

Stratégia dlhodobej sociálno-zdravotnej starostlivosti v Slovenskej republike

Materiál nadväzuje na materiál z novembra 2015 vypracovaný Inštitútom zdravotnej politiky MZ SR, čiastočne pripomienkovaný Sekciou zdravia MZ SR a MPSVR SR.

Autorský kolektív:

AOPP PhDr. Mária Levyová

MUDr. Zuzana Katreniaková, PhD.

PhDr. Zuzana Fabianová, MBA

Ing. Milada Dobrotková, MPH

Ing. Jana Červenáková

s využitím informačných zdrojov a konzultácií MZ SR

s využitím informačných zdrojov MPSVaR SR

Zhrnutie

Projekt

Návrh Stratégie dlhodobej sociálno-zdravotnej starostlivosti (ďalej len „DSZS“) v Slovenskej republike bol vypracovaný v rámci Pilotného projektu č. 1 - STRATÉGIA DLHODOBEJ STAROSTLIVOSTI, realizovaného v rámci pilotnej schémy participatívnej tvorby verejných politik (OP Efektívna verejná správa), v gescii Splnomocnenca vlády SR pre rozvoj občianskej spoločnosti a subjektov verejnej správy - Ministerstvo zdravotníctva SR (ďalej len „MZ SR“), Ministerstvo práce sociálnych vecí a rodiny SR (ďalej len „MPSVR SR“), pričom vychádzal z materiálu vypracovaného Inštitútom zdravotnej politiky MZ SR v roku 2015, čiastočne pripomienkovaným Sekciou zdravia MZ SR a MPSVR SR.

Vzhľadom na šírku problematiky sa Návrh Stratégie DSZS venuje prioritne dospeljej populácii, keďže v oblasti dlhodobej sociálno-zdravotnej starostlivosti pre deti a mládež je potrebné riešiť aj ďalšie špecifické súvislosti. Napriek tomu, niektoré problémy sa v praxi prekrývajú, preto predložený Návrh Stratégie DSZS môže byť inšpiráciou pri riešení tejto problematiky pre všetky cieľové skupiny.

Návrh Stratégie DSZS mal byť spoločným výsledkom participatívneho konzultačného procesu v priebehu rokov 2017 - 2019, ktorého účastníkmi boli: občianska verejnosť (zastúpená vybranými odborníkmi, patientskymi organizáciami a neformálnymi opatrovatel'ami), zástupcovia štátnej správy (MZ SR, MPSVR SR) a samosprávy (samosprávne kraje, obce), formálni poskytovatelia sociálnej a zdravotnej starostlivosti. Návrh mal vychádzať z dostupných na dôkazoch založených zistení, podnetov pacientov a verejnosti, z praktických skúseností i z miery poznania odborného autorského kolektívu.

Pracovná skupina za Asociáciu na ochranu práv pacientov (ďalej len „AOPP“) bola tvorená odborníkmi z praxe, ktorí na realizácii projektu a na tvorbe materiálu pracovali s úprimným presvedčením, že bude podkladom pre kvalifikovanú odbornú diskusiu so zástupcami štátnej správy a zároveň partnermi projektu - MZ SR a MPSVR SR. Výstupom projektu mali byť:

- Výsledná verejná politika:
Stratégia dlhodobej sociálno-zdravotnej starostlivosti odkázaných osôb a Akčný plán implementácie Stratégie.
- Sprievodné výstupy - odborné podklady a expertízy pre proces informovaného rozhodovania o nastavení a obsahovom zameraní verejnej politiky:

- analýza nedostatkov súčasného systému komplexného sociálneho zabezpečenia a zdravotnej starostlivosti u osôb spadajúcich do systému dlhodobej starostlivosti;
- mapovanie postojov a návrhov odbornej a laickej verejnosti v oblasti poskytovania zdravotnej a sociálnej starostlivosti a dlhodobej starostlivosti (prieskumy - Príloha č. 1, semináre v Banskej Bystrici, Košiciach, Bratislave - Príloha č. 2);
- návrhy na riešenie identifikovaných problémových oblastí - príprava definícií, určenie kompetencií, nárokovateľnosti a spôsobu financovania dlhodobej starostlivosti odborná konferencia - prezentácia dosiahnutých výsledkov (100 účastníkov).

Príprava legislatívy pre oblasť dlhodobej sociálno-zdravotnej starostlivosti musí byť spoločným dielom intenzívnej súčinnosti rezortov zdravotníctva a práce, sociálnych vecí a rodiny. Vzhľadom k neustále sa meniacemu kontextu plánovaných legislatívnych zmien a absencujúcej spolupráci ministerstiev už pri tvorbe tohto materiálu, Akčný plán implementácie Stratégie nebolo možné vypracovať, a teda ani predložiť. Tím autorov však verí, že stratégia bude v budúcnosti podkladom aj pre vypracovanie Akčného plánu vrátane návrhov na novelizáciu zákonov, úpravu právnych predpisov a prípravu samostatného zákona o dlhodobej starostlivosti.

Situácia v oblasti dlhodobej sociálno-zdravotnej starostlivosti, kvôli dlhoročnému odkladaniu komplexného riešenia problémov, čiastkovým riešeniam spôsobených rezortizmom je v súčasnosti alarmujúca. Táto skutočnosť je všetkým zainteresovaným - verejnosti, poskytovateľom sociálnej aj zdravotnej starostlivosti, niektorým zástupcom štátu na bežnej pracovnej úrovni - dlhodobo známa.

Prácu na tomto materiáli skomplikovali okolnosti, ktoré celý proces sprevádzali a situácia, kam sa riešenie tejto problematiky dostalo po zverejnení prioritnej úlohy vlády o potrebe vypracovania a schválenia zákona o dlhodobej starostlivosti v roku 2018, upustenia od tohto zámeru, súbežne k dohode medzi kompetentnými ministerstvami o čiastkových legislatívnych riešeniach v oblasti následnej starostlivosti, ktoré do ukončenia projektu neboli schválené. Spochybňuje to vyjadrenia politikov, že majú reálny záujem tieto problémy riešiť. Zľahčovanie problémov, ignorácia spolupráce, dokonca verejne deklarovaný nezáujem a neochota vzájomne spolupracovať, vyvolávajú obavy pred budúcnosťou.

Napriek tomu, že v období práce na tomto materiáli, došlo na strane kompetentných ministerstiev k prijatiu čiastkových riešení najvypuklejších problémov, aby sa zabránilo kolapsu systému, tieto len viedli k získaniu času pre štát a nie k skutočnému zlepšeniu situácie. Prijatie legislatívnych návrhov popísaných v materiáli, ktoré by znamenali reálny posun v riešení identifikovaných problémov, je opakovane odkladané na neurčito.

Zo strany kompetentných štátnych orgánov trvale absentujú komplexný systém myslenia, analýzy fungovania zdravotného a sociálneho systému, dáta, stratégie a legislatívne návrhy, ktoré by priniesli zásadné a potrebné zmeny v oblasti prepojenia sociálnej a zdravotnej starostlivosti a nastavenie systému dlhodobej starostlivosti.

Spracovaný materiál detailne popisuje identifikované problémy súčasného stavu, prináša základné informácie o inšpiratívnych príkladoch zo zahraničia a navrhuje možné alternatívne riešenia.

Základným cieľom je riešiť situáciu občana odkázaného na dlhodobú sociálno-zdravotnú starostlivosť, pre ktorého sú najdôležitejšie faktory:

- Čas (časová a vecná dostupnosť potrebnej pomoci)
- Cena (finančná dostupnosť potrebnej pomoci)
- Kvalita (kvalita života ovplyvnená kvalitou a komplexnosťou starostlivosti prispôsobujúcou sa zdravotným a sociálnym potrebám jednotlivca)

Váha dôležitosti jednotlivých faktorov môže byť na úrovni každého jednotlivca rôzna, ale ani jeden nie je možné vynechať.

Návrhy riešení vychádzajú z kompetenčného usporiadania platného v júli 2019, keď je odkázaný človek (a jeho rodina) predmetom záujmu (často obeťou) troch vzájomne nezávislých (nespolupracujúcich) štruktúr:

- Ministerstva práce, sociálnych vecí a rodiny SR
- Ministerstva zdravotníctva SR
- Samosprávy

Medzi týmito štruktúrami a občanom (odkázaným človekom / pacientom / klientom) stojí reálny poskytovateľ pomoci (nemocnica / ambulancia / hospic / agentúra domácej ošetrovateľskej starostlivosti / dom ošetrovateľskej starostlivosti / zariadenie sociálnych služieb), prostredníctvom ktorého má byť táto pomoc poskytovaná.

Každý odkázaný človek (pacient, klient) má svoje právne postavenie a zákonné nároky (vecná stránka problému), ktoré anonymne riešia inštitúcie, ale aj individuálny príbeh (emocionálna stránka problému), ktorý neanonymne riešia najmä poskytovatelia. Toto vytvára priestor, ktorý umožňuje inštitúciám nekonat' a dlhodobo sa spoliehať na to, že poskytovatelia, pre ktorých má každý odkázaný človek (pacient, klient) meno, budú situáciu zachraňovať, riešiť na svoj úkor. Z týchto dôvodov sú navrhované riešenia, ktoré sú súčasťou predkladaného návrhu, zamerané na zlepšovanie súčasného stavu, čo si ale vyžaduje v prvom rade skutočný záujem na riešení zo strany štátu, politikov a ich koordinovaný postup.

Prvým krokom preto je pravdivé pomenovanie situácie - priznanie, že politické elity dlhé roky nemali a nemajú skutočný záujem na riešení problémov a že v skutočnosti sú ľudia odkázaní sami na seba a vzájomnú pomoc medzi sebou. Verejné vyslovenie pre všetkých zainteresovaných známej pravdy môže vyvolať potrebný spoločenský tlak a uvedomenie si skutočnosti, že každý z nás sa môže stať obeťou takto nastaveného systému. Súčasťou je preto otvorenie veľkej spoločenskej diskusie o starnutí, prístupoch k starobe, chronických a nevyliciteľných ochoreniach, o odkázanosti a o tom, čo nás čaká.

Hrozba

Napriek tomu sa, vzhľadom na nezmeniteľný trend starnutia obyvateľstva v najbližších desaťročiach, domnievame, že už v horizonte najbližších desiatich rokoch nebude možné problémy v oblasti dlhodobej sociálno-zdravotnej starostlivosti riešiť bez zásadnej reformy. Nasledujúce rámce a myšlienky by mohli byť inšpiráciou pre jej realizáciu.

Základné rámce:

- a) starnutie je strednodobo nemenný trend,
- b) štruktúra rodiny sa mení,
- c) vek dožitia sa bude ďalej zvyšovať,
- d) človek žije a starne „niekde“ (na konkrétnom mieste, v konkrétnej lokalite)
- e) priemyselná revolúcia 4.0 zmení štruktúru zamestnancov a zvýši nenahraditeľnosť „hand touch“ profesií - strategické plánovanie, motivácia a stabilizácia ľudských zdrojov v oblasti poskytovania dlhodobej starostlivosti
- f) udržateľnosť a rozvoj dlhodobej starostlivosti.

Pre akékoľvek zmeny je nevyhnutným predpokladom:

1. zásadná zmena musí byť iniciatívou štátu, podporená naprieč politickým spektrom a systematicky realizovaná v časovom horizonte prekračujúcom volebné obdobie,
2. všetky aspekty zmeny musia prioritne riešiť potreby odkázaného človeka (prijímateľa sociálnych služieb / pacienta / klienta / zomierajúcej osoby).

Pre riešenie potrieb odkázaného človeka (prijímateľa sociálnych služieb / pacienta / klienta / zomierajúcej osoby) z pohľadu jednotlivých faktorov:

- Čas (časová a vecná dostupnosť potrebnej pomoci)

Odkázanosť vzniká postupne: odkázaným človekom (prijímateľom sociálnych služieb / pacientom / klientom / zomierajúcou osobou) sa môže jednotlivec stať postupne (zhoršovaním zdravotného stavu, starnutím). Je predpoklad, že tento človek je už poberateľom nejakej formy dávky sociálneho zabezpečenia (starobný dôchodok z titulu veku alebo invalidný dôchodok z titulu dlhodobu zníženej pracovnej schopnosti). Na túto situáciu sa môže postupne pripravovať jednotlivec, jeho rodina a malo by to umožniť dostupnosť potrebnej pomoci kapacitne plánovať prioritne v lokalite, v ktorej človek žije a v súlade s najlepšimi známymi štandardami tak, aby čo najdlhšie mohol zostať doma vo svojom prirodzenom sociálnom prostredí. Pre toto musí byť v danej lokalite vytvorený systém evidencie a sledovania potencionálnych príjemcov pomoci a súčasne dostatočná štruktúra a kapacita poskytovania nožnej pomoci doma a následne plynulý prechod do pobytového zariadenia.

Odkázanosť vznikne náhle: odkázaným človekom (prijímateľom sociálnych služieb / pacientom / klientom / zomierajúcou osobou) sa jednotlivec stane náhle, po zdravotnom incidente, ktorý zásadným spôsobom obmedzí jeho telesné a/alebo duševné schopnosti. Takáto udalosť sa nedá predvídať, nevie sa na ňu pripraviť jednotlivec ani rodina a nie je možné dostatočne plánovať ani potrebnú pomoc. V týchto prípadoch musí byť vytvorený záchytný systém (obdobný aktuálnym návrhom MZ SR) následnej zdravotnej starostlivosti podporovaný aj sociálnym systémom, ktorý po doriešení akútnych zdravotných problémov, vytvorí časový priestor na poskytnutie takých zdravotných výkonov, ktoré sa neviažu na akútne lôžka (rehabilitácia, logopédia a pod.), priestor pre doriešenie potrebných sociálnych dávok, prípravu domáceho prostredia pre prechod do domácej starostlivosti za podpory služieb poskytovaných doma, alebo pre umiestnenie v pobytovom zariadení, pokiaľ si to podmienky vyžadujú.

Súčasťou vytvorenia dostatočných kapacít na poskytovanie týchto služieb je podpora všetkých foriem komplexnej a integrovanej zdravotnej a sociálnej starostlivosti, budovanie dostatočných personálnych kapacít a ich finančné a spoločenské ocenenie.

- Cena (finančná dostupnosť potrebnej pomoci)

Zabezpečovanie potrebnej pomoci včas a v potrebnej kvalite je finančne náročné. Bez zásadného zvýšenia objemu finančných prostriedkov pre financovanie týchto služieb nie je možné očakávať ani zvýšenie ich dostupnosti ani zlepšenie ich kvality. Súčasne nastavenie financovania už nie je udržateľné ani v krátkom časovom horizonte.

Zmenu financovania je potrebné postaviť na dvoch pilieroch:

- zavedenie povinného poistenia na dlhodobú odkázanosť (alternatíva „pflege versicherung“) buď reformou systému zdravotného a sociálneho poistenia alebo zavedením daňového zvýhodnenia pre tento typ poistenia, pričom zavedenie tohto poistenia vyžaduje prechodné obdobie;
- zavedenie jedného štátneho príspevku na odkázanosť podľa stupňa odkázanosti priamo odkázanému človeku (pacientovi / klientovi) vo forme poukazu na službu, ktorý môže následne čerpať na základe zmluvy s poskytovateľom tejto služby (rodina, poskytovateľ služby doma, poskytovateľ pobytovej služby) obdobne spôsobu financovania v Rakúsku alebo Českej republike.

Takáto zmena zásadne zjednoduší systém financovania. Vyrieši konflikt záujmov medzi štátom a poskytovateľmi služieb, keď skutočným zmluvným partnerom a financujúcou stranou sa stane prijímateľ služby.

Okrem zmeny spôsobu financovania systém vyžaduje súčasne zásadnú zmenu organizácie posudkovej činnosti - jej zjednotenie a sprehľadnenie, vytvorenie jednotného posudkového systému zohľadňujúceho Medzinárodnú klasifikáciu funkčnosti, dizability a zdravia a jeho implementáciu do praxe.

- Kvalita (kvalita života ovplyvnená kvalitou a komplexnosťou starostlivosti prispôsobujúcou sa zdravotným a sociálnym potrebám jednotlivca)

Kvalitu života odkázaných (prijímateľov sociálnych služieb / pacientov / klientov / zomierajúcich osôb) priamo ovplyvňuje kvalita starostlivosti. Súčasne platí, že zavedenie a zvýšenie potrebných štandardov kvality poskytovaných služieb - zdravotných, ošetrovateľských, sociálnych - nie je možné bez zlepšenia financovania.

Definovať štandardy kvality a zabezpečovať kontrolu ich dodržiavania má zabezpečiť štát. Štát má definovať:

- aké kvalifikačné podmienky má plniť ten, kto zabezpečuje službu ako jednotlivec (príbuzný alebo iná fyzická osoba);
- aké podmienky pre poskytovanie služby má plniť poskytovateľ služby právnická osoba (pri poskytovaní v domácom prostredí alebo pri pobytových službách).

Štát má súčasne zabezpečiť kontrolu kvality poskytovaných služieb. Má vytvorenú celoslovenskú sieť okresných úradov Ústredia práce sociálnych vecí a rodiny (ďalej len „ÚPSVR“) a štruktúru regionálnych pobočiek Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostivosťou (ďalej len „ÚDZS“). Štát má súčasne definovať oblasti kontroly pre jednotlivé úrady, frekvencie, súčinnosť a sankcie.

Zásadné zmeny v budúcnosti by mali byť realizované súčasne tak, aby zjednodušili všetky procesy, jednoznačne definovali podmienky, nároky a termíny a odstránili administratívnu záťaž.

Za otvorenú otázku pre budúcnosť považujeme rozhodnutie zaviesť majetkový cenzus pre príjemcov pomoci.

Ak vychádzame z predpokladu, že sociálne dávky majú byť určené sociálne odkázaným, domnievame sa, že v prípade zavedenia tohto princípu do celého systému sociálnych dávok sa toto musí premietnuť aj do oblasti sociálnych dávok pre odkázaných.

Záver

Pracovná skupina vytvorená AOPP sa osobitne zamerala na informovanie verejnosti o súčasnom stave poskytovania zdravotnej a sociálnej starostlivosti, na požiadavky a potreby ľudí odkázaných na dlhodobú starostlivosť a ich blízkych, na zedefinovanie súčasného stavu v oblasti legislatívy a návrhov na zmeny, ktoré považujeme v rámci participácie pri tvorbe verejných politík za kľúčové v rámci legislatívy, ktorá by mala byť politickou prioritou pre súčasnú vládnu garnitúru a rovnako aj pre ďalšie vlády.

Pri absencii celospoločenskej diskusie o ucelenej koncepcii dlhodobej starostlivosti, nedostatočnej advokácii, verejnej informovanosti a vzdelávaní o právach, dôstojnosti najzraniteľnejších skupín - chorých a odkázaných, je celá spoločnosť veľkým dlžníkom. Názory verejnosti boli zisťované v prieskumoch, pri verejných diskusiách a stretnutiach, podrobnosti sú v prílohe materiálu (Príloha č. 1, Príloha č. 2).

Za jednu z rozhodujúcich príčin súčasného stavu považujeme historicky pretrvávajúci rezortizmus medzi Ministerstvom práce, sociálnych vecí a rodiny SR a Ministerstvom zdravotníctva SR. Zlúčenie týchto dvoch rezortov by jednorázovo odstránilo množstvo existujúcich problémov a šedú zónu nejasnosti, kto má problém riešiť.

Je potrebné zmeniť zobrazovanie starších ľudí ako príjemcov charity a pomoci a posilniť ich obraz ako osôb s vedomosťami, životnou múdrosťou a skúsenosťami.

V rámci presadzovania potrebných zmien v oblasti dlhodobej starostlivosti AOPP bude aj po ukončení projektu na základe identifikovaných problémových oblastí realizovať aktivity, smerujúce k verejným a politickým diskusiám a navrhovať potrebné zmeny v oblasti dlhodobej starostlivosti.

Obsah

Zhrnutie	3
Slovník a definovanie pojmov	13
Zoznam skratiek	15
Zoznam grafov a tabuliek	17
Úvod	19
1. Súčasný stav poskytovania dlhodobej sociálnej a zdravotnej starostlivosti v Slovenskej republike	23
1.1. Sociálna starostlivosť	23
1.1.1. Sociálna pomoc poskytovaná odkázaným osobám prostredníctvom peňažných príspevkov na kompenzáciu a vybraných sociálnych služieb	23
1.1.2. Zdroje financovania poskytovateľov sociálnych služieb	30
1.1.2.1. Verejní poskytovatelia sociálnych služieb	33
1.1.2.2. Neverejní poskytovatelia sociálnych služieb	36
1.1.3. Zabezpečovanie manažmentu zdravia v zariadeniach sociálnych služieb	39
1.2. Zdravotná starostlivosť	42
1.2.1. Popis súčasného stavu	42
1.2.2. Dlhodobá zdravotná starostlivosť poskytovaná v domácom prostredí	45
1.2.3. Dlhodobá ústavná zdravotná starostlivosť	48
1.2.4. Paliatívna starostlivosť	52
1.3. Posudková činnosť	53
1.3.1. Posudzovanie miery závažnosti dlhodobo nepriaznivého zdravotného stavu na účely kompenzácie sociálnych dôsledkov ťažkého zdravotného postihnutia	53
1.3.2. Posudzovanie na účely poskytovania a zabezpečenia vybraných sociálnych služieb pre fyzické osoby odkázané na pomoc inej fyzickej osoby a pre fyzické osoby, ktoré dovŕšili dôchodkový vek	54
1.3.3. Posudzovanie na účely výkonu sociálneho poistenia	57
1.3.4. Príklady spôsobov organizácie posudkovej činnosti v zahraničí	61
1.4. Vybrané demografické údaje k dlhodobej starostlivosti	62
1.4.1. Prehľad štruktúry výdavkov na zdravotnú starostlivosť obyvateľov 65+	67
1.5. Navrhované novely zákonov v pôsobnosti MZ SR a MPSVR SR	68
1.5.1. Novela zákona č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov	68
1.5.2. Novela zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti	71
1.5.3. Novela zákona č. 461/2003 Z. z. o sociálnom poistení	74
2. Hlavné nedostatky súčasného stavu	78
3. Východiská a princípy návrhu Stratégie DSZS	80
3.1. Princíp subsidiarity	82

3.2. Zjednotený a štandardizovaný systém posudzovania	83
3.3. Transparentné a efektívne financovanie	85
3.4. Integrovaný informačný systém	86
3.5. Kvalita poskytovania DSZS	87
PRÍLOHY	88
Príloha č. 1	89
Sprievodný výstup projektu – mapovanie postojov a návrhov verejnosti v oblasti poskytovania dlhodobej starostlivosti na Slovensku - prieskum	89
Príloha č. 2	112
Sprievodný výstup projektu – mapovanie postojov a návrhov verejnosti v oblasti poskytovania dlhodobej starostlivosti na Slovensku - semináre	112
Príloha č. 3	113
Analýza vplyvov na rozpočet verejnej správy, na zamestnanosť vo verejnej správe a financovanie návrhu	113
Príloha č. 4	128
Posudzovanie odkázanosti v Nemecku	128
Príloha č. 5	132
Posúdenie odkázanosti a rozhodnutie o stupni odkázanosti v Rakúsku	132
Príloha č. 6	134
Trendy vývoja počtu lôžok dlhodobej starostlivosti v inštitúciách a v nemocniciach (Veľká Británia a iné)	134
TABULKY	136
PRÍKLADY	138
Príklad 1	139
Optimálny model zabezpečenia inštitucionálnej DSZS	139
Príklad 2	141
Podkladové kalkulácie – príklady financovania z praxe	141
Príklad 3	144
Príklady financovania rôznych druhov pobytových zariadení s rôznou mierou spoluúčasti klientov	144
Príklad 4	150
Chronic Care Model (Wagner et al, 1999)	150
Príklad 5	151
Rozvoj nástrojov pre efektivizáciu procesov zabezpečenia adekvátnej starostlivosti všetkým indikovaným osobám - príklady z praxe	151

Slovník a definovanie pojmov

Bežné denné činnosti (ADL, Activities of daily living) - predstavujú súbor úkonov osobnej starostlivosti, ktoré dokáže vykonávať človek sám, ako napr. osobná hygiena, obliekanie, stravovanie, používanie toalety a pod. V prípade, že človek nie je schopný vykonávať tieto aktivity samostatne, je odkázaný na služby osobnej starostlivosti a podpory. Bežné denné činnosti sa najčastejšie hodnotia na základe Barthelovho indexu ADL.

Inštrumentálne bežné denné činnosti (IADL, Instrumental activities of daily living) - predstavujú úkony, ktoré nie sú súčasťou osobnej starostlivosti, ale sú potrebné a nevyhnutné preto, aby mohol človek žiť samostatne a nezávisle v prirodzenom prostredí a komunite. Ide o nakupovanie, starostlivosť o domácnosť, varenie a pod. Inštrumentálne bežné denné činnosti sa hodnotia primárne Lawtonovou škálou IADL.

Dlhodobá sociálno-zdravotná starostlivosť¹ - „dlhodobá starostlivosť predstavuje súbor služieb, ktoré potrebujú osoby odkázané na pomoc inej osoby pri bežných denných činnostiach počas dlhšej doby. Takáto personálna pomoc je často kombinovaná so základnými zdravotníckymi službami, akými sú napr. ošetrovanie rán, manažment bolesti, podávanie liekov, zdravotný monitoring, prevencia, rehabilitácia alebo služby paliatívnej starostlivosti. Dlhodobá starostlivosť sa často poskytuje v rezidenčných podmienkach, ktoré sú charakterizované ako miesta kolektívneho bývania, kde sa na službách starostlivosti a bývania podieľajú aj verejné, neziskové alebo privátne spoločnosti“.

Sociálne potreby - predstavujú predovšetkým potreby v oblasti samostatnosti v rámci sociálnych aktivít a vzťahov. Niektorí ľudia potrebujú profesionálnu podporu v oblasti sociálnych potrieb a sociálnej siete vzťahov na to, aby dokázali žiť samostatne vo svojom prirodzenom prostredí a komunite.

Odkázaná osoba - osoba, ktorá je odkázaná na DSZS.

¹ OECD. 2011. Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care. <http://www.oecd.org/els/health-systems/47884520.pdf>.

Neformálna DSZS - starostlivosť poskytovaná prostredníctvom neformálnych opatrovateľov (najmä rodinných príslušníkov, blízkych príbuzných, priateľov alebo susedov), ktorá si nevyžaduje osobitnú kvalifikáciu opatrovateľov. Primárni neformálni opatrovatelia ju poskytujú zvyčajne 24 hodín denne, 7 dní v týždni, bez finančného ohodnotenia alebo s finančným ohodnotením. Sekundárni neformálni opatrovatelia sa podieľajú na starostlivosti o odkázanú osobu popri zamestnaní a súčasne využívajú dostupné komunitné služby DSZS (napr. ADOS, opatrovateľská služba, špecializované zariadenie).

Formálna DSZS - starostlivosť poskytovaná profesionálnymi poskytovateľmi zdravotnej a/alebo sociálnej starostlivosti podľa platnej legislatívy.

Komunitné služby - predstavujú sieť vzájomne koordinovaných sociálno-zdravotných služieb starostlivosti poskytovaných v prirodzenom prostredí komunity (obce, regiónu).

Zoznam skratiek

ADL	(Activities of Daily Living) bežné denné činnosti
ADOS	Agentúra domácej ošetrovateľskej starostlivosti
AWBZ	(Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten) Národná poisťovňa pre dlhodobú starostlivosť
CIZ	(Centrum Indicatiestelling Zorg) Národná organizácia posudzovania potrieb starostlivosti
DOS	dom ošetrovateľskej starostlivosti
DSZS	dlhodobá sociálno-zdravotná starostlivosť
EBP	(Evidence Based Practice) prax založená na dôkazoch
EON	ekonomicky oprávnené náklady
FO	fyzická osoba
FO s ŤZP	fyzická osoba s ťažkým zdravotným postihnutím
IADL	(Instrumental Activities of Daily Living) inštrumentálne bežné denné činnosti
ID	invalidný dôchodok
LDCH	liečebňa dlhodobo chorých
LTC	(Long Term Care) dlhodobá starostlivosť
KOS	komplexná ošetrovateľská starostlivosť
mil.	milión
MKF (ICF)	(International Classification of Functioning, Disability and Health) Medzinárodná klasifikácia funkčnej schopnosti, disability a zdravia
MKCH (ICD)	(International Classification of Diseases) Medzinárodná klasifikácia chorôb
MPSVR SR	Ministerstvo práce sociálnych vecí a rodiny Slovenskej republiky
MZ SR	Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky
NHS	(National Health Service) Národná zdravotná služba
ODCH	oddelenie dlhodobo chorých
OECD	(Organisation for Economic Co-operation and Development) Organizácia pre hospodársku spoluprácu a rozvoj
ONS	odporúčaná následná starostlivosť
OPIOS	odkázanosť na pomoc inej osoby pri sebaobsluže
OS	ošetrovateľská starostlivosť
PCC	(Patient Oriented Care) starostlivosť orientovaná na pacienta
PO	právnická osoba

PP	peňažný príspevok
SR	Slovenská republika
ŠDTP	štandardné diagnostické a terapeutické postupy
ŠÚ SR	Štatistický úrad Slovenskej republiky
ŠZ	špecializované zariadenie
tis.	tisíc
ÚDZS	Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou
ÚPSVR	Ústredie práce, sociálnych vecí a rodiny
VÚC	vyšší územný celok
VZN	Všeobecne záväzné nariadenie (obce alebo VÚC)
ZP	zdravotná poisťovňa
ZSP	zariadenie sociálnej pomoci
ZSS	zariadenie sociálnych služieb
ZZ	zdravotnícke zariadenie

Zoznam grafov

Graf č. 1 Vývoj indexu závislosti v starom veku na Slovensku	63
Graf č. 2 Vývoj štruktúry obyvateľstva podľa veku z celkového počtu obyvateľov	63
Graf č. 3 Počet ľudí v produktívnom veku 15-64 rokov (v tisícoch)	64
Graf č. 4 Zmena počtu ľudí vo veku 15-64 rokov oproti roku 2016 (v tisícoch)	64
Graf č. 5 Predpoklad vývoja verejných výdavkov citlivých na starnutie obyvateľstva	65
Graf č. 6 Prehľad ACSC za rok 2016	69

Zoznam tabuliek

Tabuľka č. 1	Prehľad a porovnanie peňažných príspevkov (PP) na kompenzáciu ťažkého zdravotného postihnutia za roky 2017 a 2018 podľa vykazovanej štruktúry	23
Tabuľka č. 2	Porovnanie počtu poberateľov peňažného príspevku na opatrovanie za roky 2017 a 2018	25
Tabuľka č. 3	Porovnanie počtu občanov zaradených do poradovníka na poskytovanie starostlivosti vo vybraných ZSS za roky 2017 a 2018	27
Tabuľka č. 4	Počet prijímateľov, ktorým bola poskytnutá opatrovateľská služba v rokoch 2017 a 2018	28
Tabuľka č. 5	Finančný príspevok na poskytovanie sociálnej služby v zariadeniach pre FO, ktoré sú odkázané na pomoc inej FO, a pre FO, ktoré dovŕšili dôchodkový vek, podľa § 71 ods. 6 a § 78a zákona č. 448/2008 Z. z. v platnom znení	34
Tabuľka č. 6	Finančný príspevok pri odkázanosti FO na pomoc inej FO pri úkonoch sebaobsluhy podľa § 76 zákona č. 448/2008 Z. z. v platnom znení	34
Tabuľka č. 7	Odporúčaná následná starostlivosť - štúdia prostredníctvom formulára LTC	44
Tabuľka č. 8	Údaje o výdavkoch na vybrané ambulantné zdravotnícke služby 2016 - 2017	46
Tabuľka č. 9	Pomer výdavkov na vybrané ambulantné zdravotnícke služby 2016 - 2017 k celkovým výdavkom na ambulantnú zdravotnú starostlivosť	46
Tabuľka č. 10	Počet sesterských miest agentúr domácej ošetrovateľskej starostlivosti	46
Tabuľka č. 11	Prehľad celkových výdavkov ZP na zdravotnú starostlivosť pacientov 65+	66
Tabuľka č. 12	Plán navýšenia počtu lôžok podľa kalendárneho roka v priebehu 2020 - 2030	69
Tabuľka č. 13	Prehľad stupňov odkázanosti v Rakúsku	132
Tabuľka č. 14	Výdavky zariadení sociálnych služieb	136
Tabuľky v Prílohe č.3: Analýza vplyvov na rozpočet verejnej správy, na zamestnanosť vo verejnej správe a financovanie návrhu		113-127

Úvod

Starnutie obyvateľstva je dlhodobým globálnym trendom a Slovenská republika je súčasťou tohto demografického vývoja už niekoľko rokov. ŠÚ SR v máji 2019 zverejnil informáciu, že index starnutia za rok 2018 prvý raz v dejinách SR prekročil hodnotu 100, t.j. počet detí (≤ 14 rokov) je menší ako počet seniorov (65+).²

Podľa prognóz Eurostatu bude Slovensko starnúť najintenzívnejšie zo všetkých krajín Európskej únie a v priebehu necelých 50 rokov sa Slovensko zmení z jednej z najmladších krajín Európskej únie na jednu z najstarších (v roku 2060 bude mať staršie obyvateľstvo od Slovenska len Portugalsko).³

Príprava celej spoločnosti na tento stav je nedostatočná. Chýbajú zásadné strategické a koncepčné materiály, ktoré by tento vývoj reflektovali a príprava sa odohráva v deklaratórnej rovine.

Dôsledky tohto trendu majú najväčší dopad na rezort práce, sociálnych vecí a rodiny a na rezort zdravotníctva. Na nedostatočnú prípravu na blízku budúcnosť však v konečnom dôsledku doplatí celá spoločnosť. Na túto situáciu by sa mala spoločnosť pripravovať osobitnými programami zameranými na podporu sociálnej integrácie ľudí vo vyššom veku, programami zameranými na zvyšovanie povedomia o potrebách tejto generácie a na jej ochranu pred nežiadúcimi spoločenskými javmi. Tieto programy by mali byť rozpracované až na lokálnu úroveň, keďže individuálne prežívanie jednotlivca sa vždy deje na konkrétnom mieste.

Stratégia dlhodobej sociálno-zdravotnej starostlivosti (ďalej len „Stratégia DSZS“) by mala vychádzať a nadväzovať na strategické materiály MPSVR SR a MZ SR. Ak takéto strategické materiály - aj čiastkové - existujú, ich reálna implementácia nie je v praxi viditeľná, sú odrazom deklaratórneho prístupu k tejto téme a nie skutočného záujmu o riešenie.

² ŠÚ SR. 2018. Demografický vývoj SR v roku 2018 v kontexte posledných desiatich rokov.

https://www7.statistics.sk/wps/wcm/connect/7b1929d9-182b-40b7-add8-4f131a0bea22/Demograficky_vyvoj_poslednych_10rokov.pdf?MOD=AJPERES&CVID=mFUEoFW.

³ Vaňo. 2015. Súčasný a očakávaný populačný vývoj na Slovensku a jeho spoločenské a ekonomické dopady.

Prognostické práce, 7, 2015, č. 3.

http://www.prog.sav.sk/sites/default/files/2018-03/Vano_PP3_clanok_doplнены_c_4.pdf.

http://www.prog.sav.sk/sites/default/files/2018-03/Vano_PP3_clanok_doplнены_c_4.pdf.

Predložený návrh Stratégie DSZS je výsledkom participatívneho konzultačného procesu v priebehu rokov 2017 - 2019, ktorého účastníkmi boli: občianska verejnosť (zastúpená vybranými odborníkmi, patientskymi organizáciami a neformálnymi opatrovateľmi), zástupcovia štátnej správy (MZ SR, MPVSR SR) a samosprávy (vyššie územné celky, obce), formálni poskytovatelia sociálnej a zdravotnej starostlivosti. Návrh vychádza z dostupných na dôkazoch založených zistení, z praktických skúseností a z miery poznania autorského kolektívu, nemôže však nahrádzať povinnosť štátu mať stratégie na riešenie zásadných problémov spoločnosti vypracované s využitím odborných a analytických schopností zodpovedných ústredných orgánov štátnej správy. Napriek tomu, môže byť inšpiratívnym východiskom.

Stratégia DSZS nie je koncipovaná len s ohľadom na potreby seniorov, ale aj osôb so zdravotným postihnutím a osôb s chronickými chorobami, ktoré sú odkázané na dlhodobú pomoc inej osoby pri sebaobsluže.

Potreba prepájania v oblasti poskytovania sociálnych služieb a zdravotnej starostlivosti, najmä v oblasti ošetrovateľskej starostlivosti a zdravotnej (liečebnej) rehabilitácie, je v súčasnej dobe jednou z najaktuálnejších tém v poskytovaní pomoci a podpore týmto skupinám. Jedinou možnosťou riešenia potreby koordinovaného prístupu v oblasti podpory týmto osobám je systém **dlhodobej sociálno-zdravotnej starostlivosti**, ktorý v SR absentuje. Dlhodobá podpora takto odkázaných osôb je vykonávaná čiastočne v odvetvovej pôsobnosti rezortu zdravotníctva, čiastočne v odvetvovej pôsobnosti rezortu práce, sociálnych vecí a rodiny, ale bez potrebného systémového a integrovaného prístupu pri efektívnom využívaní verejných prostriedkov, technických a ľudských zdrojov do potrebných intervencií v prospech jednotlivca. Napriek opakovaným deklaráciám ochoty zo strany štátnych predstaviteľov problém riešiť a viacerým snahám v minulosti o prípravu legislatívneho riešenia tejto oblasti, neudiali sa žiadne zásadné zmeny, ktoré by vytvorili alebo koncepcie navrhli integrovaný a funkčný systém DSZS.

Zámer riešenia DSZS je uvedený aj v jedinom aktuálnom vládou SR schválenom strategickom materiáli - **Strategickom rámci starostlivosti o zdravie pre roky 2014 - 2030**, v ktorom jednou z priorít reformy ústavnej zdravotnej starostlivosti je aj „prehodnotenie počtu a štruktúry akútnych lôžok a posilnenie lôžok doliečovacích oddelení, rehabilitačných, ošetrovateľských a lôžok pre dlhodobo chorých.“⁴

⁴ <https://www.health.gov.sk/Zdroje?/Sources/Sekcie/IZP/strategicky-ramec-starostlivosti-o-zdravie-2014-2030.pdf>.

Zároveň bude tento návrh zohľadňovať aj ciele a opatrenia, ktoré obsahuje **Stratégia deinštitucionalizácie systému sociálnych služieb a náhradnej starostlivosti**, schválená vládou SR v roku 2011. **Táto stratégia už v roku 2011 upozorňovala na potrebu integrácie zdravotnej a sociálnej starostlivosti, buď v nízko kapacitnom zariadení alebo integrovanou ambulatnou a domácou starostlivosťou s dodržaním základného princípu s prioritou poskytovania komunitnej starostlivosti pred inštitucionálnou starostlivosťou. Tieto zámery sa do roku 2019 podarilo naplniť len čiastočne, pretože napriek tomu, že návrh zákona o dlhodobej zdravotno-sociálnej starostlivosti bol zaradený medzi prioritné legislatívne zámery vlády, tento návrh nebol zrealizovaný tak, ako bolo MZ SR naplánované.**⁵

Ambíciou Stratégie DSZS je iniciovať diskusiu k dosiahnutiu celospoločenského konsenzu s postupným zavedením systémového riešenia zabezpečenia DSZS pre občanov, ktorí budú **oprávnenými prijímateľmi tejto koordinovanej a integrovanej starostlivosti prioritne v domácom, a ak to nebude možné, alebo postačujúce, tak v inštitucionálnom prostredí (prednostne v ambulatnej forme pred pobytovou formou), a s tým spojené spájanie verejných a súkromných zdrojov do potrebných intervencií v prospech jednotlivca**, podľa jednoznačne definovaných a vynútitel'ných podmienok a kritérií. Osobitným problémom je spôsob identifikácie oprávnených osôb, ktoré potrebujú DSZS, t.j. **fungovanie efektívneho procesu a zabezpečenie kvality posudkovej činnosti.**

Materiál sa zameriava aj na identifikáciu niektorých potrebných administratívnych reforiem v tejto oblasti, ktorých implementácia v budúcnosti prinesie menej byrokracie pri zabezpečovaní fyzickej a finančnej dostupnosti definovanej zdravotnej starostlivosti (najmä v rozsahu ošetrovateľskej starostlivosti a zdravotnej rehabilitácie) a sociálnych služieb v primeranej kombinácii, ktorá bude zodpovedať individuálnym potrebám občana. Cieľom stratégie je **navrhnuť vecné riešenia, ktoré by mali byť následne príslušnými ústrednými orgánmi štátnej správy ex post premietnuté do zmeny legislatívy**, čo je základný predpoklad pre vytvorenie efektívne fungujúcej DSZS a zároveň definovanie zodpovednosti za jej fungovanie a kvalitu.

⁵ MPSVR SR. 2011. Stratégia deinštitucionalizácie systému sociálnych služieb a náhradnej starostlivosti v Slovenskej republike. <http://www.employment.gov.sk/files/legislativa/dokumenty-zoznamy-pod/strategia-deinstitucionalizacie-systemu-socialnych-sluzieb-nahradnej-starostlivosti-1.pdf>

Všetky časti materiálu sú vypracované s cieľom zlepšiť kvalitu života osôb odkázaných na DSZS aj prostredníctvom zatriaktívnenia a posilnenia formálnej aj neformálnej sociálnej a zdravotnej práce. Stratégia zdôrazňuje potrebu zabezpečiť taký prístup pre zabezpečenie ochrany týchto osôb, ktorý ich ochráni pred zbytočným utrpením a predčasnou destabilizáciou, či úmrtím, v dôsledku neskorého alebo nedostatočného poskytnutia adekvátnych služieb. Preventívny prístup na základe včasného identifikovania rizík a zabezpečenia potrebných opatrení má výrazný etický a tiež ekonomický efekt.

1. Súčasný stav poskytovania dlhodobej sociálnej a zdravotnej starostlivosti v Slovenskej republike

DSZS rôznou formou poskytujú obidva systémy - sociálny systém aj zdravotníctvo, avšak absentuje efektívny integrovaný model starostlivosti. V súčasnosti tvoria **zdravotná a sociálna starostlivosť dva separátne systémy** s minimálnym vzájomným prepojením, tak v oblasti legislatívy ako aj v oblasti priamej koordinácie. Odborníci už dlhodobo upozorňujú na potrebu vytvorenia legislatívnej opory ako východiska pre riešenie DSZS, minimálne vo forme vymedzenia terminológie a identifikácie cieľovej skupiny obyvateľstva a stanovenia rozsahu súvisiacich sociálnych a zdravotných služieb.⁶

1.1. Sociálna starostlivosť

1.1.1. Sociálna pomoc poskytovaná odkázaným osobám prostredníctvom peňažných príspevkov na kompenzáciu a vybraných sociálnych služieb

Súčasná právna úprava sociálnej starostlivosti (od roku 2008 do júla 2019) používa pojem „sociálne služby“, na rozdiel od predošlej právnej úpravy používanej v rokoch 1998 - 2008 kedy sa používal pojem „sociálna pomoc“ (Zákon č. 195/1998 Z. z. o sociálnej pomoci). V rámci DSZS sa aj slovenský systém sociálnej pomoci delí na dva hlavné spôsoby pomoci:

Neformálna starostlivosť, väčšinou v domácom prostredí, je podporovaná formou **opakovaného peňažného príspevku na opatrovanie a na osobnú asistenciu** (zákon č. 447/2008 Z. z. o peňažných príspevkoch na kompenzáciu ťažkého zdravotného postihnutia a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov). Fyzická osoba s ťažkým zdravotným postihnutím (ďalej len „FO s ŤZP“) je odkázaná na opatrovanie, ak stupeň jej odkázanosti na pomoc inej fyzickej osoby je V. alebo VI. podľa osobitného predpisu. Príslušným správnym orgánom na konanie vo veciach podpory sociálneho začlenenia FO s ŤZP do spoločnosti a lekárskej posudkovej činnosti sú jednotlivé úrady práce, sociálnych vecí a rodiny a ÚPSVR.

⁶ Repková, K. 2011. Dlhodobá starostlivosť v kontexte integrovanej sociálnej práce. ISBN: 978-80-7138-132-7. Str. 39. https://www.ceit.sk/IVPR/images/IVPR/Interlinks/ds_v_kontexte.pdf

Podľa informácii ÚPSVR bolo v roku 2018 na peňažný príspevok na opatrovanie (PP na opatrovanie) a na peňažný príspevok na osobnú asistenciu (PP na osobnú asistenciu) spolu vyplatených 204 476 tis. Eur, pričom k 31.12.2018 bol počet poberateľov týchto dávok 66 223 osôb.⁷

Tabuľka č. 1 Prehľad a porovnanie peňažných príspevkov (PP) na kompenzáciu ťažkého zdravotného postihnutia za roky 2017 a 2018 podľa vykazovanej štruktúry

Peňažné príspevky (PP) na kompenzáciu ŤZP	K 31.12.2017		K 31.12.2018	
	počet	suma	počet	suma
	160 822	243 951 974,67	158 243	292 970 745,14
PP na osobnú asistenciu	9 721	45 835 121,81	10 173	55 045 675,19
PP na prepravu	3 107	3 135 012,87	3 181	3 221 828,46
PP na kompenzáciu ZV	156 417		153 439	
- diétne stravovanie	52 491	14 706 858,20	51 126	14 660 576,35
- hygiena alebo opotrebovanie	85 740	19 539 931,65	83 889	19 326 996,37
- prevádzka osob. motor. Vozidla	68 043	27 727 790,44	67 938	27 864 830,70
- pes so špeciálnym výcvikom	62	33 319,08	57	32 355,40
PP na kúpu pomôcky	154	2 224 284,18	166	2 009 947,52
PP na výcvik používania pomôcky	2	32 026,93	2	6 734,98
PP na úpravu pomôcky	2	12 942,97	0	13 294,79
PP na kúpu zdvíhacieho zariadenia	48	6 933 927,59	80	8 466 655,39
PP na úpravu osob. motor. Vozidla	10	526 573,33	12	495 575,52
PP na úpravu bytu	34	994 245,42	35	918 775,46
PP na úpravu rodinného domu	39	1 547 168,92	50	1 667 102,19
PP na opravu pomôcky	71	302 166,38	61	280 986,32
PP na kúpu osob. motor. Vozidla	118	9 715 316,14	108	9 516 086,44
PP na úpravu garáže	0	4 207,17	0	9 098,02
PP na opatrovanie	53 209*	110 681 081,59	nezistené	149 431 226,04

* priemerný prepočítaný počet príjemcov príspevku na opatrovanie

⁷ MPSVR SR. Ročné výkazy V10 MPSVR SR o vybraných druhoch sociálnych služieb 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018. https://www.upsvr.gov.sk/buxus/generate_page.php?page_id=431394

Tabuľka č. 2 Porovnanie počtu poberateľov peňažného príspevku na opatrovanie za roky 2017 a 2018⁸

Peňažné príspevok na opatrovanie - zákon č. 447/2008	K 31.12.2018	
	počet	počet
	53 056	54 658
FO poberajúce dôchodkovú dávku, opatrujúce	21 631	21 670
- 1 osobu	21 279	21 324
- viac osôb	352	346
FO poberajúce príspevok podľa prech. ustanovenia § 66 ods. 5	339	268
Ostatné FO, opatrujúce	31 086	32 720
- celodenne 1 osobu	28 616	30 361
- celodenne viac osôb	873	987
- čiastočne 1 osobu	1 518	1 318
- čiastočne viac osôb	35	22
- kombinovane viac osôb	44	32

Formálnu starostlivosť v systéme sociálnych služieb zabezpečujú poskytovatelia sociálnych služieb, ktorí sú zapísaní v Registri poskytovateľov sociálnych služieb. Register vedie vždy územne príslušný vyšší územný celok (ďalej len „VÚC“). Poskytovateľ poskytuje sociálne služby osobám, ktoré sú odkázané na pomoc inej osoby podľa stupňa odkázanosti. Stupeň odkázanosti určuje príslušná obec alebo vyšší územný celok vydaním Rozhodnutia o odkázanosti na sociálnu službu vlastným občanom, ktorí o to obec alebo VÚC požiadajú.

Sociálne služby sa delia na služby na riešenie krízovej intervencie, na služby na podporu rodín s deťmi, na služby na riešenie nepriaznivej sociálnej situácie z dôvodu ťažkého zdravotného postihnutia, nepriaznivého zdravotného stavu alebo z dôvodu dovŕšenia dôchodkového veku, na sociálne služby s použitím telekomunikačných technológií a na sociálne služby podporné.

Sociálne služby sa poskytujú formou ambulantnou (prijímateľ sociálnej služby dochádza k poskytovateľovi do jeho priestorov a vracia sa do svojho prirodzeného prostredia), terénnou (poskytuje sa v prirodzenom prostredí prijímateľa), pobytovou (poskytuje sa u poskytovateľa sociálnej služby v jeho priestoroch spravidla na dobu neurčitú) alebo formou inou podľa nepriaznivej sociálnej situácie a prostredia, v ktorom sa fyzická osoba zdržiava (napríklad pomoc prostredníctvom telefónu).

⁸ MPSVR SR. Sociálne dávky – 2018. https://www.upsvr.gov.sk/statistiky/socialne-veci-statistiky/2018/2018-socialne-davky.html?page_id=771091

Hlavným cieľom sociálnych služieb je prevencia, riešenie a zmiernenie nepriaznivej životnej situácie osoby, rodiny alebo komunity, zachovanie, obnova alebo rozvoj schopností fyzickej osoby viesť samostatný život a podpora jej inklúzie do spoločnosti. Spomedzi viacerých druhov zariadení sociálnych služieb (ďalej len „ZSS“) sú z hľadiska škály klientov vyžadujúcich DSZS významné najmä - **domovy sociálnych služieb (stupeň odkázanosti V. a VI., nevidiaci alebo prakticky nevidiaci III. až VI.), zariadenia pre seniorov (stupeň odkázanosti IV. až VI.), zariadenia opatrovateľskej služby (stupeň odkázanosti II. až VI.) a špecializované zariadenia (stupeň odkázanosti V. a VI.).**

Poskytovatelia sociálnych služieb sú verejní a neverejní. **Verejných poskytovateľov sociálnych služieb zriaďujú obce a VÚC**, spravidla sú silne viazaní na ich rozpočet ako príspevkové alebo rozpočtové organizácie samosprávy. **Neverejní poskytovatelia sociálnych služieb sú spravidla neziskové organizácie poskytujúce všeobecne prospešné služby (n.o.), občianske združenia, alebo cirkevné právnické osoby** (cirkevné organizácie vznikajú ako účelové zariadenia cirkví a sú registrované Ministerstvom kultúry podľa osobitného zákona, číslo 308/1991 Zb. o slobode náboženskej viery a postavení cirkví a náboženských spoločností). Odvodzujú svoju právnu subjektivitu od cirkví a náboženských spoločností.

Z tohto rozdelenia pramení roky nevyriešený problém nerovnakej finančnej podpory verejných a neverejných poskytovateľov sociálnych služieb z verejných zdrojov pri poskytovaní sociálnych služieb. Dôsledkom je nerovnaká participácia prijímateľov sociálnych služieb na verejných zdrojoch tej istej obce, alebo VÚC.

MPSVR SR uvádza, že k 31.12.2016 boli v 1 255 ZSS poskytnuté služby 54 848 príjemcom. Celkový počet miest v pobytových zariadeniach bol 51 125 miest, z toho až 47 125 miest pripadá na služby, ktoré majú charakter dlhodobej starostlivosti.⁹ V roku 2016 dosiahli výdavky na pobytové sociálne služby sumu 404 883 tis. Eur.⁹ Prehľad výdavkov podľa jednotlivých zariadení je v prílohe (Tabuľka č. 14).

