

Projekt Lepšia sociálna politika mesta prostredníctvom
platformy SeniorSiTy

Východisková situácia pre podporu aktívneho starnutia a zavádzanie verejnoprospešných technológií v podmienkach SR a partnerského mesta

OBSAH

ZOZNAM POUŽITÝCH SKRATIEK	3
ZOZNAM GRAFOV	4
ZOZNAM TABULIEK	4
ZOZNAM SCHÉM	4
ÚVOD	5
1. ANALÝZA STRATEGICKÝCH DOKUMENTOV DOTÝKAJÚCICH SA OBLASTI AKTÍVNEHO STARNUTIA 7	
1.1. KOMUNITNÉ PLÁNOVANIE SOCIÁLNYCH SLUŽIEB	15
1.2. ÚZKE MIESTA PROCESU PRÍPRAVY A OBSAHU STRATEGICKÝCH MATERIÁLOV ZAMERANÝCH NA PROBLEMATIKU AKTÍVNEHO STARNUTIA	16
2. SOCIÁLNA A ZDRAVOTNÁ STAROSTLIVOSŤ AKO OBLASŤ PRIORITNÉHO ZÁUJMU V RÁMCI AKTÍVNEHO STARNUTIA	20
2.1. FINANCOVANIE SOCIÁLNYCH SLUŽIEB	24
2.1.1. ÚZKE MIESTA VO FINANCOVANÍ SOCIÁLNYCH SLUŽIEB	32
2.2. REGISTRÁCIA, DOHĽAD, KONTROLA A HODNOTENIE PODMIENOK KVALITY POSKYTOVANÝCH SOCIÁLNYCH SLUŽIEB	35
2.2.1. ÚZKE MIESTA PROCESU POSUDZOVANIA/HODNOTENIA POSKYTOVANIA SOCIÁLNYCH SLUŽIEB.....	39
2.3. INTEGRÁCIA ZDRAVOTNEJ A SOCIÁLNEJ STAROSTLIVOSTI	41
2.3.1. ÚZKE MIESTA NA CESTE K INTEGROVANEJ STAROSTLIVOSTI	42
2.4. VÝBER MOŽNOSTÍ POSKYTOVANÝCH SOCIÁLNYCH SLUŽIEB OBČANOM A PROCES DEINŠTITUCIONALIZÁCIE	43
2.4.1. ÚZKE MIESTA V PONUKE SOCIÁLNYCH SLUŽIEB	48
2.5. VYUŽÍVANIE INFORMAČNO – KOMUNIKAČNÝCH TECHNOLOGIÍ V SOCIÁLNEJ A ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI	51
2.5.1. ÚZKE MIESTA V ZÁVÁDZANÍ TECHNOLOGICKÝCH/NETECHNOLOGICKÝCH INOVÁCIÍ	53
3. SÚČASNÝ STAV AKTÍVNEHO STARNUTIA V MESTE PREŠOV A PRÍKLADY DOBREJ PRAXE	55
3.1. SWOT ANALÝZA PROSTREDIA PRE AKTÍVNE STARNUTIE V MESTE PREŠOV A V ZAHRANIČNÝCH METROPOLITNÝCH OBLASTIACH	55
3.2. ÚZKE MIESTA PROSTREDIA PRE AKTÍVNE STARNUTIE V MESTE PREŠOV.....	59
4. ODPORÚČANIA NA ZLEPŠENIE.....	60
4.1. NÁVRH ODPORÚČANÍ NA ZLEPŠENIE PROCESU TVORBY STRATEGICKÝCH DOKUMENTOV	60
4.2. NÁVRH ODPORÚČANÍ NA ZLEPŠENIE POSKYTOVANÝCH SOCIÁLNYCH SLUŽIEB A ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI	61
4.3. NÁVRH ODPORÚČANÍ K TVORBE POLITIKY AKTÍVNEHO STARNUTIA MESTA PREŠOV	65
ZÁVER	66
PRÍLOHY	67

ZOZNAM POUŽITÝCH SKRATIEK

ADOS	Agentúra domácej ošetrovateľskej starostlivosti
DI	Deinštitucionalizácia
DOS	Dom ošetrovateľskej starostlivosti
DS	Denný stacionár
EK	Európska komisia
EÚ	Európska únia
IKT	Informačno-komunikačné technológie
IROP	Integrovaný regionálny operačný program
MF SR	Ministerstvo financií SR
MPSVaR SR	Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny SR
MZ SR	Ministerstvo zdravotníctva SR
OP EVS	Operačný program Efektívna verejná správa
OS	Opatrovateľská starostlivosť (služba)
PSK	Prešovský samosprávny kraj
PHSR	Program hospodárskeho a sociálneho rozvoja
ŠÚ SR	Štatistický úrad SR
ŠZ	Špecializované zariadenie
ZOS	Zariadenie opatrovateľskej starostlivosti
ZpS	Zariadenie pre seniorov
ZSS	Zariadenie sociálnych služieb
(Ť)ZP	Ťažké zdravotné postihnutie

ZOZNAM GRAFOV

Graf 1 Projekcia vývoja vekových skupín v SR (osoby)	20
Graf 2 Prognóza počtu obyvateľov 65+ v okresoch PSK	20
Graf 3 Dlhodobé obmedzenia každodenných aktivít zo zdravotných dôvodov podľa veku (2016)	21
Graf 4 Vybrané verejné výdavky v súvislosti s dlhodobou starostlivosťou	25
Graf 5 Úhrady verejného zdravotného poistenia podľa účelu a vekovej skupiny (2016) ..	25
Graf 6 Vývoj priemernej úhrady za služby a priemerného starobného dôchodku	31
Graf 7 Priemerné ročné náklady na miesto v zariadení (2016) a Priemerné ročné náklady na domácu starostlivosť (údaj za 3. štvrtrok 2018)	32
Graf 8 Zmena počtu obyvateľov 80+ a zmena počtu pracovníkov/-čok v dlhodobej starostlivosti	39
Graf 9 Projekcia dopytu po zariadeniach a domácej starostlivosti (tis. osôb)	44
Graf 10 Počet lôžok v zariadeniach dlhodobej starostlivosti na 1 000 obyv. vo veku 65+	45
Graf 11 Vývoj počtu prijímateľov opatrovateľskej služby.	45
Graf 12 Počet miest v ZpS (2016) a počet osôb 65+ na 1 miesto v ZpS	46

ZOZNAM TABULIEK

Tabuľka 1 Projekcia výdavkov na dlhodobú starostlivosť (% HDP)	24
Tabuľka 2 Výška finančných príspevkov pre neverejných poskytovateľov a verejných poskytovateľov – obce	28
Tabuľka 3 Výdavky krajských miest na sociálne zabezpečenie a starobu (2017)	31
Tabuľka 4 Záruka zachovania príjmu prijímateľov sociálnych služieb v zariadeniach	31
Tabuľka 5 Obyvatelia vybraných zariadení sociálnych služieb (k 31. 12)	44

ZOZNAM SCHÉM

Schéma 1 Časová os plnenia vybraných strategických dokumentov dotýkajúcich sa aktívneho starnutia na medzinárodnej, národnej, regionálnej a miestnej úrovni na území mesta Prešov – prehľad (vlastné spracovanie)	8
Schéma 2 Zastúpenie cieľov a priorít v tematických oblastiach starostlivosti o seniorov a ľudí s ZP (vlastné spracovanie)	9
Schéma 3 Porovnanie štruktúry vybraných strategických dokumentov pre sociálnu oblasť (vlastné spracovanie)	18
Schéma 4 Piliere sociálnej a zdravotnej starostlivosti v kontexte aktívneho starnutia v SR (vlastné spracovanie)	23
Schéma 5 Zdroje financovania sociálnych služieb v SR (vlastné spracovanie)	26
Schéma 6 Prehľad poskytovateľov finančných príspevkov pre neverejných poskytovateľov a verejných poskytovateľov – obce (vlastné spracovanie)	27
Schéma 7 Oblasti hodnotenia podmienok kvality v sociálnych službách (vlastné spracovanie)	37
Schéma 8 Prehľad povinných príloh k žiadostiam o poskytnutie sociálnych služieb	49
Schéma 9 SWOT analýza – Mesto Brusel a Burlington (vlastné spracovanie)	56
Schéma 10 SWOT analýza – Mesto Bno a Akita (vlastné spracovanie)	57
Schéma 11 SWOT analýza – Mesto Prešov (vlastné spracovanie)	58

ÚVOD

Slovensko sa radí na chvost krajín EÚ z hľadiska vytvorených podmienok pre aktívne starnutie svojho obyvateľstva. V rámci indexu aktívneho starnutia 2014, ktorý v dvojročnej periodicite vyhotovuje Európska komisia v spolupráci Hospodárskou komisiou OSN pre Európu sa v závese za SR nachádzalo iba Poľsko, Maďarsko či Grécko¹.



Účelom dokumentu *Východisková situácia pre podporu aktívneho starnutia a zavádzanie verejnoprospešných technológií v podmienkach SR a partnerského mesta* je vytvoriť relevantný podklad pre návrh odporúčaní na zefektívnenie verejnej správy a legislatívne zmeny v politikách SR a taktiež pre návrh opatrení v oblasti aktívneho starnutia v meste Prešov.

Mesto Prešov je partnerským mestom projektu *Lepšia sociálna politika mesta prostredníctvom platformy SeniorSiTy* a preto text dokumentu v niektorých jeho častiach sústreďuje bližšiu pozornosť Prešovskému samosprávnemu kraju (PSK) a mestu Prešov.

Samotný pojem aktívne (zdravé a nezávislé) starnutie predstavuje vo voľnom preklade definície WHO² koncept, ktorého snahou je vytvárať prostredie a príležitosti, aby ľudia aj v staršom veku mohli robiť to, čo naplňa ich životy tak dlho, ako to je len možné. V širšom kontexte tento koncept zahŕňa aj dospelých ľudí so zdravotným postihnutím.

Predmetný dokument analyzuje problematiku aktívneho starnutia v troch nadväzujúcich častiach.

Prvá časť poskytuje prehľad súčasných legislatívnych noriem a strategických dokumentov dotýkajúcich sa oblasti aktívneho starnutia na národnej, regionálnej a miestnej úrovni. Identifikuje prierezové témy aktívneho starnutia a úroveň ich zapojenia do analyzovaných stratégií a akčných plánov, pričom tiež vyhodnocuje obsahovú štruktúru stratégií z hľadiska efektívnosti ich tvorby a významnosti pre prenesenie stanovených cieľov do praxe.

Druhá časť dokumentu je zameraná na prioritnú oblasť aktívneho starnutia - sociálnu starostlivosť, ktorú analyzuje z hľadiska systému jej financovania, hodnotenia, integrácie so zdravotnou starostlivosťou, ako aj procesu deinštitucionalizácie a napokon využívania informačno-komunikačných technológií.

Tretia časť vyhodnocuje prostredníctvom SWOT analýzy súčasný stav mesta Prešov v poskytovaní vhodných podmienok pre aktívne starnutie. Silné/slabé stránky a ohrozenia/príležitosti prostredia pre aktívne starnutie sú porovnávané s metropolitnými oblasťami (príkladmi najlepšej praxe) v zahraničí s cieľom identifikovať ďalšie príležitosti a možné aktivity smerom k vytváraniu lepších podmienok pre starších obyvateľov a osoby so zdravotným postihnutím. Z kombinácie externých faktorov a interných predpokladov a kapacít mesta vplývajúcich na podmienky aktívneho starnutia v meste Prešov vyplývajú viaceré alternatívy budúceho vývoja.

¹ <https://statswiki.unece.org/display/AAI/II.+Ranking>

² <https://www.who.int/ageing/healthy-ageing/en/>



Európska únia
Európsky sociálny fond

V rámci každej časti dokumentu sú taktiež zmapované existujúce úzke miesta v pojednávaných témach a záverečná kapitola prináša odporúčania projektového tímu na riešenie týchto identifikovaných úzkych miest. Tieto odporúčania sú zamerané najmä na uskutočnenie legislatívnych zmien, zefektívnenie činnosti v rámci inštitúcií verejnej správy, ako aj tvorbu politiky aktívneho starnutia v partnerskom meste Prešov či iných mestách na Slovensku.

1. ANALÝZA STRATEGICKÝCH DOKUMENTOV DOTÝKAJÚCICH SA OBLASTI AKTÍVNEHO STARNUTIA

Problematike aktívneho starnutia ako relatívne novému konceptu sú na národnej úrovni osobitne venované dokumenty Stratégia aktívneho starnutia (s primárnym zameraním na zamestnanosť a zamestnateľnosť seniorov) a komplementárne spracovaný Národný program aktívneho starnutia na roky 2014-2020 (vymedzujúci komplexné podporné politiky aktívneho starnutia). Avšak aj viaceré ďalšie strategické materiály sa dotýkajú danej problematiky (Schéma 1³) a obsahovo ich možno čiastočne alebo vo väčšej miere považovať za korešpondujúce s princípmi aktívneho starnutia (Schéma 2). Na úrovni miest majú na Slovensku k dnešnému dňu spracovanú koncepciu aktívneho starnutia však iba mestá Bratislava a Trnava.

Z vybraných stratégií na národnej, regionálnej a miestnej úrovni, ktoré sa či už okrajovo alebo komplexnejšie dotýkajú aktívneho starnutia (Národný program aktívneho starnutia, Stratégia aktívneho starnutia, Národné priority rozvoja sociálnych služieb, Národný akčný plán deinštitucionalizácie, Národný program podpory zdravia, Komunitný plán sociálnych služieb mesta Prešov, Program rozvoja mesta Prešov, Koncepcia rozvoja sociálnych služieb PSK, Program hospodárskeho a sociálneho rozvoja PSK, Integrovaná územná stratégia PSK) môžeme identifikovať nasledovné prienikové oblasti cieľov a priorít zameraných na starostlivosť o ľudí v cieľovej skupine:

- Zdravie, zdravotná a sociálna starostlivosť:
 - Dostupnosť a kvalita sociálnych služieb a zdravotnej starostlivosti
 - Rozvoj terénnych a ambulantných sociálnych služieb podporujúcich zotrvanie starších ľudí v prirodzenom rodinnom prostredí
 - Podpora opatrovateľov
 - Podpora zdravého životného štýlu
- Vzdelávanie, zamestnanosť a zamestnateľnosť:
 - Motivácia zamestnávateľov
 - Podpora osôb s ZP, seniorov na trhu práce
 - Finančne a administratívne dostupné vzdelávanie a edukačné programy
- Finančné zdravie, bezpečnosť a ochrana ľudských práv:
 - Dôchodkový systém
 - Cenová dostupnosť energií
 - Cenovo dostupné, dôstojné bývanie
 - Presadzovanie práv, právom chránených záujmov a potrieb starších ľudí prostredníctvom podpory seniorských organizácií
- Sociálna inklúzia a angažovanosť v komunite:
 - Podpora dobrovoľníckej práce
 - Dostupnosť kultúry
 - Posilňovanie medzigeneračných vzťahov
 - Podpora technických inovácií pre starších ľudí
- Doprava:
 - Dostupnosť verejnej dopravy

³ uvedené zákony v schéme pokrývajú legislatívnu úpravu sociálnej a zdravotnej starostlivosti, ako jednej z prioritných oblastí aktívneho starnutia. Nejde však o vyčerpávajúci zoznam všetkých noriem dotýkajúcich sa celej problematiky.

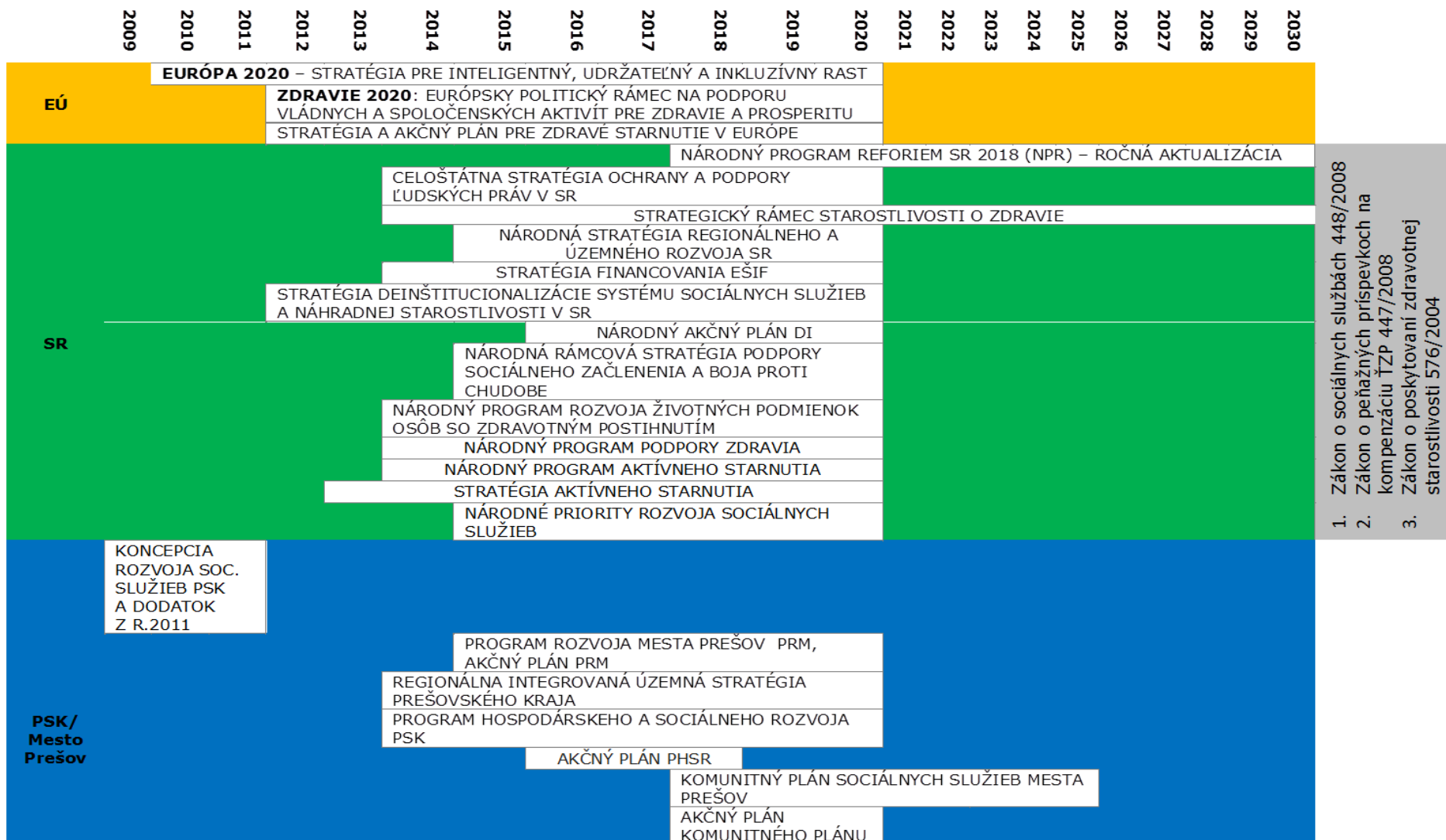


Schéma 1 Časová os plnenia vybraných strategických dokumentov dotýkajúcich sa aktívneho starnutia na medzinárodnej, národnej, regionálnej a miestnej úrovni na území mesta Prešov – prehľad (vlastné spracovanie)

Výpovednú hodnotu jednotlivých stratégií pre plánovanie a implementáciu kľúčových aspektov aktívneho starnutia indikuje obsahové zhrnutie vybraných dokumentov v Schéme 2, a nasledovná analýza dokumentov na regionálnej úrovni v ďalšom texte.

	NÁRODNÝ PROGRAM AKTÍVNEHO STARNUTIA	NÁRODNÉ PRIORITY ROZVOJA SOCIÁLNYCH SLUŽIEB	STRATÉGIA AKTÍVNEHO STARNUTIA	KOMUNITNÝ PLÁN SOCIÁLNYCH SLUŽIEB MESTA PREŠOV	PROGRAM HOSPODÁRSKE-HO A SOCIÁLNEHO ROZVOJA PSK	KONCEPCIA ROZVOJA SOCIÁLNYCH SLUŽIEB PSK A DODATOK Z ROKU 2011	PROGRAM ROZVOJA MESTA PREŠOV, AKČNÝ PLÁN	NÁRODNÝ PROGRAM PODPORY ZDRAVIA	INŠTITUCIONÁLNEJ NA KOMUNITNÚ STAROSTLIVOSŤ V SYSTÉME SOCIÁLNYCH SLUŽIEB NA ROKY 2016 - 2020	REGIONÁLNA INTEGROVANÁ ÚZEMNÁ STRATÉGIA PSK	NÁRODNÝ PROGRAM ROZVOJA ZIVOTNÝCH PODMIENOK OSÔB SO ZDRAVOTNÝM POSTIHNUŤÍM NA ROKY 2014–2020
ZAMESTNANOSŤ/ ZAMESTNATEĽNOSŤ											
VZDELÁVANIE											
BEZPEČNOSŤ A OCHRANA ĽUDSKÝCH PRÁV											
SOCIÁLNA INKLÚZIA A ANGAŽOVANOSŤ V KOMUNITE											
BÝVANIE A VONKAJŠIE PROSTREDIE											
ZDRAVOTNÁ A SOCIÁLNA STAROSTLIVOSŤ											
IK-T											
FINANČNÉ ZDRAVIE											
ZDRAVIE A KONDÍCIA											
DOPRAVA											

Schéma 2 Zastúpenie cieľov a priorít v tematických oblastiach starostlivosti o seniorov a ľudí s ZP (vlastné spracovanie)

Zdravotnej starostlivosti sa dokumenty Program rozvoja mesta Prešov, Komunitný plán sociálnych služieb Mesta Prešov a Koncepcia rozvoja sociálnych služieb PSK nevenujú.

V analytickej časti dokumentu Program hospodárskeho a sociálneho rozvoja PSK sa uvádzajú siete zdravotníckych zariadení a formy služieb prostredníctvom ktorých kraj zabezpečuje zdravotnú starostlivosť. V rámci SWOT analýzy pre sociálnu oblasť sú uvedené aj viaceré body k problematike siete zdravotnej starostlivosti. V návrhovej časti sú uvedené opatrenia špecifického cieľa II.2 - Budovanie a rozvoj centier zdravotníckych, sociálnych a komunitných služieb pre inkluzívnu občiansku spoločnosť.

Prevádzkové útvary zriadené na poskytovanie zdravotnej starostlivosti sú takisto menované v Regionálnej integrovanej územnej stratégii PSK, ktorá ďalej poukazuje na fakt stále rastúceho vekového priemeru lekárov v kraji. SWOT analýza prináša zistenia osobitne pre špecifický cieľ 2.1.2 Modernizovať zdravotnícku infraštruktúru za účelom integrácie primárnej zdravotnej starostlivosti na úrovni kraja a krajského mesta. Pre cieľ sú v návrhovej časti uvedené viaceré opatrenia na zlepšenie (ako hlavné merateľné ukazovatele výsledku boli pritom stanovené: Počet lekárov primárneho kontaktu na jedno kontaktné a miesto Počet iných zdravotníckych pracovníkov primárneho kontaktu na jedno kontaktné miesto).

V porovnaní so zdravotnou starostlivosťou tvorí **sociálna starostlivosť** podstatnú časť analytických a návrhových častí miestnych stratégií. Program rozvoja mesta Prešov v analytickej časti dokumentu popisuje poskytované sociálne služby v meste v súčasnosti (mestom Prešov, ako aj neverejnými poskytovateľmi). Dokument ďalej poukazuje na to, že prihliadnutím na vekovú štruktúru občanov s trvalým pobytom v meste Prešov, je počet miest v pobytových zariadeniach sociálnych služieb v meste nepostačujúci. Zároveň vyzdvihuje potrebu pokračovať vo vytváraní vhodných podmienok na rozvoj terénnych a ambulantných sociálnych služieb, aby občania mesta Prešov, odkázaní na sociálne služby, mali možnosť zotrvať vo svojom prirodzenom domácom prostredí a neboli odkázaní na pobytové zariadenia sociálnych služieb. V návrhovej časti dokumentu sa skupiny seniorov a osôb s ZP v tejto oblasti dotýkajú nasledujúce opatrenia: 6.1 Skvalitnenie poskytovania existujúcich opatrovateľských, terénnych, ambulantných sociálnych služieb a zavedenie nových, 6.2 Humanizácia existujúcich pobytových sociálnych služieb, 6.6 Budovanie sociálneho povedomia a zefektívnenie spolupráce verejných a neverejných poskytovateľov sociálnych služieb.

Komunitný plán sociálnych služieb mesta Prešov spolu s akčným plánom v analytickej časti popisuje sociálne služby v meste Prešov, ktoré zabezpečuje Mestský úrad, Odbor sociálnych služieb aj v spolupráci s neverejnými poskytovateľmi, ako aj požiadavky prijímateľov sociálnych služieb a ďalších obyvateľov, vyplývajúce z dotazníkového zisťovania a prehľad osôb s ZP a odkázaných na pomoc inej fyzickej osoby. V návrhovej časti sa rozvoju sociálnych služieb venuje viacero opatrení v prioritě C1 Podporiť vznik nových sociálnych služieb, zvýšiť dostupnosť a kvalitu sociálnych služieb pre seniorov a osoby so zdravotným postihnutím v meste, ako aj opatrenia v prioritě A1 Zefektívniť spoluprácu verejných aj neverejných poskytovateľov sociálnych služieb za účelom skvalitnenia sociálnych služieb a zlepšenia ich dostupnosti

Regionálna integrovaná územná stratégia PSK v analytickej časti popisuje prehľad a typy sociálnych služieb v rámci PSK. Z prehľadu je zrejmé, že sociálne služby nie sú rovnomerne rozložené. Prevláda poskytovanie pobytových sociálnych služieb, avšak dokument poukazuje na podporu v rámci OP IROP zameranú na transformáciu veľkokapacitných zariadení a prioritou je vytvárať služby komunitného charakteru, podporovať terénne a ambulantné služby a zrealizovať proces deinštitucionalizácie. SWOT analýza sa osobitne venuje špecifickému cieľu 2.1.1 Podporiť prechod poskytovania sociálnych služieb a zabezpečenia výkonu opatrení sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately v zariadení z inštitucionálnej formy na komunitnú a podporiť rozvoj služieb starostlivosti o dieťa do troch rokov veku na komunitnej úrovni, tak na úrovni kraja, ako aj krajského mesta. V rámci návrhovej časti sú uvedené viaceré opatrenia, ktoré majú zabezpečiť dosiahnutie merateľného ukazovateľa Podiel osôb (detí so zdravotným postihom, občanov v nepriaznivej sociálnej situácii, seniorov), ktorým je

poskytovaná sociálna služba na komunitnej úrovni na celkovom počte osôb, ktorým sa poskytujú sociálne služby.

Program hospodárskeho a sociálneho rozvoja PSK spolu s akčným plánom konštatuje, že PSK zabezpečuje rôzne druhy sociálnych služieb, ktoré sú zriadené krajom, a služby, ktoré poskytujú verejní a neverejní poskytovatelia. SWOT analýza sa sociálnych služieb dotýka vo viacerých bodoch (napr. chýbajúce analýzy potrieb a dostupnosti služieb pre vybrané cieľové skupiny či druhy sociálnych služieb, rozdielna miera požadovaných úhrad za sociálne služby od ich užívateľov, nedostatočné povedomie užívateľov o informačných zdrojoch a sociálnych službách, zneužívanie sociálnych služieb neoprávnenými užívateľmi, nestabilita kvalifikovaného personálu v sociálnych službách, nestabilný systém financovania sociálnych služieb). V návrhovej časti sú uvedené opatrenia týkajúce sa špecifického cieľa II.2. Budovanie a rozvoj centier zdravotníckych, sociálnych a komunitných služieb pre inkluzívnu občiansku spoločnosť

Koncepcia rozvoja sociálnych služieb PSK popisuje kapacitu poskytovaných sociálnych služieb podľa formy a druhu. V rámci návrhovej časti dokumentu sú uvedené 3 priority: zabezpečenie profesionálneho výkonu sociálnych služieb, zvýšenie kvality a humanizácia poskytovaných sociálnych služieb (prostredníctvom rekonštrukcie, modernizácie a rozvoja zariadení Sociálnych služieb), rozvoj ambulantných sociálnych služieb a pobytových sociálnych služieb s týždenným pobytom.

Dokument dodatku ku Koncepcii rozvoja sociálnych služieb PSK v analytickej časti pozostáva z analýzy žiadostí (na posúdenie odkázanosti na sociálne služby a uzatvorenie zmlúv), špecializovaného poradenstva, sociálnych služieb pre seniorov, sociálnych služieb pre občanov s ZP, ako aj iných skupín a uvedenie východísk k tvorbe priorít k uvedeným oblastiam. V návrhovej časti sú uvedené nasledovné skupiny priorít, ktoré sa dotýkajú seniorov/osôb ZP: 1. Priority vo vzťahu k seniorom, 2. Priority PSK vo vzťahu k občanom so zdravotným postihnutím, 5. Priority PSK v oblasti komunitného plánovania, 6. Priority PSK vo vzťahu ku kvalite sociálnych služieb, 7. Priority vo vzťahu k financovaniu sociálnych služieb.

Aspekt **zdravia a kondície** je v Programe rozvoja mesta Prešov spomenutý v analytickej časti, kde sú uvedené športové inštitúcie v meste. V návrhovej časti mu je z časti venované opatrenie 9.4 Zlepšenie podmienok a vytvorenie nových možností pre športovanie všetkých, ktoré sa zameriava aj na zlepšovanie existujúcej a vytvorenie novej infraštruktúry (kyslíkové dráhy, outdoor senior fitness, pre pohybové aktivity pre skupinu ľudí s obmedzenými možnosťami pohybu).

V Komunitnom pláne sociálnych služieb mesta Prešov sa zameriava na podporu aktívneho využívania voľného času seniorov jedno z opatrení (podporovať aktívne využívanie voľného času zdravotne postihnutých a seniorov) vyššie uvedenej priority C1.

Program hospodárskeho a sociálneho rozvoja PSK v rámci SWOT analýzy uvádza ako jednu z príležitostí výchovu občanov v oblasti starostlivosti o vlastné zdravie. V rámci špecifického cieľa II.2 sú uvedené opatrenia na podporu prevencie ochrany zdravia a aktivizácie občanov v oblasti zvyšovania kvality života.

Témy zdravia a kondície absentujú v dokumentoch Koncepcia rozvoja sociálnych služieb PSK⁴ a Regionálna integrovaná územná stratégia PSK.

