

O B S A H

Editorial



L. Hegyi: Komunitná medicína

Pôvodné články:



M. Božíková: Dopad voľného pohybu osôb na systém verejného zdravotného poistenia v Slovenskej republike po vstupe do Európskej únie. (Záverečná práca štúdia Riadenia verejného zdravotníctva (MPH), 2005



T. Čech: Retrospektívna analýza sledovania citlivosti a rezistencie bakteriálnych kmeňov na antimikrobiálne látky u hospitalizovaných pacientov s nozokomiálnymi nákazami na Oddelení anestézie a intenzívnej medicíny



J. Přehnal: Hospitalizace seniora v nemocnici a zdravotně sociální návaznosti.

Prehľadné referáty



I. Rovný, R. Ochaba, E. Kavcová: Poradenstvo na odvykanie od fajčenia – moderné prístupy

Jubileá



A. Egnerová: Prof. MUDr. Margaréta Šulcová, CSc. oslavuje životné jubileum



M. Šulcová: Doc. MUDr. Roman Kováč, CSc. šesť desiatpäť ročný

Komunitná medicína

Editorial

Komunita je definovaná obvykle ako geograficky určená oblasť, v ktorej žijú ľudia so vzájomnými sociálnymi väzbami a vzťahmi k danej oblasti. Hranice komunity môžu byť nielen geografické, ale i politické, kultúrne, sociálne, zdravotné alebo ekonomické (1).

Hartl (1997) definuje komunitu ako miesto, kde človek môže získať emocionálnu podporu, ocenenie a praktickú pomoc v každodennom živote.

Na intervenčných programoch podpory zdravia spolupracujú v komunitách orgány miestnej samosprávy, zdravotnícke zariadenia, hromadné oznamovacie prostriedky, politici, zákonodarcovia, vychovávatelia, občianske združenia, rôzne inštitúcie a jednotlivci. Spolupráca môže napríklad spočívať v zdravotnovýchovnom pôsobení na ľudí v oblasti zdravej výživy a v pôsobení na potravinárske spoločnosti, aby prinášali na trh nízkoenergetické potraviny a potraviny s dostatkom vlákniny.

Charakteristika komunity podľa J.W. Gardnera (1999) je nasledovná:

- je rôznorodou jednotou
- má spoločný základ zdieľaných hodnôt
- vyznačuje sa vzájomnou starostlivosťou, dôverou a tímovou prácou
- má rozvinutú efektívnu vnútornú komunikáciu
- uľahčuje ľuďom účasť na verejných veciach
- vytvára si vlastnú identitu a zámery
- vytvára si vonkajšie a vnútorné väzby
- vychováva, je schopná odovzdávať hodnoty ďalšej generácii
- je otvorená do budúcnosti
- má vyvážené inštitucionálne usporiadanie.

Matoušek (2003) udáva typy komunit takto (2):

Občianska komunita je spoločenstvo osôb, ktoré vykonávajú každodenné aktivity v spoločnom priestore.

Výcviková komunita je spoločenstvo osôb, ktoré sa zameriavajú na sebaopoznanie, nácvik zručností a postojov.

Spirituálna komunita je spoločenstvo osôb, ktoré zdieľajú spoločné myšlienky a názory, snažia sa o spirituálny rozvoj a niekedy žijú v spoločnom priestore.

Terapeutická komunita predstavuje liečebnú inštitúciu, ktorá umožňuje otvorenú komunikáciu všetkých účastníkov a ich spolourozhodovanie o liečbe.

Komunitná práca je činnosť zameraná na vyvolanie a podporovanie zmeny. Používa sa na riešenie problémov v miestnom spoločenstve. Vzťahuje problémy jednotlivcov a skupín k zdrojom a možnostiam komunity. Zapája do riešenia problémov občanov, miestne organizácie a inštitúcie. Vedie k prerozdeleniu zdrojov, zodpovednosti a kompetencii. Rozširuje možnosti ľudí ovplyvňovať dianie okolo seba. Zároveň znamená spôsob prístupu k ľuďom s cieľom ich aktivizovať a zapojiť do riešenia problémov prostredníctvom projektov.

Proces komunitnej práce obvykle delíme na

- zisťovanie a analýzu potrieb,
- plánovanie,
- realizáciu a

- vyhodnotenie.

Doplnujúci pojem komunitnej práce je pojem komunitnej starostlivosti. Znamená také zameranie zdravotných, sociálnych a ďalších služieb, vrátane vzdelávania, ktoré umožňujú hendikepovaným a zraniteľným (vulnerabilným) osobám zostať vo svojej komunite a žiť v nej plnohodnotný život.

K vulnerabilným osobám radíme zdravotne hendikepovaných, nezamestnaných, migrantov, bezdomovcov, problémové etnické skupiny, ohrozené deti a ženy, starších ľudí a ďalších.

Pojem komunitná medicína je chápaný vo svete rôzne. Obvykle zahŕňa aspekty zdravia a choroby v komunitnom prostredí, charakteristiky primárnej starostlivosti a jej prepojenie so starostlivosťou špecializovanou, otázky kontinuálnej starostlivosti, domácej starostlivosti, prevencie a podpory zdravia, vzťahu ku zdraviu, otázky kvality života, starostlivosť o duševné zdravie, úlohu rodiny v starostlivosti o zdravie, ale tiež činnosti odborných lekárskejších spoločností a ďalšie aspekty.

Podľa nášho chápania je komunitná medicína užšie špecifikovaným pojmom s konkrétnou náplňou a rozsahom činnosti.

Komunitná medicína je časť verejného zdravotníctva, zaoberajúca sa ochranou a podporou zdravia obyvateľstva, žijúceho v komunitách a zdravotnou a sociálnou starostlivosťou o vulnerabilné skupiny ako i zdravotnou starostlivosťou v mimoriadnych situáciách.

Pod vulnerabilnými skupinami obyvateľstva rozumieme ohrozené a krehké skupiny populácie, vystavené zvýšenej záťaži alebo žijúce vo zvlášť nepriaznivých životných podmienkach. K nim patria najmä ženy, deti, vyššie vekové skupiny, etnické skupiny, nezamestnaní, bezdomovci, osoby so závislosťou na alkohole alebo drogách, osoby s ťažkým zdravotným postihnutím, osoby v dlhodobej inštitucionálnej starostlivosti, osoby, žijúce v izolácii a ďalší (3).

Ochrana zdravia obyvateľstva je pasívna – ak jodidujeme soľ alebo fluorizujeme pitnú vodu – alebo aktívna, ak pôsobíme na zmenu správania obyvateľstva. Je možné zákonom nariadiť motocyklistom alebo deťom pri zjazdovom lyžovaní nosenie ochrannej prilby, ale nie je možné zakázať požívanie tučnej stravy. V programoch pre pôsobenie na komunity sa využívajú tri druhy prístupov:

1. Ekonomické zásahy: zvyšovanie daní na tabak a alkohol v kombinácii s úľavami na poistnom pre nefajčiarov
2. Pasívna ochrana pred rizikom: zákaz predaja alkoholu nepľnoletým, zásobovanie zdravotne nezávadnou vodou
3. Kontrola propagácie správania súvisiaceho so zdravím: neobmedzuje sa výroba, ale kontroluje sa propagácia - zákaz reklám na cigarety v televízii a rozhlase

Stratégie zamerané na jednotlivca sú najúčinnnejšie, ak prinášajú rýchlo podstatné výhody pri minimálnych nákladoch.

Stratégie, zamerané na komunity sú najúčinnnejšie, ak sa zmena prostredia dotkne výrazne populácie, ak je prostredie kontrolované vládou alebo samosprávou a intervencia je politicky a ekonomicky prijateľná.

Ako príklad úspešnej komunitnej stratégie sa dá uviesť úprava vody alebo stavebné predpisy, ako neúspešnú intervenciu prevenciu užívania drog a prevenciu násilných činov.

Kým klinická stratégia sa sústreďuje na pôsobenie na vysoko rizikových jednotlivcov a úspech intervencie znižuje celkové riziko ochorenia v populácii, komunitná stratégia využíva intervenciu na úrovni komunity, pôsobí na veľkú skupinu obyvateľov a dosahuje percentuálne ďaleko vyššie výsledky v zdraví populácie. Príčinou rozdielnych výsledkov je skutočnosť, že intervencia na úrovni komunity pôsobí na rizikové faktory celej populácie, ale klinická intervencia len na niekoľko vysoko rizikových jednotlivcov.

V Ewartovej teórii sociálneho pôsobenia (1991) sa zdôrazňuje vplyv sociálnej interakcie a štruktúr životného prostredia. Sociálne, fyzikálne a politické prostredie pôsobí na riešenie problémov a ovplyvňujú dlhodobu zmenu správania.

Sociálna kognitívna teória sa sústreďuje zmenu správania na podklade metód sebaovládania, pričom zdravotnovýchovné programy sa realizujú hromadnými oznamovacími prostriedkami.

Komunikačný systém zmeny správania sa sústreďuje menej na šírenie informácií, ako na nácvik spôsobilosti, napríklad ako prestať fajčiť. Program na zmenu stravovacích zvyklostí sa preto neuspokojuje informáciou o optimálnej skladbe živín, ale vysvetľuje, v akých potravinách sa čo nachádza a aký je optimálny spôsob ich prípravy.

Systém sociálneho marketingu vyvinul Kotler (1982). Využil techniky marketingu, ale nie s cieľom predat' výrobok, ale privodiť sociálnu zmenu. Princíp štyroch P: Product (správny výrobok), Promotion (správna reklama), Place (umiestniť na správne miesto) a Price (za správnu cenu) použil na podporu zdravia v komunite (2).

Program, zameraný na komunity, musí určiť prijateľné výrobky, ktoré sú v súlade so zásadami správnej životosprávy. Tieto výrobky a zásady podporuje reklama v hromadných oznamovacích prostriedkoch, prednášky, zvláštne akcie, ako je meranie krvného tlaku a cholesterolu v nákupných strediskách. Pre pôsobenie reklamy je treba nájsť optimálne miesto, zaručujúce čo najširšie pôsobenie. Napokon cena programu na podporu zdravia – kurz odvykania fajčenia, prípravy zdravých jedál, telesné cvičenia – spočíva v bezprostredných nákladoch ale zohľadňuje aj časový faktor, pretože väčšinou sa jedná o dlhodobé programy.

Systém organizovania komunity na dosiahnutie zdravotného cieľa spočíva v postupných krokoch. Prvý krok spočíva uvedenie si problému, druhý krok stanovenie problému ako priority, tretí krok znamená vypracovať plán činnosti, štvrtý krok znamená vytvorenie štruktúr na realizáciu a dodržanie príslušných programov. Výhodou komunitných programov je možnosť účasti a spolupráce najrôznejších organizácií a ich súčasné vplyvanie na cieľový subjekt.

Systém sociálnej ekológie vychádza zo vzájomnej interakcie ľudí s ich sociálnym, inštitucionálnym a kultúrnym ako aj fyzikálnym prostredím. Stokols (1992) opísal, ako zmeny v životnom prostredí môžu podporiť zdravý spôsob života. Napríklad vo fyzikálnom prostredí môže nadmerný hluk vyvolávať stresovú reakciu, faktorom sociálneho prostredia môže byť chronický konflikt alebo izolácia, zdravotné správanie môže byť ovplyvnené geograficky podmienenou dostupnosťou zdravotníckych služieb. Z toho vyplýva nutnosť intervencie na viacerých úrovniach. Môže ísť o intervenciu na obecnej, regionálnej, národnej i medzinárodnej úrovni. Tieto intervencie sa navzájom dopĺňajú.

Programy na podporu zdravia v komunitách patria k najvýznamnejším nástrojom a možnostiam ako zmeniť k lepšiemu zdraviu populácie. Rosenthal (1983) vypracoval nasledovnú charakteristiku komunitných projektov zdravia:

- sú pevne zakotvené mimo oblasti zdravotníckych profesií
- zaoberajú sa nerovnosťou v zdraví a v poskytovaní zdravotníckych služieb
- smerujú k podpore kolektívneho uvedenia si sociálnych príčin poškodenia zdravia
- trvajú na tom, že monopol informácií zo strany profesionálov o zdraví a chorobe

musí burcovať jednotlivca aj kolektív

- aktivity sa centrujú na prácu s malými skupinami miestneho obyvateľstva
- projekty majú funkciu katalyzátora v stimulovaní miestnych zdravotníckych sociálnych a vzdelávacích služieb (4).

1. Projekt severnej Karélie vznikol na základe Štúdie siedmich krajín, ktorá konštatovala že v severnej Karélii vo Fínsku je najväčšia úmrtnosť na kardiovaskulárne choroby vo svete. Projekt sa začal v roku 1972 a boli do neho zahrnuté všetky úseky života komunity od prípravy nízkotučných jedál a výroby potravín s nízkym obsahom tuku cez výučbu v školách, zameranú na zdravé stravovanie a zdravú životospráva až po programy odvykania od fajčenia na pracoviskách. Výsledky sa porovnávali so susednou oblasťou, v ktorej neprebíhal takýto intenzívny program. Po 5 rokoch riziko KVCH v severnej Karélii pokleslo o 17 % u mužov a 11 % u žien. Priaznivé výsledky pretrvali i po 10 rokoch.
2. Stanfordská štúdia troch komunít sa uskutočnila v severnej Kalifornii v rovnakom čase ako štúdia vo Fínsku. Viedol ju John W. Farquhar zo Stanfordskej univerzity. Do štúdie boli zahrnuté tri malé mestá, z ktorých každé malo približne 15 000 obyvateľov. V Gilroy boli obyvatelia po tri roky vystavení intervenčnému programu cez hromadné oznamovacie prostriedky. Vo Watsonville okrem hromadných oznamovacích prostriedkov mali účastníci s vysokým kardiovaskulárnym rizikom možnosť zúčastniť sa individuálneho programu zmeny správania. Tretie mesto, Tracy, slúžilo ako kontrolná komunita. Tu sa len zisťovali rizikové faktory u obyvateľov. V komunitách, kde sa aplikovali vyššie uvedené intervencie, kleslo riziko KVCH o 25 – 30 %, v Tracy riziko ochorenia vzrástlo.
3. Stanfordský projekt piatich miest sa uskutočnil v mestách Monterey a Salinas a začal v roku 1980. Komunity mali 44 000 až 130 000 obyvateľov. Program trval 9 rokov a obsahoval veľkú zložku výchovy mládeže. Program usiloval o zmenu stravovania, zvýšenie pohybovej aktivity, zníženie fajčenia cigariet, kontrolu hmotnosti a krvného tlaku a hladiny cholesterolu v krvi. Pri vyhodnotení projektu sa zistilo významné zlepšenie v rizikových faktoroch krvného tlaku a fajčenia, nezistili sa rozdiely v cholesterole a obezite. Celkové zníženie kardiovaskulárneho rizika bolo 16 % oproti kontrolným mestám.
4. Iné programy: Minnesotský program zdravého srdca, /awtucketský program zdravého srdca, Program zdravého srdca vo Washington Heights – Inwood a ďalšie.

Stratégie podpory zdravia v komunitách:

1. Hromadné oznamovacie prostriedky prenikajú k mnohým ľuďom a môžu účinne prispieť výchove k zdraviu a podpore zdravia. Môžu podporiť zmenu životného štýlu, upozorniť na iné programy alebo ich dopĺňať a trvale udržiavať otázky zdravia vo vedomí ľudí. Elektronické médiá možno kombinovať s tlačou. Výhodné sú všeobecne akceptované zábavné programy a populárni ľudia.
2. Skríning rizikových faktorov je dnes všeobecne akceptovaný obyvateľstvom a má dobré výsledky najmä tam, kde je kombinovaný s individuálnym poradenstvom a dlhodobým sledovaním.
3. Súťaže na podporu zdravia sú veľmi obľúbené a výhodné najmä v skupinách, ktoré môžu súťažiť v úprave hmotnosti alebo v dosiahnutí najväčšieho percenta nefajčiarov. Súťaže je treba podporiť cenami a výsledky zverejňovať.

Komunitná medicína je neoddeliteľnou časťou verejného zdravotníctva. Svojimi aktivitami môže výrazne prispieť k zlepšeniu zdravia obyvateľstva.

Prof. MUDr. Ladislav Hegyi, DrSc.

(Z Katedry výchovy k zdraviu a medicínskej pedagogiky FVZ SZU v Bratislave,
vedúci: Prof. MUDr. Ladislav Hegyi, DrSc.)

Literatúra

1. HEGYI, L. a kol.: Základy sociálnej práce pre verejné zdravotníctvo. Učebné texty. Bratislava: SZU, 2005 (v tlači)
2. MATOUŠEK, O.: Metody a řízení sociální práce. Praha: Portál, 2003, s. 380, ISBN 80-7178-548-2
3. ŠULCOVÁ, M., ČIŽNÁR, I., EGNEROVÁ, A., HEGYI, L., KOVÁČ, R., ŠAJTER, V.: Verejné zdravotníctvo včera, dnes a zajtra. www.verejnezdravotnictvo.sk, 2004, č.1
4. TONES, K.: Zdravotná výchova, správanie a zdravie. Študijný text. Bratislava: NCPZ, MZ SR, 1996, s. 56

Dopad voľného pohybu osôb na systém verejného zdravotného poistenia v Slovenskej republike po vstupe do Európskej únie

(Záverečná práca štúdia Riadenia verejného zdravotníctva (MPH), 2005)

M. Božíková

(Z Katedry riadenia FVZ SZU, vedúci katedry: doc. MUDr. Roman Kováč, CSc.)

Súhrn

Práca uvádza prehľad národnej legislatívy verejného zdravotného poistenia v období po vstupe Slovenskej republiky do Európskej únie, poukazuje na problematiku neodkladnej zdravotnej starostlivosti, poskytnutej osobe zúčastnenej na povinnom zdravotnom poistení v Slovenskej republike v zdravotníckom zariadení v inom členskom štáte, ako i neodkladnej zdravotnej starostlivosti, poskytnutej osobe zúčastnenej na verejnom zdravotnom poistení v inom členskom štáte v zdravotníckom zariadení v Slovenskej republike, rozoberá problematiku komunitárneho práva sociálneho zabezpečenia a v diskusii sa vyjadruje k súčasnému stavu našej legislatívy v týchto otázkach a perspektívach naplnenia a praktického uplatnenia uvedených zákonných noriem.

Kľúčové slová

Legislativa, zdravotné poistenie, neodkladná zdravotná starostlivosť, komunitárne právo

I. Národná legislatíva verejného zdravotného poistenia v období po vstupe Slovenskej republiky do Európskej únie

Národnú legislatívu verejného zdravotného poistenia v období po vstupe Slovenskej republiky do Európskej únie z pohľadu plnenia jej záväzkov je potrebné vnímať v dvoch časových etapách.

V prvej etape od 1. mája 2004 do 31. decembra 2004, t. j. v období pred prijatím reformnej legislatívy dobiehali pravidlá ustanovené pre systém povinného zdravotného poistenia zavedený v Slovenskej republike od 1. januára 1993 zákonom Národnej rady Slovenskej republiky č. 7/1993 Z. z. o zriadení Národnej poisťovne a o financovaní zdravotného poistenia, nemocenského poistenia a dôchodkového poistenia a zákonom Národnej rady Slovenskej republiky č. 9/1993 Z. z. o zdravotnom poistení a o hospodárení s Fondom zdravotného poistenia a od 1. januára 1994 zákonom Národnej rady Slovenskej republiky č. 273/1994 Z. z. modifikované čiastkovými vnútornými legislatívnymi riešeniami a súčasne začali platiť aj nové

pravidlá priamo vnesené cez Prístupovú zmluvu Slovenskej republiky k Európskej únii do nariadenia Rady (EHS) č. 1408/71 o uplatňovaní systémov sociálneho zabezpečenia na zamestnancov, samostatne zárobkovo činné osoby a ich rodinných príslušníkov, ktorí sa pohybujú v rámci Spoločenstva (ďalej len „nariadenie Rady (EHS) č. 1408/71“) a do nariadenia Rady (EHS) č. 574/72, ktoré upravuje postup vykonávania Nariadenia (EHS) č. 1408/71 o uplatňovaní systémov sociálneho zabezpečenia pre zamestnané osoby, samostatne zárobkovo činné osoby a ich rodiny, ktoré sa pohybujú v rámci Spoločenstva (ďalej len „nariadenie Rady (EHS) č. 574/72“).

Národná legislatíva verejného zdravotného poistenia s dobiehajúcim systémom povinného zdravotného poistenia sa musela vysporiadať v tomto období s tým, že niektoré koordinačné pravidlá rešpektovala len čiastočne alebo ich nerešpektovala vôbec. To bol dôvod, prečo sa nielen vo vzťahu k občanom iných členských štátov zdržiavajúcich sa na území Slovenskej republiky, ale aj vo vzťahu k občanom Slovenskej republiky zdržiavajúcich sa na území iného členského štátu, muselo začať priamo vykonávať nariadenie Rady (EHS) č. 1408/71 novelizované prístupovou zmluvou, v ktorej sa Slovenská republika okrem definovania záväzkov snažila riešiť aj problémy, ktorých riešenie absentovalo v národnej legislatíve verejného zdravotného poistenia. Išlo o tieto koordinačné pravidlá:

- a) povinne zdravotne poistiť člena rodiny povinne zdravotne poistenej osoby, ktorá nemala na území Slovenskej republiky trvalý pobyt a bola tu v pracovnom pomere alebo obdobnom pracovnom vzťahu k zamestnávateľovi, ktorý mal sídlo na území Slovenskej republiky alebo tu vykonávala samostatnú zárobkovú činnosť, pretože národná legislatíva verejného zdravotného poistenia
 1. nedefinovala pojem člena rodiny a
 2. neumožňovala účasť na povinnom zdravotnom poistení členovi rodiny, ktorý nemal trvalý pobyt na území Slovenskej republiky,
- b) oslobodiť samostatne zárobkovo činnú osobu, ktorá má trvalý pobyt na území Slovenskej republiky a podniká v inom členskom štáte, od duplicitnej povinnosti platiť poistné na zdravotné poistenie do systému povinného zdravotného poistenia v Slovenskej republike od prvého dňa vzniku zdravotného poistenia v inom členskom štáte, pretože národná legislatíva verejného zdravotného poistenia oslobodzovala túto osobu od platenia poistného na zdravotné poistenie až po uplynutí šiestich mesiacov pobytu v inom členskom štáte,
- c) refundovať náklady na nevyhnutnú zdravotnú starostlivosť poskytnutú v inom členskom štáte v rozsahu fakturovanom príslušným orgánom tohto iného členského štátu, t. j. v skutočnej výške, pretože národná legislatíva verejného zdravotného poistenia obmedzovala úhradu nákladov neodkladnej zdravotnej starostlivosti poskytnutej v cudzine len do výšky nákladov spojených s takýmto liečením na území Slovenskej republiky,
- d) refundovať náklady na nevyhnutnú zdravotnú starostlivosť poskytnutú v inom členskom štáte prostredníctvom národnou legislatívou určeným styčným orgánom.

Absencia definície pojmu „člen rodiny“ v národnej legislatíve verejného zdravotného poistenia znamenala povinnosť priameho použitia pojmu „člen rodiny“, vymedzeného veľmi problematicky Slovenskou republikou v predvstupových rokovaniach v prílohe č. I k nariadeniu Rady (EHS) č. 1408/71.

Styčným orgánom, prostredníctvom ktorého sa refundovali náklady na (neodkladnú) zdravotnú starostlivosť poskytnutú v inom členskom štáte osobe zúčastnenej na povinnom zdravotnom poistení v Slovenskej republike, určeným v prílohe 4 k Nariadeniu (EHS) č. 1408/71, bola v období od 1. mája 2004 do 31. decembra 2004 Všeobecná zdravotná poisťovňa. Napriek tomu, že zákon č. 138/2003 Z. z., ktorým sa mení a dopĺňa zákon Národnej rady Slovenskej republiky č. 277/1994 Z. z. o zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov, ustanovil povinnosť zdravotných poisťovní uhrádzať náklady na zdravotnú starostlivosť poskytnutú občanovi členského štátu v zdravotníckom zariadení v Slovenskej republike na základe medzinárodnej zmluvy o sociálnom zabezpečení, v ktorej sa zmluvné štáty vzdali vzájomného uhrádzania týchto nákladov, súčasne opomenul určiť povinnosť jednotlivých zdravotných poisťovní podieľať sa rovnakým spôsobom alebo určeným mechanizmom na úhrade nákladov súvisiacich s poskytnutím neodkladnej zdravotnej starostlivosti v inom členskom štáte. Týmto opomenutím Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky ako predkladateľ tohto zákona vystavilo Všeobecnú zdravotnú poisťovňu riziku zvyšovania jej zadĺženosti z dôvodov úhrady nákladov za poistencov iných zdravotných poisťovní, čo bolo v rozpore so zákonom Národnej rady č. 273/1994 Z. z., a ochudobnilo jej poistencov o sumy vynaložené na refundácie nákladov neodkladnej zdravotnej starostlivosti poskytnutej v inom členskom štáte, ktoré museli byť uhradené za poistencov iných zdravotných poisťovní.

