HUMANITA Plus 1/2022

SOCIÁLNE SLUŽBY A PLÁN OBNOVY

Koncom minulého roka obletela Slovensko hororová správa. Nočný požiar, ku ktorému došlo v Domove sociálnych služieb Osadné, si vyžiadal 4 obete medzi klientami; neskôr prišiel o život aj jeho riaditeľ. DSS Osadné je súčasťou CSS Zátišie Snina. Zriaďovateľom zariadenia je Prešovský samosprávny kraj.

Mnohí z nás ostali šokovaní, zhrození a prekvapení. Ale vedomie o tom, že pravdepodobnosť podobnej nehody nie je na Slovensku nízka, že kdesi tiká skrytá nálož a ostáva len otázkou času, kedy sa niečo stane, tu bola už dlho. Samotné zariadenia sociálnych služieb (ďalej ako ZSS), najmä tie združené v Asociácii poskytovateľov sociálnych služieb v SR (ďalej ako APSS v SR), na toto nebezpečenstvo upozorňovali roky a vyzývali štát na väčšiu finančnú podporu. A nielen oni vedeli, že mnohé zariadenia sociálnych služieb sú bez dodatočných stavebných úprav a efektívnych evakuačných technických prostriedkov, prípadne s nedostatočnými kapacitami na evakuáciu v nočných hodinách, keď je v službe minimálny počet personálu.

Napokon, písali sme o tom aj v našom časopise Humanita ešte v roku 2019, v prílohe Humanita PLUS čísla 2/2019 na tému Dlhodobá starostlivosť. Vtedy sme uverejnili časť Výskumu Verejnej ochrankyne práv SR na tému *Systém kontroly v zariadeniach sociálnych služieb so zameraním na seniorov.* Zber dát tohto výskumu sa zrealizoval od decembra 2017 do júna 2018, pričom **všetky položené otázky sa týkali obdobia medzi rokmi 2015 až 2017**. V dokumente sa napríklad píše: „Predovšetkým kontrolné zistenia HaZZ (Hasičského a záchranného zboru – pozn. redakcie) sú mimoriadne závažné (uzamknuté únikové východy, nefunkčné hasiace zariadenia, nevyhovujúce budovy a ich nedostatočné vybavenie, umiestňovanie imobilných klientov na vyššie poschodia bez evakuačného výťahu, nedostatok personálu v noci a cez víkendy, ktorý by bol schopný vykonať evakuáciu) a naznačujú, že prípadný požiar by mal v mnohých zariadeniach sociálnych služieb pravdepodobne fatálne následky.“ Jedno z navrhovaných opatrení Verejnej ochrankyne práv smerovalo aj do prevencie v tejto oblasti, bolo adresované pre zariadenia v pôsobnosti obcí, hoci zriaďovateľov ZSS je na Slovensku podstatne viac: „Vyčleniť dostatočné finančné prostriedky na to, aby zariadenia, ktoré sú v zriaďovateľskej pôsobnosti obce, splnili všetky opatrenia uložené HaZZ“.

Aj podľa Komisárky pre osoby so zdravotným postihnutím sú mnohé centrá sociálnych služieb na Slovensku v alarmujúcom stave. Nemajú dostatočnú ochranu pred požiarmi či inými živelnými udalosťami. „V roku 2020 sme urobili monitorovacie návštevy v deviatich zariadeniach a z toho sme ôsmim uložili opatrenia na zabezpečenie protipožiarnej bezpečnosti,“ uviedla komisárka Zuzana Stavrovská. „Ide najmä o budovy, ktoré sú v starých kaštieľoch. Nemajú zabezpečený bezbariérový prístup a bezbariérové možnosti opustenia budovy.“ Komisárka preto premiérovi a ministrovi práce poslala otvorený list, píše v ňom o alarmujúcom stave v zariadeniach sociálnych služieb. Problémom sú podľa nej napríklad historické budovy, kde nie je vždy možné zabezpečiť bezbariérovosť či súkromie klientov. „Predovšetkým v týchto zariadeniach treba sprísniť kontroly, treba mať spracované požiarne plány.“

„Bojujeme s veľkým bezpečnostným dlhom našich zariadení. Napríklad v Žilinskom kraji je to 6,5 milióna eur. Nemáme generátory elektrickej energie pre výťahy a evakuáciu. Nemáme hasiče. Máme málo zamestnancov na nočných službách,“ skonštatovala predsedníčka sociálnej sekcie SK8 Iveta Ďurišová.

„V tomto roku z plánu obnovy pridelíme finančné prostriedky na rekonštrukcie a výstavbu nových zariadení sociálnych služieb

v celkovej výške do 200 miliónov eur. Presne 192 miliónov eur a nejaké drobné,“ uviedol v reakcii na kritiku minister práce s tým, že tieto prostriedky majú slúžiť aj na protipožiarne opatrenia.

Štát sa napokon rozhodol neriešiť havarijnú situáciu cez plán obnovy ani po udalostiach v Osadnom. Požiadavka APSS v SR, ktorú mala Asociácia na plán obnovy, na riešenie havarijných stavov budov zariadení sociálnych služieb tak, aby dokázali plniť základné protipožiarne opatrenia, vrátane financií na evakuačné výťahy, ktoré chýbajú vo väčšine ZSS na Slovensku, bola riešiteľmi plánu obno-

vy odignorovaná. Naopak, z Plánu obnovy a odolnosti SR vyčlenili 193 mil. eur na *Rozšírenie kapacít komunitnej sociálnej starostlivosti*, z toho 87 mil. eur na ambulantné zariadenia, 70 mil. eur na komunitné pobytové zariadenia a 36 mil. eur na nízkokapacitné zariadenia sociálno-zdravotnej starostlivosti. Pôjde o nové zariadenia a investície sa nebudú týkať existujúcich zariadení, teda na sanáciu dlhov z minulosti.
Zároveň minister práce v januári 2022 v reakcii na vzniknutú situáciu v DSS Osadné nariadil realizovať v ZSS do 1. 2. 2022 protipožiarne cvičenia. „Žiadame ministra vnútra SR a z jeho poverenia Hasič-

ský a záchranný zbor, aby v spolupráci s poskytovateľmi sociálnych služieb v priebehu roka 2022 realizoval preventívno-edukatívne nácviky evakuácie pred požiarom, a to aj s pomocou protipožiarnych evakuačných posteľných podložiek, ktoré môžu urýchliť evakuáciu najmä osôb so zníženou pohyblivosťou. Opatrenie MPSVR SR, ktoré na základe tragickej udalosti v Osadnom zaviazalo poskytovateľov do 1. 2. 2022 urobiť protipožiarne cvičenia, je alibistické a v čase nástupu 4. vlny pandémie omikronu do tohto termínu nereálne," zareagovali vo vyhlásení APSS v SR a Komora opatrovateliek Slovenska. „Nie je únosné, aby jedna opatrovateľka bola v nočnej na 40 ľudí. Predstavte si, ako môže jedna opatrovateľka, ktorá ma vyše 50 rokov, evakuovať 40 ľudí, kde polovica z nich má psychickú poruchu. To je nemožné."

Vyhlásenie APSS v SR a Komory opatrovateliek Slovenska
(krátené znenie)

Najprv opravte budovy ZSS a zaplaťte personál, potom kupujte autá pre kontrolórov!
Aj keď počas prvej vlny (pandémie) sme vás museli o pomoci pre sociálne služby presviedčať, ďalšie mesiace ste dokázali premeniť verbálnu podporu aj do reálnej. My, pracujúci v sociálnych službách, sme na to neboli zvyknutí počas predchádzajúcich vlád. Veľká vďaka za nápravu v distribúcii ochranných pomôcok v druhej a ďalších vlnách pandémie, za infekčné príplatky a mimoriadne odmeny pre našich vyčerpaných zamestnancov, za vitamíny a kyslíkové prístroje pre našich klientov.
Ďakujeme za takmer hrdinský politický počin v novele Zákona 448/2008 o sociálnych službách, kde ste dokázali čeliť tlaku miest a obcí a zaviazali ste ich plniť si svoje finančné povinnosti voči vlastným odkázaným občanom.
Práve pre takto dobre naštartovaný proces pozitívnej zmeny v sociálnych službách zostala komunita poskytovateľov a zamestnancov v sociálnych službách zaskočená, keď sme pred vianočnými sviatkami dostali **prvý pracovný návrh Zákona o inšpekcii v sociálnych veciach**, ktorý vraj musí byť súčasťou reformného procesu plánu obnovy, týkajúceho sa sociálnych služieb a dlhodobej starostlivosti. Ale v pláne obnovy sa v Komponente 13 hovorí o reforme dohľadu nad sociálnou starostlivosťou, nie o inšpekcii v sociálnych veciach.
Pôvodná verzia návrhu zákona o inšpekcii nazvala poskytovateľov sociálnych služieb „páchateľmi" a vykreslila ich ako tých, ktorí „mučia" svojich klientov. Okrem práva na pripomienky k správe kontrolóra, ktorý ich ale vôbec nemusí akceptovať, nemáme podľa tohto návrhu zákona vlastne žiadne iné právo. My, ktorí sme tu pri ignorancii sociálnych služieb zo strany bývalých politických garnitúr držali sociálne služby počas legislatívneho, finančného a personálneho marazmu tie dlhé roky nad vodou. Isteže, v médiách bolo vidieť zopár jedincov, ktorí pochybili: kuchárov hrajúcich sa na doktorov, či podnikavcov, ktorí sa tvárili, že majú penzión a pritom nelegálne poskytovali nikým nekontrolovanú sociálnu službu a nechávali starých a chorých o hlade. Tých treba riešiť hneď a nástroje na to sú už dnes. Keby mali poskytovatelia služieb zo zákona povinnosť byť v našej profesijnej asociácii (podobne, ako je to pri komore sestier alebo advokátov), tak by sme verejne oddelili zrno od pliev. Keď to chce robiť výhradne štát, dobre, ale je nutné to robiť férovo. Aby sa nestalo, že s vodou z vaničky vylejeme aj dieťa...
Rozumieme tomu, že Slovenská republika má medzinárodné záväzky ohľadom dodržiavania Dohovoru OSN o právach osôb so zdravotným postihnutím a iných medzinárodných zmlúv a podľa nich musí robiť všetko, čo sa dá pre dodržiavanie týchto práv. Ale robiť to opačne? Najprv založiť Úrad inšpekcie v sociálnych veciach, nakúpiť nové počítače a autá pre kontrolórov a až o 4 roky robiť reformu financovania sociálnych služieb, kde mala ísť ruka v ruke stabilizácia personálu sociálnych služieb? Veď to nemá logiku: Šľahať šľahačku na tortu, keď nemáte korpus a ani toho, kto by ho upiekol?
Vieme, že Slovensko má rezervy v porovnaní s vyspelými krajinami v kvalite služieb, v ich deinštitucionalizácii či vo zvyšovaní komunitných služieb. Ale robiť to pri mesačnej podpore na klienta od štátu vo výške 3 000 euro na jedného odkázaného občana, ako je to v Nemecku alebo Rakúsku, alebo pri 600 eurovej podpore na Slovensku je značný rozdiel. V čom? V mzdách personálu v sociálnych službách. V mzdách opatrovateliek a sestier v sociálnych službách. Tento rozdiel je dôvodom, prečo 24 000 Slovákov a Sloveniek opatruje rakúskych, a nie slovenských seniorov, a prečo sú ďalšie stovky v ďalších krajinách. Dôvod, pre ktorý najmä na západnom

