

Duševné poruchy a invalidizácia na Slovensku

MUDr. Dagmar Breznoščáková¹, MUDr. Erna Vavrová², MUDr. Katarína Vašková², MUDr. Mariana Kimák-Fejková², MUDr. Viliam Sinay²

¹1. psychiatrická klinika LF UPJŠ a UNLP Košice

²Sociálna poisťovňa, a. s., pobočka Prešov

Počet ľudí, ktorí poberajú invalidný dôchodok, stále rastie. V článku sa zaoberáme touto situáciou vo svete a súčasne rozoberáme situáciu týkajúcu sa invalidných dôchodkov z dôvodu duševných porúch na Slovensku. Podrobnejšie sa venujeme prehľadu nárastu čiastočných (41 – 70 % miera poklesu zárobkovej činnosti) aj plných (nad 71 %) invalidných dôchodkov počas posledných rokov v súvislosti s legislatívnymi zmenami a zároveň sa zamýšľame nad možnými premennými, ktoré to ovplyvňujú a možnostiach zlepšenia situácie aj prostredníctvom jasnejšej a otvorenejšej komunikácie všetkých zúčastnených.

Kľúčové slová: invalidita, plný a čiastočný invalidný dôchodok, sociálne poistenie, duševné poruchy.

The mental disorders and disability in Slovakia

The number of people receiving disability pension, is growing. The article dealt with the situation in the world, while we discuss the situation regarding disability pensions due to mental disorders in Slovakia. We are discussed in more detail in part the increase in survey partial (41-70% rate of decrease of employment) and full (over 71%) disability pension during the last few years in relation to legislative amendment and we think the possible variables, which have not influence and how to improve the situation, as by clearer and more open communication for all involved.

Key words: disability, full and partial disability pension, social insurance, mental disorders.

Psychiatr. prax; 2012; 13(3): 120–124

Úvod

Pod invalidizáciou rozumieme „upadnutie do invalidity“ a invalidita znamená dlhodobu nepriaznivý zdravotný stav, keď človeku poklesne schopnosť vykonávať zárobkovú činnosť o viac ako 40 percent. Počet ľudí, ktorí poberajú invalidný dôchodok, stále rastie. V súčasnosti je ich na Slovensku vyše 200-tisíc. Vlni o invalidný dôchodok požiadalo viac ako 23-tisíc ľudí. Z nich 3 876 (asi 16 percent) so žiadosťou nepochodilo. Posudzovanie nároku na dôchodok je vždy náročné.

Čo sa môže podieľať na vzniku invalidity

Robert Whitaker, bývalý reportér Boston Globe, bol zvedavý, prečo došlo k masívnemu nárastu duševných porúch spôsobujúcich invaliditu v USA. Jeho kniha *Anatómia jednej epidémie: magické guličky, psychiatrické lieky a ohromujúci nárast duševných porúch v USA* (Crown Publishers, 2010) začína týmito slovami: „V roku 1987 bola miera invalidizujúcich duševných porúch v USA 1 : 184, avšak v roku 2007 sa tento pomer viac ako zdvojnásobil a dosiahol pomer 1 : 76, či jeden invalidný duševne chorý na 76 obyvateľov.“

Počas uplynulých dvadsiatich rokov bol zaznamenaný významný nárast invalidných dôchodkov, najmä v dôsledku psychických porúch. Vedeckých poznatkov v rámci týchto sú-

vislostí je stále málo, ale zamestnávateľa a lekári často predpovedajú ešte viac narastajúci trend (Vaez et al., 2007).

Počas obdobia 1987 – 1994 došlo k trojnásobnému zvýšeniu invalidných dôchodkov priznaných jednotlivcom s afektívnymi poruchami vo Fínsku. Možnými dôvodmi pre tento vývoj sú možno hlboká ekonomická recesia, zmeny v diagnostickom systéme a lepšia diagnostika afektívnych porúch. V tejto súvislosti sa natiska otázka, prečo sa za rovnaké obdobie funkčná výkonnosť pacientov s depresiou výrazne zhoršila, čo spôsobuje zvyšovanie počtu invalidných dôchodkov, a to navzdory skutočnosti, že máme k dispozícii mnoho nových liekov a tiež iné typy liečby (Salminen et al., 1997).

