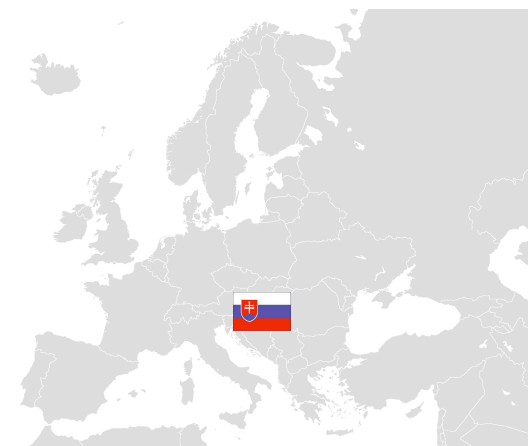


Podpora Pacientom v Nemočničnej a Domácej Strastlivosti

Situácia v Slovenskej Republike



Podpora Pacientom v Nemočnicičnej a Domácej Strastlivosti Situácia v Slovenskej Republike

Hrivňáková Štefánia, Juraj Dúbrava
Transfer slovensko

Bratislava, slovenská republika

transfer@transfer.sk, juraj.dubrava22@gmail.com

Abstrakt

Zdravotnícky systém má na Slovensku bohatú históriu. Po tzv. „zamatovej revolúcii“ v roku 1989 sa začala transformácia zdravotníckeho systému. Začala sa decentralizácia zo štátneho monopolu na regionálnu úroveň zdravotnej starostlivosti a vznikli rôznorodí poskytovatelia zdravotnej a sociálnej starostlivosti. Zdravotná starostlivosť o seniorov a postihnutých je oddelená od sociálnej starostlivosti (pomoc nevládnym pri bežných úkonoch, kŕmenie, udržiavanie domácnosti, doprava a sociálne poradenstvo). Zatiaľčo ošetrovatelstvo je v systéme zaradené pod Ministerstvo zdravotníctva, sociálne služby riadi Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny. Spôsobuje to administratívnu náročnosť pre poskytovateľov. Starnúce obyvateľstvo kladie zvýšené požiadavky na starostlivosť a vyvoláva potrebu nových prístupov na uspokojenie ich požiadaviek. V súčasnosti 66% všetkých kapacít pripadá na seniorov, ostatná časť pre postihnutých alebo chronicky chorých obyvateľov. Je evidovaných 18 000 žiadostí seniorov, ktorí sú v poradovníku na umiestnenie do zariadení zdravotných a sociálnych služieb. Rozvoj domácej starostlivosti bol výzvou už od deväťdesiatych rokov a každým rokom pribúdajú nové agentúry. V agentúrach sa nielen ošetruje alebo opatruje, ale významná je aj edukačná činnosť pre členov rodín. Tieto agentúry zohrávajú významnú úlohu v starostlivosti o seniorov a postihnutých. V správe sa opisuje systém fungovania sociálnych a zdravotných služieb, opisuje sa niekoľko typov poskytovateľov sociálnych a zdravotných služieb.

1. Úvod

Slovenská Republika leží v srdci Európy s rozlohou 49 035 km². Hraničí s Českou Republikou, Poľskom, Ukrajinou, Maďarskom a Rakúskom. Je hornatou krajinou s miernou klímou a so štyrmi ročnými obdobiami. Hlavné mesto je Bratislava. Podľa sčítania obyvateľov v roku 2001 v porovnaní s rokom 1991 populácia vzrástla o 105 tisíc obyvateľov na celkový počet 5,4 mil., z čoho ženy tvorili 51,4%. Podľa posledného sčítania obyvateľov v roku 2010 vzrástol počet obyvateľov Slovenska na 5,6 milióna. [1]

Medzi rokmi 1991 až 2001 počet ekonomicky aktívnych ľudí vzrástol o 48 000. Aj keď ich podiel v celkovom počte obyvateľov zostal nezmenený, ekonomicky činné obyvateľstvo tvorilo polovicu populácie (49.6%). Počet žien a ekonomicky aktívnych ľudí vzrástol 46.9% v roku 1991 na 47.7% v roku 2001. Slováci tvorili 85.8% obyvateľov, Maďari 9.7%, Rómovia 1.7%, Česi 0.8% a iné národnosti 2%. Podľa Svetovej Banky Slovensko má jednu z najväčších rómskych populácií v Európe – neformálne odhady udávajú počet od 420 000 do 500 000 Rómov na Slovensku, čo je asi 8% až 10% celkovej populácie. Veľké percento Rómov sa hlási k inej národnosti. Podľa sčítania obyvateľov v roku 2010 celkový podiel populácie bez ohľadu na náboženské vierovyznanie vzrástol zo 73% na 84% v porovnaní s rokom 1991. K Rímskokatolíckej Cirkvi sa hlási 69% obyvateľov (predtým 60%) k Evanjelickej Cirkvi augsburského vyznania 6,9% (predtým 6,2%), Gréckokatolíckej cirkvi 4,1% (predtým 3,4%) a k reformovaným kresťanským Cirkvám 2% (predtým 1,6%) obyvateľov.

1.1 Dejiny A Administratívna Štruktúra

Slovanské kmene, z ktorých pochádzajú Slovania sa na území dnešného Slovenska usadili v piatom a šiestom storočí. Veľkomoravská ríša (833–907) sa stala jednou z najdôležitejších kultúrnych, historických a politických mílnikov Slovenska. Po jej páde boli Slováci 1000 rokov súčasťou Uhorského kráľovstva a po páde Rakúsko-Uhorskej monarchie roku 1918 vytvoril spolu s Čechmi Prvú Československú Republiku. V roku 1939 bol pod nátlakom Nemeckého národného socialistického režimu vytvorený Slovenský štát. V roku 1945 sa obnovila Československá Republika. Prevzatie moci komunistickými silami sa udialo v roku 1948 a ovplyvnilo Slovensko na viac ako 40 rokov.

Zamatová revolúcia v novembri 1989 viedla k pádu komunistického režimu. Začali sa politické, ekonomické a sociálne reformy vedúce k demokracii a trhovo orientovanej ekonomike. Slovensko sa stalo v januári 1993 samostatným štátom so svojou ústavou.

Odvtedy je Slovensko nezávislou krajinou – demokraciou s mnohými parlamentnými stranami. Národná rada Slovenskej republiky má 150 poslancov. Prezident, ktorý menuje predsedu vlády sa priamou voľbou volí na obdobie 5 rokov. Prezident môže vrátiť schválenú legislatívu do Národnej rady Slovenskej republiky na prehodnotenie, no ak sa opätovne schváli, automaticky nadobúda platnosť. Od roku 1996 sa Slovensko administratívne člení na 8 vyšších územných celkov a 79 okresov. V roku 1999 vláda prijala novú stratégiu verejnej správy a posilnila jej duálnosť – územnú a štátnu správu.

Po prijatí zákona 302/2001 Zb. o samosprávnych územných celkoch, územná samospráva je dvojúrovňová: na lokálnej úrovni miestne a mestské samosprávy sú samosprávne útvary, do ktorých sa zástupcovia volia priamou voľbou na obdobie štyroch rokov, na regionálnej úrovni existuje osem vyšších územných celkov. Vyššie územné celky vykonávajú väčšinu decentralizovaných funkcií sociálnej starostlivosti a každodenného života obyvateľov. [2]

1.2 Sociálneekonomický Rozvoj

V roku 1991 sa začala radikálna transformácia centrálne riadenej ekonomiky k trhovo orientovanej ekonomike pomocou štyroch základných krokov: liberalizácia cien, vnútorná konvertibilita meny, politika makroekonomickej stabilizácie a extenzívnej privatizácie. Po niekoľkých neúspechoch na začiatku sa slovenská ekonomika rozvíjala pomerne dynamicky v rokoch 1993-1998 s priemerným 5% ročným nárastom HDP a znížením inflácie z 25,6% v roku 1993 na 5,6% v roku 1998. Napriek tomu sa tento rast ukázal ako nezdravý a neudržateľný. V roku 1998 sa ekonomická situácia zhoršila a priemerný ročný nárast HDP bol len 0,1%. Domáca ponuka tvorila len 10%, medzitým sa základná inflácia – s vylúčením administratívnych cien a nepriamych daní – spomalila a deficit sa znížil na menej ako 4% HDP. Významný externý dopyt pomohol vyhnúť sa recesii, s nárastom 2% medziročne v roku 1999 a 2000. V roku 2000 bolo Slovensko so svojou slabou ekonomikou prijaté do organizácie OECD.



Od roku 1990 HDP rástlo, okrem rokov 1998 a 2000 a odrážalo medzinárodnú paritu sily kúpyschopnosti (PPP). V roku 2002 bolo slovenské HDP 1096 miliárd SKK. Kúpna schopnosť obyvateľstva sa upravila (PPP), HDP tvoril US 12 256 \$, čo bolo nad priemerom EU 10, ale len polovica priemeru krajín OECD.

Nezamestnanosť klesla zo 14.4% v roku 1993 na 11.6% in 1997, no potom v roku 2003 vzrástla a tvorila 17.8%, pričom priemer EU-25 bol 9,1%, podľa údajov Eurostatu. Štátna sociálna politika spočívajúca na povinnom sociálnom zabezpečení sa zmenila na system sociálneho poistenia, štátnej sociálnej podpory a sociálnej pomoci. V roku 1993 bola vytvorená Sociálna poisťovňa, ktorá vyplácala sociálne a nemocenské dávky a bol vytvorený system zdravotného poistenia. V roku 1998 nový zákon o sociálnej pomoci značne obmedzil štátom vyplácané dávky aj počty príjemcov.

Tabuľka 1: Makroekonomické indikátory

Indicator	1992	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
GDP at current prices (billion SKK)	349.9	576.5	696.4	712.7	761.4	844.1	894.1	100.8	109.6
GDP per capita in US \$ PPP	6 703	8 114	8 821	9 303	9 802	10 008	10 680	11 371	12 256
Annual inflation (CPI) (%)	10.0	9.9	5.8	6.1	8.7	10.6	12.0	6.5	3.4
Rate of registered unemployment (%)	11.4	13.8	12.6	12.9	13.7	17.3	18.3	18.3	17.8
Public social expenditure (% GDP)	–	13.0	13.0	12.7	13.1	13.5	–	–	–
– on old age pensions (% GDP)	–	4.9	5.0	4.9	5.0	5.1	–	–	–
– on unemployment (% GDP)	–	0.3	0.4	0.5	0.6	0.8	–	–	–

Source: OECD Health Data, 2004.

Note: GDP: gross domestic product; billion: one thousand million; CPI: consumer price index. SKK: Slovak koruna=€0.02.

1.3 Demografické Trendy A Zdravotný Stav Obyvateľstva

Hlavnými demografickými charakteristikami Slovenska je nízky podiel pôrodnosti a rastu obyvateľstva..Slovenská populácia starne [Tabuľka 2). V porovnaní s rokom 1991, počet ľudí v predproduktívnom veku klesol o 298 000 ľudí a dosiahol počet 1 015 miliónov v roku 2001 –podiel na celkovej populácii klesá o 6% na 18.9%. Počet ľudí v produktívnom veku vzrástol o 303 000 (5.3%) a dosiahol 3349 miliónov ľudí (63.1%) v roku 2001, z čoho bolo 48% žien . Počet ľudí v poproduktívnom veku vzrástol o 0.7% na 967 000 v roku 2001 a podiel žien bol 66.1%). V dôsledku toho priemerný vek populácie sa zvýšil o 36,3 roka a index starnutia (definovaný ako populácia veku 65+ v porovnaní s deťmi vo veku 0–14) dosiahol hodnotu 98.5 a je nad európskym priemerom s hodnotou 73.

