



2021

STRATÉGIA DLHODOBEJ STAROSTLIVOSTI V SLOVENSKEJ REPUBLIKE

INTEGROVANÁ SOCIÁLNO-ZDRAVOTNÁ STAROSTLIVOSŤ

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



Obsah

ÚVOD	3
1. SÚČASNÝ STAV	8
1.1 Systém sociálnej pomoci	8
1.2 Systém zdravotnej starostlivosti	16
1.3 Posudková činnosť	23
1.4 Vybrané demografické údaje k dlhodobej starostlivosti	26
2. HLAVNÉ VÝZVY A PROBLÉMY V OBLASTI DLHODOBEJ STAROSTLIVOSTI	28
3. VIZIA A CIELE STRATÉGIE DLHODOBEJ STAROSTLIVOSTI V SLOVENSKEJ REPUBLIKE	38
4. OPATRENIA STRATÉGIE DLHODOBEJ STAROSTLIVOSTI V SLOVENSKEJ REPUBLIKE	40
1. Reforma integrácie a financovania dlhodobej sociálnej a zdravotnej starostlivosti	41
2. Reforma posudkovej činnosti	44
3. Reforma dohľadu nad sociálnou starostlivosťou	46
4. Rozšírenie a obnova kapacít následnej, dlhodobej a paliatívnej starostlivosti s ohľadom na potreby a preferencie dotknutej populácie	47
Investícia 1: Rozšírenie kapacít komunitnej starostlivosti	47
Investícia 2: Rozšírenie a obnova kapacít následnej a ošetrovateľskej starostlivosti	48
Investícia 3: Rozšírenie a obnova kapacít paliatívnej starostlivosti	49

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**² (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 žiadateľného 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 koncepčne 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

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 Svetová zdravotnícka organizácia definuje dlhodobú starostlivosť a jej systém nasledovne: **Dlhodobá starostlivosť** je definovaná ako všetky činnosti, ktoré vykonávajú iné subjekty s cieľom zabezpečiť, aby si osoby so závažnou trvalou stratou schopností, alebo osoby ohrozené týmto rizikom, mohli udržať úroveň funkčných schopností, ktoré sú v súlade s ich základnými právami, základnými slobodami a ľudskou dôstojnosťou.

Systém dlhodobej starostlivosti je zameraný na poskytovanie a koordináciu kompletnej starostlivosti, podpory a pomoci s cieľom zabezpečiť čo najlepšie možnosti individuálneho zdravia a funkčných schopností jednotlivca v priebehu času pre ľudí so závažnou trvalou stratou týchto schopností alebo s rizikom takejto straty.

[„https://www.who.int/ageing/health-systems/icope/icope-consultation/ICOPE-Global-Consultation-Background-Paper-3.pdf?ua=1](https://www.who.int/ageing/health-systems/icope/icope-consultation/ICOPE-Global-Consultation-Background-Paper-3.pdf?ua=1)

a vymedzenia úloh štátu, samosprávnych krajov, miest a obcí. Na vytváranie kapacít zdravotno-sociálneho charakteru využijú aj prebytočné zdravotnícke zariadenia.”³ Zámer riešenia DSZS bol deklarovaný aj vo vládou schválenom Strategickom rámci starostlivosti o zdravie pre roky 2014 – 2030, kde je jednou z priorít reformy ústavnej zdravotnej starostlivosti aj „prehodnotenie počtu a štruktúry akútnych lôžok a posilnenie lôžok doliečovacích oddelení, rehabilitačných, ošetrovateľských a lôžok pre dlhodobo chorých.“⁴ 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 starostlivosti⁵ (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 ambulantnou a domácou starostlivosťou s dodržaním základného princípu poskytovania komunitnej starostlivosti pred inštitucionálnou starostlivosťou⁶, čo je aj prioritou stratégie DSZS.

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 ambulantnou 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

³ Programové vyhlásenie vlády Slovenskej republiky. http://www.vlada.gov.sk/data/files/2008_programove-vyhlasenie-vlady.pdf

⁴ Strategický rámec starostlivosti o zdravie pre roky 2014 – 2030 <http://www.rokovania.sk/Rokovanie.aspx/BodRokovaniaDetail?idMaterial=23124>

⁵ Schválená uznesením vlády SR č. 222/2021 dňa 28. Apríla 2021

⁶ „Pojmom komunitné služby označujeme súbor vzájomne prepojených a koordinovaných služieb poskytovaných v územne ohraničenej komunite, ktoré reagujú na potreby členov komunity a nejavia znaky inštitucionálnej starostlivosti.“ <https://www.employment.gov.sk/files/slovensky/rodina-socialna-pomoc/socialne-sluzby/narodna-strategia-deinstitucionalizacie-systemu-socialnych-sluzieb-nahradnej-starostlivosti-2021.pdf>

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 Slovenskej republiky⁷, 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.**

⁷ Plán obnovy a odolnosti Slovenskej republiky, dostupné na: [Plan_obnovy_a_odolnosti.pdf \(mfsr.sk\)](#)

Použité skratky a slovník vybraných pojmov

V texte Stratégie DSZS sú zavedené a používané nasledovné najčastejšie skratky a pojmy, ktoré uvádzame v záujme ich jednoznačnej definície a interpretácie:

Skratky v abecednom poradí:

ADOS – agentúra domácej ošetrovateľskej starostlivosti

CDR – centrum pre deti a rodiny

Dohovor – Dohovor OSN o právach osôb so zdravotným postihnutím

DOS – dom ošetrovateľskej starostlivosti

DSZS – dlhodobá sociálno-zdravotná starostlivosť

EAPC – Európska asociácia paliatívnej starostlivosti

FO s ŤZP - fyzické osoby s ťažkým zdravotným postihnutím

OPIO - odkázanosť na pomoc inej osoby

PM – paliatívna medicína

SPOD a SK - sociálnoprávna ochrana detí a sociálna kuratela

UPSVAR - úrady práce, sociálnych vecí a rodiny

ZSS - zariadenie sociálnych služieb

Vybrané pojmy:

Dlhodobá starostlivosť – všetky činnosti vykonávané s cieľom zabezpečiť, aby si osoby so závažnou alebo trvalou stratou schopností, alebo osoby ohrozené týmto rizikom, mohli udržať úroveň funkčných schopností, ktoré sú v súlade s ich základnými právami, slobodami a ľudskou dôstojnosťou.

