



Svetová zdravotnícka
organizácia
REGIONÁLNY ÚRAD PRE
Európu



Policy brief

Dlhodobá starostlivosť v Slovenskej republike

Potreba systémovej zmeny

Spracovali:

Miroslav Cangár, Mária Machajdíkova

Obsah

Úvod	2
Aktuálny stav poskytovania sociálnych služieb a dlhodobej starostlivosti v SR	3
Sociálne služby	3
Zdravotná starostlivosť	6
Neformálna starostlivosť	8
Demografické východiská systémovej zmien v dlhodobej starostlivosti v SR	10
Seniori	10
Prehľad štruktúry výdavkov na zdravotnú starostlivosť obyvateľov 65+	13
Osoby so zdravotným postihnutím	14
Financovanie dlhodobej starostlivosti	19
Základné dôvody, dilemy a odporúčania pre systémovú zmenu – systém dlhodobej starostlivosti	22

Úvod

V Slovenskej republike v súčasnosti stále neexistuje systém dlhodobej integrovanej sociálno-zdravotnej starostlivosti pre osoby so zdravotným postihnutím a seniorov. Napriek viacerým pokusom a snahám o reformovanie a prepájanie systému sociálnych služieb a zdravotnej starostlivosti sa tak ešte ani v roku 2017 nestalo. Zdravotná starostlivosť a sociálne služby sú v Slovenskej republike dva separátne systémy s minimálnou koordináciou a prepojením. Každý z týchto systémov sa riadi vlastnou legislatívou a normami. V kontexte dlhodobej starostlivosti budeme integráciu a integrovaný prístup vnímať ako prepájanie sociálneho a zdravotného systému s orientáciou na sociálnu integráciu a inklúziu občanov, ktorí sú odkázaní na dlhodobú podporu. Leichsenring vo všeobecnosti uvádza, že pod dlhodobou integrovanou starostlivosťou môžeme chápať koncept poskytovania služieb starostlivosti, v ktorom jednotlivé zložky podpory konajú koordinovane a cielene, tak, aby bola zabezpečená nákladová efektivita, zlepšovanie kvality a zvyšovanie uspokojovania potrieb užívateľov a poskytovateľov starostlivosti.¹ V nádväznosti na vnímanie služieb ako služieb orientovaných na človeka chápeme v tomto dokumente dlhodobú integrovanú starostlivosť nasledovne: **„Integrované zdravotné systémy sú služby, ktoré sú koordinované, manažované a poskytované tak, aby zabezpečili ľuďom kontinuálnu starostlivosť o zdravie, prevenciu chorôb, diagnostiku, liečbu, manažment ochorenia, rehabilitáciu, paliatívnu starostlivosť na rôznych úrovniach poskytovania starostlivosti v systéme starostlivosti o zdravie a v súlade s potrebami jednotlivcov počas celého obdobia ich života.“**²

Cieľom tohto dokumentu (policy brief) je zhrnutie aktuálnych informácií o dlhodobej starostlivosti v Slovenskej republike z hľadiska poskytovania týchto služieb a z hľadiska štatistiky a demografickej prognózy vývoja obyvateľstva v Slovenskej republike. V závere dokumentu uvádzame základné odporúčania pre práve sa formujúci zámer prípravy zákona o dlhodobej starostlivosti, tak, aby išlo o integrovanú, dlhodobú, kvalitnú, flexibilnú a na človeka orientovanú podporu a starostlivosť.

¹ K. Leichsenring, A.M. Alazewsky (eds.) (2004). Providing Integrated Health and Social Care for Older Persons. s. 15. European Center Vienna. Ashgate : Wien. ISBN: 0-7546-4196-1.

² WHO global strategy on people-centred and integrated health services. (2015).

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/155002/1/WHO_HIS_SDS_2015.6_eng.pdf?ua=1&ua=1

Aktuálny stav poskytovania sociálnych služieb a dlhodobej starostlivosti v SR

Napriek tomu, že v Slovenskej republike nemáme jednotný systém dlhodobej integrovanej starostlivosti, tak sa služby, ktoré sú tradične jej súčasťou, 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 vnímame poskytovanie dlhodobej starostlivosti 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. Pre bližšie vyjasnenie uvádzame základné informácie o všetkých troch oblastiach.

Sociálne služby

Systém sociálnych služieb upravuje zákon č. 448/2008 Z.z. o sociálnych službách v znení neskorších predpisov. Z pohľadu poskytovania dlhodobej starostlivosti ide o kľúčovú legislatívnu normu. Sociálne služby sú definované ako odborné, obslužné a ďalšie činnosti alebo ich súbor. Sociálne služby sú zamerané na prevenciu vzniku, riešenie alebo zmiernenie nepriaznivej sociálnej situácie fyzickej osoby, jej rodiny alebo komunity. Zákon definuje viacero dôvodov vzniku nepriaznivej sociálnej situácie. V oblasti dlhodobej starostlivosti sú to predovšetkým:

- z dôvodu, že fyzická osoba nemá zabezpečené nevyhnutné podmienky na uspokojovanie základných životných potrieb
- ohrozenia vývoja z dôvodu zdravotného postihnutia u detí do siedmeho roku života
- pre ťažké zdravotné postihnutie a nepriaznivý zdravotný stav
- z dôvodu dovŕšenia dôchodkového veku
- pre výkon opatrovania fyzickej osoby s ťažkým zdravotným postihnutím.

Samotné dôvody nepriaznivej sociálnej situácie vytvárajú veľké spektrum cieľových skupín pre poskytovanie sociálnych služieb a dlhodobej starostlivosti. Okrem toho sa sociálne služby zameriavajú na zachovanie, obnovu alebo rozvoj schopností fyzickej osoby viesť samostatný život a na podporu jej začlenenia do spoločnosti (integrácia a inklúzia). V praxi sa predovšetkým jedná o podporu habilitácie a rehabilitácie, čiže podporu a rozvoj ADL a IADL zručností osôb odkázaných na dlhodobú starostlivosť. Súčasťou vykonávania sociálnych služieb je aj zabezpečenie nevyhnutných podmienok na uspokojovanie základných životných potrieb fyzickej osoby, ktoré predstavuje uspokojovanie základných životných potrieb, a to primárne formou zabezpečenia ubytovania, stravy, nevyhnutného ošatenia, obuvi a nevyhnutnej základnej hygieny. Zákon definuje aj to, že sociálne služby by sa mali realizovať postupmi sociálnej práce a postupmi zodpovedajúcimi poznatkom spoločenských vied a poznatkom o stave a vývoji poskytovania sociálnych služieb. Preto je nevyhnutné poznať aj

teoretické východiská a základy dlhodobej a integrovanej starostlivosti, ktoré vychádzajú z prístupov a stratégií orientovaných na človeka³. Zákon o sociálnych službách uvádza, že tieto služby sa poskytujú buď na určitý alebo neurčitý čas. Z hľadiska formy rozlišujeme terénne sociálne služby, ambulantné sociálne služby a pobytové sociálne služby. V kontexte skúseností a poznatkom spoločenských vied je v zákone zadefinovaná prednosť poskytovania sociálnych služieb terénnou a ambulantnou formou pred pobytovou formou. Toto sa však v praxi často nedeje a aj nastavenie financovania systému sociálnych služieb je primárne orientované na podporu dlhodobých pobytových služieb. Tento trend predstavuje z hľadiska budúcnosti vysoké riziko finančnej náročnosti celého systému sociálnych služieb, načo upozorňuje aj štúdia INESS – Ako určiť cenu sociálnej služby.⁴ Autor v nej upozorňuje, že súčasný systém sociálnych služieb je výrazne pofinancovaný a nesystémové dotácie zo štátneho rozpočtu to nedokážu zmeniť. Ďalej uvádza, že systém sociálnych služieb trpí investičným deficitom, konfliktom záujmov na úrovni územnej samosprávy, absenciou širokej komunitnej siete služieb, absenciou príspevku na odkázanosť a riziko demografických zmien, ktoré zásadne ovplyvnia poskytovanie dlhodobej starostlivosti a komunitných služieb.

Podľa druhu delíme sociálne služby do piatich základných okruhov. V každom okruhu sú definované jednotlivé sociálne služby. Sociálne služby podľa druhu sú:

- a) Sociálne služby krízovej intervencie, kam patria predovšetkým terénna sociálna služba krízovej intervencie, poskytovanie sociálnych služieb v zariadeniach, ako sú napr. nízkoprahové denné centrá, integračné centrá, komunitné centrá, nocľahárne, útulky, domovy na polceste, zariadenia núdzového bývania. V rámci týchto druhov sociálnych služieb sa neposkytuje dlhodobá starostlivosť.
- b) Sociálne služby na podporu rodín s deťmi, kam patria pomoc pri osobnej starostlivosti o dieťa a podpora zosúladovania rodinného a pracovného života, poskytovanie sociálnej služby v zariadeniach dočasnej starostlivosti o deti a služba včasnej intervencie. V tejto oblasti služieb v kontexte dlhodobej starostlivosti je možno spomenúť potenciál a možnosti služby včasnej intervencie, ktorá môže priniesť skorú podporu aj pre deti so zdravotným postihnutím, a tým eliminovať alebo preventívne pôsobiť na potrebu dlhodobej starostlivosti v neskoršom veku.
- c) Sociálne služby na riešenie nepriaznivej sociálnej situácie z dôvodu ťažkého zdravotného postihnutia, nepriaznivého zdravotného stavu alebo z dôvodu dovŕšenia dôchodkového veku, kde hlavnú časť tvoria pobytové a ambulantné služby poskytované v zariadeniach pre fyzické osoby, ktoré sú odkázané na pomoc inej fyzickej osoby a pre ľudí, ktorí dosiahli dôchodkový vek. Do tohto okruhu patria zariadenia podporovaného bývania, zariadenia pre seniorov, zariadenia opatrovateľskej služby, rehabilitačné strediská, domovy sociálnych služieb, špecializované zariadenia a denné stacionáre. Okrem týchto zariadení sem zaraďujeme aj ďalšie služby, ako sú domáca opatrovateľská služba, prepravná služba,

³ Viac o tejto téme v časti východiská a vybrané modely dlhodobej starostlivosti.

