

Analýza nedostatkov súčasného systému komplexného sociálneho zabezpečenia osôb a zdravotnej starostlivosti osôb spadajúcich do systému dlhodobej starostlivosti

Autor:

- pracovná skupina expertov v rámci pilotného projektu Stratégia dlhodobej starostlivosti

názov výstupu: Analýza nedostatkov súčasného systému komplexného sociálneho zabezpečenia osôb a zdravotnej starostlivosti osôb spadajúcich do systému dlhodobej starostlivosti + návrhy na riešenie identifikovaných problémových oblastí

zadávatel': Úrad splnomocnenca vlády SR pre rozvoj občianskej spoločnosti,

národný projekt: PODPORA PARTNERSTVA A DIALÓGU V OBLASTI, PARTICIPATÍVNEJ TVORBY VEREJNÝCH POLITÍK

ITMS kód projektu: 314011M298

operačný program: OP Efektívna verejná správa

zdroj financovania: Európsky sociálny fond

obdobie vyhotovenia/spracovania: júl 2019

Tento projekt je podporený z Európskeho sociálneho fondu.

Opis Národného projektu Podpora partnerstva a dialógu v oblasti participatívnej tvorby verejných politík

Pilotná schéma participatívnej tvorby verejných politík

Pilotná schéma participatívnej tvorby verejných politík predstavuje praktickú časť projektu. Zastrešuje dvanásť pilotných projektov, ktoré testujú rôzne participačné scenáre a nástroje zapojenia verejnosti do tvorby verejných politík na 4 úrovniach (národná, regionálna, mikroregionálna, lokálna). Zameranie verejných politík predstavuje témy ako sociálna inklúzia, otvorené dáta, udržateľná mobilita, deti a mládež, medziobecná spolupráca, využívanie verejných priestorov, odpadové hospodárstvo, environmentálna výchova a vzdelávanie. Projekty boli do pilotnej schémy vybrané na základe samostatnej výzvy k predkladaniu projektov ÚSV ROS, realizovanej v Novembri 2015. Na základe dvanástich memoránd o spolupráci medzi ÚSV ROS, konkrétnym subjektom verejnej správy (VS) a vybranou mimovládnu organizáciou, ktorá vznik projektu iniciovala, vznikne dvanásť verejných politík, pripravených na zavedenie do praxe. Pilotná schéma je súčasne cenným zdrojom dát pre analytickú činnosť, ktorá predstavuje druhú časť projektu.

Analyticko-metodicko-legislatívna podpora zavádzania participatívnej tvorby verejných politík do praxe

Analyticko-metodicko-legislatívna podpora zavádzania participatívnej tvorby verejných politík do praxe predstavuje teoretickú časť projektu, ktorá je zameraná na analytickú, metodickú, legislatívnu činnosť. Na základe analytickej, metodickej a legislatívnej činnosti bude priebežne budovaná verejne elektronicky dostupná znalostná databáza. Výsledkom bude *Analýza stavu a možností participácie v SR*, ako aj návrhy na legislatívne zmeny, zvyšujúce účasť verejnosti v procese prípravy, tvorby, implementácie, monitoringu a revízie verejných politík.

Budovanie kapacít v prostredí VS predstavuje samostatný blok činností. Jeho cieľom je identifikovať príčiny nedostatočnej aplikácie inovatívnych a participatívnych metód v praxi verejnej správy. Bude navrhnutý profil absolventa, architektúra a sylaby špecializovaného vzdelávacieho programu, ako aj metodiky pre nový vzdelávací program s názvom "Participatívna tvorba politík v prostredí verejnej správy". Súčasťou je pilotné testovanie programu vzdelávania na 3 skupinách účastníkov z prostredia VS (štátna správa, regionálna územná samospráva, regionálne združenia miest a obcí, miestna územná samospráva).

Asociácia na ochranu práv pacienta SR a pilotná schéma participatívnej tvorby verejných politík

Asociácia na ochranu práv pacienta SR sa v lete 2017 pripojila do realizácie pilotnej schémy participatívnej tvorby verejných politík, ktorá je jedným z pilierov [národného projektu](#) Úradu splnomocnenca vlády SR pre rozvoj občianskej spoločnosti (ÚSV ROS) s názvom: Podpora partnerstva a dialógu v oblasti participatívnej tvorby verejných politík. Pilotnú schému tvorí [12 pilotných projektov](#), testujúcich nové modely zapájania verejnosti do tvorby verejných politík na štyroch úrovniach verejnej správy:

- úroveň miestnej územnej samosprávy,
- úroveň regionálnej územnej samosprávy,
- mikroregionálna úroveň
- národná úroveň (štátna správa).

Pilotný projekt: Stratégia dlhodobej starostlivosti

Cieľom projektu bolo umožniť nárok na dlhodobú zdravotnú starostlivosť chorým pacientom. Problematika poskytovania služieb dlhodobej starostlivosti občanom sa začala riešiť už v roku 2004 prípravou zákona o dlhodobej starostlivosti. Dodnes však nie je dostupná takáto právna úprava na Slovensku, čo spôsobuje významné problémy pri určení kompetencií, nárokovateľnosti a spôsobu financovania dlhodobej starostlivosti. Dlhodobo neriešený stav vedie k zhoršeniu kvality života dlhodobo chorých. Na príprave stratégie dlhodobej starostlivosti je nevyhnutné pracovať s verejnosťou a jednotlivými zložkami populácie tak, aby nastavené opatrenia a riešenia reflektovali potreby dotknutých skupín. Zámerom projektu bolo práve v spolupráci s verejnosťou hľadať efektívne riešenia v oblasti starostlivosti dlhodobo chorých na Slovensku, ktoré budú premietnuté do zákona.

Aktivity projektu pozostávali z analýzy súčasného stavu dlhodobej starostlivosti. Bude potrebných viacero stretnutí expertných skupín k príprave stratégie. Počas realizácie projektu boli realizované verejné konzultácie a iné stretnutia medzi inštitúciami verejnej správy, širokou verejnosťou a neziskovými organizáciami a ďalšie komunikačné a informačné aktivity v súčinnosti s partnermi a spolupracujúcimi organizáciami na projekte..

Téma

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+).¹

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).²

¹ 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.

² Vaňo. 2015. Súčasný a očakávaný populačný vývoj na Slovensku a jeho spoločenské a ekonomické dopady.

Prognostické práce, 7, 2015, č. 3.

Príprava celej spoločnosti na tento stav je nedostatočná. Chýbajú zásadné strategické a koncepcné 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.

Výstupy

- analýza nedostatkov súčasného systému komplexného sociálneho zabezpečenia osôb spadajúcich do systému dlhodobej starostlivosti,
- návrhy na riešenie identifikovaných problémových oblastí - príprava definícií, určenie kompetencií, nárokovateľnosti a spôsobu financovania dlhodobej starostlivosti
- aktualizácia Stratégie dlhodobej starostlivosti

Kontaktné osoby:

- Ministerstvo zdravotníctva SR:
 - o PhDr. Ľubomír Nebeský: lubomir.nebesky@health.gov.sk, 02/593 73 113
 - o MUDr. Boris Bánovský: boris.banovsky@health.gov.sk, 02/593 73 115
- Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny SR:
 - o Dana Podobná: dana.podobna@employment.gov.sk, 02/204 61 055
 - o JUDr. Nadežda Šebová: nadezda.sebova@employment.gov.sk, 02/204 61 055
- Asociácia na ochranu prác pacienta SR:
 - o PhDr. Mária Lévyová: maria.levyova@aopp.sk, 0915 572 760
 - o Helena Valčeková: aopp@aopp.sk, 0910 904 634

Analýza nedostatkov súčasného systému komplexného sociálneho zabezpečenia osôb a zdravotnej starostlivosti osôb spadajúcich do systému dlhodobej starostlivosti - materiál predstavuje odborné podklady pre aktualizáciu Stratégie dlhodobej starostlivosti a jednotlivé časti spracovaného materiálu budú slúžiť ako prílohy k Stratégii.

Sprievodné odborné materiály z dielne Asociácie na podporu prác pacientov sa zamerali na mapovanie a vyhodnotenie postojov a návrhov verejnosti v oblasti poskytovania dlhodobej starostlivosti na Slovensku – prieskum, ktoré sumarizuje do hlavných zistení prieskumu a odporúčaní k stratégii a zákonu vyplývajúce z výsledkov prieskumu.

Materiál súčasne ponúka:

- ANALÝZU VPLYVOV NA ROZPOČET VEREJNEJ SPRÁVY V RÁMCI ZMIEN V OBLASTI POSKYTOVANIA NÁSLEDNEJ ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI – NOVELA ZÁKONA Č. 581/2004 Z. Z.
- POSUDZOVANIE ODKÁZANOSTI V NEMECKU
- POSÚDENIE ODKÁZANOSTI A ROZHODNUTIE O STUPNI ODKÁZANOSTI V RAKÚSKU
- TRENDY VÝVOJA POČTU LÔŽOK DLHODOBEJ STAROSTLIVOSTI V INŠTITÚCIÁCH A V NEMOCNICIACH (VEĽKÁ BRITÁNIA A INÉ)
- PRÍKLAD 1 / OPTIMÁLNY MODEL ZABEZPEČENIA INŠTITUCIONÁLNEJ DSZS
- PRÍKLAD 2 / PODKLADOVÉ KALKULÁCIE – PRÍKLADY FINANCOVANIA Z PRAXE
- PRÍKLAD 3 / PRÍKLADY FINANCOVANIA RÔZNYCH DRUHOV POBYTOVÝCH ZARIADENÍ S RÔZNOU MIEROU SPOLUÚČASTI KLIENTOV
- PRÍKLAD 4 / CHRONIC CARE MODEL (WAGNER ET AL, 1999)
- PRÍKLAD 5 / ROZVOJ NÁSTROJOV PRE EFEKTIVIZÁCIU PROCESOV ZABEZPEČENIA ADEKVÁTNEJ STAROSTLIVOSTI VŠETKÝM INDIKOVANÝM OSOBÁM - PRÍKLADY Z PRAXE

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

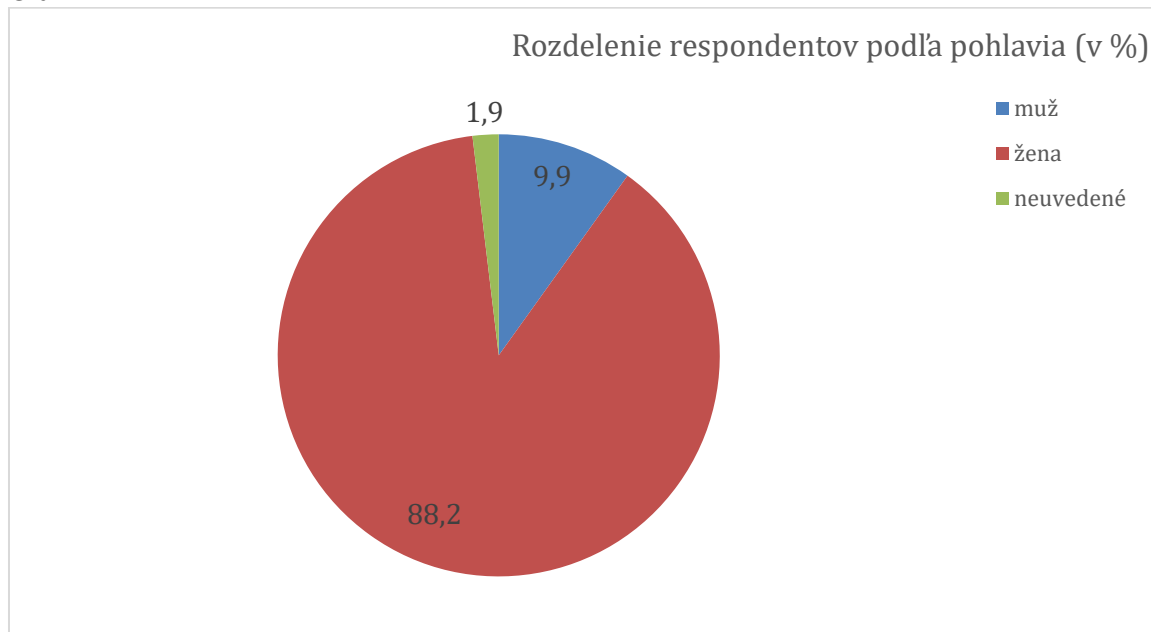
- **Základná charakteristika vzorky** (otázky č. 1, č. 2)

