

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 definujúce ošetrovateľskú starostlivosť aj o ďalšie formy ošetrovateľskej starostlivosti v rámci dlhodobej zdravotnej starostlivosti. Za ošetrovateľskú starostlivosť bude považovaná aj ošetrovateľská starostlivosť poskytovaná v rámci následnej zdravotnej starostlivosti a dlhodobá ošetrovateľská starostlivosť v rámci dlhodobej zdravotnej starostlivosti.

K bodu 2 (§ 2 ods. 36 až 41)

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 sústreďí 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 bezvládných 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 - Podporný tím je pomocným orgánom ošetrojúceho 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 (pomocného orgánu ošetrojúceho lekára). Konzílium je realizované na rovnakej odbornej úrovni lekár – lekár. Podporný tím je realizovaný na rôznej odbornej úrovni lekár – iný zdravotnícky pracovník alebo nezdravotnícky pracovník.

Zloženie podporného tímu určuje ošetrojúci lekár v závislosti od zistených potrieb osoby pri poskytovaní ústavnej starostlivosti. Môžu ho tvoriť ošetrojúcim lekárom určení zdravotnícki pracovníci, členom podporného tímu môže byť aj fyzická osoba, ktorá získala vysokoškolské vzdelanie prvého stupňa alebo druhého stupňa v študijnom odbore sociálna práca, sociológia a sociálna antropológia, psychológia alebo právo alebo osoba, ktorá absolvovala akreditovaný

psychoterapeutický výcvik, ak je táto osoba v pracovnoprávnom vzťahu s poskytovateľom zdravotnej starostlivosti prevádzkujúcim ústavné zdravotnícke zariadenie alebo osoba vykonávajúca duchovenskú činnosť.

Činnosť osoby poskytujúcej sociálne poradenstvo, ako aj činnosť duchovného nie je považovaná za zdravotnú starostlivosť, ani za jej súčasť – táto sociálna pomoc a duchovná podpora 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 duchovenskú službu a duchovnú podporu podľa osobitného zákona a 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.

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.

Odborný pracovník, ktorý poskytuje sociálnu podporu (ďalej aj „sociálny pracovník“), analyzuje sociálne problémy osoby, ktorej sa zdravotná starostlivosť poskytuje a ktoré sa zväzujú hospitalizáciou v zdravotníckom zariadení a v spolupráci s ostatnými členmi tímu navrhuje plán riešení na zmiernenie až vyriešenie negatívnych dôsledkov za podmienky aktívnej spolupráce osoby a jej príbuzných.

Osoba poskytujúca duchovenskú činnosť 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.

Vytvorením podporného tímu sa zabezpečí doteraz chýbajúce prepojenie a koordinácia zdravotnej starostlivosti a sociálnych služieb 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.

A. 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. Ošetrojúcim 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.

B. 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 psychologickkej intervencie.

K ods. 37 – Dlhodobá zdravotná starostlivosť – v tomto ustanovení je definovaná dlhodobá zdravotná starostlivosť, oprávnená osoba, ktorej sa poskytuje, jej cieľ a jednotlivé formy dlhodobej zdravotnej starostlivosti.

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 a paliatívnej 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 zedefinovania právneho rámca pre dlhodobú zdravotnú starostlivosť a paliatívnu 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 žiadny spôsobom nezasahuje so samostatnej dávky sociálneho poistenia, ani princípov dlhodobého ošetrovateľského. 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 ak osoba, ktorá sa osobne stará o pacienta, ktorému je v domácom prostredí poskytovaná ošetrovateľská starostlivosť, môže splniť podmienky pre nárok na dlhodobé ošetrovateľské.

Dlhodobá zdravotná starostlivosť sa poskytuje formou následnej zdravotnej starostlivosti, dlhodobej intenzívnej zdravotnej starostlivosti a dlhodobej ošetrovateľskej starostlivosti.