Požiadavky na zvyšovanie kapacít zariadení sociálnych služieb sú lokálne rozdielne a existujúca evidencia občanov zaradených do poradovníkov čakateľov na poskytovanie starostlivosti je neúplná. Nasledujúca Tabuľka č. 3 ukazuje čísla evidované ÚPSVR.¹⁰

⁹ MPSVR SR. 2018. Správa o sociálnej situácii obyvateľstva Slovenskej republiky za rok 2017.

<https://www.employment.gov.sk/files/slovensky/ministerstvo/analyticke-centrum/sprava-socialnej-situacii-obyvateľstva-slovenskej-republiky-za-rok-2017.pdf>

¹⁰ MPSVR SR. Ročné výkazy MPSVR SR. https://www.upsvr.gov.sk/statistiky/rocne-vykazy-mpsvr-sr.html?page_id=77292

Tabuľka č. 3 Porovnanie počtu občanov zaradených do poradovníka na poskytovanie starostlivosti vo vybraných ZSS za roky 2017 a 2018

Počet občanov zaradených do poradovníka čakaťov na poskytovanie starostlivosti vo vybraných ZSS			Počet občanov k 31.12.2017	Počet občanov k 31.12.2018
Druh zariadenia sociálnych služieb				
Domovy sociálnych služieb	pre deti	s telesným postihnutím	4	4
		s duševnými poruchami a poruchami správania	60	64
		s telesným postihnutím a duševnými poruchami a poruchami správania	66	79
	pre dospelých	s telesným postihnutím	135	91
		s duševnými poruchami a poruchami správania	523	510
		so zmyslovým postihnutím	25	12
		S kombináciou postihnutí	1 130	988
	Zariadenia pre seniorov			5 525
Zariadenia podporovaného bývania			115	101
Rehabilitačné strediská			17	17
Špecializované zariadenia			1 986	2 123

Oficiálne dokumenty vyjadrujú podporu čo najdlhšieho zotrvania odkázaných občanov v domácom - prirodzenom prostredí. **Domáca opatrovateľská služba** bola v roku 2018 zo strany verejných poskytovateľov (obcí) poskytnutá 13 187 príjemcom, pričom obce vynaložili na poskytovanie tejto služby 41 mil. Eur.

Z pripojeného prehľadu vyplýva, že stupeň odkázanosti prijímateľov opatrovateľskej služby v domácom prostredí sa zvyšuje (Tabuľka č. 4). Záujem o služby poskytované v prirodzenom prostredí občanov, ak sú zabezpečené a dostupné, je vysoký a potvrdzuje potrebu rozvíjania komunitných služieb. Aj keď je obciam daná povinnosť zo zákona takéto služby zabezpečiť, ani v máji 2019 väčšina najmä menších obcí opatrovateľské služby neposkytuje.¹¹

Z celkového počtu 1890 obcí do 1000 obyvateľov, má opatrovateľskú službu iba 351 z nich, čo predstavuje len 18,6%.¹²

¹¹ MPSVR SR. Ročné výkazy MPSVR SR. https://www.upsvr.gov.sk/statistiky/rocne-vykazy-mpsivr-sr.html?page_id=77292

¹² MPSVR SR. Opatrovateľská služba už aj v malých obciach. <https://www.employment.gov.sk/sk/informacie-media/aktuality/opatrovatelska-sluzba-aj-malych-obciach.html>

Tabuľka č. 4 Počet prijímateľov, ktorým bola poskytnutá opatrovateľská služba v rokoch 2017 a 2018

Vybrané druhy sociálnych služieb		Počet fyzických osôb roku 2017	Počet fyzických osôb roku 2018
Počet prijímateľov, ktorým bola poskytnutá opatrovateľská služba		13 163	13 187
Z toho podľa stupňa odkázanosti	II.	2 153	2 020
	III.	2 295	2 096
	IV.	3 704	3 816
	V.	2 323	2 414
	VI.	2 688	2 841
Počet zamestnancov opatrovateľskej služby		5 426	4 780
Bežné výdavky na poskytovanie opatrovateľskej služby v eurách		38 922 638	41 430 571
Výška príjmu z úhrad za opatrovateľskú službu v eurách		6 594 752	6 680 886
Rozdiel medzi výdavkami na poskytovanie opatrovateľskej služby a príjmami za jej poskytovanie v eurách		-32 327 886	-34 749 685

Organizovanie, priznávanie nároku na opatrovateľskú službu a takisto aj financovanie je podľa zákona už viac ako 15 rokov originálnou kompetenciou miestnych samospráv.

Domácu opatrovateľskú službu poskytujú aj neverejní poskytovatelia. Dlhodobé neriešenie finančných príspevkov neverejným poskytovateľom viedlo k tomu, že v niektorých regiónoch už túto službu neposkytujú. Cenu za tieto služby vo výške reálnych nákladov neboli schopní prijímatelia tejto služby a ich rodiny platiť. Obce sa na financovaní týchto služieb podieľali výnimočne. Tragickú situáciu sa štát v priebehu posledných rokov pokúša riešiť dočasným financovaním tejto služby z prostriedkov EÚ. Z prostriedkov európskych štrukturálnych investičných fondov v rámci Operačného programu Zamestnanosť a sociálna inklúzia 2007 - 2013 a Operačného programu Ľudské zdroje 2014 - 2020 bola na tento účel vyčlenená celková suma cca 130 mil. Eur za obdobie rokov 2013 - 2021.

Zákon č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách v § 13 ods. 6 ustanovuje, že „Poskytovanie terénnej formy sociálnej služby alebo ambulantnej sociálnej služby má prednosť pred pobytovou sociálnou službou.“ Opatrovateľská služba je terénna sociálna služba, ktorá podporuje zotrvanie ľudí odkázaných na pomoc čo najdlhšie v ich prirodzenom rodinnom prostredí. Z tohto dôvodu MPSVR SR pripravilo viacero projektov na podporu tejto terénnej formy sociálnej služby. Po ukončení NP Podpora opatrovateľskej služby pripravilo MPSVR SR v priebehu roka 2018 kombináciu dvoch foriem podpory:

- dopytovo orientovaná výzva na podporu opatrovateľskej služby pre verejných aj neverejných poskytovateľov sociálnych služieb (alokácia cca 58 mil. Eur na podporu min. 2 700 pracovných miest opatrovateľov/opatrovateľiek, doba realizácie projektu je 26 mesiacov);
- národný projekt na rozvoj opatrovateľskej služby pre malé obce (do 1000 obyvateľov), ktoré doposiaľ opatrovateľskú službu neposkytovali (alokácia cca 5 mil. Eur).

Napriek tomu, že národné projekty splnili alebo plnia stanovené ciele, časový priestor, ktorý bol takto vytvorený pre hľadanie systémových mechanizmov financovania opatrovateľskej služby, nebol dostatočne využitý. **System financovania opatrovateľskej služby nebol doteraz predmetom novelizácie zákona o sociálnych službách.** Rizikom teda stále zostáva udržateľnosť financovania opatrovateľskej služby a v súčasnosti prebiehajúci tretí dopytovo orientovaný projekt by vo svojich cieľoch mal mať aj modelové overovanie udržateľného financovania opatrovateľskej služby na Slovensku a jej skvalitňovanie.¹³

Kvalitu opatrovateľských služieb rovnako významne ovplyvňuje tiež nedostatok opatrovateľiek ako aj nemožnosť výberu pri voľných pracovných miestach. V tejto profesii pôsobia najmä ženy v preddôchodkovom alebo dôchodkovom veku a osoby s problémom zamestnať sa v iných profesijných oblastiach. Z hľadiska udržateľnosti sa do popredia preto dostáva problém s naplnením pracovného miesta opatrovateľky vzhľadom na nízke finančné ohodnotenie tejto profesie na Slovensku, konvergujúce s výškou minimálnej mzdy. V rámci výkonu opatrovateľskej služby preto považujeme za nevyhnutné **zvýšenie mzdového ohodnotenia opatrovateľiek** a nastavenie podmienok pre systémovú podporu ich práce.

V segmente formálnej sociálnej starostlivosti opatrovaná osoba s ŤZP stráca nárok na peňažný príspevok na opatrovanie pre svojho neformálneho opatrovateľa, ale finančná kompenzácia takejto formy starostlivosti je nahradená vecnou pomocou poskytovaním sociálnej služby viacerými možnými druhmi a formami sociálnej služby. Výnimku z tohto pravidla straty nároku na príspevok na opatrovanie poskytovaním opatrovateľskej služby tvorí poskytovanie odľahčovacej služby (najviac 30 dní v kalendárnom roku), ako sociálnej služby poskytovanej fyzickej osobe, ktorá opatruje fyzickú osobu s ŤZP a poberá PP na opatrovanie. Cieľom odľahčovacej služby je umožniť fyzickej osobe, ktorá opatruje, nevyhnutný odpočinok na účely udržania jej fyzického i duševného zdravia a prevencie jeho zhoršenia. Počas poberania odľahčovacej služby nárok na príspevok na opatrovanie nezaniká.

¹³ Mátel A., Schavel M., Kuzyšin B. Evaluácia dopadu národného projektu Podpora opatrovateľskej služby. IA MPSVR SR.

Občania platia za sociálne služby poskytovateľovi sociálnej služby úhradu. Výška úhrady za sociálne služby je u verejného poskytovateľa určená vo všeobecne záväznom nariadení príslušného zriaďovateľa (obce alebo VÚC). Cena za služby určená vo všeobecných záväzných nariadeniach (ďalej len „VZN“) nepokrýva všetky náklady a je neporovnateľne nižšia než u neverejných poskytovateľov. Výška úhrady za sociálne služby u neverejných poskytovateľov odráža tzv. ekonomicky oprávnené náklady (ďalej len „EON“). Je spravidla vyššia než úhrada stanovená VZN u verejného poskytovateľa. Táto skutočnosť nerovnakých cien u verejných a neverejných poskytovateľov vedie k tomu, že verejní poskytovatelia majú v zoznamoch žiadateľov mnoho nových žiadostí o prijatie a nie sú schopní ich uspokojiť.

Súčasne platí zásada ochrany zostatku z príjmu prijímateľa sociálnej služby po zaplatení úhrady za sociálnu službu v čase platenia tejto úhrady, ktorá im garantuje minimálny zostatok z príjmu pre životné potreby, ktoré nie sú zabezpečené v rámci rozsahu poskytovanej sociálnej služby (tieto povinné zostatky určuje priamo zákon o sociálnych službách podľa druhov sociálnych služieb a ich foriem vo väzbe na sumy životného minima). Nezaplatená úhrada za sociálnu službu, ktorá vzniká v dôsledku uplatnenej právnej ochrany zostatku z príjmu je však evidovaná ako pohľadávka poskytovateľa sociálnej služby, ktorú vymáha pri zmene príjmových a majetkových pomerov dlžníka, najneskôr v dedičskom konaní. Toto riešenie nezaplatenej úhrady spôsobuje zbytočnú administratívnu náročnosť a dubiózne pohľadávky, ktoré nemajú nádej na vymoženie z pozostalosti nemajetných občanov.

1.1.2. Zdroje financovania poskytovateľov sociálnych služieb

Financovanie sociálnych služieb je založené na viacdrojovom financovaní, spôsob a podmienky financovania verejných a neverejných poskytovateľov sociálnych služieb je rozdielny

Verejní poskytovatelia sociálnych služieb:

- a) Zariadenia sociálnych služieb v zriaďovateľskej pôsobnosti VÚC – najmä:
 - rozpočet VÚC
 - úhrady prijímateľov sociálnej služby na základe zmluvy o poskytovaní sociálnej služby za poskytované odborné, obslužné a ďalšie činnosti

- z úhrad za iné činnosti podľa § 15 ods. 3 zákona č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách (napr. manikúra, pedikúra, kadernícke služby, liečebná rehabilitácia, sociálne terapie)
- z úhrad ekonomicky oprávnených nákladov (refundácia medzi VÚC)
- z úhrad ekonomicky oprávnených nákladov – „samoplatca“
- sponzorské finančné prostriedky a dary na základe darovacej zmluvy
- z výsledku hospodárenia z vedľajšej činnosti, ktorú vykonávajú zariadenia v zriaďovateľskej pôsobnosti alebo zakladateľskej pôsobnosti vyššieho územného celku s jeho súhlasom
- príjmy z úhrad ošetrovateľskej starostlivosti na základe verejného zdravotného poistenia
- iné zdroje (napr. dotácia na podporu rozvoja sociálnych služieb z MPSVR SR, s využitím právnych možností zákona o službách zamestnanosti, a to ako zamestnávateľ, prostredníctvom aktívnych opatrení na trhu práce a súvisiacich príspevkov, s využitím možnosti financovania poskytnutím nenávratných finančných príspevkov cez operačné programy napr. Zamestnanosť a ľudské zdroje – ESF, alebo cez IROP)

b) Zariadenia sociálnych služieb v zriaďovateľskej pôsobnosti obcí a miest – najmä:

- rozpočet obce, mesta
- finančný príspevok MPSVR SR na poskytovanie sociálnej služby v zariadeniach podmienených odkázanosťou
- finančný príspevok MPSVR SR na poskytovanie sociálnej služby v zariadeniach krízovej intervencie (nocľaháreň, útulok, domov na pol ceste, zariadenie núdzového bývania)
- úhrady prijímateľov sociálnej služby na základe zmluvy o poskytovaní sociálnej služby za poskytované odborné, obslužné a ďalšie činnosti
- z úhrad za iné činnosti podľa § 15, ods. 3 zákona č. 448/ 2008 Z. z. o sociálnych službách (napr. manikúra, pedikúra, kadernícke služby, liečebná rehabilitácia, sociálne terapie)
- z úhrad ekonomicky oprávnených nákladov – „samoplatca“
- z výsledku hospodárenia z vedľajšej činnosti, ktorú vykonávajú zariadenia v zriaďovateľskej pôsobnosti alebo zakladateľskej pôsobnosti obce s jej súhlasom
- sponzorské finančné prostriedky a dary na základe darovacej zmluvy

- príjmy z úhrad ošetrovateľskej starostlivosti na základe verejného zdravotného poistenia
- iné zdroje (napr. dotácia na podporu rozvoja sociálnej služby, s využitím právnych možností zákona o službách zamestnanosti, a to ako zamestnávateľ, prostredníctvom aktívnych opatrení na trhu práce a súvisiacich príspevkov, využitím možnosti financovania poskytnutím nenávratných finančných príspevkov cez operačné programy napr. Zamestnanosť a ľudské zdroje – ESF, alebo cez IROP)

Neverejní poskytovatelia sociálnych služieb:

- finančný príspevok MPSVR SR na poskytovanie sociálnej služby v zariadeniach podmienených odkázanosťou
- finančný príspevok MPSVR SR na poskytovanie sociálnej služby v zariadeniach krízovej intervencie (nocľaháreň)
- finančný príspevok na prevádzku poskytovanej sociálnej služby (VÚC a obce)
- úhrady prijímateľov sociálnej služby na základe zmluvy o poskytovaní sociálnej služby za poskytované odborné, obslužné a ďalšie činnosti
- z úhrad za iné činnosti podľa § 15, ods. 3 zákona č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách (napr. manikúra, pedikúra, kadernícke služby, liečebná rehabilitácia, sociálne terapie)
- z úhrad ekonomicky oprávnených nákladov – „samoplatca“
- sponzorské finančné prostriedky a dary na základe darovacej zmluvy
- príjmy z úhrad ošetrovateľskej starostlivosti na základe verejného zdravotného poistenia
- z výsledku hospodárenia z podnikateľskej činnosti po zdanení daňou z príjmov
- iné zdroje (napr. dotácia na podporu rozvoja sociálnej služby, s využitím právnych možností zákona o službách zamestnanosti, a to ako zamestnávateľ, prostredníctvom aktívnych opatrení na trhu práce a súvisiacich príspevkov, využitím možnosti financovania poskytnutím nenávratných finančných príspevkov cez operačné programy napr. Zamestnanosť a ľudské zdroje – ESF, alebo cez IROP)
- 2% dane FO a PO

1.1.2.1. Verejní poskytovatelia sociálnych služieb

Rozhodujúcim zdrojom financovania verejných poskytovateľov sociálnych služieb sú:

- Príspevky štátu (MPSVR SR)
- Príspevky samosprávy

Príspevok podmienený odkázanosťou z rozpočtu MPSVR SR

Príjem z rozpočtu MPSVR SR tvoria príspevky pre poskytovateľov sociálnej služby vychádzajúce zo štruktúry klientov a ich stupňa odkázanosti (príspevok podmienený odkázanosťou). Vláda SR každoročne určuje svojim Nariadením výšku príspevkov pre verejných a neverejných poskytovateľov podmienených odkázanosťou (Tabuľka č. 5 a č. 6).

Príspevok podmienený odkázanosťou, v minulosti nazývaný finančný príspevok pri odkázanosti fyzickej osoby na pomoc inej fyzickej osoby pri úkonoch sebaobsluhy, ktorý je viazaný na pobytové služby v ZSS, ako aj na ambulantné sociálne služby a domácu opatrovateľskú službu. Ten je definovaný v zákone č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách a závisí od stupňa odkázanosti (I. - VI.). O vydanie rozhodnutia o odkázanosti na sociálnu službu v ZSS príslušného druhu, resp. o odkázanosti na domácu opatrovateľskú službu žiada fyzická osoba samosprávu (územnú lokálnu alebo regionálnu na základe zákonom č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách delenej rozhodovacej pôsobnosti). Posudková činnosť (posudok o odkázanosti na sociálnu službu je podkladom na vydanie rozhodnutia o odkázanosti na sociálnu službu) je vykonávaná v zmysle zákona o sociálnych službách a zhotovuje sa komplexný posudok o odkázanosti na sociálnu službu na základe zdravotného posudku a sociálneho posudku. Posudok je dôležitý ako pre príspevok podmienený odkázanosťou z MPSVR SR, tak aj pre príspevok na prevádzku poskytovaný neverejným poskytovateľom sociálnych služieb.

Tabuľka č. 5 Finančný príspevok na poskytovanie sociálnej služby v zariadeniach pre FO, ktoré sú odkázané na pomoc inej FO, a pre FO, ktoré dovŕšili dôchodkový vek, podľa § 71 ods. 6 a § 78a zákona č. 448/2008 Z. z. v platnom znení¹⁴

Stupeň odkázanosti FO na pomoc inej FO	Výška finančného príspevku pri poskytovaní pobytovej sociálnej služby/mesiac/miesto	Výška finančného príspevku pri poskytovaní ambulantnej sociálnej služby/mesiac/miesto obsadené najmenej v rozsahu 8 hodín ambulantnej prevádzky počas pracovného dňa
II. stupeň	104 eur	70 eur
III. stupeň	234 eur	156 eur
IV. stupeň	312 eur	208 eur
V. stupeň	442 eur	295 eur
VI. stupeň	546 eur	364 eur

Tabuľka č. 6 Finančný príspevok pri odkázanosti FO na pomoc inej FO pri úkonoch sebaobsluhy podľa § 76 zákona č. 448/2008 Z. z. v platnom znení¹⁵

Stupeň odkázanosti FO na pomoc inej FO	Výška finančného príspevku pri poskytovaní opatrovateľskej služby/mesiac
II. stupeň	89,82 eur
III. stupeň	179,68 eur
IV. stupeň	269,47 eur
V. stupeň	359,29 eur
VI. stupeň	449,18 eur

¹⁴ MPSVR SR. <https://www.employment.gov.sk/sk/rodina-socialna-pomoc/socialne-sluzby/poskytovanie-financnych-prispevkov/>

¹⁵ MPSVR SR. <https://www.employment.gov.sk/sk/rodina-socialna-pomoc/socialne-sluzby/poskytovanie-financnych-prispevkov/>

-Príspevky samosprávy

Príjmy samospráv sú určené na zabezpečovanie originálnych kompetencií samosprávy a štátom prenesených kompetencií samosprávy a na ich vlastnú činnosť. Rozhodujúcim zdrojom príjmu samospráv obcí a VÚC sú príjmy z výberu daní z príjmov fyzických osôb. Zákon č. 564/2004 Z. z. o rozpočtovom určení výnosu dane z príjmov fyzických a právnických osôb a nariadenie vlády SR určujú kritériá rozdelenia výnosu dane územnej samospráve obcí a VÚC. Tieto kritériá zohľadňujú **demografické údaje**, objem zabezpečovaných kompetencií, nákladovosť a podobne. Z celkového výberu daní je určených 70 % pre obce a 30 % pre VÚC.

Zabezpečenie dostupnosti sociálnych služieb v regióne je povinnosťou samosprávy. Túto svoju povinnosť môže splniť „**priamo**“ **poskytnutím** tejto služby prostredníctvom verejného poskytovateľa poskytujúceho sociálne služby zriadeného samosprávnym orgánom alebo „**nepriamo**“ **zabezpečením** tejto služby na základe zmluvy u neverejného poskytovateľa pre svojho odkázaného občana. Tento predpoklad vedie k tomu, že by obce a VÚC mali vynakladať rovnaké zdroje na krytie nákladov za vlastných občanov umiestnených u verejných a neverejných poskytovateľov sociálnych služieb. Rozdiely sú však veľmi veľké.

- Doplnkovým zdrojom príjmov je doplatok prijímateľa sociálnej služby

Cenu (doplatok), ktorú platí prijímateľ za sociálne služby poskytované verejným poskytovateľom sociálnych služieb určuje VZN vydané príslušnou samosprávou. Táto cena by mala zohľadňovať všetky náklady poskytovateľa sociálnych služieb znížené o príspevok štátu a samosprávy.

Verejní poskytovatelia sociálnych služieb sú naviazaní na rozpočet príslušnej obce, alebo VÚC, poslanci rozpočtujú výšku ich výdavkov a príjmov. V rozpočtoch obcí a VÚC sú nevyhnutné náklady na opravu, údržbu, kúpu zariadenia a vybavenia mimo rozpočtu príslušného poskytovateľa a skresľujú tak obraz o nákladoch na poskytovanie sociálnych služieb. Navyiac občania, ktorým sa takto sociálne služby poskytujú, nevedia objektívnu výšku nákladov, keďže platia úhrady podľa VZN. Ani poslanci samosprávy obcí a VÚC často nezistia skutočné náklady na sociálne služby poskytované občanom v ich zariadeniach. Samospráva obce a VÚC je prijímateľom finančných príspevkov podmienených odkázanosťou, ktoré poskytuje MPSVR SR zo svojho rozpočtu, čo vo VZN o cenách za sociálne služby vo väčšine prípadov neuvádzajú a nespomínajú. V spoločnosti tak vzniká skreslené povedomie o „nízkyh“ cenách za sociálne služby u verejných poskytovateľov.

1.1.2.2. Neverejní poskytovatelia sociálnych služieb

Rozhodujúcim zdrojom financovania neverejných poskytovateľov sociálnych služieb sú:

- Poplatky prijímateľov sociálnych služieb
- Príspevky štátu (MPSVR SR)
- Príspevky samosprávy

- Poplatky prijímateľov sociálnych služieb

Hlavným zdrojom príjmov neverejných poskytovateľov sociálnych služieb sú príjmy z úhrad za sociálne služby prijímateľom. Cenu za sociálne služby stanovujú podľa nákladov, ktoré taxatívne určuje zákon č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách ako EON. Z výšky nákladov odpočítavajú výšku príspevkov poskytnutých MPSVR SR a obce alebo VÚC.

- Príspevok podmienený odkázanosťou z rozpočtu MPSVR SR

Príspevky z MPSVR SR podmienené odkázanosťou predstavujú druhý hlavný zdroj príjmov neverejných poskytovateľov podľa Nariadenia vlády SR a je rovnaký ako u verejných poskytovateľov (podrobné informácie popísané v časti 1.1.2.1)

- Príspevok na prevádzku z rozpočtu obce alebo VÚC

Neverejný poskytovateľ sociálnej služby môže ďalej získať z verejných prostriedkov, t.j. z rozpočtu obce alebo VÚC, finančný **príspevok na prevádzku** poskytovanej sociálnej služby, ktorý by mal vychádzať z nákladovosti porovnateľnej služby poskytovanej v pôsobnosti verejných poskytovateľov sociálnej služby v danom území. Neverejný poskytovateľ sociálnych služieb môže dostať finančný príspevok na prevádzku po splnení podmienok:

1. Príslušná obec má prijatý Komunitný plán sociálnych služieb, v ktorom definuje požadovanú službu ako nedostatkovú a uvádza príslušného poskytovateľa ako partnera na zabezpečovanie sociálnych služieb. Väčšina obcí reálne nemá v roku 2019 prijatý Komunitný plán sociálnych služieb. Na úrovni VÚC to platí obdobne, pričom dokument sa nazýva Koncepcia rozvoja sociálnych služieb.
2. Rozdiel ceny za sociálne služby (po odpočítaní príspevku z MPSVR SR podmieneného odkázanosťou) je u neverejného poskytovateľa nižší než cena za sociálne služby u poskytovateľa verejného v danej obci alebo VÚC.
3. Konkrétny prijímateľ sociálnych služieb má vydané právoplatné rozhodnutie o odkázanosti na sociálnu službu.

4. Konkrétny prijímateľ sociálnych služieb požiadal samosprávu obce alebo VÚC o zabezpečenie sociálnej služby u daného neverejného poskytovateľa.

5. Samospráva obce, alebo VÚC má tieto príspevky schválené v rozpočte.

Takto stanovené pravidlá vedú k tomu, že mnohí neverejní poskytovatelia sociálnych služieb nedostávajú príspevky na prevádzku. Ich poskytnutie je podmienené postupom samosprávy (čo poskytovateľ sociálnej služby nevie ovplyvniť), ktorá v snahe znižovať náklady vynechá čo i len jednu z hore uvedených podmienok a tak znemožní neverejnému poskytovateľovi prístup k tomuto príspevku. Roky neverejní poskytovatelia poukazujú na tieto skutočnosti, bez zjavnej zmeny k náprave.

- Doplnkový zdroj príjmov - dary a asigovaná daň z príjmov FO a PO

Príjmy z darov a asigovaných daní z príjmov fyzických osôb a právnických osôb sú marginálnym príjmom neverejných poskytovateľov sociálnych služieb a nezohrávajú v systéme financovania sociálnych služieb v tomto období významnú úlohu.

Zo skúseností neverejných poskytovateľov (v pôsobnosti Bratislavského samosprávneho kraja), uvádzame, že celková suma nákladov na osobu mesačne v celoročnom pobytovom ZSS je v roku 2019 približne 1.500 Eur. Je veľmi dôležité, aby spoločnosť prijala tento fakt a nezakrývala ho v neprehľadnom systéme zložitého financovania sociálnych služieb verejných a neverejných poskytovateľov a najmä v snahe zavádzať a presviedčať verejnosť, že sociálne služby sú „lacné“.

Finančnú náročnosť sociálnych služieb určujú predovšetkým mzdové náklady a odvody z miezd. Zvyšovaním ceny práce cez zvyšovanie príplatkov za prácu vo sviatok, v noci a za prácu nadčas sa tieto náklady zvyšujú, a to treba verejnosti jasne a zrozumiteľne vysvetliť. Súčasne naďalej predpokladať, že túto náročnú prácu budú robiť zamestnanci odmeňovaní minimálnou mzdou, je nereálne a nemorálne - aj finančné ocenenie tejto práce je odrazom vzťahu spoločnosti k tejto téme.

Túto skutočnosť si uvedomuje aj MPSVR SR, preto v rámci legislatívneho procesu, orientovaného na zmeny vo financovaní poskytovateľov sociálnych služieb (september 2019) uviedlo: „Účelom poskytnutia finančného príspevku na poskytovanie sociálnej služby v zariadeniach podmienených odkázanosťou zo štátneho rozpočtu prostredníctvom rozpočtovej kapitoly Ministerstva práce, sociálnych vecí a rodiny SR je spolufinancovanie ekonomicky oprávnených nákladov poskytovateľa sociálnej služby na mzdy a platy zamestnancov a súvisiace odvody za predpokladu, že náklady vznikajú len v súvislosti s povinne

poskytovanými alebo vykonávanými odbornými činnosťami, obslužnými činnosťami a ďalšími činnosťami alebo zabezpečením vykonávania týchto činností alebo utváraním podmienok na ich vykonávanie. Finančný príspevok na poskytovanie sociálnej služby v zariadeniach podmienených odkázanosťou je teda účelovo určený na pokrytie časti nákladov na mzdy a odvody vybraných zamestnancov poskytovateľa sociálnej služby v konkrétnom zariadení s cieľom podporiť dostatočné personálne zabezpečenie sociálnych služieb, zvýšiť zamestnanosť v sociálnych službách, odbúrať fluktuáciu zamestnancov ako aj riešiť úroveň odmeňovania zamestnancov v sociálnych službách. Vyjadrili presvedčenie, že uvedené napomôže aj k plneniu personálneho normatívu v týchto vybraných zariadeniach sociálnych služieb – dodržiavanie maximálneho počtu prijímateľov sociálnej služby na jedného svojho zamestnanca a minimálny percentuálny podiel odborných zamestnancov na celkovom počte zamestnancov podľa prílohy č. 1 zákona o sociálnych službách, uvedené súvisí aj so záujmom zabezpečenia vyššej kvality poskytovanej sociálnej služby. Zdôraznili, že finančné príspevky podmienené odkázanosťou na poskytovanie sociálnej služby v zariadeniach podmienených odkázanosťou sú rovnaké pre verejných aj neverejných poskytovateľov sociálnych služieb a idú priamo poskytovateľom sociálnej služby. Štát takto vytvára tlak na zvyšovanie miezd pracovníkov v sociálnych službách, ktoré boli zo všetkých odvetví prakticky najnižšie (keďže štát, resp. MPSVR SR nemôže regulovať mzdy priamo). Výška finančného príspevku z rozpočtovej kapitoly MPSVR SR navyše rastie rovnako výrazným tempom, ako minimálna mzda. S týmto modelom súhlasili aj neverejní poskytovatelia a jeho výška rešpektuje podiel mzdových nákladov na celkových nákladoch pri poskytovaní sociálnej služby. Opakované historické zvýšenia financovania štátom (aj podmienka použitia na mzdy a odvody zamestnancov) majú priamy dopad nielen na dostupnosť.“

Náklady na poskytovanie a zabezpečovanie sociálnych služieb sa budú neustále zvyšovať na základe rastu cien v každej položke nákladov. Celkové náklady môžu v budúcnosti rásť vysokým tempom najmä z dôvodu rastu počtu odkázaných ľudí. V súčasnom systéme financovania sociálnych služieb narazíme v blízkej dobe na obmedzené verejné zdroje, ktoré nebude možné zvyšovať úmerne k zvyšujúcej sa potrebe. Preto je treba, aby sa začali pripravovať kroky k efektívnejšej forme financovania „času odkázanosti“ formou zavedenia „doplňového“ poisťného systému, alebo prerozdelenia zdrojov zo súčasného poisťného systému zdravotného a sociálneho zabezpečenia.

1.1.3. Zabezpečovanie manažmentu zdravia v zariadeniach sociálnych služieb

Významné legislatívne zmeny, ktoré sa stali podkladom pre systémové zavádzanie komplexného manažmentu zdravia v zariadeniach sociálnej pomoci iniciovali v roku 2017 sestry pracujúce v zariadeniach i samotní poskytovatelia. V tomto období **zdravotná starostlivosť v rozsahu ošetrovateľskej starostlivosti** poskytovaná v ZSS bola formálne financovaná formou 9 výkonov (podľa zákona č. 185/2014 Z. z., ktorým sa mení a dopĺňa zákon č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti). Zazmluvňovanie poskytovateľov sociálnych služieb zdravotnými poisťovňami prostredníctvom vybraných 9 výkonov nebolo dostatočné. Jeho efektom bola realizácia a úhrady vybraných výkonov ošetrovateľskej starostlivosti symbolického počtu zariadení i osôb.

Pokrok vo veci zabezpečenia komplexnej ošetrovateľskej starostlivosti v zariadeniach priniesol zákon č. 351 z 21. decembra 2017, ktorým sa menil a dopĺňal zákon č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti. Tento právny predpis umožnil **poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti v zariadení sociálnej pomoci** zamestnancami, ktorí spĺňajú podmienky na výkon zdravotníckeho povolania (§ 10a).

Zariadenie sociálnej pomoci podľa § 10a ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z. poskytuje ošetrovateľskú starostlivosť osobe umiestnenej v zariadení sociálnej pomoci, ktorá spĺňa indikačné kritériá na poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti. Splnenie indikačných kritérií v súlade so štandardnými diagnostickými postupmi a terapeutickými postupmi (ďalej len „ŠDTP“) posudzuje zodpovedná osoba a indikuje všeobecný lekár na základe návrhu zodpovednej osoby o potrebe poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti. ŠDTP Komplexný ošetrovateľský manažment pacienta v zariadení sociálnej pomoci je legislatívne účinný od 1.1.2019 a vzťahuje na ošetrovanie tých pacientov umiestnených v ZSS, ktorí sú indikovaní pre poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti. Indikácia pre komplexný ošetrovateľský manažment pacienta v zariadení sociálnej pomoci je určená a prehodnocovaná podľa potreby priebežne, najmenej však jedenkrát za 6 mesiacov prostredníctvom kontrolného listu, ktorý je špeciálnym doplnkom štandardu. Akceptovanie indikácie zo strany zdravotných poisťovní na základe kontrolného listu ŠDTP prinesie významnú redukciu administratívnej záťaže pri zachovaní preukázania jednotných a transparentných kritérií pre indikáciu. **Rozvoj nástrojov pre urýchlenie, zjednotenie a zjednodušenie procesov zabezpečenia adekvátnej ošetrovateľskej starostlivosti všetkým indikovaným osobám by mal byť súčasťou stratégie dlhodobej starostlivosti. Jedným z kľúčových nástrojov pre definovanie efektívneho procesu zabezpečenia je pritom rozvoj štandardov.**

Minimálny počet lôžok na účely poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti v zariadeniach sociálnych služieb a zariadeniach sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately podľa Vyhlášky MZ SR č. 20/2018 Z. z. je **10 000**. Legislatívne definovaný minimálny počet lôžok **nebol** k 31.3.2019 naplnený. Kľúčovým dôvodom bola opatrnosť potenciálnych poskytovateľov vyplývajúca z negatívnych skúseností prvých zariadení, ktoré proces zazmluvnenia so zdravotnými poisťovňami podstúpili. Nedostatočná koordinácia ministerstiev (MZ SR a MPSVR SR) pri podpore implementácie zavedenia ošetrovateľského paušálu spôsobila reálne riziko zníženia sociálneho príspevku o výšku úhrad za ošetrovateľský paušál a zároveň riziko vážneho rozporu v manažmente verejných zdrojov na úrovni ministerstiev. Tento príklad problémového zavádzania pozitívnych zmien v zabezpečovaní adekvátnej starostlivosti v kontexte prepájania zdravotných a sociálnych služieb ilustruje **nevyhnutnosť flexibilnej spolupráce ministerstiev v procese napĺňania cieľov stratégie dlhodobej starostlivosti**.

V zariadeniach, ktoré **nie sú poskytovateľmi zdravotnej / ošetrovateľskej starostlivosti** zostáva otvorenou otázkou zabezpečenie dvoch kľúčových aspektov starostlivosti o zdravie:

1. **zabezpečenie manažmentu zdravia** bezprostredne v zariadeniach personálom v zmysle správneho dávkovania liečiv podľa aktuálnej ordinácie lekára, primeranej hydratácie, výživy, predchádzania dekubitov a pod.;
2. **zabezpečenie zdravotnej starostlivosti**, napríklad zabezpečenie lekárskeho ošetrovania praktickým lekárom v prípade zdravotných ťažkostí.

Aj pri predpoklade, že sa títo poskytovatelia nebudú zameriavať na poskytovanie sociálnych služieb o osoby s vysokými nárokmi na zdravotnú / ošetrovateľskú starostlivosť, potreba manažmentu zdravia u stabilizovaných prijímateľov sociálnych služieb je žiaduca, ako aj potreba manažmentu **zdravotnej starostlivosti v prípade zhoršenia zdravotného stavu, pretože nie vždy je možná dlhodobá hospitalizácia klientov, prípadne ich preloženie do tých zariadení, ktoré sú poskytovateľmi zdravotnej/ošetrovateľskej starostlivosti**.

Poskytovateľom sociálnych služieb legislatíva umožňuje **zabezpečovanie ošetrovateľskej starostlivosti prostredníctvom agentúr domácej ošetrovateľskej starostlivosti (ďalej len „ADOS“) a mobilných hospicov. Využívanie / sprostredkovanie týchto služieb** napriek tomu, že osoba je indikovaná, **nie je** zo strany poskytovateľa sociálnych služieb **povinné**. V takýchto zariadeniach nie je určená zodpovednosť za úroveň poskytovanej starostlivosti o zdravie a úroveň poskytovanej starostlivosti o zdravie nie je kontrolovaná.

Absentuje teda legislatívny záväzok poskytovateľov i kontrola úrovne kvality. Bolo by žiaduce, ak by legislatíva každého poskytovateľa sociálnej služby zaväzovala, k včasnému zabezpečeniu lekárskej starostlivosti v spolupráci so zmluvným ošetrojúcim lekárom zariadenia alebo ošetrojúcim lekárom prijímateľa a plnenie aktuálnej ordinácie lekára, včasnému zabezpečeniu ošetrovateľskej starostlivosti v spolupráci s ADOS, včasnému zabezpečeniu ambulantnej a ústavnej zdravotnej starostlivosti, paliatívnej starostlivosti v spolupráci s mobilným hospicom a včasnému zabezpečeniu zdravotnej starostlivosti s ďalšími poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti podľa potrieb prijímateľa a predlekársku pomoc v akútnych, život ohrozujúcich stavoch. **Poskytovateľ sociálnych služieb by mal byť povinný zabezpečiť udržanie a rozvoj kvality a etiky starostlivosti o zdravie prijímateľov,** plánované a riadené zabezpečenie liekov a zdravotníckych pomôcok v súlade s potrebami prijímateľov, bezpečné dávkovanie a podávanie liekov v súlade s aktuálnou ordináciou lekára pred ukončením doby ich expirácie, vrátane školení a prípravy zamestnancov pre situácie potreby poskytnutia prvej pomoci, zabezpečenie primeranej hydratácie, výživy a hygienickej starostlivosti na základe odporúčaní ošetrojúcej sestry a/alebo ošetrojúceho lekára, podporu sebestačnosti a mobility, prevenciu pádov a vzniku dekubitov, manažment prevencie šírenia nákaz, meranie vitálnych funkcií (dýchanie, pulz, tlak krvi, telesná teplota), konzultáciu odchýlok vo vitálnych funkciách, stave vedomia a orientácii, s poskytovateľom zdravotnej starostlivosti. **Legislatívne záväzné koordinované zabezpečenie manažmentu zdravia a zdravotnej starostlivosti v spolupráci s externými odborníkmi v tých zariadeniach, ktoré nie sú poskytovateľmi zdravotnej / ošetrovateľskej starostlivosti ako súčasť stratégie dlhodobej starostlivosti by o.i. prinieslo výrazný vzostup úrovne odbornej a etickej úrovne kvality starostlivosti o zdravie a zdravotnej starostlivosti,** vyššiu ochranu práv osôb odkázaných na starostlivosť, pokles odvrátiteľných mrtí, pokles hospitalizácií a zníženie finančných nákladov na ich úhrady, redukciu zbytočného utrpenia, bolesti, zvýšenie spokojnosti prijímateľov sociálnych služieb a ich rodinných príslušníkov.

1.2. Zdravotná starostlivosť¹⁶

Cieľom zdravotnej starostlivosti je liečenie a zlepšenie zdravotného stavu pacienta. Cieľom DSZS je kompenzácia trvalej odkázanosti na pomoc inej osoby pri sebaobsluže (ďalej len „OPIOS“). Oba typy starostlivosti je nutné prepájať, lebo vznikli na základe zhoršeného zdravotného stavu občana - čiže sa musia poskytovať aj zdravotné výkony. DSZS by mala zabezpečiť kontinuitu a integráciu zdravotnej a sociálnej starostlivosti.

1.2.1. Popis súčasného stavu

V súčasnosti je DSZS poskytovaná v rámci štruktúr zdravotníckeho systému orientovaná predovšetkým na geriatrických pacientov a chronicky chorých. Poskytuje sa prostredníctvom **agentúr domácej ošetrovateľskej starostlivosti**; ambulancie starostlivosti (**geriatrické ambulancie**); ústavnej starostlivosti (**oddelenia dlhodobu chorých, geriatrické a paliatívne oddelenia v nemocniciach**) a v špecializovaných zdravotníckych zariadeniach predovšetkým **v liečebniach pre dlhodobu chorých, psychiatrických nemocniciach, domoch ošetrovateľskej starostlivosti, hospicioch, zariadeniach pre seniorov, špecializovaných zariadeniach a pod.** Všetky uvedené typy zdravotnej starostlivosti sú financované zdravotnými poisťovňami, najmä na paušálnej báze, pričom posledné štyri menované tvoria akýsi prienik zdravotných a sociálnych služieb. Okrem umiestnenia v zdravotníckych zariadeniach, sa na financovaní starostlivosti podieľa v individuálnej miere aj samotný prijímateľ služby, pretože v mnohých prípadoch zdroje zdravotných poisťovní nepokryjú ekonomicky oprávnené náklady poskytovateľov.

Posudzovanie OPIOS v rezorte zdravotníctva neprebíha, na využívanie služieb ústavnej zdravotnej starostlivosti, vrátane ošetrovateľskej starostlivosti, aj ADOS a DOS postačuje indikácia od ošetrojúceho lekára (všeobecného, špecialistu s kompetenciami alebo aj ošetrojúci lekár počas predchádzajúcej hospitalizácie).¹⁷

¹⁶ Zdravotná starostlivosť je súbor pracovných činností, ktoré vykonávajú zdravotnícki pracovníci, vrátane poskytovania liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín s cieľom predĺženia života fyzickej osoby (ďalej len „osoba“), zvýšenia kvality jej života a zdravého vývoja budúcich generácií; zdravotná starostlivosť zahŕňa prevenciu, dispenzarizáciu, diagnostiku, liečbu, biomedicínsky výskum, ošetrovateľskú starostlivosť a pôrodnú asistenciu. (§ 2 ods. 1 zákona č. 576/2004 Z. z.)

¹⁷ Podľa § 9, odsek b), 576/2004 Z. z.: „ak sa vyžaduje pokračovanie ošetrovateľskej starostlivosti, vyhotoví ošetrovateľskú prepúšťaciu správu dňom prepustenia z ústavnej starostlivosti, ktorej súčasťou je vyhodnotenie ošetrovateľského procesu, a bezodkladne ju zašle príslušnému všeobecnému lekárovi a inému poskytovateľovi ošetrovateľskej starostlivosti ...“

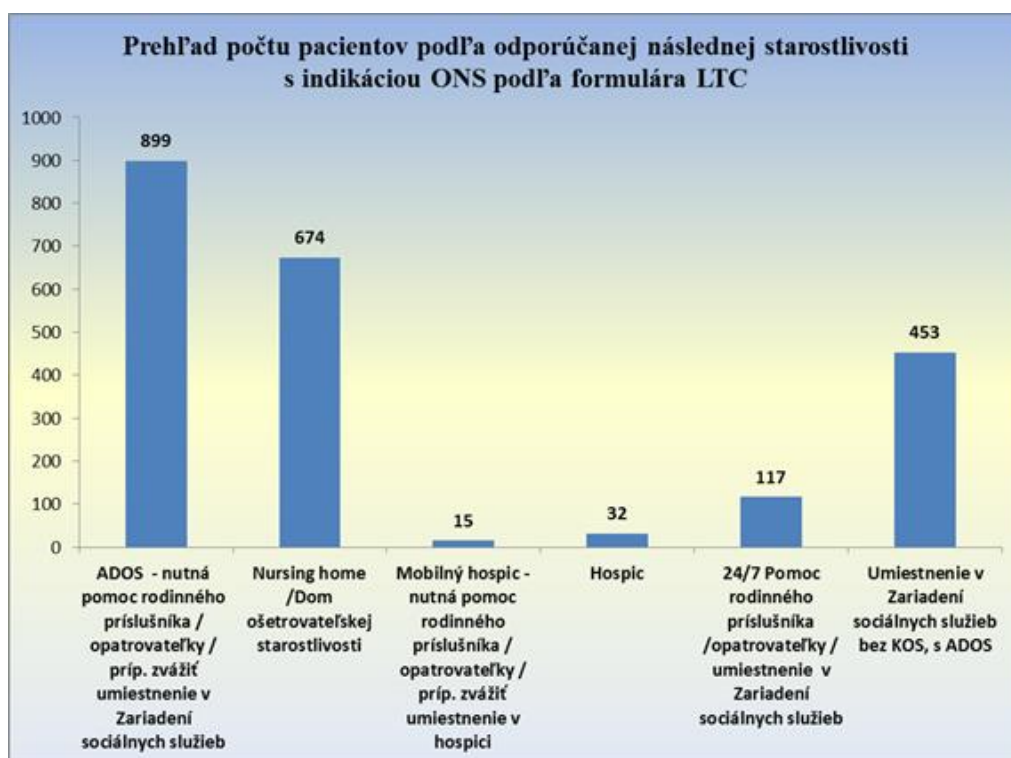
Pacienti bývajú v mnohých prípadoch z nemocníc prepúšťaní v stave s akútnou potrebou ďalšej ošetrovateľskej starostlivosti, ambulantnej zdravotnej starostlivosti. Najmä v prípadoch bezvládných pacientov, **absentuje operatívne, včasné špecifické posudzovanie pacienta pre potrebu následnej zdravotnej starostlivosti** a organizácia zabezpečenia následnej starostlivosti. Následnú starostlivosť o bezvládneho pacienta riešia blízki príbuzní, ktorí sú často zaskočení samotnou situáciou, chýba im odborná pomoc pri organizovaní následnej starostlivosti, nevedia posúdiť reálne potreby a zároveň možnosti pomoci v regióne.

V mesiacoch máj až september 2017 v gescii riaditeľky Odboru ošetrovateľstvo na MZ SR prebehla **štúdia zameraná na indikáciu potreby a druhu odporúčanej následnej starostlivosti** (ďalej len „ONS“) pri použití hodnotiaceho nástroja vyvinutého skúsenými sestrami z praxe (Hodnotiaci formulár LTC). Do štúdie bolo zahrnutých niekoľko štátnych nemocníc. Výsledky štúdie určujú poradie jednotlivých typov poskytovateľov pri zabezpečovaní pomoci pacientovi podľa jeho reálnych potrieb bezprostredne po prepustení z nemocnice (Tabuľka č. 7). Pre DSZS nebolo indikovaných **3228 z 5418** posúdených pacientov. Z poskytovateľov bola najviac odporúčaná pomoc **ADOS na 1. mieste (899 osôb), DOS na 2. mieste (674 osôb) a ZSS so zabezpečením ošetrovateľskej starostlivosti na 3. mieste (453 osôb).**

Autori štúdie navrhujú operatívne **prepojiť posúdenie s edukáciou blízkych** o možnostiach pomoci v danom regióne. Za túto časť pomoci je zodpovedná vedúca sestra oddelenia a sociálny pracovník nemocnice. **Cieľom tohto efektívneho, nenákladného a v praxi úspešne skúmaného nástroja je zabrániť zbytočným destabilizáciám stavu pacientov, utrpeniu, či predčasnej smrti z dôvodu slabého manažmentu starostlivosti o zdravie, zabrániť zbytočným hospitalizáciám, udržať ľudí v maximálnej miere stabilizovaných, podľa možností doma alebo v iných zariadeniach ako sú nemocnice, ktoré by mali slúžiť predovšetkým na akútnu starostlivosť.**

Tabuľka č. 7 Odporúčaná následná starostlivosť - štúdia prostredníctvom formulára LTC

EBP – Odporúčaná následná starostlivosť (ONS) podľa štúdie prostredníctvom formulára LTC								
Nemocnice zapojené do projektu LTC	ADOS rodina / opatrov.	DOS	Mobilný hospic	Hospic	24/7 doma / opatrov. / ZSS	ZSS bez KOS, s ADOS	DSZD nie je indik.	Spolu ONS
FN Trnava	176	41	0	0	12	16	694	939
FN Žilina	301	122	6	3	34	36	809	1 311
FN Trenčín	89	159	5	8	2	7	308	578
FNsP B. Bystrica	86	200	0	4	18	142	551	1 001
NsP Nové Zámky	06	40	4	7	44	28	435	664
FN Nitra	141	112	0	10	7	224	431	925
Počet pacientov podľa návrhu potrebnej NS	899	674	15	32	117	453	3 228	5 418
Počet v %	16,6 %	12,4 %	0,3 %	0 6 %	2,2 %	8,4 %	59,6 %	100,0 %



1.2.2. Dlhodobá zdravotná starostlivosť poskytovaná v domácom prostredí

Zdravotnú starostlivosť poskytovanú v domácom prostredí zabezpečujú návštevy sestier z ADOS, návštevna služba lekárov v domácnosti a pomoc poskytovaná mobilnými hospicmi.

Návštevna služba lekárov v domácom prostredí je v legislatíve upravená nedostatočne:

- a) Pre všeobecných lekárov nie je stanovená ako povinnosť a je teda na ich dobrej vôli, či návštevnu službu napríklad u ležiaceho pacienta vykonajú;
- b) Pre špecialistov nie je žiadna právna úprava návštevnej služby v domácnosti.

Zabezpečiť návštevu všeobecného lekára alebo lekára – špecialistu v domácnosti je mimoriadne zložité, resp. takmer nemožné, a tak aj ťažko chorí pacienti sú odkázaní na návštevy v ambulanciách. S obdobnými problémami pri potrebe návštevy špecialistu zápasia aj pobytové zariadenia sociálnych služieb alebo domy ošetrovateľskej starostlivosti. Súkromné ambulancie špecialistov argumentujú, že nemajú kapacity a prostriedky ani na riešenie pacientov, ktorí navštívia ambulancie a preto odmietajú návštevy u pacientov. **Toto je jeden z ďalších dlhodobo neriešených problémov, ktorý je potrebné vyriešiť, pretože inak nebude možné zabezpečiť integrovanú dlhodobú sociálno-zdravotnú starostlivosť v domácom a prirodzenom sociálnom prostredí, ktorá je najpreferovanejšia, najhumánnejšia a ekonomicky efektívna.**

Pre porovnanie uvádzame údaje o výdavkoch, ktoré boli na tieto druhy zdravotníckych služieb vynaložené v rokoch 2016 a 2017 a ich pomer k celkovým výdavkom na ambulatnú zdravotnú starostlivosť (Tab. č. 8 a č. 9). Tieto čísla pôsobia alarmujúco a jednoznačne dokazujú podceňovanie a podfinancovanie zdravotnej starostlivosti poskytovanej v domácom prostredí.

