

Dohovor o právach osôb so zdravotným postihnutím
alternatívna správa
monitoring verejných budov
nespôsobilosť na právne úkony
aktivisti sociálne služby
trvalá udržateľnosť
ROZVOJ financovania
strednodobá vízia
národné projekty
operačný program
komunitné služby
dlhodobá starostlivosť
seniori
osoby so zdravotným postihnutím
prevencia sociálne začleňovanie
krízová intervencia

[2015]

SocioFórum

Vás pozýva na:

Výročnú konferenciu
SocioFóra

a
7. Fórum
poskytovateľov
sociálnych služieb
pre osoby
so zdravotným
postihnutím
EASPD

Termín konania:

7.–8. september 2015

Miesto konania:

Bratislava–Kramáre,
Limbová 2
kongresová sála
Ministerstva zdravotníctva SR

Partneri:

 OPEN SOCIETY INSTITUTE
MENTAL HEALTH INITIATIVE


SCA
Care of Life

 nadácia
ekopolis

soc'za

NADÁCIA PRE
CHILDREN OF SLOVAKIA FOUNDATION


ICELAND
EILIFURSTERN
NORWAY
eea
grants

Spoluorganizátori:

soc'za
EASPD

IMPROVING SERVICES
IMPROVING LIVES



World Health
Organization

Country Office in Slovakia
Kancelária WHO na Slovensku

Utorok 8. septembra – bloky 4 a 5

BLOK 4 Financovanie sociálnych služieb

- ◆ Aké zmeny môžeme čakať v roku 2016, pozícia Ministerstva práce k tejto otázke—Peter Szabo, MPSVR SR
- ◆ Prehľad financovania sociálnych služieb v EU—Stefana Cankova, EASPD
- ◆ Predstavenie návrhu SocioFóra na rozdelenie zákona o sociálnych službách—Vladislav Matej, Helena Woleková

BLOK 5 Paralelné workshopy pre cieľové skupiny, diskusia o predložennom návrhu zákonov, ilustrácia niektorých téz na konkrétnych príkladoch z praxe

- ◆ Seniori a dlhodobá starostlivosť
- ◆ Osoby so zdravotným postihnutím a podpora ich sociálneho začleňovania
- ◆ Prevencia a krízová intervencia pre jednotlivcov a rodiny

Financovanie sociálnych služieb

Súčasná právna úprava – zdroje financovania

Verejní poskytovatelia sociálnych služieb :

a) Zariadenia sociálnych služieb v zriaďovateľskej pôsobnosti VÚC – najmä :

- rozpočet VÚC
- úhrady prijímateľov sociálnej služby za poskytované odborné, obslužné a ďalšie činnosti, z úhrad za iné činnosti podľa § 15, ods. 3 zákona o sociálnych službách (napr. manikúra, pedikúra, kadernícke služby, liečebná rehabilitácia, sociálne terapie,...)
- úhrad ekonomicky oprávnených nákladov (refundácia medzi VÚC)
- Úhrad ekonomicky oprávnených nákladov – „samoplatca“
- sponzorské finančné prostriedky a dary na základe darovacej zmluvy
- iné zdroje (napr. dotácia na podporu rozvoja SS,...)

b) Zariadenia sociálnych služieb v zriaďovateľskej pôsobnosti obcí a miest – najmä :

- rozpočet obce, mesta
- finančný príspevok na financovanie SS v ZSS z účelovej dotácie MPSVR SR – vybrané zariadenia
- úhrady prijímateľov sociálnej služby za poskytované odborné, obslužné a ďalšie činnosti, z úhrad za iné činnosti podľa § 15, ods. 3 zákona o sociálnych službách (napr. manikúra, pedikúra, kadernícke služby, liečebná rehabilitácia, sociálne terapie,...)
- úhrad ekonomicky oprávnených nákladov – „samoplatca“
- sponzorské finančné prostriedky a dary na základe darovacej zmluvy
- iné zdroje (napr. dotácia na podporu rozvoja SS,...)

Neverejní poskytovatelia SS – zdroje financovania

a) Zariadenia sociálnych služieb financované VÚC – najmä :

Finančný príspevok pri odkázanosti FO na pomoc inej FO pri úkonoch sebaobsluhy (FPPO) – od 62,21 do 310,99 €/1 PSS/1 mesiac - podľa stupňa odkázanosti x počet PSS x 12 mesiacov

Finančný príspevok na prevádzku (podľa druhu, formy a kapacity) - FPP

Výpočet : za predchádzajúci rozpočtový rok

priemerné bežné výdavky na SS – (FPPO + priemerné skutočne doisiahnuté príjmy z platenia úhrady) x počet PSS x 12 mesiacov

úhrady prijímateľov sociálnej služby za poskytované odborné, obslužné a ďalšie činnosti,

- z úhrad za iné činnosti podľa § 15, ods. 3 zákona o sociálnych službách (napr. pedikúra, manikúra, kadernícke služby, liečebná rehabilitácia, sociálne terapie,...)
- Úhrad ekonomicky oprávnených nákladov – „samoplatca“
- sponzorské finančné prostriedky a dary na základe darovacej zmluvy
- **2% z dane FO a PO**
- iné zdroje

b) Zariadenia soc. služieb spolufinancované z účelovej dotácie MPSVR SR – najmä :

- finančný príspevok na poskytovanie SS
- úhrady prijímateľov soc. služby za poskytované odborné, obslužné a ďalšie činnosti
- z úhrad za iné činnosti (§ 15, ods. 3 zákona o SS)
- Z úhrad ekonomicky oprávnených nákladov – „samoplatca“
- sponzorské finančné prostriedky a finančné dary na základe darovacej zmluvy
- **2% z dane FO a PO**
- iné zdroje

Súčasn \acute{e} financovanie z prostriedkov MPSVR SR

Druh SS - verejn \acute{y} :	Druh SS – neverejn \acute{y} :
Nocľaháreň	Nocľaháreň
Útulok	Zariadenie pre seniorov
Domov na polceste	Zar. opatrovateľskej služby
Zariadenie núdzového býv.	Denný stacionár
Zar. doč. starostl. o deti	
Zar. podporovaného býv.	
Zariadenie pre seniorov	
Zar. opatrovateľskej služby	
Rehabilitačné stredisko	
Domov soc. služieb	
Špecializované zariadenie	
Denný stacionár	

Výška príspevkov MPSVR SR v roku 2015

Druh sociálnej služby	Verejn \acute{y}	Neverejn \acute{y}	Spolu
nocľaháreň	551 040	864 480	1 415 520
útulok	856 800		856 800
zariadenie núdzového bývania	322 200		322 200
zariadenie podporovaného bývania	38 400		38 400
zariadenie pre seniorov	29 371 239	26 158 080	55 529 319
zariadenie opatrovateľskej služby	5 794 560	3 206 380	9 000 940
domov sociálnych služieb	2 269 223		2 269 223
špecializované zariadenie	748 440		748 440
denný stacionár	1 028 928	5 968 224	6 997 152
Spolu	40 980 830,-	36 197 164,-	77 177 994,-

Vývoj počtu miest v členení podľa druhu SS za roky 2012 - 2015

	Počet miest v roku 2012	Počet miest v roku 2013	Počet miest v roku 2014	Počet miest v roku 2015
Denný stacionár	472	678	1 427	3 193
Domov na pol ceste	6	6	6	0
Domov sociálnych služieb	972	996	1 028	749
Nocľaháreň	834	892	933	1 081
Špecializované zariadenie	36	113	113	189
Útulok	434	456	472	595
Zariadenie podporovaného bývania	20	20	21	16
Zariadenie dočasnej starostlivosti o deti	3	3	0	0
Zariadenie núdzového bývania	322	288	338	179
Zariadenie opatrovateľskej služby	1 845	1 905	1 955	2 350
Zariadenie pre seniorov	8 486	9 445	11 523	14 455
Celkový súčet	13 430	14 802	17 816	22 807

Prehľad rozpočtov VÚC za roky 2014 a 2015 a MPSVR SR za roky 2012 až 2015.

Finančné prostriedky na soc. služby vyčlenené VÚC na roky 2014 a 2015

Rok	2014	2015
Eur	181 492 571	187 399 858* (návrh rozpočtov VÚC)

Finančné prostriedky z rozpočtovej kapitoly MPSVR SR

Rok	2012(10mes.)	2013	2014	2015
Eur	33 532 909,38	50 185 974,79	61 979 496*	77 865 144

*V roku 2014 bola zo strany MPSVR SR poskytnutá neverejným poskytovateľom sociálnych služieb mimoriadna dotácia vo výške cca 10 mil. Eur.

- V porovnaní s rokom 2014, zabezpečili samosprávne kraje spoločne s MPSVR SR v roku 2015 zvýšenie **celkového objemu finančných prostriedkov na sociálne služby cca o 12 mil. Eur.**

- Má mať každý občan nárok na poskytnutie sice platenej, ale sčasti ním neuhrádzanej SS, bez ohľadu na jeho príjmovú a majetkovú situáciu?

