**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. 13)**

Predloženým návrhom zákona sa dopĺňa ustanovenie o negatívne vymedzenie ošetrovateľskej starostlivosti, ktoré si vyžiadala aplikačná prax. V praxi často dochádza k tomu, že opatrovateľská starostlivosť podľa zákona č. 448/2008 Z. z. je zamieňaná za ošetrovateľskú starostlivosť a aj vykazovaná ako ošetrovateľská starostlivosť voči zdravotnej poisťovni. Predkladateľ zákona považuje za dôležité takýmto negatívnym vymedzením ošetrovateľskej starostlivosti zamedziť doterajšej nesprávnej praxi. Vzhľadom na uvedené, ako aj na ostatné úpravy v tomto zákone súvisiace s poskytovaním ošetrovateľskej starostlivosti, bude následne upravená aj koncepcia a štandard o poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti.

**K bodu 2 (§ 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 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 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 paliatívnu zdravotnú starostlivosť je, že môže pozitívne prispieť k procesu účelnosti, kontinuity a funkčnej integrácii zdravotnej starostlivosti a sociálnych služieb. Zber údajov definovaných predkladanou novelou bude poskytovať rozširujúce informácie dôležité aj pre pripravovaný informačný systém Ministerstva práce, sociálnych vecí a rodiny SR.

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. 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. Ošetrovateľská starostlivosť ako následná zdravotná starostlivosť a dlhodobá ošetrovateľská starostlivosť nenahrádza starostlivosť príbuzného, nakoľko ide o „ad hoc“ poskytnutie tejto starostlivosti poskytovateľmi (agentúrou domácej ošetrovateľskej starostlivosti alebo mobilným hospicom). 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.

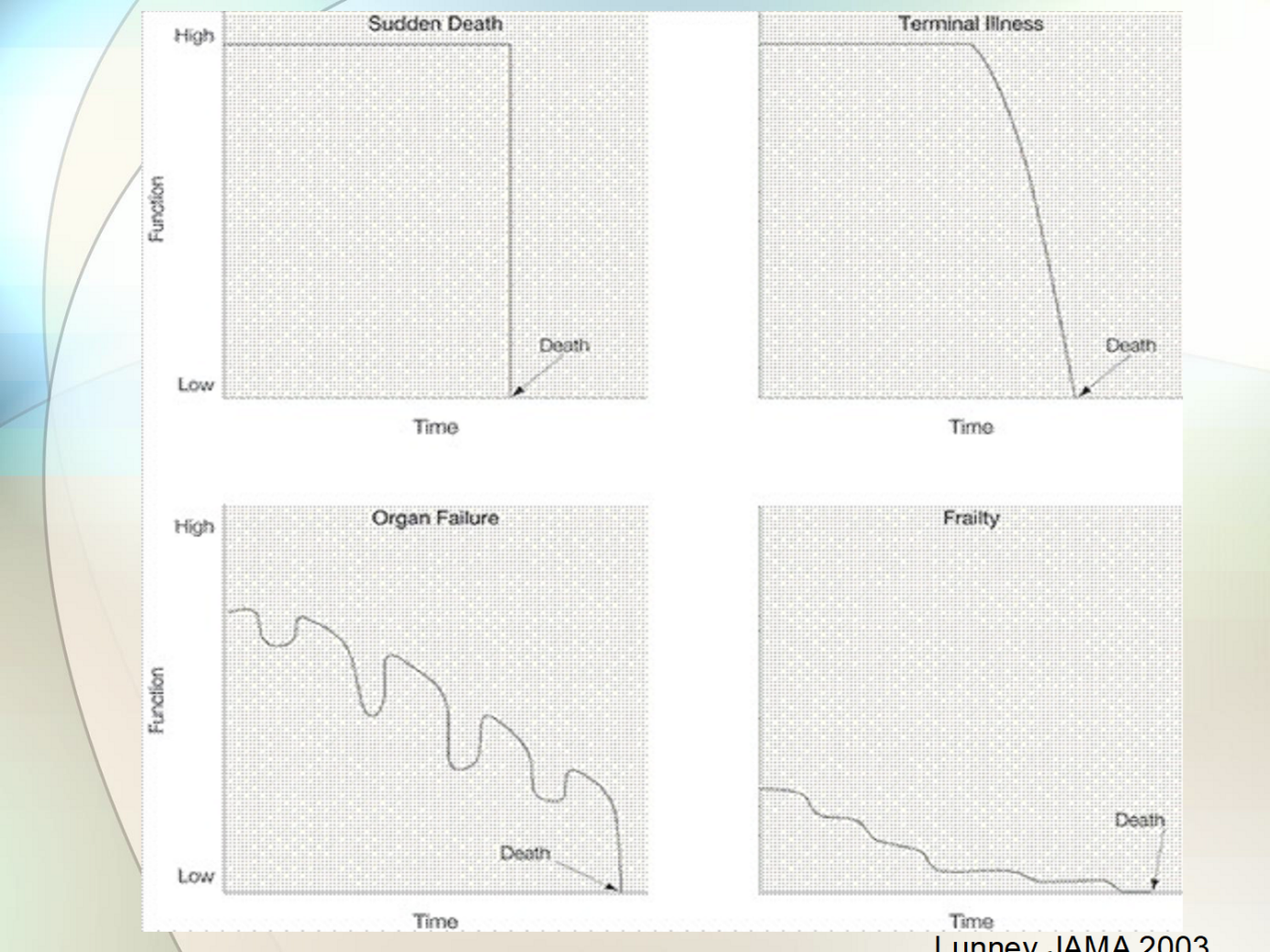
Súčasťou dlhodobej zdravotnej starostlivosti je aj následná zdravotná starostlivosť.

