




# O B S A H


## *Editorial*

-  KOVÁČ, A.: **Špecializácia v zdravotníckom povolani**

## *Originálne práce:*

-  KLEMENT, C.: **Mimoriadne udalosti z pohľadu verejného zdravotníctva**
-  JAMRIŠKOVÁ, V., HERETIK, A. JR.: **Poruchy príjmu potravy na stredných školách**
-  MIHINOVÁ, D., PIECKOVÁ, E.: **Syndróm chorých budov – nešpecifické zdravotné ťažkosti obyvateľov problémových budov a ich príčiny**

## *Prehľadné referáty*

-  LEŽOVIČ, M., MIHINOVÁ, D., BABJAKOVÁ, J., KOVÁČ, A., PASTUCHA, M.: **Poskytovanie a financovanie zdravotnej starostlivosti vo vybraných krajinách EÚ**

## *Správy*

-  KOVÁČ, A.: **I. Fórum verejného zdravotníctva**

## *Jubileum*

-  MORICOVÁ, Š.: **Doc. MUDr. Roman Kováč, CSc., mimoriadny profesor sa dožíva sedemdesiatich rokov**

## Špecializácia v zdravotníckom povolání

Andrej Kováč

Špecializácia je vzdelávací proces, ktorý zdravotníckemu pracovníkovi umožní rozšíriť si odborné vedomosti a zručnosti potrebné pre výkon práce špecialistu. Štúdiom na fakulte získava poslucháč vedomosti síce komplexné, ale nemôžu ísť do takej hĺbky, akú vyžaduje práca špecialistu. V oblasti pracovných návykov a zručností, ktoré zdravotníctvo vyžaduje, študent získava iba minimálne vedomosti a zručnosti. Preto je potrebné dosiahnuť oveľa vyšší stupeň vedomostí a zručností, pravda, už v jednej zdravotníckej disciplíne. Tento proces má v sebe prvky vzdelávacích aktivít rôznych druhov a spôsobov kontroly výsledku vzdelávania, ktorý vyvrcholí skúškou. Jestvuje množstvo organizačných prvkov, ktoré zabezpečujú priebeh celého procesu - od vstupu do tohto systému - až po jeho výstup. Problém špecializácie považujú takmer všetky krajiny Európy za taký významný, že mu venujú aj legislatívnu pozornosť. Tak sa uzatvára cyklus legislatívnymi normami riadnej výchovy zdravotníckych pracovníkov.

Napriek takejto vysokej pozornosti, chýba u nás, ale aj v ostatných krajinách EÚ, presnejšie určenie, o aký typ vzdelávania ide. Či ide o ďalšie vzdelávanie a akého typu, či špecializáciu zaradiť do sústavy vysokoškolského vzdelávania a aký typ vysokoškolského vzdelávania predstavuje. Existujú viaceré názory, z ktorých niektoré treba považovať za extrémne.

V zahraničí sa diskutuje, či by nemala byť špecializácia súčasťou štúdia medicíny alebo iných odborov. Keď hovoríme o medicíne, v tomto modeli by štúdium medicíny trvalo 11 rokov. Z toho prvých šesť rokov by išlo o interné štúdium a nasledujúcich 5 rokov by išlo o štúdium externé.

Podľa iných názorov, špecializačné štúdium je iným druhom tret'ostupňového vzdelávania. Tento názor bol donedávna legislatívne zakotvený v zákone o vysokých školách platnom na Slovensku. Tretí stupeň vysokoškolského vzdelávania sa podľa tohto názoru delí na doktorandské, ktoré pripravuje absolventa na vedeckú dráhu a na špecializačné štúdium v medicíne, ktoré pripravuje absolventa lekárskej fakulty na dráhu lekára špecialistu. Ďalším názorom je, že ide o špecifický druh vysokoškolského vzdelávania v rámci ďalšieho vzdelávania. Tento variant je jedným z viacerých modifikácií nášho vysokoškolského zákona. Podľa niektorých názorov ide o ďalšie vzdelávanie, ktoré však možno uskutočňovať iba na vysokých školách. Nechýba ani názor, že ide o štandardné ďalšie vzdelávanie.

Tabuľka č.1 Názory na špecializáciu

<b>1. vysokoškolské štúdium</b>
a. pokračovanie štúdia medicíny ako jeho súčasť
b. tretí stupeň vysokoškolského štúdia
c. špecifický druh vysokoškolského štúdia v rámci ďalšieho vzdelávania
<b>2. ďalšie vzdelávanie</b>
a. v rámci ďalšieho vzdelávania vysokoškolské štúdium
b. uskutočňované iba na vysokých školách
c. štandardné

V anglických prekladoch právnych úprav vzdelávania lekárov sa namiesto slovného spojenia špecializačné štúdium používa výraz **postgraduate study**. Je škoda, že na Slovensku v súvislosti so špecializáciou, tento termín chýba. Preklad výrazu, ktorý uvádza vo svojej publikácii Švec (1995), je pre potreby špecializácie v zdravotníctve nepoužiteľný. Prekladá ho ako postgraduálne štúdium, čo je synonymum pre graduálne štúdium a je zamerané na získanie vyššieho akademického titulu, než je hodnosť bakalára alebo prvého profesijného titulu. U nás je ekvivalentné programu postgraduálneho doktorandského štúdia. Keďže väčšina krajín EÚ zdravotnícke štúdium po absolvovaní fakúlt, vrátane špecializácie, v anglických prekladoch nazvala postgraduate study, budeme musieť alebo včleniť tento pojem do našej sústavy vzdelávania zdravotníckych pracovníkov, alebo obohatiť andragogické prekladové slovníky aj o tento význam platný pre vzdelávanie zdravotníckych pracovníkov.

Otázok a nevyjasnených problémov, ktoré sú spojené s chýbaním legislatívne zakotvenej definície špecializácie a špecializačnej prípravy sa vynára veľké množstvo. Môžeme konštatovať, že odpoveď na otázky: čo to je špecializácia (?) a čo to je špecializačná príprava (?) v našej legislatíve nie je. Myslíme si, že ide o veľkú chybu. Mnohé kontraproduktívne diskusie o tom, čo to je špecializácia, kto ju má vykonávať, kto má byť národnou autoritou pri udeľovaní diplomov, kto je zodpovedný za obsah a kvalitu vzdelávania a pod., by pravdepodobne nevznikli, ak by bolo jasné, o aký typ vzdelávania ide. Pretože z neho sa dajú odvodiť práve odpovede na položené otázky. Z dôvodov dodržania historicky podmieneného vývoja vzdelávania zdravotníckych pracovníkov, ktoré sa od jeho vzniku nazývalo ďalším vzdelávaním, používame aj my v práci toto označenie a zaeľujeme špecializačné štúdium do sústavy ďalšieho vzdelávania i keď sme si vedomí, že ani v ostatných krajinách EÚ nie je ukončená diskusia o aký typ vzdelávania ide. Podľa súčasne platnej legislatívy je špecializačné štúdium v zdravotníctve ďalšie vzdelávanie uskutočňované vysokými školami. Čaká nás zjavne dlhá diskusia o podstate a obsahu názvu špecializácia a špecializačná príprava, a to nie len na území SR, ale aj v celej EÚ, kde nie je na tento fakt jednotný názor.

### **Použitá literatúra**

ŠVEC, Š. Základné pojmy v pedagogike a andragogike. Bratislava : Iris. 1995. 280 s. ISBN 80-88778-15-8

### **Adresa autora:**

PhDr., RNDr. Andrej Kováč, PhD., MPH  
Katedra manažmentu a ekonomiky zdravotníctva  
Fakulta verejného zdravotníctva  
Slovenská zdravotnícka univerzita v Bratislave  
Limbová 12  
833 03 Bratislava  
e-mail: [andrej.kovac\(at\)szu.sk](mailto:andrej.kovac(at)szu.sk)  
Vedúci katedry: PhDr., RNDr. Andrej Kováč, PhD., MPH

## Mimoriadne udalosti z pohľadu verejného zdravotníctva

Cyrl Klement

### SÚHRN

Verejné zdravotníctvo a jeho organizačné štruktúry spolu s inými rezortmi sa podieľa na riešení situácií, ktoré môžu často mať až fatálne následky. Správne potupy si vyžadujú dobré teoretické a praktické znalosti a orientáciu v legislatíve. Mimoriadne udalosti môžu byť spôsobené prírodnými okolnosťami, alebo uvoľnením chemických látok, biologických agensov a rádio-nukleárných látok (CBRN), a to neúmyselným alebo úmyselným. Dôležitý je aj legislatívny rámec, nakoľko sa jedná o problematiku medzirezortnú.

### Kľúčové slová :

Verejné zdravotníctvo, mimoriadne udalosti, legislatívny rámec, regionálne úrady verejného zdravotníctva

### ÚVOD

Havária, katastrofa, krízová situácia, krízová situácia nevojenského charakteru, kríza zdravotníckeho zabezpečenia, krízový stav, kríza verejného zdravia, manažment rizík, mimoriadna situácia mimoriadna udalosť, mimoriadny stav, núdza, núdzový stav, ohrozenie verejného zdravia, varovanie, živelná pohroma, rada a iné.

Toto sú niektoré termíny, s ktorými sa stretáva odborná i laická verejnosť pri informáciách z médií o mimoriadnych situáciách. Riešenie mimoriadnych situácií je úlohou viacerých rezortov: vnútra, obrany, dopravy pôšt a telekomunikácií, životného prostredia, zdravotníctva.

Mimoriadne udalosti môžu byť spôsobené uvoľnením chemických látok, biologických agensov a rádio-nukleárných látok. Takéto udalosti alebo riziká označujeme aj ako chemické (C), biologické (B), a rádio-nukleárne (R-N). Súhrnne ich označujeme ako CBRN.

Mimoriadnymi udalosťami spôsobených biologickými agensami sa zaoberajú Medzinárodné zdravotné predpisy. (1)

### MIMORIADNE UDALOSTI A ICH DEFINOVANIE

Mimoriadna udalosť je obvykle definovaná ako stav, pri ktorom náhle dôjde k akumulácii, úbytku alebo uvoľneniu určitých hmôt, energie alebo síl, ktoré pôsobia škodlivo a ničivo na obyvateľstvo, jeho majetok, životné prostredie, prípadne na spoločenské vzťahy a ekonomickú, materiálnu a kultúrnu stabilitu.

Z hľadiska príčin vzniku mimoriadnych udalostí je možné ich delenie na prírodné klimatické a antropogénne. Prírodné klimatické vznikajú ako neovládané mimoriadne udalosti v dôsledku pôsobenia ničivých prírodných síl. Antropogénne mimoriadne udalosti sú spôsobené činnosťou človeka, pričom môže ísť o činnosť úmyselnú (vojnový konflikt, teroristická a diverzná činnosť) alebo neúmyselnú haváriu vzniknutú v súvislosti s prevádzkou technických zariadení a budov alebo výrobou, spracovaním, skladovaním, používaním a prepravou nebezpečných látok.

V súvislosti s krízovými udalosťami je aj viacero definícií mimoriadnych situácií, prípadne mimoriadnych udalostí. Vyčerpávajúcou definíciou mimoriadnej situácie sa zdá byť nasledovná: Mimoriadna situácia - časovo a priestorovo determinované ohrozenie života, zdravia, majetku a životného prostredia, hospodárstva štátu, ako aj orgánov verejnej správy vyvolané pôsobením negatívnych následkov mimoriadnych udalostí, ktoré si vyžaduje použitie postupov, nástrojov, zdrojov a síl a prostriedkov krízového riadenia.

Mimoriadna udalosť - závažná, časovo ťažko predvídateľná a priestorovo ohraničená príhoda, spôsobená vplyvom živelnej pohromy, technickej alebo technologickej havárie, prevádzkovej poruchy, prípadne úmyselného konania človeka, ktorá vyvolala narušenie stability systému alebo prebiehajúcich dejov a činností, ohrozuje životy a zdravie osôb, hmotné a kultúrne statky či životné prostredie(2), (3).

## **OCHRANA OBYVATEĽSTVA A MIMORIADNE SITUÁCIE**

Potreba ochrany obyvateľstva, majetku a životného prostredia je v dnešnej dobe vnímaná nielen z ekonomických či bezpečnostných dôvodov, ale čoraz častejšie je vyžadovaná aj zo strany obyvateľstva, ktoré si čoraz viac uvedomuje možnosti ohrozenia. Zvlášť citlivé sú otázky bezpečnosti prevádzok s nebezpečnými látkami, jadrovými zariadeniami, neustále častejších živelných pohrôm, ale v neposlednom rade, aj možnosť teroristických útokov. Predovšetkým moderné energetické a materiálové zdroje (jadrové a tepelné elektrárne, veľké sklady ropných produktov alebo toxických látok, vrátane ropovodov, alebo produktovodov), zložitá a mohutná infraštruktúrna sieť (plyn, voda, ropa, elektrina a pod.) sú najväčšími potenciálnymi rizikami a zdrojmi súčasných mimoriadnych udalostí. Je nevyhnutné poznať ich spoľahlivosť, bezpečnosť, odolnosť a zraniteľnosť, aby sme mohli predpokladať nielen ich užitočnosť, ale aj prípadné následky pri ich poškodení, vrátane negatívnych dopadov na životné prostredie.

Závažné priemyselné havárie, ktoré môžu vzniknúť technologicou poruchou, ale aj teroristickým útokom, sa stávajú čoraz viac ohrozujúcim faktorom nielen pre obyvateľstvo, ale aj majetok a životné prostredie. Zákon č. 355/2007 Z. z. o ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia a o zmene a doplnení niektorých zákonov hovorí o mimoriadnych udalostiach.

## **MIMORIADNE UDALOSTI Z POHLĎADU VEREJNÉHO ZDRAVOTNÍCTVA**

MIMORIADNE UDALOSTI sú z pohľadu verejného zdravotníctva legislatívne ošetrené v zákone 355/ 2007 Z. z. o ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia a o zmene a doplnení niektorých zákonov. V predmetnom zákone sa jedná o § 48 – Mimoriadna udalosť,

§49- Mimoriadna radiačná udalosť a

§ 50 – Protiepidemické komisie.

V uvedených paragrafoch sa uvádza:

### **§ 48**

#### ***Mimoriadna udalosť***

Mimoriadna udalosť z pohľadu zákona č. 355/2007 Z. z. o ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia a o zmene a doplnení niektorých zákonov je každé nepredvídané a nekontrolované ohrozenie verejného zdravia chemickými, biologickými alebo fyzikálnymi faktormi.

