



#podporarodine  
#komplexnypristup

# **Integrovaná starostlivosť pre osoby so zdravotným postihnutím v Slovenskej republike**

Miroslav Cangár a kolektív

2016

# **Integrovaná starostlivosť pre osoby so zdravotným postihnutím v Slovenskej republike**

Miroslav Cangár a kolektív

2016

Vydavateľ: Rada pre poradenstvo v sociálnej práci  
Autorský kolektív: PhDr. Miroslav Cangár, PhD.  
MUDr. Silvia Barteková  
Mgr. Lucia Cangárová  
doc. PhDr. Slavomír Krupa, PhD.  
MUDr. Soňa Tomová  
Grafika: Juraj Mrocek  
Tlač: Copygraf, s. r. o., Domkárska 15, Bratislava 821 05  
Počet výtlačkov: 500  
Rozsah: 56 strán  
Rok vydania: 2016  
ISBN: 978-80-972551-1-4  
Čiarový kód: EAN 9788097255114

Prvé vydanie  
Všetky práva vyhradené

Publikácia je vydaná v rámci plnenia Dvojročnej dohody o spolupráci medzi  
MZ SR a Regionálnym úradom WHO pre Európu na roky 2016-2017,  
Programová oblasť Zdravotné postihnutie a rehabilitácia

## Obsah

Úvod.....	5
Základné východiská súčasného pohľadu na integrovanú starostlivosť pre osoby so zdravotným postihnutím v Slovenskej republike.....	6
Integrovaná starostlivosť .....	6
Zdravotné postihnutie .....	10
Dohovor OSN o právach osôb so zdravotným postihnutím .....	13
Zdravotná starostlivosť pre osoby so zdravotným postihnutím v SR .....	18
Sociálna starostlivosť pre osoby so zdravotným postihnutím v SR .....	25
Sociálne poistenie .....	30
Kompenzácia ťažkého zdravotného postihnutia .....	37
Sociálne služby, komunitné sociálne služby .....	43
Záver .....	50

# Úvod

Slovenská republika ratifikovala v roku 2010 Dohovor OSN o právach osôb so zdravotným postihnutím, ktorý predstavuje významný dokument v dodržiavaní a podpore práv občanov so zdravotným postihnutím. Tento dokument prináša holistický a komplexný pohľad na podporu osôb so zdravotným postihnutím. Potrebnú podporu dokážeme zabezpečiť len krosdisciplinárnou spoluprácou občanov so zdravotným postihnutím, ich rodín a odborníkov, ktorí ich podporujú. Takáto forma podpory a starostlivosti sa nazýva integrovaná starostlivosť.

Cieľom publikácie je ponúknuť odborníkom a aj laickej verejnosti pohľad do tejto témy a vytvoriť priestor pre rozmýšľanie a uvažovanie o budúcnosti integrovanej starostlivosti v Slovenskej republike. Publikácia nemá ambíciu nájsť rýchle a jasné riešenia problémov starostlivosti a podpory o osoby so zdravotným postihnutím, ale poskytnúť odporúčania a smerovania, ktoré pomôžu túto tému posunúť. Zároveň jej cieľom je zrealizovanie základného prehľadu o integrovanej sociálno-zdravotnej starostlivosti pre osoby so zdravotným postihnutím v Slovenskej republike, a to v kontexte sociálnych faktorov zdravia a zníženia zdravotných nerovností, aplikujúc princíp: „zdravie v každej politike“ a všeobecného zabezpečenia zdravia pre všetkých.

Záver publikácie tvoria spoločné odporúčania odborníkov z rôznych rezortov, ktorí sa dlhoročne tejto problematike venujú, pre nevyhnutné realizovanie systémových zmien tak, aby sa začali diať predovšetkým v oblasti integrovanej starostlivosti pre osoby so zdravotným postihnutím.

# Základné východiská súčasného pohľadu na integrovanú starostlivosť pre osoby so zdravotným postihnutím v Slovenskej republike

## Integrovaná starostlivosť

Pojem Integrovaná starostlivosť sa v odbornej praxi používa v rôznych kontextoch, ale najčastejšie je uvádzaný v nadväznosti na dlhodobú sociálno-zdravotnú starostlivosť (predovšetkým pre seniorov). Koncept integrovanej starostlivosti je v rôznych oblastiach, ale aj krajinách chápaný rozdielne a pod rôznymi menami – case management, manažment starostlivosti a sieťovania, následná starostlivosť atď. V prostredí Slovenskej republiky je však tento pojem veľmi nejasný a nie presne zadefinovaný. Tento stav súvisí predovšetkým s roztrieštenosťou systémov starostlivosti o osoby so zdravotným postihnutím a staršie osoby. Podobne ako aj v iných krajinách, tak aj u nás je možné vidieť dve základné vnímania integrovanej starostlivosti – integrovaná starostlivosť v rámci zdravotníctva a potom širšie vnímanie, ktoré hovorí o integrovanej sociálno-zdravotnej integrácii s orientáciou na sociálne služby a sociálnu inklúziu.

Na problém rôzneho chápania integrovanej starostlivosti upozorňujú viacerí medzinárodní odborníci. Leichsenring vo všeobecnosti uvádza, že pod integrovanou starostlivosťou môžeme chápať koncept poskytovania služieb starostlivosti, v ktorých jednotlivé zložky podpory konajú koordinovane a cielene tak, aby bola zabezpečená nákladová efektivita, zlepšovanie kvality a zvyšovanie uspokojovania potrieb užívateľov a poskytovateľov starostlivosti.<sup>1</sup> V chápaní tejto definície sa pod jednotlivou zložkou rozumejú rôzni poskytovatelia starostlivosti, ale aj stratégie a prístupy v poskytovaní starostlivosti a služieb pre odkázané osoby na integrovanú starostlivosť. Leichsenring<sup>2</sup> uvádza, že proces integrácie starostlivosti môže prebiehať na dvoch základných úrovniach:

- a. *Horizontálna integrácia*, ktorá je cieleňá na jednu úroveň poskytovania starostlivosti, tj. vytvárania multidisciplinárnych (kros-disciplinárnych) profesionálnych tímov.

- b. *Vertikálna integrácia*, ktorá spája rôzne úrovne starostlivosti – primárnu, sekundárnu a terciálnu (následnú) starostlivosť. Tento proces integrácie môže prebiehať jednosmerne, alebo aj obojsmerne s cieľom spätnej väzby.

Svetová zdravotnícka organizácia (ďalej len WHO) vypracovala Globálnu stratégiu pre integrované a na ľudí orientované zdravotnícke služby 2016 – 2026. Tento dokument vyzýva na zmenu paradigmy vnímania a poskytovania starostlivosti o zdravie smerom prístupu orientovaného na človeka a integrovaniu tejto starostlivosti. WHO v dokumente upozorňuje na to, že ak sa neprijmú na človeka orientované a integrované služby, zdravotná, ale aj sociálna starostlivosť sa bude ďalej viac roztriešovať, bude neefektívna a neudržateľná. Bez toho, aby sa uskutočnili zmeny a zlepšenia v dostupnosti starostlivosti nebudú mať ľudia prístup k vysoko kvalitným službám, ktoré sú orientované na ich potreby a očakávania. Práve prijatím na človeka orientovaných a integrovaných služieb do viacerých systémov starostlivosti a podpory občanov v krajine, môžu tieto služby zabezpečiť lepšiu kvalitu života, finančnú udržateľnosť, efektivitu a viac budú reagovať na potreby jednotlivcov a komunít<sup>3</sup>. Darina Sedláková upozorňuje, že: „Charakter problémov v zdravotníctve, v minulosti zameraných na liečbu infekčných ochorení, sa mení. Zdravotný stav stále viac ovplyvňuje starnúca populácia, urbanizácia a globalizácia nezdravého životného štýlu, čo vedie k presunu záťaže zdravotnej starostlivosti smerom k neprenosným ochoreniam, poruchám duševného zdravia a úrazom. Mnohé z týchto ochorení sú chronické, vyžadujú si dlhodobú starostlivosť, pričom pacienti sa vyznačujú polymorbiditou, a to všetko zvyšuje náklady na zdravotnú starostlivosť. Poskytovatelia zdravotnej starostlivosti sú zodpovední za diagnostiku a liečbu konkrétneho ochorenia. Celý zdravotnícky systém, ktorého sú súčasťou, však nemôže fungovať takto „lineárne.“ Jeho úlohou je zaoberať sa človekom/pacientom v holistickom kontexte: pomáhať identifikovať a odstraňovať príčiny ochorení a zaujímať sa o to, čo bude s pacientom, keď opustí zdravotnícke zariadenie, aby sa ochorenie nevracalo alebo nezhoršovalo.“ Táto skutočnosť ukazuje, že je potrebné sa pozeráť na prepájanie služieb starostlivosti aj cez horizontálnu, ale aj cez vertikálnu integráciu, lebo inak nebude možné poskytovať služby tak, aby boli orientované na človeka. Je nevyhnutné povedať si, čo WHO vníma pod zdravotnou starostlivosťou orientovanou na človeka. V súlade s uvádzanou globálnou stratégiou WHO je to prístup k starostlivosti, ktorý kontinuálne zohľadňuje potreby a perspektívy jednotlivcov, rodín a komunít a vníma ich aj ako účastníkov, ale aj užívateľov garantovaných

<sup>1</sup> K. Leichsenring, A.M. Alazewsky (eds.) (2004). Providing Integrated Health and Social Care for Older Persons. s. 15. European Center Vienna. Ashgate : Wien. ISBN: 0-7546-4196-1.

<sup>2</sup> Ibid.

<sup>3</sup> WHO global strategy on people-centred and integrated health services. (2015). [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/155002/1/WHO\\_HIS\\_SDS\\_2015.6\\_eng.pdf?ua=1&ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/155002/1/WHO_HIS_SDS_2015.6_eng.pdf?ua=1&ua=1)

zdravotných systémov, ktoré reagujú na ich potreby a záujmy v súlade s humanistickým a holistickým pohľadom. Starostlivosť orientovaná na človeka si vyžaduje, aby boli ľudia vzdelávaní, podporovaní a zmocňovaní v rozhodovaní sa (empowerment) a účasti na vlastnej starostlivosti. Takáto starostlivosť je organizovaná predovšetkým okolo zdravotných potrieb a očakávaní ľudí ako okolo chorôb a diagnóz. V nadväznosti na toto chápanie služieb orientovaných na človeka, je v rámci dokumentu definovaná integrovaná starostlivosť nasledovne: **Integrované zdravotné systémy sú služby, ktoré sú koordinované, manažované a poskytované tak, aby zabezpečili ľuďom kontinuálnu starostlivosť o zdravie, prevenciu chorôb, diagnostiku, liečbu, manažment ochorenia, rehabilitáciu, paliatívnu starostlivosť na rôznych úrovniach poskytovania starostlivosti v systéme starostlivosti o zdravie a v súlade s potrebami jednotlivcov počas celého obdobia ich života.**<sup>4</sup>

Ako sme už uviedli pre zabezpečenie efektívnej a na človeka orientovanej integrovanej starostlivosti existuje množstvo rôznych prístupov v jednotlivých krajinách, ktoré zohľadňujú ich špecifické podmienky. Avšak ciele a východiská potrebných zmien paradigmy vychádzajú zo spoločných a zdieľaných princípov a unifikovaných rámcových hodnôt. Tieto hodnoty majú východiská predovšetkým v holistických a ľudsko-právnych prístupoch a vidíme ich v takmer všetkých medzinárodných legislatívnych dokumentoch a dohovoroch, ktoré sa dotýkajú a ovplyvňujú starostlivosť o zdravie človeka.<sup>5</sup> WHO uvádza nasledovné spoločné a základné princípy na človeka orientovanej a integrovanej starostlivosti:

- a) *Komplexnosť* – starostlivosť, ktorá je komplexná a prispôsobená meniacim sa zdravotným potrebám a požiadavkám jednotlivcov a populácie so záväzkom na zabezpečenie univerzálneho zdravotného krytia.
- b) *Spravodlivosť* – poskytovanie starostlivosti, ktorá je dostupná a prístupná pre všetkých.
- c) *Udržateľnosť* – poskytovanie starostlivosti tak, aby bola účinná, efektívna a prispievala k trvalo udržateľnému rozvoju.
- d) *Koordinovanosť* – zabezpečenie toho, aby bola starostlivosť integrovaná okolo potrieb človeka a efektívne koordinovaná naprieč rôznymi poskytovateľmi, systémami a úrovňami.
- e) *Kontinuita* – poskytovanie starostlivosti a služieb počas celého života človeka.

- f) *Holistický prístup* – zameranie sa na fyzické, socioekonomické, mentálne a emocionálne zdravie a well-being.
- g) *Prevencia* – riešenie sociálnych determinantov nepriaznivého zdravotného stavu v rámci a medzi jednotlivými sektormi, ktoré presadzujú verejné zdravie a zdravý životný štýl.
- h) *Empowerment (zmocňovanie)* – podpora ľudí v riadení a zodpovednosti za svoje vlastné zdravie.
- i) *Orientácia cieľe* – vo vzťahu na to, aké robia ľudia rozhodnutia v zdravotnej starostlivosti, vyhodnocovať výstupy a merať úspechy.
- j) *Rešpekt* – rešpekt pred prirodzenou ľudskou dôstojnosťou, sociálnymi okolnosťami a kultúrnymi rozdielmi.
- k) *Spolupráca* – podpora budovania vzťahov, tímovej spolupráce a kros-disciplinárnej spolupráce naprieč primárnou, sekundárnou a terciárnou starostlivosťou a medzi sektormi.
- l) *Koprodukcija* – cez podporu aktívnych partnerstiev s ľuďmi, komunitami na individuálnej, organizačnej a systémovej úrovni.
- m) *Práva a zodpovednosť* – zabezpečiť, aby všetci mohli očakávať, využívať a rešpektovať práva a povinnosti.
- n) *Riadenie pomocou zdieľanej zodpovednosti* – poskytovateľov starostlivosti za kvalitu starostlivosti a výsledky starostlivosti o zdravie.
- o) *Poznatky a vedomosti* – zabezpečenie, aby politiky a stratégie boli riadené na základe najlepšie dostupných poznatkov a vedomostí a podpora hodnotenia merateľných cieľov relevantných pre zvyšovanie kvality a dosahovanie výsledkov v priebehu času.
- p) *Vedenie komplexným systémovým myslením* – pohľad na zdravotný systém ako komplexný, ktorý sa snaží pochopiť, ako jednotlivé jeho komponenty fungujú medzi sebou a ako je systém ovplyvnený faktormi, ktoré stoja za ním.
- q) *Etika* – zabezpečiť, aby starostlivosť optimalizovala pomer rizika a prínosu vo všetkých intervenciách s rešpektom voči právu jednotlivca robiť slobodné a autonómne rozhodnutia, ochranou súkromia a ochranou najviac ohrozených ľudí a zabezpečenia rovnocennej distribúcie zdrojov.<sup>6</sup>

Integrovaná starostlivosť predstavuje priestor a spôsob starostlivosti, ktorým vieme, ak sa dobre systémovo nastaví, zabezpečiť jednotlivcom individualizovanú komplexnú a koordinovanú starostlivosť a podporu ich zdravia. Tento pohľad

<sup>4</sup> Ibid.

<sup>5</sup> Starostlivosť o zdravie človeka vnímame v základnej všeobecnej a komplexnej rovine – čiže v zohľadnení fyzickej, duševnej, sociálnej a duchovnej stránky človeka.

<sup>6</sup> WHO global strategy on people-centred and integrated health services. (2015). [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/155002/1/WHO\\_HIS\\_SDS\\_2015.6\\_eng.pdf?ua=1&ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/155002/1/WHO_HIS_SDS_2015.6_eng.pdf?ua=1&ua=1)

a prístup umožňuje podporu zdravia pre všetkých občanov a všetky cieľové skupiny, ktoré potrebujú podporu presahujúcu rezorty a úrovne systémov. Repková uvádza, že: „*Výkon integrovanej starostlivosti o deti a mládež sprevádzajú dnes skôr problémy ako systematická práca a globálna úspešnosť, prvok koordinácie bude do blízkej budúcnosti základným predpokladom pre dosiahnutie pokroku v tejto oblasti spoločenského záujmu.*“<sup>7</sup> Práve pre toto bude jednou z najväčších výziev hľadať prepojenia medzi existujúcimi systémami v Slovenskej republike, a to predovšetkým medzi zdravotným a sociálnym systémom. V súčasnosti môžeme skonštatovať, že v Slovenskej republike neexistuje komplexný a prepojený systém integrovanej starostlivosti o občanov. Môžeme tu vidieť silne fragmentovanú starostlivosť, nielen medzi jednotlivými systémami, ale aj v rámci nich.

V tejto publikácii sa primárne orientujeme na integrovanú starostlivosť pre osoby so zdravotným postihnutím. A v ďalšom texte sa budeme snažiť zosumarizovať súčasný stav starostlivosti o osoby so zdravotným postihnutím v systéme zdravotníctva a v systéme sociálnej starostlivosti.