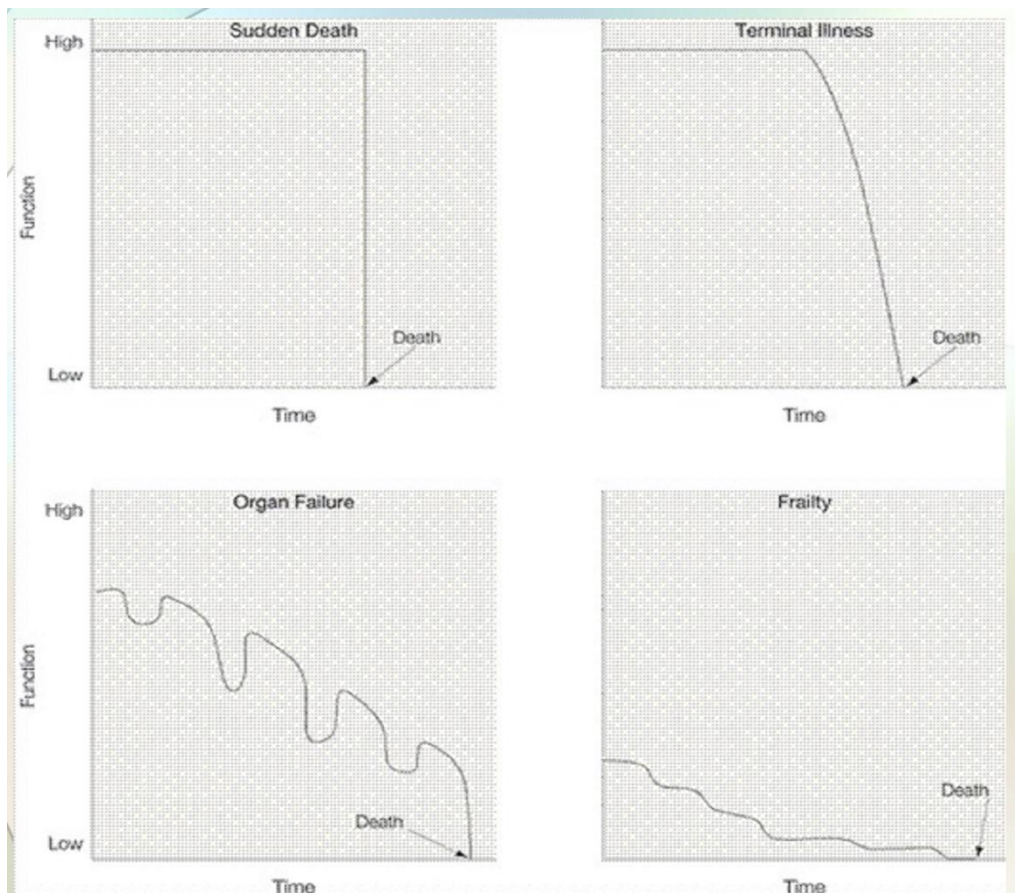
Postupy a metodika pri realizácii jednotlivých foriem dlhodobej zdravotnej starostlivosti a paliatívnej zdravotnej starostlivosti, napr. úlohy, vymedzenie činnosti, kompetencie jednotlivých poskytovateľov, manažment osoby, ktorej bude dlhodobá zdravotná starostlivosť poskytovaná, systém kontroly, vzdelávanie a pod. budú upravené v koncepciách, štandardoch, metodických pokynoch a usmerneniach podľa odborného zamerania jednotlivých poskytovateľov zdravotnej starostlivosti.

Príklad:

Začlenenie 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 zníženie sebestačnosti 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 žľčníka 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 definovaná ako zdravotná starostlivosť 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 odlišiť následná zdravotná 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 ošetrojúceho lekára a jej hlavným cieľom je zabezpečiť sebestačnosť osoby v aktivitách denného života alebo zdefinovať 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).

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 - Dlhodobá intenzívna zdravotná starostlivosť predstavuje zdravotnú starostlivosť, ktorá je poskytovaná osobe odkázanej na dlhodobú /trvalú umelú pľúcnu ventiláciu.

