



ZÁMER NÁRODNÉHO PROJEKTU

Názov projektu	Stabilizácia personálu v paliatívnej starostlivosti a vytvorenie podporných tímov v oblasti dlhodobej a paliatívnej zdravotnej starostlivosti
----------------	---

Identifikácia budúceho žiadateľa¹

Obchodné meno / názov	Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky
Sídlo	Limbová 2 837 52 Bratislava 37
Právna forma	Rozpočtová organizácia
Štatutárny orgán	
Meno a priezvisko štatutára	JUDr. Zuzana Dolinková

Identifikácia budúceho partnera

Obchodné meno / názov	
Sídlo	
Právna forma	
Štatutárny orgán	
Meno a priezvisko štatutára	

Zdôvodnenie potreby NP, konkrétneho žiadateľa a partnerov

Zdôvodnite čo najpodrobnejšie prečo nemôže byť projekt realizovaný prostredníctvom výzvy na DOP na predkladanie žiadostí o NFP? (napr. porovnanie s realizáciou prostredníctvom dopytovo orientovaného projektu vzhľadom na efektívnejší spôsob naplňania cieľov P SK,	<p>Ministerstvo zdravotníctva je gestorm zákona o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, aj v oblasti dlhodobej a paliatívnej starostlivosti.</p> <p>Existujúca sieť paliatívnych služieb pre pacientov v terminálnom štádiu dlhodobého a progredujúceho ochorenia nie je v slovenskom prostredí postačujúca. V dostupnosti služieb sú preukázateľné výrazné regionálne rozdiely. K zníženiu regionálnych rozdielov prispel aj Národný projekt Posilnenie dlhodobej zdravotnej starostlivosti – je to graficky znázornené na obr. 1 a obr. 5. V júni 2022 bola prijatá novela zákona č.576/2004, kde boli stanovené legislatívne rámce pre dlhodobú, následnú a paliatívnu starostlivosť v § 2, odseky 37, 38 a 39. Na podporu referovania osoby do paliatívnej starostlivosti bol rozšírený § 6 o § 6ba. Bol zadefinovaný podporný tím ošetrojúceho lekára v nemocnici §2 ods. 36, multidisciplinárny prístup §4, ods. 9 a základná a špecializovaná paliatívna starostlivosť v § 10e. Na podporu implementácie novej legislatívy boli neskôr (v januári až marci 2023) prijaté cenové opatrenia a ďalšie vykonávacie predpisy, ktoré podporia udržateľnosť aj terajšieho NP. Implementácia paliatívnej starostlivosti do zdravotného systému je dlhodobý proces, ktorý jednak reflektuje autonómiu a preferencie pacientov</p>
---	--

¹ V tomto dokumente je používaný pojem prijímateľ a žiadateľ. Je to ten istý subjekt, no technicky sa žiadateľ stáva prijímateľom až po podpísaní zmluvy o NFP.

efektívnejšie a hospodárnejšie využitie finančných prostriedkov)

(<https://www.zomieranie.sk/files/pdf/prieskum-2019-zverejnenie.pdf>), jednak je správnou medicínskou praxou a jednak šetrí finančné zdroje najmä akútnych kapacít v zdravotnom systéme (May P, Normand C, Cassel JB, et al. Economics of Palliative Care for Hospitalized Adults With Serious Illness: A Meta-analysis. *JAMA Intern Med.* 2018;178(6):820–829. doi:10.1001/jamainternmed.2018.0750). Akútne lôžka tak slúžia predovšetkým na odvrátenie odvrátiteľných úmrtí, kde Slovenská republika významne zaostáva. Miera odvrátiteľnej úmrtnosti v SR je viac ako dvojnásobok priemeru niektorých krajín EU, (<https://europske.noviny.sk/2019/11/02/miera-odvratitelnej-umrtnosti-v-sr-je-viac-ako-dvojnásobok-priemeru-niektorých-krajín-eu/>). Ak nie je v zdravotnom systéme podporovaná dlhodobá starostlivosť s kombináciou služieb (zdravotných služieb prostredníctvom ADOS, MOHO a zdravotno sociálnych služieb napr. Integrovaná ošetrovateľská starostlivosť) a nie je implementovaná paliatívna starostlivosť, akútne lôžka sú využívané práve nestabilnými paliatívnymi pacientami. Uvedená skutočnosť sa odráža na profile miesta úmrtia, kedy je v Slovenskej republike stále sa zvyšujúci trend zomierania v nemocniciach obr. 4. Zmenou legislatívy sa zadefinovala špecializovaná a základná paliatívna starostlivosť: špecializovanú paliatívnu starostlivosť (ďalej len „ŠPS“) poskytuje lekár–špecialista v paliatívnej medicíne a základnú paliatívnu starostlivosť poskytuje iný lekár. Špecializovaná paliatívna starostlivosť v kapacitách lôžkovej paliatívnej starostlivosti sa v Slovenskej republike zabezpečuje len na tretine existujúcich lôžok. Alarmujúci deficit lôžok pre ŠPS, a tým kvalitatívny rozdiel v poskytovanej paliatívnej starostlivosti, je vyjadrený na obrázku 3, kde je porovnanie všetkých kapacít špecializovanej paliatívnej starostlivosti v roku 2022, kapacít ŠPS v roku 2022 a potreby ŠPS. Ak by sme za cieľ považovali dolnú hranicu normy, tak dostupnosť ŠPS v zmysle hospicovej starostlivosti na Slovensku je naplnená na 23,9 %, v zmysle paliatívneho oddelenia na 11,9 %, pri mobilných hospicioch je dostupnosť naplnená na 16,4 % a pri paliatívnej ambulancii na 6,7 %.

Legislatívne určená minimálna sieť mobilných hospicov, hospicov a paliatívnych oddelení nezodpovedá odporúčaniam medzinárodných odborných organizácií (WHO, EAPC), ani potrebám obyvateľstva. Ani minimálne požiadavky nie sú vo viacerých krajoch Slovenska naplnené.

Mapa mobilných hospicov s vyznačeným 30km dojazdom



Obr. 1: Mapa s vyznačenými mobilnými hospicmi v r. 2023

Na obr. 2 sú uvedené počty kapacít paliatívnej starostlivosti od roku 2018, odkedy sa stav paliatívnej starostlivosti začal monitorovať. Jediným komplexným pracoviskom je výučbové centrum paliatívnej medicíny v Národnom onkologickom ústave v Bratislave, kde pri akútnom oddelení zameranom na paliatívnu medicínu je prítomná paliatívna ambulancia a mobilný hospic. Tím oddelenia poskytuje konziliárnu službu pre celý Národný onkologický ústav. V tíme je sociálna poradkyňa, nutričná poradkyňa a k dispozícii sú aj psychologičky. Pacienti sú do paliatívnej starostlivosti referovaní na paliatívnych multidisciplinárnych seminároch. Paradoxom je, že práve toto oddelenie nie je v NCZI vedené ako paliatívne oddelenie, ale je vedené ako onkologické oddelenie.

Počet kapacít v paliatívnej starostlivosti v rokoch 2022 – 2018

	Počet lôžok v kamenných hospicioch	Dostupnosť paliatológa v kamenných hospicioch (%)	Počet lôžok na paliatívnych oddeleniach	Dostupnosť paliatológa na paliatívnych oddeleniach (%)	Počet paliatívnych ambulancií	Počet detských mobilných hospicov	Počet mobilných hospicov	Dostupnosť paliatológa v mobilných hospicioch (%)
2022	180	67 (37,2 %)	85	19 (22,4 %)	2	4	18	9 (50 %)
2021	204	43 (21,1 %)	85	19 (22,4 %)	1	Dáta nie sú dostupné	Dáta nie sú dostupné	7
2020	218	55 (25,2 %)	78	19 (24,3 %)	Dáta nie sú dostupné	Dáta nie sú dostupné	25	5 (20 %)
2019	206	56 (27,2 %)	71	19 (26,8 %)	Dáta nie sú dostupné	Dáta nie sú dostupné	25	5 (20 %)
2018	203	56 (27,2 %)	68	19 (27,9 %)	Dáta nie sú dostupné	Dáta nie sú dostupné	22	5 (22,7 %)

Zdroj NCZI 2022, vlastné dáta

Obr. 2: Vývoj počtu kapacít v paliatívnej starostlivosti v rokoch 2018 – 2022

WHO tiež odhaduje, že paliatívna starostlivosť je poskytovaná len 12% osôb, ktoré túto starostlivosť potrebujú. Podľa údajov WHO z roku 2017 približne 40 % pacientov, ktorí potrebujú paliatívnu starostlivosť, je vo veku 70 rokov a viac, 27 % vo veku 50-69 rokov a takmer 26 % vo veku 20-49 rokov a len 7 % tvoria deti (0-17 rokov).² Európska rada zdôrazňuje, že dôsledkom nerovnakého poskytovania paliatívnej starostlivosti je zbytočné utrpenie pacientov aj ich rodinných príslušníkov, a konštatuje, že primeraná dostupnosť paliatívnej starostlivosti zabraňuje zbytočným hospitalizáciám a podporuje efektívnejšie využívanie zdravotníckych služieb.³

V prostredí Slovenskej republiky sa dlhodobá zdravotná a paliatívna starostlivosť poskytuje prostredníctvom agentúr domácej ošetrovateľskej starostlivosti (ďalej aj „ADOS“), ambulantnej starostlivosti (mobilné hospice, ďalej MOHO, geriatrické a iné špecializované ambulancie) a prostredníctvom ústavnej starostlivosti (hospice, oddelenia dlhodobo chorých, geriatrické a paliatívne oddelenia v nemocniciach). Po prijatí legislatívnych zmien sa začína aj v praxi rozlišovať následná a paliatívna starostlivosť a začína byť dobrou praxou, že na doliečovací oddelenie sa neprijme pacient, ktorý je paliatívny a nemá rehabilitačný potenciál na dosiahnutie sebestačnosti v aktivitách denného života. Tak sa naliehavosť dostupnosti paliatívnej starostlivosti v slovenskom zdravotníctve ešte zvyšuje. Dlhodobá ošetrovateľská starostlivosť sa

² [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/integrated-health-services-\(ihs\)/csy/palliative-care/whpca_global_atlas_p5_digital_final.pdf?sfvrsn=1b54423a_3](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/integrated-health-services-(ihs)/csy/palliative-care/whpca_global_atlas_p5_digital_final.pdf?sfvrsn=1b54423a_3)

³ [The Challenge: Equal Availability to Palliative Care According to Individual Need Regardless of Age, Diagnosis, Geographical Location, and Care Level - PMC \(nih.gov\)](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8998807/) <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8998807/>

