ekonomicky aktívnej a neaktívnej populácie**
(podľa Szalay, T., Pažitný, P. a spol.: Slovakia: Health System Review, Health Systems in Transition 2010, WHO 2010)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010e
Verejné zdravotné poistenie ako % HDP	5,0 %	4,9 %	4,9 %	5,0 %	4,9 %	4,7 %	4,8 %	5,2 %	5,2 %
Príspevky ekonomicky aktívnej populácie ako % HDP	3,6 %	3,6 %	3,5 %	3,5 %	3,4 %	3,3 %	3,4 %	3,4 %	3,2 %
Príspevky ekonomicky neaktívnej populácie platené štátom ako % HDP	1,4 %	1,3 %	1,4 %	1,5 %	1,4 %	1,5 %	1,5 %	1,8 %	2,0 %
Verejné zdravotné poistenie SPOLU	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Príspevky ekonomicky aktívnej populácie ako % verejného zdravotného poistenia	72 %	73 %	72 %	71 %	71 %	69 %	69 %	65 %	62 %
Príspevky ekonomicky neaktívnej populácie platené štátom ako % sociálneho zdravotného poistenia	28%	27 %	28 %	29 %	29 %	31 %	31 %	35 %	38 %

Zdroj: Zdravotné poisťovne, Ministerstvo financií, ŠÚ SR /e: odhad

ra zdrojov zdravotného poistenia sa od roku 2002 výrazne zmenila. V roku 2002 až 72 % prostriedkov pochádzalo od pracujúcej populácie a 28 % z príspevkov štátu za poistencov štátu zo všeobecných daní. V roku 2010 bude podiel týchto štátnych príspevkov dosahovať 38 %. V roku 2010 budú platby štátu 2 % HDP, kým v roku 2002 dosahovalo toto číslo len 1,4 %. Tieto zmeny v štruktúre súvisia s reformou poistenia z roku 2004.

Podľa údajov ŠÚ SR, priemerný Slovák minie na svoje zdravie viac ako 200 Euro ročne zo svojho vrecka (privátne zdroje systému zdravotníctva, out of the pocket payments). V roku 2009 tieto výdavky predstavovali 1,8 % HDP. Ak v roku 2009 Slovák zaplatil zo svojho vrecka 23,6 % na svoje zdravie, čo je viditeľne viac ako v roku 2002 kedy to bolo len 11,7 %. Hlavný dôvod zvýšenia platieb pacientov je nárast doplatkov za lieky, vyššie výdavky na voľnopredajné lieky, väčšie využívanie služieb súkromných zdravotných poskytovateľov pacientom, nárast rôznych administratívnych poplatkov a neformálnych platieb v štátnom sektore. Ako už bolo uvedené podľa me-

dzinárskych databáz, ktoré používajú iné metodiky výpočtu percentá týchto doplatkov sú ešte približne o desať percentuálnych bodov vyššie (posledný údaj 33,2 % v roku 2008). Doplatky pacientov na Slovensku pozostávajú predovšetkým z (1) poplatkov za recepty a rôzne zdravotnícke služby a (2) doplatkov za lieky na predpis a návštevy kúpeľov a (3) priamych platieb za voľnopredajné lieky, nadštandardnú starostlivosť, prístup a starostlivosť neuhrádzanú z verejného zdravotného poistenia

8.3. Štruktúra výdavkov na zdravotnú starostlivosť na Slovensku

V **tabuľke T 8.5** je uvedená štruktúra verejných výdavkov na zdravotnú starostlivosť na Slovensku a jej vývoj v rokoch 2007–2010. Údaje vychádzajú z dát verejného zdravotného poistenia. Z uvedených dát vyplýva, že v roku 2010 predstavovali výdavky na lieky a zdravotné pomôcky 1165 mil. Euro (34 % výdavkov), výdavky na ambulantnú starostli-

T 8.4 Súkromné výdavky na zdravotníctvo podľa národných údajov

Súkromné výdavky	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Na osobu v €	53	70	112	126	141	172	186	211
Celkovo v miliónoch €	288	380	604	678	761	929	1 003	1 142
V % HDP	0,8 %	0,9 %	1,3 %	1,4 %	1,4 %	1,5 %	1,5 %	1,8 %
V % z celkových výdavkov	11,7 %	13,9 %	18,8 %	19,6 %	21,5 %	23,5 %	22,8 %	23,6 %

Zdroj: ŠÚ SR

T 8.5 Výdavky na zdravotnú starostlivosť zo zdravotných poisťovní

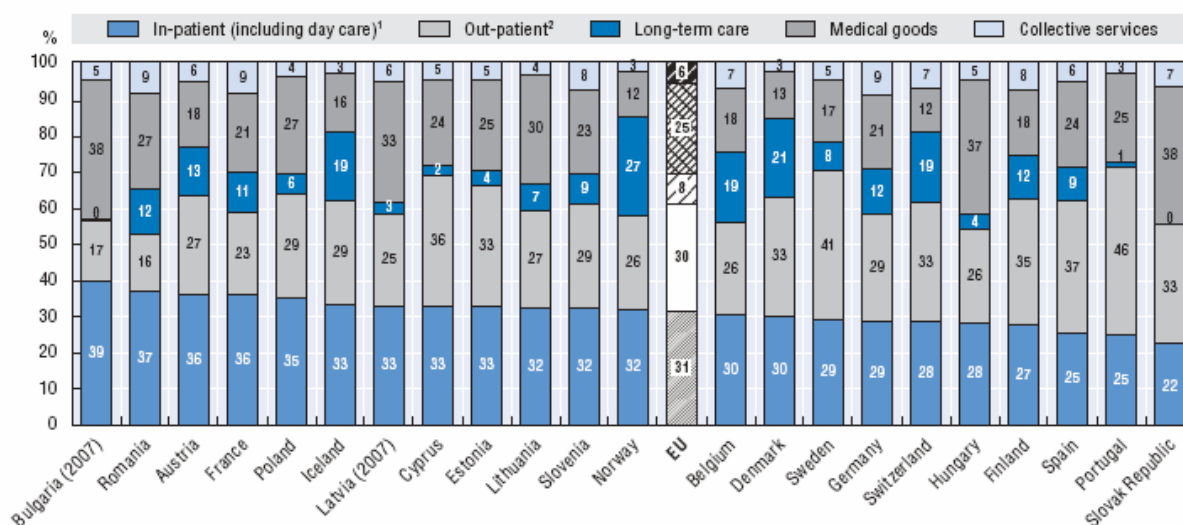
(podľa Szalay, T., Pažitný, P. a spol.: Slovakia: Health System Review, Health Systems in Transition 2010, WHO 2010)

Výdavky	v miliónoch EUR				ako % zo všetkých výdavkov			
	2007	2008	2009	2010	2007	2008	2009	2010
A Výdavky na zdravotnú starostlivosť spolu	2 751	3 160	3 173	3 311	94 %	93 %	96 %	96 %
A1 Lieky a zdravotné pomôcky	978	1 105	1 075	1 165	33 %	32 %	32 %	34 %
lieky	880	990	945	1 027	30 %	29 %	29 %	30 %
zdravotné pomôcky	98	115	130	138	3 %	3 %	4 %	4 %
A2 Ambulantná starostlivosť	1 002	1 208	1 188	1 191	34 %	35 %	36 %	34 %
základná starostlivosť	244	285	270	258	8 %	8 %	8 %	7 %
špecializovaná starostlivosť	324	412	392	364	11 %	12 %	12 %	11 %
zubári	98	119	114	108	3 %	3 %	3 %	3 %
diagnostika a laboratória	336	392	412	461	11 %	12 %	12 %	13 %
A3 Ústavná starostlivosť (nemocnice)	752	824	886	931	26 %	24 %	27 %	27 %
všeobecné nemocnice	553	595	645	672	19 %	17 %	19 %	19 %
špecializované nemocnice	170	191	201	217	6 %	6 %	6 %	6 %
medicínske centrá	3	0	0	0	0 %	0 %	0 %	0 %
opatrovateľské ústavy	26	37	40	42	1 %	1 %	1 %	1 %
A4 Cudzinci bezdomovci, EU	19	23	24	24	1 %	1 %	1 %	1 %
B Administratívne výdavky	143	216	120	125	5 %	6 %	4 %	4 %
C Iné výdavky	36	27	23	26	1 %	1 %	1 %	1 %
C1 Financovanie orgánov dohľadu zdravotnej starostlivosti ÚDZS	12	14	14	15	0 %	0 %	0 %	0 %
C2 Financovanie záchranných operačných centier	7	8	9	11	0 %	0 %	0 %	0 %
C3 Iné	16	5	0	0	1 %	0 %	0 %	0 %
D Výdavky celkom	2 930	3 405	3 316	3 462	100 %	100 %	100 %	100 %

Zdroj: Zdravotné poisťovne, ÚDZS

G 8.3 Štruktúra výdavkov na zdravotníctvo krajín OECD

Krajiny sú zoradené podľa výdavkov na nemocničnú (ústavnú) zdravotnú starostlivosť

Zdroj: OECD Health at glance 2010. Statlink: <http://dx.doi.org/10.1787/888932337433>

In patient: ústavná zdravotná starostlivosť (nemocnice); Out patient: ambulantná zdravotná starostlivosť (všeobecná aj špecializovaná); Long-term care: Starostlivosť o dlhodobo chorých; Medical goods: lieky a zdravotné pomôcky; Collective services: administratívne náklady a verejné zdravotníctvo

vosť 1191 mil. Euro (34%), výdavky na ústavnú zdravotnú starostlivosť 931 mil. Euro (27%), administratívne výdavky spolu 125 mil. Euro a iné spolu menej ako 1 % zdrojov.

V nasledujúcom **grafe G 8.3** je uvedená štruktúra výdavkov slovenského zdravotníctva v kontexte štruktúry výdavkov na zdravotníctvo krajín OECD.

Z uvedeného vyplýva niekoľko základných pozorovaní. Slovenská republika v porovnaní s krajinami OECD dáva nepomerne vyššie percento výdavkov na lieky a zdravotné pomôcky (Slovensko 38 % versus priemer OECD 25 %), výrazne nižšie percento výdavkov na nemocničnú zdravotnú starostlivosť (Slovensko 22 % versus priemer OECD 30 %) a alarmujúce pozorovanie predstavujú takmer nulové výdavky na starostlivosť o dlhodobu chorých (Slovensko 0 % versus priemer OECD 8 %).

8.4. Predikcia zdrojov slovenského zdravotníctva v roku 2011

V období 2009–2010 (keď bol trh práce poznačený recesiou), bol pokles objemu odvodov z miezd viac ako kompenzovaný rastom objemu platieb štátu za vymedzený okruh osôb. Napriek ekonomickej recesii bol celkový objem poistného medziročne rastúci kvôli expanzii objemu poistného plateného štátom. V roku 2011 bude pravdepodobne konštelácia opačná: pokles objemu platby štátu bude viac ako kompenzovaný rastom objemu odvodov z miezd. Rast daňových príjmov je od roku 2011 podporený očakávaným obnoveným rastom zamestnanosti a silnejším rastom miezd ako v období recesie, ale pritom je oslabený tým, že sadzba poistného za poistencov štátu je v roku 2011 na nižšej úrovni ako bola v rokoch 2009–2010.

T 8.6 Financovanie systému zdravotníctva v SR – predikcia na rok 2011 (mil. eur, ak nie je uvedené inak)

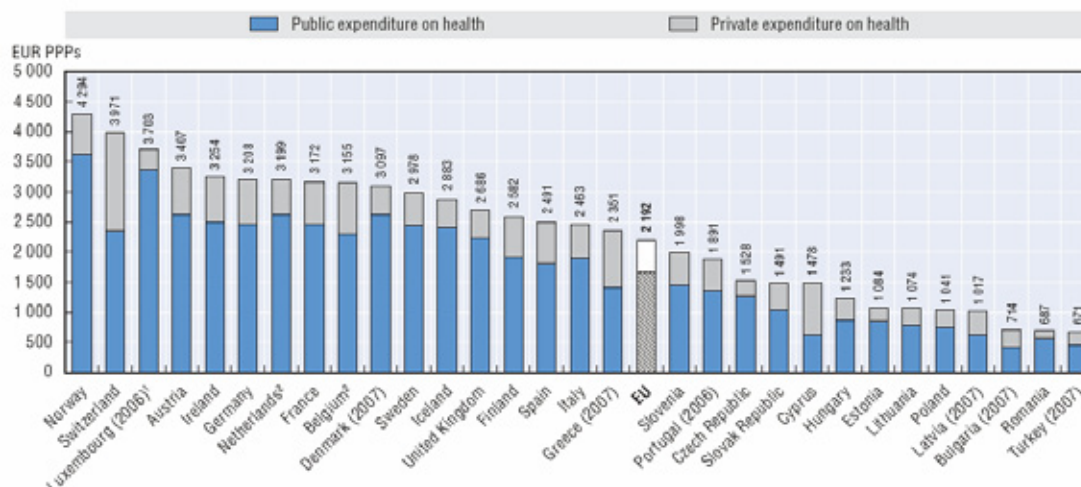
	2009 (s)	2010 (o)	2011 (p)
Príjmy verejného zdravotného poistenia	3582,3	3664,0	3698,3
A) Vráťane príjmových finančných operácií			
Príjmy verejného zdravotného poistenia	3363,0	3578,2	3616,1
B) Bez príjmových finančných operácií			
Daňové príjmy	3342,4	3559,6	3599,4
ekonomicky aktívne obyvateľstvo	2161	2196,5	2368,2
platba štátu	1162,4	1284,9	1197,8
ročné zúčtovanie poistného	14,5	73,7	29,7
sankcie súvisiace s poistným	3,3	4,5	3,7
Nedaňové príjmy	20,3	18,4	16,5
Transfery v rámci verejnej správy	0,3	0,2	0,2
Príjmové finančné operácie (v tom zostatok prostr. z predchádzajúcich rokov a iné príjmové FO)	219,3	85,8	82,2
Verejné zdroje mimo zdravotných poisťovní	178,6	190,8	235,2
VÚC	11,7	10	11,2
Obce	7,4	10,3	8,3
MZ SR mimo platieb štátu	125,4	154,8	204,1
iné rozpočtové kapitoly	34,1	15,7	11,6
Priame platby domácností	1165,1	1107,5	1152,9
Financovanie systému zdravotníctva spolu	4926,0	4962,3	5086,4
A) Vráťane príjmových finančných operácií			
Financovanie systému zdravotníctva spolu	4706,7	4876,5	5004,2
B) Bez príjmových finančných operácií			
Financovanie systému zdravotníctva spolu – podiel na HDP v %			
A) Vráťane príjmových finančných operácií	7,8	7,5	7,2
Financovanie systému zdravotníctva spolu – podiel na HDP v %			
B) Bez príjmových finančných operácií	7,4	7,4	7,1

Vysvetlivky: s – skutočnosť, o – odhad, p – predikcia

Zdroj: podľa Rozpočtu verejnej správy na roky 2010 až 2012 a Rozpočtu verejnej správy na roky 2011 až 2013 (vrátane Prílohy 1). Podiely na DP sú prepočty s využitím údajov ŠÚ SR a makroekonomickej prognózy IFP pri MF SR.

²² Príjmové finančné operácie dosiahli spolu 219 268 tis. Euro. Z nich tvorí zostatok prostriedkov z predchádzajúcich rokov 153 783,7 tis. Euro. Táto skutočnosť vzniká na základe splatnosti faktúr, faktúry ktoré boli vystavené v mesiaci december sú následne uhrádzané do 10. dňa nasledujúceho mesiaca. Z iných príjmových finančných operácií zdravotné poisťovne dosiahli 65 484,3 tis. Euro. Zdravotné poisťovne v roku 2009 nerealizovali výdavkové finančné operácie.

G 8.4 Celkové výdavky na zdravotníctvo v roku 2008

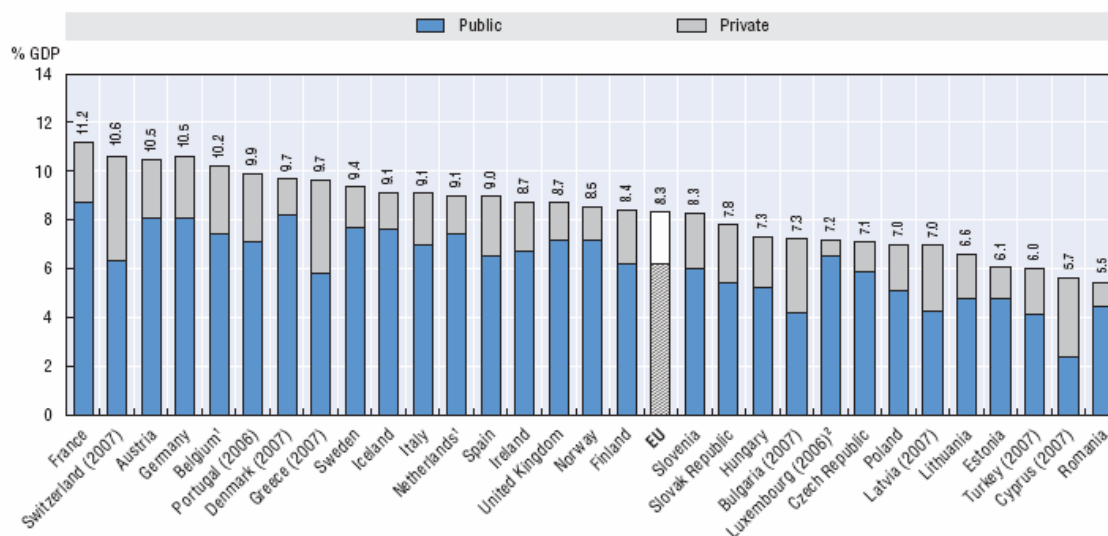

 Zdroj: OECD Health at glance 2010. Statlink: <http://dx.doi.org/10.1787/888932337319>

Public expenditure on health: verejné výdavky na zdravotníctvo

Private expenditure on health: súkromné výdavky na zdravotníctvo

EUR PPP: Výdavky v parite kúpnej sily Euro.

G 8.5 Výdavky na zdravotníctvo v roku 2008 ako podiel na HDP


 Zdroj: OECD Health at glance 2010. Statlink: <http://dx.doi.org/10.1787/888932337376>

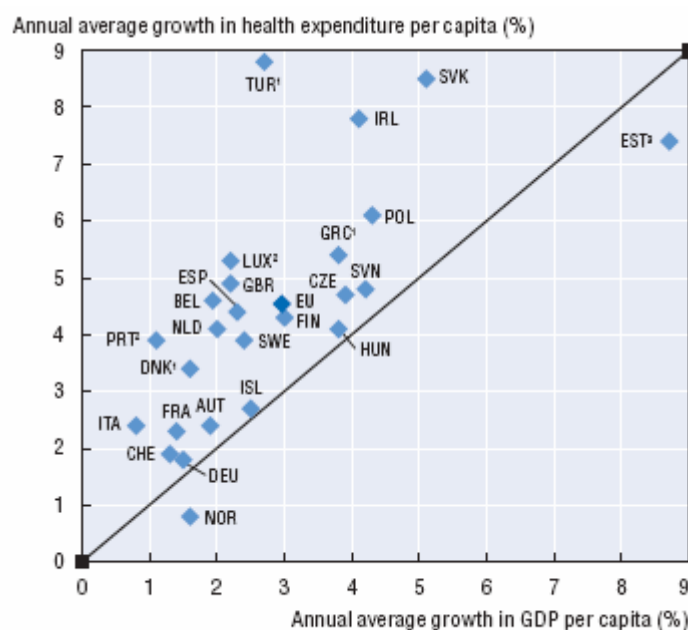
Public: verejné výdavky na zdravotníctvo

Private: súkromné výdavky na zdravotníctvo,

% GDP: percentuálny podiel na HDP

²³ Táto výhrada sa objavuje v publikáciách Health Policy Institute. Napríklad: <http://www.hpi.sk/hpi/sk/view/3828/karol-morvay-hmla-okolo-priamych-platieb-domacnosti-v-nbsp-zdravotnictve.html>

G 8.6 Rast výdavkov na zdravotníctvo v krajinách OECD v rokoch 1998–2008



1. 1998-2007. 2. 1998-2006. 3. 1999-2007.

Zdroj: OECD Health at glance 2010. Statlink: <http://dx.doi.org/10.1787/888932337395>

Os x: Priemerný ročný rast výdavkov na zdravotníctvo v % HDP

Os y: Priemerný ročný rast výdavkov na zdravotníctvo per capita.

Celkový objem zdrojov v systéme je obzvlášť v roku 2009 mimoriadne poznačený objemom príjmových finančných operácií⁽²²⁾ v zdravotných poisťovniach. Preto agregované údaje v **tabuľke T 8.6** zobrazujú aj financovanie vrátane príjmových FO, aj bez nich. **Tabuľka T 8.6** zobrazuje objem priamych platieb domácností tak, ako ich uvádza Rozpočet verejnej správy. Tento údaj je výstupom makroekonomického bilancovania podľa metodiky národných účtov. Časť odbornej verejnosti namieťa obtiažnu interpretovateľnosť tejto hodnoty, ktorá je až približne dvojnásobkom hodnoty peňažných výdavkov domácností zistených metodikou rodinných účtov (podľa peňažných denníkov domácností)⁽²³⁾.

V roku 2011 možno očakávať mierny pokles zdrojov zdravotníctva v pomere k HDP. Aj keď je pravdepodobný nominálny rast zdrojov financovania, tento rast bude pomalší ako je očakávané tempo rastu HDP. K takémuto vývoju prispieva pokles očakávaného objemu príjmových finančných operácií (ich objem v roku 2009 bol mimoriadne vysoký, v ďalších rokoch ich objem klesá) aj objem platby štátu za vymedzený okruh osôb.

