

## **Ciele sociálnych služieb: sociálne začleňovanie, ochrana práv, dôstojné podmienky života**

**Namiesto úvodu:** Žiadny zákon nezachytí rôznorodosť a pestrosť životných situácií, v ktorých sa človek počas života ocitne.. Snaha zachytiť a regulovať túto rôznorodosť je jednou z príčin súčasnej zložitej implementácie zákona o sociálnych službách do praxe. Zmenšujme prílišnú reguláciu života zákonmi a nahradíme ju vyššou solidaritou v rámci spoločnosti.

### **Prečo NIE! zákonu o sociálnych službách**

- Je neprehľadný, pretože ustanovuje príliš veľa skutočností príliš podrobne; vynútené zásahy do pôvodnej štruktúry zákona ho takmer znefunkčňujú; opatrenia na nápravu minulých chýb decentralizácie služieb zo štátu na samosprávu prispievajú k zvyšovaniu chaosu.
- Neaplikuje sa holistický prístup k človeku, čo znamená, že špecialisti jednotlivých rezortov len v malej miere vzájomne spolupracujú na riešení problémov občana – nie sú zosieťovaní ani dovnútra ani navonok
- Dostupnosť služieb nie je strategickým cieľom; rieši sa živelne, na základe nekoordinovaných iniciatív súkromného sektora; dôsledkom je, že služby sú v mnohých prípadoch miestne a/alebo finančne nedostupné
- Deklaruje ľudskoprávny princíp, ale nevytvára podmienky pre jeho implementáciu do praxe sociálnych služieb, nepodporuje deinštitucionalizáciu veľkokapacitných zariadení na komunitné služby
- Má tendenciu ustanovovať stále nové a ďalšie služby s rôznou mierou regulácie, i keď našťastie založené na komunitnej báze.

### **Aké sú požiadavky :**

1. Jednoznačne stanoviť zodpovednosť verejnej správy - objednávateľov – za dostupnosť (geografickú i finančnú) a kvalitu služieb pre relevantné cieľové skupiny
2. Jednoznačne stanoviť podmienky pre poskytovateľov – efektívne vykonávanie kvalitných služieb, rovnaké pravidlá pre prístup k verejným zdrojom
3. Jednoznačne stanoviť hodnotenie dopadu dosiahnutých výsledkov na kvalitu života prijímateľov služby a napĺňanie práv občanov
4. Namiesto detailnej úpravy vytvoriť priestor na vyjednávanie, rešpektujúc princíp rovných príležitostí pre prijímateľov i pre poskytovateľov
5. Zmeniť právnu formu rozpočtových organizácií na príspevkovú alebo na neziskovú organizáciu, aby nikto nemohol mať výhody vďaka svojej právnej forme.
6. Upraviť zákonné podmienky pre uzatváranie zmlúv medzi objednávateľom a poskytovateľom na dlhšie obdobie ako 1 rok.
7. Rozlíšiť zákonné povinnosti objednávateľov služby voči prijímateľom a poskytovateľom od ich práva fakultatívne upravovať podrobnejšie podmienky, procesy a kritériá činností, ktoré vykonávajú.
8. Stanoviť konkrétne pravidlá pre objednávanie nových služieb a rozširovanie existujúcich
9. Stanoviť pravidlá pre transformáciu a podporu transformácie veľkokapacitných zariadení
10. Poskytnúť objednávateľom a poskytovateľom dostatočný priestor pre prípravu na zmeny.

Z vyššie uvedeného nám vyplynul návrh rozdeliť zákon o sociálnych službách na tri zákony:

1. Zákon o dlhodobej starostlivosti a komunitných službách pre seniorov
2. Zákon o podpore sociálneho začleňovania osôb so zdravotným postihnutím
3. Zákon o prevencii a krízovej intervencii

Diskutovať aj o alternatívnom návrhu ministerstva na samostatný zákon o financovaní služieb

## Návrh na rozdelenie zákona o sociálnych službách do troch zákonov

V súčasnosti sme svedkami postupného, ale nezvratného presadzovania ľudskoprávneho princípu do legislatívy a praxe sociálnych služieb. Aj keď zákon o sociálnych službách reflektuje nové trendy, nevytvára dostatočnú základňu pre ich presadenie. Zákon 448/2008 upravuje príliš mnoho skutočností (právne vzťahy, financovanie, štandardy, dohľad), čím sa stal nečitateľným a nezrozumiteľným nielen pre občanov laikov, ale aj pre odborníkov, ktorí s ním musia pracovať a riešiť potreby občanov. Je na mieste otázka, či pre dobrú prax potrebujeme takú podrobnú úpravu alebo by stačili jednoduchšie písané zákony..

**Dôvody** podporujúce rozdelenie zákona:

1. Cieľové skupiny potrebujú pomoc v rôznych fázach svojho života:
  - seniori a osoby s veľmi nepriaznivým zdravotným stavom potrebujú dôstojné podmienky pre svoje dožitie,
  - osoby so zdravotným postihnutím potrebujú rôznych druhov aktivizujúcej podpory po celý život – od narodenia až po starobu
  - jednotlivci a rodiny v krízovej situácii potrebujú rýchlu, intenzívnu a pružnú pomoc v danom období krízy ako aj prevenciu pred jej vznikom alebo opakovaním.
2. Cieľové skupiny potrebujú komplexné /holistické prístupy, ktoré kombinujú rozdielne druhy služieb, nielen sociálnych
3. Cieľové skupiny potrebujú mať jasne vymedzené, kto je zodpovedný za objednávanie služieb, kto a ako ich financuje a akú rolu v systéme majú oni ako klienti.

