

Odkázanosť na pomoc inej osoby v kontexte sociálnych služieb na Slovensku

Kvetoslava Repková, Lýdia Brichtová

Od januára 2009 sa na Slovensku uplatňuje historicky prvá samostatná právna úprava v oblasti sociálnych služieb (zákon č. 448/2008 Z.z. o sociálnych službách v znení neskorších predpisov). Doma i v zahraničí bola a je ponímaná ako pokrokový právny predpis, ktorý stavia na všetkých moderných filozofických východiskách a medzinárodných záväzkoch v tejto oblasti sociálnej ochrany. Napriek dosiahnutému pokroku, prebiehajúcej snahe viacerých vlád a rozvíjajúceho sa odborného partnerstva všetkých rozhodujúcich spoločenských aktérov, prešiel zákon od roku 2009 viacerými zásadnejšími novelizáciami. Najmä sa doposiaľ nepodarilo nastaviť spravodlivý a udržateľný systém financovania sociálnych služieb. Nejde pritom len o „boj s nedostatkom verejných financií“. Skôr sa hovorí o „boji o spravodlivosť“, teda o potrebe, aby bol systém spravodlivý z hľadiska rôznorodosti životných situácií ľudí, ktorí si vyžadujú intervenciu formou sociálnej služby (nielen tých, ktorí sú odkázaní na pomoc inej osoby); spravodlivý z hľadiska medzigeneračných vzťahov a potrieb ľudí rozličného veku (nielen pre starších ľudí); a spravodlivý z hľadiska verejnej podpory organizácií, ktoré sociálne služby poskytujú (verejných i neverejných poskytovateľov sociálnych služieb, ako cesta k reálnemu naplneniu práva človeka na slobodný výber v sociálnych službách). Rámec a obsah a vybrané výsledky tohto odborného diskurzu sa pokúsime sprostredkovať v príspevku. Predstavíme v ňom aj úvahy o možnom ďalšom smerovaní politiky sociálnych služieb, osobitne sociálnych služieb dlhodobej starostlivosti.

Filozofické východiská a architektúra sociálnych služieb na Slovensku

Pre pochopenie komplexnosti spoločenských vzťahov v oblasti sociálnych služieb sa vychádza z primárneho „práva na prospech zo sociálnych služieb“ (čl. 14 Európskej sociálnej charty v jej revidovanom znení, 1996) a zo základných atribútov sociálnych služieb ako tzv. *služieb vo všeobecnom záujme* (services of general interest). Ich účelom je presadzovať v európskom priestore určité spoločné hodnoty a ciele, akými sú univerzálnosť prístupu pre všetkých (sociálneho, priestorového a finančného), garancia kontinuity služby, ich kvalita, možnosť dovoliť si službu a jej udržateľnosť, súladnosť služby s potrebami užívateľov/liek, či hodnota ich ochrany prostredníctvom služieb (Huber, 2006). K. Dušek, Z. Terbr všeobecné hodnoty a kritériálne požiadavky na služby vo všeobecnom záujme špecifikujú pre oblasť sociálnych služieb. Tieto majú: (a) podporovať nezávislosť a autonómiu užívateľov/liek (nie službami zvyšovať ich závislosť), (b) podporovať začleňovanie a integráciu (nie službami posilňovať vyčlenenie užívateľa/lky z komunity a zvyšovanie sociálnej izolácie), (c) vychádzať z rešpektovania individuálnych potrieb prijímateľov/liek (v zmysle pravidla, že „jedno riešenie nemôže sedieť všetkým“), (d) byť založené na partnerskej spolupráci rozličných subjektov (nakoľko sociálne služby predstavujú multidisciplinárnu a multi-sektorovú agendu), (e) má byť poskytnutá záruka ich kvality (ako cesty k účinnej ochrane zraniteľných osôb), (f) sociálne služby majú byť založené na rovnosti bez diskriminácie (nikto nemôže byť vylúčený z prospechu zo sociálnych služieb) (voľne podľa Dušek, Terbra, 2010).

Zákon č. 448/2008 Z.z. o sociálnych službách v znení neskorších predpisov na

všetkých týchto požiadavkách stavia. Upravuje:

- **Právo na sociálnu službu**
Od roku 2009 je na Slovensku prvýkrát ustanovené v právnom poriadku právo osoby na poskytnutie sociálnej služby, ktorá zodpovedá jej potrebám, podporuje jej ľudské práva, dôstojnosť a sociálnu inklúziu.
- **Uplatňovanie zásady rovnakého zaobchádzania**
Ide o uplatňovanie rovnakého zaobchádzania s každým podľa pravidiel antidiskriminačnej legislatívy [zákon č. 365/2004 Z.z. o rovnakom zaobchádzaní v niektorých oblastiach a o ochrane pred diskrimináciou (antidiskriminačný zákon) v znení neskorších predpisov], či priamo podľa zákona o sociálnych službách.
- **Komplexnosť posudzovania potrieb**
Posudková činnosť na účely sociálnych služieb je komplexná, čo znamená, že sa berú do úvahy nielen zdravotné, ale aj sociálne aspekty odkázanosti na sociálnu službu.
- **Vecný charakter sociálnych služieb**
Sociálne služby v rozsahu ustanovenom zákonom o sociálnych službách sa v podmienkach Slovenska poskytujú výlučne ako vecná pomoc, nie vo forme dávky, finančnej pomoci.
- **Práva a povinnosti poskytovateľov i prijímateľov sociálnych služieb**
Osoby ako záujemcovia/kyne o sociálnu službu alebo jej priami prijímatelia/lky, rovnako poskytovatelia sociálnych služieb majú zákonom definované práva i povinnosti tak, aby sociálna služba najefektívnejším spôsobom uspokojovala sociálne potreby prijímateľov/liek, pri súčasnom zachovaní zamestnaneckých práv a kvality pracovných podmienok jej poskytovateľov.
- **Rôznorodosť poskytovateľov sociálnych služieb**
Sociálne služby ako služby verejného záujmu poskytujú verejní a neverejní po-

skytovatelia sociálnych služieb, vrátane takých, ktorí tvoria zisk.¹

- **Kombináciu povinných a fakultatívnych činností v sociálnych službách**
Poskytovatelia sociálnych služieb poskytujú alebo zabezpečujú poskytovanie rozličných odborných činností, ale aj ob-služných či ďalších činností podľa zákonom ustanovených povinností a podmienok.
- **Kombináciu profesionálnych a dobrovoľníckych činností v sociálnych službách**
Sociálne služby sú typickou oblasťou pre kombináciu profesionálneho a dobrovoľníckeho angažovania osôb rozličného veku, čo prispieva k ich kvalite.
- **Partnerskú formu práce (partnerstvá) v sociálnych službách**
Za účelom predchádzania vzniku alebo zmiernenia nepriaznivých sociálnych situácií, na ktoré sú zamerané sociálne služby, a smerom k zvyšovaniu komplexnosti a kvality sociálnej služby, možno zakladať tzv. partnerstvá primárne zamerané na komunitnú prácu. V rámci partnerstva môže dochádzať k účelnému prepájaniu sociálnych služieb so službami zamestnanosti či inými sociálnymi intervenciami.
- **Prepojenosť na vedecký a spoločenský rozvoj**
Vyžaduje sa prepojenosť organizácie a vykonávania sociálnych služieb s dosiahnutým poznáním v oblasti spoločenských vied, osobitne sociálnej práce (Repková, 2012).
Z hľadiska predmetu príspevku sú dôležité dve ďalšie kľúčové charakteristiky, a to **diverzita nepriaznivých sociálnych situácií**, pri ktorých je možné intervenovať formou sociálnych služieb, a ich **viacdrojové financovanie** (financovaniu sociálnych služieb sa budeme podrobnejšie venovať ďalej). Prostredníctvom druhej rôznorodosti možno sociálne služby podľa

národnej legislatívy rozdeliť do piatich vevných oblastí:

(1) **sociálne služby krízovej intervencie** (intervencie pomocou terénnych, rezidenčných a nízkoprahových sociálnych služieb na riešenie nepriaznivých sociálnych situácií krízovej povahy - napr. nízkoprahové denné centrum, útulok, domov na polceste, komunitné centrum, zariadenie núdzového bývania, nízkoprahová sociálna služba pre deti a rodinu),

(2) **sociálne služby na podporu rodiny s deťmi** (najmä na zosúladovanie pracovného a rodinného života, či služba včasnej intervencie),

(3) **sociálne služby pri ťažkom zdravotnom postihnutí, nepriaznivom zdravotnom stave, či pri dovŕšení dôchodkového veku** (často označované zjednodušene aj ako služby dlhodobej starostlivosti - napr. domáca opatrovateľská služba, rezidenčná starostlivosť, prepravná služba, tlmočnická služba, požičiavanie pomôcok),

(4) **sociálne služby s použitím telekomunikačných technológií** (monitorovanie a signalizácia pomoci a krízová pomoc),

(5) **podporné služby** (napr. odľahčovací služba, denné centrá, pomoc pri zabezpečovaní opatrovníckych práv a povinností, práčovňa, jedáleň).