Táto čiastková novela vyriešila len problém súvisiaci s vykonávaním medzinárodnej zmluvy uzavretej medzi Slovenskou republikou a Luxemburským veľkovojsvodstvom o sociálnom zabezpečení, v ktorej sa zmluvné strany vzdali vzájomného uhrádzania nákladov na vecné dávky. Právo vzdať sa vzájomného uhrádzania nákladov v bilaterálnych vzťahoch členských štátov umožňuje nariadenie Rady (EHS) č. 1408/71. Táto medzinárodná zmluva nadobudla platnosť dňa 1. februára 2004. Jej platnosť však po vstupe Slovenskej republiky do Európskej únie skončila, pretože sa zmluvné strany nedohodli, že sa táto dohoda stane súčasťou prílohy k nariadeniu Rady (EHS) č. 1408/71 ako dokument, ktorý by mal prednosť pred týmto nariadením.

Z rovnakého dôvodu sa od 1. mája 2004 skončila aj platnosť medzinárodnej zmluvy uzavretej medzi Slovenskou republikou a Rakúskou republikou o sociálnom zabezpečení (uverejnená v Zbierke zákonov pod č. 154/2003 Z. z.).

Vstup do Európskej únie znamenal aj skončenie platnosti všetkých medzinárodných zmlúv, ktoré Slovenská republika už ako samostatný štát alebo ako súčasť bývalej Českej a Slovenskej Federatívnej republiky a jej predchodkyň uzavrela v oblasti zdravotnej starostlivosti s členskými štátmi. Platnosť skončili zmluvy uzavreté s Českou republikou, Maďarskou ľudovou republikou a vládou Spojeného kráľovstva Veľkej Británie a Severného Írska.

1. Neodkladná zdravotná starostlivosť poskytnutá osobe zúčastnenej na povinnom zdravotnom poistení v Slovenskej republike v zdravotníckom zariadení v inom členskom štáte

Obdobie po vstupe Slovenskej republiky do Európskej únie je determinované nevyhnutnosťou zvykať si na novú terminológiu v oblasti zdravotného poistenia a jej obsah. Pojmami veľmi často používanými v tejto oblasti sú pojmy občan členského štátu, osoba zúčastnená na verejnom zdravotnom poistení, zdravotná starostlivosť a neodkladná zdravotná starostlivosť.

Občan členského štátu je osoba, ktorá má štátne občianstvo niektorého z členských štátov.

Osoba zúčastnená na verejnom zdravotnom poistení je osoba zúčastnená na povinnom zdravotnom poistení v Slovenskej republike; je ňou nielen osoba, ktorá má štátne občianstvo Slovenskej republiky, ale aj osoba, ktorá je z dôvodu výkonu zárobkovej činnosti v Slovenskej republike zúčastnená na jej povinnom zdravotnom poistení a má bydlisko v inom členskom štáte alebo v nečlenskom štáte.

Zdravotná starostlivosť a jej rozsah je v každom členskom štáte vymedzený inak.

Neodkladná zdravotná starostlivosť bola Rozhodnutím Európskej komisie č. 194, ktoré nadobudlo účinnosť 17. decembra 2003, rámcovo vymedzená „ako komplexná starostlivosť, ktorá musí byť poskytnutá osobe zúčastnenej na zdravotnom poistení, aby nemusela skrátiť predpokladaný čas pobytu v inom členskom štáte z dôvodov potreby lekárskeho ošetrovania a na ktorú majú nárok všetky skupiny osôb, ktoré sa zdržiavajú na území iného členského štátu prechodne ako turisti, študenti, vyslaní zamestnanci, osoby v medzinárodnej doprave alebo uchádzači o zamestnanie.“

V nariadení Rady (EHS) č. 1408/71 zodpovedá slovenskému pojmu

- a) „zdravotná starostlivosť“ anglický pojem „benefit in kind“ do slovenského jazyka prekladaný ako „vecné dávky“ a
- b) „neodkladná zdravotná starostlivosť“ zodpovedá anglický pojem
 1. „immediate benefits“ do slovenského jazyka prekladaný ako „okamžité vecné dávky“, ktoré je nevyhnutné poskytnúť, aby nebol ohrozený život alebo zdravie osoby, teda poskytnutie ktorej nie je možné odložiť po návrate do štátu poistenia platný do 31. mája 2004,
 2. „vecné dávky, ktoré sa stanú nevyhnutnými zo zdravotných dôvodov v priebehu pobytu osoby na území iného členského štátu s ohľadom na povahu dávok a predpokladanú dĺžku pobytu“ ustanovený nariadením Rady (ES) č. 631/2004 od 1. júna 2004.

Oba tieto pojmy sú v národných legislatívach zdravotného poistenia členských štátov veľmi dôležité; bez pochopenia rozdielu medzi nimi nebolo a ani nie je možné vzhľadom na uvedené terminologické rozdiely rozumieť ich správne významu. Oba tieto pojmy môžu mať v každom

členskom štáte iný význam najmä pokiaľ ide o rozsah poskytnutej neodkladnej zdravotnej starostlivosti alebo rozsah úhrady za ňu. Preto sa občan jedného členského štátu pri poskytovaní neodkladnej zdravotnej starostlivosti na území iného členského štátu nemôže dovoľávať poskytnutia neodkladnej zdravotnej starostlivosti v rozsahu platnom pre členský štát, ktorého národná legislatíva verejného zdravotného poistenia sa uplatňuje, najmä ak je výhodnejšia.

Rozdiely v národných legislatívach môžu spôsobiť, že kým v jednom členskom štáte sú súčasťou poskytnutia neodkladnej zdravotnej starostlivosti aj lieky, v inom členskom štáte sa náklady na poskytnuté lieky musia uhradiť sčasti alebo celkom. Aj pre tento prípad koordinačné pravidlá jasne určujú, legislatíva ktorého členského štátu sa v konkrétnom prípade uplatňuje, aby sa zamedzilo prekryvaniu dvoch alebo viacerých národných legislatív najmä v prípadoch, ak občan Európskej únie má bydlisko na území jedného členského štátu, zamestnaný je na území druhého členského štátu a podniká na území tretieho členského štátu.

1.1 Preukazovanie nároku na neodkladnú zdravotnú starostlivosť poskytnutú v inom členskom štáte osobe zúčastnenej na povinnom zdravotnom poistení v Slovenskej republike

Občan Slovenskej republiky, ak je osoba zúčastnená na povinnom zdravotnom poistení v Slovenskej republike, si začal zvykať na používanie tzv. euro formulárov, ktorými sa pri poskytnutí neodkladnej zdravotnej starostlivosti v inom členskom štáte osvedčuje nárok na vecné dávky a preukazuje zodpovednosť za krytie nákladov na neodkladnú zdravotnú starostlivosť členským štátom, ktorý príslušný formulár vystavil.

Najčastejšie používaným formulárom je E 111 (Príloha č. 1). Tento formulár potvrdzuje príslušná zdravotná poisťovňa. Poistenec ho však mohol získať aj na ktorejkoľvek z 35 pobočiek Všeobecnej zdravotnej poisťovne. Po predložení E 111 má občan Slovenskej republiky, ktorý je poistencom povinného zdravotného poistenia v Slovenskej republike, počas prechodného pobytu v inom členskom štáte nárok na ošetrovanie (neodkladnú zdravotnú starostlivosť) za rovnakých podmienok ako poistenec tohto iného členského štátu. Ak sa teda poistenec tohto iného členského štátu zúčastňuje na úhrade za poskytovanie neodkladnej zdravotnej starostlivosti, rovnako sa musí podieľať na úhrade aj občan Slovenskej republiky. Ak mu neodkladnú zdravotnú starostlivosť poskytne poskytovateľ napojený na systém verejného zdravotného poistenia, okrem uvedenej spoluúčasti by od neho spravidla nemala byť požadovaná žiadna iná platba. Výška spoluúčasti v každom členskom štáte je iná, a prakticky niet členského štátu, v ktorom by nejaká spoluúčasť, najmä za lieky, nebola. To je aj dôvod, prečo sa odporúča občanovi Slovenskej republiky pripoistiť si liečebné náklady v komerčnej poisťovni.

V niektorých členských štátoch sa však môže stať, že bude od občana iného členského štátu, teda aj od občana Slovenskej republiky, požadovaná platba v hotovosti. Vo Francúzsku, Luxembursku a v Belgicku je potrebné za poskytnutú neodkladnú zdravotnú starostlivosť v ambulancii najskôr zaplatiť v hotovosti a následne požiadať o refundáciu nákladov miestnu

zdravotnú poisťovňu alebo o refundáciu požiadať po návrate do Slovenskej republiky príslušnú zdravotnú poisťovňu. Refundované náklady budú zodpovedať nákladom, ktoré by za poskytnutú neodkladnú zdravotnú starostlivosť uhradila zdravotná poisťovňa v danom členskom štáte; suma spoluúčasti však refundovaná nie je.

Formulár E 111 sa predkladá lekárovi, ak ide o ambulantné ošetrovanie, alebo priamo v nemocnici, ak ide o ústavnú starostlivosť. V niektorých členských štátoch napr. v Česku, Grécku, Nemecku a v Rakúsku sa vyžadovalo, aby bol v prípade ošetrovania formulár najskôr predložený miestnemu nositeľovi zdravotného poistenia (miestnej zdravotnej poisťovni). Od 1. júla 2004, kedy nadobudlo účinnosť Nariadenie Európskeho parlamentu a Rady (ES) č. 631/2004 z 31. marca 2004, ktorým sa mení nariadenie Rady (EHS) 1408/71 a nariadenie Rady (EHS) 574/72, pokiaľ ide o vyrovnanie nárokov a zjednodušenie postupov (ďalej len „nariadenie Rady ES č. 631/2004“), sa zjednodušil prístup k vecným dávkam počas prechodného pobytu v inom členskom štáte bez potreby predchádzajúcej registrácie u miestneho nositeľa zdravotného poistenia. Aj členské štáty, hoci len formálne požadovali predloženie príslušného formulára miestnemu nositeľovi zdravotného poistenia, boli povinné od tejto praxe ustúpiť, pretože táto povinnosť sa označila ako zbytočne obmedzujúca a brániaca svojou podstatou voľnému pohybu osôb.

1.2 Náklady na neodkladnú zdravotnú starostlivosť poskytovanú na základe verejného zdravotného poistenia v inom členskom štáte osobe zúčastnenej na povinnom zdravotnom poistení v Slovenskej republike

Občan Slovenskej republiky, ak je osoba zúčastnená na povinnom zdravotnom poistení v Slovenskej republike, by pred odchodom do iného členského štátu mal vedieť, že náklady spojené s poskytnutím neodkladnej zdravotnej starostlivosti počas prechodného pobytu sú v každom členskom štáte iné a riadia sa právnymi predpismi platnými v tomto členskom štáte. Preto musí byť pripravený aj na to, že náklady neodkladnej zdravotnej starostlivosti napr. v Belgicku musí uhradiť najskôr sám, a následne predložiť najbližšej pobočke miestneho nositeľa zdravotného poistenia, alebo po návrate do Slovenskej republiky príslušnej zdravotnej poisťovni. Vo väčšine členských štátov tieto náklady uhradza len vo výške spoluúčasti určenej aj pre občanov tohto členského štátu.

Obdobne ako slúži formulár E 111 pre turistov, slúžil do 31. mája 2004 na poskytnutie a krytie nákladov neodkladnej zdravotnej starostlivosti formulár

- a) E 110 pre osoby v medzinárodnej doprave,
- b) E 119 pre uchádzačov o zamestnanie,
- c) E 128 pre študentov a vyslaných pracovníkov.

Vydávanie formulárov E 110, E 119 a E 128 sa od 1. júna 2004 skončilo na základe Rozhodnutia Európskej komisie č. 198 z 29. marca 2004, ktoré sa týka nahradenia a ukončenia používania vzorov formulárov potrebných na uplatňovanie nariadení Rady (EHS) č. 1408/71 a (EHS) č. 574/72.

1.3 Preukazovanie nároku na neodkladnú zdravotnú starostlivosť poskytnutú v inom členskom štáte osobe zúčastnenej na povinnom zdravotnom poistení v Slovenskej republike pri chronickom ochorení

Ak občan Slovenskej republiky, ak je osoba zúčastnená na povinnom zdravotnom poistení v Slovenskej republike, trpí na chronické ochorenie a musí pravidelne navštevovať zdravotnícke zariadenie, formulár E 111 v priebehu prechodného pobytu v inom členskom štáte slúži aj na poskytnutie a krytie nákladov potrebnej zdravotnej starostlivosti súvisiacej s týmto ochorením (napr. dialýza), ak toto ochorenie nevyžaduje špeciálne vybavenie zdravotníckeho zariadenia alebo špeciálne vyškolený zdravotnícky personál. Pred vycestovaním je potrebné vyžiadať si od ošetrojúceho lekára lekársku dokumentáciu, prípadne ďalšie informácie pre zdravotnícke zariadenie. Poskytnutie tejto zdravotnej starostlivosti je potrebné vopred prerokovať a dohodnúť. Ak by však chronické ochorenie vyžadovalo špeciálne vybavenie zdravotníckeho zariadenia alebo špeciálne vyškolený zdravotnícky personál, formulár E 111 nekryje poskytnutie a krytie nákladov potrebnej zdravotnej starostlivosti. V súlade s nariadením Rady ES č. 631/2004 Správna komisia vypracovala zoznam vecných dávok, ktoré pri poskytovaní neodkladnej zdravotnej starostlivosti počas pobytu v inom členskom štáte vyžadujú z praktických dôvodov dohodu medzi dotýčnou osobou a zdravotníckym zariadením.

Ak tento občan Slovenskej republiky z akéhokoľvek dôvodu nevie preukázať poskytnutie neodkladnej zdravotnej starostlivosti formulárom E 111, môže kontaktovať príslušnú zdravotnú poisťovňu v Slovenskej republike a požiadať ju o dodatočné zaslanie formulára na miesto prechodného pobytu alebo môže o jeho dodatočné vystavenie požiadať sám alebo prostredníctvom miestneho nositeľa zdravotného poistenia a v prípade hospitalizácie aj nemocnicu.

Ak tento občan Slovenskej republiky z akéhokoľvek dôvodu musel nad rámec spoluúčasti uhradiť náklady neodkladnej zdravotnej starostlivosti v hotovosti, mal by sa predovšetkým obrátiť na nositeľa zdravotného poistenia v príslušnom členskom štáte. Náhradným riešením, ak nevyužije túto možnosť, je po návrate do Slovenskej republiky požiadať príslušnú zdravotnú poisťovňu, ktorá refunduje len náklady bežné v systéme zdravotného poistenia príslušného členského štátu, v ktorom sa poskytla neodkladná zdravotná starostlivosť. Na úhradu nákladov sa spravidla čaká, najmä ak ide o úhradu vo vyššej sume, až pokiaľ ich nositeľ príslušného členského štátu nezašle prostredníctvom styčného orgánu zdravotnej poisťovni v Slovenskej republike.

Platnosť formulára E 111 na účely poskytnutia neodkladnej zdravotnej starostlivosti končí 31. decembra 2005. Slovenská republika sa zaradila k 12 členským štátom (Cyprus, Holandsko, Lichtenštajnsko, Litva, Lotyšsko, Maďarsko, Malta, Poľsko, Portugalsko, Rakúsko, Taliansko a Veľká Británia) a Islandu ako štátu Európskeho hospodárskeho priestoru a Švajčiarsku, ktoré využili prechodné obdobie trvajúce najdlhšie do 31. decembra 2005. V priebehu tohto prechodného obdobia môžu uvedené členské štáty pokračovať vo vydávaní formulára E 111, ktoré sú už od 1. júna 2004 graficky podobné Náhradnému certifikátu k Európskej karte zdravotného poistenia (ďalej len „náhradný certifikát“) ako náhradného formulára za Európsku kartu zdravotného poistenia (ďalej len „zdravotná karta“).

2. Neodkladná zdravotná starostlivosť poskytnutá osobe zúčastnenej na verejnom zdravotnom poistení v inom členskom štáte v zdravotníckom zariadení v Slovenskej republike

2.1 Neodkladná zdravotná starostlivosť

Zdravotnícke zariadenia v Slovenskej republike ako poskytovatelia (neodkladnej) zdravotnej starostlivosti (ďalej len „poskytovateľ“) prevzali po vstupe do Európskej únie záväzky, ktoré sa Slovenská republika zaviazala plniť v prístupovej zmluve a museli si zvyknúť aj na priame vykonávanie nariadenia Rady (EHS) č. 1408/71 a nariadenia Rady (EHS) č. 574/72. Záväzok zabezpečiť prístup migrujúcej osobe, ktorá je občanom iného členského štátu, a člena jej rodiny, počas ich prechodného pobytu v Slovenskej republike, k neodkladnej zdravotnej starostlivosti, plnili od prvého dňa po vstupe Slovenskej republiky do Európskej únie. Túto povinnosť poskytovateľovi ukladá Čl. 22 ods. 1 písm. a) (i) nariadenia Rady (EHS) č. 1408/71, podľa ktorého je povinný poskytnúť osobe poistenej v systéme verejného zdravotného poistenia v inom členskom štáte a členovi jej rodiny počas ich prechodného pobytu v Slovenskej republike (turista)

- a) do 31. mája 2004 okamžité dávky, ktorými sa rozumie taká zdravotná starostlivosť, ktorú je nevyhnutné poskytnúť, aby nebol ohrozený život alebo zdravie osoby, a jej poskytnutie nie je možné odložiť po návrate do štátu poistenia, ak si to stav osoby vyžaduje,
- b) od 1. júna 2004 vecné dávky s prihliadnutím na povahu vecných dávok a očakávanú dĺžku pobytu v Slovenskej republike, ktorou sa rozumie zdravotná starostlivosť poskytovaná podľa právnych predpisov platných v Slovenskej republike, ak je lekárske nevyhnutná vzhľadom na predpokladanú dĺžku pobytu osoby zúčastnenej na verejnom zdravotnom poistení v inom členskom štáte na území Slovenskej republiky; to znamená, že potrebná neodkladná zdravotná starostlivosť sa poskytne v takom rozsahu, aby sa osoba nemusela

vracať na územie štátu poistenia skôr ako pôvodne zamýšľala.

Pojem „vecné dávky, ktoré sú nevyhnutné s prihliadnutím na povahu vecných dávok a očakávanú dĺžku pobytu v Slovenskej republike“, ktoré je poskytovateľ povinný poskytovať od 1. júna 2004, možno priradiť k pojmu nevyhnutná a neodkladná zdravotná starostlivosť vymedzenom v § 10 zákona Národnej rady Slovenskej republiky č. 277/1994 Z. z. o zdravotnej starostlivosti v znení neskorších predpisov účinnom do 31. decembra 2004 ako povinnosť každého zdravotníckeho zariadenia bez meškania poskytnúť zdravotnú starostlivosť každému, kto sa nachádza v stave vážneho ohrozenia života, v stave s príznakmi vážnej poruchy zdravia, v šoku alebo v bezvedomí alebo v zdravotnom stave vylučujúcom možnosť vyžiadať si súhlas osoby s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a zabezpečiť podľa potreby ďalšiu zdravotnú starostlivosť.

Od 1. januára 2005 poskytovateľ má však v § 2 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov novým spôsobom definovaný pojem neodkladnej zdravotnej starostlivosti ako zdravotnej starostlivosti poskytovanej osobe pri náhlej zmene jej zdravotného stavu, ktorá bezprostredne ohrozuje jej život, bez rýchleho poskytnutia zdravotnej starostlivosti môže vážne ohroziť jej zdravie, spôsobuje jej náhlu a neznesiteľnú bolesť alebo spôsobuje náhle zmeny jej správania a konania, pod ktorých vplyvom bezprostredne ohrozuje seba alebo svoje okolie. Neodkladná zdravotná starostlivosť je aj zdravotná starostlivosť poskytovaná pri pôrode.

Súčasťou neodkladnej starostlivosti je neodkladná preprava osoby do zdravotníckeho zariadenia, neodkladná preprava medzi zdravotníckymi zariadeniami a neodkladná preprava darcov orgánov, tkanív a buniek určených na transplantáciu, ktorú vykonávajú poskytovatelia záchranej zdravotnej služby.

Poskytovateľ pred poskytnutím neodkladnej zdravotnej starostlivosti, aj napriek tomu, že spravidla dostáva do rúk príslušný doklad identifikujúci osobu a osvedčujúci jej nárok na neodkladnú zdravotnú starostlivosť a krytie nákladov na ňu, musí skúmať, či osoba je občanom iného členského štátu a súčasne aj osobou zúčastnenou na verejnom zdravotnom poistení tohto členského štátu, alebo ide o osobu, ktorá má bydlisko v inom členskom štáte ako je štát jej účasti na verejnom zdravotnom poistení. Od správneho posúdenia týchto skutočností následne závisí rozsah poskytnutia zdravotnej starostlivosti, t. j. či sa poskytne neodkladná zdravotná starostlivosť alebo zdravotná starostlivosť v celom rozsahu, a správna fakturácia nákladov príslušnému nositeľovi zdravotného poistenia v inom členskom štáte.

Osoba zúčastnená na verejnom zdravotnom poistení v inom členskom štáte je nielen osoba, ktorá má štátne občianstvo tohto iného členského štátu, ale aj osoba, ktorá má bydlisko v inom členskom štáte ako je štát poistenia alebo v nečlenskom štáte a je z dôvodu výkonu zárobkovej činnosti v inom členskom štáte zúčastnená na jeho verejnom zdravotnom poistení.

Občan iného členského štátu je osoba, ktorá má štátne občianstvo niektorého z členských

štátov okrem Slovenskej republiky.

2.2 Preukazovanie nároku na neodkladnú zdravotnú starostlivosť osobe zúčastnenej na verejnom zdravotnom poistení v inom členskom štáte formulárom E 111

Poskytovateľ poskytuje od 1. júna 2004 neodkladnú zdravotnú starostlivosť v takom rozsahu, aby sa osoba zúčastnená na verejnom zdravotnom poistení v inom členskom štáte vzhľadom na predpokladanú dĺžku jej pobytu v Slovenskej republike nemusela vracat' na územie štátu poistenia skôr ako pôvodne zamýšľala. Tento rozsah neodkladnej zdravotnej starostlivosti poskytuje aj osobám zúčastneným v systéme verejného zdravotného poistenia iného členského štátu zdržiavajúcim sa prechodne na území Slovenskej republiky ako turisti, vyslaní pracovníci, uchádzači o zamestnanie alebo študenti a členovia ich rodiny po predložení

- a) formulára E 111 vystaveného nositeľom zdravotného poistenia toho členského štátu, ktorý využil prechodné obdobie až do 31. decembra 2005 na používanie týchto formulárov v papierovej forme,
- b) európskej karty, náhradného certifikátu alebo formulára mobility pass (Príloha č. 2) vystavených nositeľmi zdravotného poistenia tých členských štátov, ktoré od 1. júna 2004 využili možnosť flexibilného spôsobu zavedenia európskej karty a využívania jeho výhod pre vlastných poistencov, poskytovateľov a inštitúcie zdravotného poistenia v iných členských štátoch.

Poskytovateľ nesmie na základe E 111, európskej karty, náhradného certifikátu alebo formulára mobility pass poskytnúť takú neodkladnú zdravotnú starostlivosť, kvôli ktorej cudzí poistenec zámerne vycestoval do Slovenskej republiky.