INFORMÁCIE O NÁRODNÝCH PROJEKTOCH V OBLASTI SOCIÁLNYCH SLUŽIEB

Mgr. Peter Szabo

Národné projekty v pôsobnosti sociálnych služieb

NÁZOV NÁRODNÉHO PROJEKTU	TRVANIE	CELKOVÁ ALOKÁCIA	ŠPECIFICKÝ CIEĽ PRIORITYNEJ OSI 4. SOCIÁLNE ZAČLENENIE
Podpora vybraných sociálnych služieb krízovej intervencie na komunitnej úrovni	4 roky	20 078 400€	4.1.1 Zvýšenie účasti najviac znevýhodnených a ohrozených osôb v spoločnosti, vrátane na trhu práce
Terénna sociálna práca v obciach I.	4 roky	30 000 000€	4.1.1 Zvýšenie účasti najviac znevýhodnených a ohrozených osôb v spoločnosti, vrátane na trhu práce
Podpora opatrovateľskej služby I. fáza	3 roky	49 000 000€	4.2.1 Prechod z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť
Deinštitucionalizácia zariadení sociálnych služieb – Podpora transformačných tímov	6 rokov	8 000 000€	4.2.1 Prechod z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť
Podpora zavedenia a hodnotenia podmienok kvality poskytovaných sociálnych služieb	3 roky		4.2.1 Prechod z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť

Podpora vybraných sociálnych služieb krízovej intervencie na komunitnej úrovni

- ▶ *Trvanie: 48 mesiacov (4 roky); Schválený: 20.04.2015*

- ▶ Cieľ: Rozvoj a podpora činností siete sociálnych služieb krízovej intervencie na komunitnej úrovni
- ▶ Nadviazanie na NP KC, v rámci ktorého boli vypracované štandardy a metodiky komunitnej práce
- ▶ Cieľová skupina rozšírená o:
 - Nízkoprahové denné centrum
 - Nízkoprahová sociálna služba pre deti a rodinu

Podpora vybraných sociálnych služieb krízovej intervencie na komunitnej úrovni

- ▶ *Trvanie: 48 mesiacov (4 roky); Schválený: 20.04.2015*

- ▶ Hlavná aktivita: **Rozvoj a podpora činností siete sociálnych služieb krízovej intervencie na komunitnej úrovni**
 - Vytvorenie riadiaceho výboru a skupiny expertov
 - Vytvorenie siete zaregistrovaných SS KI a podpora ich činnosti
 - Metodické usmerňovanie, riadenie SSKI, aktualizácia Štandardov SSKI a metodík KC.
 - Vzdelávanie pracovníkov SSKI
 - Evaluácia
 - Zhodnotenie a prezentácia výsledkov projektu

Terénna sociálna práca v obciach I.

- ▶ *Trvanie: 48 mesiacov (4 roky); Schválený: 20.04.2015*
- ▶ Ciele:
 - získanie poznatkov o možnostiach a schopnostiach samospráv zabezpečiť pokračovanie TSP vo vlastnej réžii
 - finančne participovať na jej realizácii
 - naplniť podmienky inštitucionálneho zaradenia TSP v obciach do systému sociálnych služieb a splniť zákonom stanovené podmienky.
- ▶ Inováciou v projekte je preverenie možnosti, testovanie spojenia a identifikovanie silných a slabých stránok prepojenia NP TSP v obciach a NP Podpora vybraných sociálnych služieb krízovej intervencie na komunitnej úrovni

Terénna sociálna práca v obciach I.

- ▶ *Trvanie: 48 mesiacov (4 roky); Schválený: 20.04.2015*
- ▶ Hlavná aktivita: Výkon a koordinácia terénnej sociálnej práce v komunitách
 - Zvyšovanie kvalifikácie, odbornosti a rozvoj ľudských zdrojov
 - Zabezpečenie odbornej podpory a supervízie
 - Identifikácia možností začlenenia siete terénnych sociálnych pracovníkov z NP TSP do systému služieb krízovej intervencie
 - Monitoring a evaluácia projektu

Podpora opatrovateľskej služby

Fáza I.

- ▶ *Trvanie: 35 mesiacov; Schválený: 20.04.2015*

- ▶ Ciele:
 - podpora poskytovania opatrovateľskej služby v tých obciach, ktoré ju neposkytujú z dôvodu nedostatku zdrojov, alebo ju poskytujú v obmedzenom rozsahu.
 - vytvorenie nových pracovných miest a podpora zamestnanosti vo všetkých regiónoch SR.

Podpora opatrovateľskej služby

Fáza I.

- ▶ *Trvanie: 35 mesiacov; Schválený: 20.04.2015*

- ▶ Hlavná aktivita: Podpora výkonu opatrovateľskej služby
 - *Vytvorenie Skupiny expertov / Cezhraničná spolupráca*
 - *Výber verejných a neverených poskytovateľov opatrovateľskej služby a výkon opatrovateľskej služby*
 - *Kontrola výkonu opatrovateľskej služby*
 - *Evaluácia/priebežná evaluácia dopadu národného projektu*

Deinštitucionalizácia zariadení sociálnych služieb

– Podpora transformačných tímov

▶ *Trvanie: 72 mesiacov (6 rokov); Schválený: 09.06.2015*

▶ Ciele:

- Príprava, kreovanie a systematická metodická podpora transformačných tímov pri tvorbe transformačných plánov konkrétnych zariadení sociálnych služieb
- Zabezpečenie kontinuálnej podpory systémovej zmeny prechodu z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť v sociálnych službách

Deinštitucionalizácia zariadení sociálnych služieb

– Podpora transformačných tímov

▶ *Trvanie: 72 mesiacov (6 rokov); Schválený: 09.06.2015*

▶ Hlavná aktivita: **Podpora transformačných tímov pri tvorbe a realizácii transformačných plánov**

- Riadenie a činnosť metodického tímu (centra) NP
- Monitoring a hodnotenie pripravenosti
- Príprava a vzdelávanie manažmentu poskytovateľov a zriaďovateľov sociálnych služieb v oblasti manažmentu a riadenia prechodu z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť
- Príprava a tvorba konkrétnych transformačných plánov

Podpora zavedenia a hodnotenia podmienok kvality poskytovaných sociálnych služieb

- ▶ *Trvanie: 36 mesiacov (3 roky)*
- ▶ Cieľ: Tvorba systému zavedenia a hodnotenia podmienok kvality poskytovaných sociálnych služieb v zmysle zákona o 448/2008 Z. z. o sociálnych službách s cieľom dosiahnuť zvýšenie kvality života prijímateľov sociálnych služieb a ich sociálne začlenenie a odborné poskytovanie sociálnych služieb s posilnením ľudsko-právneho rozmeru a orientácie na potreby a preferencie prijímateľov

Podpora zavedenia a hodnotenia podmienok kvality poskytovaných sociálnych služieb

- ▶ *Trvanie: 36 mesiacov (3 roky)*
- ▶ **Aktivity:**
 - Implementácia metodiky zavádzania kvality, vypracovanie metodiky hodnotenia kvality, publikačná činnosť, semináre
 - Vzdelávanie externých hodnotiteľov kvality a štátnych zamestnancov
 - Pilotné overovanie a realizácia zavedenia, plnenia a hodnotenia podmienok kvality poskytovaných sociálnych služieb

ĎAKUJEM ZA POZORNOST

Mgr. Peter Szabo
peter.szabo@employment.gov.sk



Systemy finančnej podpory v Európe

Bratislava, 8.9. 2015

Stefana Cankova

*Project and
Membership Officer*

EASPD

www.easpd.eu





Systemy ktoré financujú poskytovateľov služieb PRIAMO

- Verejné obstarávanie
- Udeľovanie licencií a koncesíí
- Subdodávateľské zmluvy
- Interné financovanie
- Verejno-verejné partnerstvá
- Verejno-súkromné partnerstvá

Systemy, ktoré financujú poskytovateľov služieb PRIAMO

- Poukážkový systém
- Priame platby
- Personalizované rozpočty

2

Poznámky:

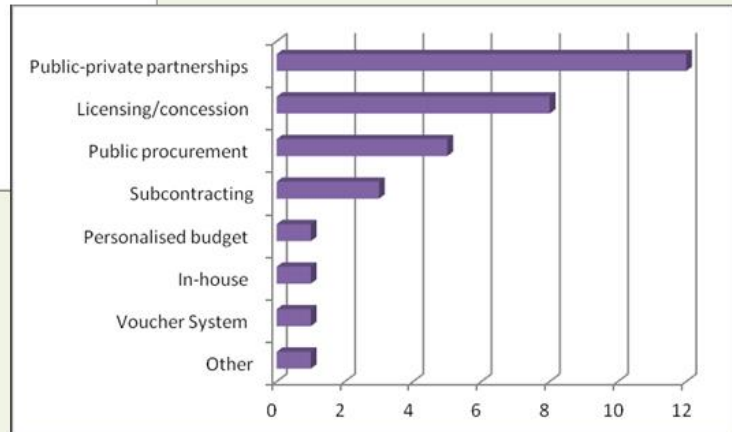
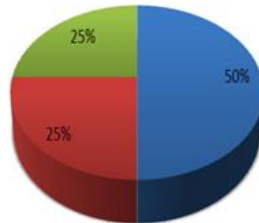
Po celej Európe existuje mnoho rozličných zaužívaných spôsobov financovania. Služby môžu poskytovať a organizovať priamo verejné úrady alebo môžu byť postavené na zmluve so súkromnými (ziskovými alebo neziskovými) poskytovateľmi služieb. Služby môžu tiež byť financované priamo verejnými úradmi alebo používateľmi, ktorí dostávajú na to rozpočet či poukážky, takže si môžu vybrať služby, ktoré chcú dostávať.