Financovanie mobilných hospicov pôsobí až ako výsmech a pre úplnosť je potrebné dodať, že v roku 2017 zdravotné poisťovne nemali zazmluvnený žiaden mobilný hospic v týchto krajoch:

- VŠZP - Banskobystrický kraj,
- DÓVERA - Žilinský a Banskobystrický kraj,
- Union - Banskobystrický kraj.¹⁸

¹⁸ ÚDZS. 20818. Správa o stave vykonávania verejného zdravotného poistenia za rok 2017. <http://www.udzs-sk.sk/documents/77197/0/Spr%C3%A1va+o+stave+vykon%C3%A1vania+verejn%C3%A9ho+zdravotn%C3%A9ho+poistenia+za+rok+2017.pdf/a8f99027-6a3c-48d7-a38f-3862d90f0042>

Tabuľka č. 8 Údaje o výdavkoch na vybrané ambulantné zdravotnícke služby 2016 - 2017

Typ starostlivosti	2016	2017	Rozdiel
Ambulantná starostlivosť celkom	1 741 299 841	1 749 462 310	+ 8 162 469
V tom:			
ADOS	16 079 281	17 481 103	+ 1 401 822
Mobilný hospic	99 473	105 332	+ 5 858

Tabuľka č. 9 Pomer výdavkov na vybrané ambulantné zdravotnícke služby 2016 - 2017 k celkovým výdavkom na ambulantnú zdravotnú starostlivosť

Typ starostlivosti	2016	2017
Ambulantná starostlivosť celkom	100 %	100 %
V tom:		
ADOS	0,92 %	0,99 %
Mobilný hospic	0,00005 %	0,00006 %

Príčiny, prečo sú služby ADOS v porovnaní s inými krajinami poddimenzované je potrebné takisto dôkladnejšie zanalyzovať a identifikované problémy riešiť. Zdravotné poisťovne neprehodnocujú reálne potreby občanov na služby ADOS a najmä nemajú motiváciu prekračovať zákonne stanovený normatív agentúr domácej ošetrovateľskej starostlivosti na počty sesterských miest v ADOS (Tabuľka č. 10).¹⁹

Tabuľka č. 10 Počet sesterských miest agentúr domácej ošetrovateľskej starostlivosti

Počet sesterských miest** agentúr domácej ošetrovateľskej starostlivosti								
Bratislavský kraj	Trnavský kraj	Trančiansky kraj	Nitriansky kraj	Žilinský kraj	Bansko-bystrický kraj	Prešovský Kraj	Košický kraj	Slovenská republika
90,7	83,2	90,0	106,2	104,2	98,5	119,9	115,9	808,6

Slovenské ADOS riešia existenčné problémy, pričom pre štát je veľmi neefektívne, ak sa pacient doliečuje v nemocnici niekoľko týždňov, keď zdravotnícky systém poskytuje lepšiu ošetrovateľskú starostlivosť. ADOS majú pritom potenciál významnou mierou prispieť k efektívnemu riešeniu zabezpečenia DSZS.

¹⁹ Nariadenie vlády č. 640/2008 Z. z., príloha č. 5:

* Normatív agentúr domácej ošetrovateľskej starostlivosti prepočítaný na počty sesterských miest a určený na počet obyvateľov Slovenskej republiky a na počet obyvateľov územia krajov.

** Sesterským miestom sa rozumie výkon činnosti sestry s príslušnou odbornou spôsobilosťou v rozsahu 40 hodín fondu pracovného času, ak ide o rizikové činnosti, v rozsahu 38 hodín fondu pracovného času.

Domáca ošetrovateľská starostlivosť je najlacnejšou zdravotnou starostlivosťou.

Ako efektívny model organizovania sa javí byť cesta zazmluvnenia obvodu, pretože poskytovateľ ADOS by bol zároveň motivovaný k prevencii. Vytvorením obvodov by domáca ošetrovateľská starostlivosť bola dostupná pre všetkých ľudí v regióne, ktorí ju potrebujú. V rámci efektivizácie systému zabezpečenia a financovania DSZS by bolo tiež vhodné cestou ADOS zabezpečiť následnú starostlivosť po prepustení z nemocnice. Nemocnica tak bude môcť znížiť priemernú dobu hospitalizácie a uvoľnené lôžko bude možné využiť pre ďalších pacientov. Výhody to prinesie pre pacienta, ktorý sa bude môcť po stabilizovaní zdravotného stavu ďalej doliečovať v domácom prostredí, kde mu bude poskytnutá potrebná starostlivosť.

Všeobecná zdravotná poisťovňa zvýšila od júla 2017 ceny za výkony v ADOS a v mobilných hospicioch o 25 % a v zariadeniach sociálnych služieb o 26 %. Celkovo tak zvýšila platby pre ADOS o približne dva milióny Eur ročne. V procese efektivizácie a využitia potenciálu ADOS je nevyhnutné pokračovať.

MZ SR podľa § 45 ods. 1 písm. b) zákona č. 576/2004 Z. z. vydalo štandardný postup Komplexný ošetrovateľský manažment pacienta v agentúre domácej ošetrovateľskej starostlivosti s dátumom účinnosti od 1.1.2019.²⁰ Ako súčasť štandardu autori definujú podporné nástroje a prekážky aplikácie postupu v praxi. Podľa dokumentu mnohé z odporúčaných prístupov preventívneho charakteru v štandarde sú zásadné z hľadiska komplexného, efektívneho a preventívneho prístupu, ale zo strany ZP nie sú hrazené.

Autori štandardu navrhujú tieto **podporné nástroje**:

1. urýchlené **prepracovanie koncepcie úhrad zdravotnej starostlivosti** v ADOS na taký systém financovania pre ADOS, ktorý by obsahoval aj **komplexný ošetrovateľský manažment** pacienta;
2. dopracovanie legislatívy (napr. v Zákone o dlhodobej starostlivosti) pre starostlivosť o rizikových pacientov vo vysokom veku s početnými chorobami s cieľom maximálne udržať ich schopnosť žiť vo vlastnom prostredí pri **trvalom manažmente starostlivosti o zdravie v zastrešení ADOS v spolupráci s lekárom** (obdoba terénnych / geriatrických sestier v minulosti);
3. prevencia a podpora zdravia v manažmente dlhodobej starostlivosti v domácom alebo inom sociálnom prostredí s možnosťou financovania za zmluvného pacienta, napríklad kapitáčna platba;
4. vzhľadom na riziko nedostupnosti pre pacientov vo vzdialenejších obciach, **dopracovanie**

²⁰ <https://www.standardnepostupy.sk/nove-standardy/>

takého spôsobu úhrady, ktorý by podporoval dostupnosť služby bez ohľadu na miesto pobytu pacienta aj vo vzdialenejších obciach (napríklad osobitnou úhradou pokrývajúcou náklady za čas a pohonné hmoty vo vzťahu k vzdialenosti od sídla ADOS apod.).

Očakávaným **efektom** týchto krokov by bola

- **redukcia odvrátiteľných hospitalizácií** na akútnych lôžkach,
- **redukcia zbytočných výjazdov vozidiel záchrannej služby,**
- **zjednodušenie administratívy, vykazovania, revízie ADOS.**

1.2.3. Dlhodobá ústavná zdravotná starostlivosť

Podľa Vyhlášky MZ SR č. 84 z 27. januára 2016, ktorou sa ustanovujú určujúce znaky jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení je zdravotnícke zariadenie ústavnej zdravotnej starostlivosti určené na poskytovanie zdravotnej starostlivosti osobe, ktorej zdravotný stav vyžaduje nepretržité poskytovanie zdravotnej starostlivosti spojené s predpokladaným pobytom na lôžku v zdravotníckom zariadení presahujúcim 24 hodín (§ 11).

Hospic (§ 13) je určený na poskytovanie zdravotnej starostlivosti osobe s nevyliciteľnou a zároveň pokročilou a aktívne progredujúcou chorobou, ktorá spravidla vedie k smrti. Cieľom zdravotnej starostlivosti poskytovanej v hospici je zlepšenie kvality života, zmiernenie utrpenia a stabilizácia zdravotného stavu. V hospici možno prevádzkovať aj mobilný hospic.

Dom ošetrovateľskej starostlivosti podľa § 14 (ďalej len „DOS“) je určený na **poskytovanie nepretržitej ošetrovateľskej starostlivosti vrátane ošetrovateľskej rehabilitácie osobe, ktorej zdravotný stav nevyžaduje sústavnú zdravotnú starostlivosť poskytovanú lekárom**, ale vyžaduje nepretržité poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti s predpokladaným pobytom na lôžku presahujúcim 24 hodín, ktorú nemožno vykonávať v prirodzenom sociálnom prostredí osoby. **Práve DOS svojou charakteristikou predstavujú potenciál napĺňania stratégie pre veľkú skupinu tých osôb, ktorých stav si vyžaduje nepretržitú sesterskú starostlivosť v kombinácii s kvalitnou základnou ošetrovateľskou starostlivosťou**, úkonmi opatrovania a zároveň komplexnou sociálnou starostlivosťou.

Súčasným napĺňaním poslanie DOS stále limitujú legislatívne prekážky. DOS by mali byť autonómnym zariadením v primárnej sfére, ktoré prepája model sesterského manažmentu zdravia so súčasným zabezpečením sociálnej a duchovnej starostlivosti. V súčasnosti sú definované ako zdravotnícke zariadenia a sú poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti.

Problémom sú tiež nedostatočné kompetencie sestier, legislatívne obmedzená možnosť vzdialenej ordinácie lekára i obmedzená dĺžka poskytovania starostlivosti bez ohľadu na pretrvávajúcu indikáciu. V porovnaní so zahraničím, napríklad v Rakúsku sú do geriatrických centier, ktoré vedú sestry, pacienti prijímaní na neobmedzené obdobie. Podľa Odborného usmernenia MZ SR číslo 10095/2006-OO zo dňa 27. februára 2006 o poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti v dome ošetrovateľskej starostlivosti doba poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti v DOS závisí od zdravotného stavu osoby a potreby ošetrovateľskej starostlivosti, no zároveň **maximálna dĺžka pobytu osoby v DOS je jeden mesiac**. Dĺžka pobytu osoby dlhšie ako jeden mesiac sa môže povoliť vo výnimočných prípadoch a so súhlasom revízneho lekára zdravotnej poisťovne. Potreba súhlasu revízneho lekára vnáša do DSZS pre všetkých, vrátane rodiny pacienta v zložitej situácii pocit neistoty, časový tlak.

V súvislosti s nadobudnutím účinnosti **ŠDTP Komplexný ošetrovateľský manažment pacienta v dome ošetrovateľskej starostlivosti, ktorý sa stal legislatívne záväzným od 1.1.2019 sa podmienky zdravotnej starostlivosti v dome ošetrovateľskej starostlivosti menia**. Podľa platného ŠDTP Komplexný ošetrovateľský manažment pacienta v dome ošetrovateľskej starostlivosti posúdenie pacienta pre **indikáciu starostlivosti** v DOS realizuje odborný zástupca domu v spolupráci s ošetrujúcim lekárom na základe určeného kontrolného listu. Indikácia k zaradeniu do indikačného rámca štandardu Komplexný ošetrovateľský manažment pacienta v dome ošetrovateľskej starostlivosti na základe posúdenia kontrolným listom je platná dňom posúdenia so zápisom do zdravotnej dokumentácie pacienta. Indikácia je prehodnocovaná podľa potreby priebežne, najmenej však **jedenkrát za 3 mesiace**. **Určenie doby ošetrovania v DOS na základe indikácie** je jedným z krokov naplňania potrieb indikovaných osôb. Ďalšou požiadavkou je vývoj nástroja, na základe ktorého by **poskytovatelia boli stimulovaní k zodpovednosti za aktívnu koordináciu pokračujúcej starostlivosti** (po prepustení z domu). Záväzkom poskytovateľa by mala byť optimálna koordinácia prijatia nových pacientov a dĺžku pobytov / ukončenia pobytu už ošetrovaných pacientov v zariadení takým spôsobom, aby bolo znížené, prípadne **vylúčené riziko nezabezpečenia adekvátnej starostlivosti** pri vysoko individuálnom zohľadnení skutočných potrieb, rizík a aktívnom preskúmaní možností zabezpečenia následnej starostlivosti v spolupráci s rodinou a ďalšími poskytovateľmi zdravotných a sociálnych služieb (ADOS, hospic, mobilný hospic, ZSS a v zariadení sociálno-právnej ochrany detí a sociálnej kurately a pod.) Povinnosť poskytovateľa poskytovať ošetrovateľskú starostlivosť v súlade so ŠDTP Komplexný ošetrovateľský manažment pacienta v dome ošetrovateľskej starostlivosti

predpokladá **nárast kvality** ošetrovateľskej starostlivosti. Štandardný ošetrovateľský postup je určený sestram poskytujúcim ošetrovateľskú starostlivosť v dome ošetrovateľskej starostlivosti a za dodržiavanie požiadaviek štandardného postupu zodpovedá odborný zástupca pre ošetrovateľskú starostlivosť v príslušnom zariadení.

Prevádzkovanie DOS komplikuje zložitá organizácia pobytov - úmrtie, nenastúpenie na lôžko z dôvodu napríklad predĺženia hospitalizácie ohrozuje vyvážený tok príjmov a výdavkov. Mimoriadne vhodný by bol spôsob úhrady na základe aplikácie praxe financovania zariadení sociálnej pomoci, kde po dobu preobsadenia lôžka (maximálna doba je stanovená) poskytovateľ nestráca nárok na príspevok.

V slovenských ZSS sú čoraz častejšie umiestnené osoby s **významným rizikom zhoršenia zdravotného stavu** - rizikovní seniori s ranami, dekubitmi, podvyživení, ohrození infekciou, rozvojom kontraktúr atď. Dôvodom je stúpajúci vek, demografický vývoj, pribúdanie seniorov vo fáze imobility, nesebestačnosti, s početnými vážnymi ochoreniami. Séria prítomných chorôb, rizík v kombinácii s neschopnosťou nielen samostatne uspokojovať, ale často aj dožadovať sa uspokojovania najzákladnejších potrieb často prináša zhoršovanie zdravotného stavu.

Približne 30 % seniorov je indikovaných pre dlhodobú ošetrovateľskú starostlivosť. Ide o krehkých a úplne závislých seniorov. Medzi faktory krehkosti patrí veľmi vysoký vek, pokles mobility, dizabilita, slabé fyzické zdravie, multisystémové zhoršenie, či pokles kognitívnych funkcií. Stabilizácia a zlepšenie kvality života rizikových seniorov predpokladá realizáciu celého radu aktivít, v prvom rade k zvládnutiu akútnych, život ohrozujúcich rizík. Tieto a mnohé ďalšie intervencie je potrebné dennodenne plánovať, realizovať, hodnotiť ich efekt. Sesterská starostlivosť je **o komplexnom prístupe, myslení, posudzovaní, plánovaní starostlivosti, ak tento aspekt starostlivosti chýba, krehký pacient zomiera.**

Ošetrovateľstvo je zamerané predovšetkým na zdravie a plní funkciu prevencie vzniku chorôb a ochrany zdravia. Sestry sa svojou činnosťou, konkrétnymi ošetrovateľskými intervenciami podieľajú na prevencii na všetkých jej úrovniach: primárnej, sekundárnej a terciárnej. Terciárna intervencia sa pritom uplatňuje v situácii, keď sa už ochorenie prejavilo. Jej cieľom je obnoviť zdravie, prípadne zmierniť následky chorôb.

Tento druh prevencie je pre pracoviská DSZS kľúčový. **Včasnú a kontinuálnu poskytnutie primeranej zdravotnej starostlivosti v potrebnom rozsahu a forme môže mať priamy vplyv na kvalitu a dĺžku života dlhodobého pacienta.**

V zariadeniach DSZS vzhľadom na sporadickú prítomnosť lekárov a vysoké nároky na ošetrovateľskú starostlivosť je poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti sestrami kľúčovým

nástrojom zabezpečenia primeranej kvality poskytovaných služieb. Z uvedených dôvodov by mal byť potenciál sestier v DSZS neustále zvyšovaný, rozvíjaný, s cieľom maximalizovať benefity pre ošetrovaných klientov v súlade s poslaním ošetrovateľstva ako vedy.

Efektívne zabezpečenie lekárskej starostlivosti v súlade s potrebami pacientov je definované v platných ŠDTP pre DOS, ZSS i ADOS. Pre potreby praxe je nevyhnutné legislatívne upraviť možnosť telefonickú konzultáciu s lekárom, telefonickú ordináciu apod. Uvedené efektívne postupy je potrebné vyvíjať so zreteľom na fakt, že počet lekárov klesá a poskytovatelia reálne zápasia s nedostupnosťou lekárskej starostlivosti.

Sestry sú nosné piliere kvalitnej dlhodobej starostlivosti, preto by mali byť systematicky tréňované a koučované pre optimálny manažment zdravia, prevenciu zhoršovania a očakávaných komplikácií. **Neustále stúpajúci podiel sestier a ošetrovateľstva pri organizácii národného systému dlhodobej starostlivosti v komunitnom priestore mimo nemocníc** je ilustrovaný v Prílohe č. 6 (Trendy vývoja počtu lôžok dlhodobej starostlivosti v inštitúciách a v nemocniciach, Veľká Británia).

Prenesenie výkonu starostlivosti predovšetkým do zariadení naplňajúcich **model prepojenia zdravotnej a sociálnej starostlivosti (DOS, ZSS s OS)** by okrem iného prinieslo:

- **markantnú úsporu výdavkov zo strany ZP na chronických pacientov,**
- **stanovenie intermediárneho stupňa a zároveň obdobia pre posúdenie indikácie pokračujúcej DSZS priamo pri lôžku pacienta,**
- **zníženie počtu dní hospitalizácií, rehospitalizácií, výjazdov záchrannej služby,**
- **spravodlivejšie rozdelenie nákladov na starostlivosť dlhodobého pacienta medzi rezortami,**
- **podporu sociálneho aspektu starostlivosti o chronického pacienta,**
- **nárast kvality starostlivosti o zdravie klienta v ZSS/ ZSP,**
- **lepšie naplňanie očakávaní pacientov a ich rodín.**

1.2.4. Paliatívna starostlivosť

Požiadavka na implementovanie paliatívnej starostlivosti do systému zdravotnej starostlivosti v Európskom kontexte bola vyslovená na Parlamentnom zhromaždení Rady Európy v deklarácii č. 1418 z roku 1999 o „Ochrane ľudských práv a dôstojnosti terminálne chorých a zomierajúcich“. V našich podmienkach je zakotvená starostlivosť o nevyliciteľne chorých a umierajúcich v Charte práv pacientov na Slovensku (článok 8).

Legislatívnu oporu pre rozvoj kvality v oblasti paliatívnej starostlivosti prináša ŠDTP Komplexný ošetrovateľský manažment pacienta v paliatívnej starostlivosti (u dospelých), ktorý je **legislatívne záväzný od 1.1.2019**. Ide o súbor definovaných postupov komplexnej ošetrovateľskej starostlivosti a je určený predovšetkým pre oblasť paliatívnej starostlivosti o dospelého v dlhodobej inštitucionálnej a tiež domácej ošetrovateľskej starostlivosti, no môže byť rámcovým podkladom či východiskom aj pre kvalitnú ošetrovateľskú prax poskytovanú formou ambulantnej alebo ústavnej zdravotnej starostlivosti na ostatných pracoviskách, všade kde v ošetrovateľskej praxi dochádza k stretnutiu sestry s umierajúcim dospelým pacientom. Ošetrovanie pacienta v paliatívnej starostlivosti v kontexte následnej (dlhodobej starostlivosti) je indikáciou pre ošetrovanie v DOS, ZSS s celodenným zabezpečením ošetrovateľskej starostlivosti, hospici, ADOS, mobilnom paliatívnom tíme, mobilnom hospici za predpokladu pripravenosti rodiny/komunity v potrebnom rozsahu.

Vzhľadom na skutočnosť, že ide o mimoriadne krehkú skupinu pacientov, v najťažšej životnej situácii, ktorí nedokážu o starostlivosť požiadať, je do všetkých zariadení, kde sú zomierajúce osoby potrebné zaviesť, vyžadovať a štátom auditovať štandardy pre **elimináciu sociálnej eutanázie** (denný program, aktivizácia, sociálny pracovník ako súčasť tímu apod.) a zároveň vyžadovať a **auditovať štandardy** pre komplexný manažment zdravia s dôrazom na **zmierňovanie utrpenia** a spokojnosť blízkych. Vzhľadom k skutočnosti, že v ZSS pribúdajú umierajúce osoby so špecifickými nárokmi na starostlivosť sa ako mimoriadne vhodné javí povinné zabezpečenie zdravotnej starostlivosti prostredníctvom mobilného hospicu (prípadne ADOS v prípade, že v regióne mobilný hospic nepôsobí). Pre naplnenie týchto požiadaviek je nevyhnutná aktívna kapacitná, personálna ale najmä finančná **podpora paliatológie**.

1.3. Posudková činnosť

Na roztrieštenosť a komplikovanosť súčasného zabezpečenia DSZS jednoznačne poukazujú aj procesy posudzovania zdravotno-sociálneho profilu odkázaných osôb. Posudzovanie prebieha u jednej osoby zvyčajne viackrát, tj. vykonáva sa na základe niekoľkých podobných, ale nie identických zákonov (preto sa napríklad môže stať, že fyzická osoba je posúdená ako osoba s ŤZP, ale nie je invalidná a naopak) a na rôznych úrovniach, tj. vo viacerých inštitúciách (ako napr. samospráva, úrad práce, sociálnych vecí a rodiny, Sociálna poisťovňa).

1.3.1. Posudzovanie miery závažnosti dlhodobo nepriaznivého zdravotného stavu na účely kompenzácie sociálnych dôsledkov ťažkého zdravotného postihnutia

Mieru závažnosti dlhodobo nepriaznivého zdravotného stavu vyjadruje tzv. miera funkčnej poruchy. Funkčná porucha je nedostatok telesných schopností, zmyslových schopností alebo duševných schopností fyzickej osoby, ktorý z hľadiska predpokladaného vývoja zdravotného postihnutia bude trvať dlhšie ako 12 mesiacov. **Za FO s ŤZP sa považuje fyzická osoba, ktorej miera funkčnej poruchy je stanovená najmenej na 50%** (Príloha č. 3 zákona č. 447/2008 Z. z. o peňažných príspevkoch na kompenzáciu ŤZP). Mieru funkčnej poruchy určuje posudkový lekár príslušného úradu práce, sociálnych vecí a rodiny na základe aktuálnych lekárskeho nálezov (zvyčajne nie starších ako 6 mesiacov) vyhotovených poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti (lekár poskytujúci ambulantnú zdravotnú starostlivosť so špecializáciou v špecializačnom odbore všeobecné lekárstvo, pediatria, alebo v príslušnom inom špecializačnom odbore).

FO s ŤZP je, prostredníctvom lekárskej posudkovej činnosti alebo sociálnej posudkovej činnosti, ďalej posudzovaná na účely kompenzácie vo forme finančných príspevkov, vyhotovenia preukazu FO s ŤZP alebo vyhotovenia parkovacieho preukazu. Túto posudkovú činnosť vykonáva posudkový lekár (lekárska posudková činnosť), alebo sociálny pracovník (sociálna posudková činnosť), prípadne iní odborníci z oblasti stavebníctva, architektúry, ergoterapie a pomôcok.

V rámci lekárskej posudkovej činnosti sa vykonáva napr. aj posudzovanie sociálnych dôsledkov v oblastiach kompenzácií, posudzovanie jednotlivých druhov odkázanosti FO s ŤZP, posudzovanie fyzickej schopnosti a psychickej schopnosti fyzickej osoby vykonávať opatrovanie. Výsledkom lekárskej posudkovej činnosti je **lekársky posudok**. Sociálna

posudková činnosť zahŕňa posudzovanie individuálnych predpokladov FO s ŤZP, jej rodinného prostredia a širšieho sociálneho prostredia, posudzovanie všetkých druhov odkázanosti FO s ŤZP a navrhovanie kompenzácií v jednotlivých oblastiach. Výsledkom sociálnej posudkovej činnosti je **posudkový záver**. Na základe lekárskeho posudku a posudkového záveru príslušný úrad práce, sociálnych vecí a rodiny vypracúva **komplexný posudok na účely kompenzácie sociálnych dôsledkov ŤZP**.

Peňažné príspevky (PP) na kompenzáciu ŤZP sú rozdelené na: PP jednorazové (na kúpu pomôcky, na výcvik používania pomôcky, na úpravu pomôcky, na opravu pomôcky, na kúpu zdvíhacieho zariadenia, na kúpu osobného motorového vozidla, na úpravu osobného motorového vozidla, na úpravu bytu, rodinného domu alebo garáže) a PP opakované (na osobnú asistenciu, na prepravu, na kompenzáciu zvýšených výdavkov, na opatrovanie).

Posudkový lekár a sociálny pracovník by sa pri posudzovaní mali zhodnúť na stupni odkázanosti – **majoritný výskyt je stupeň VI**. Takéto závery v komplexných posudkoch sú umocňované aj tým, že PP na opatrovanie sa poskytuje FO s ŤZP až od stupňa V. **V prípade, že FO s ŤZP sú poskytované vybrané sociálne služby, ktoré sú financované v zmysle zákona č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách, táto osoba nárok na peňažný príspevok na opatrovanie stráca.**

1.3.2. Posudzovanie na účely poskytovania a zabezpečenia vybraných sociálnych služieb pre fyzické osoby odkázané na pomoc inej fyzickej osoby a pre fyzické osoby, ktoré dovŕšili dôchodkový vek

Ak fyzická osoba z dôvodu ŤZP, nepriaznivého zdravotného stavu alebo z dôvodu dovŕšenia dôchodkového veku chce využívať sociálne služby v zariadeniach sociálnych služieb, ktorými sú - zariadenie podporovaného bývania, zariadenie pre seniorov, zariadenie opatrovateľskej služby, rehabilitačné stredisko, domov sociálnych služieb, špecializované zariadenie, denný stacionár alebo chce využívať opatrovateľskú službu (v zmysle § 34 až § 41 zákona č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách), musí mať v rámci konania o odkázanosti na príslušnú sociálnu službu, na základe zdravotnej posudkovej činnosti a sociálnej posudkovej činnosti, vypracovaný **posudok o odkázanosti na sociálnu službu**. Túto posudkovú činnosť vykonávajú vyššie územné celky a obce ako svoju kompetenciu podľa zákona č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách a procesne sa riadi zákonom č. 71/1967 Z. z. o správnom konaní, ktorý určuje procesné úkony a lehoty. VÚC a obce si pre účely zdravotnej posudkovej činnosti objednávajú alebo zamestnávajú lekárov, ktorí vykonávajú lekársku posudkovú činnosť.

Sociálnu posudkovú činnosť vykonávajú sociálni pracovníci, ktorí sú spravidla zamestnancami samosprávy.

Zdravotná posudková činnosť sa vykonáva bez účasti žiadateľa a vychádza z lekárskeho nálezu, posudku, správy o priebehu a vývoji choroby a zdravotného postihnutia alebo výpisu zo zdravotnej dokumentácie nie staršieho ako šesť mesiacov. Ak posudzujúci lekár usúdi, že z predložených podkladov nie je možné správne určiť poškodenie zdravia, ktoré žiadateľa oprávňuje žiadať o daný druh sociálnej služby, posudzovanie je zastavené do doby dodania požadovaných lekárskeho podkladov. V praxi to znamená predĺženie lehoty na vydanie rozhodnutia minimálne o mesiac. Výsledkom lekárskeho posúdenia je **zdravotný posudok**, ktorý obsahuje stupeň odkázanosti fyzickej osoby na pomoc inej fyzickej osoby a termín opätovného posúdenia zdravotného stavu žiadateľa. Odkázanosť žiadateľa na pomoc inej osoby sa určuje podľa počtu dosiahnutých bodov (podľa Prílohy č. 3 zákona č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách). Počet bodov sa zráta a určí sa priemerný rozsah odkázanosti žiadateľa na pomoc v hodinách. V súlade so zákonom č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách, posudzovanie odkázanosti fyzickej osoby na pomoc inej fyzickej osoby podľa prílohy č. 3 vykonávajú okrem lekárov uvedených v §86 ods. 21 písm. a) až d) aj sestry, za predpoklady splnenia kvalifikačných podmienok podľa § 86 ods. 21 písm. e).

Sociálnu posudkovú činnosť vykonáva sociálny pracovník na základe priameho kontaktu s posudzovanou osobou, alebo s rodinným príslušníkom, ktorý sa o žiadateľa stará. Hodnotí a posudzuje individuálne schopnosti a úsilie žiadateľa riešiť svoju nepriaznivú sociálnu situáciu vlastným pričinením. Hodnotí a posudzuje schopnosti a rozsah pomoci, ktorú mu poskytuje rodina (manžel alebo manželka, rodičia a deti). Hodnotí a posudzuje tiež podmienky bývania vrátane dostupnosti verejných služieb a prístupnosti stavieb občianskeho vybavenia. V súlade so zákonom o sociálnych službách, posudzovanie odkázanosti fyzickej osoby na pomoc inej fyzickej osoby podľa prílohy č. 3 vykonávajú okrem lekárov uvedených v §86 ods. 21 písm. a) až d) aj sestry, za predpoklady splnenia kvalifikačných podmienok podľa § 86 ods. 21 písm. e).

Záveru zdravotnej a sociálnej posudkovej činnosti musia byť v zhode a ich spoločným výstupom je **rozhodnutie o odkázanosti na sociálnu službu**. Samospráva (VÚC alebo obec) vydáva rozhodnutie o odkázanosti na sociálnu službu iba pre vlastných občanov a iba v rozsahu kompetencií na daný druh sociálnej služby.

Po vydaní právoplatného rozhodnutia o odkázanosti na sociálnu službu môže žiadateľ požiadať samosprávu o jej zabezpečenie. V praxi to následne znamená, že občan je po niekoľkých mesiacoch alebo rokoch čakania umiestnený v príslušnom ZSS verejného

poskytovateľa (VÚC alebo obec), alebo že od dátumu podania žiadosti bude samospráva prispievať neverejnému poskytovateľovi na prevádzkové náklady svojho občana.

Jedným z najvypuklejších nedostatkov tohto systému posudzovania je, že sa v podstate posudzujú len sociálne aspekty odkázanosti fyzickej osoby na pomoc inej osoby pri sebaobsluže a jednotlivé úkony spadajúce do okruhu aktivít denného života, ale **absentuje zhodnotenie odkázanosti (potreby) na úkony ošetrovateľskej (zdravotnej) starostlivosti.**

V aplikačnej praxi je súčasný systém posudzovania odkázanosti na sociálnu službu zložitý a neprehľadný. Žiadateľom o vydanie rozhodnutia a ich rodinným príslušníkom spôsobuje veľké problémy. Bez možnosti zorientovať sa jednoduchou formou v spleti zákonov a postupov nie sú schopní vybrať správnu sociálnu službu pre odkázaného blízkeho, rozlíšiť kompetencie medzi obcami a VÚC a nepoznajú resp. vzhľadom na svoj zdravotný stav častokrát aj nedokážu pochopiť ani fyzicky zvládnuť všetky úkony súvisiace s podaním žiadosti a dodržaním správneho, zákonného postupu. Na druhej strane, obce a VÚC sú preťažené administratívou a ťažko zvládajú komplexne informovať odkázaného žiadateľa, resp. jeho rodinu. V konečnom dôsledku to vedie k pocitom frustrácie na oboch stranách. Kým je vydané rozhodnutie prejde rodina ťažkým obdobím rôznych administratívnych úkonov a jej kapacita tráviť čas so svojim chorým príbuzným sa ešte znižuje. V mnohých prípadoch je tento proces nakoniec zbytočný, lebo odkázaný človek zomrel skôr ako mu samospráva pomohla tzv. zabezpečením sociálnej služby.

Dôvody neefektívneho nastavenia vidíme najmä v tom, že neexistuje spolupráca medzi poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti, ktorí sa podieľajú na akútnom riešení zdravotného stavu (napríklad v nemocnici) alebo evidujú dlhodobu nepriaznivý zdravotný stav (napríklad v rámci ambulatnej starostlivosti) odkázanej osoby a medzi samosprávou, ktorej štát zveril „zabezpečovanie sociálnych služieb“. Zákon č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách síce ukladá vyšším územným celkom v ustanovení § 81 písm. e) a obciam v ustanovení § 80 písm. f) poskytovať základné sociálne poradenstvo osobe odkázanej na pomoc inej osoby a jej rodinným príslušníkom. Stále je však problémom zabezpečiť odkázaným občanom a ich príbuzným dostupné a zrozumiteľné informácie o možnostiach pomoci alebo riešenia ich situácie. Informácie majú samosprávy uvedené väčšinou neprehľadne, nejednotne na internete, ktorý väčšina odkázaných ľudí neovláda. Nie sú dostupné v papierovej forme v zdravotníckych zariadeniach, lebo zdravotná a sociálna časť starostlivosti spolu nekomunikujú, nespolupracujú a systém ich nijako neprepája.

1.3.3. Posudzovanie na účely výkonu sociálneho poistenia

S výkonom sociálneho poistenia súvisí lekárska posudková činnosť, ktorá sa podľa zákona č. 461/2003 Z. z. o sociálnom poistení v znení neskorších predpisov, člení na lekársku posudkovú činnosť - a) nemocenského, b) dôchodkového a c) úrazového poistenia.

a) **Nemocenské poistenie** je poistenie fyzickej osoby pre prípad straty alebo zníženia príjmu zo zárobkovej činnosti v dôsledku **dočasnej pracovnej neschopnosti**. Nárok na nemocenské vznikne poistencovi, ak bol pre chorobu alebo úraz uznaný za dočasne práceneschopného na výkon zárobkovej činnosti alebo mu bolo nariadené karanténne opatrenie podľa osobitného predpisu.

Dočasnú pracovnú neschopnosť poistenca, ktorému sa poskytuje ambulantná starostlivosť, posudzuje a uznáva všeobecný lekár (lekár so špecializáciou v špecializačnom odbore všeobecné lekárstvo, alebo v špecializačnom odbore pediatria), lekár so špecializáciou v špecializačnom odbore gynekológia a pôrodníctvo, na základe vyšetrenia zdravotného stavu a posúdenia pracovnej schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť. Pri prijatí poistenca do ústavnej starostlivosti dočasnú pracovnú neschopnosť posudzuje a uznáva lekár zdravotníckeho zariadenia ústavnej starostlivosti určený poskytovateľom ústavnej starostlivosti.

Úlohou posudkového lekára v rámci lekárskej posudkovej činnosti nemocenského poistenia je: vykonávať kontrolu posudzovania spôsobilosti na prácu ošetrovujúcim lekárom v lehotách určených posudkovým lekárom (tj. kontroluje opodstatnenosť vzniku dočasnej pracovnej neschopnosti, odôvodnenosť diagnostických a liečebných procesov, odôvodnenosť trvania dočasnej pracovnej neschopnosti, môže dať podnet na jej ukončenie) a organizovať kontrolu dodržiavania liečebného režimu dočasne práceneschopného poistenca určeným zamestnancom Sociálnej poisťovne. Dočasnú pracovnú neschopnosť poistenca uznáva aj ukončuje všeobecný lekár. Nie je v kompetencii posudkového lekára sociálneho poistenia uznávať a ukončovať dočasnú pracovnú neschopnosť. Pri poberaní nemocenských dávok v prípade viac ako mesačnej pracovnej neschopnosti, je potrebné predložiť sociálnej poisťovni od ošetrojúceho lekára tzv. Preukaz o trvaní dočasnej pracovnej neschopnosti, iná posudková činnosť nie je realizovaná.

b) Lekárska posudková činnosť pri výkone **dôchodkového poistenia** zahŕňa: posudzovanie dlhodobu nepriaznivého zdravotného stavu občana a poklesu schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť, posudzovanie dlhodobu nepriaznivého zdravotného stavu nezaopatrovaného dieťaťa, choroby a stavu nezaopatrovaného dieťaťa, ktoré si vyžaduje osobitnú starostlivosť.

Poistenec je **invalidný**, ak pre dlhodobu nepriaznivú zdravotnú stav má **pokles schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť o viac ako 40%** v porovnaní so zdravou fyzickou osobou (§ 71 ods. 1 zákona č. 461/2003 Z. z. o sociálnom poistení). Dlhodobu nepriaznivú zdravotnú stav je taký zdravotný stav, ktorý spôsobuje pokles schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť a ktorý má podľa poznatkov lekárskej vedy trvať dlhšie ako jeden rok (§ 71 ods. 2 zákona č. 461/2003 Z. z. o sociálnom poistení).

Posudkový lekár pri posudzovaní zdravotného stavu na účely invalidity vychádza z Prílohy č. 4 k zákonu č. 461/2003 Z. z. o sociálnom poistení - „Percentuálna miera poklesu schopnosti zárobkovej činnosti podľa druhu zdravotného postihnutia orgánov a systémov“. Pri posudzovaní dlhodobu nepriaznivého zdravotného stavu nezaopatreného dieťaťa, choroby a stavu nezaopatreného dieťaťa, ktoré si vyžaduje osobitnú starostlivosť vychádza z Prílohy č. 2 k zákonu č. 461/2003 Z. z. o sociálnom poistení a toto posúdenie slúži na účely dôchodkového poistenia osoby, ktorá sa riadne stará o dieťa s dlhodobu nepriaznivým zdravotným stavom po dovŕšení šiestich rokov jeho veku s trvalým pobytom na území SR, najdlhšie do 18 rokov jeho veku.

Žiadosť o invalidný dôchodok (ďalej len „ID“) si podáva občan sám v príslušnej pobočke Sociálnej poisťovne, podľa miesta trvalého bydliska. Po doložení potrebných dokladov a potrebných odborných lekárskeho nálezov sa vykoná spísanie žiadosti o invalidný dôchodok aj posúdenie zdravotného stavu na účely invalidity posudkovým lekárom v jeden deň. Na základe posudku posudkového lekára o invalidite, s určením percentuálnej miery poklesu schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť, Ústredie Sociálnej poisťovne vydá rozhodnutie o priznaní alebo nepriznaní invalidného dôchodku. Na priznanie invalidného dôchodku treba mať okrem uznania invalidity posudkovým lekárom aj potrebný počet rokov obdobia dôchodkového poistenia.

Podľa štatistických údajov Sociálnej poisťovne bolo k 30. júnu 2019 vyplácaných 236 824 invalidných dôchodkov. Priznanie invalidity nemusí nevyhnutne znamenať aj oprávnenosť na služby DSZS. Aj keď najčastejším dôvodom odchodu ľudí do invalidného dôchodku sú choroby pohybového ústrojenstva, kardiovaskulárne a onkologické choroby, invalidných dôchodcov považujeme za nadskupinu občanov potrebujúcich DSZS. Navyše, po dovŕšení dôchodkového veku je ID nahradený poberaním starobného dôchodku, a preto nám chýbajú štatistiky o invalidných dôchodcoch medzi seniormi, ktorí sú pre definovanie DSZS majoritní (napriek tomu, že je zjavné že sú to seniori, ktorí boli pred dosiahnutím dôchodkového veku poberateľmi invalidného dôchodku, takéto údaje chýbajú).

Zníženie pracovného potenciálu jedinca z dôvodu poruchy zdravia nemusí ale viesť až ku strate alebo zníženiu jeho uplatnenia na trhu práce. Vo veci výkonu zárobkovej činnosti pri poberaní ID zákon č. 431/2003 Z. z. o sociálnom poistení v znení neskorších predpisov neobsahuje ustanovenia, podľa ktorých by vykonávanie zárobkovej činnosti poberateľom ID malo vplyv na nárok na dávku, na jej výplatu alebo výšku. To znamená, že poberateľ ID má možnosť vykonávať zárobkovú činnosť bez obmedzenia poberania dôchodkovej dávky.

Príloha č. 4 k zákonu č. 461/2003 Z. z. o sociálnom poistení v znení neskorších predpisov²¹ bola v roku 2002 – 2003 vypracovaná mnohými lekármi, expertami v jednotlivých medicínskych odboroch podľa vzoru nemeckého posudzovania invalidity, ktoré má v zavádzaní kritérií na uznanie invalidity dlhú tradíciu (prakticky od obdobia prvej svetovej vojny), odkedy prešli viacerými revíziami. Podľa poslednej revízie poistenec je uznaný invalidným, ak je postihnutie ohodnotené na 30% a viac. V SR je poistenec uznaný invalidným, ak je miera poklesu schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť od 41%.

Príloha č. 4 k zákonu č. 461/2003 Z. z. o sociálnom poistení v znení neskorších predpisov bola naposledy novelizovaná v roku 2006. Nakoľko novely sú veľmi dôležité z dôvodu nových medicínskych poznatkov a skúseností medicíny založenej na dôkazoch, odborníci Sociálnej poisťovne s veľkým zánietením prijali v roku 2016 výzvu na vypracovanie ďalšej novely prílohy č. 4.

Cieľom tejto novely (revízie) bolo, aby zákonom určená miera poklesu schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť pri jednotlivých ochoreniach nevzbudzovala pochybnosti o spravodlivosti zo strany posudzovaných a nestavala posudkových lekárov do roly bezmocných, oklieštených zákonom, ktorý odporuje medicínskej realite. Novela prílohy mala prispieť aj k lepšej odbornej komunikácii medzi posudkovými lekármi a odbornými lekármi z iných medicínskych odborov, ktorých lekárske nálezy sú predkladané k posúdeniu zdravotného stavu na účely invalidity. Aj odborníci lekári si uvedomujú, že žiadna revízia akejkoľvek klasifikácie nepredstavuje konečnú pravdu. Ale práve preto každá klasifikácia musí byť živý dokument, čo znamená, že potrebné zmeny sa majú realizovať plynule, pružne, synchronne s výsledkami výskumu. Len ťažko sa dá medicínsky obhajovať príloha, ktorá je v používaní od 1. januára 2004, s poslednými úpravami jednotlivých položiek v roku 2006. Po mnohých odborných konzultáciách a niekoľkomesačnej vysoko odbornej práci, odborníci Sociálnej poisťovne vypracovali aj dôvodové správy a úprava celej prílohy bola v roku 2017

²¹ <https://www.slov-lex.sk/pravne-predpisy/SK/ZZ/2003/461/20190701.html>

postúpená MPSVR SR. Žiaľ, navrhnutá novela tohto právneho predpisu nemá legislatívne pokračovanie.

c) Nárok na úrazové dávky má zamestnanec zamestnávateľa, ak utrpel pracovný úraz alebo bola u neho zistená choroba z povolania. V rámci **úrazového poistenia** posudkoví lekári vykonávajú posúdenie poklesu pracovnej schopnosti na účely úrazovej renty a jednorazového vyrovnania, vykonávajú kontrolu bodového hodnotenia bolesti a bodového hodnotenia sťaženia spoločenského uplatnenia, posudzujú zdravotnú spôsobilosť poškodeného absolvovať pracovnú rehabilitáciu na účely dávky rehabilitačného, odôvodnenosť poskytnutia rekvalifikácie a poskytnutia dávky na rekvalifikačné, posudzovanie účelnosti vynaložených nákladov spojených s liečením.

Výkon lekárskej posudkovej činnosti v rámci Sociálnej poisťovne, sa diametrálne odlišuje od iných medicínskych odborov, pretože sa nehodnotí diagnóza sama o sebe ako taká, ale **hodnotí sa dopad choroby na funkciu toho ktorého orgánu a dopad tohto postihnutia na pracovné uplatnenie**. Posudkový lekár musí správne a objektívne vyhodnotiť odborné lekárske nálezy zo všetkých klinických medicínskych odborov vo vzťahu k posudzovanej osobe so správnym aplikovaním platnej legislatívy pri posudzovaní dočasnej pracovnej neschopnosti a posudzovaní invalidity. Ide o čisto medicínsky aspekt, ktorým sa môže zaoberať a hodnotiť ho jedine posudkový lekár.

Lekárska posudková činnosť na účely kompenzácie ŤZP podľa zákona č. 447/2008 Z. z., ktorú vykonávajú posudkoví lekári na úradoch práce, sociálnych vecí a rodiny aj lekárska posudková činnosť na účely posúdenia odkázanosti fyzickej osoby na pomoc inej fyzickej osoby v súlade so zákonom č. 448/2008 Z. z., ktorú vykonávajú posudkoví lekári na úrovni samospráv, sú založené na úplne inej filozofii, než posudzovanie zdravotného stavu občana na účely invalidity, ktoré je zamerané výhradne ku schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť.

Vyššie popísaná roztrieštenosť a komplikovanosť procesov posudzovania zdravotno-sociálneho profilu osôb odkázaných na DSZS vedie k tomu, že potrebná starostlivosť a podpora nevychádza z reálnych individuálnych potrieb občanov odkázaných na pomoc inej osoby, nie je poskytovaná adresne a má aj negatívne dôsledky na financovanie rôznych foriem podpory a starostlivosti.

1.3.4. Príklady spôsobov organizácie posudkovej činnosti v zahraničí

Inšpirácie pre zásadnú zmenu organizácie posudkovej činnosti v SR môžeme nájsť napríklad v Nemecku alebo v Rakúsku.

Posúdenie odkázanosti a rozhodnutie o stupni odkázanosti v Nemecku je riadené a zabezpečované samostatnou nezávislou expertnou organizáciou na federálnej úrovni (MDS), ktorá spolupracuje podľa Sociálneho zákona (SGB V) s Najvyšším zväzom zdravotných poisťovní (GKV Spitzenverband) vo všetkých medicínskych otázkach a koordinuje medicínske služby (MDK). MDS priamo koordinuje a vyžaduje realizáciu úloh a spoluprácu MDK v zdravotných a organizačných otázkach s cieľom, zabezpečiť v celej republike jednotné posudzovanie podľa aktuálnych štandardov a jednotných kritérií. Je financovaná poisťovními, ktoré platia za každého občana, s trvalým pobytom paušálny poplatok.

V Nemecku majú **zdravotné poistenie** (Krankenversicherung) a tzv. **ošetrovateľské poistenie** (Pflegeversicherung). Úlohou **zdravotného poistenia je udržať / zlepšiť zdravie človeka a podľa možnosti zabrániť tomu, aby sa stal odkázaným. Úlohou ošetrovateľského poistenia je poistiť odkázaných.**

Takto fungujúci systém rieši veľkú časť v súčasnosti identifikovaných problémov na Slovensku. Podrobný popis fungovania tohto systému je pripojený v samostatnej Prílohe č. 4.

V Rakúsku osoby odkázané na pomoc inej osoby dostanú príspevok na opatrovanie na žiadosť, ktorú odovzdajú na **poisťovní**, zodpovednej za vyplácanie dôchodkov. Aj tí, ktorí dôchodok nepoberajú, odovzdávajú žiadosť v dôchodkovej poisťovni.

Samotné posúdenie vykoná lekár alebo „ošetrovateľský odborný zamestnanec“, ktorý podstúpi výsledky posúdenia dôchodkovej poisťovni. Pre posúdenie stupňa odkázanosti sú základom medicínske otázky, pričom pre toto posúdenie sú stanovené kvalitatívne kritériá so zameraním na objektívnosť. V prípade, že odkázaný občan potrebuje pomôcky, predpisuje ich praktický lekár a tento predpis schvaľuje zdravotná poisťovňa. Až po schválení poisťovňou môže byť pomôcka zabezpečená.

Priznaná dávka podľa stupňa odkázanosti je jediným rozhodnutím na strane štátu. Štát ďalej nezabezpečuje žiadne služby, spôsob zabezpečenia a výber poskytovateľa služby je na individuálnom rozhodnutí odkázanej osoby. Podrobnosti v Prílohe č. 5.

Pri **porovnávaní nemeckého a rakúskeho modelu posudzovania** možno konštatovať, že nemecký model sa oproti rakúskemu modelu vyznačuje vyššou organizovanosťou a tiež aktívnym preberaním zodpovednosti za zabezpečenie jednotlivých krokov posudzovania a následnej organizácie starostlivosti bez potreby významnej súčinnosti odkázanej osoby či jej rodinných príslušníkov. Dôraz je kladený tiež na jednoduchosť, ktorá určite prispieva k včasnému zabezpečeniu adekvátnej starostlivosti.

1.4. Vybrané demografické údaje k dlhodobej starostlivosti

DSZS sa dotýka primárne dvoch cieľových skupín - **seniorov (65+) a osôb so zdravotným postihnutím**, ktorí sú odkázaní na tento typ starostlivosti. Potreba dlhodobej sociálno-zdravotnej starostlivosti však výrazne narastá vo veku nad 75 rokov.

Podľa údajov ŠÚ SR žilo v roku 2018 v SR 5 450,4 tis. obyvateľov, z čoho takmer **16% seniorov** - obyvateľov vo veku 65+. **V roku 2010 bol vo vekovej kategórii 65 + počet obyvateľov 672 624, v roku 2018 sa zvýšil na 874 319, t.j. zvýšil sa o 13 %.**²²

Do roku 2025 by sa mal zvýšiť počet osôb vo veku 65+ na 1,05 mil. Starnutie populácie je globálny fenomén súčasnosti a blízkej budúcnosti, avšak náš zdravotný a sociálny systém nie je systémovo, finančne, organizačne a nemôžeme vylúčiť, že ani personálne, pripravený na vyrovnanie sa s jeho prejavmi s cieľom zabezpečenia dôstojnej a adekvátnej kompenzácie zhoršeného zdravia svojich občanov.

Podľa The Ageing Report z roku 2018²³ vypracovaného Európskou komisiou stúpne na Slovensku počet ľudí vo veku 65 a viac rokov na 100 ľudí vo veku 15-64 rokov (ide o tzv. index závislosti v starom veku) z približne 20 v roku 2016 na takmer 60 v roku 2060 (Graf č. 1).