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 3 (§ 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 4 /§ 6 ods. 1 písm. b)/**

Aplikačná prax preukázala, že štatutárny zástupca zariadenia, , 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 5 (§ 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 6 (§ 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 7 (§ 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 8 (§ 10a ods. 1)**

Týmto ustanovením sa jednoznačne definuje činnosť zariadenia sociálnej pomoci, ktoré vykonáva ošetrovateľskú starostlivosť, vrátane následnej ošetrovateľskej starostlivosti a dlhodobej ošetrovateľskej starostlivosti.

**K bodu 9 (§ 10a ods. 8 a 9)**

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 ods. 9 -kvalitu a dostupnosť následnej ošetrovateľskej starostlivosti a dlhodobej ošetrovateľskej starostlivosti v zariadení sociálnej pomoci, ktoré má uzatvorenú zmluvu so zdravotnou poisťovňou, bude MZ SR monitorovať a vyhodnocovať na základe údajov, ktoré tieto zariadenia budú oznamovať zdravotným poisťovniam, a to v rozsahu podľa prílohy č. 2 tohto zákona a podľa osobitného predpisu, jedenkrát ročne, najneskôr do 28. februára za predchádzajúci kalendárny rok v elektronickej podobe, ktorej formu zverejní ministerstvo zdravotníctva na svojom webovom sídle najneskôr do konca decembra príslušného roka.

**K bodu 10 (§ 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... . 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 ods. 3 – Týmto ustanovením sa definuje povinnosť poskytovateľa predkladať zdravotnej poisťovni osoby, ktorej sa táto starostlivosť poskytuje a s ktorou má uzatvorenú zmluvu, údaje o poskytnutej následnej ošetrovateľskej starostlivosti v stanovených termínoch a rozsahu.

Zámerom predkladateľa je získať relevantné údaje, na základe ktorých bude možné monitorovať dostupnosť a vyhodnotiť kvalitu a efektívnosť ošetrovateľskej starostlivosti v rámci dlhodobej starostlivosti a na základe vyhodnotenia realizovať prípadne zmeny v aplikačnej praxi.

Rozsah údajov nevyhnutných pre monitorovanie dostupnosti a vyhodnotenie kvality a efektívnosti ošetrovateľskej starostlivosti v rámci dlhodobej zdravotnej starostlivosti je definovaný v prílohe č. 2 tohto zákona a v osobitnom predpise, ktorým je § 6c ods. 2 zákona č. 581/2004 Z. z..