3



Level of funding

■ National level ■ Regional level ■ Local/ Municipal/community level



4

Poznámky:

- Prieskum z rokov 2011-2012: 32 respondentov z 18 európskych krajín (Rakúsko, Belgicko, Bulharsko, Česká republika, Estónsko, Francúzsko, Grécko, Nemecko, Maďarsko, Írsko, Taliansko, Macedónsko, Nórsko, Slovinsko, Rumunsko, Moldavská republika, Holandsko, Spojené kráľovstvo).
- **72%-UMO 28%- SAMO**
- Väčšina respondentov je financovaná prostredníctvom verejno-súkromných partnerstiev (38 %), nasleduje udeľovanie licencií/koncesií (25 %), verejné obstarávanie (16 %), subdodávateľské zmluvy (10 %) a poukážkový systém, personalizovaný rozpočet a interný systém každý fungujú ako hlavný zdroj financovania len pre jedného respondenta, navyše, v jednom prípade poskytovateľ nedokázal identifikovať žiadny špecifický systém financovania.

5



Princíp odmeňovania kontraktov pre služby poskytované verejnými úradmi. Dodávatelia predložia ponuku v reakcii na požiadavku tendrov, ktorú vydávajú verejné úrady

Silné stránky

- Rovnaké služby a prístup k službám pre všetkých používateľov bez ohľadu na ich ekonomickú situáciu
- Znižuje náklady pre úrady

Slabé stránky

- Najnižšia cena vs kvalita služieb
- Odchýlky kritérií medzi jednotlivými regiónmi
- Neumožňuje školenie zamestnancov
- Zamedzuje individualizovanému prístupu k starostlivosti

6

Poznámky:

- Smernica o verejnom obstarávaní z roku 2004 zabezpečila to, že sociálne služby ako ekonomická aktivita sa dostali do sféry súťaže a vnútorných pravidiel trhu. Hoci verejné úrady nie sú povinné externalizovať poskytovanie všeobecných sociálnych služieb a riadiť sa podľa princípov verejného obstarávania, v uplynulých rokoch sa služby sociálnej starostlivosti čoraz častejšie stávajú súčasťou tendrov naprieč celou Európou, čo má závažné dôsledky na sociálne a zdravotné služby vo všeobecnosti, a zvlášť na služby pre ľudí so znevýhodneniami. V niektorých prípadoch bol uprednostnený lacnejší návrh, čo má vplyv na kvalitu, dostupnosť a cenovú prijateľnosť poskytovaných sociálnych služieb.
- V decembri 2013 Európsky parlament hlasoval o návrhu Smernice o verejnom obstarávaní, ktorá vznikla na základe návrhu EK v roku 2011. Nový návrh Smernice o verejnom obstarávaní potvrdzuje špecifiká sociálnych služieb ako služieb verejného záujmu, poskytuje zjednodušené a pružnejšie pravidlá a princípy a nahrádza kritérium najnižšej ceny tzv. MEAT (Najvýhodnejší ekonomický tender).
- Niektoré články však pripúšťajú rôzne interpretácie a nie je jasné, do akej miery nová smernica zaistí, že sociálne služby sa budú udeľovať na základe kritéria kvality a nie iba na základe ceny. Veľa bude závisieť od toho, ako budú smernicu vo svojich podmienkach aplikovať členské štáty.
- Viac informácií: <http://easpd.eu/en/content/public-procurement#sthash.wQ1uYwro.dpuf>

7



Právo poskytovať službu udelené verejným úradom externému poskytovateľovi služieb

Silné stránky

- Možnosť uchádzať sa o doplnkové financovanie (projekty EÚ)
- Väčšia kontinuita pre služby v porovnaní s verejným obstarávaním
- Sloboda pre poskytovateľov služieb

Slabé stránky

- Nestabilita – iba krátkodobé financovanie
- Termíny splatnosti licencií sú niekedy príliš krátke na to, aby boli užitočné pri realizovaní dobrých služieb
- Nepravidelnosť platieb
- Niekedy – regionálne rozdiely
- Komplexné a prísne pravidlá
- Klienti si nemôžu slobodne zvoliť poskytovateľa služieb, ktorého chcú



Zmluva medzi verejným úradom a externým poskytovateľom, ktorou úrad „externalizuje“ poskytovanie služby – úplne alebo čiastočne

Silné stránky

- Spoľahlivosť poskytovateľa služby
- Rozmanitosť poskytovateľov služieb

Slabé stránky

- „Moc“ zostáva v rukách úradov a poskytovateľov služieb
- Krátkodobé kontrakty
- Znemožňuje individualizáciu služieb

Poznámky:

- V tomto systéme „moc“ zostáva v rukách úradov a poskytovateľov služieb – neumožňuje to individualizáciu poskytovania služieb, ani veľkú rozmanitosť služieb, pričom používatelia majú veľmi malú alebo žiadnu možnosť voľby. Navyše, používatelia majú veľmi málo kontroly: majú právo na službu, ale žiadne právo na „konkrétnu“ službu. Ak nie sú spokojní so službou, ktorú dostávajú, zvyčajne nemôžu urobiť veľa pre to, aby poskytovateľa služby zmenili.
- Individualizácii nie je pripisovaný veľký význam; organizácia dostáva rovnaký poplatok za všetkých používateľov služieb („tichým“ sa zvykne dostávať menej pozornosti). Kvalita života nie je prepojená s financovaním, pretože v tomto kontexte nie je veľmi dôležitá; za dôležité sa považuje umiestnenie v zariadení, ktoré poskytuje ubytovanie a/ alebo zamestnanie.
- Navyše, škrtky vo verejnom financovaní služieb ohrozujú ich kvalitu. Sloboda voľby pre používateľa nie je garantovaná.



Služby poskytované priamo verejným úradom. V tomto prípade je úrad zodpovedný za financovanie aj poskytovanie služby.

Silné stránky

- Dobrá koordinácia služieb
- Berú sa do úvahy lokálne špecifiká
- Možnosť pre používateľov zvoliť si služby, ktoré potrebujú

Slabé stránky

- Reaguje len na požiadanie
- Rigidita

11

Poznámky:

- Organizácia respondentu je nútená odmietnuť služby na základe nedostatku ekonomických prostriedkov. Reagovať na všetky žiadosti sa stáva nemožným.

12



Partnerstvá medzi verejným a súkromným sektorom za účelom dodania projektu alebo služby, ktorá môže byť poskytovaná rozličnými zákonnými alebo zmluvnými formami. Vzťahujú sa ku kooperatívnym partnerstvám medzi verejnými úradmi a súkromnými organizáciami, ktoré sú určené na napĺňanie strategických funkcií. Partnerstvá sa odlišujú od externých zmluvných vzťahov do takej miery, ako obe strany spoločne nesú zodpovednosť a riziká a podieľajú sa na spolufinancovaní.

Silné stránky

- Zacielenosť
- Citlivosť voči celej škále potrieb, ktorá je transparentná
- Podporujú zodpovednosť a sú postavené na výsledkoch
- Interakcia a spoločné plánovanie s riadiacimi úradmi dáva službám príležitosť ovplyvniť politickú agendu
- Možnosť kombinácie s inými zdrojmi financovania

Slabé stránky

- Krátke trvanie financovania
- Rivalita vnútri sektora
- Komplexnosť
- Nestabilita, zvlášť pre mimovládne organizácie

13

Poznámky:

- Môžeme v každom prípade identifikovať dva hlavné trendy v zmysle vplyvu na kvalitu poskytovaných služieb. Na jednej strane organizácie financované prostredníctvom verejno-súkromných partnerstiev si uvedomujú možnosť zameriavať sa na špecifické zdroje a možnosť zamerania na strategické plánovanie služieb. Týmto spôsobom sa kvalita čoraz viac meria aj na základe výstupov a nie len vstupov (napr. Írsko) s pozitívnymi výsledkami v otázke zvyšovania kompetencie medzi sociálnymi pracovníkmi (napr. Nórsko). Na druhej strane niektoré organizácie sa sústredia predovšetkým na administratívne alebo finančné aspekty, a pritom zatiaľ nemali príležitosť rozvíjať indikátory, ktoré by skutočne merali kvalitu služieb (napr. Maďarsko).

14

Akýkoľvek systém financovania, ktorý sa zameriava na to, aby ľuďom so znevýhodneniami umožnil dosiahnuť plnú a aktívnu účasť na občianskom živote.