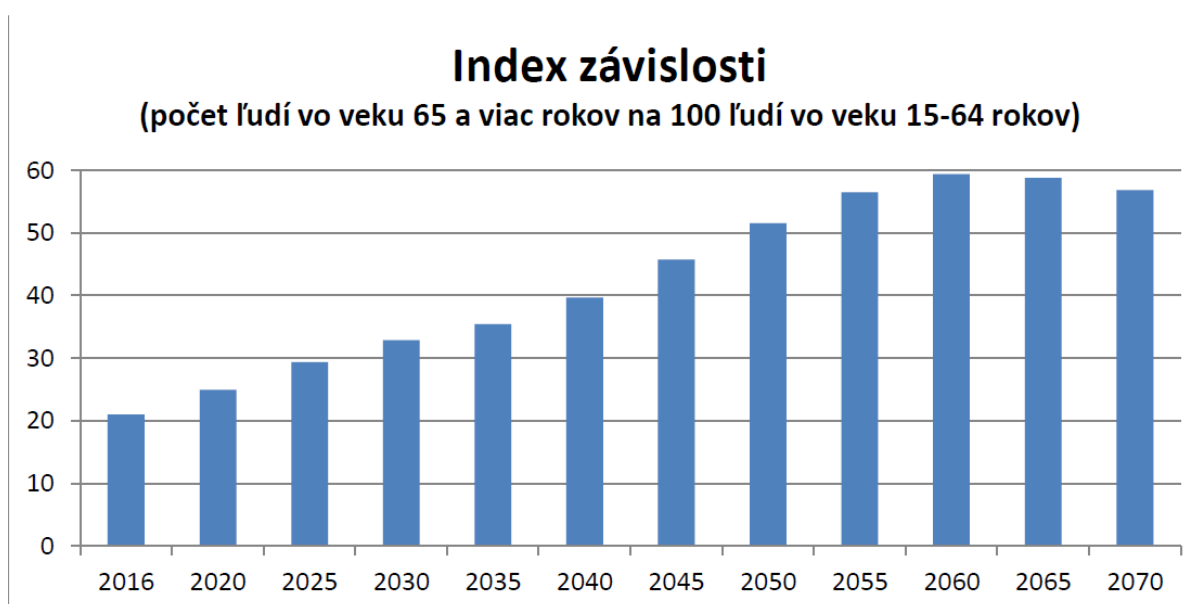
²² https://www7.statistics.sk/wps/portal/9eabbcdf-e121-4c49-ae66-20e477d453cd!/ut/p/z1/rZRPI5owFMU_yyxYxryEAKE70FNgrM3R-o9ND2DQVAFHUCz--sZja8eZ6rAoixzlee-X-7gXclSnOCrig1zElSyLeK2eZ5H5PbQC7rrEAbCMDgSPo07oDW0CDPAYRzhKi2pTlfgsTHbxEu1WaLNPnFDLWq7iVAoNDjtRrY6vd2wRJ0k6z5AglCCWMhvfWjQRBcEsa84MPZ2f2JtUzvGsUfXkjdieUxsCPfBD1xkQRii07s9y7m97js-sLgDvegYejj8a2KGug6O_6X-HP_fDjcuBZv13BEb38ZPT-_pggo8Y5wlnDMNhdzwGb0w_K5HEg_5oBGBYvwsulnm_40Jgda2QB67-xaV4pqawbo7pEzw5SFHjUVFuc5Ww4V-TYzAzYtMMmcsMIMm2jbitUwQpoSKz5pzFGfYBP-JIInmrTvMWtAjnJmdgEsNgFrHBPGWWbnvt3KJx42qJZJGVeHpOYLq9vFaVkc8bXSaYskfz8-Ro0JeFpV4qfD0knIFRgqogVrkQUEv9D-Bf7XR9DinSHSupG9FJrZi29pv1Ve4rKrN7pMGGr13VqU5WitWmmZa_CvlmW5UzKvK9_Zch2uJ3rblkb3rUnlFsmo4Rxm-rq_oYljb3Hfhf_5lNnnP9KKVEq4H_0-Qjb_K1Kya84vW3LJ_wnfPw8AuEPEUT/dz/d5/L2dBISEvZ0FBIS9nQSEh/

²³ https://ec.europa.eu/info/publications/economy-finance/2018-ageing-report-economic-and-budgetary-projections-eu-member-states-2016-2070_en

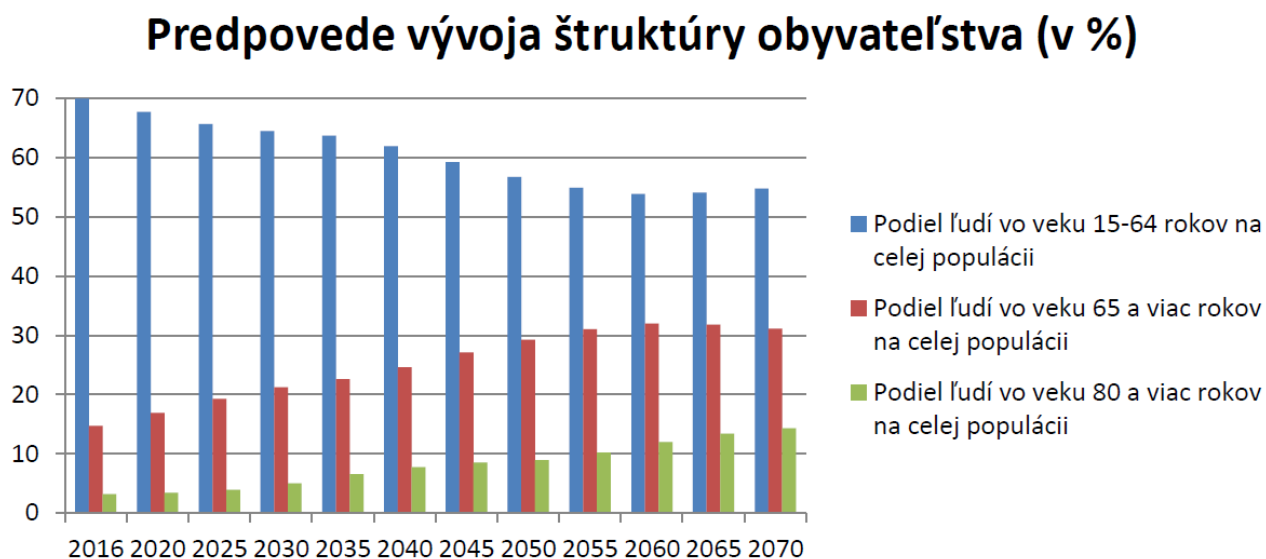
Podiel počtu ľudí v produktívnom veku na celej populácii klesne zo 70 % v roku 2016 na 54 % v roku 2060. Naproti tomu podiel ľudí vo veku 65 a viac rokov stúpne z 15 % v roku 2016 na 32 % v roku 2060. Podiel ľudí vo veku 80 a viac rokov stúpne z 3 % v roku 2016 na 14 % v roku 2070 (Graf č. 2).

Počet ľudí v produktívnom veku 15-64 rokov sa zníži z 3,8 milióna v roku 2016 na 2,7 milióna v roku 2070. Základný scenár pritom počíta s pozitívnym migračným saldom zhruba 5-7 tisíc ľudí každý rok až do roku 2055 a s následným poklesom pozitívneho migračného salda k 3,2 tisícom ročne do roku 2070 (Graf č. 3).

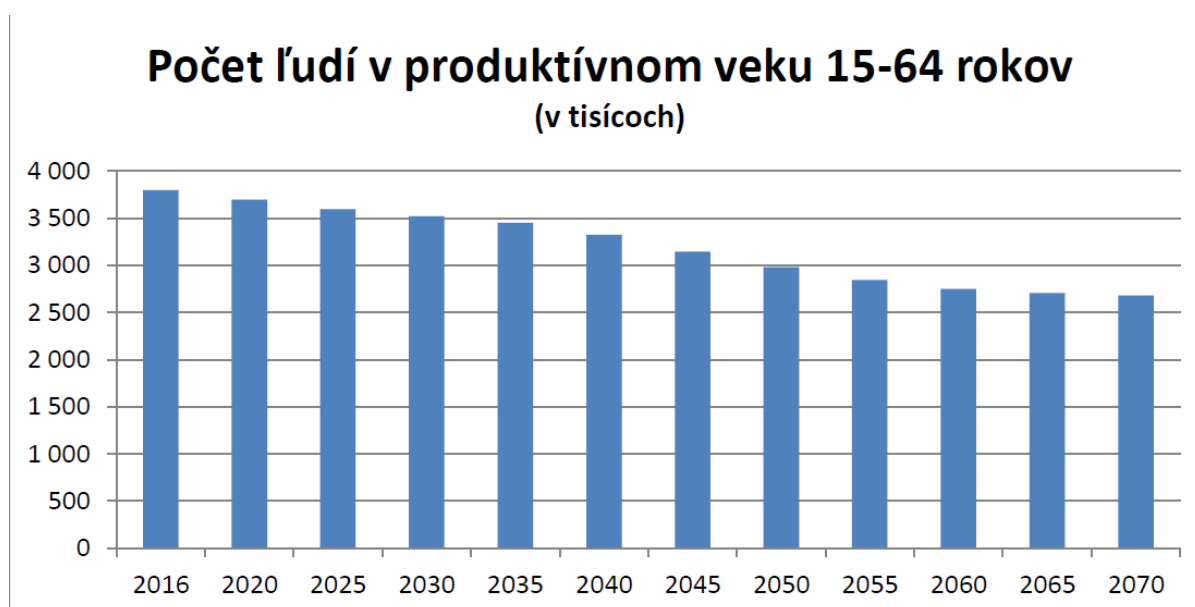
Graf č. 1 Vývoj indexu závislosti v starom veku na Slovensku ²⁰



Graf č. 2 Vývoj štruktúry obyvateľstva podľa veku z celkového počtu obyvateľov²⁰

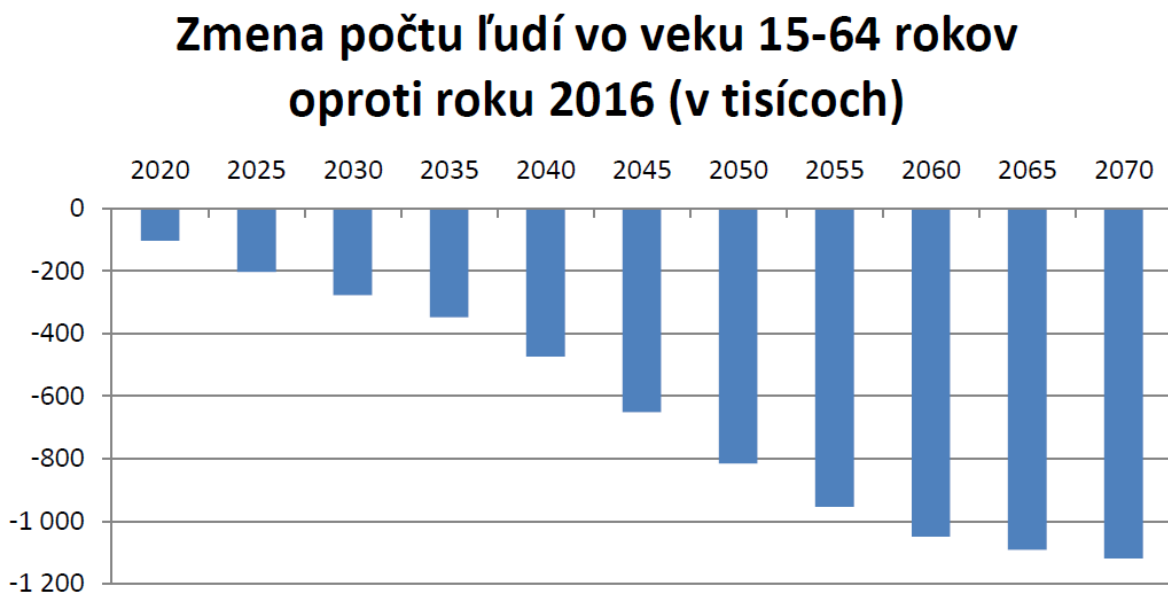


Graf č. 3 Počet ľudí v produktívnom veku 15-64 rokov (v tisícoch)²⁰



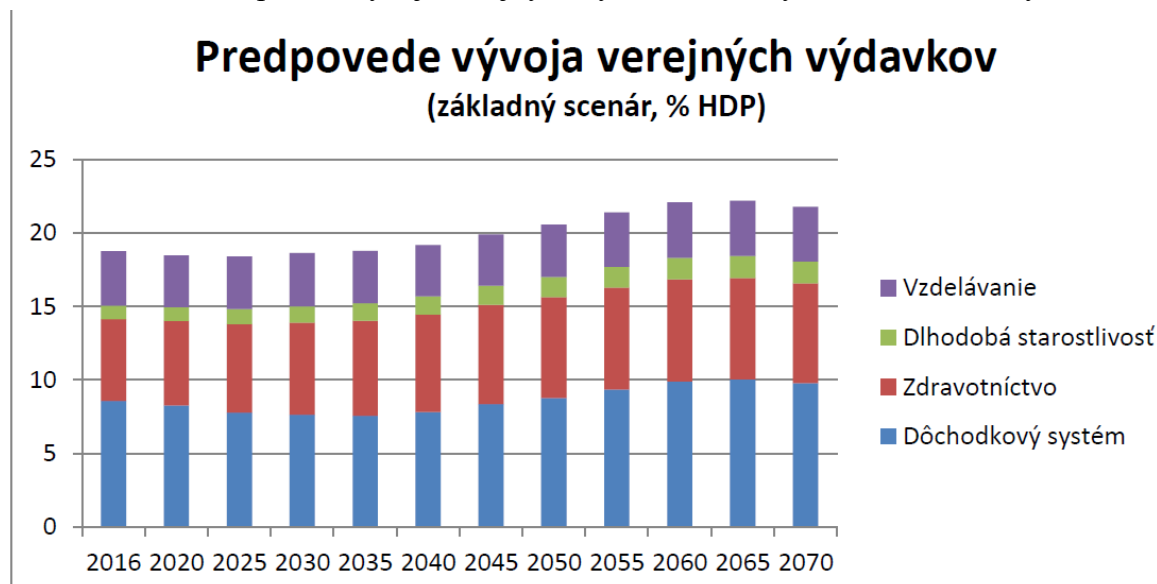
V rokoch 2016-2030 klesne počet ľudí v produktívnom veku 15-64 rokov približne o 200-tisíc, v rokoch 2016-2050 o vyše 800-tisíc a v rokoch 2016-2070 o 1,1 milióna (Graf č. 4).

Graf č. 4 Zmena vývoja počtu ľudí vo veku 15-64 rokov oproti roku 2016 (v tisícoch) ²⁰



Práve projektovaný demografický vývoj je najväčšou výzvou pre prípravu funkčného riešenia DSZS, pretože v nasledujúcich rokoch dôjde k výraznému nárastu populácie seniorov, čo predpokladá zvýšenú zdravotnú a sociálnu starostlivosť z dôvodu vekom podmienenej znižujúcej sa miery sebastačnosti jedinca a jeho odkázanosti na DSZS.²⁴

Graf č. 5 Predpoklad vývoja verejných výdavkov citlivých na starnutie obyvateľstva²⁰



Štúdia OECD uvádza, že priemerne je v krajinách OECD až 12 % ľudí vo veku 65+ využívajúcich služby DSZS.²⁵ Pri prepočte by to znamenalo, že na Slovensku by bolo skoro 90 tis. takýchto prijímateľov. Tento údaj korigujeme podľa výstupov expertného fóra, uvedeného v predchádzajúcej podkapitole, na **odhadovanú východiskovú hodnotu 58 tis. prijímateľov v reformovanom koncepte DSZS**. Odhad podporujú aj štatistiky stúpajúceho počtu obyvateľov so zdravotným postihnutím v zariadeniach sociálnych služieb na Slovensku.

²⁴ V roku 2012 bola v SR stredná očakávaná dĺžka života vo veku 65 rokov 18,5 roka u žien a 14,6 rokov u mužov. Podľa EU-SILC z roku 2012 strávia ženy vo veku 65 rokov 3,1 roka (17 % ich zostávajúceho života) bez obmedzení v aktivitách; 8,8 roka (48 %) s čiastočnými obmedzeniami v aktivitách a 6,6 roka (36 %) s výrazným obmedzením v aktivitách. Muži v rovnakom veku strávia 3,5 roka (24 % ich zostávajúceho života) bez obmedzení v aktivitách; 6,7 roka (46 %) s čiastočnými obmedzeniami v aktivitách a 4,4 roka (30 %) s výrazným obmedzením v aktivitách.

²⁵ Recipients of long-term care, Health at a Glance 2013, http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2013-en

Demografické zmeny tak vyžadujú potrebu celospoločenskej zhody na riešenie očakávaných dôsledkov tohto vývoja, z hľadiska výdavkov na zdravotnú starostlivosť a sociálne zabezpečenie. Na druhej strane by ale spoločnosť mala vytvárať i podmienky pre využitie potenciálu starnúcich generácií.²⁶

1.4.1. Prehľad štruktúry výdavkov na zdravotnú starostlivosť obyvateľov 65+

Keďže neexistuje prepojenie databáz sociálneho sektora s databázami zdravotných poisťovní, aby sme vedeli priradiť výdavky na zdravotnú starostlivosť k osobám, ktorým bol priznaný nejaký OPIOS, alebo ktoré konkrétne sú umiestnené v inštitucionálnom prostredí, na ilustráciu akútnosti riešenia problematiky DSZS ponúkame prehľad celkových výdavkov ZP na zdravotnú starostlivosť pacientov 65+ (Tabuľka č. 11).

Tabuľka č. 11 Prehľad celkových výdavkov ZP na zdravotnú starostlivosť pacientov 65+

Rok	2011		2012		2013		2014		2015	
Vek skupina	náklady €	priem. nákl. € 1/poist.	náklady €	priem. nákl. € 1/poist.	náklady €	priem. nákl. € 1/poist.	náklady €	priem. nákl. € 1/poist.	náklady €	priem. nákl. € 1/poist.
	Súčet z počet URC		Súčet z počet URC		Súčet z počet URC		Súčet z počet URC		Súčet z počet URC	
65 - 69	309 143 503	1 378	328 825 147	1 391	355 660 361	1 420	391 189 462	1 489	428 806 278	1 521
	224 268		236 422		250 457		262 639		281 911	
70 - 74	278 809 409	1 540	293 410 516	1 580	314 959 007	1 661	341 876 232	1 757	355 015 788	1 815
	181 050		185 739		189 605		194 617		195 577	
75 - 79	232 912 681	1 629	238 423 178	1 693	252 370 054	1 786	270 533 017	1 888	288 757 694	1 969
	142 970		140 826		141 267		143 262		146 619	
80 a viac	257 486 819	1 376	279 165 027	1 452	300 691 626	1 539	329 576 331	1 669	346 168 434	1 771
	187 157		192 327		195 322		197 482		195 424	
Primerný náklad na poistenca	3 374 134 253	641	3 462 792 379	660	3 633 774 953	696	3 837 558 275	737	3 970 510 586	772
	5 263 486		5 244 583		5 224 192		5 206 152		5 144 970	

Zdroj: vlastné spracovanie zo zdrojov MZSR a UDZS

Už z tejto evidencie vyplýva, že tieto vekové kohorty su finančné nadpriemerne nákladné a zvyšovaním počtu obyvateľov v tejto vekovej štruktúre absolútna hodnota bude rásť. Je však potrebný dôkladnejší rozbor po jednotlivých typoch poskytnutej zdravotnej starostlivosti a diagnózach osôb vo vekovej kategórii 65 +.

²⁶ Úrad verejného zdravotníctva Slovenskej republiky: Správa o zdravotnom stave obyvateľstva SR za roky 2012 – 2014

1.5. Navrhované novely zákonov v pôsobnosti MZ SR a MPSVR SR

1.5.1. Novela zákona č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov

MZ SR predložilo v júni 2019 návrh zákona, ktorým sa mení a dopĺňa zákon č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov a ktorým sa menia a dopĺňajú niektoré zákony, aj zákon č. 576/2004 Z. z., ako iniciatívny materiál.

MZ SR uvádza, že z hľadiska demografického vývoja sa zvyšuje potreba pre lôžka následnej zdravotnej starostlivosti. Cieľom je navýšiť počet lôžok pre následnú ústavnú zdravotnú starostlivosť tak, aby dlhodobo chorí alebo starší pacienti mohli byť po zvládnutí akútneho stavu liečení na oddeleniach alebo v zariadeniach dlhodobo chorých, ktorých je v súčasnosti nedostatok.

Jedným z rizikových faktorov je najmä demografia, keďže SR je v rámci krajín EÚ jednou z najrýchlejšie starnúcich krajín, čo je primárne spôsobené nízkou mierou pôrodnosti. Dopady tohto demografického javu sú, že v porovnaní s rokom 2017 bude v roku 2030 potrebných až o 18 % hospitalizácií viac. Demografický vývoj má významný vplyv na systém aj štruktúru potrebných lôžkových kapacít, čo v praxi znamená, že napr. geriatrických lôžok by sme v roku 2030 potrebovali oproti roku 2017 o 57 % viac, lôžok následnej zdravotnej starostlivosti o 46 % viac, pričom neonatologických až o 21 % menej.

Zmyslom navrhovanej právnej úpravy je vykonať také nevyhnutné zmeny v ústavnej zdravotnej starostlivosti, ktoré zlepšia najmä kvalitu a efektivitu poskytovanej zdravotnej starostlivosti.

MZ SR a MPVSR SR po analýze zdravotného systému a sociálneho systému neidentifikovali v súčasnosti právne prekážky, aby sa poskytovatelia zdravotnej starostlivosti mohli registrovať a poskytovať zároveň zdravotnú starostlivosť aj sociálne služby a následne ich mali hrať podľa predpisov jedného alebo druhého rezortu.

Napr. podľa § 70 zákona č. 448/2008 Z. z. je možné poskytovať sociálne služby v zdravotníckom zariadení ústavnej zdravotnej starostlivosti za podmienok ustanovených týmto zákonom, t.j. možno poskytovať sociálnu službu fyzickej osobe v zdravotníckom zariadení ústavnej zdravotnej starostlivosti (v praxi sa to nevyužíva, pretože ak je sociálna služba poskytovaná v zdravotníckom zariadení ústavnej zdravotnej starostlivosti, nemôže byť priestor,

v ktorom je sociálna služba poskytovaná, súčasťou priestoru, v ktorom sa poskytuje ústavná zdravotná starostlivosť).

Oba rezorty sa dohodli na úpravách vlastných systémov, pretože ich považujú za realizovateľnejšie z hľadiska časového (príprava právnej úpravy, uvedenie zmien do praxe) aj vecného (jednoduchšie a zrozumiteľnejšie zavedenie zmien do praxe).

Cieľom úprav, ktoré navrhuje Ministerstvo zdravotníctva SR je:

1. posilnenie poskytovateľov ošetrovateľskej a paliatívnej starostlivosti v týchto zdravotníckych zariadeniach DOS, ADOS, hospic, a to týmito návrhmi:

- a) rozšírením verejnej minimálnej siete (ADOS, DOS, následné lôžka, hospic,), resp. vytvorenie optimálnej siete podľa odhadovaného počtu osôb v potrebe ošetrovateľskej starostlivosti a v potrebe paliatívnej starostlivosti,
- b) revíziou indikácie ošetrovateľskej starostlivosti v zariadeniach sociálnej pomoci,
- c) rozšírením pôsobnosti ÚDZS o kontrolu poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti v zariadeniach sociálnej pomoci, ktoré nemajú uzatvorenú zmluvu so zdravotnou poisťovňou,
- d) sprístupnením zdravotnej dokumentácie sociálnemu pracovníkovi pracujúcemu v zdravotníckom zariadení,
- e) reguláciou cien výkonov a paušálov, úhradou dopravy za pacientom v súvislosti s návštevou pacienta,
- f) prehodnotením súčasnej podoby poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti v zariadeniach sociálnej pomoci;

2. definovanie následnej ústavnej zdravotnej starostlivosti najmä v nemocniciach (miesto, kde sa poskytuje následná zdravotná starostlivosť pacientovi, ktorý vyžaduje doliečenie, poskytnutie najmä liečebno-rehabilitačnej a inej starostlivosti), umožniť sociálnemu pracovníkovi začať proces posudzovania pre sociálne účely, čím sa vytvoria vhodné podmienky pre pacienta po návrate do domáceho prostredia; pobyt na oddelení následnej starostlivosti v nemocniciach sa navrhuje definovať v určitom časovom rozmedzí;

3. úhradu zdravotnej a ošetrovateľskej starostlivosti formou regulácie cien a určením napríklad platby na každú osobu v potrebe zdravotnej a ošetrovateľskej starostlivosti alebo reguláciou cien výkonov (ADOS, DOS, následné lôžka, hospic, mobilný hospic).

Základným princípom legislatívnych zmien, ktoré navrhuje MZ SR je redukovať finančne náročné akútne lôžka tam, kde je to žiadané a uvoľnené prostriedky použiť na zásadné

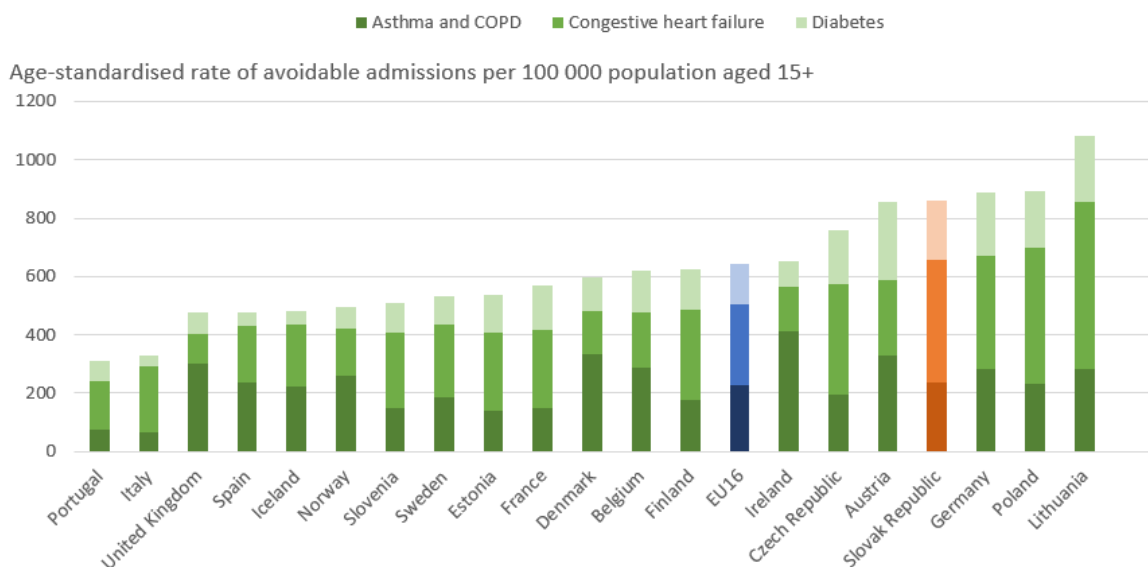
navýšenie počtu chronických lôžok, ktorých je nedostatok. Tabuľka č. 12 znázorňuje proces transformácie lôžok z akútnych lôžok na lôžka následnej starostlivosti. Celkový počet lôžok klesne o približne tri tisíc, ale lôžok následnej starostlivosti stúpne o približne tri tisíc.

Tabuľka č. 12 Plán navýšenia počtu lôžok podľa kalendárneho roka v priebehu 2020 - 2030²⁷

Typ lôžok	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Akútne lôžka	22 433	22 098	21 489	20 880	20 271	19 661	19 052	18 443	17 834	17 225	16 616	16 007	15 398
Chronické lôžka	3 231	3 500	3 768	4 037	4 306	4 575	4 843	5 112	5 381	5 650	5 918	6 187	6 456
Psychiatrické lôžka	3 629	3 715	3 801	3 887	3 972	4 058	4 144	4 230	4 316	4 402	4 487	4 573	4 659
Spolu	29 293	29 312	29 058	28 803	28 549	28 294	28 040	27 785	27 531	27 276	27 022	26 767	26 513

4. Posilnenie ambulantného sektora. Správne nacený zoznam výkonov je kľúčovým aj pre ambulantný sektor, nakoľko dnes máme podľa štatistík neprimerane veľa hospitalizácií, ktoré sa dali liečiť a riešiť v rámci ambulantnej starostlivosti. Jedná sa o tzv. ambulatory care sensitive cases (tzv. ACSC), kde má Slovensko štvrtú najhoršiu priečku v rámci OECD krajín. Inak povedané, ak máme dosiahnuť redukcii zbytočných hospitalizácií, čo dopomôže k zníženiu ALOSu, tak je nevyhnutné, aby sa v ambulantnom prostredí zvýšila produkcia aj rozsah činností (Graf č. 6).

Graf č. 6 Prehľad ACSC za rok 2016²⁸



²⁷ <https://rokovania.gov.sk/RPO/Material/1979/1->

²⁸ Zdroj: OECD (2018), dáta sú za rok 2016

Taktiež bude potrebná nová sieť ambulantnej starostlivosti a riešenie nedostatku personálu. Súčasná minimálna sieť ambulantnej zdravotnej starostlivosti nereflektuje požiadavky v regiónoch, čo sa týka štruktúry a počtu lekárov. Funkčná sieť je, ako bolo spomenuté v predchádzajúcom bode, jeden z kľúčových faktorov. MZ SR preto pripravuje aktualizovanú minimálnu sieť, ako aj miestnu dostupnosť jednotlivých odborných špecializácií.

Pripravujú sa aj predikcie jednotlivých typov špecialistov (a nelekárskeho personálu) tak, aby sa mohli pripraviť konkrétne opatrenia na podporu štúdia v nedostatkových oblastiach. Nedostatok personálu jedno z najväčších rizík. MZ SR preto už v roku 2018 spustilo viaceré opatrenia na stabilizáciu personálu (napr. navýšenie kapacít na štúdium, zavedenie motivačného štipendia či navýšenie mzdových koeficientov), ktoré budú v čase vyhodnotené a v prípade potreby sa pristúpi k ďalším úpravám a politikám, ktoré podporia zamestnanosť v sektore.

Viac v Prílohe č. 3 - Analýza vplyvov na rozpočet verejnej správy v rámci zmien v oblasti poskytovania následnej zdravotnej starostlivosti.

1.5.2. Novela zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti

V rámci ústavnej zdravotnej starostlivosti v nemocnici, liečebni alebo v hospici sa definuje následná ústavná zdravotná starostlivosť ako zdravotná starostlivosť, ktorá sa poskytuje osobe, ktorej bola stanovená základná diagnóza a došlo k stabilizácii jej zdravotného stavu po náhlej chorobe alebo po náhlom zhoršení zdravotného stavu alebo po zhoršení chronickej choroby a jej stav vyžaduje poskytovanie ústavnej zdravotnej starostlivosti, t.j. doliečenie alebo poskytnutie liečebnej rehabilitácie. Zavádza sa pojem následná ústavná zdravotná starostlivosť, ktorá v kombinácii so stanovením doby liečenia, regulovanou úhradou a príspevkom, vytvára priestor pre rodinných príslušníkov pripraviť sa na príchod svojho blízkeho z nemocnice (§ 9aa).²⁹

Ustanovuje sa a definuje sa, že následná ústavná zdravotná starostlivosť sa poskytuje v rámci poskytovania ústavnej zdravotnej starostlivosti. Oproti súčasnému stavu, kedy nemocnice z rôznych dôvodov prepúšťajú z hospitalizácie pacientov v čo najskoršom čase, sa návrhom zákona ustanovuje, že sa následná ústavná starostlivosť, kedy sa má pacient úplne vyliečiť, poskytuje na tri mesiace. V tejto lehote by malo dôjsť k úplnému vyliečeniu. V prípade

²⁹ <https://www.nrsr.sk/web/Default.aspx?sid=zakony/zakon&MasterID=7455>

napríklad bdelých kóm sa lehota predlžuje podľa potreby. Následná ústavná starostlivosť sa bude poskytovať na týchto oddeleniach nemocnice: oddelenie dlhodobých chorých, doliečovací oddelenie, oddelenie paliatívnej medicíny, oddelenie fyziatrie, balneológia a liečebnej rehabilitácie a oddelenie psychiatrie. Ďalej sa bude následná ústavná starostlivosť poskytovať v hospicoch a v liečebniach.

Po návrate z nemocnice má pacient niekoľko možností už v súčasnosti zavedených zariadení či už spomínaná liečebňa, DOS, hospic alebo domáca liečba. Po indikovaní lekárom potreby osobnej starostlivosti v prirodzenom prostredí osoby, môže rodinný príslušník požiadať Sociálnu poisťovňu o príspevok „ošetrovné“, ktoré mu pomôže prechodne na tri mesiace mať aspoň čiastočnú náhradu príjmu a umožniť tak dôstojne sa postarať o svojich blízkych.

V nadväznosti na uvedené sa tiež definuje následná ústavná ošetrovateľská starostlivosť ako aj lehota jej poskytovania, ktorá sa bude poskytovať v domoch ošetrovateľskej starostlivosti, až na 6 mesiacov, ak takú starostlivosť indikuje lekár (§ 9 ods. 2 a 3).

Taktiež sa zmiernujú podmienky na vzdelanie zodpovednej osoby v zariadeniach sociálnej pomoci. Oproti súčasnému stavu sa ustanovuje, že zodpovedná osoba môže byť určená najviac pre 2 zariadenia sociálnych služieb a v zariadeniach sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately (ďalej len „zariadenie sociálnej pomoci“) a musí byť s každým týmto zariadením v pracovnom pomere. Ak bude mať zariadenie viac ako 18 lôžok určených na poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti, bude potrebná ďalšia sestra a na každých 10 lôžok môže mať zariadenie praktickú sestru. (§ 10a ods. 3) Pokiaľ ide o pojem „zariadenie sociálnej pomoci“ – ide o legislatívnu skratku zavedenú v § 4 ods. 6 zákona č. 576/2004 Z. z. s odkazom na zákon č. 448/2008 Z. z. - v zariadeniach sociálnych služieb 4aa) a v zariadeniach sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately 4ab), podľa ktorého sa ošetrovateľská starostlivosť môže poskytovať v týchto zariadeniach:

a) zariadenia sociálnych služieb:

- Zariadenie pre seniorov
- Zariadenie opatrovateľskej služby
- Domov sociálnych služieb
- Špecializované zariadenie

b) zariadenia sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately:

- Centrum pre deti a rodiny

Zmierňujú sa podmienky vzdelania pre zodpovedné osoby bez toho, aby bolo ohrozené poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti. Vzhľadom na úpravu špecializačných odborov v nariadení vlády SR č. 296/2010 Z. z., sa tieto zosúladujú s platným znením.

Ustanovuje sa, že indikačný list na poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti v zariadeniach sociálnej pomoci sa použije aj v zariadeniach, ktoré nemajú zmluvu so zdravotnými poisťovňami. Ide o záruku toho, že ošetrovateľská starostlivosť sa musí v takýchto zariadeniach tiež poskytovať v súlade so štandardnými postupmi. (§ 10a ods. 6)

Zavádza sa pojem osobná starostlivosť - čo je osobná a celodenná starostlivosť o chorého rodinného príslušníka v jeho prirodzenom sociálnom prostredí. Počas osobnej starostlivosti sa môže osobe poskytovať aj zdravotná starostlivosť lekárom formou návštevy alebo mobilným hospicom a ošetrovateľská starostlivosť prostredníctvom ADOS. Ustanovuje sa okruh ošetrovateľských lekárov, ktorí posudzujú a rozhodujú o potrebe poskytovania osobnej starostlivosti v domácom prostredí osoby. Zároveň sa navrhuje vymedziť dôvody vzniku potreby osobnej starostlivosti. Ďalej sa navrhuje vymedziť povinnosti príslušnému ošetrovateľskému lekárovi, ktorý rozhodol o potrebe poskytovania osobnej starostlivosti. Taktiež sa ustanovujú povinnosti všeobecnému lekárovi v súvislosti s osobnou starostlivosťou (§ 12b).

Navrhuje sa, aby obsahom zdravotnej dokumentácie boli aj údaje o osobnej starostlivosti (§ 19 ods. 2 písm. f)).

Umožňuje sa sociálnemu pracovníkovi prístup k zdravotnej dokumentácii formou výpisu, aby mohol relevantne vykonávať sociálnu podporu, sociálne poradenstvo – základné ako aj špecializované sociálne poradenstvo podľa zákona č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách, zákona č. 447/2008 Z. z. o kompenzáciách ťažkého zdravotného postihnutia a zákona č. 219/2018 Z. z. o sociálnej práci. Zdravotná dokumentácia pre sociálneho pracovníka pracujúceho v zdravotníckom zariadení je nevyhnutná (§ 24 ods. 4 písm. h)).

V nadväznosti na uvedené sa v ustanoveniach o dodržiavaní mlčanlivosti poskytovateľov zdravotnej starostlivosti o údajoch pacienta, dopĺňa aj tento sociálny pracovník, ktorému ak lekár poskytne údaje, sa nebude považovať za porušenie mlčanlivosti (§ 80 ods. 6 písm. c)).

1.5.3. Novela zákona č. 461/2003 Z. z. o sociálnom poistení

Cieľom úprav, ktoré navrhuje MPSVR SR je rozšíriť dávku nemocenského poistenia za ošetrovanie blízkej osoby. Ošetrovne dostane blízka osoba, ktorá sa oňho stará. Príspevok bude v rozsahu 55 % z platu a na dobu najviac tri mesiace. Ide o to, aby ten, kto sa o dlhodobo chorého stará, mal pokryté náklady počas obdobia, kedy poskytuje chronicky chorému blízkemu starostlivosť a tým pádom počas tohto obdobia nemôže chodiť do zamestnania. Ak ide o osobu samostatne zárobkovo činnú, zdefinuje sa, kto môže poberať dlhodobé ošetrovne a v akom vzťahu je k poistencovi, takisto výšku príspevku a dobu poberania príspevku.

Navrhuje sa legislatívno-technická úprava súvisiaca s prerušením povinného nemocenského a povinného dôchodkového poistenia samostatne zárobkovo činnnej osoby reflektujúca na navrhované zavedenie ošetrovania z dôvodu osobnej starostlivosti podľa návrhu novely zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (§ 19 ods. 2).

V súvislosti s predĺžením obdobia poskytovania „tzv. krátkodobého ošetrovneho“ uvedenom v bode 6, a to z 10 na 14 dní, sa navrhuje primerane upraviť deň, od ktorého sa zamestnancovi a samostatne zárobkovo činnnej osobe prerušuje poistenie, a to od 15. dňa potreby tzv. krátkodobého ošetrovania alebo starostlivosti. Navrhovaná právna úprava reflektuje na zavedenie ošetrovania z dôvodu domácej starostlivosti ako nového dôvodu na prerušenie povinného poistenia zamestnanca a samostatne zárobkovo činnnej osoby (§ 26 ods. 3, 4).

Navrhuje sa ustanoviť zásada, v zmysle ktorej sa povinné poistenie preruší vyčerpaním zákonom určeného obdobia (napr. 14 dní potreby ošetrovania) v rámci sociálnej udalosti, z dôvodu ktorej dôjde k prerušeniu. Ide o riešenie v prospech poistenca (§ 26 nový odsek 5).

Navrhuje sa zaviesť nová kategória dávky ošetrovne, tzv. „dlhodobé ošetrovne“, pre poistencov, ktorí budú ošetrovať inú fyzickú osobu z dôvodu potreby poskytovania osobnej starostlivosti v prípadoch, kedy na základe zhoršenia zdravotného stavu došlo k hospitalizácii. „Dlhodobé ošetrovne“ bude poskytované na ošetrovanie príbuznej osoby po prepustení zo zdravotníckeho zariadenia ústavnej starostlivosti a v prípadoch, v ktorých je vhodné zabezpečiť dôstojnú rodinnú starostlivosť o nevyliciteľne choré osoby v štádiu ochorenia na konci života alebo v terminálnom štádiu ochorenia. Uvedený návrh má vytvoriť adekvátny časový priestor na poskytovanie osobnej starostlivosti podľa návrhu novely zákona č. 576/2004 Z. z., počas

ktorého bude poistenec zabezpečený „dlhodobým ošetrovným“, ktoré má kompenzovať dočasnú stratu jeho príjmu.

Navrhuje sa rozšírenie okruhu osôb (príbuzných), pri ktorých ošetrovaní inou fyzickou osobou môže nemocensky poisteným osobám nárok na ošetrovné. Rozšírený okruh reflektuje potrebu zabezpečenia širšieho spektra poistencov pre účely ošetrovania počas dlhšieho obdobia, nakoľko indikovaná domáca starostlivosť bude náročnejšia nielen z časového hľadiska, ale aj z hľadiska osobitných potrieb ošetrovaných osôb (pacienti po hospitalizácii, paliatívni pacienti). Rozšírenie okruhu oprávnených poistencov v prípade „dlhodobého ošetrového“ umožní flexibilnejšie striedanie poistencov počas ošetrovania v priebehu podporného obdobia.

Návrh na rozšírenie okruhu poistencov - ošetrovúcich osôb sa zároveň vzťahuje aj na ošetrovné z dôvodu potreby ošetrovania inej fyzickej osoby alebo z dôvodu starostlivosti o dieťa do desiatich roku veku („krátkodobé ošetrovné“), nakoľko potreba rozšírenia vyplynula z aplikačnej praxe.

Za príbuzných v priamom rade sa považujú priami predkovia a potomkovia, napr. rodičia a deti, prarodičia a vnuci a vnučky. V porovnaní so súčasnou právnou úpravou sa navrhuje, aby poistenci mali nárok na ošetrovné (krátkodobé aj dlhodobé) aj v prípade, že sa starajú o súrodencov (§ 39 ods.1 písmeno a)).

Z dôvodu náročnosti poskytovania domácej starostlivosti sa navrhuje, aby „dlhodobé ošetrovné“ v tom istom prípade mohlo čerpať viacero poistencov. Za ten istý deň však ošetrovné patrí len jednému z nich. Poistenec môže opätovne prevziať ošetrovanie príbuznej osoby najskôr po uplynutí 30 dní od predchádzajúceho prevzatia. Podmienka 30 dní nemusí byť splnená v prípadoch, kedy poistenec nemôže vzhľadom na svoj nepriaznivý zdravotný stav pokračovať v ošetrovaní.

Zároveň sa navrhuje, aby sa podmienky nároku na „dlhodobé ošetrovné“ (osobitné ako aj všeobecné podmienky nároku na nemocenskú dávku), predovšetkým v prípadoch, v ktorých sa poistenec pri ošetrovaní v tom istom prípade (jedna diagnóza) strieda s inými poistencami, pri opätovnom prevzatí ošetrovania poistencom, posudzovali ku dňu prvého prevzatia ošetrovania. V období, v ktorom celodenné osobné ošetrovanie nebude vykonávané poistencom, bude poistencovi výplata ošetrového zastavená a na základe opätovného prevzatia ošetrovania sa mu opäť uvoľní. V zmysle uvedeného bude výška „dlhodobého ošetrového“ v tom istom prípade určená z rovnakého denného vymeriavacieho základu, resp. Účelom navrhovanej úpravy je minimalizácia administratívnej záťaže poistencov, poskytovateľov zdravotnej starostlivosti a Sociálnej poisťovne (§ 39 ods. 4).

Navrhuje sa maximálna dĺžka trvania nároku na „dlhodobé ošetrovné“, a to v rozsahu 90 dní od vzniku nároku na výplatu. Navrhuje sa, aby nárok na „dlhodobé ošetrovné“ zanikol najneskôr uplynutím deväťdesiateho dňa vyplácania „dlhodobého ošetrovného“, pričom do lehoty deväťdesiat dní sa úhrnne započítavajú všetky dni výplaty „dlhodobého ošetrovného“ všetkým poistencom, ktorí vykonávajú ošetrovanie tej istej ošetrovanej osoby v tom istom prípade. To znamená, že ošetrovné sa všetkým poistencom dohromady, v tom istom prípade vypláca najdlhšie po dobu 90 dní (§ 42).

Obdobne ako pri „krátkodobom ošetrovnom“ sa navrhuje, aby aj „dlhodobé ošetrovné“ bolo vyplácané za to isté obdobie len raz a len jednej oprávnenej osobe, ktorá v tom čase zabezpečuje domácu starostlivosť. Navrhuje sa vzájomne vylúčiť nárok na výplatu „krátkodobého ošetrovného“ a „dlhodobého ošetrovného“, pričom nárok na výplatu „krátkodobého ošetrovného“ má prednosť. Ide o riešenie v prospech poistenca (§ 43 ods. 2).

V súvislosti so zavedením „dlhodobého ošetrovného“ sa navrhuje v období po zavedení ročného zúčtovania v sociálnom poistení reflektovať na právnu úpravu platnú od 1. januára 2022, a to vylúčiť z rozhodujúceho obdobia na určenie denného vymeriavacieho základu na určenie sumy dávky nemocenského poistenia aj obdobie, počas ktorého zamestnanec vykonáva ošetrovanie z dôvodu potreby poskytovania domácej starostlivosti, avšak najdlhšie v rozsahu 90 dní. Zamestnanec za toto obdobie totiž nemá vymeriavací základ na platenie poistného na nemocenské poistenie (§ 54 ods. 10 písm. a) štvrtý bod, § 140 ods. 1 písm. c) a § 140 ods. 1 písm. d)).

Vzhľadom na dĺžku legislatívneho procesu bol navrhovaný dátum účinnosti týchto legislatívnych zmien na 1. mája 2020.

Rozšírením minimálnej siete ADOS, hospicov, DOS a zároveň reguláciou ceny výkonov by sa vytvoril priestor pre ich vznik, rozhodovanie sa pre štúdium v chýbajúcich zdravotníckych profesiách a pod. Návrhy by mali byť prínosom v prvom rade pre chronicky chorých, odkázaných na zdravotnú a sociálnu starostlivosť a ich príbuzných. Ide však iba čiastkové zmeny, ktoré by mohli byť v budúcnosti piliermi v rámci prípravy a schválenia zákona o dlhodobej starostlivosti.

Prepojenie oboch systémov by bolo možné iba vybudovaním nového poistenia a vybudovaním novej infraštruktúry, adresných príspevkov. Bez uvedenej radikálnej zmeny, s ktorou však vlastne nikto zo zúčastnených strán nesúhlasil, nie je možné čokoľvek zmeniť. Obávame sa, že na podporu navrhovaných zmien sa nenájde politická zhoda, pretože návrh bol

prvýkrát predkladaný na medzirezortné pripomienkové konanie v marci 2019 a opakovane v júni 2019 a vládou bol prerokovaný dňa 21. augusta 2019. Vzhľadom na termín blížiacich parlamentných volieb (29. februára 2020) a stanovené legislatívne postupy pri prerokovávaní a schvaľovaní zákonov môžeme predikovať, že návrhy v rámci stratifikácie nemocničných lôžok a následnej zdravotnej starostlivosti nebudú schválené.

2. Hlavné nedostatky súčasného stavu

Hlavnou slabou stránkou dlhodobej sociálno-zdravotnej starostlivosti v SR je jej nedostatočná koordinácia, komunikácia a spolupráca na úrovni rezortov MPSVR SR a MZ SR a viac ako 15 rokov pretrvávajúca neschopnosť dohody na spoločných riešeniach.

Dôsledky dlhodobého podceňovania závažnosti tohto stavu sú evidentné:

- **na systémovej úrovni**
 - v praxi nie je implementovaný integrovaný model DSZS bez žiadateľného koordinovaného systémoveho prístupu, so súvisiacim spájaním verejných zdrojov do potrebných intervencií v prospech jednotlivca;
 - nedostatočné kapacitné zabezpečenie dostupných, dlhodobo finančne udržateľných a dostatočne kvalitných služieb DSZS;
 - nedostatok komunitných sociálno-zdravotných služieb, vrátane ADOS, pre občanov a ich nedostatočná podpora z verejných prostriedkov, vrátane zdrojov verejného zdravotného poistenia, čo vedie k nedostatočnej podpore DSZS v domácom prostredí;
 - absencia dostupnosti 24-hodinových opatrovateľských, v prípade potreby aj ošetrovateľských, služieb v domácom prostredí;
 - absencia nástrojov pomoci a podpory neformálnych opatrovateľov (rodina, priatelia) v situácii potreby zabezpečenia DSZS;
- **v oblasti financovania**
 - finančne deficitný systém DSZS - všetky zmeny vo financovaní v posledných rokoch priniesli len väčšiu ťažkopádnosť ale nie viac zdrojov;
 - neefektívna a deformovaná štruktúra financovania poskytovateľov DSZS bez ohľadu na reálne potreby odkázaných osôb (napr. prevaha výdavkov na hospitalizácie v nemocniciach nad výdavkami na domy ošetrovateľskej starostlivosti);
 - neadresnosť finančných príspevkov na základe stupňa odkázanosti pri poskytovaní sociálnej starostlivosti v domácom prostredí a v ZSS;
 - chýbajúce súkromné poistenie na zabezpečovanie potrieb DSZS;
 - nepripravenosť rodín znášať zvýšené finančné nároky spojené so zabezpečením DSZS (syndróm seniora ako „ŕarchy“ či nežiaduceho „bremena“, riziko následnej chudoby a prehlbovania sociálnych nerovností v zdraví);

- **v oblasti ľudských zdrojov a procesov**

- nedostatočná podpora a ocenenie „ľudského kapitálu“ v systéme DSZS
- problémy s plánovaním, zabezpečením, motiváciou a stabilizáciou ľudských zdrojov - vysoká fluktuácia, preťaženosť súčasných zamestnancov v systéme zabezpečenia DSZS (týka sa sestier, zdravotníckych asistentov, opatrovateľov, no tiež lekárov a napr. fyzioterapeutov);
- nedostatočná multidisciplinárna a interdisciplinárna spolupráca;
- ťažká orientácia odkázaných osôb v zdravotnom a sociálnom systéme, chýbajúci komplexný manažment následnej starostlivosti po prepustení z nemocnice - od posúdenia indikácie po včasné zabezpečenie adekvátnej následnej starostlivosti;
- administratívne obmedzovanie poskytovania potrebnej pomoci v rámci DSZS bez ohľadu na potreby odkázaných osôb a obmedzovanie vstupu nových subjektov do systému poskytovania DSZS;

- **v oblasti zabezpečenia kvality**

- absencia definovaných kritérií výsledkov kvality DSZS a prepojenia na motiváciu poskytovateľov, ktorí sú súčasťou systému zabezpečenia DSZS;
- častý neetický prístup pri hľadaní riešenia pre osoby odkázané na DSZS bez ohľadu na ich stav a potreby;
- absencia holistického prístupu rôznych odborníkov (špecialistov) pri poskytovaní starostlivosti osobám odkázaným na DSZS;
- prvky ageizmu v systéme zdravotníckych služieb, nedostatočná dostupnosť ošetrovateľskej starostlivosti po doriešení akútneho stavu;
- nedostatočná kontrola poskytovanej zdravotnej starostlivosti v ZSS.

3. Východiská a princípy návrhu Stratégie DSZS

Doterajšia fragmentácia služieb, ktoré spadajú pod označenie dlhodobej sociálno-zdravotnej starostlivosti je do budúca neudržateľná tak finančne, ako aj z hľadiska dostatočného zabezpečenia ich kvality a dostupnosti. Východiskom pre nastavenie nového funkčného modelu DSZS v SR budú prístupy orientované na človeka (osobu odkázanú na DSZS), ktoré umožnia včasné podchytenie, proaktívnu a individuálnu starostlivosť, čím by sa zabránilo neprimeranému zhoršovaniu zdravotného stavu občanov, a teda aj dodatočnému využívaniu sociálno-zdravotných služieb.

V krajinách s rozvinutým systémom DSZS sa za **ústredný princíp považuje starostlivosť orientovaná na osoby odkázané na DSZS (pacient centred care, ďalej len „PCC“)**. Znamená podporu aktívnej účasti odkázaných osôb a ich rodín pri utváraní sociálnej a zdravotnej starostlivosti a možností individuálneho rozhodovania sa v procese liečenia a starostlivosti. Poskytovanie zdravotnej starostlivosti rešpektuje a reaguje na individuálne potreby, hodnoty a vedie ich procesom rozhodovania v klinických otázkach. PCC zohľadňuje 5 základných atribútov:

- Komplexná (holistická) starostlivosť
- Koordinácia a komunikácia
- Podpora a empowerment (zmocňovanie)
- Dostupnosť
- Autonómia

PCC je primárne o základnom vzdelávaní a výchove osôb odkázaných na DSZS o diagnózach, potenciálnych liečbách a starostlivosti alebo zdraví. Neznamená to, že osoba odkázaná na DSZS dostane čokoľvek, čo chce, ale dostane dostatočnú podporu a vedenie zo strany poskytovateľov so všetkými potrebnými informáciami o možnostiach, benefitoch a rizikách starostlivosti.

Z hľadiska DSZS je pre nás dôležité vychádzať zo zadefinovania konkrétnych potrieb užívateľov tejto starostlivosti tak, aby sa zohľadnili:

- zdravotný stav (zdravotná diagnostika)
- stupeň sociálno-zdravotnej odkázanosti (zohľadňujúci štandardizovanú metodiku hodnotenia odkázanosti).

