

# **Novelizácia**

## **Národného programu ochrany starších ľudí**

Výbor pre seniorov - Pracovná skupina pre zdravotníctvo

### **Dodatok**

#### **k Analýze geriatrickej starostlivosti, predloženej Rade vlády SR pre seniorov v septembri 2009**

#### 1. Zloženie pracovnej skupiny pre zdravotníctvo:

prof. MUDr. Ladislav Hegyi, DrSc.  
prof. MUDr. Zoltán Mikeš, DrSc.  
prof. MUDr. Štefan Krajčík, CSc.  
doc. MUDr. Martin Dúbrava, CSc.

Dodatok predkladá:  
prof. MUDr. Ladislav Hegyi, DrSc.

#### 2. Úvod

Oproti roku 2009 došlo v priebehu roku 2011 k dvom zásadným zmenám, ktoré výrazne ovplyvnili poskytovanie zdravotnej starostlivosti seniorom:

1. V štátnom rozpočte na zdravotníctvo klesol príspevok štátu z 5 % HDP na 4,32 % HDP.
2. V lete roku 2011 sa počet nemocničných lôžok v odbore geriatрия znížil o 674 lôžok.

#### 3. Zmeny v poskytovaní geriatrickej starostlivosti v roku 2011

Starnutie populácie v Slovenskej republike, potvrdzuje to i tabuľka č. 1, v ktorej údaje sú vybrané z materiálu, ktorý na svojom zasadnutí dňa 8. júna 2011 vzala na vedomie aj vláda Slovenskej republiky.

Tab. 1: Podiel seniorov na populácii Slovenskej republiky a prognóza tohto podielu

Ukazovateľ		Merná jednotka	Roky		
Obyvateľstvo (stredný stav)		v tis.	2000	2009	Prognóza v roku 2020
z toho ženy		v tis.	2 775	2 785	2 822
Veková štruktúra obyvateľov (v rokoch)	0-14	v %	19,5	15,4	15,5
	15-24		17,0	14,7	9,9
	25-44		29,6	31,3	30,6
	45-64		22,4	26,4	27,2
	<b>65-74</b>		<b>7,0</b>	<b>7,0</b>	<b>10,6</b>
	<b>75+</b>		<b>4,4</b>	<b>5,2</b>	<b>6,1</b>

Zdroj: MZ SR, jún 2011

V Správe MZ SR pre vládu v marci 2011: „Stav zdravotníctva v r. 2011“ sa uvádza, že výdavky na zdravotnú starostlivosť o chronicky ťažko chorých a imobilných na Slovensku predstavujú menej ako 1 % výdavkov, pričom v krajinách OECD je to približne až 8 %. „Medzi prioritné výzvy (rozumej súčasné nedostatky – pozn. autora) slovenského zdravotníctva je možno zaradiť aj starostlivosť o dlhodobo chorých, imobilných a geriatrických pacientov. Pri hodnotení kvality ošetrovateľskej starostlivosti sa v Správe konštatuje „nízka dostupnosť a kritizovaná kvalita takmer všetkých foriem ústavnej a domácej ošetrovateľskej starostlivosti o chronicky kriticky chorých, imobilných a geriatrických pacientov (ODCH, Domy ošetrovateľskej starostlivosti, ADOS) a absencia koordinácie zdravotnej a sociálnej starostlivosti (ošetrovateľstvo a opatrovateľstvo)“.

Napriek týmto alarmujúcim skutočnostiam, na ktoré MZ SR upozornilo vo svojej správe vládu SR, došlo s platnosťou od 1. júla 2011 k dávno avizovanému uzatváraniu nemocničných lôžok. I keď sa vždy hovorilo len o znižovaní počtov akútnych lôžok, údajne pre ich nízku obložnosť, zoznam aktuálne uzatvorených oddelení vypovedá o niečom úplne inom. Pri uzatvorení 154 oddelení sa rozloženie podľa odborov ukazuje takto:

Tab. 2.: Počet nezazmluvnených zariadení podľa odborov

<b>Medicínsky odbor</b>	<b>Počet zariadení</b>	<b>% zo všetkých</b>
Geriatrické zariadenia	29	18,8
ORL	17	11,0
Očné	15	9,7
Chirurgické odbory	14	9,0
Urológia	9	5,8
Pediatrické odbory	9	5,8
Pneumológia	9	5,8
Ostatné odbory	52	33,7
spolu	154	100,0