NETÝKA SA prostriedkov/ peňazí na základný príjem (jedlo, oblečenie, nájom), ktoré sa môžu nazývať výplata, dôchodok, vládny program na zachovanie príjmu obyvateľov, benefity atď.

Samostatne organizovaná podpora (čiastočne) nahrádza finančnú podporu, ktorú služby dostávali v minulosti.

15

Poznámky:

- Keď si osoby so znevýhodneniami začali nárokovať svoje práva ako plnohodnotní členovia spoločnosti, zistili, že systémy na financovanie sociálnych služieb sú buď neadekvátne alebo nekonzistentné s ich občianskym statusom – nedávali im žiadnu kontrolu nad svojím životom.
- Naprieč Európou dnes existujú rozličné systémy financovania sociálnych služieb ako aj niekoľko experimentov v oblasti samostatne organizovanej podpory. Medzi týmito systémami však jestvuje mnoho rozdielov a na ich opísanie sa používajú rozličné pojmy: osobné rozpočty, individuálne rozpočty, individualizované financovanie, samosprávne financovanie, samostatne organizovaná podpora, maklérsťvo v oblasti služieb, priame platby atď.

16



Názorový posun, ktorý priniesol UN CRPD a jeho zmena postojov.

- Sociálny model znevýhodnenia
- Inklúzia, participácia a komunitné bývanie
- Nové výzvy pre poskytovateľov služieb
 - Potrebujú sa prispôbiť potrebám ľudí so znevýhodnením
 - Zameranie na posilňovanie a splnomocňovanie jednotlivca
- Politické stratégie by sa mali zameriavať na to, aby človek mohol svoje práva naplno využívať.



- **Poukážkový systém:** Poukážky na využitie služieb, ktoré ľuďom umožňujú kúpiť si služby a vybrať si vlastného poskytovateľa. Možno ich opísať ako kupóny, ktoré majú istú peňažnú hodnotu a sú viazané na špecifický účel, ktorým je výlučne zakúpenie špecifickej služby.
- **Priame platby:** Platby v hotovosti poukázané používateľom služieb náhradou za komunitné sociálne služby, ktoré boli vyhodnotené ako potrebné pre daného používateľa; ich cieľom je poskytnúť používateľom väčší výber podpory.
- **Personalizované rozpočty:** Distribúcia finančnej podpory, ktorá je poskytnutá používateľom na základe posúdenia, a ktorá by mala byť postačujúca na naplnenie ich potrieb. Používatelia sa môžu rozhodnúť, že si svoj osobný rozpočet vyzdvihnú vo forme priamej platby, alebo nechajú na zodpovednosti verejného úradu, aby sprostredkoval služby, alebo to môže byť kombinácia oboch spôsobov.

18

Poznámky:

- Spojené kráľovstvo – Škótsko: 1 milión osôb so znevýhodnením/ cca 5000 osôb zapojených v systéme priamej platby
- Spojené kráľovstvo – Wales: cca 300 000 osôb so znevýhodnením/ cca 50 používajúcich samostatne organizovanú podporu
- Holandsko: 130 000 osôb využíva vreckové na starostlivosť
- Česká republika: cca 300 000 osôb využíva samostatne organizovanú podporu
- Fínsko: 250 000 osôb so znevýhodnením

19



- **Práva** – silné práva, ktoré dávajú ľuďom náležité nároky
- **Kontrola** – osoba alebo niekto tejto osobe blízky dokáže kontrolovať rozpočet
- **Zrozumiteľnosť** – systémy, ich pravidlá a rozpočet sú zrozumiteľné
- **Flexibilita** – rozpočet môže byť využitý mnohými rozličnými spôsobmi
- **Jednoduché používanie** – je jednoduché plánovať a spravovať rozpočet a kontrolovať asistenciu
- **Rast** – poskytuje informácie, rady a príležitosti na inováciu
- **Prínos** – rozpočet môže byť použitý na to, aby zvýšil prínos danej osoby pre spoločnosť

20

Poznámky:

Viac informácií: <http://easpd.eu/en/content/self-directed-support#sthash.5cpx63U.dpuf>

21



Silné stránky

- Posilnenie a splnomocnenie používateľa
- Systém poskytuje ľuďom väčšiu možnosť voľby a kontroly nad službami.
- Systém ponúka väčšiu šancu na začlenenie do komunity

Slabé stránky

- Nejasnosť systému
- Nie úplná kontrola nad rozpočtom
- Komplexnosť systému



- **Posun od výlučne ekonomickej perspektívy k efektívnej kvalite**
- **Dlhodobá perspektíva pri navrhovaní sociálnej politiky a financovaní podpory**
- **Stabilný zákonný rámec na financovanie**
- **Spolupráca poskytovateľov služieb a používateľov pri navrhovaní sociálnych stratégií**
- **Žiadne znižovanie sociálnych fondov**
- **Viac investícií do inovatívnych služieb**
- **Lepšie porozumenie problému**

23

Poznámky:

- Samozrejme, žiadny systém nie je vnímaný úplne pozitívne, keďže mnohé problémy sú spoločné pre rozličné systémy financovania. Zmena, ktorá sa uskutočnila v posledných rokoch, aby sa zvýšila konkurencia spolu s finančnou krízou vytvorila komplikácie pre poskytovateľov služieb, ktorým musia čeliť, keď chcú udržať dobrú kvalitu ponúkaných služieb. Vo väčšine prípadov sa kvalita služieb znížila, pracovné podmienky sa zhoršili a možnosť voľby pre používateľov sa zmenšila. Ak aj táto situácia neovplyvnila kvalitu služieb, bolo to vďaka práci dobrovoľníkov (čo podľa nášho názoru nemôže predstavovať riešenie problému).
- Zdá sa, že jedinou výnimkou je poukážkový systém, ktorý však tiež nie je bez rizika. Kľúčovou myšlienkou tohto systému je kalkulácia nákladov služieb, a ak tento výpočet nie je správny, môže to negatívnym spôsobom ovplyvniť kvalitu služieb. A predsa, ak je kalkulácia správna, poukážkový systém môže poskytovať efektívnu kvalitu služieb a slobodu voľby pre používateľov. Tento systém však nie je veľmi rozšírený. Poznáme len jeden príklad združenia, ktoré tento systém využíva, a prehľad krajín naznačuje, že ho používa len malá časť krajín.

24



Ďakujeme!

EASPD

Av. d'Auderghem 63 / Oudergemlaan

B – 1040 Brussels

Tel +32 2 282 46 10 – Fax +32 2 230 72 33

www.easpd.eu

Stefana.cankova@easpd.eu

With the financial support from the European Union Programme for Employment and Social Innovation "EaSI" (2014-2020)



Návrh 3 zákonov

VLADISLAV MATEJ, HELENA WOLEKOVÁ

SocioFórum

Motivácie k trom samostatným zákonom

- **Európsky semester**
(jeseň-apríl vyjednávanie, programy reforiem)
- **Národný program reforiem 2015**
- **MZ SR – príprava zákona o LTC (Dlhodobej starostlivosti)**

Návrh 3 zákonov

- 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**

Čo návrh 3 zákonov prináša:

- 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.**

1. špecifická úprava služieb pre tri cieľové skupiny
2. **Hľadá sa spôsob ako sa vysporiadať s povinnosťou ustanoviť v zákonoch implementáciu záväzkov prijatých z medzinárodných ľudsko-právnych dokumentov.**

1. špecifická úprava služieb pre tri cieľové skupiny
2. medzinárodné ľudsko-právne záväzky
3. **Hľadá sa spôsob ako zaviazat' príbuzné rezorty k spolupráci, aby sa dosiahol holistický prístup k riešeniu problémov konkrétneho človeka.**

1. špecifická úprava služieb pre tri cieľové skupiny
2. medzinárodné ľudsko-právne záväzky
3. medzirezortná spolupráca - holistický prístup
- 4. Je dôležité stanoviť jednoznačne zodpovednosť jednotlivých úrovní verejnej správy za miestnu a finančnú dostupnosť služieb a ich kvalitu.**

1. špecifická úprava služieb pre tri cieľové skupiny
2. medzinárodné ľudsko-právne záväzky
3. medzirezortná spolupráca - holistický prístup
4. jednoznačná zodpovednosť za miestnu a finančnú dostupnosť služieb a ich kvalitu
- 5. Navrhuje sa prejsť od financovania inštitúcií k financovaniu prostredníctvom štátneho príspevku na nákup služieb podľa výberu klienta.**

1. špecifická úprava služieb pre tri cieľové skupiny
2. medzinárodné ľudsko-právne záväzky
3. medzirezortná spolupráca - holistický prístup
4. jednoznačná zodpovednosť za miestnu a finančnú dostupnosť služieb a ich kvalitu
5. zmena financovania
- 6. 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.**

1. špecifická úprava služieb pre tri cieľové skupiny
2. medzinárodné ľudsko-právne záväzky
3. medzirezortná spolupráca - holistický prístup
4. jednoznačná zodpovednosť za miestnu a finančnú dostupnosť služieb a ich kvalitu
5. zmena financovania
6. „balíčky“ služieb krízovej intervencie pre jednotlivé rizikové sociálne skupiny
- 7. Predpokladá sa, že zákony stanovia základné princípy usporiadania služieb pre danú cieľovú skupinu a budú doplnené podzákonnými normami, metodikami, či všeobecne záväznými nariadeniami samosprávy, ktoré dovoľia vyjednávať o konkrétnych podmienkach poskytovania služieb medzi objednávateľom a poskytovateľmi.**

1. špecifická úprava služieb pre tri cieľové skupiny
2. medzinárodné ľudsko-právne záväzky
3. medzirezortná spolupráca - holistický prístup
4. jednoznačná zodpovednosť za miestnu a finančnú dostupnosť služieb a ich kvalitu
5. zmena financovania
6. „balíčky“ služieb krízovej intervencie pre jednotlivé rizikové sociálne skupiny
7. základné princípy usporiadania služieb v zákone a podzákonné normy, metodiky, VZN
- 8. 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.