Prístup k DSZS by mal vychádzať z PCC a mal by spĺňať tieto atribúty:

1. **Aktívna spolupráca s prijímateľom DSZS služby** – táto podmienka zdôrazňuje dôležitosť a dôstojnosť jednotlivca so špeciálnymi potrebami v spoločnosti.
2. **Objektívnosť** – individuálna starostlivosť má byť založená na presných faktoch, preto sa začína dôsledným mapovaním života a potrieb človeka, jeho súčasných schopností a zručností, ale aj všetkého čo je pre neho negatívnym a čo vo svojom živote nechce, pokračuje vedením človeka k pomenovaniu svojich cieľov do budúcnosti a k hľadaniu spôsobov ako ich možno dosiahnuť.
3. **Fungovanie v prostredí** – individuálna starostlivosť by mala byť zameraná na fungovanie prijímateľa v čo najprirodzenejšom prostredí. Vytváranie špeciálnych podmienok pre ľudí so špeciálnymi potrebami je niekedy nutnosťou, ale nemalo by sa to stať bežnou praxou, individuálny prístup smeruje k čo najväčšej integrácii ľudí so špeciálnymi potrebami do spoločnosti.
4. **Komplexnosť** – pokrýva všetky oblasti života klienta – či už v chronologickom slede (minulosť, súčasnosť, budúcnosť) alebo zameranom na jednotlivé oblasti života človeka (fyzická, sociálna, psychická a duchovná). Hľadá prostriedky a cesty k napĺňaniu všetkých užívateľom definovaných potrieb. Súčasťou individuálnej starostlivosti je napr. aj ošetrovateľský plán, plán rehabilitačný, špeciálno-pedagogický, plán pracovnej rehabilitácie, rizikový plán (jeho súčasťou môže byť plán riešenia krízových situácií a register obmedzení) a pod.
5. **Koordinovanosť** – pre dosiahnutie cieľov stanovených klientom je nutná spolupráca viacerých odborníkov - vytvorenie multidisciplinárneho tímu. Preto je potrebné, aby sa aktivity a činnosti všetkých odborníkov dôkladne naplánovali a skoorinovali tak, aby smerovali k napĺňaniu hlavného cieľa klienta. Nezanedbateľnou súčasťou kvalitného plánu je podpora neformálnych vzťahov prijímateľa s ľuďmi, ktorí žijú v sociálnom prostredí, do ktorého má klient záujem sa integrovať, títo ľudia môžu byť pre prijímateľa významnejšou oporou ako profesionáli.
6. **Legálnosť** – individuálny plán je legálny dokument, ktorý jasne popisuje, ktoré služby, starostlivosť, aktivity a činnosti budú osobe poskytované a kto, kedy a v akom rozsahu ich bude poskytovať.
7. **Flexibilita** – individuálna starostlivosť sa musí prispôbovať aktuálnemu stavu osoby odkázanej na DSZS tak, aby napĺňala jeho potreby a bola na čo najlepšej úrovni.

Osvojenie si týchto myšlienok považujeme za nevyhnutné pre vytvorenie, prijatie a implementovanie medzirezortnej národnej stratégie funkčného, koordinovaného prepojenia sociálnej a zdravotnej starostlivosti o občanov, ktorí potrebujú dlhodobú a koordinovanú podporu a pomoc. Na to, aby bol systém DSZS aj dlhodobo udržateľný, mal by jasne definovať rezortné zodpovednosti, zdroje financovania a byť akceptovaný všetkými zložkami zdravotných a sociálnych segmentov.

Pre nastavenie efektívnej a funkčnej koncepcie DSZS je preto dôležité zabezpečiť nasledovné princípy: princíp subsidiarity, zjednotený a štandardizovaný systém posudzovania, transparentné a efektívne financovanie, integrovaný informačný systém a kvalitu poskytovania.

3.1. Princíp subsidiarity

V súčasnosti prevláda v oblasti sociálnych služieb poskytovanie inštitucionálnej starostlivosti. Na tieto skutočnosti upozorňujú aj Národné priority rozvoja sociálnych služieb na roky 2015 – 2020, v ktorých sa konštatuje: „*Národné priority reflektujú aktuálnu situáciu poskytovania sociálnych služieb v Slovenskej republike, predovšetkým nedostatok kapacity sociálnych služieb poskytovaných v prirodzenom (domácom a komunitnom) prostredí občanov, potrebu zabezpečenia udržateľnosti financovania sociálnych služieb a rozvoja ich kvality. Vychádzajú z potrieb identifikovaných v národnom i európskom kontexte, s akcentom na dostupnosť a prístupnosť sociálnych služieb a ich dlhodobú finančnú udržateľnosť a efektívnosť.*“. Samotný dokument si stanovuje ako špecifický cieľ – presadiť princíp dlhodobej zdravotno-sociálnej starostlivosti, ale zároveň aj ďalšie kľúčové ciele ako zabezpečiť realizáciu práva občana na výber a dostupnosť sociálnej služby a **zvýšiť dostupnosť komunitných sociálnych služieb** s dôrazom na rozvoj sociálnych služieb pre rodinu, ktorá sa stará o svojho člena odkázaného na pomoc inej osoby pri sebaobsluhe. Tieto faktory a trendy v blízkej budúcnosti ovplyvnia ako sa bude nastavovať systém DSZS. Vychádzajúc z týchto skutočností je možné identifikovať jeden z kľúčových princípov poskytovania DSZS a to je **princíp subsidiarity**.

Pri rozvinutom systéme DSZS je aj z hľadiska efektivity vynaložených verejných finančných zdrojov prirodzená snaha posilňovať komunitné, terénne aj neformálne služby, ktoré vedia často plnohodnotne zastúpiť nákladnejšiu inštitucionálnu starostlivosť. Nazdávame sa, že v SR je veľký potenciál substitúcie umiestňovania odkázaných osôb s relatívne nižšou náročnosťou na služby DSZS za ich ponechanie

v domácom prostredí. Samozrejme, s dostatočným zabezpečením vhodného pomeru opatrovateľskej a ošetrovateľskej starostlivosti.

Kvôli dvojkoľajnosti financovania, osobitne zdravotnej starostlivosti z verejného zdravotného poistenia a osobitne sociálnych služieb zo zložitého komplexu sociálnych príspevkov od rôznych inštitúcií verejnej správy, je však **značne znemožnená motivácia racionálneho znižovania celkových výdavkov** na kombináciu sociálno-zdravotných služieb.

Jednoducho povedané, ak by sme chceli dosiahnuť väčšiu rovnováhu v systéme a zamedziť „prehadzovaniu odkázaných osôb medzi zdravotnými a sociálnymi službami, mali by byť náklady na DSZS zohľadňované podľa potrieb občana a nie podľa toho, aké typy DSZS služieb využíva. **Na docielenie implementácie princípu subsidiarity je tak nevyhnutné súčasne zabezpečiť lepšiu adresnosť finančných prostriedkov DSZS podľa stupňa náročnosti potrieb na sociálne a zdravotné služby. V súlade s princípmi PCC bude osobe odkázanej na DSZS umožnené a primerane finančne kompenzované tak zotrvanie v domácom prostredí alebo aj využitie inštitucionálnych služieb.**

Princíp subsidiarity v tomto zmysle predpokladá, že občanom budú v závislosti na ich individuálnych potrebách poskytované služby DSZS tak, aby mohli čo najdlhšie zotrvať vo svojom prirodzenom sociálnom prostredí (rodiny, obce, regiónu) a poberať koordinované komunitné a verejne bežne dostupné služby predovšetkým terénnej a ambulantnej formy, aj v prípade špecializovaných individuálnych potrieb (vysokej miery poskytovanej podpory), vrátane zdravotnej starostlivosti v rozsahu ošetrovateľskej starostlivosti v domácom prostredí.

Zároveň v rámci tohto princípu predpokladáme, že občan – odkázaná osoba bude mať uľahčený prechod medzi týmito jednotlivými zložkami systému DSZS na základe zmien svojich potrieb. To znamená, že DSZS sa bude poskytovať na dobu určitú a dobu neurčitú a na základe individuálnych potrieb bude občanovi umožnené poberať rôzne formy DSZS v rôznom období jeho života.

3.2. Zjednotený a štandardizovaný systém posudzovania

Nastavenie jednotného, komplexného a štandardizovaného systému posudzovania odkázanosti na pomoc inej osoby pri sebaobsluže a na zdravotnú starostlivosť v rozsahu ošetrovateľskej starostlivosti a zdravotnej rehabilitácie a kompenzácie predstavuje základ efektívneho a transparentného systému DSZS o občanov.

V rámci nastavenia nového systému hodnotenia OPIOS **je možné vychádzať z Medzinárodnej klasifikácie funkčných schopností, dizability a zdravia (ďalej len „MKF“)**. MKF predstavuje štandardizovaný a komplexný systém hodnotenia, ktorý vychádza zo štyroch rovín - z roviny **telesných alebo somatických funkcií**, z roviny **telesných štruktúr**, z roviny **aktivít a participácie postihnutého jedinca** na týchto aktivitách a z roviny **environmentálnych faktorov**, ktoré zasahujú do oblasti zdravia.³⁰ Avšak v tomto prípade je nevyhnutné adaptovať systém MKF tak, aby presne a jasne vedel identifikovať potrebnú a konkrétnu mieru podpory a odkázanosti na jednotlivé druhy služieb DSZS. Zároveň je v rámci nového systému hodnotenia odkázanosti na DSZS potrebné hodnotiť štandardizovanými postupmi aj ADL zručnosti a sociálne potreby každej odkázanej fyzickej osoby. **Jednotný komplexný systém hodnotenia odkázanosti, by mal zjednodušiť dostupnosť, flexibilitu a znížiť byrokratickú záťažnosť občanov v ich nároku na potrebnú DSZS.**

Je preto potrebné vytvoriť nezávislý systém hodnotenia so zabezpečením objektivity hodnotenia odkázanosti a garantovať práva na poskytovanie potrebnej služby. **Je potrebné, aby inštitúcie, ktoré vykonávajú posudzovaciu činnosť neboli zároveň inštitúciami, ktoré zriaďujú a financujú vybrané druhy DSZS.**

Nezávislosť by mala byť základným princípom posudzovateľa, pretože by ho mal zabezpečovať **nezávislý posudkový orgán odčlenený od kompetencií samosprávy**, najlepšie v rámci jednotného systému posudzovania funkčných porúch pre všetky typy sociálnych subsystémov. „Posudkovými orgánmi sú v prípade sociálnych služieb samosprávne orgány, zatiaľ čo pri peňažných príspevkoch na kompenzáciu sú to orgány špecializovanej štátnej správy. Ich posudkové postupy nie sú doposiaľ účinne metodicky zosúladované a konsolidované, každý používa iné posudkové kritériá, t.j. účelovo sa sústreďuje na iné aspekty / súvislosti prítomnosti zmenenej funkčnosti organizmu.“³¹

³⁰ Orgonášová. Palát. 2004. MKF - Medzinárodná klasifikácia funkčnej schopnosti, dizability a zdravia – príručka.

³¹ Repková K. 2014. Odkázanosť na pomoc inej osoby pri sebaobslužbe vo verejnej politike – vybrané výskumné otázky. Inštitút pre výskum práce a rodiny. Str. 35-38.

3.3. Transparentné a efektívne financovanie

Vychádzajúc zo základnej filozofie prístupu PCC musí byť systém financovania nastavený tak, aby bola zabezpečená transparentnosť finančných tokov a aby mal samotný občan väčšie právo rozhodovať o tom, aký druh DSZS je preňho vhodný.

Financovanie DSZS je v zmysle novelizácie zákona č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách aktuálne nastavený nasledovne:

1. Podielové dane samospráv (VÚC a obcí) - príspevok na prevádzku
2. Úhrady zo zdravotného poistenia (aj pre ZSS s KOS)
3. Rozpočet MPSVR SR - príspevok na odkázanosť
4. Platby občana za DSZS
5. Iné príjmy (2 % z daní FO a PO, sponzorské a dary) tieto príjmy sú pre rozpočet poskytovateľov marginálne, nepravidelné a možno ich rozpočtovať iba odhadom.

Podiel jednotlivých zložiek by mal vychádzať z konkrétnych druhov služieb DSZS a ich foriem a mal by zohľadňovať stupne odkázanosti a komplexný posudok. Popri prehľadnej viaczdrojovosti financovania by mala byť zachovaná aj základná diferencovanosť použitia prostriedkov - bude evidovaný **podiel účelu platieb zvlášť na zdravotné služby a zvlášť na sociálne.** Zároveň by financovanie malo zohľadňovať aj vyššie spomenutý princíp subsidiarity, ktorý by zabezpečoval podporu a rozvoj komunitných služieb DSZS, ktoré sú poskytované čo najbližšie k prirodzenému prostrediu občana. V prílohe (Príklad 2 a 3) pre názornosť pripájame príklady financovania jednotlivých typov zariadení, ktoré názorne popisujú zložitosť existujúceho systému.

Existujúci systém financovania DSZS je dlhodobo neudržateľný. Jeho zásadná reforma je nevyhnutná. Základné kritéria pre nevyhnutnú reformu musia byť:

1. **adresnosť** - jeden finančný príspevok, o ktorom bude rozhodovať príjemca,
2. **objektívnosť** - posúdenie potrieb príjemcu aj vo vzťahu k jeho majetkovej a finančnej situácii,
3. **zjednodušenie** - odstránenie administratívnej náročnosti, ktorá bude pri zvyšovaní nárokov na systém nezvládnuteľná,
4. **osobná zodpovednosť** - vytvorenie podmienok pre zavedenie systému individuálneho poistenia tejto životnej situácie.

3.4. Integrovaný informačný systém

Nedostatok informácií pre všetkých účastníkov systému sťažuje jeho zjednodušenie a sprehl'adnenie. Je nevyhnutné, aby centralizované a dostupné databázy obsahovali minimálne identifikačné údaje žiadateľov o DSZS, stav ich žiadosti, základné charakteristiky zdravotného stavu, zdravotno-sociálny posudok, nároky na služby a výkony DSZS, indikatívnu finančnú záťaž a aj prehľad vyplatených príspevkov z titulu OPIOS, invalidných dôchodkoch a pod. Táto požiadavka je podpornou požiadavkou pre efektívne riešenie systému DSZS. Vzhľadom k tomu, že v rámci elektronizácie verejnej správy sú v súčasnosti implementované viaceré projekty, bolo by vhodné preskúmať možnosti dopracovania existujúcich funkcionalít tak, aby využili existujúce databázy a prepojili ich.

V septembri 2019 je v legislatívnom procese novela zákona o sociálnych službách z dielne MPSVR SR, ktorej cieľom je najmä vytvorenie právnych podmienok pre zavedenie informačného systému sociálnych služieb (ďalej len „IS sociálnych služieb“), prostredníctvom ktorého bude vytvorená databáza aktuálnych zdrojov dát na posilnenie riadiacej, kontrolnej a dohliadacej pôsobnosti v oblasti sociálnych služieb. Pripravovaná novela bude obsahovať aj zmeny a doplnenia vykonané v záujme úpravy procesnej stránky hodnotenia podmienok kvality poskytovateľov sociálnych služieb.

Zámerom navrhovanej úpravy je príprava podmienok pre nový systém zberu údajov o sociálnych službách v pôsobnosti ministerstva tak, aby zbierané údaje boli čo možno najviac aktuálne, ale aj overiteľné a relevantné pre potreby zisťovania údajov o sociálnych službách, vyhodnocovania nastavených opatrení, prijímanie nových a celkové nastavovanie parametrov politiky v oblasti sociálnych služieb. Ďalším pozitívnym efektom vytvorenia IS sociálnych služieb bude zefektívnenie systému poskytovania finančných príspevkov v pôsobnosti Ministerstva práce, sociálnych vecí a rodiny SR, vedenie všetkých evidencií v oblasti sociálnych služieb ministerstvom, ako aj zníženie administratívnej záťaže v oblasti sociálnych služieb.

3.5. Kvalita poskytovania DSZS

Podmienky kvality poskytovanej DSZS tvoria zásadný princíp systému DSZS. Nastavenie podmienok kvality poskytovanej DSZS je kľúčové a malo by byť zrealizované hneď na začiatku vzniku systému DSZS. **Podmienky kvality budú presne určovať nevyhnutné podmienky, ktoré musia byť splnené a dodržiavané v rámci systému DSZS tak, aby bola zabezpečená dostatočná kvalita života občanov odkázaných na DSZS.**

V rámci podmienok kvality poskytovanej DSZS bude nutné identifikovať základné oblasti kvality, nastaviť potrebné kritéria, štandardy a indikátory. Podmienky kvality budú musieť byť orientované na praktické vykonávanie DSZS v jednotlivých druhoch služieb. Systém hodnotenia kvality bude musieť byť nezávislý a realizovaný na úrovni národnej inštitúcie, tak aby sa zabezpečilo transparentné hodnotenie.

Azda najvplyvnejší teoretický model starostlivosti o chronicky chorých je **Chronic Care Model** (CCM, Wagner a kol.). CCM má potenciál na zlepšenie efektivity a kvality starostlivosti o pacientov v rámci DSZS. Dôležitú úlohu tu zohrávajú sestry a sociálni pracovníci, ktorí majú nezastupiteľne miesto pri vykonávaní elementov modelu starostlivosti, a to hlavne v rámci plánovaných návštev v prirodzenom prostredí pacienta.

V rámci konkrétnych činností výkonu DSZS, budú nastavované konkrétne štandardizované postupy. Kontrolu dodržiavania stanovených štandardov kvality DSZS musí zabezpečovať nezávislá, kapacitne vybavená inštitúcia. Možným subjektom pri zavedení potrebných zákonných úprav je Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou.

PRÍLOHY

Sprievodný výstup projektu – mapovanie postojov a návrhov verejnosti v oblasti poskytovania dlhodobej starostlivosti na Slovensku - prieskum

Zlepšenie zdravotno-sociálnej starostlivosti pre ľudí v potrebe dlhodobej starostlivosti na Slovensku – on-line prieskum

Online zber dát: 10.05.-10.06.2018

Vyhodnotenie - deskriptívna analýza podľa cieľov AOPP: júl – október 2018

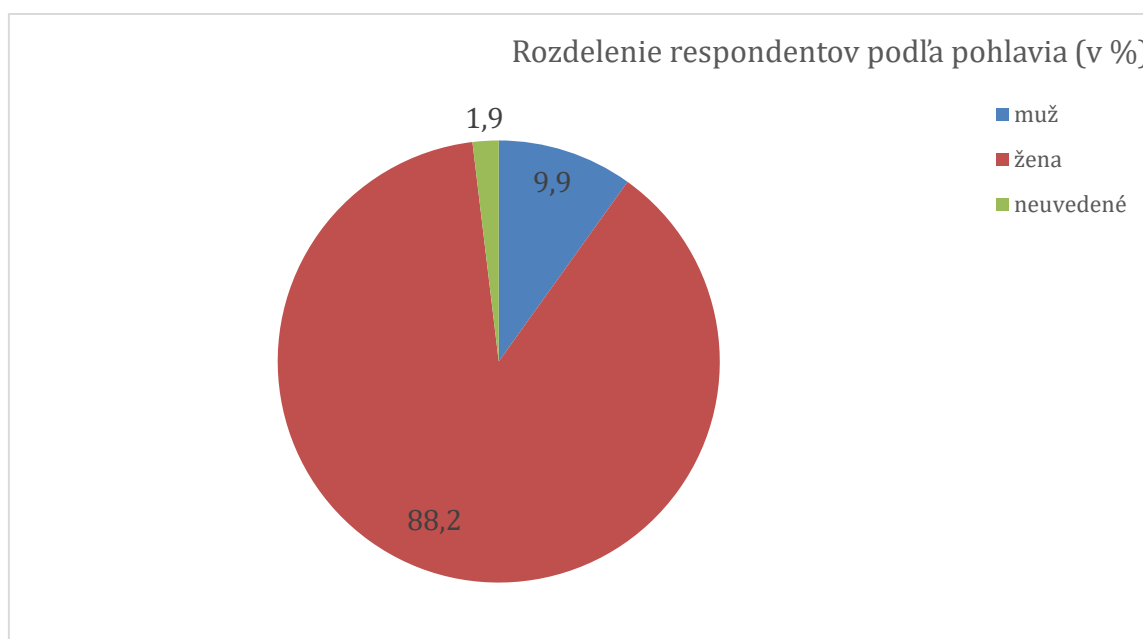
- **Základná charakteristika vzorky** (otázky č. 1, č. 2)

Online prieskumu sa zúčastnilo spolu **568 respondentov**, prevažne **žien – 88.2 %** (Tab. 1, Graf 1). Viac ako polovica respondentov (63.7 %) bola vo veku **od 41 do 60 rokov** (Tab. 2, Graf 2). Podľa miesta bydliska boli najviac zastúpení respondenti žijúci v krajskom meste – 35.0 %, v okresnom meste – 31.3 %, v obci od 500 do 5000 obyvateľov – 16.7 % a v obci od 5000 do 20000 obyvateľov – 12.8 % (Tab. 3, Graf 3).

Tab. 1 Rozdelenie respondentov podľa pohlavia

Pohlavie	n = 568	%
Muž	56	9.9
Žena	501	88.2
Neuvedené	11	1.9

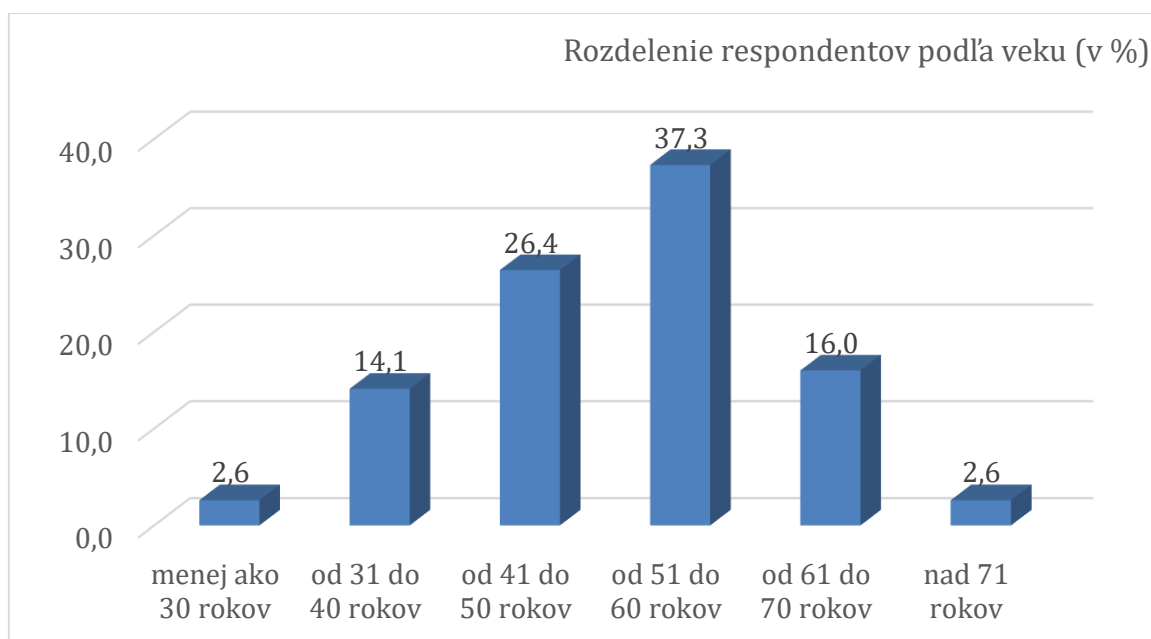
Graf 1



Tab. 2 Rozdelenie respondentov podľa veku

Vek	n = 568	%
menej ako 30 rokov	15	2.6
od 31 do 40 rokov	80	14.1
od 41 do 50 rokov	150	26.4
od 51 do 60 rokov	212	37.3
od 61 do 70 rokov	91	16.0
nad 71 rokov	15	2.6
neuveďené	5	0.9

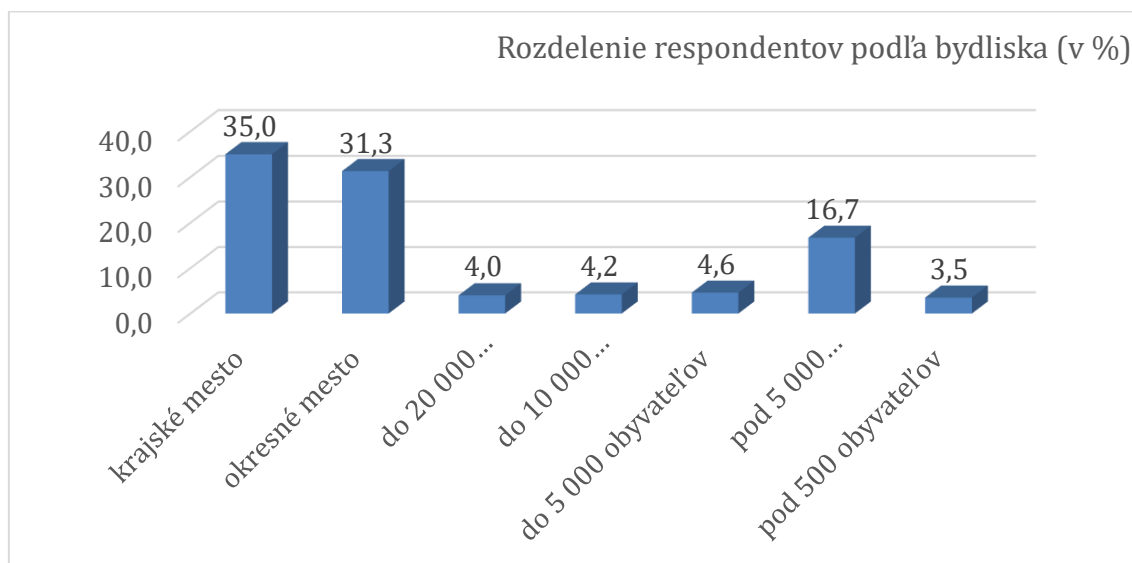
Graf 2



Tab. 3 Rozdelenie respondentov podľa bydliska

Bydlisko	n = 568	%
v krajskom meste	199	35.0
v okresnom meste	178	31.3
v obci do 20 000 obyvateľov	23	4.0
v obci do 10 000 obyvateľov	24	4.2
v obci do 5 000 obyvateľov	26	4.6
v obci s menej ako 5 000 obyvateľmi	95	16.7
v obci pod 500 obyvateľov	20	3.5
chýbajúce	3	0.5

Graf 3



Viac ako polovica respondentov (56.0 %) uviedla, že **užívateľom dlhodobej starostlivosti bol jeden z ich rodičov (matka, otec) alebo jeden z rodičov ich životného partnera (svokra, svokor)**. Ostatní respondenti uvádzali ako užívateľa dlhodobej starostlivosti ďalších príbuzných – strýko/teta (7.4 %), životný partner, dieťa, (pra)starý rodič (po 6.0 %). Zastúpení boli aj respondenti, ktorí sa o užívateľov dlhodobej starostlivosti starajú profesionálne – 5.8 % (Tab. 4).

Takmer polovica respondentov (48.2 %) uviedla, že v priebehu posledných 5 rokov bol alebo je užívateľom dlhodobej starostlivosti jeden z ich rodičov (matka, otec) alebo jeden z rodičov ich životného partnera (svokra, svokor). Ostatní respondenti uvádzali ako užívateľa dlhodobej starostlivosti ďalších príbuzných – strýko/teta (8.1 %), životný partner, dieťa (po 5.8 %), (pra)starý rodič (5.8 %). Zastúpení boli aj respondenti, ktorí sa o užívateľov dlhodobej starostlivosti starajú profesionálne – 3.3 % (Tab. 5, Graf 4).

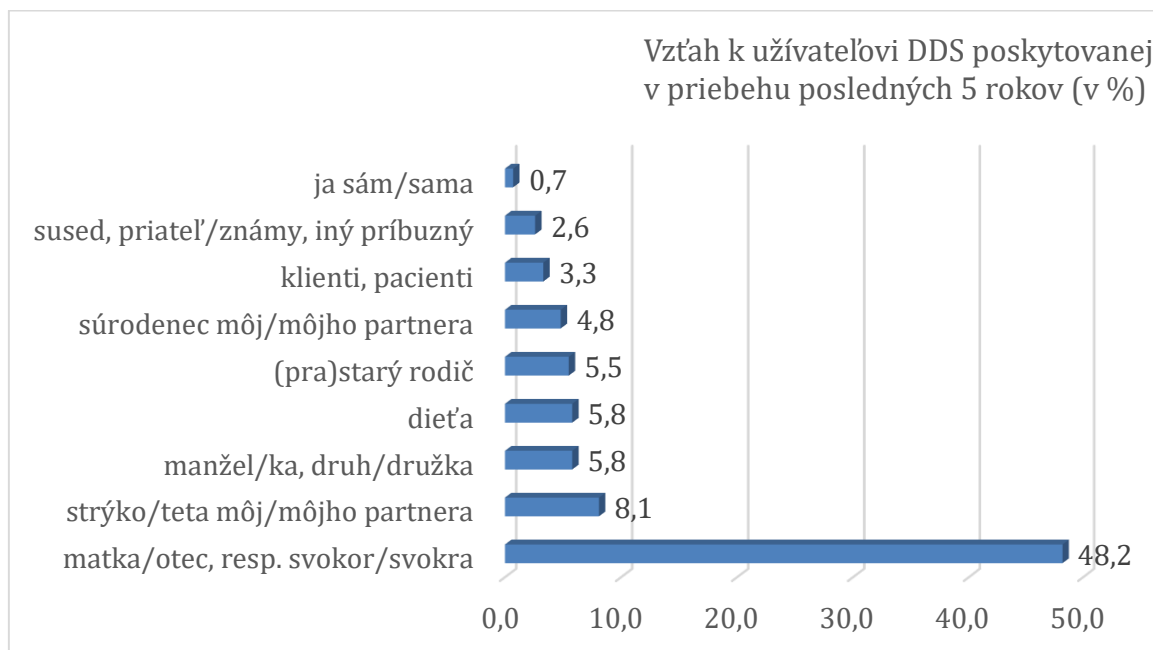
Tab. 4 Vzťah k užívateľovi dlhodobej starostlivosti

1. Uved'te, aký ste mali a/alebo máte vzťah k užívateľovi DDS:	n = 568	%
matka/otec, resp. svokor/svokra	318	56.0
môj strýko/teta alebo môjho partnera	42	7.4
manžel/ka, druh/družka	34	6.0
dieťa	34	6.0
klienti, pacienti	34	6.0
(pra)starý rodič	33	5.8
môj súrodenec alebo môjho partnera	17	3.0
sused, priateľ/známy, iný príbuzný	15	2.6
ja sám/sama	5	0.9
nie, nepoznám	30	5.3
chýbajúce	6	1.1

Tab. 5 Vzťah k užívateľovi DDS poskytovanej v priebehu posledných 5 rokov

2. Uved'te, kto každý z Vašich blízkych bol a/alebo je užívateľom DDS v priebehu posledných 5 rokov?	n = 568	%
matka/otec, resp. svokor/svokra	274	48.2
môj strýko/teta alebo môjho partnera	46	8.1
manžel/ka, druh/družka	33	5.8
dieťa	33	5.8
(pra)starý rodič	31	5.5
súrodeneц môj/môjho partnera	27	4.8
klienti, pacienti	19	3.3
sused, priateľ/známy, iný príbuzný	15	2.6
ja sám/sama	4	0,7
nie, nepoznám	73	12.9
chýbajúce	13	2.3

Graf 4



- **Postoje k LTC odkázaných pacientov, ich rodín a blízkych** (otázky č. 8, 6, 5)

Otázka č. 8

Najčastejšími zdrojmi informácií v procese zabezpečenia dlhodobej starostlivosti sú pre respondentov: lekár - 57.7 %, priatelia a rodina - 39.4 %, sestra - 23.2 %, zariadenie, v ktorom bol ich blízky umiestnený - 21.5 % a samospráva - 19.2 % (Tab. 6, Graf 5).

Siedmi respondenti uviedli v tejto súvislosti negatívnu skúsenosť, ktorú verbalizovali nasledovne:

„Nikto vám neposkytne komplexnú radu, skôr mám pocit, že časť informácií je zamlčaná. Pokiaľ si to nezistíte cez známych, alebo tých, čo už túto skúsenosť majú, nemáte šancu získať adekvátne informácie vo všetkých úrovniach, či už zdrav. zariadení, soc. službách - to je cesta zarúbaná/zamlčované zariadenia/, cirkev - napr. súkromné ZSS za plnú cenu 1600 eur mesačne atď.“

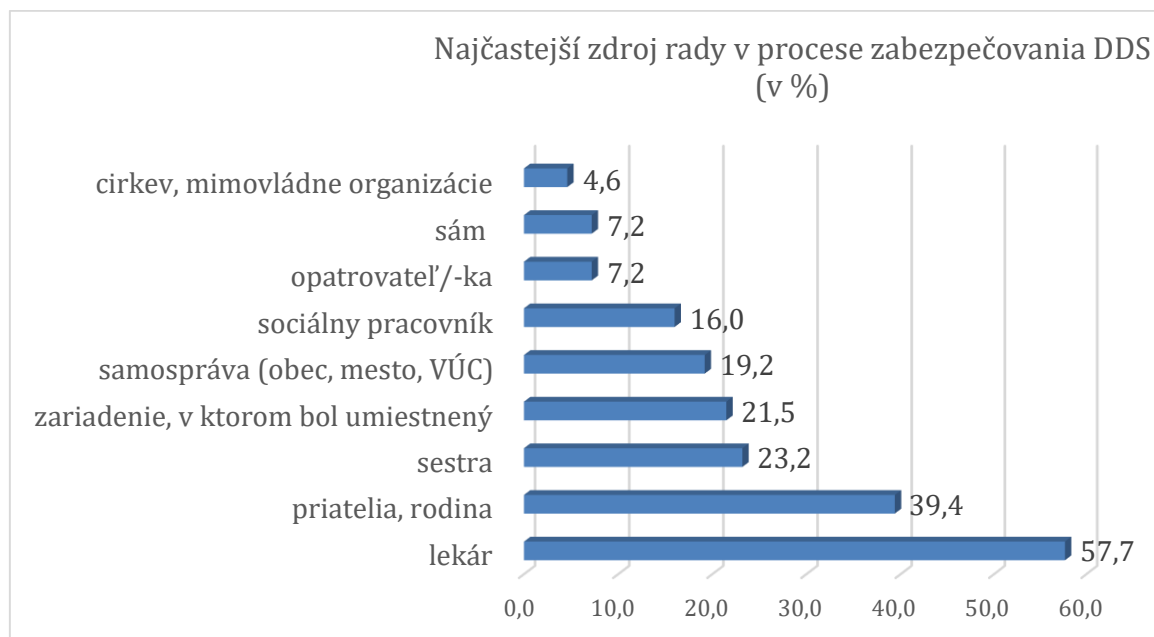
„Nik mi nevie poradiť.“ „Všetci sa tvária, že nevedia poradiť - obec, úrad práce, lekár, ...“
 „Obec - nebol záujem ani snaha riešiť problém.“ „Systém je zle nastavený, obec nevie pomôcť.“
 „Neviem, komu mám dôverovať.“

„Zatiaľ je v nemocnici, ale snažíme sa vybaviť hospic/domov dôchodcov. Prvý deň hospitalizácie nám povedali, že za 21 dní nám babku dajú domov (je ležiaca, nevie jesť, potrebuje kyslík. V nemocnici nám ani nevedia poradiť, ktoré zariadenie je pre ňu vhodnejšie.“

Tab. 6 Zdroj rady v procese zabezpečovania dlhodobej starostlivosti

8. Keď ste v procese zabezpečovania DDS pre Vášho blízkeho potrebovali radu, na koho ste sa najčastejšie obrátili (najviac 3 možnosti)?	n = 568	%
Lekár	328	57.7
priatelia, rodina	224	39.4
Sestra	132	23.2
zariadenie, v ktorom bol umiestnený	122	21.5
samospráva (obec, mesto, VÚC)	109	19.2
sociálny pracovník	91	16.0
opatrovateľ/-ka	41	7.2
sám	41	7.2
cirkev, mimovládne organizácie	26	4.6

Graf 5



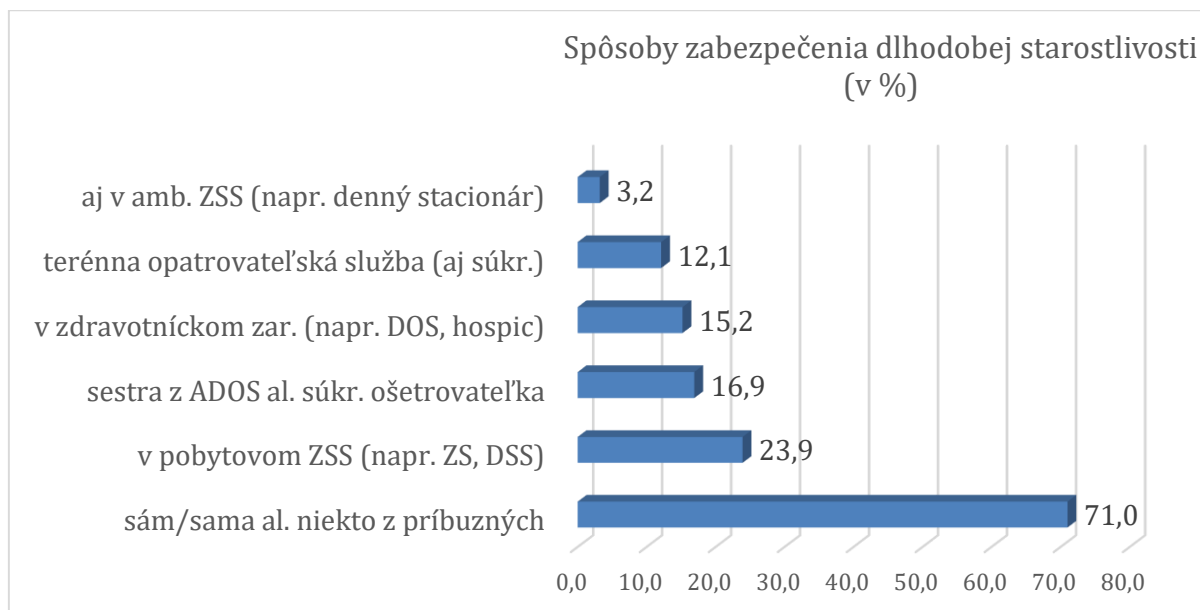
Otázka č. 6

Dlhodobá starostlivosť je v najväčšom rozsahu poskytovaná **v domácom prostredí opatrovaného** prostredníctvom **jedného alebo viacerých členov rodiny** – spolu 71.0 %, pričom len 13.5 % poberá aj príspevok na opatrovanie. V rámci domácej dlhodobej starostlivosti neformálni opatrovatelia spolupracujú najčastejšie **so sestrami z ADOS** (16.9 %) a **s terénnou opatrovateľskou službou** (12.1 %) príp. si ošetrovateľku alebo opatrovateľku platia súkromne (Tab. 7, Graf 6).

Tab. 7 Spôsoby zabezpečenia dlhodobej starostlivosti

6. Ak bol/je Váš blízky z dôvodu dlhodobého ochorenia odkázaný na pomoc, akým spôsobom bola/je zabezpečená jeho DDS?	n = 834	%
sám/sama alebo niekto z príbuzných	337	57.5
sám/sama s prís. na opatrovanie	79	13.5
v pobytovom ZSS (napr. ZS, DSS)	140	23.9
sestra z ADOS al. súkr. ošetrovateľka	99	16.9
v zdrav. zar. (napr. DOS, hospic)	89	15.2
terénna opatrovateľská služba al. súkr.	71	12.1
aj v amb. ZSS (napr. denný stacionár)	19	3.2

Graf 6



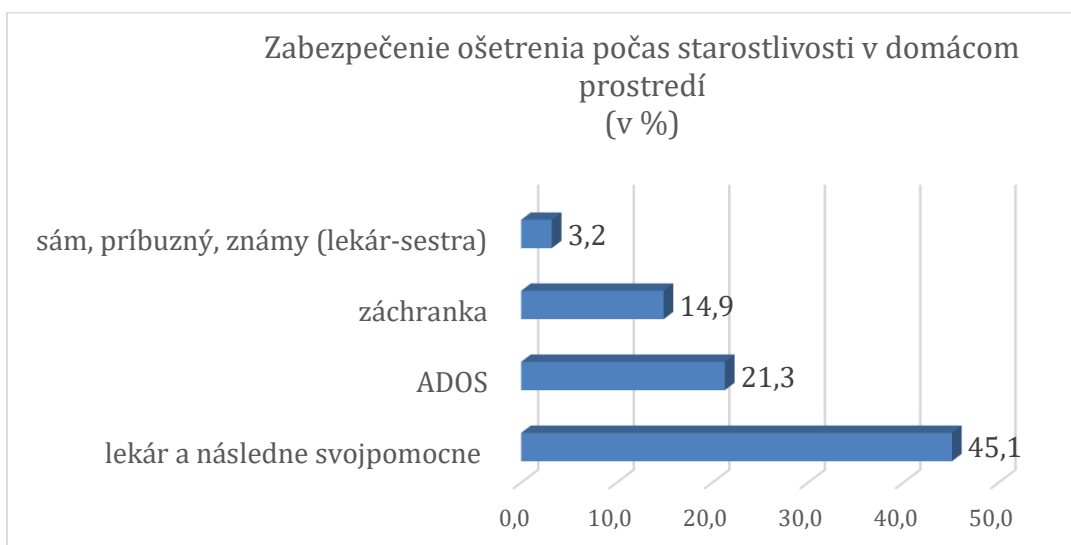
Otázka č. 5

Pokiaľ je pri domácej dlhodobej starostlivosti potrebné zabezpečiť ošetrovanie, neformálni opatrovatelia najčastejšie využívajú spoluprácu **so všeobecným lekárom alebo so špecialistom** – 45.1 %, **so sestrou z ADOS** – 21.3 % a v akútnych prípadoch **s lekárskou službou prvej pomoci** – 14.9 % (Tab. 8, Graf 7).

Tab. 8 Zabezpečenie ošetrovania počas starostlivosti v domácom prostredí

5. Ak Váš blízky potreboval/ potrebuje ošetrovanie v domácom prostredí, ako ho zabezpečujete?	n = 568	%
lekár a následne svojpomocne	256	45.1
ADOS	121	21.3
Záchranka	85	14.9
sám, príbuzný, známy (lekár-sestra)	18	3.2
takáto situácia u nás ešte nenastala	79	13.9
Chýbajúce	9	1.6

Graf 7



- **Potreba inštitucionálnej dlhodobej starostlivosti** (otázky č. 7, 10, 3, 4)

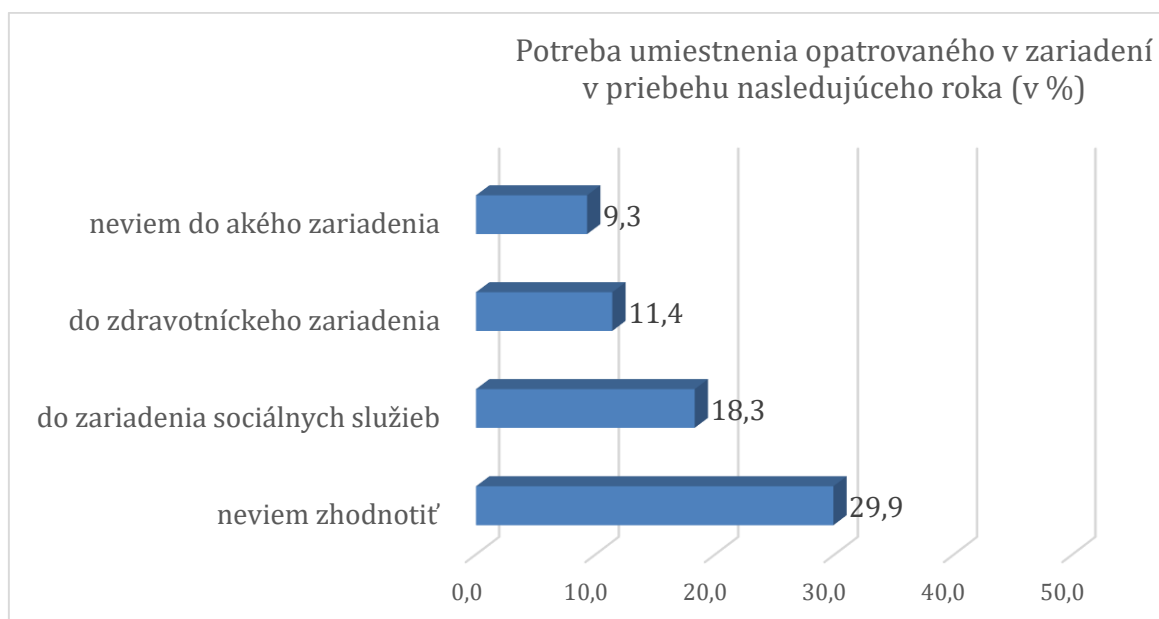
Otázka č. 7

Takmer 40 % respondentov predpokladá, že ich blízky bude z dôvodu zhoršujúceho sa zdravotného stavu potrebovať v priebehu nasledujúceho roka umiestnenie v nejakom pobytovom zariadení, avšak ďalších takmer 30 % to zhodnotiť nevie (Tab. 9, Graf 8).

Tab. 9 Potreba umiestnenia opatrovaného v zariadení v priebehu nasledujúceho roka

7. Bude Váš blízky z dôvodu zhoršujúceho sa zdravotného stavu potrebovať v priebehu nasledujúceho roka umiestnenie do zariadenia? Ak áno, uved'te kde:	n = 568	%
do zariadenia sociálnych služieb	104	18.3
do zdravotníckeho zariadenia	65	11.4
neviem do akého zariadenia	53	9.3
neviem zhodnotiť	170	29.9
nemám v súčasnosti blízkeho s takouto potrebou	156	27.5
chýbajúce	20	3.5

Graf 8



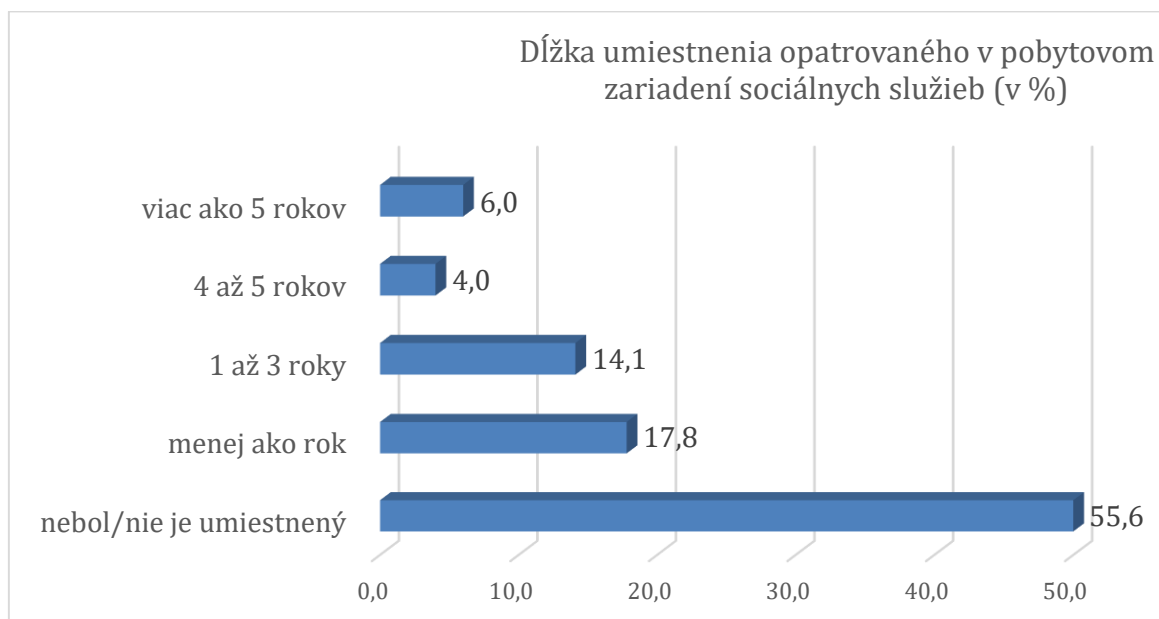
Otázka č. 10

V prípade potreby umiestnenia **v pobytovom zariadení sociálnych služieb** asi tretina opatrovaných – 31.9 % bola/je v takomto zariadení **menej ako 3 roky** (Tab. 10, Graf 9).

Tab. 10 Dĺžka umiestnenia opatrovaného v pobytovom zariadení sociálnych služieb

10. Ak bol/je Váš blízky umiestnený v pobytovom ZSS (napr. ZS, DSS), ako dlho?	n = 568	%
menej ako rok	101	17.8
1 až 3 roky	80	14.1
4 až 5 rokov	23	4.0
viac ako 5 rokov	34	6.0
nebol/nie je umiestnený	316	55.6
chýbajúce	14	2.5

Graf 9



Otázka č. 3

U viac ako polovice respondentov bolo v priebehu posledného roka potrebné, pre zhoršenie zdravotného stavu, umiestnenie blízkeho aj v zdravotníckom zariadení (Tab. 11).

Tab. 11 Umiestnenie v zdravotníckom zariadení v priebehu posledného roka pre zhoršenie zdravotného stavu

3. Bol Váš blízky v priebehu posledného roka počas pobytu v ZSS alebo počas poskytovania domácej starostlivosti umiestnený pre zhoršenie zdravotného stavu v zdravotníckom zariadení?	n = 568	%
áno	311	54.8
nie	241	42.4
neviem	10	1.8
chýbajúce	6	1.1

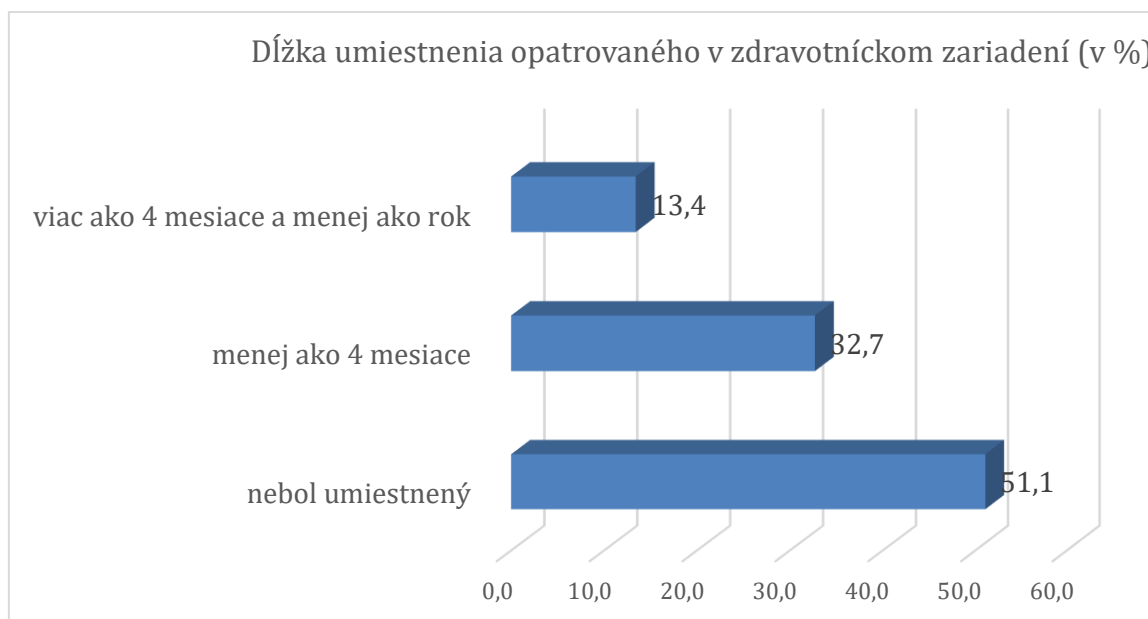
Otázka č. 4

U viac ako polovice opatrovaných - 51.1 % nebolo/zatiaľ nie je potrebné zabezpečiť ich dlhodobé umiestnenie v zdravotníckom zariadení. V prípade potreby bola/je dĺžka umiestnenia v zdravotníckom zariadení menej ako 4 mesiace - 32.7 % (Tab. 12, Graf 10).