2.3 Preukazovanie nároku na neodkladnú zdravotnú starostlivosť osobe zúčastnenej na verejnom zdravotnom poistení v inom členskom štáte európskou kartou

Aby sa európska karta stala užitočným nástrojom pre občanov Európskej únie, Európsky parlament prijal niektoré zmeny v komunitárnom práve sociálneho zabezpečenia. Tieto zmeny boli vykonané nariadením Rady (EC) č. 631/2004, ktoré novelizuje nariadenie Rady (EHS) č. 1408/71 a nariadenie Rady (EHS) č. 574/72 v týchto dvoch aspektoch:

- a) zjednocuje práva všetkých kategórií osôb poistených v národných systémoch zdravotného poistenia, čo umožňuje európskou kartou nahradiť aj iné formuláre ako E 111
- a
- b) zjednodušuje priamy prístup k poskytovateľovi bez potreby predchádzajúcej registrácie u miestneho nositeľa zdravotného poistenia.

Princíp zjednodušenia prístupu k neodkladnej zdravotnej starostlivosti bez predchádzajúcej registrácie vo vybranej zdravotnej poisťovni sa vzťahuje aj na Slovenskú republiku. Poskytovateľ by preto po 31. máji 2004 nemal požadovať výber zdravotnej poisťovne

v Slovenskej republike a prostredníctvom nej fakturovať náklady na poskytnutú neodkladnú zdravotnú starostlivosť tak ako mu to ukladá [Odborné usmernenie Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 10582/2004-OAP pre poskytovateľov zdravotnej starostlivosti v oblasti poskytovania a úhrady vecných dávok podľa nariadení rady \(ES\) č. 1408/71 a č. 574/72](#), ale tento kontakt by mal realizovať cez styčný orgán, ktorým je do 31. decembra 2004 Všeobecná zdravotná poisťovňa a od 1. januára 2005 Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou (ďalej len „úrad pre dohľad“).

Európska karta nahradila formuláre E 110, E 111, E 119 a E 128. Každý členský štát je zodpovedný za vydávanie európskej karty svojim občanom, avšak vo všetkých štátoch musí mať rovnaké technické parametre a vzhľad, čo zaručuje jeho jednoznačnú rozoznatelnosť poskytovateľom. Európska karta je však vydávaná v štátnom jazyku vydávajúceho členského štátu. Rovnaký vzhľad má však len jedna strana; obsah druhej strany je v kompetencii vydávajúceho nositeľa zdravotného poistenia, t. j. príslušnej zdravotnej poisťovne. V kompetencii členského štátu je tiež rozhodnutie, či bude európsku kartu vydávať ako samostatnú kartu alebo ju bude integrovať do už existujúceho národného preukazu. Niektoré európske karty obsahujú magnetický pruh alebo čip.

Európsku kartu nie je možné použiť na čerpanie zdravotnej starostlivosti, za ktorou poistenec vycestuje do iného členského štátu. V takom prípade je potrebné najskôr požiadať príslušného nositeľa zdravotného poistenia o udelenie súhlasu na formulári E 112.

Od 1. júna 2004 vydáva európsku kartu týchto 14 členských štátov: Belgicko, Česko, Dánsko, Estónsko, Fínsko, Francúzsko, Grécko, Írsko, **Luxembursko**, Nemecko, Nórsko, **Slovinsko**, **Španielsko** a **Švédsko**.

Členské štáty, ktoré pristúpili k vydávaniu európskej karty, už od 1. júna 2004 nevydávajú formulár E 111. V prípade nevyhnutnosti (napr. náhly odchod, strata európskej karty) alebo z dôvodu, že nositeľ zdravotného poistenia príslušného členského štátu nie je technicky pripravený vydávať európsku kartu, môžu vydať náhradný certifikát.

Slovenská republika je povinná pristúpiť k vydávaniu európskej karty pre osoby zúčastnené na verejnom zdravotnom poistení v Slovenskej republike najneskoršie od 1. januára 2006.

Plastová verzia európskej karty by mala byť od roku 2008 nahradená jej elektronickou verziou, na ktorej sa v súčasnosti pracuje.

2.4 Preukazovanie nároku na neodkladnú zdravotnú starostlivosť osobe zúčastnenej na verejnom zdravotnom poistení v inom členskom štáte náhradným certifikátom

Náhradný certifikát je papierový formulár, ktorý je ekvivalentom európskej karty. Slúži ako náhrada v prípade, že poistenec stratil svoju európsku kartu alebo príslušný nositeľ zdravotného poistenia (zdravotná poisťovňa) nie je ešte technicky pripravená vydávať plastovú európsku kartu.

2.5 Poskytnutie neodkladnej zdravotnej starostlivosti osobe zúčastnenej na verejnom zdravotnom poistení v inom členskom štáte bez preukázania sa dokladom

Poskytovateľ, ktorému sa osoba nepreukáže žiadnym dokladom preukazujúcim nárok na poskytnutie neodkladnej zdravotnej starostlivosti (formulár E 111, európska karta, náhradný

certifikát, formulár mobility pass), rozlišuje, či osoba vyžaduje poskytnutie neodkladnej ambulantnej zdravotnej starostlivosti alebo neodkladnej ústavnej zdravotnej starostlivosti.

V prípade poskytnutia neodkladnej ambulantnej zdravotnej starostlivosti poskytovateľ

- a) požaduje úhradu v hotovosti,
- b) získa informáciu, v ktorom členskom štáte a u akého nositeľa zdravotného poistenia je osoba poistená, ak táto osoba nebude chcieť zaplatiť alebo nebude môcť zaplatiť,
- c) sám požiada o dodatočné vystavenie formulára E 111, európskej karty, náhradného certifikátu alebo formulára mobility pass príslušného nositeľa zdravotného poistenia alebo
- d) obráti sa na styčný orgán so žiadosťou o sprostredkovanie a zaslanie príslušného dokladu z príslušného členského štátu.

V prípade poskytnutia neodkladnej ústavnej zdravotnej poskytovateľ postupuje obdobne; na urýchlenie postupu si nemocnica môže príslušný doklad od nositeľa zdravotného poistenia v inom členskom štáte obstaráť sama, a to buď priamo, alebo prostredníctvom rodiny, či priateľov, alebo osôb sprevádzajúcich osobu

Poskytovateľ nemôže očakávať refundáciu poskytnutej neodkladnej zdravotnej starostlivosti, ak poskytnutie neodkladnej zdravotnej starostlivosti nevyznačí na príslušnom formulári.

Náklady na neodkladnú zdravotnú starostlivosť sa uhrádzajú podľa zmluvne dohodnutých cenových podmienok, ak ju poskytol zmluvný poskytovateľ na základe zmluvy so zdravotnými poisťovňami v Slovenskej republike.

Náklady na neodkladnú zdravotnú starostlivosť sa uhrádzajú len v tom rozsahu, v akom sú pre poskytovateľa záväzné slovenské predpisy o povinnom zdravotnom poistení, ak ide o poskytovateľa, ktorý nemá uzavretú zmluvu ani s jednou zdravotnou poisťovňou neodkladnú zdravotnú starostlivosť.

3. Vyžiadaná zdravotná starostlivosť poskytnutá osobe zúčastnenej na verejnom zdravotnom poistení v inom členskom štáte v zdravotníckom zariadení v Slovenskej republike

Na poskytovanie zdravotnej starostlivosti, za poskytnutím ktorej osoba vycestuje do iného členského štátu než v ktorom je zúčastnená na verejnom zdravotnom poistení, sa vzťahuje Čl. 22 písm. (b) (i) a (c) (i), Čl. 22 ods. 1 a 3 nariadenia Rady (EHS) č. 1408/71 a Čl. 31 nariadenia Rady (EHS) č. 574/72. Poskytovateľ poskytuje zamestnanej osobe, samostatne zárobkovo činnej osobe, poberateľovi dôchodku a členom ich rodiny, ktoré sa preukážu formulárom E 112, zdravotnú starostlivosť vo vyžiadanom alebo dohodnutom rozsahu

- a) osobe, ktorá chce získať bydlisko v Slovenskej republike, na základe povolenia príslušného nositeľa zdravotného poistenia v členskom štáte, v ktorom je zdravotne poistená, alebo
- b) osobe s bydliskom v inom členskom štáte, ktorá je zdravotne poistená v tomto členskom štáte alebo v inom členskom štáte ako Slovenská republika, za účelom poskytnutia ošetrovania primeraného jej zdravotnému stavu, na základe povolenia príslušného nositeľa zdravotného poistenia v členskom štáte, v ktorom je zdravotne poistená [Čl. 22 písm. (c)

(i)].

4. Zdravotná starostlivosť poskytnutá občanovi Slovenskej republiky zúčastnenému na verejnom zdravotnom poistení v inom členskom štáte v zdravotníckom zariadení v Slovenskej republike

Zdravotná starostlivosť v rozsahu právnych predpisov platných v Slovenskej republike sa poskytuje osobe s bydliskom na území Slovenskej republiky, ktorá je zúčastnená na zdravotnom poistení v inom členskom štáte z dôvodu výkonu zárobkovej činnosti v tomto členskom štáte, z dôvodu poberania dôchodku z tohto členského štátu a z dôvodu rodinnej príslušnosti k niektorému z uvedených poistencov. Zdravotná starostlivosť zahŕňa celý rozsah, na ktorý má nárok osoba zúčastnená len na zdravotnom poistení v Slovenskej republike.

Nárok na poskytnutie zdravotnej starostlivosti sa preukazuje príslušným dokladom (E 111, európska karta, náhradný certifikát alebo formulár mobility pass vydaný príslušným nositeľom zdravotného poistenia); na preukázanie nároku však môže slúžiť aj slovenský preukaz poistenca alebo potvrdenie o registrácii označené skratkou EU.

II. Národná legislatíva verejného zdravotného poistenia po 1. januári 2005

Národnú legislatívu verejného zdravotného poistenia reprezentuje v jej druhej etape od 1. januára 2005 reformná legislatíva.

Reforma zdravotníctva, ktorej súčasťou bolo aj dokončenie prípravy systému povinného zdravotného poistenia na uplatňovanie koordinačných pravidiel, bola zavŕšená prijatím šiestich zdravotníckych zákonov, ktoré Národná rada Slovenskej republiky opakovane schválila 21. októbra 2004 po tom, ako prezident Slovenskej republiky vrátil všetkých šesť zákonov pre ich závažné nedostatky s odporúčaním opakovane schváliť alebo neschváliť všetkých šesť zákonov z dôvodu ich hlbokej vzájomnej vnútornej previazanosti.

Jeden z prezentovaných cieľov reformy zdravotníctva zaviesť taký systém verejného zdravotného poistenia, ktorý zabezpečí dostatok finančných zdrojov na úhradu zdravotnej starostlivosti poskytnutej nielen v zdravotníckych zariadeniach v Slovenskej republike, ale aj v členských štátoch, a stabilný systém vyrovnaného hospodárenia, nahrádzajúci doterajší systém povinného zdravotného poistenia, bol úspešne zavŕšený; rovnako aj zámer transformovať existujúce zdravotné poisťovne na súkromné akciové spoločnosti vykonávajúce verejné zdravotné poistenie, umožniť vznik nových zdravotných poisťovní bez povinnosti disponovať minimálnym poistným kmeňom a zriadiť nový subjekt s veľmi silnou pôsobnosťou plniacou nielen funkciu styčného orgánu v rámci voľného pohybu osôb, ale aj úlohy štátnej správy - úrad pre dohľad.

Až praktické vykonávanie týchto zákonov po 1. januári 2005, kedy nadobudli účinnosť, však ukáže, či úmysel zákonodarcu prezentovaný schváleným znením nájde bezproblémovú odozvu a bude schopný dodržiavať všetky koordinačné pravidlá a prevziať všetky záväzky a plniť všetky povinnosti ustanovené komunitárnym právom sociálneho zabezpečenia.

Ako však možno vnímať schválené zdravotnícke zákony, keď ešte pred posledným

rozhodujúcim hlasovaním v Národnej rade Slovenskej republiky minister zdravotníctva avizoval potrebu ich novelizácie najmä potom, čo niekoľko stoviek schválených pozmeňujúcich návrhov spôsobilo zmätok a nevykonateľnosť niektorých ustanovení zákonov. Toto avízo skutočne vyústilo do veľmi rýchleho predloženia prvých noviel štyroch schválených zákonov do legislatívneho procesu, a to ešte pred uverejnením schválenej reformnej legislatívy v Zbierke zákonov v októbri 2004. Tieto novely boli schválené v Národnej rade Slovenskej republiky dňa 2. decembra 2004; boli teda novelizované skôr ako ich prvé schválené znenia nadobudli účinnosť.

Potreba odstrániť najviditeľnejšie nedostatky zdravotníckych zákonov oprávnene viedla k potvrdeniu opodstatnenosti kritiky odbornej verejnosti poukazujúcej na snahu predkladateľa zabezpečiť schválenie akejkoľvek podoby reformnej legislatívy bez ohľadu na to, čo sa vlastne schválilo a bez ohľadu na očakávané následné aplikačné problémy. Potvrdila sa aj pravdivosť slov bývalého prezidenta Slovenskej republiky Rudolfa Schustera, ktorý v jednom zo svojich vystúpení v Národnej rade Slovenskej republiky 5. decembra 2003 poukázal na to, že „mnohé zákony sa pripravujú bez analýz, koordinácie a odborných stanovísk, čo vedie k ich horšej kvalite, k skorým zmenám a doplňujúcim úpravám. Pred rýchlosťou má mať vždy prednosť kvalita a stabilita právneho poriadku, jeho prehľadnosť a zrozumiteľnosť.“

Napokon aj kritika smerujúca k nezvládnutiu problematiky voľného pohybu osôb v systéme verejného zdravotného poistenia v časti súvisiacej s úhradou (neodkladnej) zdravotnej starostlivosti poskytnutej/poskytovanej v inom členskom štáte sa ukázala ako opodstatnená. O tom svedčí aj zákon č. 718/2004 Z. z., ktorým sa mení a dopĺňa zákon 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, ktorý nadobudol účinnosť súčasne so základným znením zákona č. 580/2004 Z. z. 1. januára 2005.

Očakávania odbornej verejnosti smerovali predovšetkým k tomu, či najmä zákon č. 580/2004 Z. z. a zákon č. 581/2004 Z. z. vytvoril pre pluralitný systém verejného zdravotného poistenia reprezentovaný piatimi existujúcimi zdravotnými poisťovňami univerzálny právny rámec rešpektujúci koordinačné pravidlá, alebo či bude naďalej odkázaný na priame vykonávanie nariadenia Rady (EHS) č. 1408/71 a nariadenia Rady (EHS) č. 574/72, pretože právny rámec neupravil vôbec alebo ho upravil dokonca v rozpore s koordinačnými pravidlami, ako tomu bolo v období pred 1. januárom 2005 v netransformovanom systéme povinného zdravotného poistenia.

Napriek tomu, že nový systém verejného zdravotného poistenia nadviazal od 1. januára 2005 na svojho predchodcu - systém povinného zdravotného poistenia, dovoľm si konštatovať, že vo vzťahu k voľnému pohybu osôb ho nemožno označiť za transparentne a univerzálne transformovaný. Vzhľadom na zložitosť koordinačných pravidiel by nebolo dobré ani vhodné očakávať od bežného občana nového členského štátu, že od okamihu vstupu do Európskej únie bude dokonale poznať komunitárne právo sociálneho zabezpečenia a národnú legislatívu verejného zdravotného poistenia, osobitne v situácii, ak národná legislatíva bola schválená neskoro alebo môže zaviesť dokonca nesprávnym smerom. Aj osoba s právnym vzdelaním má problém orientovať sa v tak náročnej problematike ako sú práva a povinnosti migrujúcich osôb v komunitárnom práve sociálneho zabezpečenia a v národnej legislatíve verejného zdravotného poistenia. Preto sa javí ako opodstatnená požiadavka na jasnú a zrozumiteľnú národnú

legislatívu verejného zdravotného poistenia a dostatok materiálov a informácií vo tlačových médiách a elektronických médiách. Napriek tomu, že aj zdravotné poisťovne v tejto problematike zohrávajú významnú úlohu, dokonca väčšiu, ako im to komunitárne právo sociálneho zabezpečenia od 1. júna 2004 nadväzne na nariadenie Rady ES č. 631/2004 umožňuje, v ich informačnej kampani absentuje snaha dostatočne informovať svojho poistenca. Nemožno im však uprieť to, že napr. formulár E 111 začali vydávať bez väčších problémov každému, kto oň požiadal, avšak tým sa ich aktivity javili ako skončené. Nehovoriac o tom, že úrad pre dohľad od svojho vzniku nevnímal svoju pozíciu styčného orgánu ako dôležitú, o čom svedčí aj skutočnosť, že o problematike voľného pohybu osôb s dosahom na systém verejného zdravotného poistenia nebolo možné získať žiadne informácie.

Príčinnú súvislosť medzi verejným zdravotným poistením a poskytovaním zdravotníckych služieb a zdravotnej starostlivosti nadväzne na Článok 152 ods. 5 Zmluvy o založení Európskeho spoločenstva vytvára ustanovenie § 2 písm. a) zákona č. 580/2004 Z. z., podľa ktorého sa na základe verejného zdravotného poistenia poskytuje poistencom verejného zdravotného poistenia za podmienok ustanovených týmto zákonom, t. j. zákonom č. 580/2004 Z. z., zdravotná starostlivosť a služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti v rozsahu ustanovenom osobitným zákonom. Na tomto mieste nemožno opomenúť ani väzbu na Čl. 40 Ústavy Slovenskej republiky, ktorý garantuje občanovi Slovenskej republiky právo na bezplatnú zdravotnú starostlivosť na základe zdravotného poistenia v rozsahu, ktorý ustanovuje osobitný zákon.

Právo na bezplatnú zdravotnú starostlivosť vzniká na základe princípu rovnakého zaobchádzania aj občanovi iného členského štátu sprostredkované buď cez systém verejného zdravotného poistenia Slovenskej republiky, ak je jeho účastníkom z titulu výkonu zárobkovej činnosti v Slovenskej republike, alebo systém verejného zdravotného poistenia iného členského štátu, na ktorom je zúčastnený.

Nový systém verejného zdravotného poistenia vo vzťahu k aplikácii koordinačných pravidiel nepriniesol žiadne prevratné zmeny, hoci osem mesiacov fungovania jeho predchodcu - systému povinného zdravotného poistenia v podmienkach uplatňovania komunitárneho práva sociálneho zabezpečenia si to podľa môjho názoru priamo vyžiadalo. Nereagoval ani nevyriešil niektoré problémy, ktoré môžu spôsobiť chaos v aplikačnej praxi.

Pre aplikačnú prax národnej legislatívy verejného zdravotného poistenia považujem za dôležité, aby dokázala vyriešiť dilemu a dala jednoznačnú a zrozumiteľnú odpoveď na otázku, či národná legislatíva verejného zdravotného poistenia sa uplatňuje pri riešení konkrétneho problému prednostne v plnom rozsahu alebo čiastočne pred komunitárnym právom sociálneho zabezpečenia alebo či je potrebné priamo uplatňovať komunitárne právo sociálneho zabezpečenia.

Za rovnako dôležité považujem odstránenie existujúcich kolízií prevzatých z bývalého systému povinného zdravotného poistenia zvädzajúcich k uplatniteľnosti nesprávnej legislatívy v prípade

- a) vzniku, vykonávania a zániku verejného zdravotného poistenia člena rodiny,
- b) vzniku a zániku verejného zdravotného poistenia samostatne zárobkovo činnnej osoby, ktorá má trvalý pobyt na území iného členského štátu,
- c) zániku verejného zdravotného poistenia osoby s trvalým pobytom v Slovenskej republike z dôvodu vzniku zdravotného poistenia v inom členskom štáte.

Nevyhnutné je jasne

- a) definovať vzťahy medzi príslušnou zdravotnou poisťovňou a úradom pre dohľad ako styčným orgánom pri realizovaní úhrad nákladov neodkladnej zdravotnej starostlivosti poskytnutej poistencovi verejného zdravotného poistenia v Slovenskej republike v inom členskom štáte alebo poistencovi zdravotného poistenia iného členského štátu v Slovenskej republike,
- b) administratívne zjednodušiť prístup občana iného členského štátu k neodkladnej zdravotnej starostlivosti v Slovenskej republike bez potreby predchádzajúcej registrácie v niektorej zo zdravotných poisťovní v Slovenskej republike tak ako túto povinnosť v rozpore s nariadením Rady (ES) č. 631/2004 ukladá [Odborné usmernenie Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 10582/2004-OAP pre poskytovateľov zdravotnej starostlivosti v oblasti poskytovania a úhrady vecných dávok podľa nariadení rady \(ES\) č. 1408/71 a č. 574/72.](#)

Bolo by chybou, ak by cieľom tejto záverečnej práce mala byť len snaha upozorniť na nedostatky národnej legislatívy verejného zdravotného poistenia. Konštatovanie, že systém verejného zdravotného poistenia ako nasledovník systému povinného zdravotného poistenia prevzal systém, pre ktorý už v minulosti bolo typické čiastočné uplatňovanie princípov voľného pohybu osôb, je opodstatnené. Toto konštatovanie sa vzťahuje na osobný rozsah verejného zdravotného poistenia, prostredníctvom ktorého sa realizuje právo občana Európskej únie na ochranu zdravia bez väzby na jeho štátnu príslušnosť prostredníctvom poskytovania bezplatnej zdravotnej starostlivosti na základe verejného zdravotného poistenia ustanovením povinnej účasti osoby, ktorá má na území Slovenskej republiky trvalý pobyt, na verejnom zdravotnom poistení od jej narodenia až do úmrtia alebo vyhlásenia za mŕtvu.

System verejného zdravotného poistenia povinne kryje aj osoby, ktoré nemajú na území Slovenskej republiky trvalý pobyt, bez väzby na ich vôľu byť alebo nebyť poistenou osobou, ak ide o osoby, ktoré

- a) sú zamestnané u zamestnávateľa, ktorý má sídlo na území Slovenskej republiky okrem zamestnávateľa, ktorý požíva diplomatické výsady a imunity podľa medzinárodného práva,
- b) vykonávajú na území Slovenskej republiky samostatnú zárobkovú činnosť,
- c) sú azylantmi,
- d) sú zahraničnými študentmi na škole v Slovenskej republike na základe medzinárodnej zmluvy, ktorou je Slovenská republika viazaná,
- e) sú maloletými cudzincami, ktorí sa zdržiavajú na území Slovenskej republiky bez zákonného zástupcu alebo fyzickej osoby zodpovednej za ich výchovu a poskytujú sa im starostlivosť v zariadení sociálnych služieb,
- f) sú cudzincami zaistenými na území Slovenskej republiky, vo väzbe alebo vo výkone trestu odňatia slobody.

Hoci systém verejného zdravotného poistenia nad rámec krytia požadovaného komunitárnym právom sociálneho zabezpečenia kryje maloletých cudzincov, ktorí sa zdržiavajú na území Slovenskej republiky bez zákonného zástupcu alebo fyzickej osoby zodpovednej za ich výchovu a poskytujú sa im starostlivosť v zariadení sociálnych služieb, cudzincov zaistených na území Slovenskej republiky a cudzincov vo väzbe alebo vo výkone trestu odňatia slobody, opomenul vysporiadať sa s členom rodiny ako osobou naviazanou na živiteľa rodiny, čo následne vyvoláva povinnosť priameho vykonávania komunitárneho práva sociálneho

zabezpečenia.

Národná legislatíva verejného zdravotného poistenia v oblasti osobného rozsahu zdravotne poistených osôb je tak len čiastočne v súlade s komunitárnym právom sociálneho zabezpečenia, ktoré prostredníctvom nariadenia Rady (EHS) č. 1408/71 požaduje aj krytie členov rodín zárobkovo činných osôb, študentov, poberateľov dôchodkov a nezamestnaných osôb, hoci individuálne kryje osoby, ktoré by v rodinnom systéme verejného zdravotného poistenia boli kategorizované ako člen rodiny.

Úplnú kompatibilitu národnej legislatívy verejného zdravotného poistenia s komunitárnym právom sociálneho zabezpečenia, avšak s potrebou priameho vykonávania komunitárneho práva sociálneho zabezpečenia, zabezpečilo ustanovenie § 10 zákona č. 580/2004 z. Z. v znení zákona č. 718/2004 Z. z., podľa ktorého sa zo systému verejného zdravotného poistenia uhrádzajú

- a) náklady neodkladnej zdravotnej starostlivosti poskytnutej v inom členskom štáte,
- b) náklady zdravotnej starostlivosti poskytnutej v inom členskom štáte, ak poskytnutie tejto zdravotnej starostlivosti spĺňa kritériá vopred určené a zverejnené príslušnou zdravotnou poisťovňou na jej úradnej tabuli alebo na inom verejne prístupnom mieste a na jej internetovej stránke, t. j. vyžiadanej zdravotnej starostlivosti.