Do okruhu oprávnených osôb pri poskytovaní dlhodobej intenzívnej zdravotnej starostlivosti v domácom alebo prirodzenom prostredí nepatria osoby, ktorých dlhodobo nepriaznivý zdravotný stav si vyžaduje predovšetkým opatrovateľskú starostlivosť, napr. osoby v permanentnom vegetatívnom stave (koma vigille), osoby s chorobou motýľích krídel (EBC), osoby s parenterálnou výživou, pretože túto starostlivosť je možné kedykoľvek prerušiť.

Priklad:

Pacienti napríklad po ťažkej kraniotraume (úraz mozgu) môžu byť dlhodobo odkázaní na umelú pľúcnu ventiláciu.

Pacient po ťažkej kraniotraume spôsobenej haváriou je napojený na umelú pľúcnu ventiláciu. Je otcom maloletých detí, jeho manželka nemá možnosť starať sa o manžela v domácom prostredí z dôvodu potreby zabezpečenia nevyhnutného príjmu pre rodinu. V prípade, že by sa manželka rozhodla starať o manžela v domácom prostredí, rodina by zostala bez príjmu, prípadne by bola odkázaná len na opatrovateľský príspevok a pre túto rodinu by sa de facto „skončil bežný život“.

Pokiaľ by takejto rodine bola poskytovaná podpora zdravotníckym pracovníkom ADOSu - sestrou s odbornou spôsobilosťou na výkon špecializovaných pracovných činností v špecializačnom odbore anesteziológia a intenzívna starostlivosť napr. na 4 hodiny denne v rozsahu 3-5 dní v týždni, ktorá by zabezpečila starostlivosť o osobu s umelú pľúcnu ventiláciu, manželka pacienta s deťmi by mohla viesť bežný život. Manželka pacienta by sa mohla vrátiť do pracovného života napr. na znížený pracovný úväzok. Zabezpečením intenzívnej ošetrovateľskej starostlivosti v domácom prostredí sa znižuje potreba opakovanej hospitalizácie (kde by sa o neho musela sestra starať 24/7). Týmto dôjde k úspore kapacít akútnej starostlivosti, či už personálu ako aj lôžok a finančných zdrojov na akútnu ústavnú zdravotnú starostlivosť v prospech inej osoby vyžadujúcej si akútnu starostlivosť. V situácii vrcholu pandémie Covid 19, môže uvoľnenie ventilátora na akútnom lôžku viesť k záchrane ďalšieho života.

K ods. 40 - 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 formy dlhodobej zdravotnej starostlivosti (tak ako je uvedené K odseku 39) 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 motýľích krídel (EBC), ako aj osoby s parenterálnou výživou, pretože túto je možné kedykoľvek prerušiť.

K ods. 41 - Paliatívna zdravotná starostlivosť – v tomto ustanovení je zadaná paliatívna zdravotná starostlivosť ako samostatná forma zdravotnej starostlivosti vzhľadom na špecifickosť tejto zdravotnej starostlivosti (paliatívna zdravotná starostlivosť nie je považovaná za následnú zdravotnú starostlivosť, ani nie je formou dlhodobej zdravotnej starostlivosti). Paliatívna medicína je celková liečba a starostlivosť o osoby (pacientov), u ktorých ochorenie nereaguje na kuratívnu liečbu. Prioritne sa zameriava na liečbu bolesti a ďalších symptómov, rovnako popri tejto liečbe môže byť pacientovi zabezpečované aj riešenie psychologických, sociálnych a duchovných problémov.