⁴ <http://iness.sk/stranka/12550-Ako-urcit-cenu-socialnej-sluzby.html>

sprievodcovská a predčitateľská služba, tlmočnická služba a jej sprostredkovanie. Sprostredkovanie osobnej asistencie a požičiavanie pomôcok. Práve táto skupina sociálnych služieb tvorí v súčasnosti jadro dlhodobej starostlivosti, ktorá je sústredená predovšetkým do pobytových sociálnych služieb.

- d) Sociálne služby s použitím telekomunikačných technológií tvoria hlavne monitorovanie a signalizácia potreby pomoci a krízová pomoc poskytovaná prostredníctvom telekomunikačných technológií. Práve táto skupina môže v budúcnosti tvoriť základ pre podporu tzv. Welfare technológií, ktoré môžu byť využívané na podporu terénnej dlhodobej starostlivosti.
- e) Podporné služby tvoria posledný okruh druhov sociálnych služieb a sem patria odľahčovacia služba, pomoc pri zabezpečení opatrovníckych práv a povinností, poskytovanie sociálnej služby v dennom centre, podpora samostatného bývania, poskytovanie sociálnej služby v jedálni, pracovní a v stredisku osobnej hygieny.

Sociálne služby sa môžu medzi sebou kombinovať a spájať tak, aby sa čo najlepšie riešila nepriaznivá sociálna situácia občanov. Z obsahového hľadiska sa sociálne služby skladajú z odborných činností, obslužných činností a ďalších činností. Odborné činnosti predstavujú hlavnú obsahovú časť sociálnych služieb a pre ich výkon je potrebná odborná kvalifikácia poskytovateľa sociálnych služieb. Obslužné činnosti sú poskytované predovšetkým v pobytových a ambulantných zariadeniach sociálnych služieb a ide hlavne o ubytovanie, stravovanie, upratovanie, pranie, žehlenie, údržbu bielizne a šatstva, poskytovanie vecných plnení spojených s poskytovaním ambulantnej sociálnej služby v spoločných priestoroch. Poslednú skupinu obsahových činností sociálnych služieb tvoria ďalšie činnosti. Medzi ďalšie činnosti patrí utváranie podmienok na prípravu stravy, výdaj stravy a potravín, vykonávanie nevyhnutnej základnej osobnej hygieny, poskytovanie nevyhnutného ošatenia a obuvi, úschova cenných vecí, vzdelávanie, záujmová činnosť, poskytovanie osobného vybavenia, nevyhnutného ošatenia a obuvi, preprava, donáška stravy a požičiavanie pomôcok.

V rámci individuálneho plánovania sa vieme pohybovať a kombinovať všetky tieto činnosti. Zákon o sociálnych službách však ešte vytvára priestor pre vykonávanie, zabezpečovanie a utváranie podmienok na vykonávanie iných činností, ktoré v ňom nie sú upravené, ale zvyšujú kvalitu sociálnej služby. Práve táto možnosť vytvára veľký priestor pre kreativitu v rámci individuálneho plánovania, ktorého všeobecným cieľom je zvyšovať a udržiavať kvalitu života prijímateľa sociálnych služieb. Časť sociálnych služieb, ktoré by spadali do systému dlhodobej starostlivosti sú predovšetkým pobytové sociálne služby a domáca opatrovateľská služba. Práve pre tieto sociálne služby je nevyhnutné mať posudok na odkázanosť na sociálnu službu. Tento posudok sa vystavuje v rámci posudkovej činnosti zákona o sociálnych službách. Ak chce fyzická osoba využívať sociálne služby v zariadeniach sociálnych služieb, ktorými sú – zariadenie podporovaného bývania, zariadenie pre seniorov, zariadenie opatrovateľskej služby, rehabilitačné stredisko, domov sociálnych služieb, špecializované zariadenie, denný stacionár alebo domácu opatrovateľskú službu, musí mať v rámci konania o odkázanosti na sociálnu službu v príslušnom zariadení sociálnych služieb vypracovaný individuálny posudok

o odkázanosti na sociálnu službu (na základe zdravotnej posudkovej činnosti a sociálnej posudkovej činnosti) na úrovni územnej samosprávy- vyššieho územného celku alebo lokálnej samosprávy - obce. Jedným z najvypuklejších nedostatkov systému posudzovania podľa tohto zákona je, že sa posudzujú v princípe len sociálne aspekty odkázanosti na pomoc inej osoby pri sebaobslužbe a jednotlivé úkony spadajúce do okruhu aktivít denného života, ale absentuje v nich zhodnotenie nárokov na zdravotné úkony ošetrovateľskej starostlivosti v ZSS.

Zdravotná starostlivosť

Dlhodobá starostlivosť je čiastočne poskytovaná v rámci štruktúr zdravotného systému. Tu je orientovaná predovšetkým na pacientov s chronickými ochoreniami a seniorov, ktorí potrebujú geriatrickú starostlivosť. V systéme zdravotnej starostlivosti sa poskytuje predovšetkým prostredníctvom agentúr domácej ošetrovateľskej starostlivosti; ambulantnej starostlivosti (geriatrické ambulancie); ústavnej starostlivosti (oddelenia dlhodobo chorých, geriatrické a paliatívne oddelenia v nemocniciach), ale aj v špecializovaných zdravotníckych zariadeniach, predovšetkým v liečebniach pre dlhodobo chorých, psychiatrických nemocniciach, domoch ošetrovateľskej starostlivosti, hospicioch. Všetky uvedené typy zdravotnej starostlivosti sú financované zdravotnými poisťovňami, najmä na paušálnej báze. Prepojenie sociálnej a zdravotnej starostlivosti, ktoré je čiastočne aj zo zdrojov zdravotníctva, je možné vidieť v domoch ošetrovateľskej starostlivosti a hospicioch, ale aj v sociálnych službách v zariadeniach pre seniorov, špecializovaných zariadeniach a domovoch sociálnych služieb. Aktuálne sa pripravuje úprava financovania zdravotnej starostlivosti v sociálnych službách, kde je predpoklad prechodu z financovania 9 úkonov na paušálne financovanie. Náklady na zdravotnú starostlivosť uhradené zo systému verejného zdravotného poistenia od apríla 2015 do marca 2016 boli len vo výške 80 tis. eur.

Nižšie uvedená tabuľka uvádza prehľad množstva hospitalizácií a príslušné nákladové relácie za rok 2014 podľa základných typov odborností, ktoré spĺňajú atribúty dlhodobej starostlivosti. Okrem hospicovej a paliatívnej starostlivosti sú náklady kompenzované prevažne platbami zdravotných poisťovní. Porovnávaním priemerných nákladov na hospitalizáciu a jej priemernou dĺžkou vychádza najnákladnejšia starostlivosť na oddeleniach dlhodobo chorých, geriatrických a doliečovacích⁵.

⁵ Návrh Stratégie dlhodobej starostlivosti v Slovenskej republike – pracovná verzia rok 2015. Spracované Inštitútom zdravotnej politiky MZ SR. – M. Laktišová, M. Cangár

Odbornosť	Počet útvarov/oddelení	Počet lôžok	Počet hospitalizovaných	Priemerná dĺžka hospitalizácie	Celkové náklady	Priemerné náklady na 1 hosp.	Tržby od zdrav. poisťovní	Priemerné tržby na 1 hosp.
dlhodobí chorí	52	1 884	27 180	19	24 536 968	903	20 068 526	738
doliečovanie	11	184	2 285	10	2 209 194	967	1 661 520	727
geriatria	21	802	21 715	9	15 847 452	730	15 177 567	699
paliatívna medicína	7	86	1 363	13	1 207 034	886	715 515	525
ústavná hospicová starostlivosť	8	143	688	50	829 120	1 205	175 712	255
ústavná ošetrovateľská starostlivosť	10	222	1 234	34	859 668	697	649 293	526
Celkový súčet	109	3 321	54 465	15	45 489 436	835	38 448 133	706
detská psychiatria	4	170	1 499	36	3 377 693	2 253	3 234 900	2 158
psychiatria	33	3 308	35 773	26	51 508 226	1 440	47 840 258	1 337
Celkový súčet vrátane psychiatrie	146	6 799	91 737	20	100 375 354	1 094	89 523 292	976

Ústavná zdravotná starostlivosť, ktorá je všeobecne považovaná za najnákladnejšiu formu poskytovania zdravotnej starostlivosti je stále vo veľkej miere využívaná aj na Slovensku. Počet hospitalizácií je u nás nadpriemerný, čo ako samotný ukazovateľ hodnotenia dostupnosti alebo kvality zdravotnej starostlivosti nemá významnú výpovednú hodnotu. Nabáda skôr zamyslieť sa, či nie je do budúcnosti potrebné kvôli obmedzeným rozpočtovým možnostiam rozvíjať a podporovať menej nákladné služby dlhodobej integrovanej starostlivosti, ktoré by mali preventívny účinok voči vysokej hospitalizačnej tendencii, ktorá bude kvôli demografickým ukazovateľom bez systémového zásahu pravdepodobne ešte narastať.

Z hľadiska dlhodobej starostlivosti si však osobitnú pozornosť zaslúži aj štruktúra a výška výdavkov poisťovní na agentúry domácej ošetrovateľskej starostlivosti. Ich celkové príjmy dosiahli v roku 2014 výšku asi 11 miliónov €, čo považujeme za pomerne minoritnú čiastku oproti výdavkom za hospitalizácie, ktorým by mohlo byť v mnohých prípadoch zabránené, ak by fungovali Agentúry domácej ošetrovateľskej starostlivosti vo väčšom rozsahu a ako viac podporovaná alternatíva voči ústavnej ošetrovateľskej starostlivosti. Celkovo využilo služby ADOS za obdobie minulého roka vyše 37 tisíc rôznych pacientov. Súhrnné počty mesiacov v roku, počas ktorých tieto služby potrebovali, sa prirodzene líšia. Priemerné mesačné výdavky zdravotnej poisťovne na pacienta využívajúceho ADOS boli 100 €. Služby ADOS sú v Slovenskej republike v porovnaní s inými krajinami poddimenzované. Predpokladáme, že zdravotné poisťovne neprehodnocujú reálne potreby občanov na služby ADOS, ale riadia sa len rozpočtovými pravidlami, ktoré udávajú fixné % celkových výdavkov na tento druh ZS a najmä nemajú motiváciu prekračovať zákonne stanovený normatív agentúr domácej ošetrovateľskej starostlivosti na počty sesterských miest v ADOS.⁶

V závere je potrebné upozorniť na to, že cieľom zdravotnej starostlivosti je liečenie a zlepšenie zdravotného stavu pacienta. Cieľom dlhodobej starostlivosti je podpora a kompenzácia odkázanosti na pomoc inej fyzickej osoby. Oba typy starostlivosti je potrebné prepájať, lebo vznikli na základe zhoršeného zdravotného stavu občana – takže sa musia poskytovať aj

⁶ Nariadenie vlády č. 640/2008 Z. z., príloha č. 5:

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

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

zdravotné výkony. Dlhodobá starostlivosť by mala zabezpečiť následnú starostlivosť pre všetkých občanov, ktorým bola poskytovaná zdravotná starostlivosť.