Tab. 12 Dĺžka umiestnenia v zdravotníckom zariadení

4. Ak bol/je Váš blízky umiestnený v zdravotníckom zariadení (napr. DOS, hospic), ako dlho?	n = 568	%
nebol umiestnený	290	51.1
menej ako 4 mesiace	186	32.7
viac ako 4 mesiace a menej ako rok	76	13.4
chýbajúce	16	2.8

Graf 10



- **Skúsenosti s čakacími lehotami v zariadeniach** (otázka č. 9)

Otázka č. 9

Do zariadenia sociálnych služieb potrebovalo opatrovanú osobu umiestniť 269 respondentov (47.4 %), pričom najviac z nich čakalo na umiestnenie opatrovaného do ZSS kratšie ako 2 mesiace (42.4 %). Na druhej strane, takmer pätina (19.7 %) čakala na umiestnenie dlhšie ako 1 rok (Tab. 13b, Graf 11).

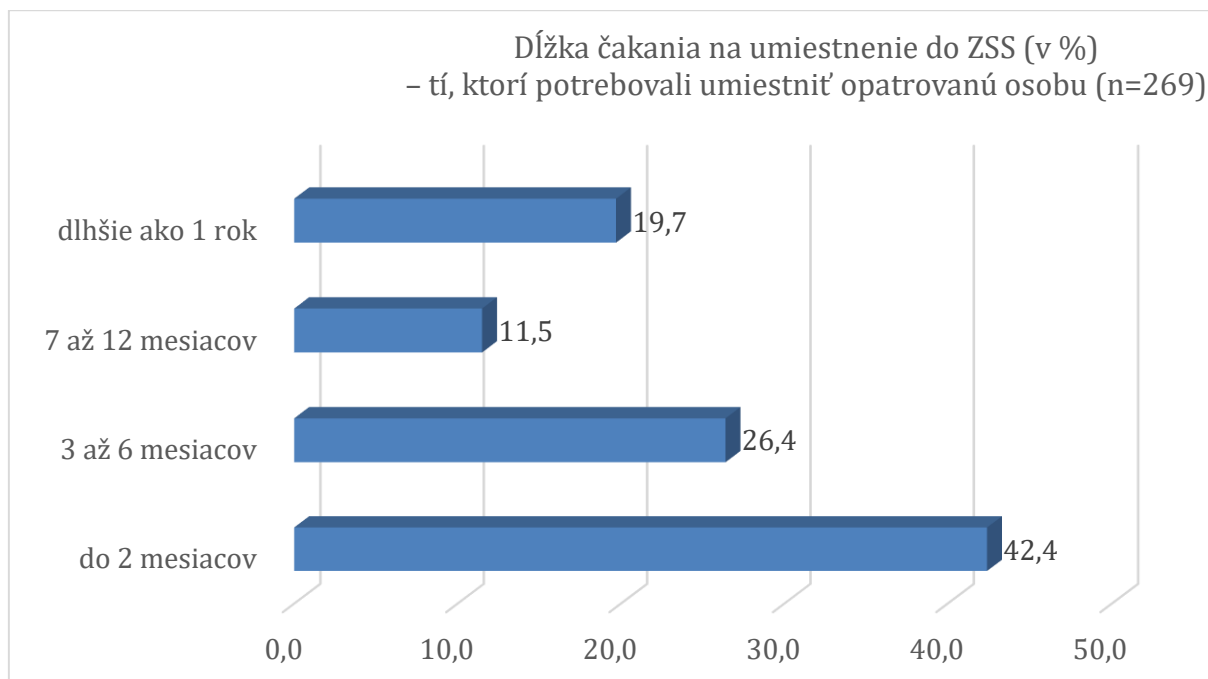
Tab. 13a Dĺžka čakania na umiestnenie do ZSS – všetky odpovede

4. Ako dlho ste čakali na umiestnenie Vášho blízkeho do ZSS?	n = 568	%
do 2 mesiacov	114	20.1
3 až 6 mesiacov	71	12.5
7 až 12 mesiacov	31	5.5
dlhšie ako 1 rok	53	9.3
nebol potrebný takýto druh starostl.	281	49.5
chýbajúce	18	3.2

Tab. 13b Dĺžka čakania na umiestnenie do ZSS
– len tí, ktorí potrebovali umiestniť opatrovanú osobu

4. Ako dlho ste čakali na umiestnenie Vášho blízkeho do ZSS?	n = 269	%
do 2 mesiacov	114	42.4
3 až 6 mesiacov	71	26.4
7 až 12 mesiacov	31	11.5
dlhšie ako 1 rok	53	19.7

Graf 11



- **Zadefinovať alebo potvrdiť už identifikované nedostatky, čo sa týka chýbajúcich kapacít, ktoré poskytujú dlhodobú starostlivosť** - spokojnosť s poskytovanou starostlivosťou (otázky č. 11, 13, 12, 14)

Otázka č. 11 a č. 13, č. 12 a č. 14

Z respondentov, ktorí mali opatrovanú osobu počas starostlivosti umiestnenú aj v zariadení sociálnych služieb (260 respondentov) a/alebo v zdravotníckom zariadení (424 respondentov), bolo so starostlivosťou v ZSS (skôr) spokojných 60.4 % a v ZZ 52.6 % (Tab. 14b, Graf 12). Respondenti, ktorí mali osobnú skúsenosť s inštitucionálnou dlhodobou starostlivosťou, vyjadrili častejšie nespokojnosť so zdravotníckym ako s iným odborným personálom, ďalej nespokojnosť s ubytovacími podmienkami a so stravou (Tab. 15, Graf 13).

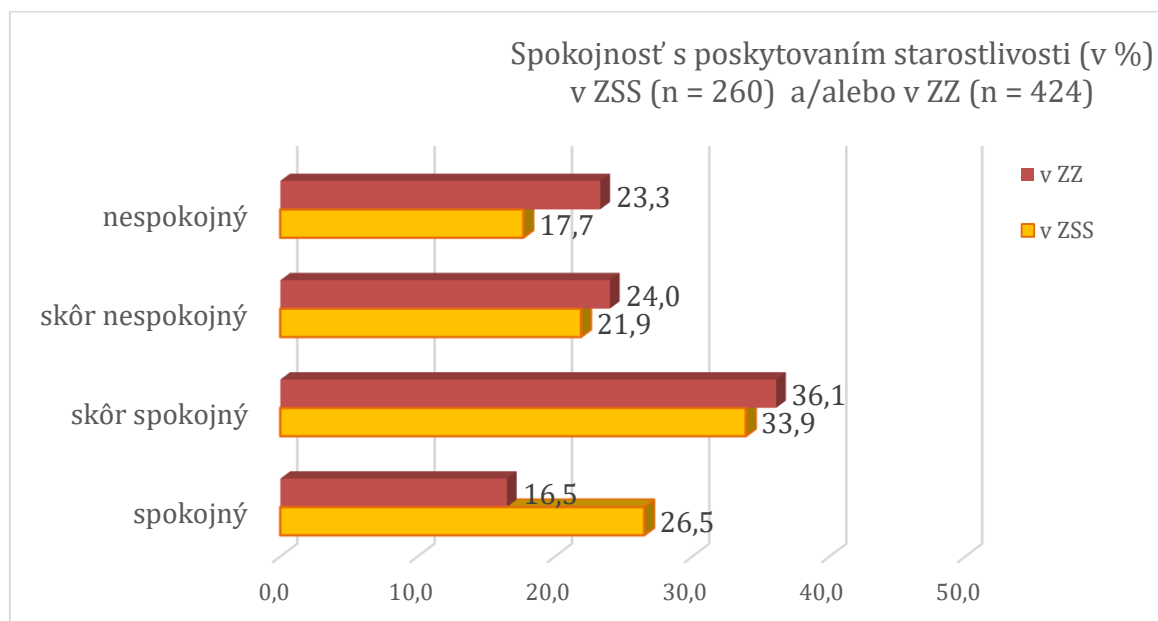
Tab. 14a Spokojnosť s poskytovaním starostlivosti počas pobytu v ZSS a/alebo v ZZ

Ako ste boli spokojný s poskytovaním starostlivosti o Vášho blízkeho počas pobytu ...	11. ... v ZSS		13. ... v ZZ	
	n = 568	%	n = 568	%
spokojný	69	12.1	70	12.3
skôr spokojný	88	15.5	153	26.9
skôr nespokojný	57	10.0	102	17.9
nespokojný	46	8.1	99	17.4
neviem posúdiť	281	49.5	117	20.6
chýbajúce	27	4.8	27	4.8

Tab. 14b Spokojnosť s poskytovaním starostlivosti v ZSS a/alebo v ZZ – tí, čo hodnotili

Ako ste boli spokojný s poskytovaním starostlivosti o Vášho blízkeho počas pobytu	11. ... v ZSS		13. ... v ZZ	
	n = 260	%	n = 424	%
spokojný	69	26.5	70	16.5
skôr spokojný	88	33.9	153	36.1
skôr nespokojný	57	21.9	102	24.0
nespokojný	46	17.7	99	23.3

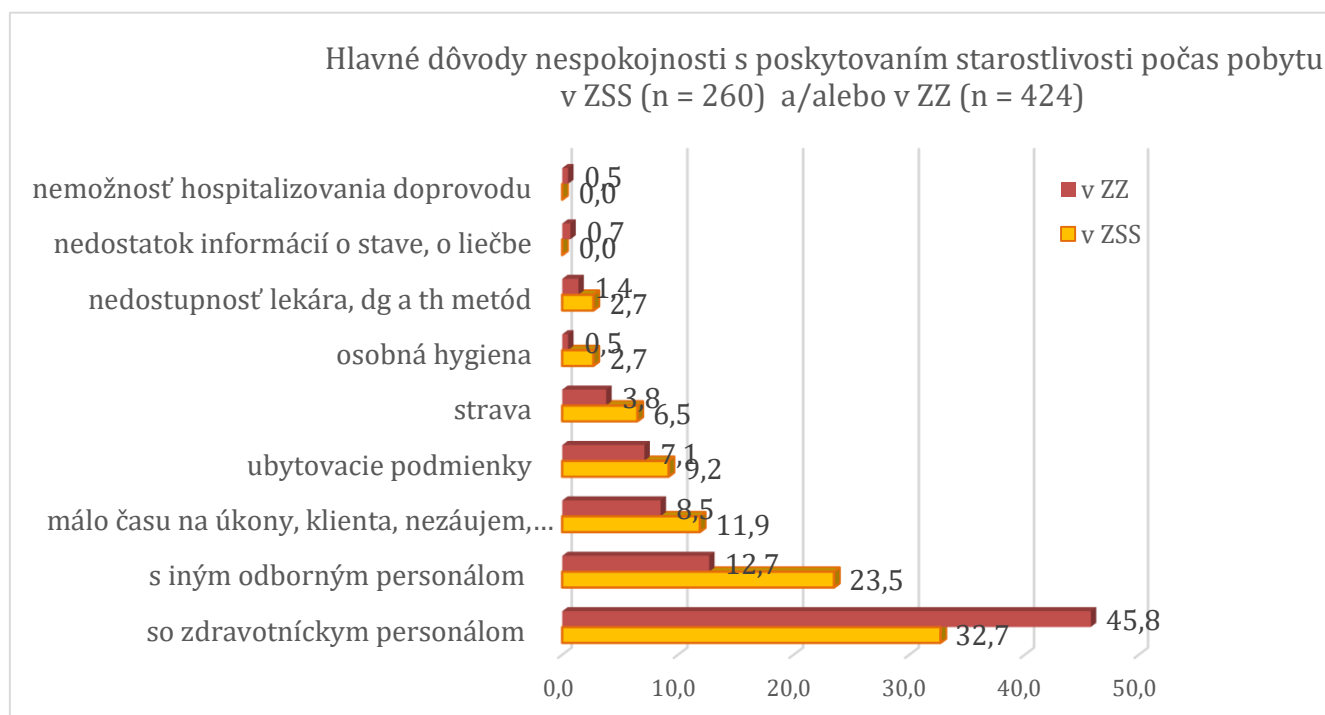
Graf 12



Tab. 15 Hlavné dôvody nespokojnosti s poskytovaním starostlivosti počas pobytu v ZSS a/alebo v ZZ

Ako ste boli spokojný s poskytovaním starostlivosti o Vášho blízkeho počas pobytu	12. ... v ZSS		14. ... v ZZ	
	n = 260	%	n = 424	%
so zdravotníckym personálom	85	32.7	194	45.8
s iným odborným personálom	61	23.5	54	12.7
málo času na úkony, na klienta, nezáujem, prístup, nekompetentnosť	31	11.9	36	8.5
ubytovacie podmienky (málo súkromia, vybavenie (nábytok, pomôcky), čistota, bariéry)	24	9.2	30	7.1
strava	17	6.5	16	3.8
osobná hygiena	7	2.7	2	0.5
nedostupnosť lekára, niektorých vyšetrení priamo v zariadení, nedostatok rehabilitácie a lieč. metód	7	2.7	6	1.4
nedostatok informácií o stave, možnostiach liečby	0	0.0	3	0.7
nemožnosť hospitalizovania doprovodu	0	0.0	2	0.5

Graf 13



„Vykonávala som prax počas štúdia zdravotnej školy a vysokej školy a bola som sklamaná, sú to veci, alebo kusy, nie ľudia pre dané ústavy, či charity, je to zárobková činnosť, nič iné v tom nevidím, je to len pre bohatších ľudí, hocikto si to nemôže dovoliť, málo personálu, ... Mohla by som o tom rozprávať hodiny a nesmierne rada by som pracovala pre tých ľudí v našej krajine, ale tiež si želim mať aj zaplatenú túto prácu, či službu, lebo aj ja sa tam raz ocitnem.“

„Chýba súcitiaci personál, je to celé úplne bez záujmu o pacienta. Moja mama dostala papučou po hlave, lebo išla v noci na toaletu.“

„Chýba kontrolný systém týchto zariadení.“

„V súkromnom cirkevnom zariadení za 1.600 eur super, v štátnom za 600 eur presný opak, zdravotný personál v nemocnici – veľmi smutné príbehy všetkých z rodiny, keby som mala silu a energiu na podanie na úrad pre dohľad, idem toho, ale blízkeho človeka vám to nevráti.“

„Nadmerná sedácia pacienta, postupná umele navodená imobilizácia, odobratie až úplná strata kompetencií. Povinný odber stravy v zariadení, ale nedokáže to zjesť, odnesú spred nej plný tanier, musíme jej nosiť banány, jogurty, piškóty atď., aby zjedla aspoň niečo.“

„Nedostatok sestier, opatrovateliek, vysoké doplatky, ak chceme zabezpečiť dôstojnú starobu svojim blízkym. Vzhľadom na nedostatok odborného personálu vzniká nedostatočná starostlivosť, nedostatok špecializovaných pomôcok napr. rôzne zdvíhacie zariadenia, nedostatočná strava, keďže pre takéto zariadenia nepracujú diétne sestry. Je toho veľa, ale najhoršie je, že štát nemá dostatok takýchto zariadení.“

„Absolútna neznalosť základných zásad dietológie u starších ľudí pri zostavovaní jedálneho lístka, resp. absencia diétnej alebo aspoň nejakých konzultácií, či zostavovaní jedálnych lístkov.“

„Lekár nebol k dispozícii skoro nikdy, len na telefóne, často tetu prevádzali do nemocnice a potom späť, vždy sa v nemocnici zhoršila, potom chodila ADOS do ZSS, ale tiež len občas ... niekedy jej zabudli dať lieky alebo raz ju predávkovali tiapridalom a bola mimo 4 dni.“

„Málo sestier, sanitárov, opatrovateliek, svokra bola 3 týždne v DD v novom, modernom, v druhom 2 dni - no hnus, sme ju museli zobrať, cestou od šťastia, že ide domov zomrela, mali sme zaistenú opatrovatelku na 8 hodín denne, predtým sme svokru opatrovali 8 mesiacov - 3 súrodenci sa striedali, totálne sme sa vyčerpali, a preto sme dali svokru na niekoľko týždňov do DD.“

„Už uvedené vyššie, hlavne zanedbanie zdravotnej starostlivosti, neochota personálu informovať rodinu, snaha čo najskôr sa zbaviť starého človeka z oddelenia a ak to nejde, tak skôr pomoc k dožitiu ako k prežitiu.“

„Zlyháva základné poradenstvo po prepustení zo zdravotníckeho zariadenia, čo ako ďalej, leták, kde by sme všetko našli. Od zabezpečenia pomôcok, kontakty na ADOS, rehabilitačných pracovníkov, terénna návšteva lekára - nič nefunguje. Taktiež ďalšia ošetrovateľská starostlivosť doma.“

„Otec zostal bez liekov, z domu si musel zobrať svoje a keď mu došli, nedali mu žiadne, kázali nám, aby sme šli k odbornému lekárovi, nech mu predpíše, ale ten nemohol, keďže otec bol hospitalizovaný (Kocúrskovo).“

„Po uplynutí 25 dní bolo nutné odísť bez ohľadu na celkový stav.“

„Starostlivosť všeobecne, málo personálu, málo prostriedkov v nemocniciach, neochota a zlé zákony v SR. Prečo za domácu starostlivosť nie je aspoň minimálna mzda?“

„Ak treba odborné vyšetrenia, sú čakacie doby minimálne 3 mesiace. Platíme si zdravotnú starostlivosť a tu vám povie neurológ, ortopéd, dermatológ, že má voľné až o 4 mesiace. Ale keď zaplatíte min. 20 eur, tak zrazu môže zajtra ... Ak voláte do zdravotnej poisťovne, nevedia doporučiť, ani vám neporadia, kam ísť k odborníkom. Podľa nich je v poriadku, keď okres má 1 dermatológa, 1 imunológa, 2 ortopédov ... otras.“

- **Do akej miery je ešte možné finančne zvládať v rodinách finančné náklady na LTC**
(ot. č. 19, 20)

Otázka č. 19

Viac ako polovica respondentov (53.8 %) sa vyjadrila, že za „kvalitnejšiu starostlivosť“ potrebovali priplácať (Tab. 16, Graf 14). V rámci individuálnych odpovedí uviedli nasledovné formy priplácania:

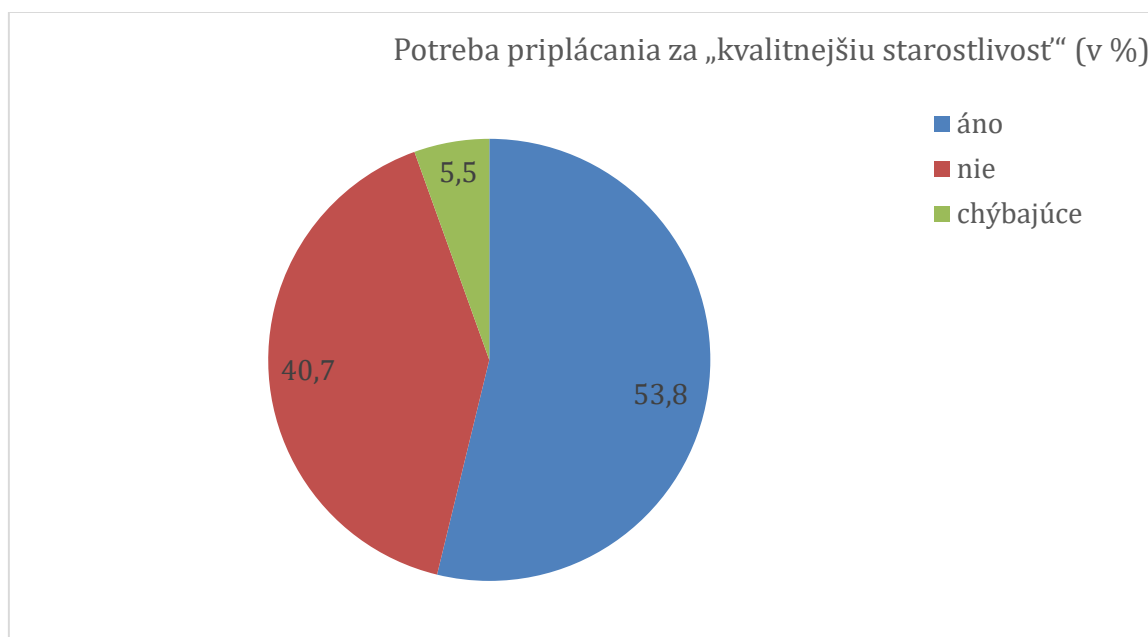
„Drobné dary, všimné, sponzorstvo (jednorazovo alebo opakované), samoplatba v kvalitnejšom zariadení, ostatné služby (napr. fyzioterapeut, pedikúra, súkromná sanitka).“

„Je potrebné zaviesť pripoistenie pre dlhodobú starostlivosť, aby náklady nemusela znášať rodina, pacient.“

Tab. 16 Potreba priplácania za „kvalitnejšiu starostlivosť“

19. Stalo sa Vám počas dlhodobej starostlivosti o Vášho blízkeho, že ste potrebovali za „kvalitnejšiu starostlivosť“ priplácať?	n = 568	%
áno	306	53.8
nie	231	40.7
chýbajúce	31	5.5

Graf 14



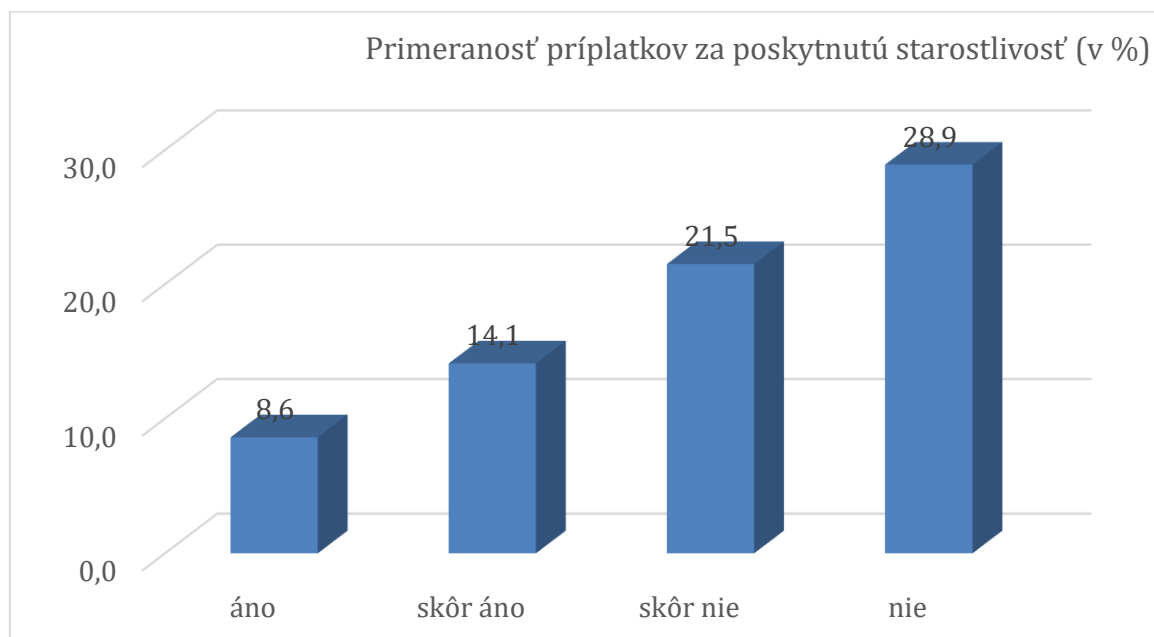
Otázka č. 20

Viac ako polovica respondentov (50.4 %) sa prikláňa k tomu, že priplácanie za „kvalitnejšiu“ starostlivosť je (skôr) neprimerané (Tab. 17, Graf 15).

Tab. 17 Primeranosť príplatkov za poskytnutú starostlivosť

20. Boli podľa Vás tieto príplatky za starostlivosť primerané?	n = 568	%
áno	49	8.6
skôr áno	80	14.1
skôr nie	122	21.5
nie	164	28.9
iné (netýka sa, nemám skúsenosť)	66	11.6
chýbajúce	87	15.3

Graf 15



- **Či máme dôstojné podmienky pre umierajúcich** (otázky č. 15, 16, 17, 18)

Otázka č. 15, č. 16 a č. 17

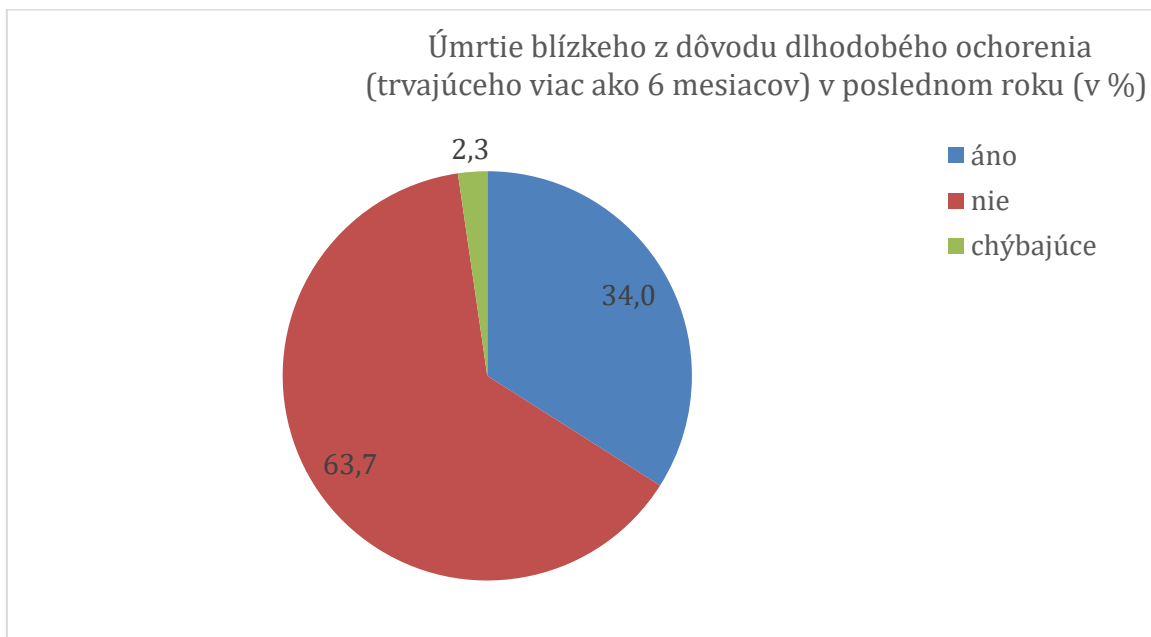
Úmrtie blízkeho v priebehu posledného roka, z dôvodu dlhodobého ochorenia (trvajúceho viac ako 6 mesiacov), uviedlo 34,0 % zo všetkých respondentov (Tab. 18, Graf 16).

Zo 193 opatrovaných, ktorí **zomreli v priebehu posledného roka**, takmer polovica zomrela **v nemocnici** (46,1 %), ďalších 32,0 % zomrelo **v zariadení sociálnych služieb alebo v inom zdravotníckom zariadení** a takmer pätina (19,7 %) zomrelo **doma** (Tab. 19, Graf 17). Z hľadiska dĺžky umiestnenia v zariadení pred úmrtím, viac ako polovica opatrovaných (52,3 %) bola v danom zariadení umiestnená **menej ako 3 mesiace pred smrťou** (Tab. 20, Graf 18).

Tab. 18 Úmrtie blízkeho z dôvodu dlhodobého ochorenia (viac ako 6 mesiacov)

15. Došlo v poslednom roku k úmrtiu Vášho blízkeho z dôvodu dlhodobého ochorenia (trvajúceho viac ako 6 mesiacov)?	n = 568	%
Áno	193	34,0
Nie	362	63,7
Chýbajúce	13	2,3

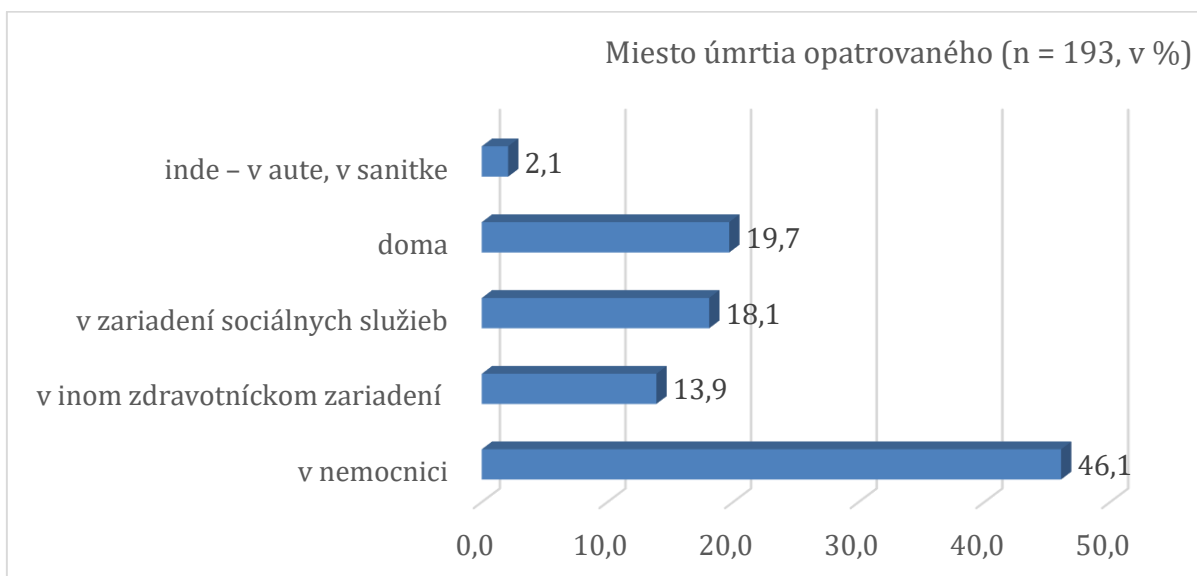
Graf 16



Tab. 19 Miesto úmrtia opatrovaného

16. Ak áno, kde k úmrtiu došlo?	n = 193	%
v nemocnici	89	46.1
v inom zdravotníckom zariadení	27	13.9
v zariadení sociálnych služieb	35	18.1
doma	38	19.7
inde – v aute, v sanitke	4	2.1

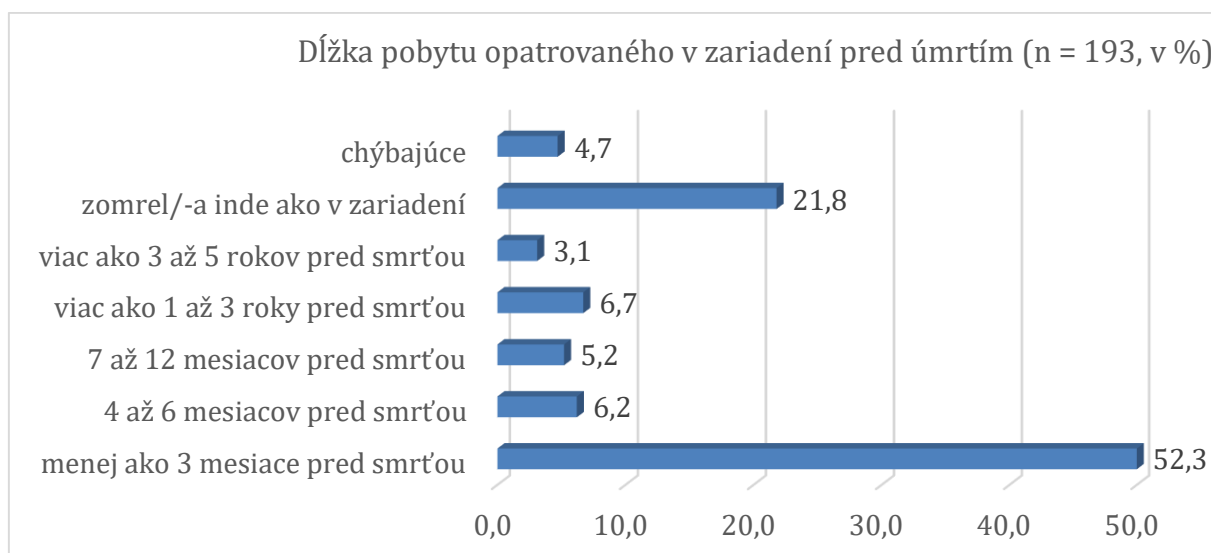
Graf 17



Tab. 20 Dĺžka pobytu opatrovaného v zariadení pred úmrtím

17. Ak k úmrtiu došlo, uveďte čas trvania pobytu Vášho blízkeho v tomto zariadení	n = 193	%
menej ako 3 mesiace pred smrťou	101	52.3
4 až 6 mesiacov pred smrťou	12	6.2
7 až 12 mesiacov pred smrťou	10	5.2
viac ako 1 až 3 roky pred smrťou	13	6.7
viac ako 3 až 5 rokov pred smrťou	6	3.1
viac ako 5 rokov pred smrťou	0	0.0
zomrel/-a inde ako v zariadení	42	21.8
chýbajúce	9	4.7

Graf 18



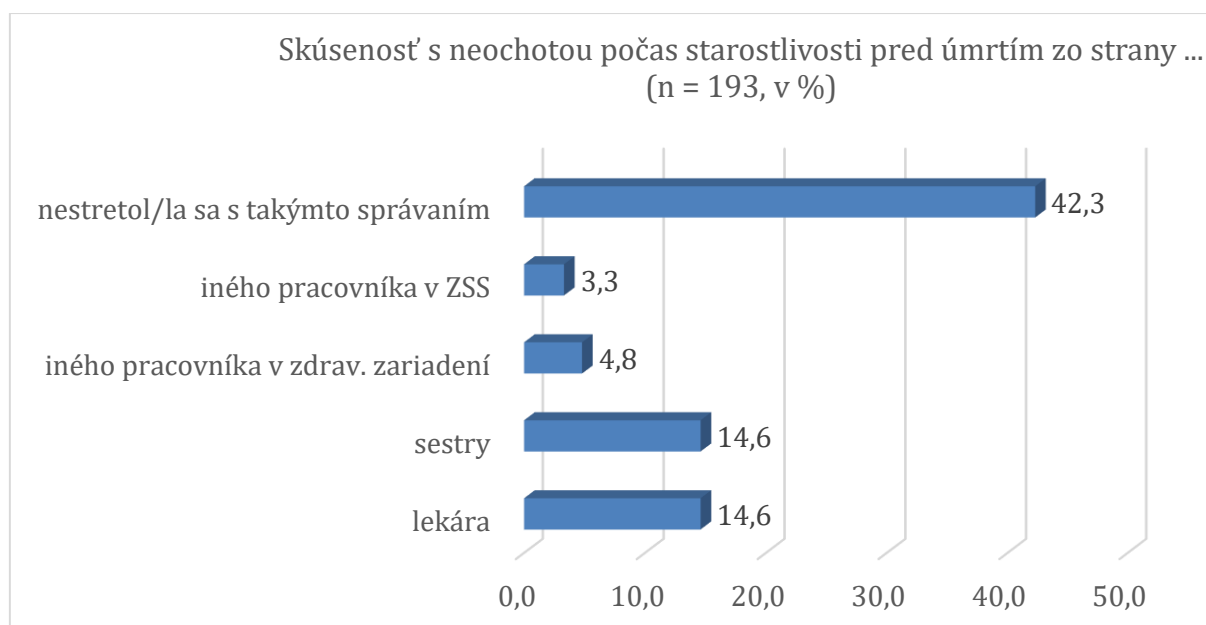
Otázka č. 18

Zo všetkých respondentov sa s neochotou personálu počas starostlivosti o blízkeho pred úmrtím stretlo zo strany lekára alebo sestry po 14.6 % a s neochotou zo strany iných pracovníkov len 8.1 % (Tab. 21, Graf 19).

Tab. 21 Skúsenosť s neochotou počas starostlivosti pred úmrtím zo strany ...

18. Počas starostlivosti o Vášho blízkeho, ktorý zomrel, stretli ste sa s neochotou personálu? Ak áno, bolo to zo strany ...	n = 568	%
lekára	83	14.6
sestry	83	14.6
iného pracovníka v zdrav. zariadení	27	4.8
iného pracovníka v ZSS	19	3.3
nestretol/la sa s takýmto správaním	240	42.3

Graf 19



Skúsenosti s inštitucionálnou starostlivosťou o opatrovaných v terminálnom štádiu verbalizovali niektorí nasledovne:

„U manželky v nemocnici v zahraničí, kde bol takzvaný paliatívny tím, ktorý celý čas manažoval všetko, čo bolo treba a keď umierala, tak nám dovolili byť mimo nemocnice v prenajatom byte a chodili za nami vždy, keď bolo treba alebo boli na telefóne, u starej matky v nemocnici na Slovensku, kde nemala dobrú starostlivosť.“ (ot. č. 6)

„Svokra bola 3 týždne v novom zariadení (len počas voľnej postele) a 2 dni v starom, odvtedy máme strach čo s nami bude, keď budeme starí a nevládni, dúfame, že schvália eutanáziu dobrovoľnú.“ (ot. č. 19)

„Povedali po prijatí sanitkou a pozretí v nemocnici na gynekologickom oddelení, že nemôžu nič robiť, že je to terminálne štádium, vytamponovali a krvácajúcu poslali sanitkou príbuzným v noci domov. Vôbec nebrali ohľad, že sa nevedeli o krvácajúce terminálne štádium rakoviny maternice v noci postarať, ani čo majú robiť. Sanitka ju vyložila z nosidiel doma o odišla. Poslali ju z nemocnice bez toho, aby príbuzných informovali. Keby tam neboli príbuzní zhodou okolností upratovali, tak nevedia, že ležiacu a bezvládnou osobu tam vyložia!!!!“

„Boli proti tomu aby sme ju zobrali domov, ale podmienky tam boli katastrofálne, 3 postele v malej miestnosti, wc ako v reštaurácii, malé vôbec neprerobené a neprispôsobené pre starých a chorých ľudí a len na chodbe, ...“

„Lekár na traumatológii po operácii zlomenej stehennej kosti 97 ročného človeka povedal po 5 dňoch, že nepotrebuje zdrav. starostlivosť a posielal ho domov, alebo ak si vybavíte LDCH, dá papier, že potrebuje starostlivosť! LDCH po 3 týždňoch detto, pričom predpísali injekcie na pichanie - doma! Sociálna sestra v nemocnici povedala, že miesto na LDCH nemajú, nájdite si, kde ho umiestnite! Lekári 1 - arogantní, nechcú informovať, 2 - poskytujú len, čo je naozaj nevyhnutné, personál má iný prístup k známym ako k bežným pacientom, dokonca vedľa ležiaceho pacienta ani nenakrmili - 3 lyžičky a dosť, chudák, nekontrolujú infúzie - opakovane vytečené do ruky, ktorej objem bol 2x taký a do takej ruky dajú ďalšiu! po 2 dňoch ruky spuchnuté na 2-násobnú veľkosť, hnisajúce a zafačované, aby sme to nevideli. Nešetrná manipulácia operovaného starého človeka, kde pomocný personál netušil, že mal operovanú nohu. Hrôza.“

„V nemocnici ho nechcelo prijať žiadne oddelenie, dohovárali sa medzi sebou oddelenia a chorý človek sa "klátil" viac ako 4 hodiny na chodbe bez záujmu lekárov a sestier.“

„Nikto sa oň nezaujímal, umrel sám s mnohými chorobami doma, asi nebol dobre liečený, lieky si zabezpečoval sám i užíval, vedeli sme, že to nedopadne dobre, ale nevieme, že by bola taká služba dostupná, že by sestrička dozerala starého pacienta v domácnosti.“

• **Aké návrhy a odporúčania pre zlepšenie súčasného stavu v oblasti poskytovania LTC by navrhovali respondenti (otázky č. 21)**

Návrhy a odporúčania pre zlepšenie súčasného stavu, uvedené respondentami, boli zoskupené do niekoľkých oblastí:

Tab. 22 Návrhy a odporúčania pre zlepšenie

Financovanie	<ul style="list-style-type: none"> - Vyššie príspevky pre domácich opatrovateľov príp. iné úľavy - Vyššie mzdy v rámci formálnej starostlivosti – opatrovatelia, sestry, lekári, ... - Nižšie príplatky za lieky, zdravotnícke pomôcky, iné výdavky spojené s dlhodobou starostlivosťou
Proces	<ul style="list-style-type: none"> - Zjednodušenie procesu posudzovania potreby dlhodobej starostlivosti – jedno miesto pre vybavovanie všetkých dostupných možností pomoci (príspevky na kompenzáciu, sociálne služby, umiestnenie v ZSS) - Skrátenie čakacích dôb – na odborné vyšetrenia, na umiestnenie v pobytovom zariadení
Dostupnosť a kvalita	<ul style="list-style-type: none"> - Geografická dostupnosť zariadení dlhodobej starostlivosti v regióne - Podpora terénnych služieb (napr. návštevná služba lekárom, 24-hodinová služba ADOS a OpS) - Podpora ambulantných služieb (napr. denné stacionáre, špecializované zariadenia) - Lepšie materiálno-technické vybavenie pobytových zariadení - Prístup personálu - ľudskosť, empatia, odbornosť, komunikácia vrátane lepšej informovanosti príbuzných

	- Preťaženosť ľudských zdrojov - dostatok zamestnancov s príslušnou odbornosťou v rámci poskytovaných služieb
Hlavné zistenia prieskumu	
<ul style="list-style-type: none"> • Na poskytovaní dlhodobej starostlivosti sa ako neformálni opatrovatelia častejšie podieľajú ženy. • Na poskytovaní dlhodobej starostlivosti sa ako neformálni opatrovatelia častejšie podieľajú osoby v strednom a neskorom dospelom (produktívnom) veku. (pozn. vekové rozdelenie použité v dotazníku nie je presne podľa „štandardných“ vekových kategórii) • Objektom dlhodobej starostlivosti zo strany neformálnych opatrovateľov je najčastejšie rodič - ich alebo ich životného partnera. • Zabezpečenie dlhodobej starostlivosti prebieha častejšie v domácom prostredí v kombinácii s dostupnou zdravotnou (ADOS) a sociálnou (terénna opatrovateľská služba) starostlivosťou. • V prípade potreby akútneho ošetrovania pri poskytovaní domácej dlhodobej starostlivosti sú, podľa zdravotného stavu opatrovanej osoby, využívané všetky dostupné formy zdravotnej starostlivosti (primárna ambulantná všeobecná aj špecializovaná zdravotná starostlivosť, ADOS, LSPP). • V prípade potreby inštitucionálnej dlhodobej starostlivosti je táto starostlivosť zabezpečená častejšie prostredníctvom zariadení sociálnych služieb. 	
Odporúčania k stratégii a zákonu vyplývajúce z výsledkov prieskumu	
<ul style="list-style-type: none"> • Zobrať do úvahy riziko straty zamestnania resp. poklesu príjmu neformálnych opatrovateľov v rokoch pred nástupom do starobného dôchodku. • Zobrať do úvahy aj stratu produktívnej a vysoko erudovanej pracovnej sily, a to aj napriek tomu, že prieskum nehodnotil pracovné zaradenie. • Posilniť podporu neformálnych opatrovateľov (napr. aj výškou príspevku za opatrovanie). • Pri poskytovaní domácej dlhodobej starostlivosti je dôležité, aby v rámci manažmentu bolo zabezpečené priebežné hodnotenie celkového stavu opatrovaného (aspoň 1x ročne) a plánovanie prípadnej potreby prechodu z domácej na inštitucionálnu dlhodobú starostlivosť. • Posilniť podporu existujúcich terénnych a ambulantných zdravotníckych (ADOS, mobilný hospic) a sociálnych (opatrovateľská služba, denné stacionáre, špecializované zariadenia) služieb – napr. aj ako súčasť integrovanej primárnej (zdravotnej a sociálnej) starostlivosti. • Posilniť poskytovanie dlhodobej starostlivosti v pobytových zariadeniach: <ul style="list-style-type: none"> - zlepšiť podmienky pre poskytovanie zdravotnej starostlivosti v zariadeniach sociálnych služieb, - skrátiť čakacie doby na umiestnenie v pobytovom zariadení, - v rámci pripravovanej stratifikácie lôžok pretransformovať časť akútnych lôžok v zdravotníckych zariadeniach na lôžka dlhodobej starostlivosti, a to vzhľadom na starnutie populácie, - rozšíriť sieť inštitucionálnej dlhodobej starostlivosti o zariadenia určené osobám v terminálnom štádiu ochorenia (napr. hospice). • V prípade potreby akútnej zdravotnej starostlivosti zabezpečiť pre dlhodobo chorých dostupnosť akútnych lôžok v zdravotníckych zariadeniach. • Nastaviť systém financovania v rámci dlhodobej starostlivosti tak, aby bol pre odkázaných na dlhodobú starostlivosť a ich príbuzných únosný, zrealizovať financovanie dlhodobej starostlivosti podľa potrieb odkázaných a nákladov s tým spojených. 	

- **Zrovnoprávniť financovanie** verejných a neverejných poskytovateľov sociálnych služieb.
- Zvážiť do budúcnosti možnosť **pripoistenia** v rámci poskytovania dlhodobej starostlivosti tak, aby bola zabezpečená aj nadštandardná starostlivosť, ktorá by sa odvíjala od štandardnej starostlivosti, stanovenej v zákone.
- **Zlepšiť informovanosť pacientov a príbuzných** o dostupných možnostiach zabezpečenia dlhodobej starostlivosti – prostredníctvom lekárov, sestier, sociálnych pracovníkov v zdravotníckych zariadeniach; príslušných úradov (ÚPSVaR) a samosprávy (obce); cez elektronické médiá (internet).
- Nastaviť a zabezpečiť kontrolu kvality poskytovanej dlhodobej starostlivosti na základe **štandardov kvality dlhodobej starostlivosti**.

Sprievodný výstup projektu – mapovanie postojov a návrhov verejnosti v oblasti poskytovania dlhodobej starostlivosti na Slovensku - semináre

- Odborné semináre a záverečná konferencia – Bratislava, Banská Bystrica, Košice

17.04.2019



V prvej polovici roka 2019 sa nám podarilo zorganizovať semináre na tému dlhodobej starostlivosti na Slovensku v 3 slovenských mestách - Banskej Bystrici, Bratislave a Košiciach. Naším cieľom bolo získať podnety od odborníkov, zástupcov pacientov a širokej verejnosti, ktoré nám pomôžu pri príprave Stratégie dlhodobej starostlivosti na Slovensku.

Semináre boli realizované vďaka projektu v gescii ÚSV ROS v spolupráci s MZ SR a MPSVaR. Pracovný tím AOPP ďakuje všetkým účastníkom z odbornej, ako i laickej verejnosti. Veľká vďaka patrí aj ÚSV ROS za pomoc pri realizovaní seminárov v jednotlivých krajoch,

zástupcom Ministerstva zdravotníctva SR za odborné prezentácie a Ministerstvu práce sociálnych vecí a rodiny za podporu, BBSK, BSK a KSK za odborné prednášky. Za poskytnutie priestorov ďakujeme hotelu LUX v Banskej Bystrici, hotelu Bivio v Bratislave a Verejnej knižnici Jána Bocatia v Košiciach.

Nakoľko účastníci seminárov prejavili záujem o zverejnenie prezentácií, ktoré boli v rámci prednášok na seminároch odprezentované odborníkmi z prostredia sociálnej a zdravotníckej oblasti, ponúkame vám ich na stiahnutie.

Prezentácie zo seminárov o dlhodobej starostlivosti:

Lévyová M.: Informácia o projekte Stratégia dlhodobej starostlivosti

Dányiová D.: Stratégia MZ SR v problematike riešenia dlhodobej starostlivosti na Slovensku

Strejčková R.: Právna úprava ošetrovateľskej starostlivosti

Dobrotková M.: Zdravotná dokumentácia v zariadeniach sociálnych služieb

Fabianová Z.: Ošetrovateľské štandard pre dlhodobú starostlivosť

Katreniaková Z.: Neformálni opatrovatelia a terénne služby

Lévyová M.: Diskusný panel so zástupcami MZ SR, MPSVaR, AZP, VÚC, AOPP

Fabianová Z.: Portál MALINA

05.06.2019



Starostlivosť o dlhodobo chorých a odkázaných na pomoc druhých nemá ucelené riešenie. Aj napriek tomu, že sa táto téma už roky otvára, zákon na jej úpravu neprichádza. O poskytovaní dlhodobej starostlivosti na Slovensku a jej ďalšom smerovaní diskutovala odborná a laická verejnosť v utorok 4. júna 2019 v Zichyho paláci v Bratislave.

Na konferencii viackrát zaznelo, že situácia okolo poskytovania sociálnych služieb na Slovensku je už dnes nevyhovujúca. V súvislosti s trendom starnutia populácie a nárastom chronických ochorení bude riešenie týchto tém čoraz naliehavejšie. Systém, ako

je nastavený dnes, nie je do budúcnosti udržateľný ani z finančného hľadiska, ani z pohľadu kvality či dostupnosti. Mnohí preto vidia riešenie v prijatí samostatného zákona.

<https://aopp.sk/clanok/odbornici-diskutovali-o-smerovani-dlhodobej-starostlivosti-na-slovensku>

<https://aopp.sk/event/v-banskej-bystrici-sa-diskutovalo-o-bud%C3%BAcnosti-dlhodobej-starostlivosti-na-slovensku/348/default/history/>

<https://aopp.sk/clanok/seminare-o-dlhodobej-starostlivosti-sme-zavsili-diskusiou-v-kosciach>

<https://aopp.sk/clanok/seminare-o-dlhodobej-starostlivosti-v-bratislave-mame-uspesne-za-sebou>

<https://aopp.sk/clanok/strategia-dlhodobej-starostlivosti-co-odznelo-na-seminaroch>

Príloha č. 3

Analýza vplyvov na rozpočet verejnej správy, na zamestnanosť vo verejnej správe a financovanie návrhu

1. Zhrnutie vplyvov na rozpočet verejnej správy v návrhu

Vplyvy na rozpočet verejnej správy	Vplyv na rozpočet verejnej správy v eurách			
	2019	2020	2021	2022
	Príjmy verejnej správy celkom	0	0	0
v tom: za každý subjekt verejnej správy zvlášť	0	0	0	0
z toho:				
- vplyv na ŠR	0	0	0	0
- vplyv na obce	0	0	0	0
- vplyv na vyššie územné celky	0	0	0	0
- vplyv na Sociálnu poisťovňu	0	0	0	0
- vplyv na verejné zdravotné poistenie	0	0	0	0
Výdavky verejnej správy celkom	1 200 000	23 606 242	34 479 485	41 668 262
v tom: za každý subjekt verejnej správy / program zvlášť	0	0	0	0
z toho:				
- vplyv na ŠR	0	0	0	0
Rozpočtové prostriedky	0	0	0	0
EÚ zdroje	0	0	0	0
spolufinancovanie	0	0	0	0
- vplyv na obce	0	0	0	0
- vplyv na vyššie územné celky	0	0	0	0
- vplyv na Sociálnu poisťovňu	1 200 000	8 725 608	13 276 699	14 554 744
- vplyv na verejné zdravotné poistenie z toho		14 880 634	21 202 786	27 113 518
ústavná ošetrovateľská starostlivosť		2 767 653	3 410 378	4 106 660
paliatívna starostlivosť		1 915 542	2 858 468	3 889 701
hospicová zdravotná starostlivosť		4 041 655	6 418 000	9 772 202
agentúra domácej ošetrovateľskej starostlivosti		5 515 310	7 548 640	8 010 030
mobilný hospic		640 475	967 300	1 334 925
Vplyv na počet zamestnancov	0	0	0	0
- vplyv na ŠR	0	0	0	0
- vplyv na obce	0	0	0	0
- vplyv na vyššie územné celky	0	0	0	0
- vplyv na Sociálnu poisťovňu	0	0	0	0
Vplyv na mzdové výdavky	0	0	0	0
- vplyv na ŠR	0	0	0	0
- vplyv na obce	0	0	0	0

- vplyv na vyššie územné celky	0	0	0	0
- vplyv na Sociálnu poisťovňu	0	0	0	0
Financovanie zabezpečené v rozpočte	1 200 000			
<i>z toho:</i>				
-vplyv na štátny rozpočet	0	0	0	0
- vplyv na obce	0	0	0	0
- vplyv na vyššie územné celky	0	0	0	0
- vplyv na rozpočet Sociálnej poisťovne	1 200 000	8 725 608	13 276 699	14 554 744
- vplyv na verejné zdravotné poistenie	0	14 880 634	21 202 786	27 113 518
Iné ako rozpočtové zdroje	0	0	0	0
Rozpočtovo nekrytý vplyv / úspora	0	23 606 242	34 479 485	41 668 262

2. Financovanie návrhu - Návrh na riešenie úbytku príjmov alebo zvýšených výdavkov podľa § 33 ods. 1 zákona č. 523/2004 Z. z. o rozpočtových pravidlách verejnej správy:

Sociálna poisťovňa

V roku 2019 budú tieto výdavky finančne kryté z príjmov Sociálnej poisťovne. V nasledujúcich rokoch budú zvýšené výdavky zapracované pri tvorbe rozpočtu Sociálnej poisťovne na rok 2020 a rozpočtového výhľadu na roky 2021 a 2022.