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. Ošetrojúci lekár v zariadení ústavnej zdravotnej starostlivosti bude môcť okrem zdravotnej starostlivosti v súčinnosti s podporným tímom odporučiť a napomôcť 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 naplňa 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 /§ 6 ods. 1 písm. b)/

V súvislosti so zabezpečením informovanosti o zdravotnej starostlivosti, služieb spojených so zdravotnou starostlivosťou a v súlade s potrebami aplikačnej praxe sa umožňujú poskytovať informácie na základe poverenia štatutárneho zástupcu zariadenia, v ktorom sa vykonáva rozhodnutie súdu o nariadení ústavnej starostlivosti, rozhodnutie súdu o uložení neodkladného opatrenia, rozhodnutie súdu o nariadení výchovného opatrenia alebo rozhodnutie súdu o uložení ochrannej výchovy, aj ním poverenému zamestnancovi. Štatutárny zástupca zariadenia nemôže byť vždy prítomný napr. pri sprievode osoby, ktorej je poskytovaná zdravotná starostlivosť.

K bodu 4 (§ 6 ods. 2)

Na základe požiadaviek aplikačnej praxe je do tohto zákona vložená aj možnosť na základe vyžiadania osoby, ktorá patrí k národnostnej menšine podľa zákona č. 184/1999 Z. z. o používaní jazykov národnostným menším v znení neskorších predpisov zákona, poskytnúť poučenie popri štátnom jazyku aj v jazyku národnostnej menšiny tejto osoby.

Touto navrhovanou úpravou sa napomôže zabezpečiť zrozumiteľnosť informácií, ktoré sú poskytované týmto osobám.

K bodu 5 (§ 6ba)

V samostatnom ustanovení sa upravujú podmienky poučenia a informovaného súhlasu 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 osoby (pacienta) s nevyliciteľnou 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.

Priklad:

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 ošetrojúceho lekára - chirurga nepoučená. Uvedené je príkladom nesprávneho referovania pacienta od ošetrojúceho lekára smerom k pacientovi.

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

1. Ošetrojúci lekár (v uvedenom prípade 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 ošetrojúci 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 ošetrojúci lekár, dávame tomuto lekárovi nástroj, aby pacienta referoval špecialistovi paliatológovi, lebo situácie na urgentnom príjme sa budú opakovať.

1.B Onkológ po vyčerpaní všetkých línii protinádorovej liečby.

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

2. Pacient: Z pohľadu pacienta je nevyhnutné, aby bol informovaný o vyčerpaní všetkých dostupných možností liečby daným ošetrojúcim lekárom, a to ešte pred jeho referovaním do paliatívnej starostlivosti. Pri informovaní ošetrojúcim lekárom **by mal pacient vedieť, že sa pre neho v rámci kuratívnej liečby urobilo maximum.**

3. 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 ošetrojúceho lekára o vyčerpaní možností dostupnej liečby pacienta.**

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

K bodu 6 (§ 10a)

Ide o doplnenie doterajšej ošetrovateľskej činnosti, ktorú poskytuje zariadenie sociálnej pomoci aj o ošetrovateľskú starostlivosť v rámci následnej zdravotnej starostlivosti a o dlhodobú ošetrovateľskú starostlivosť v rámci dlhodobej zdravotnej starostlivosti.

K bodu 7 (§ 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 maximálnu a bezpečnú ošetrovateľskú starostlivosť pre deti, ktoré sú v zariadeniach umiestnené na základe súdneho rozhodnutia.

K ods. 9 - kvalitu a dostupnosť ošetrovateľskej starostlivosti ako následnej zdravotnej 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 poisťovňam v rozsahu podľa § 10g ods. 2 tohto zákona, 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.