## Zdravotné postihnutie

V súčasnosti je zdravotné postihnutie vnímané a definované ako vyvíjajúci sa koncept a výsledok interakcie medzi osobou s postihnutím a subjektívnymi a vonkajšími bariérami, ktoré jej bránia v plnom a efektívnom začlenení sa do spoločnosti na rovnakom základe s inými. Medzi osobné faktory, ktoré vplyvajú na zdravotné postihnutie, sa najčastejšie zaraďujú fyzické (pohlavie, rasa, druh postihnutia, a pod.) a socio-ekonomické (ekonomický status, sociálny status, sociálna sieť človeka, a pod.), čiže činitele, ktoré vychádzajú z individuálnych podmienok každého človeka. Vonkajšie faktory prostredia tvorí predovšetkým prístupnosť, legislatíva a sociálne politiky, socio-ekonomické faktory (ekonomická a sociálna situácia prostredia) a sieť služieb v prostredí, kde občan so zdravotným postihnutím žije. Vychádzajúc z tohto vnímania môžeme hovoriť, že to, ako človek so zdravotným postihnutím dokáže samostatne žiť v spoločnosti, je ovplyvnené jeho individuálnymi predpokladmi, ale vo veľkej miere aj prostredím, v ktorom žije a jeho podporou, resp. bariérami.<sup>8</sup> Tento pohľad na zdravotné postihnutie sa odzrkadľuje aj v rámci Bio-psycho-sociálneho modelu zdravotného postihnutia, ktorý je súčasťou Medzinárodnej klasifikácie funkčnej schopnosti, dizability a zdravia (ďalej len ICF). Práve ICF podľa Orgonásovej

<sup>7</sup> K. Repková. (1998). Občania so zdravotným postihnutím v procese spoločenskej integrácie, s. 39. Bratislava : Epos, ISBN 80-8057-005-1

<sup>8</sup> M. Cangár, Integrácia 2/2015

a Paláta predstavuje významný nástroj pre zistenie a poskytnutie jednotného a štandardizovaného rámca na opis zdravotného stavu a stavu súvisiaceho so zdravím.<sup>9</sup> Takýto popis zdravotného stavu tvorí východiskovú situáciu pre poskytovanie integrovanej starostlivosti pre osoby so zdravotným postihnutím. Aktuálne však do definovania zdravotného postihnutia vstupujú aj ľudsko-právne prístupy vnímania zdravotného postihnutia. Repková a Sedláková vo svojej publikácii Zdravotné postihnutie a chronické neprenosné ochorenia v medzinárodnom a národnom kontexte hovoria o dvoch základných definíciách zdravotného postihnutia, ktorých sa pridržame aj v rámci tejto publikácie. Prvá definícia vychádza zo Svetovej správy o zdravotnom postihnutí: „*Zdravotné postihnutie predstavuje strešný pojem pre poruchu/y, obmedzenia pri aktivitách a pre reštrikcie v participácii. Zdravotné postihnutie sa tak vzťahuje k negatívnym aspektom interakcie medzi jednotlivcom (a jeho zdravotným statusom) a kontextuálnymi faktormi jeho života (osobnými faktormi a faktormi prostredia)*“. Druhá zásadná definícia vychádza z Dohovoru OSN o právach osôb so zdravotným postihnutím a hovorí o osobách so zdravotným postihnutím: „*Osoby so zdravotným postihnutím sú osoby s dlhodobými telesnými, mentálnymi, intelektuálnymi alebo zmyslovými postihnutiami, ktoré v súčinnosti s rôznymi prekážkami môžu brániť ich plnému a účinnému zapojeniu do spoločnosti na rovnakom základe s ostatnými.*“<sup>10</sup>

V týchto konceptoch vnímania zdravotného postihnutia môžeme hovoriť o sociálnych faktoroch zdravia ako o podmienkach, v ktorých sa ľudia narodia, vyrastajú, žijú, pracujú, starnú, ale sú to aj širšie podmienky, ktoré ovplyvňujú každodenný život a zdravie človeka. Sociálne faktory zdravia sú determinované ekosociálnymi faktormi prostredia<sup>11</sup>. Tieto systémové podmienky obsahujú predovšetkým ekonomické politiky a systémy, rozvojové agendy, sociálne normy, sociálne politiky a politické systémy. Uvedené podmienky sú ovplyvňované distribúciou finančných zdrojov, moci a zdrojov na globálnej, národnej a lokálnej úrovni. Sociálne faktory zdravia sú často zodpovedné za zdravotné nerovnosti. Zdravotná spravodlivosť a sociálne faktory zdravia predstavujú

<sup>9</sup> M. Orgonášová, M. Palát. (eds.) (2001). Medzinárodná klasifikácia funkčnej schopnosti, dizability a zdravia. Asociácia organizácií zdravotne postihnutých občanov SR : Bratislava. ISBN 80-968689-1-8

<sup>10</sup> K. Repková, D. Sedláková. (2014). Zdravotné postihnutie a chronické neprenosné ochorenia v medzinárodnom a národnom kontexte. Kancelária Svetovej zdravotníckej organizácie na Slovensku : Bratislava. ISBN : 978-80-971845-0-6.

<sup>11</sup> Matoušek: Základy sociálnej práce. Ekosociálne teórie



zásadné komponenty udržateľného rozvoja.<sup>12</sup> Ak sa toto v praxi nedeje, tak v systémoch vznikajú zdravotné nerovnosti. Zdravotné nerovnosti predstavujú nespravodlivé rozdiely v zdravotnom postavení vnímanom v rámci alebo medzi krajinami, ktorým sa dá predísť. Znižovanie zdravotných nerovností znamená, že sociálne faktory zdravia a univerzálne zdravotné krytie pre všetkých musí byť integrované a systematické. Toto je v súlade s princípom „zdravie v každej politike“.<sup>13</sup> WHO pre podporu na človeka orientovanej a integrovanej starostlivosti a hlavne na podporu osôb so zdravotným postihnutím vypracovalo dokument: Globálny akčný plán pre zdravotné postihnutie na roky 2014 – 2021. Jeho hlavnými cieľmi sú predovšetkým:

- Odstrániť bariéry a zlepšiť prístup k službám a programom v oblasti zabezpečenia a podpory zdravia
- Posilniť a rozšíriť rehabilitácie, habilitácie, asistenčných technológií a podporiť komunitné služby
- Posilniť zber relevantných a medzinárodne porovnateľných dát o zdravotnom postihnutí a posilniť výskum v prospech ďalšieho zlepšovania života ľudí so zdravotným postihnutím.

Samotný akčný plán zdôrazňuje význam zdravia a funkčných schopností človeka, priamo apeluje na podporu a posilnenie rehabilitácie a komplexných služieb pre osoby so zdravotným postihnutím. Okrem toho podrobne rozpracováva princípy rehabilitácie a habilitácie, zdôrazňuje význam relevantných dát a výskumu v oblasti zdravotného postihnutia. V neposlednej miere je prvým krokom pre definovanie zdravotnej rehabilitácie ako súčasť univerzálneho zdravotného krytia a vyzýva vlády a štáty na konkrétne aktivity a činy v tejto oblasti. Slovenská republika sa prihlásila k cieľom trvalo udržateľného rozvoja, ktoré prijalo Valné zhromaždenie OSN v roku 2015:

- Žiadna chudoba
- Žiadny hlad
- Dobré zdravie
- Kvalitné vzdelávania
- Rovnosť pohlaví
- Čistá voda a hygiena
- Čistá energia
- Dobrá práca a ekonomický rast
- Znižovanie nerovností
- Udržateľné mestá a komunity

<sup>12</sup> [http://www.who.int/social\\_determinants/thecommission/finalreport/key\\_concepts/en/](http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/key_concepts/en/)

<sup>13</sup> [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0007/188809/Health-in-All-Policies-final.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/188809/Health-in-All-Policies-final.pdf)

- Zodpovedná spotreba
- Ochrana planéty
- Život pod vodou
- Život na súši
- Mier a spravodlivosť
- Partnerstvo pre dosiahnutie cieľov – tento cieľ predstavuje implementáciu trvalo udržateľného rozvoja

Oblasť zdravotného postihnutia je súčasťou tretieho cieľu trvalo udržateľného rozvoja – Zabezpečiť zdravý život a podporovať well-being v každom veku, a tiež jeho špecifického cieľa 3.8 Dosiagnúť univerzálne zdravotné krytie, vrátane finančnej ochrany, dostupnosti kvalitných základných zdravotných služieb, liekov a vakcín pre všetkých.

Vychádzajúc z týchto globálnych dokumentov WHO, ale aj z Dohovoru OSN o právach osôb so zdravotným postihnutím a odporúčaní Výboru OSN pre osoby so zdravotným postihnutím pre Slovenskú republiku, môžeme skonštatovať, že sú pred nami kľúčové stratégie podpory zdravia všetkých osôb, a to predovšetkým formou integrovanej starostlivosti – rehabilitáciou a podpornými službami.

## Dohovor OSN o právach osôb so zdravotným postihnutím

Základným dokumentom v oblasti zdravotného postihnutia, ktorý má pre Slovenskú republiku právnu silu, je Dohovor OSN o právach osôb so zdravotným postihnutím (ďalej len Dohovor). Dohovor prináša zmenu paradigmy vnímania zdravotného postihnutia od medicínskeho modelu k modelu ľudsko-právneho, čo je vyjadrené aj v Preambule Dohovoru. Dohovor a jeho Opčný protokol bol prijatý pre desiatimi rokmi na Valnom zhromaždení OSN v New Yorku, dňa 13. decembra 2006. Slovenská republika tento dohovor podpísala v roku 2007. Národná rada Slovenskej republiky vyslovila dňa 9. marca 2010 súhlas s uznesením č. 2048 a rozhodla, že ide o medzinárodnú zmluvu, ktorá ma podľa čl. 7 ods. 5 Ústavy Slovenskej republiky prednosť pred zákonmi. Prezident Slovenskej republiky následne tento dohovor 28. apríla 2010 ratifikoval a ratifikačná listina bola 26. mája 2010 uložená do depozitára Organizácie spojených národov. Pre Slovenskú republiku Dohovor nadobudol platnosť 25. júna 2010. V súlade s článkom 45 ods. 2. Súčasťou Dohovoru je aj Opčný protokol k Dohovoru, ktorý upravuje právomoci Výboru OSN pre práva osôb so zdravotným postihnutím.

Hlavným cieľom Dohovoru je presadzovať, chrániť a zabezpečovať plné a rovnaké využívanie všetkých ľudských práv a základných slobôd všetkými osobami



so zdravotným postihnutím a podporovať úctu k ich prirodzenej dôstojnosti. Definíciu osôb so zdravotným postihnutím v zmysle Dohovoru sme uviedli v časti o zdravotnom postihnutí. Dohovor zaväzuje zmluvné strany, okrem iného, aby zabezpečili prepojenie všetkých ľudských práv a slobôd, potrebu zaručiť osobám so zdravotným postihnutím ich plné využívanie bez diskriminácie a na rovnakom základe s ostatnými občanmi a potrebu presadzovať a chrániť ľudské práva všetkých osôb so zdravotným postihnutím vrátane tých, ktoré potrebujú viac podpory. Z pohľadu presadzovania a realizovania nevyhnutných zmien v oblasti zdravotného postihnutia je Dohovor vnímaný ako účinný nástroj, ktorý určuje každej zmluvnej strane jej povinnosti pri jeho dodržiavaní a prijímaní rôznych opatrení na národnej, regionálnej, komunálnej a individuálnej úrovni a v neposlednom rade aj pri zmene postojov v spoločnosti.

Dohovor priniesol základné zásady v prístupe k osobám so zdravotným postihnutím:

- rešpektovanie prirodzenej dôstojnosti, osobnej nezávislosti vrátane slobody voľby a samostatnosti osôb
- nediskriminácia
- plné a účinné zapojenie sa a začlenenie do spoločnosti
- rešpektovanie odlišnosti a prijímanie osôb so zdravotným postihnutím ako súčasťou ľudskej rozmanitosti a prirodzenosti
- rovnosť príležitostí
- prístupnosť
- rovnosť medzi mužmi a ženami
- rešpektovanie rozvíjajúcich sa schopností detí so zdravotným postihnutím a rešpektovanie práva detí so zdravotným postihnutím na zachovanie vlastnej identity

Dohovor sa vo všeobecnej rovine venuje takmer každej oblasti, ktorá ovplyvňuje život osôb so zdravotným postihnutím a obsahuje predovšetkým oblasti ako je rovnosť a nediskriminácia, ženy so zdravotným postihnutím, deti so zdravotným postihnutím, zvyšovanie povedomia, prístupnosť, právo na život, rizikové situácie a núdzové humanitárne situácie, rovnosť pred zákonom, prístup k spravodlivosti, sloboda a osobná bezpečnosť, ochrana pred mučením alebo krutým, neľudským či ponižujúcim zaobchádzaním alebo trestaním, ochrana pred vykorisťovaním, násilím a zneužívaním, ochrana integrity osobnosti, nezávislý spôsob života a začlenenie do spoločnosti, osobná mobilita, sloboda prejavu a presvedčenia a prístup k informáciám, rešpektovanie súkromia, rešpektovanie domova a rodiny, vzdelávanie, zdravie, habilitácia a rehabilitácia, práca a zamestnávanie, primeraná životná úroveň a sociálna ochrana, účasť na politickom a verejnom živote a účasť na kultúrnom živote, rekreácii,

záujmových aktivitách a športe. V článkoch 31 – 50 sú upravené záväzky týkajúce sa povinností zhromažďovať príslušné informácie vrátane štatistických a výskumných údajov, medzinárodnej spolupráce, aby bolo možné formulovať a uplatňovať politiky s cieľom realizovať Dohovor.

Z pohľadu Integrovannej starostlivosti považujeme za dôležité osobitne spomenúť článok 19. Nezávislý spôsob života a začlenenie do spoločnosti, článok 25. Zdravie a článok 26. Habilitácia a rehabilitácia.

Článok 19. uvádza: „Zmluvné štáty uznávajú rovnaké právo všetkých osôb so zdravotným postihnutím žiť v spoločnosti s rovnakými možnosťami voľby na rovnoprávnom základe s ostatnými, a prijímú účinné a primerané opatrenia, ktoré umožnia plné užívanie tohto práva osobami so zdravotným postihnutím a ich plné začlenenie a zapojenie do spoločnosti, a zabezpečia, aby:

- a) osoby so zdravotným postihnutím mali možnosť zvoliť si miesto pobytu, ako aj to, kde a s kým budú žiť, na rovnakom základe s ostatnými, a aby neboli nútené žiť v určitom špecifickom prostredí.
- b) osoby so zdravotným postihnutím mali prístup k celému spektru podporných služieb, či už domácich alebo pobytových a ďalších komunitných podporných služieb vrátane osobnej asistencie, ktoré sú nevyhnutné pre nezávislý život v spoločnosti a pre začlenenie sa do nej, a ktoré zabraňujú izolácii alebo segregácii v spoločnosti;
- c) komunitné služby a zariadenia pre širokú verejnosť boli za rovnakých podmienok prístupné osobám so zdravotným postihnutím a aby zohľadňovali ich potreby<sup>14</sup>.”

Tento článok patrí v rámci Dohovoru medzi najvýznamnejšie a najkomplexnejšie, lebo hovorí o práve osôb so zdravotným postihnutím žiť nezávislým spôsobom života, inak povedané, je to právo na inklúziu osôb so zdravotným postihnutím do bežnej spoločnosti. Preto, aby osoby so zdravotným postihnutím mohli žiť nezávislým spôsobom života na rovnakom základe s ostatnými, je nevyhnutné prijať opatrenia, ktoré zabezpečia prístup ku komplexnému spektru podporných služieb na komunitnej úrovni, ktoré budú dostupné pre širokú verejnosť za rovnakých podmienok, budú prístupné osobám so zdravotným postihnutím a budú zohľadňovať ich potreby. Tento stav sa však nedá docieľiť bez toho, aby existovala horizontálna alebo vertikálna integrácia služieb starostlivosti.

Článok 25. ustanovuje práva v oblasti zdravia nasledovne: „Zmluvné strany uznávajú, že osoby so zdravotným postihnutím majú právo na dosiahnutie najlepšieho možného zdravia bez diskriminácie na základe zdravotného postihnutia. Zmluvné strany prijímú všetky príslušné opatrenia, ktorými zabezpečia

<sup>14</sup> Dohovor OSN o právach osôb so zdravotným postihnutím

osobám so zdravotným postihnutím prístup k zdravotnej starostlivosti vrátane liečebnej rehabilitácie, ktoré zohľadňujú rodový aspekt. Zmluvné strany musia najmä:

- a) poskytovať osobám so zdravotným postihnutím rovnaký rozsah, kvalitu a štandard bezplatnej alebo cenovo dostupnej zdravotnej starostlivosti a programov, ktoré sa poskytujú ostatným osobám, a to aj v oblasti zdravotníckych programov zameraných na sexuálne a reprodukčné zdravie a programov v oblasti verejného zdravia určených pre celú populáciu;
- b) poskytovať zdravotnú starostlivosť, ktorú osoby so zdravotným postihnutím vrátane detí a starších osôb špecificky potrebujú v dôsledku svojho zdravotného postihnutia, a to vrátane včasného zistenia, prípadne intervencie a služby určené na minimalizáciu alebo prevenciu ďalšieho zdravotného postihnutia;
- c) poskytovať túto zdravotnú starostlivosť čo najbližšie k miestu bydliska danej osoby vrátane vidieckych oblastí;
- d) vyžadovať od zdravotníckych pracovníkov, aby osobám so zdravotným postihnutím poskytovali starostlivosť v tej istej kvalite ako ostatným osobám, a to aj na základe slobodného a informáciami podloženého súhlasu, okrem iného aj zvyšovaním povedomia o ľudských právach, dôstojnosti, nezávislosti a o potrebách osôb so zdravotným postihnutím prostredníctvom odborného vzdelávania a zverejňovania etických noriem pre verejnú aj súkromnú zdravotnú starostlivosť;
- e) zakázať diskrimináciu osôb so zdravotným postihnutím pri poskytovaní zdravotného poistenia a životného poistenia, ak toto poistenie povoľuje vnútroštátne právo, a toto poistenie sa musí poskytovať spravodlivým a primeraným spôsobom;
- f) zamedziť diskriminačné odopretie zdravotnej starostlivosti alebo zdravotníckych služieb alebo jedla a tekutín na základe zdravotného postihnutia<sup>15</sup>.