Table 2. Age structure of the population (%), 1961–2001

Census data	Permanently resident population in the age group ^a		
	0–14	15–65	65+
1961	31.5	54.8	13.7
1970	27.2	56.3	16.5
1980	26.1	57.5	16.4
1991	24.9	57.8	17.3
2001	18.9	63.1	18.0

Source: Statistical Office of the Slovak Republic.

Note: ^aincluding persons of unknown age.

Medzi rokom 1989 a 2010 počet obyvateľstva vzrástol 5.1 na 5.6 miliónov, hlavne kvôli poklesu úmrtnosti. Súčasne pokračoval negatívny trend pôrodnosti. Počet živonarodených detí poklesol z 15.3 na 1000 obyvateľov v roku 1989 na 9.5 v roku 2002, keď ešte bol nad priemerom EU-10 (9.2) no pod priemerom EU-15. Za posledné roky v dôsledku politických a sociálnych opatrení pôrodnosť vzrástla a dosiahla priemer EU-15.



2. Rozvoj Sociálnej Starostlivosti Na Slovensku

2.1 Raný Vývoj

Ku koncu 19. storočia, Rakúsko-Uhorská monarchia schválila prvý zákon o sociálnom poistení, ktoré zahŕňovalo nehodové a nemocenské poistenie pre určité skupiny obyvateľstva. Po vzniku Československej republiky v roku 1918 sa začal ďalej rozvíjať systém zdravotnej starostlivosti Bimarckovho typu po roku 1918. Zdravotné poistenie sa stalo povinné pre širšie skupiny obyvateľstva v súlade so Zákonom č. 221/1924. No bolo obmedzené na zamestnancov určitých vysoko rizikových povolání (napr. baníkov) a nevzťahovalo sa na poľnohospodárov alebo nezamestnaných. Toto poistenie preplácalo zdravotné služby, len rôzne poisťovne ponúkali rôzne typy a výšku preplácania. Niektoré fondy, väčšinou profesne orientované, mali svoje vlastné zdravotnícke zariadenia. Navyše existoval systém súkromných poskytovateľov, väčšinou rodinných lekárov, ktorí svoje služby poskytovali pomocou priamych platieb. Paralelne sa budoval systém verejného zdravotníctva na pomoc boju s infekčnými chorobami a inými problémami verejného zdravia, no nedostávalo sa mu dostatočnej politickej ani finančnej podpory. Všeobecne závisela kvalita a dostupnosť zdravotníckej starostlivosti od platobnej schopnosti pacienta. Zákon č. 221/1926 rozšíril sociálne poistenie na poskytovanie penzií a dávok pre postihnutých.

2.2 Od Roku 1948 Do Roku 1968

Radikálne zmeny nastali v systéme zdravotníctva po roku 1948. Všetky zdravotnícke zariadenia boli zoštátnené a Zákon č. 99/1948 o národnom poistení zjednotil všetky typy poistenia, teda nemocenské dávky, dávky pre postihnutých a penzie. Tým sa začala transformácia zdravotníckeho systému na sovietsky typ. Podľa Zákona č. 103/1951 o jednotnej liečebnej a preventívnej starostlivosti, služby domácej starostlivosti boli integrované pod nemocnice a polikliniky. Vychádzajúc zo sovietskej praxe Zákon č. 4/1952 o Hygienickej a protiepidemiologickej starostlivosti viedol k zriadeniu Bolo prioritou zlepšiť služby zdravotnej štatistiky a vzdelávania. Bol zavedený systém hlavných odborníkov z významných medicínskych odborov ako poradcov Ministerstva zdravotníctva. Tieto nové prvky sa rozvíjali ďalej a niektoré prežívajú dodnes. Nový systém zdravotnej starostlivosti slúžil 95% obyvateľom. V päťdesiatych rokoch sa dosiahol výrazný úspech v kontrole nákazlivých chorôb, osobitne tuberkulózy. Zákon č. 20/1966 o zdravotnej starostlivosti obyvateľov bol ďalším významným medzníkom v rozvoji socialistického typu starostlivosti. Poisťovací systém bola nahradený všeobecným výberom a štát prevzal zodpovednosť za financovanie a riadenie zdravotnej starostlivosti. Všetky zdravotné služby vrátane liekov a zdravotných pomôcok boli pre občanov zdarma. Ďalej sa zjednocovala organizácia štruktúra zdravotníctva. Zdravotnícke zariadenia, hygienické stanice a ostatné zariadenia boli integrované do hierarchickej štruktúry na krajské, okresné a miestne národné zdravotnícke zariadenia. Predstavovalo to vertikálnu a horizontálnu integráciu všetkých zdravotných služieb.

Na miestnej úrovni mali zdravotnícke zariadenia tím zdravotníckych profesionálov: miestneho lekára a zdravotnú sestru pre dospelých, pediatra a zdravotnú sestru pre deti (deti do 15 rokov), gynekológa a gynekologickú sestru, lekára-dentistu so sestrou. Lekári pre dospelých museli zložiť špecializačnú skúšku z internej medicíny alebo z chirurgie. Tieto tímy slúžili 3 200 až 3800 miestnym obyvateľom, ktorí boli zaraďovaní podľa miesta bydliska. Tieto centrá spolupracovali s nemocnicami, s poliklinikami prvého typu a spolu poskytovali zdravotné služby 30 000 až 50 000 obyvateľom. Nemocnice prvého typu mali 4 oddelenia: oddelenie internej medicíny, pediatrie, gynekológie a chirurgie. Ostatné služby poskytovali nemocnice s poliklinikami vyššieho druhého typu. Spolu s tromi alebo štyrmi miestnymi zariadeniami národného zdravia, okresnej hygienickej stanice a iných špecializovaných zdravotníckych zariadení poskytovali základnú zdravotnú starostlivosť pre 150 000 až 200 000 obyvateľom.

Tri regionálne zariadenia národného zdravia uzatvárali hierarchickú štruktúru integrovanej zdravotnej starostlivosti a poskytovali služby od 1 do 1.5 miliónom obyvateľom. K týmto zariadeniam sa radili aj fakultné nemocnice (9). Štátne finančné zdroje sa zariadeniam poskytovali podľa výsledkov rozvoja národného hospodárstva prostredníctvom komisií na okresnej a krajskej úrovni. Bol to jediný príjem zdravotníckych zariadení.

2.3 Od roku 1968 do roku 1989

V roku 1968 bolo po federálnom usporiadaní Českoslovenka zriadené Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej socialistickej republiky. Bola mu zverená úloha unifikovať poskytovanie zdravotných služieb na základe princípov: zodpovednosť štátu za zdravotné služby, štátne vlastníctvo zdravotníckych služieb, jednota výskumu a praxe, zamernáie na prevenciu, všeobecná dostupnosť a bezplatná starostlivosť pre všetkých a aktívna participácia občanov na ochrane zdravia. No slabá alokácia finančných zdrojov do zdravotníctva nepostačovala na pokrytie všetkých nákladov poskytovateľov. Podľa literatúry štát poskytoval 5% svojho rozpočtu na zdravotné služby, no všeobecný slabý prehľad o využití týchto zdrojov neumožňoval kapitálové výdavky, čo malo za následok, že diagnostické a liečebné zariadenia a budovy boli zastaralé, zdravotnícki pracovníci mali nízke platy a nedostatok liekov. Indikátory úspechu socialistického zdravotného systému bol počet graduovaných lekárov, zdravotných sestier a počet lôžok, čo spôsobilo výstavbu nových zariadení po roku 1960. Výsledkom bol relatívny nadstav zdravotného personálu, prevažovala nemocničná starostlivosť a rozvíjala sa kultúra tzv. Špecialistov. Pacienti boli hospitalizovaní veľmi často aj pre rutinné zákroky a stali sa pasívnymi objektami zdravotnej starostlivosti. V protiklade so štátom hlásanou prevenciou tot zneužívanie primárnych poskytovateľov znižovalo spoločenský status zdravotníckeho personálu a znižovalo morálku a celkový úpadok zdravotníctva. Navyše štátny paternalizmus udržiaval obyvateľov v pasivite v otázkach svojho zdravia.

Aj keď zdravotný systém poskytoval všeobecnú a bezplatnú starostlivosť, nevyústilo to do želaných výsledkov v zdravotnom stave obyvateľstva. Napríklad v šesťdesiatych rokoch sa zvyšoval priepastný rozdel v dĺžke života na Slovensku v porovnaní so západnými krajinami, hlavne kvôli infekčným chorobám. Radikálne politické, sociálne a ekonomické zmeny po novembri 1989 viedli aj k reforme zdravotníckeho systému.

Tabuľka 3: Priemerná dĺžka života a priemerný rast dĺžky života podľa rokov

		1960	1970	1980	1990	2001	2002
Mean life expectancy at birth	males	67.70	66.73	66.75	66.64	69.51	69.86
	females	72.47	72.92	74.25	75.44	77.54	77.63
Average growth in mean life expectancy per annum	males	..	-0.10	0.00	-0.01	0.29	0.03
	females	..	0.05	0.13	0.12	0.21	0.01

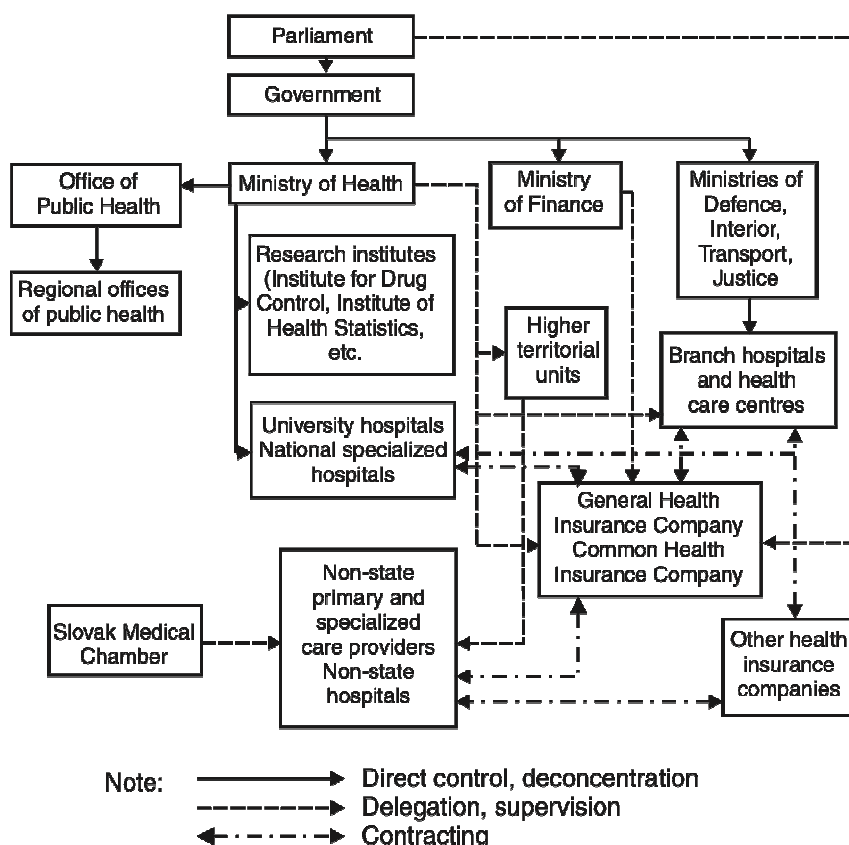
Source: (Statistical Yearbook of the Slovak Republic 2003)