Z tabuľky vyplýva, že najvyšší podiel uzatvorených oddelení, až 18,8%, pripadá práve na odbor geriatrickej. Z jednotlivých zariadení geriatrickeho typu boli najviac postihnuté Doliečovacie oddelenia:

Tab. 3: Podiel nezazmluvnených zariadení geriatrickeho typu oproti roku 2008

<b>Oddelenie / klinika</b>	<b>2008</b>	<b>2011</b>	<b>Pokles počtu v %</b>
Geriatrické	27	23	14,8
Dlhodobochorých	65	55	15,4
Doliečovacie	33	18	45,5

Pri pohľade na počet zrušených zariadení geriatrickeho typu v rozdelení podľa krajov vidíme, že najvyšší počet zrušených oddelení pripadá na Košický, Trenčiansky a Nitriansky samosprávny kraj, v Žilinskom samosprávnom kraji nebolo zrušené ani jedno oddelenie geriatrickeho typu a Bratislava je stále v riešení.

Ak porovnáme počty lôžok geriatrickeho typu (geriatria, oddelenie alebo liečebňa pre dlhodobochorých, doliečovacie oddelenie) k 31.12.2008 a k 1.10.2011, môžeme konštatovať úbytok 674 lôžok len v tomto jednom medicínskom odbore. Napriek tomu, že Ministerstvo zdravotníctva opakovane deklarovalo, že máme nadbytok akútnych lôžok a nedostatok lôžok pre chronických pacientov, zaniklo k 1.októbru 2011 201 akútnych lôžok ale zároveň 473 lôžok chronických.

Tab. 4: Trend vývoja geriatrickej nemocničnej siete od decembra 2008 do októbra 2011

oddelenie	počet lôžok 2008	počet lôžok 2011	rozdiel
JIS geriatrická	4	12	+8
Geriatría	947	738	- 209
ODCH, LDCH	2056	2051	-5
Doliečovacie	636	168	-468
<b>SPOLU</b>	<b>3643</b>	<b>2969</b>	<b>-674</b>

Zdroj: VŠZP. NCZI,

Tab. 5: Lôžka geriatrického typu podľa určenia, trend vývoja 2008-2011

Typ lôžok	počet lôžok 2008	počet lôžok 2011	rozdiel
akútne	951	750	-201
chronické	2692	2219	-473
<b>SPOLU</b>	<b>3643</b>	<b>2969</b>	<b>-674</b>

Zdroj: VŠZP. NCZI,

Pri analýze počtu lôžok v odbore geriatrickej možno tiež konštatovať nerovnomerné rozdelenie podľa krajov. Nerovnomernosť a neprimeranosť sa vzťahuje tiež na prepočet na obyvateľov nad 65 rokov veku.

Tab. 6: Trend vývoja lôžok geriatrického typu podľa krajov, SR, 2008-2011

	Počet obyv. 65+	JIS geriatrická	Geriatría	Dlhodobochorých	Doliečovacie
SR 2008	654 305*	4	947	2 056	636
<b>SR 2011</b>	<b>665 134**</b>	<b>12</b>	<b>738</b>	<b>2 051</b>	<b>168</b>
BA 2008	77 592	4	146	275	20
<b>BA 2011</b>	<b>79 561</b>	<b>7</b>	<b>123</b>	<b>251</b>	<b>20</b>
TN 2008	78 546	-	102	145	135
<b>TN 2011</b>	<b>79 889</b>	<b>-</b>	<b>98</b>	<b>175</b>	<b>30</b>
TT 2008	68 448	-	111	261	42
<b>TT 2011</b>	<b>69 559</b>	<b>-</b>	<b>135</b>	<b>364</b>	<b>-</b>
NR 2008	94 232	-	137	256	67
<b>NR 2011</b>	<b>95 395</b>	<b>-</b>	<b>80</b>	<b>103</b>	<b>53</b>
BB 2008	82 805	-	201	254	17
<b>BB 2011</b>	<b>83 990</b>	<b>-</b>	<b>75</b>	<b>212</b>	<b>-</b>
ZA 2008	79 834	-	-	300	96
<b>ZA 2011</b>	<b>80 864</b>	<b>5</b>	<b>17</b>	<b>335</b>	<b>20</b>
PO 2008	85 806	-	155	254	172
<b>PO 2011</b>	<b>87 032</b>	<b>-</b>	<b>135</b>	<b>258</b>	<b>45</b>
KE 2008	87 042	-	95	401	87
<b>KE 2011</b>	<b>88 444</b>	<b>-</b>	<b>75</b>	<b>364</b>	<b>-</b>