Článok 25 veľmi konkrétne hovorí o tom, aké nevyhnutné opatrenia je potrebné prijať v zdravotnej oblasti preto, aby sa zabezpečili práva osôb so zdravotným postihnutím a aj to, že je potrebné vzdelávať a pripravovať odborných pracovníkov v zdravotníctve na prácu s ľuďmi so zdravotným postihnutím. V nadväznosti na tento článok je v Dohovore významným článkom pre oblasť podpory zdravia aj článok 26. Habilitácia a rehabilitácia. Článok 26 uvádza, že:

„1. Zmluvné strany prijímú účinné a primerané opatrenia, a to aj prostredníctvom vzájomnej podpory ľudí so zdravotným postihnutím, aby umožnili osobám so zdravotným postihnutím dosiahnuť a udržať si maximálnu možnú samostatnosť, uplatniť v plnej miere telesné, duševné, sociálne a profesijné schopnosti a dosiahnuť plné začlenenie a zapojenie do všetkých oblastí života. Na tento účel zmluvné strany zriadia, budú podporovať a rozširovať komplexné habilitačné a rehabilitačné služby a programy, najmä v oblasti zdravotníctva, zamestnanosti, vzdelávania a sociálnych služieb tak, aby tieto služby a programy

a) sa začínali v čo najskoršej etape a boli založené na multidisciplinárnom posúdení individuálnych potrieb a predností;

b) podporovali zapojenie a začlenenie do spoločnosti a do všetkých oblastí jej života, boli dobrovoľné a dostupné osobám so zdravotným postihnutím čo najbližšie k miestu ich bydliska vrátane vidieckych oblastí.

2. Zmluvné strany podporujú rozvoj úvodného a sústavného odborného vzdelávania odborníkov a pracovníkov pôsobiacich v habilitačných a rehabilitačných službách.

3. Zmluvné strany podporujú dostupnosť, poznanie a používanie asistenčných zariadení a technológií určených osobám so zdravotným postihnutím súvisiacich s habilitáciou a rehabilitáciou<sup>16</sup>.”

Ako je možné jasne vidieť, Dohovor a aj Globálne ciele WHO v oblasti podpory na človeka orientovanej a integrovanej starostlivosti sú vo vzájomnom súlade a majú spoločné východiská ale aj ciele, a zároveň cez Dohovor sa pretavujú do jasných záväzkov krajín, ktoré ho ratifikovali.

<sup>15</sup> Dohovor OSN o právach osôb so zdravotným postihnutím

<sup>16</sup> Dohovor OSN o právach osôb so zdravotným postihnutím

# Zdravotná starostlivosť pre osoby so zdravotným postihnutím v SR

Osoby so zdravotným postihnutím majú vo všeobecnosti rovnaké potreby v starostlivosti o zdravie ako všetci ostatní. Avšak z dlhodobých skúseností a zistení je na globálnej úrovni možné vidieť, že:

- 2x častejšie sa stretávajú s tým, že poskytovateľ zdravotnej starostlivosti nemá skúsenosti a ani priestory, ktoré by boli adekvátne potrebám osôb so zdravotným postihnutím.
- 3x väčšia je pravdepodobnosť, že im poskytnutie zdravotnej starostlivosti bude odmietnuté.
- 4x častejšie sa stretávajú s tým, že sa s nimi v zdravotnom systéme zaobchádza zle a neadekvátne.
- Až ½ ľudí so zdravotným postihnutím si nedokáže finančne dovoliť adekvátnu zdravotnú starostlivosť.
- S tým súvisí aj fakt, že až 50% z nich sa počas svojho života ocitne v situácii, keď čelia výdajom za zdravotnú starostlivosť, ktoré sú pre nich v ich životnej situácii katastrofálne.

Existujúce bariéry v prostredí bránia ľuďom s postihnutím k prístupu ku liečbe, jej špecifikám a pomôckam, k rehabilitácii a ďalším krokom v liečbe. V praxi to pre nich znamená, že vo svojom živote nedokážu byť nezávislými a nevedia sa aktívne zúčastňovať na chode spoločnosti:

- 70 miliónov ľudí v súčasnosti potrebuje invalidný vozík. Ale len cca 5-15% má k nemu aj prístup.
- 360 miliónov ľudí trpí v súčasnosti strednou až hlbokou stratou sluchu. Produkcia špeciálnych pomôcok a liečiv na zvládnutie tejto bariéry dnes pokrýva len asi 10% z celkovej potreby, a to okrem rozvinutých len v 3% z rozvojových krajín sveta.<sup>17</sup>

Uvedené údaje poukazujú na to, že je v oblasti zdravotnej starostlivosti potrebné hľadať špecifické opatrenia pre podporu osôb so zdravotným postihnutím, ktoré ale budú v súlade aj s požiadavkami uvedenými v Dohovore OSN o právach osôb so zdravotným postihnutím. V minulosti patrila starostlivosť o osoby so zdravotným postihnutím aj u nás do oblasti zdravotníctva. Zásadné

zmeny v tejto oblasti sa udiali po roku 1989. V oblasti zdravotníctva existovala podpora osôb so zdravotným postihnutím, ktorú je ale potrebné vnímať v kontexte doby, kedy sa poskytovala. Pre bližšiu ilustráciu starostlivosti o osoby so zdravotným postihnutím (predovšetkým telesným postihnutím) uvádzame krátky retrospektívny pohľad na úroveň a rozsah poskytovania zdravotnej starostlivosti v zariadení ústavnej sociálnej starostlivosti v období 1970-2005<sup>18</sup>.

Poskytovanie zdravotníckej starostlivosti malo vždy svoje špecifiká vyplývajúce z kumulácie väčšieho množstva pacientov s rovnakým rozsahom zdravotného postihnutia v jednom zariadení. Historické korene lekárskej starostlivosti o telesne postihnuté deti sa datujú od roku 1939, kedy už v ústavnej starostlivosti profilovali pacienti s prevažne ortopedickými ochoreniami pohybového aparátu, vrodenými vývojovými chybami a reziduálnymi stavmi po prekonaní poliomyelitídy. Zásluhou lekárov s ortopedickou erudíciou, ktorým bola zverená ústavná starostlivosť, bola v rokoch 1940-1960 prioritná ortopedická intervencia s množstvom úspešne vykonaných ortopedických zákrokov na Ortopedickej klinike a menšie zákroky priamo v zariadení sociálnych služieb (tzv. škola prof. MUDr. Červeňanského). Celkový trend ústavnej starostlivosti sa rozvíjal v súčinnosti s potrebami, ktoré vyplynuli z aktuálnej skladby diagnóz a charakteru zdravotných postihnutí. Od začiatku 70. rokov dominovala v morbidite vykazovanej v ústavnej starostlivosti v oblasti zdravotného postihnutia predovšetkým detská mozgová obrna so všetkými prejavmi postihnutia motorického aparátu. Zdravotná starostlivosť sa vzhľadom na neurotopický charakter zdravotných postihnutí posúvala na stranu neurologicko-rehabilitačnej starostlivosti. Všeobecná zdravotnícka starostlivosť v ústavoch sociálnych služieb smerovala k poskytovaniu liečebno-preventívnych postupov zameraných na základné aj pridružené ochorenia, kuratívnu, dispenzárnu starostlivosť a poskytovaní adekvátnej rehabilitačnej a ošetrovateľskej intervencie. Základný smer zdravotníckeho pôsobenia bol profilovaný kontinuálnym sledovaním somatického a psychického vývoja pacientov so závažnými chronickými ochoreniami centrálnej nervovej sústavy a pohybového aparátu a zabezpečovaním pravidelných neurologických a ortopedických vyšetrení vykonávaných konziliárnymi lekármi – špecialistami priamo v zariadení. Rovnaký dôraz sa kladol aj na dispenzárne sledovanie pacientov s pridruženými ochoreniami záchvatového typu (epilepsie), internými ochoreniami (kardiologické, urologické, endokrinologické, alergologické a iné), psychiatrickými ochoreniami, poškodeniami zmyslových orgánov (zrakové, sluchové, rečové) v príslušných spádových ambulanciách.

<sup>17</sup> Manfred Huber, (2016). WHO Global Disability Action Plan 2014-2021. Prezentácia 16.11.2016

<sup>18</sup> Údaje tejto správy sú subjektívnym pohľadom priameho pôsobenia lekárky pediatričky v systéme zložitého transformovania zdravotníckej starostlivosti, legislatívy a právnej regulácie v rezortoch zdravotníctva a sociálnych vecí.

Z celkového počtu detí v ústavnej sociálnej starostlivosti bola vyčlenená asi tretina pacientov na lôžkovom oddelení, kam boli umiestnení pacienti s mimoriadne závažnými postihnutiami pohybového aparátu s celkovou imobilitou, pacienti s progredujúcimi neurodegeneratívnymi ochoreniami, osoby po rážštepoch chrbtice s inkontinenciou a paraplegiou. Títo ľudia si vyžadovali kompletnú celodennú ošetrovateľskú starostlivosť vo všetkých základných životných a hygienických úkonoch. Neoddeliteľnou súčasťou starostlivosti bolo rehabilitačné oddelenie s personálnym a materiálnym vybavením smerujúcim k efektívnemu ovplyvňovaniu ochorení, ku stabilizovaniu aktuálneho statusu a celkovej somatickej a psychickej kondície. Ústavné zariadenie malo určenú pobytovú kapacitu viazanú na priestorové a ubytovacie možnosti. Pomer prijímateľov služieb umiestnených v ústave na celoročný a týždenný pobyt a prijímateľom služieb s denným dochádzaním, bol kolísavý v závislosti od rozhodnutia rodičov a ich finančných možností. Všetky deti vo veku povinnej školskej dochádzky navštevovali základnú školu, remeselnú prípravu a neskôr profilujúce sa učilište s viacerými učebnými odbormi vhodnými pre telesne a mentálne postihnutú mládež. Zdravotnú starostlivosť mimo lekárov zabezpečovali kvalifikované zdravotné sestry, rehabilitační pracovníci a pomocný personál, ktorí v ústavnom zariadení tvorili 30-40 % z celkového počtu zamestnancov. Z medicínskeho hľadiska bolo pozitívnym riešením dochádzanie vybraných lekárov špecialistov (neurológ, ortopéd, stomatológ, psychiater, rehabilitačný lekár) do zariadenia, kde ambulantným spôsobom sledovali zdravotný stav pacientov podľa potreby aj niekoľkokrát ročne. Vďaka tomu sa obvykle riešili závažné stavy, napr. ortopedické operácie, prístrojové vyšetrenia priamo na klinických pracoviskách. Denný kontakt s odbornými ambulanciami v spádovom území nemocnice s poliklinikou, kde boli dispenzarizovaní ústavní pacienti, sa riešil prevozmi ústavným vozidlom so zdravotníckym doprovodom priamo z ústavy. Odborné vyšetrenia priamo v ústave, zabezpečenie doprovodu na potrebné lekárske vyšetrenia v spádovej nemocnici s poliklinikou odbremenili rodičov od časovo náročných situácií a osobnej intervencie. Závažným opatrením boli tiež roky trvajúce aktivity dopravnej zdravotnej služby, kedy sa sanitnými vozidlami prepravovali vybraní pacienti domov k rodičom na sviatky a prázdniny. Predpisovanie liekov a zdravotníckeho materiálu na žiadanky aj na individuálne lekárske predpisy a ich distribúcia sa riešili s vybranými lekárenskými pracoviskami s dovozom priamo do ústavnej ambulancie. Predpísané ortopedické topánky a ortopedické pomôcky merali a skúšali odborní protetickí pracovníci priamo v ústave, čo tiež predstavovalo ústretovosť k pacientom a ich rodičom. Podobne sa v ústave realizovali posudkové komisie sociálneho zabezpečenia za prítomnosti rodičov alebo zákonných zástupcov s podkladmi zdravotnej ústavnej dokumentácie. Vysoko hodnotené

bolo pôsobenie rehoľných sestier školskej Kongregácie De Notre Dame od roku 1968 do roku 2010. Väčšina rehoľníčok boli kvalifikované učiteľky a vychovávateľky, zdravotné a rehabilitačné sestry. Zvláštnym spôsobom vedeli navodiť vládnu, pokojnú atmosféru medzi pacientami aj personálom, ktorá deťom pri dlhodobých pobytoch nahrádzala domáce prostredie a vyplňala voľný čas inšpiratívnymi a zaujímavými aktivitami.

V období transformácie zdravotníctva po roku 1990 sa v súčinnosti zdravotného zákona 277/1994 Z.z. a liečebného poriadku v legislatíve rušili, resp. obmedzovali možnosti zdravotníckeho pôsobenia v ústavných zariadeniach. Týmto sa postupne menil charakter aj úroveň zdravotníckej práce na všetkých postoch, od zaradenia pracovníkov, administrácie po výkonové postupy. Závažná a dlho neprehľadná bola hlavne spolupráca so zdravotnými poisťovňami, ktoré neakceptovali ústavy sociálnej starostlivosti ako zdravotnícke zariadenie a plne odmietali zmluvný vzťah. Lekárska starostlivosť sa postupne vytesňovala a zavedením súkromnej praxe praktických lekárov dochádzalo k nezájmu o vykonávanie lekárskej praxe pre osoby so zdravotným postihnutím, z dôvodu legislatívnych nezrovnalostí.

Tento krátky historický exkurz ukazuje, že v minulosti sme mohli vnímať istú formu integrovanej starostlivosti o osoby so zdravotným postihnutím, ktorá ale bola poskytovaná predovšetkým inštitucionálnou formou. Postupné zavádzanie sociálnej práce a sociálnych prístupov a ľudsko-právnych prístupov do starostlivosti o osoby so zdravotným postihnutím prinášali nové výzvy a potreby. Nízka úroveň spolupráce medzi jednotlivými rezortmi a nedostatočný komplexný systémový prístup viedli k tomu, že aktuálny stav starostlivosti o osoby so zdravotným postihnutím je silne fragmentovaný.

Repková na základe vlastných výskumov uvádza, že až 53% respondentov so zdravotným postihnutím signalizovalo celkovú nespokojnosť so svojou životnou situáciou v dôsledku zhoršovania ekonomických pomerov. Ďalej uvádza, že výsledky výskumu ukázali slabú dostupnosť (najmä finančnú) zdravotnej starostlivosti, liekov a pomôcok<sup>19</sup>. V súčasnosti sa zdravotná starostlivosť o osoby so zdravotným postihnutím poskytuje výlučne formou primárnej zdravotnej starostlivosti v štandardných bežných ambulanciách. Zo zdravotných úkonov majú navyše oproti bežnej populácii jedine nárok na poskytnutie každoročnej preventívnej prehliadky. Odborné vyšetrenia absolvujú radovým spôsobom ako bežní pacienti na objednanie, nie sú nijakým spôsobom uprednostnení.

<sup>19</sup> K. Repková, D. Sedláková. (2014). Zdravotné postihnutie a chronické neprenosné ochorenia v medzinárodnom a národnom kontexte. Kancelária Svetovej zdravotníckej organizácie na Slovensku: Bratislava. ISBN : 978-80-971845-0-6.



Legislatíva a zdravotné poisťovne zásadne neriešia zvýhodnenie pri doplatkoch na lieky a zdravotné pomôcky. Čiastočne sa táto situácia riešila stanovením horného limitu doplatkov na lieky za účelom ochrany príjmu osôb so zdravotným postihnutím pred neprímeranou úhradou pri ich zaobstaraní. V porovnaní s minulosťou zabezpečovanie návštev lekára, odborných a prístrojových vyšetrení je výlučne v kompetencii samotných osôb so zdravotným postihnutím alebo ich blízkych osôb. V mnohých zdravotníckych zariadeniach doteraz nie je zohľadnený bezbariérový prístup a ďalšie požiadavky z Výnosu Ministerstva zdravotníctva č. 09812/2008-OL, ktorého ustanovenia by mali poskytovatelia zdravotnej starostlivosti splniť do 31. decembra 2016. Čiastočné zmeny v oblasti zdravotnej starostlivosti priniesli štandardy personálneho vybavenia ústavných zariadení, kde sa posilnila práve zložka rehabilitácie.

Zásadnou výzvou práve pre oblasť podpory osôb so zdravotným postihnutím v systéme zdravotnej starostlivosti bude dodržiavanie požiadaviek a práv vyplývajúcich z Dohovoru OSN o právach osôb so zdravotným postihnutím, ktoré uvádzame v časti o Dohovore.

V zariadeniach sociálnych služieb je obmedzene poskytovaná zdravotná starostlivosť, limituje sa stav kvalifikovaných zdravotných sestier, lekár výnimočne dochádza do zariadenia, zabezpečuje sa len ošetrovateľská starostlivosť a iba minimum zariadení sociálnych služieb má priamy zmluvný vzťah s poisťovňami ako zdravotnícke zariadenie.

Ak sa však pozrieme na zdravotnú starostlivosť v kontexte integrovanej starostlivosti pre osoby so zdravotným postihnutím v Slovenskej republike, tak za zmienku stoja aktuálne dve aktivity v oblasti zdravotníctva.