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
neuveďené	11	1.9

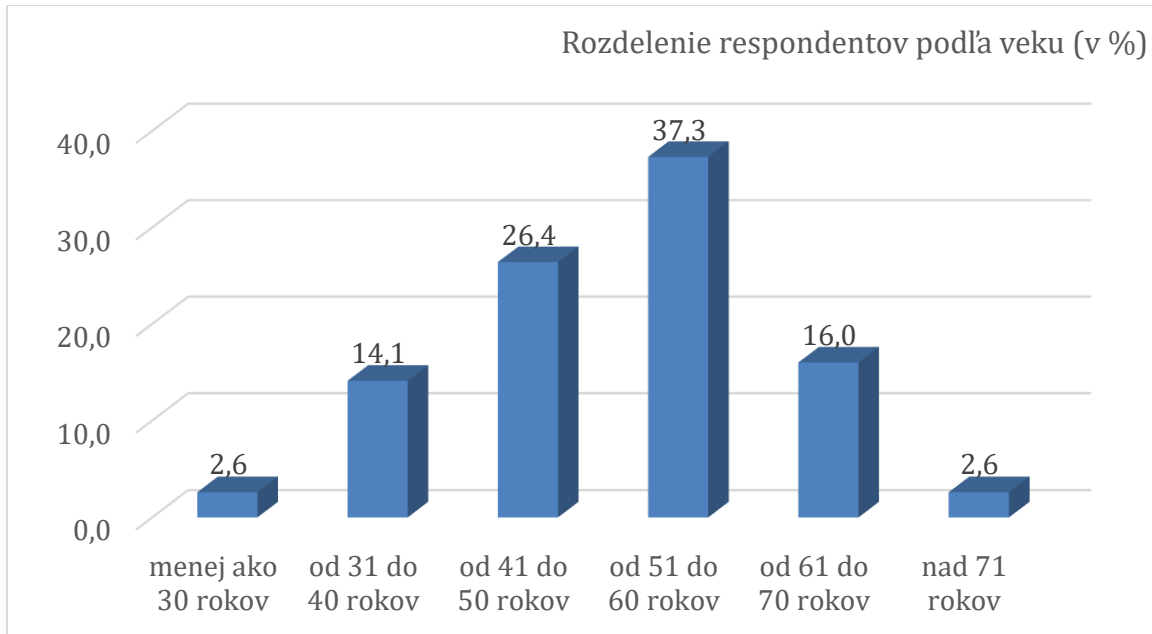
Graf 1



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

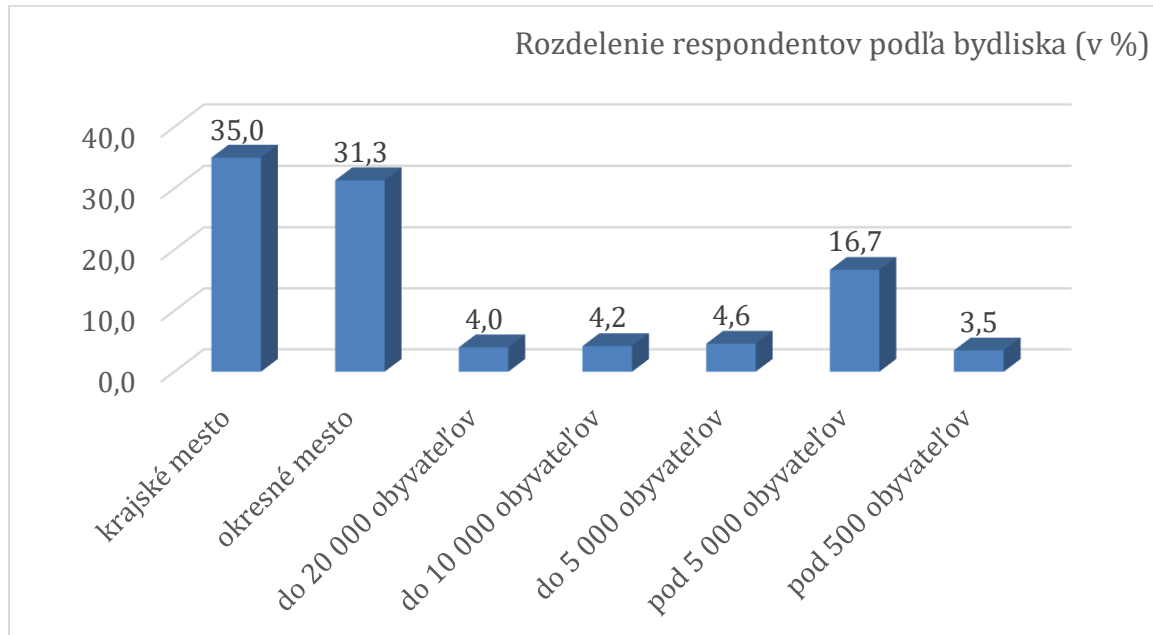
Graf 2



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).

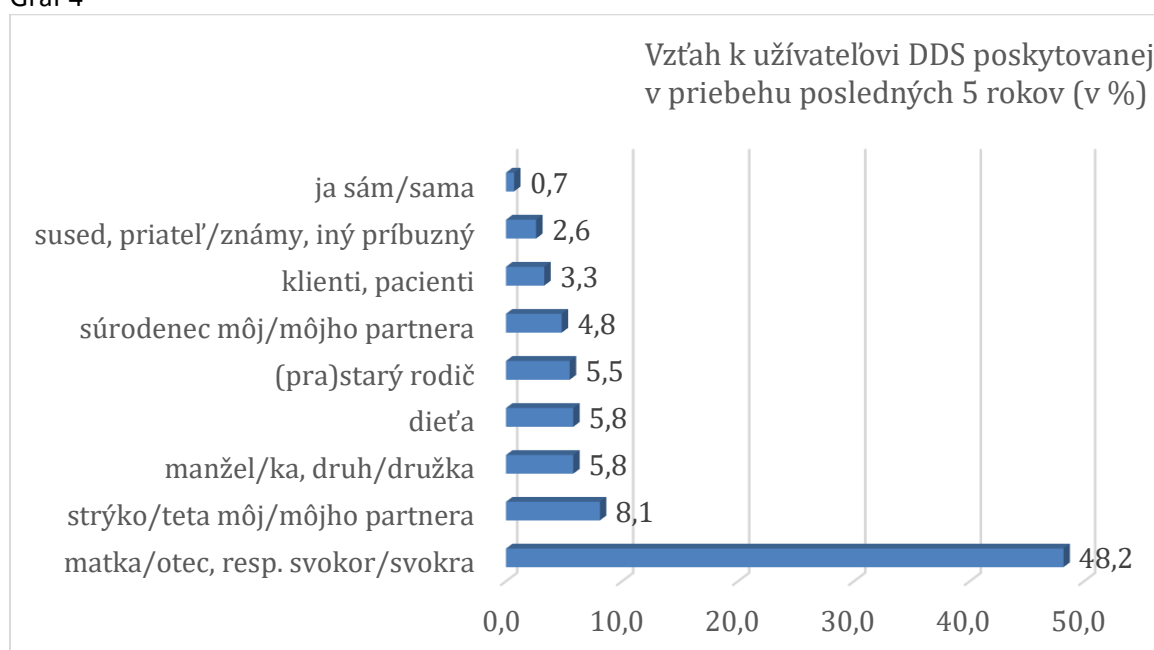
Tab. 4 Vzťah k užívateľovi dlhodobej starostlivosti

1. Uveďte, 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. Uveďte, 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

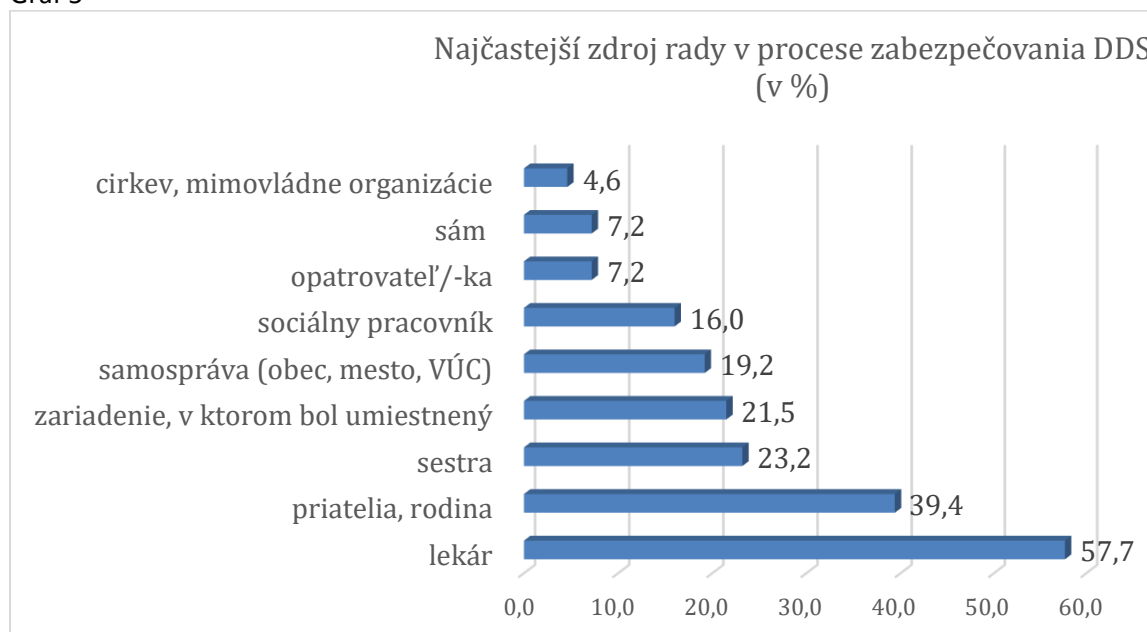
Najčastejšími zdrojmi informácií v procese zabezpečenia dlhodobej starostlivosti sú pre respondentov: lekár - 57.7 %, priatelia a rodina - 39.4 %, sestra - 23.2 %, zariadenie, v ktorom bol ich blízky umiestnený - 21.5 % a samospráva - 19.2 % (Tab. 6, Graf 5).

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 veriť.“
„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
opatrovatel'/-ka	41	7.2
sám	41	7.2
cirkev, mimovládne organizácie	26	4.6

Graf 5



Otázka č. 6

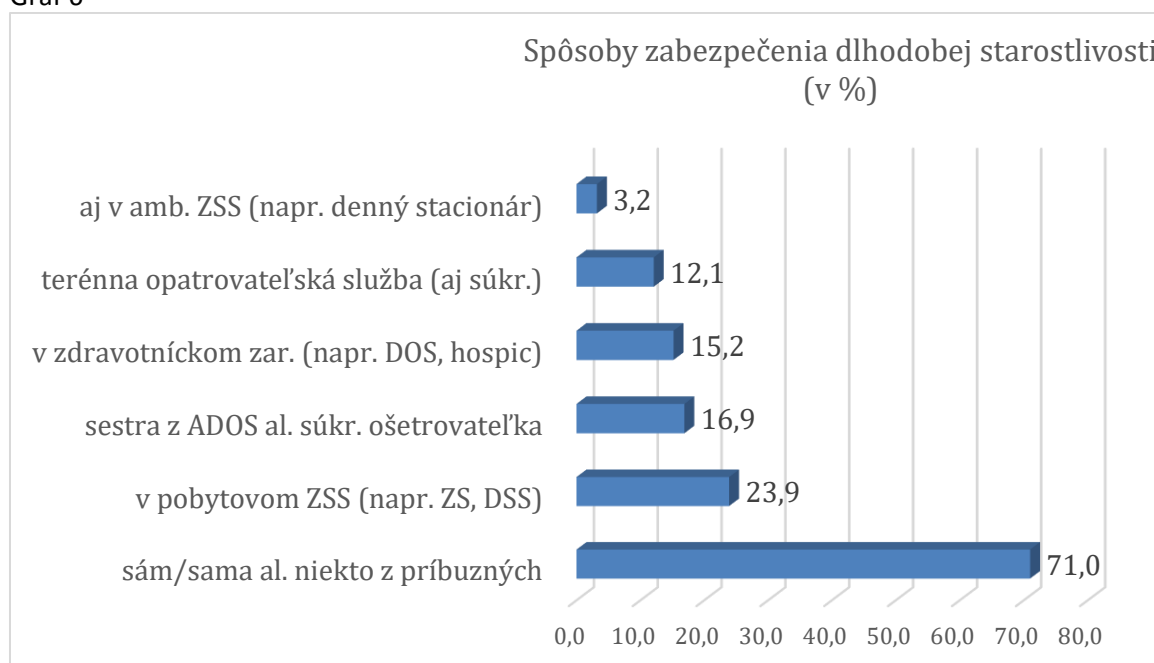
Dlhodobá starostlivosť je v najväčšom rozsahu poskytovaná **v domácom prostredí opatrovaného** prostredníctvom **jedného alebo viacerých členov rodiny** – spolu 71.0 %, pričom len 13.5 % poberá aj príspevok na opatrovanie. V rámci domácej dlhodobej starostlivosti neformálni opatrovatelia

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



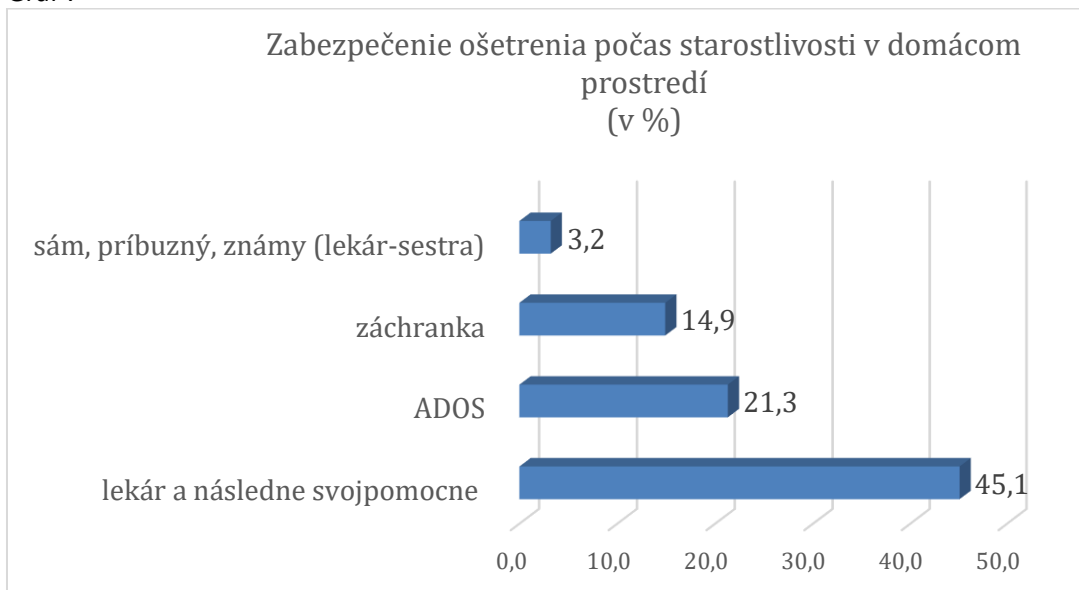
Otázka č. 5

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)