Neformálna starostlivosť

Neformálna starostlivosť v rámci dlhodobej starostlivosti je poskytovaná v domácom prostredí, je podporovaná formou príspevku na opatrovanie (zákon 447/2008 Z. z.). Nárok naň majú osoby so stupňom odkázanosti na pomoc inej osoby pri sebaobsluhy V. a VI. V roku 2016 bol počet takto opatrovaných približne 56 tisíc a len o niečo menšia (takmer 55 tisíc) bola skupina ľudí, ktorá sa o týchto ľudí starala a poberala príspevky na opatrovanie v celkovej výške cca. 92 mil. €. Práve táto forma podpory je, čo rozsahu poskytovanej dlhodobej starostlivosti najširšia a zohľadňuje aj princíp poskytovania služby v prirodzenom prostredí občana. No na druhej strane vynaložené finančné prostriedky v pomere na jedného občana sú najnižšie. Často je však rozsah problémov a odkázanosti rovnaký alebo vyšší ako aj u prijímateľov sociálnych služieb. Občania s nižším stupňom odkázanosti nie sú kompenzovaní pravidelnými priamymi finančnými benefitmi, ale aj táto skupina odkázaných občanov môže byť oprávnená na čerpanie viacerých druhov jednorazovej kompenzácie. Kompetencie v tejto oblasti má Ústredie práce, sociálnych vecí a rodiny a jeho úrady. V rámci tejto formy starostlivosti je vytvorený samostatný proces posudzovania odkázanosti realizovaný na jednotlivých úradoch práce sociálnych vecí a rodiny. V tabuľke nižšie uvádzame základný prehľad o peňažnom príspevku na opatrovanie

Peňažný príspevok na opatrovanie	2015			2016		
	Priemerný mesačný počet poberateľov	Priemerný mesačný počet opatrovaných	Priemerná mesačná výška v €	Priemerný mesačný počet poberateľov	Priemerný mesačný počet opatrovaných	Priemerná mesačná výška v €
1. Fyzická osoba poberajúca dôchodkovú dávku	21 941	22 334	89,34	22 042	22 426	89,48
2. Fyzická osoba nepoberajúca dôchodkovú dávku	33 832	34 982	172,52	31 960	32 955	170,19
3. Fyzická osoba poberajúca príspevok podľa prechodného ustanovenia	799	823	92,94	664	679	92,18
Peňažný príspevok na opatrovanie SPOLU	56 572	58 139	139,13	54 666	56 060	136,70

Zdroj: Správa o sociálnej situácii obyvateľstva v SR za rok 2016, MPSVaR SR.

Ako vidieť v uvedenej tabuľke, je možné sledovať medziročný pokles výšky finančného príspevku, ale aj počtu priznaných peňažných príspevkov na opatrovanie. MPSVaR uvádza v Správe o sociálnej situácii obyvateľstva v SR za rok 2016, že novelou zákona o peňažných príspevkoch účinnou od 1. januára 2017 sa ustanovili výhodnejšie podmienky poskytovania peňažného príspevku pre opatrovateľov, ale vzhľadom na účinnosť novely sa to má prejavíť až v údajoch za rok 2017. No stále je priemerná výška príspevku na opatrovanie relatívne nízka na to, že sa pomocou neho zabezpečuje dlhodobá starostlivosť.

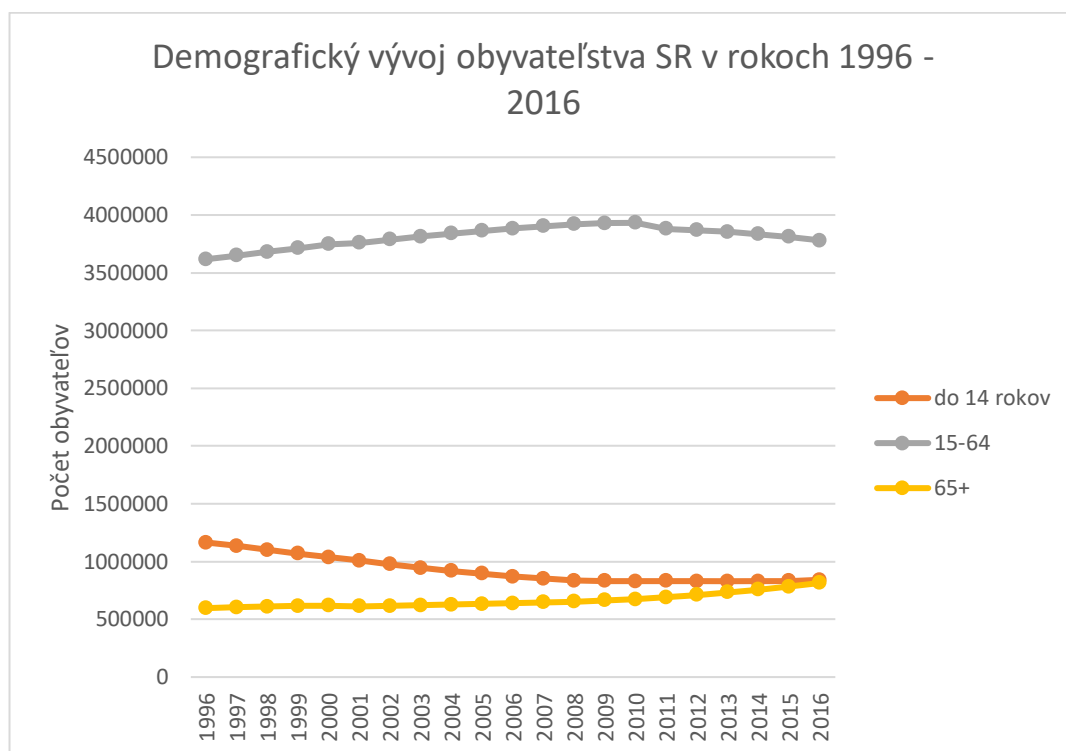
Demografické východiská systémových zmien v dlhodobej starostlivosti v SR

Podobne ako aj v ďalších krajinách Európy tak aj Slovenskú republiku čakajú v najbližšej dekáde výrazné demografické zmeny, ktoré zásadne ovplyvnia poskytovanie zdravotnej a sociálnej starostlivosti.

Z pohľadu dlhodobej starostlivosti hovoríme o dvoch hlavných cieľových skupinách obyvateľov, pre ktorých je dlhodobá starostlivosť určená. Ide o seniorov (65+) a o osoby so zdravotným postihnutím vrátane osôb s duševnými poruchami.

Seniori

Najväčšiu výzvu v rámci dlhodobej starostlivosti bude predstavovať starostlivosť o seniorov. Dôvodom tejto skutočnosti je jasný trend starnutia obyvateľstva v Slovenskej republike. Podľa aktuálnych údajov Štatistického úradu SR žilo v roku 2016 v Slovenskej republike 5.435.343 obyvateľov. Z toho počtu bolo 814.659 seniorov vo veku nad 65 rokov, tj. **14,99 %**. Ak sa pozrieme bližšie na štatistiky tak za posledných 20 rokov môžeme vidieť výrazný trend starnutia obyvateľstva.



Porovnanie za posledných 20 rokov nám ukazuje, že počet občanov v predproduktívnom veku klesol z 22% z celkovej populácie na 15% a počet seniorov na 65 rokov narástol z 11% na 14,99%. Počet obyvateľov v produktívnom veku tiež stúpol o tri

percentá – z 67% na 70%. Prognostický ústav SAV (2013)⁷ uvádza, že sa počet obyvateľov do roku 2030 mierne zvýši na približne 5,56 mil. obyvateľov, čo je možné vidieť aj v grafe, kde je celkový nárast obyvateľstva mierny už od roku 1996.

No z prognostických údajov SAV je jednoznačne možné uviesť, že Slovenskú republiku v najbližších rokoch čaká dynamické starnutie jej populácie spôsobené predovšetkým posúvaním početných generácií do seniorského veku. Podľa prognózy bude priemerný vek obyvateľstva stúpať a do roku 2025 sa priblíži k hodnote 43 rokov.

Odhaduje sa, že od roku 2018 budú v Slovenskej republike prevažovať seniori nad predproduktívnym obyvateľstvom. B. Šprocha uvádza, že do roku 2025 by sa mal zvýšiť počet seniorov vo veku 65+ na 1,05 mil. Tento trend by sa mal udržať do roku 2030. Tento trend potvrdzuje aj neustále zvyšujúci index starnutia, ktorý vyjadruje pomer počtu obyvateľov vo veku 65+ k počtu obyvateľov v predproduktívnom veku 14 a menej. V roku 1996 bol index starnutia na hodnote – 51,52%, čo predstavovalo 51,52 obyvateľov 65+ na 100 obyvateľov v predproduktívnom veku. V roku 2016 bol však už index starnutia na úrovni 96,96%, čiže takmer 97 obyvateľov 65+ na 100 obyvateľov v predproduktívnom veku. Je predpoklad, že do roku 2025 index starnutia dosiahne u mužov hodnotu 102% a u žien hodnotu až 150%. Dôležité je pozrieť sa aj na trend starnutia obyvateľov vo veku 55+, kde je možné sledovať tiež postupný nárast obyvateľstva.