Prvou aktivitou je Národný program rozvoja životných podmienok osôb so zdravotným postihnutím na roky 2014 – 2020, kde v oblasti zdravotnej starostlivosti je päť základných opatrení:

- Zaviesť Medzinárodnú klasifikáciu funkčnosti, dizability a zdravia do programu implementácie elektronického zdravotníctva – e-Health pre potreby posudkového lekára a lekárov špecialistov
- Zabezpečovať dispenzárnú a liečebnú starostlivosť vojnovým veteránom po návrate z výkonu služby mimo územia Slovenskej republiky
- Zabezpečovať kúpeľnú starostlivosť vojnovým veteránom
- Program prevencie zdravotného postihnutia v dôsledku oneskoreného psychomotorického vývoja a podpora preventívnej práce detí s vrodeným zdravotným postihnutím
- Navrhnuť konštituovanie poradní pri Detských fakultných nemocniciach s poliklinikou v Bratislave, Banskej Bystrici a v Košiciach, s pracovným názvom „Raná intervencia a poradenstvo pre deti do 3 rokov so zdravotným postihnutím“

Z uvedených opatrení je zatiaľ jediné takmer zrealizované opatrenie č. 4 – Program prevencie zdravotného postihnutia v dôsledku oneskoreného psychomotorického vývoja a podpora preventívnej práce detí s vrodeným zdravotným postihnutím. Ostatné opatrenia nie sú momentálne ani vo svojich začiatkoch.

Druhá aktivita v oblasti zdravotníctva, ktorá ma prepojenie na integrovanú starostlivosť, je aktivita Inštitútu zdravotnej politiky Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky (ďalej len IZP). IZP vypracovalo v roku 2013 Strategický rámec starostlivosti o zdravie pre roky 2014 – 2030, ktorý bol schválený vládou Slovenskej republiky 13. decembra 2013. V súlade s týmto dokumentom vypracoval v roku 2014 IZP dokument s názvom - Implementačná stratégia - systém integrovaného poskytovania zdravotnej starostlivosti: Modernizácia zdravotníckej infraštruktúry a zlepšenie dostupnosti kvalitných služieb v primárnej a akútnej lôžkovej zdravotnej starostlivosti. Cieľom implementačnej stratégie bolo realizovanie 5 základných opatrení v oblasti zdravotníctva<sup>20</sup>:

- 1) Vytváranie integrovaných centier zdravotnej starostlivosti (centrá integrovanej primárnej ambulantnej starostlivosti)
- 2) Zmena akútnych centier a regionálnych centier excelentnosti v nemocničnom sektore
- 3) Implementácia klinických postupov a liečebno-preventívnych postupov
- 4) Rezidentský program a vzdelávanie, najmä lekárov a zdravotných sestier
- 5) Integrácia a šírenie informácií na podporu zdravia

Tento dokument sa orientoval, v nadväznosti na akútne problémy v oblasti zdravotníctva, na zabezpečenie predovšetkým vertikálnej integrácie v systéme zdravotníctva. Avšak za zmienku stojí ambícia vytvorenia Integrovaných centier zdravotnej starostlivosti, ktoré okrem primárnej zdravotnej starostlivosti mali vo svojich priestoroch podporiť vznik neformálnej horizontálnej integrácie, a to tým, že ich súčasťou by bol aj priestor pre poskytovanie vybraných sociálnych služieb. Východisko tohto typu integrácie spočívalo v holistickom prístupe orientovanom na človeka a princípoch subsidiarity poskytovania sociálnych služieb s cieľom čo najdlhšieho zotrvania človeka v jeho prirodzenom prostredí. Primárna zdravotná starostlivosť je v tomto kontexte vnímaná ako priestor, kde sa dá najskôr identifikovať vznik nepriaznivej sociálnej situácie a práve prepojenie lekárov primárnej zdravotnej starostlivosti s profesionálmi

<sup>20</sup> Implementačná stratégia - systém integrovaného poskytovania zdravotnej starostlivosti: Modernizácia zdravotníckej infraštruktúry a zlepšenie dostupnosti kvalitných služieb v primárnej a akútnej lôžkovej zdravotnej starostlivosti. (2014) Inštitút zdravotnej politiky Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky: Bratislava.

zo sociálnej oblasti malo a má viesť k skorému podchytieniu rizík, k následnej starostlivosti a distribúcii osôb, nielen so zdravotným postihnutím, do systému sociálnej starostlivosti. Sociálne služby v týchto centrách mali byť orientované predovšetkým na prevenciu, riešenie alebo zmiernenie sociálnej situácie fyzickej osoby, rodiny alebo komunity; zachovanie, obnovu alebo rozvoj schopnosti fyzickej osoby viesť samostatný život; zabezpečovanie nevyhnutných podmienok na uspokojovanie základných životných potrieb fyzickej osoby, riešenie krízovej situácie fyzickej osoby a rodiny a na prevenciu sociálneho vylúčenia fyzickej osoby. Na koncept vytvorenia siete Centier integrovanej zdravotnej starostlivosti sú vyčlenené investičné zdroje v rámci Integrovaného regionálneho operačného programu na roky 2014 – 2020. No v súčasnosti, vzhľadom na rôzne okolnosti a zmeny v roku 2016, nie je celkom jasné, či sa tento model integrovanej zdravotnej starostlivosti bude aj fyzicky realizovať.

Ako uvádzame v tejto kapitole, v oblasti zdravotníctva v súčasnosti neexistujú žiadne špecifické a zásadné opatrenia, alebo zámery, ktoré by viedli k napĺňaniu cieľov a zámerov medzinárodných dokumentov. No potreba integrovania starostlivosti o osoby so zdravotným postihnutím tu reálne existuje a ukazuje sa v každodennom živote osôb so zdravotným postihnutím. V záverečnej časti publikácie uvádzame opatrenia, ktoré vznikli v rámci odbornej diskusie realizovanej Radou pre poradenstvo v sociálnej práci, Kanceláriou WHO v SR a za spolupráce Inštitútu zdravotnej politiky Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky. Veríme, že by mohli pomôcť k flexibilnejšiemu riešeniu aktivít zameraných na osoby so zdravotným postihnutím aj v tomto rezorte.

## Sociálna starostlivosť pre osoby so zdravotným postihnutím v SR

Poskytovanie sociálnej starostlivosti v Slovenskej republike stojí v súčasnosti pred zásadnými zmenami, ktoré vyplývajú predovšetkým zo zmien filozofie a prístupu k ľuďom so zdravotným postihnutím v spoločnosti v posledných 20 – 30tich rokoch. Slovenská republika ratifikovala viaceré významné medzinárodné dokumenty, predovšetkým však Dohovor o právach osôb so zdravotným postihnutím. Medzinárodné a národné ľudsko-právne dokumenty zaručujú všetkým ľuďom rovnaké postavenie a príležitosti. Napriek tomu nemá veľké množstvo ľudí so zdravotným postihnutím rovnaký prístup k zdravotnej starostlivosti, sociálnym službám, k vzdelaniu a zamestnávaniu. Kľúčový dokument je Dohovor OSN o právach osôb so zdravotným postihnutím. Podpísali a ratifikovali ho mnohé krajiny sveta, medzi nimi aj Slovensko. Zároveň je tento dokument ratifikovaný aj samotnou Európskou úniou. Hlavným účelom tohto dokumentu je presadzovanie, ochrana a zabezpečovanie plného a rovnakého užívania všetkých ľudských práv a základných slobôd všetkými osobami so zdravotným postihnutím bez rozdielu a podpora úcty k ich dôstojnosti. Slovenská legislatíva ešte viac a podrobne ukotvuje dodržiavanie ľudských práv vo viacerých dokumentoch. V podmienkach kvality, stanovených zákonom o sociálnych službách, sa ľudským právam venuje cela jedna samostatná oblasť. V tejto oblasti sú definované tri základné kritériá:

- 1) Sociálne služby sú poskytované v súlade so základnými ľudskými právami a slobodami tak, aby v plnej miere zohľadňovali prirodzenú ľudskú dôstojnosť, nediskrimináciu prijímateľa sociálnej služby a sú poskytované v jeho prirodzenom prostredí. Poskytovateľ sociálnej služby je povinný aktívne vytvárať podmienky a zabezpečovať dodržiavanie ľudských práv.
- 2) Poskytovateľ sociálnej služby rešpektuje a podporuje osobnostný rozvoj prijímateľa sociálnych služieb, predovšetkým rozvoj jeho schopností, zručností a vedomostí. Zároveň pracuje na tom, aby bola zachovaná vlastná a osobná integrita prijímateľa sociálnych služieb, jeho nezávislosť a individuálna rozmanitosť. Poskytovateľ sociálnej služby podporuje a aktívne vytvára pozitívny obraz o prijímateľovi sociálnej služby.

- 3) Poskytovateľ sociálnej služby aktívne pracuje na sociálnej inklúzii prijímateľa sociálnych služieb – na jeho zapojení a začlenení sa do spoločnosti s rešpektom voči jeho prirodzeným vzťahom a v súlade s právom na rovnosť príležitostí.

Zdravotné postihnutie, ktoré je jedným z najvýraznejších dôvodov znižovania kvality života, sa v súčasnosti vníma ako súčasť človeka a jeho stavu v kontexte prostredia, v ktorom žije. Svetová zdravotnícka organizácia vo Svetovej správe o zdravotnom postihnutí vníma zdravotné postihnutie ako komplexné, dynamicky, multidimenzionálne a v kontexte s prostredím. Prístup k zdravotnému postihnutiu prechádza zmenou z individuálnej zdravotníckej perspektívy k štrukturálnej sociálnej perspektíve, čo mení aj vnímanie samotného postihnutia. V štruktúralno-sociálnom modeli sa postihnutie vníma viac ako problém prostredia, v ktorom človek žije, ako problém jeho tela. Ak však chceme vnímať komplexnosť zdravotného postihnutia, je nevyhnutné, aby sme našli správnu rovnováhu medzi zdravotnou a sociálnou perspektívou. Postihnutie môžeme vnímať ako komplexný pojem pre nerovnaké zaobchádzanie, obmedzenie v bežných aktivitách a plnej účasti ľudí v spoločnosti a vplyv negatívnych aspektov interakcie medzi individuálnymi potrebami a stavom a štruktúralnými faktormi vplyvujúcimi na človeka ako je schopnosť prispôsobenia sa prostredia a ľudí k týmto individuálnym potrebám. Vnímanie postihnutia ako formy interakcie medzi človekom a prostredím dokazuje, že postihnutie sa nemôže vymedzovať len ako problém konkrétneho človeka. (Cangár, Cangárová, Nincová 2014)

Medzinárodná klasifikácia funkčnej schopnosti, dizability a zdravia (ICF) rozdeľuje problémy ľudských funkčných schopností na tri prepojené oblasti:

- Zdravotné postihnutie – problémy spojené s funkciami ľudského tela alebo zmenami v jeho štruktúre – napr. slepota, paralýza, a pod.
- Limity aktivít sú problémy vo vykonávaní bežných aktivít – napr. chodenie, stravovanie, a pod.
- Obmedzenie participácie a problematická účasť v bežných oblastiach života človeka – napr. štúdium v bežnej škole, prístupnosť verejných budov a verejnej dopravy, a pod.

Komplexné a na človeka orientované prístupy sa dostávajú do popredia preto, aby sme naozaj a reálne dokázali zabezpečiť všetkým ľuďom plnohodnotný, inkluzívny a „nezávislý život“ v spoločnosti. Prirodzené prostredie, v ktorom človek žije, má veľký vplyv na skúsenosti, prežívanie a rozsah zdravotného postihnutia a kvalitu života každého človeka. Prostredie, ktoré nie je prístupné, má veľký vplyv na rozsah postihnutia a samo vytvára ďalšie bariéry pre aktívnu účasť a inklúziu v bežnej spoločnosti.

V súčasnosti už nie je pochyb, že prirodzené prostredie, ktoré tvorí rodina, blízki, priatelia, je veľmi nevyhnutné pre čo najbežnejší vývin každého človeka. Možnosť prežiť svoj život plnohodnotne v prostredí, ktoré je človeku prirodzené a vlastné, je veľmi významné pre kvalitu života človeka. Počas života nám práve osobné zdroje, ktoré získame, pomáhajú prekonávať problematické časy a situácie, pomáhajú nám rozvíjať a udržiavať vzťahy. Dostatočná a prirodzená podpora prirodzeného prostredia ľudí so zdravotným postihnutím vedie k tomu, že sa problémové situácie zvládajú flexibilne a efektívne, bez výrazného finančného zaťaženia. Prirodzený spôsob vytvorenia a zabezpečenia inklúzie a empowermentu predstavujú individuálna podpora a komunitné služby orientované na človeka, ktoré sú mu poskytované v prostredí, kde žije.

Pre poskytovanie komunitných služieb, ktoré sú orientované na kvalitu života jednotlivca, je nevyhnutné rešpektovať tieto princípy:

- Princíp „normality“, hovorí o tom, že každý človek by mal prežívať život normálne a bežne ako všetci ostatní. Mal by mať bežný vývoj životného cyklu, bežný denný, týždenný, ročný rytmus, mal by žiť v bežnom prostredí, ktoré si zvolil, mal by robiť bežné a veku adekvátne a zmysluplné aktivity. Rovnako by mali byť jeho potreby napĺňané bežným, normálnym a spoločensky hodnotným spôsobom.
- Princíp autonómie, je založený na rešpektovaní samostatnosti a nezávislosti človeka. Tento princíp predstavuje právo na slobodu a slobodné rozhodnutia človeka a je jednou z najdôležitejších dimenzií ľudskej hodnoty, ktorá je z etického hľadiska nedotknuteľná.
- Princíp rešpektu, je založený na vnímaní a rešpektovaní jedinečnosti človeka, jeho vnímania sveta a jeho vnímania potrieb. Životná skutočnosť každého človeka je subjektívna, a tak ju musíme aj vnímať. Aj napriek tomu, že ľudia sa často nachádzajú v podobných situáciách, je nevyhnutné vnímať každého človeka ako jedinečného, čo si vyžaduje neopakovateľný prístup.
- Princíp rovnosti, stavia na základných ľudských právach, ktoré sú ukotvené v množstve medzinárodných a národných legislatívnych dokumentoch. Základom tohto princípu je myšlienka, že všetci ľudia sú si rovní a nesmú byť diskriminovaní zo žiadneho dôvodu. V praxi tento prístup predstavuje zmenu vo vzťahoch medzi pomáhajúcimi profesionálmi a ľuďmi so zdravotným postihnutím, kde sa dôraz kladie na partnerský prístup – človek – človek. (Cangár, Cangárová, Nincová, 2014)



V rámci sociálnej starostlivosti, ktorá je primárne v gescii Ministerstva práce, sociálnych vecí a rodiny Slovenskej republiky, sa realizuje najviac podpory pre osoby so zdravotným postihnutím. Na rozdiel od rezortu zdravotníctva, kde nie sú politiky smerom k osobám so zdravotným postihnutím v súčasnosti zásadne špecifikované, tak v rezorte sociálnej starostlivosti ich máme celé spektrum. V súčasnosti je však podpora pre osoby so zdravotným postihnutím v rámci sociálnej starostlivosti veľmi fragmentovaná. Túto skutočnosť vidieť už na začiatku, na systéme posudkových činností – samostatné posudzovanie vykonáva sociálna poisťovňa, samostatné posudzovanie vykonávajú úrady práce a samostatné posudzovanie vykonávajú obce a samosprávne kraje. Obsahovo sa všeobecne všetky tieto posudkové činnosti orientujú na posúdenie zdravotného stavu a sociálneho statusu občana, ale v rôznych oblastiach sociálnej podpory. Požiadavka a potreba zjednotenia posudkovej činnosti rezonuje v Slovenskej republike dlhodobo a hlavným presadzovateľom je MUDr. Mária Orgonášová, PhD. z Asociácie organizácií zdravotne postihnutých občanov v SR. Primárne vďaka jej dlhoročným aktivitám už prebiehali a stále aktívne prebiehajú pokusy o zjednotenie posudkovej činnosti a systémové zavedenie Medzinárodnej klasifikácie funkčnosti, dizability a zdravia v Slovenskej republike. Je nevyhnutné konštatovať, že bez zavedenia jednotnej posudkovej činnosti nie je možné realizovať zásadné reformné zmeny v systéme starostlivosti a podpory o občanov so zdravotným postihnutím, ale aj seniorov a ďalších cieľových skupín tak, aby vznikla efektívna integrovaná starostlivosť.

Okrem posudkovej činnosti je možné sledovať v systéme rozdelenie aj v následnej starostlivosti alebo prepojení medzi jednotlivými zložkami sociálnej podpory, či už v rámci sociálneho poistenia, systému kompenzácií ťažkého zdravotného postihnutia a sociálnych služieb, ale aj sociálno-právnej ochrany a kurately. Táto fragmentovanosť sa ukazuje hlavne v tom, že sociálna podpora, resp. integrovaná sociálno-zdravotná starostlivosť nefunguje v súlade so základným princípom subsidiarity a následnej starostlivosti a podpory. V praxi môžeme často vidieť, že občania so zdravotným postihnutím získavajú podporu nekoordinovane, často cez tzv. „princíp – kde sa mi čo podarí vybaviť.“ Toto súvisí s neexistujúcou jednotnou posudkovou činnosťou a s tým, že následné získanie sociálnej podpory nie je jasne nárokovateľné. Príkladom je množstvo absurdných sporov a situácií, kde osoby so zdravotným postihnutím nemajú priznané kompenzácie alebo sociálne služby, napriek tomu, že ich zdravotný stav si to jasne a objektívne vyžaduje. A na druhej strane sú v systéme (predovšetkým sociálnych služieb) aj občania, ktorí sú v sociálnych službách s veľmi intenzívnou starostlivosťou, reálne ju ešte nepotrebujú ale získali na tieto služby posudok. Často bez toho, aby ich pracovníci tvoriaci tieto posudky videli.

V praxi sa možno stretnúť aj s prípadmi, keď jeden občan so zdravotným postihnutím má vystavené rozhodnutie o odkázanosti na sociálnu službu v domove sociálnych služieb a má tam stupeň odkázanosti VI., a zároveň má vystavené rozhodnutie o odkázanosti na sociálnu službu v zariadení podporovaného bývania a tam má stupeň odkázanosti IV.