Slovensku nemáme koho postaviť do služby a 5 rokov nespĺňame zákonom stanovené personálne štandardy, lebo už takmer nikto z mladých ľudí v našej krajine nechce túto ťažkú prácu robiť za tak nízku mzdu. V Českej republike si to práve v tomto čase uvedomili a na tri etapy zvyšovali mzdy opatrovateliek vo verejných aj neverejných zariadeniach sociálnych služieb mimoriadnymi dotáciami zo štátneho rozpočtu. Slovenskí politici to neurobili dodnes.
Po schválení plánovaného znenia návrhu zákona o inšpekcii, ktorý je práve v medzirezortnom pripomienkovom konaní (MPK), však nebudeme mať nielen dostatok opatrovateliek a sestier, ale ani manažérov v sociálnych službách. Prečo? Kto rozumný bude dobrovoľne čeliť udávaniu – keď sťažovateľ má právo na anonymitu, keď inšpektor môže vstupovať do zariadení sociálnych služieb aj

do domácností s políciou, ale bez prítomnosti kľúčového pracovníka, dôvernika či zákonného zástupcu, a rozprávať sa s klientami, z ktorých 68 % má psychotickú liečbu a najťažšie stupne odkázanosti? Tragédia v DSS Osadné, kde pri požiari zomreli 4 klienti a následne sa riaditeľ pravdepodobne zastrelil, je mementom. Nie pochybenia človeka, ktorého „jeho" klienti volali „otecko", ale mementom o tom, ako to dopadne, keď štátni úradníci a politici nepočúvajú odbornú prax a tvoria podmienky jej existencie od stola. Naozaj trváte na možnosti pre každého prijímateľa sociálnych služieb zamykať sa zvnútra v izbe bez ohľadu na jeho psychiatrickú diagnózu? Potom nám pri ďalšom požiari nezomrú 5, ale 50 klienti…
Nesúhlasíme ani s navrhovanou **zmenou Štandardov kvality sociálnych služieb**, odmietame výmenu starých štandardov za nové. Zahadzujeme 6 rokov implementácie štandardov kvality von oknom a nevieme prečo. Nové sú šité horúcou ihlou a autor, či kolektív autorov, možno pozná do podrobností medzinárodné dokumenty, ale zjavne nič netuší o slovenskej realite v sociálnych službách. Ak je nutná nejaká revízia, tak nech sa tak udeje v štruktúre starých štandardov, aby sme nemuseli meniť radikálne interné smernice poskytovateľov, a nech sa tak udeje až v roku 2025, kedy bude, ako veríme, schválená nová reforma financovania sociálnych služieb. Dnes nemáme dostatok zamestnancov. Nemáme s kým aplikovať nové štandardy.

Prosíme, vypočujte náš hlas a požiadavky ešte tento rok. Aby už nezomierali zbytočne ani klienti sociálnych služieb, ale ani zamestnanci:
1. Žiadame premiéra, aby sa osobne zasadil za záväzok Vlády SR zvýšiť platy opatrovateliek a sociálnych pracovníkov na tri etapy tak, že Nariadenia vlády v roku 2022, 2023 a 2024 (s platnosťou na roky 2023, 2024, 2025, kedy má začať reforma financovania sociálnych služieb) zvýšia každým rokom o 30 % z poslednej platnej sumy príspevok MPSVR SR na zabezpečenie sociálnej služby, ktorý je možné použiť prioritne na platy zamestnancov v sociálnych službách.
2. Žiadame ministra financií, aby vyčlenil financie na riešenie havarijných stavov budov zariadení sociálnych služieb (ZSS) tak, aby dokázali plniť základné protipožiarne opatrenia, vrátane financií na evakuačné výťahy, ktoré chýbajú vo väčšine ZSS na Slovensku. Mrzí nás, že táto požiadavka APSS v SR, ktorú sme mali na plán obnovy, bola odignorovaná.
3. Žiadame ministra vnútra a z jeho poverenia Hasičský a záchranný zbor, aby v spolupráci s poskytovateľmi sociálnych služieb v priebehu roka 2022 realizoval preventívno-edukatívne nácviky evakuácie pred požiarom, a to aj s pomocou protipožiarnych evakuačných posteľných podložiek, ktoré môžu urýchliť evakuáciu najmä osôb so zníženou pohyblivosťou.
4. Žiadame ministra práce, sociálnych vecí a rodiny o zvolanie okrúhleho stola zástupcov odbornej praxe vrátane poskytovateľov a zamestnancov, za účasti komisárky pre osoby so zdravotným postihnutím a ombudsmanky pre ľudské práva, k návrhu Zákona o inšpekcii v sociálnych veciach, ešte pred zaradením zákona do rokovania NR SR. Žiadame zvážiť, či nie je efektívnejšie iba zdokonaliť súčasné štandardy a hodnotenie kvality sociálnych služieb a osobitne zriadiť Inšpektorát pre závažné porušenia a neoprávnené poskytovanie služieb.
Ani opravené znenie tohto návrhu zákona, ktoré je v MPK, v ktorom bola časť našich pripomienok akceptovaná, neprinesie kvalitu do sociálnych služieb a ani nezvýši dodržiavanie práv prijímateľov sociálnych služieb. V predloženom znení je návrh zákona najmä v časti o nových Štandardoch kvality sociálnych služieb nejasný, zmätočný a za súčasných personálnych a finančných podmienok nevykonateľný. Navyše, zakladá pre poskytovateľov nové náklady, ktorých pokrytie neuvádza ani dôvodová správa a ani žiadne iné plánované finančné opatrenie. Jednorazová investícia je pre jedného poskytovateľa s priemernou obložnosťou 50 miest do 7 000 eur a mesačné zvýšenie nákladov takmer 8 000 eur mesačne. Odhadované výpočty sú prílohou tohto listu. Navyše takto šikanózne postavená kontrola len zvýši už dosť veľkú fluktuáciu odborných zamestnancov a frustráciu manažérov v sociálnych službách. Zásadné pripomienky APSS v SR a komentár tvoria ďalšiu prílohu tohto listu.
5. Žiadame ministra zdravotníctva zvýšiť od 1. 7. 2022 ošetrovateľský paušál v ZSS nie na 6,60 eur, ale na 10,00 eur na klienta denne, čím pomôžeme odbremeniť nemocnice na Slovensku, kde je ošetrovateľská starostlivosť oveľa drahšia (od 24 do 50 eur na pacienta denne).

Žiadame tiež ministra zdravotníctva revidovať novelu zákona o liekoch tak, aby sa v opravenej novele alebo vo vyhláške z dôvodu nedostatku špecialistov ponechala všeobecným lekárom možnosť delegovanej preskripcie vo forme zástupu pri absencii špecialistu bez časového obmedzenia (teraz podľa prijatej novely to bude možné maximálne na 2 mesiace). Ideálne, aby sa ponechala všeobecným lekárom možnosť aj naďalej predpisovať lieky na základe odporúčania minimálne pre polymorbidných pacientov a všetkých klientov ZSS, ktorí sú v starostlivosti daného všeobecného lekára v ZSS.

V Bratislave, 19.1.2022

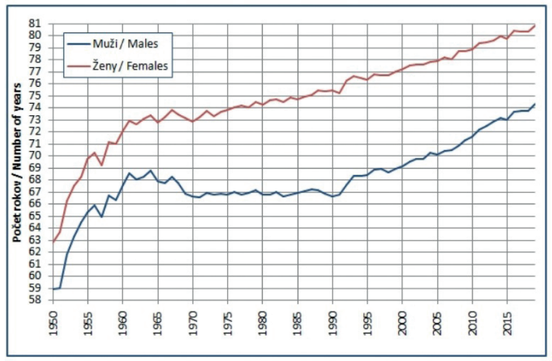
Súčasťou tohto listu sú aj komentáre a príklady k pripomienkam APSS v SR k návrhu Zákona o inšpekcii v sociálnych veciach (paragrafované znenie pripomienok zaslané do MPK).

STARNUTIE POPULÁCIE. AKÝ VEĽKÝ PROBLÉM MÁ SLOVENSKO?