1. špecifická úprava služieb pre tri cieľové skupiny
2. medzinárodné ľudsko-právne záväzky
3. medzirezortná spolupráca - holistický prístup
4. jednoznačná zodpovednosť za miestnu a finančnú dostupnosť služieb a ich kvalitu
5. zmena financovania
6. „balíčky“ služieb krízovej intervencie pre jednotlivé rizikové sociálne skupiny
7. základné princípy usporiadania služieb v zákone a podzákonné normy, metodiky, VZN
8. verejný/neverejný → ziskový/neziskový poskytovateľ
- 9. Očakáva sa zvýšená miera neformálneho sieťovania služieb a dynamickejší rozvoj sieťových organizácií.**

1. špecifická úprava služieb pre tri cieľové skupiny
2. medzinárodné ľudsko-právne záväzky
3. medzirezortná spolupráca - holistický prístup
4. jednoznačná zodpovednosť za miestnu a finančnú dostupnosť služieb a ich kvalitu
5. zmena financovania
6. „balíčky“ služieb krízovej intervencie pre jednotlivé rizikové sociálne skupiny
7. základné princípy usporiadania služieb v zákone a podzákonné normy, metodiky, VZN
8. verejný/neverejný → ziskový/neziskový poskytovateľ
9. rozvoj sieťových organizácií
- 10. Očakáva sa zvýšenie dostupnosti služieb po určení normatívo vybavenosti relevantných území službami.**

Otvorené otázky

1. **Zákony neriešia dlhodobú nezamestnanosť a chudobu všeobecne**
2. **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 na služby štátom

Práca vo workshopoch

- **Moderátor – moderovanie diskusie a výstupy**
- **Zapisovateľ**
- **Panelisti – oslovení ľudia – ich komentár k 3 zákonom v konkrétnej oblasti (Seniori; ZŤP a sociálna inklúzia; Ľudia v kríze)**
- **Výstupy – základná spätná väzba – 3 samostatné zákony: áno/nie**
- **Komentovanie predloženého návrhu**
- **Následný postup**

ĎAKUJEME ZA POZORNOSŤ

Materiál – Návrh troch zákonov

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 rôzny druh 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 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 opatrovateľku 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 opatrovateľka SKCH ako aj osoba, ktorú opatruje jej nevesta na materskej dovolenke..Potrebné verejné zdroje pre poskytovanie príspevku sú súčasťou rozpočtu UPSVAR (suma výdavkov štátneho rozpočtu, z ktorého sú v súčasnosti vyplácané príspevky na opatrovanie úradmi práce, sociálnych vecí a rodiny podľa zákona 447/2008 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 jelôžok.**

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 predstavi 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?

Príspevkovú, neziskovú 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 reprofilizáciou 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 podmienky 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 revízný lekár príslušnej zdravotnej poisťovne

1.3 Určenie kapacity a systém financovania

Súčasnú kapacitu 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. Nevyklúčujeme 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

	Priorita služieb v danom období	Zodpovednosť za dostupnosť služby	Spoločný cieľ služieb v danom životnom cykle
Ranný vek, detstvo 0 - 7 rokov	Intenzívna zdravotná starostlivosť Včasná intervencia Špeciálnopedagogické poradenstvo	Rodina Zdravotnícke zariadenia Sociálna služba samosprávnych krajov ☑ Predškolské zariadenia ☑ Špeciálne pedagogické poradne	Stimulácia komplexného rozvoja dieťaťa a príprava na jeho prechod z rodiny do vzdelávacieho systému
Adolescencia 7 – 15/18 rokov	Inkluzívne vzdelávanie Podporné sociálne služby Kompenzačné pomôcky Monitoring zdravotného stavu	Školy a špeciálne pedagogické poradne Samosprávne kraje ÚPSVAR – príspevky na pomôcky Pediatri	Zvládnuté zaradenie do školy Rozvoj sociálnych zručností Príprava na prácu
Dospelosť 19 - 30 rokov	Podporované zamestnávanie Podporné sociálne služby Ďalšie vzdelávanie	ÚPSVAR – služby zamestnanosti, rekvifikácie a kompenzačné príspevky Sociálne služby VUC	Zvládnuté zaradenie na trh práce, resp. podporované zamestnanie
Stredný vek 30 – 65 rokov	Podporné služby pri budovaní nezávislého života (bývanie, práca, partnerské vzťahy)	Osoba so zdravotným postihnutím Miestna samospráva Úrady práce Podporné sociálne služby	Dosiahnutie maximálnej miery začlenenia do miestnej komunity a schopnosť orientovať sa v cudzom prostredí
Starší vek 65 +	Sociálne služby pre seniorov Zdravotná starostlivosť	Osoba so zdravotným postihnutím Rodina Miestna samospráva 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 prijímú 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 prispôbi aj Inštitucionálna štruktúra. Samosprávne kraje zriadia 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 zriadia 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 začlenenosti 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 vyrovnávať 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 fáze 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 zvyšok dňa? Aké ďalšie služby môžeme ponúknuť rodičom a deťom v tomto období? Odľahčovacia služba, letné tábory.... Inkluzívne vzdelávanie detí so zdravotným postihnutím je stále neaplneným 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 podsystemom 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, alkoholicy, 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 preventívnych 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. Dosiadnutá 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 zaviazať 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.

Zápis z workshopu 1:

Seniori a dlhodobá starostlivosť (účastníci mali k dispozícii pracovný materiál SocioFora)

Moderátor: Darina Sedláková

Vyslovila na úvod tézu, že navrhovaný zákon o dlhodobej starostlivosti (ďalej len DS) by sa mal prijať, ale potrebuje ešte mnoho vecí vyjasniť a konkretizovať

Pojmové vymedzenie

Zdravotná alebo sociálna

Darina Sedláková:

- otázka, či zdefinovať DS ako zdravotnú alebo sociálnu s vymedzením jasného obsahu alebo sa prikloniť k vymedzeniu nového termínu, ktorý by definoval to čo ostane medzi- zdravotno-sociálnu alebo sociálno-zdravotnú DS
- DS by sa mala deliť na domácu (resp. terénnu) a pobytovú

Lýdia Brichtová:

- Navrhuje ostať pri medzinárodne uznanom termíne- **Long-term care** – ktorý v definícii bude vymedzovať vecnú podstatu – teda, že sa jedná o zdravotnú, sociálnu, atď službu ako aj formu- terénna, pobytová, atď. Definícia vymedzí, čo spadá pod ktorú oblasť.
- Označenie domáca na úkor terénna môže viesť k vylúčeniu určitých skupín- napr. bezdomovci

Franz Wolfmayr

- Ak sa sústredíme iba na care- starostlivosť môže nám uniknúť dôležitý aspekt to jest, že cieľom je, aby človek ostal čo najdlhšie zdravý a mohol žiť vo svojom prirodzenom prostredí
- Rakúsko má podobný hornatý ráz ako SVK a preto človek, ktorý viac nie je samostatný a nemá v lokalite dostupného lekára a iné služby, je okamžite odkázaný na pobytové služby- resp. dlhodobú starostlivosť, ale tomu chceme predchádzať a to by sme mali mať na zreteli
- Holistický prístup k zdraviu a jeho udržateľnosť si vyžaduje dostupnosť rôznych služieb, aj iných než zdravotné a sociálne

Kto je klient DS?

- treba jasne zdefinovať osobu, prijímateľa soc. služby
- mal by to byť človek s dlhodobým poškodením zdravia, zároveň odkázaný na pomoc druhej osoby + časový aspekt dlhodobého poškodenia zdravia viac ako jeden rok – takéto vymedzenie v sebe zahŕňa aj dieťa ako aj seniora – vymedzenie smeruje k tomu, že DS má byť dostupná počas celého života človeka od narodenia po smrť
- vyvstáva dilema, či DS chceme vnímať ako pomoc pre tých, ktorí sú nutne odkázaní na pomoc druhej osoby alebo ich budeme vnímať holisticky ako služby pre zachovanie zdravia do čo najvyššieho veku (teda patrili by sem aj komunitné služby pre seniorov)
- MZ v pripravovanej stratégii DS odhaduje podľa doterajších informácií klienta DS ako človeka, ktorý denne a dlhodobo využíva starostlivosť sociálnu aj zdravotnú

Deliť užívateľov na seniorov a osoby so ZP?