3. Organizácia Systému Zdravotníctva

Organizácia systému zdravotníctva sa radikálne zmenila. V deväťdesiatych rokoch bol integrovaný systém postupne nahrádzaný sociálnym zdravotným poistením s viacerými zdravotnými poisťovňami. Integrovaná funkcia nákupca-poskytovateľ v hierarchickej organizačnej štruktúre na miestnej, okresnej a krajskej úrovni bola zrušená. Väčšina poskytovateľov primárnej starostlivosti a mnohí odborní lekári – špecialisti si otvorili súkromnú prax. Zdravotné služby sa rozložili na poskytovateľov, ktorí pracujú samostatne. Takisto sa oslabili hranice medzi primárnou a sekundárnou starostlivosťou. Do roku 2001 len 3 nemocnice boli pod priamou správou Ministerstva zdravotníctva so štátnymi zamestnancami. Neexistovali administratívne imperatívy riadenia zdravotníckych zariadení. Inými slovami, slovenský systém zdravotníctva formovali tie sily, ktoré v nich fungovali pred rokom 1990, preto sa niektoré zariadenia dostali pod správu Vyšších územných celkov.

Aj keď Slovensko prekonalo pomerne bezbolestný prechod zo socialistického centrálného plánovania na pluralistický systém založený na zdravotnom poistení, smutná realita mnohých finančných a organizačných problémov zostala. Po roku 2002 vláda chcela zvýšiť efektívnosť systému zdravotníctva. Súčasný systém zdravotníctva tvoria centralizované a decentralizované štruktúry.

Tabuľka 4: Štruktúra zdravotníctva



3.1 Ministerstvo Zdravotníctva

Napriek zámeru transformovať Ministerstvo zdravotníctva na orgán, ktorý sa zameriava na regulačné a strategické funkcie, jeho činnosť sa menila len pomaly. Ako hlavný výkonný orgán, ktorý riadi zdravotnú starostlivosť a ochranu zdravia, Ministerstvo zdravotníctva navrhuje základné smerovanie a priority štátnej zdravotnej politiky a pripravuje a podáva návrhy zákonov do vlády. Na základe zákona o zdravotnej starostlivosti, nesie zodpovednosť za poskytovateľov a zabezpečuje, aby mal každý únosnú dostupnosť k zdravotným službám. Vydávalo licencie pre neštátnych poskytovateľov a túto svoju funkciu delegovalo na vyššie územné celky v roku 1996. Od januára 2002 (na základe Zákona č. 416/2001 o prenose kompetencií zo štátnej administratívy na samosprávne vyššie územné celky a mestské samosprávy, významná časť moci Ministerstva zdravotníctva sa decentralizovala na miestne teritoriálnu samosprávu – na samosprávne regióny (vyššie územné celky).

V roku 2003 riadenie 44 poskytovateľov bolo pod správou regiónov. Z toho 16 poskytovateľov prvého typu polikliník boli zverené pod správu miest a 28 poskytovateľov druhého typu pod správu vyšších územných celkov. Po schválení „Transformačného“ zákona č. 13/2002, ďalších 14 poskytovateľov sa stalo neziskovými organizáciami. Do roku 2004 Ministerstvo zdravotníctva riadilo kapitálové výdavky poskytovateľov vo vlastníctve štátu. Táto aktivita sa prakticky zastavila a štátne zariadenia si musia svoje investície hrať z vlastných zdrojov.

Ministerstvo zdravotníctva zodpovedá za postgraduálne, kontinuálne a stredoškolské vzdelávanie zdravotníckych pracovníkov a aj za uznávanie diplomov a certifikátov získaných v zahraničí. Aj keď predtým stredné zdravotnícke školstvo vlastnilo a riadilo stredné zdravotnícke školy, dnes sú tieto školy zverené pod správu vyšších územných celkov. V septembri 2002 bola Slovenská zdravotnícka postgraduálna akadémia transformovaná na Slovenskú zdravotnícku univerzitu.

Prostredníctvom Úradu verejného zdravotníctva ministerstvo zabezpečuje dohľad a kontrolu nad prenosnými chorobami, potravinovej bezpečnosti, bezpečné pracovné a životné podmienky a iné funkcie verejného zdravia. 36 regionálnych pobočiek po decentralizácii vykonáva väčšinu funkcií dohľadu a kontroly. Takisto bol zriadený Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou, ktorý dohliada na kvalitu poskytovaných služieb poskytovateľmi.

3.2 Decentralizácia Zdravotníckeho Systému

Medzi kľúčové strategické ciele zdravotníckej reformy patrilo obmedzenie štátneho monopolu a decentralizácia poskytovania zdravotných služieb. Štátny monopol sa redukoval masívnou privatizáciou poskytovateľov primárnej starostlivosti a lekární v polovici deväťdesiatych rokov, proces decentralizácie začal až na začiatku nového milénia. V reformnom procese začalo byť jasné, že zrušenie národných zdravotníckych zariadení viedlo k nežiadúcej centralizácii ríadiacich funkcií zdravotníckych zariadení na ministerskej úrovni. Aj keď sa to považovalo za prechodné štádium, ktoré malo umožniť neskoršiu privatizáciu, centralizované riadenie pretrváva dodnes. Viedli k tomu dva dôvody: mestské samosprávy spočiatku odmietali prevziať zodpovednosť za riadenie z obavy, že nezvládnu tieto zaradenia riadiť a financovať. Druhý dôvod bol, že vláda váhala umožniť privatizáciu nemocničných zdravotníckych zariadení.

V dôsledku toho bolo 161 zdravotníckych zariadení (prakticky všetky nemocnice, polikliniky a špecializované liečebné ústavy a 69 kontrolných inštitúcií (ako Štátny ústav pre kontrolu liečiv, Národné centrum podpory zdravia a Ústav zdravotníckych informácií a štatistiky) zostali pod priamym riadením Ministerstva zdravotníctva. Z toho nevyhnutne vyplývalo, že nemocnice pod priamym riadením ministerstva mali slabé právomoci nad riadením vlastných zdrojov. Minister menoval riaditeľov a tým si zabezpečoval závislosť a kontrolu nad zariadeniami. Myšlienka uplatnenia dozorných rád zastúpená členmi zdravotných poisťovní, štátnych organizácií, zástupcov samosprávy, pacientov, súkromného sektora sa neuplatnila. Bol to jednoducho neefektívny spôsob riadenia, lebo ministerstvo prakticky nemohlo dohliadať na bežné riadenia viac ako 90 zariadení. Toto operatívne bremeno znemožňovalo vykonávať oveľa dôležitejšiu strategickú regulačnú a legislatívnu rolu.

Určitý pokrok sa zaznamenal v riadení polikliník a mimonemocničnej starostlivosti. Právomoc nad týmito centrami prevzali regionálne úrady štátnej správy alebo samospráva a niektoré úlohy Ministerstva zdravotníctva boli zverené regionálnym a regionálnym štátnym lekárom. Bola to

decentralizácia dekoncentraciou. Regionálni štátni lekári mali právomoc vydávať licencie súkromným poskytovateľom mimonemocničnej starostlivosti. Zodpovedali za organizáciu a poskytovanie mimonemocničnej starostlivosti a za vytváranie siete poskytovateľov a za rozshapríspevkov zdravotných poisťovní, cenotvorby zdravotných služieb a počtu personálu.

V júni 2001 sa Vládnym nariadením č. 577 schválila druhú fázu privatizácie zdravotníckych zariadení. Týkala sa 36 miestnych zdravotníckych centier, 13 sanatórií, 2 liečebných detských centier, 27 nemocničných lekární, 49 polikliník, 1 kúpeľného strediska a 7 špecializovaných terapeutických zariadení. Vládnym nariadením č. 101 vydané vo februári 2002 k týmto počtom pridalo ešte 3 polikliniky a 1 zariadenie dlhodobej starostlivosti a v marci r. 2002 vládnym nariadením č. 274 umožnilo privatizáciu 6 ďalších miestnych zdravotníckych centier, 9 sanatórií, 1 rehabilitačného strediska pre deti, 3 zariadenia dlhodobej starostlivosti a 20 ďalších polikliník.

V januári 2003 prešlo vlastníctvo niekoľkých zdravotníckych inštitúcií na vyššie územné celky. Týkala sa to hlavne väčšiny spomenutých zariadení určených na privatizáciu alebo transformáciu na neziskové organizácie. Pre legislatívny rozpor podľa ktorého len štátne organizácie (nie regionálne samosprávy) mohli byť privatizované alebo transformované, nebolo možné privatizovať alebo transformovať tieto zariadenia. Nová legislatíva o vlastníctve samospráv sa prijala až na sklonku roka 2003. Umožnila získať viacero právomocí na riadenie svojich zariadení a na začiatku roka 2004 sa niektorá zariadenia vo vlastníctve vyšších územných celkov privatizovali na zmluvnom základe. [3]

3.3 Poplatky Za Zdravotné Služby

Väčšina zdravotných služieb na Slovensku sa poskytuje bezodplatne, no niektoré služby sa poskytujú s doplatením. Spolufinancovanie existuje pri predpisovaní niektorých liekov, v dentálnej starostlivosti a pri niektorých medicínskych prístrojoch. Nie nevyhnutná liečba ako kozmetické operácie a akupunktúra sú vyňaté z bezodplatnej starostlivosti a pacient si ich hradí sám v celom rozsahu.

Predpisovanie liekov tým, ktorí trpia chronickými chorobami alebo tým, ktorí patria k medicínsky ohrozeným skupinám, ako napr. tehotné ženy, vojnoví veteráni, diabetici a pacienti s tuberkulózou sú vyňatí z akýchkoľvek poplatkov. Liečivá sú rozdelené do troch skupín – plne hrazené zdravotnými poisťovňami, čiastočne hrazené a lieky, ktoré si pacient hradí sám v plnom rozsahu. Objednávanie u lekárov je bezodplatné, pacient si hradí iba prednostné prijatie.

3.4 Súkromná Zdravotná Starostlivosť

Menší počet ľudí si hradí nadštandardné zdravotné poistenie, ktoré ponúka 5 zdravotných poisťovní. Tí, ktorí využívajú tento typ poistenia buď nemajú základné zdravotné poistenie alebo si doplácajú nadštandardné poistenie v oblastiach, ktoré nepokrýva základný balík zdravotného poistenia. Dobrovoľné poistenie pokrýva aj liečbu v zahraničí.