Financovanie sociálnych služieb a jeho systémové problémy

Bez zveličenia možno konštatovať, že otázky financovania sociálnych služieb majú „univerzálnu povahu“, v zmysle, že sú stredobodom pozornosti zo všetkých uhlov, z akých môžeme a vieme na sociálne služby nahliadať. V decembri 2014 prijal vedenie MPSVR SR nové **Národné priority rozvoja sociálnych služieb na roky 2015–2020**. Vo SWOT analýze, na ktorej národný dokument stavia, sa „nesystémové financovanie sociálnych služieb a chýbajúci jednotný prístup k financovaniu sociálnych služieb z hľadiska občana a poskytovateľov sociálnych služieb“ považuje za jednu z kľúčových slabých stránok súčasného stavu verejnej politiky sociálnych služieb na Slovensku. Zároveň sa na „vytvorenie viaczdrojového financovania sociálnych služieb so zachovaním práva na výber poskytovateľa sociálnych služieb“ a na „konsolidáciu systému financovania sociálnych služieb a na vytvorenie ekonomických stimulov pre rozvoj komunitných sociálnych služieb pomocou benchmarkingu“ nahliada ako na významné príležitosti v oblasti rozvoja sociálnych služieb v krajine. Napriek tomu sa do budúcnosti vníma ohrozenie „pretrvávajúceho nedostatku finančných zdrojov na poskytovanie a zabezpečovanie sociálnych služieb“ (voľne podľa Národné, 2014:24-26).

Pravidlá a zdroje financovania sociálnych služieb

Sociálne služby sú v SR financované z viacerých zdrojov, pričom tieto sú roz-

dielne u verejných a neverejných poskytovateľov sociálnych služieb. Pre sociálne služby poskytované verejným poskytovateľom, teda obcou alebo subjektom zriadeným alebo založeným obcou alebo samosprávnym krajom, sú kľúčovým zdrojom financovania prostriedky z rozpočtu obce alebo samosprávneho kraja. Vybrané zariadenia sociálnych služieb získavajú financie aj zo štátneho rozpočtu. Ďalšími zdrojmi sú úhrady užívateľov/liek sociálnych služieb, dary, prostriedky združení obcí a samosprávnych krajov, zdroje z výsledku hospodárenia z vedľajšej činnosti, z príjmu zo sociálneho podniku, z prostriedkov verejného zdravotného poistenia, či iné zdroje (napr. zo štrukturálnych fondov Európskej únie). Neverejný poskytovateľ financuje sociálne služby predovšetkým z vlastných zdrojov, t.j. z darov poskytnutých fyzickými a právnickými osobami, z podnikateľskej činnosti (napr. na základe živnosti po zdanení daňou z príjmov), z verejných zdrojov poskytnutých prostredníctvom finančných príspevkov zo samosprávy alebo zo štátneho rozpočtu, z úhrad od klientov/tiek, zo zisku zo sociálneho podniku, z prostriedkov verejného zdravotného poistenia a z iných zdrojov (napr. zo zdrojov ESF, dotácií poskytovaných s cieľom zvýšiť kvalitu sociálnych služieb z MPSVR SR). Medzi základné mechanizmy financovania sociálnych služieb patrí aj tzv. vzájomná refundácia ekonomicky oprávnených nákladov sociálnej služby, ktorá sa uplatňuje medzi vyššími územnými celkami. Ide o prípady, keď klientovi/tke poskytuje sociálnu službu nie ten vyšší územný celok (resp. jeho zariadenie), v obvode ktorého býva (má trvalý pobyt), ale iný (resp. jeho zariadenie). Čo sa týka miestnej samosprávy, povinnosť vzájomnej refundácie nákladov sociálnej služby za svojich obyvateľov bola pre obce zrušená 1. marca 2012, a to po zavedení zákonom ustanovenej finančnej participácie štátu na vybraných sociálnych službách poskytovaných na miestnej úrovni.

Napriek tomu, že všetky sociálne služby v SR boli postupne decentralizované na úroveň miestnej a regionálnej samosprávy, v dôsledku nepriaznivej situácie, najmä na miestnej úrovni, štát postupne začal opätovne participovať na ich financovaní. V rokoch 2009 až 2011 to boli ad hoc finančné opatrenia, keď vláda každoročne schvaľovala a vyčleňovala finančné prostriedky na vybrané druhy sociálnych služieb, a to tak pre verejných ako aj pre neverejných poskytovateľov (v rokoch 2009–2010 napr. vo výške viac ako 20 mil. €, Brichtová, Repková, 2011). Akútne problémy a krízová situácia vo financovaní sociálnych služieb vyústili do novely zákona o sociálnych službách účinnej od 1. marca 2012. Na jej základe sa začali vybrané druhy sociálnych služieb financovať z úrovne MPSVR SR *paušálnou mesačnou sumou* poskytovanou na prísľušný počet miest sociálnej služby. Výška mesačného finančného príspevku na jedno miesto je závislá od druhu

sociálnej služby (napr. v zariadení pre seniorov je to 320 €, na domov sociálnych služieb 330 €, na nocľahára 120 € a na zariadenie núdzového bývania 150 €). Pôvodný zámer poskytovať od 1. 1. 2014 finančný príspevok zo štátu na sociálne služby dlhodobej starostlivosti podľa stupňa odkázanosti klienta/ky na úkony sebaobsluhy v rozličných výškach tak, ako je to ustanovené pre sociálne služby dlhodobej starostlivosti poskytované neverejným poskytovateľom na regionálnej úrovni, nebol realizovaný. S takýmto princípom dôrazne nesúhlasili zástupcovia obcí, ktorým by sa zavedením predmetnej zmeny výrazne znížili zdroje poskytované zo štátneho rozpočtu. Postihlo by to najmä zariadenia pre seniorov, ktoré poskytujú sociálne služby vysokému počtu ľudí prijatých v predchádzajúcich obdobiach, kedy nebol podmienkou stupeň odkázanosti stanovený podľa súčasných právnych podmienok.

Aj keď novela zákona z roku 2012 ešte nezakotvila systémové riešenie finančnej participácie štátu na sociálnych službách, možno ju považovať za základ úvah o zavedení „príspevku na odkázanosť/na starostlivosť“ na sociálne služby dlhodobej starostlivosti (o zámere budeme hovoriť ďalej podrobnejšie). Rovnako sa ňou rodila snaha o vytvorenie porovnateľných podmienok financovania verejných a neverejných poskytovateľov sociálnych služieb, aj keď iba na miestnej úrovni.

Zavedenie mechanizmu finančnej participácie štátu na vybraných druhoch sociálnych služieb vyvolalo niekoľko výrazných efektov. Predovšetkým sa od roku 2012 systematicky zvyšovali požiadavky na poskytnutie paušálnych príspevkov ako sprievodný znak zvyšovania počtu miest u jednotlivých druhov poskytovateľov sociálnych služieb. Vývoj ilustrujú tabuľky č. 1 a 2.

Medzi rokmi 2014 a 2015 sa napríklad zvýšili požiadavky na financovanie zo štátu z cca 62 mil. € na cca 78 mil. €, čo súviselo s nárastom počtu miest sumárne až o 4991. Išlo najmä o nárast v zariadeniach pre seniorov, so zvýšením o 2336 miest u neverejných poskytovateľov a o 596 miest u verejných poskytovateľov (spolu o 2932 miest). Ďalšie výrazné zvýšenie bolo zaznamenané v denných stacionároch, a to o 1766 miest.

Tabuľka č. 1: Vývoj sumy finančných príspevkov z rozpočtu MPSVR SR na vybrané sociálne služby

Rok	Suma (v €)
2012	38 164 516
2013	51 818 754
2014	61 979 496
2014*	10 115 760
2015	77 865 144
spolu	239 943 670

* (mimoriadna dotácia)

Zdroj: MPSVR SR

Tabuľka č. 2: Vývoj počtu miest financovaných zo štátu v rokoch 2012–2015 v členení podľa druhu sociálnej služby

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

Zdroj: MPSVR SR

Trend zvýšenia počtu miest na účely štátneho financovania vybraných sociálnych služieb nesúvisí len so zriaďovaním nových zariadení sociálnych služieb², ale aj s účelovou preregistráciou - transformáciou domovov sociálnych služieb najmä na zariadenia pre seniorov, ktoré je možné financovať zo štátneho rozpočtu. Preregistráciu domovov sociálnych služieb na zariadenia pre seniorov, prípadne na iné druhy sociálnych služieb (napr. zariadenia opatrovateľskej služby), vyvolali od roku 2014 zmenené právne podmienky pre jednotlivé druhy sociálnych služieb rezidenčnej povahy smerované k podpore procesu ich deinštitucionalizácie (napr. nemožnosť prijímať do domova sociálnych služieb s celoročným pobytom osoby mladšie ako 18 rokov a seniorov). Dôvodom preregistrácie bolo ale aj to, že vyššie územné celky nefinancovali doposiaľ neverejných poskytovateľov poskytujúcich služby domova sociálnych služieb podľa reálneho dopytu a potrieb klientov/tiek a v súlade so zákonom o sociálnych službách, ale primárne podľa svojich rozpočtových možností a stanovených priorit.³ Podľa platnej legislatívy by pritom mali financovať sociálne služby patriace do ich regionálnej pôsobnosti a poskytované neverejnými poskytovateľmi v ich území, a to formou *finančného príspevku pri odkázanosti fyzickej osoby na pomoc inej fyzickej osoby pri úkonoch sebaobsluhy*. Jeho výška súvisí so stupňom odkázanosti klienta/tyky, je taxatívne vymedzená zákonom o sociálnych službách, a to aj v závislosti od formy poskytovanej sociálnej služby.⁴ Ďalším príspevkom, ktorý je povinný vyšší územný celok poskytovateľ neverejnému poskytovateľovi sociálnej služby, je *finančný príspevok na prevádzku* poskytovanej sociálnej služby. Mechanizmus výpočtu tohto príspevku je nastavený tak, že vyšší územný celok pokrýva neverejnému poskytovateľovi len takú výšku nákladov, ktoré sú porovnateľné s výdavkami vlastných poskytovateľov na daný druh sociálnej služby. Z výšky tohto príspevku sa pri-

tom odpočítava suma, o ktorú prevyšuje úhrada klientov/tiek neverejných poskytovateľov priemernú úhradu danej sociálnej služby platenú klientmi/kami verejnému poskytovateľovi zriadenému vyšším územným celkom.