Úrad verejného zdravotníctva a regionálne úrady verejného zdravotníctva pri mimoriadnych

udalostiach :

- a) zabezpečujú terénne a laboratórne analýzy,
- b) vykonávajú vyšetrenia a identifikáciu biologických, chemických a radiačných faktorov,
- c) podieľajú sa na hodnotení mimoriadnej udalosti z hľadiska ochrany zdravia,
- d) využívajú a zabezpečujú systém rýchlej výstrahy,
- e) identifikujú a reagujú na nové a hroziace prenosné ochorenia a iné hrozby pre verejné zdravie,
- f) budujú a posilňujú monitorovací, detekčný, informačný a komunikačný systém na vyhľadávanie chorôb a expozícií biologickým, fyzikálnym a chemickým faktorom,
- g) nariaďujú opatrenia podľa odseku 3, paragrafu 48, podľa Zákona
- h) zabezpečujú informovanosť obyvateľstva v oblasti ochrany verejného zdravia,
- i) spolupracujú na národnej a medzinárodnej úrovni pri riešení mimoriadnych udalostí,
- j) zabezpečujú informovanie Komisie a Svetovej zdravotníckej organizácie.

(3) Opatrenia úradu verejného zdravotníctva alebo regionálneho úradu verejného zdravotníctva pri mimoriadnych udalostiach sú :

- a) hlásenie udalostí a prípadov vyznačujúcich sa potenciálom stať sa hrozbou pre zdravie verejnosti systémom rýchlej výstrahy,
- b) bezodkladné informovanie verejnosti o prostriedkoch a spôsoboch ochrany pred biologickými, fyzikálnymi a chemickými faktormi a ich možnými vplyvmi na zdravie;
- c) príkaz na hygienickú očistu osôb a dekontamináciu terénu, budov a materiálu;
- d) zákaz výroby, úpravy, úschovy, dopravy, dovozu, predaja a iného nakladania s vecami a zvieratami, ktorými sa môžu šíriť ochorenia u ľudí, prípadne príkaz na ich neškodné odstránenie,
- e) zákaz alebo obmedzenie styku niektorých skupín osôb s ostatným obyvateľstvom pri zistení závažných zdravotných dôvodov,
- f) zákaz alebo obmedzenie hromadných podujatí,
- g) zákaz alebo obmedzenie prevádzky zariadení, v ktorých dochádza k zhromažďovaniu osôb,
- h) zákaz používania vody, potravín a pokrmov, predmetov podozrivých z kontaminácie a krmív a regulácia spotreby určitých druhov potravín a vody,
- i) príkaz na profylaxiu,
- j) príkaz na varovné označenie objektov, ak sa na ne vzťahuje opatrenie podľa písmen d) až h),
- k) príkaz na vyčlenenie lôžok na zabezpečenie ústavnej zdravotnej starostlivosti zvýšeného počtu chorých a pri závažných infekciách na zabezpečenie izolácie osôb podozrivých z ochorenia a podozrivých z nákazy počas maximálneho inkubačného času ochorenia,
- l) príkaz na osobitnú manipuláciu s mŕtvymi, vyčlenenie miest a určenie spôsobu pochovávania zvýšeného počtu zomretých.

## § 49

### ***Mimoriadna radiačná udalosť***

(1) Mimoriadna radiačná udalosť pri činnostiach vedúcich k ožiareniu je udalosť, pri ktorej došlo k ožiareniu alebo k hrozbe ožiarenia.

(2) Radiačná udalosť je mimoriadna udalosť, pri ktorej došlo k neplánovanému alebo neočakávanému ožiareniu osôb v dôsledku porušenia prevádzkových predpisov alebo požiadaviek na zabezpečenie radiačnej ochrany na úrovni vyššej ako 1 mSv a nižšej ako príslušné limity ožiarenia alebo došlo k rozptýleniu rádioaktívnych látok na pracovisku alebo v jeho okolí na úrovni, ktorá zaručuje, že ožiarenie osôb spôsobené uvoľnením alebo rozptýlením



rádioaktívnych látok nemôže byť na úrovni príslušných limitov ožiarenia.

(3) Radiačná nehoda je mimoriadna udalosť, pri ktorej v dôsledku straty kontroly nad zdrojom ionizujúceho žiarenia došlo k ožiareniu pracovníkov na úrovni limitov podľa osobitného predpisu 40) alebo vyššej alebo pri ktorej došlo k neprípustnému uvoľneniu rádioaktívnych látok do životného prostredia alebo pracovného prostredia.

(4) Radiačná havária je mimoriadna udalosť, pri ktorej v dôsledku straty kontroly nad zdrojom ionizujúceho žiarenia došlo k úniku rádioaktívnych látok alebo ionizujúceho žiarenia do životného prostredia, ktorý môže spôsobiť ožiarenie obyvateľov na úrovni limitov ožiarenia obyvateľov a ktorý vyžaduje zavedenie opatrení na ochranu verejného zdravia.

(5) Pri radiačných haváriách úrad verejného zdravotníctva alebo regionálny úrad verejného zdravotníctva podáva orgánom príslušným na úseku civilnej ochrany 62) návrh na

- a) ukrytie a na ukončenie ukrytia,
- b) evakuáciu a na ukončenie evakuácie,
- c) dočasné presídlenie a na ukončenie dočasného presídlenia,
- d) trvalé presídlenie,
- e) použitie profylaktík vrátane jódovej profylaxie alebo antidót,
- f) odstránenie a spôsob odstránenia rádioaktívnej kontaminácie z terénu, budov a materiálov na bezpečnú úroveň z hľadiska radiačnej ochrany,
- g) vykonanie iného zásahu na obmedzenie expozície osôb,
- h) režimové opatrenia pre obyvateľov ohrozenej alebo zasiahnutej oblasti a na ich odvolanie.

(6) Držiteľ povolenia na vykonávanie činností vedúcich k ožiareniu je pri radiačnej udalosti povinný

- a) vykonať opatrenia na zamedzenie ďalšieho rozvoja radiačnej udalosti, na minimalizovanie a na odstránenie jej následkov,
- b) vyhodnotiť ožiarenie a rádioaktívnu kontamináciu osôb postihnutých radiačnou udalosťou,
- c) vyšetriť príčiny radiačnej udalosti, zistiť okolnosti a dôsledky radiačnej udalosti a prijať opatrenia na zamedzenie jej opakovania,

d) oznámiť radiačnú udalosť úradu verejného zdravotníctva alebo regionálnemu úradu verejného zdravotníctva podľa podmienok uvedených v povolení na vykonávanie činnosti vedúcej k ožiareniu.

(7) Držiteľ povolenia na vykonávanie činností vedúcich k ožiareniu je pri radiačnej nehode alebo radiačnej havárii okrem povinností ustanovených osobitnými predpismi 63) v rozsahu určenom havarijným plánom povinný

- a) vykonať neodkladne opatrenia zamedzujúce ďalšie zhoršovanie mimoriadnej udalosti,
- b) varovať zamestnancov a obyvateľstvo v oblasti ohrozenia,
- c) zabezpečiť neodkladne monitorovanie úniku rádioaktívnych látok a ionizujúceho žiarenia do životného prostredia a zabezpečiť likvidáciu následkov radiačnej nehody alebo radiačnej havárie,
- d) zabezpečiť ochranu zdravia osôb v mieste radiačnej nehody alebo radiačnej havárie podľa havarijného plánu,
- e) poskytnúť špeciálne prostriedky individuálnej ochrany osobám podieľajúcim sa na

záchranných prácach, 64)

- f) podieľať sa na činnosti radiačnej monitorovacej siete,
- g) vykonať predbežné zistenie okolností a dôsledkov vzniknutej situácie a poskytnúť pomoc pri zásahu,
- h) zaznamenávať údaje o priebehu radiačnej nehody alebo radiačnej havárie a údaje o prijatých a realizovaných opatreniach,
- i) vyhodnotiť ožiarenie a rádioaktívnu kontamináciu osôb postihnutých radiačnou udalosťou,
- j) vyšetriť príčiny radiačnej nehody alebo radiačnej havárie a prijať opatrenia na zamedzenie jej opakovania,
- k) predložiť správu o radiačnej nehode alebo radiačnej havárii úradu verejného zdravotníctva alebo regionálnemu úradu verejného zdravotníctva do šiestich týždňov od jej vzniku.

## § 50

### *Protiepidemické komisie*

- (1) Protiepidemická komisia plní úlohy pri mimoriadnych udalostiach v súvislosti so vznikom epidémie, iných hromadne sa vyskytujúcich prenosných ochorení rozsiahleho významu alebo pri nebezpečenstve ich vzniku. Na zabránenie vzniku alebo šíreniu epidémie a na zabránenie vzniku iných hromadne sa vyskytujúcich prenosných ochorení rozsiahleho významu a na ich obmedzenie
  - a) národná protiepidemická komisia nariaďuje opatrenia podľa § 48 ods. 3 pri mimoriadnych udalostiach celoštátneho významu,
  - b) regionálna protiepidemická komisia nariaďuje opatrenia podľa § 48 ods. 3 pri mimoriadnych udalostiach regionálneho významu a koordinuje vykonávanie nariadených opatrení v regióne.
- (2) Národnú protiepidemickú komisiu zriaďuje úrad verejného zdravotníctva. Regionálnu protiepidemickú komisiu zriaďuje regionálny úrad verejného zdravotníctva.
- (3) Členmi národnej protiepidemickej komisie sú zástupcovia orgánov štátnej správy a samosprávy na národnej úrovni. Predsedom národnej protiepidemickej komisie je hlavný hygienik SR.
- (4) Členmi regionálnej protiepidemickej komisie sú zástupcovia orgánov štátnej správy a samosprávy na regionálnej úrovni. Predsedom regionálnej protiepidemickej komisie je regionálny hygienik.
- (5) Národná protiepidemická komisia a regionálna protiepidemická komisia sú povinné viesť záznamy o činnosti a nariadených mimoriadnych opatreniach a zriaďovateľ príslušnej protiepidemickej komisie je povinný zabezpečiť ich uchovávanie päť rokov.
- (6) Podrobnosti o činnosti a zložení protiepidemických komisií upraví štatút, ktorý vydá pre národnú protiepidemickú komisiu úrad verejného zdravotníctva a pre regionálnu protiepidemickú komisiu regionálny úrad verejného zdravotníctva.

## **LEGISLATÍVNY RÁMEC MIMORIADNYCH SITUÁCIÍ V SLOVENSKEJ REPUBLIKE**

Zákon č. 355/2007 Z. z. o ochrane zdravia ľudí v znení neskorších predpisov a doplnkov je len



jedným z mnohých legislatívnych úprav, ktoré sa zaoberajú mimoriadnymi udalosťami pričom tieto zákony pochádzajú z dielni rozličných rezortov a snažia pokryť túto rozsiahlu problematiku:

Medzi najdôležitejšie právne predpisy pre oblasť krízového manažmentu a krízového riadenia v Slovenskej republike patria :

- zákon č. 369/1990 Zb. o obecnom zriadení v znení neskorších predpisov, **267/2006 Z. z.**
- zákon č. 460/1992 Zb. Ústava Slovenskej republiky v znení neskorších predpisov, **100/2010 Z. z.**
- zákon č. 171/1993 Z. z. o Policajnom zbore v znení neskorších predpisov, **594/2009 Z. z.**
- zákon č. 42/1994 Z. z. o civilnej ochrane obyvateľstva v znení neskorších predpisov, **445/2008 Z. z.**
- zákon č. 82/1994 Z. z. o štátnych hmotných rezervách v znení neskorších predpisov, **279/2009 Z. z.**
- zákon č. 10/1996 Z. z. o kontrole v štátnej správe, **275/2009 Z. z.**
- zákon č. 337/1998 Z. z. o veterinárnej starostlivosti a o zmene a doplnení ďalších zákonov v znení neskorších predpisov, **488/2002 Z. z.**
- zákon č. 70/2000, ktorým sa mení a dopĺňa zákon č. 337/1998 Z. z. o veterinárnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých ďalších zákonov
- zákon č. 169/2001 Z. z., ktorým sa mení a dopĺňa zákon NR SR č. 82/1994 Z. z. o štátnych hmotných rezervách
- zákon č. 170/2001 Z. z. o núdzových zásobách ropy a o riešení stavu ropnej núdze, **401/2009 Z. z.**
- zákon č. 314/2001 Z. z. o ochrane pred požiarmi v znení neskorších predpisov, **199/2009 Z. z.**
- zákon č. 315/2001 Z. z. o Hasičskom a záchrannom zbore v znení neskorších, **151/2010 Z. z.**
- zákon č. 575/2001 Z. z. o organizácii činnosti vlády a organizácii ústrednej štátnej správy v znení neskorších predpisov, **37/2010 Z. z.**
- Vojenská stratégia SR (pôvodne schválená v NR SR jej uznesením č.1697 z 25.10.2001 – pri aktualizácii Obrannej stratégie SR bola zapracovaná do jej obsahu)
- zákon č. 129/2002 Z. z. o integrovanom záchrannom systéme v znení neskorších predpisov, **445/2008 Z. z.**
- zákon č. **227/2002 Z. z.** ústavný zákon o bezpečnosti štátu v čase vojny, vojnového stavu a núdzového stavu, **181/2006 Z. z.**
- zákon č. 319/2002 Z. z. o obrane Slovenskej republiky v znení neskorších predpisov, **473/2009 Z. z.**
- zákon č. 321/2002 Z. z. o ozbrojených silách Slovenskej republiky v znení neskorších predpisov, **494/2009 Z. z.**
- zákon č. **552/2003 Z. z.** o výkone práce vo verejnom záujme
- zákon č. 570/2005 Z. z. o brannej povinnosti v znení neskorších predpisov, **473/2009 Z. z.**

- zákon č. 387/2002 Z. z. o riadení štátu v krízových situáciách mimo času vojny a vojnového stavu, **445/2008 Z. z.**
- zákon č. 414/2002 Z. z. o hospodárskej mobilizácii a o zmene zákona NR SR č. 274/1993 Z. z. o vymedzení pôsobnosti orgánov vo veciach ochrany spotrebiteľa v znení neskorších predpisov, **298/2009 Z. z.**
- zákon č. **428/2002 Z. z.** o ochrane osobných údajov, **583/2008 Z. z.**
- Konceptia vnútornej bezpečnosti Slovenskej republiky (návrh schválený uznesením vlády SR č.1235 zo 17. decembra 2003)
- zákon č. 110/2004 Z. z. o fungovaní Bezpečnostnej rady Slovenskej republiky v čase mieru v znení neskorších predpisov
- zákon č. 215/2004 Z. z. o ochrane utajovaných skutočností a o zmene a doplnení niektorých zákonov
- zákon č. 364/2004 Z. z. o vodách a o zmene zákona Slovenskej národnej rady č. 372/1990 Zb. o priestupkoch v znení neskorších predpisov, **134/2010 Z. z.**
- Bezpečnostná stratégia SR (pôvodne schválená v NR SR 27.03.2001 a aktualizovaná 27. septembra 2005)
- Obranná stratégia SR (pôvodne schválená v NR SR 25.05.2001 a aktualizovaná 23. septembra 2005)
- zákon č. 275/2006 Z. z. o informačných systémoch verejnej správy, **570/2009 Z. z.**
- Konceptia kritickej infraštruktúry v Slovenskej republike a spôsobu jej ochrany a obrany (schválená uznesením vlády SR č. 120 zo 14. februára 2007)
- **zákon č. 355/2007 Z. z.** o ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravotníctva, v § 48 a následne upravených postupov pri mimoriadnych udalostiach
- Národný program pre ochranu a obranu kritickej infraštruktúry v Slovenskej republike (schválený vládou SR uznesením č. 185 z 26. marca 2008) - t. č. sa vypracúva pod gesciou MV SR – sekcie krízového manažmentu a civilnej ochrany, návrh zákona o ochrane kritickej infraštruktúry)
- Zámer výstavby a ďalšieho rozvoja bezpečnostného systému SR do roku 2010 (schválená uznesením vlády SR č. 478/ z 9. júla 2008)
- Národná stratégia pre informačnú bezpečnosť SR (schválená 27.08.2008)
- zákon č. **400/2009 Z. z.** o štátnej službe a o zmene a doplnení niektorých zákonov
- zákon č.7/2010 Z. z. o ochrane pred povodňami preberá do legislatívy SR smernicu Európskeho parlamentu a Rady 2007/60/ES z 23.októbra 2007 o hodnotení a manažmente povodňových rizík (4 )

## ZÁVER

Mimoriadne udalosti spôsobené akýmkoľvek činiteľom predstavujú pre postihnutých často dramatickú, niekedy katastrofickú situáciu, a žiaľ, aj s fatálnym koncom. Zdravotníctvo a jeho integrálna súčasť verejné zdravotníctvo majú nezastupiteľnú úlohu pri riešení mimoriadnych udalostí a mimoriadnych situácií. Nevyhnutná je teoretická a praktická pripravenosť, ktorá je bazálnym predpokladom pre ich úspešné riešenie. Horšie to niekedy býva s finančnými prostriedkami, ktoré sú často pridelované ex post.