Sociálno-zdravotná starostlivosť – starostlivosť, ktorá v sebe kombinuje sociálnu aj zdravotnú (najmä ošetrovateľskú) starostlivosť, bez ohľadu na to, či ide o pomoc poskytovanú v rezorte práce, sociálnych vecí a rodiny alebo v rezorte zdravotníctva.

Zariadenie sociálno-zdravotnej starostlivosti – zariadenie v systéme sociálnych služieb alebo v systéme zdravotníctva, v ktorom sa prijímateľom/pacientom poskytuje súčasne sociálna aj zdravotná starostlivosť (v systéme sociálnych služieb môže ísť napr. o zariadenie pre seniorov, zariadenie opatrovateľskej služby, domov sociálnych služieb alebo špecializované zariadenie, v systéme zdravotnej starostlivosti napr. oddelenia dlhodobo chorých, geriatrické a paliatívne oddelenia v nemocniciach, liečebne pre dlhodobo chorých, domy ošetrovateľskej starostlivosti, hospice).

Neformálne opatrovanie – opatrovanie poskytované spravidla rodinným príslušníkom alebo blízkou osobou pre FO s ŤZP v rámci systému kompenzácií sociálnych dôsledkov ŤZP.

Formálna starostlivosť – v systéme sociálnych služieb sa poskytuje osobám odkázaným na pomoc na základe rozhodnutia o odkázanosti na sociálnu službu a to poskytovaním terénnej, ambulantnej alebo pobytovej sociálnej služby.

Ošetrovateľská starostlivosť – Ošetrovateľská starostlivosť je zdravotná starostlivosť, ktorú poskytuje sestra metódou ošetrovateľského procesu v rámci ošetrovateľskej praxe, v súlade so zákonom č. 576/2004.

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.⁸

Cieľom DSZS je kompenzácia dlhodobej odkázanosti na pomoc inej osoby. 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 pomoci

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 roku 2020 bol peňažný príspevok na opatrovanie poskytnutý priemerne mesačne **61 734 fyzickým osobám** opatrujúcim fyzické osoby s ťažkým zdravotným postihnutím (ďalej len „FO s ŤZP“) v celkovej sume **285 010 833 eur**. Priemerný mesačný počet poberateľov peňažného príspevku na osobnú asistenciu bol **11 117** a na jeho poskytovanie boli vynaložené finančné prostriedky v celkovej sume **78 330 715 eur**.

Príslušným správnym orgánom na konanie vo veciach podpory sociálneho začlenenia FO s ŤZP do spoločnosti a lekárskej a sociálnej posudkovej činnosti sú úrady práce, sociálnych vecí a rodiny (ďalej len „UPSVAR“) a Ústredie práce, sociálnych vecí a rodiny. Správne orgány I. a II. stupňa rozhodujú o navrhnutých formách kompenzácie sociálnych dôsledkov ťažkého zdravotného postihnutia a dohliadajú na splnenie právnych podmienok pre ich poskytnutie. 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. Dlhodobé opatrovanie blízkej osoby je podľa Ligy za duševné zdravie významným stresorom, ktorý ovplyvňuje kvalitu života opatrovaného i toho, kto opatruje, a vytvára predpoklad pre možný vznik psychických porúch.

⁸ Repková, K.. (2011) Dlhodobá starostlivosť v kontexte integrovanej sociálnej práce. Str.39

Často sú nútení vzdať sa práce, ambícií aj záľub, strácajú svoju nezávislosť a identitu, “uviaznu v role“⁹ - nie je možné, aby boli napĺňané ich potreby v celom ich kontexte. Súčasne toto rozhodnutie môže často viesť v krátkej dobe k zníženiu sociálneho a ekonomického štandardu dotknutých osôb (napr. nízky vymeriavací základ ovplyvňuje výšku dôchodkových dávok), produkuje 2 klientov sociálneho systému a kvalita starostlivosti je často redukovaná na napĺňanie základných potrieb.

Dostupný a kvalitný systém sociálno-zdravotnej starostlivosti je preto jedným z kľúčových prvkov zosúladovania pracovného a rodinného života, ktoré je ako strategická priorita popísaná aj v Celoštátnej stratégii rovnosti žien a mužov a rovnosti príležitostí na roky 2021 – 2027. Stratégia DSZS tak svojím zameraním predstavuje súčasť širšej štátnej politiky smerujúcej k poskytnutiu kvalitnejšej a dostupnejšej asistencie rodinám, ktoré sa starajú o svojich závislých členov, pričom väčšinu tejto starostlivosti vykonávajú ženy.

Spoliehať sa iba na rodinnú solidaritu je 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 ambulantné zariadenia sociálnych služieb a opatrovateľom poskytované 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 súbežne s opatrovaním rodinným opatrovateľom poskytovaná aj ambulantná služba. Nedostatok formálnych, najmä komunitných a terénnych služieb vedie k neprimeranej záťaži 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 (ambulantnou 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

⁹ 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/>

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. 2019¹⁰ 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 ambulantných), v ktorých sa môže poskytovať aj 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	8 094	15 398	12 623	11 257	25 254	33 169
Domov sociálnych služieb	11 767	1 312	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

¹⁰ 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.

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:

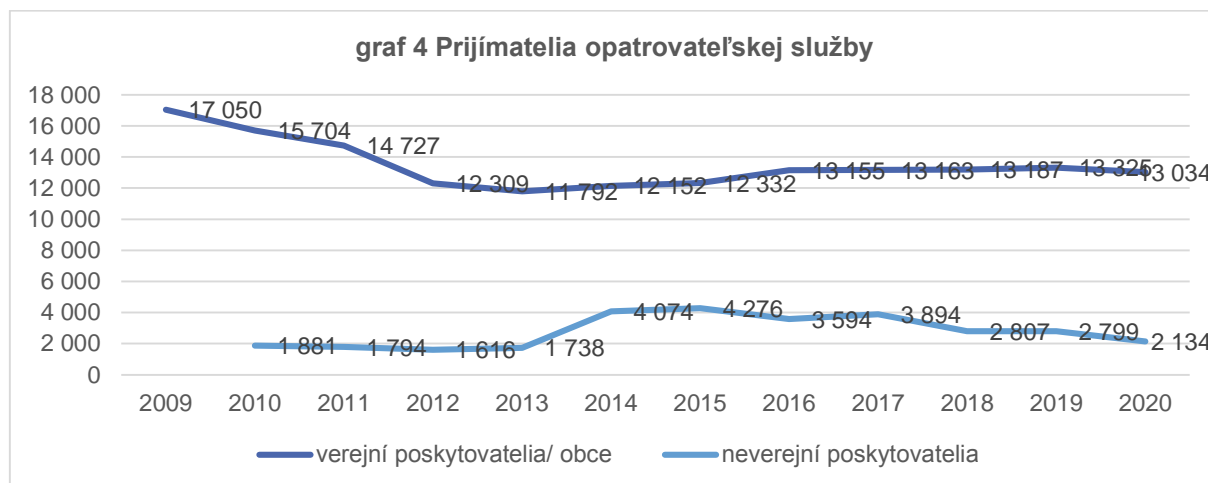
Tabuľka 3 Výdavky zariadení sociálnych služieb, vybrané údaje Výkazu ŠÚ SR Soc- 1-01