V dôsledku vyššie uvedených skutočností mnohí neverejní poskytovatelia v roku 2014 pristúpili k transformácii druhu sociálnej služby a preregistrácii s následnou možnosťou financovania zo strany štátu. A to niekedy aj za cenu, že išlo o nižšiu sumu príspevku, akú by mohli získať na klienta/tku kumuláciou finančného príspevku pri odkázanosti s finančným príspevkom na prevádzku. Aj týmto vývojom došlo v roku 2014 k zníženiu počtu miest v domovoch sociálnych služieb neverejných poskytovateľov o 1446 miest (najviac v Trnavskom a Nitrianskom samosprávnom kraji), a zároveň k navýšeniu miest v zariadeniach pre seniorov a v zariadeniach opatrovateľskej služby, či v dennom stacionári. Otázkou je, čo tento vývoj spôsobí vo financovaní sociálnych služieb na regionálnej úrovni. MPSVR SR predpokladá, že výdavky vyšších územných celkov na domovy sociálnych služieb prevádzkované neverejnými poskytovateľmi sa v roku 2015 znížia o cca 9 mil. eur, čím bude môcť regionálna samospráva pristúpiť k financovaniu väčšieho počtu klientov/tiek neverejných poskytovateľov. Vyššie územné celky však takýto pozitívny posun v úspore vlastných zdrojov neočkávajú, zdôvodňujú skutočnosťou, že mnohých klientov/tyky transformovaných neverejných poskytovateľov nefinancovali ani doposiaľ.

Významným zdrojom financovania sociálnych služieb sú aj *úhrady* od klientov/tiek, či od ich blízkych osôb, ktoré sú za určitých príjmových podmienok povinné platiť úhradu za svojich príbuzných (rodičia za maloleté deti, zaopatrené dospelé deti za svojich rodičov). V súčasnosti nie sú k dispozícii celkové údaje o podiele klientov/tiek na úhrade ekonomicky oprávnených nákladov sociálnej služby. Zisťova-

nie takýchto údajov je sťažené najmä tým, že každá obec a vyšší územný celok má rozdielne výšky úhrady a určuje si ich vo všeobecne záväzných nariadeniach (teda je čiastočne vyjadrením politických záujmov danej samosprávy). Posledný globálnejší prieskum bol uskutočnený MPSVR v roku 2011, kedy sa priemerný podiel klientov/tiek na úhrade ekonomicky oprávnených nákladov danej sociálnej služby pohyboval v rozpätí od 1 %–35 %. Výrazné rozdiely vo výške úhrady za sociálnu službu neboli a nie sú pritom len medzi jednotlivými obcami a vyššími územnými celkami, ale najmä medzi verejnými a neverejnými poskytovateľmi sociálnych služieb.⁵ Vysoké sú najmä u tých neverejných poskytovateľov, ktorí nie sú vôbec podporovaní z verejných zdrojov. V dôsledku toho sa klienti/tyky a ich rodinní príslušníci ocitajú v roli tzv. „nedobrovoľných samoplatcov“ všetkých ekonomicky oprávnených nákladov poskytovanej sociálnej služby.

Problémom inej povahy je otázka právneho zakotvenia „spravodlivej“ participácie klientov/tiek s dostatočným príjmom na úhrade nákladov sociálnej služby. Snaha z roku 2012 o určenie zákonom stanovenej minimálnej percentuálnej výšky úhrady klienta/tyky (napr. 50 %), a nielen výšky úhrady určenej všeobecne záväznými nariadeniami samosprávy, nebola úspešná. Je však potrebné podotknúť, že naďalej platí mechanizmus ochrany príjmu klienta/tyky pred neprímeranou úhradou. To znamená, že ak jeho/jej príjem nedosahuje zákonom stanovenú hranicu alebo je nižší, neplatí úhradu vôbec alebo platí len čiastočnú úhradu. Sumu nezaplatenej úhrady z dôvodu uvedenej ochrany znáša poskytovateľ sociálnej služby.

Kľúčovou otázkou financovania sociálnych služieb, osobitne služieb dlhodobej starostlivosti, je *financovanie zdravotníckych úkonov*, ktoré sú jej súčasťou. V súlade s platnými právnymi predpismi v oblasti zdravotníctva a sociálnych služieb sú možným zdrojom finančných príjmov pre vybrané druhy zariadení sociálnych služieb aj finančné prostriedky z verejného zdravotného poistenia, určené od roku 2014 na deväť ošetrovateľských výkonov. Pre sťaženú spoluprácu zdravotných poisťovní a pre rôzne administratívne prekážky však nebol doposiaľ žiaden poskytovateľ sociálnych služieb zazmluvnený niektorou zdravotnou poisťovňou na účely preplácania vybraných ošetrovateľských výkonov. Odhaduje sa pritom, že uhrádzaním určených ošetrovateľských úkonov zo systému verejného zdravotného poistenia by sa príjem zariadení sociálnych služieb v priebehu jedného roka zvýšil o cca 2,5 mil. €.°

Systémové problémy s financovaním sociálnych služieb - sumarizácia

Za základný systémový problém možno považovať nerovnakú dostupnosť sociálnych služieb pre osoby odkázané na ich poskytovanie. Napriek prijatým čiastko-

vým opatreniam (aj legislatívneho charakteru) nie je zabezpečený rovnaký prístup verejných a neverejných poskytovateľov k verejným zdrojom, čím sa vytvárajú akoby dve kategórie klientov/tiek s rozdielnym prístupom k napĺňaniu práva na sociálnu službu garantovaného zákonom. Na jednej strane tí, ktorým sa prispieva na poskytovanie sociálnej služby z verejných zdrojov, na strane druhej tí, na ktorých sa prispieva menej alebo neprispieva vôbec, a to napriek nedostatku vlastných zdrojov. Aj keď zákon o sociálnych službách taxatívne vymedzuje druhy sociálnych služieb, pri ktorých je obec alebo samosprávny kraj povinný poskytnúť neverejnému poskytovateľovi finančné príspevky, je bežné, že niektoré z nich nie sú financované vôbec alebo v nedostatočnej miere.

Na základe doterajšej implementácie originálnych kompetencií samosprávy v oblasti sociálnych služieb sa potvrdzuje, že pri nastavovaní pravidiel a kritérií fiškálnej decentralizácie nebol reálne zohľadnený rozsah kompetencií a náklady samosprávy na zabezpečovanie všetkých druhov sociálnych služieb a pre všetky cieľové skupiny. Najvýraznejšie pociťujú tento problém tzv. „malé“ obce, ktoré nie sú prevažne schopné zo svojich rozpočtov zabezpečiť odkázanej osobe dostupnosť sociálnej služby garantovanú zákonom o sociálnych službách. Samozrejme, problémy nesúvisia vždy len s nedostatkom zdrojov spojeným s uplatňovaným mechanizmom určovania podielových daní. Svoju úlohu zohrávajú aj priority a záujmy samospráv stanovované ich politickými reprezentáciami a miesto, aké sociálnym službám v čerpaní samosprávnych rozpočtov pripisujú.

Z hľadiska vzťahu dopytu a ponuky možno konštatovať, že na celom území SR doposiaľ prevláda dopyt nad ponukou sociálnych služieb všetkého druhu. Najväčší dopyt je po sociálnych službách dlhodobej starostlivosti, t.j. sociálnych službách pre osoby odkázané na pomoc inej osoby, a to tak pobytových ako aj terénnych. Systém sociálnych služieb tak vykazuje určité trvalejšie charakteristiky: ich sieť je nedostatočná, regionálne nerovnomerne rozložená, navyše, prevládajú pobytové služby nad terénnymi. Osobitne sa to prejavuje pri opatrovateľskej službe ako prakticky jedinej sociálnej službe dlhodobej starostlivosti poskytovanej v domácom prostredí odkázanej osoby. Dlhodobu nepriaznivý vývoj v oblasti opatrovateľskej služby (rapídne klesajúci počet poberateľov/liek a opatrovateľov/liek) sa mal zlepšiť a stabilizovať cez národný projekt „Podpora opatrovateľskej služby“ financovaný z prostriedkov ESF. Od mája do novembra 2014 bola opatrovateľská služba vďaka projektu poskytovaná 3258 novým klientom/tkám, ktorých potreby neboli do jeho zavedenia riešené. Ukazuje sa však, že projektom alokovaná suma (28 mil. €) bola už v decembri 2014 vyčerpaná, bez možnosti pokrytia celej šírky potrebnosti

opatrovateľskej služby (najmä pre rapídne demografické zmeny), pri súčasne úplnom vylúčení Bratislavského samosprávneho kraja z možnosti benefitovať z národného projektu.

Situáciu v rámci sociálnych služieb pobytovej dlhodobej starostlivosti stále komplikuje aj problém s praktickým neuhrádzaním jej ošetrovateľských výkonov z verejného zdravotného poistenia, a to napriek potrebným legislatívnym zmenám prijatým v roku 2014.

