

2021

**STRATÉGIA DLHODOBEJ
STAROSTLIVOSTI V SLOVENSKEJ
REPUBLIKE**
INTEGROVANÁ SOCIÁLNO-ZDRAVOTNÁ STAROSTLIVOSŤ

MINISTERSTVO PRÁCE SOCIÁLNYCH VECÍ A RODINY SLOVENSKEJ REPUBLIKY
MINISTERSTVO ZDRAVOTNÍCTVA SLOVENSKEJ REPUBLIKY

ÚVOD

Potreba prepájania poskytovania sociálnych služieb a zdravotnej starostlivosti najmä v rozsahu ošetrovateľskej starostlivosti¹ a fyzioterapie je v súčasnej dobe jedna z najaktuálnejších tém v poskytovaní pomoci a podpore viacerým skupinám obyvateľov, predovšetkým **seniorom, osobám so zdravotným postihnutím a osobám s chronickým ochorením, osobám odkázaným na dlhodobú pomoc inej osoby pri zvládaní každodenných aktivít.** Jednou z odpovedí na potrebu koordinovaného prístupu pri poskytovaní podpory týmto osobám je systém **dlhodobej sociálno-zdravotnej starostlivosti** (ďalej len „DSZS“), ktorý v Slovenskej republike absentuje. Dlhodobá podpora odkázaných osôb je vykonávaná čiastočne tak v odvetvovej pôsobnosti rezortu zdravotníctva, ako aj v odvetvovej pôsobnosti rezortu práce, sociálnych vecí a rodiny, a to bez želateľného systémového a integrovaného prístupu, so súvisiacim spájaním verejných prostriedkov do potrebných intervencií v prospech jednotlivca. Napriek viacerým snahám aj v nedávnej minulosti o prípravu legislatívneho riešenia tejto oblasti, sa neudiali žiadne zásadné zmeny, ktoré by vytvorili alebo koncepcie navrhli integrovaný a funkčný systém dlhodobej **sociálno-zdravotnej** starostlivosti.

Za ťažiskové dôvody potreby riešenia situácie ľudí odkázaných na dlhodobú starostlivosť považujeme stupňujúce sa zastúpenie týchto občanov v populácii (v dôsledku demografického vývoja a predlžovania veku dožitia so súvisiacimi dôsledkami, ako aj v dôsledku nepriaznivého vývoja zdravotného stavu populácie) a s tým súvisiace zvyšujúce sa nároky na financovanie potrebnej pomoci a podpory z verejných aj súkromných zdrojov, ktoré si vyžadujú zabezpečiť účelnosť, účinnosť a adresnosť poskytnutých sociálnych služieb i služieb zdravotnej starostlivosti.

Stratégia DSZS vychádza z deklarácie riešenia sociálno-zdravotnej starostlivosti vo viacerých aktuálnych strategických dokumentoch v oblasti zdravotnej a sociálnej starostlivosti, odporúčaní Európskej komisie a v neposlednom rade je deklarovaná aj **Programom vyhlásení vlády na roky 2021 – 2024.**

Kapitola „Kvalita života ako výsledok súdržnej spoločnosti“: „Vláda vypracuje a začne realizovať komplexný systém starostlivosti o zdravie staršej generácie rozvojom geriatrického sektora zdravotníctva a špecifickej sociálnej starostlivosti o seniorov formou podpory vytvárania zariadení zdravotno-sociálneho charakteru, vrátane formy modelu ich financovania a vymedzenia úloh štátu, samosprávnych krajov, miest a obcí. Na vytváranie kapacít zdravotno-sociálneho charakteru využijú aj prebytočné zdravotnícke zariadenia.“² Zámer riešenia DSZS bol deklarován aj vo vládou schválenom Strategickom rámci starostlivosti o zdravie pre roky 2014 – 2030, kde je jednou z priorit reformy ústavnej zdravotnej starostlivosti aj „prehodnotenie počtu a štruktúry akútnych lôžok a posilnenie lôžok doliečovacích oddelení,

¹ Ošetrovateľská starostlivosť v zmysle §10a zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov

² Programové vyhlásenie vlády Slovenskej republiky. http://www.vlada.gov.sk/data/files/2008_programove-vyhlasenie-vlady.pdf

rehabilitačných, ošetrovateľských a lôžok pre dlhodobo chorých.“³ Zároveň bude tento návrh zohľadňovať aj ciele a opatrenia, ktoré stanovuje **Stratégia deinštitucionalizácie systému sociálnych služieb a náhradnej starostlivosti**, ktorú schválila vláda Slovenskej republiky v roku 2011, ale aj na opatrenia Národnej stratégie deinštitucionalizácie systému sociálnych služieb a náhradnej starostlivosti (ďalej len Národná stratégia DI). V rámci týchto dokumentov sa odporúča ako osobitné riešenie reprofilizácia tých zariadení sociálnych služieb (ďalej len „ZSS“), ktoré poskytujú osobitne sociálnu a osobitne zdravotnú starostlivosť pre obyvateľov, pre ktorých iné druhy služieb nie sú vhodné alebo účinné.

Národná stratégia DI tiež upozorňuje na potrebu integrácie zdravotnej a sociálnej starostlivosti, buď v nízko kapacitnom zariadení (hospic, dom ošetrovateľskej starostlivosti – ďalej len DOS, ZSS) alebo integrovanou ambulatnou a domácou starostlivosťou s dodržaním základného princípu s prioritou poskytovania komunitnej starostlivosti pred inštitucionálnou starostlivosťou.⁴

Zámerom stratégie DSZS je zavedenie systémového riešenia zabezpečenia DSZS pre obyvateľov, ktorí budú **oprávnenými prijímateľmi takejto koordinovanej a integrovanej starostlivosti prioritne v domácom, a ak to nebude možné alebo postačujúce, tak v inštitucionálnom prostredí. Prednostne by DSZS mala byť poskytovaná terénnou a ambulatnou formou pred pobytovou formou. Toto riešenie bude podmienené spájaním verejných prostriedkov a súkromných zdrojov do potrebných intervencií v prospech jednotlivca**, podľa jednoznačných a vynútiteľných podmienok a **kritérií**.

Prvá časť stratégie DSZS je venovaná spôsobu a procesu identifikácie oprávnených osôb, ktoré potrebujú DSZS. Špeciálne sa preto v nej venujeme analýze súčasného **fungovania a kvalite posudkovej činnosti**. Kapitola je podložená kvantitatívnou analýzou súčasného spektra služieb, aj keď neoficiálne spadajúcich pod DSZS, spolu so štruktúrou zdrojov ich financovania.

Druhá časť stratégie DSZS sa zameriava na **identifikáciu žiaducich reforiem v oblasti sociálnej a zdravotnej starostlivosti**. Od ich implementácie očakávame v budúcnosti menej byrokratické zabezpečenie fyzickej a finančnej dostupnosti zdravotnej starostlivosti (najmä v rozsahu ošetrovateľskej starostlivosti a fyzioterapii) a sociálnych služieb v primeranej kombinácii, ktorá bude odzrkadľovať individuálne potreby.

Zámerom Stratégie DSZS je **navrhnutie vecných riešení, ktoré bude potrebné následne premietnuť do zmeny legislatívy** s cieľom vytvorenia efektívneho a fungujúceho systému. Stratégia DSZS je vypracovaná v súlade s Plánom obnovy a odolnosti, na ktorý je aj priamo prepojená. **Všetky časti stratégie sú vypracované s cieľom zlepšiť kvalitu života osôb odkázaných na DSZS aj prostredníctvom zatraktívnenia a posilnenia formálnej aj neformálnej sociálnej a zdravotnej starostlivosti.**

³ Strategický rámec starostlivosti o zdravie pre roky 2014 – 2030 <http://www.rokovania.sk/Rokovanie.aspx/BodRokovaniaDetail?idMaterial=23124>

⁴<http://www.employment.gov.sk/files/legislativa/dokumenty-zoznamy-pod/strategia-deinstitucionalizacie-systemu-socialnych-sluzieb-nahradnej-starostlivosti-1.pdf>

Komentár od [MM1]: Maria Filipová: Hlavný názov dokumentu je **Stratégia dlhodobej starostlivosti** – pod tým uvedené – *Integrovaná sociálno-zdravotná starostlivosť*. Celý dokument je „poznačený“ tým, že ide o zjednotenie/spojenie dvoch systémov – postráda holistický pohľad. Materiál **neobsahuje definíciu dlhodobej starostlivosti**. Bude sa postupovať podľa definície OECD o LTC?

1. SÚČASNÝ STAV

DSZS sa v rôznych formách poskytuje v oboch menovaných podsystemoch - sociálnom a zdravotnom, ale absentuje integrovaný model starostlivosti. V súčasnosti tvoria **zdravotná a sociálna starostlivosť dva separátne systémy** s minimálnym vzájomným prepojením, tak v oblasti legislatívy, ako aj v oblasti priamej koordinácie. Odborníci už dlhodobo upozorňujú na potrebu vytvorenia legislatívnej opory ako východiska pre riešenie DSZS, minimálne vo forme vymedzenia terminológie a špecifikácie cieľovej skupiny obyvateľstva a rozsahu súvisiacich sociálnych a zdravotných služieb.⁵

Cieľom DSZS je kompenzácia dlhodobej odkázanosti na pomoc inej osoby (ďalej „OPIO“). Oba typy starostlivosti je nutné prepájať, lebo vznikli na základe zhoršeného zdravotného stavu osoby – čiže sa musia poskytovať aj zdravotné výkony. DSZS by mala zabezpečiť kontinuitu a integráciu zdravotnej a sociálnej starostlivosti.

1.1 Systém sociálnej starostlivosti

V rámci DSZS sa aj slovenský systém sociálnej pomoci delí na dva hlavné varianty.

Neformálna starostlivosť, poskytovaná prevažne v domácom prostredí, je podporovaná formou **peňažného príspevku na opatrovanie a peňažného príspevku na osobnú asistenciu** (zákon č. 447/2008 Z. z. o peňažných príspevkoch na kompenzáciu ťažkého zdravotného postihnutia a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov).

V júni 2020 bol počet fyzických osôb s ťažkým zdravotným postihnutím (ďalej len „FO s ŤZP“) odkázaných na opatrovanie približne **63 tisíc** a len o niečo menšia bola skupina ľudí, ktorá sa o týchto ľudí starala a poberala peňažné príspevky na opatrovanie v celkovej výške cca **270 mil. € ročne**. Príspevok na osobnú asistenciu poberať viac ako **11 tisíc osôb**, pričom celkové náklady na jeho poskytovanie predstavujú cca **77 mil. € ročne**.

Príslušným správnym orgánom na konanie vo veciach podpory sociálneho začlenenia FO s ŤZP do spoločnosti a **lekárskej** posudkovej činnosti sú úrady práce, sociálnych vecí a rodiny (ďalej len „UPSVAR“) a Ústredie práce, sociálnych vecí a rodiny. Tie rozhodujú o príspevkoch a dohliadajú na splnenie právnych podmienok pre ich vyplácanie. Reálne však **nevykonávajú dohľad nad rozsahom neformálnej starostlivosti o ľudí odkázaných na pomoc inej osoby**.

Rovnako **absentuje aj zabezpečenie potrebnej podpory neformálnym opatrovateľom**.

Neformálne opatrovanie je späté s intimitou a citom. Zároveň si ho neradno idealizovať. Fyzická a psychická záťaž opatrovateľov je vysoká. Často sú nútení vzdať sa práce, ambícií aj

Komentár od [LB2]: Zakých dôvodov je v názve pojem starostlivosti, ktorý sa už nepoužíva ahned v texte prvej vety je sociálna pomoc? Je potrebné to zosúladiť,

Komentár od [LB3]: Je potrebné doplniť aj slová a sociálnej posudkovej činnosti

⁵ Repková, K.. (2011) Dlhodobá starostlivosť v kontexte integrovanej sociálnej práce. Str.39

záľub, strácajú svoju nezávislosť a identitu, “uviaznu v role“⁶. Súčasne toto rozhodnutie môže často viesť v krátkej dobe k zníženiu sociálneho a ekonomického štandardu dotknutých osôb.

Spoliehať sa iba na rodinnú solidaritu je preto riskantné. Rodinní opatrovatelia potrebujú adekvátnu pomoc, ktorej sa im na Slovensku nedostáva. Hoci legislatíva garantuje možnosť využívať pre osoby opatrované v rámci príspevku na opatrovanie ambulantly zariadenia sociálnych služieb a opatrovateľom poskytovanie odľahčovacej (respitnej) služby, poskytnutím sociálnej služby pre opatrovaného 30 dní v roku, v roku 2019 odľahčovaciu službu využilo len 259 opatrovateľov. Iba 611 opatrovaným bola súběžne s opatrovaním rodinným opatrovateľom poskytovaná aj ambulantly služba. Nedostatok formálnych služieb vedie k neprimeranej záťažii rodín, ktoré sa starajú o odkázaných príbuzných. Rozhodnutie opatrovať blízkeho má byť dobrovoľné. Nemá ísť o východisko z núdze vyvolanej nedostupnosťou iných foriem pomoci.

Formálna starostlivosť v systéme sociálnych služieb je poskytovaná najmä prostredníctvom sociálnych služieb poskytovaných v zariadeniach (ambulantly formou alebo pobytovou formou týždennou alebo celoročnou) alebo využitím domácej opatrovateľskej služby.

Hlavným cieľom sociálnych služieb je prevencia, riešenie a zmiernenie nepriaznivej životnej situácie osoby, rodiny alebo komunity, zachovanie, obnova alebo rozvoj schopností fyzickej osoby viesť samostatný život a podpora jej inklúzie do spoločnosti. Sociálne služby sú poskytované verejnými a neverejnými poskytovateľmi. Spomedzi viacerých druhov ZSS sú z hľadiska škály klientov vyžadujúcich DSZS významné najmä – **domovy sociálnych služieb, zariadenia pre seniorov, zariadenia opatrovateľskej starostlivosti, zariadenia sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately a špecializované zariadenia, keďže len v rámci týchto zariadení sociálnej pomoci zákon č. 576/2004 Z. z. v §10a umožňuje poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti.**

Posudzovanie odkázanosti na sociálnu službu je v súčasnosti v delenej pôsobnosti obcí a vyšších územných celkov v závislosti od druhu sociálnej služby a je realizované prostredníctvom **sociálnej a zdravotnej posudkovej činnosti**, ktorej výsledkom je **rozhodnutie o odkázanosti na sociálnu službu, s určením stupňa odkázanosti na pomoc inej osoby a druhu sociálnej služby.**

Podľa údajov Štatistického úradu SR k 31.12. 2019⁷ bolo vo všetkých ZSS podmienených odkázanosťou (1 175) 47 202 miest, z toho bolo celkovo 42 487 miest (40 330 v pobytových službách a 2 157 v ambulantly), v ktorých sa poskytuje aj

Komentár od [LB4]: Z textu vyplýva ako keby sa vo všetkých týchto zariadeniach poskytovala ošetrovateľská starostlivosť, je to skôr o tom, že v týchto zaradeniach je možné poskytovať ošetrovateľskú starostlivosť at sa týka aj nasledujúceho textu, máme overené, že vo všetkých sa poskytuje ošet.starostlivosť?

⁶ Aneshenel, CS et al. Stress, role captivity, and the cessation of caregiving; J Health Soc Behav. 1993 Mar; 34(1):54-70 Dostupné na URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8463635/>

⁷ V dokumente vychádzame zo štatistických údajov za rok 2019. Hlavným dôvodom je skutočnosť, že v roku 2020 a 2021 budú dlhodobé údaje z oblasti sociálnej starostlivosti výrazne ovplyvnené dopadmi pandémie COVID-19.

ošetrovateľská starostlivosť (domov sociálnych služieb, špecializované zariadenie, zariadenie pre seniorov, zariadenie opatrovateľskej služby).

Tabuľka 1 Vybrané údaje Výkazu ŠÚ SR Soc- 1-01- ZSS

Druh zariadenia	Počet ZSS k 31.12. 2019	Počet miest k 31.12.2019		
		Spolu	z toho starostlivosť poskytovaná	
			pobytová	denne
Spolu	1 175	47 202	41 059	6 143
z toho				
Domov sociálnych služieb	276	12 359	10 624	1 735
Zariadenie pre seniorov	388	19 529	19 401	128
Špecializované zariadenie	174	8 099	7 830	269
Zariadenie opatrovateľskej služby	102	2 500	2 475	25
Denný stacionár	168	3 420	23	3 397
Zariadenie podporovaného bývania	40	657	657	0
Rehabilitačné stredisko	27	638	49	589

Zdroj: Vybrané údaje Výkazu ŠÚ SR Soc- 1-01

Z celkového počtu klientov ZSS podmienených odkázanosťou k 31.12. 2020 (45 303), sa **sociálne služby v pobytových zariadeniach sociálnych služieb s poskytovanou ošetrovateľskou starostlivosťou poskytovali 40 896 prijímateľom**, z toho 24 913 bolo trvalo ležiacich (opatrovaných na lôžku). Z celkového počtu klientov ZSS podmienených odkázanosťou bolo až 73%-né zastúpenie osôb v dôchodkovom veku.