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	157 443 720	268 177 608	94 248 200	13 354 260	1 304 346	45 303
domovy soc. služieb	158 118 587	42 561 893	80 936 808	28 816 056	4 935 217	180 011	11 767
zar. pre seniorov	219 584 725	72 244 654	103 985 597	36 281 148	5 270 126	741 611	18 851
špecializované zar.	112 443 492	30 205 368	58 563 514	20 547 027	2 580 170	301 878	7 967
zar. opatrovateľskej služby	26 765 731	7 742 590	13 735 294	4 828 573	336 416	66 016	2 311
denný stacionár	10 351 965	2 159 185	5 918 938	2 021 101	144 226	13 548	3 210
zar. podpor. bývania	4 910 462	1 440 767	2 542 541	881 464	43 138	1 184	561
rehabilitačné strediská	4 508 480	1 089 263	2 494 916	872 831	44 967	98	636

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

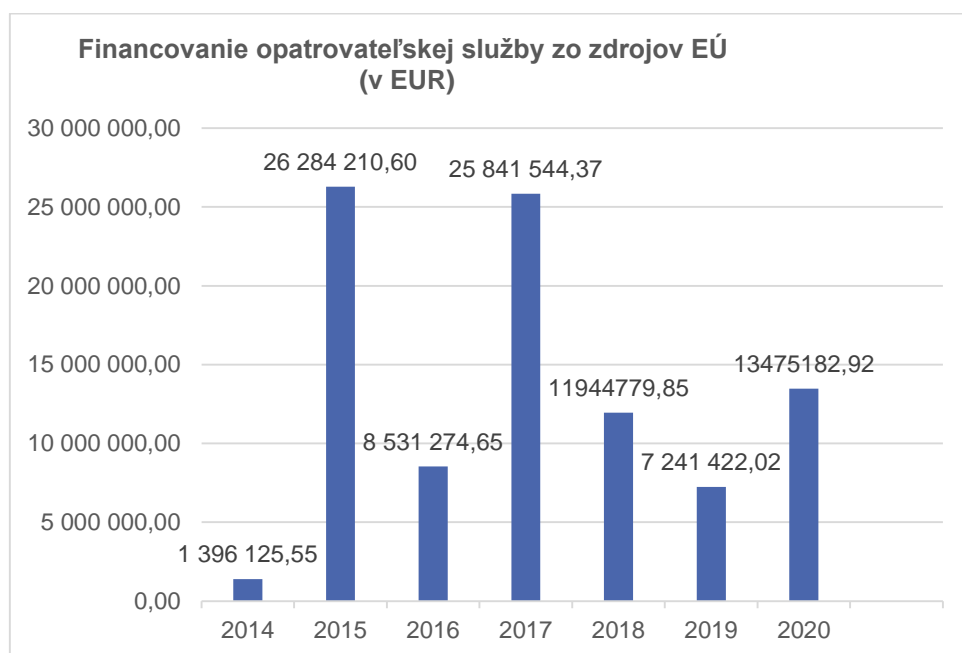
Domáca opatrovateľská služba bola v roku 2019 poskytnutá 16 tis. ľudom, čo predstavuje mierny nárast oproti predchádzajúcemu roku, najmä vďaka Národnému projektu Podpora rozvoja a dostupnosti terénnej opatrovateľskej služby. Financovanie tejto služby z prostriedkov Európskej únie nie je systémovým riešením 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 naplniť.** 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

Graf 2 Čerpanie finančných zdrojov z prostriedkov Európskej únie na domácu opatrovateľskú službu



Zdroj: Údaje z ITMS2014+

Financovanie sociálnych služieb podmienených odkázanosťou je viaczdrojové 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 priemerne v rozsahu od 1000 € do 1300 €¹¹ v závislosti od druhu zariadenia, 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.

Za poskytovanie zdravotnej starostlivosti vo vybraných druhoch zariadení sociálnych služieb v rozsahu ošetrovateľskej starostlivosti 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 určený Opatrením Ministerstva zdravotníctva SR¹²⁾ vo výške 3,30 Euro/ osoba/ deň (Zdravotná poisťovňa).

¹¹ Ide o priemerné hodnoty ekonomicky oprávnených nákladov za rok 2019 na základe údajov poskytnutých samosprávnymi krajinami. Je potrebné uviesť aj to, že niektoré špecializované zariadenia vykazovali výdavky až vo výške 1900 € mesačne na prijímateľa.

¹² Opatrenie z 31. januára 2018 č. 07045-44/2018-OL, ktorým sa mení a dopĺňa opatrenie MZ SR z 30. decembra 2003 č. 07045/2003, ktorým sa ustanovuje rozsah regulácie cien v oblasti zdravotníctva v znení neskorších predpisov

<https://www.slov-lex.sk/pravne-predpisy/SK/ZZ/2018/35/>

<https://www.slov-lex.sk/chronologicky-register-opatreni/SK/OP/2018/2/>

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, ktoré je ustanovené Opatrením Ministerstva zdravotníctva SR³ je veľmi nízke a nepokrýva náklady na zdravotníckych pracovníkov, ktorí poskytujú zdravotnú starostlivosť v rozsahu ošetrovateľskej starostlivosti na základe návrhu indikovaného ošetrovateľom prijímateľa sociálnej služby a osobou zodpovednou za poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti v ZSS v rámci DSZS. Za daných podmienok majú teda zariadenia sociálnej pomoci nedostatok zdrojov na plnenie zákonných podmienok, ktoré sú predpokladom pre uzavretie zmluvy so zdravotnou poisťovňou. 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 a technické zabezpečenie na financovanie starostlivosti.

