**Dôvodová správa**

**Všeobecná časť**

Návrh zákona, ktorým sa mení a dopĺňa zákon č. [576/2004 Z. z.](https://www.slov-lex.sk/pravne-predpisy/SK/ZZ/2004/576/) o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov a ktorým sa menia dopĺňajú niektoré zákony (ďalej len „návrh zákona“) sa predkladá na základe Plánu legislatívnych úloh vlády Slovenskej republiky na mesiace jún až december 2021. Naliehavá potreba riešenia dlhodobej zdravotnej starostlivosti je deklarovaná nielen v Stratégii dlhodobej starostlivosti v Slovenskej republike, ale aj vo viacerých aktuálnych strategických dokumentoch v oblasti zdravotnej a sociálnej starostlivosti a v odporúčaniach Európskej komisie a v neposlednom rade aj v Programovom vyhlásení vlády na roky 2021 – 2024.[[1]](#footnote-1)

Dlhodobá starostlivosť je aj súčasťou Plánu obnovy a odolnosti SR schváleného Európskou komisiou v roku 2021 (ďalej len „Plán obnovy“), a to najmä komponentu 13[[2]](#footnote-2). Jedným z míľnikov tohto komponentu je vypracovanie nového legislatívneho rámca pre dlhodobú zdravotnú starostlivosť a paliatívnu zdravotnú starostlivosť. Plán obnovy poukazuje na potrebu užšej spolupráce medzi rezortmi práce, sociálnych vecí a rodiny a zdravotníctva, ktorých koordinácia je pre potreby integrácie sociálnej a zdravotnej starostlivosti dlhodobo nepostačujúca, v dôsledku čoho nie je zabezpečená kontinuita a v konečnom dôsledku môže viesť k zhoršeniu zdravotného stavu a rehospitalizáciám osôb, ktorým táto starostlivosť nebola poskytnutá v potrebnom čase a rozsahu.

Cieľom navrhovanej právnej úpravy je zabezpečiť dostupnosť, kvalitu a efektívnosť dlhodobej zdravotnej starostlivosti a paliatívnej zdravotnej starostlivosti pre osoby, ktorých zdravotný stav si to vyžaduje, a to nielen v zdravotníckych zariadeniach, ale najmä v domácom alebo v inom prirodzenom prostredí, v ktorom sú tieto osoby umiestnené. Po dôkladnom posúdení existujúcej právnej úpravy Ministerstvo zdravotníctva SR ako predkladateľ zákona prehodnotilo svoj zámer vypracovať pre oblasť dlhodobej zdravotnej starostlivosti samostatný návrh zákona o dlhodobej zdravotnej starostlivosti a paliatívnej zdravotnej starostlivosti a z dôvodu udržania komplexnosti právneho predpisu upravujúceho zdravotnú starostlivosť považuje za dostačujúcu novelizáciu už existujúceho zákona č. 576/2004 Z. z. a ostatných súvisiacich a vykonávacích predpisov.

Predmetom návrhu zákona je zadefinovanie pojmu dlhodobá zdravotná starostlivosť (ďalej len „dlhodobá starostlivosť“) a jej jednotlivých foriem, paliatívnej zdravotnej starostlivosti, vrátane úpravy zmluvných a úhradových mechanizmov tejto zdravotnej starostlivosti a zadefinovanie rozsahu údajov potrebných pre monitoring dostupnosti, kvality a efektívnosti tejto starostlivosti. Ide o vypracovanie základného právneho rámca úpravy pre dlhodobú zdravotnú starostlivosť a paliatívnu zdravotnú starostlivosť za účelom zvýšenia kvality a lepšej koordinácie zdravotnej starostlivosti a predchádzaniu opakovaných hospitalizácií sa stanovuje povinnosť poskytovateľom zdravotnej starostlivosti (ďalej aj „PZS“) a zariadeniam sociálnej pomoci predkladať zdravotnej poisťovni zákonom určené údaje a zároveň povinnosť zdravotnej poisťovni predkladať ministerstvu zdravotníctva v anonymizovanej podobe tieto údaje súvisiace s poskytovaním ošetrovateľskej starostlivosti ako následnej ošetrovateľskej starostlivosti a dlhodobej ošetrovateľskej starostlivosti v elektronickej podobe, ktorej formu zverejní na svojom webovom sídle Ministerstvo zdravotníctva SR.

Týmto návrhom zákona sa činnosť zariadení sociálnej pomoci dopĺňa o ošetrovateľskú starostlivosť ako následnú zdravotnú starostlivosť a o dlhodobú ošetrovateľskú starostlivosť. Zároveň sa aj pre tieto zariadenia sociálnej pomoci, ktoré majú uzatvorenú zmluvu so zdravotnou poisťovňou, definuje povinnosť oznamovať zdravotným poisťovniam v zákonom stanovenom rozsahu a lehote údaje potrebné pre monitorovanie dlhodobej zdravotnej starostlivosti.

Návrh zákona definuje aj právo osoby, ktorej je poskytovaná zdravotná starostlivosť, na poskytovanie sociálnej pomoci a duchovnej služby. Pri definovaní tohto práva predkladateľ zákona vychádzal z celosvetového trendu kritiky zdravotnej starostlivosti za jej značnú dehumanizáciu. Na základe tejto kritiky vznikajú nové trendy aj pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti, ktorých jedným z cieľov je zakomponovanie spirituálneho aspektu do celkovej starostlivosti o pacientov. Nenaplnené duchovné potreby často súvisia so zníženou kvalitou starostlivosti, nespokojnosťou pacientov a zníženou kvalitou života. Duchovná pomoc a podpora poskytovaná duchovným podľa osobitného zákona nie je považovaná za zdravotnú starostlivosť, ani za súčasť zdravotnej starostlivosti a nie je hradená z prostriedkov verejného zdravotného poistenia.

Informatívne sú ako prílohy návrhu zákona predložené aj návrhy súvisiacich a vykonávacích predpisov, a to návrh opatrenia, ktorým sa mení opatrenie Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 07045/2003 z 30. decembra 2003, ktorým sa ustanovuje rozsah regulácie cien v oblasti zdravotníctva v znení neskorších predpisov (ďalej len „cenové opatrenie“), návrh výnosu, ktorým sa mení a dopĺňa výnos Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 09812/2008-OL z 10. septembra 2008 o minimálnych požiadavkách na personálne zabezpečenie a materiálno-technické vybavenie jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení v znení neskorších predpisov, návrh nariadenia vlády, ktorým sa mení a dopĺňa nariadenie vlády č. 776/2004 Z. z., ktorým sa vydáva katalóg zdravotných výkonov a návrh nariadenia vlády, ktorým sa mení a dopĺňa nariadenie vlády Slovenskej republiky č. 640/2008 Z. z. o verejnej minimálnej sieti poskytovateľov zdravotnej starostlivosti v znení neskorších predpisov, návrh vyhlášky, ktorou sa mení a dopĺňa vyhláška Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 84/2016 Z. z., ktorou sa ustanovujú určujúce znaky jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení, návrh vyhlášky, ktorou sa mení a dopĺňa vyhláška Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky 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 v zariadení sociálnych služieb a v zariadení sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately.

S cieľom zabezpečenia poskytovania dlhodobej zdravotnej starostlivosti a paliatívnej zdravotnej starostlivosti poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti je úhrada za túto starostlivosť zadefinovaná v cenovom opatrení formou pevných cien pre jednotlivých PZS hradených z verejného zdravotného poistenia, a to výlučne len po dobu dvojročného obdobia zberu údajov nevyhnutne potrebných na monitorovanie dostupnosti a vyhodnotenie kvality a efektívnosti tejto starostlivosti. Predkladateľ zákona predpokladá, že v rámci tohto obdobia budú získané dostatočné a relevantné údaje o dostupnosti ošetrovateľskej starostlivosti ako následnej zdravotnej starostlivosti a dlhodobej ošetrovateľskej starostlivosti, na základe ktorých bude vyhodnotená kvalita tejto starostlivosti a následne upravený spôsob jej financovania bez potreby regulácie zo strany ministerstva. Dostupnosť dlhodobej zdravotnej starostlivosti a paliatívnej zdravotnej starostlivosti je súčasťou Programového vyhlásenia vlády Slovenskej republiky a vyplýva aj z Charty práv pacientov, ktorou je Slovenská republika viazaná. V súčasnosti je na Slovensku nedostatok zdravotníckych zariadení poskytujúcich dlhodobú zdravotnú starostlivosť a paliatívnu zdravotnú starostlivosť, v dôsledku čoho sa táto starostlivosť stáva nedostupnou pre osoby, ktoré sú na jej poskytovanie odkázané. Je preto vo verejnom záujme, aby úhrady za poskytovanie dlhodobej zdravotnej starostlivosti a paliatívnej zdravotnej starostlivosti zabezpečovali primerané krytie ekonomicky oprávnených nákladov týchto poskytovateľov zdravotnej starostlivosti v súvislosti s uvedenými zmenami tak, aby mohli plniť svoju funkciu v požadovanej kvalite a na adekvátnej úrovni. Dočasnou reguláciou cien tejto starostlivosti sa zabezpečí nielen motivácia pre PZS na vytváranie zdravotníckych zariadení na poskytovanie tejto starostlivosti, ale predovšetkým sa zvýši jej dostupnosť pre osoby, ktoré sú na túto starostlivosť odkázané.

Prijatie predloženého návrhu zákona bude mať pozitívne sociálne vplyvy, bude mať pozitívny vplyv na podnikateľské prostredie, návrh zákona bude mať negatívne vplyvy na rozpočet verejnej správy, nebude mať vplyvy na informatizáciu spoločnosti, nebude mať vplyv na životné prostredie, nebude mať vplyv na služby verejnej správy pre občana, nebude mať vplyvy na manželstvo, rodičovstvo a rodinu.

Návrh zákona je v súlade s Ústavou Slovenskej republiky, ústavnými zákonmi a nálezmi Ústavného súdu Slovenskej republiky, zákonmi Slovenskej republiky a ostatnými všeobecne záväznými právnymi predpismi, medzinárodnými zmluvami a inými medzinárodnými dokumentmi, ktorými je Slovenská republika viazaná, ako aj s právne záväznými aktmi Európskej únie.

Vzhľadom na dĺžku legislatívneho procesu sa navrhuje účinnosť zákona od 1. júla 2022.

**Doložka vybraných vplyvov**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **Základné údaje** | | | | | | | | | | |
| **Názov materiálu** | | | | | | | | | | |
| **Návrh zákona, ktorým sa mení a dopĺňa zákon 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 a ktorým sa menia a dopĺňajú niektoré zákony** | | | | | | | | | | |
| **Predkladateľ (a spolupredkladateľ)** | | | | | | | | | | |
| Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky | | | | | | | | | | |
| **Charakter predkladaného materiálu** | | ☐ | | Materiál nelegislatívnej povahy | | | | | | |
| ☒ | | Materiál legislatívnej povahy | | | | | | |
| ☐ | | Transpozícia práva EÚ | | | | | | |
| *V prípade transpozície uveďte zoznam transponovaných predpisov:* | | | | | | | | | | |
| **Termín začiatku a ukončenia PPK** | | | | | | *December 2021* | | | | |
| **Predpokladaný termín predloženia na pripomienkové konanie** | | | | | | *Január 2022* | | | | |
| **Predpokladaný termín začiatku a ukončenia ZP\*\*** | | | | | |  | | | | |
| **Predpokladaný termín predloženia na rokovanie vlády SR\*** | | | | | | *Apríl 2022* | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| 1. **Definovanie problému** | | | | | | | | | | |
| *Uveďte základné problémy, ktoré sú dôvodom vypracovania predkladaného materiálu (dôvody majú presne poukázať na problém, ktorý existuje a je nutné ho predloženým materiálom riešiť).*  Návrh zákona sa predkladá na základe Plánu legislatívnych úloh vlády Slovenskej republiky, predstavuje jeden z míľnikov Plánu obnovy a odolnosti (komponent 13) a reaguje ako na odporúčania Európskej komisie tak na Programové vyhlásenie vlády na roky 2021 – 2024. Uvedené dokumenty spolu so Stratégiou dlhodobej starostlivosti v Slovenskej republike poukazujú na naliehavú potrebu riešenia dlhodobej zdravotnej starostlivosti, a to formou užšej spolupráce medzi rezortmi práce, sociálnych vecí a rodiny a zdravotníctva, nakoľko nedostatočná kontinuita starostlivosti môže viesť aj ku zhoršeniu zdravotného stavu a rehospitalizáciám.  **Ľudská dôstojnosť pri umieraní**  V roku 2019 vyše 2/3 osôb zomrela v nemocnici; iba menej ako 1/3 osôb zomrela v domácom alebo inom prirodzenom prostredí (napr. zariadenie sociálnych služieb). Prevaha nemocničného prostredia nad domácim (resp. prirodzeným), ktorá sa prejavovala v celom období rokov 2012-2019, poukazuje na veľmi negatívny trend, ktorý Slovensko stavia do protikladu so zahraničím, kde je naopak tendencia vyhýbať sa úmrtiam v neosobnom nemocničnom prostredí. Podobne tak aj predkladateľ návrhu zákona má záujem zvýšiť dostupnosť mobilnej paliatívnej starostlivosti a ošetrovateľskej starostlivosti, ktoré spolu s podporným tímom (ako napr. sociálny pracovník, duchovný a i.) zachovávajú dôstojnosť človeka a zvyšujú kvalitu života v jeho terminálnom štádiu.  **Absentujúci systém a štruktúra**  Slovenská právna úprava zatiaľ nepozná pojem „dlhodobá zdravotná starostlivosť“. Pojem následná starostlivosť sa používal v súvislosti so zabezpečením cezhraničnej zdravotnej starostlivosti. Návrh zákona preto predkladá jeho definíciu a jeho jednotlivé súčasti. Jednotlivé postupy v rámci takto definovaných súčastí dlhodobej zdravotnej starostlivosti budú následne rozpracované v podobe koncepcií a štandardov.  **Regionálne rozdiely a nedostatočná dostupnosť**  Podľa údajov z roku 2019 paliatívnym oddelením (akútnou ZS) disponuje iba BSK s počtom lôžok 19, pričom v ďalších krajoch sa nenachádza vôbec; paliatívnym oddelením v zmysle dlhodobej starostlivosti disponuje BSK (7 lôžok), TSK (17 lôžok), a ŽSK (35 lôžok); konziliárnym paliatívnym tímom v nemocnici disponuje opäť iba BSK a „kamenné“ hospice sa síce nachádzajú v každom kraji okrem ŽSK, no v značne poddimenzovaných počtoch, t.j. BSK (36 lôžok), TTSK (25 lôžok), TSK (37 lôžok), NSK (38 lôžok), BBSK (31 lôžok), PSK (42 lôžok) a KSK (7 lôžok). Napriek skutočnosti, že je na Slovensku vybudovaných celkovo 13 kamenných hospicov, iba v 4 z nich je paliatívna starostlivosť zabezpečovaná lekárom so špecializáciou v špecializačnom odbore paliatívna medicína.  Nedostatočné kapacity vykazuje aj štatistika špecializovanej ambulantnej paliatívnej starostlivosti. Hoci údaje NCZI indikujú počet mobilných hospicov až 25, v skutočnosti je návštevná (terénna) služba lekár-setra poskytovaná iba v 8 z nich. Ambulancia paliatívnej medicíny je dostupná opäť iba v BSK (v počte 1 ks).  **Nedostatočné financovanie**  Financovanie dlhodobej zdravotnej a paliatívnej starostlivosti je v súčasnosti nepostačujúce, a to bez ohľadu na miesto poskytovania tejto starostlivosti, t.j. či už v ústavnom zariadení (paliatívne oddelenia, domy ošetrovateľskej starostlivosti a pod.) alebo v komunitnom prostredí (prostredníctvom agentúr ošetrovateľskej starostlivosti alebo mobilných hospicov). Konkrétnym príkladom sú mobilné hospice, kde príspevky zo zdravotných poisťovní za r. 2019 nepokrývali ani 15% celoročných nákladov (výkaz E 1.04). Z tohto dôvodu návrh zákona zahŕňa aj úpravy zmluvných a úhradových mechanizmov dlhodobej zdravotnej a paliatívnej starostlivosti.  **Potreba štruktúrovanejších údajov**  Za účelom zvýšenia kvality, lepšej koordinácie zdravotnej starostlivosti a predchádzaniu opakovaných hospitalizácií sa návrh zákona zároveň ustanovuje poskytovateľom zdravotnej starostlivosti (ďalej aj „PZS“) povinnosť predkladať zdravotným poisťovniam výber údajov, ktoré majú následne povinnosť oznamovať tieto údaje Ministerstvu zdravotníctva SR. | | | | | | | | | | |
| 1. **Ciele a výsledný stav** | | | | | | | | | | |
| *Uveďte hlavné ciele predkladaného materiálu (aký výsledný stav má byť prijatím materiálu dosiahnutý, pričom dosiahnutý stav musí byť odlišný od stavu popísaného v bode 2. Definovanie problému).*  Cieľom navrhovanej právnej úpravy je zabezpečiť dostupnosť, kvalitu a efektívnosť dlhodobej zdravotnej a paliatívnej starostlivosti pre osoby, ktorých zdravotný stav si to vyžaduje, a to nielen v zdravotníckych zariadeniach, ale aj v prirodzenom prostredí, v ktorom sú tieto osoby umiestnené. Súčasťou tohto cieľa je zvyšovanie kvality života a zachovávanie ľudskej dôstojnosti osôb s potrebou dlhodobej zdravotnej alebo paliatívnej starostlivosti a zvyšovanie povedomia a profesionality v oblasti paliatívnej medicíny. | | | | | | | | | | |
| 1. **Dotknuté subjekty** | | | | | | | | | | |
| *Uveďte subjekty, ktorých sa zmeny predkladaného materiálu dotknú priamo aj nepriamo:*  Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky  Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny Slovenskej republiky  Regionálna a miestna samospráva  Národné centrum zdravotníckych informácií  Zdravotné poisťovne  Poskytovatelia participujúci na dlhodobej zdravotnej starostlivosti a paliatívnej zdravotnej starostlivosti  Lekári so špecializáciou v špecializačnom odbore paliatívna medicína  Sestry s odbornou spôsobilosťou na výkon špecializovaných pracovných činností v špecializačnom odbore anestéziológia a intenzívna starostlivosť, intenzívna ošetrovateľská starostlivosť pre dospelých alebo intenzívna ošetrovateľská starostlivosť v pediatrii alebo sestrou s licenciou na výkon samostatnej zdravotníckej praxe alebo s licenciou na výkon povolania s rovnakou odbornou spôsobilosťou ako má sestra agentúry domácej ošetrovateľskej starostlivosti  Poistenci verejného zdravotného poistenia | | | | | | | | | | |
| 1. **Alternatívne riešenia** | | | | | | | | | | |
| *Aké alternatívne riešenia vedúce k stanovenému cieľu boli identifikované a posudzované pre riešenie definovaného problému?*  Nie sú  *Nulový variant - uveďte dôsledky, ku ktorým by došlo v prípade nevykonania úprav v predkladanom materiáli a alternatívne riešenia/spôsoby dosiahnutia cieľov uvedených v bode 3.*  V ostatnom období bol v SR zaevidovaný nárast neurodegeneratívnych ochorení, a to nielen u seniorov, no najmä u mladšej generácie (o.i. aj v súvislosti s následkami pandémie COVID-19): podľa odhadov takýmto ochorením trpí každý 13-ty človek vo veku 65+, ale až každý piaty vo veku 80+ rokov. Podľa informácií z portálu NCZI sa už pre rok 2020 predpokladalo, že počet prípadov novodiagnostikovaných onkologických ochorení v SR po prvýkrát presiahne hranicu 40-tisíc. Potreba dlhodobej starostlivosti vzniká aj u osôb po úrazoch s trvalými zdravotnými následkami. V prípade, že nedôjde k systémovej zmene v zabezpečení siete dlhodobej starostlivosti, dôjde k prehĺbeniu súčasného negatívneho javu, kedy osoby, ktoré si vyžadujú takúto starostlivosť, sú nútené využívať nemocničné lôžka (často na akútnych oddeleniach), čo je z hľadiska výdavkov na zdravotnú starostlivosť finančne najnáročnejšie. Následkom toho dochádza k umelému navyšovaniu akútnych kapacít a k značnému predražovaniu zdravotnej starostlivosti. Toto nedostatočné riešenie dlhodobej starostlivosti v Slovenskej republike v konečnom dôsledku spôsobuje nižšiu dostupnosť dlhodobej starostlivosti pre odkázané osoby, ako aj umiestňovanie týchto osôb do nie vždy vhodných zariadení. | | | | | | | | | | |
| 1. **Vykonávacie predpisy** | | | | | | | | | | |
| *Predpokladá sa prijatie/zmena vykonávacích predpisov?* | | | | | | | **☒ Áno** | | **☐ Nie** | |
| *Ak áno, uveďte ktoré oblasti budú nimi upravené, resp. ktorých vykonávacích predpisov sa zmena dotkne:*  Spolu s návrhom zákona sú predložené aj návrhy vykonávacích a súvisiacich predpisov, a to:   * návrh opatrenia, ktorým sa mení opatrenie Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 07045/2003 z 30. decembra 2003, ktorým sa ustanovuje rozsah regulácie cien v oblasti zdravotníctva v znení neskorších predpisov (ďalej len „cenové opatrenie“), * návrh výnosu, ktorým sa mení a dopĺňa výnos Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 09812/2008-OL z 10. septembra 2008 o minimálnych požiadavkách na personálne zabezpečenie a materiálno-technické vybavenie jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení v znení neskorších predpisov, * návrh nariadenia vlády, ktorým sa mení a dopĺňa nariadenie vlády Slovenskej republiky č. 640/2008 Z. z. o verejnej minimálnej sieti poskytovateľov zdravotnej starostlivosti v znení neskorších predpisov. * návrh nariadenia vlády, ktorým sa mení a dopĺňa nariadenie vlády Slovenskej republiky č. 776/2004 Z. z., ktorým sa vydáva katalóg zdravotných výkonov, * návrh vyhlášky, ktorou sa mení a dopĺňa vyhláška Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 84/2016 Z. z., ktorou sa ustanovujú určujúce znaky jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení, * návrh vyhlášky, ktorou sa mení a dopĺňa vyhláška Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky 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 v zariadení sociálnych služieb a v zariadení sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately. | | | | | | | | | | |
| 1. **Transpozícia práva EÚ** | | | | | | | | | | |
| *Uveďte, v ktorých konkrétnych ustanoveniach (paragrafy, články, body, atď.) ide národná právna úprava nad rámec minimálnych požiadaviek EÚ (tzv. goldplating) spolu s odôvodnením opodstatnenosti presahu.* | | | | | | | | | | |
| n/a | | | | | | | | | | |
| 1. **Preskúmanie účelnosti** | | | | | | | | | | |
| *Uveďte termín, kedy by malo dôjsť k preskúmaniu účinnosti a účelnosti predkladaného materiálu.*  *Uveďte kritériá, na základe ktorých bude preskúmanie vykonané.*  Preskúmanie účinnosti a účelnosti navrhovaného predpisu bude vykonávané priebežne po nadobudnutí jeho účinnosti. Medzi kritériá preskúmania tejto účelnosti a účinnosti budú patriť referencie vecných ako aj prierezových (najmä finančných a strategických) sekcií Ministerstva zdravotníctva SR, ktoré vyhodnotia o.i. prínos zbieraných informácií, samotný zber informácií (z pohľadu kvality dát, procesu, frekvencie a rozsahu) ako aj dopady legislatívnej úpravy na systém a kvalitu zdravotnej starostlivosti v prostredí SR.  V súvislosti s prechodnými ustanoveniami zákona budú v roku 2024 na základe údajov dostupných vďaka pravidelne zasielaným výkazom prehodnotené sumy jednotlivých položiek cenového opatrenia ako aj obsah a forma príslušných výkazov s cieľom znižovať administratívne zaťaženie zdravotníckeho personálu. Zber údajov definovaných predkladanou novelou bude poskytovať rozširujúce informácie dôležité aj pre pripravovaný informačný systém MPSVR SR. | | | | | | | | | | |
| \* vyplniť iba v prípade, ak materiál nie je zahrnutý do Plánu práce vlády Slovenskej republiky alebo Plánu legislatívnych úloh vlády Slovenskej republiky.  \*\* vyplniť iba v prípade, ak sa záverečné posúdenie vybraných vplyvov uskutočnilo v zmysle bodu 9.1. jednotnej metodiky. | | | | | | | | | | |
| 1. **Vybrané vplyvy materiálu** | | | | | | | | | | |
| **Vplyvy na rozpočet verejnej správy** | **☐** | | **Pozitívne** | | **☐** | | **Žiadne** | **☒** | | **Negatívne** |
| z toho rozpočtovo zabezpečené vplyvy,  v prípade identifikovaného negatívneho  vplyvu | ☒ | | Áno | | ☐ | | Nie | ☐ | | Čiastočne |
| **Vplyvy na podnikateľské prostredie** | **☒** | | **Pozitívne** | | **☐** | | **Žiadne** | **☐** | | **Negatívne** |
| z toho vplyvy na MSP | ☒ | | Pozitívne | | ☐ | | Žiadne | ☐ | | Negatívne |
| Mechanizmus znižovania byrokracie  a nákladov sa uplatňuje: | **☒** | | Áno | | |  |  | **☐** | | Nie |
| **Sociálne vplyvy** | **☒** | | **Pozitívne** | | **☐** | | **Žiadne** | **☐** | | **Negatívne** |
| **Vplyvy na životné prostredie** | **☐** | | **Pozitívne** | | **☒** | | **Žiadne** | **☐** | | **Negatívne** |
| **Vplyvy na informatizáciu spoločnosti** | **☐** | | **Pozitívne** | | **☒** | | **Žiadne** | **☐** | | **Negatívne** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Vplyvy na služby verejnej správy pre občana, z toho** |  |  |  | |  |  |  |
| **vplyvy služieb verejnej správy na občana** | **☐** | **Pozitívne** | | **☒** | **Žiadne** | **☐** | **Negatívne** |
| **vplyvy na procesy služieb vo verejnej správe** | **☐** | **Pozitívne** | | **☒** | **Žiadne** | **☐** | **Negatívne** |
| **Vplyvy na manželstvo, rodičovstvo a rodinu** | **☐** | **Pozitívne** | | **☒** | **Žiadne** | **☐** | **Negatívne** |