III. Národná legislatíva verejného zdravotného poistenia alebo komunitárne právo sociálneho zabezpečenia

Riešenie dilemy, či uplatniť národnú legislatívu verejného zdravotného poistenia alebo komunitárne právo sociálneho zabezpečenia, závisí predovšetkým od posúdenia, či národná legislatíva verejného zdravotného poistenia má na riešenie konkrétneho problému odpoveď a či toto riešenie je v súlade s riešením ustanoveným komunitárnym právom sociálneho zabezpečenia, alebo či riešenie nemá odozvu v národnej legislatíve verejného zdravotného poistenia alebo táto odozva je dokonca v rozpore komunitárnym právom sociálneho zabezpečenia.

Prečo však na prvom mieste uvádzam národnú legislatívu verejného zdravotného poistenia? Odpoveď poskytuje Článok 152 ods. 5 Zmluvy o založení Európskeho spoločenstva, pri ktorého uplatňovaní Európske spoločenstvo v oblasti zdravotníctva plne rešpektuje zodpovednosť členského štátu za organizáciu zdravotníctva a poskytovanie zdravotníckych služieb a zdravotnej starostlivosti a ponecháva členskému štátu voľnosť v oblasti zdravotníctva najmä pokiaľ ide o rozsah poskytovanej zdravotnej starostlivosti a výšku úhrady za poskytnutú zdravotnú starostlivosť. Vzhľadom na to, že zdravotná starostlivosť sa poskytuje celkom alebo čiastočne na základe verejného zdravotného poistenia, z citovaného ustanovenia následne vyplýva, že národná legislatíva verejného zdravotného poistenia sa uplatňuje prednostne. Až vtedy, ak jej ustanovenia neupravujú problematiku vôbec, upravujú ju len čiastočne alebo sú v rozpore s komunitárnym právom sociálneho zabezpečenia, prichádza do úvahy priame vykonávanie komunitárneho práva sociálneho zabezpečenia, t. j. priame vykonávanie nariadenia Rady (EHS) č. 1408/71 a nariadenia Rady (EHS) č. 574/72.

Túto dilemu musia riešiť v prípade vzniku problému, pričom na ich poradi nezáleží, Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky, úrad pre dohľad, príslušná zdravotná poisťovňa a

poskytovateľ.

1. Vznik a zánik verejného zdravotného poistenia osoby, ktorá sa podľa komunitárneho práva sociálneho zabezpečenia považuje za člena rodiny

Prevzatie základného princípu založeného na individuálnom poistení každej osoby do systému verejného zdravotného poistenia predpokladá priamu možnosť vzniku kolízie s komunitárnym právom sociálneho zabezpečenia v situácii, v ktorej je potrebné vysporiadať sa so vstupom člena rodiny s trvalým pobytom v inom členskom štáte do systému verejného zdravotného poistenia v Slovenskej republike a s výstupom člena rodiny s trvalým pobytom v Slovenskej republike do systému verejného zdravotného poistenia v inom členskom štáte. Opomenutie Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky vyporiadať sa v národnej legislatíve verejného zdravotného poistenia s postavením člena rodiny znamená aj po 1. januári 2005 potrebu priameho vykonávania komunitárneho práva sociálneho zabezpečenia.

Absencia definície pojmu „člen rodiny“ v národnej legislatíve verejného zdravotného poistenia znamená povinnosť priameho použitia pojmu „člen rodiny“, vymedzeného Slovenskou republikou v predvstupových rokovaníach v prílohe č. I k nariadeniu Rady (EHS) č. 1408/71, podľa ktorej na určenie nároku na vecné dávky člen rodiny znamená manžela/ku alebo nezaopatrené dieťa podľa definície v zákone o prídavkoch na deti a o príplatku k prídavkom na deti v znení neskorších predpisov.

Pri analýze takto vymedzeného pojmu člena rodiny možno dospieť k záveru, že členom rodiny je každý manžel/manželka bez skúmania, či je odkázaný na „živiteľa rodiny“, t. j. či má nejaké príjmy alebo či žije v spoločnej domácnosti so „živiteľom rodiny“. Takéto vymedzenie pojmu člena rodiny je v rozpore s vymedzením pojmu člena rodiny podľa Článku 1 (10) (15) písm. (f) (i) nariadenia Rady (EHS) č. 1408/71, podľa ktorého člen rodiny znamená akúkoľvek osobu definovanú alebo uznávanú za člena rodiny alebo označovanú ako člen domácnosti legislatívou, na základe ktorej sa poskytujú dávky, alebo v prípadoch uvedených v článkoch 22 (1) (a) a 31 legislatívou členského štátu, na území ktorého má takáto osoba bydlisko. Kde však uvedená legislatíva považuje za člena rodiny alebo člena domácnosti len osobu, ktorá žije pod tou istou strechou ako zamestnaná osoba alebo samostatne zárobkovo činná osoba alebo študent, táto podmienka sa považuje za splnenú, ak je daná osoba závislá najmä od tejto osoby. Kde legislatíva členského štátu neumožňuje rozlišovať členov rodiny od iných osôb, na ktoré sa to vzťahuje, má termín „člen rodiny“ význam určený v prílohe 1.

Keďže národná legislatíva verejného zdravotného poistenia nepozná člena rodiny, vymedzenie tohto pojmu v prílohe 1 k nariadeniu Rady (EHS) č. 1408/71 má prednosť pred všeobecne určeným vymedzením pojmu člena rodiny podľa Článku 1 (10) (15) písm. (f) (i) nariadenia Rady (EHS) č. 1408/71. Toto vymedzenie pojmu člena rodiny sa však dostáva do kolízie so všeobecne vymedzeným pojmom člena rodiny. Táto kolízia môže v aplikačnej praxi spôsobiť celý rad problémov. Prinajmenšom v tom, že ak v systéme verejného zdravotného poistenia v Slovenskej republike bude poistená osoba s trvalým pobytom v inom členskom štáte

z iného dôvodu ako z dôvodu vykonávania zárobkovej činnosti v Slovenskej republike a nie je to nezaopatrené dieťa, príslušná zdravotná poisťovňa v Slovenskej republike musí v každom prípade skúmať, či manžel/manželka tejto osoby povinne zdravotne poistenej v Slovenskej republike žijúci v tomto inom členskom štáte nemá nárok na zdravotnú starostlivosť/vecné dávky v tomto inom členskom štáte tak ako jej to ukladá Článok 19 ods. 3 nariadenia Rady (EHS) č. 1408/71, podľa ktorého nárok na zdravotnú starostlivosť, teda nielen neodkladnú zdravotnú starostlivosť, má aj člen rodiny, ktorý má trvalý pobyt mimo územia Slovenskej republiky na území iného členského štátu, ak nemá nárok na zdravotnú starostlivosť/vecné dávky podľa legislatívy štátu, na ktorého území má trvalý pobyt. Inak by problém manžela/manželky ako člena rodiny riešila príslušná zdravotná poisťovňa len vtedy, ak by z predloženého formulára vyplynula povinnosť poistiť manžela/ku v systéme zdravotného poistenia v Slovenskej republike z dôvodu, že manžel/manželka nie je zdravotne poistená v inom členskom štáte, kde má trvalý pobyt, a teda tu nemá nárok na zdravotnú starostlivosť/vecné dávky.

Dokonca táto slovenská definícia pojmu člena rodiny môže viesť k vstupu do verejného zdravotného poistenia člena rodiny s bydliskom v inom členskom štáte, ktorý je rozvedeným manželom/manželkou.

Všetky členské štáty okrem Slovenskej republiky a Českej republiky majú zavedený systém rodinného verejného zdravotného poistenia, v ktorom je na osobu krytú systémom verejného zdravotného poistenia príslušného členského štátu (tzv. živiteľa rodiny) naviazaný aj člen jej rodiny, t. j. nezaopatrené dieťa a manžel/manželka, ktoré nie sú zdravotne poistené v tomto členskom štáte napríklad preto, že dieťa je vo veku do skončenia povinnej školskej dochádzky alebo manžel/manželka nepracuje. Na formulári vystavenom príslušným nositeľom zdravotného poistenia bude preto uvedený aj člen rodiny.

Vymedzenie pojmu člena rodiny v prístupovej zmluve sa však javí ako zbytočné vo vzťahu k nezaopatrenému dieťaťu a manželke, ktorá nemá žiadne príjmy, s trvalým pobytom v Slovenskej republike. Vylučuje to vykonávanie Článku 19 ods. 2 nariadenia Rady (EHS) č. 1408/71, podľa ktorého má člen rodiny, ktorý má bydlisko na území iného členského štátu, ako je príslušný štát, ak nemá nárok na takéto dávky podľa legislatívy štátu, na ktorého území má bydlisko, nárok vecné dávky poskytované v mene príslušnej inštitúcie inštitúciou miesta bydliska v súlade s ustanoveniami legislatívy vykonávanej touto inštitúciou tak, ako bola poistená v nej. Absencia systému rodinného verejného zdravotného poistenia v Slovenskej republike jednostranne znevýhodňuje systém verejného zdravotného poistenia v Slovenskej republike a môže ho v budúcnosti finančne veľmi zaťažiť a zvýhodňuje systémy rodinného verejného zdravotného poistenia ostatných členských štátov okrem Českej republiky. Kým člen rodiny s trvalým pobytom na území Slovenskej republiky vzhľadom na existenciu individuálneho verejného zdravotného poistenia zostáva osobou povinne zúčastnenou na verejnom zdravotnom poistení v Slovenskej republike aj po tom, ako sa živiteľ rodiny stal zárobkovo činnou osobou v inom členskom štáte a začal byť krytý systémom verejného zdravotného poistenia tohto členského štátu, člen rodiny s trvalým pobytom v inom členskom štáte ako osoba naviazaná na živiteľa rodiny prechádza súčasne s ním do systému verejného zdravotného poistenia Slovenskej republiky. Princíp fungovania systému verejného zdravotného poistenia v Slovenskej republike tak spôsobuje, že náklady na zdravotnú starostlivosť poskytnutú členovi rodiny bude povinný naďalej kryť tento systém, pretože člen rodiny má naďalej nárok na zdravotnú starostlivosť na základe individuálneho verejného zdravotného poistenia v Slovenskej republike, v ktorej má trvalý pobyt/bydlisko; tento princíp vylučuje uplatnenie Článku 19 nariadenia Rady (EHS) č. 1408/71.

Novou záťažou na druhej strane sa však stáva člen rodiny s trvalým pobytom v inom členskom štáte, ktorý vzhľadom na existenciu rodinného verejného zdravotného poistenia (okrem Českej republiky) v tomto členskom štáte a väzbu na živiteľa rodiny prechádza do systému verejného zdravotného poistenia v Slovenskej republike po tom, ako tento živiteľ

rodiny začal vykonávať zárobkovú činnosť v Slovenskej republike a začal byť krytý jej systémom verejného zdravotného poistenia. Následne systém verejného zdravotného poistenia v Slovenskej republike je povinný v súlade s komunitárnym právom sociálneho zabezpečenia kryť aj náklady neodkladnej zdravotnej starostlivosti a zdravotnej starostlivosti poskytovanej členovi rodiny v členskom štáte, v ktorom má bydlisko.

2. Vznik a zánik verejného zdravotného poistenia samostatne zárobkovo činné osoby s trvalým pobytom v inom členskom štáte

Za nekompatibilnú, a tým aj v rozpore s komunitárnym právom sociálneho zabezpečenia, považujem aj tú časť národnej legislatívy verejného zdravotného poistenia, ktorá v § 4 ods. 3 písm. b) zákona č. 580/2007 Z. z. viaže vznik verejného zdravotného poistenia v Slovenskej republike u samostatne zárobkovo činné osoby bez väzby na skúmanie miesta jej trvalého pobytu na vznik oprávnenia na vykonávanie samostatnej zárobkovej činnosti. Kým na občana nečlenského štátu sa toto ustanovenie vzťahuje v plnom rozsahu a vznik verejného zdravotného poistenia v Slovenskej republike musí preukázať živnostenským oprávnením alebo koncesnou listinou vydanými v súlade so zákonom č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní (živnostenský zákon) v znení neskorších predpisov a následne zápisom podniku tejto osoby alebo jej organizačnej zložky do obchodného registra podľa § 21 ods. 4 Obchodného zákonníka, túto podmienku nemusí splniť osoba, ktorá má trvalý pobyt na území iného členského štátu, pretože ju od splnenia tejto podmienky oslobodzuje ustanovenie § 21 ods. 5 Obchodného zákonníka. Na vznik verejného zdravotného poistenia jej postačuje dokument preukazujúci oprávnenie vykonávať samostatnú zárobkovú činnosť vydaný ktorýmkoľvek členským štátom; tento dokument dokonca nemusí byť preložený ani do slovenského jazyka ako to vyplýva z Článku 84 (7) ods. 4 nariadenia Rady (EHS) č. 1408/71, podľa ktorého úrady, inštitúcie a súdy jedného členského štátu nemôžu zamietnuť žiadosti alebo iné predložené dokumenty z dôvodu, že sú napísané v úradnom jazyku iného členského štátu.

Zdravotná poisťovňa, ktorú si samostatne zárobkovo činná osoba vybrala na vykonávanie verejného zdravotného poistenia, je preto povinná akceptovať túto situáciu a namiesto dôslednej aplikácie § 4 ods. 3 písm. b) zákona č. 580/2007 Z. z. priamo vykonávať komunitárne právo sociálneho zabezpečenia, ktoré uplatňuje zásadu čo najmenších administratívnych prekážok migrujúcich osôb pri pohybe osôb v Európskej únii.

Tá istá zdravotná poisťovňa musí z rovnakého dôvodu ustúpiť od dôslednej aplikácie § 5 ods. 3 písm. c) zákona č. 580/2007 Z. z., ktorý viaže zánik verejného zdravotného poistenia v Slovenskej republike na deň zániku oprávnenia na vykonávanie samostatnej zárobkovej činnosti a priamo vykonávať komunitárne právo sociálneho zabezpečenia. Nie je oprávnená v tomto prípade vyžadovať dokument, z ktorého je zrejмый zánik oprávnenia na vykonávanie samostatne zárobkovej činnosti na území Slovenskej republiky

3. Zánik verejného zdravotného poistenia samostatne zárobkovo činné osoby s trvalým pobytom v Slovenskej republike z dôvodu vzniku zdravotného poistenia v inom členskom štáte

Na rozdiel od nemocenského poistenia, dôchodkového poistenia, úrazového poistenia alebo poistenia v nezamestnanosti, ktoré sprevádzajú osobu len v čase jej účasti na nemocenskom poistení, dôchodkovom poistení, úrazovom poistení a poistení v nezamestnanosti, t. j. najskôr od skončenia povinnej školskej dochádzky, verejné zdravotné poistenie sprevádza osobu, ktorá má trvalý pobyt na území Slovenskej republiky, od jej narodenia až do jej smrti. Kým však v prípade nemocenského poistenia, dôchodkového poistenia, úrazového poistenia alebo poistenia v nezamestnanosti možno naozaj hovoriť o vzniku a zániku účasti, v prípade

verejného zdravotného poistenia pri dodržaní základného princípu verejného zdravotného poistenia – účasť od narodenia do smrti – nie je možné hovoriť o jeho zániku pred dňom úmrtia osoby, ktorá mala celý svoj život trvalý pobyt na území Slovenskej republiky. Možno hovoriť len o akomsi prerušení verejného zdravotného poistenia v Slovenskej republike z dôvodu účasti na verejnom zdravotnom poistení v inom členskom štáte za podmienok ustanovených komunitárnym právom sociálneho zabezpečenia.

Národná legislatíva verejného zdravotného poistenia sa dostáva do rozporu s komunitárnym právom sociálneho zabezpečia aj v prípade uplatňovania § 5 ods. 2 písm. d) zákona č. 580/2004 Z. z., podľa ktorého u fyzickej osoby s trvalým pobytom na území Slovenskej republiky, verejné zdravotné poistenie zaniká aj dňom vzniku zdravotného poistenia v cudzine, ak sa zdržiava v cudzine dlhšie ako šesť po sebe nasledujúcich kalendárnych mesiacov. Dôsledným uplatňovaním citovaného ustanovenia v prípade samostatne zárobkovo činnnej osoby, ktorá sa rozhodla skončiť vykonávanie samostatnej zárobkovej činnosti v Slovenskej republike a začala podnikat' v inom členskom štáte, pričom dopredu nevie, ako dlho bude v tomto členskom štáte podnikat' a či to bude dlhšie ako šesť mesiacov, by nastala situácia, že zánik verejného zdravotného poistenia u tejto samostatne zárobkovo činnnej osoby mohol nastať až po uplynutí šiestich mesiacov podnikania. Táto aplikačná prax by sa tak mohla dostať do rozporu s Článkom 13 (9) ods. 2 (b) nariadenia Rady (EHS) č. 1408/71, podľa ktorého na osobu, ktorá vykonáva samostatnú zárobkovú činnosť na území jedného členského štátu, sa vzťahuje legislatíva tohto štátu dokonca aj vtedy, ak má bydlisko na území iného členského štátu. Z uvedeného vyplýva, že je potrebné priamo vykonávať komunitárne právo sociálneho zabezpečenia a samostatne zárobkovo činnnej osobe vyznačiť v jej evidencii túto skutočnosť, pretože z dôvodu neprerušenej existencie trvalého pobytu na území Slovenskej republiky nemôže zaniknúť jej verejné zdravotné poistenie v Slovenskej republike; uplatniteľnou legislatívou sa však stane legislatíva toho členského štátu, v ktorom vykonáva samostatnú zárobkovú činnosť.

Dôsledné uplatňovanie § 5 ods. 2 písm. d) zákona č. 580/2004 Z. z. sa môže dostať do rozporu s komunitárnym právom sociálneho zabezpečenia aj v prípade, ako samostatne zárobkovo činná osoba neprestane vykonávať samostatnú zárobkovú činnosť v Slovenskej republike, ale súčasne ju začne vykonávať aj na území iného členského štátu alebo viacerých členských štátov. Zánik verejného zdravotného poistenia v Slovenskej republike odo dňa vzniku verejného zdravotného poistenia v inom členskom štáte by sa dostal do rozporu s Článkom 14a ods. 2 nariadenia Rady (EHS) č. 1408/71, podľa ktorého na osobu zvyčajne samostatne zárobkovo činnú na území dvoch alebo viacerých členských štátov sa vzťahuje legislatíva toho členského štátu, na ktorého území má bydlisko, ak vykonáva nejakú časť svojej činnosti na území tohto členského štátu. Ak nevykonáva žiadnu činnosť na území členského štátu, v ktorom má bydlisko, vzťahuje sa na ňu legislatíva členského štátu, na ktorého území vykonáva svoju hlavnú činnosť.

4. Vznik a zánik verejného zdravotného poistenia osoby s trvalým pobytom v inom členskom štáte zaistenej na území Slovenskej republiky, prevzatej do väzby alebo výkonu trestu odňatia slobody

Rozpor národnej legislatívy verejného zdravotného poistenia s komunitárnym právom sociálneho zabezpečenia nastane v prípade dôsledného uplatňovania § 4 ods. 3 písm. f) a g) zákona č. 580/2004 Z. z. a § 5 ods. 3 písm. g) a h) zákona č. 580/2004 Z. z., podľa ktorých vzniká verejné zdravotné poistenie cudzinca, za akého sa považuje aj občan iného členského štátu, dňom vydania rozhodnutia o jeho zaistení, dňom jeho prevzatia do väzby alebo dňom jeho nástupu do výkonu trestu odňatia slobody a zaniká dňom prepustenia cudzinca zaisteného na území Slovenskej republiky, dňom jeho prepustenia z väzby a z výkonu trestu odňatia

slobody.

Keďže môže ísť o cudzinca, ktorý je zdravotne poistený napríklad z titulu výkonu zárobkovej činnosti v inom členskom štáte, nemôže mu z dôvodov uvedených v citovaných ustanoveniach zákona č. 580/2004 Z. z. vzniknúť verejné zdravotné poistenie v Slovenskej republike, pretože komunitárne právo také dôvody ako sú zaistenie, väzba alebo výkon trestu odňatia slobody nepovažuje za zárobkovú činnosť, ktorá umožňuje vznik verejného zdravotného poistenia v inom členskom štáte. Preto poskytovateľ, ktorý sa pravdepodobne ako prvý dostane do kontaktu s takýmto cudzincom pri poskytovaní neodkladnej zdravotnej starostlivosti, musí uplatniť priamo komunitárne právo sociálneho zabezpečenia. Mal by tiež vedieť, že náklady na poskytnutú neodkladnú zdravotnú starostlivosť bude v súlade so zásadami komunitárneho práva sociálneho zabezpečenia u uplatniteľnej legislatíve na základe jeho faktúry uhrádzať členský štát, v ktorom

- a) zaistená alebo uväznená osoba zostala poistená v systéme verejného zdravotného poistenia, ak tam má súčasne aj trvalý pobyt,
- b) má zaistená alebo uväznená osoba trvalý pobyt, ak je zdravotne poistená v inom členskom štáte ako v štáte trvalého pobytu.

Ustanovenie § 4 ods. 3 písm. g) zákona č. 580/2004 Z. z. o vzniku verejného zdravotného poistenia dokonca nemožno prednostne uplatniť ani v prípade, ak by osoba, ktorá je poistená v inom členskom štáte z dôvodu vykonávania zárobkovej činnosti, bola počas výkonu trestu odňatia slobody v Slovenskej republike zaradená na výkon práce; v takomto prípade zostáva uplatniteľnou legislatívou legislatíva členského štátu, v ktorom má táto osoba trvalý pobyt.

Jediným prípadom, v ktorom možno prednostne uplatniť ustanovenie § 4 ods. 3 písm. g) zákona č. 580/2004 Z. z., je prípad, keď osoba, ktorá bola počas výkonu trestu odňatia slobody v Slovenskej republike zaradená na výkon práce, je nezamestnanou osobou alebo členom rodiny v členskom štáte miesta svojho trvalého pobytu; v takomto prípade uplatniteľnou legislatívou sa stáva národná legislatíva zdravotného poistenia v Slovenskej republike z dôvodu začatia vykonávania zárobkovej činnosti vo výkone trestu odňatia slobody.

IV. Právne vzťahy vznikajúce pri poskytovaní (neodkladnej) zdravotnej starostlivosti osobe zúčastnenej na verejnom zdravotnom poistení v Slovenskej republike v inom členskom štáte

Jedným z najdôležitejších záväzkov, ktoré Slovenská republika prijala v súvislosti so vstupom do Európskej únie, sa stala povinnosť refundovať osobe zúčastnenej na verejnom zdravotnom poistení v Slovenskej republike náklady na neodkladnú zdravotnú starostlivosť poskytnutú v inom členskom štáte v rozsahu fakturovanom príslušným orgánom tohto iného členského štátu. Táto povinnosť vyplýva aj z Článku 36 (15) nariadenia Rady (EHS) č. 1408/71, podľa ktorého vecné dávky poskytované inštitúciou niektorého členského štátu v mene inštitúcie iného členského štátu sa refundujú v plnom rozsahu. Refundácia sa určuje a uskutočňuje v súlade s postupmi upravenými v Článkoch 93 až 97 nariadenia Rady (EHS) č. 574/72 na základe preukázania skutočných výdavkov alebo na základe paušálnych platieb. Paušálne platby majú byť také, aby sa refundácia čo najviac približovala skutočným výdavkom. Dva alebo viac členských štátov alebo príslušných úradov týchto členských štátov môže zabezpečiť iné metódy preplácania alebo vzdať sa všetkých preplatení medzi inštitúciami, ktoré patria do ich jurisdikcie.