Tabuľka 2 Vybrané údaje Výkazu ŠÚ SR Soc- 1-01 - špecifikácia

Druh zariadenia	Prijímateľa k 31. 12. 2019	z toho v roku 2019					
		diabetici	s psychotickou liečbou	s demenciou a užívajúci neuroleptiká	užívajúci antidepresíva	opatrovaní na lôžku	osoby v dôchodkovom veku
SR	45 303	8 092	15 398	12 623	11 257	25 254	33 169
Domov sociálnych služieb	11 767	1 310	5 640	2 423	2 716	7 044	3 400
Zariadenie pre seniorov	18 851	4 524	5 061	5 585	4 992	11 050	18 779
Špecializované zariadenie	7 967	1 485	3 706	3 586	2 545	5 657	6 134
Zariadenie opatrovateľskej služby	2 311	476	529	741	605	1 162	2 130
Denný stacionár	3 210	262	153	190	185	146	2 550
Zariadenie podporovaného bývania	561	26	214	77	157	130	53
Rehabilitačné stredisko	636	9	95	21	57	65	123

Zdroj: Vybrané údaje Výkazu ŠÚ SR Soc- 1-01

V roku 2019 dosiahli výdavky na pobytové sociálne služby podmienené odkázanosťou sumu 536,6 mil. €, z toho na sociálne služby v zariadení s poskytovaním ošetrovateľskej starostlivosti 516,9 mil. €, ale nevieme z nich určiť podiel výdavkov na jednotlivé skupiny prijímateľov sociálnych služieb. Uvádzame aspoň členenie výdavkov a počtu prijímateľov podľa typu zariadenia:

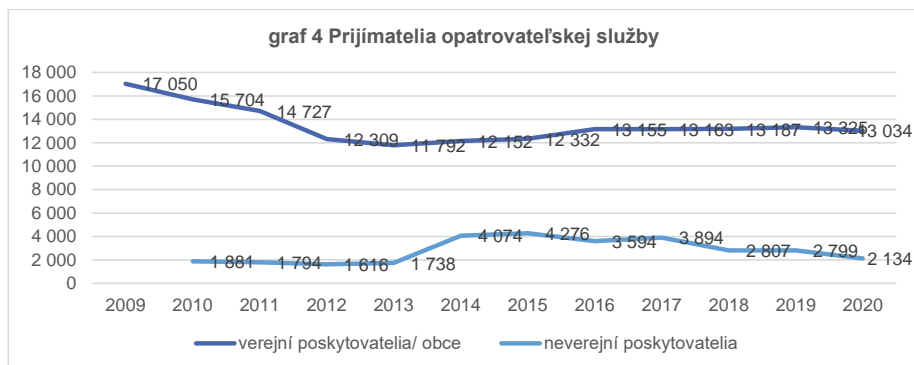
Tabuľka 3 Výdavky zariadení sociálnych služieb, vybrané údaje Výkazu ŠÚ SR Soc- 1-01

Výdavky zariadení sociálnych služieb	Celkové výdavky (v EUR) za rok 2019	v tom					Prijímatelia k 31. 12. 2019
		bežné výdavky	mzdové náklady	povinné poistenie platené zamestnávateľom	obstaranie majetku	na zdravotnú starost.	
SR	536 683 442	147 731 863	268 177 608	94 248 200	13 354 260	1 304 346	45 303
domovy soc. služieb	158 118 587	41 183 727	80 936 808	28 816 056	4 935 217	180 011	11 767
zar. pre seniorov	219 584 725	68 966 420	103 985 597	36 281 148	5 270 126	741 611	18 851
špecializované zar.	112 443 492	25 377 686	58 563 514	20 547 027	2 580 170	301 878	7 967
zar. opatrovateľskej služby	26 765 731	7 592 349	13 735 294	4 828 573	336 416	66 016	2 311
denný stacionár	10 351 965	2 324 185	5 918 938	2 021 101	144 226	13 548	3 210
zar. podpor. bývania	4 910 462	1 282 300	2 542 541	881 464	43 138	1 184	561
rehabilitačné strediská	4 508 480	1 005 196	2 494 916	872 831	44 967	98	636

Zdroj: Vybrané údaje Výkazu ŠÚ SR Soc- 1-01

Domáca opatrovateľská služba bola v roku 2019 poskytnutá 16 tis. ľudom, čo predstavuje mierny nárast oproti predchádzajúcemu roku, najmä vďaka Národnému projektu Podpora rozvoja a dostupnosti terénnej opatrovateľskej služby. Financovanie tejto služby z prostriedkov Európskej únie nie je systémovým riešením a toto vedie k opakovaným problémom v kontinuálnom poskytovaní týchto služieb. Slovensko sa zaviazalo v rôznych strategických dokumentoch (Národné priority rozvoja sociálnych služieb na roky 2021-2030) ako aj v Programovom vyhlásení vlády na roky 2020 – 2024 vytvoriť podmienky na poskytovanie sociálnych služieb na komunitnom princípe, aby mohol človek čo najdlhšie zotrvať vo svojom prirodzenom prostredí, najmä poskytovaním terénnych a ambulantných služieb. Ustanovenie § 13 ods.6 zákona o sociálnych službách kladie dôraz na prednosť poskytovania terénnej a ambulantnej formy sociálnych služieb pre pobytovými sociálnymi službami. **Napriek uvedeným záväzkom a legislatívnej podpore sa tento princíp nedarí naplňať**. Počet prijímateľov opatrovateľskej služby u verejných poskytovateľov má klesajúci trend a pohybuje sa okolo 13 tis. prijímateľov v roku 2020, kým v roku 2009 bol ich počet 17 050. U neverejných poskytovateľov klesol z počtu 4 276 v roku 2015 na 2 799 v roku 2019 (pokles o 35 %), pričom zo sledovaných údajov (Graf 1) je zrejmé, že zmeny v počte opatrovaných sú ovplyvnené najmä financovaním opatrovateľskej služby zo štrukturálnych fondov EÚ. Pričom odkázanosť občanov na sociálne služby sa kontinuálne zvyšuje.

Graf 1 Počet prijímateľov domácej opatrovateľskej služby



Zdroj: Vybrané údaje Výkazu MPSVR SR 11-01 a 7-01

Tabuľka 4 Vybrané údaje Výkazu MPSVR SR 11-01 a 7-01

Počet klientov	Verejní poskytovatelia/ obce	Neverejní poskytovatelia	Spolu
2009	17 050		17 050
2010	15 704	1 881	17 585
2011	14 727	1 794	16 521
2012	12 309	1 616	13 925
2013	11 792	1 738	13 530
2014	12 152	4 074	16 226
2015	12 332	4 276	16 608
2016	13 155	3 594	16 749
2017	13 163	3 894	17 057
2018	13 187	2 807	15 994
2019	13 325	2 799	16 124
2020	13 034	2 134	15 168

Zdroj: Vybrané údaje Výkazu MPSVR SR 11-01 a 7-01

Financovanie sociálnych služieb podmienených odkázanosťou je viacdrojové a pozostáva najmä z verejných prostriedkov – **z rozpočtov miestnej a regionálnej samosprávy** (financovanie nimi zriadených poskytovateľov sociálnych služieb a poskytovanie finančných príspevkov neverejným poskytovateľom, u ktorých sociálnu službu zabezpečujú), **zo štátneho rozpočtu z rozpočtovej kapitoly MPSVR SR**, ktoré poskytuje „obecným“ a neverejným poskytovateľom vybraných druhov sociálnych služieb finančný príspevok a z **úhrad za poskytované sociálne služby**. Prijímatelia za sociálne služby platia poskytovateľovi sociálnej služby úhradu, pričom platí zásada ochrany zostatku z príjmu po zaplatení úhrady za sociálnu službu, za podmienok určených priamo zákonom o sociálnych službách podľa druhov sociálnych služieb a ich foriem vo väzbe na sumy životného minima.

Nižšie uvádzame údaje o príjmoch poskytovateľov sociálnych služieb, z ktorých je zrejmé, že prostriedky z verejných zdrojov tvoria až 65 %- ný podiel z ich príjmov (z toho 23% zo štátneho rozpočtu a 42% z rozpočtov samospráv) a príjmy z úhrad tvoria 30% z celkových príjmov na poskytovanie sociálnej služby. Zároveň je potrebné uviesť, že **systém financovania výrazne znevýhodňuje poskytovanie terénnych služieb a prispieva k inštitucionalizácii dlhodobej starostlivosti**. Tým, že štát poskytuje príspevok na ambulantné a pobytové formy, ale na financovaní terénnej opatrovateľskej služby sa nepodieľa.

Tabuľka 5 Vybrané údaje Výkazu ŠÚ SR Soc- 1-01, Výkazu MPSVR SR 11-01 a 7-01

Druh zariadenia	Celkové príjmy za rok 2019 (v EUR)	v tom					
		Príjmy zo štátneho rozpočtu	príjmy z rozpočtu samosprávneho kraja	príjmy z rozpočtu obcí	príjmy zo zdravotných poisťovní	príjmy z úhrad	iné (napr. dary, zbierky) príjmy
SR	573 592 780	131 122 064	197 205 235	42 883 285	2 453 427	173 141 992	28 529 519
z toho							
domovy soc. služieb	158 102 105	11 390 993	107 181 531	210 807	433 032	33 338 875	5 862 084
zariadenie pre seniorov	217 471 814	74 647 574	24 480 800	18 562 784	1 078 294	85 540 944	13 877 242
špecializované zariadenie	112 061 752	13 063 417	61 329 903	1 155 426	803 202	30 832 144	5 442 682
denný stacionár	10 094 809	7 177 764	84 871	1 325 105	876	931 631	675 133
rehabilitačné strediská	4 494 624	1 352 691	2 591 809	17 673	205	173 162	515 901
Zariadenie opatrovateľskej služby	26 314 704	10 361 565	139 722	4 303 551	137 818	9 362 506	1 898 833
opatrovateľská služba	45 052 972	13 128 060	1 396 599	17 307 939		12 962 730	257 644

Zdroj: Vybrané údaje Výkazu ŠÚ SR Soc- 1-01, Výkazu MPSVR SR 11-01 a 7-01

Celková suma nákladov na osobu mesačne v celoročnom pobytovom ZSS sa pohybuje na úrovni asi 1000 €, čo je aj po odrátaní invalidného/starobného dôchodku viac, ako predstavujú sumy peňažného príspevku na opatrovanie a platby za služby agentúr domácej ošetrovateľskej starostlivosti („ADOS“), poskytovaných odkázaným osobám v domácom prostredí.

Zdravotná starostlivosť vo vybraných druhoch zariadení sociálnych služieb v rozsahu ošetrovateľskej starostlivosti poskytovaná v ZSS (§ 10a zákona č. 576/2004, Z. z.) po uzavretí zmluvy so zdravotnou poisťovňou, disponovaní zodpovednou osobou, materiálno – technickým zabezpečením, dodržiavaním štandardných diagnostických a terapeutických postupov a vedením ošetrovateľskej dokumentácie prináleží poskytovateľovi paušálny príspevok vo výške 3,30 Euro/ osoba/ deň (Zdravotná poisťovňa).

Cenu práce na ošetrovateľskú starostlivosť (vrátane príplatkov) vo výške 20% vykrývajú príspevky na odkázanosť a prevádzku a príjmy z úhrad (MPSVaR, VÚC, Samosprávy miest a obcí, vlastné zdroje klienta). Náklady spojené s poskytovaním ošetrovateľskej starostlivosti v ZSS, v priemere jednému pacientovi za mesiac sú vo výške cca 183 Euro.

Je potrebné zvážiť podmienky zazmluvňovania, prípadne možnosti zabezpečovania zdravotnej – ošetrovateľskej starostlivosti. Zazmluvňovanie poskytovateľov sociálnych služieb zdravotnými poisťovňami nie je zatiaľ dostatočné (v

súčasnosti má uzatvorenú zmluvu so zdravotnou poisťovňou 69 poskytovateľov z cca 873 zariadení, čo predstavuje 8% ZSS, poskytujúcich alebo zabezpečujúcich ošetrovateľskú starostlivosť). Paušálne ohodnotenie ošetrovateľskej starostlivosti je veľmi nízke a nepokrýva náklady na zdravotníckych pracovníkov, ktorí poskytujú zdravotnú starostlivosť v rozsahu ošetrovateľskej starostlivosti na základe návrhu indikovaného ošetrovateľským lekárom prijímateľa sociálnej služby a osobou zodpovednou za poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti v ZSS v rámci DSZS. Zdroje verejného zdravotného poistenia teda v dostatočnom rozsahu nepokrývajú náklady na ošetrovateľskú starostlivosť poskytovanú poistencom v zariadeniach sociálnych služieb. Nejde iba o náklady personálne, je potrebné brať do úvahy minimálne materiálne technické zabezpečenie.

Pre úplnosť je potrebné uviesť aj súvislosti **so sociálnoprávnou ochranou detí a sociálnou kuratelou** (ďalej len SPOD a SK^(*)) a aspoň rámcovo situáciu v tejto oblasti. Hlavným dôvodom, pre ktorý je jednoznačne potrebné uviesť aj oblasť SPOD a SK je, že kvalita a efektívnosť tohto systému je o. i. priamo závislá od kvality a efektivity tak systému sociálnych služieb ako aj zdravotnej starostlivosti. Zdanlivo téma ochrany detí v sociálnej oblasti funguje relatívne samostatne a dôvodom výkonu opatrení SPOD a SK nie je a ani nesmie byť „len“ zdravotný stav/postihnutie, avšak jedna časť detí, pre ktoré je z rôznych dôvodov potrebné vykonávať opatrenia SPOD a SK sú deti so zdravotným znevýhodnením a jedna časť rodičov detí, pre ktoré sú vykonávané opatrenia SPOD a SK sú osoby s ťažkým zdravotným postihnutím resp. osoby v liečbe.

V danej súvislosti nejde len o zabezpečenie zodpovedajúcej starostlivosti o deti, ktoré sú na základe rozhodnutia súdu umiestnené v centre pre deti a rodiny (ďalej len „CDR“) resp. starostlivosti o deti so zdravotným znevýhodnením, pre ktoré sú vykonávané opatrenia pobytovou formou v CDR na základe dohody, ale o viac než problematické zabezpečenie sociálnej služby, osobitne pobytovej pre deti so zdravotným znevýhodnením resp. deti so zdravotným znevýhodnením s rodičom alebo deti s rodičom s ťažkým zdravotným postihnutím. Je prakticky nemožné zabezpečiť pobytovú sociálnu službu pre dieťa do troch rokov veku, ak je dieťa na takúto sociálnu službu odkázané a rodičia nevedia starostlivosť o dieťa so zdravotným znevýhodnením zabezpečiť doma. Rovnako nie je možné zabezpečiť krízovú intervenciu pre rodinu s členom so zdravotným postihnutím, či zabezpečiť dostupnosť služby včasnej intervencie v potrebnom rozsahu a situácia v poskytovaní ambulantných a terénnych služieb pre deti a ich rodiny prispieva nielen k inštitucionalizácii dlhodobej starostlivosti, ale aj k umiestňovaniu detí so zdravotným znevýhodnením do zariadení SPOD a SK (a to žiaľ na základe rozhodnutia súdu, lebo bez pomoci sa rodiny dokážu dostať do tak zložitej rodinnej situácie, že nie je z pohľadu ochrany dieťaťa iná možnosť).

Oblasť sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately je primárne upravená zákonom č. 305/2005 Z. z. o sociálnoprávnej ochrane detí a o sociálnej kuratele a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon č. 305/2005 Z. z.“). Opatrenia SPOD a SK sa vykonávajú na zabezpečenie predchádzania vzniku krízových situácií v rodine, ochrany práv a právom chránených záujmov detí, predchádzania prehlbovaniu a opakovaniu porúch psychického, fyzického a sociálneho vývinu detí a plnoletých fyzických

osôb a na zamedzenie nárastu sociálnopatologických javov v prirodzenom rodinnom prostredí (rodine), v náhradnom rodinnom prostredí (napr. pestúnska starostlivosť, formálna starostlivosť príbuzných a blízkych osôb dieťaťa), v otvorenom prostredí (napr. ulica) a v prostredí utvorenom a usporiadanom na výkon opatrení podľa zákona, t. j. v zariadení SPOD a SK – CDR.

V CDR sú vykonávané opatrenia i pre deti so zdravotným znevýhodnením, pričom časť detí si vyžaduje poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti. Poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti v CDR, podmienky jej poskytovania, rozsah a podmienky úhrady ošetrovateľskej starostlivosti CDR a uzatváranie zmlúv o poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti v CDR upravujú osobitné predpisy z oblasti zdravotníctva.⁸ V CDR poskytuje ošetrovateľskú starostlivosť celkom 199 zdravotných sestier spĺňajúcich požiadavky na výkon ošetrovateľskej starostlivosti.