|  |
| --- |
| 1. **Poznámky** |
| *V prípade potreby uveďte doplňujúce informácie k identifikovaným vplyvom a ich analýzam. Informácie v tejto časti slúžia na zhrnutie vplyvov a nie ako náhrada za vypracovanie príslušných analýz vybraných vplyvov.*  Legislatívny materiál je predkladaný s vplyvmi na rozpočet verejnej správy, so sociálnymi vplyvmi a s vplyvmi na podnikateľské prostredie.  Vplyv na rozpočet verejnej správy na roky 2022 až 2025 je negatívny a pohybuje sa v rozsahu od 11 mil. EUR po 33 mil. EUR, z toho negatívne vplyvy na roky 2022 až 2025 sú rozpočtovo kryté. Z pohľadu subjektu ide o vplyv na ostatné subjekty verejnej správy, ktoré zahŕňajú aj verejné zdravotné poistenie (ďalej aj „VZP“). Súčasťou predkladaného návrhu je zmena cenových opatrení týkajúcich sa dlhodobej zdravotnej starostlivosti a paliatívnej zdravotnej starostlivosti, kde sa zvyšujú sadzby na lôžkodeň a paušálne platby pri poskytovaní služieb agentúry domácej ošetrovateľskej starostlivosti a mobilných hospicov v domácom alebo prirodzenom prostredí. Zvyšuje sa aj paušálna platba pri ošetrovateľskej starostlivosti v zariadeniach sociálnych služieb, a to o 100% (z 3,30 EUR na 6,60 EUR/osobu/deň).  Z dôvodu zámeru predkladateľa monitorovať a vyhodnocovať ošetrovateľskú starostlivosť budú vybraní poskytovatelia zdravotnej starostlivosti zasielať do zdravotných poisťovní výkaz, ktorý bude rozšírený o údaje podporujúce lepší manažment posudzovanej osoby, a to či už v rámci zdravotnej starostlivosti alebo aj sociálnej starostlivosti. Tým sa zároveň vytvára priestor na nadväznosť dlhodobej sociálnej starostlivosti.  Práca poskytovateľov ošetrovateľskej starostlivosti s monitorovacím výkazom je súčasťou ošetrovateľských výkonov, preto nedochádza ku vzniku novej povinnosti a prípadné náklady sú kryté v rámci zvýšeného paušálu z VZP; nedochádza tak k zaťaženiu podnikateľského prostredia.  V jednotlivých analýzach sú podrobne vypočítané vyššie uvedené vplyvy. Východiskom pre nižšie uvedené podrobné vysvetlenia sú okrem novely zákona č. 576/2004 Z.z. aj príslušné vykonávacie predpisy v aktuálne predkladanom znení. V prípade zmeny znenia vykonávacieho predpisu počas samostatného MPK MZ SR aktualizuje doložku vplyvov na RVS. |
| 1. **Kontakt na spracovateľa** |
| *Uveďte údaje na kontaktnú osobu, ktorú je možné kontaktovať v súvislosti s posúdením vybraných vplyvov.*  Ministerstvo zdravotníctva SR  Sekcia zdravia  Odbor zdravotnej starostlivosti  Limbová 2  837 52 Bratislava  [zakon576@health.gov.sk](mailto:zakon576@health.gov.sk) |
| 1. **Zdroje** |
| *Uveďte zdroje (štatistiky, prieskumy, spoluprácu s odborníkmi a iné), z ktorých ste pri príprave materiálu a vypracovávaní doložky, analýz vplyvov vychádzali. V prípade nedostupnosti potrebných dát pre spracovanie relevantných analýz vybraných vplyvov, uveďte danú skutočnosť.*  Medzi hlavné východiskové zdroje predkladaných analýz patria súvisiace platné právne predpisy, údaje zdravotných poisťovní, Národné centrum zdravotníckych informácií, údaje od poskytovateľov zdravotnej starostlivosti.  V súvislosti so zavádzaním novej terminológie „následná zdravotná starostlivosť“, nie je v súčasnosti možné pre tento typ zdravotnej starostlivosti vyčísliť ekonomické, resp. rozpočtové dopady samostatne. V rámci kalkulácií dopadov na VZP sú tieto dopady vyčíslené pod skupinou výdavkov na ústavnú ošetrovateľskú starostlivosť, t.j. spolu s dlhodobou ošetrovateľskou starostlivosťou.  Náklady na zabezpečenie ošetrovateľskej starostlivosti v zariadeniach sociálnych služieb nie sú systematicky zachytávané, preto ďalšie zmeny paušálnej sadzby budú podmienené včasným a kvalitným vykazovaním podľa §6c zákona č. 581/2004 Z. z. v znení predkladanej novely. |
| 1. **Stanovisko Komisie na posudzovanie vybraných vplyvov z PPK č. 276/2021**   (v prípade, ak sa uskutočnilo v zmysle bodu 8.1 Jednotnej metodiky) |
| |  |  |  | | --- | --- | --- | | **☐ Súhlasné** | **☐ Súhlasné s návrhom na dopracovanie** | **☒ Nesúhlasné** |   **Uveďte pripomienky zo stanoviska Komisie z časti II. spolu s Vaším vyhodnotením:**  **II. Pripomienky a návrhy zmien:** Komisia uplatňuje k materiálu nasledovné pripomienky a odporúčania:  **K vplyvom na rozpočet verejnej správy**  Predkladateľ v doložke vybraných vplyvov uvádza negatívny, rozpočtovo zabezpečený vplyv na rozpočet verejnej správy. V analýze vplyvov predkladateľ uvádza výdavky bez označenia rokov v sume: 11 047 756 eur, 25 653 593 eur a 33 319 829 eur ako rozpočtovo zabezpečený vplyv na rozpočet verejnej správy. Komisia upozorňuje, že v zmysle Jednotnej metodiky na posudzovanie vybraných vplyvov je potrebné do záhlavia tabuľky č. 1 a ostatných tabuliek analýzy doplniť konkrétne rozpočtové roky.    V tabuľke č. 1 je celý vplyv uvedený ako vplyv na ŠR (program 07A), pričom v časti 2.1.1. sa uvádza, že financovanie je zabezpečené z verejného zdravotného poistenia, ktoré však spadá pod ostatné subjekty verejnej správy. Komisia žiada tabuľku č. 1 upraviť a v časti Financovanie zabezpečené v rozpočte doplniť dotknutý subjekt.    Komisia žiada do analýzy vplyvov doplniť spôsob výpočtu vplyvov na rozpočet VZP, vrátane použitých predpokladov. Analýza vplyvov obsahuje vysvetlenie spôsobu určenia niektorých regulovaných úhrad, avšak neobsahuje spôsob výpočtu celkového vplyvu na rozpočet verejnej správy, predpoklady o počte lôžok/návštev/pacientov, ktoré vstupujú do vplyvu v tabuľke č. 1.  Stanovisko navrhovateľa: Navrhovateľ doplnil tabuľku č. 1, aj spôsob výpočtu celkového vplyvu na rozpočet VS.  **K sociálnym vplyvom**  Predkladateľom uvedené zhodnotenie sociálnych vplyvov v bode 4.2 analýzy sociálnych vplyvov je nedostatočné. Predkladateľ v príslušnej časti len opísal ciele predkladaného návrhu zákona a všeobecne skonštatoval, že schválením predloženého návrhu sa očakáva vytvorenie legislatívnych podmienok na efektívnejšie fungovanie zariadení dlhodobej a paliatívnej starostlivosti. Pritom predkladateľ v analýze rozpočtových vplyvov uvádza, že úhrady zdravotných poisťovní nedostatočne pokrývajú náklady poskytovateľov dlhodobej zdravotnej starostlivosti, čo si tieto zariadenia kompenzujú navýšením úhrad od klientov. Kvôli nedostatočnému financovaniu dochádza k obmedzeniu dostupnosti tohto typu zdravotnej starostlivosti, a to jednak z dôvodu nízkej motivácie pre vznik poskytovateľov a tiež z dôvodu, že rastúce úhrady od klientov znižujú dostupnosť služieb najmä pre nízkopríjmové skupiny obyvateľstva.  Z tohto dôvodu je potrebné, aby predkladateľ v bode 4.2 analýzy sociálnych vplyvov opísal konkrétne opatrenia, ktorými dochádza k úprave úhrad zdravotných poisťovní za jednotlivé typy zdravotnej starostlivosti a k úpravám podmienok zazmluvnenia poskytovateľov poskytujúcich dlhodobú zdravotnú starostlivosť a paliatívnu zdravotnú starostlivosť poisťovňami, pretože tieto opatrenia majú priamy vplyv na dostupnosť zdravotnej starostlivosti. V princípe ide o stručný opis všetkých opatrení, ktoré majú rozpočtový vplyv, pričom ku každému opatreniu je potrebné doplniť zhodnotenie obsahujúce informácie, že dostupnosť ktorého typu zdravotnej starostlivosti sa ním zlepší a akej cieľovej skupiny obyvateľov sa bude týkať.  Stanovisko navrhovateľa: Navrhovateľ doplnil bod 4.2. |
| 1. **Stanovisko Komisie na posudzovanie vybraných vplyvov zo záverečného posúdenia č. ..........** (v prípade, ak sa uskutočnilo v zmysle bodu 9.1. Jednotnej metodiky) |
| |  |  |  | | --- | --- | --- | | **☐ Súhlasné** | **☐ Súhlasné s  návrhom na dopracovanie** | **☐ Nesúhlasné** |   **Uveďte pripomienky zo stanoviska Komisie z časti II. spolu s Vaším vyhodnotením:** |

**Analýza vplyvov na rozpočet verejnej správy,**

**na zamestnanosť vo verejnej správe a financovanie návrhu**

**2.1 Zhrnutie vplyvov na rozpočet verejnej správy v návrhu**

Tabuľka č. 1

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Vplyvy na rozpočet verejnej správy** | **Vplyv na rozpočet verejnej správy (v eurách)** | | | |
| **2022** | **2023** | **2024** | **2025** |
| **Príjmy verejnej správy celkom** | **0** | **0** | **0** | **0** |
| v tom: za každý subjekt verejnej správy zvlášť | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ***z toho:*** |  |  |  |  |
| ***- vplyv na ŠR*** | **0** | **0** | **0** | **0** |
| *Rozpočtové prostriedky* | **0** | **0** | **0** | **0** |
| *EÚ zdroje* | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ***- vplyv na obce*** | **0** | **0** | **0** | **0** |
| ***- vplyv na vyššie územné celky*** | **0** | **0** | **0** | **0** |
| ***- vplyv na ostatné subjekty verejnej správy*** | **0** | **0** | **0** | **0** |
| **Výdavky verejnej správy celkom** | **10 903 240** | **25 157 022** | **29 555 961** | **33 112 247** |
| ***z toho:*** |  |  |  |  |
| ***- vplyv na ŠR*** | **0** | **0** | **0** | **0** |
| *Rozpočtové prostriedky* | 0 | 0 | 0 | 0 |
| *EÚ zdroje* | 0 | 0 | 0 | 0 |
| *Spolufinancovanie* | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ***- vplyv na obce*** | **0** | **0** | **0** | **0** |
| ***- vplyv na vyššie územné celky*** | **0** | **0** | **0** | **0** |
| ***- vplyv na ostatné subjekty verejnej správy*** | **10 903 240** | **25 157 022** | **29 555 961** | **33 112 247** |
| *Verejné zdravotné poistenie* | *10 903 240* | *25 157 022* | *29 555 961* | *33 112 247* |
| **Vplyv na počet zamestnancov** | **0** | **0** | **0** | **0** |
| ***- vplyv na ŠR*** | **0** | **0** | **0** | **0** |
| ***- vplyv na obce*** | **0** | **0** | **0** | **0** |
| ***- vplyv na vyššie územné celky*** | **0** | **0** | **0** | **0** |
| ***- vplyv na ostatné subjekty verejnej správy*** | **0** | **0** | **0** | **0** |
| **Vplyv na mzdové výdavky** | **0** | **0** | **0** | **0** |
| ***- vplyv na ŠR*** | **0** | **0** | **0** | **0** |
| ***- vplyv na obce*** | **0** | **0** | **0** | **0** |
| ***- vplyv na vyššie územné celky*** | **0** | **0** | **0** | **0** |
| ***- vplyv na ostatné subjekty verejnej správy*** | **0** | **0** | **0** | **0** |
| **Financovanie zabezpečené v rozpočte** | **10 903 240** | **25 157 022** | **29 555 961** | **33 112 247** |
| ... Verejné zdravotné poistenie | 10 903 240 | 25 157 022 | 29 555 961 | 33 112 247 |
| **Iné ako rozpočtové zdroje** | **0** | **0** | **0** | **0** |
| **Rozpočtovo nekrytý vplyv / úspora** | **0** | **0** | **0** | **0** |

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

Kvantifikované vplyvy budú rozpočtovo zabezpečené v rámci schválených limitov rozpočtu verejnej správy (konkrétne rozpočtu verejného zdravotného poistenia) na príslušné rozpočtové roky.

**2.2. Popis a charakteristika návrhu**

**2.2.1. Popis návrhu:**

Návrhom zákona sa plní reformný míľnik Plánu obnovy a odolnosti Slovenskej republiky pre komponent 13 v gescii Ministerstva zdravotníctva SR, a to v podobe legislatívnej úpravy zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti a službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti, ktorým sa vymedzuje rozsah dlhodobej zdravotnej starostlivosti a paliatívnej zdravotnej starostlivosti, definujú sa formy dlhodobej zdravotnej starostlivosti a jej kontinuita s inými typmi starostlivosti.

Súbežne s legislatívnou úpravou sa predkladá návrh úhrad zdravotných poisťovní za ošetrovateľskú starostlivosť v zariadeniach sociálnej pomoci, úprav podmienok zazmluvnenia poskytovateľov poskytujúcich dlhodobú zdravotnú starostlivosť a paliatívnu zdravotnú starostlivosť s poisťovňami a úprav úhrad za paliatívnu zdravotnú starostlivosť a ošetrovateľskú ambulantnú a ústavnú starostlivosť.

**2.2.2. Charakteristika návrhu:**

zmena sadzby

x zmena v nároku

nová služba alebo nariadenie (alebo ich zrušenie)

kombinovaný návrh

iné

**2.2.3. Predpoklady vývoja objemu aktivít:**

Jasne popíšte, v prípade potreby použite nižšie uvedenú tabuľku. Uveďte aj odhady základov daní a/alebo poplatkov, ak sa ich táto zmena týka.

Tabuľka č. 2

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Objem aktivít** | **Odhadované objemy** | | | |
| **2022** | **2023** | **2024** | **2025** |
| Indikátor ABC |  |  |  |  |
| Indikátor KLM |  |  |  |  |
| Indikátor XYZ |  |  |  |  |

**2.2.4. Výpočty vplyvov na verejné financie**

Pre ústavnú **hospicovú starostlivosť** návrh zahŕňa zvýšenie úhrad na 89 EUR/lôžkodeň vrátane indexácie priemerných nákladov (podľa výkazu E01 z r. 2019) prostredníctvom automatu rastu priemernej mzdy. V porovnaní s rokom 2021 tak ide o zvýšenie platby za lôžkodeň o 1,8 násobok.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Ústavná hospicová starostlivosť** | **2019** | **2020** | **2021** | **2022** | **2023** | **2024** | **2025** |
| Úhrada poisťovne za lôžkodeň (v EUR) | 43 € | 46 € | 49 € | 89 € | 94 € | 100 € | 106 € |
| Priemerná dĺžka hospitalizácie (ALOS) - lineárny medziročný rast (+6%) | 47 | 41 | 43 | 46 | 49 | 52 | 55 |
| Predpokladaný počet pacientov pri 90% obložnosti - lineárny medziročný rast (+6%) | 1 209 | 1 209 | 1 209 | 1 282 | 1 359 | 1 441 | 1 528 |
| Kalkulácia dopadu za ústavnú hospicovú starostlivosť BEZ zmeny legislatívy | 2 443 389 € | 2 280 174 € | 2 547 363 € | 3 066 544 € | 3 662 505 € | 4 346 056 € | 5 126 440 € |
| Kalkulácia dopadu za ústavnú hospicovú starostlivosť PO zmene legislatívy | 2 443 389 € | 2 280 174 € | 2 547 363 € | 4 157 526 € | 6 259 554 € | 7 493 200 € | 8 908 240 € |
| **Nárast úhrad ZP ústavnej hospicovej starostlivosti PO zmene legislatívy voči báze BEZ zmeny legislatívy (od 2.polroka 2022)** | **- €** | **- €** | **- €** | **1 090 982 €** | **2 597 049 €** | **3 147 144 €** | **3 781 800 €** |

*Zdroj: Výkazy NCZI E01 (2019, 2020); vlastné výpočty*

K rovnakému nárastu (t.j. na 1,8 násobok) dôjde aj v prípade úhrad za lôžkodeň pri **ústavnej ošetrovateľskej starostlivosti**, a teda na 58 EUR/lôžkodeň. Paušálna platba v navrhovanej výške sa v súvislosti so zavedením nových definícií následnej zdravotnej starostlivosti a dlhodobej zdravotnej starostlivosti vzťahuje na obe kategórie. K prehodnoteniu úhrady za lôžkodeň môže dôjsť pri revízii cenového opatrenia, ktorého účinnosť sa navrhuje do 30. júna 2024. V súčasnosti však nie sú k dispozícii informácie, ktoré by umožnili spoľahlivo stanoviť výšku úhrad pre tieto kategórie oddelene.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Ústavná ošetrovateľská starostlivosť** | **2019** | **2020** | **2021** | **2022** | **2023** | **2024** | **2025** |
| Úhrada poisťovne za lôžkodeň (v EUR) | 28 € | 30 € | 32 € | **58 €** | **78 €** | **83 €** | **88 €** |
| Priemerná dĺžka hospitalizácie (ALOS) - lineárny medziročný rast (+6%) | 30 | 33 | 35 | 38 | 40 | 42 | 45 |
| Predpokladaný počet pacientov pri 90% obložnosti - lineárny medziročný rast (+6%) | 1 932 | 1 932 | 1 932 | 2 048 | 2 171 | 2 302 | 2 441 |
| Kalkulácia dopadu za ústavnú ošetrovateľskú starostlivosť BEZ zmeny legislatívy | 1 622 880 € | 1 912 680 € | 2 163 840 € | 2 646 016 € | 3 126 240 € | 3 673 992 € | 4 393 800 € |
| Kalkulácia dopadu za ústavnú ošetrovateľskú starostlivosť PO zmene legislatívy | 1 622 880 € | 1 912 680 € | 2 163 840 € | 3 579 904 € | 6 773 520 € | 8 024 772 € | 9 666 360 € |
| **Nárast úhrad ZP ústavnej ošetrovateľskej starostlivosti PO zmene legislatívy voči báze BEZ zmeny legislatívy (od 2.polroka 2022)** | **- €** | **- €** | **- €** | **933 888 €** | **3 647 280 €** | **4 350 780 €** | **5 272 560 €** |

*Zdroj: Výkazy NCZI E01 (2019, 2020); vlastné výpočty*

Obdobne sa predkladá návrh na zvýšenie úhrad za lôžkodeň pre **paliatívne oddelenia** na 1,5 násobok (zo 161 EUR/lôžkodeň na 237 EUR/lôžkodeň) s cieľom lepšie reflektovať ich skutočné náklady.

| **Paliatívna medicína** | **2019** | **2020** | **2021** | **2022** | **2023** | **2024** | **2025** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Úhrada poisťovne za lôžkodeň (v EUR) | 143 € | 152 € | 161 € | 237 € | 251 € | 266 € | 282 € |
| Priemerná dĺžka hospitalizácie (ALOS) - lineárny medziročný rast (+6%) | 10 | 9 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 |
| Predpokladaný počet pacientov pri 90% obložnosti - lineárny medziročný rast (+6%) | 1 292 | 1 292 | 1 292 | 1 370 | 1 453 | 1 541 | 1 634 |
| Kalkulácia dopadu za ústavnú zdravotnú starostlivosť BEZ zmeny legislatívy | 1 906 846 € | 1 736 621 € | 1 872 108 € | 2 342 700 € | 2 892 923 € | 3 550 464 € | 4 333 368 € |
| Kalkulácia dopadu za ústavnú zdravotnú starostlivosť PO zmene legislatívy | 1 906 846 € | 1 736 621 € | 1 872 108 € | 2 794 800 € | 4 011 733 € | 4 918 872 € | 5 990 244 € |
| **Nárast úhrad ZP ústavnej ošetrovateľskej starostlivosti PO zmene legislatívy voči báze BEZ zmeny legislatívy (od 2.polroka 2022)** | **- €** | **- €** | **- €** | **452 100 €** | **1 118 810 €** | **1 368 408 €** | **1 656 876 €** |

*Zdroj: Výkazy NCZI E01 (2019, 2020); vlastné výpočty*

Pri zabezpečovaní paliatívnej starostlivosti v prirodzenom prostredí (t.j. prostredníctvom mobilných hospicov) sa počíta s rozšírením poskytovaných služieb na 120 osôb/mobilný hospic/kalendárny rok. Pre tento účel sa zvyšuje úhrada za návštevu osoby s potrebou paliatívnej starostlivosti lekárom a sestrou zo súčasných 15 EUR na 55 EUR. Táto úhrada slúži prioritne na krytie prevádzkových nákladov. Zároveň je tento výkon rozšírený o tzv. kilometrovné.

| **Mobilné hospice** | **2019** | **2020** | **2021** | **2022** | **2023** | **2024** | **2025** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Počet poskytovateľov | 25 | 25 | 25 | 25 | 27 | 29 | 31 |
| Počet návštev | 12 990 | 12 990 | 12 990 | 24 000 | 25 440 | 57 307 | 60 741 |
| Úhrada/návštevu PO zmene legislatívy (od 7/2022) + 6% medziročný nárast, mzdová valorizácia | 12 € | 12 € | 13 € | 55 € | 58 € | 61 € | 65 € |
| Kilometrovné (v EUR) | - € | - € | - € | 360 000 € | 305 280 € | 156 600 € | 167 400 € |
| Kalkulácia dopadu za mobilné hospice BEZ zmeny legislatívy | 155 786 € | 155 786 € | 168 870 € | 336 000 € | 381 600 € | 916 912 € | 1 032 597 € |
| Kalkulácia dopadu za mobilné hospice PO zmene legislatívy (vrátane kilometrovného) | 155 786 € | 155 786 € | 168 870 € | 996 000 € | 1 780 800 € | 3 652 327 € | 4 115 565 € |
| **Nárast úhrad ZP pre mobilné hospice** **PO zmene legislatívy voči báze BEZ zmeny legislatívy (od 2.polroka 2022)** | **- €** | **- €** | **- €** | **660 000 €** | **1 399 200 €** | **2 735 415 €** | **3 082 968 €** |

*Zdroj: Výkazy NCZI E a S; vlastné výpočty*

V prípade, že nie je potrebná prítomnosť lekára, je výkon sestry hradený v rámci výkonov „ADOS“ (viď tabuľka ADOS – počet návštev sestier ADOS pre MOHO). Zároveň je tento výkon rozšírený o tzv. kilometrovné, čiže paušál na krytie nákladov súvisiacich so zabezpečením dopravnej mobility sestry, a to vo výške 0,30 EUR/kilometer vo vzdialenosti do 60 km od sídla mobilného hospicu. Kilometrovné bude slúžiť na krytie nákladov súvisiacich so zabezpečením mobility sestry, a teda so základnou zložkou terénnej zdravotnej starostlivosti.

V prípade prekročenia limitu 60 km od sídla mobilného hospicu sa náhrada počíta podľa vzorca: (x – 60)/60 \* 0,30, kde x > 60.

Cena za kilometer vychádza zo základnej náhrady pri použití súkromného motorového vozidla (0,193€/km) v zmysle zákona č. 283/2002 Z.z. a čiastkového pokrytia nákladov na pohonné hmoty v prípade použitia súkromného motorového vozidla a na pokrytie rastúcich nákladov na PHM a nákladov na príslušenstvo k motorovému vozidlu (poistné, servis a i.) v prípade vozidiel už zaradených do obchodného majetku spoločnosti, celkovo do výšky max. 30 eurocentov.

Zákonom sa rozširuje minimálne materiálno-technické zabezpečenie ADOS a mobilných hospicov, preto predkladateľ zákona považoval za potrebné zohľadniť zvýšené prevádzkové náklady spojené s touto povinnosťou. Výška náhrady za 1km môže byť po skončení platnosti cenového opatrenia prehodnotená, a to aj vzhľadom na očakávaný nárast počtu elektromobilov (alebo hybridov) v horizonte najbližších rokov.

Obdobný postup sa uplatní aj v prípade úhrady kilometrovného agentúram domácej ošetrovateľskej starostlivosti (ďalej aj ako „ADOS“).

| **ADOS** | **2019** | **2020** | **2021** | **2022** | **2023** | **2024** | **2025** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Počet sestier (4% medziročný rast) | 809 | 809 | 809 | 815 | 848 | 882 | 917 |
| Počet návštev | 1 631 912 | 1 631 912 | 1 631 912 | 1 644 015 | 1 709 776 | 1 778 167 | 1 849 294 |
| Priemerná úhrada za návštevu (v EUR) | 12 € | 12 € | 12 € | 12 € | 12 € | 12 € | 12 € |
| Počet návštev sestier ADOS pre MOHO |  |  |  | 13 500 | 28 620 | 30 339 | 32 157 |
| Kilometrovné (v EUR) | - € | - € | - € | 2 199 750 € | 4 834 620 € | 5 033 173 € | 5 239 939 € |
| Kalkulácia dopadu za ADOS BEZ zmeny legislatívy | 20 697 803 € | 20 697 803 € | 20 697 803 € | 19 728 180 € | 20 517 312 € | 21 338 004 € | 22 191 528 € |
| Kalkulácia dopadu za ADOS PO zmene legislatívy (vrátane kilometrovného) | 20 697 803 € | 20 697 803 € | 20 697 803 € | 22 089 930 € | 25 695 372 € | 26 735 245 € | 27 817 351 € |
| **Nárast úhrad ZP pre ADOS** **PO zmene legislatívy voči báze BEZ zmeny legislatívy (od 2.polroka 2022)** | **- €** | **- €** | **- €** | **2 361 750 €** | **5 178 060 €** | **5 397 241 €** | **5 625 823 €** |

*Zdroj: Výkazy NCZI E a S; vlastné výpočty*

Predkladateľ novely zákona navyše vytvára priestor pre poskytovateľov zdravotnej starostlivosti zapojiť sa do národného projektu financovaného z prostriedkov Operačného programu Ľudské zdroje zameraného na posilnenie dlhodobej zdravotnej starostlivosti v oblasti personálnych kapacít ADOS a mobilných hospicov[[3]](#footnote-3).