Pre úplnosť je potrebné uviesť aj súvislosti **so sociálnoprávnou ochranou detí a sociálnou kuratelou** (ďalej len SPOD a SK⁴) a aspoň rámcovo situáciu v tejto oblasti. Hlavným dôvodom, pre ktorý je jednoznačne potrebné uviesť aj oblasť SPOD a SK je, že kvalita a efektivita 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 sociálno-patologických 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 zdravotníctva¹³. V CDR poskytuje ošetrovateľskú starostlivosť celkom 199 zdravotných sestier spĺňajúcich požiadavky na výkon ošetrovateľskej starostlivosti (viď. príloha č. 2).

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.

¹³ § 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 8 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.

Vážnym problémom je pretrvávajúca absencia zariadení poskytujúcich odbornú pomoc deťom s duševnými poruchami v kombinácii s poruchami správania a nie zriedka s pridruženým mentálnym postihnutím. 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.

Konkrétne zámery a úlohy v tejto časti výkonu obsahuje „Koncepcia zabezpečovania vykonávania opatrení v zariadeniach sociálnoprávnej ochrany a sociálnej kurately na roky 2021 – 2025 Plán deinštitucionalizácie“¹⁴

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 cielených 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), hospicoch, 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.

Financovanie starostlivosti v zariadeniach sociálnych služieb, ktoré poskytujú ošetrovateľskú starostlivosť, je založené na viaczdrojovom financovaní - zo štátneho rozpočtu (tzv. „príspevok na odkázanosť“), z úhrad od prijímateľov sociálnych služieb, z rozpočtu samosprávy (tzv. „príspevok na prevádzku“) a v prípade, že sú registrovaní ako poskytovateľ zdravotnej starostlivosti a majú uzatvorenú zmluvu so zdravotnými poisťovňami, aj z prostriedkov verejného zdravotného poistenia. Na financovaní tejto starostlivosti sa teda v nemalej miere podieľa aj samotný prijímateľ sociálnej služby, pretože v mnohých prípadoch zdroje financovania (vrátane zdrojov, ktoré poskytujú zdravotné poisťovne) nepokryjú ekonomicky oprávnené náklady poskytovateľov.

¹⁴ https://www.upsvr.gov.sk/zariadenia-socialnopravnej-ochrany-deti-a-socialnej-kurately/detske-domovy/dokumenty.html?page_id=143942

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)¹⁵. 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), 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 Hospitalizácie 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
GeriatRIA	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 hospitalizácie 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. Porovnávaním priemerných

¹⁵ 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...“

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	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		zdrav.poisťovne / 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
fyziatRIA, 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	Univerzitné a 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%
zdravotnícke pomôcky	12,9%	12,5%	0,8%	0,4%
doplňkový 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 €¹⁶ 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, malnutricia, 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. DOS ako zdravotnícke zariadenie nemá hradený peňažný 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 + peňažný príspevok na odkázanosť + doplatok

¹⁶ 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,- €.

klienta)¹⁷. 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 rozpočtu pre klientov v následnej starostlivosti.

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 populácie¹⁸. 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 definovaný v rámci minimálnej siete poskytovateľov nariadením vlády č. 640/2008 Z. z.

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.

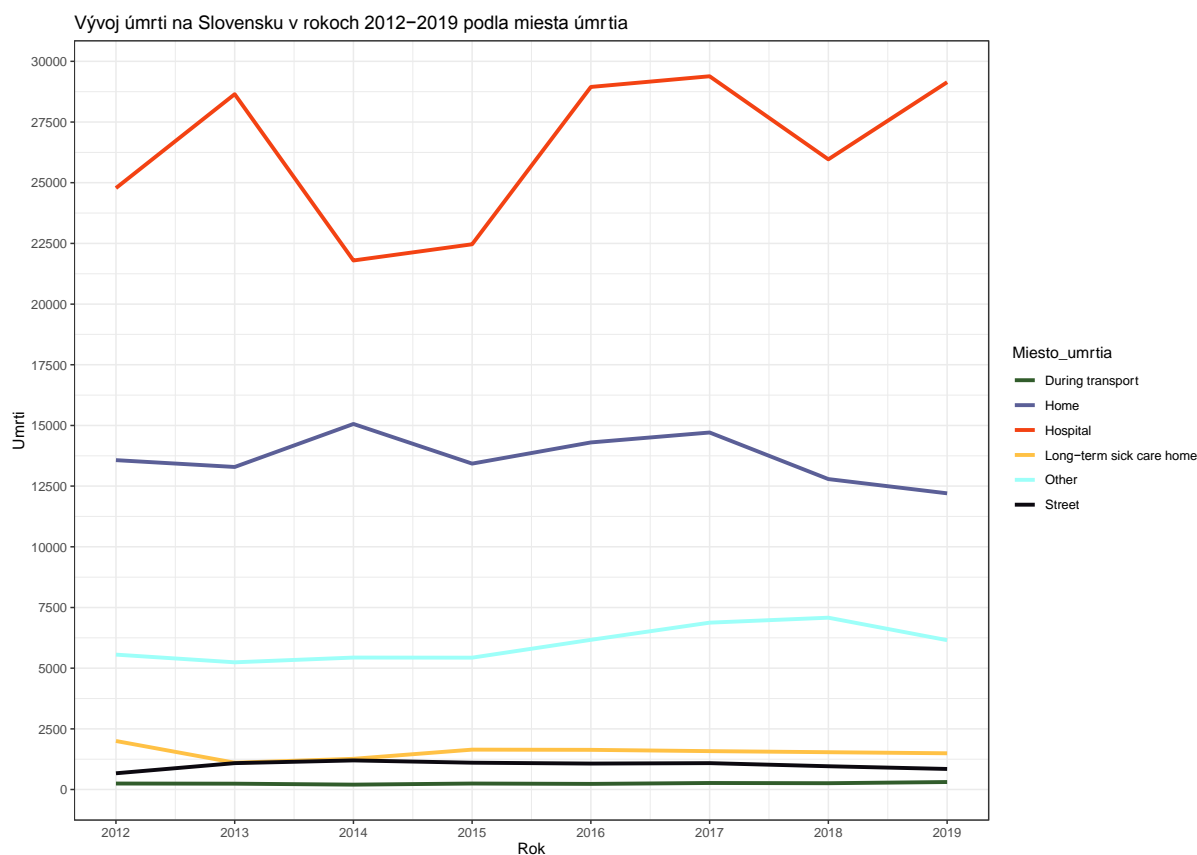
Pracoviská paliatívnej starostlivosti a hospice

¹⁷ 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>

¹⁸ 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)

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 chorobe¹⁹. 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 vyplývajúcej 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 návštevnej služby 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 návštevnu (terénnu) službu lekára a sestry.