- Mladý človek po úraze môže potrebovať takú istú intenzívnu sociálno-zdravotnú DS ako 80 ročný senior a iný 25 ročný so ZP môže potrebovať starostlivosť sociálnu, ale nemusí nutne potrebovať denne starostlivosť lekára, zdrav. sestry.
- ZP by v prípade, že dlhodobo ochorie prešiel z účinnosti jedného zákona (pre osoby so ZP) pod zákon o DS alebo by bol súčasne pod obidvomi (nemalo by sa to vylučovať)
- Zároveň sa nedá starostlivosť zlúčiť- jednotné zariadenia, služby pre obidve skupiny, pretože každá tá skupina má iné potreby

- Nutné je vytvoriť systém jednotného posudzovania, celý proces posudzovania osôb, ktoré majú nárok na DS by mal prejsť pod jeden orgán; posudzovať by nesmel ten, kto zároveň má vlastné zariadenie soc. služieb

Pri definovaní DS musí byť zadané **materiálne, personálne a technické zabezpečenie**

- kto bude zabezpečovať ošetrovateľské výkony v rámci dlhodobej zdravotnej starostlivosti ?, bude to vyžadovať špeciálne kvalifikačné predpoklady? – od toho sa nutne odvíja, či bude dosť alebo málo sestier

- pre ošetrovateľky a sestry sú kompetencie upravené vyhláškou. Zákon o DS by znamenal veľký nápor nových potrebných, o koľko ľudí sa jedná sa z dnešného hľadiska ešte nedá povedať, preto je nutné vedieť najskôr o akú skupinu posúdených potrebných by sa jednalo (odkázaných na zdravotnú aj sociálnu starostlivosť) a potom sa môže pristúpiť k navyšovaniu počtov ados-ov ak bude taká potreba

- F.Wolfmayr: Preto aby sme dostali obraz o systémoch, ktoré potrebujeme, musíme vedieť čo máme. V Rakúsku v určitom regióne 80 % pomoci poskytovala rodina členovi, ktorý potreboval DS, Rodina je tá, ktorá potrebuje pomoc, ale nedostáva ju. Zamerali sme sa na to vytvoriť takú podporu, ktorá im umožní upraviť si svoje fungovanie - projekty na pomoc rodinám: napr. bazálny typ pomoci - sieť ľudí, ktorí chodili za rodinami a hovorili s nimi o ich potrebách

- v analýzach sme zistili, že 25 % zamestnancov v obchodných spoločnostiach sa stará o svojho rodinného príslušníka v domácom prostredí a nikto o tom nevie. Cez opatrenia v spolupráci so zamestnávateľmi sme dosiahli, že už to nie je tajomstvo a zamestnávateľia podporujú takéto rodiny zamestnancov.

Božena Bušová

- Ak chceme vytvoriť podporné služby pre neformálnych opatrovateľov, nutne musíme profesionalizovať služby odborné - neformálny opatrovník tak siahne po profesionálnej podpore napr. v prípade odľahčovacej služby - je nutné súčasne budovať obidve vetvy profesionálnych aj neformálnych opatrovateľov

Financovanie plánovanej DS

- V Rakúsku majú rodiny právne nárokovateľný príspevok na starostlivosť, ktorý môžu využiť na zaplatenie ošetrovateľky – paradoxne častokrát ide o ošetrovateľky zo Slovenska

Božena Bušová: V ideálnej podobe by DS bola financovaná:

Zdravotná starostlivosť zo zdravotného poistenia - garanciu by mal prevziať štát – podľa potreby, v tom čase, kedy to občan potrebuje a v takej výške ako potrebuje

Sociálna- štát príspevok v odkázanosti + samospráva (v takej v miere v akej je občan nie fyzicky ale finančne na to odkázaný), samospráva ako jediná dokáže posúdiť insolventnosť občana platiť za služby

- vyplácanie poisťovňami nie je hlavný problém, problémom je, že poisťovne platia málo a obmedzujú tieto platby

- dnes poisťovňa uzná len časť nákladov. Napr. z čiastky 5 000 eur uzná len 4 500 eur, poskytovateľ službu poskytol aj za zvyšných 500, ale štát dal limit 3 000 eur, čo znamená, že poskytovateľ musí ísť cestou individuálnych dohodovacích konaní, keď sa nevyplatený rozdiel (v tomto prípade 1 500) za rok nazbiera s ostatnými a štát nakoniec vyplatí poskytovateľovi len zlomok neoprávnené

- nevyhnutné je aby MF dohliadlo na to, že všetko, čo poisťovňa uzná ako oprávnený výkon, by poskytovateľom reálne zaplatila

- garancia MF v tomto nie je reálna, problémom je, že sa nedodržia zákony a poisťovne napriek tomu nepreplácajú úkony a nezatvárajú zmluvy

Lýdia Brichtová: štát by mal prevziať zodpovednosť. Je potrebné pri stanovení výšky príspevku vychádzať z toho, že dnes máme príspevok pre rodinných opatrovateľov (143 eur priemer), čo je suma, za ktorú nikto nepôjde robiť, preto je treba, aby bola aspoň taká ako pri senioroch (cca. 320 eur)

Oľga Reptová: LTC ako samostaný systém, zo SocioFóra ide iniciatíva vytvoriť fond, ktorý by združoval financie rezortu sociálneho a zdravotníckeho. Predstava o efektívnom fungovaní je nejasná.

- Rakúsko- tri komponenty – sociálna poisťovňa (zahŕňa zdravotno-sociálne) + regionálne authority + klient

- Prijímateľ by dostal jednotnú sumu podľa stupňa odkázanosti by si on vybral služby, ktoré chce- suma by mohla ísť ako rodinnému príslušníkovi tak aj poskytovateľovi sociálnej starostlivosti.
 - je to optimálny princíp financovania, ale potrebuje to prispôbiť sociálny systém
 - riziko- viedlo by to k zamestnávaniu rodinných príslušníkov, ktorí by sa nestarali
 - neformálny opatrovateľ platený by povinne prešiel tréningom opatrovateľa – 220 hodín (aj keď je to rodinný príslušník), skúsenosti z terénu potvrdzujú, že tí, čo opatrujú bez tréningu, viac opatrovanému uškodia ako pomôžu
 - príspevok by bol v podobe vouchera, ktorý si môže potrebný uplatniť, nebol by to finančný príspevok
 - príspevok na opatrovanie už raz na SVK bol zrušený a opätovne zavedený, opatrovateľ- rodinný príslušník sa stal zamestnancom opatrovateľskej služby – veľká kritika zo strany rodiny- Prečo ja mám byť zamestnancom svojej mamy, keď ju chcem opatrovať?
 - opatrovateľov je dnes 60 000 a mali by sme rešpektovať ich názor

Aké **spektrum služieb** bude zahŕňať DS: čo všetko klient dostane, aké služby :

Zdravotné služby: komplexná odborná ošetrovateľská starostlivosť a rehabilitačná starostlivosť.

+ prípadne krátkodobé vypožičiavanie pomôcok, ktoré ide cez lekára

Pobytové zdravotnícke: geriatra- oddelenie dlhodobo chorých, hospic, domy ošetrovateľskej starostlivosti, liečebňa dlhodobo chorých

- špecifickou skupinou sú pacienti dlhodobo v kóme - nie všetkých zdravotná poisťovňa uzná ako komatických pacientov; v prípade, že pacient žije dlhšie ako 3 mesiace (čas hradený zdravotnou poisťovňou.) mal by prejsť pod hradenie sociálnej poisťovne; inak ostane v zariadení ako napr. hospic uviaznutý a poskytovateľ za starostlivosť oňho nedostáva peniaze

- cestou by bolo vytvorenie novej entity- zdravotno-sociálna služba, ktorú bude môcť poskytovať aj existujúce zariadenie- hospic – po presiahnutí zdravotného krytia (po 5 mesiacov klient ostáva v tom istom zariadení, ale plynule prechádza od zdravotnej poisťovne k sociálnej poisťovni)

- problémom sociálnych zariadení dnes je, že zdravotné poisťovne nechcú zazmluvniť klienta, ktorý potrebuje zdravotnú starostlivosť, malo by sa stať povinnosťou poistiť potrebného- riešením by mohol byť práve zákon o DS a teda nový typ služby DS, ktorý by v sebe kombinoval krytie sociálno-zdravotných úkonov a mohol by byť poskytovaný aj v už existujúcich zariadeniach

Právna forma DS

- poskytovatelia DS by mali byť rovnakí - každý má IČO, svoje hospodárenie, transformácia na samostatné právne subjekty, ktoré nebudú spadať pod obecné a VÚC zariadenia – fungovali by ako neziskovky

- dilemma dnes je dokázať cenovú rovnosť služby verejných poskytovateľov a súkromných - verejní schovávajú časť nákladov v rozpočte samosprávy

- vytvorenie samostatných subjektov nezávislých na financovaní samosprávy vytvorí spoločnú platformu poskytovateľov

- pre tých, ktorí sa budú chcieť uchádzať o štatút zariadenia DS bude potrebné, aby splnili kritériá, ktoré im vymedzí zákon o DS