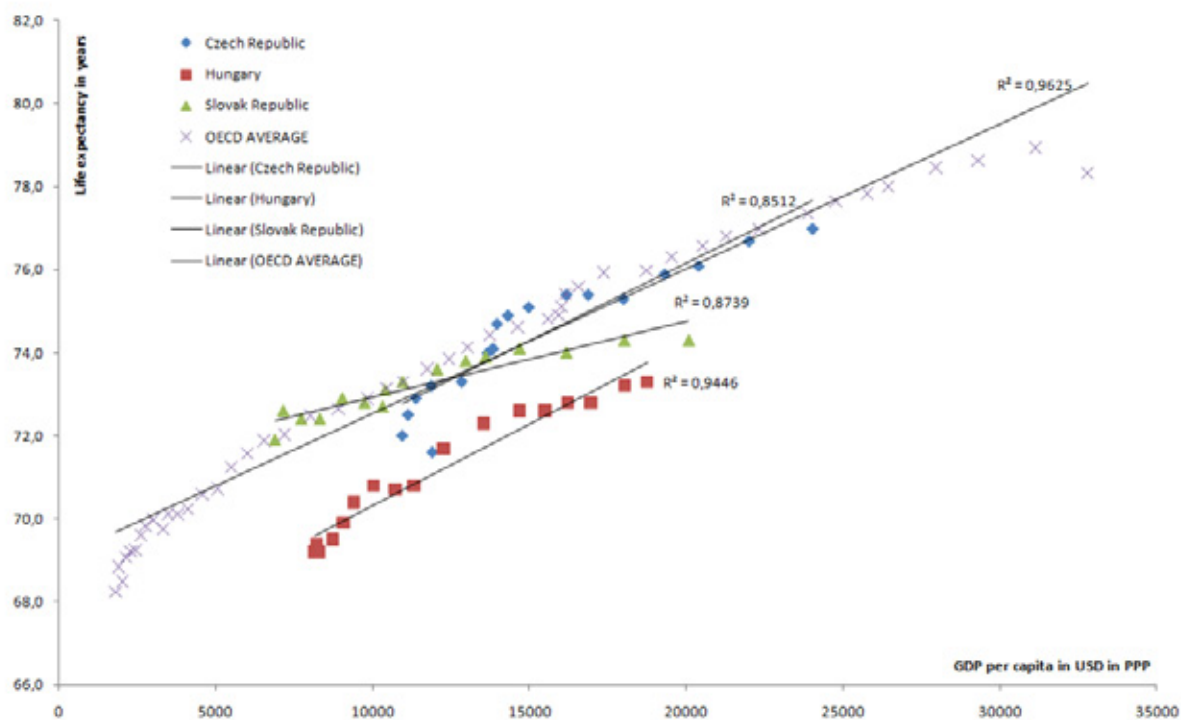
8.5 Medzinárodné porovnanie zdrojov systému slovenského zdravotníctva v roku 2010

Medzinárodné porovnanie podielu výdavkov na zdravotníctvo v roku 2008 podľa metodiky WHO je v **grafoch G 8.1 a G 8.2**.

Obdobné porovnanie podľa metodiky OECD⁽¹¹⁾ uvádzame v **grafe G 8.4** (absolútne výdavky v EUR) a v **grafe G 8.5** (relatívne výdavky v % HDP).

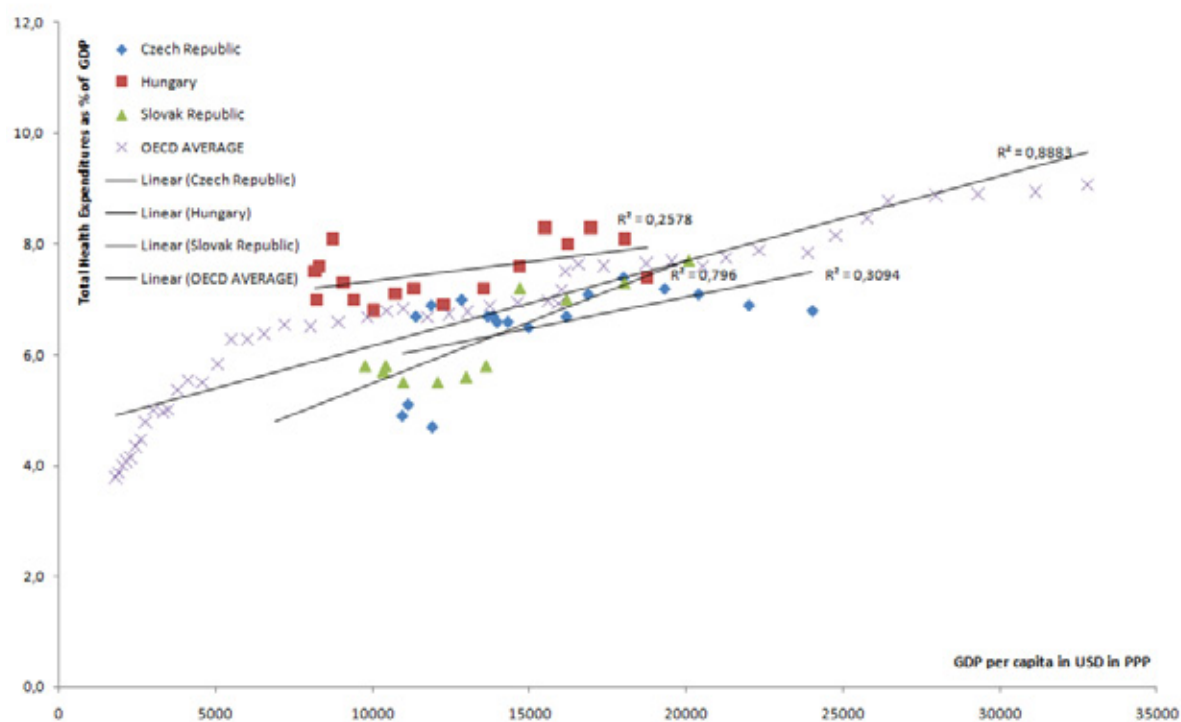
Výdavky na zdravotníctvo rástli v rokoch 1998–2008 vo všetkých krajinách sledovaných v správe OECD. Dynamika tohto rastu v absolútnom vyjadrení aj v relatívnom vyjadrení v rámci nárastu podielu na HDP je uvedená v **grafe G 8.6**. Z grafu vyplýva, že rast výdavkov na zdravotníctvo na Slovensku bol v rokoch 1998–2008 v absolútnom aj relatívnom vyjadrení vyšší ako v krajinách OECD a zrejme je reflexiou výrazného ekonomického rastu krajiny v spomínanom období.

G 8.7 Stredná dĺžka života v kontexte ekonomickej sily



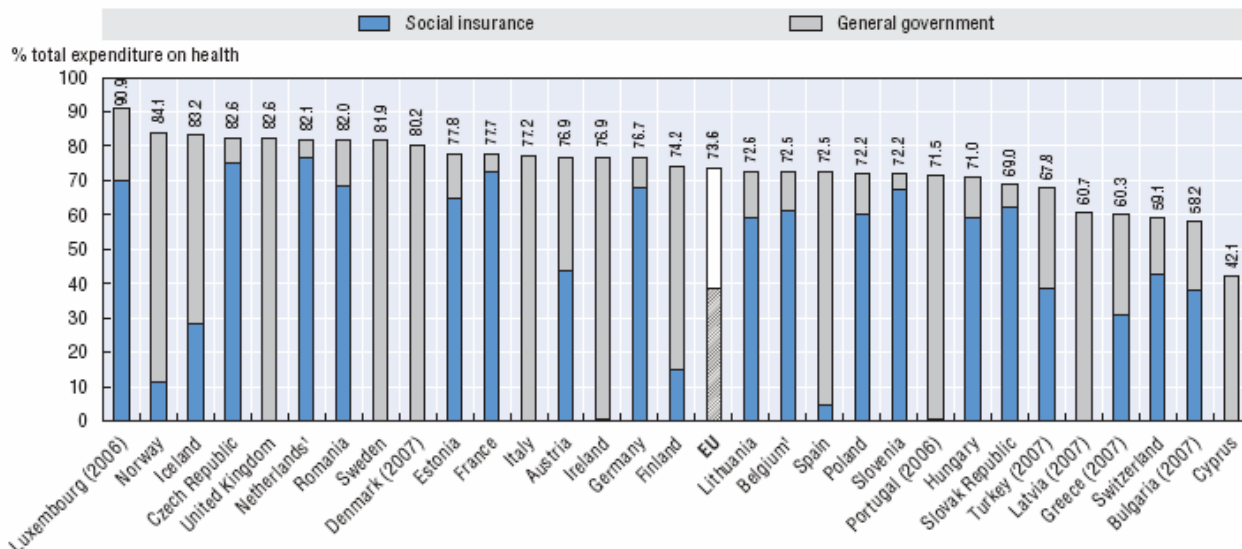
Zdroj: graf HPI na základe údajov OECD

G 8.8 Celkové výdavky na zdravotníctvo v kontexte ekonomickej sily



Zdroj: graf HPI na základe údajov OECD

G 8.9 Podiel verých výdavkov na zdravotníctvo z prostriedkov verejného zdravotného poistenia a štátneho rozpočtu v krajinách OECD v roku 2008



Zdroj: OECD Health at glance 2010. Statlink: <http://dx.doi.org/10.1787/888932337528>

Social insurance: verejné zdravotné poistenie

General government: zdroje štátnych rozpočtov

% total expenditure on health: podiel zdrojov z verejného zdravotného poistenia

Z **grafov G 8.6 až G 8.8** je zjavné, že porovnanie Slovenska s krajinami OECD je potrebné vnímať v kontexte ekonomickej sily. Stredná dĺžka života na Slovensku je výrazne nižšia ako priemer OECD (asi o 4 roky), ale keď dáme toto porovnanie do ekonomicky porovnateľného kontextu – teda budeme porovnávať strednú dĺžku života v SR a v OECD pri tej istej ekonomickej sile, tak zaostávanie Slovenska je oveľa nižšie (asi o 2 roky).

Podobne z **grafu G 8.1** je nápadné, že Slovensko dáva na zdravotníctvo nižší podiel HDP (približne 7–8%) ako je priemer krajín OECD (približne 9–10%). Ak však slovenské výdavky na zdravotníctvo porovnáme s výdavkami priemeru krajín OECD, keď boli na ekonomicky rovnakej úrovni ako Slovensko, zisťujeme, že tieto hladiny sú úplne identické. Zvyšovanie celkových výdavkov na zdravotníctvo v SR na úroveň krajín OECD je z ekonomického hľadiska podmienené dobiehaním krajín OECD, čo je dlhodobý proces.

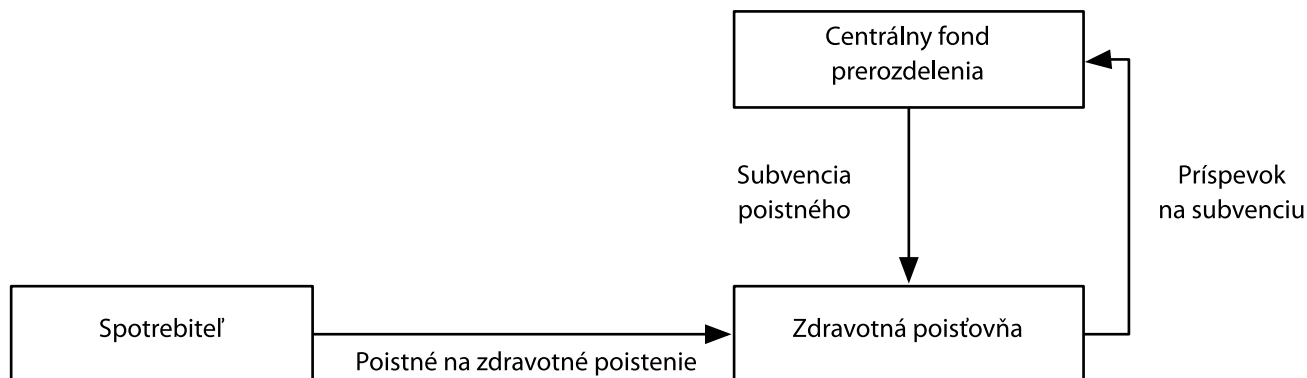
V poslednom **grafe G 8.9** tejto kapitoly je uvedený prehľad systémov financovania zdravotníctva z verejných zdrojov v krajinách OECD, a to vyjadrením podielu financovania priamo zo štátneho rozpočtu a z prostriedkov verejného zdravotného poistenia.

8.6. Akumulácia zdrojov a kompenzácia rizikovej štruktúry verejného zdravotného poistenia

Cieľom kompenzácie rizikovej štruktúry je predchádzať selekcii rizika a vytvoriť také konkurenčné prostredie, aby výnosy na určitú kategóriu poistencov v čo najväčšej miere pokrývali náklady na túto skupinu poistencov.

8.6.1. Systém prerozdelenia

Do roku 2004 existoval na Slovensku interný systém prerozdelenia s centrálnym fondom, ktorý nemal

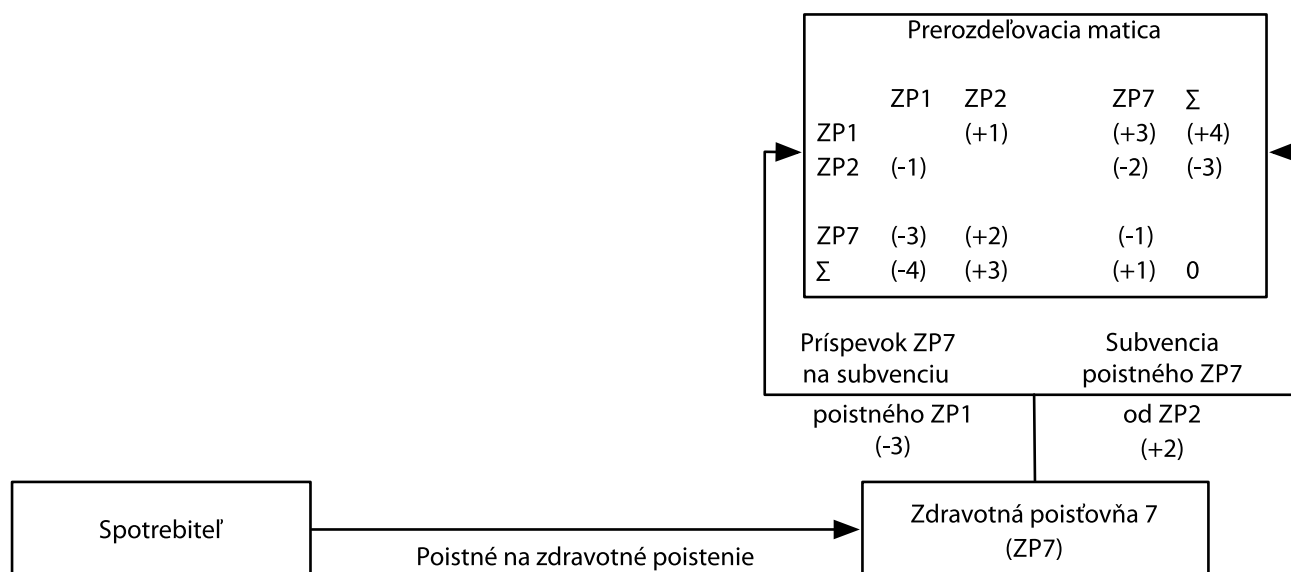
S 8.3 Interný systém prerozdelenia s centrálnym fondom (Slovensko do roku 2004)

Zdroj: Dobrý poistenec nad zlato. Vieme ako ho vyvážiť?, HPI, 2008

právnou subjektivitu, čím dochádzalo k častému neplateniu do centrálného fondu. Centrálny fond bol spravovaný jedným z účastníkov trhu z dôvodu vedenia centrálného registra poistencov, čím bola spochybne-
ná nezávislosť rozhodovania vo fonde. Do roku 2004 bolo bežné, že jedna poisťovňa trvalo neplatila do centrálného fondu a napriek tomu jej nebola odňatá ani licencia a ani nebolo obmedzené jej fungovanie.

V rámci reformy zdravotníctva v roku 2004 bol zrušený interný systém prerozdelenia s centrálnym fondom a zaviedlo sa prerozdelenie vykonáva-

né prostredníctvom prerozdelenia matice pod dohľadom Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou. Výsledkom prerozdelenia matice je presný výpočet pohľadávko-záväzkových vzťahov voči jednotlivým poisťovňami navzájom. Poisťovňa, ktorá má nárok z prerozdelenia teda presne vie, kto jej dlží a taktiež poisťovňa, ktorá má záväzok z prerozdelenia, vie komu ho má poukázať. Centrálny register vedie a o prerozdelení od roku 2004 rozhoduje Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou.

S 8.4 Interný systém prerozdelenia bez centrálného fondu – tzv. prerozdelenia matica (Slovensko od roku 2005)

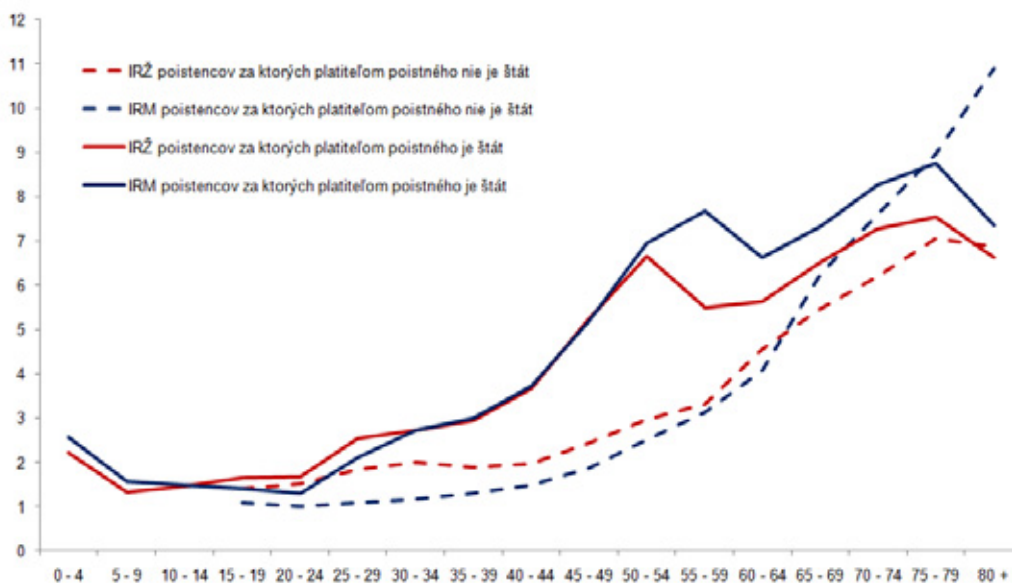
Zdroj: Dobrý poistenec nad zlato. Vieme ako ho vyvážiť?, HPI, 2008

T 8.7 Zmeny v spôsobe prerozdelenia od roku 1995 do roku 2008

Platnosť zmeny	Parametre prerozdelenia	Predmet prerozdelenia
1. 1. 1995	3,0 (koeficient poistenca nad 60 rokov)	60 %
1. 1. 1996	3,0 (koeficient poistenca nad 60 rokov)	80 %
1. 1. 1997	2,5 (koeficient poistenca nad 60 rokov)	75 %
1. 8. 1997	2,0 (koeficient poistenca nad 60 rokov)	70 %
1. 6. 1998	2,5 (koeficient poistenca nad 60 rokov)	65 %
1. 7. 1999	Zaniká koeficient poistenca nad 60 rokov. Poistenci sú rozdelení na skupiny podľa vekovej štruktúry po piatich rokoch (vek a Pohlavie) a určuje sa pojem index rizika	100 %
1. 8. 2002	Vek a Pohlavie	85 %
1. 1. 2005	Vek a Pohlavie Zaniká prerozdeľovací účet Vzniká prerozdeľovacia matica, ktorú dozoruje Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou	Základom prerozdelenia je 95 % z predpísaného poisteného. Miera prerozdelenia je 90 %. Efektívna miera prerozdelenia pri nulových pohľadávkach na poistnom tak dosahuje 85,5 %
1. 9. 2005	Vytvorené mesačné prerozdelenie na hotovostnej báze a vytvorené ročné prerozdelenie na báze povinného prerozdelenia	85 % (mesačné) resp. 85,5 % (ročné)
1. 1. 2009	Vek a pohlavie	95 %
1. 1. 2010	Vek a pohlavie a ekonomická aktivita	95 %

Zdroj: MZ SR, 2010

G 8.10 Dôležitosť zavedenia prediktora ekonomickej aktivity



Zdroj: MZ SR, 2010

8.6.2. Prediktory prerozdelenia

Súčasný systém využíva tri prediktory prerozdelenia:

- vek (poistenci podľa vekovej štruktúry od 0 do 80 rokov v skupinách po piatich rokoch a skupina nad 80 rokov),
- pohlavie (ženy a muži),
- status ekonomickej aktivity poistencov zavedený od 1. 1. 2010 (podľa platiteľa poistného).

Ekonomická aktivita ako prediktor prerozdelenia bola zavedená 1. 1. 2009. Dôvodom je skutočnosť, že tzv. poistenci štátu – najmä vo veku 30 až 60 rokov sú výrazne drahší, ako ekonomicky aktívne osoby v tomto veku. Doplnenie tohto prediktora zlepšuje predikčnú schopnosť prerozdeľovacieho mechanizmu.