Špecifickou oblasťou dlhodobej zdravotnej starostlivosti je poskytovanie dlhodobej intenzívnej zdravotnej starostlivosti v domácom prostredí osoby alebo v zariadení sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately, ktorú podľa návrhu zákona bude môcť poskytovať sestra agentúry domácej ošetrovateľskej starostlivosti s odbornou spôsobilosťou na výkon špecializovaných pracovných činností v špecializačnom odbore anestéziológia a intenzívna starostlivosť, intenzívna ošetrovateľská starostlivosť pre dospelých alebo intenzívna ošetrovateľská starostlivosť v pediatrii alebo sestrou s licenciou na výkon samostatnej zdravotníckej praxe alebo s licenciou na výkon povolania s rovnakou odbornou spôsobilosťou ako má sestra agentúry domácej ošetrovateľskej starostlivosti, čím dôjde k rozšíreniu poskytovania zdravotnej starostlivosti, ktorá sa doteraz neposkytovala.

| **IDOS** | **2019** | **2020** | **2021** | **2022** | **2023** | **2024** | **2025** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Počet sestier |  |  |  | 6 | 13 | 16 | 20 |
| Počet návštev |  |  |  | 668 | 1 336 | 1 700 | 2 040 |
| Priemerná úhrada za návštevu (v EUR) |  |  |  | 9,5 € | 9,5 € | 9,5 € | 9,5 € |
| Kalkulácia dopadu za IDOS PO zmene legislatívy | - € | - € | - € | 20 380 € | 164 996 € | 258 400 € | 387 600 € |
| **Nárast úhrad ZP pre IDOS** **PO zmene legislatívy voči báze BEZ zmeny legislatívy (od 2.polroka 2022)** | **- €** | **- €** | **- €** | **20 380 €** | **164 996 €** | **258 400 €** | **387 600 €** |

V zariadení sociálnych služieb a zariadení sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately, ktoré má uzatvorenú zmluvu so zdravotnou poisťovňou na poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti a/alebo ošetrovateľskej starostlivosti ako následnej zdravotnej starostlivosti a/alebo dlhodobej ošetrovateľskej starostlivosti sa pevná cena za poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti osobe, ktorá spĺňa indikačné kritériá na poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti zvyšuje o 100% z 3,30 EUR/osobu/deň na 6,60 EUR/osobu/deň v rozsahu minimálneho počtu lôžok na účely poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti. Takto stanovená pevná cena zohľadňuje vplyvy mzdového automatu zdravotníckych pracovníkov, ako aj zvýšené prevádzkové náklady na poskytovanie tejto starostlivosti.

| **Ošetrovateľský paušál** | **2019** | **2020** | **2021** | **2022** | **2023** | **2024** | **2025** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Počet lôžok pre účely rozpočtu | - | 3 093 | 3 295 | 6 200 | 6 400 | 7 000 | 7 500 |
| Paušál BEZ zmeny legislatívy 3,30 EUR/deň | - € | 3 725 809 € | 3 969 067 € | 4 167 520 € | 4 365 973 € | 4 564 427 € | 4 762 880 € |
| Paušál PO zmene legislatívy 6,60 EUR/deň | - € | 3 725 809 € | 3 969 067 € | 9 551 660 € | 15 417 600 € | 16 863 000 € | 18 067 500 € |
| **Nárast úhrad ZP pre ošetrovateľský paušál PO zmene legislatívy voči báze BEZ zmeny legislatívy (od 2.polroka 2022)** | **- €** | **- €** | **- €** | **5 384 140 €** | **11 051 627 €** | **12 298 573 €** | **13 304 620 €** |

Ďalšie úpravy v úhradách bude možné realizovať až po vyhodnotení údajov zozbieraných v zmysle § 6c predkladanej novely zákona č. 581/2004 Z. z. Tieto údaje budú zároveň slúžiť na lepšie vyhodnocovanie poskytnutej zdravotnej starostlivosti, a to nielen z pohľadu rozsahu ale aj kvality a so zameraním na zvýšenie kvality života osoby odkázanej na dlhodobú zdravotnú starostlivosť. Bližšia evidencia osôb s potrebou ošetrovateľskej starostlivosti v zariadeniach sociálnych služieb zároveň podporí implementáciu „cesty pacienta“, a teda zaradenie týchto osôb do prostredia (či už ústavnej zdravotnej starostlivosti alebo práve prirodzeného prostredia), ktoré je najvhodnejšie pre zdravotný stav a kvalitu života tejto osoby a jej blízkych osôb.

| **Sumarizačná tabuľka vplyvu na VZP** | **2019** | **2020** | **2021** | **2022** | **2023** | **2024** | **2025** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Ústavná ošetrovateľská starostlivosť | - € | - € | - € | 933 888 € | 3 647 280 € | 4 350 780 € | 5 272 560 € |
| Ústavná hospicová starostlivosť | - € | - € | - € | 1 090 982 € | 2 597 049 € | 3 147 144 € | 3 781 800 € |
| Paliatívna medicína | - € | - € | - € | 452 100 € | 1 118 810 € | 1 368 408 € | 1 656 876 € |
| Mobilné hospice | - € | - € | - € | 660 000 € | 1 399 200 € | 2 735 415 € | 3 082 968 € |
| ADOS | - € | - € | - € | 2 361 750 € | 5 178 060 € | 5 397 241 € | 5 625 823 € |
| IDOS | - € | - € | - € | 20 380 € | 164 996 € | 258 400 € | 387 600 € |
| Ošetrovateľský paušál | - € | - € | - € | 5 384 140 € | 11 051 627 € | 12 298 573 € | 13 304 620 € |
| **Nárast úhrad ZP CELKOM PO zmene legislatívy voči báze BEZ zmeny legislatívy (od 2.polroka 2022)** | **- €** | **- €** | **- €** | **10 903 240 €** | **25 157 022 €** | **29 555 961 €** | **33 112 247 €** |

**Informácie odôvodňujúce naliehavú potrebu právnej úpravy dlhodobej zdravotnej starostlivosti a paliatívnej zdravotnej starostlivosti**

**2.1. Pojem dlhodobá starostlivosť**

V slovenskej legislatíve v súčasnosti absentuje definícia pojmu dlhodobej starostlivosti; Svetová zdravotnícka organizácia (WHO) tento pojem definuje 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*“. Cieľom dlhodobej starostlivosti je „*...zachovanie čo najvyššej možnej kvality života v súlade s individuálnymi preferenciami a čo najvyššej miery nezávislosti, autonómie, participácie, osobného naplnenia a dôstojnosti*”. 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.[[4]](#footnote-4)

Podľa **Správy Európskej komisie o dlhodobej starostlivosti** (6/2021) v žiadnom členskom štáte Európskej únie (ďalej aj „EÚ“) nie je zadefinovaná kvalita dlhodobej starostlivosti. Väčšina členských štátov namiesto toho používa všeobecné definície kvality platné pre zdravotnú starostlivosť a služby sociálnej starostlivosti. Len niekoľko členských štátov má oficiálnu definíciu kvality v sektore zdravotníctva (napr. Belgické kráľovstvo a Slovinská republika) alebo v sektore sociálnej starostlivosti (napr. Bulharská republika). V členských štátoch, v ktorých absentuje oficiálna definícia kvality, je možné niektoré princípy kvality odvodiť z konkrétnych právnych predpisov, akreditačných postupov pre poskytovateľov tejto starostlivosti alebo z iných zdrojov, ktoré sa zaoberajú špecifickými aspektmi dlhodobej starostlivosti (napr. ciele alebo normy pre určité aspekty kvality). Táto správa navyše poukazuje na hlavné výzvy, ktorým budú členské štáty čeliť, a to - dostupnosť a kvalita dlhodobej starostlivosti, kvalita formálnej starostlivosti (domácej a pobytovej), zamestnávanie neformálnych opatrovateľov a finančná udržateľnosť národných systémov starostlivosti.[[5]](#footnote-5)

V Slovenskej republike doteraz nie je vytvorený systém dlhodobej integrovanej sociálno-zdravotnej starostlivosti pre osoby s chronickými chorobami, osoby s potrebou paliatívnej zdravotnej starostlivosti, osoby so zdravotným postihnutím a staršie osoby. Viaceré legislatívne pokusy o reformu a spojenie systému sociálnych služieb a zdravotnej starostlivosti boli neúspešné, doteraz tieto systémy fungujú ako dva separátne systémy s minimálnou koordináciou a prepojením.

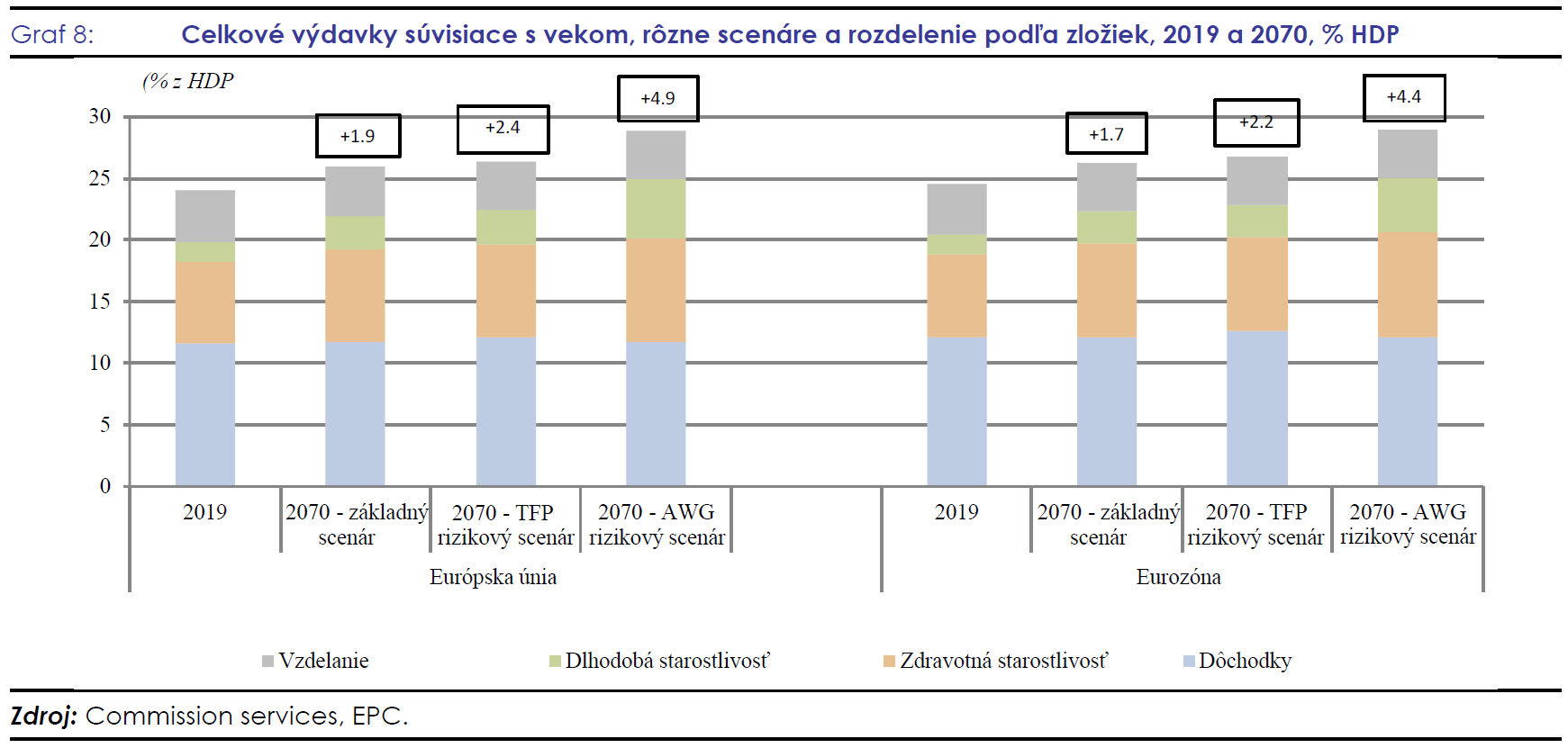
Z tohto dôvodu sa služby, ktoré sú tradične súčasťou dlhodobej starostlivosti, poskytujú fragmentovane v troch oblastiach podpory. Ide o oblasť sociálnych služieb, oblasť zdravotníctva a neformálnu starostlivosť (v rámci systému kompenzácií ťažkého zdravotného postihnutia). V Slovenskej republike je poskytovanie dlhodobej starostlivosti vnímané predovšetkým v systéme sociálnych služieb a v rámci neformálnej starostlivosti formou príspevku na opatrovanie. V oblasti zdravotníctva je dlhodobá starostlivosť orientovaná primárne na chronických pacientov[[6]](#footnote-6).

Ministerstvo zdravotníctva SR dlhodobo eviduje poddimenzovanie v regionálnej dostupnosti, rozdielnu kvalitu týchto služieb a nedostatok príslušného personálu. V súvislosti s pandémiou COVID-19 sa ešte viac prejavila zraniteľnosť a nepripravenosť systému poskytovania dlhodobej zdravotnej starostlivosti, zvýraznila sa potreba investícií a spolupráce pri vytváraní účinných mechanizmov a zabezpečovania jej dostupnosti. Systémové riešenia by preto mali zahŕňať zvýšenie atraktivity zdravotníckeho a ošetrovateľského povolania, a to aj prostredníctvom investícií do technológií, zručností a ochrany pracovnej sily.

Ministerstvo zdravotníctva SR si je vedomé, že predkladaný návrh zákona nie je komplexným a systémovým riešením integrácie sociálno-zdravotnej starostlivosti. Cieľom tohto návrhu je vytvoriť základný rámec pre riešenie naliehavej potreby právnej úpravy dlhodobej zdravotnej starostlivosti a paliatívnej zdravotnej starostlivosti a zároveň zberom údajov nastaviť systém kvality ich poskytovania.

S rastúcou priemernou dĺžkou života obyvateľov v členských štátoch EÚ, v ktorom ich klesajúce fyzické a duševné zdravie robí závislými na pomoci ostatných, ako aj v súvislosti s vývojom zdravotného stavu obyvateľstva podľa bodu 2.3 tohto dokumentu, je udržateľná dlhodobá starostlivosť pre toto obyvateľstvo dôležitá a veľmi žiadaná.

Graf 1: Celkové výdavky súvisiace s vekom, rôzne scenáre a rozdelenie podľa zložiek, 2019 a 2070, % HDP



*Zdroj: Commission services, EPC*

Táto potreba je zakotvená aj v 18. princípe európskeho piliera sociálnych práv, ktorý zdôrazňuje právo na dostupné a kvalitné služby dlhodobej starostlivosti, a to najmä na domácu starostlivosť a komunitné služby.[[7]](#footnote-7) Najdôležitejšie je, že investície do systému dlhodobej zdravotnej starostlivosti majú zároveň potenciál znížiť zaťaženie príbuzných osoby, ktorej stav si dlhodobú zdravotnú starostlivosť vyžaduje.

V tejto súvislosti viaceré členské štáty EÚ pripravujú reformné opatrenia v oblasti dlhodobej zdravotnej starostlivosti. Príkladom je Nemecko, ktoré plánuje predložiť opatrenia týkajúce sa účinnosti, financovania a personálneho posilnenia v dlhodobej zdravotnej starostlivosti. Podobne v Írsku je reforma zdravotníckych služieb a služieb dlhodobej starostlivosti na poprednom mieste politického programu, kde sa vláda vytvorená v júni 2020 zaviazala zriadiť komisiu na preskúmanie starostlivosti a podpory starších ľudí. Holandsko má v úmysle posilniť prepojenie a spoluprácu medzi dlhodobou starostlivosťou a zdravotnou starostlivosťou a zamerať výskum na otázky súvisiace s pandémiou. Okrem Slovenska aj niektoré ďalšie členské štáty začali zavádzať štrukturálne zmeny systému dlhodobej starostlivosti v reakcii na pandémiu COVID-19 (FR, LU, NL, SI). Vo Francúzsku bol zákonom zo 7. augusta 2020 o sociálnom dlhu a autonómii vytvorený piaty sektor národného zdravotného systému zameraný na stratu autonómie starších ľudí a osôb so zdravotným postihnutím s finančným príspevkom vo výške 1 miliardy EUR[[8]](#footnote-8).

**2.2. Demografický vývoj v Slovenskej republike**

V kontexte správy Európskej komisie o starnutí populácie[[9]](#footnote-9), podľa ktorej výdavky na dôchodky, zdravotníctvo, dlhodobú starostlivosť a školstvo vzrastú z 18,3 % HDP v roku 2019 na 29,1 % HDP v roku 2070, sa tento nárast vo všetkých štyroch oblastiach najviac dotkne práve Slovenska. Výdavky v rámci EÚ podľa predpokladov budú rásť do roku 2063, kedy dosiahnu svoj vrchol. Najvýraznejší nárast sa prejaví pri výdavkoch na dôchodky (5,9 p. b.), následne pri zdravotnej (2,5 p. b.) a dlhodobej (2,1 p. b.) starostlivosti.

Rastúci podiel staršej populácie zvýši aj dopyt po dlhodobej starostlivosti o odkázané osoby. Miera odkázanosti rastie s vekom a najvyššia je u osôb nad 85 rokov. Podiel ľudí v tejto vekovej kategórii na celkovej populácii vzrastie na Slovensku z 1,5 % v roku 2019 na 8,6 % v roku 2070. Výdavky na dlhodobú starostlivosť sa do roku 2070 viac ako strojnásobia v porovnaní s rokom 2019, t.j. vzrastú z 0,8 % HDP v roku 2019 až na 2,9 % HDP v roku 2070.[[10]](#footnote-10)

**2.3. Vývoj zdravotného stavu obyvateľov v Slovenskej republike**

Dôležitým faktorom pri riešení dlhodobej zdravotnej starostlivosti je aj nárast neurodegeneratívnych ochorení, a to ako u seniorov, tak aj u mladšej generácie (o.i. aj v súvislosti s následkami pandémie COVID-19): podľa odhadov takýmto ochorením trpí každý 13-ty človek vo veku 65+, ale až každý 5-ty vo veku 80+ rokov. Podľa informácií z portálu NCZI sa už pre rok 2020 predpokladalo, že počet prípadov novodiagnostikovaných onkologických ochorení v SR po prvýkrát presiahne hranicu 40-tisíc[[11]](#footnote-11). Potreba dlhodobej zdravotnej starostlivosti vzniká aj u osôb po úrazoch s trvalými zdravotnými následkami.

V dôsledku nedostatočnej siete poskytovateľov participujúcich na poskytovaní dlhodobej zdravotnej starostlivosti dochádza k tomu, že osoby s potrebou tejto zdravotnej starostlivosti sú nútené využívať lôžka akútnych oddelení, čo je negatívny jav z hľadiska využitia kapacít (personálnych, materiálnych, finančných a i.) týchto oddelení, ktoré by sa pri fungujúcom systéme dlhodobej zdravotnej starostlivosti mohli alokovať ďalším osobám s potrebou akútnej zdravotnej starostlivosti. Následkom toho dochádza k umelému navyšovaniu akútnych kapacít a k značnému predražovaniu zdravotnej starostlivosti. Toto nedostatočné riešenie dlhodobej starostlivosti v Slovenskej republike v konečnom dôsledku spôsobuje nižšiu dostupnosť dlhodobej starostlivosti pre odkázané osoby, ako aj umiestňovanie týchto osôb do nie vždy vhodných zariadení, tak ako je to uvedené v grafoch uvedených nižšie.[[12]](#footnote-12)

Graf 2: Nevhodné umiestňovanie osôb s potrebou dlhodobej starostlivosti



*Zdroj: HardWood Investments, OECD, WHO, Ministerstvo zdravotníctva SR*

**2.4. Vývoj úmrtnosti podľa miesta úmrtia**

Nižšie uvedený graf 3 poukazuje na vysoký podiel úmrtí pacientov v zariadeniach ústavnej zdravotnej starostlivosti. Vzhľadom na nemeniaci sa stav v čase, možno tento vývoj označiť za trend, ktorý prevažuje v podmienkach Slovenska na rozdiel od trendu, ktorý dominuje v zahraničí, ktorý charakterizuje rastúci podiel úmrtí v zariadeniach sociálnych služieb na celkovom počte úmrtí v krajine.

Graf 3: Vývoj úmrtí na Slovensku v rokoch 2012 – 2019 podľa miesta úmrtia



*Zdroj: Stratégia dlhodobej starostlivosti v Slovenskej republike,* [*https://www.slov-lex.sk/legislativne-procesy/-/SK/dokumenty/LP-2021-412*](https://www.slov-lex.sk/legislativne-procesy/-/SK/dokumenty/LP-2021-412)

**2.5. Formy poskytovania dlhodobej zdravotnej starostlivosti a paliatívnej zdravotnej starostlivosti**

V oblasti zdravotníctva je dlhodobá starostlivosť čiastočne poskytovaná niektorými poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti so zameraním najmä na osoby s chorobami v chronickom štádiu a staršie osoby, ktoré sú odkázané na geriatrickú zdravotnú starostlivosť.

Z pohľadu formy sa v súčasnosti poskytuje predovšetkým formou ambulantnej starostlivosti prostredníctvom špecializovanej ambulantnej starostlivosti (napr. geriatrické ambulancie), agentúr domácej ošetrovateľskej starostlivosti, mobilného hospicu alebo zariadeniami ústavnej zdravotnej starostlivosti prostredníctvom nemocníc (všeobecnej nemocnice - oddelenia dlhodobo chorých, geriatrické, paliatívne oddelenia a/alebo špecializovanej nemocnice - napr. psychiatrické nemocnice), domu ošetrovateľskej starostlivosti a hospicu.

Uvedení poskytovatelia sú financovaní z prostriedkov verejného zdravotného poistenia (ďalej aj „VZP“), t. j. úhrada je poskytovaná na základe zmlúv so zdravotnými poisťovňami, a to formou paušálnej úhrady alebo na základe výkonov. Prepojenie sociálnej a zdravotnej starostlivosti je možné očakávať v domoch ošetrovateľskej starostlivosti a hospicoch, ako aj v zariadeniach sociálnej pomoci, t. j. v zariadeniach pre seniorov, špecializovaných zariadeniach a domovoch sociálnych služieb a v zariadeniach sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately.

V súčasnosti je minimálna sieť poskytovateľov podieľajúcich sa na poskytovaní dlhodobej zdravotnej starostlivosti zadefinovaná v nariadení vlády SR č. 640/2008 Z. z. v znení neskorších predpisov, v ktorom sú stanovené aj normatívy pre ich výpočet. Je však potrebné zdôrazniť, že napriek nárastu počtu staršej generácie a zvýšeniu chorobnosti sa pravidlá normatívov a počty poskytovateľov vo verejnej minimálnej sieti nemenili od roku 2008 (viď tabuľka č. 1).

Tabuľka 1: Sieť poskytovateľov zdravotnej starostlivosti v roku 2019 podľa VÚC

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | ADOS | Sestry v ADOS | MOHO | Sestry v MOHO | Lekári v  MOHO | Hospic | Lekári v hospici | Sestry v hospici | DOS | Sestry v DOS |
| SR | **187** | **639,22** | **25** | **17,83** | **14,86** | **10** | **19** | **75,72** | **11** | **57,75** |
| BA | 22 | 62,29 | 4 | 4,28 | 7,78 | 2 | 3,20 | 11 | 1 | 10 |
| TT | 19 | 75, 5 | 2 | 2 | 1,2 | 1 | 1,00 | 7 | 0 | 0 |
| TN | 13 | 46,15 | 1 | 0 | 0 | 1 | 5,00 | 14,22 | 1 | 6 |
| NR | 23 | 89,35 | 3 | 5,5 | 2,5 | 2 | 4,45 | 16,5 | 2 | 8,75 |
| ZA | 24 | 87,94 | 4 | 2,4 | 0,04 | - | - | - | 2 | 27 |
| BB | 24 | 70,93 | 2 | 0,74 | 1,79 | 2 | 3,10 | 13.5 | 1 | 0 |
| PO | 43 | 144,55 | 7 | 1,17 | 1,53 | 2 | 2,25 | 13.5 | 3 | 1 |
| KE | 19 | 62,51 | 2 | 1,74 | 0,02 | - | - | - | 1 | 5 |

*Zdroj: NCZI, pracovné miesta sestier a lekárov podľa vybraných poskytovateľov, 2019*

Predloženými novelami súvisiacich a vykonávacích predpisov k návrhu zákona sa upravuje nielen sieť niektorých poskytovateľov podieľajúcich sa na dlhodobej zdravotnej starostlivosti, ale zároveň sa pre nich definuje aj nový úhradový mechanizmus. Cieľom navrhovaných zmien je zadefinovať základné rámce dlhodobej zdravotnej starostlivosti a paliatívnej zdravotnej starostlivosti, vytvoriť priestor na zvýšenie ich dostupnosti, podporiť ich poskytovanie aj v prirodzenom prostredí osoby a motivovať dotknutých poskytovateľov k zvýšeniu ich výkonnosti.

**2.5.1. Dlhodobá ošetrovateľská starostlivosť a ošetrovateľská starostlivosť ako následná zdravotná starostlivosť**

***Agentúry domácej ošetrovateľskej starostlivosti***

Typickým poskytovateľom zdravotnej starostlivosti v prirodzenom prostredí osoby sú agentúry domácej ošetrovateľskej starostlivosti (ADOS), ktoré poskytujú zdravotné výkony, ktorých rozsah je legislatívne vymedzený. Nedostatočné financovanie týchto agentúr potvrdzuje aj Stratégia dlhodobej starostlivosti v Slovenskej republike[[13]](#footnote-13), ktorá poukazuje na skutočnosť, kde nárastom počtu osôb (pacientov) došlo k poklesu početnosti návštev na osobu (pacienta) a počtu celkových výkonov na osobu (pacienta), t. j. znížil sa rozsah poskytovanej zdravotnej starostlivosti na osobu.

S cieľom zvýšenia dostupnosti a rozsahu zdravotnej starostlivosti je snahou predkladateľa zákona popri ošetrovateľskej starostlivosti ADOS umožniť poskytovanie zdravotnej starostlivosti mobilnými hospicmi v domácom alebo inom prirodzenom prostredí. Ich personálne zabezpečenie je predpokladom efektívnej liečby priamo na mieste poskytovania starostlivosti, bez potreby kontaktovania všeobecného lekára alebo iného lekára za účelom úpravy, zmeny liečby alebo predpísania potrebných liečiv.

***Domy ošetrovateľskej starostlivosti***

Domy ošetrovateľskej starostlivosti (ďalej aj „DOS“) sú definované ako ústavné zdravotnícke zariadenia, ktoré poskytujú dlhodobú ošetrovateľskú starostlivosť a ošetrovateľskú starostlivosť ako následnú zdravotnú starostlivosť hradenú zdravotnými poisťovňami formou úhrady v zmluvne dohodnutej výške za ošetrovací deň. V týchto zariadeniach je rovnako potrebná prítomnosť sociálneho pracovníka, ktorý pomáha umiestneným osobám a ich rodinám s plánovaním dlhodobej zdravotnej starostlivosti v domácom alebo v inom prirodzenom prostredí.

***Ošetrovateľská starostlivosť v zariadeniach sociálnych služieb a zariadeniach sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately***

Ošetrovateľská starostlivosť v zariadeniach sociálnych služieb a zariadeniach sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately je v súčasnosti poskytovaná zdravotníckym pracovníkom v povolaní sestra.

Podľa súčasného znenia vyhlášky Ministerstva zdravotníctva SR č. 20/2018 Z.z. v znení neskorších predpisov predstavuje minimálny počet lôžok na účely poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti v zariadeniach sociálnych služieb a zariadeniach sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately pre zdravotnú poisťovňu celkovo 10 000 lôžok. V prípade, že by došlo k naplneniu takto definovanej verejnej minimálnej siete podľa paušálu, ktorý je poskytovaný v súčasnosti, dopad na verejné zdravotné poistenie by predstavoval 12 mil. EUR. Pri navýšení paušálu na 6,60€ by dopad vzrástol na 24,1 mil. EUR.

| **Verejná minimálna sieť ošetrovateľskej starostlivosti v zariadeniach sociálnych služieb** | **Minimálny počet lôžok v zariadeniach sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately** | **Minimálny počet lôžok v zariadeniach sociálnych služieb** | **Dopad na VZP pri nezmenenom paušále (3,3€) a 100% naplnenosti VMS** | **Dopad na VZP pri novom paušále (6,6€) a 100% naplnenosti VMS** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Bratislavský kraj** | 37 | 1 252 | 1 508 034 € | 3 016 068,00 € |
| **Trnavský kraj** | 62 | 1 061 | 1 277 974,50 € | 2 555 949,00 € |
| **Trenčiansky kraj** | 15 | 1 194 | 1 438 173,00 € | 2 876 346,00 € |
| **Nitriansky kraj** | 47 | 1 370 | 1 650 165,00 € | 3 300 330,00 € |
| **Žilinský kraj** | 52 | 1 207 | 1 453 831,50 € | 2 907 663,00 € |
| **Banskobystrický kraj** | 39 | 1 255 | 1 511 647,50 € | 3 023 295,00 € |
| **Prešovský kraj** | 94 | 1 312 | 1 580 304,00 € | 3 160 608,00 € |
| **Košický kraj** | 142 | 1 349 | 1 624 870,50 € | 3 249 741,00 € |
| **SPOLU** | **488** | **10 000** | **12 045 000,00** € | **24 090 000,00** € |

Vzhľadom na významný dopad na rozpočet a na naviazanosť ošetrovateľskej starostlivosti na poskytovanie sociálnych služieb, bude dôležité správne posúdiť a vyhodnotiť formu poskytovanej zdravotnej starostlivosti, a to ako v kontexte deinštitucionalizácie zariadení sociálnych služieb, tak v oblasti prevencie a zvyšovania kvality zdravia obyvateľstva.

**2.5.2.** **Paliatívna zdravotná starostlivosť**

Sieť poskytovateľov poskytujúcich paliatívnu zdravotnú starostlivosť pre osoby v terminálnom štádiu chronickej choroby nie je postačujúca a ich dostupnosť v rámci jednotlivých regiónov sa výrazne odlišuje.