Posledné udalosti v súvislosti s povodňami v Slovenskej republike poukázali na nezastupiteľnú úlohu regionálnych úradov verejného zdravotníctva, v spolupráci s inými rezortmi, pri úspešnom riešení ich následkov.

Iným podobným pozitívnym prípadom je riešenie mimoriadnych udalostí v súvislosti s výskytom novej chrípky.

Okrem know-how pracovníkov regionálnych úradov verejného zdravotníctva je dôležitá aj osvedčená organizačná štruktúra a sieť pracovísk v Slovenskej republike. Prípadnú redukcie siete regionálnych úradov verejného zdravotníctva je potrebné posudzovať veľmi kriticky, aby sme neuprednostnili len krátkodobé finančné efekty.

#### LITERATÚRA

1. KLEMENT, C., MIKAS, J., TENCER, A., NOVAKOVÁ, E., AVDIČOVÁ, M., ROTH, R., OLEÁR, V., SIRÁGI, P., MEZENCEV, R., MAĎAROVÁ, L., KISSOVÁ, R., STRHÁRSKY, J., TRENKLER, J., KOHÚTOVÁ, D., HUPKOVÁ, H., TRUPL, J., FEIKOVÁ, S., ROVNÝ, I.: *Medzinárodné zdravotné predpisy - teória - legislatíva – implementácia - súvislosti*, Banská Bystrica: PRO, s. 438.
2. ROTH, R., BUZALKA, J.: *Terminologický slovník ochrany obyvateľstva*. Bratislava : Akadémia Policajného zboru v Bratislave, 2007. s. 212. ISBN 978-80-8054-397-6.
3. ŠIMÁK, L.: *Krízový manažment vo verejnej správe*. Žilina: Žilinská univerzita, 2001, s.215, ISBN 80 - 88829-13-5
4. [www.zbierka.sk](http://www.zbierka.sk)

#### Adresa autora:

doc. MUDr. Cyril Klement, CSc.

Regionálny úrad verejného zdravotníctva SR so sídlom  
v Banskej Bystrici

Cesta k nemocnici 1

975 56 Banská Bystrica

[cyril.klement@vzbb.sk](mailto:cyril.klement@vzbb.sk)

tel.: 048/4144 040

## Poruchy príjmu potravy na stredných školách

Viera Jamrišková,<sup>1</sup> Anton Heretik jr.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Liga za duševné zdravie SR, Ševčenkova 21, 851 01 Bratislava

<sup>2</sup> Filozofická fakulta Univerzity Komenského v Bratislave, Katedra psychológie, Gondova 2, 818 01 Bratislava

### Súhrn

Autori prezentujú výsledky výskumu zameraného na analýzu súčasného stavu prevencie porúch príjmu potravy na stredných školách. Výskum bol realizovaný v marci až máji 2009 na vzorke 130 participantov. Súbor tvorili rôzne kvalifikovaní pracovníci pôsobiacich na stredných školách zo 7 VÚC. Vychádzajúc z výsledkov tohto výskumu sa javí vzdelávanie rôzne profesijne orientovaných pracovníkov pôsobiacich na stredných školách a vytýčenie ich kompetencií, ako významné preventívne riešenie.

**Kľúčové slová:** poruchy príjmu potravy, stredné školy, prevencia, pracovníci pôsobiaci na stredných školách

### Úvod:

Poruchy príjmu potravy (PPP) sú závažným psychosomatickým ochorením - tretím najčastejším chronickým ochorením u adolescentných dievčat (Krch, 2005). Prevalencia sa pohybuje v rozmedzí 0,4 - 4,2%. Incidencia v posledných desaťročiach významne stúpa (Krch, 2004). Riziko s nimi späté spočíva vo vysokej miere mortality (0,7 - 17,8%), v ich sklone ku chronicite (30%) a relapsom (Stárková, 2008, Horká, 2007). Ochorenie postihuje prevažne ženy vo veku 11 - 35 rokov (1 muž : 20 žien). Iba tretina prípadov je liečená, iba v 40-60% dochádza k zmierneniu ochorenia, alebo k jeho vyliečeniu (Stice, Shaw, 2004). Nebezpečenstvom je tiež častá komorbidita s depresiou, úzkostnými poruchami a závislosťami. Za pozitívne prognostické faktory sa považujú nižší vek pacienta, kratšia doba trvania ochorenia a včasná a adekvátna liečebná intervencia (Miller, et al., 2005). Pre neustále vzrastajúci trend týchto porúch a pre nepriaznivé prognostické faktory je nutné čoraz vo väčšej miere uplatňovať preventívne aktivity.

### Cieľ:

Analýza súčasného stavu problematiky porúch príjmu potravy a ich prevencie na stredných školách v SR.

### Súbor:

Súbor tvorilo 130 participantov zo 7 VÚC (91% žien, 9% mužov). Zastúpenie jednotlivých VÚC bolo rovnomerné. Výskumnú vzorku tvoria rôzne profesijne zameraní pracovníci pôsobiaci na stredných školách. Časť tvoria pedagogickí pracovníci, druhá časť participantov sú poradenský psychológovia z Centier pedagogicko-psychologického poradenstva a prevencie (ďalej len CPPPaP). Všetky zúčastnené osoby toho času pracovali interne alebo externe na stredných školách a väčšina z nich má vysokoškolské vzdelanie. Pri výskume sme nepovažovali za rozhodujúce z akého typu škôl pochádzajú respondenti výskumnej vzorky.

### **Metodika:**

Použili sme exploračný akčný výskumný plán a ako metódu dotazník. Dotazník tvorí 19, zväčša otvorených kvalitatívnych otázok, rozdelených do niekoľkých okruhov. Dáta sme spracovali programami SPSS 16.0 a Excel 2003. Pre všetky testy sme v programe SPSS použili deskriptívnu štatistiku. Štatistická inferencia bola v prípade potreby zisťovaná Pearsonovým chi-kvadrát testom.

### **Výsledky:**

Viac ako polovica participantov (64%), bez rozdielu ich kvalifikácie, sa už vo svojej praxi stretla s poruchou príjmu potravy. 62% nevie, na koho sa v prípade potreby obrátiť, a tak problém riešia najčastejšie sami.

Pri riešení uprednostňujú rozhovor so študentom (48%) a kontaktovanie rodičov (35%). Stredné školy v prípade podozrenia na PPP nemajú tendenciu odporúčať študentov do CPPPaP (3,6%). Rovnako málo je v tomto prípade preferovaný i školský psychológ (5,4%).

Viac ako polovica participantov - pedagógov (56%) tvrdí, že na škole nie je žiadna osoba kompetentná na riešenie PPP, alebo o takej osobe nevedia (6,6%). CPPPaP, ako možnosť, neuvádzajú vôbec. Z ich preferencií možno potvrdiť, že na školách funkciu školského psychológa supľujú výchovní poradcovia a koordinátori prevencie.

Prevenia nezdravého životného štýlu sa na školách realizuje najčastejšie na hodinách biológie (38%) a na etickej výchove (32%), avšak veľmi často iba na hodinách telesnej výchovy.

V danej problematike pracovníkom pôsobiacim na stredných školách subjektívne najviac chýba návod na riešenie problému (34%). Participantí nemajú tendenciu riešiť hranice svojich kompetencií (4%). Okrem toho nemajú ani základné a špecifické informácie o poruchách (33%). Nie veľmi riešia fakt, či dokážu problém u študentov rozpoznať (9%). Zo subjektívneho pohľadu pracovníkov pôsobiacich na stredných školách, študentom v problematike PPP chýbajú predovšetkým dostatočné informácie o PPP (28%), resp. si myslia, že ich informovanosť je značne neobjektívna alebo neucelená.

### **Diskusia:**

Pracovníci pôsobiaci na stredných školách sa stretávajú s PPP bez rozdielu ich kvalifikácie. Zatiaľ čo pedagogickí pracovníci sú v dennom kontakte so študentmi, kvalifikovaní poradenský psychológovia poskytujú poradenstvo až na základe odporúčania školou. Z výsledkov nášho výskumu vyplýva, že stredné školy v prípade problému PPP nedostatočne využívajú možnosti CPPPaP, čo môže z časti zapríčiniť pomerne novú legislatívnu revíziu, ktorá iba nedávno rozšírila pôsobnosť vtedajších pedagogicko-psychologických poradní na základné aj stredné školy. Rozhodujúce môže byť aj vnímanie porúch príjmu potravy, ako primárne biologický („telesný“) problém. Rovnako v prípade PPP pracovníci pôsobiaci na stredných školách málo vyhľadávajú pomoc školského psychológa. Na školách, kde nepôsobí školský psychológ, túto funkciu zväčša supľujú výchovní poradcovia a koordinátori prevencie. Títo pracovníci častokrát nemajú adekvátne vzdelanie, ktoré si vyžaduje povaha tejto funkcie (pochádzajú z radov pedagógov). Nadmieru žiaduce je preto budovanie vzájomnej spolupráce medzi rôzne profesijne orientovanými pracovníkmi pôsobiacimi na stredných školách a zvyšovať informovanosť u tejto heterogénnej skupiny.

Zarážajúcim faktom je, že viac ako polovica participantov nevie, na koho by sa v prípade problému s PPP mohli na škole obrátiť. Časť tvrdí, že kompetentná osoba na riešenie tohto problému na škole nie je. Pravdepodobnejšie je vysvetlenie, že pracovníci si neuvedomujú,

že kompetentnou osobou na riešenie PPP je rovnaká osoba, ktorá rieši rôzne psychické problémy u študentov.

Problematike zdravého životného štýlu a výchove študentov ku zdravým návykom sa školy venujú nejednotne - zväčša na hodinách biológie alebo etickej výchovy, avšak nemenej často aj na hodinách telesnej výchovy.

Zo subjektívneho pohľadu pracovníkov pôsobiacich na stredných školách, študentom v problematike PPP chýbajú predovšetkým dostatočné informácie o PPP (28%), resp. si myslia že ich informovanosť je značne neobjektívna alebo neucelená. To nepriamo svedčí o tom, že študenti nie sú dostatočne informovaní o danej problematike prostredníctvom školy resp. CPPPpP.

Pracovníci pôsobiaci na stredných školách, v našom výskume, definovali svoju potrebu „návodu“ na riešenie. To odzrkadľuje skutočnú potrebu zvýšenia informovanosti o poruchách, ako aj potreby vymedzenia jednotlivých kompetencií u týchto pracovníkov. Iba nepatrné percento všetkých má potrebu riešiť hranice svojich kompetencií. Dovolíme si tvrdiť, že obe skupiny - pedagógovia i poradenský psychologovia majú iba obmedzené kompetencie v rámci riešenia danej problematiky. Z nášho pohľadu je práve málo volená motivácia študenta jednou z kľúčových kompetencií školy a pracovníkov pôsobiacich na stredných školách. Je preto obzvlášť dôležité, aby dokázali adekvátne rozlíšiť hranice svojich kompetencií a riešiť problém iba v rámci nich.

Pracovníci pôsobiaci na stredných školách sa nie veľmi zaujímajú o problematiku rozpoznania PPP. Pravdepodobne sa participanti spoliehajú na to, že túto poruchu „vidieť“. Poruchy príjmu potravy vo všeobecnosti nebýva ľahké rozpoznať. Častokrát ich okolie rozpozna až v život-ohrozujúcom stave podvýživy, po samovražedných pokusoch alebo po zlyhaní organizmu. Dôležité je si uvedomiť, že nikto iný, ako rodina a pracovníci, s ktorými sa deti stretávajú takmer dennodenne v škole, nemá možnosť rozpoznať ochorenie skôr, ako sa plne rozvinie. Práve včasné rozpoznanie býva kľúčom v úspešnosti liečby.

### **Záver:**

Odpovede participantov nepriamo svedčia o tom, že problematika porúch príjmu potravy je primárne vnímaná ako biologický či „telesný“ problém. Pravdepodobne aj preto stredné školy nemajú tendenciu odporúčať študentov do CPPPpP, či ku školskému psychologovi a problémy študentov riešia zväčša nedostatočne kvalifikovaní výchovní poradcovia a koordinátori prevencie. Väčšina participantov prejavila značný záujem o vzdelávanie v oblasti porúch príjmu potravy. Chýba im predovšetkým návod na riešenie problému, zväčša nemajú tendenciu riešiť hranice svojich kompetencií. O stave prevencie porúch príjmu potravy na týchto stredných školách o. i. nepriamo svedčí aj názor participantov na medzery v informovanosti ich študentov.

Vychádzajúc z výsledkov nášho výskumu a prognostických faktorov spätých s PPP, sa javí vzdelávanie pracovníkov pôsobiacich na stredných školách a vytýčenie ich kompetencií, ako kľúčové preventívne riešenie.

### **Bibliografia:**

Krch, F.D. *Poruchy príjmu potravy: 2.aktualizované a doplnené vydání*. Praha: Grada Publishing, 2005. 256 s. ISBN 80-247-0840-X.

Krch, F.D. *Poruchy príjmu potravy- rizikové faktory*. In *Psychiatrie pro praxi* [online]. 2004, no. 1.