	<p>poskytuje v niektorých zariadeniach sociálnych služieb, ktoré majú integrovanú ošetrovateľskú starostlivosť (v roku 2022 len v 98 zariadeniach). Kapacity špecializovanej paliatívnej starostlivosti sú v Slovenskej republike hlboko poddimenzované v porovnaní so Štandardami a normami Európskej asociácie paliatívnej starostlivosti, avšak ich potreba bude v súvislosti s demografickým vývojom stále vzrastať. Ďalšou paradoxnou skutočnosťou zostáva, že v kapacitách špecializovanej paliatívnej starostlivosti (hospice, MOHO a paliatívne oddelenia v nemocniciach) nie je dostupný lekár so špecializáciou v paliatívnej medicíne a nie je zabezpečený multidisciplinárny prístup poskytovania paliatívnej starostlivosti. (Škripeková a kol, 2022: Stav paliatívnej medicíny na Slovensku v roku 2022. In Paliatívna medicína a liečba bolesti, 2022,).</p> <p>Podľa Stavu onkológie na Slovensku (2023) bolo v roku 2022 evidovaných 11 hospicov, jeden hospic v priebehu roka 2022 zanikol, čiže v systéme zostáva len 10 hospicov s kapacitou 180 lôžok. Dostupnosť paliatológa v hospici sa zvyšuje v porovnaní s rokom 2021 (z 21,1 % na 37,2 %), čo však môže byť aj následkom absolútneho zníženia celkového počtu všetkých lôžok hospicov: z 204 v roku 2021 na 180 v roku 2022. Počet lôžok na paliatívnych oddeleniach a dostupnosť paliatológa k paliatívnym lôžkam sa v porovnaní s rokom 2021 nezmenil: 85 lôžok, z toho k 19 má prístup paliatológ, čo predstavuje 22,4 % lôžok. ⁴</p> <p>Moderné spôsoby poskytovania dlhodobej a paliatívnej starostlivosti sú z hľadiska odbornosti tímovou záležitosťou, ktoré prinášajú komplexné multidisciplinárne riešenia. V roku 2022 bola prijatá legislatívna úprava týkajúca sa multidisciplinárneho prístupu pri poskytovaní dlhodobej a paliatívnej starostlivosti v §4 zákona č.576/2004 Z.z. so zadaním podporného tímu ošetrojúceho lekára v §2 zákona č.576/2004 Z.z. (NR SR 2022). Systémovým krokom nevyhnutným k implementácii novoprijatej legislatívy je vytvorenie odborných podporných tímov plošne v jednotlivých krajoch, ako aj nastavenie vzdelávacieho systému a metodiky a zadaním indikátorov kvality, prípadne vytvorenie alertového systému. Alertový systém je schopný už na akútnom oddelení identifikovať pacienta s potrebou komplexného manažmentu v dlhodobej zdravotnej starostlivosti, prípadne s potrebou využitia paliatívnej starostlivosti .</p> <p>Z uvedených dôvodov je potrebné problematiku riešiť celoplošne, a to aktivitami zámeru NP, ktoré zjednotia systém a prispejú k zvýšeniu dostupnosti poskytovaných služieb v rámci regiónov Slovenska pre rôzne vekové skupiny v závislosti od závažnosti ochorenia a sociálno-ekonomických dopadov.</p> <p>S ohľadom na zameranie NP a stanovenie cieľov, charakter aktivít a geografický rozmer, nie je možné stanovený cieľ NP dosiahnuť prostredníctvom dopytovo-orientovaného projektu. Riešenie prostredníctvom výzvy by predstavovalo reálne riziko, že nebudú vytvorené zjednocujúce systémové prvky a dosiahnuté stanovené ciele projektu.</p>
<p>Dôvod určenia budúceho žiadateľa národného projektu.⁵ Má budúci žiadateľ</p>	<p>Ministerstvo zdravotníctva SR je v súlade s § 19 v zmysle zákona č. 575/2001 o organizácii činnosti vlády a organizácii ústrednej štátnej správy Z.z. (ďalej aj „kompetenčný zákon“) je Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky ústredným orgánom štátnej správy pre</p>

⁴ <https://www.noisk.sk/files/2023/2023-06-23-vyrocnna-sprava-2022-stav-onkologie-v-sr-sk.pdf>

⁵ Jednoznačne a stručne zdôvodnite výber prijímateľa národného projektu ako jedinečného subjektu oprávneného na realizáciu NP (napr. odkaz na platné predpisy, národnú stratégiu, ktorá odôvodňuje jedinečnosť prijímateľa).

<p>osobitné, jedinečné kompetencie na implementáciu aktivít národného projektu priamo zo zákona, osobitných právnych predpisov?</p>	<ul style="list-style-type: none"> a) zdravotnú starostlivosť, b) ochranu zdravia, c) verejné zdravotné poistenie, d) ďalšie vzdelávanie zdravotných pracovníkov, e) prírodné liečebné kúpele, prírodné liečivé zdroje, prírodné minerálne vody, f) cenovú politiku v oblasti cien výrobkov, služieb a výkonov v zdravotníctve a v oblasti cien nájmu nebytových priestorov v zdravotníckych zariadeniach, g) kontrolu zákazu biologických zbraní. <p>V súlade so svojim štatútom, schváleným vládou SR uznesením č. 232 zo dňa 6. mája 2015, sú hlavné úlohy Ministerstvo zdravotníctva SR v rozsahu vymedzenej pôsobnosti v oblasti</p> <p>a) zdravotnej starostlivosti</p> <ul style="list-style-type: none"> - vypracúva návrhy zásadných smerov a priorít rozvoja štátnej zdravotnej politiky a určuje koncepcie jednotlivých medicínskych odborov, - riadi celoštátne programy zamerané na ochranu, zachovanie a navrátenie zdravia, - odborne usmerňuje poskytovanie zdravotnej starostlivosti, - vykonáva dozor nad poskytovaním zdravotnej starostlivosti, - vydáva štandardné diagnostické postupy a štandardné terapeutické postupy, - určuje druhy zdravotníckych zariadení a vydáva povolenia na prevádzkovanie zdravotníckych zariadení, - určuje verejnú minimálnu sieť poskytovateľov zdravotnej starostlivosti a koncovú sieť poskytovateľov, - zabezpečuje koordináciu poskytovania zdravotnej starostlivosti s inými ústrednými orgánmi štátnej správy, - zabezpečuje jednotné riadenie prípravy zdravotníctva na obranu štátu, - uchováva osobitnú zdravotnícku dokumentáciu a vedie o nej evidenciu, - koordinuje výskumnú činnosť a uplatňovanie výsledkov vedeckého výskumu v praxi, - zriaďuje etickú komisiu na posudzovanie etických otázok vznikajúcich pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti vrátane biomedicínskeho výskumu, - usmerňuje prenesený výkon štátnej správy uskutočňovaný na úseku zdravotníctva samosprávnymi krajinami, - zabezpečuje medzinárodnú spoluprácu na úseku poskytovania zdravotnej starostlivosti, - vykonáva štátnu správu na úseku humánnej farmácie, - rozhoduje o vydaní povolenia na výrobu humánnych liekov, výrobu skúšaných humánnych produktov a skúšaných humánnych liekov, prípravu transfúzných liekov, individuálnu prípravu liekov na inovatívnu liečbu, veľkodistribúciu humánnych liekov, poskytovanie lekárenskej starostlivosti v nemocničnej lekárni, <p>b) ochrany zdravia</p> <ul style="list-style-type: none"> - určuje zásadné smery a priority štátnej zdravotnej politiky na úseku verejného zdravia, - riadi celoštátne programy zamerané na ochranu, zachovanie a podporu verejného zdravia, - koordinuje spoluprácu ústredných orgánov štátnej správy a medzinárodnú spoluprácu na ochranu, zachovanie a podporu verejného zdravia, - metodicky usmerňuje výkon štátneho zdravotného dozoru, - určuje smery vzdelávania v oblasti ochrany, podpory a rozvoji verejného zdravia, - kontroluje výkon verejného zdravotníctva v Slovenskej republike, - koordinuje výskumnú činnosť a uplatňovanie výsledkov vedeckého výskumu v praxi,
--	--

	<p>- nariaďuje opatrenia podľa osobitných právnych predpisov,</p> <p>c) verejného zdravotného poistenia</p> <ul style="list-style-type: none"> - ustanovuje verejné zdravotné poistenie, právne vzťahy vznikajúce na základe verejného zdravotného poistenia a prerozdelenie poistného na verejné zdravotné poistenie, - vykonáva úhradu nákladov za poskytnutú neodkladnú zdravotnú starostlivosť podľa osobitného právneho predpisu, <p>d) ďalšieho vzdelávania zdravotníckych pracovníkov</p> <ul style="list-style-type: none"> - odborne a metodicky riadi ďalšie vzdelávanie zdravotníckych pracovníkov, - ustanovuje sústavu špecializačných odborov a sústavu certifikovaných pracovných činností, - rozhoduje o akreditácii špecializačných študijných programov, certifikačných študijných programov, študijných programov sústavného vzdelávania, kurzov prvej pomoci a kurzov inštruktorov prvej pomoci a vydáva osvedčenia o akreditácii, - zriaďuje a koordinuje činnosť Akreditačnej komisie Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky na ďalšie vzdelávanie zdravotníckych pracovníkov, - ustanovuje minimálne štandardy pre špecializačné študijné programy, minimálne štandardy pre certifikačné študijné programy, minimálne štandardy pre študijné programy sústavného vzdelávania, - je notifikačným orgánom vo veciach ďalšieho vzdelávania zdravotníckych pracovníkov, - uznáva doklady o odbornej spôsobilosti na výkon pracovných činností zdravotníckych pracovníkov získaných mimo územia Slovenskej republiky v súvislosti s ďalším vzdelávaním zdravotníckych pracovníkov a vydáva rozhodnutia o ich uznaní, <p>f) cenovej politiky v oblasti cien výrobkov, služieb a výkonov v zdravotníctve a v oblasti cien nájmu nebytových priestorov v zdravotníckych zariadeniach</p> <ul style="list-style-type: none"> - ustanovuje rozsah regulácie cien liekov, dietetických potravín, zdravotníckych pomôcok a výkonov zdravotnej starostlivosti, maximálne ceny a podmienky regulácie cien v zdravotníckych zariadeniach, - ustanovuje podmienky regulácie cien nájmu nebytových priestorov v zdravotníckych zariadeniach.
<p>Zdôvodnenie potreby partnera národného projektu (ak relevantné)⁶. Uvedte kritériá pre výber partnera⁷. Má partner monopolné postavenie na implementáciu týchto aktivít? (áno/nie) Ak áno, na akom základe?</p>	<p>N/A</p>

⁶ Uvedte dôvody pre výber partnerov

⁷ Uvedte, na základe akých kritérií bol partner vybraný, alebo ak boli zverejnené, uvedte odkaz na internetovú stránku, kde sú dostupné. Ako kritérium pre výber - určenie partnera môže byť tiež uvedená predchádzajúca spolupráca žiadateľa s partnerom, ktorá bude náležite opísaná a odôvodnená, avšak nejde o spoluprácu, ktorá by v prípade verejných prostriedkov spadala pod pôsobnosť zákona o VO.

<p>Uvedte akým spôsobom boli do prípravy NP zapojení relevantní partneri v súlade s článkom 8 nariadenia o spoločných ustanoveniach⁸. V prípade nezapojenia partnerov do prípravy NP, uveďte dôvody ich nezapojenia.</p>	<p>Na príprave projektového zámeru národného projektu sa podieľali v rámci zberu relevantných dát zástupcovia mobilných hospicov (vo väčšine mimovládne organizácie). Zástupcovia jednotlivých partnerov, vrátane zástupcov občianskej spoločnosti budú pripomienkovať a schvaľovať zámer NP aj v rámci Komisie pri MV PSK pre cieľ politiky 4 Sociálnejšia a inkluzívnejšia Európa implementujúca Európsky pilier sociálnych práv.</p>
---	---

Identifikácia projektu	
Názov projektu/akronym	Stabilizácia personálu v paliatívnej starostlivosti a vytvorenie podporných tímov v oblasti dlhodobej a paliatívnej zdravotnej starostlivosti / Podporné paliatívne tímy
NACE projektu	
Štátna pomoc	Služby všeobecného hospodárskeho záujmu
Kategórie regiónov	
Projekt s relevanciou k Integrovaným územným stratégiám	ÁNO / NIE (<i>resp. ak je zameranie projektu IUS pole je automaticky áno</i>)
Projekt s relevanciou k Udržateľnému rozvoju miest	NIE (<i>pokiaľ vo výzve nie je uvedené inak</i>)
Program	Program Slovensko 2021-2027
Fond	Európsky sociálny fond +
Priorita	4P5
Špecifický cieľ⁹	ESO4.11. Zlepšovanie rovného a včasného prístupu ku kvalitným, udržateľným a cenovo dostupným službám vrátane služieb, ktoré podporujú prístup k bývaniu a individualizovanú starostlivosť vrátane zdravotnej starostlivosti; modernizácia systémov sociálnej ochrany, vrátane podpory prístupu k sociálnej ochrane, s osobitným zameraním na deti a znevýhodnené skupiny; zlepšovanie prístupnosti, a to aj pre osoby so zdravotným postihnutím, účinnosti a odolnosti systémov zdravotnej starostlivosti a služieb dlhodobej starostlivosti (ESF+)
Aktivita/akcia v súlade s P SK	Zabezpečenie dostatočných odborných kapacít personálu v zdravotníctve, reflektujúcich požiadavky moderných zdravotníckych povolání
Kategorizácia za konkrétne špecifické ciele	
Špecifický cieľ¹⁰	ESO4.11. Zlepšovanie rovného a včasného prístupu ku kvalitným, udržateľným a cenovo dostupným službám vrátane služieb, ktoré podporujú prístup k bývaniu a individualizovanú starostlivosť vrátane zdravotnej starostlivosti; modernizácia systémov sociálnej ochrany, vrátane podpory prístupu k sociálnej ochrane, s osobitným zameraním na deti a znevýhodnené skupiny; zlepšovanie prístupnosti, a to aj pre osoby so zdravotným postihnutím, účinnosti a odolnosti systémov zdravotnej starostlivosti a služieb dlhodobej starostlivosti (ESF+)

⁸ NARIADENIE EURÓPSKEHO PARLAMENTU A RADY (EÚ) 2021/1060 z 24. júna 2021, ktorým sa stanovujú spoločné ustanovenia o Európskom fonde regionálneho rozvoja, Európskom sociálnom fonde plus, Kohéznom fonde, Fonde na spravodlivú transformáciu a Európskom námornom, rybolovnom a akvakultúrnom fonde a rozpočtové pravidlá pre uvedené fondy, ako aj pre Fond pre azyl, migráciu a integráciu, Fond pre vnútornú bezpečnosť a Nástroj finančnej podpory na riadenie hraníc a vízovú politiku

⁹ Tabuľka sa opakuje v závislosti od počtu špecifických cieľov.