Lekári a zdravotné strediská. Lekári na Slovensku patria do troch základných skupín: všeobecní lekári pre dospelých, všeobecní lekári pre ľudí do osemnástich rokov, gynekológovia-pôrodníci. Všeobecní lekári poskytujú základné lekárske prehliadky, diagnostikovanie, preventívnu starostlivosť, vykonávajú preskripcie, posudky, návštevy pacientov doma a vykonávajú aj pohotovostné služby. Všeobecní lekári si otvárajú jednotlivé ambulancie, ktoré sú väčšinou súkromné. Súkromní lekári si prenajímajú štátne ambulancie a uzatvárajú zmluvy so zdravotnými poisťovňami. Väčšina lekárov zamestnáva aspoň jednu zdravotnú sestru. Občania majú povinnosť zaregistrovať sa u svojho lekára a raz za 6 mesiacov môžu svojho lekára zmeniť. Ľudia si zvyčajne volia lekára, ktorý je najbližšie k ich práci. Tí, ktorí vyhľadávajú štátnu zdravotnú starostlivosť sa musia ubezpečiť, že ich lekár má uzatvorenú zmluvu s ich zdravotnou poisťovňou. Lekári mali tendenciu brať úplatky, čo sa v posledných rokoch eliminuje doplnkovými platbami pacientov za jednotlivé spoplatňované úkony. Lekári sú povinní informovať svojich pacientov o možnosti získať bezodplatne lieky.

Mnohí lekári si prenajímajú ambulancie na poliklinikách alebo v zdravotných strediskách. Tieto zariadenia sú určené na mimonemocničnú starostlivosť. Medzi poskytované zdravotné služby patrí všeobecná prax, starostlivosť o tehotné ženy a deti a dentálna starostlivosť. Poskytujú pohotovostné služby, laboratóriá, rádiológiu a iné diagnostické služby.

Niektoré polikliniky sú súkromné. Čakacia doba na ošetrovanie je rôzna a odporúča sa dohodnúť

návštevu lekára vopred. Prednostné ošetrovanie sa platí podľa osobitného sadzobníka.

Odborní lekári. Mnohí pacienti ignorujú svojho všeobecného lekára ako prvý kontaktný bod a sami prichádzajú za odborným lekárom. Odborní lekári sú skúsenejší lekári, ktorí absolvovali vyšší stupeň špecializovaného vzdelávania. K odbornému lekárovi odporúča všeobecný lekár, ak uzná, že pacient potrebuje odbornú diagnózu a liečbu. Na Slovensku existuje mnoho oblastí špecializácie ako napr. gynekológia, onkológia, pediatria a dermatológia. Mnohí odborní lekári pracujú ako neštatní lekári.

Nemocnice. Na Slovensku je 44 nemocníc pod správou vyšších územných celkov. Nemocnice sú podkapitalizované a je potrebné vybaviť ich novými prístrojmi a technikou. Niekedy sa stáva, že nemocnice nedokážu nakúpiť určité lieky a zdravotné pomôcky, aj keď sa situácia v tomto smere zlepšuje. Nemocnice a kliniky sú v každom meste a veľkomeste. Nemocnice prijímajú pacientom cez urgentný príjem alebo na odporúčenie ošetrojúceho lekára. Keď je pacient prijatý do nemocnice má prideleného svojho lekára. Na určité zákroky nie bezodkladnej starostlivosti existuje čakací zoznam.

Pohotovostná služba. Starostlivosť na pohotovostnej službe je zdarma pre každého aj pre tých, ktorí nemajú zdravotné poistenie. Keď je však pacient stabilizovaný, požaduje sa od neho preukázať zdravotné poistenie. Pohotovostná služba sa poskytuje v každej nemocnici v priestoroch pre urgentný príjem. Oddelenia pohotovostnej služby sú otvorené 24 hodín denne počas celého týždňa. Tieto služby možno využiť pri náhlom zhoršení zdravotného stavu, alebo na odporúčenie všeobecného lekára či ak nie je dostupná služba všeobecného lekára.

Súkromné kliniky. Väčšina všeobecných lekárov a odborných lekárov pracuje v súkromnej praxi. Ordinujú v prenajatých verejných priestoroch, pričom prenájom si lekári hradia sami či z dobrovoľného zdravotného súkromného poistenia.

Zubní lekári Zubná starostlivosť je v súkromnej praxi, a lekárom sa uhrádza poplatok za určité výkony. Časť liečby zubov je dostupná prostredníctvom štátneho zdravotníckeho systému, no v rámci neho sa poskytujú len rutinné prehliadky a výkony v ústnej dutine. Pacienti si sami musia uhrádzať zložitejšie výkony ako korunky a mostíky.

Lieky Na Slovensku môžu lieky predpisovať len lekári a odborní lekári. Predpísané lieky možno dostať len v lekárňach s vydaným povolením alebo v nemocničnej lekárni. Nepredpísané lieky sú drahšie ako lieky na predpis. V tomto systéme teda možno zaplatiť menej za aspirín, ak lekár naň vystaví lekárske predpis. Náklady na predpisy sa uhrádzajú prostredníctvom národného zdravotníckeho systému.

3.5 Veľkí Poskytovatelia Zdravotnej Starostlivosti Vo Vlastníctve Štátu

Veľkí poskytovatelia sú: fakultné a bežné nemocnice. V súčasnosti sa 8 veľkých nemocníc radí k fakultným zariadeniam, ostatných 14 nemocníc vlastní štát a niektoré z nich sú akciové spoločnosti s majoritným podielom štátnych akcií (ako napr. nemocnica v Poprade). Snahy zmeniť právny stav štátnych nemocníc na akciové spoločnosti sa stretli s veľkým odporom a štrajkami lekárov a manažérov zdravotníckych zariadení. Rozbehnutý proces transformácie sa zastavila a odhadované straty tohto neúspešného pokusu sa vyčísľili na približne 30 M €. [4]

3.6 Zdravotné Poist'ovne

Počas reformy zdravotníctva vzniklo 5 zdravotných poisťovní s cieľom manažovať pacienta a aby si navzájom konkurovali. Tieto poisťovne môžu generovať zisk, čo je v podkapitalizovanom zdravotníckom systéme zvláštne opatrenie. Najväčšou zdravotnou poisťovňou je Všeobecná zdravotná poisťovňa. Vzájomná zdravotná poisťovňa Dôvera je druhá najväčšia poisťovňa, za obe ručí štát. Občania môžu meniť zdravotné poisťovne, no medzi nimi nie sú veľké rozdiely aj keď sa niektoré snažia získať ľudí do svojho kmeňa. No neexistuje žiadna identifikovateľná výhodnosť jednej poisťovne pred inou.

Zdravotné poistenie je povinné pre všetkých zamestnancov. Štát platí za poistencov, ktorí nie sú zárobkovo činní, ako napr. nezamestnaní, dôchodcovia, dlhodobo chorí, matky na materskej dovolenke, ľudia poberajúci invalidné dôchodky. Pri prijímaní do zamestnania majú zamestnávateľia povinnosť registrovať zamestnancov v niektorej z poisťovní. Zamestnanci platia do poisťovní 4% zo základu dane a zamestnávateľia hradia 10%. Zamestnaní postihnutí platia len 2,6% z príjmu, ostatnú časť za nich platí štát. Samostatne zárobkovo činné osoby musia platiť celých 14%, ktoré sa

vypočítavajú z polovice základu dane za predchádzajúci rok. Je stanovený minimálny príjem, kedy je potrebné odvádzať financie do zdravotných poisťovní a takisto je stanovený maximálny strop, z ktorého sa odvádza na poisťné, čo vytvára systémovú nejednoznačnosť voči vysokopríjmovým skupinám ľudí. V súčasnosti existujú tri zdravotné poisťovne, dve z nich Vzájomná životná poisťovňa a Apollo zanikli, alebo sa zlúčili s väčšími poisťovňami.

Zoznam zdravotných poisťovní:

- Všeobecná zdravotná poisťovňa
- Vzájomná životná poisťovňa Dôvera
- Union

3.7 Zdravotná A Sociálna Starostlivosť

Služby sociálnej starostlivosti zahŕňujú dlhodobú ústavnú starostlivosť, denné stacionárne a zariadenia sociálnych služieb pre starších, pacientov s chronickými chorobami a iné skupiny so špeciálnymi potrebami, s psychickými poruchami alebo telesným postihnutím. Legislatíva takúto starostlivosť definuje ako následnú, špeciálnu a domácu starostlivosť. Zdravotné poisťovne preplácajú následnú a domácu starostlivosť. Sociálna starostlivosť je hradená zo sociálneho fondu alebo si ju ten, ktorý je na ňu odkázaný hradí sám. Následná starostlivosť sa poskytuje po akútnych stavoch a zahrnuje ošetrovatľstvo, rehabilitáciu, psychoterapeutickú a kúpeľnú liečbu. V roku 1994 existovalo 6 zariadení so 665 lôžkami pre dlhodobo chorých, väčšinou pre starších občanov. Už v roku 1997 vzrástol počet takýchto zariadení na 14 s 1122 lôžkami. V roku 2002 existovalo len 10 zariadení dlhodobej starostlivosti so 685 lôžkami, no 49 oddelení dlhodobej starostlivosti s 1958 posteľami. Napriek ďalším 1978 posteliam dlhodobej starostlivosti je ich nedostatok a pacienti musia byť na čakacej listine aj niekoľko mesiacov. Dopyt je väčší aj preto, lebo zariadenia sociálnej starostlivosti sú spolufinancované.

V roku 1997 existovalo 6 rehabilitačných zariadení s 511 lôžkami, no tieto zariadenia boli zredukované na 3 s iba 294 posteľami v roku 2002. Počty doleičovacích zariadení sa znížili z 13 s 820 posteľami v roku 1994 na 12 s 702 posteľami v roku 1997 a 49 denných aj celodenných sanatórií s 1462 posteľami bolo v roku 1994 zredukovaných na 38 s 1095 posteľami v roku 1997. V roku 2002 existovalo 41 zariadení, vrátane 10 rehabilitačných sanatórií s 1137 posteľami a 6 sanatórií pre deti so 403 posteľami. Mnohé tieto zariadenia boli sprivatizované. Počet liečebných kúpeľov vzrástol zo 46 s takmer 11 000 posteľami v roku 1994 na 55 s 12 326 posteľami v roku 1997, no zredukoval sa na 30 kúpeľných zariadení s 12 666 posteľami v roku 2002. Všetky kúpeľné zariadenia boli sprivatizované. V súčasnosti je kúpeľná starostlivosť financovaná zdravotnými poisťovňami so spolufinancovaním pacientov.

Špeciálna zdravotná starostlivosť zahrnuje psychiatrickú starostlivosť a osôb s drogovými závislosťami. V roku 1994 existovalo 11 psychiatrických ústavov s 3215 posteľami, v porovnaní s 12 psychiatrickými zariadeniami s 3310 posteľami v roku 1997. V roku 2002 existovalo 6 psychiatrických nemocníc s 2300 lôžkami a 5 psychiatrických inštitúcií s 900 lôžkami vrátane jednej detskej psychiatrie s 90 lôžkami. Počet psychiatrických oddelení v nemocniciach tvoril 29 s 1384 lôžkami. Liečba drogovej a alkoholovej závislosti sa poskytuje na 5 špecializovaných oddeleniach v psychiatrických zariadeniach so 420 lôžkami. V celonárodnom boji proti drogovým závislostiam bolo realizovaných niekoľko projektov, najmä proti hepatitíde typu B u drogových závislých.