¹⁹ Standardy a normy hospicové a paliatívni péče v Evropě. Doporučení Evropské asociace paliativní 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.

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 pracovníčka, 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	NOU Klenová I	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 I	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 zmiernu u Bernadety – 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 - Vysokošpecializovaný 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 vyplýva z odporúčaní Európskej asociácie paliatívnej starostlivosti (ďalej len „EAPC“) z roku 2011, na 1 milión obyvateľov je potrebných 80 až 100 lôžok paliatívnej starostlivosti²⁰. 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%²¹. 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

²⁰ 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

²¹ 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

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 – posudzovanie na účely kompenzácie sociálnych dôsledkov ťažkého zdravotného postihnutia

Posudková činnosť na účely kompenzácie, preukazu a parkovacieho preukazu je **lekárska posudková činnosť** a **sociálna posudková činnosť**.

Lekársku posudkovú činnosť vykonáva posudkový lekár. Posudkový lekár spolupracuje s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti (ošetrojúci lekári, odborní lekári) a vychádza z aktuálneho lekárskeho nálezu na účely kompenzácie vyhotoveného poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti, nie staršieho ako 6 mesiacov. Posúdenie zdravotného stavu fyzickej osoby sa vykonáva bez prítomnosti posudzovanej fyzickej osoby (posudkový lekár je povinný pozvať fyzickú osobu na posúdenie jej zdravotného stavu, ak o to fyzická osoba písomne požiada). V rámci lekárskej posudkovej činnosti posudkový lekár určuje aj mieru funkčnej poruchy fyzickej osoby, posudzuje jednotlivé druhy odkázanosti FO s ŤZP, sociálne dôsledky v oblastiach kompenzácií, fyzickú a psychickú schopnosť fyzickej osoby vykonávať opatrovanie, ako aj potrebu osobitnej starostlivosti podľa osobitného predpisu. Výsledkom lekárskej posudkovej činnosti je **lekársky posudok**.

Ťažké zdravotné postihnutie je zdravotné postihnutie s mierou funkčnej poruchy najmenej 50%. Miera funkčnej poruchy sa určuje podľa prílohy č. 3 zákona č. 447/2008 Z. z. o peňažných príspevkoch na kompenzáciu ťažkého zdravotného postihnutia. Funkčná porucha je nedostatok telesných schopností, zmyslových schopností alebo duševných schopností fyzickej osoby, ktorý z hľadiska predpokladaného vývoja zdravotného postihnutia bude trvať dlhšie ako 12 mesiacov.

Sociálnu posudkovú činnosť vykonáva sociálny pracovník. Sociálna posudková činnosť sa vykonáva až vtedy, ak je fyzická osoba posúdená ako FO s ŤZP, t.j. jej miera funkčnej poruchy je najmenej 50 %. Ide o posudzovanie individuálnych predpokladov, rodinného a širšieho sociálneho prostredia, všetkých druhov odkázanosti FO s ŤZP, ako aj navrhovanie kompenzácií v jednotlivých oblastiach. Jedným zo základných princípov posudzovania fyzickej osoby na účely kompenzácie je **individuálny prístup**. Výsledkom sociálnej posudkovej činnosti je **posudkový záver**.

Na základe **lekárskeho posudku** a **posudkového záveru** príslušný orgán vypracúva **komplexný posudok** (obsahuje mieru funkčnej poruchy, vyjadrenie, že ide o FO s ŤZP, sociálne dôsledky ŤZP vo všetkých oblastiach kompenzácie, návrh druhu PP na kompenzáciu, vyjadrenie, či FO s ŤZP je odkázaná na sprievodcu a na individuálnu prepravu osobným motorovým vozidlom, termín opätovného posúdenia zdravotného stavu, odôvodnenie komplexného posudku)“.

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 sebaobsluhy 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 ošetrojúci lekár.²²

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 za rok 2019

Kľúčovým dôsledkom tejto roztrieštenosti posudkovej činnosti vykonávanej na rôzne účely je **nejednotný a neštandardizovaný systém posudzovania odkázanosti na pomoc inej fyzickej osoby pri sebaobsluhy**. Nejednotnosť procesov posudzovania odkázanosti vedie k tomu, že potrebná podpora a starostlivosť **nie je poskytovaná adresne a nevychádza**

²²§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

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).

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 815-tis. na zhruba 1635-tis. osôb, čo predstavuje prírastok takmer 820-tis. osôb, resp. 101 %. **Počet obyvateľov SR vo veku 65+ bude takmer 1 milión (997 455) b už v roku 2022.**²³

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.²⁴ Prežívanie s týmto ochorením môže trvať desať, aj dvadsať rokov.²⁵

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.²⁶ Štúdia OECD uvádza, že priemerne je v krajinách OECD až 12% ľudí vo veku 65+ využívajúcich služby DSZS.²⁷ Pri prepočte by to znamenalo, že na Slovensku by bolo skoro 90 tis. takýchto prijímateľov. Tento údaj korigujeme aj podľa výstupov expertného fóra²⁸, 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.

²³ Infostat. Prognóza obyvateľov Slovenska do roku 2060, stredný variant. Bratislava, 2018. Dostupné na URL: http://www.infostat.sk/vdc/sk/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=14&Itemid=68

²⁴ Slovenská Alzheimerova spoločnosť. <http://www.alzheimer.sk/informacie/alzheimerova-choroba/statistiky.aspx>

²⁵ Alzheimer's Society. Progression of Alzheimer's disease. <https://www.alzheimers.org.uk/about-dementia/symptoms-and-diagnosis/how-dementia-progresses/progression-alzheimers-disease>

²⁶ V roku 2019 bola v SR stredná dĺžka života vo veku 65 rokov 19,3 roka u žien a 15,7 roka u mužov. Podľa EU-SILC z roku 2019 strávia ženy vo veku 65 rokov 4,5 roka (23 % ich zostávajúceho života) bez obmedzení v aktivitách; 8,8 roka (46 %) s čiastočnými obmedzeniami v aktivitách a 6,0 roka (31 %) s výrazným obmedzením v aktivitách. Muži v rovnakom veku strávia 4,3 roka (27 % ich zostávajúceho života) bez obmedzení v aktivitách; 6,9 roka (44 %) s čiastočnými obmedzeniami v aktivitách a 4,5 roka (29 %) s výrazným obmedzením v aktivitách.