Stárková, L. *Medicínská rizika poruch příjmu potravy*. In conference „*Poruchy příjmu potravy*“. Brno, 8.3.2008.

Stice, E., Shaw, H. *Eating disorders prevention programs: A meta-analytic review*. In Psychological bulletin [online]. 2004, vol. 130, no. 2., s. 206-227. Dostupné na internete: <http://psycnet.apa.org/index.cfm?fa=buy.optionToBuy&id=2004-11156-002&CFID=6691488&CFTOKEN=14223257>

Horká, T. „*Každý problém má své řešení nebo se dá alespoň s někým sdílet!*“ In *Zpravodaj Anabell*. č. 16, str. 2-4, 2007.

Miller, H.R et al. *Anorexia nervosa mortality in northeast Scotland 1965-1999*. In *Am J Psychiatr y* [online]. 2005, vol. 162, no. 4, s. 753-757. Dostupné na internete: <http://ajp.psychiatryonline.org/cgi/reprint/162/4/753>

**Adresa auora:**

Mgr. Viera Jamrišková

Liga za duševné zdravie SR

Ševčenkova 21, 851 01 Bratislava

[viera.jamriskova@dusevnez.sk](mailto:viera.jamriskova@dusevnez.sk)

## Syndróm chorých budov – nešpecifické zdravotné ťažkosti obyvateľov problémových budov a ich príčiny

Daniela Mihinová, Elena Piecková

### Súhrn

Priemerný človek trávi 80 – 95 % svojho času vo vnútorných priestoroch budov. Expozícia faktorom vnútorného prostredia budov môže mať rôzne negatívne vplyvy na zdravie ich užívateľov. Súhrn zdravotných ťažkostí, nepríjemných pocitov a celkového diskomfortu v súvislosti s pobytom v určitých budovách je známy ako syndróm chorých budov – „sick building syndrome“. Pôvodne bol definovaný Svetovou zdravotníckou organizáciou (SZO) v roku 1983 ako výskyt zvyšujúcej sa prevalencie nešpecifických príznakov medzi populáciou v budovách. Syndróm chorých budov (SBS) sa prejavuje viacerými symptómami, zvyčajne sa jedinec sťažuje na niekoľko z nich súčasne, sú často sprevádzané pocitom nedostatku vzduchu, suchosti vzduchu, nadmerného hluku, nedostatočného osvetlenia, tepla alebo chladu. Zvyšovanie dôrazu na predchádzanie vzniku SBS a riešenie jestvujúcich problémov je významné z hľadiska prevencie vzniku poškodení zdravia obyvateľov budov.

**Kľúčové slová:** Syndróm chorých budov, nešpecifické symptómy, príčiny, prevencia.

### Úvod

Problematika kvality vnútorného prostredia obytných, administratívnych, či účelových budov a jej vplyv na zdravie človeka sa od konca 70. rokov minulého storočia dostáva do čoraz väčšej pozornosti. Priemerný človek trávi 80 – 95 % svojho času vo vnútorných priestoroch rôznych budov – 62 % doma, 25 % v práci, v škole, v administratívnych a účelových budovách a približne 8 % v dopravných prostriedkoch - v autách, vo vlakoch alebo v autobusoch (1,2). Expozícia rôznym faktorom vnútorného prostredia a jej následné negatívne vplyvy na zdravie obyvateľov, tzv. building-related illnesses (BRI), sú preto právom v popredí záujmu rôznych odborníkov. BRI sú ochorenia alergické, infekčné, spôsobené toxickou alebo zápalovou reakciou vyvolanou mikroorganizmami prítomnými vo vnútornom prostredí budov. Súhrn zdravotných ťažkostí, nepríjemných pocitov a celkového diskomfortu v súvislosti s pobytom v určitých budovách je známy ako syndróm chorých budov – „sick building syndrome (SBS)“ (3,4).

V pozadí patologických procesov v makroorganizme vedúcich k SBS sú jednak zápalové reakcie priamo v dýchacích cestách (alergické alebo toxické), jednak systémové s množstvom vylúčených cytokínov (primárne pľúcnych). Za toxickými reakciami môžu stáť rôzne hubové metabolity – zložka bunkovej steny (1-3)-beta-D-glukán, mykotoxíny alebo/a prchavé organické zlúčeniny (VOCs). Niektoré mikromycéty produkujú aj enzýmové zlúčeniny hemolyzíny (stachybotrys – stachylyzín, *Penicillium chrysogenum* – chrysolyzín atď.), ktoré môžu aktivovať bunky uvoľňujúce histamín, resp. zápalové cytokíny (spôsobujú príznaky SBS podobné nachladnutiu), ale pôsobia aj lyticky na cievné steny, čím môžu vyvolať bolesti hlavy, závrate, krvácanie (5).

## Pojem syndróm chorých budov

K popisu fenoménu, ktorý charakterizuje značný výskyt ochorení, či pocitov nepohody z nejasných príčin u ľudí, ktorí trávajú veľa času vo vnútri rôznych budov, bolo použitých viacero termínov. Hovorilo sa o „domovej chorobe“, „syndróme chorých úradov“, „syndróme utesených/nepriedušných budov“, „syndróme úradníckych očí“. V roku 1982 odsúhlasila Svetová zdravotnícka organizácia názov syndróm chorých budov, ktorý sa teraz najčastejšie používa (6).

Pojem opisuje nešpecifické ťažkosti, vrátane ťažkostí horných dýchacích ciest, bolestí hlavy, únavy a vyrážok, ktoré sú zvyčajne spájané s pobytom obyvateľov a pracovníkov v konkrétnej budove. SBS má rastúcu frekvenciu od roku 1970, keď sa staršie, prirodzene vetrané budovy, začali nahrádzať energeticky výkonnejšími vzduchotesnými budovami (7). Pôvodne bol SBS definovaný SZO v roku 1983 ako výskyt zvyšujúcej sa prevalencie nešpecifických príznakov medzi populáciou v budovách (8).

O syndróme chorých budov hovoríme, ak sa u viac ako 20 % užívateľov budovy prejavia podobné symptómy súvisiace s momentálnou nepohodou (napr. bolesť hlavy, únava, podráždenie očí atď.), pričom pretrvávajú dlhšie ako 2 týždne, ich príčiny nie sú na prvý pohľad jednoznačné, významné percento symptómov po opustení budovy ustúpi. V súčasnosti existuje viacero definícií syndrómu chorých budov. Napríklad podľa Jaakkolu nie je to jeden druh ochorenia, ale je to skôr fenomén pozostávajúci z rôznych typov vzťahov medzi zdravotným stavom užívateľov budovy, jej demografickým zložením a environmentálnymi determinantmi (9).

Ak je súvislosť medzi niektorými chorobami a pobytom v budove známa, potom tieto ochorenia nezaraďujeme medzi SBS. Sú to napríklad:

- infekcie súvisiace s pobytom v zdravotníckom zariadení,
- chronické choroby spôsobené cigaretovým dymom,
- otravy spôsobené emisiami zo stavebných materiálov,
- legionelové infekcie,
- nádorové ochorenia spôsobené radónom,
- azbestóza,
- dôsledky vlhkosti a tepelných zmien (6).

## Symptómy a environmentálne príčiny SBS

SBS sa prejavuje rôznymi zdravotnými symptómami (6). Tieto sú nešpecifické a bývajú spojené s mnohými faktormi vnútornej mikroklímy – teplota, relatívna vlhkosť, prašnosť, cigaretový dym, výmena vzduchu, použité stavebné materiály a zariadenia budov, ale aj charakteristikami postihnutého jedinca (10 - 12). Najčastejšie príznaky SBS sú znázornené v tabuľke 1 (6, 13 - 15).

**Tabuľka 1 : Najčastejšie príznaky syndrómu chorých budov**

- |   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Bolesť hlavy a nevoľnosť</b></li><li>• <b>Respiračné prejavy: dráždenie nosnej sliznice, upchatie nosa, vodnatá nádcha, svrbenie v nose, kýchanie, pocit tlaku na prsiach, dráždenie na kašeľ, zhoršenie alergických ťažkostí,</b></li><li>• <b>Sucho alebo bolesť v hrdle , ťažkosti pri prehltávaní, strata hlasu,</b></li></ul> |
|---|

- **Očné prejavy: podráždenie, pálenie, svrbenie, slzenie očí, suchosť očí, rozmazané videnie, problémy s kontaktnými šošovkami,**
- **Únava, ospalosť, podráždenosť, napätie, nervozita, poruchy koncentrácie,**
- **„Nachladnutie“ a horúčka,**
- **Bolesť svalov (boľavé svaly alebo kĺby, bolesť alebo nehybnosť v hornej alebo dolnej časti tela, bolesť alebo znečítľivenie v ramenách, krku, rukách, zápästiach),**
- **Suchá, podráždená, svrbíaca koža, výnimočne s vyrážkou.**

Zdroj: Jones, 1999; Rovný a kol., 2004; Slotová, 2006; Ševčíková a kol., 2006

Typické pre SBS je, že často si jedinec sťažuje na niekoľko symptómov súčasne, symptómy sú veľakrát sprevádzané pocitom nedostatku vzduchu, suchosti vzduchu, nadmerného hluku, nedostatočného osvetlenia, tepla alebo chladu (14). Symptómy sa spravidla zlepšia, keď užívateľ odíde z danej budovy, hoci časový priebeh zlepšenia môže byť variabilný (16).

Typické pre „choré budovy“ sú tieto charakteristické znaky:

- ❖ budovy postavené v 60. rokoch a neskoršie,
- ❖ klimatizácia s možnosťou chladenia,
- ❖ blikajúce osvetlenie a osvetlenie ostro žiariace,
- ❖ nízka úroveň ovládania ventilácie, kúrenia a osvetlenia,
- ❖ veľké množstvo čalúneného nábytku, veľa otvorených regálov, kartotéky,
- ❖ nový nábytok, koberce,
- ❖ nové maľby a nátery,
- ❖ zlá údržba budovy, nedostatočné upratovanie,
- ❖ vysoká teplota, kolísanie teploty v priebehu dňa,
- ❖ príliš nízka alebo vysoká vlhkosť vzduchu,
- ❖ chemické znečistenie - tabakový dym, ozón, prchavé organické zlúčeniny, zmesi zo stavebných materiálov a zariadenia budovy,
- ❖ prachové častice a vlákna vo vzduchu,
- ❖ monitory počítačov (elektromagnetický smog).

S týmito príznakmi je možné sa stretnúť v budovách všetkých typov – v bytových domoch, rodinných domoch, administratívnych budovách, budovách pre verejnosť a pod. Samozrejme, nie vo všetkých budovách sa musia vyskytnúť všetky uvedené problémy, a nie všetky uvedené problémy musia vyvolať daný syndróm (6).

Ak sa hodnotí prostredie, už niekoľko výskumov potvrdilo, že ženy sú citlivejšie na syndróm chorých budov ako muži (9).

## **Prevenia SBS**

Syndróm chorých budov má vzťah takmer ku všetkým subsystémom, ktoré sa zúčastňujú na realizácii stavby a k ich vzájomnému prepojeniu. Prevencia vzniku SBS by mala byť cestou národných regulačných opatrení presadzovaná na miestnej úrovni štátnej správy miestnymi orgánmi. Problematiku prevencie SBS je možné rozdeliť do troch oblastí:

### 1. Projekt budovy

Prirodzený je vzťah medzi činnosťou v budove a technickými požiadavkami, ktoré budova musí spĺňať. Preto je podstatné, že každý stavebný projekt má byť špecifikovaný a má zohľadňovať spôsob využitia budovy, zdroje možného znečistenia, stupeň tepelnej záťaže, vlhkosti. V štádiu projektovej prípravy budovy je

v prevencii vzniku SBS potrebné zohľadniť návrh polohy, umiestnenia a dispozičného usporiadania budovy, vonkajšie i vnútorné zdroje hlučnosti, intenzitu prirodzeného osvetlenia, oslnenie, zatienenie budovy, typ použitého stavebného materiálu a charakter vybavenia budovy nábytkom a ostatným zariadením, dostupný a ľahký spôsob údržby budovy. Existujú niektoré rizikové faktory, ktorým by sme sa mali vyhýbať, a to rozsiahle kancelárske priestory s viac ako 10 pracovnými miestami, nedostatočné zateplenie alebo zlá izolácia, nedostatočné denné osvetlenie alebo nekontrolovaná dávka slnečného žiarenia, neotvárateľné okná, rozsiahle plochy s mäkkým povrchom, otvorené regály, kartotéky, použitie nedostatočne testovaných materiálov, náterov, lepidiel a tmelov, osvetlenie žiarivkami a ich umiestnenie spôsobujúce odraz a blikanie, oblasti a prevádzky, ktoré nie sú prístupné ľahkému upratovaniu.

### 2. Ventilácia

Funkciou ventilácie je zabezpečenie optimálnej výmeny vzduchu vo vnútorných priestoroch budov, teploty a vlhkosti vzduchu. Nedostatky ventilačného systému sú pravdepodobne častou príčinou SBS. Najčastejším problémom je, že je systém nesprávne nastavený a vytvára nerovnováhu medzi jednotlivými miestnosťami v budove, čo môže mať za následok, že nečistoty sú v niektorých miestnostiach roznášané alebo nedostatočne odstraňované. Inou príčinou nevyhovujúcej ventilácie priestorov môže byť nedostatočná údržba ventilačného zariadenia buď z dôvodu, že sa údržba zanedbáva, alebo je zariadenie ťažko dostupné, nie sú kontrolné panely, alebo sú jednotlivé komponenty nesprávne navrhnuté. Prevádzka niektorých klimatizačných zariadení je veľmi nákladná, preto šetrenie energiou môže byť tiež jednou z príčin nedostatočnej ventilácie vnútorných priestorov budov. Mnoho štúdií poukazuje na to, že príznaky SBS sú menej časté, ak sú užívatelia schopní sami kontrolovať ventiláciu. Kľúčové faktory v tejto oblasti sú dostatočný prísun čerstvého vzduchu, prírody vzduchu umiestnené mimo zdrojov vonkajšieho znečistenia a zabezpečené vyhovujúcimi filtrami, odstránenie alebo zriadenie znečisteného vzduchu, napr. oddeleným ventilačným vývodom pre fajčiarske miestnosti, zabezpečenie príjemnej teploty závisiacej od činnosti, ktorá sa v budove vykonáva, zabránenie stagnácie vzduchu a prievanu.

### 3. Riadenie a užívanie budov

Údržba technických systémov v budove sa uskutočňuje na základe inštrukcií k ovládaniu technických systémov, odporúčaní výrobcov a oprávnení zasahovať do týchto systémov prevádzkovateľom budovy alebo prostredníctvom odborných skupín. V súvislosti s užívaním budovy, zohrávajú dôležitú úlohu preventívne opatrenia zamerané na potrebu upratovania, ktoré môže byť obmedzené vtedy, ak je venovaná väčšia pozornosť výberu nábytku a jeho rozmiestneniu. Ovplyvnenie pôvodcu znečistenia je lepšie, ako trvalé odstraňovanie vznikajúcej nečistoty, napr. obmedzením počtu neuzavretých, otvorených skladovacích regálov a použitím prehnaného množstva nábytku. Zákaz alebo obmedzenie fajčenia vo vnútorných priestoroch budov patrí k ďalším dôležitým preventívnym opatreniam súvisiacim s prevádzkou budovy (6).