¹⁰ Oblasť intervencie, typ územia a forma financovania sú uvedené v dokumente P SK.

Oblasť intervencie	160. Opatrenia na zlepšovanie prístupnosti, účinnosti a odolnosti systémov zdravotnej starostlivosti (okrem infraštruktúry)
Typ územia	33. Iné prístupy – Žiadne územné zameranie
Forma financovania	01. Grant

Miesto realizácie projektu

Štát	Slovenská republika
Región (NUTS II)	SK0 Slovenská republika
Vyšší územný celok (NUTS III)	SK01 Bratislavský kraj SK02 Západné Slovensko SK03 Stredné Slovensko SK04 Východné Slovensko
	SK010 Bratislavský kraj SK021 Trnavský kraj SK022 Trenčiansky kraj SK023 Nitriansky kraj SK031 Žilinský kraj SK032 Banskobystrický kraj SK041 Prešovský kraj SK042 Košický kraj

Predpokladaný časový rámec

Uvedte plánovaný termín začiatku realizácie aktivít	07/2024
Uvedte plánovaný termín ukončenia realizácie aktivít	06/2027

Popis projektu

Stručný popis projektu

Hlavným cieľom národného projektu je zabezpečenie a udržanie personálnych kapacít v dlhodobej a paliatívnej starostlivosti o osoby s dlhodobým progredujúcim ochorením. Zároveň bude dochádzať k zabezpečeniu doteraz chýbajúceho prepojenia zdravotnej a sociálnej starostlivosti a koordinácia zdravotnej starostlivosti a sociálnych služieb prostredníctvom podporných tímov. Uvedenými krokmi sa posilní ich poskytovanie na komunitnej úrovni. Poskytnutím pomoci v sociálnej oblasti (napr. usmernením pri možnostiach a podmienkach domácej starostlivosti, vybavovaní zdravotníckych pomôcok, kompenzačných príspevkov alebo inej sociálnej pomoci zo strany obcí, príslušných inštitúcií alebo finančnej podpory zo strany neziskových organizácií) sa zabezpečí čo najskoršie prepustenie osoby z ústavného zdravotníckeho zariadenia do jej prirodzeného prostredia so sociálnou podporou. 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. 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.

NP nadväzuje na t.č. implementovaný projekt: „Poskytovanie dlhodobej zdravotnej starostlivosti“, financovaný zo zdrojov Operačného programu Ľudské zdroje, s termínom ukončenia 31.12.2023. **Z dôvodu nevyhnutnosti**

zabezpečenia rozvoja mobilných hospicov existujúcich, ako i novovytvorených a posilnenia siete dlhodobej a paliatívnej starostlivosti aj prostredníctvom hospicov je naviazané na pokračovanie navrhovaného projektu. Nový NP má predpokladaný začiatok realizácie 07/2024, čím nedôjde k duplicitě výdavkov.

V pripravovanom NP budú užívateľmi mobilné hospice, **novými užívateľmi budú hospice**, ktoré neboli oprávnenými užívateľmi v t.č. trvajúcim projekte, a sú nevyhnutné pre zabezpečenie špecializovanej ústavnej paliatívnej zdravotnej starostlivosti. Ďalšími užívateľmi projektu budú **ústavne zdravotnícke zariadenia (nemocnice)**, kde bude podporený reformný prvok podporných tímov ošetrojúceho lekára, ktoré uľahčia prechod z akútnej zdravotnej starostlivosti do dlhodobej a paliatívnej zdravotnej starostlivosti. Užívateľom zapojeným do národného projektu bude poskytnutá podpora na doplnenie a udržateľnosť pracovných miest zdravotníckych a nezdravotníckych pozícií, vo forme mzdových nákladov, paušálu a výdavkov vynaložených na odborné vzdelávanie.

Ciele národného projektu budú napĺňané prostredníctvom aktivít:

Hlavná aktivita: Zabezpečenie dodatočných personálnych kapacít v dlhodobej a paliatívnej starostlivosti o pacientov s komplexnými problémami a/alebo odkázanými na pomoc inej osoby

Podaktivita 1: Stabilizácia personálu v paliatívnej starostlivosti a implementácia multidisciplinárneho prístupu v mobilných hospicoch a hospicoch

Podaktivita 2: Vytvorenie základných metodických materiálov pre činnosti podporného tímu

Podaktivita 3: Vytvorenie podporných tímov v oblasti dlhodobej a paliatívnej starostlivosti

Miesto realizácie projektu:

Projekt bude realizovaný na území VRR a MRR.

Merateľné ukazovatele:

Celkový počet účastníkov

Celkový počet zapojených zariadení (hospice, mobilné hospice, ústavné zariadenia – nemocnice)

Celkový počet podporených pracovných miest

Počet metodických materiálov

Nové, inovatívne, systémové opatrenia

Podporné tímy budú vytvorené najmä pri nemocniciach podľa zákona č.540/2021 Z. z. o kategorizácii ústavnej zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

Podľa dôvodovej správy k novele zákona č.576/2004 Z.z. z r. 2022 je podporný tím realizovaný na rôznej odbornej úrovni „lekár – iný zdravotnícky pracovník alebo nezdravotnícky pracovník“. Úlohou podporného tímu je zabezpečiť osobe, ktorej sa zdravotná starostlivosť poskytuje, najmä psychologickú podporu, sociálnu pomoc, poradenstvo napr. v oblasti výživy, ako aj duchovnú podporu.

V dôvodovej správe novely zákona č. 576/2004 Z.z. z r. 2022 je príkladmo uvedená intervencia podporného tímu u pacientky vo vysokom geriatrickom veku, bez vážnych komorbidít, ktorá 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 nemocnici.

Podporný tím pacienta má sprevádzať tzv. cestou pacienta tak, aby sa pacientom v každej situácii dostalo adekvátnej zdravotnej starostlivosti s reflektovaním sociálnej zraniteľnosti a ďalších dimenzií utrpenia spojených s dlhodobou a/alebo nevyliciteľnou chorobou. Dôraz sa kladie na to, aby osoba s dlhodobým a/alebo nevyliciteľným ochorením zotrvala čo najdlhšie vo svojom prirodzenom prostredí. Prirodzeným prostredím sa rozumie domáce prostredie alebo komunitné (napr. zariadenia sociálnych služieb, hospice). Nevyhnutnosťou poskytnutia starostlivosti v domácnosti je sociálna odolnosť pacienta t.j. pacient musí mať zabezpečenú asistenciu pri zabezpečovaní sebestačnosti v aktivitách denného života (napr. pri zabezpečení hygieny, príjmu stravy, podávaní liekov). Materiálne technické vybavenie domácnosti (napr. kontinuálne infúzne dávkovače, infúzne stojany, kyslíkové generátory) je v súčasnosti zabezpečované v niektorých prípadoch mobilnými hospicmi (v rámci jednorazového zabezpečenia prostredníctvom Plánu obnovy a odolnosti, avšak nie sú pokryté všetky mobilné hospice alebo príbuznými na vlastné náklady. Uvedený spôsob zabezpečenia nie je dostatočný a systemový.

V rámci aktivít NP bude zabezpečený aj zber údajov a štrukturovaných dát, na základe ktorých budú spracované analýzy, ktoré budú slúžiť k navrhnutiu indikátorov kvality pri štandardných operačných postupoch za účelom validácie a šandardizácie paliatívnej starostlivosti v ambulantnej a ústavnej starostlivosti.

V Slovenskej republike je dostupnosť paliatívnej starostlivosti veľmi nízka. V roku 2010 boli Európskou asociáciou paliatívnej starostlivosti (EAPC) definované štandardy a normy paliatívnej starostlivosti Radbruch L et al., 2010. Štandardy a normy hospicové a paliatívnej péče v Európe. Doporučení Európskej asociácie pro paliatívnu péču. European Journal of Palliative Care 2009; 16(6): 278–289. Kindly reproduced by permission of the publisher of the EJPC, who retains the copyright. www.ejpc.eu.com.) Tieto boli revidované v r. 2022. (Payne S et al., 2022 Revised recommendations on standards and norms for palliative care in Europe from the EAPC: A Delphi study). Porovnanie so štandardmi a normami Európskej asociácie paliatívnej starostlivosti z r. 2010 a revidovanými v r. 2022 je uvedené v tabuľke 3.

Porovnanie všetkých kapacít paliatívnej starostlivosti a kapacít ŠPS v roku 2022 a potreby ŠPS

Kapacita paliatívnej starostlivosti	Počet kapacít v SR	Počet kapacít s dostupnosťou ŠPS v SR	Potrebný počet kapacít ŠPS	Dostupnosť v systéme
Hospic	180 lôžok	67 lôžok	280 – 380 lôžok	23,90%
Paliatívne oddelenie	85 lôžok	19 lôžok	160 lôžok	11,9 %
Mobilný hospic	18	9	55 – 70	16,40%
Paliatívna ambulancia	2	2	30 – 55	6,70%

Vysvetlivky: ŠPS – špecializovaná paliatívna starostlivosť

Obr. 3: Dostupnosť špecializovanej paliatívnej starostlivosti v Slovenskej republike v r. 2022 v porovnaní s Európskymi štandardmi a normami z r. 2022.

V rámci hlavnej aktivity bude zabezpečená stabilizácia špecializovanej paliatívnej starostlivosti ambulantnou a ústavnou formou (mobilné hospice a hospice), aby sa rozšíril prístup k tejto starostlivosti pre pacientov na celom

území SR. Špecializovanou ambulantnou paliatívnou starostlivosťou sa rozumie rozširovanie mobilných hospicov zriadených pri nemocniciach, najmä I. a II. typu podľa zákona č.540/2021 Z.z. o kategorizácii ústavnej zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov Uvedený model zabezpečí komplexnosť poskytovania špecializovanej paliatívnej starostlivosti po prepustení pacienta z nemocnice do domáceho prostredia alebo zariadení sociálnej starostlivosti. Pacientovi bude kontinuálne zabezpečená starostlivosť v jeho prirodzenom prostredí.

Stabilizácia špecializovanej ústavnej paliatívnej starostlivosti sa chápe ako podpora zabezpečenia multidisciplinárneho prístupu v hospicoch a mobilných hospicoch. Jedným z dôvodov je, že po prijatí novely zákona č.576/2004 Z.z. z r. 2022 majú ošetrojúci lekári možnosť priamo odporučiť paliatívnu starostlivosť. Podľa Dôvodovej správy k novele zákona má ošetrojúci lekár 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 ošetrojúceho lekára smerom k pacientovi a následne smerom k lekárovi (paliatológovi). Cieľom tejto interakcie medzi ošetrojúcim lekárom a pacientom a ošetrojúcim lekárom a lekárom (paliatológom) je dosiahnuť, aby sa pacient pri referovaní do paliatívnej starostlivosti necítil opustený svojím ošetrojúcim lekárom.¹¹

Súčasťou kvalitnej starostlivosti je aj zabezpečenie vzdelávania odborníkov v oblasti dlhodobej a paliatívnej starostlivosti v oblastiach so zameraním na špecifiká napr.:

- Formálne postgraduálne vzdelávanie lekárov v rámci prípravy na špecializáciu v odbore paliatívna medicína
- Podpora akreditovaného vzdelávania sestier v poskytovaní paliatívnej ošetrovateľskej starostlivosti (napr. ESPAS, ELNEC, bazálna stimulácia, kurzy na ošetrovanie rán, špecifiká parenterálnej výživy)
- Podpora komunikačných zručností napr. rozvoj komunikačných zručností pri oznamovaní závažnej diagnózy končiacej smrťou, rozvoj komunikačných zručností s pacientom s kognitívnym deficitom a pod.
- V rámci krízovej intervencie sa rozvíjaním špecifických znalostí a zručností zúčastnených zdravotníckych pracovníkov zvýši prístup pacientov k starostlivosti.