²⁷ Recipients of long-term care, Health at a Glance 2013, http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2013-en

²⁸ https://www.rpsp.eu/wp-content/uploads/2018/04/LTCpolicybrief_final.pdf

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

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 zrejmé nasledovné hlavné výzvy a problémy:

1. Absencia funkčného prepojenia sociálnej a zdravotnej starostlivosti a vertikálna fragmentácia kompetencií.
2. Nejednotné a nesystémové posudzovanie zdravotného postihnutia a potreby dlhodobej starostlivosti.
3. Nedostatok služieb dlhodobej, následnej a paliatívnej starostlivosti, najmä služieb komunitného typu.
4. Neefektívny spôsob financovania.
5. Nefunkčný systém dohľadu nad sociálnou starostlivosťou, vrátane starostlivosti v domácom prostredí.
6. Absencia pripravenosti DOS, ZSS na potreby izolácie pacienta / klienta.
7. Nedodatočná úroveň aplikácie a implementácie telemedicíny a teleošetrovateľstva.
8. Absencia právnej úpravy inštitútu predchádzajúceho prania, vrátane oblasti dlhodobej starostlivosti.²⁹
9. 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.

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 dlhodobu 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

²⁹ Absencia právnej úpravy medicínskej vôle sa týka cele oblasti zdravotníctva (akútnej, následnej a dlhodobej), vrátane dlhodobej starostlivosti a psychiatrickej starostlivosti s prepojením na sociálnu oblasť.

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.

- **Zdravotná starostlivosť v zariadeniach sociálnych služieb nie je adekvátne zabezpečená po legislatívnej, personálnej, ani finančnej stránke. Rovnako nie je adekvátne zabezpečená po legislatívnej, personálnej, ani finančnej stránke dostatočne ani sociálna pomoc v 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 určeného Opatrením MZ SR (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 adekvátne odborná psychiatrická starostlivosť, ošetrovateľská starostlivosť a materiálno-technické vybavenie. Rovnaká situácia s absenciou odbornej psychiatrická starostlivosti je aj v centrách pre deti a rodiny.
- **Chýbajú zariadenia kde by hospitalizovali aj pacientov s diagnózou bdelá kóma,** tie sú čiastočne suplované dlhodobými pobytmi na Oddeleniach anesteziológie 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 prostriedkov³⁰. 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, 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 fyzická osoba najprv posúdená ako fyzická osoba s ťažkým zdravotným postihnutím a až následne sa posudzuje stupeň odkázanosti na pomoc inej osoby, resp. rozsah osobnej 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.

³⁰ Sophie Cès and Stéphanie Coster. Mapping long-term care quality assurance practices in the EU Summary Report Dec 2019

- **Práca posudkového lekára je neatraktívna kvôli nízkemu finančnému ohodnoteniu a byrokratickej záťaž.** 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.

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 formou³¹.
- **V ponuke sociálnych služieb prevládajú pobytové služby inštitucionálneho charakteru** – na Slovensku žije v pobytových zariadeniach sociálnych služieb 28,6 % ľudí³² odkázaných na dlhodobú starostlivosť, čo než v susednom Česku (19,7 %).³³
- **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.

³¹ https://www.socia.sk/wp-content/uploads/2020/10/PRIESKUM_prezentacia_SOCIA_final.pdf

³² https://www.employment.gov.sk/files/slovensky/ministerstvo/analyticke-centrum/2020/sprava_o_soc_situacii_obyvatelstva_sr_2019.pdf

³³ <https://www.czso.cz/csu/czso/vybrane-udaje-o-socialnim-zabezpeceni-2018>

- **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 života³⁴.
- **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 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 hospitalizácii a maximalizácia jeho rehabilitačného potenciálu. Nedostatočné kapacity pre doliečenie pacienta prispievajú k zbytočným rehospitalizáciám na akútnych lôžkoch.
- **Legislatívne určená minimálna sieť poskytovateľov domácej a ústavnej zdravotnej starostlivosti nie je flexibilne upravovaná 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 neuror rehabilitáciu, 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 IDOS.**

³⁴ 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>

- **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 krajocho naplnené. Paliatívne oddelenia sú zriadené len v troch z ôsmych krajov.
- **Nedostatok terénnych paliatívnych služieb výrazne obmedzuje možnosť výberu miesta dožitia u terminálne chorých pacientov. Väčšina obyvateľov preferuje zomrieť v prirodzenom prostredí³⁵.** Podľa odporúčaní odborných organizácií by malo mať Slovensko približne 55 mobilných hospicov (10 mobilných hospicov na 1 milión obyvateľov)³⁶, v súčasnosti ich je 22, ale iba 8 z nich zabezpečuje služby paliatológa, ktoré sú nevyhnutnou súčasťou starostlivosti.
- **Iba jeden z 22 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

³⁵ Závěrečná zpráva z kvantitativního výzkumu pro Viaticus 2019. <<https://www.zomieranie.sk/files/pdf/prieskum-2019-zverejnenie.pdf>>

³⁶ 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>

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)³⁷. Obce majú podľa zákona 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 starostlivosť.** 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. Znižuje sa tak dostupnosť služieb pre nízkoprijemové skupiny obyvateľstva. Do budúcnosti je možné uvažovať aj o pripoistení na dlhodobú starostlivosť³⁸
- **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 54 % z priemernej mzdy v hospodárstve. U neverejných poskytovateľov to bolo iba 40 %.
- **Neformálni opatrovatelia, ktorí opatrujú príbuzných s nižšími stupňami odkázanosti, nemajú nárok na peňažný 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

³⁷ Vybrané údaje Výkazu MPSVR SR 11-01 a 7-01

³⁸ <https://ivpr.gov.sk/moznost-zavedenia-poistenia-v-odkazanosti-na-pomoc-inej-osoby-analyticke-vychodiska-kvetoslava-repkova-2019/>

na starostlivosť. Poskytovatelia sú preto nútení vykryť chýbajúce prostriedky navýšením úhrad klientov, resp. darmi.