Formu elektronickej podoby zverejní ministerstvo zdravotníctva najneskôr do konca roka príslušného kalendárneho roka na svojom webovom sídle.

**K § 10d - Dlhodobá ošetrovateľská starostlivosť –** zo 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.

K ods. 4 – Týmto ustanovením sa definuje povinnosť poskytovateľa predkladať zdravotnej poisťovni, s ktorou má uzatvorenú zmluvu údaje o poskytnutej dlhodobej ošetrovateľskej starostlivosti v stanovených termínoch a rozsahu.

Zámerom predkladateľa je získať relevantné údaje, na základe ktorých bude možné vyhodnotiť dostupnosť, kvalitu a efektívnosť ošetrovateľskej starostlivosti v rámci dlhodobej starostlivosti a na základe vyhodnotenia realizovať prípadne zmeny v aplikačnej praxi.

Rozsah údajov nevyhnutných pre monitorovanie dostupnosti a vyhodnotenie kvality a efektívnosti ošetrovateľskej starostlivosti v rámci dlhodobej zdravotnej starostlivosti je definovaný v prílohe č. 2 tohto zákona a v osobitnom predpise, ktorým je § 6c ods. 2 zákona č. 581/2004 Z.z..

Formu elektronickej podoby zverejní ministerstvo zdravotníctva najneskôr do konca roka príslušného kalendárneho roka na svojom webovom sídle.

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.[[1]](#footnote-1)

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 11 /§ 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 12 /§ 19 ods. 2 písm. b)/**

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

**K bodu 13 (§ 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 14 (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 bodu 2 /§ 79 ods. 1 písm. bl)/**

Pre poskytovateľov poskytujúcich následnú ošetrovateľskú starostlivosť alebo dlhodobú ošetrovateľskú starostlivosť sa definuje povinnosť poskytovať zdravotnej poisťovni údaje o tejto starostlivosti na účel monitoringu dostupnosti a vyhodnotenia kvality a efektívnosti ošetrovateľskej starostlivosti v rámci  dlhodobej zdravotnej starostlivosti.

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 /§ 81 ods. 1 písm. a)/**

Legislatívno-technická úprava súvisiaca s kontrolou plnenia povinností poskytovateľov ošetrovateľskej starostlivosti v rámci dlhodobej zdravotnej starostlivosti.

**K bodu 4 /§ 81 ods. 1 písm. k)/**

Týmto ustanovením sa definuje subjekt oprávnený na kontrolu plnenia povinnosti poskytovania údajov za účelom monitoringu dostupnosti a vyhodnotenia kvality a efektívnosti ošetrovateľskej starostlivosti v rámci  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.

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.

**K bodu 3 (§ 8 ods. 1)**

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

**K bodu 4 /§ 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 5 /§ 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 6 (§ 50 ods. 2)**

V súvislosti s novo zavedenou povinnosťou pre poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, ktoré majú uzatvorené zmluvy so zdravotnými poisťovňami – oznamovať zdravotným poisťovniam údaje nevyhnutné pre monitorovanie dostupnosti a vyhodnocovanie kvality a efektívnosti ošetrovateľskej starostlivosti v rámci dlhodobej zdravotnej starostlivosti, bolo upravené znenie § 50 odsek 2 tak, že nesplnenie tejto povinnosti môže byť sankcionované Úradom pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou.

**K bodu 7 /§ 50 ods. 4 písm. s)/**

V súvislosti s novo zavedenou povinnosťou pre zariadenia sociálnej pomoci, ktoré majú uzatvorené zmluvy so zdravotnými poisťovňami – oznamovať zdravotným poisťovniam údaje nevyhnutné pre monitorovanie dostupnosti a vyhodnocovanie kvality a efektívnosti ošetrovateľskej starostlivosti v rámci dlhodobej zdravotnej starostlivosti, bolo upravené znenie § 50 odsek 4 tak, že nesplnenie tejto povinnosti môže byť sankcionované Úradom pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou.

**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.

1. [https://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=22303&langId=en](%20https://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=22303&langId=en) [↑](#footnote-ref-1)