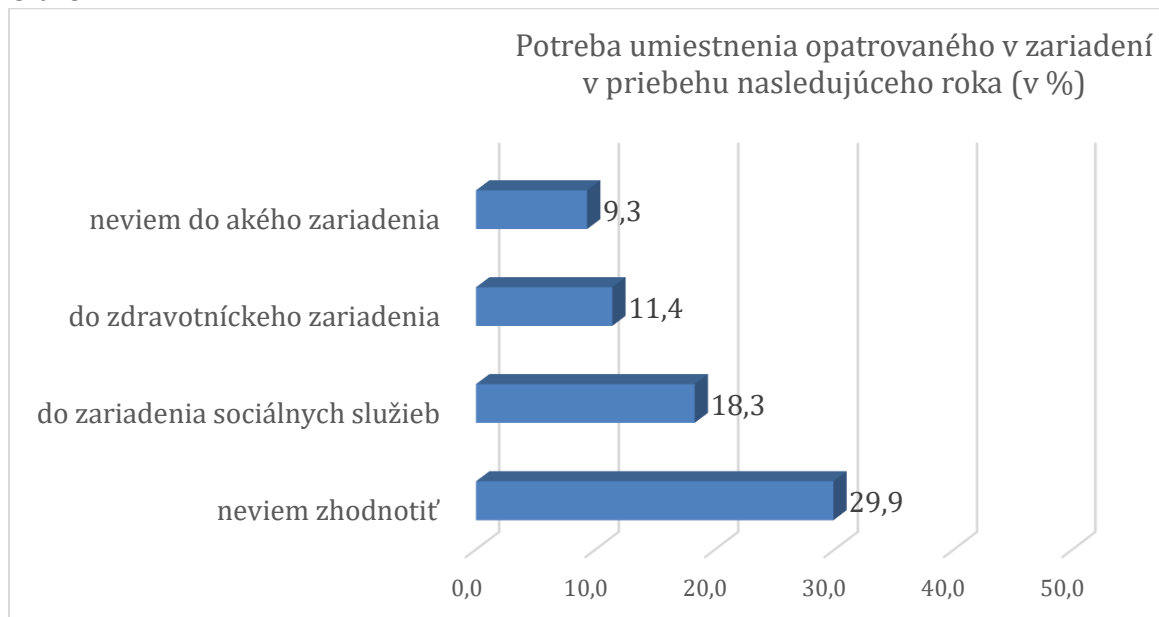
Otázka č. 7

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, uveďte 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



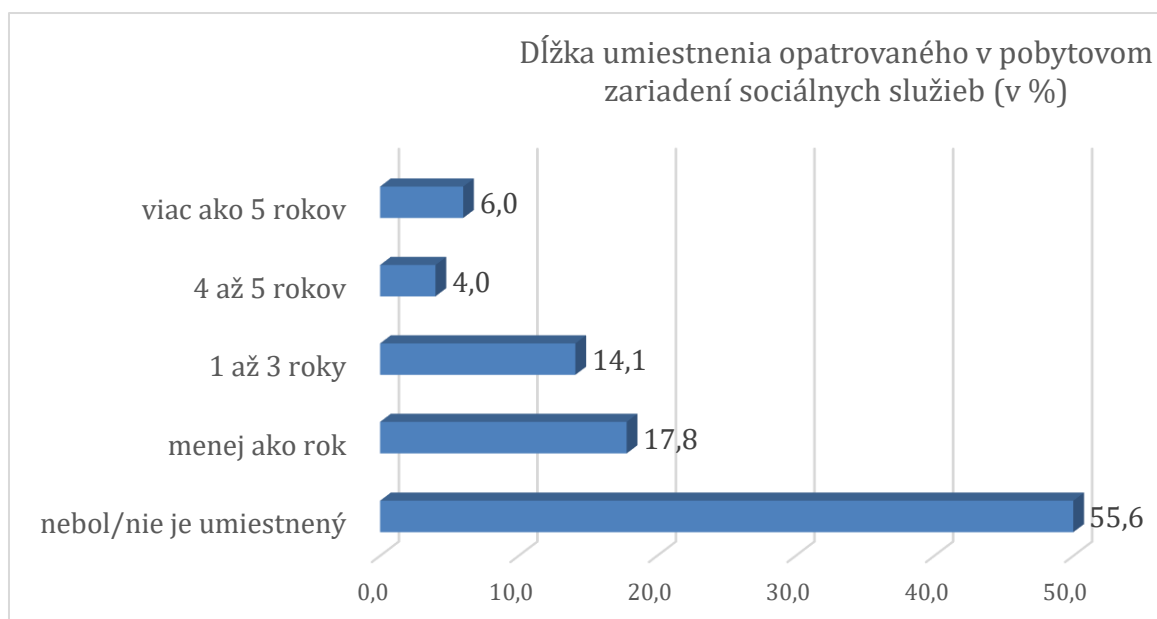
Otázka č. 10

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

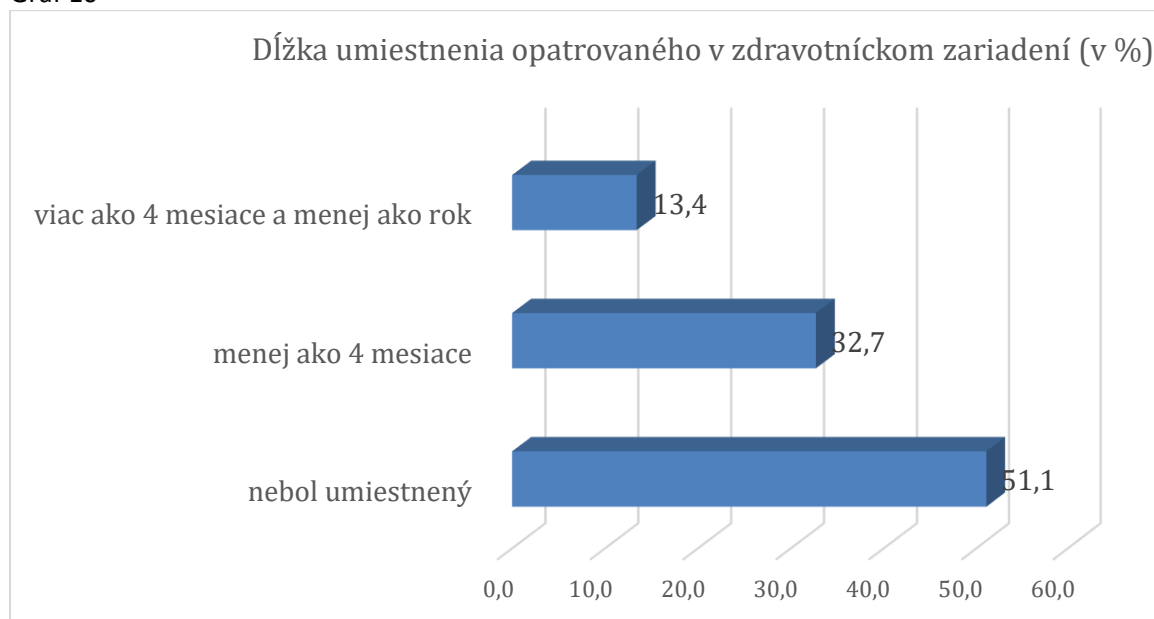
Otázka č. 4

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

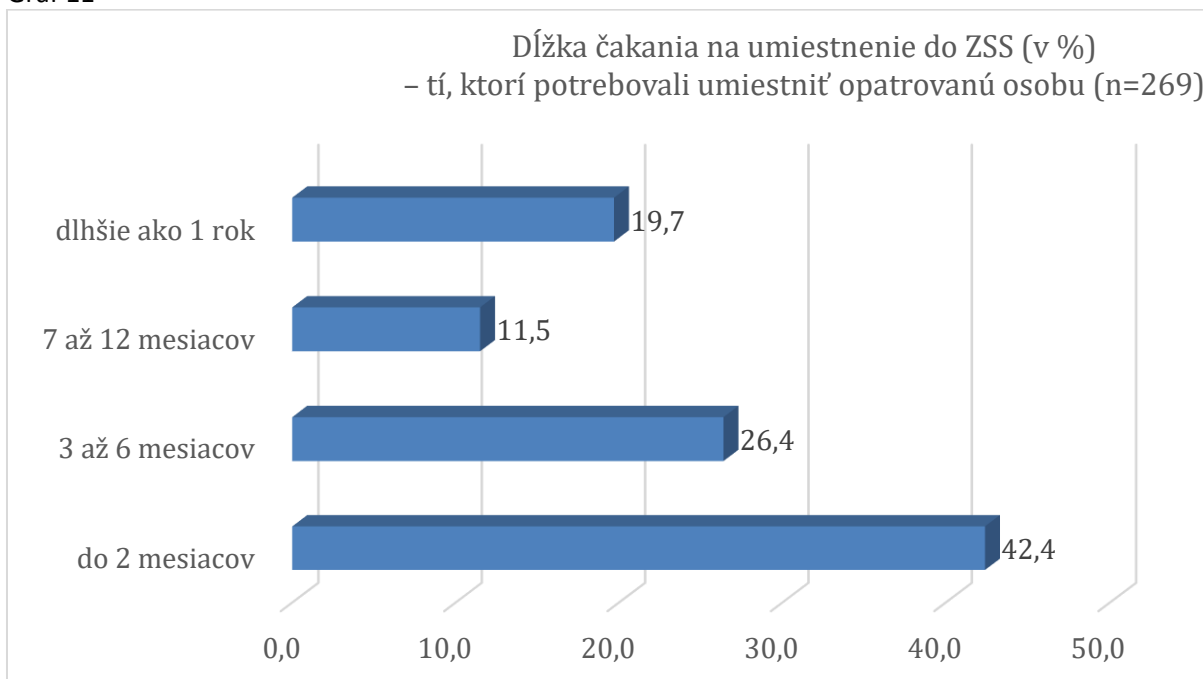
4. Ako dlho ste čakali na umiestnenie Vášho blízkeho do ZSS?	n = 568	%
do 2 mesiacov	114	20.1
3 až 6 mesiacov	71	12.5
7 až 12 mesiacov	31	5.5
dlhšie ako 1 rok	53	9.3
nebol potrebný takýto druh starostl.	281	49.5
chýbajúce	18	3.2

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).

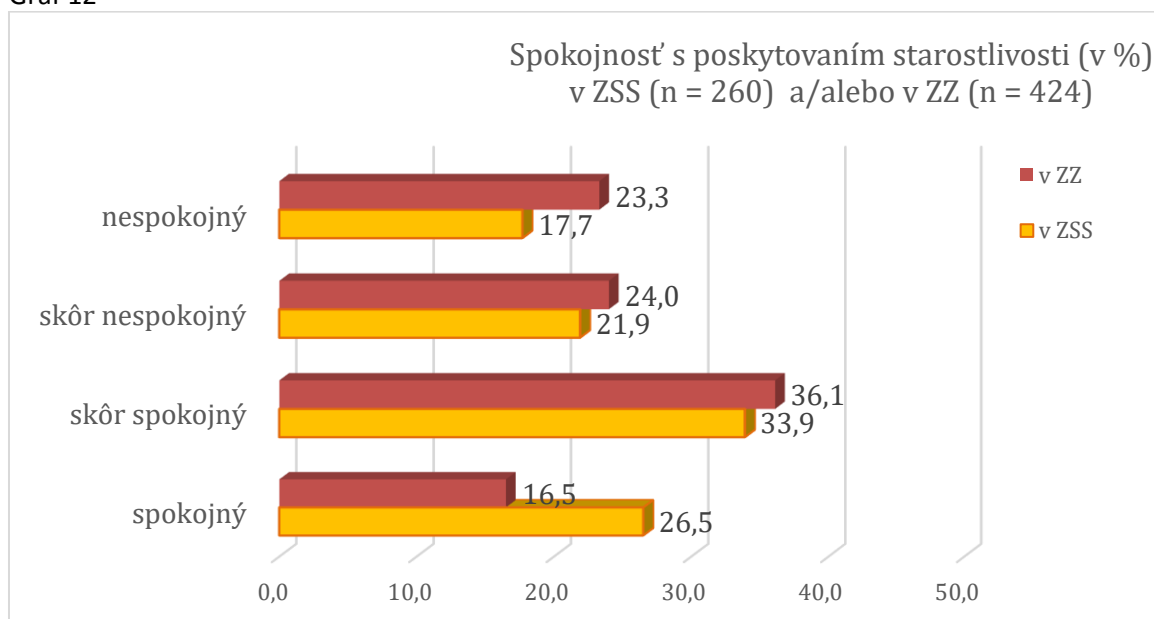
Tab. 14a Spokojnosť s poskytovaním starostlivosti počas pobytu v ZSS a/alebo v ZZ

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 – len 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