Z hľadiska dlhodobej starostlivosti je významná aj skupina obyvateľov na 80 rokov, od roku 2003 stúpol počet obyvateľov na 165 tis., čo predstavuje celkový nárast o 35% v rámci tejto skupiny. Zároveň môžeme konštatovať, že náš systém sociálnej a zdravotnej starostlivosti nie je organizačne, personálne a finančne pripravený na riešenie týchto demografických problémov tak, aby dokázal zabezpečiť dostatočnú kvalitu života starších občanov. Rozsah a vplyvy tohto procesu je možné čiastočne zmierniť a regulovať prostredníctvom vhodne a včasne prijatých opatrení aj v oblasti sociálnych služieb a zdravotníctva. Práve projektovaný demografický vývoj je najväčšou výzvou pre prípravu funkčného riešenia dlhodobej integrovanej starostlivosti, pretože v nasledujúcich rokoch dôjde k výraznému nárastu populácie seniorov, čo predpokladá zvýšenú zdravotnú a sociálnu starostlivosť z dôvodu vekom podmienenej znižujúcej sa miery sebestačnosti jedinca a jeho odkázanosti na dlhodobú starostlivosť.⁸ Vzhľadom na uvedené skutočnosti sa predpokladá zvyšujúci dopyt po službách dlhodobej starostlivosti, ale zároveň aj zvyšujúci dopyt po kvalite ich poskytovania. Práve toto

⁷ B. Šprocha. Úmrtnosť a starnutie obyvateľstva Slovenska. Prognóza budúceho vývoja v kontexte starobného dôchodkového systému. Prognostické práce, 5, 2013, č. 2. Prognostický ústav SAV.

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

sú kľúčové dáta pre urgentné riešenie systémovej zmeny a nastavenie dlhodobej integrovanej starostlivosti.

Štúdia OECD uvádza, že priemerne je v krajinách OECD až 12% ľudí vo veku 65+ využívajúcich služby dlhodobej starostlivosti⁹ Pri prepočte by to znamenalo, že na Slovensku by bolo skoro 90 tisíc takýchto prijímateľov. Podľa vyjadrenia expertného fóra, v rámci Politického dialógu o návrhu stratégie pre dlhodobú starostlivosť k tejto téme v roku 2015, je potrebné číslo korigovať a odhadovaná východisková hodnota je 58 tisíc prijímateľov dlhodobej starostlivosti.

Na určenie odhadu predpokladaného počtu potrebných kapacít pobytových služieb môžeme vychádzať aj zo súčasného pomeru vo vzťahu k seniorskej populácii staršej ako 80 rokov. V roku 2015 tvorili kapacity služieb pre seniorov takmer 30. 000 miest, čo pokrylo potreby cca. 18 % populácie nad 80 rokov, resp. 3,68 % populácie 65+. Demografická prognóza hovorí, že počet obyvateľov starších ako 80 rokov sa v roku 2035 viac ako zdvojnásobí. Odhady Inštitútu finančnej politiky vo svojej predbežnej správe o revízií výdavkov MPSVR odhadujú, že bude potrebných minimálne 7.500 miest, ktoré však ani podľa správy nepokryjú dopyt po sociálnych službách¹⁰. Niektorí by museli zafinancovať ich vznik a čo je dôležitejšie aj poskytovanie služby, ktoré v súčasnosti predstavuje približne 1. 000 € na klienta na mesiac, z čoho príspevok priamo z MPSVR tvorí približne tretinu.

V súčasnosti sú sociálne služby pre seniorov poskytované predovšetkým v zariadeniach pre seniorov (17. 137 miest), špecializovaných zariadeniach (5. 761 miest) a domovoch sociálnych služieb (presné číslo ľudí v dôchodkovom veku v tomto druhu sociálnej služby nie je k dispozícii, dôvodom je to, že v posledných dvoch uvedených druhoch sociálnych služieb sú rôzne cieľové skupiny, nielen seniori). Z tohto hľadiska je relevantné číslo, ktoré uvádza celkový počet prijímateľov sociálnych služieb v dôchodkovom veku, a to je 29. 644, čo je oproti roku 2014 nárast o 4. 734 prijímateľov v dôchodkovom veku.

Dlhodobá starostlivosť sa pre seniorov zabezpečuje aj cez domácu opatrovateľskú starostlivosť. V roku 2016 bola domáca opatrovateľská starostlivosť poskytovaná zo strany verejných aj neverejných poskytovateľov 16. 749 občanom, čo je oproti roku 2015 celkový nárast o 141 osôb. Na poskytovanie opatrovateľskej služby bolo v roku 2016 vynaložených zo strany obcí 35,3 mil. eur, čo je oproti roku 2015 nárast o 5,0 mil. eur. a náklady neverejných poskytovateľov predstavovali 14,39 mil. Eur.

Zároveň je dôležité uviesť, že na služby dlhodobej pobytovej starostlivosti bolo ku koncu roku 2015 evidovaných 7. 699 žiadateľov, z toho bolo pre služby pre seniorov – 5. 857 žiadateľov.

Dôležitým faktorom pri uvažovaní o dlhodobej starostlivosti je aj nárast neurodegeneratívnych ochorení spájaných so zvyšujúcim sa vekom. Podľa odhadov takýmto ochorením trpí každý 13ty človek vo veku 65+, ale až každý piaty vo veku 80+ rokov.

⁹ Recipients of long-term care, Health at a Glance 2013, http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2013-en

¹⁰ Revízia výdavkov na politiky trhu práce a sociálne politiky - Priebežná správa. Inštitút finančnej politiky, Ministerstvo financií, máj 2017.

S predlžujúcim sa vekom dožitia sa bude zvyšovať dopyt po špecifických službách pre túto cieľovú skupinu.

Špecifickým slovenským problémom v porovnaní s ostatnými krajinami EÚ je, že Slováci zároveň prežijú takmer najmenej rokov zdravého života, teda bez diagnózy, pri ktorej je potrebná pravidelná zdravotná starostlivosť. Na neefektivitu vynakladaných zdrojov v zdravotníctve upozorňuje aj štúdia Inštitútu finančnej politiky¹¹.

Prehľad štruktúry výdavkov na zdravotnú starostlivosť obyvateľov 65+

Keďže neexistuje prepojenie databáz sociálneho sektora s databázami zdravotných poisťovní, aby sme vedeli priradiť výdavky na zdravotnú starostlivosť (ďalej len „ZS“) k osobám, ktorým bol priznaný nejaký OPIOS, alebo ktoré konkrétne sú umiestnené v inštitucionálnom prostredí, na ilustráciu akútnosti riešenia problematiky DSZS ponúkame prehľad celkových výdavkov ZP na ZS pacientov 65+. Základná prognóza vývoja výdavkov zohľadňujúca priemerné ročné celkové náklady na ZS podľa veku za roky 2011-2013 a podľa demografického trendu indikuje ich výraznejší nárast o 20% už v roku 2020.

Veková skupina	Priemerný počet poistencov 2011-2013	Priemerné ročné náklady na ZS na osobu v €	Odhad počtu poistencov v 2020	Odhad nákladov na ZS v 2020 v €
65 - 69	238 929	1 391	333 602	464 064 232
70 - 74	187 108	1 586	240 371	381 169 894
75 - 79	143 317	1 689	160 032	270 363 808
80+	197 395	1 422	181 052	257 468 985
Spolu	766 749	1 151 910 386	915 057	1 373 066 919

Z uvedeného vyplýva, že je potrebný dôkladnejší rozbor po jednotlivých typoch poskytnutej ZS a diagnózach tých osôb, ktoré zaťažili systém najviac, aby sme podporili, prípadne vyvrátili tvrdenie, že cieľová skupina občanov odkázaných na DSZS bude zložená z cca 25 tis. ľudí v pobytových službách, z ktorých asi 20 tis. bude vo veku 65+. V následnej dopadovej štúdii podľa návrhu opatrení uvedených v kapitole 7 bude tiež žiaduce prepojiť individuálne zdravotné výdavky tejto skupiny so sociálnymi výdavkami.

¹¹ Filko, M. a kol. (2012), Málo zdravia za veľa peňazí: Analýza efektívnosti slovenského zdravotníctva, Ekonomická analýza 28, Inštitút finančnej politiky, Ministerstvo financií SR

Osoby so zdravotným postihnutím

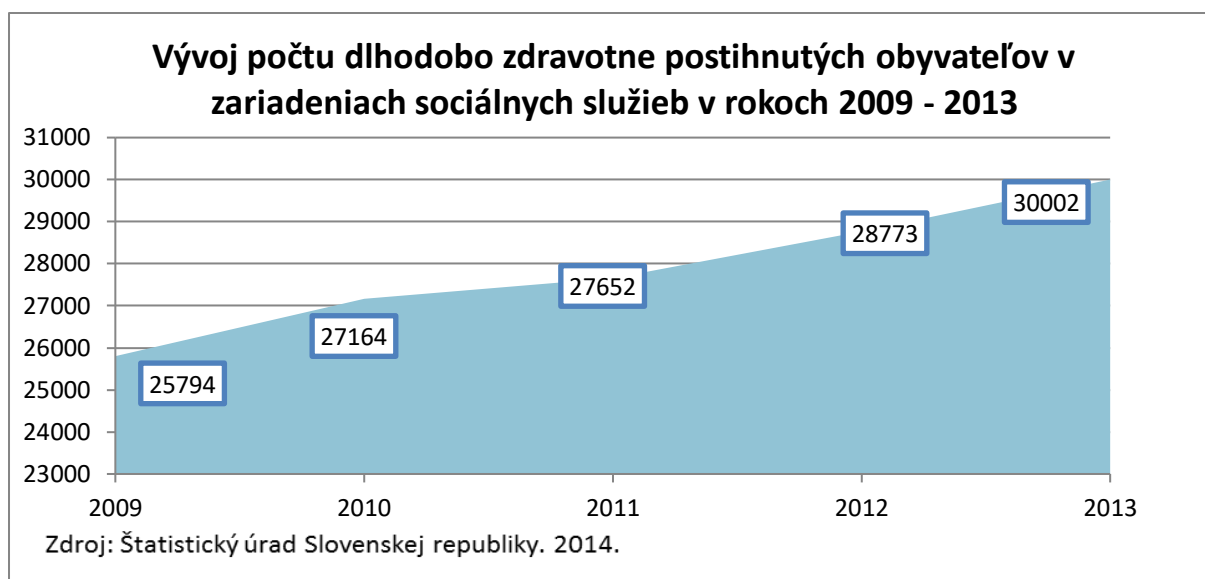
Okrem starších osôb ďalšiu významnú skupinu prijímateľov sociálnych služieb tvoria osoby so zdravotným postihnutím (ďalej len „osoby so ZP“). Legislatívne opatrenia pre fyzické osoby s ťažkým zdravotným postihnutím v Slovenskej republike upravuje zákon 447/2008 Z.z. o peňažných príspevkoch na kompenzáciu ťažkého zdravotného postihnutia a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

Peňažné príspevky na kompenzáciu je možné poskytnúť fyzickej osobe s ťažkým zdravotným postihnutím, pričom za fyzickú osobu s ťažkým zdravotným postihnutím sa považuje osoba, ktorej miera funkčnej poruchy je stanovená najmenej na 50%. Univerzálnosť systému je daná najmä tým, že sa týka osôb celého vekového spektra a všetkých druhov zdravotného postihnutia. Navyše, systém kompenzácie je zameraný na cielenú podporu osôb s ŤZP vo všetkých oblastiach života.