## **Syndróm chorých budov v SR**

Povedomie, že nevyhovujúca kvalita vnútorného ovzdušia budov môže byť príčinou rôznych poškodení zdravia, narastá aj v podmienkach Slovenskej republiky. Problematika kvality vnútorného ovzdušia budov je jednou z oblastí verejného zdravotníctva, ktorej sa venuje osobitná pozornosť. Naše skúsenosti v oblasti SBS sa

zhodujú so skúsenosťami a výsledkami iných výskumov v tom, že môžeme určiť štyri hlavné dôvody súvisiace so začiatkom typických sťažností obyvateľov budov:

- rekonštrukcie budov,
- užívanie nových budov rýchlo po ich dokončení,
- prítomnosť a účinky vody a vlhkosti s následnou mikrobiálnou kontamináciou,
- nevyhovujúce fyzikálne faktory prostredia budov – osvetlenie, mikroklíma a hluk.

K najbežnejším príčinám vzniku sťažností typu SBS patrí iniciovanie rozsiahlych rekonštrukcií, najmä administratívnych budov, ktoré sú uskutočňované počas normálnych pracovných hodín bez nekompletnej izolácie oblastí, kde sa rekonštrukcie vykonávajú a s neupraveným stupňom ventilácie. Následkami maľovania, omietania, obkladania, pokladania betónov a pod. je zmes chemických imisií, ktoré môžu mať nepriaznivý účinok na zdravie a pohodu zamestnancov pracujúcich v susednom priestore.

Jemné frakcie lietavého prachu a prchavé organické látky (VOC) typického zápachu, sú najčastejšie udávané znečisťujúce látky v budovách, v ktorých sa uskutočňujú rekonštrukcie. V podmienkach SR sa najviac pozornosti venovalo monitorovaniu koncentrácií formaldehydu, ktorého primárnym zdrojom sú stavebné drevotriekové materiály, výplňové tepelnoizolačné materiály, nábytok vyrobený na báze drevotrieky a ostatné vybavenie interiéru (6).

V dôsledku nedostatkov v údržbe štruktúry budovy, porúch stavebných konštrukcií, nedostatočnej tepelnej izolácie, spôsobu užívaní bytov alebo vykonania nevhodných stavebných úprav, dochádza k narastaniu relatívnej vlhkosti v miestnostiach, kondenzácii vodnej pary na povrchoch konštrukcií a k rastu mikroskopických húb (6). Limity pre hygienickú kategorizáciu závažnosti znečistenia vnútorného ovzdušia spórami mikromycét neboli zatiaľ u nás legislatívne podložené. Len vyhláška MZ SR č. 259/2008 Z. z. z 18. júna 2008 o podrobnostiach o požiadavkách na vnútorné prostredie budov a o minimálnych požiadavkách na byty nižšieho štandardu a na ubytovacie zariadenia uvádza najvyššiu prípustnú hodnotu „plesní“ vo vnútornom ovzduší budov, ktorá je  $<500 \text{ KTJ} \cdot \text{m}^{-3}$  (17).

Mikroskopické vláknité huby môžu byť v prostredí vlhkých bytov pôvodcami nepríjemného zápachu, pretože produkujú celý rad nízkomolekulových prchavých organických zlúčenín (alkoholy, aldehydy, ketóny, aromatické zlúčeniny, amíny, terpény, chlórované uhlíkovodíky a sírne zlúčeniny) (5,6,18). Ich kvalita a množstvo je ovplyvnená podmienkami prostredia a charakteristikami producentov (6). Medzi najčastejšie VOC patria xylén, toluén, 2-propanol, limonén, heptán, formaldehyd, acetaldehyd, 2-oktén-1-ol a geosmín. (5). Nepríjemný zápach má napr. etylhexanol, ktorý produkujú huby *Aspergillus versicolor*, časté vo vnútornom prostredí budov. Výskyt týchto nedostatkov bezprostredne súvisí so zatekaním vody, ale aj so snahou znižovať spotrebu energie na vykurovanie znižovaním teploty vzduchu v užívaných priestoroch (6). K silným producentom VOC patria aj ďalšie huby *Aspergillus* spp., *Cladosporium* spp. a *Penicillium* spp. (5,19). Aspergily a peniciliá produkujú najmä 2-etylhexanol, cyklohexán a benzén. Hubové VOC spôsobujú pri zvýšenej koncentrácii (od 250 mikrog/m<sup>3</sup>) dráždenie a opuchy dýchacích ciest, *in vitro* pôsobia cytotoxicky (19).

Rýchle obývanie novej budovy je rovnako príčinou sťažností na nepríjemný zápach, vysokú relatívnu vlhkosť vzduchu, nevyhovujúcu kvalitu vzduchu a vznik typických zdravotných problémov (oslabenie imunity, zhoršenie alergií a pod.). Rovnaká kontaminácia jemnými prachovými časticami a VOC sa objavuje vtedy, ak



nie sú novovybudované budovy dostatočne vetrané a starostlivo vyčistené predtým, ako sa začnú užívať.

Aj v podmienkach SR sa ukázalo, že pre kontrolu kvality vnútorného ovzdušia a prostredia budov je potrebné vytvoriť systém kontroly, usmerňovania, výchovy a tvorby legislatívy. V legislatíve SR sú postupne prijímané opatrenia na ochranu zdravia ľudí pracujúcich a žijúcich v budovách (6).

Zákon NR SR č. 355/2007 Z. z. o ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov ustanovuje práva a povinnosti orgánov štátnej správy, obcí, iných právnických osôb a fyzických osôb a výkon štátneho zdravotného dozoru na úseku ochrany, podpory a rozvoja verejného zdravia ľudí prostredníctvom starostlivosti o zdravé životné podmienky, pracovné podmienky a zdravý spôsob života. §20 citovaného zákona ustanovuje, že vnútorné ovzdušie v budovách nesmie predstavovať riziko v dôsledku prítomnosti fyzikálnych, chemických, biologických a iných zdraviu škodlivých faktorov a nesmie byť organolepticky zmenené. Vnútorné prostredie budov musí spĺňať požiadavky na tepelno-vlhkostnú mikroklimu, vetranie a vykurovanie, osvetlenie, preslnenie a na iné druhy optického žiarenia (20).

Požiadavky na vnútorné prostredie budov, tepelno-vlhkostnú mikroklimu, najvyššie prípustné hodnoty zdraviu škodlivých faktorov vo vnútornom ovzduší budov podrobne určuje Vyhláška MZ SR č. 259/2008 Z. z. o podrobnostiach o požiadavkách na vnútorné prostredie budov a o minimálnych požiadavkách na byty nižšieho štandardu a na ubytovacie zariadenia (17).

## **Záver**

Napriek tomu, že SBS nie je celkom novou nozologickou jednotkou, prevalencia jeho výskytu stále zostáva väčšinou neznáma. Predstavuje problém hygienický, technický, ale aj sociálny a ekonomický. Jeho diagnostika vo vzťahu k budovám je nielen u nás zriedkavosťou. Príčinou je najmä to, že definovanie konkrétnych prípadov tohto komplexu symptómov je veľmi vágne, nie sú biologické markery pre jeho presnejšie definovanie, súbor zdravotných ťažkostí je nešpecifický. Napriek tomu je žiaduce, aby lekári pri typických ťažkostiach, pre ktoré nie je dostatočné iné vysvetlenie, mysleli aj na možnosť SBS. Odhalenie vzťahu uvádzaných zmien zdravotného stavu, k podmienkam vnútorného prostredia budov, by malo rozhodujúci význam aj pre ich prevenciu. Riešenie tejto problematiky však vyžaduje nevyhnutnú spoluprácu klinikov, pracovníkov úradov verejného zdravotníctva a pracovísk pracovného lekárstva, toxikológie, mikrobiológie a ďalších odborníkov. Zvyšovanie dôrazu na predchádzanie vzniku SBS a riešenie jestvujúcich problémov je významné z hľadiska predchádzania vzniku poškodení zdravia obyvateľov budov, ale aj z hľadiska zvyšovania produktivity práce pracovníkov a znižovania ich práceneschopnosti (6).

## **Literatúra**

1. SESSA, R., DI, P.M., SCHIAVONI, G., SANTINO, I., ALTIERI, A., PINELLI, S., DEL, P.M.: Microbiological indoor air quality in healthy buildings. In: *New Microbiol* 2002, 25(1): 51 – 56.
2. URBANOVSKÁ-POPOVIČOVÁ, A.: Látky nežiaduce vo vnútornom prostredí. Zdroje a faktory ovplyvňujúce ich množstvo a zloženie. In: *Chem. Listy* 1998,

- 92: 799 – 806. [citované 2006-05-25]. Dostupné na: <<http://www.vscht/chem-listy/does/full/1998-10-759-806.pdf>>
3. KROELING, P.: Sick building syndrome. In: Allergol 1998, 21:180 -191.
  4. PIECKOVÁ, E.: Mikroskopické huby vo vnútornom prostredí budov a zdravie ich obyvateľov. In: Remedia – Klinická mikrobiológia 2000, 4(2): 40 – 41.
  5. PIECKOVÁ, E.: Toxické metabolity mikromycét a tzv. sick building syndróm. Habilitačná prednáška, FVZ SZU, Bratislava. 2010.
  6. SLOTOVÁ, K.: Syndróm chorých budov. In: Enviromagazín 2006, MČ2: 12 – 15.
  7. REDLICH, C. A., SPARKER, J., CULLEN, M.R.: Sick-building syndrome. In: The Lancet 1997, 349: 1013 - 1016.
  8. THÖRN, A.: The sick building syndrome: A diagnostic dilemma. In: Soc Sci Med 1998, 47(9): 1307 - 1311.
  9. ŠABÍKOVÁ J.: Vnútorné prostredie budov a zdravie. In: Život. Prostr. 2002, 36(2): 22-23.
  10. PIECKOVÁ, E., JESENSKÁ, Z.: Štúdium mykotickej kontaminácie omietok *in vitro*. In: Hygiena 2000, 45: 37 – 41.
  11. PIECKOVÁ, E., WILKINS, K.: Airway toxicity of house dust and its fungal composition. In: Am Agric Environ. Med. 2004,11: 67 – 73.
  12. PIVOVAROVÁ, Z., PIECKOVÁ, E., STERNOVÁ, Z., DROBA, E.: Antifungal properties of building materials. In: Healthy buildings 2006 – Abstract. Lisbon, Portugal,2006, s. 60.
  13. JONES, A. P.: Indoor air quality and health. In: Atmospheric Environment 1999, 33: 4535 - 4536.
  14. ROVNÝ, I. a kol.: Hygiena životného prostredia. Bratislava: Herba, 2004, 134 s. ISBN 80-89171-22-2.
  15. ŠEVČÍKOVÁ, Ľ. a kol.: Hygiena. Bratislava: Polygrafické stredisko UK v Bratislave; 2006, 328 s. ISBN 80-223-2103-6.
  16. REDLICH, C. A., SPARKER, J., CULLEN, M.R.: Sick-building syndrome. In: The Lancet 1997, 349: 1013 - 1016.
  17. VYHLÁŠKA MZ SR č. 259/2008 Z. z. o podrobnostiach o požiadavkách na vnútorné prostredie budov a o minimálnych požiadavkách na byty nižšieho štandardu a na ubytovacie zariadenia
  18. PIECKOVÁ, E., JESENSKÁ, Z.: Microscopic fungi in dwellings and their health implications in humans. In: An Agric Environ Med 1999, 6: 1 – 11.
  19. PERRY, L.P., IWATA, M., TAZELAAR, H.D., COLBY T.V., YOUSEM, S.A.: Pulmonary mycotoxicosis: A clinicoopathological study of three cases. In: Modern Pathol 1998, 11: 432 – 436.
  20. ZÁKON NR SR č. 355/2007 Z. z. o ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov

**Adresa autora:**

RNDr. Daniela Mihinová  
Katedra ochrany zdravia  
Fakulta verejného zdravotníctva  
Slovenská zdravotnícka univerzita v Bratislave  
Limbová 12  
833 03 Bratislava 37  
tel.: 02/59370577, e-mail: daniela.mihinova@szu.sk

## Poskytovanie a financovanie zdravotnej starostlivosti vo vybraných krajinách EÚ

<sup>1</sup>Mário Ležovič, <sup>1</sup>Daniela Mihinová, <sup>1</sup>Jana Babjaková, <sup>1</sup>Andrej Kováč, <sup>2</sup>Miroslav Pastucha

<sup>1</sup>FVZ SZU, Limbová 12, Bratislava 833 03, vedúci: doc. MUDr. Roman Kováč, CSc., mim. profesor

<sup>2</sup>VšZP, Krajská pobočka Trenčín, Partizánska 2315, P.O. Box 50, Trenčín 911 01, riaditeľ: MUDr. Marián Faktor

### Súhrn

V práci je uvedená základná charakteristika a problémy financovania zdravotnej starostlivosti. Podmienky úhrady za poskytnutie zdravotnej starostlivosti v krajinách EÚ sú značne rozdielne. Pri zabezpečení voľného pohybu osôb je umožnené každej osobe z krajín EÚ čerpať zdravotnú starostlivosť v ktorejkoľvek krajine EÚ. Podrobnejšie je práca venovaná ekonomickým ukazovateľom financovania zdravotnej starostlivosti vo vybraných krajinách. V práci je detailne analyzovaná problematika poskytovania a najmä financovania zdravotnej starostlivosti vo Švédsku, Rumunsku a Bulharsku.

**Kľúčové slová:** financovanie a poskytovanie zdravotnej starostlivosti, zdravotné poistenie, Rumunsko, Švédsko, Bulharsko.

### Úvod

Z hľadiska členenia ľudských potrieb zaraďujeme zdravie na štvrté miesto základných potrieb, teda za potrebu jedenia, odievania a bývania (1). Zdravie je teda zaradené medzi najväčšie životné hodnoty, pretože je predpokladom dosiahnutia plnohodnotného života, ako aj ľudského a osobnostného rozvoja. Financovanie zdravotníctva je vo všetkých krajinách Európskej únie zabezpečované z veľkej časti z verejných zdrojov. Systémy zdravotného poistenia, resp. financovania zdravotníckych služieb v európskych krajinách, majú mnoho spoločného, ale súčasne sú medzi nimi značné rozdiely. V tomto, na prvý pohľad veľmi chaotickom systéme, je mimoriadne dôležitý fakt, že všetky členské krajiny EÚ sú povinné uznávať a dodržiavať právne záväzné akty komunitárneho práva uverejnené v oficiálnej zbierke predpisov EÚ. Rozdiely v národných legislatívach však spôsobujú, že podmienky úhrady za poskytnutie zdravotnej starostlivosti sú značne rozdielne, a v niektorých prípadoch môžu byť pre občana aj finančne neprímerane zaťažujúce. Komplikovanosť a rôznorodosť systémov dokumentuje aj informácia, že napr. pracovníci Európskych inštitúcií v Bruseli a členovia ich rodín majú úplne iný systém zdravotného poistenia ako Belgičania (2).