Nezávislá platforma SocioFórum sa chce aktívne zapojiť do tvorby nového systému sociálnych služieb. Napriek tomu, že si uvedomujeme, že ide o vážnu politickú tému, navrhujeme, aby ministerstvo iniciovalo sériu rozhovorov s odborníkmi (napr. formou okrúhlych stolov), na ktorom by sa pripravila východisková pozícia pre Stratégiu rozvoja sociálnych služieb Slovenskej republiky.. Zo strany MPSVR SR bol zverejnený názor, že je treba zvážiť, či namiesto veľkej novelizácie zákona o sociálnych službách nevyčleniť a osobitným zákonom neriešiť financovanie služieb. Týmto materiálom dávame na zváženie ďalší variant a tým je **návrh na rozdelenie zákona o sociálnych službách do troch zákonov** podľa cieľových skupín, vrátane ich financovania:

- 1. Zákon o dlhodobej starostlivosti a komunitných službách pre seniorov**
- 2. Zákon o podpore sociálneho začleňovania osôb so zdravotným postihnutím**
- 3. Zákon o sociálnej prevencii a krízovej intervencii.**

Všetky tri zákony rešpektujú 3 základné princípy: 1. Dodržiavanie ľudských práv, 2. Právo občana na pomoc spoločnosti, 3. Rovnosť poskytovateľov v prístupe k verejným zdrojom.

Vyššie sme uviedli niekoľko dôvodov, aby sa otvorila diskusia na túto tému. Pokúsime sa do nej prispieť možnými riešeniami.

## ad 1) K ZÁKONU O DLHODOBEJ STAROSTLIVOSTI A KOMUNITNÝCH SLUŽBÁCH PRE SENIOROV

V dokumente Strategický rámec starostlivosti o zdravie 2013 – 2020 je zadanie nafomulované jednoznačne, s dôrazom na ekonomickú efektívnosť:

“vytvoriť nákladovo efektívny systém sociálno-zdravotných lôžok pre dlhodobo chorých, ktorých akútne zhoršenie chronického ochorenia nie je možné terapeuticky zvládnuť v domácom prostredí, vyžaduje dlhodobejšiu integrovanú odbornú zdravotnú a sociálnu starostlivosť poskytovanú v komunite, ale nevyžaduje využitie nákladovo náročnejších lôžok v nemocniciach”

Ministerstvo zdravotníctva SR začalo pracovať na stratégii dlhodobej starostlivosti. V určitom štádiu rozpracovanosti prizve k spolupráci aj MPSVR SR. Očakáva sa zhoda o základných princípoch služieb dlhodobej starostlivosti (ďalej SDS), vymedzení cieľovej skupiny, o rozdelení zodpovednosti a ich spoločnom financovaní. Formálne sa spolupráca ministerstiev na príprave zákona zabezpečí uznesením vlády k schvaľovanej stratégii dlhodobej starostlivosti.

Naše ciele pre tento zákon sú formulované z iného hľadiska:

1. Cieľom zákona je vo verejnom záujme zlepšiť starostlivosť o osoby s dlhodobo zlým zdravotným stavom lepšou spoluprácou rodiny, ošetrovateľského personálu, opatrovateliek a sociálnych pracovníkov.
2. Položiť dôraz na poskytovanie integrovaných služieb v prirodzenom prostredí pred pobytom v zariadení
3. Prepojiť existujúce prvky formálneho a neformálneho opatrovania a domácu ošetrovateľskú starostlivosť do jedného funkčného celku

***Dlhodobá starostlivosť je osobitný systém koordinovaného prepojenia ošetrovateľskej a opatrovateľskej starostlivosti pre osoby so zlým zdravotným stavom dlhšom ako 3 mesiace, ktorého úlohou je podporiť maximálnu sebestačnosť osoby aktivizáciou a podporou jeho vlastného potenciálu.***

Okrem dlhodobej starostlivosti zákon upraví aj poskytovanie komunitných služieb, ktoré majú preventívnu a podpornú funkciu pre seniorov s nižším stupňom odkázanosti,.. Oprávnenosť pre poskytovanie týchto služieb bude posudzovať sociálny pracovník obce na základe pravidiel prijatých obecným zastupiteľstvom.

### 1. Systém dlhodobej starostlivosti

#### 1.1 Terénna dlhodobá starostlivosť

Terénna dlhodobá starostlivosť je starostlivosť poskytovaná v prirodzenom prostredí človeka. V podstate existuje aj dnes, ale jej jednotlivé zložky nie sú koordinované a prispôbené potrebám dlhodobej starostlivosti. Tvoria ju

- ošetrojúci ambulantní lekári
- ošetrovatelky a rehabilitační pracovníci agentúr domácej ošetrovateľskej starostlivosti (ADOS) – v súčasnosti poskytujú väčšinu služieb len krátkodobo, bez dlhodobého monitoringu a podpory rodine
- rodinní príslušníci a blízke osoby opatrovanej osoby, ktorí poberajú príspevok na opatrovanie + sociálne poistenie od štátu cez UPSVAR (podľa zákona 447/2008), ale nedostávajú od ošetrovateliek dostatočnú a dostupnú podporu – v ďalšom texte budeme používať termín „rodinné opatrovatelky“

- profesionálne opatrovatelky - zamestnanci právnických osôb zapísaných v registri sociálnych služieb ako poskytovatelia opatrovateľskej služby, prípadne SZČO (podľa zákona 448/2008)

Navrhujeme koordinovať týchto aktérov terénnej dlhodobej starostlivosti prostredníctvom sociálno-zdravotných poradní, ktoré budú napojené na plánované integrované centrá primárnej starostlivosti, ktorých súčasťou budú aj ADOS-ky. Poradca by mal byť zamestnancom spoločného obecného úradu s detašovaným pracoviskom v centre. Jeho úlohou bude aj priebežné poradenstvo pre rodinných opatrovateľov pri zmene zdravotného stavu opatrovaného člena rodiny a základné poučenie o fungovaní a vstupe do systému dlhodobej starostlivosti pre všetkých zainteresovaných. Úlohou centra môže byť aj zabezpečovanie procesu posudzovania zdravotného stavu a sociálnej situácie žiadateľa DS.. Z hľadiska organizačných štruktúr môže byť alternatívou pre zriadenie takéhoto poradenského centra vytváranie vlastných štruktúr systému dlhodobej starostlivosti..

Na tomto mieste zdôrazňujeme významnú rolu rodinných opatrovateľov v celom systéme starostlivosti o osoby s dlhodobým zlým zdravotným stavom, ktoré doteraz nemajú žiadnu podpornú štruktúru pre svoju činnosť. Je ich takmer 60 000, podobne ako počet opatrovaných osôb. Profesionálna opatrovateľská služba poskytuje občanom len 1/3 ich výkonov. Ďalších, odhadom min. 20 tisíc osôb ošetrojú sestry ADOS spolu s rodinou, ktorá opatruje svojho člena bez toho, aby požiadala o príspevok alebo o profesionálnu opatrovatelku pre svojho člena odkázaného na vysokú mieru podpory.