Všetky tieto skutočnosti poukazujú na potrebu zásadnej reformy zdravotnej a sociálnej starostlivosti a podpory o ľudí so zdravotným postihnutím v Slovenskej republike, ktorá by mala vychádzať predovšetkým z princípu subsidiarity, mali by byť orientované na človeka a jeho individuálne potreby a dodržiavať vyššie uvedené princípy – normality, autonómie, rešpektu a rovnosti.

V nasledujúcej časti uvádzame prehľad, ako systém sociálnej starostlivosti funguje -komplikovane a nejednotne. V súčasnosti hovoríme predovšetkým o oblastiach sociálneho poistenia, kompenzácií ťažkého zdravotného postihnutia a sociálnych služieb.

## Sociálne poistenie

Z hľadiska princípu subsidiarity patrí systém sociálneho poistenia medzi prvé oblasti, ktoré riešia podporu občanov so zdravotným postihnutím a mali by byť súčasťou integrovanej starostlivosti o tieto osoby. Zákon 461/2003 Z. z o sociálnom poistení definuje základné možnosti podpory osôb so zdravotným postihnutím, alebo osôb, ktoré sa o nich starajú. V tomto systéme sa predovšetkým riešia dve základné oblasti, a to dôchodkové poistenie a invalidné poistenie. Fyzické osoby, ktoré vykonávajú dlhodobu starostlivosť alebo podporu osôb so zdravotným postihnutím, majú, za splnenia zákonom definovaných podmienok, nárok na to, aby boli dôchodkovo poistené. Ide o občanov, ktorí poskytujú starostlivosť odkázaným osobám v domácom prostredí. Predovšetkým o tzv. neformálnych opatrovateľov. Dôchodkové poistenie týchto osôb vnímame ako veľmi dôležité predovšetkým z toho dôvodu, že práve tieto osoby často podporujú ľudí so zdravotným postihnutím v domácnosti a komunitnom prostredí, ktoré je z odborného hľadiska vnímané ako to najlepšie prostredie pre vývin a podporu ľudí so zdravotným postihnutím.

### *Dôchodkové poistenie*

Nárok na dôchodkové poistenie majú v prvom rade osoby starajúce sa o dieťa s dlhodobým nepriaznivým zdravotným stavom, ktorým štát platí dôchodkové poistenie. Ide hlavne o rodičov, ktorí ale na sa na jednej strane starajú o svoje deti s dlhodobu nepriaznivým zdravotným stavom, no na druhej strane potrebujú aj integrovanú starostlivosť, predovšetkým cez služby včasnej intervencie a diagnostiky.

V prílohe tohto textu uvádzame „Mapu subjektov spolupracujúcich s rodinou dieťaťa so zdravotným znevýhodnením,“ ktorá bola vypracovaná Platformou rodičov so zdravotným postihnutím a PhDr. Helenou Wolekovou, PhD.

Rodič alebo osoba, ktorá sa stará o dieťa s dlhodobu nepriaznivým zdravotným stavom, má nárok na poskytovanie rodičovského príspevku až do 6 roku života dieťaťa. Po šiestom roku života dieťaťa je základnou podmienkou pre nárok na dôchodkové poistenie to, aby sa daná osoba riadne starala o dieťa s dlhodobu nepriaznivým zdravotným stavom. Tento nárok však trvá najdlhšie do 18teho roku jeho života. Základná podmienka na to, aby mohla byť osoba, ktorá sa stará o dieťa s dlhodobu nepriaznivým zdravotným stavom, je, že by mali mať obaja trvalý pobyt v Slovenskej republike a opatrojúca osoba nemá inú formu dôchodku, alebo nie je inak dôchodkovo poistená. Vzhľadom na to, že tento nárok nevzniká automaticky, je potrebné si podať žiadosť o jeho priznanie. Zákon o sociálnom

poistení používa termín – riadna starostlivosť o dieťa s dlhodobu nepriaznivým zdravotným stavom – čo môže na prvý pohľad vyzeráť veľmi vágne a všeobecne. No pod týmto pojmom si musíme predstaviť takú starostlivosť, ktorá je v záujme komplexného (holistického) fyzického a psychického vývinu, primeranej výživy a hygieny dieťaťa, výchovy dieťaťa a dodržiavania preventívnych prehliadok dieťaťa v rámci primárnej zdravotnej starostlivosti. Tieto podmienky naznačujú prvky a potrebu integrovaného a komplexného prístupu k deťom so zdravotným postihnutím, resp. dlhodobu nepriaznivým zdravotným stavom. Samotná podmienka uvádza potrebu somatickej aj psychickej podpory a výchovy dieťaťa. Je nevyhnutné uviesť aj to, že podmienka riadnej starostlivosti sa na účely dôchodkového poistenia považuje za splnenú a dosiahnutú vtedy, ak je táto starostlivosť vykonávaná o dieťa rodičom osobne alebo aj inými fyzickými alebo právnickými osobami t.z. jasle, materské školy a pod.

Okrem osôb, ktoré sa starajú o dieťa v dlhodobu nepriaznivým zdravotným stavom, sú druhou skupinou neformálni opatrovatelia, ktorí poberajú príspevok na opatrovanie a aj osobní asistenti, ktorí splnia zákonom dané podmienky. My zaznamenávame rozdiel od iných krajín (napr. Česká republika, Nórsko, Veľká Británia a iné), kde je osobná asistancia viac profesionalizovaná a je súčasťou systému sociálnych služieb, a to znamená, že osobní asistenti sú bežní zamestnanci sektoru sociálnej starostlivosti. V Slovenskej republike je osobná asistancia súčasťou systému kompenzácií ťažkého zdravotného postihnutia. Zákon o sociálnom poistení dáva možnosť byť dôchodkovo poisteným osobným asistentom, ktorý vykonáva osobnú asistenciu, na základe zmluvy o výkone osobnej asistencie, najmenej 140 hodín mesačne. Tento typ zmluvy sa však nepovažuje za dohodu vykonávanú mimo pracovného pomeru, a preto sa osobní asistenti ani nepovažujú za regulárnych zamestnancov. Tu sa ukazuje základný rozdiel medzi Slovenskou republikou a inými krajinami, kde práve v rámci princípu subsidiarity je najviac podporovaná a využívaná služba osobnej asistencie a aj odľahčovacia služba. Bližšie sa na tieto rozdiely pozrieme v časti o kompenzáciách ťažkého zdravotného postihnutia.

Legislatíva určuje presné podmienky, kedy môžu fyzické osoby, ktoré poberajú príspevok na opatrovanie alebo vykonávajú osobnú asistenciu, byť dôchodkovo poistené. Základná podmienka je, aby tieto osoby mali trvalý pobyt v Slovenskej republike a neboli inak dôchodkovo poistené a neboli ani poberatelia invalidného alebo starobného dôchodku. Podobne ako aj pri osobách, ktoré sa starajú o dieťa s dlhodobu nepriaznivým zdravotným stavom, aj v tomto prípade nie je nárok automatický, a preto je nevyhnuté, aby fyzická

osoba podala prihlášku na dôchodkové sociálne poistenie z dôvodu opatrovania alebo výkonu osobnej asistencie. Zákon je prísny v tom, že vyžaduje, aby ním stanovené podmienky boli splnené všetky a naraz. Ak nastane situácia, že v určitom čase opatrujúca osoba alebo osobný asistent niektorú z týchto podmienok nespĺňa, tak nemá nárok na povinné dôchodkové poistenie alebo, ak ho už má priznané, tak mu toto dôchodkové poistenie zo zákona zanikne.

### **Invalidný dôchodok**

Druhou významnou súčasťou podpory osôb so zdravotným postihnutím v rámci sociálneho poistenia je tzv. Invalidný dôchodok. Napriek tomu, že Slovenská republika ratifikovala Dohovor OSN o právach osôb so zdravotným postihnutím, tak sa terminológia v zákone o sociálnom poistení vôbec nezmenila a stále sa používa pojem „invalidita.“

Invalidný dôchodok je finančná dôchodková dávka, ktorá sa, za podmienok ustanovených zákonom o sociálnom poistení, poskytuje z invalidného poistenia. Invalidné poistenie je súčasťou odvodových povinností. Základným účelom invalidného dôchodku je ľuďom s nepriaznivým zdravotným stavom kompenzovať a zabezpečiť príjem v prípade, keď im v dôsledku tohto stavu poklesne schopnosť vykonávať zárobkovú činnosť. Základnou podmienkou na priznanie nároku na invalidný dôchodok je, aby bola osoba sociálne poistená, a zároveň uznaná za „invalidnú.“ Okrem toho k základným podmienkam patrí aj to, aby nebola poberateľom predčasného starobného a starobného dôchodku a mala získaný potrebný počet rokov obdobia dôchodkového poistenia. Vzhľadom na zmeny v legislatíve sa v súčasnosti tento počet rokov zisťuje dvoma spôsobmi. Len pre ukážku komplikovanosti legislatívy v tejto oblasti a aj možnosti získania invalidného dôchodku, uvádzame podrobnejšie tieto základné podmienky. Počet rokov sa zisťuje z celého obdobia pred vznikom invalidity, bez ohľadu na to, aký vek poistenec dosiahol ku dňu vzniku invalidity, ak invalidita vznikla pred 31. decembrom 2009. Ak invalidita vznikla po 1. januári 2010, počet rokov sa zisťuje z celého obdobia pred vznikom invalidity ak ide o poistenca, ktorí je mladší ako 28 rokov a z posledných desiatich rokov pred vznikom invalidity, ak ide o poistenca staršieho ako je 28 rokov. Avšak existujú ešte aj špecifické príklady, kedy sa pri vzniku nároku na invalidný dôchodok nezisťuje potrebný počet rokov. Prvý prípad vzniká vtedy, ak sa osoba stala invalidnou, ale ešte je zároveň aj nezaopatreným dieťaťom. Druhý možný prípad vzniká vtedy, keď sa poistenec stal invalidným v dôsledku pracovného úrazu alebo choroby z povolania. V oboch prípadoch sa počet rokov nezisťuje bez ohľadu na dátum vzniku invalidity, avšak musia byť splnené dve základné podmienky, a to, že osoba je „invalidná“, a zároveň jej nie je priznaný predčasný starobný dôchodok alebo naň nemá nárok.

V nasledujúcej tabuľke uvádzame pre zjednodušené vysvetlenie základný prehľad potrebného počtu rokov obdobia dôchodkového poistenia:

Pred 1. 1. 2010		Po 31.12.2009	
Počet rokov obdobia dôchodkového poistenia	Vek poistenca	Počet rokov obdobia dôchodkového poistenia	Vek poistenca
menej ako 1 rok	do 20 rokov	menej ako 1 rok	do 20 rokov
najmenej 1 rok	nad 20 do 22 rokov	najmenej 1 rok	nad 20 do 24 rokov
najmenej 2 roky	nad 22 do 24 rokov	najmenej 2 roky	nad 24 do 28 rokov
najmenej 3 roky	nad 24 do 26 rokov	najmenej 5 rokov	nad 28 do 34 rokov
najmenej 4 roky	nad 26 do 28 rokov	najmenej 8 rokov	nad 34 do 40 rokov
najmenej 5 rokov	nad 28 rokov	najmenej 10 rokov	nad 40 do 45 rokov
-	-	najmenej 15 rokov	nad 45 rokov

K tejto tabuľke je potrebné ešte uviesť, že poistenci, ktorí boli uznaní za invalidných pred 1. januárom 2010, ale nevznikol im nárok na invalidný dôchodok z dôvodu nesplnenia potrebného počtu rokov, mali a majú možnosť požiadať Sociálnu poisťovňu o preposúdenie nároku podľa potrebného počtu rokov po 31. decembri 2009, ale dátum vzniku invalidity bude v tomto prípade 1. január 2010.

Len pre doplnenie celkového obrazu o systéme sociálneho poistenia a poskytovania invalidných dôchodkov uvádzame aj základné štatistické údaje. K 30. novembru 2016 bolo v Slovenskej republike 235.208 poberateľov invalidného dôchodku. Za rok 2015 bolo kumulatívne vyplatených 761 miliónov EUR na invalidné dôchodky v celej Slovenskej republike. Celkovo sa priemerné invalidné dôchodky pohybujú na úrovni 263,- EUR z toho invalidné dôchodky do 70% - cca. 197,- EUR a nad 70% - cca. 353,- EUR<sup>21</sup>. Napriek tomu, že kumulatívna suma za invalidné dôchodky sa môže na prvý pohľad zdať vysoká, keď sa pozrieme na individuálnu úroveň, priemerná výška invalidného dôchodku je relatívne nízka a je otázne, do akej miery dokáže v individuálnych prípadoch kompenzovať výpadok príjmu poberateľa.

Osobitné podmienky riešia situácie, kedy môže vzniknúť nárok na invalidný dôchodok aj osobe, ktorá má a mala dlhodobo nepriaznivý zdravotný stav alebo u nej vzniklo zdravotné postihnutie (legislatíva používa pojem – stala sa invalidnou) predtým, ako dovŕšila vek konca povinnej školskej dochádzky alebo v období, v ktorom bola nezaopatreným dieťaťom. Ide o tzv. *Invalidný*

<sup>21</sup> <http://www.socpoist.sk/646/1614s>

*dôchodok z mladosti*. V novembri 2016 bolo v Slovenskej republike 12.965 poberateľov invalidného dôchodku z mladosti. Priemerná výška invalidného dôchodku z mladosti je v Slovenskej republike 260,- EUR na mesiac<sup>22</sup>.

Ako sme už uviedli v úvode tejto časti, jednou zo základných podmienok pre získanie invalidného dôchodku je nutnosť oň požiadať, keďže nárok naň nevzniká automaticky. Konanie o priznanie invalidného dôchodku začne až na základe písomnej žiadosti osoby, ktorá si tento nárok uplatňuje. Sociálna poisťovňa presne určuje spôsob preukazovania skutočností rozhodujúcich pre nárok na invalidný dôchodok a jeho výplatu. Žiadosť sa považuje za podanú jej spísaním zo strany príslušnej pobočky (t.j. podľa miesta trvalého pobytu) Sociálnej poisťovne. Práve pri podávaní tejto žiadosti sa začína už jedna z vyššie spomenutých posudkových činností. Formulár žiadosti je spracovaný tak, aby slúžil ako podklad pre vypracovanie posudku na nárok na invalidný dôchodok a určenie jeho sumy. V praxi to znamená, že žiadosť okrem základných identifikačných údajov obsahuje aj údaje, ktoré priamo ovplyvňujú nárok a sumu dôchodku. Žiadateľ je povinný predložiť všetky doklady a údaje potrebné pre určenie priznania invalidného dôchodku, a to okrem osobných dokladov aj tlačivo o zisťovacej a kontrolnej zdravotnej prehliadke potvrdené ošetroujúcim lekárom a prípadné rozhodnutia Sociálnej poisťovne, potvrdenia o všetkých obdobiach, evidenciu nezamestnaných občanov, potvrdenia zamestnávateľa, evidenčné listy dôchodkového zabezpečenia a iné doklady, ktorými sa preukazujú skutočnosti potrebné pre stanovenie invalidného dôchodku. V prípade, že žiadateľ je zamestnaný, je povinný oznámiť zamestnávateľovi tieto skutočnosti, zároveň je potrebné priložiť k žiadosti potvrdenie zamestnávateľa o období poberania náhrady príjmu pri dočasnej pracovnej neschopnosti za obdobie 1 roka pred dátumom podania žiadosti.

Na to, aby mal žiadateľ priznaný invalidný dôchodok, musí prejsť procesom lekárskej posudkovej činnosti. Lekárska posudková činnosť dôchodkového poistenia je prvá parciálna časť posudkovej činnosti v rámci sociálnej podpory a starostlivosti o osoby so zdravotným postihnutím. Ako bolo už uvedené, ďalšie posudkové činnosti sa vykonávajú v oblasti kompenzácií a v oblasti sociálnych služieb. V tejto časti textu sa budeme venovať lekárskej posudkovej činnosti dôchodkového poistenia, ktorá je vykonávaná posudkovými lekármi Sociálnej poisťovne. Lekárska posudková činnosť dôchodkového poistenia slúži predovšetkým na posúdenie zdravotného stavu na účely uznania invalidity, povinnosti poistenca a poberateľa dávky, posudzovanie zdravotného stavu nezaopatreného dieťaťa. Posudkoví lekári v rámci tejto posudkovej činnosti posudzujú dve základné oblasti:

- Dlhodobo nepriaznivý zdravotný stav a pokles schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť (posudzovanie invalidity)
- Dlhodobo nepriaznivý zdravotný stav nezaopatreného dieťaťa, choroby a stav nezaopatreného dieťaťa, ktoré si vyžadujú osobitnú starostlivosť.

Prvá oblasť - posudzovanie dlhodobo nepriaznivého zdravotného stavu a poklesu schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť (posudzovanie invalidity) je vykonávaná posudkovým lekárom sociálneho poistenia, ktorý vykonáva lekársku posudkovú činnosť v danej pobočke Sociálnej poisťovne. V prípade odvolania a opravného prostriedku posudkový lekár sociálneho poistenia Ústredia Sociálnej poisťovne. Posudzovanie sa vykonáva za osobnej účasti poistenca, čo je rozdiel medzi posudzovaním v oblasti kompenzácií ťažkého zdravotného postihnutia a sociálnych služieb.