Finančnej situácii seniorov a osôb ZP sa analyzované dokumenty nevenujú. V dokumente Programu hospodárskeho a sociálneho rozvoja PSK je v rámci popisu príjmov a výdavkov domácností uvedená iba informácia, že v rámci PSK je na základe štatistického zisťovania najvyššia miera rizika chudoby.

Aktuálny stav **využívania IKT** seniormi/ osoba s ZP pre zhodnotenie možností IKT v sociálnej a zdravotníckej starostlivosti rovnako v analyzovaných dokumentoch absentuje, prípadne je len na obecnej úrovni okrajovou súčasťou analytickej časti dokumentov (Program rozvoja mesta Prešov spolu s akčným plánom sa zameriava sa na

⁴ vrátane Dodatku z roku 2011

internú a externú komunikáciu Mestského Úradu Prešov a využívanie IKT pre zefektívnenie interných činností a Program hospodárskeho a sociálneho rozvoja PSK na rozširovanie komunikačnej infraštruktúry a zvyšovanie bezpečnosti prenosu dát, dokument o.i. poukazuje na skutočnosť, že rýchly internet prebieha väčšinou len v mestách a v prímestských oblastiach.).

Z analyzovaných stratégií sa **bezpečnosti a ochrane ľudských práv** seniorov dotýka Program rozvoja mesta Prešov v návrhovej časti v rámci opatrenia 5.2 Zapojenie verejnosti do ochrany života, zdravia, a majetku v meste. V rámci analytickej časti sú prezentované Všeobecné štatistiky mestskej polície.

V rámci Programu hospodárskeho a sociálneho rozvoja PSK je ako jedna zo silných stránok uvedená aktívna činnosť spolkov a občianskych združení aj v oblasti bezpečnosti. V návrhovej časti sa jedno z opatrení špecifického cieľa II.3 Udržateľný rozvoj územia s dôrazom na podporu kultúrneho potenciálu zameriava na podporu zabezpečenia bezpečnosti obyvateľov a bývania.

V ostatných analyzovaných dokumentoch daná kategória absentuje.

Pozornosť v dokumente Program rozvoja mesta Prešov je sústredená na **vzdelávanie** detí/mládeže (v analytickej časti poskytuje prehľad počtu škôl od MŠ po univerzitné vzdelávanie) tj. bližšie nerozoberá vzdelávanie seniorov a osôb s ZP. V rámci silných stránok SWOT analýzy je spomenutá iba prítomnosť univerzity tretieho veku v meste (na Prešovskej univerzite).

Komunitný plán sociálnych služieb mesta Prešov spolu s akčným plánom uvádza v rámci analytickej časti len štatistiku vzdelanostnej štruktúry obyvateľov v meste a vzdelanostnej štruktúry respondentov z dotazníkového zisťovania. V návrhovej časti v prioritě C1 je však uvedené aj opatrenie zamerané na podporu vzdelávania a sociálnu rehabilitáciu ZP a seniorov.

Pozornosť v dokumente Program hospodárskeho a sociálneho rozvoja PSK je sústredená na všeobecný rast vzdelanostnej úrovne obyvateľstva. V analytickej časti popisuje počet vysokoškolských, stredoškolských osôb a osôb najnižším základným vzdelaním. V rámci slabých stránok SWOT analýzy poukazuje na nedostatočne rozvinutý systém ďalšieho vzdelávania a celoživotného vzdelávania (rekvalifikácie, kurzy a pod.). Ako príležitosť je na druhej strane uvedená podpora neformálneho a informálneho vzdelávania a osvetu zo štátnej úrovne či rozvoj inovačných foriem systému celoživotného vzdelávania. V návrhovej časti sa vzdelávania obyvateľov dotýka špecifický cieľ Špecifický cieľ II.1 Modernizácia vzdelávania s dôrazom na kvalitu života a jeho opatrenia na podporu nových foriem celoživotného vzdelávania a ďalšieho vzdelávania dospelých pre meniace sa potreby trhu práce.

V návrhovej časti dokument Konceptie rozvoja sociálnych služieb je uvedená potreba vzdelávania (priorita 2.1 Zabezpečenie profesionálneho výkonu sociálnych služieb) avšak iba zamestnancov sociálnych služieb v rámci splnenia kvalifikačných predpokladov pre výkon sociálnej služby. Dokument Dodatku rovnako v návrhovej časti venuje však pozornosť iba vzdelávaniu zamestnancov sociálnych služieb Dokument Dodatku rovnako v návrhovej časti venuje pozornosť iba vzdelávaniu zamestnancov sociálnych služieb (priorita 6.3. Zabezpečenie odborného a osobnostného rastu zamestnancov v sociálnych službách).

Regionálna integrovaná územná stratégia PSK sa vzdelávaniu seniorov/osôb s ZP nevenuje, v analytickej časti však poskytuje rozsiahly popis systému vzdelávania v kraji, vrátane počtov žiakov.

Doprava ako oblasť so širokým záberom cieľových skupín je pomerne obširne zastúpená v strategických dokumentoch mesta Prešov a PSK. Program rozvoja mesta Prešov v analytickej časti popisuje dopravné riešenie mesta. Poskytuje prehľad o počte mestských okruhov, o doprave pešej, cyklistickej a železničnej. V rámci SWOT analýzy uvádza chýbajúce prvky dopravy pre osoby so zníženou schopnosťou pohybu a orientácie - bariéry v miestach priechodov pre chodcov. V návrhovej časti uvádza aktivitu - osвета dôchodcov v dopravnej premávke. V návrhovej časti sú uvedené opatrenia, ktoré sa

dotýkajú aj skupiny seniorov a osôb ZP a to opatrenie 3.3 Budovanie a skvalitnenie pešej infraštruktúry s dôrazom na dostupnosť občianskej vybavenosti, opatrenie 3.1 Budovanie a skvalitnenie cyklo-dopravnej infraštruktúry, ako aj opatrenie 6.4 Bezbariérové mesto Prešov.

Komunitný plán sociálnych služieb mesta Prešov uvádza, že za účelom zvyšovania kvality poskytovaných sociálnych služieb mesto Prešov zabezpečilo poskytovanie sociálnej služby a uzatvorilo zmluvy neverejnými poskytovateľmi prepravnej služby. V návrhovej časti je venovaná podpore bezbariérového prístupu prioritou C2 - zlepšiť prístupnosti verejných priestranstiev a budov v meste.

Regionálna integrovaná územná stratégia PSK v analytickej časti poskytuje rozsiahly prehľad údajov a informácií k rôznym druhom dopravy na úrovni kraja, ako aj mesta Prešov. SWOT analýza poskytuje na úrovni kraja a krajského mesta zistenia k jednotlivým špecifickým cieľom (1.1 Zlepšenie dostupnosti k cestnej infraštruktúre TEN-T a cestám I. triedy s dôrazom na rozvoj multimodálneho dopravného systému, 1.2.1 Zvyšovanie atraktivity a konkurencieschopnosti verejnej osobnej dopravy, 1.2.2 Zvýšenie atraktivity a prepravnej kapacity nemotorovej dopravy (predovšetkým cyklistickej dopravy) na celkovom počte prepravených osôb). V návrhovej časti sú pre každý špecifický cieľ vymenované opatrenia, ktoré majú napomôcť dosiahnutiu merateľných ukazovateľov ako Celková dĺžka rekonštruovaných alebo zrenovovaných ciest, Celková dĺžka nových ciest, Počet predaných predplatných cestovných lístkov integrovaného dopravného systému, Podiel nízkopodlažných autobusov na celkovom počte autobusov, Podiel cyklistickej dopravy na celkovej delbe dopravnej práce.

Program hospodárskeho a sociálneho rozvoja PSK popisuje v analytickej časti stav jednotlivých foriem dopravy, kde poukazuje napr. na absenciu diaľničného prepojenie kraja s hlavným mestom republiky, celkovo nevyhovujúce cestné spojenie a málo rozvinutú železničnú sieť v kraji. Rovnako poukazuje na rastúce nároky užívateľov cyklotransportu, neustále rastú v dopyte po vyčlenení dopravného priestoru pre cyklistov alebo zriadení cykloturistických trás. Ako jedna zo slabých stránok je v rámci SWOT analýzy uvedená nedostatočná dopravná obslužnosť časti územia verejnou hromadnou dopravou. V návrhovej časti sa doprava v rámci špecifického cieľa I.2 - dobudovanie bezpečnej a kvalitnej technickej infraštruktúry územia zameriava opatrenie na optimalizáciu dopravnej infraštruktúry pre lepšiu obslužnosť územia.

Koncepcia rozvoja sociálnych služieb PSK sa oblasti dopravy nevenuje.

Zamestnanosti a zamestnatel'nosti ako jednej z prioritných oblastí aktívneho starnutia je tiež venovaná pozornosť v rámci strategických materiálov.

Program rozvoja mesta Prešov v analytickej časti popisuje, že mesto Prešov je centrom podnikania v rámci PSK, pričom okresy Prešov, Poprad a Humenné patria k ekonomicky najsilnejším regiónom kraja. V analytickej časti sú popísané odvetvia, ktoré zamestnávajú najviac ľudí. V rámci SWOT analýzy pre oblasť ekonomického rozvoja je medzi slabými stránkami uvedený - nárast počtu obyvateľov v poproduktívnom veku a dlhodobá pretrvávajúca vysoká miera nezamestnanosti. V návrhovej časti v opatrení 1.2 Vytváranie podmienok pre vznik pracovných príležitostí využitím a zhodnotením majetku mesta Prešov je spomenuté aj vytváranie chránených dielní a chránených pracovísk a budovanie sociálnych podnikov.

V analytickej časti Komunitného plánu sociálnych služieb mesta Prešov sú uvedené iba obecné štatistiky o ne/zamestnanosti. V návrhovej časti sa však tejto problematike venujú viaceré odporúčania v rámci priority C3 Vytvoriť podmienky na zvýšenie zamestnanosti osôb so zdravotným postihnutím.

Dokument Regionálna integrovaná územná stratégia PSK sa v analytickej časti zameriava na podnikania v oblasti kreatívneho priemyslu a tvorby pracovných síl v tomto odvetví. Rovnako návrhová časť prináša opatrenia na zlepšenie situácie v tejto oblasti a naplnenie merateľného ukazovateľa Celkový počet pracovných miest v kultúrnom a kreatívnom priemysle.

Program hospodárskeho a sociálneho rozvoja PSK v analytickej časti dokument popisuje postavenie obyvateľa na trhu práce, aktuálny stav pracovnej sily, ukazovatele miery zamestnanosti a chudoby v PSK. V návrhovej časti dokumentu sa problematike

venuje špecifický cieľ I.1 Podpora podnikania a inovácií (opatrenie zamerané na podporu podnikania a zamestnanosti (uľahčenie prístupu k finančným zdrojom) a II.2 Budovanie a rozvoj centier zdravotníckych, sociálnych a komunitných služieb pre inkluzívnu občiansku spoločnosť (opatrenie zamerané na obnovu pracovných návykov a opatrenie na zlepšenie existujúcich pracovných podmienok a podpora tvorby nových pracovných miest pre budovanie inkluzívneho trhu práce).

Koncepcia rozvoja sociálnych služieb PSK sa venuje priestor iba zamestnancom v sociálnych službách. V návrhovej časti vyššie spomenutej priority 2.1 popisuje akým spôsobom by sa malo dosiahnuť plnenie percentuálneho podielu odborných zamestnancov na celkovom počte zamestnancov v zariadeniach sociálnych služieb.

Program rozvoja mesta Prešov popisuje situáciu **bývania a prostredia** v analytickej časti, kde je o.i. uvedené, že na území mesta Prešov existuje 250 kolektívnych obydlií, ktoré sú určené na bývanie veľkých skupín jednotlivcov alebo viacerých domácností (napr. Internáty, študentské domovy, domovy dôchodcov, detské domovy, kúpele, kláštory atď.). V tejto časti je tiež popísaný aj počet nájomných bytov vo vlastníctve mesta Prešov, ako aj stav verejnej zelene či kvality ovzdušia. V SWOT analýze v časti Životné prostredie sú v slabých stránkach uvedené body ako nárast emisií CO₂ a negatívne pôsobenie na klímu v meste či vysoký pomer zastavaných plôch ku zeleným plochám. V návrhovej časti sa skupiny seniorov či osôb ZP dotýka opatrenie 4.6 Adaptovanie sa na nepriaznivé dopady zmeny klímy (zvýšená frekvencia a intenzita povodní, búrok, vín horúčav, sucha). Problematika samotného bývania seniorov a osôb ZP však nie je v dokumente bližšie spomenutá.

Komunitný plán sociálnych služieb takisto v analytickej časti popisuje celkový počet nájomných bytov vo vlastníctve mesta Prešov, navyše však aj počet žiadostí a žiadateľov o nájomný byt. V návrhovej časti v prioritě C1 je uvedené opatrenie zamerané na podporu bývania pre zdravotne postihnutých a seniorov, bližšie sa však problematike okolitého životného prostredia nevenuje.

Program hospodárskeho a sociálneho rozvoja PSK v analytickej časti uvádza počet dokončených bytov a veľkosť bytov v celom PSK. Téma bývania je spomenutá aj v rámci niektorých bodov SWOT analýzy (nežiaduci rozvoj suburbanizácie, nekoncepčný rozvoj bývania, úbytok obyvateľov v severovýchodnej časti kraja, rast dopytu po bývaní predovšetkým v zázemí väčších miest, rastúci počet rozostavaných a dokončených bytov). Problematika životného prostredia (kvalita ovzdušia, hluk a i.) je rovnako spracovaná v analytickej časti dokumentu, avšak napríklad nerieši problematiku verejnej zelene a zameriava sa viac na oblasť energetiky. V návrhovej časti sa problematiky bývania a prostredia dotýkajú opatrenia špecifického cieľa II.3 Udržateľný rozvoj územia s dôrazom na podporu kultúrneho potenciálu (podpora zabezpečenia bezpečnosti obyvateľov a bývania) a špecifického cieľa III.1 Starostlivosť o životné prostredie a znižovanie záťaží (riadenie rizík spôsobených zmenou klímy a revitalizácia urbanizovaných oblastí s pozitívnym dopadom na kvalitu ŽP a zdravie obyvateľov, podpora zavádzania efektívnych a ekologických modulových systémov prepravy osôb).

V dokumente Regionálna integrovaná územná stratégia PSK je analytická časť venovaná aj popisu zdrojov znečistenia ovzdušia, stavu verejnej zelene v krajskom meste Prešov. SWOT analýza bližšie rozoberá na úrovni kraja a krajského mesta súčasný stav v rámci špecifického cieľa 4.3.1 Zlepšenie environmentálnych aspektov v mestách a mestských oblastiach prostredníctvom budovania prvkov zelenej infraštruktúry a adaptáciou urbanizovaného prostredia na zmenu klímy ako aj zavádzaním systémových prvkov znižovania znečistenia ovzdušia a hluku. Návrhová časť prezentuje následne opatrenia na naplnenie hlavného ukazovateľa Podiel zelenej infraštruktúry na celkovej rozlohe miest PSK. Sfere bývania sa dokument venuje predovšetkým v rámci SWOT analýzy pre vyššie uvedený špecifický cieľ 2.1.1. V analytickej časti sú popísané taktiež možnosti riešenia bytovej otázky rodiny ktoré si nevedia z finančných dôvodov zabezpečiť bývanie, ako aj počet nájomných bytov vo vlastníctve mesta Prešov.

Koncepcia rozvoja sociálnych služieb PSK sa téme bývania a prostredia nevenuje.

Sociálnej inklúzie a angažovanosti seniorov/osôb ZP v komunite venuje pozornosť Komunitný plán sociálnych služieb mesta Prešov, ktorý poukazuje na dôležitosť zapájania miestneho spoločenstva a nutnosť hľadať metódy a formy oslovenia a zapojenia tak, aby ponuka na spoluprácu bola zrozumiteľná. V návrhovej časti sa okrajovo tejto témy dotýkajú viaceré opatrenia už spomenutých priorít A1 a C1, ale aj priority D4 Posilňovať sociálnu inklúziu ľudí z marginalizovaných komunít a ohrozených skupín.

Dokument Program hospodárskeho a sociálneho rozvoja PSK sa v návrhovej časti dotýka sociálnej inklúzie prostredníctvom opatrenia zameraného aj na podporu sociálnej inklúzie v špecifickom ciele II.2.

V ostatných strategických materiáloch táto téma absentuje.

1.1. KOMUNITNÉ PLÁNOVANIE SOCIÁLNYCH SLUŽIEB

Komunitné plánovanie sociálnych služieb by malo byť kľúčovým nástrojom rozvoja sociálnej práce a sociálnej politiky na národnej úrovni, a tým aj vytvorenia vhodných podmienok pre aktívne starnutie.

Komunitné plánovanie sociálnych služieb je metóda, výsledkom ktorej je dokument s rovnakým názvom. Prostredníctvom nej je možné na úrovni obce/mesta, mikroregiónu alebo kraja plánovať sociálne služby tak, aby zodpovedali potrebám jednotlivých skupín obyvateľov a zároveň boli v súlade s miestnymi špecifikami. Ide o otvorený proces, cieľom ktorého je napĺňať potreby obyvateľov pomocou dostupných a kvalitných foriem sociálnej pomoci, zabezpečovať zdroje na jednotlivé druhy sociálnych služieb, hľadať optimálne riešenia vo vybavenosti a efektívnosti sociálnych služieb, ktoré najlepšie zodpovedajú miestnym podmienkam a potrebám ľudí⁵. Zmyslom komunitného plánovania na úrovni obce alebo mesta je získať a následne vyhodnotiť názory obyvateľov, prijímateľov, resp. potenciálnych prijímateľov sociálnych služieb, ich rodinných príslušníkov, ako aj názory verejných a neverejných poskytovateľov sociálnych služieb na danom území. Participatívny proces je tu minimálne rovnako dôležitý ako v dokumente PHSR obce/mesta. Vzhľadom na rozmanitosť cieľových skupín, ktoré je potrebné osloviť, by mali byť preto vybrané viaceré metódy pri ich príprave.

Komunitné plánovanie by malo viesť k vzniku spolupráce a partnerstiev v oblasti poskytovania sociálnych služieb a zároveň by malo byť prostriedkom uplatňovania princípu demokracie. Princípy demokracie znamenajú zapojenie verejnosti (fyzických osôb, ktorých sa priamo, ale aj nepriamo oblasť sociálnych služieb týka) do procesu komunitného plánovania sociálnych služieb.

Jednou z hlavných úloh komunitného plánovania je identifikovať sociálne potreby a následne zvoliť stratégiu ich riešenia s dôrazom na práva prijímateľa sociálnych služieb, povinnosti poskytovateľov sociálnych služieb ako aj technické, organizačné, priestorové, personálne, finančné podmienky verejného poskytovateľa, ktorým je obec/mesto.

Zákon o sociálnych službách definuje základné okruhy, ktoré majú byť v tomto materiáli spracované, ale ministerstvom spracovaná metodika absentuje. Existujú však metodika spracovaná nadáciou SOCIA, ktorá celý proces podrobne vysvetľuje. Vypracovanie Komunitného plánu sociálnych služieb by v súlade s touto metodikou malo prebiehať podľa nasledujúcich základných princípov:

- **Všetci sú si rovní.** Potreby a ciele všetkých účastníkov majú rovnakú váhu. Rovnaký priestor musí byť venovaný názorom všetkých zúčastnených strán.

⁵ Komunitný plán sociálnych služieb - metodická príručka, Socia, 2018, str. 8

- **Zapojenie miestneho spoločenstva.** Je dôležité využiť rôzne metódy a formy osločovania obyvateľov na spoluprácu. Príležitosť na vyjadrenie svojho názoru by mali dostať všetci aktéri tohto procesu.
- **Hľadanie nových ľudských a finančných zdrojov.** Nesmie sa zabudnúť na spoluprácu s podnikateľmi, ktorí sa už v minulosti angažovali v oblasti sociálnych služieb, na dôležitosť práce dobrovoľníkov v sociálnych službách, na svojpomocné skupiny, rodinnú starostlivosť, susedskú výpomoc a pod.
- **Práca s informáciami.** Je potrebné zabezpečiť rovnaký prístup k informáciám pre všetkých, ktorí sa zúčastňujú plánovania a odovzdávania informácií verejnosti. V prípade pravidelného odovzdávania informácií bude možné očakávať relevantné pripomienky a podnety.
- **Priebeh spracovania komunitného plánu je rovnako dôležitý, ako výsledný dokument.** Proces komunitného plánovania je založený na vyhľadávaní, zapájaní a diskusiách s rôznymi aktérmi. Proces umožňuje, aby bol navrhnutý systém sociálnych služieb jedinečný, neopakovateľný a plne zodpovedal miestnym potrebám, podmienkam a zdrojom.
- **Zohľadnenie už vytvorenej a osvedčenej spolupráce.** Efektívna a dobre fungujúca spolupráca medzi všetkými účastníkmi prináša lepšie výsledky.
- **Kompromis priania a možností.** Výsledkom komunitného plánovania je nájdenie kompromisného riešenia medzi tým, čo sa chce a tým, čo je reálne dosiahnuť. Dôležitú úlohu rolu nezohrávajú len materiálne, finančné a ľudské zdroje, ale tiež spoločná dohoda, ktorá vymedzuje, kto a ako sa bude na dosiahnutí cieľov komunitného plánu podieľať.

1.2. ÚZKE MIESTA PROCESU PRÍPRAVY A OBSAHU STRATEGICKÝCH MATERIÁLOV ZAMERANÝCH NA PROBLEMATIKU AKTÍVNEHO STARNUTIA

Chýbajúce pokrytie niektorých oblastí aktívneho starnutia

Nie všetky analyzované dokumenty sa zameriavajú na pokrytie komplexnej problematiky aktívneho starnutia. Avšak aj tie dokumenty, ktoré sa venujú primárne iba jednej či niektorým vybraným témam v rámci aktívneho starnutia alebo dokumenty, ktoré riešia celkový hospodársky a sociálny rozvoj regiónu alebo obce/mesta by mali zohľadňovať túto problematiku ako celok, resp. sa odvolávať na tie zdroje, ktoré sa jej osobitne venujú. A strategické materiály osobitne zamerané na problematiku aktívneho starnutia ako celku by mali pojednávať o všetkých jej čiastkových oblastiach.

Medzi témy aktívneho starnutia, ktorým chýbalo na základe realizovanej analýzy bližšie rozpracovanie patrili najmä:

- finančné zdravie – príjmy a výdavky domácností seniorov a osôb s ZP, miera ich chudoby (absentuje najmä v dokumentoch na regionálnej a miestnej úrovni),
- zdravotná starostlivosť - absentuje najmä v dokumentoch na miestnej úrovni. (pozn.: zdravotná starostlivosť síce nepatrí do kompetencií obcí/miest, ale je dôležitou sférou, ktorá vplyva na mnohé iné oblasti života v meste alebo na dedine, ako napr. poskytovanie sociálnych služieb. Iba tie samosprávy, ktoré poznajú stav a problémy aj zdravotnej starostlivosti sa môžu zo svojej pozície usilovať o zlepšenie kvality života svojich obyvateľov),

- IK-T – dostupná infraštruktúra, využitie internetu/pevnej linky/mobilov, počítačová gramotnosť, technológie zvyšujúce kvalitu života seniorov a osôb s ZP,
- bezpečnosť a ochrana ľudských práv – bezpečnosť na cestách, páchaná kriminalita špecificky vo vzťahu k skupine seniorov a osôb s ZP,
- prostredie pre život – kvalita ovzdušia, klíma, prírodné prostredie a verejné priestory,
- sociálna inklúzia a angažovanosť v komunite – participácie seniorov a osôb s ZP na veciach verejných.

Prítomná informačná duplicita a nedotiahnutá návrhová časť strategických dokumentov

Z hodnotenia štruktúry strategických materiálov uvedených v Schéme 1 možno vyvodiť nasledovné zistenia:

- Analytické kapitoly sú najrozsiahlejšou a najpodrobnejšie spracovanou časťou dokumentov. V mnohých dokumentoch však dochádza k prelínaniu sa analyzovaných území a tém a dochádza tak k informačnej duplicite (zakaždým sa „nanovo“ recyklujú informácie a štatistické údaje), čo vedie minimálne k zbytočným stratám času pri ich príprave.
- Návrhová časť, aj v podobe akčných plánov predstavuje konkrétne kroky k naplneniu stanovených vízií a cieľov, avšak na základe uskutočnenej analýzy býva najslabšou časťou aktuálnych strategických dokumentov. Bez konkrétne formulovanej taktiky je málo pravdepodobné, že sa formulované ciele aplikujú do praxe. Alokácia rozpočtu, zodpovedných subjektov a osôb, časového a kapacitného rámca, výkonnostných indikátorov a metód monitoringu nie sú v niektorých dokumentoch dopracované vôbec, ako to ilustruje aj nižšie uvedená Schéma 3:

	STRATÉGIA													
	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.	14.
ANALYTICKÁ ČASŤ														
ANALÝZA	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
SWOT ANALÝZA										■	■	■	■	■
STRATEGICKÁ ČASŤ														
STRATEGICKÉ CIELE	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
VYKONÁVACIA ČASŤ														
ŠPECIFICKÉ CIELE	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
NAVRHNUITÉ AKTIVITY/OPATRENIA	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
SYSTÉM FINANČNÉHO ZABEZPEČENIA REALIZÁCIE CIEĽOV/OPATRENÍ		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
ORGANIZAČNÉ ZABEZPEČENIE REALIZÁCIE CIEĽOV/OPATRENÍ		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
HARMONOGRAM PLÁNOVANÝCH AKTIVÍT	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
JE POTREBNÉ DODATOČNÉ VYPRACOVANIE KONKRÉTNÝCH REALIZAČNÝCH PLÁNOV/PROJEKTOV?	ÁNO	ÁNO	ÁNO	ÁNO	ÁNO	ÁNO	ÁNO	ÁNO	ÁNO	ÁNO	ÁNO	ÁNO	ÁNO	ÁNO
INDIKÁTORY/MERATEĽNÉ UKAZOVATELE VÝSLEDKOV	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Zapájanie verejnosti do procesu tvorby stratégie											■	■	■	■

1. KONCEPCIA ROZVOJA SOCIÁLNYCH SLUŽIEB PSK A DODATOK Z ROKU 2011
2. CELOŠTÁTNA STRATÉGIA OCHRANY A PODPORY ĽUDSKÝCH PRÁV V SR
3. STRATEGICKÝ RÁMEC STAROSTLIVOSTI O ZDRAVIE
4. STRATÉGIA DEINŠTITUCIONALIZÁCIE SYSTÉMU SOCIÁLNYCH SLUŽIEB A NÁHRADNEJ STAROSTLIVOSTI V SR, AKČNÝ PLÁN
5. NÁRODNÁ RÁMCOVÁ STRATÉGIA PODPORY SOCIÁLNEHO ZAČLENENIA A BOJA PROTI CHUDBE
6. NÁRODNÝ PROGRAM ROZVOJA ŽIVOTNÝCH PODMIENOK OSÔB SO ZDRAVOTNÝM POSTIHNUTÍM
7. NÁRODNÝ PROGRAM PODPORY ZDRAVIA
8. NÁRODNÝ PROGRAM AKTÍVNEHO STARNUTIA
9. STRATÉGIA AKTÍVNEHO STARNUTIA
10. NÁRODNÉ PRIORITY ROZVOJA SOCIÁLNYCH SLUŽIEB
11. PROGRAM ROZVOJA MESTA PREŠOV, AKČNÝ PLÁN
12. REGIONÁLNA INTEGROVANÁ ÚZEMNÁ STRATÉGIA PREŠOVSKÉHO KRAJA
13. PROGRAM HOSPODÁRSKEHO A SOCIÁLNEHO ROZVOJA PSK, AKČNÝ PLÁN
14. KOMUNITNÝ PLÁN SOCIÁLNYCH SLUŽIEB MESTA PREŠOV, AKČNÝ PLÁN

Podrobne

Stručne opísané

Spomenuté

Neuvedené

Schéma 3 Porovnanie štruktúry vybraných strategických dokumentov pre sociálnu oblasť (vlastné spracovanie)

Nedostatočné komunitné plánovanie sociálnych služieb a chýbajúca jednotná metodika pre vypracovávanie strategických materiálov na regionálnej a miestnej úrovni

V januári 2018 síce vstúpila do platnosti novela Zákona o sociálnych službách, ktorá obciam nariadila spracovanie komunitného plánu sociálnych služieb, resp. jeho aktualizáciu v zmysle tejto novely, ale obce mali iba 6 mesiacov na tento proces (do 30. 06. 2018). Väčšina z nich začala s prípravou až v apríli a máji. Spracovať kvalitný komunitný plán sociálnych služieb sa pritom nedá urobiť rýchlo, tento proces podľa odborníkov môže trvať aj jeden rok.

Mnohé samosprávy však ku komunitnému plánu pristúpili len ako k formálnej povinnosti, ktorú je potrebné splniť, bez ohľadu na výsledok a na úkor kvality. Vnímajú ju ako zbytočnú byrokratickú a administratívnu záťaž a nadmernú povinnosť pre územnú samosprávu. MPSVaR neposkytlo k vypracovávaniu komunitných plánov ani žiadnu (metodickú) podporu.

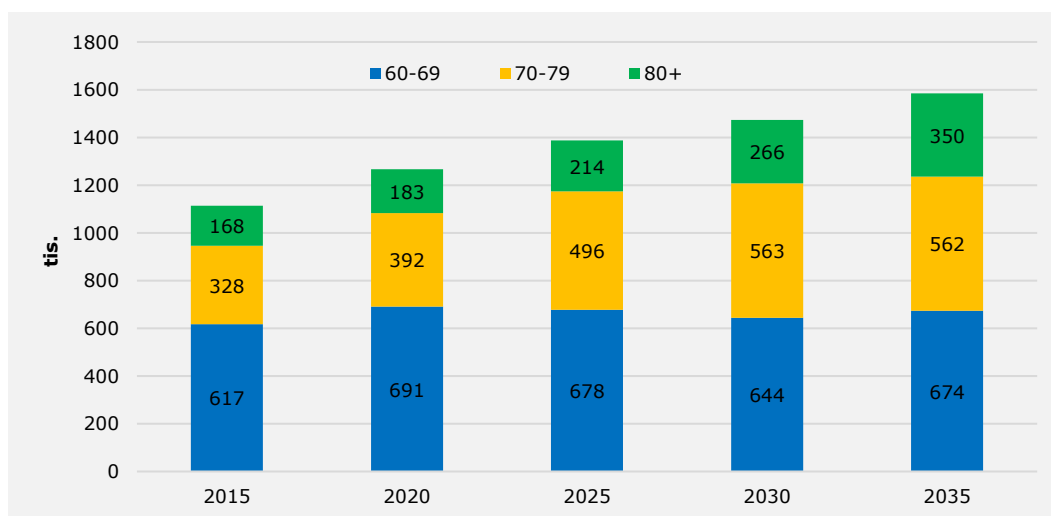
(poznámka z praxe: poctivý proces komunitného plánovania je oveľa skôr zrealizovateľný v mestách, ktoré má svoje sociálne oddelenie s odborníkmi na sociálne služby. Platí to aj v prístupe ku participáčnemu procesu).