Kivimäki et al. (2007) zo Švédska si dali za cieľ zistiť, či pracovná neschopnosť je významným rizikovým ukazovateľom pre následný vznik invalidného dôchodku. Šlo o prospektívne sledovanie u viac ako 176 tisíc osôb vo veku 16 až 49 rokov počas desiatich rokov nepoberajúcich invalidný dôchodok, z toho 51 % mužov. Hlavnými výsledkami bolo, že požiadanie o invalidný dôchodok u respondentov sa udialo približne päť rokov po aspoň 7-dňovej pracovnej neschopnosti. Po očistení demografických charakteristík, riziko invalidného dôchodku z dôvodu duševnej poruchy bolo 14,1-krát vyššie (95 % CI), 12,1 – 16,4) pre tých s pracovnou neschopnosťou z dôvodu duševnej poruchy než pre

tých, ktorí neboli práce neschopní. Výskumníci konštatovali, že pracovná neschopnosť môže byť významným rizikovým markerom pre identifikáciu skupín adeptov na invalidný dôchodok, a to najmä u pacientov s psychickou poruchou.

V ďalšej švédskej štúdii skúmali sociodemografické parametre (pohlavie, vek, socioekonomický status a predchádzajúca neprítomnosť v práci z dôvodu choroby) majúce potenciálny vplyv na získanie invalidného dôchodku u viac ako 4 800 zamestnancov vo veku 20 – 61 rokov, ktorí boli práceneschopní viac ako 90 dní z dôvodu duševnej poruchy. Zamestnanci s dlhodobou práceneschopnosťou z dôvodu psychickej poruchy nemali vysokú úroveň práceneschopnosti (≥ 220 dní) po období 3 rokov pred zaradením do štúdie. Tri roky po zaradení, iba 35 % respondentov malo nízku práceneschopnosť (≤ 17 dní), zatiaľ čo 26 % bol priznaný invalidný dôchodok. U zamestnancov vo veku 55 – 61 rokov sa ukázalo najnižšie riziko pracovnej neschopnosti, ale najväčšie riziko invalidného dôchodku (Vaez et al., 2007).

Leinonen et al. (2012) skúmali vplyv vzdelávania, sociálneho statusu a výhod z invalidného dôchodku u viac ako 260 000 Fínov vo veku 30 – 63 rokov počas desiatich rokov. Socioekonomické ukazovatele mali lineárny negatívny vzťah s invalidným dôchodkom, pričom viac v mladších vekových skupinách. Hodnoty pre nezávislé premenné – vzdelávanie, sociálny status a výhody

z invalidného dôchodku merané podľa RII boli 1,74 (95 %, CI 1,60 – 1,90); 1,95 (1,78 – 2,15) a 1,35 (1,25 – 1,47) pre mužov a 1,76 (1,61 – 1,92); 2,14 (1,95 – 2,34) a 1,14 (5/01 – 24/01) pre ženy. Tieto výsledky naznačujú, že životný štýl a kognitívne faktory súvisiace so vzdelávaním, tiež faktory súvisiace so sociálnym statusom, napr. pracovné podmienky, sa môžu významným spôsobom podieľať na oddialení invalidného dôchodku.

Slovenská legislatíva v súvislosti s invaliditou

Od 01. 01. 2004 platí zákon o sociálnom poistení 461/2003 Z. z. v znení neskorších predpisov a nahradil predchádzajúci zákon 100/1988 Z. z. v znení neskorších predpisov. Od predchádzajúceho zákona sa podstatne líši tým, že presne stanovil v príslušných kapitolách a položkách pre jednotlivé ochorenia percentuálnu mieru poklesu schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť pacienta. Toto je obsahom prílohy zákona (cca 40 noviel). Príloha zákona je rozdelená do XV kapitol podľa druhu zdravotného postihnutia orgánov a systémov. Jednotlivé kapitoly sú rozdelené do oddielov a položiek podľa druhu zdravotného postihnutia, pričom Kapitola V tvoria Duševné poruchy a poruchy správania. Pri jednotlivých položkách je uvedená konkrétna miera poklesu schopnosti zárobkovej činnosti v %.

Všeobecné posudkové hľadisko

Pri stanovení poklesu schopnosti zárobkovej činnosti je potrebné prihliadnuť na vývoj osobnosti v afektívnej, emocionálnej oblasti, na schopnosti adaptácie, na vplyvy prostredia, možnosti pracovného a sociálneho zaradenia. Posudkový lekár vychádza zo všetkých nálezov – lekárov-klinikov, pričom zväčša každý lekár-klinik sa pri zisťovaní správnej diagnózy opiera o anamnézu. Stále platí, že dobre a precízne odobraná anamnéza je prvou cestou k správnej diagnóze. Nasleduje vlastné vyšetrenie pacienta a pomocné vyšetrenia, ktoré objektivizujú stav – RTG, CT, NMR, laboratórne vyšetrenia.