Ani takáto úprava však nie je dostačujúca. Demografické prediktory vek, pohlavie a ekonomická aktivita dokážu predpovedať len malú časť variability nákladov na zdravotnú starostlivosť. Z tohto dôvodu je ne-

T 8.8 Vývoj výsledku mesačného prerozdelenia preddavkov poistného v tis. EUR

	2007	2008	2009
VšZP	196 369	218 761	235 422
SZP	-121 136	-125 853	-143 781
Dôvera	-34 001	-28 933	-28 909
Apollo	-37 838	-44 923	-44 859
Union	-6 252	-23 321	-17 873
EZP	2 859	4 269	0

Zdroj: UDZS, 2010

vyhnutné zaviesť aj prediktor zohľadňujúci zdravotný stav poistencov (napr. PCG a DCG). Z dôvodu povzbudenie vstupu nových zdravotných poisťovní na trhu zdravotných poisťovní je taktiež želané, aby bola do systému zavedená ex-post kompenzácia vysoko nákladových poistencov (napr. nad 20 000 €).

8.6.3. Mesačné prerozdelenie

Mesačné prerozdeľovanie preddavkov na poistné sa vykonáva v každom kalendárnom mesiaci za kalendárny mesiac, ktorý dva mesiace predchádza tomuto kalendárnemu mesiacu. Celková suma, ktorá vstupuje do procesu prerozdeľovania sú zaplatené preddavky za poistencov ekonomicky aktívnych a preddavky, ktoré poisťovní zaplatil štát za ekonomicky neaktívnych poistencov. Zdravotná poisťovňa oznámi Úradu sumu preddavkov a počet poistencov podľa pohlavia a veku za kalendárny mesiac, za ktorý sa mesačné prerozdeľovanie vykonáva.

Úrad prerozdeľuje 95 % z celkovej sumy zaplatených preddavkov na poistné a vypočíta štandardizovaný príjem na jedného prepočítaného poistenca. Vypočíta sa ako podiel celkovej sumy, ktorá sa prerozdeľuje a celkového počtu prepočítaných poistencov.

Celková suma poistného pre zdravotnú poisťovňu po prerozdelení poistného sa vypočíta vynásobením počtu prepočítaných poistencov zdravotnej poisťovne a štandardizovaným príjmom na jedného prepočítaného poistenca.

Výsledok prerozdeľovania pre zdravotnú poisťovňu je rozdiel, medzi sumou, ktorú poisťovňa oznámi pred prerozdelením (95 %) a suma, na ktorú má nárok po prerozdelení. Ak je výsledok prerozdeľovania pre zdravotnú poisťovňu kladný, zdravotná poisťovňa má pohľadávky voči iným zdravotným poisťovňám (oprávnená poisťovňa), ak je záporný, zdravotná poisťovňa má záväzky voči iným zdravotným poisťovňám (povinná poisťovňa). Úrad doručí každej zdravotnej poisťovni v stanovenom termíne rozhodnutie o výsledku prerozdeľovania.

V rozhodnutí, okrem iných povinných údajov, Úrad stanoví každej povinnej poisťovni výšku jej záväzku voči každej oprávnenej poisťovni. Povinná poisťovňa je povinná uhradiť záväzky voči oprávneným poisťovňám do piatich pracovných dní od doručenia rozhodnutia. Prehľad pozície jednotlivých poisťovní voči prerozdeleniu zobrazuje **tabuľka T 8.8**.

8.6.4. Ročné prerozdelenie

Ročné prerozdeľovanie poistného (od r. 2005 až do r. 2009) sa vykonáva v každom kalendárnom roku za predchádzajúci kalendárny rok. Zdravotná poisťovňa oznamuje Úradu pre dohľad celkovú sumu poistného, ktoré je platiteľ poistného povinný odvieť zdravotnej poisťovni za rozhodujúce obdobie, počet poistencov podľa pohlavia a veku za rozhodujúce obdobie v určnom termíne. Základom ročného prerozdeľovania poistného je 95 % povinného poistného. Postup výpočtu a parametre sú rovnaké ako pri mesačnom prerozdeľovaní.

Podľa úradu pre dohľad sa v ročnom zúčtovaní v roku 2009 za rok 2008 z celkovej sumy 10 851,6 tis. Eur po zohľadnení výsledkov mesačného prerozdeľovania získali VšZP 93,7 % a Union 6,3 %, ktoré v ich prospech uhradili SZP 7,9 %, Dôvera 31,9 % a Apollo 60,2 %.

8.7. Platobné mechanizmy

V minulosti boli platobné mechanizmy a ceny za zdravotnú starostlivosť stanovované centrálnie Ministerstvom financií a Ministerstvom zdravotníctva SR. V rámci reformy zdravotníctva v roku 2005 došlo postupne k deregulácii veľkej časti cien a platobných mechanizmov. V súčasnosti sú regulované Ministerstvom zdravotníctva len lieky, zdravotnícke pomôcky a dietetické potraviny v ambulantnej starostlivosti, záchranná zdravotná služba a lekárska služba prvej pomoci. Platobné mechanizmy a ceny za ostatné zdravotné služby sú predmetom zmluvných podmienok.

nok medzi zdravotnou poisťovňou a poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti.

Zdravotné poisťovne však od deregulácie menia formu platobných mechanizmov oproti pôvodnej centrálne regulovanej len veľmi pomaly. Zavádzanie modernejších platobných mechanizmov prichádza skôr len ako modifikácia pôvodných foriem.

8.7.1. Všeobecná zdravotná starostlivosť

Platby za primárnu ambulantnú zdravotnú starostlivosť sú vo forme kombinácie kapitácie a platieb za niektoré výkony. Výška kapitačnej platby za existencia závisí od jeho veku, pričom spravidla je pre všetkých poskytovateľov rovnaká. Výnimkou je čerstvo zavedené diferencovanie platieb niektorými poisťovňami v závislosti od kvality vybavenia ambulancií alebo od plnenia kritérií kvality a efektivity.

Výhodou systému kapitačných platieb je kontrola nákladov pre zdravotnú poisťovňu a motivácia poskytovateľov udržiavať kmeň v dobrom zdravotnom stave. Na druhej strane nemotivuje lekárov k poskytovaniu služieb, najmä pokiaľ ide o drahšie výkony. Z tohto dôvodu poisťovne hradia nad rámec kapitácie zvyčajne preventívne výkony a niektoré finančne náročné vyšetrenia ako napr. vyšetrenie C-reaktívneho proteínu, EKG alebo vyšetrenie na okultné krvácanie.

8.7.2. Špecializovaná zdravotná starostlivosť

Poskytovatelia špecializovanej ambulantnej starostlivosti sú platení formou platieb za výkon. Každý výkon má stanovený počet bodov a poisťovne si s poskytovateľmi dohadujú cenu za jeden bod. Aj keď počty bodov za výkony boli vydané centrálne Ministerstvom zdravotníctva a pôvodne boli povinnou formou hradenia, zdravotné poisťovne od roku 2005 nemajú povinnosť použiť takúto formu úhrady v zmluvách. Napriek tomu všetky poisťovne tento „bodovník“ používajú a to aj napriek tomu, že tento zoznam nebol aktualizovaný už niekoľko rokov. Pri tomto platobnom mechanizme sú špecialisti motivovaní pacientov liečiť, avšak na druhej strane predstavujú pre poisťovne neistotu v zmysle kontroly nákladov a nemotivujú poskytovateľa pacientov vyliečiť, pretože platbu dostávajú za vykonanie výkonu a nie za vyliečenie pacienta.

Niektoré poisťovne preto navyše uplatňujú dohodnutý maximálny objem hradených bodov s poskytovateľom. Ak poskytovateľ prekročí objem stanove-

ný v zmluve, poisťovňa ďalšie výkony nemusí preplatiť a je na ďalšom rokovaní medzi poisťovňou a poskytovateľom, či poisťovňa tieto náklady uhradí (lepšia kontrola nákladov). Niektoré poisťovne tiež zavádzajú diferencovanú výšku ceny za bod, ktorá je závislá od kvality alebo efektivity poskytovateľa. Diferencovanú cenu bodu aplikuje jedna z poisťovní aj v závislosti od počtu vykonaných výkonov v danom mesiaci – cena za bod je vyššia pri prvých výkonoch a so stúpajúcim počtom výkonov klesá (degresívna cena bodu).

V primárnej aj sekundárnej ambulantnej starostlivosti sú nad rámec poskytnutých služieb hradené aj lieky, ktoré lekár podá pacientovi priamo v ambulancii. Zoznam týchto liekov a výšku úhrady stanovuje centrálne Ministerstvo zdravotníctva kategorizáciu liekov.

8.7.3. Diagnostické a laboratórne výkony

Platby poskytovateľom za diagnostické a laboratórne výkony sú tiež deregulované. Poisťovne tieto výkony uhrádzajú podobnou formou ako špecializovanú ambulantnú zdravotnú starostlivosť – platbou za výkon v závislosti od počtu bodov, ktoré má každý výkon stanovený v ministerstvom vydanom „bodovníku“. Aj v tejto starostlivosti poisťovne aplikujú maximálne objemy a aj diferencované ceny podľa špecializačného odboru, akreditácie a zabezpečenia nepretržitej prevádzky.

8.7.4. Lôžková starostlivosť

Akútna lôžková zdravotná starostlivosť je hradená formou ukončenej hospitalizácie. Poisťovňa platí poskytovateľovi za ukončenú hospitalizáciu podľa špecializácie oddelenia a typu zariadenia (napr. všeobecná nemocnica vs. špecializovaná nemocnica). Ceny za ukončenú hospitalizáciu si poisťovne a poskytovatelia dohadujú individuálne. Niektoré poisťovne stanovujú tieto ceny aj v závislosti od dĺžky trvania hospitalizácie, case mix indexu pacientov, ktorý zohľadňuje náročnosť hospitalizácií, a od parametrov kvality a efektivity. Pre lepšiu kontrolu nákladov majú niektoré poisťovne dohodnuté maximálny objem starostlivosti, ktorú poskytovateľom preplatia. Niektoré výkony poisťovne preplácajú samostatne, rovnako ako niektoré zdravotnícke pomôcky ako kĺbne náhrady, pacemakre a podobne.

8.7.5. Chronická a psychiatrická starostlivosť

Pri chronickej a psychiatrickej zdravotnej starostlivosti a kúpeľnej starostlivosti sú poskytovatelia platení cenou za deň pobytu. Výška ceny je opäť na dohode medzi poskytovateľom a poisťovňou. Niektoré poisťovne opäť uplatňujú diferencované ceny v závislosti od case mix indexu alebo od parametrov kvality a efektivity a maximálne objemy hradenej zdravotnej starostlivosti.

8.7.6. Záchraná zdravotná služba

V reforme v rokoch 2004–2005 bol zmenený prístup k úhrade záchranej zdravotnej služby (ZZS). Ku koncu roku 2007 existovalo 264 ambulancií pozemnej ZZS, ktoré boli rozdelené do troch typov:

- 112 ambulancií rýchlej lekárskej pomoci (RLP) – posádka s lekárom,
- 144 ambulancií rýchlej zdravotnej pomoci (RZP) – posádka bez lekára,
- 8 ambulancií rýchlej lekárskej pomoci vrátane mobilnej intenzívnej jednotky (MIJ).

T 8.9 Platobné mechanizmy používané v nákupe zdravotnej starostlivosti

Typ zdravotnej starostlivosti	Centrálné regulované platobné mechanizmy	Neregulované platobné mechanizmy
Primárna ambulantná zdravotná starostlivosť	Cena liekov poskytnutých pri výkonoch v ambulancii poskytovateľa	Kapitácia podľa veku; niektoré poisťovne uplatňujú aj: •diferencovanú výšku kapitácie v závislosti od parametrov kvality a efektivity poskytovateľa •platba za výkon pri niektorých vybraných výkonoch (najmä preventívne výkony, niektoré prístrojové výkony ako EKG, vyšetrenie C-reaktívneho proteínu, návšteva u pacienta doma a pod.)
Sekundárna a následná zdravotná starostlivosť	Cena liekov poskytnutých pri výkonoch v ambulancii poskytovateľa	Platba za výkon; niektoré poisťovne uplatňujú aj: •maximálne objemy hradenej zdravotnej starostlivosti •diferencované ceny v závislosti od parametrov kvality a efektivity poskytovateľa •degresívna cena bodu
Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky		Platba za výkon; niektoré poisťovne uplatňujú aj: •maximálne objemy hradenej zdravotnej starostlivosti •diferencované ceny podľa špecializačného odboru, akreditácie, a zabezpečenia nepretržitej prevádzky
Ústavná zdravotná starostlivosť (okrem hospicov, psychiatrických ústavov, protidrogových liečební)		Platba za ukončenú hospitalizáciu podľa špecializačného odboru a typu zariadenia; niektoré poisťovne pri platbe zohľadňujú aj: •dĺžku trvania a kategórie hospitalizácie •case mix index •diferencované ceny v závislosti od parametrov kvality a efektivity poskytovateľa •maximálne objemy hradenej zdravotnej starostlivosti •vybrané výkony sú hradené cenou za konkrétny výkon (napr. anestézia, transplantácia •osobitne hradené vybrané zdravotné pomôcky (ako kĺbne náhrady, pacemaker a pod.)
Hospice, psychiatrické ústavy, protidrogová ústavná zdravotná starostlivosť		Platba za deň pobytu; niektoré poisťovne uplatňujú aj: •maximálne objemy hradenej zdravotnej starostlivosti •case mix index •diferencované ceny v závislosti od parametrov kvality a efektivity poskytovateľa
Prírodné liečebné kúpele		Platba za deň pobytu
Zdravotná záchraná služba	Platba za činnosť operačného strediska podľa počtu poistencov zdravotnej poisťovneplatba za ambulanciu rlp, pzp a mijplatba za kilometer	
Lekárska služba prvej pomoci	Platba podľa počtu poistencov zdravotnej poisťovneneregulované ceny za výkony	
Dopravná zdravotná služba		Sadzba za kilometer; niektoré poisťovne uplatňujú aj: •diferencované ceny podľa typu prevozu •maximálne objemy hradenej zdravotnej starostlivosti
Lieky, zdravotnícke pomôcky a dietetické potraviny	Maximálna úhrada za výrobok alebo položku	Priamy nákup liekov, zdravotníckych pomôcok alebo dietetických potravín zdravotnou poisťovňou
Marža veľkodistribútora liekov a pomôcok, lekární a vydajní pomôcok	Percentuálna sadzba z ceny výrobku alebo položky, pri liekoch sadzba závisí od ceny lieku (degresívna obchodná prírážka)	

Zdroj: Opatrenie MZ SR č. 07045/2003, jednotlivé zdravotné poisťovne

Poistovne platia pevnú platbu na ambulanciu plus odmenu za ubehnuté kilometre. Mesačnú pevnú platbu stanovuje centrálné ministerstvo a v roku 2007 bola určená nasledovne:

- 840 000 Sk na ambulanciu RLP,
- 510 000 Sk na ambulanciu RZP,
- 920 000 Sk na ambulanciu MIJ.

8.7.7. LSPP a DZS

Centrálné sú regulované aj platby za lekársku službu prvej pomoci. Výška tejto platby tiež závisí od počtu poistencov, ktoré má zdravotná poisťovňa vo svojom kmeni.

Dopravnú zdravotnú službu poisťovne hradia sadzbou za kilometer prevozu, pričom niektoré poisťovne diferencujú ceny v závislosti od typu prevozu alebo stanovujú maximálne objemy hradenej zdravotnej starostlivosti.

8.7.8. Lieky

Lieky, zdravotnícke pomôcky a dietetické potraviny poskytované pri lôžkovej zdravotnej starostlivosti nie sú hradené poisťovňou samostatne. Nemocnica ich uhrádza z platieb za hospitalizáciu. V niektorých prípadoch finančne náročných zdravotníckych pomôcok uhrádzajú poisťovne tieto pomôcky nad rámec platby za hospitalizáciu. Sú známe prípady, keď si pacienti museli lieky do nemocníc nosiť.

V ambulantnej starostlivosti sú lieky, zdravotnícke pomôcky a dietetické potraviny uhrádzané v prípade, že sú uvedené v zozname hradených liekov, zdra-

votníckych pomôcok alebo dietetických potravín, ktorý vydáva Ministerstvo zdravotníctva, a sú predpísané na predpis zmluvným lekárom zdravotnej poisťovne. Maximálnu výšku úhrady tiež stanovuje centrálné ministerstvo a poisťovňa uhrádza náklady za lieky lekární, kde si poistenec liek vyberie, alebo poskytovateľovi ambulantnej zdravotnej starostlivosti, ak liek podal pri výkone vo svojej ambulancii.

8.8. Prehľad aktuálnej kategorizácie liekov, dietetických potravín a zdravotníckych pomôcok k dátumu 1. 4. 2011

8.8.1. Kategorizácia liekov

Celkový počet liekov zaradených v Zozname liečiv a liekov plne uhrádzaných alebo čiastočne uhrádzaných na základe verejného zdravotného poistenia k dátumu 1. 4. 2011 bude 5407.

Mierny pokles celkového počtu liekov zaradených v Zozname liečiv a liekov k dátumu 1.4.2011 nebude mať negatívny dopad na zdravotnú starostlivosť o pacientov Slovenskej republiky (v januárovej kategorizácii bolo zaradených 5456 liekov). Počet liekov bez doplatku poistenca sa v porovnaní s predchádzajúcou kategorizáciou mierne zvyšuje (z 1704 na 1713), čo predstavuje viac ako 31 % z celkového počtu liekov. Počet liekov bez doplatku poistenca alebo s doplatkom poistenca do 1,00 Eura je 2671, čo zodpovedá 49,4 % z celkového počtu kategorizovaných liekov.

Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky do zoznamu liečiv a liekov k dátumu 1. 4. 2011 na zá-

T 8.10 Kategorizácia liekov

Kategorizácia	k 1. 1. 2011	k 1. 4. 2011	Rozdiel
Lieky celkom	5456	5407	-0,90 %
Bez doplatku pacienta spôsob úhrady I	990	1051	6,16 %
Bez doplatku pacienta spôsob úhrady A	668	621	-7,04 %
S doplatkom pacienta spôsob úhrady A	175	220	25,71 %
Bez doplatku pacienta spôsob úhrady V – očkovacie látky	46	41	-10,87 %
S doplatkom pacienta spôsob úhrady V – očkovacie látky	3	6	100,00 %
Doplatok pacienta spôsob úhrady S	3574	3468	-2,97 %
Bez doplatku pacienta	1704	1713	0,53 %
Doplatok pacienta do 1,00 eura	1017	958	-5,80 %
Bez doplatku pacienta alebo s doplatkom do 1,00 eura – medzisúčet	2720	2671	-1,80 %
Doplatok pacienta od 1,01 do 2,00 eur	778	746	-4,11 %
Doplatok pacienta od 2,01 do 3,50 eura	706	693	-1,84 %
Doplatok pacienta od 3,51 do 5,00 eur	361	347	-3,88 %
Doplatok pacienta od 5,01 eur	890	950	6,74 %

Zdroj: MZ SR

klade žiadostí o zaradenie zaradilo 215 liekov a na základe žiadostí o vyradenie vyradilo 64 liekov. Ďalšie lieky boli zo zoznamu liečiv a liekov vyradené na základe ukončenia platnosti rozhodnutia o registrácii lieku, prípadne na základe zistenej nedostupnosti lieku na trhu, čo je dôvod, prečo v konečnom dôsledku dochádza k miernemu poklesu celkového počtu liekov zaradených v kategorizačnom zozname.

Do zoznamu liečiv a liekov k dátumu 1. 4. 2011 boli zaradené lieky s rôznorodými indikačnými a terapeutickými účinkami, ktoré obsahujú nové, doposiaľ v zozname nezaradené liečivá, kombinácie liečiv, prípadne iné inovatívne formy.

8.8.2. Kvalita a dostupnosť liekov na Slovensku

Oblasť kvality a dostupnosti liekov na Slovensku možno hodnotiť pozitívne. Zavedením systému kategorizácie liekov je zabezpečená komplexná dostupnosť liekov, vrátane inovatívnych originálnych molekúl.

Pravidelnou revíziou a aktualizáciou kategorizácie sa zabezpečuje flexibilita pri vstupe inovatívnych liekov a tiež včasné zapracovávanie najnovších medicínskych poznatkov a odporúčaných liečebných postupov.

Reforma liekovej politiky, ktorá bude implementovaná od októbra 2011 má zabezpečiť finančnú udržateľnosť systému a zároveň zabezpečiť dostupnosť kvalitných a bezpečných liekov.

Platná legislatívna úprava rieši tiež zabezpečenie dostupnosti neregistrovaných liekov, použitie registrovaných liekov v neregistrovaných indikáciách a obstarávanie liekov zdravotnými poisťovňami. Uvedené formy zabezpečovania liekov možno z pohľadu poskytovateľa zdravotnej starostlivosti považovať za administratívne komplikovanejšie v porovnaní so štandardným spôsobom zabezpečovania liekov. Ide však

o postupy, ktoré sú priamo zo svojej podstaty určené na riešenie relatívne zriedkavo sa vyskytujúcich situácií.

Kvalitu liekov monitoruje Štátny ústav pre kontrolu liečiv.

8.8.3. Kategorizácia dietetických potravín

Kategorizácia dietetických potravín k dátumu 1. 4. 2011 má pozitívny dopad na pacientov požívajúcich dietetické potraviny, nakoľko počet dietetických potravín bez doplatku poistenca sa zvýšil o 4,26 % a počet dietetických potravín s percentuálnym doplatkom poistenca nad 75 % konečnej ceny sa nezmenil v porovnaní s aktuálne platnou kategorizáciou k dátumu 1. 1. 2011 (**tabuľky T 8.11 a T 8.12; graf G 8.11**).