Problém prípravy komunitných plánov sociálnych služieb nadväzuje na hlbší problém chýbajúcej komplexnej metodiky pre spracovanie strategických materiálov nariadených rôznymi štátnymi orgánmi, či už ide o dokumenty na národnej, regionálnej alebo miestnej úrovni. Aj všade prítomná informačná duplicita v dokumentoch indikuje chýbajúcu vzájomnú nadväznosť a „rezortný“ prístup k zadávaniu povinnosti tvorby strategických materiálov.

Samosprávy často pri spracovaní komunitného plánu sociálnych služieb nevychádzajú z PHSR. V rámci týchto dvoch dokumentov dochádza neraz napr. k demografickým odchýlkam, a základné štatistické údaje v nich uvedené nie sú rovnaké. Dôvodom je aj to, že v praxi si samosprávy spracovávajú dokumenty rôznymi spôsobmi, príp. využívajú pomoc viacerých externých dodávateľov, pričom nečerpajú z rovnakých zdrojov - napr. Štatistický úrad SR môže mať iné údaje ako matrika a pod.). Chýba aj nadväznosť a prepojenosť v strategickej časti. V komunitnom pláne bývajú uvedené iné projekty pre sociálnu oblasť, ako je tomu v PHSR.

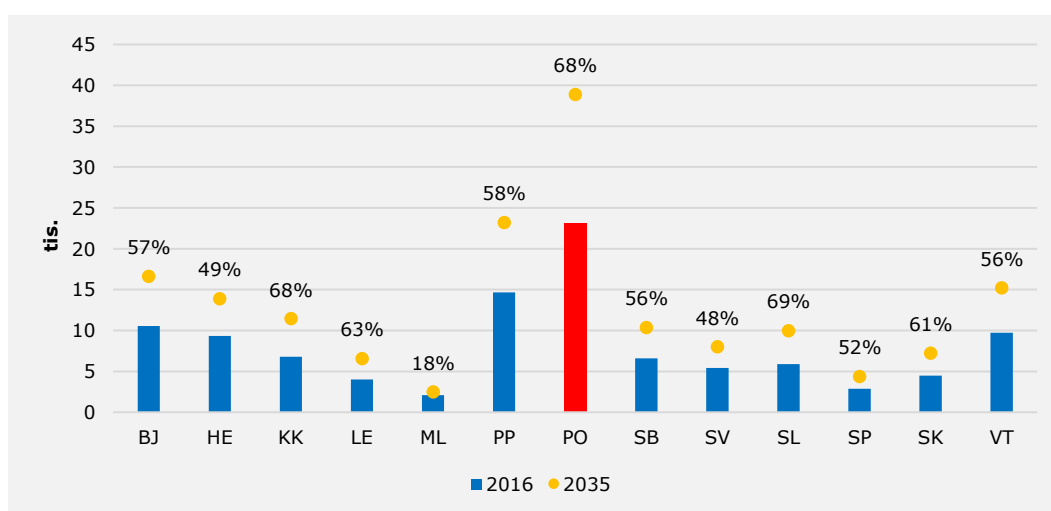
2. SOCIÁLNA A ZDRAVOTNÁ STAROSTLIVOSŤ AKO OBLASŤ PRIORITNÉHO ZÁUJMU V RÁMCI AKTÍVNEHO STARNUTIA

Slovensko patrí k najrýchlejšie starnúcim ekonomikám v EÚ. Podľa prognóz ESSPOP⁶ počet osôb vo vekovej skupine 65-74 rokov do roku 2035 vzrastie len o štvrtinu približne na 600 tisíc, avšak počet osôb vo veku nad 75 rokov sa takmer zdvojnásobí a dosiahne 616 tisíc. Miera závislosti seniorov, teda podiel osôb 65+ na obyvateľstve vo veku 15-64, vzrastie rýchlejšie ako priemer okolitých štátov (V3) a EÚ28. Kým na Slovensku v období 2013-2035 vzrastie o 17,1 % na 35,8 %, v priemere štátov V3 porastie pomalšie o 13,2 % na 36,9 % a v priemere EÚ28 o 15,4 % na 43,3 %. Najrýchlejšie starnutie sa však na Slovensku prejaví až po roku 2040.



Graf 1 Projekcia vývoja vekových skupín v SR (osoby)
Zdroj: Populačná projekcia ESSPOP (Eurostat)

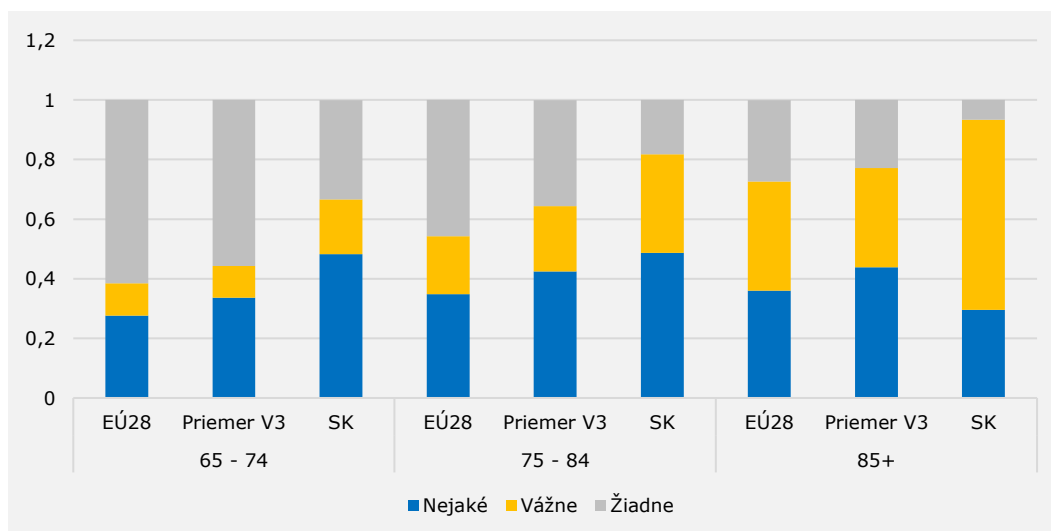
Vývoj počtu na národnej úrovni kopíruje aj projekcia v rámci okresov PSK, v ktorých sa očakáva významný nárast počtu obyvateľov 65+ v roku 2035.



Graf 2 Prognóza počtu obyvateľov 65+ v okresoch PSK
Zdroj: VDC (Infostat), vlastný prepočet

⁶ European Statistical System Population Projections

Slovenskí seniori pritom hodnotia svoje zdravie horšie oproti susedným štátom. Podľa prieskumu čelia zdravotným obmedzeniam pri každodenných aktivitách častejšie a v skoršom veku. Už vo vekovej skupine 75-84 sa slovenskí seniori stretávajú so zdravotnými obmedzeniami častejšie, než seniori nad 85 rokov v susedných štátoch.



Graf 3 Dlhodobé obmedzenia každodenných aktivít zo zdravotných dôvodov podľa veku (2016)

Zdroj: Eurostat [hlth_silc_12] – na základe sebahodnotenia

Sociálna a zdravotná starostlivosť sa neoddeliteľne prelínajú pri podpore aktívneho starnutia a zvyšovaní zdravia a kvality života ľudí. V rámci podmienok SR sú zabezpečované prostredníctvom troch pilierov:

- Sociálne služby
- Zdravotná starostlivosť
- Kompenzácia ťažkého zdravotného postihnutia (ŽZP)
- ... a pilieru *Dôchodky*⁷

Sociálne služby, ako súčasť sociálnej pomoci ľuďom, sú zamerané na prevenciu vzniku, riešenie alebo zmiernenie nepriaznivej sociálnej situácie osoby alebo rodiny, na zachovanie, obnovu alebo rozvoj schopnosti jednotlivca viesť samostatný život (tzv. sociálna rehabilitácia), podporu začlenenia jednotlivca do spoločnosti a prevenciu sociálneho vylúčenia.

Poskytovaná zdravotná starostlivosť je zameraná na prevenciu, diagnostiku, liečbu a ošetrovanie s cieľom obnovy, podpory zdravia a predĺženia života človeka.

Kompenzácia ŽZP je zameraná na riešenie sociálnych dôsledkov funkčnej poruchy⁸ človeka, kedy dochádza k jeho znevýhodneniu oproti iným osobám rovnakého veku, pohlavia a za rovnakých podmienok a ktoré nie je schopný sám prekonať.

⁷ Dôchodkové dávky nepredstavujú priamo poskytovanie sociálnych či zdravotných služieb a preto, okrem vzájomných prienikov, nie sú predmetom bližšej analýzy v tomto dokumente. Dôchodkové dávky ako príjem obyvateľstva v rámci problematiky aktívneho starnutia začleňujeme pod oblasť Finančné zdravie, ktorej sa však tento dokument bližšie nevenuje.

⁸ nedostatok telesných schopností, zmyslových schopností alebo duševných schopností fyzickej osoby, ktorý z hľadiska predpokladaného vývoja zdravotného postihnutia bude trvať dlhšie ako 12 mesiacov. Za fyzickú osobu s ŽZP sa považuje fyzická osoba, ktorej miera funkčnej poruchy je najmenej 50 %.

Služby poskytované v rámci jednotlivých pilierov sú zoskupené podľa druhu a/alebo formy pomoci. Ich základné členenie zobrazuje Schéma 4 nižšie. Bližšie sú popísané v rámci príslušných zákonov.

Účelom tejto kapitoly je posúdiť najmä situáciu v pilieri Sociálne služby z rôznych hľadísk so zameraním na seniorov a osoby s ZP⁹, avšak jednotlivé podkapitoly sa podľa relevantnosti dotýkajú aj zdravotnej starostlivosti a kompenzácie ŤZP. Medzi poskytovanými službami naprieč týmito piliermi dochádza totiž k vzájomným prienikom a súvzťažnosti.

V úvode kapitoly považujeme za potrebné poznamenať, že pre bežného občana, ktorý sa ocitne v nepriaznivej situácii je pomerne problematické zorientovať sa v poskytovaných službách pomoci v krajine bez hlbšej znalosti či poskytnutého poradenstva

⁹ dokument sa nevenuje sociálnym službám poskytovaným iným ohrozeným skupinám, tj. službám krízovej intervencie či sociálnym službám na podporu rodiny s deťmi.

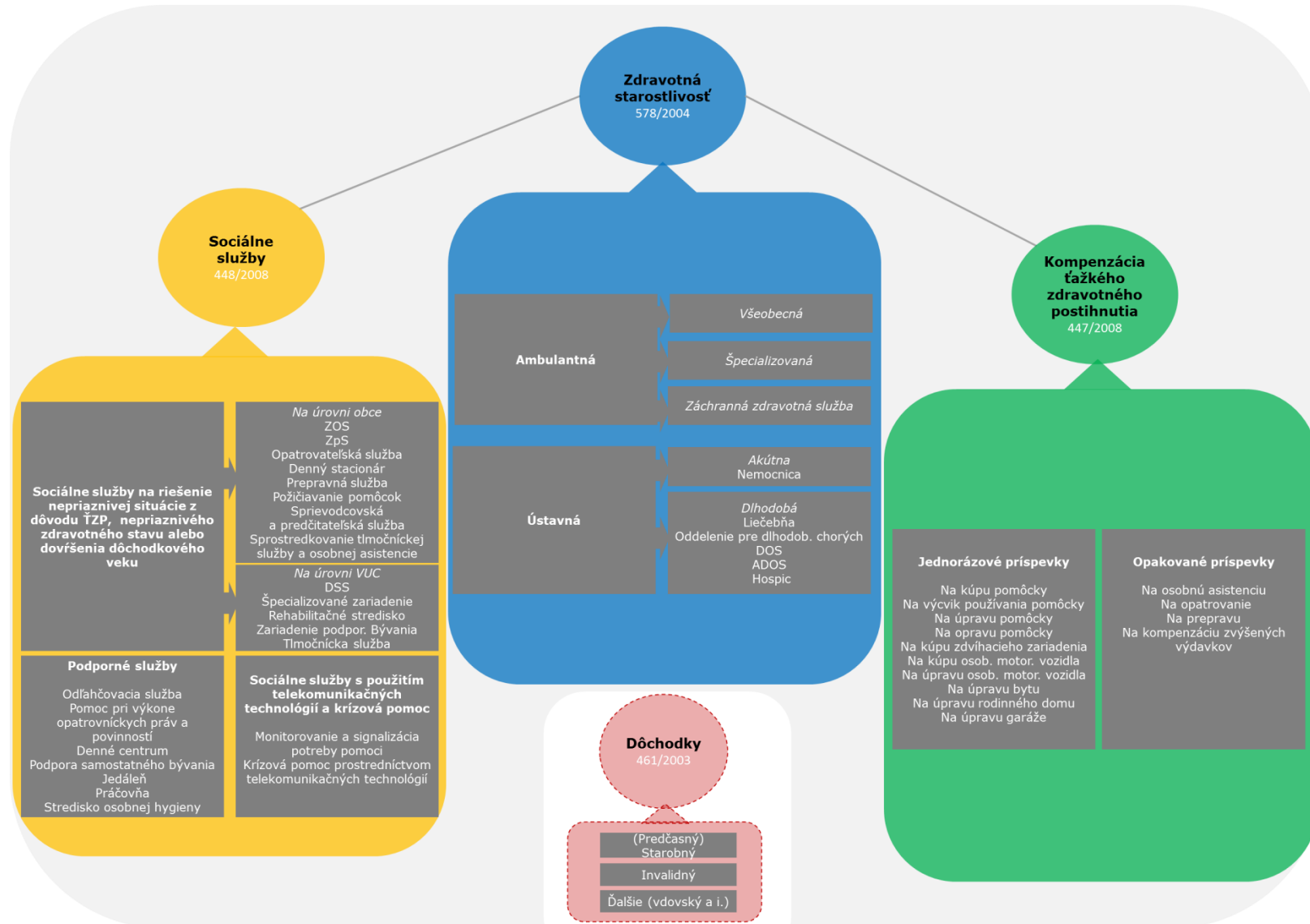


Schéma 4 Piliere sociálnej a zdravotnej starostlivosti v kontexte aktívneho starnutia v SR (vlastné spracovanie)

2.1. FINANCOVANIE SOCIÁLNYCH SLUŽIEB

Napriek svojmu zdravotnému stavu väčšina seniorov v SR, ktorých počet rastie preferuje dožitie vo svojom domove, podľa možností medzi rodinnými príslušníkmi. Starostlivosť o svojich rodičov zo strany potomkov však už nie je taká častá ako v minulosti. Spoločenské zmeny v druhej polovici 20. storočia viedli k profesionálnemu uplatneniu oboch partnerov (muža a ženy), ako aj zníženiu počtu mnohohodných rodín a naopak zvýšeniu bezdetných párov.

Tieto celospoločenské zmeny vytvárajú tlak na poskytované sociálne, ako aj zdravotné služby a teda v prvom rade na zabezpečenie ich financovania.

Hoci obyvateľstvo SR zostarne nadpriemerne rýchlo, verejné výdavky na dlhodobú starostlivosť (najmä sociálne služby a opatrovanie) sa majú podľa projekcie najbližšie polstoročie držať pod priemerom EÚ.

Zatiaľ čo v európskom priemere vzrastú o 1,1 % na 2,7 % HDP, na Slovensku to má byť len o 0,6 % na 1,5 % HDP. Pre porovnanie, v Českej republike majú porásť dva a pol krát rýchlejšie, až o 1,6 % na 2,9 % HDP. Ako hlavný dôvod nižších výdavkov na Slovensku sa javí nedostatočné pokrytie dopytu po dlhoboj starostlivosti.

	2016	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050	2055	2060	2065	2070
SK	0,90	0,93	1,02	1,10	1,18	1,25	1,31	1,35	1,41	1,46	1,49	1,48
Priemer V3	0,85	0,88	0,98	1,07	1,19	1,30	1,39	1,47	1,57	1,68	1,76	1,78
EÚ27	1,60	1,70	1,81	1,94	2,09	2,25	2,40	2,55	2,66	2,71	2,72	2,75

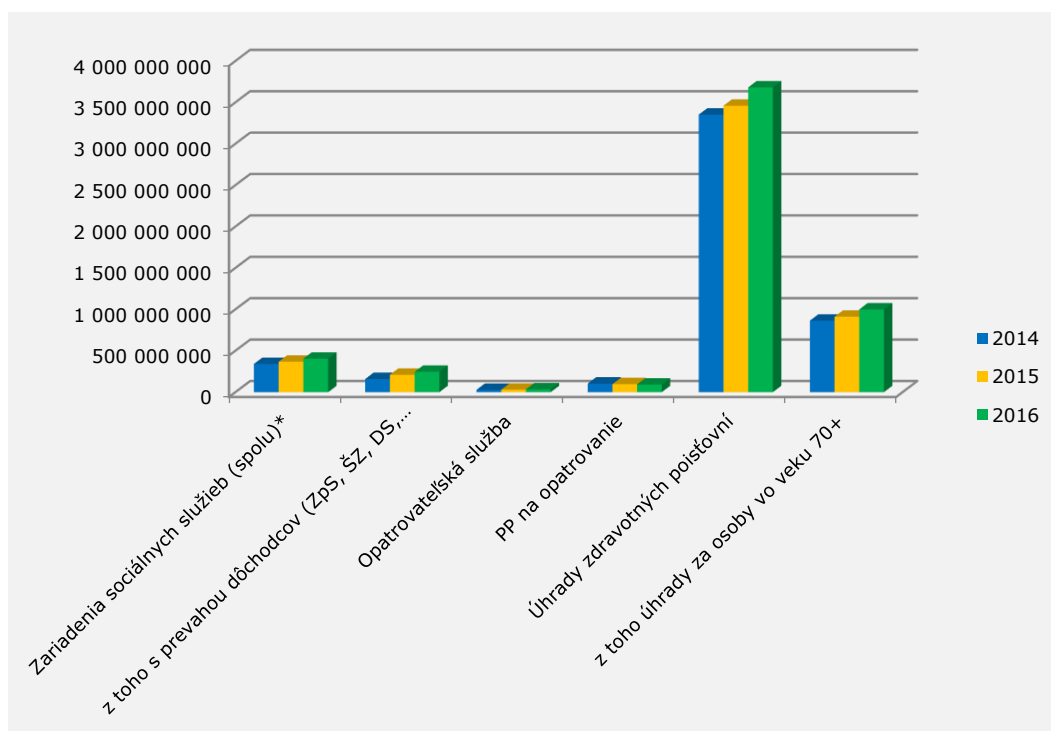
Tabuľka 1 Projekcia výdavkov na dlhodobú starostlivosť (% HDP)
Zdroj: Európska komisia (AWG 2018)

Dlhodobá sociálna a zdravotná starostlivosť zahŕňa rôzne ošetrovateľské, osobné a asistenčné služby, ktoré sa poskytujú s cieľom znížiť bolesť alebo zmierniť zhoršený zdravotný stav dlhodobo odkázaných osôb, pomôcť im pri úkonoch sebaobsluhy (ADL - activities of daily living) ako prijímanie potravy, umývanie alebo obliekanie a asistovať im pri úžitkových aktivitách každodenného života (IADL - instrumental activities of daily living,) ako varenie, nakupovanie a správa financií¹⁰.

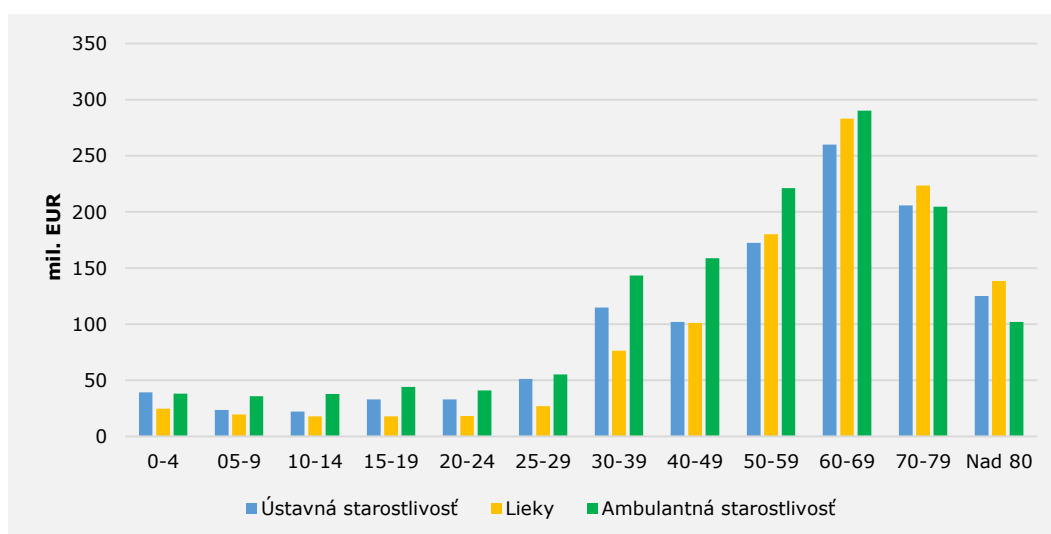
Cieľovou skupinou dlhoboj starostlivosti sú podľa Muir¹¹ najmä osoby vo vyššom veku (65+). Definície medzinárodných organizácií sú širšie a neohraničujú poskytovanie dlhoboj starostlivosti vekom. Verejné výdavky súvisiace s dlhodobou starostlivosťou sú však výraznejšie koncentrované na vyššie vekové skupiny, čo platí najmä v prípade úhrad zdravotných poisťovní, ako to dokumentujú aj nižšie uvedené grafy.

¹⁰ Táto definícia je v súlade s definíciou dlhoboj starostlivosti (zdravotnej a sociálnej) podľa Systému zdravotných účtov 2011 Svetovej zdravotníckej organizácie, s položkou HC.3 pre zdravotný a HCR.1 pre sociálny komponent, ako aj OECD, OECD Health Statistics 2017 - <http://www.oecd.org/health/health-data.htm> a OECD, Eurostat, WHO (2011), A System of Health Accounts, OECD Publishing. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264116016-en>

¹¹ Muir, T. (2017), "Measuring social protection for long-term care", OECD Health Working Papers, No. 93, OECD Publishing, Paris. <http://dx.doi.org/10.1787/a411500a-en>



Graf 4 Vybrané verejné výdavky v súvislosti s dlhodobou starostlivosťou
Zdroj: MPSVaR SR (Správa o sociálnej situácii, Príloha ku kapitole 3), MZ SR



Graf 5 Úhrady verejného zdravotného poistenia podľa účelu a vekovej skupiny (2016)
Zdroj: MZ SR

Z pohľadu sociálnych služieb sa na Slovensku uplatňuje viaczdrojový systém financovania. Novelou Zákona o sociálnych službách č. 448/2008 (s účinnosťou od 1.1. 2018) došlo k zavedeniu finančného príspevku podľa stupňa odkázanosti fyzickej osoby pre všetkých poskytovateľov sociálnych služieb rovnako, tj. verejných, ako aj neverejných¹².

¹² neverejní poskytovatelia, ktorí neposkytujú sociálnu službu s cieľom dosiahnuť zisk

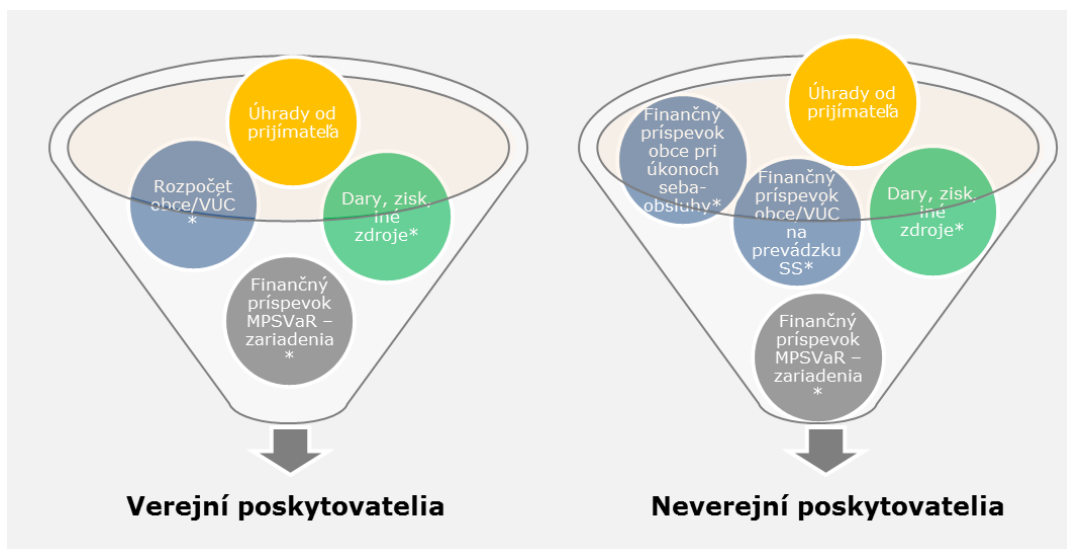


Schéma 5 Zdroje financovania sociálnych služieb v SR (vlastné spracovanie)

Pred novelou Zákona o sociálnych službách MPSVaR SR poskytovalo tzv. príspevok na miesto pre vybrané zariadenia soc. služieb patriace verejným a neverejným poskytovateľom. Pre ďalšie zariadenia a opatrovateľskú službu patriace neverejným poskytovateľom poskytovali príspevky už obce¹³/VÚC podľa stupňa odkázanosti fyzickej osoby a poskytovali im taktiež príspevok na prevádzku sociálnych služieb. Výška poskytovaných príspevkov pred novelizáciou zákona je uvedená v prílohe 1 tohto dokumentu.

Poskytované finančné príspevky MPSVaR SR, obcami a VÚC pre poskytovateľov sociálnych služieb v súčasnosti prezentuje nižšie uvedený prehľad:

¹³ vrátane miest

		Finančný príspevok na poskytovanie sociálnej služby v zariadeniach podmienených odkázanosťou	Finančný príspevok pri odkázanosti fyzickej osoby na pomoc inej fyzickej osoby	Finančný príspevok na prevádzku poskytovanej sociálnej služby - povinný		Finančný príspevok na prevádzku poskytovanej sociálnej služby - dobrovoľný
		MPSVaR	Obec	Obec	VÚC	Obec alebo VUC
Sociálne služby na riešenie nepriaznivej sociálnej situácie z dôvodu ťažkého zdravotného postihnutia, nepriaznivého zdravotného stavu alebo z dôvodu dovretia dôchodkového veku	zariadenie podporovaného bývania	✓			✓	
	zariadenie pre seniorov	✓		✓		
	zariadenie opatrovateľskej služby	✓		✓		
	rehabilitačné stredisko	✓			✓	
	domov sociálnych služieb	✓			✓	
	špecializované zariadenie	✓			✓	
	denný stacionár	✓		✓		
	domáca opatrovateľská služba		✓	✓		
	prepravná služba			✓		
	sprievodcovská služba a predčitateľská služba					✓
	tlmočnícka služba				✓	
	sprostredkovanie tlmočnickej služby					✓
	sprostredkovanie osobnej asistencie					✓
	požičiavanie pomôcok					✓
Sociálne služby s použitím telekom. technológií	monitorovanie a signalizácia potreby pomoci					✓
	krízová pomoc poskytovaná prostredníctvom telekom. technológií					✓
Podporné služby	odľahčovacia služba					
	pomoc pri zabezpečení opatrovníckych práv a povinností					✓
	poskytovanie sociálnej služby v dennom centre					✓
	podpora samostatného bývania				✓	
	poskytovanie sociálnej služby v jedálni					✓
	poskytovanie sociálnej služby v práčovni					✓
poskytovanie sociálnej služby v stredisku osobnej hygieny					✓	

Schéma 6 Prehľad poskytovateľov finančných príspevkov pre neverejných poskytovateľov a verejných poskytovateľov – obce (vlastné spracovanie)

Dôležitou skutočnosťou, ktorá z uvedeného prehľadu vyplýva je akákoľvek chýbajúca podpora odľahčovacej služby, ktorej účelom je odbremeniť opatrovateľov, starajúcich sa o fyzicky odkázanú osobu doma, ktorý poberajú peňažný príspevok na opatrovanie¹⁴. Od júla 2018 opatrovateľom v produktívnom veku príspevok vzrástol o 120,01 eura na 369,36 eura (pôvodný návrh mal byť do výšky minimálnej mzdy), opatrovateľom poberajúcim dôchodkovú dávku má vzrásť príspevok o 92,19 eura na 184,71 eura.

Finančný príspevok na poskytovanie sociálnej služby v zariadeniach podmienených odkázanosťou¹⁵ a finančný príspevok pri odkázanosti fyzickej osoby na pomoc inej fyzickej osoby¹⁶ sú účelovo viazané iba na pokrytie ekonomicky oprávnených nákladov na mzdy a odvody zamestnancov poskytovateľa sociálnej služby. Tieto príspevky budú pritom každoročne podliehať valorizácií. Nariadením vlády Slovenskej republiky sú ustanovené výšky finančné príspevky na roky 2018-2019 nasledovne¹⁷¹⁸:

Stupeň odkázanosti fyzickej osoby na pomoc inej fyzickej osoby	Výška finančného príspevku pri poskytovaní opatrovateľskej služby/mesiac (podľa § 76)	Výška finančného príspevku pri poskytovaní pobytovej sociálnej služby /mesiac/miesto		Výška finančného príspevku pri poskytovaní ambulatnej sociálnej služby /mesiac/miesto obsadené najmenej v rozsahu 8 hodín ambulatnej prevádzky počas pracovného dňa	
		2018	2019	2018	2019
II. Stupeň	89,82 eura	87 eur	96 eur	43,50 eura	64 eur
III. Stupeň	179,68 eura	195,75 eura	216 eur	97,88 eura	144 eur
IV. Stupeň	269,47 eura	261 eur	288 eur	130,50 eura	192 eur
V. Stupeň	359,29 eura	369,75 eura	408 eur	184,88 eura	272 eur
VI. Stupeň	449,18 eura	456,75 eura	504 eur	228,38 eura	336 eur

Tabuľka 2 Výška finančných príspevkov pre neverejných poskytovateľov a verejných poskytovateľov – obce
Zdroj: Prílohy zákona č. 448/2008 Z. z.