Odkázanosť na pomoc inej osoby - kľúčové sociálne riziko v sociálnych službách

Napriek vecnej rôznorodosti sociálnych služieb, jadro ich osobného a finančného rozsahu tvoria, nie výnimočne a nie špeciálne pre Slovensko, sociálne služby dlhodobej starostlivosti pre odkázané osoby. Pre ilustráciu, v roku 2013 sa rezidenčné sociálne služby poskytli celkovo 43 843 osobám, z toho v 83 % šlo o osoby odkázané na sociálne služby dlhodobej starostlivosti, osobitne na služby domovov sociálnych služieb pre dospelých s kombinovaným postihnutím a na služby zariadení pre seniorov. Zvyšok (17 %) tvorili osoby, ktorým boli poskytnuté rezidenčné služby krízovej intervencie (najmä v nocľahárňach a útulkoch). Ešte výraznejšia je finančná dominancia služieb dlhodobej starostlivosti. V tom istom období predstavovali výdavky zariadení dlhodobej starostlivosti približne 98 % všetkých výdavkov na rezidenčnú starostlivosť pre klientov/ky sociálnych služieb (Národné, 2014). Ak navyše zoberieme do úvahy fakt, že najvyšší podiel osôb odkázaných na pomoc inej osoby nie je systémovo riešený cez sociálne služby, ale cez finančnú podporu blízkych starajúcich sa o odkázaných členov a členky rodiny formou peňažného príspevku na opatrovanie, potom si otázka verejnej politiky odkázanosti na pomoc inej osoby na Slovensku vyžaduje aj v tomto príspevku osobitnú pozornosť. V jeho ďalšej časti sa budeme opierať najmä o výsledky vlastnej výskumnej práce z roku 2014 (Repková, 2014)⁷.

Odkázanosť na pomoc inej osoby - termínologické vymedzenie

Pojem *odkázanosť na pomoc inej osoby* (angl. *dependence, care dependence*) ako základ pre formovanie politik dlhodobej starostlivosti vymedzila v roku 1998 Rada Európy ako „...stav, kedy potrebuje osoba z dôvodu nedostatku alebo straty fyzickej (telesnej), psychickej alebo mentálnej autonómie výraznú pomoc alebo asistenciu pri vykonávaní bežných denných činností“ (Recommendation RE, 1998). Koncept odkázanosti bol od počiatku založený na troch zložkách (aspektoch, elementoch): (1) aspekt príčiny (odkázanosť z dôvodu zdravotného postihnutia, choroby alebo úrazu); (2) aspekt efektu (zdravotné postihnutie, choroba alebo úraz vedú k odkázanos-

ti na pomoc pri bežných denných činnostiach); a (3) aspekt trvania (odkázanosť musí trvať určitý špecifický čas, aby osobe vznikli právne nároky). Finančné a ekonomické aspekty neboli súčasťou pôvodného konceptu odkázanosti.

Filozofický koncept odkázanosti na pomoc inej osoby v národných podmienkach

Problematiku *odkázanosti na pomoc inej osoby* riešia v podmienkach Slovenskej republiky dve právne úpravy: (1) zákon č. 447/2008 Z.z. o peňažných príspevkoch na kompenzáciu ťažkého zdravotného postihnutia v ZNP; a (2) zákon č. 448/2008 Z.z. o sociálnych službách v ZNP. Spôsob posudzovania odkázanosti je určený v prílohách zákona o sociálnych službách, v ktorých sú vymedzené úkony spadajúce pod jej posudzovanie: stravovanie a pitný režim; vyprázdňovanie močového mechúra; vyprázdňovanie hrubého čreva; osobná hygiena; celkový kúpeľ; vyzliekanie a obliekanie; zmena polohy, sedenie a státie; pohyb po schodoch; pohyb po rovine; orientácia v prostredí; dodržiavanie liečebného režimu; potreba dohľadu. Všetky uvedené úkony spadajú pod oblasť sebaobsluhy odkázanej osoby, preto pre účely ďalšieho textu budeme používať pojem odkázanosť na pomoc inej osoby pri sebaobsluhy (ďalej v rozličných kontextoch a spojeniach len „OPIOS“).

Pojem OPIOS tvorí právny základ tak pre sociálnu dávku v podobe peňažného príspevku na opatrovanie (ďalej len „PPnO“) poskytovaného podľa zákona č. 447/2008 Z.z. o peňažných príspevkoch na kompenzáciu ťažkého zdravotného postihnutia, ako aj pre špecifický segment sociálnych služieb dlhodobej starostlivosti poskytovaných podľa zákona č. 448/2008 Z.z. o sociálnych službách. V zákone o peňažných príspevkoch sa pojem odkázanosť na pomoc inej fyzickej osoby používa dvojakým spôsobom, ako odkázanosť na opatrovanie (viazaný na právne nároky v oblasti PPnO) a odkázanosť na osobnú asistenciu (OOA; viazaný na právne nároky v oblasti peňažného príspevku na osobnú asistenciu). Keďže sa na právne nároky v oblasti osobnej asistencie viaže osobitná príloha zákona o peňažných príspevkoch, bolo by možné považovať oba pojmy (OPIOS a OOA) za nezávislé. V skutočnosti však označujú takmer totožnú vecnú podstatu - odkázanosť osoby na pomoc inej osoby pri bežných denných činnostiach a nadväzných činnostiach udržiavania domácnosti a vykonávania sociálnych aktivít. Preto je vhodné do problematiky prevalence OPIOS v populácii subsumovať aj segment osobnej asistencie. Jej rozdielne filozofické poňatie voči opatrovaniu nie je pre účely stanovovania prevalence OPIOS v populácii rozhodujúce.

Právne podmienky a ich uplatňovanie v oblasti OPIOS verejnej politiky

OPIOS ako kľúčový posudkový pojem je v súčasnosti spojovacím článkom rozlič-

Tabuľka č. 3: Stupne odkázanosti vyjadrené v bodoch a prislúchajúcich hodinách

Stupeň odkázanosti	Počet bodov	Priemerný rozsah (hod./deň)	Priemerný rozsah odkázanosti (hod./mesiac)
	105–120	0	0
II.	85–104	2–4	60–120
III.	65–84	4–6	120–180
IV.	45–64	6–8	180–240
V.	25–44	8–12	240–360
VI.	0–24	viac ako 12	viac ako 360

ných foriem OPIOS sociálnych intervencií poskytovaných z rozličných pilierov sociálnej ochrany a v rámci rozličných právnych úprav. Nie pre všetky sociálne intervencie sa však stanovuje rovnako. Pre oblasť sociálnych služieb a PPnO sa podľa osobitnej prílohy zákona o sociálnych službách skúma rozsah schopnosti človeka vykonávať jednotlivé činnosti samostatne, na základe čoho sa mu priradujú body a sumáru získaných bodov sa následne priraduje počet hodín potrebnej OPIOS pomoci zodpovedajúci jednému zo 6 stupňov OPIOS. Systém hodnotenia znázorňuje tabuľka č. 3.

OPIOS verejnú politiku (aj keď takto formálne nepomenovanú a neidentifikovanú) však tvoria aj iné nástroje (sociálne intervencie), ktoré sú inštitucionalizované

iným spôsobom. Kľúčové prehľadové informácie poskytuje tabuľka č. 4.

Ako z tabuľky vyplýva, pre jednotlivé druhy OPIOS sociálnych intervencií je spravidla určený minimálny OPIOS stupeň, ktorý musí byť u konkrétnej osoby uznaný/prítomný, aby mohla byť poskytnutá požadovaná sociálna služba alebo peňažný príspevok. Podmieňujúcimi faktormi pre povahu a rozsah OPIOS verejnej pomoci sa však často stávajú aj faktory mimo samotnej prítomnosti OPIOS, ako napríklad:

- prostredie, v ktorom sa OPIOS pomoc poskytuje (v domácom prostredí sa podporuje neformálna starostlivosť cez PPnO, ale poskytuje sa aj domáca opatrovateľská služba; za úplne iných

podmienok sa poskytuje rezidenčná starostlivosť),

- vek a ekonomický status neformálne opatrujúcich osôb (ak opatruje osoba v dôchodkovom veku, PPnO sa poskytuje podľa iných pravidiel, ako v prípade, že neformálne opatruje mladšia osoba),
- právny status formálneho poskytovateľa sociálnych služieb (verejná podpora neverejného poskytovateľa je prevažne ťažšie dostupná než u verejného poskytovateľa),
- samosprávna úroveň, na ktorej sa sociálne služby poskytujú (osobitné nesystémové dotácie a subvencie zo strany štátu sa umiestňujú na konkrétnu samosprávnu úroveň, podľa toho, „kde sa vývojom naakumulovali problémy“).

Všetky uvedené faktory prispievajú k tomu, že v rámci OPIOS verejnej politiky existuje v súčasnosti na Slovensku veľa vnútorných nerovnováh, až nespravodlivostí, primárne spojených so systémom financovania OPIOS nástrojov. Tieto sa napokon premietajú do nerovnakej pozície prijímateľov/liek OPIOS intervencií v závislosti od toho, akú formu verejnej pomoci si vyberú, kto im pomoc poskytuje, resp. v akom prostredí (doma alebo v zariadení). Navyše, motivácia k voľbe nejakej konkrétnej OPIOS pomoci (a nie inej) môže byť vedená primárne efektom jej ekonomického dopadu na život OPIOS

Tabuľka č. 4: Prehľad OPIOS verejných nástrojov a spôsobov ich inštitucionalizácie