Aj keď sa infraštruktúra starostlivosti o starších zlepšila zo 195 lôžok v roku 1998 na 263 lôžok v troch geriatrických zariadeniach a ďalších 856 lôžok v 21 geriatrických oddeleniach v roku 2002, kapacita ešte stále nie je postačujúca. Domáca starostlivosť sa zlepšila zavedením agentúr domácej ošetrovateľskej starostlivosti, ktoré vzrástli z 2 v roku 1997 na 173 ku koncu roka 2003 a na viac ako 200 v roku 2009. Domáca starostlivosť pre starších a postihnutých je podporená zákonom, ktorý poskytuje sociálne dávky tým, ktorí sa starajú o postihnutých. Tieto formy komunitnej starostlivosti majú rastúcu tendenciu. V roku 1994 the Ministerstvo zdravotníctva riadilo 8 zariadení pre deti, 12 detských domovov a 20 domovov pre novorodencov. Aj keď túto starostlivosť prenieslo na Ministerstvo práce sociálnych vecí a rodiny, väčšina z týchto zariadení je v súčasnosti riadená vyššími územnými celkami. Mnohé inštitúcie komunitnej starostlivosti prešli aj pod samosprávu a majú zmiešané vlastníctvo.

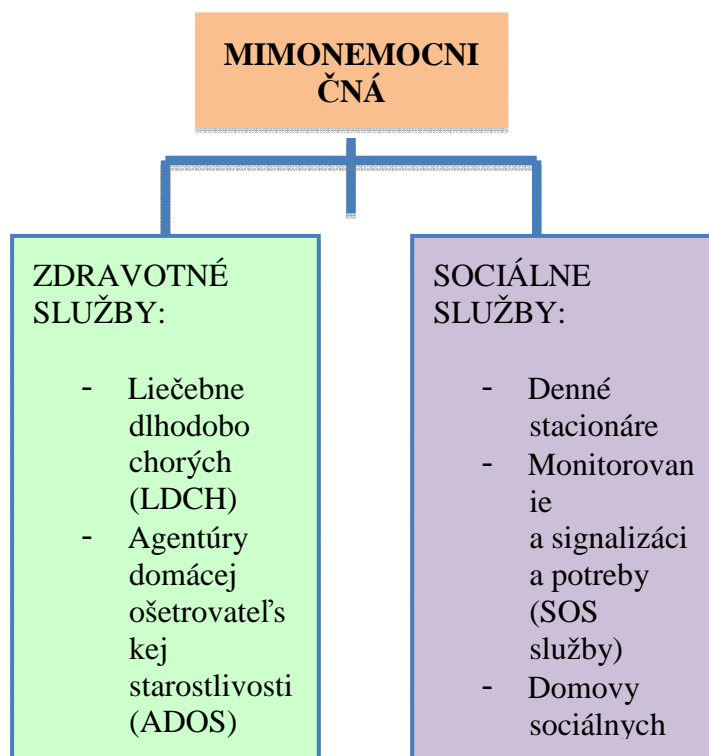
V rámci sociálneho systému existujú zariadenia pre fyzicky postihnutých a ľudí s poruchami učenia, ľudí so zmyslovými postihnutiami. V roku 2002 ich bolo 98 s 8330 miestami. Existujú aj chránené domovy pre ľudí s fyzickým postihnutím, v 65 izariadeniach bola kapacita 3749 miest v roku 2002. Existuje aj 252 zariadení sociálnej starostlivosti so 16 202 miestami. Celkovo kapacita zariadení sociálnej starostlivosti vzrástla medzi rokmi 1999 a 2002. Približne 1500 akútnych lôžok bolo transformovaných na lôžka dlhodobej starostlivosti.

Vznik agentúr domácej starostlivosti sa podporuje od konca deväťdesiatych rokov. V posledných rokoch sa začínajú realizovať projekty komunitného typu ako projekt zníženia poškodzovania zdravia pre drogovu závislých. No domáca a komunitná starostlivosť ešte čelí finančným a legislatívnym ťažkostiam, aby sa mohla vhodne rozvíjať vzhľadom na meniace sa prostredie a potreby populácie. Na podporu snáh rozvoja komunitnej starostlivosti najnovšia úprava zákona o zdravotných službách definuje koncepciu ošetrovateľskej starostlivosti. [5]

3.8 Dlhodobá Starostlivosť – Segregácia Zdravotných A Sociálnych Služieb

V dlhodobej starostlivosti existuje škodlivá segregácia zdravotných a sociálnych služieb. Niektorí poskytovatelia sú pod správou Ministerstva zdravotníctva (napr. Agentúry domácej ošetrovateľskej starostlivosti, ADOS) a pod správou Ministerstva práce sociálnych vecí a rodiny sú iné – sociálne služby. Takže v jednom zariadení možno nájsť zmiešané sociálne a zdravotné služby a zmiešané preplácanie výdavkov. Lekári a ošetrovatelia sú zaštitení Ministerstvom zdravotníctva a sociálne služby – teda opatrovanie ako stravovanie, pomoc v bezvládnosti, hygienické úkony a pod. pod Ministerstvom práce sociálnych vecí a rodiny a nimi delegovanými inštitúciami. Takže sa môže stať, že v zdravotných zariadeniach alebo v domácej starostlivosti nie sú poskytované alebo preplácané sociálne služby. Na druhej strane existujú zariadenia alebo agentúry domácej opatrovateľskej starostlivosti, v ktorých ak pacient potrebuje lekársku alebo ošetrovateľskú starostlivosť, je na rodine a blízkych príbuzných aby mu takéto služby zabezpečila. Integrovaný a na pacienta orientovaný prístup v mimonemocničnej starostlivosti alebo v starostlivosti o dlhodobo chorých alebo odkázaných neexistuje.

Tabuľka 5: Mimonemocničná starostlivosť



4. Domáca Ošetrovateľská Starostlivosť V Rámci Zdravotníckeho Systému

V roku 2004 po prvý raz v histórii Slovenska sa zákonom č. 576/2004 Zb.[6] sa v § 8 o ambulantnej starostlivosti, v článku 5 definuje domáca ošetrovateľská starostlivosť ako domáca starostlivosť poskytovaná ošetrovateľmi alebo opatrovateľmi s odbornými kompetenciami podľa ošetrovateľských procedúr. Domáca starostlivosť je mimonemocničná forma starostlivosti poskytovaná osobe, ktorej zdravotný stav nevyžaduje kontinuálne poskytovanie zdravotnej starostlivosti v časovom úseku medzi 16 až 24 hodinami. Sieť agentúr sa riadi dodatkom Nariadenia č. 751/2004 o minimálnej verejnej sieti poskytovateľov a minimálnych požiadavkách pre agentúry domácej ošetrovateľskej starostlivosti a to 1 ošetrovateľ/-ka na 1 000 občanov.

Výdavky na tieto služby boli v roku 2008 1.90 miliardy €, čo predstavuje 0,5% všetkých výdavkov zdravotných poisťovní. Keď vezmeme do úvahy, že tieto agentúry existujú už viac ako 10 rokov, je percento výdavkov stanovené pomerne nízko.

Preplácanie zdravotných služieb je limitované a agentúry pracujú na základe zmlúv uzatvorených so zdravotnými poisťovňami. Služby, ktoré nie sú zazmluvnené si pacient hradí sám. V týchto zariadeniach je možné objednať si aj sociálne služby, no tie si pacient alebo jeho príbuzní hradia sami.

4.1 Liečebne Pre Dlhodobu Chorých - Ldch – Inštitucionálna Starostlivosť

Poskytované služby:

Inštitucionálna forma dlhodobej starostlivosti sa poskytuje pacientom s individuálnymi špeciálnymi potrebami podľa špecializácie jednotlivých liečební. V prípade LDCH je to gerontológia a geriatra pre pacientov s dlhodobým ochorením alebo pre pacientom s polydiagnózami.

Rozsah poskytovaných služieb:

Starostlivosť o dlhodobu chorých závisí na zdravotnom stave a individuálnom type diagnózy. Vo väčšine prípadov proces liečby trvá 6 týždňov a hospitalizácie sa môžu opakovať, ako to pacient potrebuje. Poskytujú sa všetky služby: základná diagnostika, ošetrovateľská starostlivosť, rehabilitácie, logopedická liečba atď.

Typy **klientov - pacientov**: Služby sa poskytujú všetkým vekovým skupinám, no poskytovatelia sú zaradení pod špecializáciu geriatrickej. Zriaďovateľ tohto typu zariadenia je vyšší územný celok alebo Ministerstvo zdravotníctva. Je možné zriadiť aj súkromné liečebne tohto typu zdravotnej starostlivosti. Okrem súkromných zariadení, náklady na liečebne sú preplácané zdravotnými poisťovňami. Štatistické údaje poukazujú na to, že asi 61% percent všetkých hospitalizácií sú opakované hospitalizácie, zatiaľčo počet psychiatrických pacientov s opakovanou hospitalizáciou tvorí 42%.

Tabuľka 6: Počet hospitalizácií v liečebniach (LDCH)

Oddelenie	Hospitalizácie	Hospitalizácie podľa diagnóz					
		Prvý raz		Opakované		Nešpecifikované	
		Počet	%	Počet	%	Počet	%
Dlhodobu chorí	4 330	1 644	37,97	2 660	61,43	26	0,60
Total	4 330	1 644	37,97	2 660	61,43	26	0,60

4.2 Agentúry Domácej Ošetrovateľskej Starostlivosti (Ados)

Domáca ošetrovateľská starostlivosť je určená pre tých, ktorí potrebujú priame ošetrovateľské služby, no nechcú byť hospitalizovaní v zdravotníckom zariadení. Ošetrovateľ/-ka môže navštíviť domácnosť a poskytovať ošetrovateľské služby v domácom prostredí. Pacient s domácou ošetrovateľskou starostlivosťou je definovaný ako klient a starostlivosť o neho môže byť časovo limitovaná alebo neobmedzená.

Domáca ošetrovateľská starostlivosť sú služby pre ľudí všetkých vekových kategórií a poskytovaných v domácom prostredí, v práci, v škole a v iných komunitných centrách ako sú kliniky a zahrnujú výučbu liečebných postupov, liečebné intervencie, starostlivosť na sklonku života, rehabilitáciu,

sociálnu adaptáciu a integráciu a podporu pre rodinných príslušníkov, ktorí sa starajú o klienta.

Poskytované služby v ADOS

Služby poskytované v domácej ošetrovateľskej starostlivosti zahŕňujú ošetrovanie, osobná podpora, terapia (vrátane fyzioterapie, pracovnej terapie, logopédie, sociálnu prácu, dietologické a nutričné poradenstvo a zdravotné pomôcky používané doma. Domáce ošetrovateľské agentúry musia splniť minimálne požiadavky podľa platnej legislatívy.

Domáca ošetrovateľská starostlivosť je dôležitou a neoddeliteľnou súčasťou dlhodobej zdravotnej starostlivosti.