Finančný príspevok na poskytovanie sociálnej služby v zariadeniach podmienených odkázanosťou na príslušný rozpočtový rok **sa poskytuje na základe písomnej žiadosti**. Obec a neverejný poskytovateľ vybraných druhov sociálnych služieb predkladá túto žiadosť spolu s povinnými prílohami podľa § 78b MPSVaR SR v termíne od 1. júla do 31. augusta predchádzajúceho rozpočtového roka. S oneskorením podania žiadosti v zákonom stanovenej lehote je spojený jednoznačný následok zániku práva poskytovateľa sociálnej služby na finančný príspevok na príslušný rozpočtový rok.

K žiadosti poskytovateľ sociálnej služby predkladá:

¹⁴ podľa Zákona č. 447/2008 Z. z. - Zákon o peňažných príspevkoch na kompenzáciu ťažkého zdravotného postihnutia

¹⁵ podľa § 71 ods. 6 a 7, § 78a Zákona o sociálnych službách

¹⁶ podľa § 75 ods. 2 Zákona o sociálnych službách

¹⁷ Valorizácia dostupná tu: <https://www.employment.gov.sk/sk/rodina-socialna-pomoc/socialne-sluzby/poskytovanie-financnych-prispevkov/>

¹⁸ prílohy č. 5 a 6 Zákona o sociálnych službách

- Výpis z registra poskytovateľov sociálnych služieb, nie starší ako 3 mesiace (výpis z registra, ktorým sa preukazuje aj kapacita zariadenia, vydáva príslušný VÚC)
- Doklad o tom, že poskytovateľ sociálnej služby v zariadení, na ktoré je finančný príspevok určený, nemá evidované daňové nedoplatky u miestne príslušného správcu dane, nedoplatky na poistnom na verejné zdravotné poistenie (potvrdenia musia byť od každej zdravotnej poisťovne, a to aj v prípade, keď v poisťovni nie je poistený žiaden zamestnanec), nedoplatky na poistnom na sociálne poistenie a nedoplatky na povinných príspevkoch na starobné dôchodkové sporenie.

Doklad o neexistencii dlhov nemôže byť starší ako 3 mesiace. S cieľom nezaťažovať subjekty poskytujúce sociálne služby v ďalších štvrtrokoch, poskytovateľ sociálnej služby opätovne nepredkladá predmetné doklady, nakoľko ministerstvo ich bude v priebehu roka žiadať priamo od Sociálnej poisťovne, príslušných zdravotných poisťovní a finančného riaditeľstva.

- Zoznam prijímateľov sociálnej služby s uvedením ich mena, priezviska, rodného čísla a stupňa ich odkázanosti na pomoc inej fyzickej osoby
- Zoznam zamestnancov poskytovateľa sociálnej služby s uvedením ich mena, priezviska a rodného čísla ku dňu podania žiadosti.

Poznámka: Ak konkrétne zariadenie poskytuje súčasne viacero druhov a foriem sociálnych služieb (pobytová/ambulantná), je nevyhnutné žiadosť a údaje v požadovanej štruktúre (zoznam prijímateľov, zoznam zamestnancov) uvádzať za toto zariadenie osobitne pre počet miest v každom druhu a forme sociálnej služby, ktoré zariadenie poskytuje.

Po vyhodnotení predloženej žiadosti MPSVaR SRuzatvára s poskytovateľom sociálnej služby zmluvu o poskytovaní finančného príspevku na financovanie sociálnej služby.

Tento finančný príspevok MPSVaR nie je možné poskytnúť, ak sa takýto druh podpory (príspevok alebo dávka) vypláca prijímateľovi príslušnou inštitúciou iného štátu. Cieľom je zabrániť duplicite poberania takejto podpory na rovnaký účel z verejných zdrojov, t. j. na zabezpečenie finančnej podpory pri odkázanosti klienta na pomoc inej osoby (napr. cudzincom pri poberaní „Pflegegeld“ z Rakúska alebo „príspevku na péči“ z Českej republiky). Starobný dôchodok môže osoba poberať z viacerých krajín podľa počtu odpracovaných rokov, finančný príspevok na sociálnu službu -bez ohľadu na jeho výšku- však môže poberať len z jednej krajiny z dôvodu vyššie uvedenej duplicity.

V prípade, ak je miesto v zariadení sociálnych služieb obsadené prijímateľom, ktorý poberá finančný príspevok zo zahraničia platí úhradu za sociálnu službu najmenej vo výške ekonomicky oprávnených nákladov spojených s poskytovaním tejto sociálnej služby (ide o tzv. „samoplatcu“).

Finančný príspevok MPSVaR sa vypláca štvrtročne vo výške 25 % zo sumy uvedenej v zmluve.

Okrem podstatných náležitostí zmluvy, sú obsahom zmluvy aj podmienky vrátenia príspevku alebo jeho pomernej časti, ak poskytovateľ pobytovej sociálnej služby mal neobsadené miesto viac ako 30 po sebe nasledujúcich dní a poskytovateľ ambulantnej sociálnej služby mal neobsadené miesto viac ako 20 po sebe nasledujúcich pracovných dní¹⁹, pričom sa neskúma, z akého dôvodu bolo konkrétne miesto neobsadené. V praxi ide najmä o situácie, keď je klient hospitalizovaný alebo na návšteve u príbuzných.

¹⁹ podrobnejšie upravuje situácie, kedy nevzniká nárok na finančný príspevok pri poskytovaní sociálnej služby § 78d ods. 12,13 a nasledovné

V prípade, že finančný príspevok na poskytovanie sociálnej služby nebude z rôznych dôvodov poskytnutý MPSVaR, fakultatívne ho môže poskytnúť aj obec alebo VÚC.

Dôležitou skutočnosťou je aj to, že zákon o sociálnych službách podmieňuje priznanie príspevku z MPSVR SR pre odkázaného občana tým, že poskytovateľ, ktorý mu poskytuje sociálne služby musí byť uvedený v komunitnom pláne obce, kde pôsobí, alebo v koncepcii sociálnych služieb kraja.

Finančný príspevok pri odkázanosti fyzickej osoby na pomoc inej fyzickej osoby na rozdiel od vyššie uvedeného príspevku, ktorý je určený pre pobytovú a ambulantnú formu sociálnych služieb v zariadeniach, sa vypláca zo strany obcí pre terénnu formu sociálnych služieb – opatrovateľskú službu. Tento príspevok sa poskytuje tiež na základe písomnej zmluvy o poskytovaní finančného príspevku. Príspevok sa, podľa zákona, poskytuje v plnej výške aj vtedy, ak sa prijímateľovi sociálnej služby neposkytuje sociálna služba najviac 30 po sebe nasledujúcich dní z dôvodu neprítomnosti prijímateľa sociálnej služby. V realite však mnoho, najmä menších obcí nedisponuje rozpočtom, z ktorého by mohlo pokryť opatrovateľskú službu v domácnosti prijímateľa. Riešenie, ktoré dočasne pláta chýbajúce zdroje predstavujú projekty EŠIF. V rámci realizovaného Národného projektu Podpory opatrovateľskej služby bolo doteraz podporených 248 subjektov, 3772 opatrovateľov a opatrovaných 5428 ľudí²⁰.

Rovnaké podmienky poskytnutia príspevku sa vzťahujú aj na **finančný príspevok na prevádzku poskytovanej sociálnej služby neverejným poskytovateľom obcami/VÚC**. Povinnosť poskytovať tento príspevok ostala aj po novele zakotvená v Zákone o sociálnych službách. V praxi však mnohým neverejným poskytovateľom príspevok poskytnutý nebol, čo ich dostalo do významnej finančnej tiesne. Nejasnostiam pri poskytovaní tohto príspevku a výpočte jeho výšky sa venovala nezávislá platforma SocioForum, ako aj platforma za spravodlivé financovanie sociálnych služieb²¹.

V prípade, že finančný príspevok na prevádzku poskytovanej sociálnej služby nemôže poskytnúť obec, fakultatívne ho môže poskytnúť VÚC a naopak.

Pre lepší obraz tabuľka nižšie ponúka prehľad výdavkov krajských miest v SR na sociálne zabezpečenie a starobu.

	Podiel osôb 65+ na celkovom počte obyvateľov	Celkové výdavky	Výdavky na sociálne zabezpečenie (klasifikácia COFOG)	Účel "1020 Staroba"	Podiel výdavkov na účel "Staroba" na celkových výdavkoch
Bratislava	17,6%	290 780 711 €	6 695 606 €	4 256 564 €	1,5%
Košice	16,6%	203 623 895 €	4 971 823 €	2 783 612 €	1,4%
Trnava	16,6%	55 711 293 €	2 651 811 €	2 448 042 €	4,4%
Trenčín	19,1%	43 995 318 €	99 756 €	25 889 €	0,1%
Nitra	17,7%	65 895 489 €	2 319 648 €	1 621 307 €	2,5%
Žilina	16,1%	68 318 370 €	1 672 508 €	1 095 144 €	1,6%
Banská Bystrica	17,3%	57 048 941 €	3 582 196 €	3 212 552 €	5,6%
Prešov	15,7%	67 874 758 €	1 300 826 €	990 024 €	1,5%

²⁰ <http://www.teraz.sk/ekonomika/v-aprili-bude-spustena-nova-vyzva-na-pod/311087-clanok.html>

²¹ <http://www.socioforum.sk/attachments/article/231/Vypocet%20FPP%20final.pdf>,

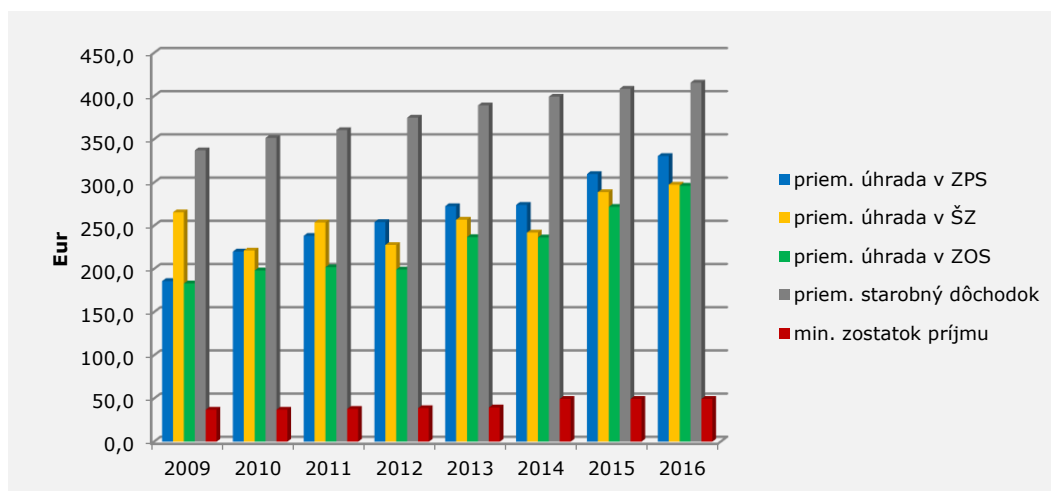
<http://www.apssvsr.sk/clanky/novinky/bude-sa-menit-vzorec-v-zakone-o-socialnych-sluzbach>

Tabuľka 3 Výdavky krajských miest na sociálne zabezpečenie a starobu (2017)
Zdroj: MF SR, ŠÚ SR, vlastný prepočet

Na **spolufinancovaní** poskytovanej sociálnej služby sa v závislosti od druhu/formy sociálnej služby podieľa v SR aj samotný prijímateľ, resp. jeho rodina. Novelou zákona došlo v tomto smere aj k úprave ochrany príjmu prijímateľa sociálnej služby, vzrástla z 1,4 násobku na 1,65 násobok sumy životného minima. Z dôvodu tejto ochrany príjmu nevznikne prijímateľovi sociálnej služby povinnosť platiť úhradu za sociálnu službu alebo jej časť a táto povinnosť prechádza postupne na rodičov alebo deti, ak sa ich príjem neposudzuje spoločne s príjmom prijímateľa sociálnej služby. Z uvedeného vyplýva, že rodičia/deti sú povinní v tomto prípade platiť úhradu za prijímateľa bez ohľadu na jeho vek, rodinný stav alebo skutočnosť, že je bezdetný.

Typ zariadenia	Zariadenie so stravovaním		Zariadenie bez stravovania	
	násobok ŽM	eur	násobok ŽM	eur
Celoročné pobytové zariadenie	25 %	49,87	75 %	149,61
Týždenné pobytové zariadenie	60 %	119,69	85 %	169,56

Tabuľka 4 Záruka zachovania príjmu prijímateľov sociálnych služieb v zariadeniach
Zdroj: § 73 zákona č. 448/2008 Z. z.



Graf 6 Vývoj priemernej úhrady za služby a priemerného starobného dôchodku
Zdroj: V(MPSVaR SR) 10-01 (Správa o sociálnej situácii, Príloha ku kapitole 3), ŠÚ SR, vlastný prepočet

Od 1. januára 2018 majú taktiež zariadenia sociálnych služieb poskytujúce aj ošetrovateľskú starostlivosť nárok na **paušálne úhrady** za ošetrovateľskú starostlivosť z verejného zdravotného poistenia. Výška úhrady za ošetrovateľskú starostlivosť je 3,3 eur na osobu a deň²² (viac aj v podkapitole 2.3).

Pri porovnaní priemerných ročných výdavkov na sociálne služby v súčasnosti²³, ich výhodnosť (z pohľadu štátu) závisí od toho, do akej miery sa môže potenciálny neformálny opatrovateľ uplatniť na trhu práce. Pri porovnaní s domácou opatrovateľskou službou, ak by sa príbuzný resp. člen domácnosti dokázal uplatniť aspoň za minimálnu

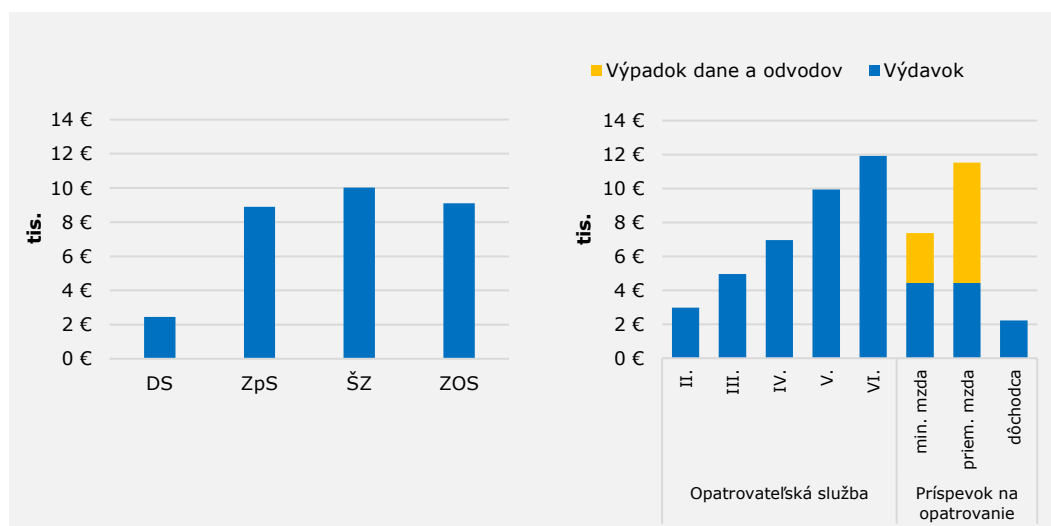
²² Vid' § 7a a § 8 ods. 10 zákona č. 581/2004 Z. z. Výšku úhrady určilo opatrenie MZ SR č. 07045-44/2016-OL

²³ porovnanie nezahŕňa výdavky na úhradu sociálneho poistenia za neformálnych opatrovateľov; výdavky na jednotlivé stupne odkázanosti sú počítané na základe priemerného počtu hodín podľa Prílohy č. 3 Zákona o sociálnych službách.

mzdu, pri stupni odkázanosti II. až IV. je z ekonomického hľadiska opatrovateľská služba (poskytovaná obcou či príp. VÚC) výhodnejšia.

Neformálne opatrovanie pri všetkých stupňoch odkázanosti je však výhodnejšie v prípade, že opatrovateľom je poberateľ dôchodku.

Pri porovnaní výdavkov na opatrovateľskú službu a výdavkov na pobyt v zariadení (ide o orientačné porovnanie z dôvodu uvedených výdavkov v odlišných rokoch) predstavuje pri osobách s vysokým stupňom odkázanosti (stupeň. VI.) pobytová forma výhodnejšiu (menej nákladnejšiu) formu starostlivosti.



Graf 7 Priemerné ročné výdavky na miesto v zariadení (2016) a Priemerné ročné výdavky na domácu starostlivosť (údaj za 3. štvrtrok 2018)
Zdroj: ISCP (Trexima), ŠÚ SR, vlastný prepočet

2.1.1. ÚZKE MIESTA VO FINANCOVANÍ SOCIÁLNYCH SLUŽIEB

Výška poskytovaných príspevkov

Napriek novelám zákonov o sociálnych službách a kompenzácií ŤZP zástupcovia organizácií v týchto sférach poukazujú na 3 hlavné problémy s poskytovaním finančných príspevkov:

- Výška finančného príspevku MPSVaR na poskytovanie sociálnej služby v zariadeniach podmienených odkázanosťou nereflektuje ani len zvýšenie minimálnej mzdy a najmä povinné zvýšené príplatky za soboty, nedele a sviatky (od mája 2018)²⁴. Príspevok je účelovo viazaný len na spolufinancovanie ekonomicky oprávnených nákladov na mzdy a odvody zamestnancov²⁵ poskytovateľa sociálnej služby.

Najmä v ambulantnej forme sociálnych služieb (denné stacionáre) došlo novelou zákona k zníženiu finančného príspevku, ktoré viedlo mnoho stacionárov ku kolapsu a boli nútené ukončiť svoju činnosť²⁶.

²⁴ <http://www.socioforum.sk/attachments/article/243/List%20premierovi%20SR%20jun2018.pdf>

²⁵ platy zamestnancov sú upravované Zákonom č. 553/2003 Z. z. o odmeňovaní niektorých zamestnancov pri výkone práce vo verejnom záujme a o zmene a doplnení niektorých zákonov

²⁶ <http://www.socioforum.sk/attachments/article/230/dopady%20novely%20WEB.pdf>

Zástupcovia poskytovateľov sociálnych služieb žiadajú o zvýšenie tohto príspevku napríklad pri najvyššom stupni odkázanosti VI. pri pobytočných zariadeniach o 300 Eur.

- Problém/neochota obcí a VÚC poskytovať finančný príspevok na prevádzku sociálnej služby (u obcí aj finančný príspevok pri odkázanosti fyzickej osoby na pomoc inej fyzickej osoby).

Na výdavky na stravu pre prijímateľov, nájom, vodu, energie, internet, dopravu, pomôcky, materiál na pracovnú terapiu sa príspevok MPSVaR nevzťahuje. Povinnosť prispievať na prevádzkové náklady majú v zákone avšak nie jednoznačne zakotvené obce/VÚC.

Neverejní poskytovatelia sociálnych služieb sa sťažujú, že pri tých formách sociálnych služieb, kde došlo k zvýšeniu finančného príspevku MPSVaR v rámci jednotlivých stupňov odkázanosti, došlo na druhej strane k zníženiu príspevku na prevádzku zo strany obcí/VÚC alebo im tento príspevok nebol vyplatený vôbec. Rovnako k znižovaniu príspevkov na prevádzku došlo aj odpočítaním úhrad za zdravotnú (ošetrovateľskú) starostlivosť, ktorú poskytovateľom sociálnych služieb začali zdravotné poisťovne preplácať po novele zákona č. 351/2017 Z.z., ktorým sa mení a dopĺňa zákon č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov²⁷. Financie za ošetrovateľské úkony sa rátajú do tzv. „regulovanej“ úhrady, tj. financie získané zo zdravotných poisťovní nie sú pre poskytovateľov peniazmi navyše, lebo zastupiteľstvá niektorých VÚC rozhodli o postúpení iba časti financií zo zdravotných poisťovní do rozpočtov poskytovateľov.

Mnohé obce majú problém zo svojich rozpočtov pokryť nielen príspevok na prevádzku rôznych sociálnych služieb, ale aj finančný príspevok na opatrovateľskú službu pre neverejných poskytovateľov. Opatrovateľskú službu obce poskytujú najmä vo vlastnej réžii, ako verejný poskytovateľ. Službu pritom financujú najmä z EŠIF. V malých obciach však nie je táto služba vôbec prítomná, aj z dôvodu chýbajúcich poznatkov a zručností pri projektoch EŠIF. Pri tomto zdroji financovania je dôležité poznamenať, že by mal predstavovať skôr doplnkový zdroj na rozvoj služieb na európsku úroveň a nie nahrádzať verejné financie.

- Výška kompenzačného príspevku na opatrovanie odkázaného človeka neformálnym opatrovateľom a na osobnú asistenciu neodzrkadľuje náročnosť práce²⁸.

Opatrovanie odkázanej osoby v domácom prostredí „nahrádza“ poskytovanie sociálnej služby v zariadení, či poskytovanie opatrovateľskej služby formálnymi poskytovateľmi. Neformálni opatrovatelia sa však starajú o odkázaného 24 hodín (pomoc pri úkonoch sebaobsluhy, ale aj pomoc pri starostlivosti o domácnosť a pomoc pri vykonávaní základných sociálnych aktivít denne). Častokrát boli nútení vzdať sa zamestnania, aby boli pomocou blízkemu, avšak ani súčasná zvýšená výška kompenzačného príspevku im v mnohých prípadoch neumožňuje dôstojný život. Na druhej strane by mnohí neformálni opatrovatelia boli radi ostali v zamestnaní, avšak pre ich blízkeho nie sú v okolí dostupné sociálne služby, buď chýbajú úplne, alebo majú nepostačujúcu kapacitu. Zástupcovia organizácií poskytujúcich sociálne služby žiadajú zvýšenie príspevku na opatrovanie na

²⁷ financovanie ošetrovateľskej starostlivosti, ktoré je v nemocnici automaticky preplácané zdravotnými poisťovňami sa v zariadeniach sociálnych služieb začalo preplácať až od 1.1.2018 - <http://www.socioforum.sk/index.php/aktuality/35-aktuality/229-osetrovateľskastarostlivost>

²⁸ <http://www.socioforum.sk/attachments/article/238/SF%20Stanovisko%20447.pdf>

úroveň súčasného príspevku ministerstva na poskytovanie sociálnych služieb v zariadeniach podmienených odkázanosťou pre najvyšší VI. stupeň odkázanosti - 456,75 € mesačne v r. 2018. Zároveň žiadajú aj zrušenie podmienky posudzovania príjmu fyzicky odkázanej osoby a spoluposudzujúcich osôb.

Rovnako súčasný kompenzačný príspevok na osobnú asistenciu nezodpovedá náročnosti práce, ktorú asistent vykonáva, kedy zodpovedá za zdravie a bezpečnosť inej osoby a jeho práca si súčasne vyžaduje zvýšenú fyzickú námahu. Zástupcovia poskytovateľov sociálnych služieb preto žiadajú zvýšenie tohto príspevku na 140% min. mzdy.

Spôsob vyplácania finančného príspevku MPSVaR na poskytovanie sociálnej služby v zariadeniach podmienených odkázanosťou

Finančný príspevok sa vypláca štvrťročne vo výške 25 % zo sumy uvedenej v zmluve o poskytnutí finančného príspevku. Nevypláca sa však vopred, na začiatku roka, minimálne tri mesiace si teda poskytovatelia všetky náklady musia hrať z vlastných finančných prostriedkov. Nemôže mať pritom nedoplatky a dlhy, inak MPSVaR pozastaví vyplácanie príspevku. Do 31.8. musia pritom poskytovatelia (aj noví) k žiadosti o finančný príspevok na ďalší rok dokladovať na MPSVaR aj zoznam prijímateľov sociálnej služby a zoznam zamestnancov, pričom tento stav sa môže ešte počas ďalších mesiacov zmeniť.

Mnohí odborníci, ako aj politici aj po novele zákona poukazujú na skutočnosť, že tento finančný príspevok ide poskytovateľovi a nie priamo prijímateľovi – kedy by bol dávkou pre konkrétneho človeka odkázaného na pomoc inej osoby a on by sa rozhodol, či sa za túto sumu bude o neho niekto starať v domácom prostredí, alebo si zaplatí sociálnu službu v zariadení (resp. opatrovateľskú službu od obce). Tým by odkázaná osoba nebola rukojemníkom tých, ktorí financujú poskytovanie tejto starostlivosti²⁹ (viac aj v podkapitole Výber možností sociálnych služieb klientom).

Chýbajúce príspevky

Financovanie odľahčovacej služby, na ktorú majú neformálni opatrovatelia nárok v rozsahu 30 kalendárnych dní v súčasnosti nie je vôbec zabezpečené. Títo opatrovatelia sa musia teda nepretržite každý deň v roku starať o odkázanú osobu, resp. v prípade potreby oddychu si to riešiť svojpomocne. Povinnosť poskytovať odľahčovaciu službu má v zákone stanovenú obec, ktorá je povinná v rámci svojej pôsobnosti poskytnúť alebo zabezpečiť fyzickej osobe s ťažkým zdravotným postihnutím sociálnu službu podľa jej výberu, a to terénnu formu sociálnej služby, ambulantnú sociálnu službu alebo pobytovú sociálnu službu v rozsahu najmenej 12 hodín denne. V praxi však na túto službu obce nemajú finančné zdroje, ani potrebnú kapacitu.

Taktiež je dôležité poukázať na skutočnosť, že na službu monitoring a signalizácia potreby pomoci, ktorá vo významnej miere môže ušetriť zdroje na ambulantnú a terénnu sociálnu službu pri prijímateľoch s nižším stupňom odkázanosti sa vzťahuje iba dobrovoľný príspevok a mnohí potenciálni prijímatelia o tejto službe nemajú vedomosť.

MPSVaR rovnako diskriminuje tých prijímateľov, ktorým vznikol nárok na poberanie finančných príspevkov z viacerých krajín (napr. zo susedného Rakúska, ČR).

Chýbajúca flexibilita financovania

Nastavený systém financovania sociálnych služieb v SR v súčasnosti neumožňuje flexibilitu v kombinovaní sociálnych služieb, tj. kombináciu viacerých foriem sociálnych

²⁹ <https://www1.teraz.sk/slovensko/olano-nova-hrozi-kolaps-socialnych-s/267805-clanok.html>

služieb (napr. denného stacionára a opatrovateľskej služby, alebo opatrovateľskej služby a týždennej pobytovej služby alebo aj opatrovateľskej služby a peňažného príspevku na opatrovanie nad rámec povolených 8 hodín mesačne³⁰).

Aj nemožnosť kombinácie služieb môže viesť prijímateľa sociálnej služby, resp. jeho blízkych následne k celoročnému umiestneniu do zariadenia, čo je v rozpore s trendom deinštitucionalizácie (viď podkapitola Deinštitucionalizácia sociálnych služieb nižšie).

2.2. REGISTRÁCIA, DOHLÁD, KONTROLA A HODNOTENIE PODMIENOK KVALITY POSKYTOVANÝCH SOCIÁLNYCH SLUŽIEB

Zákon o sociálnych službách upravuje viacero subsystémov, ktoré sa venujú otázke hodnotenia poskytovaných sociálnych služieb, aj keď sa explicitne neoznačujú všetky ako „hodnotiace“. Konkrétne ide o³¹:

- Systém registrácie poskytovateľov sociálnych služieb
- Systém dohľadu nad poskytovaním sociálnych služieb
- Systém kontrolnej činnosti vo veciach sociálnych služieb
- Systém kontroly hospodárenia s finančnými príspevkami
- Systém hodnotenia podmienok kvality poskytovanej sociálnej služby

Systém registrácie poskytovateľov sociálnych služieb

Žiadosť o zapísanie do registra poskytovateľov sociálnych služieb podávajú subjekty na príslušný VÚC v mieste poskytovania sociálnej služby, resp. sídla subjektu, ktorý vedie a vykonáva zmeny v registri vo svojom územnom obvode. Centrálny register poskytovateľov vedie MPSVaR.

K písomnej žiadosti o zápis do registra poskytovateľ sociálnych služieb musí predložiť aj prílohy v súlade so Zákonom o sociálnych službách³². Požiadavky na zápis do registra sú teda rovnaké v rámci jednotlivých krajov. Oznámenie o zápise resp. rozhodnutie o nezapísaní do registra bude žiadateľovi doručené do vlastných rúk po preskúmaní žiadosti a súvisiacich dokladov v zákonom stanovenej lehote.

Systém dohľadu nad poskytovaním sociálnych služieb/kontrolnej činnosti vo veciach sociálnych služieb/kontroly hospodárenia s finančnými príspevkami

Podľa Zákona o sociálnych službách poverení zamestnanci MPSVaR vykonávajú dohľad nad dodržiavaním tohto zákona a všeobecných právnych predpisov (tzv. monitoring). Týka sa najmä súladu s dodržiavaním základných ľudských práv a slobôd, uzatvárania zmlúv o poskytovaní sociálnych služieb, dodržiavanie záväzkov zo zmluvy o poskytovaní sociálnej služby a vykonávania odborných činností, na ktoré bola udelená akreditácia. Na monitoring môžu prizvať aj odborníka s konkrétnou oblasťou zamerania, ktorý má ukončené vysokoškolské vzdelanie I. alebo II. stupňa a min. trojročnú prax. V pôsobnosti MPSVaR je taktiež kontrola hospodárenia s finančným príspevkom na financovanie sociálnej služby, ktorý poskytl obciam a neverejným poskytovateľom sociálnej služby.

³⁰ niektorým prijímateľom sa poskytuje opatrovateľská služba menej ako 8 hodín denne, avšak viac ako 8 hodín mesačne, čím stráca neformálny opatrovateľ nárok na pomernú časť príspevku na opatrovanie, avšak o odkázanú osobu sa musí postarať, resp. zabezpečiť mu starostlivosť.

³¹ <https://www.employment.gov.sk/files/rodina-soc-pomoc/hodnotenie-podmienok-kvality-poskytovanych-socialnych-sluzieb-metodicke-vychodiska.pdf>

³² § 64 ods. 3

Zamestnanci obcí alebo VÚC vykonávajú kontrolu vo vecí sociálnych služieb, tj. kontrolujú plnenie podmienok na zápis do registra počas poskytovania sociálnej služby, povinností poskytovateľa sociálnej služby, ako aj hospodárenia s finančnými prostriedkami poskytnutými neverejnému poskytovateľovi na poskytovanie sociálnej služby.

Monitoring/kontroly prebiehajú ohlásene, aj neohlásene, niekedy absolvujú poverení zamestnanci návštevu na mieste v jeden deň aj 2x. Poskytovateľ sociálnej služby je povinný umožniť povereným zamestnancom vstup do objektov zariadení, v ktorých sa poskytuje sociálna služba, predložiť alebo poskytnúť požadované doklady, informácie, vysvetlenia súvisiace s vykonávanou kontrolou a poskytnúť požadovanú súčinnosť.