Nástroj	Posúdenie OPIOS	Ne/Stanovený minimálny stupeň OPIOS	Poskytovateľ dávky/služby
Rodičovský príspevok do 6 rokov veku dieťaťa	Úrad práce, sociálnych vecí a rodiny (ÚPSVR)	Nestanovený, osobitná príloha zákona o rodičovskom príspevku	ÚPSVR
Peňažný príspevok na opatrovanie	ÚPSVR	Minimálne 5. stupeň podľa prílohy zákona	ÚPSVR
Peňažný príspevok na osobnú asistenciu	ÚPSVR	Osobitná príloha zákona o peňažných príspevkoch	ÚPSVR
Opatrovateľská služba	Miestna samospráva	Minimálne 2. stupeň podľa prílohy zákona	Verejní a neverejní poskytovatelia
Zariadenie pre seniorov	Miestna samospráva	Minimálne 4. stupeň podľa prílohy zákona alebo iné vážne dôvody	Verejní a neverejní poskytovatelia
Zariadenie opatrovateľskej služby	Miestna samospráva	Nestanovený	Verejní a neverejní poskytovatelia
Domov sociálnych služieb	Regionálna samospráva	Minimálne 5. stupeň podľa prílohy zákona alebo 3. stupeň pri nevidiacej alebo prakticky nevidiacej osobe	Verejní a neverejní poskytovatelia
Špecializované zariadenie	Regionálna samospráva	Minimálne 5. stupeň podľa prílohy zákona	Verejní a neverejní poskytovatelia
Rehabilitačné stredisko	Regionálna samospráva	Nestanovený	Verejní a neverejní poskytovatelia
Zariadenie podporovaného bývania	Regionálna samospráva	Nestanovený	Verejní a neverejní poskytovatelia

osoby a jeho/jej rodiny, nie najlepším záujmom odkázanej osoby.³

Okrem vyššie pomenovaných nerovnováh (až nespravodlivostí) možno hovoriť aj o diskontinuite pomoci v rámci jednotlivých subsystémov sociálnej ochrany, konkrétne medzi rodičovským príspevkom do 6 rokov veku dieťaťa a PPN0 po dovŕšení tohto veku. Oprávnené osoby poberajúce pre dlhodobu nepriaznivý zdravotný stav dieťaťa rodičovský príspevok do 6 rokov jeho veku majú nárok na túto dávku zo systému štátnej sociálnej podpory, s prislúchajúcimi garantovanými právami v oblasti pracovno-právnych vzťahov i sociálneho a zdravotného poistenia. Po dovŕšení 6. roku veku dieťaťa blízka osoba či iná neformálne opatrujúca osoba môže požiadať o poskytnutie PPN0. Ide o príjmovú testovanú sociálnu dávku z piliera sociálnej pomoci s oveľa nižšou úrovňou sociálno-právnej ochrany jej poberateľa/lky, najmä v oblasti pracovno-právnych vzťahov. Situácia neformálne opatrujúceho rodiča či inej oprávnenej osoby sa tak dovŕšením 6. roku veku dieťaťa môže zásadným spôsobom zmeniť, aj keď charakter a rozsah osobitnej starostlivosti poskytovanej dieťaťu zostáva prakticky zachovaný.

Prevalencia OPIOS podľa dostupných zdrojov

Existuje viacero právnych systémov orientovaných priamo alebo nepriamo na OPIOS ľudí, ktoré by mohli slúžiť na odvodenie prevalence OPIOS v slovenskej populácii. Sú založené na posudzovaní na to určených verejných autorít podľa právne stanovených kritérií. Ide napríklad o systém invalidity a štatistiky o poberateľoch/lkách invalidného dôchodku; alebo o systém peňažných príspevkov na kompenzáciu a štatistiky o počte osôb uznaných za osoby s ťažkým zdravotným postihnutím a o poberateľoch/lkách jednotlivých druhov peňažných príspevkov na kompenzáciu. Dostupné sú aj štatistiky o počte prijímateľov/liek jednotlivých druhov sociálnych služieb dlhodobej starostlivosti. Druhú skupinu zdrojov tvoria európske monitoriny (osobitne EU-SILC/ EU Štatistické zisťovanie o príjmoch a životných podmienkach domácností a EHIS/ Európske zisťovanie o zdraví 2009), v rámci ktorých je prítomnosť OPIOS založená na samohodnotení dotazovanej osoby. V tabuľke č. 5 sú uvedené vybrané údaje, ktoré dokazujú, ako komplikované (ak vôbec možné) je vyjadriť sa k prevalencii OPIOS v populácii a ako závislý je výsledok na použitej metóde a zdroji zisťovania.

Žiaden z uvedených systémov a jemu prislúchajúcich štatistických údajov nevyhovuje požiadavke stanovenia OPIOS v populácii komplexne, a to z viacerých dôvodov:

- každý používa *iné posudkové kritériá*, t.j. účelovo sa sústreďuje na iné aspekty/súvislosti prítomnosti zmenenej funkčnosti organizmu. Ak sa aj používa ten istý systém posudzovania (napr. pri posudzo-

Tabuľka č. 5: Incidencia OPIOS v slovenskej populácii za rok 2012 stanovená podľa rozličných prístupov a kritérií

Na základe medzinárodných odhadov (všeobecne)		
Obmedzenia v plnej účasti (u osôb so zdravotným postihnutím)	bez vekového obmedzenia	15 % populácie
PACOLET správa (výrazné a čiastočné obmedzenie sebaobsluhy)	bez vekového obmedzenia	cca 9 % populácie
Na základe stanovených kritérií (Slovensko)		
Fyzická osoba s ťažkým zdravotným postihnutím na účely peňažných príspevkov	bez vekového obmedzenia	cca 9 % populácie
OPIOS osoba pre účely sociálnych služieb	bez vekového obmedzenia	cca 1 % populácie
Na základe samohodnotenia (Slovensko)		
EU-SILC (2008–2012)	od 16 rokov	cca 34 %
EHIS (2009)	od 18 rokov	cca 38 %
Ad-hoc modul VZPS (2011)	15–64 rokov	cca 18 %

Zdroj: modifikované podľa Repková, K., Sedláková (2014)

vaní na účely PPN0 sa používa príloha zákona o sociálnych službách), zdroje rozdielov môžu spočívať v metodicky nezosúladovaných a nekonsolidovaných posudkových postupoch úradov špecializovanej štátnej správy a samosprávy,

- každý systém pokrýva *inú vekovú skupinu*, a teda rozdielnu časť populácie, a „váženie“ na celú populáciu môže byť problematické,
- navyše, každý systém subsumuje iba tú časť OPIOS populácie, ktorá žiada o nejakú dávku alebo sociálnu službu a stáva sa súčasťou sociálnych štatistík, *nie latentnú* OPIOS zložku.

Zdrojom informácií k prevalencii OPIOS (vrátane snahy o zachytenie latentnej OPIOS) sú za posledné obdobie aj výsledky prieskumnej činnosti Odboru sociálnych služieb MPSVR SR, ktorý sa v rokoch 2012–2013 venoval otázkam miery pokrytia OPIOS potrebosti jednotlivými druhmi sociálnych služieb (Brichtová a kol., 2012, 2013). Prieskumy odboru potvrdili nízku mieru pokrytia takejto potrebnosti najčastejšie využívanými sociálnymi službami stanovenú na základe metódy normatívov vybavenosti využívaných v ČR. Zistili:

- naplnenosť potreby opatrovateľskej služby v rozsahu 33,6 % (reprezentuje cca 14,7 tis. osôb),
- naplnenosť potreby služieb zariadenia pre seniorov a zariadenia opatrovateľskej služby s celoročným pobytom na 38,3 %,
- naplnenosť potreby služieb domova sociálnych služieb a špecializovaného zariadenia s celoročným pobytom na 56,1 %,
- naplnenosť potreby sociálnych služieb formou denného a týždenného pobytu v zariadeniach sociálnych služieb na 1,6%–17,4 % (podľa druhu sociálnej služby).

Na základe vlastných zistení spracoval odbor sociálnych služieb nasledovné *odhady potrebnosti* najvyužívanejších druhov OPIOS sociálnych služieb do roku 2015:

- potreba zvýšenia opatrovateľskej služby o 12 tisíc osôb, teda spolu na cca 27 tisíc užívateľov/liek opatrovateľskej služby,
- navýšenie rezidenčných služieb o cca 40 %, spolu teda cca pre 45 tis. OPIOS osôb.

Ak by sme týmito odhadmi navýšili štatistiky poberateľov/liek rodičovského príspevku do 6 rokov veku dieťaťa (cca 11 tisíc poberateľov/liek), peňažného príspevku na opatrovanie (pre potreby cca 61 tisíc OPIOS osôb 6+), peňažného príspevku na osobnú asistenciu (pre cca 8 tisíc OPIOS 6+ osôb), do roku 2015 by bolo na Slovensku poňatých do verejnej OPIOS politiky približne 140 tis. osôb reprezentujúcich cca **2,5 % populácie**, prevažne vyššieho veku.

Vybrané charakteristiky súčasnej OPIOS verejnej politiky na Slovensku

Ukázali sme, že na Slovensku v súčasnosti neexistuje jednotný systém OPIOS verejnej podpory. Táto je „roztrúsená“ medzi rozličné formy intervencií založených na rozličných východiskových parametroch dôležitých pre charakter a rozsah verejnej podpory. Táto aktuálne pokrýva cca **2,2 % populácie** (takmer 117 tis. osôb). Aj keď by sa na základe odporúčania odboru sociálnych služieb MPSVR SR mal uvedený rozsah do roku 2015 navýšiť na cca **2,5 % populácie**, stále pokrytie zaostáva za rozsahom a odporúčaniami iných krajín. Kontrastne k tomu vyznieva zistenie, že v rozsahu subjektívne hodnotenej úrovne obmedzení pri vykonávaní bežných činností z dôvodu chronických ochorení patrí Slovensko ku krajinám s najvyšším zastúpením v EU. Výrazné alebo čiastočné obmedzenia uvádza už niekoľko rokov **približne tretina** dospeléj populácie (Grammenos, 2013). Aj pre existenciu takto výrazných rozdielov sme v roku 2014 využili metódu expertných odhadov, pomocou ktorej sme sa snažili zhodnotiť

Tabuľka č. 6: Vývoj počtu posudkov o jednotlivých stupňoch odkázanosti osôb na pomoc inej osoby v rokoch 2009–2010 na miestnej a regionálnej úrovni

Stupeň OPIOS	Miestna úroveň	Regionálna úroveň	Spolu	%
1.	1 557	279	1 836	3,1
2.	8 840	1 253	1 0093	17,1
3.	6 623	918	7 541	12,8
4.	5 276	598	5 874	10
5.	3 832	2 855	6 687	11,3
6.	6 991	19 993	26 984	45,7
spolu	33 119	25 896	59 015	100

Zdroj: Repková, K. (2011)

špičkové skúsenosti kľúčových aktérov v oblasti sociálnych služieb (zástupcov/kýň verejných a neverejných poskytovateľov, užívateľských skupín, tvorcov národnej legislatívy sociálnych služieb, vedecko-výskumného sektora) k odhadu prevalencii OPIOS v národných podmienkach, vrátane identifikácie hlavných zdrojov jej latencie.⁹ Podľa priemerných odhadov expertných minitímov sa OPIOS vyskytuje u **5,7 %** slovenskej populácie, zahŕňajúc ľudí všetkých vekových kategórií a stupňov odkázanosti, teda okolo 2,5x viac, ako pokrýva súčasná OPIOS verejná politika.