Cieľom práce je porovnať spôsob poskytovania a financovania poskytnutej zdravotnej starostlivosti vo vybraných krajinách Európskej únie. Pre účely práce boli vybraté krajiny, ktoré určitým spôsobom predstavujú „extrémy“ vo financovaní zdravotníctva v Európskej únii. Na jednej strane vyspelá a rozvinutá krajina akou je Švédsko a na strane druhej dva najnovšie členské štáty, ktorými sú Rumunsko a Bulharsko, kde sa systém zdravotníctva ešte len rozvíja.

## Švédsko

Financovanie zdravotnej starostlivosti vo Švédsku je zabezpečené daňovým systémom (Beveridgeov model). Legislatívne je financovanie a poskytovanie zdravotnej starostlivosti upravené dvomi zákonmi - Zákomom o národnom poistení z roku 1962 a Zákomom o zdravotníckych a medicínskych službách z roku 1982. Základným princípom je daňové financovanie verejnej zdravotnej starostlivosti pre všetkých obyvateľov (na základe bydliska) a regionálna zodpovednosť. Do systému sú zahrnutí všetci obyvatelia Švédska, neexistujú žiadne výnimky z povinného poistenia, ani možnosť dobrovoľného poistenia ako alternatívy povinného poistenia.

Na financovaní sa dominantným spôsobom podieľajú tzv. okresné rady (Landsting) analogické našim VÚC, ktorých podiel na financovaní je viac ako 80%. Súkromné výdavky predstavujú najmä priame platby občanov. Komerčné poisťovne participujú na financovaní systému len zanedbateľným percentom. Dobrovoľné zdravotné pripoistenie v komerčných poisťovniach pokrýva väčšinou prednostné vyšetrenie v súkromných (nezmluvných) zariadeniach špeciálne preventívne prehliadky a náklady na spoluúčasť. Pripoistenie je však drahé a využíva ho len veľmi malé percento bohatej vrstvy Švédov žijúcich vo väčších mestách (v roku 2001 predstavovalo ročné pripoistenie napríklad v poisťovni Skandia pre osoby vo veku 20-39 rokov cca 150 eur, pre vekové rozmedzie od 40-64 rokov to bolo 212-287 eur a pre vek nad 65 rokov sa platilo 754-1500 eur). Preferované je skôr pripoistenie na náhradu straty príjmu počas ochorenia, alebo pripoistenie detí na náhradu straty príjmu sprevádzajúceho rodiča počas ochorenia dieťaťa.

Zdravotné poistenie získava finančné prostriedky daňovými odvodmi od zamestnávateľov, ktorí odvádzajú 8,78% z výšky platu zamestnanca a od samostatne zárobkovo činných osôb vo výške 9,61%.

Švédsky zdravotný systém je organizovaný na troch úrovniach: národnej, okresnej a miestnej. V rámci tohto systému leží zodpovednosť za zdravotnú starostlivosť na 21 okresných radoch. Švédi oficiálne deklarujú, že zdravotná starostlivosť je poskytovaná bezplatne pre všetky osoby s trvalým alebo prechodným pobytom vo Švédsku. Spoluúčasť pacienta je chápaná ako paušálne platby a obyvatelia ju nevnímajú ako financovanie zdravotníctva (4).

Výška spoluúčasti pacienta sa líši v jednotlivých okresoch podľa rozhodnutia okresnej rady. Pri konzultácií u lekára primárnej starostlivosti je doplatok pacienta od 9,22 eur do 18,44 eur, za návštevu u špecialistu pacient zaplatí od 18,44 eur do 27,66 eur. Ak je vyšetrený na základe odporúčania všeobecného lekára, je poplatok približne polovičný. Za pobyt v nemocnici pacient zaplatí maximálne 7,38 eur za 24 hodín. Platba predstavuje úhradu za stravu. Výška platby závisí od konkrétnej okresnej rady a zohľadňuje aj sociálny status občana (5). Väčšina okresných rád neúčtuje žiadne poplatky za ošetrovanie detí do 12 rokov (táto hranica bola v posledných rokoch znížená, pôvodne platila pre deti do 18 rokov). Pre výšku spoluúčasti je ale zákonom stanovená maximálna hranica. V prípade, že paušálne platby za ambulantné ošetrenia prekročia sumu 83 eur, pacient získava tzv. voľnú kartu a za poskytovanie zdravotnej starostlivosti v nasledujúcich 12 mesiacoch neplatí žiadne paušálne poplatky. Obmedzenie sa však netýka poplatkov za lieky a stomatologickú starostlivosť.

Výnimočné postavenie vo švédskom zdravotnom systéme má Národná spoločnosť švédskych lekární. Je totiž monopolným vlastníkom všetkých lekární vo Švédsku. Spoluúčasť na lieky je preto jednotná a je rozdelená do niekoľkých kategórií. V prvej (0-99 eur) predstavuje spoluúčasť pacienta 100%, v druhej (100-189 eur) sa pacient podieľa 50%, v tretej (190-367 eur) hradí pacient 25% z ceny lieku a v štvrtej (368-478 eur) je doplatok

pacienta vo výške 10% z ceny lieku. Lieky s cenou nad 479 eur pacienti nehradí. Maximálna ročná spoluúčasť pri liekoch v roku 2000 bola 198 eur (6).

Švédsko má málo zdravotných stredísk (asi 1200), a preto sa takmer polovica výkonov primárnej zdravotnej starostlivosti vykonáva v ambulanciách nemocníc. Aj špecializovaná ambulatná starostlivosť je zabezpečovaná prevažne v nemocniciach. Viac ako 90% ambulatných lekárov tvoria lekári, ktorí sú zamestnancami úradov verejného zdravia (súčasť okresných rád) a sú odmeňovaní platom. Súkromných lekárov je málo, platení sú podľa pevného sadzovníka, ktorý je výsledkom rokovaní medzi okresnými radami a organizáciou lekárov. V primárnej aj v špecializovanej ambulatnej starostlivosti existuje rajonizácia, ale aj slobodná voľba lekára, ktorá je obmedzená iba územne, na oblasť okresu. Na poskytnutie zdravotnej starostlivosti v inom okrese potrebuje pacient odporúčenie od svojho lekára. Všeobecný lekár vybaví denne približne 14-20 pacientov, špecialista 9-10 pacientov. Pacienti sa na vyšetrenia objednávajú (najčastejšie telefonicky). Bežné sú čakacie (objednávacie) doby, ktoré sú od niekoľkých dní u všeobecných lekárov až po niekoľko týždňov niekedy aj mesiacov u špecialistov. Prednostné vyšetrenie pri neakútnych stavoch sa zvyčajne nerobí (ani za priamu úhradu), je možné len v urgentných prípadoch, obyčajne je však poskytnutá len základná liečba a privolaná záchranka. Neobjednaní pacienti sú bežne odosielení na pohotovosť, ktorá funguje v nemocnici 24 hodín. Zaujímavosťou je, že v prípade čakania na konzultáciu viac ako 30 minút (v niektorých okresoch 45 minút) pacient neplatí žiadnu spoluúčasť. Finančné limity na predpísané lieky neexistujú, je však doporučená preskripcia generík a sleduje a vyhodnocuje sa preskripcia originálnych liekov.

Ústavnú zdravotnú starostlivosť zabezpečuje 79 nemocníc. Zriaďovateľmi verejných nemocníc sú okresné úrady, ktoré uzatvárajú dohodu aj s vybranými súkromnými nemocnicami. Existuje slobodná voľba regionálnych verejných nemocníc a schválených súkromných zariadení. Pacienti vyžadujúci poskytnutie akútnej starostlivosti sú prijatí do nemocnice neodkladne, na plánované výkony sú objednávaní. Čakacie doby závisia od diagnózy pacienta a od plánovaného výkonu. Na koronarografické vyšetrenie sa čaká napr. cca 2 mesiace.

Napriek vyššie uvedenému je potrebné zdôrazniť, že Švédsko poskytuje vynikajúco vybavené pracoviská, a preto sa tam dá realizovať akýkoľvek výkon na najvyššej svetovej úrovni. Dominuje napríklad intervenčná rádiológia v liečbe niektorých ochorení ciev. Aneurizmy aorty, neurologické a aj niektoré chirurgické cievne problémy rieši v prvom rade intervenčný rádiológ s najmodernejším možným vybavením. Na svetovej úrovni sú transplantčné programy, použitie robotov a počítačovej techniky v medicíne, ale aj evidencia dát a prepojenie medicínskej dokumentácie. Na oveľa vyššej úrovni ako na Slovensku je komunikácia s pacientom a rešpektovanie jeho práv a integrity. Na Slovensku sú kratšie čakacie doby a možno viac flexibility v určitých situáciách, ale v zásade úroveň slovenskej medicíny značne zaostáva za Švédskom. Týka sa to najmä kvality technického vybavenia a s tým súvisiacich možností vyškolenia sa. Z hľadiska financovania je hlavný rozdiel medzi Slovenskom a Švédskom hlavne v ohodnotení zdravotných výkonov. Vo Švédsku sú výkony ohodnotené ziskovo pre poskytovateľa, na Slovensku je stále nízka cena za výkony a služby, aj keď náklady sú porovnateľné. Platy lekárov vo Švédsku sa pohybujú od 3000 eur u začínajúcich lekárov až po 7000 eur u starších kvalifikovaných lekárov. Daňové zaťaženie je približne 50-55%. Všeobecní lekári sú ohodnotení približne rovnako ako špecialisti. Platy sú dojednávané individuálne, ale je to verejná informácia a každý má právo sa opýtať na plat svojho kolegu/kolegov.



## Rumunsko

Rumunsko, podobne ako aj Slovensko, má za sebou od revolúcie v roku 1989 obdobie rýchlych a zásadných zmien vo všetkých oblastiach, vrátane zdravotníctva. V rokoch 1949 až 1989 bolo poskytovanie a financovanie zdravotnej starostlivosti založené na tzv. Semaškovom modeli. Hlavné reformy začali v roku 1989, ale až do roku 1998 pretrvával centralizovaný systém založený na daniach. Demografické trendy od roku 1989 ukazujú kontinuálny úbytok obyvateľstva spôsobený emigráciou, klesajúcou pôrodnosťou a zvýšenou úmrtnosťou. Zdravotný stav obyvateľov Rumunska je nevyhovujúci, v porovnaní s ostatnými európskymi krajinami.

V rokoch 1992 až 1994 sa prostredníctvom projektu Svetovej banky zrealizovala prvá pilotná štúdia rôznych platobných mechanizmov a decentralizácia v štyroch okresoch. V roku 1994 bola zahájená pilotná reforma zdravotníctva v 8 zo 41 okresov (týkala sa štyroch miliónov ľudí), ktorá zaviedla zmeny v poskytovaní a financovaní služieb praktického lekára a pokračovala až do roku 1997, kedy bol novou vládou prezentovaný cieľ zaviesť systém zdravotného poistenia. V roku 1998 došlo k transformácii na decentralizovaný sociálny systém zdravotného poistenia.

Financovanie zdravotníctva v Rumunsku je zabezpečené prostredníctvom jednej zdravotnej poisťovne. Systém je založený na princípe decentralizácie a autonómii zdrojov poistenia. Povinné zdravotné poistenie pokrýva celú populáciu. Niektoré kategórie obyvateľov sú oslobodené od platby poistného: nezamestnaní, osoby vykonávajúce vojenskú službu, väzni, práceneschopné osoby, ženy na materskej dovolenke, osoby majúce nárok na dávky sociálneho zabezpečenia a deti mladšie ako 18 rokov, príp. osoby vo veku 18-26 rokov zapísané v akejkoľvek forme vzdelávania. Určitou kuriozitou je, že do kategórie obyvateľov, ktoré sú oslobodené od platieb zdravotného poistenia patria aj osoby prenasledované komunistickým režimom, osoby vyhlásené za hrdinov revolúcie z roku 1989 a tiež vojnoví veteráni. Za tieto skupiny obyvateľov platí príspevky štát vo výške 6,5% z dvojnásobku minimálnej mzdy. Na podklade zdravotného poistenia môžu čerpať zdravotnú starostlivosť všetci občania Rumunska, občania z krajín EÚ a cudzinci z krajín, s ktorými má Rumunsko uzavreté príslušné zmluvy. Dobrovoľne sa môžu poistiť členovia diplomatických misií, cudzinci a osoby, ktoré dočasne žijú v Rumunsku a Rumuni žijúci v zahraničí. Dávky je možné čerpať neobmedzene pokiaľ je preukázaný štatút poistenca a už od prvého zaplatenia príspevku. Daň z príjmov právnických aj fyzických osôb je 16% (3).

**Tabuľka č. 1:** Výška odvodov na sociálne poistenie v Rumunsku

	Zamestnávateľ	Zamestnanec
Sociálne zabezpečenie (penzijný fond)	24,5%	9,5%
Zdravotný fond	7%	6,5%
Fond nezamestnanosti	3,5%	1%
Úrazový fond	0,4%-3,6%	--
Pracovná komora	0,25%-0,75%	--

Zdroj: Autor (údaje spracované z rôznych prameňov na internete)

Celkové výdavky na zdravotníctvo je ťažké merať, pretože záznamy o súkromných výdavkoch sú neúplné. Ide najmä o priame platby požadované súkromnými poskytovateľmi a neoficiálne platby občanov poskytovateľom zdravotnej starostlivosti (tzv. „všimné“). Z dostupných údajov vyplýva, že v rokoch 2000-2005 sa podiel hrubého domáceho produktu (HDP) na zdravotnú starostlivosť zvýšil zo 4,1% na 4,4%. Aj napriek tomuto, zvýšeniu výdavkov je podiel stále výrazne nižší, ako vo väčšine krajín EÚ. Od roku 1998, kedy sa



zdravotné poistenie stalo hlavným mechanizmom financovania zdravotnej starostlivosti, sa neustále zvyšuje podiel verejných zdrojov, a to zo 64,6% v roku 1998 na 82,7% v roku 2004.

Poistená populácia má nárok na dávky tzv. základného balíka, ktorý zahŕňa definované zdravotnícke služby, lieky a zdravotnícke pomôcky. Finančné prostriedky sa pridelujú podľa vzorca, ktorý vychádza z počtu poistených osôb a indexu populačných rizík. Vláda stanovuje výšku výdavkov pre každý typ zdravotnej starostlivosti (primárna zdravotná starostlivosť, odborná ambulantná starostlivosť, nemocnice, lieky a pod.). Platby za zdravotnícku starostlivosť sú závislé od výšky získaných finančných prostriedkov.