V rámci sledovania starnutia populácie bol prelomový rok 2018, kedy počet a podiel seniorov historicky prvýkrát na Slovensku prevýšil počet a podiel detí. Deti vo veku do 14 rokov vtedy tvorili celkovo 15,7 % populácie. Seniori vo veku 65 a viac rokov už 16 % obyvateľstva. Na Slovensku v roku 2018 žilo 858 000 detí, ale až 874 000 seniorov. Svoj podiel na starnutí slovenskej populácie má zmena reprodukčného správania, zlepšovanie zdravotnej starostlivosti a predlžovanie života jednotlivcov.

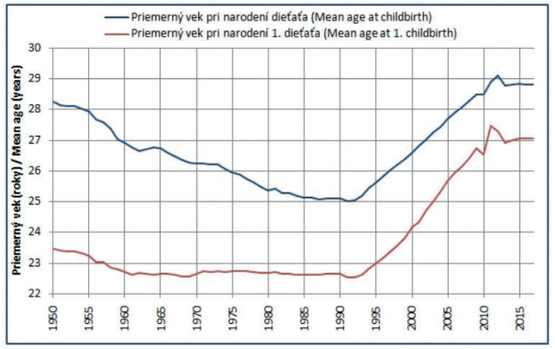
Podľa údajov Štatistického úradu Slovenskej republiky z ostatného sčítania z roku 2021 má Slovensko 5 449 270 obyvateľov. Z hľadiska pohlavia v populácii dominujú ženy, ktorých je 51 %. Podiel obyvateľov v predproduktívnom veku (do 14 rokov) tvorí 16 %, v produktívnom veku (od 15 do 64 rokov) 67 % a podiel obyvateľov v poproduktívnom veku (65 a viac rokov) predstavuje 17 %.

Stredná dĺžka života pri narodení / Life expectancy at birth



Hlavným demografickým vývojovým trendom tak aj naďalej zostáva starnutie obyvateľstva. Do roku 2040 vzrastie podiel populácie staršej než 65 rokov zo súčasných 17 % na 24 %. Čaká nás rapídny vzostup počtu seniorov, ale aj seniorov odkázaných na odbornú starostlivosť. Proces starnutia populácie sa zrýchľuje, preto by malo predstavovať veľkú výzvu pre tvorcov politík. Zároveň je starnutie aj jedným z kľúčových problémov Európskej únie, ktorá ho chce poňať ako príležitosť.

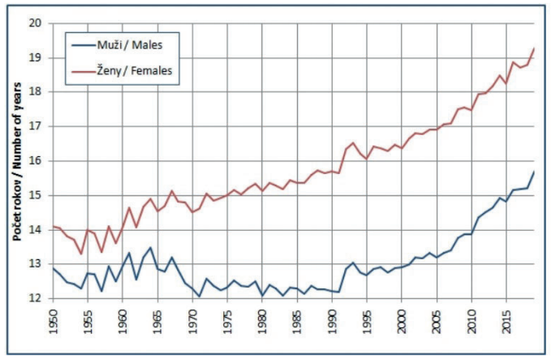
Priemerný vek pri narodení dieťaťa a prvého dieťaťa / Mean age at birth and first birth



Ešte na konci 70. rokov patrilo Slovensko medzi najmladšie krajiny

Starnutie obyvateľstva na Slovensku sa začalo ešte v 80. rokoch minulého storočia a ide o dlhodobý trend, ktorého intenzita sa zvyšuje. **Až do roku 2060 je proces populačného starnutia nezvratný, zastaví sa, keď vekové zloženie obyvateľstva prestanú ovplyvňovať silné populačné ročníky narodené pred rokom 1985. Do roku 2060 sa priemerný vek obyvateľstva na Slovensku zvýši najmenej na 48 rokov, čo je zvýšenie zhruba o šesť rokov oproti súčasnosti.** Staneme sa tak jednou z najstarších krajín v Európe a na svete. Pritom ešte na konci 70. rokov 20. storočia patrilo Slovensko medzi najmladšie krajiny v Európe.

Stredná dĺžka života vo veku 65 rokov / Life expectancy at age 65

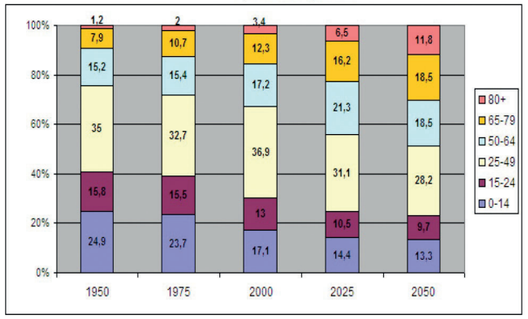


Starnutie obyvateľstva má vážne spoločenské dosahy, hlavne pokiaľ je veľmi intenzívne. Mení sa spoločenská klíma, spoločnosť stráca dynamiku. Najzasiahnutejšie sú oblasti ako trh práce, sociálne poistenie a zdravotníctvo. Prispôsobiť zmeneným podmienkam treba však aj ďalšie oblasti, bývanie, vzdelávanie, infraštruktúru, služby a pod.

Starnutie populácie zvýši tlak na verejné financie

Nízka pôrodnosť a zvyšovanie očakávanej dĺžky dožitia prinesie (nielen) Slovensku zmenu demografickej štruktúry obyvateľstva. So starnutím však nie sú spojené iba výdavky na dôchodky, ale aj zdravotnú starostlivosť či (dlhodobú) sociálnu opateru. Spolu by ich výška v roku 2070 mala podľa projekcií Európskej komisie predstavovať až 25 % HDP, čo je nárast asi o 11 %. K zmierneniu týchto dopadov môže prispieť úprava dôchodkového systému, pritiahnutie zahraničnej pracovnej sily či komplexnejšia rodinná politika.
Správa Európskej komisie pod názvom Ageing Report každoročne hodnotí dlhodobé dopady starnutia populácie na rozpočet v európskych krajinách. Európsku úniu podľa neho čaká nielen pokles populácie, ale aj zmena demografickej štruktúry obyvateľstva, kde bude rásť podiel starších obyvateľov. Príčinami týchto zmien sú nízka pôrodnosť, ako aj dlhšia očakávaná dĺžka života.
Podobnú situáciu sledujeme aj v projekciách pre Slovensko, kde existuje síce predpoklad jemne rastúcej (aj keď stále nízkej) miery pôrodnosti (z 1,56 v roku 2019 na 1,67 v roku 2070), avšak správa predpokladá zvyšovanie očakávanej dĺžky života až k veku 84 rokov u mužov a 89 rokov u žien. To prinesie rast podielu obyvateľov v poproduktívnom veku a zároveň zmenšenie pracovnej sily (z 2,68 mil. v 2019 na 1,81 mil. v roku 2070). Podľa projekcií k zlepšeniu neprispeje ani (čistá) imigrácia, ktorú Európska komisia odhaduje iba v niekoľkých tisíckach.

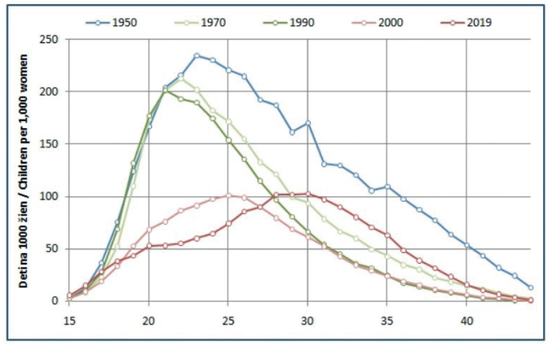
Starnutie európskej populácie – distribúcia populácie EÚ25 podľa vekových skupín (1950-2050).



Zdroj: UN World Population Prospects
Z uvedeného grafu vplýva už uvedený fenomén dvojitého starnutia, kde najrýchlejšie pribúdajúcou skupinou budú seniori nad 80 rokov veku.

To všetko vytvára tlak na dlhodobú udržateľnosť verejných financií. Len výdavky na dôchodky v pomere k HDP majú do roku 2070 vzrásť až o takmer 6 % (na 14,2 %). Ďalšie výdavky súvisiace so starostlivosťou (zdravie, ako aj sociálne služby), prinesú dodatočnú záťaž na rozpočet vo výške približne 5 % (zo 6,5 % HDP až na 11,1 % HDP).
Slovenskom v ostatných mesiacoch hýbu práve snahy o zmenu demografického vývoja prostredníctvom poskytovania príspevkov rodinám. Prvým dôležitým krokom by však mala byť úprava dôchodkového systému (napr. vek odchodu do dôchodku, reforma II. piliera). Ovplyvňovanie pôrodnosti je možné aj komplexnejšou prorodinnou politikou, ktorá zahŕňa dostupnosť jaslí a škôlok, flexibilitu trhu práce pre návrat matiek do zamestnania, zladením práce a rodičovstva cez rôzne výšky pracovného úväzku či zvýšením dostupnosti bývania pre mladé rodiny. Slovensko má nevyužitý potenciál aj v lákaní „mozgov" zo zahraničia, čím by vedelo doplniť chýbajúcu pracovnú silu z externého prostredia.

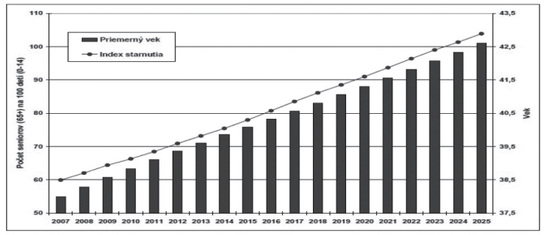
Miery plodnosti / Age-specific fertility rates



Starnutie populácie – výzva pre spoločnosť

Podľa dlhodobých prognóz budúceho vývoja celkového počtu a štruktúry obyvateľstva podľa pohlavia a veku bude podiel starších osôb v populácii stále narastať. V rozvinutom svete osoby vo veku 80 a viac rokov sú a budú najrýchlejšie rastúcou populačnou skupinou. Na Slovensku narástol tento počet z 0,9 % v roku 1950 na 2,26 % v r. 2008 a na 2,98 % v roku 2012. Príčinou je predovšetkým zásadná zmena reprodukčného správania.
Svoj podiel na starnutí populácie má aj zlepšovanie zdravotnej starostlivosti a predlžovanie života jednotlivcov, čo dlhodobo potvrdzuje nárast strednej dĺžky života pri narodení. Tento jav označujeme ako fenomén dvojitého starnutia.
Základným výstupom prognózy je **počet obyvateľov**. Do roku 2025 sa počet obyvateľstva SR zásadne nezmení.