Legislatívne stanovená verejná minimálna sieť mobilných hospicov, hospicov a paliatívnych oddelení nezodpovedá odporúčaniam medzinárodných odborných organizácií (WHO, EAPC – viď nižšie), ale ani potrebám obyvateľstva. Minimálna sieť mobilných hospicov, hospicov a paliatívnych oddelení nie je dlhodobo vo viacerých krajoch naplnená (napr. paliatívne oddelenia sú zriadené iba v 3 z 8 krajov). Nedostatok terénnych paliatívnych služieb výrazne obmedzuje možnosť výberu miesta dožitia u terminálne chorých osôb.

Iba jeden z 25 mobilných hospicov je zriadený priamo v ústavnom zdravotníckom zariadení. Absencia mobilného hospicu zriadeného priamo v ústavnom zdravotníckom zariadení „znižuje mieru efektivity a kontinuity starostlivosti“.[[14]](#footnote-14)

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 starostlivosti[[15]](#footnote-15). V roku 1995 vypracoval prof. Xavier Gómez-Batiste projekt implementácie paliatívnej medicíny 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%[[16]](#footnote-16). Potreba lôžok pre dlhodobú paliatívnu starostlivosť podľa katalánskeho modelu je 100 paliatívnych lôžok na 1 milión obyvateľov, čiže na Slovensku by bolo potrebné vytvoriť približne 550 lôžok.

***Paliatívne oddelenia***

V súčasnosti je na Slovensku k dispozícii 59 lôžok na paliatívnych oddeleniach, pričom vzhľadom na nedostatočné personálne pokrytie lekárom so špecializáciou v špecializačnom odbore paliatívna medicína sa špecializovaná paliatívna starostlivosť (ďalej aj „ŠPS“) poskytuje iba na tretine týchto lôžok. V zmysle štandardov EAPC pri potrebe 20 akútnych lôžok na jeden milión obyvateľov by bolo v prípade Slovenska potrebné vytvoriť cca 110 akútnych paliatívnych lôžok. Aktuálne jediné akútne paliatívne oddelenie je zriadené v rámci Kliniky klinickej onkológie Národného onkologického ústavu (NOÚ) a má k dispozícii iba 19 lôžok.

***Kamenné hospice***

Paliatívna starostlivosť v slovenských pomeroch je poskytovaná aj v 12 kamenných hospicoch s celkovou kapacitou 216 lôžok. Z toho iba v 4 kamenných hospicoch je zabezpečená lekárom so špecializáciou v špecializačnom odbore paliatívna medicína. V tabuľke 3 sú uvedené pracoviská, ktoré podľa aktuálnych informácií poskytujú špecializovanú ústavnú paliatívnu starostlivosť a ich regionálna ne/dostupnosť. [[17]](#footnote-17)

Tabuľka 2: Špecializovaná ústavná paliatívna starostlivosť

| **ŠUPS** | **Paliatívne oddelenie – akútna ZS** | | **Paliatívne oddelenie – v zmysle LTC** | | **Konz. paliatívny tím v nemocnici** | **Hospic** | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *Názov* | *Počet lôžok* | *Názov* | *Počet lôžok* | *Názov* | *Počet lôžok* |
| **Bratislavský**  **Kraj** | NOÚ Klenová 1 | **19** | Univerzitná NsP Milosrdní bratia, s.r.o., Bratislava – Staré mesto | **7** | NOÚ Klenová | Liečebňa sv. Františka, a.s.  Bratislava | **24** |
| Dom Rafael Bratislava | **12** |
| **Trnavský**  **Kraj** | -- | **0** | -- | **0** | **0** | Zdravotno–sociálne centrum Sv. Alžbety – Trstice | **25** |
| **Trenčiansky**  **Kraj** | -- | **0** | NsP Považská Bystrica | **17** | **0** | Hospic Milosrdných sestier - Trenčín | **24** |
| NsP Ilava | **13** |
| **Nitriansky**  **kraj** | -- | **0** | -- | **0** | **0** | Hospic Sv. Františka z Assisi – Palárikovo | **23** |
| Hospic - dom pokoja a zmieru u Bernadetky – 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*

***Mobilné hospice***

Potreba mobilných hospicov je podľa EAPC16 definovaná približne na úrovni 1 mobilného hospicu na okres. Slovensko má v súčasnosti pre 79 okresov k dispozícii 8 mobilných hospicov, z čoho len v siedmich pracujú lekári so špecializáciou v špecializačnom odbore paliatívna medicína. Starostlivosť poskytovanú prostredníctvom mobilného hospicu by bolo vhodné doplniť aj o tzv. podporný tím (napr. psychológ, fyzioterapeut, duchovný, nutričný poradca a pod.), ktorý v podmienkach SR takmer úplne absentuje.

Mobilné hospice ako súčasť špecializovanej ambulantnej paliatívnej starostlivosti s možnosťou návštevnej služby lekárom a sestrou sú k dispozícii len v piatich krajoch Slovenska.  NCZI vykazuje údaje o 25 mobilných hospicoch, z ktorých však reálne poskytujú návštevnú (terénnu) službu lekára a sestry len uvedené v tabuľke 3.

Tabuľka 3: Špecializovaná ambulantná paliatívna starostlivosť

| **ŠAPS** | **Mobilný hospic** | | **Paliatívna ambulancia** | |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Názov | Počet | Názov | Počet |
| **Bratislavský**  **Kraj** | NOU Klenová 1 | **1** | NOÚ Klenová | **1** |
| MOHO sv. Kataríny Labouré | **1** |
| MOHO Simeon | **1** |
| **Trnavský**  **Kraj** | Domáca hospicová starostlivosť, s.r.o. (Skalica) | **1** | -- | **0** |
| MOHO Dotyk života (Vrbové) | **1** |
| **Trenčiansky**  **Kraj** | MOHO Sv. Lujza (Prievidza) | **1** | -- | **0** |
| **Nitriansky**  **kraj** | MOHO pri Hospici sv. Bernardetky | **1** | -- | **0** |
| **Banskobystrický**  **kraj** | MOHO pri Hospici v Banskej Bystrici | **1** | -- | **0** |
| **Žilinský**  **kraj** | -- | **0** | -- | **0** |
| **Prešovský**  **kraj** | -- | **0** | -- | **0** |
| **Košický**  **kraj** | -- | **0** | -- | **0** |
| **SPOLU** |  | **8** |  | **1** |

*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*](https://www.noisk.sk/files/2020/2020-06-03-vs-stav-onkologie-na-slovensku-2019-noi-sk.pdf)

Modelovým príkladom zabezpečovania komplexnej paliatívnej starostlivosti je výučbové centrum v NOÚ, kde na onkologickom oddelení F Kliniky klinickej onkológie zameranom na paliatívnu medicínu je zriadená ambulancia paliatívnej medicíny a mobilný hospic. Tím oddelenia OKO F realizuje konzíliá pre celý NOÚ. Osoby s potrebou paliatívnej starostlivosti sú referované na paliatívnych multidisciplinárnych seminároch. Komplexnosť starostlivosti je zabezpečená súčinnosťou sociálnej poradkyne, nutričnej poradkyne a psychologičky. Ambulancia paliatívnej medicíny v NOÚ je jedinou ambulanciou paliatívnej medicíny na Slovensku.[[18]](#footnote-18)

**2.6. Hospitalizácie u poskytovateľov participujúcich na dlhodobej starostlivosti**

Vo všeobecnosti je ústavná starostlivosť považovaná za najnákladnejšiu formu poskytovania zdravotnej starostlivosti, napriek tomu je na Slovensku stále vo veľkej miere využívaná, a to aj pre účely dlhodobej starostlivosti. Dôvody tohto stavu sú deklarované v bode 2.3.

V súvislosti s obmedzenými zdrojmi verejného zdravotného poistenia je preto potrebné sa zamerať na rozvoj a podporu menej nákladných služieb dlhodobej starostlivosti mimo ústavnej starostlivosti, ktoré by boli prevenciou voči nadpriemernej hospitalizácii, nakoľko je odôvodnený predpoklad, že kvôli demografickým ukazovateľom bez systémového zásahu bude ešte narastať.

Podľa údajov vedených NZCI bolo v roku 2019 v zdravotníckych zariadeniach, ktoré participujú na poskytovaní dlhodobej starostlivosti realizovaných 340 012 hospitalizácií, z toho iba 2 558 lôžok špecializovanej ústavnej paliatívnej starostlivosti.

Tabuľka 4: Prehľad hospitalizácií za rok 2019[[19]](#footnote-19)

| **Typ oddelenia** | **Počet hospitalizácií** | **Počet ošetrovacích dní** | **Priemerný počet ošetrovacích dní** |
| --- | --- | --- | --- |
| **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** | 1 140 | 12 187 | 10,7 |
| **Psychiatria** | 35 449 | 895 974 | 25,3 |
| **Ústavná hospicová starostlivosť** | 1 418 | 63 732 | 44,9 |
| **Ústavná ošetrovateľská starostlivosť** | 2 759 | 75 272 | 27,3 |
| **Vnútorné lekárstvo** | 136 768 | 874 308 | 6,4 |
| **CELKOM** | **340 012** | **3 473 096** |  |

*Zdroj: NCZI, 2019; vlastné výpočty*

**2.7. Financovanie dlhodobej starostlivosti**

Financovanie zdravotnej starostlivosti (v jej rámci aj financovanie dlhodobej starostlivosti) je primárne zabezpečené systémom verejného zdravotného poistenia, v ktorom pôsobia tri zdravotné poisťovne, ktoré uhrádzajú zdravotnú starostlivosť realizovanú poskytovateľmi najmenej v rozsahu verejnej minimálnej siete.

Úhrada formou zmluvne dohodnutej ceny za zdravotné výkony alebo formou paušálnych úhrad sa javí ako nedostatočné, nakoľko len čiastočne pokrýva náklady poskytovateľov.

ADOS poskytujú ošetrovateľskú starostlivosť nielen v domácom prostredí osoby, ale aj v niektorých zariadeniach sociálnych služieb a tieto výkony sú hradené zdravotnými poisťovňami. Tieto úhrady slúžia na pokrytie prevádzkových nákladov, pričom v súčasnosti len čiastočne pokrývajú náklady na materiálno-technické vybavenie a náklady na dopravu. Celkové úhrady zdravotných poisťovní poskytovateľom ADOS v roku 2019 nepresiahli 21 mil. EUR.

Úhrady zdravotných poisťovní za starostlivosť v hospicoch a domoch ošetrovateľskej starostlivosti nepostačujú na pokrytie nákladov na starostlivosť, podobne ani v prípade mobilných hospicov nie sú pokryté náklady na dopravu. Nedostatok financií tieto zariadenia kompenzujú navýšením úhrad od klientov, resp. darmi. V dôsledku toho sa tak znižuje dostupnosť služieb pre nízkopríjmové skupiny obyvateľstva. Do budúcnosti je možné uvažovať aj o iných zdrojoch financovania ošetrovateľskej starostlivosti v týchto zariadeniach (napr. pripoistenie na dlhodobú starostlivosť[[20]](#footnote-20)).

Z 514 mil. eur, ktoré sú ročne vynaložené na financovanie týchto zariadení sociálnych služieb, je tak iba 2,8 mil. eur (0,5%) hradených z verejného zdravotného poistenia priamo zariadeniu. Zamestnanci poskytujúci zdravotnú/ošetrovateľskú starostlivosť pritom tvoria 13% personálu v zariadeniach sociálnych služieb.[[21]](#footnote-21)

Nízke paušálne úhrady 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 starostlivostí u mnohých poskytovateľov platí osobitnú úhradu.

Poskytovanie paliatívnej zdravotnej starostlivosti v zariadení ústavnej starostlivosti alebo v domácom prostredí alebo v inom prirodzenom prostredí osoby je pre poskytovateľov tejto zdravotnej starostlivosti finančne nevýhodné. Úhrady poisťovní sú výrazne nižšie než náklady na starostlivosť. Poskytovatelia sú preto nútení vykryť chýbajúce prostriedky navýšením úhrad od osôb, ktorým starostlivosť poskytujú, resp. darmi.

Nízke úhrady zo strany zdravotných poisťovní odrádzajú poskytovateľov od zriaďovania vlastných mobilných hospicov a „kamenných“ hospicov. Napríklad mobilný hospic Klenová dostal v roku 2020 za 10 mesiacov v roku poskytovania špecializovanej paliatívnej starostlivosti v domácom prostredí 17 000 eur – vrátane ľudských zdrojov, všetkých nákladov na prevádzku, 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. Všeobecne je možné zo štruktúry výsledku hospodárenia mobilných hospicov zhodnotiť, že platby od zdravotných poisťovní pokrývajú iba 15% nákladov.

Novo navrhnutým úhradovým mechanizmom pre dlhodobú zdravotnú starostlivosť dôjde k výraznejšiemu pokrytiu nákladov poskytovateľov, ale aj k ich motivácii na zefektívnenie jej poskytovania, čím sa v konečnom dôsledku zvýši dostupnosť tejto starostlivosti pre osoby, ktoré ju potrebujú.

**2.8. Cesta pacienta v dlhodobej zdravotnej starostlivosti**

Nevyhnutnou podmienkou pre kvalitné a efektívne poskytovanie dlhodobej zdravotnej starostlivosti je optimálne manažovanie a liečba pacienta s potrebou dlhodobej zdravotnej starostlivosti zo strany zdravotníckych zariadení.

Ministerstvo zdravotníctva SR bude pripravovať koncepciu následnej zdravotnej starostlivosti, ktorá rozpracuje príslušnú časť „cesty pacienta“ a poskytne základné informácie o optimálnom manažovaní a liečbe pacienta s potrebou následnej zdravotnej starostlivosti.

„Cesta pacienta“ (viď graf 4) je schéma koncipovaná prehľadne, tak aby bola zrozumiteľná aj pre pacientov. Biele rámčeky uvedené v grafe 4 obsahujú domény, ktorých výskyt definuje pacienta v určitom zariadení (viď tabuľka 5).

Cieľom dokumentu je zoptimalizovať proces manažovania pacienta s potrebou dlhodobej zdravotnej starostlivosti a paliatívnej zdravotnej starostlivosti tak, aby pacient podľa stanovených kritérií bol správne a včas zaradený do niektorej z týchto foriem zdravotnej starostlivosti. Takýto efektívny manažment prináša benefit pre pacienta, zvýši sa pre neho dostupnosť dlhodobej starostlivosti, t. j. bude mu poskytnutá v čase, keď ju reálne potrebuje a ak mu to jeho zdravotný stav dovolí, aby sa mohol čo najskôr alebo výrazne skôr vrátiť do domáceho prostredia a nevytrhnúť z kruhu najbližších.

Takýto prístup prinesie aj efektívnejšie hospodárenie s verejnými zdrojmi, optimálnejšie využitie lôžkového fondu - predíde sa zbytočným hospitalizáciám a rehospitalizáciám týchto osôb na akútnych lôžkach nemocníc, nemocnice budú mať k dispozícii viac lôžok pre pacientov s ťažkými stavmi.

Graf 4: Cesta pacienta s potrebou dlhodobej zdravotnej starostlivosti a paliatívnej zdravotnej starostlivosti s vyznačenými formami zdravotnej starostlivosti



|  |  |
| --- | --- |
|  | **SKRATKY** |
| ADL | Activities of daily living |
| ADOS | Agentúra domácej ošetrovateľskej starostlivosti |
| AMB PM | Ambulancia paliatívnej medicíny |
| DOS | Dom ošetrovateľskej starostlivosti |
| IDOS | Intenzívna domáca ošetrovateľská starostlivosť (odložená účinnosť od 1.7.2023) |
| KAHO | Kamenný hospic |
| MOHO | Mobilný hospic |
| ODIS | Oddelenie dlhodobej intenzívnej starostlivosti (v súčasnosti ODIS, OAIM) |
| ONAS | Oddelenie následnej starostlivosti (v súčasnosti LDCH, ODCH, FBLR) |
| OŠE | Ošetrovateľská starostlivosť v ZSS |
| PALO | Paliatívne oddelenie |
| ŠPS | Špecializovaná ambulantná starostlivosť |
| VF | Vitálne funkcie |
| ZSS | Zariadenie sociálnych služieb (resp. zariadenie sociálnej pomoci) |



*Zdroj: Vlastné spracovanie*

Tabuľka 5: Domény pre zaradenie osoby do niektorej z foriem dlhodobej zdravotnej starostlivosti a paliatívnej zdravotnej starostlivosti

Obrázok, na ktorom je stôl

Automaticky generovaný popis

*Zdroj: Vlastné spracovanie MUDr. Andrea Škripeková*

Tabuľka č. 3

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Príjmy (v eurách)** | **Vplyv na rozpočet verejnej správy** | | | | **poznámka** |
| **2022** | **2023** | **2024** | **2025** |
| **Daňové príjmy (100)1** |  |  |  |  |  |
| **Nedaňové príjmy (200)1** |  |  |  |  |  |
| **Granty a transfery (300)1** |  |  |  |  |  |
| **Príjmy z transakcií s finančnými aktívami a finančnými pasívami (400)** |  |  |  |  |  |
| **Prijaté úvery, pôžičky a návratné finančné výpomoci (500)** |  |  |  |  |  |
| **Dopad na príjmy verejnej správy celkom** | **0** | **0** | **0** | **0** |  |

1 – príjmy rozpísať až do položiek platnej ekonomickej klasifikácie

**Poznámka:**

Ak sa vplyv týka viacerých subjektov verejnej správy, vypĺňa sa samostatná tabuľka za každý subjekt.

Tabuľka č. 4

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Výdavky (v eurách)** | **Vplyv na rozpočet verejnej správy** | | | | | **Poznámka** |
| **2022** | **2023** | **2024** | **2025** |  | |
| **Bežné výdavky (600)** | **10 903 240** | **25 157 022** | **29 555 961** | **33 112 247** |  | |
| Mzdy, platy, služobné príjmy a ostatné osobné vyrovnania (610) |  |  |  |  |  | |
| Poistné a príspevok do poisťovní (620) |  |  |  |  |  | |
| Tovary a služby (630)2 |  |  |  |  |  | |
| Bežné transfery (640)2 | 10 903 240 | 25 157 022 | 29 555 961 | 33 112 247 |  | |
| Splácanie úrokov a ostatné platby súvisiace s  úverom, pôžičkou, návratnou finančnou výpomocou a finančným prenájmom (650)2 |  |  |  |  |  | |
| **Kapitálové výdavky (700)** |  |  |  |  |  | |
| Obstarávanie kapitálových aktív (710)2 |  |  |  |  |  | |
| Kapitálové transfery (720)2 |  |  |  |  |  | |
| **Výdavky z transakcií s finančnými aktívami a finančnými pasívami (800)** |  |  |  |  |  | |
| **Dopad na výdavky verejnej správy celkom** | **10 903 240** | **25 157 022** | **29 555 961** | **33 112 247** |  | |

2 – výdavky rozpísať až do položiek platnej ekonomickej klasifikácie

**Poznámka:**

Ak sa vplyv týka viacerých subjektov verejnej správy, vypĺňa sa samostatná tabuľka za každý subjekt.