Národná legislatíva verejného zdravotného poistenia reagovala na túto povinnosť v § 10 ods. 1 zákona č. 580/2004 Z. z. v znení zákona č. 718/2004 Z. z. a ustanovila povinnosť pri

náhlo m ochorení alebo stave ohrozujúcom život, ku ktorému dôjde v cudzine, uhradiť poistencovi neodkladnú zdravotnú starostlivosť do výšky jej úhrady na území Slovenskej republiky, ak medzinárodná zmluva, ktorou je Slovenská republika viazaná, neustanovuje inak. Toto ustanovenie je potrebné vnímať v dvoch rovinách – vo vzťahu k neodkladnej zdravotnej starostlivosti poskytnutej v inom než členskom štáte a vo vzťahu k neodkladnej zdravotnej starostlivosti poskytnutej v členskom štáte. Rozdiel je v tom, že kým náklady neodkladnej zdravotnej starostlivosti poskytnutej v inom než členskom štáte príslušná zdravotná poisťovňa uhradí len do výšky jej úhrady na území Slovenskej republiky, pretože Slovenská republika nemá v oblasti zdravotnej starostlivosti s tretími štátmi uzavreté zmluvy, z ktorých by vyplynul záväzok uhradiť náklady neodkladnej zdravotnej starostlivosti v plnej (fakturovanej) výške alebo v poistencom uhradenej sume na základe predloženej faktúry, náklady neodkladnej zdravotnej starostlivosti poskytnutej v členskom štáte príslušná zdravotná poisťovňa uhradí v plnej výške, resp. vo výške, v akej má nárok na úhradu občan (poistenec) tohto členského štátu. Neuhradí len tú časť nákladov, ktorú je povinný uhradiť aj občan tohto členského štátu; táto suma sa však na faktúre vystavenej miestnym nositeľom verejného zdravotného poistenia tohto členského štátu nenachádza.

Medzinárodnou zmluvou, ktorá Slovenskú republiku zaväzuje konať inak, je prístupová zmluva. Táto väzba na prístupovú zmluvu znamená, že Slovenská republika dodržiava komunitárne právo sociálneho zabezpečenia a následne aj nariadenie Rady (EHS) č. 1408/71 a nariadenie Rady (EHS) č. 574/72 a osobe zúčastnenej na verejnom zdravotnom poistení v Slovenskej republike uhrádza náklady neodkladnej zdravotnej starostlivosti poskytnutej v inom členskom štáte bez obmedzenia výškou úhrady na území Slovenskej republiky. Na preukazovanie nároku na poskytnutie neodkladnej zdravotnej starostlivosti platí postup popísaný v tretej časti prvá kapitola prvý bod.

Možno však konštatovať, že aj keď v tomto prípade je národná legislatíva verejného zdravotného poistenia kompatibilná s komunitárnym právom sociálneho zabezpečenia, pre bežného poistenca, ak súčasne nepozná záväzok Slovenskej republiky z medzinárodnej zmluvy, je znenie ustanovenia § 10 zákona č. 580/2004 Z. z. ťažko čitateľné a môže ho do viesť k nesprávnemu záveru, že má nárok na úhradu neodkladnej zdravotnej starostlivosti v cudzine len do výšky úhrady na území Slovenskej republiky tak ako v období pred jej vstupom do Európskej únie.

Ustanovenie § 10 ods. 2 zákona č. 580/2004 z. Z. v znení zákona č. 718/2004 Z. z., podľa ktorého sa zo systému verejného zdravotného poistenia uhrádzajú náklady zdravotnej starostlivosti poskytnutej v inom členskom štáte, ak poskytnutie tejto zdravotnej starostlivosti spĺňa kritériá vopred určené a zverejnené príslušnou zdravotnou poisťovňou na jej úradnej tabuli alebo na inom verejne prístupnom mieste a na jej internetovej stránke, sa prednostne vykonáva v prípade, ak je od poskytovateľa v inom členskom štáte vyžiadaná zdravotná starostlivosť, ktorej poskytnutie nie je možné zabezpečiť u poskytovateľa v Slovenskej republike.

V oboch prípadoch, či už ide o poskytnutie neodkladnej zdravotnej starostlivosti alebo zdravotnej starostlivosti, náklady za poistenca uhrádza príslušná zdravotná poisťovňa v Slovenskej republike okrem nákladov uvedených v tretej časti prvá kapitola prvý bod s označením 1.2.

V. Právne vzťahy vznikajúce pri poskytovaní neodkladnej zdravotnej starostlivosti osobe zúčastnenej na verejnom zdravotnom poistení v inom

členskom štáte v Slovenskej republike

Napriek tomu, že všeobecne záväzné právne predpisy v Slovenskej republike nie sú v rozpore s komunitárnym právom sociálneho zabezpečenia, nemožno to povedať o [Odbornom usmernení Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 10582/2004-OAP pre poskytovateľov zdravotnej starostlivosti v oblasti poskytovania a úhrady vecných dávok podľa nariadení rady \(ES\) č. 1408/71 a č. 574/72](#). Toto odborné usmernenie od vstupu Slovenskej republiky do Európskej únie upravuje postup poskytovateľov pri poskytovaní (neodkladnej) zdravotnej starostlivosti osobe zúčastnenej na verejnom zdravotnom poistení v inom členskom štáte.

Nariadenie Rady (ES) č. 631/2004, ktoré novelizuje nariadenie Rady (EHS) č. 1408/71, účinnosťou od 1. júna 2004 uložilo členským štátom administratívne zjednodušiť prístup občana iného členského štátu k (neodkladnej) zdravotnej starostlivosti bez potreby predchádzajúcej registrácie u miestneho nositeľa zdravotného poistenia, ktorým je v Slovenskej republike niektorá zo zdravotných poisťovní. Uvedené odborné usmernenie však ukladá osobe zúčastnenej na verejnom zdravotnom poistení v inom členskom štáte zvoliť si v Slovenskej republike zdravotnú poisťovňu, ktorá sa považuje za inštitúciu miesta pobytu, prostredníctvom ktorej bude poskytovateľ požadovať úhradu za poskytnutú (neodkladnú) zdravotnú starostlivosť.

Vyžadovanie voľby zdravotnej poisťovne v Slovenskej republike povinnosti od 1. júna 2004 je v rozpore nielen s komunitárnym právom sociálneho zabezpečenia a nesprávne usmerňuje poskytovateľa, ale od 1. januára 2005 aj s § 18 ods. 1 písm. f) zákona č. 581/2004 Z. z., podľa ktorého je úrad pre dohľad styčný orgán pre poskytovanie zdravotnej starostlivosti uhrádzanej na základe verejného zdravotného poistenia vo vzťahu k styčným orgánom členských štátov Európskej únie, Nórska, Lichtenštajnska, Islandu a Švajčiarska na komunikáciu medzi príslušnými zdravotnými poisťovňami.

Z postavenia úradu pre dohľad vyplýva, že jeho prostredníctvom by sa mali realizovať úhrady faktúr za poskytnutú (neodkladnú) zdravotnú starostlivosť osobe zúčastnenej na verejnom zdravotnom poistení v inom členskom štáte, ktorá sa bude poskytovateľovi následne refundovať zase prostredníctvom styčného orgánu iného členského štátu, v ktorom je osoba zúčastnená na verejnom zdravotnom poistení. Napriek legislatívne jasne a zrozumiteľne ustanovenej pozícii úradu pre dohľad sa však v jeho hospodárení podľa § 28 zákona č. 581/2004 Z. z. medzi príjmami nenachádzajú refundácie za poskytnutú (neodkladnú) zdravotnú starostlivosť od styčných orgánov iných členských štátov a medzi výdavkami „posunutie“ týchto refundácií poskytovateľom. Medzipozícia zvolenej zdravotnej poisťovne je zbytočná z viacerých hľadísk; administratívne zaťažuje nielen občana iného členského štátu a túto zdravotnú poisťovňu, o ktorej poistenca sa nejedná, a preto ho nemôže ani evidovať vo svojom poistnom kmeni, ale najmä pre poskytovateľa, ktorému sa neúmerne predlžuje čas, v ktorom má šancu dostať úhradu za poskytnutú (neodkladnú) zdravotnú starostlivosť.

Diskusia

Odpoveď na otázku, či systém verejného zdravotného poistenia po prijatí reformnej legislatívy je schopný uhrádzať náklady na (neodkladnú) zdravotnú starostlivosť poskytnutú v zdravotníckom zariadení v inom členskom štáte osobe zúčastnenej na verejnom zdravotnom poistení v Slovenskej republike, dá až dlhšie časové obdobie. Do procesu refundácie nákladov za poskytnutú (neodkladnú) zdravotnú starostlivosť vstupujú v každom členskom štáte najmenej dva subjekty – poskytovateľ, ktorý poistencovi verejného zdravotného poistenia v Slovenskej republike poskytol neodkladnú zdravotnú starostlivosť, a styčný orgán, prostredníctvom ktorého sa faktúra zasiela styčnému orgánu toho členského štátu, poistencovi ktorého bola poskytnutá neodkladná zdravotná starostlivosť, na jednej strane a úradu pre dohľad ako styčnému orgánu v Slovenskej republike, ktorý faktúru zasiela na zabezpečenie refundácie nákladov príslušnej zdravotnej poisťovni v Slovenskej republike. Množstvo subjektov pôsobiacich v procese refundácie samozrejme môže spôsobiť, že čas, v ktorom reálne poskytovateľ dostane požadovanú úhradu, sa môže neúmerne predĺžiť; tento čas sa pritom nebude počítať na dni, ale na mesiace a roky. Predchádzajúce konštatovanie, že národná legislatíva verejného zdravotného poistenia má mechanizmy slúžiace na refundáciu, nájde odozvu až v praxi; problémy však môžu vzniknúť, pretože chýb sa môžu dopustiť ľudia v príslušných inštitúciách, ktorí nemusia mať dostatok skúseností s touto agendou, môže tu vzniknúť jazyková bariéra v komunikácii medzi nimi alebo sa môžu objaviť iné problémy. Neočakávam však, že problémových refundácií bude v prvom roku existencie Slovenskej republiky v Európskej únii veľa. Tento záver odvodzujem aj od toho, že veľa poistencov v Slovenskej republike dá určite prednosť pripoisteniu liečebných nákladov v komerčnej poisťovni dohodnutému na celý rok garantujúcemu celú úhradu nákladov v dohodnutej výške pred návštevou príslušnej zdravotnej poisťovne za účelom vystavenia formulára E 111, ktorý zďaleka takéto garancie nedáva.

Nepochybujem o tom, že v diskusii o tom, či systém verejného zdravotného poistenia po prijatí reformnej legislatívy je schopný plniť prijaté záväzky najmä vo vzťahu k poskytovaniu (neodkladnej) zdravotnej starostlivosti na základe verejného zdravotného poistenia občanom iných členských štátov, by nasledovala kladná odpoveď. Polemiku o tejto odpovedi však nevyvolá kladné vyjadrenie o tom, že poskytovatelia v Slovenskej republike sú naozaj schopní zabezpečiť poskytnutie neodkladnej zdravotnej starostlivosti osobe zúčastnenej na verejnom zdravotnom poistení v inom členskom štáte. Boli na to zvyknutí aj pred vstupom do Európskej únie. Pochybnosť však podľa môjho názoru vyvolajú legislatívne nedotiahnuté postupy upravujúce pozíciu úradu pre dohľad pri zabezpečovaní refundácií do iného členského štátu z dôvodov uvedených v tejto záverečnej práci a nesprávne administratívne zavedená a dosiaľ nezrušená povinnosť nútiaca osobu zúčastnenú na verejnom zdravotnom poistení v inom členskom štáte vybrať si na účely poskytnutia neodkladnej zdravotnej starostlivosti zdravotnú poisťovňu v Slovenskej republike, hoci táto prax je od 1. júna 2004 v rozpore s komunitárnym právom sociálneho zabezpečenia.

Analýza reformnej legislatívy uplatňovanej pri voľnom pohybe osôb spojená s označením dopadov voľného pohybu osôb na systém verejného zdravotného poistenia v Slovenskej republike po vstupe do Európskej únie naznačila, že nedostatok odborníkov na túto problematiku zamestnaných v zdravotných poisťovniach alebo v úrade pre dohľad alebo medzi poskytovateľmi môže vyvolať množstvo sporov pred Európskym súdnym dvorom. Aj občan Slovenskej republiky sa naučí postupne orientovať v spleti problémov vyplývajúcich z voľného pohybu osôb a žalovať Slovenskú republiku alebo iný členský štát za nesprávnu aplikáciu národnej legislatívy verejného zdravotného poistenia alebo komunitárneho práva sociálneho

zabezpečenia.

Predpokladám, že zorientovanie sa v tejto problematike bude trvať pomerne dlhý čas. Hoci od 1. mája 2004 uplynul pomerne dlhý čas, nič nenaznačuje, že občan Slovenskej republiky dostáva dost' informácií. V Slovenskej republike niet jedinej špecializovanej internetovej stránky, ktorá by sa venovala otázkam súvisiacim s problematikou, na ktorú je zameraná táto záverečná práca. Slovenskí autori nevydali ani jednu publikáciu určenú ako pomôcku na zorientovanie sa v právach a povinnostiach migrujúcich osôb z pohľadu národnej legislatívy verejného zdravotného poistenia a komunitárneho práva sociálneho zabezpečenia.

Retrospektívna analýza sledovania citlivosti a rezistencie bakteriálnych kmeňov na antimikrobiálne látky u hospitalizovaných pacientov s nozokomiálnymi nákazami na Oddelení anestézie a intenzívnej medicíny

T. Čech

(Z Katedry hygieny a epidemiológie, Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce, TU,
Univerzitné námestie 1, 917 00 Trnava)

Súhrn:

Nozokomiálne nákazy a s nimi súvisiaca rezistencia mikroorganizmov na antimikrobiálne látky sú pre vysokú morbiditu a mortalitu nielen významným medicínskym, ekonomickým ale aj celospoločenským problémom.

V priebehu posledného polstoročia zaznamenala terapia infekčných ochorení pokroky porovnateľné len s rozvojom elektroniky. Výskumom a technológiou boli sprostredkované pre spoločnosť mnohé antimikrobiálne látky. Avšak z celkovej celosvetovej produkcie antibiotík sa takmer polovica spotrebuje v živočíšnej a rastlinnej produkcii. Cieľom účinku antibiotík sú živé prokaryotické bunky a z tejto skutočnosti, vzhľadom na ich mikrintervalovú adaptabilitu, bolo možné predpokladať vývoj biologických, genetických a molekulárnych mechanizmov, ktorých následkom bude rezistencia (Trupl, J., 1996).

Fenomén rezistencie od samého začiatku éry antibiotík sprevádza, každé novoobjavené antibiotikum zavedené do širšieho profylaktického či liečebného používania (Krčméry, V. st., 2000).

Hrozbou budúcnosti sú infekcie rezistentnými patogénmi, ktoré spôsobujú mortalitu následkom zlyhania liečby. Paradoxná situácia je, že zdrojom týchto najobtiažnejšie liečebných bakteriálnych infekcií sú predovšetkým nemocnice (Morávek, J., 1998).

Retrospektívna analýza sledovania citlivosti a rezistencie bakteriálnych kmeňov na antimikrobiálne látky u hospitalizovaných pacientov s NN s na OAIM FNŠP Trnava v rokoch 1998-1999 potvrdzuje vážnosť problému rezistencie mikroorganizmov na antimikrobiálne látky.

Kľúčové slová: Verejné zdravotníctvo, nozokomiálne nákazy, rezistenca na antimikrobiálne látky, *Acinetobacter* spp.

História rezistencie na antibiotiká.

Mikroorganizmy kolonizovali našu planétu asi pred 3,5 biliónmi rokov.

Historicky závažným momentom bolo zavedenie antimikrobiálnej terapie do medicínskej praxe v roku 1940 (Penicilín). Už v roku 1944 sa po prvýkrát zaznamenala rezistencia na Penicilín u predtým citlivých kmeňov žltých stafylokokov. Podobne ako na Penicilín vznikli a rýchlo sa šírili rezistencie prakticky na všetky novozavádzané antibiotiká. Rezistencia na antibiotiká sa vytvárala vo vonkajšom životnom prostredí, v ktorom antibiotiká robia už celé 10-ročia selekčný tlak na mikroorganizmy.

Záver WHO, ako aj odbornej komisie EU ukazujú, že nemožno očakávať najmenej do roku 2005 novú skupinu antimikrobiálnych liekov v klinickej praxi (Langšádl, L., 2000).

Na ochranu pacientov proti formujúcej sa palete superrezistentných baktérií musia často klinický odborníci siahnuť k exotickým kombináciám antibiotík.

Klasifikácia antimikrobiálnych látok.

Antibiotiká a antimikrobiálne chemoterapeutiká sú organické látky vytvárané rôznymi mikroorganizmami alebo pripravené synteticky, ktoré v nepatrných koncentráciách selektívne účinkujú

na iné mikrobiálne bunky.

Ich účinok môže byť pre bunky smrteľný (baktericídny účinok), alebo zastaví ich rast a rozmnožovanie (bakteriostatický).

Rozdelenie antibiotík

1. Podľa spôsobu prípravy

- a) prirodzené antibiotiká sú priamo produkované príslušnými mikroorganizmami,
- b) polysyntetické, sú pripravované chemickou obmenou základnej molekuly prirodzeného antibiotika,
- c) syntetické, ktoré sa pripravujú podľa štruktúry pôvodného prirodzeného antibiotika úplnou syntézou,
- d) semisyntetické antibiotiká vychádzajú z biologického pôvodu, ale sú pripravené chemickou cestou.

2. Podľa chemickej štruktúry sa príbuzné antibiotiká združujú do skupín. Antibiotiká zaradené do jednej skupiny sú si podobné nie len svojou štruktúrou, ale i účinkami a vlastnosťami.

Základné skupiny antibiotík:

- | | | |
|-------------------|------------------------|----------------------|
| - beta-laktámové, | - linkosamidové, | - chemoterapeutiká, |
| - amfenikolové, | - aminoglykozidové, | - antimykotiká, |
| - tetracyklínové, | - lokálne antibiotiká, | - virostatiká a iné. |
| - makrolidové, | - antituberkulotiká, | |

3. Podľa spôsobu účinku

- a) bakteriostatické zastavujúce rast a množenie mikrobiálnych buniek (chloramfenikol, tetracyklíny, makrolidy, linkosamidy 8-10 MIC, a iné.),
- b) baktericídne ich účinkom sú mikrobiálne bunky usmrcované (beta-laktámové antibiotiká, aminoglykosidy, polymyxiny, bacitracín a iné.).

Baktericídne antibiotiká v nižších koncentráciách majú väčšinou iba bakteriostatický účinok. Naopak bakteriostatické antibiotiká majú vo vysokých koncentráciách baktericídny účinok na citlivé kmene. Pre likvidáciu mikrobiálnych buniek vystavených bakteriostatickému účinku je nutná účasť protiinfekčných obranných síl makroorganizmu. Preto pri ich porušení (napr. pri imunodeficiencii) je nutné podávať antibiotiká s baktericídnym účinkom.

4. Podľa zamerania svojho antimikrobiálneho účinku

- a) antituberkulotiká (rifampicin, streptomycin, isoniazid, ai.),
- b) antimykotiká (amphotericin B, nistatin, mikonazol, flukonazol, ai.)
- c) antiprotozoiká (mebendazol, albendazol, praziquantel. ai.).

5. Podľa spektra účinku

- a) základné (základné penicilíny - benzylpenicilín, fenoxymethylpenicilín),
- b) rozšírené (makrolidy - erytromycinin) ,,
- c) široké (cefalosporíny 1-4. generácie - cefuroxim, cefoperazon, ceftriaxon, cefepim), širokospektrálne penicilíny – aminopenicilíny (ampicilin, amoxicilin), karbapenémy - meropenem, imipenem)

Antimikrobiálne účinky jednotlivých antibiotík a antimikrobiálnych chemoterapeutík sú charakterizované ich antimikrobiálnym spektrom, antimikrobiálnou aktivitou a citlivosťou, respektíve rezistenciou jednotlivých druhov, alebo kmeňov, na príslušné antibiotikum.

Antimikrobiálne spektrum - je súhrn mikrobiálnych druhov (prípadne i kmeňov), na ktoré dané antibiotikum účinkuje in vitro a ktoré sú na antibiotikum citlivé. Podľa rozsahu svojho spektra sa antibiotiká delia na antibiotiká so spektrom účinku úzkym, rozšíreným a širokým (Modr, Z., 1995).

Problematika rezistencie mikroorganizmov na antimikrobiálne látky.

Rezistencia na antibiotiká je podľa definície WHO schopnosť bakteriálnej populácie prežiť inhibičnú koncentráciu príslušného antimikrobiálneho preparátu. Fenomén bakteriálnej rezistencie sa stáva významným problémom v súčasnej dobe. Stupeň a rozsah rezistencie je určovaný chemickou štruktúrou prípravku, skladbou bakteriálnej bunky a jej schopnosťou produkovať enzýmy, ktoré sú zodpovedné za deštrukciu antimikrobiálneho preparátu.

Rezistencia na antibiotiká je:

1. Primárna rezistencia znamená prirodzenú odolnosť mikrobiálnych druhov, ktoré sú mimo spektra účinku daného antibiotika. Zjednodušene môžeme povedať, že chýbajú „mechanizmy“ (receptory) pre účinko antimikrobiálnych preparátov. Preparát, ktorý by svojím spektrom účinností pokryl celú škálu patogénnych baktérií, neexistuje. Popri absolútnej rezistencii registrujeme aj rezistenciu relevantnú, pri ktorej je mikroorganizmus necitlivý ku koncentráciám antibiotík dosiahnuteľných v ľudskom organizme, ale citlivých k vysokým koncentráciám antibiotík dosiahnuteľných v laboratórnych podmienkach.
2. Sekundárna rezistencia nastáva počas liečby antibiotikom, keď pôvodne citlivá bakteriálna populácia sa stane počas liečby antibiotikami rezistentná voči nim.

Podstata vzniku rezistencie mikroorganizmov na antimikrobiálne preparáty.

Rezistencia na antimikrobiálne preparáty môže vzniknúť dvomi spôsobmi:

1. fenotypickou adaptáciou
2. genetickými zmenami

1. Fenotypická adaptácia znamená prispôsobenie sa baktérií na zmenené metabolické pochody. Sú to zmeny len čiastočné a prechodné. Fenotypickú adaptáciu je možné zvládnuť vyššími dávkami antibiotík, alebo jeho úplným vysadením, čím sa obnovia pôvodné metabolické pochody.

2. Genetická podstata je vysvetľovaná:

1) modifikáciou génu na chromozóme, ktorý je zodpovedný za citlivosť bakteriálnej bunky na antibiotikum ide o chromozomálnu rezistenciu, ktorá sa uplatňuje v minimálnych prípadoch a princípmi vzniku je:

- a) spontánna mutácia, ktorá vzniká nezávisle od predchádzajúceho styku s antibiotikom;
- b) dedičný prenos zapríčiňuje trvalý charakter;
- c) selekčný tlak antibiotika vyvoláva inhibíciu alebo vyhubenie citlivých baktérií;
- d) rezistencia sa vyvíja skokom alebo postupne.

2) prevzatím genetického materiálu od rezistentných buniek. Tieto gény sú najčastejšie lokalizované extrachromozomálne a ide o extrachromozomálnu rezistenciu, ktorej príčinou sú genetické útvary R plazmidy. Základnou stavebnou jednotkou sú transpozóny, ktoré sú príčinou mechanizmu tvorby a prestavby R plazmidov. Pod pojmom transpozícia génov rozumieme mechanizmus šírenia génov rezistencie voči antibiotikám, ale aj šírenie génov pre toxicitu, virulenciu a pod.

Skrížená rezistencia je rezistencia na jednu antimikrobiálnu látku, i na iné antimikrobiálne látky podobného chemického zloženia. Čiastočne skrížená rezistencia sa vyskytuje v prípade ak stupeň rezistencie voči jednému preparátu nie je taký vysoký u všetkých ostatných antimikrobiálnych preparátoch podobného chemického zloženia. Združená rezistencia je súčasná rezistencia baktérií u chemicky odlišných antibiotík.

Multirezistenciou sa označuje súčasná rezistencia na 3-6 antibiotík rôzneho druhu. Pri rezistencii u viac ako 6 antibiotík ide o polyrezistenciu.

Multirezistentné bakteriálne kmene sú veľmi ťažko liečebne zvládnuteľné. Značný výskyt týchto kmeňov

je v nemocniciach, kde tieto kmene vyvolávajú závažné nozokomiálne infekcie. Takisto sa s nimi stretávame vo veľkovýkrmniach hospodárskych zvierat, kde so do krmiva pridávajú antibiotiká (Lochman, O., 1999).

Testovanie citlivosti mikroorganizmov na antimikrobiálne látky.

Najväčší význam testov citlivosti spočíva v zistení antibiotík, ktoré nemožno použiť na liečbu pacienta, kvôli rezistencii pôvodcu. Testovať účinnosť všetkých antibiotík, ktoré sú v danej oblasti k dispozícii nie je praktické ani hospodárne. Výber antibiotík pre testy citlivosti primárne závisí od lokálnej antibiotickej politiky. Ideálna zostava antibiotík obsahuje antibiotiká, ktoré majú význam pre liečbu, a stabilnú skupinu antibiotík pre bližšiu epidemiologickú a mikrobiologickú charakteristiku testovaného kmeňa. Metódy testovania citlivosti sú kvalitatívne a kvantitatívne.