CDR môže starostlivosť o dieťa zabezpečiť v špecializovanej samostatnej skupine, len ak ju nemožno zabezpečiť v profesionálnej náhradnej rodine alebo v samostatnej skupine. Ak výsledky odbornej diagnostiky alebo priebežné výsledky odbornej diagnostiky preukazujú, že zdravotný stav dieťaťa s duševnou poruchou vyžaduje ošetrovateľskú starostlivosť v špecializovanej samostatnej skupine alebo je dieťaťu potrebné vzhľadom na jeho zdravotný stav poskytovať osobitnú starostlivosť v špecializovanej samostatnej skupine, požiada CDR úrad práce sociálnych vecí a rodiny – posudkového lekára, v ktorého územnom obvode má sídlo, o posúdenie potreby osobitnej starostlivosti v špecializovanej skupine (podľa § 11 zákona č. 447/2008 Z. z. o peňažných príspevkoch na kompenzáciu ťažkého zdravotného postihnutia a o zmene a doplnení niektorých zákonov), t. j. potreba, resp. umiestnenie dieťaťa v špecializovanej samostatnej skupine musí byť verifikovaná posudkovým lekárom.

Vážnym problémom je pretrvávajúca absencia zariadení poskytujúcich odbornú pomoc deťom s duševnými poruchami v kombinácii s poruchami správania a nie zriedka s pridruženou mentálnou retardáciou. Napriek skutočnosti, že tieto deti vyžadujú odbornú – psychiatrickú starostlivosť (samozrejme kombinovanú s odbornou pomocou, ktorá je v pôsobnosti rezortu PSVaR) zariadenie SPOD a SK je spravidla jedinou možnosťou riešenia situácie dieťaťa. Zariadenia SPOD a SK nielen že nevedia zabezpečiť ambulantnú, resp. ústavnú pedopsychiatrickú starostlivosť v potrebnom rozsahu, ale dlhodobo zabezpečujú starostlivosť o deti, ktoré vyžadujú okrem vzdelávania a starostlivosti aj sústavnú odbornú pedopsychiatrickú starostlivosť.

Komentár od [LB5]: Nepoužívame tento pojem, ale pojem mentálne postihnutie

⁸ § 7 ods. 8 a §10a zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov, § 3 ods. 15 zákona č. 577/2004 Z. z. o rozsahu zdravotnej starostlivosti uhrádzanej na základe verejného zdravotného poistenia a o úhradách za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti v znení neskorších predpisov, § 31 zákona č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov v znení neskorších predpisov, § 7a a § ods. 10 zákona č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.

Konkrétne zámery a úlohy v tejto časti výkonu obsahuje „Konceptia zabezpečovania vykonávania opatrení v zariadeniach sociálnoprávnej ochrany a sociálnej kurately na roky 2021 – 2025 Plán deinštitucionalizácie“⁹

Ako je z vyššie uvedeného zrejmé, časť detí po dovŕšení plnoletosti nie je schopná bez podpory samostatného života, či dokonca je v plnoletosti na pomoc systému sociálnych služieb odkázaná. Otázkou tiež ostáva, aká veľká skupina detí by s včasnou podporou cieľných služieb rodine nebola riešená vôbec systémom sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately.

1.2 Systém zdravotnej starostlivosti

V súčasnosti je DSZS poskytovaná v rámci štruktúr zdravotného a sociálneho systému orientovaná predovšetkým na chronicky chorých pacientov. Poskytuje sa ambulantnou formou prostredníctvom **agentúr domácej ošetrovateľskej starostlivosti** (ďalej ADOS); špecializovanej ambulantnej starostlivosti (**mobilné hospice, geriatrické ambulancie**); formou ústavnej zdravotnej starostlivosti (**oddelenia dlhodobo chorých, geriatrické a paliatívne oddelenia v nemocniciach**) a v špecializovaných zdravotníckych zariadeniach (**psychiatrických nemocniciach**), a predovšetkým v **liečebniach pre dlhodobo chorých, domoch ošetrovateľskej starostlivosti (ďalej DOS), hospicioch, a v zariadeniach sociálnej pomoci (v zariadeniach pre seniorov, zariadeniach opatrovateľskej služby, špecializovaných zariadeniach, domovoch sociálnych služieb a zariadeniach sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately)**. Ústavné formy zdravotnej starostlivosti sú financované zdravotnými poisťovňami najmä na paušálnej báze.

Na financovaní starostlivosti v zariadeniach sociálnych služieb, ktoré poskytujú ošetrovateľskú starostlivosť, sa podieľa v individuálnej miere aj samotný prijímateľ sociálnej služby, pretože v mnohých prípadoch zdroje zdravotných poisťovní nepokryjú ekonomicky oprávnené náklady poskytovateľov.

Posudzovanie odkázanosti na pomoc inej osoby pri úkonoch sebaobsluhy v rezorte zdravotníctva neprebíha, na využívanie služieb ústavnej zdravotnej starostlivosti, vrátane ošetrovateľskej starostlivosti, aj ADOS postačuje indikácia od ošetrojúceho lekára (všeobecného, špecialistu s kompetenciami alebo aj ošetrojúceho lekára počas predchádzajúcej hospitalizácie)¹⁰. Pozitívne je, že tento systém v praxi výrazne skracuje obdobie medzi skutočnou indikáciou, resp. potrebou služby a prijatím pacienta do služieb ADOS, DOS, hospicu apod. (v porovnaní so ZSS, kde je proces omnoho zdĺhavejší – rádovo mesiace). Limitujúcim faktorom včasného prijatia býva nedostatočný manažment starostlivosti po prepustení z nemocnice (dezorientácia pacienta a jeho rodiny v systéme),

⁹ dostupné: [Konceptia_17.12.2020_pdf.pdf \(gov.sk\)](#)

¹⁰ Podľa § 9, odsek b), 576/2004 Z. z.: „ak sa vyžaduje pokračovanie ošetrovateľskej starostlivosti, vyhotoví ošetrovateľskú prepúšťaciu správu dňom prepustenia z ústavnej starostlivosti, ktorej súčasťou je vyhodnotenie ošetrovateľského procesu, a bezodkladne ju zašle príslušnému všeobecnému lekárovi a inému poskytovateľovi ošetrovateľskej starostlivosti...“

no tiež obsadené kapacity poskytovateľa, čo môže vyústiť do vážnych zdravotných a sociálnych komplikácií.

NZCI uvádza, že v roku 2019 bolo v zdravotníckych zariadeniach, ktoré poskytujú niektorý z typov dlhodobej starostlivosti, 340 012 hospitalizácií, z toho 38 340 pokryli psychiatrické špecializácie.

Tabuľka 6 NCZI výkaz za rok 2019

Typ oddelenia	Počet hospitalizácií	Počet ošetrovacích dní	Priemerný ošetrovací čas
Detská psychiatria	1 718	54 062	31,5
Dlhodobá intenzívna starostlivosť	19	6 911	363,7
Liečebňa dlhodobo chorých	27 239	497 236	18,3
Doliečovacie zariadenie	2 628	28 845	11
Fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia bez kúpeľov	23 159	237 174	10,2
Geriatéria	19 267	165 917	8,6
Gerontopsychiatria	1 173	69 201	59,0
Kardiológia	18 114	73 514	4,1
Neurológia	69 161	418 763	6,1
Paliatívna medicína	1140	12 187	10,7
Psychiatria	35 449	895 974	25,3
Ústavná hospicová starostlivosť	1418	63732	44,9
Ústavná ošetrovateľská starostlivosť	2 759	75 272	27,3
Vnútorné lekárstvo	136 768	874 308	6,4

Zdroj: NCZI výkaz za rok 2019

Nasledujúca tabuľka ponúka prehľad príslušných nákladových relácií podľa základných typov odborností, ktoré spĺňajú atribúty DSZS. Okrem hospicovej a paliatívnej starostlivosti sú náklady kompenzované prevažne platbami zdravotných poisťovní. Porovnaním priemerných nákladov na hospitalizáciu a jej priemernou dĺžkou vychádza ako najnákladnejšia starostlivosť na geriatrických a doliečovacích oddeleniach nemocníc.

Tabuľka 7 NCZI – ekonomické výkazy za roky 2017 a 2018

Typ oddelenia	Úhrady od ZP,		Suma oše dní 2017	Priemerná úhrada		Odhad úhrady oše.dňa pre rok 2020 pri medziročnej valorizácii o 5%	Odhad nákladov oše.dňa pre rok 2020 pri medziročnej valorizácii o 5%	Priemerný ALOS 2018
	bez DRG 2017	Náklady 2017		Priemerné zdrav.poistovne / oše.deň 2017	Priemerné náklady/oše. deň 2017			
detská psychiatria	3 225 923 €	3 605 964 €	50 457	64 €	71 €	74 €	83 €	36
dlhodobá intenzívna starostlivosť	968 934 €	1 098 129 €	5 433	178 €	202 €	206 €	234 €	248
liečebňa dlhodobó chorých	26 995 244 €	36 261 311 €	531 627	51 €	68 €	59 €	79 €	19
doliečovacie zariadenie	1 788 667 €	2 386 453 €	36 721	49 €	65 €	56 €	75 €	11
fyziatra, balneológia a liečebná rehabilitácia*	18 294 822 €	18 235 996 €	222 794	82 €	82 €	95 €	95 €	10
geriatria	16 622 487 €	17 669 019 €	182 650	91 €	97 €	105 €	112 €	9
gerontopsychiatria	3 268 678 €	3 647 940 €	59 519	55 €	61 €	64 €	71 €	52
kardiológia	18 681 234 €	10 359 664 €	70 184	266 €	148 €	308 €	171 €	4
neuroológia	39 500 244 €	49 355 120 €	443 920	89 €	111 €	103 €	129 €	6
paliatívna medicína	1 203 043 €	1 446 845 €	14 673	82 €	99 €	95 €	114 €	12
psychiatria	55 718 449 €	59 915 675 €	966 703	58 €	62 €	67 €	72 €	26
ústavná hospicová starostlivosť	2 162 302 €	3 875 581 €	59 445	36 €	65 €	42 €	75 €	46
ústavná ošetrovateľská starostlivosť (DOS)	1 803 806 €	3 740 481 €	80 883	22 €	46 €	26 €	54 €	31
vnútorné lekárstvo	72 936 914 €	108 212 124 €	933 775	78 €	116 €	90 €	134 €	6

*bez kúpeľov

Zdroj: NCZI – ekonomické výkazy za roky 2017 a 2018.

Nasledujúca tabuľka ponúka štruktúru nákladov v zariadeniach ústavnej zdravotnej starostlivosti podľa skupín poskytovateľov ústavnej zdravotnej starostlivosti za rok 2019.

Tabuľka 8 Štruktúra nákladov v zariadeniach ústavnej zdravotnej starostlivosti 2019

Ukazovateľ	Skupina poskytovateľa ústavnej zdravotnej starostlivosti			
	všeobecné a špecializované nemocnice	fakultné nemocnice	liečebne	ostatní ústavní PZS ¹⁾
Náklady spolu (€)	1 328 814 195,3	1 288 333 368,5	23 056 965,6	158 447 391,4
mzdy a odvody	710 000 345,1	664 431 485,8	16 304 146,6	61 894 320,8
lieky	126 130 687,7	146 953 403,8	726 644,8	1 173 271,4
zdravotnícke pomôcky	172 034 837,7	160 501 477,6	184 440,2	668 872,6
doplňkový sortiment lekární	844 900,2	274 335,2	–	136 113,5
krv a krvné výrobky	12 803 574,8	20 790 760,0	1 135,2	–
odpisy	39 181 129,8	43 036 495,8	862 784,5	9 204 495,6
stravovanie pacientov	12 367 305,4	11 426 418,5	1 031 821,7	11 935 740,9
spotreba energie	28 047 136,0	25 213 836,6	699 745,6	9 155 287,6
oprava a údržba	19 818 877,2	21 787 377,6	428 142,0	3 616 289,7
ostatné náklady	207 585 401,4	193 917 777,6	2 818 105,0	60 662 999,3
Podiel v %				
mzdy a odvody	53,4%	51,6%	70,7%	39,1%

lieky	9,5%	11,4%	3,2%	0,7%
zdravotnicke pomôcky	12,9%	12,5%	0,8%	0,4%
doplnkový sortiment lekární	0,1%	0,0%	0,0%	0,1%
krv a krvné výrobky	1,0%	1,6%	0,0%	0,0%
odpisy	2,9%	3,3%	3,7%	5,8%
stravovanie pacientov	0,9%	0,9%	4,5%	7,5%
spotreba energie	2,1%	2,0%	3,0%	5,8%
oprava a údržba	1,5%	1,7%	1,9%	2,3%
ostatné náklady	15,6%	15,1%	12,2%	38,3%

Zdroj: NCZI výkazy za rok 2019

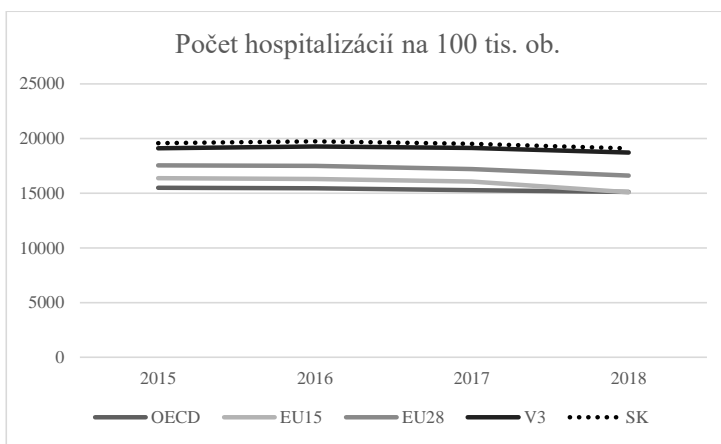
Detailnejším preskúmaním kompozície diagnóz pacientov v domoch ošetrovateľskej starostlivosti a charakteru zdravotných aj sociálnych služieb v nich poskytovaných by bolo možné zhodnotiť, či priemerných cca 54 €¹¹ nákladov na ošetrovací deň (+noc) týchto pacientov je adekvátnych. Ak áno, **potom by mala byť v podobnej výške uhrádzaná DSZS v zariadeniach sociálnych služieb osobám s podobným sociálno-zdravotným profilom, alebo naopak, menej nákladný systém DSZS by mohol v niektorých prípadoch nahradiť súčasnú ústavnú ošetrovateľskú starostlivosť**. Zdravotná starostlivosť v DOS je menej nákladná ako súčasná ústavná zdravotná starostlivosť. Tento systém by tiež zabezpečil kontinuálny prechod z akútnej starostlivosti do dlhodobej starostlivosti a vyrovnal by sumárne rozdiely vo výške financovania v súčasnosti oddelených zdrojov zdravotnej a sociálnej starostlivosti a tiež súkromných platieb. **Hlavným nedostatkom je podceňovanie ošetrovateľskej starostlivosti v sociálnom sektore a podceňovanie sociálnej starostlivosti v zdravotníckom sektore.** Pacienti bývajú z nemocníc prepúšťaní často v stave, ktorý si vyžaduje bezodkladnú ošetrovateľskú starostlivosť, pomoc, podporu, empatiu, holizmus, pochopenie. Úplne bežné sú ošetrovateľské problémy ako nozokomiálna infekcia, porucha prehĺtania, dehydratácia, rozvinutý imobilizačný syndróm, dekubity, malnutícia, depresia, výrazný úbytok pohybových schopností a pokles sebestačnosti. Ošetrovateľský aspekt, no tiež sociálny aspekt v starostlivosti o bezvládne a polymorbídne osoby býva podceňovaný, na čo krehkí pacienti doplácajú zdravotnými komplikáciami. DOS má poskytovanú zdravotnú starostlivosť v súčasnosti hradenú prostredníctvom zdravotnej poisťovne vo výške: (43 € / lôžkodenň priemerne). Avšak DOS nemá hradený z MPSVaR príspevok na odkázanosť a rovnako nemá príspevok klienta na stravu, pričom priemerná doba pobytu dosahuje 30 dní. ZSS s poskytovaním ošetrovateľskej starostlivosti má od zdravotnej poisťovne hradené: (ošetrovateľský paušál 3,30 € / 1 deň / 1 klient + MPSVaR (príspevok na odkázanosť) + doplatok klienta¹². Vzhľadom na mieru zdravotných komplikácií klientov DOS nemôžeme očakávať, že sociálne služby budú poskytované v rovnakej intenzite, ako v ZSS. Rozhodne je však potrebná prítomnosť sociálneho pracovníka, ktorý bude pomáhať klientom a ich rodinám s plánovaním dlhodobej starostlivosti. Potrebné je preto nastaviť primeranú výšku osobného

¹¹ Dáta v tabuľke pochádzajú z ekonomických výkazov NCZI za rok 2017. V tomto roku ešte nebol zavedený DRG a úhrady zdravotných poisťovní sa viazali na oddelenie a nie na hospitalizačný prípad, a preto bolo možné vypočítať aj cenu ošetrovacieho dňa podľa oddelenia. Úhrady pre rok 2020 boli odhadnuté pri miere 5% ročnej valorizácie. Odhad nákladov na deň poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti v DOS je vo výške 54,- €.

¹² FABIÁNOVÁ, Z. a kol. 2021. Dom ošetrovateľskej starostlivosti verzus zariadenie sociálnych služieb s ošetrovateľskou starostlivosťou – prečo v systéme potrebujeme obe? Dostupné na: <https://portalmalina.sk/clanok-15-06-2021>

rozpočtu pre klientov v následnej starostlivosti (týka sa to aj doliečovacích zariadení). Druhým spôsobom ako zvýšiť zdroje v tomto sektore je zavedenie príspevku klienta na stravu, čo by uvoľnilo časť zdrojov DOS potrebných na výkon ošetrovateľskej, či opatrovateľskej starostlivosti.