1. dilema posudkového lekára

Dĺžka PN sa musí opierať o objektívne vyšetrenia, ktoré svedčia o danej diagnóze a stupni funkčného poškodenia. Je ťažké správne posúdiť pacienta v rámci zákona, ak nie je dostatočne jasne stanovená diagnóza, pretože nie je možné potom správne zaradiť ochorenie v rámci zákona. Preto by sme mali pracovať s vydišerovanou diagnózou a ustáleným zdravotným stavom. Nemali by sme posudzovať pacienta, ak nie je stav ešte ustálený – včasné obdobie po hospitalizácii, akútne štádium

ochorenia – mali by sme posudzovať dlhodobo nepriaznivý zdravotný stav. V súčasnosti je problémom to, že pacient je mnohokrát podrobne, dôsledne a erudovane vyšetrený a liečený viacerými odborníkmi, ktorí navzájom o sebe nevedia. Absolvoval množstvo vyšetrení, ktoré sú mnohokrát finančne náročné, ale tým, že odborníci navzájom nie sú informovaní, dochádza k ich duplicitate. Ani jeho všeobecný lekár mnohokrát nemá informáciu, aké vyšetrenia už absolvoval.

Dlhodobo nepriaznivý zdravotný stav

V rámci zákona 461/2003 je dlhodobo nepriaznivý zdravotný stav definovaný ako taký zdravotný stav, ktorý spôsobuje pokles schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť a ktorý má podľa poznatkov lekárskej vedy trvať dlhšie ako jeden rok.

2. dilema posudkového lekára

Posudkový lekár je v praxi často pod tlakom argumentov, že pacient po vyčerpaní nemocenských dávok „nemá z čoho žiť“, pretože pacient prišiel o prácu a „sociálna poisťovňa sa o neho musí postarať“. Situácia je problematická, ak postihnutie posudzovaného nie je také, aby ho bolo možné uznať invalidným s mierou poklesu schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť 41 % a viac.

Posúdenie v rámci ID

Každé ochorenie je potrebné v rámci zákona a jeho prílohy zaradiť do príslušnej kapitoly a položky. V príslušnej kapitole a položke je vyjadrená percentuálna miera poklesu pracovnej schopnosti. V rámci posudzovania zo všetkých ochorení sa určí hlavné ochorenie, ktoré najvýraznejšie ovplyvňuje pracovnú schopnosť pacienta. Pokles schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť sa posudzuje na základe lekárskeho správ s určením diagnostického záveru a komplexných funkčných vyšetrení a ich záverov. Miera poklesu schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť v percentách sa určuje podľa druhu zdravotného postihnutia, ktoré je rozhodujúcou príčinou dlhodobo nepriaznivého zdravotného stavu. Jednotlivé percentuálne miery poklesu schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť sa nesčítavajú. Mieru poklesu schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť možno zvýšiť nad hornú hranicu miery poklesu podľa druhu zdravotného postihnutia, ktoré je rozhodujúcou príčinou dlhodobo nepriaznivého zdravotného stavu, najviac o 10 %, ak závažnosť ostatných zdravotných postihnutí ovplyvňuje pokles schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť. Podobne to platí, ak pokles schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť je dôsledkom viacerých zdravotných po-

stihnutí podmieňujúcich dlhodobo nepriaznivý zdravotný stav. Ak miera poklesu schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť dosiahne 41 % a viac, je uznaný invalidným. V rozsahu 41 % – 70 % ide o stupeň invalidity zodpovedajúci čiastočnej invalidite podľa predchádzajúceho zákona 100/1988. Miera poklesu schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť 71 % a viac zodpovedá celému invalidnému dôchodku.

Posudzovanie dlhodobo nepriaznivého zdravotného stavu občanov na účely invalidity vykonávajú posudkoví lekári sociálneho poistenia príslušných pobočiek sociálnej poisťovne a posudkoví lekári sociálneho poistenia sociálnej poisťovne. Posudkoví lekári pobočiek celkom prerokovali v roku 2010 na účely invalidity v rámci zisťovacej lekárskej prehliadky a kontrolnej lekárskej prehliadky 78 770 prípadov (v porovnaní s rokom 2009 nárast o 5 368 prípadov). Z tohto počtu bolo zisťovacích lekárskeho prehliadok 32 789 (nárast o 9 260), t. j. 41,63 % a kontrolných lekárskeho prehliadok u poberateľov invalidného dôchodku bolo celkom 40 231 (pokles o 3 360 prípadov), čo predstavuje 51,07 % z celkového počtu prerokovaných prípadov. Z celkového počtu zisťovacích lekárskeho prehliadok 32 789 prípadov, bola: uznaná invalidita s mierou poklesu schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť viac ako 40 %, ale najviac 70 % v 18 403 prípadoch, uznaná invalidita s mierou poklesu schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť viac ako 70 % v 9 645 prípadoch, neuznaná invalidita v 4 741 prípadoch.