Tabuľka č. 5

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Zamestnanosť** | **Vplyv na rozpočet verejnej správy** | | | | | | **Poznámka** | | |
| **2022** | **2023** | **2024** | | **2025** | |  | | |
| **Počet zamestnancov celkom** |  |  |  | |  | |  | | |
| **z toho vplyv na ŠR** |  |  |  | |  | |  | | |
| **Priemerný mzdový výdavok (v eurách)** |  |  |  | |  | |  | | |
| **z toho vplyv na ŠR** |  |  |  | |  | |  | | |
| **Osobné výdavky celkom (v eurách)** | **0** | **0** | **0** | | **0** | |  | | |
| **Mzdy, platy, služobné príjmy a ostatné osobné vyrovnania (610)** |  |  |  | |  | |  | | |
| **z toho vplyv na ŠR** |  |  |  | |  | |  | | |
| **Poistné a príspevok do poisťovní (620)** |  |  |  | |  | |  | | |
| **z toho vplyv na ŠR** |  |  |  | |  | |  | | |
|  |  |  |  | |  | |  | | |
| **Poznámky:** |  |  |  | |  | |  | | |
| Ak sa vplyv týka viacerých subjektov verejnej správy, vypĺňa sa samostatná tabuľka za každý subjekt. Ak sa týka rôznych skupín zamestnancov, je potrebné počty, mzdy a poistné rozpísať samostatne podľa spôsobu odmeňovania (napr. policajti, colníci ...).  Priemerný mzdový výdavok je tvorený podielom mzdových výdavkov na jedného zamestnanca na jeden kalendárny mesiac bežného roka. | | | | | | | |  | |
| Kategórie 610 a 620 sú z tejto prílohy prenášané do príslušných kategórií prílohy „výdavky“. | | | |  | |  | | |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Analýza sociálnych vplyvov**  **Vplyvy na hospodárenie domácností, prístup k zdrojom, právam, tovarom a službám, sociálnu inklúziu, rovnosť príležitostí a rovnosť žien a mužov a vplyvy na zamestnanosť**  **(**Ak v niektorej z hodnotených oblastí sociálnych vplyvov (bodov 4.1 až 4.4) nebol identifikovaný vplyv, uveďte v príslušnom riadku analýzy poznámku „Bez vplyvu.“.) | | |
| **4.1 Identifikujte, popíšte a kvantifikujte vplyv na hospodárenie domácností a špecifikujte ovplyvnené skupiny domácností, ktoré budú pozitívne/negatívne ovplyvnené.** | | |
| *Vedie návrh k zvýšeniu alebo zníženiu príjmov alebo výdavkov domácností?*  *Ktoré skupiny domácností/obyvateľstva sú takto ovplyvnené a akým spôsobom?*  *Sú medzi potenciálne ovplyvnenými skupinami skupiny v riziku chudoby alebo sociálneho vylúčenia?*  **(V prípade vyššieho počtu hodnotených opatrení doplňte podľa potreby do tabuľky pred bod 4.2 ďalšie sekcie - 4.1.1 Pozitívny vplyv/4.1.2 Negatívny vplyv).** | | |
| *a)* | ***4.1.1 Pozitívny vplyv*** | |
| *b)* | ***Popíšte*** *opatrenie a jeho vplyv na hospodárenie domácností s uvedením, či ide o zvýšenie príjmov alebo zníženie výdavkov:* | Predkladaná právna norma nemá vplyv na hospodárenie domácností |
| *c)* | ***Špecifikujte*** *ovplyvnené skupiny:* | *Ovplyvnená skupina č. 1* |
| *Ovplyvnená skupina č. 3* | *Ovplyvnená skupina č. 2* |
| *d)* | ***Kvantifikujte*** *rast príjmov alebo pokles výdavkov* ***za jednotlivé******ovplyvnené******skupiny*** *domácností / skupiny jednotlivcov a počet obyvateľstva/domácností ovplyvnených predkladaným návrhom.* | |
| *e)* | * *priemerný rast príjmov/ pokles výdavkov v skupine v eurách a/alebo v % / obdobie:* * *veľkosť skupiny (počet obyvateľov):* | *Ovplyvnená skupina č. 1* |
| *Ovplyvnená skupina č. 3* | *Ovplyvnená skupina č. 2* |
| *f)* | *Dôvod chýbajúcej kvantifikácie:* |  |
| *g)* | ***4.1.1.1******Z toho pozitívny vplyv na skupiny v riziku chudoby alebo sociálneho vylúčenia***  *(V prípade významných vplyvov na príjmy alebo výdavky domácností v riziku chudoby, identifikujte a kvantifikujte pozitívny vplyv na chudobu obyvateľstva (napr. znižovanie miery rizika chudoby, priemerný rast príjmov/ pokles výdavkov v skupine)* | |
| *h)* | ***Popíšte*** *opatrenie a jeho vplyv na hospodárenie domácností s uvedením, či ide o zvýšenie príjmov alebo zníženie výdavkov:* | Predkladaná právna norma nemá vplyv na hospodárenie skupín v riziku chudoby alebo sociálneho vylúčenia |
| *i)* | ***Špecifikujte*** *ovplyvnené skupiny:* | *Ovplyvnená skupina č. 1* |
| *Ovplyvnená skupina č. 3* | *Ovplyvnená skupina č. 2* |
| *j*) | ***Kvantifikujte*** *rast príjmov alebo pokles výdavkov* ***za jednotlivé ovplyvnené skupiny*** *domácností / skupiny jednotlivcov a počet obyvateľstva/domácností ovplyvnených predkladaným návrhom.* | |
| *k)* | * *priemerný rast príjmov/ pokles výdavkov v skupine v eurách a/alebo v % / obdobie:* * *veľkosť skupiny (počet obyvateľov):* | *Ovplyvnená skupina č. 1* |
| *Ovplyvnená skupina č. 3* | *Ovplyvnená skupina č. 2* |
| *l)* | *Dôvod chýbajúcej kvantifikácie:* |  |
| *a)* | ***4.1.2 Negatívny vplyv*** | |
| *b)* | ***Popíšte*** *opatrenie a jeho vplyv na hospodárenie domácností s uvedením, či ide o zníženie príjmov alebo zvýšenie výdavkov:* | Predkladaná právna norma nemá vplyv na hospodárenie domácností |
| *c)* | ***Špecifikujte*** *ovplyvnené skupiny:* | *Ovplyvnená skupina č. 1* |
| *Ovplyvnená skupina č. 3* | *Ovplyvnená skupina č. 2* |
| *d)* | ***Kvantifikujte*** *pokles príjmov alebo rast výdavkov* ***za jednotlivé******ovplyvnené******skupiny*** *domácností / skupiny jednotlivcov a počet obyvateľstva/domácností ovplyvnených predkladaným návrhom.* | |
| *e)* | * *priemerný pokles príjmov/ rast výdavkov v skupine v eurách a/alebo v % / obdobie:* * *veľkosť skupiny (počet obyvateľov):* | *Ovplyvnená skupina č. 1* |
| *Ovplyvnená skupina č. 3* | *Ovplyvnená skupina č. 2* |
| *f)* | *Dôvod chýbajúcej kvantifikácie:* |  |
| *g)* | ***4.1.2.1******Z toho negatívny vplyv na skupiny v riziku chudoby alebo sociálneho vylúčenia***  *(V prípade významných vplyvov na príjmy alebo výdavky domácností v riziku chudoby, identifikujte a kvantifikujte negatívny vplyv na chudobu obyvateľstva (napr. zvyšovanie miery rizika chudoby, priemerný pokles príjmov/ rast výdavkov v skupine)* | |
| *h)* | ***Popíšte*** *opatrenie a jeho vplyv na hospodárenie domácností s uvedením, či ide o zníženie príjmov alebo zvýšenie výdavkov:* | Predkladaná právna norma nemá vplyv na hospodárenie skupín v riziku chudoby alebo sociálneho vylúčenia |
| *i)* | ***Špecifikujte*** *ovplyvnené skupiny:* | *Ovplyvnená skupina č. 1* |
| *Ovplyvnená skupina č. 3* | *Ovplyvnená skupina č. 2* |
| *j*) | ***Kvantifikujte*** *pokles príjmov alebo rast výdavkov* ***za jednotlivé ovplyvnené skupiny*** *domácností / skupiny jednotlivcov a počet obyvateľstva/domácností ovplyvnených predkladaným návrhom.* | |
| *k)* | * *priemerný pokles príjmov/ rast výdavkov v skupine v eurách a/alebo v % / obdobie:* * *veľkosť skupiny (počet obyvateľov):* | *Ovplyvnená skupina č. 1* |
| *Ovplyvnená skupina č. 3* | *Ovplyvnená skupina č. 2* |
| *l)* | *Dôvod chýbajúcej kvantifikácie:* |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **4.2 Identifikujte, popíšte a kvantifikujte vplyvy na prístup k zdrojom, právam, tovarom a službám u jednotlivých ovplyvnených skupín obyvateľstva a vplyv na sociálnu inklúziu.** | | | |
| *Má návrh vplyv na prístup k zdrojom, právam, tovarom a službám?*  *Popíšte hodnotené opatrenie, špecifikujte ovplyvnené skupiny obyvateľstva a charakter zmeny v prístupnosti s ohľadom na dostupnosť finančnú, geografickú, kvalitu, organizovanie a pod. Uveďte veľkosť jednotlivých ovplyvnených skupín.* | | | |
| *a)* | *Rozumie sa najmä na prístup k:*   * *sociálnej ochrane, sociálno-právnej ochrane, sociálnym službám (vrátane služieb starostlivosti o deti, starších ľudí a ľudí so zdravotným postihnutím),* * *kvalitnej práci, ochrane zdravia, dôstojnosti a bezpečnosti pri práci pre zamestnancov a existujúcim zamestnaneckým právam,* * *pomoci pri úhrade výdavkov súvisiacich so zdravotným postihnutím,* * *zamestnaniu, na trh práce (napr. uľahčenie zosúladenia rodinných a pracovných povinností, služby zamestnanosti), k školeniam, odbornému vzdelávaniu a príprave na trh práce,* * *zdravotnej starostlivosti vrátane cenovo dostupných pomôcok pre občanov so zdravotným postihnutím,* * *k formálnemu i neformálnemu vzdelávaniu a celo­životnému vzdelávaniu,* * *bývaniu a súvisiacim základným komunálnym službám,* * *doprave,* * *ďalším službám najmä službám všeobecného záujmu a tovarom,* * *spravodlivosti, právnej ochrane, právnym službám,* * *informáciám,* * *k iným právam (napr. politickým).* | | Predkladaná právna norma si kladie za cieľ systémovo reformovať poskytovanie dlhodobej zdravotnej starostlivosti. Sleduje predovšetkým zlepšenie dostupnosti, kvality a efektívnosti zdravotnej starostlivosti osobám s potrebou dlhodobej zdravotnej starostlivosti a osobám s potrebou paliatívnej zdravotnej starostlivosti, a to nielen v ústavných zdravotných zariadeniach, ale aj v domácom, resp. v inom prirodzenom prostredí.  Zmenou cenových opatrení sa očakáva medziročné zvýšenie dostupnosti ústavnej ošetrovateľskej starostlivosti pre osoby s potrebou tejto zdravotnej starostlivosti (v zmysle predkladaného zákona) minimálne o 6%, čo napr. medzi rokmi 2021 a 2022 predstavuje nárast o 116 osôb (t.j. z počtu 1932 na 2048 pri predpoklade 90% obložnosti lôžok). V prípade hospicovej starostlivosti tento nárast predstavuje 73 osôb v porovnaní s rokom 2021, a teda zvýšenie z počtu 1209 osôb s potrebou paliatívnej starostlivosti na 1282 pri predpoklade 90% obložnosti lôžok. V roku 2019 sa kamenné hospice nachádzali takmer v každom samosprávnom kraji (okrem ŽSK), avšak v značne poddimenzovaných počtoch lôžok (BSK = 36; TTSK = 25; TSK = 37; NSK = 38; BBSK = 31; PSK = 42; KSK = 7). Pre ďalších 78 osôb sa zvýši kapacita na oddeleniach paliatívnej medicíny, t.j. z počtu 1292 na 1370 pri 90% obložnosti lôžok. Podľa údajov z r. 2019 disponoval paliatívnym oddelením s akútnou zdravotnou starostlivosťou iba BSK (19 lôžok), v troch krajoch disponovali paliatívnym oddelením v zmysle dlhodobej starostlivosti (BSK = 7 lôžok; TSK = 17 lôžok; ŽSK = 35 lôžok). Poskytovanie paliatívnej zdravotnej starostlivosti si vyžaduje zapojenie špecializovaného personálu, čo nadväzne vytvára tlak na systém a výšku úhrad.  Z hľadiska poskytovania zdravotnej starostlivosti v tzv. prirodzenom prostredí (t.j. v domácom prostredí alebo v prostredí zariadenia sociálnej pomoci) je snahou predkladateľa zákona zvrátiť negatívny trend ostatných rokov, kedy prevažovalo zomieranie v nemocničnom prostredí nad prirodzeným prostredím, čo v roku 2019 vyústilo do pomeru 2:1. Cieľom je jednak zvýšiť dostupnosť ako aj kvalitu zdravotnej starostlivosti poskytovanej v prirodzenom prostredí – v prípade mobilných hospicov sa očakáva zvýšenie dostupnosti služieb (tímu lekár-sestra) z pôvodných 764 osôb s potrebou paliatívnej starostlivosti na 3000. V prípade služieb agentúr domácej ošetrovateľskej starostlivosti (ADOS) sa počíta so zvýšením počtu návštev u osôb s potrebou ošetrovateľskej starostlivosti o takmer 12 tisíc v druhom polroku 2022 a o takmer 66 tisíc v roku 2023, t.j. na počet 1,7 milióna návštev.  Vytvorením možnosti poskytovať dlhodobú intenzívnu zdravotnú starostlivosť v prirodzenom prostredí (ktorá doteraz neexistovala) sa vytvorí priestor blízkej osobe, ktorá ako laický garant zabezpečuje starostlivosť 24/7 osobe s potrebou domácej umelej pľúcnej ventilácie, aby aspoň čiastočne pokryla svoje základné potreby (napr. návšteva lekára). Odľahčovaciu službu (formu sociálnej pomoci) nie je možné využiť, nakoľko nie je personálne vybavená na poskytovanie tohto typu starostlivosti. V súčasnosti je evidovaných 160 osôb s domácou pľúcnou ventiláciou v domácom prostredí a 7 detí v zariadeniach sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately. Podľa indikatívneho rozpočtu by bolo možné už od polovice roka 2022 poskytnúť 668 návštev tejto špecializovanej starostlivosti prostredníctvom ADOS.  Nárast ošetrovateľského paušálu v zariadeniach sociálnej pomoci by mal prispieť ku zvýšeniu kvality poskytovaných zdravotných služieb, ktoré by sa vzhľadom na rozpočtové krytie mali rozšíriť o takmer 95%, t.j. na počet 6200 lôžok z počtu 3093 v r. 2020. Vzhľadom na prebiehajúci proces deinštitucionalizácie zariadení sociálnych služieb zatiaľ nie je možné predpokladať naplnenie počtu verejnej minimálnej siete určenej vyhláškou č. 20/2018 Z.z. v znení neskorších predpisov.  Materiál zároveň reaguje aj na potreby dostupnosti starostlivosti v rámci jednotlivých regiónov o.i. aj formou zvýšenia minimálnej siete mobilných hospicov a ambulancií paliatívnej medicíny, ktoré sú základom systémového nastavenia paliatívnej zdravotnej starostlivosti. |
| *b)* | *Má návrh významný vplyv na niektorú zo zraniteľných skupín obyvateľstva alebo skupín v riziku chudoby alebo sociálneho vylúčenia?*  *Špecifikujte ovplyvnené skupiny v riziku chudoby a sociálneho vylúčenia a popíšte vplyv na ne. Je tento vplyv väčší ako vplyv na iné skupiny či subjekty? Uveďte veľkosť jednotlivých ovplyvnených skupín.* | | |
| *c)* | *Zraniteľné skupiny alebo skupiny v riziku chudoby alebo sociálneho vylúčenia sú napr.:*   * *domácnosti s nízkym príjmom (napr. žijúce iba zo sociálnych príjmov, alebo z príjmov pod hranicou rizika chudoby, alebo s príjmom pod životným minimom, alebo patriace medzi 25% domácností s najnižším príjmom),* * *nezamestnaní, najmä dlhodobo nezamestnaní, mladí nezamestnaní a nezamestnaní nad 50 rokov,* * *deti (0 – 17),* * *mladí ľudia (18 – 25 rokov),* * *starší ľudia, napr. ľudia vo veku nad 65 rokov alebo dôchodcovia,* * *ľudia so zdravotným postihnutím,* * *marginalizované rómske komunity* * *domácnosti s 3 a viac deťmi,* * *jednorodičovské domácnosti s deťmi (neúplné rodiny, ktoré tvoria najmä osamelé matky s deťmi),* * *príslušníci tretích krajín, azylanti, žiadatelia o azyl,* * *iné zraniteľné skupiny, ako sú napr. bezdomovci, ľudia opúšťajúci detské domovy alebo iné inštitucionálne zariadenia* | Zraniteľné skupiny obyvateľstva, alebo osoby v riziku chudoby v súčasnosti môžu ešte výraznejšie pociťovať nedostatok zariadení, ktoré poskytujú dlhodobú starostlivosť, alebo o pacientov, ktorý sa nachádzajú v terminálnom štádiu. Schválením predkladanej normy sa očakáva, že budú vytvorené dostatočné predpoklady na zvýšenie kapacít jednotlivých zariadení, čoho výsledkom môže byť aj lepšia dostupnosť takýchto zariadení pre zraniteľné skupiny obyvateľstva, alebo osoby v riziku chudoby. | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **4.3 Identifikujte a popíšte vplyv na rovnosť príležitostí.**  **Identifikujte, popíšte a kvantifikujte vplyv na rovnosť žien a mužov.** | | |
| *a)* | *4.3.1 Dodržuje návrh povinnosť rovnakého zaobchádzania so skupinami alebo jednotlivcami na základe pohlavia, rasy, etnicity, náboženstva alebo viery, zdravotného postihnutia, veku, sexuálnej orientácie alebo iného statusu? Mohol by viesť k nepriamej diskriminácii niektorých skupín obyvateľstva? Ak áno, ktoré skupiny sú takto ovplyvnené a akým spôsobom?* | |
| *b)* | Bez vplyvu na rodovú rovnosť. | |
| *c)* | *4.3.2 Môže návrh viesť k zväčšovaniu nerovností medzi ženami a mužmi? Podporuje návrh rovnosť príležitostí? Má návrh odlišný vplyv na ženy a mužov? Popíšte vplyvy.* | |
| *d)* | *Popíšte riziká návrhu, ktoré môžu viesť k zväčšovaniu nerovností:* | Bez vplyvu na rodovú rovnosť. |
| *e)* | *Popíšte pozitívne vplyvy návrhu na dosahovanie rovnosti žien a mužov, rovnosti príležitostí žien a mužov, prípadne vplyvy na ženy a mužov, ak sú odlišné:* | Bez vplyvu na rodovú rovnosť. |
| *f)* | *Má návrh významné vplyvy na niektorú zo zraniteľných skupín obyvateľstva? Ak áno, aké? Akým spôsobom? Zraniteľnou skupinou obyvateľstva sa rozumejú najmä ženy ohrozené viacnásobnou diskrimináciou, tehotné matky, seniorky, ženy patriace do marginalizovaných skupín obyvateľstva, migrantky, ženy a dievčatá so zdravotným postihnutím, obete násilia a pod.* | Bez vplyvu na rodovú rovnosť. |
| *g)* | *Pri identifikovaní vplyvov na rovnosť žien a mužov treba vziať do úvahy existujúce rozdiely medzi ženami a mužmi, ktoré sú relevantné k danej politike. Podpora rovnosti  žien a mužov nespočíva len v odstraňovaní obmedzení a bariér pre plnohodnotnú účasť na ekonomickom, politickom a sociálnom živote spoločnosti ako aj rodinnom živote, ale taktiež v podpore rovnosti medzi nimi.*  *V ktorých oblastiach podpory rovnosti žien a mužov návrh odstraňuje prekážky a/alebo podporuje rovnosť žien a mužov? Medzi oblasti podpory rovnosti žien a mužov okrem iného patria:*   * *podpora slobodného výberu povolania a ekonomickej činnosti* * *podpora vyrovnávania ekonomickej nezávislosti,* * *zosúladenie pracovného, súkromného a rodinného života,* * *podpora rovnosti príležitostí pri participácii na rozhodovaní,* * *boj proti domácemu násiliu,  násiliu na ženách a obchodovaniu s ľuďmi,* * *podpora vnímania osobnej starostlivosti o dieťa za rovnocennú s ekonomickou činnosťou a podpora neviditeľnej práce v domácnosti ako takej,* * *rešpektovanie osobných preferencií pri výbere povolania a zosúlaďovania pracovného a rodinného života.* | Bez vplyvu na rodovú rovnosť. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **4.4 Identifikujte, popíšte a kvantifikujte vplyvy na zamestnanosť a na trh práce.**  *V prípade kladnej odpovede pripojte* ***odôvodnenie*** *v súlade s Metodickým postupom pre analýzu sociálnych vplyvov.* | | |
| *a)* | *Uľahčuje návrh vznik nových pracovných miest? Ak áno, ako? Ak je to možné, doplňte kvantifikáciu.* | |
| *b)* | *Identifikujte, v ktorých sektoroch a odvetviach ekonomiky, v ktorých regiónoch, pre aké skupiny zamestnancov, o aké typy zamestnania /pracovných úväzkov pôjde a pod.* | Očakáva sa vznik nových pracovných miest naprieč Slovenskom, v zariadeniach, ktoré budú poskytovať tento druh starostlivosti.  V rámci vytvárania pracovných miest, pôjde o profesie ošetrovateľstva, pomáhajúcich profesií a lekára so špecializáciou v špecializačnom odbore paliatívna medicína. |
| *c)* | *Vedie návrh k zániku pracovných miest?* *Ak áno, ako a akých? Ak je to možné, doplňte kvantifikáciu* | |
| *d)* | *Identifikujte, v ktorých sektoroch a odvetviach ekonomiky, v ktorých regiónoch, o aké typy zamestnania /pracovných úväzkov pôjde a pod. Identifikujte možné dôsledky, skupiny zamestnancov, ktoré budú viac ovplyvnené a rozsah vplyvu.* | Návrh nepredpokladá, že dôjde k zániku pracovných miest. |
| *e)* | *Ovplyvňuje návrh dopyt po práci? Ak áno, ako?* | |
| *f)* | *Dopyt po práci závisí na jednej strane na produkcii tovarov a služieb v ekonomike a na druhej strane na cene práce.* | Celkové počty novovzniknutých pracovných miest výrazne neovplyvnia dopyt po práci. |
| *g)* | *Má návrh dosah na fungovanie trhu práce?* *Ak áno, aký?* | |
| *h)* | *Týka sa makroekonomických dosahov ako je napr. participácia na trhu práce, dlhodobá nezamestnanosť, regionálne rozdiely v mierach zamestnanosti.* *Ponuka práce môže byť ovplyvnená rôznymi premennými napr. úrovňou miezd, inštitucionálnym nastavením (napr. zosúladenie pracovného a súkromného života alebo uľahčovanie rôznych foriem mobility).* | Už v súčasnosti je badať nedostatok kvalifikovaných pracovných síl, predovšetkým v odbore ošetrovateľstva, alebo medicíny (lekár so špecializáciou v špecializačnom odbore paliatívna medicína) |
| *i)* | *Má návrh špecifické negatívne dôsledky pre isté skupiny profesií, skupín zamestnancov či živnostníkov?* *Ak áno, aké a pre ktoré skupiny?* | |
| *j)* | *Návrh môže ohrozovať napr. pracovníkov istých profesií favorizovaním špecifických aktivít či technológií.* | Nie |
| *k)* | *Ovplyvňuje návrh špecifické vekové skupiny zamestnancov? Ak áno, aké? Akým spôsobom?* | |
| *l)* | *Identifikujte, či návrh môže ovplyvniť rozhodnutia zamestnancov alebo zamestnávateľov a môže byť zdrojom neskoršieho vstupu na trh práce alebo predčasného odchodu z trhu práce jednotlivcov.* | Návrh by mal zlepšiť finančnú situáciu poskytovateľov zdravotnej starostlivosti v pozícii zamestnávateľov, ako aj stimulovať nárast počtu osôb v profesii lekár so špecializáciou v špecializačnom odbore paliatívna medicína, pomáhajúcich profesií a sestier. |

**Analýza vplyvov na podnikateľské prostredie**

**Názov materiálu:**

Návrh zákona, ktorým sa mení a dopĺňa zákon 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 a ktorým sa menia dopĺňajú niektoré zákony

**Predkladateľ:** Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky

**3.1 Náklady regulácie**

***3.1.1 Súhrnná tabuľka nákladov regulácie***

*Tabuľka č. 1: Zmeny nákladov (ročne) v prepočte na podnikateľské prostredie (PP), vyhodnotenie mechanizmu znižovania byrokracie a nákladov.*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***TYP NÁKLADOV*** | **Zvýšenie nákladov v € na PP** | **Zníženie nákladov v € na PP** |
| *A. Dane, odvody, clá a poplatky*,*ktorých cieľom je znižovať negatívne externality* | 0 | *0* |
| *B. Iné poplatky* | 0 | *0* |
| *C. Nepriame finančné náklady* | 0 | *0* |
| *D. Administratívne náklady* | *0* | *12 279* |
| ***Spolu = A+B+C+D*** | ***0*** | ***12 279*** |
| ***z toho*** |  |  |
| *E. Vplyv na mikro, malé a stredné podniky* | 0 | *12 279* |
| *F. Úplná harmonizácia práva EÚ* | 0 | *0* |
|  | | |
| ***VÝPOČET mechanizmu znižovania byrokracie a nákladov*** | ***IN*** | ***OUT*** |
| ***G. Náklady okrem výnimiek = B+C+D-F*** | ***0*** | ***12 279*** |

***3.1.2 Výpočty vplyvov jednotlivých regulácií na zmeny v nákladoch podnikateľov***

*Tabuľka č. 2: Výpočet vplyvov jednotlivých regulácií (nahraďte rovnakou tabuľkou po vyplnení Kalkulačky nákladov):*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **P.č.** | **Zrozumiteľný a stručný opis regulácie vyjadrujúci dôvod zvýšenia/zníženia nákladov na PP** | **Číslo normy**  (zákona, vyhlášky a pod.) | **Lokalizácia** (§, ods.) | **Pôvod regulácie:**  SK/EÚ úplná harm./EÚ harm. s možnosťou voľby | **Účinnosť**  **regulácie** | **Kategória dotk. subjektov** | **Počet subjektov v dotk. kategórii** | **Počet subjektov MSP v dotk. kategórii** | **Vplyv na 1 podnik. v €** | **Vplyv na kategóriu dotk. subjektov v €** | **Druh vplyvu**  In (zvyšuje náklady) /  Out (znižuje náklady**)** |
| 1 | Cenová regulácia lôžkodňa pre paliatívnu starostlivosť | z.č. 576/2004 Z.z. | § 86zl | SK | 01.07.22 | poskytovatelia zdravotnej starostlivosti | 15 | 15 | 819 | 12 279 | Out (znižuje náklady) |

***Doplňujúce informácie k spôsobu výpočtu vplyvov jednotlivých regulácií na zmenu nákladov***

*Osobitne pri každej regulácii s vplyvom na PP zhodnotenom v tabuľke č. 2 uveďte doplňujúce informácie tak, aby mohol byť skontrolovaný spôsob a správnosť výpočtov. Uveďte najmä, ako ste vypočítali vplyvy a z akého zdroja ste čerpali početnosti (uveďte aj link na konkrétne štatistiky, ak sú dostupné na internete). Jednotlivé regulácie môžu mať jeden alebo viac typov nákladov (A. Dane, odvody, clá a poplatky, ktorých cieľom je znižovať negatívne externality, B. Iné poplatky, C. Nepriame finančné náklady, D. Administratívne náklady). Rozčleňte ich a vypočítajte v súlade s metodickým postupom.*

Cenovou reguláciou lôžkodňa pre paliatívnu starostlivosť dôjde ku zvýšeniu právnej istoty poskytovateľov tejto zdravotnej starostlivosti stabilnej úhrady a zároveň k úspore času pri rokovaniach či už poskytovateľov jednotlivo alebo zástupcov týchto poskytovateľov so zdravotnými poisťovňami o podmienkach úhrad za paliatívnu starostlivosť. Zjednodušene možno počítať s úsporou času alokovaného na rokovania o cene s jednotlivými zdravotnými poisťovňami.

Nakoľko ide o zložitý proces s neistým výsledkom, cenová regulácia (hoci platná do 30. júna 2024, kedy dôjde k prehodnoteniu mechanizmu a výšky úhrad) prináša administratívne odľahčenie.

**3.2 Vyhodnotenie konzultácií s podnikateľskými subjektmi pred predbežným pripomienkovým konaním**

*Uveďte formu konzultácií vrátane zdôvodnenia jej výberu a trvanie konzultácií, termíny stretnutí. Uveďte spôsob oslovenia dotknutých subjektov, zoznam konzultujúcich subjektov, tiež link na webovú stránku, na ktorej boli konzultácie zverejnené.*

*Uveďte hlavné body konzultácií a ich závery.*

*Uveďte zoznam predložených alternatívnych riešení problematiky od konzultujúcich subjektov, ako aj návrhy od konzultujúcich subjektov na zníženie nákladov regulácií na PP, ktoré neboli akceptované a dôvod neakceptovania.*

*Alternatívne namiesto vypĺňania bodu 3.2 môžete uviesť ako samostatnú prílohu tejto analýzy Záznam z konzultácií obsahujúci požadované informácie.*

Predkladaný materiál bol v štádiu prípravy konzultovaný so zástupcami zdravotných poisťovní, ako aj s Asociáciou zdravotných poisťovní formou osobných stretnutí. Medzi hlavné body rokovania patrilo predstavenie zámeru predkladateľa legislatívneho návrhu, dopad navrhovaných opatrení na systém a kvalitu zdravotnej starostlivosti v oblasti dlhodobej zdravotnej starostlivosti a paliatívnej zdravotnej starostlivosti, ako aj prepojenosti novely so zákonom č. 540/2021 Z.z. o kategorizácii ústavnej zdravotnej starostlivosti a napĺňaním míľnikov Plánu obnovy a odolnosti. Záverom bolo zo strany subjektov vyjadrené, že prezentované informácie berú na vedomie, ale svoje záväzné stanovisko budú komunikovať prostredníctvom medzirezortného pripomienkového konania. Nakoľko však zdravotné poisťovne na základe rozhodnutia Európskeho súdneho dvora nie sú podnikateľskými subjektmi, nie je možné ich zaradiť do vyhodnotenia konzultácií v rámci analýzy vplyvov na podnikateľské prostredie.

Legislatívny návrh bol prekonzultovaný so zástupcami organizácií ako napríklad nadácia Socia, Slovenská katolícka charita, SocioFórum, o.z. a Asociácia poskytovateľov sociálnych služieb v SR na konferencii Prechodná a finálna stabilizácia sociálnych služieb dňa 11.11.2021[[22]](#footnote-22). Obdobne, ako v prípade zdravotných poisťovní, aj v tomto prípade bol prezentovaný zámer predkladateľa legislatívneho návrhu, dopad navrhovaných opatrení na systém a kvalitu zdravotnej starostlivosti v oblasti dlhodobej zdravotnej starostlivosti a paliatívnej zdravotnej starostlivosti, ako aj prepojenosť novely so zákonom č. 540/2021 Z.z. o kategorizácii ústavnej zdravotnej starostlivosti a napĺňaním míľnikov Plánu obnovy a odolnosti. Účastníci konferencie sa spolu s predkladateľom legislatívneho návrhu zhodli na potrebe systémovej zmeny dlhodobej starostlivosti ako celku, t.j. vrátane dlhodobej sociálnej starostlivosti, ktorej legislatívna úprava je rovnako míľnikom Plánu obnovy a odolnosti a ktorá by mala byť zosúladená s predkladanou novelou zákona a príslušnými vykonávacími predpismi.

**3.3 Vplyvy na konkurencieschopnosť a produktivitu**

*Dochádza k vytvoreniu resp. k zmene bariér na trhu?*

Nie, nedochádza k vytvoreniu bariér na trhu, naopak, zvýšením verejnej minimálnej siete a zvýšením úhrad prostredníctvom cenového opatrenia dochádza k stimulácii rozsahu poskytovania dlhodobej zdravotnej starostlivosti a paliatívnej zdravotnej starostlivosti.

*Bude sa s niektorými podnikmi alebo produktmi zaobchádzať v porovnateľnej situácii rôzne (napr. špeciálne režimy pre mikro, malé a stredné podniky tzv. MSP)?*

Neočakáva sa odlišné zaobchádzanie s podnikmi v porovnateľnej situácii. V tejto súvislosti sa do porovnateľnej situácie zohľadňuje aj skutočnosť, či má subjekt uzatvorenú zmluvu so zdravotnou poisťovňou (viď návrh § 6c zákona č. 581/2004 Z. z.).

*Ovplyvňuje zmena regulácie cezhraničné investície (príliv/odliv zahraničných investícií resp. uplatnenie slovenských podnikov na zahraničných trhoch)?*

N/A

*Ovplyvní dostupnosť základných zdrojov (financie, pracovná sila, suroviny, mechanizmy, energie atď.)?*

Navrhovanou novelou sa nezvyšuje dostupnosť zdrojov, ale zvyšuje sa objem zdrojov na krytie nákladov vyvolaných dopytom na trhu a aktivitami regulátora, konkrétne na zvýšenú potrebu dlhodobej zdravotnej starostlivosti a paliatívnej zdravotnej starostlivosti v domácom alebo inom prirodzenom prostredí, ako aj vo vybraných oblastiach ústavnej zdravotnej starostlivosti (najmä oddelenia paliatívnej medicíny, hospice, domy ošetrovateľskej starostlivosti a pod.).

*Ovplyvňuje zmena regulácie inovácie, vedu a výskum?*

Nie priamo. Zvýšenie dostupnosti zdravotnej starostlivosti a zber údajov na druhej strane prispeje k doplneniu štatistických údajov použiteľných aj v rámci vedy a výskumu.

*Ako prispieva zmena regulácie k cieľu Slovenska mať najlepšie podnikateľské prostredie spomedzi susediacich krajín EÚ?*

Predkladanou novelou sa súčasná legislatívna úprava približuje legislatíve aplikovanej vo vyspelých krajinách EÚ.

***Konkurencieschopnosť:***

*Na základe uvedených odpovedí zaškrtnite a popíšte, či materiál konkurencieschopnosť:*

*☐ zvyšuje ☒ nemení ☐ znižuje*

***Produktivita:***

*Aký má materiál vplyv na zmenu pomeru medzi produkciou podnikov a ich nákladmi?*

V zmysle legislatívneho návrhu účelom predkladania rozšíreného výkazu o ošetrovateľskej starostlivosti ako následnej zdravotnej starostlivosti a dlhodobej ošetrovateľskej starostlivosti je monitorovanie dostupnosti, kvality a efektívnosti tejto starostlivosti.

*Na základe uvedenej odpovede zaškrtnite a popíšte, či materiál produktivitu:*

*☒* *zvyšuje ☐ nemení ☐ znižuje*

**3.4 Iné vplyvy na podnikateľské prostredie**

*Ak má materiál vplyvy na PP, ktoré nemožno zaradiť do predchádzajúcich častí, či už pozitívne alebo negatívne, tu ich uveďte. Patria sem:*

1. *sankcie alebo pokuty, ako dôsledok porušenia právne záväzných ustanovení;*
2. *vplyvy súvisiace so žiadosťami o alebo prijímaním dotácií, fondov, štátnej pomoci a čerpaním iných obdobných foriem podpory zo strany štátu, keďže sú sprievodným javom uchádzania sa či získania benefitov, na ktoré nie je právny nárok priamo zo zákona, ale vzniká na základe prejavu vôle dotknutého subjektu;*
3. *regulované ceny podľa zákona č. 18/1996 Z. z. o cenách;*
4. *iné vplyvy, ktoré predpokladá materiál, ale nemožno ich zaradiť do častí 3.1 a 3.3.*

Predkladateľ novely zákona nad rámec tejto novely vytvára priestor pre poskytovateľov zdravotnej starostlivosti zapojiť sa do národného projektu financovaného z prostriedkov Operačného programu Ľudské zdroje (riadiaci orgán MPSVR SR) zameraného na posilnenie dlhodobej zdravotnej starostlivosti v oblasti personálnych kapacít ADOS a mobilných hospicov[[23]](#footnote-23).