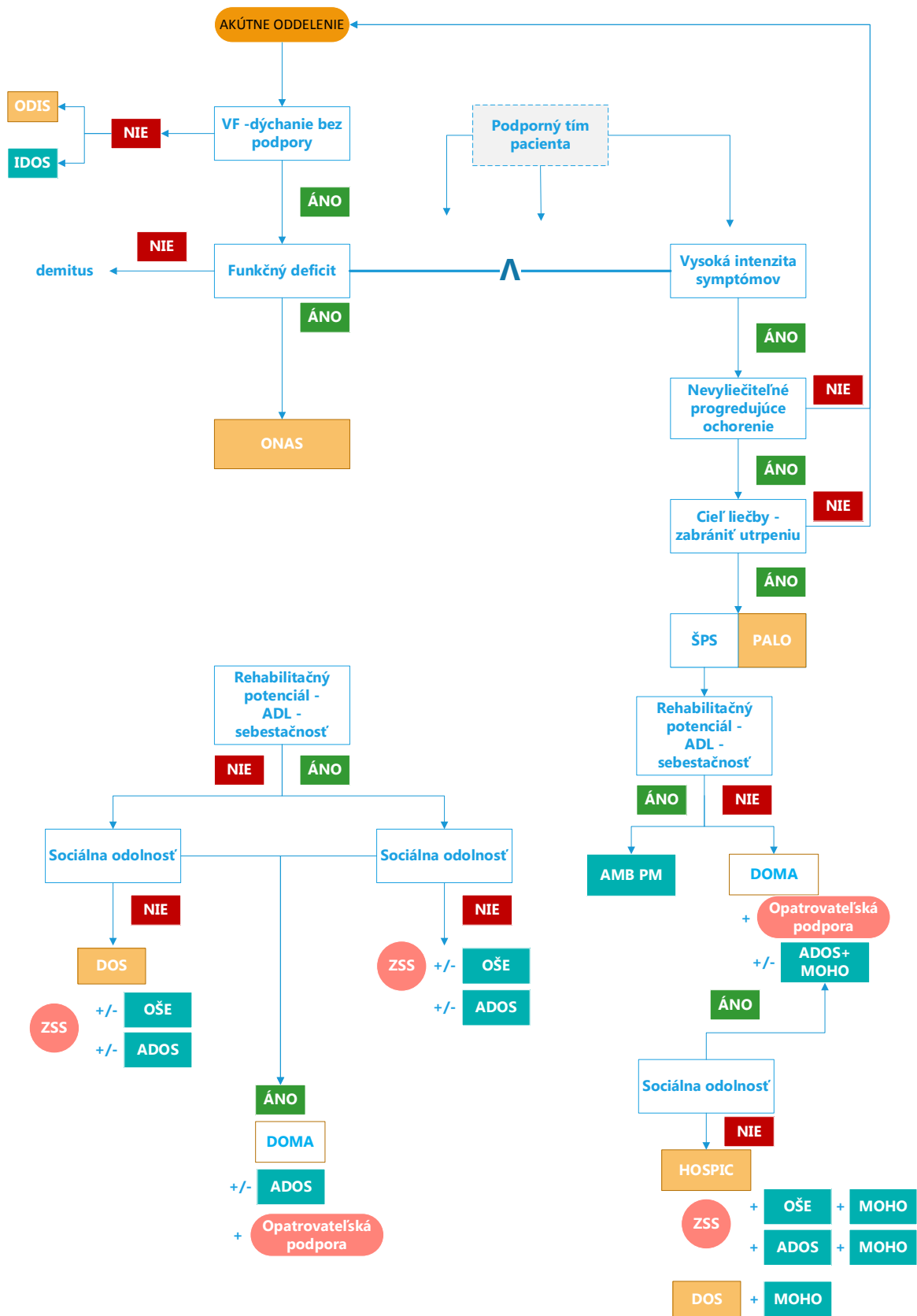
K bodu 8 (§ 10c až 10e)

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.