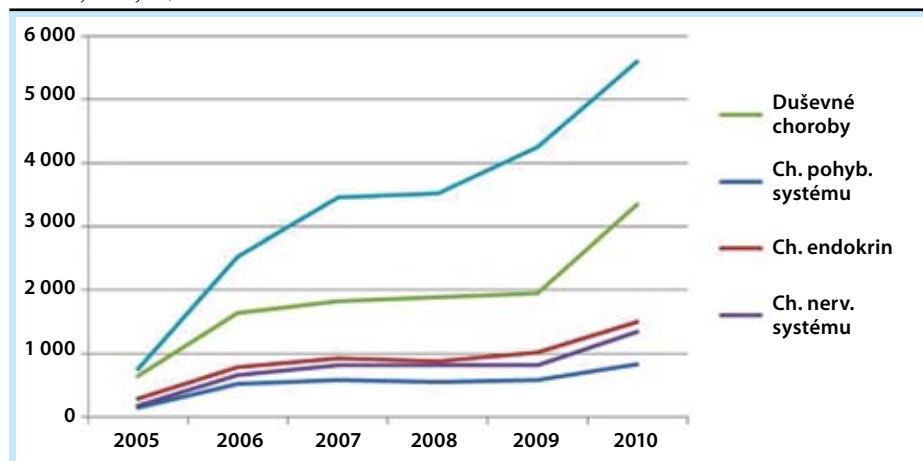
S účinnosťou od 1. januára 2010 sa zmenili podmienky nároku na invalidný dôchodok z hľadiska posudzovania počtu rokov dôchodkového poistenia, v zmysle ktorých sa počet rokov zisťuje z celého obdobia pred vznikom invalidity bez ohľadu na to, aký vek poistencov ku dňu invalidity dosiahol. V tejto súvislosti, v zmysle § 293ax zákona č. 461/2003 Z. z. o sociálnom poistení v znení zákona č. 449/2008 Z. z., poistencovi, ktorému nevznikol nárok na invalidný dôchodok alebo čiastočný invalidný dôchodok podľa predpisov účinných pred 1. januárom 2010 z dôvodu nezískania potrebného počtu rokov dôchodkového poistenia a ktorý nespĺnil podmienky nároku na starobný dôchodok alebo nebol mu priznaný predčasný starobný dôchodok, sociálna poisťovňa na jeho žiadosť znovu posúdi dlhodobo nepriaznivý zdravotný stav a rozhodne o nároku na invalidný dôchodok a o jeho sume, podľa nových kritérií. Podľa § 293ax, ods. 1 zákona č. 461/2003 Z. z. v znení zákona č. 449/2008 Z. z., bolo vykonaných spolu 3 879 zisťovacích lekárskeho prehliadok (z celkového počtu 32 789 zisťovacích lekárskeho prehliadok), z toho bola:

Tabuľka 1. Prehľad novouznávaných ID (čerpané zo zdrojov www.socpoist.sk – časť dôchodkovej poisťovne)

Rok	41 % – 70 %	71 % a viac	Spolu – 41 % a viac
2005	3 736	2 788	6 524
2006	10 017	7 093	17 110
2007	11 707	7 225	18 932
2008	11 429	7 124	18 553
2009	12 717	7 028	19 745
2010	16 132	8 093	24 225
08/2011	11 265	4 905	16 170

Tabuľka 2. Počet ID v jednotlivých rokoch a skupina ochorení v rozmedzí 41 % – 70 % v absolútnom počte (spracované voľne – interný zdroj SP)