V roku 2013 bolo uznaných za osoby s ŤZP približne 8,9 % z celkovej populácie v Slovenskej republike, s vyššou prevalenciou u žien (58 % : 42 %) a v 60 % išlo o osoby 62 ročné a staršie. Práve skutočnosť, že systém zasahuje len osoby s ŤZP, vysvetľuje výrazný rozdiel voči celosvetovému priemeru prevalencie ZP, ktorý Svetová správa o zdravotnom postihnutí (2011) stanovila až na 15 %.

Pre úplnosť je potrebné uviesť, že o systém kompenzácie sa opiera aj systém zdravotnej starostlivosti (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), systém štátnej podpory bývania a čiastočne aj systém sociálnych služieb (zákon č. 448/2008 Z.z. o sociálnych službách), ktorý sa okrem osôb s ŤZP týka aj osôb s nepriaznivým zdravotným stavom.

V roku 2015 bolo v SR platných 316. 849 preukazov pre osoby s ŤZP. V rámci systému kompenzácie sociálnych dôsledkov ťažkého zdravotného postihnutia a systému sociálnych služieb sa nepomáha len samotným odkázaným osobám, ale aj tým, ktorí ich opatrujú na neformálnej báze. V rámci sociálnych služieb možno takýmto osobám poskytovať odľahčovaciu službu, ktorá je však v Slovenskej republike zatiaľ využívaná len ojedinele. V roku 2013 bolo deklarovaných len 9 poskytovateľov odľahčovacej služby a bola poskytnutá len 117 prijímateľom sociálnych služieb. Zároveň však môžeme v zariadeniach sociálnych služieb sledovať stúpajúci trend dlhodobo zdravotne postihnutých občanov (pozri – Počet dlhodobo zdravotne postihnutých obyvateľov v zariadeniach sociálnych služieb v rokoch 2009 – 2013). V roku 2013 bolo v zariadeniach sociálnych služieb 30. 002 dlhodobo zdravotne postihnutých obyvateľov.



Predpokladaný demografický nárast nie je taký markantný ako pri senioroch. Na základe dostupných údajov z Národného centra zdravotných informácií a Neonatologickej sekcie Slovenskej pediatrickej spoločnosti sa odhaduje, že ročne sa na Slovensku narodí približne 2.000 detí, ktoré potrebujú služby včasnej intervencie. Tieto sú už od svojej podstaty kombináciou sociálnej a zdravotnej starostlivosti¹².

Pre túto cieľovú skupinu dlhodobá sociálno-zdravotná starostlivosť bude nevyhnutná po celý život, ale v rôznej miere a najmä by mala flexibilne sledovať potreby človeka meniace sa s jeho vekom a potrebou začleňovania sa do spoločnosti. V súčasnosti práve z dôvodu absencie komunitných služieb pre rodinu a včasnej intervencie, ale aj regulácie pobytových celoročných sociálnych služieb je možné sledovať nárast detí so zdravotným postihnutím v rámci ústavnej starostlivosti systému sociálnoprávnej ochrany a kurately.

Podpora a služby osobám so zdravotným postihnutím sa poskytujú primárne v oblasti sociálnych služieb a neformálnou starostlivosťou. Základné štatistické dáta k neformálnej starostlivosti sme už uvádzali. V oblasti sociálnych služieb sa podpora osobám so zdravotným postihnutím poskytuje predovšetkým v zariadeniach sociálnych služieb. Podľa údajov uvedených v Správe o sociálnej situácii obyvateľov v SR za rok 2016 bolo v zariadeniach sociálnych služieb 47. 794 miest z toho 39. 906 v celoročnej starostlivosti, 612 v týždennej starostlivosti, 4. 600 v dennej starostlivosti a 2. 676 v prechodnej starostlivosti. Z celkového počtu všetkých miest bolo až 43. 847 miest, ktoré majú charakter dlhodobej starostlivosti. Toto je jedným z dôvodov, prečo uvádzame, že základ dlhodobej starostlivosti v súčasnosti v Slovenskej republike tvorí práve systém sociálnych služieb. Celkovo však boli sociálne služby v zariadeniach sociálnych služieb poskytované 50. 165 občanom (prijímateľom sociálnych služieb). Z toho bolo 29. 644 osôb v dôchodkovom veku a minimálne 20. 521 bolo osôb so

¹² Kol. autorov: Včasná intervencia a diagnostika pre osoby so zdravotným postihnutím v Slovenskej republike. WHO, 2016.

zdravotným postihnutím. Veľká časť osôb v dôchodkovom veku sú aj osoby so zdravotným postihnutím, ale presné štatistické údaje nie sú evidované. Relevantné sú však údaje o zdravotnej farmakologickej starostlivosti v zariadeniach sociálnych služieb, ktoré indikujú jasnú potrebu dlhodobej integrovanej starostlivosti.

Psychiatrickú liečbu podstúpilo až 15. 114 prijímateľov sociálnych služieb, 9. 497 užívalo antidepresíva. Významný údaj z hľadiska dlhodobej starostlivosti je počet osôb opatrovaných na lôžku, ktorých bolo 8. 038 a to je cca. 16% zo všetkých prijímateľov sociálnych služieb. Zároveň je medzi prijímateľmi sociálnych služieb 8. 624 osôb, ktoré sú úplne alebo čiastočne zbavení spôsobilosti na právne úkony.

Z ekonomického hľadiska môžeme sledovať, že výdavky na zariadenia sociálnych služieb boli vo výške cca. 369 mil. Eur, z toho výdavky vo výške cc. 358 mil. Eur predstavovali výdavky na služby s charakterom dlhodobej starostlivosti.

Ako je z uvedeného možné vidieť, financovanie a poskytovanie sociálnych služieb sa primárne orientuje na inštitucionálnu starostlivosť, a to aj napriek stanoveným národným prioritám rozvoja sociálnych služieb a písomne deklarovanej podpore procesu deinštitucionalizácie. Inštitucionálna starostlivosť je výrazne nákladná a z hľadiska kvality poskytovanej sociálnej služby a prístupu orientovaného na človeka, často neefektívna a predstavuje do budúcnosti riziko udržateľnosti. Vzhľadom na tieto skutočnosti sa ukazuje ako nevyhnutné realizovať systémovú zmenu prechodu z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť tak, aby sa zabezpečila efektívna a na človeka orientovaná komunitná dlhodobá integrovaná starostlivosť. Tento trend je možné z hľadiska rovnakých rizík sledovať aj v zahraničí, či sú to už anglo-saské krajiny alebo škandinávské krajiny.

Európa a aj Slovensko sa musia pripraviť na riešenie demografickej krízy, ktorá nás v budúcnosti čaká tak, aby bola starostlivosť ekonomicky udržateľná, ale zároveň aj pokrývala potreby občanov na ňu odkázaných. **Načrtnuté demografické zmeny vyžadujú potrebu celospoločenskej zhody na riešenie očakávaných dôsledkov tohto vývoja, z hľadiska výdavkov na zdravotno-sociálnu starostlivosť a sociálne zabezpečenie.** Spoločnosť by mala vytvárať i podmienky pre využitie potenciálu starnúcich generácií a výraznejšie sa venovať prevencii, a to nielen v oblasti starnutia, ale aj včasnej intervencie tak, aby sa v maximálnej miere využil potenciál ľudí s ťažkým zdravotným postihnutím.¹³

V oblasti podpory duševného zdravia je možné konštatovať, že duševné ochorenie sa stalo v priebehu posledných rokov tretím najčastejším dôvodom na priznanie invalidného dôchodku. Podľa údajov Sociálnej poisťovne v roku 2013 pre duševné choroby a poruchy správania, čo je druhá najčastejšia príčina priznania invalidného dôchodku (17,13 % zo všetkých priznaných invalidných dôchodkov), bol priznaný invalidný dôchodok 2. 370 osobám s poklesom schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť do 70 % a 1. 017 osobám s poklesom

¹³ Úrad verejného zdravotníctva Slovenskej republiky: Správa o zdravotnom stave obyvateľstva SR za roky 2012 – 2014

vykonávať pracovnú činnosť nad 70 %. Vychádzajúc z údajov Štatistického úradu Slovenskej republiky o sociálnych službách môžeme konštatovať, že v roku 2015 bolo v domovoch sociálnych služieb 3. 793 obyvateľov s duševnými poruchami a poruchami správania. Ľuďom s duševnými poruchami sú poskytované aj iné druhy sociálnych služieb, avšak v súčasnosti sa osobitné štatistiky o tejto cieľovej skupine nevedú. Strategický rámec starostlivosti o zdravie pre roky 2013 – 2030 uvádza duševné zdravie medzi svojimi prioritami a zdôrazňuje na jednej strane potrebu komunitných intervenčných programov, zároveň hovorí aj o potrebe výskumov zameraných na vzájomné prepojenie medzi problémami duševného zdravia a sociálnym vylúčením. Duševné poruchy sa môžu vyskytovať aj pri iných druhoch ZP (duálne diagnózy), sú prierezové.