Index starnutia presiahne pravdepodobne ešte pred rokom 2025 hraničnú hodnotu 100 ako uvádza nasledujúci graf.



Dôležitejšou demografickou charakteristikou ako počet obyvateľov je úroveň populačného starnutia. Dobre ju vystihujú **priemerný vek obyvateľstva** (vážený aritmetický priemer podľa početnosti obyvateľov v jednotlivých vekoch) a **index starnutia** (pomer počtu obyvateľov vo veku 65 rokov a viac na 100 obyvateľov vo veku do 14 rokov). Oba ukazovatele jednoznačne **dokumentujú trend intenzívneho starnutia slovenskej populácie**.
V roku 2025 bude index starnutia mužov dosahovať hodnotu 102, u žien to už bude viac ako 150 žien v poproduktívnom veku na 100 žien v predproduktívnom veku. Populačné starnutie na Slovensku bude jedno z najintenzívnejších v rámci celej Európskej únie.

Demografický vývoj na Slovensku v 21. storočí:

- postupné znižovanie úrovne pôrodnosti
- znižovanie úmrtnosti
- zvyšovanie strednej dĺžky života
- nárast skupiny veľmi starých ľudí nad 80 rokov
- nárast indexu feminity

K posúdeniu vzťahu doby dožitia a záťaže z porúch zdravia je vhodným ukazovateľom doba dožitia v zdraví (recipročnú hodnotu predstavuje celková doba prežitá v chorobe).
Napríklad Taliansko má najdlhšiu strednú dĺžku života s najkratším obdobím života s chorobami (7,9 rokov), opakom je Maďarsko s najkratšou strednou dĺžkou života s najdlhším obdobím prežitím v chorobách (10,7 roka).
Ak máme na mysli pacienta, multimorbidita (súčasná prítomnosť viacerých chorôb) je azda najtypickejšou a najrozšírenejšou črtou starého pacienta. Multimorbidita sa podieľa na zmenenom klinickom obraze jednotlivých chorôb. Typickým prejavom najmä pri dlhšej hospitalizácii je sklon ku komplikáciám a chronicite. Veľká časť starších ľudí trpí na viacnásobné chronické ochorenia, ako sú kardiovaskulárne, onkologické, metabolické, respiračné, poruchy hybnosti, pribúda chorých s demenciou. To všetko zhoršuje kvalitu života, ktorú si starší ľudia nevedia prinavrátiť vlastnými silami. Mala by pomôcť spoločnosť, a to poskytovaním dlhodobej starostlivosti.

SOCIÁLNE SLUŽBY ŠTÁT DOTERAZ NERIEŠIL DOSTATOČNE

V prvom rade je to nezodpovednosť politikov, a to nielen súčasných, ale najmä tých minulých. Čísla o zvyšovaní podielu starých a chorých občanov sú k dispozícii už dlhodobo, vrátane prognóz na 10 až 20 rokov dopredu. Pritom všetci vedia, v ktorej krajine sú fungujúce systémy, a vedia aj to, ako a prečo fungujú. Stačí sa tu poučiť z dobrých príkladov a nevymýšľať koleso.

Problémom financovania a zabezpečenia dlhodobej starostlivosti sa, paradoxne, vyhýbajú aj oficiálne organizácie zastupujúce seniorov, asi najmä preto, že aktívny senior nechce hovoriť o ešte hlbšej starobe a chorobe a zámerne túto tému vytesňuje. Mali by žiadať systémové riešenia nedostatočného financovania starostlivosti o tých seniorov, ktorí sú na tom najhoršie – teda dlhodobo odkázaných na pomoc inej osoby a často aj na odbornú pomoc.
Sociálne služby ale nie sú len pre seniorov. Sú aj pre deti a dospelých s postihnutím, pre matky a rodiny v kríze či pre ľudí bez domova. A nikomu z nich sa nedá pomôcť bez pomoci iného človeka. Preto sociálne služby patria medzi tie najdrahšie. **Až 75 % nákladov služieb sú mzdové a odvodové náklady na zamestnancov.**

To je možno ten najpodstatnejší dôvod, prečo sa táto téma dlhodobo nerieši tak systémovo a radikálne, ako by sa mala. Lebo prichádzajúci demografický nápor bude taký silný, že ak do systému dlhodobej starostlivosti nenalejeme nové zdroje, tak sa od dna neodrazíme, ale prepadneme sa pod samotné dno.

Nedostatok voľných miest pre klientov

Podľa správy Najvyššieho kontrolného úradu (NKÚ) z konca roku 2018 nie sú sociálne služby pre seniorov dostupné už dnes. Tak čo bude v roku 2030, keď počet seniorov nad 85 rokov narastie o 64 %? Pracovníci NKÚ tiež skonštatovali, že sociálne služby nemajú dostatok financií a personálu. Nie je dostatok ani terénnych sociálnych služieb a je podľa nich „alarmujúco“ nízky počet rezidenčných zariadení dlhodobej starostlivosti. Počet žiadateľov rastie každým rokom, ale počet nových miest vo verejných zariadeniach je stále menší. Medzi rokmi 2015 a 2017 vzniklo síce 953 nových miest dlhodobej starostlivosti, ale 914 z nich vytvorili neverejní poskytovatelia. A nie samospráva, ktorá má sociálne služby a ich zabezpečenie pre občanov v priamej kompetencii zo zákona. Počet žiadateľov o zariadenie pre seniorov vzrástol v roku 2017 oproti roku 2015 o 61 % a počet žiadateľov o špecializované zariadenie (klienti s Alzheimerom, demenciami a inými psychiatrickými diagnózami) až o 187 %!

Nedostatok financií

Priamo šokujúce bolo aj ďalšie zistenie NKÚ. V kraji, kde verejné zariadenia sociálnych služieb boli na 100 % obsadené, si kraj neobjednal starostlivosť o odkázaných u neverejného poskytovateľa, ktorý mal voľnú kapacitu. Na jedného odkázaného občana samospráva peniaze má, ale na iného ich nemá? V inej krajine by toto bolo neakceptovateľné a protizákonné. Ak štát príspevkom z ministerstva práce dokázal zrovnoprávniť prijímateľov sociálnych služieb bez ohľadu na to, či sú u neverejného alebo verejného poskytovateľa, tak to bude musieť urobiť aj samospráva. Teda nielen kraje, ktoré si už na 68 % svoje zákonné povinnosti plnia – hoci ešte nie v relevantných finančných výškach, ale aj obce, z ktorých, žiaľ, až 81 % ignoruje svoju povinnosť prispievať odkázaným ľuďom finančným príspevkom na prevádzku.
Tu nejde iba o verejný príspevok pre neverejných poskytovateľov. Ťažké to majú aj riaditeľky a riaditelia verejných zariadení, kde tiež nedostávajú dostatočný objem peňazí na kvalitu, akú vyžaduje od poskytovateľov zákon. Aj citovaná správa NKÚ jasne hovorí, že nie je možné požadovať kvalitu a nedať na ňu dostatok finančných zdrojov.
Dlhodobá starostlivosť ide aj cez rezort zdravotníctva a financovanie sa nedá vyriešiť bez zodpovednosti rezortu financií. Ministerstvo práce síce dáva z roka na rok viac a viac financií na sociálne služby a niekoľko rokov suplovalo finančne povinnosti obcí a miest v zariadeniach pre seniorov (ZPS) a v zariadeniach opatrovateľskej služby (ZOS) a takisto na seba prebralo aj časť príspevku od krajov na špecializované zariadenia, ale stále je to málo v porovnaní s inými krajinami. Napríklad v Česku dávajú na sociálne služby 0,7 % HDP, na Slovensku len 0,2 %. Do systému treba radikálne viac zdrojov a bez nového zákonného poistného to jednoducho nepôjde. Je nevyhnutné čo najrýchlejšie zriadiť Fond odkázanosti, navrhuje APSS v SR, a prispievať do neho minimálne 2 % z hrubej mzdy každého aktívneho občana. Nie je však nutné zaťažovať zamestnancov a zamestnávateľov. Stačí zobrať po jednom percente z prebytkových fondov nezamestnanosti a nemocenského poistenia.