Bez doplatku poistenca v Zozname dietetických potravín plne uhrádzaných alebo čiastočne uhrádzaných na základe verejného zdravotného poistenia (ďalej len „Zoznam dietetických potravín“) je dostupných 147 dietetických potravín. Celkovo s doplatkom poistenca do 3,5 eura je pacientovi dostupných v Zozname dietetických potravín viac ako ¾ dietetických potravín z celkového počtu 387.

8.8.4. Kategorizácia zdravotníckych pomôcok

V Zozname zdravotníckych pomôcok plne alebo čiastočne uhrádzaných z verejného zdravotného poistenia platnému k dátumu 1. 4. 2011 je zaradených 4 520 zdravotníckych pomôcok, čo predstavuje nárast o takmer 5 % v porovnaní s predchádzajúcim obdobím. V zozname je viac ako 53 % zdravotníckych pomôcok bez doplatku pacienta. S doplatkom do 3,49 Eura je ďalších takmer 15 % zdravotníckych pomôcok.

T 8.11 Počet dietetických potravín

Kategórie	Kategorizácia k 1. 1. 2011 (ks)	Kategorizácia k 1. 4. 2011 (ks)	vyjadrenie nárastu/ poklesu (%)
Počet dietetických potravín	390	387	-0,77 %
bez doplatku poistenca	141	147	4,26 %
s doplatkom poistenca od 0,01 do 1,00 EUR	48	48	0,00 %
s doplatkom poistenca od 1,01 do 2,00 EUR	47	47	0,00 %
s doplatkom poistenca od 2,01 do 3,50 EUR	57	53	-7,02 %
s doplatkom poistenca od 3,51 do 5,00 EUR	40	36	-10,00 %
s doplatkom poistenca viac ako 5,00 EUR	57	56	-1,75 %
Počet dietetických potravín v spôsobe úhrady I	141	147	4,26 %
Počet dietetických potravín v spôsobe úhrady S	249	240	-3,61 %

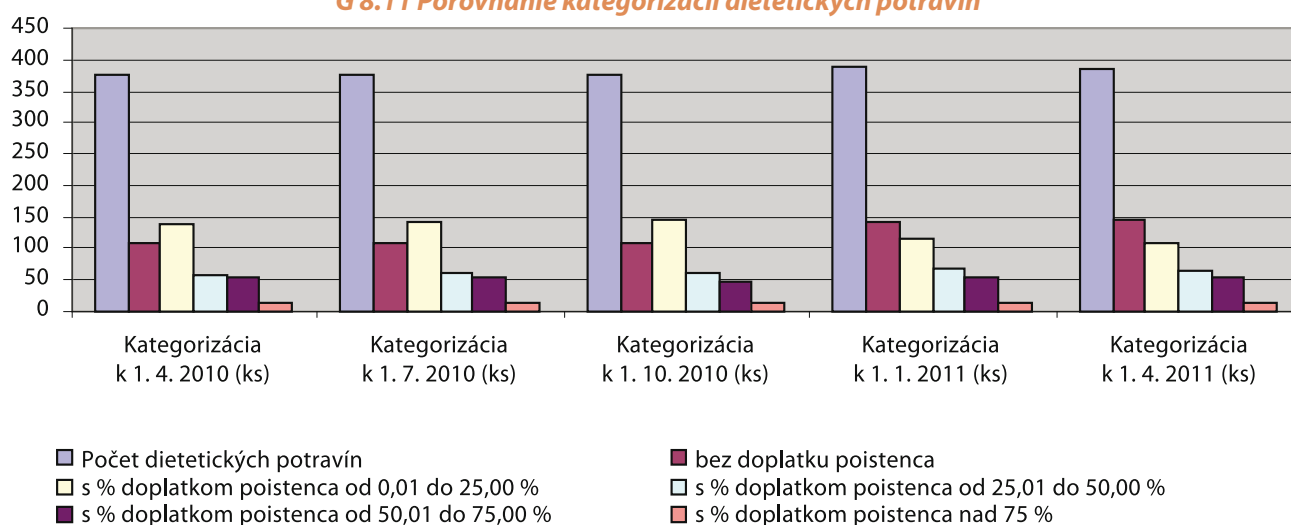
Zdroj: MZ SR

T 8.12 Porovnanie kategorizácií dietetických potravín v %

Kategórie	Kategorizácia k 1. 1. 2011 (ks)	Kategorizácia k 1. 4. 2011 (ks)	vyjadrenie nárastu/ poklesu (%)
Počet dietetických potravín	390	387	-0,77 %
bez doplatku poistenca	141	147	4,26 %
s % doplatkom poistenca od 0,01 do 25,00 %	115	107	-6,96 %
s % doplatkom poistenca od 25,01 do 50,00 %	67	65	-2,99 %
s % doplatkom poistenca od 50,01 do 75 %	53	54	1,89 %
s % doplatkom nad 75 %	14	14	0,00 %

Zdroj: MZ SR

G 8.11 Porovnanie kategorizácií dietetických potravín



Zdroj: MZ SR

T 8.13 Kategorizácia zdravotníckych pomôcok

	Kategorizácia k 1. 1. 2011	Návrh kategorizácie k 1. 4. 2011	Pokles/nárast %
Počet zdravotníckych pomôcok celkovo	4318	4520	+4,68 %
Bez doplatku poistenca spôsob úhrady I	1894	1923	+1,53 %
Bez doplatku poistenca spôsob úhrady A	6	7	+16,67 %
Bez doplatku poistenca spôsob úhrady *	435	472	+8,51 %
Bez doplatku poistenca celkom	2335	2402	+2,87 %
s doplatkom poistenca menej ako 1,00 EUR	272	295	+8,46 %
s doplatkom poistenca od 1,00 do 1,99 EUR	160	170	+6,25 %
s doplatkom poistenca od 2,00 do 3,49 EUR	166	200	+20,48 %
s doplatkom poistenca od 3,50 do 4,99 EUR	115	115	0,00 %
s doplatkom poistenca 5,00 EUR a viac	1253	1307	+4,31 %
Zmluvný doplatok	17	31	+82,35 %
S doplatkom poistenca celkom	1983	2118	+6,81 %

Zdroj: MZ SR



The image features six hands, three from each side, reaching towards the center. The hands are positioned to form a circle around a dark red horizontal banner. The banner contains the text 'Klíčové výzvy zdravotnictví SR' in white. The background is white with faint, light gray geometric lines.

Klíčové výzvy zdravotnictví SR

9. ZÁVERY SPRÁVY A IDENTIFIKÁCIA KĹÚČOVÝCH VÝZIEV SLOVENSKEHO ZDRAVOTNÍCTVA V STREDNODOBOM A DLHODOBOM HORIZONTE

Autor: Hlavatý Tibor

Úvod

V záverečnej kapitole analyzujeme závery predkladanej správy z hľadiska štyroch kľúčových oblastí. Hodnotíme prevažujúce demografické trendy zdravotného stavu slovenskej populácie a trendy v sledovaných parametroch poskytovanej zdravotnej starostlivosti. V druhej podkapitole sa analyzuje úroveň kvality poskytovanej zdravotnej starostlivosti v jednotlivých segmentoch. V tretej podkapitole hodnotíme zdravotnú starostlivosť z hľadiska geografickej, fyzickej a cenovej dostupnosti. V poslednej podkapitole sa venujeme analýze súčasného systému financovania zdravotnej starostlivosti na Slovensku.

9.1. Demografické trendy zdravotného stavu na Slovensku

Hlavné závery

Pozitívne zdravotno-demografické trendy v období 2001–2010

- vzostup priemernej dĺžky života o 1,35 roka
- pokles dojčenskej úmrtnosti o 0,14 %
- pokles štandardizovanej mortality na kardiovaskulárne a onkologické ochorenia
- pokles priemernej dĺžky práceneschopnosti a miery invalidizácie v dôsledku väčšiny sledovaných skupín ochorení
- pokles priemernej doby hospitalizácie väčšiny sledovaných skupín ochorení o 25 % (t.j. asi o 2 dni)

Negatívne zdravotno-demografické trendy v období 2001–2010

- napriek priaznivému trendu, pretrvávajú zaostávanie v priemernej dĺžke života, priemernej dĺžke života v zdraví, ako aj mortality na kardiovaskulárne a onkologické ochorenia voči vyspelým krajinám EU
- pretrvávajú regionálne rozdiely v sledovaných parametroch
- vzostup štandardizovanej mortality na respiračné ochorenia, cievne mozgové ochorenia a diabetes mellitus
- pokračujúci dramatický vzostup prevalencie diabetes mellitus (o 30,4 %), vrátane DM I typu, typického pre detský vek

9.1.1. Demografické trendy chorobnosti na Slovensku v rokoch 2001–2010

V posledných desiatich rokoch možno konštatovať niekoľko prevažne pozitívnych demografických trendov v oblasti zdravotného stavu a chorobnosti slovenskej populácie. V období rokov 2001–2009 vzrástla stredná dĺžka života pri narodení o 1,5 roka, t.j. u mužov zo 69,5 na 71,3 roka, u žien zo 77,5 na 78,4 roka. Naďalej pokračoval trend poklesu miery dojčenskej úmrtnosti z mediánu 0,63 % (2001) na 0,49 % (2009). Priaznivý je aj trend poklesu vekovo-štandardizovanej úmrtnosti. Údaje NCZI poukazujú na mierny posun v spektre hlavných príčin úmrtí počas poslednej dekády. Možno konštatovať pokles vekovo-štandardizovanej úmrtnosti na kardiovaskulárne a onkologické ochorenia a naopak relatívny nárast podielu úmrtí v dôsledku ochorení respiračného systému, cievnych mozgových ochorení a diabetes mellitus.

Spomínané demografické trendy implicitne svedčia o rastúcej kvalite poskytovaných zdravotných služieb a zrejme aj o zlepšovaní životného štýlu slovenskej populácie. Z údajov možno navyše usudzovať, že koncentrácia štátnej zdravotnej politiky premietnutá do národných programov prevencie, diagnostiky a liečby, investícií do zdravotnej infraštruktúry, ale aj podpory vedeckých projektov v oblasti kardiovaskulárnych a onkologických ochorení prinášajú želaný efekt v predĺženej dĺžke života občanov SR.

Ďalším indikátorom zlepšujúcej sa kvality zdravotnej starostlivosti na Slovensku je pokles štandardizovanej úmrtnosti, práceneschopnosti a invalidizácie v prípade väčšiny sledovaných skupín ochorení a to napriek vzrastajúcej incidencii a miere hospitalizácie na tieto ochorenia (úrazy, gastrointestinálne choroby, ochorenia respiračnej sústavy, psychiatrické ochorenia).

Výnimkou je alarmujúci nárast prevalencie diabetes mellitus (DM). Počet diabetikov sa od roku 1980 na Slovensku zdvojnásobil, z toho v porovnaní s rokom 2000 stúpol o 30,4 % (z 256 000 v roku 2000 na 334 000 diabetikov v roku 2009). Tento nárast kopíruje aj nárast závažných mikro – a makrovaskulárnych komplikácií diabetu ako sú terminálne zlyhanie obličiek, kardiovaskulárne a cerebrovaskulárne ochorenia. Nepriaznivý trend vývoja DM na Slovensku sa týka aj DM I. typu, ktorý patrí medzi závažné detské ochorenia. Od roku 1986 bol pozorovaný nárast incidencie o takmer 100 %, zo 7,8 na 15,4 prípadov/100 000 detí. Možno konštatovať, že diabetes mellitus sa stáva jedným z najväznejších ochorení slovenskej populácie, a je potrebné venovať mu zvýšenú pozornosť.

9.1.2. Regionálne rozdiely v demografických parametroch

Výzvou v oblasti demografických trendov zostávajú regionálne rozdiely v sledovaných parametroch. V kľúčovom indikátore tzv. odvrátiteľnej úmrtnosti možno pozorovať najvyššiu úmrtnosť v regiónoch južného Slovenska a v okresoch Čadca, Námestovo a Kežmarok (Jurčová, Mészáros 2006, 2008). I keď presné analýzy príčin regionálnych divergencií nie sú k dispozícii, experti predpokladajú rozdielny postoj obyvateľstva v týchto regiónoch k preventívnej zdravotnej starostlivosti a vysokú mieru výskytu rizikových faktorov životného štýlu obyvateľstva regiónov s vysokou mortalitou.

9.1.3. Porovnanie demografických parametrov voči vyspelej Európe

Napriek pozitívnym trendom vo vývoji chorobnosti aj vekovo-štandardizovanej úmrtnosti v posledných desiatich rokoch, Slovensko v porovnaní s vyspelými krajinami Európy naďalej výrazne zaostáva v oblasti priemernej dĺžky života, priemernej dĺžky života v zdraví, morbiditu a mortality kardiovaskulárnych ochorení a gastrointestinálnych ochorení. Naopak v prípade diabetes mellitus, a ochorení dýchacej sústavy je vykazovaná miera štandardizovanej úmrtnosti porovnateľná. Predovšetkým v kľúčovom parametre kvality populačného zdravia t.j. predpokladaného počtu rokov v zdraví pri narodení (healthy life years at birth) Slovensko (55 rokov) oproti priemeru OECD (60 rokov) výrazne zaostáva. Tento fakt má zrejme výrazne negatívne dopady nielen na kvalitu života, ale aj ekonomickú produktivitu, HDP krajiny, sociálne a demografické aspekty.

9.1.4. Pokles priemernej dĺžky hospitalizácie

Ďalším zreteľným trendom v sledovaných demografických parametroch poskytovanej zdravotnej starostlivosti je skracovanie priemerného ošetrovacieho času v nemocniciach pri väčšine sledovaných skupín diagnóz. Tento pokles predstavuje od roku 2000 do roku 2009 približne 25 % (kardiovaskulárne ochorenia z 10,3 na 7,5 dňa, nádorové ochorenia z 9,4 na 8 dní, ochorenia tráviacej sústavy z 7,3 na 5,0 dňa, úrazy z 7,6 na 6,0 dňa).

9.2. Hodnotenie kvality zdravotnej starostlivosti na Slovensku

Hlavné závery

Podrobnejšie údaje o kvalite zdravotnej starostlivosti poskytovateľov a ich porovnania podľa parametrov/indikátorov nie sú dostupné

Súčasný systém sledovania indikátorov kvality a na nich viazanej akreditácie poskytovateľov je nedostatočný

Všeobecná ambulantná starostlivosť

- legislatívne limitované kompetencie
- vysoká miera odosielania k špecialistom
- problematické špecializačné vzdelávanie
- nízka atraktivita špecializácie
- rastúci priemerný vek lekárov

Špecializovaná ambulantná starostlivosť

- kvalitná a dostupná zdravotná starostlivosť
- vysoké náklady segmentu, vrátane indikovaných konzílií, hospitalizácií, SValZ a preskripcie
- absentuje moderný katalóg výkonov

Všeobecné nemocnice

- kvalita zdravotnej starostlivosti vnímaná obyvateľstvom pozitívne
- regionálne rozdiely
- nedostatočná kvalita úrovne „hotelových“ a doplnkových nezdravotných služieb
- z hľadiska technického stavu 56 % nemocníc vyžaduje zásadnú rekonštrukciu, 21 % nemocníc zhodnotených ako nedostatočná až neakceptovateľná úroveň.
- manažment nemocníc kritizovaný pre nízku profesionalitu a efektivitu. Absencia jasných kritérií úspechu, časté výmeny manažmentov.

Univerzitné a fakultné nemocnice, špecializované ústavy

- koncentrácia špecializovanej ústavnej aj ambulantnej dispenzárnej starostlivosti o vážne diagnózy
- zaostávanie v porovnaní s vyspelými krajinami v kvalite a rozsahu špecializovaných výkonov vo všeobecných nemocniciach
- vysoká úroveň plánovanej zdravotnej starostlivosti v špecializovaných ústavoch (onkologické, kardiovaskulárne, psychiatrické)
- absentuje koncepcia rozvoja a spoločenský konsenzus o význame univerzitných nemocníc

- zhoršujúca sa kvalita technického stavu budov a absencia vízie rozvoja Univerzitetnej nemocnice Bratislava

Ošetrovateľská starostlivosť o dlhodobu kriticky chorých, imobilných a geriatrických pacientov

- nízka dostupnosť a kritizovaná kvalita takmer všetkých foriem ústavnej a domácej ošetrovateľskej starostlivosti o chronicky kriticky chorých, imobilných a geriatrických pacientov (oddelenia dlhodobu chorých, hospice, domy ošetrovateľskej starostlivosti agentúry domácej ošetrovateľskej starostlivosti)
- absencia koordinácie zdravotnej (ošetrovateľstvo) a sociálnej starostlivosti (opatrovateľstvo)

Lieky

- dostupné široké spektrum liekov, vrátane originálnych
- problém distribúcie málo indikovaných liekov na zriedkavé ochorenia a patologické stavy (fantómové lieky, orphan drugs)

Hodnotenie kvality systému zdravotníctva je zaťažené absenciou všeobecne akceptovaných metodologických postupov a zakladá sa tak na porovnaní intuitívne stanovených priorít jednotlivcov, komún alebo štátu. Medzi rozdielne priority patria cenová, geografická a fyzická dostupnosť zdravotnej starostlivosti, kvalita jednotlivých segmentov a partikulárnych výkonov zdravotnej starostlivosti, kvalita hotelových služieb, prístup zdravotného personálu, možnosť slobodného výberu poskytovateľa alebo konkrétneho lekára. V závislosti od rôzne vnímaných priorít hodnotiteľa je aj analýza jednotlivých aspektov a celkového stavu zdravotnej starostlivosti odlišná.

V rámci horeuvedených limitov možností generalizácie (t.j. subjektívne stanovené priority) je možné konštatovať nasledovné hodnotenie systému poskytovania zdravotnej starostlivosti na Slovensku v roku 2010. Slovenské zdravotníctvo zabezpečuje pomerne efektívny a dobre dostupný systém poskytovania všeobecnej aj špecializovanej ambulantnej starostlivosti. Úroveň zdravotnej starostlivosti vo všeobecných nemocniciach je takisto dobre dostupná a vnímaná pozitívne. Zaostávanie v porovnaní s európskymi štandardmi je možné konštatovať v oblasti technického stavu budov a kvality nemedicínskych služieb všeobecných nemocníc, špecializovanej terciárnej zdravotnej starostlivosti (univerzitné nemocnice, vysokošpecializované výkony, medicínske inovácie)

a najmä starostlivosti o dlhodobu chorých a imobilných pacientov (predovšetkým seniorov).

V nasledovných podkapitolách sa analyzujú jednotlivé segmenty slovenského zdravotníctva z hľadiska kvality poskytovaných služieb s dôrazom sa identifikáciu kľúčových problémov a výziev.

9.2.1. Kvalita primárnej zdravotnej starostlivosti

Všeobecná ambulantná starostlivosť (VAS), t.j. všeobecný lekár pre dospelých a všeobecný lekár pre deti a dorast, je nosnou platformou zdravotných systémov vo väčšine krajín. Jej kvalita významnou mierou ovplyvňuje kvalitu celého zdravotného systému. Na Slovensku pracuje v súčasnosti 2002 všeobecných lekárov pre dospelých a 1078 všeobecných lekárov pre deti a dorast. Cestou lekárskej služby prvej pomoci je zabezpečovaná 24 hodinová dostupnosť všeobecnej ambulantnej starostlivosti. Dostupnosť VAS je na Slovensku výborná, tak ako je uvádzané v nasledujúcej podkapitole.

Z hľadiska kvality bývajú medzi slabé stránky VAS pre dospelých zaradované pomerne nízka miera efektivity poskytovanej starostlivosti, ktorá je charakterizovaná vysokou mierou referencovania, t.j. odosielania pacientov k špecialistom a do nemocníc. Priemerný počet návštev lekára na Slovensku (12,4) je v porovnaní s krajinami západnej Európy (5,4) ako aj priemerom OECD (7 návštev ročne) veľmi vysoký. Rovnakú tendenciu má vysoká miera dispenzarizácie civilizačných vysokoprevalentných ochorení v ambulanciách špecialistov. Výkony všeobecných lekárov pre dospelých sa koncentrujú na akútne infekčné ochorenia (t.j. respiračné a gastrointestinálne ochorenia), očkovanie, preskripciu doporučených liekov a administratívne výkony. Diagnostika a liečba väčšiny ostatných ochorení je na Slovensku realizovaná v špecializovanej ambulantnej sfére a v nemocniciach.

V súčasnosti nie sú k dispozícii presné analýzy tohto stavu. Medzi príčiny však možno zaradiť nemotivujúce financovanie všeobecných lekárov paušálnymi platbami bez ohľadu na realizovanú zdravotnú starostlivosť, legislatívne obmedzenia poskytovania zdravotnej starostlivosti, ako sú obmedzenia v oblasti indikácie vyšetrení alebo preskripčné obmedzenia liekov. Rastúcim problémom je aj veková štruktúra všeobecných lekárov a v neposlednom rade veľký nárast poznatkov v každom odbore medicíny, ktorý kladie na všeobecného lekára vysoké nároky na vzdelávanie. Súhrou týchto faktorov sa povolanie a úloha všeobecného lekára pre dospelých na Slovensku za posledné

dekády dramaticky zmenilo a jeho postavenie je potrebné nanovo definovať.