- **Nízke úhrady poisťovní odrádzajú verejných poskytovateľov od zriaďovania 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 dávkovačov liekov a podobne.
- **Problém nízkych úhrad poisťovní pociťujú aj poskytovatelia domácej ošetrovateľskej starostlivosti.** Úhrady napríklad nezohľadňujú náklady na dopravu k pacientovi. Zdravotné poisťovne ADOS krátia platby za zrealizované výkony z dôvodu interných predpisov, ktoré nie sú v súlade s poskytovaním starostlivosti v súlade s ŠDTP.
- Otázka rozdielneho odmeňovania poberateľov peňažného príspevku na opatrovanie, v prípade poberateľa dôchodkovej dávky alebo opatrovateľa, ktorý nepoberá dôchodkovú dávku, pričom pri nerovnakom odmeňovaní majú rovnaké povinnosti.

5) Nefunkčný systém dohľadu nad sociálnou pomocou, 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 peňažný príspevok na opatrovanie. Pre neformálnu starostlivosť a osobnú asistenciu nie sú definované podmienky kvality ani kompetencie v dohľade.
- **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.

6) Absencia pripravenosti DOS, ZSS na potreby izolácie pacienta

Absencia pripravenosti DOS, ZSS na potreby izolácie pacienta. Žiadúce 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.³⁹

7) Nedodatočná úroveň aplikácie a implementácie telemedicíny a teleošetrovateľstva

Absencia telemedicíny a teleošetrovateľstva v ambulantnej a ústavnej zdravotnej starostlivosti napr.: v hospicioch, mobilných hospicioch, ADOS, DOS, ZSS v rámci komplexnejšieho poskytovania zdravotnej starostlivosti. Implementácia inovatívnych informačných technológií kompenzuje ale aj dopĺňa nepriamy kontakt medzi lekárom, sestrou a pacientom telekontaktom. V súčasnosti je v rámci empirie nutnosťou implementácia a rozvoj⁴⁰ telemedicíny a teleošetrovateľstva⁴¹ na Slovensku^{42, 43}.

8) Absencia právnej úpravy inštitútu predchádzajúceho prania, vrátane dlhodobej starostlivosti

Problematika inštitútu predchádzajúceho prania je nedoriešeným problémom v rámci poskytovania zdravotnej starostlivosti ako takej, vrátane dlhodobej sociálno-zdravotnej starostlivosti. „V súvislosti s potrebou poznať skutočné preferencie človeka, od ktorého v danej chvíli nemožno získať informovaný súhlas, je kľúčovým inštitútom predchádzajúceho prania. Predchádzajúce pranie býva definované ako rozhodnutie o súhlase alebo odmietnutí zdravotnej starostlivosti pre prípad zmeny zdravotného stavu v budúcnosti. Obvykle má písomnú formu a obsahuje prejav vôle pacienta, týkajúci sa zdravotných výkonov v prípade, ak nastala situácia predvídaná v prejave vôle.⁴⁴ Hoci sa predchádzajúce pranie zvyčajne diskutuje v súvislosti s liečebnými postupmi vo finálnej fáze života, môže sa však vzťahovať na akékoľvek zdravotné výkony. Základnou podmienkou uplatnenia predchádzajúceho prania je, aby pacient nebol spôsobilý vyjadriť svoje „aktuálne“ preferencie. Pokiaľ je pacient spôsobilý o sebe rozhodovať, svoje rozhodnutie vyjadrí formou informovaného súhlasu a predchádzajúce pranie sa neuplatní.

Inštitút predchádzajúceho prania bol do právneho poriadku Slovenskej republiky zavedený Dohovorom o ochrane ľudských práv a biomedicíne, podľa ktorého „u pacienta, ktorý v čase zákroku nie je v takom stave, že môže vyjadriť svoje pranie, treba prihliadať na pranie, ktoré vyslovil s vykonaním zákroku skôr.“⁴⁵ Faktom však ostáva, že zákonodarcu ďalej tento inštitút za takmer dve dekády od ratifikácie dohovoru nerozpracoval. Chýbajúca právna úprava v praxi spôsobuje, že hoci de iure

³⁹FABIÁNOVÁ, Z. 2021. Zriadenie izolačných izieb - kľúčový predpoklad pre zastavenie šírenia nákaz v pobytočných zariadeniach sociálnych služieb. Dostupné na: <https://mediweb.hnonline.sk/nazory/2626523-zriadenie-izolacnych-izieb-klucovy-predpoklad-pre-zastavenie-sirenia-nakaz-v-pobytovcych-zariadeniach-socialnych-sluzieb>

⁴⁰FABIÁNOVÁ, Z. 2021. Zriadenie izolačných izieb - kľúčový predpoklad pre zastavenie šírenia nákaz v pobytočných zariadeniach sociálnych služieb. Zdravotnícke noviny ročník XXVI/LXX, z 03.06.2020 č. 22, čl., s. 6.

⁴¹www.kega.fsvaz.ukf.sk

⁴²POLEDNÍKOVÁ, L., SLAMKOVÁ, A., PAVELOVÁ, L. 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>

⁴³Teleošetrovateľstvo, telemonitoring v starostlivosti o seniorov, 2020; <https://socialny-presov.odyzeo.dev/blog/teleosetrovatelstvo-telemonitoring-v-starostlivosti-o-seniorov>.

⁴⁴LACIAKOVÁ, L. – KOVÁČ, P. – MORAVANSKÝ, N. Predchádzajúce pranie a pranie nebyť resuscitovaný v právnom poriadku Slovenskej republiky. *Paliatívna medicína a liečba bolesti* 2017; 10(1-2e).