Nedostatok pracovníkov

V sociálnych službách chýba takmer 24 000 opatrovateliek. A to sa ani nehovorí o chýbajúcich zdravotných sestrách. Aj keby sa dnes vrátilo 23 000 slovenských opatrovateliek z Rakúska, čo sa žiaľ nestane, tak nepokryjú súčasnú potrebu. V poradovníkoch na umiestnenie v zariadeniach je ďalších do 9 000 odkázaných občanov a len minimum z nich má odbornú starostlivosť vo forme terénnej opatrovateľskej služby doma. Veľká časť personálu, ktorá dnes v sociálnych službách zostala, má navyše dôchodkový a preddôchodkový vek a mladých prichádza do tohto odvetvia málo. Získať nových zamestnancov pre pomáhajúce profesie by sa dalo ponúknutím nájomných služobných bytov.
Riešením však nie je zákonné zvyšovanie minimálnej mzdy a príplatkov, na ktoré poskytovateľ nemá zdroje. Riešením je nájsť nové zdroje na reálnu možnosť zvýšenia miezd. Slovenské opatrovateľky sa zo zahraničia možno vrátia aj vtedy, keď okrem porovnateľnej výplaty ako v Rakúsku dostanú na svoje deti aj porovnateľné prídavky na deti. Aj po znížených opatreniach v Rakúsku zo 180 eur na dieťa na asi 100 eur je to stále viac ako u nás. A nezanedbateľnou motiváciou je aj dorovnávací rakúsky dôchodok, na ktorý má slovenská opatrovateľka nárok po 180 mesiacoch neprerušeného platenia odvodov v Rakúsku. A, samozrejme, je rozdiel sa starať v zmene s kolegami o 40 alebo 50 seniorov (a niekde aj o 150), alebo iba o jedného. Mať dvoch-troch šéfov nad sebou plus príbuzných každého klienta, alebo žiadneho šéfa a komunikovať okrem seniora len s jeho príbuznými. Aj toto môže byť motivácia pre mnohé z nich. Ale vyššia mzda je najpodstatnejším motívom.
Slovensko tak už dnes siaha po opatrovateľkách zo zahraničia. Prídu sem pracovať oficiálne – v sociálnych službách sa to ani inak nedá – a nie sú teda tzv. „lacnou“ pracovnou silou. Zo zákona musia dostať rovnakú mzdu ako domáce na tej istej pozícii a ešte im ZSS musia zabezpečiť ubytovanie. Ale už dnes bez nich nevedia postaviť služby. Navyše, Srbky a Ukrajinky sa veľmi rýchlo učia jazyk a javia sa v praxi ako lojálne, verné a dôsledné pracovníčky. Vážia si svoju prácu a vedia oceniť aj spravodlivého zamestnávateľa.

VEREJNÝ POSKYTOVATEĽ SOCIÁLNYCH SLUŽIEB – VÝHODA ČI NEVÝHODA?

Na Slovensku existuje množstvo zariadení, vďaka ktorým sa sociálne znevýhodneným skupinám obyvateľstva dostáva pomoc a podpora. Či už ide o zariadenia pre seniorov, zariadenia opatrovateľskej služby, domovy sociálnych služieb, útulky alebo ďalšie druhy zariadení. Všetky pomáhajú ľuďom v ich neľahkej životnej situácii zjednodušiť a skvalitniť ich život.

V praxi sa stretávame s tým, že dané zariadenia sú buď verejnými alebo neverejnými poskytovateľmi sociálnej služby. Majú neverejní poskytovatelia ťažšie podmienky pre výkon svojej práce oproti verejným? Ako sa finančne žije tzv. neverejno-verejným zariadeniam sociálnych služieb a ktoré to vlastne sú?
Pred 15 až 20 rokmi začali viaceré mestá a obce zriaďovať neziskové organizácie, nakoľko to bolo v tom čase pre nich ekonomicky výhodné. Na zariadenia sociálnych služieb finančne prispievali vyššie územné celky a z rozpočtov samospráv išlo len málo finančných prostriedkov. Klientmi v týchto zariadeniach boli zväčša obyvatelia s trvalým pobytom v danom meste či obci. S účinnosťou zákona č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách a financovaním zo strany MPSVR SR začalo pribúdať klientov z okolitých obcí a miest, respektíve z celého Slovenska. A vtedy sa začal prejavovať kvázi ekonomický postoj niektorých starostov: „Prečo by som mal prevádzkovať a finančne prispievať na zariadenie sociálnych služieb, v ktorom sa nachádzajú aj klienti z iných miest a obcí?“
Uveďme príklad. Samospráva požiada prostredníctvom svojej neziskovej organizácie o finančný príspevok iné obce, ktorých obyvatelia sa nachádzajú v „jeho“ zariadení sociálnych služieb. Reakcia oslovených samospráv býva rôzna: 1. akceptujú požadovaný finančný príspevok, 2. prispejú podľa „svojich finančných možností“, teda menej, ako je požadované, 3. neprispejú vôbec, veď oni nie sú „zriaďovateľom“ daného zariadenia (žiadateľom je „iba“ neziskovka, ktorú zriadila iná obec či mesto). Prípadne 4. „my sme malá obec a nemáme na to finančné prostriedky“.
V praxi to potom vyzerá tak, že drvivá väčšina oslovených samospráv neprispeje vôbec. A tu sa začína kolobeh odmietania. Starosta, ktorý požiadal o spolufinancovanie „svojho“ zariadenia sociálnych služieb ostatné samosprávy a zväčša bol odmietnutý, rovnako tiež odmietne žiadosť o finančný príspevok, ktorý mu zašlú iní verejní alebo neverejní poskytovatelia sociálnych služieb. A možnosť slobodného výberu zariadenia samotným klientom, ktorú mu garantuje zákon, tak dostáva na frak!

Ďalším, nemenej významným faktorom, ktorý rozhoduje o objeme finančných prostriedkov vyčlenených z rozpočtu samospráv na spolufinancovanie „svojich“ zariadení sociálnych služieb, je aj postoj primátora/starostu a mestského/obecného zastupiteľstva a ich miery „sociálneho cítenia“, „sympatií alebo nesympatií“ alebo je aj o sile lobingu konkrétneho zariadenia. V prípade neziskových organizácií zriadených mestom/obcou sa často stáva, že funkcia riaditeľa neziskovej organizácie je kumulovaná s funkciou pracovníka mesta/obce, čo so sebou prináša tiež viaceré problémy.
Bolo by veľmi zaujímavé zistiť, reálne koľko finančných prostriedkov na prevádzkovanie zasielajú samosprávy „svojim“ neverejno-verejným zariadeniam sociálnych služieb, ktoré sami zriadili. Niektoré totiž neprispievajú vôbec, a ak áno, tak len symbolicky.
Riešením väčšiny problémov súvisiacich s financovaním zariadení sociálnych služieb je úprava legislatívy, kde bude naozaj jasne a jednoznačne definované KTO (štát, VÚC, samosprávy) a KOĽKO MUSÍ (a nie iba môže) prispievať na jednotlivé druhy sociálnych služieb. Presným definovaním podmienok financovania verejných, neverejných aj verejno-neverejných poskytovateľov sociálnych služieb by sa predišlo komplikáciám, ktoré dnes sťažujú už aj tak náročnú prácu sociálnych pracovníkov, opatrovateľov, zdravotných sestier, ktorí kvôli skrátenému rozpočtu neposkytujú svoje služby na takej úrovni, ako by chceli. Presne legislatívne definovaná povinnosť finančne prispievať na zariadenia sociálnych služieb bez ohľadu na to, či sa jedná o verejného alebo neverejného poskytovateľa sociálnej služby (či verejno-neverejného), je to, čo si verejní aj neverejní poskytovatelia po toľkých rokov starostlivosti o svojich klientov zaslúžia. A o to viac si to zaslúži samotný klient, ktorý nevníma a ani nepozná rozdiel medzi verejným a neverejným poskytovateľom sociálnej služby. Veď všetkým nám ide o jeden cieľ – pomáhať všetkým klientom, ktorí našu pomoc potrebujú bez ohľadu na to, kto je zriaďovateľom.

Mgr. Jana GÁLIKOVÁ
APSS v SR

PLÁN OBNOVY A ODOLNOSTI

Plán obnovy a odolnosti je reakciou Európskej únie na silný pokles ekonomiky v dôsledku pandémie Covid-19. Európska komisia poskytne členským štátom peniaze na podporu a obnovu ich hospodárstva. Slovensko má do roku 2026 investovať 6,5 miliardy eur na reformy, rozvojové programy, na podporu a rozbeh ekonomiky. Členské štáty musia reformy a investície zrealizovať do roku 2026.

Plán obnovy a odolnosti Slovenskej republiky sa člení na 6 základných oblastí:
Zelená ekonomika – 2 301 mil. eur
Vzdelávanie – 892 mil. eur
Veda, výskum, inovácie – 739 mil. eur
Zdravie – 1 533 mil. eur
Efektívna verejná správa – 495 mil. eur
Digitalizácia – 615 mil. eur

V rámci oblasti zdravia sú 3 kľúčové komponenty:

a) Komponent 11: Moderná a dostupná zdravotná starostlivosť – 1 163 mil. eur
b) Komponent 12: Humánna, moderná a dostupná starostlivosť o duševné zdravie – 105 mil. eur
c) **Komponent 13: Dostupná a kvalitná dlhodobá sociálno-zdravotná starostlivosť – 265 mil. eur**

Reformy a investície do oblasti sociálnych služieb sa tak nachádzajú v Komponente 13. Celkové náklady (265 min. eur) sú v tomto komponente rozdelené do oblasti sociálnych služieb (212 mil. eur) a do oblasti zdravotnej starostlivosti (53 mil. eur).

„Aj v minulosti mnohé pokusy o reformu systému zlyhali kvôli rezortizmu, neodbornosti a chýbajúcej komplexnej stratégii a vízii.“

Cieľom Komponentu 13
je pripraviť Slovensko na rýchle starnutie obyvateľstva zabezpečením kvalitnej, dostupnej a komplexnej podpory ľudí s potrebou dlhodobej a paliatívnej starostlivosti. Poskytovaním takejto starostlivosti sa zvýši inklúzia osôb so zdravotným postihnutím do spoločnosti v súlade s ich právami obsiahnutými v Dohovore OSN o právach osôb so zdravotným postihnutím, ako aj miera ich sociálnej ochrany. Reformami a investíciami sa zvýši prepojenie a efektivita zdravotnej a sociálnej starostlivosti a ich odolnosť voči kritickým situáciám. Zároveň sa naštartuje proces digitalizácie verejnej správy v oblasti poskytovania integrovanej dlhodobej starostlivosti, vrátane digitalizácie rozhodovacích procesov.