Skupina chorôb	Invalidita 41 % – 70 % v abs. počte					
	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Nádory	159	520	581	550	587	837
Zhubné nádory	144	477	536	483	538	753
Choroby žliaz s vnútorným vylučovaním	298	795	924	875	1 017	1 497
Diabetes mellitus	268	698	826	772	905	1 325
Duševné poruchy a poruchy správania	644	1 648	1 836	1 894	1 949	3 350
Poruchy psychiky a správania zapríčinené užitím alkoholu	55	163	247	263	226	432
Poruchy psychiky a správania zapríčinené užitím návykových látok	3	11	10	13	14	31
Mentálna retardácia	122	291	275	269	224	388
Choroby nervového systému	182	666	819	815	824	1 351
Ch. svalovej, kostrovej s. a spojivového tkaniva	752	2 534	3 462	3 513	4 245	5 595
Koxartrózy	119	333	477	384	483	630
Dorzalgie	99	432	563	623	935	1 453
Spolu	3 736	10 017	11 708	11 431	12 717	14 132

Graf 1. ID v rozmedzí 41 % – 70 % v absolútnom počte od roku 2005 – 2010 (spracované voľne – interný zdroj SP)

V stĺpci je uvedený počet invalidných dôchodkov

uznaná invalidita s mierou poklesu schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť viac ako 40 %, ale najviac 70 % – v 2 280 prípadoch, uznaná invalidita s mierou poklesu schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť viac ako 70 % – v 1 554 prípadoch, neuznaná invalidita – v 45 prípadoch (Kelemenová & Pavlásková, 2011).

Vlastné sledovanie

Cieľ a hypotéza: Porovnanie vývoja invalidity na Slovensku od roku 2005 do roku 2011, pričom predpokladáme nárast počtu priznaných invalidných dôchodkov či už do 70 % alebo nad 70 %.

Metodika: Zo zdrojov údajov pobočiek sociálnej poisťovne sme porovnali zmeny v počtoch

jednotlivých ochorení a tiež v jednotlivých rokoch, čo sa týka schválených žiadostí o invalidný dôchodok (ID), pričom sme špeciálne zisťovali postavenie duševných porúch medzi nimi. Zaujímala nás incidencia jednotlivých ochorení, počet uznaných invalidít do 70 % alebo nad 70 %. Použili sme jednoduchú kumuláciu dostupných údajov (tabuľky 1 a 2, graf 1).

V roku 2010 bolo vykonaných 40 231 kontrolných lekárskech prehliadok, z toho: naďalej uznaných čiastočne invalidných a invalidných s mierou poklesu schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť nad 40 % – 70 %: 20 777 naďalej uznaných invalidných a invalidných s mierou poklesu schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť viac ako 70 %: 14 977 naďalej uznaných invalidných so zmenou na nižší stupeň invalidity a zmenou na nižšiu mieru poklesu schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť v %: 727 naďalej uznaných invalidných so zmenou na vyšší stupeň invalidity a zmenou na vyššiu mieru poklesu schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť v %: 3 523 neuznaných invalidných, menej ako 41 % miery poklesu schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť v %: 227.

Počet novouznávaných invalidít na 100 000 obyvateľov, to znamená incidencia novouznávaných invalidít v Slovenskej republike bola v roku 2010 s hodnotou 508,76, v roku 2009 s hodnotou 356,65. Najnižšia incidencia bola v roku 2010 v Banskej Bystrici – 333,68, najvyššia v Humennom – 809,36. Na prvom mieste medzi ochoreniami zapríčínujúcimi invaliditu s mierou poklesu schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť nad 40 % spolu u mužov a žien boli choroby svalovej, kostrovej sústavy a spojivového tkaniva. Na druhom mieste duševné poruchy a poruchy správania, na treťom mieste choroby obehovej sústavy a na štvrtom mieste nádory (tabuľka 3, graf 2).

Diskusia

Naše výsledky poukazujúce na jednoznačný trend stúpajúcej tendencie počtu novouznávaných invalidít korešpondujú s literárnymi údajmi (Vaez et al., 2007; Kivimäki et al., 2007). V súvislosti s uvedeným počtom uznaných invalidít treba spomenúť skutočnosť, že v dôsledku nepriaznivej finančnej situácie v zdravotníctve, sú dlhé čakacie lehoty na niektoré špeciálne vyšetrenia, napríklad počítačovou tomografiou (CT), nukleárnou magnetickou rezonanciou (NMR), na invazívne metódy vyšetrenia cievného zásobenia srdca, na niektoré operačné výkony, napríklad na implantáciu umelých kĺbových náhrad. Toto môže mať za následok predĺženie