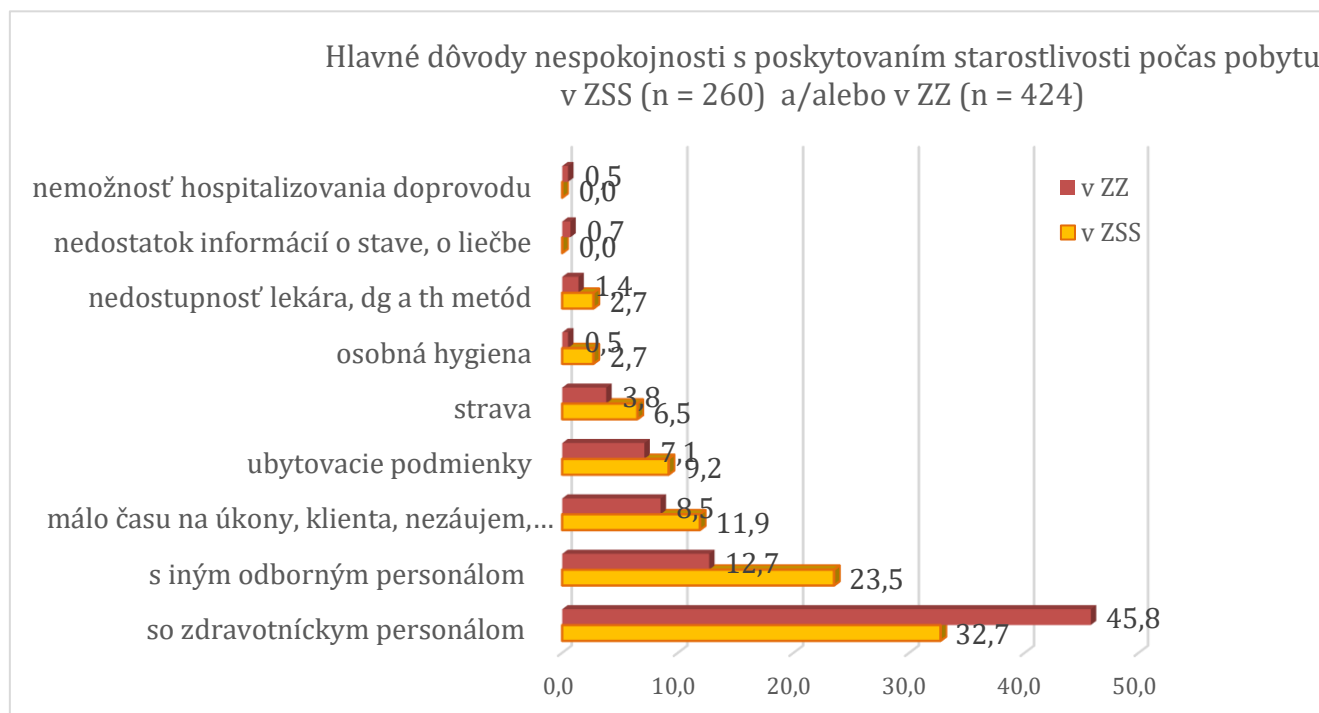
Graf 12



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



„Vykónávala 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, malo 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 atp., 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 dietne sestry. Je toho veľa, ale najhoršie je, že štát nemá dostatok takýchto zariadení.“

„Absolútna neznalosť základných zásad diétológie 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 (Kocúrko).“

„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 odborníkovi. 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)

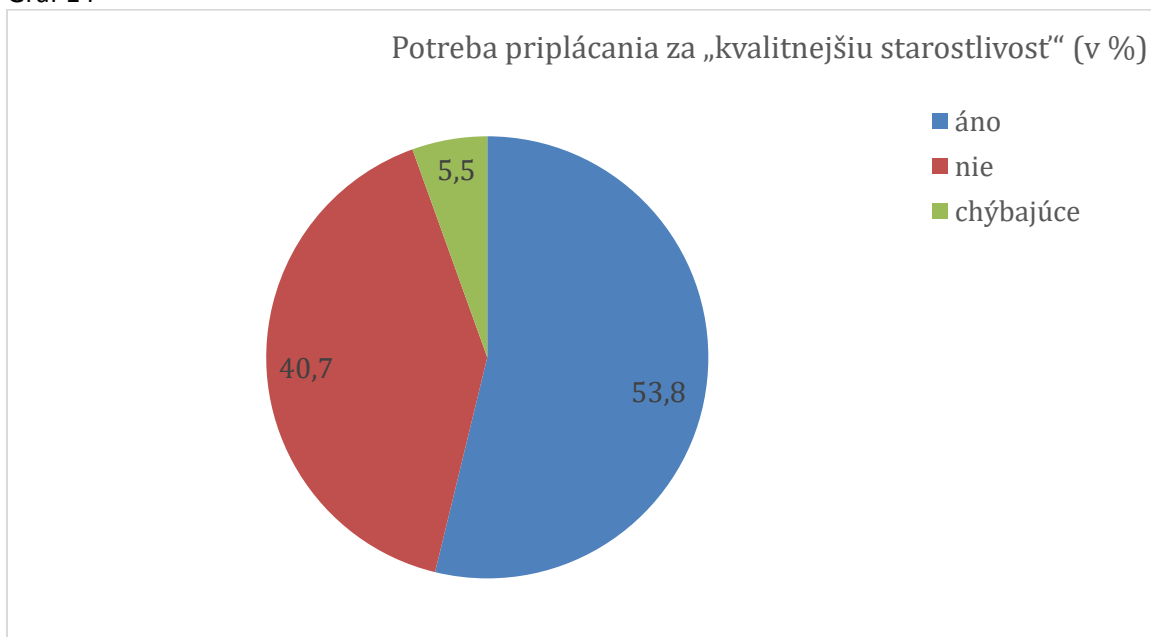
Otázka č. 19

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 opakovane), 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



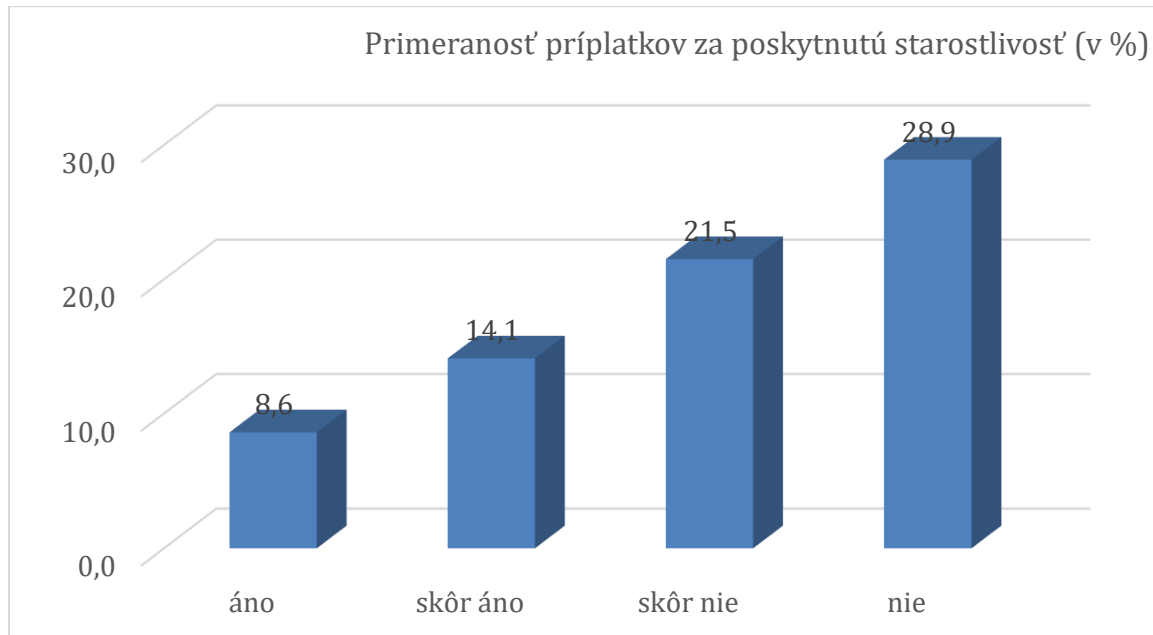
Otázka č. 20

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

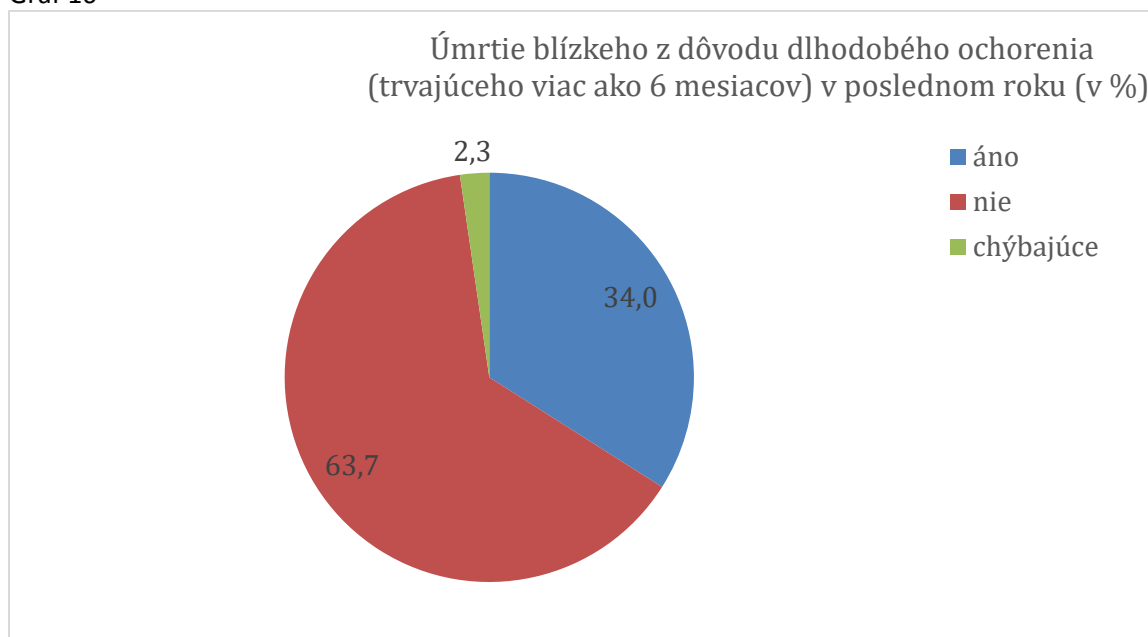
Úmrtie blízkeho v priebehu posledného roka, z dôvodu dlhodobého ochorenia (trvajúceho viac ako 6 mesiacov), uviedlo 34.0 % zo všetkých respondentov (Tab. 18, Graf 16).

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 (trvajúceho 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