PRE NAPLNENIE TOHTO CIEĽA DEFINUJE PLÁN OBNOVY NASLEDUJÚCE REFORMY A INVESTÍCIE

Reformy:
- Reforma posudkovej činnosti (Q1 2024) | 2 mil. eur
- Reforma dohľadu nad sociálnou starostlivosťou (Q1 2024) | 9 mil. eur
- Reforma integrácie a financovania dlhodobej sociálno-zdravotnej starostlivosti (Q4 2025)

Investície:
- Rozšírenie a obnova kapacít paliatívnej starostlivosti (Q3 2025) | 20 mil. eur
- Rozšírenie a obnova kapacít komunitnej sociálnej starostlivosti (Q2 2026) | 193 mil. eur
- Rozšírenie a obnova kapacít následnej a ošetrovateľskej starostlivosti (Q2 2026) | 32 mil. eur

Hlavným cieľom navrhovaných reforiem by malo byť posilnenie integrácie sociálnej a zdravotnej starostlivosti, ktoré je nevyhnutným predpokladom pre zabezpečenie kvalitnej a dostupnej dlhodobej starostlivosti pre všetky vekové skupiny.

V oblasti zelenej a digitálnej transformácie
Digitalizáciou služieb sa podľa plánu obnovy zníži byrokratická náročnosť procesov a zefektívnia sa služby verejnej správy. Digitalizácia podporí jednotný a spoľahlivejší zber dát, ich vyhodnocovanie a následné použitie na zlepšovanie služieb a starostlivosti.

V oblasti pracovných miest a rastu
Reformy a investície v tomto komponente podporujú rozšírenie kapacít dlhodobej starostlivosti a s tým spojenú tvorbu pracovných miest. Výrazne rozšírená má byť formálna starostlivosť, ktorá je poskytovaná odbornými pracovníkmi. Posilní sa najmä tvorba a profesionalizácia pracovných miest v terénnych a ambulantných službách. Digitalizácia služieb zároveň zvýši nároky na digitálne zručnosti personálu.

V oblasti sociálnej odolnosti
Vďaka dostupnejšej formálnej starostlivosti, najmä domácej a komunitnej, sa zníži záťaž neformálnych opatrovateliek, ktorými sú prevažne ženy, a zvýši sa ich participácia na trhu práce. Komunitné služby zároveň posilnia sociálnu inklúziu osôb so zdravotným postihnutím.
Transformácia kapacít v zdravotníctve na následné lôžka za účelom

rehabilitácie privedie pacientov k aktívnemu životnému štýlu. Rozvinutá dlhodobá starostlivosť odbremení akútnu zdravotnú starostlivosť. Zdroje a kapacity budú v zdravotníctve využité efektívnejšie, čo celkovo zlepší zdravie obyvateľov.
V zariadeniach sociálnych služieb bude zabezpečená kvalitná ošetrovateľská starostlivosť, aby boli odolnejšie na zvládnutie krízových situácii (pandémia, geriatrické komplikácie).

PLÁN OBNOVY V KOMPONENTE 13 DEFINUJE 5 HLAVNÝCH VÝZIEV

1. Absencia funkčného prepojenia sociálnej a zdravotnej starostlivosti a vertikálna fragmentácia kompetencií
Kompetencie v oblasti dlhodobej starostlivosti sú rozdelené najmä medzi rezort sociálnych vecí a rezort zdravotníctva, ktorých spolupráca je pre potreby integrácie dlhodobo nepostačujúca. Integrácii oboch systémov zabraňuje aj vertikálna roztrieštenosť kompetencií. Tie sú rozdelené medzi ministerstvami, obcami, VÚC, Úradmi práce, sociálnych vecí a rodiny a inými orgánmi verejnej správy.
Chýba spoločná vízia, stratégia a plánovanie kapacít, ktoré zohľadňujú súčasnú infraštruktúru, potreby obyvateľstva, budúci demografický vývoj a dodržiavanie ľudských práv. Prechod osoby s potrebou dlhodobej starostlivosti medzi zdravotnými a sociálnymi službami nie je koordinovaný. Prispieva to k zhoršeniu zdravotného stavu pacienta a najmä u seniorov aj k zbytočným rehospitalizáciám. Veľká časť klientov v zariadeniach sociálnych služieb vyžaduje dlhodobú psychiatrickú starostlivosť, ktorá však nie je zabezpečená. Zdravotná starostlivosť v ZSS nie je adekvátne zabezpečená po legislatívnej, personálnej ani finančnej stránke.

„Na Slovensku žije v pobytových zariadeniach sociálnych služieb 29 % ľudí odkázaných na dlhodobú starostlivosť.“

2. Neefektívny spôsob financovania
Systém financovania je neprehľadný a nejednotný. Súčasný systém financovania podporuje inštitucionálnu starostlivosť. Dôvodom je nesystematická finančná podpora terénnych a ambulantných sociálnych služieb a nízke úhrady poisťovní za terénne ošetrovateľské a paliatívne služby. Úhrady zdravotných poisťovní za starostlivosť v hospicoch a domoch ošetrovateľskej starostlivosti nepostačujú na pokrytie nákladov na starostlivosť. Nízke úhrady za ošetrovateľskú starostlivosť v ZSS znižujú možnosť získať a adekvátne ohodnotiť kvalifikovaný personál. Nízke platové ohodnotenie spôsobuje neatraktivitu zamestnania v ZSS, a to najmä v terénnych službách.
Z 514 mil. eur, ktoré sú ročne vynaložené na financovanie ZSS, je iba 2,8 mil. eur (0,5 %) hradených z verejného zdravotného poistenia priamo zariadeniu.. Pritom zamestnanci poskytujúci zdravotnú a ošetrovateľskú starostlivosť tvoria 13 % personálu v ZSS.

3. Nejednotné a nesystémové posudzovanie zdravotného postihnutia a potreby dlhodobej starostlivosti
Posudzovanie je nejednotné, prehnane byrokratizované, nedostatočne digitalizované, často nekonzistentné a nespravodlivé. Posudzovanie miery ťažkého zdravotného postihnutia a miery odkázanosti na dlhodobú starostlivosť nie je zosúladené. Jeden človek tak zbytočne absolvuje viacero posudkových procesov na rôznych miestach s rôznymi kritériami. Navyše, pri posudzovaní odkázanosti na sociálne služby vzniká u verejných poskytovateľov konflikt záujmov.

4. Nefunkčný systém dohľadu nad sociálnou starostlivosťou, vrátane starostlivosti v domácom prostredí
Systém dohľadu je fragmentovaný, neefektívny a chýbajú naň personálne kapacity. Kompetencie sú rozdelené medzi samosprávami, viacerými organizačnými zložkami na MPSVR SR a Úradmi verejného zdravotníctva. Kontroly sú preto vykonávané iba sporadicky. Systém dohľadu vôbec nepokrýva 75 500 ľudí, ktorých starostlivosť zabezpečujú neformálni opatrovatelia doma, poberajúci príspevok na opatrovanie a osobnú asistenciu. Na kontrolu neformálnej starostlivosti chýbajú personálne kapacity aj legislatívny rámec.

5. Nedostatok služieb dlhodobej a paliatívnej starostlivosti, najmä služieb komunitného typu
V ponuke formálnych sociálnych služieb prevládajú pobytové služby inštitucionálneho charakteru. Sieť služieb nezohľadňuje preferencie obyvateľov – až 89 % obyvateľov Slovenska uprednostňuje starostlivosť v domácom prostredí, formálne služby domácej sociálnej a zdravotnej starostlivosti sú však výrazne poddimenzované. Je nedostatok terénnych paliatívnych služieb a tiež paliatívnych služieb v ústavnej starostlivosti. Paliatívne oddelenia sú zriadené iba v 3 z 8 krajov. Ponuka služieb nedostatočne pokrýva preferencie ľudí s nižšími stupňami odkázanosti. Väčšina služieb a príspevky sú podmienené dvoma najvyššími stupňami odkázanosti.

Cieľom navrhovaných reforiem a investícií bude
- funkčné prepojenie sociálnej a zdravotnej starostlivosti,
- nový systém financovania, ktorý zohľadňuje preferencie odkázanej osoby, podporuje rozvoj komunitnej starostlivosti a podporuje nábor personálu,
- spravodlivo a systematicky posúdená miera zdravotného postihnutia a potreby starostlivosti,
- funkčný dohľad nad sociálnymi službami a garantovaná kvalita sociálnej starostlivosti,
- ponuka služieb následnej, dlhodobej a paliatívnej starostlivosti zohľadňujúca preferencie ľudí s potrebou starostlivosti a ich ľudské práva.

Systém dohľadu sa zjednotí a posilní vytvorením nezávislého orgánu dohľadu, ktorý zabezpečí (od Q1 2022 do Q1 2024)
- dohľad nad zabezpečením poskytovania sociálnych služieb;
- dohľad nad kvalitou poskytovania sociálnych služieb;
- dohľad nad kvalitou a rozsahom pomoci, na ktorej zabezpečenie sa poskytuje osobný rozpočet;
- dohľad nad poskytovaním zdravotnej starostlivosti v sociálnych službách, v súčinnosti s Úradom pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou.

Budú definované nové podmienky kvality starostlivosti v zariadeniach aj v domácnostiach. Súčasťou dohľadu bude aj poskytovanie metodickej podpory poskytovateľom sociálnych služieb a nefor-

málnym opatrovateľom vedúce k zvyšovaniu kvality poskytovanej pomoci. Nový orgán dohľadu bude mať približne 165 inšpektorov, z toho 33, ktorí už pôsobia v systéme (ako zamestnanci MPSVR SR a ÚPSVAR).