Zápis z workshopu 2:

Zákon o podpore sociálneho začleňovania osôb so zdravotným postihnutím

Moderátor: Anka Šmehilová

Uvedenie do problematiky:

Dôvody podporujúce rozdelenie zákona

- potreba pomoci v rôznych fázach života
- Komplexné holistické prístupy
- Určenie zodpovednosti

Východisková pozícia – rovnosť poskytovateľov,

Nadrezortnosť – zdravie – školstvo - práca a sociálne veci -a rodina

Tabuľka – potreba služieb podľa etáp životného cyklu

Stratégia transformácie:

- Dostupnosť na úrovni okresov
- Deinštitucionalizácia
- Viacrezortná spolupráca
- Financovanie – osobný účet

Miriám Pollitt – CVI, Žilina od januára 2015, fyzioterapeutka

- Návrh na rozdelenie zákona podľa cieľových skupín sa jej pozdáva – kvôli špecifickosti pre obdobia života osoby ZP
- **V zdravotníctve – minimálna sieť, štandardy, čo má dostať človek, ktorý má určenú nejakú diagnózu – niečo podobné v sociálnych službách by bolo prínosom**
- Nech si klient vyberá službu, nech ide o kvalitu
- Deti od 0-7 idú cez všetky rezorty. Do 2 rokov musí byť diagnóza (MZ), potom nastúpi UPSVAR (MPSVR), rodič si predlžuje rodičovskú, lebo im dieťa nezoberú do škôlky....(MŠVVŠ)
- Nezávislý posudkový orgán je nevyhnutný
- Dieťaťu v škole nedajú jesť a neprebavia ich. Rodičia si platia osobu, ktorá to urobí
- V škole môžu byť deti od 8:00 do 11:30, nemôžu byť ani v krúžkoch – a pritom potrebujú práve čo najviac stimulácie
- Ako vedieť využívať informácie, ktoré majú zdravotnícke zariadenia
- **ABSENCIA DÁT O POČTE OSOB so ZP**

Dagmar Kozáková – Detský klub KE

- Sociálnej práci sa začala venovať kvôli synovi, veľmi rýchlo pochopila, že sa na obe svoje deti musí pozeráť rovnakými očami – nemá rada špeciálne školy, špeciálne zariadenia,..... všetko, čo vylučuje deti z normálnej spoločnosti
- Musíme poznať špecifiká jednotlivých postihnutí
- Spomína na zákon o sociálnej pomoci – ten prinášal do života osôb so ZP osobnú asistenciu. Bola veľmi povzbudená zo Švédska filozofiou nezávislého života.
- **Filozofiou zákona má byť ľudsko-právny prístup**

Eňa Kopcová – TENENET

- Evidovaný v registri SPO – tam je zosieťované pediatri/MŠ/ZŠ

- 7 z 10 ľudí so ZP je dobrovoľne nezamestnaných, len 5 % má VŠ vzdelanie
- V prvom rade treba pracovať s rodičmi a rodinou, ak chceme pomôcť
- Výskum ŠŠŠ, len 20 % absolventov ide na trh, ostatní ostanú doma a regresujú
- Podporila by duálne vzdelávanie
- Negatívne dopady na CHD po novele 2013
- Tento zákon by mal riešiť podporu pri zamestnávaní resp. vzdelávaní

Mária Filipová – mesto BB

- Chceme reformu troch zákonov? Rozdelenie po cieľových skupín už bolo, teraz máme veľa nástrojov, ale nevyužívajú sa resp. to nevieme – nechceme radšej školiť úradníkov, odborníkov

Tatiana Winterová – ÚNSS

- Návrh na 3 zákony vníma pozitívne, je to ďalší krok vo vývoji
- Majú štatistiky, o ktoré služby je najväčší záujem

Soňa Holúbková

- **Nezabudnime na cieľ služby – musíme ju určiť cieľ v spolupráci s užívateľom. Takto budeme vedieť zhodnotiť efektívnosť.**
- Medzirezortná zodpovednosť

Janka z TENENET – lietajúci učitelia, síce poradia, ale nikto ich nemusí brať.

Postavenie špeciálnych pedagógov – nie sú pedagogickí pracovníci, ale odborní (napr. iná platová trieda)

Pán Krajčovič – podpora rodiny hneď od začiatku (psycho-hygiena, informácie). Integrované škôlky, školy – kontakt so zdravou populáciou

Krivošík – nie je veľmi optimistický, má málo informácií. Tento návrh bude zasahovať do strašne veľa zákonov....prečo neurobiť niečo ako SPO vymenovať aktivity a urobiť zariadenia

Štubňa – v prvom rade si treba určiť filozofiu zákona/ princípy – už v názve by nemal byť sociálne služby, ale človek

1. Začleňovanie
2. Kooperatívnosť
3. Spolupráca /multidisciplinárne tímy
4. Kvalita
5. Koordinácia
6. Kontinuita

My nepoznáme systém sociálnych služieb – miešame sociálnu starostlivosť a verejné služby. Tak ako my to máme terminologicky, je to umelé vyčlenenie

Intervencia u detí by nemala byť blokovaná diagnózou

Stefana – je súčasná legislatíva v súlade s CRPD? Prístup životného cyklu je dobrý a dôležité je, aby zákon zdefinoval kritériá systému služieb a medzirezortnú spoluprácu

Denisa Nincová – zákony máme, ale ako sú použiteľné a používané

Vytvorenie medzirezortnej skupiny

Vyhodnocovanie výsledkov – flexibilne reagovať na výsledky

Určenie zodpovednosti v komunite

Juraj Marendiak

Zadefinovať ciele – najväčšia príležitosť tohto rozdelenia

Zákon 448 síce má cieľ – návrat do komunity, ale nie je to pre všetkých

Dať pozor na to, aby dobré veci nevypadli, poučiť sa z príkladov dobrej praxe

Ena

Práca s rodinou

ZHRNUTIE

- Chceme reformu troch zákonov? Rozdelenie po cieľových skupinách už bolo, teraz máme veľa nástrojov, ale nevyužívajú sa resp. to nevieme – nechceme radšej školiť úradníkov, odborníkov
- **Filozofiou zákona má byť ľudsko-právny prístup**
- **Nezabudnime na cieľ služby – musíme jej určiť cieľ v spolupráci s užívateľom. Takto budeme vedieť zhodnotiť efektivitu.** Vyhodnocovanie výsledkov a možnosť flexibilne reagovať na výsledky
- **Princípy**
 - Začleňovanie
 - Kooperatívnosť
 - Spolupráca /multidisciplinárne tímy
 - Kvalita
 - Koordinácia
 - Kontinuita
- Vytvorenie medzirezortnej skupiny
- Určenie zodpovednosti v komunitě
- Práca s rodinou
- V zdravotníctve – minimálna sieť, štandardy, čo má dostať človek, ktorý má určenú nejakú diagnózu – niečo podobné v sociálnych službách by bolo prínosom
- **ABSENCIA DÁT O POČTE OSOB so ZP**