\*Počet obyvateľov k 31.12.2008 (ŠÚ SR)

\*\* Počet obyvateľov k 31.12.2010 (ŠÚ SR)

Tab.7: Prepočet počtu lôžok na obyvateľa vo veku 65+

	Počet obyv. 65+	Počet lôžok v odbore Geriatria	Počet ger. lôžok na 10 000 obyv. 65+ ***	Počet obyv. 65+ na 1 ger. lôžko
SR 2008	654 305*	3 643	56	180
SR 2011	665 134**	2 969	45	224
BA 2008	77 592	445	57	174
BA 2011	79 561	401	50	198
TN 2008	78 546	382	49	206
TN 2011	79 889	303	38	264
TT 2008	68 448	414	60	165
TT 2011	69 559	499	71	140
NR 2008	94 232	460	49	205
NR 2011	95 395	236	25	404
BB 2008	82 805	472	57	175
BB 2011	83 990	287	34	293
ZA 2008	79 834	396	46	202
ZA 2011	80 864	377	47	214
PO 2008	85 806	581	68	148
PO 2011	87 032	438	50	199
KE 2008	87 042	583	67	149
KE 2011	88 444	439	50	201

\*Počet obyvateľov k 31.12.2008 (ŠÚ SR)

\*\* Počet obyvateľov k 31.12.2010 (ŠÚ SR)

\*\*\* zaokrúhlené

Prepočet počtu lôžok geriatrického typu na obyvateľa nás privádza k javu, ktorý je z pohľadu úrovne starostlivosti o seniorov paradoxný. Kým počet seniorov rastie, počet lôžok geriatrického typu sa znižuje. Pri náraste počtu 65 ročných a starších o 1,65 % v období 2008-2010 poklesol počet im dostupných geriatrických lôžok o 18,51 %. Tým zároveň narastá počet seniorov, pripadajúcich na 1 lôžko. Z tabuľky tiež vyplýva nerovnomernosť nemocničnej starostlivosti v krajoch. Zvlášť to vyniká v Nitrianskom samosprávnom kraji, kde sa pomery v roku 2011 výrazne zhoršili oproti roku 2008.

Pri pohľade na **ambulantnú sieť** sa „opticky“ zdá, že súčasný počet 98 geriatrických ambulancií, je dostatočný pre celé Slovensko. V skutočnosti je ale celkový úväzok lekárov geriatrov na týchto ambulanciách 32,75, čo značí, že v priemere pripadá na jednu ambulanciu len 0,33 lekárskeho miesta.

Pri prepočte na 10 000 obyvateľov vo veku 65+ pripadá v rámci slovenského priemeru len 0,5 geriatra na 10 000 seniorov. Tento priemer o niečo prevyšujú len v Banskobystrickom, Bratislavskom a Trenčianskom samosprávnom kraji a nedosahujú ho najmä v Nitrianskom, Trnavskom, Košickom a Žilinskom samosprávnom kraji. Z vyššie uvedených čísel sa dá vyvodit' reálny záver, že **geriatrická ambulatná starostlivosť**, pri prepočte na 10 000 obyvateľov vo veku 65+, je viac ako nedostatočná a nezaručuje WHO požadovanú dostupnosť tejto služby.