Zmena v oblasti financovania (do Q4 2025)
Súčasný systém financovania dlhodobej sociálnej starostlivosti je nejednotný, neprehľadný a administratívne náročný. Nový systém osobného rozpočtu zefektívni a sprehľadní systém financovania dlhodobej starostlivosti. Prostriedky pôjdu priamo osobe s potrebou starostlivosti, a nie opatrovateľovi alebo poskytovateľovi služby. Osobný rozpočet prijímateľa sa bude skladať z priamej finančnej dávky a poukazu na sociálne služby. Zvýši sa dopyt po službách v teréne a komunite a možnosť ich adekvátne zaplatiť. Nový systém prispeje k riešeniu problému nedostatku personálu v sektore sociálnych služieb, najmä terénnych. V novom systéme nebudú poskytovatelia terénnych služieb v nevýhodnom postavení z hľadiska financovania oproti poskytovateľom pobytových a ambulantných služieb, rovnako nebudú znevýhodnení ani ľudia s nižším stupňom odkázanosti. Nový systém financovania prispeje k prepojeniu sociálnej a zdravotnej starostlivosti.

„Až 89 % obyvateľov Slovenska uprednostňuje starostlivosť v domácom prostredí, formálne služby domácej sociálnej a zdravotnej starostlivosti sú však výrazne poddimenzované.“

MÍĽNIKY A CIELE PLÁNU V CHRONOLOGICKOM PORADÍ

do Q1 2022
5. Míľnik: Nový zákon v oblasti dohľadu nad sociálnou starostlivosťou (MPSVR SR) – je súčasťou *Reformy 3: Reforma dohľadu nad sociálnou starostlivosťou a zabezpečenie infraštruktúry pre jej implementáciu* (vládny návrh zákona o inšpekcii v sociálnych veciach a o zmene a doplnení niektorých zákonov je aktuálne (09/2022) predložený na rokovanie NR SR – pozn. redakcie)

do Q1 2023
1. Míľnik: Schválenie nového zákona upravujúceho oblasť dlhodobej a paliatívnej starostlivosti (MZ SR) a úprava financovania paliatívnej a ošetrovateľskej starostlivosti – je súčasťou *Reformy 1: Reforma integrácie a financovania zdravotnej a sociálnej starostlivosti*
4. Míľnik: Schválenie novej legislatívy o zjednotení posudkovej činnosti – je súčasťou *Reformy 2: Reforma posudkovej činnosti*

do Q4 2023
2. Míľnik: Predloženie koncepcie financovania sociálnych služieb (MPSVR SR) na verejnú diskusiu – je súčasťou *Reformy 1: Reforma integrácie a financovania zdravotnej a sociálnej starostlivosti*

do Q1 2024
1. Cieľ: Vytvorenie a materiálne zabezpečenie nového orgánu dohľadu a jeho krajských pobočiek – je súčasťou *Reformy 2: Reforma posudkovej činnosti*

do Q1 2025
4. Cieľ: Rozšírenie a obnova siete domácej ošetrovateľskej starostlivosti – podpora vybavenia 91 poskytovateľov – je súčasťou *Investície 2: Rozšírenie a obnova kapacít následnej a ošetrovateľskej starostlivosti*
7. Cieľ: Rozšírenie a obnova siete mobilných hospicov – 26 vybavených mobilných hospicov – je súčasťou *Investície 3: Rozšírenie a obnova kapacít paliatívnej starostlivosti*

do Q4 2025
3. Míľnik: Schválenie novej legislatívy v oblasti financovania sociálnych služieb, ktorou sa zavedie osobný rozpočet – je súčasťou *Reformy 1: Reforma integrácie a financovania zdravotnej a sociálnej starostlivosti*

do Q3 2025
6. Cieľ: Rozšírenie a obnova kapacít pobytovej paliatívnej starostlivosti – 270 nových alebo obnovených lôžok v paliatívnych oddeleniach a kamenných hospicoch – je súčasťou *Investície 3: Rozšírenie a obnova kapacít paliatívnej starostlivosti*

do Q2 2026
2. Cieľ: Rozšírenie kapacít pobytových služieb komunitného charakteru a zdravotno-sociálnych nízkokapacitných zariadení o minimálne 1 400 miest – je súčasťou *Investície 1:* Rozšírenie kapacít komunitnej sociálnej starostlivosti
3. Cieľ: Rozšírenie kapacít ambulantných služieb o minimálne 2 580 miest (ukazovateľ: počet vzniknutých miest) – je súčasťou *Investície1:* Rozšírenie kapacít komunitnej sociálnej starostlivosti
5. Cieľ: Vytvorenie minimálne 650 lôžok následnej starostlivosti rekonštrukciou existujúcich akútnych a chronických lôžok priebežne – je súčasťou *Investície 2: Rozšírenie a obnova kapacít následnej a ošetrovateľskej starostlivosti*

FINANCOVANIE A NÁKLADY PLÁNU OBNOVY

Reformy:
Reforma 2: Reforma posudkovej činnosti: 2 mil. eur
Reforma 3: Reforma dohľadu nad sociálnou starostlivosťou a zabezpečenie infraštruktúry pre jej implementáciu: 9 mil. eur

Investície:
Investícia 1: Rozšírenie kapacít komunitnej sociálnej starostlivosti: 193 mil. eur, z toho 87 mil. eur na ambulantné zariadenia, 70 mil. eur na komunitné pobytové zariadenia a 36 mil. eur na nízko kapacitné zariadenia sociálno-zdravotnej starostlivosti.
Investícia 2: Rozšírenie a obnova kapacít následnej a ošetrovateľskej starostlivosti: 32 mil. eur, z toho 27 mil. eur na ústavnú následnú starostlivosť a 5 mil. eur na domácu ošetrovateľskú starostlivosť.
Investícia 3: Rozšírenie a obnova kapacít paliatívnej starostlivosti: 20 mil. eur, z toho 18 mil. eur na lôžkovú paliatívnu starostlivosť a 2 mil. eur na domácu hospicovú starostlivosť.

Administratívne kapacity na implementáciu reforiem a investícií z plánu obnovy a odolnosti: 9 mil. eur

Poznámka redakcie: Reforma 1: Reforma integrácie a financovania zdravotnej a sociálnej starostlivosti, je v pláne obnovy uvedená bez financovania a potrebných nákladov.

„Kvôli nedostatočným kapacitám využíva odľahčovaciu službu menej ako 1 % neformálnych opatrovateľov.“

PLÁN OBNOVY HODNOTÍM VEĽMI POZITÍVNE

Pokiaľ sa vyrieši financovanie osobným rozpočtom, tak množstvo problémov odpadne.

Na otázky odpovedá JUDr. Katarína FEDOROVÁ, PhD., generálna riaditeľka sekcie sociálnej politiky Ministerstva práce, sociálnych vecí a rodiny SR.

Ako hodnotíte plán obnovy a odolnosti v oblasti poskytovateľov sociálnej starostlivosti? Je v ňom zahrnuté z vášho pohľadu všetko potrebné?
My ako ministerstvo práce, ale aj poskytovatelia sociálnych služieb, tam máme niekoľko bodov, ktoré sú veľmi prospešné. Reformy plánu obnovy na seba logicky nadväzujú. V prvom rade je to reforma a zjednotenie posudkovej činnosti, zmena financovania sociálnych služieb, vybudovanie systému inšpekcie nad sociálnou starostlivosťou a z pohľadu verejných alebo neverejných poskytovateľov je úplne kľúčové rozšírenie a budovanie kapacít ambulantných a pobytových služieb. Iste, iba komunitného charakteru, čo je v súlade s Dohovorom o právach osôb so zdravotným postihnutím, ale aj všeobecne záväznými právnymi predpismi a stratégiami nášho ministerstva. Čiže z môjho pohľadu je tam zahrnuté všetko podstatné a plán obnovy hodnotím veľmi pozitívne.

Myslelo sa pri tvorbe plánu obnovy aj na diskrimináciu medzi verejnými a neverejnými poskytovateľmi sociálnych služieb? Dnes na to často doplácajú klienti, lebo nemajú rovnaký podiel z verejných zdrojov.
Plán obnovy sa bude vzťahovať rovnako na všetkých poskytovateľov, bez ohľadu na to, či sú verejní alebo neverejní. Všetci poskytovatelia sa môžu zapojiť a prihlásiť do výziev, ktoré budú postupne vyhlasované. Či už na rekonštrukciu alebo výstavbu zariadení sociálnych služieb, ambulantných a v nižšej kapacite aj pobytových. Rovnako sa odstráni diskriminácia, ak to takto môžeme nazvať, pokiaľ ide o financovanie sociálnych služieb. Keď sa pristúpi k reforme financovania, s ktorou počíta plán obnovy, tak to bude znamenať, že peniaze pôjdu priamo ku klientovi a ten si sám vyberie poskytovateľa bez ohľadu na zriaďovateľa.

Poskytovatelia sociálnych služieb nemôžu vykazovať zisk, preto sa napríklad havarijné situácie u neverejných poskytovateľov riešia jedine z darov. Neuvažuje sa o prehodnotení?
Tu by si to vyžadovalo veľmi širokú diskusiu, ktorá už ale aj prebieha. Máme na ministerstve zriadenú pracovnú skupinu, ktorá sa venuje zmenám v zákone o sociálnych službách. Nie je to však ešte téma, ktorú by sme mali vyjasnenú, a preto sa k nej nemôžem vyjadriť. Riešenie zisku neverejných poskytovateľov sociálnych služieb nie je súčasťou plánu obnovy.

Aktuálne je veľká absencia prepojení, z 1 200 poskytovateľov sociálnych služieb je len 70 prepojených so zdravotnými poisťovňami. Počíta sa so zmenami?
Problémy s týmto prepojením si jasne uvedomujeme. Toto je bez debaty obrovský problém, ktorý je riešený aj v rámci plánu obnovy. Jedným zo základných bodov komponentu 13 je prepojenie zdravotnej a sociálnej starostlivosti. Musíme prehodnotiť podmienky, ktoré zákon ustanovuje pre uzatváranie zmlúv so zdravotnými poisťovňami a potom musíme, samozrejme, riešiť výšku paušálu a celkovo aj kvalitu poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti.