Situácia v segmente všeobecných lekárov pre deti a dorast (VLDD) je v mnohých aspektoch odlišná. Všeobecný lekár pre deti a dorast naďalej zostáva kľúčovým lekárom pre pediatrických pacientov a vyššie diskutované trendy sa v tomto segmente prejavujú v oveľa menšej miere. Základné výkony všeobecného lekára, ako je starostlivosť o akútne infekčné ochorenia, očkovanie a posudková činnosť sú ťažiskom práce VLDD. Závažných akútnych neinfekčných ochorení a chronických ochorení (s výnimkou alergických) je v porovnaní s dospelou populáciou výrazne menej. Odlišná je i špecializačná príprava v odbore pediatria. V neposlednom rade dostupnosť špecialistov v pediatrických špecializáciách je výrazne nižšia a koncentruje sa do detských nemocníc a špecializovaných ambulancií vo veľkých mestách.

Osobitným problémom VAS v oboch segmentoch je vysoký a rastúci vekový priemer všeobecných lekárov. Tento fakt zrejme súvisí so znižujúcou sa atraktivitou odboru pre mladých lekárov. V dôsledku vyššie diskutovaných trendov došlo k výraznému obmedzeniu kompetencií lekárov v odbore všeobecné lekárstvo a odbor sa stal pre mladých lekárov neatraktívny. Medzi ďalšie príčiny patria legislatívne bariéry v oblasti vzdelávania. Špecializačné štúdium v odbore všeobecný lekár trvá minimálne tri roky a zahŕňa povinnosť tzv. cirkulácie (niekoľkomesačné stážovanie) na viacerých typoch oddelení, pričom nie je zabezpečené financovanie lekárov – stážistov. Získanie špecializácie v obore všeobecné lekárstvo je tak komplikované obzvlášť pre lekárov iných špecializácií, ktorí by sa chceli requalifikovať. Pre týchto lekárov systém vyžaduje zanechať svoju prax a bez finančného krytia absolvovať trojročné štúdium v odbore všeobecného lekárstva. O licenciu pre všeobecného lekára sa možno uchádzať až po získaní špecializačnej skúšky. Ďalší legislatívny problém, na ktorý poukazujú všeobecní lekári je legislatívne nedoriešená možnosť predaja lekárskej praxe. Pokiaľ sa nezmení atraktivita povolania všeobecného lekára a nezabezpečí sa nízkobariérový prístup do tohto segmentu pre skúsených lekárov iných špecializácií, možno očakávať ďalší pokles dostupnosti a kvality zdravotnej starostlivosti všeobecných lekárov pre dospelých.

9.2.2. Kvalita špecializovanej ambulantnej starostlivosti

Kvalitu špecializovanej ambulantnej starostlivosti na Slovensku možno hodnotiť ako priaznivú. Špecia-

listi sú na Slovensku kostrou zdravotnej starostlivosti o vážnejšie akútne i chronické ochorenia. Vzdelávanie, erudícia, spektrum výkonov aj ich kvalita býva hodnotená pozitívne.

Slabinou segmentu ambulantnej špecializovanej starostlivosti sa stáva dostupnosť a vzrastajúce finančné náklady zdravotnej starostlivosti viazané na tento segment, vrátane preskripcie liekov a zdravotných pomôcok a indikácie pomocných laboratórnych, rádiologických a konziliárnych vyšetrení. Priemerný počet predpísaných denných definovaných dávok liečiv (marker rozsahu preskripcie) je na Slovensku vyšší v porovnaní s krajinami EÚ asi o 20 %.

9.2.3. Kvalita všeobecných nemocníc

Zdravotná starostlivosť poskytovaná vo všeobecných nemocniciach je na rôznej úrovni a nie je jednoduché ju generalizovať. Podľa prieskumu Všeobecnej zdravotnej poisťovne (VZP, 2008) hodnotia pacienti kvalitu zdravotnej starostlivosti ako dobrú (spokojnosť nad 90 %). Spokojnosť pacientov je však výrazne nižšia s kvalitou tzv. „hotelových“ služieb, ako je kvalita zariadenia nemocničných izieb, úroveň sociálnych zariadení, spektrum a kvalita stravovacích a doplnkových služieb. Veľká časť slovenských nemocníc je koncepcie zastaralá, budovy a zariadenia sú technicky opotrebované, výrazne absentujú moderné nemocnice, absentujú priestorovo vyhovujúce špecializované oddelenia alebo pavilóny nemocníc. Podľa analýzy Sanigest International z roku 2004 boli z technického hľadiska vyhodnotené ako dobré iba 4 % slovenských nemocníc, ako uspokojivé 40 % nemocníc. Na druhej strane ako nevhodné a veľmi zlé bolo hodnotených 49 % nemocníc a ako neakceptovateľné 7 % nemocníc. Novšie údaje o technickom stave slovenských nemocníc nie sú verejne dostupné. Ako hlavná príčina technického stavu slovenských nemocníc sa javí problém rozsahu finančných zdrojov pre tento segment (najnižšia v rámci krajín OECD v roku 2008). Znížená alokácia zdrojov do segmentu sa prejavuje o.i. poddimenzovanou investičnou aktivitou nemocníc. Investičná aktivita sa dlhé roky obmedzuje na obnovu prístrojového vybavenia. Presné analýzy vnútorného dlhu nemocníc nie sú k dispozícii, možno ho však odhadovať na úrovni 1–3 miliardy Eur.

Dlhodobou kritizovanou slabinou slovenských nemocníc je nedostatočná kvalita manažmentu. Manažment nemocníc býva kritizovaný pre zaostávanie v kvalite finančného manažmentu, plánovania a rozpočtovej disciplíny, efektivity nakladanie so zdrojmi ako aj absenciou proaktívneho personálneho ma-

nažmentu, manažmentu kvality aj plánovania strategického rozvoja. Príčiny sú zrejme viaceré. Pomerne často dochádza k výmenám manažmentov nemocníc, nie sú dané jasné, presne definované ciele a priority pre manažment zo strany vlastníkov. Pomerne málo manažérov má skúsenosti s krízovým riadením a reštrukturalizáciou firiem. Ďalším faktorom je nemotivujúca schéma odmeňovania vrcholového manažmentu nemocníc.

Ďalším aspektom kvality zdravotnej starostlivosti v nemocniciach je otázka vzájomného porovnania kvality jednotlivých poskytovateľov. Súčasný systém indikátorov kvality možno hodnotiť ako nedostačujúci. Jeho podstatou je zbieranie vybraných dát v zdravotných poisťovniach, pridelenie rôznej váhy rôznym indikátorom a výpočet sumarizujúceho jedného parametra, ktorý je zverejnený. Takýto systém neumožňuje adekvátne porovnávanie jednotlivých nemocníc, absentuje porovnanie na úrovni oddelení, absentuje prehľad jednotlivých indikátorov pre dané zdravotnícke zariadenie a oddelenia.

9.2.4. Kvalita terciárnej zdravotnej starostlivosti

Koncové a špecializované nemocnice majú v systéme poskytovania zdravotnej starostlivosti nezastupiteľné miesto. Na Slovensku sa jedná predovšetkým o univerzitné nemocnice, fakultné nemocnice a národné ústavy špecializovanej zdravotnej starostlivosti (onkologické, kardiovaskulárne). Univerzitné nemocnice poskytujú zdravotnú starostlivosť o komplikované ochorenia a stavy. Jedná sa o akútnu starostlivosť o pacientov, ktorých nemocnice nižšieho typu odosielajú do univerzitných a fakultných nemocníc, pretože nároky na zdravotnú starostlivosť presahujú ich možnosti. Na druhej strane sa v terciárnych nemocniciach koncentrujú náročné špecializované zdravotné výkony a dispenzárna starostlivosť o zriedkavé ochorenia a náročné komplikácie častejších ochorení. Medzi ďalšie nezastupiteľné úlohy univerzitných nemocníc patrí pregraduálne, postgraduálne aj špecializačné zdravotnícke vzdelávanie, veda a výskum v oblasti medicíny, ako aj zavádzanie medicínskych inovácií (t.j. nových diagnostických a terapeutických postupov a liekov). Špecifikom univerzitných a v menšej miere aj fakultných nemocníc je spolupráca s univerzitami a vedeckými inštitúciami.

Terciárna zdravotná starostlivosť je na Slovensku výrazne oslabená. Z hľadiska kvality unikátnych funkcií univerzitných nemocníc možno bohužiaľ konštatovať výrazné zaostávanie oproti európskemu štandardu. Vyššie diskutované problémy všeobecných nemocníc

sa v segmente univerzitných a fakultných nemocníc prejavujú ešte výraznejšie. Budovy a zariadenia sú v prevažnej miere opotrebované a v mnohých prípadoch účtovne odpísané a morálne zastarané.

Zariadenia špecializovanej zdravotnej starostlivosti, ako sú ústavy srdcových a cievnych chorôb, Národný onkologický ústav a podobne sú na druhej strane v dobrom technickom aj finančnom stave. Medzi uvádzané príčiny sa zaraďuje poskytovanie predovšetkým plánovanej zdravotnej starostlivosti, unikátne postavenie s nízkou mierou kompetitívnosti a tým dané uspokojivé zmluvné podmienky so zdravotnými poisťovňami.

Medzi osobitné problémy univerzitných nemocníc patrí takzvaná dvojkoľajnosť riadenia týchto zariadení. Rezort zdravotníctva je zastúpený manažmentom nemocníc, primármi oddelení, stredným zdravotným personálom a asi 3/4 lekárov. Rezort školstva je reprezentovaný rektorom univerzity, dekanmi lekárskejších fakúlt, ktorí menujú prednostov kliník a zamestnávajú asi 1/4 lekárov univerzitnej nemocnice. Zamestnanci lekárskejších fakúlt pritom zastávajú zväčša vedúce pozície, majú vyššiu kvalifikáciu, tvoria väčšinu profesorov a docentov univerzitných nemocníc. Možno konštatovať, že v univerzitnej nemocnici tak majú porovnateľný vplyv manažmenty (predovšetkým v prevádzkovej a finančnej oblasti) aj vedenie lekárskejších fakúlt (predovšetkým v personálnej a koncepcijnej oblasti). V praxi sa dvojkoľajnosť riadenia premieňa do problémov v oblasti práv a povinností zamestnancov, kompetencií vedúcich pracovníkov, majetku a financovania pracovísk, rozdielného mzdového ohodnotenia lekárov nemocnice a fakulty a pod.

Samostatnou kapitolou v oblasti problematiky univerzitných nemocníc je špecifické postavenie Univerzitnej nemocnice Bratislava (UNB), ktorá je najväčším poskytovateľom ústavnej zdravotnej starostlivosti na Slovensku. UNB zabezpečuje asi 20 % zdravotných výkonov, ako aj celkového objemu finančných nákladov v segmente nemocníc. Roky absentuje vízia rozvoja ústavnej zdravotnej starostlivosti v hlavnom meste Slovenska. Táto otázka je kľúčovo viazaná na otázku dostavby Univerzitnej nemocnice Rázsochy. Možno konštatovať, že súčasný stav nemocníc v Bratislave je neudržateľný a v krátkej dobe bude potrebné rozhodnúť o stratégii rozvoja UNB a s tým spojených investícií do bratislavských nemocníc. Spomedzi štyroch veľkých nemocníc sú dve v kritickom stave – Nemocnica Staré mesto Mickiewiczova (postavená v roku 1859) a Nemocnica na Kramároch (postavená v roku 1970). Zvyšné dve nemocnice, t.j. Ružinov (1984) a Petržalka (1996), neboli koncipované ako univerzitná nemocnica a nespĺňajú kritériá, ktoré sú kladené na terciár-

ne univerzitné nemocničné zariadenia. V uvedených dvoch nemocniciach chýbajú pedagogické priestory, ako sú seminárne a prednáškové miestnosti. Vo veľkej miere chýba zázemie odborných a vedeckých laboratórií a ústavov, potrebné pre rozvoj a zavádzanie nových diagnostických a terapeutických postupov. V neposlednom rade vnútorná koncepcia nemocníc je stavaná na počet a štruktúru oddelení špecifických pre bývalé nemocnice s poliklinikou II. typu, čo sa prejavuje v neúplnej štruktúre špecializácií. Možno konštatovať, že v súčasnosti ani jedna budova nemocnice v Bratislave nemá komplexnú štruktúru oddelení a špecialistov potrebnú pre nemocnicu univerzitného typu. Vzhľadom na absenciu koncepcie rozvoja UNB sú akékoľvek investície do budov a zariadení UNB zmrazené a na rozdiel od iných univerzitných nemocníc na Slovensku sa do priestorov UNB neinvestovali od roku 1996, s výnimkou havarijných situácií, takmer žiadne prostriedky. Absencia vízie pre UNB spojená s redukciami oddelení, lôžok a celých nemocníc v Bratislavskom kraji, rastom obyvateľstva a spádovej oblasti tak dospela ku kritickému stavu, ktorý má potenciál v horizonte niekoľkých rokov paralyzovať poskytovanie kvalitnej zdravotnej starostlivosti v Bratislave a v mnohých špecializáciách i celoslovensky.

9.2.5. Kvalita zdravotnej starostlivosti o chronicky ťažko chorých a imobilných

Zdravotná starostlivosť o chronicky ťažko chorých, imobilných a seniorov je na Slovensku dlhodobo problematická z hľadiska kvality aj dostupnosti. Imobilní a ťažko chorí pacienti vyžadujú osobitný prístup, ktorý je charakterizovaný bezbariérovosťou, špeciálnou ošetrovateľskou starostlivosťou, špeciálnymi nárokmi na manažment a organizáciu zdravotnej starostlivosti o pacienta, ako aj nutnosťou koordinácie zdravotnej a opatrovateľskej starostlivosti. Chronicky ťažko chorí a imobilní pacienti vo zvýšenej miere vyžadujú poskytovanie zdravotnej starostlivosti v domácom prostredí, ako aj v ústavných zdravotných zariadeniach. Naopak vzhľadom na imobilitu tejto skupiny pacientov je obtiažna ambulantná zdravotná starostlivosť a koordinácia diagnostických a liečebných výkonov ambulantnou formou.

Ošetrovanie chronicky ťažko chorých a imobilných pacientov kladie zvýšené nároky na materiálno-technické, priestorové a personálne vybavenie ústavných zariadení. V kontexte nižšie diskutovaných problémov vo financovaní, investičnej aktivite a úrovni manažmentu, zdravotné zariadenia na Slovensku výrazne zaostávajú v kvalite ústavnej starostlivosti

o týchto pacientov. V mnohých rozvinutých krajinách je vysoko rozvinutý segment starostlivosti o chronicky ťažko chorých pacientov vo forme domovov ošetrovateľskej starostlivosti, rehabilitačných ústavov, liečební dlhodobochorých a hospicov. Ústavná zdravotná starostlivosť býva doplnená rozvinutou sieťou domácej ošetrovateľskej starostlivosti poskytovanej samostatne pracujúcimi sestrami a agentúrami domácej ošetrovateľskej starostlivosti. Z analýz OECD vyplýva, že výdavky na tento segment zdravotnej starostlivosti predstavujú v priemere 8 % výdavkov. Na Slovensku je to menej ako 1 %, čo sa javí byť výrazne neadekvátne.

Osobitným problémom starostlivosti o dlhodobochorých a imobilných pacientov je intersektorálna spolupráca. Do rezortu MZ SR spadá zdravotná starostlivosť charakterizovaná pojmom „ošetrovateľstvo“. Do rezortu Ministerstva práce sociálnych vecí a rodiny SR spadá problematika sociálnej starostlivosti vrátane zdrojov na jej financovanie, charakterizovaná pojmom „opatrovateľstvo“. Suboptimálna delba kompetencií a koordinácie medzi rezortmi zdravotníctva a sociálnych vecí predstavuje prekážku efektívneho riešenia problematiky dlhodobej starostlivosti o chronicky chorých a imobilných.

9.2.6. Kvalita ľudských zdrojov

Zdravotná starostlivosť predstavuje špecifické služby a jej nositeľom sú predovšetkým zdravotnícki pracovníci. Kvalita ľudských zdrojov je preto kľúčovým aspektom kvality poskytovaných služieb. Medzi vážne problémy patrí deteriorácia stavu ľudských zdrojov predovšetkým v nemocniciach. Táto je daná migráciou kvalifikovaného zdravotného personálu do súkromnej ambulantnej sféry, ako aj do zahraničia. Hlavnými destináciami v zahraničí sú nemecky hovoriace krajiny, Česká republika, Veľká Británia a Írsko. V rámci Slovenska nachádzajú lekári uplatnenie v rámci súkromného sektora v oblasti farmaceutického priemyslu, verejnej správy, podnikateľských nezdravotných aktivít.

V roku 2009 naďalej pokračoval trend starnutia populácie pracovníkov v zdravotníctve SR. Počet pracovníkov vo všetkých vekových skupinách do 54 rokov klesá a postupne sa zvyšuje vo všetkých vekových skupinách od 55 rokov. Zatiaľ čo v roku 2002 podiel pracovníkov vo veku nad 55 rokov predstavoval 8,59 % z celkového počtu pracovníkov, v roku 2009 tvoril 20,24 %.

Zatiaľčo priemerný počet lekárov podľa údajov OECD na Slovensku v roku 2008 (3,3/1000 obyvateľov) je porovnateľný s priemerom EU (3,0), priemerný počet sestier (6,3/1000 obyvateľov) je v porovnaní s priemerom EU (9,8) výrazne nižší. Nedostatok sestier sa prejavuje predovšetkým v segmente starostlivosti o dlhodobochorých.

9.3. Hodnotenie dostupnosti zdravotnej starostlivosti na Slovensku

Hlavné závery

- výborná fyzická dostupnosť všeobecnej aj špecializovanej ambulantnej starostlivosti
- výborná fyzická dostupnosť všeobecnej nemocničnej starostlivosti a záchranej zdravotnej služby
- suboptimálna fyzická dostupnosť vysokošpecializovanej zdravotnej starostlivosti
- nízka fyzická dostupnosť ošetrovateľskej starostlivosti o dlhodobochorých
- dobrá dostupnosť širokého spektra liekov a zdravotných pomôcok
- zhoršujúca sa cenová dostupnosť (poplatky od pacientov) pre sociálne slabšie skupiny najmä v oblasti špecializovanej ambulantnej a stomatologickej zdravotnej starostlivosti
- migrácia 15 % slovenských lekárov do zahraničia, prevažne mladších vekových kategórií
- hrozba nedostatku lekárov v mnohých špecializáciách v horizonte 5–10 rokov.

Dostupnosť zdravotnej starostlivosti pre občanov Slovenskej republiky je možné hodnotiť z viacerých aspektov. Medzi ne patrí cenová dostupnosť, geografická a fyzická dostupnosť poskytovateľa, ako aj slobodný výber konkrétneho lekára u poskytovateľa. Je potrebné zvažovať aj dostupnosť liekov a špeciálneho zdravotného materiálu a pomôcok. Osobitným aspektom je otázka dostupnosti jednotlivých segmentov zdravotnej starostlivosti, ako je urgentná zdravotná starostlivosť, ambulantná a nemocničná starostlivosť alebo starostlivosť o dlhodobochorých a imobilných.

9.3.1. Cenová dostupnosť

Cena zdravotnej starostlivosti je jedným zo základných faktorov dostupnosti najmä pre sociálne slabšie skupiny, ako sú invalidní dôchodcovia, seni-

ori, mnohopočetné rodiny alebo marginalizované skupiny obyvateľstva. Ako vyplýva z analýz kapitoly č. 7 tejto správy, finančná spoluúčasť pacientov na Slovensku má vzrastajúci trend. Podľa údajov OECD predstavovali v roku súkromné platby obyvateľstva 31 % výdavkov na zdravotníctvo, 69 % je hrađených z verejných zdrojov. Tento pomer patrí v rámci Európy k vyšším a je potrebné ho citlivo analyzovať.

Spoluúčasť pacienta na Slovensku má niekoľko foriem, patrí medzi ne doplatok za lieky, poplatky a doplatky za zdravotnú starostlivosť neuhrádzanú z verejného zdravotného poistenia (napríklad z veľkej miery stomatologická starostlivosť), poplatky za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti. Osobitnou kategóriou je rastúca miera spoluúčasti za poplatky a doplatky, ktoré nemajú legislatívnu oporu. Dôkladné analýzy rozsahu tohto fenoménu nie sú k dispozícii. V praxi sa vyberajú poplatky napríklad za klubové karty, ročné poplatky za dispenzarizáciu v súkromných centrách, poplatky za rozličné definované nadštandardné starostlivosť a nadštandardné služby, poplatky za výber lekára, operátora alebo pôrodníka a čoraz širšie poskytovaná zdravotná starostlivosť u nezmluvných poskytovateľov alebo na vlastnú žiadosť. V neposlednom rade stále pretrvávajú nepresne zmapovaná oblasť šedej ekonomiky najmä v ústavných zdravotníckych zariadeniach, kde sa lekármi neoficiálne poskytujú rôzne úhrady za prednostné ošetrenia alebo výber lekára. Ani analýzy tohto fenoménu nie sú verejne k dispozícii. Existuje odôvodnená obava, že ak sa nezvýši rozsah a miera financovania zdravotníctva z verejných zdrojov, finančná záťaž pacienta bude stúpať a cenová dostupnosť kvalitnej zdravotnej starostlivosti pre sociálne slabé skupiny bude klesať.