## **1.2 Finančné zdroje a pravidlá financovania**

Objednávateľom služieb dlhodobej starostlivosti je občan – osoba s dlhodobým nepriaznivým zdravotným stavom (pri posudzovaní dosiahol stupeň 5 alebo 6 súčasnej stupnice)) . Občan má jednu zábezpeku vo svojej zdravotnej poisťovni, z ktorej mu vyplýva zákonný nárok na bezplatné poskytnutie potrebnej zdravotnej starostlivosti . Druhou zábezpekou je jeho osobný príjem a majetok, ktorým je starobný alebo iný dôchodok, sociálna dávka a pod.

Len malá časť občanov Slovenska má dostatočný pravidelný osobný príjem, aby zaplatil reálnu cenu starostlivosti zodpovedajúcej jeho individuálnym potrebám. Návrh predpokladá, že štát prispeje občanom na úhradu nákladov paušálnym finančným príspevkom na SDS. Na tento príspevok bude mať nárok každá osoba zaradená do integrovaného systému dlhodobej starostlivosti odkázaná na ošetrovateľskú a opatrovateľskú starostlivosť a ďalšie podporné služby..

Týmto príspevkom štát nahradí súčasný príspevok na opatrovanie člena rodiny. Poberateľom príspevku budú osoby odkázané na pomoc inej osoby. Rovnako osoba, ktorú opatruje profesionálna opatrovatelka SKCH ako aj osoba, ktorú opatruje jej nevesta na materskej dovolenke..Potrebné verejné zdroje pre poskytovanie príspevku sú sčasti v rozpočte UPSVAR (suma výdavkov štátneho rozpočtu, z ktorého sú v súčasnosti vyplácané príspevky na opatrovanie úradmi práce, sociálnych vecí a rodiny podľa zákona 447/208 Z.z., čo predstavuje okolo 140 mil.€. Táto suma nebude dostatočná. Bolo by teoreticky možné navýšiť ju o výdavky miest a obcí na profesionálnu opatrovateľskú službu. Dávame prednosť riešeniu, aby ušetrené prostriedky zostali v rozpočte obce a na prechodnú dobu boli účelovo viazané na zvýšenie vybavenosti obce ďalšími komunitnými službami, najmä preventívneho charakteru.

## Rekapitulácia zdrojov pre SDS (v pozícii „želané“☺):

1. Zdravotné poisťovne budú hradiť náklady ADOS za výkon ošetrovateľskej a rehabilitačnej starostlivosti v prirodzenom prostredí klienta. Ich ďalšími úlohami v systéme dlhodobej terénnej starostlivosti bude pravidelný monitoring zdravotného stavu ošetrovaných klientov na danom území, vyhodnotenie zmien, ktoré v priebehu času nastali, vrátane zmeny rodinného opatrovateľa, vykonanie potrebných intervencií, poradenstvo a ukážku či nácvik správneho ošetrovania, opatrovania a stravovania, všetko s cieľom zvýšiť kvalitu života ošetrovanej osoby. Počas svojej profesionálnej činnosti môžu byť sestry ADOS prvými informátormi pre rodiny, ktoré nepoberajú príspevok, ani opatrovateľskú službu, pretože odkázaná osoba nie je ešte zaradená do systému SDS.

Prijímateľom platieb za poskytnuté zdravotné služby terénneho charakteru budú ADOS-ky, poskytujúce občanovi ošetrovateľskú a rehabilitačnú starostlivosť v domácom prostredí. Financovanie sociálnej starostlivosti v prirodzenom prostredí občana je účelom navrhovaného nového štátneho príspevku na služby.

### Otázky do diskusie:

a. Je dlhodobá starostlivosť primárne zdravotnou starostlivosťou, vykonávanou ADOS-kami a ústavnými zdravotníckymi zariadeniami?

- Naše stanovisko je, že ÁNO, pretože bez splnenia podmienky ťažkého zdravotného stavu nemôže byť žiadateľ zaradený do systému SDS. Pre sociálnu službu taká striktná požiadavka nie je definovaná.

b. Aké sú odlišnosti v posudzovaní splnenia podmienok pre poskytovanie dlhodobej starostlivosti v porovnaní so súčasným stavom?? Kto má posledné slovo?

Posledné slovo bude mať revízny lekár zdravotnej poisťovne. V rámci lekárskeho posúdenia ošetrojúci alebo ambulantný lekár popíše konkrétny zdravotný stav osoby v súlade s pravidlami platnými pre domy ošetrovateľskej starostlivosti s vylúčením diagnóz, ktoré nemajú dlhodobú prognózu. Žiadosť spolu s odporúčaním lekára dostane sociálny pracovník zariadenia, ktorý pozbiera maximum informácií o žiadateľovi, jeho záľubách, jeho rodine a dôvodoch umiestnenia

c. Aké sú výhody a nevýhody paušálneho financovania dlhodobej zdravotnej starostlivosti? Sú ošetrovateľské a rehabilitačné úkony poskytované v rámci dlhodobej starostlivosti iné ako tie isté úkony v rámci akútnej a následnej liečby? V čom ?

d. Je možné a prijateľné použiť metodiku kapitácie pre terénne ošetrovateľky SDS s jednoznačne definovanými ukazovateľmi požadovaného monitoringu zdravotného stavu občana?

e. Vieme odhadnúť zvýšenie počtu ošetrovateliek?

g. Počíta sa s účasťou Komory ošetrovateliek a pôrodných asistentiek pri príprave zákona?

Určite ANO

h. Bude mať štátny príspevok pre občana pre účely DS formu vouchera / poukážky, ktorú bude môcť deliť medzi osoby zainteresované na terénnej SDS?

Nebola o tom reč.

**i. Bude sa kontrolovať použitie štátneho príspevku? Ako prísne, s akými sankciami ?**

To je téma veľkých národných diskusií: od nulovej kontroly napr. v Rakúsku až po navrhovanú prísnu kontrolu v Japonsku, kde nakoniec štátny príspevok neprešiel parlamentom.