Systém hodnotenia podmienok kvality poskytovanej sociálnej služby

Systém hodnotenia podmienok kvality je upravený osobitnou prílohou Zákona o sociálnych službách³³. Z neho plynúce povinnosti sa však začnú hodnotiť až v septembri 2019, na základe požiadavky neverejných poskytovateľov³⁴.

MPSVaR bude hodnotiť podmienky kvality poskytovanej sociálnej služby prostredníctvom poverených štátnych zamestnancov. K hodnoteniu podmienok kvality poskytovanej sociálnej služby si môže ministerstvo prizvať odborníka, ktorý má vysokoškolské vzdelanie II. stupňa a má trojročnú prax v tejto oblasti. Ak MPSVaR zistí, že poskytovateľ sociálnej služby nespĺňa podmienky kvality, určí mu lehotu na ich splnenie, v prípade, ak nedôjde k náprave v tejto lehote, MPSVaR môže podať podnet VÚC na výmaz tohto poskytovateľa sociálnej služby z registra.

Systém hodnotenia podmienok kvality je postavený na princípe, kedy sociálne služby sú dobre a kvalitné vtedy, ak umožnia prijímateľom žiť kvalitný život. Ide o to, aby prijímatelia sociálnych služieb boli, tí ktorí majú možnosť rozhodovať o svojich prioritách a žiť kvalitný a spokojný život s pracovníkmi, ktorí im pomáhajú hľadať cestu k naplneniu. Podmienky kvality prostredníctvom jednotlivých štandardov a indikátorov konkrétne definujú realizáciu poskytovaných sociálnych služieb tak, aby boli kvalitné.

Systém hodnotenia podmienok kvality³⁵ sa skladá z viacerých úrovní:

- Oblasť – oblasti sú dôležité rámce poskytovania sociálnych služieb
- Kritérium - jednotlivé oblasti sú rozdelené do viacerých kritérií, ktoré tieto rámce bližšie špecifikujú
- Štandard - pre každé kritérium je stanovený štandard, ktorý pomenúva znaky kvality v danom kritériu a oblasti poskytovanej sociálnej služby
- Indikátory - v indikátoroch sú v troch kvalitatívnych a kvantitatívnych úrovniach popísané parametre, ktoré sa budú pri hodnotení kvality posudzovať

Podmienky kvality sa hodnotia v 4 oblastiach, ktoré zobrazuje nasledujúca schéma:

³³ príloha č. 2

³⁴ <https://ekonomika.sme.sk/c/20669973/kvalita-socialnych-sluzieb-sa-bude-zavazne-hodnotit-od-septembra-buduceho-roka.html>

³⁵ bližšie je metodika implementácie podmienok kvality popísaná tu - <https://www.employment.gov.sk/sk/rodina-socialna-pomoc/socialne-sluzby/kvalita-socialnych-sluzbach/>

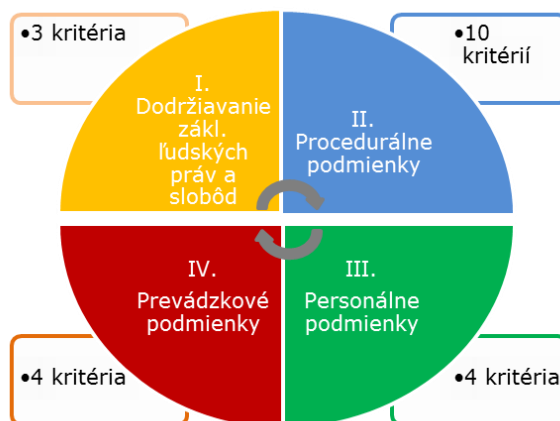


Schéma 7 Oblasti hodnotenia podmienok kvality v sociálnych službách (vlastné spracovanie)

I. oblasť - Dodržiavanie základných ľudských práv a slobôd – zameriava sa na základné hodnoty a princípy poskytovania sociálnej služby. Tvoria ju kritéria:

1. Základné ľudské práva a slobody.
2. Sociálny status prijímateľa sociálnej služby.
3. Vzťahy, rodina a komunita.

II. oblasť - Procedurálne podmienky – zameriava sa na klienta. Pozostáva z kritérií:

1. Vymedzenie účelu a obsahu poskytovania sociálnej služby (strategická vízia, poslanie, ciele) a prístupu k prijímateľovi sociálnej služby.
2. Určenie postupov a podmienok (vrátane miesta a času) poskytovania sociálnej služby a aj jej rozsahu a formy.
3. Určenie postupu pri uzatváraní zmluvy o poskytovaní sociálnej služby.
4. Určenie postupov a pravidiel na dosiahnutie účelu a odborného zamerania pri poskytovaní sociálnej služby prostredníctvom metód, techník a postupov sociálnej práce a zásad poskytovania sociálnej služby.
5. Určenie postupov a pravidiel na vypracovanie, realizovanie a hodnotenie individuálneho plánu prijímateľa sociálnej služby alebo určenie postupov a pravidiel práce s prijímateľom sociálnej služby.
6. Určenie postupov a pravidiel prevencie krízových situácií. Určenie postupov a pravidiel pri používaní prostriedkov netelesného obmedzenia a telesného obmedzenia.
7. Poskytovanie informácií záujemcom o sociálnu službu a prijímateľom sociálnej služby v im zrozumiteľnej forme, podľa ich individuálnych potrieb, schopností.
8. Podpora a pomoc prijímateľovi sociálnej služby pri sprostredkovaní a využívaní inej verejnej služby podľa jeho potrieb a schopností a cieľov.
9. Určenie postupov a pravidiel na zisťovanie spokojnosti prijímateľov sociálnych služieb so všetkými zložkami poskytovanej sociálnej služby (prostredie, starostlivosť, strava apod.) a využívanie zistených skutočností pri zvyšovaní kvality poskytovanej sociálnej služby a určenie spôsobu podávania sťažností súvisiacej s poskytovaním sociálnej služby.
10. Hodnotenie poskytovateľa sociálnej služby, či je spôsob poskytovania sociálnej služby v súlade s potrebami prijímateľa sociálnej služby a v súlade s cieľmi poskytovanej sociálnej služby.

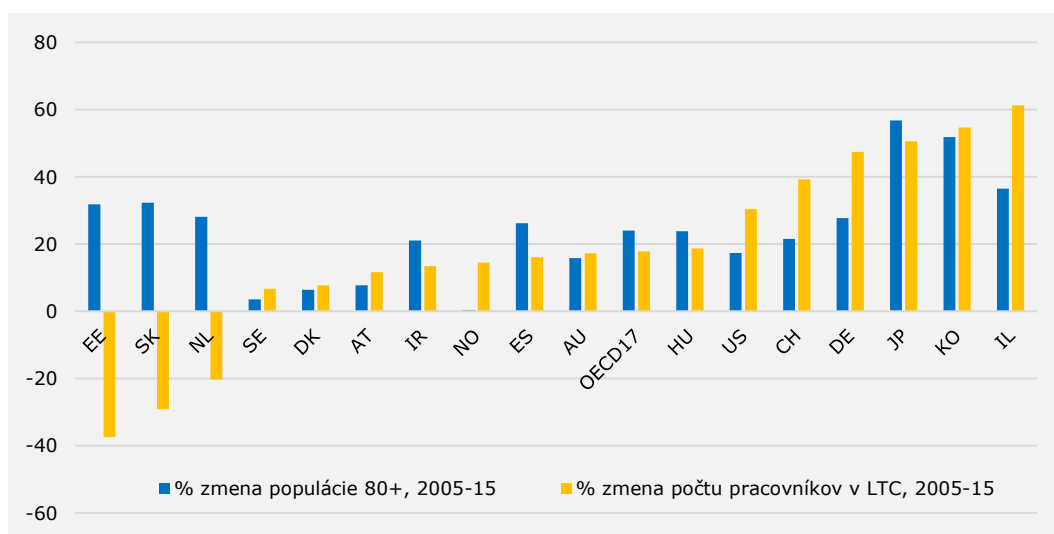
III. oblasť - Personálne podmienky – zameriava sa na zamestnanca. Tvoria ju kritéria:

1. Vypracovanie štruktúry a počtu pracovných miest, kvalifikačných predpokladov na ich plnenie v súlade s § 84 s určením štruktúry, povinností a kompetencií jednotlivých zamestnancov, počet zamestnancov je primeraný počtu prijímateľov sociálnych služieb a ich potrebám.
2. Určenie postupov, pravidiel a podmienok na prijímanie zamestnancov, zaškoľovanie zamestnancov, ktoré je v súlade so všeobecne záväznými právnymi predpismi.
3. Určenie postupov, pravidiel a podmienok na rozvoj ďalšieho vzdelávania a zvyšovanie odbornej spôsobilosti zamestnancov poskytovateľa sociálnej služby, ktoré sú v súlade so všeobecne záväznými právnymi predpismi, a na hodnotenie zamestnancov, ktoré zahŕňajú vypracovanie osobných cieľov, úloh a potrebu ďalšieho vzdelávania a spôsob ich naplnenia.
4. Systém supervízie u poskytovateľa sociálnej služby.

IV. oblasť - Prevádzkové podmienky – zameriava sa na prevádzku služby, vybavenie a informácie. Tvoria ju kritéria:

1. Zabezpečenie prevádzkových podmienok (najmä prístupnosť v zmysle univerzálneho navrhovania, materiálne vybavenie, vybavenosť sociálnymi zariadeniami, svetelná a tepelná pohoda) zodpovedajúce kapacite, druhu poskytovanej sociálnej služby a potrebám prijímateľov sociálnych služieb v súlade so všeobecne záväznými právnymi predpismi.
2. Určenie postupu a spôsobu spracúvania a poskytovania informácií o poskytovanej sociálnej službe (informačná stratégia), ktoré sú dostupné prijímateľovi sociálnej služby, jeho rodine, komunite a verejnosti v prijateľnej a zrozumiteľnej forme (písomná podoba, audiozáznam alebo videozáznam, internetová stránka).
3. Hodnotenie vypracovania výročnej správy v súlade s týmto zákonom alebo hodnotenie záverečného účtu.
4. Určenie pravidiel prijímania darov

V súvislosti s III. oblasťou hodnotenia kvality je potrebné uviesť, že podiel pracovníkov v dlhodobej starostlivosti na Slovensku patrí k najnižším v OECD. Kým podiel pracovníkov v rôznych inštitúciách v prepočte na obyvateľov vo veku 65+ rokov tvoril v roku 2015 na Slovensku 0,8 %, v priemere OECD to boli 3 %. Podiel opatrovateľov v prepočte na seniorov bol vyšší aj v Česku 1,6 % a Maďarsku 1,4 %. Oproti priemeru OECD a okolitým krajinám je na Slovensku nižší aj počet opatrovateľov v domácnosti.



Graf 8 Zmena počtu obyvateľov 80+ a zmena počtu pracovníkov/-čok v dlhodobej starostlivosti

Zdroj: OECD Health Statistics 2017

Supervízia

Supervíziu osobitne uvádzame v rámci tejto podkapitoly, aj keď nepredstavuje formu hodnotenia, ktoré vykonávajú priamo verejné orgány. Pre pracovníkov poskytovateľa sociálnej služby však vyplýva povinnosť supervízie zo zákona a jej uskutočňovanie predstavuje aj jedno z kritérií hodnotenia podmienok kvality (viď vyššie). Poskytovateľ sociálnej služby je povinný na účel zvyšovania odbornej úrovne a kvality poskytovanej sociálnej služby vypracovať a uskutočňovať program supervízie. Ak poskytovateľ nezabezpečí supervíziu, ide o porušenie zákona. V praxi sa supervízia vykonáva prostredníctvom externej, nezávislej osoby minimálne raz ročne.

2.2.1. ÚZKE MIESTA PROCESU POSUDZOVANIA/HODNOTENIA POSKYTOVANIA SOCIÁLNYCH SLUŽIEB

Chýbajúce uplatňovanie pravidla „jedenkrát a dost“ a administratívna záťaž poskytovateľov sociálnych služieb

Pri registrácií sú poskytovatelia povinní ako súčasť písomnej žiadosti predložiť aj prílohy, ktoré by si v rámci pravidla jedenkrát a dost mali VÚC vyžiadať od príslušného orgánu (ako doklad preukazujúci bezúhonnosť, doklady k nedoplatkom na dani a poistnom).

Taktiež zavedenie systému hodnotenia podmienok kvality bude mať priamy vplyv na administratívne aktivity poskytovateľov sociálnych služieb. Na zabezpečenie všetkých hodnotených oblastí bude potrebný jeden kvalifikovaný sociálny pracovník na plný úväzok.

Každý z uvedených subsystémov hodnotenia poskytovania sociálnych služieb je síce regulovaný osobitnými legislatívnymi ustanoveniami, ale najmä z dôvodu, že spadajú pod kompetencie rôznych orgánov (MPSVaR, obce, VÚC, ale taktiež iných) je vysoký predpoklad vecných duplicit, ktoré môžu do budúcnosti na jednej strane znižovať efektívnosť hodnotiteľských činností a na strane druhej neprimerane zaťažovať poskytovateľov sociálnych služieb.

Netransparentný výkon monitoringu MPSVaR

Proces monitoringu u poskytovateľov sociálnych služieb na mieste zo strany MPSVaR a následného konania nie je v zákone bližšie pojednávaný a niektorí poskytovatelia poukazujú na jeho nízku transparentnosť. Zo skúsenosti niektorých poskytovateľov tento monitoring prebieha tak, že zamestnanci ministerstva spočítali na mieste počet klientov, počet stoličiek, kresiel a iného inventáru a urobili fotodokumentáciu priestorov. Na konci návštevy (v trvaní cca 1 h) poskytovateľ podpíše písomný záznam o monitoringu, ktorý však neobsahuje žiadne zistenia (ide iba o dokument potvrdzujúci uskutočnenie monitoringu). Približne do mesiaca prišlo poskytovateľovi Oznámenie o výsledkoch monitoringu. V prípade mnohých poskytovateľov ambulantnej sociálnej služby v oznámení boli uvedené porušenia, tj. boli zistené nedostatky, ktoré však vo väčšine zariadení nezodpovedali skutočnému stavu. Následne MPSVaR pozastavilo vyplávanie finančného príspevku, čo viedlo niektorých poskytovateľov k ukončeniu činnosti. Tí, ktorí sa voči oznámeniu odvolali do dnešného dňa žiadnu odpoveď nedostali. Rovnako ani v prípade zistených menších nedostatkov im nebol poskytnutý priestor na nápravné opatrenia. Na druhej strane je potrebné uviesť, že niektorí poskytovatelia sa skutočne dopustili porušovania zákona (napr. falšovania dochádzky, kedy čerpali finančné

príspevky na neexistujúcich klientov)³⁶. Avšak bez ohľadu na skutočnosť, že zo strany niektorých poskytovateľov došlo k zneužívaniu verejných financií, transparentný proces monitoringu je potrebné zabezpečiť, aby sa poskytované sociálne služby netrpeli kvôli svojvôli úradníkov.

(+problém uvedený v podkapitole 2.3.1)

Chýbajúca evaluácia dopadu externej supervízie

Obdobne, ako monitoring poskytovateľov sociálnych služieb, Zákon o sociálnych službách bližšie nešpecifikuje ani priebeh procesu supervízie, ktorý je pre zamestnancov poskytovateľov sociálnych služieb povinný. V realite tak supervízia externým supervízorom často nepriniesla pridanú hodnotu pre zamestnancov a išlo skôr o formálny, krátkodobý proces, za ktorý však museli poskytovatelia zaplatiť. Supervízori nie sú povinní vyhotovovať žiadne záznamy, monitorovacie správy zo supervízie alebo inou formou monitorovať progres v práci zamestnancov sociálnych služieb.

Nedostatok a nízke finančné ohodnotenie zamestnancov sociálnych služieb, ako významný determinant kvality poskytovaných sociálnych služieb

Motivácia, ako aj počet zamestnancov má významný vplyv na zabezpečenie kvalitných sociálnych služieb. Zákon o sociálnych službách určuje koľkými zamestnancami a s akou odbornou kvalifikáciou musí poskytovateľ v jednotlivých formách a druhoch sociálnej služby disponovať³⁷. Výška finančných príspevkov, ktorá je pojednávaná v predchádzajúcej podkapitole však z pohľadu mnohých neverejných poskytovateľov nie je postačujúca na splnenie podmienok zákona a najmä na poskytnutie motivujúceho finančného ohodnotenia pracovníkov v sociálnych službách.

Mzdy sú v sektore sociálnych služieb podpriemerné. Personálne náklady tvoria väčšinu výdavkov zariadení sociálnych služieb, avšak mzdy pracovníkov v sociálnych službách zaostávajú za slovenským priemerom. V roku 2017 sa podľa údajov z Výberového zisťovania pracovných síl mzda v kategórii „starostlivosť v pobytových zariadeniach“ nachádzala na úrovni 732 eur (77 % priemernej mzdy) a v kategórii „sociálna práca bez ubytovania“ na úrovni 581 eur (61 % priemernej mzdy). Mzdy v týchto kategóriách rástli od roku 2012 mierne rýchlejšie oproti priemernej mzde, no pri doterajšom tempe by ju prekonalí až v rokoch 2040 resp. 2063.

Ako pozitívnu správu v tomto smere môžeme vnímať zvyšovanie miezd –avšak iba- v zariadeniach sociálnych službách zriadených viacerými VÚC³⁸.

V tomto smere by mohlo byť zabezpečenie sociálnych služieb v SR inšpiráciou susedná ČR, kde nedochádza k rozdeľovaniu poskytovateľov na verejných a neverejných, čo uľahčuje aj riešenia mnohých problémov, napr. nedostatku pracovnej sily. V roku 2017 poskytla česká vláda financie priamo zo štátneho rozpočtu na zvýšenie miezd opatrovateliek a sestier o cca 33 % a to bez rozdielu na právne postavenie poskytovateľa. Súčasná priemerná výška mesačnej mzdy českej sestry je na úrovni 1 400 Eur a opatrovatelky 1 000 Eur. Je teda výrazne vyššia ako v SR³⁹.

³⁶ <https://dennikn.sk/minuta/819207/>

³⁷ príloha č. 1 Zákona o sociálnych službách; <https://www.employment.gov.sk/sk/rodina-socialna-pomoc/socialne-sluzby/otazky-opovede/vseobecne-otazky/nova-web-stranka.html>

³⁸ <https://www.kosiceonline.sk/presovsky-kraj-zvysi-platy-zamestnancom-v-zariadeniach-socialnych-sluzieb>, <http://www.trnava-live.sk/2018/06/18/zamestnancom-v-zariadeniach-socialnych-sluzieb-v-trnavskej-zupe-zvysia-mzdy-v-cistom-o-100-eur-a-vice>, https://www.tsk.sk/slovensky/aktualne-spravy/tlacove-spravy/2018/od-buduceho-roka-vyrazne-porastu-mzdy-nizkoprijimovych-skupin-zamestnancov-v-niektorých-prípadoch-az-o-30.html?page_id=563099, <https://www.priekopnik.sk/banskobystricky-kraj-zvysuje-platy-najmenej-zarabajucim-vo-svojich-zriadovateľských-organizaciach/>

³⁹ <http://www.apssvsr.sk/clanky/novinky/medzinarodna-odborna-konferencia-pre-manazerov-a-odbornych-pracovnikov-v-zariadeniach-socialnych-sluzieb-a-lch-odch>

Chýbajúci systém hodnotenia sociálnych služieb zo strany prijímateľov/rodinných príslušníkov a motivácie pre poskytovateľov sociálnych služieb

Nastavené hodnotenie kvality sociálnych služieb v súčasnosti vedie iba k represívnym opatreniam (k trestaniu poskytovateľov).

Dôležitou súčasťou hodnotenia kvality taktiež nie je zapojenie samotných prijímateľov služieb a ich rodinných príslušníkov, kedy by aj ich spokojnosť/nespokojnosť s poskytovanými službami bola braná do úvahy. Od nej by sa mohlo následne odvíjať motivačné odmeňovanie poskytovateľov sociálnych služieb.

2.3. INTEGRÁCIA ZDRAVOTNEJ A SOCIÁLNEJ STAROSTLIVOSTI

Riešeniu spoločnej problematiky zdravotnej a sociálnej starostlivosti sa na Slovensku začala venovať užšia pozornosť až v posledných rokoch. Pritom v zdravotníckych zariadeniach sú poskytované aj sociálne služby a naopak v sociálnych zariadeniach sa poskytuje zdravotnícka starostlivosť. To platí aj pre terénnu formu, kedy sa v domácnostiach poskytuje tak sociálna služba – opatrovateľská služba, ako aj zdravotnícka služba – domáca ošetrovateľská starostlivosť.

Medzi hlavné míľniky integrácie sociálnej a zdravotnej starostlivosti do dnešného dňa patria:

- Aktualizovaný dokument Implementačná stratégia - systém integrovaného poskytovania zdravotnej starostlivosti (z mája 2018)⁴⁰, ktorý navrhuje zavedenie tzv. Integrovaných centier zdravotnej starostlivosti (v skratke ICZS), ktoré okrem primárnej zdravotnej starostlivosti môžu fakultatívne poskytovať aj sociálne služby ambulantnou a terénnou formou (o.i. aj denné stacionáre, opatrovateľskú službu) najmä v oblastiach s nízkou dostupnosťou zdravotných služieb. Na budovanie týchto centier bola vyhlásená aj výzva s uzávierkou koncom júna 2018⁴¹. V roku 2018 predstavilo MZ aj koncepciu stratifikácie nemocníc, ktorej cieľom je do roku 2030 výrazne skvalitniť ústavnú zdravotnú starostlivosť, pričom sa v dokumente spomína aj k presmerovaniu voľných zdrojov (v dôsledku optimalizácie) na dlhodobú starostlivosť⁴²
- Zákon č. 351/2017, ktorým sa od 1.1.2018 začali preplácať ošetrovateľské úkony v zariadeniach sociálnych služieb zdravotnými poisťovňami. Po uplynutí 3. štvrtroka 2018 však zazmluvňovanie zariadení sociálnych služieb zo strany poisťovní poskytovateľa sociálnych služieb nevideli veľmi ružovo (VŠZP deklarovala 38 zazmluvnených poskytovateľov sociálnych služieb s počtom lôžok 3 000, ZP Dôvera - 22 zazmluvnených poskytovateľov s počtom lôžok 500, Union - 12 uzavretých zmlúv, s počtom lôžok 200, čo predstavuje spolu 3 700 lôžok, t. j. niečo málo nad jednu tretinu minimálnej siete (10 000 lôžok)⁴³. Pozitívnu správou zo stretnutí so zástupcami zdravotných poisťovní však je sú prístupné k riešeniu zistených problémov v praxi (napr. podmienky poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti, zodpovedná osoba pre aký počet klientov a zariadení/ personálne štandardy/počet sestier/zmennosť sestier/výška paušálnej úhrady/ potreba a doba prehodnocovania indikácie na ošetrovateľskú starostlivosť - napr. z 3 mesiacov na 6 mesiacov a i.).

⁴⁰ www.health.gov.sk/Zdroje?/dokumenty/IZP/2017/iczs.pdf

⁴¹ <https://vzdravnictve.sk/mz-chce-umoznit-budovanie-centier-integrovej-zdravotnej-starostlivosti/>;
<http://www.mpsr.sk/index.php?start&navID=376&id=12755>

⁴² <http://www.health.gov.sk/?izp3>

⁴³ <http://www.apssvsr.sk/clanky/novinky/medzinarodna-odborna-konferencia-pre-manazerov-a-odbornych-pracovnikov-v-zariadeniach-socialnych-sluzieb-a-ldch-odch>

- Príprava návrhu zákona o dlhodobej starostlivosti, ktorý by komplexne a systémovo riešil prepojenie zdravotnej a sociálnej starostlivosti aj v zariadeniach sociálnych služieb (ZSS)⁴⁴. V súčasnosti je však legislatívny proces pozastavený. Na potrebu pokračovania prípravy tohto zákona, ako aj zverejnenia jeho téz ešte pred spustením pripomienkového konania, tak aby sa do tohto procesu mohli včas zapojiť odbornú verejnosť vyzvali zástupcovia poskytovateľov sociálnych služieb⁴⁵.
- Zriaďovanie kancelárií (referátov) sociálnej práce v niektorých nemocniciach (ako napríklad v FNSP JA Reimana Prešov), kde je úlohou sociálnych pracovníčok identifikovať klientov, ktorí budú po ukončení nemocničnej liečby potrebovať aj sociálnu starostlivosť.
- či ďalšie riešenia predstavené MZ SR⁴⁶ (ako napríklad zavedenie ošetrovného v dlhodobej starostlivosti do praxe).

2.3.1. ÚZKE MIESTA NA CESTE K INTEGROVANEJ STAROSTLIVOSTI

Chýbajúca synergia (siete) zdravotnej a sociálnej starostlivosti

Človek žijúci sám, ktorý zostane pripútaný k nemocničnému lôžku, si v mnohých prípadoch nemá v našej krajine ako pomôcť. Dnes totiž neexistuje model plynulého koordinovaného prechodu pacienta z nemocnice do zariadenia poskytujúceho dlhodobú liečebnú/rehabilitačnú starostlivosť a následne k poskytovaniu sociálnych služieb v rôznych formách aj so zabezpečenou zdravotnou starostlivosťou⁴⁷ za pomoci proaktívneho poradenstva pre prijímateľa/rodinných príslušníkov. Pacient/rodina si musí všetko riešiť individuálne. V praxi od ošetrovúcich lekárov v nemocnici dostanú avízo, že si musia po blížiacom sa prepustení zabezpečiť ďalšiu starostlivosť. Kapacita zariadení špecializovaných na ošetrovateľskú/rehabilitačnú starostlivosť je pritom v SR významne poddimenzovaná. Táto skutočnosť neumožňuje účinnejšiu rekonvalescenciu mnohým ľuďom a tým prispieva k ich následnej intenzívnejšej odkázanosti na pomoc iných (na sociálne služby a dlhodobú zdravotnú starostlivosť).

Neexistujúca komplexná dátová analytika pokrývajúca zdravotnú a sociálnu oblasť pre efektívne a transparentné rozhodnutia

Pristúpenie k budovaniu CIZS (predmetná stratégia nie je pritom podložená dátami) a započatie prípravy zákona o dlhodobej starostlivosti poukazuje na určité koncentrované úsilie k zmene poskytovanej zdravotnej a sociálnej starostlivosti. Zároveň však súčasná situácia poukazuje na významnú diery v zabezpečení dostatočnej kvalitatívnej starostlivosti pre obyvateľov na základe reálnych dát na miestnej, regionálnej a národnej úrovni. Analýza zdravotného stavu obyvateľov opúšťajúcich nemocničné zariadenia či ambulancie, odkázanosti osôb, držiteľov kariet osoby s ŤZP, poberateľov kompenzačných príspevkov, invalidných dôchodkov, kapacít zariadení tak zdravotnej, ako aj sociálnej starostlivosti, iných súvisiacich služieb a projekcia budúcich trendov predstavuje „must have“ pre docielenie efektívnych rozhodnutí a vytvorenie synergetickej siete poskytovateľov zdravotnej a sociálnej starostlivosti.

Rozdrobená posudková činnosť

⁴⁴ <https://vzdravotnictve.sk/ministerstvo-pripravuje-navrh-zakona-o-dlhodobej-starostlivosti/>

⁴⁴ <http://www.apssvsr.sk/clanky/novinky/medzinarodna-odborna-konferencia-pre-manazerov-a-odbornych-pracovnikov-v-zariadeniach-socialnych-sluzieb-a-ldch-odch>

⁴⁶ <https://vzdravotnictve.sk/ministerka-zdravotnictva-predstavila-riesenia-v-oblasti-starostlivosti-o-seniorov/>

⁴⁷ https://mediweb.hnonline.sk/rozhovory/mam-pocit-ze-sa-rozmaha-mytus-ze-staremu-cloveku-uz-netreba-zit?fbclid=IwAR2C0kig_O4FmR0x6BVN6wabDAPQXzsAc8VChzRdCm9-rz61wf6PaoCh6Zg

V rámci sociálnej a zdravotnej starostlivosti nedošlo zatiaľ ani k integrácii posudkovej činnosti a pre rôzne formy pomoci sú vyžadované rôznymi orgánmi rôzne postupy. Práve rozdrobená posudková činnosť (pre účely ŤZP, sociálnych služieb, či invalidity) je pritom jednou z hlavných prekážok celkovej integrácie smerom k dlhodobej starostlivosti. Medzi MZ SR, MPSVaR SR a Sociálnou poisťovňou (ktorá je verejnoprávnou inštitúciou a nespadá pod rezort uvedených ministerstiev), zatiaľ nedošlo k odbornej dohode na znení legislatívy. Tento problém súvisí s ďalším úzkym miestom *Chýbajúce uplatňovanie pravidiel „jedenkrát a dost“ vo vzťahu k občanom* identifikovaným v nasledujúcej podkapitole 2.4.1.

Nevyjasnené kompetencie a povinnosti dohľadu poskytovania zdravotníckej a sociálnej starostlivosti v zdravotníckych zariadeniach a zariadeniach sociálnych služieb

Rôzne medializované kauzy v zariadeniach sociálnych služieb (kedy došlo aj k závažným pochybeniam pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti)⁴⁸ poukazujú na úzke miesto - nedostatočný monitoring poskytovanej starostlivosti zo strany kompetentných orgánov, ktoré si v takýchto prípadoch zvyknú vzájomne prehadzovať zodpovednosť.

(+ problém *Chýbajúca koordinácia a spolupráca pre proces deinštitucionalizácie súbežne s integráciou zdravotnej a sociálnej starostlivosti uvedený v podkapitole 2.4.1*)

2.4. VÝBER MOŽNOSTÍ POSKYTOVANÝCH SOCIÁLNYCH SLUŽIEB OBČANOM A PROCES DEINŠTITUCIONALIZÁCIE

Niektoré štúdie⁴⁹ predpokladajú rast dopytu po dlhodobej starostlivosti na rovnakej úrovni ako index starnutia⁵⁰. Doterajší vývoj ukazuje, že dopyt seniorov po pobytových zariadeniach rástol rýchlejšie než štandardné indikátory starnutia. Od reformy systému sociálnych služieb (2008) vzrástla miera závislosti seniorov 65+ o 24 % a index starnutia o 33 %. V rovnakom období sa podiel prijímateľov sociálnych služieb v dôchodkovom veku zvýšil o 60 % a podiel prijímateľov v pobytových zariadeniach s prevahou dôchodcov až o 76 %.