Verejné zdravotné poistenie

V nasledujúcich rokoch bude potrebné zohľadniť zvýšené výdavky pri tvorbe rozpočtu verejného zdravotného poistenia na rok 2020 a rozpočtového výhľadu na roky 2021 a 2022.

3. Výpočty vplyvov celkovo

Predmetný návrh zákona má priamy vplyv na rozpočet verejnej správy v rokoch 2019 až 2022. Kvantifikácia predpokladá negatívny vplyv na rozpočet verejnej správy v roku 2019 na úrovni cca 1,2 mil. eur; v roku 2020 na úrovni cca 23,6 mil. eur; v roku 2021 na úrovni cca 34,4 mil. eur a v roku 2022 na úrovni cca 41,6 mil. eur.

4. Výpočty vplyvov na Sociálnu poisťovňu

Predmetný návrh zákona má priamy vplyv na rozpočet verejnej správy v rokoch 2019 až 2022. Kvantifikácia predpokladá negatívny vplyv na rozpočet verejnej správy v roku 2019 na úrovni cca 1,2 mil. eur; v roku 2020 na úrovni cca 8,7 mil. eur; v roku 2021 na úrovni cca 13,3 mil. eur a v roku 2022 na úrovni cca 14,6 mil. eur.

Kvantifikácia výdavkov Sociálnej poisťovne

A) Zavedenie možnosti čerpania ošetrovného z dôvodu tzv. osobnej starostlivosti v prirodzenom prostredí osoby

Priemerný denný vymeriavací základ na určenie dávky ošetrovné sa v roku 2020 odhaduje na úrovni približne 27,9 eura (odhad priemerného vymeriavacieho základu na roky 2020 až 2022 bol kvantifikovaný vzhľadom na rast miezd podľa makroekonomickej prognózy z februára 2019). Priemerná denná výška ošetrovného v prípade domácej starostlivosti bola vypočítaná ako súčin priemerného denného vymeriavacieho základu dotknutej skupiny osôb a sadzby na určenie dávky ošetrovné na úrovni 55 %. Na základe uvedeného sa v roku 2020 odhaduje priemerná mesačná výška dávky ošetrovné v prípade dotknutej skupiny osôb na úrovni približne 466 eur; v roku 2021 na úrovni 496 eur a v roku 2022 na úrovni približne 522 eur. Počet vyplatených dávok sa odhaduje na ročnej úrovni 4 800 s priemerným mesačným počtom dotknutých osôb na úrovni 400 osôb (predmetný predpoklad vychádza z reálneho nábehu obdobnej právnej úpravy v Českej republike). Na základe uvedených predpokladov sa odhaduje vplyv tohto opatrenia na Sociálnu poisťovňu v roku 2020 na úrovni cca 1,5 mil. eur; v roku 2021 na úrovni cca 2,4 mil. eur a v roku 2022 na úrovni cca 2,5 mil. eur.

B) Rozšírenie okruhu oprávnených osôb na ošetrovné

Odhaduje sa, že uvedená právna úprava bude predstavovať zvýšenie priemerného mesačného počtu vyplatených dávok ošetrovné o cca 700 dávok, pričom priemerný mesačný počet vyplatených dávok ošetrovné bol v roku 2018 na úrovni 14 041. Vzhľadom k tomu, že z údajov Sociálnej poisťovne nebolo možné vyčíslit' cieľovú skupinu poistencov, bol zvolený kvalifikovaný/expertný odhad zvýšenia výdavkov na dávku ošetrovné. Kvalifikovaný odhad predstavuje stredný scenár zvýšenia výdavkov, kde maximalistický scenár predstavoval zvýšenie výdavkov o 10 % a minimalistický scenár predstavoval zanedbateľné zvýšenie výdavkov, t. j. vplyvom uvedeného opatrenia sa predpokladá zvýšenie výdavkov na dávku ošetrovné v rokoch 2020 až 2022 približne o 5 %. Počet dotknutých osôb sa odhaduje v rokoch 2020 až 2022 na úrovni približne 4 550 osôb ročne (výpočet predpokladá, že poistenec môže čerpať dávku ošetrovné raz za rok). Zvýšenie výdavkov verejnej správy sa predpokladá cca o 0,7 mil. eur v roku 2020; cca o 1,2 mil. eur v roku 2021 a cca o 1,3 mil. eur v roku 2022. Nemožno očakávať úsporu v zariadeniach následnej zdravotnej starostlivosti, nakoľko existujú dlhé zoznamy čakateľov na tieto služby. Z tohto dôvodu nemožno realisticky predpokladať, že by celý zoznam čakateľov bol vyriešený domácou starostlivosťou, a preto nie je možné

očakávať úsporu výdavkov na zariadeniach ústavnej starostlivosti ani v zariadeniach sociálnych služieb. Zvýšené výdavky na ošetrovné budú hradené z vyššieho výberu poistného, to neznamená, že tieto príjmy prináša predkladaná novela. Predkladateľ mal skôr na mysli skutočnosť, že príjmy na sociálne poistenie sú pri tvorbe rozpočtu pravidelne podhodnocované napr. v roku 2018 Sociálna poisťovňa vybrala na poistnom od ekonomicky aktívneho obyvateľstva cca o 192 mil. eur viac v porovnaní so schváleným rozpočtom. Nie je možné vypustiť vplyvy na ošetrovné, nakoľko je žiaduce, aby boli zmeny v oblasti ošetrovného súčasťou predkladaného materiálu.

C) Predĺženie obdobia poskytovania dávky ošetrovné zo súčasných 10 dní na 14 dní.

V súčasnosti sa priemerné obdobie poberania dávky ošetrovné blíži k 10 dňom. Vzhľadom k tomu, že nedokážeme spoľahlivo odhadnúť priemerné obdobie poberania dávky ošetrovné po zvýšení maximálnej doby poberania ošetrovného zo súčasných 10 dní na 14 dní, boli pri kvantifikácii zvýšených výdavkov navýšené odhadované výdavky na dávku ošetrovné v rokoch 2020 až 2022 o 40 %, t. j. kvantifikácia predstavuje maximálne zvýšenie výdavkov, ktoré je možné očakávať pri navrhovanej právnej úprave. Očakávané zvýšené výdavky na dávku ošetrovné boli vypočítané na základe výdavkov základného fondu nemocenského poistenia a očakávaných výdavkov na dávku ošetrovné v rokoch 2020 až 2022. Vplyvom predĺženia podporného obdobia z 10 dní na 14 dní sa očakáva zvýšenie výdavkov Sociálnej poisťovne v roku 2020 o cca 6,5 mil. eur, v roku 2021 o cca 9,7 mil. eur a v roku 2022 cca o 10,7 mil. eur.

5. Kvantifikácia výdavkov verejného zdravotného poistenia

Z dôvodu starnutia obyvateľstva je nevyhnutné zabezpečiť dodatočné rozšírenie kapacít chronických lôžok. Počet chronických lôžok, pre ktoré sa uvoľnia zdroje bude závisieť od nastavenia platieb zdravotných poisťovní za lôžkoden. Reforma vyžaduje dodatočné zdroje v systéme zdravotnej starostlivosti, okrem existujúceho dlhu a investičnej medzery nemocníc. Podľa poslednej štúdie EIB z roku 2019³² je investičná kapitálová medzera slovenského zdravotníctva vyčíslená na približne 6 mld. EUR. Táto suma pozostáva z požiadaviek do IT, ambulancií ale aj ústavných zariadení. Tvorba kapitálu je totiž zhruba na polovičnej úrovni ako priemer EU krajín a ak by sme chceli dohnať potrebnú medzeru do 10 rokov, tak by bolo potrebné ročne investovať 598 mil. EUR. Súčasnú kapitálovú zdroje (rozpočet MF SR, EU prostriedky či súkromné investície) túto sumu pokrývajú len čiastočne. Táto medzera sa napriek

³² <https://eiah.eib.org/publications/attachments/report-health-sector-study-20180322-en.pdf>

kapitálovým prostriedkom, EU fondom a vlastným zdrojom nebude dať prekonať, nakoľko súčasné platby od zdravotných poisťovní nie vždy reflektujú nákladovú cenu výkonu.

Bude potrebné navyšovanie minimálnych normatífov pre následnú ústavnú starostlivosť predovšetkým FBLR, LDCH/ODCH a podobne. Podrobnosti k personálnym normatívom budú súčasťou vykonávacích predpisov. Predpokladáme, že časť potrebného personálu prejde z akútnych oddelení, časť by mohol posilniť nižší zdravotnícky personál a časť prejde z iných odvetví.

Chýbajúce zdroje na pokrytie priamej následnej zdravotnej starostlivosti vyplývajúcej aj z potrieb akútnych nemocníc, vzhľadom na neimplementáciu opatrení spojených so stratifikáciou (zdravou zmenou) bude potrebné dofinancovať vo verejnom zdravotnom poistení zvýšením platby za poistencov štátu. Tu vnímame potrebu prevencie pred opakovanými hospitalizáciami na akútnych lôžkach počas dlhšieho časového sledu aj niekoľkých mesiacov, ktoré vznikajú kvôli predčasnému prepúšťaniu z nemocnice. Potreba dofinancovania v prípade následnej zdravotnej starostlivosti je spôsobená predovšetkým dodatočnými potrebami v oblasti navýšenia siete domov ošetrovateľskej starostlivosti, rozširovaním paliatívnych lôžok, hospicov, rozširovaním ošetrovateľských miest v Adosoch a rozširovaním siete mobilných hospicov. Práve posilnenie týchto kapacít a regulácia týchto odvetví pomôže pacientom, ktorí sú v terminálnych štádiách života a nepatria ani domov, ani na akútne lôžka, ale do hospicu a nemajú v súčasnosti kam ísť.

Bude potrebná implementácia platobného mechanizmu, ktorý alokuje zdroje za vykonaný výkon a na základe nákladových cien. Bez funkčne nastaveného platobného mechanizmu (vrátane dynamických rozpočtov), ktorý nemotivuje negatívne, aby poskytovatelia držali pacientov zbytočne na lôžku, alebo si vybrali konkrétne výkony, sa nedá realizovať zníženie ALOSu a zlepšenie obložnosti lôžok. Bez platobného mechanizmu, ktorý platí poskytovateľov za vykonanú aktivitu na úrovni nákladových cien (s primeranou maržou) taktiež nedôjde k presunu zdrojov z akútnych na dlhodobé kapacity. Aktuálny cenník je taktiež základným predpokladom, že poskytovatelia budú ochotní expandovať dlhodobé lôžka. Bez férového finančného mechanizmu a navýšenia platieb za následnú starostlivosť sa nezáujem o poskytovanie následnej starostlivosti neodstráni.

6. Následná ústavná zdravotná starostlivosť

Posilnenie v konkrétnych číslach:

- Posilnenie mobilných hospicov:

Verejná minimálna sieť podľa platného nariadenia vlády SR č. 640/2008 Z. z. pre hospic a mobilný hospic je ustanovená najmenej jedným hospicom a jedným mobilným hospicom na územie samosprávneho kraja. Mobilný hospic je určený na poskytovanie zdravotnej starostlivosti osobe s nevyliciteľnou a zároveň pokročilou a aktívne progredujúcou chorobou, ktorá spravidla vedie k smrti a na poskytovanie paliatívnej starostlivosti s cieľom zlepšenia kvality života, zmiernenie utrpenia a stabilizácie zdravotného stavu v prirodzenom sociálnom prostredí osoby. Paliatívna starostlivosť je poskytovanie komplexnej starostlivosti, ktorej účelom je zmiernenie utrpenia a zachovanie kvality života fyzickej osoby, ktorá trpí nevyliciteľnou chorobou na konci života alebo je v terminálnom štádiu ochorenia. Paliatívnu starostlivosť indikuje ošetrojúci lekár, ktorým môže byť lekár so špecializáciou v odbore paliatívna medicína, geriatria, pediatria, klinická onkológia, neurológia, interná medicína, kardiológia, nefrológia, anesteziológia, pneumológia, ftizeológia a intenzívna medicína. Paliatívna starostlivosť sa poskytuje aj v nemocnici.

Navrhuje sa verejná minimálna sieť pre hospic a mobilný hospic ustanoviť najmenej dvoma hospicmi na územie samosprávneho kraja s minimálnym počtom lôžok spolu na celé územie Slovenskej republiky 286 a jedným mobilným hospicom na územie okresu (79). Hospic ako lôžkové zariadenie je riešené v rámci následnej zdravotnej starostlivosti. Lôžka v hospicovej ústavnej zdravotnej starostlivosti nie sú započítané v rámci transformácie akútnych lôžok na lôžka následnej starostlivosti v rámci stratifikácie.

-Porovnanie a návrhy pre mobilný hospic.

Aktuálny stav:

	2017	2018*	2019*	2020*	2021*	2022*
Počet poskytovateľov	8	8	8	9	9	9
Počet pacientov	419	512	600	700	800	900
Počet návštev	7230	7808	10 200	11 900	13 600	15 300
Celkové úhrady od ZP	101 220 €	109 312 €	142 800 €	166 600 €	190 400 €	214 200 €
Priemerná úhrada za návštevu	14 €	14 €	14 €	14 €	14 €	14 €
Počet návštev u 1 pacienta	17	17	17	17	17	17

Zdroj: NCZI, údaje za rok 2018 a za rok 2019 nie sú dostupné – počítali sme s 0,8% nárastom za každý rok, pri nezmenenom legislatívnom prostredí

Podľa údajov o hospodárení, ktoré zdravotnícke zariadenia v pravidelných intervaloch dodávajú Národnému centru zdravotníckych informácií sú náklady mobilných hospicov výrazne vyššie, ako ich tržby od zdravotných poisťovní – za celú oblasť mobilných hospicov táto suma predstavuje 600 000 eur ročne. Mobilné hospice sú nútené chýbajúce prostriedky riešiť vyššími cenami svojich služieb pre prijímateľov ich starostlivosti.

Na vyrovnanie tohto nepomeru medzi cenami, hradenými zdravotnými poisťovňami a reálnymi cenami je potrebné stanovenie výšky úhrady za návštevu.

V zmysle vyššie uvedeného je potrebné pre rok 2020 zvýšenie tejto úhrady nasledovne:

	2020*
Počet poskytovateľov	9
Počet pacientov	700
Počet návštev pri nezmenenom stave	11 900
Priemerná úhrada za návštevu pri nezmenenom stave	14 €
Celkové úhrady od ZP pri nezmenenom stave	166 600 €
Náklady mobilného hospicu pri nezmenenom stave	600 000 €
Celkový rozdiel (potrebné vyrovnať)	-433 400 €
Rozdiel na 1 návštevu	-36 €
Navrhovaná úhrada za návštevu (36 € +14 €)	50 €
Počet návštev po navrhovanej úprave	15 300
Celkové úhrady od ZP po navrhovanej úprave	765 000 €

Pri zvýšení ceny, hradenej zdravotnou poisťovňou je predpoklad sprístupnenia služieb aj pre skupiny obyvateľstva, pre ktoré boli súčasné ceny nedostupné a teda predpokladá sa aj nárast návštev. Suma 50 eur bola zvýšená po konzultáciách s poskytovateľmi mobilných hospicov a po analýze ich ekonomicky oprávnených nákladov.

Cieľový stav:

	2020	2021	2022
Počet poskytovateľov	10	12	14
Počet pacientov	900	1 200	1 500
Počet návštev	15 300	20 400	25 500
Úhrady od ZP za návštevy	765 000 €	1 101 600 €	1 479 000 €
Priemerná úhrada za návštevu	50 €	54 €	58 €
Počet návštev u 1 pacienta	17	17	17
Cena za dopravu - 2,75 € za návštevu	42 075 €	56 100 €	70 125 €
Celková úhrada od ZP po legislatívnej zmene	807 075 €	1 157 700 €	1 549 125 €
Celková úhrada od ZP bez legislatívnej zmeny	166 600 €	190 400 €	214 200 €
Rozdiel oproti stavu bez legislatívnej zmeny	640 475 €	967 300 €	1 334 925 €

MZ SR zastáva názor, že podpora prevádzkovania mobilných hospicov pomôže transferu umierajúcich pacientov z nemocníc do domáceho prostredia. Zámerom je dosiahnuť nárast výdavkov na tento typ ZS v budúcom roku o 0,5 mil. € a medziročný rast by mohol byť aspoň o 50%. Výdavky na 1 pacienta by boli kumulatívne cca 600 €, čo je porovnateľne menej ako stojí hospitalizácia. Je potrebné prediskutovať či navrhnutá cena 50 € za výjazd je dostatočná motivácia pre prácu zdravotníckeho tímu, pokrytie nákladov za transport a ďalších nákladov. Pacienti vyžadujúci si služby mobilného hospicu sú prakticky imobilní a návšteva ambulancie je pre nich mimoriadne náročná. Majú zabezpečené sociálne podmienky na starostlivosť. Majú odkomunikovaný charakter svojho nevyliciteľného ochorenia lekárom špecialistom, paliatívnym špecialistom v nemocnici, alebo svojím praktickým lekárom (na Slovensku skôr výnimka – praktický lekár neprichádza so zomierajúcim pacientom do užšieho kontaktu, väčšinou prichádzajú príbuzní predpisovať lieky.)

Pacienti vyžadujúci si starostlivosť mobilného hospicu majú rôzne kombinácie závažných symptómov ako je bolesť, dýchavica, nauzea a vracanie, hnačky, dekubity, malígna črevná obštrukcia a narušená mobilizácia prípadne narušená komunikačná schopnosť s alebo bez kognitívnej dysfunkcie.

Hradenie starostlivosti mobilného hospicu vychádza z náročnosti zabezpečenia paliatívnej starostlivosti v domácom prostredí. Náročnosť vychádza:

- Poskytovania zdravotnej starostlivosti v neštandardných podmienkach.
- Nutnosť vycestovania za pacientom a časovej náročnosti presunov v rámci celého okresu.
- Situácie na konci života pacienta s komunikačnou náročnosťou. Niektoré veci je potrebné odkomunikovať viackrát, viacerým členom rodiny, postarať sa, aby sa pacient a jeho najbližší vedeli zhodnúť na cieľoch liečby. Prehodnotenie hodnôt života s ohľadom na ohraničenú dĺžku života je jedným z najťažších komunikačných problémov. Situácia si často vyžaduje aj odbornú pomoc psychológa.
- Zo zabezpečenia materiálno-technickej vybavenosti: potreba a údržba áut, schopnosť zabezpečiť kvalitnú zdravotnú starostlivosť v domácich podmienkach (analógia poskytovania záchranej služby).

Hradenie starostlivosti mobilného hospicu sa realizuje formou platby za jednu návštevu pacienta. Výška týchto nákladov je odhadnutá pre mobilný hospic s približne 2000 návštevami ročne (100-150 pacientov ročne v závislosti od dĺžky starostlivosti) pre okresné mesto a jeho spádový región.

Navrhované ceny pre mobilné hospice

V cenovom opatrení sa navrhuje regulovať ceny pre mobilné hospice, čím odpadne povinnosť dohadovať ceny so zdravotnými poisťovňami, zatiaľ sa navrhujú ceny v niekoľkých variantoch. Buď ako pevná cena za konkrétny výkon, alebo koeficient vynásobený priemernou mzdou alebo platbou za návštevu a platbou za dopravu:

- a) Zoznam zdravotných výkonov a pevné ceny jednotlivých zdravotných výkonov sú uvedené v časti E.
- b) Ku každej návšteve pacienta sa pripočítava cena dopravy vo výške 0,50 eura za jeden kilometer jazdy.
alebo
- c) Zoznam zdravotných výkonov a koeficienty sú uvedené v časti E. Cena sa vypočíta vynásobením koeficientu a priemernej mesačnej mzdy zamestnanca v hospodárstve Slovenskej republiky zistenej štatistickým úradom za kalendárny rok, ktorý dva roky predchádza kalendárnemu roku, na ktorý sa stanovujú ceny. Ceny sa stanovujú vždy k 1. januáru kalendárneho roka. Ku každej návšteve pacienta sa pripočítava cena dopravy vo výške 0,50 eura za jeden kilometer jazdy.
alebo
- a) Pevná cena návštevy pacienta lekárom je vo výške 50 eura za každú návštevu. Ku každej návšteve pacienta sa pripočítava cena dopravy vo výške 2,75 eura za návštevu alebo ku každej návšteve pacienta sa pripočítava cena dopravy vo výške 0,50 eura za jeden kilometer jazdy.

-Posilnenie ADOSov (Agentúr domácej ošetrovateľskej starostlivosti):

ADOS – ja ambulantné zdravotnícke zariadenie tvorené zdravotníckymi pracovníkmi – sestrami a fyzioterapeutmi, ich zdravotné výkony sú indikované lekárom a sú uhrádzané z verejného zdravotného poistenia, ak majú uzatvorenú zmluvu so zdravotnými poisťovňami, nesmú vyberať žiadne poplatky od pacientov. Agentúra domácej ošetrovateľskej starostlivosti je určená na poskytovanie komplexnej domácej ošetrovateľskej starostlivosti a pôrodnej asistencie osobe:

- a) ktorej zdravotný stav vyžaduje poskytovanie zdravotnej starostlivosti v nadväznosti na ambulantnú zdravotnú starostlivosť alebo na ústavnú zdravotnú starostlivosť, pri ktorej sa predpokladá, že zdravotný stav osoby nebude vyžadovať nepretržitý pobyt v zdravotníckom zariadení ústavnej zdravotnej starostlivosti,

b) ktorá odmietla poskytnutie ústavnej zdravotnej starostlivosti

alebo

c) ktorej zdravotný stav neumožňuje navštevovať zdravotnícke zariadenie.

Verejná minimálna sieť podľa platného nariadenia vlády SR č. 640/2008 Z. z. pre ADOS je ustanovená 809 počtami sesterských miest na celé územie Slovenskej republiky.

Navrhujeme počet sesterských miest zvýšiť z 809 na 1128 (nárast je **319** sesterských miest) takto:

Bratislavský kraj	Trnavský kraj	Trenčiansky kraj	Nitriansky kraj	Žilinský kraj	Banskobystrický kraj	Prešovský kraj	Košický kraj	Slovenská republika
126,53	116,06	125,55	148,15	145,36	137,41	167,26	161,68	1128

Súčasný stav:

	2017	2018*	2019*	2020	2021	2022
počet poskytovateľov	189	186	188	189	189	189
Počet sestier	802	804	809	809	809	809
Počet návštev	1 534 668	1 541 268	1 550 853	1 550 853	1 550 853	1 550 853
Celkové úhrady od ZP	17 000 000 €	18 495 216 €	18 610 236 €	18 610 236 €	18 610 236 €	18 610 236 €
Priemerná úhrada za návštevu	11 €	12 €	12 €	12 €	12 €	12 €

zdroj: NCZI, údaje za rok 2018 a za rok 2019 nie sú dostupné – počítali sme s 0,8% nárastom za každý rok

Návrhy pre ADOS:

	2017	2018*	2019*	2020	2021	2022
počet poskytovateľov	189	186	188	194	200	205
Počet sestier	802	804	809	820	825	830
Počet návštev	1 534 668	1 541 268	1 550 853	1 571 940	1 581 525	1 591 110
Celkové úhrady od ZP	17 000 000 €	18 495 216 €	18 610 236 €	18 863 280 €	20 559 825 €	20 684 430 €
Priemerná úhrada za návštevu	11 €	12 €	12 €	12 €	13 €	13 €
Cena za dopravu - 2,75 € za návštevu				5 262 266 €	5 599 051 €	5 935 836 €
Rozdiel pri rozšírenej sieti oproti stavu bez legislatívnej zmeny				253 044 €	1 949 589 €	2 074 194 €
Rozdiel pri doprave oproti stavu bez legislatívnej zmeny				5 262 266 €	5 599 051 €	5 935 836 €
Rozdiel spolu oproti stavu bez legislatívnej zmeny				5 515 310 €	7 548 640 €	8 010 030 €

Navrhované ceny pre ADOS :

V cenovom opatrení sa navrhuje regulovať ceny pre ADOS, čím odpadne povinnosť dohadovať ceny so zdravotnými poisťovňami, zatiaľ sa navrhujú ceny v niekoľkých variantoch. Buď ako pevná cena za konkrétny výkon alebo koeficient vynásobený priemernou mzdou, alebo platbou za návštevu a platbou za dopravu:

- a) Zoznam zdravotných výkonov a pevné ceny jednotlivých zdravotných výkonov sú uvedené v časti D.
alebo
- b) Zoznam zdravotných výkonov a koeficienty sú uvedené v časti D. Cena sa vypočíta vynásobením koeficientu a priemernej mesačnej mzdy zamestnanca v hospodárstve Slovenskej republiky zistenej Slovenskej republiky (ďalej len „štatistický úrad“) za kalendárny rok, ktorý dva roky predchádza kalendárnemu roku, na ktorý sa stanovujú ceny. Ceny sa stanovujú vždy k 1. januáru kalendárneho roka.
a k alternatíve k a) a b)
- c) Ku každej návšteve pacienta sa pripočítava cena dopravy vo výške 2,75 eura.
alebo
- d) Ku každej návšteve pacienta sa pripočítava cena dopravy vo výške 0,50 eura za jeden kilometer jazdy.

Od posilnenia týchto zdravotníckych zariadení sa očakáva poskytovanie zdravotnej starostlivosti v domácom prostredí osoby v širšom meradle, t. j. očakáva sa, že posilnením týchto subjektov sa zníži alebo zabráni hospitalizácii týchto osôb a v končenom dôsledku môže dôjsť k zníženiu nákladov verejného zdravotného poistenia. Avšak najväčším prínosom je, že pacient ostáva doma a za ním prichádza lekár, sestra, fyzioterapeut a ošetrujú ho doma v jeho prirodzenom prostredí, pričom sa odbúrava stres spojený s cestovaním pacienta za lekárom a skracuje sa tým aj čakanie.

Pre ADOS sa navrhuje navýšiť celoslovenský normatív, ktorý je aktuálne fixovaný na cca 800 sestier, pretože sa nemenil od roku 2008 a nezohľadňuje meniacu sa vekovú štruktúru obyvateľstva. Počet obyvateľov nad 75 rokov narástol za desať rokov o 15% a medziročný nárast predstavuje cca 2%.

Priemerná cena 1 návštevy ADOS narástla z 9€ v roku 2014 na 11€ v 2017 (celkové náklady z 13 mil. € na 17 mil. €). Ročne je týchto návštev cca 1,5 mil. a polovicu z nich tvoria návštevy pacientov nad 75 rokov.

Cestovné náklady:

Za deň navštívi sestra priemerne 10 pacientov. Použitie dopravného prostriedku sa predpokladá kumulatívne najviac 2 hodiny a náklady na pohonné hmoty budú cca 20 €.

Suma ďalších nákladov, vzniknutých na tejto ceste je odhadnutá vo výške 7,50 eur.

Celkové náklady pri 10 pacientoch sú teda 20 eur + 7,50 eur = 27,50 eura, t. j. na jednu návštevu priemerne 2,75 eur.

Následná zdravotná starostlivosť

V rámci ústavnej starostlivosti sa poskytuje aj následná ústavná starostlivosť. Následná ústavná starostlivosť sa poskytuje do stavu umožňujúceho prepustenie osoby do ambulantnej starostlivosti, najviac však do troch mesiacov od prijatia do ústavnej zdravotnej starostlivosti. Následná ústavná starostlivosť sa môže poskytovať, ak ide o nemocnicu na oddeleniach dlhodobo chorých, doliečovacích, paliatívnej medicíny, fyziatrie, balneológie a liečebnej rehabilitácie, psychiatrie, v hospicioch a liečebniach. Maximálna doba poskytovania následnej ústavnej starostlivosti podľa predchádzajúcej vety sa predlžuje podľa indikácie konzília (§ 2 ods. 5) a po predchádzajúcom súhlase zdravotnej poisťovne, ak ide o:

- a) osobu s poruchou základných životných funkcií a nie je možné podstatne zlepšiť jej zdravotný stav, alebo
- b) osobu, ktorá v dôsledku duševnej choroby alebo s príznakmi duševnej poruchy ohrozuje seba alebo svoje okolie, ak hrozí vážne zhoršenie jej zdravotného stavu a vyžaduje si poskytovanie ústavnej zdravotnej starostlivosti v špecializovanom zdravotníckom zariadení v odbore psychiatria.

Následná ústavná ošetrovateľská starostlivosť (ďalej len „následná ošetrovateľská starostlivosť“) je poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti osobe na základe indikácie lekára a sestry, ktorá vyžaduje celodennú dostupnosť ošetrovateľskej starostlivosti, nevyžaduje sústavnú zdravotnú starostlivosť poskytovanú lekárom a nemožno ju vykonávať v prirodzenom sociálnom prostredí osoby. Následná ošetrovateľská starostlivosť sa poskytuje do stavu umožňujúceho prepustenie osoby do ambulantnej starostlivosti, najviac však do šiestich mesiacov od prijatia v dome ošetrovateľskej starostlivosti. Po uplynutí šiestich mesiacov sa následná ošetrovateľská starostlivosť predlžuje podľa indikácie konzília (§ 2 ods. 5) a po predchádzajúcom súhlase zdravotnej poisťovne.

Navrhuje sa v cenovom opatrení stanoviť pevnú cenu za lôžko-deň, resp. ukončenú hospitalizáciu takto:

1. ústavná ošetrovateľská starostlivosť (DOS)	65 €
2. ústavná hospicová starostlivosť	85 €
3. paliatívna medicína	85 €

Verejná minimálna sieť oddelení chorých, doliečovacích oddelení, paliatívnej medicíny a oddelení fyziatrie, balneológie a liečebnej rehabilitácie stanovuje nariadenie vlády SR č. 640/2008 Z. z. počtom lôžok na kraje a na celé územie SR.

-Hospic je určený na poskytovanie následnej ústavnej zdravotnej starostlivosti osobe s nevyliciteľnou a zároveň pokročilou a aktívne progredujúcou chorobou, ktorá spravidla vedie k smrti. Cieľom zdravotnej starostlivosti poskytovanej v hospici je zlepšenie kvality života, zmiernenie utrpenia a stabilizácia zdravotného stavu a bol v súčasnosti určený najmenej 1 na každý kraj bez definovania počtu lôžok, preto sa navrhuje určiť ho najmenej dvoma hospicmi na územie samosprávneho kraja s minimálnym počtom lôžok 286 spolu na celé územie SR. Lôžka v hospicovej ústavnej zdravotnej starostlivosti nie sú započítané v rámci transformácie akútnych lôžok na lôžka následnej starostlivosti v rámci stratifikácie. Ústavná ošetrovateľská starostlivosť (DOS) a paliatívna medicína sú započítané v stratifikácii.

Ide o poskytovanie špecializovanej paliatívnej starostlivosti u pacienta, ktorý má nevyliciteľné ochorenie a predpokladaná dĺžka života je do 6 mesiacov. V hospici je zabezpečená denná medicínska starostlivosť, starostlivosť o príznaky pri zlom zomieraní, ktoré môže nasledovať po fáze kompenzovaného nevyliciteľného ochorenia. Musí byť zabezpečená minimálne on-call lekárska starostlivosť mimo riadneho pracovného času a opatrovateľsko-ošetrovateľská starostlivosť musí byť zabezpečená dodržaním pomeru počtu stredných zdravotných pracovníkov : počtu pacientov v pomere 1-1,2:1. (Radbruch 2011) Nevyhnutnou súčasťou personálneho tímu v hospici je psychológ, nepovinnými ale žiadúcimi je rehabilitačný pracovník, liečebný pedagóg a duchovný. Materiálno-technické vybavenie v hospicoch väčšinou z filozofie hospicovej starostlivosti spĺňa požiadavku zabezpečenia zomierania s najbližšími, čo vyžaduje mať určitý počet jednotkových izieb, možnosť súkromia pri psychologicknej alebo spirituálnej intervencii pacientov a príbuzných.

Súčasný stav:

	2017	2018*	2019*	2020*	2021*	2022*
Počet poskytovateľov	14	14	14	14	14	14
Počet ukončených hospitalizácií	1207	1317	1427	1537	1647	1757
Počet ošetrovacích dní	49488	53319	57 150	60 981	64 812	68 643
Počet zazmluvnených postelí	623	612	615	615	615	615
Celkové úhrady od ZP	2 478 435 €	2 803 934 €	3 129 434 €	3 454 934 €	3 780 434 €	4 105 933 €
Priemerná úhrada za ošetrovací deň	50 €	53 €	55 €	57 €	58 €	60 €

Zdroj: NCZI, údaje za rok 2018 a za rok 2019 nie sú dostupné – počítali sme s 0,8% nárastom za každý rok, pri nezmenenom legislatívnom prostredí

Podľa údajov o hospodárení, ktoré zdravotnícke zariadenia v pravidelných intervaloch Národnému centru zdravotníckych informácií sú náklady hospicov výrazne vyššie, ako ich tržby od zdravotných poisťovní – za celú oblasť hospicov táto suma predstavuje 3,8 mil. eur ročne. Hospice sú nútené chýbajúce prostriedky riešiť vyššími cenami svojich služieb pre prijímateľov ich starostlivosti.

Na vyrovnanie tohto nepomeru medzi cenami, hradenými zdravotnými poisťovňami a reálnymi cenami je potrebné stanovenie výšky úhrady za ošetrovací deň.

Náklady na 1 pacienta v eurách	1 pacient na 1 deň	1 pacient na mesiac
lieky a zdravotnícky materiál	8	240
strava a enterálna výživa	3	90
energie a prevádzkové náklady	8	240
mzdové a osobné náklady	66	1980
Celkom	85	2550

Výnosy na 1 pacienta v eurách	1 pacient na 1 deň	1 pacient na mesiac
platby od ZP	57	1710
dary pacienta a príbuzných	8	240
Celkom	65	1950

V zmysle vyššie uvedeného je potrebné pre rok 2020 zvýšenie tejto úhrady nasledovne:

	2020*
Počet poskytovateľov	14
Počet ukončených hospitalizácií	1537
Počet ošetrovacích dní	60 981
Priemerná úhrada za ošetrovací deň pri nezmenenom stave	57 €
Celkové úhrady od ZP pri nezmenenom stave	3 454 934 €
Priemerná úhrada za ošetrovací deň pri zmenenom stave na základe nákladov hospicu	85 €
Celkové úhrady od ZP pri zmenenom stave	5 183 385 €
Celkový rozdiel (potrebné vyrovnať)	1 728 451 €
Rozdiel na 1 ošetrovací deň	28 €

Pri zvýšení ceny, hradenej zdravotnou poisťovňou je predpoklad sprístupnenia služieb aj pre skupiny obyvateľstva, pre ktoré boli súčasné ceny nedostupné a teda predpokladáme aj nárast návštev. Suma 85 eur bola stanovená po konzultáciách s poskytovateľmi hospicov a po analýze ich ekonomicky oprávnených nákladov.

Taktiež sa navrhuje stanoviť sieť **domov ošetrovateľskej starostlivosti**, a to najmenej dvoma domami ošetrovateľskej starostlivosti na územie samosprávneho kraja s minimálnym počtom lôžok na celé územie Slovenskej republiky spolu 609. V súčasnej dobe nebola definovaná. Dom ošetrovateľskej starostlivosti je určený na poskytovanie následnej ústavnej ošetrovateľskej starostlivosti nepretržitej ošetrovateľskej starostlivosti vrátane ošetrovateľskej rehabilitácie osobe, ktorej zdravotný stav nevyžaduje sústavnú zdravotnú starostlivosť poskytovanú lekárom, ale vyžaduje nepretržité poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti s predpokladaným pobytom na lôžku presahujúcim 24 hodín, ktorú nemožno vykonávať v prirodzenom sociálnom prostredí osoby.

-Regulovaná cena dopravy lekára za pacientom

Na podporu lekárov sa v cenovom opatrení navrhuje stanoviť, že sa k výkonom pripočítava cena za dopravu lekára. Maximálna cena za dopravu lekára za jeden kilometer jazdy je 0,50 eura. Vzhľadom na to, že návrhom zákon a návrhom vykonávacích predpisov je snaha o propagáciu návštevnej služby lekármi, t. j. podporiť návštevu pacienta v jeho domácom prostredí, nebolo by účelné konkretizovať zdravotné výkony, a ani by to nebolo možné. Zoznam zdravotných výkonov je definovaný nariadením vlády SR č. 776/2004 Z. z a každý lekár podľa svojej špecializácie bude vykonávať výkony, ktoré je možné vykonať v domácom prostredí.

Viac na: <https://www.nrsr.sk/web/Default.aspx?sid=zakony/zakon&MasterID=7455>

Posudzovanie odkázanosti v Nemecku

Posúdenie odkázanosti a rozhodnutie o stupni odkázanosti v Nemecku riadené prostredníctvom expertnej organizácie na federálnej úrovni (**MDS**), ktorá má podľa paragrafu 282 odseku 2 Sociálneho zákona (SGB V) legislatívnu zodpovednosť radiť **Najvyššiemu zväzu zdravotných poisťovní (GKV Spitzenverband) vo všetkých medicínskych otázkach a koordinovať medicínske služby** (ďalej len „MDK“). MDS priamo koordinuje a vyžaduje realizáciu úloh a spoluprácu MDK v zdravotných a organizačných otázkach **s cieľom, zabezpečiť v celej republike jednotné posudzovanie podľa aktuálnych štandardov a jednotných kritérií**. MDS je registrované spoločenstvo financované svojimi členmi, pričom v prvej línii je Najvyšší zväz povinného zdravotného poistenia. MDK sú spoločenstvá Povinných zdravotných a ošetrovateľských poisťovní v spolkových krajinách Nemecka, ktoré sú financované poisťovňami, pričom tieto platia za každého občana, s trvalým pobytom paušálny poplatok na MDK.

MDK ako časť MDS má približne 10 tisíc zamestnancov. V Nemecku majú **zdravotné poistenie** (Krankenversicherung) a tzv. **ošetrovateľské poistenie** (Pflegeversicherung). Úlohou **zdravotného poistenia je udržať /zlepšiť zdravie človeka a podľa možnosti zabrániť tomu, aby sa stal odkázaným**. Úlohou **ošetrovateľského poistenia je poistiť odkázaných**. To znamená, že toto poistenie hradí ošetrovanie odkázaného, ktorý požiadal o posúdenie odkázanosti. MDK preverí odkázanosť a priradí jej stupeň. Pri zmene zdravotného stavu preveruje MDK, či došlo k zmene stupňa odkázanosti. Ak nevzniká potreba dlhodobej trvalej starostlivosti, preberie opäť zdravotná poisťovňa zodpovednosť za jednotlivé ošetrovateľské výkony.

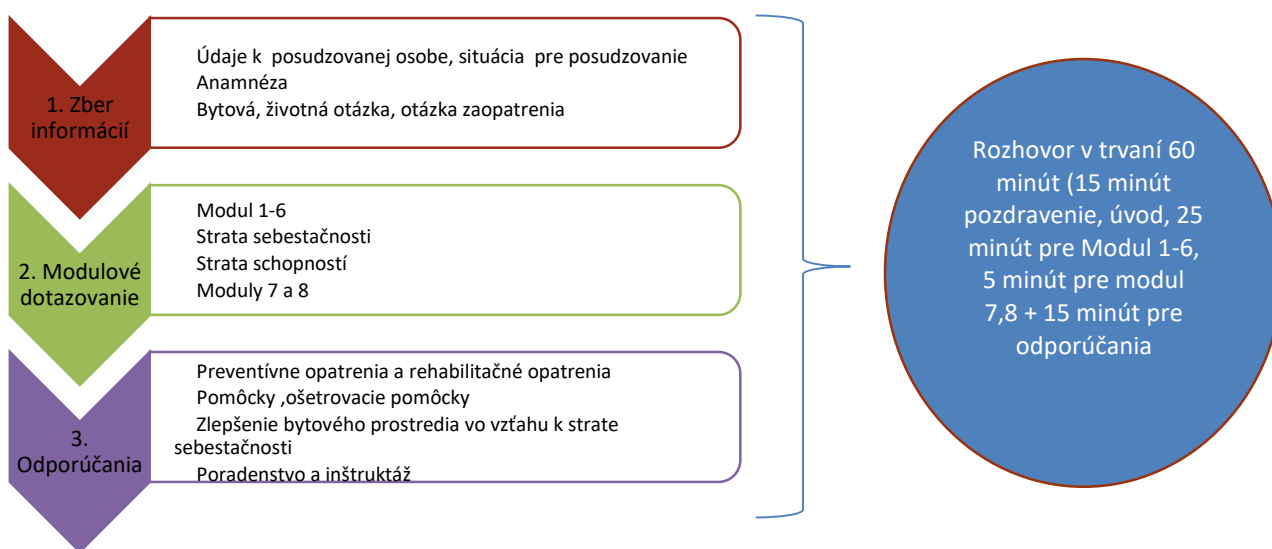
MDK realizovalo posúdenie odkázanosti za základe časového údajá, koľko vyžaduje pomoc poistencovi pri sebaobslužných činnostiach (napr. umývanie, obliekanie, jedenie). To platilo do roku 2017.

Od 01.01.2017 pri posudzovaní je rozhodujúca celková sebestačnosť osoby. Pri posudzovaní sú schopnosti odkázaného človeka diferencované a zhrnuté, čo umožňuje systematický zber údajov pre potrebu prevencie a rehabilitácie. **Základná otázka pre proces posudzovania je: „Čo osoba zvládne a pri čom potrebuje pomoc iných?“**

Tento nový postup neobsahuje len klasickú oblasť starostlivosti o telo, príjmu potravy a mobility, či domáceho hospodárenia. Úlohu zohrávajú i kognitívne a komunikačné schopnosti, správanie, psychické problémy, ako aj fungovanie v bežnom živote a sociálne kontakty či väzby, teda konkrétne individuálne problémy posudzovaného.

V praxi funguje proces posudzovania tak, že posudzovateľ MDK vyhodnocuje sebestačnosť a schopnosti človeka v šiestich modulloch, ktoré ohodnotí bodmi. Čím vyšší je počet, tým vyšší je stupeň odkázanosti. Pre každý modul sú určené otázky, ktoré sú zároveň kritériami. Pod sebestačnosťou sa rozumie schopnosť vykonať určitú aktivitu bez pomoci iného, a to i v prípade, že používa pomôcky. Ak sa napr. človek vie pohybovať sám na vozíku, a pri tom nepotrebuje pomoc iného, je považovaný za sebestačného.

Graf č. 7 Proces posudzovania odkázanosti v Nemecku



Posudzovací nástroj má spolu 64 rozhodujúcich kritérií v module 1 až 6 s vplyvom na stupeň odkázanosti, v modulloch pre poradenstvo (modul 7, 8) je 14 kritérií relevantných z pohľadu poradenstva:

MODUL 1

Mobilita: najnižšia **závažnosť** zo všetkých modulov – **10 %**, **kritérium:** *schopnosť zmeny pozície v posteli, stabilného sedu, obrátenia sa, pohybovania sa vo svojom obytnom priestore, stúpania po schodoch, nezvyčajných konštalácií požiadaviek (nemožnosť použitia oboch, horných a dolných končatín);*

MODUL 2

Kognitívne schopnosti, komunikačné schopnosti, kritérium: *schopnosť poznať blízkeho človeka, orientácia v čase, v priestore, schopnosť spomenúť si na jedinečné zážitky..)*

MODUL 3

Správanie, psychické problémy: závažnosť pre obe spolu 15 % (rozhoduje vyšší počet bodov), **kritérium:** *motoricky nápadné chovanie, nočný neklud, samopoškodzovacie / autoagresívne sklony, poškodzovanie predmetov a pod.;*

MODUL 4

Samostatnosť napr. hygiena, príjem potravy: **závažnosť 40 %** (nakomplexnejšia téma, najvyššia závažnosť);

MODUL 5

Zvládnutie a samostatné zaobchádzanie s požiadavkami k liečbe alebo terapii: závažnosť 20 %;

MODUL 6

Zvládanie bežného života a vytváranie sociálnych kontaktov: závažnosť 15 %.

Klasifikácia definuje 5 stupňov odkázanosti:

1. Stupeň 12,5-27 bodov (nízka strata sebestačnosti alebo schopností), 125 €
2. Stupeň 27-47,5 bodov (značná strata sebestačnosti alebo schopností), 770 €
3. Stupeň 47,5-70 bodov (ťažká strata sebestačnosti alebo schopností), 1 262 €
4. Stupeň 40-90 bodov (najťažšia strata sebestačnosti alebo schopností), 1 775 €
5. Stupeň 90-100 bodov (najťažšia strata sebestačnosti alebo schopností so špeciálnymi požiadavkami na ošetrovateľskú starostlivosť), 2 005 €

Deti do 18 mesiacov sú paušálne hodnotené o jeden stupeň vyššie ako skóre. Ľudia odkázaní na výnimočnú ošetrovateľskú starostlivosť sú bez ohľadu na prahové hodnoty zaradení do stupňa 5 (v prípade, že nie sú schopní používať obe ruky a nohy).

V prípade prítomnosti odkázanosti na základe posúdenia, poistenec nemusí vystavovať žiadosť na pomôcky, ani žiadne zdravotnícke/ošetrovateľské pomôcky, postačuje odporúčanie MDK. Ak poistenec súhlasí, odporúčanie MDK platí ako žiadosť pre zdravotnú poisťovňu, predpis lekára nie je nutný. Odporúčania podstupuje MDK priamo na poisťovňu, ktorá ich následne zabezpečí.

MDK ponúka aj verziu **online posúdenia** ako možnosť prípravy na návštevu MDK a výpočtu **predbežného** stupňa odkázanosti na základe zodpovedania jednotlivých kritérií v moduloch (pozri náhľad dole).

Obrázok č. 2 Formulár pre online posúdenie (náhľad)

https://www.pflegegrad-berechnen.de

SELBSTSTÄNDIGKEITSMETER zur Berechnung Ihres Pflegegrads

0%

MODUL 1
MODUL 2
MODUL 3

Modul 1: Mobilität

In diesem Modul geht es um verschiedene Bewegungshandlungen.
Die Einschätzung richtet sich ausschließlich danach, ob die Person in der Lage ist, eine Körperhaltung einzunehmen bzw. zu wechseln und sich fortzubewegen.

1.1 Positionswechsel im Bett

1.2 Halten einer stabilen Sitzposition

1.3 ...

1.4 ...

Verstanden

Zdroj:

Sebestačnost ako mierka odkázanosti, MDS (Medizinischer Dienst der Spitzenverbandes, Bund der Krankenkassen),

<https://www.mds-ev.de/themen/pflegebeduerftigkeit-und-pflegebegutachtung/das-begutachtungsinstrument.html>

<https://pflege-dschungel.de/pflegegrad/>;

<https://www.pflege.de/pflegekasse-pflegerecht/pflegegrade/>

<https://www.pflegegrad-berechnen.de/>

Posúdenie odkázanosti a rozhodnutie o stupni odkázanosti v Rakúsku

Osoby odkázané na pomoc inej osoby dostanú príspevok na opatrovanie na žiadosť, ktorú odovzdajú na **poisťovni**, zodpovednej za vyplácanie dôchodkov. Aj tí, ktorí dôchodok nepoberajú, odovzdávajú žiadosť v dôchodkovej poisťovni. Podľa náročnosti starostlivosti môžu byť občania zaradení do **siedmich stupňov odkázanosti**, pričom v prípade 24 hodinovej starostlivosti môže byť k príspevku pridaný príplatok vo výške 550 €.

Proces posúdenia pozostáva z nasledovných krokov:

1. Odovzdanie žiadosti v dôchodkovej poisťovni;
2. Určenie termínu návštevy pre posúdenie. Posúdenie vykoná lekár alebo Ošetrovateľský odborný zamestnanec, ktorý podstúpi výsledky posúdenia dôchodkovej poisťovni.

Pri posúdení základnými lekárskymi otázkami, pričom pre toto posúdenie sú stanovené kvalitatívne kritériá so zameraním na objektivnosť;

3. Rozhodnutie poisťovne o stupni odkázanosti a písomné oboznámenie odkázaného občana. V prípade nespokojnosti s ustanoveným stupňom odkázanosti je definovaná trojmesačná lehota na reklamáciu stupňa, na základe ktorej poisťovňa rozhodnutie prehodnotí (pričom musí byť kontaktovaný pracovný a sociálny súd).

Potreba ošetrovania / opatrovania vzniká, ak nie je človek sebestačný a potrebuje pomoc pri určitých činnostiach, ktoré delia na dve skupiny:

1. Pomocné činnosti (paušálne 10 hod. mesačne: nákupy, upratovanie, pranie, vykurovanie, pomoc pri mobilite (napr. návšteve lekára),
2. Opatrovateľské činnosti (obliekanie a vyzliekanie, hygiena, príprava jedla, iné osobné činnosti).

Tabuľka č. 13 Prehľad stupňov odkázanosti v Rakúsku

Stupne	Potreba opatrovania mesačne v priemere	Plus	Výška príspevku
Stupeň 1	viac ako 65 hodín	-	157,30 €
Stupeň 2	viac ako 95 hodín	-	290,00 €
Stupeň 3	viac ako 120 hodín	-	451,80 €
Stupeň 4	viac ako 160 hodín	-	677,60 €
Stupeň 5	viac ako 180 hodín	mimoriadne náročné opatrovanie, 24 hod. musí byť niekto k dispozícii (na zavolanie)	920,30 €
Stupeň 6	viac ako 180 hodín	opatrovanie 24 hod. denne / alebo v prípade nevyhnutného 24 hod. dozoru	1 285,20 €
Stupeň 7	viac ako 180 hodín	Neschopnosť pohybu (nohami, rukami) alebo z dôvodu zdravotného stavu	1 688,90 €

Skupiny osôb s postihnutím, ktorí majú určite definovaný určitý stupeň odkázanosti:

- osoby s postihnutým zrakom najmenej stupeň 3, slepí ľudia najmenej stupeň 4, hluchoslepí, najmenej 5. stupeň,
- osoby na vozíku, ktorí sa sami pohybujú (obsluhujú vozík) majú najmenej stupeň 3 až 5.

Osoby, ktoré potrebujú kvôli svojej chorobe alebo postihnutiu vyššiu starostlivosť ako iní, môžu mať uhradené extra hodiny navyše (príplatky). Týka sa to napríklad ľudí s ťažkým psychickým / duševným postihnutím a s demenciou, ako aj detí a mládeže s ťažkým postihnutím.

V prípade, že odkázaný občan **potrebuje pomôcky, predpisuje ich praktický lekár** a tento predpis schvaľuje zdravotná poisťovňa. Až po schválení poisťovňou môže byť pomôcka zabezpečená.