O potrebe riešenia dlhodobej integrovanej starostlivosti hovorí aj materiál Útvary Hodnota za peniaze Ministerstva financií SR - Revízia výdavkov na politiky trhu práce a sociálne politiky - Záverečná správa, kde sa uvádza: „*Napriek rastúcemu počtu osôb v populácii starších ako 80 rokov je opatrovaných stále menej. Počet osôb s ťažkým zdravotným postihnutím, ktoré sú opatrované rodinnými príslušníkmi v produktívnom veku, poklesol hlavne u osôb s ťažkým zdravotným postihnutím starších ako 80 rokov. Demograficky však rovnaká skupina osôb v Slovenskej republike rástla. Hlavnými dôvodmi môže byť vyhľadávanie iných riešení odkázanosti na pomoc inej osoby (prostredníctvom sociálnych služieb), rast počtu opatrovateľov seniorov, resp. ekonomický cyklus. Revízia výdavkov preskúma dôvody poklesu počtu opatrovaných osôb nad 80 rokov. **Najvyššiu hodnotu pre odkázanú osobu prináša čo najdlhší pobyt v prirodzenom domácom prostredí. Najnižšie jednotkové výdavky štátu prináša opatrovanie rodinným príslušníkom. Opatrovateľ však znižuje svoje šance na zamestnanie. Domáce prostredie pozitívne vplyva na osobu s ťažkým zdravotným postihnutím (Colombo et al., 2011).** Na opatrovanie sú priemerné výdavky štátu na jednu osobu nižšie o takmer 245 € oproti osobnej asistencii. Opatrovanie rodinným príslušníkom znižuje budúce šance opatrovateľa na zamestnanie. Náklady na stratu kvalifikácie a následne zníženia uplatnenia na trhu práce sú len ťažko kvantifikovateľné. Revízia výdavkov bude hľadať opatrenia na optimálne nastavenie rovnováhy medzi zabezpečením dostatočnej podpory pre starostlivosť o osoby s ŤZP a motiváciami opatrovateľa pracovať.*

*Pri predpokladanom demografickom vývoji budú výdavky na dlhodobú zdravotnú starostlivosť rásť. Slovensko starne najrýchlejšie z krajín Európskej únie (EK, 2015b). Do roku 2060 by mali podľa odhadov Európskej komisie narásť výdavky na dlhodobú starostlivosť z dnešných 0,3 % HDP na asi 0,6 % HDP. V rizikovom scenári je možný nárast až na 4,6 % HDP.*¹⁴

Ako vidieť, aj samotný Útvar Hodnota za peniaze upozorňuje na dva základné fakty, a to demografické riziko a kríza, ktoré hrozia Slovenskej republike a na potrebu zabezpečenia dlhodobej starostlivosti tak, aby bola, čo najbližšia prirodzenému prostrediu – to znamená ísť cestou prístupu orientovaného na človeka a podpory komunitných služieb (terénnych, ambulantných a pobytových) – čiže podpora procesu prechodu z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť. Dokument tohto útvaru s názvom Revízia výdavkov na politiky trhu práce a sociálne politiky – Návrh opatrení v oblasti dlhodobej starostlivosti odporúča, aby

¹⁴ <http://www.finance.gov.sk/LoadDocument.aspx?categoryId=11154&documentId=15717>

„sociálne služby boli revíziou výdavkov na politiky trhu práce a sociálne politiky identifikované ako oblasť, ktorá môže prinášať vyššiu hodnotu, najmä vzhľadom na silné demografické tlaky, ktorým Slovensko čelí. Revízia nenavrhuje konkrétne výdavkové opatrenia. Slovensko je jedna z najrýchlejšie starnúcich krajín Európskej únie (EK, 2015, Eurostat). Starnutie populácie vytvára tlak na budúce výdavky verejných financií. Narastať tak budú výdavky na sociálne služby, dôchodkové zabezpečenie a zdravotnú starostlivosť. Do roku 2060 sa výdavky na dlhodobú starostlivosť podľa odhadov Európskej komisie zdvojnásobia. Jedným z opatrení by malo byť prepojenie poskytovaných sociálnych a zdravotných služieb do jedného systému dlhodobej starostlivosti, ktoré umožní zvyšovanie kvality poskytovanej starostlivosti a tiež úsporu nákladov.“¹⁵ Čiže aj ekonomickí odborníci Ministerstva financií odporúčajú a hovoria o nevyhnutnej potrebe vytvorenia systému dlhodobej integrovanej starostlivosti, ktorá ale musí byť kvalitná a efektívna.

¹⁵ <http://www.finance.gov.sk/LoadDocument.aspx?categoryId=11154&documentId=15718>

Financovanie dlhodobej starostlivosti

Koncom roka 2015 sa pod záštitou Svetovej zdravotníckej organizácie a Ministerstva zdravotníctva uskutočnilo odborné podujatie pod názvom Politický dialóg o návrhu stratégie pre dlhodobú starostlivosť. Odborníci z WHO - Europe, Rakúska a Holandska spolu s expertami zo Slovenska a zástupcami relevantných organizácií, vrátane MPSVR, diskutovali o návrhu stratégie dlhodobej starostlivosti, východiskách a hlavných predpokladoch potenciálnej implementácie reformy. Spoločne identifikovali niekoľko tematických oblastí:

1. Posudzovanie
2. Identifikovanie subjektov poskytujúcich dlhodobú starostlivosť
3. Podmienky a kvality služieb dlhodobej starostlivosti
4. Určenie zodpovedností
5. Financovanie
6. Legislatíva

V otázke financovania dlhodobej starostlivosti sa experti na stretnutí zhodli, že by malo dôjsť k spojeniu financovania z rôznych zdrojov. V diskusii sa zhodli, že návrh viaczdrojového financovania, ktorý predstavila Nezávislá platforma SocioFórum, je dobrým začiatkom. Návrh predstavuje štyri zdroje a sumár týchto zdrojov musí byť dostatočný na pokrytie nákladov poskytovateľa dlhodobej starostlivosti:

1. sociálny rozpočet (MPSVR/ÚPSVAR – príspevok na odkázanosť)
2. verejné zdravotné poistenie (povinné financovanie cez navýšenie príspevkov na poistencov štátu)
3. obec/VÚC (vyrovnávací platba)
4. prijímateľ služby (ak nemôže, tak obec)

Základnými činnosťami dlhodobej starostlivosti, ktoré by mali byť hrazené príspevkom na odkázanosť, sú:

- a) opatrovanie
- b) sociálna rehabilitácia
- c) poradenstvo

Príspevok na odkázanosť by mala byť štátna dávka pre osoby odkázané na pomoc inej osoby pri úkonoch sebaobsluhy. Mala by byť určená na spolufinancovanie nákladov dlhodobej sociálnej starostlivosti o ľudí s ťažkým zdravotným postihnutím, chronicky alebo ťažko chorých tak v pobytovom zariadení ako aj v domácnosti alebo v inom prirodzenom priestore. Neodškriepiteľný význam príspevku na odkázanosť je skutočnosť, že umožňuje poberateľovi – odkázanej osobe – vybrať si službu/y, ktorá najlepšie uspokojí jej potreby. Zmení sa tým podstatne spôsob vykonávania a poskytovania služieb pre túto cieľovú skupinu. Všetci poskytovatelia a ich zriaďovatelia by mali konštruktívne reagovať na potreby ľudí zefektívnením alebo reštrukturalizáciou svojich služieb.

Príspevok na starostlivosť by tak nahradil:

- príspevok na opatrovanie blízkej osoby podľa zákona 447/2008 Z.z. o peňažných príspevkoch na kompenzáciu ťažkého zdravotného postihnutia,
- finančný príspevok zo štátneho rozpočtu pre poskytovateľov zariadení pre seniorov, v zariadení opatrovateľskej služby ktoré prevádzkujú obce a neverejní poskytovatelia
- finančný príspevok zo štátneho rozpočtu v špecializovanom zariadení, DSS, rehabilitačnom stredisku, v zariadení podporovaného bývania, v dennom stacionári, ktoré prevádzkujú obce
- finančný príspevok pri odkázanosti fyzickej osoby na pomoc inej osoby pri úkonoch sebaobsluhy poskytovaný VÚC neverejným poskytovateľom na vybrané druhy sociálnych služieb (domov sociálnych služieb, špecializované zariadenie, zariadenie podporovaného bývania a rehabilitačné stredisko)

Z prostriedkov zdravotníctva (verejné zdravotné poistenie/štátny rozpočet) by mali byť hradené ošetrovateľské výkony pre fyzické osoby odkázané na pomoc inej osoby pri úkonoch sebaobsluhy. Najideálnejšie by bolo zaviesť paušálne výdavky na osobu na mesiac.

Vyrovňavacia platba poskytovaná VÚC prípadne obcou by mala nahradiť časť finančnej straty poskytovateľa, spôsobenú nezaplatením úhrad z dôvodu nízkeho alebo žiadneho príjmu prijímateľa sociálnej služby a potrebou krytia prevádzkových nákladov poskytovateľa. Vyrovňavacia platba by bola regulovaná určenou maximálnou výškou, limitovanými mzdovými nákladmi a podielom pracovníkov v priamom kontakte s prijímateľom služby. Vyrovňavacia platba musí byť zavedená súčasne s príspevkom na odkázanosť.

Súvisiace (obslužné) činnosti, ako napr. stravovanie, bývanie, pranie a pod., sú hradené z platby/úhrady prijímateľov služby, resp. ich rodinných príslušníkov na základe vyživovacej povinnosti. Ďalšími činnosťami, ktoré skvalitňujú sociálnu službu, sú: rôzne druhy terapií, záujmové voľnočasové aktivity, vytvorenie podmienok pre návštevu rodiny a priateľov a pod. a budú hradené z úhrady prijímateľov, resp. ich rodinných príslušníkov alebo z vlastných príjmov poskytovateľa alebo zriaďovateľa.

Takýto model predpokladá, že do systému služieb zdravotno-sociálnej starostlivosti bude vstupovať človek na základe posúdenia a holistického určenia jeho stavu odkázanosti. Základom pri výbere konkrétnej služby je, že potrebuje pravidelnú zdravotnú aj sociálnu starostlivosť, či už v domácom prostredí (ADOS, opatrovateľská služby) alebo v prostredí zariadenia (celoročného, týždenného alebo ambulantného).

Ostáva vyriešiť otázku služieb a starostlivosti o osoby s nižšími stupňami odkázanosti – či už by sa jednalo o seniorov alebo ľudí so zdravotným postihnutím. Najdôležitejším doplnením sociálnych služieb pre tieto cieľové skupiny sú preventívne aktivity a fyzioterapia. Najmä preventívne aktivity by sa dali riešiť formou terénnych programov v spolupráci s obecnou samosprávou.