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Obyvatelia ZSS spolu*	31 927	33 140	33 886	34 904	35 104	36 350	40 050	38 263	43 845	47 149	50 165	54 848
- z toho v dôchodkovom veku	20 759	21 299	21 346	20 968	22 045	22 243	23 396	24 014	24 910	26 685	29 644	34 061
- z toho ZpS	13012	12 938	13 404	13 594	13 706	12 659	11 849	12 077	12 237	13 582	16 255	17 540

⁴⁸ <https://spravy.pravda.sk/domace/clanok/475988-seniorov-udajne-liecil-kuchar-a-upratovacka-kto-je-za-to-zodpovedny/>

⁴⁹ Napr. Gruchalák a kol. 2017

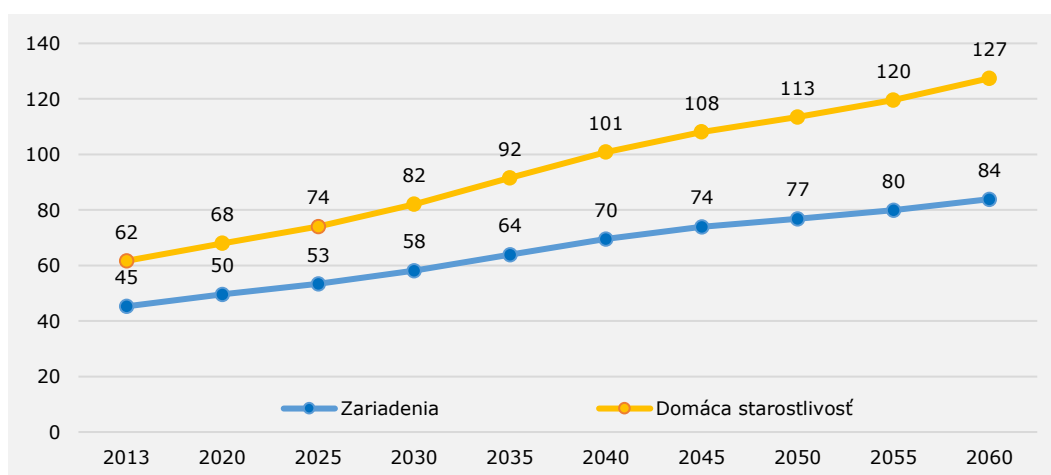
⁵⁰ Index starnutia populácie vyjadruje podiel osôb vo veku 65+ na skupine vo veku do 15 rokov.

- z toho ŠZ					194	644	985	1 285	1 886	3 018	5 077	5 887
- z toho ZOS	1 512	1 604	1 533	1 635	1 726	1 461	1 546	1 689	1 738	1 766	2 078	2 178
- z toho DS					64	121	155	314	374	961	2 365	4 891

*Pozn.: Zahŕňa len zariadenia podľa zákona o sociálnych službách.

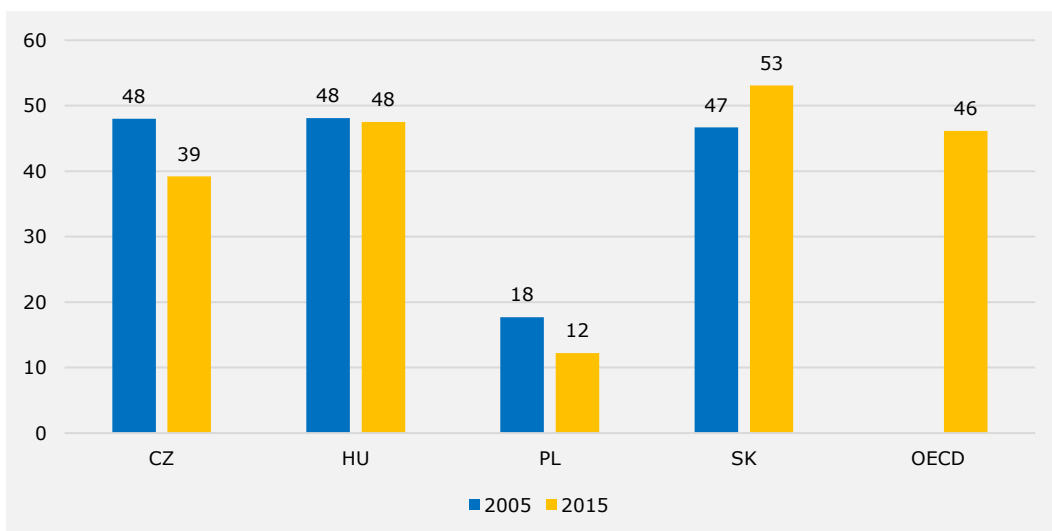
Tabuľka 5 Obyvatelia vybraných zariadení sociálnych služieb (k 31. 12)
Zdroj: V (MPSVaR SR) 10-01 (Správa o sociálnej situácii, Príloha ku kapitole 3)

Podľa projekcie EK vzrastie celkový počet prijímateľov v zariadeniach do roku 2035 o 42 % na 64 tisíc. Porovnateľným tempom, o 48 %, má porásť dopyt po domácej starostlivosti, ktorú bude v roku 2035 vyžadovať celkovo 92 tis. osôb. Projekcia EK je však podhodnotená, pretože celkový počet prijímateľov v zariadeniach prekročil hranicu 50 tis. už v roku 2015, teda o 5 rokov skôr, než sa pôvodne predpokladalo. Prognóza EK tiež nešpecifikuje, o aké formy starostlivosti bude záujem najvyšší (pobytová, ambulantná alebo terénna).



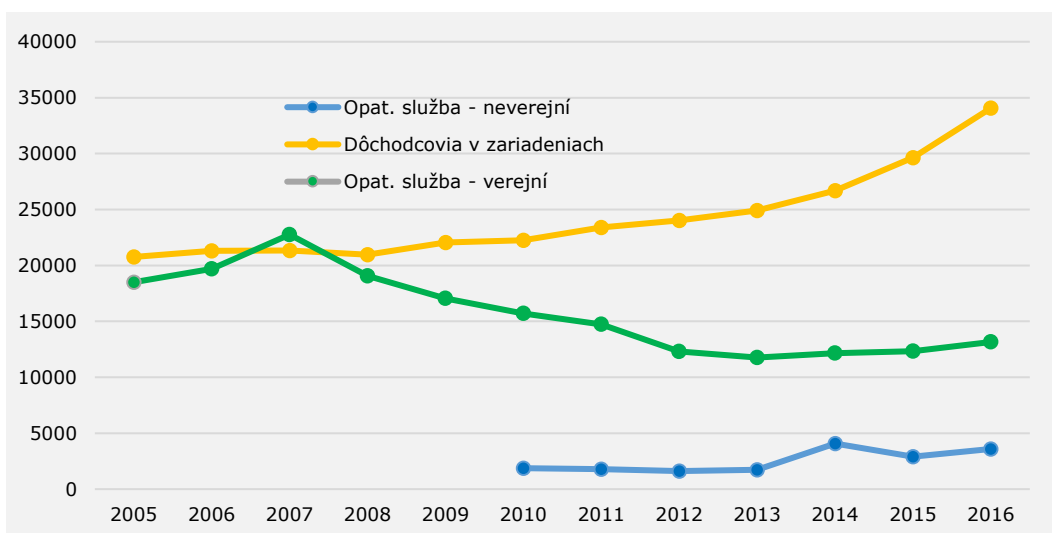
Graf 9 Projekcia dopytu po zariadeniach a domácej starostlivosti (tis. osôb)
Zdroj: Európska komisia (AWG 2015)

Z nasledujúceho grafu vyplýva, že SR pri porovnaní so susednými krajinami a priemerom krajín OECD disponuje najvyšším počtom lôžok v zariadeniach dlhodobej starostlivosti na 1 000 obyvateľov vo veku 65+. V okolitých krajinách má počet lôžok skôr klesajúcu tendenciu (tento stav pripisujeme najmä rozvoju domácej či terénnej starostlivosti).



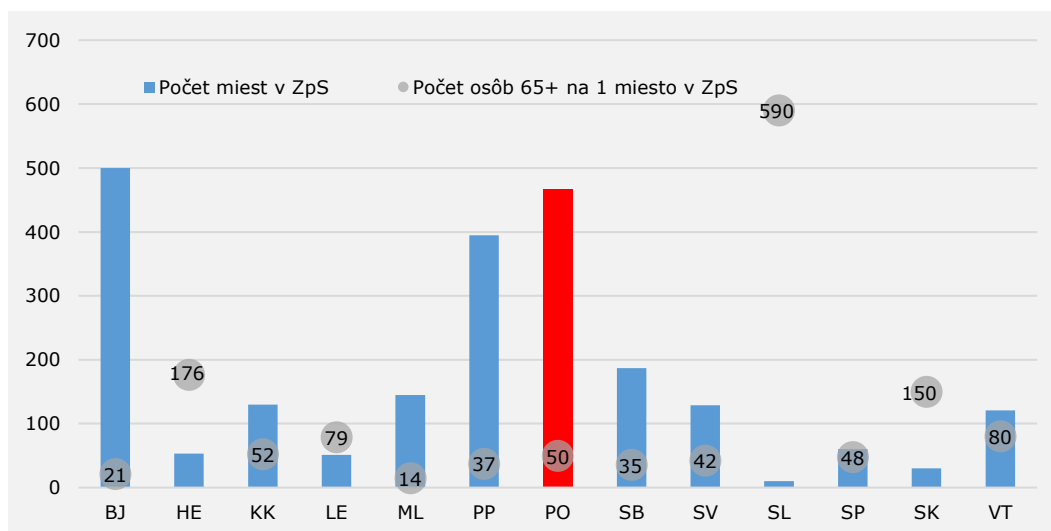
Graf 10 Počet lôžok v zariadeniach dlhodobej starostlivosti na 1 000 obyv. vo veku 65+
Zdroj: OECD (Beds in residential long-term care facilities)

Uvedenú skutočnosť potvrdzuje aj vývoj poskytovanej terénnej formy sociálnych služieb (domácej opatrovateľskej služby) pri porovnaní s pobytovou formou.



Graf 11 Vývoj počtu prijímateľov opatrovateľskej služby
Zdroj: V(MPSVaR SR) 10-01, V(MPSVaR SR) 11-01. Pobytové zariadenia = ZpS, ŠZ a ZOS.

Ak by sme zostúpili na lokálnejšiu úroveň, napríklad porovnali ZpS v mestách PSK situácia sa líši od mesta k mestu. Napríklad v meste Prešov pripadá na 1 miesto v ZpS 50 obyvateľov vo veku 65+, zatiaľ čo v meste Humenné je to až 176 obyvateľov, ale napríklad v Bardejove na druhej strane iba 21 obyvateľov.



Graf 12 Počet miest v ZpS (2016) a počet osôb 65+ na 1 miesto v ZpS
Zdroj: ŠÚ SR, VDC (Infostat), vlastný prepočet

Podľa Zákona o sociálnych službách má pritom fyzická osoba právo na výber sociálnej služby a formy jej poskytovania a právo na výber poskytovateľa sociálnej služby.

Pre občana, ktorý sa ocitne v nepriaznivej situácii je však pomerne problematické zorientovať sa v poskytovaných sociálnych službách a podmienkach ich poskytovania.

Užitočnú pomôcku v tomto smere predstavuje vypracovaný praktický sprievodca Inštitútom pre výskum práce a rodiny⁵¹, ktorý je zverejnený na webovej stránke MPSVaR. Od roku 2016 sa realizuje aj projekt Senior box⁵², ktorý poskytuje komplexný edukačný materiál v niektorých nemocniciach a agentúrach domácej ošetrovateľskej starostlivosti (vydaných bolo spolu 2 500 senior balíčkov v r. 2018). Senior boxy sú pomôckou pre rodinných príslušníkov, ako sa lepšie sa starať o svojich bezvládných blízkych. Odborníci, ktorí stoja za projektom Senior box v súčasnosti pracujú aj na príprave webovej stránky s názvom „Malina“, ktorá bude poskytovať prehľad možností pomoci na spôsob webových stránok ponúkajúcich ubytovanie⁵³.

Inštitút sociálnej politiky zverejnil na webovej stránke MPSVaR⁵⁴ mapu poskytovateľov ambulantnej a pobytovej sociálnej služby na základe centrálného registra poskytovateľov pre lepšiu orientáciu občanov. Rovnako je na webovej stránke ministerstva dostupná kalkulačka, ktorá slúži na orientačný výpočet príspevku na opatrovanie (tento príspevok spolu s ďalšími príspevkami sociálnej pomoci si môžu občania vybaviť aj elektronicky vďaka realizovanému národnému projektu⁵⁵.

Dôležitou podmienkou poskytovania niektorých sociálnych služieb (podmienených odkázanosťou) je vyhotovený posudok o odkázanosti a vydané rozhodnutie o odkázanosti miestne príslušnou obcou/VÚC, kde má fyzická osoba trvalý pobyt. Posudok o odkázanosti na sociálnu službu sa vyhotovuje na základe vykonaného zdravotného posudku a sociálneho posudku. Až na základe vyhotoveného posudku môže fyzická osoba

⁵¹ <https://www.employment.gov.sk/files/slovensky/rodina-socialna-pomoc/socialne-sluzby/ponuka-socialnych-sluzieb/starostlivost-o-dlhodoboch-chorych-starsich-ludi-prakticky-sprivedocna-rozlicnymi-formami-pomoci.pdf>

⁵² http://www.teraz.sk/zdravie/zacala-sa-distribucia-balickov-pre-d/367664-clanok.html?fbclid=IwAR3o4UMhCnaEOgxaB-TYK59QVDOQan_DxzoJ_qOrxxu--DU907uozkl72RE

⁵³ https://mediweb.hnonline.sk/rozhovory/mam-pocit-ze-sa-rozmaha-mytus-ze-staremu-cloveku-uz-netreba-zit?fbclid=IwAR0PQkvY541EApFzpNIST20cwZNOklxr8fzM49rREqQWn0_PU0dPLjTgQKU

⁵⁴ <https://www.employment.gov.sk/isp/>

⁵⁵ <https://www.employment.gov.sk/sk/ministerstvo/narodny-projekt-es-mpsvr-sr/>

následne podať žiadosť o poskytovanie sociálnej služby spolu s povinnými prílohami. V tomto smere došlo novelou Zákona o sociálnych službách k pozitívnej zmene a to k zrušeniu lehoty na vydávanie posudkov a na vydávanie rozhodnutí o odkázanosti. Toto rozhodovanie zo strany samospráv sa bude ďalej riadiť len Zákomom o správnom konaní a z neho plynúcich lehôt⁵⁶.

Poskytovateľom sociálnych služieb sa však nepodarilo zrušiť ďalšiu podmienku a to podmienku vyplatenia finančného príspevku od MPSVaR iba vtedy, ak bude poskytovateľ sociálnych služieb uvedený komunitnom pláne obce alebo v koncepcii rozvoja sociálnych služieb. Táto podmienka je pritom v rozpore s právom občana na výber poskytovateľa. Podľa kritikov poskytovateľa si vyberá sám občan a nie poslanci samosprávy.

Významný vplyv na právo výberu sociálnej služby a rast spokojnosti prijímateľov bude mať aj proces tzv. deinštitucionalizácie, ktorej cieľom je vytvorenie fungujúcej siete komunitných služieb, ktoré budú využívať prijímatelia sociálnych služieb:

- pobytových foriem sociálnych služieb, ktoré podpora samostatný život ich prijímateľov a svojím charakterom budú podobné domácnosti bežnej populácie,
- ambulantných foriem sociálnych služieb, ktoré budú formou denných programov prispievať k individuálnemu rozvoju prijímateľov (aj v pobytovej forme),
- terénnych foriem sociálnych služieb, ktoré budú zamerané na podporu prijímateľov v súlade s cieľmi ich individuálnych plánov.

Vychádzajúc zo Stratégie deinštitucionalizácie systému sociálnych služieb a náhradnej starostlivosti v Slovenskej republike⁵⁷ bol v rokoch 2013-2015 realizovaný Národný projekt Podpora procesu deinštitucionalizácie a transformácie systému sociálnych služieb, ktorého výstupom boli rôzne publikácie k spusteniu procesu deinštitucionalizácie⁵⁸. V roku 2016 bol publikovaný Akčný plán prechodu z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť v systéme sociálnych služieb na roky 2016 -2020⁵⁹. V súčasnosti prebieha Národný projekt Podpora deinštitucionalizácie náhradnej starostlivosti v zariadeniach⁶⁰, ktorý sa však venuje iba problematike starostlivosti o deti/mládež.

Proces transformácie zariadení sociálnych služieb by mal pozostávať z viacerých etáp: 1. prípravná etapa (2 - 5 rokov), 2. prechodná etapa, (2 - 3 roky), 3. stabilizačná etapa (2 - 3 roky). Mal by sa pritom dotýkať 3 oblastí:

- samotných poskytovaných sociálnych služieb,
- prípravy na prácu a podporované zamestnávanie⁶¹,
- fyzickej zmeny prostredia (využívanie princípov univerzálneho dizajnu⁶²).

⁵⁶ <https://www.teraz.sk/slovensko/b-ondrus-kvalita-socialnych-sluzieb/285629-clanok.html>

⁵⁷ <https://www.employment.gov.sk/files/legislativa/dokumenty-zoznamy-pod/strategia-deinstitucionalizacie-systemu-socialnych-sluzieb-nahradnej-starostlivosti-1.pdf>

⁵⁸ Metodika prípravy transformačného plánu zariadenia - https://www.ia.gov.sk/data/files/np_di/publikacie/Transformacny_plan_-_metodika_pripavy.pdf; Záverečná správa z Národného projektu Podpora procesu deinštitucionalizácie a transformácie systému sociálnych služieb - https://www.ia.gov.sk/data/files/np_di/publikacie/Zaverecna_hodnotiaca_sprava.pdf

⁵⁹ <https://www.employment.gov.sk/files/rodina-soc-pomoc/soc-sluzby/narodny-akcny-plan-prechodu-z-institucionalnej-komunitnu-starostlivost-systeme-socialnych-sluzieb-roky-2016-2020.pdf>

⁶⁰ https://www.upsvr.gov.sk/buxus/docs/SESF/Opis_NP_DEI_NSvZ.pdf

⁶¹ v súvislosti s touto problematikou bol v marci roku 2018 schválený Zákon o sociálnej ekonomike a sociálnych podnikoch - <https://www.employment.gov.sk/sk/praca-zamestnanost/socialna-ekonomika/> a v súčasnosti prebieha aj realizácia národného projektu Podpora zamestnávania občanov so zdravotným postihnutím - https://www.upsvr.gov.sk/europsky-socialny-fond/narodne-projekty-v-programovom-obdobi-2014-2020/narodny-projekt-podpora-zamestnavania-obcanov-so-zdravotnym-postihnutim-3.html?page_id=824366

2.4.1. ÚZKE MIESTA V PONUKE SOCIÁLNYCH SLUŽIEB

Nedostatočná ponuka potrebných sociálnych služieb

Uplatňovanie práva občana na vlastný výber sociálnych služieb je v reálnych podmienkach SR slabé. Nedá sa totiž hovoriť o „výbere“ - pre mnohých občanov sa v mieste ich bydliska a okolí potrebné sociálne služby neposkytujú, alebo existujúci poskytovatelia nedisponujú potrebnou kapacitou (ako príklad môže poslúžiť odľahčovacia služba⁶³). V oblasti poskytovania sociálnych služieb na Slovensku je prítomná aj diskriminácia neverejných poskytovateľov sociálnych služieb, ktorí sú odkázaní na financovanie z verejných zdrojov.

Tak ako to bolo spomenuté v časti financovanie sociálnych služieb súčasný systém neumožňuje taktiež flexibilnejšiu kombináciu viacerých služieb podľa potrieb fyzickej osoby (resp. jej rodinných príslušníkov). Uskutočnenie zmien v poskytovaných sociálnych službách predstavuje obvykle byrokraticky náročný proces a záťaž pre odkázané osoby, ale najmä ich rodinných príslušníkov (neustále kolotoče predkladania dokladov – vid' bod nižšie).

Poskytované sociálne služby trpia neraz nedostatočnou kvalitou, či (časovým) rozsahom ich poskytovania, ako napr. pri opatrovateľskej službe⁶⁴. Taktiež chýbajú rôzne doplnkové služby na pokrytie špecifických potrieb rôznych skupín klientov sociálnych služieb.

Vyčíslený dopyt po sociálnych službách nezodpovedá realite – dochádza k duplicitám

Počet nevybavených žiadostí na poskytnutie najmä sociálnych služieb v zariadení v praxi mnohokrát neodzrkadľuje realitu. Z dôvodu, že jeden záujemca o miesto v zariadení sa môže zaradiť do poradovníka čakaťelov vo viacerých zariadeniach (resp. na inú formu sociálnej služby), počet nevybavených žiadostí môže rásť rýchlejšie než je reálny dopyt odkázaných osôb.

Chýbajúce uplatňovanie pravidiel „jedenkrát a dost“ vo vzťahu k občanom

Pri podávaní žiadosti o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu alebo žiadosti o poskytnutie konkrétnych sociálnych služieb sú žiadatelia povinní predložiť rôzne prílohy. Nižšie uvedené schéma ponúka ich ilustračný prehľad podľa druhu sociálnej služby, o ktorú žiadateľ žiada obec⁶⁵:

⁶² <http://www.nrozp-mosty.sk/ako-to-funguje-v-eu-4/item/1193-z%C3%A1sady-univerz%C3%A1lneho-dizajnu.html>,
<http://universaldesign.ie/What-is-Universal-Design/>

⁶³ <https://europskenoviny.sk/2018/12/07/jana-zitnanska-odlahcovacia-sluzba-pre-rodiny-zdravotne-postihnutych-v-praxi-nefunguje/>

⁶⁴ opatrovateľská služba predstavuje centrálny problém sociálnych služieb pre starších občanov žijúcich v domácom prostredí, konkrétne ide o prístup k nej, poskytovaný rozsah a kvalitu tejto služby. Na základe staršieho prieskumu z roku 2010 prevažovalo negatívne hodnotenie opatrovateľskej služby respondentmi. Väčšina – až 55 % z tých čo odpovedali sa prikláňala k najhoršiemu variantu hodnotenia – zlá kvalita a dlhé čakacie doby, 28 % hodnotilo kvalitu služby ako dobrú, ale dostupnosť ako nízku (najvyššie percento nespokojných s kvalitou a dostupnosťou opatrovateľskej služby bolo prekvapujúco v malých mestách a nie na dedinách. Pravdepodobne to bude súvisieť so skutočnosťou, že na dedinách stále prevláda vyššia rodinná solidarita a pomoc, bližšie susedské vzťahy a tým aj nižšia odkázanosť na opatrovateľskú službu, prípadne nižšie požiadavky (dokument Sociálne služby pre starších občanov – kvalita a prístup, Analýza empirického výskumu, 2010)

⁶⁵ spracované na základe uvedených informácií na webovej stránke mesta Prešov

Druh dokladu/druh služby	Posúdenie odkázanosti na SS	SS na riešenie nepriaz. situácie v dôsledku veku alebo ZP					SS s použ. IKT	Podporné sociálne služby		Dávky a zľavy	
		Opatrovateľská služba	Zariadenie pre seniorov	Denné stacionáre	Prepravná služba	Požičiavanie pomôcok		Signalizácia a monitor. pomoci	Odláhčovacia služba	Stravovanie v jedálni	Jednorazová dávka SP
Kópia preukazu ŤZP alebo ŤZP-S											
Kópia odborných lekárskeho správ/ Lekársky nález na účely posúdenia odkázanosti na SS	Jeden z uvedených dokladov										
Právoplatné rozhodnutie o odkázanosti na SS											
Komplexný posudok z ÚPSVaR					Buď komplexný posudok alebo obe potvrdenia						
Potvrdenie z ÚPSVaR											
Potvrdenie poskytovateľa zdravotnej starostlivosti											
Rozhodnutie o poskytnutí peňažného príspevku na opatrovanie z ÚPSVaR											
Rozhodnutie/potvrdenie o priznanom dôchodku/ príjme/poskytovaných dávkach											
Doklad o úhrade nákladov spojených s bývaním											
Iné doklady		**	**	**	**						***

*alebo rozhodnutie o priznaní preukazu ŤZP-S, alebo priznanie kompenzačných príspevkoch vydané ÚPSVaR

** doklad o pozbavení spôsobilosti na právne úkony

*** napr. fotokópia rozsudku o rozvode manželstva

Schéma 8 Prehľad povinných príloh k žiadostiam o poskytnutie sociálnych služieb (vlastné spracovanie)

Pre efektívne plnenie sociálnej agendy seniorov a zdravotne postihnutých osôb a uplatňovanie pravidla jedenkrát a dosť by mali byť prepojené IS najmä nasledujúcich inštitúcií (pri zachovaní súčasných pravidiel):

- MPSVaR/ÚPSVaR (vo veci komplexných posudkov vypracovávaných ÚPSVaR, priznaných kompenzácií na riešenie ŤZP, poskytovaných príspevkov na opatrovanie)
- Sociálna poisťovňa (vo veci potvrdení o výške dôchodku, vyplácaných dávkach žiadateľovi/spoluposudzujúcim osobám)
- Obce, VÚC (vo veci posudkov o odkázanosti a rozhodnutí o odkázanosti na sociálnu službu, ako aj poskytovaných sociálnych služieb, prijímateľov sociálnych služieb)
- Súdny (vo veci rozhodnutí o zbavení svojprávnosti, iných skutočností týkajúcich sa konkrétneho žiadateľa/spoluposudzujúcich osôb)

Nízka miera informovanosti a zapájania verejnosti do zlepšovania ponuky sociálnych služieb

Aj napriek individuálnym snahám chýba v krajine intenzívnejšia celoplošná informovanosť obyvateľstva o možnostiach dostupných sociálnych služieb, ich rozdieloch, podmienkach pre ich poskytnutie. Rovnako chýba intenzívnejšie zapojenie verejnosti a poskytovateľov do formovania/úpravy existujúcej ponuky prostredníctvom prieskumov verejnej mienky. V tomto smere bola v roku 2018 aktívna najmä Asociácia na ochranu práv pacientov

(AOPP), ktorá zrealizovala prieskum o dlhodobej starostlivosti⁶⁶ a k využívaniu zdravotných pomôcok⁶⁷.

Pritom významným faktom, ktorý všetci priznávame je starnutie obyvateľstva - vyšší podiel obyvateľstva v tzv. poproduktívnom veku⁶⁸.

Chýbajúca koordinácia a spolupráca pre proces deinštitucionalizácie súbežne s integráciou zdravotnej a sociálnej starostlivosti

Proces deinštitucionalizácie „majú na pleciach“ samotné zariadenia sociálnych služieb, ktoré by si mali vypracovať svoje transformačné plány a svojim klientom zabezpečiť „novú“ formu komunitnej starostlivosti (kúpou/prenájom nehnuteľností). Tento proces nie je zatiaľ koordinovaný na národnej, regionálnej či miestnej úrovni na základe získaných dát od jednotlivých poskytovateľov. Chýba teda potrebný nadhľad a spolupráca pre prijatie efektívnych strategických a operatívnych rozhodnutí (s cieľom dosahovať synergické riešenia), ktoré budú postavené na reálnych údajoch o prijímateľoch v zariadeniach sociálnych služieb a projekcii budúceho vývoja stavu odkázaných osôb. Úspešný proces deinštitucionalizácie si bude vyžadovať úzku spoluprácu počnúc rôznymi ministerstvami, VÚC až po mestá, obce, úrady práce, sociálnych vecí a rodiny, iné relevantné inštitúcie a zariadenia sociálnych služieb, vrátane rozsiahlej národnej kampane pre všetkých, vysvetľujúcej poslanie a ciele deinštitucionalizácie, spolu so zabezpečením vzdelávania nielen priamych aktérov, ale aj iných zložiek spoločnosti⁶⁹. Rovnako dôležité je to, aby proces deinštitucionalizácie bol plánovaný spolu s plánovaním zabezpečenia dlhodobej (zdravotnej a sociálnej) starostlivosti. V súčasnosti sa spolupráca rôznych aktérov sústreďuje v rámci Rady vlády SR pre práva seniorov a prispôsobovanie verejných politík procesu starnutia populácie⁷⁰. V auguste 2018 sa uskutočnilo aj historické prvé stretnutie medzi zástupcami Asociácie poskytovateľov sociálnych služieb (APSS) od jej vzniku v rámci delegácie Platformy za spravodlivé financovanie sociálnych služieb a premiérom SR (Petrom Pellegrinim)⁷¹.

Podporovaním deinštitucionalizácie, ako už bolo v texte dokumentu spomenuté, sa zvýrazní aj problém financovania súbežne poskytovaných sociálnych služieb v rámci komunity (viacerých sociálnych služieb, ktoré sa osobe poskytujú). Systém financovania sociálnych služieb nie je dnes nastavený flexibilne.

Odborníci poukazujú aj na skutočnosť, že zatiaľ čo sa SR zaviazala k deinštitucionalizácii, prijatá novela Zákona o sociálnych službách prináša opačný efekt, tj. nedošlo k posilneniu ambulantných služieb a terénnych služieb na komunitnom princípe, ktoré sú lacnejšie ako pobytové, ale naopak.

⁶⁶ <https://aopp.sk/clanok/priplatky-nespokojnost-s-personalom-aj-nedostatok-kapacit-v-zariadeniach-aj-odhalil-prieskum-o-dlhodobej-starostlivosti>

⁶⁷ <https://www.aopp.sk/clanok/prieskum-o-zdravotnickych-pomockach-priniesol-aj-prekvapive-zistenia>

⁶⁸ <https://www.etrend.sk/ekonomika/slovensko-uz-plava-proti-prudu-starnutie-skrese-pocet-ludi-v-produktivnom-veku.html>

⁶⁹ proces deinštitucionalizácie si bude vyžadovať aj zmenu tradičného, zaužívaného prístupu voči prijímateľom sociálnej služby. Napríklad z realizovaného národného projektu Podpora procesu deinštitucionalizácie a transformácie systému sociálnych služieb vystali odmietavé postoje zamestnancov zariadení sociálnych služieb proti téme zamestnávania prijímateľov sociálnych služieb, ktoré je možné podložiť výroky typu: „My sme poskytovatelia sociálnych služieb, nás sa zamestnávajúce netýka.“ „My určite nebudeme zriaďovať pracovné miesta, chránené dielne, ani využívať nástroje služieb zamestnanosti...“ „Naši klienti nie sú schopní pracovať, to je utópia“

⁷⁰ <https://www.employment.gov.sk/files/slovensky/ministerstvo/rada-vlady-sr-prava-seniorov/zoznam-clenov-rady-vlady-sr-prava-seniorov.pdf>

⁷¹ <http://www.apssvsr.sk/clanky/novinky/zabezpeci-fond-odkazanosti-rovnopravnost-odkazanych-aj-zo-strany-samospravy>

2.5. VYUŽÍVANIE INFORMAČNO – KOMUNIKAČNÝCH TECHNOLOGIÍ V SOCIÁLNEJ A ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI

Okrem spoločenských zmien prinieslo minulé storočie aj pokroky v oblasti vedy a technológií. Miniaturizácia elektronických komponentov, budovanie telekomunikačnej infraštruktúry, zvyšovanie výkonnosti výpočtovej techniky a penetrácia mobilných technológií do každodenného života priniesla aj nové možnosti starostlivosti o odkázané osoby na sociálnu a/alebo zdravotnú starostlivosť.