**Doložka zlučiteľnosti**

**návrhu zákona s právom Európskej únie**

|  |  |
| --- | --- |
| **1.** | **Navrhovateľ zákona:** Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky |
|  |  |
| **2.** | **Názov návrhu zákona:** Návrh zákona, ktorým sa mení a dopĺňa zákon 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 a ktorým sa menia a dopĺňajú niektoré zákony |
|  |  |
| **3.** | **Predmet návrhu zákona je upravený v práve Európskej únie:** |
|  | 1. *v primárnom práve*   čl. 6 písm. a) Zmluvy o fungovaní Európskej únie  čl. 107 a 108 Zmluvy o fungovaní Európskej únie  čl. 168 Zmluvy o fungovaní Európskej únie   1. *v sekundárnom práve*   Nariadenie Európskeho parlamentu a Rady (EÚ) 2021/241 z 12. februára 2021, ktorým sa zriaďuje Mechanizmus na podporu obnovy a odolnosti  *Gestor: Úrad vlády SR*  *Spolugestor – Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky*  Nariadenie (ES) Európskeho parlamentu a Rady 883/2004 z 29. apríla 2004 o koordinácii systémov sociálneho zabezpečenia (Ú. v. EÚ L 166, 30. 4. 2004; Mimoriadne vydanie Ú. v. EÚ, kap. 5/zv. 5) v platnom znení  *Gestor: Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny Slovenskej republiky,*  *Spolugestor - Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky.*  Nariadenie Európskeho parlamentu a Rady (ES) č. 987/2009 zo 16. septembra 2009, ktorým sa stanovuje postup vykonávania nariadenia (ES) č. 883/2004 o koordinácii systémov sociálneho zabezpečenia (Ú. v. EÚ L 284, 30. 10. 2009) v platnom znení.  *Gestor: Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny Slovenskej republiky,*  *Spolugestor - Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky*  Smernica Európskeho parlamentu a Rady 2011/24/EÚ z 9. marca 2011 o uplatňovaní práv pacientov pri cezhraničnej zdravotnej starostlivosti (Ú. v. EÚ L 88, 4. 4. 2011) v platnom znení.  *Gestor: Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky*  Smernica Európskeho parlamentu a Rady 2005/36/ES zo 7. septembra 2005 o uznávaní odborných kvalifikácií (Ú. v. EÚ L 255, 30. 9. 2005) v platnom znení.  *Gestor: Ministerstvo školstva, vedy, výskumu a športu Slovenskej republiky*  Nariadenie Komisie (EÚ) č. 651/2014 zo 17. júna 2014 o vyhlásení určitých kategórií pomoci za zlučiteľné s vnútorným trhom podľa článkov 107 a 108 zmluvy (Ú. v. EÚ L 187, 26. 6. 2014) v platnom znení.  *Gestor: Ministerstvo financií Slovenskej republiky* |
|  | 1. *v judikatúre Súdneho dvora Európskej únie* |
|  | Rozsudok Súdneho dvora (veľká komora) z 11. júna 2020 v spojených veciach C‑262/18 P a C‑271/18 P (Európska komisia a Slovenská republika proti Dôvera zdravotná poisťovňa, a. s.)   * *„Hoci prípadné zisky, ktoré títo poskytovatelia dosiahnu, môžu byť použité a rozdelené, musí to byť v súlade s požiadavkami na zabezpečenie udržateľnosti systému a dosahovanie sociálnych a solidárnych cieľov, na ktorých je systém založený. Zdá sa teda, že možnosť usilovať sa o zisk a dosahovať ho je značne obmedzená zákonom a na rozdiel od úvah Všeobecného súdu rozvinutých v bodoch 63 a 64 napadnutého rozsudku ju nemožno považovať za okolnosť, ktorá by mohla vyvrátiť sociálny a solidárny charakter vyplývajúci zo samotnej povahy dotknutých činností.“* * *„Možnosť poskytovateľov poistenia usilovať sa o zisk, používať ho a rozdeľovať ho je značne obmedzená zákonom, účelom týchto zákonných povinností je zabezpečiť životaschopnosť a kontinuitu povinného zdravotného poistenia.“*   Rozsudok Súdneho dvora zo 16. marca 2004, AOK Bundesverband a i., C 264/01, C 306/01, C 354/01 a C 355/01, EU:C:2004:15   * *„Zavedenie konkurenčného prvku do systému s charakteristikami uvedenými v bode 32 tohto rozsudku s ohľadom na to, že jeho cieľom je motivovať hospodárske subjekty k výkonu ich činnosti v súlade so zásadami dobrej správy, teda čo najefektívnejšie a s čo najnižšími nákladmi, v záujme riadneho fungovania systému sociálneho zabezpečenia, nemení povahu tohto systému.*“   Rozsudok Súdneho dvora (tretia komora) z 5. marca 2009, Kattner Stahlbau proti Maschinenbau‑ und Metall‑ Berufsgenossenschaft, C 350/07   * *„členský štát nezveruje správu systému sociálneho zabezpečenia jedinému poskytovateľovi poistenia, ale rôznym poskytovateľom, nemôže spochybniť zásadu solidarity, na ktorej je založený tento systém, a to tým skôr, že v rámci uvedeného systému si dotknutí poskytovatelia medzi sebou prerozdeľujú náklady a riziká.“*   Rozsudok Súdneho dvora (tretia komora) z 19. novembra 2009, Krzysztof Filipiak proti Dyrektor Izby Skarbowej w Poznaniu, C‑314/08   * *„prednosť práva Spoločenstva vyžaduje, aby vnútroštátny súd uplatňoval právo Spoločenstva a vylúčil uplatnenie sporných ustanovení vnútroštátneho práva, bez ohľadu na rozsudok vnútroštátneho ústavného súdu, ktorý rozhodol o odložení straty záväznosti týchto ustanovení posúdených ako neústavné.“*   Rozsudok Súdneho dvora (veľká komora) zo 16. mája 2006 vo veci Watts, C-372/04 (The Queen na návrh Yvonne Watts proti Bedford Primary Care Trust)   * *„čakacia doba, ktorá vyplýva z cieľov plánovania a riadenia nemocničnej ponuky sledovaných vnútroštátnymi orgánmi v závislosti od klinických priorít vopred určených všeobecným spôsobom, v rámci ktorých možno dostať nemocničnú liečbu vyžadovanú zdravotným stavom pacienta v zariadení patriacom do predmetného vnútroštátneho systému, neprekračuje prijateľnú dobu so zreteľom na objektívne medicínske posúdenie klinických potrieb dotknutej osoby s ohľadom na stav choroby, zdravotné záznamy a pravdepodobný ďalší vývoj ochorenia, stupeň bolesti a/alebo charakter postihnutia v čase žiadosti o súhlas.“* |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **4.** | **Záväzky Slovenskej republiky vo vzťahu k Európskej únii:** | |
|  | a) | lehota na prebratie smernice alebo lehota na implementáciu nariadenia alebo rozhodnutia   * Predkladaným návrhom nedochádza k implementácii nariadenia Európskej únie, ani k transpozícií smernice Európskej únie. |
|  |  |  |
|  | b) | informácia o začatí konania v rámci „EÚ Pilot“ alebo o začatí postupu Európskej komisie, alebo o konaní Súdneho dvora Európskej únie proti Slovenskej republike podľa čl. 258 a 260 Zmluvy o fungovaní Európskej únie v jej platnom znení, spolu s uvedením konkrétnych vytýkaných nedostatkov a požiadaviek na zabezpečenie nápravy so zreteľom na nariadenie Európskeho parlamentu a Rady (ES) č. 1049/2001 z 30. mája 2001 o prístupe verejnosti k dokumentom Európskeho parlamentu, Rady a Komisie   * V súčasnosti prebieha konanie o porušení zmlúv č. 2018/2304 voči Slovenskej republike, ktoré sa týka nesplnenia určitých povinností vyplývajúcich zo Smernice Európskeho parlamentu a Rady 2005/36/ES zo 7. septembra 2005 o uznávaní odborných kvalifikácií. Predkladaný návrh na uvedené konanie nereflektuje. |
|  |  |  |
|  | c) | informácia o právnych predpisoch, v ktorých sú preberané smernice už prebraté spolu s uvedením rozsahu tohto prebratia   * Smernica Európskeho parlamentu a Rady 2005/36/ES zo 7. septembra 2005 o uznávaní odborných kvalifikácií (Ú. v. EÚ L 255, 30. 9. 2005) v platnom znení bola transponovaná do   Zákon č. 422/2015 Z. z. o uznávaní dokladov o vzdelaní a o uznávaní odborných kvalifikácií a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov  Zákon Slovenskej národnej rady č. 138/1992 Zb. o autorizovaných architektoch a autorizovaných stavebných inžinieroch v znení neskorších predpisov  Zákon č. 442/2004 Z. z. o súkromných veterinárnych lekároch, o Komore veterinárnych lekárov Slovenskej republiky a o zmene a doplnení zákona č. 488/2002 Z. z. o veterinárnej starostlivosti a o zmene niektorých zákonov v znení neskorších predpisov  Zákon č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov  Zákon č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov   * Smernica Európskeho parlamentu a Rady 2011/24/EÚ z 9. marca 2011 o uplatňovaní práv pacientov pri cezhraničnej zdravotnej starostlivosti (Ú. v. EÚ L 88, 4. 4. 2011) v platnom znení bola transponovaná do   Zákon č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov  Zákon č. 580/2004 Z. z. o zdravotnom poistení a o zmene a doplnení zákona č. 95/2002 Z. z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov  Zákon č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov  Zákon 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  Zákon č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov  Zákon č. 362/2011 Z. z. o liekoch a zdravotníckych pomôckach a o zmene a doplnení niektorých zákonov  Vyhláška Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 341/2013 Z. z., ktorou sa  ustanovuje cezhraničná zdravotná starostlivosť, ktorá podlieha predchádzajúcemu súhlasu príslušnej zdravotnej poisťovne na účely jej preplatenia  Vyhláška Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 232/2014 Z. z., ktorou sa upravuje postup poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, zdravotnej poisťovne a Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou pri poskytovaní cezhraničnej zdravotnej starostlivosti |
|  |  |  |
| **5.** | **Návrh zákona je zlučiteľný s právom Európskej únie** | |
|  |  | Stupeň zlučiteľnosti – úplný. |

**Dôvodová správa**

**Osobitná časť**

**K čl. I**

**Zákon 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**

**K bodu 1 (§ 2 ods. 36 až 39)**

Návrh v tomto bode čiastočne napĺňa tézu Programového vyhlásenia vlády Slovenskej republiky na obdobie rokov 2021 – 2024 v znení:“ *Vláda SR si uvedomuje, že súčasťou problémov v systéme zdravotnej starostlivosti je nesprávny manažment pacienta a z toho vyplývajúca nedostupnosť zdravotnej starostlivosti. Vláda sa preto sústredí na zlepšenie prechodu pacienta celým systémom od prevencie, cez kvalitu poskytovanej starostlivosti, až po doliečovanie, rehabilitáciu, dlhodobú starostlivosť a paliatívnu starostlivosť. Vláda SR podporí starostlivosť o bezvládnych a chronicky chorých v domácom prostredí prostredníctvom Agentúr domácej ošetrovateľskej starostlivosti a mobilných paliatívnych tímov. Vláda SR vytvorí podmienky na priblíženie zdravotnej starostlivosti k bezvládnym a dlhodobo chorým do ich známeho prostredia. Bude podporovať rodinnú a komunitnú starostlivosť a sieťovanie poskytovateľov zdravotnej starostlivosti a posilní sieť domovov ošetrovateľských služieb s kvalifikovanými sestrami a pracovníkmi v sociálnych službách.*“.

**K odseku 36 -** V tejto časti ide o reformné ustanovenie predkladanej novely zákona o zdravotnej starostlivosti, ktoré vytvára základ pre implementáciu multidisciplinárneho prístupu k pacientovi za účelom zabezpečenia komplexnej zdravotnej starostlivosti.

Podporný tím je pomocným orgánom ošetrujúceho lekára v zariadení ústavnej zdravotnej starostlivosti. Pojem „podporný tím“ zvolil predkladateľ zákona zámerne, aby jednoznačne rozlíšil konzílium tak, ako je upravené v platnom znení zákona (§ 2 ods. 5) od navrhovaného podporného tímu. Konzílium je realizované na rovnakej odbornej úrovni „lekár – lekár“. Podporný tím je realizovaný na rôznej odbornej úrovni „lekár – iný zdravotnícky pracovník alebo nezdravotnícky pracovník“. Úlohou podporného tímu je zabezpečiť osobe, ktorej sa zdravotná starostlivosť poskytuje, najmä psychologickú podporu, sociálnu pomoc, poradenstvo napr. v oblasti výživy, ako aj duchovnú podporu.

Vytvorením podporného tímu sa zabezpečí doteraz chýbajúce prepojenie a koordinácia zdravotnej starostlivosti a sociálnych služieb a posilní sa ich poskytovanie na komunitnej úrovni. Poskytnutím pomoci v sociálnej oblasti (napr. usmernením pri možnostiach a podmienkach domácej starostlivosti, vybavovaní zdravotníckych pomôcok, kompenzačných príspevkov alebo inej sociálnej pomoci zo strany obcí, príslušných inštitúcií alebo finančnej podpory zo strany neziskových organizácií) sa zabezpečí čo najskoršie prepustenie osoby z ústavného zdravotníckeho zariadenia do jej prirodzeného prostredia so sociálnou podporou. Zdravotná starostlivosť sa doplní o aj poskytovanie duchovnej podpory osobe, čím sa dosiahne pozitívny vplyv na jej zdravotný stav.

Podporný tím môže začať vykonávať svoju činnosť pri osobe umiestnenej už na tzv. „akútnom“ lôžku, teda môže v dostatočnom časovom predstihu pomôcť zabezpečiť sociálne zázemie tejto osoby a pripraviť jej rodinných príslušníkov na prepustenie do jej domáceho alebo iného prirodzeného prostredia.

Zriadenie podporného tímu je len fakultatívnou možnosťou pre zariadenia ústavnej starostlivosti, jeho zriadenie bude závislé od záujmu tohto zariadenia a najmä od finančných možností každého zariadenia ústavnej starostlivosti.

*Príklad:*

*Predkladaný návrh zákona sleduje primárny cieľ: aby osoba, ktorá má zdravotné problémy dlhodobého charakteru, mohla byť čo najdlhšie vo svojom prirodzenom prostredí.*

*Podporný tím má slúžiť ako nástroj, ktorý urýchli prechod z akútnej zdravotnej starostlivosti do následnej zdravotnej starostlivosti a/alebo do ošetrovateľskej starostlivosti v prirodzenom prostredí osoby.*

1. *Pacientka vo vysokom geriatrickom veku, bez vážnych komorbidít, je osamelá, bezdetná. Zlomí si krčok stehennej kosti a je hospitalizovaná. Akútna časť zdravotnej starostlivosti je ukončená po 4-5 dňoch, pacientka by následne mala rehabilitovať v rámci ústavnej zdravotnej starostlivosti (potreba následnej zdravotnej starostlivosti u pacientky). Vzhľadom na jej situáciu je zrejmé, že po prepustení z následnej starostlivosti nemôže byť v domácom prostredí sama. Ošetrujúcim lekárom je referovaná podpornému tímu v nemocnici. Sociálny pracovník podporného tímu začne proces zabezpečenia opatrovateľskej služby prostredníctvom obce už na akútnom oddelení (pretože správne konanie na úrade obce trvá do 60 dní) alebo začne vybavovať umiestnenie pacientky v zariadení sociálnych služieb. Ak by sa tento proces riešil až po referovaní pacientky do následnej starostlivosti, dôjde k prebytočnému predĺženiu jej pobytu v nemocničnom prostredí.*
2. *Pacientka uvedená pod písm. A má napr. karcinóm pankreasu, ktorý je metastatický a t. č. bez vážnejších symptómov a zlomenina krčka stehennej kosti bola len v dôsledku jej slabosti, pretože prijímala nižšie množstvo tekutín a bola dehydratovaná. Podporný tím je nápomocný pri zabezpečení doliečenia tejto pacientky formou rehabilitácie, informuje pacientku o možnostiach jej umiestnenia v zariadení sociálnej starostlivosti s dostupnosťou mobilného hospicu a s dostupnosťou ošetrovateľskej starostlivosti alebo v závislosti od jej zdravotného stavu aj o možnosti umiestnenia v hospici. Ak by si pacientka neuvedomovala skutočnosť, že v domácom prostredí si nedokáže sama zabezpečiť starostlivosť o seba, môže byť jej situácia riešená aj formou psychologickej intervencie.*

**K ods. 37 – Dlhodobá zdravotná starostlivosť** – v tomto ustanovení je definovaná dlhodobá zdravotná starostlivosť, oprávnená osoba, ktorej sa táto starostlivosť poskytuje a jej cieľ.

Základom pre definovanie dlhodobej zdravotnej starostlivosti je zadefinovanie oprávnenej osoby, ktorej sa táto zdravotná starostlivosť poskytuje. Touto definíciou sa vytvára hranica medzi akútnou zdravotnou starostlivosťou a dlhodobou zdravotnou starostlivosťou. V prípade vyčerpania medicínskych možností pri poskytnutí dlhodobej zdravotnej starostlivosti dochádza k preklopeniu tejto zdravotnej starostlivosti do niektorej formy sociálnej starostlivosti/sociálnych služieb. Zadefinovaním doby poskytovania pre jednotlivé formy dlhodobej zdravotnej starostlivosti sa zároveň vytvoril priestor na kontinuálne zabezpečenie sociálnej starostlivosti a pomoci pre túto osobu.

Prínosom zadefinovania právneho rámca pre dlhodobú zdravotnú starostlivosť a v odseku 39 pre paliatívnu zdravotnú starostlivosť je, že môže pozitívne prispieť k procesu účelnosti, kontinuity a funkčnej integrácii zdravotnej starostlivosti a sociálnych služieb.

Oprávnenou osobou pre účely dlhodobej starostlivosti sa považuje osoba, ktorej už bola diagnostikovaná choroba (úraz, choroba, chronická choroba, viacero súbežných navzájom sa podmieňujúcich chorôb s nepriaznivou prognózou alebo funkčná porucha vrodená alebo získaná), tzv. základná diagnóza a ktorej na túto základnú diagnózu už bola poskytnutá akútna alebo neodkladná zdravotná starostlivosť a došlo k stabilizácii jej zdravotného stavu. V dôsledku základnej diagnózy osoba stratila alebo bola narušená jej sebestačnosť pri úkonoch bežných denných aktivít a potrebuje ošetrovateľskú starostlivosť.

Primárnym cieľom dlhodobej zdravotnej starostlivosti je udržanie alebo zlepšenie kvality života, samostatnosti, bezpečnosti a autonómie osoby s potrebou dlhodobej zdravotnej starostlivosti a ak to zdravotný stav osoby umožňuje, zotrvať pri poskytovaní tejto starostlivosti čo najdlhšie v domácom alebo v inom prirodzenom prostredí, v ktorom je táto osoba umiestnená. Ošetrovateľská starostlivosť poskytovaná v rámci následnej zdravotnej starostlivosti (ďalej len „následná ošetrovateľská starostlivosť“) a ošetrovateľská starostlivosť poskytovaná v rámci dlhodobej zdravotnej starostlivosti, ktorá nie je následnou zdravotnou starostlivosťou (ďalej len „dlhodobá ošetrovateľská starostlivosť“) nenahrádza starostlivosť príbuzného, nakoľko ide o „ad hoc“ poskytnutie tejto starostlivosti poskytovateľmi (agentúrou domácej ošetrovateľskej starostlivosti alebo mobilným hospicom). V tejto súvislosti je potrebné zdôrazniť, že zavedenie pojmu dlhodobej ošetrovateľskej starostlivosti nepredstavuje žiadnu dávku sociálneho poistenia a žiadnym spôsobom nezasahuje so samostatnej dávky sociálneho poistenia, ani princípov dlhodobého ošetrovného. Nie je však vylúčené, že osoba, ktorá sa osobne stará o pacienta, ktorému je v domácom prostredí poskytovaná ošetrovateľská starostlivosť, môže splniť podmienky pre nárok na dlhodobé ošetrovné.

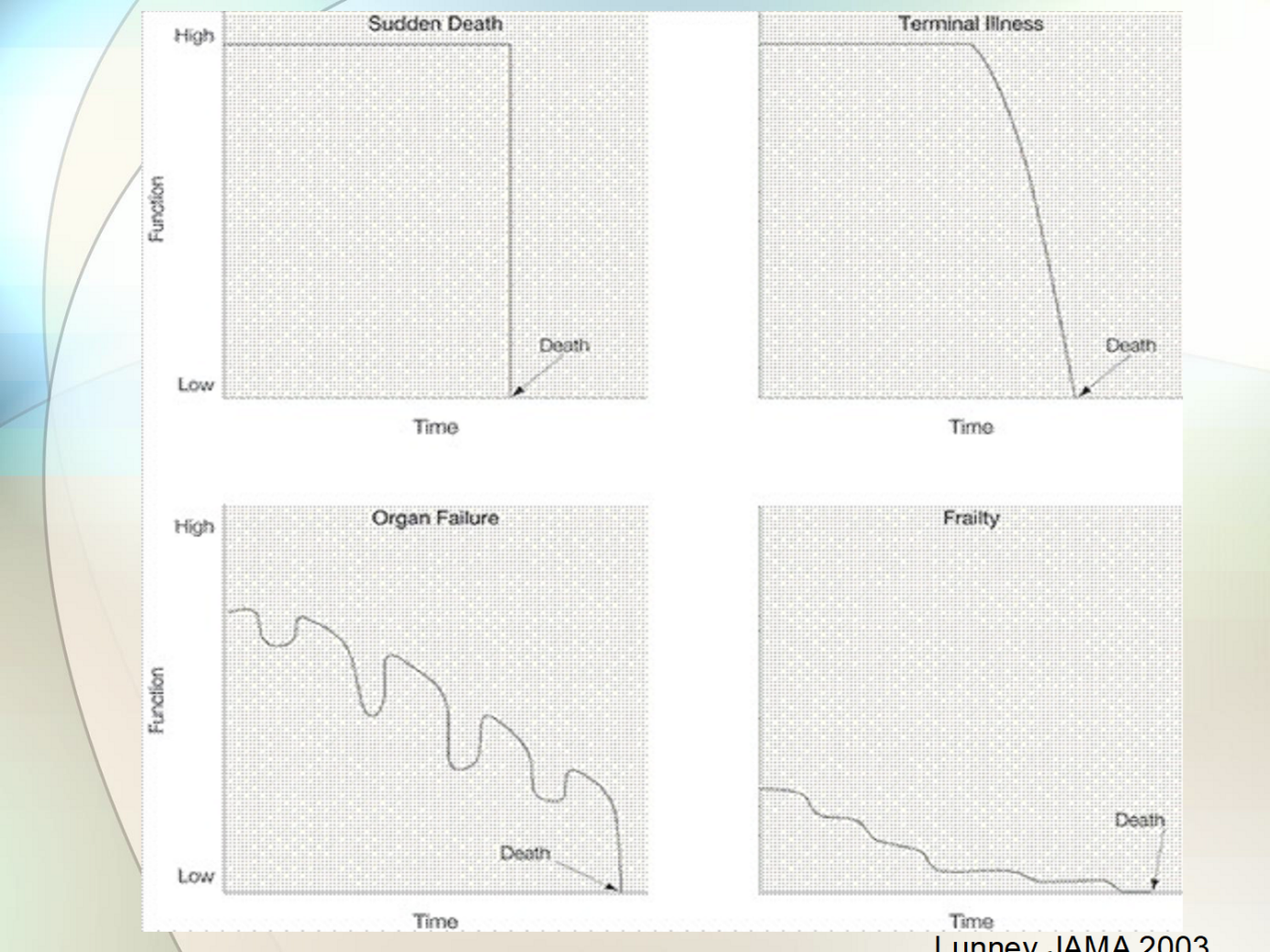
Súčasťou dlhodobej zdravotnej starostlivosti je aj následná zdravotná starostlivosť.

Postupy a metodika pri poskytovaní dlhodobej zdravotnej starostlivosti, napr. úlohy, vymedzenie činnosti, kompetencie jednotlivých poskytovateľov, cesta pacienta, systém kontroly, vzdelávanie a pod. budú upravené v koncepciách, štandardoch, metodických pokynoch a usmerneniach podľa odborného zamerania jednotlivých poskytovateľov zdravotnej starostlivosti.

*Príklad:*

*Zadefinovanie dlhodobej zdravotnej starostlivosti je potrebné na to, aby sa predišlo zaťažovaniu špecializovaného zdravotníckeho personálu pri starostlivosti o osobu vyžadujúcu sociálnu starostlivosť a ošetrovateľskú starostlivosť. Definícia reflektuje trajektórie dlhodobých chorôb, najmä orgánové zlyhávanie, kde je priebežná potreba akútnej zdravotnej starostlivosti. Na obrázkoch sú znázornené rôzne trajektórie pri priebehu choroby, ktorá v priebehu času môže (skôr či neskôr ako je očakávané) viesť k úmrtiu. Priebežnú potrebu akútnej starostlivosti znázorňuje hlavne krivka „organ failure“, čiže krivka orgánového zlyhávania. Podskupinou akútnej zdravotnej starostlivosti je neodkladná zdravotná starostlivosť.*

***Obrázok 1 Krivky funkčného zlyhávania pred koncom života (krivka orgánového zlyhávania vľavo dole)***



*Zdroj: Lunney JR, Lynn J, Foley DJ, Lipson S, Guralnik JM. Patterns of Functional Decline at the End of Life. JAMA.2003;289(18):2387–2392. doi:10.1001/jama.289.18.2387*

*Obmedzenie funkčnosti a potreba ošetrovateľskej starostlivosti sú piliere pre definovanie dlhodobej zdravotnej starostlivosti. Ošetrovateľskú starostlivosť pacient využíva na oddelení následnej starostlivosti (v súčasnosti označovanej ako LDCH, ODCH, FBLR...), na ošetrovacích lôžkach v ústavných zdravotníckych zariadeniach (domoch ošetrovateľskej starostlivosti), ako aj v prirodzenom prostredí.*

*Obmedzenie funkčnosti nemusí nevyhnutne znamenať aj zníženú sebestačnosť v aktivitách bežného života.*

*A. Osoba s úplnou slepotou (vrodenou alebo získanou) bez ďalších chorôb, je síce výrazne obmedzená v aktivitách bežného života, avšak nemá potrebu ošetrovateľskej starostlivosti. Táto osoba je odkázaná na sociálnu pomoc napr. osobného asistenta, opatrovateľskú službu a pod.*

*B. Osoba s úplnou slepotou po operácii žlčníka má zníženú schopnosť sa sama o seba postarať, ale nie je u nej potrebná ošetrovateľská starostlivosť. Osoba však vyžaduje pomoc pri zabezpečení hygieny, prípravy jedla a i. Táto osoba potrebuje sociálnu pomoc, napr. opatrovateľskú službu.*

**K ods. 38 - Následná zdravotná starostlivosť** je taká dlhodobá zdravotná starostlivosť, ktorá je poskytovaná osobe, ktorá má už určenú základnú diagnózu a jej zdravotný stav bol stabilizovaný, avšak po náhlej chorobe alebo po náhlom zhoršení zdravotného stavu alebo po zhoršení chronickej choroby si jej stav vyžaduje doliečenie alebo poskytnutie včasnej fyzioterapeutickej starostlivosti alebo liečebnej rehabilitácie. Následná zdravotná starostlivosť sa poskytuje osobe v prípadoch, keď je to potrebné v záujme dokončenia liečebného procesu na zmiernenie prejavov jej choroby alebo zlepšenia jej zdravotného stavu. Poskytovaním následnej zdravotnej starostlivosti sa zároveň vytvára časový priestor pre rodinných príslušníkov osoby, ktorej sa táto starostlivosť poskytuje, pripraviť sa na jej príchod do domáceho prostredia, resp. do iného prirodzeného prostredia. Z dôvodu právnej istoty sa navrhuje odlíšiť následnú zdravotnú starostlivosť od dispenzarizácie, ktorá je upravená v platnom znení zákona (§ 2 odsek 8) ako aktívne a systematické sledovanie zdravotného stavu osoby, u ktorej je predpoklad zhoršovania zdravotného stavu, jej vyšetrenie a liečba.