**j. Vieme si predstaviť vytvorenie Fondu SDS z alikvótnych vkladov zdravotných poisťovní, vrátane štátnej pokladnice?**

## **1.2 Pobytové zariadenia dlhodobej starostlivosti**

V sociálnom rezorte zaraďujeme pod zariadenia dlhodobej starostlivosti prijímateľov služieb špecializovaného zariadenia, sčasti aj DSS a časť klientov kombinovaných DSS a ZpS. V rezorte zdravotníctva pôjde o transformáciu liečební dlhodobo chorých, domov ošetrovateľskej starostlivosti, hospicov (?), psychiatrických liečební (?),. **Kapacita týchto zariadení v súčasnosti je .....lôžok.**

Zariadenie dlhodobej starostlivosti nie je nemocnica, ani liečebňa a nemá ich ani pripomínať. Má to byť miesto pre život so všetkým, čo k tomu patrí. Pre niekoho na 4 mesiace, pre iného na 4 roky. Pre väčšinu klientov posledný domov. Preto má byť miestom, ktoré podčiarkne dôstojnosť človeka, ktorý sa v ňom ocitol a podporí jeho samostatnosť. Nie naopak..

Terminologická poznámka:

Všetci vieme, že odchod seniora z rodiny do zariadenia je veľmi traumatizujúci stav pre obe strany. Navrhujem preto používať ľudsky teplejšie termíny namiesto tých veľmi úradne znejúcich. Mne sa páči „sanatórium“, lebo v našom jazykovom prostredí si pod sanatóriom väčšina ľudí predstaví kúpeľné sanatóriá vo Vysokých Tatrách a tie sa páčili všetkým, tam chodil každý rád.

Ministerstvo zdravotníctva pracuje na stratégii dlhodobej starostlivosti, aby tým skompletizovalo vlastný systém zdravotnej starostlivosti o občanov ( v súlade s WHO). Dlhodobá zdravotná starostlivosť nie je akútna ani následná liečba. Cieľom dlhodobej starostlivosti je udržať čo možno najdlhšie kvalitu života osoby so zlým zdravotným stavom a zachovať jej dôstojnosť a dôstojné prostredie až do konca. Vytvoriť systém dlhodobej starostlivosti v našom ponímaní znamená vytvoriť osobitný integrovaný systém starostlivosti, v ktorom sa pre každého klienta súbežne poskytuje potrebná ošetrovateľská starostlivosť, opatrovanie a ďalšie podporné služby podľa jeho individuálnych potrieb a plánu.

Bude predmetom diskusie aké právne postavenie bude mať zariadenie dlhodobej starostlivosti. Môže byť

1. ústavným zdravotníckym zariadením v systéme zdravotníctva, napr. dom ošetrovateľskej starostlivosti s dlhodobým režimom alebo novým typom zdravotníckeho zariadenia,
2. špecializovaným zariadením v systéme sociálnych služieb alebo
3. zariadením dlhodobej starostlivosti v samostatnom registri VUC.

Bez ohľadu na právnu formu a registráciu zariadenia alebo terénnej služby by mali byť dodržané základné princípy dostupnosti služieb, podmienok kvality a trojzdrojového financovania.

Aj táto téma má mnoho otvorených otázok:

a. Budeme definovať nanovo súbor požiadaviek na priestorové a technické vybavenie zariadení dlhodobej starostlivosti, pretože niektoré rezortné požiadavky nie sú vzájomne kompatibilné (napr. limity pre kapacitu zariadenia, jeho umiestnenie v priestore, univerzálne navrhovanie, informatizácia činností a pod.)

ÁNO, musíme sa dohodnúť s rezortom zdravotníctva na vyváženom definovaní požiadaviek, ktoré musia splniť.

b. Ktoré ďalšie požiadavky budú musieť zariadenia SDS ešte splniť?

c. Je možné zabrániť presadzovaniu súkromných záujmov pri výbere sociálnych a zdravotníckych zariadení, ktoré budú zaradené do osobitného systému SDS?

ÁNO, ak budú požiadavky registrácie definované jednoznačne, ich plnenie predložené transparentne a výberová komisia bude nekompromisná a nebude udeľovať výnimky

d. Akú právnu formu budú mať zariadenia SDS?

Príspevková, nezisková a s.r.o., hospodárenie rozpočtových organizácií je pre nás netransparentné.

f. Kto vyrovná nedoplatky klienta v prípade jeho nedostatočného príjmu (tak v terénnej ako aj v ústavnej starostlivosti SDS)?

Súčasným trendom je deinštitucionalizácia pobytových zariadení. Diskusia o novom zákone o dlhodobej starostlivosti pomôže odpovedať aj na otázku, čo chceme procesom DI dosiahnuť, ktoré zariadenia chceme zrušiť a ktoré transformovať, aké individualizované služby sme schopní žiadateľom ponúknuť. Takže tvorba nového systému SDS je veľmi úzko prepojená s celkovou reprofiliáciou zdravotného i sociálneho systému služieb.

### 1.2.1 Pre koho je služba určená

Rozhodujúcim kritériom pre umiestnenie občana do zariadenia dlhodobej starostlivosti je jeho zdravotný stav, ktorý vyžaduje ošetrovateľskú starostlivosť v súvislosti s imobilizačným syndrómom, resp. s obmedzenou mobilitou, či neurologickým ochorením. Druhou podmienkou je, že prognóza zdravotného stavu hovorí, že stav sa významne nezmení ani po 3 mesiacoch pobytu. Predpokladá sa nastavenie nového efektívnejšieho systému posudzovania odkázanosti na služby dlhodobej starostlivosti, kedy sa primerane zohľadní aj sociálna situácia občana. Zotrvanie v zariadení nie je časovo limitované. Vzhľadom na to, že pôjde o vážne zdravotné stavy (aj keď stabilizované) predpokladá sa pobyt od niekoľkých mesiacov po niekoľko rokov. Len ojedinelo sa stáva, že pomocou dlhodobej starostlivosti sa zdravotný stav občana zlepší v takej miere, aby sa vrátil do svojho pôvodného prostredia alebo sa v rodine vytvorila podmienka na opatrovanie. Klientmi dlhodobej starostlivosti budú najmä seniori vo vyššom veku, ale nie sú vylúčené ani mladšie osoby, pokiaľ to vyžaduje ich zdravotný stav. Súhlas s umiestnením občana v zariadení dlhodobej starostlivosti by mal podľa nášho názoru dávať revízny lekár príslušnej zdravotnej poisťovne

### 1.3 Určenie kapacity a systém financovania

Súčasná kapacita relevantných zdravotníckych a sociálnych zariadení sú dobrým východiskom pre určenie východzej kapacity systému zariadení SDS. Počty nič nehovoria o dostupnosti týchto služieb v jednotlivých regiónoch Slovenska, ani o kvalite týchto služieb.