O využívaní technológií v sociálnej pomoci vo vzťahu poskytovateľ – fyzická osoba pojednáva Zákon o sociálnych službách, ako aj Zákon o peňažných príspevkoch na kompenzáciu ŤZP. V prvom z uvedených zákonov sú zadané dve sociálne služby využívajúce telekomunikačné technológie. Ide o:

- monitorovanie a signalizáciu potreby pomoci, tj. poskytovanie nepretržitej, dištančnej, hlasovej, písomnej (krátka textová správa) alebo elektronickej komunikácie s fyzickou osobou prostredníctvom signalizačného zariadenia alebo audiovizuálneho zariadenia napojeného na centrálny dispečing, ktorý zabezpečí potrebnú pomoc na základe vyslaného signálu potreby pomoci⁷². Cieľom služby, zabrániť vzniku krízovej sociálnej situácie alebo zabezpečiť jej riešenie u osoby, ktorá má nepriaznivý zdravotný stav. Potrebu poskytovania sociálnej služby fyzická osoba preukazuje potvrdením poskytovateľa zdravotnej starostlivosti podľa osobitného predpisu. Táto služba je na Slovensku známa najmä ako domáce tiesňové volenie. Dlhodobo ju poskytuje napr. Asociácia samaritánov SR⁷³.
- krízovú pomoc prostredníctvom telekomunikačných technológií⁷⁴. Služba je poskytovaná fyzickej osobe, ktorá je v krízovej sociálnej situácii, alebo v inej obťažnej životnej situácii, ktorú nemôže riešiť vlastnými silami a zabezpečuje sa najmä poskytnutím sociálneho poradenstva. Za telekomunikačné technológie sa v tomto kontexte považuje najmä telefón, fax, internet. Krízovú pomoc poskytujú na Slovensku tiež viaceré organizácie, jednou z nich je napr. Pomoc obetiam násillia⁷⁵.

Druhý menovaný zákon uvádza podmienky poskytnutia finančného príspevku na kúpu/úpravu/výcvik používania/opravu rôznych pomôcok a zariadení, ktoré sú bližšie špecifikované na stránke MPSVaR.

V rámci zdravotnej starostlivosti využívanie informačno-komunikačných technológií upravuje Zákon č. 153/2013 o národnom zdravotníckom informačnom systéme (NZIS). Prijatím daného zákona sa vytvoril legislatívny rámec pre informatizáciu zdravotníctva a vybudovanie a prevádzku NZIS. V rámci zákona je zadaný základný pojem elektronická zdravotná knižka, ktorá predstavuje súbor údajov zo zdravotnej dokumentácie konkrétnej osoby. Na jej základe sú postavené mnohé služby využívajúce IKT. K využívaní rôznych technológií v rámci organizačných a liečebných postupov vydáva MZ SR aj odborné usmernenia⁷⁶.

Okrem vyššie uvedených legislatív, sa na strategickú (národnú) úroveň využívaniu technológií a špecificky informačno-komunikačných technológií v sociálnej a zdravotnej starostlivosti o seniorov a osoby s ZP nevenujú komplexnejšie žiadne materiály.

⁷² § 52 Zákona o sociálnych službách

⁷³ <http://www.as-sr.sk/domace-tiesnove-volanie/>

⁷⁴ § 53 Zákona o sociálnych službách

⁷⁵ <http://pomocobetiam.sk/>

⁷⁶

https://www.npz.sk/sites/npze/Stranky/NpzArticles/2015_08/Odborne_usmernenia_MZ_SR.aspx?did=3&sid=10&tuid=0&page=full&

Výnimkou v rámci zdravotnej starostlivosti môžeme označiť národný projekt Elektronické služby zdravotníctva (tzv. ehealth)⁷⁷, ktorý sa však zameriava celoplošne na poskytované služby obyvateľstvu. Jediný dostupný dokument u nás, ktorý sa využívaniu IKT v sociálnych službách bližšie na obecnej úrovni venuje predstavuje materiál „IKT a sociálne služby pre staršie osoby“⁷⁸.

Pre technológie zamerané na seniorov a osoby so ZP sa zvykne používať zastrešujúci pojem technológie pre asistované žitie. V širšom kontexte tieto technológie zahŕňajú:

- **eHealth/telehealth/telemedicína/telemonitoring/telerehabilitácia** – poskytovanie zdravotníckych služieb na diaľku prostredníctvom IKT. Uvedené pojmy sa používajú často ako zameniteľné výrazy, pričom však v mnohých prípadoch pokrývajú odlišný rozsah služieb (telemedicína je podoblasťou telehealth a zameriava sa na poskytovanie klinických služieb na diaľku; telemonitoring a telerehabilitácia môžeme vnímať ako podoblasť telemedicíny, ktoré sa zameriavajú na diaľkový monitoring životných funkcií a fyzickú rehabilitáciu na diaľku),
- **e/telecare** – sociálna starostlivosť realizovaná na diaľku prostredníctvom IKT (často je rovnako zamieňaná s vyššie uvedenými pojmami),
- **Smart home technológie** – zabudované v domácnostiach alebo zariadeniach za účelom podporovať bezpečnosť a nezávislosť seniorov/osôb s ZP (o.i. najmä využívanie rôznych senzorov),
- **Gerontotechnológie (asistenčné/adaptívne technológie)** - produkty alebo služby, ktoré sú dizajnované tak, aby ich mohli využívať aj starší ľudia, osoby s ZP a rovnako podporovali ich väčšiu nezávislosť
- *Iné – do tejto kategórie môžeme zaradiť rôzne prevádzkové informačné systémy na prevádzku zariadení poskytujúcich sociálnu alebo ošetrovateľskú starostlivosť, domácej opatrovateľskej alebo ošetrovateľskej služby, či podporu neformálnych opatrovateľov.*

V podmienkach SR je v praxi iba v malom rozsahu využívaná služba Telecare (vyššie uvedené monitorovanie a signalizácia potreby pomoci prostredníctvom domáceho tiesňového volania, kedy sa do domu, resp. bytu osoby nainštaluje prístroj domáceho tiesňového volania. Ten sa skladá zo základne s veľmi citlivým mikrofónom a reproduktorom, ktoré zabezpečia rozhovor s dispečingom z celého bytu klienta a tlačidla tiesňového volania). Smart home technológie sa skôr ako v domácnostiach seniorov/osôb s ZP, využívajú v zariadeniach poskytujúcich sociálnu/zdravotnú starostlivosť. Ide pritom predovšetkým o programovateľné germicídne žiariče na dezinfekciu vzduchu či bezpečnostné senzory (spustenie alarmu pri otvorení dverí). V rámci asistenčných technológií, či už v domácnostiach alebo zariadeniach sa využívajú hlavne „tradičné“ technológie ako stropné zdvíhačky, plošiny, vozíky, automatické podávače liekov a pod.

Pre oblasť ehealth, osobitne telemedicíny, patrí medzi príklady existujúcich riešení na Slovensku napríklad Teleradiologické komunikačné centrum T3C⁷⁹ alebo aplikácia STEMI⁸⁰ na podporu záchranárov pri manažmente pacienta so srdcovým infarktom alebo

⁷⁷ <https://www.ezdravotnictvo.sk/sk/domov>

⁷⁸ <https://www.pulib.sk/web/kniznica/elpub/dokument/Balogova11/subor/Repkova.pdf>

⁷⁹ <https://tatramed.sk/t3c/>

⁸⁰ Aplikácia umožňuje vytvoriť a odoslať fotky EKG zosnímaného v záchranke prostredníctvom integrovaného fotoaparátu v mobile (obr. 5). Odfotené EKG sa odosiela kardiológovi v najbližšom špecializovanom centre identifikovanom prostredníctvom zabudovaného GPS modulu v telefóne. Rovnako poskytuje aj skóring formulár k mozgovej príhode a odosielanie údajov k neurológovi v najbližšom neurologickom centre (Obr. 6)¹. Na základe odoslaných dát je možné následne uskutočniť hlasovú alebo aj obrazovú komunikáciu so špecialistom. Účelom aplikácie je minimalizovať časové straty spôsobené sekundárnym transportom na špecializované

mozgovou príhodou. Tieto riešenia však nie sú určené pre komunikáciu zdravotníckeho personálu – pacient.

Príkladom tohto druhu riešenia je telemedicínska služba v oblasti manažmentu diabetických pacientov, ktorá bola testovaná v rámci projektu „Centrum výskumu závažných ochorení a ich komplikácií⁸¹“. V projekte v roku 2015 bola realizovaná klinická štúdia na vzorke 400 diabetických pacientov z celého Slovenska. Pacienti obdržali mobilné telefóny a zdravotnícke pomôcky určené na domáce merania (glukomer a tlakomer), ktoré umožňovali veľmi pohodlný automatický zápis meraní do aplikácie elektronického denníka diabetika, ktorá bola inštalovaná na telefóne. Len v prípade výnimočných technických problémov bolo potrebné zadať údaje z týchto dvoch meraní do elektronického denníka manuálne. Lekár aj pacient mali zabezpečený prístup k týmto údajom prostredníctvom Centrálného systému pre manažment pacienta (CSMP). Tento systém lekárovi tiež umožňoval zadávať údaje počas 3 kontrolných návštev. Prenos údajov z domácich meraní pacienta umožňoval lekárovi zhodnotiť zdravotný stav a zabezpečiť optimálnu liečbu pacienta s diabetes mellitus v reálnom čase („on-line“). K stabilizácii ochorenia prispel aj systém upozornení (tzv. „alertov“) vybudovaný na základe zhromažďovaných údajov. V prípade chýbajúcich domácich meraní alebo v prípade nameraných hodnôt prekračujúcich odporúčaný interval, dostal pacient aj lekár upozornenie prostredníctvom CSMP.

Pre inšpiráciu uvádzame aj zaujímavé riešenie pre domácu ošetrovateľskú starostlivosť, vyvinuté v Taliansku. Ide o mobilnú aplikáciu s názvom MOWA⁸², ktorá poskytuje telemedicínsku intervenciu pri manažmente rán. Aplikácia umožňuje zdravotným sestram vytvorenie obrazovej dokumentácie ohľadne vredov na diabetickej nohe a špecifikovať detailnejšie informácie ohľadne stavu rany a spôsobe jej liečenia.

Aj napriek tomu, že moderné technológie môžu v mnohých smeroch zvýšiť kvalitu života seniorov, osôb s ZP alebo uľahčiť prácu poskytovateľom rôznych služieb, považujeme za potrebné zdôrazniť, že nie sú panaceou. Aj riešenia, ktoré neobsahujú technologický aspekt (alebo ho obsahujú v minimálnej miere) môžu byť nesmiernym prínosom. Príkladom takéhoto riešenia je tzv. sociálny predpis⁸³, ktorý začínajú testovať v Kanade alebo Veľkej Británii. Lekár spolu s predpisom medikamentov (alebo namiesto nich) predpíše pacientovi „sociálnu“ aktivitu – napr. návštevu prírody alebo múzea.

2.5.1. ÚZKE MIESTA V ZÁVÁDZANÍ TECHNOLOGICKÝCH/NETECHNOLOGICKÝCH INOVÁCIÍ

Chýbajúce zázemie pre zavádzanie inovatívnych technologických, ako aj netechnologických riešení do praxe sociálnej a zdravotnej starostlivosti

Napriek nesporným výhodám telemedicíny, domáceho tiesňového volania či iných technologických, alebo netechnologických riešení nie sme na Slovensku svedkami ich širšieho uplatnenia v poskytovaní starostlivosti. Chýba najmä:

- zber dôkazov (napr. vo forme štúdií) popisujúcich vplyv riešení na konkrétnu cieľovú skupinu,
- systematický monitoring dostupných riešení (v zahraničí),
- vytvorenie vhodného legislatívneho rámca,

pracovisko (kardiocentrum alebo neurologické centrum) z lokálnej nemocnice kde sa potvrdí diagnóza infarktu myokardu alebo mozgovej príhody. Podľa autorov aplikácie pomáha tak rozšíriť limitovanú schopnosť posádok záchranej zdravotnej služby stanoviť jasnú diagnózu. <http://www.stemiglobal.sk/>

⁸¹ ITMS: 26240120038

⁸² <https://www.youtube.com/watch?v=JeTcwbZa35o>

⁸³ <https://bigthink.com/personal-growth/doctors-in-shetland-can-now-prescribe-a-walk-in-nature>,
<https://www.inc.com/jessica-stillman/doctors-are-now-prescribing-time-in-nature-visits-to-art-museums.html>

- vytvorenie vhodného „business modelu“, definujúceho aj systém úhrad za dané služby pre ich poskytovateľov,
- podpora evolúcie procesov štandardnej klinickej praxe či sociálnej práce zohľadňujúcich výhody využívania inovatívnych technológií pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti.

3. SÚČASNÝ STAV AKTÍVNEHO STARNUTIA V MESTE PREŠOV A PRÍKLADY DOBREJ PRAXE

3.1. SWOT ANALÝZA PROSTREDIA PRE AKTÍVNE STARNUTIE V MESTE PREŠOV A V ZAHRANIČNÝCH METROPOLITNÝCH OBLASTIACH

Mesto Prešov má vhodnú východiskovú polohu - geograficky predstavuje strategický bod EÚ pre vstup na východné trhy, rozlieha na ploche 70 436 km² s počtom obyvateľov približne 90 000. K tomuto údaju je však potrebné prirátať aj mobilitu ľudí za prácou a službami do mesta z okolitých obcí a menších miest.

Prešov patrí medzi najotvorenejšie samosprávy na Slovensku a v tomto smere vyniká inovatívnymi projektmi ako napr. niekoľkonásobne ocenený portál Informačného systému samosprávy mesta Prešov, či nedávno spustená služba tzv. meteo meteringu. Avšak aj napriek strategickej polohe a inovatívnym nápadom mesto a v širšom kontexte PSK čelí regionálnym disparitám, s aktuálne najhorším príjmom priamych zahraničných investícií na Slovensku.

Na kvalitu životných podmienok obyvateľov mesta vplýva pritom samozrejme viacero rôznorodých faktorov. Tieto faktory sú predmetom nasledujúcej SWOT analýzy, ktorá poslúži ako podklad pre návrh budúceho strategického smerovania mesta Prešov pri vytváraní vhodných podmienok pre jeho starších obyvateľov a obyvateľov s hendikepom. Strategické plánovanie mesta Prešov má potenciál podchytiť prítomné zdroje mesta s cieľom ich využitia na príležitosti v prospech rozvoja kvality života jeho obyvateľov.

Schémy 9 a 10 zobrazujú SWOT analýzu metropolitných oblastí pokladaných za príklady dobrej praxe v danej problematike, slúžiacich na porovnanie s aktuálnou situáciou v meste Prešov (Schéma 11). Podklad pre vyhodnotenie slabých/silných stránok a ohrození/príležitostí mesta Prešov tvorila najmä SWOT analýza Programu rozvoja mesta Prešov na roky 2015-2020 s výhľadom do roku 2025 a informácie uvedené v Komunitnom pláne sociálnych služieb mesta Prešov na roky 2018-2025.

Pre uskutočnenie porovnania boli vybrané nasledovné zahraničné mestá:

- Brusel, hlavné mesto Belgicka s rozlohou 32,61 km² a 176 545-timi obyvateľmi. Je členom globálneho spoločenstva Svetovej zdravotníckej organizácie "WHO Global Network of Age-friendly Cities and Communities", uskutočňuje početné iniciatívy pre aktívne starnutie medzinárodne hodnotené ako príklady dobrej praxe vytvárania podmienok pre aktívne starnutie.
- Burlington, najväčšie mesto v americkom štáte Vermont, s populáciou 42 417 obyvateľov a rozlohou 40,14 km². Príkladná lokalita pre aktívne starnutie, výherca viacerých ocenení, napríklad ocenenia "Age-Friendly Community Recognition Award".
- Akita (Japonsko), s rozlohou 906,1 km² a populáciou 315 814, z toho viac ako 37% vo veku nad 60 rokov. Členom globálneho spoločenstva Svetovej zdravotníckej organizácie "WHO Global Network of Age-friendly Cities and Communities" od roku 2011, v súčasnosti v stave plnenia druhého akčného plánu pre aktívne starnutie, ktorý stavia na úspechoch prvého akčného plánu v spolupráci so samosprávou mesta, obyvateľmi, súkromnými spoločnosťami a organizáciami.
- Brno, druhé najväčšie, rozvíjajúce sa mesto Českej republiky s rozlohou 230,2 km², počtom obyvateľov 404 234. Mesto už v roku 2012 disponovalo plánom aktívneho starnutia a ako dynamicky rozvíjajúce sa mesto našich „susedov“ sme ho vybrali pre porovnanie. SR a ČR totiž zdieľajú spoločnú minulosť a dalo by sa povedať aj štartovaciu dráhu rozvoja samospráv.



DIANOVUM



Operačný program
Efektívna
verejná správa



Európska únia
Európsky sociálny fond

Brusel, Belgicko	Burlington, USA	Brusel, Belgicko	Burlington, USA
<p>Brusel, Belgicko</p> <ul style="list-style-type: none"> • Organizovanie informačných stretnutí o prevencii kriminality • Úprava obytných priestorov (úprava schodnosti a i.) • Podpora alternatívnych možností bývania (skupinové bývanie, medzigeneračné zdieľanie domov) • Podpora iniciatív na zmiernenie dopravy (zdieľanie áut a bicyklov) • Podpora účasti starších ľudí na projektoch a akciách týkajúcich sa verejného života v meste • Podpora iniciatív zameraných na boj proti sociálnej izolácii, aktívne prijímanie starších dobrovoľníkov • Boj proti chudobe prostredníctvom koordinovaného poskytovania sociálneho bývania starším ľuďom • Centralizovanie informácií o službách, aktivitách a organizáciách pre starších ľudí • Uľahčenie prístupu k informáciám (informačné stretnutia, internetové kurzy, prenájom počítačov) 	<p>Burlington, USA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Široká škála typov bývania pre starších dospelých • Prostredie vhodné pre aktívne starnutie – (široká škála využiteľnosti, prijateľné pre chodcov) • Dostupná dopravná infraštruktúra • Knižničné programy (cenovo dostupné, domáce služby, podpora celoživotného vzdelávania) • Seniorské centrá s pestrým programom • Programy pre starších dospelých ponúkané viacerými lokalitami • Mesto uhrádza časť poplatkov starším dospelým za rekreačné pobyty/služby • Silná dobrovoľnícka sieť a účasť na podujatiach medzi staršími dospelými • Vysoký štandard bezbariérovosti a prístupnosti mesta pre ľudí s pohybovým postihnutím (vrátane upraveného parkovania a pod.) 	<p>Brusel, Belgicko</p> <ul style="list-style-type: none"> • Obyvatelia vo veku 50 až 65 rokov majú nižší socioekonomický status v porovnaní s národným priemerom • Rastúci počet nezamestnaných vo veku 50 rokov a viac 	<p>Burlington, USA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nedostatok inventára zdrojov pre starších dospelých, ktoré spravuje mesto • Mestské programy/služby zostávajú zamerané na mládež • Medzery služieb v doprave – o. i. frekvencia a spoľahlivosť verejnej dopravy negatívne ovplyvňuje jej využívanie • Nedostatky služieb rekreačných zariadení v správe mesta • Verejná sféra a infraštruktúra nedostatočne motivuje k používaniu verejného priestoru (pohodlne umiestnené lavičky, tieň, voda, osvetlenie, odpadky a i.) • Nedostatočná podpora čoraz rozdielnejších miestnych obyvateľov (napr. viacgeneračných etnických rodín)
	<p>Burlington, USA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Holistický prístup k poskytovaniu programov/služieb (spolupráca medzi všetkými mestskými útvarmi a i.) • Stavanie na existujúcich iniciatívach/strategických plánoch rôznych oblastí • Vytvorenie nových pozícií pre spravovanie programov/služieb pre starších dospelých (napr. doprava, voľný čas, urbanizmus a infraštruktúra) • Vytvorenie jediného informačného zdroja pre starších dospelých (napr. "one-stop-shop") • Partnerstvá a spolupráca s verejnými a neverejnými poskytovateľmi služieb Zabezpečiť, aby usmernenia mestského dizajnu podporovali aktívne starnutie • Vytvorenie rámca na monitorovanie potrieb starších dospelých • Optimalizácia existujúcich zdrojov na zlepšenie poskytovania služieb 	<p>Brusel, Belgicko</p> <ul style="list-style-type: none"> • Starší ľudia, ktorí žijú sami a ktorí nevladnú svoje domovy, sú obzvlášť zraniteľní voči problémom vyplývajúcim z nízkych príjmov. • Sociálno-ekonomická situácia obyvateľov žijúcich v centre mesta je obzvlášť neistá. • Zhoršujúce sa nerovnosti medzi staršou populáciou, čiastočne kvôli rastúcemu počtu starších migrantov a etnických menšín z krajín mimo EÚ, z ktorých mnohí čelia väčšiemu riziku diskriminácie, chudoby a zdravotných problémov. • V Bruseli je najvyšší počet znevýhodnených štvrtí v Belgicku 	<p>Burlington, USA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Obrovské spektrum nezávislosti a očakávaní • Vyvažovanie potrieb rastúcej staršej populácie so širšou komunitou • Generačné zmyšľanie spájajúce vlastníctvo auta s nezávislosťou • Generačné myslenie a odolnosť voči zmenám • Obmedzený dodatočný rozpočet a dostupné zdroje • Mylný dojem, že všetky programy pre starších dospelých sa vyskytujú v centre pre seniorov • Všeobecné vnímanie toho, že o starších dospelých je dobre postarané, bez ohľadu na skutočnosť • Mladší starší dospelí (t. J. 55-65) sa vo všeobecnosti neidentifikujú ako seniori



Schéma 9 SWOT analýza – Mesto Brusel a Burlington (vlastné spracovanie)



DIANOVUM



Operačný program
**Efektívna
verejná správa**



Európska únia
Európsky sociálny fond

Brno, Česká republika

- Dlhodobý rastúci celkový počet obyvateľov
- Riešenie bytovej otázky pre seniorov (výstavba domov s opatrovateľskou službou, zavedenie Senior programu)
- Zvyšovanie počtu bezbariérových budov a priestranstiev
- Dobrá občianska vybavenosť na uspokojenie potrieb seniorov
- Široká škála služieb DPMB (o.i. asistenčné služby pre cestovanie)
- Realizácia preventívnych opatrení polície k bezpečnosti seniorov
- Dobrá dostupnosť lekárskej starostlivosti, vrátane špecializovaných pracovísk
- Vysoký podiel sebastačných seniorov medzi obyvateľmi Brna
- Široké spektrum organizácií, ktoré sa dlhodobu venujú seniorom, prevádzka Senior Pointu
- Široká a flexibilná ponuka terénnych, ambulantných i pobytových služieb pre seniorov
- Nadpriemerný podiel pracujúcich seniorov

Akita, Japonsko

- Minimálne poplatky pre starších obyvateľov na verejnú dopravu
- Certifikácia "Age-Friendly Partner" pre podniky a organizácie, podmieňujúca zobrazovanie značiek v ľahko čitateľnom písme, vzdelávanie širšej verejnosti o možnostiach podpory starších ľudí, službu bezplatného nápoja pre starších ľudí, dostupnosť sedacích priestorov v prevádzkach a iné.
- Vytváranie a podpora aktivít pre seniorov (dobrovoľnícke činnosti - pomoc v každodennom živote a preventívnej starostlivosti, sociálna účasť starších ľudí ...)
- Verejná a súkromná spolupráca v procese budovania komunity seniorov
- Bezbariérový zákon s cieľom uľahčiť mobilitu (napríklad výkresy verejných budov sa kontrolujú pred výstavbou pre zaistenie bezbariérovosti)

Brno, Česká republika

- Veľké rozdiely vo vekovej štruktúre obyvateľov medzi jednotlivými mestskými časťami
- Vysoké náklady na bývanie, ktoré zťažuje seniorov
- Nedostačujúca kapacita bezbariérového bývania a nedostatočný počet bytov s OS
- Nárast trestnej činnosti páchanej na senioroch
- Neexistencia systémového poskytovania geriatrickej starostlivosti v ambulantných zariadeniach
- Absencia preventívnych akcií zameraných na zdravie seniorov
- Nedostatočná kapacita zariadení pre seniorov a chýbajúca integrovaná zdrav./soc. starostlivosť
- Zvyšujúci sa pocit chudoby zo strany seniorov
- Slabé využitie dobrovoľníckeho potenciálu seniorov
- Zníženie objemu dostupných financií

Akita, Japonsko

- Izolácia starších ľudí
- Nekonzistentné, málo proaktívne zapájanie verejných a súkromných partnerov do programov pre starších obyvateľov

Brno, Česká republika

- Intenzívnejší rozvoj seniorského bývania s podporou dotácií
- Rast migračnej atraktivity mesta
- Vyššia flexibilita seniorov-využívanie rôznych druhov sociálnych služieb.
- Dôraz na terénne a ambulantné sociálne služby a podpora domáceho opatrovania zo strany verejnej správy
- Znižovanie finančnej závislosti seniorov na podpore z verejných rozpočtov (využívanie rôznych stratégií trhovej ekonomiky, napr. penzijné pripojenie)
- Financovanie neziskových organizácií, kt. svoju činnosť zameriavajú na seniorov
- Širšia podpora čiastočných pracovných úväzkov a flexibilných foriem zamestnávania
- Širšia podpora a propagácia dobrovoľníctva zo strany štátnych i neziskových organizácií
- Systematický záujem štátnych inštitúcií o aktuálnej situácií a potreby seniorov

Akita, Japonsko

- Vypracovaný plán mesta zameraný na aktívne starnutie, zahŕňajúci 8 základných politík a okruhov aktivít so zapojením verejného a súkromného sektora.
- Podľa návrhu vládnej politiky pre starších ľudí by sa Japonsko malo stať "bezvekovou spoločnosťou", kde ľudia vo veku 65 rokov alebo starší nebudú automaticky považovaní za seniorov, ale budú motivovaní k tomu, aby zostali zdraví a boli aktívni v pracovnej oblasti.

Brno, Česká republika

- Absencia kvalitných systémových zmien na národnej úrovni, reagujúci na starnutie populácie
- Zvyšovanie finančnej spoluúčasti pacientov na zdravotnú starostlivosť
- Zvyšovanie veku odchodu do dôchodku a tým spojené riziko zvyšujúcej sa nezamestnanosti osôb v pred dôchodkovom veku
- Legislatívne nedoriešenie systémovej podpory rodinnej starostlivosti o seniorov
- Zvýšenie životných nákladov
- Tlak na vylučovanie seniorov z trhu práce ako reakcia na ekonomickú recesiu
- Zhoršovanie medzigeneračných vzťahov, stúpajúca tendencia ohrozenia seniorov zo strany cudzích ľudí i v domácom prostredí
- Postupné prehľbovanie soc. exklúzie niektorých skupín seniorov

Akita, Japonsko

- 36% z celkovej populácie v Akite bude do roku 2030 vo veku nad 65 rokov



Schéma 10 SWOT analýza – Mesto Brno a Akita (vlastné spracovanie)



DIANOVUM



Operačný program
**Efektívna
verejná správa**



Európska únia
Európsky sociálny fond

Mesto Prešov

- Dostupné seniorské (denné) centrá a stacionáre s pestrým programom
- Dlhoročné skúsenosti mesta s realizáciou terénnej sociálnej práce
- Rozvoj domácej opatrovateľskej služby
- Zabezpečenie sociálnych služieb MsÚ a prostredníctvom neverejných poskytovateľov
- Spolupráca s tretím sektorom a s VÚC, VŠ, odborníkmi v sociálnej oblasti
- Vytvorené podmienky pre dobrú informovanosť verejnosti (web stránka Sociálny Prešov) – zriadená sekcia pre seniorov (prehľad aktualít v meste, domovov a klubov dôchodcov, možností stravovania, opatrovateľskej služby, celoživotného vzdelávania, ponuky práce a iné praktické informácie)

- Nedostupná dopravná infraštruktúra pre seniorov medzi mestom a širším okolím, neumožňujúca využívať programy pre seniorov ponúkané viacerými lokalitami
- Nedostatok inventára zdrojov pre starších dospelých, ktoré spravuje mesto
- Nedostatok otvoreného bezpečného prostredia pre aktívnych seniorov v meste
- Medzery služieb v doprave, celková existencia bariér v pohybe na verejných priestoroch
- Nedostatky služieb rekreačných zariadení v správe mesta
- Verejná sféra a infraštruktúra nedostatočne motivuje k používaniu verejného priestoru (pohodlne umiestnené lavičky, tiene, voda, osvetlenie, odpady a i.)
- Výrazne prekračovaná kapacita domovov a klubov dôchodcov
- Nedostatočné personálne a odborné kapacity vhodné pre rozširovanie poskytovania sociálnych služieb
- Nedostatočné finančné ohodnotenie práce zamestnancov v sociálnych službách
- Poskytovanie sociálnych služieb v zastaraných, architektonicky nevyhovujúcich priestoroch
- Veľkokapacitné zariadenia pre seniorov, nevyhovujúce priestorové a sociálne vybavenie
- Nedostatok sociálnych a nájomných bytov
- Slabá kooperácia a koordinácia kľúčových aktérov v sociálnej oblasti a nekoordinovanosť neverejných poskytovateľov v ponuke sociálnych služieb
- Neschopnosť prijímateľa zaplatiť úhradu za poskytovanú sociálnu službu
- Chýbajúci vybudovaný systém fungovania a podpory sociálnych služieb



- Knižničné programy zamerané na domáce služby a podporu celoživotného vzdelávania pre seniorov
- Motivovanie seniorov k využívaniu rekreačných služieb uhrádzaním časti poplatkov mestom
- Podpora dobrovoľníckej siete a účasti na podujatiach medzi seniormi
- Vytvorenie nových pozícií pre spravovanie služieb/tvorenie vhodného prostredia pre seniorov
- Podpora jednotného informačného zdroja pre starších dospelých a uľahčenie prístupu k informáciám (informačné stretnutia, prenájom počítačov a i.)
- Spolupráca s verejnými a neverejnými poskytovateľmi služieb pre prispôsobenie služieb a prevádzok pre ich efektívne využívanie seniormi
- Zabezpečiť, aby iniciatívy mestského dizajnu podporovali aktívne starnutie
- Vytvorenie rámca na monitorovanie potrieb starších dospelých
- Zapojenie starších ľudí do procesu premeny na pro-seniorský orientované mesto
- Vypracovanie mestského akčného plánu pre aktívne starnutie
- Konkurenčné prostredie v poskytovaní pobytových i terénnych sociálnych služieb
- Transformácia a deinštitucionalizácia zariadení sociálnych služieb
- Systematizácia a optimalizácia terénnej sociálnej a komunitnej práce, preventív. aktivít
- Zriadenie občianskych hliadok v problémových komunitách mesta
- Eliminácia bariér v meste a úprava obytných priestorov pre lepšiu schodnosť
- Možnosť financovania projektov z dostupných fondov (Centrum akútnej, komplexnej pomoci, realizácia prístreší a malometrážnych bytov pre osoby v kríze, resp. nepriaznivej sociálnej situácii)
- Potenciál IKT v oblasti riadenia a rozvoja zdravotníckych a sociálnych služieb
- Posilnenie spolupráce s tretím sektorom a zabezpečenie lepšej informovanosti zo strany mesta (web stránka Sociálny Prešov funguje bez finančnej podpory mesta)

- Generačné myslenie a odolnosť voči zmenám
- Mylný dojem, že všetky programy pre starších dospelých sa vyskytujú v centre pre seniorov
- Nestabilné legislatívne prostredie
- Nesystémové financovanie sociálnych služieb
- Uprednostňovanie inštitucionálnych služieb zo strany prijímateľov
- Pretrvávajúci nedostatok finančných zdrojov na poskytovanie a zabezpečovanie sociálnych služieb, vrátane preventívnych aktivít
- Podmienky na trhu práce nemotivujúce pre seniorov

Schéma 11 SWOT analýza – Mesto Prešov (vlastné spracovanie)

3.2. ÚZKE MIESTA PROSTREDIA PRE AKTÍVNE STARNUTIE V MESTE PREŠOV

Poddimenzované financovanie, koordinácia a kapacita služieb, neatraktívna priestory a prostredie, problémová mobilita a angažovanosť seniorov

Z identifikovaných úzkych miest mesta Prešov možno zhodnotiť najväčšie medzery v oblasti zdravotnej a sociálnej starostlivosti (financovanie, koordinácia subjektov, dostupné kapacity), dopravy (dostupnosť a bezbariérovosť) a zamestnanosti, resp. zaangažovania seniorov v dobrovoľníckych aktivitách. Mnohé vnímané nedostatky koordinácie, dostupnosti a informovanosti služieb súvisia aj s nedostatočnou IKT podporou, zlepšenie ktorej zároveň predstavuje pre mesto výraznú príležitosť pre prekonanie viacerých z identifikovaných slabých stránok.