Pri hodnotení úrovne **nemocničnej starostlivosti** je obdobne aj tu zreteľný trend k obmedzeniu (šetreniu?) poskytovania nemocničnej starostlivosti na oddeleniach geriatrického typu. Typickým príkladom necitlivého prístupu bolo uzatvorenie Geriatrického oddelenia v Banskej Bystrici, ktoré patrilo k najlepším na Slovensku a disponovalo piatimi atestovanými geriatrami. Argument, že seniori z Banskej Bystrice môžu vycestovať do Zvolena alebo sa dať hospitalizovať na tzv. pracovisku pre dlhodobo chorých pri internej klinike v B. Bystrici, je odborne neprimeraný. Takéto „pracovisko“ totiž nepozná ani koncepcia geriatrickej, ani koncepcia internej medicíny. Z tohto dôvodu mu, okrem iného, chýba akékoľvek organizačné opodstatnenie. Zriaďovateľ, ako aj vedenie nemocnice nebrali na vedomie skutočnosť, že geriatrickej je samostatný klinický odbor, ktorý uznáva nielen Európska únia, ale, samozrejme, aj slovenská legislatíva.

Tieto kroky „ozdravenia slovenského zdravotníctva“ sú preto v príkrom rozpore s európskym trendom, kde starostlivosť o seniorov patrí k ťažiskovým úlohám zdravotníctva. Napríklad v Belgicku, ktoré má okolo 10 mil. obyvateľov, je 7 500 akútnych geriatrických lôžok a 20 000 lôžok pre chronických pacientov. Pre porovnanie, Slovensko malo k 31. 12. 2008 len **951** akútnych geriatrických lôžok a **3 014** lôžok pre chronických pacientov (vrátane 322 gerontopsychiatrických).

Ďalším nepriaznivým faktorom, ktorý negatívne ovplyvňuje poskytovanie zdravotnej starostlivosti seniorom, je stále rastúca **spoluúčasť na úhrade** zdravotnej starostlivosti. Kým v roku 2002 predstavovala spoluúčasť 66 miliónov €, v roku 2010 to bola už 1 mld. €..

Pri priemernej výške dôchodku 360 € rýchlo pribúda počet dôchodcov, ktorí nemajú dosť peňazí na úhradu za lieky. Účinnosť nových zákonov, ktoré sľubujú zlepšenie stavu, zatiaľ nevieme posúdiť. Podľa prvých výsledkov sa ukazuje, že sa budú dotýkať len niekoľko tisíc dôchodcov.

#### 4. Niektoré právne aspekty poskytovania zdravotnej starostlivosti seniorom

Priaznivo nastavené legislatívne prostredie v Slovenskej republike, ktoré seniorovi garantujú nielen záväzky Slovenskej republiky v medzinárodných zmluvách, ale aj v národnej legislatíve, by malo vylúčiť prípady diskriminácie seniora pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti. Ústava Slovenskej republiky ustanovuje v čl. 7 ods. 2 prednosť právne záväzných aktov Európskej únie pred zákonmi Slovenskej republiky a v čl. 7 ods. 5 zase prednosť medzinárodných zmlúv o ľudských právach a základných slobodách, medzinárodných zmlúv, na ktorých vykonanie nie je potrebný zákon, a medzinárodných zmlúv, ktoré priamo zakladajú práva alebo povinnosti fyzických osôb alebo právnických osôb a ktoré boli ratifikované a vyhlásené spôsobom ustanoveným zákonom prednosť pred zákonmi.

V oblasti, ktorá má zabrániť diskriminácii seniora nielen pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti, ale v jeho živote celkovo, prijala Slovenská republika množstvo medzinárodných záväzkov nielen z titulu svojho členstva v Európskej únii, ale aj v období, keď členom Európskej únie ešte nebola. Je však otázne, do akej miery je schopný sám senior si vynútiť dodržiavanie svojho práva, keď tí, čo by jeho právo mali automaticky chrániť, ho nielenže nepoznajú, a ak ho aj poznajú, pod tlakom zmluvných podmienok nastavených zdravotnými poisťovňami, aj s plným vedomím porušujú.

**Charta základných práv Európskej únie** (Ú. v. EÚ C 83, 30. 3. 2010. [online] <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2010:083:0389:0403:SK:PDF>),

ratifikovaná Slovenskou republikou má ako právne záväzný akt Európskej únie prednosť pred národnou legislatívou. Napríklad:

- a) garantuje všetkým rovnosť pred zákonom,
- b) zakazuje akúkoľvek diskriminácia najmä z dôvodu pohlavia, rasy, farby pleti, etnického alebo sociálneho pôvodu, genetických vlastností, jazyka, náboženstva alebo viery, politického alebo iného zmýšľania, príslušnosti k národnostnej menšine, majetku, narodenia, zdravotného postihnutia, **veku** alebo sexuálnej orientácie,
- c) uznáva a rešpektuje právo starších osôb na dôstojný a nezávislý život a na účasť na spoločenskom a kultúrnom živote.