Zaujímavé sú aj ďalšie výskumné zistenia. Z 2,2 % v súčasnosti sanovanej OPIOS populácie tvorí absolútnu väčšinu **OPIOS populácia s vyššími stupňami odkázanosti** podporovaná cez PPnO (stupeň odkázanosti 5.–6.), či cez služby zariadenia pre seniorov a domova sociálnych služieb (s minimálnym stupňom odkázanosti 4. a 5.). Na uvedený fenomén poukázali už prvotné analýzy z rokov 2009–2010, kedy sme monitorovali zabezpečovanie a vykonávanie nových kompetencií vyplývajúcich samosprávnym orgánom z novej právnej úpravy sociálnych služieb platnej od roku 2009. Okrem iného sme zisťovali, aké stupne OPIOS boli priznané žiadateľom o sociálnu službu v priebehu tohto dvojročného obdobia. Hlavné výsledky sumarizuje tabuľka č. 6.

Takmer v polovici prípadov (45,7 %) boli OPIOS osoby zaradené do najvyššieho stupňa odkázanosti - stupňa 6. Druhým najčastejšie zastúpeným (aj keď výrazne nižšie) bol 2. stupeň (17,1 %). Zaznamenali sme výraznú rozdielnosť zaradenia do OPIOS stupňov podľa toho, o akú samosprávnú úroveň šlo. Na miestnej úrovni šlo najčastejšie o 2. OPIOS stupeň (takmer 27 %) a na regionálnej úrovni o stupeň 6 (vyše 77 %). Uvedené zistenie odráža delenie pôsobnosti na jednotlivých samosprávnych úrovniach pri poskytovaní, resp. zabezpečovaní sociálnych služieb, s čím súvisí vydávanie posudkov o odkázanosti na konkrétny druh sociálnej služby poskytovaný alebo zabezpečovaný v pôsobnosti jednotlivých samosprávnych úrovní. V rokoch 2009–2010 sa na úrovni miestnej samosprávy najča-

stejšie poskytovala opatrovateľská služba či služba v zariadení pre seniorov podmienená minimálne stanoveným OPIOS stupňom 2, zatiaľ čo na regionálnej úrovni šlo najčastejšie o poskytovanie služieb v domove sociálnych služieb podmienených OPIOS stupňami 5 a 6. Pri spojenom delení bol ľahší stupeň (1. + 2. stupeň) zastúpený v rozsahu vyše 20 %, stredný stupeň (3. + 4. stupeň) v rozsahu takmer 23 % a výrazne najsilnejšie bol zastúpený ťažký stupeň (5. + 6. stupeň), a to v rozsahu až 57 %.

Zastúpenie osôb vo vyššom OPIOS stupni vo verejných politikách sa postupne stáva trendovou otázkou. Aj keď sa už v súčasnosti monitoring nerealizuje, možno ho odvodiť od počtu prijímateľov/liek jednotlivých druhov sociálnych služieb dlhodobej starostlivosti so stanovenými minimálnymi stupňami odkázanosti. Pre ilustráciu uvádzame, že v roku 2013 bola poskytovaná opatrovateľská služba v domácnosti celkovo 11 765 osobám s minimálnym stupňom odkázanosti 2. Na strane druhej, rezidenčná starostlivosť, na 90 % celoročnej povahy, viazaná spravidla na stupne odkázanosti 4 a viac, sa poskytovala vyše 39 tisíc osobám, čo je takmer 4-násobne viac ako v prípade opatrovateľskej služby (Národné, 2014). Zameranosť OPIOS verejných intervencií na najvyššie stupne odkázanosti odporuje pritom všeobecnému poznatku, že medzi celkovou OPIOS populáciou je výskyt nižších stupňov odkázanosti približne dvojnásobný v porovnaní s výskytom stupňov vyšších (Long, 2005; ČR). S tým korešpondujú aj výsledky EU-SILC pre Slovensko, podľa ktorých je približne dvojnásobne viac ľudí, ktorí reportujú čiastočné obmedzenia pri výkone bežných denných činností a pomer medzi zastúpením čiastočných a výrazných obmedzení sa vyrovnáva až v najstarších vekových kategóriách. Ak prijímame premisu, že neexistuje zjavný dôvod pre to, aby prevalencia OPIOS bola v SR zásadným spôsobom iná ako napr. v ČR alebo v Rakúsku, potom sekundárna výskumná analýza jasne poukazuje na dve významné črty súčasnej národnej OPIOS politiky:

(a) na nízku mieru pokrytia v rámci celkovej populácie,

(b) a na fokusovanie verejnej OPIOS politiky najmä na osoby v najvyšších stupňoch odkázanosti.

Znamená to, že potreba väčšiny OPIOS populácie, najmä s ľahšími stupňami odkázanosti, zostáva doposiaľ latentná. OPIOS politika tak má prevažne kuratívnu povahu s nízkym zastúpením preventívnych opatrení poskytovaných pri nižších stupňoch OPIOS (samozrejme, často aj z dôvodov na strane samotných odkázaných osôb a ich rodín a z dôvodu dešpektu k formálnym službám dlhodobej starostlivosti).

Podľa názorov a skúseností expertov a expertiek ide pri **OPIOS latencii** o pomerne rôznorodé skupiny ľudí. Medzi deťmi a mladými ľuďmi ide najmä o zdravotne postihnuté deti rodičov, ktorí sú na rodičovskej dovolenke s druhým dieťaťom bez zdravotného postihnutia alebo o mladých ľudí po ukončení náhradnej rodinnej starostlivosti, ktorí strácajú zázemie a môžu prechádzať do rezidenčnej starostlivosti. Za latentnú považovali aj približne 20 % klientely ošetrovateľskej starostlivosti, pri ktorej si „rodina trúfa/spolieha sa na vlastné sily“ a neobracia sa na profesionálne sociálne služby, prípadne neformálne zamestnáva opatrovateľov/ľky „na čierno“. Ďalej za OPIOS latentných považovali psychiatrických pacientov/ťky (osoby s poruchami mentálneho zdravia a poruchami správania) osobitne vo vekovej kategórii 18–44 rokov, ale aj osoby s mentálnym postihnutím, ktoré už v mladšom strednom a strednom veku dosahujú vysoké stupne OPIOS. Zmienili aj skupinu osôb v produktívnom veku v súvislosti s úrazmi a chorobami z povolania, klientov/ťky krízovej intervencie, bezdomovcov, drogov závislé osoby (prevažne v nižších stupňoch OPIOS) či poberateľov/ľky invalidných dôchodkov v strednom veku (40+r) po smrti svojich rodičov, ktorí im poskytovali neformálnu rodinnú starostlivosť bez verejnej podpory. Medzi staršími ľuďmi identifikovali latenciu u osamelých starších osôb, ktoré sú v súčasnosti málo informované o možnostiach podpory pri OPIOS. Ďalej u starších osôb 65+ po vyčerpaní vnútorných opatrovateľských zdrojov rodiny; ale aj u tých, ktoré si zvolili neformálnu starostlivosť, ale blízkym nebol priznaný PPnO (napr. pre nižší ako stanovený stupeň OPIOS). Potenciálnymi klientmi/kami OPIOS sociálnych služieb môžu byť aj staršie osoby žijúce v obciach, ktoré z finančných a organizačných dôvodov nezabezpečujú potrebné sociálne služby pre svojich odkázaných obyvateľov/ľky.

Atomizácia a roztrúsenosť jednotlivých nástrojov OPIOS verejnej politiky, nesytemovosť ich financovania a absencia jednotiacieho prvku (uznanie OPIOS ako sociálneho rizika vyžadujúceho skôr univerzalistické než komplikovane podmienajúce riešenia) vyvolávajú tlak na prijímanie systémových riešení stavajúcich najmä na jasných pravidlách udržateľného financovania sociálnych služieb (aj keď nie výlučne len na nich).

Návrh systémových zmien vo financovaní vybraných druhov sociálnych služieb

Ak sme opakovane konštatovali, že problémy financovania sociálnych služieb na Slovensku majú systémovú povahu (teda že nejde „len“ o nedostatok finančných zdrojov), potom by mali mať aj úvahy o budúcich zmenách systémovú povahu, vrátane zameranosti na všetky oblasti a druhy sociálnych služieb, na jasné, spravodlivé a uplatniteľné pravidlá ich financovania. Na základe obsahu doterajšieho odborného diskurzu je potrebné otvorene priznať, že tento sa zameriaval primárne na financovanie sociálnych služieb dlhodobej starostlivosti. V poslednej časti príspevku predstavíme jeho vybrané výsledky zamerané na dizajnovanie verejnej politiky odkázanosti na pomoc inej osoby (ďalej len „OPIOS verejnej politiky“).