Aby bol systém trvalo udržateľný, musia jeho tvorcovia pracovať s prognózou potrieb v roku 2030 a nastaviť systém na priebežné, nie skokové prispôsobovanie svojej ponuky očakávanému dopytu. Očakávame pravidlá, podľa ktorých budú poskytovatelia reagovať na meniace sa podmienky. Tak z hľadiska demografických vplyvov ako aj aplikácie nových poznatkov.

A napokon, systém SDS musí byť nastavený tak, aby neposkytoval priestor pre prelínanie klientov príbuzných zdravotných či sociálnych služieb.

Opäť si musíme pripomenúť, že objednávateľom dlhodobej starostlivosti v zariadení je občan. Občan, ktorého príjmy sú nedostatočné na zaplatenie dlhodobej zdravotnej a sociálnej starostlivosti v zariadení. Solidarita je uznávanou hodnotou našej spoločnosti, takže paušálny štátny príspevok na služby k osobnému príjmu žiadateľa o službu na jej zakúpenie je regulárnym nástrojom riešenia tejto situácie. Štátny príspevok na financovanie SDS nahradí dnešné financovanie odkázanosti služieb pre seniorov v nepriaznivom zdravotnom stave umiestnených v špecializovaných zariadeniach (dnes financuje VUC), v domovoch sociálnych služieb (VUC), v zariadení pre seniorov (VUC a štát).

Príspevok štátu na služby pre osoby zaradené do systému SDS by mal mať 2 úrovne z hľadiska formy služby (terénna alebo pobytová) a dve úrovne z hľadiska miery odkázanosti na SDS. Zdravotné poisťovne by mali financovať zariadenia DS, aj terénne ADOSky na rovnakom princípe. Mali by to byť paušálne mesačné platby diferencované podľa formy (terénna, pobytová) a náročnosti starostlivosti (max. 2 stupne). Paušálne platby sú základným finančným kameňom SDS. Bude vecou argumentácie a vysvetľovania, či sa podarí obhájiť nielen návrh na paušálne platby, ale aj ich primeranú výšku.

### **3. Komunitné služby pre seniorov – toto už nie je dlhodobá starostlivosť**

Sociálnou prevenciou sú všetky aktivity, ktorými sa posilňuje komunita, aby zvládla zmeny vonkajšieho prostredia, predovšetkým dopady týchto zmien na ohrozené skupiny obyvateľstva. Medzi ohrozené sociálne skupiny patria aj seniori. Cieľom podporných služieb na miestnej úrovni je spolupracovať so seniormi na posilňovaní ich samostatnosti a ich sociálnych vzťahov v komunite. Pri týchto komunitných službách sa bude dôraz klásť na preventívne opatrenia aktívneho charakteru (životospráva, stravovanie, pomoc v domácnosti, pohybové aktivity, udržiavanie a rozvíjanie sociálnych vzťahov atď.).

Cieľom osobitného systému dlhodobej starostlivosti je, aby každý senior dostal služby primerané jeho potrebám. Prax posledných rokov ukázala, že rozvojom komunitných služieb na lokálnej úrovni klesol záujem o umiestnenie v zariadení. Preto pri komunitných službách pracujeme s víziou, že základnou a jedinou pobytovou službou pre seniorov bude zariadenie SDS. Ostatné „bývania“ budú mať dočasný (ZOS) alebo podporovaný charakter (podporované bývanie). Nové zariadenia pre seniorov by mali byť vyvážené z hľadiska uspokojovania individuálnych potrieb seniorov za primeranú cenu. Pre najbližších 20 rokov bude potrebné navrhnuť spôsob postupného zatvárania neúčelových a vysoko nákladových zariadení (kaštiele) alebo využitie veľkokapacitných objektov na iné služby verejného záujmu.. Pozornosť sa bude zameriavať na nové formy zabezpečovania potrebných služieb na komunitnej úrovni. Podporované a samostatné bývanie pre seniorov s nižšou mierou odkázanosti ma pomoc druhej osoby môže byť doplnené viacerými podpornými službami, vrátane neformálnych. Tieto úvahy sa týkajú preventívnych a podporných aktivít pre seniorov, ktorí sú dnes posúdení v 1. až 4. stupni odkázanosti.

#### **3.1 Financovanie**

Komunitné služby pre seniorov by mali byť rozvíjané predovšetkým z miestnych zdrojov: z rozpočtu obecnej/mestskej samosprávy, (primeranými) poplatkami seniorov, dobrovoľníckou



prácou, filantropiou.. Osvedčili sa aj aktívne opatrenia trhu práce ako nástroj financovania takýchto služieb. Nevylučujeme na prechodné obdobie aj zmiešaný systém financovania. Zákon bude regulovať tieto služby len veľmi rámcovo, predpokladá sa podrobnejšia úprava nižšou právnou normou. Zákon ustanoví povinnosť pre obce s viac ako 1 500 obyvateľmi zamestnať sociálnu pracovníčku. O rozsahu a financovaní komunitných služieb rozhoduje a bude rozhodovať obecné/mestské zastupiteľstvo. Je na aktívnych občanoch, aby ovplyvňovali zákonodarcov v prospech sociálnych služieb. Môžeme konštatovať, že úroveň sociálnej politiky aj sociálnej práce na lokálnej úrovni sa aj vďaka nim neustále zvyšuje. Zrozumiteľné a jednoznačné regulatívy by tomuto procesu veľmi pomohli.

## 2) K ZÁKONU O PODPORE SOCIÁLNEHO ZAČLEŇOVANIA OSÔB SO ZDRAVOTNÝM POSTIHNUTÍM

### 2.1. Sociálne služby odpovedajúce životnému cyklu

Na rozdiel od iných cieľových skupín (seniori, ľudia v kríze) väčšina osôb so zdravotným postihnutím potrebuje nejaký druh podpornej služby po celý život (ak nejde o poúrazový stav alebo postihnutie rozvinuté v neskoršom veku). Služby majú byť primerané aktuálnej etape životného cyklu každého jedinca. Už táto skutočnosť hovorí o zložitosti a jedinečnosti tejto verejnej politiky a nabáda k rozmyšľaniu o samostatnej legislatívnej úprave.