Garanciu slobody, rovnosti a dôstojnosti v právach seniorovi garantuje aj čl. 1 („*Ludia sú slobodní a rovní v dôstojnosti i v právach. Základné práva a slobody sú neodňateľné, nescudziteľné, nepremlčateľné a nezrušiteľné.*“) a čl. 30 („*Občania majú právo na primerané hmotné zabezpečenie v starobe a pri nespôsobilosti na prácu, ako aj pri strate živiteľa.*“) ústavného zákona č. 23/1991 Zb., ktorým sa uvádza **Listina základných práv a slobôd** a čl. 12 („*Ludia sú slobodní a rovní v dôstojnosti i v právach. Základné práva a slobody sú neodňateľné, nescudziteľné, nepremlčateľné a nezrušiteľné. Základné práva a slobody sa zaručujú na území Slovenskej republiky všetkým bez ohľadu na pohlavie, rasu, farbu pleti, jazyk, vieru a náboženstvo, politické, či iné zmýšľanie, národný alebo sociálny pôvod, príslušnosť k národnosti alebo etnickej skupine, majetok, rod alebo iné postavenie. Nikoho nemožno z týchto dôvodov poškodzovať, zvýhodňovať alebo znevýhodňovať.*“) ústavy Slovenskej republiky.

Nemožno opomenúť ani **Európsku sociálnu chartu** (revidovanú) tiež ratifikovanú Slovenskou republikou, (Oznámenie Ministerstva zahraničných vecí Slovenskej republiky č.



273/2009 Z. z.), ktorá v čl. 23 garantuje práva starších osôb na sociálnu ochranu. „Na zabezpečenie účinného výkonu práva starších osôb na sociálnu ochranu sa zmluvné strany zaväzujú prijať alebo podporovať buď priamo, alebo v spolupráci s verejnými alebo súkromnými organizáciami príslušné opatrenia zamerané najmä

- a) na umožnenie starším osobám zostať podľa možnosti čo najdlhšie plnohodnotnými členmi spoločnosti prostredníctvom príslušných zdrojov, ktoré im umožnia dôstojný život a aktívnu účasť na verejnom, spoločenskom a kultúrnom živote, poskytovania informácií o službách a o dostupnom materiálnom vybavení pre staršie osoby a o príležitostiach ich využitia,
- b) na umožnenie starším osobám slobodne si zvoliť spôsob života a viesť nezávislý život v ich zvyčajnom rodinnom prostredí tak dlho, ako si želajú a ako je to možné, prostredníctvom obstarania bývania prispôsobeného ich potrebám a zdravotnému stavu alebo príslušnej podpory na úpravu ich bývania, zdravotnej starostlivosti a služieb, ktoré vyžaduje ich stav,
- c) na zabezpečenie primeranej pomoci starším osobám žijúcim v príslušných inštitúciách pri rešpektovaní ich súkromia a na zaručenie ich účasti na určovaní životných podmienok v danej inštitúcii.“.

Ochranu pred diskrimináciou seniora poskytuje aj zákon č. 365/2004 Z. z. o rovnakom zaobchádzaní v niektorých oblastiach a o ochrane pred diskrimináciou a o zmene a doplnení niektorých zákonov (antidiskriminačný zákon). Podľa § 2 antidiskriminačného zákona „Dodržiavanie zásady rovnakého zaobchádzania spočíva v zákaze diskriminácie z dôvodu pohlavia, náboženského vyznania alebo viery, rasy, príslušnosti k národnosti alebo etnickej skupine, zdravotného postihnutia, **veku**, sexuálnej orientácie, manželského stavu a rodinného stavu, farby pleti, jazyka, politického alebo iného zmýšľania, národného alebo sociálneho pôvodu, majetku, rodu alebo iného postavenia.“.