Zákon o sociálnom poistení §71 ods. 1 ustanovuje, že fyzická osoba je považovaná za invalidnú, ak pre dlhodobo nepriaznivý zdravotný stav má pokles schopností vykonávať zárobkovú činnosť o viac ako 40% v porovnaní so zdravou fyzickou osobou. Za dlhodobý nepriaznivý zdravotný stav sa považuje taký zdravotný stav, ktorý spôsobuje pokles schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť a ktorý má podľa poznatkov lekárskej vedy trvať dlhšie ako jeden rok. Pokles schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť sa v posudkovej činnosti posudzuje porovnávaním telesnej, duševnej a zmyslovej schopnosti fyzickej osoby s dlhodobo nepriaznivým zdravotným stavom a telesnej, duševnej a zmyslovej schopnosti zdravej fyzickej osoby. Tento pokles schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť sa posudzuje hlavne na základe lekárskeho správ a údajov zo zdravotnej dokumentácie a zhodnotenia liečby s určením diagnostického záveru, stabilizácie ochorenia a jeho ďalšieho vývoja a liečby. Ďalej sa posudzuje na základe komplexných funkčných vyšetrení a ich záverov, pričom sa prihliada na zostávajúcu schopnosť prípravy na povolanie, možnosti poskytnutia pracovnej rehabilitácie alebo rekvalifikácie. Táto miera sa určuje podľa druhu zdravotného postihnutia, ktoré je rozhodujúcou príčinou dlhodobo nepriaznivého zdravotného stavu, a so zreteľom na závažnosť ostatných zdravotných postihnutí danej osoby. V rámci posudzovania existuje aj možnosť zvýšiť určenú mieru poklesu schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť, ak závažnosť ostatných zdravotných postihnutí ovplyvňuje pokles schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť, no najviac o 10%. V prípade, že sa v danej prílohe nenachádza uvedené zdravotné postihnutie, ktoré je príčinou dlhodobo nepriaznivého zdravotného stavu, určí sa miera poklesu schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť v percentách podľa takého zdravotného postihnutia uvedeného v prílohe, ktoré je s ním najviac

<sup>22</sup> <http://www.socpoist.sk/646/1614s>

porovnateľné z hľadiska funkčného dopadu. V systéme sociálneho poistenia sa trvanie nároku preskúmava aj pri kontrolných lekárskech prehliadkach, ktorých periodicita je určená pri predchádzajúcom posudzovaní. Prípadne sa preskúmava aj skôr, ak posudkový lekár zistí posudkovo významné skutočnosti, ktoré odôvodňujú vykonanie kontrolnej lekárskej prehliadky alebo sa preskúmava na podnet inej fyzickej osoby alebo právnickej osoby. Invalidita sa nepreskúmava v tom prípade, keď pri kontrolnej lekárskej prehliadke nebola určená lehota jej ďalšieho uskutočnenia. Účasť na posudzovacom procese je pre poistenca alebo poberateľa invalidného dôchodku povinná. Ak sa ho nezúčastní a nepodrobí vyšetreniu zdravotného stavu, hrozí pokuta a zastavenie poberania dávky.

Druhá oblasť posudzovania je posudzovanie dlhodobu nepriaznivého zdravotného stavu nezaopatreného dieťaťa, choroby a stavu nezaopatreného dieťaťa, ktoré si vyžadujú osobitnú starostlivosť. V tomto prípade sa posudková činnosť vykonáva pre účely zákona o sociálnom poistení, napr. na účely sirotského dôchodku, prípadne na účely určenia povinného dôchodkového poistenia osoby. Choroby a stavy, ktoré si vyžadujú osobitnú starostlivosť, sú uvedené v prílohe č. 2 tohto zákona.

## Kompenzácia ťažkého zdravotného postihnutia

Druhou významnou oblasťou sociálnej starostlivosti a podpory osôb so zdravotným postihnutím je kompenzácia ťažkého zdravotného postihnutia. Táto oblasť vo všeobecnosti, v zahraničí, je tiež neoddeliteľnou súčasťou integrovanej starostlivosti pre osoby so zdravotným postihnutím. Kompenzáciou sociálneho dôsledku ťažkého zdravotného postihnutia je v zmysle legislatívy vnímané hlavne zmiernenie alebo prekonanie sociálneho dôsledku ťažkého zdravotného postihnutia, a to poskytovaním peňažných príspevkov na kompenzáciu alebo poskytovaním sociálnych služieb. V zmysle platnej legislatívy sa za kompenzáciu považuje aj osobitná starostlivosť podľa zákona 305/2005 Z. z. o sociálnoprávnej ochrane detí a sociálnej kuratele. V tejto časti sa budeme venovať predovšetkým peňažným príspevkom na kompenzáciu ťažkého zdravotného postihnutia.

Kompenzácie legislatívne definuje Zákon 447/2008 Z. z. o peňažných príspevkoch na kompenzáciu ťažkého zdravotného postihnutia a o zmene a doplnení niektorých zákonov. Sociálne dôsledky ťažkého zdravotného postihnutia sa v zmysle platnej legislatívy kompenzujú v nasledovných oblastiach:

- *Mobilita a orientácia* – kompenzuje sa znížená pohybová schopnosť alebo znížená orientačná schopnosť
- *Komunikácia* – kompenzuje sa narušená schopnosť komunikácie
- *Sebaobsluha* – kompenzuje sa obmedzená schopnosť sebaobsluhy alebo strata schopnosti sebaobsluhy
- *Zvýšené výdavky* – kompenzujú sa zvýšené výdavky:
  - na diétne stravovanie
  - súvisiace s hygienou alebo opotrebovaním šatstva, bielizne, obuvi alebo bytového zariadenia
  - súvisiace so zabezpečením prevádzky osobného motorového vozidla
  - súvisiace so starostlivosťou o psa so špeciálnym výcvikom

Základným cieľom poskytovania kompenzácie v súlade s legislatívou je podpora sociálneho začlenenia osoby s ťažkým zdravotným postihnutím do spoločnosti, za jej aktívnej participácie a pri zachovaní jej ľudskej dôstojnosti. Osoba so zdravotným postihnutím môže získať preukaz fyzickej osoby s ťažkým zdravotným postihnutím, preukaz fyzickej osoby s ťažkým zdravotným postihnutím so sprievodcom a parkovacieho preukaz pre fyzickú osobu so zdravotným postihnutím. Vyhotoveniu týchto preukazov, priznaniu a poskytnutiu peňažných príspevkov na kompenzáciu predchádza individuálne



posúdenie. Posudková činnosť v tejto oblasti predstavuje druhú parciálnu časť posudkových činností, ktoré sa dotýkajú osôb so zdravotným postihnutím.

Sociálne dôsledky ťažkého zdravotného postihnutia sa kompenzujú formou nasledujúcich jednorazových alebo opakovaných príspevkov:

- jednorazové peňažné príspevky:
  - peňažný príspevok na kúpu pomôcky
  - peňažný príspevok na výcvik používania pomôcky
  - peňažný príspevok na úpravu pomôcky
  - peňažný príspevok na opravu pomôcky
  - peňažný príspevok na kúpu zdvíhacieho zariadenia
  - peňažný príspevok na kúpu osobného motorového vozidla
  - peňažný príspevok na úpravu osobného motorového vozidla
  - peňažný príspevok na úpravu bytu
  - peňažný príspevok na úpravu rodinného domu
  - peňažný príspevok na úpravu garáže
- Opakované peňažné príspevky
  - peňažný príspevok na osobnú asistenciu
  - peňažný príspevok na prepravu
  - peňažný príspevok na kompenzáciu zvýšených výdavkov
  - peňažný príspevok na opatrovanie

Z uvedených finančných príspevkov sa z hľadiska našej témy pozrieme bližšie na dva z nich, ktoré sa priamo dotýkajú integrovanej starostlivosti o občanov so zdravotným postihnutím. Ide o peňažný príspevok na osobnú asistenciu a peňažný príspevok na opatrovanie. V závere tejto časti ešte rozoberieme podrobnejšie posudkovú činnosť v tejto oblasti.

Ako sme už uviedli v predchádzajúcom texte, osobná asistencia je v zahraničí väčšinou súčasťou systému sociálnych služieb. V Slovenskej republike je zabezpečovaná cez peňažný príspevok na osobnú asistenciu v súlade so zákonom č. 447/2008 Z. z. o peňažných príspevkoch na kompenzáciu ťažkého zdravotného postihnutia. Tento zákon uvádza ako účel osobnej asistencie aktivizáciu, podporu sociálneho začlenenia osoby s ťažkým zdravotným postihnutím, podporu nezávislosti a možnosti rozhodovania sa a ovplyvňovania plnenia rodinných rolí, vykonávania pracovných, vzdelávacích a voľnočasových aktivít. Takýto účel je podobný aj iným krajinám, kde si ako príklad môžeme rozobrať poskytovanie osobnej asistencie v Nórsku<sup>23</sup>. Osobná asistencia sa tam posky-

<sup>23</sup> Nórsko sme si zvolili predovšetkým z dôvodu približne rovnakého počtu obyvateľov, rovnakých demografických problémov ale aj preto, lebo patrí medzi krajiny s najvyspelejším systémom integrovanej starostlivosti.

tuje ako služba v rámci integrovanej komunálnej starostlivosti v rámci dvoch foriem – klientom riadená osobná asistencia a podporný kontakt. Jej cieľom je, v súlade s platnou nórskou legislatívou, poskytovanie praktickej podpory pre osoby so zníženými funkčnými schopnosťami pri ich každodenných zručnostiach a aktivitách<sup>24</sup>.

V Slovenskej republike sa rozsah osobnej asistencie určuje podľa stanoveného zoznamu činností, ktoré nemôže osoba so zdravotným postihnutím vykonávať sama a podľa počtu hodín, ktoré sú potrebné na ich vykonanie. Zároveň je maximálny počet hodín osobnej asistencie pre jednu osobu stanovený na 7.300 hodín ročne. Osobná asistencia sa môže poskytovať iba na základe komplexného posudku osobe vo veku od 6 do 65 rokov (po 65 roku života sa osobná asistencia poskytuje len tým ľuďom, ktorým sa poskytovala aj pred 65. rokom života). Osobná asistencia sa vykonáva na základe zmluvy o výkone osobnej asistencie a osobný asistent môže byť dôchodkovo poistený, tak ako sme uvádzali v predchádzajúcich častiach. Osobného asistenta si vyberá osoba so zdravotným postihnutím sama a môže mať aj viacerých asistentov na základe priznaného rozsahu osobnej asistencie.

Štatistické údaje Ústredia práce, sociálnych vecí a rodiny Slovenskej republiky uvádzajú, že počet poberateľov peňažného príspevku na osobnú asistenciu je 9.578<sup>25</sup>. Priemerné kumulatívne mesačné náklady na osobnú asistenciu sú vo výške 3.650.000,- EUR. Ako sme už spomínali, v zahraničí patrí práve táto služba medzi najviac vyžadované zo strany osôb so zdravotným postihnutím. Pre porovnanie uvádzame, že v Nórsku poberá jednu zo základných foriem osobnej asistencie cca. 34.264 osôb. Výsledkom tohto prístupu je, že v celoročných pobytových zariadeniach je minimum osôb so zdravotným postihnutím (len cca. 6% zo všetkých prijímateľov pobytových inštitucionálnych služieb<sup>26</sup>) a väčšina prijímateľov sociálnych služieb v inštitucionálnej starostlivosti sú seniori s vysokou mierou potrebnej podpory. Osoby so zdravotným postihnutím sú vo veľkej miere inkludované v bežnej spoločnosti a sú im poskytované integrované sociálno-zdravotné služby v komunite.

Druhá oblasť podpory, ktorú v skratke rozoberieme, je peňažný príspevok na opatrovanie, ktorý slúži na zabezpečenie každodennej pomoci osobe s ťažkým zdravotným postihnutím pri úkonoch sebaobsluhy, starostlivosti o domácnosť a realizovaní sociálnych aktivít s cieľom zotrvať v prirodzenom domacom

<sup>24</sup> <https://helsenorge.no/rettigheter/brukerstyrt-personlig-assistanse-bpa>

<sup>25</sup> [http://www.upsvar.sk/statistiky/socialne-veci-statistiky/2016/2016-socialne-davky.html?page\\_id=583002](http://www.upsvar.sk/statistiky/socialne-veci-statistiky/2016/2016-socialne-davky.html?page_id=583002)

<sup>26</sup> [http://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/\\_attachment/278282?ts=15723a678d8](http://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/_attachment/278282?ts=15723a678d8)

prostredí. Ide hlavne o tzv. neformálnych opatrovateľov. Podrobnejšie sa tejto téme venuje Doc. PhDr. Kvetoslava Repková, PhD. v publikácii „*Dlhodobá starostlivosť o starších ľudí na Slovensku a v Európe (1). Neformálna starostlivosť. Kvalita.*“<sup>27</sup> Pre potreby našej publikácie uvedieme len základné informácie, že sa tento príspevok poskytuje osobe, ktorá opatruje človeka s ťažkým zdravotným postihnutím, ak je odkázaný na pomoc inej osoby v rozsahu aspoň 8 hodín denne. Legislatíva uvádza, že medzi základné činnosti v rámci opatrovania patria: stravovanie a pitný režim, vyprázdňovanie močového mechúra a hrubého čreva, osobná hygiena, celkový kúpeľ, obliekanie, vyzliekanie, zmena polohy, sedenie a státie, pohyb po schodoch, pohyb po rovine, orientácia v prostredí, dodržiavanie liečebného režimu, potreba dohľadu. Túto formu príspevku vnímame ako jednu zo základných foriem podpory v rámci neformálnej integrovanej starostlivosti o osoby so zdravotným postihnutím. V roku 2016 bol v priemere poskytovaný príspevok na opatrovanie cca. 54.834 opatrovateľom, ktorí sa starali o cca. 58.000 opatrovaných osôb.<sup>28</sup> Pre porovnanie počtu takto opatrovaných osôb môžeme vidieť, že napr. v Nórsku je približne 258.232 osôb, ktoré sú opatrované v domácom prostredí. Opatrovanie je v Nórsku riešené v rámci integrovanej komunálnej starostlivosti a zahŕňa komplexnú sociálno-zdravotnú starostlivosť v mieste bydliska občana. Tento spôsob sa ukazuje ako veľmi efektívny a je možné vidieť, že inštitucionalizovanú pobytovú podporu dostáva v Nórsku cca. 44.000 obyvateľov predovšetkým v seniorskom veku (94% zo všetkých poberateľov pobytových služieb).<sup>29</sup>

Celkové vynaložené náklady na príspevok na opatrovanie boli u nás za rok 2015 vo výške 97.335.801,- EUR, čo tvorí priemernú výšku príspevku na opatrovanie na úrovni cca. 145,- EUR mesačne. Vzhľadom na rozsah a obsah opatrovania, ale aj počet poberateľov príspevku a opatrované osoby, vnímame túto sumu ako výrazne poddimenzovanú. Práve vytvorenie financovania orientovaného na človeka/prijímateľ formou príspevku na odkázanosť, resp. z osobných rozpočtov môže posilniť rozhodovanie osôb so zdravotným postihnutím v tom, akú formu podpory by si sami zvolili a chceli, aby im bola poskytovaná.

<sup>27</sup> <http://www.ceit.sk/IVPR/images/IVPR/Interlinks/Interlinks1kniha.pdf>

<sup>28</sup> [http://www.upsvar.sk/statistiky/socialne-veci-statistiky/2016/2016-socialne-davky.html?page\\_id=583002](http://www.upsvar.sk/statistiky/socialne-veci-statistiky/2016/2016-socialne-davky.html?page_id=583002)  
<https://www.employment.gov.sk/files/slovensky/ministerstvo/analyticke-centrum/sprava-socialnej-situacii-obyvatelstva-za-rok-2015.pdf>

<sup>29</sup> [http://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/\\_attachment/278282?ts=15723a678d8](http://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/_attachment/278282?ts=15723a678d8)

Pre získanie kompenzačných príspevkov musia prejsť občania procesom komplexnej posudkovej činnosti. Posudková činnosť v tejto oblasti sa, na rozdiel od posudkovej činnosti pre potreby sociálneho poistenia, rozlišuje na lekársku posudkovú činnosť a sociálnu posudkovú činnosť. Lekárska posudková činnosť je vykonávaná posudkovými lekármi úradov práce, sociálnych vecí a rodiny. V rámci tejto časti posudkovej činnosti sa posudzuje a hodnotí zdravotný stav, jeho zmeny, poruchy, ktoré ovplyvňujú zdravotné postihnutie fyzickej osoby, určuje sa miera funkčnej poruchy, posudzujú sa sociálne dôsledky v oblastiach kompenzácie, ktoré má osoba v dôsledku ťažkého zdravotného postihnutia s osobou bez zdravotného postihnutia. Zároveň sa posudzujú jednotlivé druhy odkázanosti osôb s ťažkým zdravotným postihnutím, posudzuje sa fyzická a psychická schopnosť osoby vykonávať opatrovanie, posudzuje sa fyzická a psychická schopnosť osoby s ťažkým zdravotným postihnutím udeliť písomný súhlas a ešte sa posudzuje potreba osobitnej starostlivosti. Posudkový lekár vychádza najmä z lekárskeho nálezu, ktorý nie je starší ako pol roka. No v prípade, ak sa jedná o chronický zdravotný stav s trvalým poškodením a miera funkčnej poruchy je definitívna a od ďalšej liečby nemožno očakávať zlepšenie, tak môže posudkový lekár vychádzať aj z nálezu, ktorý je starší ako pol roka. Na rozdiel od posudkovej činnosti pre sociálne poistenie tu nie je stanovená povinnosť priamej účasti fyzickej osoby na posudzovaní jej zdravotného stavu, ale posudkový lekár to robí len na základe dokumentácie. Fyzickú osobu si môže predvolať, ak:

- má pochybnosti o správnosti diagnostického záveru vyplývajúceho z predloženého lekárskeho nálezu alebo
- je potrebné overiť objektivnosť alebo úplnosť diagnostického záveru.