Takmer 90 % ľudí si praje zostať v domácom prostredí v čase, keď budú potrebovať zdravotnú a sociálnu starostlivosť. Podľa údajov poskytovateľov aj Komory opatrovateliek Slovenska už v súčasnosti chýba asi 7 000 opatrovateľov. Chce to nejako zmeniť plán obnovy?
Áno, pokiaľ sa vyrieši financovanie osobným rozpočtom, tak množstvo z toho vyplývajúcich problémov odpadne, aj keď sa tým nevyrieši úplne všetko. Vybudovanie nových kapacít ambulantnej starostlivosti je prvým krokom, aby sme mohli zostávať v domácom prostredí. Preto potrebujeme aj tých ľudí, ktorí v súčasnosti opatrujú svojich blízkych v domácom prostredí ako neformálni opatrovatelia, či už im bol alebo nebol priznaný príspevok. Potrebujeme ich „odľahčiť“, aby mali čas aj na seba, na svoje zdravie, na fyzický či psychický oddych. Preto je nutné zabezpečiť počas dňa dostupnosť ambulantných a odľahčovacích služieb, aby to rodina zvládla. Ďalej musíme vyriešiť ich financovanie, aby sme tieto služby udržali, pokiaľ ich vybudujeme, a aby si ich rodiny mohli dovoliť.

Nebolo by vhodné, keby sa táto téma verejne široko diskutovala?
Pokiaľ ide o zostávanie v domácom prostredí, to si vyžaduje omnoho širšiu diskusiu. Aby sme sa ako celá spoločnosť porozprávali o tom, aké sú vzájomné povinnosti rodiny voči sebe, aj vrátane detí voči vlastným rodičom. Aby sme sa upozornili na to, že Zákon o rodine nám hovorí o vzájomnej vyživovacej povinnosti aj dospelých detí, ktoré sú schopné živiť sa sami, voči svojím rodičom. Aj o tom, do akej miery dohliadame, alebo akým spôsobom dodržiavame ustanovenia zákona o sociálnych službách, ktoré nám napríklad hovoria o majetkových pomeroch a o prevodoch nehnuteľností napríklad rodičov na svoje deti pred tým, než idú do zariadenia sociálnych služieb a potom žiadajú o finančnú podporu z verejných zdrojov. Pretože tu je naozaj nevyhnutné povedať, že sociálna pomoc má zo svojej podstaty nastúpiť až vtedy, keď si človek nedokáže pomôcť sám a nedokáže mu pomôcť ani rodina.

PLÁN OBNOVY PONÚKA POSKYTOVATEĽOM JEDINÚ MOŽNOSŤ

Začať poskytovať komplexné sociálne služby, od terénnych, cez pobytové až po paliatívne

Na otázky odpovedá Mgr. Anna GHANNAMOVÁ, predsedníčka Asociácie poskytovateľov sociálnych služieb v SR

Čo vás v pláne obnovy príjemne prekvapilo?
Oceňujeme, že ide vôbec o prvý dokument, ktorý neprikrášľuje realitu a otvorene pomenúva hlavné nedostatky a príčiny súčasného zlého stavu v oblasti dlhodobej starostlivosti na Slovensku. Plán ich poníma ako výzvy na riešenie so stanovenými cieľmi, ktoré sa majú dosiahnuť konkrétnymi reformami a investíciami. Dôležité a pozitívne je jasné pomenovanie nedostatočného finančného ohodnotenia úhrady za ošetrovateľské úkony v ZSS a upozornenie na priamu úmeru medzi nedostatočným financovaním dlhodobej starostlivosti a nemožnosťou mať viac personálu a kvalitný personál, vrátane personálu zdravotníckeho. Preto oceňujeme aj záväzok v pláne, podľa ktorého majú reformy priniesť do života, citujem „legislatívu, ktorá klientom ZSS zabezpečí poskytovanie ošetrovateľskej zdravotnej starostlivosti hradenej zo zdravotného poistenia v rovnakom rozsahu, kvalite a štandarde, ako ostatnej populácii". To bude, aspoň dúfame, zabezpečené minimálne polovičným paušálom pre ZSS, než aký majú nemocnice. Kladne hodnotíme aj fakt, že vôbec prvýkrát na odbornej úrovni zaznieva nutnosť dohľadu nad kvalitou poskytovanej služby aj pre neformálnu starostlivosť opatrovateľov a asistentov v domácom prostredí, lebo naša Asociácia bola doteraz v upozorňovaní na tento problém značne osamotená.

Čo vás v dokumente naopak sklamalo?
Pri výpočte nedostatkov a deformácií v systéme dlhodobej starostlivosti nás nemilo prekvapilo nepomenovanie stále existujúcej diskriminácie prijímateľov sociálnych služieb v uplatňovaní nároku na rovný diel samosprávnych finančných zdrojov či nepomenovanie porušovania zákonných povinností samospráv voči odkázaným občanom. Následne nám vo vymenovaných reformách chýba nutnosť reformy decentralizácie kompetencií, napriek tomu, že odborná prax vyše 11 rokov upozorňuje na to, že až 80 % obcí a miest nezvláda svoje kompetencie v súvislosti so zabezpečením sociálnych služieb: ani nie sú ochotné ich zvládať, ani sa ich vzdať. Kritizovali sme tiež, že plán obnovy negarantoval ani vo výpočte reforiem či chystaných investícií v dlhodobej starostlivosti rovnocenný prístup k poskytovateľom sociálnych služieb (a po novom zrejme aj služieb dlhodobej starostlivosti a paliatívnej starostlivosti) bez ohľadu na zriaďovateľa. Oceňujeme však, že túto našu pripomienku MPSVR SR akceptovalo a dalo nám garanciu rovnocenného prístupu do plánu obnovy.

Aké obavy vo vás vyvoláva plán obnovy v komponente 13?
Preferovaním investícií iba do sociálnych služieb ambulantných a terénnych zariadení na jednej strane a paliatívnych a zdravotníckych zariadení na druhej strane vypadli z možnosti podpory z týchto nemalých financií dnes už existujúce pobytové ZSS, ktoré tu desiatky rokov suplovali chýbajúce komunitné a paliatívne služby a lôžka dlhodobo chorých. Po revolúcii rušila každá nastupujúca vláda po stovkách lôžka dlhodobo chorých v prospech zdravotných poisťovní, ale dlhodobo chorí ľudia nikam nemizli, len sa presunuli do ZSS. Zato s podstatným rozdielom, desiatky rokov nám za starostlivosť o nich zdravotné poisťovne neplatili ZSS takmer nič.

Aké odporúčanie dávate členom Asociácie v súvislosti s plánom obnovy?
APSS v SR odporúča svojim členom, aby sa uchádzali o zdroje z výziev, ktoré budú súvisieť s Plánom obnovy a odolnosti SR. Tak, že začnú o svojej službe prijímateľom uvažovať komplexne v snahe ponúkať občanovi kontinuálnu dlhodobú starostlivosť, od ambulantnej a terénnej služby cez rezidenčnú až po paliatívnu. Tí, ktorí po 11 rokov likvidácie bývalými vládami boli zväčša jediní, o ktorých služby sa mohli odkázaní a ich príbuzní oprieť, majú šancu na obnovu a rozvoj iba v prípade, ak svoje služby rozšíria o terénne opatrovateľské služby alebo o zdravotné a paliatívne služby (ADOS, mobilný alebo kamenný hospic). Alebo vybudujú nové menšie zariadenia sociálnych služieb rešpektujúce nastavené pravidlá: ZSS, ktoré bude mať maximálne do 30 klientov a budú mať zmluvu so zdravotnou poisťovňou, alebo ZSS do maximálneho počtu 12 klientov.

Použité zdroje a literatúra:
Plán obnovy a odolnosti Slovenskej republiky https://www.planobnovy.sk
Stránky Asociácie poskytovateľov sociálnych služieb v SR https://apssvsr.sk/
Šanca, osvetový sociálny občasník APSS v SR
Ageing Report, správa Európskej komisie https://economy-finance.ec.europa.eu/publications/2021-ageing-report-economic-and-budgetary-projections-eu-member-states-2019-2070_en
MUDr. Věra Dobiášová, PhD., RÚVZ Trenčín: Starnutie populácie – výzva pre spoločnosť http://www.ruvztn.sk
Výskumné demografické centrum pri Inštitúte informatiky a štatistiky (INFOSTAT) v Bratislave http://www.infostat.sk/vdc/sk/
Štatistický úrad SR: Indikátory aktívneho starnutia populácie https://slovak.statistics.sk
Najvyšší kontrolný úrad SR https://www.nku.gov.sk/

Prílohu pripravil: Ing. Maroš Silný

HUMANITA Plus
Špecializovaná príloha pre zdravotne postihnutých a znevýhodnených ľudí.

Vychádza ako súčasť časopisu HUMANITA, časopisu dobrovoľníckeho sektora Slovenskej republiky. Časopis HUMANITA vydáva Slovenská humanitná rada, IČO: 17316014, s podporou grantu MPSVaR SR. Registrácia pod č. MK SR 710/92, ISSN 1336-2208. Objednávky prijíma redakcia. Nevyžiadané rukopisy a fotografie nevraciame. Uverejnené príspevky nehonorujeme. Šéfredaktor: Ing. Maroš Silný. Adresa redakcie: Budyšínska 1, 831 03 Bratislava 3, telefón: 02 5020 0500, 02 5020 0511, 0948 016 123, e-mail: redakcia.humanita@gmail.com, web: www.shr.sk. Snímky: shutterstock, internet a archív. Grafická úprava a tlač: RAX, s.r.o., Bratislavská 10, 841 06 Bratislava. Distribúcia: Slovenská humanitná rada, Budyšínska 1, 831 03 Bratislava 3. Časopis vychádza 2-krát v roku. Náklad 3 500 kusov. © SHR