Väčšina poskytovateľov ambulantnej zdravotnej starostlivosti je už odštátnená a platená na základe zmluvných podmienok. Primárna starostlivosť je zabezpečovaná všeobecnými lekármi, ktorým boli pridelené nové úlohy "rodinných lekárov". Sú platení kombináciou kapitálnej platby (85%) a platbou za výkony (15%). Špecializovaná ambulantná starostlivosť je sústredená v bývalých poliklinikách, ktoré sú dnes nezávislými zdravotníckymi zariadeniami. Špecialisti pracujúci v ambulantnej starostlivosti vrátane stomatólogov sú platení platbou za výkony. V stomatólogii sa z fondu zdravotného poistenia uhrádzajú výkony:

- 100% ceny pre deti do 18 rokov a pre osoby určené osobitnými zákonmi,
- 40% až 60% z ceny pre osoby staršie ako 18 rokov,
- 100% nákladov na zubnej pohotovosti pre všetkých,
- zo zdravotného poistenia sa uhrádzajú aj niektoré akrylátové zubné protézy, a to v rozpätí od 40 do 100%.

Nemocnice sú financované prostredníctvom tzv. prospektívnych rozpočtov stanovených na základe kombinácie platobných metód podľa typu poskytovanej zdravotnej starostlivosti. Začal sa zavádzať systém financovania nemocníc na základe diagnostických skupín (DRG), ale zatiaľ ešte nebol vyhodnotený. Nemocnice si môžu oficiálne účtovať platby za nadštandardné ubytovanie, alebo služby uvedené na zozname neštandardných služieb. Zdravotnícky personál pracujúci v nemocniciach je stále odmeňovaný platom, ale nemocnice majú možnosť osobitne stanoviť platy podľa individuálnych schopností a pracovnej záťaže zamestnanca. Väčšina nemocníc je stále vo verejnom vlastníctve štátu. Pacient si slobodne môže zvoliť nemocnicu na základe odporúčania rodinného lekára alebo lekára špecialistu.

Primárne zdravotnícke služby sú poskytované približne 10 000 všeobecnými lekármi. Občania nad 18 rokov majú nárok na bezplatnú preventívnu prehliadku raz za rok. Sekundárna ambulantná starostlivosť je poskytovaná prostredníctvom siete ambulantných oddelení nemocníc, centier pre diagnostiku a liečbu a súkromných špecialistov. Rumunsko má pomerne vysoký počet hospitalizovaných pacientov. To je výsledkom nielen nízkej efektívnosti a nedostatočného využívania primárnej a špecializovanej ambulantnej starostlivosti, ale aj roztrieštenosti služieb a nedostatočného rozvoja rôznych úrovní starostlivosti, vrátane integrovanej zdravotnej a sociálnej starostlivosti, pretože mnohí pacienti sú hospitalizovaní zo sociálnych a nie zo zdravotných dôvodov. Nemocnice sú organizované na geografických princípoch na krajskej, okresnej a miestnej úrovni. Špecializovaná starostlivosť je poskytovaná v špecializovaných nemocniciach, ústavoch a klinických centrách, na pracoviskách kardiovaskulárnej chirurgie a oddeleniach fakultných nemocníc. V roku 2004 bolo v Rumunsku približne 6,5 nemocničných lôžok na 1000 obyvateľov, z toho pre akútnu starostlivosť len 4,4 na 1000 obyvateľov (11).

Na občanov Slovenskej republiky, ktorí pracujú v Rumunsku sa vzťahujú rovnaké práva a povinnosti vyplývajúce z úpravy sociálneho zabezpečenia ako na občanov Rumunska.

## Bulharsko

Bulharsko začalo celkovú reformu zdravotníckeho systému zdedeného zo socialistickej éry iba v roku 1999. Do tej doby bol systém financovaný predovšetkým zo všeobecných daní prostredníctvom štátneho rozpočtu a komunálnych rozpočtov. Od roku 1990 sa postupne začala rozvíjať privátna lekárska prax, ale väčšina Bulharov sa spoliehala na verejné nemocnice z komunistickej éry, a zároveň platila vysoké ceny za osobitnú starostlivosť. Počas tohto obdobia sa zhoršili viaceré ukazovatele zdravotného stavu obyvateľstva, a to najmä v dôsledku hospodárskej krízy, ktorá mala dopad aj na financovanie zdravotníctva. Následný program zdravotníckych reforiem zaviedol povinné zdravotné poistenie zamestnancov prostredníctvom Národného fondu zdravotného poistenia (NHIF). Zamestnanci a zamestnávateľia začali platiť povinné poistenie stanovené percentom zo mzdy s cieľom, postupne znižovať podporu štátu v poskytovaní zdravotnej starostlivosti. Súkromné zdravotné poistenie zohrávalo a zohráva len doplnkovú úlohu. Systém sa decentralizoval aj tým, že aj obce prevzali zodpovednosť za poskytovanie a financovanie zdravotnej starostlivosti.

Bulharsko má zmiešaný systém financovania zdravotnej starostlivosti, na ktorom sa podieľa povinné poistenie (NHIF), súkromné poistenie (VHI), dane a formálne a neformálne platby pacientov. Od roku 1998 výdavky na zdravotníctvo postupne narastajú a to v absolútnych hodnotách, ako aj v % HDP. V roku 2003 predstavovali najväčší podiel vo výdavkoch na zdravotníctvo priame platby pacientov (až 44,8%) nasledované príspevkami z povinného zdravotného poistenia (28,1%), výdavkami zo štátneho rozpočtu (26,4%) a príspevkami z VHI (0,7%) (7). Príspevky na povinné zdravotné poistenie sa začali odvádzať v roku 1999 za zamestnávateľov a zamestnancov, a to vo výške 6% z príjmu v pomere 80:20 (8). Zmenami zákona bol tento pomer postupne upravovaný a od roku 2009 je 50:50. Od roku 2009 bol zvýšený aj odvod na povinné zdravotné poistenie na 8%.

V súčasnosti je do systému povinného zdravotného poistenia zahrnutých cca 92% obyvateľov krajiny. Z tohto systému sú vylúčené etnické menšiny (Rómovia) a dlhodobo nezamestnané osoby. Trend výdavkov na zdravotníctvo je uvedený v tabuľke č. 2. Napriek tomu, že výdavky na obyvateľa sú stále hlboko pod priemerom krajín EÚ, trend odráža výrazný nárast v dôsledku zlepšovania ekonomiky, nárastu pracovných miest a znižovania nezamestnanosti.

**Tabuľka č. 2:** Výdavky na zdravotníctvo v Bulharsku v rokoch 1998 až 2004

Parameter/rok	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
<b>Celkové výdavky na obyvateľa v USD</b>	278	342	381	476	561	573	635
<b>Výdavky vyjadrené v % HDP</b>	5,1	6,0	6,2	7,2	7,9	7,5	7,7
<b>Verejné výdavky vyjadrené v % HDP</b>	3,5	3,9	3,7	4,0	4,5	4,8	4,3
<b>Verejné výdavky v % z celkových výdavkov</b>	67,9	65,4	59,2	65,1	56,6	54,5	55,8
<b>Súkromné výdavky v % z celkových výdavkov</b>	32,1	34,6	40,8	34,9	43,4	45,5	44,2
<b>Ročná reálna miera rastu HDP v %</b>		2,3	5,4	4,1	4,9	4,3	5,5

Zdroj: World Health Report 2006 (9)

Podľa odhadov WHO je podiel súkromných výdavkov jeden z najvyšších v krajinách EÚ a dvojnásobne vyšší ako je priemer týchto krajín. V roku 2004 predstavoval v Bulharsku takmer 45%. Pre porovnanie: na Slovensku to bolo približne 12%, v Česku menej ako 10%, v Nemecku a Slovinsku 22% (čo zodpovedá aj priemeru v krajinách EÚ), v Poľsku a Maďarsku do 30%. Bulharsku sa približuje len Rumunsko s približne 40% podielom súkromných platieb. V absolútnom vyjadrení predstavujú súkromné výdavky v Bulharsku priemerne viac ako 50 eur na obyvateľa ročne. Tieto údaje pritom nezahŕňajú neformálne platby (platby za služby, ktoré majú byť zadarmo), ktoré predstavujú značnú časť príjmov zdravotníckych zariadení. Predpokladaná výška takýchto platieb sa pohybuje až vo výške okolo 400 miliónov eur ročne.

Vysoká spoluúčasť pacientov a vhodný legislatívny rámec umožnili rozvoj súkromného zdravotného poistenia. Poistovne ponúkajú rôzne balíky služieb zahŕňajúce najmä úhradu spoluúčasti pacientov za poskytnutie zdravotnej starostlivosti a za lieky. Výška poistného závisí od individuálnej rizikovosti klienta resp. skupiny klientov a pohybuje sa v rozpätí od 80 do 350 eur ročne pre ambulantnú starostlivosť a až do 13 000 eur pre nemocničnú starostlivosť.

Financovanie nemocničných zariadení je zabezpečené z troch zdrojov. Platby z NHIF predstavujú asi 20% z celkových platieb a sú založené na princípe platieb za prípad a diferencované aj podľa diagnostických skupín. V roku 2001 bolo 158 diagnóz zoskupených do 30 skupín, pričom počet diagnóz a skupín sa v nasledujúcich rokoch postupne rozširoval. Úhrada za diagnostickú skupinu sa vypočítala na základe nákladov na medicínske činnosti, vrátane ambulantných a konziliárnych služieb. V roku 2003 predstavovala priemerná úhrada za diagnostickú skupinu cca 189 eur, čo nepokrylo ani reálne náklady. NHIF navyše, zaviedol aj systém regresívnych platieb v prípade prekročenia objednávky nad 20%. Platby z ministerstva zdravotníctva predstavujú cca 60% príjmov nemocníc a časť príjmov ide z obecných rozpočtov. Nezanedbateľnou položkou je aj spoluúčasť pacientov. Platby pre ambulantných lekárov, SVALZ-ové pracoviská a lekárne zabezpečuje výhradne NHIF. Všeobecní lekári sú financovaní formou mesačnej kapitačnej platby (kapitačná platba je diferencovaná podľa veku a je približne na úrovni 0,4-0,6 eur za pacienta) a špecialisti formou platby za výkon. Platba za výkon je rozdielna podľa poskytnutej zdravotnej starostlivosti a pohybuje sa na úrovni približne 6 eur pri prvej návšteve pacienta a 3 eurá pri opakovaných návštevách pri tej istej diagnóze. Stomatologická starostlivosť je uhrádzaná prevažne v hotovosti samotným pacientom, a to platbou za výkon.

Jednou z priorít reforiem v roku 2000 bolo zvýšiť význam a postavenie všeobecných lekárov. Dôraz bol kladený na zmenu prípravy na zdravotníckych školách a piatich lekárskech fakultách s cieľom prekonať nedostatky z komunistického systému v primárnej starostlivosti a v dlhodobejšom horizonte klásť dôraz na vzdelávanie špecialistov (10). V súčasnosti funguje všeobecný lekár ako „gatekeepers“ na regulovanie poskytovania špecializovanej a lôžkovej zdravotnej starostlivosti. NHIF zaviedla aj mesačné kvóty na počet odborných vyšetrení odporúčaných všeobecnými lekármi (11).

Prehľad spôsobov financovania jednotlivých segmentov zdravotnej starostlivosti je uvedený v tabuľke č. 3.

**Tabuľka č. 3:** Financovanie jednotlivých segmentov zdravotnej starostlivosti v Bulharsku

Typ starostlivosti	Ministerstvo zdravotníctva	NHIF	Súkromné poisťovne	Spoluúčasť pacienta
Štátne a obecné	Dotácia a platba za	Paušálna platba za	Platba za výkon	2% z minimálnej

nemocnice	ošetrovací deň v psychiatrických nemocniciach	prípád podľa diagnózy		<b>mzdy alebo priama platba</b>
Súkromné nemocnice	0	Platba za prípad	Platba za výkon	<b>2% z minimálnej mzdy alebo priama platba</b>
Špecializované ambulancie	0	Platba za výkon	Platba za výkon	<b>1% z minimálnej mzdy alebo priama platba</b>
Všeobecní lekári	0	Kapitačná platba	Platba za výkon	<b>1% z minimálnej mzdy</b>
<b>SVaLZ</b>	<b>0</b>	<b>Platba za výkon</b>	<b>Platba za výkon</b>	<b>Cca 1eur za návštevu alebo priama platba</b>

Zdroj: <http://www.euro.who.int/> (upravené autorom)

## Záver

Peňazí v zdravotníctve stále nie je dost'. Zdravotnícka exekutíva na celom svete prichádza s novými a novými nápadmi, ako zabezpečiť svojmu rezortu dostatok finančných prostriedkov, ale žiaden z nich akoby nefungoval. Náklady na lieky stúpajú do astronomických výšok, čoraz sofistikovanejšie prístroje, si okrem vysokých obstarávacích nákladov, vyžadujú čoraz kvalifikovanejší a nákladnejší servis. Budovy zdravotníckych inštitúcií podliehajú stále prísnejším štandardom a po čase sa ich údržba stáva nerentabilnou. Zdá sa, že jediným článkom tejto „mašinérie“, na ktorom sa dá takpovediac bezbolestne ušetriť, je cena práce a niet pochýb, že práve na tú sa sťažujú zdravotníci na celom svete. V takejto situácii je plne namieste vyhlásenie, že „zdravotníctvo treba vyliečiť“.

Z dôvodu neustáleho rastu nárokov obyvateľov i z dôvodu nepriaznivej demografickej situácie sú takmer všetky európske krajiny nútené pristupovať k reformám svojich zdravotníckych systémov a presúvať určitú časť bremena financovania z verejných zdrojov do súkromných, aby zamedzili rastúcim deficitom vo verejných financiách.

Zložité a rôznorodé financovanie zdravotnej starostlivosti, ako môžeme vidieť aj vo vyššie spomínaných krajinách, má v súčasnosti aj pozitívne efekty pre občanov. Pri zabezpečení voľného pohybu osôb je im umožnené čerpať zdravotnú starostlivosť v každej krajine EÚ obdobne, ako domácomu občanovi.

Zdravotníctvo je otvorený systém, ktorý nesmierne citlivo reaguje na zmeny v prostredí, v ktorom sa nachádza, teda na zmeny politické, ekonomické, sociálne a technologické. Na objektívne posúdenie treba zohľadniť faktory, ako je výkonnosť ekonomiky, rozsah a kvalita zdravotníckych služieb, stupeň efektívneho využívania zdrojov a pod. Preto neexistuje žiadny vzorový systém, ktorý by štátom garantoval ideálne fungovanie zdravotného sektora.

## Použitá literatúra

1. ŠTRANGFELDOVÁ Jana: Komparácia ekonomickej efektívnosti v štátnych a súkromných zdravotníckych zariadeniach, Dizertačná práca, 2008.
2. Osobná informácia od: KOGAN Grigorij, PhD, DSc. Unit F-2 „Medical and Public Health Research“. Directorate General RTD, European Commission.