Potreba komplexnej starostlivosti na Slovensku má vzrastajúci trend pre klientov/pacientov aj zdravotníckych pracovníkov. Výskumy poukazujú na to, že asi 90% Inquiries show that as many as 90% obyvateľov uprednostňuje zdravotné a sociálne služby poskytované v domácom prostredí. Pretože počet starnúcich ľudí sa celosvetovo zvyšuje, aj na Slovensku, starší ľudia budú v najbližšej budúcnosti jedinou vekovou skupinou narastajúcou počtom. Starší vek sa spája s chronickými ochoreniami, preto je podpora starostlivosti v domácom prostredí dôležitá. Cieľom domácej starostlivosti je v súčinnosti s ambulatnou starostlivosťou poskytovať komplexnú starostlivosť. V roku 2008 tvorili výdavky na domácu ošetrovateľskú starostlivosť 9,3 milióna € a počet agentúr po celom Slovensku vzrástol na 173.

Zoznam agentúr na Slovensku:

Banská Bystrica: ADOS Sestrička, Sládkovičova 7/A, Banská Bystrica; ADOS Horná 60

Bardejov: Arcidiecézna charita Košice – ADOS Bardejov, Stocklova 9

Bratislava: ADOS Interrehab, Švabinského 8; ADOS SIGI, Prešovská 39; Harris Slovakia, Haanova 26; ADOS Slnecnica, Parková 31; NZZ SALVUS, s.r.o., Narcisová 5; ADOS – Charita, Heydukova 12; Linda ADOS, s.r.o., Karpatské nám. 11; ADOS MARTA – Stanica zborovej diakonie, Rezedová 3

Brezno: ISIS, s.r.o., Nám. M. R. Štefánika 11

Dolný Kubín: Spišská katolícka charita, ADOS Charitas, Nám. J. Vojaššáka 1551/1; A.D.O.S. – Nádej, s.r.o., Bysterecká 2066/15

Dunajská Streda: ADOS-DS, s.r.o., Športová 4392/46

Fíľakovo: Medical Fíľakovo, spol. s r.o.- ADOS, Biskupická 24

Handlová: ADOS Erika, Okružná 5

Heľpa: Nezisková organizácia NOVÝ DOMOV, Hlavná 121

Humenné: ADOS – „Dubník“, Javorová 11; Ošetrovateľské centrum, s.r.o. – ADOS, Lipová 32; Dom ošetrovateľskej starostlivosti, Lipová 32; Denný ošetrovateľský stacionár, Lipová 32; EMPATIA – MO, s.r.o., Staničná 13

Hurbanovo: ADOS ŽIVOT, Komárňanská 104

Ilava: ADOS – Červená, s.r.o., Štúrova 3

Jablonové: Harmónia Života, n.o. – Seniorville Jablonové 439

Jaklovce: ADOS – Srdce, s.r.o., Nová 351

Kežmarok: Spišská katolícka charita, ADOS Charitas Kežmarok, Kostolné nám. 1; ADOS Nádej, s.r.o., Hviezdoslavova 27

Komárno: ADOS – Pomocná ruka, s.r.o., Rákócziho 11; ADOS Oasis – OZ, Kameničná; ADOS Petheová, Gombaiho č. 7

Košice: Košická ADOS, Pražská č. 4; ADOS EM, s.r.o., SNP 1; Harris Slovakia, Trieda SNP 24; Arcidiecézna charita Košice – ADOS Košice, Južná trieda 2; Asistenčné a opatrovateľské služby, Dénešová 55; ADOS Tereza, s.r.o., Južná trieda 48; BC. Anna Mandzákova – ADOS, Južná Trieda 93

Kováčová: ADOS Nádej Danko Hajková Bc., Tajovského 8

Kremnica: Alzheimerické centrum (Ne)zabúd(k)a, n.o. Kremnica, Dolná 51/25

Kúty: ADOD, Nová č. 1230

Kysucké Nové Mesto: ADOS APEX, s.r.o., Belanského 773

Levoča: Spišská katolícka charita, ADOS Charitas Levoča, Nám. Majstra Pavla 49

Lipany: Arcidiecézna charita Košice – ADOS Lipany, Hviezdoslavova 826

Liptovský Mikuláš: Spišská katolícka charita, ADOS Charitas Liptovský Mikuláš, Nám. Osloboditeľov 68; ADOS-BH,s.r.o., ADOS, 1. mája 724

Malacky: ADOS Jung, Dubovského 980/33
Málinec: ADOS Málinec 177
Martin: ADOS – Majzlíková, s.r.o., A. Kmeťa 28; ADOS MEDIK. M. s.r.o, Kollárova 5781
Michalovce: SADOS, s.r.o., Námestie osloboditeľov 81; ADOS Charitas – Gréckokatolícka charita Košice, Námestie osloboditeľov; Integra, o.z. – Špecializovaná ADOS pre ľudí s duševnými ochoreniami, A. Hrehovčíka 1
Mýtna: ADOS – Elena, Zvolenská 125
Námestovo: Spišská katolícka charita, ADOS Charitas Námestovo, Priemyselná 572; ADOS Poliklinika, ČK 62/30
Nitra: ADOS Dôvera, s.r.o., Koceľova 29, poliklinika Párovce; ADOS Repiská, Štúrova 21; ADOS Charita, Diecézna charita Nitra, Samova 4; STOMADOS s. r. o., Javorová 643/8
Nové Mesto nad Váhom: ADOS Florence, s.r.o., Odborárska 11/1375
Nové Zámky: ADOS Samaritán, G. Czuczora 1; ADOS Nádej Nové Zámky, s.r.o., Slovenská 37
Partizánske: ADOS Partizánske, s.r.o., R. Jašíka 156/4; ADOS – Jana, Hrnčíriková 222/6
Petrovany: PhDr. Agáta Smelá ADOS, Petrovany 317
Piešťany: Alzheimercentrum Piešťany, n.o., Rekreačná 7; ADOS Vitalis Plus, s.r.o., Rekreačná 4827/2
Poprad: ADOS Zdravie, s.r.o., Lidická 1616/25; Spišská katolícka charita, ADOS Charitas, Alžbetina 372/5
Poproč: Mgr. Zita Baníková ADOS-ATIZ, Východná 23
Poša: ADOS Matta, s.r.o., Poša 169
Považská Bystrica: ADOS Helena, Moyzesova 891/90
Prešov: ADOS Schneider, Čapajevova 23; Harris Slovakia, Nám. mieru 1; Gabriela, n.o. Dom ošetrovateľskej starostlivosti, Lemešianská 21; Gabriela, n.o. Zariadenie opatrovateľskej služby, Lemešianska 21; Kontakt Prešov, s.r.o., Sládkovičova
Prievidza: ADOS RIA – Mária Pipíšková, L. Štúra 5
Púchov: ADOS – Srdce, Pod lachovcom 1727/55
Radošovce: ADOS – OSES Júlia Poláková, Vieska 144
Rimavská Sobota: ADOS „Mako“ Gabriela Sojková, L. Svobodu 17
Rožňava: ADOS Krištal, spol. s r.o, Vargová Anna, Komenského 26; Edita Bodnárová – ošetrovateľstvo, Špitálska 1
Ružomberok: Spišská katolícka charita, ADOS Charitas Ružomberok, Majere 5
Senica: ADOS – Opora, Sadová 638/43
Sobrance: Arcidiecézna charita Košice – ADOS Sobrance, Kapitána Nálepku 8
Spišská Nová Ves: Spišská katolícka charita, ADOS Charitas Sp. Nová Ves, Hanulova 2; ADOS Monika Kraková, Jánskeho 1
Spišská Stará Ves: ADOS Úsmev, Tatranská 276
Spišské Podhradie: ADOSAN, s. r. o., Prešovská 331/54
Spišské Vlchy: Spišská katolícka charita, ADOS Charitas, Požiarnická 973/49
Stará Ľubovňa: Spišská katolícka charita, ADOS Charitas, Nám. Sv. Mikuláša 12; ŠIAS spol. s r.o. – ADOS, Levočská 1; D.O.M. Nádej, spol. s r.o., Levočská 1
Streda nad Bodrogom: ADOS Helena Horváthová, s.r.o., Hlavná 127
Stropkov: ADOS EVA, s.r.o, Akad. Pavlova 321/10
Stupava: ADOS, Zdravotnícka 1
Svidník: ADOS Ela, MUDr. Pribulu 1
Šamorín: ADOS JANEK, s.r.o., Senecká 4
Tekovské Lužany: ADOS Mgr. Mária Tóthová, Osloboditeľov č.16
Topoľčany: ADOS Abslovakia, Bernolákova 1546/32; ADOS SANAS, Obchodná 2
Trebišov: ADOS Schneider, M. Kukučina 1; Arcidiecézna charita Košice – ADOS Trebišov, Kukučínova 184/1
Turčianske Teplice: ADOS Daniela Šolonyová, Pod Bôrom 277/7
Tvrdošín: ADOS – ALBA, Medvedzie 135
Veľké Orvište: ADOS – IMAG, spol. s r.o., Veľké Orvište 2
Veľký Krtíš: ADOS TOP-MED, Mgr. Katarína Lukáčová, Nemocničná 1
Vranov nad Topľou: ADOS KELZA, spol. s.r.o., Budovateľská 1279; ADOS Mgr. Čačková Anna, Budovateľská 1279

Zvolen: ADOS Mária, Kuzmányho nábrežie 28; ADOS Karolina, Obchoditá 1 028 – Očová; ADOS pri NsP Zvolen Vaše zdravie, n.o., Kuzmányho nábr. 28

Želiezovce: ADOS MEDSERVIS, s.r.o., Brezová 9

Žilina: Ľubomíra Hrabušová – ADOS-VITA, Rajecká 17; ADOS Mária, s.r.o., Štefánikova

Bánovce nad Bebravou: ADOS sv. Tadeáša, Radlinského 10

4.3 Hospice – Inštitucionálna Starostlivosť

Poskytované služby:

Hospice poskytujú paliatívnu starostlivosť, symptomatickú liečbu a súčasne aj naplnenie psychologických, sociálnych a duchovných potrieb pacienta. Hospice sa zaväzujú k tomu, že pacient:

- a) nebude trpieť neznesiteľnými bolesťami
- b) bude rešpektovaný vo všetkých okolnostiach života
- c) bude mať svoju samostatnosť
- d) bude rešpektovaný vo svojich individuálnych právach a právach príbuzných
- e) vo finálnych fázach života nebude opustený a sám

Hospice zahrnujú časové úseky “ante finem”, “in fine” and “post finem”.

Kazuálna lekárska starostlivosť sa neposkytuje, cieľom je zachovať kvalitu života až do smrti. Kvalitu života možno definovať fyzicky (pohyblivosť, schopnosť komunikácie a odstránenie bolesti)

psychologicky (radosť, harmóniaobez napätia), sociálne (rodinná situácia, priatelia, ekonomické aspekty) a duchovne (zmysel života, hodnoty, metafyzické vzťahy). Kvalita života zahŕňa aj individuálne aspekty v závislosti od hodnôt jednotlivcov.

Zákon č. 578/2004 Zb. O poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti garantuje mimomnemocničnú starostlivosť v hospicoch.

Rozsah poskytovanej starostlivosti:

- a) Zdravotná starostlivosť (diagnostika a liečba bolesti)
- b) Ošetrovateľská starostlivosť
- c) Rehabilitácia
- d) Psychologické služby
- e) Duchovné služby
- g) Sociálne poradenstvo a supervízia (podpora pre rodiny)

Typy klientov

Clienti s nevyliciteľnou chorobou a tí, ktorí hľadajú kvalitu života, zmysel života a utrpenia, geriatrickí pacienti “prae finem” sú typickí klienti ako aj onkologickí pacienti nevyliciteľne chorí s bolesťami a obštrukciami rôzneho typu.