diagnostiky ochorenia a z toho vyplývajúcej liečby, čo sa odrazí v dĺžke trvania dočasnej pracovnej neschopnosti ale aj zvýšeným počtom žiadostí o invalidný dôchodok. Preto nemusi byť prekvapujúce, že na druhej strane podľa našej skúsenosti je možno určitým problémom aj nadhodnocovanie lekárskych nálezov odbornými lekármi, s cieľom ovplyvniť dĺžku dočasnej pracovnej neschopnosti pacientov, ale aj ovplyvniť mieru poklesu schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť pri posudzovaní zdravotného stavu občana na účely invalidity. V dnešnej dobe nárastu počtu nezamestnaných sa posudkoví lekári s takýmito nálezmi stretávajú určite často. Je to spôsob zabezpečenia si určitej finančnej istoty. Odstránenie uvedených faktorov, ktoré majú vplyv na vývoj chorobnosti a z toho vyplývajúcej invalidizácie občanov je t. č. podľa všetkého nerealizovateľné. Posudkoví lekári sociálneho poistenia môžu tento proces ovplyvniť len čiastočne, napríklad dobrou spolupracou so všeobecnými lekármi a odbornými lekármi, čo má vplyv na kvalitu a opodstatnenosť odborných lekárskych nálezov, ale aj vzájomné pochopenie, ak posudkový lekár žiada prednostné vyšetrenie občana, alebo hospitalizáciu občana z posudkových dôvodov. Nie všade sa takejto spolupráci v regiónoch Slovenska darí. Aj absencia zákona o dočasnej pracovnej neschopnosti má za následok, že posudkový lekár má obmedzenú právomoc vstupovať do dĺžky trvania dočasnej pracovnej neschopnosti občanov, a tým ovplyvniť aj počet neopodstatnených žiadostí o invalidný dôchodok. Často je zneužívaný aj systém dobrovoľného nemocenského poistenia.

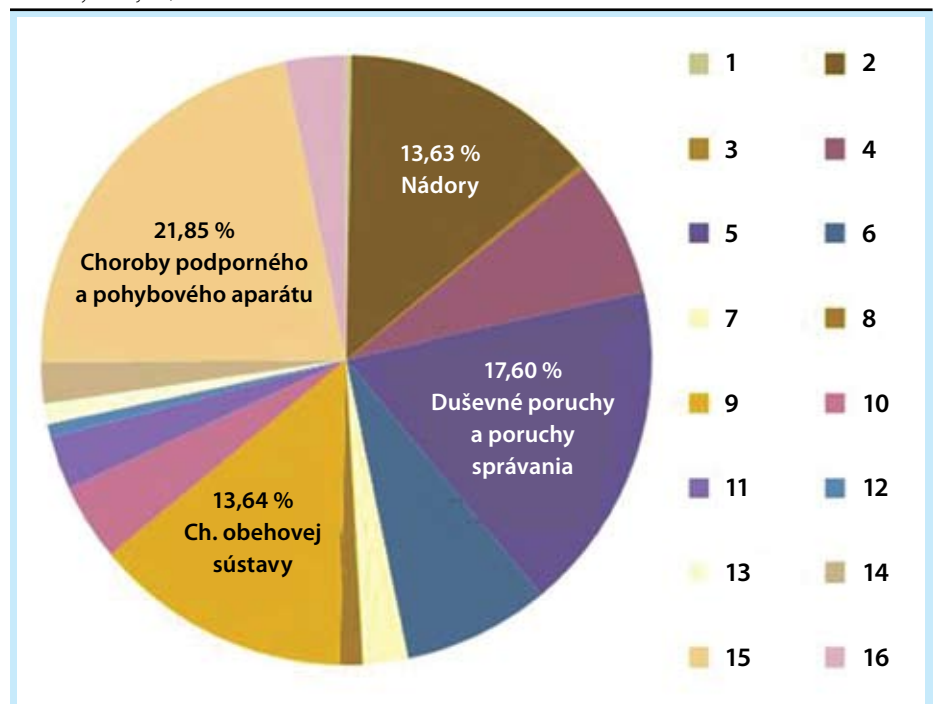
Záver

V tejto práci sme chceli poukázať na skutočnosť stúpajúcej tendencie počtu novouznaných invalidných dôchodkov, pričom z prílohy zákona vyplýva, že posudzovanie ochorení je prísnejšie ako v minulosti (Zákon 100/1988). Z novouznaných invalidných dôchodkov sa významnou mierou podieľa kapitola o duševných poruchách a poruchách správania. V invalidných dôchodkoch v rozsahu 41 % – 70 % sú na druhom mieste za chorobami podporného a pohybového aparátu, v invalidných dôchodkoch v rozsahu 71 % a viac sú na treťom mieste za nádormi a chorobami obehovej sústavy. Vzhľadom na legislatívne zmeny, hlavne v súvislosti so Zákonom 461/2003, sme chceli poukázať na určité nové súvislosti smerujúce k čo najväčšej objektivizácii duševnej poruchy a pokiaľ možno aj určenie čo najpresnejšej diagnózy v rámci podporného obdobia 52 týždňov PN. Stanovenie správnej diagnózy