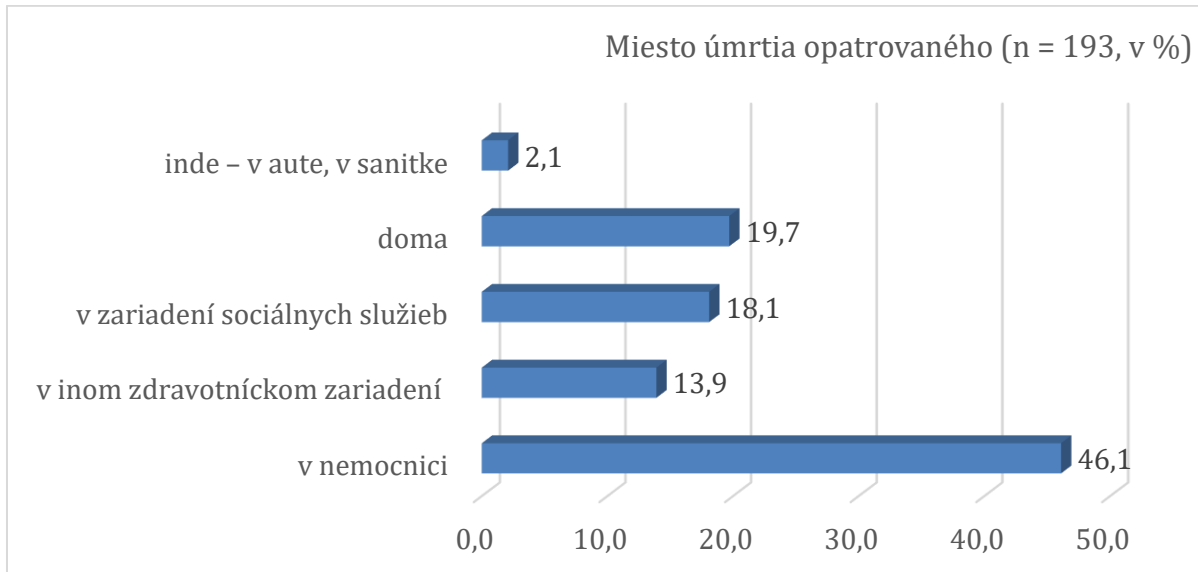
Graf 16



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

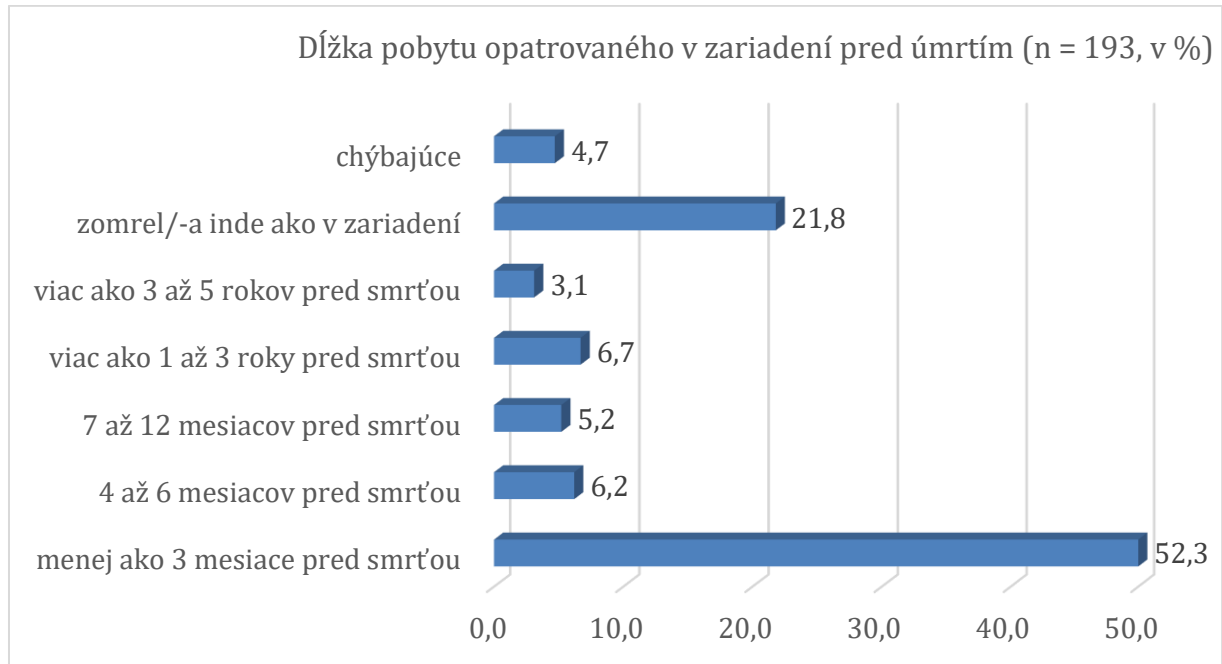
Graf 17



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



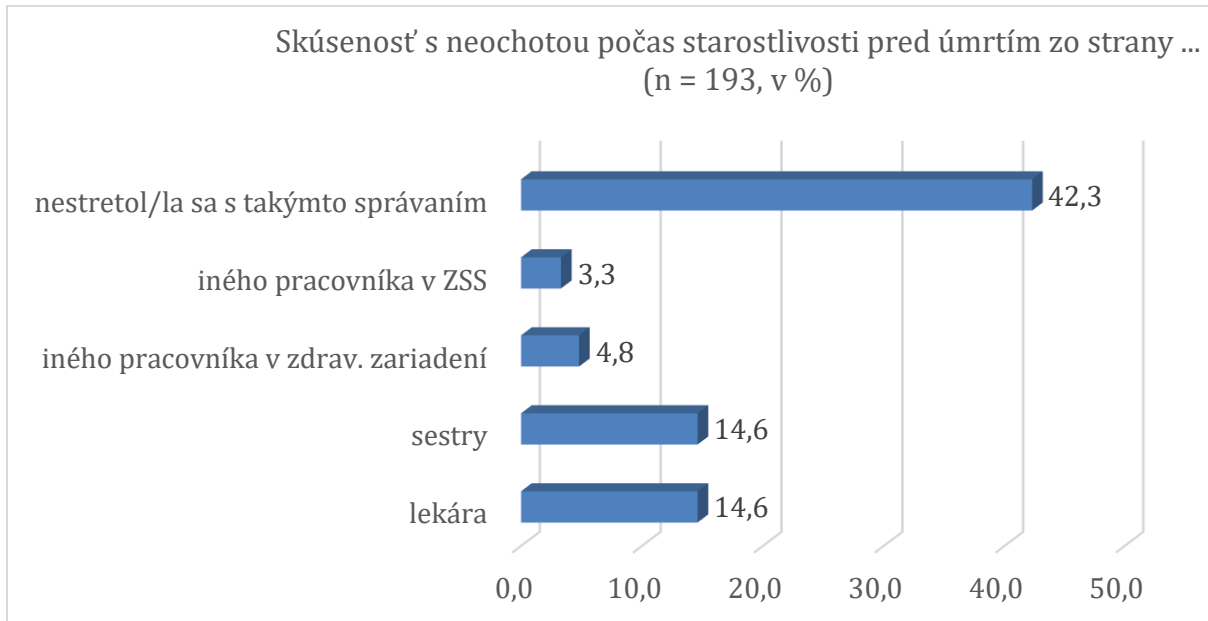
Otázka č. 18

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 ležiaku a bezvládnú 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 nenákrmili - 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 a ešte budú presnejšie spracované. Podľa predbežného spracovania by zlepšenie malo nastať najmä v nasledovných oblastiach:

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

- 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

- 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**:
 - 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 **system 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 štandardy 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 budúca 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-smerovaní-dlhodobej-starostlivosti-na-slovensku>

<https://aopp.sk/event/v-banskej-bystrici-sa-diskutovalo-o-bud%3%BAcnosti-dlhodobej-starostlivosti-na-slovensku/348/default/history/>

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

<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>

**ANALÝZA VPLYVOV NA ROZPOČET VEREJNEJ SPRÁVY V RÁMCI ZMIEN V OBLASTI
POSKYTOVANIA NÁSLEDNEJ ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI – NOVELA
ZÁKONA Č. 581/2004 Z. Z.**

Vplyvy na rozpočet verejnej správy	Vplyv na rozpočet verejnej správy v eurách			
	2019	2020	2021	2022
Príjmy verejnej správy celkom	0	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	24 968 551	21 083 432	22 927 826
v tom: za každý subjekt verejnej správy / program zvlášť	0	0	0	0
z toho:				
- vplyv na ŠR	0	0	0	0
<i>Rozpočtové prostriedky</i>	0	0	0	0
<i>EÚ zdroje</i>	0	0	0	0
<i>Spolufinancovanie</i>	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
<i>vplyv na verejné zdravotné poistenie</i>		16 242 943	7 806 733	8 373 082
<i>z toho</i>				
<i>následná ústavná zdravotná</i>		8 416 684	4 721 836	5 148 463
<i>starostlivosť</i>				
<i>ADOS</i>		7 343 626	2 757 044	2 879 512
<i>mobilný hospic</i>		482 632	327 852	345 107

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.

Navrhované zmeny si vyžadujú zmenu informačného systému Sociálnej poisťovne, pričom celkové zvýšenie výdavkov sa odhaduje na úrovni 1,2 mil. eur. Z uvedených 1,2 mil. eur sa

predpokladá suma 0,7 mil. eur na informačný systém nemocenského poistenia a lekárskej posudkovej činnosti a 0,5 mil. eur na informačný systém jednotného výberu poistného. V ďalších rokoch budú výdavky na podporu informačných systémov súvisiace s uvedenou novelou zabezpečené v rámci paušálov z aktuálnych zmluvných vzťahov.

Posilnenie následnej zdravotnej starostlivosti 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.

Navrhujeme verejnú minimálnu 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.

Porovnanie a návrhy pre mobilný hospic:

Mobilné hospice	2017	2020	2021	2022
Počet poskytovateľov	14	16	24	32
Počet pacientov	419	1 000	1 500	2 000
Počet návštev	7 230	17 255	25 883	34 511
Celkové úhrady od ZP	104 000 €	603 938 €	931 790 €	1 276 897 €
Priemerná úhrada za návštevu	14 €	35 €	36 €	37 €
Počet návštev u 1 pacienta	17	17	17	17
Nárast úhrad ZP voči valorizovanej báze 2017 na predpoklad 2019 a medzoročný nárast		482 632 €	327 852 €	345 107 €

MZ SR je názoru, 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 medzoročný 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 35 € za výjazd je dostatočná motivácia pre prácu zdravotníckeho tímu, pokrytie nákladov za transport a ďalších nákladov.

Navrhované ceny pre mobilné hospice

V cenovom opatrení sa navrhuje regulovať ceny pre mobilné hospice, čím odpadne povinnosť dohodovať 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

a) 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 ŠÚ SR 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

c) Pevná cena návštevy pacienta lekárom je vo výške 35 eura za každú návštevu.

- **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.

- **Posilnenie ADOS (Agentúra domácej ošetrovateľskej starostlivosti)**

ADOS – je 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.

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

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

Porovnanie a návrhy pre ADOS:

ADOS	2017	2020	2021	2022
Počet sestier	802	1 000	1 064	1 128
Počet návštev	1 534 668	1 913 551	2 036 018	2 158 486
Celkové úhrady od ZP	17 000 000 €	22 005 838 €	24 432 221 €	26 981 071 €
Priemerná úhrada za návštevu	11 €	12 €	12 €	13 €
Cena za dopravu - 2,7 € za návštevu	- €	5 166 588 €	5 497 250 €	5 827 911 €
Nárast úhrad ZP voči valorizovanej báze 2017 na predpoklad 2019 a medziročný nárast		7 343 626 €	2 757 044 €	2 879 512 €

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 2,50 eura počas pracovných dní a 2,75 eura počas víkendov a sviatkov. alebo

d) Ku každej návšteve pacienta sa pripočítava cena dopravy vo výške 0,50 eura za jeden kilometer jazdy.

Od posilnenia týchto zdravotníckych zariadení si sľubujeme poskytovanie zdravotnej starostlivosti v domácom prostredí osoby v širšom meradle, t. j. očakávame, 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 skraca sa tým aj čakanie.

• Následná ústavná zdravotná starostlivosť

Navrhuje sa, aby sa v rámci ústavnej starostlivosti poskytovala následná starostlivosť. Následná starostlivosť sa poskytuje do vyliečenia osoby, najviac však do troch mesiacov od stabilizácie zdravotného stavu osoby v ústavnom zdravotníckom zariadení. Ak ide o osobu s poruchou základných životných funkcií a zdravotnou starostlivosťou nie je možné podstatne zlepšiť jej zdravotný stav, následná starostlivosť sa predlžuje podľa indikácie konzília.

Následná ústavná 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 ústavná ošetrovateľská starostlivosť sa poskytuje do vyliečenia osoby, najviac však do šiestich mesiacov v dome ošetrovateľskej starostlivosti. Po uplynutí šiestich mesiacov sa následná ústavná ošetrovateľská starostlivosť predlžuje podľa indikácie konzília.

Vytvára sa tak priestor pre rodinných príslušníkov pripraviť sa na príchod svojho blízkeho z nemocnice. Následná starostlivosť sa bude poskytovať na oddeleniach dlhodobých chorých, paliatívnej medicíny, fyziatrie, balneológie a liečebnej rehabilitácie, doliečovacích oddeleniach, v hospicioch a liečebniach. V nemocniciach bude môcť pacient stráviť tri mesiace, v domoch ošetrovateľskej starostlivosti šesť mesiacov.

Pacienti si majú za takúto starostlivosť doplácať päť eur na deň. Od poplatku však budú viaceré osoby oslobodené, napríklad tehotné ženy, ľudia v hmotnej núdzi, nositelia ocenenia najmenej striebornej Janského plakety, osoby zdravotne ťažko postihnuté aj dôchodcovia.

Navrhuje sa v cenovom opatrení stanoviť pevnú cenu za lôžko-deň takto:

Ústavná ošetrovateľská starostlivosť (DOS)	65 €
Ústavná hospicová starostlivosť	85 €
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.

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.“.

Počet lôžok pre vybrané typy oddelení následnej ZS - lineárny rast, stanovené fixne podľa návrhu v Stratifikácii

	2017	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Ústavná ošetrovateľská starostlivosť	299	327	355	383	412	440	468	496	524	552	580	609
Ústavná hospicová starostlivosť	208	286	364	443	521	599	677	755	834	912	990	1068
Paliatívna medicína	86	116	147	177	207	237	268	298	328	358	389	419
SPOLU	593	730	866	1 003	1 139	1 276	1 413	1 549	1 686	1 822	1 959	2 096

Úhrada za lôžkoveň - príjmy poskytovateľov v roku 2017 (zdroje VZP + dotácie) a návrh optimálnej úhrady na pokrytie prevádzkových nákladov od 2020 + 5% medziročný nárast, mzdový automat

	2017	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Ústavná ošetrovateľská starostlivosť	65 €	65 €	68 €	72 €	75 €	79 €	83 €	87 €	91 €	96 €	101 €	106 €
Ústavná hospicová starostlivosť	44 €	85 €	89 €	94 €	98 €	103 €	108 €	114 €	120 €	126 €	132 €	138 €
Paliatívna medicína	81 €	85 €	89 €	94 €	98 €	103 €	108 €	114 €	120 €	126 €	132 €	138 €

Kalkulácia dopadu za ústavnú následnú ZS

Celkové náklady pre zdroje VZP od 2020	2017	2020	2021	2022
Ústavná ošetrovateľská starostlivosť	4 836 065 €	6 985 225 €	7 965 356 €	9 026 037 €
Ústavná hospicová starostlivosť	2 455 552 €	7 991 458 €	10 683 787 €	13 625 371 €
Paliatívna medicína	1 115 585 €	3 246 162 €	4 295 538 €	5 441 736 €
Spolu náklady	8 407 202 €	18 222 845 €	22 944 681 €	28 093 143 €
Nárast úhrad ZP voči valorizovanej báze 2017 na predpoklad 2019 a medziročný nárast		8 416 684 €	4 721 836 €	5 148 463 €

Zdroj: Analýza vplyvov na rozpočet verejnej správy, na zamestnanosť vo verejnej správe a financovanie návrhu. Zhrnutie vplyvov na rozpočet verejnej správy v návrhu LP/2019/453 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

Viac na: <https://www.slov-lex.sk/legislativne-procesy/-/SK/dokumenty/LP-2019-453>

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.