Zdroj:

<https://broschuerenservice.sozialministerium.at/Home/Download?publicationId=181>

<https://www.nuernberger.at/pflegebeduerftigkeit-was-zahlt-staat.html>

<https://www.superhands.at/pflege/pflegehilfsmittel/>

Trendy vývoja počtu lôžok dlhodobej starostlivosti v inštitúciách a v nemocniciach (Veľká Británia a iné)

Väčšina vyspelých systémov zdravotnej starostlivosti v posledných rokoch znížila počet lôžok. **Celkový počet nemocničných lôžok** v Anglicku sa za posledných 30 rokov viac ako **znížil na polovicu, z približne 299 000 na 142 000**, zatiaľ čo počet pacientov významne vzrástol. Spojené kráľovstvo však má v súčasnosti menej akútnych lôžok v porovnaní s jeho populáciou ako v prípade akéhokoľvek iného porovnateľného zdravotného systému. Od rokov 1987 až 1988 došlo k **najväčšiemu percentuálnemu zníženiu počtu lôžok** v dôsledku dlhodobých politík **presunu týchto pacientov z nemocnice do starostlivosti poskytovanej v komunite**. Počet všeobecných a akútnych lôžok v nemocniciach sa od rokov 1987 až 1988 **znížil o 43%**, pričom **hlavným dôvodom tohto poklesu bolo uzatvorenie lôžok pre dlhodobú starostlivosť o starších ľudí**.

Zdroj: <https://www.kingsfund.org.uk/publications/nhs-hospital-bed-numbers>

▪ **Lôžka pre dlhodobú starostlivosť v zariadeniach a nemocniciach**

V období rokov 2005 až 2015 Švédsko **znížilo počet lôžok dlhodobej starostlivosti v inštitúciách** o 23,5 lôžok na 1 000 obyvateľov nad 65 rokov. Tieto zníženia možno pripísať **snahe presunúť dlhodobú starostlivosť mimo obytných zariadení a do komunity**. Island, Kanada a Nórsko tiež výrazne znížili počet dostupných lôžok. Zatiaľ čo väčšina krajín prideliuje len **veľmi málo lôžok pre dlhodobú starostlivosť v nemocniciach**, niektoré stále používajú nemocničné lôžka na účely dlhodobej starostlivosti. Niektoré európske krajiny, ako napríklad Fínsko, Maďarsko a Česká republika, majú stále veľký počet lôžok dlhodobej starostlivosti v nemocniciach, ale vo všeobecnosti došlo k posunu smerom k **nahradeniu nemocničných lôžok inštitucionálnymi zariadeniami**, ktoré sú často lacnejšie a poskytujú lepšie bývanie a prostredie pre ľudí s potrebami dlhodobej starostlivosti. Poskytovanie dlhodobej starostlivosti v inštitúciách môže byť efektívnejšie ako komunitná starostlivosť o ľudí s intenzívnymi potrebami v dôsledku úspor z rozsahu a skutočnosti, že opatrovatelia nemusia cestovať ku každej osobe samostatne.

Užívatelia dlhodobej starostlivosti vo všeobecnosti **uprednostňujú zostať doma**. Väčšina krajín v posledných rokoch podnikla kroky na podporu tejto preferencie a **podporu komunitnej starostlivosti**. V závislosti od individuálnych okolností však môže byť prechod na

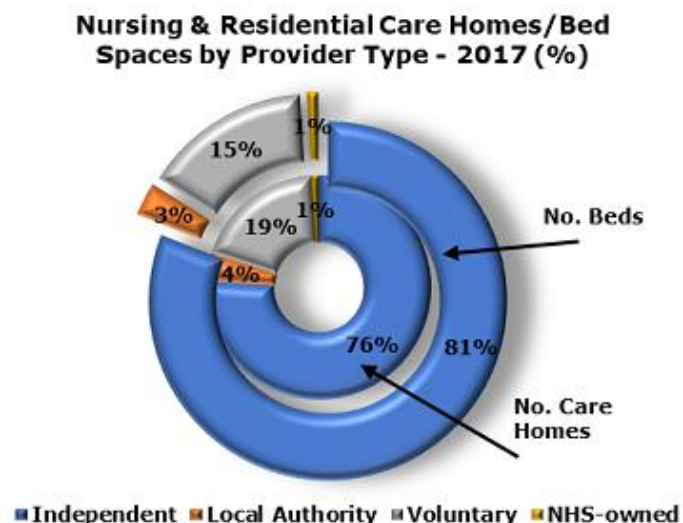
inštitúcie dlhodobej starostlivosti najvhodnejšou možnosťou, napríklad pre ľudí žijúcich osamotene a vyžadujúcich nepretržitú starostlivosť a dohľad alebo ľudí žijúcich vo vzdialených oblastiach s obmedzenou podporou domácej starostlivosti. Je preto dôležité, aby si krajiny zachovali primeranú úroveň kapacít dlhodobej starostlivosti o bývanie a aby inštitúcie poskytujúce starostlivosť rozvíjali a uplatňovali modely starostlivosti, ktoré podporujú dôstojnosť a autonómiu.

Medzi zariadenia dlhodobej starostlivosti patria zariadenia ošetrovateľskej a rezidenčnej starostlivosti, ktoré **poskytujú ubytovanie a dlhodobú starostlivosť** ako balík.

Zdroj:

https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/health_glance-2017-80-en.pdf?expires=1559047088&id=id&accname=guest&checksum=E7C54E0263E2C5E3CA8CCF5CD44332F2

Obrázok č. 3 Lôžko v ošetrovateľských a rezidenčných domov podľa typu poskytovateľa



Najvýznamnejšou zmenou v poskytovaní pobytovej starostlivosti za posledných 25 rokov je **oveľa väčšie zapojenie súkromného sektora** (Obrázok č. 3). Došlo k výraznému nárastu počtu súkromne poskytnutých miest **nahrádzajúcich veľké množstvo nemocničných lôžok** pre starostlivosť o geriatrickú i duševnú chorobu. V Spojenom kráľovstve existuje takmer 19 000 opatrovateľských domov (Care Homes), domov ošetrovateľskej starostlivosti (Nursing Homes) a rezidenčných domov (Residential Homes), ktoré poskytujú starostlivosť o dospelých a starších ľudí, pričom počet **súkromne prevádzkovaných lôžok** (independent) predstavuje od roku 2010 v porovnaní s rokom 2017 **výrazný nárast**.

Zdroj:

<https://www.amaresearch.co.uk/blogs/shortfall-in-bed-spaces-continues-to-increase-in-the-uk-care-home-market>

TABUĽKY

Tabuľka č. 14

Výdavky zariadení sociálnych služieb

Druh zariadenia / zriaďovateľ	Celkové výdavky (v €) v roku 2015	v tom					Celkové výdavky (v €) v roku 2016	v tom				
		bežné výdavky	mzdové náklady	povinné sociálne poistenie	obstaranie majetku	na zdravotnú starostlivosť		bežné výdavky	mzdové náklady	povinné sociálne poistenie	obstaranie majetku	na zdravotnú starostlivosť
SPOU	368 616 363	132 825 505	163 103 568	57 846 206	6 939 497	404 883 075	141 375 643	183 239 886	64 804 640	8 992 578	804 306	
zariadenie pre seniorov	138 142 451	55 629 347	57 690 803	20 278 933	1 858 784	155 908 760	60 595 742	66 916 678	23 552 745	2 471 804	447 579	
domov sociálnych služieb pre dospelých	134 842 959	43 897 879	63 037 889	22 324 637	2 859 148	133 688 162	40 855 785	63 875 932	22 627 408	4 104 583	126 100	
špecializované zariadenie denný stacionár	47 968 878	16 278 389	22 029 490	7 867 983	953 038	59 034 817	19 500 738	27 906 402	9 795 641	1 011 570	150 089	
domov sociálnych služieb pre deti	6 312 626	2 848 295	2 137 958	814 619	71 424	11 988 772	5 519 367	4 430 338	1 654 482	72 002	6 760	
zariadenie starostlivosti o deti	6 435 443	1 631 653	3 309 516	1 168 804	259 065	6 212 897	1 501 135	3 205 352	1 128 340	277 387	14 906	
zariadenie dočasnej starostlivosti o deti	10 800	2 663	5 130	1 723	0	0	0	0	0	0	0	
zariadenie podporovaného bývania	3 353 416	1 179 793	1 544 195	552 533	32 648	3 697 332	1 316 790	1 627 173	584 825	130 055	1 605	
zariadenie nízkožobného bývania	2 493 935	834 961	892 326	356 344	349 513	2 740 571	944 640	1 209 454	434 009	26 832	5 809	
útluky	5 234 253	1 940 193	2 072 852	755 501	52 968	5 681 566	2 017 274	2 266 466	830 951	435 938	3 907	
rehabilitačné stredisko	3 567 673	1 045 459	1 662 907	579 828	244 679	3 350 745	901 755	1 718 474	603 810	81 155	397	
zariadenia opatrovateľskej služby	17 673 382	6 351 351	7 780 346	2 809 135	246 816	19 821 129	7 009 247	9 017 928	3 210 047	346 171	45 984	
nočľahárení	1 832 270	856 479	648 654	233 871	6 614	2 065 013	957 096	779 470	277 991	2 330	83	
domov na polceste	748 277	329 043	291 502	102 295	4 800	693 311	256 074	286 219	104 391	32 751	1 087	

Zdroj: Vybrané údaje Štatistického úradu SR – Zariadenia sociálnych služieb v SR; v čase spracovania Správy údajov za rok 2017 nie sú k dispozícii




































PRÍKLADY

Optimálny model zabezpečenia inštitucionálnej DSZS

V tejto časti predstavujeme analýzu a zároveň možnosti modelovania optimálnej štruktúry inštitucionálnych poskytovateľov DSZS a zároveň poukazujeme na efektívnosť zariadení s prepojenou zdravotnou a sociálnou starostlivosťou v porovnaní s LDCH vo vzťahu k potenciálu poskytovateľov naplniť potreby i očakávania zainteresovaných strán. Analýza k návrhu inštitucionálnej LTC o dospelých mimo hospicov / CPS.

Model prepojenej zdravotnej a sociálnej starostlivosti		
Oddelenia dlhodobej starostlivosti (ODCH, LDCH, ...) Iniciálna intermediárna starostlivosť	Domy ošetrovateľskej starostlivosti NURSING HOMES typu A / Pokračujúca intermediárna starostlivosť až dlhodobá starostlivosť	ZSS s komplexnou ošetrovateľskou starostlivosťou podľa novely zákona č. 576/2004 a zákona č. 577/2004 Z. z. NURSING HOMES typu B / dlhodobá starostlivosť
Zhoršenie zdravotného stavu osoby s potrebou celodennej lekárskej starostlivosti (t.j. INDIKÁCIA)	Potreba celodennej ošetrovateľskej starostlivosti konzultovaná s lekárom pri riziku zhoršenia stavu Umierajúci pacient, ak v regióne nie je hospic / CPS (t.j. INDIKÁCIA)	Osoba s rizikom destabilizácie, nie akútne zhoršenie stavu s potrebou celodennej lekárskej starostlivosti (t.j. INDIKÁCIA)
Liečebná a diagnostická starostlivosť Určenie liečby, stanovenie odporúčaní pre následnú starostlivosť (t.j. POSLANIE)	KOS, rehabilitácia, aktivizácia, prevencia komplikácií z imobility ... Sociálny a aktivizačný program Posúdenie, stabilizácia a príprava pre starostlivosť v ZSS s KOS alebo doma / ADOS a pod. (t.j. POSLANIE)	Prepojená zdravotná a sociálna starostlivosť Pomoc pri odkázanosti Sociálny a aktivizačný program Voľnejší režim Domáckejší typ zariadenia ... (t.j. POSLANIE)
Obmedzená : Dni – týždne Doba poskytovania starostlivosti	Podľa potreby: Týždne – mesiace – roky Doba poskytovania starostlivosti	Podľa potreby: Mesiace – roky Doba poskytovania starostlivosti
Primár / prednosta MUDr. Zodpovedná osoba	Odborný zástupca pre ošetrovateľskú starostlivosť PhDr. / Mgr. Zodpovedná osoba	Odborný zástupca pre ošetrovateľskú starostlivosť PhDr. / Mgr. + odborný zástupca pre sociálnu starostlivosť Mgr. / Bc. Zodpovedná osoba
	Áno – ošetrovateľské štandardy	Áno – ošetrovateľské štandardy vo vybranom rozsahu

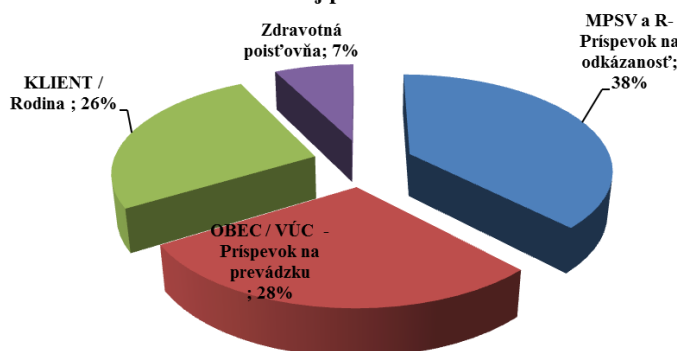
Porovnanie potenciálu poskytovateľov naplniť potreby i očakávania zainteresovaných strán.

Kritérium pre hodnotenie naplnenia MODELU PREPOJENIA v %		Model prepojenej zdravotnej a sociálnej starostlivosti (potenciál poskytovateľov)	
Druh poskytovateľa	 <p>Odbelenia dlhodobej starostlivosti (ODCH, LDCH...)</p> <p>51,25%</p>	 <p>Domy ošetrovateľskej starostlivosti NURSING HOMES typu A</p> <p>88,75% ★</p>	 <p>ZSS s ošetrovateľskou starostlivosťou NURSING HOMES typu B / dlhodobá starostlivosť</p> <p>87,5% ★</p>
1. Podiel úkonov ošetrovateľskej starostlivosti vo vzťahu k skutočným potrebám	 <p>50 % plnenie (prípady dekubitov, malnutricie, ...)</p>	 <p>95 % (starostlivosť je sústredená na predchádzanie a riešenie typických ošetrovateľských problémov)</p>	 <p>75 % (starostlivosť je sústredená na predchádzanie a riešenie typických ošetrovateľských problémov pre dlhodoboch chorých, prevažne seniorov)</p>
2. Pomer úkonov starostlivosti o základné potreby vo vzťahu k skutočným potrebám	 <p>50 % plnenie (prípady slabej hygieny, kŕmenia ...)</p>	 <p>90% (prípady zanedbania tejto oblasti starostlivosti sú sporadické, keďže táto oblasť je vnímaná ako jedna z kľúčových)</p>	 <p>95% (prípady zanedbania tejto oblasti starostlivosti sú sporadické, keďže táto oblasť je vnímaná ako jedna z kľúčových)</p>
3. Pomer úkonov sociálnej starostlivosti a rehabilitácie vo vzťahu k skutočným potrebám	 <p>15 % plnenie (pacienti nie sú pravidelne zapájaní do sociálnych aktivít, RHB iba ako nadštandard alebo veľmi sporadicky)</p>	 <p>80% (pacienti sú pravidelne zapájaní do sociálnych aktivít, prostredie nie je bezpodnetné)</p>	 <p>90% (pacienti sú pravidelne zapájaní do sociálnych aktivít, prostredie je podnetné)</p>
4. Adekvátna lekárska starostlivosť	 <p>90 % prítomnosť lekára priamo na pracovisku</p>	 <p>90 % lekári je volaný podľa potreby</p>	 <p>90 % Lekár je volaný podľa potreby</p>
5. Ochota rodiny prispievať na starostlivosť vo vzťahu k naplneným očakávaniam	 <p>Nízka</p>	 <p>Áno</p>	 <p>Áno</p>
6. Dopad na redukciu dní hospitalizácie	 <p>Negatívny Vzhľadom na komplikácie z nedostatku ošetrovateľskej a sociálnej starostlivosti</p>	 <p>Positívny Vzhľadom na preventívny, komplexný prístup</p>	 <p>Positívny Vzhľadom na preventívny, komplexný prístup</p>
7. Možnosť ponuka nadštandardnej starostlivosti podľa dopytu	 <p>Nie, resp. v zanedbateľnom rozsahu</p>	 <p>Áno, typická prax DOS i ZSS</p>	 <p>Áno, typická prax ZSS</p>
Celkový dopad na zdravie a kvalitu života pacienta	 <p>Negatívny Vzhľadom na komplikácie z nedostatku ošetrovateľskej a sociálnej starostlivosti</p>	 <p>Positívny Vzhľadom na preventívny, komplexný prístup</p>	 <p>Positívny Vzhľadom na preventívny, komplexný prístup</p>
		 <p>↓ Oblasť na zlepšenie – aktualizovať prístupy v oblasti aktivizácie a sociálnej starostlivosti Podmienky kvality sociálnej starostlivosti v prípade poberania príspevku na soc.starostlivosť sa budú vzťahovať aj na Nursing Homes</p>	 <p>↓ Oblasť na zlepšenie – Analýza a doriešenie problémových situácií</p>
		 <p>↓ Oblasť na zlepšenie – Analýza a doriešenie problémových situácií (teleordinácia) aktualizovať prístupy vo vzdelávaní pre výkon zodpovednej samostatnej v dlhobohj starostlivosti v kontexte manažérstva kvality</p>	 <p>↓ Oblasť na zlepšenie: Doriešit príspevok na pomoc tým pacientom, ktorí nemajú rodinu, dôchodok apod. – zaviesť Poistenie proti bezvládnosti + odpočet z dane</p>
		 <p>↓ Oblasť na zlepšenie – Analýza a doriešenie problémových situácií po telefóne Vizity na pracovisku Praktické vizity sestier</p>	 <p>↓ Oblasť na zlepšenie – Analýza a doriešenie problémových situácií Vizity na pracovisku Praktické vizity sestier</p>
		 <p>↓ Oblasť na zlepšenie – Analýza a doriešenie problémových situácií Praktické vizity sestier</p>	 <p>↓ Oblasť na zlepšenie – Analýza a doriešenie problémových situácií Praktické vizity sestier</p>

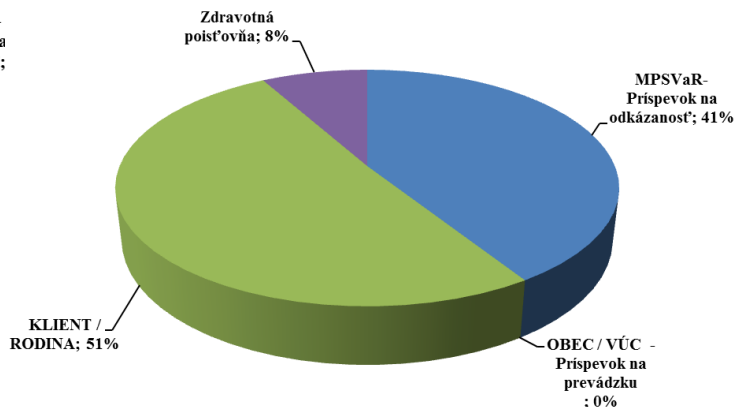
Príklad 2

Podkladové kalkulácie – príklady financovania z praxe

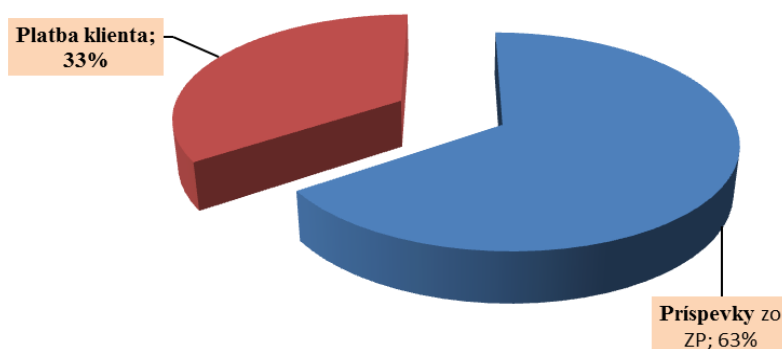
Príklad financovania sociálnej služby **Špecializované zariadenie s KOS od 01.01.2019 - s príspevkom od zdravotnej poisťovne v %**



Príklad financovania sociálnej služby **Zariadenie pre seniorov s KOS od 01.01.2019 - s príspevkom od zdravotnej poisťovne v %**



Príklad financovania **Domu ošetrovateľskej starostlivosti (DOS) v %**



Príklad percentuálneho rozdelenia nákladov v ZSS

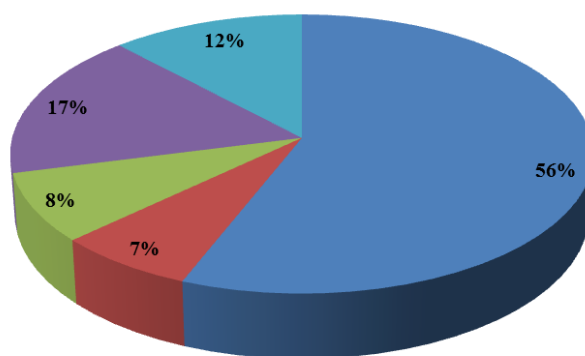
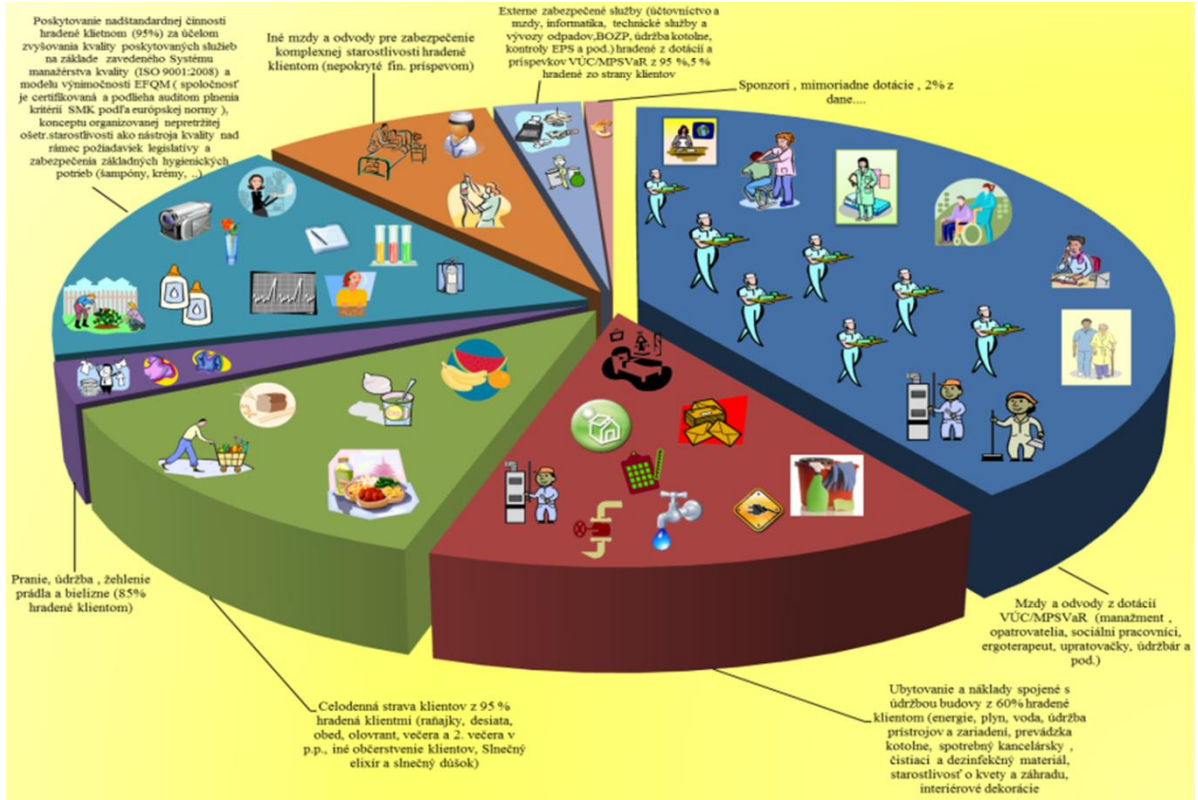


Schéma členenia
v ZSS s KOS na

nákladov
základe

■ Priame mzdy ■ Energie ■ Upratovanie a pranie ■ Strava klientov ■ Ostatné

príkladu z praxe:



Príklady financovania rôznych druhov pobytových zariadení s rôznou mierou spoluúčasti klientov

1. Financovanie Špecializovaného zariadenia bez ošetrovateľskej starostlivosti – trojlôžkové:

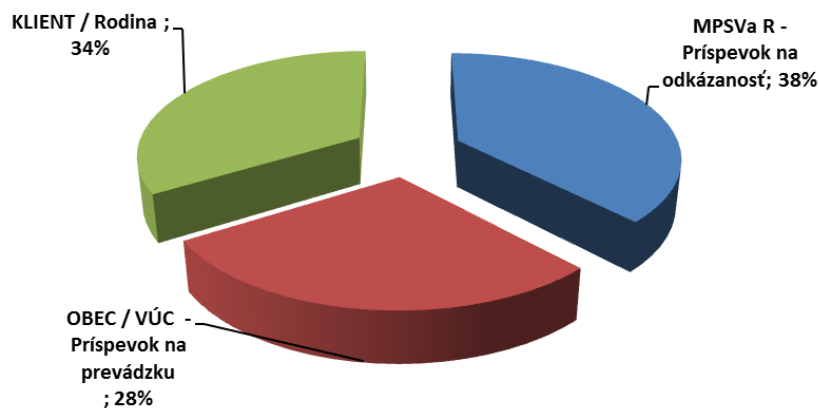
Financovanie Špecializovaného zariadenia bez ošetrovateľskej starostlivosti – trojlôžkové

	ŠZ v %	ŠZ v € mesačne pri VI. Stupni odkázanosti
MPSVR - Príspevok na odkázanosť	38%	504
VÚC - Príspevok na prevádzku	28%	380
KLIENT / Rodina	34%	450
EON*	100%	1334

Komentár: Príklad je kalkulovaný pre klientov s najvyšším stupňom odkázanosti. EON* (ekonomicky oprávnené náklady) sú rozdielne v každom LTC zariadení, ich výška závisí od mnohých faktorov vplyvujúcich na financovanie (štruktúra klientov podľa stupňa odkázanosti, druh sociálnej služby, počet zamestnancov a pracovné pozície, poskytované služby v zariadení, kvalita poskytovaných služieb a pod.).

Financovanie sociálnej služby - „Špecializované zariadenie“ v %.

1a) Príklad financovania sociálnej služby "Špecializované zariadenie v %



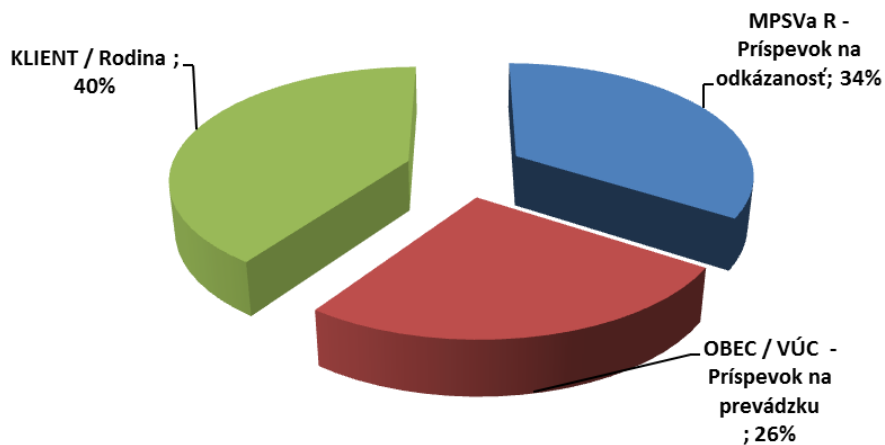
2. Financovanie Špecializovaného zariadenia bez ošetrovateľskej starostlivosti – trojlôžkové po náraste miezd, odvodov, tovarov a služieb vstupujúcich do EON.

Financovanie Špecializovaného zariadenia bez ošetrovateľskej starostlivosti – trojlôžkové po náraste miezd, odvodov, tovarov a služieb vstupujúcich do EON.

	ŠZ v %	ŠZ v € mesačne pri VI. Stupni odkázanosti
MPSVR - Príspevok na odkázanosť	34%	504 €
VÚC - Príspevok na prevádzku	26%	380 €
KLIENT / Rodina	40%	596 €

Financovanie sociálnej služby „Špecializované zariadenie“ v LTC zariadení v %.

1b) Príklad financovania sociálnej služby "Špecializované zariadenie" v LTC zariadení v %



Komentár: Príklad je kalkulovaný pre klientov s najvyšším stupňom odkázanosti. EON* (ekonomicky oprávnené náklady) zohľadňujú potenciálne / avizované navýšenie tovarov a služieb. Graf poukazuje na fakt, že pri tomto trojzložkovom financovaní **znáša tieto náklady klient resp. jeho rodina.**

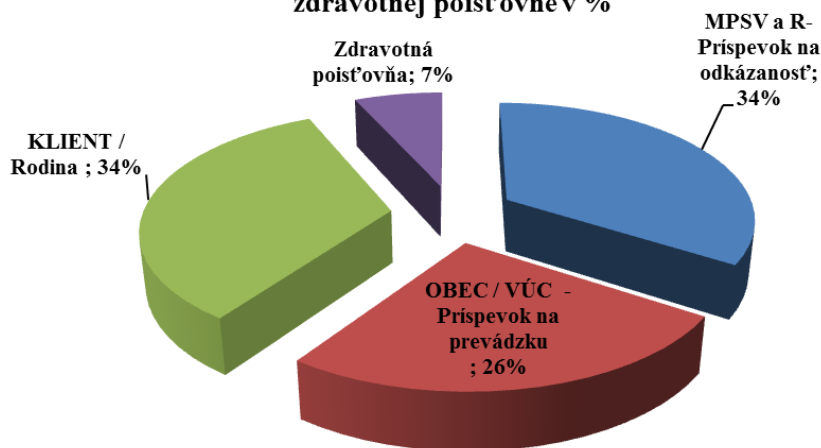
3. Financovanie Špecializovaného zariadenia s ošetrovateľskou starostlivosťou – štvorzložkové financovanie (zahŕňa ZP) po náraste miezd, odvodov, tovarov a služieb vstupujúcich do EON:

Financovanie Špecializovaného zariadenia s ošetrovateľskou starostlivosťou

Financovanie ošetrovateľskej starostlivosti v ZSS ŠZ	ŠZ v %	ŠZ v € mesačne pri VI. Stupni odkázanosti
MPSVR - Príspevok na odkázanosť	34%	504
VÚC - Príspevok na prevádzku	26%	380
KLIENT / Rodina	34%	350
Zdravotná poisťovňa	7%	100

Financovanie sociálnej služby „Špecializované zariadenie“ s KOS od 1.1.2019 - s príspevkom od ZP v %.

1c) Příklad financovania sociálnej služby Špecializované zariadenie s KOS od 01.01.2019 - s príspevkom od zdravotnej poisťovne v %



Odporúčanie:

- povinnosť hradiť ošetrovateľskú starostlivosť v LTC zariadeniach v ZSS zdravotnými poisťovňami podľa určených splnených kritérií v štandarde,
- ročne zvyšovať príspevky minimálne o percento inflácie mzdových nákladov,
- pravidelne zvyšovať a diferencovať výšku ošetrovateľského paušálu podľa zavedených štandardov kvality u poskytovateľa.

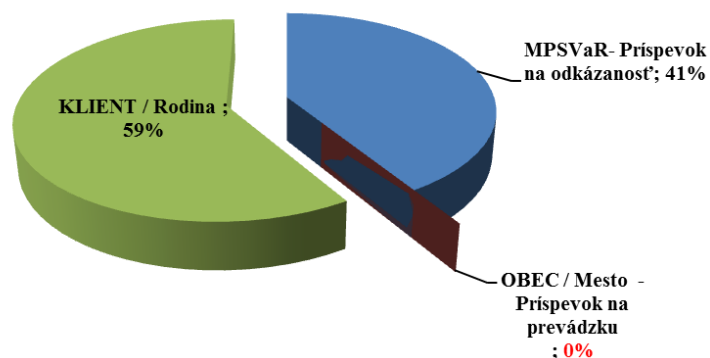
4. Financovanie Zariadenia pre seniorov – tohto času v praxi len dvojjložkové:

Financovanie Zariadenia pre seniorov – tohto času v praxi len dvojjložkové

Zariadenie pre seniorov	ZpS v %	ZpS v € mesačne pri VI. Stupni odkázanosti
MPSVaR - Príspevok na odkázanosť	41%	504 €
OBEC / Mesto - Príspevok na prevádzku	0%	0 €
KLIENT / Rodina	59%	626 €
EON	100%	1 230 €

Príklad financovania sociálnej služby „Zariadenie pre seniorov“ v LTC zariadení v %.

2a) Príklad financovania sociálnej služby "Zariadenie pre seniorov" v LTC zariadení v %



Komentár: Príklad je kalkulovaný pre zariadenie s vážne a dlhodobo chorými klientmi, ktorí svojou diagnózou nespĺňajú kritériá do špecializovaného zariadenia s najvyšším stupňom odkázanosti. Graf poukazuje na fakt, že pri tomto financovaní **väčšiu časť platby a všetky potenciálne navýšenia ceny služby financuje klient, resp. jeho rodina.** V prípade, že si klienti nemôžu hrať cenu kalkulovanú poskytovateľom na základe EON, **dochádza k podfinancovaniu poskytovateľa. Chýba tretia a štvrtá zložka financovania (príspevok na ošetrovateľskú starostlivosť a na prevádzku).** V roku 2018 si až **81% obcí nesplnilo svoju povinnosť** a neposkytovali žiadny príspevok. 19% miest a obcí príspevok na prevádzku zariadeniam pre seniorov poskytlo, avšak niektoré z nich pri koncoročnom zúčtovaní žiadali vzhľadom na svoje nízke bežné výdavky vo svojich verejných zariadeniach poskytnutý finančný príspevok späť takmer v plnej výške, teda nimi poskytnutý finančný príspevok bol neadekvátny nákladom neverejných poskytovateľov.

☝ **Odporúčanie:** V zmysle novelizácie zákona 448/2008 Z.z. pre obce a mestá **určiť obligatórnu povinnosť príspevku na prevádzku pre neverejných poskytovateľov prevádzkujúcich zariadenia pre seniorov v adekvátnej výške.**

☝ **Odporúčanie: Zjednodušiť proces financovania** - Povinnosť úhrady príspevku na prevádzku pre Zariadenia pre seniorov určiť obciam a mestám, v ktorých je umiestnené dané zariadenie (podľa kapacity zariadenia, ako v roku 2012 – mestá a obce obdržali finančný príspevok na zariadenia z MPSVaR v svojej lokalite, ktoré si o neho požiadali). Aktuálny proces je **nerentabilný a neefektívny.**

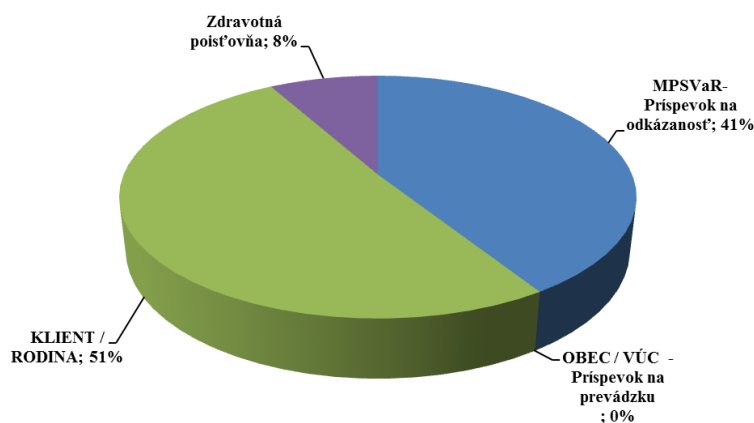
Doplnenie: Ak má zariadenie pre seniorov klientov z 20 miest, **je nútené s každým mestom / obcou uzavrieť zmluvu osobitne a osobitne tiež realizovať finančné zúčtovanie poskytnutého príspevku.**

5. Financovanie Zariadenia pre seniorov s KOS – prechod na trojzložkové v prípade financovania ošetrovateľskej starostlivosti v ZSS zdravotnými poisťovňami.

Financovanie Zariadenia pre seniorov s KOS

Zariadenie pre seniorov s KOS a ZP	ZpS v %	ZpS v € mesačne pri VI. Stupni odkázanosti
MPSVR- Príspevok na odkázanosť	41%	504 €
OBEC / VÚC - Príspevok na prevádzku	0%	0 €
KLIENT / RODINA	51%	626 €
Zdravotná poisťovňa	8%	100 €
EON	100%	1230 €

2b) Príklad financovania sociálnej služby Zariadenie pre seniorov s KOS od 01.01.2019 - s príspevkom od zdravotnej poisťovne v %

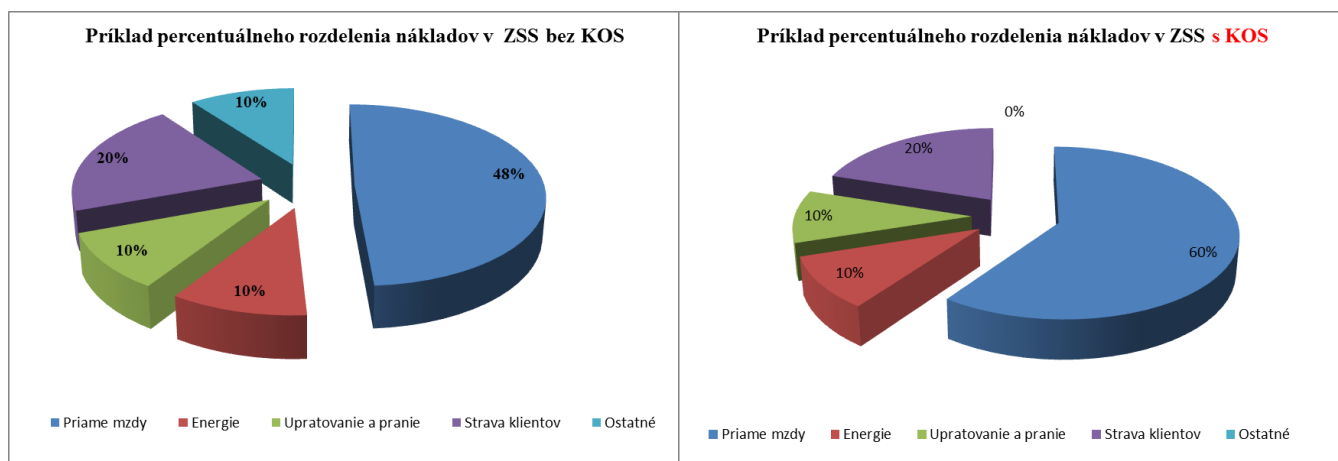


Komentár: Príklad je kalkulovaný pre klientov s najvyšším stupňom odkázanosti v Zariadení pre seniorov. Graf poukazuje na fakt, že pri tomto financovaní stále väčšiu časť platby financuje klient, resp. jeho rodina. **Chýba štvrtá zložka financovania (príspevok na prevádzku), ktorej absencia spôsobuje finančnú destabilizáciu poskytovateľa.** V zmysle novelizácie zákona 448/2008 Z.z. obce a mestá nebola určená obligatórna povinnosť príspevku na prevádzku mestám a obciam.

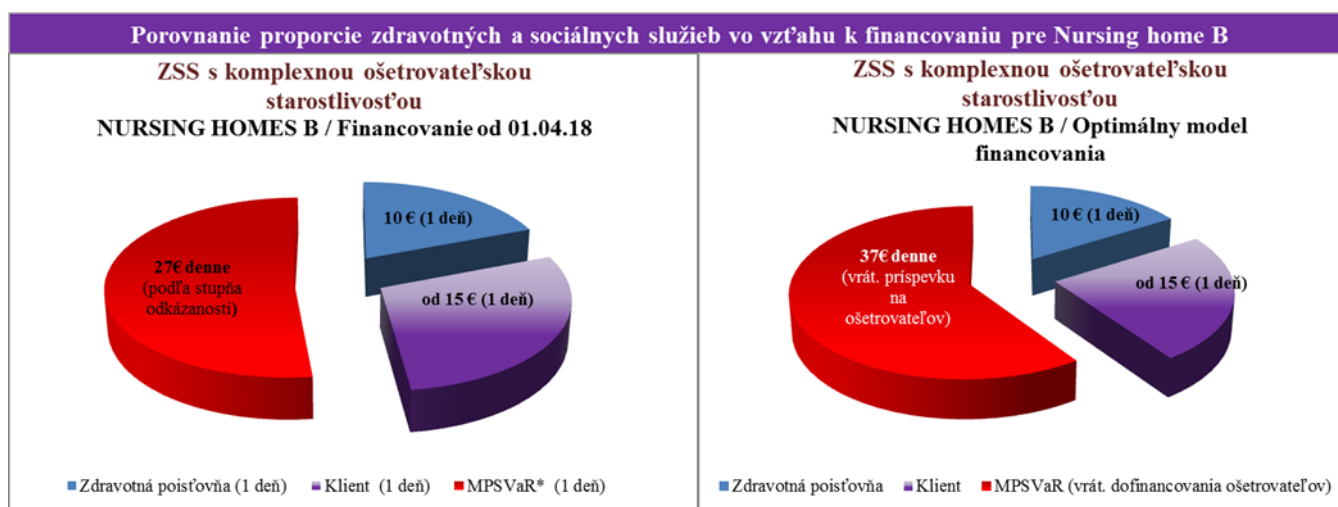
Odporúčanie: povinnosť hradiť ošetrovateľskú starostlivosť v LTC zariadeniach (aj v ZSS) zdravotnými poisťovňami podľa určených splnených kritérií bez obmedzení.

6. Príklad percentuálneho rozdelenia z praxe pre ZSS bez KOS a pre ZSS s KOS:

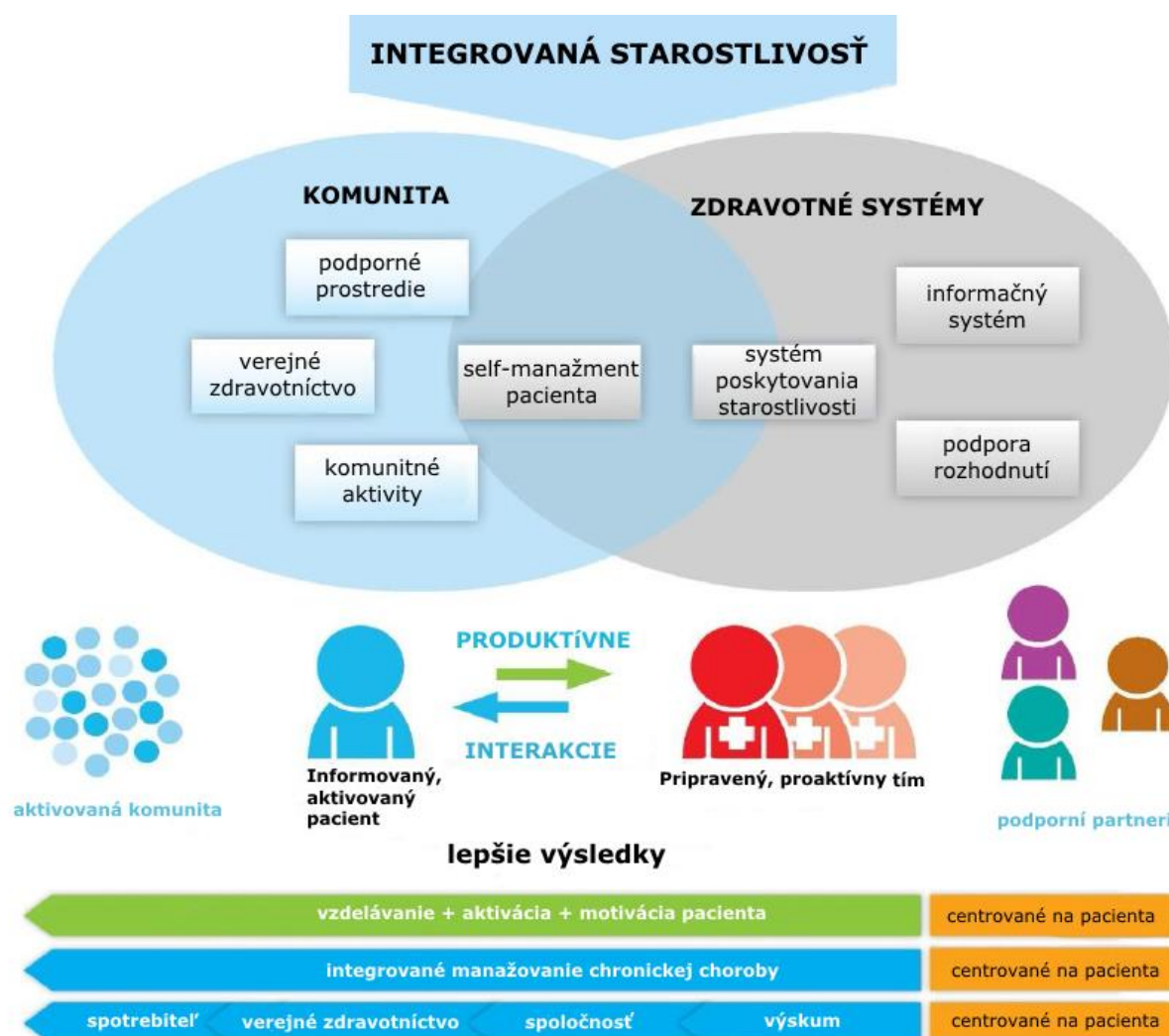
Príklad percentuálneho rozdelenia z praxe pre ZSS bez KOS a pre ZSS s KOS.



7. **Príklad schémy nákladov v ZSS:** Náklady na 1 klienta v ZSS (klientela s najvyšším stupňom odkázanosti a potrebou ošetrovateľskej starostlivosti: od 1100 EUR, Priemerné náklady v inom ZSS (klienti s nižším stupňom odkázanosti, bez SMK a ošetrovateľskej starostlivosti: od 650€) Príklad schémy nákladov k ZSS.



Chronic Care Model (Wagner et al, 1999)



Rozvoj nástrojov pre efektívizáciu procesov zabezpečenia

adekvátnej starostlivosti všetkým indikovaným osobám - príklady z praxe

Nižšie uvedené príklady z praxe ilustrujú možnosti rozvoja nástrojov edukácie a efektívnej pomoci rodinným príslušníkom v situácii choroby a bezvládnosti.

- **Portál MALINA – prvý národný navigátor pre situácie choroby a bezvládnosti**



Portál MALINA je výsledkom skúseností z praxe skupiny odborníkov v oblasti DSZS, ktorí sa denne stretávajú s ľuďmi hľadajúcimi vhodné zariadenie pre svojho blízkeho. Dlhoročné skúsenosti jeho autoriek umožňujú na jednotlivých stránkach portálu jednoduchú, rýchlu a efektívnu orientáciu v problematike.

Ilustračné foto: Ambasadorkou projektu je herečka Kristína Svarinská, Zdroj: www.portalmalina.sk

Výber vhodnej služby vo vzťahu k skutočným potrebám je nesmierne dôležitý. Od správneho posúdenia a výberu služby sa odvíja kvalita a často i dĺžka života bezvládnej osoby. Na portáli možno vybrať a označiť možnosti, ktoré najviac vystihujú **skutočný stav osoby** v oblasti jej vedomia a orientácie, príjmu potravy, vo vylučovaní, schopnostiach mobility a pohyblivosti, zmien na koži, indikácie paliatívnej starostlivosti, celkového popisu stavu a pripravenosti rodiny postarať sa o blízku osobu doma. **Na základe vyhodnotenia týchto údajov portál ponúkne druh zariadenia**, ktorý je pre osobu najvhodnejší. Následne stačí pri vyhľadávaní zadať vzdialenosť zariadenia, akceptovateľné náklady, a vyhľadávač ponúkne voľné miesta s ponukou služieb na základe zvolených kritérií. Z pobytových zariadení ide o DOS, ZSS so zabezpečením ošetrovateľskej starostlivosti cestou zdravotnej poisťovne alebo ZSS bez zabezpečenia ošetrovateľskej starostlivosti cestou zdravotnej poisťovne. Portál Malina ponúka aj výber ADOS či mobilných hospicov. Vo výbere pribudnú oddelenia pre dlhodobu chorých, pre prípady, keď stav pacienta si na základe odporúčania lekára vyžaduje ústavnú zdravotnícku starostlivosť. Pre záujemcu o umiestnenie sú užitočné aj informácie o ponuke služieb a starostlivosti, vybavenia zariadenia, či jeho doplnkových službách.

Pomocou portálu môže prebiehať **manažment následnej starostlivosti ešte počas pobytu pacienta v nemocnici**. Personál nemocníc môže mať dosah na informácie o možnostiach

pomoci v danom regióne, čo najviac šité na mieru potrebám pacienta a jeho rodiny. Nemusí hľadať a oslovovať desiatky poskytovateľov, na čo zvyčajne ani nie je časový priestor. Novinkou v efektívnom hľadaní a zabezpečení pokračujúcej starostlivosti je **generovanie na mieru pripraveného formulára „Posúdenie pacienta pre potrebu dlhodobej starostlivosti“**, ktoré prebehne v nemocnici, ešte pred prepustením pacienta. Pomocou unikátneho kódu, ktorý je súčasťou formulára pri práci s portálom Malina, môže rodina zvoliť výber vhodného poskytovateľa na základe zhodnotenia stavu.

▪ **SENIOR BOXY - balíček pomoci pre rodiny starajúce sa o blízkeho s ochorením**

Senior boxy sú originálnym projektom, výnimočným na Slovensku, a pravdepodobne aj v Európe a vo svete. **Prostredníctvom spolupráce desiatok spoločností sa v rokoch 2015 až 2018 podarilo pripraviť a distribuovať 10.000 balíčkov** rodinám vážne a dlhodobo chorých v okamihu, keď takúto pomoc najviac potrebovali.

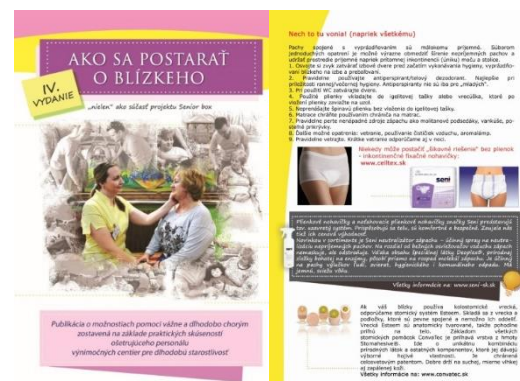


Senior box predstavuje **hodnotný komplexný a edukačný balíček**, ktorý pomáha zvyšovať pripravenosť blízkých na starostlivosť o vážne a dlhodobo chorých. **Poskytuje oporu i dôležité informácie** vo veľmi ťažkých chvíľach života.

Súčasťou SENIOR BOXU je verejnou publikácia **Ako sa postarať o blízkeho** (pozri ilustračné obrázky dole) a praktická príloha pre **domáci audit starostlivosti** o blízkeho v domácom prostredí.

SENIOR BOX obsahuje a bezplatne odovzdáva:

- mnoho dobrých rád a odporúčaní pre tú najlepšiu starostlivosť,
- podporu v beznádeji a povzbudenie v smútku,
- užitočné drobnosti (napr. plienkové nohavičky, podložky, ošetrojúce emulzie)
- cenné informácie od odborníkov priamo z praxe.



<https://www.webnoviny.sk/do-nemocnic-mieria-senior-boxy/>

<https://www.infora.sk/clanky/c55-senior-box-balicek-pomoci-pre-rodiny-starajucich-sa-o-blizkeho-s-ochorenim>