Ohrozenia z vonkajšieho prostredia vplývajúce na vytváranie podmienok pre aktívne starnutie v meste Prešov sa opäť vo veľkej miere týkajú financovania služieb, taktiež ale aj nestabilného legislatívneho prostredia a generačného myslenia ľudí.

4. ODPORÚČANIA NA ZLEPŠENIE

4.1. NÁVRH ODPORÚČANÍ NA ZLEPŠENIE PROCESU TVORBY STRATEGICKÝCH DOKUMENTOV

IDENTIFIKOVANÉ ÚZKE MIESTO	ODPORÚČANIE	
	TYP ⁸⁴	POPIS
<i>Chýbajúce pokrytie niektorých oblastí aktívneho starnutia</i>	ZVS	<p><u>Zvažovanie problematiky aktívneho starnutia ako celku</u> pri príprave koncepčných, strategických materiálov s prioritou starostlivosti o starších obyvateľov alebo osôb s ZP.</p> <p>Kompetentné orgány verejnej správy či už na národnej, regionálnej alebo miestnej úrovni sa pri vypracovaní materiálov alebo uskutočňovaní rozhodnutí môžu <u>oprieť o metodiku Svetovej zdravotníckej organizácie⁸⁵, Indexu Active Aging⁸⁶ alebo aj napríklad metodiku organizácie Milken Institute⁸⁷.</u></p> <p><u>Aktívne zapojenie cieľovej skupiny</u> do formulácií daných dokumentov a všetkých etáp procesu premeny metropolitných a iných oblastí na pro-seniorsky orientované taktiež prispeje k adresovaniu relevantných úzkych miest a využitiu prítomných príležitostí.</p>
<p><i>Prítomná informačná duplicita a nedotiahnutá návrhová časť strategických dokumentov</i></p> <p><i>Nedostatočné komunitné plánovanie sociálnych služieb a chýbajúca jednotná metodika pre vypracovávanie strategických materiálov na regionálnej a miestnej úrovni</i></p>	<p>ZVS</p>	<p><u>Využívanie IKT, osobitne elektronických formulárov</u> pre zefektívnenie a skvalitnenie procesu prípravy strategických materiálov. Tieto formuláre umožnia nielen eliminovať možné chyby, ale prispejú aj k zvýšeniu prehľadnosti obsahu strategických materiálov a transparentnosti na základe jednotne zadaných postupov ich vyhotovenia odzrkadľujúcich najlepšiu prax.</p> <p>V súčasnosti sú už aj na Slovensku dostupné elektronické formuláre pre obce a mestá (https://www.obce-epro.sk/) na vypracovanie dokumentov PHSR alebo Komunitného plánu sociálnych služieb. Tieto elektronické formuláre umožňujú napr. aj vizualizáciu navrhovaných akčných krokov (projektov) na mape či následne vypracovať správu o ich plnení. Do budúcnosti je možné formuláre vzájomne prepojiť.</p>
	ZVS	<p><u>Vytvorenie štatistickej (dátovej) platformy</u>, ktorá bude poskytovať zdrojové údaje pre všetky strategické materiály, ktoré musia byť vypracovávané na rôznej územnej úrovni.</p> <p>Údaje do analytických častí strategických materiálov by tak elektronické formuláre mohli automaticky čerpať z ucelených datasetov, ktoré by boli v budúcnosti</p>

⁸⁴ ZVS – odporúčanie na zefektívnenie verejnej správy, LZ – odporúčanie na legislatívnu zmenu

⁸⁵ https://www.who.int/ageing/publications/active_ageing/en/

⁸⁶ <https://www.unece.org/population/aai.html>

⁸⁷ <http://aging.milkeninstitute.org/>

		<p>sprístupnené Štatistickým úradom SR v spolupráci s inými orgánmi verejnej správy (ministerstvami a ich podriadenými organizáciami, VÚC, obcami).</p>
	ZVS	<p>Posledné súvisiace odporúčanie predstavuje <u>vytvorenie jednotnej metodiky pozostávajúcej z čiastkových metodík pre vypracovávanie rôznych strategických materiálov</u>, či už na národnej, regionálnej alebo miestnej úrovni, ktorú by následne reflektovali naprogramované elektronické formuláre.</p> <p><u>Metodiku pre vypracovanie Komunitného plánu sociálnych služieb a Koncepce rozvoja sociálnych služieb odporúčame zakomponovať ako prílohu do Zákona o sociálnych službách.</u></p> <p>Na základe uvedených odporúčaní by pripravené strategické materiály neboli len splnením určitej byrokratickej povinnosti, ale stali by sa reálnym podkladom s výpovednou hodnotou pre rozhodovanie a kontrolu - na základe ich lepšej prehľadnosti, nadväznosti, rovnakej zdrojovej základne a obsahovej štruktúry.</p>

4.2. NÁVRH ODPORÚČANÍ NA ZLEPŠENIE POSKYTOVANÝCH SOCIÁLNYCH SLUŽIEB A ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI

IDENTIFIKOVANÉ ÚZKE MIESTO	ODPORÚČANIE	
	TYP ⁸⁸	POPIS
<p>Výška poskytovaných príspevkov</p> <p>Spôsob vyplácania finančného príspevku MPSVaR na poskytovanie sociálnej služby v zariadeniach podmienených odkázanosťou</p> <p>Chýbajúca flexibilita financovania</p> <p>Nedostatok a nízke finančné ohodnotenie zamestnancov</p>	LZ	<p><u>Integrácia vybraných kompenzácií ŤZP (príspevok na opatrovanie a príspevok na osobnú asistenciu), príspevku na poskytovanie sociálnej služby v zariadeniach podmienených odkázanosťou a príspevku pri odkázanosti fyzickej osoby na pomoc inej fyzickej osoby (pri domácej opatrovateľskej službe) do jednotnej dávky, ktorá by sa poskytovala priamo osobe odkázanej na pomoc inej fyzickej osoby, samozrejme za podmienky, že dôjde aj k navýšeniu týchto príspevkov⁸⁹.</u></p> <p>Toto riešenie predstavuje efektívnu a zároveň realistickú alternatívu súčasného financovania sociálnych služieb v SR.</p> <p>Príspevok by mohol byť použitý pri úhrade formálneho aj neformálneho opatrovania, ako aj na úhradu nákladov v zariadení. Výška príspevku by sa mala odvíjať od zdravotného postihnutia, príp. stupňa odkázanosti. Príspevok by bol vyplácaný v pravidelných intervaloch (mesačne) tak, aby nedochádzalo k časovým prestojom a poskytovatelia sociálnych služieb sa neocitali vo finančnej tiesni.</p>

⁸⁸ ZVS – odporúčanie na zefektívnenie verejnej správy, LZ – odporúčanie na legislatívnu zmenu

⁸⁹ napr. pri príspevku na opatrovanie na úroveň čistej minimálnej mzdy

<p><i>sociálnych služieb, ako významný determinant kvality poskytovaných sociálnych služieb</i></p>		<p>Týmto spôsobom sa poskytuje tzv. príspevek na péči⁹⁰, ktorý je najvýznamnejším nástrojom financovania sociálnych služieb v Českej republike. Vyplácanie príspevku priamo odkázaným osobám:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) zjednodušuje dva administratívne procesy do jedného, 2) zabraňuje zneužívaniu verejných financií (napr. ako v prípadoch v minulosti, keď ambulantné zariadenia vykazovali vyššiu obsadenosť, ako bola skutočnosť, túto obsadenosť nie je možné efektívne skontrolovať) a 3) vytvára priestor pre rast kvality služieb, keďže väčšia časť úhrady za službu pochádza od prijímateľa a tým zdôrazňuje jeho postavenie ako klienta. <p>Zjednodušenie administrácie zavedením jednotných príspevkov môže následne prispieť aj k vyššej flexibilitě, kedy si prijímatelia budú môcť nakombinovať rôzne druhy sociálnych služieb podľa svojich individuálnych potrieb.</p>
	<p>LZ</p>	<p><u>Lepšie nastavenie prerozdelenia podielových daní</u> (úprava zákona č. 583/2004 Z. z. o rozpočtových pravidlách územnej samosprávy) by mohlo tiež prispieť k udržateľnému financovaniu sociálnych služieb najmä na úrovni obcí, ktoré sa sťažujú na nedostatočné zdroje.</p> <p>Vzorec prerozdelenia výnosu dane z príjmu fyzických osôb (DPFO) je arbitrárny, pričom z hľadiska počtu seniorov zvyhodňuje VÚC na úkor obcí. Kým príjmy obcí z DPFO v prepočte na 1 seniora s trvalým pobytom vzrástli od roku 2009 o 5,5 %, príjmy VÚC až o 32,5 %. V prepočte na seniora tak získala každá obec v roku 2018 z podielových daní sumu 88,50 eur, pričom VÚC až 242,71 eur (o 174 % viac ako obce). Výdavky obcí na sociálne zabezpečenie v roku 2017 dosiahli sumu 188 mil. eur a výdavky VÚC na tento účel 250 mil. eur (o 33 % viac ako obce)⁹¹. Z uvedeného vyplýva <u>potreba vyššieho zapojenia VÚC do tvorby kapacít a/alebo vyšší výnos dane z príjmu na základe počtu seniorov pre obce.</u></p> <p>Vyšší objem disponibilných prostriedkov by mal byť využitý aj na rast miest zamestnancov sociálnych služieb. Finančné ohodnotenie reflektuje ich spoločenský status a práve platové podmienky sú jeden z kľúčových faktorov pre výber povolania (resp. nevycestovania za prácou do zahraničia).</p>
<p><i>Chýbajúce príspevky</i></p>	<p>LZ</p>	<p><u>Zavedenie povinnosti do Zákona o sociálnych službách poskytovať finančný príspevok MPSVaR alebo VÚC/obcami aj na poskytovanie služby monitoringu a signalizácie potreby pomoci (tzv. domáce tiesňové volanie).</u> Táto služba najmä pri nižších stupňoch</p>

⁹⁰ https://www.mpsv.cz/files/clanky/13767/prispevek_pece.pdf

⁹¹ <https://www.mfsr.sk/sk/financie/verejne-financie/uzemna-samosprava/>

		odkázanosti môže slúžiť ako ďalšia z alternatív alebo doplnok k neformálnej alebo formálnej domácej starostlivosti, takmer za zlomok ich nákladov.
<p><i>Chýbajúce uplatňovanie pravidla „jedenkrát a dost“ a administratívna záťaž poskytovateľov sociálnych služieb</i></p>	ZVS	<p><u>Uplatňovanie Zákona proti byrokracii č. 177/2018 Z. z. zo strany MPSVaR/VÚC v praxi</u> pri registrácii poskytovateľov sociálnych služieb či žiadosti o finančné príspevky (v rámci v súčasnosti platného Zákona o sociálnych služieb).</p> <p>Úradníci by si mali získavať rôzne potrebné výpisy priamo prostredníctvom centrálného systému referenčných údajov alebo prostredníctvom portálu OverSi, kde nájdú potrebné výpisy.</p>
<p><i>Netransparentný výkon monitoringu MPSVaR</i></p> <p><i>Chýbajúca evaluácia dopadu externej supervízie</i></p> <p><i>Neexistujúci systém hodnotenia kvality sociálnych služieb zo strany prijímateľov/rodinných príslušníkov</i></p>	ZVS/LZ	<p><u>Vytvorenie transparentného systému monitoringu poskytovateľov zo strany MPSVaR, VÚC/obcí, supervízie a hodnotenia kvality zo strany prijímateľov/rodinných príslušníkov</u> (pozri aj <i>Nízka miera informovanosti a zapájania verejnosti do zlepšovania ponuky sociálnych služieb</i>) a zavedenie popri represívnych aj motivačné opatrenia pre poskytovateľov sociálnych služieb (napr. vyššia dotácia pri konzistentne pozitívnom ratingu poskytovateľa).</p> <p>Doplnenie novovytvorených postupov do Zákona o sociálnych službách.</p>
<p><i>Rozdrobená posudková činnosť</i></p> <p><i>Chýbajúce uplatňovanie pravidla „jedenkrát a dost“ vo vzťahu k občanom</i></p> <p><i>Nevyjasnené kompetencie a povinnosti dohľadu poskytovania zdravotníckej a sociálnej starostlivosti v zdravotníckych zariadeniach a zariadeniach sociálnych služieb</i></p> <p><i>Chýbajúca synergia (siete) zdravotnej a sociálnej starostlivosti</i></p>	ZVS/LZ	<p><u>Realizácia procesného a dátového auditu naprieč prienikovými agendami sociálnej a zdravotnej starostlivosti a dôchodkového zabezpečenia</u> (v kompetencii MPSVaR, MZ a Sociálnej poisťovne).</p> <p>Na základe uskutočnených auditov:</p> <ul style="list-style-type: none"> • zjednotiť posudkovú činnosť (vrátane zavedenia pravidla „jedenkrát a dost“ pre občanov), • nastaviť výkon a financovanie úkonov sociálnej a zdravotnej starostlivosti, vrátane povinností jednotlivých orgánov pri dohľade nad poskytovanou starostlivosťou, • vytvoriť komplexný dátový model* (očistený od duplicitných, nesprávnych informácií), ako efektívny a transparentný nástroj pre plánovanie a následné vybudovanie synergickej siete zdravotnej a sociálnej starostlivosti odzrkadľujúcej potreby obyvateľov na území miest a regiónov SR, ako aj pre tvorbu programov prevencie, • a vypracovať Zákon o dlhodobej starostlivosti (resp. aktualizovať znenie Zákona o sociálnych službách, Zákona o poskytovaní zdravotnej starostlivosti, Zákona o sociálnom poistení, ako aj ďalších súvisiacich noriem), ktorého súčasťou bude aj legislatívny rámec pre inovatívne

<p><i>Neexistujúca komplexná dátová analytika pokrývajúca zdravotnú a sociálnu oblasť pre efektívne a transparentné rozhodnutia</i></p> <p><i>Nedostatočná ponuka potrebných sociálnych služieb</i></p> <p><i>Vyčíslený dopyt po sociálnych službách nezodpovedá realite – dochádza k duplicitám</i></p>		<p>(technologické) riešenia</p> <ul style="list-style-type: none"> • *v rámci zdravotnej starostlivosti je v súčasnosti verejne dostupná širšia báza údajov zverejňovaná NCZI (Národným centrom zdravotníckych informácií), v rámci sociálnej starostlivosti však chýbajú verejne dostupné datasey (mimo zverejňovaných sumárnych štatistík ŠÚ SR) a jediný dostupný materiál predstavuje ročná Správa o sociálnej situácii obyvateľstva Slovenskej republiky vo formáte pdf. <p>Dátovú analytiku pre oblasť dlhodobej starostlivosti by v spolupráci realizovali Inštitút sociálnej politiky, Inštitút zdravotnej politiky a Inštitút finančnej politiky.</p>
<p><i>Chýbajúca koordinácia a spolupráca pre proces deinštitucionalizácie súbežne s integráciou zdravotnej a sociálnej starostlivosti</i></p> <p><i>Chýbajúce zázemie pre zavádzanie inovatívnych technologických, ako aj netechnologických riešení do praxe sociálnej a zdravotnej starostlivosti</i></p>	<p>ZVS/ INÉ</p>	<p><u>Intenzívnejšia spolupráca zainteresovaných strán</u> do problematiky sociálnych služieb a zdravotnej starostlivosti. V súčasnosti sa spolupráca rôznych aktérov sústreďuje najmä v rámci Rady vlády SR pre práva seniorov a prispôsobovanie verejných politik procesu starnutia populácie⁹². Identifikované nedostatky si však vyžadujú ďaleko užšiu a otvorenú spoluprácu, tak na národnej, ako aj regionálnej úrovni. V praxi najmä neverejní poskytovatelia poukazujú na ich vlastnú diskrimináciu od MPSVaR, VÚC a obcí.</p> <p><u>Vyčlenenie personálnych kapacít zo strany MPSVaR/MZ, ktorých, činnosť bude zameraná na:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • systematický monitoring dostupných inovatívnych (technologických) riešení (najmä v zahraničí), • zber dôkazov (napr. vo forme štúdií) popisujúcich vplyv riešení na konkrétnu cieľovú skupinu, • vytvorenie vhodného „business modelu“, definujúceho aj systém úhrad za dané služby pre ich poskytovateľov, • podporu evolúcie procesov štandardnej klinickej praxe či sociálnej práce zohľadňujúcich výhody využívania inovatívnych technológií pri poskytovaní starostlivosti.
<p><i>Nízka miera informovanosti a zapájania verejnosti do zlepšovania ponuky sociálnych služieb</i></p>	<p>ZVS</p>	<p>Alokácia zdrojov zo strany MPSVaR/VÚC/obcí na <u>intenzívnejšiu osvetu prostredníctvom médií a akcií a zapájanie verejnosti do zlepšovania poskytovaných sociálnych služieb.</u></p> <p><u>Vytvorenie celonárodného portálu poskytovaných sociálnych služieb, kde občania budú mať v užívateľsky-</u></p>

⁹² <https://www.employment.gov.sk/files/slovensky/ministerstvo/rada-vlady-sr-prava-seniorov/zoznam-clenov-rady-vlady-sr-prava-seniorov.pdf>

		prívetivej forme na jednom mieste k dispozícii zoznam všetkých poskytovateľov (vrátane služieb, ktoré poskytujú, fotografií priestorov, ich maximálnej kapacity, aktuálne dostupnej kapacity, ako možnosti zadanie referencií zo strany občanov)
--	--	--

4.3. NÁVRH ODPORÚČANÍ K TVORBE POLITIKY AKTÍVNEHO STARNUTIA MESTA PREŠOV

IDENTIFIKOVANÉ ÚZKE MIESTO	ODPORÚČANIE	
	TYP ⁹³	POPIS
<p><i>Poddimenzované financovanie, koordinácia a kapacita služieb, neatraktívna priestory a prostredie, problémová mobilita a angažovanosť seniorov</i></p>	<p>ZVS/ INÉ</p>	<p><u>Vytvorenie a koordinácia platformy v meste Prešov</u> (ako aj iných mestách), ktorá bude združovať rôznych aktérov v téme aktívneho starnutia. Koordinované, spoločné úsilie je základom pre naštartovanie pokroku a zlepšenie súčasného stavu.</p> <p>Po vzore miest, uvedených ako príklady dobrej praxe, by sa činnosť platformy mala zameriavať najmä na rozvoj:</p> <ul style="list-style-type: none"> • bezbariérovosti a využívania univerzálneho dizajnu, • dostupnej dopravy, • dobrovoľníctva a možností zamestnania, • vyššej bezpečnosti, • vhodného bývania, • informovanosti, • ponuky zdravotnej a sociálnej starostlivosti, • možností spoločenského vyžitia sa, vzdelávania a podpory zdravia. <p>Konkrétne príklady opatrení z analyzovaných miest predstavujú: asistenčné služby pre cestovanie v MHD zo strany dopravného podniku, uhrádzanie časti poplatkov starším dospelým za rekreačné pobyty/služby zo strany mesta, flexibilná ponuka sociálnych služieb pre seniorov, zavedenie certifikácie "Age-Friendly Partner", vybudovanie one-stop-shop centier alebo senior pointov na poskytovanie komplexných informácií, podpora alternatívnych možností bývania (skupinového bývania, medzigeneračného bývania, budovanie domov so zabezpečenou opatrovateľskou službou, resp. monitoringom signalizácie potreby pomoci).</p>

⁹³ ZVS – odporúčanie na zefektívnenie verejnej správy, LZ – odporúčanie na legislatívnu zmenu

ZÁVER

Japonsko v roku 2018 predstavilo návrh politiky tzv. bezvekovkej spoločnosti, v ktorej ľudia vo veku 65 rokov alebo starší nebudú automaticky považovaní za seniorov, ale budú povzbudzovaní k tomu, aby zostali zdraví, pracovali a boli aktívni podľa svojho vlastného prania. Japonci by sa podľa tohto nového návrhu mali sami začať rozhodovať, kedy začnú poberať dôchodok. Jeho mesačná suma by sa pritom mala zvyšovať čím neskôr pôjde osoba do dôchodku. V súčasnosti starší ľudia dostávajú dôchodky od 65 rokov, ale môžu ich poberať kedykoľvek vo veku od 60 do 70 rokov.

Koncept aktívneho starnutia sa na Slovensku začína iba pomaly udomáčať. Na národnej úrovni boli síce spracované strategické dokumenty ako Stratégia aktívneho starnutia a Program aktívneho starnutia, tie však nie sú intenzívnejšie pretavované do reality. Na regionálnej a miestnej úrovni je tejto problematike zatiaľ venovaná minimálna pozornosť. Niektoré z tém, ktoré koncept aktívneho starnutia rieši sú súčasťou Komunitných plánov sociálnych služieb alebo Programov hospodárskeho a sociálneho rozvoja obcí a miest, tak ako je to napríklad v prípade mesta Prešov.

Na všetkých úrovniach (národnej, regionálnej, miestnej) však chýba personálne zastrešenie tejto komplexnej problematiky a koordinácia krokov na dosiahnutie cieľov.

Aj keď predpokladáme, že občania na Slovensku si vo väčšine nevedia predstaviť, čo sa skrýva pod pojmom aktívne starnutie, jasne dokážu pomenovať niektoré hlavné problémy, ktoré do tejto problematiky spadajú – nárast počtu starších ľudí, ich zvyšujúca sa chudoba, nedostatočné financovanie, kapacity a nízka kvalita poskytovanej dlhodobej zdravotnej a sociálnej starostlivosti.

Snahou tohto dokumentu bolo čitateľovi priblížiť hlavné úzke miesta spojené s podporou aktívneho starnutia na Slovensku a navrhnúť odporúčania na zlepšenie situácie. Pozornosť bola pritom sústredená najmä na poskytovanú dlhodobú starostlivosť, v rámci ktorej je potrebné vyvinúť väčšie reformné úsilie.

Zoznam identifikovaných úzkych miest a návrh odporúčaní preto nie je vyčerpávajúci a nedotýka sa všetkých podoblastí aktívneho starnutia. V tejto súvislosti v prílohe č. 2 uvádzame aj prehľad ďalších projektov podporených v rámci OP EVS, ktoré sa rovnako dotýkajú niektorej z podoblastí alebo celej problematiky aktívneho starnutia.

V rámci projektu *Lepšia sociálna politika mesta prostredníctvom platformy SeniorSiTy* bude taktiež na miestnej úrovni vypracovaný osobitný analytický dokument „Mesto priateľské pre seniorov“, ktorý bude mapovať súčasnú situáciu a podmienky pre aktívne starnutie v meste Prešov. Pre mesto bude následne vytvorený návrh politiky aktívneho starnutia (spolu s akčným plánom).

PRÍLOHY

Príloha 1: PREHĽAD FINANČNÝCH PRÍSPEVKOV NA FINANCOVANIE SOCIÁLNYCH SLUŽIEB DO 12/2017 (PRED NOVELOU ZÁKONA O SOCIÁLNYCH SLUŽBÁCH Č. 448/2008)

Finančný príspevok MPSVaR na poskytovanie soc. služby

Druh sociálnej služby	Verejní poskytovatelia	Neverejní poskytovatelia
Zariadenie podporovaného bývania	200 eur/1 miesto/mes.	-
Zariadenie pre seniorov	320 eur/1 miesto/mes.	320 eur/1 miesto/mes.
Zariadenie opatrovateľskej služby	320 eur/1 miesto/mes.	320 eur/1 miesto/mes.
Rehabilitačné stredisko	184 eur/1 miesto/mes.	-
Domov sociálnych služieb	330 eur/1 miesto/mes.	-
Špecializované zariadenie	330 eur/1 miesto/mes.	-
Denný stacionár	184 eur/1 miesto/mes.	184 eur/1 miesto/mes.

Finančné príspevky obce/VÚC pre neverejných poskytovateľov

Druh sociálnej služby	1. Príspevok pri odkázanosti osoby na inú osobu podľa stupňa odkázanosti	2. Príspevok na prevádzku soc. služby
Opatrovateľská služba	II. - 89,82 eur/mes. III. - 179,68 eur/mes. IV. - 269,47 eur/mes. V. - 359,29 eur/mes. VI. - 449,18 eur/mes.	Priemerné výdavky na soc. službu poskytovanú v pôsobnosti obce/VÚC za predchádzajúci rok
Zariadenie podporovaného bývania	II. - 62,21 eur/mes. III. - 124,41 eur/mes. IV. - 177,65 eur/mes. V. - 248,82 eur/mes. VI. - 310,99 eur/mes.	-
Rehabilitačné stredisko		suma príspevku v stĺpci 1 <u>alebo</u> priemerné príjmy z poskytovanej soc. služby v pôsobnosti obce /VÚC za predchádzajúci rok
Domov sociálnych služieb		
Špecializované zariadenie		

Príloha 2: PREHĽAD NÁRODNÝCH PROJEKTOV + DOPYTOVO ORIENTOVANÝCH PROJEKTOV OP EVS PRE MIMOVLÁDNE A NEZISKOVÉ ORGANIZÁCIE DOTÝKAJÚCE SA PROBLEMATIKY AKTÍVNEHO STARNUTIA

Národné projekty:

- Analýza a trendy procesu deinštitucionalizácie a možnosti miestnej územnej samosprávy z pohľadu zabezpečenia sociálnych služieb, zamestnanosti a odmeňovania
https://www.zmos.sk/download_file_f.php?id=934841
- Národný projekt Podpora procesu deinštitucionalizácie a transformácie systému sociálnych služieb
<https://www.ia.gov.sk/sk/narodne-projekty/programove-obdobie-2007-2013/narodny-projekt-di>
- Podpora zavedenia a hodnotenia podmienok kvality poskytovaných sociálnych služieb – zámer národného projektu
http://www.partnerskadohoda.gov.sk/data/files/1688_oplz_kvalita-socialnych-sluzieb.pdf
- Národný projekt Zlepšenie prístupu obetí trestných činov k službám a vytvorenie kontaktných bodov pre obeť
<https://www.minv.sk/?projekt-obete-trestnych-cinov-sluzby>

Dopytovo-orientované projekty

- Spoločnosť bez Bariér
<https://www.itms2014.sk/schvalena-zonfp?id=e7824137-af71-41c0-9aa8-f1281fe28c30>
- Tvorba a optimalizácia lepšej verejnej politiky v záujme odstraňovania bariér spoločenského začlenenia zrakovo postihnutých
<https://www.itms2014.sk/schvalena-zonfp?id=320f74ad-9aae-4d26-acf7-5346c5cbee32>
- Optimalizácia procesu poskytovania vybraných sociálnych služieb pre osoby so zdravotným postihnutím na Slovensku
<https://www.itms2014.sk/schvalena-zonfp?id=819b91d0-0bfd-451a-b31d-49620711c125>
- Rozvoj kvality dlhodobej starostlivosti o vážne a dlhodobo chorých v SR, v kontexte riadenia rizika pokračujúceho zhoršovania zdravotného stavu (národná úroveň)
<https://www.itms2014.sk/schvalena-zonfp?id=ad7db622-379d-4492-ace9-9df2fd295ec5>
- Medzigeneračná solidarita a ochrana ľudskej dôstojnosti
<https://www.itms2014.sk/schvalena-zonfp?id=667a2fc4-210e-42e4-9318-198d84c45481>
- Zamestnávanie 50+ na regionálnej úrovni
<https://www.itms2014.sk/schvalena-zonfp?id=f3165886-1646-461b-b931-a79313daea6b>
- Verejné politiky aktívneho starnutia na regionálnej úrovni
<https://www.itms2014.sk/schvalena-zonfp?id=b5d535ae-9f70-47b6-ad96-5a52c5a8e1a8>

Schválené (zatiaľ nezazmluvnené projekty):

- Verejnosť pomáha samospráve vytvárať klimaticky bezpečnejšie Košice
- Proces deinštitucionalizácie a kvality sociálnych služieb v Senici
- Verejná politika a prostredie sociálneho podnikania v okresoch Spišská Nová Ves a Gelnica