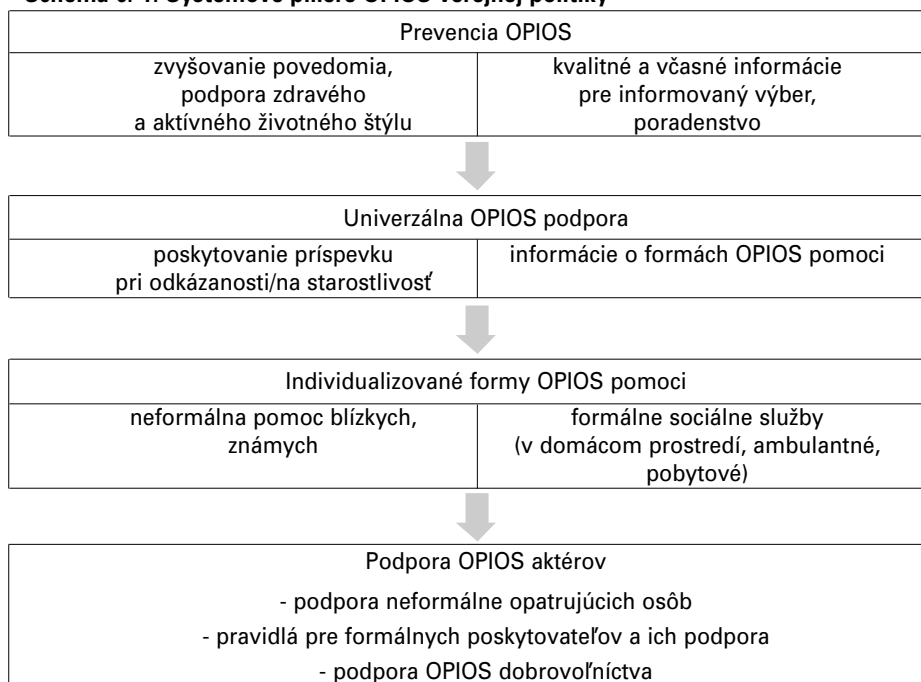
Na inom mieste (Repková, 2014:74) sme OPIOS verejnú politiku vymedzili ako „široký okruh verejného záujmu postaveného na zahraničných a domácich verejno-politických väzdoch, v rámci ktorého sa cieľene podporujú osoby odkázané na pomoc inej osoby (OPIOS) pri bežných denných činnostiach a sociálnych aktivitách v kontexte ich životných podmienok. Podpora smeruje k výberu a realizácii najvhodnejšej formy individualizovanej OPIOS pomoci podporujúcej kvalitu života týchto osôb“. Obsah OPIOS verejnej politiky sme navrhli definovať dvojakým spôsobom:

- (1) Užšie - ako zavedenie a implementáciu nového typu sociálnej dávky pre OPIOS osoby - príspevku pri odkázanosti/príspevku na starostlivosť.
- (2) Širšie - ako cieľavedomé ovplyvňovanie všetkých systémových prvkov podpory kvality života OPIOS osôb nástrojmi verejnej politiky. Takéto vymedzenie vychádza zo systémovej a ekologickej sociálnej teórie (Göppner, Hämäläinen, 2004) a predstavuje komplexnejší prístup k inštitucionalizácii tohto typu verejného záujmu.

Piliere (architektúru) systémovo poňatej OPIOS verejnej politiky ilustruje schéma č. 1.

OPIOS verejná politika by mala primárne stavať na prevencii vzniku OPIOS, resp. na prevencii jej zhoršovania. Nástrojmi takéhoto záujmu by mali byť ciele kampane a osvetová činnosť smerom k podpore zdravého a aktívneho životného štýlu na najširšej úrovni. Na individualizovanej úrovni by malo ísť, okrem toho, o poskytovanie včasných a kvalitných informácií pre informovaný výber jednotlivcov a rodín v rozličných prostrediach. Rozhodujúcu úlohu by v tomto smere mala plniť miestna samospráva, ktorá by vo svojej kompetencii podľa zákona o sociálnych službách nemala mať len depistáž už odkázaných ľudí, ale aj prevenciu odkázanosti. S ohľadom na vysokú dôveru ľudí v osoby angažujúce sa v systéme zdravot-

Schéma č. 1: Systémové piliere OPIOS verejnej politiky



Zdroj: Repková (2014:75)

nej starostlivosti sa javí do budúcnosti ako potrebné znovu/zavedenie sociálnej práce v tomto rezorte (napr. pôsobenie sociálnych pracovníkov/čok na poliklinikách či v nemocniciach).

V prípade, že je u konkrétnej osoby prítomná a uznaná OPIOS, ochrana jej dôstojnosti a podpora kvality života by mala stavať na univerzálnom prístupe k štátnej sociálnej podpore formou sociálnej dávky - príspevku pri odkázanosti/príspevku na starostlivosť. Keďže príspevok by mal byť určený na uhrádzanie časti nákladov osobitnej personálnej starostlivosti, pri jeho poskytovaní by sa mala zohľadňovať možnosť kompenzovať funkčné poruchy OPIOS osôb technickou pomocou (technológiami, špeciálnymi pomôckami z verejného zdravotného poistenia, ale aj prostredníctvom peňažných príspevkov na kompenzáciu).

Poskytnutie štátnej podpory formou príspevku pri odkázanosti/príspevku na starostlivosť ešte neznamená poskytnutie *individualizovanej pomoci* konkrétnej OPIOS osobe. Túto by si mala voľiť na základe vlastných preferencií, buď formou neformálnej starostlivosti blízkych osôb či známych alebo formou profesionálnych sociálnych služieb vykonávaných primárne na komunitnej báze (domáciach, ambulantných, pobytových) s využitím prostriedkov štátneho príspevku. K takejto voľbe by mala mať OPIOS osoba a jej rodina poskytnuté všetky potrebné informácie a individualizované sociálne poradenstvo. Navrhnutý princíp vylučuje možnosť viazania právneho nároku na príspevok pri odkázanosti/príspevok na starostlivosť na objednanie si OPIOS služieb u profesionálnych organizácií, aj keď sa pripúšťa, že by to mohlo zdynamizovať tento sektor služieb smerom k ich diverzite a kvalite. Poskytovatelia sociálnych služieb (najmä neverejní) by v tom vi-

deli cestu, ako dostať pod kontrolu nekvalifikovaných, často „čiernu“ opatrovateľskú prácu. Uvedená požiadavka je však v rozpore s navrhovanou filozofiou novej OPIOS verejnej politiky a nekorešponduje ani s praxou uplatňovanou v zahraničí.

Možno samozrejme pripustiť aj alternatívne riešenie, ktorým by bolo poskytovanie príspevku pri odkázanosti/príspevku na starostlivosť vo forme príjmov a majetkovo testovanej sociálnej dávky v rámci piliere sociálnej pomoci. Išlo by však o riešenie výrazne redukujúce predstavenú filozofiu rovnakého prístupu OPIOS ľudí k verejnej podpore zameranej na zvládanie životnej situácie zaťaženej dôsledkami ich odkázanosti na pomoc inej osoby pri sebaobsluže.

Súčasťou OPIOS verejnej politiky smerom k individualizovanej pomoci by mali byť v prípade potreby aj opatrenia podpory *neformálne opatrovujúcich osôb* ako kľúčových OPIOS aktérov. Osobitne by malo ísť o existenciu schém ich zdravotného a sociálneho zabezpečenia v čase výkonu intenzívneho opatrovania (dôchodkového, nemocenského a zdravotného poistenia), ochrany ich pracovno-právnych vzťahov, či dostupnosti odľahčovacích programov a služieb.

Do OPIOS verejnej politiky by mali patriť aj jasné *pravidlá pre fungovanie a podporu poskytovateľov sociálnych služieb* reálne vykonávajúcich tento typ verejného záujmu, bez ohľadu na ich právny status. Rovnako by súčasťou mala byť aj podpora dobrovoľníkov/čok angažujúcich sa v oblasti dlhodobej starostlivosti a *inštitucionalizácia dobrovoľníckych príležitostí* v tomto špecifickom sektore (bližšie pozri Repková, 2013).

Mnohé prvky systémového poňatia OPIOS verejnej politiky sú už v súčasnosti pokry-

té existujúcimi nástrojmi (napr. zdravotné či dôchodkové poistenie neformálne opatrujúcich osôb, odľahčovacie služby). Pre iné sú vytvorené právne podmienky, chýbajú však zdroje na ich implementáciu (napr. inštitucionalizácia dobrovoľníckych príležitostí v sektore dlhodobej starostlivosti, systematická podpora neverejných poskytovateľov sociálnych služieb). Pre zavedenie niektorých prvkov takto vymedzenej politiky však v súčasnosti ešte neexistujú právne podmienky (napr. zavedenie nového typu sociálnej dávky, ochrana pracovno-právnych vzťahov neformálne opatrujúcich osôb porovnatelných s ochranou pri rodičovskom príspevku; bližšie pozri Repková, 2010). Na ich vytvorenie sa bude potrebné zamerať.

Záver

V príspevku sme sa venovali vybraným otázkam sociálnych služieb na Slovensku, osobitne sociálnym službám dlhodobej starostlivosti a problémom s ich financovaním. Predstavili sme aj návrhy, ktoré pre oblasť verejnej politiky odkázanosti na pomoc inej osoby v roku 2014 spracoval Inštitút pre výskum práce a rodiny na základe širších odborných diskusií s kľúčovými aktérmi sociálnych služieb.

Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny od začiatku roka 2015 pokračuje v širokom odbornom dialógu k systémovým otázkam financovania sociálnych služieb a využiteľnosti výsledkov doterajšej výskumnej práce a obsahu diskusných fór¹⁰. Rozhodnutie o budúcom smerovaní financovania odkázanosti na pomoc inej osoby ako uznaného sociálneho rizika však môže zásadným spôsobom ovplyvniť *záväzok zanalyzovať možnosti zavedenia poistenia v odkázanosti na pomoc inej osoby* zakotvený v Národnom programe aktívneho starnutia na roky 2014–2020. Širšia odborná diskusia smerom k takémuto riešeniu však doposiaľ na Slovensku otvorená nebola.