⁴⁵Čl. 9 Dohovoru o ľudských právach a biomedicíne (n 50).

je inštitút predchádzajúceho prania súčasťou právneho poriadku Slovenskej republiky, de facto môže byť jeho akceptovanie pre zdravotníckych pracovníkov rizikové.⁴⁶ V mnohých iných vyspelých štátoch vrátane Českej republiky,⁴⁷ je podrobná úprava predchádzajúceho prania súčasťou právneho poriadku. Aplikácia tohto inštitútu v praxi však rozhodne nie je jednoduchá.⁴⁸ Aj pri najprecíznejšej právnej úprave sa môže stať, že predchádzajúce pranie pacienta nebude rešpektované, napríklad z dôvodu pochybností o spôsobilosti na právne úkony v čase jeho vytvorenia či výskytu okolností, ktoré pacientom nemohli byť predvídané. Eticky najproblematickejším sa javí byť využitie tohto inštitútu na udelenie súhlasu s vykonaním eutanázie ľuďom s pokročilou demenciou. V tejto súvislosti je otáznym najmä to, či pacient v čase vykonania eutanázie skutočne považuje svoj stav za taký neznesiteľný, ako si ho „predstavoval“ v čase, keď predchádzajúce pranie vyhotovil.⁴⁹ „⁵⁰

⁴⁶ LACIAKOVÁ a kol. upozorňujú, že ak by zdravotnícky pracovník predchádzajúce pranie pacienta akceptoval, mohlo by to mať celý rad právnych následkov vrátane možnosti trestného stíhania za trestný čin neposkytnutia pomoci v zmysle § 177 ods. 2 Trestného zákona, prípadne až za trestný čin úkladnej vraždy v zmysle § 144 Trestného zákona. Laciaková, Kováč, Moravanský (n 255).

⁴⁷ Pozri § 36 zákona č. 372/2011 Sb. o zdravotných službách a podmínkach jejich poskytovaní.

⁴⁸ Napríklad v prestížnom medicínskom časopise The New England Journal of Medicine bol popísaný prípad 70 ročného pacienta privezeného v bezvedomí na pohotovosť v americkom štáte Florida. Na hrudi mal vytetovaný nápis „Do Not Resuscitate“, zdravotníci však spočiatku nemali k dispozícii písomné vyhlásenie v zákonom požadovanej forme, čo ich postavilo pred neľahkú etickú dilemu. Po konzultácii s odborníkmi na medicínsku etiku sa napokon rozhodli tetovanie rešpektovať a pacienta neresuscitovať. HOLT, G. E. – SARMENTO, B. – KETT, D. – GOODMAN, K. W. An Unconscious Patient with a DNR Tattoo. In *New England Journal of Medicine* 2017; 377: 2192-2193.

⁴⁹ HERTOUGH, C. M. P. The role of advance euthanasia directives as an aid to communication and shared decision making in dementia. In *Journal of Medical Ethics* 2009; 35(2): 100

⁵⁰ FEDOROVÁ, K. *Medicínske právo*. 2021. Wolters Kluwer, Bratislava, ISBN: 978-80-5710-3615.

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 Ústave SR (rovnosť príležitostí, prístup k vzdelaniu), Dohovore OSN o právach osôb so zdravotným postihnutím (ďalej len Dohovor),⁵¹ 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 ciele stratégie sú integrálnou súčasťou Plánu obnovy a odolnosti Slovenskej republiky obsiahnutými v Komponente 13: Dostupná a kvalitná dlhodobá sociálno-zdravotná starostlivosť⁵². Navrhované reformy a investície zároveň odpovedajú 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 (cieľovej skupiny DSZS)** je dosiahnuť:

- **dôstojnosť** ľudí v cieľovej skupiny DSZS 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** v cieľovej skupiny DSZS;
- **primeranú zdravotnú a sociálnu starostlivosť** so súčasným **pozitívnym vnímaním systému starostlivosti a služieb zo strany ľudí** v cieľovej skupiny DSZS;
- **bezpečnosť a uspokojenie potreby bezpečia** v situácii závislosti a choroby;
- **elimináciu javu bezradnosti ľudí** v cieľovej skupiny DSZS, **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;

⁵¹ Pre Slovenskú republiku nadobudol Dohovor OSN o právach osôb so zdravotným postihnutím platnosť 25. júna 2010.

⁵² [Plan obnovy a odolnosti.pdf \(mfsr.sk\)](#)

- **včasné, komplexné zhodnotenie a následné odborné a etické uspokojovanie potrieb a požiadaviek zmysle skompetentňovania ľudí z cieľovej skupiny DSZS prijímateľov sociálnych služieb;**
- **pripravenosť poskytovateľov služieb zabezpečovať starostlivosť na primeranej úrovni;**
- **úprava legislatívnych a ekonomických východísk pre evalváciu úrovne DSZS v celej krajine.**

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, ich ľudské práva vrátane podpory zotrvania v prirodzenom a komunitnom prostredí.
- 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, ktoré sú základnými piliermi Komponentu 13 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 pomocou.
5. Digitalizácia a podpora výkonu posudkovej činnosti

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 klientkami 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.
- Upraví 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, upraví sa kvalifikačné predpoklady ostatného zdravotníckeho personálu, ktorý sa podieľa na ošetrovateľskej starostlivosti, nutnosť súhlasu lekára s indikovaním ošetrovateľskej starostlivosti sestrou, ako aj nároky na materiálno-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 sprehľadní systém financovania dlhodobej starostlivosti. Prostriedky pôjdu priamo osobe s potrebou starostlivosti, a nie opatrovateľovi alebo poskytovateľovi služby. Vytvorí sa priestor pre adresnú a komplexnú podporu človeka s potrebou dlhodobej starostlivosti. Naďalej 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 zatriktívni pozíciu opatrovateľa v teréne.
- Podpora stabilného, profesionálneho a kvalitného personálneho zabezpečenia v oblasti DZSZ.
- 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, hospic), 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 zatriktívni 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 (rozsah zdravotnej starostlivosti, rozsah sociálnej starostlivosti a spôsob ich financovania bude vymedzený osobitným právnym predpisom).

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 Revízii 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.
- Podpora výkonu a vzdelávania pracovníkov v oblasti DZSZ prostredníctvom Európskych štrukturálnych a investičných fondov.

- 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, MF 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.

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 WHODAS⁵³, 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 odbremení 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, odstráni 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

⁵³ 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 prispievajú 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.

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 pripraviť 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 a podpora služieb na komunitnej úrovni a proces deinštitucionalizácie, vrátane budovania personálnych kapacít 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.⁵⁴ 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

54 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 zdefiniuje 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 Q1 2025. Investície do ADOS sa budú realizovať formou výziev. Dôležitá bude rýchla 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 vyplynú 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 Q3 2025.
- Výstavba a obnova kamenných hospicov bude realizovaná priebežne v rokoch 2022-2025.
- Vybavenie nových a existujúcich mobilných hospicov bude realizované priebežne do Q1 2025.