3. <http://www.euroinfo.gov.sk/>
4. [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0010/96409/E88669.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/96409/E88669.pdf)
5. [http://www.ec.europa.eu/employment\\_social/missoc/db/public/compareTables](http://www.ec.europa.eu/employment_social/missoc/db/public/compareTables)
6. <http://www.businessinfo.cz/cz/clanek/podnikatelske-prostredi/systemy-zdravotniho-pojisteni-ve/1000520/13637/#svedsko>
7. [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0008/80585/e81760.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/80585/e81760.pdf)
8. ZÁKON 580/2004 Z.z. z 21. októbra 2004 o zdravotnom poistení a o zmene a doplnení zákona č. 95/2002 Z. z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov.
9. WHO: World health report 2006: working together for health. WHO, Geneva, 2006. 237 s.
10. [http://en.wikipedia.org/wiki/Health\\_in\\_Bulgaria](http://en.wikipedia.org/wiki/Health_in_Bulgaria)
11. <http://www.euro.who.int/>

**Adresa autora:**

RNDr. Mário Ležovič, PhD., MPH

Fakulta verejného zdravotníctva

Slovenská zdravotnícka univerzita

Limbová 12

833 03 Bratislava 37

Vedúci : doc. MUDr. Roman Kováč, CSc, mim. prof.

## I. Fórum verejného zdravotníctva

Andrej Kováč

Vo štvrtok 23. septembra 2010 sa na pôde Ministerstva zdravotníctva SR konalo 1. fórum verejného zdravotníctva „Zdravie budúcich generácií“. Podujatie zorganizovala Fakulta verejného zdravotníctva Slovenskej zdravotníckej univerzity v Bratislave a konalo sa pod záštitou rektora Slovenskej zdravotníckej univerzity v Bratislave prof. MUDr. Jána Štencla, CSc. Podujatie bolo venované doc. MUDr. Romanovi Kováčovi, CSc., mim. profesorovi, dekanovi Fakulty verejného zdravotníctva a prorektorovi pre rozvoj Slovenskej zdravotníckej univerzity v Bratislave, ktorý sa v septembri dožil životného jubilea, 70. rokov.

I. Fórum verejného zdravotníctva poctil svojou návštevou aj Minister zdravotníctva SR MUDr. Ivan Uhliarik. „Je mi veľkou čťou gratulovať k významnému životnému jubileu vzácnemu človeku, ktorý toľko znamená pre slovenské zdravotníctvo,“ povedal minister. Poďakoval sa profesorovi R. Kováčovi za jeho profesionálne výsledky a obohatenie slovenskej medicíny, ale aj prácu pre SZU v Bratislave. Po laudáciách jubilantovi pokračovalo Fórum verejného zdravotníctva prednáškami, ktoré uviedla prof. PhDr. Dana Farkašová, CSc., prvá prorektorka Slovenskej zdravotníckej univerzity v Bratislave.

Ako prvý prednášajúci vystúpil rektor Slovenskej zdravotníckej univerzity v Bratislave prof. MUDr. Ján Štencl, CSc. s príspevkom na tému „*Feto-maternálna medicína a zdravie budúcich generácií*“. Vo svojom príspevku zdôraznil potrebu vytvorenia Národného centra fetálnej medicíny, o ktorého vznik sa usiluje. Analyzoval fetálne právo – právo plodu, tému, ktorá bude čoraz aktuálnejšou.

Po rektorovi vystúpil prof. MUDr. Svetozár Dluholucký, CSc., dekan Fakulty zdravotníctva SZU so sídlom v Banskej Bystrici s príspevkom na tému „*Súčasný stav zdravia detí a jeho dopad v dospelosti*“. Hovoril o demografickom vývoji na Slovensku, ktorý výrazne klesá, o faktoroch ovplyvňujúcich verejné zdravie a najaktuálnejšom probléme, ktorý ovplyvňuje verejné zdravie – zmena životných priorít ľudí.

Doc. MUDr. Štefánia Moricová, PhD. MPH, mim. prof., prodekanka Fakulty verejného zdravotníctva SZU pre vzdelávaciu činnosť vystúpila s príspevkom na tému „*Verejné zdravotníctvo a zdravotný potenciál budúcich generácií*“. Venovala sa úlohe a filozofii verejného zdravotníctva, rozobrala oblasti a funkcie verejného zdravotníctva a potrebu spolupráce s ostatnými odvetvami.

S príspevkom na tému „*Pohľad na verejné zdravotníctvo 21. storočia*“ vystúpil prof. Ing. Ivan Čižnár, DrSc., prodekan Fakulty verejného zdravotníctva SZU pre vedu, výskum a doktorandské štúdium. Predstavil začiatky moderného verejného zdravotníctva a zhodnotil jeho prínos až po súčasnosť, rozobral sociálne determinanty zdravia. Venoval sa novému fenoménu, ktorý stojí pred verejným zdravotníctvom – globalizácii a tomu, čo so sebou prináša.

Dekan Lekárskej fakulty SZU v Bratislave prof. MUDr. Tibor Šagát, CSc. predniesol ďalší príspevok s názvom „*Cesty ku zdraviu*“. Hovoril o degradácii zdravia jednotlivcom i spoločnosťou v súčasnosti, ako toho najcennejšieho, čo máme, podčiarkol význam školy a výchovy ku zdraviu. Venoval sa aj téme vzťahu štátu i zdravotných poisťovní k zdravotníckym zariadeniam, ktoré fungujú pod veľkým tlakom poisťovní i samotného štátu.

Záver I. Fóra verejného zdravotníctva patril doc. MUDr. Romanovi Kováčovi, CSc., mim. profesorovi. „Máme 260 špecializácií v oblasti zdravotníctva a postupom času sa nám v nich stratil pacient. Aj preto vzniklo toto fórum, z ktorého chceme urobiť tradíciu, aby sa na ňom mohli stretnúť odborníci a posúvať stále vpred diskusiu o problémoch, ktoré vo verejnom zdravotníctve riešime. Fórum verejného zdravotníctva má zmysel a verím, že bude prínosom pre rozvoj tohto sektora na Slovensku,“ uzavrel podujatie.



**Adresa autora:**

PhDr., RNDr. Andrej Kováč, PhD., MPH  
Katedra manažmentu a ekonomiky zdravotníctva  
Fakulta verejného zdravotníctva  
Slovenská zdravotnícka univerzita v Bratislave  
Limbová 12  
833 03 Bratislava  
e-mail: andrej.kovac(at)szu.sk  
Vedúci katedry: PhDr., RNDr. Andrej Kováč, PhD., MPH

## **Doc. MUDr. Roman Kováč, CSc., mimoriadny profesor, sa dožíva sedemdesiatich rokov**

Štefánia Moricová.

Doc. MUDr. Roman Kováč CSc., mimoriadny profesor sa narodil 10. 09. 1940 v Bratislave. Po skončení lekárskej fakulty v roku 1963 začal pracovať ako lekár v Dunajskej Strede a v roku 1977 ako odborný asistent v Inštitúte pre ďalšie vzdelávanie lekárov a farmaceutov v Bratislave. Vo Výskumnom ústave lekárskej bioniky v Bratislave pôsobil až do roku 1990. V tomto roku bol zvolený za predsedu Konfederácie odborových zväzov SR a za prezidenta ČS KOZ, ale už v júni roku 1992 vstupuje do vysokej politiky, ako podpredsa vlády poverený riadením ministerstva kontroly. Túto funkciu vykonával do decembra 1994. V rokoch 1994 až 1998 bol poslancom NR SR, v roku 2000 až 2002 zastával funkciu Ministra zdravotníctva SR. Od roku 2003 je prodekanom na Fakulte verejného zdravotníctva Slovenskej zdravotníckej univerzity a od roku 2006 dekanom Fakulty verejného zdravotníctva Slovenskej zdravotníckej univerzity v Bratislave a súčasne prorektorom pre rozvoj univerzity. Je ženatý, má dvojičky.

Toľko by možno bolo celkom dostačujúce, ale menej zasvätenému by sa mohlo aj zdať, že jeho životná cesta bola priamočiara, priam vydláždená priazňou osudu či životného šťastia. Jeho dnešné úspechy sa naozaj nerodili ľahko, ako by sa na prvý pohľad mohlo javiť.

Vyrastal v rodine vojaka, ktorý dosiahol najvyššiu hodnosť – generála. Do nej bol vymenovaný už v roku 1947. Je známe, že vojak podlieha rozkazom. Preto najskôr, za Slovenského štátu, slúžil v Bratislave, a keď vypuklo Slovenské národné povstanie, stal sa členom jeho úzkeho vedenia. Po vojne začal pracovať v Prahe na ministerstve obrany. Po krátkom čase ho však uväznili, a nikto ani len z rodiny nevedel, dôvod. Ba ani len to, kde je väznený? Po dvoch rokoch jeho otca pustili, čiastočne ho rehabilitovali. Stále im však nepovolili vrátiť sa na Slovensko. Existoval totiž zákon „pohybu osôb“. Až neskôr sa nakoniec otec mohol aj s rodinou presťahovať do Bratislavy.

Tu mladý Roman Kováč aj skladá skúšku z dospelosti. Prvých deväť rokov musel chodiť do českej školy, a až posledné dva ročníky absolvoval na Slovensku. Veľmi ho to ťahalo k medicíne. Prihlásil sa na lekársku fakultu v Bratislave. Vzhľadom k jeho nevyhovujúcemu kádrovému profilu ho však neprijali. Využil však možnosť štúdia slovenských študentov v Čechách, a tak začal medicínu študovať na univerzite v Plzni.

Dodnes je nesmierne vďačný tomuto osudu. Pôsobili tam totiž mimoriadne múdri a najmä čestní a statoční ľudia.

Po skončení školy, keďže v tom období absolventi získavali zamestnanie na základe tzv. umiestneniek, takú dostal aj on, do Dunajskej Strede. Bolo to pomerne dobré miesto, vzhľadom na relatívnu blízkosť od Bratislavy. Tu, na chirurgickom oddelení sa vlastne začala jeho medicínska kariéra. Po troch mesiacoch na chirurgii prešiel pracovať na gynekologicko – pôrodnické oddelenie. Tento odbor si vybral cielene, ako rád pripomína, lekár totiž musí človeka chápať v jeho celoživotnej púti. Od jeho narodenia až po smrť. Nikdy však nemal rád smrť. Vždy ho deprimovalo a sklúčovalo, keď pacient zomrel. Bol, a stále je hlboko presvedčený, že práve pôrodníctvo, ale i gynekológia, sú odbory, kde sa relatívne umiera najmenej. A kde práve naopak, človek pomáha pri zrode nového života. Ba ani utrpenia a bolesti nie je až tak veľa. „Veď pôrodnica dáva radosť a šťastie nielen matkám, ale aj celému personálu“, rád vravieval. Považuje to preto za najkrajší odbor. Lebo je vraj úžasné sledovať, ako sa pred vašimi očami tehotná žena mení. Jej tvár, postava, výzor i postoje. Ako napokon vyvrcholením materstva je zdravé dieťa a nádherne vďačný a šťastný pohľad matky. To je to, čo docenta MUDr. Romana Kováča, CSc., mim. profesora pri tomto odbore tak silno drží. Aj napriek rôznym extrémne časovo i psychicky náročným funkciám, nikdy neprestal aktívne

vykonávať lekárske povolanie. Vždy, popri tom, bol aj „obyčajným“ ambulantným gynekológom v nemocnici. A gynekológia? To je jeho akýsi nádherný a šťastím presvetlený životný osud. Za manželku si zobral tiež gynekologičku. Jeho svokor, profesor Dlhoš, bol známy slovenský gynekológ. A v rodine sa začína vytvárať aj akási gynekologická dynastia. Má totiž svojho pokračovateľa, ktorou je ich dcéra, ktorá sa tiež vybrala touto cestou... A syn svoju odbornosť zdokonaľuje v oblasti verejného zdravotníctva.

Práca v politike i v samotnom odbore mu dala veľa priateľov, umožnila mu byť pri tom, keď sa hýbali dejiny. Ako napríklad pri vzniku Slovenskej republiky, schvaľovaní ústavy, pri vstupe do EÚ. Nakoniec sa dobrovoľne rozhodol z nej odísť, aby sa vrátil k tomu, čo mal v živote naozaj veľmi rád. A to k učeniu. Kedysi učil na Inštitúte pre ďalšie vzdelávanie lekárov. Najprv začal pôsobiť na Trnavskej univerzite. Keď vznikla Slovenská zdravotnícka univerzita, prešiel na fakultu verejného zdravotníctva, kde sa stal prodekanom, neskôr dekanom a napokon aj prorektorom. Učí predmety, s ktorými sa bezprostredne stretával, v nich pracoval. Medzi ne patrí oblasť manažmentu v zdravotníctve, zdravotnej politiky, organizácie a riadenia zdravotníctva. Študenti nikdy v jeho prednáškach netrpeli nedostatkom praktických poznatkov, príkladov, aplikácií, konkrétnych projektov, ich výsledkov, dopadov. Teóriu demonštruje na reálnych príkladoch, aj preto sú jeho prednášky pre študentov veľmi atraktívne. Drží sa zásady, že teória spojená s praxou je najlepším predpokladom na to, aby ste študentov zaujali, čo sa mu darí až vrchovato.

Milý Roman, vážený jubilant,

nechce sa ani veriť, že tento rok je rokom, ktorý symbolicky akoby ukončil Tvoju ďalšiu životnú dekádu. Dekádu človeka, ktorý je vo svojej podstate stále mladý, s jasnými predstavami, ďalšími plánmi, akoby roky ani neexistovali.

Všetci Ti ďakujeme za kreatívne, príjemné, ale napriek tomu vždy pracovne náročné prostredie, ktoré si dokázal vytvoriť. Za Tvoje rozumné rozhodnutia, za podanú pomocnú ruku, ktorá nikdy nechýbala, keď ju hocikto z nás veľmi potreboval. Za Tvoju racionalitu, ktorej však nikdy nechýbal ľudský, sociálny postoj, či cit. Želám Ti v mene celého kolektívu fakulty, a dovoľm si povedať, že aj v mene všetkých, ktorí ťa poznajú, aby si mal aj v ďalšej dekáde svojho života nielen veľa dobrých priateľov, ale aj veľa plánov, ktoré v zdraví, v šťastí, spokojnosti, obklopený teplom rodinného zázemia, budeš môcť aj naďalej naplno rozvíjať a realizovať.

**Adresa autora:**

doc. MUDr. Štefánia Moricová, PhD., MPH, mim. prof.

Katedra ochrany zdravia

Fakulta verejného zdravotníctva

Slovenská zdravotnícka univerzita v Bratislave

Limbová 12

833 03 Bratislava 37

e-mail: stefania.moricova@szu.sk