Graf 2 O nadpriemernom počte hospitalizácií na Slovensku svedčí tento graf počtu hospitalizácií na 100 tis. obyvateľov¹³:



¹³ Zdroj: OECD, Inpatient care discharges. Údaje neboli dostupné pre krajiny: Chorvátsko, Cyprus, Bulharsko, Rumunsko, Malta, Holandsko, Grécko.

Využitie služieb ADOS v posledných rokoch rastie, z pohľadu počtu pacientov, návštev, výkonov aj úhrady celkovej poisťovni. Je potrebné upozorniť aj na skutočnosť, že náklady na dopravu ADOS (tzv. kilometrovné) nie je uhrádzané zo zdravotného poistenia. Tieto náklady musia ADOS uhrádzať z vlastných zdrojov.

Tabuľka 10 Využitie služieb ADOS

Rok	Počet pacientov	Počet návštev	Počet výkonov	Úhrada poisťovne	Priemerná úhrada na pacienta	Priemerná úhrada na výkon	Priemerný počet výkonov na návštevu
2018	43 997	1 588 744	5 801 124	22 507 558	511,57	3,88	3,65
2019	48 475	1 648 341	5 962 265	24 592 051	507,31	4,12	3,62

Zdroj: NCZI

Kapacity domácej ošetrovateľskej starostlivosti (ADOS) nie sú postačujúce. V porovnaní s Českou republikou ju prijíma o 30 % menší podiel populácie¹⁴. Minimálna sieť poskytovateľov je určená počtom 809 sestier (FTE) na územie SR a nemenila sa od roku 2008.

Tabuľka 11 Počet sesterských miest agentúr domácej ošetrovateľskej starostlivosti

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

Zdroj: Príloha č. 5 k nariadeniu vlády č. 640/2008 Z. z.

Problémom je chýbajúca podpora komplexného ošetrovateľského monitoringu a manažmentu pacienta. Systém úhrad ADOS nepokrýva sériu potrebných preventívnych úkonov definovaných v štandardnom postupe MZ SR. Starostlivosť v odľahlejších lokalitách je dlhodobo menej dostupná v porovnaní s pacientmi, ktorí bývajú v mestách.

Pracoviská paliatívnej starostlivosti a hospice

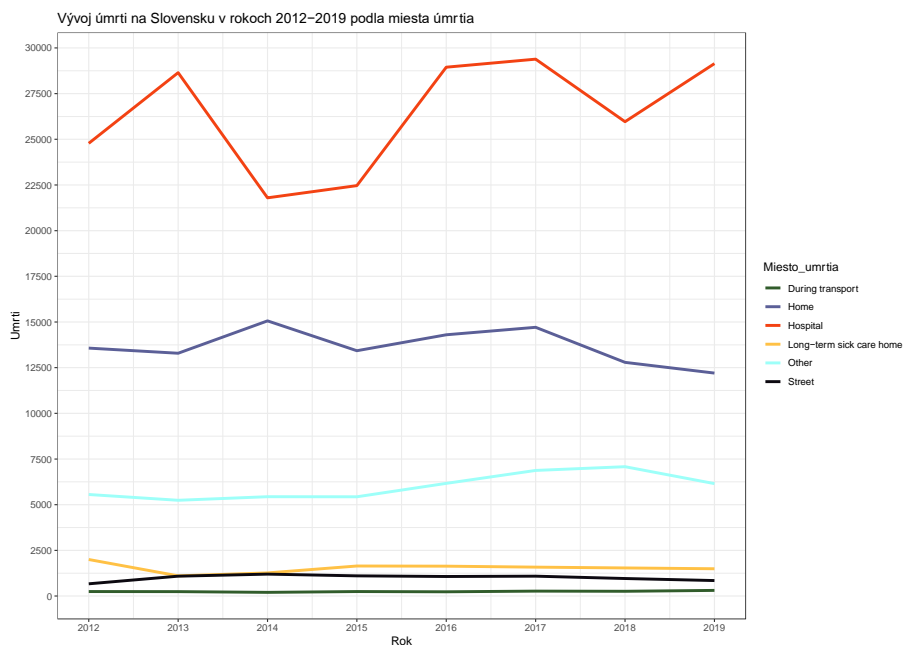
Podľa dostupných dát má zomieranie v nemocniciach stúpajúci trend, oproti zomieraniu v domácej starostlivosti, kde má naopak klesajúci trend ako je znázornené na grafe 3. V skupine geriatrických a onkologických pacientov, čiže pacientov s multimorbiditou a/alebo s nevyliciteľným progredujúcim ochorením, je zomieranie v inštitúcii, v neprirodzenom prostredí, javom, za ktorým je skrytá horšia kvalita života v chorobe¹⁵. Ukazovateľom zvyšujúcej sa kvality starostlivosti o osoby, na ktoré sa reforma zameriava bude väčší podiel osôb zomrelých v prirodzenom prostredí alebo v hospici. Implementáciou reformy vyplývajú

¹⁴ Údaje za ČR: ÚZIS: Zdravotnícka ročenka. Dostupné na: <<https://www.uzis.cz/index.php?pg=record&id=8280>> ; Údaje za SR: Výkaz A20-01 (NCZI)

¹⁵ Standardy a normy hospicové a paliatívni péče v Evrope. Doporučení Evropské asociace paliatívni péči. Přeloženo z článku, který byl prvně publikován v European Journal of Palliative Care 2009; 16(6) a 17(1). Za laskavé povolení jej publikovat v češtině děkujeme vydavateli EJPC, který vlastní copyright.

z Plánu obnovy a odolnosti bude narastať počet úmrtí v prirodzenom domácom prostredí a v hospici.

Graf 3 Trendy v počte úmrtí v inštitucionalizovanom a prirodzenom prostredí, zdroj: NCZI



Na Slovensku máme 225 lôžok v 13 kamenných hospicioch, ale len v 4 z nich je k dispozícii špecializovaná paliatívna starostlivosť (ŠPS) realizovaná paliatológom. Na 59 lôžkach paliatívnych oddelení nie je k dispozícii ŠPS.

Mobilné hospice ako súčasť špecializovanej ambulantnej starostlivosti (ŠAPS) s možnosťou návštevných služieb lekárom a sestrou sú k dispozícii len v piatich krajoch Slovenska. V NCZI sú údaje o 22 poskytovateľoch mobilných hospicových služieb, z ktorých však len uvedené v tabuľke 12 reálne poskytujú návštevnú (terénnu) službu lekára a sestry. V tabuľke 13 sú uvedené pracoviská, ktoré by mali poskytovať ŠPS a ich regionálna ne/dostupnosť. Modelovým príkladom zabezpečovania komplexnej paliatívnej starostlivosti je výučbové centrum v Národnom onkologickom ústave (NOÚ) Klenová, kde na Onkologickom oddelení F Kliniky klinickej onkológie zameranom na paliatívnu medicínu je prítomná ambulancia paliatívnej medicíny a mobilný hospic. Tím oddelenia realizuje konziliárnu službu pre celý NOÚ. V tíme je sociálna poradkyňa, nutričná poradkyňa a k dispozícii sú aj psychologičky. Pacienti sú do paliatívnej starostlivosti referovaní na paliatívnych multidisciplinárnych seminároch. Ambulancia paliatívnej medicíny v NOÚ je jedinou ambulanciou PM na Slovensku.

Tabuľka 12 Špecializovaná ambulantná paliatívna starostlivosť

ŠAPS	Mobilný hospic		Paliatívna ambulancia	
	Názov	Počet	Názov	Počet
Bratislavský kraj	NOÚ Klenová 1	1	NOÚ Klenová	1
	MOHO sv. Kataríny Labouré	1		
	MOHO Simeon	1		
Trnavský kraj	Domáca hospicová starostlivosť, s.r.o. (Skalica)	1	--	0
	MOHO Dotyk života (Vrbové)	1		
Trenčiansky kraj	MOHO Sv. Lujza (Prievidza)	1	--	0
Nitriansky kraj	MOHO pri Hospici sv. Bernardetky	1	--	0
Banskobystrický kraj	MOHO pri Hospici v Banskej Bystrici	1	--	0
Žilinský kraj	--	0	--	0
Prešovský kraj	--	0	--	0
Košický kraj	--	0	--	0

Zdroj: Správa o stave onkológie na Slovensku 2020, Dostupné na: <https://www.noisk.sk/files/2020/2020-06-03-vs-stav-onkologie-na-slovensku-2019-noi-sk.pdf>

Tabuľka 13 Špecializovaná ústavná paliatívna starostlivosť

ŠUPS	Paliatívne oddelenie – akútna ZS		Paliatívne oddelenie – v zmysle LTC		Konz. paliatívny tím v nemocnici	Hospic	
	Názov	Počet lôžok	Názov	Počet lôžok		Názov	Počet lôžok
Bratislavský kraj	NOÚ Klenová 1	19	Univerzitná NsP Milosrdní bratia, s.r.o., Bratislava – Staré mesto	7	NOÚ Klenová	Liečebňa sv. Františka, a.s. Bratislava	24
						Dom Rafael Bratislava	12
Trnavský kraj	--	0	--	0	0	Zdravotno-sociálne centrum Sv. Alžbety - Trstice	25
Trenčiansky kraj	--	0	NsP Považská Bystrica	17	0	Hospic Milosrdných sestier - Trenčín	24
						NsP Ilava	13
Nitriansky kraj	--	0	--	0	0	Hospic Sv. Františka z Assisi - Palárikovo	23
						Hospic - dom pokoja a zmiery u Bernardetky – Nitra (Spišská katolícka charita)	15
Žilinský kraj	--	0	Hornooravská nemocnica s poliklinikou Trstená	10	0	--	0
			Kysucká nemocnica s poliklinikou Čadca	25			
Banskobystrický kraj	--	0	--	0	0	Hospic – Dom Božieho Milosrdenstva Banská Bystrica	16
						Hospic Hestia Lučenec	15
Prešovský kraj	--	0	--	0	0	Hospic sv. Alžbety v Ľubici (Spišská katolícka charita)	24
						Hospic Matky Terezy Bardejov a Dom ošetrovateľskej starostlivosti Bardejov (Spišská katolícka charita)	18
Košický kraj	--	0	--	0	--	Hospic - Vysokospecializovaný odborný ústav geriatrický sv. Lukáša v Košiciach n. o. Košice	7
Spolu v SR		19		59	1		216/90

Zdroj: Správa o stave onkológie na Slovensku 2020, Dostupné na: <https://www.noisk.sk/files/2020/2020-06-03-vs-stav-onkologie-na-slovensku-2019-noi-sk.pdf>

Dostupnosť paliatívnej starostlivosti

Ako vypláva z odporúčaní Európskej asociácie paliatívnej starostlivosti (ďalej len „EAPC“) z roku 2011, na 1 milión obyvateľov je potrebných 80 až 100 lôžok paliatívnej starostlivosti¹⁶. V roku 1995 vypracoval prof. Xavier Gómez-Batiste projekt implementácie paliatívnej medicíny (ďalej len „PM“) do systému zdravotníckej starostlivosti pre Katalánsko. Tento systém bol revidovaný každých 5 rokov, pričom pri poslednej revízii z roku 2015 bolo skonštatované, že pri danom stave je dostupnosť paliatívnej starostlivosti pre populáciu Katalánska zabezpečená na 80%¹⁷. Potreba lôžok pre dlhodobú paliatívnu starostlivosť podľa katalánskeho modelu je 100 paliatívnych lôžok na 1 milión obyvateľov, čiže na Slovensku by sme mali mať 550 lôžok.

Na Slovensku máme k dispozícii 294 lôžok pre paliatívnu starostlivosť, pričom ŠPS je zabezpečená na tretine týchto lôžok. Potreba akútnych lôžok je približne 20 lôžok na jeden milión obyvateľov, čiže obyvatelia Slovenska by mali mať k dispozícii asi 110 akútnych paliatívnych jednotiek. Jediné akútne paliatívne oddelenie je zriadené v rámci Kliniky klinickej onkológie NOÚ Bratislava a má k dispozícii 19 lôžok. Potreba mobilných paliatívnych tímov je približne 1 mobilný paliatívny tím na okres. Slovensko má 79 okresov, k dispozícii máme 8 mobilných paliatívnych tímov, v siedmich pracujú špecialisti PM.

1.3 Posudková činnosť

Z vyššie uvedených skutočností je zrejma veľká roztrieštenosť systému DSZS, ktorá je riešená vo viacerých legislatívnych normách a v rámci dvoch rezortov v zásade na odlišných základoch a mechanizmoch financovania (odlišné zapájanie verejných prostriedkov, vrátane zdrojov verejného zdravotného poistenia a spoluúčasti prijímateľa sociálnej služby, resp. pacienta na nákladoch poskytovanej starostlivosti).

Na ilustráciu komplikovanosti a zároveň slabej výpovednej hodnoty o zdravotno-sociálnom profile posudzovaných osôb, uvádzame krátky sumárny prehľad zložiek posudkovej činnosti. Posudková činnosť sa vykonáva viackrát a na rôznych úrovniach:

UPSVaR – Pre účely kompensácie ťažkého zdravotného postihnutia vykonáva posudzovanie UPSVaR na základe aktuálnych lekárskeho nálezov vyhotovených poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti (ošetrojúci lekári, odborní lekári) posudkový lekár určí mieru funkčnej poruchy fyzickej osoby, pričom za FO s ŤZP sa považuje fyzická osoba, ktorej miera funkčnej poruchy je stanovená najmenej na 50% (príloha č. 3 zákona o peňažných

¹⁶ Radbruch L, Payne S (2011) Standards und Richtlinien für Hospiz- und Palliativversorgung in Europa: Teil 2. Weißbuch zu Empfehlungen der Europäischen Gesellschaft für Palliative Care (EAPC). Z Palliativmed 2011(12):260 bis 270

¹⁷ Gómez-Batiste X et al., 2015. The Catalonia WHO Demonstration Project of Palliative Care: Results at 25 Years (1990-2015), J Pain Sym Management, <http://doi.org/10.1016/j.painsymman.2015.11.029> accessed Feb 23 2019

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

Sociálna posudková činnosť (posudzovanie individuálnych predpokladov FO s ŤZP, jej rodinného a širšieho sociálneho prostredia, posudzovanie všetkých druhov odkázanosti FO s ŤZP, navrhovanie kompenzácií) sa vykonáva, ak je fyzická osoba posúdená ako fyzická osoba s ťažkým zdravotným postihnutím.

Peňažné príspevky (ďalej len „PP“) na kompenzáciu ŤZP sú rozdelené na jednorazové (PP na kúpu pomôcky, PP na výcvik používania pomôcky, PP na úpravu pomôcky, PP na opravu pomôcky, PP na kúpu zdvíhacieho zariadenia, PP na kúpu osobného motorového vozidla, PP na úpravu osobného motorového vozidla, PP na úpravu bytu, rodinného domu alebo garáže) a opakované (PP na osobnú asistenciu, PP na prepravu, PP na kompenzáciu zvýšených výdavkov, PP na opatrovanie). Výsledkom sociálnej posudkovej činnosti je posudkový záver.

Na základe lekárskeho posudku (lekárska posudková činnosť) a na základe posudkového záveru (sociálna posudková činnosť) príslušný správny orgán (UPSVaR) vypracúva komplexný posudok na účely kompenzácie.

Sociálny pracovník navrhuje kompenzácie, ale tiež posudzuje všetky druhy odkázanosti. S lekárom by sa mali zhodnúť na stupni odkázanosti – **majoritný výskyt je stupeň VI**. Takéto výsledky v posudkoch sú umocňované aj preto, že peňažný príspevok na opatrovanie sa poskytuje osobám až od stupňa V.

Obce a vyššie územné celky – Druhý typ posudzovania je v oblasti sociálnych služieb.

Ak chce fyzická osoba využívať sociálne služby v zariadeniach sociálnych služieb, ktorými sú – zariadenie podporovaného bývania, zariadenie pre seniorov, zariadenie opatrovateľskej služby, rehabilitačné stredisko, domov sociálnych služieb, špecializované zariadenie, denný stacionár alebo domácu opatrovateľskú službu, musí mať v rámci konania o odkázanosti na sociálnu službu vypracovaný individuálny posudok o odkázanosti na konkrétny druh sociálnej služby (na základe zdravotnej posudkovej činnosti a sociálnej posudkovej činnosti) na úrovni regionálnej **samosprávy - vyššieho územného celku alebo lokálnej samosprávy - obce**. V prípade, že má fyzická osoba nárok na peňažný príspevok na opatrovanie, tento nárok zaniká, ale sú jej poskytované vybrané sociálne služby, ktoré sú financované v zmysle zákona o sociálnych službách č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách. Jedným z najvypuklejších nedostatkov systému posudzovania podľa tohto zákona je, že sa posudzujú v princípe len sociálne aspekty odkázanosti na pomoc inej osoby pri sebaobslužbe a jednotlivé úkony spadajúce do okruhu aktivít denného života. Osobe umiestnenej v zariadení sociálnych služieb a v zariadení sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately ošetrovateľská starostlivosť je

indikovaná na základe indikačných kritérií a návrhu zodpovednej osoby (sestry), ktorý schváli ošetrujúci lekár.¹⁸

Z hľadiska stupňa odkázanosti prijímateľov sociálnych služieb v zariadeniach podmienených odkázanosťou a domácej opatrovateľskej služby (II. až VI) možno uviesť, že z celkového počtu prijímateľov je až 70% prijímateľov (43 207) odkázaných na pomoc inej osoby v stupni V. a VI. a z tohto počtu až 34 604 (80 %) je prijímateľov sociálnych služieb v zariadeniach poskytujúcich aj pobytovú formu starostlivosti (zariadenie opatrovateľskej starostlivosti, zariadenie pre seniorov, domov sociálnych služieb, špecializované zariadenie).