9.3.2. Geografická a fyzická dostupnosť

Geografická dostupnosť zdravotnej starostlivosti je na Slovensku regulovaná predovšetkým nariadením vlády SR o verejnej minimálnej sieti poskytovateľov zdravotnej starostlivosti č. 640/2008 Z. z. Predmetné nariadenie definuje verejnú minimálnu sieť pre jednotlivé kategórie poskytovateľov špeciálne pre segmenty všeobecnej ambulantnej starostlivosti, špecializovanej ambulantnej starostlivosti na úrovni minimálneho počtu lekárskeho miest v danom odbore na území Slovenska, v prípade gynekologickej a zubnej starostlivosti na úrovni okresov, vo vybraných odboroch na úrovni vyšších územných celkov. Obdobne je definovaná minimálna sieť dialyzačných stredísk, agentúr domácej ošetrovateľskej starostlivosti, hospi-

cov na úrovni vyšších územných celkov. Verejná minimálna sieť LSPP je definovaná počtom poskytovateľov na počet obyvateľov. Verejná minimálna sieť poskytovateľov ústavnej zdravotnej starostlivosti je definovaná počtom lôžok na území SR ako aj jednotlivých VÚC. Druhou vrstvou regulácie nemocníc je definovanie tzv. pevnej siete nemocníc. Jedná sa o skupiny okresov, v ktorých aspoň jeden poskytovateľ musí spĺňať stanovené kritériá t.j. definovanú štruktúru oddelení (vnútorné lekárstvo, chirurgia, OAIM, neurológia, gynekológia, pediatria, neonatológia), musí mať urgentný príjem, nemocničnú lekárňu, spoločné vyšetrovacie zložky v odboroch rádiológia, vrátane CT, klinická biochémia, hematológia a transfuziológia. Nemocnica pevnej siete musí mať 24 hodinovú dostupnosť. Poslednou vrstvou regulácie je definovanie koncovej siete poskytovateľov, ktorá taxatívne určuje zoznam nemocníc (prevažne fakultných a špecializovaných ústavov), s ktorými musí poisťovňa uzatvoriť zmluvu.

Sieť poskytovateľov záchrannej zdravotnej služby je stanovená Výnosom MZ SR č. 10552/2009-OL, ktorým sa ustanovujú sídla staníc ZZS. Tých je spolu 273 pozemných a 7 sídiel pre vrtuľníkovú ZZS.

Na základe údajov z NCZI možno na Slovensku od roku 2000 pozorovať každoročný trend poklesu počtu nemocničných lôžok vo všetkých segmentoch, t.j. akútne, psychiatrické aj lôžka pre dlhodobu chorých. V období rokov 2000–2007 predstavuje tento pokles redukciu z úrovne 42 332 lôžok (2000) na 26 546 (2007), t.j. o 37,3 %. Pokles počtu lôžok je z veľkej miery reflektovaný v poklese počtu zamestnaných lekárov (z 6 143 na 5 334, t.j. o 13,3 %) ako aj ostatného zdravotného personálu. Na druhej strane počet hospitalizácií poklesol v danom období len o 4,8 % (z 1,07 mil na 1,02). Naopak priemerná doba hospitalizácie klesla z 10,2 na 8,7 dňa (2007). Možno preto konštatovať trend podstatného zvýšenia efektivity práce v slovenských nemocniciach v predmetnom období.

Celkovo možno konštatovať, že dostupnosť neodkladnej zdravotnej starostlivosti je na Slovensku aj po redukcii počtu lôžok dobrá. Viac ako 77 % občanov má ambulanciu všeobecného lekára priamo v mieste bydliska. Ambulantní špecialisti sú dostupní v mieste bydliska pre 50 % populácie, do 30 minút jazdy autom je dostupnosť 99 %. Sieť 273 staníc ZZS je rozsiahla a zabezpečuje dojazd vozidiel ZZS do 15 minút pre 95 % populácie (Správa WHO, Filko 2010). Sieť nemocníc je takisto dostatočná a zabezpečuje tak následnú zdravotnú starostlivosť v akútnych prípadoch do 30 minút pre 98 % obyvateľov Slovenska.

9.3.3. Dostupnosť plánovanej špecializovanej zdravotnej starostlivosti

Na druhej strane dostupnosť plánovanej špecializovanej zdravotnej starostlivosti nie je optimálna. Dostupnosť sa líši podľa typu zdravotných výkonov ako aj podľa regiónov. Presné analýzy dostupnosti plánovanej zdravotnej starostlivosti na Slovensku nie sú k dispozícii. Sú známe diagnostické a liečebné zákroky, ktoré majú pomerne dlhé čakacie doby ako sú operácie kĺbov, katarakty alebo mamografie. Ústavne poskytované výkony sú upravené Vyhláškou MZ SR č. 412/2009 Z. z. o zoznamoch poistencov čakajúcich na poskytnutie plánovanej zdravotnej starostlivosti. V tejto vyhláške sa upravuje vedenie tzv. čakacích listín na vybrané ortopedické, kardiologické a kardiochirurgické zákroky a operácie katarakty. Zaraďovanie pacientov na ambulantné výkony nie je legislatívne upravené a v tejto súvislosti sa uvádzajú dlhé čakacie doby napríklad na CT a MR vyšetrenia, mamografie, vyšetrenia u niektorých špecialistov (napríklad alergológov). Tento stav nie je želaný a má zrejme viacero príčin. Na jednej strane sú to kapacitné dôvody na strane poskytovateľov, na druhej strane objemové a finančné limity zdravotných poisťovní na počty vyšetrení. Aj keď presné analýzy v tejto oblasti nie sú k dispozícii, prevažuje názor že v prípade operačných zákrokov prevažujú kapacitné limity na strane poskytovateľov a pri vyšetreniach v ambulantnej sfére dominujú zmluvne limitujúce podmienky zdravotných poisťovní.

9.3.4. Dostupnosť kvalifikovanej pracovnej sily a migrácia

Osobitným problémom sa stáva migrácia zdravotníckych pracovníkov do zahraničia. Presné údaje o rozsahu migrácie nie sú dostupné. Najpresnejšie odhady sú v kategórii lekár, ktoré sa opierajú o údaje Slovenskej lekárskej komory a MZ SR. Odhaduje sa že v období rokov 2004–2009 migrovalo do zahraničia asi 2 800 slovenských lekárov, z toho do krajín EU 1 800 lekárov a do Českej republiky asi 1 000 lekárov. Z celkového počtu 18 000 lekárov tak možno odhadovať odchod asi 15 %. Migrácia zo zahraničia na Slovensko je minimálna, v súčasnosti sa obmedzuje na individuálne príchody najmä z Ukrajiny a na zahraničných absolventov slovenských univerzít. Počet lekárov zahraničného pôvodu na Slovensku nepresahuje podľa údajov MZ SR 0,4 % celkového počtu.

Údaje o spätnej migrácii, t.j. návrate lekárov zo zahraničia absentujú úplne, odhady sa pohybujú

na úrovni do 15 % vycestovaných. Problém migrácie je veľmi závažný najmä z hľadiska vekovej štruktúry odchádzajúcich (absolventi a mladí atestovaní lekári) a zásadným spôsobom ovplyvňuje vekovú štruktúru slovenských lekárov. V horizonte 5–10 rokov sa tak črtá vážna hrozba nedostatku lekárov, obzvlášť v menej atraktívnych špecializáciách.

9.4. Analýza financovania systému zdravotníctva na Slovensku

Hlavné závery

- divergencia medzi nárokmi na kvalitu a dostupnosť a de iure alebo de facto regulovanými cenami zdravotnej starostlivosti zo strany platiteľov (zdravotné poisťovne a platby od pacientov)
- výška pomeru nákladov na zdravotníctvo z verejných zdrojov voči HDP krajiny (5,6 % v roku 2010) je oproti krajinám západnej Európy nižšia zhruba o 2 percentuálne body hrubého domáceho produktu, oproti krajinám východnej Európy (EU-12) je vyššia. Prezentovaná interpretácia týchto štatistických údajov je odlišná z pohľadu zdravotníkov a ekonómov.
- výška pomeru nákladov na zdravotníctvo zo súkromných zdrojov voči HDP krajiny (2 %) je na úrovni krajín západnej Európy
- v posledných rokoch výdavky na zdravotníctvo z verejných zdrojov vykazujú v absolútnych číslach nárast kopírujúci vývoj HDP v krajine, v relatívnom vyjadrení voči HDP je pomer za posledných 10 rokov stabilný
- výdavky na zdravotníctvo zo súkromných zdrojov vykazujú výrazný nárast v absolútnom aj relatívnom vyjadrení voči HDP krajiny.
- od roku 2008 dochádza ku zmene štruktúry príjmov zdravotných poisťovní v zmysle poklesu príjmov od ekonomicky aktívnych a vzostupu príjmov od poistencov štátu, podmienená nárastom miery nezamestnanosti v SR
- štruktúra výdavkov sektora zdravotníctva v porovnaní s krajinami OECD vykazuje tri hlavné aberácie: vysoká podiel výdavkov na lieky, nízky podiel výdavkov na nemocnice a dramaticky nízky podiel výdavkov na chronickú zdravotnú starostlivosť
- poskytovatelia kritizujú selektívny kontraktning nákupu zdravotnej starostlivosti zdravotných poisťovní z hľadiska finančných limitov, jednostranných revízných úkonov a limitovania neodkladnej zdravotnej starostlivosti

- zdravotné poisťovne kritizujú mieru regulácie siete poskytovateľov (koncová a pevná sieť)
- i keď je tvorba zisku zo zdrojov verejného zdravotného poistenia v súlade s ústavou SR, prebiehajú diskusie o podmienkach a parametroch tvorby zisku zdravotných poisťovní a v tejto otázke je v spoločnosti viac názorov

Po dobu šiestich dekád prevláda na Slovensku koncepcia priamej alebo nepriamej cenovej regulácie zdravotných služieb s cieľom zabezpečiť všeobecne dostupnú zdravotnú starostlivosť. Základným legislatívnym normatívom je v súčasnosti článok 40. Ústavy Slovenskej republiky v znení: „Každý má právo na ochranu zdravia. Na základe zdravotného poistenia majú občania právo na bezplatnú zdravotnú starostlivosť a na zdravotnícke pomôcky za podmienok, ktoré ustanoví zákon.“

Rozsah zdravotnej starostlivosti hradenej z verejného zdravotného poistenia upravuje zákon 577/2004 Z. z., kde sa okrem iného uvádza v §44: „Poskytovateľ nesmie požadovať od poistenca úhradu za zdravotnú starostlivosť a služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti nad rozsah spoluúčasti poistenca podľa tohto zákona“.

Nakoľko zákon neumožňuje čiastočnú úhradu zdravotných výkonov je legálnym zdrojom príjmov poskytovateľa za poskytnutú zdravotnú starostlivosť buď zmluva so zdravotnou poisťovňou alebo alternatívne priama platba od pacienta v plnej výške. Priame platby sú ekonomicky dostupné iba pri jednoduchších ambulantných výkonoch a vo všeobecnosti nie sú alternatívou zmluvne poskytovanej zdravotnej starostlivosti. Nákup zdravotnej starostlivosti zo strany zdravotných poisťovní formou tzv. selektívneho kontraktingu je dlhodobo predmetom výraznej kritiky poskytovateľov zdravotnej starostlivosti. Títo kritizujú najmä finančné a objemové limity, jednostranné revízie úkony zo strany poisťovní a limitovanie rozsahu poskytovanej neodkladnej zdravotnej starostlivosti. Na druhej strane narastá objem priamych platieb pacientov predovšetkým za lieky, ale aj za tzv. „nadštandardnú“ starostlivosť, ako sú klubové karty, príplatok za nadštandardné vybavenie priestorov a podobne. Ďalším zdrojom príjmov niektorých zdravotníckych pracovníkov naďalej zostáva šedá ekonomika.

9.4.1. Rozsah a štruktúra zdrojov v systéme slovenského zdravotníctva

Porovnanie výdavkov na zdravotníctvo a hrubého domáceho produktu krajiny je jedným z prehľadných

makroekonomických ukazovateľov porovnania zdrojov zdravotníctva v jednotlivých krajinách. Analýzy výdavkov na zdravotníctvo sú dostupné z viacerých národných a medzinárodných zdrojov ako je OECD, WHO, EU, MF SR, MZ SR alebo Štatistický úrad SR. Podľa použitej metodiky sa údaje odlišujú a pri ich interpretácii je potrebné dôkladne prihliadať na použitý zdroj údajov a metodiku. Takisto je dôležité dôkladne rozlišovať absolútne výdavky na zdravotníctvo a ich relatívny pomer k HDP. Štatistiky OECD uvádzajú osobitne podiel príjmov z verejných zdrojov a podiel príjmov zo súkromných zdrojov. Verejné zdroje predstavujú zdroje verejného zdravotného poistenia a priame platby z verejných rozpočtov, súkromné zdroje zarátavajú podľa metodiky OECD priame platby obyvateľstva za lieky, zdravotné služby, odhadovanú šedú ekonomiku a príjmy verejných lekární.

Podľa údajov OECD výdavkov na zdravotníctvo vyplýva niekoľko záverov. Objem celkových aj verejných zdrojov pre slovenské zdravotníctvo predstavuje 7,3 % (celkové zdroje) a 5,6 % (verejné zdroje). Objem súkromných zdrojov predstavuje asi 1,7 % HDP a je porovnateľný s ostatnými sledovanými krajinami Európy s výnimkou Švajčiarska, kde predstavuje 4,1 %. Na druhej strane objem verejných zdrojov na Slovensku predstavuje podľa metodiky OECD iba 5,6 % HDP a v porovnaní s priemerom krajín EU-15 (7,2 %) je nižší asi o 1,6 % zdrojov HDP. V porovnaní s krajinami EU-12 (novoprijaté krajiny) je objem zdrojov verejného systému porovnateľný.

Podľa údajov Štatistického úradu SR pri porovnaní vývoja výdavkov spoločnosti na zdravotníctvo od roku 2002 do roku 2009 možno konštatovať absolútny nárast príjmov zdravotných poisťovní z úrovne 1,8 mld. Eur (2002) na úroveň 3,4 mld. Eur (2010), čo predstavuje vzostup o 83 %. Hrubý domáci produkt v tom istom čase vzrástol z hodnoty 36,8 mld. Eur na 65,5 mld. Eur čo predstavuje porovnateľný nárast o 78 %. Pomer verejných výdavkov na zdravotníctvo voči HDP krajiny tak v predmetnom období osciluje na stabilnej úrovni 4,9–5,8 %. Oscilácia je daná predovšetkým jednorazovými dotáciami štátneho rozpočtu do systému, ktoré predstavujú poväčšinou periodické „oddĺžovanie“ nemocníc.

Z údajov ŠU SR možno pri analýze výdavkov domácnosti na zdravotníctvo, t.j. súkromných zdrojov systému, konštatovať v období 2002–2009 nárast z úrovne 288 mil. Eur (2002) na 1 142 mil. Eur (2009). To zodpovedá nárastu o 401 % v absolútnom vyjadrení a pomer súkromných výdavkov voči HDP vzrástol z úrovne 0,8 % na 1,8 %.

Posledným relevantným zdrojom zdravotného systému sú priame dotácie, ktorých výška predstavi-

je asi 0,3 % HDP. Do roku 2007 boli dotácie realizované prevažne cestou štátneho rozpočtu, od roku 2007 sa ťažisko presunulo do formy financovania cestou operačného programu zdravotníctvo európskych fondov.

Pri analýze nákladov verejných výdavkov zdravotných poisťovní na jednotlivé segmenty zdravotnej starostlivosti a ich vývoja v posledných rokoch možno konštatovať nemennú štruktúru relatívnych výdavkov na lieky a zdravotné pomôcky (34 %), ambulantnú zdravotnú starostlivosť (34 %), z toho všeobecní lekári 8 %, špecialisti 11 %, stomatológovia 3 % a SValZ 12 %, výdavky na nemocnice predstavujú 26 %, z toho všeobecné nemocnice 19 % a špecializované nemocnice 6 %. Administratívne výdavky a iné výdavky (UDZS, OS ZZS) predstavujú 5 %.

Zaujímavou je analýza štruktúry výdavkov zdravotného sektora v európskom kontexte. Z tejto analýzy vyplýva niekoľko základných pozorovaní. Slovenská republika v porovnaní s krajinami OECD vydáva nepomerne vyššie percento výdavkov na lieky a zdravotné pomôcky (Slovensko 38 % versus priemer OECD 25 %), výrazne nižšie percento výdavkov na nemocničnú zdravotnú starostlivosť (Slovensko 22 % versus priemer OECD 30 %) a alarmujúce pozorovanie predstavujú takmer nulové výdavky na starostlivosť o dlhodobu chorých (Slovensko 0 % versus priemer OECD 8 %).

Vysoké percento výdavkov na lieky zo zdrojov zdravotného poistenia ako aj súkromných zdrojov je zrejme dané dvomi nezávislými faktormi. Prvým je porovnateľná cenová hladina liekov na Slovensku a v krajinách Európskej únie a tým porovnateľné absolútne výdavky na lieky (v Euro). Táto pri nepomerne rozdielných absolútnych výdavkoch na zdravotníctvo medzi Slovenskom a Európou predstavuje relatívne vysoký podiel výdavkov na lieky z rozpočtu zdravotného sektora. Druhým faktorom je absolútne vyššia preskripcia liekov vyjadrená v počte denných definovaných dávok (DDD), ktorá je na Slovensku v porovnaní s Európou vyššia asi o 20 %. Táto je zrejme daná jednak kultúrnymi faktormi (pacienti očakávajú, že im lekár predpíše na záver vyšetrenia recept), jednak vysokým priemerným počtom návštev lekára na Slovensku a čiastočne zrejme aj indukovanou preskripciou.

Aj keď presné analýzy tzv. „potreby finančných zdrojov“ a definovania rozsahu zdravotnej starostlivosti hradenej z verejného zdravotného poistenia nie sú k dispozícii, možno sa odôvodnene domnievať, že rozsah zdrojov verejného zdravotného systému na Slovensku nepostačuje na krytie zdravotnej starostlivosti v kvalite, ktorú občania očakávajú a je porov-

natelná s kvalitou vyspelých európskych krajín. Popri nespochybniteľne nižšiemu absolútnemu aj relatívne objemu zdrojov na zdravotníctvo v európskom kontexte, patria medzi nepriame dôkazy tohto konštatovania narastajúca finančná spoluúčasť pacienta, existencia nadlimitov, rastúce čakacie doby a zaostávanie v oblasti zavádzania medicínskych inovácií na Slovensku. Nepomer medzi očakávaniami pacientov, zdravotníkov a na druhej strane výškou alokovaných verejných zdrojov v systéme je pravdepodobnou príčinou pretrvávajúcej nespokojnosti zdravotníkov a zreteľahodnej časti pacientov.

Spoluúčasť pacientov (privátne zdroje financovania systému) dosahuje v rámci Európskej únie nadpriemerne vysoké percento (31 %). Ďalším prejavom nepomeru zdrojov a očakávaní je široko rozšírený problém nadlimitov, t.j. medicínsky uznaných zdravotných výkonov nad rámec zmluvne dohodnutého objemu poskytnutej zdravotnej starostlivosti a nepreplatených zdravotnou poisťovňou. Nadlimity sa vyskytujú vo väčšine segmentov zdravotnej starostlivosti hradenej platbou za výkony. Analýzy rozsahu tohto fenoménu nie sú k dispozícii. Neoficiálne odhady sa rozchádzajú v rozsahu 5–25 % objemu poskytovanej zdravotnej starostlivosti. Ďalšími nepriamymi dôkazmi nedostatočnej alokácie zdrojov sú dlhé čakacie doby na plánovanú ambulantnú zdravotnú starostlivosť a občanmi veľmi negatívne vnímaná otázka šedej ekonomiky v nemocniciach. V neposlednom rade sa zdá byť nepriamym dôkazom nedostatočných zdrojov zaostávanie implementácie medicínskych inovácií, ktoré narážajú na problém financovania zo strany poisťovní.

Relatívny nedostatok finančných zdrojov oproti očakávaniam sa negatívne prejavuje zrejme najvýraznejšie vo financovaní všeobecných nemocníc. Pri istej generalizácii možno konštatovať, že dlh nemocníc narastá podľa veľkosti nemocnice a náročnosti pacientov a ročne predstavuje v priemere úroveň asi 15 % výnosov segmentu. Rozsah tzv. vnútorného dlhu nemocníc, t.j. nutnosti kapitálových investícií do aktív (budovy, prístroje) nie je presne kvantifikovaný. Odhady sa pohybujú úrovni 1–3 mld. Eur. Problém objemu finančných zdrojov systému je analyzovaný v kapitolách o kvalite nemocničnej zdravotnej starostlivosti a ošetrovateľskej starostlivosti. Ďalším negatívnym dôsledkom nedostatku finančných zdrojov je reštriktívna personálna politika. Prejavuje sa cyklicky, v závislosti od rôznych externých vplyvov, vlnami fluktuácie zdravotných zamestnancov, ako aj migráciou slovenských lekárov a stredného zdravotného

personálu mimo systém slovenského zdravotníctva. Táto otázka je diskutovaná v podkapitole o kvalite ľudských zdrojov.

9.4.2. Selektívny kontraktning zdravotnej starostlivosti

Zdravotné poisťovne nakupujú zdravotnú starostlivosť na základe vlastných manažérskych a strategických rozhodnutí. Proces výberu zmluvných poskytovateľov (selektívny kontraktning) je regulovaný zákonom č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach. Dohľad nad nákupom vykonáva Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou. Zmluvy sa uzatvárajú podľa Obchodného zákonníka. Zdravotné poisťovne uzatvárajú s poskytovateľmi individuálne kontrakty na základe rámcových podmienok dohodnutých so združeniami poskytovateľov. Regulačným obmedzením selektívneho kontraktningu je minimálna sieť poskytovateľov, ktorá garantuje pacientom regionálnu a národnú dostupnosť zdravotných služieb.