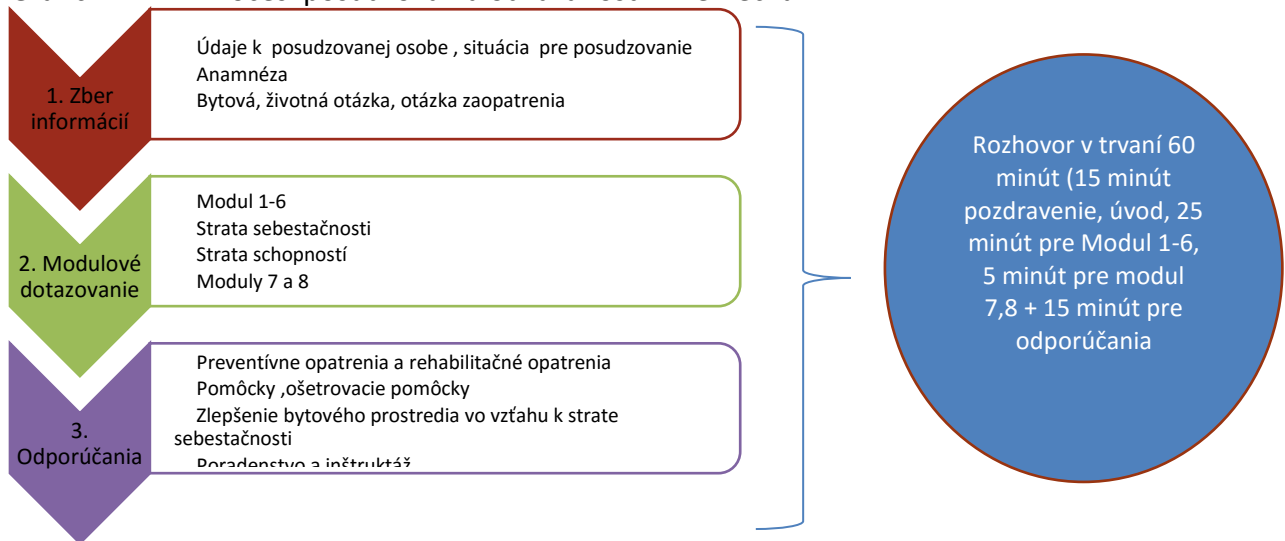
MDK realizovalo posúdenie odkázanosti za základe časového údajá, koľko vyžaduje pomoc poistencovi pri sebaobslužných činnostiach (napr. umývanie, obliekanie, jedenie). To platilo do roku 2017.

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 moduloch**, 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. 1 Proces posudzovania odkázanosti v Nemecku



Posudzovací nástroj má spolu 64 rozhodujúcich kritérií v module 1 až 6 s vplyvom na stupeň odkázanosti, v moduloch 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 I: 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

Verstanden

Zdroj:

Sebestačnosť 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 **siedmych 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

Stupeň	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 prostredia 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.

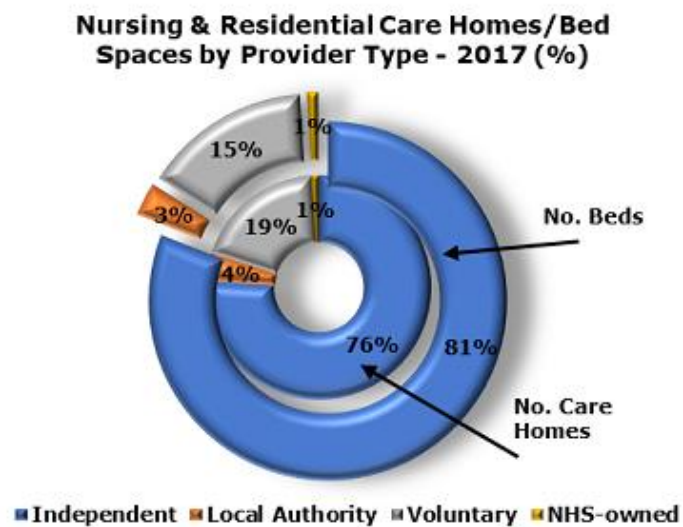
Užívatelia dlhodobej starostlivosti vo všeobecnosti **uprednostňujú zostať doma**. Väčšina krajín v posledných rokoch podnikla kroky na podporu tejto preferencie a **podporu komunitnej starostlivosti**. V závislosti od individuálnych okolností však môže byť prechod na inštitúcie dlhodobej starostlivosti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

Tabuľka: 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
SPOLU	368 616 363	132 825 505	163 103 568	57 846 206	6 939 497	675 752	404 883 075	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	323 105	155 908 760	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	160 256	133 688 162	63 875 932	22 627 408	4 104 583	126 100	
špecializované zariadenie	47 968 878	16 278 389	22 029 490	7 867 983	953 038	158 765	59 034 817	27 906 402	9 795 641	1 011 570	150 089	
denný stacionár	6 312 626	2 848 295	2 137 958	814 619	71 424	9 945	11 988 772	4 430 338	1 654 482	72 002	6 760	
domov sociálnych služieb pre deti	6 435 443	1 631 653	3 309 516	1 168 804	259 065	1 464	6 212 897	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	247	3 697 332	1 627 173	584 825	130 055	1 605	
zariadenie núdzového bývania	2 493 935	834 961	892 326	356 344	349 513	1 624	2 740 571	1 209 454	434 009	26 832	5 809	
útulky	5 234 253	1 940 193	2 072 852	755 501	52 968	806	5 681 566	2 266 466	830 951	435 938	3 907	
rehabilitačné stredisko	3 567 673	1 045 459	1 662 907	579 828	244 679	290	3 350 745	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	19 250	19 821 129	9 017 928	3 210 047	346 171	45 984	
nočľahareň	1 832 270	856 479	648 654	233 871	6 614	0	2 065 013	779 470	277 991	2 330	83	
domov na polceste	748 277	329 043	291 502	102 295	4 800	0	693 311	286 219	104 391	32 751	1 087	

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

PRÍKLADY




























































































































































































Príklad 1

Optimálny model zabezpečenia inštitucionálnej DSZS

V tejto časti predstavujeme analýzu a zároveň možnosti modelovania optimálnej štruktúry inštitucionálnych poskytovateľov DSZS a zároveň poukazujeme na efektivitu 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 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

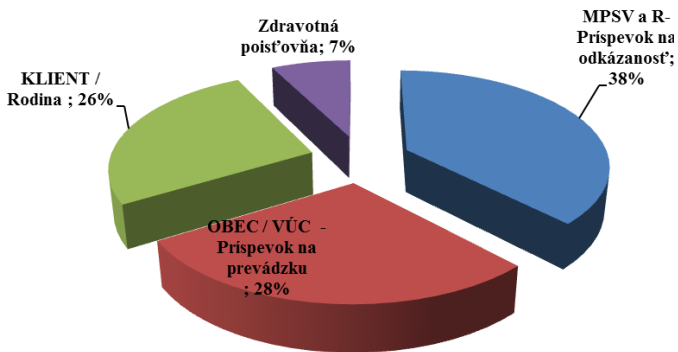
Porovnanie potenciálu poskytovateľov naplniť potreby i očakávania zainteresovaných strán.

Kritérium pre hodnotenie naplnenia MODELU PREPOJENIA v %		Model prepojenej zdravotnej a sociálnej starostlivosti (potenciál poskytovateľov)	
Druh poskytovateľa	 <p>Ošetrovateľská starostlivosť (ODCH, LDCH...)</p> <p>51,25%</p>	 <p>Domny 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, malnutície, ...)</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 ošetrovateľskej starostlivosti vo vzťahu k základným 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, prostredie je bezpodnetné, RHB iba ako nadštandard alebo veľmi sporadicky)</p>	 <p>80% (pacienti sú pravidelne zapájaní do sociálnych aktivít, prostredie <u>nie je bezpodnetné</u>)</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 redukcii 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 ponuky nadštandardnej starostlivosti podľa dopytu	 <p>Negatívny Vzhľadom na komplikácie z nedostatku ošetrovateľskej a sociálnej starostlivosti</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>Áno, typická prax ZSS</p>	 <p>Áno, typická prax ZSS</p>
		 <p>Positívny Vzhľadom na preventívny, komplexný prístup</p>	 <p>Positívny Vzhľadom na preventívny, komplexný prístup</p>
		 <p>Positívny Vzhľadom na preventívny, komplexný prístup</p>	 <p>Positívny Vzhľadom na preventívny, komplexný prístup</p>
		 <p>Áno, typická prax ZSS</p>	 <p>Áno, typická prax ZSS</p>
		 <p>Positívny Vzhľadom na preventívny, komplexný prístup</p>	 <p>Positívny Vzhľadom na preventívny, komplexný prístup</p>
		 <p>Positívny Vzhľadom na preventívny, komplexný prístup</p>	 <p>Positívny Vzhľadom na preventívny, komplexný prístup</p>
		 <p>Áno, typická prax ZSS</p>	 <p>Áno, typická prax ZSS</p>
		 <p>Positívny Vzhľadom na preventívny, komplexný prístup</p>	 <p>Positívny Vzhľadom na preventívny, komplexný prístup</p>
		 <p>Positívny Vzhľadom na preventívny, komplexný prístup</p>	 <p>Positívny Vzhľadom na preventívny, komplexný prístup</p>
		 <p>Áno, typická prax ZSS</p>	 <p>Áno, typická prax ZSS</p>
		 <p>Positívny Vzhľadom na preventívny, komplexný prístup</p>	 <p>Positívny Vzhľadom na preventívny, komplexný prístup</p>
		 <p>Positívny Vzhľadom na preventívny, komplexný prístup</p>	 <p>Positívny Vzhľadom na preventívny, komplexný prístup</p>
		 <p>Áno, typická prax ZSS</p>	 <p>Áno, typická prax ZSS</p>
		 <p>Positívny Vzhľadom na preventívny, komplexný prístup</p>	 <p>Positívny Vzhľadom na preventívny, komplexný prístup</p>
		 <p>Positívny Vzhľadom na preventívny, komplexný prístup</p>	 <p>Positívny Vzhľadom na preventívny, komplexný prístup</p>
		 <p>Áno, typická prax ZSS</p>	 <p>Áno, typická prax ZSS</p>
		 <p>Positívny Vzhľadom na preventívny, komplexný prístup</p>	 <p>Positívny Vzhľadom na preventívny, komplexný prístup</p>
		 <p>Positívny Vzhľadom na preventívny, komplexný prístup</p>	 <p>Positívny Vzhľadom na preventívny, komplexný prístup</p>
		 <p>Áno, typická prax ZSS</p>	 <p>Áno, typická prax ZSS</p>
		 <p>Positívny Vzhľadom na preventívny, komplexný prístup</p>	 <p>Positívny Vzhľadom na preventívny, komplexný prístup</p>
		 <p>Positívny Vzhľadom na preventívny, komplexný prístup</p>	 <p>Positívny Vzhľadom na preventívny, komplexný prístup</p>
		 <p>Áno, typická prax ZSS</p>	 <p>Áno, typická prax ZSS</p>
		 <p>Positívny Vzhľadom na preventívny, komplexný prístup</p>	 <p>Positívny Vzhľadom na preventívny, komplexný prístup</p>
		 <p>Positívny Vzhľadom na preventívny, komplexný prístup</p>	 <p>Positívny Vzhľadom na preventívny, komplexný prístup</p>
		 <p>Áno, typická prax ZSS</p>	 <p>Áno, typická prax ZSS</p>
		 <p>Positívny Vzhľadom na preventívny, komplexný prístup</p>	 <p>Positívny Vzhľadom na preventívny, komplexný prístup</p>
		 <p>Positívny Vzhľadom na preventívny, komplexný prístup</p>	 <p>Positívny Vzhľadom na preventívny, komplexný prístup</p>
		 <p>Áno, typická prax ZSS</p>	 <p>Áno, typická prax ZSS</p>
		 <p>Positívny Vzhľadom na preventívny, komplexný prístup</p>	 <p>Positívny Vzhľadom na preventívny, komplexný prístup</p>
		 <p>Positívny Vzhľadom na preventívny, komplexný prístup</p>	 <p>Positívny Vzhľadom na preventívny, komplexný prístup</p>
		 <p>Áno, typická prax ZSS</p>	 <p>Áno, typická prax ZSS</p>
		 <p>Positívny Vzhľadom na preventívny, komplexný prístup</p>	 <p>Positívny Vzhľadom na preventívny, komplexný prístup</p>
		 <p>Positívny Vzhľadom na preventívny, komplexný prístup</p>	 <p>Positívny Vzhľadom na preventívny, komplexný prístup</p>
		 <p>Áno, typická prax ZSS</p>	 <p>Áno, typická prax ZSS</p>
		 <p>Positívny Vzhľadom na preventívny, komplexný prístup</p>	 <p>Positívny Vzhľadom na preventívny, komplexný prístup</p>
		 <p>Positívny Vzhľadom na preventívny, komplexný prístup</p>	 <p>Positívny Vzhľadom na preventívny, komplexný prístup</p>
		 <p>Áno, typická prax ZSS</p>	 <p>Áno, typická prax ZSS</p>
		 <p>Positívny Vzhľadom na preventívny, komplexný prístup</p>	 <p>Positívny Vzhľadom na preventívny, komplexný prístup</p>
		 <p>Positívny Vzhľadom na preventívny, komplexný prístup</p>	 <p>Positívny Vzhľadom na preventívny, komplexný prístup</p>
		 <p>Áno, typická prax ZSS</p>	 <p>Áno, typická prax ZSS</p>
		 <p>Positívny Vzhľadom na preventívny, komplexný prístup</p>	 <p>Positívny Vzhľadom na preventívny, komplexný prístup</p>
		 <p>Positívny Vzhľadom na preventívny, komplexný prístup</p>	 <p>Positívny Vzhľadom na preventívny, komplexný prístup</p>
		 <p>Áno, typická prax ZSS</p>	 <p>Áno, typická prax ZSS</p>
		 <p>Positívny Vzhľadom na preventívny, komplexný prístup</p>	 <p>Positívny Vzhľadom na preventívny, komplexný prístup</p>
		 <p>Positívny Vzhľadom na preventívny, komplexný prístup</p>	 <p>Positívny Vzhľadom na preventívny, komplexný prístup</p>
		 <p>Áno, typická prax ZSS</p>	 <p>Áno, typická prax ZSS</p>
		 <p>Positívny Vzhľadom na preventívny, komplexný prístup</p>	 <p>Positívny Vzhľadom na preventívny, komplexný prístup</p>
		 <p>Positívny Vzhľadom na preventívny, komplexný prístup</p>	 <p>Positívny Vzhľadom na preventívny, komplexný prístup</p>
		 <p>Áno, typická prax ZSS</p>	 <p>Áno, typická prax ZSS</p>
		 <p>Positívny Vzhľadom na preventívny, komplexný prístup</p>	 <p>Positívny Vzhľadom na preventívny, komplexný prístup</p>
		 <p>Positívny Vzhľadom na preventívny, komplexný prístup</p>	 <p>Positívny Vzhľadom na preventívny, komplexný prístup</p>
		 <p>Áno, typická prax ZSS</p>	 <p>Áno, typická prax ZSS</p>
		 <p>Positívny Vzhľadom na preventívny, komplexný prístup</p>	 <p>Positívny Vzhľadom na preventívny, komplexný prístup</p>
		 <p>Positívny Vzhľadom na preventívny, komplexný prístup</p>	 <p>Positívny Vzhľadom na preventívny, komplexný prístup</p>
		 <p>Áno, typická prax ZSS</p>	 <p>Áno, typická prax ZSS</p>
		 <p>Positívny Vzhľadom na preventívny, komplexný prístup</p>	 <p>Positívny Vzhľadom na preventívny, komplexný prístup</p>
		 <p>Positívny Vzhľadom na preventívny, komplexný prístup</p>	 <p>Positívny Vzhľadom na preventívny, komplexný prístup</p>
		 <p>Áno, typická prax ZSS</p>	 <p>Áno, typická prax ZSS</p>
		 <p>Positívny Vzhľadom na preventívny, komplexný prístup</p>	 <p>Positívny Vzhľadom na preventívny, komplexný prístup</p>
		 <p>Positívny Vzhľadom na preventívny, komplexný prístup</p>	 <p>Positívny Vzhľadom na preventívny, komplexný prístup</p>
		 <p>Áno, typická prax ZSS</p>	 <p>Áno, typická prax ZSS</p>
		 <p>Positívny Vzhľadom na preventívny, komplexný prístup</p>	 <p>Positívny Vzhľadom na preventívny, komplexný prístup</p>
		 <p>Positívny Vzhľadom na preventívny, komplexný prístup</p>	 <p>Positívny Vzhľadom na preventívny, komplexný prístup</p>
		 <p>Áno, typická prax ZSS</p>	 <p>Áno, typická prax ZSS</p>
		 <p>Positívny Vzhľadom na preventívny, komplexný prístup</p>	 <p>Positívny Vzhľadom na preventívny, komplexný prístup</p>
		 <p>Positívny Vzhľadom na preventívny, komplexný prístup</p>	 <p>Positívny Vzhľadom na preventívny, komplexný prístup</p>
		 <p>Áno, typická prax ZSS</p>	 <p>Áno, typická prax ZSS</p>
		 <p>Positívny Vzhľadom na preventívny, komplexný prístup</p>	 <p>Positívny Vzhľadom na preventívny, komplexný prístup</p>
		 <p>Positívny Vzhľadom na preventívny, komplexný prístup</p>	 <p>Positívny Vzhľadom na preventívny, komplexný prístup</p>
		 <p>Áno, typická prax ZSS</p>	 <p>Áno, typická prax ZSS</p>
		 <p>Positívny Vzhľadom na preventívny, komplexný prístup</p>	 <p>Positívny Vzhľadom na preventívny, komplexný prístup</p>
		 <p>Positívny Vzhľadom na preventívny, komplexný prístup</p>	 <p>Positívny Vzhľadom na preventívny, komplexný prístup</p>
		 <p>Áno, typická prax ZSS</p>	 <p>Áno, typická prax ZSS</p>
		 <p>Positívny Vzhľadom na preventívny, komplexný prístup</p>	 <p>Positívny Vzhľadom na preventívny, komplexný prístup</p>
		 <p>Positívny Vzhľadom na preventívny, komplexný prístup</p>	 <p>Positívny Vzhľadom na preventívny, komplexný prístup</p>
		 <p>Áno, typická prax ZSS</p>	 <p>Áno, typická prax ZSS</p>
		 <p>Positívny Vzhľadom na preventívny, komplexný prístup</p>	 <p>Positívny Vzhľadom na preventívny, komplexný prístup</p>
		 <p>Positívny Vzhľadom na preventívny, komplexný prístup</p>	 <p>Positívny Vzhľadom na preventívny, komplexný prístup</p>
		 <p>Áno, typická prax ZSS</p>	 <p>Áno, typická prax ZSS</p>
		 <p>Positívny Vzhľadom na preventívny, komplexný prístup</p>	 <p>Pos</p>