Kvalitatívne sa citivosť stanovuje pomocou diskovej difúznej metódy. Samotné vytvorenie ohraničenej radiálnej zóny zábrany rastu mikroorganizmu na agarovej pôde okolo papierového disku s určeným obsahom antibiotika nemožno považovať za klinickú citivosť. Priemer inhibičnej zóny je funkciou rozpustnosti, difúznej konštanty a účinnosti antibiotika proti mikroorganizmom. Na jej základe sa citivosť vyjadruje ako dobrá, stredná, nízka alebo žiadna tj. ako rezistencia. Udáva sa obvykle počtom „krížikov“. Táto metóda, ktorá sa v praxi používa ako základná, poskytuje informácie nielen pre voľbu citlivého antibiotika, ale aj pre jeho dávkovanie.

Kvantitatívne sa citivosť stanovuje pomocou tzv. dilučných metód. Nimi je určená minimálna inhibičná koncentrácia (MIC), ako najnižšia koncentrácia testovaného antibiotika, ktorá po inkubácii 18-24 hod. zastavuje rast testovaného mikroorganizmu. Podobne možno stanoviť i minimálnu baktericídnu koncentráciu (MBC), ako najnižšiu koncentráciu testovaného antibiotika, ktorá za rovnakú inkubačnú dobu usmrť 99,9% inokulovaných mikroorganizmov.

Sledovanie citlivosti a rezistencie bakteriálnych kmeňov na antimikrobiálne látky u hospitalizovaných pacientov s NN sme vykonali podrobným štúdiom 91 chorobopisov na OAIM FNŠP Trnava v rokoch 1998-1999.

Na jednotlivých diagramoch a tabuľkách demonštrujeme získané výsledky:

Diagram 1. znázorňuje najčastejšie kvalitatívne testované bakteriálne kmene u pacientov s NN v %. Najčastejšie boli *Acinetobacter* spp. (36%), *Pseudomonas aeruginosa* (22%), *Escherichia coli* (11%), *Enterobacter* spp. (9%), *Enterococcus* spp. (8%).

Najčastejšie kvantitatívne testované bakteriálne kmene u pacientov s NN v % graficky znázorňuje diagram 2. Najčastejšie boli *Acinetobacter* spp. (57%), *Pseudomonas aeruginosa* (30%), *Citrobacter* spp. (7%), *Enterococcus* spp. (4%), *Enterobacter* spp. (2%).

Tabuľka 1. Najčastejšie izolované bakteriálne kmene u pacientov s NN na OAI M FNsP Trnava v rokoch 1998-1999.

Izolované bakteriálne kmene	Kvalitatívne testy cit. a rez.		Kvantitatívne testy cit. a rez.	
	počet kultiv.	počet pacient.	počet kultiv.	počet pacient.
Acinetobacter species	70	57	50	47
Pseudomonas aeruginosa	41	34	27	25
Escherischia coli	20	20	2	2
Enterobacter species	18	18	2	2
Enterococcus species	16	15	4	4
Citrobacter species	9	9	6	6
Staphylococcus aureus	10	10	0	0
Staphylococcus koag. negat.	3	3	3	3
Staphylococcus epidermidis	3	3	0	0
Spolu	187	166	92	87

Tabuľka 1. popisuje najčastejšie izolované bakteriálne kmene a miesto ich izolácie u pacientov s NN delené na kvalitatívne a kvantitatívne testy citlivosti a rezistencie. Najpočetnejšie zastúpenie má Acinetobacter spp. s počtom 70 kultivácií pri kvalitatívnych testoch citlivosti a rezistencie a 50 kultivácií pri kvantitatívnych testoch citlivosti. Najčastejším miestom izolácie najpočetnejšieho bakteriálneho kmeňa bol moč, drén, dutina ústna, hemokultúra a kanyla. Druhým najčastejšie izolovaným kmeňom bol Pseudomonas aeruginosa a tretím Escherischia coli.

C - citlivý bakteriálny kmeň, M - etiologický agens citlivý v miestnej aplikácii alebo v moči
R - rezistentný bakteriálny kmeň, sC - bakteriálny kmeň citlivý na sérové hladiny

Výsledky kvalitatívnych testov citlivosti a rezistencie na ATB u Acinetobacter spp. (n=70 bakteriálnych kmeňov) u pacientov s NN (n=57) v %. Najvyššia rezistencia bola zistená na cefuroxim (100%), norfloxacin (100%), ceftoxitin (100%), furantoin (100%) a kyselinu oxolínovú (100%). ATB - antibiotiká

Kvantitatívne testy citlivosti a rezistencie na ATB u Acinetobacter spp. (n=50 bakteriálnych kmeňov) u pacientov s NN (n=47) v % zobrazuje diagram 6. Najvyššia rezistencia bola zistená na ampicilin (98%), furantoin (98%), cefuroxim (94%), cefoperazon (90%), ciprofloxacín (89%).

Retrospektívnou analýzou citlivosti a rezistencie bakteriálnych kmeňov u pacientov s NN na Oddelení anestéziológie a intenzívnej medicíny vo Fakultnej nemocnici s poliklinikou v Trnave v rokoch 1998-1999 sme zistili veľmi častú multirezistenciu až polyrezistenciu nozokomiálnych bakteriálnych kmeňov na antimikrobiálne látky.

Súčasná snaha smeruje k zníženiu vzniku rezistencie, obmedzeniu šírenia a poklesu nákladov na terapiu. Včasné rozpoznanie trendu rezistencie je nevyhnutné pre udržanie účinnosti používaných antibiotík a pre zavedenie postupov, ktoré potlačia výskyt a šírenie rezistentných kmeňov. Podrobná analýza rezistencie na oddelení nemocnice je prvým a najdôležitejším krokom pri voľbe empirickej terapie.

Cieľom je kvalitná a rýchla identifikácia rezistentného pôvodcu u určitého pacienta a opatrné, racionálne a primerané užívanie antibiotík.

V rámci stratégie a taktiky „antibiotickej politiky“ sa proklamuje teória rotačného používania antimikrobiálnych látok, alebo sa uplatňujú reštriktívne opatrenia obmedzenou právomocou preskripcie, tzv. rezervné antibiotiká.

LITERATÚRA.

1. BÁLINT, O.: Racionálna antiinfekčná liečba a ATB politika. Zdravotnícke noviny, 2000, roč. 5, č. 11, s. 1-5.
2. BORECKÝ, L.: Dvojaká tvár mikróbov. Bratislava: Obzor, 1987, s.161.
3. BRUKE, J.P.: Antibiotic Resistance-Sgueezing the Balloon? JAMA,-CS,1999, roč.7, č.1,s.60-61.
4. GASTMEIER, P.: Qualitätssicherung in der nosokomialen Infektiologie. Berlin: Aesopus, 1998, s. 11.
5. KRČMÉRY, V. ST.: Svetový deň rezistencie na antibiotiká – výzva pre tretie tisícročie. Lekársky obzor, 2000, roč. 49, č.12, s. 371-372.
6. LANGŠÁDL, L.: Nebezpečenstvo nárastu bakteriálnej rezistencie. Zdravotnícke noviny, 2000, roč. 5, č. 3, s. 8.
7. LOCHMAN, O., Základy antimikrobní terapie. Praha: Triton, 1999, s. 18.
8. MODR, Z.: Antibiotika a chemoterapeutika. Praha: lek pharma , 1995, s. 7-22.
9. MORÁVEK, J.: Využívejme všechny prostředky k potlačování rezistentních bakterií. JAMA-CS, 1998, roč.6., č.5, s. 345.
10. NOUZA, K.: Omezují antibiotika dostatečně rizika infekcí?, Lékařské listy, 2000, roč. 49, č. 40, s. 14.
11. NOVOTNÝ, J.: Nozokomiálne infekcie a antibiotiká. IN : Olejník, J. et all.: Perioperačná liečebná starostlivosť. Bratislava, EBNER 1999, s. 47-53.
12. ŠRÁMOVÁ, H.: Nozokomiálne nákazy, Praha: Maxdorf, 1995,

Adresa autora:

PhDr. Tomáš Čech, PhD.

Medicínsky reprezentant

Zentiva (Slovakofarma a.s.)

Útvar marketingu

Námestie SNP 6

811 02 Bratislava

Hospitalizace seniora v nemocnici a zdravotně sociální návaznosti

J. Přehnal

Gerontologické centrum Baťovy krajské nemocnice Zlín

Přednosta: h. Doc. MUDr. Jaroslav Přehnal, CSc.

Souhrn:

Jedním ze základních atributů geriatrické a geriatrické medicíny je provázanost problematiky zdravotní a sociální, která není ovšem stacionární, ale má svoudynamiku a proměnlivost. Na tento fakt ovšem nereaguje ani systém zdravotních, ani sociálních služeb. Resortismuse snahou uzavřít se do ostrých hranic vlastních rozpočtů potom nedovoluje potřebné řešení. Řešena je problematika účelových tvrzení, jakož i zásady propouštění pacienta z hospitalizace, které u seniorů není jednorázovým aktem, ale představuje proces, který musí být nejen integrální součástí hospitalizace, ale může dokonce sloužit jako jeden z parametrů kvality posuzování pracovišť tzv. následné péče.

Řešena je hospitalizace seniora s oborově vyhraněnou i nevyhraněnou symptomatologií při přijetí, definována jsou tzv. kritická místa hospitalizace a navržen způsob jejich řešení, včetně vazeb zdravotně sociálních.

Za východisko je považován vznik institutu zdravotně sociálního lůžka, které by bylo schopno zdravotně sociální překryv potřeby služeb řešit

Klíčová slova:

provázanost problematiky zdravotně sociální, zdravotní, sociální a zdravotně sociální potřeby, zdravotně sociální překryv, kritická místa hospitalizace, komplexní posouzení zdravotní a sociální situace, poskytovatelé zdravotních a sociálních služeb, plátcí zdravotních a sociálních služeb, řízený proces propuštění z hospitalizace.

Jedným zo základných atributov geriatrickej a geriatrickej medicíny je spojitosť problematiky zdravotnej a sociálnej. Táto spojitosť nie je nemenná ale má svoju dynamiku a premenlivosť. Túto vlastnosť geriatrickej často opomína systém zdravotných a sociálnych služieb. Každý z oboch rezortov má snahu uzatvoriť sa do ostrých hraníc vlastných rozpočtov. Táto snaha nedovoľuje prijať v praxi potrebné riešenia. V práci je riešená najmä problematika prepúšťania pacienta z ústavného liečenia, ktorá u seniorov nepredstavuje jednorazový akt ale proces, ktorý musí byť nielen integrálnou súčasťou hospitalizácie, ale môže slúžiť aj ako jeden z parametrov pri posudzovaní kvality pracoviska alebo následnej starostlivosti.

V predloženej práci sa ďalej rieši hospitalizácia seniora s odborovo vyhraněnou i nevyhraněnou symptomatológiou pri prijatí, sú tiež definované tzv. kritické miesta hospitalizácie a navrhnutý spôsob ich riešenia vrátane zdravotno-sociálnych možností.

Za východisko sa považuje vznik pojmu zdravotno - sociálneho lôžka, ktoré by bolo schopné vyriešiť prípady, kde sa zdravotné a sociálne potreby seniora prekrývajú.

Klíúčové slová: hospitalizovaný senior, zdravotno-sociálne lôžko, zdravotné a sociálne potreby chorého seniora

V ČR máme při řešení a naplňování oprávněných potřeb seniorů problém. Ten se dotýká neexistence uspokojivého provázání zdravotních a sociálních služeb.

Jeden ze základních atributů geriatric - je totiž právě provázanost zdravotní a sociální problematiky (1) a to nejen z hlediska potřeb a služeb, ale i z pohledu vzájemných dopadů, kdy sociální situace může ovlivňovat a ovlivňuje zdravotní stav jednotlivce a naopak, zdravotní stav může vyústit do změny sociální situace navozením disability a vzniku některého z handicapů. Vyústěním pak zpravidla bývá potřeba různých služeb zdravotních či sociálních, které ovšem vhodným způsobem provázány nejsou.

Současná forma existence dvou resortů pak navíc podtrhuje všechna negativa se vznikem nežádoucího resortismu, který snad lze aktuálně charakterizovat jako uzavření se do vlastních ostře ohraničených mantinelů, s vlastními finančními zdroji. A tyto hranice pak zcela prakticky znemožňují vznik vazeb zdravotně sociálních či sociálně zdravotních.

Navíc je problematika stárnutí a stáří zatížena mnoha mýty, které sice namají na základě současného poznání žádnou relevanci, ale můžeme se s nimi setkat jako s účelově využitými tvrzeními, která celou situaci zneřehledňují a potřebná řešení relativizují. Těmito mýty jsou například (2):

- Stáří je nemoc
- Nemoc a disability jsou určeny geneticky
- Disability je nevyhnutelná narůstá mezi seniory
- Ztráta sociálních vazeb vede nutně staré lidi do sociální izolace a osamění
- Většina starých lidí jsou lidé depresivní, dementní a závislí
- Ve vyšším věku jsou sociální faktory méně významné
- Vyšší věk vede k psychologické a sociální homogenitě (senioři obecně mají stejné potřeby a stejný potenciál)
- Budoucí projekce založené na současných datech jsou dostatečné pro plánování sociální politiky budoucích dekád
- Pokroky biotechnologií a farmakologie jsou nejdůležitějšími prvky, které povedou ke snížení závislosti v pozdních letech života
- Stáří a úmrtnost jsou synonyma
- Starý pacient představuje (vždy/pouze) vysoké náklady

Co tento celý kontext znamená v praxi?

Vydeme-li z ověřených zkušeností, pak služba přiměřená aktuálním potřebám konkrétního jedince představuje nejefektivnější a současně ekonomicky nejprůchodnější způsob zajištění

potřebných služeb pro seniory (3).

Propuštění staršího pacienta z nemocnice je situace, které je nutno v rámci hospitalizace věnovat náležitou pozornost a to zásadně jako její integrální součásti. Z prací provedených v poslední době vyplývá, že nemocnice nemají vypracovaný postup propouštění pacienta jako standard, že spolupráce mezi nemocnicemi a terénními službami je značně rozdílná. Dále pak fakt, že propuštění se sice řídí zdravotním stavem a rozhodnutím ošetřujícího lékaře, ale mnohdy bez jakýchkoli dalších informací o podmínkách domácího prostředí, o vhodných službách terénních. Problémem se rovněž ukazuje být skutečnost, že informace o propuštění není podávána pacientovi a jeho rodině (příbuzným nebo pečovatelům) v dostatečném předstihu (4).

Propuštění z lůžek tzv. následné péče představuje vždy situaci poměrně velmi citlivou, ale zásady by se neměly nikterak lišit. Krom zdravotního stavu je vždy potřebné posoudit funkční stav a psychické schopnosti ve vztahu k domácím podmínkám a s přihlédnutím k rodinnému zázemí konkrétního pacienta. Jen tak jsme schopni odhadnout, zda není přítomen takový rozpor, který by pobyt v domácnosti velmi limitoval či zcela znemožňoval, který by netvořil základnu pro přiměřenou zdravotní a sociální perspektivu konkrétního jedince a tím podstatně zhoršoval kvalitu jeho života. Jde také o to, aby v dostatečném předstihu mohla být provedena potřebná opatření a zajištěny potřebné pomůcky a nástroje, schopné zmírnit existující handicap.

Úspěšné a spokojené propuštění pacienta však je založeno na několika podmínkách:

- mít dostatečné informace o aktuálním zdravotním stavu, stupni funkčního či psychického postižení, disability a handicapu
- mít jasno o stupni závislosti a vlivech, které ji mohou měnit, o sledování a o představě řešení těchto, mnohdy dynamicky se měnících, situacích
- umět stanovit vhodnou medicínskou, ošetrovatelskou či rehabilitační intervenci v domácím prostředí s cílem udržet hospitalizací dosažený stupeň soběstačnosti a tím udržení odpovídající kvality života
- mít dostatečné informace o domácím prostředí, rodinných vztazích a možnostech rodiny
- mít dostatečné informace o situaci v terénu, ve spádovém území o struktuře, dostupnosti a kapacitách různých terénních služeb
- umět dobře provázat znalost o potřebách nemocného s nabídkou a s potenciálem rodiny a terénních služeb
- nepracovat pod neoprávněnou hrozbou plátců, že realizace procesu propuštění bude vnímána jako nepotřebná součást hospitalizace a vyjmuta tak z úhrad pobytu ve zdravotnické instituci

Z uvedeného vyplývá, že tento proces, krom toho, že výstupy poznání z jednotlivých oblastí by se měly vhodným způsobem promítnout do propouštěcí zprávy, tedy tento proces, stejně jako ostatně celá hospitalizace, jsou prací týmovou. Tento tým krom lékaře by měli tvořit zdravotní

sestra jako specialista pro ošetrovatelský proces a ošetrovatelskou rehabilitaci, rehabilitační pracovník jako specialista pro komplexní rehabilitaci, sociální pracovník pro celý komplex sociální práce a samozřejmě i další specialisté podle aktuální potřeby.

Plánované propuštění pacienta a vyřešení zdravotní a sociální perpektivy je v zájmu všech zúčastněných a je možné již v současných podmínkách, pokud ovšem ze strany všech zúčastněných bude ochota a zájem. Z hlediska pozitiv jde o:

1. Zájem občana a jeho rodiny ®

- znát možnosti a způsob zajištění další existence
- rozsah účasti rodiny
- rozsah participace příslušných institucí
- vtažení plátců do řešení problému

-

2. Zájem zdravotnického zařízení ®

- časový horizont jasný, konkrétní
financování poskytované péče je pak zajištěno
- vyloučení zneužívání zdravotnického zařízení
- vtažení plátců do řešené situace

-

3. Zájem plátce ze zdravotního pojištění ®

(zdravotní pojišťovna)

- neplatit nezdravotní péči (ale jen jasně definovanou péči zdravotní, bez volnosti individuálních výkladů)
- definovat podmínky úhrady, dohodnout časový horizont
- možnost komunikace s plátcem ze soc. pojištění při řešení složité problematiky zdravotně/sociální

-

4. Zájem plátce ze sociálního pojištění ®

(sociální pojišťovna, rozpočet sociálních institucí)

- možnost účasti na řešeních konkrétní složité problematiky
- možnost navrhnout vlastní vhodné způsoby realizace
- informované plánované převzetí zodpovědnosti za další péči
 - načasování realizace změny dohodou plátců (do vyřešení legislativního)

Stav pacienta před propuštěním a připravená opatření však také musejí dovolovat plynulé pokračování léčby a všech dalších potřebných opatření i v domácích podmínkách s cílem udržet dosažený stupeň soběstačnosti (5).

Tento proces, pro který svědčí všechny zkušenosti, praxe i výsledky však není zcela akceptován plátcí (zdravotními pojišťovnami) jako nezbytná integrální součást hospitalizace a její kvalitativní parametr (6). To ukazují výsledky některých kontrol v zařízeních následné péče provedené zdravotními pojišťovnami a následující průběhy a výstupy smírčích řízení event. vedení i soudních sporů. Příčinou jsou nejasnosti mezi hranicemi péče zdravotní a péče sociální v situaci, kdy právě v těchto souvislostech neznáme výklad termínů péče zdravotní/ péče sociální. Za těchto podmínek je chápání nutné existence „zdravotně sociálního, nebo sociálně zdravotního překryvu“, který je jedním z atributů nemocného seniora, poněkud obtížné, ač je zřejmé, že péče o seniory v celém svém kontextu není jen zdravotní nebo jen sociální. Víme totiž, že je to právě aktuální stav konkrétního jedince, který ho přiklání jednou více na jednu, jindy více na onu stranu. A zastírat si či nebrat na vědomí tento zjevný fakt nelze nepovažovat za

krátkozraké a zpozdilé. Právě proto totiž vznikají v tomto meziresortním prostoru ony mnohdy zcela neprostupné bariéry, které jsou kontraproduktivní a ve svém důsledku dávají vznikat všem negativním situacím a poté už jen velmi nákladným řešením.

Je zřejmé, že právě na tuto problematiku je nutno nahlížet skutečně meziresortně a to tak, že tento meziresortní přístup bude představovat průnik zodpovědností a nikoli posun ostré dělící čáry tím či oním směrem. Je potřeba jako škodlivé odstranit ono přetláčení (vytláčení) co nejdále od sebe – ze strany zdravotnické na stranu sociální a naopak – s cílem co nejvíce se zbavit konkrétní zodpovědnosti. A právě proto je nutno na základě poznání vytvořit fungující (a funkční) systém, který bude mít v sobě zaintegrovanu, kvalitu poskytovaných služeb i zodpovědnost.

Významnou třecí plochou mezi rozdílnými zájmy poskytovatelů a plátců zdravotnických služeb je daná a zcela neodstranitelná existence onoho „zdravotně sociálního či sociálně zdravotního“ překryvu, se kterým se setkáváme především u křehké seniorské populace.

Každá změna zdravotního stavu u starého jedince, ať už je to akutní onemocnění, nebo akutní exacerbace onemocnění chronického, prakticky vždy vede také ke zhoršení soběstačnosti a vzniku určitého stupně závislosti oproti situaci před onemocněním. A navíc, tato zásadní změna má podstatně delší setrvačnost a dobu trvání, než je tomu u jedinců mladých. Na podkladě reflexe tohoto poznání by mělo také dojít k odpovídající změně organizace celého procesu hospitalizace seniora.

Pokud jde o akutní situaci u seniora s oborově vyhraněnou symptomatologií, nebývá s cíleným přijetím nemocného na příslušné oddělení nemocnice zásadní problém. Jiná situace ale nastává, pokud řešíme akutní zhoršení zdravotního stavu seniora se symptomatologií nevyhraněnou, nespecifickou, oborově zřetelně nepřiraditelnou. Takový pacient působící diagnostické rozpaky často putuje mezi odděleními jako „oborově nepřislušný“ různě dlouhou dobu. Právě pro tyto situace řešení počátku hospitalizace mohou velmi dobře sloužit právě slouží akutní geriatrická oddělení nemocnic, která nepochybně představují vhodnou organizační změnu. Účelnost a efektivita těchto pracovišť byla již některými studii doložena (7). Personální a věcné vybavení těchto pracovišť, která v našich nemocnicích bohužel nejsou stále ještě obvyklá, dovoluje:

- přijímat indikované pacienty 24 hodin denně a 365 dní v roce
- okamžitě provést diagnostický proces
- urgentně zahájit a vést potřebnou léčbu
- včasné zahájit a provádět komplexní rehabilitaci
- pracovat v podmínkách specifického geriatrického režimu jako nejvhodnější formy (8)

Typickými pacienty těchto oddělení jsou především ohrožení, křehcí senioři:

- nemocní s akutní dekompenzací zdravotního stavu

- nemocní s hrozící kritickou dekompenzací zdravotního stavu
- nemocní s kriticky sníženou adaptabilitou na změny prostředí
- nemocní vyžadující intenzivní aktivizaci a rehabilitaci
- nemocní s multimorbiditou a chorobami se závažnými funkčními dopady
- pacienti vyžadující přesné posouzení funkčního stavu

Tato oddělení se mohou různým způsobem profilovat s akcenty kladenými na komplexní hodnocení, rehabilitaci, intenzivní specializované ošetřovatelství, nebo se specializují na některé užší oblasti- mozkové cévní příhody, operace pohybového aparátu, úrazy, dekompenzace psychického stavu, demence a poruchy paměti.

Oddělení však vykazují podle Rubensteina a kol. typické společné znaky (9).

- oddělení jsou lůžková a umístěna v areálech nemocnic
- jsou určena především pro složité, multimorbidní pacienty vyžadující multidisciplinární přístupy
- personální vybavení tvoří vždy multidisciplinární tým
- stylem práce je diagnostická a léčebná intervence (intervenční přístup) včetně komplexního geriatrického hodnocení
- vyšetřovací proces, léčba i rehabilitace se řídí stavem a potřebami pacientů
- propouštění pacientů je dlouhodoběji a cílevědomě plánováno
- neplní zásadně funkci dlouhodobé péče

V obou případech hospitalizace, ať jde o akutní oddělení určité odbornosti nebo o akutní geriatrické oddělení nemocnice, po zvládnutí akutního stavu je nutno často řešit již dříve zmíněnou delší setrvačnost a delší trvání (zpoždění) nabytí původní soběstačnosti, minimalizaci závislosti a handicapů vzniklých v souvislosti s akutním onemocněním. Právě v tomto momentu se proces hospitalizace dostává do svého „prvního kritického místa“, které představuje okamžik rozhodování o dalším průběhu hospitalizace. OBR 1.