Popis východiskovej situácie

a. Relevancia k východiskovým dokumentom

Národný projekt nadväzuje na platnú legislatívu Slovenskej republiky a Európskej únie:

1. Zákon č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov a ktorým sa menia a dopĺňajú niektoré zákony;
2. Strategický rámec starostlivosti o zdravie pre roky 2014-2030, aktualizácia, ktorú schválila Vláda SR 28. júna 2022;
3. Plán obnovy a odolnosti Slovenskej republiky;
4. Operačný program Slovensko: Intervencia: (ESO4.11) Zabezpečenie dostatočných odborných kapacít personálu v zdravotníctve, reflektujúcich požiadavky moderných zdravotníckych povolanií;
5. Cenové opatrenia, Výnos MZ SR o materiálno-technickom a personálnom zabezpečení mobilných hospicov a Nariadenia vlády č. 640/2008 Z. z. o verejnej minimálnej sieti poskytovateľov zdravotnej starostlivosti;
6. Správy Európskej komisie o dlhodobej starostlivosti (6/2021) LP/2021/412 Stratégia dlhodobej starostlivosti v Slovenskej republike Zdravá spoločnosť, pripravovaná Národná stratégia riadenia a stabilizácie ľudských zdrojov, vyhlášky, výnosy, nariadenia, ktoré tvoria základ pre realizáciu aktivity;

¹¹ <https://www.nrsr.sk/web/Dynamic/DocumentPreview.aspx?DocID=510045>

Národný projekt svojimi aktivitami a cieľmi prispeje k naplneniu základných podmienok definovaných v rámci dokumentu Strategického rámca starostlivosti o zdravie pre roky 2014-2030, aktualizácia, ktorú schválila Vláda SR 28. júna 2022, a to v oblasti dlhodobej starostlivosti nasledovne:

Dlhodobá starostlivosť je špecifickou oblasťou, ktorá je v zdravotníctve zabezpečovaná formou komunitnej, ambulantnej i ústavnej starostlivosti. Zároveň je jej súčasťou aj sociálna starostlivosť, ide teda o nadrezortnú oblasť.

Súčasťou Operačného programu Slovensko sú Priority pre dlhodobú starostlivosť:

- 1. Zlepšiť manažment dlhodobo chorých a využívanie vhodných foriem dlhodobej, následnej a paliatívnej zdravotnej starostlivosti a komunitnej rehabilitácie.*
- 2. Vytvoriť sieť zariadení sociálno – zdravotnej starostlivosti.*
- 3. Odstrániť sektorový prístup k sociálnej a zdravotnej starostlivosti vytvorením efektívneho prepojeného systému služieb kvalitnej zdravotnej a sociálnej starostlivosti zabezpečujúceho dostupnosť prevencie a potrebnej podpory vo všetkých regiónoch Slovenska pre všetkých obyvateľov.*

Preveniou sa v kontexte navrhovaného NP rozumie prevencia používania neprimeranej liečby na konci života, rehospitalizácii, prevencia zhoršovania zdravotného stavu pacienta.

Podľa Svetovej zdravotníckej organizácie sa paliatívna starostlivosť považuje za neoddeliteľnú súčasť všeobecného zdravotného poistenia a spolu s prevenciou, podporou, liečbou a rehabilitáciou za kľúčovú stratégiu na dosiahnutie a udržanie zdravia obyvateľstva. Zahnutie univerzálneho zdravotného pokrytia do európskych priorít na nasledujúcich päť rokov umožňuje WHO zdôrazniť potrebu paliatívnej starostlivosti a poskytuje príležitosť podporiť orgány v členských štátoch pri rozvoji paliatívnej starostlivosti ako súčasti verejného zdravia.

Nedostatok terénnych paliatívnych služieb výrazne obmedzuje možnosť výberu miesta dožitia u terminálne chorých pacientov, pričom až 80% obyvateľov Slovenska uprednostňuje starostlivosť v domácom prostredí. (<https://www.zomieranie.sk/files/pdf/prieskum-2019-zverejnenie.pdf>).

Podobne aj Svetová zdravotnícka organizácia poukazuje na skutočnosť, že najmä v krajinách s nízkou mierou chudoby, je väčšina ľudí, ktorí potrebujú paliatívnu starostlivosť doma a podobne väčšina ľudí tiež uprednostňuje smrť doma. Preto je dôležité, aby bola paliatívna starostlivosť dostupná v komunite a v domovoch pacientov. Okrem toho väčšinu utrpenia spôsobeného vážnymi alebo život ohrozujúcimi zdravotnými problémami možno zmierniť pomocou účinných liekov a zariadení, ktoré predpíše každý lekár prvého kontaktu, klinický pracovník, asistent lekára alebo zdravotná sestra so základným vzdelaním v oblasti paliatívnej starostlivosti.¹²

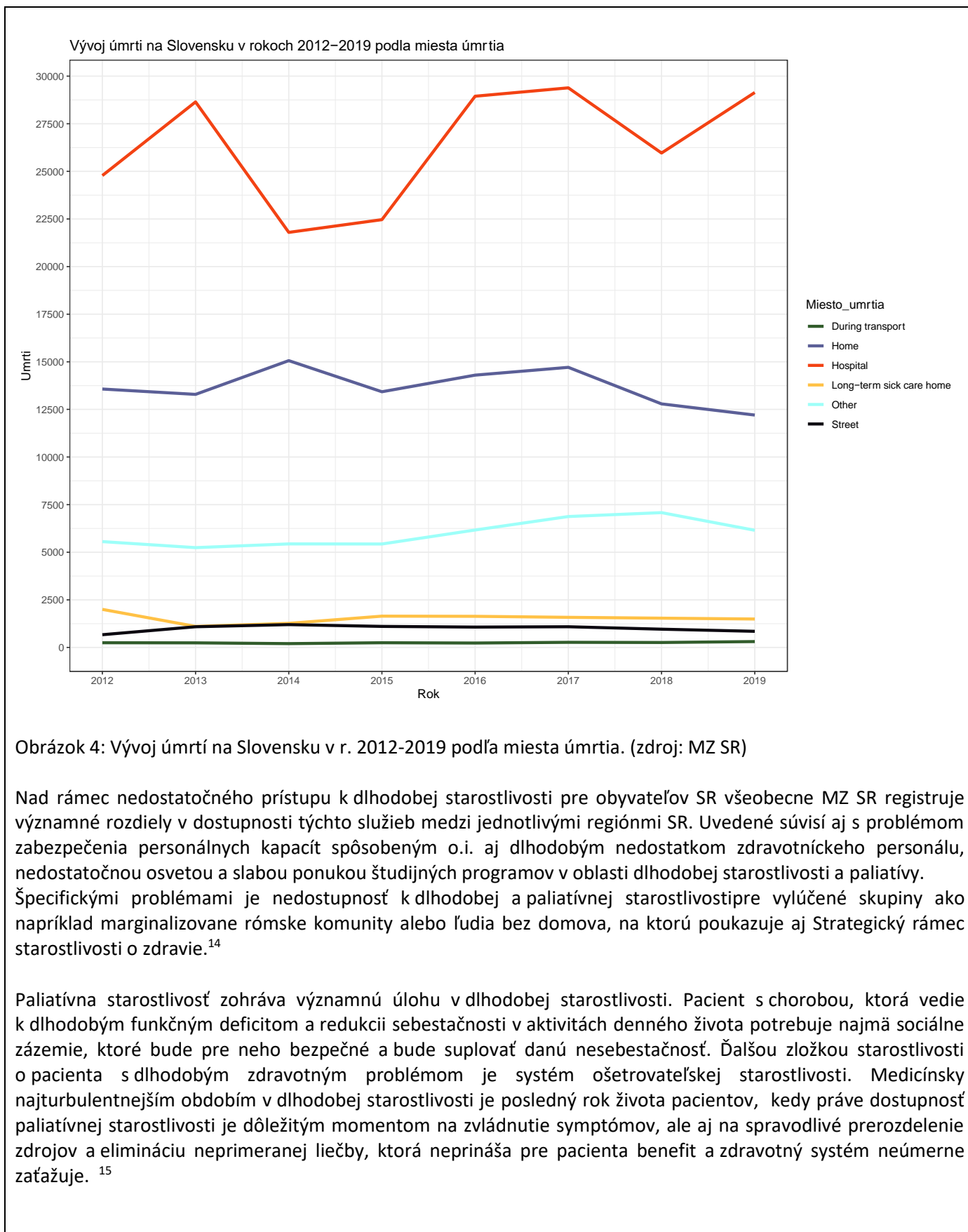
Sieť služieb zdravotnej a sociálnej starostlivosti tak nezohľadňuje preferencie obyvateľov a často ani nepodporuje vytváranie podmienok pre poskytovanie zdravotnej starostlivosti v prirodzenom prostredí, a tak zachovanie ľudskej dôstojnosti najmä v terminálnom štádiu života.

Zvyšovanie nemocničných a inštitucionálnych ošetrovateľských kapacít v 20. storočí viedlo k zníženiu domáceho zomierania. Ku koncu 20. storočia je však posun v krajinách ako USA, Kanada a Spojené Kráľovstvo: začína sa zvyšovať podiel zomierania v domácom prostredí¹³

Naopak, v Slovenskej republike je situácia opačná. Významne prevažuje nemocničné zomieranie nad zomieraním v domácom prostredí a je alarmujúco nízka frekvencia zomierania v zariadeniach sociálnych služieb ako je to znázornené na obr. 4:

¹² <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health-care-conference/palliative.pdf>

¹³ Wilson DM, Shen Y, Birch S. New evidence on end-of-life hospital utilization for enhanced health policy and services planning. *J Palliat Med.* 2017;20(7): 752–8. , Kalseth J, Theisen OM. Trends in place of death: the role of demographic and epidemiological shifts in end-of-life care policy. *Palliat Med.* 2017;31(10): 964–74., Gomes B, Calanzani N, Gysels M, Hall S, Higginson I. Heterogeneity and changes in preferences for dying at home: a systematic review. *BMC Palliat Care.* 2013;12(1):7.)



¹⁴ <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health-care-conference/palliative.pdf>

¹⁵ *Lancet* 2022; 399: 837–84 Published Online January 31, 2022 [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)02314-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02314-X)

b. Predchádzajúce analýzy

Sieť paliatívnej zdravotnej starostlivosti na Slovensku pre pacientov v terminálnom štádiu chronického ochorenia nie je postačujúca. Legislatívne určená minimálna sieť mobilných hospicov a hospicov nezodpovedá odporúčaniam medzinárodných odborných organizácií (WHO, EAPC), ani potrebám obyvateľstva. Tieto minimálne požiadavky navyše nie sú v niektorých krajoch naplnené. Investíciou do vybudovania nových nízko-kapacitných hospicov sa zlepši ich regionálna dostupnosť. Investície do rekonštrukcie existujúcich hospicov prispievajú k ich celkovej obnove, zlepšia materiálno-technické vybavenie a tým pomôžu zvýšiť kvalitu i dostupnosť poskytovanej paliatívnej zdravotnej starostlivosti.

Podľa WHO potrebuje paliatívnu starostlivosť 38,5% pacientov s kardiovaskulárnym ochorením, 34% pacientov s onkologickým ochorením, 10,3% pacientov s chronickým ochorením dýchacieho systému, 5,7% pacientov s AIDS a 4,6% pacientov s diabetom. Paliatívnu starostlivosť potrebujú mnohí pacienti s chronickým renálnym zlyhávaním, chronickým zlyhávaním pečene, roztrúsenou sklerózou, Parkinsonovou chorobou, reumatoidnou artritídou, neurologickými chorobami, demenciou, vrodenými kongenitálnymi anomáliami ([https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care#:~:text=\) Each year an estimated 56.8,of them living in Africa.](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care#:~:text=) Each year an estimated 56.8,of them living in Africa.))