	VF – dýchanie s UPV	Funkčný deficit	ADL – sebestačnosť	Vysoká intenzita symptómov	Potreba ošetrovateľskej starostlivosti	Nevyliečiteľné progredujúce ochorenie	Chronické ochorenie	Nepriaznivá sociálna situácia
Akútne odd	nemá vplyv	+	nemá vplyv	+	+	-	nemá vplyv	nemá vplyv
LTC – následná star.								
ONAS – FBLR	-	+	nemá vplyv	-	+	-	+	nemá vplyv
ONAS – Neur	-	+	nemá vplyv	-	+	-	+	nemá vplyv
ONAS – Int	-	+	nemá vplyv	-	+	-	+	nemá vplyv
ŠPS								
ŠUPS – PALO	-	+	nemá vplyv	+	+	+	nemá vplyv	nemá vplyv
ŠUPS - Hospíc	-	+	-	+	+	+ (expektácia života 6 mes.)	nemá vplyv	+
ŠAPS – Amb PM	-	nemá vplyv	+	+	nemá vplyv	+	nemá vplyv	-
ŠAPS – MOHO +/- ADOS	-	+	-	+	+	+	nemá vplyv	-
ŠAPS – ZSS + OŠE/ADOS + MOHO	-	+	-	+	+	+	nemá vplyv	+
ŠAPS – DOS + MOHO	-	+	-	+	+	+	nemá vplyv	+
LTC - ošetrovateľská								
DOS	-	+	-	nemá vplyv	+	nemá vplyv	nemá vplyv	+
ADOS	-	nemá vplyv	nemá vplyv	nemá vplyv	+	nemá vplyv	nemá vplyv	-
ZSS + OŠE/ADOS	-	nemá vplyv	nemá vplyv	nemá vplyv	+	nemá vplyv	nemá vplyv	+
LTC intenzivistická								
ODIS	+	+	-	nemá vplyv	+	nemá vplyv	nemá vplyv	+
IDOS	+	+	-	nemá vplyv	+	nemá vplyv	nemá vplyv	-



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 ambulatná starostlivosť
VF	Vitálne funkcie
ZSS	Zariadenie sociálnych služieb

K § 10c - Následná zdravotná starostlivosť - sa poskytuje ako ústavná starostlivosť alebo ošetrovateľská starostlivosť v domácom alebo v prirodzenom prostredí osoby (domáca ošetrovateľská starostlivosť alebo ošetrovateľská starostlivosť s 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 zafinuje 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).

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 po dobu indikácie tejto starostlivosti.

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 § 10d - Dlhodobá intenzívna zdravotná starostlivosť - je definovaná ako zdravotná starostlivosť, ktorá je poskytovaná osobe s trvalou potrebou podpory dýchania, t. j. osobe, ktorá je odkázaná na trvalú (doživotnú) umelú pľúcnu ventiláciu. Do tejto skupiny nepatria osoby nachádzajúce sa v permanentnom vegetatívnom stave (koma vigille), osoby s chorobou motýľích krídel, ktoré z medicínskeho pohľadu si nevyžadujú intenzívnu zdravotnú starostlivosť, zdravotnú starostlivosť si vyžadujú len podľa potreby, ale vyžadujú si opatrovateľskú starostlivosť (a z tohto dôvodu sú tieto osoby s prevahou potreby opatrovateľskej starostlivosti popri ošetrovateľskej starostlivosti subsumované pod dlhodobú ošetrovateľskú starostlivosť).

Dlhodobá intenzívna zdravotná starostlivosť je poskytovaná osobám s trvalou potrebou umelej pľúcnej ventilácie ako ústavná starostlivosť v zariadení ústavnej starostlivosti na oddelení dlhodobej intenzívnej starostlivosti. Ide o prípady, keď osoba s dlhodobou potrebou trvalej umelej pľúcnej ventilácie nemá motivovaných blízkych, ktorí by jej vedeli zabezpečovať domácu umelú pľúcnu ventiláciu v domácom prostredí, preto táto osoba bude hospitalizovaná na oddelení OAIM alebo na ODIS.

Dlhodobá intenzívna starostlivosť môže byť poskytovaná ako ambulantná starostlivosť v domácom prostredí osoby alebo v zariadení sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately, v ktorom sú deti s potrebou trvalej umelej pľúcnej ventilácie umiestňované na základe rozhodnutia súdu. V tomto prostredí je dlhodobá intenzívna starostlivosť poskytovaná sestrami s príslušnou odbornou spôsobilosťou vymedzenou v tomto ustanovení a môže byť zabezpečovaná aj fyzickou osobou, s ktorou táto osoba žije v spoločnej domácnosti.