Problémy obvykle nenastávají v situaci, kdy zvrát akutního stavu do úzdravy je provázen i návratem původní soběstačnosti. V tomto případě můžeme přistoupit k plánovanému propuštění se zaměřením se především na podmínky dopomoci při vedení domácnosti, je-li to podle výsledků funkčního posouzení stavu a sociálního šetření o domácnosti a rodině nezbytné, zdravotnické potřeby a služby jsou vyhodnoceny jako zvládnutelné formou ambulantní včetně návštěvní služby.

Jiná je ovšem situace řešení prvního „kritického místa“, pokud pacient zůstává po zvládnutí akutní situace částečně či zcela závislý. To je okolnost, kterou vidíme u podstatné části seniorů hospitalizovaných pro akutní zhoršení stavu, kdy na návrat soběstačnosti rozhodně nestačí obvyklá průměrná ošetrovací doba na oddělení akutním. Jsme v situaci, kdy reálná potřeba

další léčby a rehabilitace je zcela nezbytná, kdy šance na zlepšení musí být dána každému pacientovi, jsouc jeho nezpochybnitelným právem. Nelze pominout fakt, že právě soběstačnost, fyzická i psy\chická jsou u seniorů z nevyšší ceněných hodnot (10).

Obecně je tedy před námi starší pacient vyřešený z hlediska vlastní akutní situace, objektivně však vyžadující další péči léčebnou, ošetrovatelskou, rehabilitační, logopedickou včetně nácviku komunikace, psychiatrickou, psychologickou a další.

OBR. 2

Jako účelné se osvědčilo provedení tzv. prvního komplexního posouzení aktuální situace zaměřené na vyhodnocení stávajícího průběhu hospitalizace, posouzení potřeb konkrétní další intervence medicínské, ošetrovatelské rehabilitační a další a současně začne příprava a řešení zdravotní a sociální perspektivy pacienta. Toto posouzení pak představuje sumaci informací

- ošetroujícího lékaře
- geriatra
- specialisty v ošetrovatelské péči
- rehabilitačního pracovníka
- sociálního pracovníka

Jde o posouzení interní, vnitroustavní a z tohoto pohledu zpravidla nebývají zásadní problémy v nemocnici, která provozuje odpovídající lůžka tzv. péče následné.

Základní institut v této fázi představuje lůžko léčebné a rehabilitační, na kterém pokračuje léčba, ošetrovatelský proces a kompletní rehabilitace. Tento typ lůžka má svou obsahovou definici, svůj úhradový mechanismus a definované personální a věcné vybavení s vyvážeností složky medicínské-ošetrovatelské- rehabilitační.

Pokud se však ukáže na základě výsledků 1. kompletního posouzení především potřeba akcentace ošetrovatelského procesu, může být pacient přeložen přímo na lůžko ošetrovatelské, které má jiný účel, jiný provozní režim a způsob řízení a jiné cíle než lůžko léčebné a rehabilitační. Má také jiný úhradový mechanismus, pracujeme s jiným personálním i věcným vybavením. Překlad na toto lůžko je možný i z lůžka léčebně rehabilitačního, pokud čas ukáže další potřebu převážně ošetrovatelského procesu, pokud tato potřeba zřetelně převáží nad ostatními složkami hospitalizačních aktivit. Doba pobytu na tomto typu lůžka při trvající indikaci, není dnes omezena.

Nedílnou součástí průběhu hospitalizace na lůžku léčebném a rehabilitačním je příprava plánovaného propuštění pacienta, intenzivní komunikace s rodinou, osvědčilo se vtažení rodinných příslušníků do nácviku vhodných forem dopomoci a spolupráce při rehabilitaci, řešení očekávané potřeby dopomoci v domácnosti po propuštění s využitím služeb, které jsou ve spádovém území dostupné. Po nabytí dosažitelné soběstačnosti a vyřešení pečovatelské péče (laické dopomoci v domácnosti) dochází k propuštění pacienta do domácího prostředí.

Další řešení si však vyžaduje situace, kdy výsledným stavem po pobytu na lůžku léčebném a rehabilitačním či ošetrovatelském je přetrvávající závislost, jako důsledek invalidizujících chorob, kterou se nepodařilo léčbou a rehabilitací zvrátit. Kdy rovněž není zjevná dominující potřeba odborného ošetrovatelství, která by představovala indikaci pro další pobyt na lůžku

ošetřovatelském a dominuje pouze potřeba pečovatelské intervence, laické dopomoci. Medicínské potřeby spočívají zpravidla v perorální medikaci a kontroly lékařem jsou dostatečné standardní návštěvní službou, specializované potřeby ošetřovatelské jsou plně uspokojeny nikoli frekventními návštěvami zdravotní sestry. V tomto momentu se ocitáme v situaci tzv. druhého kritického místa tehdy, pokud zajištění základních životních potřeb laickým způsobem není v domácnosti zajištěno z nejrůznějších důvodů, od nemožnosti až po neochotu rodiny, či při neexistenci příbuzných v místě bydliště. Jde o situaci, kdy do dalšího zajištění tohoto občana vstupuje sociální péče a její kompetence. Kritické místo vzniká proto, že v tomto okamžiku se znovu zájmy a pohledy všech zúčastněných (současných i budoucích) na poskytování péče zásadním způsobem liší, protože nejsou stanovena jasná pravidla, která by vedla k náhledům stejnou optikou. Objevují se otázky významné pro zatímního plátce, zatímního poskytovatele, ale i pro budoucího plátce a budoucího poskytovatele.

V ČEM TEDY TKVÍ PROBLÉM?

V existenci 2 resortů, 2 oddělených finančních zdrojů, v tomu odpovídající legislativě a tedy v onom „překryvu“ potřeb služeb zdravotních a sociálních bez překryvu práv, povinností a definovaných úhrad ze zdravotního a sociálního pojištění.

-
Situace pacienta/klienta - přetrvává závislost na dopomoci další osoby v základních denních aktivitách, není potřebná léčebná ani ošetřovatelská intervence nemocničního typu (zdravotní pojištění), od další odborné rehabilitace nelze očekávat zlepšení stavu. Je dostatečná laická dopomoc a laické zajištění základních denních aktivit, zdravotnické služby jsou dostačující v rozsahu obvyklých ambulantních služeb
(návštěvní služba praktického lékaře, domácí péče včetně ošetřovatelské rehabilitace).

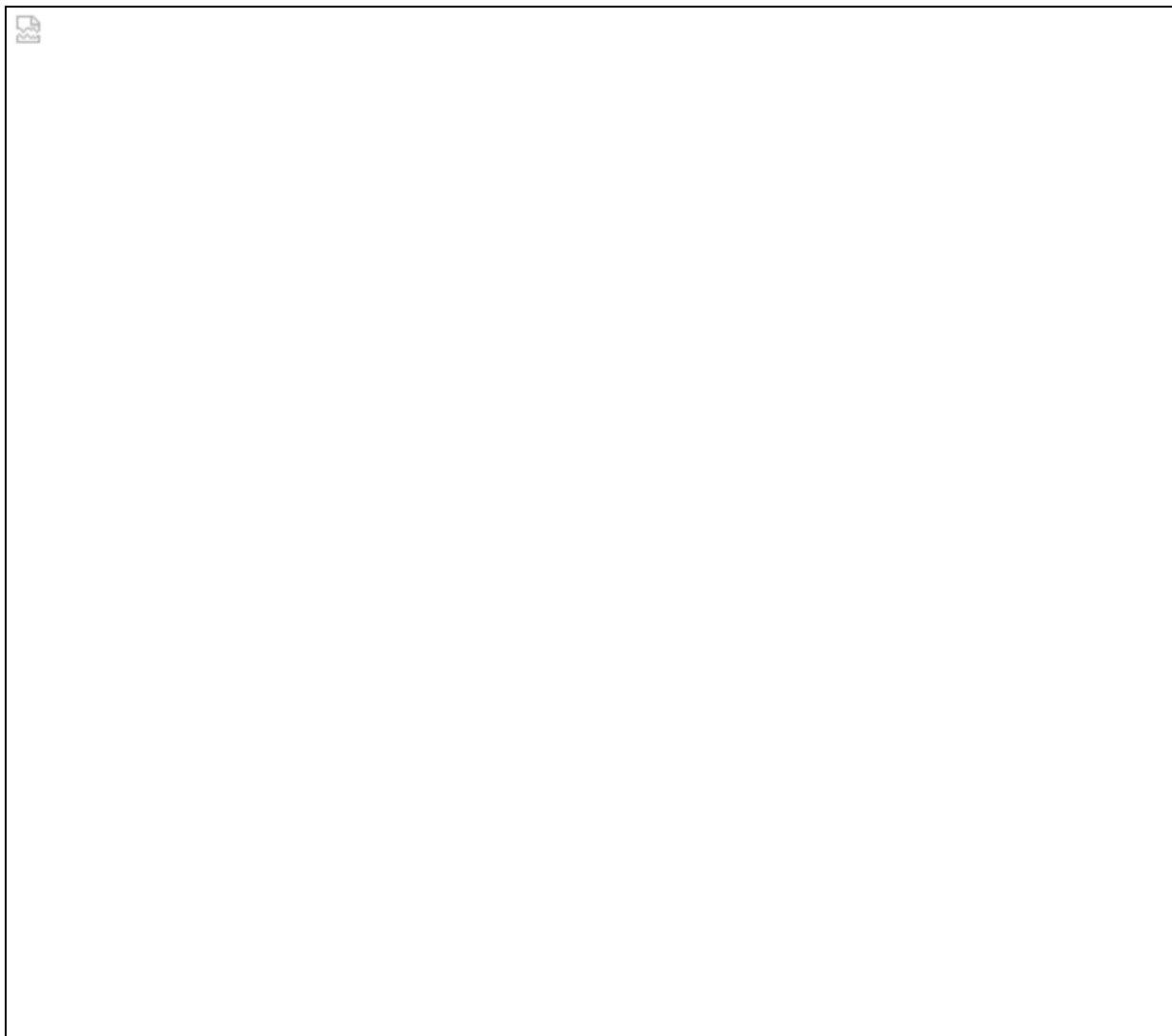
Situace stávajícího poskytovatele (zdravotní sféra) – hospitalizace není schopna přinést další zlepšení zdravotního stavu, který je stabilizován na úrovni přetrvávající závislosti jako výsledku chorobných stavů.

-
Situace stávajícího plátce (veřejné zdravotní pojištění) – vzhledem k neindikovanosti dalšího pobytu na lůžku nemocničním, kdy se konstatuje, že jde o pobyt sociální, jsou zastaveny platby poskytovateli ze zdravotního pojištění.

-
Situace budoucího poskytovatele (sociální sféra) – bezprostředně není možno, zpravidla z kapacitních důvodů zajistit potřebnou péči v domácnosti ani v příslušné sociální instituci, klienta není možno do péče převzít.

-
Situace budoucího plátce (veřejné sociální pojištění) – služby nejsou zajištěny a poskytovány, nelze hradit neposkytované služby, rozpočet je limitován (častá situace u dřívějších tzv. sociálních hospitalizací).

OBR 3.



Pacient zdravotně – sociální

Tato situace, která v některých momentech ovšem platí i obráceně (domovy důchodců v našich podmínkách často supluje zdravotnické instituce - ošetrovatelské ústavy, psychiatrické léčebny apod.) vede k časovému období nezajištění potřebného občana z hlediska jeho základních potřeb. Pro toto časové období pak používám pracovní název „doba překryvu“ zdravotně sociální nebo sociálně zdravotní. A je evidentní, že zdravotně sociální vazby, typické pro mnohé nemocné seniory, zůstávají problémem, který dopadá právě na ty nejzranitelnější.

Abychom byli schopni se pohnout k řešení, považuji za potřebné kompletní posouzení 2 (zevní, externí). Ovšem tentokrát už pojaté jako zdravotně sociální s tím, že posuzujeme možnosti a podmínky zdravotní i sociální perspektivy seniora.

Musíme tedy rozhodnout, při tomto dvouresortním pojetí, kdo je ještě pacientem (zdravotní aspekt převažuje nad sociálním) a kdo už je klientem (s převažujícími potřebami tzv. sociálními).

Pacient

(potřeby zdravotně-sociální)

Potřeba:

- medicínské intervence
- ošetrovatelské intervence
- rehabilitace

Komplexní posouzení:

- zdravotního stavu
- stupně závislosti
(postižení – disabilita – handicap)
- rozhodnutí o kompenzaci v rámci sociální perspektivy
- ukončení financování ze zdravotního pojištění

Klient

(potřeby sociálně- zdravotní)

Potřeba:

- pečovatelská péče (laická pomoc)
- zdravotních služeb ambulantních

Komplexní posouzení / zajištění:

- stupně a typu dopomoci
- konkrétního poskytovatele
- rozsah konkrétních služeb
- typu vhodné instituce
- stanovení termínu převzetí do péče
- započítání financování služeb ze sociálního pojištění

Problémem tedy zůstává řešení onoho přechodného období ohraničeného ukončením péče zdravotní a nástupem péče jsoucí kompetencí sociální sféry. Proto je navrhováno ono 2. komplexní posouzení externí, za účasti dalších odborníků:

- ošetřující lékař
- geriatr
- specialista v ošetrovatelské péči
- sociální pracovník zdravotnického zařízení
- revizní lékař či jiný pověřený pracovník zastupující plátce ze zdravotního pojištění
- lékař či jiný pověřený pracovník sociální sféry
- další odborníci dle potřeby

Nezbytnou podmínkou je samozřejmě komunikace s pacientem/klientem a jeho rodinou.

Všechna tato opatření zpřehlední situaci a jsou v zájmu občana. Nicméně neřeší onen zdravotně sociální překryv. Jako nejvhodnější řešení v dané konkrétní situaci existence dvou resortů a dvou finančních zdrojů na zajištění potřeb pacientů/ klientů, u nichž provázanost zdravotní a sociální problematiky je neoddělitelnou součástí jejich existence, se zdá být vznik institutu zdravotně sociálního (sociálně zdravotního) lůžka za předpokladu, že:

- jasně budou stanoveny indikace
- bude stanovena náplň činnosti, rozsah kompetencí
- bude definováno personální a věcné vybavení (definice struktury pracovních týmů, kompetence členů týmu, kvalifikační požadavky, způsob řízení a zodpovědnosti)
- stanoveny kvalitativní parametry a způsob jejich kontroly
- vypracován a realizován úhradový mechanismus kryjící požadavky kladené na činnost
- přesně definováni plátci na úhradě se podílejí
- způsob pravidelné valorizace plateb

Zdroje, které by mohly a měly být pro financování tohoto typu lůžek použity jsou:

Zdroj:	Rámcový předmět úhrady:
Veřejné zdravotní pojištění	Zdravotnické služby a činnosti v definovaném rozsahu, například jako zvláštní forma péče ambulantní.
Sociální pojištění	Sociální služby, ubytování, pečovatelské aktivity.
Občan	Stravní jednotka, přiznané sociální dávky osobní spoluúčast v rámci denní pobytové taxy
Obec, region	Definovaný příspěvek na provoz a údržbu zařízení ve formě příspěvku za svého občana (vyjádření povinnosti obce na zajištění svého občana)

Výše pravidelně valorizovaných částek částek je pak rozhodnutím státních autorit se zohledněním požadavků kladených na tento typ péče, jeho úroveň a požadovanou kvalitu vyvážených s možnostmi zdravotního a sociálního pojištění, veřejných rozpočtů a možnostmi občanů. Nelze však předpokládat, že tyto služby by bylo možno poskytovat za ceny stojící pod úrovní oprávněných nákladů.

Vyřešení zdravotně sociálního překryvu potřeb a služeb je však jednou z podstatných okolností jak pro sféru zdravotní, tak i sféru sociální. Podstatným faktorem je ovšem čas, kterého už bylo až příliš promarněno.

Literatura:

- (1) PACOVSKÝ,V., Geriatrická diagnostika, Praha: Scientia Medica, 1994, s80
- (2) KENNEDY GJ, GOLDSTEIN MZ, NORTHCOTT CJ, et al., The Evolution of Geriatric Curriculum in General Residency Training: Recommendations for the Coming Decade. Philadelphia, Pa: Academia Press., 1999.
- (3) CARPENTER G.I., MAIN A., TURNER G,F.: Casemix for The Elderly Inpatient: Ressource Utilization Groups Validation Project. Age and Ageing, 1995, 24: 5-13
Arling G., Daneman B., Nursing Home Case-Mix Reimbursement in Mississippi and South Dakota. Health Services Research 37: 2 (April, 2002)
- (4) FRIES B.E., SCHNEIDER D.P., FOLEY W.J., GAVAZZI M., BURKE R., CORNELIUS E.: Refining a Case-Mix Measure for Nursing Homes: Ressource Utilisation Groups. Medical Care, Vol. 32, Nr. 7, pp. 668-685, 1994.
- (5) ŠIMEK J., a kol.: Propuštění rizikových pacientů z akutních lůžek nemocnice. Závěrečná zpráva grantu IGA MZ ČR č. NG 6644-3/ 2001.
- (6) ŠIMEK J., CHLUMECKÁ J., KOLÍNOVÁ M.: Problém propouštění pacientů vyššího věku z nemocnice. Praktický lékař 83: 2003, č. 6, s 334-335.
- (7) PŘEHNAL J.: Vztah úhradového mechanismu a kvality tzv. následné péče. Česká

geriatrická revue, 2005, č 3.

- (8) SALTVEDT I, MO E-S O, FAYERS P, KAASA S, SLETVOLD O.: Reduced Mortality in Treating Acutely Sick, Older Patients in a Geriatric Evaluation and Management Unit. A Prospective Randomized Trial. J Am Geriatr Soc 50: 792-798, 2002.
- (9) KALVACH Z, ZADÁK Z, JIRÁK R, ZAVÁZALOVÁ H, SUCHARDA P, a kol.: Gerontologie a geriatrie. Grada Publishing, Praha 2004,
- (10) RUBENSTEIN LZ, WIELAND D, BERNABEI R.: Geriatric Assessment Technology: The State of Art. Milano: Kurtis, 1995
- (11) WILLIAMS M.E, JONES T.V.: Predicting Functional Outcomes in Older People. In: HAZARD WR, ANDRES R, BIERMAN EL, BLASS J, eds. Principles of Geriatric Medicine and Gerontology. New York: McGraw-Hill., 1989: 1212-1220.

Adresa autora:

h. Doc. MUDr. Jaroslav Přehnal, CSc.
Gerontologické centrum Baťovy krajské nemocnice Zlín
Havlíčkovo náměstí. 600, 76275 Zlín, ČR

Poradenstvo na odvykanie od fajčenia – moderné prístupy

I. Rovný¹, R. Ochaba², E. Kavcová³

¹ Slovenská zdravotnícka univerzita

² Úrad verejného zdravotníctva SR

³ Jesseniova lekárska fakulta UK

Súhrn:

V systéme poradenskej a liečebnej starostlivosti o ľudí, ktorí chcú prestať fajčiť sa postupuje podľa medicíny založenej na vedeckých dôkazoch. S týmto akcentom príspevok charakterizuje metódy zanechania fajčenia podľa odporúčaní Svetovej zdravotníckej organizácie, ktorá pri koncipovaní odporúčaní vychádza z vedeckých prác renomovaných odborníkov na poradenstvo a liečbu tabakovej závislosti. Na záver práca predstavuje najúčinnšie formy intervencií podľa vedeckých dôkazov.

Kľúčové slová:

Poradenstvo, závislosť, behaviorálny prístup, farmakológia.

Zvyšovanie počtu odvykajúcich od fajčenia a užívania tabakových výrobkov v dospelom veku je dôležité v spojitosti so zlepšovaním zdravia verejnosti. Fajčiari zomierajú na následky fajčenia v strednom veku (35 – 69) ako výsledok oneskorenia medzi fajčením a vznikom vážnej choroby. V prípade, že nebudú prijaté adekvátne opatrenia na úrovni ponuky poradensko-liečebnej starostlivosti u dospelých, alebo nenastane podstatná redukcia fajčenia u mládeže, celosvetový počet úmrtí sa v roku 2030 minimálne zdvojnásobí zo 4 miliónov na 10 miliónov ročne. Svetová zdravotnícka organizácia (ďalej iba „SZO“) preto venuje veľkú pozornosť problematike odvykania od fajčenia prostredníctvom tvorby odporúčaní ako postupovať pri procese odvykania od fajčenia. Väčšina fajčiarov sa pokúšala viackrát prestať, no kvôli sociálnym a psychologickým príčinám sa im to podarilo na krátky čas. Preto vznikla sieť poradní, ktoré poskytujú odborné poradenstvo na odvykanie od fajčenia. Keďže poradenstvo na odvykanie od fajčenia nie je jednoduchým procesom, SZO pripravila niekoľko odporúčaní, ktoré sú založené na vedeckých dôkazoch (Evidence Based Recommendation) (WHO, 2001; Regulation, 2001; Why Smoking, 2002; Tobacco, 2002; WHO, 2002; Regulation, 2001).

Od roku 1999 SZO, regionálna úradovňa v Európe, vytvorila projekt s názvom Európske partnerstvo k redukovaniu tabakovej závislosti (WHO Partnership Project to Reduce Tobacco Dependence). Do projektu sú zahrnuté súkromné spoločnosti, nekomerčné združenia a orgány verejnej a štátnej správy vrátane farmaceutického priemyslu (Glaxo SmithKline, Novartis Consumer Health, Pharmacia) na európskej úrovni. Projekt viedlo Francúzsko, Nemecko, Poľsko a Veľká Británia. Od roku 2001 je do projektu zapojená aj Česká republika.

Prvá konferencia k Projektu sa konala 19. októbra 1999 vo Fínsku. Zo záverov vyplynulo, že veľa ľudí je schopných prestať fajčiť, ľudia majú právo na liečbu a liečba je rozhodujúcim

faktorom k zastaveniu globálnej tabakovej epidémie. Použitie náhradnej nikotínovej terapie a Bupropionu vedie k zdvojnásobeniu miery úspechu pri odvykaní od fajčenia (Conference, 1999).

Druhá konferencia sa konala 27. októbra 2000 v Španielsku (Second Conference, 2000), kde už vznikli prvé odporúčania založené na vedeckých dôkazoch, ktoré sa dotýkali používania náhradnej nikotínovej terapie (Mc Neil. A., 2000) a liečby tabakovej závislosti (WHO, 2001).

SZO prostredníctvom projektu Európske partnerstvo k redukovaniu tabakovej závislosti pripravilo množstvo odporúčaní. V roku 2001 bola vypracovaná konečná verzia odporúčaní na liečbu tabakovej závislosti (WHO, 2001). Podľa nej liečba tabakovej závislosti pozostáva z behaviorálnej (psychologickej) a farmakologickej intervencie. Medzi základné druhy intervencie považuje krátku radu (5 P – pýtaj sa, porad', posúď, pomôž, pokračuj), poradenstvo, intenzívnu podporu a predpis liekov a prípravkov, ktoré tlmia abstinenčné príznaky z odňatia tabaku. Definuje špecialistov na odvykanie od fajčenia ako ľudí, ktorí absolvovali školenie a sú platení za výkony spojené s poskytovaním intervencií. Títo špecialisti nemusia prejsť medicínskym školením a mali by intervencie poskytovať za finančnú úhradu. Špecialisti by prácu poradcu na odvykanie od fajčenia mali vykonávať v rámci hlavnej pracovnej náplne, pretože inak je to málo efektívne. Odporúčania sa zamerané na špecialistov poskytujúcich poradenstvo, používanie farmakoterapie, liečbu špecifických skupín (lekárov, zdravotníckych pracovníkov, tehotné ženy a podobne) a systém zdravotnej starostlivosti, kde sa kladie dôraz na školenie zdravotníckych pracovníkov a pregraduálnu a postgraduálnu výchovu lekárov.