Paliatívna starostlivosť je dôležitou súčasťou integrovaných zdravotníckych služieb zameraných na ľudí vo všetkých úrovniach starostlivosti a mala by byť dostupná pre všetkých, ktorí ju potrebujú, bez ohľadu na vek alebo diagnózu. Zahrnutie paliatívnej starostlivosti do vnútroštátnych politík v oblasti zdravotníctva, alebo existencia osobitnej politiky paliatívnej starostlivosti je pre rozvoj paliatívnej starostlivosti významné. Modely financovania sa líšia. Dostupnosť vyčlenených finančných prostriedkov na paliatívnu starostlivosť je dôležitá. V mnohých krajinách sú neziskové organizácie podieľajú na poskytovaní služieb paliatívnej starostlivosti. Je dôležité, aby boli zahrnuté do stratégií a politík paliatívnej starostlivosti .

Podľa Atlasu paliatívnej starostlivosti v Európe (k dispozícii tu ATLAS PALIATÍVNEJ STAROSTLIVOSTI EAPC V EURÓPE 2019 [DADUN: Atlas paliatívnej starostlivosti EAPC v Európe 2019 \(unav.edu\)](#)) sa odhaduje, že každý rok bude paliatívnu starostlivosť potrebovať 4,4 milióna ľudí. So starnutím populácie a zvyšovaním záťaže neprenosných ochorení bude potreba paliatívnej starostlivosti narastať.

Štatistické údaje:

Na území Slovenskej republiky v súčasnosti evidujeme činnosť 12 zariadení zdravotnej starostlivosti ktoré poskytujú paliatívnu zdravotnú starostlivosť – hospicov, 6 z nich prevádzkuje svoju činnosť ako samostatné zariadenie, 3 zariadenia poskytujú okrem paliatívnej zdravotnej starostlivosti – hospic aj sociálne služby, či inú zdravotnú starostlivosť a 3 hospice sú súčasťou nemocničných zariadení.

Údaje o stave paliatívnej starostlivosti sú každoročne zverejňované v rámci Národného onkologického inštitútu. Údaje z r. 2022 sú dostupné na <https://www.noisk.sk/files/2023/2023-06-23-vyrocná-správa-2022-stav-onkologie-v-sr-sk.pdf>.

Údaje o stave paliatívnej starostlivosti boli komplexne zverejnené v publikácii Škripeková a kol. Stav paliatívnej starostlivosti na Slovensku v r. 2022 dostupné na https://a594ba5969.clvaw-cdnwnd.com/3a71c009c55a873697f55e29b6addcf6/200000150-a4663a4666/Skripekova_PALMED_1-2_2022_kor5.pdf?ph=a594ba5969.

Sieť hospicov k 12/2022

Hospic	Počet lôžok k 11.12.2022	Počet voľných miest ku dňu 12.12.2022

1	Dom Rafael Bratislava	55	N/A
2	Liečebňa sv. Františka		Ukončená činnosť k 30.6.2022
3	Zdravotno-sociálne centrum sv. Alžbety, Trstice	19	8 (nie sú schopní prevziať pacienta s kolonizáciou multirezistentným kmeňom)
4	Hospic Milosrdných sestier, Trenčín	25 (osoby s bydliskom mimo TN) 23 (osoby s bydliskom v TN)	1
5	NsP Ilava	15	6
6	Hospic Sv. Františka z Assisi, Palárikovo	20	3
7	Hospic Dom pokoja a zmiernu u Bernadety, Nitra	20	3
8	Hospic Dom Božieho milosrdenstva, n.o., Banská Bystrica	39	5 (museli znížiť počet lôžok pre nedostatok stredného zdravotníckeho personálu)
9	Hospic sv. Alžbety, Ľubica	25	4
10	Hospic Matky Terezy, Bardejov	18	0
11	Hospic Vysokošpecializovaný odborný ústav geriatrický sv. Lukáša v Košiciach, n.o., Košice	21 (1-lôžková izba) 17 (2-lôžková izba) 14 (4-lôžková izba)	0
12	Národný onkologický ústav, Klenova, Bratislava	19	N/A

Tabuľka 1: Prehľad hospicov v Slovenskej republike k 12. decembru 2022 s dostupnosťou voľných miest (prierezový údaj) a s doplatkami pacientov.

c. Súvisiace projekty

Predkladaný projektový zámer priamo nadväzuje na národný projekt: Posilnenie dlhodobej zdravotnej starostlivosti, ktorého cieľom je prispieť k riešeniu zanedbávanej dlhodobej a paliatívnej zdravotnej starostlivosti v rozdielnej kvalite a dostupnosti medzi regiónmi v rámci SR, a to najmä formou ambulantnej starostlivosti. V projekte ide hlavne o zvýšenie a následnú udržateľnosť kapacít v dlhodobom personálne poddimenzovanom zdravotníckom systéme a pilotné overenie systémového poskytovania dlhodobej a paliatívnej zdravotnej

starostlivosti kvalifikovaným personálom v zdravotníckych zariadeniach ambulatného typu – v MOHO a agentúrach domácej ošetrovateľskej starostlivosti.

Ministerstvo zdravotníctva SR implementovalo národný projekt s názvom: Posilnenie dlhodobej zdravotnej starostlivosti z Operačného programu Ľudské zdroje (REACT), ktorý bol/je realizovaný v období 1/2022-12/2023. Do projektu sa zapojilo a bolo podporených celkovo 67 subjektov z toho 50 - ADOS, 10- MOHO a 7 kombinovaných ADOS + MOHO. V rámci jednotlivých pozícií boli podporené nasledovne:

Užívatelia	Počet
ADOS	50
MOHO	10
ADOS + MOHO	7
SPOLU	67

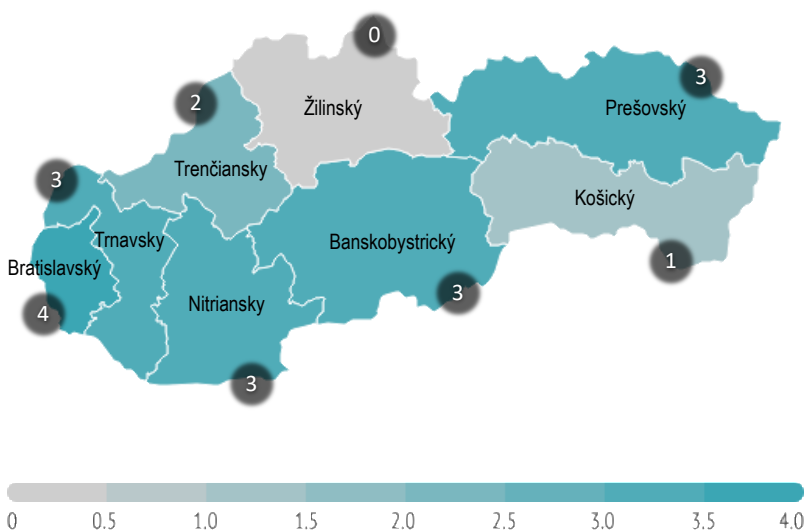
Tabuľka 2: Počet podporených zdravotníckych zariadení z NP Posilnenie dlhodobej zdravotnej starostlivosti

Názov pozície	Počet
Sestra špecialista v ADOS	206
Fyzioterapeut v ADOS	23
Sestra špecialista v MOHO	59
Lekár v MOHO	37
Pomáhajúca profesia	36
SPOLU	361

Tabuľka 3: Počet podporených pracovných miest v agentúrach domácej starostlivosti a v mobilných hospicioch z NP Posilnenie dlhodobej zdravotnej starostlivosti.

Vďaka NP sa zvýšil počet mobilných hospicov v Slovenskej republike z 19 v decembri 2022 na 45 v júli 2023, čo je vidieť na obrázkoch 1 a 5.

Mapa mobilných hospicov



Obrázok 5: Počet mobilných hospicov v SR k decembru 2022

d. Problémové oblasti

Problémom je nedostatočná prepojenosť systémov pri poskytovaní starostlivosti po ukončení hospitalizácie. Pre pacientov s dlhodobým nevyliciteľným ochorením (onkologickým, neurodegeneratívnym ochorením, kardiovaskulárnym apod.) a ich príbuzných po ukončení hospitalizácie nie je zabezpečené komplexné zmapovanie celkovej situácie a potrieb pacienta a jeho príbuzných, a to nielen z medicínskeho, ale i ošetrovateľského a sociálneho hľadiska. Absentuje následné sprostredkovanie potrebnej starostlivosti, a to napr. v domácom prostredí alebo v zariadeniach sociálnych služieb formou mobilnej hospicovej (MOHO) alebo ošetrovateľskej (ADOS) starostlivosti, v zdravotníckych zariadeniach je to starostlivosť na doliečovacích oddeleniach, rehabilitačných oddeleniach, oddeleniach dlhodobo chorých, paliatívnych oddeleniach alebo v hospicioch. Uvedený nedostatok je nevyhnutné zabezpečiť formu podporných tímov v jednotlivých nemocniciach.

Nedostatok personálu je z dôvodu nielen finančného, ale aj absencie vzdelávania v uvedenej oblasti. Pre stabilizáciu zdravotníckeho a pomáhajúceho personálu je potrebná podpora pre mzdové výdavky, podpora vzdelávania napr. špecializačného postgraduálneho vzdelávania pre oblasť zdravotnej starostlivosti, ale aj iného akreditovaného vzdelávania pre lekárov, pre zabezpečenie správnej ošetrovateľskej starostlivosti široký panel akreditovaného vzdelávania a pre zabezpečenie multidisciplinárneho prístupu v hospicioch, mobilných hospicioch a podporných tímoch zabezpečenie vzdelávania v komunikácii a ostatných tzv. soft zručností.

V širokej verejnosti nie je spokojnosť:

- so zabezpečením prístupu starostlivosti o zomierajúcich (napr. prístupu k liečby symptómov, nutričnej starostlivosti) v domácom prostredí,
- s komunikáciou počas zomierania a následne s pozostalými.
- s nehodnotením a nerefektovaním preferencií pacientov na konci života
(<https://www.zomieranie.sk/files/pdf/prieskum-2019-zverejnenie.pdf>)

V súčasnosti je dlhodobá starostlivosť poskytovaná v rámci štruktúr zdravotníckeho systému orientovaná predovšetkým na geriatrických pacientov a dlhodobo chronicky chorých. Poskytuje sa ako:

- ústavná starostlivosť - oddelenia dlhodobo chorých, geriatrické a paliatívne oddelenia v nemocniciach) a v špecializovaných zdravotníckych zariadeniach predovšetkým v liečebniach - pre dlhodobo chorých, psychiatrických nemocniciach, domoch ošetrovateľskej starostlivosti, hospicioch, zariadeniach pre seniorov, špecializovaných zariadeniach a pod.
 - ambulatná starostlivosť - geriatrické ambulancie, mobilný hospic a iné
 - domáca/komunitná starostlivosť - agentúry domácej ošetrovateľskej starostlivosti.
 - domáca ošetrovateľská starostlivosť je najmenej nákladnou zdravotnou starostlivosťou.
- Všetky uvedené typy zdravotnej starostlivosti sú z časti financované zdravotnými poisťovňami.

Z Plánu obnovy a odolnosti SR, Komponentu 13 boli vyhlásené výzvy, ktoré mali za cieľ zabezpečiť materiálne technické vybavenie mobilných hospicov, ADOS a podporu rekonštrukcií existujúcich hospicov. V súčasnosti po cca 10 mesiacoch sa začína zazmluvňovanie. Vzhľadom na aktuálny nedostatok zdravotníckeho a pomocného personálu v segmente je nevyhnutné zabezpečiť a podporiť rozvoj, stabilizáciu personálnych kapacít.

Rovnako dôležité je zvýšenie povedomia v laickej i odbornej verejnosti o prístupe k dlhodobej, paliatívnej starostlivosti v hospicioch a domácom, komunitnom prostredí. Napríklad mnohí príbuzní nemajú vedomosť o možnosti poberať ošetrovné až po dobu 90 dní pri ošetrovaní blízkeho, ktorý bol prepustený z aspoň päť dní trvajúcej hospitalizácie v zdravotníckom zariadení a potrebuje osobnú starostlivosť v domácom prostredí alebo túto starostlivosť vyžaduje kvôli konečnému štádiu nevyliciteľného ochorenia

Podľa WHO prístup k paliatívnej starostlivosti v rôznych prostrediach je dôležitý a zahŕňa akútne nemocnice, hospice, zariadenia pre seniorov a detské hospice, ako aj služby v komunite a v domácnostiach.