Tabuľka 14 Vybrané údaje Výkazu ŠÚ SR Soc- 1-01 – stupne

Druh zariadenia	I. stupeň	II. stupeň	III. stupeň	IV. stupeň	V. stupeň	VI. stupeň
Spolu	205	3 252	4 209	10 508	10 547	32 660
Opatrovateľská služba		2 152	2261	4 587	3 236	3888
Domovy sociálnych služieb	6	101	65	67	1104	10421
Zariadenie pre seniorov	188	572	226	4472	4366	9014
Špecializované zariadenie	0	0	0	12	951	6984
Denný stacionár	9	96	1255	867	356	619
Zariadenie podporovaného bývania	1	178	86	56	11	229
Rehabilitačné strediská	1	89	202	80	34	230
Zariadenia opatrovateľskej služby	0	64	114	367	489	1275

Zdroj: Vybrané údaje Výkazu ŠÚ SR Soc- 1-01

Kľúčovým dôsledkom tejto roztrieštenosti posudkovej činnosti vykonávanej na rôzne účely je **nejednotný a neštandardizovaný systém posudzovania odkázanosti na pomoc inej fyzickej osoby pri sebaobsluže**. Nejednotnosť procesov posudzovania odkázanosti vedie k tomu, že potrebná podpora a starostlivosť **nie je poskytovaná adresne a nevychádza z reálnych individuálnych potrieb osôb odkázaných na pomoc inej osoby a má aj negatívne dôsledky na financovanie rôznych foriem podpory a starostlivosti** (napr. časté umiestňovanie klientov do zariadení nie na základe ich potrieb, ale na základe voľného miesta u poskytovateľa a finančných možností samosprávy, finančné možnosti samospráv, ktoré ovplyvňujú poskytovanie príspevku na prevádzku zariadeniam, nedostatočne financovaná opatrovateľská služba zo strany samosprávy odkázaná na financovanie z európskych fondov).

Komentár od [MM6]: Maria Filipová: Je potrebné doplniť časový údaj (za ktorý rok to je)

¹⁸§1 Vyhlášky MZ SR č. 92/2018, Z. z., ktorou sa ustanovujú indikačné kritériá na poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti v zariadení sociálnych služieb a v zariadení sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately a ktorou sa ustanovuje vzor návrhu zodpovednej osoby na indikáciu poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti osobe umiestnenej v zariadení sociálnych služieb a v zariadení sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately

1.4 Vybrané demografické údaje k dlhodobej starostlivosti

Intenzívne starnutie obyvateľstva, ktoré so sebou prináša radikálne zvýšenie počtu a podielu obyvateľov v poproduktívnom veku, sa považuje za najväčšiu demograficky podmienenú výzvu pre 21. storočie. Navyše, populačné starnutie na Slovensku bude v porovnaní s ostatnými európskymi krajinami veľmi intenzívne. Počet obyvateľov vo veku 65+ sa v období 2017 – 2060 zvýši z necelých 870-tis. na zhruba 1635-tis. osôb, čo predstavuje prírastok 760-tis. osôb, resp. 87 %. **Počet obyvateľov SR vo veku 65+ presiahne 1 milión už v roku 2022.**¹⁹

Starnutie je spojené so zvýšeným výskytom chorôb, ktoré podmieňujú potrebu starostlivosti. Napríklad demenciou trpí každý dvadsiaty človek nad 65 rokov, po 80. roku veku je to každý piaty človek. Počet obyvateľov SR, ktorí budú v r. 2040 trpieť demenciou, je odhadovaný na 180 tisíc.²⁰ Prežívanie s týmto ochorením môže trvať desať, aj dvadsať rokov.²¹

Práve projektovaný demografický vývoj je najväčšou výzvou pre prípravu funkčného riešenia DSZS, pretože v nasledujúcich rokoch dôjde k výraznému nárastu populácie seniorov, čo predpokladá zvýšenú zdravotnú a sociálnu starostlivosť z dôvodu vekom podmienenej znižujúcej sa miery sebestačnosti jedinca a jeho odkázanosti na DSZS.²² Štúdia OECD uvádza, že priemerne je v krajinách OECD až 12% ľudí vo veku 65+ využívajúcich služby DSZS.²³ Pri prepočte by to znamenalo, že na Slovensku by bolo skoro 90 tis. takýchto prijímateľov. Tento údaj korigujeme aj podľa výstupov expertného fóra²⁴, na **odhadovanú východiskovú hodnotu 61 tis. prijímateľov v reformovanom koncepte DSZS**. Zdravotnícky a sociálny systém Slovenskej republiky nie je systémovo, finančne, organizačne ani personálne pripravený na vyrovnanie sa s dopadom demografických zmien. Je prakticky vylúčené, že pri svojom súčasnom nastavení dokážu tieto systémy zabezpečiť dôstojnú a adekvátnu kompenzáciu zhoršeného zdravia starnúceho obyvateľstva.

Možno preto konštatovať, že je nevyhnutné bezodkladne prikročiť k implementácii funkčných riešení základných nedostatkov súčasného systému sociálnej a zdravotnej starostlivosti o ľudí odkázaných na pomoc inej osoby.

¹⁹ Štatistický úrad SR. Slovenská štatistika a demografia. 2019. s. 8. Dostupné na URL: https://www7.statistics.sk/wps/wcm/connect/a767757b-d32d-4e5d-930f-19e4df99bf5a/Slovenska_statistika_a_demografia_2_2019.pdf?MOD=AJPERES&CVID=mEAJi4f

²⁰ Slovenská Alzheimerova spoločnosť. <http://www.alzheimer.sk/informacie/alzheimerova-choroba/statistiky.aspx>

²¹ Alzheimer's Society. Progression of Alzheimer's disease. <https://www.alzheimers.org.uk/about-dementia/symptoms-and-diagnosis/how-dementia-progresses/progression-alzheimers-disease>

²² V roku 2012 bola v SR stredná očakávaná dĺžka života vo veku 65 rokov 18,5 roka u žien a 14,6 rokov u mužov. Podľa EU-SILC z roku 2012 strávia ženy vo veku 65 rokov 3,1 roka (17 % ich zostávajúceho života) bez obmedzení v aktivitách; 8,8 roka (48 %) s čiastočnými obmedzeniami v aktivitách a 6,6 roka (36 %) s výrazným obmedzením v aktivitách. Muži v rovnakom veku strávia 3,5 roka (24 % ich zostávajúceho života) bez obmedzení v aktivitách; 6,7 roka (46 %) s čiastočnými obmedzeniami v aktivitách a 4,4 roka (30 %) s výrazným obmedzením v aktivitách.

²³ Recipients of long-term care, Health at a Glance 2013, http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2013-en

²⁴ https://www.rpsp.eu/wp-content/uploads/2018/04/LTCpolicybrief_final.pdf

2. HLAVNÉ VÝZVY A PROBLÉMY V OBLASTI DLHODOBEJ STAROSTLIVOSTI

Z popisu súčasných systémov sociálnej a zdravotnej starostlivosti o ľudí odkázaných na pomoc inej osoby sú zrejme nasledovné hlavné výzvy a problémy:

1. Absencia funkčného prepojenia sociálnej a zdravotnej starostlivosti a vertikálna fragmentácia kompetencií.
2. Absencia cesty a manažmentu pacienta po ukončení hospitalizácie na akútnych lôžkach, pri potrebe poskytovania dlhodobej starostlivosti, na základe komplexného zdravotno-sociálneho posúdenia a potrieb osôb odkázaných na zdravotno-sociálnu starostlivosť. V prílohe č. 1 uvádzame cestu pacienta/klienta v systéme DSZS.
3. Nejednotné a nesystémové posudzovanie zdravotného postihnutia a potreby dlhodobej starostlivosti.
4. Nedostatok služieb dlhodobej, následnej a paliatívnej starostlivosti, najmä služieb komunitného typu.
5. Neefektívny spôsob financovania.
6. Nefunkčný systém dohľadu nad sociálnou starostlivosťou, vrátane starostlivosti v domácom prostredí.
7. Absencia pripravenosti DOS, ZSS na potreby izolácie pacienta / klienta.
8. Nedodatočná úroveň aplikácie a implementácie telemedicíny a telešetrovateľstva.

1) Absencia funkčného prepojenia sociálnej a zdravotnej starostlivosti a vertikálna fragmentácia kompetencií

Kompetencie v oblasti dlhodobej starostlivosti sú rozdelené najmä medzi rezort sociálnych vecí a rezort zdravotníctva, ktorých spolupráca je pre potreby integrácie dlhodobo nepostačujúca. Rezorty zdravotníctva a sociálnych vecí v oblasti dlhodobej starostlivosti donedávna spolupracovali nedostatočne.

Následkom toho:

- Chýba spoločná vízia, stratégia a plánovanie kapacít, ktoré zohľadňujú súčasnú infraštruktúru, potreby obyvateľstva, budúci demografický vývoj a dodržiavanie ľudských práv.
- **Prechod osoby s potrebou dlhodobej starostlivosti medzi zdravotnými a sociálnymi službami nie je koordinovaný.** Prispieva to k zhoršeniu zdravotného stavu pacienta a najmä u seniorov aj k zbytočným rehospitalizáciám. Rovnako nie je koordinovaný prechod mladých dospelých so zdravotným znevýhodnením a s potrebou dlhodobej starostlivosti, ktorí boli ako deti umiestnení v CDR na základe rozhodnutia súdu do týchto systémov.

Komentár od [MM7]: Maria Filipová: Neefektívny systém financovania ?? – máme k tomu tvrdeniu dostatočné analýzy?

Skôr to vnímam ako nerovnaký systém financovania (čo súvisí s dostupnosťou a tým nepriamo súvisí právo na dostupnú dlhodobú starostlivosť – majú ju tí, ktorí majú „to šťastie“ a dostanú sa do systému).

Komentár od [MM8]: Výzvou resp. problémom je aj nedostupnosť LTC pre mnoho odkázaných, ktorí sú „nepodchytení“. Tým, že nie je presne definovaná dlhodobá starostlivosť, nie je ani rozsah odkázaných známy. Východiskom by mali byť posudky, ktorých objektivita resp. kvalita je otázna

- **Zdravotná starostlivosť v zariadeniach sociálnych služieb nie je adekvátne zabezpečená po legislatívnej, personálnej, ani finančnej stránke. Rovnako nie je dostatočne poskytovaná ani sociálna starostlivosť zdravotníckych zariadeniach.**
- Na Slovensku je 940 pobytových zariadení sociálnych služieb s celkovou kapacitou 42,5 tis. miest, ktoré by mali podľa zákona zabezpečovať ošetrovateľskú starostlivosť. Iba 7,4 % týchto zariadení má uzavretú zmluvu o úhrade komplexnej ošetrovateľskej starostlivosti so zdravotnou poisťovňou. Dôvodom pre neuzavretie zmlúv sú nízke úhrady poisťovní, ako aj administratívna náročnosť spojená so zazmluvnením.
- Úhrada zdravotnej poisťovne za ošetrovateľskú starostlivosť poskytovanú klientovi v zariadení sociálnych služieb v zmysle štandardu (3,30 eur/deň) je nižšia ako úhrada zdravotnej poisťovne za starostlivosť v zdravotníckych zariadeniach s podobným alebo rovnakým typom klientov a starostlivosti (napr. úhrada lôžkodňa v ústavnej ošetrovateľskej starostlivosti je priemerne 26 eur/deň).
- Z 514 mil. eur, ktoré sú ročne vynaložené na financovanie poskytovania sociálnych služieb, pripadá na úhradu za poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti 2,8 mil. eur poskytnutých z verejného zdravotného poistenia, čo predstavuje 0,5% celkových nákladov. Zamestnanci poskytujúci zdravotnú starostlivosť pritom tvoria 13 % personálu v zariadeniach sociálnych služieb.—Aj napriek tomu, že zdravotnícki pracovníci (sestry) nemusia nevyhnutne poskytovať zdravotnú/ošetrovateľskú starostlivosť počas celej pracovnej doby, rozdiel medzi objemom vykonanej starostlivosti a úhradami je markantný.
- Neflexibilný posudkový proces a absentujúca koordinácia s poskytovateľmi sociálnych služieb predlžujú čakaciu dobu na sociálne služby aj v naliehavých prípadoch.
- **Zariadenia sociálnych služieb pre mnohých klientov nahrádzajú dlhodobú psychiatrickú starostlivosť.** 27 % klientov (15,5 tisíc) v zariadeniach sociálnych služieb je nastavených na antipsychotickú liečbu. V porovnaní so zariadeniami ústavnej starostlivosti im často chýba adekvátna odborná psychiatrická starostlivosť, ošetrovateľská starostlivosť a materiálno-technické vybavenie. Rovnaká situácia s absenciou odborná psychiatrická starostlivosť je aj v centrách pre deti a rodiny.
- **Chýbajú zariadenia kde by hospitalizovali aj pacientov s diagnózou bdela kóma,** tie sú čiastočne suplované dlhodobými pobytmi na Oddeleniach anestéziológie a intenzívnej medicíny (ďalej len „OAIM“); dlhodobá umelá pľúcna ventilácia (ďalej len „dlhodobá UPV“) prípadne na geriatrických oddeleniach. Je potrebné zriadiť viac takýchto špecializovaných zariadení.
- **Integrácii oboch systémov zabraňuje aj vertikálna roztrieštenosť kompetencií.** Tie sú rozdelené medzi ministerstvami, obcami, VÚC, Úradmi práce, sociálnych vecí a rodiny a inými orgánmi verejnej správy. Kombinácia poskytovania rôznych typov starostlivosti je považovaná za znak jej kvality a nie za neefektívne čerpanie prostriedkov²⁵. Vhodné a účelné spájanie rôznych druhov sociálnych služieb umožňuje aj zákon 448/2008 Z. z. o sociálnych službách. Zároveň je možné už aj v súčasnosti,

²⁵ Sophie Cès and Stéphanie Coster. Mapping long-term care quality assurance practices in the EU Summary Report Dec 2019

aby jeden poskytovateľ mohol poskytovať aj sociálnu a aj zdravotnú starostlivosť súčasne.

2) Nejednotné a nesystémové posudzovanie zdravotného postihnutia a potreby dlhodobej starostlivosti

- **Posudkový systém je fragmentovaný a neefektívny.** Na poskytovanie príspevku na osobnú asistenciu a príspevku na opatrovanie musí byť človek najprv uznaný za osobu s ťažkým zdravotným postihnutím a až následne sa posudzuje rozsah odkázanosti na pomoc inej osoby, resp. potreba asistencie. Na poskytovanie sociálnych služieb však uznanie za osobu s ŤZP potrebné nie je, posudzuje sa iba odkázanosť na pomoc inej osoby. **Tá istá osoba je preto nezriedka opakovane posudzovaná rôznymi subjektami na rôzne účely podľa rôznych zákonov s rozličnými kritériami.**
- **Posudzovanie je kvôli fragmentácii systému a nízkej miere jeho kontroly nekonzistentné a nespravodlivé.** Posudkovú činnosť pre rôzne druhy sociálnych služieb a príspevkov vykonávajú rôzne orgány – obce, VÚC a Úrady práce, sociálnych vecí a rodiny (ÚPSVaR). Podľa zistení kontroly Generálnej prokuratúry z roku 2017 vykazovalo prvky nezákonnosti až 69 % (227 z 329) preverovaných posudkov. Najčastejšími problémami sú presúvanie posudzovaných osôb v rámci posudzovacej činnosti medzi rôznymi úrovňami samosprávy (v závislosti od druhu služby, na odkázanosť ktorej je osoba posudzovaná) a rozdielnosť výstupov z posudkovej činnosti, kde má jedna osoba vo viacerých rozhodnutiach rôzne stupne odkázanosti.
- **Kritériá posudzovania odkázanosti v rámci ťažkého zdravotného postihnutia sú úzke a znevýhodňujú ľudí s duševnými poruchami.** Naopak, ŤZP je často priznané ľuďom, ktorých ochorenie je dobre zvládnuteľné modernými liečebnými postupmi.
- **Pri posudzovaní odkázanosti na sociálne služby vzniká konflikt záujmov.** Nejasné pravidlá a nedostatočná kontrola posudzovania umožňujú samosprávam, ktoré vykonávajú posudkovú činnosť a sú zároveň zriaďovateľmi veľkej časti zariadení, prisudzovať žiadateľom vyššie stupne odkázanosti, než v skutočnosti majú. Príspevok MPSVR SR na klientov vo vyšších stupňoch odkázanosti je totiž vyšší.
- **S posudzovaním je spojená neadekvátna byrokratická záťaž pre posudkových lekárov aj posudzované osoby a ich príbuzných.** Jedným z hlavných dôvodov je nedostatočná digitalizácia procesu. Posudkoví lekári ÚPSVaR nevyužívajú systém elektronického zdravotníctva (e-zdravie) a žiadateľ je nútený preukazovať svoj zdravotný stav početnými dokumentami a to aj opakovane a v rozpore s platnou právnou úpravou.
- **Práca posudkového lekára je neatraktívna kvôli nízkemu finančnému ohodnoteniu a byrokratickej záťaži.** Funkčný plat posudkového lekára je menej ako polovica z funkčného platu lekára špecialistu zamestnaného v ústavnom zdravotníckom zariadení. Napriek nízkemu finančnému ohodnoteniu menšie obce posudkových lekárov nedokážu zaplatiť, preto často svojich občanov žiadajúcich o posudok odkazujú na VÚC.