Tabuľka 3. Novouznané ID 2010, prehľad (spracované voľne – interný zdroj SP)

Číslo	Skupina chorôb	Invalidita 41 % – 70 %		Invalidita ≥ 71 %		Invalidita ≥ 41 %	
		ABS.	%	ABS.	%	ABS.	%
1	Infekčné choroby	56	0,30	27	0,28	83	0,30
2	Nádory	837	4,55	2 987	30,96	3 824	13,63
3	Ch. krvi a krvotvorných orgánov	52	0,28	14	0,15	66	0,24
4	Choroby endokrinných žliaz	1 497	8,13	533	5,53	2 030	7,23
5	Duševné poruchy	3 350	18,19	1 588	16,46	4 938	17,60
6	Ch. nervového systému	1 351	7,34	822	8,52	2 173	7,74
7	Ch. oka a adnexov	551	2,99	121	1,25	672	2,39
8	Choroby ucha	321	1,74	18	0,19	339	1,21
9	Ch. obehovej sústavy	1 991	10,81	1 837	19,04	3 828	13,64
10	Ch. dýchacej sústavy	860	4,67	296	3,07	1 156	4,12
11	Choroby tráviacej sústavy	478	2,60	302	3,13	780	2,78
12	Choroby kože	186	1,01	23	0,24	209	0,74
13	Ch. močovej a pohlavnej sústavy	133	0,72	168	1,74	301	1,07
14	Poranenia, otravy a choroby z povolania	459	2,49	163	1,69	622	2,22
15	Ch. svalovej, kostrovej súst. a spoj. tkaniva	5 595	30,39	536	5,56	6 131	21,85
16	Ostatné (vš. štat. značky dg. nezar. inde)	696	3,78	212	2,20	908	3,24
SPOLU		18 413	100	9 647	100	2 8060	100

Graf 2. Invalidita 41 % a viac – spolu v % (čiastočný aj úplný ID)v r. 2010 (spracované voľne – interný zdroj SP)



umožňuje správne zaradenie do jednotlivých kapitol a položiek zákona, a tým určenie zodpovedajúcej miery poklesu schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť pacienta. Riešenie spoločenských dôsledkov ochorení sa dotýka nielen sociálnej poisťovne, ale má celospoločenský dosah, keďže uvedené problémy nie sú a ani nemôžu

byť vecou len posudkových lekárov sociálneho poistenia. Sú vecou celej spoločnosti, ako dokáže sociálny a ekonomický dosah tejto problematiky riešiť v komplexnosti, a možno aj otvorejšia a jasnejšia komunikácia medzi posudkovými lekármi a lekármi-špecialistami by mohla pomôcť spoločnosti lepšie sa zorientovať v tejto dileme.

Literatúra

- Whitaker R. Anatomy of an Epidemic: Magic Bullets, Psychiatric Drugs and the Astonishing Rise of a Mental Illness in America. Broadway Paperbacks by Crown Publishers, New York 2010.
- Salminen JK, et al. Depression and disability pension in Finland. Acta Psychiatrica Scandinavica, March 1997; 95(3): 242–243.
- Kivimäki M, et al. Diagnosis-specific sick leave as a risk marker for disability pension in a Swedish population. J Epidemiol Community Health 2007; 61:915920 doi: 10.1136/jech.2006.055426.
- Vaez M, et al. Sickness absence and disability pension in a cohort of employees initially on long-term sick leave due to psychiatric disorders in Sweden. Social Psychiatry and Psychiatric epidemiology 2007; 42(5): 381–388, DOI: 10.1007/s00127-007-0189-9
- Leinonen T, et al. Interrelationships between education, occupational social class, and income as determinants

of disability retirement. Scand J Public Health March 2012; 40: 2157–166.