Ak fyzická osoba písomne požiada o účasť na posudzovaní svojho zdravotného stavu, tak je posudkový lekár povinný ju pozvať. Výstupom lekárskej posudkovej činnosti je lekársky posudok, ktorý ma presne stanovené náležitosti, ako sú predovšetkým – určenie miery funkčnej poruchy v desiatkach percent podľa druhu zdravotného postihnutia uvedené v prílohe tohto zákona.

Druhou časťou posudzovania v tejto oblasti je sociálna posudková činnosť, ktorú vykonávajú sociálni pracovníci úradov práce, sociálnych vecí a rodiny v prípade, že je fyzická osoba posúdená ako osoba s ťažkým zdravotným postihnutím. V rámci sociálnej posudkovej činnosti sa posudzujú individuálne predpoklady osoby so zdravotným postihnutím (schopnosť a úsilie riešiť svoju situáciu vlastným pričinením), posudzovanie rodinného prostredia osôb so zdravotným postihnutím (rozsah pomoci, ktorú je rodina schopná poskytnúť), posudzovanie prostredia, ktoré ovplyvňuje inklúziu osoby so zdravotným



postihnutím (napr. hodnotenie podmienok bývania osôb so zdravotným postihnutím), posudzovanie všetkých druhov odkázanosti a navrhovania kompenzácií pre osoby so zdravotným postihnutím. Sociálna posudková činnosť sa vykonáva za účasti osoby so zdravotným postihnutím, ktorá má právo vyjadrovať svoje potreby a návrhy na riešenie svojej životnej situácie. Pri tejto posudkovej činnosti môže byť aj iná fyzická osoba, ktorú si osoba so zdravotným postihnutím vybrala a vykonáva sa aj v prostredí, kde sa osoba so zdravotným postihnutím obvykle zdržiava. Výsledkom sociálnej posudkovej činnosti je posudkový záver, ktorý obsahuje zákonom stanovené náležitosti.

Na základe tohto posudkového záveru a lekárskeho posudku je úrad práce, sociálnych vecí a rodiny povinný vypracovať komplexný posudok na účely kompenzácie. Komplexný posudok potom obsahuje: mieru funkčnej poruchy, vyjadrenie, že ide o fyzickú osobu s ťažkým zdravotným postihnutím, sociálne dôsledky zdravotného postihnutia vo všetkých oblastiach kompenzácie, návrh druhu peňažného príspevku na kompenzáciu, vyjadrenie, či osoba so zdravotným postihnutím je odkázaná na sprievodcu, vyjadrenie, či osoba so zdravotným postihnutím je odkázaná na individuálnu prepravu osobným motorovým vozidlom alebo či má praktickú slepotu alebo úplnú slepotu oboch očí, termín opätovného posúdenia zdravotného stavu, ak ho určí posudkový lekár a odôvodnenie komplexného posudku. Takýto posudok sa vypracováva iba v prípade, ak miera funkčnej poruchy fyzickej osoby na základe lekárskeho posudku je vyššia ako 50%, čiže sa jedná o osobu s ťažkým zdravotným postihnutím.

Jednotlivé kompenzácie, ich priznanie a výška závisí aj od výšky príjmu a majetku osoby so zdravotným postihnutím. Pri zisťovaní príjmu osoby so zdravotným postihnutím sa okrem jej príjmov započítavajú aj príjmy spoločne posudzovaných osôb, a to predovšetkým manžel/ka osoby so zdravotným postihnutím alebo rodičia, ktorí žijú s touto osobou v spoločnej domácnosti, ak sa jedná o nezaopatrené dieťa.

## Sociálne služby, komunitné sociálne služby

Sociálne služby v Slovenskej republike upravuje zákon 448 Z.z. o sociálnych službách v znení neskorších predpisov. Slovenská legislatíva vníma sociálne služby ako odborné, obslužné a ďalšie činnosti, prípadne ich súbor, ktoré sú zamerané na prevenciu vzniku nepriaznivej sociálnej situácie fyzickej osoby, rodiny alebo komunity a jej riešenie alebo zmiernenie. Nepriaznivá sociálna situácia môže vzniknúť z viacerých dôvodov:

- a) z dôvodu, že človek nemá zabezpečené nevyhnutné podmienky na uspokojovanie základných životných potrieb
- b) z dôvodu jeho životných návykov a spôsobu života, závislosti na návykových látkach alebo gamblerstva
- c) ohrozenia vývoja z dôvodu zdravotného postihnutia u detí do siedmeho roku života
- d) pre ťažké zdravotné postihnutie alebo nepriaznivý zdravotný stav
- e) z dôvodu dovŕšenia dôchodkového veku
- f) pre výkon opatrovania fyzickej osoby s ťažkým zdravotným postihnutím
- g) pre ohrozenie správaním sa iných fyzických osôb alebo, ak je človek obeťou správania sa iných fyzických osôb, tj. domáce násilie, rodovo podmienené násilie alebo násilný trestný čin
- h) z dôvodu zotrávania v priestorovo segregovanej lokalite s prítomnosťou koncentrovanej a generačne reprodukovanej chudoby. Priestorovo segregovaná lokalita je vnímaná ako zotrávanie v priestore vymedzenom bytovým domom, ulicou, mestskou časťou, obcou alebo lokalitou mimo územia obce bez základnej občianskej vybavenosti. Koncentrovaná a generačne reprodukovaná chudoba je vnímaná ako dlhodobá nepriaznivá sociálna situácia skupiny fyzických osôb z dôvodu výskytu viacerých negatívnych javov súčasne, ako je napr. vysoká miera dlhodobej nezamestnanosti, hmotná núdza, nízka úroveň vzdelania, nedostatočné hygienické návyky, nedostupnosť tovarov a služieb a výskyt sociálnopatologických javov s vysokou toleranciou k nim.

Tieto dôvody vytvárajú základ pre definovanie cieľových skupín sociálnych služieb. Ďalej sa sociálne služby zameriavajú na zachovanie, obnovu alebo rozvoj schopností fyzickej osoby viesť samostatný život a na podporu jej začlenenia do spoločnosti (integrácia a inklúzia). Okrem týchto činností je súčasťou sociálnych služieb aj zabezpečenie nevyhnutných podmienok na uspokojovanie

základných životných potrieb fyzickej osoby. Zabezpečením nevyhnutných životných podmienok sa rozumie uspokojovanie základných životných potrieb, a to primárne formou zabezpečenia ubytovania, stravy, nevyhnutného ošate-  
nia, obuvi a nevyhnutnej základnej hygieny.

Medzi sociálne služby patrí aj riešenie krízovej sociálnej situácie tejto osoby a jej rodiny a prevencia sociálneho vylúčenia fyzickej osoby a jej rodiny. Krízová sociálna situácia je v zákone o sociálnych službách definovaná ako ohrozenie života a zdravia fyzickej osoby a rodiny, ktoré si vyžaduje bezodkladné riešenie sociálnou službou. Slovenská legislatíva tak vytvára široké spektrum pôsobenia sociálnych služieb. Základným nástrojom a metódami realizovania sociálnych služieb sú postupy sociálnej práce a postupy zodpovedajúce poznatkom spoločenských vied a poznatkom o stave a vývoji poskytovania sociálnych služieb. Práve táto časť zákona vytvára primárne a základné možnosti realizovania individuálneho plánovania v sociálnych službách.

Sociálne služby môžeme rozdeliť na základe troch charakteristík.

Prvé rozdelenie je podľa rozsahu poskytovania sociálnej služby, a to na:

- a) určitý čas
- b) neurčitý čas

Ďalej môžeme sociálne služby rozdeliť podľa formy poskytovania sociálnej služby, a to na:

- a) Ambulantné sociálne služby, ktoré sa poskytujú fyzickej osobe, ktorá dochádza, je sprevádzaná alebo dopravovaná do miesta poskytovania sociálnej služby.
- b) Terénne sociálne služby sa poskytujú fyzickej osobe prostredníctvom terénnych programov, ktorých cieľom je predchádzať sociálnemu vylúčeniu tejto osoby, rodiny alebo komunity, ktoré sú v nepriaznivej sociálnej situácii.
- c) Pobytové sociálne služby sú služby poskytované v pobytových zariadeniach sociálnych služieb a ich súčasťou je ubytovanie. Pobytové sociálne služby môžu byť týždenné alebo celoročné.

Poskytovanie sociálnych služieb ambulantnou a terénnou formou má prednosť pred poskytovaním sociálnych služieb pobytovou formou. Cieľom tohto zamerania je podmienka a potreba normalizácie a subsidiarity pri poskytovaní sociálnych služieb, ktoré predpokladajú, že sociálne služby majú byť poskytované fyzickej osobe čo najdlhšie v jej prirodzenom rodinnom prostredí alebo prostredí komunity.

Podľa druhu delíme sociálne služby do piatich základných okruhov. V každom okruhu sú definované jednotlivé sociálne služby. Sociálne služby podľa druhu sú:

- a) Sociálne služby krízovej intervencie, kam patria predovšetkým terénna sociálna služba krízovej intervencie, poskytovanie sociálnych služieb v zariadeniach, ako sú napr. nízkoprahové denné centrá, integračné centrá, komunitné centrá, nocľahárne, útulky, domovy na polceste, zariadenia núdzového bývania. Do tohto okruhu sociálnych služieb spadá aj nízkoprahová sociálna služba pre deti a rodinu. Cieľom tohto okruhu sociálnych služieb je primárne riešenie nepriaznivej sociálnej situácie fyzickej osoby, ktorú vnímame ako krízovú a je nutné riešiť ju akútne.
- b) Sociálne služby na podporu rodiny s deťmi, kam patria pomoc pri osobnej starostlivosti o dieťa a podpora zosúladovania rodinného a pracovného života, poskytovanie sociálnej služby v zariadeniach dočasnej starostlivosti o deti a služba včasnej intervencie.
- c) Sociálne služby na riešenie nepriaznivej sociálnej situácie z dôvodu ťažkého zdravotného postihnutia, nepriaznivého zdravotného stavu alebo z dôvodu dovŕšenia dôchodkového veku, kde hlavnú časť tvoria pobytové a ambulantné služby poskytované v zariadeniach pre fyzické osoby, ktoré sú odkázané na pomoc inej fyzickej osoby a pre ľudí, ktorí dosiahli dôchodkový vek. Do tohto okruhu patria zariadenia podporovaného bývania, zariadenia pre seniorov, zariadenia opatrovateľskej služby, rehabilitačné strediská, domovy sociálnych služieb, špecializované zariadenia a denné stacionáre. Okrem týchto zariadení sem zaradíme aj ďalšie služby, ako sú domáca opatrovateľská služba, prepravná služba, sprievodcovská a predčítateľská služba, tlmočnická služba a jej sprostredkovanie. Sprostredkovanie osobnej asistencie a požiččovanie pomôcok.
- d) Sociálne služby s použitím telekomunikačných technológií tvoria hlavne monitorovanie a signalizácia potreby pomoci a krízová pomoc poskytovaná prostredníctvom telekomunikačných technológií.
- e) Podporné služby tvoria posledný okruh druhov sociálnych služieb a sem patria odľahčovacia služba, pomoc pri zabezpečení opatrovníckych práv a povinností, poskytovanie sociálnej služby v dennom centre, podpora samostatného bývania, poskytovanie sociálnej služby v jedálni, práčovni a v stredisku osobnej hygieny.

Sociálne služby sa môžu medzi sebou kombinovať a spájať tak, aby sa čo najlepšie riešila nepriaznivá sociálna situácia občanov. Z obsahového hľadiska sa sociálne služby skladajú z odborných činností, obslužných činností a ďalších činností. Odborné činnosti predstavujú hlavnú obsahovú časť sociálnych služieb a pre ich výkon je potrebná odborná kvalifikácia poskytovateľa sociálnych služieb. Odborné činnosti sú základné a špecializované sociálne poradenstvo, pomoc pri odkázanosti fyzickej osoby na pomoc inej fyzickej osoby, pomoc pri uplatňovaní práv a právom chránených záujmov, sociálna rehabilitácia, ošetrovateľská starostlivosť v zariadení, pracovná terapia, tlmočenie, sprostredkovanie tlmočenia a osobnej asistencie, pomoc pri výkone opatrovníckych práv a povinností, výchova, preventívna aktivita, pomoc pri pracovnom uplatnení, pomoc pri príprave na školskú dochádzku a vyučovanie a sprevádzanie dieťaťa do a zo školy, stimulácia komplexného vývoja dieťaťa so zdravotným postihnutím. V rámci odborných činností sa môžu, na základe zákonom stanovených podmienok, samostatne poskytovať základné a špecializované sociálne poradenstvo, sociálna rehabilitácia a stimulácia komplexného vývoja dieťaťa so zdravotným postihnutím. Obslužné činnosti sú poskytované predovšetkým v pobytových a ambulantných zariadeniach sociálnych služieb a ide hlavne o ubytovanie, stravovanie, upratovanie, pranie, žehlenie, údržbu bielizne a šatstva, poskytovanie vecných plnení spojených s poskytovaním ambulantnej sociálnej služby v spoločných priestoroch. Poslednú skupinu obsahových činností sociálnych služieb tvoria ďalšie činnosti. Medzi ďalšie činnosti patrí utváranie podmienok na prípravu stravy, výdaj stravy a potravín, vykonávanie nevyhnutnej základnej osobnej hygieny, poskytovanie nevyhnutného ošatenia a obuvi, úschova cenných vecí, vzdelávanie, záujmová činnosť, poskytovanie osobného vybavenia, nevyhnutného ošatenia a obuvi, preprava, donáška stravy a požičiavanie pomôcok.

V rámci individuálneho plánovania sa vieme pohybovať a kombinovať všetky tieto činnosti. Zákon o sociálnych službách však ešte vytvára priestor pre vykonávanie, zabezpečovanie a utváranie podmienok na vykonávanie iných činností, ktoré v ňom nie sú upravené, ale zvyšujú kvalitu sociálnej služby. Práve táto možnosť vytvára veľký priestor pre kreativitu v rámci individuálneho plánovania, ktorého všeobecným cieľom je zvyšovať a udržiavať kvalitu života prijímateľa sociálnych služieb.

Zákon o sociálnych službách upresňuje jednotlivých účastníkov sociálnych služieb, kde má hlavné miesto prijímateľ sociálnych služieb. Prijímateľ sociálnej služby je fyzická osoba, ktorej sa za podmienok ustanovených zákonom o sociálnych službách poskytujú sociálne služby. Ďalšími účastníkmi sociálnych služieb sú poskytovatelia sociálnych služieb, ktorí môžu byť verejní a neverejní. Poskytovateľom sociálnych služieb podľa zákona o sociálnych službách môže byť

obec, právnická osoba zriadená alebo založená obcou, vyšším územným celkom alebo inou osobou (neverejný poskytovateľ). Neverejným poskytovateľom môže byť aj fyzická osoba, ktorá splní podmienky tohto zákona. Okrem nich sú účastníkmi sociálnych služieb – Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny SR, vyššie územné celky, obce, partnerstvá a iné osoby, ktoré majú práva a povinnosti vo vzťahu k tomuto zákonu. Zákon určuje práva a povinnosti aj vybraným rodinným príslušníkom a to najmä manželovi, manželke, rodičom a deťom.

Samostatné postavenie medzi účastníkmi sociálnych služieb má partnerstvo, ktoré je definované ako zoskupenie osôb vytvorené na účel realizácie projektov alebo programov na predchádzanie vzniku alebo zmiernenie nepriaznivých sociálnych situácií alebo riešenie týchto situácií pomocou programov komunitnej práce. Hlavná zásada vo vzťahoch účastníkov sociálnych služieb je zásada rovnakého zaobchádzania pri poskytovaní sociálnych služieb.

V rámci sociálnych služieb sú definované aj základné práva a povinnosti pri poskytovaní sociálnej služby. Zákon o sociálnych službách je orientovaný na prijímateľa sociálnych služieb, a preto majú jeho práva zásadné postavenie. Fyzická osoba má predovšetkým právo výberu sociálnej služby a jej formy a právo výberu toho, kto jej túto službu bude poskytovať (poskytovateľa sociálnej služby). Medzi ďalšie základné práva fyzickej osoby v sociálnych službách patrí právo na poskytovanie sociálnej služby, ktorá svojou formou, rozsahom a spôsobom poskytovania umožňuje realizovať jej základné ľudské práva a slobody, zachováva ľudskú dôstojnosť, aktivizuje k posilneniu sebestačnosti, zabraňuje sociálnemu vylúčeniu a podporuje integráciu a inklúziu. Táto časť definuje základné etické požiadavky na výkon sociálnych služieb v praxi. Okrem toho má fyzická osoba právo na zabezpečenie dostupnosti informácií v jej zrozumiteľnej podobe, vytvorenie podmienok pre zabezpečenie kontaktu (osobného, telefonického, písomného alebo elektronického) s osobami, ktoré si sám určí - predovšetkým na účel ochrany jeho práv a právom chránených záujmov, nadväzovanie a udržiavanie sociálnych väzieb s rodinou a komunitou a udržiavanie partnerských vzťahov. Fyzická osoba má právo na dodržiavanie súkromia a nenarušovanie osobného priestoru, právo na určovaní životných podmienok v zariadení sociálnych služieb, v ktorom žije. Prijímateľ sociálnych služieb má aj ďalšie práva vyplývajúce z podmienok kvality poskytovaných sociálnych služieb a ďalších legislatívnych noriem a dokumentov.