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 ošetrojúci 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 zväčša 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 bude dlhodobú intenzívnu starostlivosť v domácom prostredí a v zariadení sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately poskytovať sestra agentúry domácej ošetrovateľskej starostlivosti s odbornou spôsobilosťou na výkon špecializovaných pracovných činností v špecializačnom odbore anestéziológia a intenzívna starostlivosť, intenzívna ošetrovateľská starostlivosť pre dospelých alebo intenzívna ošetrovateľská starostlivosť v pediatrii alebo sestrou s licenciou na výkon samostatnej zdravotníckej praxe alebo s licenciou na výkon povolania s rovnakou odbornou spôsobilosťou ako má sestra agentúry domácej ošetrovateľskej starostlivosti. Prínosom tejto úpravy je, že podporou blízkej osoby alebo inej fyzickej osoby, ktorá sa stará o osobu s umelou pľúcnou ventiláciou, sa zvýši počet týchto pacientov v domácej starostlivosti, čím sa uvoľnia akútne intenzivistické lôžka v nemocniciach.

K § 10e - Dlhodobá ošetrovateľská starostlivosť - sa poskytuje ako ústavná ošetrovateľská starostlivosť alebo ako domáca ošetrovateľská starostlivosť alebo ošetrovateľská starostlivosť v zariadení sociálnej pomoci.

Dlhodobá ošetrovateľská starostlivosť ako ústavná starostlivosť sa poskytuje najviac dva 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. Táto lehota 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.

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

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 zdravotnej 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 § 10f – 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:

BGBI. I Nr. 108/1997 - Spolkový zákon o povolaniach zdravotnej a nemocničnej starostlivosti) a Nemecka (porovnaj § 37b Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch).

Paliatívna zdravotná starostlivosť je poskytovaná ako všeobecná paliatívna zdravotná starostlivosť a špecializovaná paliatívna zdravotná starostlivosť. Všeobecná paliatívna starostlivosť a špecializovaná paliatívna starostlivosť sa poskytuje v rámci ambulantnej starostlivosti alebo ústavnej starostlivosti.

Súčasťou paliatívnej zdravotnej starostlivosti sú krízové intervencie ošetrojúceho 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.

V rámci všeobecnej 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.

Špecializovaná paliatívna zdravotná starostlivosť je podmienená jej poskytovaním lekárom so špecializáciou v špecializovanom odbore paliatívna medicína a je poskytovaná ambulantnou formou alebo ústavnou formou (v nemocnici na oddelení paliatívnej medicíny alebo v hospíci 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.

Všeobecnú paliatívnu starostlivosť poskytuje lekár so špecializáciou v iných špecializačných odboroch ako je paliatívna medicína u osoby s nevyliciteľným 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.

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 nevyliciteľné 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 intenzitou 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 nevyliciteľné 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 hospicioch 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 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 nevyliciteľným 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

K § 10g – Údaje na účel monitorovania dostupnosti, kvality a efektívnosti ošetrovateľskej starostlivosti poskytovanej v rámci dlhodobej zdravotnej starostlivosti

V tomto ustanovení sa definuje povinnosť poskytovateľov zdravotnej starostlivosti poskytovať zdravotnej poisťovni osoby, ktorej sa poskytovala ošetrovateľská starostlivosť ako následná zdravotná starostlivosť alebo dlhodobá ošetrovateľská starostlivosť zákonom určené údaje v elektronickej podobe a v určenej lehote.

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, kvality a efektívnosti ošetrovateľskej starostlivosti v rámci dlhodobej zdravotnej starostlivosti je definovaný v odseku 2 tohto ustanovenia a uvedený v prílohe č. 2 tohto zákona.

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

K bodu 9 /§ 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.

¹ <https://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=22303&langId=en>

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 10 /§ 19 ods. 2 písm. b)/

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

K bodu 11 (§ 49n)

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 30.6.2021, mohli splniť nové povinnosti pre ich výkon uvedené v § 10a ods. 8. Lehota na splnenie definovaných povinností je do 30.6.2023.