**Antidiskriminačný zákon vyjadruje aj zásadu rovnakého zaobchádzania v sociálnom zabezpečení, zdravotnej starostlivosti, poskytovaní tovarov a služieb a vo vzdelávaní, čo sa už priamo dotýka aj seniorov.** Podľa § 5 antidiskriminačného zákona „*V súlade so zásadou rovnakého zaobchádzania sa v sociálnom zabezpečení, zdravotnej starostlivosti, pri poskytovaní tovarov a služieb a vo vzdelávaní zakazuje diskriminácia osôb z dôvodov podľa § 2 ods. 1. Zásada rovnakého zaobchádzania podľa odseku 1 sa uplatňuje len v spojení s právami osôb ustanovenými osobitnými zákonmi v oblastiach prístupu a poskytovania*

- a) *sociálnej pomoci, sociálneho poistenia, starobného dôchodkového sporenia, doplnkového dôchodkového sporenia, štátnej sociálnej podpory a sociálnych výhod,*
- b) *zdravotnej starostlivosti,*
- c) *vzdelávania,*
- d) *tovarov a služieb vrátane bývania, ktoré sú poskytované verejnosti právnickými osobami a fyzickými osobami - podnikateľmi.“.*

Uvedeným spôsobom vyjadrená zásada nediskriminačného prístupu v sociálnom zabezpečení, **zdravotnej starostlivosti**, pri poskytovaní tovarov a služieb a vo vzdelávaní by sa mala prejavovať vo všeobecne záväzných právnych predpisoch a mali by ju rešpektovať všetky ústredné orgány štátnej správy ako nositelia zákonodarnej iniciatívy a poslanci Národnej rady Slovenskej republiky, ktorí majú právo zákonodarnej iniciatívy, pri príprave návrhov všeobecne záväzných právnych predpisov.

Aj **tzv. pozitívna diskriminácia seniorov**, ktorú spôsobil limit spoluúčasti zavedený § 42a zákona č. 577/2004 Z. z. o rozsahu zdravotnej starostlivosti uhrádzanej na základe verejného zdravotného poistenia a o úhradách za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti v znení zákona č. 34/2011 Z. z. s účinnosťou od 1. apríla 2011, podľa nášho názoru vyvolá viac administratívneho chaosu a väčšej miery očakávania, ako pozitívneho

vplyvu na sociálnu situáciu seniorov. Veď zo znenia citovaného ustanovenia „*Ak úhrnná výška úhrad poistenca za doplatky za lieky prekročí v kalendárnom štvrtroku limit ustanovený v odseku 3, zdravotná poisťovňa poistencovi uhradí čiastku, o ktorú je limit spoluúčasti prekročený. Do úhrnnej výšky úhrad poistenca podľa prvej vety sa započítavajú doplatky za lieky čiastočne uhrádzané na základe verejného zdravotného poistenia len vo výške prepočítaného doplatku za najlacnejší náhradný liek. Do úhrnnej výšky úhrad poistenca podľa prvej vety sa nezapočítavajú doplatky za lieky čiastočne uhrádzané na základe verejného zdravotného poistenia, ktorých úhrada z verejného zdravotného poistenia pre najlacnejší náhradný liek je ustanovená na menej než 75 % maximálnej ceny.*“ je zrejmé, že obmedzenia ustanovené v tomto mechanizme sú minimálnym prínosom pre seniora, lebo sú nastavené tak, aby zo zdrojov verejného zdravotného poistenia odčerpali čo najmenej finančných prostriedkov. Bude zaujímavé sledovať najbližšiu analýzu výdavkov zdravotných poisťovní z tohto titulu.

Ministerstvo zdravotníctva SR vydalo v roku 2007 **Koncepciu geriatrickej starostlivosti** (Vestník MZ SR, Čiastka 1-5, 25.januára 2007,Ročník 55). Je však otázne, či sa táto zdravotná starostlivosť poskytuje správne, ako to ukladá zdravotníckemu pracovníkovi ustanovenie § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov, podľa ktorého „*Zdravotná starostlivosť je poskytnutá správne, ak sa vykonajú všetky zdravotné výkony na správne určenie choroby so zabezpečením včasnej a účinnej liečby s cieľom uzdravenia osoby alebo zlepšenia stavu osoby pri zohľadnení súčasných poznatkov lekárskej vedy.*“ Natíska sa otázka, či po zmenách v roku 2011 nedochádza k **sústavne sa zhoršujúcej dostupnosti poskytovania „správnej“ zdravotnej starostlivosti seniorom**. Veď ak Sociálna poisťovňa eviduje k 31. júlu 2011 celkom 953 632 poberateľov starobných dôchodkov<sup>10)</sup> a zastúpenie seniorov v populácii Slovenskej republiky sa blíži k 14