- 1 Do Nálezu Ústavného súdu z augusta 2010 existovala sice v zákone o sociálnych službách pre fyzickú osobu možnosť vybrať si poskytovateľa sociálnych služieb. Týmto sa mohol stať neverejný poskytovateľ však len vtedy, ak obec nemohla zabezpečiť sociálnu službu cez vlastného verejného poskytovateľa. Ústavný súd vyhodnotil takéto ustanovenie a prax ako diskriminačné. Aj keď sú od roku 2010 vytvorené základné právne podmienky pre nemožnosť diskriminovať poskytovateľa sociálnych služieb na základe jeho právneho statusu, systém financovania verejných a neverejných poskytovateľov sociálnych služieb je neustále považovaný za nespravodlivý a nesystémový.
- 2 Z prostriedkov ROP sa v roku 2014 predpokladalo vytvorenie 1586 miest v verejných poskytovateľov a 697 v neverejných poskytovateľov.
- 3 Dlhodobé neplnenie si zákonom ustanovených povinností pri financovaní neverejných poskytovateľov zo strany regionálnej samosprávy vyústilo koncom roka 2013 do protestných zhromaždení zástupcov poskytovateľov sociálnych služieb a ovplyvnilo aj rozhodnutie vlády SR, ktorá vyčlenila v štátnom rozpočte na podporu klientov/tiek neverejných poskytovateľov sociálnych služieb dlho-

dobej starostlivosti na regionálnej úrovni mimo-riadnu dotáciu vo výške 10 mil. eur na rok 2014.

- 4 V záujme podporiť terénnu formu sociálnej služby je výška príspevku pri takejto službe vyššia ako pri pobytovej a ambulatnej sociálnej službe. Napríklad pri VI. stupni odkázanosti je výška príspevku pri pobytovej a ambulatnej sociálnej službe 310,99 eur a pri rovnakom stupni odkázanosti klienta pri terénne poskytovanej sociálnej službe je výška tohto príspevku 449,18 eur.
- 5 V meste Banská Bystrica napr. predstavovala v predchádzajúcom období úhrada klienta/ky v rozličných zariadeniach pre seniorov od cca 37–47 % celkových nákladov sociálnej služby a úhrada za opatrovateľskú službu od cca 20–30 % (Filipová, 2014).
- 6 Z auditu ošetrovateľských výkonov, ktorý realizoval v roku 2012 odbor sociálnych služieb MPSVR, vyplynulo, že v 285 zariadeniach sociálnych služieb bolo v priebehu jedného mesiaca poskytnutých 15 834 klientom/tkám celkovo 1 550 930 ošetrovateľských výkonov, v celkovej časovej dotácii 180 525 hodín. Uvedené ošetrovateľské výkony poskytovalo 1242 sestier (z toho 1061 na plný úväzok).
- 7 Výskumný projekt „Odkázanosť na pomoc inej osoby v domácom prostredí - návrhy systémového riešenia“ a jeho čiastkový výstup „Odkázanosť na pomoc inej osoby vo verejnej politike - vybrané výskumné otázky“ autorky Kvetoslavy Repkovej realizoval Inštitút pre výskum práce a rodiny v roku 2014 na základe Kontraktu s MPSVR SR na rok 2014.
- 8 Zástupcovia/kyne sektora poskytovateľov sociálnych služieb poukazujú napríklad na situácie, kedy rodič nevyužíva všetky možné intervenčné programy v prospech svojho dieťaťa so zdravotným postihnutím, nakoľko by mohol prísť o poskytnutý PpNO; alebo rodina volí neformálne opatrovanie blízkou osobou, ktorá je nezamestnaná, aj keď z hľadiska potrieb odkázaného člena rodiny by mohla byť vhodnejšia nejaká forma profesionálne poskytovanej sociálnej služby; alebo staršia osoba poberá výrazne nižší rozsah úkonov opatrovateľskej služby za účelom zníženia výšky úhrady za ňu.
- 9 Komplexný metodologický postup viď K. Repková (2014)
- 10 Významným a reprezentatívnym odborným fórom je okrem fungovania pracovnej skupiny pre sociálne služby (na MPSVR SR) aj každoročná odborná celoslovenská konferencia kľúčových aktérov sociálnych služieb organizovaná strešnou organizáciou „Asociáciou poskytovateľov sociálnych služieb v SR“ (www.apssvsr.sk).

Literatúra:

- Brichtová, L., Repková, K. (2011) *Sociálna ochrana starších osôb a osôb so zdravotným postihnutím - aktuálny vývoj*. Bratislava: EPOS. ISBN 978-80-8057-909-8.
- Brichtová, L. a kol. (2012) *Prieskum k Národnému projektu podpory opatrovateľskej služby*. Bratislava: MPSVR SR, OSS. Nepublikovaný dokument.
- Brichtová, L. a kol. (2013) *Informácia k Analýze vybavenia vyšších územných celkov a SR u vybra-*

ných druhov sociálnych služieb. Bratislava: MPSVR SR, OSS. Nepublikovaný dokument.

- Dušek, K. Terbr, Z. (2010) *Využití metody benchmarkingu pro trvalé zlepšování kvality v sociálních službách*. In Fórum sociální politiky, roč. 4, č. 5, s. 19–20.
- Európska sociálna charta (revidovaná). Štrasburg. 1996. Dostupné on-line: <https://www.coe.int/t/dghl/monitoring/socialcharter/presentation/ESCRBooklet/Slovak.pdf>
- Filipová, M. (2014) *Analýza nákladov sociálnych služieb v pôsobnosti obce (zariadenie pre seniorov a opatrovateľská služba)*. Prednesené na konferencii „Aká je cena sociálnych služieb na Slovensku“. Bratislava: 27.11.2014.
- Göppner, H.-J., Hämäläinen, J. (2004). *Rozprava o vede o sociálnej práci*. Preklad vydala v roku 2008 Bratislava: VŠZaSP sv. Alžbety, n.o. ISBN 978-80-89271-33-7.
- Huber, M. (2006) *Social and Health Services of General Interest in the European Union*. General Assembly of the European Centre for Social welfare Policy and research 2006. Vienna 2006.
- Long-term Care for Older persons* (2005) Luxembourg: ALLOS. ISBN 2-495-23050-4.
- Národné priority rozvoja sociálnych služieb na roky 2015–2020*. Bratislava: MPSVR SR. Dostupné on-line: <http://www.employment.gov.sk/sk/rodina-socialna-pomoc/socialne-sluzby/narodne-priority-rozvoja-socialnych-sluzieb.html>
- Národný program aktívneho starnutia na roky 2014–2020*. Bratislava: MPSVR SR. Dostupné on-line: <http://www.employment.gov.sk/files/slovensky/ministerstvo/rad-a-vlady-sr-prava-seniorov/npas-2014-2020.pdf>
- Recommendation of the Council of Europe No R (98) 9 on dependence* adopted by the Committee of Ministers on 18 September 1998.
- Repková, K. (2010) *Podpora neformálne opatrujúcich osôb - odporúčania pre sociálnopolitickú prax*. Bratislava: IVPR.
- Repková, K. (2011) *Analýza vývoja v zabezpečovaní nových kompetencií na úseku sociálnych služieb na Slovensku v rokoch 2009–2010*. Bratislava: IVPR.
- Repková, K. (2013) *Inštitucionalizácia dobrovoľníckych príležitostí pre staršie osoby*. In Sociální práce/Sociálna práca. č. 2, s. 130–140.
- Repková, K. (2014) *Odkázanosť na pomoc inej osoby vo verejnej politike - vybrané výskumné otázky*. Bratislava: IVPR. Dostupné on-line: http://www.sspr.gov.sk/IVPR/images/IVPR/vyskum/2014/Repkova/2286_ciastkova_web.pdf
- Repková, K., Sedláková, D. (2014) *Zdravotné postihnutie a chronické neprenosné ochorenia v medzinárodnom a národnom kontexte*. Bratislava: Kancelária WHO na Slovensku. ISBN 978-80-971845-0-6.

Kvetoslava Repková pôsobí v Inštitúte pre výskum práce a rodiny v Bratislave a na FFPU v Prešove.

Lýdia Brichtová pôsobí ako nezávislá expertka v oblasti sociálnych služieb, zvlášť pre staršie osoby a osoby se zdravotným postihnutím.

„Život začíná v padesáti: motivácie a vzdelávanie ľudí 50+ zvyšujúci uplatniteľnosť trhu práce“ je názov projektu spusteného v dubnu obecnou prospešnou spoločnosťou Alternativa 50+, zaměřeného na nezamestnané po padesátke s cieľom podpořit a rozvíjout jejich dovednosti potřebné ke komunikaci se zaměstnavateli a k výběru, získání a udržení zaměstnání. Bezplatné vzdelávací semináře mají účastníky zorientovat na současném trhu práce, naučit je napsat životopis a motivační dopis či užívat výpočetní techniku. Během projektu absolvují i krátkodobou stáž a bude jim k dispozici bilanční diagnostika a bezplatné poradenství k zahájení podnikání a sociálně-právní a kariéerní poradenství zohledňující jejich individuální situaci a potřeby. Vznikne rovněž svépomocná skupina, která se má stát platformou pro sdílení informací a řešení problémů účastníků, a burza pracovního oblečení pro lidi v nouzi. Projekt bude realizován na území hlavního města Prahy do konce roku 2015 a je financován z Operačního programu Praha - Adaptabilita (OPPA).

Více na www.alternativaplus.cz.