K bodu 12 (Príloha č. 2 k zákonu č. 576/2004 Z. z.)

Týmto ustanovením sa za prílohu č. 1 zákona vkladá nová príloha č. 2 – Údaje na účel monitorovania dostupnosti, kvality a efektívnosti ošetrovateľskej starostlivosti v rámci dlhodobej zdravotnej starostlivosti.

Údaje z tejto prílohy budú poskytovatelia zdravotnej starostlivosti a zariadenia sociálnej pomoci v zmluvnom vzťahu so zdravotnou poisťovňou, zasielať zdravotnej poisťovni osoby, ktorej bola poskytnutá ošetrovateľská starostlivosť ako následná zdravotná starostlivosť alebo dlhodobá ošetrovateľská starostlivosť.

Na konci prílohy je uvedená informácia na vyplnenie prílohy, k spôsobu evidovania a oznamovania údajov.

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. bk)/

Pre poskytovateľov participujúcich na poskytovaní dlhodobej starostlivosti sa definuje povinnosť poskytovať zdravotnej poisťovni informácie potrebné pre monitoring dostupnosti, kvality a efektívnosti ošetrovateľskej starostlivosti v rámci dlhodobej zdravotnej starostlivosti. Keďže výlučne ošetrovateľskú starostlivosť poskytuje len dom ošetrovateľskej starostlivosti a agentúra domácej ošetrovateľskej starostlivosti, oznamovacia povinnosť sa vzťahuje len na týchto poskytovateľov. Uvedené informácie budú predkladané v určenej lehote elektronickou formou, ktorú zverejní ministerstvo zdravotníctva na svojej webovej stránke najneskôr do konca príslušného kalendárneho roka.

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 efektívnosť 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 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. 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 vyhodnocovanie dostupnosti, efektívnosti a kvality ošetrovateľskej starostlivosti ako následnej zdravotnej starostlivosti a dlhodobej ošetrovateľskej starostlivosti.

Predkladateľ zákona stanovil túto povinnosť pre zdravotné poisťovne z dôvodu benefitu, ktorý tento monitoring prinesie zdravotným poisťovniam. Monitorované údaje budú prezentovať kategórie osôb, ktorým je poskytovaná ošetrovateľská starostlivosť v rámci dlhodobej zdravotnej starostlivosti s jednoznačne zadanou potrebou (rozsahom) zdravotnej starostlivosti. 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 za túto starostlivosť, ktorú hradia zmluvným poskytovateľom v závislosti od kategórie osôb (objektívizácia ceny práce týchto poskytovateľov podľa kvality). 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 konkurencie schopnosť jednotlivých zdravotných poisťovní.

Formu, definíciu a štruktúru anonymizovaných údajov (v časti rodné číslo a meno, priezvisko osoby) ministerstvo zdravotníctva vopred prerokuje so zástupcami zdravotných poisťovní

K bodu 3 /§ 7 ods. 9 písm. h)/

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

K bodu 4 /§ 7a ods. 2 písm. d)/

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

K bodu 5 (§ 8 ods. 1)

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

K bodu 6 /§ 15 ods. 1 písm. am)/

V tomto ustanovení sa definuje povinnosť zdravotnej poisťovne v určenej lehote zaslať vyjadrenie poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti k jeho žiadosti, či súhlasí alebo nesúhlasí s predĺžením doby poskytovania dlhodobej ošetrovateľskej starostlivosti alebo paliatívnej zdravotnej starostlivosti.

K bodu 7 /§ 16 ods. 2 písm. s)/

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

K bodu 8 (§ 50 ods. 4 písm. s))

V súvislosti s novo zavedenou povinnosťou pre zariadenia sociálnej pomoci, ktoré majú uzatvorené zmluvy so zdravotnými poisťovňami – oznamovať zdravotným poisťovňam údaje nevyhnutné pre monitorovanie dostupnosti, 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 9 (§ 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.