Paliatívna starostlivosť kladie pacienta a jeho rodinu do centra starostlivosti a väčšina ľudí tvrdí, že by najradšej zomreli doma. Aby sa zabezpečilo, že služby budú schopné poskytovať starostlivosť na mieste, ktoré si pacient vyberie, je dôležité investovať do pracovnej sily a poskytovania služieb na tomto mieste.

Plánovanie a vykonávanie služieb paliatívnej starostlivosti musí vychádzať z posúdenia fyzického, psychického, sociálneho alebo duchovného utrpenia.¹⁶

V oblasti vzdelávania WHO poukazuje na paliatívnu starostlivosť ako ľudské právo, väčšina ľudí túto liečbu zatiaľ nevyužíva. Dôvody, prečo prístup k paliatíve ešte nie je všeobecný, sú rôzne a závisia od geografických oblastí, miestnych predpisov a kultúry. Jedným z kultúrnych dôvodov, ktorý je spoločný pre takmer všetky krajiny vrátane najvyspelejších západných krajín, je všeobecná nevedomosť o paliatíve. Znalosti zdravotníckych pracovníkov a spoločnosti o paliatíve sú totiž stále nedostatočné, pretože sa všeobecne vyhýbajú poznaniu smrti v každodennom živote.

Strategický rámec starostlivosti o zdravie zahŕňa priority členských krajín Svetovej zdravotníckej organizácie pre európsky región (WHO Europe) v oblasti zdravotníctva, ktoré boli súčasťou dokumentu Zdravie 2020 (Health 2020). Uvedený dokument poukazuje na kľúčové odpovede zdravotných systémov na riešenie problémov pri náraste dopytu po zdravotníckych službách a jednou z odpovedí je aj presun starostlivosti z akútnych nemocničných lôžok do ambulantnej zdravotnej starostlivosti, resp. domácej ošetrovateľskej starostlivosti, alebo vytvorenie nákladovo efektívneho systému sociálno-zdravotných lôžok pre dlhodobo chorých, ktorých akútne zhoršenie chronického ochorenia nie je možné terapeuticky zvládnuť v domácom prostredí, vyžaduje dlhodobejšiu integrovanú odbornú zdravotnú asociálnu starostlivosť poskytovanú v komunite, ale nevyžaduje využitie nákladovo náročnejších lôžok v nemocniciach.¹⁷

Spôsob realizácie aktivít projektu

¹⁶ <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health-care-conference/palliative.pdf>

¹⁷ Strategický rámec starostlivosti o zdravie pre roky 2014-2030

Cieľom národného projektu je dosiahnuť primárne dodatočné zabezpečenie personálnych kapacít, prípadne zvýšenie počtu zdravotníckeho a pomocného personálu v rámci celej SR, vytvorením podporných (multidisciplinárnych) tímov, stabilizáciu odborného personálu v ambulancijnej a ústavnej starostlivosti poskytujúcej dlhodobú paliatívnu starostlivosť. Nastavením a realizáciou vzdelávania v paliatívnej oblasti sa zabezpečí dostupnosť starostlivosti pre pacientov vo všetkých regiónoch SR. Zadefinovaním podporného tímu v zákone je dôležité pilotné nastavenie zavedenia týchto tímov v rámci krajských nemocníc, a následné vytvorenie odborného usmernenia pre ich rozšírenie. Odborné usmernenie/metodické materiály budú výsledkom podaktivity 2, v rámci implementácie podporných tímov v jednotlivých krajoch .

Cieľová skupina:

- zdravotníci a nezdravotnícki pracovníci

Ciele národného projektu budú realizované prostredníctvom hlavnej aktivity a troch podaktivít:

Hlavná aktivita: Zabezpečenie dodatočných personálnych kapacít v dlhodobej a paliatívnej starostlivosti o pacientov s komplexnými problémami a/alebo odkázami na pomoc inej osoby

Podaktivita 1: Stabilizácia personálu v paliatívnej starostlivosti a implementácia multidisciplinárneho prístupu v mobilných hospicioch a hospicioch

Podaktivita 2: Vytvorenie základných metodických materiálov pre činnosti podporného tímu

Podaktivita 3: Vytvorenie podporných tímov v oblasti dlhodobej a paliatívnej starostlivosti

Podaktivita č. 1: Stabilizácia personálu v paliatívnej starostlivosti a implementácia multidisciplinárneho prístupu v mobilných hospicioch a hospicioch

Činnosti podaktivity č. 1 budú zamerané na podporu a udržateľnosť pracovných pozícií zdravotníckeho a nezdravotníckeho personálu a pomáhajúcich profesií, poskytujúcich dlhodobú zdravotnú starostlivosť občanom v hospicioch a mobilných hospicioch. Podaktivita bude realizovaná vyhlásením výzvy prijímateľom na zapojenie sa do NP pre oprávnených-užívateľov.

Výstupom bude stabilizácia počtu pracovných miest zdravotníckeho a nezdravotníckeho personálu a pomáhajúcich profesií, poskytujúcich dlhodobú zdravotnú starostlivosť občanom, ktorí sú odkázaní na dlhodobú zdravotnú starostlivosť.

Personálne zabezpečenie:

Mobilné hospice:

lekár: 1 úväzok

sestra : 1,5 úväzku

pomáhajúce profesie: 1,5 úväzku

Hospice:

sestra: 1 úväzok

pomáhajúce profesie: 2 úväzky

Minimálne kvalifikačné predpoklady:

1.Lekár

- vysokoškolské vzdelanie II. stupňa so špecializáciou v špecializačnom odbore najmä paliatívna medicína alebo lekár v príprave na špecializáciu v špecializačnom odbore paliatívna medicína

2.Sestra

- a) vyššie odborné vzdelanie v študijnom odbore diplomovaná všeobecná sestra, alebo
- b) vysokoškolské vzdelanie I. stupňa v bakalárskom študijnom programe ošetrovateľstvo v študijnom odbore ošetrovateľstvo alebo
- c) vysokoškolské vzdelanie II. stupňa v magisterskom študijnom programe ošetrovateľstvo v študijnom odbore ošetrovateľstvo, ak vysokoškolské vzdelanie prvého stupňa bolo získané v študijnom programe a študijnom odbore podľa písmena b).

3.Pomáhajúce profesie

Psychológ

- vysokoškolské vzdelanie I. stupňa v oblasti psychológie

Sociálny pracovník/asistent sociálnej práce

- vysokoškolské vzdelanie II. stupňa v študijnom odbore sociálna práca/vysokoškolské vzdelanie I. stupňa v študijnom odbore sociálna práca.

Fyzioterapeut

- úplne stredoškolské vzdelanie, 2 roky praxe v odbore fyzioterapia alebo vysokoškolské vzdelanie I. st. v odbore fyzioterapia alebo vyššie odborné vzdelanie v študijnom odbore diplomovaný fyzioterapeut

Duchovný

- vysokoškolské vzdelanie I. stupňa v oblasti teológie, prípadne 2 ročná prax v oblasti duchovného poradenstva

Nutričný terapeut

- vysokoškolské vzdelanie prvého stupňa v bakalárskom študijnom programe fyziologická a klinická výživa v študijnom odbore zdravotníckej vedy alebo úplné stredné odborné vzdelanie v študijnom odbore asistent výživy.

Špecialista na liečbu chronických rán

- vyššie odborné vzdelanie v študijnom odbore diplomovaná všeobecná sestra, alebo
- b) vysokoškolské vzdelanie I. stupňa v bakalárskom študijnom programe ošetrovateľstvo v študijnom odbore ošetrovateľstvo alebo
- c) vysokoškolské vzdelanie II. stupňa v magisterskom študijnom programe ošetrovateľstvo v študijnom odbore ošetrovateľstvo, ak vysokoškolské vzdelanie prvého stupňa bolo získané v študijnom programe a študijnom odbore podľa písmena b).

Časový harmonogram:

07/2024-06/2027

Finančné prostriedky určené na túto aktivitu budú určené na príspevok na mzdové náklady. Podmienky poskytovania týchto finančných prostriedkov budú predmetom zmluvy medzi prijímateľom NP a užívateľmi.

Cieľom je prínos pre pacienta (napr. lepšia kvalita života, podpora symptomatickej liečby, príprava individuálneho plánu ošetrovateľstva). Ďalším prínosom vychádzajúc aj zo zahraničných skúsenosti a napr. aj zo skúseností v Českej republike pri tvorbe Metodiky. Bol dôležitý prínos v dôsledku zavedenia individuálnych plánov starostlivosti sa racionálne využívajú nákladné diagnostické a terapeutické postupy a zároveň sa znižuje počet neužitočných intervencií, dobrá príprava na prepustenie nevyliciteľne chorých pacientov môže viesť k zníženiu pobytu v nemocnici a predchádzaniu neželaným opätovným hospitalizáciám. Pre zdravotné poisťovne nedochádza k

zvyšovaní celkových nákladov na zdravotnú starostlivosť v závere života (a to v domácom prostredí, v zariadení domovoch sociálnej starostlivosti pri poskytnutí starostlivosti mobilným hospicom a hospicom pacient má zabezpečnú symptomatickú liečbu, liečbu bolesti a nie sú nutné opakované rehospitalizácie alebo výjazdy urgentnej záchrannej starostlivosti). Klientom vybraných pobytových sociálnych zariadeniach je v závere života dostupná kvalitná paliatívna starostlivosť tak, aby v prípade *ich* prania mohli v danom zariadení dožiť (bez nutnosti akútnej hospitalizácie).

Pacientom sa poskytuje taká kvalitná a komplexná paliatívna starostlivosť, že môžu čo najdlhšie zotrvať v prirodzenom prostredí (doma, v pobytovej sociálnej službe atď.). Percento pacientov zomierajúcich doma je jedným z nepriamych znakov kvality poskytovanej starostlivosti paliatívnej starostlivosti. Požiadavka 80 % pacientov, ktorí prežívajú doma, vychádza na základe požiadavky navrhovanej pre pilotný projekt mobilnej špecializovanej paliatívnej starostlivosti, zároveň sa testovala dosiahnuteľnosť tohto parametra 16. vo vlastnom sociálnom prostredí posudzujú aj zdravotné poisťovne pri poskytovaní úhrady.¹⁸

Podaktivita č. 2: Vytvorenie základných metodických materiálov pre činnosti podporného tímu

Činnosti v podaktivite budú zamerané na vytvorenie metodických podkladov pre podporné tímy súvisiacich s poskytovaním dlhodobej a paliatívnej starostlivosti v mobilných a hospicoch.

Výstupy:

Metodické postupy pre podporné tímy

Personálne zabezpečenie:

Odborný garant

- 1 zamestnanec

Expert pre tvorbu metodík pre podaktivitu č.2 -

- 2 zamestnanci

Časový harmonogram:

07/2024-06/2027

Podaktivita č. 3 – Vytvorenie podporných tímov v oblasti dlhodobej a paliatívnej starostlivosti

NP v rámci pilotnej fázy vytvorí konziliárny podporný tím nemocnice poskytujúci konzultácie a intervencie pre pacientov s dlhodobým a/alebo progredujúcim nevyliciteľným ochorením pre všetky oddelenia nemocnice. Hlavnou činnosťou tímu je umožniť plynulý prechod z nemocničnej starostlivosti do starostlivosti v prirodzenom prostredí osoby pri dlhodobom a/alebo nevyliciteľnom ochorení tým, že facilituje komunikáciu o náročných témach s pacientmi a ich rodinami, identifikuje ich potreby, podieľa sa na repriorizácii hodnôt pri redukovaní sebestačnosti, identifikuje preferencie pri starostlivosti a tiež zabezpečuje rešpektovanie týchto preferencií osôb s chorobou, ktorá redukuje sebestačnosť v aktivitách denného života u pacientov s dlhodobým ochorením alebo s nevyliciteľným ochorením na konci života. V navrhovanom NP sa predpokladá vytvorenie 8 podporných tímov v rámci celého územia SR.

Na základe aktuálneho zdravotného stavu pacientov bude tím v rámci komplexnej intervencie sprostredkovať potrebnú následnú starostlivosť: prechod do domáceho prostredia (domáca zdravotná starostlivosť, mobilná hospicová starostlivosť) v zdravotníckom zariadení (lôžka následnej starostlivosti, oddelenie paliatívnej starostlivosti) v hospici alebo v iných pobytových sociálnych zariadeniach. Pacient na základe intervencie „neprepadne“ systémom a nezostane so svojimi príbuznými sám na seba.