Zápis z workshopu 3

PREVENIA A KRÍZOVÁ INTERVENCIA

Moderátor skupiny: Peter Kulifaj

Skúsenosti klientov, cieľových skupín so sociálnymi službami

- Nedostávajú rôznorodosť služieb, ako by potrebovali – **služby nie sú flexibilné** prechod medzi službami (zazmluvnenie)
- Klienti o zákone netušia, nevedia, aké služby môžu využívať
- Zákon naozaj neumožňuje človeku, aby sa mohol posúvať vpred, takým spôsobom, aby sa mohol vymaniť zo svojej situácie - bezdomovectva, chýbajú tam následné služby a zákon nerieši napr. koncovku čo sa týka bývania, napr. sociálne byty. Klienti nemajú možnosť v rámci zákona sa posúvať ďalej.
- Holistický prístup je dosť potrebný – pri cieľovej skupine ľudí bez domova to sú často okrem sociálnych služieb aj zdravotné služby, právne poradenstvo, služby, to prelínanie veľmi chýba – **multirezortnosť, holistický prístup**
- Napr. ľudia – užívatelia drog a ľudia v sexbiznise – zákon nepoznajú, nevyužívajú, organizácia nie je registrovaná ako poskytovateľ služieb, zákon síce umožňuje služby pre túto skupinu, ale financovanie nie je vyriešené a teda tie služby, ktoré zákon síce umožňuje sa v podstate neposkytujú kvôli (ne) financovaniu.
- Klienti musia za službou cestovať – naprieč Bratislavou – aj služby ktoré sú uvedené v zákone jednoducho nie sú (napr. nízkoprahová nocľaháreň) nie sú z určitých dôvodov, ale klienti by ich určite využívali
- Rodiny v kríze, deti – okresy si objednávajú balíčky, napr. Bardejovský okres si objednáva 7 rodín, ale vieme, že v tom okrese je dokonca väčšie množstvo vylúčených komunít, nie je to v poriadku
- Ak sa rodine narodí dieťa so zdravotným postihnutím tak zdravotníci vylučujú pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti rodinu. Novorodenec, ktorý bol po narodení hneď operovaný, matke povedia, že môže ísť domov a dieťa tam má nechať, pripútanie, kojenie a podobné veci sú úplne mimo, ani to zdravotníkom nepríde divné, navela jej dovolili, že môže za svojim dieťaťom prísť iba na pol hodinu denne, informácie jej nepodávali, a to je špeciálny pedagóg – matka, takže sama tomu dobre rozumie, ale toto je obraz včasnej intervencie – sme ešte v 19 storočí?
- Seniori – exekúcie – šmejdi – poradenstvo, vzdelávanie, ochrana – starostlivosť o seniorov
- Nie je zadefinovaná minimálna sieť napr. nízkoprahových služieb pre región, a nie je povinnosť financovania služieb – **nastaviť financovanie minimálnej siete**
- financovanie, mestá by sa určite mali podieľať na financovaní (neriešiť iba prechod na VÚC)
- financovanie, pokiaľ je v zákone „MOŽE“, tak sa nič nevyrieši a potom špeciálne dotáciami to rieši ministerstvo, ak by nie, mnohé organizácie by už zatvorili, ukončili poskytovanie služieb, obce sa radi hrdia, že čo urobili pre občanov, lebo zriadili služby, ale financovať to už málokto chce, prípadne si objednávajú služby pre 10 klientov, ale reálne je klientov 25, čo s tým? Príspevok na mesiac nepokryje aj prevádzku zariadenia aj mzdy, klient by navyše potreboval sprevádzanie, riešenie pri oddlžovaní a pod., ale z tých zdrojov to nie je ako.
- Keďže nie je kam s klientom, ostávajú tam, kde by už nemali byť
- Krízová intervencia by mala byť riešená zvlášť
- Čo s ľuďmi bez domova v seniorskom veku? Nemajú dôchodok, vegetujú v útulkoch, potrebujú aj ošetrovateľskú a opatrovateľskú službu a to nie je ako urobiť.
- Napr. Trenčiansky kraj, nemá ani jeden útulok – ako je to možné
- ZpS nepríjmu bezdomoveckých seniorov

Ak sú zdroje neobmedzené – ako nastaviť služby, aby to bolo čo najlepšie pre klientov

- Tip. Čo by mesto mohlo robiť – napr. každé mesto si platí právnik, paušálne – bolo by dobré, aby napr. títo právnici, robili aj také informačné, vzdelávacie semináre, napr. pre seniorov a pod., pomáhali pri riešení vecí ľudí bez domova – mestá a obce by sa aj takto mohli podieľať na financovaní týchto služieb, teda celkovo by sa mali podieľať na financovaní služieb

- Možno to zadefinovať v zákone ako povinnosť mesta
- **Ak sa niečo neurčí, že je niečo sankčná povinnosť mesta, obce, tak z toho nič nebude. Ak nebudú mať reálne pokuty za to, že nebudú zabezpečovať službu, tak sa nič nebude diať.**
- Záleží nám na tom aby služby boli dostupné a kvalitné – určite aj ministerstvu aj nám, záleží nám na dôveryhodnosti
- **Obec od roku 2009 má obligatórne financovať nízkoprahové služby** a nerobí to, obce to nenapĺňajú a nič sa nerieši – **PORUŠUJE SA ZÁKON**, dáme to do zákona znova takto, že obec má financovať a vieme že to vôbec nenapĺňa a ani napĺňať nebude a baviť sa o tom, že veď OBEC by to MALA robiť, ale skutočnosť je, že NEROBÍ a nič sa ani nezmení
- Zakomponovať prácu s rodinou do zákona – druhá strana – často rodina a príbuzní riešia veľmi podobnú situáciu, ale je možno dobré to tam zaviesť ako možnosť
- Človek je štyri roky v zariadení a **nerieši sa to, čo sa urobilo**, bolo by dobré zadefinovať vyhláškou, že čo sa s tým má robiť, napr. matka s 5 deťmi – nikto sa jej kvalitne nevenoval – čo ďalej bude s deťmi?
- Návrh je rozčleniť zákon podľa cieľových skupín – je rozumné deliť zákon podľa cieľových skupín?
- **Úplne tu chýba sociálne začleňovanie pri krízovej intervencii a prevencii**
- **Urobiť zákony bez ohľadu na cieľové skupiny – teda zákon o dlhodobej starostlivosti, zákon o sociálnom začleňovaní, zákon o prevencii a krízovej intervencii, cieľové skupiny sa nám prelínajú**
- **Zákon ako taký, veci rieši, je to skôr asi vecou kompetencií, ako je zabezpečená vykonateľnosť,** decentralizácia neprinesla to čo sa od toho očakávalo, spätný chod už neexistuje. Ministerstvo bez aparátu – nemôže to v regiónoch vyriešiť
- Dať na súd obce, ktoré si neplnia úlohu, skrátka nefunguje to a čo s tým? V zákone nie sú sankcie a nie je opravný prostriedok. Proti obci sa môžete domáhať súdnou cestou.
- Hľadať systém, ktorý by motivoval k snahe riešiť veci
- Realita je že to nefunguje, aj keď zákon hovorí, že by to malo fungovať, ale nefunguje. Opravné prostriedky nie sú, resp. ani súdnou cestou sa prakticky nič nevyrieši.
- Komunitné plánovanie je definovanie potreby obyvateľstva – tak čo je tu realita? Ako to dopadlo? Neriešime, kam sa veci posunuli za tie dva, tri roky.
- Minimálna sieť je dobrá vec – **určenie minimálnej siete**, napr. v Čechách to majú celkom slušne vymyslené – hlavne pri ľuďoch bez domova, je to určite rozumný spôsob určenia kapacity služieb
- Je to ambiciózný návrh, ktorý veľa vecí prekresľuje – (rezortizmus – iné rezy to navrhuje), pohľad viac z pohľadu klientov, či sa to funkčne nedá nakresliť iným spôsobom, aby sme zase nelepili ako to teraz riešime, pohľad je cez klienta – aj financovanie (hoci v KI to nejde)
- V kumulovaných komunitách to treba riešiť trochu inak – kumulovane
- Riziko cieľových skupín – prečo by seniori nemali prístup ku krízovej intervencii
- Otázka je, či to neroztriešti všetko, napr. niektoré znenia nebudeš môcť zopakovať v tých zákonoch, aj tak sa budeš musieť odvolávať, definovať to aj tak môžeš iba v jednom zákone
- Rozdelenie zákona nič nevyrieši
- Chýba vyhodnocovanie toho čo sa už urobilo
- ADOS – fyzioterapia aj ošetrovanie
- Asi naozaj, keď sa niečo volá dlhodobá starostlivosť o seniorov, ťažko zabezpečíme, že to nebude iba pre seniorov
- Finančná podpora nemôže ísť na službu, na ktorú samospráva nepovie, že áno
- Rozdelenie by malo svoje opodstatnenie – napr. ten trenčiansky kraj, veď dávajú na sociálne služby, ale na starostlivosť o ľudí bez domova – útulky povedali, že nepotrebujú.
- Čo je kompetencia VUC a ako ju k tomu donútime, ukončili niektorí služby tam preto, lebo nedostali zdroje
- **Zodpovednosti sú, ale pokiaľ nie je minimálna sieť aj s financovaním**
- Seniori sú voliči, bezdomovci nie sú voliči, to teda nikoho netrápi

- Nie je to rozdelenie zákona možno takým niečím čo nás v KI môže posilniť v spoločnom boji – sme vždy na konci, na chvoste – prídu mrazy – zamrznú bezdomovci – zrazu sa niečo začne riešiť, alebo príde super dávka heroínu z Nemecka, zomrú klienti tak vtedy sa niečo začne riešiť, inak o nás záujem nie je, nič netreba

Ak by sa zákon dôsledne plnil (aj financovanie), tak je aj súčasný zákon je v pohode?

- **Chýbajú sociálne začleňovanie a sociálne bývanie**
- V súčasnom chýba aj to prepojenie s inými službami, ministerstvami
- 2/3 obcí neriešia ani opatrovateľskú službu
- Je tu veľká skupina, ktorá sa prelína s KI a P a SPO a SK
- Napr. ak prijali bezdomovca, tak prichádza klient o kompenzácie – kedysi
- Podporiť alebo nie? – poďme o tom diskutovať ďalej – hrá sa to s pointou, nebavíme sa o zdravotných službách,
- Nie je jednoznačné stanovisko, či áno, alebo nie, ale chceme sa o tom ďalej baviť

Ako dostať človeka do systému? Koľko z práce je KI? Ako jasne rozdeliť, že čo z vecí čo robíme vieme jasne rozdeliť, že toto je SPO a toto je sociálna služba.

Pri KI sa nebavíme v tomto o úkonoch a potrebách klienta, ale má to byť v balíčkoch – kde to je nejako proporčne rozdelené.

Obce majú aký taký záujem o seniorov a ľudí so zdravotným postihnutím, ale pri KI to tak veľmi nie je.

Čo sa týka SPO a kurately, dosť sa prelínajú s KI a prevenciou. Chcelo by to nejaké opatrenie.