### 2.2 Holistický prístup

Podpora sociálneho začleňovania osôb so zdravotným postihnutím musí mať komplexný charakter a musí zohľadňovať všetky ich potreby v jednotlivých etapách životného cyklu. Zainteresované subjekty/rezorty musia efektívne kooperovať. To je východisko k presadeniu individuálneho prístupu k potrebám osôb so zdravotným postihnutím v zmysle Dohovoru OSN.

Tabuľka č.1: **Potreba služieb podľa etáp životného cyklu**

#### Etapy životného cyklu

| Etapy životného cyklu                    | Priorita služieb v danom období   | Zodpovednosť za dostupnosť služby  | Spoločný cieľ služieb v danom životnom cykle  |
|--|---|--|---|
| <b>Ranný vek, detstvo</b><br>0 - 7 rokov | Intenzívna zdravotná starostlivosť<br>Včasná intervencia<br>Špeciálnopedagogické poradenstvo              | Rodina<br>Zdravotnícke zariadenia<br>Sociálna služba samosprávnych krajov<br>☑ Predškolské zariadenia<br>☑ Špeciálne pedagogické poradne | Stimulácia komplexného rozvoja dieťaťa a príprava na jeho prechod z rodiny do vzdelávacieho systému |
| <b>Adolescencia</b><br>7 – 15/18 rokov   | Inkluzívne vzdelávanie<br>Podporné sociálne služby<br>Kompenzačné pomôcky<br>Monitoring zdravotného stavu | Školy a špeciálne pedagogické poradne<br>Samosprávne kraje<br>ÚPSVAR – príspevky na pomôcky<br>Pediatri                                  | Zvládnuté zaradenie do školy<br>Rozvoj sociálnych zručností<br>Príprava na prácu                    |
| <b>Dospelosť</b><br>19 - 30 rokov        | Podporované zamestnávanie<br>Podporné sociálne služby<br>Ďalšie vzdelávanie                               | ÚPSVAR – služby zamestnanosti, rekvalifikácie a kompenzačné príspevky<br>Sociálne služby VUC   | Zvládnuté zaradenie na trh práce, resp. podporované zamestnanie                                     |
| <b>Stredný vek</b>                       | Podporné služby pri budovaní nezávislého  | Osoba so zdravotným postihnutím<br>Miestna samospráva  | Dosiahnutie maximálnej miery začlenenia do miestnej komunity a                                      |

|                            |   |  |   |
|----------------------------|---|--|---|
| <b>30 – 65 rokov</b>       | života (bývanie, práca, partnerské vzťahy)              | Úrady práce<br>Podporné sociálne služby  | schopnosť orientovať sa v cudzom prostredí    |
| <b>Starší vek<br/>65 +</b> | Sociálne služby pre seniorov<br>Zdravotná starostlivosť | Osoba so zdravotným postihnutím<br>Rodina<br>Miestna samospráva<br>Zariadenia dlhodobej ZS | Dôstojné a kvalitné prežitie seniorského veku |

### 2.3. Hľadanie spoločného riešenia

Integrovaná podpora sociálneho začleňovania osôb so zdravotným postihnutím zo strany jednotlivých rezortov je možná a efektívna len v prípade, že sa dotknuté rezorty stotožnia so spoločnou stratégiou začleňovania a prijímajú konkrétne záväzky pre jej implementáciu. Spoločná stratégia MPSVR, MŠVaŠ a MZ SR bude zahŕňať

- určenie gestora/rezortu zodpovedného za každú etapu životného cyklu
- súhlas s deklarovateľnými cieľmi danej etapy
- spôsob legislatívneho riešenia multidisciplinárnych otázok sociálneho začleňovania

Navrhovanému riešeniu sa prispôsobí aj Inštitucionálna štruktúra. Samosprávne kraje zriedia alebo zabezpečia koordinačné centrá, ktoré budú poskytovať odborné sociálne poradenstvo pre nových žiadateľov a súčasne vykonávať druhostupňový manažment pre jednotlivcov už zaradených do systému (prvostupňový manažment vykonáva aktuálny poskytovateľ služby). Hlavnou úlohou koordinačných centier bude optimalizovať dostupnosť služieb (nielen sociálnych) v danom regióne: vyhľadávať osoby, ktoré nedostávajú žiadnu alebo nedostatočnú pomoc, definovať nové potreby, na základe vlastných zistení iniciovať doplnenie siete služieb v danom regióne (na úrovni okresu). Samosprávne kraje zriedia alebo zabezpečia metodické centrá, ktorých hlavným poslaním bude zvýšenie kvality služieb vzdelávaním zamestnancov i manažmentu pre všetkých poskytovateľov, budú vykonávať aj štatistické a analytické činnosti, vyhodnocovať dosiahnutú úroveň začlenenenia osôb so zdravotným postihnutím v jednotlivých etapách životného cyklu a v jednotlivých oblastiach života. Úlohou ministerstiev bude vytvárať podmienky pre fungovanie systému ako celku.

#### Príklad :

Za prvú etapu zodpovedá Ministerstvo zdravotníctva, ktoré urobí revíziu svojich postupov v starostlivosti o matku a dieťa. Príslušný zdravotnícky personál bude absolvovať intenzívny kurz komunikácie s rodičmi, ktorým sa narodilo alebo narodí dieťa so zdravotným postihnutím alebo rizikovým vývinom. Lekár odporúča rodičom Centrum včasnej intervencie.