%, pričom prognóza na rok 2020 počíta so zvýšením na 16,8 %, znamená to zvýšenie nárokov na poskytovanie „správnej“ zdravotnej starostlivosti seniorom. V každom prípade však aj použité čísla percentuálneho zastúpenia seniorov si zaslúžia, rovnako ako detská populácia, diferencovaný prístup k zdravotnej starostlivosti v špecializovaných zdravotníckych zariadeniach nielen ambulantnej, ale aj ústavnej zdravotnej starostlivosti, nadväzujúci na predlžovanie priemernej dĺžky života a starnutie populácie v Slovenskej republike.

**Znižovanie dostupnosti špecializovanej zdravotnej starostlivosti pre seniorov, a to aj v podobe znižovania počtu lôžok v geriatrickej ústavnej zdravotnej starostlivosti, o ktorých minimálnom počte v rámci minimálnej siete poskytovateľov zdravotnej starostlivosti rozhoduje Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky, (Nariadenie vlády Slovenskej republiky č. 640/2008 Z. z. o verejnej minimálnej sieti poskytovateľov zdravotnej starostlivosti v znení nariadenia vlády č. 274/2011 Z. z. ) by sa malo zastaviť.**

Vláda Slovenskej republiky na návrh Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky na svojom zasadnutí dňa 10. augusta 2011 rozhodla s účinnosťou od 1. septembra 2011 o zavedení nových pravidiel určovania minimálnej siete poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, na základe ktorých sa novým spôsobom bude prepočítavať kapacita minimálnej siete na podiel počtu poistencov príslušnej zdravotnej poisťovne na príslušnom území.

**Senior, ako každý iný poistenec, má nárok na poskytovanie správnej zdravotnej starostlivosti, ktorej dĺžku poskytovania nelimituje žiadny všeobecne záväzný právny predpis.** A navyše, má aj právo na slobodný výber lekára ako aj zdravotníckeho zariadenia. Alebo sme im usmernením, čiže nižšou právnou formou, toto právo z dôvodu ich veku odňali?

**O tom, čo je správna zdravotná starostlivosť, rozhoduje len zdravotnícky pracovník, (§ 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách**

súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov). **spravidla lekár, nie zdravotná poisťovňa.**

### **Obmedzovanie práva na život**

Monopol zdravotných poisťovní pri určovaní počtu dní v zdravotníckom zariadení ústavnej zdravotnej starostlivosti, ktoré v takomto prípade uhradí, považujeme za neprípustný. Právo na život, ako základné ľudské (neodňateľné) právo, práve v prípade seniora nadobúda osobitný až zlovestný význam, najmä ak ide o seniora s vetchým zdravotným stavom. Stretnúť však seniora, ktorého zdravotný stav nevyžaduje poskytovanie zdravotnej starostlivosti v špecializačnom odbore geriatra, je viac náhoda ako pravidlo. Poskytovanie nesprávnej zdravotnej starostlivosti môže spôsobiť nielen ohrozenie zdravia tohto seniora, ale aj jeho života. Z čl. 13 ods. 4 ústavy Slovenskej republiky vyplýva, že: *„Pri obmedzovaní základných práv a slobôd sa musí dbať na ich podstatu a zmysel. Takéto obmedzenia sa môžu použiť len na ustanovený cieľ“*. Možno teda za ustanovený cieľ obmedzovania práva na život seniora považovať aj jeho (cielenú?) **postupnú a potupnú eutanáziu** vyvolanú poskytovaním nesprávnej zdravotnej starostlivosti na základe amorálnych, s nikým nekonzultovaných zmluvných podmienok, výlučne určených len samotnou zdravotnou poisťovňou, ergo jej špičkovým vedením, ktoré môže opätovne tvoriť zisk a vyplácať si odmeny.

**Nedostatok finančných zdrojov v zdravotníctve nesmie predsa ohrozovať ľudské právo seniora na život.**

Ak považujeme za správne a legitímne zastávať výhradu svedomia a ochraňovať plod ešte v jeho intrauterinnej existencii, prečo neuplatňujeme ochranu života a právo na život v dôstojných podmienkach aj na seniorov?