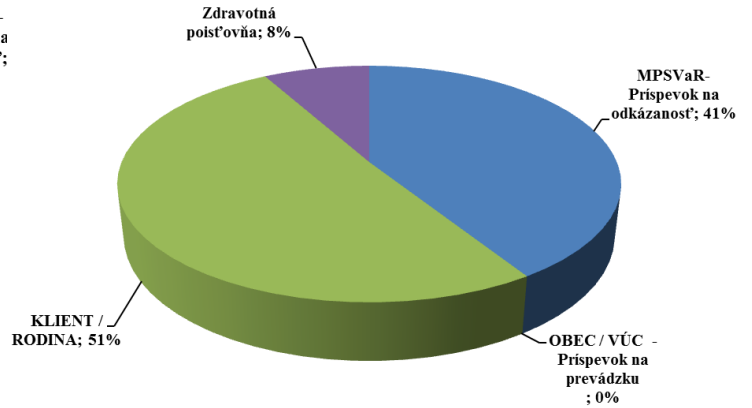
Príklad 2

Podkladové kalkulácie – príklady financovania z praxe

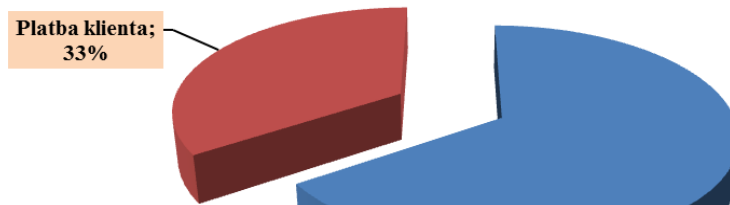
Príklad financovania sociálnej služby **Špecializované zariadenie s KOS od 01.01.2019 - s príspevkom od zdravotnej poisťovne v %**



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

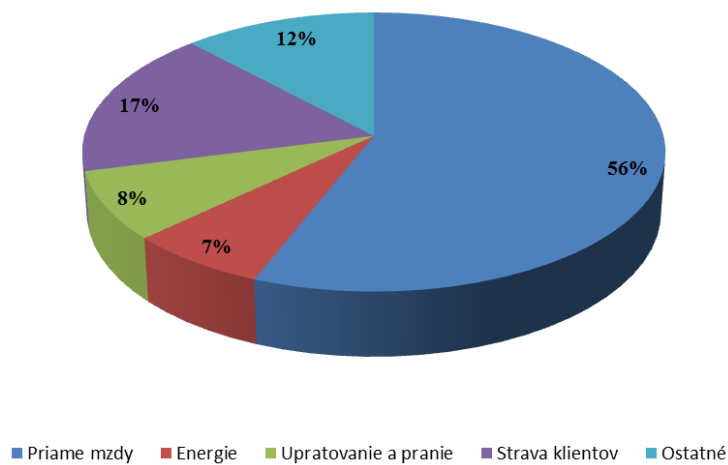
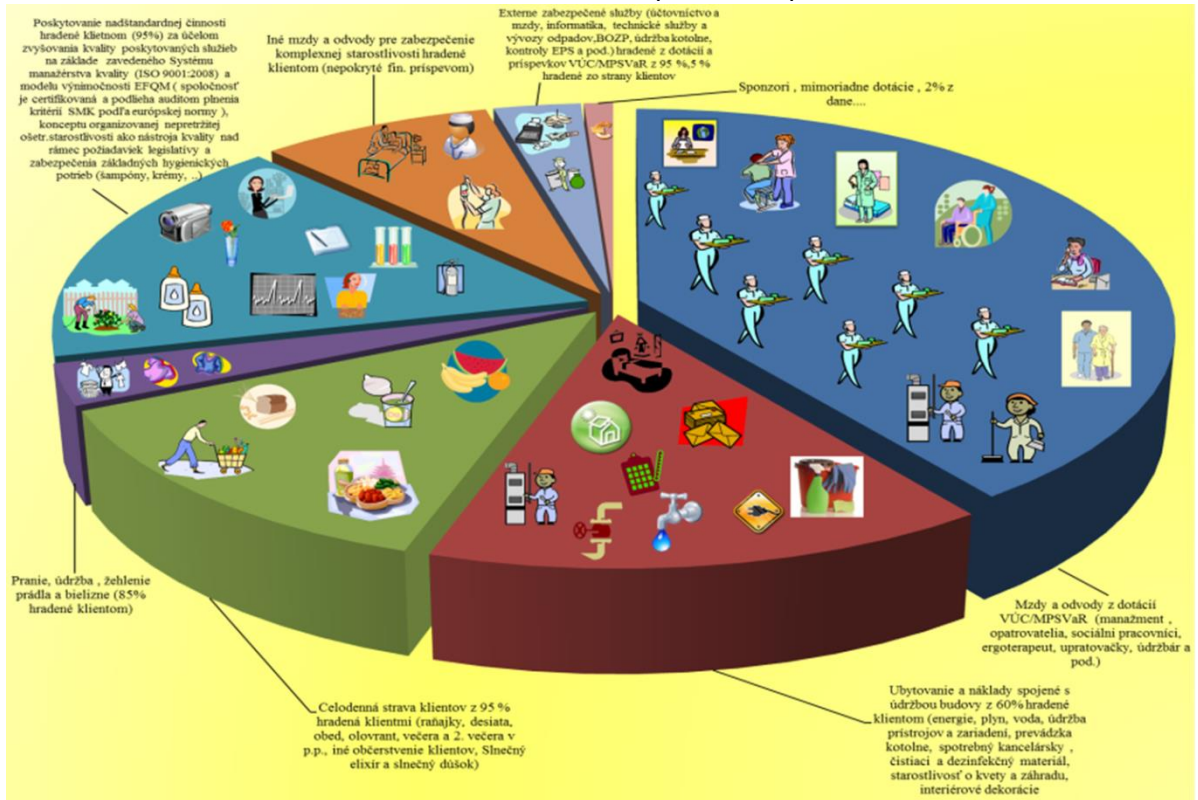


Schéma členenia nákladov v ZSS s KOS na základe príkladu z praxe:



Príklad 3

Príklady financovania rôznych druhov pobytových zariadení s rôznou mierou spoluúčasti klientov

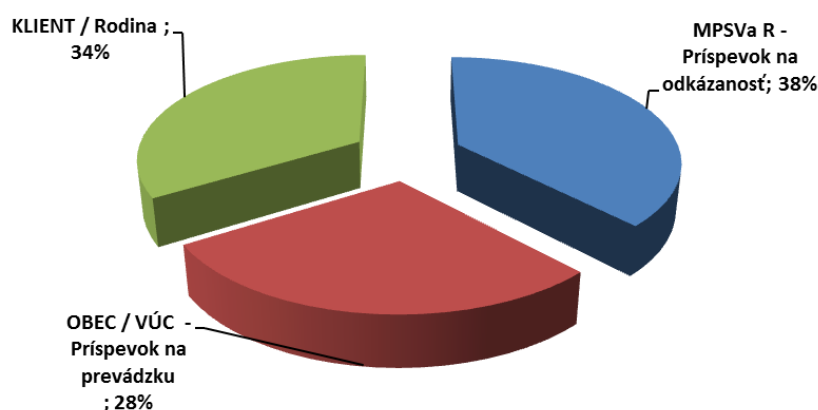
1. **Financovanie Špecializovaného zariadenia bez ošetrovateľskej starostlivosti –trojlôžkové:**
Financovanie Špecializovaného zariadenia bez ošetrovateľskej starostlivosti – trojlôžkové

	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 vplyvajúcich 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 %



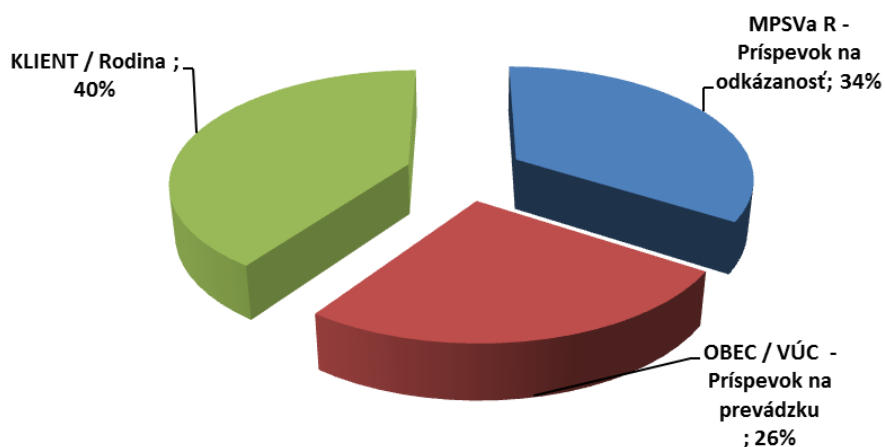
2. Financovanie Špecializovaného zariadenia bez ošetrovateľskej starostlivosti – trojlôžkové po náraste miezd, odvodov, tovarov a služieb vstupujúcich do EON.