¹⁸Metodika externího hodnotení kvality MSPP.pdf (paliativa.cz).

Aktivity tímu sú zamerané na podporu pacientom s život obmedzujúcimi chorobami a ich rodinám. Tím sa bude skladať z lekárov, zdravotných sestier, psychológov, sociálnych pracovníkov, fyzioterapeutov, nutričného odborníka, špecialistu na liečbu chronických rán a ďalších odborníkov vrátane duchovného. Tím bude spolupracovať s odborníkmi z rôznych nemocničných oddelení, ako sú onkologická klinika, detská klinika, chirurgická a interná klinika, oddelenie geriatrickej či jednotka dlhodobej intenzívnej ošetrovateľskej starostlivosti.

Hlavné aktivity podporného tímu sú zamerané na:

- Tvorbu liečebných cieľov (napr. limitácia liečby, prechod na paliatívnu starostlivosť z kuratívnej) a liečebného plánu u pacientov v pokročilých a v záverečných štádiách chronických ochorení,
- Komunikácia s pacientom a jeho blízkymi, podpora v období smútenia (napr. v mimoriadnych situáciách úmrtie matky maloletých detí)
- Riešenie prechodu z ústavnej starostlivosti v nadväznosti na sociálnu situáciu pacienta (napr. pri prechode z prostredia nemocnice do sociálneho zariadenia, hospice alebo domáceho prostredia), sprostredkovanie informácií .

V rámci podaktivity č. 3 bude cieľom vytvoriť v prvej fáze podporné tímy v 3 krajských nemocniciach (napr. Bratislavský samosprávny kraj, Trnavský samosprávny kraj, Prešovský samosprávny kraj) – prostredníctvom, ktorých sa vytvorí pilotné nastavenie systému a metodického postupu, ktorý bude následne aplikovaný na všetky vyššie územné celky SR :

- Bratislavský samosprávny kraj
- Trnavský samosprávny kraj
- Trenčiansky samosprávny kraj
- Žilinský samosprávny kraj
- Nitriansky samosprávny kraj
- Banskobystrický samosprávny kraj
- Košický samosprávny kraj
- Prešovský samosprávny kraj

Výstupy:

Podporné tímy - 8

Časový harmonogram:

07/2024-06/2027

Personálne zabezpečenie jedného podporného tímu:

- Lekár 2 úväzky
- Sestra 3 úväzky
- Pomáhajúce profesie 2 úväzky

Minimálne kvalifikačné predpoklady:

1.Lekár

- vysokoškolské vzdelanie II. stupňa so špecializáciou v špecializačnom odbore najmä paliatívna medicína alebo lekár v príprave na špecializáciu v špecializačnom odbore paliatívna medicína

2.Sestra

- a) vyššie odborné vzdelanie v študijnom odbore diplomovaná všeobecná sestra, alebo
- b) vysokoškolské vzdelanie I. stupňa v bakalárskom študijnom programe ošetrovateľstvo v študijnom odbore ošetrovateľstvo alebo

c) vysokoškolské vzdelanie II. stupňa v magisterskom študijnom programe ošetrovateľstvo v študijnom odbore ošetrovateľstvo, ak vysokoškolské vzdelanie prvého stupňa bolo získané v študijnom programe a študijnom odbore podľa písmena b).

3.Pomáhajúce profesie

Psychológ

- vysokoškolské vzdelanie I. stupňa v oblasti psychológie

Sociálny pracovník/asistent sociálneho pracovníka

- vysokoškolské vzdelanie II. stupňa v študijnom odbore sociálna práca/ vzdelanie I. stupňa v študijnom odbore sociálna práca s uznaním VŠ vzdelania podľa zákona č. 219/2014 Z. z.

Fyzioterapeut

- úplne stredoškolské vzdelanie, 2 roky praxe v odbore fyzioterapia alebo vysokoškolské vzdelanie I. st. v odbore fyzioterapia alebo vyššie odborné vzdelanie v študijnom odbore diplomovaný fyzioterapeut

Duchovný

- vysokoškolské vzdelanie I. stupňa v oblasti teológie, prípadne 2 ročná prax v oblasti duchovného poradenstva

Nutričný terapeut

- vysokoškolské vzdelanie prvého stupňa v bakalárskom študijnom programe fyziologická a klinická výživa v študijnom odbore zdravotníckej vedy alebo úplné stredné odborné vzdelanie v študijnom odbore asistent výživy.

Špecialista na liečbu chronických rán

a) vyššie odborné vzdelanie v študijnom odbore diplomovaná všeobecná sestra, alebo

b) vysokoškolské vzdelanie I. stupňa v bakalárskom študijnom programe ošetrovateľstvo v študijnom odbore ošetrovateľstvo alebo

c) vysokoškolské vzdelanie II. stupňa v magisterskom študijnom programe ošetrovateľstvo v študijnom odbore ošetrovateľstvo, ak vysokoškolské vzdelanie prvého stupňa bolo získané v študijnom programe a študijnom odbore podľa písmena b).

Aj na základe aj skúsenosti z projektu Podpora paliatívnej starostlivosti - zvýšenie dostupnosti zdravotníckych služieb v oblasti paliatívnej starostlivosti v nemocniciach akútnej a následnej starostlivosti" (reg. číslo: CZ.03.2.63) v Českej republike a účinnej legislatívy je nevyhnutné v praxi overiť implementáciu tímu a zároveň na základe získaných skúseností vytvoriť Metodiku činnosti podporného tímu v ústavnej starostlivosti.

Aktivity tímu sú zamerané na podporu pacientov s život obmedzujúcimi chorobami a ich rodinám. Tím sa bude skladať z lekárov, zdravotných sestier, psychológov, sociálnych pracovníkov, nutričného odborníka, špecialistu na liečbu chronických rán a ďalších odborníkov vrátane duchovného a pracovníka zberu údajov. Tím bude spolupracovať s odborníkmi z rôznych nemocničných oddelení, ako sú onkologická klinika, detská klinika, chirurgická a interná klinika, oddelenie geriatrickej či jednotka dlhodobej intenzívnej ošetrovateľskej starostlivosti.

Nevyhnutnou súčasťou pri vytvorení dostatočnej siete poskytovania zdravotnej starostlivosti je vytvorenie a zabezpečenie prístupu k vzdelávaniu reflektujúcemu napr. na metódy v oblasti dlhodobej ošetrovateľskej a paliatívnej starostlivosti, vytvorenie edukačného materiálu a jeho zverejnenie.

Podľa nastavenia systému vzdelávania multidisciplinárneho tímu (¹⁹2021) medzi základné prvky odbornej prípravy v oblasti starostlivosti o nevyliciteľne chorých patria: znalosť potrieb a symptómov pacientov v paliatívnej starostlivosti a ďalšie klinické vedomosti; ovládanie technických, komunikačných, interpersonálnych a iných

¹⁹ <https://www.nconzo.cz/file/7156515decd4505130832f1c0e6b5c7a1c10e3d4>

zručností; znalosť etických a profesionálnych zásad starostlivosti a rozvoj organizačných zručností, ktoré pomáhajú pacientom a rodinám orientovať sa v systéme zdravotnej starostlivosti. Odborné vzdelávanie bude v rámci národného projektu oprávneným výdavkom pre zdravotníckych a nezdravotníckych zamestnancov, tieto výdavky bude refundované z paušálnej sadzby projektu

Účastníkmi projektu budú:

- zdravotnícki a nezdravotnícki pracovníci u poskytovateľov ambulatnej zdravotnej starostlivosti – mobilné hospice, hospice
- zdravotnícki a nezdravotnícki pracovníci u poskytovateľov ústavnej zdravotnej starostlivosti.

Užívateľmi projektu budú:

- poskytovatelia ambulatnej zdravotnej starostlivosti (mobilné hospice a hospice)
- poskytovatelia ústavnej zdravotnej starostlivosti (nemocnice).

Doplňujúce informácie k zneniu vylučujúceho kritéria HP : Projekt musí byť v súlade s horizontálnymi princípmi, ktoré sú definované v čl. 9 nariadenia o spoločných ustanoveniach, s prihliadnutím na dodržiavanie zásady rovnakého zaobchádzania a aktívneho podporovania mužov a žien vo všetkých aktivitách a činnostiach, najmä ak ide o prístup k zamestnaniu, odmeňovanie a pracovný postup, odborné vzdelávanie a pracovné podmienky.

V projektoch je potrebné odstraňovať bariéry a predchádzať všetkým formám diskriminácie, vytvárať podmienky, ktoré zohľadňujú špecifické potreby, ako aj skúsenosti rozmanitých skupín obyvateľstva a zabezpečiť dostupnosť fyzického prostredia, dopravy, informácií a verejných služieb pre obyvateľov s obmedzenou mobilitou a senzoricou orientáciou, v súlade s čl. 9 Dohovoru OSN o právach osôb so zdravotným postihnutím.

Dodržiavanie práv a slobôd:

Poskytnutie paliatívnej starostlivosti je jedným zo základných ľudských práv (napr. čl. 2, 3, 8), ľudská dôstojnosť je základnou zásadou Všeobecnej deklarácie ľudských práv (VDĽP), ktorá poskytuje vzájomný štandard dosiahnutia, pričom ľudské práva a podpora a ochrana zdravia sú neoddeliteľne spojené (WHO, 2002). Prístup založený na ľudských právach je nevyhnutný pri tvorbe politik a služieb v oblasti zdravotníctva, ako aj v individuálnej praxi (RCN, 2017). Ľudská dôstojnosť ako základný princíp je však kontroverzná, pričom rôzne náboženské a filozofické chápania sa kombinujú, aby poskytli celosvetovo akceptovanú definíciu. To viedlo k nejednoznačnosti významu tohto pojmu. Na zníženie konfliktov okolo starostlivosti na konci života a eutanázie je potrebné pochopenie výkladu ľudskej dôstojnosti: Definícia ľudskej dôstojnosti v oblasti starostlivosti na konci života vychádza z náboženského a interpersonálneho hľadiska, zatiaľ čo eutanázia je definovaná z filozofického individualistického hľadiska. Osobná autonómia, kľúčový aspekt ľudskej dôstojnosti, sa uvádza ako odôvodnenie eutanázie a interpretuje sa individualistickým spôsobom. VDĽP však pripomína, že ľudské bytosti majú prirodzenú dôstojnosť, ktorá je ľudským a občianskym právom a mala by byť formulovaná interpersonálnym, sociálnym a komunitným spôsobom (Loughlin, 2016).

Paliatívna starostlivosť zahŕňa celý rad ľudských práv vrátane práva na autonómiu, telesnú integritu, rovnosť a ochranu pred neľudským alebo ponižujúcim zaobchádzaním. Hlavnú úlohu pri poskytovaní právneho základu pre právo na paliatívnu starostlivosť však zohráva právo na zdravie. Brennan (2007; 2008) a Gwyther et al. (2009) okrem iného navrhli, že medzinárodné právo na zdravie možno vykladať spôsobom, ktorý implikuje právo na paliatívnu starostlivosť. Tento dôraz na právo na zdravie sa odráža aj vo viacerých deklaráciách o paliatívnej starostlivosti. ²⁰

²⁰ Palliative Care as a Human Right - The Palliative Hub Professional (professionalpalliativehub.com)

Východiskom pri posudzovaní práva na zdravie je Všeobecná deklarácia ľudských práv (VDĽP). V článku 25 UDHR sa uvádza, že "každý má právo na takú životnú úroveň, ktorá zabezpečí zdravie jeho samého a jeho rodiny...". Právo na zdravie sa uplatňuje aj v Medzinárodnom dohovore o odstránení všetkých foriem rasovej diskriminácie, Dohovore o odstránení všetkých foriem diskriminácie žien a Dohovore o právach dieťaťa.

Osobitný význam pre túto diskusiu má Medzinárodný pakt o hospodárskych, sociálnych a kultúrnych právach (ICESCR). V článku 12 ICESCR sa uvádza, že "štáty, ktoré sú zmluvnými stranami tohto paktu, uznávajú právo každého na dosiahnutie najvyššej dosiahnuteľnej úrovne telesného a duševného zdravia".

Schéma štátnej pomoci:

Štátna pomoc je realizovaná prostredníctvom schémy SVHZ.