Služba včasnej intervencie je sociálnou službou, ktorá poskytuje rodičom a ďalším členom rodiny psychologickú pomoc, pomáha im vyrovnať sa s novou situáciou v rodine, posilniť ich rodičovské schopnosti a zručnosti. Podporuje ich v snahe byť naďalej súčasťou spoločnosti a sprostredkovať im skúsenosti iných rodičov. Rodičia spolu s tímom špecialistov pomáhajúcich profesií rozhodujú o prioritách v procese komplexnej stimulácie rozvoja dieťaťa. Rodičia dostávajú informácie o možnostiach začleňovania dieťaťa v predškolskom a školskom veku a podporu pri rozhodovaní o tejto otázke. CVI pomáha rodičom prostredníctvom dokumentácie a osobnej prezentácie odovzdať maximum svojich poznatkov určenému pracovníkovi

špeciálnopedagogickej poradne. Ten preberá funkciu kľúčového pracovníka 1. stupňa od CVI a garantom sociálneho začleňovania v druhej fázy životného cyklu sa stáva rezort školstva.

Úlohou kľúčového pracovníka ČŠPP je pripraviť triedu na príchod dieťaťa s postihnutím. uviesť dieťa do kolektívu, podporovať učiteľa pri príprave metodiky práce s dieťaťom vo vyučovaní, samostatne pracovať s dieťaťom na zlepšení jeho schopností a zručností, spolupracovať s učiteľom a rodičom. Úlohou pre koordinátora – kľúčový pracovník 2. stupňa - je zaoberať sa otázkou rehabilitácie a voľného času takýchto detí. Budú to školské družiny alebo denné stacionáre, kde dieťa prežije zbytok dňa? Aké ďalšie služby môžeme ponúknuť rodičom a deťom v tomto období? Odľahčovacia služba, letné tábory....

Inkluzívne vzdelávanie detí so zdravotným postihnutím je stále nenaplneným cieľom. V tejto oblasti má rezort školstva veľa nesplnených úloh, takže možno konštatovať že je najslabším článkom reťaze sociálneho začleňovania.

Dostali sme sa do štádia profesionálnej orientácie a prípravy na prácu, kde opäť vstupujú do rozhodovania rodičia. V tejto etape sú pre adolescenta dôležité konkrétne skúsenosti s viacerými profesiami, aby sa sám rozhodoval, čím chce byť. Takže na strednom stupni škôl vrátane špeciálnych tried budú vybudované strediská praktického vyučovania alebo budú využívať prostredie zamestnávateľa. To je opäť dôležitá úloha školského systému zaradiť aj špeciálne školy do duálneho systému vzdelávania.

A je tu ďalšia etapa, kedy štafetu preberá rezort práce.....

#### **2.4. Stratégia transformácie systému**

Stratégia transformácie systému služieb pre osoby so zdravotným postihnutím spočíva v súbežnej realizácii dvoch procesov. Prvým je zabezpečenie dostupnosti služieb v danom regióne na základe bilancie potrieb a ponuky (za relevantný región považujeme územie okresu, resp. dvoch menších okresov; možno pracovať aj na úrovni subregiónov tak ako ich vymedzujú samosprávne kraje). Znamená to cieľavedomé dopĺňanie nedostatkových alebo chýbajúcich komunitných služieb.

Druhým procesom je deinštitucionalizácia sociálnych služieb – dlhodobý proces prípravy a prechodu prijímateľov pobytových sociálnych služieb na samostatný život v komunite. Podmienky a pravidlá podpory oboch transformačných procesov budú preto samostatnou súčasťou zákona.

#### **2.5. Financovanie**

Sociálne začleňovanie je vysoko individualizovaný proces. Trendom vo svete je financovanie tohto procesu prostredníctvom osobného rozpočtu, aby dospelá osoba so zdravotným postihnutím mohla sama určovať, ktoré služby a v akom rozsahu potrebuje. Netýka sa to prvých dvoch fáz životného cyklu – raného veku, detstva a najmä adolescencie, kedy budú príspevky na služby podmienené aktívnym poberaním služieb komplexnej stimulácie rozvoja dieťaťa a jeho vzdelávania..

### 3. K ZÁKONU O PREVENCIÍ A KRÍZOVEJ INTERVENCIÍ

Služby sociálnej prevencie a krízovej intervencie sú najmenej rozvinutým podsystémom sociálnych služieb, ktorý potrebuje nájsť a upraviť svoju novú filozofiu. Predovšetkým je potrebné definovať ciele a nástroje ich dosahovania.

#### 3.1 Sociálna prevencia

Sociálnou prevenciou sú všetky aktivity, ktorými sa posilňuje komunita, aby zvládla zmeny vonkajšieho prostredia, predovšetkým dopady týchto zmien na ohrozené skupiny obyvateľstva. Ohrozenými skupinami obyvateľstva sú najmä deti, ktorým rodičia neposkytujú dostatočnú starostlivosť a výchovu. Bez ohľadu na to, či ide o dieťa z chudobnej rodiny nezamestnaných rodičov alebo deti z „lepších“ rodín, ktorých rodičia nemajú na dieťa čas z dôvodu vysokého pracovného zaťaženia. Ohrozenými tieto deti zostávajú aj po dosiahnutí dospelosti, pretože majú problém zaradiť sa na trh práce. Ohrozenými skupinami sú aj seniori bez rodinného zázemia a z dysfunkčných rodín, ktoré nepovažujú za svoju povinnosť starať sa o odkázaného rodiča.. Faktom je, že do krízovej situácie sa v skutočnosti dostávajú oveľa väčšie skupiny ľudí, ktorí sú dlhodobo nezamestnaní, stratili bývanie a majú nízke príjmy. Žiadateľmi sociálnych služieb sa stávajú vtedy, keď nie sú schopní túto krízovú životnú situáciu riešiť a potrebujú pomoc a podporu spoločnosti.

#### 3.2 Krízová intervencia

Krízová intervencia je súbor sociálnych služieb určených pre rizikové sociálne skupiny. Rizikovými sociálnymi skupinami sú ľudia bez domova, neplatiči nájomného, alkoholici, osoby závislé od drog, iných látok, či hier, vykonávateľky sex biznisu, ale aj odchovanci detských domovov, či iných sociálnych, nápravno-výchovných či zdravotníckych zariadení. Špecifikum služieb krízovej intervencie je aj skutočnosť, že prijímatelia týchto služieb sú kvantitatívne oveľa menšou skupinou oproti prijímateľom služieb starostlivosti, či prevenčných aktivít. Potrebujú však osobitné programy a špecialistov, ktorí dokážu ľudí v kríze mobilizovať a aktivizovať v prospech riešenia ich krízovej situácie.