Komentár od [LB9]: Je to niekým overené, máme nejaké zistenia a údaje?

Komentár od [LB10]: Dlhoročný a opakovaný fenomén je opakované vyžadovanie nových lekárskeho nálezov zo strany ÚPSVaR a to napriek tomu, že ide stav trvalý a platná právna úprava ďaľšie nálezy nevyžaduje

3) Nedostatok služieb dlhodobej, následnej a paliatívnej starostlivosti, najmä služieb komunitného typu

- **Sieť služieb zdravotnej a sociálnej starostlivosti nezohľadňuje potreby a preferencie obyvateľov. V dlhodobej starostlivosti na Slovensku výrazne chýbajú kapacity komunitnej a domácej starostlivosti** napriek tomu, že až 89 % obyvateľov Slovenska by uprednostnilo starostlivosť v domácom prostredí, a to či už s podporou rodiny, profesionálnej služby alebo v kombinácii s ambulantnou formou²⁶.
- **V ponuke sociálnych služieb prevládajú pobytové služby inštitucionálneho charakteru** – na Slovensku žije v pobytových zariadeniach sociálnych služieb 28,6 % ľudí²⁷ odkázaných na dlhodobú starostlivosť, čo je výrazne viac než v susednom Česku (19,7 %).²⁸
- **V pobytovej starostlivosti prevládajú veľkokapacitné zariadenia nad menšími komunitnými zariadeniami.** 73% klientov v pobytovej sociálnej starostlivosti je v zariadení s kapacitou väčšou ako 40 miest.
- **Deinštitucionalizácia dlhodobej starostlivosti na Slovensku je pomalá z dôvodu procesných aj finančných prekážok.** Legislatívne zmeny v roku 2014 obmedzili vznik veľkokapacitných zariadení, avšak neprišlo k adekvátnemu rozvoju komunitných služieb. Od roku 2016 dokonca ubúdajú kapacity denných stacionárov z dôvodu zmeny podmienok financovania a prevádzky.
- **Záťaž rodín, ktoré sa starajú o odkázaných príbuzných (vrátane maloletých detí), je neprimeraná z dôvodu nedostatku ambulantných a terénnych sociálnych služieb.** Iba 611 opatrovateľov využilo pre svojho príbuzného popri opatrovaní aj ambulantnú sociálnu službu.
- **Súčasný systém nezabezpečuje podporu rodinám, ktoré sa starajú o odkázaných blízkych.** Hoci legislatíva garantuje poberateľom príspevku na opatrovanie (opatrovateľom) poskytovanie odľahčovacej služby v rozsahu 30 dní ročne, z 57 048 opatrovateľov ju využilo v roku 2019 len 259. Kvôli nedostatočným kapacitám využíva odľahčovaciu službu menej ako 1 % neformálnych opatrovateľov.
- **Ponuka sociálnych služieb nedostatočne pokrýva potreby ľudí s nižšími stupňami odkázanosti.** Dostupná a včasná integrovaná starostlivosť pritom môže spomaliť, resp. zastaviť nárast miery odkázanosti počas celého života²⁹.
- **Väčšina sociálnych služieb, ako aj príspevky na opatrovanie, sú podmienené dvomi najvyššími stupňami odkázanosti.** Slovensko má aj z tohto dôvodu výrazne vyšší podiel odkázaných ľudí v najvyššom stupni odkázanosti (53 % odkázaných) než napr. Česko (14 %) alebo Nemecko (7 %). Zároveň je nevyhnutné upozorniť na konflikt

²⁶ https://www.socia.sk/wp-content/uploads/2020/10/PRIESKUM_prezentacia_SOCIA_final.pdf

²⁷ https://www.employment.gov.sk/files/slovensky/ministerstvo/analyticke-centrum/2020/sprava_o_soc_situacii_obyvatelstva_sr_2019.pdf

²⁸ <https://www.czso.cz/csu/czso/vybrane-udaje-o-socialnim-zabezpeceni-2018>

²⁹ https://www.vlada.gov.sk/data/files/7414_pocuvajme-potreby-vcasnej-intervencie.pdf

<https://www.employment.gov.sk/sk/ministerstvo/vyskum-oblasti-prace-socialnych-veci-institut-socialnej-politiky/analyticke-komentare/pocuvajme-potreby-vcasnej-intervencie.html>

záujmov v prípade, keď samospráva posudzuje, financuje a zároveň aj poskytuje sociálne služby.

- **Súčasný systém zdravotnej starostlivosti nedokáže včas identifikovať a adresovať riziko vzniku odkázanosti na dlhodobú starostlivosť.** Chýba legislatívne vymedzenie a kapacity následnej starostlivosti, ktorej cieľom je doliečenie pacienta po hospitalizácií a maximalizácia jeho rehabilitačného potenciálu. Nedostatočné kapacity pre doliečenie pacienta prispievajú k zbytočným rehospitalizáciám na akútnych lôžkach.
- **Legislatívne určená minimálna sieť poskytovateľov domácej a ústavnej zdravotnej starostlivosti je zastaraná a nereflektuje potreby obyvateľstva.** Navyše v mnohých krajoch je naplnená len čiastočne. V ústavnej starostlivosti minimálna sieť nie je zazmluvnená vo viacerých krajoch v prípade ošetrovateľských a doliečovacích lôžok.
- **Poskytovateľov domácej ošetrovateľskej starostlivosti je nedostatok.** V porovnaní s Českou republikou ju prijíma o 30 % menší podiel populácie. Minimálna sieť poskytovateľov je určená počtom 809 sestier (FTE) na územie SR a nemenila sa od roku 2008. V súčasnosti je aj táto minimálna sieť naplnená iba na 78 – 93 % v závislosti od zdravotnej poisťovne.
- **V systéme nie je legislatívne ukotvené zabezpečovanie intenzívnej ošetrovateľskej starostlivosti v domácnosti.** Ide najmä o pacientov, ktorí dlhodobo vyžadujú umelú pľúcnu ventiláciu a v súčasnosti sú hospitalizovaní v zariadení ústavnej starostlivosti, resp. im je poskytovaná starostlivosť v domácnosti bez jasnej právnej regulácie a dostatočného zabezpečenia ošetrovateľskej starostlivosti.
- **Je nedostatok špecializovaných centier pre včasnú neurorehabilitáciu, čo je systemizovaná odborná špecializovaná zdravotná starostlivosť, ktorá na jednom mieste koncentruje vysoko odbornú medicínsku a ošetrovateľskú starostlivosť, ale predovšetkým intenzívnu fyzioterapiu s cieľom dosiahnutia čo najlepšieho klinického výstupu pacienta s maximálnym možným začlenením do aktivít denného života tak, ako mu to charakter a rozsah ochorenia dovoľujú.**
- **Je nedostatok terénnych služieb intenzívnej domácej ošetrovateľskej starostlivosti (IDOS) napr. pre pacientov, ktorí sú odkázaní na UPV, alebo sú v bdelej kóme.**
- **Je nedostatok kapacít ústavnej zdravotnej starostlivosti pre pacientov vyžadujúcich dlhodobú podporu vitálnych funkcií formou intenzívnej dlhobej ošetrovateľskej starostlivosti.**
- **Sieť paliatívnych služieb pre pacientov s chronickým nevyliciteľným ochorením nie je postačujúca. V dostupnosti služieb navyše existujú výrazné regionálne rozdiely.** Legislatívne určená minimálna sieť mobilných hospicov, hospicov a paliatívnych oddelení nezodpovedá odporúčaniam medzinárodných odborných organizácií (WHO, EAPC), ani potrebám obyvateľstva. Tieto minimálne požiadavky navyše nie sú vo viacerých krajoch naplnené. Paliatívne oddelenia sú zriadené len v troch z ôsmich krajoch.
- **Nedostatok terénnych paliatívnych služieb výrazne obmedzuje možnosť výberu miesta dožitia u terminálne chorých pacientov.** Väčšina obyvateľov preferuje

zomrieť v prirodzenom prostredí³⁰. Podľa odporúčaní odborných organizácií by malo mať Slovensko približne 55 mobilných hospicov (10 mobilných hospicov na 1 milión obyvateľov)³¹, v súčasnosti ich je 25, ale iba 6 z nich zabezpečuje služby paliatológa, ktoré sú nevyhnutnou súčasťou starostlivosti.

- **Iba jeden z 25 mobilných hospicov je zriadený priamo v ústavnom zdravotníckom zariadení.** Znižuje to mieru efektivity a kontinuity starostlivosti.
- **Mnohí poskytovatelia terénnej a ústavnej paliatívnej starostlivosti nedisponujú dostatočným materiálno-technickým vybavením na poskytovanie starostlivosti podľa moderných terapeutických postupov.**
- **Kvôli nízkym úhradám zdravotných poisťovní nie je prevádzkovanie paliatívnych služieb atraktívne.** Väčšina poskytovateľov sú neziskové a cirkevné charitatívne organizácie, ktorých hlavným zdrojom príjmov sú dary a priame platby klientov. Služby preto často nie sú dostupné pre pacientov s nižším príjmom.

4) **Neefektívny spôsob financovania**

- **Systém financovania dlhodobej sociálnej starostlivosti je nejednotný a neprehľadný.** Verejné zdroje financovania zo štátneho rozpočtu pozostávajú najmä z dvoch príspevkov na kompenzáciu ťažkého zdravotného postihnutia a príspevku zo štátneho rozpočtu na poskytovanie sociálnych služieb podmienených odkázanosťou. Zdrojom financovania sociálnych služieb sú aj rozpočty miestnej a regionálnej samosprávy a úhrady od prijímateľov sociálnych služieb.
- **Príspevky nie sú poskytované priamo osobe s potrebou dlhodobej starostlivosti, ale poskytovateľovi služby, resp. opatrovateľovi. Tento spôsob financovania môže negatívne ovplyvňovať reálnu možnosť realizácie práva na nezávislý spôsob života v zmysle Dohovoru OSN o právach osôb so zdravotným postihnutím.** Finančné prostriedky na zabezpečenie starostlivosti nie sú poskytované osobe so zdravotným postihnutím (s výnimkou príspevku na osobnú asistenciu), ale opatrovateľovi či poskytovateľovi sociálnych služieb. Osoba so zdravotným postihnutím sa tak stáva objektom starostlivosti definovanej iným subjektom a stráca možnosť rozhodovania a osobnú nezávislosť.
- **Systém financovania výrazne znevýhodňuje poskytovanie terénnych služieb a prispieva k inštitucionalizácii dlhodobej starostlivosti.** Kvôli nesystematickému financovaniu klesá počet prijímateľov opatrovateľskej služby v domácnosti. Medzi rokmi 2009 a 2019 poklesol ich počet o cca 25 %, z približne 17 tis. na 13 tis. v prípade opatrovaných obcou (v prípade neverejných poskytovateľov opatrovateľskej služby je počet opatrovaných mierne stúpajúci z cca 1900 na 2150, pričom tento pozitívny trend je ovplyvnený najmä financovaním zo štrukturálnych fondov)³². Obce majú podľa

³⁰ Záverečná zpráva z kvantitatívneho výzkumu pro Viaticus 2019. «<https://www.zomieranie.sk/files/pdf/prieskum-2019-zverejnenie.pdf>»

³¹ Európska asociácia pre paliatívnu starostlivosť. «https://www.researchgate.net/publication/279547069_White_paper_on_standards_and_norms_for_hospice_and_palliative_care_in_Europe_Part_1»

³² Vybrané údaje Výkazu MPSVR SR 11-01 a 7-01

zákonu povinnosť zabezpečiť terénnu opatrovateľskú službu, financovať by ju mali z daňových príjmov. Najmä menšie obce túto povinnosť neplnia. Nedostatky v systéme od roku 2013 čiastočne sanujú prostriedky z európskych štrukturálnych fondov, avšak toto riešenie je časovo obmedzené a neudržateľné.

- **Úhrady zdravotných poisťovní za starostlivosť v hospicioch a domoch ošetrovateľskej starostlivosti výrazne nepostačujú na pokrytie nákladov na V týchto zdravotníckych zariadeniach, ktoré pacientovi poskytujú následnú, zdravotnú starostlivosť nie je uhrádzané poskytovanie sociálnej starostlivosti. Nedostatok zdrojov zariadenia kompenzujú navýšením úhrad od klientov, resp. darmi. Sociálna starostlivosť v zariadeniach dlhodobej zdravotnej starostlivosti Znižuje sa tak dostupnosť služieb pre nízko príjmové skupiny obyvateľstva. Do budúcnosti je možné uvažovať aj o pripoistení na dlhodobú starostlivosť³³**
- **Nízke mzdové ohodnotenie spôsobuje neatraktivitu pozície opatrovateľa/ky najmä v terénnych službách.** Podľa zistení NKÚ bola priemerná mesačná mzda terénnej opatrovateľky u verejných poskytovateľov v r. 2019 vo výške 586 eur, u neverejných 441 EUR, t.j. výrazne nižšia, než priemerná mzda v hospodárstve (1092 eur) a priemerná mzda opatrovateľky v zariadení soc. služieb (875 eur u verejných poskytovateľov). Priemerná mesačná mzda opatrovateľky v teréne dosahovala v roku 2019 53 % z priemernej mzdy v hospodárstve. U neverejných poskytovateľov to bolo iba 40 %.
- **Neformálni opatrovatelia, ktorí opatrujú príbuzných s nižšími stupňami odkázanosti, nemajú nárok na príspevok na opatrovanie.**
- **Nízke paušálne úhrady za ošetrovateľskú starostlivosť z verejného zdravotného poistenia za ošetrovateľskú starostlivosť v zariadeniach sociálnych služieb znižujú možnosť získať a adekvátne ohodnotiť kvalifikovaný zdravotnícky personál. Zároveň zvyšujú celkovú výšku úhrady platenú prijímateľom sociálnej služby, ktorý si za poskytovanie/zabezpečenie ošetrovateľskej starostlivosti u mnohých poskytovateľov platí osobitnú úhradu.**
- **Poskytovanie paliatívnych služieb v ústavnej aj v domácej starostlivosti je pre poskytovateľov finančne nevýhodné.** Úhrady poisťovní sú výrazne nižšie než náklady na starostlivosť. Poskytovatelia sú preto nútení vykryť chýbajúce prostriedky navýšením úhrad klientov, resp. darmi.
- **Nízke úhrady poisťovní odrádzajú verejných poskytovateľov od zriadenia vlastných mobilných paliatívnych služieb a hospicov.** Napríklad mobilný hospic Klenová dostal v roku 2020 za 11 mesiacov v roku poskytovania špecializovanej paliatívnej starostlivosti v domácom prostredí 17 000 eur – vrátane ľudských zdrojov, všetkých nákladov na prevádzku vrátane osobného motorového vozidla, pohonných hmôt, špecializovaného zdravotníckeho materiálu, mnohých liekov, ktoré nie je možné predpísať na recept (s tzv. ambulantným kódom), kontinuálnych dávkočacích liekov a podobne.

³³ <https://ivpr.gov.sk/moznost-zavedenia-poistenia-v-odkazanosti-na-pomoc-inej-osoby-analyticke-vychodiska-kvetoslava-repkova-2019/>

- **Problém nízkych úhrad poisťovní pociťujú aj poskytovatelia domácej ošetrovateľskej starostlivosti.** Úhrady napríklad nezohľadňujú náklady na dopravu k pacientovi. Zdravotné poisťovne ADOS kráčia platby za zrealizované výkony z dôvodu vymyslených interných predpisov ktoré nie sú v súlade s poskytovaním starostlivosti v súlade s ŠDTP.

5) Nefunkčný systém dohľadu nad sociálnou starostlivosťou, vrátane starostlivosti v domácom prostredí

- **Systém dohľadu a kontroly nad poskytovaním ~~sociálnej pomoci~~ je fragmentovaný a neefektívny** – kompetencie v jeho vykonávaní sú rozdelené medzi samosprávami, viacerými organizačnými zložkami na MPSVR SR a Úradmi verejného zdravotníctva.
- **Na zabezpečenie systematického dohľadu chýbajú personálne kapacity**, čomu zodpovedá aj počet vykonaných dohľadov V r. 2020 bolo na MPSVR SR podaných 189 podnetov na nedodržanie ľudských práv v zariadeniach sociálnych služieb, z nich iba v 18 prípadoch vykonalo MPSVR SR dohľad. V roku 2019 to bolo iba 37 dohľadov zo 719 podnetov.
- **Súčasný systém dohľadu vôbec nepokrýva takmer 75,5 tisíc osôb, ktorých starostlivosť zabezpečujú neformálni opatrovatelia a osobní asistenti.** Týka sa to predovšetkým domácej starostlivosti zabezpečovanú rodinnými príslušníkmi, ktorí poberajú príspevok na opatrovanie. Pre neformálnu starostlivosť a osobnú asistenciu nie sú definované podmienky kvality ani kompetencie v dohľade.