Poskytovatelia zdravotnej starostlivosti vnímajú negatívne obmedzenú možnosť ovplyvňovať parametre kontraktov. Medzi hlavné výhrady patrí limi-

tovanie rozsahu výkonov vo forme finančného limitu na mesačne poskytnutú zdravotnú starostlivosť, jednostranné rozhodnutia revíznych lekárov o neuznaní výkonov a nerozlišovanie medzi neodkladnou a plánovanou zdravotnou starostlivosťou. Poskytovateľmi dlhodobo kritizovanou otázkou vo financovaní zdravotnej starostlivosti z verejného zdravotného poistenia sú tzv. nadlimity. Jedná sa o zdravotné výkony, ktoré poskytovateľ poskytne nad rámec zmluvne stanovených limitov objednanej zdravotnej starostlivosti s danou zdravotnou poisťovňou. Poskytnutá zdravotná starostlivosť nad rámec zmluvy je následne skontrolovaná revíznymi lekármi. Podľa údajov poskytovateľov však aj keď zdravotná poisťovňa výkony medicínsky uzná, zvyčajne ich neuhradí vôbec alebo len čiastočne. V tejto súvislosti poskytovatelia poukazujú na fenomén tzv. „dobropisov“, ktoré poskytovateľ na výzvu zdravotnej poisťovne vystaví a de facto sa dobrovoľne vzdá úhrad za „nadlimity“. Presné analýzy o rozsahu nadlimitne poskytnutej starostlivosti na Slovensku nie sú k dispozícii. Podľa názoru poskytovateľov by v tejto súvislosti poskytovanie neodkladnej zdravotnej starostlivosti pacientom (akútne stavy, pôrody a pod.) nemalo byť predmetom zmluvných limitov, nakoľko poskytovateľ nemá možnosť limitovať neodkladnú zdravotnú starostlivosť.

ZÁVER

Záverom súhrnnej kapitoly možno konštatovať podstatné zlepšenie zdravotného stavu slovenskej populácie v posledných 10 rokoch. Pod toto zlepšenie sa podpísalo viacero faktorov, vrátane zlepšenia kvality zdravotnej starostlivosti, zavedenia a rozšírenia nových diagnostických a terapeutických metodík na Slovensku ako aj postupné prijímanie zdravšieho životného štýlu slovenskej populácie.

Ako silné stránky systému slovenského zdravotníctva možno hodnotiť výbornú dostupnosť neodkladnej zdravotnej starostlivosti, všeobecnej aj špecializovanej ambulantnej starostlivosti ako aj dostupnosť a spektrum liekov.

Medzi prioritné výzvy slovenského zdravotníctva je možno zaradiť päť oblastí: rozsah a štruktúru financovania zdravotnej starostlivosti, nedostatočné in-

vestície do infraštruktúry slovenského zdravotníctva (najmä nemocníc), oslabené postavenie všeobecného lekára, definovanie vízie univerzitných nemocníc ako centier excelentnosti a starostlivosť o dlhodobých chorých, imobilných a geriatrických pacientov.

Medzi rastúce hrozby patrí migrácia mladých lekárov a sestier do zahraničia a ňou podmienená starúca veková štruktúra zdravotníckych pracovníkov na Slovensku. Ďalšou hrozbou je pretrvávanie neefektívnych systémov riadenia predovšetkým v segmente nemocníc.

Predkladaná správa poskytuje komplexný audit súčasného stavu slovenského zdravotníctva a poskytuje rozsiahly podkladový materiál pre návrh koncepcných riešení pre slovenské zdravotníctvo v strednodobom a dlhodobom horizonte.



LITERATÚRA

- 1) Bleha, B., Vaňo, B.: Prognóza vývoja obyvateľstva SR do roku 2025 (aktualizácia), INFOSTAT, 2007
- 2) Mészáros, J.: Prognózy vo vývoji strednej dĺžky života, nepublikované údaje, INFOSTAT, 2011
- 3) Trendy sociálneho vývoja v Slovenskej republike, ŠÚ SR – Sekcia sociálnej štatistiky a demografie, 2010
- 4) Pilinská, V.: Veková štruktúra (kap.10), Populačný vývoj v okresoch Slovenskej republiky 2009, editor – Jurčová, Mészáros, Edícia Aktá, 2010
- 5, 6) Jurčová, D.: Migrácia, Prírastok obyvateľstva (kap. 8, 9), Populačný vývoj v okresoch Slovenskej republiky 2009, editor – Jurčová, Mészáros, Edícia Aktá, 2010
- 7, 8) Potančoková, M.: Plodnosť, Potratovosť (kap. 5, 6), Populačný vývoj v okresoch Slovenskej republiky 2009, editor – Jurčová, Mészáros, Edícia Aktá, 2010
- 9) Mészáros, J.: Úmrtnosť (kap. 7), Populačný vývoj v okresoch Slovenskej republiky 2009, editor – Jurčová, Mészáros, Edícia Aktá, 2010
- 10) Mészáros, J.: Regionálna demografická typizácia okresov SR (kap. 11), Populačný vývoj v okresoch Slovenskej republiky 2009, editor – Jurčová, Mészáros, Edícia Aktá, 2010
- 11) Zdravie 21 – zdravie pre všetkých v 21. storočí, Edícia Zdravie pre všetkých – Euro č. 5, Kodaň, 1999
- 12) Baráková, A., Dudová, M., Kuchtová, Z.: Vývoj úrazovosti na Slovensku v rokoch 1999–2009, NCZI
- 13) Baráková, A., Hlava, P., Spáčová, D.: Problémy pri štatistickom spracovávaní príčin smrti, 10. Slov. demogr. konferencia, 2005
- 14) Baráková, A., Spáčová, D., Kuchtová, Z., Dudová, M., Pederová, E.: Objektivizovať (nielen) infarkt myokardu ako príčinu smrti je pre SR nevyhnutné, XIV. kongres SKS, Kardiológia 6, 2009 – supplement
- 15) Hlava, P., Obšitníková, A., Pleško, I., Diba, Ch.: Zhubné nádory v SR – epidemiologická situácia, http://data.nczisk.sk/publikacie/analyticke/zhubne_nadory_sr.pdf
- 16) Hamade, J., Janechová, H. a kol.: Záverečná správa projektu „Monitoring úrazovosti u detí predškolského a školského veku“, 2010
- 17) Mészáros, J.: Stredná dĺžka života v zdraví podľa EHIS 2009, Edícia Aktá, 2010, Infostat/Výskumné demografické centrum
- 18) ASPI – stav k 05.11.2010, 04. 01. 2011
- 19) Szalay, T., Pažitný, P., Szalayová, A., Frisová, S., Morvay, K., Petrovič, M. and van Ginneken, E.: Slovakia: Health System Review, Health Systems in Transition 2010, WHO 2010
- 20) OECD. Health at glance: Europe 2010, OECD Publishing 2010, http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-10-en.
- 21) Zákon č. 131/2002 Z. z. o vysokých školách a o zmene a doplnení niektorých zákonov
- 22) Zákon č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov
- 23) Nariadenie vlády SR č. 296/2010 Z. z. o odbornej spôsobilosti pracovníkov v zdravotníctve, o spôsobe ďalšieho vzdelávania zdravotníckych pracovníkov, sústave špecializačných odborov a sústave certifikovaných pracovných činností
- 24) Vzdelávanie zdravotníckych pracovníkov v Slovenskej Republike, MZ SR, 2006
- 25) Akreditácia ďalšieho vzdelávania zdravotníckych pracovníkov, MZ SR, 2006
- 26) Akreditácia ďalšieho vzdelávania zdravotníckych pracovníkov, MZ SR, 2006
- 27) Zákon č. 311/2001 Z. z. Zákonník práce v znení neskorších predpisov
- 28) Zdravotnícka ročenka Slovenskej republiky 2008, Národné centrum zdravotníckych informácií, Bratislava 2009, ISBN 978–80–89292–17–2
- 29) Zdravotnícka ročenka Slovenskej republiky 2007, Národné centrum zdravotníckych informácií, Bratislava 2008, ISBN 978–80–89292–13–4
- 30) Zdravotnícka ročenka Slovenskej republiky 2006, Národné centrum zdravotníckych informácií, Bratislava 2007, ISBN 978–80–89292–07–3
- 31) Zdravotnícka ročenka Slovenskej republiky 2005, Národné centrum zdravotníckych informácií, Bratislava 2006, ISBN 978–80–89292–01–1
- 32) Zdravotnícka ročenka Slovenskej republiky 2004, Ústav zdravotníckych informácií a štatistiky, Bratislava 2005, ISBN 80–968936–7–X
- 33) Zdravotnícka ročenka Slovenskej republiky 2003, Ústav zdravotníckych informácií a štatistiky, Bratislava 2004, ISBN 80–968936–5–3

- 34) Zdravotnícka ročenka Slovenskej republiky 2002, Ústav zdravotníckych informácií a štatistiky, Bratislava 2003, ISBN 80–968936–4–5
- 35) Nepublikované údaje MZ SR a NCZI
- 36) Health at Glance: OECD Indicators. Paríž, 2009, 200s.
- 37) The European Health Report. Kodaň, 2009, 178s.
- 38) Filko, M., Pažitný, P., Szalay, T., Szalayová, A.: 2 cesty k lepšiemu zdravotníctvu. Bratislava, 2010, 48s.
- 39) Dobrý poistenec nad zlato. Vieme ako ho vyvážiť?, HPI, 2008
- 40) Vaňo, B., Mészáros, J. a kol.: Populačný vývoj v Slovenskej republike, 2002
- 41) www.zbierka.sk
- 42) www.health.gov.sk

ZOZNAM TABULIEK, GRAFOV, MÁP A SCHÉM

TABULKY

1. kapitola

T 1.1	Prehľad údajov vybraných demografických procesov v SR v roku 2000 a 2009 s prognózou v roku 2020.....	12
T 1.2	Vybrané charakteristiky úmrtnosti v SR.....	15

2. kapitola

T 2.1	Podiel úmrtí na najčastejšie príčiny smrti z celkového počtu úmrtí v príslušnej vekovej skupine v SR v roku 2010.....	25
T 2.2 a – c	Vývoj štandardizovanej miery celkovej úmrtnosti a úmrtnosti na najčastejšie skupiny chorôb v SR v rokoch 2000–2010	27
T 2.3	Choroby obehovej sústavy – vybrané štatistické ukazovatele v SR v roku 2009	28
T 2.4	Priemerný počet úmrtí na nádory v SR v príslušných rokoch podľa vekových skupín a pohlaví	29
T 2.5	Počet úmrtí na choroby obehovej sústavy a z nich podiel na najčastejšie príčiny smrti v SR v roku 2010	29
T 2.6	Počet úmrtí na ischemickú chorobu srdca v SR v roku 2000 a 2010 a z nich podiel úmrtí na akútny koronárny syndróm podľa vekových skupín	33
T 2.7	Nádory – vybrané štatistické ukazovatele v SR v roku 2009.....	37
T 2.8	Priemerný počet úmrtí na nádory v SR v príslušných rokoch podľa vekových skupín a pohlaví	37
T 2.9	Priemerný počet úmrtí na zhubné nádory v SR v rokoch 1991–1998 a 2001–2008 podľa pohlavia a vekových skupín.....	42
T 2.10	Poranenia, otravy a niektoré iné následky vonkajších príčin – vybrané štatistické ukazovatele v SR v roku 2009	47
T 2.11	Priemerný počet úmrtí na úrazy v SR v príslušných rokoch podľa vekových skupín a pohlavia	48
T 2.12	Choroby dýchacej sústavy – vybrané štatistické ukazovatele v SR v roku 2009	50
T 2.13	Choroby tráviacej sústavy – vybrané štatistické ukazovatele v SR v roku 2009	51
T 2.14	Diabetes mellitus – vybrané štatistické ukazovatele v SR v roku 2009	53
T 2.15	Duševné choroby – vybrané štatistické ukazovatele v SR v roku 2009	55
T 2.16	Choroby svalovej, kostrovej sústavy a spojivového tkaniva – vybrané štatistické ukazovatele v SR v roku 2009	57
T 2.17	Priemerný počet úmrtí na všetky príčiny smrti v SR v sledovaných obdobiach podľa vekových skupín a pohlavia.....	59

4. kapitola

T 4.1	Zoznam Národných administratívnych a zdravotných registrov.....	94
T 4.2	Registre a zoznamy na ÚDZS.....	96
T 4.3	Porovnanie pôvodného a nového rozsahu funkcionalít	104

5. kapitola

T 5.1	Počet ambulancií a pracovných miest lekárov v SR – rok 2009.....	109
T 5.2	Poskytovatelia ZS zaradení do pevnej siete podľa jednotlivých ZP	110
T 5.3	Poskytovatelia koncovej siete	111
T 5.4	Technicko-prevádzkový stav budov podľa kategórie nemocníc.....	112
T 5.5	Počet poskytovateľov ústavnej ZS s počtom postelí v SR podľa krajov k 31. 12. 2009	113
T 5.6	Počet postelí a obložnosť v % v nemocniciach akútnej starostlivosti – rok 2008	113
T 5.7	Priemerný ošetrovací čas v dňoch – rok 2009.....	113
T 5.8	Porovnanie počtu big-ticket zariadení v prepočte na 1 mil. obyvateľov v roku 2005.....	114
T 5.9	Zoznam väčšinových poskytovateľov pozemnej ZZS (3 stanice ZZS a viac) v SR a ich podiel na prevádzkovaní ambulancií ZZS.....	117
T 5.10	Počty ambulancií ZZS v SR.....	118
T 5.11	Sídla ambulancií RLP/Mobilná intenzívna jednotka.....	118
T 5.12	Ambulancie pozemnej ZZS – počet	118
T 5.13	Ambulancie VZZS – počet zásahov.....	119
T 5.14	Ambulancie RLP/MIJ, RZP/TI – počet medziklinických zásahov	119
T 5.15	Celkové počty zásahov ambulancií ZZS.....	119
T 5.16	Počet pacientov na časovej osi na urgentnom príjme	122
T 5.17	Počet ošetrovaných pacientov v UN Bratislava pracovisko Ružinov	122
T 5.18	Počet ošetrovaných pacientov v UN Bratislava pracovisko Kramáre	122
T 5.19	Počet ambulancií poskytovateľov LSPP v roku 2009.....	123
T 5.20	Počet ambulancií poskytovateľov LSPP v roku 2010.....	123
T 5.21	Vyťaženosť LSPP pre dospelých.....	123
T 5.22	Vyťaženosť LSPP pre deti a dorast	123
T 5.23	Vyťaženosť zubnej LSPP.....	123
T 5.24	Počet postelí v akútnej a dlhodobej nemocničnej starostlivosti za SR a kraje k 31. 12. 2009	125
T 5.25	Počet postelí prepočítaný na 100 000 obyvateľov	126
T 5.26	Počet akútnych, psychiatrických a dlhodobých lôžok prepočítaný na 1000 obyvateľov	126
T 5.27	Počet ADOS s pracovnými miestami podľa zdravotníckych povolání v SR a krajoch k 31. 12. 2009	127
T 5.28	Ošetrovateľská starostlivosť v SR a krajoch podľa územia zdravotníckeho zariadenia k 31. 12. 2009.....	127
T 5.29	Počet stacionárov podľa druhu zariadenia v SR a krajoch podľa územia odborného útvaru k 31. 12. 2009.....	127
T 5.30	Hospicová starostlivosť v SR a krajoch podľa územia zdravotníckeho zariadenia k 31. 12. 2009	128
T 5.31	Poskytovanie zdravotnej starostlivosti v odbore psychiatria.....	129
T 5.32	Počet psychiatrických ambulancií podľa územia zdravotníckeho zariadenia k 31. 12. 2009	130
T 5.33	Počet psychiatrických odborných útvarov v posteľových zdravotníckych zariadeniach k 31. 12. 2009	130
T 5.34	Počet osôb prijatých do psychiatrickej ambulantnej ochrannnej liečby k 31. 12. 2009	130
T 5.35	Podiel druhov ambulantnej liečby u pacientov liečených v psychiatrických ambulanciách k 31. 12. 2009 v percentách	130
T 5.36	Drogovo závislí pacienti v SR podľa územia trvalého bydliska a vybraných skupín užívanej primárnej drogy k 31. 12. 2009	131

T 5.37	Drogovo závislí pacienti v SR podľa územia trvalého bydliska a vybraných skupín užívanej primárnej drogy k 31. 12. 2009 v percentách.....	131
T 5.38	Počet zubných lekárov v zdravotníckych zariadeniach v SR	132
T 5.39	Počet návštev pre odborné zameranie útvaru „akupunktúra“ v SR a krajoch podľa sídla odborného útvaru k 31. 12. 2009	133

6. kapitola

T 6.1	Plánovaný počet zamestnancov ÚVZ SR v rokoch 2004–2011.....	137
T 6.2	Plánovaný počet zamestnancov RÚVZ v SR v rokoch 2004–2011	137
T 6.3	Prepočítaný počet zamestnancov k 31. 12. 2010 podľa kategórií a odborov	137
T 6.4	Špecializované pracoviská v oblasti objektivizácie faktorov životných podmienok ÚVZ v SR.....	156

7. kapitola

T 7.1	Počet organizácií a zdravotníckych zariadení v zdravotníctve SR.....	162
T 7.2	Počet pracovníkov zdravotníckych zariadení v SR.....	163
T 7.3	Veková štruktúra pracovníkov v zdravotníctve SR (podľa rokov) za rok 2009	164
T 7.4	Veková štruktúra pracovníkov v zdravotníctve SR (za roky 2002–2009).....	164
T 7.5	Počet pracovníkov v dôchodkovom veku v zdravotníctve SR (za roky 2002–2009).....	165
T 7.6	Počet pracovníkov – poberateľov starobného dôchodku v zdravotníctve SR (za roky 2002–2009).....	165
T 7.7	Počet lekárov v zdravotníckych zariadeniach v SR.....	165
T 7.8	Veková štruktúra lekárov v zdravotníctve SR (za roky 2003–2009).....	166
T 7.9	Počet lekárov v dôchodkovom veku v zdravotníctve SR (za roky 2003–2009).....	167
T 7.10	Počet lekárov – poberateľov starobného dôchodku v zdravotníctve SR (za roky 2003–2009)	167
T 7.11	Počet zubných lekárov v zdravotníckych zariadeniach v SR	167
T 7.12	Veková štruktúra zubných lekárov v zdravotníctve SR (za roky 2003–2009).....	168
T 7.13	Počet zubných lekárov v dôchodkovom veku v zdravotníctve SR (za roky 2003–2009).....	169
T 7.14	Počet zubných lekárov – poberateľov starobného dôchodku v zdravotníctve SR (za roky 2003–2009)	169
T 7.15	Počet farmaceutov v zdravotníckych zariadeniach v SR.....	169
T 7.16	Veková štruktúra farmaceutov v zdravotníctve SR (za roky 2000–2009)	170
T 7.17	Počet farmaceutov v dôchodkovom veku v zdravotníctve SR (za roky 2002–2009).....	171
T 7.18	Počet farmaceutov – poberateľov starobného dôchodku v zdravotníctve SR (za roky 2002–2009)	171
T 7.19	Počet sestier v zdravotníckych zariadeniach v SR	172
T 7.20	Veková štruktúra sestier v zdravotníctve SR (za roky 2000–2009).....	172
T 7.21	Počet sestier v dôchodkovom veku v zdravotníctve SR (za roky 2002–2009).....	173
T 7.22	Počet sestier – poberateľiek starobného dôchodku v zdravotníctve SR (za roky 2002–2009)	173
T 7.23	Počet pôrodných asistentiek v zdravotníckych zariadeniach v SR.....	173
T 7.24	Veková štruktúra pôrodných asistentiek v zdravotníctve SR (za roky 2000–2009)	174
T 7.25	Počet pôrodných asistentiek v dôchodkovom veku v zdravotníctve SR (za roky 2002–2009)	175
T 7.26	Počet pôrodných asistentiek – poberateľiek starobného dôchodku v zdravotníctve SR	175
T 7.27	Prehľad o počte ministerstvom vydaných potvrdení a zamietnutých žiadostí v oblasti uznávania rovnocennosti vzdelania	188
T 7.28	Vývoj priemernej mesačnej mzdy v zdravotníckych zariadeniach v zriaďovateľskej a zakladateľskej pôsobnosti MZ SR, VÚC, miest a obcí, financovaných zo zdrojov zdravotných poisťovní za roky 2002–2009	189

8. kapitola

T 8.1	Štruktúra financovania systému zdravotníctva v roku 2009	195
T 8.2	Zdroje financovania slovenského zdravotníctva v rokoch 2002–2010 v miliónoch EUR a ako % HDP	197
T 8.3	Zdroje sociálneho a zdravotného poistenia, ako % HDP a členenie štruktúry ekonomicky aktívnej a neaktívnej populácie.....	200
T 8.4	Súkromné výdavky na zdravotníctvo podľa národných údajov	200
T 8.5	Výdavky na zdravotnú starostlivosť zo zdravotných poisťovní	201
T 8.6	Financovanie systému zdravotníctva v SR – predikcia na rok 2011	202
T 8.7	Zmeny v spôsobe prerozdelenia od roku 1995 do roku 2008	208
T 8.8	Vývoj výsledku mesačného prerozdelenia preddavkov poisťného v tis. EUR.....	209
T 8.9	Platobné mechanizmy používané v nákupe zdravotnej starostlivosti	211
T 8.10	Kategorizácia liekov	212
T 8.11	Počet dietetických potravín.....	214
T 8.12	Porovnanie kategorizácií dietetických potravín v %	214
T 8.13	Kategorizácia zdravotníckych pomôcok.....	215