- Kelemenová & Pavlásková. Mesačník Sociálnej poisťovne. Vývoj invalidizácie za rok 2010 (2011), www.socpoist.sk/ext_dok-201103.../43716c
- Zákon 461/2003 z 30. októbra 2003 o sociálnom poistení (aktual. 17. 8. 2012). Dostupné na internete: <http://www.zakonypreludi.sk/zz/2003-461>
- Zákon 100/1988 zo 16. júna 1988 o sociálnom zabezpečení (aktual. 21. 8. 2012). Dostupné na internete: <http://www.zakonypreludi.sk/zz/1988-100>
- Sociálna poisťovňa – dôchodkové poistenie (§ 70 až 73, § 80, § 110, § 111 a § 263, § 293 I ods. 4, § 293m zákona č. 461/2003 Z. z. o sociálnom poistení v znení neskorších predpisov), 2012. Dostupné na internete: www.socpoist.sk/dochodkove-poistenie-qcg/48006s
- Sociálna poisťovňa – nemocenské poistenie § 30 až 38, 54 až 57, 110 ods. 1, 111 až 114 ods. 1, 235 až 237 záko-

na č. 461/2003 Z. z. v znení neskorších predpisov, 2012. Dostupné na internete: www.socpoist.sk/nemocenske-poistenie-khe/48005s

- Medzinárodná klasifikácia chorôb. V. kapitola: Duševné poruchy a poruchy správania. Národné centrum zdravotníckych informácií 2011. Dostupné na internete: <http://data.nczisk.sk/old/infozz/mkch/mkch-10/cast0500.pdf>

MUDr. Dagmar Breznoščáková

1. psychiatrická klinika LF UPJŠ

a UNLP Košice

Trieda SNP 1, 040 11 Košice

dagmar.breznoscakova@upjs.sk



Tlačová správa

Negatívne následky nadmerného pitia na Slovensku

Alkohol je legálnou potravinárskou komoditou. Mierna konzumácia spôsobuje uvoľnenie a vyvoláva eufóriu. Pitie alkoholu má na Slovensku, rovnako aj v celej Európe, stáročnú tradíciu a je spoločensky tolerované. „Nadmerné užívanie alkoholu má však veľa škodlivých následkov. Nielenže sa podieľa na viac ako 60 chorobách a poškodeniach zdravia, nezanedbateľné sú tiež sociálne poškodenia – disharmonické rodiny, znížený výkon, strata práce, spoločenské konflikty, priestupky. Alkoholom sa potencie významnou mierou i násilná trestná činnosť.“ hovorí MUDr. Ľubomír Okruhlica, hlavný odborník Ministerstva zdravotníctva SR pre liečbu drogových závislostí.

Priemerný dospelý obyvateľ Slovenska vypije za rok 13,3 l alkoholu. Podľa štatistiky WHO je Slovensko v celosvetovom sledovaní na 19. mieste v spotrebe alkoholu na dospelého obyvateľa, v rámci Európy na 18. mieste. Z globálneho pohľadu sa teda u nás pije vysoko nadpriemerne. Z celkového počtu dospelých obyvateľov Slovenska je až 77 % tých, ktorí občas alebo pravidelne konzumujú alkoholické nápoje. Skupina konzumentov však nie je jednoliata.

Väčšinu tvoria občasní, nepravidelní konzumenti. Sú však aj konzumenti pravidelní, medzi ktorými sa vynímajú každodenní, ťažkí pijani so zá-



vislosťou od alkoholu. U nich ročná spotreba alkoholu vysoko prevyšuje hranicu 20 litrov na osobu a sú zodpovední za polovicu jeho celkovej spotreby. Práve táto skupina najviac trpí na negatívne následky pitia a zároveň je najmenej schopná redukovať svoju konzumáciu, a to ani pri zvýšení cien alkoholu. Takýchto ťažkých pijanov je u nás približne 400 000 a každoročne je diagnostikovaných približne 6 000 ľudí so závislosťou od alkoholu.

Závislosť od alkoholu je duševné ochorenie. V dávnejšej minulosti nebola závislosť od alkoholu považovaná za duševné ochorenie. Bola vnímaná prevažne ako porucha správania súvisiaca s charakterom osobnosti. Už vyše 50 rokov je však považovaná za ochorenie a ako taká je zaradená aj do oficiálnej Medzinárodnej klasifikácie chorôb.

„Liga za duševné zdravie sa už viac ako 12 rokov snaží podávať slovenskej verejnosti presné informácie o rovnosti duševného a telesného zdravia. V rámci svojich edukačných kampaní vysvetľuje, že aj závislosti ako nikotinizmus či alkoholizmus sú duševné poruchy, a že sú rovnako liečiteľné. Odborníci spolupracujúci s Ligou už roky tvrdia vo svojich výskumoch, že alkoholizmus je jednou z najväznejších duševných porúch u nás. Je to veľký problém, ale je riešiteľný.“ povedala Oľga Valentová, riaditeľka Ligy za duševné zdravie SR.