6) Absencia systému kontroly a dohľadu nad ošetrovateľskou starostlivosťou poskytovanou v zariadeniach sociálnych služieb

Vzhľadom na to, že viaceré zariadenia sociálnych služieb nie sú poskytovateľom zdravotnej starostlivosti, absentuje u nich kontrola poskytovania zdravotnej starostlivosti z Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou a VÚC sestrou.

7) Absencia pripravenosti DOS, ZSS na potreby izolácie pacienta

Absencia pripravenosti DOS, ZSS na potreby izolácie pacienta. Žiaduce je zabezpečenie vylúčenia rizika infekcie a zároveň agresivity, porúch správania, ohrozovania spolupacientov, personálu. V rámci empirie je potreba vzniku izolačných miestností (10% - 20% lôžok) DOS, ZSS na zabezpečenie karanténno-izolačných opatrení.³⁴

8) Nedodatočná úroveň aplikácie a implementácie telemedicíny a teleošetrovateľstva

Absencia telemedicíny a teleošetrovateľstva v ambulantnej a ústavnej zdravotnej starostlivosťi starostlivosti napr.: v hospicioch, mobilných hospicioch, ADOS, DOS, ZSS

³⁴FABIÁNOVÁ, Z. 2021. Zriadenie izolačných izieb - kľúčový predpoklad pre zastavenie šírenia nález v pobytoých zariadeniach sociálnych služieb. Dostupné na: <https://mediweb.hnonline.sk/nazory/2626523-zriadenie-izolacnych-izieb-klucovy-predpoklad-pre-zastavenie-sirenia-nakaz-v-pobytoých-zariadeniach-socialnych-sluzieb>

v rámci komplexnejšieho poskytovania zdravotnej starostlivosti. Implementácia inovatívnych informačných technológií kompenzuje ale aj dopĺňa nepriamy kontakt medzi lekárom, sestrou a pacientom telekontaktným. V súčasnosti je v rámci empirie nutnosťou implementácia a rozvo^{35j} telemedicíny a teleošetrovateľstva na Slovensku³⁶;³⁷.

³⁵ FABIÁNOVÁ, Z. 2021. Zriadenie izolačných izieb - kľúčový predpoklad pre zastavenie šírenia nákaz v pobytových zariadeniach sociálnych služieb. Zdravotnícke noviny ročník XXVI/LXX, z 03.06.20201 č. 22, čl., s. 6.

³⁶ POLEDNÍKOVÁ, Ľ., SLAMKOVÁ, A., PAVELOVÁ, Ľ. 2014. Sestry a teleošetrovateľstvo na Slovensku. In GRANT journal. 2014, roč. III, č. 2, s. 70-73. [online]. [citované 2016-05-30]. Dostupné na: <https://www.grantjournal.com/issue/0302/PDF/0302polednikova.pdf>

³⁷ Teleošetrovateľstvo, telemonitoring v starostlivosti o seniorov, 2020; <https://socialny-presov.odzveo.dev/blog/teleosetrovateľstvo-telemonitoring-v-starostlivosti-o-seniorov>.

3. VIZIA A CIELE STRATÉGIE DLHODOBEJ STAROSTLIVOSTI V SLOVENSKEJ REPUBLIKE

Stratégia dlhodobej starostlivosti sleduje dva hlavné zámery. Prvým je pripraviť Slovensko na rýchle starnutie obyvateľstva zabezpečením kvalitnej, dostupnej a komplexnej podpory ľudí s potrebou dlhodobej a paliatívnej starostlivosti. Druhým zámerom je zvýšiť inklúziu osôb so zdravotným postihnutím do spoločnosti v súlade s ich právami obsiahnutými v Dohovore OSN o právach osôb so zdravotným postihnutím (ďalej len Dohovor),³⁸ ako aj mieru ich sociálnej ochrany. Reformami a investíciami sa zvýši prepojenie a efektivita zdravotnej a sociálnej starostlivosti a ich odolnosť voči kritickým situáciám. Zároveň sa naštartuje proces digitalizácie verejnej správy v oblasti poskytovania integrovanej dlhodobej starostlivosti, vrátane digitalizácie rozhodovacích procesov.

Vláda sa v Programovom vyhlásení vlády na roky 2020-2024 zaviazala vytvoriť systém dlhodobej sociálno-zdravotnej starostlivosti, zjednotiť posudkovú činnosť pri posudzovaní potreby pomoci inej osoby, zaviesť adresnú formu financovania sociálnych služieb zavedením príspevku v odkázanosti, vytvoriť podmienky na poskytovanie sociálnych služieb na komunitnom princípe, zreformovať paliatívnu starostlivosť, vytvoriť funkčný systém nezávislej kontroly sťažností a dohľadu nad poskytovaním sociálnych služieb a prehlbovať elektronizáciu verejnej správy a napĺňanie cieľov e-governmentu. Navrhované reformy a investície zároveň odzrkadľujú na viaceré špecifické odporúčania EK pre Slovensko na roky 2019 a 2020.

Vízia DSZS

Víziou DSZS v SR v rámci dlhodobej sociálno-zdravotnej starostlivosti o ľudí indikovaných pre DSZS (ďalej len „ľudí“) je dosiagnuť:

- **dôstojnosť** ľudí pri poskytovaní starostlivosti a služieb;
- **adekvátnu úroveň kvality v oblasti starostlivosti o zdravie, redukciu zbytočného utrpenia, s dôrazom na prevenciu destabilizácie zdravotného stavu či oddialiteľného úmrtia ľudí**;
- **primeranú zdravotnú a sociálnu starostlivosť** so súčasným pozitívnym vnímaním systému starostlivosti a služieb zo strany ľudí;
- **bezpečnosť a uspokojenie potreby bezpečia** v situácii závislosti a choroby;
- **elimináciu javu bezradnosti ľudí, ich rodiny / blízkych / neformálnych opatrovateľov v situáciách bezvládnosti a choroby; aktívna pomoc štátu** prostredníctvom organizovaných procesov pomoci, podpory v súlade s potrebami ľudí, ich rodiny/blízkych;
- **včasné, komplexné zhodnotenie a následné odborné a etické uspokojovanie potrieb a požiadaviek**;
- **pripravenosť ľudí a inštitúcií poskytovať starostlivosť na primeranej úrovni**;
- **úprava legislatívnych a ekonomických východísk pre evalváciu úrovne DSZS v celej krajine**.

³⁸ Pre Slovenskú republiku nadobudol Dohovor OSN o právach osôb so zdravotným postihnutím platnosť 25. júna 2010.

Hlavnými cieľmi stratégie DSZS sú:

- 1) Funkčné prepojenie sociálnej a zdravotnej starostlivosti.
- 2) Spravodlivo a systematicky posúdená miera zdravotného postihnutia a potreby starostlivosti.
- 3) Ponuka služieb následnej, dlhodobej a paliatívnej starostlivosti zohľadňujúca preferencie ľudí s potrebou starostlivosti a ich ľudské práva.
- 4) Systém financovania, ktorý zohľadňuje preferencie odkázanej osoby, podporuje rozvoj komunitnej starostlivosti a podporuje nábor personálu.
- 5) Funkčný dohľad a garantovaná kvalita sociálnej starostlivosti.

4. OPATRENIA STRATÉGIE DLHODOBEJ STAROSTLIVOSTI V SLOVENSKEJ REPUBLIKE

Pre naplnenie cieľov Stratégie DSZS sú potrebné nasledujúce reformy a investície: Reformy predstavujú najmä legislatívne opatrenia a plánované kapitálové investície sú priamo prepojené na Plán obnovy a odolnosti.

Reformy:

1. Reforma integrácie a financovania zdravotnej a sociálnej starostlivosti.
2. Reforma posudkovej činnosti.
3. Rozšírenie a obnova kapacít následnej, dlhodobej a paliatívnej starostlivosti s ohľadom na potreby a preferencie dotknutej populácie.
4. Reforma dohľadu nad sociálnou starostlivosťou.

Investície:

1. Rozšírenie kapacít komunitnej starostlivosti.
2. Rozšírenie a obnova kapacít následnej a ošetrovateľskej starostlivosti.
3. Rozšírenie a obnova kapacít paliatívnej starostlivosti.
4. Vybudovanie infraštruktúry pre zabezpečovanie dohľadu nad sociálnou starostlivosťou.

1. Reforma integrácie a financovania dlhodobej sociálnej a zdravotnej starostlivosti

Ciele:

- Cieľom reformy je vytvorenie strategického a legislatívneho rámca pre funkčné prepojenie zdravotnej a sociálnej starostlivosti.
- Za intenzívnej spolupráce rezortov zdravotníctva a práce, sociálnych vecí a rodiny bude navrhnutá a prijatá legislatíva, ktorá osobám so zdravotným postihnutím a seniorom, ktorí sú klientami sociálnych služieb, zabezpečí poskytovanie ošetrovateľskej zdravotnej starostlivosti hradenej zo zdravotného poistenia v rovnakom rozsahu, kvalite a štandarde, ako ostatnej populácii, a to v zariadení sociálnych služieb (právo na zdravie, čl. 25 Dohovoru) alebo domácom prostredí.
- Ošetrovateľská starostlivosť ako odborná činnosť bude môcť byť poskytovaná v rôznych druhoch sociálnych služieb a v rôznych formách služieb (terénna, ambulantná a aj pobytová). Zároveň bude nevyhnutné zabezpečiť transparentné rozhodovanie o rozsahu potrebnej ošetrovateľskej starostlivosti a zabezpečiť kontrolu kvality a bezpečnosti pri poskytovaní starostlivosti.
- Financovanie ošetrovateľskej starostlivosti v rámci dlhodobej integrovanej starostlivosti bude realizované na základe úpravy financovania prostredníctvom verejného zdravotného poistenia. Súčasná výška tzv. paušálnej platby zdravotnej poisťovne sa upraví tak, aby viac zohľadňovala reálne náklady.
- Upravujú sa podmienky pre uzavretie zmlúv so zdravotnými poisťovňami pre výkon ošetrovateľskej starostlivosti v zariadeniach sociálnych služieb. Nová úprava uľahčí zariadeniam sociálnej starostlivosti širšie využitie zodpovednej osoby za poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti, upravujú sa kvalifikačné predpoklady ostatného zdravotníckeho personálu, ktorý sa podieľa na ošetrovateľskej starostlivosti, nutnosť súhlasu lekára s indikovaním ošetrovateľskej starostlivosti sestrou, ako aj nároky na materiálo-technické predpoklady na poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti zariadením.
- Klientom sociálnych služieb bude zabezpečená kvalitná a dostupná psychiatrická, resp. psychologická starostlivosť prostredníctvom psychosociálnych centier a ich mobilných jednotiek. Psychosociálne centrá vzniknú ako nová forma komunitnej služby v rámci reformy starostlivosti o duševné zdravie (*Plán obnovy a odolnosti* - komponent 12 *Humánna, moderná a dostupná starostlivosť o duševné zdravie*).
- V ústavnej starostlivosti vzniknú podporné tímy pacienta. Ich úlohou bude pomocou definovaného vyhodnocovacieho systému s tzv. red flags včas identifikovať osoby vyžadujúce si konkrétne formy dostupnej dlhodobej starostlivosti. Zabezpečí sa tak kontinuita a včasnosť pokračujúcej ošetrovateľskej a sociálnej starostlivosti.
- Nový systém osobného rozpočtu zefektívni a sprehládni systém financovania dlhodobej starostlivosti. Prostriedky pôjdu priamo osobe s potrebou starostlivosti, a nie opatrovateľovi alebo poskytovateľovi služby. Reforma zruší rôzne príspevky a vytvorí priestor pre adresnú a komplexnú podporu človeka s potrebou dlhodobej starostlivosti.

Komentár od [LB11]: Už sme to žiadali aj v apríli, prosím môžete uviesť aké ríšpevky, prípadne z akých systémov?

Nadalej zostane zachované financovanie sociálnych služieb z prostriedkov regionálnych a miestnych samospráv.

- Nový systém financovania podporí vznik a rozvoj služieb v komunite. Osobný rozpočet prijímateľa sa bude skladať z priamej finančnej dávky a poukazu na sociálne služby. Zvýši sa dopyt po službách v teréne a v komunite a možnosť ich adekvátne zaplatiť.
- Nový systém prispeje k riešeniu problému nedostatku personálu v sektore sociálnych služieb, najmä terénnych. Posilnené financovanie prostredníctvom poukazu zatraktívni pozíciu opatrovateľa v teréne.
- V novom systéme nebudú poskytovatelia terénnych služieb v nevýhodnom postavení z hľadiska financovania oproti poskytovateľom pobytových a ambulantných služieb rovnako nebudú znevýhodnení ani ľudia s nižším stupňom odkázanosti.
- Nový systém financovania prispeje k prepojeniu sociálnej a zdravotnej starostlivosti. Osoby, ktoré budú hospitalizované v zariadení ústavnej zdravotnej starostlivosti, ktorého súčasťou je aj poskytovanie sociálnej starostlivosti (napr. dom ošetrovateľskej starostlivosti, hospice), budú môcť využiť osobný rozpočet v rozsahu poskytnutej sociálnej starostlivosti na financovanie sociálnej starostlivosti aj v takomto zariadení.
- Úpravou úhrad poisťovní za paliatívnu a ošetrovateľskú starostlivosť sa zatraktívni jej poskytovanie a zároveň zvýši dostupnosť jej poskytovania v domácom prostredí pre skupiny obyvateľstva s nižším príjmom, ktoré si služby v súčasnosti často nemôžu dovoliť.

Implementácia:

- Reformu tvorí viacero legislatívnych krokov, ktoré budú iniciovať a implementovať Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky (MZ SR) a MPSVR SR za intenzívnej spolupráce.
- Spoločná pracovná skupina MZ SR a MPSVR SR k tvorbe novej stratégie a legislatívy začala neformálne svoju činnosť v júni 2020.
- Prvou fázou prípravy reformy bude predloženie strategického dokumentu o integrácii sociálno-zdravotnej starostlivosti. Podkladom pre jeho tvorbu budú výstupy pracovnej skupiny, ako aj predbežné analýzy k Revízií výdavkov na dlhodobú starostlivosť, ktorú pripravuje Ministerstvo financií Slovenskej republiky (MF SR).
- MPSVR SR pripraví koncepciu financovania sociálnych služieb, ktorá bude podkladom pre tvorbu novej legislatívy v oblasti financovania a predloží ju na verejnú diskusiu.
- Nevyhnutným predpokladom pre tvorbu reformy financovania sociálnych služieb bude spustenie Informačného systému sociálnych služieb od 1.1.2022.
- Za prípravu koncepcie a reformy financovania sociálnej starostlivosti zodpovedá primárne Sekcia sociálnej politiky MPSVR SR.
- Demografický vývoj spolu s novou formou financovania sociálnych služieb budú vyžadovať vyššiu potrebu zdrojov zo štátneho rozpočtu oproti súčasnému stavu. Podrobnosti reformy a s ňou spojené finančné nároky bude MPSVR SR v priebehu prípravy konzultovať s MF SR.

- Za návrh zákona v oblasti dlhodobej a paliatívnej starostlivosti a za prípravu legislatívy, ktorou sa upraví úhrady poisťovní za paliatívnu a ošetrovateľskú starostlivosť, vrátane starostlivosti v sociálnych službách a v domácom prostredí, zodpovedá Sekcia zdravia MZ SR, primárne Oddelenie dlhodobej a paliatívnej starostlivosti MZ SR.

Adresát:

- MZ SR, MPSVR SR, zdravotné poisťovne, poskytovatelia zdravotnej a sociálnej starostlivosti, miestna a regionálna územná **samospráva**

Časový rozvrh opatrení:

- Spustenie nového Informačného systému sociálnych služieb od 1.1.2022.
- Nový zákon v oblasti dlhodobej a paliatívnej starostlivosti (MZ SR) bude schválený do Q1 2023.
- Nová koncepcia financovania sociálnych služieb (MPSVR SR) bude predložená na verejnú diskusiu do Q4 2023.
- Nová legislatíva v oblasti financovania sociálnych služieb (MPSVR SR) bude schválená najneskôr od Q4 2025.

Komentár od [MM12]: Maria Filipová: Doplniť aj MF SR – reforma sa týka aj financovania, priemer OECD celkové náklady na LTC je 1,5 % HDP, SR je 0,5%. Strategický dokument by mal obsahovať tieto „globálne východiská“, ktoré vytvoria predpoklady.