*Príklad:*

*Následná zdravotná starostlivosť sa poskytuje na základe indikácie ošetrujúceho lekára a jej hlavným cieľom je zabezpečiť sebestačnosť osoby v aktivitách denného života alebo zadefinovať limitáciu rehabilitačného potenciálu. Spravidla je poskytovaná po poskytnutí akútnej zdravotnej starostlivosti (pacient A). Môže však byť poskytnutá aj bez predchádzajúcej akútnej zdravotnej starostlivosti (pacient B), alebo môže byť súčasťou pri poskytovaní inej zdravotnej starostlivosti (pacient C).*

*A. Obézny pacient s cukrovkou, ktorému bola pre infarkt a zápal pľúc, poskytnutá akútna zdravotná starostlivosť, má obmedzený rehabilitačný potenciál v dôsledku klinickej situácie, podávaných liekov (beta blokátor znižujúci rehabilitačný potenciál) a obezity. Cieľom následnej starostlivosti je maximalizovať rehabilitačný potenciál a zabezpečiť včasný návrat pacienta do domáceho prostredia. Súčasne je nevyhnutné zvládnuť medicínske komplikácie (srdcové zlyhávanie, zápal pľúc), edukovať pacienta o redukcii hmotnosti, aj napr. prostredníctvom konzultácie s psychológom, ktorý pacientovi môže sprostredkovať motivačné techniky.*

*B. Pacient po zlomenine ramena, ktorá je už konzervatívne zhojená, Potrebuje rehabilitačnú starostlivosť na obnovenie rehabilitačného potenciálu.*

*C. Iný prístup si vyžiada situácia pacientky, ktorá si zlomila nohu a má rakovinu pankreasu s metastázami na pobrušnici. Napriek tomu, že príjem jedla nie je enormne znížený, chudne hlavne zo svalovej hmoty (tzv. nádorová kachexia). Rehabilitácia bude pomalšia, rehabilitačný potenciál bude významne redukovaný. Pacientka nebude profitovať z následnej starostlivosti formou intenzívnej rehabilitácie, nakoľko nádorová kachexia definuje jej limitovaný rehabilitačný potenciál. Pravdepodobnosť obnovenia sebestačnosti po zlomenine je veľmi nízka. Z uvedeného dôvodu by mala byť referovaná do paliatívnej starostlivosti. Určitá forma rehabilitácie bude pre pacientku užitočná, keďže môže spomaliť zhoršovanie jej zdravotného stavu. V tomto prípade však nejde o následnú starostlivosť, ale o paliatívnu starostlivosť s prvkami rehabilitácie.*

**K ods. 39 - Paliatívna zdravotná starostlivosť –** v tomto ustanovení je zadefinovaná paliatívna zdravotná starostlivosť ako samostatná forma zdravotnej starostlivosti vzhľadom na špecifickosť tejto zdravotnej starostlivosti. Paliatívna medicína je celková liečba a starostlivosť o osoby (pacientov), u ktorých ochorenie nereaguje na kuratívnu liečbu. Od dlhodobej zdravotnej starostlivosti ju odlišuje vysoká intenzita symptómov a funkčný deficit. Prioritne sa zameriava na liečbu bolesti a ďalších symptómov.

Cieľom paliatívnej zdravotnej starostlivosti je dosiahnuť čo najlepšiu kvalitu života pacientov a ich rodín, ktorí čelia problémom spojeným so život ohrozujúcim ochorením. Včasným rozpoznaním, kvalifikovaným zhodnotením a liečbou bolesti a ostatných telesných, psychosociálnych a duchovných problémov predchádza a zmierňuje utrpenie týchto pacientov a ich rodín (WHO 2002). Naplnenie spirituálnych potrieb osôb sa v posledných dvoch desaťročiach stáva súčasťou zlepšovania kvality života osôb v paliatívnej starostlivosti – osôb s ohraničenou dĺžkou života, tým že má vplyv na to, ako osoba bude zvládať utrpenie svojej choroby a ohraničenosť svojho života. Ošetrujúci lekár v zariadení ústavnej zdravotnej starostlivosti bude môcť okrem zdravotnej starostlivosti v súčinnosti s podporným tímom odporučiť a zabezpečiť osobe, jej príbuzným a blízkym osobám aj psychosociálnu a duchovnú podporu.

Definícia paliatívnej starostlivosti vychádza z právnej komparácie právnych poriadkov Rakúska (porovnaj § 22b Bundesgesetz über Gesundheits- und Krankenpflegeberufe (Gesundheits- und Krankenpflegegesetz – GuKG StF: BGBl. I Nr. 108/1997 - Spolkový zákon o povolaniach zdravotnej a nemocničnej starostlivosti) a Nemecka (porovnaj § 37b Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch).

Návrh v tomto bode čiastočne napĺňa tézu Programového vyhlásenia vlády Slovenskej republiky na obdobie rokov 2021 – 2024 v znení:“ *Vláda SR zreformuje paliatívnu starostlivosť, podporí vznik paliatívnych oddelení, paliatívnych konziliárnych služieb, paliatívnych ambulancií v ústavnej zdravotnej starostlivosti a pokrytie komplexných paliatívnych potrieb mobilnými a kamennými hospicmi.*“.

**K bodu 2 (§ 4 ods. 9 a 10)**

K ods. 9 -Multidisciplinárny prístup je založený na myšlienke spolupráce špecialistov zdravotníckych i nezdravotníckych pracovníkov a koordinácie ich postupov. Zástupcovia jednotlivých profesií do tímu vnášajú svoje špecifické znalosti a spolupracujú s ďalšími inštitúciami a s osobami, ktoré sú súčasťou komplexnej starostlivosti o pacienta.

Multidisciplinárny tím môžu tvoriť psychiatri, zdravotné sestry, ošetrovatelia, psychológovia, sociálni pracovníci, ergoterapeuti, arteterapeuti, muzikoterapeuti, liečební pedagógovia atď.

Multidisciplínarny prístup je veľkým prínosom pre pacientov aj samotných zdravotníckych pracovníkov. Môžu sa vzájomne dopĺňať a pacientom tak poskytovať komplexné služby. Podstatou multidisciplinárneho prístupu je snaha ponúknuť pacientom čo najkomplexnejšie spektrum služieb, ktoré by v rámci svojej liečby mohli potrebovať.

K ods. 10 **-** Odborný pracovník, ktorý poskytuje sociálne poradenstvo, analyzuje sociálne problémy osoby, ktorej sa zdravotná starostlivosť poskytuje a ktoré sa zvýraznili hospitalizáciou v zdravotníckom zariadení a v spolupráci s ostatnými členmi podporného tímu navrhuje plán riešení na zmiernenie až vyriešenie negatívnych dôsledkov za podmienky aktívnej spolupráce osoby a jej príbuzných.

Duchovný poskytuje duchovnú starostlivosť a podporu osobe, ktorá zahŕňa špecifické úkony náboženského významu, ako aj vhodné formy duchovného sprevádzania, poskytovanie duchovnej útechy a to formou komunikácie s touto osobou a povzbudzovaním v liečbe.

Činnosť osoby poskytujúcej sociálne poradenstvo, ako aj činnosť duchovného nie je považovaná za zdravotnú starostlivosť, ani za jej súčasť – táto sociálna pomoc a duchovná služba je zabezpečovaná popri poskytovaní zdravotnej starostlivosti a nie je hradená z prostriedkov verejného zdravotného poistenia. Osoba vykonávajúca sociálnu pomoc vykonáva túto činnosť na základe pracovného vzťahu s ústavným zdravotníckym zariadením, v pracovnej zmluve má vymedzené svoje pracovné povinnosti, je odmeňovaná ako zamestnanec formou mzdy. Osoba poskytujúca duchovnú službu podľa osobitného zákona a osoba, ktorá túto činnosť vykonáva z poverenia príslušnej cirkvi, nie je zdravotníckym pracovníkom a nie je ani zamestnancom poskytovateľa, jej činnosť nie je hradená z prostriedkov verejného zdravotného poistenia.

**K bodu 3 /§ 6 ods. 1 písm. b)/**

Aplikačná prax preukázala, že štatutárny zástupca zariadenia, v ktorom sa vykonáva rozhodnutie súdu o nariadení ústavnej starostlivosti, rozhodnutie súdu o uložení neodkladného opatrenia, rozhodnutie súdu o nariadení výchovného opatrenia alebo rozhodnutie súdu o uložení ochrannej výchovy nemôže byť vždy prítomný napr. pri sprievode osoby, ktorej je poskytovaná zdravotná starostlivosť. Týmto ustanovením sa umožňuje poskytnúť informácie o zdravotnej starostlivosti aj inej osobe, ktorá je poverená štatutárnym zástupcom tohto zariadenia.

**K bodu 4 (§ 6 ods. 2)**

Na základe požiadaviek aplikačnej praxe je do tohto zákona vložené aj poskytnutie poučenia osobe, ktorá patrí k národnostnej menšine podľa zákona č. 184/1999 Z. z. o používaní jazykov národnostným menšín v znení neskorších predpisov, aj v jazyku národnostnej menšiny tejto osoby.

**K bodu 5 (§ 6ba)**

V samostatnom ustanovení sa upravujú podmienky poučenia pri vyčerpaní dostupných možností kuratívnej liečby a pred začatím poskytovania paliatívnej zdravotnej starostlivosti. Túto osobitnú úpravu si vyžiadala aplikačná prax z dôvodu špecifickosti paliatívnej zdravotnej starostlivosti. Nie každá osoba, ktorej je zdravotná starostlivosť poskytovaná, dokáže informácie o vyčerpaní všetkých možností dostupnej liečby pre jej ochorenie prijať a s prihliadnutím na vážnosť zdravotného stavu niekedy ani nechce byť informovaná o svojom zdravotnom stave.

Poučenie pacienta s nevyliečiteľnou a progredujúcou chorobou je mimoriadne dôležitý moment pre kontinuálne poskytovanie zdravotnej starostlivosti, kedy ošetrujúci lekár má právo a možnosť pri vyčerpaní všetkých možností dostupnej liečby referovať pacienta s vysokou intenzitou symptómov, kde je smrť relevantným vyústením danej klinickej situácie, lekárovi (paliatológovi), ktorý sa o pacienta dokáže postarať. Referovanie takéhoto pacienta do paliatívnej starostlivosti je špecifické tým, že musí prebehnúť najskôr informácia  o vyčerpaní dostupnej kuratívnej liečby od ošetrujúceho lekára smerom k pacientovi a následne smerom k lekárovi (paliatológovi). Cieľom tejto interakcie medzi ošetrujúcim lekárom a pacientom a ošetrujúcim lekárom a lekárom (paliatológom) je dosiahnuť, aby sa pacient sa pri referovaní do paliatívnej starostlivosti necítil opustený svojím ošetrujúcim lekárom.

Vzhľadom na nedostatok lekárov (paliatológov) môže ošetrujúci lekár referovať pacienta aj lekárovi s inou špecializáciou ako je špecializačný odbor paliatívna medicína, ktorý zabezpečí tomuto pacientovi liečbu. Tento postup prichádza do úvahy vtedy, ak nie je možné zabezpečiť lekára špecialistu-paliatológa v „lehote, ktorá je lekársky opodstatnená“, pričom ide o termín, ktorý je už využívaný pri schvaľovaní liečby v cudzine podľa osobitného predpisu (v § 9d ods. 4 písm. c) zákona 580/2004 Z. z.).

*Príklad:*

*Referovanie do paliatívnej starostlivosti je citlivý a náročný proces.*

*A. 40-ročná pacientka s pokročilým nádorom žalúdka, s metastázami na pobrušnici, následkom ktorých dochádza k tzv. črevnej obštrukcii na viacerých miestach. Predstavme si metastázy ako „lepidlo“ rozliate v brušnej dutine. Pri chirurgickej revízii brušnej dutiny bolo konštatované, že jediným možným riešením je vyvedenie stómie z hornej časti tenkého čreva na brušnú stenu. Stómia nie je schopná zabezpečiť výživu, preto sa musí zabezpečiť tzv. parenterálne, t. j. infúziami. Negatívnym sprievodným javom parenterálnej výživy je poškodenie pečene. Chirurg referuje pacientku paliatológovi a zároveň ju informuje o programe parenterálnej výživy paliatívneho oddelenia aj v domácom prostredí. Nakoľko má pacientka záujem sa informovať o ďalších možnostiach v podobe chirurgického zákroku, chirurg ďalší zákrok podmieni úpravou nutričného stavu. V skutočnosti je zo zdravotného stavu pacientky zrejmé, že nie je možné odstrániť „lepidlo“ z brucha a nastavená výživa bude pacientke prinášať benefit iba dočasne. Konanie chirurga je pochopiteľné, keďže ide o mladú ženu; nedokáže jej vziať nádej. Následne paliatológ prevezme od chirurga pacientku do špecializovanej paliatívnej starostlivosti. Chirurg aj paliatológ rozumejú klinickým súvislostiam, avšak pacientka zostala od svojho ošetrujúceho lekára - chirurga nepoučená. Uvedené je príkladom nesprávneho referovania pacienta od ošetrujúceho lekára smerom k pacientovi.*

*V tejto situácii je potrebné nastaviť bezpečné prostredie pre troch aktérov vážnej situácie, ktorá zrejme skončí smrťou pacienta všeobecne:*

1. ***Ošetrujúci lekár*** *(v uvedenom príklade ním je chirurg), ktorý má podozrenie, že klinická situácia pacienta nebude smerovať k zlepšeniu jeho zdravotného stavu,* ***má možnosť referovať*** *tohto pacienta* ***do paliatívnej starostlivosti****.*

*Napríklad aj iný ošetrujúci lekár:*

*1.A Kardiológ alebo geriater má v starostlivosti 90-ročného pacienta, ktorý v priebehu mesiaca bol opakovane vyšetrený na urgentnom príjme a  viackrát hospitalizovaný. Môže ísť o terminálnu fázu napr. kardiálneho zlyhávania. Ak situáciu takto vyhodnotí ošetrujúci lekár, dávame tomuto lekárovi nástroj, aby pacienta referoval špecialistovi paliatológovi, lebo situácie na urgentnom príjme sa budú opakovať.*

*1.B Onkológ po vyčerpaní všetkých línií protinádorovej liečby.*

*1.C Neurológ pri neurodegeneratívnom ochorení, kedy po opakovaných intervenciách nedochádza k zlepšeniu.*

1. ***Pacient****: Z pohľadu pacienta je nevyhnutné, aby bol informovaný o vyčerpaní všetkých dostupných možností liečby daným ošetrujúcim lekárom, a to ešte pred jeho referovaním do paliatívnej starostlivosti. Pri informovaní ošetrujúcim lekárom* ***by mal pacient vedieť, že sa pre neho v rámci kuratívnej liečby urobilo maximum****.*
2. ***Paliatológ****: Lekár so špecializáciou v paliatívnej medicíne, ktorý má zároveň špecializáciu v internej medicíne a/alebo onkológia vie zhodnotiť vyčerpanie možností kuratívnej liečby. Ale v prípade, ak napr. nemá špecializáciu v onkológii, nemusí vedieť vyhodnotiť, či ešte nejaká onkologická liečba nie je dostupná, a teda paliatívna starostlivosť nie je pre pacienta ešte nevyhnutná. Napríklad, v súčasnosti pacienti s kolorektálnym karcinómom s metastázami v pečeni pri adekvátnej onkologickej liečbe nezriedka žijú tri aj viac rokov, hoci pred dvadsiatimi rokmi žili len 6 mesiacov. Z tohto dôvodu je* ***pre paliatológa kľúčové vyjadrenie ošetrujúceho lekára o vyčerpaní možností dostupnej liečby pacienta****.*

Návrh v tomto bode čiastočne napĺňať tézu Programového vyhlásenia vlády Slovenskej republiky na obdobie rokov 2021 – 2024 v znení: „*Vláda SR zvýši kvalitu výučby paliatívnej medicíny v rámci pregraduálneho vzdelávania študentov študijného odboru všeobecné lekárstvo a ošetrovateľstvo a prehodnotí postgraduálne štúdium v odbore paliatívna medicína*“.

**K bodu 6 (§ 8 ods. 12)**

Týmto ustanovením sa zakotvuje možnosť poskytovania umelej pľúcnej ventilácie ambulantnou formou aj v domácom prostredí alebo v zariadení sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately za podmienky, že sú v tomto prostredí vytvorené vhodné podmienky pre jej poskytovanie.

Zámerom predkladateľa je podporiť domácu umelú pľúcnu ventiláciu, ktorá spája využitie umelej pľúcnej ventilácie a výhody domáceho prostredia, v dôsledku čoho dochádza k zlepšeniu psychosomatického stavu osoby odkázanej na dlhodobú/doživotnú umelú pľúcnu ventiláciu. Benefitom domácej umelej pľúcnej ventilácie je nielen komfort domáceho prostredia, ale predovšetkým prítomnosť a podpora zo strany najbližších. Aby mohla byť poskytovaná domáca umelá pľúcna ventilácia, musí pacient, jeho blízki a ošetrujúci zdravotnícky pracovník prejsť procesom edukácie a nácviku všetkých ošetrovateľských výkonov a techník. Podpora pacienta a rodinných príslušníkov, vrátane fyzickej osoby, ktorá nie je blízkou osobou, ale žije v spoločnej domácnosti s manželom, sa stáva jedným z cieľov terapeutickej a ošetrovateľskej intervencie. Na druhej strane táto osoba ako laický garant zabezpečuje starostlivosť 24/7. V prípade zabezpečovania základných potrieb osoby, napr. nákup, návšteva lekára, choroba a pod. nie je možné využiť možnosť odľahčovacej služby (forma sociálnej pomoci), ktorá nie je personálne vybavená na poskytovanie tohto typu starostlivosti. Tento problém sa zvýrazňuje najmä v prípade osamelej blízkej osoby alebo fyzickej osoby žijúcej s pacientom v spoločnej domácnosti, ktorá je v nepretržitej 24 hodinovej službe – starostlivosti o pacienta bez možnosti oddýchnutia si.

Na základe tohto návrhu umelú pľúcnu ventiláciu v domácom prostredí a v zariadení sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately môže poskytovať sestra agentúry domácej ošetrovateľskej starostlivosti. Prínosom tejto úpravy je, že sa zvýši počet pacientov v domácej starostlivosti, čím sa uvoľnia akútne intenzivistické lôžka v nemocniciach.

**K bodu 7 (§ 10a ods. 1)**

Týmto ustanovením sa jednoznačne definuje činnosť zariadenia sociálnej pomoci, ktoré môže poskytovať aj následnú ošetrovateľskú starostlivosť a dlhodobú ošetrovateľskú starostlivosť.

**K bodu 8 (§ 10a ods. 8)**

K ods. 8 – na základe aplikačnej praxe a požiadavky zariadení sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately je aj pre tieto zariadenia zavedená povinnosť mať zodpovednú osobu s odbornou spôsobilosťou podľa doterajšej právnej úpravy. Účelom zriadenia zodpovednej osoby v týchto zariadeniach je zabezpečiť kvalitnú a bezpečnú ošetrovateľskú starostlivosť pre deti, ktoré sú v týchto zariadeniach umiestnené na základe súdneho rozhodnutia.

**K bodu 9 (§ 10c až 10e)**

V jednotlivých ustanoveniach sa špecifikujú jednotlivé formy dlhodobej zdravotnej starostlivosti a paliatívnej zdravotnej starostlivosti.

Základným princípom pri referovaní do niektorej z foriem dlhodobej zdravotnej starostlivosti je oprávnená osoba podľa definície dlhodobej zdravotnej starostlivosti, jej zdravotný stav a účel (cieľ), ktorý sa má dosiahnuť poskytovaním tejto zdravotnej starostlivosti.

Z dôvodu zrozumiteľnosti predkladáme v tabuľke prehľadne uvedené domény (stĺpce tabuľky), ktoré ovplyvňujú zaradenie osoby do niektorej z foriem dlhodobej starostlivosti a do paliatívnej zdravotnej starostlivosti (riadky tabuľky). V grafe je prehľadne uvedená Cesta pacienta s potrebou dlhodobej zdravotnej starostlivosti.

Obrázok, na ktorom je stôl

Automaticky generovaný popis





|  |  |
| --- | --- |
|  | **SKRATKY** |
| ADL | Activities of daily living |
| ADOS | Agentúra domácej ošetrovateľskej starostlivosti |
| AMB PM | Ambulancia paliatívnej medicíny |
| DOS | Dom ošetrovateľskej starostlivosti |
| IDOS | Intenzívna domáca ošetrovateľská starostlivosť (odložená účinnosť od 1.7.2023) |
| KAHO | Kamenný hospic |
| MOHO | Mobilný hospic |
| ODIS | Oddelenie dlhodobej intenzívnej starostlivosti (v súčasnosti ODIS, OAIM) |
| ONAS | Oddelenie následnej starostlivosti (v súčasnosti LDCH, ODCH, FBLR) |
| OŠE | Ošetrovateľská starostlivosť v ZSS |
| PALO | Paliatívne oddelenie |
| ŠPS | Špecializovaná ambulantná starostlivosť |
| VF | Vitálne funkcie |
| ZSS | Zariadenie sociálnych služieb |

**K  § 10c - Následná zdravotná starostlivosť** - sa poskytuje ako ústavná starostlivosť alebo ako domáca ošetrovateľská starostlivosť a ošetrovateľská starostlivosť v zariadení sociálnej pomoci.

Následná zdravotná starostlivosť predstavuje medicínsku a ošetrovateľskú starostlivosť o osobu (pacienta) na základe indikácie lekára ústavného zdravotníckeho zariadenia, a to:

* osobe prepustenej z akútneho oddelenia ústavného zdravotníckeho zariadenia, ktorej zdravotný stav vyžaduje stabilizáciu, doliečenie a zlepšenie zdravotného stavu použitím komplexnej intervencie vrátane nutnosti každodennej vizity lekárom. Indikuje ju lekár ústavného zdravotníckeho zariadenia.
* osobe s destabilizáciou zdravotného stavu, ktorý vyžaduje stabilizáciu, doliečenie a zlepšenie zdravotného stavu použitím komplexnej intervencie vrátane nutnosti každodennej vizity lekárom. Indikuje ju všeobecný lekár alebo lekár špecialista *(ide napr. o pacienta s DM, ktorý si zlomil ramennú kosť, nebola potrebná operácia, ale potrebuje rehabilitáciu s kontrolovaním vnútorného prostredia...).*

Následná zdravotná starostlivosť sa vykonáva v zariadení ústavnej starostlivosti na oddelení napr. LDCH, ODCH, FBLR a i. Osobe sa pri následnej ústavnej starostlivosti zadefinuje rehabilitačný potenciál a jej výsledkom by mala byť maximalizácia v sebestačnosti v aktivitách bežného života tejto osoby. Doménou prijatia podľa Cesta pacienta v dlhodobej starostlivosti je funkčný deficit po náhlej chorobe alebo pri zhoršení chronického ochorenia, napr. neurologický deficit, deficit pri (multi)morbidite alebo jednoduchý funkčný deficit ako napríklad u zdravého človeka po úraze.

U pacientov po zvládnutí starostlivosti na akútnom oddelení zdravotníckeho zariadenia je dôležité plánovať následnú starostlivosť hlavne pri pretrvávajúcom funkčnom deficite vyplývajúcom z akútnej komplikácie. Ak ide o funkčný deficit pri organickom neurologickom deficite, napr. po akútnej náhlej cievnej mozgovej príhode, úraze CNS je potrebná rehabilitácia na oddelení následnej starostlivosti s komplexnou neurorehabilitáciou. Ak má pacient funkčný deficit obmedzujúci rehabilitáciu hlavne v zmysle limitovaných vitálnych funkcií pri viacerých komorbiditách, musí rehabilitovať doliečovacom oddelení alebo dlhodobo chorých. Kľúčovými lekármi tímu budú geriatri a internisti, špecialisti internistických vedných odborov, ktorí by mali určiť maximálny rehabilitačný potenciál pri funkčnom deficite pri komorbiditách. Pacienti, ktorí majú jednoduchý funkčný deficit a ktorých rehabilitačný potenciál nie je obmedzený organickým neurologickým deficitom a/alebo komorbiditami majú byť podľa stavu z akútneho oddelenia prepustení na oddelenie LDCH, ODCH alebo FBLR. Toto oddelenie má pri prepustení z akútneho oddelenia určiť a dosiahnuť maximálny rehabilitačný potenciál, ktorý sa prejaví v maximálnej sebestačnosti pri aktivitách bežného života, t. j. „vrátiť pacienta do života“ po prekonanej akútnej príhode.

Následná zdravotná starostlivosť tak zahŕňa nielen rehabilitáciu, ale komplexný manažment liečby osoby, ktorej napr. neurologický deficit môže a často súvisí práve s multimorbiditou a nemôže byť oddelený od správneho manažmentu vnútorných chorôb. Následná zdravotná starostlivosť si bude vyžadovať realizáciu koncepcie a/alebo štandardu s definovaním ľudských zdrojov a definovaním potreby lôžok a definovaním prepojenosti s následnou ošetrovateľskou starostlivosťou, sociálnou starostlivosťou u sociálne zraniteľných osôb a s paliatívnou starostlivosťou osôb, ktoré sa dostanú do tzv. end-stage svojej choroby v chronickom štádiu. Pri prepájaní následnej zdravotnej starostlivosti ústavnej starostlivosti s  domácou ošetrovateľskou starostlivosťou, dlhodobou ošetrovateľskou starostlivosťou a paliatívnou zdravotnou starostlivosťou musia byť definované nástroje, ktoré budú zahŕňať personálne kapacity (konziliárne tímy, podporné tímy a podobne) a ktoré budú predmetom úpravy v štandardoch, metodikách a usmerneniach.

K ods. 1 - Následná zdravotná starostlivosť ako ústavná starostlivosť môže byť poskytovaná najviac tri mesiace odo dňa prijatia osoby do ústavnej starostlivosti. Trojmesačnou dobou sa vytvorí dostatočný časový priestor nielen pre medicínske „prinavrátenie“ pacienta do života, ak to jeho zdravotný stav vyžaduje a zároveň aj priestor na prípravu jeho blízkych na návrat tejto osoby do domáceho prostredia a vytvorenia podmienok pre domácu starostlivosť. Domáca ošetrovateľská starostlivosť je poskytovaná najviac po dobu troch mesiacov odo dňa poskytovania tejto starostlivosti. Rovnaká doba poskytovania tejto starostlivosti je definovaná aj pre zariadenie sociálnej pomoci.

Vďaka predkladanej novele zákona tak už bude možné doplniť do zoznamu programov ústavnej zdravotnej starostlivosti pre konkrétnu úroveň nemocnice aj „program následnej starostlivosti“ v rámci prípravy vyhlášky Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky o zozname programov ústavnej zdravotnej starostlivosti pre konkrétnu úroveň nemocnice, spôsobe určenia medicínskej služby a popise zaradenia medicínskej služby do programov, zozname medicínskych služieb so zaradením do programov a o podmienkach poskytovania ústavnej zdravotnej starostlivosti v nemocnici.