Osoby so zdravotným postihnutím sú špecifická a veľmi diverzifikovaná skupina z pohľadu potreby dlhodobej zdravotno-sociálnej starostlivosti. Z pohľadu sociálnych služieb je špecifikom tejto skupiny služieb (v porovnaní s dlhodobou starostlivosťou o seniorov a prevenciou či krízovou intervenciou) potreba podporovať sociálne začleňovanie osôb so

zdravotným postihnutím počas celého života. Platí, že čím skôr sa so začleňovaním začne, tým menej spoločnosť stojí.

Dlhodobá a nepretržite poskytovanými základnými činnosťami sociálneho začleňovania sú:

- opatrovanie dieťaťa alebo dospelého človeka blízkym členom rodiny
- opatrovanie profesionálnym opatrovateľom; v prípade detí do 18 rokov opatrovateľom so špecializovaným zameraním na deti
- osobná asistencia

Základnými odbornými činnosťami a službami, špecifickými vo vzťahu k práve prebiehajúceho životného cyklu dieťaťa alebo dospelého jedinca sú:

- včasná intervencia
- podpora školského asistenta a špecializovaných pomôcok pre inklúziu detí do bežných škôlok a škôl
- príprava na zamestnanie v bežnej alebo špeciálnej strednej škole, s dôrazom na duálne vzdelávanie
- pracovná rehabilitácia a podporované zamestnávanie
- sociálna rehabilitácia a podporované bývanie

V systéme podpory sociálneho začleňovania by mal byť predpokladaným zdrojom financií príspevok na podporu začleňovania zo strany MPSVR. Ten by sa poskytoval dovtedy, kým osobe nevznikne nárok na príspevok na odkázanosť v systéme dlhodobej starostlivosti. Poskytovaním tohto príspevku by sa zvýšila nezávislosť prijímateľa pri výbere potrebných služieb či činností, najmä v prechodových (tranzitných) obdobiach: zo starostlivosti rodičov do systému vzdelávania, zo vzdelávania na trh práce a bývania podľa vlastného výberu. Podmienkou pre výplatu tohto príspevku do 18 rokov veku by bola účasť dieťaťa na niektorej zo základných aktivít sociálneho začleňovania patriacej k životnému cyklu dieťaťa. Vzhľadom na holistický prístup by financovanie v relevantných oblastiach museli dopĺňať aj iné rezorty – Ministerstvo zdravotníctva (v rámci včasnej intervencie napríklad logopéd, psychológ, neurológ, pediater a častokrát celoživotne fyzioterapeut) a Ministerstvo školstva (školský asistent, špecializované pomôcky, ...).

Základné dôvody, dilemy a odporúčania pre systémovú zmenu – systém dlhodobej starostlivosti

Na úvod tejto časti považujeme za dôležité uviesť základné princípy integrovanej starostlivosti orientovanej na človeka, tak, ako ich uvádza Svetová zdravotnícka organizácia. Napriek rozdielnym formám tejto starostlivosti naprieč rôznymi krajinami, je možné vidieť, že ciele a východiská potrebných zmien paradigmy vychádzajú zo spoločných a zdieľaných princípov a unifikovaných rámcových hodnôt. Tieto hodnoty majú východiská predovšetkým v holistických a ľudsko-právnych prístupoch a vidíme ich v takmer všetkých medzinárodných legislatívnych dokumentoch a dohovoroch, ktoré sa dotýkajú a ovplyvňujú starostlivosť o zdravie človeka.¹⁶ Svetová zdravotnícka organizácia uvádza nasledovné spoločné a základné princípy na človeka orientovanej a integrovanej starostlivosti:

1. *Komplexnosť* – starostlivosť, ktorá je komplexná a prispôbená meniacim sa zdravotným potrebám a požiadavkám jednotlivcov a populácie so záväzkom na zabezpečenie univerzálneho zdravotného krytia.
2. *Spravodlivosť* – poskytovanie starostlivosti, ktorá je dostupná a prístupná pre všetkých.
3. *Udržateľnosť* – poskytovanie starostlivosti tak, aby bola účinná, efektívna a prispievala k trvalo udržateľnému rozvoju.
4. *Koordinovanosť* – zabezpečenie toho, aby bola starostlivosť integrovaná okolo potrieb človeka a efektívne koordinovaná naprieč rôznymi poskytovateľmi, systémami a úrovňami.
5. *Kontinuita* – poskytovanie starostlivosti a služieb počas celého života človeka.
6. *Holistický prístup* – zameranie sa na fyzické, socioekonomické, mentálne a emocionálne zdravie a well-being.
7. *Prevencia* – riešenie sociálnych determinantov nepriaznivého zdravotného stavu v rámci a medzi jednotlivými sektormi, ktoré presadzujú verejné zdravie a zdravý životný štýl.
8. *Empowerment (zmocňovanie)* – podpora ľudí v riadení a zodpovednosti za svoje vlastné zdravie.
9. *Orientácia cieľe* – vo vzťahu na to, aké robia ľudia rozhodnutia v zdravotnej starostlivosti vyhodnocovať výstupy a merať úspechy.
10. *Rešpekt* – rešpekt pred prirodzenou ľudskou dôstojnosťou, sociálnymi okolnosťami a kultúrnymi rozdielmi.
11. *Spolupráca* – podpora budovania vzťahov, tímovej spolupráce a kros-disciplinárnej spolupráce naprieč primárnou, sekundárnou a terciárnou starostlivosťou a medzi sektormi.

¹⁶ Starostlivosť o zdravie človeka vnímame v základnej všeobecnej a komplexnej rovine – čiže v zohľadnení fyzickej, duševnej, sociálnej a duchovnej stránky človeka.

12. *Koprodukcia* – cez podporu aktívnych partnerstiev s ľuďmi, komunitami na individuálnej, organizačnej a systémovej úrovni.
13. *Práva a zodpovednosť* – zabezpečiť, aby všetci mohli očakávať, využívať a rešpektovať práva a povinnosti.
14. *Riadenie pomocou zdieľanej zodpovednosti* – poskytovateľov starostlivosti za kvalitu starostlivosti a výsledky starostlivosti o zdravie.
15. *Poznatky a vedomosti* – zabezpečenie, aby politiky a stratégie boli riadené na základe najlepšie dostupných poznatkov a vedomostí a podpora hodnotenia merateľných cieľov relevantných pre zvyšovanie kvality a dosahovanie výsledkov v priebehu času.
16. *Vedenie komplexným systémovým myslením* – pohľad na zdravotný systém ako komplexný, ktorý sa snaží pochopiť, ako jednotlivé jeho komponenty fungujú medzi sebou a ako je systém ovplyvnený faktormi, ktoré stoja za ním.
17. *Etika* – zabezpečiť, aby starostlivosť optimalizovala pomer rizika a prínosu vo všetkých intervenciách s rešpektom voči právu jednotlivca robiť slobodné a autonómne rozhodnutia, ochranou súkromia a ochranou najviac ohrozených ľudí a zabezpečenia rovnocennej distribúcie zdrojov.¹⁷

Práve tieto základné princípy musia tvoriť jadro filozofie celého nového systému dlhodobej integrovanej starostlivosti. Už z uvedených informácií v tejto správe je možné vidieť, že nepôjde len jednoduché a rýchle riešenia, ale ide o systémovú reformu, ktorá zásadne ovplyvní poskytovanie zdravotnej a sociálnej starostlivosti. Preto je nevyhnutné riešiť tieto témy, tak na národnej ako aj na regionálnej úrovni. Nasledovné odporúčania vychádzajú z vyjadrení viacerých politických dialógov, ktoré boli realizované v rokoch 2015 – 2017 pod záštitou kancelárie Svetovej zdravotníckej organizácie v Slovenskej republike. Odborníci, ktorí sa zúčastňovali týchto diskusií uvádzali, že samotné poskytovanie kuratívy v zdravotnej oblasti alebo aj sociálnych služieb nebolo až tak problematické, ak daný občan vedel, na koho sa má obrátiť a vedel si vyhľadať služby a starostlivosť.

No veľkú skupinu tvoria práve občania, ktorí nevedia sami túto podporu vyhľadať a získať, je pre nich finančne nedostupná, prípadne potrebujú intenzívnejšie a špecializované služby a bariéry prostredia sú často prekážkou, aby mohla osoba odborníkov navštevovať.

Z uvedeného dôvodu bude potrebné presne identifikovať kompetencie a úlohy jednotlivých aktérov v systéme dlhodobej integrovanej starostlivosti, a tiež, kto by mal byť koordinátorom a garantom dlhodobej integrovanej starostlivosti. V súčasnosti uvedenú zodpovednosť majú v sociálnej oblasti zo zákona prerozdelenú obce a vyššie územné celky a v primárnej zdravotnej starostlivosti súkromné ambulancie.

Podľa odborných diskusií by mala táto koordinačná úloha ležať na pleciach samosprávy, je však veľmi dôležité zvážiť, či to budú obce alebo samosprávne kraje a aké kompetencie a regulácia im bude určená. Otázkou je, či by z hľadiska dostupnosti služieb nemala prevziať funkciu

¹⁷ WHO global strategy on people-centred and integrated health services. (2015).
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/155002/1/WHO_HIS_SDS_2015.6_eng.pdf?ua=1&ua=1

koordinátora dlhodobej integrovanej starostlivosti samospráva obce alebo v prechodnom období okres. Administratívne prekážky v prepojení zdravotných služieb poskytovaných v sociálnom rezorte (napríklad liečebná rehabilitácia poskytovaná v zariadeniach sociálnych služieb), bránia preplácaniu zdravotnej starostlivosti cez zdravotnú poisťovňu. Tak dochádza k situáciám, v ktorých má občan tie isté služby (liečebnej rehabilitácie) poskytované v domove sociálnych služieb financované z prostriedkov samosprávneho kraja a bežný občan so zdravotným postihnutím prostredníctvom pre - financovania cez zdravotnú poisťovňu. Pre osoby so zdravotným postihnutím, z hľadiska zníženej mobility a orientačných schopností, je poskytovanie zdravotnej a sociálnej starostlivosti na jednom mieste výhodou.

Riešenie koordinácie dlhodobej integrovanej starostlivosti by bolo možné na úrovni štátnej správy zriadením medzirezortných komisií, ktorých cieľom by bola podpora partnerstva sociálnej integrácie.