Špecifikom služieb krízovej intervencie je, že pre jednotlivé rizikové skupiny je potrebné vypracovať, resp. revidovať existujúce národné programy a k nim odpovedajúce „balíčky služieb“, aby sa dosiahol očakávaný účinok.

Národných programov máme neúrekom, ale máloktorý z nich sa efektívne premietne do zmien v legislatíve a implementuje do praxe.

Aktuálnou otázkou je vybavenosť územia týmito „balíčkami“ služieb a definovanie územia, na ktorom pôsobia. Aj to je úlohou nového zákona.

#### Príklady:

- a. Národný program riešenia bezdomovectva. „Balíček“ služieb pre ľudí bez domova: terénna práca – vyhľadávanie, nocľaháreň, denné nízkoprahové centrum, terénne programy, útulok (špecializovaný alebo nie), domov núdzového bývania, domov na pol cesty, integračné centrum, sociálna ubytovňa
- b. Národný program resocializácie závislých osôb. „Balíček“ služieb pre závislé osoby: terénna práca – vyhľadávanie, identifikácia území, na ktorom pôsobia, harm reduction,

výmena striekačiek, sociálne poradenstvo, sprevádzanie, kontaktný bod, resocializácia po absolvovaní liečby, dlhodobá podpora (komunity, kluby)

- c. Národný program pre obeť násilia. „Balíček“ služieb pre obeť násilia: linka dôvery, poradenské centrá, azylové domy, sprevádzanie, obhajovanie práv a právom chránených záujmov, psychologická podpora a právna pomoc.

### **3.3 Trendy:**

Bývanie je vo svete chápané ako základná potreba človeka, ktorá má aj sociálny rozmer. U nás je bývanie stále chápané ako vec trhu a súkromného vlastníctva. Nie je tomu dávno, čo sa pod vplyvom EK otvorila otázka sociálneho bývania. Doteraz však nie je sociálne bývanie zaradené do „balíčkov“ služieb pre jednotlivé rizikové sociálne skupiny. Parametre nájomného bývania sú nastavené tak, že nie je dosiahnuteľné ani pre jednu z vyššie uvedených rizikových skupín. S týmto sa bude musieť zákon o prevencii a krízovej intervencii vysporiadať zaradením sociálneho bývania do portfólia služieb. Tento krok podporujú aj nové trendy v programoch pre riešenie bezdomovectva, založené na princípe Housing First.

### **3.4 Financovanie**

Preventívne aktivity (vrátane preventívnych aktivít pre seniorov, zaradené do dlhodobej starostlivosti) budú financované a rozvíjané z prostriedkov miest a obcí. Koordinovanie týchto aktivít je úlohou sociálnych pracovníkov obce, ktorí by mali byť na obecných úradoch všetkých obcí s viac ako 1500 obyvateľmi.

Služby krízovej intervencie by mali byť financované z prostriedkov samosprávnych krajov alebo štátu podľa nových pravidiel. Cieľom je zabezpečiť dostupnosť „balíčka“ služieb pre obyvateľov definovaného územia a vytvorenie siete služieb na celom území Slovenska. Stanovené finančné normatívy pre „balíčky“ služieb sú základom pre trvalú udržateľnosť minimálnej siete. Štruktúra služieb v „balíčku“ je výsledkom vyjednávania poskytovateľov so samosprávou daného regiónu. Dosiahnutá miera aktivizácie klientov bude jedným z faktorov hodnotenia efektívnosti služieb. Financovanie služieb nad rámec minimálnej siete bude mať fakultatívny charakter.

---

## REKAPITULÁCIA ZÁSADNÝCH ZMIEN V SYSTÉME SOCIÁLNYCH SLUŽIEB

1. Navrhuje sa špecifická úprava služieb pre tri cieľové skupiny, ktorých potreby sociálnej podpory a ochrany sú rozdielne vzhľadom na rôznosť dôvodov, ktoré ich spôsobili
2. Nerieši sa dlhodobá nezamestnanosť a chudoba všeobecne
3. Hľadá sa spôsob ako sa vysporiadať s povinnosťou ustanoviť v zákonoch implementáciu záväzkov prijatých z medzinárodných ľudskoprávných dokumentov
4. Hľadá sa spôsob ako zaviazat príbuzné rezorty k spolupráci, aby sa dosiahol holistický prístup k riešeniu problémov konkrétneho človeka.
5. Je dôležité stanoviť jednoznačne zodpovednosť jednotlivých úrovní verejnej správy za miestnu a finančnú dostupnosť služieb a ich kvalitu
6. Navrhuje sa prejsť od financovania inštitúcií k financovaniu prostredníctvom štátneho príspevku na nákup služieb podľa výberu klienta.
7. Efektívnosť služieb krízovej intervencie sa má dosiahnuť cieľavedomou implementáciou „balíčkov“ služieb pre jednotlivé rizikové sociálne skupiny, zabezpečením ich dostupnosti na celom území Slovenska v rozsahu minimálnej siete a garanciou jej financovania
8. Predpokladá sa, že zákony stanovia základné princípy usporiadania služieb pre danú cieľovú skupinu a budú doplnené podzákonnými normami, či všeobecne záväznými nariadeniami samosprávy, ktoré dovoľia vyjednávať o konkrétnych podmienkach poskytovania služieb medzi objednávateľom a poskytovateľmi
9. Nepredpokladá sa delenie poskytovateľov na verejných a neverejných. Navrhuje sa rozlišovať ziskových a neziskových s tým, že príjemca štátneho príspevku ho môže použiť aj na nákup služby od ziskového poskytovateľa. Tento však nemá prístup k iným verejným zdrojom  
alternatíva  
občan môže poukázať štátny príspevok len neziskovému poskytovateľovi.
10. Očakáva sa zvýšená miera neformálneho sieťovania služieb a dynamickejší rozvoj sieťových organizácií
11. Očakáva sa zvýšenie dostupnosti služieb po určení normatívo vybavenosti relevantných území službami.

### Nedoriešené otázky:

Jednotný nezávislý posudkový orgán

normatívy vybavenosti územia sociálnymi službami

zdieľanie zodpovednosti za aplikáciu holistického prístupu (multirezortnosť)

akceptácia paušálnych platieb poisťovňami a paušálnych príspevkov pre odkázaných štátom

*Za SocioForum spracovala a predkladá : Helena Woleková.*