## 5. Návrh úloh NPOSE na úseku zdravotnej starostlivosti

### A. Primárna starostlivosť

1. Stanoviť minimálnu sieť denných štacionárov pre seniorov  
Termín: 2012
2. Zvýšiť preočkovanosť seniorov proti chrípke, pneumokokom a tetanu  
Termín: 2012
3. Iniciovať novelizáciu zákona č. 576/2004 Z. z. (preventívne prehliadky seniorov nad 70 rokov 1x ročne a urologické preventívne prehliadky mužov od 65 rokov raz ročne)  
Termín: 2012
4. Vypracovať Metodické usmernenie o postupe zdravotníckych pracovníkoch pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti seniorom ohrozených domácim násilím s cieľom predchádzania formám diskriminácie starších ľudí.  
Termín: 2012

### B. Špecializovaná geriatrická ambulantná starostlivosť

1. Zabezpečiť rozvoj logopedických a ergoterapeutických rehabilitačných služieb  
Termín: 2013
2. Upraviť finančné ohodnotenie výkonov v geriatrickej ambulantej starostlivosti tak aby zodpovedali sťaženým podmienkam v starostlivosti o starého pacienta  
Termín: 2013
3. Za účelom zvýšenia dostupnosti zriadiť v každom okrese SR odbornú geriatrickú ambulanciu tak, aby na každých 10 000 občanov vo veku nad 65 rokov pripadal 1 ambulantný geriatier  
Termín: 2014

### **C. Ústavná starostlivosť**

1. Vypracovať spolu s MPSVR SR návrh zákona o dlhodobej starostlivosti. Zabezpečiť poskytovanie dlhodobej starostlivosti (t.j. minimálne 3 mesiace pri jednom pobyte) v nemocničných zdravotníckych zariadeniach

Termín: 2013

2. Zabezpečiť dodržiavanie Výnosu Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 09812/2008 - OL o minimálnych požiadavkách na personálne zabezpečenie a materiálno-technické vybavenie jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení v zmysle zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov. V súlade so zisteniami Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou vybaviť všetky oddelenia geriatrického typu (geriatrické, dlhodobo chorých, doliečovacie, geriatrické centrum) signalizačným zariadením.

Termín: 2012

3. Zriadiť geriatrické oddelenie v Žiline a Banskej Bystrici

Termín: 2012

4. Skrátiť čakacie doby na plánované operačné výkony u seniorov

Termín: 2013

### **D. Zdravotná starostlivosť o klientov zariadení sociálnych služieb**

1. Vykonať analýzu stavu a úrovne zdravotnej starostlivosti v zariadeniach sociálnych služieb

Termín: 2012

2. Zabezpečiť lekársku starostlivosť v zariadeniach sociálnych služieb najmä v odboroch praktický lekár pre dospelých a psychiater v tých zariadeniach, kde tieto služby nie sú dostatočne zabezpečené

Termín: 2013

## **E. Vzdelávanie**

1. Podporovať v rámci individuálneho, hromadného a skupinového poradenstva zdravie seniorov poskytovaním informácií cestou edukačných aktivít Poradni zdravia Regionálnych úradov verejného zdravotníctva.

Termín: 2012 – 2014

2. V oblasti prevencie diskriminácie a prevencie násilia vyškoliť z radov zdravotníckych pracovníkov tzv. koordinátorov pomoci ženám ohrozeným násilím z každého vyššieho územného celku a z každej všeobecnej nemocnice cestou systematického vzdelávania zdravotníckych pracovníkov v rámci Akčného plánu predchádzania všetkým formám diskriminácie, rasizmu, xenofóbie, antisemitizmu a ostatným prejavom intolerancie.

Termín: 2012 – 2015

## **F. Spolupráca s Výborom pre seniorov**

1. Zabezpečiť zasielanie materiálov týkajúcich sa zdravotníckej legislatívy v rámci medzirezortného pripomienkového konania Výboru pre seniorov

Termín: 2010 – 2011

2. Zabezpečiť účasť členov Výboru pre seniorov na pracovných stretnutiach týkajúcich sa kategorizácie liekov a zdravotníckych pomôcok

Termín: 2012 – 2016