1. Zmena a vytvorenie jednotného posudkového systému

Prvou základnou systémovou zmenou potrebnou pre vytvorenie systému dlhodobej integrovanej starostlivosti je zmena a vytvorenie jednotného posudkového systému. Aktuálny stav, keď v oblasti dlhodobej starostlivosti fungujú tri na sebe nezávislé posudkové systémy (sociálne poistenie, kompenzácie, sociálne služby), vedie k netransparentnému a byrokratickému systému, ktorý občana zaťažuje chodením po úradoch a dlhodobým riešením byrokratických otázok. V súčasnosti neexistuje pre občanov, ktorí sú odkázaní na dlhodobú integrovanú starostlivosť, tzv. „systém jedných dverí.“ Tento systém jedných dverí by predstavoval prijatie vypracovania jedného komplexného posudku, ktorý by aj navrhoval riešenia podpory zhoršeného zdravotno-sociálneho stavu posudzovaného človeka. Východisko posudkového systému by malo byť v Medzinárodnej klasifikácii funkčných schopností, dizability a zdravia, ktorá ponúka komplexný prístup posúdenia životnej situácie a zdravotného stavu jednotlivca. V súčasnosti už existuje aj demoverzia software pre posudkových lekárov a pracovníkov na prácu s tou medzinárodnou klasifikáciou. Východiskom by malo byť vytvorenie multidisciplinárnych tímov, ktoré by zvýšili objektivitu posudzovania a zabezpečili by aj možnosť terénneho posúdenia v prípade potreby. Miesto posudzovania by malo byť jedno a treba využiť aktuálne zdroje na ÚPSVR a samospráve (obecnej). Je nevyhnutné určiť časový rámec pre vytvorenie posudku a aj jeho platnosť.

2. Identifikácia cieľovej skupiny dlhodobej integrovanej starostlivosti

Určovať cieľovú skupinu na základe Medzinárodnej klasifikácie chorôb, alebo len presného stanovenia cieľových skupín považujeme za rizikové, a to predovšetkým z dôvodu rizika diskriminácie rôznych skupín obyvateľov. Kritériom by mali byť - potreba 24 hodinovej / 7 dní v týždni dostupnosti služieb dlhodobej starostlivosti (nie nevyhnutne aj celý čas poskytovaných); stagnujúca rekonvalescencia presahujúca tri mesiace; podpora v každodenných zručnostiach a zdravotná indikácia (tzv. každodenná rehabilitácia), existujúci jasný, jednotný posudkový systém v odkázanosti na pomoc inej osoby.

3. *Poskytovatelia dlhodobej integrovanej starostlivosti*

V procese tvorby systému dlhodobej integrovanej starostlivosti je nevyhnutné vychádzať z už existujúcej infraštruktúry aj v rezorte zdravotníctva a aj v rezorte sociálnych vecí – čiže využitím aktuálnych druhov služieb, ktoré majú charakter dlhodobej starostlivosti, ako sú dom ošetrovateľskej starostlivosti, agentúry domácej ošetrovateľskej starostlivosti, domáca opatrovateľská služba, hospice a paliatívne oddelenia a samozrejme najvýznamnejšou skupinou by boli prirodzene rodinní príslušníci a iní neformálni opatrovatelia. V kontexte medzinárodných záväzkov, odborných a etických prístupov, uvedených dát, podkladov a skúseností zo zahraničia, ale aj analýzy Útvoru Hodnoty za peniaze MF SR, by sa mal dôraz klásť na rozvoj terénnych služieb dlhodobej integrovanej starostlivosti. V prípade vytvorenia nového druhu poskytovateľa a zároveň jeho minimálnej siete, treba kvantifikovať kapacity podľa veľkosti cieľovej skupiny, ale zabezpečiť, aby nebola zároveň aj maximálnou sieťou. Na začiatok je hneď potrebné, aby sa rozšírila sieť agentúr domácej ošetrovateľskej služby. Rozšíriť ju netreba len kvantitatívne, čo do počtu agentúr, ale aj o iné profesie, ako napr. terénny fyzioterapeut, sociálny pracovník a pod. Tiež je potrebné vytvorenie efektívneho systému podpory rodín s členom so zdravotným postihnutím a seniorom odkázaným na dlhodobú integrovanú starostlivosť tak, aby sa zabezpečilo ich optimálne fungovanie, a to predovšetkým podporou terénnej sociálnej rehabilitácie v danom spádovom území.

4. *Kvalita dlhodobej integrovanej starostlivosti*

Podmienky kvality dlhodobej integrovanej starostlivosti predstavujú základný pilier pre nastavenie efektívneho a dlhodobo udržateľného systému¹⁸. Hlavným cieľom poskytovania dlhodobej integrovanej starostlivosti by malo byť udržanie a zvyšovanie kvality života užívateľov týchto služieb a vytvorenie efektívneho a udržateľného systému služieb orientovaného na človeka. Je dôležité, aby sa vytvoril systém štandardov/podmienok kvality tak, aby nedefinoval len minimálne štandardy, ale definoval očakávanú úroveň kvality poskytovanej dlhodobej integrovanej služby. Malo by ísť o vytvorenie štandardov sociálno-zdravotnej starostlivosti v komunite. Hodnotenie a monitoring kvality by mal vykonávať nezávislý úrad z už existujúcej infraštruktúry, napr. Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou a pod.

5. *Kompetencie a zodpovednosti*

V rámci expertných skupín sa často diskutovalo o tom, akým spôsobom skombinovať jednotlivé kompetencie a zodpovednosť a kto bude zodpovedný za koordináciu systému dlhodobej starostlivosti. Okrem už uvádzaných možností kompetencií na

¹⁸ Podrobnejšie sa tejto téme venuje aj krátka štúdia: *KVALITA A DLHODOBÁ STAROSTLIVOSŤ. Štúdia o aspektoch kvality v dlhodobej starostlivosti* vytvorená v rámci plnenia Dvojročnej dohody o spolupráci medzi MZ SR a Regionálnym úradom WHO pre Európu na roky 2016-2017, Programová oblasť Zdravotné postihnutie a rehabilitácia.

úrovni samosprávy bol najčastejšie diskutovaným modelom – model vytvorenia jednotného spoločného úradu pre dlhodobú starostlivosť, ktorý by mal v kompetencii posudzovanie potrieb dlhodobej starostlivosti, tvorbu štandardov kvality, dohľad nad dodržiavaním štandardov kvality, registráciou poskytovateľov dlhodobej starostlivosti a register prijímateľov služieb dlhodobej starostlivosti. Z tohto dôvodu je potrebná podpora prepojeného strategického plánovania ľudských zdrojov v rámci rezortu zdravotníctva a rezortu sociálnych vecí. Je potrebné zabezpečiť, aby riadenie a manažment sociálno-zdravotných služieb bol na úrovni, čo najbližšie k občanovi – teda ideálne na komunálnej úrovni s predpokladom povinného spájania sa malých obcí do spoločných úradovní aj v tejto oblasti, tak, aby bol systém služieb efektívne riadený. K tomuto môže napomôcť transformácia alebo vytváranie nových integrovaných (komunitných) centier sociálno-zdravotných služieb.

6. *Financovanie dlhodobej integrovanej starostlivosti*

Možnému modelu financovania dlhodobej integrovanej starostlivosti sme sa venovali osobitne v predposlednej kapitole tohto dokumentu. Ako sme už uviedli, je potrebné viaczdrojové financovanie, a to zo zdrojov:

verejné zdravotné poistenie (povinné financovanie cez navýšenie príspevkov na poistencov štátu + sociálny rozpočet (priamo ÚPSVAR) + obec/VÚC + prijímateľ služby (ak nemôže, tak obec).

Prechodné financovanie zdravotnej starostlivosti v sociálnych službách z dielne MZ SR je v pripomienkovom konaní a niektoré jeho vybrané aspekty by bolo možné efektívne použiť aj v novom systéme dlhodobej integrovanej starostlivosti. Okrem toho je dôležité a nevyhnutné zabezpečenie povinnosti financovania vybraných sociálnych služieb – služby včasnej intervencie, podpory samostatného bývania, odľahčovacej služby, ktoré dopĺňajú systém dlhodobej integrovanej starostlivosti. Hlavná zmena, ktorá by mala vo financovaní takéhoto systému nastať, je - vytvorenie príspevku na odkázanosť priamo pre občana, ktorý by nim disponoval.

7. *Legislatívne zmeny*

Pre realizovanie systémovej reformy, ktorá zabezpečí vznik dlhodobej integrovanej starostlivosti je nevyhnutné vytvoriť samostatný zákon o dlhodobej starostlivosti. Túto iniciatívu už začalo realizovať Ministerstvo zdravotníctva a práve preto je dôležité, aby sa efektívne upravila aj ďalšia s tým súvisiaca legislatíva. Legislatíva by mala vychádzať z prístupov orientovaných na človeka a mala by poskytovať pluralitu nástrojov. V zákone o zdravotnej starostlivosti bude treba riešiť situáciu tak, aby pacienti odkázaní na následnú starostlivosť nemohli byť bez jej reálneho zabezpečenia prepustení zo zdravotnej starostlivosti. V zákone o zdravotnej starostlivosti je potrebné definovať povinnosť návštevných služieb v domácnosti pre lekárov primárnej zdravotnej starostlivosti. Je nevyhnutné legislatívne zabezpečenie a vytvorenie efektívneho systému zisťovania štatistických údajov o osobách so zdravotným postihnutím –

nastaviť štatistické zisťovanie v rámci Sčítania obyvateľov Slovenskej republiky. Legislatíva by mala definovať aktívnu podporu preventívnych aktivít pre osoby so zdravotným postihnutím a seniorov v rezorte zdravotníctva a v rezorte sociálnych vecí. Z hľadiska zvýšenej potreby sociálno-zdravotnej starostlivosti o osoby so zdravotným postihnutím a seniorov by sa mala zabezpečovať dostupnosť a prístupnosť (v zmysle univerzálneho navrhovania) k zdravotnej a sociálnej starostlivosti – toto by malo byť regulované aj v stavebnej legislatíve.

Zákon o sociálnych službách bude nevyhnutné zásadne zmeniť a odporúčame vychádzať z návrhu nezávislej platformy Sociofórum, ktoré navrhuje zákon o sociálnych službách rozdeliť na dlhodobú starostlivosť, krízovú intervenciu a podporu sociálnej inklúzie.