Komentár od [LB13]: Bude toto reálne, ak súčasná vládna garnitúra, ktorá materiál a legislatívu vypracuje tu už vôbec nemusí byť v roku 2025, predchádzajúce skúsenosti potvrdzujú, že po nástupe inej vlády skončili návrhy v „šuplíku“, nie je preto možné skrátiť toto obdobie a predložiť ba svhválenie do NR SR za pôsobenia tejto vlády a účinnosť dať na neskôr, prejde opäť 5 rokov a po nich sa dozvieme, že sa začne odzovnu a bude sa diskutovať ďalších 5 rokov. Aj to je dôvod prečo v SR sa len 20 rokov diskutuje a nemáme funkčný systém DLS

2. Reforma posudkovej činnosti

Ciele:

- Nový posudkový systém bude jednotný a efektívny. V novom systéme budú vykonávať posudzovanie iba Úrady práce, soc. vecí a rodiny, podľa jednotnej metodiky vychádzajúcej z WHODAS³⁹, ktorá je postavená na princípoch dohovoru. Zjednotenie posudkovej činnosti nezahŕňa posudzovanie vykonávané Sociálnou poisťovňou na účely invalidity, nakoľko jej predmetom nie je posúdenie potreby pomoci inou osobou, ale pokles schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť.
- Posudzovanie komplexne zhodnotí potreby človeka s potrebou dlhodobej starostlivosti. Posudzovanie sa neobmedzí na oblasti mobility a sebaobsluhy, ale posúdi široké spektrum potrieb človeka so zdravotným postihnutím, napr. v oblasti vzdelávania, pracovnej integrácie a participácie v spoločnosti, ochrany zdravia a hmotného zabezpečenia.
- Posudkový systém bude prepojený s nástrojmi podpory vrátane služieb pracovnej rehabilitácie, včasnej intervencie, osobnej asistencie a iných sociálnych služieb.
- Digitalizácia odbremeni lekárov aj posudzované osoby od administratívnej záťaže. Osoba so zdravotným postihnutím nebude musieť dokladovať svoj zdravotný stav, ani majetkové pomery. Všetci posudkoví lekári budú využívať systém e-zdravie, úrady budú čerpať informácie potrebné pre svoju činnosť z registrov verejnej správy, odstránia sa nezmyselné kvalifikačné predpoklady a systém sa otvorí všetkým lekárom.
- Lekárska posudková činnosť bude atraktívnejšia aj vďaka úprave finančnej kompenzácie posudkových lekárov, čím sa dosiahne zvýšenie počtu posudkových lekárov pôsobiacich na ÚPSVaR-och.

Implementácia:

- Za vypracovanie a predloženie návrhu novej legislatívy o posudkovej činnosti, ako aj implementáciu, je zodpovedná primárne Sekcia sociálnej politiky MPSVR SR.
- Návrh legislatívy bude prekonzultovaný so zástupcami organizácií osôb so zdravotným postihnutím, zástupcami združení miestnej a regionálnej samosprávy a ÚPSVaR.
- Na príprave systému e-zdravie na posudkovú činnosť bude MPSVR SR spolupracovať s Národným centrom zdravotníckych informácií.

Adresát:

- MPSVR SR, MZ SR, Reprezentatívne organizácie osôb so zdravotným postihnutím, orgány územnej samosprávy, ÚPSVaR, NCZI

³⁹ World Health Organization Disability Assessment Schedule

Časový rozvrh opatrení:

- Schválenie novej legislatívy o posudkovej činnosti najneskôr do Q1 2023.
- Zabezpečenie nového vybavenia pre pracovníkov posudkovej činnosti najneskôr do Q1 2024.

3. Reforma dohľadu nad sociálnou starostlivosťou

Ciele:

- Systém dohľadu sa zjednotí a posilní vytvorením nezávislého orgánu dohľadu, ktorý zabezpečí:
 - dohľad nad zabezpečením poskytovania sociálnych služieb;
 - dohľad nad kvalitou poskytovania sociálnych služieb;
 - dohľad nad kvalitou a rozsahom pomoci, na ktorej zabezpečenie sa poskytuje osobný rozpočet (súvisí s reformou 1);
 - dohľad nad poskytovaním zdravotnej starostlivosti v sociálnych službách, v súčinnosti s Úradom pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou.
- Budú definované nové podmienky kvality starostlivosti v zariadeniach aj v domácnostiach. Nové podmienky budú v súlade s metodikou hodnotenia kvality Svetovej zdravotníckej organizácie (WHO) QualityRights Toolkit a prispejú k naplneniu záväzkov Dohovoru zabezpečiť osobám so zdravotným postihnutím ochranu pred krutým, neľudským či ponižujúcim zaobchádzaním alebo trestaním (čl. 15 dohovoru) a ochranu pred všetkými formami vykorisťovania, násilia a zneužívania (čl. 16 dohovoru). Súčasťou dohľadu bude aj poskytovanie metodologickej podpory poskytovateľom sociálnych služieb a neformálnym opatrovateľom vedúce k zvyšovaniu kvality poskytovanej pomoci.
- Nový orgán dohľadu bude mať približne 165 inšpektorov, z toho 33, ktorí už pôsobia v systéme (vykonávajú kontrolu, dohľad a hodnotenie kvality ako zamestnanci MPSVR SR a ÚPSVAR).

Implementácia:

- Za vypracovanie a predloženie návrhu novej legislatívy, ako aj za jej implementáciu, je zodpovedná primárne Sekcia sociálnej politiky MPSVR SR.
- Investíciou sa zabezpečí infraštruktúra pre fungovanie orgánu dohľadu – ústredia ako aj 8 krajských pobočiek. Zároveň sa pripraví materiálno-technické podmienky pre nový orgán dohľadu – autá, počítačové vybavenie a ďalšie nevyhnutné predpoklady na činnosť.
- Dosiahnutie cieľového počtu inšpektorov sa predpokladá v roku 2023.

Adresát:

- MPSVR SR, miestna a regionálna územná samospráva, poskytovatelia sociálnych služieb;

Časový rozvrh opatrení:

- Pôsobnosť nového orgánu dohľadu bude upravená v samostatnom zákone v oblasti dohľadu nad sociálnou starostlivosťou, ktorý bude schválený do Q1 2022.
- Infraštruktúra pre zabezpečenie dohľadu bude vybudovaná najneskôr do Q1 2024.

Komentár od [MM14]: Maria Filipová: WHO Toolkit obsahuje v rámci hodnotenia aj **koncept Vopred vyslovených prianí**, ktoré u nás v zákone nie sú definované. V ZSS často „končia“ prijímatelia so zlyhávaním základných životných funkcií, ktorí perzistujú len fyzicky dlhé roky na posteli so stratou dôstojnosti....často krát s nie dostatočne kvalifikovaným personálom (v ZSS) pre potrebnú starostlivosť. Nemala by byť súčasťou legislatívnych úprav aj definovanie Konceptu vopred vyslovených želaní v rámci dlhodobej starostlivosti?

4. Rozšírenie a obnova kapacít následnej, dlhodobej a paliatívnej starostlivosti s ohľadom na potreby a preferencie dotknutej populácie

Investícia 1: Rozšírenie kapacít komunitnej starostlivosti

Ciele:

- Výrazne sa navýšia najmä kapacity pobytových zariadení komunitného typu (napr. podporované bývanie). Umožní sa presun časti klientov z veľkokapacitných zariadení do menších zariadení komunitného typu. Zároveň bude časť nových kapacít určená pre nových prijímateľov.
- Nové ambulantné zariadenia (napr. denný stacionár, rehabilitačné stredisko) prispievajú k urýchleniu deinštitucionalizácie a zároveň znížia záťaž neformálnych opatrovateľov. Táto investícia umožní pokryť súčasný nepokrytý dopyt a pripraví systém na predpokladaný rast dopytu po zmene systému financovania.
- Investície podporia aj výstavbu nových nízkokapacitných zariadení sociálno-zdravotnej starostlivosti (napr. špecializované zariadenie) s komplexnými potrebami.
- Rozvoj služieb na komunitnej úrovni a proces deinštitucionalizácie výrazne podporí aj reforma systému financovania dlhodobej starostlivosti. (reforma 1).

Implementácia:

- Plánovanie nových kapacít v zariadeniach komunitného typu vzniknutých transformáciou existujúcich zariadení verejných aj neverejných poskytovateľov bude reflektovať pripravenosť projektov transformácie. V súčasnosti je v Národnom projekte Deinštitucionalizácia – Podpora transformačných tímov zapojených 49 (+18 v roku 2021) zariadení sociálnych služieb v ktorých žije 7 323 prijímateľov sociálnych služieb. Tieto zariadenia sa aktívne pripravujú na vytváranie nových služieb na komunitnej úrovni ako aj pobytových služieb dlhodobej starostlivosti.⁴⁰ Plánované nové kapacity budú otvorené aj poskytovateľom sociálnych služieb, ktorí nie sú zapojení v Národnom projekte Deinštitucionalizácia – Podpora transformačných tímov, ak budú poskytovať služby komunitného typu.
- Ambulantné služby verejných aj neverejných poskytovateľov budú regionálne rozmiestnené vzhľadom na súčasné pokrytie a predpokladaný budúci dopyt, ako aj pripravenosť samospráv.
- Kapacity nových nízkokapacitných sociálno-zdravotných zariadení verejných aj neverejných poskytovateľov budú rozmiestnené podľa analýzy potrieb v regiónoch.

Adresát:

- MPSVR SR, miestna a regionálna územná samospráva, verejní a neverejní poskytovatelia sociálnych služieb

⁴⁰ Informácie o zapojených poskytovateľoch dostupné na: «<https://npdi.gov.sk/>»

Časový rozvrh:

- Investície do rozšírenia siete ambulantných a komunitných pobytových zariadení budú realizované priebežne v rokoch 2021-Q2 2026.
- MPSVR SR do Q3 2021 predloží investičný plán pre implementáciu Investície 1.
- Investície sa budú realizovať formou výziev, ktoré budú otvorené poskytovateľom sociálnych služieb bez ohľadu na typ zriaďovateľa. Dôležitá bude rýchla a priebežná informovanosť potencionálnych prijímateľov.
- MPSVR SR bude zabezpečovať obsahovú aj projektovú podporu. O špecifických podmienkach výziev bude informovať potencionálnych prijímateľov po schválení Plánu obnovy a odolnosti SR prostredníctvom stretnutí so zástupcami regionálnej a miestnej samosprávy ako aj cez informačné semináre pre poskytovateľov.
- MPSVR SR počíta s obdobím troch mesiacov na konzultácie k zámerom po obsahovej aj architektonickej stránke. Následne sa uskutoční zber projektových zámerov so zreteľom na stav pripravenosti projektov.
- V Q4/2021 bude výzva vyhlásená a budú prebiehať konzultácie k podávaniu žiadostí verejnými aj neverejnými poskytovateľmi MPSVR SR má zámer zjednodušiť verejné obstarávanie na projektovú a stavebnú dokumentáciu obstaraním rámcovej zmluvy.

Investícia 2: Rozšírenie a obnova kapacít následnej a ošetrovateľskej starostlivosti

Ciele:

- Nové kapacity následnej lôžkovej starostlivosti prispievajú k adekvátnemu doliečeniu pacienta. V krátkodobom horizonte sa zníži riziko jeho rehospitalizácie, v dlhodobom horizonte predchádza kvalitná následná starostlivosť vzniku potreby dlhodobej starostlivosti, alebo aspoň spomalí progres odkázanosti.
- V prípade krehkých pacientov, či osôb po ťažkých úrazoch je východiskovou pre stabilizáciu ich stavu predovšetkým intenzívna ošetrovateľská a sociálna starostlivosť. Potrebné je zabezpečenie preklenutia kritického obdobia po prepustení pacienta z nemocnice, kedy je potrebné posúdenie a intervencie pre stabilizáciu stavu a komplexný manažment pokračujúcej dlhodobej starostlivosti.
- Investície prispievajú k rozšíreniu a obnove siete domácej ošetrovateľskej starostlivosti. Navýšenie počtu poskytovateľov siete je krokom k naplneniu optimálnej siete, ktorá bude určená v ďalších krokoch. Investície do obnovy vybavenia existujúcich poskytovateľov zvýšia kvalitu poskytovanej starostlivosti.

Implementácia:

- Predpokladom pre investície do rekonštrukcie oddelení sú legislatívne zmeny, najmä schválenie optimalizácie siete nemocníc (komponent 11) a zákona v oblasti dlhodobej a paliatívnej starostlivosti (bližšie v časti *Reforma 1*), ktorým sa jasne zadefinuje následná starostlivosť a jej prepojenie na iné typy starostlivosti.
- Prioritou v investíciách bude transformácia časti súčasných chronických a akútnych lôžok na lôžka následnej starostlivosti. V nadväznosti na určenie novej optimálnej siete

nemocníc sa očakáva uvoľnenie časti súčasných akútnych lôžok pre potreby následnej starostlivosti. (komponent 11 *Moderná a dostupná ústavná a akútna starostlivosť*).

- Pre úspešnú implementáciu navrhovanej transformácie je nevyhnutná intenzívna spolupráca v rámci MZ SR, ako aj spolupráca s MPSVR SR.
- MZ SR do Q3 2021 predloží investičný plán pre implementáciu Investície 2.
- O financovanie projektov v rámci investície sa budú môcť uchádzať všetci poskytovatelia zdravotnej starostlivosti bez ohľadu na typ zriaďovateľa a to formou výzvy, ktorú zverejní MZ SR.

Adresát:

- MZ SR, poskytovatelia zdravotnej starostlivosti, zdravotné poisťovne, samosprávy,

Časový rozvrh:

- Rekonštrukcia lôžok následnej starostlivosti v nemocniciach bude realizovaná priebežne v rokoch 2022-Q2 2026.
- Vybavenie nových a existujúcich ADOS bude realizované priebežne v rokoch 2021-2025. Investície do ADOS sa budú realizovať formou výziev. Dôležitá bude rýchlá a priebežná informovanosť potencionálnych prijímateľov.

Investícia 3: Rozšírenie a obnova kapacít paliatívnej starostlivosti

Ciele:

- Dostupné a kvalitné služby paliatívnej starostlivosti zabezpečia terminálne chorým pacientom dôstojné prežitie posledných mesiacov života v domácom prostredí alebo v inom prostredí podľa ich osobnej preferencie, s cieľom čo najdlhšie zachovať autonómiu a dôstojnosť zomierajúceho človeka.
- Naplní sa optimálna sieť paliatívnych oddelení a kamenných hospicov. Tieto zariadenia, resp., oddelenia budú poskytovať paliatívnu starostlivosť v súlade s koncepciou paliatívnej starostlivosti a novým zákonom o dlhodobej a paliatívnej starostlivosti (Reforma 1).
- Zriaďovaním mobilných hospicov pri kamenných hospicoch a paliatívnych oddeleniach sa posilní kontinuita a kvalita starostlivosti. Zároveň sa vyrovnajú regionálne rozdiely v dostupnosti služieb a zvýši sa podiel pacientov s chronickým nevyliciteľným ochorením, ktorí zomrú v domácom prostredí.
- Investíciou do vybudovania nových nízkokapacitných kamenných hospicov sa zlepši ich regionálna dostupnosť. Investície do rekonštrukcie existujúcich hospicov a do mobilných hospicov zlepšia materiálno-technické vybavenie a pomôžu tak zvýšiť kvalitu poskytovanej starostlivosti, v súlade s novými požiadavkami, ktoré vyplývajú z legislatívnych úprav.

Implementácia:

- Nové paliatívne oddelenia vzniknú v nadväznosti na optimalizáciu siete nemocníc, ktorá určí regionálne rozmiestnenie akútnych paliatívnych lôžok. Časť nových paliatívnych lôžok bude vytvorená v nových, resp. rekonštruovaných nemocniciach v rámci investícií v komponente 11.
- MZ SR do Q3 2021 predloží investičný plán pre implementáciu Investície 3.
- O financovanie projektov v rámci investície sa budú môcť uchádzať všetci poskytovatelia zdravotnej starostlivosti bez ohľadu na typ zriaďovateľa a to formou výzvy, ktorú zverejní MZ SR.

Adresát:

- MZ SR, poskytovatelia ZS, zdravotné poisťovne, samosprávy, neziskové organizácie

Časový rozvrh:

- Rekonštrukcia lôžok paliatívnej starostlivosti v nemocniciach bude realizovaná priebežne v rokoch 2022-2025.
- Výstavba a obnova kamenných hospicov bude realizovaná priebežne v rokoch 2022-2025.
- Vybavenie nových a existujúcich mobilných hospicov bude realizované priebežne v rokoch 2021-2025.

Komentár od [MM15]: Maria Filipová: **V materiáli chýba globálne vyčíslenie strategického zámeru na verejné financie a zdroj jeho krytia.** Navrhovaný zámer v značnej časti reflektuje zábery a ciele Plánu obnovy, ktorý je o investíciach. Udržateľnosť navrhovaných zámerov závisí v značnej miere od nárastu a kvality LZ, ktoré sú ako v systéme MZ, tak aj v systéme MPSVaR poddimenzované. Toto stratégie nereflektuje.
Bude možné všetko vykryť zo ŠR? V dlhšom časovom horizonte sa neuvažuje s modelom pripoistenia?
Časové obdobie v rozvrhu je do roku 2025/2026 – tiež kopíruje plán obnovy.