Práva prijímateľa sociálnych služieb sú dopĺňané povinnosťami poskytovateľov sociálnych služieb. Medzi základné povinnosti poskytovateľa sociálnych služieb patrí prihliadať na individuálne potreby prijímateľa sociálnych služieb, aktivizovať

ho podľa jeho schopností a možností, poskytovať sociálnu službu na odbornej úrovni a spolupracovať s rodinou, obcou a komunitou pri utváraní podmienok na návrat prijímateľa sociálnej služby do prirodzeného rodinného prostredia alebo komunitného prostredia s prednostným poskytovaním sociálnej služby terénnou, ambulantnou alebo týždennou pobytovou formou, a to s jeho súhlasom a rešpektovaním jeho osobných cieľov, potrieb, schopností a zdravotného stavu. Takto definované povinnosti poskytovateľa sociálnych služieb obsahovo určujú samotné poskytovanie sociálnych služieb a vytvárajú základné podmienky pre individuálny prístup a individuálne plánovanie v sociálnych službách.

Pre poskytovanie vybraných druhov sociálnych služieb je potrebný posudok vytvorený v rámci posudkovej činnosti na účely poskytovania sociálnej služby, ktorá tvorí tretí typ posudzovania. Poskytovanie nasledovných sociálnych služieb je podmienené rozhodnutím odkázanosti na poskytovanie sociálnej služby:

- Zariadenie podporovaného bývania
- Zariadenie pre seniorov
- Zariadenie opatrovateľskej služby
- Rehabilitačné stredisko
- Domov sociálnych služieb
- Špecializované zariadenie
- Denný stacionár
- Opatrovateľská služba

Posudková činnosť na účely poskytovania sociálnych služieb, podobne ako posudková činnosť v oblasti kompenzácií ťažkého zdravotného postihnutia, obsahuje zdravotnú posudkovú činnosť a sociálnu činnosť. Zdravotnú posudkovú činnosť vykonáva posudzujúci zdravotný pracovník obce alebo vyššieho územného celku. Jeho úlohou je posúdiť zdravotný stav posudzovanej osoby. Sociálnu posudkovú činnosť vykonáva sociálny pracovník z poverenia obce alebo vyššieho územného celku. Jej cieľom je posúdenie individuálnych predpokladov fyzickej osoby, rodinného prostredia tejto osoby, prostredia, ktoré ovplyvňuje jej začlenenie do spoločnosti a odkázanosti pri úkonoch stanovených v prílohe zákona o sociálnych službách. Zdravotný pracovník a sociálny pracovník, ktorí robia posudok, musia spolupracovať a na základe ich spolupráce vzniká posudok o odkázanosti na sociálnu službu. Obsahuje stupeň odkázanosti fyzickej osoby na pomoc inej fyzickej osoby, zoznam úkonov, návrh druhu sociálnej služby a prípadné určenie opätovného posúdenia.

Len pre úplnosť uvedieme, že v rámci služieb, ktoré by spadali do integrovanej sociálno-zdravotnej starostlivosti, spadá v súčasnosti, podľa údajov Správy o sociálnej situácii obyvateľstva za rok 2015, 16.608 prijímateľov opatrovateľskej

služby a cca. 47.149 občanov (miest) v zariadeniach sociálnych služieb. Celkové výdavky na opatrovateľskú službu boli vo výške cca. 53,- miliónov EUR a v zariadeniach sociálnych služieb cca. 341,- miliónov EUR<sup>30</sup>.

Práve v oblasti sociálnych služieb v praxi vidieť najbližšie prepojenie k integrovanej sociálno-zdravotnej starostlivosti. Z hľadiska výkonu tu vidíme úplne jasne zdravotnú a predovšetkým ošetrovateľskú starostlivosť, ale aj sociálnu starostlivosť. No treba uviesť aj to, že zdravotná starostlivosť je financovaná z verejného zdravotného poistenia v oblasti sociálnych služieb len minimálne, čiže reálna a komplexná integrácia týchto systémov dnes žiaľ neexistuje. Komplikovanosť zákona o sociálnych službách, ale aj systému kompenzácií ťažkého zdravotného postihnutia smeruje k nevyhnutnej reforme týchto systémov smerom k integrovanej zdravotnej starostlivosti.

Na túto potrebu už reagovali viaceré inštitúcie, kde napríklad Inštitút zdravotnej politiky Ministerstva zdravotníctva vypracoval Návrh Stratégie dlhodobej sociálno-zdravotnej starostlivosti. Jej ďalšie riešenie smerom k schváleniu a podrobnejšiemu rozpracovaniu zastalo po voľbách v roku 2016. Táto stratégia mala jasnú orientáciu na integrovanú starostlivosť a služby orientované na človeka. Okrem tejto aktivity predstavila nezávislá platforma SOCIOFÓRUM návrh rozdelenia zákona o sociálnych službách do troch samostatných zákonov, so zohľadnením potreby integrovanej starostlivosti. Tento návrh hovorí o vytvorení troch samostatných legislatívnych noriem – zákon o dlhodobej starostlivosti, zákon o podpore osôb so zdravotným postihnutím a zákon o krízovej intervencii. Podrobnejšie informácie je možné nájsť na týchto webových stránkach: [http://www.socioforum.sk/attachments/article/199/Sumar\\_financovanie.pdf](http://www.socioforum.sk/attachments/article/199/Sumar_financovanie.pdf) <http://www.socioforum.sk/attachments/article/199/BLOK%204.pdf>

Obe tieto aktivity a aj aktivity iných subjektov iba naďalej ukazujú, aká je výrazná potreba zmeny a vytvorenia systému efektívnej podpory osôb so zdravotným postihnutím v kontexte Dohovoru OSN o právach osôb so zdravotným postihnutím, ale aj ďalších materiálov a dokumentov rôznych relevantných organizácií a z dielne Svetovej zdravotníckej organizácie a Európskej únie tak, aby občania so zdravotným postihnutím boli rovnocennými občanmi v spoločnosti.

<sup>30</sup> <https://www.employment.gov.sk/files/slovensky/ministerstvo/analyticke-centrum/sprava-socialnej-situacii-obyvateľstva-za-rok-2015.pdf>

## Záver

Ako vidieť v skutočnosti uvedených v tejto publikácii, môžeme konštatovať, že v Slovenskej republike neexistuje systematická a efektívna integrovaná starostlivosť pre osoby so zdravotným postihnutím. Z tohto dôvodu sme sa v rámci tvorby tejto publikácie sa rozhodli miesto záveru uviesť radšej navrhované odporúčania, o ktorých je potrebné diskutovať a systematicky ich implementovať tak, aby aj v Slovenskej republike mohol vzniknúť efektívny systém integrovanej sociálno-zdravotnej starostlivosti pre osoby so zdravotným postihnutím.

Navrhované odporúčania tvoria rámcové témy, ktoré je potrebné riešiť na národnej a regionálnej úrovni preto, aby bolo možné začať realizovať potrebné zmeny pre vytvorenie efektívnej a kvalitnej integrovanej starostlivosti o osoby so zdravotným postihnutím. Odporúčania sú výsledkom odbornej diskusie na tému Integrovaná starostlivosť pre osoby so zdravotným postihnutím, ktorá sa realizovala dňa 16. novembra 2016 na pôde Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky. Odbornej diskusie sa zúčastnili zástupcovia Ministerstva práce, sociálnych vecí a rodiny Slovenskej republiky, Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky a ďalších organizácií a odborníkov, ktorí zriaďujú a poskytujú zdravotnícke alebo sociálne služby.

Podľa príspevkov účastníkov odbornej diskusie nie je problémom integrovanej sociálno-zdravotnej starostlivosti poskytovanie kuratívy v zdravotnej alebo sociálnej starostlivosti, zo strany odborníkov, v prípade, že osoba so zdravotným postihnutím uvedených odborníkov vyhľadá a navštívi. Problémom je, že osoby so zdravotným postihnutím potrebujú intenzívnejšie a špecializované služby, a bariéry prostredia sú často prekážkou na to, aby mohla osoba odborníkov navštevovať. Z uvedeného dôvodu je pre osoby so zdravotným postihnutím dôležité poznať, kto by mal byť koordinátorom a garantom integrovanej starostlivosti. V súčasnosti uvedenú zodpovednosť v sociálnej oblasti majú zo zákona obce a vyššie územné celky a v primárnej zdravotnej starostlivosti súkromné ambulancie. Podľa diskusných príspevkov účastníkov by mal úlohu koordinátora integrovanej starostlivosti plniť (a čiastočne aj plniť) samosprávny kraj. Otázkou je, či by z hľadiska dostupnosti služieb nemala prevziať funkciu koordinátora integrovanej starostlivosti komunálna samospráva (na úrovni strediskových obcí alebo okresov). Administratívne prekážky v prepojení zdravotných služieb poskytovaných v sociálnom rezorte (napríklad liečebná rehabilitácia poskytovaná v zariadeniach sociálnych služieb), bránia preplácaniu zdravotnej starostlivosti cez zdravotnú poisťovňu. Tak dochádza k situáciám, v ktorých má občan tie isté služby (liečebnej

rehabilitácie) poskytované v domove sociálnych služieb, financované z prostriedkov samosprávneho kraja a bežný občan so zdravotným postihnutím prostredníctvom pre - financovania cez zdravotnú poisťovňu. Pre osoby so zdravotným postihnutím z hľadiska zníženej mobility a orientačných schopností, je poskytovanie zdravotnej a sociálnej starostlivosti na jednom mieste výhodou. Riešenie koordinácie integrovanej starostlivosti pre osoby so zdravotným postihnutím by bolo možné na úrovni štátnej správy zriadením medzirezortných komisií, ktorých cieľom by bola podpora partnerstva sociálnej integrácie. Diskutujúci tiež poukázali na nejednotný posudkový systém osôb so zdravotným postihnutím.

Pre diskusiu a implementáciu reforiem potrebných pre vytvorenie efektívneho systému integrovanej starostlivosti odporúčame:

- 1) Vytvorenie jednotného posudkového systému zohľadňujúceho Medzinárodnú klasifikáciu funkčnosti, dizability a zdravia a jeho implementáciu do praxe.
- 2) Vytvorenie systému dlhodobej sociálno-zdravotnej starostlivosti.
- 3) Reformu a zásadné zmeny v zákone o sociálnych službách s cieľom vytvorenia špecifickej legislatívy pre dlhodobú sociálno-zdravotnú starostlivosť, podporu osôb so zdravotným postihnutím a krízovú intervenciu.
- 4) Zabezpečenie povinnosti financovania vybraných sociálnych služieb – služby včasnej intervencie, podpory samostatného bývania, odľahčovacej služby.
- 5) Zmenu financovania sociálnych služieb - vytvorenie príspevku na odkázanosť priamo pre občana, ktorý by ním disponoval.
- 6) Legislatíva by mala vychádzať z prístupov orientovaných na človeka a mala by poskytovať pluralitu nástrojov.
- 7) Agentúry domácej ošetrovateľskej služby – rozšíriť ich minimálnu sieť, ale aj rozšíriť tímy o iné profesie, ako napr. terénny fyzioterapeut, sociálny pracovník a pod.
- 8) V zákone o zdravotnej starostlivosti je potrebné rozšíriť financovanie zdravotníckych pracovníkov aj v rámci iných rezortov ako rezort zdravotníctva.
- 9) V zákone o zdravotnej starostlivosti riešiť situáciu tak, aby pacienti odkázaní na následnú starostlivosť, nemohli byť bez jej reálneho zabezpečenia prepustení zo zdravotnej starostlivosti.
- 10) V zákone o zdravotnej starostlivosti definovať povinnosť návštevnej služby v domácnosti pre lekárov primárnej zdravotnej starostlivosti.
- 11) Vytvorenie štandardov sociálno-zdravotnej starostlivosti v komunite.
- 12) Podporu prepojeného strategického plánovania ľudských zdrojov v rámci rezortu zdravotníctva a rezortu sociálnych vecí.
- 13) Zabezpečenie a vytvorenie efektívneho systému zisťovania štatistických údajov o osobách so zdravotným postihnutím – nastaviť štatistické zisťovanie v rámci Sčítania obyvateľov Slovenskej republiky.



- 14) Zabezpečiť, aby riadenie a manažment sociálno-zdravotných služieb bol na úrovni čo najbližšie k občanovi – na komunálnej úrovni, s predpokladom povinného spájania malých obcí do spoločných úradovní aj v tejto oblasti, tak, aby bol systém služieb efektívne riadený.
- 15) Transformáciu alebo vytváranie nových integrovaných (komunitných) centier sociálno-zdravotných služieb.
- 16) Vytvorenie efektívneho systému podpory rodín s členom so zdravotným postihnutím tak, aby sa zabezpečilo ich optimálne fungovanie, a to predovšetkým podporou terénnej sociálnej rehabilitácie v danom spádovom území.
- 17) Aktívnu podporu preventívnych aktivít pre osoby so zdravotným postihnutím v rezorte zdravotníctva a v rezorte sociálnych vecí.
- 18) Z hľadiska zvýšenej potreby sociálno-zdravotnej starostlivosti o osoby so zdravotným postihnutím zabezpečovať dostupnosť a bezbariérový prístup k zdravotnej a sociálnej starostlivosti.
- 19) Zjednotiť systém financovania zdravotnej starostlivosti v rezorte sociálnych služieb a v ambulantnej zdravotnej starostlivosti.
- 20) Dočasne, kým sa nastaví fungujúci systém - zväziť zriadenie medzirezortných partnerstiev sociálnej integrácie s cieľom koordinácie sociálnej a zdravotnej starostlivosti a presun kompetencií zo samosprávnych krajov na komunálnu úroveň (okres, prípadne strediskové obce).

## Resumé

Nowadays, in Slovakia, there is no systematic and effective integrated care system for people with disabilities. So, the main reason of this study is clear – to observe and describe possibilities for people with disabilities in health and social areas and then, after discussion with other professionals, to name and define recommendations for future systematic change in the field of integrated care. Only with complete reform of both systems there can be room for effective system of social-health integrated care for people with disabilities.

Suggested recommendations create general themes that are supposed to be implemented on the national and regional level, so the effective system could be established. These are the result of round table discussion, which was held on 16th November 2016 in the premises of Ministry of Health of the Slovak republic. Organizers were: Social work advisory board (Rada pre poradenstvo v sociálnej práci) in cooperation with World Health Organization, Country office in Slovakia and Institute of Health Policies within the Ministry of Health of the Slovak republic. The participants were professionals from ministries, other state organizations, hospitals and health sector and from NGOs and other organizations working in this area.

According to inputs of participants of the round table, the main problem with integrated care in Slovakia is that people with disabilities need more intense and specialized services and existing barriers are often obstacle big enough, the person with disability is not able to reach and visit the professional. This is the reason why it is very important, almost crucial to know who is the coordinator – the one responsible for integrated care system. Currently, there is an obligation enshrined in law for municipalities and self-governing regions in social area, and in health care private practices. The question is, from the accessibility point of view, is it not better, if the coordination center would be in the level of district or center village or town of the community?

There are administrative obstacles in connection between health services provided within the social area (for example: medical rehabilitation provided in care homes). They won't permit proper payment for the services via health insurance policy.

For people with disabilities with lower mobility and orientation ability is better, if they can have both – health and social care, located in one place. The solution of coordination in integrated care could be possible on the national level by creating cross-department commissions. Their aim would be to support partnership of social integration.

In general, for implementation of reforms needed to create an effective integrated care system, recommendations of professionals are:

- 1) To create unified system of assessment of health based on international ICF system
- 2) To create unified system of long-term care
- 3) Reform and significant changes in the social services law with the goal: specific legislation for long-term social-health care, support of people with disabilities and crisis intervention.
- 4) Obligation to finance selected social services – early intervention, support of independent living and respite care.
- 5) Change of financing social services – to create a disability allowance or personal budgets directly for person with disability, so he/she can decide which from the offered services he/she chooses.
- 6) Legislation should be based on person centered approaches and should be wide in the number of different tools.
- 7) Agencies of home nursing care – widen their minimum network in Slovakia, widen the teams with new professions, such as field physiotherapist, social worker etc.
- 8) In the law about health care is necessary to widen financing of health professions also within other departments.
- 9) In the health care law to solve the problem of patients needful of continuous care (aftercare), who are released from hospitals without having the service they need afterwards.
- 10) In the law about health care to define an obligation of home visiting service for doctors of primary health care.
- 11) To create standards of social-health care in community
- 12) To support connected strategic planning of human resources within the health and social departments.
- 13) To create an effective system of data collection about people with disabilities – statistic exploration within the census in Slovakia.
- 14) Management and decision making policy of social-health services should be as close to the citizens, as possible – on the district or center village level.
- 15) Transformation and creation of new integrated (community) centers for social-health services.
- 16) To create an effective system of support for families with the child/adult with disability – field work with social rehabilitation.

- 17) Active support of prevention activities for people with disabilities both in the social and health departments.
- 18) With the view of higher needs/demands of social-health care for people with disabilities, there must be barrier free environment and good accessibility of services.
- 19) To unify a system of financing health care in social services and in primary health care.
- 20) Temporarily – until new working system will be established – to consider creation of cross-department partnerships of social integration, with the aim to coordinate social and health care and transfer of competences from self-governing regions to districts and center villages.



Príloha č. 1: Mapa subjektov spolupracujúcich s rodinou dieťaťa so zdravotným znevýhodnením spracovaná Platformou rodičov so zdravotným postihnutím a PhDr. Helenou Wolekovou, PhD.



ISBN: 978-80-972551-1-4



Publikácia je vydaná v rámci plnenia Dvojročnej dohody o spolupráci medzi MZ SR a Regionálnym úradom WHO pre Európu na roky 2016-2017, Programová oblasť Zdravotné postihnutie a rehabilitácia