Opis súčasnej situácie

Paliatívna starostlivosť na Slovensku má dve formy: zriaďujú sa nové lôžka paliatívnej starostlivosti v nemocniciach a vznikajú nové hospice. Poskytovanie holistickej starostlivosti pre nevyliciteľne chorých je stanovené diagnosticky zákonom. Hlavnou indikáciou je nepriaznivý zdravotný stav, ktorý si vyžaduje zvládať symptómy v progredujúcej nevyliciteľnej chorobe v terminálnom štádiu. Na prijatie pacienta do hospicu je potrebný súhlas blízkych príbuzných, lekárov, ošetrojúcej sestry a iných inštitúcií (nemocníc, domovov dôchodcov, ústavov sociálnej starostlivosti a iných organizácií). Každý klient podpisuje informovaný súhlas pacienta a v prípade ak je pacient neschopný takéhoto úkonu, súhlas podpisujú blízki príbuzní.

4.4 Mobilné Hospice – Kombinovaná Inštitucionálna Starostlivosť S Domácou Starostlivosťou

Mobilné hospice poskytujú starostlivosť pre pacientov s nevyliciteľnou chorobou v terminálnom štádiu v domácom prostredí. Služby sú poskytované aj príbuzným v závislosti od situácie. Táto služba je pomerne nová a je stanovená nariadením Ministerstva zdravotníctva [7]

Ordinačné hodiny mobilných hospicov sú denne od 8.00 hod do 16.00 hod aj dlhšie v prípade, ak to pacient potrebuje, je možné požiadať o túto službu aj mimo ordinančných hodín.

Cieľ mobilných hospicov je podbný ako u bežných hospicov. No tím lekárov a ošetrovateľov sa snaží navyše o to, aby:

- Mal klient možnosť zostať v domácom prostredí.
- Bola klientovi poskytnutá špeciálna paliatívna starostlivosť.
- Boli naplnené relevantné očakávania vo všetkých oblastiach fyzicko-psychologicko-sociálnych služieb.
- Boli včas odhalené slabiny domácej starostlivosti a prijaté patričné opatrenia na ich odstránenie.

Tím špecialistov je zložený z ošetrovateľov, odborných lekárov a všeobecných lekárov. Hlavný rozdiel medzi mobilnými a bežnými hospicmi je väčšia zaangažovanosť členov rodín v mobilnom hospice vrátane ich zaučenia v potrebnej starostlivosti.

4.5 Dom Ošetrovateľskej Starostlivosti – Dos – Inštitucionálna Starostlivosť

Domy ošetrovateľskej starostlivosti sú inštitucionálni poskytovatelia a poskytujú ošetrovateľskú a opatrovateľskú službu.

Štandardy Kvality Poskytovaných Služieb

Podmienky kvality poskytovanej sociálnej služby		Hodnotenie úrovne spracovania a plnenia	Maximálny počet bodov
I. Procedurálne			
1	určenie postupov, spôsobov a podmienok (vrátane miesta a času) poskytovania sociálnej služby a aj jej rozsahu a formy		5
2	určenie postupov a pravidiel na dosiahnutie účelu a odborného zamerania pri poskytovaní sociálnej služby prostredníctvom metód, techník a postupov sociálnej práce a zásad poskytovania sociálnej služby		5
3	určenie postupov a pravidiel na vypracovanie, hodnotenie a revízie individuálneho rozvojového plánu prijímateľa sociálnej služby alebo práce s prijímateľom sociálnej služby		5
4	určenie postupov a pravidiel a preventívnych opatrení, aby nedochádzalo k porušovaniu základných ľudských práv a slobôd prijímateľa sociálnej služby a používaniu prostriedkov telesného obmedzenia a netelesného obmedzenia		5
5	určenie postupu pri uzatváraní zmluvy o poskytovaní sociálnej služby		5
6	poskytovanie informácií záujemcom o sociálnu službu a prijímateľom sociálnej služby v im zrozumiteľnej forme, podľa ich individuálnych potrieb, schopností a cieľov		5
7	určenie spôsobu podávania sťažností súvisiacej s poskytovaním sociálnej služby		3
8	pomoc prijímateľovi sociálnej služby pri sprostredkovaní a využívaní inej sociálnej služby podľa jeho potrieb a schopností		3
9	určenie postupov a pravidiel na zisťovanie spokojnosti prijímateľov sociálnej služby so všetkými zložkami poskytovanej sociálnej služby (prostredie,		3

	starostlivosť, strava a pod.) a využívanie zistených skutočností pri zvyšovaní kvality poskytovanej sociálnej služby		
10	hodnotenie poskytovateľa sociálnej služby, či je spôsob poskytovania sociálnej služby v súlade s potrebami prijímateľa sociálnej služby a v súlade s cieľmi poskytovanej sociálnej služby		3
II. Personálne			
11	určenie postupov, pravidiel a podmienok na prijímanie, zaškoľovanie, rozvoj ďalšieho vzdelávania a zvyšovanie odbornej spôsobilosti zamestnancov, ktoré sú v súlade so všeobecne záväznými právnymi predpismi		5
12	stanovenie štruktúry a počtu pracovných miest, kvalifikačných predpokladov na ich plnenie v súlade s § 84 s určením štruktúry, povinností a kompetencií jednotlivých zamestnancov; počet zamestnancov je primeraný počtu prijímateľov sociálnej služby a ich potrebám		5
13	určenie postupov a pravidiel na hodnotenie zamestnancov, ktoré zahŕňajú stanovenie osobných cieľov, úloh a potrebu ďalšieho vzdelávania a spôsob ich naplnenia		3
14	určenie systému ďalšieho vzdelávania zamestnancov a pravidiel pre výkon supervízie u poskytovateľa		3
III. Prevádzkové			
15	zabezpečenie prevádzkových podmienok (najmä bezbariérovosť, materiálne vybavenie, vybavenosť sociálnymi zariadeniami, svetelná a tepelná pohoda) zodpovedajúce kapacite, druhu poskytovanej sociálnej služby a potrebám prijímateľov sociálnej služby v súlade so všeobecne záväznými právnymi predpismi		5
16	poskytovanie sociálnej služby v podmienkach, ktoré zachovávajú ľudskú dôstojnosť		5
17	určenie pravidiel, postupov a kompetencií pri vzniku a riešení zadaných havarijných a núdzových situácií		5
18	stanovenie postupov a pravidiel na spracovávanie a zverejňovanie výročnej správy o činnosti a hospodárení, ktorá obsahuje ročnú účtovnú uzávierku a jej zhodnotenie, výrok audítora k ročnej uzávierke (ak bola audítorom overovaná), prehľad o príjmoch (výnosoch) a výdavkoch, členenie podľa zdrojov, úplný objem výdavkov (nákladov) v členení na priame poskytovanie sociálnej služby a na vlastnú činnosť (správu), stav a pohyb majetku a záväzkov poskytovateľa		3
19	určenie pravidiel prijímania darov		3
20	určenie pravidiel hospodárenia s depozitmi		3
21	určenie postupov a pravidiel pri spracúvaní a zverejňovaní osobných údajov prijímateľa sociálnej služby,		5
22	určenie postupov, pravidiel a spôsobu spracúvania a vedenia evidencie dokumentácie o prijímateľovi sociálnej služby a jej archivácie		3
23	určenie spôsobu spracúvania a poskytovania informácií o poskytovanej sociálnej službe (informačná stratégia), ktoré sú dostupné verejnosti v prijateľnej forme (písomná podoba, audio alebo video záznam, internetová stránka) tak, aby boli dostupné aj pre osoby so špeciálnymi potrebami v oblasti komunikácie a porozumenia		5
24	spracovanie rozpočtu na príslušný kalendárny rok, ktorý obsahuje najmä plánované výdavky a príjmy na zabezpečenie poskytovania sociálnych služieb, ktoré zodpovedajú plánovanému rozsahu sociálnych služieb na príslušný kalendárny rok		5
SPOLU			100

4.6 Systém Štúdia Ošetrovateľstva A Opatrovateľstva

Štúdium ošetrovateľstva je 5-ročné magisterské štúdium na vysokej škole alebo nižší stupeň vzdelania bakalársky je trojročné vysokoškolské štúdium. Štúdium ošetrovateľstva poskytujú dve univerzity a ich regionálne jednotky: Univerzita sv. Alžbety a Slovenská zdravotnícka univerzita.

Magisterské štúdium zahrnuje nasledovné schopnosti a zručnosti:

Absolventi majú schopnosť pracovať v odbornom ošetrovateľskom tíme alebo samostatne pri plánovaní, poskytovaní, koordinácii a vyhodnocovaní ošetrovateľskej starostlivosti v primárnej, sekundárnej a terciálnej zdravotnej, sociálnej a domácej starostlivosti. Poznajú proces ošetrovateľstva, majú vedomosti z humanitných vied v súvislosti s ošetrovaním, vykonávajú ošetrovanie a rehabilitáciu ako aj edukačné techniky a procesy, diganostiku, terapeutické procesy na zistenie zdravotného stavu pacienta a rovnako aj schopnosti riadiť ošetrovací proces a ošetrovateľskú starostlivosť. Absolventi samostatne riešia profesionálne úlohy, vedú tímovú prácu, sú schopní riadiť zmenu, riskovať a byť zodpovedný. Aplikujú a využívajú svoje vedomosti prakticky.

Vzdelávací program pozostáva zo štúdia medicínskych, humanitných a riadiacich vedomostí a zručností integrovaných do celostného ošetrovateľstva zameraného na individualitu pacienta a komunitu v dobrom zdraví a v chorobe.

Dĺžka štúdia: 5 rokov (10 semestrov) - magisterské štúdium

3 roky (6 semestrov) – bakalárske štúdium

4.7 Štúdium Opatrovateľstva

Kurz opatrovateľstva (sociálnej starostlivosti) obsahuje 220 hodín odborného štúdia. Cieľom kurzu je pripraviť študentov na opatrovateľskú prácu pre klienta – zabezpečiť jeho osobné potreby, aktivovať klienta k sebačinnosti čo najdlhšie a podporovať jeho sebaúctu.

Kurz opatrovateľstva zahrnuje schopnosti a zručnosti:

Sociálna starostlivosť, organizácia práce, plánovanie a príprava dokumentácie, základy hygieny a infektológie, prvá pomoc, zásady starostlivosti o starších a nevládných alebo postihnutých, starostlivosť o dlhodobu chorých a nevyliciteľne chorých, základy fyzioterapie, ergoterapie, ergonomiky, starostlivosť pri preprave pacienta, údržba domácnosti a varenie, bezpečnosť a prevencia úrazov, komunikácia a zvládanie konfliktov, základy sociálnej starostlivosti v jednotlivých európskych krajinách, terénna sociálna práca, agenda a dokumentácia sociálneho klienta.

Poskytovatelia opatrovateľských kurzov sú vzdelávacie inštitúcie akreditované na poskytovanie opatrovateľských kurzov Ministerstvom školstva SR. Kurzy organizujú aj zahraničné agentúry a ich certifikát platí v celej Európe.