Situácia po realizácii projektu a udržateľnosť projektu

Po realizácii projektu by malo dôjsť k stabilizácii personálu poskytujúcim dlhodobú paliatívnu starostlivosť v hospicoch a mobilných hospicoch a k zlepšeniu dostupnosti starostlivosti pacientom aj príbuzným. Zabezpečí sa prístup k multidisciplinárnej starostlivosti.

Udržateľnosť paliatívnej starostlivosti sa dlhodobo rieši v rámci sektora, v riešení je Cenové opatrenie MZ SR pre hospice, mobilné hospice a ošetrovateľskú starostlivosť sociálnych služieb, tzn. výšku úhrad zo zdravotného poistenia, ktorá má prispieť k stabilizácii a dostupnosti pre pacientov v systéme paliatívnej starostlivosti v SR.. Zvýšenie odborného vzdelávania zdravotníckeho personálu napr. (predpoklad ukončenie v atestáciach paliatívnej starostlivosti, realizované odborné vzdelávanie pre zdravotníckeho a nezdravotníckeho personálu v oblasti paliatívy). prispieje k skvalitneniu poskytovanej starostlivosti v ambulantnom a ústavnom prostredí.

Implementáciou nových inovatívnych systémových opatrení (vytvorením podporných tímov a zabezpečením multidisciplinárneho prístupu) sa zvýši štandard poskytovanej starostlivosti a dopyt po tejto starostlivosti v systéme, ktorý bude reflektovaný aj zdravotnými poisťovňami. Ide o implementáciu postupov na základe medicíny založenej na dôkazoch.

Stabilizácia 8 podporných tímov v nemocniciach a vytvorenie systému starostlivosti tímov pre pacientov s dlhodobým nevyliciteľným ochorením a rozšírenie tímov v rámci celého územia SR.

Vytvorenie štandardov pre podporný tím na zabezpečenie kvality starostlivosti a prístupu po ukončení hospitalizácie.

Administratívna a prevádzková kapacita žiadateľa a partnera

Odborné a projektové personálne kapacity:

Prijímateľ, Ministerstvo zdravotníctva SR, Sekcia európskych programov a projektov disponuje projektovými a finančnými manažérmi so skúsenosťami min. 5 ročnou praxou s implementáciou národných projektov, ktorí spolupracujú s odbornými pracovníkmi v jednotlivých oblastiach, ktorí sú zamestnancami Sekcie zdravia MZ SR v súčinnosti s externými odborníkmi v oblasti zdravotníctva.

Odborné kapacity pre realizáciu NP:

Odborný garant projektu (1 zamestnanec) - zodpovedá najmä za obsahové dosahovanie cieľov projektu, ako aj koordináciu osôb a úloh na projekte v rozsahu podaktivít č. 1 až 3. Koordinuje činnosti súvisiace s plnením príslušných realizačných plánov vrátane evidencie a kontroly pracovnej dochádzky za príslušné podaktivity.

Expert pre tvorbu metodík pre podaktivitu č. 2 (2 zamestnanci) - zodpovední najmä za prípravu teoreticko-metodologických východísk pre vypracovanie štandardov; spolu s odbornými zamestnancami budú zodpovedať za vypracovanie štandardov; úzko spolupracujú s konečnými užívateľmi pri overovaní štandardov.

Projektové riadenie :

Projektový manažér – zodpovedá za riadenie, implementáciu a logistiku projektu, vytvára podmienky pre efektívnu realizáciu projektu, riadi činnosť projektového tímu, sleduje progres projektu a dodržiavanie časového harmonogramu, kontroluje efektívne vynakladanie finančných prostriedkov, plánuje, organizuje a riadi procesy projektu, sumarizuje výstupy projektu, podieľa sa na vykonávaní predbežnej finančnej kontroly, vykonáva ďalšie činnosti v súlade s organizačným poriadkom a za vypracovanie priebežných monitorovacích správ.

Finančný manažér – zodpovedá najmä za dodržiavanie povinnosti vyplývajúcich zo zmluvy o NFP; zodpovedá za dodržiavanie pravidiel čerpania podpory projektu a pokynov riadiaceho orgánu v oblasti finančného manažmentu; zodpovedá za priebežné finančné čerpanie projektu; podáva žiadosti o zálohové platby a žiadosti o zúčtovanie výdavkov; spolu s projektovým manažérom zodpovedá za vypracovanie žiadostí o platbu, podávanie žiadostí o zmenu v projekte, žiadostí o vyúčtovanie platieb; zodpovedá za oprávnenosť výdavkov, spracovanie odpočtu projektu, vrátane prehľadov čerpania rozpočtu.

Asistent projektového manažéra – zodpovedá najmä za zabezpečenie administratívnych podkladov k činnostiam podaktivít projektu pokynov nadriadeného zabezpečuje podpornú činnosť a administratívnu podporu odborného projektového tímu, poskytuje administratívnu podporu pre garantov jednotlivých podaktivít, pripravuje podklady pre monitorovacie správy.

Asistent finančného manažéra - zodpovedá najmä za zabezpečenie administratívnych podkladov k činnostiam podaktivít projektu pokynov nadriadeného zabezpečuje podpornú činnosť a administratívnu podporu odborného projektového tímu, poskytuje administratívnu podporu pre garantov jednotlivých podaktivít, pripravuje podklady pre monitorovacie správy.

V národnom projekte bude uplatnené vykazovanie oprávnených nákladov na základe paušálnej sadzby, podľa nariadenia 2021/1060 čl. 56., 40 % paušálna sadzba na financovanie zostávajúcich oprávnených výdavkov projektu, ktorá bude určená na základe priamych nákladov na zamestnancov.

Z paušálnej sadzby budú financované náklady súvisiace s:

- odborným a projektovým riadením projektu
- vzdelávacími aktivitami pre odborný personál lekárov, zdravotníckych pracovníkov, sociálnych pracovníkov, psychológov, členov multidisciplinárneho tímu v oblasti paliatívnej starostlivosti poskytujúcich starostlivosť v hospici, v ústavnej starostlivosti (podporný tím) a v agentúrach dlhodobej ošetrovateľskej starostlivosti ,
- materiálno – technickým vybavením nevyhnutným pre implementáciu projektu.

Finančné zabezpečenie:

Národný projekt bude financovaný vo výške 100% z prostriedkov EÚ.

Rozpočet projektu

Žiadateľ popíše, akým spôsobom bola odhadnutá cena za každú

Jednotlivé rozpočtové položky boli odhadnuté na základe skúseností a analýzy predchádzajúcich výdavkov z implementácie NP PDZS, aktuálnej

položku, napr. prieskum trhu, analýza minulých výdavkov spojených s podobnými aktivitami, nezávislý znalecký posudok. V prípade, ak príprave projektu predchádza vypracovanie štúdie uskutočniteľnosti, ktorej výsledkom je, o. i. aj určenie výšky alokácie, je potrebné uviesť túto štúdiu ako zdroj určenia výšky finančných prostriedkov.	valorizácie miezd v roku 2023, ako aj prieskumu aktuálne platných cien na trhu.
Mzdové výdavky - 521	172 022,40 € 521 – Mzdové výdavky 5 709 617,58 € 352 - Poskytnutie dotácií, príspevkov voči tretím osobám
Služby - vzdelávanie	
Paušálna sadzba - 956	2 352 655,99 €
Spolu	8 234 295,97 €
Bude v národnom projekte využité zjednodušené vykazovanie výdavkov? Ak áno, aký typ?	V národnom projekte bude uplatnené vykazovanie oprávnených nákladov na základe paušálnej sadzby, podľa nariadenia 2021/1060 čl. 56., 40 % paušálna sadzba na financovanie zostávajúcich oprávnených výdavkov projektu, ktorá bude určená na základe priamych nákladov na zamestnancov.

Merateľné ukazovatele²¹

Kód	EECO01
Názov	Celkový počet účastníkov
Merná jednotka	Počet osôb
Celková cieľová hodnota	200

Merateľné ukazovatele²²

Kód	
Názov	Celkový počet zapojených zariadení
Merná jednotka	Počet zariadení poskytujúci dlhodobú a paliatívnu starostlivosť
Celková cieľová hodnota	37

Merateľné ukazovatele²³

Kód	
-----	--

²¹ V prípade viacerých merateľných ukazovateľov, doplňte údaje za každý merateľný ukazovateľ.

²² V prípade viacerých merateľných ukazovateľov, doplňte údaje za každý merateľný ukazovateľ.

²³ V prípade viacerých merateľných ukazovateľov, doplňte údaje za každý merateľný ukazovateľ.

Názov	Celkový počet podporených pracovných miest v zdravotníctve
Merná jednotka	Počet pracovných miest
Celková cieľová hodnota	160

Merateľné ukazovatele²⁴

Kód	
Názov	Počet metodických materiálov
Merná jednotka	Počet
Celková cieľová hodnota	3

Merateľné ukazovatele²⁵

Kód	
Názov	Nové, inovatívne, systémové opatrenia
Merná jednotka	počet
Celková cieľová hodnota	1

Ďalšie požadované údaje pre monitorovanie²⁶

Názov	
Akým spôsobom sa budú získavať dáta?	

Zoznam prínosov a prípadných iných dopadov, ktoré sa dajú očakávať pre jednotlivé cieľové skupiny²⁷

Dopady	Cieľová skupina (ak relevantné)	Počet ²⁸
Poskytovanie dlhodobej a paliatívnej starostlivosti pacientom (lekárskej, ošetrovateľskej, psychologickej, sociálnej, fyzioterapeutickej a inej)	Pacienti, ktorým bola poskytnutá starostlivosť	600
Rozvoj a implementácia podporných tímov	Podporné tímy	8

²⁴ V prípade viacerých merateľných ukazovateľov, doplňte údaje za každý merateľný ukazovateľ.

²⁵ V prípade viacerých merateľných ukazovateľov, doplňte údaje za každý merateľný ukazovateľ.

²⁶ V prípade viacerých údajov, doplňte údaje za každý údaj.

²⁷ V prípade viacerých cieľových skupín, doplňte dopady na každú z nich.

²⁸ Ak nie je možné uviesť početnosť cieľovej skupiny, uveďte do tejto časti zdôvodnenie.

Rozvoj a udržanie poskytovateľov dlhdoberj paliatívnej starostlivosti - dotvorenie siete - rozvoj výkonu odborných činností - aktualizácia štandardov a plošné pilotné overenie týchto štandardov	Mobilné hospice a hospice	29
--	---------------------------	----

Štúdia uskutočniteľnosti vrátane analýzy nákladov a prínosov

Informácie sa vyplňajú iba pre investičné typy projektov.

Existuje relevantná štúdia uskutočniteľnosti ²⁹ ? (áno/nie)	
Ak je štúdia uskutočniteľnosti dostupná na internete , uveďte jej názov a internetovú adresu, kde je štúdia zverejnená	
V prípade, že štúdia uskutočniteľnosti nie je dostupná na internete, uveďte webové sídlo a termín, v ktorom predpokladáte jej zverejnenie (mesiac/rok)	

Verejné obstarávanie

Sumár zrealizovaných VO	
Sumár plánovaných VO	
Názov VO ³⁰	
Stručný opis predmetu VO	
Celková hodnota zákazky	
Postup obstarávania	
Metóda podľa finančného limitu	
Začiatok VO	
Stav VO	
Predpokladaný dátum ukončenia VO	
Poznámka	
Aktivita	
Hodnota na aktivitu z celkovej hodnoty VO	

²⁹ Pozri aj Uznesenie Vlády SR č. 300 z 21.6.2017 k návrhu k návrhu Rámca na hodnotenie verejných investičných projektov v SR (dostupné na: <http://www.rokovania.sk/Rokovanie.aspx/BodRokovaniaDetail?idMaterial=26598>)

³⁰ Tabuľka sa opakuje v závislosti od počtu relevantných verejných obstarávaní. V prípade, ak sú VO realizované v rámci paušálnej sadzby, uvedená tabuľka sa nevyplní

Identifikácia rizík a prostriedky na ich elimináciu

Riziko ³¹

Názov rizika 1

Popis rizika

Závažnosť

Opatrenia na elimináciu rizika

Názov rizika 2

Popis rizika

Závažnosť

Opatrenia na elimináciu rizika

Prílohy

1. Celkový rozpočet projektu
2. Kritériá na výber tretích subjektov/užívateľov (ak relevantné)

Vypracoval: (vecne príslušný útvar MPSVR SR / externý subjekt)

³¹ Tabuľka sa opakuje v závislosti od počtu rizík.