K ods. 2 – Následná ošetrovateľská starostlivosť sa poskytuje podľa miery potreby zdravotnej starostlivosti, ktorá je definovaná v prílohe č. 2 tohto zákona.

**K § 10d - Dlhodobá ošetrovateľská starostlivosť –** v zdravotnej starostlivosti vstupuje do systému dlhodobej zdravotnej starostlivosti aj dlhodobá ošetrovateľská starostlivosť. Táto sa poskytuje spravidla po poskytnutí následnej zdravotnej starostlivosti osobe, ktorá je dlhodobo odkázaná na ošetrovateľskú starostlivosť. Do tejto dlhodobej ošetrovateľskej starostlivosti budú o. i. patriť aj osoby, ktorých dlhodobo nepriaznivý zdravotný stav si vyžaduje predovšetkým poskytovanie opatrovateľskej starostlivosti, napr. osoby v permanentnom vegetatívnom stave (koma vigille), osoby s chorobou motýlích krídel (EBC), ako aj osoby s parenterálnou výživou, pretože túto je možné kedykoľvek prerušiť.

K ods. 1 – Dlhodobá ošetrovateľská starostlivosťsa poskytuje ako ústavná ošetrovateľská starostlivosť alebo ako domáca ošetrovateľská starostlivosť alebo ošetrovateľská starostlivosť v zariadení sociálnej pomoci. Ústavná starostlivosť v rámci dlhodobej ošetrovateľskej starostlivosti sa poskytuje najviac tri mesiace odo dňa prijatia osoby do ústavnej starostlivosti. V prípade, že ide o osobu v permanentnom vegetatívnom stave alebo osobu v terminálnom štádiu, poskytuje sa najviac šesť mesiacov odo dňa prijatia tejto osoby do ústavnej starostlivosti.

Domáca ošetrovateľská starostlivosť a ošetrovateľská starostlivosť v zariadení sociálnej pomoci sa poskytuje po dobu indikácie tejto starostlivosti.

K ods. 2 -. Dlhodobá ošetrovateľská starostlivosť sa poskytuje podľa miery potreby zdravotnej starostlivosti, ktorá je definovaná v prílohe č. 2 tohto zákona.

K ods. 3 – Doba poskytovania tejto dlhodobej ošetrovateľskej starostlivosti môže byť na základe žiadosti poskytovateľa podľa rozhodnutia konzília predĺžená, a to aj opakovane, pričom k žiadosti o predĺženie tejto doby podáva vyjadrenie príslušná zdravotná poisťovňa osoby.

Cieľom tejto starostlivosti je udržanie kvality života u osoby, ktorá z dôvodu svojho nepriaznivého zdravotného stavu nie je sebestačná v každodenných bežných aktivitách a  zároveň je odkázaná na dlhodobú ošetrovateľskú starostlivosť. Dlhodobá ošetrovateľská starostlivosť je spravidla poskytovaná po náhlom zhoršení a následnej stabilizácii zdravotného stavu osoby alebo po následnej zdravotnej starostlivosti.

Predkladateľ zákona prioritne preferuje poskytovanie dlhodobej ošetrovateľskej starostlivosti v domácom alebo v inom prirodzenom prostredí osoby, ktorej benefity pre osobu sú predovšetkým podpora rodinného prostredia, bezpečnosť, dôverne známe prostredie a ktoré majú mimoriadne pozitívny vplyv na psychiku osoby a na jej zdravotný stav. V konečnom dôsledku nedochádza k vyťažovaniu finančne nákladnejších lôžok v ústavnom zdravotníckom zariadení.

**K § 10e – Paliatívna zdravotná starostlivosť –** Definícia paliatívnej starostlivosti vychádza z právnej komparácie právnych poriadkov Rakúska (porovnaj § 22b Bundesgesetz über Gesundheits- und Krankenpflegeberufe (Gesundheits- und Krankenpflegegesetz – GuKG StF: BGBl. I Nr. 108/1997 - Spolkový zákon o povolaniach zdravotnej a nemocničnej starostlivosti) a Nemecka (porovnaj § 37b Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch).

K ods. 1 - Paliatívna zdravotná starostlivosť je poskytovaná ako základná paliatívna zdravotná starostlivosť a špecializovaná paliatívna zdravotná starostlivosť. Základná paliatívna starostlivosť a špecializovaná paliatívna starostlivosť sa poskytuje v rámci ambulantnej starostlivosti alebo ústavnej starostlivosti.

K ods. 2 - V rámci základnej paliatívnej zdravotnej starostlivosti túto zdravotnú starostlivosť poskytuje lekár so špecializáciou v inom špecializačnom odbore ako je paliatívna medicína v rozsahu výkonov, ktoré môže poskytovať v rámci svojej odbornosti. V prípade ústavnej starostlivosti ide o poskytovanie zdravotnej starostlivosti na inom oddelení ako je oddelenie paliatívnej medicíny.

Základnú paliatívnu starostlivosť poskytuje lekár so špecializáciou v iných špecializačných odboroch ako je paliatívna medicína u osoby s nevyliečiteľným progredujúcim ochorením, s vysokou intenzitou symptómov a keď je cieľom liečby zabrániť utrpeniu. Vzhľadom na to, že poskytovanie tejto starostlivosti je viazané na stav osoby, ktorej sa paliatívna starostlivosť poskytuje, nie je potrebné definovať jednotlivé špecializácie pre lekárov, ktorí poskytujú všeobecnú paliatívnu starostlivosť. Paliatívna medicína sa v súčasnosti dostáva aj do curiculu všeobecného lekárstva, ako aj klinickej onkológie.

K ods. 3 - Špecializovaná paliatívna zdravotná starostlivosť je podmienená jej poskytovaní lekárom so špecializáciou v špecializovanom odbore paliatívna medicína a je poskytovaná ambulantnou formou alebo ústavnou formou (v nemocnici na oddelení paliatívnej medicíny alebo v hospici alebo v dome ošetrovateľskej starostlivosti). V tomto ustanovení sú zadefinované doby poskytovania špecializovanej paliatívnej zdravotnej starostlivosti, ktoré môžu byť na základe žiadosti poskytovateľa podľa rozhodnutia konzília predĺžené zdravotnou poisťovňou, a to aj opakovane.

Špecializovanú paliatívnu starostlivosť poskytuje lekár so špecializáciou v špecializačnom odbore paliatívna medicína. Podľa návrhu prechodného ustanovenia výnosu Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 09812/2008-OL z 10. septembra 2008 o minimálnych požiadavkách na personálne zabezpečenie a materiálno-technické vybavenie jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení v znení neskorších predpisov sa za splnenie požiadavky na personálne zabezpečenie podľa predchádzajúcej vety považuje aj zaradenie lekára do prípravy na špecializáciu v špecializačnom odbore paliatívna medicína najneskôr do 30. júna 2024.

Ak je u osoby prítomné nevyliečiteľné progredujúce ochorenie (napr. metastatické nádorové ochorenie, tzv. end-stage chronickej obštrukčnej pľúcnej choroby, kardiálneho, hepatálneho, renálneho zlyhania, end-stage neurodegeneratívnych ochorení a podobne), u osoby s vysokou intenzitu symptómov je liečba zameraná na zmiernenie utrpenia. Takýmto osobám by sa mala poskytovať špecializovaná paliatívna starostlivosť. Ak má osoba vysokú intenzitu symptómov, ale nespĺňa parametre v zmysle liečby zameranej na zmiernenie utrpenia a nemá nevyliečiteľné progredujúce ochorenie, je indikovaná liečba na akútnom oddelení (manažment osoby podľa dokumentu - Cesta pacienta).

Špecializovaná paliatívna zdravotná starostlivosť sa poskytuje v rámci ústavnej starostlivosti, najčastejšie na oddeleniach paliatívnej medicíny, v hospicoch priamo zdravotníckymi pracovníkmi - lekárom so špecializáciou v špecializačnom odbore paliatívna medicína. V prípade, že osobe je poskytovaná zdravotná starostlivosť na inom oddelení zariadenia ústavnej zdravotnej starostlivosti, špecializovaná paliatívna starostlivosť môže byť poskytnutá formou konzília, ktoré realizuje lekár so špecializáciou v špecializačnom odbore paliatívna medicína.

Špecializovaná paliatívna zdravotná starostlivosť zahŕňa nielen manažment symptómov, ale zadefinovanie klinickej situácie, kedy smrť môže byť jej relevantným vyústením. Dôraz pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti by mal byť kladený na komfort osoby, ako aj na komunikáciu s rodinou a blízkymi.

Pobyt osoby v ústavnom zdravotníckom zariadení pri poskytovaní paliatívnej zdravotnej starostlivosti by nemal byť z časového hľadiska vnímaný ako poskytovanie dlhodobej zdravotnej starostlivosti. Úloha oddelenia paliatívnej medicíny by mala spočívať v poskytovaní zdravotnej starostlivosti osobe s vysokou intenzitou symptómov, ktorá nemôže alebo nie je schopná zvládnuť liečbu v domácom alebo v inom prirodzenom prostredí a po stabilizácii stavu sa jej odporučí niektorá z možností paliatívnej zdravotnej starostlivosti, napr. v ambulancii paliatívnej medicíny, v mobilnom hospici alebo hospici. Zlé zomieranie ako klinická situácia je dôvodom prijatia na oddelenie paliatívnej medicíny, pričom je podmienená klinickým stavom osoby, v príčinnej súvislosti s jeho nevyliečiteľným ochorením.

Špecializovaná paliatívna zdravotná (ŠPS) starostlivosť sa poskytuje aj formou ambulantnej starostlivosti. A to nielen v ambulancii paliatívnej medicíny, ale aj v prostredí, v ktorom je osoba umiestnená, napr. v zariadení sociálnych služieb, kde je poskytovaná mobilným hospicom.

Pri paliatívnej zdravotnej starostlivosti sa preferuje jej poskytovanie v domácom alebo v inom prirodzenom prostredí osoby (pacienta). Ak má osoba bezpečné sociálne zázemie v domácom prostredí a je mobilná, môže byť v domácom prostredí, utilizuje domácu ošetrovateľskú starostlivosť, pričom medicínska starostlivosť je poskytovaná cestou ambulancie paliatívnej medicíny.

Ak má osoba bezpečné sociálne zázemie v domácom prostredí a je imobilná, zdravotná starostlivosť je poskytovaná cestou mobilného hospicu, v ktorom vykonáva činnosť lekár so špecializáciou v špecializačnom odbore paliatívna medicína a zdravotná sestra, prípadne aj v súčinnosti s pomáhajúcimi profesiami.

Ak osoba vyžaduje ošetrovateľskú starostlivosť na dennej báze alebo častejšie, ako je potrebná návšteva lekára mobilného hospicu, táto sa môže doplniť cestou agentúr domácej ošetrovateľskej starostlivosti (ADOS).

Ak osoba referovaná do ŠPS nemá bezpečné sociálne zázemie v domácom prostredí a očakávaná dĺžka jej života je do 6 mesiacov, môže byť referovaná do hospicu. Alternatívou starostlivosti v (kamennom) hospici môže byť kombinácia zdravotno-sociálnej starostlivosti: v zariadení sociálnych služieb s ošetrovateľskou starostlivosťou alebo ADOS v spolupráci s mobilným hospicom alebo v dome ošetrovateľskej starostlivosti v spolupráci s mobilným hospicom.

Kombinácia jednotlivých foriem zdravotnej starostlivosti nesmie byť vnímaná ako neefektívne vynakladanie verejných zdrojov, ale ako znak kvality starostlivosti.[[24]](#footnote-24)

K ods. 4 - Doba poskytovania paliatívnej zdravotnej starostlivosti v nemocnici na oddelení paliatívnej medicíny alebo v hospici môže byť na základe žiadosti poskytovateľa podľa rozhodnutia konzília predĺžená, a to aj opakovane, pričom k žiadosti o predĺženie tejto doby podáva vyjadrenie príslušná zdravotná poisťovňa osoby.

K ods. 5 – Paliatívna zdravotná starostlivosť ako základná paliatívna zdravotná starostlivosť vo forme ambulantnej starostlivosti alebo špecializovaná paliatívna zdravotná starostlivosť vo forme ambulantnej starostlivosti sa poskytuje po dobu indikácie na túto starostlivosť.

K ods. 6 - Súčasťou paliatívnej zdravotnej starostlivosti sú krízové intervencie ošetrujúceho lekára s osobou, ktorej poskytuje paliatívnu zdravotnú starostlivosť a krízové intervencie aj s jej blízkymi osobami, a to nielen v čase poskytovania tejto starostlivosti, ale aj po úmrtí osoby, ktorej sa poskytovala paliatívna zdravotná starostlivosť. Z tohto dôvodu je novelizovaný aj Zoznam zdravotných výkonov o nový zdravotný výkon upravujúci krízovú intervenciu v paliatívnej zdravotnej starostlivosti. Cieľom krízovej intervencie je pomôcť osobe, ktorej sa paliatívna zdravotná starostlivosť poskytuje, vysporiadať sa so svojou nepriaznivou situáciou a pomôcť pozostalým vysporiadať sa so smrťou blízkeho človeka.

**K bodu 10 /§ 11 ods. 9 písm. i)/**

Doterajšie skúsenosti z praxe, ako aj mnohé publikované štúdie preukazujú, že uspokojenie spirituálnej potreby má častokrát pre osobu, ktorej je poskytovaná zdravotná starostlivosť existenciálny význam. Poskytovanie duchovnej služby preukázateľne napomáha stabilizácii duševného stavu pacienta a pozitívne ovplyvňuje liečebný proces. Uspokojovanie spirituálnych potrieb pacienta sa v súčasnosti stáva významnou zložkou kvalitnej komplexnej starostlivosti o hospitalizovaného pacienta.

Cieľom novelizačného bodu je implementovať prirodzene existujúci a všeobecne akceptovaný nárok pacienta (a to najmä ťažko chorého pacienta alebo dlhodobo chorého pacienta) na pomoc pri riešení osobných, existenciálnych, spirituálnych, etických a morálnych otázok a potrieb formou poskytovania duchovnej služby a duchovnej podpory.

Duchovnou službou sa rozumie pomoc a podpora poskytovaná pacientovi a eventuálne jeho blízkej osobe, ktorá nie je zdravotnou starostlivosťou, nemá neevanjelizačný charakter a jej prijímatelia ju využívajú dobrovoľne, na základe svojho slobodného rozhodnutia.

**K bodu 11 /§ 19 ods. 2 písm. b)/**

Ide o legislatívno-technickú úpravu ustanovenia v súvislosti s doplnením nového § 6ba.

**K bodu 12 (§ 49o)**

Týmto prechodným ustanovením sa vytvára dostatočný časový priestor, aby zariadenia sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately, ktoré vykonávali činnosť (poskytovali ošetrovateľskú starostlivosť) podľa zákona v znení účinnom do 30.6.2022, mohli splniť nové povinnosti pre ich výkon uvedené v § 10a ods. 8. Lehota na splnenie definovaných povinností je do 30.6.2024.

**K bodu 13 (Príloha č. 2 k zákonu č. 576/2004 Z. z.)**

Týmto ustanovením sa za prílohu č. 1 zákona vkladá nová príloha č. 2 – Miera potreby zdravotnej starostlivosti pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti v rámci dlhodobej zdravotnej starostlivosti.

Poskytovatelia zdravotnej starostlivosti a zariadenia sociálnej pomoci, ktoré sú v zmluvnom vzťahu so zdravotnou poisťovňou, budú zasielať údaje z tejto prílohy zdravotnej poisťovni osoby, ktorej bola poskytnutá ošetrovateľská starostlivosť v rámci dlhodobej zdravotnej starostlivosti.

**K čl. II**

**Zákon č. 578/2004 Z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov**

**K bodu 1 /§ 79 ods. 1 písm. zg)/**

Legislatívno-technická úprava pojmu „potrebná následná zdravotná starostlivosť“, ktorý je uvedený v § 79 zákona č. 578/2004 Z. z. v súvislosti s preplatením nákladov cezhraničnej zdravotnej starostlivosti poskytnutej poistencovi v inom členskom štáte Európskej únie a nahradenie tohto pojmu pojmom „potrebná pokračujúca zdravotná starostlivosť“. Týmto sa jednoznačne zamedzí zameniteľnosti s pojmom „následná zdravotná starostlivosť“ pre účely dlhodobej zdravotnej starostlivosti.

**K čl. III**

**Zákon č. 580/2004 Z. z. o zdravotnom poistení a o zmene a doplnení zákona č. 95/2002 Z. z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov**

**K § 9d ods. 1**

Legislatívno-technická úprava pojmu „potrebná následná zdravotná starostlivosť“, ktorý je uvedený v § 9d zákona č. 580/2004 Z. z. v súvislosti s preplatením nákladov cezhraničnej zdravotnej starostlivosti poskytnutej poistencovi v inom členskom štáte Európskej únie a nahradenie tohto pojmu pojmom „potrebná pokračujúca zdravotná starostlivosť“. Týmto sa jednoznačne zamedzí zameniteľnosti s pojmom „následná zdravotná starostlivosť“ pre účely dlhodobej zdravotnej starostlivosti.

**K čl. IV**

**Zákon č.**[**581/2004 Z. z.**](https://www.slov-lex.sk/pravne-predpisy/SK/ZZ/2004/581/)**o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov**

**K bodu 1 /§ 6b ods. 3 písm. d)/**

Legislatívno-technická úprava pojmu „následná zdravotná starostlivosť“, ktorý je uvedený v § 6b ods. 3 písm. d) zákona č. 581/2004 Z. z. a nahradenie tohto pojmu pojmom „pokračujúca zdravotná starostlivosť“. Týmto sa jednoznačne zamedzí zameniteľnosti s pojmom „následná zdravotná starostlivosť“ pre účely dlhodobej zdravotnej starostlivosti podľa zákona č. 576/2004 Z. z.

**K bodu 2 (§ 6c)**

Týmto ustanovením sa definuje povinnosť zdravotnej poisťovne predkladať ministerstvu zdravotníctva údaje v anonymizovanej podobe, ktoré sú nevyhnutné na monitorovanie dostupnosti a vyhodnocovanie efektívnosti a kvality ošetrovateľskej starostlivosti v rámci dlhodobej zdravotnej starostlivosti. Údaj o prostredí na účely zberu údajov bude špecifikovať podmienky prostredia, z ktorého bol poistenec prijatý do zdravotnej starostlivosti, nakoľko tieto zaraďujú poistenca na cestu pacienta; poistenec môže byť prijatý do starostlivosti napríklad z domu, z nemocnice, z iného zariadenia, na základe rozhodnutia súdu a pod. Zároveň sa budú sledovať aj dôvody, pre ktorú nemohla byť poskytnutá ošetrovateľská starostlivosť v domácom alebo inom prirodzenom prostredí (napr. nedostupnosťou agentúry domácej ošetrovateľskej starostlivosti alebo mobilného hospicu, nedostupnosťou tejto starostlivosti v zariadení sociálnej pomoci a pod.).

Monitorované údaje budú prezentovať mieru potreby zdravotnej starostlivosti osôb, ktorým je poskytovaná ošetrovateľská starostlivosť v rámci dlhodobej zdravotnej starostlivosti (tzv. kategórie osôb podľa prílohy č. 2 zákona č. 576/2004 Z.z.). Na základe týchto údajov zdravotné poisťovne po uplynutí prechodného obdobia budú disponovať kvalitnými a relevantnými údajmi, na základe ktorých budú môcť objektívne stanoviť výšku úhrady po ukončení regulácie tejto ceny. Zároveň sa pre poskytovateľov poskytujúcich následnú ošetrovateľskú starostlivosť alebo dlhodobú ošetrovateľskú starostlivosť definuje povinnosť poskytovať zdravotnej poisťovni tieto údaje.

Uvedené bude mať dopad na efektívne vynakladanie prostriedkov verejného zdravotného poistenia pre tento segment zdravotnej starostlivosti. Na druhej strane na základe týchto údajov zdravotné poisťovne budú môcť realizovať vlastné individuálne zdravotné programy pre túto skupinu osôb, čo podporí aj konkurencieschopnosť jednotlivých zdravotných poisťovní.

Formu, definíciu a štruktúra anonymizovaných údajov (v časti rodné číslo a meno, priezvisko osoby) stanoví ministerstvo zdravotníctva a každú zmenu vopred prerokuje so zástupcami zdravotných poisťovni.

Predkladateľ zákona predpokladá, že v rámci dvojročného obdobia budú získané dostatočné a relevantné údaje o ošetrovateľskej starostlivosti v rámci dlhodobej zdravotnej starostlivosti, na základe ktorých po uplynutí tohto obdobia, bude vyhodnotená dostupnosť, kvalita a efektivita poskytovania tejto starostlivosti a na základe výsledkov vyhodnotenia bude revidovaný spôsob jej financovania.

Uvedený systém monitoringu je jedným z podporných prvkov plnenia ex-ante kondicionalít pri príprave nového programového obdobia 2021-2027.

**K bodu 3 /§ 7 ods. 9 písm. h)/**

Týmto ustanovením sa zber údajov súvisiacich s kategorizáciou osôb, ktorým je poskytovaná ošetrovateľská starostlivosť ako následná zdravotná starostlivosť a dlhodobá ošetrovateľská starostlivosť stáva jednou z podstatných náležitostí zmlúv medzi poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti (ktorí túto zdravotnú starostlivosť poskytujú) a zdravotnou poisťovňou.

**K bodu 4 /§ 7a ods. 2 písm. d)/**

Týmto ustanovením sa zber údajov súvisiacich s kategorizáciou osôb, ktorým je poskytovaná ošetrovateľská starostlivosť ako následná zdravotná starostlivosť a dlhodobá ošetrovateľská starostlivosť stáva jednou z podstatných náležitostí zmlúv medzi zariadeniami sociálnej pomoci (ktoré túto starostlivosť poskytujú) a zdravotnou poisťovňou.

**K bodu 5 (§ 8 ods. 1)**

Uvedená úprava súvisí s regulovanými cenami pre poskytovateľov poskytujúcich dlhodobú zdravotnú starostlivosť, ktoré sa budú uplatňovať v prechodnom období.

**K bodu 6 /§ 15 ods. 1 písm. am)/**

V tomto ustanovení sa definuje povinnosť zdravotnej poisťovne v určenej lehote zaslať vyjadrenie poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti k jeho žiadosti, či súhlasí alebo nesúhlasí s predĺžením doby poskytovania dlhodobej ošetrovateľskej starostlivosti alebo paliatívnej zdravotnej starostlivosti a zároveň vo vyjadrení uviesť aj dobu, o ktorú predlžuje poskytovanie tejto starostlivosti.

**K bodu 7 /§ 16 ods. 2 písm. s)/**

Definujú sa nové údaje, ktoré budú evidovať zdravotné poisťovne na účte poistenca. Toto doplnenie údajov súvisí s potrebou monitorovania dostupnosti a vyhodnotenia kvality a efektívnosti poskytovanej ošetrovateľskej starostlivosti v rámci dlhodobej zdravotnej starostlivosti.

**K bodu 8 (§ 86zl)**

Týmto ustanovením budú regulované ceny pre poskytovateľov dlhodobej zdravotnej starostlivosti hradené zdravotnou poisťovňou podľa cenového predpisu počas prechodnej doby od 1.7.2022 do 30.6.2024.

**K čl. V**

Dátum účinnosti sa navrhuje s prihliadnutím na legisvakanciu a predpokladanú dĺžku legislatívneho procesu.

V Bratislave dňa 6. apríla 2022

**Eduard Heger v. r.**

**predseda vlády**

**Slovenskej republiky**

**Vladimír Lengvarský v. r.**

**minister zdravotníctva**

**Slovenskej republiky**

1. <http://www.vlada.gov.sk/data/files/2008_programove-vyhlasenie-vlady.pdf> [↑](#footnote-ref-1)
2. <https://www.mfsr.sk/files/archiv/1/Plan_obnovy_a_odolnosti.pdf> [↑](#footnote-ref-2)
3. https://www.partnerskadohoda.gov.sk/data/files/4823\_oplz\_2021\_07\_07\_zamer-np\_posilnenie-dlhodobej-zs\_29\_06\_2021-fina.pdf [↑](#footnote-ref-3)
4. <https://www.who.int/ageing/health-systems/icope/icope-consultation/ICOPE-Global-Consultation-Background-Paper-3.pdf?ua=1> [↑](#footnote-ref-4)
5. <https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=738&langId=en&pubId=8396>, str. 56 [↑](#footnote-ref-5)
6. <https://www.rpsp.eu/wp-content/uploads/2018/04/LTCpolicybrief_final.pdf>, str. 3 [↑](#footnote-ref-6)
7. <https://ec.europa.eu/info/strategy/priorities-2019-2024/economy-works-people/jobs-growth-and-investment/european-pillar-social-rights/european-pillar-social-rights-20-principles_cs> [↑](#footnote-ref-7)
8. <https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=738&langId=en&pubId=8396>, str. 133 [↑](#footnote-ref-8)
9. The 2021 Ageing Report: Economic and Budgetary Projections for the EU Member States. V správe je zahrnuté mimo krajín EÚ aj Nórsko, <https://ec.europa.eu/info/publications/2021-ageing-report-economic-and-budgetary-projections-eu-member-states-2019-2070_en> [↑](#footnote-ref-9)
10. https://www.mfsr.sk/files/archiv/16/AWG\_komentar.pdf [↑](#footnote-ref-10)
11. <http://www.nczisk.sk/Aktuality/Pages/NCZI-prinasa-viac-udajov-o-onkologickych-ochoreniach.aspx> [↑](#footnote-ref-11)
12. HardWood Investments, OECD, WHO, Ministerstvo zdravotníctva SR [↑](#footnote-ref-12)
13. *Stratégia dlhodobej starostlivosti v Slovenskej republike,* [*https://www.slov-lex.sk/legislativne-procesy/-/SK/dokumenty/LP-2021-412*](https://www.slov-lex.sk/legislativne-procesy/-/SK/dokumenty/LP-2021-412) [↑](#footnote-ref-13)
14. <https://www.mfsr.sk/files/archiv/1/Plan_obnovy_a_odolnosti.pdf> [↑](#footnote-ref-14)
15. <https://eapcresearchcongress2020.eu/wp-content/uploads/2020/11/White-Paper-on-standards-and-norms-for-hospice-and-palliative-care-in-Europe.pdf>, str. 27 [↑](#footnote-ref-15)
16. 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/101016/j.painsymman2015.11.029>, accessed Feb 23 2019 [↑](#footnote-ref-16)
17. 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> [↑](#footnote-ref-17)
18. Stratégia dlhodobej starostlivosti v Slovenskej republike, <https://www.slov-lex.sk/legislativne-procesy/-/SK/dokumenty/LP-2021-412> [↑](#footnote-ref-18)
19. <http://www.nczisk.sk/Statisticke_vystupy/Tematicke_statisticke_vystupy/Hospitalizacie/Pages/default.aspx> [↑](#footnote-ref-19)
20. https://ivpr.gov.sk/moznost-zavedenia-poistenia-v-odkazanosti-na-pomoc-inej-osoby-analyticke-vychodiska-kvetoslava-repkova-2019/ [↑](#footnote-ref-20)
21. Plán obnovy a odolnosti <https://www.mfsr.sk/files/archiv/1/Plan_obnovy_a_odolnosti.pdf> [↑](#footnote-ref-21)
22. <https://www.facebook.com/apssvsr/photos/pcb.1305435563237198/1305434853237269/> [↑](#footnote-ref-22)
23. https://www.partnerskadohoda.gov.sk/data/files/4823\_oplz\_2021\_07\_07\_zamer-np\_posilnenie-dlhodobej-zs\_29\_06\_2021-fina.pdf [↑](#footnote-ref-23)
24. [https://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=22303&langId=en](%20https://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=22303&langId=en) [↑](#footnote-ref-24)