5. Systém Sociálnej Starostlivosti

Existujúci sociálny systém je oddelený od zdravotníckeho systému aj keď zariadenia poskytujú obe tieto služby. Existovala príprava na radikálnu legislatívnu úpravu v tejto oblasti na zjednotenie oboch systémov s orientáciou na klienta, ktorý je odkázaný na zdravotné a s tým sprevádzané aj sociálne služby, no pripravená legislatívna úprava nebola schválená.

5.1 Dejiny Sociálnej Starostlivosti

V roku 1990 ústredný legislatívny orgán Československé federálne zhromaždenie zákonom č. 189/90 Zb. (s jeho úpravami zákon č. 100/88 Zb.) zrušila štátny monopol poskytovania sociálnych služieb. V roku 1992 Zákon č. 135/1992 Zb. umožňoval poskytovať sociálnu starostlivosť právnym organizáciám aj jednotlivcom. Tento zákon však nešpecifikoval jednotlivé sociálne služby ani typ zariadenia. Pomohol však vyrovnať sa s javmi ako bezdomovectvo, drogové závislosti, násilie a psychické poruchy.

Základnými podmienkami prevádzkovania a poskytovania sociálnych služieb a preplácania nákladov z miestnej štátnej správy bola odbornosť a zmluva s poisťovňami na pokrytie nákladov voči spôsobeným škodám. Tento zákon umožňoval reštituovať štátne budovy a poskytovať sociálne služby v týchto budovách.

5.2 Súčasná Situácia

V súčasnosti sa sociálne služby poskytujú podľa Zákona č. 195/1998 Zb. o sociálnej pomoci s neskoršími úpravami. Sociálne služby sa definujú ako nástroj sociálnej pomoci- Zákon to definuje nasledovne: „špecializovaná činnosť na riešenie chudoby – fyzickej alebo sociálnej (§ 14, odsek1).

Sociálne služby sú:

- A) Denná starostlivosť
- B) Stravovanie
- C) Preprava osôb
- D) Sociálna starostlivosť v zariadeniach
- E) Sociálne pôžičky.

Zákon č. 195/1998 umožnil decentralizáciu vo väčšom rozsahu a novým sociálnym zákonom, ktorý je čiastočne platný od 1.1.2009 sa decentralizácia završuje a rozhodnutia sa delegujú na vyššie územné celky a na samosprávu a čiastočne definuje aj prepojenie sociálnych a zdravotných služieb.

Tabuľka 7. Zakladatelia sociálnych zariadení pred decentralizáciou (rok 2001)

Zakladateľ	Počet zariadení	Kapacita zariadení
Štátna – regionálna správa	369 = 55,1%	27591 = 81,5%
Štátne – okresná zariadenia	171 = 25,5%	2 263 = 6,7%
Komunálne/ obecné zariadenia	25 = 3,7%	1 159 = 3,4%
Cirkev*	54 = 8,1%	1 690 = 5%
Ostatné právnické osoby	43 = 6,4%	708 = 2,1%
Jednotlivci	8 = 1,29%	436 = 1,3%
Celkovo	670 = 100%	33 847 = 100%

*Cirkev – Slovenská katolícka charita spravuje 17 charitných domov pre starších a chorých aktívnych členov Cirkvi. Keďže Cirkev ako inštitúcia je pod správou Ministerstva kultúry, tieto zariadenia prepláca Ministerstvo kultúry.

Tabuľka 8: Zakladatelia zariadení sociálnych služieb po decentralizácii (rok 2004)

Zakladateľ	Počet zariadení	%	Kapacita zariadení	%
Štát -špecializovaná štátna správa	79	10,8	3 745	10,10
Vyššie územné celky	305	41,8	21 017	56,6
Komunálne/ obecné	142	19,4	7 075	19,1
Cirkev	67	9,2	1 749	4,7
Iné právnické osoby	119	16,3	2 801	7,6
Jednotlivci	18	2,5	724	8,9
Celkovo	730	100	37 111	100

Zdroj: Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny, 2007

5.3 Preplácanie Nákladov Za Poskytovanie Sociálnych Služieb

Sociálne služby po úplnej decentralizácii sa preplácajú z rozpočtu vyšších územných celkov z ich vlastného rozpočtu, z rozpočtov samospráv a z ko-financovania klientov, najmä tých, ktorí využívajú dennú starostlivosť alebo klientov v domovoch dôchodcov. Úhrada nákladov môže byť úplná alebo čiastočná v závislosti od poskytovaných služieb.

Zákon č. 195/1998 Zb. definuje podmienky financovania/ náhrad výdavkov poskytovateľom sociálnych služieb nasledovne:

1. Poskytovateľ spĺňa požiadavky legislatívne stanovené
2. Sociálna služba v regióne chýba alebo je poskytovaná nedostatočne
3. Poskytovateľ nevykazuje zo svojej činnosti zisk
4. Poskytovateľ pripravuje výročné správy a odpočet rozpočtu

5.4 Zariadenia Sociálnej Starostlivosti Pre Starších Alebo Osoby So Špeciálnymi Potrebami

Denná domáca starostlivosť– sociálne služby

Ľudia, ktorí potrebujú pomoc, môžu ju získať na samosprávom sociálnom oddelení, asistovanú starostlivosť v dennom živote v opatrovaní, udržiavaní domácnosti, stravovaní a preprave (sociálna taxi služba). Služba je čiastočne hradená samosprávou (mestskou alebo obecnou), čiastočne si ju hradí klient alebo jeho príbuzní. Mnohí starší ľudia alebo ľudia so špeciálnymi potrebami preferujú domácu starostlivosť.

Monitoring A Signalizácia Potreby (Sos Service)

V rámci samospráv sa zriaďujú ochranné sociálne pohotovostné jednotky fungujúce počas 24 hodín, ktoré pomáhajú:

- Starším ľuďom
- Ľuďom s rizikovými chorobami
- Vážne postihnutým ľuďom
- Ľuďom, ktorí už zažili pády

Táto služba funguje na jednoduchom princípe smart volania a stlačenia vodotesného a otrasuvzdorného gombíka, ktorý prenáša signál do centrálnej jednotky a pohotovostný tím vykoná potrebné opatrenia pre osobu v ohrození.

Táto služba je spolplatnená 12 €/ mesačne vrátane zariadenia a poskytovanej služby.

Domovy Sociálnych Služieb

Domovy sociálnych služieb spravujú vyššie územné celky. V roku 2004 domovy pre seniorov, penióny predstavovali 66% celkovej kapacity zariadení. Zvyšok tvorili domovy sociálnych služieb pre

mládež, detské domovy, krízové centrá a azylové domy. V súčasnosti sa eviduje 18 000 žiadateľov o umiestnení v domovoch dôchodcov, ktoré nemožno uspokojiť.

Podľa najnovšej legislatívy uhrádzajú náklady na sociálne služby klientom vyššie územné celky a samosprávy, pričom klienti ich kofinancujú sami. Legislatívne je klientom garantované vreckové v sume 20% priemernej mzdy, čo tvorí asi 39 €.

Privátnym poskytovateľom regionálne ani miestne samosprávy nepreplácajú náhrady za sociálne služby, privátni poskytovatelia majú povinnosť sa len zaregistrovať. Všetky náklady znáša klient sám alebo jeho príbuzní.

Počty poskytovateľov podľa jednotlivých regiónov:

Banskobystrický samosprávny kraj

83 registrovaných poskytovateľov sociálnych služieb, 2 851 miest

41 registrovaných domovov sociálnych služieb, 1 858 miest

Bratislavský samosprávny kraj

16 domovov dôchodcov,

1 686 miest

3 domovy sociálnych služieb

Košický samosprávny kraj

10 domovov dôchodcov kombinovaných s domovami sociálnych služieb

8 štátnych 2 súkromné zariadenia

Nitriansky samosprávny kraj

29 zariadení sociálnych služieb

Prešovský samosprávny kraj

27 zariadení sociálnych služieb, 1 782 miest, domovy dôchodcov s kapacitou 1 154 miest

Neštátne zariadenia – 46 zariadení sociálnych služieb, 944 miest

Trnavský samosprávny kraj

3 kombinované domovy dôchodcov, 14 z nich spravujú obecné samosprávy

11 neverejných poskytovateľov

Žilinský samosprávny kraj

26 poskytovateľov v správe vyššieho územného celku

8 zariadení pre seniorov sprvuje samospráva

11 súkromných zariadení

Zariadenia Chráneného Bývania

Zariadenia chráneného bývania poskytujú vyšší stupeň pomoci ako nezávislé bývanie. Sú náročné na ošetrovateľskú a opatrovateľskú starostlivosť. Obyvatelia žijú v izbách po dvoch, zvyčajne bez kuchynského zariadenia, ktoré je spoločné. Môžu získať sociálnu pomoc pri hygiene a iných úkonoch. but will fall short of the nurse-intensive staffing found at a skilled nursing facility. Obyvatelia sa môžu stravovať v spoločnom zariadení, alebo chodiť do spoločnej jedálne.

5.5 Neverejní Poskytovatelia Sociálnych Služieb

Okrem samosprávnych krajov a samospráv existujú aj iní poskytovatelia sociálnych služieb, medzi ktorých sa radia:

Slovenská katolícka charita

Kresťanské sociálne organizácie

Slovenský červený kríž

Slovenská katolícka charita so svojimi diocéznymi charitami spravuje.

17 charitných domov

14 detských domovov a domovov pre dospelých so špeciálnymi potrebami

24 poskytovateľov denných stacionárov

28 centier pre bezdomovcov

42 centier domácej starostlivosti

Kresťanské sociálne organizácie:

Spravujú centrá pre starších občanov, bezdomovcov. Rvanjelická Cirkev spravuje najväčšiu sieť poskytovateľov pod názvom Betánia.

Slovenský červený kríž

Zo 41 pobočiek, ktoré sú právnymi subjektmi 31 poskytuje sociálne služby (stravovanie starších a bezdomovcov, denné stacionáre, prepravné služby, azylové domy pre bezdomovcov).

6. Použité pramene:

1. Slovenský štatistický úrad, 2001, 2010
2. World Health Organization 2004, European Observatory on Health Systems and Policies, 2004
3. Vládne nariadenie č. 577/2003 Zb.
4. Slovenská tlačová agentúra, 27 anuár 2012
5. Lezovic, M, Taragelova, B., Beresova, M.: Home Care in Slovakia, Bratislavské lekárske listy 2011, 112 (9)
6. Zákon č. 576/2004 Zb. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti a jeho úprava Zák.č. 662/2007 Zb.
7. Decree of Ministry of Health Care, Slovak Republic no. Z45641-2011-OP of August 24, 2011

Zákony:

1. Zákon č. 581/2004 Zb. o zdravotnom poistení a dohľade nad zdravotnou starostlivosťou
2. Zákon č. 302/2001 Zb. o samosprávnych krajoch
3. Zákon č.195/1998 Zb. o náhradách výdavkov a registrácii poskytovateľov sociálnej starostlivosti
Act Zákon č. 416/2001 Zb. o prenose kompetencií zo štátnej správy na samosprávu
4. Nariadenie Ministerstva zdravotníctva SR č.. Z45641-2011-OP z augusta 2011 (Mobilné hospice)
5. Zákon č. 180/90 Zb. (Novela zákona 100/88 Zb.) zrušenie štátneho monopolu poskytovania sociálnych služieb
6. Zákon č..448/2008 Zb. o sociálnych službách a decentralizácii. .