Z pohľadu liečby tabakovej závislosti a metód k zanechaniu fajčenia môžeme definovať dve základné intervencie (Policy Recommendation, 2004):

Behaviorálna intervencia (Rada lekára, svojpomocné materiály, behaviorálna a psychologická intervencia, masmediálne kampane, telefonické poradenstvo /pomoc cez internet/, súťaž Quit and Win, nefajčiarske miesta)

Farmakologická intervencia (prípravky s obsahom nikotínu /NRT/, Bupropion, Clonidine, Nortriptyline).

Krátka rada od lekára môže zvýšiť zanechanie fajčenia u pacientov až okolo 30% v porovnaní so žiadnou intervenciou. Lekár môže viesť fajčiara k zamysleniu nad svojím životným štýlom, môže informovať o výhodách a nevýhodách zanechania fajčenia, zvyšovať motiváciu pri každej návšteve ambulancie praktického lekára alebo špecialistu. Pre fajčiarov rozhodnutých prestať s fajčením lekár ponúka farmakologické prostriedky na prekonávanie abstinenčných príznakov, ponúka vzorce správania k prevencii lapsu a relapsu. Pre bývalých fajčiarov je účinným prostriedkom pochvala pri každej návšteve zdravotníckeho zariadenia.

Svojpomocné materiály nie sú lepšou metódou ako krátká rada od lekára, napriek tomu

kombináciou napríklad krátkej rady a využitia svojpomocných materiálov možno hovoriť o význame takejto metódy v smere informovania. Neodporúča sa svojpomocné materiály hromadne distribuovať, pretože účinok takejto neosobnej komunikácie je nízky.

Behaviorálna a psychologická intervencia doprevádzaná používaním svojpomocných príručiek zvyšuje účinnosť tejto metódy. Na základe poznatkov z praxe rozlišujeme tri typy intervencií, ktoré zvyšujú mieru zanechania fajčenia. Prvá intervencia učí fajčiara zvládať problémy a vyhýbať sa situáciám, ľuďom, miestam, ktoré súvisia s predstavou fajčenia. Identifikácia rizikových situácií vedie fajčiara k ich rozpoznaní a vyhýbaniu sa im v počiatočných zanechávaniach fajčenia. Druhá intervencia zabezpečuje sociálnu podporu z radov najbližšieho okolia. Dôležité pre každého fajčiara, ktorý chce prestať je požiadať o podporu niekoho z okruhu známych či rodinných príslušníkov, aby posilňovali odhodlanie prestať a svojím prístupom zmierňovali prejavy abstinenčných príznakov, ponúkali náhradné činnosti, ktoré odpútavajú pozornosť. V procese poradenstva môže túto úlohu plniť odborný poradca a v prípade liečby lekár. Záverečnou intervenciou poskytujeme už bývalému fajčiarovi záujem a podporu po prekonaní abstinenčných príznakov a po ukončení odborného poradenstva a liečby viac menej zo strany najbližšieho okolia. Iné metódy behaviorálnej liečby s pozitívnymi výsledkami zaznamenáva averzívna liečba, prostredníctvom intenzívneho fajčenia pacient prežíva nepohodu, nauzeu a prejavy dávenia. Averzívna terapia je spojená s príjemným stimulom fajčenia cigariet a nepríjemnými príznakmi z intoxikácie organizmu, kde cieľom je vyhasnutie posilnenia k fajčeniu. Napriek preukázaným účinkom averzívnej terapie nepatrí medzi široko akceptovateľné intervencie. Vyžaduje si oveľa širšiu podporu a odhodlanie prestať než iné behaviorálne intervencie.

Veľmi populárnou formou z pohľadu fajčiarov je jednoduché telefonické poradenstvo, hoci na overenie účinnosti je potrebné vykonať viac výskumov. Napriek tomu účinnosť proaktívneho typu poradenstva je vedecky potvrdená na rozdiel od reaktívneho typu poradenstva, kde sa účinnosť ťažšie preukazuje (Owen, 2000). Telefonické poradenstvo a poradenstvo cez internet sú vo svete populárnou a ľahko prístupnou intervenciou, ktorá má dosah na veľké množstvo fajčiarov, ktorí uvažujú nad zanechaním fajčenia. Vhodným doplnením telefonického poradenstva je poradenstvo cez internet.

Súťaž Quit and Win patrí od roku 1994 medzi efektívnu intervenciu s pomerne nízkymi nákladmi. Prostredníctvom tejto súťaže prestáva po jednom roku fajčiť až okolo 15- 25% prihlásených účastníkov (Quit and Win, 2004). Motivácia účastníkov je udržiavaná prostredníctvom národných alebo regionálnych vecných ocenení, ktoré získavajú vylosovaní účastníci, ktorý počas jedného mesiaca prestanú fajčiť. Podmienkou na zaradenie do súťaže je minimálna doba fajčenia počas jedného roka formou denného fajčenia.

Vytváranie nefajčiarskych miest alebo pracovísk patrí medzi efektívne intervencie

z pohľadu dlhodobých cieľov. Zriaďovanie verejných miest, kde je zakázané fajčenie môže obsiahnuť veľké množstvo obyvateľov s minimálnymi vstupnými investíciami. Individuálna práca s fajčiarmi, ktorí chcú prestať fajčiť je dôležitým cieľom, avšak bez eliminácie environmentálnych faktorov, ktoré podporujú fajčenie, je riziko lapsu a relapsu oveľa vyššie. Legislatíva s účelom obmedzenia fajčenia na verejných miestach je efektívnou stratégiou k podpore zanechania fajčenia. Obmedzenie fajčenia na uzavretých verejných miestach je spojené s nižšou prevalenciou fajčenia u populácie a vyššou mierou výskytu pokusov prestať s fajčením.

Farmakologická intervencia sa odporúča pri zvládaní abstinenčných príznakov v dôsledku nedostatku nikotínu v mozgu človeka. Na druhej strane existuje skupina ľudí, ktorá je schopná prestať fajčiť iba s pomocou svojpomocných príručiek bez prípravkou regulujúcich abstinenčné prejavy.

Medzinárodná klasifikácia chorôb pod kódom F 17 označuje poruchy psychiky a správania zapríčinené užívaním tabaku, kde v klasifikácii pod kódom F 17.3 uvedené abstinenčné príznaky po odňatí tabaku (MKN, 1996). Z tohto pohľadu je závislosť od nikotínu relevantným typom závislosti, ktorému treba venovať pozornosť aj cestou zmiernenia výskytu abstinenčných príznakov prostredníctvom farmakologických prípravkov (Ochaba, 2002).

SZO krátko po vydaní odporúčaní na liečbu tabakovej závislosti pripravilo Smernicu na používanie náhradnej nikotínovej liečby (Regulation, 2001). V prvých týždňoch po zanechaní fajčenia môžu fajčiari ľahšie odvykať od fajčenia zmiernením prejavov abstinenčných príznakov prostredníctvom používania náhradnej nikotínovej liečby (NRT). Odporúčania sú adresované pre lekárov, zdravotníckych pracovníkov, ministerstvá zdravotníctva, výbory, farmaceutický priemysel a iné inštitúcie. Dôkazy o účinnosti NRT sú veľké avšak nie kompletne. Výskumy, ktoré sú zamerané na mladých ľudí, tehotné ženy a ľudí s kardiovaskulárnymi problémami, by mali pokračovať. Farmaceutická liečba je v procese odvykania považovaná za relatívne málo riziková. Potenciál stať sa závislým od NRT je nízky v porovnaní s dlhodobým fajčením cigariet. Dôležitými faktormi sú dávkovanie a citlivosť (West, R, 2002). Dôkazy naznačujú, že tí, ktorí sa stali závislými od NRT boli ťažkí fajčiari, ktorí by v prípade nepoužívania NRT zostali závislými na tabaku (Hajek, 1988).

Smernica odporúča užívanie pre mnohé spoločenské skupiny ako sú mladí pod 18 rokov, tehotné ženy, pacienti s kardiovaskulárnymi problémami a podobne. Aj keď NRT sa ukazuje ako bezpečná pre adolescentov, napriek tomu nie je dokázané, že je efektívnou pomôckou pri odvykaní. Aj z tohto dôvodu sa kladie dôraz na ďalšie výskumy v oblasti efektívnosti používania NRT u mladých ľudí pod 18 rokov. V tomto smere sa odporúča, aby používanie NRT bolo pod dohľadom špecialistu. Odborné spoločnosti a ministerstvá by mali zabezpečiť, aby sa na spotrebiteľskom balení NRT vopred nevyučovalo používanie adolescentmi. V prípade používania NRT tehotnými ženami sa odporúča, aby ju mohli užívať pod dohľadom

lekára a pokiaľ možno v počiatočnom štádiu tehotenstva. NRT sa považuje za bezpečnejšiu než samotné fajčenie napriek tomu, že môže viesť k pôrodným komplikáciám alebo syndrómu náhleho detského úmrtia. V spojitosti s používaním NRT pri pacientoch so stálymi kardiovaskulárnymi problémami by malo byť umožnené, aby pacienti mohli využívať NRT s konzultáciou u lekára. Lekári by mali rozhodnúť o odporúčaní pre pacienta, ktorý má skúsenosť s vážnou kardiovaskulárnou chorobou alebo hospitalizáciou pre podobné problémy v predošlých 4 týždňoch alebo kde sa potýkajú s nekontrolovateľnou hypertenziou. NRT môže byť používaná u pacientov s kardiovaskulárnymi problémami, ktorí skúsili, ale nevydržali nefajčiť bez takejto pomoci, pacient potrebuje konzultáciu u lekára iba vtedy, ak mal v priebehu 4 týždňov vážnu kardiovaskulárnu príhodu (McRobbie, 2001).

Čo sa týka otázky dĺžky užívania NRT, fajčiari by mali po 12 týždňoch prestania fajčiť skúsiť nepravidelné používanie NRT. Dlhodobé užívanie je voľba a ak cítia, že to redukuje ich abstinénčné príznaky ešte po 12 týždni, môžu NRT ďalej nepravidelne využívať.

Rastúce dôkazy o výhodnosti kombinovanej NRT sú vo väčšine prípadov preukázateľné, hoci zvýšená účinnosť nie je dokázateľná v každom prípade. Podľa niektorých údajov, kombinácia náplaste s inou formou NRT je viac efektívna než používanie iba jedného druhu NRT, preto by mala byť doporučená v prípade, ak fajčiar nie je schopný prestať pomocou jedného druhu NRT (US Department, 2000). Používanie kombinovanej NRT by malo byť podľa odporúčaní pod dohľadom lekára.

Bupropion spoločne s užívaním nikotínových náplastí zvyšuje účinnosť odvykania. Bupropion (Zyban) znižuje negatívnu náladu (disforická nálada) ako prejavu abstinénčných príznakov. Bupropion je prvý prípravok, ktorý neobsahuje nikotín a v minulosti slúžil ako antidepresívum. V praxi je málo využívaný pre pomerne vysokú cenu a podmienku preskripcie lekárom.

Clonidine sa ukazuje ako prípravok znižujúci príznaky pri odvykaní od opiátového typu závislosti a alkoholu. V tejto súvislosti je vhodné používanie tohto druhu prípravku na znižovanie abstinénčných symptómov pri odvykaní od fajčenia. Napriek tomu, že prípravok nebol prijatý vedeckými radami a komisiami, podľa Fiora et al, 2000 sú pozitívne vzťahy medzi užívaním Clonidinu a redukovaním abstinénčných príznakov. Výsledky naznačujú, že Clonidine môže byť účinný v liečbe tabakovej závislosti, ale podmienky jeho užívania a dávkovania nie sú zatiaľ dostatočne definované.

Nortriptilín je tricyklické antidepresívum, ktoré sa testuje ako možnosť farmakoterapie pre zanechanie fajčenia. Podľa Fiora et al, 2000 existuje dôkaz podporujúci účinnosť prípravku. Výsledky štúdie naznačujú, že prípravok Nortriptilín môže byť účinným prostriedkom na liečbu závislosti s výhradou požitia až v druhej fáze odvykania, respektíve po neúspešných pokusoch so zanechaním fajčenia.

Efektívnosť hlavných foriem intervencií:

Intervencia	Cieľová populácia	Účinnosť
Krátka príležitostná rada od lekára	Fajčiari, ktorí navštevujú praktického lekára	2 %
Intenzívna behaviorálna terapia od špecialistu	Ťažkí fajčiari	7 %
Intenzívna behaviorálna terapia od špecialistu	Fajčiari prijatí do nemocnice	4%
NRT s miernou behaviorálnou podporou	Ťažkí fajčiari	5 %
NRT s miernou behaviorálnou podporou	Ťažkí fajčiari	8 %
s intenzívnou Bupropion behaviorálnou podporou	Ťažkí fajčiari	9 %
Telefonické poradenstvo	Fajčiari, ktorí chcú pomoc bez osobného kontaktu	2 %
Písané svojpomocné materiály	Fajčiari, ktorí sa pokúšajú prestať	1 %

Prameň: www.treatobacco.net/efficacy.cfm

Literatúra:

1. Conference on the Regulation of Tobacco Dependence Treatment Products. Conclusions. WHO, Copenhagen 1999. p.8.
2. FIORE MC, BAILEY WC, COHEN SJ, et al.: Treating Tobacco Use and Dependence. Clinical Practise Guideline. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services. 2000.
3. HAJEK, P. et al.: Long term use of nicotine chewing gum: outcome, determinants and effect on weight gain. JAMA, n. 260: 1593 – 1596 (1988).
4. Helping Smokers Change. WHO, Copenhagen 2001. p. 145.
5. MCROBBIE, H., HAJEK, P.: Nicotine replacement therapy in patient with cardiovascular disease. Guidelines for health professionals. Addiction, 96: 1547 – 1551 (2001).
6. MCNEILL. A., FOULDS, J., BATES, C.: Regulation of nicotine replacement therapies (NRT). A discussion paper. Presented at the Second WHO European Meeting on the Regulation of Tobacco Dependence Treatment Products, October 27 2000, Barcelona.
7. Mezinárodní klasifikace nemocí. 10 revize. Duševní poruchy a poruchy chování. Diagnostická kritéria pro výzkum. Praha, Psychiatrické centrum, 1996, 179 s.
8. OCHABA, R.: Odvykanie od fajčenia a kognitívno-behaviorálna psychoterapia.

Alkoholizmus a drogové závislosti, 2002, 3, s.161 – 166.

9. OWEN, L.: Impact of a Telephone Helpline for Smokers who Called During a Mass Media Campaign. *Tobacco Control*, (2000).9:148-154, London.
10. Policy Recommendation for Smoking Cessation and Treatment of Tobacco Dependence. WHO, Switzerland 2004. p. 76.
11. Quit and Win 2004 Handbook. National Public Health Institute, Finland 2004. p. 33.
12. Regulation of Tobacco Product: An Update on European Developments 1999 – 2001. WHO, Copenhagen 2001. p.20.
13. Regulation of Nicotine Replacement Therapies: An Expert Consensus. WHO, Copenhagen 2001. p. 41.
14. Second Conference on the Regulation of Tobacco Dependence Treatment Product. Conclusions. WHO, Copenhagen 2000. p. 8.
15. Tobacco in the Workplace: Meeting the Challenges. A Handbook for Employers. WHO, Copenhagen 2002. p. 43.
16. US Department of Health and Human Service. Treating Tobacco Use and Dependence – a Clinical Practice Guideline. US Government Printing Office. Washington, DC 2000.
17. WEST, R. et al.: A comparison of the abuse liability and dependence potential of nicotine patch, gum, spray and inhaler. *Psychopharmacology*, n. 149: 198 – 202 (2002).
18. Why Smoking in the Workplace Matters: An Employer's guide. WHO, Copenhagen 2002. p. 14.
19. WHO Evidence Based Recommendation on the Treatment of Tobacco Control. WHO, Copenhagen 2001. p. 7.
20. WHO Recommendation Questionnaire and Methodology to Measure Smoking Behaviour and Smoker's Intention to Change. WHO, Copenhagen 2002. p. 39.

Adresa autora:

I. Rovný: Slovenská zdravotnícka univerzita, Limbová 12, 833 03, Bratislava

R. Ochaba: Úrad verejného zdravotníctva SR, Trnavská 52, Bratislava

E. Kavcová: Jesseniova lekárska fakulta UK, Bratislava

Životné jubileum profesorky MUDr. Margaréty Šulcovej, CSc.



Čas neuveriteľne letí a profesorka MUDr. Margaréta Šulcová CSc., sa dožíva významného životného jubilea. V súčasnosti dekanka Fakulty verejného zdravotníctva, členka Vedeckej rady Ministerstva zdravotníctva, členka Vedeckej rady Slovenskej zdravotníckej univerzity, Fakulty verejného zdravotníctva SZU a Vedeckej rady Fakulty ošetrovateľstva a zdravotníckych odborných štúdií SZU ako aj členka Vedeckej rady Fakulty zdravotníctva a sociálnej práce TU v Trnave, ďalej predsedkyňa odborovej komisie SZU pre doktorandské štúdium vo vednom odbore Verejné zdravotníctvo, členka Spoločnej odborovej komisie pre doktorandské štúdium vo vednom odbore „Hygiena“ a „Verejné zdravotníctvo, predsedkyňa a členka habilitačných a inauguračných komisií, členka Koordináčného výboru SR pre bezpečnosť a ochranu zdravia pri práci, členka poradného zboru pre preventívne pracovné lekárstvo, expert Slovenskej lekárskej komory v odbore hygiena a epidemiológia – preventívne pracovné lekárstvo, expert Slovenskej lekárskej spoločnosti v odbore hygiena a epidemiológia.

Profesorka Šulcová sa narodila 14.10.1940 v Bratislave. Študovala a promovala na Lékařské fakulte hygienické University Karlovy v Prahe. Kvalifikovala sa v hygiene a epidemiológii, ďalej v hygiene práce a pracovnom lekárstve na IVZ v Bratislave, a v kurze Epidemiológii intoxikácií v priemysle, ktorý poriadala Svetová zdravotnícka organizácia. V roku 1997 obhájila kandidátsku dizertačnú prácu v odbore Hygiena v tom istom roku habilitovala v odbore Verejné zdravotníctvo. V roku 2000 sa stáva profesorkou Verejného zdravotníctva. V rokoch 1990-1992, na začiatku transformácie zdravotníctva zastávala zodpovednú funkciu hlavnej hygieničky SR a námestníčky ministra zdravotníctva pre verejné zdravotníctvo. Od roku 2002 je dekanou Fakulty verejného zdravotníctva Slovenskej zdravotníckej univerzity

Publikačná, prednášková a vedecko-výskumná činnosť profesorky Šulcovej je rozsiahla a bohatá. Je autorkou resp. spoluautorkou 4 monografií, 12 vysokoškolských skrípt, 1 učebnice pre zdravotnícke školy, 1 skrípt pre postgraduálne vzdelávanie, 170 pôvodných publikácií, ktoré boli citované v 60 prácach. Kvalitu jej publikačnej činnosti ocenila cenami za najlepšiu publikáciu roka (1989,1994,2003) Slovenská lekárska spoločnosť. Z bohatého počtu prednášok je treba vyzdvihnúť prednášky na zahraničných konferenciách a sympóziách v Chicago (1991), Washington (1992) Budapešť (1992, 1999,2003), Kodaň (1992), Rím (1993), Lodž (1994) Varna (1995), Boston (1998), Praha, (1999, 2004), Brno (1999), Brusel (2001). Spolu odprednášala 195 prednášok na domácich odborných podujatiach, 96 prednášok na zahraničných podujatiach, alebo

podujatiach s medzinárodnou účasťou, pričom 22 z prednášok bolo vyžiadaných. Významnou mierou prispela k riešeniu 8 domácich výskumných úloh a 3 zahraničných. Okrem toho sa zúčastnila vzdelávania mladých odborníkov verejného zdravotníctva v Kenyi.

Profesorka Šulcová je členkou nasledujúcich medzinárodných redakčných rád a to: České pracovní lékařství, Central European Journal of Occupational and Environmental Medicine, Journal of Health Management and Public Health – guest editor.

Profesorka Šulcová, zakladateľka moderného Verejného zdravotníctva na Slovensku nepretržite uplatňuje svoje hlboké teoretické vedomosti ako aj praktické skúsenosti v dynamickom rozvoji tohto odboru na poli pedagogickom aj vedecko-výskumnom. Je najznámejšou slovenskou odborníčkou verejného zdravotníctva v zahraničí.

Vážená pani profesorka, v mene Vašich spolupracovníkov, žiakov a kolegov, ako aj v svojom mene dovoľte mi zaželať Vám do ďalších rokov pevné zdravie, mnoho invencií a optimizmu v náročnej manažerskej, pedagogickej ako aj vedecko-výskumnej práci.

Ad multos annos!

Doc. MUDr. Anna Egnerová CSc.,
Prodekanka pre vzdelávaciu činnosť FVZ SZU

Životné jubileum doc. MUDr. Romana Kováča, CSc.



„Čože je to šesťdesiatka?“ Alebo viac? Zapochybujeme o tom všetci, ktorí máme možnosť spolupracovať s doc. MUDr. Romanom Kováčom, CSc. a denne sa s ním stretávať. Jeho pracovný elán a zaujatie problematikou verejného zdravotníctva sú nasledovania hodné a môžu byť vzorom pre mladších a mladých ľudí.

Jubilant sa narodil 10.9.1940 v Bratislave, vysokoškolské štúdium absolvoval na Lékařské fakultě University Karlovy v Plzni a špecializoval sa v odbore gynekológia a pôrodnictvo. V roku 1979 získal vedecký titul kandidáta lekárskeho vied v odbore gynekológia a pôrodnictvo.

Pracoval v zdravotníckych zariadeniach (OÚNZ Dunajská Streda, MÚNZ Bratislava), na výskumných pracoviskách (Endokrinologický ústav SAV, VÚLB Bratislava) aj na vzdelávacích inštitúciách (ILF Bratislava, Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce TU v Trnave) ako externý učiteľ. Značnú časť svojho života a pracovného úsilia venoval tvorbe a realizácii zdravotnej politiky ako prezident ČS KOZ, podpredseda vlády SR (1992 – 1994), poslanec NR SR (1994 – 2002), minister zdravotníctva SR (2000 – 2000).

Uvedené skutočnosti viedli zákonito k hlbšiemu poznávaniu problematiky ochrany a podpory zdravia nielen jednotlivcov, ale celej populácie SR a nevyhnutnosti orientácie zdravotníckych i celospoločenských aktivít na prevenciu chorôb a poškodení zdravia a účelného manažmentu poskytovania zdravotníckych služieb, čo je náplňou verejného zdravotníctva. Svoje skúsenosti využíva najmä v oblasti zdravotníckeho manažmentu. V roku 2002 sa stal hosťujúcim docentom FZSP TU a v roku 2005 po úspešnom habilitačnom konaní získal vedecko-pedagogickú hodnosť docent verejného zdravotníctva.

Od roku 2003 pôsobí na Fakulte verejného zdravotníctva SZU v Bratislave ako prodekan pre rozvoj a spoluprácu a vedúci katedry riadenia. S veľkým zaujatím a iniciatívou sa ujal reorganizácie štúdia Master of Public Health v súlade so súčasnými požiadavkami praxe na prípravu odborníkov pre riadenie vo verejnom zdravotníctve. Je autorom 1 vysokoškolských učebných textov, spoluautorom 3 monografií. Publikoval 60 pôvodných prác v odborných domácich a zahraničných časopisoch. Jeho práce boli doposiaľ citované v 67 zahraničných publikáciách.

Bol riešiteľom, alebo spoluriešiteľom 6 výskumných projektov a v rámci svojej výskumnej práce vychoval 2 doktorandov.

Je členom Vedeckej rady Slovenskej zdravotníckej univerzity a Vedeckej rady Fakulty verejného zdravotníctva SZU.

Vo svojej pedagogickej, výskumnej a manažérskej činnosti využíva svoje bohaté teoretické vedomosti a praktické skúsenosti. Jeho prednášky a príspevky do diskusie sú veľmi zaujímavé, podnetné a znamenajú prínos do života fakulty i univerzity.

Ak pri tejto príležitosti hodnotíme jubilanta a jeho doterajšie dielo nemožno nespomenúť jeho lásku k umeniu a predovšetkým k hudbe, dokumentovanú hlbokými znalosťami a precíteným prijímaním a prežívaním hudobných zážitkov.

Vážený jubilant, sme radi, že toto životné obdobie prežívate medzi nami. Prajeme Vám ešte veľa rokov prežitých v šťastí a pohode, pri vytváraní a rozvoji našej fakulty a univerzity a uspokojenia z dobre vykonanej práce.

Prof. MUDr. Margaréta Šulcová, CSc.