GRAFY**1. kapitola**

G 1.1	Veková štruktúra populácie SR v rokoch 2000, 2009 a jej prognóza v roku 2020	13
G 1.2 a – b	Hypotetické zmeny v SDŽ pri narodení v roku 2009 v závislosti od poklesu úmrtnosti na vybrané skupiny chorôb.....	19
G 1.3 a – b	Hypotetické zmeny v SDŽ vo veku 65 rokov v roku 2009 v závislosti od poklesu úmrtnosti na vybrané skupiny chorôb.....	19

2. kapitola

G 2.1	Porovnanie počtu úmrtí v roku 2010 s rokom 2000 na prioritné skupiny chorôb zo všetkých príčin smrti v SR podľa vekových skupín a pohlavia	25
G 2.2 a – b	Vývoj štandardizovanej miery celkovej úmrtnosti a úmrtnosti na najčastejšie skupiny chorôb v SR v rokoch 2000–2010	26
G 2.3	Podiel úmrtí na choroby obehovej sústavy v príslušných rokoch z priemerného počtu úmrtí na všetky príčiny smrti v SR vo vybraných vekových skupinách	29
G 2.4	Vývoj štandardizovanej miery úmrtnosti na choroby obehovej sústavy v SR v rokoch 2000–2010 podľa pohlavia a príslušných vekových skupín	30
G 2.5 a – b	Počet hospitalizácií pacientov pre choroby obehovej sústavy a ich priemerný ošetrovací čas v zdravotníckych zariadeniach SR v rokoch 2000–2009	30
G 2.6	Podiel hospitalizácií pre choroby obehovej sústavy v roku 2009 a 2000 v zdravotníckych zariadeniach SR podľa vekových skupín a pohlavia	32
G 2.7	Vývoj štandardizovanej miery úmrtnosti na ischemické choroby srdca v SR v rokoch 2000–2010 podľa pohlavia a príslušných vekových skupín	33
G 2.8 a – b	Porovnanie miery vekovo-štandardizovanej incidence a úmrtnosti na akútny koronárny syndróm v populácii v SR v roku 2009 s rokom 2000 podľa pohlavia ..	33
G 2.9	Štandardizovaná miera úmrtnosti na cievne choroby mozgu v SR v rokoch 2000–2010.....	34
G 2.10 a – b	Porovnanie miery vekovo – štandardizovanej incidence a úmrtnosti na cievne mozgové príhody v populácii v SR v roku 2009 s rokom 2000	35
G 2.11 a	Štandardizovaná miera pacientov hospitalizovaných na hypertenziu v SR v rokoch 2000–2009	36

G2.11 b	Vekovo – štandardizovaný počet pacientov hospitalizovaných na hypertenziu v SR v roku 2009 a 2000	36
G 2.12	Podiel úmrtí na nádory v príslušných rokoch z priemerného počtu úmrtí na všetky príčiny smrti v SR vo vybraných vekových skupinách	38
G 2.13	Vývoj štandardizovanej miery úmrtnosti na nádory v SR v rokoch 2000–2010	38
G 2.14	Podiel hospitalizácií pre nádory v roku 2009 a 2000 v zdravotníckych zariadeniach SR podľa vekových skupín a pohlavia	40
G 2.15 a – b	Počet hospitalizácií pacientov pre nádory a ich priemerný ošetrovací čas (v dňoch) v zdravotníckych zariadeniach SR v rokoch 2000–2009	40
G 2.16 a – b	Podiel novozistených zhubných nádorov (C00 – D09) podľa vekových skupín a pohlavia z priemerných počtov zhubných nádorov v SR za obdobie 1991–1995 a 2001–2005	41
G 2.17 a – b	Vývoj vekovo-špecifickej miery incidencie na zhubné nádory v SR u mužov a žien v príslušných obdobiach rokov 1981–2005	42
G 2.18 a – b	Podiel úmrtí na zhubné nádory zo všetkých príčin smrti podľa vekových skupín u mužov a žien v SR v rokoch 1991–1998 a v rokoch 2001–2008	43
G 2.19 a – b	Priemerný počet úmrtí na zhubné nádory v SR a z nich podiel podľa vekových skupín a pohlavia v rokoch 1991–1998 a v rokoch 2001–2008.....	44
G 2.20 a – b	Vývoj vekovo-špecifickej miery úmrtnosti na zhubné nádory v SR u mužov a žien v príslušných obdobiach v rokoch 1981–2005	45
G 2.21	Celkový počet novohlásených zhubných nádorov v SR v období rokov 2001–2005 a ich incidencia podľa jednotlivých lokalizácií.....	46
G 2.22	Podiel úrazov z priemerného počtu všetkých úmrtí podľa pohlavia v príslušných vekových skupinách v SR v sledovaných rokoch	48
G 2.23	Vývoj štandardizovanej miery úmrtnosti na úrazy v SR v rokoch 2000–2010 podľa vekových skupín a pohlavia	49
G 2.24 a – b	Počet hospitalizácií pacientov pre úrazy a ich priemerný ošetrovací čas v zdravotníckych zariadeniach SR v rokoch 2000–2009	49
G 2.25	Vývoj štandardizovanej miery úmrtnosti na choroby dýchacej sústavy v SR v rokoch 2000–2010 u vybraných vekových skupín	50
G 2.26	Podiel hospitalizácií pre choroby dýchacej sústavy v roku 2009 a 2000 v zdravotníckych zariadeniach SR podľa vekových skupín a pohlavia	50
G 2.27 a – b	Počet hospitalizácií pre choroby dýchacej sústavy a vývoj priemerného ošetrovacieho dňa v zdravotníckych zariadeniach SR v rokoch 2000–2009.....	51
G 2.28	Vývoj štandardizovanej miery úmrtnosti na choroby tráviacej sústavy v SR v rokoch 2000–2010 vo vybraných vekových skupinách	52
G 2.29	Podiel hospitalizácií pre choroby tráviacej sústavy v roku 2009 a 2000 v zdravotníckych zariadeniach SR podľa vekových skupín a pohlavia	52
G 2.30 a –b	Počet hospitalizácií pre choroby tráviacej sústavy v zdravotníckych zariadeniach SR v rokoch 2000–2009	53
G 2.31	Podiel hospitalizácií pre diabetes mellitus v roku 2009 a 2000 v zdravotníckych zariadeniach SR podľa vekových skupín a pohlavia.....	54
G 2.32	Počet komplikácií na 1000 diabetikov v SR k 31. 12. 2000 a k 31. 12. 2009	55
G 2.33	Podiel hospitalizácií pre duševné choroby v roku 2009 a 2000 v zdravotníckych zariadeniach SR podľa vekových skupín a pohlavia.....	56
G 2.34 a – b	Počet hospitalizácií pre duševné poruchy a poruchy správania v zdravotníckych zariadeniach SR v rokoch 2000–2009.....	56
G 2.35 a – b	Počet hospitalizácií pre choroby svalovej, kostrovej sústavy a spojivového tkaniva v zdravotníckych zariadeniach SR v rokoch 2000–2009.....	57
G 2.36 a – d	Zmeny v počte najčastejších hospitalizácií u detí a dorastu v zdravotníckych zariadeniach SR v roku 2009 a 2000 podľa kapitol 10. MKCH z celkového počtu hospitalizácií v príslušných vekových skupinách	58

G 2.37 a – b	Podiel úmrtí v dôsledku úrazov z priemerného počtu úmrtí na všetky príčiny smrti v SR v sledovaných obdobiach podľa vekových skupín (v %)	59
G 2.38	Vývoj incidencie diabetes mellitus 1. typu vo vekovej skupine 0–14-ročných detí v SR od roku 1986	60
G 2.39	Celkové hodnotenie zdravia	61
G 2.40 a – b	Výskyt dlhotrvajúcich zdravotných problémov v 15+ populácii SR.....	62
G 2.41	Miera obmedzenia bežných činností kvôli zdravotnému stavu v 15+ populácii SR	63
G 2.42	Telesná hmotnosť populácie SR podľa kritérií BMI	64
G 2.43	Frekvencia fajčenia v 15+ ročnej populácii SR	64
G 2.44	Frekvencia konzumácie alkoholu v 15+ ročnej populácii SR	65
G 2.45	Štandardizovaná miera úmrtnosti na choroby obehovej sústavy vo vybraných krajinách Európy za rok 2008	66
G 2.46	Štandardizovaná miera úmrtnosti na zhubné nádory vo vybraných krajinách Európy za rok 2008	66
G 2.47	Štandardizovaná miera úmrtnosti na diabetes mellitus vo vybraných krajinách Európy za rok 2008	67
G 2.48	Štandardizovaná miera úmrtnosti na choroby dýchacej sústavy vo vybraných krajinách Európy za rok 2008	67
G 2.49	Štandardizovaná miera úmrtnosti na choroby tráviacej sústavy vo vybraných krajinách Európy za rok 2008	68

5. kapitola

G 5.1	Počet nemocničných lôžok na 1000 obyvateľov, 1995 a 2008	114
G 5.2 a	Počet MRI prístrojov, 2008.....	115
G 5.2 b	Počet CT prístrojov, 2008	115
G 5.3 a	Počet MRI vyšetrení, 2008.....	116
G 5.3 b	Počet CT vyšetrení, 2008	116
G 5.4	Primárne (urgentné) a Sekundárne zásahy (Medziklinické transporty – MKT) ambulancií RZP a RLP.....	118
G 5.5	Primárne (urgentné) zásahy ambulancie RZP v daných časových intervaloch.....	119
G 5.6	Primárne (urgentné) zásahy ambulancie RLP v daných časových intervaloch	120
G 5.7	Primárne (urgentné) zásahy spolu (ambulancie RZP+RLP) v daných časových intervaloch	121
G 5.8	Sekundárne zásahy (Medziklinické transporty – MKT) ambulancie RZP v daných časových intervaloch	121
G 5.9	Sekundárne zásahy (Medziklinické transporty – MKT) ambulancie RLP v daných časových intervaloch	121
G 5.10	Sekundárne zásahy (Medziklinické transporty – MKT) spolu (ambulancie RZP + RLP) v daných časových intervaloch	121
G 5.11	Percentuálne vyjadrenie nemocničných, psychiatrických lôžok a lôžok pre dlhodobo chorých prepočítané na 1000 obyvateľov	126

6. kapitola

G 6.1	Plánovaný počet zamestnancov ÚVZ SR v rokoch 2004–2011	137
G 6.2	Plánovaný počet zamestnancov RÚVZ v SR v rokoch 2004–2011	137

7. kapitola

G 7.1	Veková štruktúra lekárov v zdravotníctve SR za roky 2003–2009	166
G 7.2	Veková štruktúra zubných lekárov v zdravotníctve SR za roky 2003–2009.....	168
G 7.3	Veková štruktúra farmaceutov v zdravotníctve SR za roky 2000–2009	170
G 7.4	Veková štruktúra sestier v zdravotníctve SR za roky 2000–2009.....	172

G 7.5	Veková štruktúra pôrodných asistentiek v zdravotníctve SR za roky 2000–2009	174
G 7.6	Lekár	184
G 7.7	Sestra	184
G 7.8	Zubný lekár	185
G 7.9	Počet vydaných potvrdení od roku 2005 do roku 2009	188
G 7.10	Priemerná mesačná mzda (vrátane náhrad za pracovnú pohotovosť) za roky 2002–2009 v zdravotníckych zariadeniach v zriaďovateľskej a zakladateľskej pôsobnosti MZ SR, VÚC, miest a obcí financovaných zo zdrojov zdravotných poisťovní	189
G 7.11	Priemerná mesačná mzda (vrátane náhrad za pracovnú pohotovosť) za roky 2002–2009 v zdravotníckych zariadeniach v zriaďovateľskej a zakladateľskej pôsobnosti MZ SR, VÚC, miest a obcí financovaných zo zdrojov zdravotných poisťovní	190

8. kapitola

G 8.1	Celkové výdavky na zdravotníctvo ako podiel % HDP v WHO Európskom regióne, 2008 (WHO odhad)	198
G 8.2	Celkové výdavky na zdravotníctvo v USD parita kúpnej sily na osobu v WHO Európskom regióne, 2008 (WHO odhad)	199
G 8.3	Štruktúra výdavkov na zdravotníctvo krajín OECD	201
G 8.4	Celkové výdavky na zdravotníctvo v roku 2008	202
G 8.5	Výdavky na zdravotníctvo v roku 2008 ako podiel na HDP	202
G 8.6	Rast výdavkov na zdravotníctvo v krajinách OECD v rokoch 1998–2008	204
G 8.7	Stredná dĺžka života v kontexte ekonomickej sily	205
G 8.8	Celkové výdavky na zdravotníctvo v kontexte ekonomickej sily	205
G 8.9	Podiel verejných výdavkov na zdravotníctvo z prostriedkov verejného zdravotného poistenia a štátneho rozpočtu v krajinách OECD v roku 2008	206
G 8.10	Dôležitosť zavedenia prediktora ekonomickej aktivity	208
G 8.11	Porovnanie kategorizácií dietetických potravín	214

MAPY

1. kapitola

M 1.1 a – b	Hodnoty strednej dĺžky života pri narodení v okresoch SR	16
M 1.2 a – b	Miera dojčenskej úmrtnosti v okresoch SR (‰)	17
M 1.3 a – b	Štandardizovaná miera odvrátiteľnej úmrtnosti v okresoch SR (na tisíc obyvateľov, európska štandardná populácia)	20
M 1.4	Regionálna demografická typizácia okresov SR	21

2. kapitola

M 2.1 a – b	Štandardizovaná miera úmrtnosti na choroby obehovej sústavy v SR (na tisíc obyvateľov, európska štandardná populácia)	31
M 2.2 a – b	Štandardizovaná miera úmrtnosti na nádory v okresoch SR (na tisíc obyvateľov, európska štandardná populácia)	39

5. kapitola

M 5.1	Sieť poskytovateľov ZZS v SR	117
-------	------------------------------------	-----

SCHÉMY

4. kapitola

S 4.1	Organizácia systému zdravotníctva na Slovensku	105
-------	--	-----

8. kapitola

S 8.1	Súbeh makroekonomickej a politickej determinácie zdrojov	194
S 8.2	Zjednodušený model pôvodu zdrojov v systéme zdravotníctva: Postupnosť od HDP k zdrojom pre zdravotníctvo	196
S 8.3	Interný systém prerozdelenia s centrálnym fondom (Slovensko do roku 2004)	207
S 8.4	Interný systém prerozdelenia bez centrálného fondu – tzv. prerozdeľovacia matica (Slovensko od roku 2005)	207

ZOZNAM DEFINÍCIÍ A METODICKÝCH VYSVETLIVIEK

Miera prirodzeného prírastku – rozdiel medzi počtom živonarodených a zomretých prepočítaný na 1000 obyvateľov (zo stredného stavu) v rovnakom regióne a tom istom čase.

Stredná dĺžka života (e_x) – syntetický ukazovateľ, ktorý vyjadruje úmrtnostné pomery vo všetkých vekových skupinách. Je to priemerný počet rokov, ktoré prežije jednotlivec vo veku x za predpokladu, že sa úmrtnostné pomery nezmenia. Počíta sa ako podiel počtu rokov života, ktoré má tabuľková generácia v danom veku pred sebou (T_x) a tabuľkového počtu dožívajúcich (l_x): $e_x = T_x / l_x$. Nazýva sa aj nádej na dožitie, obyčajne sa považuje za najdôležitejší ukazovateľ úmrtnostných tabuliek.

Úmrtnosť – počet zomrelých na počet žijúcich x 1000 (resp. 100 000, 1 mil. – závisí od veľkosti populácie). Úmrtnosť na špecifickú chorobu sa nazýva aj špecifickou úmrtnosťou.

Vekovo-špecifická úmrtnosť – počet osôb zomrelých na počet žijúcich v danej vekovej skupine x 1000, resp. 100 000.

Dojčenská úmrtnosť – počet zomretých detí vo veku do 1 roka na 1 000 živonarodených.

Novorodenecká úmrtnosť – počet zomretých detí vo veku do 28 dní na 1 000 živonarodených.

Štandardizácia – technika, ktorá sa používa na odstránenie vplyvu rozdielov vo vekovej štruktúre alebo iných znakov, pri porovnávaní dvoch alebo viacerých populácií. Je to pracovný postup, pri ktorom sa miera určitého demografického javu v pozorovanej populácii (tu SR) modifikuje prepočtom so „štandardnou“ populáciou. Ako „štandardná“ sa používa najčastejšie populácia európska (pri porovnaní krajín Európy) a svetová (porovnanie krajín sveta), ktorá predstavuje teoretické počty mužov a žien podľa príslušných vekových skupín. Najčastejšie sa používa štandardizovaná úmrtnosť, ale je používaná napr. aj pri chorobnosti (incidencia, prevalencia – viď. ďalej).

Zoznam skratiek a symbolov

MZ SR	Ministerstvo zdravotníctva SR	ZZS	Záchranná zdravotná služba
NR SR	Národná rada SR	OS ZZS	Operačné stredisko Záchrannej zdravotnej služby
MPSVaR SR	Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny SR	RLP	Rýchla lekárska pomoc
MŠVVaŠ SR	Ministerstvo školstva, vedy, výskumu a športu SR	RZP	Rýchla zdravotná pomoc
MF SR	Ministerstvo financií SR	RLP s MIJ	Rýchla lekárska pomoc s vybavením mobilnej intenzívnej jednotky
MV SR	Ministerstvo vnútra SR	VZZS	Vrtuľníková záchranná zdravotná služba
VÚC	Vyšší územný celok	UP	Urgentný príjem
ÚDZS	Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou	SVALZ	Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky
ŠÚKL	Štátny ústav pre kontrolu liečiv	ADOS	Agentúra domácej ošetrovateľskej starostlivosti
NCZI	Národné centrum zdravotníckych informácií	DOS	Dom ošetrovateľskej starostlivosti
ÚVZ SR	Úrad verejného zdravotníctva SR	AZS	Ambulantná zdravotná starostlivosť
RÚVZ SR	Regionálny úrad verejného zdravotníctva SR	VAS	Všeobecná ambulantná starostlivosť
ŠZD	Štátny zdravotný dozor	ŠAS	Špecializovaná ambulantná starostlivosť
NRC	Národné referenčné centrum	ÚZS	Ústavná zdravotná starostlivosť
ŠÚ SR	Štatistický úrad SR	FBLR	Fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia
WHO	Svetová zdravotnícka organizácia	UPT	Umelé prerušenie tehotenstva
OECD	Organizácia pre ekonomický a hospodársky rozvoj	BLTR	Blokáda ľavého Tawarovho ramienka
SR	Slovenská republika	PET	Pozitrónová emisná tomografia
EÚ	Európska únia	EHIS	Európske zisťovanie o zdraví
EK	Európska komisia	NIP	Národný imunizačný program
SLS	Slovenská lekárska spoločnosť	KPZV	Komunitní pracovníci zdravotnej výchovy
ZP	Zdravotná poisťovňa	OLM	Odbory lekárskej mikrobiológie
ZZ	Zdravotnícke zariadenie	EPIS	Epidemiologický informačný systém
PZS	Poskytovateľ zdravotnej starostlivosti		
ZS	Zdravotná starostlivosť		
LSPP	Lekárska služba prvej pomoci		

OKRESY SLOVENSKEJ REPUBLIKY – IDENTIFIKÁCIA



Bratislava I	B1	Šaľa	SA	Humenné	HE
Bratislava II	B2	Topoľčany	TO	Kežmarok	KK
Bratislava III	B3	Zlaté Moravce	ZM	Levoča	LE
Bratislava IV	B4	Bytča	BY	Medzilaborce	ML
Bratislava V	B5	Čadca	CA	Poprad	PP
Malacky	MA	Dolný Kubín	DK	Prešov	PO
Pezinok	PK	Kysucké Nové Mesto	KM	Sabinov	SB
Senec	SC	Liptovský Mikuláš	LM	Snina	SV
Dunajská Streda	DS	Martin	MT	Stará Ľubovňa	SL
Galanta	GA	Námestovo	NO	Stropkov	SP
Hlohovec	HC	Ružomberok	RK	Svidník	SK
Piešťany	PN	Turčianske Teplice	TR	Vranov nad Topľou	VT
Senica	SE	Tvrdošín	TS	Gelnica	GL
Skalica	SI	Žilina	ZA	Košice I	K1
Trnava	TT	Banská Bystrica	BB	Košice II	K2
Bánovce nad Bebravou	BN	Banská Štiavnica	BS	Košice III	K3
Ilava	IL	Brezno	BR	Košice IV	K4
Myjava	MY	Detva	DT	Košice-okolie	KS
Nové Mesto nad Váhom	NM	Krupina	KA	Michalovce	MI
Partizánske	PE	Lučenec	LC	Rožňava	RV
Považská Bystrica	PB	Poltár	PT	Sobrance	SO
Prievidza	PD	Revúca	RA	Spišská Nová Ves	SN
Púchov	PU	Rimavská Sobota	RS	Trebišov	TV
Trenčín	TN	Veľký Krtíš	VK	Nové Zámky	NZ
Komárno	KN	Zvolen	ZV	Bardejov	BJ
Levice	LV	Žarnovica	ZC		
Nitra	NR	Žiar nad Hronom	ZH		

Správa o stave zdravotníctva na Slovensku



Ministerstvo zdravotníctva SR

<http://www.health.gov.sk>

ISBN 978 – 80 – 969507 – 9 – 9



9 788096 950799