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.**

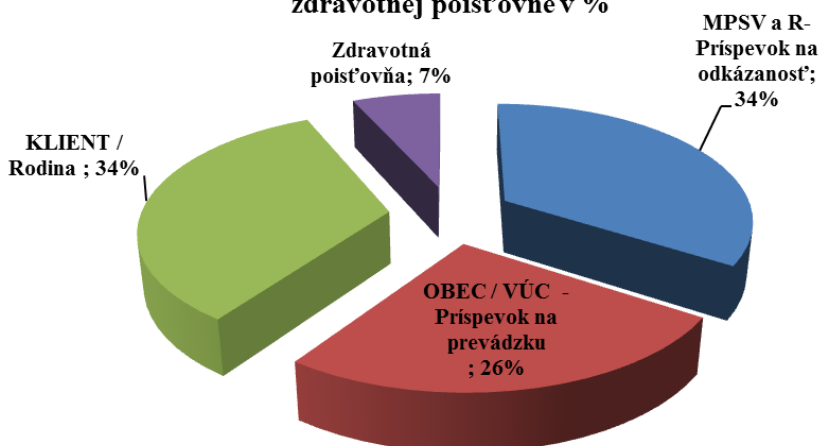
3. Financovanie Špecializovaného zariadenia s ošetrovateľskou starostlivosťou – štvorzložkové financovanie (zahŕňa ZP) po náraste miezd, odvodov, tovarov a služieb vstupujúcich do EON:

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) Príklad 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 dvojzložkové:

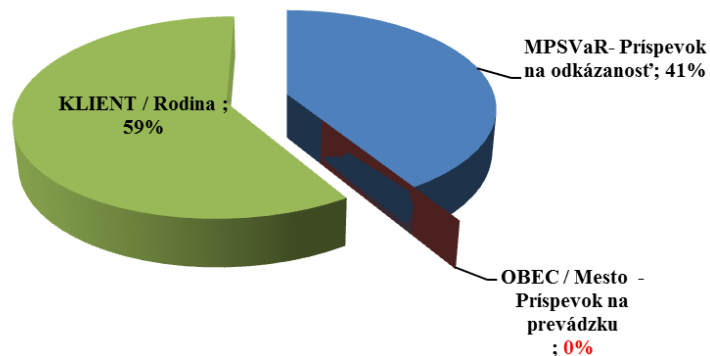
Financovanie Zariadenia pre seniorov – tohto času v praxi len dvojzložkové

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 %.

Komentár: Príklad je kalkulovaný pre zariadenie s vážne a dlhodobo chorými klientmi, ktorí

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



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 nespĺnilo 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.**

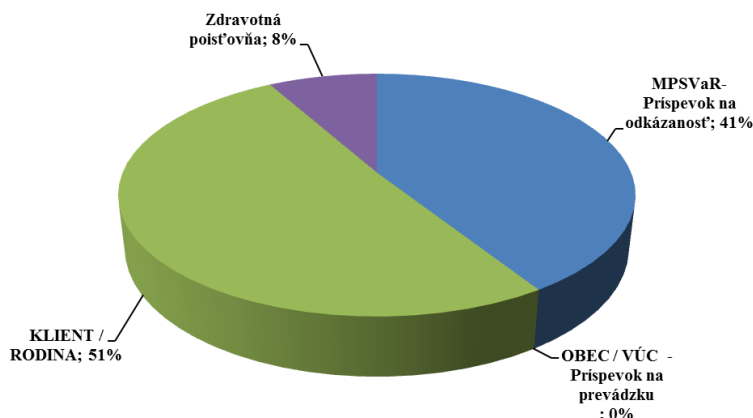
Doplnenie : Ak má zariadenie pre seniorov klientov z 20 miest, **musí s každým mestom / obcou osobitne uzavrieť zmluvu a osobitne robiť finančné zúčtovanie poskytnutého príspevku.**

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:
kalkulovaný pre
s najvyšším
odkázanosti

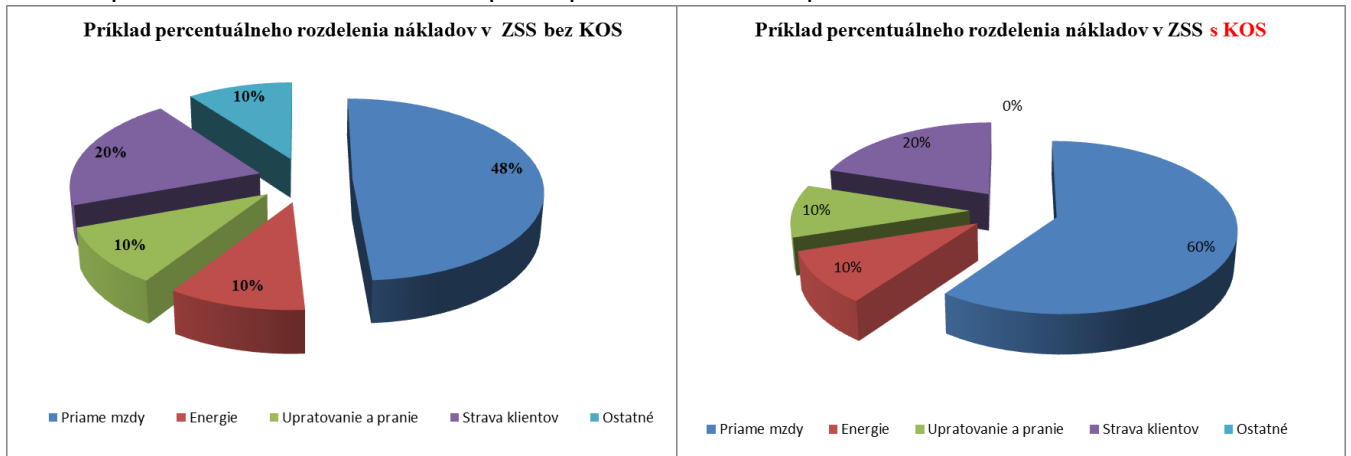
pre seniorov. Graf poukazuje na fakt, že pri tomto financovaní stále väčšiu časť platby financuje klient, resp. jeho rodina. **Chýba štvrtá zložka financovania (príspevok na prevádzku), ktorej absencia spôsobuje finančnú destabilizáciu poskytovateľa.** V zmysle novelizácie zákona 448/2008 Z.z. obce a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

Príklad je
klientov
stupňom
v Zariadení

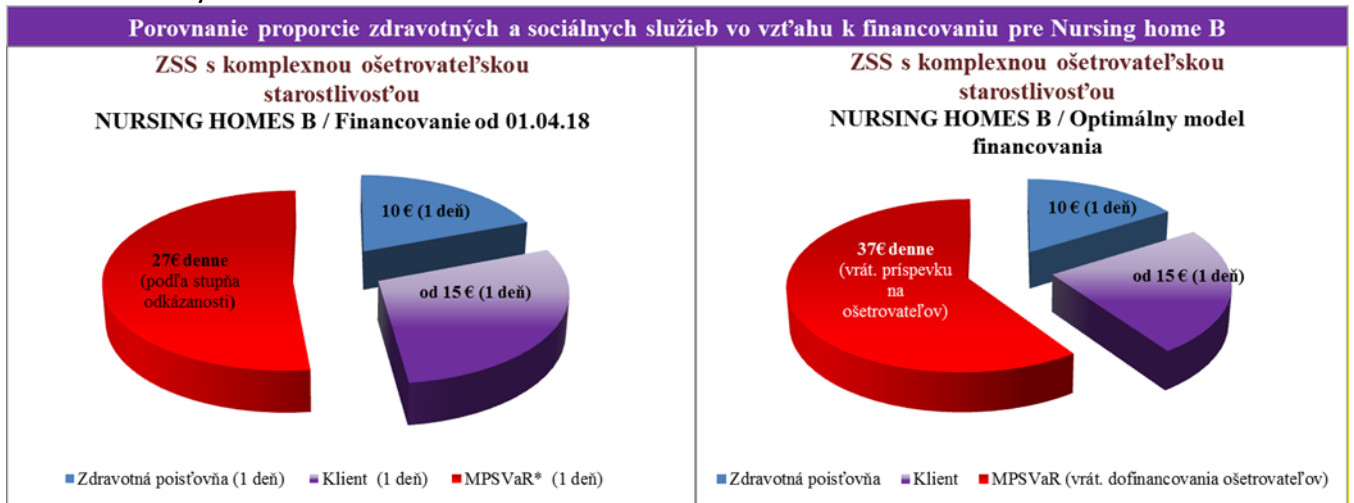
Odporúčanie: povinnosť hradiť ošetrovateľskú starostlivosť v LTC zariadeniach (aj v ZSS) zdravotnými poisťovňami podľa určených splnených kritérií bez obmedzení.

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

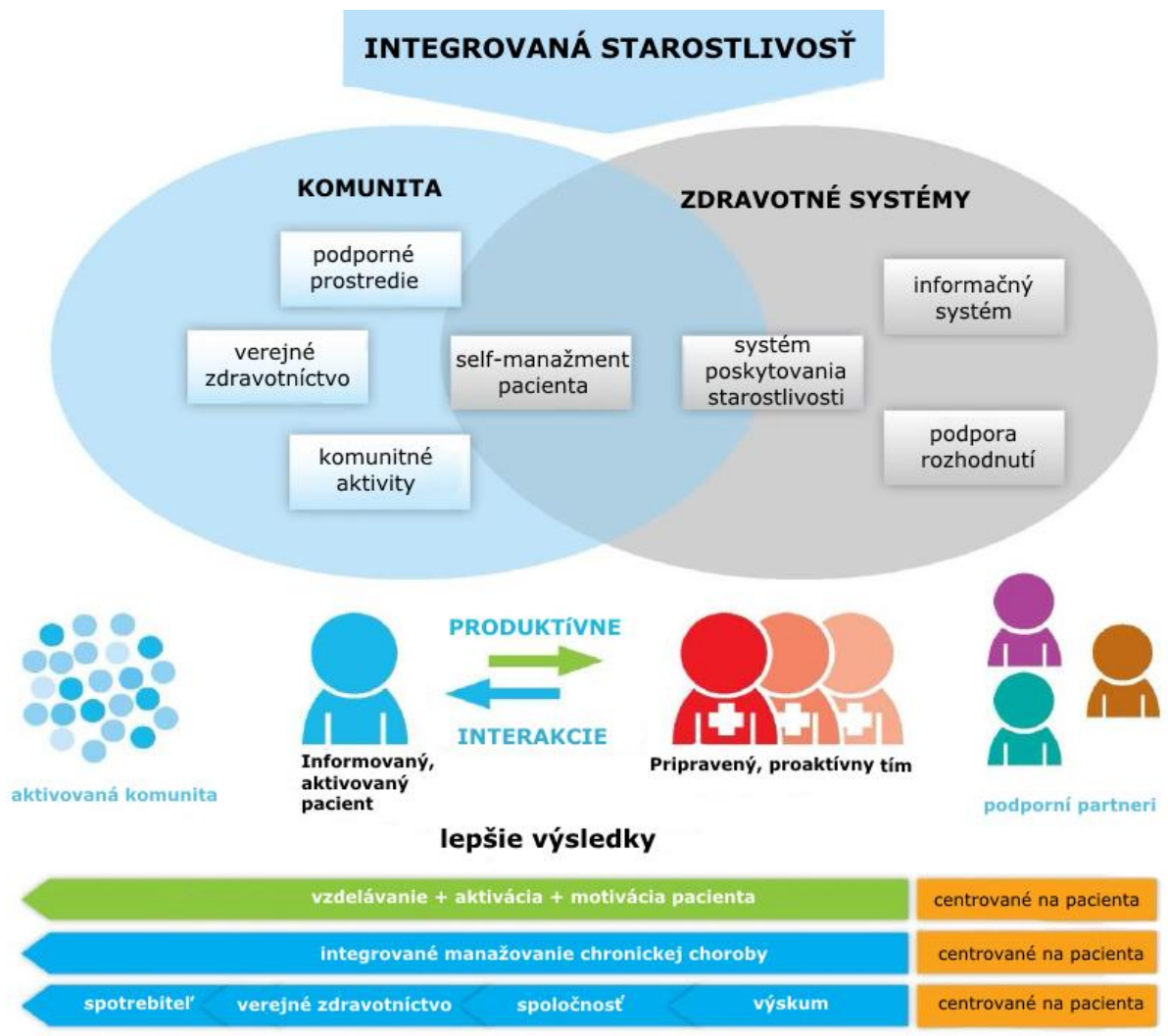
Príklad percentuálneho rozdelenia z praxe pre ZSS bez KOS a pre ZSS s KOS.



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.



Príklad 4 Chronic Care Model (Wagner et al, 1999)



Príklad 5

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.

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 dlhodobo 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.

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

▪ **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 blízkych 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, ošetrujúce 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-starajucich-sa-o-blizkeho-s-ochorenim>



[pre-rodiny-](#)